



## NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	Dalle indagini preoperatorie eseguite risulta affetto da: <input type="checkbox"/> <b>MALATTIA DIVERTICOLARE DEL</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>MALATTIA INFIAMMATORIA INTESTINALE DEL</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE del CIECO</b> <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE DEL COLON ASCENDENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE DEL COLON TRAVERSO</b> <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE DEL COLON DISCENDENTE</b> <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE DEL SIGMA</b> <input type="checkbox"/> <b>ETEROFORMAZIONE DEL RETTO ALTO</b> <input type="checkbox"/> <b>BASSO</b>
Trattamento proposto:	<input type="checkbox"/> RESEZIONE del COLON <input type="checkbox"/> RESEZIONE DEL COLON-RETTO <input type="checkbox"/> AMPUTAZIONE ADDOMINO-PERINEALE (quest'ultima consistente nell'asportazione di una parte di colon, di tutto il retto e dell'ano, con necessità di deviare il transito delle feci con il confezionamento di una stomia definitiva) <input type="checkbox"/> INTERVENTO SECONDO HARTMANN
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	L'intervento verrà eseguito per via dell'evidenza di lesioni infiammatorie o neoplastiche del colon e verrà eseguito per via: <input type="checkbox"/> <b>laparotomica</b> (attraverso un'ampia incisione addominale) <input type="checkbox"/> <b>videoassistita mininvasiva</b> (che prevede plurimi piccoli accessi attraverso cui vengono inseriti la telecamera e gli strumenti operatori) <input type="checkbox"/> e che è possibile che venga realizzata, una deviazione intestinale temporanea o definitiva ovvero una <input type="checkbox"/> <b>Colostomia</b> <input type="checkbox"/> <b>definitiva</b> <input type="checkbox"/> <b>temporanea</b> <input type="checkbox"/> <b>Ileostomia</b>

	Sono stata/o informata/o che potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio fegato, milza, vescica, ureteri, piccolo intestino) in caso di loro interessamento dalla diffusione tumorale o da altra concomitante patologia e che le resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto ad altre terapie ovvero al trattamento medico) e gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato detto che comunque residueranno una o più cicatrici.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	I problemi di recupero possono essere legati ad eventuali complicanze/effetti indesiderati e avversi che rallentano i tempi di recupero e possono rendere necessario un reintervento.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Nel caso di malattie infiammatorie intestinali il non intervento può determinare una esacerbazione della patologia stessa con complicanze legate alla sepsi, all'occlusione intestinale o alla perforazione viscerale.  Rischi se rifiuto o ritardo il trattamento: in caso di rifiuto e ritardo nella effettuazione dell'intervento chirurgico, si può verificare un peggioramento e/o progressione locale della malattia (con possibili complicanze occlusive, perforative, sanguinamenti e/o invasione degli organi vicini, che potrebbero richiedere interventi chirurgici in urgenza con notevole aumento del rischio operatorio anche quoad vitam), a distanza, con possibile insorgenza di metastasi agli organi vicini come: fegato, polmoni, ossa, cervello ecc...
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	Le complicanze possono essere immediate e/o tardive, quali:  - <b>emorragie e/o ematomi</b> , che possono richiedere un re-intervento chirurgico a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico  -soprattutto in caso di emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon), si può verificare una <b>lesione della milza</b> , sia pure in una percentuale molto limitata, che può comportare l'asportazione della milza; tale intervento può comportare, nel postoperatorio, un incremento delle piastrine, il rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità con aumento del rischio di infezioni.  - <b>deiscenza della sutura anastomotica</b> : consiste nella incompleta guarigione della sutura chirurgica eseguita sull'intestino, con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nella cavità peritoneale ed insorgenza di peritoniti localizzate o diffuse. In questo caso potrebbe essere necessario reintervenire chirurgicamente e creare una deviazione intestinale temporanea o permanente (mediante ileo o colostomia). Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore quando l'anastomosi è molto bassa (a ridosso dell'orifizio anale) o quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza.

-**stenosi dell'anastomosi** (restringimenti cicatriziali a livello della sutura intestinale) che generalmente si risolvono con dilatazioni per via endoscopica

-**lesioni di organi o strutture circostanti** (ureteri, vescica, anse intestinali, milza, grossi vasi addominali),

-**ritardi nella canalizzazione** con lenta ripresa della funzione intestinale.

-**occlusioni intestinali** legate a torsioni di ansa o ad aderenze o ad atonia dell'intestino stesso. In alcuni casi può rendersi necessario un reintervento chirurgico.

-**disturbi urologici o della sfera sessuale:** possono presentarsi dopo interventi sul colon sinistro e sul retto, a causa dell'interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili e ciò può comportare la necessità di mantenere il catetere vescicale per un periodo più prolungato.

- **infezioni a carico della ferita** precoci e/o tardive possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave. Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.

-**lesioni neurologiche periferiche:** rare e legate a compressioni inavvertitamente causate dalla posizione o da variazioni di decubito durante l'intervento; tali lesioni sono generalmente reversibili.

-**laparoceli:** ovvero **ernie addominali tardive** che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete

- **stipsi o diarrea**, temporanee o permanenti. La diarrea è più frequente e più difficile da controllare dopo interventi di colectomia (ovvero di asportazione del colon) subtotale o totale- **incontinenza fecale**, si può verificare soprattutto dopo interventi con asportazione del retto ed anastomosi molto bassa e tale evento appare più frequente dopo l'esecuzione di radioterapia.

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) possono verificarsi soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologia.

Anche **le colostomie** possono essere gravate da complicanze quali il **distacco** della stessa dalla parete addominale, l'**erniazione**, l'**infezione del tessuto sottocutaneo** circostante con formazione di ascessi peristomali, o la **stenosi** dell'orifizio. Tutti questi eventi possono avvenire in forma lieve e non essere motivo di preoccupazione, ma possono anche richiedere, a loro volta, un trattamento chirurgico per la loro correzione.

Mi è stato chiaramente spiegato che per l'intervento condotto per **via laparoscopica** possono verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di tecnica quali:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>lesioni di grossi vasi</b>, al momento della introduzione delle sonde;</li> <li>- <b>diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace</b> (enfisema sottocutaneo o mediastinico);</li> <li>- <b>embolia polmonare gassosa</b>, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o <b>ipercapnia</b>, che consiste nell' eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;</li> <li>- <b>metastasi</b> possano localizzarsi nel punto di ingresso degli strumenti in addome. Questo è un evento raro che non è confermato in tutte le casistiche e che ha probabilmente la stessa frequenza delle localizzazioni metastatiche in sede di incisione laparotomica.</li> <li>- La <b>conversione</b> dell'intervento in laparotomia tradizionale: non è una vera complicanza, ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso, con margine sufficiente di sicurezza.</li> </ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p>Nel caso di malattie infiammatorie, la terapia medica conservativa può determinare un miglioramento clinico ma non elimina lo stato clinico che ha portato al ricovero o alla valutazione chirurgica.</p> <p>Nel caso di malattie oncologiche la chemioterapia e/o la radioterapia non rappresentano una terapia definitiva se non accompagnate, qualora ce ne siano le condizioni cliniche, dal trattamento chirurgico.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Dirigenti Medici della SC di Chirurgia Generale.

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_