



COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO ADULTO

3 de Outubro de 2019

Maria Ana Rafael, Rita Carvalho
Serviço de Gastrenterologia

Índice

1. Introdução
2. Indicações para colonoscopia
3. Contraindicações
4. Consentimento informado
5. Exames necessários previamente à colonoscopia
6. Procedimento
7. Anticoagulação e antiagregação antes e após a colonoscopia
8. Colonoscopia sob sedação anestésica
9. Complicações
10. Vigilância pós-polipectomia e pós-CCR
11. *Take-home messages*

1. Introdução

- A colonoscopia possibilita a visualização do cólon e do íleon terminal, permitindo identificar/excluir patologias, realizar biópsias e procedimentos terapêuticos



"You don't need a colonoscopy, but I'm sending you for one because, quite frankly, I don't like you."

2. Indicações para prescrição intra-hospitalar

Diagnósticas:

- Investigação de anemia ferropénica
- Avaliação de sintomas (ex: hematoquézias, dor abdominal, diarreia crónica, obstipação de novo)
- Exclusão de CCR síncrono
- Alterações em exame de imagem
- Diagnóstico e seguimento nas DII

2. Indicações para prescrição intra-hospitalar

Terapêuticas:

- Polipectomia, mucosectomia, disseção da submucosa
- Dilatação endoscópica
- Colocação de prótese do cólon

Vigilâncias:

- Vigilância pós-polipectomia
- Vigilância pós-CCR

3. Contraindicações

- Perfuração intestinal
- Diverticulite
- Megacólon tóxico
- EAM < 6 meses
- Doença cardiorrespiratória aguda
- Embolia pulmonar
- Instabilidade hemodinâmica
- Gravidez (2º e 3º trimestres)



4. Consentimento informado

- Deve ser disponibilizado folheto informativo e entregue o consentimento informado sobre o exame proposto (descrição do ato) na altura da prescrição da colonoscopia, de forma a garantir o adequado tempo de reflexão
- Idealmente, o consentimento deve ser assinado pelo médico prescritor e pelo doente previamente à marcação da colonoscopia
- Tal não altera a responsabilidade do gastroenterologista executante de:
 - Assegurar que o doente está adequadamente informado e que compreende o âmbito da intervenção proposta
 - Garantir o rigor na execução dos atos consentidos

4. Consentimento informado

- Para procedimentos endoscópicos avançados, o doente deve ir a uma consulta de Gastrenterologia de esclarecimento
- O médico prescritor deve verificar se a colonoscopia foi realizada, através de marcação de consulta de controlo

4. Consentimento informado

Estes exames quando positivos implicam geralmente a realização de colonoscopia. A colonografia por TAC e a cápsula do cólon também necessitam de preparação intestinal prévia.

6. Riscos de não efectuar colonoscopia quando indicado

• Não identificação de patologias e, conseqüentemente, impedimento ou atraso do tratamento adequado

No caso particular do cancro colo-rectal, a não realização da colonoscopia impede a sua prevenção (através da detecção e da remoção de pólipos), bem como o seu diagnóstico precoce. Isso traduz-se num aumento do risco de cancro do cólon e num pior prognóstico dessa patologia.

A remoção de pólipos diminui o risco de carcinoma colo-rectal, mas o facto de realizar uma colonoscopia não lhe confere proteção absoluta e pode, ainda assim, vir a desenvolver este tumor após uma colonoscopia.

7. Recomendações

É importante que tome algumas precauções para assegurar que o exame seja o mais fácil possível e que os riscos sejam menores:

1. Cumpra rigorosamente o esquema de preparação que lhe for recomendado;
2. Recomenda-se ser portador de análises com hemograma com plaquetas e tempo de protrombina nos 6 meses precedentes e, caso tenha >50 anos, também ECG;
3. Se possível venha acompanhado; caso o seu exame esteja programado sob sedação anestésica deve cumprir rigorosamente o período de jejum que lhe for recomendado na respetiva preparação, e é obrigatório que se faça acompanhar de alguém que possa conduzir o veículo e ficar consigo nas 12 a 24 horas após a colonoscopia, se não estiver acompanhado o procedimento terá de ser realizado sem sedação ou até cancelado;
4. Após um exame sob sedação não pode conduzir, realizar atividades de responsabilidade elevada/risco mais significativo ou assinar documentos com valor legal nas 12 a 24 horas subsequentes;
5. Traga sempre todos os medicamentos que está a tomar, e mostre-os ao Médico antes do exame;
6. Transmita imediatamente à equipa clínica se é alérgico a alguma coisa e se é portador de algum dispositivo médico tipo pacemaker ou desfibrilhador implantável;
7. Se já foi submetido a uma cirurgia cardíaca com substituição de válvulas e o seu cardiologista/cirurgião cardiotorácico lhe indicou, expressamente, que deve fazer antibióticos antes de algumas intervenções deve comunicar tal facto à equipa clínica (só em situações muito excecionais é que há indicação para profilaxia antibiótica);
8. Para as mulheres com menos de 50 anos de idade é imperativo comunicar se tem alguma dúvida quanto à possibilidade de poder estar grávida;

9. Se estiver a tomar medicação antiagregante plaquetar:

• Pode continuar a tomar ácido acetilsalicílico (ex. Aspirina ® , AAS ® , Cartia ® , Tromalyt ®)

• Outros antiagregantes como o clopidogrel (ex. Plavix ®), o prasugrel (ex. Eflint ®) ou o ticagrelor (ex. Brilique ®) deverão ser suspensos 5 dias antes e

a ticlopidina (ex. Tiklyd ® , Plaquetal ® , Ticlodix ®) 10 dias antes podendo, se necessário, ser substituídos pelo ácido acetilsalicílico;

• No entanto, caso tenha tido enfarte do miocárdio, se tiver stents coronários ou tiver tido um AVC, a suspensão/substituição deverá ser combinada e com o aval do seu médico assistente.

10. Caso esteja sob medicação anticoagulante oral (ex. varfarina - Varfine ® , acenocumarol - Sintron ® , fluindolón), esta medicação terá que ser suspensa 5 dias antes do exame e eventualmente substituída por outra. Não pare este medicamento por sua iniciativa e procure sempre auxílio junto do seu médico assistente. Deverá ser portador de uma análise designada por INR, efetuada na véspera ou mesmo no dia do exame.

• Estas orientações genéricas poderão ser diferentes com os novos anticoagulantes orais (ex. Pradaxa ® , Xarelto ® , Eliquis ® , Lixiana ®), devendo receber instruções específicas do seu médico assistente.

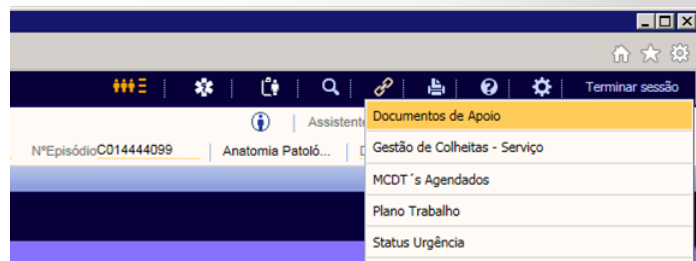
11. O retomar da medicação suspensa deverá ser feito sob indicação do Médico executante do exame.

12. Na presença de determinadas comorbidades (por ex. cirrose hepática, problemas cardíacos, doenças do sangue, problemas no funcionamento dos rins – insuficiência renal), deverá obter um parecer médico e ser portador de análises com menos de 3 meses;

13. Em caso de dúvidas não hesite em obter informações adicionais com o médico assistente que solicitou a colonoscopia ou no dia do exame com a equipa clínica que o vai realizar – é um direito que lhe assiste. Pode ainda contactar a Unidade de Técnicas de Gastroenterologia, através do telefone 21 4348200 (extensão 1619 ou 1635) / 21 4348201 / 21 4345504.

14. Após a colonoscopia, ser-lhe-ão dadas recomendações específicas, de acordo com os procedimentos realizados.

Após ler cuidadosamente este folheto informativo e esclarecidas as suas dúvidas, deve assinar o consentimento informado que lhe será entregue, para o exame poder ser marcado.



© UEG Image Hub (2019)/R. Shadwell

5. Exames necessários previamente à colonoscopia

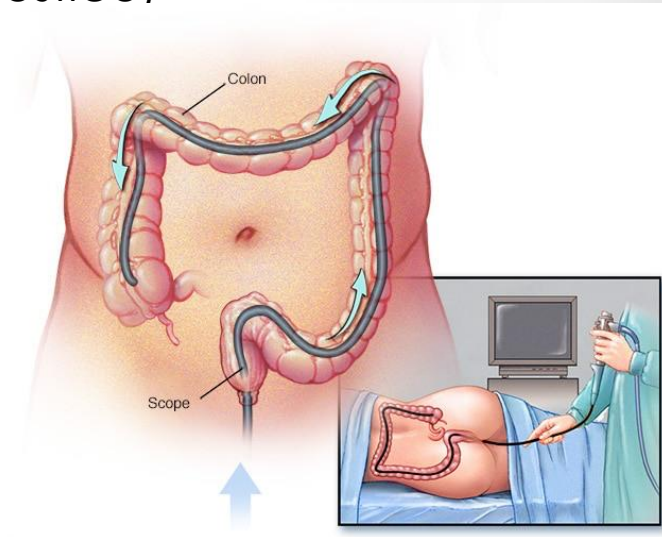
No adulto:

- **Hemograma e tempo de protrombina** nos 6 meses precedentes
- **ECG** nos últimos 6 meses (se ≥ 50 anos)

No adulto com fatores de risco e co morbilidades poderão ser considerados **outros meios complementares de diagnóstico**, bem como **consulta de Anestesiologia** previamente ao procedimento.

5. Procedimento

- Decúbito lateral esquerdo
- Insuflação com ar ou CO₂
- Duração: **15-60 min** (colonoscopia de diagnóstico)




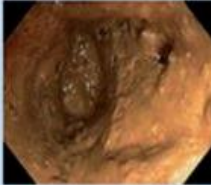














5. Procedimento

- Preparação intestinal

- Uma preparação adequada aumenta a qualidade do exame, nomeadamente as taxas **de colonoscopia total** e de **deteção de lesões**
- A má preparação obriga a repetição do exame e aumento dos custos
- Devem utilizar-se escalas validadas para avaliar a qualidade da preparação (ex. escala de Boston)

BOSTON BOWEL PREPARATION SCALE (BBPS)

BBPS	3	2	1	0
3=Excellent				
2=Good				
1=Poor				
0=Inadequate				

5. Procedimento

- Para otimizar a **preparação intestinal**:
 - **Dieta pobre em fibras** na véspera
 - **Split dose** (exceto nos exames da tarde em que se admite que podem fazer no mesmo dia)
 - Tempo entre o final da preparação e o exame não deve ser inferior a 2 horas ou superior a 5 horas
 - Importância de dar instruções claras e folheto para melhorar a preparação, disponibilizado pela UTG

6. Colonoscopia sob sedação anestésica

- 1) O **endoscopista não deve ser envolvido no processo de sedação**.
- 2) A sedação/anestesia deve ser realizada por médico anesthesiologista.
- 3) Perante a indisponibilidade da Anestesiologia ou em situação de urgência, a sedação pode ser efetuada por médico com treino documentado e atualizado em SAV.
- 4) Na UCI, a prescrição de propofol pode ser efetuada por médico com a subespecialidade em medicina intensiva que supervisiona a sua administração.

**Deve ser especificada na requisição da colonoscopia a indicação de apoio anestésico
(na informação clínica e no consentimento)**

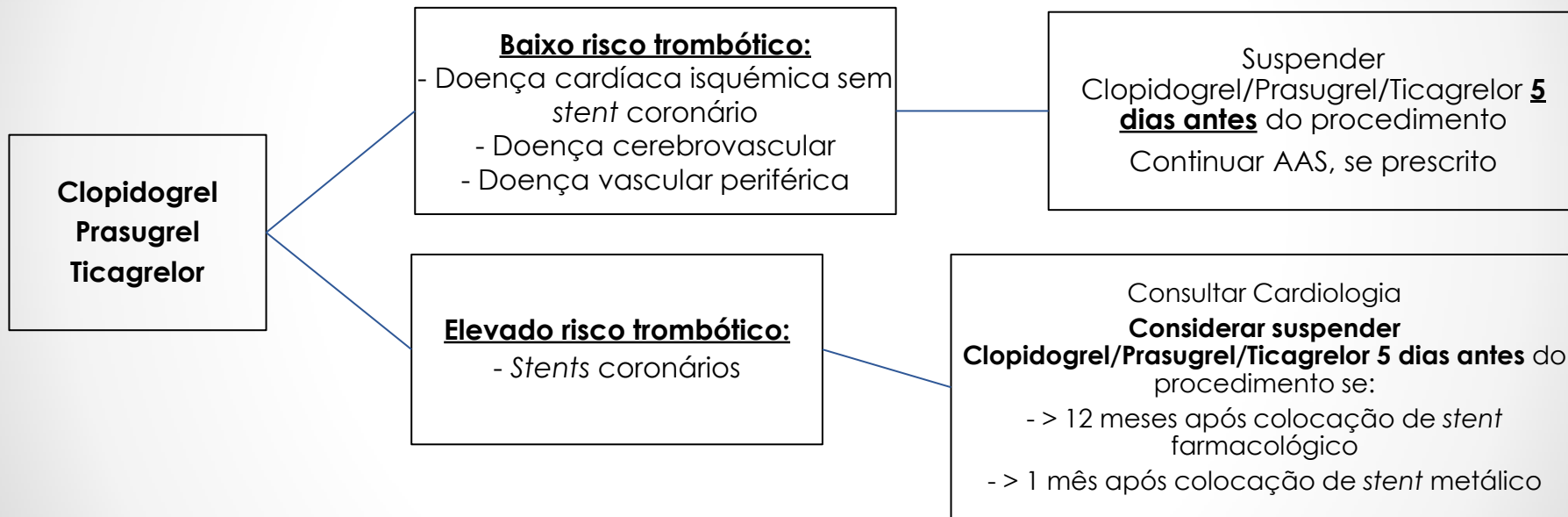
7. Anticoagulação e antiagregação antes e após a colonoscopia

Procedimentos de Baixo Risco Hemorrágico	Procedimentos de Elevado Risco Hemorrágico
<p><u>Procedimentos diagnósticos +/- biópsias</u></p> <p>Colocação de prótese biliar ou pancreática por CPRE</p> <p>Ecoendoscopia diagnóstica</p> <p>Enteroscopia por videocápsula</p> <p>Enteroscopia assistida por balão, sem polipectomia</p> <p>↓</p> <p><u>Manter antiagregação plaquetária</u> (tanto simples como dupla)</p> <p><u>Manter Varfarina</u> (assegurar INR terapêutico na semana anterior)</p> <p><u>Omitir a toma da manhã dos NOACs no dia do procedimento</u></p>	<p><u>Polipectomia</u></p> <p>CPRE com esfínterectomia</p> <p>Ampulectomia</p> <p>Ressecção endoscópica da mucosa (EMR)</p> <p>Dissecção endoscópica da submucosa (ESD)</p> <p>Dilatação de estenoses</p> <p>Terapêutica de varizes</p> <p>Colocação de PEG</p> <p>Ecoendoscopia com aspiração por agulha fina</p> <p>Colocação de prótese esofágica, entérica ou do cólon</p>

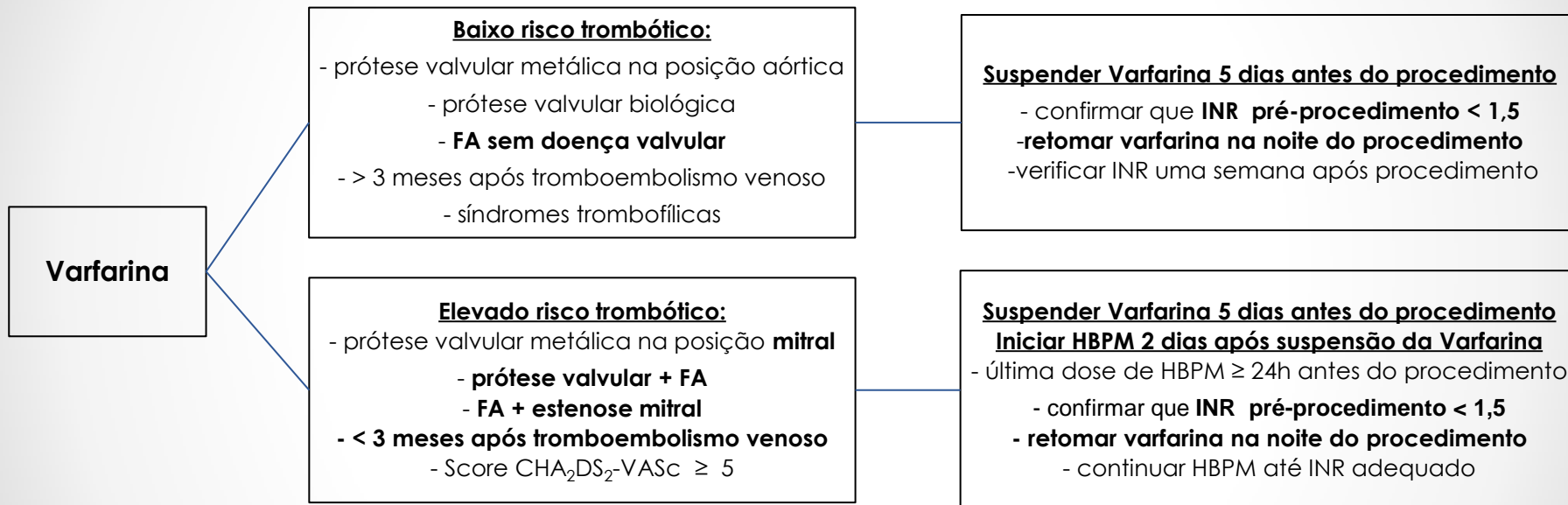
Manter AAS em baixa dose em todos os procedimentos endoscópicos

(exceptuando se ESD ou EMR do cólon com > 2cm)

7. Anticoagulação e antiagregação antes e após a colonoscopia



7. Anticoagulação e antiagregação antes e após a colonoscopia



Factor V de Leiden e mutação F2G20210A da protrombina são **trombofilias de baixo risco trombótico**, para os quais o *bridging* não está recomendado
Deficiências de antitrombina, proteína C ou proteína S têm maior risco hemorrágico, mas na maioria destes doentes o *bridging* não está recomendado

7. Anticoagulação e antiagregação antes e após a colonoscopia

Suspensão dos NOACs baseadas no risco hemorrágico e na ClCr estimada em doentes com FA não-valvular Na ausência de outros factores de risco de hemorragia inerentes ao doente (score HAS-BLED < 3)				
Função Renal (ClCr, mL/min)	Rivaroxabano (od), Apixabano (bid), Edoxabano (od)		Dabigatrano (bid)	
	Baixo Risco Hemorrágico	Elevado Risco Hemorrágico	Baixo Risco Hemorrágico	Elevado Risco Hemorrágico
≥ 80	≥ 24h	≥ 48h	≥ 24h	≥ 48h
50-79			≥ 36h	≥ 72h
30-49			≥ 48h	≥ 96h
15-29	≥ 36h	≥ 72h	≥ 72h	≥ 120h

- ✓ Após procedimento de baixo risco hemorrágico, **retomar NOAC na sua dose habitual no dia seguinte ao procedimento**
- ✓ Em procedimentos de elevado risco hemorrágico, é **razoável esperar 48 a 72h até retomar NOAC**
- ✓ Terapêutica de *bridging* com heparina geralmente não é necessária

8. Complicações

1. Frequentes

1. **Dor/desconforto abdominal**, até 5 dias após o procedimento
2. **Reacção vagal** (bradicardia, náuseas, vômitos, lipotímia)

2. Raros

1. Perfuração

1. Manifestação com **dor abdominal e distensão abdominal persistente**
2. Colonoscopia de rastreio (0 a 0,2%) e terapêutica (0,1 a 5%)
3. Factores de risco: **tamanho do pólipó, localização (cego), cirurgias abdominais/pélvicas prévias, radioterapia abdominal/pélvica, diverticulose cólica**

2. Hemorragia (imediate e tardia)

1. Colonoscopia de rastreio (0,2%) e com polipectomia (até 1%)
2. Factores de risco: **tamanho do pólipó, número de pólipos removidos, terapêutica recente com antiagregantes ou anticoagulantes, presença de doença cardiovascular**

8. Complicações

c) Síndrome pós-polipectomia (até 0,1%)

- i) Por lesão transmural do cólon resultante da passagem de corrente diatérmica durante a polipectomia
- ii) Manifestação com **febre, dor abdominal e elevação dos parâmetros inflamatórios**, até 5 dias após a colonoscopia
- iii) Terapêutica conservadora

d) Bacteriemia

e) Complicações cardiopulmonares (0,09%): hipoxemia, hipo e hipertensão arterial, arritmias, angina, EAM, AVC, choque

2) Muito raros: rotura do baço, diverticulite, apendicite, isquemia intestinal

3) Mortalidade < 0,1%

9. Vigilância pós-polipectomia

Repetição colonoscopia

Pólipos hiperplásicos pequenos (< 10 mm) do reto ou sigmóide

10 anos

1-2 adenomas tubulares pequenos (< 10 mm), com displasia de baixo grau

5-10 anos

≥ 1 adenoma tubular com características de alto risco:

≥ 10 mm

OU

Displasia de alto grau

OU

Características vilosas

OU

≥ 3 adenomas

3 anos

Se 1ª vigilância normal, repetir após 5 anos
Se novos achados de adenoma de alto risco,
repetir em 3 anos

> 10 adenomas

< 3 anos

Referenciação genética

Hassa Cesare et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline 2013; 45: 842-851

Lieberman et al, Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer; American Gastroenterological Association, *Gastroenterology* 2012; 143: 844-857

9. Vigilância pós-polipectomia

	Repetição colonoscopia
<u>Pólipo serrado < 10 mm sem displasia</u>	5 anos
Pólipo(s) <u>serrado(s)</u> com: <u>≥ 10 mm</u> OU Com <u>displasia</u> OU <u>≥ 2</u> pólipos serrados	3 anos
Resseção em <i>piecemeal</i> de pólipo serrado OU Resseção em <i>piecemeal</i> de adenoma <u>≥ 10 mm</u>	2-6 meses para verificar remoção completa
Deficiente preparação intestinal (BBPS < 2 em pelo menos um segmento)	1 ano

Hassa Cesare et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy Guideline 2013; 45: 842-851

Lieberman et al, Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer; American Gastroenterological Association, *Gastroenterology* 2012; 143: 844-857

9. Vigilância pós-CCR

- Após resseção cirúrgica ou endoscópica com critérios de cura
- **1 ano → 3 ano → 5 ano**

10. *Take-home messages*

- A colonoscopia permite o rastreio, o diagnóstico e a terapêutica de diferentes lesões do cólon
- É um procedimento **invasivo** e com riscos, que deverá ser prescrito na **presença de indicação** e na **ausência de contra-indicações**
- O doente deve ser **informado das potenciais complicações** associadas, previamente à assinatura do consentimento informado
- O **endoscopista não deve estar envolvido no processo de sedação**

10. *Take-home messages*

- Para a qualidade da colonoscopia é fundamental uma **adequada preparação intestinal**
- A terapêutica com antiagregantes ou anticoagulantes deve ser suspensa, nos procedimentos de alto risco hemorrágico, de acordo com as *guidelines*
- O **médico prescritor** deve **verificar se a colonoscopia foi realizada**, através de marcação de consulta de controlo
- A vigilância pós-polipectomia e pós-CCR deve ser realizada de acordo com as *guidelines*



COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA NO ADULTO

3 de Outubro de 2019

Maria Ana Rafael, Rita Carvalho
Serviço de Gastrenterologia