

---

## **Ambulatorio di Endoscopia Digestiva e Gastroenterologia**

### **Informativa In Endoscopia Digestiva**

### **Rettosigmoidoscopia / Rettoscopia**

#### **Che cosa è**

È un esame strumentale diagnostico e/o terapeutico, invasivo, che consente di osservare circa 40 cm del grosso intestino (retto e sigma) passando dall'orifizio anale, utilizzando una sonda flessibile dotata di telecamera con luce propria collegata a un video, che permette all'operatore di evidenziare o escludere alterazioni della mucosa intestinale; tale strumento possiede all'interno dei canali per il passaggio di acqua, aria, pinze da biopsia, anse da polipectomia, altre minisonde di vario genere e utilizzo.

#### **Perché viene effettuata**

In genere è consigliata dal Medico di Medicina Generale o dallo Specialista in presenza di sintomi o segni clinici, alterazioni degli esami del sangue e delle feci, per escludere o diagnosticare patologie intestinali o per screening in caso di familiarità tumorale gastrointestinale o ancora come prevenzione (in genere dopo i 50 anni). Durante l'esame il Medico Endoscopista ha una visione nitida e precisa della superficie della mucosa dell'intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata), per individuare la presenza di alterazioni della mucosa; anche in mani esperte e in condizioni di ottima preparazione e visibilità, l'esame può presentare una piccola percentuale di lesioni che possono sfuggire all'indagine. Se necessario e fattibile in sicurezza, il Medico Endoscopista potrà ritenere opportuno prelevare (anche se non specificato nella richiesta del medico richiedente l'esame) frammenti di mucosa intestinale (micro e/o macrobiopsie, polipi) in modo del tutto indolore per il paziente, da inviare in laboratorio per la tipizzazione istologica, al fine di raggiungere una diagnosi più precisa per evidente beneficio del paziente stesso, e potrà anche rinviare l'esecuzione di tali manovre operatorie (ad es. lesioni polipoidi) in assenza di condizioni che rendano sicuro tale intervento e/o in assenza di esami specifici riguardanti la coagulazione (PT/INR, PTT, fibrinogeno, emocromo e piastrine) necessari per limitare eventuali complicanze. L'alternativa alla polipectomia endoscopica resta l'intervento chirurgico tradizionale.

#### **Come si svolge**

Il paziente, dopo aver firmato il consenso informato, viene preparato per l'esame con posizionamento di un accesso venoso periferico (agocannula) che verrà rimosso soltanto al termine dell'esame e comunque prima della dimissione, vengono monitorati i parametri vitali (prima, durante e dopo l'esame: pressione arteriosa, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca), viene posto generalmente sul fianco sinistro, con la possibilità di variare la posizione (supina, fianco dx, prona) se necessario durante l'esame per favorire la progressione dello strumento fino al completamento dell'esame, talvolta con contemporanea esecuzione di manovre manuali di compressione addominale. Dopo l'osservazione della regione anale esterna e l'esplorazione digitale rettale necessaria anche per lubrificare l'ano, si introduce lentamente il colonscopio. L'esame ha una durata variabile, può essere fastidioso o può causare dolore addominale di varia intensità in rapporto a vari fattori quali la sensibilità individuale, la conformazione del viscere, l'eventuale presenza di aderenze post-chirurgiche, la scarsa pulizia intestinale che obbliga a continui lavaggi e aspirazioni, l'asportazione di frammenti di mucosa colica; per ottenere una visione ottimale il Medico Endoscopista insuffla aria (O<sub>2</sub> o CO<sub>2</sub>) che può determinare fastidio/dolore addominale, o in certi casi inserisce dell'acqua all'interno del viscere sempre tramite il colonscopio, entrambe poi in parte eliminate con aspirazione; è naturale e involontaria l'eliminazione di aria dall'ano durante l'esame e la sensazione costante di evacuazione fino al termine dell'esame. Il paziente durante l'esame dovrà cercare di rilassarsi quanto

possibile facendo una respirazione regolare e talvolta profonda, cercando di non contrarre l'addome; alla dimissione dall'ambulatorio di Endoscopia Digestiva, potrà permanere una dolorabilità diffusa addominale e/o distensione addominale per scarsa eliminazione dell'aria insufflata, soprattutto se l'esame è stato indaginoso e doloroso oppure se presenti determinate condizioni patologiche e/o infiammatorie.

### **Sedo-analgesia procedurale**

Per ridurre il fastidio e il possibile dolore e di conseguenza migliorare la collaborazione, dopo valutazione medica e col consenso del paziente (che potrà anche rifiutare), viene somministrata una sedo-analgesia cosciente per via endovenosa con benzodiazepine (in genere Midazolam, che può dare amnesia retrograda), associate o meno a analgesici/antispastici o sotto assistenza anestesiológica con Propofol/Fentanest/altro; tutte le procedure di sedo-analgesia sono rigorosamente eseguite sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere aggravata, come qualsiasi atto medico, da rare complicanze quali reazioni allergiche, disturbi cardiovascolari o respiratori che possono essere contrastati con gli antagonisti specifici dei farmaci utilizzati. Nel caso in cui al paziente siano stati somministrati farmaci sedativi, non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione, sarà controindicata la guida di veicoli per il resto della giornata e sarà altresì sconsigliato prendere decisioni importanti, firmare documenti, svolgere attività potenzialmente pericolose nelle 24 ore successive alla sedo-analgesia; per tale ragione è indispensabile venire sempre accompagnati da una persona consapevole che alla fine dell'esame deve prendersi cura del paziente fino al ritorno al suo domicilio.

### **Complicanze della colonscopia diagnostica**

Le principali ma rarissime complicanze di una rettoscopia o rettosigmoidoscopia diagnostica o terapeutica/operativa sono:

- **Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie:** sono estremamente rare (0.9%), perlopiù legate alla sedazione e sono rappresentate da calo di ossigeno nel sangue, arresto respiratorio, infarto miocardico, shock;
- **Emorragia:** in genere è associata a procedure operative e 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 (meccanica, termica, iniettiva);
- **Perforazione:** (0.07-0.3%); la perforazione in corso di una rettoscopia o rettosigmoidoscopia 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 venga diagnosticata nel corso dell'esame stesso, è possibile effettuare un tentativo di trattamento endoscopico; quando la perforazione è di maggiori dimensioni o qualora il trattamento endoscopico risulti inefficace, è indicato il trattamento chirurgico;
- **Infezioni:** dopo la rettoscopia o rettosigmoidoscopia (con o senza esecuzione di 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 infezione sono rari; per tale motivo per i pazienti che si sottopongono a tale esame non è raccomandata una profilassi antibiotica;
- **Esplosione da gas:** è un evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (ad esempio polipectomia, laser APC, eccetera);
- **Miscellanea:** complicanze rarissime della colonscopia includono: la rottura traumatica della milza, l'appendicite acuta, la diverticolite, l'enfisema sottocutaneo e la lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

### Complicanze della polipectomia

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 a un elettrobisturi; in alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza fare uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo"). Le principali complicanze di una colonscopia terapeutica/operativa sono rare e le più frequenti sono rappresentate qui a seguire:

- **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 fino a 7-30 giorni dopo la procedura; il ricorso alla chirurgia è raro;
- **Ustione trans-murale:** (0.03-0.1%) 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%.

### Rimozione di corpi estranei

In corso di esame è possibile la rimozione di corpi estranei rinvenuti e trattenuti nel lume intestinale in seguito a particolari procedure diagnostiche (ad esempio la videocapsula endoscopica) o introdotti dal paziente accidentalmente o volontariamente, utilizzando 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 l'eventuale rottura durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe (overdose) con rischio di morte.

### Mucosectomia (E.M.R.) e dissezione sottomucosa (E.S.D.)

La EMR e la ESD sono le tecniche di riferimento per l'asportazione di lesione pre-neoplastica (adenomi) o neoplastiche superficiali del tratto gastrointestinale, che vengono eseguite a seconda della dimensione, della sede della lesione e delle caratteristiche cliniche dei pazienti, in sedo-analgesia o a volte in anestesia generale con assistenza di anestesista; richiedono una adeguata preparazione del tratto gastroenterico interessato (lassativo nel caso di colonscopia; digiuno nel caso di esofagogastroduodenoscopia), che se non è ottimale può comportare la non esecuzione dell'esame. Sono procedure invasive eseguite durante gli esami endoscopici del tratto digestivo superiore o inferiore; esistono varie tecniche di esecuzione ma tutte hanno in comune il distacco della mucosa e della sottomucosa dagli strati profondi che avviene attraverso l'iniezione sottomucosa, con un ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione, che viene successivamente asportata nella EMR con ansa diatermica come nelle normali polipectomie, mentre nella ESD con utilizzo di particolari bisturi che vengono introdotti attraverso il canale operatore degli strumenti endoscopici, in genere in un unico pezzo che poi verrà sottoposto a esame istologico; nelle ore successive all'intervento potrà comparire dolore generalmente controllabile farmacologicamente; la

durata della procedura è variabile da 1 a 3 ore e dipende dalle dimensioni e dalla sede della lesione, può essere necessario il ricovero per alcuni giorni al fine di eseguire un'adeguata osservazione post-procedura endoscopica operativa. L'emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard. Il rischio di emorragia immediata è di circa il 10% mentre il sanguinamento tardivo avviene in circa l'1.5-14% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente e in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni; il ricorso alla chirurgia è raro. La perforazione si verifica in circa il 5-10% delle ESD del colon e fino a un 5% delle EMR; parte delle perforazioni è immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura: può comunque rendersi necessario l'intervento chirurgico nel caso di mancata risoluzione endoscopica; per entrambe le procedure la mortalità è rara (0.25%). L'alternativa a queste procedure endoscopiche e l'intervento chirurgico che più invasivo e spesso richiede tempi di esecuzione di degenza maggiori.

### **Alternativa alla rettoscopia o rettosigmoidoscopia**

Esistono altre indagini che oltre all'endoscopia esplorano il colon, che talvolta vengono consigliate dal Medico Endoscopista in caso di mancato completamento dell'esame colonscopico per svariate ragioni o per scelta del paziente; tra queste sono il clisma opaco, la colon TC meglio conosciuta come "colonscopia virtuale", la videocapsula endoscopica; tutte queste metodiche hanno una minore accuratezza diagnostica e nessuna di queste consente l'integrazione di procedure aggiuntive come le biopsie e eventuali trattamenti terapeutici necessari all'ottenimento di una diagnosi più precisa.

### **Il paziente, il giorno in cui effettua l'esame endoscopico, deve:**

- portare sempre l'impegnativa del medico curante o di altro specialista (ricetta rosa o bianca) e eventuale documentazione sanitaria;
- essere accompagnato da persone familiari e/o non familiari (non più di un accompagnatore) in caso debba effettuare la sedo-analgesia in quanto non può allontanarsi dall'ambulatorio da solo: non è in grado di guidare veicoli, moto, biciclette, né camminare;
- portare sempre un elenco dei farmaci che assume o i farmaci stessi;
- **può assumere i farmaci della terapia domiciliare (pressione, tiroide, epilessia, eccetera)**
- se assume farmaci e terapia anticoagulante e/o antiaggregante TAO/NAO (Cardioaspirina, Ticlopidina, Coumadin, Sintrom, Clopidoqrel, Eliquis, Lixiana, Pradaxa, Xarelto, Praxbind, eccetera), deve consultare il Medico Curante e/o il cardiologo di fiducia e/o il Centro TAO dove è seguito riferendo la data dell'esecuzione dell'esame endoscopico per la loro eventuale sospensione secondo Linee Guida o altra necessità individuale; la mancata sospensione può determinare la non esecuzione della biopsia in corso di esame endoscopico o dell'esame endoscopico medesimo;
- riferire se ha già effettuato altri esami endoscopici e portare i referti precedenti, deve segnalare allergie o intolleranze a farmaci assunti in passato, anche se presunte, deve riferire se è affetto da malattie croniche e/o contagiose (Diabete Mellito, Malattie Cardiache, Malattie Respiratorie, Alterazioni della coagulazione, Malattie Infettive virali e/o batteriche tipo epatiti virali HBV e HCV, o HIV o altro, casi di shock anafilattico o edema della glottide, Epilessia e convulsioni, eccetera);
- **non** indossare gioielli o monili metallici di alcun genere per evitare di perderli o dimenticarli (meglio lasciarli a casa), tenere il cellulare rigorosamente spento o in modalità "aereo".

### **Avvertenze per la preparazione alla rettoscopia e rettosigmoidoscopia: dieta e assunzione di lassativi:**

- l'incompleta assunzione dei clisteri o di lassativi a basso volume può determinare una scarsa pulizia intestinale, la sospensione e la riprogrammazione dell'esame;
- il giorno prima dell'esame (o almeno 2 giorni prima se affetto da stitichezza) il paziente deve seguire una dieta liquida/semiliquida poverissima di scorie (poco semolino a pranzo e cena, bevande normali

o gasate o zuccherate o minestre) e inizierà a assumere per la pulizia dell'intestino il preparato consigliato che può essere di due tipi:

1. **esecuzione di 3 clisteri da 120 ml** da acquistare in farmacia, assumendo **1 clistere** nel pomeriggio e **1 clistere** la sera del giorno che precede l'esame, bevendo abbondante acqua e facendo dieta liquida per l'intera giornata, e **1 clistere** la mattina dell'esame almeno 2 ore prima;

**2) Assunzione di lassativi a basso volume in caso di stitichezza, che consentirebbero di eseguire un esame più completo in caso di evidenza di patologie di rilievo nel tratto rettosigmoidoscopico di 40 cm (polipi o altre lesioni) e se le condizioni di pulizia fossero idonee e adeguate di eseguire biopsie o asportazione di polipi (in caso invece di scarsa pulizia il paziente dovrà ripetere la preparazione completa per colonscopia e sottoporsi a altro esame endoscopico), tipo CLENSIA** (si consiglia seguire sempre la DOSE FRAZIONATA – pomeriggio precedente 3 buste A + 3 buste B sciolte in 1,5 litri di acqua o altro liquido; la mattina dell'esame 1 busta A + 1 busta B sciolte in ½ litro di acqua o altro liquido- come da foglietto informativo contenuto nella confezione), oppure **AGPEG PLUS ESSE** (seguire l'assunzione frazionata con 2 buste nel pomeriggio del giorno prima dell'esame + 2 buste la mattina stessa dell'esame), oppure **PLENVU (vietato ai fabici o G6PD carenti anche parziali)** o ancora simili preparazioni per colonscopia a basso volume (seguire attentamente le istruzioni riportate nel foglietto informativo/illustrativo).