

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
COLONSCOPIA - POLIPECTOMIA**
**Specialità: Gastroenterologia**
**Indicazione dell'atto sanitario**

La COLONSCOPIA è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon).

Si esegue con l'ausilio di uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare, che è introdotto dall'ano e che consente di esplorare tutto il grosso intestino.

**Consigli per la preparazione all'esame**

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino, in caso contrario l'esame non potrà essere effettuato. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

**Modalità di esecuzione**

La procedura potrà essere effettuata con o senza sedazione. All'accettazione del paziente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa.

Il medico introduce attraverso l'ano il colonscopio che consente di avere una visione nitida e precisa dell'intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata): questo gli consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. L'intestino viene dilatato attraverso l'introduzione di aria o CO<sub>2</sub>, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio, che verrà aspirato al termine dell'esame.

La durata dell'esame è variabile e provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.

**Risultati conseguibili**

La colonscopia prevede esecuzione di:

**Procedure integrative a finalità diagnostica:**

- **Biopsie**  
In corso di colonscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.
- **Cromoendoscopia**  
L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali (blu di metilene, soluzione di lugol, cristal violetto, blu di toluidina) o di contrasto (indaco di carminio), permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni (individuazione dei margini, di eventuali residui dopo resezioni endoscopiche). I coloranti si spruzzano sulla mucosa attraverso un cateterino o direttamente attraverso il canale operativo dell'endoscopio.
- **Tatuaggio**  
Questa metodica viene eseguita per facilitare l'individuazione ed il reperimento di una lesione, precedentemente diagnosticata endoscopicamente, per effettuare trattamenti endoscopici o interventi chirurgici successivi. Attualmente la sostanza di uso più frequente per eseguire il tatuaggio è inchiostro di china o particelle di carbone.

**Procedure integrative a finalità operativa:**

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici, ha generalmente un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	1 di 10

- 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 ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo").
- Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica EMR**  
 L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) è una tecnica avanzata di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica e recuperato per essere inviato in anatomia patologica per esecuzione di esame istologico.
- Trattamenti emostatici**  
 Hanno come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. È possibile la combinazione di due o più tecniche
- Rimozione di corpi estranei**  
 La manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo ed estrarlo con l'ausilio di specifici accessori. In oltre il 70% dei casi la rimozione del corpo estraneo avviene con successo per via endoscopica.
- Dilatazione di stenosi**  
 Viene utilizzata per trattare restringimenti del lume intestinale. Per la dilatazione delle stenosi si utilizzano dilatatori idro-pneumatici o meccanici. Per la risoluzione della patologia possono essere necessarie più sedute
- Posizionamento di endoprotesi**  
 L'endoprotesi o "stent" è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Generalmente, il posizionamento di endoprotesi è indicato per il trattamento sia di stenosi maligne che, in casi selezionati, di stenosi benigne.

### Conseguenze e ricadute

Nessuna

### Rischi e complicanze di una colonscopia:

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie**  
 Sono 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.
- Emorragia**  
 Associata in genere a procedure 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. L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.
- Perforazione (0,07 - 0,3%)**  
 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 sia 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 colonscopia, con o senza 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

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	2 di 10

25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, 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 (es.: polipectomia, APC, ecc.).

- **Miscellanea**

Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

### Rischi e complicanze delle procedure operative integrative:

- **Polipectomia**

Le complicanze sono rare. Le più frequenti sono rappresentate da:

- **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 (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 fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.
- **Ustione trans-murale (0.003-0.1%)**: 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%.

- **Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR)**

Emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard:

- Emorragia immediata è di circa il 10%;
- Sanguinamento tardivo: circa l'1.5% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro;
- Perforazione: fino ad un 5% delle EMR. La maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura.
- Mortalità in entrambe le procedure è rara (0.25%).

- **Trattamenti emostatici**

Perforazione: è una complicanza rara dell'emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

- **Rimozione di corpi estranei**

Perforazione: è la complicanza più temuta; il rischio varia in relazione al tipo di oggetto (appuntito o smusso). Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte.

- **Dilatazione di stenosi**

- Perforazione: a basso rischio, circa 2%;
- Emorragia: inferiore all' 1%;
- Mortalità: inferiore allo 0.05%.

- **Posizionamento di endoprotesi**

- Perforazione: circa 4.5%;
- Occlusione dello stent: circa 12%;

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	3 di 10

- Migrazione della protesi: circa 12%;
- Emorragia: circa 4%;
- Mortalità: oscilla dall' 0,1 allo 0,6%.
- **Cromoendoscopia**  
L'uso di coloranti è sicuro, con un rischio di complicanze trascurabile.
- **Tatuaggio**  
L'utilizzo dell'inchiostro di china è associato ad un rischio di complicanze severe (peritoniti focali, ematomi infetti, ascessi, aderenze post-operatorie) che varia dallo 0.2% al 5.6%.

### Alternative alla colonscopia

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

### Scoperta di eventuali patologie nel corso dell'atto

--

### Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

Impossibilità ad effettuare diagnosi istologica, impossibilità di rimuovere polipi o corpi estranei senza un intervento maggiormente invasivo.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

### Bibliografia

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018)
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. Gastrointest Endosc. 2007 Aug; 66(2):213-8
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. BMC Gastroenterol. 2008 Jun 3; 8:22
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006
5. ASGE Standards of Practice Committee Gastrointest Endosc. 2017 Jan; 85(1):22-31. doi:10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review
6. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	4 di 10

Copia per la documentazione

**Foglio informativo per l'atto sanitario:  
COLONSCOPIA - POLIPECTOMIA**
**Specialità: Gastroenterologia**
**Indicazione dell'atto sanitario**

La COLONSCOPIA è un esame diagnostico e/o terapeutico che consente al medico di vedere all'interno del grosso intestino (colon).

Si esegue con l'ausilio di uno strumento flessibile, il colonscopio, dotato di una telecamera e di una luce propria per illuminare l'interno dei visceri da esplorare, che è introdotto dall'ano e che consente di esplorare tutto il grosso intestino.

**Consigli per la preparazione all'esame**

La colonscopia deve essere preceduta da un'adeguata preparazione poiché l'intestino può essere valutato accuratamente solo in assenza di feci. È importante attenersi scrupolosamente alle indicazioni che vi saranno date per la pulizia dell'intestino, in caso contrario l'esame non potrà essere effettuato. Si raccomanda di osservare il digiuno ai solidi per almeno 6 ore e ai liquidi chiari per almeno 2 ore precedenti l'esame endoscopico.

**Modalità di esecuzione**

La procedura potrà essere effettuata con o senza sedazione. All'accettazione del paziente si posiziona un accesso venoso periferico e si monitorizzano la frequenza cardiaca, la saturazione d'ossigeno del sangue e la pressione arteriosa.

Il medico introduce attraverso l'ano il colonscopio che consente di avere una visione nitida e precisa dell'intestino (se la preparazione è stata correttamente effettuata): questo gli consente di individuare la presenza di alterazioni della mucosa. L'intestino viene dilatato attraverso l'introduzione di aria o CO<sub>2</sub>, allo scopo di distendere le pareti dell'intestino per esplorarlo meglio, che verrà aspirato al termine dell'esame.

La durata dell'esame è variabile e provoca solitamente modesto dolore legato soprattutto all'immissione di aria attraverso l'endoscopio. L'esame può essere più fastidioso in caso di intestino molto lungo o in presenza di aderenze formatesi dopo interventi chirurgici sull'addome.

**Risultati conseguibili**

La colonscopia prevede esecuzione di:

**Procedure integrative a finalità diagnostica:**

- **Biopsie**  
In corso di colonscopia è possibile eseguire, se necessario, prelievi per l'esame istologico (piccoli campioni di tessuto prelevati con una specifica pinza) o prelievi citologici (campioni cellulari acquisiti con un particolare spazzolino). Oltre ad aiutare nella distinzione tra lesioni benigne e maligne, le biopsie sono utili per evidenziare la presenza di condizioni o lesioni pre-cancerose del colon.
- **Cromoendoscopia**  
L'utilizzo endoscopico di coloranti vitali (blu di metilene, soluzione di lugol, cristal violetto, blu di toluidina) o di contrasto (indaco di carminio), permette, laddove indicato, un miglioramento della definizione morfologica di alcune lesioni (individuazione dei margini, di eventuali residui dopo resezioni endoscopiche). I coloranti si spruzzano sulla mucosa attraverso un cateterino o direttamente attraverso il canale operativo dell'endoscopio.
- **Tatuaggio**  
Questa metodica viene eseguita per facilitare l'individuazione ed il reperimento di una lesione, precedentemente diagnosticata endoscopicamente, per effettuare trattamenti endoscopici o interventi chirurgici successivi. Attualmente la sostanza di uso più frequente per eseguire il tatuaggio è inchiostro di china o particelle di carbone.

**Procedure integrative a finalità operativa:**

La colonscopia operativa, pur essendo anch'essa procedura sicura, rispetto agli esami diagnostici, ha generalmente un rischio aumentato che dipende dal tipo di trattamento che viene effettuato.

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	5 di 10

- 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 ad un elettrobisturi che eroga corrente diatermica. In alcuni casi la polipectomia può essere effettuata senza far uso di corrente diatermica (cosiddetta tecnica "a freddo").
- Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica EMR**  
 L'EMR o mucosectomia (Resezione endoscopica della mucosa e della sottomucosa) è una tecnica avanzata di rimozione di lesioni neoplastiche superficiali. Esistono varie tecniche di esecuzione: quella più comune è la tecnica "lift and cut" che prevede l'iniezione sottomucosa, mediante ago dedicato, di soluzioni saline o colloidali che sollevano la lesione (mucosa e la sottomucosa) dalla muscolare propria. Successivamente il blocco sollevato viene resecato con ansa diatermica e recuperato per essere inviato in anatomia patologica per esecuzione di esame istologico.
- Trattamenti emostatici**  
 Hanno come obiettivo l'arresto di un'emorragia. Le terapie emostatiche includono tecniche termiche, iniettive e meccaniche. È possibile la combinazione di due o più tecniche
- Rimozione di corpi estranei**  
 La manovra consiste nel "catturare" il corpo estraneo ed estrarlo con l'ausilio di specifici accessori. In oltre il 70% dei casi la rimozione del corpo estraneo avviene con successo per via endoscopica.
- Dilatazione di stenosi**  
 Viene utilizzata per trattare restringimenti del lume intestinale. Per la dilatazione delle stenosi si utilizzano dilatatori idro-pneumatici o meccanici. Per la risoluzione della patologia possono essere necessarie più sedute
- Posizionamento di endoprotesi**  
 L'endoprotesi o "stent" è un dispositivo medico che consente di ripristinare e mantenere la pervietà del lume di un viscere. Generalmente, il posizionamento di endoprotesi è indicato per il trattamento sia di stenosi maligne che, in casi selezionati, di stenosi benigne.

### Conseguenze e ricadute

Nessuna

### Rischi e complicanze di una colonscopia:

Le principali complicanze di una colonscopia diagnostica sono rappresentate da:

- Complicanze cardiorespiratorie e circolatorie**  
 Sono 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.
- Emorragia**  
 Associata in genere a procedure 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. L'indicazione a trattamenti chirurgici per emorragie in corso di colonscopia diagnostica è rarissima.
- Perforazione (0,07 - 0,3%)**  
 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 sia 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 colonscopia, con o senza 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

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	6 di 10

25%. Segni o sintomi di infezioni sono rari. Pertanto, per i pazienti che si sottopongono a colonscopia, 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 (es.: polipectomia, APC, ecc.).

- **Miscellanea**

Complicanze rarissime della colonscopia includono: rottura della milza, appendicite acuta, diverticolite, enfisema sottocutaneo e lacerazione dei vasi mesenterici con emorragia intra-addominale.

### Rischi e complicanze delle procedure operative integrative:

- **Polipectomia**

Le complicanze sono rare. Le più frequenti sono rappresentate da:

- **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 (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 fra i 7 ed i 30 giorni dopo la polipectomia. Il ricorso alla chirurgia è raro.
- **Ustione trans-murale (0.003-0.1%)**: 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 leucitosi (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%.

- **Tecniche avanzate di Resezione Endoscopica (EMR)**

Emorragia e la perforazione sono le complicanze più comuni e si verificano con una frequenza superiore rispetto a quella osservata nella polipectomia standard:

- Emorragia immediata è di circa il 10%;
- Sanguinamento tardivo: circa l'1.5% dei casi. Il sanguinamento è solitamente trattato endoscopicamente ed in alcuni casi può essere necessario eseguire anche trasfusioni. Il ricorso alla chirurgia è raro;
- Perforazione: fino ad un 5% delle EMR. La maggior parte delle perforazioni viene immediatamente diagnosticata e trattata endoscopicamente al momento della procedura.
- Mortalità in entrambe le procedure è rara (0.25%). •

- **Trattamenti emostatici**

Perforazione: è una complicanza rara dell'emostasi endoscopica. Tuttavia, soprattutto nel trattamento delle angiodisplasie, in particolare quando localizzate a livello del colon destro, la perforazione è stata descritta fino al 2.5% dei casi.

- **Rimozione di corpi estranei**

Perforazione: è la complicanza più temuta; il rischio varia in relazione al tipo di oggetto (appuntito o smusso). Particolare attenzione deve essere posta nella gestione dei corpi estranei contenenti droghe (ovuli, condom) dal momento che l'eventuale rottura dell'involucro durante le manovre di rimozione può portare all'assorbimento delle droghe con conseguente sindrome da overdose ed elevato rischio di morte.

- **Dilatazione di stenosi**

- Perforazione: a basso rischio, circa 2%;
- Emorragia: inferiore all' 1%;
- Mortalità: inferiore allo 0.05%. •

- **Posizionamento di endoprotesi**

- Perforazione: circa 4.5%;
- Occlusione dello stent: circa 12%;

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	7 di 10

- Migrazione della protesi: circa 12%;
- Emorragia: circa 4%;
- Mortalità: oscilla dall' 0,1 allo 0,6%.
- **Cromoendoscopia**  
L'uso di coloranti è sicuro, con un rischio di complicanze trascurabile.
- **Tatuaggio**  
L'utilizzo dell'inchiostro di china è associato ad un rischio di complicanze severe (peritoniti focali, ematomi infetti, ascessi, aderenze post-operatorie) che varia dallo 0.2% al 5.6%.

### Alternative alla colonscopia

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

### Scoperta di eventuali patologie nel corso dell'atto

--

### Conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario

Impossibilità ad effettuare diagnosi istologica, impossibilità di rimuovere polipi o corpi estranei senza un intervento maggiormente invasivo.

Le ricordiamo che è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento prima della esecuzione della procedura proposta.

Le informazioni contenute nel presente foglio informativo sono state oggetto di un colloquio fra il medico proponente/esecutore ed il paziente (ovvero il legale rappresentante).

### Bibliografia

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (GU n.12 del 16-1-2018)
2. Informed consent for GI endoscopy. Standards of Practice Committee, Zuckerman MJ, Shen B, Harrison ME 3rd, Baron TH, Adler DG, Davila RE, Gan SI, Lichtenstein DR, Qureshi WA, Rajan E, Fanelli RD, Van Guilder T. Gastrointest Endosc. 2007 Aug; 66(2):213-8
3. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. BMC Gastroenterol. 2008 Jun 3; 8:22
4. Linee Guida sulla sedazione in Endoscopia Digestiva SIED 2006
5. ASGE Standards of Practice Committee Gastrointest Endosc. 2017 Jan; 85(1):22-31. doi:10.1016/j.gie.2016.06.013. Epub 2016 Jun 30. Review
6. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline 2017

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	8 di 10

PAZIENTE ADULTO

**DOCUMENTAZIONE DELLE VOLONTÀ ESPRESSE DAL PAZIENTE**
**DATI IDENTIFICATIVI DEL PAZIENTE**

Cognome

Nome

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                           gg / mm /    aaaa

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dati identificativi del rappresentante legale**

Cognome

Nome

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                           gg / mm /    aaaa

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Dati identificativi dell'interprete  o mediatore culturale** 

Cognome

Nome

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
                           gg / mm /    aaaa

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ESPRESSIONE DELLA VOLONTÀ**

Dichiaro di essere stata/o informata/o dalla/dal dott.ssa/dott. \_\_\_\_\_

 che verrò sottoposta/o a:  Colonscopia  Polipectomia

per: \_\_\_\_\_

Le indicazioni alla procedura diagnostico/terapeutica, le modalità di esecuzione, i rischi, le complicanze, le eventuali alternative terapeutiche e le conseguenze di un eventuale rifiuto mi sono stati illustrati e sono schematicamente sintetizzati nel foglio informativo che mi è stato consegnato e che ho letto.

Sono stata/o inoltre informata/o che, qualora se ne manifesti la necessità, la procedura potrebbe essere modificata in

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**FATTORI DI RISCHIO ASSOCIATI**

Indicazione delle condizioni morbose concomitanti che costituiscono fattore di rischio:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	9 di 10

Ho potuto richiedere al medico chiarimenti e precisazioni che mi sono state puntualmente date ed ho concluso il colloquio avendo ben compreso ogni cosa. Infine sono stata/o informata/o di poter rifiutare ogni informazione in merito alla/e procedura/e proposta/e, pur acconsentendo all'esecuzione.

**RICEVUTA DEL FOGLIO INFORMATIVO**

La/Il sottoscritta/o dichiara di avere ricevuto e compreso le informazioni contenute nel foglio informativo sopra riportato.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Medico proponente/esecutore (timbro e firma/sigla)

In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione e al foglio informativo sopra riportato, la/il

sottoscritta/o dichiara di **ACCETTARE**  **RIFIUTARE**  l'atto proposto.

Dichiaro inoltre di rifiutare ogni informazione.

La/Il sottoscritta/o dichiara di essere consapevole che il consenso qui espresso può essere revocato.

Per le donne in età fertile, su specifica richiesta medica: **stato di gravidanza**  sì  no  non noto

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale

Io sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ dichiaro che il giorno \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_:\_\_\_\_ ho rilevato l'impossibilità di acquisire il consenso alla procedura da parte della persona assistita a causa di:

Incapacità temporanea a seguito di patologia acuta

Deficit cognitivi che non permettono la comprensione delle informazioni.

Nel diario clinico sono riportate alla data odierna, le informazioni che sono state date ai familiari e il loro parere. Sono altresì indicate le motivazioni che rendono necessaria l'esecuzione della procedura.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

ora \_\_\_\_:\_\_\_\_

 Firma del Medico \_\_\_\_\_  
 Medico proponente/esecutore (matricola e firma/sigla)

**REVOCA DEL CONSENSO**

In riferimento all'atto sanitario oggetto della presente documentazione per il quale è già stato espresso il consenso, la/il sottoscritta/o dichiara di **REVOCARE** il consenso.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Paziente o rappresentante legale

**RICEVUTA DELLA REVOCA**

La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto la revoca del consenso all'atto sanitario oggetto della presente documentazione.

 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 gg / mm / aaaa

 Firma \_\_\_\_\_  
 Medico ricevente (matricola e firma/sigla)

Data redazione	Redatto da	Verificato da	Revisione	Data approvazione	Approvato da	Pagina
23/07/2009	Dott.ssa Marcella Berni Canani Endoscopia	Dott.ssa Laura Monguzzi Risk Manager	09	28/03/2023	Dott. Franco Parmigiani Direttore Dipartimento Area Chirurgica Est Dott. Dario Maggioni Direttore Dipartimento Area Chirurgica Ovest	10 di 10