



SCHEDA INFORMATIVA COLONSCOPIA

Queste brevi informazioni hanno lo scopo di renderLa il più possibile consapevole del tipo di esame a cui si sottoporrà. Le consigliamo di leggere con attenzione e, se c'è qualcosa che non Le è chiaro, di chiedere spiegazioni al Suo Medico Curante o al Medico che eseguirà l'esame.

DESCRIZIONE DELLA PROCEDURA

CHE COSA' È LA COLONSCOPIA E PERCHÉ VIENE ESEGUITA

La colonscopia è un esame diagnostico che permette al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon) mediante l'inserimento attraverso l'ano di uno strumento (colonscopio) costituito da un tubo sottile e flessibile dotato di una telecamera in punta. Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), che saranno successivamente analizzati al microscopio (esame istologico). Il prelievo è indolore.

La colonscopia, oltre a fare diagnosi, consente il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali. I polipi sono rilevatezze della mucosa intestinale che possono essere asportati (polipectomia) durante lo stesso esame diagnostico o, in tempo differito, nel corso di una successiva endoscopia. L'esecuzione della polipectomia è peraltro condizionata dalle dimensioni e dalla sede di impianto del polipo. A tale scopo si utilizza un bisturi elettrico per l'endoscopia, che in modo indolore elimina il polipo bruciandone la base. Il materiale così prelevato viene inviato per l'esame istologico, che costituisce un dato importante per la successiva condotta terapeutica.

Gli strumenti utilizzati per l'esame vengono sottoposti ad accurato lavaggio e ad un successivo trattamento di alta disinfezione secondo le linee guida internazionali.

COME SI SVOLGE

La durata dell'esame è variabile, generalmente 20-30 min.

Allo scopo di rendere ben tollerato l'esame, si posiziona un ago cannula in una vena del braccio per la somministrazione endovenosa dei farmaci necessari alla sedazione (sedativi e/o analgesici). Inoltre si monitorizzano la frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e la saturazione di ossigeno nel sangue con appositi dispositivi. Il paziente viene sdraiato sul lettino sul fianco sinistro ed in seguito il colonscopio viene fatto progredire lungo tutto il colon. L'esame provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di gas attraverso l'endoscopia allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio. Può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.

DOPO LA COLONSCOPIA

La comparsa di modesto dolore addominale è normale ed è legata alla persistenza di aria nell'intestino. In alcuni casi potrebbe essere necessario il posizionamento di una sonda rettale allo scopo di facilitare l'eliminazione del gas insufflato durante l'esame.

Nel caso in cui vengano effettuate manovre terapeutiche, a seconda del giudizio del medico, può essere necessario restare in osservazione per un certo intervallo di tempo.

L'esito della colonscopia eseguita verrà consegnato al termine dell'esame. L'eventuale prelievo biotipico sarà inviato in laboratorio e saranno fornite indicazioni relative alla modalità di ritiro del referto.

L'alimentazione potrà essere ripresa il giorno stesso della colonscopia. Per il tipo di dieta da seguire e per la ripresa della terapia antiaggregante/anticoagulante dovrà seguire le indicazioni del medico che ha eseguito l'esame.

A distanza di alcune ore si potrebbero verificare segni di complicanze tardive correlate all'esame (es. sanguinamento importante, dolori addominali persistenti, febbre). In tal caso è consigliabile recarsi al Pronto Soccorso più vicino.

POSSIBILI COMPLICANZE DELLA COLONSCOPIA

- **Complicanze cardio-respiratorie e circolatorie:** sono estremamente rare (0,9%), per lo più legate alla sedazione e sono rappresentate da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico e shock.
- **Infezioni:** dopo la colonscopia, con o senza procedure operative (biopsie, polipectomie, tatuaggio) 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 infezioni sono rari.
- **Emorragia:** associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (es. a seguito di biopsie). Generalmente è di modesta entità e tende ad autolimitarsi. In rari casi può essere necessario controllarla mediante tecniche di emostasi endoscopica. L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rara.
- **Perforazione:** 0.07-0.3% dei casi. 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 viene 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.
- **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 (es. polipectomia, APC).

Le possibili complicanze della polipectomia, soprattutto durante manovre complesse, sono *sanguinamento* (0.3-6% dei casi) *immediato*, controllato endoscopicamente o *tardivo*, entro 7-30 giorni dalla procedura, *perforazione* ed *ustione trans-murale* (fino a 0.1% dei casi).

ALTERNATIVE ALLA COLONSCOPIA

Altre indagini che esplorano il colon sono il clisma opaco e la colon TC (colonscopia virtuale) che hanno una minore accuratezza diagnostica. Nessuna di queste metodiche consente l'integrazione di procedure aggiuntive, come le biopsie ed eventuali procedure terapeutiche.

Preparazione alla colonscopia

Per una buona riuscita dell'esame è necessario che l'intestino sia perfettamente pulito e questo richiede una accurata preparazione. Nel caso di preparazione insufficiente si rischia che non si riesca ad esplorare adeguatamente il colon, diminuendo così l'utilità diagnostica dell'esame. La preghiamo pertanto di seguire scrupolosamente le istruzioni riportate.

Dieta

Paziente che segue regime dietetico comune: il giorno prima dell'esame a pranzo può assumere carne, pesce e formaggi. Evitare pane, frutta e verdura, alimenti integrali. A cena: assumere solo alimenti liquidi (es. brodo vegetale).

Paziente che segue regime dietetico vegano/vegetariano: il giorno prima dell'esame a pranzo può assumere Tofu e Seitan oltre a centrifugati o estratti di frutta e verdura, latte vegetale, brodo vegetale (senza pezzi di verdura). A cena: assumere solo alimenti liquidi (brodo vegetale).

Per paziente tendenzialmente stitico: allargare le limitazioni dietetiche sopra esposte a tre giorni prima dell'esame.

Dal momento che viene eseguita la sedazione, lo stomaco deve essere vuoto al momento della colonscopia. Pertanto è necessario stare a **digiuno** dai cibi solidi dall'inizio della preparazione all'esame e dai liquidi almeno due ore prima dell'esame.

Preparazione

Di seguito proponiamo 2 tipi di preparazione alternativi tra i quali si consiglia di scegliere dopo essersi consultati anche con il Medico Curante. Rimane libera la scelta del paziente di eseguire anche altri tipi di preparazione con cui si fosse già trovato bene in passato.

PREPARAZIONE A BASSO VOLUME e BASSISSIMO VOLUME*

Prodotti: CLENSIA, MOVIPREP, PLENVU*.

Assunzione del preparato: per la corretta diluizione dei preparati seguire le istruzioni all'interno della confezione. Il preparato andrà assunto in due fasi:

PRIMA FASE: Il giorno precedente l'esame dopo le 19.00: bere la prima dose del preparato diluito in 1 litro di acqua fresca. A seguito bere almeno mezzo litro di acqua. E' possibile assumere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, thè, camomilla).

SECONDA FASE: Al mattino, 5 ore prima dell'esame: bere la seconda dose del preparato diluito in 1 litro di acqua fresca. A seguito bere almeno mezzo litro di acqua. È possibile bere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, thè, camomilla) se si sente lo stimolo della sete, ma non è consentito assumere cibi solidi. L'assunzione di tutti i liquidi va terminata almeno 2 ore prima dell'esame.

* Per il PLENVU è sufficiente 1 litro di preparazione (diviso in 2 dosi) ed 1 litro di acqua secondo le indicazioni riportate nel foglietto illustrativo.

Tutti i tre preparati sono controindicati in insufficienza renale grave (clearance della creatinina < 30 ml/min) ed insufficienza cardiaca congestizia (NYHA III/IV). MOVIPREP e PLENVU sono controindicati nei pazienti affetti da fenilchetonuria, favismo.

PREPARAZIONE AD ALTO VOLUME

Prodotti: SELG-ESSE, COLIREI, ISOCOLAN.

Assunzione del preparato: per la corretta diluizione dei preparati seguire le istruzioni all'interno della confezione. I 4 litri di preparato andranno assunti in due fasi:

PRIMA FASE: Il giorno precedente l'esame dopo le 16.00: bere 3 litri della soluzione assumendo 250 cc (1 bicchiere grande) ogni 15 minuti.

SECONDA FASE: Al mattino, 5 ore prima dell'esame: bere il quarto litro della soluzione assumendo 250 cc (1 bicchiere grande) ogni 15 minuti. È possibile bere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, tè, camomilla) se si sente lo stimolo della sete, ma non è consentito assumere cibi solidi. L'assunzione di tutti i liquidi va terminata almeno 2 ore prima dell'esame.

Se per motivi logistici non è possibile l'assunzione 5 ore prima dell'esame endoscopico, la preparazione ad alto volume può essere fatta anche tutta il pomeriggio precedente.

ASSUNZIONE IN UNICA SOLUZIONE: Dalle ore 15 del pomeriggio del giorno precedente l'esame, assumere 3 litri di soluzione nell'arco di 3-4 ore. Alle ore 21:30 assumere un ulteriore litro di preparazione. È possibile bere ulteriori liquidi chiari (acqua naturale, tè, camomilla) se si sente lo stimolo della sete, ma non è consentito assumere cibi solidi. L'assunzione di liquidi non è consentita nelle 2 ore prima dell'esame.

La preparazione ad alto volume (4 litri) è consigliata nei pazienti stitici o che hanno già eseguito una preparazione con preparati a basso volume risultata inadeguata. È la preparazione di scelta per pazienti affetti da cardiopatie e/o nefropatie moderate/severe.

ALTRI PRODOTTI (CITRAFLEET, PHOSPHO-LAX, PICOPREP) vanno assunti su precisa indicazione del proprio Medico Curante.

COME CAPIRE QUANDO L'INTESTINO È PULITO

Dopo circa 2 ore dall'inizio dell'assunzione della soluzione inizieranno le scariche che dovranno essere via via sempre più liquide e prive di residui fecali. Le ultime feci evacuate devono essere costituite da liquido limpido senza residuo solido. La soluzione potrà provocare una modesta nausea e lievi dolori addominali.

NOTE IMPORTANTI

- Il prodotto per la preparazione intestinale va assunto **interamente** alle dosi suddette e nell'arco temporale più breve possibile per avere la massima possibilità di una pulizia intestinale adeguata. I preparati possono risultare più gradevoli se si usa acqua fresca. Non aggiungere altre sostanze alla soluzione ottenuta, qualunque sia il prodotto scelto.

- Se durante la preparazione dovesse presentare **nausea**, si consiglia di rallentare l'assunzione ed assumere antiemetici (es. Plasil) su indicazione e prescrizione del medico.
- In caso di **stitichezza** si consiglia l'aggiunta di un lassativo (es. Movicol bustine, 1 dopo colazione e 1 dopo cena oppure Pursennid 4 cp/die nei 3 giorni precedenti l'inizio della preparazione).
- Nei giorni della preparazione ed il giorno dell'esame è possibile assumere i **farmaci abituali**. In caso di assunzione di farmaci anticoagulanti, è opportuno consultare il medico almeno una settimana prima della colonscopia per l'eventuale sospensione della terapia. (Vedi l'allegato *Gestione della terapia anticoagulante ed antiaggregante*).
- Si raccomanda di portare **l'elenco dei farmaci** che si stanno assumendo (in particolare se farmaci antiaggreganti piastrinici ed anticoagulanti).
- Si raccomanda di portare in visione **referti** endoscopici, radiologici ed esami del sangue (emocromo, PT, PTT) disponibili. Inoltre portare la tessera sanitaria, l'impegnativa per colonscopia (e biopsia) comprensiva di sedazione cosciente.
- Solo per motivate necessità ed urgenze, il giorno e l'ora fissati per l'esame potrebbero subire variazioni.
- L'esame prevede la sedazione per cui è **obbligatorio essere accompagnati** poiché i farmaci utilizzati alterano i riflessi e la capacità di giudizio. In particolare sarà opportuno non guidare alcun veicolo per le successive 12 ore e non rimanere a casa da soli sino al mattino successivo all'esame. L'accompagnatore deve rimanere nell'area ospedaliera durante l'esame dell'accompagnato.

GESTIONE DELLA TERAPIA ANTICOAGULANTE ED ANTIAGGREGANTE NEI PAZIENTI CHE ESEGUIRANNO UN ESAME ENDOSCOPICO

In seguito troverà alcune indicazioni sulla sospensione della terapia anticoagulante/antiaggregante che dovrà valutare insieme al suo Medico Curante, al Cardiologo o al Medico che le ha prescritto l'esame endoscopico. Le indicazioni riportate seguono le più recenti linee guida internazionali e variano a seconda del tipo di esame che eseguirà e della patologia per la quale assume la terapia.

TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (Coumadin®, Sintrom®)

La terapia andrà sospesa 5 giorni prima dell'esame ed eseguito controllo INR che per consentire l'esame endoscopico dovrà essere < 1.5.

LA TERAPIA EPARINICA SOSTITUTIVA E' INDICATA nei pazienti affetti da **patologie ad alto rischio trombotico**: protesi valvolare metallica mitralica/aortica, protesi valvolare cardiaca e fibrillazione atriale, fibrillazione atriale e stenosi mitralica, fibrillazione atriale e ictus/TIA da < 3 mesi, fibrillazione atriale e storia di ictus/TIA in paziente con scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa, diabete mellito, età > 75 anni, < 3 mesi dopo trombosi venosa profonda. Tale terapia dovrà essere iniziata 2 giorni dopo la sospensione della terapia anticoagulante orale con l'ultima dose di eparina consentita 24 ore prima della procedura endoscopica.

LA TERAPIA EPARINICA SOSTITUTIVA NON E' INDICATA nei pazienti affetti da **patologie a basso rischio trombotico**: fibrillazione atriale senza difetto valvolare, protesi valvolare biologica, > 3 mesi dopo trombosi venosa profonda, sindromi trombofiliche.

TERAPIA CON ANTICOAGULANTI DI NUOVA GENERAZIONE "DOACs": dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®), edoxaban (Lixiana®). La terapia dovrà essere sospesa 1 giorno prima dell'esame se si tratta di **endoscopia diagnostica** (gastroscopia/colonscopia con biopsie). In caso di **procedure operative** (polipectomia, ERCP, dilatazione stenosi, legatura varici esofagee, PEG, EUS con FNA, posizionamento endoprotesi esofagea, enterale o colica) la terapia andrà sospesa seguendo le indicazioni dell'endoscopista, solitamente 2 giorni prima dell'esame. Per dabigatran in pazienti con eGFR 30-50 ml/ min, assumere l'ultima dose di farmaco 5 giorni prima della procedura endoscopica. Non vi è indicazione ad eseguire una terapia profilattica con eparina.

TERAPIA ANTIAGGREGANTE PIASTRINICA

- **Acido acetilsalicilico** (Aspirina®, Aspirinetta®, Cardioaspirin®, Cardirene®, Ascriptin®): la terapia NON va sospesa, tranne quando indicato dal medico endoscopista che eseguirà la procedura (ad esempio asportazione di polipi di grandi dimensioni); in questo caso la terapia va sospesa 5 giorni prima dell'esame.

- **Ticlopidina** (Tiklid®), **Clopidogrel** (Plavix®), **Prasugrel** (Efient®), **Ticagrelor** (Brilique®): la terapia va sospesa 7 giorni prima dell'esame endoscopico.

• **Doppia antiaggregazione (Acido acetilsalicilico + Clopidogrel/ Prasugrel/ Ticagrelor)** indicata nei pazienti portatori di stent coronarici. Tale terapia va sospesa previo consulto con il Cardiologo. Si deve valutare la sospensione temporanea di clopidogrel, prasugrel o ticagrelor 7 giorni prima dell'endoscopia dopo 6- 12 mesi dall'impianto di stent coronarico medicato o più di 1 mese dall'impianto di stent coronarico non medicato, continuando la terapia con aspirina. Per le procedure operative attenersi alle indicazioni del medico endoscopista che eseguirà la procedura.

Farmaco	Sospensione	Terapia sostitutiva
Anticoagulante (Coumadin®, Sintrom®)	5 giorni prima dell'esame endoscopico	Terapia eparinica se patologia ad altro rischio trombotico; ultima dose 24 ore prima dell'esame.
Anticoagulanti di nuova generazione "DOACs" (Xarelto®, Eliquis®, Pradaxa® Lixiana®)	1- 2 giorni prima dell'esame endoscopico (in base al tipo di procedura) 4 giorni prima se insufficienza renale	Non vi è indicazione ad eseguire una terapia sostitutiva con eparina
Antiaggregante: Acido acetilsalicilico (Aspirina®, Aspirinetta®, Cardioaspirin®, Cardirene®, Ascriptin®)	No Solo per procedure operative, su indicazione dell'endoscopista, sospendere 5 giorni prima dell'esame	No
Antiaggregante: Ticlopidina (Tiklid®) Clopidogrel (Plavix®) Prasugrel (Efient®), Ticagrelor (Brilique®)	7 giorni prima della procedura endoscopica	No
Doppia antiaggregazione: Acido acetilsalicilico + Clopidogrel/ Prasugrel/ Ticagrelor	Valutazione con il cardiologo la sospensione di Clopidogrel/ Prasugrel/ Ticagrelor 7 giorni prima della procedura e continuare aspirina	No

La terapia anticoagulante ed antiaggregante sarà ripresa seguendo le indicazioni del medico endoscopista che ha eseguito l'esame dopo valutazione del rischio emorragico della procedura e del rischio trombotico della patologia del paziente.

Bibliografia: Endoscopy in patients on antiplatelet or anticoagulant therapy BSG and ESGE guideline update. Veitch A et al, Endoscopy 2021.