

NAZWA I WSKAZANIA DO KOLONOSKOPII

Kolonoskopia jest badaniem endoskopowym polegającym na wprowadzeniu przez odbył giętkiego aparatu (kolonoskopu) wyposażonego w tor wizyjny i kanał roboczy, umożliwiającego bezpośrednią ocenę błony śluzowej całego jelita grubego – od odbytnicy do kątnicy, a w uzasadnionych przypadkach również końcowego odcinka jelita krętego. Badanie pozwala na identyfikację zmian zapalnych, owrzodzeń, polipów, uchyłków, zmian naczyniowych oraz zmian nowotworowych. W trakcie kolonoskopii możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego, usunięcie polipów (polipektomia), tamowanie krwawienia czy poszerzanie zwężeń.

Rektoskopia jest badaniem endoskopowym obejmującym ocenę końcowego odcinka jelita grubego – odbytnicy (a w niektórych przypadkach także końcowej części esicy). Polega na wprowadzeniu przez odbył krótszego wziernika (rektoskopu), co umożliwi ocenę błony śluzowej tej okolicy, rozpoznanie zmian zapalnych, krwawiących, guzów, hemoroidów czy innych patologii. Również w trakcie rektoskopii możliwe jest pobranie wycinków do badania histopatologicznego.

Proponowana procedura diagnostyczna pozwoli na wykluczenie podejrzenia zmian chorobowych lub na ich precyzyjne rozpoznanie, określenie charakteru (np. zapalnego, rozrostowego, nowotworowego) oraz zakresu zaawansowania. Badanie może mieć charakter wyłącznie diagnostyczny (ustalenie rozpoznania) albo diagnostyczno-terapeutyczny, gdy w trakcie jego trwania zostaną podjęte działania lecznicze.

Wskazania diagnostyczne do kolonoskopii / rektoskopii obejmują w szczególności:

- podejrzenie krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego (jawnego lub utajonego), w tym obecność krwi w stolcu lub niedokrwistość z niedoboru żelaza o nieustalonej etiologii,
- podejrzenie nieswoistych chorób zapalnych jelit (wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, choroby Leśniowskiego i Crohna),
- nieprawidłowy wynik badań obrazowych (np. badania radiologicznego, TK, MR) sugerujący obecność zmiany organicznej w jelicie grubym,
- przewlekła lub nawracająca biegunka o niejasnej przyczynie,
- podejrzenie zespołów złego wchłaniania lub innych zaburzeń czynnościowych wymagających diagnostyki różnicowej,
- niezamierzona, niewyjaśniona utrata masy ciała,
- zmiana rytmu wypróżnień (naprzemienne zaparcia i biegunki, nowo powstałe zaparcia),
- podejrzenie procesu nowotworowego jelita grubego,
- przewlekłe, niewyjaśnione dolegliwości bólowe jamy brzusznej,
- wyczuwalny palpacyjnie opór w jamie brzusznej lub w badaniu per rectum,
- dodatni wynik testu na krew utajoną w stolcu lub badanie przesiewowe w kierunku raka jelita grubego (zgodnie z obowiązującymi zaleceniami).

Wskazania terapeutyczne do kolonoskopii obejmują:

- endoskopowe usuwanie polipów jelita grubego (polipektomia, mukozektomia),
- endoskopowe tamowanie krwawienia (hemostaza) w przebiegu malformacji naczyniowych, owrzodzeń, zmian nowotworowych lub po zabiegach,
- usuwanie ciał obcych z jelita grubego,
- poszerzanie zwężeń (dylatacja) w przebiegu zmian zapalnych, pooperacyjnych lub nowotworowych,
- odbarczenie jelita w przebiegu toksycznego rozdęcia okrężnicy (megacolon toxicum),

inne procedury interwencyjne wykonywane w zależności od stwierdzonej patologii.

PRZEBIEG KOLONOSKOPII oraz zachowania przed, w trakcie i po jej wykonaniu

1. Przygotowanie do badania

Warunkiem uzyskania wiarygodnego wyniku kolonoskopii jest prawidłowe oczyszczenie jelita grubego. Pacjent zobowiązany jest do zastosowania się do szczegółowych zaleceń przekazanych przez lekarza lub pielęgniarkę, obejmujących:

- stosowanie odpowiedniej diety (najczęściej dieta ubogoreszkowa na kilka dni przed badaniem, a w dniu poprzedzającym – dieta płynna),
- przyjęcie preparatu przeczyszczającego zgodnie z ustalonym schematem,
- ewentualną modyfikację przyjmowanych leków (np. leków przeciwkrzepliwych, przeciwplateletowych, insulinoterapii) po uprzedniej konsultacji z lekarzem,
- pozostanie na czczo w dniu badania – zgodnie z otrzymanymi instrukcjami.

Nieprawidłowe przygotowanie jelita może uniemożliwić lub obniżyć wartość diagnostyczną badania, a w niektórych przypadkach wymagać jego powtórzenia.

Tydzień przed badaniem

W tym czasie należy przejść na dietę lekkostrawną, choć nie musi być ona jeszcze rygorystycznie przestrzegana. Warto natomiast zmniejszać porcję jedzenia, by w kolejnych dniach było trochę łatwiej. Konieczne jest przerwanie przyjmowania żelaza. Pacjenci, którzy stosują na co dzień leki zaburzające krzepnięcie krwi, powinni skonsultować się z lekarzem, w celu ewentualnej modyfikacji leczenia. Bardzo ważne jest powstrzymanie się od przyjmowania pieczywa z ziarnami, owoców pestkowych (np. winogron, pomidorów, kiwi, truskawek) oraz nasion siemienia lnianego, maku i sezamu. Nasiona i pestki mogą ponad tydzień zalegać w przewodzie pokarmowym i znacznie utrudniać lub uniemożliwiać badanie.

3-4 dni przed badaniem

W tym czasie należy wykluczyć z jadłospisu następujące pokarmy:

- surowe warzywa i owoce z drobnymi pestkami, zwłaszcza pomidory, ogórki, maliny, truskawki, porzeczki, kiwi,

winogrona i figi,

- siemię lniane,
- czerwone buraki, gdyż ich intensywny kolor może wpływać na odcień błony śluzowej jelita,
- przetwory z wymienionych warzyw i owoców,
- pieczywo z ziarnami, zwłaszcza ze słonecznikiem oraz makiem.

2 dni przed badaniem

Dwa dni przed badaniem, dieta powinna zostać zmieniona na dietę półpłynną i ubogoresztkową. Jest to rodzaj odżywiania, który jest ubogi w błonnik, czyli rodzaj włókna, którego organizm ludzki nie jest w stanie strawić, zatem odkłada się on w przewodzie pokarmowym. Eliminacja błonnika jest niezbędna przed badaniem, by oczyścić jelita z zalegających w nich pokarmów. Dwa dni przed badaniem wystarczy stosować produkty z listy, omijając te, które są zabronione. Dozwolone są produkty półpłynne jednocześnie z niską zawartością błonnika czyli: białe pieczywo, białe makarony, ryż, bulion warzywny klarowny, gotowane chude mięso, ryby.

Czego nie jeść? Poza wysokobłonnikowym pieczywem czy makaronem, należy unikać również innych produktów: warzyw i owoców, tłustego mięsa i ryb, mleka i przetworów mlecznych, sosów.

Co można pić? Najbardziej wskazana jest zwykła, niegazowana woda. Dwa dni przed kolonoskopią dozwolone są również przecedzone soki (nie czerwone), jasne niegazowane napoje oraz kawa i herbata bez fusów. Należy natomiast unikać soków z miąższem i gazowanych napojów.

Dzień przed badaniem

Śniadanie ma być w formie płynnej (napoje klarowne, soki klarowne bez czerwonego zabarwienia) a najlepiej żeby to była woda. W przypadku głodu można wypić klarowny, przecedzony bez stałych elementów bulion warzywny.

W tym dniu należy bezwzględnie przyjąć preparat przeczyszczający – poniżej znajdują się ogólne zasady przygotowanie np. roztworu Fortransu, ale może to być inny środek zalecony przez lekarza.

- Jedna saszetka preparatu **Fortrans** rozpuszczana jest w **1 litrze wody**.
- Standardowa dawka dla osoby dorosłej wynosi **4 litry roztworu (4 saszetki)** – dokładną ilość ustala lekarz.
- Roztwór należy przygotować bezpośrednio przed spożyciem lub przechowywać w lodówce (poprawia tolerancję smakową).

Schemat przyjmowania – dzień przed badaniem

Schemat klasyczny

- Rozpoczęcie przyjmowania: około godziny 16:00–18:00.
- Spożywać 1 litr roztworu na godzinę (ok. 250 ml co 10–15 minut).
- Całkowita objętość: 3–4 litry.
- Wypróżnienia rozpoczynają się zwykle po 1–2 godzinach od rozpoczęcia picia.
- Ostatnie wypróżnienia powinny mieć charakter jasnej, klarownej treści płynnej, bez resztek kału.

Schemat dzielony (tzw. split dose – preferowany) - uznawany za skuteczniejszy w oczyszczaniu jelita.

- Rozpoczęcie przyjmowania godziny 17:00 – 1 litr roztworu co 1 godzinę – w sumie 3 litry do godz. 20.00
- Około godz. 23.00 przygotować 1 litr roztworu i pić przez około godzinę
- Ostatnie wypróżnienia powinny mieć charakter jasnej, klarownej treści płynnej, bez resztek kału.

W dniu badania

Na cztery godziny przed badaniem, należy przestać przyjmować jakiegokolwiek płyny. Można natomiast ssać landrynki (nie czerwone), które pomogą przetrwać ten ciężki etap przygotowań. Na badanie warto zgłosić się z osobą towarzyszącą, gdyż z powodu osłabienia niewskazane jest samodzielne prowadzenie samochodu.

Po przyjęciu preparatu do oczyszczenia wydalany stolec ma być płynny, przezroczysty bez resztek kałowych.

2. Przebieg badania

Przed rozpoczęciem procedury pacjent układany jest najczęściej na lewym boku, z kończynami dolnymi zgiętymi w stawach kolanowych i biodrowych (pozycja Simsa). W trakcie badania może zaistnieć konieczność zmiany pozycji ciała (na plecy lub prawy bok) w celu ułatwienia przeprowadzenia aparatu przez poszczególne odcinki jelita.

Lekarz wykonujący badanie znajduje się za pacjentem i manipuluje kolonoskopem, jednocześnie kontrolując obraz endoskopowy wyświetlany na monitorze.

Kolonoskopia polega na ostrożnym wprowadzeniu giętkiego kolonoskopu przez odbyt, następnie przez odbytnicę i kolejne odcinki jelita grubego (esicę, okrężnicę zstępującą, poprzeczną i wstępującą) aż do kątnicy, a w uzasadnionych przypadkach również do końcowego odcinka jelita krętego.

Ponieważ prawidłowo opróżnione jelito jest zapadnięte, w trakcie badania do jego światła podawany jest gaz pod kontrolowanym, niewielkim ciśnieniem w celu rozprężenia ścian jelita i umożliwienia dokładnej oceny błony śluzowej. Nadmiar gazu może wydostawać się na zewnątrz – jest to zjawisko naturalne i pacjent nie powinien go powstrzymywać.

W trakcie badania możliwe jest:

- pobranie wycinków błony śluzowej do badania histopatologicznego przy użyciu sterylnych narzędzi wprowadzanych przez kanał roboczy aparatu,
- usunięcie polipów (polipektomia) lub innych drobnych zmian,
- wykonanie innych procedur terapeutycznych, jeśli istnieją wskazania.

Błona śluzowa jelita nie posiada receptorów bólowych w zakresie typowego czucia somatycznego, dlatego pobieranie wycinków oraz usuwanie polipów zwykle nie powoduje bólu. Możliwe jest natomiast odczuwanie uczucia rozpierania, wzdęcia lub przejściowego dyskomfortu związanego z podawaniem gazu i manipulacją aparatem.

Badanie trwa zazwyczaj od około 10 do 25 minut, jednak czas jego trwania jest uzależniony od warunków anatomicznych oraz ewentualnej konieczności wykonania procedur dodatkowych.

Rektoskopia przebiega analogicznie, jednak obejmuje jedynie końcowy odcinek jelita grubego i jest badaniem krótszym oraz technicznie mniej rozległym.

Wszystkie endoskopy są każdorazowo poddawane procesowi mycia i dezynfekcji w specjalistycznych myjniach-dezynfektorach, zgodnie z obowiązującymi procedurami sanitarnymi i epidemiologicznymi.

3. Zachowanie w trakcie badania

W trakcie badania pacjent powinien:

- współpracować z personelem medycznym,
- wykonywać polecenia dotyczące zmiany pozycji ciała,
- informować lekarza o nasilonym bólu, zawrotach głowy lub innych niepokojących objawach.

W uzasadnionych przypadkach badanie może być wykonane w sedacji (krótkotrwałym dożylnym uspokojeniu), zgodnie z odrębną zgodą pacjenta.

4. Postępowanie po badaniu

Po zakończeniu badania pacjent może odczuwać przejściowe wzdęcie lub uczucie pełności w jamie brzusznej, które ustępuje samoistnie po oddaniu gazów.

Jeżeli badanie było wykonane bez sedacji, pacjent może zwykle powrócić do codziennej aktywności bezpośrednio po jego zakończeniu.

W przypadku zastosowania sedacji obowiązuje:

- pozostanie pod obserwacją przez określony czas,
- zakaz prowadzenia pojazdów mechanicznych oraz obsługi urządzeń mechanicznych przez co najmniej 24 godziny,
- konieczność zapewnienia osoby towarzyszącej przy powrocie do domu.

W razie wystąpienia po badaniu silnego bólu brzucha, gorączki, obfitego krwawienia z odbytu, osłabienia lub innych niepokojących objawów należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem lub zgłosić się do najbliższego oddziału ratunkowego.

INFORMACJA O INNYCH DOSTĘPNYCH METODACH LECZENIA

Kolonoskopia pozostaje badaniem referencyjnym w diagnostyce chorób jelita grubego, ponieważ umożliwia bezpośrednią ocenę błony śluzowej, pobranie materiału do badania histopatologicznego oraz jednoczesowe wykonanie procedur terapeutycznych.

Alternatywę diagnostyczną mogą stanowić:

- badania radiologiczne jelita grubego (np. wlew kontrastowy),
- tomografia komputerowa jamy brzusznej, w tym kolonografia TK (tzw. wirtualna kolonoskopia),
- rezonans magnetyczny (MR) w wybranych wskazaniach,
- endoskopia kapsułkowa (stosowana głównie w diagnostyce jelita cienkiego, rzadziej jelita grubego).

Metody te pozwalają na uwidocznienie niektórych zmian strukturalnych, jednak mają ograniczoną czułość w wykrywaniu drobnych zmian płaskich oraz nie umożliwiają pobrania wycinków do badania histopatologicznego ani wykonania zabiegów terapeutycznych (np. polipektomii, tamowania krwawienia, poszerzania zwężeń).

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w badaniach obrazowych, najczęściej i tak zachodzi konieczność wykonania kolonoskopii w celu potwierdzenia rozpoznania oraz ewentualnego leczenia endoskopowego.

OPIS BEZPIECZEŃSTWA ORAZ STANDARDOWYCH POWIKŁAŃ I PRZECIWSKAZAŃ

Endoskopia jelita grubego (kolonoskopia, rektoskopia) jest procedurą o wysokim profilu bezpieczeństwa i powszechnie uznawana jest za metodę diagnostyczno-terapeutyczną o korzystnym stosunku korzyści do ryzyka. Całkowity odsetek powikłań szacuje się średnio na około 0,3–0,4% badań. Ryzyko zwiększa się u pacjentów z aktywnym procesem zapalnym (np. w przebiegu zapalenia uchyłków, nieswoistych chorób zapalnych jelit), w przypadku zaawansowanych zmian nowotworowych oraz podczas wykonywania procedur interwencyjnych (np. polipektomii, mukozektomii, dylatacji zwężeń).

Możliwe powikłania obejmują:

- Perforację (przedziurawienie) ściany jelita – występującą średnio w 0,14–0,18% badań; ryzyko wzrasta podczas zabiegów terapeutycznych.
- Zapalenie otrzewnej – najczęściej wtórne do perforacji.
- Krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego – samoistne lub po zabiegach endoskopowych (np. po usunięciu polipa); w większości przypadków możliwe do opanowania endoskopowo.
- Powikłania sercowo-naczyniowe (np. zaburzenia rytmu serca, spadki ciśnienia tętniczego, rzadko zatrzymanie krążenia) oraz oddechowe (np. skurcz oskrzeli, depresja oddechu w przypadku sedacji).
- Reakcje wazowagalne, w tym omdlenie w trakcie lub bezpośrednio po badaniu.
- Reakcje alergiczne na stosowane leki (w tym środki sedacyjne, przeciwbólowe), preparaty dezynfekcyjne lub lateks – od łagodnych objawów skórnych po wstrząs anafilaktyczny.
- Zakażenia – ryzyko jest minimalne, gdyż sprzęt podlega rygorystycznym procedurom mycia, dezynfekcji wysokiego poziomu i/lub sterylizacji zgodnie z obowiązującymi standardami epidemiologicznymi; mimo to nie można całkowicie wykluczyć transmisji drobnoustrojów.

Część powikłań może wymagać leczenia zabiegowego (operacyjnego), przetoczenia preparatów krwiopochodnych, intensywnego leczenia w warunkach oddziału intensywnej terapii, a w wyjątkowo rzadkich przypadkach może stanowić zagrożenie życia.

Przeciwwskazania do wykonania kolonoskopii (bezwzględne i względne)

Przeciwwskazania bezwzględne:

- podejrzenie lub rozpoznanie perforacji przewodu pokarmowego,

- ciężki stan ogólny pacjenta uniemożliwiający bezpieczne przeprowadzenie badania,
- brak zgody pacjenta.

Przeciwwskazania względne (wymagające indywidualnej oceny ryzyka i korzyści):

- ostry stan zapalny jelita grubego (np. ciężki rzut colitis ulcerosa),
- ostre zapalenie uchyłków,
- świeży zawał mięśnia sercowego, niestabilna choroba wieńcowa, ciężkie zaburzenia rytmu serca,
- zaawansowana niewydolność oddechowa,
- zaburzenia krzepnięcia krwi, szczególnie przy planowanych zabiegach interwencyjnych,
- zaawansowana ciąża (wymaga szczególnej oceny wskazań).

Każdorazowo decyzja o wykonaniu badania podejmowana jest po analizie wskazań klinicznych oraz ocenie indywidualnego ryzyka powikłań, z uwzględnieniem stanu ogólnego pacjenta i współistniejących chorób.

OPIS ZWIĘKSZONEGO RYZYKA POWIKŁAŃ W ZWIĄZKU ZE STANEM ZDROWIA PACJENTA

Niektóre schorzenia współistniejące, przyjmowane leki oraz indywidualne cechy organizmu mogą zwiększać ryzyko powikłań związanych z kolonoskopią lub rektoskopią, zwłaszcza w przypadku wykonywania procedur zabiegowych (np. pobrania wycinków, polipektomii).

Przed badaniem należy bezwzględnie poinformować lekarza, jeżeli u Pani/Pana:

- występuje zwiększona skłonność do krwawień (np. przedłużone krwawienie po drobnych skaleczeniach, zabiegach stomatologicznych) lub łatwe powstawanie rozległych siniaków po niewielkich urazach,
- rozpoznano zaburzenia krzepnięcia krwi (np. hemofilię, małopłytkowość, skazy krwotoczne),
- w rodzinie występowały wrodzone zaburzenia krzepnięcia,
- przyjmowane są leki wpływające na hemostazę, w szczególności: leki przeciwplatekcyjne (np. kwas acetylosalicylowy, kłopidogrel), przeciwkrzepliwne (np. warfaryna, acenokumarol, dabigatran, rywaroksaban, apiksaban, heparyny),
- wystąpiła kiedykolwiek reakcja niepożądana lub nietolerancja leków stosowanych w trakcie znieczulenia lub sedacji,
- rozpoznano choroby serca (np. zaburzenia rytmu, niewydolność serca), płuc (np. astmę oskrzelową, POChP), cukrzycę, niewydolność nerek lub wątroby,
- przeżyto wcześniej operacje w obrębie jamy brzusznej (z uwagi na możliwość zrostów),
- istnieje podejrzenie ciąży.

Wymienione czynniki mogą zwiększać ryzyko krwawienia, perforacji, powikłań sercowo-naczyniowych, oddechowych lub reakcji alergicznych.

Zwiększone ryzyko powikłań może również wiązać się z brakiem współpracy ze strony pacjenta w trakcie badania (nagłe ruchy, niewykonywanie poleceń personelu), co może utrudniać bezpieczne przeprowadzenie aparatu przez jelito. Każdorazowo lekarz dokonuje indywidualnej oceny ryzyka i – w razie potrzeby – podejmuje decyzję o modyfikacji przygotowania do badania, czasowym odstawieniu wybranych leków lub wyborze alternatywnej metody diagnostycznej.

OPIS PROGNOZY PO WYKONANIU PROCEDURY ORAZ ROKOWANIE

Kolonoskopia / rektoskopia są procedurami o bardzo dobrym rokowaniu w zakresie bezpieczeństwa odległego. Ryzyko wystąpienia powikłań w okresie późnym jest znikome.

Ewentualne powikłania odległe mają zazwyczaj charakter wtórny i pozostają w bezpośrednim związku z powikłaniami, które wystąpiły w trakcie badania lub w okresie bezpośrednio po jego zakończeniu (np. krwawienie po polipektomii, następstwa perforacji). W przypadku niepowikłanego przebiegu procedury nie przewiduje się odległych następstw zdrowotnych związanych z jej wykonaniem.

Rokowanie po badaniu zależy przede wszystkim od rozpoznania ustalonego na podstawie wyniku endoskopii i ewentualnego badania histopatologicznego, a nie od samego faktu przeprowadzenia procedury. W wielu przypadkach kolonoskopia umożliwia wczesne wykrycie zmian przednowotworowych lub nowotworowych oraz ich jednoczesne leczenie, co istotnie poprawia rokowanie długoterminowe.

OPIS MOŻLIWYCH NASTĘPSTW REZYGNACJI Z PROPONOWANEGO BADANIA

Ma Pani/Pan prawo nie wyrazić zgody na wykonanie proponowanej procedury medycznej.

Rezygnacja z kolonoskopii / rektoskopii może jednak wiązać się z istotnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Brak wykonania badania może skutkować:

- opóźnieniem postawienia prawidłowego rozpoznania,
- brakiem możliwości jednoznacznego ustalenia przyczyny zgłaszanych dolegliwości,
- przeoczeniem zmian przednowotworowych (np. polipów gruczolakowych) lub nowotworowych jelita grubego,
- progresją nierozpoznaną chorobę zapalną, naczyniową lub nowotworową,
- wdrożeniem leczenia objawowego bez ustalenia przyczyny choroby, co może być nieskuteczne lub niewłaściwe.

W przypadku chorób nowotworowych opóźnienie diagnostyki może prowadzić do rozpoznania w bardziej zaawansowanym stadium, co wiąże się z koniecznością bardziej rozległego leczenia (np. operacyjnego, onkologicznego), gorszym rokowaniem oraz zwiększonym ryzykiem trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zagrożenia życia.

Ostateczna decyzja o wyrażeniu zgody na badanie należy do Pani/Pana, jednak powinna być podjęta po rozważeniu potencjalnych korzyści diagnostycznych i terapeutycznych oraz możliwych konsekwencji zaniechania procedury.