



Dipartimento di Medicina Interna
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia - Direttore: Prof. Maurizio Vecchi
Servizio di Endoscopia digestiva – Responsabile Prof. Roberto Penagini – Tel. 02/5503 5585
Segreteria: 02/5503 5332 – mail: gastro@policlinico.mi.it

SERVIZIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA COLONSCOPIA E RETTOSIGMOIDOSCOPIA SCHEDE INFORMATIVE

CHE COS'E'?

La colonscopia e la rettosigmoidoscopia sono esami diagnostici che consentono al medico di guardare all'interno del grosso intestino (colon). Con la rettosigmoidoscopia si esamina la parte finale dell'intestino più vicina all'ano, mentre con la colonscopia si esamina tutto il grosso intestino, sino alla parte più lontana dall'ano che prende il nome di "cieco". Con l'endoscopio, un tubo flessibile di circa 1 cm di diametro con una micro-telecamera alla sommità e una luce propria, si risale, spingendo delicatamente lo strumento, attraverso l'ano e si esplora tutto il grosso intestino.

CHE COSA FARE PRIMA DELL'ESAME?

Lei deve eseguire scrupolosamente la preparazione che Le verrà indicata affinché il Suo intestino sia perfettamente pulito, in modo tale da permettere all'operatore una visione ottimale. In caso di insufficiente pulizia del colon l'esame sarà rinviato e occorrerà ripetere la preparazione in modo più scrupoloso. Inoltre deve rispondere alle domande e seguire le indicazioni del "Questionario per pazienti che devono sottoporsi a colonscopia o altra endoscopia operativa."

Si raccomanda di portare con sé gli esami radiologici, gli esami ematici e di risultati di precedenti colonscopie per permettere un confronto con i risultati precedentemente ottenuti.

COME SI SVOLGE?

Lei verrà fatto accomodare su un lettino; dapprima verrà posizionato un ago allo scopo di aver un accesso venoso e, se acconsentirà, di somministrare farmaci sedativi/analgesici. Le verrà quindi richiesto di posizionarsi sul fianco sinistro, posizione in cui rimarrà durante la gran parte dell'esame.

Lo strumento verrà introdotto attraverso l'ano e fatto proseguire possibilmente fino alla fine del grosso intestino. Le possibilità di successo dipendono da diversi fattori: dalle condizioni di pulizia, dalla conformazione del Suo intestino e anche dalla Sua collaborazione. L'esame può essere meno tollerato in caso di presenza di aderenze dopo interventi chirurgici sull'addome. Per poter eseguire l'esame verrà immessa dell'aria per distendere le pareti ed avere una visione migliore; ciò potrà provocare fastidio o raramente franco dolore addominale: potrebbe infatti avvertire la sensazione di doversi "scaricare" o "sentire la pancia gonfia" o lamentare dolore. La preghiamo di informare prontamente il personale presente che si comporterà di conseguenza. Per cercare di ridurre la sensazione di dolore/fastidio è inoltre possibile, previo Suo consenso, somministrare farmaci antidolorifici o sedativi.

L'esame dura in genere 15-30 minuti e durante il suo svolgimento è utile cercare di rilassare il più possibile la muscolatura addominale; questo faciliterà la progressione dello strumento e renderà la procedura più breve.



Dipartimento di Medicina Interna
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia - Direttore: Prof. Maurizio Vecchi
Servizio di Endoscopia digestiva – Responsabile Prof. Roberto Penagini – Tel. 02/5503 5585
Segreteria: 02/5503 5332 – mail: gastro@policlinico.mi.it

PERCHE' VIENE FATTA?

Guardando attraverso il colonscopio, che ha un diametro all'incirca uguale a quello del vostro dito indice, il medico ha una visione chiara e precisa del vostro intestino e può individuare o escludere la presenza di molte malattie. Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti d'intestino (biopsie), che vengono successivamente inviati al laboratorio per l'analisi microscopica. Tale prelievo non è doloroso ed è utile in molti casi, non solo quando vi è il sospetto di tumore.

Nel corso della colonscopia è inoltre possibile effettuare, attraverso l'introduzione nel colonscopio di particolari strumenti (cateteri, clip metalliche, anse) manovre terapeutiche, come ad esempio arrestare il sanguinamento di un'ulcera o asportare un polipo (si veda di seguito)

QUALI SONO LE COMPLICANZE DELLA COLONSCOPIA?

La colonscopia è una procedura sicura. Solo eccezionalmente si possono verificare alcune complicanze:

Alcune complicanze sono perfettamente reversibili e scompaiono nell'arco di pochi minuti-ore come ad esempio:

- dolenzia addominale al termine della procedura: è causata dalla permanenza di aria insufflata durante la procedura all'interno dell'intestino. L'aria introdotta viene espulsa spontaneamente nell'arco di alcuni minuti o poche ore dopo la procedura con una conseguente progressiva attenuazione della sensazione di gonfiore.
- reazione vagale: prende questo nome la comparsa di alcuni sintomi (sensazione di nausea, vertigini, sudorazione profusa, bradicardia) dovuti alla stimolazione del nervo vago. Anche in questo caso la responsabile di tali disturbi è l'aria insufflata durante la procedura per cui la sua progressiva eliminazione comporterà la scomparsa dei sintomi.

Complicanze più gravi, e fortunatamente infrequenti (accadono in circa lo 0,03% delle procedure eseguite) sono la perforazione e l'emorragia:

- perforazione: la perforazione consiste nella formazione di una piccola lacerazione nella parete dell'intestino che può ripararsi spontaneamente o, nei casi più gravi, può richiedere un intervento chirurgico in urgenza.
- emorragia: l'emorragia consiste nella perdita di abbondante quantità di sangue dal colon a seguito dei microtraumi riportati dallo strumento sulle pareti del colon o dall'esecuzione di manovre terapeutiche. Nel caso di

perdite ematiche importanti potrà rendersi necessaria l'esecuzione di transfusioni di sangue, la ripetizione della colonscopia per arrestare il sanguinamento o, nei casi più gravi, il ricorso ad un intervento chirurgico in urgenza.

Altre possibili complicanze descritte per la colonscopia sono:

- la rottura di milza: complicanza estremamente rara dovuta alla pressione dello strumento contro la milza
- trasmissione di infezioni: con l'avvento delle attuali lava-endoscopi e dei controlli periodici eseguiti su di esse, tale rischio risulta praticamente azzerato.

Le complicanze della colonscopia tendono a verificarsi con maggior frequenza in caso di procedure terapeutiche (si veda di seguito) o quando il paziente sia portatore di particolari patologie (ad es. grave diverticolosi del colon), assuma particolari farmaci (ad es. anticoagulanti orali, farmaci antinfiammatori).





Dipartimento di Medicina Interna
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia - Direttore: Prof. Maurizio Vecchi
Servizio di Endoscopia digestiva – Responsabile Prof. Roberto Penagini – Tel. 02/5503 5585
Segreteria: 02/5503 5332 – mail: gastro@policlinico.mi.it

PROCEDURE DIAGNOSTICO-TERAPEUTICHE ESEGUITE DURANTE LA COLONSCOPIA

Come già accennato in precedenza durante la colonscopia è possibile eseguire manovre diagnostico-terapeutiche mirate a chiarire meglio le eventuali patologie presenti o a risolvere, ove possibile, il problema clinico che ha portato all'esecuzione della colonscopia. Tra le procedure che possono essere effettuate durante la colonscopia vi sono:

- esecuzione di biopsie (prelievi di piccole quantità di tessuto colico)
- emostasi di lesioni sanguinanti (vale a dire arresto del sanguinamento in caso di lesioni che sanguinano attivamente durante l'esame)
- asportazione di polipi

ESECUZIONE DI BIOPSIE

Le biopsie vengono eseguite con mediante una pinzetta di circa 5 mm che effettua piccoli prelievi di tessuto intestinale; tale procedura è indolore (la superficie interna del colon non contiene fibre nervose) e priva di rischi.

EMOSTASI DI LESIONI SANGUINANTI

Quando durante la colonscopia si osservino lesioni che sanguinano attivamente (ad esempio ulcere, piccole malformazioni vascolari, ecc...) è possibile utilizzare diversi strumenti per interrompere il sanguinamento: è possibile iniettare direttamente nel tessuto colico soluzione fisiologica contenente piccole quantità di adrenalina oppure posizionare delle piccole pinzette (clip) metalliche che agiscono meccanicamente, oppure si può procedere alla cauterizzazione del punto che sanguina mediante l'impiego di un gas (argon) che spruzzato direttamente sulla mucosa colica agisce bruciandone lo strato superficiale.

Tutte queste metodiche possono essere usate in differenti combinazioni fra di loro ed hanno un rischio trascurabile di provocare complicanze.

POLIPECTOMIA

I polipi sono rilevatezze della parete intestinale di solito benigne, e frequenti dopo i 50 anni. Essi possono dare origine ad alcune complicanze quali sanguinamento od ostruzione intestinale, ma soprattutto, in alcuni casi, possono trasformarsi in tumore maligno. Tali polipi, che in passato richiedevano un vero e proprio intervento chirurgico, possono essere asportati durante la colonscopia. Questa procedura viene definita polipectomia. A tale scopo si utilizza un particolare bisturi elettrico a forma di cappio, che in modo del tutto indolore, elimina il polipo tagliandolo alla base. Il polipo viene recuperato ed inviato in laboratorio per l'esame istologico. Per eseguire la polipectomia è necessario però che la capacità di coagulazione del sangue sia normale. E' quindi importante segnalare al medico l'eventuale assunzione di farmaci (antiaggreganti, come l'aspirina o antinfiammatori) che possono modificare la coagulazione del sangue. In caso di assunzione di anticoagulanti orali, seguite quanto indicato nel "Questionario per pazienti che devono sottoporsi a colonscopia o altra endoscopia operativa."

E' importante anche segnalare al medico eventuali precedenti sanguinamenti dopo interventi chirurgici. La polipectomia non è una procedura pericolosa; occorre tuttavia considerare che si tratta di un vero e proprio





Dipartimento di Medicina Interna
U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia - Direttore: Prof. Maurizio Vecchi
Servizio di Endoscopia digestiva – Responsabile Prof. Roberto Penagini – Tel. 02/5503 5585
Segreteria: 02/5503 5332 – mail: gastro@policlinico.mi.it

piccolo intervento e le complicanze già descritte in precedenza (in particolare perforazione e sanguinamento) possono verificarsi un po' più frequentemente (fino al 1-2% dei casi). Il rischio che si sviluppino complicanze sembra in relazione soprattutto alla dimensione dei polipi che vengono asportati ed alla loro posizione (sono più a rischio i polipi grossi localizzati nella parte destra del colon). Per tale ragione talora i medici che eseguono la colonscopia potranno, per ragioni di sicurezza, astenersi dall'asportare i polipi identificati.

RISULTATI DELL'ESAME

Il risultato dell'esame contenente la descrizione macroscopica di quanto osservato dall'operatore (comprensiva della descrizione delle eventuali ulteriori manovre diagnostico-terapeutiche) le verrà consegnato alla fine dell'esame. Qualora siano stati effettuati prelievi di tessuto (biopsie o polipectomie) sarà possibile ritirare l'esito dell'esame istologico secondo le modalità riportate sul referto endoscopico.

CONSENSO INFORMATO

Prima dell'esame vi verrà chiesto di firmare il modulo di consenso informato. Ciò prevede che abbiate letto il foglio informativo e chiesto al medico eventuali chiarimenti riguardanti la procedura.

