

Enteroscopia a doppio pallone: note informative

L'intestino tenue, ossia il tratto di intestino compreso tra il duodeno ed il colon, è lungo alcuni metri e non è visibile con le più comuni procedure endoscopiche, la gastroscopia e la colonscopia. Per la sua esplorazione sono disponibili due tecniche di recente introduzione: l'enteroscopia con video capsula e l'enteroscopia a doppio pallone.

L'enteroscopia con videocapsula consente l'esplorazione e la visione del piccolo intestino, ma non permette di effettuare manovre operative.

L'enteroscopia a doppio pallone consente non solo di visualizzare l'intestino tenue e di effettuare biopsie, ma permette anche di eseguire degli interventi, come l'asportazione di eventuali polipi, la dilatazione di restringimenti, il trattamento delle emorragie, la rimozione di corpi estranei, ecc. Qui di seguito troverà le informazioni relative alla Enteroscopia con i suoi benefici e i potenziali rischi associati.

Cos'è l'enteroscopia? Da integrare

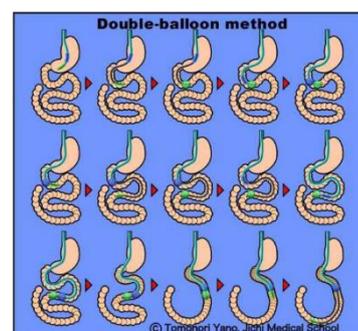


L'enteroscopia è una procedura che permette di esaminare endoscopicamente il piccolo intestino, cioè quella parte del tratto digerente compresa fra lo stomaco in alto e il colon in basso e lungo dai 3 ai 5 metri, tramite un endoscopio flessibile di circa 9 mm di diametro che scivola all'interno

di un tubo di plastica morbida di calibro leggermente più grande, chiamato *overtube*. Sulla punta sia dell'endoscopio che dell'*overtube* si trova un palloncino che viene gonfiato con aria (da qui il nome di *enteroscopia a doppio pallone*). Facendo avanzare alternativamente l'endoscopio e l'*overtube* e gonfiando e sgonfiando i due palloncini sarà possibile far procedere l'endoscopio lungo tutto l'intestino. In questo modo, raccogliendo man mano il piccolo intestino sullo strumento, si possono percorrere lunghissimi tratti, a volte anche l'intero

Tale metodica prevede un'anestesia viene eseguita anche mediante l'utilizzo della raggi X che consentono radiologicamente di l'introduzione dello strumento durante la fase

Tutte le enteroscopie principalmente sono di lesioni visualizzate da uno studio dopo l'esecuzione di una videocapsula, ma in alcuni casi anche dopo eventuale Risonanza Magnetica o TAC.



tratto intestinale. generale del paziente e fluoroscopica, ovvero del poter visionare di intubazione.

eseguite dopo il riscontro precedente, spesso

L'esame, condotto come descritto sopra, richiede circa un'ora, o più, di lavoro e può essere eseguito sia per via orale che per via anale, a seconda che la sospetta lesione sia ipotizzata nella parte alta o basso del piccolo intestino. L'esplorazione completa del piccolo intestino può essere ottenuta per via orale in meno del 5% dei casi, mentre con la via combinata (orale e anale) la percentuale varia dal 45 % all'80 % dei casi.

Cosa deve fare il paziente prima dell'esame?

La preparazione intestinale all'esame consiste nel digiuno dalla sera prima e richiede necessariamente una pulizia intestinale sia se effettuato per via anterograda (dalla bocca) che per via retrograda (dall'ano), secondo lo schema che Le verrà consegnato. Talvolta l'esame potrà essere effettuato prima dall'alto e poi dal basso (in genere in giorni diversi) per poter esplorare l'intero intestino. In considerazione della complessità e della durata dell'esame nonché degli

eventuali rischi di eventuali procedure operative, non è possibile considerare l'enteroscopia come una "semplice" procedura endoscopica ed attualmente viene effettuata in regime di ricovero ospedaliero. ~~e in Day Hospital.~~

Come si svolge l'esame?

L'esame sarà effettuato sotto controllo radiologico ed in sedazione generale con assistenza anestesiológica. In tale modo la procedura risulterà completamente indolore.

Il paziente viene posto sul fianco sinistro, ma è possibile che durante l'esame sia necessario un cambiamento della posizione e l'infermiere eserciti con le mani una pressione sul suo addome. Durante l'indagine sarà insufflata aria all'interno dell'intestino al fine di distenderlo ed osservare meglio la mucosa. L'esame dura in media da 1 a 2 ore, ma la durata può essere molto variabile in base alle caratteristiche anatomiche ed alle patologie che verranno trovate.

Durante l'esame il medico sarà in grado di osservare accuratamente l'intestino e di escludere o meno la presenza di varie patologie (ulcere, erosioni, infiammazione, lesioni benigne o maligne, malformazioni vascolari). Essendo lo strumento dotato di un canale operativo, nel corso della procedura si possono inserire accessori di lavoro, come pinze per il prelievo di tessuto per esame istologico ed in molti casi si possono effettuare interventi come asportazione di polipi, trattamento di emorragie e dilatazione di stenosi. Nel caso in cui ci fossero degli elementi di rischio legati alle sue problematiche mediche (disturbi cardiaci, polmonari, ecc.), il medico potrebbe decidere di effettuare l'esame in presenza di un medico anestesista (o di un team d'anestesiologia dedicato)

In cosa consiste la sedazione?

La gastroscopia può essere eseguita in sedazione profonda, con respiro spontaneo. Questo tipo di sedazione viene indotto tramite iniezione per via endovenosa di appositi farmaci che inducono il sonno, ma che non vanno ad interferire con i meccanismi della respirazione. Pertanto il paziente, che continua a respirare autonomamente, non necessita di un'intubazione tracheale. Durante la sedazione il paziente è sottoposto ad uno stretto monitoraggio dei parametri vitali, eseguito da personale appositamente formato, che può intervenire con le misure più adeguate in caso di necessità (modifica dei dosaggi dei farmaci, respirazione assistita, maschera facciale).

Quali sono i rischi e le complicanze?

L'enteroscopia è un esame sicuro, ma come tutti gli atti medici non è priva di rischi e può dar luogo a complicanze. Rischi potenziali derivano dall'uso di sedativi in pazienti anziani o con patologie respiratorie e cardiache. Le complicanze legate all'atto endoscopico diagnostico sono rare (0,002%-2,4%) e consistono in traumi della mucosa, piccole emorragie, che solitamente si arrestano spontaneamente (ma, se necessario, possono essere fermate con tecnica endoscopica), e perforazione, che rende necessario l'intervento chirurgico.

In caso di endoscopia terapeutica (dilatazioni, polipectomia, ecc.) l'incidenza delle complicanze può essere maggiore (2%-4,5%) e solitamente si tratta di una perforazione da trattare chirurgicamente. Una complicanza rara (0,3%) è l'iperamilasemia o la pancreattite acuta solitamente collegate alla lunghezza dell'indagine.

Sebbene l'enteroscopia sia un'indagine molto precisa nello studio del piccolo intestino, poiché l'intestino tenue è un organo ricco di curve, le pliche possono nascondere piccole lesioni che possono non essere viste nel corso dell'esame.

Indicazioni post trattamento

Il paziente normalmente viene mantenuto a dieta idrica preferibilmente per le prime 12 ore e poi nel caso di asintomaticità e andamento ottimale degli esami bioumorali si alimenta nuovamente con dieta libera. Per il paziente sono richieste da 1 a 2 notti di ricovero.

Conseguenze del mancato trattamento

La principale causa di esecuzione dell'enteroscopia a doppio pallone avviene per eseguire trattamenti in sede di sanguinamenti che interessano il piccolo intestino (principalmente angiodisplasie); il mancato trattamento dei vasi può determinare una anemizzazione cronica tale da richiedere numerose unità di emazie concentrate ed eventuale intervento chirurgico.

Eventuali alternative al trattamento

I pazienti che non si sottopongono ad enteroscopia a doppio pallone nel caso di anemia da angiodisplasia possono richiedere in rari casi un intervento chirurgico che determina una resezione del segmento intestinale interessato o l'utilizzo di alcuni farmaci vasoattivi che, in alcuni casi, possono determinare un miglioramento clinico e bioumorale del paziente. Tuttavia la scelta di non eseguire l'esame spesso ne determina solo il posticipare della procedura che dovrà essere eseguita in un secondo momento nel breve periodo secondo necessità cliniche e bioumorali.

Costi dell'intervento

Per gli interventi e le prestazioni riconosciute nell'ambito della LAMal (prestazioni di base) o dall'assicurazione infortuni (LAIInf), la partecipazione obbligatoria del paziente è la seguente:

1. *Casi a carico dell'assicurazione malattia (LAMal):*

- costi della franchigia in base a quanto previsto dal contratto con l'assicuratore;
- 10% dei costi fino a un tetto massimo annuo di 700 CHF, risp. 350 CHF per le persone fino ai 18 anni compiuti
- 15 CHF / giorno in caso di ricovero (esentati i minorenni e i giovani adulti fino a 25 anni che sono in formazione)
- le prestazioni fornite alle donne a partire dalla tredicesima settimana di gravidanza, durante il parto e sino a otto settimane dopo il parto sono esenti dalle partecipazioni sopra elencate

2. *Casi a carico dell'assicurazione contro gli infortuni (LAIInf)*

- nessuna partecipazione dell'assicurato

i costi supplementari generati da una richiesta dell'assicurato (es. trasferimento in un altro ospedale) sono a carico dell'assicurato. I costi computabili sono sia quelli di trasporto sia i costi supplementari generati per la degenza ospedaliera stessa.

Qualora si presentassero dei dubbi in merito all'assunzione dei costi da parte dell'assicuratore, è necessario richiedere un pre-avviso alla cassa malati. La verifica di eventuali diritti di copertura accessori legati ad assicurazioni complementari è invece di responsabilità del paziente.