

MODULO INFORMATIVO SU RETTOSCOPIA – RETTOSIGMOIDOSCOPIA¹

Gentile Signora / Signore,

questo documento ha lo scopo di fornirle informazioni sull'esame denominato "retto- rettosigmoidoscopia". Il fine è di renderla consapevole della procedura, delle opportunità che offre, facendole presente anche i relativi rischi.

Legga attentamente queste informazioni scritte e, se lo ritiene opportuno, ne parli con il suo medico curante. Prima dell'esame ponga pure liberamente qualsiasi domanda di chiarimento ai sanitari presenti, affinché possa accostarsi alla procedura con la dovuta consapevolezza.

Dopo aver letto e compreso le informazioni fornite, se decide di voler eseguire l'esame, la invitiamo a firmare il modulo di Consenso Informato allegato a questo documento.

Lei ha comunque diritto a ritirare il suo consenso in qualsiasi momento, senza fornire nessuna spiegazione.

Cos'è la rettoscopia ?

Il colon è un "tubo" costituito da diversi segmenti: retto, sigma, colon discendente, colon trasverso, colon ascendente e cieco.

La rettoscopia è una tecnica che consente al medico di studiare l'ultimo tratto del grosso intestino (retto e sigma), per vedere se esiste qualche lesione che sia la causa dei suoi disturbi. Permette anche di ottenere dei campioni di tessuto da analizzare (biopsie) o di praticare manovre terapeutiche come l'asportazione di polipi (polipectomia).

Lo strumento utilizzato è un tubo flessibile, di circa 70 cm di lunghezza e del diametro di circa 1 cm.

Cosa fare prima dell'esame ?

La buona riuscita dell'esame dipende anche, in parte, dalla corretta pulizia dell'intestino.

Sarà pertanto necessaria una pulizia dell'ultimo tratto del grosso intestino, mediante l'uso di clisteri evacuativi: almeno 2 clisteri, da praticare una e due ore prima dell'esame.

Non è invece necessario sospendere le eventuali terapie in atto. Tuttavia, nel caso faccia uso di farmaci "per la circolazione" come antiaggreganti (aspirina, ticlopidina, clopidogrel, etc...) o anticoagulanti, si ricordi di informare il medico prima dell'esame; in qualche caso (ad esempio in previsione dell'asportazione di un polipo) è opportuno sospendere tali farmaci prima dell'esame, eventualmente sostituendoli con altri (ad esempio eparina), su suggerimento del proprio cardiologo o medico di medicina generale.

Come si svolge l'esame?

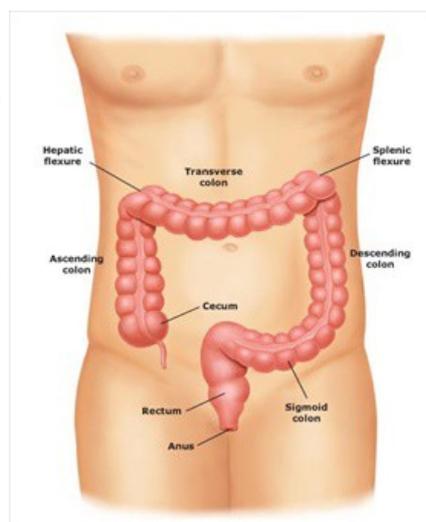
Le verrà chiesto di sdraiarsi sul fianco sinistro.

Lo strumento verrà delicatamente introdotto nell'ano. Successivamente verrà fatto progredire fino al passaggio retto-sigma (rettoscopia), oppure fino al punto di passaggio sigma-discendente (rettosigmoidoscopia).

In alcuni casi, se il colon è pulito ed il paziente tollera bene l'esame, si può procedere fino alla flessura splenica, esplorando quindi retto, sigma e colon discendente.

L'esame dura di regola pochi minuti.

L'introduzione e la progressione dello strumento causa modesti dolori, di solito ben tollerati dal paziente. L'introduzione di aria, necessaria per una corretta visione delle pareti intestinali, può causare sensazione di imminente necessità all'evacuazione o dolore (simile ad una colica). Tali disturbi sono generalmente di modesta



entità, facilmente tollerati senza necessità di sedazione.

Solo in casi particolari (estrema paura dell'esame, ansia, etc...) potrà essere eseguita una sedazione cosciente. A causa degli effetti della sedo/analgesia, qualora questa venga praticata è necessario astenersi dalla guida di veicoli (per tale motivo le raccomandiamo di venire accompagnato) e da attività che richiedono attenzione fino al giorno dopo.

Come tutte le tecniche di indagine, anche la rettoscopia e la rettosigmoidoscopia non sono esami infallibili. Anche quando l'esame è ben eseguito, da mani esperte, alcune lesioni possono sfuggire (lesioni di piccole dimensioni, piatte, nascoste dietro una plica, coperte da residui fecali, etc...).

Cos'è la polipectomia ?

I polipi sono delle rilevatezze, dovute a crescita anomala della mucosa intestinale.

Alcuni polipi (adenomi) sono dei tumori benigni che, se non asportati, possono col tempo crescere e degenerare diventando tumori maligni (carcinomi).

Oggi è possibile asportare i polipi per via endoscopica; nel caso in cui ciò non sia possibile, la procedura alternativa è l'intervento chirurgico.

I polipi di piccole dimensioni (in genere inferiori a 10 mm) possono essere asportati con ragionevole sicurezza anche senza aver eseguito esami del sangue preliminari, a meno che il paziente non assuma farmaci antiaggreganti o anticoagulanti.

In altri casi (polipi di grosse dimensioni, sessili cioè senza un peduncolo, paziente in terapia con antiaggreganti o anticoagulanti, etc...) è opportuno ripetere l'esame endoscopico per eseguire la polipectomia con maggiore sicurezza. Nel caso di polipi di grosse dimensioni o a base larga (polipo sessile), può essere necessario staccarli pezzo per pezzo e quindi può occorrere anche più di una endoscopia per asportarli completamente. Tali polipi presentano un rischio di complicanze maggiore rispetto agli altri.

L'intero polipo o frammenti di esso, verranno inviati al laboratorio per l'analisi istologica, in modo da verificare se e quando saranno necessari ulteriori controlli endoscopici e/o interventi chirurgici.

Nella sede dell'asportazione del polipo può talvolta essere praticata una iniezione di inchiostro di china (tatuaggio) per agevolare successivi controlli endoscopici e/o interventi chirurgici.

Dopo la polipectomia il paziente dovrebbe assumere una dieta leggera per 24 ore.

A domicilio, nel caso di insorgenza di sintomi quali dolore addominale, vomito, febbre, incapacità di espellere aria dal retto, presenza di sangue nelle feci, il paziente dovrà rivolgersi al Pronto Soccorso.

Esistono complicanze ?

La rettoscopia e la retto/sigmoidoscopia sono metodiche assai sicure.

Le complicanze, come in tutti gli esami invasivi, esistono, ma sono per fortuna rare.

Le complicanze sono più spesso dovute alla sedazione (che comunque si esegue solo in rari casi): complicanze cardiache e respiratorie (principalmente disturbi del ritmo cardiaco ed insufficienza respiratoria).

Rara, ma possibile la perforazione intestinale, soprattutto in presenza di diverticoli del sigma/discendente.

Le emorragie sono molto rare e dovute soprattutto a manovre invasive come l'asportazione di polipi.

L'asportazione di polipi per via endoscopica comporta un rischio aumentato di complicanze rispetto alla sola endoscopia diagnostica (rischio di sanguinamento e perforazione), soprattutto nel caso di polipi di grosse dimensioni e sessili (cioè senza un peduncolo). Comunque, in ogni caso, i rischi della rimozione di un polipo per via endoscopica sono inferiori a quelli di un intervento chirurgico.

Esiste un'alternativa diagnostica?

L'alternativa diagnostica è rappresentata dallo studio del colon mediante esame radiologico (Rx clisma opaco) o TC (la cosiddetta colonscopia virtuale).

Si tratta di esami non invasivi come la rettoscopia-rettosigmoidoscopia, ma che espongono a radiazioni ionizzanti ed i cui risultati sono meno attendibili rispetto all'esame endoscopico.

Inoltre, solo l'esame endoscopico consente di eseguire biopsie di lesioni sospette o di praticare manovre terapeutiche come la rimozione di polipi.