

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome****data di nascita**

Quali sono le sue condizioni di salute?	<input type="checkbox"/> Molto compromesse <input type="checkbox"/> Compromesse <input type="checkbox"/> Discrete <input type="checkbox"/> Buone Indicazione all'esame: _____ Patologie associate: <input type="checkbox"/> malattie cardiache <input type="checkbox"/> malattie polmonari <input type="checkbox"/> malattie neurologiche <input type="checkbox"/> altre: _____
Trattamento proposto:	COLONSCOPIA
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>La colonscopia è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon), utilizzando uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare; viene introdotto dall'ano e consente di esplorare tutto il grosso intestino al fine di evidenziare alterazioni della mucosa. La colonscopia, anche in mani esperte e in condizioni di ottima preparazione, presenta comunque una piccola percentuale di lesioni che possono sfuggire all'indagine.</p> <p>Talvolta il medico potrà ritenere opportuno prelevare, nel corso dell'esame, piccoli frammenti di tessuto (biopsie), successivamente inviati al laboratorio per l'esame istologico; il prelievo è del tutto indolore. Tale metodica è utile in molti casi di malattie infiammatorie o infettive dell'intestino e non solo quando vi sia il sospetto di tumore. La colonscopia, oltre a fare diagnosi, consente anche il trattamento di alcune lesioni, come i polipi intestinali che sono rilevatezze della mucosa, di natura per lo più benigna, tutt'altro che infrequenti dopo i 50 anni, che possono essere asportati durante l'esame con diverse tecniche di resezione (polipectomia semplice, mucosectomia o dissezione). 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</p>

	<p>inviato per l'esame istologico. La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione; è importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno fornite. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico. Dopo aver acquisito il consenso del paziente, si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa. La durata dell'esame è variabile e provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>Diagnosi e trattamento clinico-terapeutico nella totalità dei casi. L'eventuale insuccesso della procedura operativa dipenderà dalle condizioni cliniche del paziente e dal tipo di lesione trattata.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Per limitare il disagio generalmente si esegue una sedo-analgesia. I farmaci utilizzati sono ansiolitici (benzodiazepine) e analgesici (oppioidi di sintesi), somministrati gradualmente per via endovenosa; la procedura, sia in sedazione che non, viene eseguita sempre sotto costante monitoraggio delle funzioni cardiovascolari del paziente. La sedazione può essere gravata, 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 siano stati somministrati dei farmaci sedativi non potrà allontanarsi dalla struttura sanitaria, fino alla completa scomparsa degli effetti della sedazione e sarà controindicata la guida di veicoli o attività lavorativa che implichi attenzione per il resto della giornata.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Impossibilità a valutare le cause della sintomatologia riferita o trattamento operativo (polipectomia, sanguinamento).</p>
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>a) complicanze cardiorespiratorie e circolatorie: 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.</p> <p>b) emorragia: associata in genere a procedure terapeutiche, molto raramente si può verificare anche in corso di procedure diagnostiche (0,3 – 6,1 %); è di modesta entità, tende ad autolimitarsi ed in rari casi può essere necessario controllarla mediante tecnica di emostasi endoscopica. L'indicazione chirurgica per emorragie è rarissima.</p> <p>c) perforazione (0,07 – 0,3 %): 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 se 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.</p> <p>d) infezioni: dopo la colonscopia 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.</p>

	<p>Pertanto non è raccomandata profilassi antibiotica.</p> <p>e) esplosione da gas: evento rarissimo, conseguente a preparazioni intestinali a base di mannitolo o sorbitolo e al concomitante utilizzo di fonti di corrente (es.: polipectomia, APC, ecc.).</p> <p>f) miscellanea: complicanze rarissime: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.</p> <p>g) perforazione post-polipectomia (0,04 – 1 %): 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.</p> <p>h) emorragia post-polipectomia (0,3 – 6,1 %): 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, mentre nel 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.</p> <p>i) ustione trans-murale (0,003 – 0,1 %): 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 %.</p> <p>In caso di complicanze in corso di endoscopia digestiva diagnostica e/o terapeutica in paziente pediatrico, seppur rare sulla base dei dati disponibili pubblicati in letteratura e basati su limitate casistiche, si segnala che in ASST Lariana non è presente il reparto di Chirurgia Pediatrica ma di Chirurgia Generale. Per tale motivo e dopo la valutazione multidisciplinare del singolo caso, è possibile che il paziente possa essere trasferito presso altre strutture ospedaliere specializzate per la gestione dell'urgenza e del proseguimento delle cure.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Sono rappresentate dalla radiografia con mezzo di contrasto e dalla tomografia computerizzata (TC) che hanno però una minore accuratezza diagnostica, non consentono biopsie, né procedure operative e spesso devono essere comunque integrate da una successiva endoscopia. L'alternativa alle procedure interventistiche è rappresentata per lo più dall'intervento chirurgico che comporta rischi maggiori.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale medico ed infermieristico della Struttura Semplice di Gastroenterologia Generale e Multimodale.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
