

**INFORMATIVA relativa al consenso per:
COLONSCOPIA E RETTOSIGMOIDOSCOPIA
DIAGNOSTICA E OPERATIVA**

Nome del paziente:

Nato/a a il/...../.....

Nazionalità.....Lingua parlata.....

(da rilasciare in copia al paziente al momento del colloquio)

Gentile Paziente,

in base al suo quadro clinico è stata posta indicazione all'esecuzione di colonscopia o rettosigmoidoscopia.

1. A COSA SERVE

La colonscopia e la rettosigmoidoscopia sono esami diagnostici e/o terapeutici che consentono di valutare la superficie mucosa del tratto inferiore del tubo digerente.

Vengono eseguiti mediante l'introduzione attraverso l'ano di un strumento (*colonscopio*) sottile e flessibile. Lo strumento viene fatto avanzare sino allo sfondato ciecale nella colonscopia o sino al tratto distale del colon nella rettoscopia.

Tutti gli strumenti hanno in punta una piccola telecamera e una luce propria per illuminare l'interno degli organi; le immagini riprese dal colonscopio vengono riprodotte su uno schermo ed il medico ha quindi modo di esaminare accuratamente la superficie

delle pareti interne del tratto inferiore dell'apparato digerente e di mettere in evidenza eventuali anomalie presenti.



2. PERCHÈ SI ESEGUE

Indicazioni alla colonscopia

La colonscopia è l'esame di scelta per valutare la presenza di eventuali patologie della mucosa di ileo terminale e del colon-retto, quali infiammazioni, ulcere, polipi, tumori e permette di individuare la causa di disturbi del tratto digestivo inferiore. Se indicato potranno essere prelevati piccoli frammenti di tessuto (biopsie) per l'esame istologico o eseguire procedure terapeutiche.

3. PREPARAZIONE ALLA COLONSCOPIA

Per essere ben esaminati i tratti colici devono essere vuoti; è necessario pertanto l'esecuzione di una preparazione intestinale per bocca per la colonscopia, mediante clisteri per la rettoscopia. Inoltre è necessario il digiuno per i cibi solidi da almeno 6 ore prima e dai liquidi almeno 2 ore prima.

In caso di assunzione di farmaci anticoagulanti e/o antiaggreganti può essere necessaria la loro sospensione (si rimanda ad altro foglio informativo). Per tale motivo consigliamo di rivolgersi al proprio medico di riferimento (specialista cardiologo o medico di medicina generale) prima dell'esecuzione della gastroscopia in vista della loro eventuale sospensione.

Non è necessario sospendere le altre terapie in corso, ma sarà sufficiente assumere le compresse con poca acqua e circa 2 ore prima dell'esame. Deve invece essere evitata l'assunzione di sciroppi o medicine liquide.

4. COME DI SVOLGE LA COLONSCOPIA

Prima di iniziare la procedura vengono rilevati i parametri vitali (frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno e pressione arteriosa).

Prima dell'inizio dell'esame è opportuno informare il medico se si hanno allergie o se si effettuano cure abituali e se è portatore di pacemaker o di altra apparecchiatura impiantabile che possa interferire con strumenti elettromedicali.

E' importante che tutte le donne in età fertile comunichino un'eventuale gravidanza o l'allattamento.

Nel caso il paziente sia portatore di protesi dentaria mobile, questa andrà segnalata e rimossa prima di iniziare.

La colonscopia può essere eseguita senza somministrazione di farmaci, o con sedazione/sedoanalgesia cosciente o, in casi selezionati, con una sedazione profonda con assistenza anestesiológica. In tutti i casi subito prima dell'indagine verrà incannulata una vena del braccio che consentirà la somministrazione del farmaco sedativo o di altri farmaci. L'esame dura in genere 20-30 minuti e provoca solitamente un po' fastidio o modesto dolore, legato soprattutto all'aria introdotta attraverso l'endoscopio per distendere le pareti del colon. L'esame può essere meno tollerato in caso di colon molto lungo o in presenza di aderenze causate da interventi chirurgici addominali o da pregresse condizioni morbose del colon (ad esempio diverticolite) o di organi vicini. Per questa ragione, prima e durante l'esame è consigliabile che vengano somministrati farmaci sedativi o antidolorifici, al fine di tollerare meglio la procedura.

Il paziente viene posto sul fianco sinistro in posizione confortevole, il medico introdurrà l'endoscopio attraverso l'ano sino al colon discendente nella rettosigmoidoscopia o sino allo sfondato ciecale nella colonscopia.

Sebbene i moderni endoscopi consentano uno studio completo del colon in oltre il 90% dei casi, qualche volta, in presenza di un colon particolarmente lungo e convoluto o di fenomeni aderenziali, può essere problematica l'esplorazione completa. Inoltre, una non adeguata pulizia intestinale, può ostacolare o impedire il riscontro di lesioni nonostante l'esame sia correttamente eseguito (fino al 25% dei casi).

Durante l'esame possono essere effettuate, in modo del tutto indolore, alcune biopsie che verranno poi inviate per esame istologico.

Mediante la rettosigmoidoscopia e la colonscopia e' inoltre possibile effettuare anche altre manovre terapeutiche come polipectomie, mucosectomie, emostasi di lesioni sanguinanti o estrazioni di corpi estranei.

Per **Polipectomia** si intende la rimozione di un polipo mediante un particolare bisturi elettrico a forma di cappio che, in modo del tutto indolore, taglia il polipo bruciandone la base. Alcuni frammenti o l'interopolipo sono successivamente recuperati per l'esame istologico.

Per **Mucosectomia** si intende l'asportazione della mucosa e sottomucosa di un'area del tratto gastroenterico che presenta lesioni poco rilevate o a larga base di impianto. Intorno e al di sotto della lesione si inietta con un ago una soluzione che determina il sollevamento della formazione stessa e ne facilita la rimozione che avviene con bisturi elettrico.

Al termine dell'esame, se eseguito con senza sedazione, si è in grado dopo pochi minuti di allontanarsi dall'Ospedale.

Se l'esame viene effettuato in sedazione, sedoanalgesia o sedazione profonda, dopo l'esame sarà necessario fermarsi per un periodo di osservazione presso il nostro servizio e non sarà possibile mettersi alla guida di veicoli, pertanto e' bene presentarsi accompagnati o poter contattare qualcuno che possa riaccomagnarvi a casa.

5. QUALI SONO I RISCHI DELLA COLONSCOPIA

La rettosigmoidoscopia e la colonscopia sono procedure sicure. Eccezionalmente dove sono state effettuate biopsie vi può essere un sanguinamento che quasi sempre si arresta spontaneamente.

L'incidenza di complicanze maggiori è molto bassa (per la complicanze più frequente quale la perforazione, è inferiore ad un caso su 1000) e si accompagna nella maggior parte dei casi a patologie dell'organo e/o a procedure terapeutiche. Nel caso di perforazioni durante l'asportazione di polipi è possibile trattare la perforazione stessa per via endoscopica, mentre negli altri casi è necessario un intervento chirurgico.

La progressione dell'endoscopio nel colon può indurre, raramente ed in soggetti predisposti, alterazioni transitorie del ritmo cardiaco per via riflessa, che possono essere facilmente prevenute o trattate con apposita terapia farmacologica.

5.1 Complicanze della polipectomia

L'asportazione dei polipi comporta un rischio di sanguinamento che non supera l'1% dei casi e che, nella maggior parte dei casi, si arresta spontaneamente o con tecniche di emostasi endoscopica. Il rischio aumenta se si asportano polipi voluminosi. Anche la biopsia può determinare un modesto sanguinamento.

5.2 Complicanze della mucosectomia

La più frequente è il sanguinamento che può verificarsi nel 1.5% - 24% dei casi; il rischio aumenta con l'estensione

dell'area di tessuto asportato. Esso può manifestarsi durante l'esame o entro le 24 ore, e può essere trattato endoscopicamente. Altre complicanze riportate sono la comparsa di dolore (1.5%), la perforazione (0.9% - 1.2%), e occasionalmente una febbre da batteriemia transitoria.

5.3 Complicanze della sedazione

La sedazione può essere gravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali:

- broncospasmo
- reazioni allergiche
- alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco
- depressione respiratoria o apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco (in alcune circostanze, se pure estremamente rare, potrebbero necessitare di manovre rianimatorie)

Occasionalmente, dopo l'esame, vi può essere dolore nel punto di iniezione o tromboflebite, che si risolve spontaneamente o con l'aiuto di pomate anti-infiammatorie.

5.4 Svantaggi nel non effettuare la sedazione

Essendo questo un esame invasivo, la sedazione permette di tollerarlo meglio, riducendone il fastidio legato alla distensione del viscere da parte dell'aria.

5.5 Possibili problemi di recupero

Se l'esame viene effettuato in sedazione, sedoanalgesia o sedazione profonda, per Sua sicurezza, nelle 24 ore dopo l'esame dovrà astenersi dalla guida di veicoli e da attività lavorative/sportive che prevedano particolare attenzione e che possano comportare rischi o incidenti in caso di vertigini, mancanza di attenzione o di coordinazione motoria; si consiglia anche di evitare di prendere importanti decisioni.

Dopo l'esame dovrà astenersi dall'assumere bevande alcoliche e cibi o bevande troppo calde per le 12 ore successive se non diversamente specificato nel referto.

L'assunzione di psicofarmaci o sedativi dovrà essere concordata con il Suo medico curante. Dopo 24 ore potrà svolgere qualunque tipo di attività solo se si sente bene.

6. RISCHI PREVEDIBILI LEGATI ALLA NON ESECUZIONE DELLA PRESTAZIONE PROPOSTA

La non effettuazione dell'esame potrebbe portare ad una diagnosi non corretta dell'eventuale patologia in atto, con possibile ritardo della terapia più appropriata.

6.1 Tecniche alternative alla colonscopia

L'alternativa all'esecuzione di un esame endoscopico sono le indagini radiologiche (clisma opaco e colonTAC), la cui sensibilità diagnostica è generalmente inferiore ed inoltre sono metodiche che non consentono di prelevare tessuti (biopsie) per la valutazione istologica. L'alternativa alla polipectomia ed alla mucosectomia è l'intervento chirurgico.

7. RIFERIMENTI BIBLOGRAFICI

- I ASGE Standards of Practice Committee Gastrointest Endosc. 2017 Jan;85(1):22-131. doi: 10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review.
- Hassan C et al. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy(ESGE) Guideline - Update 2019. Endoscopy. 2019 Aug;51(8):775-794.
- Kaminski MF et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. Endoscopy. 2017 Apr;49(4):378-397.
- Ferlitsch M et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2017 Mar;49(3):270-297.

Sino al momento dell'effettuazione della prestazione, qualora decidesse di non accettare quanto proposto e/o di rivolgersi ad altre strutture, dovrà sottoscrivere, senza alcun onere sul modulo che le verrà fornito, la non accettazione della procedura.

***In ogni caso può richiedere ulteriori informazioni telefonando
al n.: 031-5859391 o 94***

Io sottoscritto.....(firma del paziente) dichiaro di aver letto e compreso il contenuto della presente informativa sanitaria, già verbalmente spiegata dal medico e relativa all'atto sanitario consigliatomi.

Data della restituzione.....timbro e firma del medico.....

