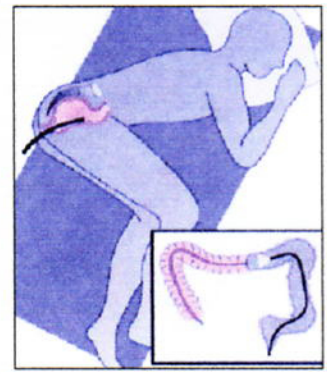
Colonscopia

1. **COS'E' E COME SI SVOLGE**
2. **PREPARAZIONE**
3. **INDICAZIONI**
4. **COMPLICANZE**

1. COS'E' E COME SI SVOLGE

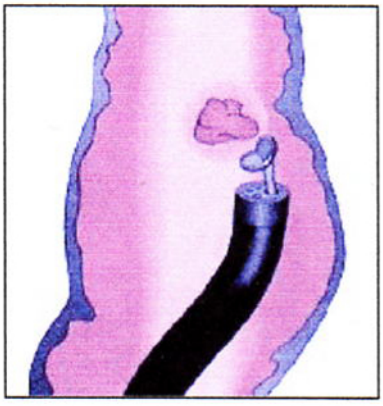
La colonscopia è una procedura che permette la visualizzazione di tutto il grosso intestino (colon) e viene effettuata con l'ausilio di un tubo di circa 15 mm di diametro e lunghezza di circa 150 cm. Tale strumento ha al suo interno una sorgente di luce fredda ed una fibra ottica che consentono la visualizzazione dell'interno del colon e viene introdotto attraverso l'ano del paziente. Le immagini vengono poi osservate ingrandite su di un apposito monitor. Il colon è suddiviso in più parti: retto, sigma, discendente, traverso, ascendente e ceco (ultima parte). Una colonscopia si dice completa (o pancolonscopia) quando sono stati esplorati tutti i singoli tratti fino al ceco. In particolari circostanze e per specifiche indicazioni è possibile l'esplorazione dell'ultima parte del piccolo intestino (ileo terminale).

Il paziente inizialmente dovrà sdraiarsi sul fianco sinistro ed il medico, prima dell'introduzione dello strumento, effettuerà un'esplorazione del retto con il dito lubrificato da gel anestetico. Questa manovra consentirà al medico di constatare la presenza di eventuali patologie nella regione anale e rettale bassa. In seguito anche lo strumento, lubrificato, verrà introdotto nel retto e risalirà fino al ceco. E' possibile che durante l'esame venga chiesto al paziente di cambiare posizione ed è probabile che l'infermiere effettui manovre compressive sull'addome del paziente.

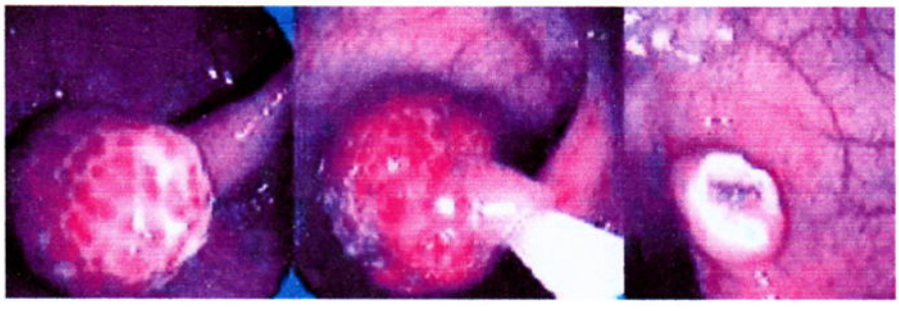


Durante l'esame il medico dovrà insufflare aria all'interno del colon al fine di poter osservare meglio la mucosa del colon che apparirà distesa. L'aria provocherà nel paziente una sensazione di stimolo defecatorio ed una dolenzìa addominale diffusa di tipo colico che il paziente potrà alleviare effettuando una respirazione lenta e profonda e permettendo all'aria di uscire dallo sfintere anale (non la deve trattenere per tutta la durata dell'esame).
L'esame dura in media 20 minuti, ma talvolta può essere più lungo per la presenza di difficoltà tecniche: aderenze da pregressi interventi chirurgici addominali o pelvici o fissità del viscere dovuta ad altri motivi (radioterapia, periviscerite da diverticoite, carcinosi peritoneale).
E' importante che il paziente rilassi il più possibile la muscolatura addominale.
In alcuni centri è possibile effettuare l'esame in regime di sedazione cosciente (farmaci e.v.) o in regime di sedazione profonda con assistenza anestesiologica. In caso di sedazione è raccomandabile che il paziente si astenga dalla guida di veicoli e dallo svolgimento di attività complesse per almeno 12 ore.

In caso il medico rilevi la presenza di patologie benigne o maligne è possibile introdurre all'interno dello strumento una pinza bioptica per effettuare prelievi multipli della lesione in esame (ciò potrà allungare la procedura di qualche minuto).



In un'ampia percentuale della popolazione sopra i 50 anni è possibile rilevare la presenza di lesioni polipoidi (polipi) che devono essere asportate perché generalmente tendono ad aumentare di dimensioni e ad evolvere verso la malignità (non tutti). Spesso sono multipli e possono essere localizzati in qualsiasi parte del colon. Tali lesioni possono provocare stillicidio ematico facendo allertare il paziente per la presenza di sangue rosso vivo nelle feci. La loro asportazione (polipectomia) viene effettuata con un piccolo cappio metallico (ansa) che passa attraverso lo strumento ed è collegato con corrente da elettrocoagulazione (taglia e coagula contemporaneamente). Se il polipo ha una base di impianto lunga e tozza (peduncolo) talvolta può essere necessario al medico posizionare un piccolo cappio plastico (loop) o delle clips metalliche prima dell'asportazione al fine di minimizzare il rischio di sanguinamento. Talvolta, se il polipo non ha un peduncolo (sessile) può essere necessario iniettare con un ago dell'adrenalina per lo stesso motivo e per facilitarne l'asportazione.
Al termine dell'esame verrà consegnato il referto al paziente, mentre il referto della biopsia o della polipectomia richiederà tempi di attesa variabili da centro a centro.



2.PREPARAZIONE

La colonscopia richiede una adeguata toilette intestinale perché la presenza di feci non consente la visualizzazione ottimale dell'interno del colon. Per tale motivo il paziente dovrà effettuare una dieta senza scorie qualche giorno prima dell'esame (soprattutto in caso di stipsi) e dovrà ingerire lassativi variabili da centro a centro talvolta assumendo litri di liquidi fino a vedere le feci "limpide". La pulizia del colon è fondamentale per la buona riuscita dell'esame.

3. INDICAZIONI

Dolore addominale, diarrea cronica o ad insorgenza improvvisa, stipsi di recente insorgenza, alterazioni o modificazioni delle abitudini defecatorie, sangue rosso nelle feci abbondante o stillicidio ematico dopo la defecazione, alterazione di markers bioumorali specifici che facciano sospettare una patologia colica, follow-up in pazienti che hanno già effettuato polipectomie o interventi di asportazione di tumori del colon, familiarità per patologie maligne e benigne del colon, prevenzione del cancro del colon (screening) in soggetti maschi sopra i 45 anni.

4. COMPLICANZE

La perforazione del colon è rara (1:1000), ma è più frequente in caso di: asportazione di polipi grossi, sedazione profonda del paziente, gravi sindromi aderenziali, diverticolite acuta associata a periviscerite, rettocolite ulcerosa particolarmente attiva e severa. In caso di perforazione si può provare una risoluzione per via endoscopica, ma generalmente il paziente viene inviato in chirurgia sotto antibioticoterapia in attesa di immediato intervento.

L'emorragia è anch'essa rara e può seguire la polipectomia. In genere si autolimita, altrimenti sarà il medico con accessori particolari (clips metalliche o adrenalina) a risolverla allungando di qualche minuto i tempi della procedura. Tale complicanza è frequente in pazienti che assumono antiaggreganti (aspirina ed antinfiammatori) ed anticoagulanti ed è difficile il suo arresto . Per questo motivo viene chiesto ai pazienti che effettuano tali terapie di astenersi dall'assunzione nei giorni precedenti l'esame e d effettuare esami ematochimici con dosaggio dei parametri coagulativi. Se non è possibile l'emostasi endoscopica, si richiede trattamento chirurgico.