



SCDO Gastroenterologia

Direttore: dr. Nico Pagano

Tel. 0321 3733206 - Fax 0321 3733234

E-Mail: gastro.segre@maggioreosp.novara.it

ESD: INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONE AL PAZIENTE:

Egregio Sig./Gentile Sig.ra,

L'ESD è una tecnica complessa di asportazione di lesioni precancerose o di tumori in stadio iniziale che insorgono nell'apparato digerente e che possono svilupparsi sia nell'esofago-stomaco-duodeno che nel colon. E' indicata per le lesioni ad alto rischio di invasività che richiedono un'asportazione "en-bloc" (in unico pezzo); rispetto alla polipectomia e all'EMR permette anche la resezione degli strati più profondi della sottomucosa affinché l'asportazione sia più radicale.

Prima dell'intervento, per migliorare la visione ed ottenere una più accurata definizione della lesione, possono essere utilizzate sostanze che, spruzzate sulla mucosa, la colorano (colorazione vitale). Successivamente, intorno e al di sotto della lesione, si inietta con un ago una soluzione che ne determina il sollevamento e ne facilita la rimozione.

La resezione viene effettuata utilizzando un accessorio particolare (resetto) che permette lo scollamento della mucosa e sottomucosa dagli strati più profondi. Contemporaneamente è possibile coagulare i vasi della sottomucosa per ridurre il rischio di sanguinamento.

POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE

Le complicanze sono:

- la perforazione (5-10%) che può anche essere trattata endoscopicamente durante la procedura
- il sanguinamento (1.5% - 8.0%); il rischio aumenta con l'estensione dell'area di tessuto asportata. Il sanguinamento può manifestarsi durante l'esame o essere tardivo sino a 7-30 giorni dopo la procedura.
- la comparsa di dolore (1.5%)
- occasionalmente una febbre da batteriemia transitoria.

ALTERNATIVE:

L'alternativa all'esecuzione delle procedure elencate è l'intervento chirurgico di resezione della lesione o del viscere coinvolto, parziale o totale, che può essere effettuato per via laparoscopica o tradizionale. L'intervento chirurgico comporta una più prolungata degenza; il rischio di complicanze Le sarà esposto dal Chirurgo, qualora Lei decidesse di sentire il suo parere.



COME CI SI DEVE COMPORTARE:

IMPORTANTE

PRIMA della procedura:

La maggior parte delle terapie possono non essere sospese, ma qualche farmaco può interferire con la preparazione o con l'esame

In particolare se praticate terapie con anticoagulanti o antiaggreganti (Coumadin, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Eparina, Acido acetilsalicilico, Aspirina, Tiklid, Ticlopidina, Ibustrin, Duoplavin, Plavix, Clopidogrel, Brilique) **comunicatelo al Personale se possibile al momento della prenotazione o comunque almeno 1 settimana prima dell'esame per poter procedere alle necessarie variazioni.**

In caso di dubbio **CHIEDERE sempre chiarimenti al Medico Curante o Medico prescrittore della terapia anticoagulante o antiaggregante**

I pazienti portatori di Pacemaker (PM) o defibrillatori (ICD) devono recarsi PRIMA DELL'ESAME presso Ambulatorio PM (Padiglione A seminterrato- lun-ven 8-15,30; Tel 0321 3733237) con ECG ed impegnativa del curante per valutazione controindicazioni in caso di utilizzo elettrobisturi.

In caso di stato di gravidanza, è necessario segnalare la situazione al personale.

Segnalare eventuali allergie o intolleranze di qualunque tipo (con particolare attenzione a quelle relative ai farmaci ed al mezzo di contrasto), patologie di rilievo (cardiache, polmonari, renali, prostatiche) interventi chirurgici, malattie agli occhi (glaucoma).

Portare SEMPRE tutta la documentazione relativa a precedenti esami endoscopici o a visite mediche per patologie di rilievo.

DOPO la procedura:

Dopo la procedura è possibile avvertire gonfiore all'addome con qualche crampo, questi sintomi scompaiono in breve con l'eliminazione dell'aria.

IN CASO DI COMPARSA DI FEBBRE, DOLORE ADDOMINALE SEVERO o SANGUINAMENTO contattare tempestivamente il Reparto di Gastroenterologia (tel. 0321-3733206, 0321-3733923)

L'EMR e l'ESD prevedono la somministrazione di una sedazione o una analgo-sedazione con assistenza anestesilogica e non è possibile guidare o svolgere lavori che richiedano capacità di concentrazione sino alla mattina seguente.

BIBLIOGRAFIA:

- Modello fornito dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED)



ESD - DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- ✓ Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per il paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- ✓ Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, sia a breve che a lungo termine ed effetti collaterali. Mi è chiaro inoltre cosa comporta il non sottopormi al trattamento proposto.
- ✓ Sono stato informato della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTO NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ':

(Siglare le caselle interessate)

☐ ACCONSENTO / ☐ RIFIUTO

di essere sottoposto all' ESD _____

FIRMA del PAZIENTE _____

[Solo se questi non sia in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ____ / ____ / ____ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° ____

Su nomina dell'autorità giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno ☐ Curatore Speciale

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Ritengo che la /il mia/o paziente, con cui ho discusso questo consenso informato fornendo tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Novara lì _____
Data colloquio Generalità del Medico (in stampatello) Firma del Medico

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Novara lì _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____