

Servizio di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Resp. Dr.ssa Anna Maria Manila Primerano

INFORMATIVA ALLA COLONSCOPIA

Gentile Sig. _____, come le è stato già comunicato, per proseguire nel suo percorso diagnostico-terapeutico è indicato eseguire una COLONSCOPIA. Le diamo alcune informazioni che l'aiuteranno a prendere una decisione consapevole.

Cosa è la Colonscopia e come si svolge

È un esame diagnostico che permette al Medico Endoscopista di esaminare direttamente l'interno del colon (o intestino crasso) e se necessario, anche di un breve tratto di intestino tenue (colonscopia con ileoscopia retrograda) utilizzando il colonscopio, cioè una sonda flessibile del diametro di circa 1 cm, dotata di telecamera sulla punta e di luce propria, collegata ad un monitor; essa viene introdotta a livello dell'ano e fatta risalire fino al cieco, e talora, anche all'ileo terminale. L'esame può provocare fastidio o dolore dovuto soprattutto alla progressione dello strumento attraverso le normali curvature del colon e alla insufflazione di aria nel viscere indispensabile per una corretta visualizzazione della mucosa. Tali disturbi possono essere più accentuati in presenza di diverticolosi, o di un colon lungo e tortuoso, o per aderenze insorte dopo interventi chirurgici sull'addome. La tollerabilità della procedura migliora con la **sedazione-analgesia**. Sebbene l'esame endoscopico abbia generalmente una durata di 30-45 minuti, variabile in base anche alla conformazione anatomica del colon e ad eventuali procedure non prevedibili in anticipo che si rendano necessarie, il paziente deve calcolare di impiegare complessivamente almeno 3 ore tra eventuale attesa, accettazione, preparazione in sala endoscopica, somministrazione della sedo-analgesia, svolgimento dell'esame ed osservazione post-esame. In caso di procedure operative (esempio: polipectomie) i tempi possono ulteriormente allungarsi. Durante l'esame possono essere prelevati campioni di mucosa (biopsie) che successivamente vengono inviati al laboratorio di Anatomia Patologica per l'esame istologico. Tali prelievi, realizzati tramite pinze introdotte attraverso i canali dello strumento, sono indolori in quanto la mucosa è sprovvista di terminazioni nervose dolorifiche. Durante la colonscopia possono essere eseguite diverse procedure operative che si potrebbero rendere necessarie nel corso dell'esame stesso o essere già programmate in precedenza (polipectomie, trattamento di emorragie, dilatazione di restringimenti, posizionamento di protesi). Qualora queste tecniche siano già previste fin dall'inizio, il Medico fornirà ogni dettaglio informativo e chiederà un consenso specifico. Dopo ogni procedura gli strumenti e gli eventuali accessori non monouso sono adeguatamente ricondizionati e sottoposti ad alta disinfezione/sterilizzazione per impedire la diffusione di malattie infettive.

Cosa è la sedazione?

Si tratta di una modalità di sedazione realizzata con la somministrazione endovenosa di benzodiazepine ed oppiacei e ha l'obiettivo di ridurre/abolire l'ansia e diminuire il dolore e il disagio dell'esame endoscopico. Il paziente è capace rispondere agli stimoli tattili e ai comandi verbali e mantiene in modo indipendente e continuativo il controllo del respiro. La sedazione aumenta anche la sicurezza dell'esame perché il dolore può, soprattutto nei cardiopatici, causare pericolosi riflessi sulla pressione arteriosa e sul ritmo cardiaco; inoltre anche l'accuratezza dell'esame risulta migliorata. L'effetto dei farmaci è di breve durata ed il controllo delle funzioni vitali è assicurato dal monitoraggio durante e dopo la procedura. La sedazione può dare luogo, sebbene raramente, a complicanze (depressione respiratoria, reazioni allergiche, eventi cardiovascolari). Il paziente sottoposto a sedazione viene tenuto sotto controllo fino alla scomparsa degli effetti dei farmaci, quindi viene dimesso, affidato ad un accompagnatore adulto, e non potrà mettersi alla guida di alcun tipo di veicolo, né svolgere attività o manovre che richiedano impegno, concentrazione o particolare abilità per 12 ore. La sedazione-analgesia è controindicata in presenza di obesità grave (BMI > 40) o di Sindrome delle apnee ostruttive (OSAS). In tal caso l'esame endoscopico viene programmato con l'assistenza anestesologica.

A cosa serve la colonscopia?

Grazie alle immagini fornite dal colonscopio, è possibile ottenere una visione nitida e precisa dello strato interno del colon (mucosa). La colonscopia è pertanto l'esame di prima scelta per la diagnosi di malattie del colon e dell'ultimo tratto di intestino tenue (ileo). Viene consigliata in presenza di sintomi quali dolore addominale, sanguinamento rettale, alterazioni del comportamento intestinale (stitichezza o diarrea accentuate o di recente insorgenza); essa è inoltre utile per indagare

la causa della presenza di sangue occulto nelle feci e di alcune forme di anemia e rappresenta il principale strumento di prevenzione dei tumori del colon-retto nelle persone che hanno familiarità per tali neoplasie e nella fascia di popolazione a maggior rischio (età 50-69 anni) a cui si rivolge la campagna regionale di screening dei tumori colo-rettali.

Quali sono le alternative alla colonscopia?

La principale alternativa è la TAC-colografia (colonscopia virtuale). Si tratta di una tomografia assiale computerizzata in cui l'immagine della parete intestinale è ricostruita con particolari software, L'esame è accurato nella diagnosi di neoplasie, ma non consente di eseguire biopsie né polipectomie e pertanto in caso di riscontro di lesioni deve essere comunque integrato da una successiva colonscopia. Inoltre il dettaglio della visualizzazione della mucosa non è adeguato per la diagnosi di malattia infiammatoria intestinale.

Quali sono le complicanze della colonscopia diagnostica?

La colonscopia diagnostica è una procedura routinaria e a basso rischio, condotta da Operatori qualificati ed esperti. Essa tuttavia, nonostante le cautele adottate, può essere gravata da alcune complicanze (complessivamente < 1%; mortalità complessiva colonscopia 0.007%):

- *Perforazione*: rara (1‰): conseguenza di traumi causati dallo strumento o dalla pressione dell'aria insufflata (barotrauma); il rischio è aumentato per condizioni relative al paziente e soprattutto in presenza di procedure operative;
- *Emorragia*: (molto rara) si può verificare anche in corso di esami diagnostici (es: a seguito di biopsie)
- *Infezioni*: dopo la colonscopia, con o senza biopsie, si può manifestare una transitoria batteriemia (immissione di batteri nel sangue). Ciò avviene nel 4% delle procedure, ma i segni/sintomi di infezione sono molto rari e pertanto NON è abitualmente raccomandata la profilassi antibiotica nei pazienti che si sottopongono a colonscopia.
- *Correlate alla sedazione* (1%): alterazioni respiratorie, alterazioni del ritmo cardiaco, alterazioni della pressione arteriosa.
- *Correlate alla preparazione intestinale* (molto rare), soprattutto in pazienti anziani, cardiopatici e neuropatici: vomito, squilibri elettrolitici ed alterazioni del volume circolatorio.
- *Flebiti* secondarie al posizionamento di ago-cannula.
- Sono inoltre state descritte complicanze *rarissime* (rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale). Oltre alle complicanze soprariportate, in letteratura ne sono state segnalate altre che per la loro rarità e singolarità risultano totalmente imprevedibili.

Il Personale è addestrato a riconoscere e trattare eventuali eventi avversi mettendo in atto tutte le procedure necessarie alla gestione e risoluzione degli stessi e alla salvaguardia della salute del paziente. Si sottolinea inoltre che anche la colonscopia, come ogni atto medico, può non essere in grado di identificare alcune lesioni, nonostante venga eseguito secondo le corrette procedure e con la dovuta attenzione.

Cosa è la polipectomia

La colonscopia, oltre che diagnostica, può anche essere terapeutica o curativa, consentendo l'asportazione di lesioni come i polipi del colon, che in passato richiedevano un intervento chirurgico. I polipi sono formazioni piatte o rilevate dovute alla crescita anomala della mucosa intestinale, più frequenti dopo i 50 anni. Alcuni di questi (adenomi), se non rimossi, possono degenerare e trasformarsi in tumori maligni. Oggi è possibile eliminarli per via endoscopica, utilizzando accessori specifici collegati ad un elettrobisturi. Qualora, durante la colonscopia, vengano individuati polipi di dimensioni e caratteristiche tali da poter essere asportati con ragionevole sicurezza, si procede alla loro resezione nel corso dello stesso esame endoscopico, senza necessità di ripetizione dell'indagine. In caso contrario (polipi voluminosi o in posizioni difficili, concomitante assunzione di terapia anticoagulante), si riprogrammerà la procedura terapeutica in una seduta successiva. I polipi rimossi vengono recuperati ed inviati al Laboratorio di Anatomia Patologica per l'esame istologico, in modo da poter stabilire la frequenza dei controlli colonscopici o la necessità di ulteriori trattamenti/interventi. La polipectomia è infatti una terapia definitiva in molti casi, ma in caso di polipi classificati come lesioni cancerizzate ad alto rischio, è indicato procedere alla resezione chirurgica del tratto di colon sede del polipo. Nella sede dell'asportazione può essere praticata una iniezione di inchiostro diluito (tatuaggio) per agevolarne l'identificazione nei successivi controlli endoscopici o durante l'intervento chirurgico. Dopo la polipectomia il paziente verrà tenuto in osservazione clinica per un tempo variabile in base alla procedura svolta e verrà dimesso secondo le indicazioni del Medico Endoscopista.

Quali sono le complicanze della polipectomia?

La polipectomia è una procedura abbastanza sicura, ma può essere gravata da complicanze (complessivamente fino al 2%). Oltre alle complicanze della colonscopia diagnostica, vanno considerate alcune evenienze aggiuntive specificamente legate alla polipectomia.

Complicanze più frequenti:

- *emorragia* (fino a 1%), che in genere si arresta spontaneamente o con l'ausilio di tecniche endoscopiche

di emostasi, e che solo raramente richiede trasfusioni di sangue o un intervento chirurgico; nei pazienti che assumono farmaci anticoagulanti/antiaggreganti il rischio post-procedurale di sanguinamento risulta aumentato;

- *perforazione* (fino al 2 %) il cui rischio aumenta con la complessità della procedura ed è maggiore per i polipi localizzati nel colon destro;
- *sindrome post-polipectomia* (fino a 1%): è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta all'applicazione della corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con 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 alla risoluzione della sintomatologia.

Come ci si prepara alla colonscopia?

La buona riuscita della colonscopia dipende fortemente dalla corretta pulizia delle pareti intestinali che si ottiene con una **dieta appropriata** e con una **preparazione farmacologica** adeguata e ben eseguita secondo le istruzioni contenute nel **foglio di preparazione apposito**. Infatti una preparazione intestinale scadente comporta un prolungamento del tempo di esecuzione della procedura e della relativa sedazione, un aumento della difficoltà tecnica dell'esame con maggior fastidio per il paziente, un aumento del tasso di esami incompleti, una maggiore frequenza di interruzione dell'esame e necessità di ripetizione dello stesso, un anticipo dei controlli colonscopici successivi se previsti, un maggior rischio di mancata identificazione delle lesioni.

I farmaci abituali importanti (anti-ipertensivi e i farmaci cardiologici) possono essere assunti tranquillamente nelle prime ore del mattino il giorno dell'esame, con ridotta quantità di liquidi.

Cosa succede dopo la colonscopia?

Terminato l'esame, può permanere ancora una sensazione di gonfiore e di tensione addominale che solitamente si risolve spontaneamente nell'arco di breve tempo. A causa della sedazione-analgesia, possono residuare sonnolenza, nausea, visione offuscata ed instabilità motoria. E' assolutamente controindicato mettersi alla guida di ogni tipo di veicolo, e svolgere attività o manovre che richiedano impegno, concentrazione o particolare abilità. Pertanto alla dimissione è **necessario essere affidati ad un accompagnatore adulto**. Viene inoltre consigliato un periodo di riposo per alcune ore, oltre all'astensione dalle bevande alcoliche. L'alimentazione e l'assunzione di liquidi possono essere riprese dopo 2-3 ore dal termine dell'esame, tranne che in caso di **procedure operative** per le quali vengono fornite istruzioni specifiche. In ogni caso, alla dimissione, il Medico Endoscopista dà indicazioni in merito al comportamento post-esame, alla ripresa dei farmaci abituali e ad eventuali controlli necessari e/o nuove terapie.

In caso di polipectomie o altre procedure operative:

- dieta liquida per le prime 24 ore; quindi una dieta leggera e priva di scorie nei 2 giorni successivi;
- evitare sforzi fisici per alcuni giorni;
- ripristino della terapia anticoagulante/antiaggregante in base alle indicazioni del Medico;
- evitare farmaci con effetto sulla coagulazione (anti-infiammatori) per 5-6 giorni.

Prestare attenzione ai sintomi di allarme:

- Dolore addominale di intensità crescente, sudorazione, ipotensione, febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, impossibilità ad espellere feci e/o gas. In tal caso è necessario contattare tempestivamente il Servizio di Endoscopia Digestiva o recarsi in **Pronto Soccorso** per una valutazione clinica urgente portando con sé il referto della colonscopia.

Cosa fare in caso di esame incompleto?

L'esame colonscopico può risultare incompleto nel 5-25% dei casi:

- in caso di preparazione intestinale inadeguata;
- in presenza di restringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento;
- in presenza di angolature/aderenze o di una abnorme lunghezza del viscere che determinano ostacolo alla progressione dell'endoscopio e/o dolore non gestibile con la sedazione che si sta effettuando.

In caso di colonscopia incompleta per i suddetti motivi, e qualora esista indicazione ad esaminare anche i tratti di colon non visualizzati:

- ripetere l'esame dopo preparazione intestinale potenziata e prestare particolare attenzione ai tempi e modalità di assunzione del preparato;
- a giudizio del Medico, riprogrammare l'esame in sedazione profonda o con un colonscopio differente
- eseguire un esame diagnostico alternativo (esempio colon-TC)

Quali sono le possibili conseguenze del rifiuto della procedura?

Se si decide di non sottoporsi all'esame potrebbero mancare elementi diagnostici indispensabili per chiarire la causa dei disturbi e pianificare la corretta terapia. In particolare, la mancata identificazione ed eliminazione dei polipi del colon può

favorire lo sviluppo di un tumore maligno, poiché alcuni polipi (adenomi) hanno la tendenza alla trasformazione maligna se non vengono asportati.

Pertanto, se le informazioni ricevute non appaiono chiare o se c'è necessità di ulteriori chiarimenti, è possibile richiedere un colloquio di approfondimento con il Medico Endoscopista. Il consenso informato all'esecuzione dell'esame deve essere espresso in piena consapevolezza e libertà, e può essere revocato prima dell'esame in qualsiasi momento.

AVVERTENZE

1. TERAPIA CON ANTICOAGULANTI E/O ANTIAGGREGANTI

- La **colonscopia diagnostica** con/senza biopsie è una procedura a basso rischio di sanguinamento
- La **colonscopia operativa** (polipectomie, resezione endoscopica mucosa-EMR, dissezione sottomucosa-ESD, resezione full thickness-FTRD, termocoagulazione con Argon plasma, posizionamento di protesi, dilatazione di stenosi, trattamento di emorragie) è una procedura ad alto rischio di sanguinamento

Anticoagulanti di nuova generazione (NAO) (Dabigatran-Pradaxa; Apixaban-Eliquis; Rivaroxaban-Xarelto, Edoxaban-Lixiana)

Anticoagulanti (antagonisti vitamina K: Coumadin, Sintrom)

Antiaggreganti (Ticlopidina-Tiklid; Clopidogrel-Plavix; Prasugrel-Efient; Ticagrelor-Brilique; Indobufene-Ibustrin; Clopidogrel+ASA-Duoplavin)

In previsione dell'esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione in funzione della procedura endoscopica da effettuare. Pertanto è necessario che almeno 7 giorni prima dell'appuntamento dell'esame, si consulti il **Medico di Medicina Generale** e/o il **Medico Specialista di riferimento** (Specialista della Coagulazione, Neurologo o Cardiologo) i quali daranno indicazioni su come procedere. Per ulteriori dubbi è sempre possibile chiedere un colloquio con uno dei Medici del Servizio di Endoscopia Digestiva che fornirà i chiarimenti e le corrette indicazioni.

L'acido acetilsalicilico (Cardioaspirina o Ascriptin) NON NECESSITA DI SOSPENSIONE

Il Medico Endoscopista che ha eseguito la procedura endoscopica darà indicazioni in merito alla ripresa del trattamento dopo l'esame endoscopico.

2. OBESITA', SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE, TERAPIA CON CPAP

In presenza di Peso corporeo superiore a **100 kg** o in caso di sindrome delle apnee ostruttive, russamento notturno o utilizzo di C-PAP è necessario contattare il Servizio di Endoscopia Digestiva 7-10 giorni prima dell'esame endoscopico per organizzare la procedura con assistenza anestesiológica

3. ALLERGIA AL LATTICE

In presenza di nota allergia al lattice si prega di contattare il Servizio di Endoscopia Digestiva almeno 7 giorni prima dell'esame endoscopico.

4. DOCUMENTAZIONE DA PORTARE IL GIORNO DELL'ESAME

Il giorno dell'esame endoscopico è necessario portare: richiesta del Medico di Medicina Generale, eventuale ricevuta di pagamento del ticket se dovuto, referti di precedenti esami endoscopici, esami di laboratorio e altra documentazione clinica (visite specialistiche, lettere di dimissione, referti radiologici). Al colloquio con il Medico Endoscopista prima di iniziare l'esame è necessario segnalare eventuali allergie, malattie, interventi chirurgici ed esami endoscopici precedenti, farmaci assunti, presenza di pacemaker o altri dispositivi impiantabili (ICD) che possono interferire con le apparecchiature elettro-medicali.

BIBLIOGRAFIA

- Khotari ST, Huang RJ, Shaikat A et al. ASGE standard and practice committee. ASGE review of adverse events in colonoscopy. Gastrointest Endosc 2019;90:863-76
- Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy. Global trends and future challenges. World J Gastroenterol 2019 Jan 14(2): 190-204
- Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality improvement initiative. Endoscopy 2017; 49
- Reumkens A, Rondagh EJA, Bakker CM et al. Post-colonoscopy complications: a systematic review, time trends and meta-analysis of population-based studies. Am J Gastroenterol 2016 Aug; 111(8): 1092-101
- Levy I, Gralnek IM. Complications of diagnostic colonoscopy, upper endoscopy and enteroscopy. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2016 Oct; 30(5): 705-718
- Franco DL, Leighton JA, Gurudu SR. Approach to incomplete colonoscopy: new techniques and technologies. Gastroenterol Hepatol 2017 Aug; 13(8): 476-483

Recapiti SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA (lun-ven ore 8-19) Tel: **0536 846822; 0536 846754**

e-mail: endoscopia@ospedalesassuolo.it