Reggio Emilia, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sig./ra

Gentile Paziente,

in questo modulo vengono riassunti i concetti a Lei già espressi verbalmente, precisandoli e definendoli nelle loro linee essenziali, in modo da avere anche per iscritto il Suo assenso all’esecuzione dell’esame prescritto e concordato.

**INFORMAZIONI GENERALI:**

La colonscopia è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di esplorare e visualizzare la mucosa del retto e del colon, in precedenza opportunamente pulito per mezzo di un’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 visualizzare ed analizzare anche l’ileo terminale, prelevare piccoli frammenti di mucosa (biopsie) per esame istologico ed effettuare procedure aggiuntive, diagnostiche o terapeutiche.

**PREPARAZIONE ALL’ESAME:**

La colonscopia deve essere preceduta da un’adeguata preparazione poiché l’intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che sono state fornire per la pulizia dell’intestino, in caso contrario l’esame potrebbe non essere completato.

**MODALITÀ DI ESECUZIONE:**

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.

L’esame viene eseguito preferibilmente sul fianco sinistro, ma nel corso della procedura può essere necessario cambiare posizione ed effettuare 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 addominali per facilitarne la visione; questo può causare al paziente una sensazione di distensione addominale 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 dello 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.

A seconda dei casi e in accordo con il paziente, può essere eseguita una sedazione mediante somministrazione di un sedativo/analgesico endovena. La sedoanalgesia si effettua attraverso l’impiego contemporaneo di farmaci analgesici (abitualmente Meperidina o Petidina) e sedativi (abitualmente Midazolam) il cui effetto insorge immediatamente e rapidamente termina alla fine dell’infusione, così da lasciare pochi residui di sedazione al termine dell’esame. I dosaggi possono essere modulati in base alla necessità. Alcuni pazienti si addormentano o, al termine dell’esame, non ricordano quanto sia successo. L’obiettivo però – è bene precisarlo – non è quello di “addormentare il paziente”, ma di ridurre il disagio e consentire l’esecuzione dell’esame.

Oltre alla sedoanalgesia esiste la possibilità di effettuare una sedazione più profonda, che porta ad uno stato di incoscienza totale o parziale. Non provoca però una condizione di anestesia generale, conservando alcuni riflessi protettivi delle vie respiratorie (la tosse e la deglutizione), nonché il respiro spontaneo. Il respiro può essere assistito con una mascherina facciale che porta ossigeno al naso e alla bocca, ma non richiede intubazione laringea. Non in tutti i pazienti è consigliabile effettuare una sedazione profonda, per qualcuno è più rischioso che per altri; questo vale principalmente per persone anziane, cardiopatiche e con malattie croniche polmonari. Occorre valutare bene i rischi in base alla storia passata del paziente, alle malattie in corso e ai farmaci che assume.

**POSSIBILI COMPLICANZE:**

La colonscopia, sia diagnostica, sia terapeutica, è generalmente sicura. Complicanze cliniche 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 cardiorespiratorie e circolatorie**

Sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione, e sono rappresentate da calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico, e shock.

* **emorragia**

Associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (0,3-6,1%). 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%)**

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 è di piccole dimensioni e sia diagnosticata nel corso dell’esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico con clip. Quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico.

* **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 vere infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, non è raccomandata una profilassi antibiotica.

* **esplosione da gas**

È un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo che sviluppano gas infiammabili concomitante anche all’utilizzo di fonti di corrente (come quelle dell’elettrobisturi per la polipectomia, APC, ecc.).

* **miscellanea**

Sono state segnalate in letteratura complicanze rarissime della colonscopia tra cui: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

Complicanze della sedoanalgesia

Sono poche e rare. Come qualsiasi farmaco, però, anche quelli impiegati per ottenere la sedoanalgesia possono comportare complicanze, in particolare nei pazienti affetti da patologie cardio-respiratorie e negli anziani, quali:

* isolati casi di broncospasmo e reazioni allergiche;
* problemi cardio-respiratori come l’alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco;
* depressione respiratoria, apnea, arresto respiratorio e/o cardiaco, che in alcune – ancor più rare circostanze - potrebbero risultare pericolose per la vita.

Nonostante l’effetto sedativo dei farmaci impiegati nella sedo-analgesia scompaia rapidamente al termine dell’infusione, possono residuare rallentamenti nei riflessi e sonnolenza, per cui il paziente non deve guidare nelle 12 ore successive all’esame ed essere accompagnato al ritorno al suo domicilio. Nel caso non sia presente un accompagnatore al momento dell’esame non potrà essere somministrata la sedoanalgesia.

Complicanze della sedazione profonda

I rischi possibili sono:

* depressione respiratoria provocata dai farmaci e necessità di ventilazione assistita;
* alterazioni cardiocircolatorie in pazienti cardiopatici;
* maggiori rischi di lesioni accidentali del colon per assenza di reazioni dolorose del paziente.

**Procedure integrative a finalità operativa che possono essere attuate durante la colonscopia**

**POLIPECTOMIA**

È una tecnica endoscopica che consente l’asportazione dei polipi del colon, mediante l’utilizzo di particolari accessori (anse da polipectomia) generalmente collegati ad un elettrobisturi.

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 (per esempio 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 sino a 7-30 giorni dopo la procedura. 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%.

**TECNICHE AVANZATE DI RESEZIONE ENDOSCOPICA (EMR ed ESD)**

L’EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) e l’ESD (Dissezione endoscopica sottomucosa) sono tecniche avanzate di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica “lift and cut” che prevede l’iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione della muscolatura propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica nella EMR o con dissettore libero nella ESD. L’emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore a quella osservata nella polipectomia standard. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente, ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro. La maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura. Per entrambe le procedure la mortalità è rara (0,25%).

**TRATTAMENTI EMOSTATICI**

Hanno come obiettivo l’arresto di un’emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. E’ possibile la combinazione di due o più tecniche. La perforazione è una complicanza rara dell’emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino a 2,5% dei casi.

**RIMOZIONE DI CORPI ESTRANEI**

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei ritenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (p.es videocapsula) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente. All’occorrenza possono essere utilizzati vari tipi di accessori: pinze da recupero, anse da polipectomia o accessori dedicati quali appositi cestelli o tripodi (pinza a tre branche). La manovra consiste nell’afferrare il corpo estraneo preferibilmente in una delle sue estremità ed estrarlo delicatamente. I corpi estranei possono determinare occlusione intestinale. La complicanza più temuta è la perforazione, che dipende dal tipo di oggetto e dalla modalità di inserimento, traumatica o meno. Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom); infatti la eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all’assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

**ALTERNATIVE:**

Clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia 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..).

**Osservazioni di rilievo nel caso specifico:**

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

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

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiaro di essere stato/a correttamente informato/a dal/la Dr./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e di aver compreso lo scopo e la natura del trattamento descritto nel presente modulo.

Dichiaro, altresì, di essere stato adeguatamente edotto sui benefici, sui rischi e complicanze ed alternative al trattamento suindicato. Presto pertanto l’assenso al trattamento che mi è stata descritto e consegnato, per presa visione, con il presente consenso informato.

Firma del paziente o di chi ne fa le veci Firma medico-chirurgo