

Prof. Antonio Iannetti

Gastroenterologo Endoscopista Digestivo
Specialista in Gastroenterologia Malattie
del Fegato e Medicina Interna
Cell. +39.335.6935321 fax 06.233.297.473
antonio@iannetti.it www.iannetti.it

li

Consenso informato relativo alla **dilatazione di stenosi del canale digestivo, al posizionamento di endoprotesi** e alla **dilatazione pneumatica anale “one shot”**.

INDICAZIONI

La dilatazione mediante palloncini o il posizionamento di protesi espandibili (Stent) rappresenta un'opzione terapeutica per risolvere le occlusioni (stenosi) benigne o maligne dell'esofago, del duodeno o del colon-retto. Scopo delle procedure è quella di ripristinare la pervietà del lume del viscere. La dilatazione pneumatica anale “one shot” è una procedura alternativa alla sfinterotomia anale chirurgica per il trattamento delle ragadi. Per quest'ultimo tipo d'intervento, il Paziente deve sapere che esiste il rischio di una possibile incontinenza ai gas e alle feci liquide.

CONSIGLI PER LA PREPARAZIONE ALL'ESAME

Le procedure, se eseguite in elezione, devono essere precedute da un'adeguata preparazione del tratto gastroenterico interessato, dunque si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico e la preparazione secondo specifica indicazione del Medico per la procedura da eseguire sul colon. Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo Specialista di riferimento. In condizioni cliniche particolari, può rendersi necessario l'utilizzo di farmaci che permettano il ripristino di valori adeguati dei test di coagulazione.

MODALITA' DI ESECUZIONE

Dilatazione di stenosi

La dilatazione (sotto controllo endoscopico o endoscopico/radiologico) avviene inserendo, su un filo guida, precedentemente posizionato oltre il tratto stenotico, un dilatatore che può essere idropneumatico (palloncino a dilatazione progressiva a riempimento di acqua, aria o mezzo di contrasto) o meccanico (sonda rigida di calibro progressivo). Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della patologia, in quanto la dilatazione, per essere sicura ed efficace, deve essere lenta e graduale. La dilatazione delle stenosi ha come complicanze la perforazione e l'emorragia, con tasso percentuale che varia a seconda del tratto di viscere interessato; nel tubo digerente superiore il tasso totale è compreso tra lo 0,1 e 0,4%.

Tali percentuali aumentano nel caso di dilatazione pneumatica per acalasia esofagea, raggiungendo valori compresi tra 1,6 e 8%. La mortalità varia dallo 0,1 allo 0,5%. Nel caso di dilatazioni di stenosi coliche, la tecnica ha rischio di perforazione (circa 2%) ed emorragia (<1%). La mortalità è inferiore allo 0,05%.

Posizionamento di endoprotesi

L'endoprotesi (Stent) è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. La manovra di posizionamento avviene sotto visione radiologica e/o endoscopica e consiste nell'inserire l'endoprotesi su filo guida attraverso il tratto stenotico. Le patologie dell'apparato digerente (tratto esofago-gastroenterico) che possono richiedere il trattamento con endoprotesi sono le stenosi benigne, le fistole e la palliazione delle stenosi maligne inoperabili.

Nel posizionamento di endoprotesi del tratto digestivo superiore possono verificarsi complicanze precoci (2-12%) rappresentate da: aspirazione di materiale gastro-enterico nelle vie respiratorie, difficoltà respiratoria da compressione tracheale, sanguinamento e perforazione; complicanze tardive sono l'ostruzione (14-27%), la fistolizzazione (fino al 6%) e la dislocazione della protesi (3-20%). La mortalità è inferiore all'1%.

Le complicanze più frequenti nel posizionamento di endoprotesi coliche sono la perforazione (circa 7,5% dei casi), l'occlusione dello stent (circa 12% dei casi), la migrazione della protesi (1-10% dei casi) e l'emorragia (circa 4% dei casi). La mortalità oscilla dallo 0,1 allo 0,6%.

Dilatazione pneumatica anale "one shot" per la terapia delle ragadi anali

Divulsione anale, sfinterotomia anale interna e sottomucosa e dilatazione anale pneumatica endoscopica.

Si tratta di tre metodi di terapia particolarmente indicati per la ragade anale, in base al concetto fisiopatologico che l'eccessivo tono sfinteriale del canale anale sia responsabile della stasi venosa, della patologia emorroidaria e della mancata cicatrizzazione delle ragadi.

La divulsione anale consiste nell'introduzione lenta ma progressiva e decisa di otto dita nell'ano. Questa viene eseguita in anestesia e sarebbe in grado di creare delle lacerazioni delle fibre che compongono i fasci anulari che, secondo la teoria delle bande fibrose, sarebbero i responsabili della patologia emorroidaria interna. Dopo la divulsione all'interno dell'ano viene lasciato un grosso tampone che è rimosso dopo un'ora. Il Paziente viene dimesso con l'indicazione all'assunzione di lassativi di massa e l'uso di un dilatatore anale.

Le complicanze sono la formazione di lividi e a volte l'incontinenza fecale di vario grado, ma in genere transitorio, se la divulsione è stata eseguita correttamente. Possono osservarsi anche lacerazioni della cute anale e perianale che si riparano però facilmente.

La sfinterotomia anale interna e sottomucosa consiste nella sezione di un certo numero di fibre del muscolo sfintere anale interno, eseguita **a cielo aperto**, dopo parziale rimozione di un lembo di mucosa che lo ricopre, **o a cielo coperto** (sottomucosa), con l'utilizzo di forbici millimetriche. Le possibili complicanze sono l'ascesso anale e l'incontinenza di vario grado. Nel caso della sfinterotomia anale sottomucosa non è possibile valutare con precisione la quantità di muscolo sezionato e pertanto è maggiore il rischio di provocare incontinenza.

La dilatazione pneumatica endoscopica consiste nel dilatare, in un'unica sessione, lo sfintere, determinando una parziale rottura delle fibre dei muscoli sfinteriali, raggiungendo in tal modo, senza il taglio chirurgico, lo stesso effetto terapeutico della chirurgia, permanendo tuttavia il rischio di complicazioni di incontinenza post-operatoria. Il tempo per la procedura è estremamente limitato, di circa 7 minuti in media. La percentuale di guarigione a 6 settimane supera l'80%. Nei pochi studi disponibili non si sono riscontrati danni sfinterici all'ecografia endorettale. Il palloncino consente di superare i limiti di non riproducibilità legati alla dilatazione classica chirurgica, poiché la metodica è standardizzata ed è riproducibile in modo fedele. Si tratta di una terapia promettente, che però richiede un maggior numero di casistiche per essere maggiormente consolidata.

SEDO-ANALGESIA PROCEDURALE DELLE DILATAZIONI ENDOSCOPICHE

Queste procedure possono essere eseguite in sedo-analgesia o con assistenza anestesiológica. In caso di sedo-analgesia senza assistenza anestesiológica i farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa. Nel caso della dilatazione pneumatica anale si utilizzano anche anestetici locali. La procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita 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 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.

Sono stata/o esaurientemente informata/o sulle dilatazioni endoscopiche e sui rischi ad esse connessi. Acconsento a sottopormi alla procedura in questione.

Firma del paziente Data

Il Medico Specialista Endoscopista ha verificato che il paziente ha compreso quanto illustrato.
Firma del Medico Endoscopista Data.....