

PROSPETTO INFORMATIVO

Il seguente prospetto informativo ha lo scopo di fornire al paziente tutte le informazioni utili a prendere una decisione consapevole in merito alla procedura proposta. Si raccomanda di leggerlo con attenzione e di porre al medico tutte le domande ritenute opportune.

Che cosa è la colonscopia e sua durata

La colonscopia o colon-ileoscopia è un esame endoscopico che consente al Medico di esaminare direttamente l'interno del colon (intestino crasso) e se necessario dell'ultimo tratto dell'ileo (intestino tenue). L'esame è condotto con un tubo flessibile ("colonscopio"), fornito di una telecamera sulla punta e di una luce propria per illuminare l'interno del viscere, con cui si risale attraverso l'ano e si esplorano le pareti del colon ed eventualmente dell'ileo.

L'esame dura in genere 30-45 minuti e, talvolta, può provocare dolore, dovuto soprattutto all'immissione di anidride carbonica nel viscere e alla progressione dello strumento attraverso le normali curvature del viscere (Figura 1). L'esame può essere più doloroso nel caso in cui il paziente abbia un intestino molto lungo ("dolico colon"), o in presenza di aderenze insorte dopo interventi chirurgici sull'addome. Per questa ragione, prima e durante l'esame, potranno essere somministrati per via endovenosa farmaci sedativi e antidolorifici (sedo-analgesia), per aiutare a sopportare meglio la procedura. Il paziente deve comunque calcolare di impiegare almeno 3 ore tra attesa, allestimento della sala endoscopica, colonscopia e riposo dopo la procedura. I tempi da preventivare aumentano in caso di procedura operativa (rimozione di polipi o altro) per la quale può essere richiesto di rimanere in osservazione anche tutta la giornata.



Figura 1

Indicazioni

La colonscopia o colon-ileoscopia è l'esame di scelta per valutare la presenza di eventuali patologie della mucosa di ileo terminale e del colon-retto, quali infiammazioni, ulcere, polipi, tumori e permette di individuare la causa di disturbi del tratto digestivo inferiore. Se indicato, durante l'esame potranno essere eseguiti con delle piccole pinze apposite dei prelievi di mucosa indolori ("biopsie"). Nel corso dell'esame, inoltre, è possibile effettuare dei veri e propri interventi, come per esempio, l'asportazione di polipi ("polipectomia"), il trattamento di lesioni o malformazioni vascolari sanguinanti e l'estrazione di corpi estranei.

L'eventuale materiale biologico prelevato in corso di intervento verrà inviato ai laboratori per le indagini del caso (istologia e/o genetica) al fine di consentire un corretto approccio terapeutico.

La colonscopia viene, pertanto, consigliata in presenza di sintomi quali dolore addominale, sanguinamento rettale, stitichezza o diarrea che siano insorti recentemente o che si siano accentuati. Essa è inoltre utile per accertare la causa della presenza di sangue occulto nelle feci e di alcune anemie.

Consigli per la preparazione all'esame

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. Per questo motivo, il centro presso il quale prenoterete l'esame vi fornirà spiegazioni adeguate riguardo al tipo di sostanza lassativa da utilizzare e consigli dietetici. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino; qualora la preparazione non consenta di effettuare la colonscopia in condizioni di sicurezza sarà necessario posticipare l'esame. È dimostrato, infatti, che una pulizia intestinale incompleta aumenta il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia. Tale rischio, comunque, non si azzera anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale in corso di una colonscopia di qualità. In genere la terapia domiciliare deve essere assunta come d'abitudine anche il giorno dell'esame, fanno eccezione i farmaci anticoagulanti o antiaggreganti e l'eparina, che devono essere sospesi se la condizione clinica lo consente (vedi prospetto sospensione anticoagulanti/antiaggreganti).

NOTA BENE: occorre portare con sé tutti i referti di precedenti esami endoscopici, esami del sangue e tutti gli altri documenti relativi alle proprie condizioni di salute (visite specialistiche, altre indagini diagnostiche, resoconti di interventi chirurgici, ecc.).

Come si svolge la colonscopia

Prima di iniziare l'esame endoscopico l'infermiera le introdurrà un ago cannula in una vena per poter somministrare i farmaci sedativi. Potrà concordare comunque con il Medico il tipo di sedazione e se praticarla. In casi selezionati l'indagine potrà essere svolta con assistenza anestesiológica (sedazione profonda). Le verrà, inoltre, applicato un sensore sul dito (saturimetro) che permette di controllare l'ossigenazione del suo sangue e i battiti del suo cuore dall'inizio alla fine della procedura. In posizione confortevole, disteso sul fianco sinistro, il Medico procederà prima di tutto ad esaminare il retto con un dito protetto da un guanto lubrificato; dopodiché Le inserirà gentilmente l'endoscopio, opportunamente lubrificato, del diametro di circa 1.5 centimetri nell'ano fino a raggiungere il fondo ciecale o, se necessario l'ultimo tratto dell'ileo.

Per ottenere una buona visione è necessario introdurre anidride carbonica per distendere le pareti dei visceri, questo potrebbe procurarle degli spasmi oppure una sensazione di pienezza. Tali fastidi, solitamente, sono limitati e regrediscono poco dopo la fine dell'esame e sono più frequenti nei pazienti con l'intestino particolarmente lungo e convoluto o con aderenza conseguenti a precedenti interventi chirurgici addominali.

Se durante l'endoscopia si riscontrano polipi, il Medico esecutore decide in base alla dimensione, sede, forma se toglierli immediatamente o eseguire solo biopsie e successivamente programmare la loro asportazione (polipectomia).

Durante l'esame sarà utile mantenere, per quanto possibile, un comportamento rilassato e collaborativo, evitando atteggiamenti reattivi o movimenti improvvisi.

Sedoanalgesia procedurale

La procedura può essere eseguita, a seconda che si tratti di una colonscopia diagnostica o terapeutica, in sedo-analgesia o a volte in sedazione profonda con l'assistenza di un anestesista. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine), analgesici (oppioidi di sintesi o ketamina), ipnoinducanti (propofol) che vengono somministrati gradualmente e per via endovenosa. La procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. La somministrazione di tali farmaci implica che sarà impossibile lasciare la struttura sanitaria fino alla completa scomparsa degli effetti (in genere 30-60 minuti) e sarà vietata la guida dei veicoli per il resto della giornata. Per tale ultima ragione è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona maggiorenne in grado di guidare l'auto ed è sconsigliato svolgere attività potenzialmente pericolose, prendere decisioni importanti, firmare documenti nelle 24 ore successive alla sedazione.

Disturbi durante e/o dopo la procedura

Durante l'indagine potrà avvertire "il bisogno di scaricarsi" o "dolore di pancia" tipo colica addominale. I farmaci somministrati possono provocare capogiri e/o nausea, sudorazione, abbassamento della pressione arteriosa; tali disturbi passano spontaneamente o con l'utilizzo di altri farmaci prescritti dal Medico esecutore. Dovrà comunque restare sdraiato in una stanza di osservazione, per riposare ed aspettare che passi l'effetto dei farmaci sedativi e antidolorifici praticati.

Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata.

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

L'Infermiere dopo attenta valutazione delle sue condizioni generali Le dirà se può alzarsi per la dimissione.

Colonscopia terapeutica

Si tratta di tecniche volte al trattamento di lesioni benigne, precancerose, o di tumori in stadio iniziale che insorgono nell'apparato digerente e che vengono riscontrate durante la colonscopia. A seconda del tipo di lesione possono essere utilizzate tecniche differenti. Nella maggior parte di casi si tratta di adenomi che sono tumori benigni che nel tempo e con l'aumento delle dimensioni hanno un rischio di evoluzione maligna, per cui la loro asportazione previene il tumore maligno.

- Polipectomia

La polipectomia è la tecnica che permette di rimuovere i polipi durante l'esame endoscopico mediante degli appositi "attrezzi": pinze, anse a freddo o a caldo (Figura 2). I polipi sono rilevatezze dovute a crescita anomala della mucosa intestinale molto frequenti dopo i 50 anni. Alcuni polipi (adenomi) se non asportati, possono crescere, degenerare (lentamente) e possono diventare tumori maligni, per tale motivo vanno asportati.



Figura 2

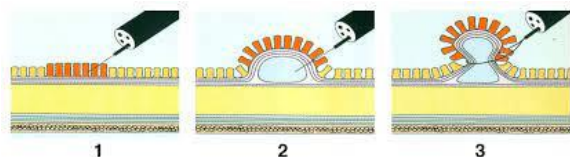
Nel caso in cui, durante la colonscopia, vengano riscontrati polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da poter essere asportati con ragionevole sicurezza, e se non vengono assunti dal paziente farmaci anticoagulanti, è possibile asportarli immediatamente, senza la necessità di effettuare nuovamente l'indagine endoscopica. Qualora invece durante la colonscopia vengano riscontrati uno o più polipi di dimensioni e/o caratteristiche tali da non poter essere subito asportati in condizioni di ragionevole sicurezza, il paziente sarà invitato a ripetere l'indagine per asportare i polipi in una seduta successiva in regime protetto (Day Surgery o Ricovero ordinario) che sarà cura del Servizio prenotare.

Dopo la eventuale asportazione del polipo il paziente verrà tenuto in osservazione clinica per un tempo variabile in base alla procedura svolta; il paziente verrà dimesso quando i medici che lo hanno seguito lo riterranno indicato. Nel caso in cui insorgessero nuovi ed allarmanti sintomi quali dolore addominale, vomito, febbre, sanguinamento rettale od altro, il paziente dovrà prolungare il digiuno e rivolgersi subito al Pronto Soccorso.

La procedura terapeutica alternativa, nel caso di polipi non asportabili endoscopicamente, è l'intervento chirurgico.

- Mucosectomia (EMR)

La mucosectomia, cioè la dissezione sottomucosa, è una tecnica che permette di rimuovere i polipi e tutto lo strato mucoso interno della parete intestinale.



Talvolta, soprattutto se il polipo è molto grande o non ha un peduncolo, può essere necessario iniettare con un ago nella base del polipo un liquido (blu di metilene) che può essere addizionato ad un

farmaco, l'adrenalina. L'iniezione permette di sollevare (gonfiare) la lesione, rendendola più facilmente afferrabile, e riduce il rischio che si possa avere una perforazione o una emorragia.

- Posizionamento di clip metalliche

Dopo l'asportazione di polipi di grosse dimensioni o in caso di sanguinamento in corso di polipectomia potranno essere posizionate delle clip metalliche a scopo emostatico. Tali clip restano in sede da qualche giorno fino a qualche mese, prima di essere eliminate nelle feci.

- Diatermocoagulazione con Argon Plasma coagulation (APC)

Consiste nel trattamento termico di rilevatezze della mucosa, tessuto di qualunque natura che ostruisce il lume del viscere, base di impianto di polipi sessili dopo l'asportazione della parte rilevata, e lesioni vascolari (angiodisplasie) che sanguinano o che presentano rischio di sanguinamento, mediante l'uso del gas Argon che brucia e distrugge la superficie da trattare.

- Estrazione di corpi estranei

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (p.es video- capsula) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente. All'occorrenza possono essere utilizzati vari tipi di accessori.

Etichetta del paziente, o	
Cognome	_____
Nome	_____
Data di nascita	_____

Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti l'eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

L'esame istologico

L'intero polipo, o frammenti di esso, verranno successivamente inviati al laboratorio per l'analisi istologica, in modo da verificare se saranno o no necessari ulteriori controlli e/o interventi.

La polipectomia endoscopica è, infatti, una terapia definitiva in quasi tutti i casi, ma se esistono cellule tumorali alla base del polipo o nel peduncolo è necessario effettuare un intervento chirurgico per asportare il tratto del colon dove aveva sede il polipo. Nella sede dell'asportazione può talvolta essere praticato un "tatuaggio" per agevolare successivi controlli endoscopici e/o interventi chirurgici.

Complicanze possibili e rischi prevedibili

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura. Complicanze clinicamente significative in corso di una colonscopia diagnostica sono rare (generalmente inferiori allo 0,1-0,6%) ed il tasso di mortalità è inferiore allo 0,007%.

Complicanze della colonscopia diagnostica

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie: sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione.
- Infezioni: 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 una profilassi antibiotica.
- Emorragia: associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (es.: a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante una tecnica di emostasi endoscopica. Nei pazienti che assumono farmaci anticoagulanti/antiaggreganti il rischio post-procedurale di sanguinamento risulta aumentato.
- Perforazione: 0,07-0,3% dei casi. La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento ad esempio in caso di diverticolosi severa del colon o dalla pressione del gas insufflato (barotrauma). In alcuni casi, quando la perforazione sia di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione sia di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.
- Altre: complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, esplosione da gas, 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.

Complicanze della colonscopia terapeutica

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato. Le complicanze sono rare e più frequenti nella mucosectomia rispetto alla polipectomia e sono rappresentate da:

- Perforazione (0,04-1%): complicanza rara, che tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica; la localizzazione del polipo nel colon dx comporta un maggior rischio di perforazione rispetto ad altre localizzazioni coliche. 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%): è 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 fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro. Nei pazienti che assumono farmaci anticoagulanti/antiaggreganti il rischio post-procedurale di sanguinamento risulta aumentato.
- **Ustione trasmurale** (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 procedura con un quadro di febbre, dolore addominale localizzato e leucocitosi (aumento dei globuli bianchi). Di solito richiede un breve ricovero e si risolve con terapia conservativa mediante idratazione endovena, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia.

Cosa monitorare dopo una colonscopia

È importante riconoscere i segni precoci di possibili complicanze tardive. I sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, impossibilità di espellere feci e/o gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

Esiti prevedibili della mancata effettuazione della prestazione proposta

La non effettuazione dell'esame potrebbe portare ad una diagnosi non corretta dell'eventuale patologia in atto, con possibile ritardo della terapia più appropriata.

Alternative alla colonscopia

In alternativa alla colonscopia, le malattie del colon possono essere indagate, con indagini radiologiche, la cui sensibilità diagnostica è generalmente inferiore oltre alla impossibilità di prelevare tessuti (biopsie) per la valutazione istologica e rimuovere polipi. L'alternativa è rappresentata dalla colon-TC (cosiddetta colonscopia virtuale) e, in casi selezionati dalla videocapsula del colon.

Data ____/____/____	Firma del paziente per presa visione _____
---------------------	--