

<p style="text-align: center;">ASST Ovest Milanese</p> <p style="text-align: center;">UO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIVA PER IL PAZIENTE CHE DEVE SOTTOPORSI A COLONSCOPIA</p>	<p style="text-align: center;">IUC02 Rev. 1 Aprile 2016 Pag. 1 di 4</p>
--	---	--

COS'E' LA COLONSCOPIA?

E' un esame endoscopico che si esegue con una sonda flessibile dotata di telecamera all'estremità (colonscopio) introdotta attraverso l'orifizio anale per visualizzare la mucosa del grosso intestino, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di un'adeguata preparazione intestinale. La colonscopia può essere condotta ad esplorare tutto il colon fino al fondo ciecale oppure solo parzialmente o ancora, qualora vi sia indicazione, fino all'ileo terminale.

COME SI SVOLGE LA COLONSCOPIA?

Ottenuto il consenso alla procedura, il paziente viene invitato ad indossare abbigliamento monouso, vengono posizionati un accesso venoso periferico ed il monitoraggio di frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno del sangue e, se indicato, della pressione arteriosa. L'esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della colonscopia può rendersi necessario cambiare posizione e si possono effettuare manovre di compressione manuale dell'addome per facilitare la progressione dell'endoscopio.

La colonscopia, in quanto prevede insufflazione d'aria per distendere il colon, può risultare fastidiosa ed in alcuni momenti dolorosa. Pertanto abitualmente viene eseguita una sedazione per via endovenosa mediante un sedativo (midazolam) ed un analgesico (meperidina). L'esame dura in media da 15 a 30 minuti, ma può protrarsi in funzione del grado di difficoltà tecnica, della pulizia del colon o della necessità di effettuare procedure operative.

PROCEDURE OPERATIVE

Nel corso dell'esame, a giudizio dell'endoscopista, possono essere effettuate procedure aggiuntive diagnostiche o terapeutiche, quali, più frequentemente:

- **Biopsie:** prelievo con pinza di frammenti di mucosa per la diagnosi istologica di condizioni patologiche o lesioni del colon non solo di tipo tumorale.
- **Polipectomia/mucosectomia:** tecnica endoscopica per l'asportazione di polipi, mediante l'utilizzo di specifici accessori, generalmente collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica.
- **Trattamenti emostatici:** tecniche termiche, iniettive e meccaniche atte al controllo del sanguinamento o al trattamento di lesioni vascolari (ad es. angiodisplasie).
- **Tatuaggio:** "marcatura" con inchiostro di china di una determinata area per facilitarne l'individuazione in corso di successive colonscopie o di interventi chirurgici.
- **Dilatazione di stenosi:** cioè di restringimenti del lume intestinale mediante l'utilizzo di appositi accessori.

<p style="text-align: center;">ASST Ovest Milanese</p> <p>UO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIVA PER IL PAZIENTE CHE DEVE SOTTOPORSI A COLONSCOPIA</p>	<p style="text-align: center;">IUC02 Rev. 1 Aprile 2016 Pag. 2 di 4</p>
--	---	--

- **Posizionamento di endoprotesi:** ripristino della pervietà del lume colico in casi particolari.

COSA FARE PRIMA DELL'ESAME?

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere: è indispensabile, pertanto, che il paziente aderisca a tutte le norme indicate nel foglio di preparazione all'esame.

È dimostrato come un'incompleta pulizia intestinale aumenti il rischio di non visualizzare lesioni durante la colonscopia; tale rischio comunque non si azzerava anche in presenza di un'adeguata pulizia intestinale (secondo i dati della letteratura, il 6-9% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, si potrebbe non visualizzare).

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile informare il medico di eventuali malattie e/o allergie, della presenza di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile e fornire l'elenco completo delle terapie farmacologiche in atto.

Nel caso in cui il paziente assuma farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom o anticoagulanti orali diretti) è necessario rivolgersi al Centro di Riferimento per valutarne la sospensione e l'eventuale sostituzione con eparina sottocute. Dopo la sospensione di TAO (è indicato controllo di PT/INR il giorno precedente l'esame per verificare il ripristino di valori adeguati).

Qualora il paziente assuma antiaggreganti (aspirina, clopidogrel, ticlopidina o altri), in previsione dell'esame, è necessario rivolgersi al Medico Curante o allo Specialista di riferimento per valutarne l'eventuale sospensione nei giorni precedenti e/o la sostituzione con altri farmaci, a seconda del singolo caso.

Nei pazienti ad alto rischio portatori di protesi valvolare meccanica è raccomandata una profilassi antibiotica a causa della transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia), possibile nel 4% delle procedure.

Verrà chiesto al paziente di apporre la firma al modulo di consenso informato: acconsentendo alla procedura endoscopica egli avrà acconsentito anche alla sedazione proposta ed a tutte le manovre aggiuntive che si rendessero necessarie durante la colonscopia.

Complicanze della Colonscopia

La colonscopia è generalmente sicura, ma trattandosi di un esame invasivo, cioè eseguito introducendo uno strumento all'interno del paziente, sono possibili complicanze le cui principali sono qui elencate:

- **Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie:** (0,9%) per lo più correlabili ai farmaci somministrati per ottenere la sedoanalgesia, quali arresto respiratorio, alterazioni della frequenza cardiaca, infarto miocardico, shock.

<p style="text-align: center;">ASST Ovest Milanese</p> <p style="text-align: center;">UO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIVA PER IL PAZIENTE CHE DEVE SOTTOPORSI A COLONSCOPIA</p>	<p style="text-align: center;">IUC02 Rev. 1 Aprile 2016 Pag. 3 di 4</p>
--	---	--

- **Perforazione:** (0.07-1.0%) complicanza rara nell'esame diagnostico, tende ad aumentare quanto più complesse sono le manovre terapeutiche effettuate (fino al 5% in seguito a mucosetomia). In presenza di una perforazione può rendersi necessario l'intervento chirurgico.
- **Emorragia:** (0.3-6.1%) generalmente di modesta entità ed autolimitantesi, associata più spesso a polipectomie. Un sanguinamento immediato, perlopiù, viene controllato endoscopicamente al momento mentre un sanguinamento tardivo (da 7 a 30 giorni dopo) (nel 2% dei casi) può richiedere la ripetizione della colonscopia. Il ricorso alla chirurgia è raro.
- **Ustione trans-murale:** (0.003-0.1%) secondaria all'applicazione di corrente elettrica. Febbre, dolore addominale e aumento dei globuli bianchi possono comparire entro 24-36 ore. Di solito si risolve con terapia conservativa.

Qualora insorga una complicanza legata all'esame, alla sedazione o all'esecuzione di manovre operative, possibili soprattutto in corso di endoscopia d'urgenza, vengono attivati percorsi per la gestione che si avvalgono della collaborazione della altre professionalità presenti in azienda.

COSA FARE DOPO L'ESAME?

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti, nel periodo di osservazione presso l'Endoscopia, senza necessità di manovre o terapie aggiuntive.

Su giudizio del medico, può essere indicata un'osservazione clinica più prolungata, in particolare dopo manovre endoscopiche complesse. In quanto sedato, il paziente può essere dimesso solo se accompagnato e non può guidare auto o moto o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nel resto della giornata.

Se non è stata praticata alcuna sedazione il paziente potrà tornare a casa anche da solo. A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame. È importante pertanto riconoscerne i segni da subito: sintomi d'allarme sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tal caso è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

QUAL È L'ALTERNATIVA DIAGNOSTICA?

Il clisma opaco e la colonscopia virtuale sono attualmente le tecniche radiologiche alternative alla colonscopia. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, etc.). Come per la colonscopia, anche per queste procedure alternative è necessario effettuare una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata

<p style="text-align: center;">ASST Ovest Milanese</p> <p>UO Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIVA PER IL PAZIENTE CHE DEVE SOTTOPORSI A COLONSCOPIA</p>	<p style="text-align: center;">IUC02 Rev. 1 Aprile 2016 Pag. 4 di 4</p>
--	---	--

con il proprio medico considerando rischi e benefici, tenendo conto comunque della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

La mancata effettuazione della procedura potrebbe comportare una diagnosi non corretta dell'eventuale patologia sospettata, con possibile ritardo della terapia più appropriata

IL PERSONALE MEDICO ED INFERMIERISTICO DELL'UNITA' OPERATIVA E' A VOSTRA DISPOSIZIONE PER TUTTI I CHIARIMENTI NECESSARI

Approvazione		
Data	Funzione	Visto
Aprile 2016	Resp UO	Dr.ssa M.P. Baldacci

Cognome**Nome**.....

Residente a

Telefono.....**Indirizzo**.....

Nato a.....**il**.....**CF**.....

Elenco dei farmaci abitualmente assunti.....

.....