 <p>Sistema Socio Sanitario Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p><b>INFORMATIVA</b> <b>ESD</b></p>	<p><b>AST_END_508_Ed00</b></p>
		<p>Approvazione: Direttore Dipartimento Epato-Gastro Metabolico</p>
		<p>Data di Emissione: 12.01.2022</p>

**INFORMATIVA relativa al consenso per:  
DISSEZIONE ENDOSCOPICA SOTTOMUCOSA (ESD)**

**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 procedura di dissezione endoscopica sottomucosa (ESD)

**1. COS'È L'ESD?**

Negli ultimi anni si sono sviluppate tecniche di endoscopia "potenziata" (magnificazione, colorazioni, sistemi ottici ed elettronici di enfattizzazione dell'immagine) che hanno reso possibile la diagnosi precoce dei tumori dell'apparato digerente con maggior frequenza rispetto al passato. Di conseguenza sono stati sviluppati dapprima in Giappone e successivamente anche negli altri paesi metodiche endoscopiche più complesse e raffinate, dei veri e propri interventi microchirurgici, per rimuovere questi tumori "dall'interno".

**1.1 Indicazioni dell'ESD**

Lesioni con un'alta probabilità di essere dei tumori superficiali. La dissezione è infatti curativa solo se la lesione interessa la sottomucosa in modo superficiale. In caso di interessamento profondo è necessario un intervento chirurgico tradizionale. Le sedi dove generalmente è praticata sono il retto e lo stomaco. E' possibile tuttavia effettuarla in altre parti dell'apparato digerente come esofago e colon.

**2. COME SI ESEGUE L'ESD?**

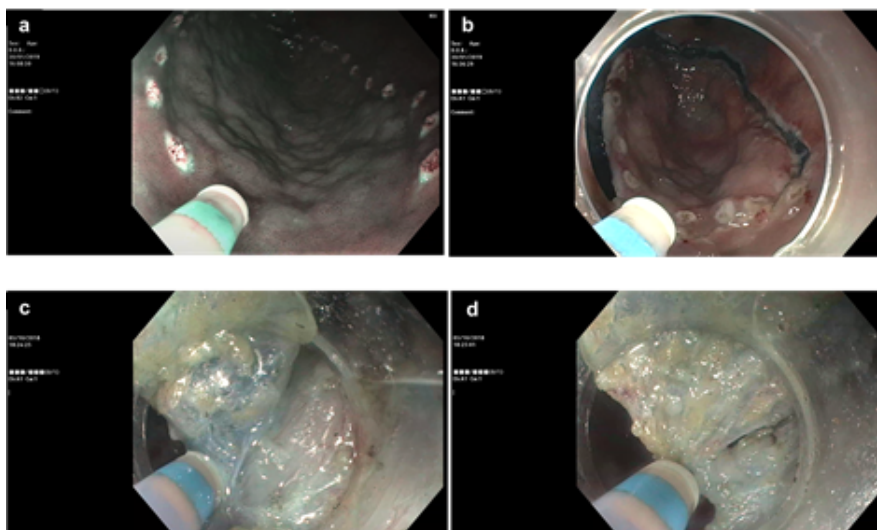
La ESD è una procedura invasiva eseguita in corso di esafogo-gastro-duodenoscopia (EGDS) o di retto-sigmoidocolonscopia. Esistono varie tecniche di esecuzione, ma tutte hanno in comune il distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa, con un ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione.

Per l'esecuzione dell'ESD sono necessari, oltre ad accessori normalmente in dotazione ai servizi di Endoscopia (aghi da iniezione, cappucci trasparenti, clip metalliche), dei piccoli "bisturi ad ago" dedicati per la dissezione sottomucosa, e delle pinze monopolari da coagulazione. Gli aghi diatermici per la dissezione sottomucosa hanno ciascuno delle specifiche peculiarità.

La ESD rimuove i tumori in *tre fasi*:

1. iniettando un fluido, di solito ad elevata persistenza nella parete gastrica o del colon. Questo consente di aumentare lo spessore della parete riducendo il rischio di perforazione.
2. incidendo la mucosa (strato superficiale) circostante la lesione
3. effettuando una dissezione del tessuto connettivo della sottomucosa al di sotto della lesione.

La durata della procedura è variabile da una a tre ore (dipende dalle dimensioni e dalla sede della lesione).



### 3. PREPARAZIONE ALLA ESD


La procedura viene effettuata in regime di ricovero ordinario o Day Surgery in funzione della complessità dell'intervento. La preparazione è la stessa che si effettua per la gastroscopia o la colonscopia (si rimanda ad informative specifiche per l'esame). La ESD sarà eseguita in sedazione profonda / anestesia generale con assistenza anestesiológica pertanto l'anestesista Le fornirà ulteriori informazioni in merito e Le chiederà un consenso specifico. Prima dell'indagine verrà incannulata una vena del braccio che consentirà la somministrazione del farmaco sedativo.

Talvolta nelle procedure del colon può essere raccomandata una profilassi antibiotica.

Prima di iniziare la procedura vengono rilevati i parametri vitali (frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e pressione arteriosa). La procedura viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente.

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' indispensabile il digiuno da almeno 12 ore. Se in corso terapia con anticoagulanti e/o antiaggreganti piastrinici questa andrà modificata in maniera da ridurre al minimo il rischio di emorragie (si rimanda ad altro foglio informativo).

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Santi Paolo e Carlo</p>	<p><b>INFORMATIVA</b></p> <p><b>ESD</b></p>	<p><b>AST_END_508_Ed00</b></p> <hr/> <p>Approvazione: Direttore Dipartimento Epato-Gastro Metabolico</p> <hr/> <p>Data di Emissione: 12.01.2022</p>
---	---	---

***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, il medico introdurrà l'endoscopio sino a raggiungere l'area da trattare.

**4. VANTAGGI DELL'ESD**

Con questa tecnica è possibile controllare esattamente il profilo della sezione ed asportare in un unico frammento lesioni superiori ai 2 centimetri. Questo, in caso di tumore, consente di valutare all'esame microscopico se la lesione è asportata completamente assumendo così un significato diagnostico oltre che terapeutico. Con le normali tecniche endoscopiche (mucosectomia) non è possibile chiarire se l'asportazione è stata curativa in quanto l'asportazione avviene in piccoli frammenti.

**5. SVANTAGGI DELL'ESD**

Lo svantaggio di questa tecnica è la sua complessità tecnica. Richiede molto tempo ed abilità e la quota di complicanze è maggiore rispetto alle tecniche tradizionali.

**6. COMPLICANZE DELL'ESD**

L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard.

La complicanza più temibile è la *perforazione* che, dalle più importanti casistiche riportate in letteratura, può avvenire in una percentuale variabile dal 2 al 10%. Spesso però è possibile chiudere la perforazione endoscopicamente con punti metallici (clips).

Il rischio di *emorragia* immediata è di circa il 10% mentre il sanguinamento tardivo avviene nell'1.5-14% dei casi. Il sanguinamento è di solito controllato con misure emostatiche applicabili con l'endoscopio ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni.

Poiché alla dissezione non segue un tempo di ricostruzione degli strati superficiali della parete, ma la ferita resta aperta a cicatrizzare spontaneamente nel tempo, è frequente nel postoperatorio il verificarsi di piccoli sanguinamenti che provocano emissione di sangue in modica quantità da solo o misto a feci. Tuttavia, sebbene le complicanze siano il più delle volte gestibili endoscopicamente, non si può escludere la necessità del ricorso alla chirurgia d'urgenza. La mortalità è rara (0.25%).

**7. TECNICHE ALTERNATIVE ALLA ESD**

L'alternativa è l'intervento chirurgico che consente una maggiore percentuale di radicalità dell'escissione ma è gravata da un numero maggiore di complicanze e da tempi di esecuzione e di degenza maggiori

**8. RIFERIMENTI BIBLOGRAFICI**

- Pimentel-Nunes P et al. Endoscopic submucosal dissection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. Endoscopy. 2015 Sep;47(9):829-54.

**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.....**