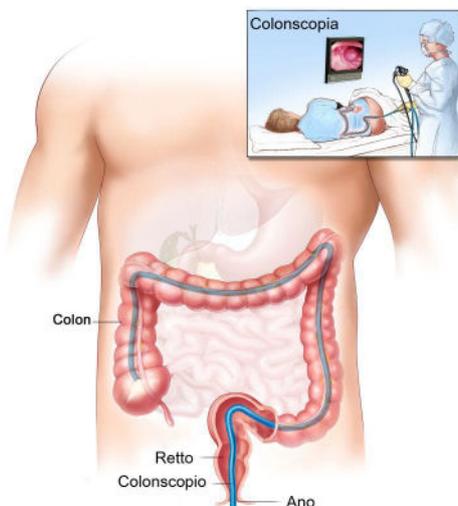


COLONSCOPIA E RETTOSIGMOIDOSCOPIA

Informazioni Generali per il Paziente

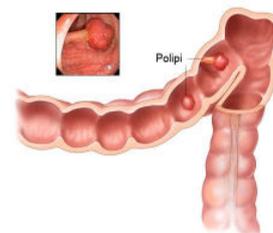


La **colonscopia** è un esame che consente di esplorare l'interno del *colon* (o "*grosso intestino*") e, se necessario, anche l'ultimo tratto del "*piccolo intestino (o ileo)*", per mezzo di un *endoscopio* ("*colonscopio*"). La **rettosigmoidoscopia** esplora solo le porzioni finali del colon (retto e sigma). Il colonscopio è costituito da un lungo tubo, sottile, flessibile del diametro di circa 1 cm dotato di una piccola telecamera in punta che consente di vedere l'interno del viscere e che viene introdotto attraverso l'ano. Durante l'esame potranno essere eseguiti, con delle piccole pinze, dei prelievi di mucosa (*biopsie*), che saranno inviati al laboratorio per essere analizzati al microscopio (*esame istologico*). Nel corso dell'esame è possibile, inoltre, effettuare dei veri e propri interventi di chirurgia per via endoscopica come, per esempio, l'asportazione di polipi o il trattamento di lesioni sanguinanti. Ricordarsi di portare **tutta la documentazione clinica in proprio possesso** (*cartelle cliniche radiografie ecc.*)

Esecuzione dell'esame

Il paziente dovrà venire a digiuno dalla mezzanotte. Fino a due ore prima dell'esame può bere solo acqua, anche zuccherata, o thè in modesta quantità ed eventualmente assumere farmaci per os.

Dopo aver tolto occhiali e/o eventuale protesi dentaria mobile, verrà fatto sdraiare su di un lettino, sul fianco sinistro e verranno posizionati gli elettrodi ed il bracciale della pressione per il monitoraggio dei parametri vitali.



La sedazione

La colonscopia viene proposta in sedazione cosciente in modo da ridurre notevolmente il disagio e rendere meno fastidioso l'esame. La sedazione, oltre a migliorare la collaborazione dell'utente, offre maggiori garanzie di una più facile ed accurata esecuzione della procedura endoscopica. Per alcune tipologie di pazienti e per indagini diagnostiche o terapeutiche molto lunghe verrà proposta una sedazione profonda (con anestesista).

Per poter effettuare qualsiasi tipo di sedazione è indispensabile venire accompagnati in Ospedale.

Perché fare la colonscopia

Con questo esame si possono diagnosticare con facilità tutte le alterazioni della mucosa del colon: malattie infiammatorie, diverticoli, polipi, tumori; per una indagine più approfondita si può fare un prelievo istologico. Oggi viene eseguita anche per screening del tumore colo-rettale in pazienti selezionati. È stato dimostrato che la maggior parte dei tumori del colon origina dai polipi e con la colonscopia si possono scoprire piccoli polipi e tumori iniziali prima che provochino disturbi. I tumori diagnosticati in fase precoce sono più facilmente curabili, ma, soprattutto, eliminando i polipi (*polipectomia*) è possibile interrompere la loro evoluzione verso un tumore invasivo. La **polipectomia** avviene con un particolare bisturi elettrico a forma di cappio che elimina la neoformazione bruciandone la base. Il polipo viene poi recuperato ed inviato per esame istologico.

Le alternative diagnostiche e terapeutiche, a sostanziale parità di efficacia, e le ragioni che motivano l'indagine

L'alternativa diagnostica alla colonscopia è rappresentata dal clisma opaco o dalla colonscopia virtuale. Tali indagini alternative, però, hanno una minore sensibilità e nel caso si trovi la presenza di un polipo bisogna



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
UOC Gastroenterologia
Servizio di Endoscopia Digestiva Castelfranco Veneto
UOS Endoscopia Digestiva sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod05-I_GAS_P01 Guida Colon 13.01.23

comunque eseguire una colonscopia per l'asportazione del polipo o per eseguire una biopsia. Inoltre tali indagini alternative non possono dare informazioni sull'aspetto della mucosa, informazioni importanti per esempio nelle malattie infiammatorie.

L'alternativa terapeutica alla polipectomia endoscopica è rappresentata dall'intervento chirurgico di resezione del tratto di colon, dove è presente il polipo. L'alternativa chirurgica comporta, però, una più lunga degenza ed una maggiore incidenza di complicanze e pertanto è riservata solo ai casi in cui non è possibile l'asportazione endoscopica.

Le eventuali terapie da effettuare prima dell'intervento medico o chirurgico consigliato.

In casi particolari può essere prescritta una profilassi antibiotica. È importante, inoltre, segnalare alla prenotazione dell'esame una eventuale terapia anticoagulante o antiaggregante in atto perché controindicherebbe l'esecuzione di biopsie o di altre manovre operative che potrebbero comportare sanguinamento. In tale caso il Medico vi consiglierà come comportarvi (vd di sotto).

Per poter effettuare l'esame, è indispensabile che il colon sia libero da feci per avere una visione adeguata della superficie interna. Per una buona pulizia intestinale è necessario seguire con attenzione le istruzioni che si saranno comunicate alla conferma dell'appuntamento.

I benefici attesi dall'intervento consigliato.

La colonscopia consente di diagnosticare in modo preciso le malattie del colon e del retto e nello stesso tempo di rimuovere ambulatorialmente (o con breve ricovero) i polipi riservando alla chirurgia solo quelli molto grandi o già degenerati a tumore. La rimozione dei polipi (polipectomia) è necessaria per evitare i rischi connessi alla loro crescita: emorragia, ostruzione intestinale, trasformazione maligna.

I disagi, gli effetti indesiderati e le conseguenze inevitabili dell'intervento.

Se la colonscopia è condotta in sedazione il fastidio per il paziente sarà notevolmente ridotto e solitamente (per l'effetto del farmaco) l'utente potrà non ricordare quanto avvenuto durante la procedura. Qualora il paziente volesse eseguire l'indagine senza sedazione, poiché il colon non è un organo rettilineo, ma presenta numerose curve, è possibile che in qualche momento dell'esame il paziente avverta una sensazione dolorosa all'addome, che cessa rapidamente con delle manovre adeguate che effettuerà il medico insieme agli infermieri. Una sensazione di fastidio o di tensione addominale può essere avvertita sia durante che alla fine dell'esame ed è legata solitamente all'aria rimasta nell'intestino. Tali disturbi sono più frequenti in pazienti con intestino particolarmente lungo e tortuoso, o con aderenze conseguenti a precedenti interventi chirurgici sull'addome. I sintomi, comunque, regrediscono poco dopo l'esame.

I possibili rischi e complicanze connessi all'intervento consigliato.

La colonscopia diagnostica è una procedura sicura. Solo eccezionalmente si possono verificare alcune complicanze quali la perforazione (0,1-0,3%), l'emorragia (0,1-0,5%), problemi cardiorespiratori (0,4%) o, ancor più raramente, altre complicanze non prevedibili a carico di organi diversi dal tubo digerente. Solitamente tali complicanze sono legate alla presenza di patologie associate. In caso di colonscopia operativa, come nell'asportazione dei polipi, l'incidenza delle complicanze è superiore. L'emorragia si verifica nello 0,6-3% dei casi e la perforazione nello 0,3-2%. Oltre a queste più comuni, sono segnalate altre complicanze, più o meno gravi, assolutamente non prevedibili anche a carico di organi diversi dal tubo digerente legate, usualmente, a particolari condizioni del paziente.

La **colonscopia**, pur essendo considerata l'indagine di scelta per l'esplorazione del colon, **non è un esame infallibile** per cui anche in mani esperte polipi di piccole dimensioni possono non essere visti con una percentuale che varia dallo 0 allo 15% circa e in casi molto rari possono non essere visti anche tumori maligni.

La possibilità di dover modificare o ampliare l'intervento, così come già programmato e autorizzato, di fronte a situazioni impreviste e al momento difficilmente prevedibili.

Le complicanze più frequenti, come sopra riportato, sono l'emorragia e la perforazione. L'emorragia in genere si autolimita o si arresta con mezzi endoscopici; a volte però può rendersi necessario il ricovero



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
UOC Gastroenterologia
Servizio di Endoscopia Digestiva Castelfranco Veneto
UOS Endoscopia Digestiva sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod05-I_GAS_P01 Guida Colon 13.01.23

ospedaliero per osservazione, mentre raramente richiede l'intervento chirurgico. La perforazione è la complicanza più grave alla quale si può rimediare anche per via endoscopica (chiusura con clip) ma generalmente è richiesto l'intervento chirurgico per la sua correzione. In casi del tutto eccezionali, tali complicanze potrebbero risultare gravi per la vita.

Referto istologico

Se sono stati effettuati dei prelievi di tessuto le modalità di consegna del relativo referto istologico le verranno comunicate dal personale prima di lasciare il Centro di endoscopia.

Problemi

Se nelle ore o nei primi 2 - 3 gg successivi all'esame compaiono dolore addominale, febbre inspiegabile o perdite di sangue ripetute (ricordi che, raramente, possono verificarsi perdite di sangue fino a 10 – 15 giorni dopo l'esame nel caso sia stata effettuata una "polipectomia", è opportuno che lei si rivolga al suo medico curante o, durante l'orario di apertura, al Centro di endoscopia dove lei ha effettuato l'esame. In caso di particolari necessità, può rivolgersi anche al Pronto Soccorso del più vicino ospedale, portando con sé il referto dell'esame endoscopico eseguito.

COLONSCOPIA E RETTOSIGMOIDOSCOPIA: INFORMAZIONI ESSENZIALI PER IL PAZIENTE

RICORDATEVI DI:

1. Completare scrupolosamente la preparazione intestinale (vedi istruzioni allegate)
2. Continuare ad assumere le terapie in corso (farmaci per il cuore, pressione, respiro) salvo quanto di sotto specificato*. Se si prende al mattino è consentito un piccolo sorso d'acqua.
3. Essere accompagnati da qualcuno: Se l'esame viene eseguito in sedazione, **NON POTRÁ GUIDARE** l'auto, la moto, la bicicletta, fino al giorno seguente
4. Portare con Voi l'impegnativa del Medico Curante, tessera sanitaria ed eventuali esenzioni, eventuale documentazione clinica e radiologica (ecotomografie, TC, RMN) oltre ai referti endoscopici precedenti.

*** IMPORTANTE:**

Se assumete terapia anticoagulante /antiaggregante è importante che prima di eseguire l'esame prescritto vi rivolgiate al vostro Medico di Medicina Generale al Vostro Cardiologo o a un Medico del Servizio di Endoscopia per valutare la eventuale necessità di sospensione della terapia.

In linea generale le linee guide da seguire sono quelle redatte dall' ESGE nel 2021 (Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy: British Society of Gastroenterology (BSG) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline update. Veitch Andrew M et al. Endoscopy 2021; 53: 947–969 di cui si riassumono alcune indicazioni di massima:

STRATIFICAZIONE RISCHIO DI SANGUINAMENTO

Procedure a basso rischio emorragico:

- Procedure diagnostiche (colonscopia, enteroscopia con o senza biopsie, stent enterali o colici)
- Eco-endoscopia diagnostica

Procedure ad alto rischio emorragico:

- Tutte le procedure operative (es. polipectomia, mucosectomia, dissezione sottomucosa, radiofrequenza, etc...)



TERAPIA CON WARFARIN

Procedure a basso rischio emorragico

Il trattamento dovrebbe essere continuato assicurandosi che il valore di INR controllato nella settimana precedente alla procedura, non ecceda il range terapeutico.

Procedure ad alto rischio emorragico

Si raccomanda la sospensione del farmaco 5 gg. prima e controllo dell'INR il giorno prima per assicurarsi che il suo valore sia inferiore a 1,5.

Il trattamento va ripreso il giorno stesso al dosaggio abituale.

Nei pazienti ad alto rischio trombotico (protesi mitralica meccanica. Protesi meccaniche associate a FA, FA associata a stenosi mitralica, evento trombo embolico < 3 mesi) è raccomandata la terapia con embrocatura con EBPM eparina a basso peso molecolare. Questa deve essere iniziata due giorni dopo la sospensione del warfarin, deve essere omessa il giorno della procedura, da riprendere il giorno dopo la procedura e da proseguire fino ottenimento del range terapeutico di INR.

TERAPIA CON DOACS (anticoagulanti orali diretti): dabigatran, rivaroxaban, apixaban, edoxaban

Procedure a basso rischio emorragico

Si suggerisce di omettere la dose mattutina del farmaco il giorno della procedura.

Procedure ad alto rischio emorragico

È raccomandata la sospensione del farmaco con ultima assunzione almeno 72 ore prima della procedura. Per i pazienti in trattamento con dabigatran ed una creatinina-clearance tra 30-50 ml/min è raccomandata l'assunzione dell'ultima dose 120 ore prima della procedura.

TERAPIA CON ASPIRINA

Procedure a basso rischio emorragico

È raccomandata la prosecuzione routinaria della terapia

Procedure ad alto rischio emorragico

La sospensione del farmaco va valutata caso per caso in relazione al rischio trombotico del paziente.

TERAPIA CON ANTAGONISTI DEL RECETTORE P2Y12: Ticlopidina, Clopidogrel, Prasugrel, Ticagrelor

Procedure a basso rischio emorragico

È raccomandata la prosecuzione della terapia quando prescritti sia in mono che in doppia aggregazione (cioè in associazione all'aspirina).

Procedure ad alto rischio emorragico

Si raccomanda la sospensione della terapia 7 gg prima della procedura.

Nei pazienti in doppia aggregazione può essere suggerita la prosecuzione della sola terapia con Aspirina.

Nei pazienti ad elevato rischio trombotico: Recente posizionamento di stent coronarici (stent medicati entro 12 mesi, stent non medicati ed entro 1 mese), viene raccomandata la prosecuzione della terapia con aspirina e il consulto con un Cardiologo per la stima rischio/beneficio della sospensione o meno della terapia con antagonisti del recettore P2Y12.

La valutazione complessiva del rischio è in carico al medico endoscopista che valuterà le condizioni del paziente, anche sulla base di eventuali esami disponibili (ad esempio valori di emoglobina, se presenti).

RIPRESA DELLA TERAPIA CON ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI ED ANTICOAGULANTI

È raccomandata la ripresa degli antiaggreganti dopo 1-2 gg dalla procedura e dei DOACs dopo 2-3 gg dalla procedura a seconda del rischio emorragico della stessa e del rischio trombotico del paziente.



COLONSCOPIA: LA PREPARAZIONE INTESTINALE

Per una buona riuscita dell'esame è necessario che l'intestino sia perfettamente pulito e questo richiede una accurata preparazione. Nel caso di preparazione insufficiente il paziente dovrà prenotare una nuova procedura previa ripetizione di una migliore preparazione. La preghiamo pertanto di seguire scrupolosamente le istruzioni riportate.

Alimentazione: indicazioni da seguire

Paziente che segue regime dietetico comune : il giorno prima dell'esame può assumere a pranzo: carne, pesce e formaggi. Evitare pane frutta e verdura; a cena: assumere solo alimenti liquidi (es brodo vegetale etc)

Paziente che segue regime dietetico vegano/vegetariano: il giorno prima dell'esame a pranzo può assumere Tofu e Seitan oltre a centrifugati o estratti di frutta e verdura, latte vegetale, brodo vegetale (senza pezzi di verdura); a cena: assumere solo alimenti liquidi (brodo vegetale etc)

Per paziente tendenzialmente stiptico: allargare le limitazioni dietetiche sopra esposte a tre giorni prima dell'esame.

La mattina dell'esame: si può assumere una bevanda (the, caffè) sino a 2 ore prima dell'esame.

Di seguito vengono proposti 3 tipi di preparazione alternativi tra i quali si consiglia di scegliere dopo essersi consultati anche con il Medico Curante. Rimane libera la scelta del paziente di eseguire anche altri tipi di preparazione con cui si fosse in passato già trovato bene.

PROPOSTA N° 1: PREPARAZIONE A BASSO VOLUME (1 litro di preparato + 1 litro di acqua)

La preparazione a basso volume (1 litro) è indicata in pazienti che non tollerano assunzione di molti liquidi. Poiché si tratta di un prodotto "nuovo" con ancora limitata esperienza clinica se ne consiglia l'utilizzo solo a pazienti < 75 anni senza significative patologie cardiologiche o renali.

L'unico prodotto reperibile in farmacia con queste caratteristiche è **PLENVU**.

Assunzione del preparato: per la corretta diluizione dei preparati seguire le istruzioni all'interno della confezione. Il preparato andrà assunto in due fasi. E' importante non invertire l'ordine delle dosi (prima dose 1 poi dose 2) e bere anche tutta l'acqua prevista dalle istruzioni.

PRIMA FASE (dose 1): alle **ore 19,00 del giorno precedente** l'esame: bere lentamente (a piccoli sorsi) la dose 1 di PLENVU da sciogliersi in mezzo litro di acqua naturale possibilmente fresca nell'arco di 30-45 minuti. In seguito bere almeno mezzo litro di acqua naturale, è poi possibile bere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, thè, camomilla) ma non è possibile più assumere cibi solidi.

SECONDA FASE (dose 2): la mattina dell'esame **3-4 ore prima dell'esame**: al risveglio bere un bicchiere d'acqua, poi dopo 5 minuti, iniziare a bere lentamente la dose 2 di PLENVU (busta 2a + busta 2b) da sciogliersi in mezzo litro di acqua naturale possibilmente fresca nell'arco di 30-45 minuti. In seguito bere almeno mezzo litro di acqua naturale, è poi possibile bere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, thè, camomilla) se si sente lo stimolo della sete, ma non è possibile più assumere cibi solidi.

L'assunzione di tutti i liquidi va terminata almeno 2 ore prima dell'esame.

PLENVU® è controindicato nei pazienti affetti da fenilchetonuria (per la presenza di fenilalanina) e nei pazienti con carenza di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi (favismo) per la presenza di acido ascorbico/ ascorbato.

PROPOSTA N°2: PREPARAZIONI A VOLUME INTERMEDIO (2 litri di preparato + 1 litro di acqua)

Indicata per la maggior parte dei pazienti

I farmaci di questa categoria reperibili in farmacia sono **CLENSIA o MOVIPREP**

Assunzione del preparato: per la corretta diluizione dei preparati seguire le istruzioni all'interno della confezione. Il preparato andrà assunto in due fasi.

PRIMA FASE IL giorno precedente l'esame dopo le 19,00: Bere la prima dose del preparato diluito in 1 litro di acqua possibilmente fresca. A seguito bere almeno mezzo litro di acqua. E' poi possibile assumere ulteriori liquidi chiari (acqua, thè, camomilla).



Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
UOC Gastroenterologia
Servizio di Endoscopia Digestiva Castelfranco Veneto
UOS Endoscopia Digestiva sede IOV di Padova
Direttore: Dr. Alberto Fantin



REGIONE DEL VENETO

Mod05-I_GAS_P01 Guida Colon 13.01.23

SECONDA FASE (da iniziare almeno 4 ore prima del giorno dell'esame): Bere la seconda dose del preparato diluito in 1 litro di acqua possibilmente fresca. A seguito bere almeno mezzo litro di acqua. E' poi possibile assumere ulteriori liquidi chiari (acqua, thè, camomilla).

MOVIPREP® è controindicato nei pazienti affetti da fenilchetonuria e nei pazienti con favismo.

PROPOSTA N° 3 PREPARAZIONE AD ALTO VOLUME (4 litri di preparazione)

SELG-ESSE, COLIREI, ISOCOLAN, KLEAN-PREP

La preparazione ad alto volume (4 litri): consigliata in pazienti stitici o che hanno già eseguito una preparazione con altri preparati a basso volume risultata inadeguata. Può essere indicata anche per pazienti che per motivi logistici devono eseguire tutta la preparazione il giorno precedente l'esame (vedi di seguito "assunzione in unica soluzione"). E' la preparazione di scelta per pazienti affetti da cardiopatie e/o nefropatie moderate/severe.

Assunzione del preparato: per la corretta diluizione delle buste seguire le istruzioni della ditta produttrice. Complessivamente andranno preparati 4 litri di soluzione da assumersi in 2 fasi.

PRIMA FASE: Il giorno precedente dell'esame dopo le 16,00, bere 3 litri della soluzione assumendo 250 cc (1 bicchiere grande) ogni 15 minuti.

SECONDA FASE: il giorno dell'esame 3-4 ore prima dell'endoscopia bere il quarto litro della soluzione assumendo 250 cc (1 bicchiere grande) ogni 15 minuti

Se per motivi logistici non è possibile l'assunzione 4 ore prima dell'esame endoscopico, la preparazione può essere fatta anche tutta il pomeriggio precedente secondo la modalità di seguito riportata, pur con il rischio che la preparazione risulti meno efficace: nel pomeriggio del giorno precedente l'esame, dalle ore 15 circa, assumere quanto indicato nella "PRIMA FASE" nell'arco di 3-4 ore. Alle ore 21:30 assumere quanto indicato nella "SECONDA FASE"

Terminare l'assunzione almeno 2 ore prima dell'orario programmato per la colonscopia.

CONSIGLI DURANTE L'ASSUNZIONE Per tutte le proposte si raccomanda di attenersi scrupolosamente alle istruzioni del foglietto illustrativo presenti nella confezione; si consiglia di bere ogni 15 - 20 minuti un bicchiere di soluzione, sino al termine. L'eventuale comparsa di nausea non è un fenomeno preoccupante, ma è bene rallentare il ritmo di bevuta ed assumere antiemetici tipo Plasil compresse. Si deve assumere tutto il prodotto altrimenti la pulizia del colon non sarà completa. Dall'inizio della preparazione fino al termine dell'esame non è concesso assumere alimenti solidi o bere latte o liquidi con fibre (es. spremute non filtrate).