|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO NUOVO RA 33 | **UO SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA – RAVENNA 33****MODULO INFORMATIVO PER I PAZIENTI - COLONSCOPIA** | **Rev. 0****data di appl.****29/04/2025** |

**TERAPIA DOMICILIARE**

Assumere **regolarmente** la **terapia abituale il giorno dell’esame**, anche se la preparazione intestinale viene completata al mattino. Nello specifico:

**FARMACI ANTIAGGREGANTI E ANTICOAGULANTI**

 • Pazienti in terapia ANTIAGGREGANTE SINGOLA CON SALICILATI (Cardioaspirina, Cardirene): generalmente non è raccomandata la sospensione. Ne discuta con il Medico prescrivente prima di eseguire la preparazione.

 • Pazienti in terapia ANTIAGGREGANTE SINGOLA CON CLOPIDOGREL (Plavix) o TICLOPIDINA (Tiklid): è raccomandata la sospensione 5 giorni prima. E’ possibile sostituirli 5 giorni prima con salicilati (Cardioaspirina o Cardirene), previa discussione della possibilità con il suo Medico di riferimento (cardiologo, neurologo, medico di famiglia).

 • Pazienti in DOPPIA TERAPIA ANTIAGGREGANTE: consultare il medico prescrivente (cardiologo, altro) per l’eventuale sospensione di uno dei due farmaci.

 • Pazienti in TERAPIA ANTICOAGULANTE con COUMADIN: consultare lo specialista di riferimento del centro della coagulazione per stabilire la corretta procedura di sospensione o sostituzione del farmaco. Al momento della procedura l’INR dovrà essere </= 1.5. In caso di sostituzione con Eparina, non assumere la dose di Eparina il giorno stesso dell’esame.

 • Pazienti in TERAPIA con ANTICOAGULANTI ORALI DIRETTI ( Pradaxa – Xarelto – Eliquis – Lixiana ), è raccomandato di sospendere il farmaco 48 ore prima dell’esame endoscopico operativo.

La sospensione deve essere comunque valutata caso per caso sulla base delle condizioni cliniche del paziente e concordata col cardiologo od il centro della coagulazione di riferimento.

**FARMACI PER IL DIABETE**

I pazienti diabetici devono consultare il proprio medico curante o il medico specialista per regolare l’assunzione dei farmaci antidiabetici durante la preparazione.

**ECCEZIONI RELATIVE A SERIE PATOLOGIE CONCOMITANTI**

In caso di gravi patologie renali o cardiocircolatorie alcune preparazioni intestinali non sono raccomandate. Contattare lo specialistadi riferimento (nefrologo, cardiologo, medico di famiglia) oppure questo Servizio di Endoscopia Digestiva per individuare la preparazione più sicura.

**PROFILASSI ANTIBIOTICA**

In base alle linee guida pubblicate dalla Società Americana di Endoscopia Digestiva (ASGE), dalla Società Americana di Cardiologia (AHA) e dalla Società Britannica di Gastroenterologia (BSG)

 • la profilassi antibiotica **non** è raccomandata per la prevenzione dell’endocardite nei pazienti con fattori di rischio cardiaci che si sottopongono ad una procedura endoscopica diagnostica o terapeutica.

Fanno **eccezione alcune condizioni di rischio correlate al paziente e altre correlate al tipo di procedura**. Si raccomanda quindi ai pazienti di segnalare al proprio medico curante e/o cardiologo di fiducia la procedura endoscopica alla quale ci si deve sottoporre, al fine di ricevere indicazioni relative al proprio caso specifico.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COS’E’ LA COLONSCOPIA?**

Consiste nell’introduzione di una sonda flessibile (colonscopio) attraverso l’orifizio anale per esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del colon, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di una adeguata preparazione intestinale. In base alle indicazioni la colonscopia può essere condotta per esplorare il grosso intestino solo parzialmente (es.: rettoscopia, rettosigmoidoscopia, ecc.) o fino a visualizzare il fondo ciecale (colonscopia totale o pancolonscopia). Nel corso dell’esame, qualora vi sia indicazione, è possibile esplorare anche l’ileo terminale, attraverso la valvola ileo-ciecale, possono essere prelevati piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico e si possono effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche (polipectomie, mucosectomie). Inoltre, si documenta l’esame raccogliendo immagini, che vengono poi conservate insieme al referto.

**QUANDO SOTTOPORSI AD UNA COLONSCOPIA?**

E’ consigliabile eseguire l’esame dopo il raggiungimento dei 50 di età, a scopo preventivo (in Italia, come nel resto del mondo occidentale, è elevata l’incidenza di neoplasie del colon-retto); può essere consigliata l’esecuzione dell’esame anche in età più giovane, in caso di familiarità per tumore del colon, pregresso rilievo di polipi o lesioni sospette durante altri accertamenti (esami TC, altro) o nel sospetto di patologie non tumorali come le malattie infiammatorie croniche intestinali (RCU, MC). E’ indicata in caso di sintomatologia sospetta (sanguinamento rettale, diarrea muco-ematica, anemia, modificazioni repentine e persistenti dell’alvo) o altre specifiche indicazioni specialistiche.

**QUALE DOCUMENTAZIONE MEDICA E’ RICHIESTA PER ESEGUIRE LA COLONSCOPIA?**

Il paziente che si sottopone ad un esame colonscopico, deve presentarsi presso il servizio di Endoscopia Digestiva con la seguente documentazione:

* Richiesta motivata per l’esecuzione dell’esame (medico di famiglia, specialista)
* Esami endoscopici precedenti o altri accertamenti correlati al disturbo per il quale si esegue l’esame (esami del sangue, radiografie, TC, risonanze, …)
* ELENCO DEI FARMACI ASSUNTI aggiornato

In caso di esecuzione di esame in SEDAZIONE PROFONDA, il paziente dovrà presentare anche:

* Elettrocardiogramma recente (max 12 mesi)
* Emocromo ed esami di coagulazione (in caso di assunzione di terapia anticoagulante)

**COME SI SVOLGE LA COLONSCOPIA?**

L’esame viene eseguito con un colonscopio, dotato in punta di una sorgente luminosa e di una piccola telecamera che invia le immagini ad un processore e quindi ad uno schermo. Dopo aver acquisito il consenso del paziente, generalmente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d’ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. A seconda del giudizio del medico operatore, e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena. In questo caso eventuali protesi dentarie mobili dovranno essere rimosse prima dell’esame. L’esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione e possono essere effettuate manovre di compressione manuale dell’addome, per facilitare la progressione dell’endoscopio.

Durante l’esame:

- si insuffla aria in quantità adeguata a distendere le pareti degli organi da esaminare e facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale che non deve allarmare, in quanto assolutamente transitoria.

- L’esame dura in media da 15 a 30 minuti, ma tale tempo può diminuire o aumentare in funzione del grado di difficoltà alla progressione dell’endoscopio lungo il colon e della pulizia del colon stesso. 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.. La parte più disagevole, quella della progressione, nella maggioranza dei casi dura tra i 4 ed i 7 minuti; il tempo restante è richiesto per l’esplorazione attenta della mucosa in fase di regressione, generalmente ben tollerata.

- saranno monitorate, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e, se necessario, attività elettrocardiografica. Durante la Colonscopia il paziente avverte una sensazione di gonfiore, talvolta crampi, nel passaggio delle curve del sigma.

La Colonscopia può durare dai 15 ai 30 minuti, a seconda della complessità anatomica del colon

**COME E’ FATTO IL COLON?**



Il Il Colon è costituito da diversi segmenti.

Retto, sigma, colon discendente configurano il cosiddetto

“colon di sinitra”. Colon trasverso, colon ascendente e cieco costituiscono il cosiddetto “colon destro”

La Colonscopia è realmente efficace solo se il medico è in grado di esplorare tutto il colon nella sua estensione totale, dal retto al cieco; talvolta sino all’ileo terminale.

**COSA ACCADE SE IL MEDICO RISCONTRA DELLE LESIONI (polipi, altro)?**

Qualora in corso di Colonscopia il medico riscontri alterazioni a carico della mucosa, se lo ritiene, e con il consenso del paziente, può effettuare alcune procedure:

* **Biopsie.** In corso di colonscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l’esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.
* **Polipectomie/ mucosectomia.** La polipectomia e la mucosectomia sono due tecniche endoscopiche per rimuovere polipi e lesioni dalla mucosa del tratto gastrointestinale. La polipectomia rimuove polipi con peduncolo, mentre la mucosectomia, anche conosciuta come EMR (Endoscopic Mucosal Resection), viene utilizzata per asportare polipi sessili o lesioni piatte.
* **Tatuaggio**. Questa metodica viene eseguita per facilitare l’individuazione ed il reperimento di una lesione, precedentemente diagnosticata endoscopicamente, per effettuare trattamenti endoscopici o interventi chirurgici successivi. Attualmente la sostanza di uso più frequente per eseguire il tatuaggio è la polvere di carbone sterile.

In presenza di polipi, se sussistono le condizioni, il medico può procedere direttamente alla rimozione delle lesioni (**polipectomia/EMR**) ed all’invio per esame istologico; diversamente programma in tempi successivi la loro esportazione.

I Pazienti sottoposti a polipectomia possono presentare dolore addominale acuto e/o sanguinamneto alla caduta dell’escara ( 1% dei casi) nell’arco delle 2 settimane successive alla procedura. Nel caso compaiano tali sintomi, il paziente è invitato a contattare immediatamente il servizio di Endoscopia.

E’ necessario ricordare come, anche nelle mani più esperte, è possibile che con la colonscopia non si ottenga una diagnosi precisa (in particolare per quanto concerne lesioni tumorali); ciò può accadere in caso di preparazione non adeguata, in presenza di pliche dell’intestino difficili da distendere o in presenza di un viscere molto convoluto.

**COME PROCEDERE IN CASO DI ESAME INCOMPLETO?**

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

• in caso di preparazione intestinale inadeguata

• in presenza direstringimenti del lume del viscere (stenosi) non superabili con lo strumento

• in presenza di angolature/aderenze o di una particolare lunghezza del viscere che determina ostacolo alla progressione dell’endoscopio e/o dolore non gestibile dalla sedazione che si sta effettuando.

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

• ripetere l’esame con una preparazione diversa,ben eseguita,o“rinforzata”

• a giudizio del medico,ripetere l’esame con una sedazione più idonea o in anestesia

• eseguire un esame alternativo come la ColonTC (colonscopia virtuale).

**RISCHI E COMPLICANZE:**

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura.

Complicanze clinicamente significative in corso di una colonscopia diagnostica 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 desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock.

• **Infezioni:** dopo la colonscopia, con o senza biopsie si può manifestare una transitoria immissione di batteri nel sangue (batteriemia). Ciò avviene approssimativamente nel 4% delle procedure con una percentuale che va dallo 0% al 25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.

**• Emorragia:** associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (es.: a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante una tecnica di emostasi endoscopica. L’indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.

**• 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 (baro-trauma). In alcuni casi, quando la perforazione sia di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell’esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione sia di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

La colonscopia **operativa**, quando cioè sia necessario procedere a rimozione di polipi di notevoli dimensioni, o eseguire rimozione di corpi estranei o asportazione di lembi mucosali (ad esempio) rispetto agli esami diagnostici generalmente ha un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

**Tra le varie procedure operative, abbiamo la polipectomia**. È una tecnica endoscopica che consente l’asportazione dei polipi del colon, mediante l’utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) che generalmente vengono collegati ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica “a freddo”).

Le complicanze sono rare. Le più frequenti sono rappresentate da:

**- Perforazione** (0.04-1.0%). La perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. In presenza di una perforazione il trattamento endoscopico (posizionamento di clip) può essere risolutivo. Qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace o non possibile, è indicato il trattamento chirurgico.

**- Emorragia** (0.3-6.1%). L’emorragia post-polipectomia rappresenta 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% dei pazienti si può verificare un sanguinamento tardivo che si può presentare 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 all’applicazione di corrente elettrica. Si manifesta entro 24-36 ore dalla colonscopia con un quadro di 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. La mortalità può raggiungere lo 0,25%

**ALTERNATIVE ALLA COLONSCOPIA:**

**Clisma opaco, colonscopia virtuale ed enteroscopia con videocapsula** sono attualmente le tecniche alternative alla colonscopia. Le prime due sono tecniche radiologiche, l’ultima è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, ecc.). 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 con il proprio medico considerando rischi e benefici, tenendo conto della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

**QUALE SEDAZIONE PUO’ ESSERE PRATICATA PER ESEGUIRE LA COLONSCOPIA?**

 •  **SEDAZIONE COSCIENTE o VIGILE** : ottenibile tramite iniezione endovenosa di un sedativo/ipnotico NON ANALGESICO che produce effetti miorilassanti, di riduzione dell’ansia e induce amnesia temporanea, associato eventualmente ad un potente antidolorifico (oppioide) e/o ad un farmaco antispastico.

 **• SEDAZIONE PROFONDA** : ottenibile tramite iniezione endovenosa, da parte di un Medico Anestesista, di un ANALGESICO associato ad un sedativo/ipnotico con effetti di perdita di coscienza limitata alla durata delle indagini endoscopiche. Il tempo di risveglio si esaurisce in 5/10 minuti mentre il tempo di recupero richiede in media 50/60 minuti.

La sedazione/analgesia è finalizzata a ridurre il dolore/fastidio e a facilitare l’esecuzione dell’esame.

Nel corso della procedura verranno costantemente monitorati i principali parametri vitali che saranno riportati sulla scheda infermieristica, prima, durante e dopo la procedura (saturazione di ossigeno, pressione arteriosa, frequenza cardiaca). Se le condizioni cliniche lo richiedono sarà monitorata l’attività elettrocardiografica e sarà somministrato ossigeno per mantenere/ristabilire un adeguato livello di saturazione.

**N.B. Nel caso in cui il Paziente opti per una sedazione profonda si rende opportuno svolgere una serie di esami clinici e di programmare, per una miglior organizzazione del Servizio ed una migliore assistenza del Paziente, tale prestazione.**

**COSA BISOGNA FARE PRIMA DI SOTTOPORSI ALLA SEDAZIONE?**

 • Osservare un digiuno (liquidi compresi) di almeno 2 ore.

Il digiuno è importante perché durante la sedazione, specialmente se profonda, possono diminuire i riflessi protettivi delle vie aeree ed il contenuto dello stomaco può risalire attraverso l’esofago e passare nei polmoni, causando danni anche gravi.

 • In caso di sedazione profonda occorre effettuare i seguenti esami ematici: elettrocardiograma, emocromo completo, azotemia, glicemia, transaminasi, prove della coagulazione.

**COSA SUCCEDE SE NON SI TOLLERA LA COLONSCOPIA NONOSTANTE LA SEDAZIONE COSCIENTE?**

Una particolare conformazione del viscere, complicata da aderenze per pregressi interventi chirurgici addominali, specie se pelvici, angolazioni fisse del viscere, sindrome del colon irritabile e malattia diverticolare, specie se severa, possono rendere l’esame endoscopico particolarmente doloroso e difficoltoso, tanto da richiederne l’esecuzione in sedazione profonda.

**QUALI SONO LE COMPLICANZE DELLA SEDAZIONE ?**

Le complicanze più frequenti sono le **reazioni allergiche ai farmaci** utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l’orticaria, problemi cardio-respiratori, come l’alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all’arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed i**n rari casi dolore nel punto di iniezione** dei farmaci con infiammazione della vena.

**COSA SUCCEDE DOPO LA COLONSCOPIA?**

Poiché nella maggior parte dei casi viene somministrato un sedativo, dopo l’indagine i pazienti vengono trasportati sul lettino in sala risveglio, sotto controllo diretto del personale infermieristico.

Prima della dimissione ai pazienti viene consegnato il referto, corredato dalle foto più significative dell’esame. Il referto consegnato ai pazienti è archiviato per mezzo di computer; in tal modo il paziente può richiedere copie del referto in ogni momento, se lo desidera anche dall’estero via e-mail.

**DIMISSIONE DAL SERVIZIO DI ENDOSCOPIA**

Al momento della dimissione il paziente deve essere sveglio e orientato ed i parametri vitali devono essere stabili e nei limiti accettabili.

I Pazienti al momento della dimissione dovranno essere accompagnati da un adulto responsabile e non potranno guidare veicoli né eseguire attività in cui serve concentrazione o prontezza di riflessi per le successive 24 ore.

**COME SI DISINFETTANO/STERILIZZANO GLI STRUMENTI ENDOSCOPICI ?**

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 pluriuso) sono puliti a fondo (superfici esterne e canali interni) immediatamente dopo ogni procedura con detergenti proteolitici, per rimuovere ogni materiale organico potenzialmente contaminante. A seguire, il materiale considerato semicritico (come l’endoscopio) è sottoposto a un ciclo di sterilizzazione. Al temine del ciclo di sterilizzazione gli endoscopi vengono asciugati e, se non utilizzati subito, sono riposti in appositi armadi di asciugatura che consentono lo stoccaggio e la conservazione per proteggerli dalla polvere e da possibili fonti di contaminazioni. Tutte le fasi relative al ricondizionamento degli endoscopi sono tracciate tramite un apposito software.

**N.B.:L’esame endoscopico ha una durata variabile per cui non può essere garantita la puntualità dell’orario di prenotazione.**

IL TEMPO DI PERMANENZA PRESSO IL SERVIZIO DI ENDOSOPIA, PER CHI EFFETTUA ESAMI ENDOSCOPICI, SARA’ DI CIRCA 1 ORA DALL’ORARIO DI PRENOTAZIONE.

IN QUESTO INTERVALLO DI TEMPO VERRANNO EFFETTUATE:

 • ACCETTAZIONE

 • ESECUZIONE DELL’ESAME

 • OSSERVAZIONE IN SALA RISVEGLIO DOPO L’ESAME

 • CONSEGNA DEL REFERTO

 • DIMISSIONE.

Per ulteriori informazioni, preventivi di costo od eventuali comunicazioni rivolgersi alla Segreteria della struttura : segreteria@ravenna33.it

