

# Il referto endoscopico nelle IBD

ASPETTI GENERALI	Contenuti	Target
<b>Consenso informato</b>	Acquisito e archiviato.	
<b>Indicazioni all'esame</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) <i>Sospetta IBD</i></li> <li>2) <i>Ristadiazione IBD non operata</i></li> <li>3) <i>Ristadiazione IBD operata</i></li> <li>4) <i>Screening e sorveglianza rischio neoplasia coloretale.</i></li> </ol>	95% degli esami
<b>Informazioni cliniche</b>	Durata e tipo dei sintomi, in particolare «red-flags»; durata malattia; dati microbiologici; farmaci; viaggi; estensione malattia; complicanze fistolizzanti/stenosanti; pregressa chirurgia; dati imaging.	Importante per il patologo.
<b>Preparazione</b>	Regime e tolleranza.	
<b>Strumento utilizzato</b>	<p>Aspetti tecnici (es. gastroscopio o strumento pediatrico per stenosi).</p> <p>Aspetti tecnologici: alta definizione, cromoendoscopia con colorante o virtuale, intelligenza artificiale. CO2.</p>	<p>Alta definizione in almeno il 90% delle colonscopie di sorveglianza.</p> <p>Cromoendoscopia in almeno il 70% delle colonscopie di sorveglianza.</p>
<b>Sedazione</b>	Schema terapeutico e tolleranza.	
<b>Monitoraggio</b>	Es. pulsossimetro	

# Il referto endoscopico nelle IBD

RISULTATI	Contenuti	Target
<b>Pulizia intestinale</b>	Secondo <b>scale validate</b> (es. BBPS)	Tasso di pulizia riportato in almeno il 90% degli esami.
<b>Completezza dell'esame</b>	A seconda dell'indicazione: ileo terminale; pancolonscopia; rettosigmoidoscopia. Attenzione a: retroversione nel retto; canale anale; esplorazione rettale; tipo di anastomosi. Pouchscopia: ileo pre-pouch, corpo della pouch, anastomosi ano-pouch, cuffia. <b>(vd toolkit pouch pubblicato su sito AIGO)</b>	Fotodocumentazione in almeno il 90% degli esami.  Nella sospetta IBD, intubazione ileale in almeno l'80% delle volte.
<b>Protocollo bioptico adeguato</b>	<b>Dipende dall'indicazione all'esame</b> Il referto deve indicare la sede e il tipo (random o mirato-targeted) delle biopsie per una corretta correlazione tra dato endoscopico e istologico.	Il numero di biopsie deve essere <b>adeguato</b> in almeno l'80% degli esami.

# Il referto endoscopico nelle IBD

RISULTATI	Contenuti	Target
<p><b>Descrizione reperti endoscopici:</b>  <b><i>attività endoscopica di malattia</i></b></p>	<p>Il quadro endoscopico, normale o di malattia quiescente o di malattia attiva, deve essere descrittivo e dettagliato, utilizzando sia nomenclatura e definizioni corrette sia <b>score</b> validati, precisando il segmento intestinale coinvolto.</p> <p>Descrivere separatamente anche aree specifiche quali valvola ileociecale e regione anorettale.</p>	<p>Fotodocumentazione delle lesioni in almeno il 90% degli esami.</p> <p><b>Score</b> utilizzati in almeno il 90% degli esami:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>attività CU</i> = MES, UCEIS, PiCASSO;</li> <li>- <i>attività pouchite</i> = PDAI;</li> <li>- <i>attività Crohn</i> = SES-CD, CDEIS;</li> <li>- <i>Crohn operato con anastomosi ileocolica</i> = Rutgeerts, R. modif.</li> </ul>
<p><b>Descrizione reperti endoscopici:</b>  <b><i>lesioni polipoidi e non polipoidi</i></b></p>	<p><b>Regola delle “5 S”:</b></p> <p>Site;</p> <p>Size [rispetto a pinza biottica];</p> <p>Shape [secondo classificazione di Parigi modificata];</p> <p>Surface [classificazioni Kudo, KUDO-IBD, FACILE];</p> <p>Surrounding [attività mucosa o mucosa normale] .</p>	<p>Fotodocumentazione delle lesioni in almeno il 90% degli esami.</p>

# Il referto endoscopico nelle IBD

RISULTATI	Contenuti	Target
<b>Descrizione reperti endoscopici:</b> <b><i>complicanze intestinali</i></b>	<p><b>Restringimenti (=valicabili):</b> sede, lunghezza, attività endoscopica di malattia, sospetti orifizi fistolosi limitrofi, biopsie.</p> <p><b>Stenosi (= non valicabile):</b> sede, lume residuo, attività endoscopica di malattia, sospetti orifizi fistolosi limitrofi, biopsie, trattamento endoscopico (dilatazione, stritturotomia, stent)</p> <p><b>Fistole (orifizio interno):</b> sede, diametro, secrezioni, attività mucosa circostante, stenosi limitrofe.</p> <p><b>Lesione sospetta neoplastica sottoposta a resezione endoscopica:</b> sede, dimensione, classificazione morfologica, biopsie/resezione, tecnica di resezione (polipectomia/EMR/ESD), tatuaggio.</p>	Fotodocumentazione delle lesioni in almeno il 90% degli esami.
CONCLUSIONI	Contenuti	Target
<b>Conclusioni</b>	Giudizio clinico ed ev. indicazioni di follow-up	

# Bibliografia

- Dekker et al. [Performance measures for colonoscopy in inflammatory bowel disease patients: European Society of Gastrointestinal Endoscopy \(ESGE\) Quality Improvement Initiative](#). Endoscopy. 2022;54:904-915.
- Adamina M et al. [ECCO Topical Review Optimising Reporting in Surgery, Endoscopy, and Histopathology](#). J Crohns Colitis. 2021;15:1089-1105.
- Magro F et al. [ECCO Position Paper: Harmonization of the Approach to Ulcerative Colitis Histopathology](#). J Crohns Colitis. 2020;14:1503-1511.
- Kaltenbach TR et al. [Optimizing the quality of endoscopy in inflammatory bowel disease: focus on surveillance and management of colorectal dysplasia using interactive image- and video-based teaching](#). Gastrointest Endosc. 2017;86:1107-1117.
- Devlin SM et al. [Advances in the Endoscopic Assessment of Inflammatory Bowel Diseases: Cooperation between Endoscopic and Pathologic Evaluations](#). Inflamm Bowel Dis. 2016;22:1418-24.
- Villanacci V et al. [Histopathology of inflammatory bowel disease - Position statement of the Pathologists of the Italian Group for the Study of Inflammatory Bowel Disease \(IG-IBD\) and Italian Group of Gastrointestinal Pathologists \(GIPAD-SIAPEC\)](#). Dig Liver Dis. 2020;52:262-267
- Lamb CA et al. [British Society of Gastroenterology consensus guidelines on the management of inflammatory bowel disease in adults](#). Gut. 2019;68(Suppl 3):s1-s106.
- Sturm A et al. [ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: IBD scores and general principles and technical aspects](#). J Crohns Colitis. 2019;13:273-284.
- Maaser C et al. [ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of known IBD, detection of complications](#). J Crohns Colitis. 2019;13:144-164.
- Magro F et al. [Third European Evidence-based Consensus on Diagnosis and Management of Ulcerative Colitis. Part 1: Definitions, Diagnosis, Extra-intestinal Manifestations, Pregnancy, Cancer Surveillance, Surgery, and Ileo-anal Pouch Disorders](#). J Crohns Colitis. 2017 ;11:649-670.
- Gomollon F et al. [3rd European Evidence-based Consensus on the Diagnosis and Management of Crohn's Disease 2016: Part 1: Diagnosis and Medical Management](#). J Crohns Colitis. 2017;11:3-25.
- Magro F et al. [European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease](#). J Crohns Colitis. 2013;7:827-51.
- [Sharaf et al. ASGE Standards of Practice Committee. Endoscopic mucosal tissue sampling](#). Gastrointest Endosc. 2013;78:216-24.
- Cassinotti et al. [Endoscopic characterization of neoplastic and non-neoplastic lesions in inflammatory bowel disease: systematic review in the era of advanced endoscopic imaging](#). Therap Adv Gastroenterol. 2023;16:17562848231208667