

ASST Ovest Milanese SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - EGDS	MAC82 Rev.2 Pag. 1 di 5
---	---	--

Revisione	Data di applicazione	VERIFICA e APPROVAZIONE	
2	10 giugno 2026	Ruolo	Nome e Cognome
		Direttore SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	Dr. PIETRO GAMBETTA

Le informazioni sotto riportate, unitamente al colloquio informativo, hanno lo scopo di fornire gli elementi per esprimere in modo libero e consapevole il “consenso informato” all'atto sanitario proposto.

CHE COS'È?

L'Esofagogastroduodenoscopia – EGDS – (o, più semplicemente gastroscopia) è un esame endoscopico che si esegue con una sonda flessibile dotata di telecamera all'estremità (gastroscopio) introdotta attraverso la bocca per esaminare il tratto superiore del tubo digerente (esofago, stomaco e le prime due porzioni duodenali).

COME SI SVOLGE LA GASTROSCOPIA?

Dopo aver acquisito il consenso all'esame, verrà posizionato un accesso venoso periferico, il monitoraggio della frequenza cardiaca, della saturazione di ossigeno del sangue e, se indicato, della pressione arteriosa.

L'esame viene generalmente eseguito sul fianco sinistro. Per mantenere la bocca aperta durante la procedura ed evitare che venga morsa la lingua e/o lo strumento, si utilizza uno specifico boccaglio. Eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell'esame. Il medico introdurrà l'endoscopio invitando il paziente a deglutire. Passato lo strumento in esofago sarà utile cercare di rilassarsi e respirare tranquillamente con il naso. In casi limitati e a giudizio del medico endoscopista esiste la possibilità dell'introduzione per via transnasale di un strumento di calibro ridotto.

L'esame è di breve durata, ma può protrarsi in funzione del grado di difficoltà tecnica, della pulizia o della necessità di effettuare procedure diagnostiche più approfondite o operative. L'esame non è doloroso e non interferisce con la normale respirazione, ma è utile che il paziente mantenga, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo.

La gastroscopia può risultare fastidiosa per l'insufflazione d'aria atta a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; pertanto abitualmente viene proposta, qualora non sussistano controindicazioni, una sedazione per via endovenosa mediante un sedativo/analgesico (es. benzodiazepine e/o oppioidi) ed un'anestesia locale faringolaringea (spray). L'obiettivo di tali farmaci è di indurre una sedazione mantenendo la respirazione spontanea e la possibilità di rispondere a stimoli tattili e verbali. La risposta ed il conseguente grado di sedazione sono ampiamente variabili in relazione a fattori soggettivi. E' possibile, in casi selezionati e a giudizio dell'endoscopista, valutare la programmazione dell'esame con assistenza anestesiológica. Il paziente può in ogni caso scegliere di rifiutare la somministrazione della sedazione.

A COSA SERVE?

L'esame gastroscopico permette una valutazione della mucosa dei tratti visualizzati ed eventuali alterazioni (es. ulcere, tumori...).

Oltre all'esplorazione del tratto digestivo superiore nel corso dell'esame, a giudizio dell'endoscopista, possono essere effettuate procedure aggiuntive diagnostiche o terapeutiche, quali, più frequentemente:

ASST Ovest Milanese SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - EGDS	MAC82 Rev.2 Pag. 2 di 5
---	---	--

- Biopsie: prelievi con pinza di frammenti di mucosa per esame istologico utili nella diagnosi di condizioni patologiche o lesioni del tubo digerente non solo di tipo tumorale (ad es. ricerca Helicobacter pylori, diagnosi di celiachia, etc.).
- Cromoendoscopia: L'utilizzo endoscopico di cromoendoscopia virtuale (tramite applicazioni dedicate dell'endoscopia) o di coloranti vitali/di contrasto iniettati attraverso l'endoscopia, permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni.
- Polipectomia/mucosectomia/dissezione: tecniche endoscopiche per l'asportazione di polipi, mediante l'utilizzo di specifici accessori, alcuni dei quali collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica.
- Trattamenti emostatici: tecniche termiche, iniettive e meccaniche atte al controllo di sanguinamento o trattamento di lesioni vascolari. È possibile la combinazione di due o più tecniche.
- In particolare, nel corso della gastroscopia è possibile effettuare il trattamento di varici dell'esofago o dello stomaco mediante legatura elastica e/o iniezione di sostanze sclerosanti laddove indicato anche in prevenzione del sanguinamento (profilassi primaria).
- Rimozione di corpi estranei: mediante l'utilizzo di accessori (pinze, reti) che consentono la rimozione di corpi estranei accidentalmente o volontariamente introdotti nel tratto digestivo superiore o in seguito a particolari procedure diagnostiche (es. videocapsula).
- Dilatazione di stenosi: è una procedura che si svolge in genere in regime di ricovero, mediante palloncino a dilatazione progressiva a riempimento di acqua o aria (idro-pneumatica) o sonda rigida di calibro progressivo posizionato nel tratto stenotico (meccanica) per ripristinare e mantenere la pervietà del lume del viscere.
- Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della patologia in quanto la dilatazione, per essere sicura ed efficace, deve essere lenta e graduale.
- Posizionamento di endoprotesi: è una procedura che si svolge in genere in regime di ricovero, consiste nel ripristino della pervietà del lume in casi particolari. (es. neoplasie, stenosi benigne refrattarie)
- Trattamento di diverticolo di Zenker: è una procedura che si svolge in genere in regime di ricovero, consiste nel taglio della mucosa e delle fibre muscolari del setto diverticolare attraverso specifici accessori endoscopici, alcuni dei quali collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. Lo scopo del trattamento consiste nell'effettuare un taglio parziale del muscolo cricofaringeo e nel ricreare un passaggio attraverso il quale il bolo alimentare possa agevolmente transitare senza raccogliersi nella tasca diverticolare.

QUALI I POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE / INCONVENIENTI?

La gastroscopia è generalmente sicura, ma trattandosi di un esame invasivo, cioè eseguito introducendo uno strumento all'interno dell'organismo, sono possibili complicanze le cui principali sono di seguito elencate:

- **complicanze cardio-respiratorie e circolatorie**: (0.9%) per lo più correlabili ai farmaci somministrati per ottenere la sedoanalgesia e/o all'ingestione di materiali refluiti; possono essere di entità variabile (es. alterazioni della frequenza cardiaca o della saturazione, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock).
- **emorragia**: generalmente molto rara in caso di procedure diagnostiche (0.5%) e raramente clinicamente significativa. È più frequenti in caso di procedura operativa (fino al 14% in caso di

ASST Ovest Milanese SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - EGDS	MAC82 Rev.2 Pag. 3 di 5
--	--	---

emorragia tardiva post EMR/ESD o 25% di diverticulectomia di diverticolo di Zenker) o in caso di procedure volte al trattamento di emorragie digestive. La gestione di un sanguinamento può richiedere il ricorso a trasfusioni, trattamenti endoscopici, radiologici interventistici o chirurgici. Nel caso di emorragie varicose, così come nella legatura profilattica, le complicanze sono: il sanguinamento tardivo post-procedura, l'aspirazione di sangue nelle vie respiratorie, la perforazione, l'ulcerazione o l'ematoma intramurario nel sito di iniezione di sostanza emostatica e la stenosi. Nel caso di emorragie non varicose le complicanze sono: la perforazione e l'esacerbazione del sanguinamento.

Il tasso di complicanze varia a seconda che si tratti di emostasi di emorragia varicosa (35-78%) o non varicosa (5%). È possibile eseguire la legatura elastica delle varici anche come forma di profilassi primaria, cioè nei casi in cui non si è mai verificato un sanguinamento. In questo caso la percentuale di complicanze varia dal 5 al 15%.

- **perforazione:** è rarissima in caso di esami diagnostici (0.0004%) ed è legata perlopiù a fattori predisponenti come la presenza di diverticolo di Zenker, ingestione di caustici o di corpi estranei, stenosi esofagee, neoplasie, o altro. Tale complicanza è però aumentata in caso di procedure operative (es.diverticulectomia di Zenker, rimozione di corpi estranei, polipectomie/mucosectomie/dissezioni endoscopiche o trattamenti di lesioni vascolari) ad esempio è riportata nel 6.5% nei casi di diverticulectomia di Zenker e nel 5% in caso di ESD dell'esofago.
Tale complicanza può richiedere un trattamento conservativo o un intervento chirurgico di riparazione.

La percentuale di complicanze in corso di EGDS presso la nostra SC sono in linea con la letteratura. In caso di complicanze verranno prontamente attivati i percorsi multidisciplinari, qualora ritenuto necessario.

QUALI LE MODALITÀ DI RECUPERO E GUARIGIONE?

Dopo l'esame il paziente, se sedato, sarà trattenuto in osservazione presso il reparto per almeno 30 minuti sino al risveglio dalla sedazione.

A giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata, in particolare dopo manovre endoscopiche complesse.

In seguito alla sedazione, sarà vietata la guida di veicoli e sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti o svolgere attività potenzialmente pericolose per le 24ore successive e pertanto è importante essere accompagnato da una persona consapevole.

La ripresa delle terapie in corso, dell'alimentazione e l'assunzione di liquidi sono concordate con i sanitari alla dimissione.

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire fastidio alla gola, nausea, gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono rapidamente senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate alla procedura, in particolare se prolungata od operativa; è importante pertanto riconoscerne i segni/sintomi d'allarme, come dolore addominale, sudorazione con ipotensione, vomito, febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso ai gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

ASST Ovest Milanese SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - EGDS	MAC82 Rev.2 Pag. 4 di 5
---	---	--

QUALI I PUNTI DI ATTENZIONE?

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME?

E' necessario osservare il digiuno dai solidi per almeno 8 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore prima dell'esame endoscopico, in quanto lo stomaco vuoto consente una migliore e più sicura esplorazione endoscopica. La presenza di cibo o residui alimentari limita il campo visivo inficiando l'attendibilità diagnostica della procedura e, in caso di vomito, può favorire il passaggio di residui alimentari nelle vie respiratorie.

La presenza di unghie trattate cosmeticamente (es. smalto, gel...) potrebbe rendere difficoltoso o non attendibile il monitoraggio dei parametri vitali e pertanto è sconsigliata.

Qualora il paziente sia portatore di pacemaker cardiaco/defibrillatore o di altra apparecchiatura impiantabile, si raccomanda di segnalarlo all'Endoscopia Digestiva in fase di prenotazione.

Prima di eseguire l'esame deve essere valutata la possibilità di sospensione di farmaci antiaggreganti (ad esempio ticlopidina, clopidogrel, ticagrelor) e anticoagulanti orali (ad esempio Coumadin, Sintrom oppure Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto) o somministrati sottocute (eparina a basso peso molecolare). In caso di assunzione di tali farmaci è indispensabile contattare il Medico di Medicina Generale e/o il Centro/Specialista di riferimento per verificare la possibilità di sospensione, l'eventuale sostituzione con altri farmaci, e l'esecuzione di INR di controllo prima della procedura.

Nei pazienti ad alto rischio cardiologico (ad es. portatori di protesi valvolare meccanica) potrebbe essere raccomandata una profilassi antibiotica per cui si consiglia di valutarne l'indicazione con il proprio medico curante.

Anche nel colloquio precedente l'esame è indispensabile informare il personale sanitario di eventuali malattie e/o allergie, della presenza di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile e fornire l'elenco completo delle terapie farmacologiche in atto.

E' importante portare con sé esami endoscopici o radiologici precedenti, inerenti la patologia in studio.

FIRMA DEL CONSENSO INFORMATO

Prima dell'esame verrà richiesta la firma del modulo di consenso informato, con il quale si acconsente sia alla procedura endoscopica che alla eventuale sedazione e a tutte le manovre aggiuntive che si rendessero necessarie durante la EGDS.

Per ragioni organizzative o per competenza, l'atto sanitario proposto potrebbe essere eseguito da un operatore diverso da quello che ha fornito le informazioni o richiesto il consenso.

In caso di informazioni giudicate non esaurienti i professionisti sanitari sono disponibili ad ulteriori chiarimenti.

È possibile revocare il consenso dato in qualsiasi momento.

ASST Ovest Milanese SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	NOTA INFORMATIVA ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - EGDS	MAC82 Rev.2 Pag. 5 di 5
--	--	---

QUALI LE ALTERNATIVE AL TRATTAMENTO/PROCEDURA?

La TC addome con mezzo di contrasto o l'esame radiologico del tubo digerente sono tecniche radiologiche alternative alla gastroscopia, ma non permettono di eseguire biopsie per esame istologico né altre procedure operative ed espongono il paziente ad un carico di radiazioni ionizzanti. Inoltre, hanno una minore accuratezza diagnostica e spesso devono essere comunque integrate da una successiva endoscopia. L'alternativa alle procedure interventistiche è rappresentata per lo più dall'intervento chirurgico o di radiologia interventistica, gravate però da maggiore percentuale di complicanze.

QUALI I POSSIBILI ESITI DEL NON TRATTAMENTO?

La mancata effettuazione della procedura potrebbe comportare una mancata diagnosi e/o non corretta diagnosi/terapia di eventuali patologie sottostanti, con conseguente ritardo o mancato trattamento più appropriato

In caso di rifiuto del trattamento sarà comunque assicurata la continuità assistenziale