



Modulo di Unità Operative	<b>MUU 86</b> <b>301100</b> <b>304196</b> <b>304616</b>
<b>DAI Medico-Generale</b> UOC Gastroenterologia A UOC Gastroenterologia B USD Endoscopia diagnostica interventistica del pancreas	
<b>INFORMATIVA ALLE TECNICHE DI RESEZIONE ENDOSCOPICHE DI LESIONI DEL TRATTO DIGERENTE: LA MUCOSECTOMIA (EMR) E LA DISSEZIONE SOTTOMUCOSA (ESD)</b>	Rev. 0 del 10/05/2025 Pagina 1 di 2

La resezione endoscopica è una procedura mini-invasiva che consente di **asportare lesioni precancerose o tumori superficiali/precoci** dell'apparato digerente (esofago, stomaco, duodeno, colon o retto) **senza ricorrere alla chirurgia tradizionale**. Viene eseguita durante un esame endoscopico, con strumenti speciali introdotti attraverso l'endoscopio.

Queste tecniche permettono di rimuovere completamente la lesione, riducendo il rischio di progressione a tumore, in molti casi evitando l'intervento chirurgico.

Le due principali tecniche sono:

1. **La Mucosectomia Endoscopica (EMR)** indicata per **lesioni** che interessano solo gli strati più superficiali della mucosa.
  - Si inietta un liquido sotto la lesione per sollevarla.
  - La lesione viene quindi **asportata con un'ansa elettrica**, in uno o più pezzi.
  - Procedura relativamente rapida e sicura.
2. **La Dissezione Sottomucosa Endoscopica (ESD)**

Indicata per **lesioni più grandi, talora con margini irregolari**, spesso in sedi più delicate o con sospetto di iniziale progressione neoplastica.

- Dopo l'iniezione di liquido, il tessuto viene **dissecato con strumenti di precisione** lungo il piano sottomucoso, permettendo una **rimozione completa in un unico pezzo**.
- Più complessa e lunga dell'EMR, è gravata da un numero maggiore di possibili complicanze ma consente una valutazione istologica più accurata e riduce il rischio di recidiva.

## POSSIBILI COMPLICANZE

Le complicanze per questo tipo di procedure consistono in:

- **Disturbi cardiorespiratori**, quali ipossiemia e bradicardia, di solito legati alla premedicazione e/o all'ingestione di materiali refluiti.
- **Sanguinamento** durante la procedura; è un evento abbastanza frequente anche se di solito di modesta entità. L'utilizzo di misure preventive endoscopiche durante ed al termine dell'esame evita, nella maggior parte dei casi, sanguinamenti nei giorni seguenti (incidenza riportata in letteratura nel 3-10% dei casi). In caso di sanguinamenti importanti possono essere necessarie rivalutazione con endoscopia in urgenza o, in rari casi, anche chirurgia d'urgenza.
- **Perforazione** (4-10% dei casi con rischio maggiore nel colon, duodeno e esofago): se di piccola entità può essere trattata endoscopicamente attraverso clip metalliche altrimenti la terapia è chirurgica, anche in urgenza, soprattutto nel caso di peritonite/mediastinite associata.

- **Stenosi** (restringimento del lume): il rischio è legato alle dimensioni e alla sede della lesione (6-26% nell'esofago, 3-7% nel piloro). Si manifestano come difficoltà alla deglutizione, vomito o stipsi nel caso del colon; il trattamento (dilatazione endoscopica) è efficace nella maggior parte dei casi.
- **Infezione / sepsi**: evento raro (1% dei casi), viene ridotto il rischio ulteriormente mediante profilassi antibiotica prima della resezione endoscopica. In rari casi può essere necessario ricovero prolungato per eseguire ciclo di antibiotico ev o eventuale drenaggio chirurgico nel sito di resezione.

## COSA DEVE SAPERE

### PRIMA DELL'ESAME

- La procedura viene eseguita in regime di breve ricovero (Week Surgery) o, in casi di selezionati, Day Hospital
- Sono necessari il digiuno da almeno 12 ore precedenti l'esame per i solidi e da almeno 2 ore per i liquidi chiari e la preparazione secondo specifica indicazione del medico per la procedura da eseguire sul colon.
- Eventuali terapie antiaggreganti/anticoagulanti vanno segnalate ed eventualmente sospese o sostituite prima della procedura con modalità e tempistiche concordate con il medico curante, nel rispetto delle linee guida sull'argomento.

### DURANTE L'ESAME

- Le verrà chiesto, in caso di procedura che riguardi il tratto digestivo superiore, di rimuovere eventuali protesi dentarie mobili, posizionato un boccaglio per mantenere la bocca aperta durante la procedura e per evitare che possa mordere la lingua e/o lo strumento. Sia in caso di procedura che riguardi l'apparato digerente superiore che inferiore l'esame viene eseguito in posizione (decubito) laterale sinistra.
- Le procedure vengono eseguite (a seconda delle dimensioni e della sede della lesione e delle caratteristiche cliniche dei pazienti) in sedo-analgesia o a volte in anestesia generale (in quest'ultimo caso con l'assistenza di un anestesista).

### DOPO L'ESAME

- Dopo l'esame potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali dovuti all'insufflazione di gas nel corso dell'esame per distendere il viscere, generalmente controllabile farmacologicamente.
- La ripresa dell'alimentazione e delle terapie in corso, nello specifico della terapia anticoagulante, verranno indicate dal personale medico.
- Potrebbe essere necessario il ricovero per alcuni giorni al fine di eseguire un'adeguata osservazione post-procedura.

## ATTENZIONE

**Se l'esame è eseguito in regime di Day Hospital, data la somministrazione di farmaci per la sedo-analgesia, è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che abbia cura di lei, è altresì fortemente sconsigliato guidare, prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive.**