



SCDO Gastroenterologia

Direttore: Dr. Nico Pagano

Tel. 0321 - 3733206 - Fax 0321 - 3733234

E-Mail: gastro.segre@maggioreosp.novara.it

COLONSCOPIA: INFORMAZIONI GENERALI

INFORMAZIONE AL PAZIENTE:

Egregio Sig. /Gentile Sig.ra,

La Colonscopia è una procedura endoscopica per studiare il colon ed è attualmente il gold standard per lo studio di pazienti con sintomi (es. ematochezia, rettorragia, anemia da perdita cronica, dolore addominale cronico, diarrea cronica), per l'approfondimento diagnostico dei pazienti risultati positivi ai test di screening per il cancro del colon retto (CCR), per la sorveglianza post-polipectomia e post resezione per CCR e per la sorveglianza delle malattie infiammatorie intestinali. In particolare la colonscopia è la procedura utilizzata per individuare e rimuovere i precursori neoplastici quali i polipi e per diagnosticare e tipizzare, grazie alla possibilità di effettuare biopsie, le lesioni neoplastiche.

Come si esegue: Per effettuare una colonscopia è necessaria una preparazione intestinale la cui qualità condiziona in modo rilevante l'efficacia dell'indagine endoscopica. Per le preparazioni vengono forniti specifici allegati; si raccomanda di seguire in modo scrupoloso le indicazioni riportate per non compromettere la qualità della colonscopia.

Normalmente vengono somministrati farmaci sedativi e/o antidolorifici per via endovenosa; non è pertanto possibile guidare autoveicoli o eseguire attività lavorative pericolose per 24 ore.

L'esame consiste nella progressione dello strumento lungo il colon sino al cieco, ove si trova la valvola ileo-cecale. In determinate situazioni, quando è ritenuto necessario per la diagnosi, la valvola viene oltrepassata con visione degli ultimi centimetri di ileo terminale. L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione e possono essere effettuate manovre di compressione manuale dell'addome, per facilitare la progressione dell'endoscopio.

Durante l'esame:

- si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.

- L'esame dura in media da 15 a 45 minuti, ma tale tempo può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà alla progressione dell'endoscopio lungo il colon e della pulizia del colon stesso, e a seconda delle procedure eseguite. Il superamento di alcune curve può provocare temporaneamente modico dolore, talora più intenso in caso di particolare lunghezza e/o tortuosità del viscere o in presenza di aderenze da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.

- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica.

Procedure integrative: Biopsie. E' possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza); il prelievo di biopsie è indolore per assenza di terminazioni dolorifiche a livello della mucosa colica/ileale. I campioni così prelevati saranno poi inviati ad un servizio di Anatomia ed Istologia Patologica per gli esami del caso. Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon. Tatuaggio. Questa metodica viene eseguita per facilitare l'individuazione ed il reperimento di una lesione diagnosticata endoscopicamente, per effettuare trattamenti endoscopici o interventi chirurgici successivi. Attualmente la sostanza di uso più frequente per eseguire il tatuaggio è la polvere di carbone sterile. Cromoendoscopia. L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali (blu di metilene, cristal violetto) o di contrasto (acido acetico, indaco di carminio), permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni (individuazione dei margini, di eventuali residui dopo resezioni endoscopiche).



I coloranti si spruzzano sulla mucosa digestiva attraverso un cateterino o direttamente attraverso il canale operativo dell'endoscopio.

POSSIBILI RISCHI / COMPLICANZE

La procedura diagnostica viene effettuata con successo nel >90% dei casi. Non è possibile escludere una mancata visualizzazione delle lesioni dovute a problemi tecnici (incompleta preparazione, sede particolare della lesione...), ma tale rischio comunque non si azzera anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale in corso di una colonscopia di qualità. Infatti fino al 20% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, si potrebbero non visualizzare.

In genere la colonscopia diagnostica è una procedura ben tollerata e sicura. Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie (0,9%) sono per lo più legate alla premedicazione e sono rappresentate da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock. Durante la procedura vengono costantemente monitorate la frequenza cardiaca, il livello di ossigeno nel sangue e, quando le condizioni cliniche lo richiedano, l'attività cardiaca.

Dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata generalmente una profilassi antibiotica.

L'emorragia (0.3-6.1%) è associata in genere a procedure terapeutiche ma molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche. Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. La perforazione (0.07-0.3% dei casi) può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (barotrauma). In alcuni casi, quando la perforazione è di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

Esplosione da gas è un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo, da noi non utilizzate, e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.). Altre complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale. Raramente può verificarsi una colite chimica, correlata alla sostanza utilizzata per la disinfezione dello strumento.

È IMPORTANTE AVVERTIRE TEMPESTIVAMENTE L'ENDOSCOPISTA O IL MEDICO DI FAMIGLIA IN CASO DI COMPARSA DI FEBBRE, DOLORE ADDOMINALE SEVERO O SANGUINAMENTO CONSECUTIVO ALL'ESAME.

POSSIBILI PROCEDURE OPERATIVE AGGIUNTIVE E RELATIVI RISCHI:

Polipectomia. È una tecnica endoscopica che consente l'asportazione dei polipi del colon, mediante l'utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo"). Le complicanze sono rare.

Le più frequenti sono rappresentate da:

- Perforazione (0.04-1.0%). La perforazione in corso di polipectomia, pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

- Emorragia (0.3-6.1%). L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente. In circa l'1.5% dei pazienti sottoposti a polipectomia si verifica un sanguinamento immediato che normalmente viene controllato endoscopicamente. In circa il 2% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare sino a 7-30 giorni dopo la procedura. Il ricorso alla chirurgia è raro.



- Ustione trans-murale (0.003-0.1%): è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia. La mortalità può raggiungere lo 0,25%.

L'**EMR** è una tecnica di resezione soprattutto indicata per l'asportazione di lesioni poco rilevate e/o a larga base d'impianto. Può essere eseguita con diverse tecniche:

- Senza aspirazione. Dopo il sollevamento della mucosa si posiziona e si stringe l'ansa da polipectomia intorno alla lesione e la si reseca.

- Con aspirazione. Un cappuccio trasparente con un'ansa al suo interno viene posizionato all'estremità dell'endoscopio e successivamente applicato sulla lesione sollevata con infiltrazione, quindi aspirata e resecata.

- Dopo legatura. Si posiziona un laccio attorno alla lesione creando un polipo artificiale che viene resecato con l'ansa da polipectomia.

La più frequente complicanza è il sanguinamento, e può verificarsi nell'1.5% - 8.0% dei casi; il rischio aumenta con l'estensione dell'area di tessuto asportata. Il sanguinamento può manifestarsi durante l'esame o essere tardivo sino a 7-30 giorni dopo la procedura. Altre complicanze riportate sono la comparsa di dolore (1.5%) e la perforazione (0.9% - 1.2%). In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Occasionalmente può comparire una febbre da batteriemia transitoria.

Trattamenti emostatici. Hanno come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. È possibile la combinazione di due o più tecniche. La perforazione è una complicanza rara dell'emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

Dilatazione di stenosi. Viene utilizzata per trattare restringimenti del lume intestinale. Per la dilatazione delle stenosi si utilizzano dilatatori idro-pneumatici o meccanici. Per la risoluzione della patologia possono essere necessarie più sedute. Si tratta di una tecnica con basso rischio di perforazione (circa 2%) ed emorragia (<1%). La mortalità è inferiore allo 0.05%.

Posizionamento di endoprotesi. L'endoprotesi o "stent" è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Generalmente, il posizionamento di endoprotesi è indicato per il trattamento di stenosi maligne, in casi selezionati anche in caso di stenosi benigne. Le complicanze più frequenti sono la perforazione (circa 4.5% dei casi), l'occlusione dello stent (circa 12% dei casi), la migrazione della protesi (circa 12% dei casi) e l'emorragia (circa 4% dei casi). La mortalità oscilla dallo 0,1 allo 0,6%.

Tatuaggio. L'utilizzo dell'inchiostro di china o di soluzioni di carbone sterile permette la "marcatura" di lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di successive colonscopie o di interventi chirurgici. L'utilizzo dell'inchiostro di china è associato ad un rischio di complicanze (peritoniti focali, ematomi infetti, ascessi, aderenze post-operatorie) che varia dallo 0.2% al 5.6%. L'utilizzo della soluzione di carbone sterile, da noi utilizzato, ha ridotto il tasso delle complicanze (0,2%).

ALTERNATIVE:

Ai fini diagnostici l'alternativa in caso di esame non effettuabile od incompleto è rappresentata dalla colonscopia virtuale, che è una TAC dell'addome con insufflazione di aria nell'intestino. Le immagini vengono poi rielaborate da un software particolare che ricostruisce un'immagine simile a quella della colonscopia tradizionale.

Tale esame prevede comunque una preparazione intestinale e l'insufflazione di aria nel colon, inoltre espone il paziente a radiazioni, ha un'accuratezza diagnostica inferiore per piccole lesioni e non permette l'esecuzione di biopsie ed eventuali procedure operative.

Ai fini terapeutici l'alternativa alla colonscopia operativa in caso di polipi, emorragia e stenosi è l'intervento chirurgico, che rappresenta comunque una procedura a più alto rischio ed è da riservarsi a casi particolari.



COME CI SI DEVE COMPORTARE:

PRIMA della procedura:

La maggior parte delle terapie possono non essere sospese, ma qualche farmaco può interferire con la preparazione o con l'esame

In particolare se praticate terapie con anticoagulanti o antiaggreganti (Coumadin, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Lixiana, Eparina, Acido acetilsalicilico, Aspirina, Tiklid, Ticlopidina, Ibustrin, Duoplavin, Plavix, Clopidogrel, Brilique) **comunicatelo al Personale se possibile al momento della prenotazione o comunque almeno 1 settimana prima dell'esame per poter procedere alle necessarie variazioni.**

In caso di dubbio CHIEDERE sempre chiarimenti al Medico Curante o Medico prescrittore della terapia anticoagulante o antiaggregante

I pazienti portatori di Pacemaker (PM) o defibrillatori (ICD) devono recarsi **PRIMA DELL'ESAME presso Ambulatorio PM (Padiglione A seminterrato- lun-ven 8-15,30; Tel 0321 3733237) con **ECG ed impegnativa del curante** per valutazione controindicazioni in caso di utilizzo elettrobisturi.**

In caso di stato di gravidanza, è necessario segnalare la situazione al personale.

Segnalare eventuali allergie o intolleranze di qualunque tipo (con particolare attenzione a quelle relative ai farmaci ed al mezzo di contrasto), patologie di rilievo (cardiache, polmonari, renali, prostatiche) interventi chirurgici, malattie agli occhi (glaucoma).

Portare SEMPRE tutta la documentazione relativa a precedenti esami endoscopici o a visite mediche per patologie di rilievo.

DOPO la procedura:

Dopo la procedura è possibile avvertire gonfiore all'addome con qualche crampo, questi sintomi scompaiono in breve con l'eliminazione dell'aria.

IN CASO DI COMPARSA DI FEBBRE, DOLORE ADDOMINALE SEVERO o SANGUINAMENTO contattare tempestivamente il Reparto di Gastroenterologia (tel. 0321-3733206, 0321-3733923)

La colonscopia prevede la somministrazione di una sedazione e non è possibile guidare o svolgere lavori che richiedano capacità di concentrazione sino alla mattina seguente.

BIBLIOGRAFIA:

- Modello fornito dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED)
- ASGE Guidelines. A Consensus Document on Bowel Preparation before Colonoscopy. Gastrointest Endosc 2006; 63:894-909
- ASGE Guidelines. Complication of Colonoscopy. Gastrointest Endosc 2003; 57:441-445
- Rex D.K. et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endosc 2006:63S16-S28



COLONSCOPIA - DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

COGNOME e NOME del PAZIENTE _____

DATA e LUOGO di NASCITA _____

INDIRIZZO e LUOGO di RESIDENZA _____

- ✓ Confermo di aver letto e compreso il documento informativo per il paziente relativo al trattamento sopra riportato e aver avuto la possibilità di porre domande.
- ✓ Ho compreso che sottopormi a tale trattamento può comportare rischi, sia a breve che a lungo termine ed effetti collaterali. Mi è chiaro inoltre cosa comporta il non sottopormi al trattamento proposto.
- ✓ Sono stato informato della possibilità di revocare il mio consenso in qualunque momento.

IO SOTTOSCRITTO NEL PIENO POSSESSO DELLE MIE FACOLTÀ': (Siglare le caselle interessate)

ACCONSENTO / RIFIUTO

di essere sottoposto alla COLONSCOPIA _____

FIRMA del PAZIENTE _____

=====

=[Solo se questi non sia in grado di firmare autonomamente]

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato il ___/___/___ a _____ ()

Residente in _____ () Via _____ N.° _____

Su nomina dell'autorità giudiziaria, in qualità di (barrare la voce interessata):

Tutore Amministratore di sostegno Curatore Speciale

FIRMA del LEGALE RAPPRESENTANTE _____

=====

Ritengo che la /il mia/o paziente, con cui ho discusso questo consenso informato fornendo tutte le spiegazioni e i chiarimenti richiesti, abbia ben compreso quanto esposto.

Novara lì _____

_____ Data colloquio Generalità del Medico (in stampatello) Firma del Medico

=====

In data odierna **REVOCO** il consenso precedentemente concesso.

Novara lì _____ h: _____ Firma Paziente/Legale Rappresentante _____