

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_**data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<input type="checkbox"/> Molto compromesse <input type="checkbox"/> Compromesse <input type="checkbox"/> Discrete <input type="checkbox"/> Buone Indicazione all'esame: _____ Patologie associate: <input type="checkbox"/> malattie cardiache <input type="checkbox"/> malattie polmonari <input type="checkbox"/> malattie neurologiche <input type="checkbox"/> altre: _____
Trattamento proposto:	<b>MUCOSECTOMIA (EMR) E DISSEZIONE (ESD)</b>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	La mucosectomia (EMR) e la dissezione sottomucosa (ESD) sono le tecniche di riferimento per l'asportazione di lesioni pre-neoplastiche (adenomi) o neoplastiche superficiali del tratto gastrointestinale. Entrambe le procedure devono essere eseguite con adeguata preparazione del tratto gastroenterico interessato, dunque preparazione come per una colonscopia standard nel caso di procedura da eseguire sul colon e digiuno per il tratto digestivo superiore (duodeno-stomaco-esofago). È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che saranno date per la pulizia dell'intestino; in caso contrario la procedura non potrà essere effettuata. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico. L'EMR e l'ESD sono procedure invasive che sono eseguite in corso di esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) o di retto-colonscopia. Esistono varie tecniche di esecuzione, ma tutte hanno in comune il distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa, con un ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione. Nella EMR successivamente il blocco sollevato è resecato con l'ansa diatermica come avviene nelle tradizionali polipectomie. La tecnica ESD ha in comune con la precedente (EMR) l'infiltrazione della sottomucosa ma la lesione (di solito si tratta di formazioni che hanno dimensioni maggiori rispetto a quelle che vengono rimosse con la EMR) viene asportata in un unico pezzo attraverso l'utilizzo di particolari bisturi che vengono introdotti attraverso il canale operatore degli strumenti endoscopici (gastroscoopi o colonscoopi). La rimozione in un unico frammento consentirà una migliore precisione nell'esame istologico e una

	maggiore percentuale di rimozione completa della lesione stessa. Nelle ore successive all'intervento potrà comparire dolore generalmente controllabile farmacologicamente. La durata della procedura è variabile da una a tre ore (dipende dalle dimensioni e dalla sede della lesione). Può essere necessario il ricovero per alcuni giorni al fine di eseguire un'adeguata osservazione post-procedura.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Trattamento terapeutico nella totalità dei casi. L'eventuale insuccesso della procedura operativa dipenderà dalle condizioni cliniche del paziente e dal tipo di lesione trattata.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Per limitare il disagio generalmente si esegue una sedo-analgesia. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa; la procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sempre sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari 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 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 o attività lavorativa che implichi attenzione per il resto della giornata.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Impossibilità all'asportazione endoscopica della lesione in accertamento.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano 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. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro. La perforazione si verifica in circa il 5-10% delle ESD del colon e fino ad un 5 % delle EMR. La maggior parte delle perforazioni è immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura; può comunque rendersi necessario l'intervento chirurgico nel caso di mancata risoluzione endoscopica. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0,25 %).
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	In alternativa a queste procedure endoscopiche è possibile eseguire un intervento chirurgico che è più invasivo e spesso richiede tempi di esecuzione e di degenza maggiori.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale medico ed infermieristico della Struttura Semplice di Gastroenterologia Generale e Multimodale.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO