

Struttura: SOSD Endoscopia Digestiva	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL 05 di PP 06-END 01
Redatta da: Dirigente Medico SOSD Endoscopia Digestiva	Approvata da: Responsabile SOSD Endoscopia Digestiva	Revisione: 00
Titolo documento: ALLEGATO 5: Sorveglianza endoscopica del CCR - Gestione Affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI)	Emesso il: 16/04/2020	Pagina 1 di 1

ALLEGATO 5: Sorveglianza endoscopica del CCR

- a) Colonscopia di screening con biopsie (anche per valutare l'estensione) dopo 8 anni dall'inizio dei sintomi;
- b) Sorveglianza come nel resto della popolazione per pazienti con proctite Ulcerosa o interessamento di un solo segmento di colon con Malattia di Crohn;
- c) Colonscopia ogni anno per pazienti ad alto rischio (colangite sclerosante, familiare di primo grado con CCR < 50 aa, pazienti con stenosi o displasia identificata nei 5 anni precedenti);
- d) Colonscopia ogni 2-3 anni per pazienti con rischio intermedio (colite estesa con infiammazione cronica attiva, presenza di polipi post-infiammatori, familiare di primo grado con CCR a \geq 50 aa.);
- e) Colonscopia ogni 5 anni per gli altri pazienti;
- f) Colonscopia di qualità, cioè con adeguata toilette intestinale, utilizzo di endoscopi ad alta risoluzione, esecuzione di cromo-endoscopia (con blue di metilene o indaco carminio) e biopsie "mirate" su ogni lesione piatta o rilevata sospetta. In caso di indisponibilità di endoscopi ad alta risoluzione e cromoendoscopia, può essere eseguita endoscopia con "filtri" digitali e/o biopsie random (4 ogni 10 cm), ma i risultati sono inferiori;
- g) Il riscontro di displasia deve essere confermato da un altro patologo con esperienza specifica nelle MICI.

Il riscontro confermato di displasia modifica drasticamente la gestione clinica.

- Se displasia severa su lesione piatta: proctocolectomia
- Se displasia lieve su lesione piatta: sorveglianza ravvicinata
- Se displasia su polipo adenomatoso: polipectomia; se non radicale proctocolectomia