



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Via Paolini, 47- 65124 - PESCARA

UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva

DIRETTORE : Dott. Adriano Lauri

**SCHEDE INFORMATIVA PER IL CONSENSO INFORMATO
COLONSCOPIA DIAGNOSTICA ED OPERATIVA**

Egregio signore/signora,

queste informazioni vogliono renderla consapevole del tipo di esame a cui sarà sottoposto.

Per ulteriori quesiti potrà rivolgersi al Suo Medico o contattare l'Unità Operativa dove effettuerà la prestazione.

Che cos'è la colonscopia

Consiste nell'introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'ano per ottenere la visione diretta della mucosa del grosso intestino. Nel corso dell'esame, qualora vi sia indicazione, è possibile visualizzare anche l'ileo terminale.

Come si esegue e quale preparazione è richiesta

L'esame viene eseguito con un colonscopio: strumento tubulare flessibile dotato di una microtelecamera in punta.

Nel colloquio precedente l'esame è necessario che il paziente riferisca al medico endoscopista eventuali malattie associate, reazioni allergiche, terapie in corso (in particolare Coumadin, Plavix, aspirina/ticlopidina e/o anticoagulanti), se è portatore di un pacemaker o di qualsiasi altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire.

In caso di allergia al lattice, il paziente deve informarne il Medico/équipe perché può rendersi necessario l'utilizzo di materiali speciali.

Dopo avere acquisito il consenso alla procedura, viene posizionato il saturimetro ad un dito (per il controllo della frequenza cardiaca e della saturazione di ossigeno del sangue) e viene QUASI SEMPRE eseguita una sedazione mediante somministrazione di un farmaco sedativo/analgesico endovena.

L'esame dura in media dai 15 ai 30 minuti, ma tale tempo può variare e aumentare in funzione della difficoltà dell'esame stesso. 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 di precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici. Durante l'esame si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti del colon in modo da facilitarne la visione; questo può causare una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto transitoria.

Durante l'esame se necessario possono essere effettuate delle **biopsie** che sono prelievi indolori di piccoli campioni di tessuto mucoso da esaminare al microscopio (esame istologico). Tale metodica è generalmente priva di complicanze ed è consentita anche in pazienti in terapia antiaggregante.

LA PREPARAZIONE

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere che si ottiene con una appropriata dieta, con una adeguata e bene eseguita preparazione farmacologica (vedi foglio di preparazione all'esame) e, in casi particolari, con clisteri di pulizia.

E' ampiamente dimostrato che tra i limiti della procedura, a causa di una non idonea pulizia intestinale, alcune lesioni possono sfuggire all'osservazione ed in particolare fino al 13% dei polipi e fino al 6% dei tumori del colon retto. Tale rischio comunque non si azzerava anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale in corso di una colonscopia di qualità.

Pertanto è indispensabile che il paziente aderisca a tutte le norme indicate, al fine di ottenere una corretta preparazione intestinale, compresa la dieta priva di scorie.

Cosa succede dopo una colonscopia

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti senza necessità di manovre o terapie aggiuntive. In alcuni casi, però, potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'eliminazione dell'aria insufflata durante l'esame. Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata. Qualora l'esame sia eseguito in sedazione, può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. **Ad ogni modo il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può quindi guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.**

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

Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa anche da solo.

A seguito di esame endoscopico, il paziente non potrà donare sangue o derivati per un periodo di 4 mesi.

COMPLICANZE/MORTALITA' CORRELATE ALLA PROCEDURA DIAGNOSTICA

La colonscopia è generalmente sicura pur presentando un margine di rischio variabile: complicanze clinicamente significative si verificano nello 0.3-1.7% delle colonscopie diagnostiche, con un tasso di mortalità inferiore allo 0.007%.

Le principali complicanze della procedura nella fase diagnostica sono rappresentate da:

- complicanze cardiorespiratorie e circolatorie (meno dell'1%); includono la desaturazione, l'arresto respiratorio, aritmie cardiache, infarto del miocardio e shock;
- reazione allergica ai farmaci e presidi utilizzati durante le procedure;
- emorragia (0.1-0.6%) generalmente di modesta entità, tendente ad autolimitarsi o controllabile con una tecnica di emostasi endoscopica; solo in rari casi richiede il trattamento chirurgico;
- perforazione (0.07-0.3% dei casi). La perforazione in corso di una colonscopia diagnostica può essere conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato (baro-trauma). 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;
- infezioni: dopo la colonscopia, con o senza biopsie, si può manifestare una transitoria 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, tranne in casi particolari.

Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intraddominale. Raramente può verificarsi una colite chimica, correlata alla sostanza utilizzata per la disinfezione dello strumento.

Esplosioni da gas: è un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame.

È importante riconoscere i segni precoci di possibili complicanze. I sintomi di allarme sono: dolore addominale, dolore lombare, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con l'emissione di sangue rosso vivo o alvo chiuso a feci e gas.

In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa struttura in cui è stata eseguita la procedura.

Procedure integrative /operative con le relative complicanze possono essere attuate durante l'esame (alcune prevalentemente durante ricovero)

POLIPECTOMIA

E' una tecnica endoscopica che prevede l'asportazione di lesioni polipoidi sessili o peduncolate del tratto gastrointestinale mediante l'utilizzo di anse diatermiche di diversa forma e dimensione, eventualmente collegate ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica (taglio puro, coagulazione e mista).

Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (0.04-1.0%) e dall'emorragia (0.5-2.3%); la mortalità è dello 0.25%.

Ustione transmurale: è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione di corrente. Si manifesta con un quadro di irritazione peritoneale (forte dolore addominale e febbre (0.03-0.1%), di solito si risolve con terapia conservativa.

EMR O MUCOSECTOMIA

L'EMR (resezione mucosa endoscopica) è una tecnica endoscopica che prevede l'asportazione di lesioni di dimensioni variabili. Esistono varie tecniche di mucosectomia: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e sottomucosa) dalla muscolatura propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica. Le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (0.2-5%) e dall'emorragia (fino al 12%). La mortalità è dello 0.25%.

ESD O DISSEZIONE SOTTOMUCOSA

È una tecnica endoscopica concepita per ottenere la resezione "in blocco" di lesioni non polipoidi anche di grosse dimensioni (superiori a 2.5-3cm) che interessano mucosa e sottomucosa. Si distingue dalla EMR per il fatto che la fase di resezione viene eseguita non con ansa diatermica, ma con un dissectore libero. L'utilizzo di un cappuccio trasparente precedentemente posizionato sull'estremità distale dell'endoscopio può favorire lo scollamento della lesione; le complicanze più frequenti sono rappresentate dalla perforazione (5-10%) e dalla emorragia (1.5-14%); la mortalità è dello 0.25%.

EMOSTASI

Ha come obiettivo l'arresto di una emorragia; esistono numerosi accessori e tecniche di emostasi; la tecnica iniettiva prevede l'utilizzo di adrenalina diluita o altre sostanze; la tecnica meccanica si avvale di endoclip metalliche, "banding" mediante posizionamento di lacci sui vasi sanguinanti; la tecnica termica utilizza la diatermocoagulazione soprattutto con APC (argon-plasma-coagulation) o Coagrasper. E' anche possibile la combinazione di due o più tecniche, che secondo recenti lavori scientifici determina un aumento della percentuale di successo del trattamento emostatico. I risultati migliorano se il lume è stato preventivamente pulito.

La complicanza più frequente è rappresentata dalla perforazione in un a percentuale del 2,5%. La mortalità è connessa alle complicanze e alla patologia che ha determinato l'evento emorragico.

RIMOZIONE DI CORPI ESTRANEI

vari sono gli accessori che consentono la rimozione di corpi estranei ritenuti o introdotti accidentalmente/volontariamente nel lume intestinale; possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero, anse, cestelli e tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente fino al retto dilatando leggermente il canale anale per favorirne la rimozione. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che

dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Le caratteristiche di alcuni corpi estranei (acuminati, taglienti, magneti, ovuli contenenti droghe) e le dimensioni possono rendere la procedura particolarmente a rischio di complicanze e anche di morte del paziente.

DILATAZIONE DI STENOSI

La dilatazione avviene inserendo, su filo guida precedentemente posizionato nel tratto stenotico, un dilatatore che può essere pneumatico (palloncino a dilatazione progressiva) o meccanico (sonda rigida di calibro progressivo). Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della stenosi, in quanto la dilatazione per essere sicura ed efficace, deve essere lenta e graduale. Complicanze della dilatazione delle stenosi sono la perforazione (1.1%) e l'emorragia (<1%); la mortalità è inferiore allo 0.05%.

POSIZIONAMENTO DI ENDOPROTESI

L'endoprotesi è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. La procedura avviene posizionando un'endoprotesi metallica autoespandibile su filo guida inserito attraverso il tratto stenotico, e posizionato a monte dello stesso; l'endoprotesi viene fatta progredire sul filo guida attraverso il canale operativo dello strumento (TTS-through the scope) o sul filo guida lasciato in situ dopo la rimozione del colonscopio (OWG-over the wire), a seconda del tipo di endoprotesi utilizzata. L'endoprotesi può essere ricoperta, parzialmente ricoperta o non ricoperta; la manovra del posizionamento avviene sotto visione radiologica ed endoscopica. È possibile il trattamento sia di stenosi benigne resistenti alla terapia endoscopica dilatativa, che maligne con un duplice intento: palliativo definitivo, in alternativa alla colostomia o palliativo temporaneo, per la ricanalizzazione momentanea in attesa di intervento chirurgico. Le complicanze del posizionamento di endoprotesi sono la dislocazione della protesi (9.8-11.88%), la perforazione (3.7-4.5%), l'emorragia (< 4%), l'occlusione (7.3-12%); la mortalità è 0.1-0.6%.

CROMOENDOSCOPIA

L'utilizzo dei coloranti, sia vitali (soluzione di Lugol, cristal violetto, blu di metilene) che di contrasto (indaco di carminio), è legato al miglioramento della definizione morfologica delle lesioni. Tale metodica è di ausilio per la identificazione dei margini delle lesioni e per l'individuazione di frammenti residui dopo resezioni endoscopiche.

TATUAGGIO

L'utilizzo della soluzione di carbone sterile permette il tatuaggio permanente delle lesioni neoplastiche per facilitarne l'individuazione in corso di trattamenti endoscopici o di interventi chirurgici, soprattutto per via laparoscopica. Le complicanze sono dello 0-2%.

Quali sono le alternative alla colonscopia e alle procedure aggiuntive

Altre indagini che esplorano il colon sono la colonscopia virtuale (colon-TC), e il clisma opaco che hanno una minore accuratezza diagnostica.

È previsto l'utilizzo di raggi X, spesso anche in dose cospicua. Nessuna di queste procedure consente l'integrazione di atti aggiuntivi come le biopsie.

Come si sterilizzano gli strumenti

L'endoscopio è un dispositivo medico riutilizzabile: immediatamente dopo l'uso viene pulito a fondo sia esternamente che internamente per rimuovere il materiale organico contaminante.

L'endoscopio viene poi posto nella lavaendoscopi dove viene sottoposto a lavaggio e disinfezione ad alto livello.

Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.) dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vengono inviati ad un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONOUSO: *gli accessori monouso vengono smaltiti, dopo l'impiego, secondo la normativa di legge vigente. A tutela della sicurezza degli utenti non è previsto il loro recupero e riutilizzo.*

NOTA SULLA STRUTTURA OSPEDALIERA: adeguata per la gestione delle procedure e delle eventuali complicanze.