

INFORMAZIONI PER OPERATORI

Versione preliminare 15 marzo 2010

1. MI AVETE MANDATO UNA LETTERA

1.1 Ho ricevuto a casa la lettera dello screening: devo proprio fare la sigmoidoscopia? Non voglio fare l'esame.

- La sigmoidoscopia non è obbligatoria, può fare a meno di farla.
- Noi però le consigliamo di farla, perché l'esperienza scientifica ci dice che è molto efficace.
- Come mai non vuole fare la sigmoidoscopia? Se vuole può pensarci un po'.
- Richiami il programma di screening per chiedere altre informazioni, anche se decide di non fare l'esame.
- Ne parli anche con il suo medico, che saprà consigliarla.

Osservazioni per l'operatore

- Lo screening non è obbligatorio, semmai è un diritto, essendo incluso fra i livelli essenziali di assistenza¹
- Le persone sono quindi libere di decidere di partecipare o no allo screening. Noi operatori dobbiamo essere consapevoli di questo.
- Lo screening è però un intervento di sanità pubblica basato su prove di efficacia. L'evoluzione del cancro del colon retto (CCR) ha tempi lunghi ed è spesso possibile riconoscerla in una fase precoce. Intervenire in questa fase consente di migliorare le possibilità di guarigione.
- Su questa base noi, in quanto operatori, proponiamo lo screening.
- I programmi che utilizzano la sigmoidoscopia *una tantum* offrono ai non aderenti la possibilità di aderire ad un programma con sangue occulto fecale (SOF) biennale. Questa possibilità garantisce alle persone la possibilità di scegliere in base alle loro preferenze. Si è osservato che gli uomini aderiscono meno al SOF e in misura più levata alla RS, mentre il contrario accade per le donne.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Nella comunicazione con l'utente che afferma di non volere eseguire l'esame l'obiettivo è quello di salvaguardare la relazione.
- Chiedere *Come mai non vuole fare l'esame*, lasciare all'utente il tempo di decidere con calma, lasciare, se possibile, il proprio nome alla fine della telefonata, consente di mantenere "una porta aperta" in un contesto rispettoso della diversità di opinioni.
- Abbiamo notato che dire *Non voglio fare l'esame* è spesso un pretesto per esternare altre cose: precedenti esperienze sanitarie frustranti, disagi personali, ecc... Più di qualche volta finisce che le persone cambiano idea da sole dopo avere avuto la possibilità di esplicitare il proprio disagio oppure dopo che gli è stato detto che possono richiamare se decidono di fare l'esame.

¹ DPCM del 29 novembre 2001 - G. U. n. 33 dell'8 febbraio 2002. Definizione dei livelli essenziali di assistenza. "... Attività di prevenzione rivolta alle persone". Programmi organizzati di diagnosi precoce e prevenzione in attuazione del PSN (Provvedimento Conferenza Stato-Regioni - 8 marzo 2001) – Linee guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia

1.2 Chi può fare lo screening?

- Lo possono fare sia gli uomini che le donne che hanno compiuto 58, 59 o 60 anni, a seconda dei programmi di screening.
- In genere i programmi invitano le persone residenti.

1.3 Non ho ancora 58 / 60 anni: posso fare l'esame?

- Lo screening inizia a 58 /60 anni, perché prima di questa età sono rari i tumori, mentre hanno avuto tempo di svilupparsi i polipi che negli anni seguenti potrebbero trasformarsi in tumori invasivi (vedi sezione 7) .
- Fare l'esame a questa età permette di avere il massimo beneficio, cioè di togliere tutti i polipi durante l'esame. Fare l'esame prima potrebbe avere un beneficio minore, perché una parte dei polipi potrebbe non essersi ancora sviluppata.
- Dopo i 60 anni la probabilità che si sviluppino nuovi polipi nel sigma e nel retto è molto bassa.
- Se desidera fare l'esame prima dei 58 / 60 anni le consigliamo di parlare con il suo medico

1.4 Ho 58 / 60 anni e non mi hanno ancora mandato la lettera. Cosa posso fare?

- Può dipendere da dove abita, o dalla sua data di nascita, o da altri motivi
- Telefoni comunque al programma di screening e le sapranno dire

Osservazioni per l'operatore: le fasce di età

- Le fasce di età sono uno dei temi più complessi degli screening oncologici, un terreno in cui grande è la distanza tra le percezioni degli utenti e quelle degli operatori. Ma è un terreno in cui vi sono grandi distanze anche tra gli stessi operatori, che spesso non divisi tra visioni diverse su sanità pubblica e approccio clinico.
- Gli screening infatti sono interventi sanitari su persone sane e per questo si basano su principi diversi rispetto alla medicina dei malati. Sono basati su dimostrazioni di efficacia e privilegiano la copertura della popolazione rispetto al "fare tutto il possibile" per singole persone. Fare a tutti "tutto il possibile" per confermare o escludere una malattia pre-clinica a qualsiasi età comporterebbe costi personali e costi sociali inaccettabili a fronte di un numero di diagnosi corrette molto piccolo.
- Ma i tumori sono malattie cariche di uno stigma di morte. Persiste sia tra i professionisti che tra utenti la convinzione che una diagnosi precoce sia seguita più frequentemente dalla guarigione, che conduce a ritenere che fare uno screening sia comunque sempre vantaggioso. In realtà, salvo casi particolari, lo screening è utile, anche a livello individuale, solo per i tumori oggetto dei programmi di screening: quelli della mammella, della cervice uterina e del colon retto. Anche in questi casi sottoporsi al test comporta comunque dei rischi che vanno consapevolmente bilanciati con i potenziali benefici. Il rapporto tra rischi e benefici, per il singolo, può essere molto diverso, ad esempio per età e condizione di salute. Le scelte adottate dai programmi di screening si basano su una valutazione di questo rapporto, facendosi carico della fascia d'età in cui è documentato un rapporto costo- benefici favorevole per l'offerta di un test di screening a persone sane. E i costi, in questa ottica, non sono solo quelli economici. La scelta di determinate fasce d'età tiene dunque conto di:
 - rischio età-specifico
 - benefici attesi dallo screening
 - costi personali ed economici dello screening.
- E in un'ottica di sanità pubblica, il bilancio tra benefici e costi deve essere favorevole.
- Per quanto riguarda la domanda "quando terminare lo screening CCR?", ne parliamo in 3.18.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Comunicare i limiti di età in cui viene eseguito lo screening è molto difficile. Le fasce di età vengono percepite dagli utenti come profondamente ingiuste e discriminatorie, e dettate da considerazioni esclusivamente economiche : Non abbiamo una risposta “giusta” da suggerire agli operatori. Quanto dire? Quanti dettagli dare? Abbiamo visto che la necessità di ricevere spiegazioni varia molto tra persona e persona. Fornire immediatamente molte informazioni complesse significa a volte non far capire neanche quelle essenziali. D'altra parte dobbiamo essere disponibili a dare spiegazioni più approfondite a chi ce le chiede. E' importante quindi che moduliamo le nostre risposte in base a come percepiamo le esigenze della persona che ci chiede le informazioni.
- Le persone in fasce di età diverse da quelle degli screening possono affidarsi alle cure (nel senso di “prendersi cura”) del medico di famiglia, che può eventualmente indirizzarle ad accertamenti appropriati in presenza di situazioni di rischio familiare forte (vedi 1.5, 1.6) o in presenza di sintomi. La scelta di sottoporsi a test di diagnosi precoce dovrebbe comunque essere sostenuta da una completa e precisa conoscenza dei potenziali benefici e dei possibili rischi. Anche in questo caso quindi è necessario riferire la persona al proprio medico di famiglia.

1.5 Ho familiarità per polipi / tumori dell'intestino e mi è arrivata la vostra lettera: è meglio fare la rettosigmoidoscopia o la colonscopia?

- È già seguito presso un centro specializzato?
- Se no le consigliamo di fare lo screening.
- In ogni caso parli con il suo medico per scegliere l'esame più opportuno per la sua situazione: a volte potrebbe essere più indicato eseguire una colonscopia Alcuni programmi possono prevedere altre possibilità

1.6 Ho familiarità per polipi / tumori dell'intestino e ho meno di 58 /60 (o più di 70 anni): posso entrare nello screening?

- No, ma le consigliamo di rivolgersi al suo medico.

1.7 Questo esame lo fanno solo le donne?

- No, lo fanno anche gli uomini

Osservazioni per l'operatore

- Le raccomandazioni del Ministero (Nota 1) non prevedono per gli screening protocolli particolari per l'identificazione e la gestione di utenti con familiarità per cancro del colon retto (CCR). Questi quindi rientrano nella normale attività di screening a meno che, come succede in alcune realtà, non siano stati previsti protocolli diversi per familiarità. Se il programma ha un protocollo specifico per i soggetti con familiarità occorre attenersi a quelle indicazioni.
- L'alto rischio “vero”, legato a mutazioni ereditarie ad elevata penetranza² è presente in meno dell'1% della popolazione generale e determina solo il 2-3% dei casi di CCR. Invece alla familiarità di 1° grado, presente nel 10% della popolazione, è associato circa il 20% dei casi. In questa evenienza il rischio relativo di ammalarsi è aumentato da 1.5 a 3 volte, in relazione con il numero di familiari ammalati e con la precocità di insorgenza della malattia. Il rischio è più elevato per le persone con due familiari di 1° grado ammalati, o con un familiare che si sia ammalato prima dei 55 anni. Il rischio, è

² Penetranza: la percentuale di individui portatori di una determinata mutazione che manifesterà la malattia.

più basso per coloro che hanno un solo familiare di primo grado malato. Va però sottolineato che, pur in presenza di familiarità, l'entità del rischio assoluto per il singolo individuo può aumentare in misura irrilevante, soprattutto quando i casi nei familiari sono stati diagnosticati in età avanzata, il che è di gran lunga l'evenienza più frequente.

- Nel caso delle persone con rischio più elevato (sindromi ereditarie, due o più familiari di 1° grado affetti da CCR o un familiare con CCR insorto in giovane età) si dovrebbe utilizzare la colonscopia. Tale strategia riguarderebbe il 5-10% della popolazione dalla quale provengono solo il 20% dei casi. Perciò l'impatto effettivo in termini di controllo della malattia sarebbe inevitabilmente molto limitato. Lo sarebbe ancor più vista la difficoltà incontrata nei progetti in corso nell'identificare e contattare i familiari e la loro scarsa adesione all'intervento proposto.
- Negli altri casi non è documentata la necessità di seguire protocolli di screening diversi da quelli offerti alla popolazione a rischio intermedio.
- Occorre anche considerare le effettive opportunità per le persone con rischio moderatamente elevato di sottoporsi a controlli preventivi. Lo screening può garantire comunque un certo livello di protezione anche a queste persone, che spesso, in assenza dell'invito non avrebbero altre opportunità di sottoporsi a controlli.
- In alcuni programmi è criterio di esclusione definitiva: "paziente in controllo periodico con colonscopia per familiarità" se notizia conosciuta. Diversamente la persona è considerata "popolazione eleggibile".

2. POSSO FARE L'ESAME DELLE FECI AL POSTO DELLA SIGMOIDOSCOPIA?

2.1 Posso fare l'esame delle feci al posto della sigmoidoscopia?

- Nel caso decida di non fare la sigmoidoscopia richiami comunque il programma di screening. Le potranno proporre di fare, ogni due anni, un esame delle feci per la ricerca del sangue occulto fecale.

2.2 Ho ricevuto la vostra lettera per la sigmoidoscopia, mentre a mia moglie è arrivata quella per l'esame delle feci. Non posso fare anch'io quello?

- Dipende da come è organizzato il programma che l'ha invitata. Telefoni per chiedere informazioni.

3. CHE COSA E' LA SIGMOIDOSCOPIA?

3.1 Che cosa è la sigmoidoscopia?

- La sigmoidoscopia è un esame che permette di vedere direttamente le pareti dell'ultima parte dell'intestino (sigma e retto), dove si sviluppano circa il 70% dei cancri e dei polipi da cui possono derivare i tumori invasivi (vedi figura 1).

3.2 Come si fa la sigmoidoscopia?

- Per fare l'esame si introduce attraverso l'ano un tubo piccolo e flessibile (sonda), collegato a una fonte di luce. Si introduce anche dell'aria per distendere la parete intestinale.
- In questa maniera il medico può controllare le pareti dell'intestino. Se c'è un piccolo polipo lo può anche togliere subito oppure può fare dei prelievi di tessuto.

3.3 Quanto è grossa la sonda? Per quanti centimetri viene introdotta?

- La sonda ha un diametro di circa un cm, un cm e mezzo.
- Viene introdotta nel retto e nel sigma per circa 50 cm. In questo modo il medico può controllare tutta l'ultima parte dell'intestino (vedi figura 1).

3.4 La sonda è sterile? Posso prendermi delle malattie?

- No, la sonda non è sterile ma è stata sottoposta a una disinfezione avanzata che elimina i microbi, proprio per evitare il rischio di trasmettere malattie da un paziente all'altro. In alcuni programmi la sonda addirittura non funziona se non è stata disinfettata.
- La sonda non è sterile perché è di plastica, e la sterilizzazione la rovinerebbe tanto da non farlo funzionare. D'altra parte non occorre che sia sterile, perché non lo è neanche il nostro intestino, essendo a contatto con le feci.

Osservazioni per l'operatore: sterilità degli strumenti

- Lo strumento non è sterile, ma è disinfettato seguendo procedure standardizzate e in gran parte automatizzate che garantiscono un elevato livello di sicurezza.
- Gli strumenti vengono detersi manualmente e poi inseriti in un ciclo di disinfezione avanzata, completamente meccanizzato, che elimina il rischio di infezione da parte di batteri (Tifo, Tubercolosi e tutti gli altri batteri), virus (Epatite, AIDS e tutti gli altri virus), funghi (Candida, Aspergillo e tutti gli altri miceti), parassiti.
- Occorre anche considerare che l'interno dell'intestino non è sterile e quindi non è necessario che lo sia lo strumento.

3.5 Quanto dura la sigmoidoscopia?

- L'esame dura circa 10 minuti.
- Può durare un poco più a lungo se è necessario togliere dei polipi.

3.6 Perché mi dite che l'esame dura circa 10 minuti se un mio amico lo ha fatto ed è durato molto di più?

- Forse il suo amico ha fatto una colonscopia (vedi sezione 8). Oppure aveva dei polipi che sono stati tolti per farli esaminare al microscopio

3.7 Ho già fatto in passato una colonscopia: esperienza da dimenticare

- La colonscopia è un esame simile, ma dura di più e richiede una preparazione diversa e più fastidiosa (vedi sezione 8).
- Se ha già fatto in passato una colonscopia e se ha ancora la risposta informi il programma di screening. Può darsi infatti che non occorra che lei faccia la sigmoidoscopia

3.8 Qual è la differenza tra i due esami?

- La colonscopia è un esame simile alla sigmoidoscopia, ma permette di esplorare una parte maggiore di intestino, chiamata colon o grosso intestino (vedi figura 1).

Osservazioni per l'operatore: ho già fatto una colonscopia

Che cosa dire agli utenti che hanno già eseguito una colonscopia dipende dal protocollo organizzativo dei programmi. Alcuni programmi si fanno inviare la copia del referto, la fanno esaminare dall'endoscopista, e dopo il parere di questo, informano l'utente che non è più il caso di eseguire la sigmoidoscopia. In altri programmi, invece, non esiste questa possibilità, e gli utenti vengono sempre invitati ad eseguire l'esame.

3.9 La sigmoidoscopia è un esame doloroso?

- Nella maggior parte dei casi la sigmoidoscopia non è un esame doloroso ed è ben tollerato. Al massimo potrà provare un lieve fastidio per via dell'aria che viene introdotta per distendere l'intestino. Quest'aria viene eliminata in breve tempo, in non più di due ore.
- In rari casi la sigmoidoscopia può causare un dolore di breve durata. Questo succede specialmente se i pazienti hanno un intestino lungo o tortuoso, oppure se hanno aderenze causate da precedenti operazioni all'addome.
- Una buona preparazione (dieta e clistere) garantisce anche un minore fastidio durante l'esame (vedi sezione 5).

Osservazioni per l'operatore: è un esame doloroso?

- Da studi condotti sui pazienti che si sono sottoposti alla sigmoidoscopia di screening è emerso che in nove casi su 10 le persone dichiaravano di aver provato un dolore lieve o, comunque, che l'esame era stato meno doloroso del previsto³.

³ Segnan N, Senore C, Andreoni B, Arrigoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, DiPlacido R, Ferrari A, Ferraris R, Ferrero F, Fracchia M, Gasperoni S, Malfitana G, Recchia S, Risio M, Rizzetto M, Saracco G, Spandre M, Turco D, Turco P & Zappa M (2005), Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates, *J.Natl.Cancer Inst.*, vol. 97, no. 5, pp. 347-357.

Segnan N, Senore C, Andreoni B, Azzoni A, Bisanti L, Cardelli A, Castiglione G, Crosta C, Ederle A, Fantin A, Ferrari A, Fracchia M, Ferrero F, Gasperoni S, Recchia S, Risio M, Rubeca T, Saracco G & Zappa M (2007), Comparing attendance and detection rate of colonoscopy with sigmoidoscopy and FIT for colorectal cancer screening, *Gastroenterology*, vol. 132, no. 7, pp. 2304-2312.

- Elevati livelli di dolore si sono riscontrati in una percentuale ridotta (due pazienti su 100). Solitamente questi casi sono connessi a condizioni particolari: un intestino lungo o tortuoso, o presenza di aderenze conseguenti a precedenti interventi chirurgici all'addome.

3.10 Posso fare l'esame in anestesia? Mi date qualcosa prima?

- In genere l'esame è sopportabile, e quindi non è indicata l'anestesia. Se ci dovesse essere un dolore troppo forte l'esame viene sospeso. Qualche volta il medico può proporre di utilizzare dei farmaci anti-spastici per facilitare l'esame.

Osservazioni per l'operatore:

- Durante la sigmoidoscopia possono essere utilizzati anti-spastici per favorire la progressione dello strumento.
- Per una buona esecuzione dell'esame è importante l'interazione che si stabilisce tra il paziente e il personale medico e non medico del servizio, in particolare con l'endoscopista che esegue l'esame.

3.11 E' pericoloso fare la sigmoidoscopia?

- No, fare la sigmoidoscopia non è pericoloso. Solo in rarissimi casi ci possono essere complicazioni che rendono necessario un ricovero ospedaliero.

3.12 E' vero che si può anche bucare l'intestino?

- Sì ma è rarissimo. Dagli studi che sono stati fatti si è visto che questo può succedere in meno di uno su 10.000 esami.

Osservazioni per l'operatore

In base ai dati relativi alla fase di reclutamento degli studi europei (vedi nota 5), si può concludere che il test offerto alla popolazione generale a rischio intermedio è accettabile.

Le complicanze gravi associate all'esecuzione di una sigmoidoscopia di screening sono relativamente rare: una sola perforazione su 13.377 esami nei trial italiani e su 40.332 esami in quello inglese. A questa vanno aggiunte una sindrome simil-peritonitica e una reazione vago-vagale severa negli studi italiani, e un infarto miocardico acuto non fatale e 12 sanguinamenti con necessità di ricovero nello studio inglese. Nessuna complicanza grave è stata registrata nel trial norvegese su 12.960 esami.

UK Trial (2002), Single flexible sigmoidoscopy screening to prevent colorectal cancer: baseline findings of a UK multicentre randomised trial, *Lancet*, vol. 359, no. 9314, pp. 1291-1300.

Segnan N, Senore C, Andreoni B et al. Baseline Findings of the Italian Multicenter Randomized Controlled Trial of "Once-Only Sigmoidoscopy"-SCORE. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94 (23):1763-72.

Gondal G, Grotmol T, Hofstad B et al. The Norwegian colorectal cancer prevention (NORCCAP) screening study: baseline findings and implementation for clinical work-up in age group 50-64 years. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 635-642

Questi risultati sono in accordo con quelli di ampie casistiche cliniche, che riportano un rischio variabile tra una e due perforazioni su 20.000 esami. Complicanze più lievi (piccoli sanguinamenti autolimitati, lievi reazioni vago-vagali, dolori addominali transitori) sono state riportate da 5 pazienti su 1.000 nei trial italiani, da 3 pazienti su 1.000 in quello inglese e da 2 pazienti su 1.000 nel trial norvegese.

3.13 Se trovate dei polipi li togliete subito?

- lo valuterà il medico durante l'esame. Il fatto di toglierli subito o no può dipendere dall'aspetto, dalle dimensioni, dalla posizione, dal numero dei polipi, da eventuali terapie che lei sta facendo e da altri fattori ancora.
- In base a quello che vedrà, il medico le proporrà di togliere subito i polipi o di rimandare. Lei potrà fargli allora tutte domande che le interessano

Osservazioni per l'operatore:

Riportiamo qui di seguito le raccomandazioni del Ministero (vedi nota 1), fermo restando che i singoli programmi possono seguire protocolli diversi.

- Se tecnicamente possibile e in assenza di controindicazioni, l'asportazione dei polipi deve essere eseguita, per le lesioni inferiori a 10 mm, durante l'indagine che li ha diagnosticati, senza determinare preventivamente i parametri emocoagulativi
- L'asportazione di polipi di diametro uguale o superiore a un cm viene generalmente rimandata alla colonscopia
- Per l'asportazione di polipi inferiori a 6 mm è preferibile il metodo con ansa a freddo, mentre per polipi di dimensioni maggiori o uguali a 6 mm è preferibile l'ansa diatermica

3.14 Togliere i polipi fa male?

- No, perché i polipi non sono innervati dalle fibre nervose che conducono il dolore.

3.15 Come mai viene esplorato solo il primo tratto dell'intestino? E se c'è qualcosa più in su?

- Non si può escludere in assoluto la presenza di polipi nella parte più alta dell'intestino. Però circa il 70% dei polipi e dei tumori dell'intestino si trovano nell'ultima porzione cioè nei tratti esplorati dalla sigmoidoscopia.
- Per questa ragione proponiamo la sigmoidoscopia, un esame che è breve, ben tollerato, e che ha bisogno di una preparazione intestinale molto semplice
- Se durante l'esame il medico dovesse trovare dei polipi "a rischio", le consiglierà di fare una colonscopia completa (vedi sezione 8). Questo proprio per escludere la presenza di altri polipi o di tumori nel tratto non esplorato dalla sola sigmoidoscopia.

3.16 Con questo esame si vedono anche le emorroidi?

- Sì, perché la sonda viene introdotta nell'ano. Però la sigmoidoscopia non è un esame specifico per quel tipo di problema. Per le emorroidi occorre fare una visita specialistica.

3.17 Con questo esame si vede anche la prostata?

- No, perché la sigmoidoscopia esplora solo le pareti interne dell'intestino e la prostata è all'esterno.

3.18 Se non mi avete trovato niente sono sicuro al 100% di non avere il tumore del colon?

- La sigmoidoscopia è un esame molto efficace per trovare ma soprattutto per prevenire i tumori dell'intestino. Infatti permette di togliere i polipi prima che diventino tumori. Come ogni altro esame, però, non può dare una protezione assoluta.
- Qualche volta può non trovare polipi molto piccoli, che sono comunque a basso rischio. Inoltre non esamina tutto il grosso intestino e quindi non individua le lesioni localizzate nel tratto superiore.
- Polipi e cancri possono svilupparsi nel tratto esplorato dopo aver fatto l'esame, anche se si tratta di una eventualità rara.
- Per questi motivi è importante andare dal proprio medico quando si presentino sintomi quali ad esempio presenza di sangue nelle feci o alternanza di dissenteria e stitichezza persistente.

Osservazioni per l'operatore (A): la protezione offerta dalla sigmoidoscopia

- In base a diversi studi, la sensibilità⁴ della sigmoidoscopia risulta consistentemente superiore al 90%, sia per quanto riguarda i polipi, anche di piccole dimensioni, sia per i carcinomi invasivi. La specificità⁵ è vicina al 100%.
- La scelta di una strategia di screening basata sulla sigmoidoscopia offerta a 58 anni di età è derivata dalle stime sulla frequenza di adenomi e sull'incidenza attesa di carcinoma coloretale. Il 90% dei tumori del colon retto si manifesta dopo i 55 anni di età, e fino ai 70 anni circa due tumori su tre vengono diagnosticati nel sigma e nel retto. Si stima che più dell'80% dei tumori che si sviluppano in questi segmenti distali

⁴ Uno degli aspetti che differenziano la medicina clinica dalla "medicina dei sani" è il peso dato alla sensibilità e alla specificità di uno stesso test utilizzato da entrambe. La sensibilità di un test è la capacità di identificare correttamente gli ammalati, cioè di ridurre il numero di falsi negativi: è soprattutto questa evenienza che si vuole evitare nella clinica, trattando persone con forti sospetti diagnostici.

⁵ La specificità è invece la capacità di identificare correttamente le persone sane, evitando i falsi positivi: i programmi rivolti a persone sane mirano soprattutto a contenere i falsi positivi.

del colon derivi da polipi adenomatosi. L'incidenza di adenomi mostra una tendenza all'aumento con l'età, ma è stato osservato che nel retto-sigma la prevalenza di adenomi raggiunge un picco intorno ai 60 anni, per restare poi stabile negli anni successivi. L'offerta di una sigmoidoscopia a 58 anni permetterebbe quindi di massimizzare il beneficio ottenibile in termini di prevenzione di futuri tumori derivati da lesioni adenomatose che hanno iniziato a svilupparsi prima dei 60 anni, contenendo entro valori molto bassi la proporzione di casi in cui un tumore si manifesta prima dell'effettuazione del test di screening.

- Sottoponendosi ad una sigmoidoscopia una sola volta nella vita si otterrebbe quindi una riduzione del rischio di ammalarsi di un tumore del colon-retto mediamente del 45%. Inoltre, poichè la durata della protezione offerta da questo tipo di test può estendersi oltre i 10 anni, la sigmoidoscopia potrebbe essere proposta una sola volta nel corso della vita. Per quanto riguarda la durata dell'effetto protettivo di una singola sigmoidoscopia, mancano ancora informazioni accurate. La durata dell'effetto protettivo osservata negli studi caso-controllo era di almeno 10 anni per la mortalità e fino a 16 anni per l'incidenza.
- I tre studi di valutazione di efficacia della sigmoidoscopia, in corso in Inghilterra, in Italia e negli Usa, permetteranno di ottenere dati più precisi in proposito entro i prossimi due anni. Al momento, i pianificatori che si occupano di screening con sigmoidoscopia dovrebbero lasciare aperta la possibilità di eseguirla ogni 10 anni, in attesa dei risultati di questi studi. In alternativa, si può adottare l'indicazione di eseguirla una volta nella vita all'età di circa 60 anni.
- E' possibile migliorare l'adesione, e quindi la copertura della popolazione, attraverso strategie che prevedano inviti ripetuti.
- La sigmoidoscopia ha un limite nella ridotta sensibilità per i tumori ad insorgenza prossimale⁶. Nei programmi di screening che usano la sigmoidoscopia viene generalmente indicata l'effettuazione di una colonscopia a tutte le persone a cui siano stati trovati dei polipi distali⁷ ad "alto rischio". Si stima che questa strategia permette di prevenire circa il 25% dei tumori del colon prossimale. D'altra parte occorre considerare che la prevalenza di polipi avanzati nel colon prossimale è bassa, ed è simile nelle persone con polipi distali a basso rischio e in quelle con un esame normale. Per diagnosticare tutti questi polipi sarebbe necessario utilizzare come test di screening la colonscopia.
- Tuttavia, il beneficio aggiuntivo sembra troppo ridotto per giustificare, in una persona sana, il disagio e il rischio di effetti collaterali associati all'esame. Inoltre, il tempo di esecuzione del test (e di conseguenza il numero di specialisti da dedicare), le risorse umane ed economiche limitate, renderebbero anche poco praticabile uno screening di popolazione.

Osservazioni per l'operatore (B): quando terminare lo screening?

- Quando terminare lo screening CCR? L'incidenza⁸ del CCR continua ad aumentare dopo i 70 anni e gli studi sull'efficacia dello screening sono stati condotti su popolazioni dai 45 agli 80 anni.
- Recentemente si è preso atto del notevole aumento della speranza di vita nelle età anziane. Una persona di 70 anni ha, in media, 15-20 anni di speranza di vita, le femmine più dei maschi. Pertanto una persona 70enne, se ragionevolmente sana, può considerare ancora tale per un certo tempo il vantaggio conferito dallo screening.

⁶ cioè trovati nel cieco, colon ascendente, flessura epatica, colon trasverso e flessura splenica

⁷ cioè trovati nel colon discendente, sigma e retto

⁸ Numero di nuovi casi in un determinato arco temporale, di solito un anno

- La principale considerazione è che l'eventuale beneficio nelle persone con lesioni identificate allo screening, si manifesta dopo un certo numero di anni (5-10). Per le persone che si sottopongono a screening oltre i 70 anni tale beneficio si manifesterebbe quindi ad un'età alla quale hanno una frequenza importante di altre malattie o cause di morte, e questo vanificherebbe il potenziale beneficio ottenibile con lo screening.
In parole più semplici, queste persone sarebbero esposte al rischio associato all'esecuzione degli esami di screening e degli eventuali accertamenti, ma avrebbero una probabilità molto ridotta di godere degli eventuali benefici. Appare vano insistere ad evitare le conseguenze di un'unica malattia quando molte altre, gravi, sono altrettanto o anche più frequenti.

4. POSSO FARE LA SIGMOIDOSCOPIA SE...

4.1 Ho problemi di emorroidi, posso fare l'esame?

- Sì, può farlo. Non ci sono controindicazioni particolari.

4.2 Ho i diverticoli posso fare l'esame?

- Sì certo, può fare l'esame, ma lo faccia presente al medico prima dell'inizio dell'esame

4.3 Cosa sono i diverticoli?

- I diverticoli sono delle piccole sacche che si formano nell'intestino. Circa il 50% delle persone oltre i 60 anni hanno i diverticoli. Nella maggior parte dei casi i diverticoli non danno alcun disturbo, e le persone non sanno di averli.
- Qualche volta i diverticoli si infiammano: allora possono causare dolore, febbre o stitichezza improvvisa.

Osservazioni per l'operatore: i diverticoli

I diverticoli sono delle piccole 'sacche' che si formano nell'intestino. La loro presenza si chiama diverticolosi e interessa circa il 50% della popolazione oltre i 60 anni. Nella maggior parte dei casi la diverticolosi non crea alcun disturbo, al punto che molte persone non sanno di averla. Qualche volta i diverticoli possono infiammarsi, causando dei sintomi come dolore, febbre o stitichezza improvvisa. Si parla allora di diverticolite, cioè di infiammazione dei diverticoli.

4.4 Ho ancora il ciclo mestruale: posso fare l'esame?

- Sì, può farlo. Non ci sono controindicazioni particolari.

4.5 Forse ho una vaginite: lo stesso giorno devo fare, dopo la sigmoidoscopia, un esame batteriologico vaginale¹. Lo posso fare?

- Sarebbe consigliato fare la sigmoidoscopia dopo aver fatto l'esame batteriologico.

4.6 Ho fatto una sigmoidoscopia o una colonscopia qualche tempo fa: non potete tenermela valida?

- Se ha già fatto in passato una sigmoidoscopia o una colonscopia, e se ha ancora la risposta, ne parli con il programma di screening. Può darsi infatti che non occorra che lei faccia la sigmoidoscopia

Osservazioni per l'operatore: Ho già fatto una sigmoidoscopia o una colonscopia

Vedi le osservazioni al punto 3.7

4.7 Sto facendo la radioterapia: posso fare l'esame?

- No, è meglio che aspetti la fine del ciclo di radioterapia / chemioterapia. Ne parli se vuole con il suo centro di oncologia.
- Richiami il programma di screening quando potrà fare l'esame.

4.8 Sto facendo la chemioterapia: posso fare l'esame?

- No, è meglio che aspetti la fine del ciclo di chemioterapia. Ne parli se vuole con il suo centro di oncologia.
- Richiami il programma di screening quando potrà fare l'esame.

4.9 Devo sospendere tutti i farmaci che prendo?

- Dipende dai farmaci che sta prendendo. Ne parli con il programma di screening.

4.10 Sto prendendo il Coumadin (farmaci anticoagulanti) posso fare l'esame?

- Ne parli con il medico che le ha ordinato questi farmaci.
- In generale, se si tratta di una cura che deve prendere solo per qualche tempo, è consigliabile continuarla fino alla fine, e poi fare l'esame.
- Invece se si tratta di una cura che deve continuare sempre, può fare la sigmoidoscopia, ma dica all'endoscopista che sta prendendo questi farmaci. Infatti se occorresse togliere un polipo dovrà farlo in un secondo momento. In questo caso dovrà concordare col suo medico una riduzione dei farmaci per poter eseguire l'intervento.

Osservazioni per l'operatore: farmaci anticoagulanti

Le Raccomandazioni ministeriali (nota 1, pag.1) consigliano:

Sospensione terapia quattro giorni prima dell'esame e controllo INR il giorno dell'esame (non deve essere superiore a 1.5) nei casi:

- Fibrillazione atriale senza valvulopatia
- Protesi valvolare aortica
- Protesi valvolare biologica

Sospensione terapia e sostituzione con Eparina a basso peso molecolare (Schema dato dal Cardiologo) nei casi:

- Fibrillazione atriale con valvulopatia
- Protesi valvolari meccaniche

4.11 Sto prendendo l'Aspirina (farmaci antiaggreganti): posso fare l'esame?

- Non è necessario che lei sospenda l'Aspirina o i suoi derivati o altri farmaci chiamati FANS¹
- Però è necessario che lei sospenda altri farmaci antiaggreganti (Ticlopidina, Plavix, Persantin...) quattro giorni prima dell'esame
- Ne parli comunque con il programma di screening

Osservazioni per l'operatore: farmaci antiaggreganti

- Non è necessaria la sospensione dell'Aspirina e dei suoi derivati o dei FANS. È necessaria la sospensione degli altri antiaggreganti (Ticlopidina, Plavix, Persantin...) quattro giorni prima dell'esame.
- In realtà la sigmoidoscopia può presentare rischi per chi assume anti-aggreganti solo nel caso debba essere effettuata una polipectomia. La scelta di sospendere i farmaci prima dell'esame dipende dal fatto che in un paziente su cinque si trovano polipi e in questi casi sarebbe necessario ripetere l'esame dopo aver sospeso il farmaco. Quindi una quota elevata di pazienti dovrebbe sottoporsi a due esami e a due preparazioni. In teoria però se qualcuno preferisce correre il "rischio" di questo inconveniente non ci dovrebbero essere problemi.
- Alcuni programmi possono seguire dei protocolli diversi

4.12 Sto prendendo dei farmaci antimalarici: posso fare l'esame?

- Sì, può fare l'esame.

4.13 Sono diabetico e uso l'insulina: posso fare una dieta così ristretta prima dell'esame?

- Per fare la sigmoidoscopia non deve fare nessuna dieta ristretta. La cosa più importante, infatti, è fare un clistere due ore prima dell'esame e bere molto nei due giorni precedenti (vedi 5.2).
- Soprattutto nel suo caso, quindi, le consigliamo di mangiare come al solito facendo anche la colazione nel giorno dell'esame

4.14 Sono un trapiantato (reni, fegato, pancreas, cuore): posso fare l'esame?

- Ne parli con il centro che la segue.

4.15 Sono portatore di valvola cardiaca: posso fare l'esame?

- Sì, ma prima di farlo potrebbe essere necessario prendere un antibiotico.
- Chiami il programma di screening, e le diranno loro se contattare il suo medico o l'endoscopista che le farà l'esame .

4.16 Soffro di prolasso alla valvola mitrale: posso fare l'esame?

- Sì, ma prima di farlo potrebbe essere necessario prendere un antibiotico.
- Chiami il programma di screening, e le diranno loro se contattare il suo medico o l'endoscopista che le farà l'esame .

4.17 Per fare la sigmoidoscopia vengono utilizzati dei farmaci? Ho problemi di allergie

- Di solito non si usano farmaci. La consigliamo comunque di segnalare le sue allergie al medico che eseguirà l'esame.

4.18 Ho problemi di allergia al lattice: posso fare l'esame?

- Sì, gli strumenti che si usano sono senza lattice.
- Ma prima di fare l'esame dica che è allergico al lattice. Allora useranno dei guanti senza lattice.

Osservazioni per l'operatore: profilassi antibiotica

- Nel 2009 alcune linee guida di società scientifiche hanno ristretto sostanzialmente le indicazioni a questo trattamento. Queste indicazioni non sono ancora entrate nella pratica comune e quindi è opportuno riferirsi ai protocolli regionali, se ci sono, o alle indicazioni dei servizi di endoscopia.
- In ambito GISCoR verrà attivato un gruppo di lavoro per verificare la possibilità di arrivare a indicazioni comuni e condivise almeno in ambito screening.
- In alcuni programmi, grazie alla disponibilità del servizio di endoscopia di riferimento, è possibile suggerire al paziente di contattare un endoscopista, il quale valuterà l'opportunità di eseguire profilassi antibiotica.
- Di seguito riportiamo le indicazioni fornite dalle Raccomandazioni del Ministero del 2006 (nota 1).

La profilassi antibiotica per l'endocardite batterica è consigliata nelle seguenti condizioni:

- valvulopatie acquisite
- cardiomiopatia ipertrofica
- cardiopatie congenite (e nelle persone operate da meno di 6 mesi per queste patologie)
- prolasso o insufficienza mitralica: non esistono indicazioni univoche, tuttavia le società scientifiche di gastroenterologia non raccomandano la profilassi antibiotica in questi casi.

La profilassi antibiotica per l'endocardite batterica è raccomandata in caso di:

- protesi valvolare
- pregressa endocardite
- shunt sistemico-polmonari
- cardiopatie cianotiche complesse
- protesi valvolari sintetiche (e nelle persone operate da meno di un anno).

5. CHE COSA DEVO FARE PRIMA DELLA SIGMOIDOSCOPIA?

5.1 Come si fa la preparazione per la sigmoidoscopia?

- Deve solo fare un clistere (peretta) circa un'ora o un'ora e mezza prima dell'esame. Non lo faccia prima perché col passare del tempo altre feci possono scendere nel tratto dell'intestino che sarà esplorato.
- Usi una peretta già pronta da 130 ml. La può ritirare gratuitamente nei posti che sono indicati nella lettera di invito.
- Faccia il clistere a casa sua. Perché faccia effetto è importante che lei faccia il clistere completo, e che trattenga almeno cinque minuti prima di andare di corpo. Dopo essere andato di corpo, l'effetto del clistere è terminato. Poi vada in ospedale, a digiuno.

5.2 Devo fare qualche dieta particolare?

- La cosa più importante da fare per avere l'intestino pulito è fare correttamente il clistere (vedi 5.1).
- Ci sono delle abitudini alimentari che possono favorire una maggiore efficacia del clistere. Ad esempio nei due giorni prima dell'esame beva almeno due litri di acqua non gasata al giorno. E il giorno prima eviti pasti abbondanti e ricchi di fibre.
- Il giorno dell'esame a colazione beva solo liquidi anche zuccherati (caffè, the..), senza mangiare niente.

5.3 E' vero che il giorno prima bisogna fare digiuno?

- No, non è vero (vedi 5.2)

5.4 Cosa devo mettere nella peretta per farmi il clistere?

- Niente, la peretta che deve usare è già pronta.
- Non usi perette "casalinghe" o diverse da quelle che noi le abbiamo indicato (vedi 5.1).

5.5 Devo proprio fare la peretta?

- Sì, perché l'esame riesca è necessario pulire bene l'intestino. Altrimenti può rischiare di dover ripetere l'esame.

5.6 Ho fatto la peretta ma ho fatto solo acqua, posso fare l'esame?

- Questo può dipendere dal fatto che ha trattenuto il liquido troppo poco tempo prima di andare di corpo. Ma può anche essere che la quantità di feci nell'intestino fosse molto scarsa e, quindi, la peretta potrebbe aver avuto effetto
- In ogni caso, il medico valuterà durante l'esame se il suo intestino è abbastanza pulito.

5.7 Non è meglio che il clistere venga fatto prima di un'ora e mezza? Posso farlo la sera prima?

- No, per una buona pulizia intestinale è necessario fare il clistere da una ora a una ora e mezza prima dell'esame.
- Se il clistere viene fatto molto prima, col passare delle ore l'intestino non sarà più pulito. In questo caso c'è il rischio di dover ripetere l'esame.

5.8 Posso fare il clistere direttamente dove faccio la sigmoidoscopia?

- No perché va fatto circa una ora e mezza prima.

5.9 Dopo la peretta mi sono venuti dei forti crampi, posso fare l'esame lo stesso?

- Sì, può farlo. Il clistere può provocare qualche crampo, però di solito è passeggero.
- Se i crampi continuano informi il medico prima di fare l'esame: lui valuterà cosa fare.

5.10 Soffro di stitichezza, basta fare la peretta come preparazione?

- In genere sì, assieme alle altre indicazioni per la preparazione (vedi 5.1, 5.2)
- Qualche volta può essere consigliato fare un primo clistere la sera prima dell'esame e un secondo un'ora e mezza prima dell'esame.
- Se è abituato a usare dei lassativi può continuare a prenderli.

5.11 Posso andare da solo o devo essere accompagnato?

- No, può andare da solo

Osservazioni per l'operatore: dieta sì o dieta no?

- C'è poca letteratura su questo aspetto: esistono studi che hanno valutato il tipo di preparazione (clistere versus preparazione orale, o numero di clisteri), ma non ci sono dati relativi al possibile effetto della dieta
- I trial europei in corso hanno adottato la preparazione basata su un singolo clistere auto-somministrato due ore prima dell'esame (in un caso somministrato presso il centro di screening). La possibilità di somministrare il clistere presso il centro di screening potrebbe favorire la partecipazione e ridurre la quota di esami inadeguati, ma non è sempre fattibile. Sarebbe importante poter garantire comunque una certa flessibilità, soprattutto nel caso di utenti che abitano lontano dal centro di endoscopia. A queste persone dovrebbe essere offerta la possibilità di effettuare (o eventualmente di ripetere) il clistere presso il servizio di endoscopia.
- Gli studi condotti finora non mostrano una maggiore efficacia di una preparazione con due clisteri (uno la sera prima dell'esame) rispetto a un clistere singolo. Aggiungere la preparazione orale al clistere sembra ridurre la partecipazione. L'accettabilità delle diverse modalità di preparazione e delle eventuali restrizioni dietetiche è fortemente influenzata da fattori socio-culturali.
- Tutti i programmi italiani raccomandano di utilizzare per la preparazione un singolo clistere, auto-somministrato a domicilio dell'assistito. Per quanto riguarda le restrizioni dietetiche, nei diversi programmi vengono adottate diverse modalità organizzative. In un centro non viene consigliata nessuna dieta, se non a quelli che devono ripetere l'esame; in un altro niente frutta e verdura per i due giorni precedenti; in un altro programma è consigliato quello che è scritto nel punto 5.2.
- In realtà il fattore di maggiore variabilità è l'operatore che ha giudizi diversi. Piccole quantità di feci possono essere eliminate con il lavaggio nel corso dell'esame. L'esame viene considerato inadeguato, cioè dovrebbe essere ripetuto, nel caso in cui le feci residue impediscano la visione di più del 20% della mucosa.
- Occorre comunque considerare che la scelta di ripetere l'esame dovrebbe essere valutata insieme dal medico e dal paziente. Da un lato bisogna valutare il disagio e il rischio di sottoporsi ad un nuovo esame, dall'altro la possibilità che vi siano lesioni non viste nelle aree coperte da feci. Il medico può discutere questi aspetti, anche in base alla sua valutazione del tipo di lesioni che potrebbero esser state perse. La possibile mancata identificazione di lesioni piccole (<6 mm) ha probabilmente una scarsa rilevanza, mentre può essere più ragionevole considerare l'ipotesi di ripetere l'esame se vi è la possibilità che non siano stati visti polipi di grosse dimensioni.

6. HO FATTO LA SIGMOIDOSCOPIA: E' ANDATO TUTTO BENE

6.1 Che cosa posso mangiare dopo l'esame?

- Può tornare a mangiare normalmente, anche subito dopo l'esame.

6.2 Dopo l'esame posso tornare a lavorare? Posso fare attività fisica?

- Sì, dopo l'esame può riprendere tutte le sue normali attività.

6.3 Dopo aver fatto l'esame ho avuto dolori alla pancia, è normale?

- Dopo l'esame è normale sentire la pancia un po' gonfia o anche un lieve dolore. Questi sintomi di solito durano poco e si risolvono con l'espulsione di aria. Sono infatti dovuti all'effetto dell'aria introdotta nell'intestino.
- Ma se i dolori continuano o ci sono nausea o febbre è meglio consultare il proprio medico.

Osservazioni per l'operatore: dolori dopo l'esame

- In alcuni casi dopo una sigmoidoscopia possono manifestarsi problemi minori, come una sensazione di gonfiore alla pancia, la presenza di gas, leggeri spasmi intestinali o dolore. Di solito, questi sintomi spariscono in tre –quattro ore; raramente durano oltre le otto ore.
- Se persistono o si presentano oltre le 24 ore, o se compare febbre è indicato consultare il medico.

6.4 Mi hanno detto che non devo più fare altri esami. Perché non mi fate altri controlli fra un po' di tempo?

- Il Programma di screening è organizzato in questo modo perché si è visto che facendo una sola sigmoidoscopia a 58 / 60 anni è possibile ottenere una forte riduzione del rischio di sviluppare un tumore dell'intestino.
- Se non si sono sviluppati polipi fino a questa età probabilmente non si ha predisposizione a sviluppare polipi neppure in futuro

6.5 Mi mandate un'altra lettera (come per il pap-test)?

- No, se quando ha fatto la sigmoidoscopia non le hanno trovato niente non le manderemo un'altra lettera

6.6 Se non mi avete trovato niente sono sicuro al 100% di non avere il tumore del colon?

- La sigmoidoscopia è un esame molto efficace per trovare ma soprattutto per prevenire i tumori dell'intestino. Infatti permette di togliere i polipi prima che diventino tumori. Come ogni altro esame, però, non può dare una protezione assoluta.
- Qualche volta può non trovare polipi molto piccoli, che sono comunque a basso rischio. Inoltre non esamina tutto il grosso intestino e quindi non individua le lesioni localizzate nel tratto superiore (vedi figura 1).
- Polipi e cancri possono svilupparsi nel tratto esplorato dopo aver fatto l'esame, anche se questo succede raramente
- Per questi motivi è importante andare dal proprio medico se si notano sangue nelle feci o dei disturbi intestinali di lunga durata

Osservazioni per l'operatore: la protezione offerta dalla sigmoidoscopia, vedi 3.18

6.7 Sono donatore, posso donare il sangue dopo l'esame?

- No, in base ad un decreto del Ministero della Salute, lei potrà ricominciare a donare il sangue un anno dopo la sigmoidoscopia

Osservazioni per l'operatore

- Ci si riferisce al Decreto del Ministro della Sanità del 26.01.01.
- Si tratta di una misura precauzionale, perché, con le tecniche di disinfezione utilizzate per gli strumenti endoscopici, il rischio di infezioni è praticamente nullo

7. HO FATTO LA SIGMOIDOSCOPIA: MI AVETE TOLTO UN POLIPO

7.1 Se trovate un polipo lo togliete subito?

- lo valuterà il medico durante l'esame. Il fatto di toglierli subito o no può dipendere dall'aspetto, dalle dimensioni, dalla posizione, dal numero dei polipi, da eventuali terapie che lei sta facendo e da altri fattori ancora.
- In base a quello che vedrà, il medico le proporrà di togliere subito il polipo o di rimandare. Lei potrà fare allora al medico tutte domande che le interessano

7.2 Questo polipo lo fate analizzare?

- Sì, al laboratorio di Anatomia-patologica

7.3 Dovrò ripetere la sigmoidoscopia?

- Dipende dal tipo di polipo: in alcuni casi è necessario fare una colonscopia per escludere la presenza di altri polipi nel resto del colon (vedi sezione 8). Potrebbe anche essere necessario fare dei controlli periodici.
- In altri casi non sono necessari controlli, né subito, né negli anni successivi, perché è molto raro che si sviluppino altri polipi o un tumore
- Ricordi comunque di rivolgersi al suo medico se dovesse notare sangue nelle feci o disturbi intestinali di lunga durata

7.4 Dopo quanto tempo dovrò fare degli eventuali esami di controllo?

- La frequenza degli eventuali esami di controllo verrà decisa dal medico, in base alle caratteristiche del polipo.

7.5 I polipi possono ricrescere?

- Non nello stesso punto in cui sono stati tolti, ma possono nascere di nuovi in altri posti.
- Se non sono stati trovati polipi nel retto o nel sigma, o se si trattava di polipi a basso rischio, è molto raro che si sviluppino altri polipi in questa parte dell'intestino

Osservazioni per l'operatore: la sorveglianza endoscopica

Le indicazioni alla sorveglianza endoscopica dopo l'asportazione di un polipo sono modulate in funzione del rischio di sviluppare un nuovo polipo o un cancro negli anni successivi. Questo rischio dipende dal numero e dalle caratteristiche dei polipi trovati all'esame di screening. Riportiamo qui di seguito lo schema di sorveglianza raccomandato dal Ministero (nota 1), sottolineando che è possibile che in alcuni programmi siano usati protocolli diversi.

Ai fini della sorveglianza, i polipi non recuperati dopo l'asportazione, vanno considerati in base al numero e alla grandezza. Trattandosi generalmente di lesioni di piccole dimensioni (inferiori a 10 mm), un follow up può essere indicato solo nei casi in cui i polipi persi siano almeno 3. Se il polipo perso è di dimensioni uguali o superiori a 10 mm, è comunque indicato un follow-up di 3 anni.

- In caso di asportazione di 1 o 2 adenomi di diametro inferiore a 10 mm, il controllo endoscopico non va fatto prima di 5-10 anni ed accettabile anche l'opzione di non ripetere l'esame. La probabilità che si manifesti un cancro in questi casi è molto bassa.
- In caso di asportazione di 3 o più adenomi, oppure di almeno un adenoma di dimensioni superiori a 10mm, o con displasia severa o con componente villosa, il controllo va effettuato dopo 3 anni; se a 3 anni il controllo risulta negativo, quello successivo andrà fatto a distanza di 5 anni.
- In caso di polipo serrato, valgono le modalità di controllo indicate in caso di adenoma
- In caso di incertezza sulla completezza delle polipectomie, a causa del numero elevato di polipi o dell'incompleta pulizia del colon, la colonscopia deve essere ripetuta entro un anno. In caso di polipectomia incompleta di una singola lesione, l'intervallo va valutato caso per caso.
- In caso di polipi iperplastici, non si ritiene opportuno consigliare un controllo endoscopico. Nel caso si riscontri un polipo iperplastico di dimensioni superiori a 10 mm, oppure un certo numero di polipi iperplastici di dimensioni superiori a 20 mm, si consiglia un controllo endoscopico a 5 anni.
- Il carcinoma intramucoso (che non supera cioè la *muscularis mucosae*) viene considerato privo di malignità biologica e non richiede ulteriori trattamenti, ma soltanto controlli analoghi a quelli indicati per gli adenomi ad alto rischio. In accordo con quanto definito dai patologi, i termini "carcinoma intramucoso" e "carcinoma *in situ*" vanno abbandonati e sostituiti con la definizione comune di "displasia ad alto grado".
- In caso di polipi cancerizzati con aree di carcinoma invasivo che superi la *muscularis mucosae* e si estenda alla sottomucosa, vanno trattati come gli adenomi, a patto che siano rispettati i criteri di non invasività elencati nella tabella 3.
- Per i pazienti operati per CCR, il controllo va effettuato a distanza di 6 mesi in caso di indagini preoperatorie incomplete, successivamente a distanza di 3 anni. Se l'esito è negativo, il controllo successivo va fatto a distanza di 5 anni. In caso di neoplasie del retto, il primo controllo va fatto a distanza di un anno dall'intervento chirurgico, per il controllo dell'anastomosi.
- La durata della sorveglianza endoscopica dipende anche dalle condizioni generali del paziente e dalle sue aspettative di vita. In ogni caso, la decisione di interrompere il follow up deve essere condivisa da medico e paziente.

7.6 Quandoandrò di corpo dopo l'esame, potrà uscire del sangue?

- Di solito non dovrebbe uscire del sangue. Ma se capita, il sangue è poco e dopo un po' si ferma, non deve fare niente: è una normale complicità del dopo esame.
- Se invece il sangue è abbondante si rivolga al reparto dove ha fatto l'esame (se è ancora aperto al pubblico) oppure al pronto soccorso

7.7 Posso fare un viaggio dopo la polipectomia?

- Dipende dal tipo di polipo. Ne parli con l'endoscopista e sarà lui a dirle cosa fare.
- In casi rari ci può essere un sanguinamento a distanza di qualche giorno. Per questo, in generale, noi consigliamo aspettare almeno una settimana prima di partire.

7.8 Sono donatore, posso donare il sangue dopo l'esame?

- No, in base ad un decreto del Ministero della Salute, lei potrà ricominciare a donare il sangue un anno dopo la sigmoidoscopia.

7.9 Che cosa sono i polipi?

- I polipi sono delle piccole formazioni che sporgono dalla parete dell'intestino, un po' come il dito di un guanto.

7.10 I polipi sono sempre benigni? Tutti i polipi sono pericolosi?

- Il fatto che un polipo sia benigno dipende dal suo aspetto al microscopio. La maggior parte dei polipi sono benigni, soprattutto quelli più piccoli.
- Alcuni si trasformano in tumori con maggiore frequenza, altri no, o più lentamente
- Quelli che si trovano nello screening, anche se avessero una iniziale trasformazione, si possono curare in modo definitivo togliendoli durante la sigmoidoscopia o la colonscopia.

Osservazioni per l'operatore: polipi o adenomi?

- Polipo è una definizione anatomica, cioè qualunque sporgenza all'interno di un viscere può essere definita *polipo*.
- *Adenoma* è una definizione anatomo-patologica, derivante dall'osservazione al microscopio del tessuto che costituisce il polipo dopo la sua asportazione o biopsia parziale. Infatti i polipi possono essere infiammatori o pseudopolipi, amartomatosi, iperplastici o adenomatosi in base alle loro caratteristiche istologiche.

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Nelle 100 domande abbiamo deciso di parlare sempre di *polipi*, sia nei materiali per utenti che in quelli per operatori.
- A differenza di *adenoma*, *polipo* è un termine generalmente conosciuto dagli utenti e privo di connotazioni minacciose. È anche molto usato dagli operatori e negli opuscoli informativi degli screening.
- In conclusione, dal punto di vista scientifico il termine corretto da usare sarebbe *adenoma* ma abbiamo deciso di usare *polipo*.

7.11 Come mai si formano i polipi? Dipende da quello che mangiamo?

- Qualche volta i polipi si formano per alterazioni genetiche, ma questo succede raramente, nel 2% o 3% dei casi. In queste persone di solito i polipi sono molto numerosi, si sviluppano in età giovanile, e hanno la tendenza a trasformarsi velocemente in tumori.
- In generale, per tutte le persone, possiamo dire che sono le abitudini alimentari e lo stile di vita a influenzare il rischio di sviluppare un tumore dell'intestino. Una vita sedentaria, una dieta ricca di calorie, il sovrappeso e l'obesità aumentano il rischio di ammalarsi, e così anche il consumo frequente di carni rosse, specie se cotte alla brace. Invece l'attività fisica, un'alimentazione ricca di vegetali, fibre non assorbibili, calcio e vitamina D, sembrano avere un effetto protettivo.

Osservazioni per l'operatore: come mai si formano i polipi?

- Gran parte dei tumori del colon-retto derivano dall'evoluzione di un adenoma (polipo neoplastico). Molti dei fattori di rischio associati al cancro influenzano il rischio di sviluppare un adenoma, e la probabilità che tale adenoma possa evolvere verso un cancro invasivo.
- I fattori ambientali che si associano a un aumentato rischio di cancro coloretale sono prevalentemente di natura alimentare. Tra questi, i più documentati sono:
 - il sovrappeso e l'obesità;
 - una dieta ipercalorica;
 - il consumo carni rosse, in particolare quelle cotte alla brace;
- Un'alimentazione ricca di vegetali sembra svolgere un ruolo protettivo, ma le indagini epidemiologiche sull'argomento hanno trovato risultati non del tutto coerenti. La potenziale protezione è stata attribuita al contenuto, nella verdura, di numerosi fattori vitaminici e di fibra non assorbibile. Un'alimentazione ricca di fibre sembra associata ad una riduzione del rischio di malattia, anche se non tutti gli studi condotti in passato avevano evidenziato tale associazione. Elevati livelli di calcio e/o vitamina D hanno un effetto protettivo. Il consumo di frutta non appare invece importante relativamente al rischio di tumore intestinale.
- Più controverso è il ruolo di altri fattori, quali il consumo di bevande alcoliche e di carboidrati raffinati. Il consumo di zuccheri e carboidrati raffinati aumenterebbe il rischio di cancro del colonretto.
- Tra i fattori non legati all'alimentazione, molto controverso è il ruolo del fumo di tabacco, mentre c'è ormai accordo sul fatto che l'attività fisica svolga un ruolo protettivo sul tumore del colon, indipendentemente dal peso corporeo. Per la miglior prevenzione è quindi importante evitare uno stile di vita troppo sedentario. Vari studi hanno rilevato associazioni dirette tra peso corporeo e tumori del colon e, in misura minore, del retto. Non vi è alcun dato consistente sull'eventuale associazione con particolari esposizioni occupazionali.
- Per familiarità e ereditarietà vedi 1.6, 1.7

8. DEVO FARE LA COLONSCOPIA

8.1 Perché devo fare la colonscopia?

- Perché dopo il risultato della sua sigmoidoscopia o delle analisi dei polipi asportati il medico ha ritenuto opportuno fare un approfondimento.
- La colonscopia in genere viene fatto per togliere un polipo più grosso di un cm, oppure per escludere la presenza di altri polipi nel tratto di intestino che non è stato controllato.

Osservazioni per l'operatore

- La colonscopia viene raccomandata a persone con polipi di dimensioni di 1 cm o più, che non possono essere asportati durante la sigmoidoscopia, o a persone con polipi più piccoli, ma con caratteristiche particolari, che più frequentemente sono associate alla presenza di altri polipi in altri segmenti dell'intestino.

8.2 Devo proprio farla subito la colonscopia? Non posso aspettare un po' di tempo, tanto io sto bene...

- No, non è obbligato a fare la colonscopia. Noi però consigliamo l'approfondimento per la sua sicurezza: visto che ha iniziato lo screening, è bene andare fino in fondo.

Osservazioni per l'operatore

- La colonscopia è il test più accurato per individuare adenomi e tumori del colon retto: permette la visione diretta dal colon, l'effettuazione di biopsie e l'asportazione di parte delle lesioni identificate.
- La colonscopia è un esame invasivo con scarsa accettabilità da parte di una popolazione asintomatica. Richiede infatti una preparazione pesante e l'esame stesso può essere disagiata: circa il 10% delle persone non lo completa.
- La colonscopia, però, è essenziale per completare il percorso diagnostico. Dobbiamo infatti considerare che, nella maggior parte dei casi, l'esame è necessario per asportare i polipi visti alla sigmoidoscopia. Inoltre, in caso di sigmoidoscopia positiva, la probabilità di trovare un adenoma avanzato nel colon prossimale⁹ è abbastanza alta, .

La comunicazione: il punto di vista dell'operatore

- Quello che abbiamo detto a proposito del test di 1° livello è valido anche per quello di 2° livello (*vedi 1.1 e 1.2*). Lo screening non è obbligatorio e non lo è neanche l'esame approfondimento. La persona è quindi libera di non completare il percorso diagnostico che aveva intrapreso. E noi operatori dobbiamo essere coscienti di questo.
- Noi però proponiamo l'approfondimento perché lo riteniamo vantaggioso per la persona.
- Abbiamo visto che inondarla di dati o di intimidazioni più o meno mascherate in genere non serve. Funziona di più ascoltare le perplessità di chi ci parla e modulare le proprie risposte di conseguenza. Alcuni di noi trovano utile far riflettere la persona sul fatto che ha già deciso una volta di "iniziare lo screening" e quindi "è bene andare fino in fondo".
- Anche non fare pressioni, lasciare il proprio nome per essere richiamati in un secondo momento aiuta spesso ad instaurare un clima di fiducia e a far "maturare" nel nostro interlocutore le considerazioni fatte nel primo colloquio.

⁹ intestino cieco, colon ascendente, flessura epatica, colon trasverso e flessura splenica

- Anche nel caso della colonscopia il nostro obiettivo è quello di mantenere “una porta aperta” nella relazione con la persona.

8.3 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto la colonscopia con la TAC o quella con la risonanza magnetica (*colonscopia virtuale?*)

- Forse in futuro la colonscopia virtuale potrà essere utilizzata come test di screening. Per il momento, però, non ci sono ancora prove certe che sia adatto a questo scopo. Infatti a volte la colonscopia virtuale non riesce a vedere i polipi piccoli, oppure può non distinguere i polipi dalle feci. Ci sono in corso degli studi proprio per migliorare questo esame.
- La colonscopia virtuale con la TAC può essere utilizzata in sostituzione del clisma a doppio contrasto, in pazienti in cui non è stato possibile completare l'esame del colon con la colonscopia tradizionale.
- Occorre comunque ricordare che se con la colonscopia virtuale vengono evidenziati dei polipi, bisogna comunque fare una colonscopia “normale” per toglierli.

Osservazioni per l'operatore

- La **colonscopia virtuale mediante TAC** a scansione è una tecnica radiologica non invasiva. Permette di visualizzare tutto il colon tramite l'esecuzione di una TAC dell'addome dopo insufflazione di aria nell'intestino.
- Il tempo di esecuzione è in genere inferiore a quello della colonscopia tradizionale. Molti studi hanno evidenziato che la tollerabilità della colonscopia virtuale può essere superiore a quella della colonscopia tradizionale
- Va ricordato anche che la colonscopia virtuale, a differenza della tradizionale, non viene mai effettuata in sedazione. Richiede una preparazione più semplice rispetto a quella utilizzata per la colonscopia tradizionale, ma è anche in questo caso necessario distendere il colon mediante l'insufflazione di aria, procedura che può risultare fastidiosa per il paziente.
- Ha una sensibilità bassa per le lesioni inferiori a 1 cm o piatte. Espone a radiazioni ionizzanti, anche se la dose è minima.
- Nella **colonscopia virtuale mediante Risonanza Magnetica** il colon viene disteso con acqua introdotta per via rettale e poi analizzato con Risonanza Magnetica. Rispetto alla colonscopia mediante TAC a scansione, ha il vantaggio di non utilizzare raggi X. Vi sono ad oggi pochi studi per valutare specificità e sensibilità di questo esame.
- In conclusione entrambi i metodi sono ancora in fase di valutazione e non sostituiscono gli esami di screening proposti.
- La colonscopia con TAC viene ormai sempre più frequentemente utilizzata in sostituzione del clisma a doppio contrasto per effettuare gli approfondimenti necessari in pazienti con colonscopia incompleta perché in questi casi la sua accuratezza è superiore.

8.4 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto la colonscopia con la capsula con la telecamera? (Video Capsula Endoscopica -VCE)

- No, perché questo esame è ancora in fase di sperimentazione. Non si conosce ancora la sua accuratezza nel diagnosticare le lesioni del colon.

Osservazioni per l'operatore

- La VCE è una metodica non invasiva utilizzata per la valutazione delle patologie del piccolo intestino. E' in via di sperimentazione e sviluppo una capsula che permette la visualizzazione delle pareti del colon. Non sono ancora state però standardizzate le modalità di preparazione intestinale e sono in corso studi per valutare l'accuratezza della tecnica nel diagnosticare lesioni del colon.
- Occorre comunque ricordare che se vengono evidenziati dei polipi bisogna comunque fare una colonscopia "normale" per toglierli.

8.5 Non voglio fare la colonscopia. Posso fare al suo posto il clisma opaco?

- No, perché il clisma opaco non permette di vedere direttamente le pareti dell'intestino. Inoltre non dà la possibilità di togliere degli eventuali polipi.
- Occorre anche ricordare che, se col clisma opaco si vede qualcosa, dopo si deve comunque fare una colonscopia

Osservazioni per l'operatore

- Il clisma opaco è un esame da considerare di seconda scelta: non consente l'osservazione diretta della mucosa del grosso intestino e il prelievo di campioni di tessuto. Per questi motivi è possibile che, dopo un clisma opaco a doppio contrasto, si debba poi eseguire una colonscopia. Inoltre il clisma opaco comporta la somministrazione di un mezzo di contrasto e di aria ed espone il paziente a radiazioni ionizzanti, interessando organi particolarmente radiosensibili come il midollo osseo delle ali iliache e le gonadi, soprattutto nel sesso femminile. E' inoltre un esame fastidioso per il paziente, data la necessità di insufflare aria.
- Il clisma opaco a doppio contrasto è comunque dotato di una buona precisione diagnostica nei casi in cui sia necessaria una immagine panoramica dell'addome e del suo contenuto viscerale (ad esempio in caso di colonscopia incompleta)

8.6 Come fanno a fare la colonscopia?

- E' come fare la sigmoidoscopia. Solo che l'esame dura un po' di più perché occorre esaminare tutto il colon, non soltanto l'ultima parte.

Osservazioni per l'operatore¹⁰

- La colonscopia è un esame endoscopico, che permette cioè di guardare l'interno del colon. Lo strumento usato per fare quest'esame è un endoscopio specifico per il colon, chiamato "colonscopio". Perciò l'endoscopia del colon è chiamata "colonscopia".
- Il colon, o grosso intestino, è l'ultimo tratto dell'apparato digerente o gastrointestinale. Il colon inizia dall'intestino cieco (che comunica con l'estremità finale dell'intestino tenue) e termina nel retto e poi nell'ano. Il colon ha l'aspetto di un tubo lungo circa un metro e ha la funzione principale di contenere gli alimenti non assimilati prima che questi vengano espulsi come feci.
- La colonscopia viene fatta da un medico specialista, capace di usare il colonscopio per individuare, e in alcuni casi curare, i problemi del colon.
- Il colonscopio è un tubo lungo, sottile e flessibile che ha in cima una piccola telecamera e una luce. Alcuni strumenti, invece, hanno al loro interno un fascio di fibre ottiche.
- Il colonscopio è abbastanza lungo per permettere di esaminare tutto il colon e perfino una parte dell'intestino tenue. Però non sempre è necessario esaminare tutto il colon¹¹: in alcuni casi è sufficiente esaminare la parte sinistra del colon ("sigma"). La colonscopia limitata alla sola parte sinistra del colon si chiama "sigmoidoscopia".
- Il gastroenterologo, orientando il colonscopio, può esaminare la superficie delle pareti interne del colon con attenzione e in tutta sicurezza. Le immagini sono dettagliate e chiare e possono essere riprodotte su uno schermo televisivo. La colonscopia consente perciò una visione diretta dell'organo in esame ed è molto più precisa di un esame radiologico e ha anche il vantaggio di non esporre il paziente ai raggi X.
- Un altro vantaggio di questo esame è che, attraverso il colonscopio, possono essere fatti passare alcuni strumenti chirurgici, se necessari. Questi strumenti consentono, in maniera assolutamente indolore, di fare biopsie, cioè di prelevare un campione di tessuto da analizzare, o di eliminare piccole lesioni tumorali. In questi casi, la colonscopia contribuisce ad evitare un intervento chirurgico o a stabilire, con maggiore precisione, quale tipo di intervento chirurgico vero e proprio sarà necessario.
- Durante la colonscopia il medico può individuare e fermare eventuali emorragie del colon.
- La colonscopia consente di accertare se sono presenti tumori al colon e rimuovere eventuali polipi. I polipi sono delle escrescenze anormali che si sviluppano sulla parete interna dell'intestino. Essi variano per forma e per dimensioni. Anche se la maggior parte dei polipi è di natura benigna, alcuni di essi possono trasformarsi in un tumore maligno. La sola osservazione di un polipo presente all'interno del colon non permette di stabilire se è benigno, potenzialmente maligno o maligno. Per questo è possibile eliminare i polipi con una tecnica chiamata "polipectomia", cioè asportazione dei polipi. La continua eliminazione dei polipi del colon si è dimostrata efficace nel prevenire la formazione di tumori maligni del colon e del retto.
- Durante l'esame il medico e i suoi assistenti useranno tutte le precauzioni per fare stare il paziente il più comodo possibile. Se necessario somministreranno per via endovenosa un sedativo per farlo rilassare. Il sedativo potrebbe dare una sensazione di assopimento, ma sarà solo una sensazione perché in realtà il paziente rimane abbastanza vigile per poter collaborare.
- Appena il paziente è completamente rilassato il medico esaminerà innanzitutto il retto con un dito protetto da un guanto lubrificato. Successivamente introdurrà con gentilezza nel retto il colonscopio, anche questo lubrificato.

¹⁰ Adattato dal sito dell'AIGO - Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (www.aigo.org accesso per utenti registrati)

¹¹ Nel contesto dello screening l'approfondimento di 2° livello è la colonscopia. La rettosigmoidoscopia è un esame di 1° livello utilizzato da alcuni programmi.

- A mano a mano che lo strumento viene lentamente inserito il paziente può sentire il bisogno di andare di corpo. Per aiutare il colonscopio a entrare, il medico introdurrà un po' di aria: il paziente può allora avvertire qualche spasmo oppure una sensazione di gonfiore. Tuttavia i fastidi, di solito, sono limitati al minimo o completamente assenti.

8.7 E' un esame doloroso? *(programmi che non prevedono la sedazione di routine)*

- È un esame che può essere fastidioso, ma di solito è ben tollerato. Dipende poi molto dalle persone: alcune possono provare un dolore passeggero.
- È fastidiosa la preparazione all'esame.

8.8 Mi danno qualcosa per dormire? Non posso farlo in anestesia?

- Non c'è necessità di una anestesia vera e propria, cioè di farla addormentare, tranne che in casi particolari. Ma prima di fare l'esame le daranno qualcosa perché lei si rilassi.
- Nel caso l'esame fosse doloroso, verrà sospeso e le verrà proposto di ripeterlo in anestesia.

Osservazioni per l'operatore

- Maggiori dettagli sulla sedazione in "La sedazione nella colonscopia di screening", Allegato 9 alle Raccomandazioni del Ministero (nota 1 pag.1).

- La colonscopia è un esame sicuro ma, come tutti gli esami invasivi, può avere delle complicazioni, anche se molto rare.
- In circa due casi su 1000 ci può essere una emorragia: in genere succede quando si toglie un polipo, e l'emorragia viene trattata già durante la colonscopia. In rari casi, può richiedere una trasfusione di sangue o un intervento chirurgico.
- In circa un caso su 1000 ci può essere una perforazione della parete dell'intestino, che può rendere necessario un intervento chirurgico
- In casi rarissimi sono morti dei pazienti, in genere per complicazioni cardiache o respiratorie
- Per questi motivi è importante fare la colonscopia in centri specializzati e con molta esperienza, come quelli degli screening.

Osservazioni per l'operatore

Gli effetti collaterali della colonscopia sono legati a:

- perforazioni: stimate in 0.5 - per 1000 se si tratta di esami diagnostici, 1 per 1000 se si tratta di procedure operative, polipectomia o biopsia;
- emorragie: circa due casi su mille
- complicanze da sedazione: ipoventilazione, crisi cardiorespiratorie, reazioni vaso-vagali, ipotensione;
- decessi, stimati da 1 a 3 per 10.000

La loro quantificazione varia a seconda dei diversi studi

8.10 Quanto tempo dura la colonscopia?

- In genere l'esame richiede circa 20-30 minuti. Complessivamente, per completare tutte le cose da fare (registrazione, svestirsi e rivestirsi), il tempo necessario è di circa un'ora.
- Se le verrà fatta una sedazione, le sarà richiesto di fermarsi per circa mezzora, finché l'effetto dei farmaci non sarà terminato.
- I farmaci utilizzati per la sedazione riducono il livello di attenzione: quindi, se avrà fatto la sedazione, chiedi a qualcuno di accompagnarla per guidare la macchina al ritorno

Osservazioni per l'operatore¹²

- Dopo l'esame, se sarà necessario, il medico e i suoi collaboratori assisteranno il paziente finché si sentirà completamente a posto. Il medico lo informerà sui risultati dell'esame e gli darà le informazioni che lui o il suo accompagnatore desidereranno.
- Specificherà anche quando il paziente potrà riprendere a bere e a mangiare e quando potrà riprendere le sue attività abituali. In alcuni casi possono protrarsi problemi minori, come una sensazione di gonfiore alla pancia, la presenza di gas o leggeri spasmi intestinali. Di solito, questi sintomi spariscono in 3-4 ore; raramente durano oltre le 8 ore.
- Subito dopo l'endoscopia (o circa mezz'ora, se è stato somministrato un sedativo), il paziente potrà tornare a casa. Comunque per il resto del giorno sarà meglio stare a riposo.
- In particolare se è stato dato un sedativo, il paziente dovrà evitare di guidare: è importante perciò informarlo in anticipo che c'è l'eventualità che un parente o un amico debba riaccompagnarlo a casa.

8.11 Quanto è lunga la sonda?

- La sonda ha una lunghezza adeguata al nostro intestino: il medico infatti deve poter vedere le pareti di tutto il colon.
- La sonda misura 130-140 cm e ha un diametro di circa 1 cm, 1cm e mezzo. Ma solitamente il medico riesce a raggiungere il fondo del colon con soli 70 – 80 cm.

Osservazioni per l'operatore

- L'endoscopio misura cm. 130/140 ed ha un diametro di circa cm1/1,5. Ci sono utenti che insistono nel sapere le misure: in questo caso le diamo.
- In realtà la lunghezza del colon aumenta in base alla quantità di aria insufflata. Un endoscopista esperto è in grado di "recuperare" il colon sullo strumento modificando la quantità di aria. In condizioni ottimali si può fare una colonscopia totale utilizzando solo una parte dello strumento.

¹² Adattato dal sito dell'AIGO Associazione Italiana Gastroenterologi & Endoscopisti Ospedalieri (www.aigo.org accesso per utenti registrati)

8.12 Se dovessero trovarmi un polipo lo tolgono sempre subito?

- Generalmente sì. Comunque si tratta di una valutazione che deve fare il medico (l'endoscopista) durante l'esame.
- Il fatto di toglierlo subito o no può dipendere dall'aspetto, dalla grandezza, dalla posizione, dal numero dei polipi, da eventuali terapie che lei sta facendo e da altri fattori ancora.
- In base a quello che vedrà, il medico le proporrà di toglierlo subito o di rimandare. Lei potrà fargli tutte domande che le interessano

8.13 Sono bravi i vostri medici (endoscopisti)?

- I centri che collaborano con gli screening sono tutti centri specialistici con molta esperienza. I programmi di screening prevedono anche un controllo regolare della qualità.

8.14 Posso fare la colonscopia in un ospedale di mia scelta?

- In genere no, perché i programmi di screening scelgono soltanto alcuni centri specializzati e con molta esperienza. Se vuole fare la colonscopia in un centro di sua fiducia lo deve fare con impegnativa del suo MMG.
- In alcuni programmi c'è la possibilità di scegliere fra più centri

8.15 Come si fa la preparazione della colonscopia?

- Bisogna fare una dieta e il giorno prima dell'esame bisogna bere una preparazione salata sciolta in alcuni litri d'acqua con.
- Per fare la preparazione segua attentamente le istruzioni che le darà il programma di screening.

8.16 E' vero che è fastidiosa la preparazione intestinale?

- Sì, può essere fastidiosa, alcune persone la tollerano bene, altre meno.

8.17 E' vero che si devono bere tanti litri d'acqua con un prodotto sgradevole?

- Sì, è vero. Però se lei lo beve freddo può essere più gradevole.
- Può essere un po' fastidioso, ma perché l'esame riesca è necessario pulire bene l'intestino. Altrimenti si può rischiare di dover ripetere l'esame.

8.18 Devo proprio fare una dieta così liquida il giorno precedente l'esame?

- Sì, perché l'esame riesce solo se l'intestino è stato pulito bene.

Osservazioni per l'operatore: la preparazione per la colonscopia

- Abbiamo rilevato alcune differenze fra i diversi centri. Non ci sono studi basati sull'evidenza. Abbiamo dato indicazione di seguire il protocollo concordato con i propri endoscopisti.
- Delle buone istruzioni per la pulizia intestinale dovrebbero anche specificare quali sono le scorie e le note per i diabetici.
- Riteniamo che questo campo richieda degli approfondimenti ad hoc in seno allo specifico gruppo di lavoro del GISCoR