

DIPARTIMENTO DI ONCOLOGIA E MEDICINE SPECIALISTICHE
U.O.C. GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
Direttore Prof. ROBERTO FAGGIANI

Scheda Informativa e Consenso Informato alla ILEO-COLONSCOPIA

La ILEO-COLONSCOPIA e' un esame che permette di studiare il tratto digestivo inferiore (retto, colon ed eventualmente ileo distale) per evidenziare/escludere patologie organiche e della possibilità di eseguire interventi diagnostici e/o curativi nel corso dello stesso esame diagnostico.

ESECUZIONE DELL'ESAME

L'esame avviene in posizione sdraiata prevalentemente sul fianco sinistro. Nei casi particolari di ansia o paura di eventuale dolore potrà essere somministrato per via endovenosa un sedativo ed eventualmente un antispastico il cui effetto seppure attenuato può prolungarsi per alcune ore ritardando riflessi ed attenzioni. In questi casi pertanto e' proibito guidare autoveicoli o esercitare attività a rischio per le 24 ore successive. L'esame di per se non è doloroso, ma fastidioso soprattutto per l'aria che viene insufflata. In caso di comparsa di dolori e' sufficiente avvertire il medico o l'infermiere perché modifichino l'esecuzione della procedura. La sua durata e' in genere di 20-30 minuti. Per migliorare la sopportazione della tecnica, vi saranno date dagli operatori delle istruzioni nel corso dell'esame stesso e l'infermiere potrà effettuare massaggi o compressioni sull'addome per facilitare la progressione. Potranno essere effettuate biopsie (assolutamente indolori) utili per caratterizzare ulcerazioni o infiammazioni. Pertanto il ricorso alla biopsia non deve essere interpretato come dovuto esclusivamente alla presenza di una malattia grave.

SEDAZIONE/ANALGESIA

Accosento a essere sottoposto a sedazione/analgesia finalizzata a ridurre dolore/fastidio e facilitare l'esecuzione dell'esame e della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti per ottenere un adeguato risveglio. Sono stato anche informato delle possibili complicanze. Le più frequenti sono le reazioni allergiche ai farmaci utilizzati per la sedazione, come il broncospasmo o l'orticaria, problemi cardio-respiratori, come l'alterazione della pressione arteriosa, della frequenza e del ritmo cardiaco, la depressione respiratoria con apnea, fino a giungere in casi molto rari all'arresto respiratorio e/o cardiaco (complicanze gravi 1-3 su mille, con mortalità complessiva < 0.3/1000) ed in rari casi dolore nel punto di iniezione dei farmaci con infiammazione della vena. Sono stato informato della possibilità di somministrazione di farmaci antagonisti della sedazione/analgesia per ottenere un adeguato risveglio; sono stato informato inoltre sull'impossibilità di condurre auto-motoveicoli e sul divieto di osservare condotte che richiedano una particolare attenzione nelle 24 ore successive alla procedura.

EVENTI AVVERSI

Sono stato informato che la procedura è connessa ad alcuni rari eventi avversi anche gravi:

COMPLICANZE CARDIORESPIRATORIE: sono rappresentati da desaturazione, enfisema sottocutaneo, arresto respiratorio, infarto miocardico, infarto e shock (0.9%)

EMORRAGIA: associata in genere a procedure terapeutiche (0,3-6,1%). L'emorragia post-polipectomia rappresenta la complicanza più frequente (1,5%). 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.

PERFORAZIONE (0,04-1%): la perforazione in corso di polipectomia pur essendo una complicanza rara, tende ad aumentare quanto più complessa è la manovra terapeutica. Rischio perforazione durante EMR è del 5%, durante una ESD è del 5-10%. 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.

USTIONE TRANSMURALE (0,003-0,1%): associata a procedure terapeutiche (polipectomie, diatermocoagulazione di lesioni) 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 endovenosa, terapia antibiotica e digiuno fino al termine della sintomatologia.

Sono stato informato che la condizione clinica successiva alla procedura potrebbe essere caratterizzata da alcune sequele, in particolare intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrascusione.

Acconsento che, qualora durante l'esame occorrono condizioni di necessità, il medico, a sua discrezione, possa prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche diverse da quelle previste.

ALTERNATIVE ALLA COLONSCOPIA

Clisma opaco, colonscopia virtuale e colonscopia con videocapsula sono attualmente le tecniche alternative alla colonscopia. Le prime due sono tecniche radiologiche, l'ultima è una tecnica endoscopica. Nessuna di queste permette di eseguire biopsie per esame istologico e di effettuare manovre operative (polipectomie, ecc.). Come per la colonscopia, anche per queste procedure alternative è necessario effettuare una preparazione intestinale. L'eventuale indicazione a queste procedure alternative deve essere valutata con il proprio medico considerando rischi e benefici, tenendo conto della inferiore accuratezza diagnostica rispetto alla colonscopia.

CONSENSO INFORMATO

IO SOTTOSCRITTO NATO IL
...../...../.....

RESIDENZA.. TEL

GENITORE/TUTORE DI

MOTIVO DELL'ESAME _____

DICHIARO DI ESSERE STATO/A INFORMATO/A IN MODO COMPRESIBILE, CHIARO, ESAURIENTE, DAL DR DELLA MODALITÀ DI ESECUZIONE DELLA ILEO-COLONSCOPIA TRAMITE LETTURA DI QUESTO DOCUMENTO E COLLOQUIO. LA COLONSCOPIA PREVEDE L'INTRODUZIONE DI UNO STRUMENTO FLESSIBILE PER EVIDENZIARE/ESCLUDERE PATOLOGIE ORGANICHE E LA POSSIBILITÀ DI ESEGUIRE INTERVENTI DIAGNOSTICI E/O CURATIVI NEL CORSO DELLO STESSO ESAME, QUALI:

- **BIOPSIE (Esame Istologico)**
- **RESEZIONE (EMR, ESD), POLIPECTOMIA, ABLAZIONE di lesioni**
- **RIMOZIONE di CORPI ESTRANEI**
- **DILATAZIONE STENOSI**
- **TRATTAMENTO di LESIONI SANGUINANTI o A RISCHIO EMORRAGIA**
- **POSIZIONAMENTO PROTESI**

ACCONSENTO

- AL TRATTAMENTO PROPOSTO, COMPRESA OGNI MANOVRA CONNESSA E COMPLEMENTARE, PUR POTENDO IN QUALUNQUE MOMENTO, CON DICHIARAZIONE FORMALE E MOTIVATA, MODIFICARE TALE DECISIONE;

DATA,

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE _____

FIRMA DEL MEDICO _____

NON ACCONSENTO

AD ESEGUIRE L'ESAME ENDOSCOPICO, PUR ESSENDO COSCIENTE E CONSAPEVOLE CHE IL MIO RIFIUTO PUÒ ARRECARRE DANNO ALLA MIA SALUTE. PRENDO ATTO CHE SE LE MIE CONDIZIONI DI SALUTE SI AGGRAVASSERO, METTENDO IN PERICOLO LA MIA VITA, I SANITARI METTERANNO COMUNQUE IN ATTO TUTTI QUEI PROVVEDIMENTI NECESSARI PER FRONTEGGIARE E RISOLVERE TALE SITUAZIONE IN OTTEMPERANZA DELLE NORME VIGENTI.

DATA,

FIRMA DEL PAZIENTE/TUTORE _____

FIRMA DEL MEDICO _____