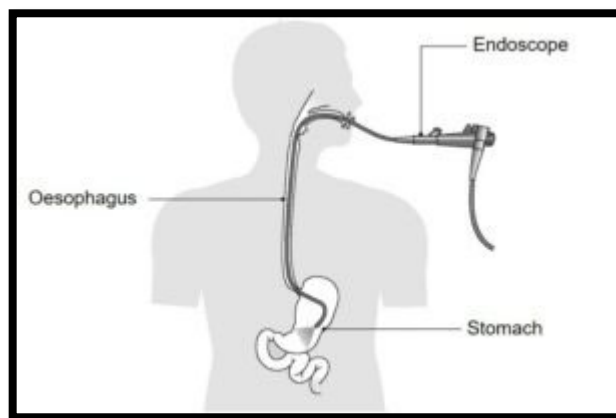


INFORMAȚII PENTRU PACIENȚI IN VEDEREA EFECTUĂRII ENDOSCOPIEI DIGESTIVE SUPERIOARE (GASTROSCOPIE)

Scopul acestui pliant este de a vă ajuta să luați decizia de a efectua o endoscopie digestivă superioară. În cele ce urmează se descrie modalitatea de realizare a acestei proceduri și se explică beneficiile și riscurile asociate. Este important să urmați instrucțiunile de a nu mânca și de a nu bea înainte de procedură. Acest lucru este indicat pentru siguranța dvs. iar dacă recomandările pe care le-ați primit nu sunt respectate este posibil să nu puteți beneficia de procedura indicată și să fie nevoie să reveniți într-o altă zi.

Alături de acest pliant cu informații veți primi și un formular de consimțământ. Avem nevoie de semnătura dvs. pentru a realiza procedura de endoscopie digestivă superioară.



Ce este endoscopia digestivă superioară?

Endoscopia digestivă superioară (EDS) reprezintă metoda de referință pentru evaluarea mucoasei esofagului, stomacului și a primei porțiuni a intestinului subțire (duodenul) în scopul depistării inflamației, ulcerărilor, tumorilor sau altor leziuni de la nivelul tubului digestiv superior. Aceasta investigație permite formularea diagnosticului și ajută la inițierea tratamentului.

De asemenea prin intermediul EDS se pot efectua proceduri terapeutice atunci când este cazul (ex. dilatare, tratamentul hemoragiilor).

Endoscopia digestivă superioară se realizează cu ajutorul endoscopului care este un tub lung, subțire și flexibil ce conține la un capăt o mică camera video și o sursă de lumină. Endoscopul este introdus prin cavitatea bucală și condus prin esofag spre stomac. Imaginile de la nivelul tubului digestiv sunt preluate cu ajutorul camerei video și proiectate pe un monitor (ecran) unde sunt analizate de medic. De asemenea, ele pot fi înregistrate și tipărite. În timpul endoscopiei digestive superioare poate fi

necesară prelevarea de biopsii (mici fragmente de mucoasă). Biopsiile sunt necesare pentru stabilirea caracterului benign sau malign al țesutului examinat. Manevra nu este dureroasă și se execută cu ajutorul unei pense sterile care se introduce prin endoscop. Rezultatul anatomopatologic al probei prelevate este disponibil în aproximativ 21 de zile.

Care sunt beneficiile gastroscopiei?

Cu ajutorul gastroscopiei se poate detecta cauza simptomelor digestive pe care le aveți și astfel se poate decide dacă aveți nevoie de tratament sau de efectuarea altor investigații medicale.

Gastroscopia este indicată în scop:

- diagnostic- pentru a se detecta posibile anormalități sau dacă în urma unei investigații imagistice s-a ridicat suspiciunea unei afecțiuni digestive superioare, efectuarea unei endoscopii va furniza detalii care vor ghida conduita medicală ulterioară
- efectuarea de biopsii ale mucoasei digestive superioare
- tratament – îndepărtarea unor formațiuni de la nivelul tubului digestiv
- ca investigație de control în cazul unor afecțiuni anterioare ale esofagului sau stomacului

Care sunt riscurile potențiale ale endoscopiei digestive superioare?

EDS este în general o procedură sigură și bine tolerată, atunci când este efectuată conform indicațiilor și standardelor medicale.

Complicațiile care pot apărea în timpul gastroscopiei pot fi determinate de:

- investigația endoscopică propriu-zisă
- complicații ale sedo-analgeziei

Cel mai frecvent apar reacții datorate medicamentelor folosite pentru sedare (și anume senzație de greață, uscăciunea gurii, urticarie) sau la locul punctiei intravenoase (umflătură, roșeață), dar acestea sunt de scurtă durată.

Sedarea poate fi asociată cu reacții adverse și complicații rare, inclusiv reacții alergice, tulburări respiratorii sau cardiovasculare, motiv pentru care pacientul este monitorizat permanent pe durata procedurii.

Sedarea poate de asemenea cauza pneumonia de aspirație, o infecție care apare prin aspirarea în plămâni de mici bucăți de alimente. De aceea este foarte important ca stomacul dvs. să fie gol înainte de gastroscopie.

În legătură cu investigația propriu-zisă poate apărea durerea în gât, deteriorarea dinților sau a lucrărilor dentare (pentru a reduce acest risc dinții dvs. vor fi protejați cu o piesă bucală).

În general complicațiile endoscopiei digestive superioare diagnostice sunt rare. Per ansamblu rata complicațiilor este cuprinsă între 0,02% și 0,2% (sub 1 la 500 cazuri). Mortalitatea asociată acestei manevre este extrem de rară și în general asociată cu prezența bolilor grave (0,003%).

Complicațiile posibile sunt reprezentate de: sângerare (0,15% din cazuri), perforația (rar raportată în timpul endoscopiei diagnostice), complicațiile infecțioase pentru

pacienții cu afecțiuni valvulare cardiace (risc de endocardita estimat la 1 din 5-10 milioane de pacienți), complicații secundare anesteziei / sedării profunde (descrise mai sus).

În cazul în care survine o asemenea complicație, veți fi nevoit să rămâneți în spital. Intervenția chirurgicală și/sau transfuzia de sânge ar putea fi necesare.

Există totuși o posibilitate redusă ca o leziune canceroasă să nu fie văzută de către medic la examinarea endoscopică. .

Situații speciale (se aplică doar pentru pacienții ce vor efectua endoscopie terapeutică)

Endoscopia terapeutică presupune efectuarea de manevre de tratament endoscopic în timpul procedurii. Acestea pot fi efectuate în urgență (exemplu - hemoragie digestivă, extracție de corpi străini) sau programate (exemplu - dilatare esofagiană, excizia polipilor). Este posibil ca în timpul manevrei să fie necesară sedarea (adormirea) Dvs și intubarea orotraheală de către medicul anestezist pentru a preveni riscul de aspirație (în cazul hemoragiilor digestive importante).

În cele ce urmează sunt enumerate complicațiile importante asociate cu anumite manevre terapeutice endoscopice:

• Rezecția endoscopică (polipi, leziuni la nivelul esofagului, stomacului, duodenului) și prelevare biopsie / biopsii

cele mai importante complicații asociate rezecției endoscopice sunt perforația digestivă (pana la 0,2% din cazuri) și sângerarea (pana la 0,15% din cazuri). În cazul în care survine o asemenea complicație veți fi nevoit să rămâneți în spital. Intervenția chirurgicală ar putea fi necesară.

• Dilatarea esofagiană

În general dilatarea cu balon presupune riscuri mai mici decât dilatarea cu bujii

- risc de perforație a esofagului: în mod normal cuprins între 0,1 și 0,4% din cazuri; riscul de perforație este mai mare pentru dilatarea stenozelor cauzate de ingestia de substanțe caustice (0,8%) și în cazul plasării unei endoproteze (3,6%). Riscul de perforație devine important în cazul dilatării unei stenoze maligne (10%).

- riscul de sângerare: majoritatea sângerărilor după dilatare sunt nesemnificative și se opresc spontan. Acesta poate preveni important în cazul plasării de proteze pentru afecțiunile tumorale ale esofagului.

- disecția (ruperea) mucoasei: este o complicație rară ce poate trece neobservată. Se poate manifesta ca durere în piept, persistentă. Dacă durerea persista trebuie să vă adresați medicului Dvs curant.

- abcesul: reprezintă o complicație foarte rară; poate fi localizat în jurul esofagului sau în zona mediastinului (zona inimii).

• Terapia hemoragiei digestive

- hemoragia digestivă este o afecțiune serioasă ce poate avea urmări importante dacă

nu se intervine pentru oprirea acesteia. Riscul cel mai important al unei hemoragii digestive este de deces, ce este în directă relație cu vârsta, gravitatea hemoragiei, cauza hemoragiei și afecțiunile (bolile) asociate (cardiace, pulmonare, neurologice, hepatice, renale).

- este posibil ca manevra endoscopică și tratamentul medicamentos să nu poată opri hemoragia digestivă fiind nevoie de tratament specific de terapie intensivă și chiar intervenție chirurgicală.

Cele mai importante riscuri ale terapiei endoscopice în hemoragia digestivă sunt:

- pneumonia de aspirație - atunci când riscul de aspirație al conținutului stomacului este considerat a fi crescut medicul poate decide sedarea și intubarea respiratorie pentru a preveni acest risc

- perforația - până la 0,2% din cazuri în special atunci când se utilizează catetere de coagulare

- resângerarea - în cazul hemoragiilor importante și în special al celor din varice esofagiene se poate produce resângerarea ce va necesita fie repetarea terapiei endoscopice, fie alte proceduri specifice

- complicații cardiace - foarte rar întâlnite atunci când se injectează cantități mari de adrenalină la locul hemoragiei

• **Bandarea endoscopică sau injectarea varicelor gastroesofagiene** se pot însoți de următoarele riscuri: durere la înghițit, durere în piept după procedură, febră.

La locul tratamentului se pot forma stenoze / stricturi, ulcere ce uneori pot sângera. În timpul sau după procedură se pot produce perforația esofagului, pleurezie (lichid în pleură), pericardită (lichid în jurul inimii), mediastinită (inflamația/infecția sacului ce conține inima).

De asemenea, manevra poate fi însoțită de pneumonie de aspirație, infecție generalizată.

Acest risc este diminuat de administrarea de antibiotic.

Tratamentul endoscopic al hemoragiei din varice gastroesofagiene se poate însoți de resângerare secundară alunecrii spontane a unui inel ce poate fi fatală. Acest risc poate fi diminuat prin evitarea tușitului, a efortului fizic imediat după tratament și prin repaus alimentar total timp de minim 4 ore după procedură.

• **Montare gastrostomă endoscopică percutană (PEG)/ gastrojejunostomă endoscopică percutană (PEG-J) este o procedură pentru introducerea endoscopică a unui tub de alimentare în stomac prin peretele abdominal.**

Aceasta se poate însoți de următoarele complicații:

- complicații majore apar în medie la 1 - 4%, cum ar fi aspirația bronhopulmonară,

fistula gastrocolică , hemoragia, peritonita, migrarea tubului (externă, internă, obstrucția intestinală) , dilatația acută gastrică sau fasciita necrozantă.

- complicații ușoare apar la 4-13%, cum ar fi infecția locală, pneumoperitoneul, emfizemul subcutanat benign sau colmatarea sondei.

De asemenea, procedura poate fi însoțită de pneumonie de aspirație, infecție locală sau generalizată. Acest risc este diminuat de administrarea de antibiotic.

• **Endoscopia digestivă superioară cu lumină în bandă îngustă și magnificație**, reprezintă o metodă nouă de diagnostic endoscopic ce permite vizualizarea cu acuratețe a mucoasei digestive și mărirea imaginii de până la 115 ori. Aceasta metodă se realizează din punct de vedere tehnic în același mod cu o endoscopie digestivă superioară obișnuită și nu presupune administrarea de substanțe de contrast suplimentare.

În timpul investigației, dacă este necesar, se vor preleva mici fragmente bioptice (biopsii) “țintite”, care vor fi ulterior studiate la microscop de către medicul anatomopatolog.

Dacă aveți întrebări suplimentare sau neclarități cu privire la endoscopia digestivă superioară, vă rugăm să discutați aceste aspecte cu medicul endoscopist înainte de a efectua examinarea.

Care sunt alternativele ?

Tranzitul baritat (un examen imagistic bazat pe raze X, se utilizează o substanță de contrast) este o investigație alternativă dar implică expunere la radiații . Nu poate să ofere aceleași informații ca endoscopia și nu se pot preleva biopsii.

Cum vă pregătiți pentru endoscopia digestivă superioară?

Pregătirea pentru endoscopie - pentru reducerea riscului de aspirație pulmonară și pentru obținerea unei examinări de calitate:

NU mâncați nimic cu cel puțin 6 ore înainte de procedură

NU beți lichide cu cel puțin 2 ore înainte de procedură.

NU consumați cafea, lapte, NU fumați și NU mestecați gumă în ziua procedurii

Dacă sunteți programat la o colonoscopie în același timp cu gastroscopia, urmați instrucțiunile pentru pregătirea intestinului .

Vă rugăm să informați medicul

- dacă aveți alergii, afecțiuni pulmonare sau cardiace, dacă ați mai fost anesteziat/sedat și ați tolerat dificil procedura.
- dacă sunteți diabetic. Este posibil să aveți nevoie de ajustarea dozelor de medicație antidiabetică(tablete sau insulină) pentru a evita hipoglicemia. Dacă aveți diabet de tip 2 controlat doar prin dietă, nu aveți nevoie de precauții suplimentare

- dacă urmați tratament anticoagulant (ex. Trombostop, Sintrom) sau antiagregant plachetar(ex.aspirină, Plavix, Trombex). Nu întrerupeți medicația din proprie inițiativă. Necesitatea întreruperii, continuării sau înlocuirii tratamentului va fi stabilită de medicul curant și/sau medicul care recomandă investigația.

Uneori medicația anticoagulantă trebuie întreruptă dar acest lucru se face doar de către medicul care a indicat gastroscopia scopia care vă va da indicații clare. Pentru siguranța dvs.,dacă instrucțiunile primite nu au fost respectate, există posibilitatea ca procedura endoscopică să nu poată fi efectuată și să fie nevoie de o programare în altă zi.

Riscul întreruperii medicației anticoagulante variază foarte mult în funcție de mulți factori incluzând afecțiunea pentru care luați aceste medicamente, alte patologii asociate precum și durata și complexitatea procedurii endoscopice.

Principalele riscuri ale opririi medicației anticoagulante sunt:

- risc de accident vascular cerebral (AVC) sau embolism sistemic (cheag de sânge la nivelul arterelor cerebrale, a membrelor sau intestinale)
 - risc de tromboză venoasă profundă și/sau embolism pulmonar (cheag de sânge la nivelul venelor membrelor inferioare sau plămâni)
 - risc de cheag de sânge la nivelul valvei artificiale mecanice cardiace
 - risc crescut de sângerare după procedura endoscopică datorată reluării medicației anticoagulante
- despre medicația Dvs curentă .Veți lua tratamentul conform indicațiilor medicului prescriptor dupa schema stabilită cu o cantitate mică de apă.

Injectiile săptămânale pentru pierdere în greutate de tipul GPL-1 Tirzepatide (Mounjaro), semaglutide (Wegovy) ar trebui oprite cu o săptămână înainte de procedură, dacă este posibil.

Medicația de reducere a acidului gastric (inhibitorii de pompă de protoni IPP) se recomandă să fie oprită cu 2 săptămâni înainte de efectuarea gastroscopiei.

Cum va decurge endoscopia digestivă superioară (gastroscopia)?

- Medicul vă va explica în amănunt în ce constă procedura și va răspunde la orice întrebare a dvs.
- Trebuie să înțelegeți motivul efectuării EDS și riscurile posibile.
- Veți fi solicitat să semnați formularul de consimțământ informat care va permite medicului să efectueze investigația.
- Vi se vor măsura semnele vitale de bază pentru ca echipa medicală să se asigure că starea dvs. de sănătate permite efectuarea procedurii în siguranță.Dacă procedura se va efectua sub sedare, vi se va monta o branulă la nivelul unei vene .
- Vi se va solicita să îndepărtați protezele dentare sau piercing-ul de la nivelul limbii
- Endoscopia digestivă superioară poate fi efectuată cu sau fără sedare, în funcție de indicația medicală, particularitățile pacientului și posibilitățile organizatorice ale unității sanitare.

Endoscopie fără sedare:

Se efectuează cu pacientul treaz. Pentru reducerea senzației neplăcute, se face o anestezie locală folosind un spray cu anestezic. Senzația pe care o veți resimți este similară unei anestezii stomatologice.

După introducerea gastroscopului, cele mai frecvente senzații pe care le veți resimți sunt de presiune pe măsură ce tubul endoscopului avansează spre stomac, un ușor reflex de vomă și o iritare trecătoare la nivelul gâtului. Respirația se desfășoară normal. Majoritatea pacienților tolerează bine investigația. Recuperarea este imediată, fără restricții majore, permițându-vă să plecați acasă imediat după primirea rezultatului investigației. Nu aveți nevoie de un însoțitor și puteți conduce vehicule în aceeași zi. Este recomandat să nu mâncați sau să beți până când efectul anestezic de la nivelul faringelui nu a trecut (aproximativ 40 - 60 minute). După aceea veți putea bea și mânca normal (evitați alimentele fierbinți în ziua procedurii)

Sedarea ușoară sau analgo-sedare - este o sedare conștientă - cu administrare intravenoasă a unor substanțe cu efect de relaxare, produce o ușoară somnolență, are efect de liniștire, de calmare a anxietății, este posibil să nu vă amintiți anumite momente din timpul investigației, fără afectarea memoriei.

Sedarea profundă (ex : cu Propofol) - administrare intravenoasă a unor medicamente care induc un somn profund. Dacă se indică această anestezie, veți avea nevoie obligatoriu de un consult preanestezic, pentru a fi evaluat de către un medic anestezist. În timpul acestui consult, medicul anestezist va solicita informații detaliate despre starea dvs. clinică, bolile de care suferiți, medicamentele și suplimentele alimentare pe care le consumați în mod obișnuit. Este posibil ca acesta să recomande întreruperea unor tratamente, pentru a minimiza riscul unei sângerări sau pentru a reduce riscul de interacțiuni medicamentoase cu substanțele folosite pentru anestezie.

- Asistentul medical va asigura o linie venoasă, prin care ulterior se va injecta medicația. La nivelul nărilor vi se va monta o mască sau tuburi din silicon moale prin care se va administra oxigen. O manșetă de tensiometru vi se va pune pe braț, iar la un deget vi se va prinde un clip (pulsoximetru). Acestea permit medicului și echipei medicale să monitorizeze tensiunea arterială, ritmul cardiac și nivelul oxigenării pe parcursul investigației.
- Procedura cu sedare profundă este frecvent urmată de o perioadă scurtă de somn.
- În timpul investigației veți sta culcat pe partea stângă. În cavitatea bucală vi se va aplica o piesă de plastic prin care se va introduce ulterior endoscopul și care vă împiedică să mușcați instrumentul.
- Saliva și alte secreții care se produc în timpul procedurii vor fi aspirate cu un aspirator similar celui folosit în stomatologie
- În timpul investigației, dacă este necesar, se vor preleva fragmente biotice (biopsii), care vor fi ulterior studiate la microscop de către medicul anatomopatolog.

Fragmentele bioptice sunt fragmente de mucoasă de dimensiuni mici (2-4 mm), Prelevarea biopsiilor nu este în mod obișnuit dureroasă și nu produce leziuni semnificative.

- După terminarea procedurii, care durează între aproximativ 15 și 30 minute veți fi dus în camera de recuperare, unde starea Dvs. va fi monitorizată în continuare. După dispariția efectului sedării veți fi condus/a în salonul de internare.
- Trebuie să fiți însoțit de o persoană cunoscută în cazul în care veți merge acasă în aceeași zi cu investigația, nu aveți voie să șofați , să operați sisteme automatizate sau să luați decizii cu caracter legal timp de 24 ore.
- După efectuarea endoscopiei este posibil să aveți balonări. Aceasta este normal, deoarece în timpul manevrei se insuflă aer în tubul digestiv pentru o mai bună vizualizare. Aceste fenomene vor dispărea în câteva ore. Plimbarea vă va ajuta să eliminați disconfortul.

De asemenea, este posibil să simțiți usturimi în gât datorită trecerii (pasajului) endoscopului.

Această sensibilitate poate dura până la 48 de ore.

- Pentru siguranța dvs., după anestezia locală cu spray, nu aveți voie să mâncați sau să beți nimic aproximativ o oră după efectuarea procedurii până când sensibilitatea de la nivelul cavității bucale și a gâtului va reveni la normal.

Atenție! primul lichid pe care îl beți după procedură să fie rece și să sorbiți înghițituri mici.

- Medicamente antialgice , precum paracetamolul, pot fi utilizate conform prospectului

Semne de alarmă după efectuarea endoscopiei digestive superioare

Contactați de urgență medicul curant sau prezentați-vă la cea mai apropiată unitate de primiri urgente în cazul apariției următoarelor simptome:

- durere toracică sau abdominală intensă;
- dificultăți de respirație;
- febră sau frisoane;
- vărsături cu sânge;
- scaune negre abundente (melenă);
- amețeli importante, lipotimie sau alterarea stării generale.