

**INFORMATIVA relativa al consenso per:
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGDS)
CON TRATTAMENTO VARICI ESOFAGEE**

Nome del paziente:

Nato/a a **il**/...../.....

Nazionalità.....**Lingua parlata**.....

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

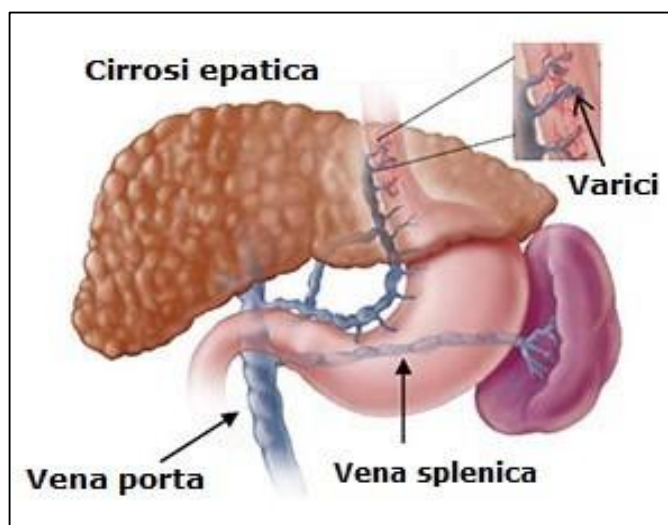
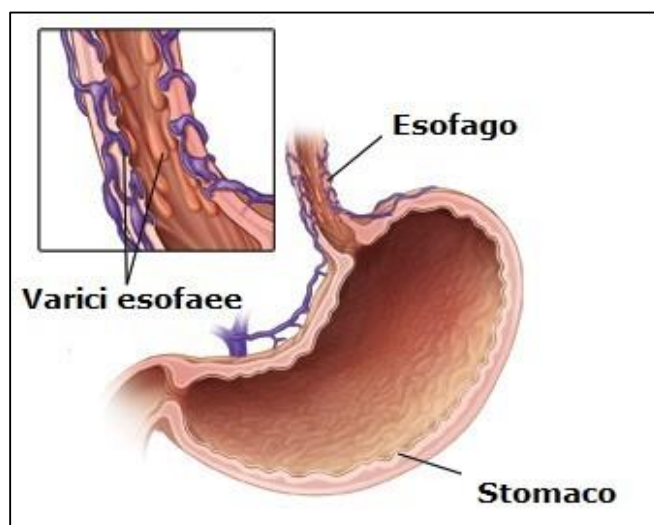
Gentile Paziente,

in base al suo quadro clinico è stata posta indicazione all'esecuzione di esofagogastroduodenoscopia (egds) con trattamento varici esofagee.

**1. PERCHE' SI
ESEGUEN**

Le varici esofagee rappresentano una grave condizione patologica caratterizzata dalla formazione di varici (ectasie vascolari) a carico delle vene del plesso sotto-mucoso dell'esofago.

Le varici esofagee e/o gastriche sono dilatazioni venose simili a quelle che si osservano agli arti inferiori, dovute ad una alterazione delle pressioni del circolo epatico ed addominale chiamata "ipertensione portale". Queste varici possono andare incontro alla rottura spontanea con sanguinamento imponente, un evento in grado di mettere a serio rischio la vita del paziente.



Per questo c'è l'indicazione al loro trattamento, soprattutto come prevenzione della rottura (quando vengono rilevate varici con caratteristiche tali da dover essere trattate endoscopicamente), ma anche in urgenza, quando l'emorragia è in atto¹.

La formazione delle varici è una pericolosa complicanza che si riscontra frequentemente in pazienti con patologia epatica (cirrosi epatica).

E' legata ad un aumento della pressione venosa (ipertensione portale) che si determina proprio a causa della malattia che interessa il fegato: parte del sangue proveniente dall'intestino non riesce a passare

attraverso il fegato (che normalmente filtra il sangue) ma viene deviato lungo le vene di stomaco ed esofago.

Un paziente con cirrosi epatica e varici esofagee ha una probabilità di avere una emorragia digestiva per rottura delle varici di circa il 20% entro 2 anni dalla diagnosi di varici. Il paziente che sanguina ha ancora oggi una probabilità di morire oscillante tra il 10 e il 20% ⁽ⁱⁱ⁾.

Le varici esofagee non determinano alcuna sintomatologia clinica; la diagnosi viene effettuata con una gastroscopia diagnostica (raccomandata come screening in pazienti affetti da patologia epatica) o in regime di urgenza, quando la loro rottura determina imponenti emorragie digestive (fuoriuscita di sangue dalla bocca o eliminazione attraverso l'intestino, con riscontro di feci nerastre).

Il trattamento endoscopico consiste nella cosiddetta “legatura elastica” delle varici esofagee o nella “sclerosi”; attualmente la **legatura elastica** rappresenta la procedura endoscopica di scelta in elezione che in urgenza.

2. COME SI ESEGUE

2.1 Cenni di tecnica

La legatura elastica

La tecnica della legatura è ormai ben standardizzata e generalmente ben tollerata; viene preceduta dalla gastroscopia che permetterà di valutare le caratteristiche delle varici e la presenza di eventuali altre patologie a carico dell'esofago, stomaco e duodeno.

Il “legatore” viene montato su un gastroscopio e la varice aspirata all'interno di un cilindro trasparente posto sulla punta dell'endoscopio stesso, successivamente viene rilasciato un

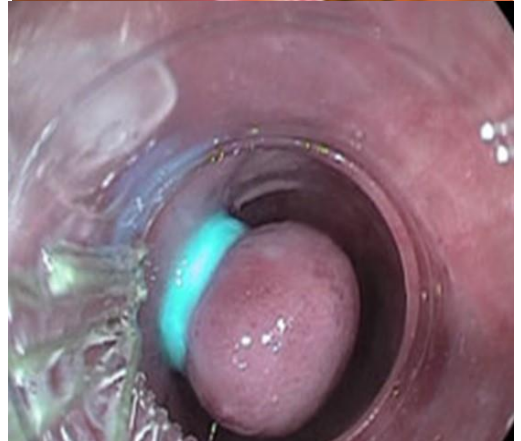
elastico che stringe la varice.

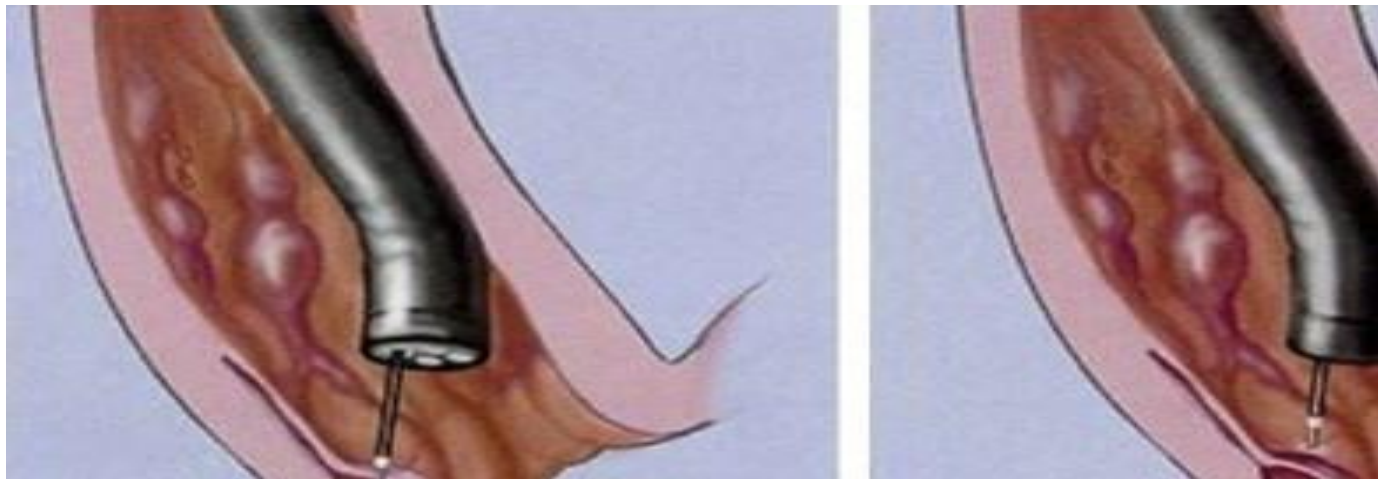
Si procede alla legatura dalla regione cardiale (esofago terminale) in senso craniale per 6-8 cm ⁽ⁱⁱⁱ⁾. La varice legata, ovvero “strozzata”, va incontro a fenomeni di necrosi dopo 24 ore; dopo 3-7 giorni tutti i lacci cadono lasciando al loro posto delle ulcere che si risolvono dopo circa 3 settimane, formando delle cicatrici.

Per ottenere una completa scomparsa di tutte le varici (eradicazione) sono generalmente necessarie diverse sedute endoscopiche che vengono programmate ogni 2-3 settimane.

La completa scomparsa di tutte le varici è importante per prevenire le recidive emorragiche.

In rari casi l'eradicazione delle varici può non essere possibile, solo allora verrà proposto un trattamento alternativo come quello con **iniezione di colla** (es. cyanoacrilato) o **glubran**).





Modalità di esecuzione

Entrambi i trattamenti vengono effettuati in sedoanalgesia o in sedazione profonda (in quest'ultimo caso con assistenza anestesilogica che le fornirà ulteriori informazioni in merito) che l'aiuterà a tollerare meglio la procedura, generalmente in regime di ricovero ospedaliero. Quindi prima dell'indagine verrà incannulata una vena del braccio che consentirà la somministrazione del farmaco sedativo. Se l'indagine è programmata è indispensabile mantenere il digiuno dalla mezzanotte precedente.

Prima di iniziare la procedura vengono rilevati i parametri vitali (frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e pressione arteriosa).

Prima dell'inizio dell'esame è opportuno informare il medico se si hanno allergie o se si effettuano cure abituali e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali.

E' importante che tutte le donne in età fertile comunichino un'eventuale gravidanza o l'allattamento.

Nel caso il paziente sia portatore di protesi dentaria mobile, questa andrà segnalata e rimossa prima di iniziare.

Il paziente viene posto sul fianco sinistro in posizione confortevole, gli verrà appoggiato fra i denti un accessorio chiamato boccaglio per mantenere la bocca aperta e poi durante l'esame, il medico introdurrà l'endoscopio attraverso la bocca e la gola fino all'esofago, stomaco e duodeno. Lo strumento non ostacola la respirazione. L'esame è di solito di breve durata.

Metodiche alternative

L'alternativa è rappresentata dalla TIPS, una procedura radiologica interventistica che si esegue posizionando nel fegato un tubicino che crea una via alternativa al flusso del sangue sgonfiando così le varici. La TIPS non è però non priva di rischi e controindicazioni.

Se dovesse rinunciare a sottoporsi alla legatura/sclerosi delle varici le verrà proposto come alternativa l'utilizzo di alcuni farmaci, i beta-bloccanti, che riducono il rischio di emorragia; hanno pari efficacia nelle forme iniziali ma possono avere effetti collaterali e/o indesiderati.

Inoltre è importante che sappia che la rinuncia a qualsiasi trattamento delle varici potrà avere come conseguenza l'ingrandimento delle varici sino alla loro possibile rottura.

Quali sono le complicanze

- Dopo la legatura o la terapia iniettiva con colla delle varici esofagee possono insorgere febbre e/o modesti dolori al torace e alla parte superiore dell'addome, modesta disfagia che si risolvono spontaneamente con antidolorifici.
- Sia la legatura che l'iniezione di colla nelle varici provocano delle ulcere della mucosa dell'esofago che tendono a ripararsi gradualmente. La caduta precoce delle piccole croste (escare) rappresenta la complicanza più grave (circa il 3% dei casi) perché può causare un nuovo sanguinamento che a volte si arresta spontaneamente, ma può anche richiedere un nuovo trattamento endoscopico in urgenza
- (farmaci, sclerosi, tamponamento con sonda a palloncino)
- La difficoltà alla deglutizione tende a scomparire dopo alcuni giorni e solo la sua persistenza per tempi lunghi può indicare la presenza di un restringimento dell'esofago conseguente al trattamento. A questa complicanza si può facilmente porre rimedio per via endoscopica.
- Complicanze più gravi, come la perforazione, sono molto più rare, sono descritte anche rare infezioni del mediastino
- Possono inoltre verificarsi reazioni indesiderate ai sedativi somministrati come insufficienza respiratoria e/o cardiaca (specie in pazienti anziani o affetti da gravi malattie cardiache o respiratorie)

- Se il trattamento di legatura/terapia iniettiva viene effettuato in regime di urgenza, il rischio di insuccesso e di mortalità aumenta

8. RIFERIMENTI BIBLOGRAFICI

- ⁱ Roberto de Franchis Expanding consensus in portal hypertension Report of the Baveno VI Consensus Workshop: Stratifying risk and individualizing care for portal hypertension Journal of Hepatology 2015 vol. 63 743–752
- ⁱⁱ Dell’Era A, de Franchis R, Iannuzzi F. Acute variceal bleeding: pharmacologic treatment and primary-secondary prophylaxis. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2008;22:279-294.
- ⁱⁱⁱ Jalan R, Hayes PC. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. Gut 2000 46 (suppl. III) 1-15.
- Karstensen JG et al. Endoscopic treatment of variceal upper gastrointestinal bleeding: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. Endosc Int Open. 2020 Jul;8(7):E990-E997

Io sottoscritto.....(firma del paziente) dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all’atto sanitario consigliatomi.

Data della restituzione.....timbro e firma del medico.....

