

INFORMATIVA SULLA COLONSCOPIA

Che cos'è la colonscopia

Consiste nell'introduzione nell'intestino colon di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l'orifizio anale per esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del colon, in precedenza pulito con una preparazione intestinale.

In base alle indicazioni la colonscopia può essere condotta per esplorare il colon nella sola parte prossimale all'ano, (es.: rettoscopia, rettosigmoidoscopia, ecc.) o tutto fino a visualizzare il fondo ciecale (colonscopia totale o pancolonscopia) ed oltre fino alla parte terminale dell'ileo.

Nel corso dell'esame possono essere effettuate anche biopsie, per l'esame istologico, o possono essere effettuati altri processi diagnostici o terapeutici.

Come si esegue la colonscopia

L'esame è eseguito con un colonscopio, dotato di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad uno schermo.

A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, l'esame può essere eseguito in stato di sedazione. Per fare questo, dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso in vena e si monitorizzano la frequenza cardiaca, l'ossigeno nel sangue e la pressione arteriosa.

Durante la colonscopia la persona è adagiata preferibilmente sul fianco sinistro; nel corso dell'esame la posizione può essere cambiata e possono essere effettuate manovre manuali sull'addome, per facilitare la progressione dell'endoscopio.

Le possibilità di successo dipendono dalle condizioni di pulizia dell'intestino, dalla sua conformazione e dalla collaborazione del paziente

Durante l'esame:

- si insuffla aria che distende le pareti intestinali per facilitarne la visione; ciò può causare al paziente varie sensazioni tipo gonfiore addominale o stimolo all'evacuazione; queste sensazioni non devono allarmare e sono assolutamente transitorie .

- il tempo dell'esame (in media 15-30 min.) può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà alla progressione dell'endoscopio lungo il colon, della pulizia del colon stesso e degli eventuali interventi necessari. 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 da precedenti interventi chirurgici o trattamenti radioterapici.

- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica.

La preparazione alla colonscopia

La buona riuscita della colonscopia dipende molto dalla corretta pulizia del viscere; pertanto è indispensabile che il paziente segua le indicazioni riportate nel foglio di preparazione all'esame.

Un'incompleta pulizia intestinale aumenta la probabilità di non visualizzare eventuali patologie durante la colonscopia, probabilità che, comunque, è sempre presente (fino al 20% delle lesioni, specie di piccole dimensioni, possono non essere visualizzate).

Nel colloquio precedente l'esame è indispensabile che il medico venga informato di:

- eventuali malattie e/o allergie di cui il paziente soffre,

- se il paziente assume farmaci

- se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali.

Il paziente che assume farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti, prima della colonscopia, è necessario che valuti, con lo specialista di riferimento, l'opportunità di modificare o sospendere la terapia anticoagulante, se non addirittura instaurare una terapia che ristabilizzi i test di coagulazione.

In previsione di particolari atti endoscopici operativi, sulla scorta dell'anamnesi del paziente, degli esami clinico-strumentali eseguiti in precedenza e dell'esistenza di possibili fattori di rischio, può essere considerata l'opportunità di eseguire test ematici per la valutazione dell'assetto coagulativo.

Nel caso di allergia al lattice-sarà provveduto ad uno specifico allestimento della sala di endoscopia e l'utilizzo di materiali senza lattice.

Procedure integrative a finalità diagnostica che possono essere attuate durante la colonscopia

- **Biopsie.** In corso di colonscopia può essere opportuno eseguire piccoli prelievi per l'esame istologico (con una pinzetta) o citologico (con uno spazzolino). Le biopsie sono indispensabili per vedere se la lesione è benigna, precancerosa o francamente maligna.
- **Tatuaggio.** Se durante la colonscopia si individua una lesione, sulla quale si ritiene necessario intervenire successivamente, la si evidenzia con un tatuaggio di polvere di carbone sterile per poi ritrovarla con sicurezza

Complicanze della Colonscopia Diagnostica

La colonscopia è una pratica molto sicura.

Le complicanze clinicamente significative nel corso dell'esame diagnostico sono rare (generalmente inferiori allo 0.1-0.6%) ed il tasso di mortalità è inferiore allo 0.007%.

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 premedicazione e sono rappresentate da diminuzione dell'ossigeno nel sangue, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock.
- **Infezioni:** dopo la colonscopia, con o senza biopsia, può accadere un transitorio passaggio nel sangue di batteri del colon; ciò avviene in circa il 4% delle colonscopie (a fronte del 70% durante il lavaggio dei denti), e molto raramente dà luogo ad infezione. Pertanto, non è raccomandata la profilassi antibiotica prima della colonscopia.
- **Emorragia:** in genere associata a colonscopie terapeutiche, molto raramente può verificarsi anche in corso di interventi diagnostici (es a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi; in rari casi, per controllarla, può essere necessario un intervento endoscopico o, rarissimo, uno 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. Quando la perforazione è di piccole dimensioni si interviene nel corso della stessa; se è di dimensioni maggiori o se il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.
- **Esplosione da gas:** è un evento rarissimo che può accadere se la pulizia intestinale è fatta con preparati a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).

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

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami solamente diagnostici ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento effettuato.

- **Polipectomia.** Si asportano eventuali polipi con l'utilizzo di accessori (anse da polipectomia) collegati ad un elettrobisturi diatermico.

In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza uso di corrente diatermica con la tecnica così detta a "a freddo").

Le rare complicanze sono rappresentate da:

- **Perforazione** (0.04-1.0%). La perforazione in corso di polipectomia è rara.

In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) è quasi sempre risolutivo; qualora risulti inefficace o non possibile, si effettua il trattamento chirurgico.

- **Emorragia** (0.3-6.1%). L'emorragia post-polipectomia 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% si può verificare un sanguinamento tardivo che può presentarsi fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.

- **Ustione trans-murale** (0.003-0.1%): è legata alla trasmissione di calore alla parete del viscere dovuta diatermia 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 al termine della sintomatologia.

- **Tatuaggio.** La "marcatura" di lesioni sospette, per facilitarne l'individuazione in corso di successivi interventi colonscopici o chirurgici, è effettuato con polvere di carbone sterile che ha ridotto allo 0,2% il tasso delle complicazioni.

- **Miscellanea.** Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, 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.

Cosa succede dopo la colonscopia

Dopo l'esame il paziente potrebbe avvertire il permanere di gonfiore e dolori addominali che normalmente si esauriscono in alcuni minuti; in alcuni casi può essere necessario il posizionamento di una sonda rettale per 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, al termine può residuare temporaneamente sonnolenza, capogiro, visione offuscata o doppia. In questo caso il paziente non può guidare auto o motoveicoli o compiere manovre a rischio o che richiedano particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura. Alla dimissione necessita di un accompagnatore.

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

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

A distanza di alcune ore potrebbero verificarsi segni di complicanze tardive correlate all'esame,

i cui sintomi sono: dolore con tensione addominale, sudorazione con ipotensione, comparsa di febbre, sanguinamento con emissione di sangue rosso vivo o scuro, alvo chiuso a feci e gas. In tali casi è consigliabile recarsi in Pronto Soccorso.

A seguito di esame endoscopico, il paziente sarà escluso, per un periodo di 12 mesi, dalle donazioni di sangue.

Cosa fare in caso di esame incompleto

L'esame può non essere completato nel 5-30% dei casi:

- di preparazione intestinale inadeguata;
- di restringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento;
- di angolature/aderenze o di una particolare lunghezza del viscere che determina ostacolo alla progressione dell'endoscopio e/o dolore non gestibile con la sedazione cosciente.

In caso di colonscopia incompleta, e qualora esista l'indicazione ad esaminare anche i tratti di intestino non visualizzati per i suddetti motivi, le possibili alternative sono costituite da:

- ripetere l'esame con una preparazione intestinale diversa, ben eseguita, o "rinforzata";
- a giudizio del medico, ripetere l'esame con una sedazione più idonea o presso un centro di riferimento;
- eseguire un esame alternativo quale la Colonscopia Virtuale o la videocapsula del colon.

Quali sono le alternative alla colonscopia

Le tecniche attualmente alternative alla colonscopia sono: clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia con videocapsula. Le prime due sono tecniche radiologiche, la terza è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, ecc.). Anche per queste procedure alternative è necessaria una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata con il proprio medico considerando rischi e benefici e tenendo conto della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

Come si disinfettano/sterilizzano gli strumenti

Al fine di garantire una prestazione sicura e libera da rischio infettivo per l'utente e per gli operatori sanitari, i dispositivi medici riutilizzabili (endoscopi e accessori pluri-uso) sono puliti a fondo, sulle superfici esterne e nei canali interni, immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (es. endoscopio) è sottoposto a un ciclo di disinfezione di alto livello in specifiche lava-endoscopi. Al termine del ciclo di disinfezione gli endoscopi sono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi areati che consentono lo stoccaggio verticale per proteggerli dalla polvere, da possibili fonti di contaminazioni e dalle alte temperature.

Gli accessori riutilizzabili (pinze, anse da polipectomia, ecc.), sono considerati strumenti critici e, dopo essere stati sottoposti ad accurato lavaggio, sono sottoposti ad un processo di sterilizzazione.

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