

TECNICHE AVANZATE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA DI POLIPI DEL TRATTO DIGESTIVO SUPERIORE ED INFERIORE (mucosectomia EMR, dissezione sottomucosa ESD, resezione a tutto spessore FTR)

Gentile paziente,

a seguito di un precedente esame Le è stata riscontrata la presenza di un polipo del tratto gastrointestinale (esofago, stomaco, duodeno, digiuno o colon) e, in data odierna, si sottoporrà alla rimozione endoscopica

Che cosa sono i polipi, perché e come vengono asportati?

Come già descritto nell'informativa relativa a **Colonscopia**, i polipi rappresentano una crescita patologica di tessuto a partire dalle mucose del tratto digestivo. Possono avere una grandezza variabile da pochi millimetri ad alcuni centimetri e necessitano di asportazione per il rischio di complicanze che ne conseguono da una loro crescita (degenerazione neoplastica, emorragie, etc).

I polipi del tratto gastrointestinale possono essere asportati per via endoscopica attraverso la Gastrosopia, la colonscopia o l'enteroscopia (vedi **foglio informativo per la Gastrosopia, Colonscopia ed Enteroscopia anche per la preparazione e la modalità di esecuzione**).

Le tecniche di asportazione dei polipi variano sulla base della grandezza degli stessi e del tipo di lesione di fronte alla quale ci si trova durante la fase diagnostica dell'esame endoscopico.

In particolare, nel nostro centro vengono eseguite le tecniche endoscopiche di seguito elencate:

- polipectomia
- mucosectomia (EMR)
- dissezione sottomucosa (ESD)
- resezione a tutto spessore (FTR)

La scelta della tecnica utilizzata varia sulla base delle caratteristiche dei polipi da asportare.

Avvertenze pre-procedura

Le procedure a carico del tratto gastroenterico inferiore (colonscopia) devono essere precedute da un'adeguata preparazione intestinale, atta a limitare i rischi di complicanze.

Per tutte le procedure (EGDS e colonscopie), prima dell'esame deve essere osservato un digiuno di almeno 6 ore per i solidi.

È possibile assumere i farmaci abituali fino a 2 ore prima dell'esame con poca acqua.

Discuta con il suo Medico di Medicina Generale su come comportarsi con le terapie farmacologiche in corso. Qualora fosse affetto da diabete, i farmaci per tale malattia possono essere assunti subito dopo l'esame endoscopico, quando potrà riprendere a mangiare.

La terapia antiaggregante con aspirina può essere assunta.

Nel caso assuma altri antiaggreganti e/o anticoagulanti, consulti il Suo Medico di Medicina Generale per eventuale sospensione prima dell'esecuzione dell'esame.

Le linee guida per la gestione dei farmaci antiaggreganti/anticoagulanti sono riportate nella pagina del sito aziendale www.aulss2.veneto.it alla voce: Servizi al cittadino - Informative visite ed esami - Gastroenterologia - Schede informative e consensi - Gestione del paziente in terapia anticoagulante/antiaggregante in endoscopia digestiva.

In condizioni cliniche particolari, può essere necessario l'utilizzo di farmaci che permettano il ripristino di valori adeguati dei test di coagulazione.

In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico/strumentali eseguiti in precedenza e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, sarà considerata l'opportunità di eseguire test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo.

Se è portatore di Pacemaker o altro dispositivo intracardiaco (ICD) è importante informare gli operatori perché vi possono essere interferenze con gli elettrobisturi utilizzati e pertanto bisogna intraprendere le opportune precauzioni.

Mucosectomia (EMR), dissezione sottomucosa (ESD), resezione a tutto spessore (FTR)

Sono tecniche di endoscopia avanzata che richiedono un'adeguata esperienza endoscopica.

Sono rivolte a lesioni polipoidi di grandi dimensioni (> 20 mm) o con caratteristiche morfologiche che le rendono sospette e necessitano di un trattamento più "profondo". Sono tecniche che possono essere destinate anche a tumori in fase "precoce" del tratto gastrointestinale, o ad un completamento successivo ad una precedente asportazione parziale, o in seguito ad una ricrescita polipoide su un sito precedentemente trattato.

L'EMR, l'ESD e la FTR sono procedure invasive che sono eseguite in corso di esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) o di retto-colonscopia. EMR e ESD hanno entrambe in comune il distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa, con un ago dedicato, di soluzioni liquide cristalloidi o colloidali che sollevano la lesione, unite ad un colorante vitale con ausilio o meno di farmaci vasoattivi ad azione topica (adrenalina).

- Nella **EMR** la lesione, dopo sollevamento con infiltrazione, viene successivamente resecata in un'unica soluzione (tecnica "en bloc") o, se più voluminosa, con asportazioni multiple (tecnica "piecemeal") con un'ansa diatermica come avviene nelle tradizionali polipectomie.
- La tecnica **ESD**, che ha in comune con la precedente (EMR) l'infiltrazione della sottomucosa e il sollevamento della lesione, viene di solito rivolta a lesioni che devono essere rimosse in blocco per le loro caratteristiche che le rendono sospette per probabile tumore precoce. Mediante l'ESD la lesione viene asportata in un unico pezzo (en bloc) attraverso l'utilizzo di particolari aghi diatermici che, introdotti attraverso il canale operativo degli strumenti endoscopici, dissecano a partire dalla sottomucosa infiltrata, la lesione sovrastante.
- La **FTR** è una tecnica più recente di resezione a tutto spessore della parete intestinale, che si avvale di un dispositivo che viene posizionato sulla punta dello strumento endoscopico ("over the scope") e che consta in una clip metallica, atta ad avvolgere ed aspirare la lesione e tutta la parete intestinale, e di un'ansa metallica da polipectomia utilizzata per la rimozione della lesione aspirata. Al termine della procedura, la clip si chiude e resta nel sito della polipectomia suturando la parete intestinale e prevenendo possibili perforazioni. Cadrà spontaneamente nelle settimane successive (nella maggior parte dei casi al controllo a 3 mesi tale clip non viene più rinvenuta).

Durata della procedura

La durata della procedura può variare a seconda delle dimensioni e dalla sede della lesione.

Sedazione cosciente e sedazione profonda

Le procedure vengono eseguite (a seconda delle dimensioni e della sede della lesione e delle caratteristiche cliniche dei pazienti) o in sedo-analgesia (sedazione cosciente) o in qualche caso in anestesia generale. I farmaci utilizzati per la sedo-analgesia sono ansiolitici (benzodiazepine) e/o sedativi maggiori (Propofol), e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. La procedura viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari e respiratorie del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui Le siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata; per tale motivo è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia.

Sedo-analgesia procedurale

Durante la procedura lei verrà sedato ma resterà sempre in grado di rispondere agli stimoli tattili e alla chiamata verbale.

I farmaci che le verranno somministrati gradualmente durante la procedura appartengono alla famiglia degli ansiolitici (benzodiazepine) o sedativi maggiori (Propofol) e analgesici di tipo oppioide.

Farmaci che verranno somministrati in combinazione e a dosi variabili a giudizio del medico operatore.

La procedura verrà eseguita sotto costante monitoraggio strumentale delle funzioni cardiovascolari e respiratorie del paziente.

Avvertenze post-procedura

Nelle ore successive all'intervento potrebbe comparire dolore generalmente controllabile farmacologicamente. In qualche caso potrebbe anche essere necessario il ricovero per alcuni giorni al fine di eseguire un'adeguata osservazione post-procedura.

Possibili complicanze

Le complicanze di una polipectomia sono rare e le più frequenti sono rappresentate da:

1. Perforazione (0.04-1.0%). È correlata alla grandezza e alle caratteristiche del polipo, spesso possono già essere trattate con successo con tecniche endoscopiche come il posizionamento di clips, in qualche raro caso è necessario ricorrere alla chirurgia.
2. Emorragia (0.3-6.1%). L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1.5% dei pazienti sottoposti a polipectomia e tecniche di resezione endoscopica avanzata si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare sino a 7-30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia per emorragia è raro e viene di solito controllata endoscopicamente. Nelle EMR, ESD e FTR le complicanze sono le stesse di una semplice polipectomia, ma si possono verificare con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è di circa il 10%, mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'1,5-14% dei casi. La perforazione avviene nel 2-8% dato riferibile principalmente a FTR e ESD, rispettivamente, mentre rimane intorno all'1% nelle EMR anche di maggiori dimensioni.

3. Ustione trans-murale (0.003-0.1%). È legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia.
4. La mortalità per mucosectomia e dissezione sottomucosa è rara, intorno allo 0.25%.

Cosa succede dopo la procedura?

Dopo la procedura il medico le spiegherà l'esito dell'esame. Dopo l'esame Lei sarà tenuto in osservazione per almeno 2 ore, fino al risveglio dalla sedazione, sia per rilevare l'eventuale comparsa di sintomi di allarme (dolore addominale, febbre, sanguinamento ecc.), sia per attendere la risoluzione completa dei postumi della sedazione (sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia). In alcuni casi l'esame viene eseguito in regime di ricovero.

Nel caso in cui l'esame venga eseguito in regime ambulatoriale, potrà essere dimesso solo alla risoluzione dei sintomi legati alla sedazione e all'esame e solo se accompagnato. Non potrà quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari al momento della dimissione.

A distanza di alcune ore o giorni si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante, pertanto, riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. Sintomi di allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura.

Generalmente è consigliabile seguire una dieta leggera con bevande non calde per le prime 24 ore, se si tratta di una procedura a carico delle alte vie digestive, mentre potrebbe venirle consigliata una dieta apposita per le procedure a carico del tratto gastroenterico inferiore, così come potrebbe esserle consigliata l'assunzione di alcuni farmaci per le settimane successive.

In ogni caso sarà il medico a fornirle le indicazioni da seguire.

Alternative alle tecniche di polipectomia

La procedura endoscopica che le è stata proposta è la terapia di prima scelta in alternativa all'intervento chirurgico che risulta essere più invasivo e con maggior tempi di esecuzione e di degenza.

Avvertenze!

Eviti di portare con sé oggetti di valore. Avverta l'infermiere se ha protesi dentarie e/o acustiche rimovibili.

Se la procedura non sarà in regime di ricovero, si accerti di avere l'impegnativa del Medico di Medicina Generale/Gastroenterologo e che essa, accanto alla richiesta di colonscopia/EGDS, sia corredata di richiesta per polipectomia e di sedazione cosciente. Questo per evitare di dover pagare doppia impegnativa. Informi il medico che esegue l'esame su eventuali malattie di cuore, dei polmoni, malattie infettive acute/croniche (p. es.: epatite, AIDS), malattie del sangue o alterazioni.

Se non ha compreso chiaramente quanto illustrato in questo foglio informativo o se necessita di ulteriori informazioni chiedi chiarimenti al medico prima di iniziare l'esame.

Eventuali referti di esami endoscopici o radiologici relativi alla stessa patologia oggetto dell'esame vanno presentati al medico che esegue l'esame.