

**PROSPETTO INFORMATIVO PER PAZIENTI CANDIDATI ALLA POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA
IN CORSO DI COLONSCOPIA**

Consegnato il ____/____/____ al/alla paziente _____

Gentile paziente, nel suo colon si trovano o si possono trovare uno o più polipi. Questo foglio le spiega cosa essi siano, perché venga consigliato rimuoverli, con quali tecniche ciò possa essere realizzato e quali siano i rischi connessi alla scelta di non rimuovere i polipi, o alla scelta della metodica con cui rimuoverli.

Cosa è un polipo.

Un polipo è il risultato di una crescita abnorme di cellule del rivestimento interno (c.d. mucosa) del colon. Essi si presentano di solito come irregolarità della superficie interna del colon, cioè come escrescenze di dimensioni variabili da pochi mm a diversi centimetri (a titolo esemplificativo possono somigliare quindi alla capocchia di uno spillo o a un piccolo cavolfiore).

Cosa comporta essere portatore di un polipo del colon.

La grande maggioranza dei polipi sono di natura benigna; essi possono, con il tempo, crescere di dimensioni e le cellule che li compongono possono assumere caratteristiche di anormalità progressivamente maggiori e anche trasformarsi in cellule maligne, cioè dare vita ad un cancro (tumore maligno). Il rischio che un polipo si trasformi in cancro varia in relazione a tre fattori: le sue dimensioni (rischio di cancro: 0,5% nei polipi di dimensioni al di sotto di 1 cm, 4,6% tra 1 e 2 cm e 10,8% oltre 2 cm); il tipo di istologia (rischio di cancro del 2,8% se il polipo è solo tubulare, dell'8,4% se tubulo-villoso, del 9,5% se villosa); e il grado di displasia (tra 0,3% e 42% se lieve, tra 2% e 50% se moderata, tra 27 e 48% se severa). Queste percentuali spiegano perché vi è indicazione alla rimozione dei polipi: se lasciati in loco possono evolvere, nel corso del tempo, e con velocità variabile, in cancro.

Rimozione dei polipi.

Può essere effettuata in due modi: attraverso un intervento chirurgico o attraverso un esame endoscopico durante il quale si effettua dall'interno del colon stesso la rimozione del polipo, cioè la polipectomia endoscopica.

Quando è possibile effettuare la polipectomia.

In generale essa è indicata ogni qualvolta il polipo ha delle caratteristiche che lascino pensare che esso possa essere asportato interamente e ciò dipende dalla sua forma e dalle sue dimensioni.

Quando non è possibile effettuare la polipectomia.

La polipectomia non è indicata - salvo singole eccezioni - quando non si ha la certezza di potere asportare interamente il polipo o quando il rischio di complicanze dovute alla polipectomia è così elevato che la tecnica chirurgica presenta rischio paragonabile o inferiore.

Come scegliere tra intervento chirurgico e polipectomia.

La scelta che viene consigliata dal medico è generalmente basata su due fattori: la possibilità di eseguire una rimozione completa del polipo ed il rischio della procedura. In generale la possibilità di complicanze è molto maggiore (di circa 5-10 volte) con l'intervento chirurgico che con la polipectomia; infatti i rischi dell'intervento chirurgico sono dovuti a due fattori: il primo è quello connesso con la tecnica dell'intervento in sé, l'altro al rischio dell'anestesia; quest'ultimo è maggiore nei pazienti di età avanzata e in tutti coloro che soffrono di malattie croniche (ad esempio, ma non solo, malattie dell'apparato respiratorio, del cuore o diabete). Talvolta il rischio della polipectomia si avvicina a quello dell'intervento chirurgico: le preferenze personali del paziente assumono allora un peso preminente nella scelta della tecnica da adoperare per la rimozione dei polipi.

Quali sono i rischi della polipectomia.

In corso di polipectomia possono verificarsi alcune complicanze, con una frequenza complessiva di circa 1 caso ogni 50 procedure; va sottolineato che non esiste la possibilità di eliminare il rischio che esse si verifichino, e che non è possibile prevedere, sul singolo paziente, se questi ne sarà affetto. Per fortuna la maggior parte delle complicanze è lieve e controllabile, ma è possibile che per controllare le complicanze si debba ricorrere ad intervento chirurgico e/o a trasfusione. Sono stati descritti, anche se molto raramente, decessi.

Perforazione: come nel corso della colonscopia diagnostica e anche per effetto della polipectomia stessa è possibile che si formi una comunicazione tra il lume (cioè l'interno) del colon ed il peritoneo: tale evenienza è detta perforazione e può generare vari problemi, dal semplice, modesto dolore addominale alla peritonite con rischio della vita. La frequenza con cui essa si verifica è di circa 1 caso ogni 300 polipectomie.

Emorragia: si verifica precocemente, dal punto ove viene rimosso il polipo, durante le prime ore dopo la polipectomia, o tardivamente, cioè nei giorni successivi alla polipectomia anche quando a seguito di questa non si sia verificato un sanguinamento precoce. L'emorragia precoce si verifica in 1 paziente ogni 60

circa sottoposti a polipectomia, mentre quella tardiva, che si verifica tra 1 e 20 giorni circa dopo la polipectomia, in 1 paziente ogni 50. La possibilità che si verifichi un sanguinamento tardivo è maggiore nei pazienti ipertesi e in relazione alle dimensioni del polipo (se polipi meno di 1 cm possibilità pari 1 ogni 250 pazienti, se tra polipo 1 e 2 cm in 1 ogni 50 pazienti, se polipo tra 2 e 3 cm in uno ogni 25 pazienti e se polipo oltre 3 cm in 1 ogni 20 pazienti circa). Il rischio ovviamente aumenta proporzionalmente con il numero dei polipi asportati.

Sindrome da coagulazione post-polipectomia: è causata dalla tecnica stessa della polipectomia e si presenta tra 1 e 5 giorni dopo la procedura con una combinazione variabile di febbre, dolore addominale, segni di iniziale peritonite; la sua frequenza è di circa 1 caso ogni 100-200 pazienti.

Complicanze rare: alcune complicanze sono considerate rare, cioè con frequenza orientativamente minore di un caso ogni 300 procedure; per completezza di esposizione si citano le meno rare: batteriemia, ascesso retroperitoneale, enfisema sottocutaneo, impossibilità a recuperare alcune componenti dell'equipaggiamento necessario alla polipectomia stessa.

Morte: nonostante la frequenza relativamente elevata di complicanze, esse molto raramente portano a morte il paziente; i dati sulle polipectomie sono largamente incompleti, mentre per quanto riguarda la colonscopia viene considerata attendibile una stima di 1 caso ogni 15.000 procedure circa.

Come prevenire e controllare le complicanze.

Non è possibile prevenire le complicanze. Si può comunque ridurre il rischio di effettuare procedure in pazienti il cui sangue coagula male, o a causa di difetti dei meccanismi di coagulazione propri del paziente, o a causa dell'assunzione di farmaci che riducono l'efficienza della coagulazione stessa (ad esempio anticoagulanti orali come la warfarina o i nuovi anticoagulanti orali - cosiddetti NAO - o per via sottocutanea come l'eparina, o antiaggreganti piastrinici come la ticlopidina o il clopidogrel). Per tale ragione si chiede al paziente di:

- produrre esami del sangue recenti (due settimane al massimo): emocromo e attività di protrombina;
- sospendere alcuni giorni prima (in misura variabile a secondo della medicina utilizzata) i farmaci che riducono l'efficienza della coagulazione (ad esempio ticlopidina, clopidogrel, eparina ed eparinoidi in genere, anticoagulanti orali come Coumadin, Xarelto e simili..) e di riassumerli il più tardi possibile, compatibilmente con le esigenze del soggetto (***su tale aspetto si deve esprimere il medico che ha prescritto il farmaco tenendo in considerazione le vigenti linee guida***);
- essere accompagnato da persona munita di automobile che si faccia carico dell'assistenza al/alla paziente nelle ore successive all'esame.

Il controllo delle complicanze è tanto più efficace quanto più precocemente si interviene. Per tale motivo nelle ore successive alla polipectomia il paziente rimane presso l'ospedale, e alla dimissione riceve istruzioni per riconoscere il prima possibile le eventuali complicanze e presentarsi senza inutili e pericolosi ritardi nel Pronto Soccorso dell'Ospedale più vicino.

Fonte dei dati: Domintz et al, Gastrointestinal Endoscopy 2003; Watabe et al Gastrointestinal Endoscopy 2003; Itzkowitz SH in Sleisenger and Fordtran VII ed. 2002; Fatima et al, Gastroint Endoscopy Clin North Am 2007; Fisher et al. Gastroint. End. Volume 74, No. 4 : 2011; Reumkens et al American Journal of Gastroenterology 2016: 111(8): p 1092-1101.

Ultima revisione: gennaio 2023 **a cura di**: Dott. V. Peri