

# Colonscopia

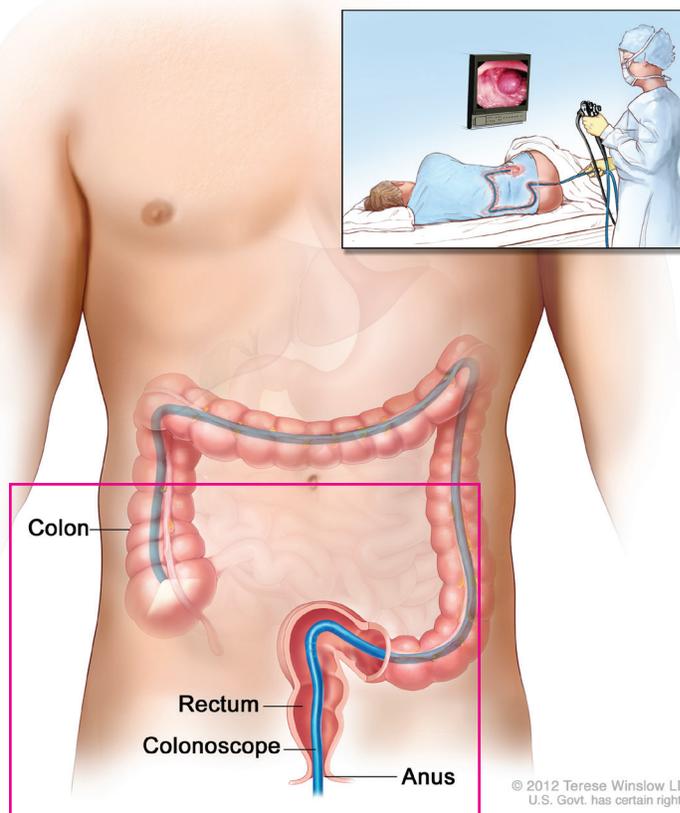


AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:  
Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

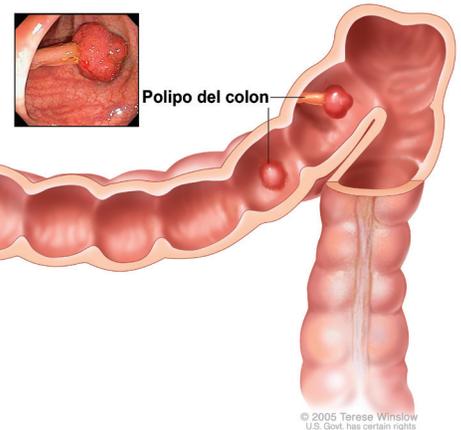
## Colonscopia



- Il rischio di sviluppare un CCR aumenta se sei affetto da rettocolite ulcerosa o morbo di Crohn, se c'è familiarità per chi ha avuto un tumore prima dei 60 anni.<sup>4</sup>
- Le persone afroamericane hanno un rischio aumentato rispetto alle persone caucasiche

### Colonscopia Diagnostica

Una colonscopia diagnostica viene eseguita in caso di anemia, cambiamento dell'alvo o per dolore addominale.



## Colonscopia

La *colonscopia* è l'esame che studia il grosso intestino (colon). Uno strumento flessibile con una piccola camera ed una luce viene inserito attraverso l'ano.<sup>1</sup> Nel colon e nel retto possono essere osservati polipi, tumori, o lesioni ulcerative tipiche della colite ulcerosa o morbo di Crohn. Durante la procedura possono essere asportati frammenti di mucosa o polipi.

## Motivi Per Eseguire Una Colonscopia

### Colonscopia Per Screening

La colonscopia per screening viene eseguita per valutare la presenza di tumori e malattie infiammatorie come le coliti ulcerative. La maggior parte del cancro colon rettale (CCR) insorge da polipi non cancerizzati (minuscole cellule crescendo possono trasformarsi in tumori). La rimozione dei polipi o il riscontro di tumori precoci possono aumentare le chance di sopravvivenza.<sup>2</sup> Durante la colonscopia è possibile rimuovere i polipi con semplici strumenti come pinze o anse.

- Negli stati uniti d'America il CCR è la seconda causa di morte per uomo e donna. Il rischio del CCR nella vita è di 4.5% o di 1 in 20 adulti.<sup>3</sup>

### Colonscopia Può Essere Terapeutica

Una colonscopia può essere terapeutica quando tratta problemi del colon come sanguinamento, stenosi.

- Nel caso di sanguinamento il medico potrà arrestare l'emorragia o con l'iniezione di sostanze o con cauterizzazione o posizionando clip.
- Le stenosi (parziali o complete) possono essere trattate con l'uso di palloni pneumatici inseriti nello strumento ed insufflati all'interno del colon. Una protesi può essere posizionata per mantenere l'area stenotica aperta.

### Colonscopia Di Sorveglianza

Una colonscopia di sorveglianza è un controllo per tutti i pazienti con storia di polipi, tumori o malattie infiammatorie croniche del colon.

## SURGICAL PATIENT EDUCATION PROGRAM

Prepare for the Best Recovery

La prima pagina è un riepilogo. Per informazioni dettagliate leggete tutto il documento

# Diverse Opzioni Procedurali e Rischi Nello Screening Dei Tumori Colo-Rettali

## Linee Guida dell'American Cancer Society: eseguire l'indagine endoscopica a 50 anni o 40 anni in caso di fattori di rischio aumentati

ESAME	MANTENERVI INFORMATI	ADEGUATEZZA
<b>La ricerca del sangue occulto nelle feci (FOBT):</b> Raccomandato ogni anno	Le feci vengono raccolte a casa e portate in un laboratorio. Si raccomanda di non mangiare carne rossa, assumere vitamina C o cibi contenenti vitamina C (agrumi o broccoli) o antinfiammatori non steroidei giorni prima dell'esame. <sup>5</sup>	Dal 62 a 79% quando eseguito ogni anno. Questo vuol dire che su 10 persone con il cancro colo-rettale, il sangue occulto nelle feci sarà positivo in 6 su 8 persone. Le altre potrebbero avere il cancro ma non si riscontra sangue nelle feci. <sup>5</sup>
<b>Test immunochimico su feci:</b> Raccomandato ogni anno	Raccogliere le feci a domicilio e portarle un laboratorio analisi. È possibile mangiare regolarmente tutto prima del test. Se il test risulta positivo deve essere ripetuto ed in caso si deve eseguire una colonscopia.	Possono essere riscontrati il 3% di tumori avanzati ed il 23% di lesioni precancerose. <sup>6</sup>
<b>Sigmoidoscopia:</b> Raccomandata ogni 5 anni	Il medico inserisce colonscopio attraverso l'ano e controlla la presenza di polipi o lesioni cancerose nel terzo basso del colon. La procedura può essere eseguita in uno studio medico con parziale sedazione. Il colon ed il retto devono essere puliti. <sup>5*</sup>	Possono essere riscontrati dal 70% al 80% di polipi o tumori di metà del colon e retto. Non viene esplorato tutto il colon in quel caso si parlerebbe di colonscopia.
<b>Ricerca del DNA e immunoistochimica delle feci.:</b> Raccomandato ogni 3 anni <sup>7</sup>	È la combinazione del test immunoistochimico sulle feci con la ricerca del DNA. <sup>7</sup>	Possono essere riscontrati più del 92% di lesioni cancerose e 42% di lesioni precancerose. <sup>6</sup>
<b>Colonscopia virtuale:</b> Raccomandata ogni 5 anni	È una tomografia computerizzata del colon che viene preparato con insufflazione di aria dal retto. Tale procedura richiede la preparazione completa del colon.*	Possono essere scoperti più del 94% di tumori di 10 mm o più, <sup>7</sup> il 65% di polipi da 6 mm a 9 mm. <sup>8</sup> I polipi di meno di 6 mm non possono essere visti e quindi risulta necessaria una colonscopia per rimuoverli. <sup>9</sup>
<b>Colonscopia:</b> Raccomandata ogni 10 anni	Tale procedura può essere eseguita in pazienti in ambulatorio o ricoverati e richiede la preparazione completa del colon. Normalmente viene eseguita una sedazione e pertanto il paziente ha bisogno di un accompagnatore. <sup>10</sup>	Possono essere riscontrati il 90% di polipi o tumori; possono sfuggire lesioni piccole meno di 9 mm o polipi piatti. <sup>11</sup> I polipi possono essere biopsizzati o rimossi completamente.

\*Consultare gli inserti sulla preparazione intestinale contenuti in questo brochure

## I Benefici ed i Rischi Della Colonscopia.

**Benefici**—La colonscopia è la procedura più accurata per la ricerca e la rimozione di piccoli polipi. La rimozione dei polipi ed un precoce esame possono diminuire il rischio di morte da cancro del colon retto.<sup>1</sup>

RISCHI	COSA SUCCEDDE	MANTENERVI INFORMATI
<b>La perforazione intestinale</b>	Una perforazione fatta dalla pressione dello strumento a tutto spessore è una rara complicanza riportata in meno di 1 caso su 1000. <sup>12</sup>	Al riscontro immediato di una grande perforazione richiede immediatamente l'intervento chirurgico. Il riscontro di una piccola perforazione dopo qualche giorno dalla procedura può essere trattata con riposo, idratazione, antibiotici e stretta sorveglianza.
<b>Sanguinamento</b>	Il sanguinamento è riscontrato in meno di 1 caso su 1000. <sup>12</sup> Il rischio aumenta quando vengono rimossi più polipi o grandi polipi.	Un piccolo sanguinamento può essere presente dopo una colonscopia. Chiamare il medico in caso venisse notato sangue superiore all'equivalente di 4 cucchiaini o un bicchiere con le evacuazioni nelle prime due settimane dalla colonscopia.
<b>Complicanze cardiorespiratorie</b>	l'insufficienza respiratoria e la bradicardia si verificano in meno di 1 caso su 1000. <sup>13</sup>	La maggior parte di queste complicanze sono dovute alla sedazione o all'età avanzata o altri fattori. <sup>14</sup>
<b>Tutte le complicanze</b>	Il 33% dei pazienti riportano un sintomo minimo dopo la colonscopia, ma vere complicanze non sono frequenti. <sup>12</sup>	Il controllo del paziente prima durante e dopo la procedura riducono il rischio in caso di sedazione.

# Aspettative: Preparazione Per Una Colonscopia

## Preparazione Per la Colonscopia

### Le più comuni Soluzioni per la Colonscopia

Il tuo medico di fiducia ti avviserà quale preparazione usare per la colonscopia

**GoLyte<sup>®</sup>, Colyte<sup>®</sup>, NuLyte<sup>®</sup>, TriLyte<sup>®</sup>**  
Contiene glicole polietilenico (PEG)

**HalfLyte<sup>®</sup>**  
2 litri di PEG soluzione presi con un altro lassativo

**Sports Drink and MiraLAX<sup>®</sup>**  
Dulcolax compresse lassative contenute 5 mg di bisacodyl ognuna composta da 8,3 oz di Miralax(238 grammi) 64 oz di acqua

**MoviPrep<sup>®</sup>**  
Glicole polietilene 3350: solfato di sodio, sodio cloruro, ascorbato di sodio ed acido ascorbico

**Suprep<sup>®</sup>**  
Soluzione con sodio/potassio/magnesio solfato

**Visicol<sup>®</sup> or OsmoPrep<sup>®</sup>**  
Compresse di sodio fosfato monoidrato monobasico e sodio fosfato dibasico anidro

**Prepopik<sup>®</sup>**  
Sodio picosulfato orale,ossido di magnesio e acido citrico

### Controllo di Sicurezza

Se la procedura viene eseguita in ospedale in un centro ambulatoriale dovrebbe essere indossato un braccialetto identificativo con il proprio nome. Questo dovrebbe essere controllato dai membri del team prima della procedura e della medicazione.

### Sedazione

Il pz deve parlare con il medico sul tipo di sedazione e sugli effetti collaterali. il pz verrà posizionato sul fianco sinistro con le ginocchia piegate verso il torace. al pz verrà somministrato un farmaco per via endovenosa per rilassarlo(benzodiazepine: midazolam/versed- oppiacei: Fentanyl). E' anche possibile dormire durante la colonscopia (propofol), il pz al risveglio non ricorderà di aver eseguito l'esame.

### La Procedura

Il medico manovrerà il colonscopio che è stato inserito nell'ano e passerà lungo tutto il colon. Piccole quantità di aria viene insufflata per aprire il colon e permettere la visione dell'area esplorata. Il colonscopio possiede una luce e una microcamera sull'estremità' con la quale invia immagini al monitor. Il battito cardiaco, la respirazione e l'ossigenazione vengono controllati durante la procedura. La procedura può durare da 15 minuti a 60 minuti. Se il dottore osserva tessuto anormale o polipi provvedere alla biopsia o rimozione.

### Il Ricovero

Il paziente deve essere monitorizzato fino al completo risveglio. La maggior parte dei pazienti va a casa dopo 30-90 minuti.

Se il paziente viene sedato si potrebbe sentire stanco successivamente alla procedura. Il pz potrebbe essere stordito e quindi sarebbe meglio non prendere decisioni importanti, guidare o ritornare al lavoro per il resto del giorno.

### Dieta

Il pz potrebbe essere affamato dopo la procedura ma un pasto semplice e leggero sarebbe meglio il primo giorno.<sup>15</sup>

### Dolore

Dolore percepito dopo la procedura è raro. Il pz può avere crampi e flatulenza. Dopo l'eliminazione di gas il dolore dovrebbe sparire.

### Movimento Intestinale

Il paziente dovrebbe tornare alla normalità intestinale dopo due o tre giorni dalla procedura. Se il paziente è stato sottoposto a biopsia o polipectomia il dottore dovrà informarlo:

- Quando sarà pronto il risultato
- Se il pz dovrà evitare di assumere FANS o steroidi per 10 giorni.

## Quando Contattare il Chirurgo

Il paziente deve contattare il medico se:

- Intenso dolore addominale o addome duro: potrebbe essere il segno di perforazione del colon.
- Sanguinamento in più di due evacuazioni o in caso di cospicuo sanguinamento pari ad un bicchiere.
- Febbre superiore a 38°C
- Dolore arrossamento dall'accesso venoso.
- Stanchezza, difficoltà respiratoria o svenimenti
- Nausea o ematemesi

### ALTRE ISTRUZIONI:

### APPUNTAMENTI DI FOLLOW-UP

CHI:

DATA:

NUMERO DI TELEFONO:

# Ulteriori informazioni

Per maggiori informazioni, consultare il sito dell' American College of Surgeons dedicato all'informazione per il paziente: [surgicalpatienteducation.org](http://surgicalpatienteducation.org).

## GLOSSARIO

**Morbo di Crohn:** Malattia infiammatoria del colon che può causare infiammazione, e stenosi del tratto gastrointestinale.

**Retto colite ulcerosa:** Malattia infiammatoria (arrossamento e gonfiore) del colon e retto.

## INFORMATIVA

Queste informazioni vengono pubblicate per informare il paziente sulle specifiche procedure chirurgiche. Non intende sostituire un corretto dialogo con chirurghi che conoscano la situazione del paziente. È importante ricordare che tutti gli individui sono differenti e che le ragioni ed i risultati di tutte le procedure dipendono dalle condizioni del paziente.

L' American College of Surgeons (ACS) è una organizzazione scientifica ed educativa alla parte etica e pratica della chirurgia. È stata fondata per elevare gli standard della pratica chirurgica e migliorare la qualità della salute dei pazienti chirurgici. L'ACS si sforza di presentare informazioni per i pazienti chirurgici sulla base di informazioni scientifiche; non ci sono garanzie sulla tempestività, accuratezza od utilità delle informazioni.

### Original review November 2009 by:

H. Randolph Bailey, MD, FACS  
David Schoetz, MD, FACS  
Kathleen Piotrowski-Walters, RN, MSN  
Kathleen Heneghan, RN, PhD

### Reviewed August 2014 by:

Michael McGee, MD, FACS  
Nancy Strand, MPH, RN

### Revised July 2017 by:

Robert Cima, MD, FACS  
Nancy Strand, MPH, RN

## REFERENZE

Le informazioni fornite in questa brochure sono scelte sulla base di recenti articoli rilevanti. La lista non rappresenta tutte le informazioni disponibili per la procedura del paziente. È doveroso chiedere al medico se ci sono ulteriori informazioni

1. Lieberman D. Progress and challenges in Colorectal Cancer Screening, *Gastroenterology*. 2010;138(6):2115-2126. doi: 10.1053/j.gastro.2010.02.006.
2. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 2010;116(3):544-573. doi: 10.1002/cncr.24760.
3. SEER Cancer Statistics Review 1975-2013. National Cancer Institute. Available at: [https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975\\_2013/results\\_merged/topic\\_lifetime\\_risk\\_diagnosis.pdf](https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2013/results_merged/topic_lifetime_risk_diagnosis.pdf). Accessed September 22, 2017.
4. SEER Stat Fact Sheet; colon and rectum. National Cancer Institute. Available at: <http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html>. Accessed July 7, 2014.
5. Harvard Health Publishing. A New Look at Colon Cancer Screening. *Harvard Men's Health Watch*. October 2016. Available at: [www.health.harvard.edu/staying-healthy/a-new-look-at-colon-cancer-screening](http://www.health.harvard.edu/staying-healthy/a-new-look-at-colon-cancer-screening). Accessed September 25, 2017.
6. Imperiale TF, Ransohoff DF, Itzkowitz SH, et al. Multitarget stool DNA testing for colorectal-cancer screening. *N Engl J Med*. 2014;(4)370:1287-1297. DOI: 10.1056/NEJMoa1311194.
7. US Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2016;315(23):2564-2575. doi:10.1001/jama.2016.5989.
8. Colorectal Cancer. American Cancer Society. Available at: [www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003096-pdf.pdf](http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003096-pdf.pdf). Accessed July 7, 2014.
9. ACR Practice Guidelines for the Performance of Computerized Tomography (CT) Colonography in Adults, 2009. Available at: [www.acr.org/~media/A81531ACA92F45058A83B5281E8FE826.pdf](http://www.acr.org/~media/A81531ACA92F45058A83B5281E8FE826.pdf). Accessed July 7, 2014.
10. Johnson CD, Chen M-H, Toledano AY, et al. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med*. 2008;359(12):1207-1217. doi: 10.1056/NEJMoa0800996.
11. Pickhardt PJ, Hassan C, Halligan S, et al. Colorectal Cancer: CT colonography and colonoscopy for detection-systematic review and meta-analysis. *Radiology*. 2011;259(2):393-405.
12. Ko CW, Dominitz JA. Complication of colonoscopy, magnitude and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am*. 2010;20(4):659-671. doi: 10.1016/j.giec.2010.07.005.
13. Sharma VK, Nguyen CC, Crowell MD, et al. A national study of cardiopulmonary unplanned events after GI endoscopy. *Gastrointest Endosc*. 2007;66(1):27-34.
14. Warren JL, Klabunde CN, Mariotto AB, et al. Adverse events after out-patient colonoscopy in the Medicare population. *Ann Intern Med*. 2009;150(12):849-857, W152.
15. Viiala CH, Zimmerman M, Cullet DJ, et al. Complication rates of colonoscopy in an Australian teaching hospital environment. *Intern Med J*. 2003;33(8):355-359

Raduzione a cura del capitolo italiano dell'ACS.

[acs.facsitaly.org](http://acs.facsitaly.org)

Editore: Biagio Ravo, MD, FACS

Traduttore: Fabio Antonellis, MD

Per qualsiasi domanda, rivolgersi a:

[Biagioravo@tiscalinet.it](mailto:Biagioravo@tiscalinet.it)