

Le procedure diagnostiche
e terapeutiche

in **ENDOSCOPIA
DIGESTIVA**

Pasquale Esposito

Dipartimento Medico Chirurgico
Internistica Clinica Sperimentale
"F. Magrassi e A. Lanzara"

UO di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
Seconda Università degli Studi di Napoli

9. La Colonscopia Diagnostica

La colonscopia è una importante acquisizione tecnologica in ambito gastroenterologico degli ultimi decenni. Infatti oggi rappresenta il 'gold standard' nella diagnosi del cancro colo rettale, che rispetto alle metodiche radiologiche, il clisma opaco a doppio contrasto, la colonscopia virtuale, ecc, consente di effettuare una fine esplorazione di tutta la mucosa colica, dal retto fino all'ileo terminale (Figura 9-1). I moderni videocolonscopi dispongono di una visione di 130-170° in modo da poter esplorare con maggiore precisione le aree di mucosa che si interpongono fra le pliche coliche (Figura 9-2).

Le indicazioni diagnostiche che possono richiedere una colonscopia, si possono così riassumere:

- Presenza di sangue occulto nelle feci;
- Follow up di malattie infiammatorie croniche;
- Sospetto di neoplasie del colon;
- Casi di diarrea cronica ad eziologia ignota;
- Inoltre la colonscopia, rispetto alle tecniche radiologiche, consente di identificare lesioni polipoidi piatte di piccole dimensioni (flat lesion), lesioni sanguinanti, alterazioni della mucosa e della trama vascolare, di effettuare campionature per l'istologia mediante biopsie e polipectomie, di trattare emorragie e stenosi.

I rischi di questo esame sono pressochè nulli se vengono osservate le ovvie cautele di procedimento. Le controindicazioni si dividono in assolute e relative. Le relative sono costituite da processi patologici gravi (shock e infarto) e compromissione cardio-respiratoria.

Le assolute sono rappresentate dal megacolon tossico, diverticolite acuta e tutte le condizioni a rischio di perforazione.

I vari endoscopi si basano sul medesimo principio fisico, cioè l'acquisizione dell'immagine endocavitaria ed il suo trasferimento all'esterno su un monitor.

Nella pratica clinica l'endoscopista ha la possibilità di utilizzare vari tipi di strumenti endoscopici a seconda delle indicazioni del caso:

**AMALIA CIRILLO,
ANDREA SIMONETTI,
GIUSEPPE
ESPOSITO,
MODESTINO
PEZZELLA**

*Dipartimento
Medico-Chirurgico
di Internistica
Clinica e
Sperimentale,
"F. Magrassi e
A. Lanzara",*

*UO di
Gastroenterologia
ed Endoscopia
Digestiva, Seconda
Università degli
Studi di Napoli*

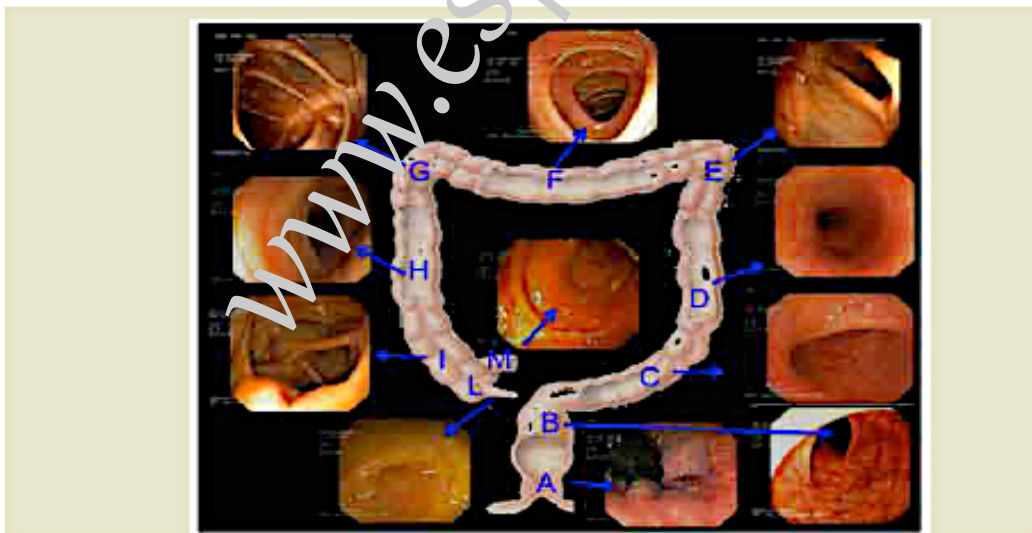


Figura 9-1

*Anatomia
endoscopica del
colon. A: retto in
retroversione,
B: retto e le valvole
di Houston,
C: sigma, D: colon
discendente,
E: flessura splenica,
F: colon trasverso,
G: flessura
epatica, H: colon
ascendente, I:
cieco e valvola ileo-
cecale, L: forame
appendicolare,
M: ileo terminale.*

Figura 9-2

*Visione
endoscopica della
mucosa colica ad
alta definizione*



- Endoscopio elettronico (videoscopio)
- Endoscopio a fibre ottiche
- Endoscopio operativo

La preparazione psicologica all'esame endoscopico ha come obiettivo quello di condurre il paziente nelle condizioni fisiologiche e psicologiche più idonee all'esecuzione dello stesso, ciò è garanzia per eseguire la colonscopia in modo ottimale. L'infermiere è tenuto all'espletamento di mansioni di assistenza diretta ed indiretta al paziente prima, durante ed in seguito alla realizzazione dell'esame endoscopico. La preparazione del paziente ha inizio quando viene posta l'indicazione alla colonscopia: all'atto della prenotazione dell'esame, l'infermiere consegna al paziente un modulo informativo sul quale sono segnati oltre che il giorno dell'appuntamento le norme igienico-dietetiche e farmacologiche per la preparazione dell'intestino che il paziente è tenuto ad osservare scrupolosamente affinché l'indagine non venga condotta inutilmente.

Nessun metodo di preparazione può adattarsi indifferentemente ad ogni individuo, e ciò, oltre per le caratteristiche proprie del colon, anche per le diverse abitudini dei pazienti. Oggi esistono due tipi di metodiche per la preparazione del colon:

- Dieta più purganti salini;
- Impiego di una soluzione di polietilglicole 4000 (PEG);

A completamento della preparazione eseguita alcuni giorni prima, due ore prima dell'esame si procederà alla pulizia finale dell'intestino con clisteri contenenti acqua di fonte, soluzione salina isotonica o sostanze ad azione purgante. Tali clisteri saranno praticati dall'infermiere o dagli stessi pazienti fino a quando l'acqua di ritorno non risulti limpida.

La preparazione psicologica alla colonscopia richiede molta calma e delicatezza, giacchè la gran parte dei pazienti teme di sottoporsi all'esame sia per una ovvia naturale apprensione che per le paurose descrizioni ascoltate.

È quindi compito dell'infermiere fugare tali timori con argomenti convincenti, creando un clima confortevole ed instaurando un reciproco rapporto di fiducia con il paziente. Poichè nella maggior parte delle unità endoscopiche è richiesta l'autorizzazione scritta all'esame ovvero il "consenso informato", è comprensibile quanto sia importante questa fase preparatoria del paziente. Pur non tralasciando di prospettare le complicanze, rare, ma possibili e comunque trascurabili nei confronti della necessità dell'esame, si convincerà il paziente della semplicità dello stesso e si dimostrerà l'innocuità degli apparecchi, eventualmente mostrando la loro flessibilità e relativa sottigliezza.

L'intubazione e l'esplorazione del colon risulta un momento importante della tecnica endoscopica, in quanto in queste fasi si mette alla prova la competenza del team medico-infermieristico.

Al momento di iniziare la colonscopia, pochi minuti di ulteriori istruzioni al paziente, permetteranno all'endoscopista di valutare anche la necessità o meno di effettuare una sedazione.

Per effettuare la colonscopia la posizione ottimale del paziente è quella in decubito laterale sinistro, anche se a volte si rende necessaria la posizione supina del paziente nel caso in cui si pratichi la sedazione (Figura 9-3).



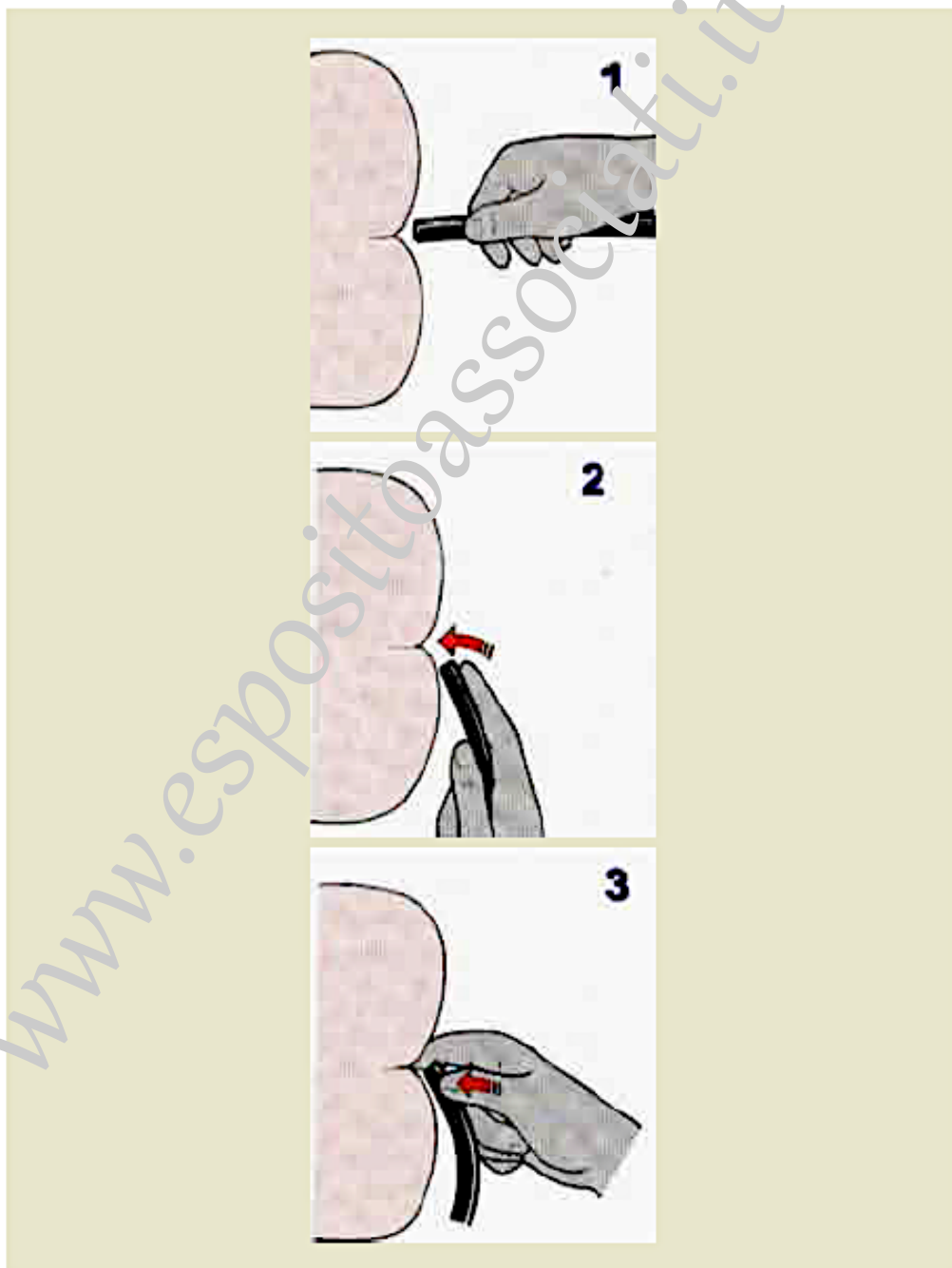
Figura 9-3

*Posizione il
decubito laterale
sinistra in corso di
colonscopia*

Dopo che il medico ha eseguito l'esplorazione digitale, per controllare l'esistenza di eventuale patologia a livello del retto, area considerata endoscopicamente "cieca" per la compressione esercitata dalla mucosa rettale contro la lente dello strumento, si procede all'inserzione dell'endoscopio nel canale anale. L'inserzione viene effettuata dall'assistente, mediando con il dito indice l'ano, abbondantemente lubrificato con una gelatina anestetica locale o con dell'olio vegetale, con il successivo passaggio dell'endoscopio (Figura 9-4).

Figura 9-4

*Le fasi
dell'inserzione
dell'endoscopio*



In questa fase l'infermiere, da un lato incoraggia il rilassamento muscolare nel paziente e dall'altro si preoccupa di riferire al medico le eventuali espressioni di dolore e le modificazioni delle funzioni vitali (respirazione, frequenza del polso, ed eventualmente pressione) che potrebbero indurre alla sospensione dell'indagine.

Le fasi della progressione dell'endoscopio sono caratterizzate da una serie di manovre da parte dell'endoscopista, spesso personalizzate a seconda della propria attitudine. L'endoscopista ha poche manovre a disposizione: inserzione e retrazione dell'endoscopio, oltre alla insufflazione ed alla aspirazione dell'aria. L'angolazione, con rotazione dello strumento si rende necessaria quando bisogna superare la valvola ileo-cecale per accedere all'ileo terminale (Figura 9-5).

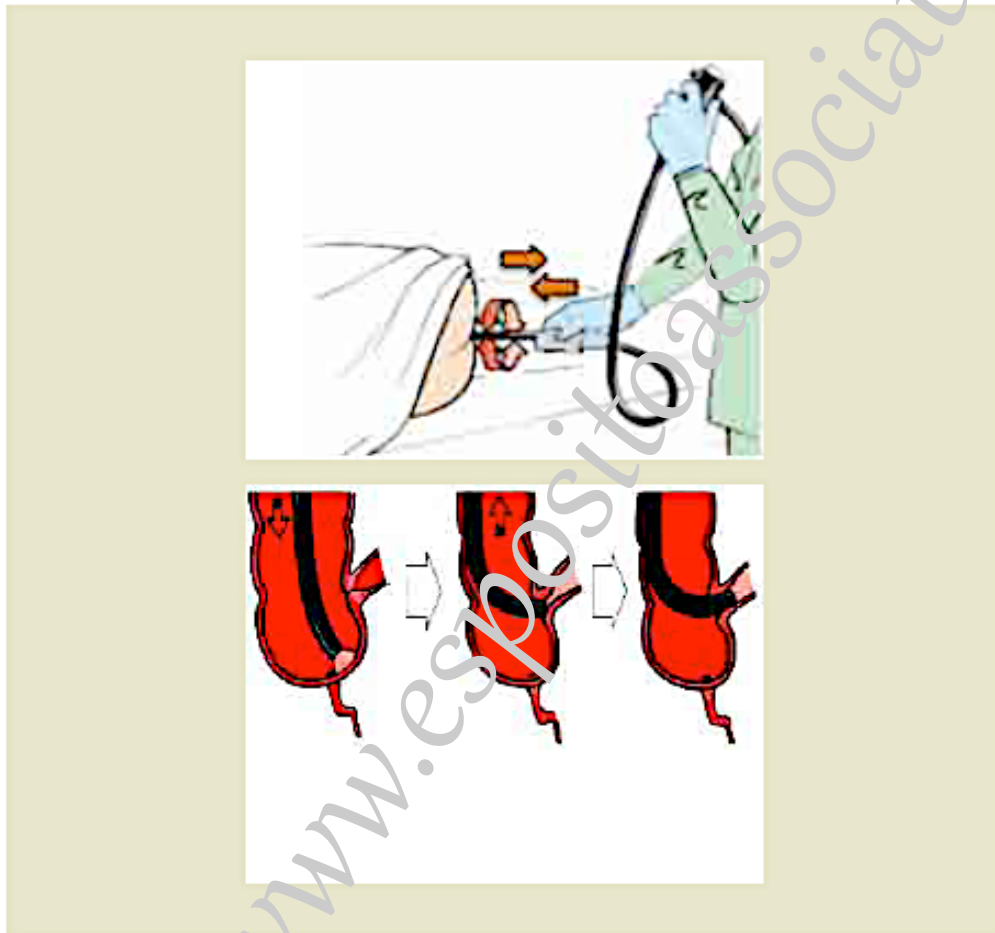


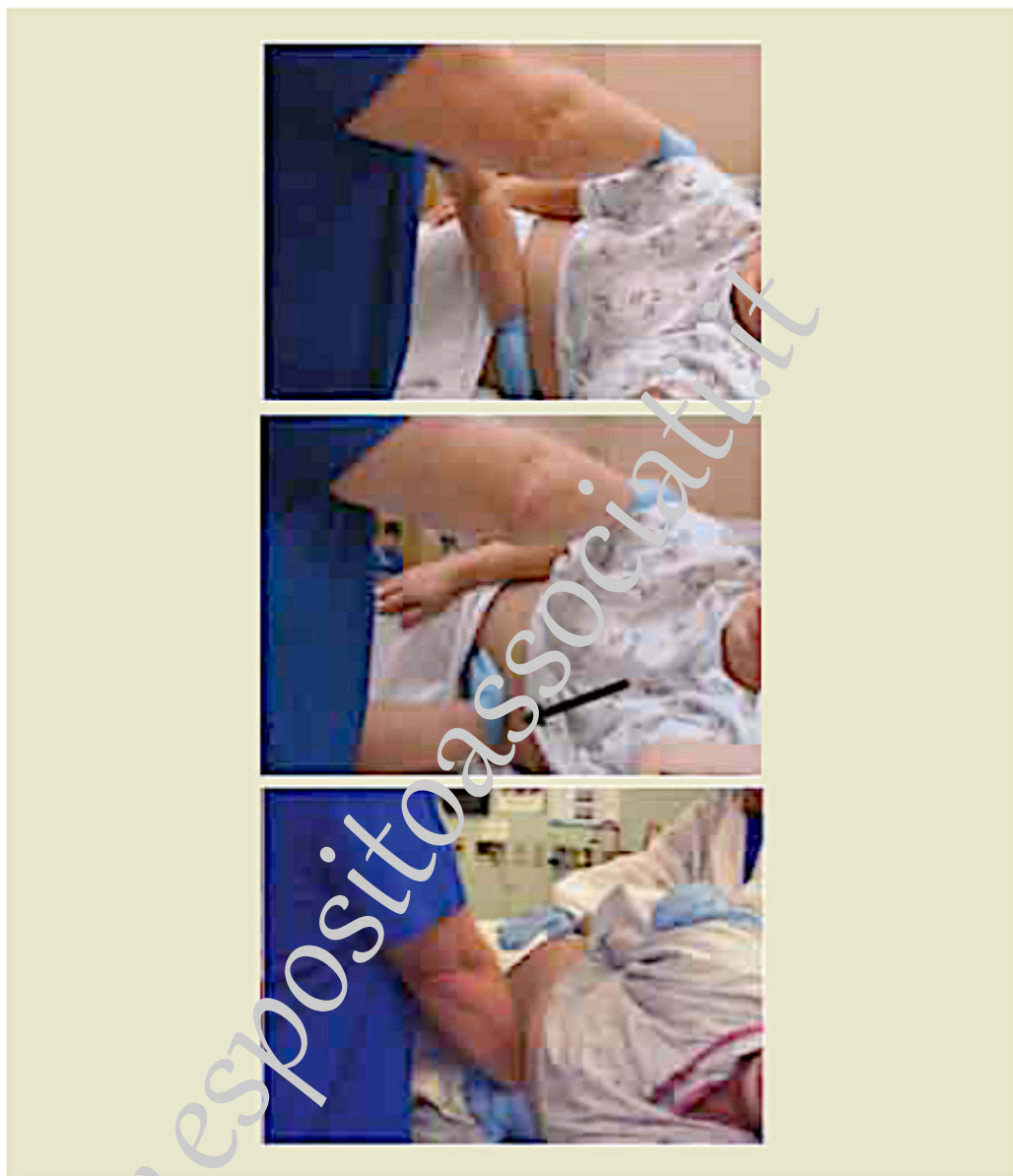
Figura 9-5

*Le manovre
dell'endoscopista*

È fondamentale la collaborazione tecnica dell'infermiere nella fase di introduzione e progressione dell'endoscopio nella colonscopia, orientando l'endoscopio o esercitando una delicata pressione sull'addome del paziente, per evitare la formazione di "loop", agevolando l'endoscopista nel corso dell'esame (Figura 9-6).

Figura 9-6

*Le manovre
infermieristiche
per agevolare la
progressione dello
strumento evitando
la formazione di
"loop"*



Al termine dell'esame endoscopico e della fase di stabilizzazione (in caso di sedazione), il paziente è lasciato all'amico o al familiare, fissando la data dell'eventuale controllo; i pazienti ricoverati sono riaccompagnati in corsia dall'infermiere che provvede a riferire al personale di assistenza il trattamento prescritto dal medico endoscopista per l'immediato post-intervento.

Le sale endoscopiche devono essere spaziose e con adeguate attrezzature, agevolmente raggiungibili. Il lettino endoscopico deve essere posto al centro della stanza in modo da permettere agli operatori di muoversi senza ostacoli. Per avere una chiara visione sul monitor è consigliabile diminuire l'intensità della luce della sala.

L'infermiere provvederà alla preparazione dell'attrezzatura necessaria all'esecuzione dell'endoscopia:

- Colonscopi corrispondenti al tipo di esame da eseguire
- Pinze per la biopsia della mucosa e relative provette con formalina,
- Lubrificanti;
- Garze idrofile;
- Guanti monouso;
- Controllo della disponibilità di farmaci per la sedazione del paziente e di farmaci di emergenza in caso di complicanze;
- Verificare la funzionalità dell'aspiratore;

Inoltre è fondamentale che prima di ogni esame l'infermiere prepari tutti gli accessori o strumenti che occorrono nel caso si esegua una endoscopia operativa; in particolare verificando la funzionalità dell'elettrobisturi con le relative anse diatermiche.