

Colonscopia

Requisiti di qualità da inserire nel referto

** Fa parte delle Performance Measures dell'European Society of Gastrointestinal Endoscopy [1]

Indicazioni all'esame

- **Gli esami fatti per una corretta indicazione sono associati ad una resa diagnostica più alta per neoplasie o per altre lesioni importanti

Specificare se eseguito per sintomi e quali (es. rettorragia, turbe dell'alvo, importante dimagrimento, algie addominali...), per screening (opportunistico per età, in base a FOBT o FIT positivi, per storia familiare) o per sorveglianza secondo linee guida

Strumento e accessori utilizzati

- Se disponibili, incollare nel referto le etichette adesive della confezione

**Tipo di
monitoraggio e
(se effettuata)
tipo di
sedazione**

- Specificare, es. pulsiossimetro, ECG

Se possibile specificare i farmaci usati e i loro dosaggi.

Opportuno riportare che il paziente sottoposto a sedazione non potrà guidare nelle 12 ore successive. Per la legge è come essere in stato di "ebbrezza". Attenzione anche nell'uso di macchinari che possono provocare danni alla persona

**Completamento
della procedura**

- ** Intubazione del cieco

Specificare di avere raggiunto il fondo del cieco e allegare una foto del forame appendicolare

**Tempo di
retrazione**

- **Tempo impiegato per fare la retrazione, da quando si lascia il cieco a quando si estrae lo strumento dall'ano

Alla fine della descrizione della procedura riportare il tempo di retrazione in minuti

Morfologia dei polipi

- ** Si consiglia di usare la classificazione di Parigi per la morfologia [2,3], e una classificazione per la tipizzazione istologica, es. NICE [2,3].

Grado di pulizia del colon

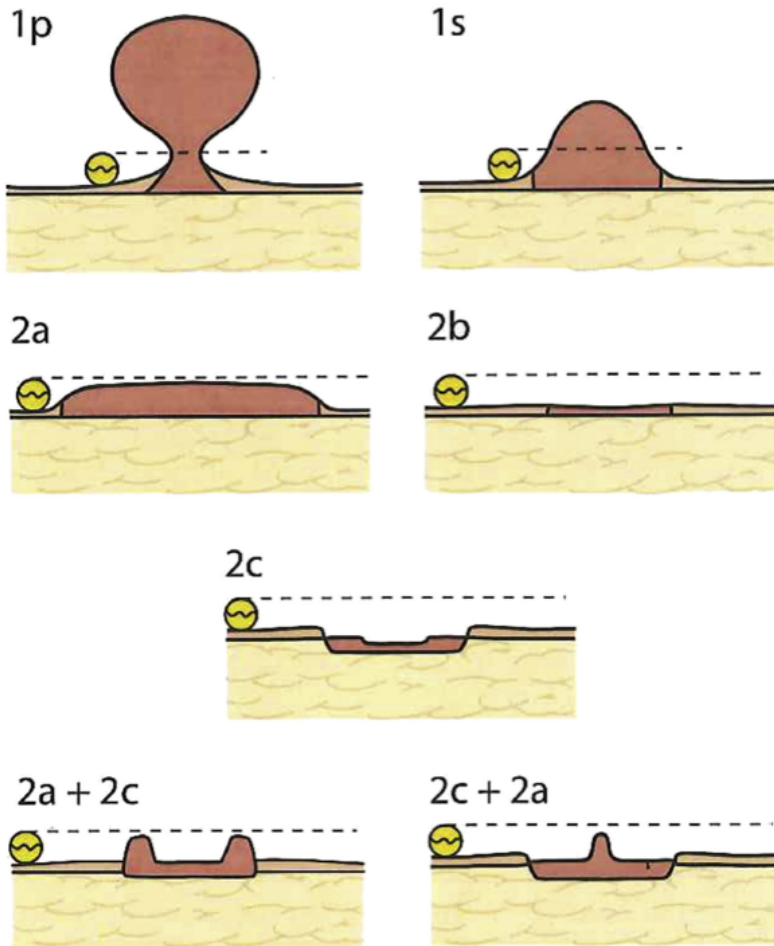
- ** Riportare alla fine della descrizione della procedura il grado di pulizia del colon usando una scala validata (es. Boston Bowel Preparation Scale) [4], e in base al punteggio specificare se adeguata o inadeguata per una corretta esplorazione

In base al raggiungimento del cieco e al grado di pulizia del colon

- In base al raggiungimento del cieco e al grado di pulizia del viscere riportare la dicitura: esame completo/non completo; pulizia adeguata/non adeguata; esame diagnostico/non diagnostico

Descrizione della morfologia dei polipi

Paris classification



La classificazione di Parigi

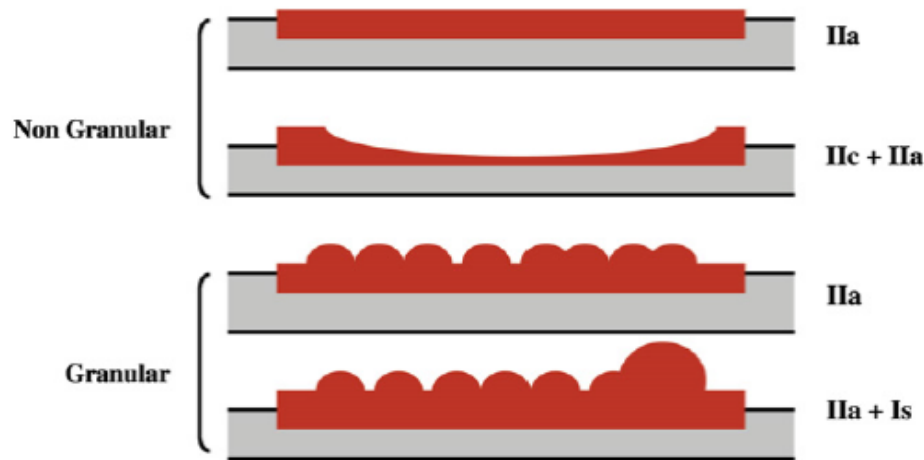
Si assume che la pinza da biopsia abbia un diametro di 2.5 mm.

Le lesioni di tipo 1 di Parigi sono polipi.

Le lesioni di tipo 2 sono lesioni piane e depresse (non-polipoidi).

I tipi 2a e 2b sono piatti, il tipo 2c e relative varianti sono depresse.

Lateral spreading tumor (LST)



La classificazione degli LST

Si definiscono LST lesioni con diametro $\geq 10\text{mm}$ che hanno una crescita laterale superficiale (invece di crescita verso l'alto o verso il basso), quindi lesioni appena rilevate e/o sessili (Parigi Is e IIa).

Gli LST si differenziano ulteriormente in base alla morfologia della superficie, come descritto da Kudo (non confondere questa classificazione con quella relative ai pit-pattern):

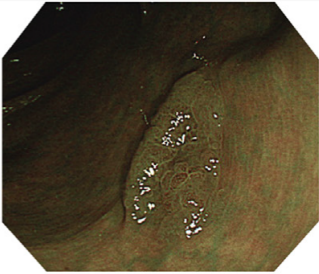
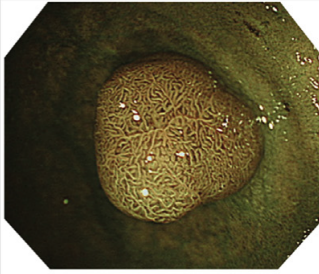
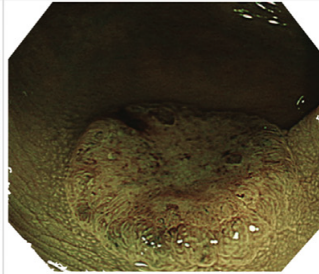
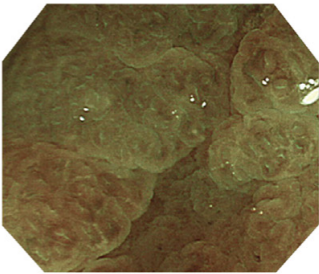
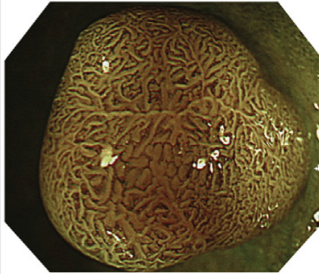
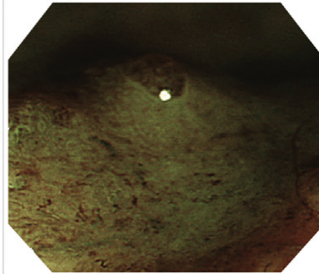
- granulari (LST-G), che comprendono gli omogenei (LST-H) e i misti nodulari (LSTG-NM)
- non-granulari (LST-NG) che comprendono quelli piatti/elevati (LST-NG-FE) e pseudo-depressi (LST-NG-PD)

TABLE 2. Subtypes of LST lesions: morphologic classification of LST lesions and their correspondence in the Paris-Japanese classification*

Subtypes of LST	Classification in type 0
LST granular	
Homogenous type	0-IIa
Nodular mixed type	0-IIa, 0-Is + IIa, 0-IIa + Is
LST nongranular	
Elevated type	0-IIa
Pseudodepressed type	0-IIa + IIc, 0-IIc + IIa

*The term "laterally spreading type (LST)" refers to the lateral growth of lesions at least 10 mm in diameter; this is in opposition to traditional polypoid (upward growth) or flat and depressed lesions (downward growth).

NICE classification (NBI Colorectal Endoscopic Classification)

	Type 1	Type 2	Type 3
Color	Same or lighter than background	Browner relative to background (verify color arises from vessels)	Brown to dark brown relative to background; sometimes patchy whiter areas
Vessels	None, or isolated lacy vessels coursing across the lesion	Brown vessels surrounding white structures**	Has area(s) of disrupted or missing vessels
Surface Pattern	Dark or white spots of uniform size, or homogeneous absence of pattern	Oval, tubular or branched white structure surrounded by brown vessels**	Amorphous or absent surface pattern
Most likely pathology	Hyperplastic	Adenoma***	Deep submucosal invasive cancer
Examples			
			

La classificazione NICE

Si usa l'NBI e non è necessaria la magnificazione.

** Queste strutture (regolari o irregolari) rappresentano gli avvallamenti e l'epitelio degli orifici delle cripte.

*** Il tipo 2 identifica gli adenomi con displasia (basso/alto grado o carcinoma non invasivo). È ulteriormente suddivisa in Type 2A e Type 2B-low e 2B-high. La presenza di displasia di altro grado o di carcinoma non invasivo è suggerita dalla disposizione irregolare dei vasi o della superficie della lesione, spesso associate ad atipia (es. area depressa).

References

1. Kaminski MF, Thomas-Gibson S, Bugajski M, et al. Performance measures for lower gastrointestinal endoscopy: a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Quality Improvement Initiative. *Endoscopy* 2017;49:378-397.
2. Kaltenbach T, Anderson JC, Burke CA, et al. Endoscopic Removal of Colorectal Lesions-Recommendations by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2020;158:1095-1129.
3. Shaukat A, Kaltenbach T, Dominitz JA, et al. Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Gastroenterology* 2020;159:1916-1934.
4. Lai EJ, Calderwood AH, Doros G, et al. The Boston bowel preparation scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy-oriented research. *Gastrointest Endosc* 2009;69(3 Pt 2):620-5.