



UNITÀ FUNZIONALE DI VIDEOENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA E OPERATIVA

(Responsabile Dott. Marcello Schiavo)

MO090206

SCHEMA DI PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA PARZIALE E TOTALE **COLONSCOPIA - RETTOSCOPIA - RETTOSIGMOIDOSCOPIA**

Per l'esecuzione dell'esame e in base alle disposizioni amministrative della Regione, bisogna presentarsi muniti di **due impegnative** con la seguente dicitura

- **colonoscopia (o rettoscopia o rettosigmoidoscopia) più eventuale biopsia + polipectomia del sigma-colon**
- **esame istologico.**

Nei tre giorni precedenti l'esame è consigliabile una dieta priva di scorie, astenendosi dall'ingerire verdure cotte e crude, legumi e frutta, fresca o cotta, di ogni tipo.

Nel caso che l'esame venga effettuato nel pomeriggio, è consentita l'assunzione di una leggera colazione entro le ore 8.00; mantenere poi il digiuno.

E' possibile comunque assumere le terapie farmacologiche già in corso, attenendosi alle disposizioni segnalate al paragrafo 3 del foglio allegato. E' consigliata l'esecuzione di una doccia igienizzante nel giorno dell'esame.

PRODOTTO FARMACOLOGICO OCCORRENTE

Una confezione di lassativo ad azione osmotica contenente Macrogol – peg da 4 buste (Klean-Prep, Selg 1000 ESSE) o da 8 buste (Isocolan), per la preparazione di 4 litri di soluzione;

PREPARAZIONE PER IL GIORNO PRECEDENTE L'ESAME

-  Iniziare la preparazione nel pomeriggio a partire dalle ore 15.00 in poi.
-  Versare il contenuto di una busta (o di due buste nel caso si assuma Isocolan) in UN LITRO di acqua fresca (senza aggiungere ghiaccio, zucchero, aromatizzanti vari o liquidi diversi dall'acqua) e agitare bene finché la polvere non si sia sciolta completamente.
- Ripetere la stessa operazione con ogni bustina (o 2 bustine in caso si assuma Isocolan).
- Bere rapidamente 250 ml di soluzione (un bicchiere da ¼ di litro) OGNI 10-15 MINUTI sino ad assumere 3 litri totali (l'assunzione richiede in totale 3-4 ore e va bevuta a temperatura ambiente).
- Lo stimolo all'evacuazione si manifesterà normalmente dopo 1 – 2 ore dall'inizio dell'assunzione e si potrà manifestare una diarrea importante priva di sintomi dolorosi
- Non ingerire alcun cibo solido né prima (3-4 ore), né durante e né dopo la preparazione.
- La cena sarà costituita esclusivamente da liquidi (brodo, thè, camomilla, acqua, succhi di frutta, ecc.)

PREPARAZIONE PER IL GIORNO DELL'ESAME

- Osservare il digiuno dalla mezzanotte
- Assumere il quarto litro di soluzione almeno 3 ore prima dell'esame
- Portare documentazioni (radiografie del clisma opaco, tubo digerente, ecografie, referti endoscopici, terapie in corso, etc.).
- E' necessario essere accompagnati da una persona in quanto potrebbe essere praticata un'iniezione sedativa.

**Responsabile U.O.
Dott. Marcello Schiavo**



RETTOSCOPIA ; RETTO – SIGMOIDOSCOPIA RETTO – SIGMOIDO – COLONSCOPIA o PANCOLONSCOPIA

1) Definizione:

Sono tre modi diversi per definire lo studio dell'intestino crasso a seconda dei tratti richiesti da esplorare: è un esame che consente di evidenziare direttamente l'interno del **retto**, dell'ultima parte dell'intestino crasso chiamato **sigma** e del **colon**, mediante una sonda flessibile (**colonscopio**), che viene introdotta per via anale , previa lubrificazione con un gel apposito, e, mediante una telecamera posta alla sua estremità, permette di trasmettere le immagini ad un monitor televisivo.

L'endoscopio viene fatto risalire a seconda dei tratti da studiare: 10-20 cm. per la rettoscopia, 40-50 cm. per la rettosigmoidoscopia; mentre per la colonscopia totale si risale, se possibile, per tutta la lunghezza del grosso intestino fino a livello del ceco, fino ad esplorare l'ultima ansa ileale, e questo dipende dalle caratteristiche anatomiche proprie di ciascun soggetto.

Oltre alla visione dell'interno delle pareti intestinali, è possibile eseguire dei prelievi di tessuto (biopsie – manovra del tutto indolore) per l'esame istologico al fine di giungere ad una diagnosi più appropriata ed effettuare interventi di chirurgia endoscopica, come la rimozione di polipi o il trattamento di lesioni sanguinanti.

2) Modalità di esecuzione:

Il Paziente viene invitato a rimuovere tutti gli indumenti e gli effetti personali metallici (orologi, occhiali, collanine, braccialetti, anelli, piercing, etc.) e ad indossare una camice apposito dopodiché viene fatto accomodare sul lettino steso sul fianco sinistro; si posiziona dapprima un'agocannula nella vena del braccio (per poter iniettare sostanze sedative e/o analgesiche), una "molletta" al dito che permette di monitorare la frequenza cardiaca e l'ossigenazione dopodiché si introduce delicatamente l'endoscopio ben lubrificato con apposito gel nel canale ano-rettale e lo si fa procedere seguendo il percorso inverso che le feci compiono per uscire dall'intestino.

L'esame può causare modesti e ben tollerati disturbi alla introduzione e alla progressione dello strumento: ciò può dipendere dalla insufflazione d'aria, necessaria per una corretta visione delle pareti intestinali, dalla eccessiva lunghezza dell'intestino crasso, da processi infiammatori e/o da esiti aderenziali di interventi chirurgici addominali.

Tali disturbi possono causare una sensazione di imminente evacuazione o anche di dolore tipo colica intestinale, che scompaiono immediatamente alla sospensione dell'esame.

Il regolare svolgimento dell'esame endoscopico necessita di una minima collaborazione del Paziente e solo in rari casi non è tollerato. Per i soggetti più ansiosi è possibile la somministrazione di farmaci ansiolitici e rilassanti della muscolatura intestinale che provocano uno stato di sedazione.

Appena terminata la procedura, il Paziente potrà tornarsene a casa e alimentarsi normalmente; potrebbe permanere una sensazione di fastidio o di tensione addominale legata solitamente all'aria immessa durante l'esame e "intrappolata" nell'intestino. I sintomi comunque regrediscono dopo l'esame.

I Paziente sottoposti a sedazione dovranno attendere un tempo giudicato necessario dal Medico e **dovranno essere accompagnati** da qualcuno, in quanto è loro vietata la guida di veicoli nelle 24 ore successive.

Il referto scritto dell'esame viene preparato e consegnato dal Medico appena terminata la procedura; le eventuali risposte degli esami istologici potranno essere ritirate presso l'Accettazione su indicazione del Medico endoscopista



3) Assunzione di farmaci per terapie croniche in atto

Il Paziente può continuare ad assumere le sue abituali terapia croniche in atto facendo eccezione per i farmaci antiaggreganti (aspirina in tutte le sue forme, ticlopidina, Plavix, Ibustrin, Brilique, Efient etc.), che dovranno essere sospesi almeno 7 gg prima dell'esame (previo colloquio con il proprio Medico Curante e/o Specialista) e soprattutto per i farmaci anticoagulanti (Coumadin, Sintrom, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Lixiana) per i quali è necessario consultare preventivamente in proprio Centro TAO di riferimento al fine di sospendere la terapia in atto e sostituirla con farmaci iniettabili eparino-simili.

4) La polipectomia endoscopica

I polipi sono delle rilevatezze della mucosa dell'intestino, per la maggior parte di natura benigna che possono essere causa di sanguinamento, e, per alcuni di essi e per il loro tipo di tessuto (adenomi), se lasciati in sede, possono degenerare e diventare maligni. E' infatti oramai accertato che la maggior parte dei tumori maligni dell'intestino derivano da questa famiglia di polipi (adenomi), che inizialmente sono benigni, e che quindi devono essere asportati.

Ora è possibile eseguire questo tipo di intervento non più con una operazione chirurgica ma semplicemente per via endoscopica, mediante la polipectomia endoscopica, eseguita durante la colonoscopia.

I polipi possono essere muniti di un peduncolo più o meno lungo (peduncolati) oppure possono avere una larga base sulla parete intestinale (sessili).

Nel caso dei polipi peduncolati l'asportazione endoscopica avviene in un tempo solo, mediante un particolare bisturi elettrico collegato ad un filo forma di cappio che, stringendo la base peduncolata del polipo, lo taglia e lo coagula al tempo stesso. Nei casi invece di polipi sessili, specie se sono di grandi dimensioni, possono essere asportati mediante più sezioni del polipo stesso (Mucosectomia "piece-meal") al fine di una rimozione completa e radicale. (E' importante che il paziente in terapia con farmaci antiaggreganti, come l'aspirina o antinfiammatori, o anticoagulanti, si attenga alle disposizioni esplicate nel paragrafo precedente).

Tutti i polipi asportati vengono poi inviati al Laboratorio per l'esame istologico che ci consente di diagnosticare la natura del polipo, verificare se al suo interno ci sono delle cellule in trasformazione (displasia) e in che punto esse si trovano. La polipectomia endoscopica è infatti una terapia definitiva in quasi tutti i casi ma quando ci sono cellule in evoluzione (displasia severa o grave o di alto grado), situate alla base del polipo o nel peduncolo, è necessario, per una terapia radicale, effettuare un intervento chirurgico per asportare una parte dell'intestino ove aveva sede il polipo.

Al momento della dimissione vengono consegnate al Paziente le "Istruzioni e i consigli post-polipectomia" alle quali ci si deve attenere con la massima ATTENZIONE.

5) Complicanze

Durante l'esecuzione di una colonoscopia diagnostica si possono verificare alcune complicanze quali la perforazione (0.1 – 0.3%), l'emorragia (0.1 – 0.5%), problemi cardiorespiratori (0.4%) o altre complicanze non prevedibili a carico di altri organi diversi dal tubo digerente.

Durante la colonoscopia operativa (polipectomia) si possono avere la complicanza emorragica (0.6 – 3%) o perforativa (0.3 – 2%); in entrambi i casi è possibile porre rimedio per via endoscopica mediante applicazione di clips metalliche.

Qualora l'entità della complicanza non possa essere trattata endoscopicamente, si rende necessaria l'esecuzione di un intervento chirurgico d'urgenza.



6) Alternative diagnostiche e terapeutiche alla colonscopia

L'alternativa diagnostica si basa sulla esecuzione di un Rx Clisma Opaco (introduzione di un liquido di contrasto che evidenzia il disegno delle anse intestinali) o di una Colonscopia Virtuale mediante TAC addome: entrambi gli esami possono non chiarire dubbi diagnostici e soprattutto non permettono l'esecuzione di biopsie.

L'alternativa terapeutica, specie per la rimozione dei polipi, consiste nell'intervento chirurgico addominale.

Infine si rammenta che a causa della natura del nostro lavoro (urgenze, chiamate in sala operatoria, prolungarsi di esami, interventi endoscopici complessi, ecc.) è possibile che l'appuntamento fissato al Paziente subisca un ritardo; ci scusiamo fin d'ora e chiediamo comprensione da parte Vostra.

Il Personale Medico e Paramedico del Servizio di Videoendoscopia Digestiva rimane a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Per qualsiasi informazione, dubbio, chiarimento e/o consigli da voi richiesti, è possibile contattare il numero di telefono del Servizio di Videoendoscopia Digestiva (039-2810309) (foglio esplicativo da allegare al modulo di prenotazione/preparazione che si ritira presso il CUP)