

Pregătire și informații despre gastroscopie

Vă prezentăm acest material¹ pentru informare și acceptare sub semnătură, având în vedere Legea drepturilor pacientului (Nr. 46/21.01.2003), care are la bază conceptul de autodeterminare ce stipulează faptul că fiecare individ este responsabil nu doar pentru propriile acțiuni, dar și pentru propriul corp și pentru ceea ce permite să se întâmple cu acesta. Prin urmare, orice decizie privind alegerea tratamentului și oricărei manevre medicale aparține pacientului, medicul său acționând în calitate de consilier al acestuia.

Scopul Consimțământului informat este de a-i permite pacientului să ia în considerare, să cântărească și să pună în balanță beneficiile și dezavantajele procedurilor medicale diagnostice sau terapeutice propuse, astfel încât să poată face o alegere rațională între acceptarea sau refuzul procedurii, în cazul de față a gastroscopiei/endoscopiei digestive superioare.

Ce este gastroscopia?

Gastroscopia reprezintă o procedură diagnostică sau terapeutică foarte modernă în timpul căreia se efectuează examenul tubului digestiv superior (esofag, stomac, duoden).

Gastroscopia este în general efectuată pentru investigarea anumitor simptome gastrointestinale precum: sângerarea la nivel gastro-intestinal, durerea abdominală, greața, vărsăturile, modificarea tranzitului intestinal, lipsa poftei de mâncare, scăderea în greutate. De asemenea, este indicată atunci când se suspectează prezența polipilor gastrici sau a tumorilor, inclusiv de natură canceroasă, la acest nivel.

O gastroscopie de control (screening) este necesară a fi efectuată la persoanele cu vârste peste 50 ani și pentru oricine are istoric de polipi sau cancer esofago-gastric în familie (părinți, copii, rude de sânge). Anemia de cauză neprecizată este o altă indicație importantă a gastroscopiei.

Prin intermediul gastroscopiei se pot efectua tratamente la nivelul tubului digestiv superior pentru anumite afecțiuni ce pot preveni evoluția către boli grave (resecția polipilor ce pot evolua către cancer), sau pot preveni o eventuală intervenție chirurgicală (dilatarea stenozelor postcaustice, peptice sau funcționale, tratamentul hemoragiilor de la nivelul tubului digestiv superior).

Gastroscopia este o examinare vizuală a tubului digestiv superior care durează 5-10-20 minute și utilizează un aparat flexibil (asemănător unui furtun) care preia imagini din interiorul esofagului, stomacului și duodenului obținându-se incomparabil mai multe informații decât examinarea radiologică cu bariu. De asemenea, în timpul unei gastroscopii se pot preleva biopsii din leziunile evidențiate, pentru ca țesuturile bolnave să potă fi examinate la microscop.

Este important de știut faptul că anumite leziuni de mici dimensiuni pot fi ratate la examenul gastroscopic și din acest motiv este indicat să reveniți pentru a efectua o nouă gastroscopie dacă medicul Dumneavoastră vă indică acest lucru.

Endoscopia digestiva superioară cu lumină în bandă îngustă și magnificație, reprezintă o nouă metodă de diagnostic endoscopic ce permite vizualizarea cu acuratețe a

¹ Acest material este adaptat după Formularul de consimțământ informat în vederea efectuării gastroscopiei diagnostice și terapeutice recomandat de Societatea Română de Endoscopie Digestivă (SRED).

mucoasei digestive și mărirea imaginii de până la 115 ori. Aceasta metodă oferită de Centrul Medical Țuculanu 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.

Cum trebuie să vă pregătiți pentru gastroscopie?

În vederea efectuării unei gastroscopii de calitate, stomacul trebuie să fie gol și curat, pentru a permite endoscopistului să vadă cu acuratețe întreaga mucoasă. Pregătire corespunzătoare a tubului digestiv se aseamănă cu conducerea unui autovehicul având parbrizul curat. Dacă însă parbrizul mașinii nu este curat, conducerea fără risc de accidente, este dificilă sau imposibilă. Similar, pregătire necorespunzătoare a tubului digestiv poate împiedica vizualizarea totală a segmentului examinat sau poate duce la repetarea examinării după o pregătire suplimentară corectă. Din acest motiv este foarte important să citiți instrucțiunile de pregătire pentru gastroscopie și să clarificați cu medicul Dumneavoastră eventualele nelămuriri.

Înainte de gastroscopie trebuie să nu mâncați 7-8 ore hrană solidă, lapte sau produse lactate. Evitați fumatul în aceeași perioadă. Se pot consuma lichide clare în orice cantitate doriți (apă, ceai, suc de mere, zeama de compot) până cu 2 ore înainte.

Dacă sunteți suferind de o valvulopatie cardiacă sau aveți montată o proteză valvulară cardiacă ori stent, va trebui să informați medicul pentru a aprecia dacă este indicat tratamentul cu antibiotice pentru profilaxia endocarditei bacteriene la care sunteți predispus.

Ce trebuie să comunic medicului?

Vă rugăm să informați medicul dacă:

- ✓ aveți alergii, afecțiuni pulmonare sau cardiace, epilepsie, ați mai fost anesteziat / sedat și ați tolerat dificil procedura;
- ✓ aveți o boală valvulară cardiacă (stenoză mitrală, insuficiență mitrală, stenoză aortică, insuficiență aortică, defect septal), proteze valvulare, fistule arterio-venoase, stent-uri cardiace sau vasculare, intervenții chirurgicale pe cord;
- ✓ sunteți diabetic și luați insulină sau tabletele;
- ✓ luați medicamente anticoagulante (Trombostop[®], Sintrom[®]);
- ✓ dacă luați medicamente sedative, hipnotice sau antidepresive;
- ✓ dacă nu puteți renunța la consumul de alcool.

Cum decurge examinarea?

În cadrul Centrului Medical Țuculanu examinările endoscopice, fiind investigații ultraperformante și înalt specializate, se efectuează doar contra cost.

Înainte de explorare veți fi rugat să semnați un formular de consimțământ informat care va permite medicului să facă investigația.

Dacă aveți nelămuriri, este bine să solicitați informații suplimentare de la examinator.

În timpul investigației veți sta culcat pe partea stângă.

Esofago-gastro-duodenoscopia nu este dureroasă, dar provoacă greață în momentul introducerii endoscopului în faringe. Pentru ameliorarea acestei senzații este

necesar ca pacientul să respire adânc pe nas. Din această cauză explorarea va fi greu suportată sau chiar imposibilă la persoanele care nu pot respira pe nas.

Endoscopia durează aproximativ 5-10 minute. Pentru o vizualizare optimă și mai ales pentru scurtarea acestui timp este foarte important ca pacientul să respecte indicațiile examinatorului.

În timpul endoscopiei trebuie ca pacientul să nu-și înghită saliva, ci să o lase să curgă în tăvița pusă la dispoziție.

Timp de o oră după examinare este recomandabil, dar nu obligatoriu, ca persoana investigată să evite hrana și orice băutură.

În timpul investigației, dacă este necesar, se vor preleva fragmente bioptice (biopsii), care vor fi ulterior studiate la microscop de către medicul anatomopatolog. Fragmentele bioptice sunt fragmente de mucoasă de dimensiuni mici (2-4 mm), iar prelevarea lor nu implică nici un risc și nici o durere. Dacă este cazul, vor fi recuperați polipii excizați și vor fi examinați ulterior de medicul anatomopatolog.

După gastroscopie este posibil să aveți eructații (râgâieli), balonări sau crampe (dureri abdominale). Aceasta este normal, deoarece în timpul manevrei se insuflă aer pentru o mai bună vizualizare a segmentelor investigate. Aceste fenomene vor dispărea fără tratament.

Doar dacă ați primit anestezie intravenoasă, după investigație este absolut interzis să conduceți mașina sau alt vehicul de locomotie sau să operați utilaje și sisteme automatizate timp de 12-24 ore. De asemenea, evitați să luați hotărâri importante sau să semnați acte. Este indicat să fiți însoțit de o persoană cunoscută pentru a ajunge acasă în bune condiții. Deoarece după investigație veți mai fi sedat câteva ore, dacă nu sunteți de acord să comunicăm însoțitorului rezultatul investigației și tratamentul, sau dacă doriți lămuriri suplimentare, solicitați ulterior o nouă programare pentru a discuta cu medicul.

Care sunt riscurile gastroscopiei?

Gastroscopia este în general o manevră sigură și bine tolerată dacă nu se fac manevre terapeutice (rezeccii de polipi, oprirea hemoragiei, etc.).

Cele mai frecvente reacții nedorite sunt legate de medicamentele folosite pentru anestezie (senzație de greață, uscăciunea gurii, urticarie și alte reacții alergice, umflătură ori roșeață la locul puncției intravenoase).

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

Complicațiile posibile sunt reprezentate de: sângerare (0,15% din cazuri), perforația, 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, complicații specifice unor manevre terapeutice.

Trebuie să aveți în vedere că rareori, dacă survine o complicație, va fi necesară internarea în spital și eventual intervenția chirurgicală.

Sângerarea este de obicei nesemnificativă în cazul endoscopiei diagnostice și este rar întâlnită în cazul rezecciei polipilor mici (<1 cm). Apare de obicei în cazul rezecciei polipilor mari (>1cm). În cazul rezecciei leziunilor foarte mari (>2-3 cm) sângerarea se poate

manifesta în până la 20% din cazuri. Sângerarea se manifestă fie sub forma unor vărsături cu sânge proaspăt, cheaguri sau material cu aspect de zaț de cafea, fie sub forma unor scaune cu aspect de păcură sau conținând cheaguri ori sânge. Este posibil ca o noua gastroscopie în vederea opririi sângerării să fie necesară. Foarte rar, intervenția chirurgicală ar putea fi necesară.

Perforația semnifică ruperea / fisurarea peretelui tubului digestiv în timpul sau secundar manevrelor utilizate. Rata perforației variază între 0,01-0,2% din cazuri. Este foarte rară în timpul manevrelor de diagnostic și mai frecventă în timpul gastroscopiei terapeutice (rezeecția polipilor mari, dilatare). Manifestările perforației includ durere severă a abdomenului și distensia marcată a acestuia. Majoritatea perforațiilor necesită intervenție chirurgicală promptă. Mortalitatea asociată perforației este de aproximativ 5%.

Reacțiile adverse sau alergiile datorate medicamentelor (antispastice, anestezie locală sau generală, antalgice, sedative) se manifestă prin diverse simptome: senzație de greață, uscăciunea gurii, urticarie sau reacții la locul puncției intravenoase (umflătură, roșeață, extravazarea de sânge), dar acestea sunt de scurtă durată. Rar pot apărea tulburări minore de ritm cardiac, scăderea tensiunii arteriale, și probleme de respirație.

Situații speciale valabile doar în cazul în care se vor efectua manevre terapeutice:

Endoscopia terapeutică presupune efectuarea de manevre în urgență (în caz de hemoragie digestivă, extracție de corpi străini) sau programate (în caz de dilatare esofagiană, montarea de proteze esofagiene, montarea balonului de slăbit, excizia polipilor).

Cele mai frecvente complicații asociate cu anumite manevre terapeutice endoscopice depind de manevra efectuată:

Rezeecția endoscopică (polipi sau alte tumori la nivelul esofagului, stomacului, duodenului) se poate complica cu perforația digestivă (< 0,2% din cazuri) și sângerarea (< 0,15% din cazuri). Sindromul de coagulare post-polipectomie este produs de arsura peretelui digestiv fără perforație acestuia survenită după rezeecția polipilor. Se manifestă în 0,5-1% din polipectomii (rezeecțiile polipilor). Se manifesta de obicei la 1-5 zile după manevră. În cele mai multe cazuri nu este nevoie de intervenție chirurgicală, dar este necesar să rămâneți în spital pentru tratament și observație.

Dilatarea esofagiană fie cu balon (riscuri mai mici) fie cu bujii (riscuri mai mari), fie prin instalarea unui stent (endoproteză) se poate complica cu perforația esofagului (0,1-0,4% din cazuri). Riscul de perforație este mai mare pentru dilatarea stenozelor cauzate de ingestia de substanțe caustice (0,8% din cazuri) și în cazul instalării unei endoproteze (3,6%). Riscul de perforație devine important (10% din cazuri) în cazul dilatării unei stenoze maligne (canceroase).

Riscul de sângerare după dilatare este nesemnificativ dar poate deveni important în cazul plasării de proteze pentru afecțiunile tumorale ale esofagului.

Disecția (ruperea) mucoasei este o complicație rară ce poate trece neobservată sau se manifestă cu durere persistentă în piept.

Abcesul reprezintă o complicație foarte rară, localizată în jurul esofagului sau în zona mediastinului (zona inimii).

După un timp de la montare, proteza esofagiană poate să se deplaseze de la locul ei sau se poate obstrua, situații în care este necesar tratament endoscopic sau chirurgical.

Hemostaza endoscopică (oprirea hemoragiei digestive)

Hemoragia digestivă este o situație de urgență ce poate avea urmări grave dacă nu se intervine pentru oprirea ei. Riscul cel mai important al unei hemoragii digestive este de deces, risc dependent de gravitatea și cauza hemoragiei precum și de vârsta și afecțiunile asociate ale pacientului (boli cardiace, pulmonare, neurologice, hepatice, renale). Este posibil ca tratamentul medicamentos sau tratamentul endoscopic al hemoragiei să nu poată opri sângerarea, fiind necesar tratament specific de terapie intensivă și chiar intervenție chirurgicală.

Cele mai importante complicații ale terapiei endoscopice în hemoragia digestivă sunt: pneumonia de aspirație, perforația (<0,2% din cazuri), resângerarea (în cazul hemoragiilor mari și în special al celor din varice esofagiene poate fi repetarea terapiei endoscopice sau alte proceduri specifice), complicații cardiace (rar întâlnite atunci când se injectează cantități mari de adrenalină la locul hemoragiei).

Bandarea endoscopică (ligatura cu benzi elastice a varicelor gastro-esofagiene) sau **injectarea varicelor gastro-esofagiene** se pot însoți de durere la înghițit, durere în piept după procedură, febră. La locul tratamentului se pot forma stenoze/stricturi, ulcere care sângerează uneori. În timpul sau după procedura se pot produce perforația esofagului, pleurezie (acumularea de lichid în cavitatea pleurală), pericardita (lichid în jurul inimii), mediastinita. Manevra se mai poate complica cu pneumonie de aspirație sau infecție generalizată. Aceste riscuri sunt diminuate de administrarea de antibiotice. Tratamentul endoscopic al hemoragiei din varice gastro-esofagiene se poate însoți de resângerare consecutiv alunecării spontane a unui inel, hemoragie 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.