

Il referto endoscopico

■ L'endoscopia digestiva rappresenta oggi il gold standard per la diagnosi e il trattamento della maggior parte delle patologie gastrointestinali. La corretta compilazione del referto è uno dei principali compiti affidati all'operatore ed è testimonianza della qualità dell'esame e quindi del servizio. Inoltre, il referto ha validità medico-legale per cui la sua corretta compilazione con l'utilizzazione di una terminologia standardizzata in maniera omogenea è da ritenersi oggi un requisito fondamentale per la comunità medico-scientifica.

■ Endoscopy is the major diagnostic and therapeutic modality in the care of patients with diseases of gastrointestinal tract. All endoscopic procedures should be documented by a complete report like defined by international guidelines. Technological developments have greatly promoted the use of computer systems for recording findings and images at endoscopy and creating databases. Uniform terminology is essential for interpretation of report and allows important conclusions to be made with respect to therapy and prognosis.

■ **Parole chiave:** referto endoscopico, linee guida, endoscopia di qualità

■ **Key words:** *endoscopy report, guidelines, quality endoscopy*

Vincenzo Pietropaolo
Stefano Pontone
Maurizio Onorato
Giorgio Pedretti
Antonio Iannetti

U.O.S. Centro di Endoscopia Digestiva
"Sapienza"
Università di Roma

Introduzione

L'endoscopia digestiva rappresenta oggi il gold standard per la diagnosi e il trattamento della maggior parte delle patologie gastrointestinali. Perché un esame endoscopico sia realmente adeguato deve rispondere a Criteri di Qualità codificati dalle maggiori Società Scientifiche Internazionali al fine di garantire un elevato grado di efficienza (1).

I parametri richiesti sono:

- l'esecuzione di una esplorazione completa dei tratti digestivi analizzati (EGDS: esofago, stomaco, duodeno; RSCS: retto, sigma, colon discendente, trasverso, ascendente e cieco);
- la descrizione delle cause che hanno determinato un'eventuale esplorazione incompleta;
- la descrizione delle lesioni/anomalie rilevate;
- l'esecuzione di eventuali biopsie o trattamenti endoscopici, quando richiesti;
- l'acquisizione di una adeguata documentazione iconografica.

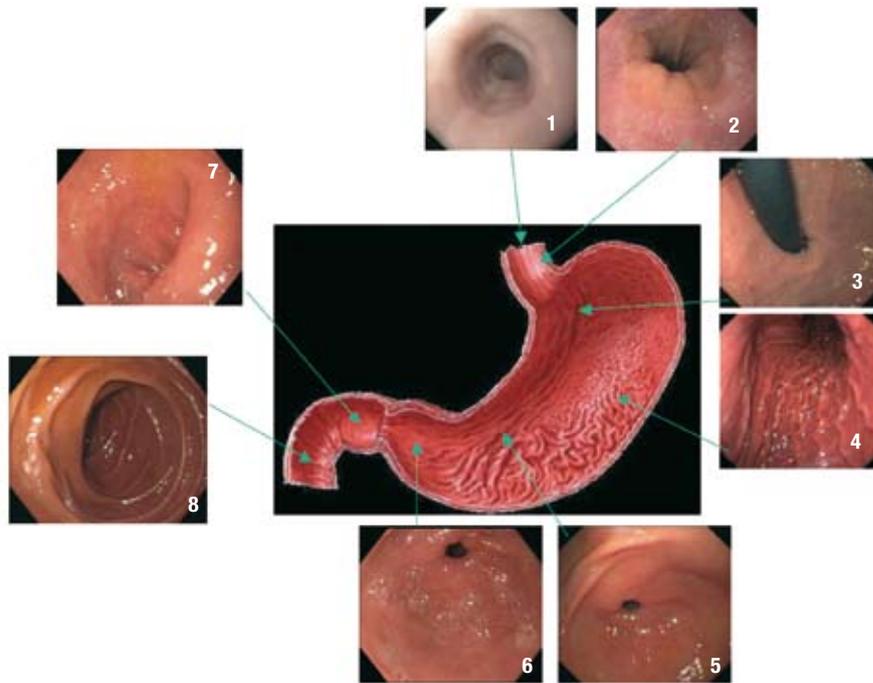
Tutte le procedure endoscopiche devono essere documentate da un completo ed esaustivo referto (2). Il referto endoscopico deriva da quello chirurgico con il quale ha diversi punti in comune (7), ai quali sono stati aggiunti parametri e dati specifici dell'endoscopia digestiva per renderlo adeguato alla metodica. La corretta compilazione del referto occupa un posto di primaria importanza tra i compiti affidati all'operatore che voglia svolgere un esame di *qualità*.

Tale documento, infatti, non è soltanto uno strumento di comunicazione con il paziente, ma rappresenta l'epicrisi dell'esame endoscopico effettuato e ne è l'unica testimonianza. Il referto è, inoltre, fondamentale sia per il medico curante, nella gestione del problema clinico del paziente, sia per l'anatomo-patologo, che lo utilizza come fonte di notizie clinico-anamnestiche per la stesura della diagnosi. Il referto

viene inoltre inserito all'interno della cartella clinica come documento ufficiale di fondamentale importanza dal punto di vista medico-legale. Negli ultimi anni, l'uso del computer e lo sviluppo di software dedicati alla refertazione endoscopica hanno reso possibile, attraverso la standardizzazione dei referti e del linguaggio scientifico utilizzato, la creazione di database utili ai fini della ricerca e della sperimentazione.

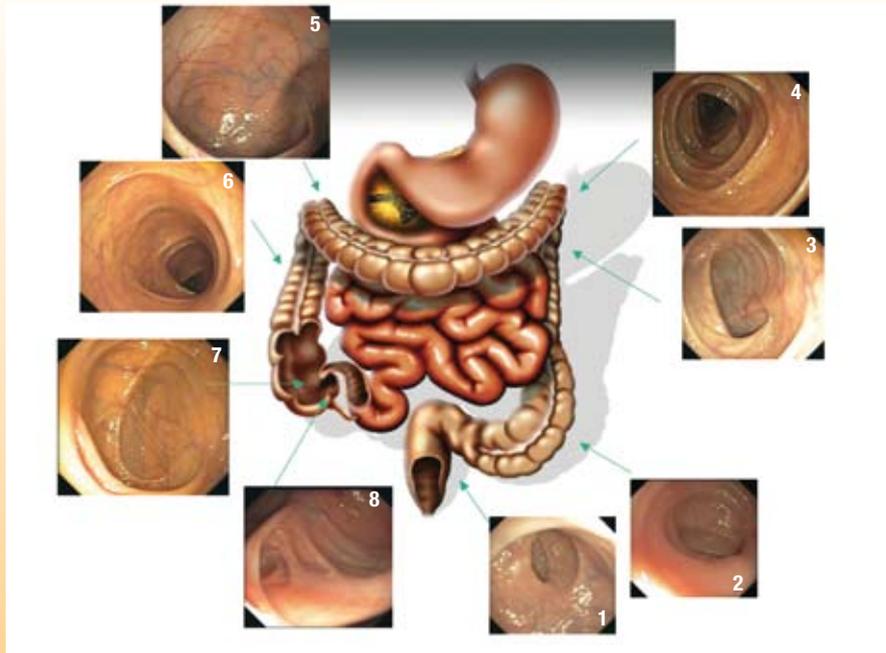
L'esame endoscopico nella pratica clinica deve essere preceduto da una breve raccolta anamnestica per individuare la presenza di patologie rilevanti quali quelle cardiache (3), respiratorie o di coagulopatie e l'eventuale assunzione di farmaci a potenziale effetto sull'emostasi. Vanno inoltre rilevate eventuali allergie a farmaci e ogni altro potenziale fattore di rischio di complicanze legate all'endoscopia o alle pratiche a essa correlate

fig.1: corretta sequenza delle immagini su referto di EGDS



- 1) esofago superiore a circa 20 cm dall'incisura
- 2) esofago iuxtacardiale a circa 2 cm dalla giunzione squamo-cellulare
- 3) cardias in inversione
- 4) parte superiore della grande curva
- 5) angulus in inversione parziale
- 6) antro
- 7) bulbo duodenale
- 8) Il porzione duodenale con endoscopio posizionato vicino all'area papillare

fig.1: corretta sequenza delle immagini su referto di RSCS



- 1) retto a circa 2 cm dalla linea pettinata
- 2) sigma medio
- 3) colon discendente in prossimità della flessura splenica
- 4) colon trasverso subito dopo la flessura splenica
- 5) colon trasverso prima della flessura epatica
- 6) colon ascendente subito dopo la flessura epatica
- 7) valvola ileociecale
- 8) fondo ciecale con orifizio appendicolare

(sedazione/analgesia/narcosi e relativa valutazione del rischio anestesilogico, polipectomia, etc). Pertanto, un corretto referto endoscopico deve comprendere:

- dati di riferimento del centro endoscopico che ha effettuato l'esame (struttura, indirizzo, recapiti telefonici, nominativo del responsabile);
- data della procedura;
- dati relativi al paziente:
 - a) anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, recapiti telefonici);
 - b) anamnestici (anamnesi patologica remota con particolare attenzione all'individuazione di eventuali fattori di rischio e/o controindicazioni all'esame endoscopico);
- indicazioni all'esame, eventuali altri esami strumentali eseguiti in precedenza, allergie a farmaci, terapie in atto, fattori di rischio);
- tipo di esame endoscopico effettuato;
- strumento utilizzato ed eventuale certificazione dell'avvenuta disinfezione;
- tipo di sedazione, farmaci usati (compresi i farmaci antagonisti dei sedativi, quando utilizzati);
- conferma dell'ottenuto consenso informato;
- regioni anatomiche esplorate. In caso di esame incompleto indicare il punto raggiunto e il motivo dell'interruzione. Per la colonscopia: descrizione della qualità della preparazione;
- descrizione dell'esame e della documentazione iconografica eseguita;
- eventuali prelievi biotipici/citologici e loro sedi;
- lesioni individuate (descrizione macroscopica, diametri e margini) e loro sede;
- manovre terapeutiche, se eseguite, con indicazione degli accessori utilizzati e del risultato ottenuto;

- eventuali complicanze o impedimenti al procedimento;
- diagnosi endoscopica;
- indicazioni terapeutiche e/o *follow-up*;
- nomi degli operatori (medici e paramedici);
- firma leggibile dell'operatore

In contesti particolari è importante, per la successiva gestione clinica del paziente, fornire una risposta completa che utilizzi definizioni e classificazioni standardizzate. Ad esempio:

a) emorragie digestive

- descrivere i distretti dove è eventualmente presente sangue
- descrivere le lesioni e se è presente un sanguinamento attivo
- se presenti lesioni ulcerative gastroduodenali: descrivere le "stigmati" del sanguinamento (4);

b) ipertensione portale

- descrivere se presenti varici;
- se presenti, descrivere:
 1. per le varici esofagee: sede, dimensione (F1, F2, F3), presenza o meno di "segni del rosso" (5)
 2. per le varici gastriche descrivere se: GOV1, GOV2, IGV1, IGV2 (6)
- descrivere se presente o meno gastropatia congestizia e, se presente, specificare se lieve o severa (7)
- nelle conclusioni definire il rischio di sanguinamento da varici;

c) malattia da reflusso gastro-esofageo

- utilizzare la classificazione di Los Angeles per definire il grado di esofagite (8);

d) Barrett

- utilizzare le definizioni di Praga per definire l'estensione (9);

e) lesioni del retto-colon

- definire la sede:
 1. espressa in cm di distanza dal margine anale solo per le lesioni del retto,
 2. indicando il tratto anatomico (per esempio: (sigma, colon discendente, flessura sinistra, etc) per le lesioni del colon
- specificare dimensioni e morfologia delle lesioni polipoidi
- utilizzare la classificazione di Parigi per le lesioni non polipoidi (10);

Tutta la documentazione deve essere consegnata al paziente al termine della procedura endoscopica, accompagnata dalle dovute spiegazioni da parte del medico che deve illustrarne il contenuto in maniera chiara e comprensibile, in modo da migliorare la compliance del paziente e la sua attenzione verso gli intervalli indicati di *follow-up*.

Il centro di endoscopia deve altresì mettere in atto tutte le procedure necessarie all'archiviazione dei referti endoscopici; questo può essere ottenuto impostando un archivio informatico che registri al suo interno ed in sicurezza (vedi attuale Legge sul trattamento dei dati sensibili: DL 30 giugno 2003, n. 196) tutte le informazioni necessarie a una pronta consultazione. A tale proposito è stato rilevato come la compilazione a mano dei rapporti inerenti le procedure e la loro archiviazione non informatizzata comporti l'inevitabile omissione di alcuni dati e la relativa difficile consultazione (11).

Esistono a oggi diversi software di refertazione nei quali la terminologia è stata uniformata secondo standard minimi. Lo sviluppo di una terminologia "dedicata" per l'endoscopia digestiva prende origine dal 1976 con la creazione dell'European Society for Gastrointestinal Endoscopy Committee of Terminology. Nel 1984, l'Organization Mondiale d'Endoscopie Digestive Committee on Terminology pubblicò la prima edizione del "*Terminology, Definitions and Diagnostic Criteria in Digestive Endoscopy*." Nel 1981, l'American Society for Gastrointestinal Endoscopy costituì un Computer Committee ad hoc per la valutazione dell'impatto dell'informatica sulla pratica endoscopica. Si è giunti quindi alla compilazione dei "*Minimal Standards for Terminology and Documentation in Digestive Endoscopy*" ESGE nel 1995 (12) basandosi sul lavoro di *Maratka* del 1994 (13). La terminologia endoscopica ha continuato ad evolversi sino alla recente Letteratura che utilizza l'International Classification Diseases (ICD) decima edizione (14-15) e che fornisce precise indicazioni sulla raccolta iconografica (16).

I software, così strutturati, consentono l'archiviazione completa, referto ed immagini, rendendola disponibile per consultazioni successive (17).

Corrispondenza

Vincenzo Pietropaolo
UOS Centro di Endoscopia Digestiva
Policlinico "Umberto I"
"Sapienza" Università di Roma
Viale del Policlinico, 155 - 00111 Roma
e-mail: vincenzo.pietropaolo@uniroma1.it
v.pietropaolo@tiscali.it

Bibliografia

1. Rey JF, Lambert R and ESGE. ESGE Recommendations for Quality Control in Gastrointestinal Endoscopy: Guidelines for Image Documentation in Upper and Lower GI Endoscopy. *Endoscopy* 2001;33(10):901-903.
2. ASGE/ACG Taskforce on Quality in Endoscopy. Quality indicators for gastrointestinal endoscopic procedures. *2006*;63:S1-38.
3. Soekhoe JK, Groenen MJM, van Ginneken AM, Khaliq G, Lesterhuis W, van Tilburg AJP, Ouwendijk RJTh. Computerized endoscopic reporting is no more time-consuming than reporting with conventional methods. *European Journal of Internal Medicine* 2007;18:321-325.
4. Forrest JA, Finlayson ND, Shearman DJ. Endoscopy in gastrointestinal bleeding. *Lancet* 1974;2:394-397.
5. The Northern Italian Endoscopic Club for the Study and Treatment of Esophageal Varices. Prediction of the first variceal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices. *N Engl J Med* 1988;319:983-989.
6. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthi NS, Makwane UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a longterm follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology* 1992;16:1343-1349.
7. Primignani M, Carpinelli L, Sarin S, Kamath PS. Portal Hypertensive Gastropathy. In: De Franchis R. *Portal Hypertension III. proceedings of the Third Baveno International Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies*. Blackwell Science, London 2001:65-75.
8. Armstrong D, Bennett Jr, Blum AI, Dent J, De Dombal Ft, Galmiche J-P, Lundell L, Marguliesm, Richter Je, Spechler Sj, Tytgat Gnj, Wallin L. The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report on observer agreement. *Gastroenterology* 1996;111:85-92.
9. Sharma P, Dent J, Armstrong D, Bergman Jjghm, Gossner L, Hoshihara J, Jankowski Ja, Junghard O, Lundell L, Tytgat Gnj, Vieth M. The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: the Prague C & M criteria. *Gastroenterology* 2006; 131:1392-99.
10. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesionis: esophagus, stomach, and colon. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2003;58;6(suppl): s4-43.
11. Hirota WK, Petersen K, Baron TH et al. Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;58:475-82.
12. ESGE Committee for Minimal Standards Terminology and Documentation in Digestive Endoscopy: preliminary presentation for testing. Bad Homburg, Germany: Normed, 1995.
13. Maratka Z. *Terminolgy, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy*. Englewood, NJ: Normed, 1994.
14. Korman LY, Delvaux M, Bidgood D. Structured reporting gastrointestinal endoscopy: Integration with DICOM and minimal standard terminology. *Int J of Med Info* 1998;48: 201-206.
15. Korman, Louis Y. *Standardization in Endoscopic Reporting: Implications for Clinical Practice and Research*. 1999 April;28(3):217-223.
16. Groenen MJ, Hirs W, Becker H, Kuipers EJ, Van Berge Henegouwen GP, Fockens P, Ouwendijk RJ. Gastrointestinal endoscopic terminology coding (GET-C): a WHO-approved extension of the ICD-10. *Dig Dis Sci*. 2007 Apr; 52(4):1004-8. Epub 2007 Feb 16.
17. Rey JF, Lambert R; ESGE Quality Assurance Committee. ESGE recommendations for quality control in gastrointestinal endoscopy: guidelines for image documentation in upper and lower GI endoscopy. *Endoscopy*. 2001 Oct;33(10):901-3.

Nota per autore

Grazie per segnalare 5/6 voci da
evidenziare