

**GASTROENTEROLOGIA**  
**MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO INFORMATO**

**COLONSCOPIA**

**Modulo di Informazione**

La colonscopia ci consente di esaminare l'ultimo tratto dell'intestino (il colon e l'ileo terminale) con una sonda che viene introdotta attraverso l'ano e che, grazie ad una piccola telecamera applicata alla sua estremità, riproduce le immagini interne su uno schermo televisivo.

L'esame consente di diagnosticare le malattie del colon (tumori, polipi, diverticoli, malattie infiammatorie, lesioni ischemiche e vascolari, etc), di prelevare tessuto per l'esame istologico (biopsia), di procedere operativamente ove sia indicato (asportazione di polipi, dilatazione di restringimenti, interruzione di sanguinamenti, etc).

**Prima della colonscopia – al domicilio**

Per eseguire l'esame correttamente il colon deve essere perfettamente pulito, senza feci al suo interno. Per questo è necessario seguire con attenzione le istruzioni scritte che vengono consegnate al momento della prenotazione.

In particolare il purgante deve essere assunto con le modalità specificate nel foglio che viene consegnato al momento della prenotazione: la pulizia è considerata soddisfacente quando le ultime scariche prima dell'indagine sono costituite da liquido chiaro e limpido.

La preparazione è probabilmente il momento più fastidioso dell'intera indagine; per prevenire episodi di lipotimia ("vertigine" "sensazione di svenire") è bene porre particolare prudenza nei passaggi dalla posizione sdraiata a quella in piedi, specialmente in caso di necessità di alzarsi dal letto nel corso della notte.

Il digiuno previsto dalla sera precedente l'esame non impedisce di assumere anche la mattina nella quale è prevista la colonscopia le abituali terapie per bocca (con l'eccezione degli antidiabetici orali, della terapia antitrombotica o in caso di segnalazioni particolari da parte del curante).

**Prima della colonscopia – in ospedale**

Giunti in ospedale medici e infermieri vi forniranno tutte le informazioni necessarie; verrà raccolta una breve storia medica con particolare riferimento alla terapia in atto al domicilio ed alla presenza di eventuali allergie.

Vi verranno poi riassunte le caratteristiche dell'indagine e della sedazione, i vantaggi e le possibili complicanze; al termine di questo colloquio – nel corso del quale avete il diritto di richiedere tutti i chiarimenti che desiderate avere - vi verrà fatto firmare il consenso alla procedura.

**La sedazione**

La colonscopia prevede l'insufflazione di aria dentro il colon per distenderne le pareti, che può provocare dolore; tuttavia nel nostro centro abbiamo in uso dei macchinari in grado di insufflare CO<sub>2</sub>, che permette di ridurre notevolmente il fastidio.

Nel nostro centro viene inoltre abitualmente eseguita, prima di iniziare la colonscopia, una "sedazione cosciente" che consiste nell'iniezione endovenosa, di un farmaco sedativo – il midazolam - e di un antidolorifico maggiore – la petidina. L'associazione di questi due farmaci rende la colonscopia un esame assolutamente tollerabile, spesso praticamente indolore.

L'effetto della sedazione termina entro circa 1 ora, momento nel quale il paziente può lasciare l'ospedale. È importante comunque ricordare che può persistere un rallentamento dei riflessi e che pertanto, per le successive 24 ore, è controindicata la guida di vetture e l'esecuzione di mansioni che richiedano concentrazione e "riflessi pronti", al fine di non creare pericolo a sé e agli altri. Il paziente a cui è stata somministrata la sedazione può lasciare l'ospedale solo se accompagnato.

**Durante e dopo la colonscopia**

L'indagine vera e propria dura in media tra i 20' e i 30' minuti.

Per meglio controllare le vostre risposte alla colonscopia e ai farmaci durante l'esame sarete sottoposti a monitoraggio continuo della frequenza cardiaca e della saturazione di ossigeno tramite un sensore posizionato su un dito. In caso di necessità esistono farmaci antagonisti che, iniettati endovena, annullano in brevissimo tempo l'effetto sia del midazolam sia della petidina.

Al termine della colonscopia verrete fatti accomodare in sala risveglio dove sarete controllati dall'apposito personale.

### La polipectomia

La polipectomia è la più frequente delle procedure operative in corso di colonscopia; è importante togliere tutti i polipi perchè è ormai accertato che questo riduce la frequenza di tumore del colon. La maggior parte dei tumori del colon non nascono infatti subito come maligni ma originano da piccoli polipi benigni che poi aumentano di dimensioni e di malignità col passare degli anni.

### La disinfezione

Dopo ogni colonscopia gli strumenti vengono trattati in apposite lavatrici; il rischio di contrarre infezioni in corso di endoscopia è praticamente inesistente.

### Le complicanze

Pur essendo la colonscopia generalmente sicura, è possibile l'insorgenza di complicanze, le più importanti delle quali sono la perforazione e l'emorragia.

-La frequenza della **perforazione** secondo i dati della letteratura è di una ogni 1500 esami (0.06%).

In genere questa complicanza si manifesta durante l'indagine, ma in rari casi può comparire qualche ora dopo; è per questo importante che, in caso di comparsa di dolore addominale a domicilio, contattiate immediatamente la nostra divisione. La perforazione del colon richiede il ricovero per osservazione clinica e terapia antibiotica; in alcuni casi è tuttavia necessario un intervento chirurgico in urgenza.

Negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una frequenza di complicanza pari a **1-2 ogni 3000 colonscopie** circa.

Questa **la nostra casistica di perforazioni** su in media 3000 colonscopie all'anno:

2000: 1 (0.03%)	2015: 3 (0.1%)	2018: 2 (0.06%)
2005: 2 (0.06%)	2016: 2 (0.06%)	2019: 0
2010: 1 (0.03%)	2017: 3 (0.1%)	

-L'**emorragia** può seguire a volte la polipectomia (clinicamente c'è emissione dal retto di sangue rosso vivo o rosso scuro). È complicanza meno grave della perforazione; spesso si risolve spontaneamente, a volte occorre ripetere la colonscopia per interrompere il sanguinamento, solo raramente si rende necessaria la chirurgia.

Negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una frequenza di complicanza pari a **1 ogni 300 colonscopie** circa.

Questa **la nostra casistica di sanguinamento post-polipectomia** su in media 3000 colonscopie all'anno:

Sanguinamento precoce post polipectomia	2018: 13 (0.4%)	2019: 7 (0.17%)
Sanguinamento tardivo post polipectomia.	2018: 4 (0.09%)	2019: 8 (0.2%)

-Qualche ora dopo l'esame è possibile la comparsa di una **flebite** (arrossamento della vena) nella sede di iniezione del farmaco sedativo; il fenomeno si risolve in genere spontaneamente nel giro di qualche giorno.

È bene ricordare che anche in esami condotti con accuratezza da personale esperto è possibile "perdere" alcune lesioni significative situate in alcune zone particolari ("cieche") o nascoste da feci non completamente aspirabili in una percentuale di pazienti vicina al 5%.

### I nostri risultati

Lo scopo della colonscopia è riuscire a vedere tutto il colon (dall'ano al cieco) e di trovare ed asportare i polipi.

Uno dei criteri di qualità di un centro di endoscopia è la percentuale di **raggiungimento del cieco** (che è l'ultima parte del colon, cioè il punto finale da raggiungere). I dati della letteratura dicono che un centro è affidabile se la percentuale di raggiungimento del cieco arriva al **90%**.

Queste sono le percentuali di raggiungimento del cieco degli ultimi anni nel nostro centro:

2001: 90.6%	2002: 93.7%	2003: 94.6%	2004: 95.9%	2005: 90,9%	2006: 94,2%
2007: 94,2%	2008: 94,3%	2009: 94.7%	2010: 95.8%	2011: 95.7%	2012: 95.6%
2013: 94%	2014: 96%	2015: 95%	2016: 95,6%	2017: 96,2%	

Un altro criterio di qualità è la **percentuale di polipi** (PDR: Polyp Detection Rate) e di **adenomi** (ADR: Adenoma Detection Rate), riscontrati durante l'esame coloscopico, che deve essere almeno del 40% e del 25%, rispettivamente.

Nel nostro centro i risultati sono stati i seguenti:

PDR	2015: 43%	2017: 44%	2018: 43%	2019: 45%
ADR	2016: 49.1%	2017: 45.1%	2018: 36.8%	2019: 43.2%