



<p>REGIONE DEL VENETO</p>  <p>AZIENDA Z E R O</p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”</p>	<p>PO_UOC SCREENING E VIS_007.00</p>
---	---	--

ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO



	<p style="text-align: center;">PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”</p>	<p>PO_UOC SCREENING E VIS_007.00</p>
---	--	---

INDICE

1.	INTRODUZIONE	3
2.	METODOLOGIA DI LAVORO	3
3.	SCOPO	3
4.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
5.	ACRONIMI E DEFINIZIONI	4
6.	RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI	4
7.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	4
8.	MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ	6
9.	TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE	6
10.	RIESAME ED APPROVAZIONE DELLA REVISIONE	6



 <p>REGIONE DEL VENETO AZIENDA ZERO</p>	<p>PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”</p>	<p>PO_UOC SCREENING E VIS_007.00</p>
--	--	--

1. INTRODUZIONE

La chirurgia laparoscopica e le tecnologie terapeutiche endoscopiche nel campo del trattamento delle neoplasie del colon-retto hanno avuto negli ultimi anni un notevole sviluppo. Dal momento che la chirurgia laparoscopica è associata ad una minore sensibilità tattile, è possibile che piccole lesioni endoluminali non siano facilmente identificabili nel corso dell'intervento. La difficoltà nella localizzazione del tumore può comportare degli esiti operatori negativi, quali la resezione di un segmento colico sano, la resezione di una lesione con margini positivi, la conversione dell'intervento da laparoscopia a laparotomia o, più in generale, una modifica intra-operatoria dell'intervento pianificato (Letarte 2017). Tra le possibili pratiche che permettono una più facile identificazione intraoperatoria delle lesioni neoplastiche, il tatuaggio endoscopico si è dimostrato quella più efficace, essendo associato ad un minor tasso di errori di localizzazione (Acuna 2017). Per questo motivo il tatuaggio endoscopico di lesioni neoplastiche del colon destinate a resezione laparoscopica, è ormai considerato una pratica clinica standard (Ellis 1997; Beretvas 2001).

Già con il documento del Gruppo Regionale di Lavoro degli endoscopisti e gastroenterologi dello screening colorettales, formalizzato tramite Delibera della Giunta Regionale n. 926 del 22 giugno 2016 (Allegato E), la Regione Veneto prevedeva il ricorso al tatuaggio endoscopico per marcare i sospetti cancri pT1. Più recentemente, nel 2017, la Società Europea di Endoscopia Digestiva (ESGE) ha pubblicato delle linee guida riguardanti la gestione delle lesioni neoplastiche colorettales, redigendo delle raccomandazioni che includono anche il tatuaggio endoscopico (Ferlitsch 2017).

2. METODOLOGIA DI LAVORO

Il gruppo di lavoro (GdL) identificato in copertina, dopo condivisione della letteratura esistente e discussione in corso di riunione, ha predisposto una bozza iniziale del presente documento. Successivamente, in accordo con il referente regionale del Gruppo degli endoscopisti e gastroenterologi per la qualità della diagnosi e del trattamento endoscopico, di cui alla DDG di Azienda Zero n. 158 del 5.4.19, il documento è stato condiviso a mezzo e-mail con i colleghi endoscopisti che operano nei programmi organizzati di screening. Dalle osservazioni e suggerimenti pervenuti, il documento è stato rivalutato dal GdL e successivamente approvato.

3. SCOPO

La procedura ha lo scopo di definire, ed armonizzare nel territorio regionale, le modalità di esecuzione del tatuaggio endoscopico delle lesioni neoplastiche o sospette tali del colon-retto rilevate all'esame di II livello o di follow-up all'interno del programma di screening specifico.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica agli esami endoscopici di II livello o di follow-up dei programmi di screening per il tumore del colon-retto.



	PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”	PO_UOC SCREENING E VIS_007.00
---	---	----------------------------------

Si auspica che tale procedura possa essere condivisa e diffusa anche alle endoscopie effettuate al di fuori dei programmi di screening.

5. ACRONIMI E DEFINIZIONI

pT1	Nel sistema di stadiazione TNM, indica un tumore che infiltra la sottomucosa
UOC	Unità Operativa Complessa
VIS	Valutazione di Impatto Sanitario

6. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

Riferimenti Normativi

- ✓ DGR n. 926 del 22 giugno 2016 (Allegato E)
- ✓ DDG di Azienda Zero n.158 del 05.04.2019. Nomina dei Referenti regionali specialisti dei Gruppi di lavoro dei programmi di screening oncologici di cui alla D.G.R. n. 926 del 22.6.2016

Riferimenti Bibliografici

- ✓ Acuna SA, Elmi M, Shah PS, Coburn NG, Quereshy FA. Preoperative localization of colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2017;31:2366-79.
- ✓ Beretvas RI, Ponsky J. Endoscopic marking: an adjunct to laparoscopic gastrointestinal surgery. Surg Endosc. 2001;15:1202-3.
- ✓ Ellis KK, Fennerty MB. Marking and identifying colon lesions. Tattoos, clips, and radiology in imaging the colon. Gastrointest Endosc Clin N Am. 1997;7:401-11.
- ✓ Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al. Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection (EMR): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline. Endoscopy. 2017;49:270-97.
- ✓ Letarte F, Webb M, Raval M, Karimuddin A, Brown CJ, Phang PT. Tattooing or not? A review of current practice and outcomes for laparoscopic colonic resection following endoscopy at a tertiary care centre. Can J Surg. 2017;60:394-8.

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Condivisione procedure aziendali per tatuaggio colico

Le procedure per tatuaggio colico devono essere condivise tra endoscopisti e chirurghi. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Lesioni da tatuare



	PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”	PO_UOC SCREENING E VIS_007.00
---	---	----------------------------------

Tutte le lesioni che possono necessitare di successiva localizzazione endoscopica o chirurgica dovrebbero essere tatuate nel corso della colonscopia. Queste comprendono lesioni maligne (sospette o confermate), polipi difficilmente individuabili e aree di displasia. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Non è necessario, generalmente, eseguire il tatuaggio in casi di lesioni neoplastiche situate nel cieco, adiacenti alla valvola ileocecale o nel retto. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Integrazioni del gruppo di lavoro:

In caso di lesioni rettali da inviare a terapia neoadiuvante, l'endoscopista può valutare se eseguire un tatuaggio a valle della lesione per facilitarne l'identificazione in caso di risposta completa al trattamento. Si raccomanda comunque di concordare con il chirurgo e l'oncologo di riferimento la migliore strategia operativa.

Analogamente, anche in caso di lesioni rettali destinate a resezione transanale, l'endoscopista può valutare se eseguire un tatuaggio a valle della lesione per facilitarne l'identificazione. Si raccomanda comunque di concordare con il chirurgo di riferimento la migliore strategia operativa.

Modalità di esecuzione del tatuaggio

Prima del tatuaggio, è raccomandato eseguire un pomfo, a livello della sottomucosa, con soluzione salina; questa pratica permette di ridurre il rischio di successive iniezioni transmurali durante l'iniezione del colorante. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Per il tatuaggio endoscopico si dovrebbe utilizzare una sospensione sterile di particelle di carbone, in confezione monouso, preconfezionata, da 2 o 5 ml. Altre preparazioni non sono ritenute altrettanto efficaci e sicure. Ciononostante, anche il ricorso alla sospensione di particelle di carbone non è esente da rischi: sono stati descritti casi di peritoniti e fibrosi a livello della sottomucosa conseguenti all'utilizzo di questo colorante. Queste complicanze possono essere evitate individuando la sede più adatta per il tatuaggio ed eseguendo a inizio procedura il pomfo. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Il tatuaggio dovrebbe essere eseguito 2-3 cm a valle della lesione (lato anale) su 2 o 3 sedi (a 180° o 120° sul lume rispettivamente). Una delle sedi di iniezione dovrebbe essere in linea con la lesione da marcare. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)

Integrazione del gruppo di lavoro: in caso di polipectomia di polipi > 2 cm o anche più piccoli ma con aspetto dubbio all'endoscopia, qualora si renda necessaria l'identificazione successiva della sede, si raccomanda l'esecuzione di un singolo tatuaggio post lesionale 2-3 cm a valle.

I dettagli dell'esecuzione del tatuaggio devono essere chiaramente descritti e documentati fotograficamente nel referto endoscopico, usando una terminologia chiara e non ambigua. (Grado di evidenza scarso, raccomandazione forte)



	<p align="center">PROCEDURA OPERATIVA “ESECUZIONE DEL TATUAGGIO ENDOSCOPICO DELLE LESIONI DEL COLON-RETTO”</p>	<p>PO_UOC SCREENING E VIS_007.00</p>
---	---	---

8. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Le responsabilità relative all'esecuzione del tatuaggio endoscopico delle lesioni del colon-retto sono di seguito descritte:

Responsabile Aziendale dei Programmi di Screening	Sono responsabili della diffusione del documento a tutte le strutture che erogano procedure endoscopiche di screening e alle Unità Organizzative di Chirurgia che operano per i programmi di screening oncologici
Endoscopisti	Sono responsabili della condivisione delle procedure per tatuaggio colico; sono responsabili dell'esecuzione del tatuaggio colico
Chirurghi	Sono responsabili della condivisione delle procedure per tatuaggio colico

9. TEMPI DI ENTRATA IN VIGORE

La presente procedura operativa entra in vigore dalla data della sua approvazione.

10. RIESAME ED APPROVAZIONE DELLA REVISIONE

La presente procedura operativa è approvata dal Direttore della UOC Screening e VIS e dal Direttore Sanitario dell'Azienda Zero e viene distribuita in forma controllata a tutto il personale coinvolto nel processo. La procedura operativa può essere revisionata su proposta del gruppo di lavoro che ne ha curato la stesura.

