**MODULO INFORMATIVO ALLA COLONSCOPIA**

COS’E’ LA COLONSCOPIA?

La colonscopia è un esame che permette di vedere direttamente la superficie interna del grosso intestino (colon) mediante l’introduzione, attraverso l’orifizio anale, di uno strumento flessibile di dimensioni ridotte a forma di tubo e munito di una piccola telecamera a luce fredda incorporata nella punta. Il tubo è a sua volta collegato ad un microprocessore e a una fonte luminosa. Gli operatori seguono l’esame guardando le immagini a colori su di un monitor collegato alla telecamera. L’esame ha una durata variabile, ma solitamente richiede fra 30 e 60 minuti.

COME SI SVOLGE LA COLONSCOPIA?

La colonscopia viene eseguita in una sala appositamente attrezzata dove, dopo aver tolto i vestiti, il paziente verrà fatto sdraiare su un apposito lettino. L’esame comincia solitamente con una esplorazione rettale (il medico esaminerà il retto con un dito protetto da un guanto lubrificato) per valutare eventuali lesioni esterne o del canale anale, nonché per rilasciare lo sfintere anale in modo tale che lo strumento, adeguatamente lubrificato, possa essere agevolmente introdotto nel retto, e di qui, spingendolo delicatamente e insufflando un poco di aria per distendere le pareti, risalire per tutto il colon fino al cieco e talora anche fino all’ultima ansa del piccolo intestino (ileo). Talora le verrà chiesto di cambiare posizione sul lettino e saranno messe in atto procedure manuali di compressione addominale al fine di agevolare la progressione dello strumento. In circa il 10% dei casi l’esplorazione completa del colon può non riuscire, principalmente per motivi legati a particolari situazioni anatomiche, come per esempio nei soggetti con precedenti interventi chirurgici sull’addome.

1. **Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante la colonscopia:**
2. Biopsie: in corso di colonscopia, attraverso un canale operativo dell’endoscopio è possibile introdurre una pinza bioptica ed effettuare delle biopsie (pezzi millimetrici di mucosa) che verranno analizzate per porre una diagnosi istologica. Oltre che aiutare a distinguere tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili a individuare la presenza di condizioni precancerose del colon. Al termine della procedura il medico consegnerà al paziente il referto della procedura e gli darà informazioni su come ritirare il referto dell’eventuale esame istologico.
3. Cromoendoscopia: l’utilizzo endoscopico di coloranti vitali o di contrasto permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni. I coloranti vengono spruzzati sulla mucosa attraverso un catetere che passa nel canale operativo dello strumento.
4. Tatuaggio: l’utilizzo dell’inchiostro di china sterile permette la marcatura di lesioni neoplastiche per facilitarne l’individuazione in corso di successive endoscopie o di interventi chirurgici.

**Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la colonscopia:**

1. Polipectomia: è una procedura endoscopica che consente l’asportazione di lesioni polipoide sessili o peduncolate del colon, mediante l’utilizzo di anse diatermiche collegate ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. Poiché i polipi sono nella maggior parte dei casi i precursori del cancro del colon, la colonscopia attraverso la polipectomia permette di prevenire la comparsa del cancro senza ricorrere ad interventi chirurgici maggiori. Le complicanze della polipectomia sono rappresentate da: a) perforazione (0.04-1%), che può essere risolta endoscopicamente tramite il posizionamento di clip metalliche, oppure può richiedere un intervento chirurgico qualora il trattamento endoscopico sia risultato inefficace o non possibile; b) emorragia con un’incidenza che varia dallo 0.3 al 6.1%. Tale complicanza può essere immediata (1.5% dei pazienti) e normalmente viene arrestata endoscopicamente, oppure tardiva (2% dei pazienti), e in tal caso può presentarsi fra i 7 e i 30 giorni dalla procedura. Il ricorso alla chirurgia è raro.
2. Tecniche avanzate di resezione endoscopica (EMR ed ESD): l’EMR o mucosectomia e l’ESD (dissezione sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è detta “lift and cut” che prevede l’iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e sottomucosa) separandola dalla muscolare propria e successiva asportazione con ansa diatermica con tecnica “piece-meal” (a pezzi) o “en bloc” (intera). Il rischio di emorragia immediata è del 10% circa, mentre un sanguinamento tardivo può occorrere nell’1.5-14% dei casi. Il rischio di perforazione è di circa il 5%, mentre la mortalità che può raggiungere lo 0.25%.
3. Emostasi: ha come obiettivo l’arresto dell’emorragia. Le terapia emostatiche possono essere iniettive, termiche o meccaniche, talora associate. La perforazione è una complicanza rara dell’emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, specie quelle localizzate nel colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.
4. Rimozione di corpi estranei: viene effettuata con strumenti specifici introdotti nel canale operativo dell’endoscopio (pinza a coccodrillo, a dente di topo, ansa, cestello, retino) che consentono di afferrare il corpo estraneo ed estrarlo attraverso l’ano. Le complicanze sono: la lacerazione mucosa (<2%), l’emorragia (<1%) e la perforazione (<0.8%).
5. Dilatazione di stenosi: avviene inserendo, su filo guida posizionato oltre il tratto stenotico, un dilatatore idro-pneumatico (palloncino riempito con aria o acqua) o una sonda rigida di calibro progressivo. Possono essere necessarie più sedute per la risoluzione della patologia in quanto la dilatazione deve essere lenta e progressiva. Le complicanze sono la perforazione (2% circa) e l’emorragia (<1%) con mortalità estremamente bassa (<0.05%).
6. Posizionamento di endoprotesi: l’endoprotesi è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà di un viscere. Essa può essere di plastica o metallica. La manovra di posizionamento avviene sotto visione endoscopica e radiologica e consiste nell’inserire l’endoprotesi su filo guida attraverso il tratto stenotico. Le patologie che possono richiedere il posizionamento di endoprotesi sono le stenosi maligne inoperabili o operabili dopo chemio/radioterapia oppure ancora le stenosi maligne che causano occlusione intestinale. Nel posizionamento di endoprotesi si distinguono complicanze precoci e tardive. Le complicanze precoci sono rappresentate da: sanguinamento (4% dei casi), perforazione (4.5% dei casi). Le tardive sono rappresentate da: occlusione della protesi (12%) e migrazione della protesi (12& dei casi). La mortalità è bassa (<1%).
7. Decompressione del colon: consiste nel posizionare tubicini o aspirare aria per decomprimere il viscere in caso di occlusione. La perforazione è del 2% circa.

**NOTA BENE: Al momento della procedura, per poter eseguire una polipectomia contestualmente all’esame diagnostico, è necessario avere con sé le seguenti impegnative:**

**- Colonscopia con ileoscopia retrograda (Cod. 45.231)**

**- Polipectomia endoscopica dell’intestino crasso (cod. 45.42)**

**- Esame istopatologico apparato digerente (sedi multiple) (cod. 91.41.4)**

LA COLONSCOPIA E’ DOLOROSA?

Generalmente no, tuttavia il passaggio dello strumento lungo le anse intestinali, e la stessa introduzione di aria, necessaria per distendere le pareti del colon in modo da ottenere una visione ottimale, possono provocare qualche disturbo, per esempio gonfiore addominale, sensazione di dover andare di corpo, talora dolore. Raramente possono manifestarsi disturbi più importanti come nausea, conati di vomito, sudorazione. Per poter ridurre al minimo il fastidio della procedura è possibile effettuare l’esame somministrando una modica dose di ansiolitico e/o analgesico per via endovenosa. Pur essendo somministrati con la dovuta prudenza, tali farmaci hanno rari effetti collaterali (i piùgravi sono l’arresto respiratorio e reazioni allergiche) che possono richiedere, tra le cure immediate, la somministrazione di altri farmaci, sempre per via endovenosa.

LA COLONSCOPIA DIAGNOSTICA E’ RISCHIOSA?

La colonscopia è una procedure nel complesso sicura, ma come per tutti gli interventi cosiddetti invasivi può presentare delle complicanze. Le complicanze clinicamente significative nel corso di una colonscopia diagnostica sono rare, tra lo 0.1 e lo 0.6%, e la mortalità è inferiore allo 0.07%. Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

* Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie: sono estremamente rare (0.9%), date per lo più dalla sedazione/analgesia, e sono rappresentate .da desaturazione, enfisema sottocutaneo, infarto miocardico, arresto respiratorio, shock. Si tratta di complicanze rare, che diventano ancora più rare riducendo la dose di questi farmaci nelle persone anziane o in quelle affette da importati patologie cardio-polmonari. La valutazione medica generale che l’endoscopista effettua per ogni paziente permette di ridurre al minimo questo rischio e di condurre l’esame in condizioni di grande sicurezza. Infatti, in caso di sedazione, durante tutto l’esame e anche per alcuni minuti al termine di esso, il paziente viene attentamente monitorato per quanto riguarda la frequenza cardiaca e l’attività respiratoria attraverso uno strumento dedicato chiamato “pulsossimetro”, in modo da avere in tempo reale informazioni sull’attività cardio-respiratoria e quindi intervenire immediatamente qualora le circostanze lo richiedessero.
* Infezioni: dopo la colonscopia, con o senza biopsie, si può verificare una transitoria immissione in circolo di batteri. Ciò può avvenire approssimativamente nel 4% dei casi, ma segni o sintomi di infezioni sono estremamente rari. Pertanto, per i paziente che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.
* Sanguinamento: si tratta di un evento eccezionale, si verifica in genere dove sono state effettuare delle biopsie, o a seguito dell’asportazione di un polipo, e quasi sempre si arresta spontaneamente. In caso contrario, sarà lo stesso endoscopista ad effettuare l’emostasi e ciò comporterà un lieve aumento dei tempi della procedura. In casi rarissimi, può essere necessario un intervento chirurgico.
* Perforazione: si può verificare nello 0.07-0.3% dei casi. Può essere la conseguenza di traumi provocati dallo strumento o dalla pressione del gas insufflato. Può richiedere un chirurgico in tempi rapidi qualora l’operatore non riesca a risolvere la complicanza per via endoscopica.

ESISTONO ALTERNATIVE DIAGNOSTICHE ALLA COLONSCOPIA?

Le alternative sono rappresentate dal clisma opaco (un esame radiologico che permette l’esplorazione indiretta del colon tramite l’immissione nel retto di una sostanza radio-opaca semiliquida) e dalla colonscopia virtuale (un esame radiologico TAC eseguito con metodica particolare). Entrambi questi esami richiedono, come la colonscopia, l’effettuazione di una preparazione per la pulizia intestinale. Rispetto alla colonscopia tali metodiche sono meno precise e solo di tipo diagnostico (non permettono di effettuare prelievi bioptici o di asportare polipi). L’unica metodica alternativa alla polipectomia endoscopica è l’asportazione di polipi attraverso un vero e proprio intervento chirurgico, il quale comporta rischi maggiori.

QUAL’E’ LA PREPARAZIONE PER LA COLONSCOPIA?

Per la buona riuscita dell’esame è indispensabile che il colon sia perfettamente pulito; in caso contrario l’esame può risultare poco attendibile o addirittura impossibile, con la necessità di doverlo ripetere in un altro momento. E' stato dimostrato che una incompleta pulizia intestinale aumenta il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia. Tale rischio tuttavia non si azzera anche effettuando una adeguata pulizia intestinale., dal momento che fino al 20% delle lesioni, specie se di pochi millimetri di grandezza, potrebbero essere comunque non visualizzate. E’ pertanto fondamentale che il paziente effettui con molta scrupolosità la preparazione, in particolare osservando le norme dietetiche suggerite, le modalità e gli orari raccomandati per essa.. Nel colloquio precedente l’esame è importante segnalare all’endoscopista i farmaci assunti, o allergie o qualunque malattia importante, o se si è portatori di pacemaker o altro dispositivo impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali. Se il paziente assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, in previsione dell’esame, potrebbe rendersi necessaria la loro sospensione o sostituzione previo consulto con lo specialista di riferimento. Si ricordi infine di portare tutta la documentazione clinica in suo possesso inerente precedenti esami endoscopici ed istologici, interventi chirurgici o altro che possa favorire il lavoro dell’endoscopista.

COSA SUCCEDE DOPO LA COLONSCOPIA?

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si risolvono dopo alcuni minuti spontaneamente o con l'emissione di aria dall'intestino. In alcuni casi potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'emissione di aria insufflata durante la colonscopia. Se durante l'esame sono state praticate manovre terapeutiche, a giudizio del medico, la permanenza in reparto può essere prolungata.

Se l’esame è stato eseguito senza sedazione, il paziente verrà dimesso subito e potrà iniziare ad alimentarsi dopo un paio di ore. Qualora sia stata effettuata una sedazione, è indispensabile avere un accompagnatore, poiché nelle 24 ore successive all’esame non devono essere compiute attività che richiedano prontezza di riflessi, come condurre un veicolo o anche camminare da soli per strada. A distanza di alcune ore potrebbero verificarsi segni di complicanze tardive correlate all’esame. E’ importante pertanto saper riconoscere sintomi precoci di possibili complicanze. Sintomi di allarme sono: intenso dolore con tensione addominale, chiusura dell’alvo a feci e gas, sudorazione profusa con ipotensione, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso, possibilmente nella stessa Struttura in cui è stata eseguita la procedura.

COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI?

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l’utente e gli operatori sanitari, i dispositivi riutilizzabili (endoscopi ed accessori pluriuso) sono puliti a fondo 8superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (strumento endoscopico) è sottoposto ad un ciclo di disinfezione ad alto livello in specifiche lava-endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi vengono posizionati in appositi armadi areati che consentono lo stoccaggio verticali per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazione e dalle alte temperature. Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse) sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, vanno incontro ad un processo di sterilizzazione.

NOTA SUL MONUSO: 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.

**N.B: per qualsiasi tipo di informazione prima o dopo la procedura si prega di contattare la Struttura ai seguenti numeri: 082457316/082457302.**