



**Dipartimento di Chirurgia**  
Direttore: dr. Luigi Colombo

**Chirurgia Generale**  
Direttore: dr. Adelmo Antonucci

**Ospedale Sant'Anna - San Fermo della Battaglia**  
Segreteria 031.585.9682 – Studio 031.585.8136  
adelmo.antonucci@asst-lariana.it

**Ospedale Sant'Antonio Abate - Cantù**  
Studio 031.799.461 / 462  
Reparto Multidisciplinare 031.799.468 - Endoscopia 031.799.466  
adelmo.antonucci@asst-lariana.it - ivana.zappa@asst-lariana.it

**Ospedale Erba-Renaldi - Menaggio**  
Telefono 0344.33204  
adelmo.antonucci@asst-lariana.it - ivana.zappa@asst-lariana.it

## NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE

**Nome e Cognome** **data di nascita**

Quali sono le sue condizioni di salute?	<input type="checkbox"/> <b>TUMORE BENIGNO DELLA MAMMELLA</b> <input type="checkbox"/> <b>DESTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>SINISTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>TUMORE DI COMPORTAMENTO INCERTO DELLA MAMMELLA</b> <input type="checkbox"/> <b>DESTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>SINISTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA</b> <input type="checkbox"/> <b>DESTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>SINISTRA</b> <input type="checkbox"/> <b>ALTRO (specificare)</b> _____
Trattamento proposto:	<input type="checkbox"/> <b>QUADRANTECTOMIA</b> (ovvero nell'asportazione di un quadrante della mammella) <input type="checkbox"/> <b>RADIOGUIDATA</b> (localizzazione di lesione occulta) <input type="checkbox"/> <b>MASTECTOMIA RADICALE</b> (con asportazione completa della mammella, della cute e del complesso areola-capezzolo) <input type="checkbox"/> <b>MASTECTOMIA RADICALE SKIN SPARING</b> (con asportazione completa della mammella ma con risparmio di cute e del complesso areola-capezzolo) <input type="checkbox"/> <b>MASTECTOMIA RADICALE NIPPLE SPARING</b> (con asportazione completa della mammella e del complesso areola-capezzolo ma con risparmio di cute) <input type="checkbox"/> <b>ALTRE FORME DI MASTECTOMIA</b> <input type="checkbox"/> <b>NODULECTOMIA</b> <input type="checkbox"/> <b>RADIOGUIDATA</b> (localizzazione di lesione occulta) Mi è stato anche spiegato che si dovrà procedere, per lo studio della diffusione ai linfonodi ascellari, a: <input type="checkbox"/> biopsia del <b>LINFONODO SENTINELLA</b> ed eventuale successiva dissezione ascellare omolaterale (in caso di esame istologico estemporaneo positivo per macrometastasi) <input type="checkbox"/> <b>LINFADENECTOMIA</b> ascellare
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	Perché sono risultata/o affetta da neoplasia mammaria di tipo benigno o maligno o perché mi è stata/o diagnosticata una lesione che necessita di una definizione istologica. Risulta talvolta necessaria una mastectomia sottocutanea nel caso di diagnosi di ginecomastia vera.
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 a terapie alternative come la radio- e chemio-terapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato chiaramente spiegato che è possibile che a distanza di tempo il tumore si formi nuovamente.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Per quanto riguarda l'intervento chirurgico e le possibili complicanze immediate e/o tardive, di tipo medico e chirurgico ho avuto informazioni complete inerenti: - la tecnica dell'intervento - l'anestesia

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- il decorso post-operatorio che potrebbe comportare un certo disagio dovuto alla dolenzia, alla tensione tessutale ed a un possibile rialzo termico</li> <li>- la terapia farmacologica (antibiotica, antidolorifica, analgesica o altra necessaria)</li> </ul>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	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 (ulcerazione cutanea con o senza sanguinamento), a distanza, con possibile insorgenza di metastasi locoregionali (linfonodali) e/o a distanza.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- linfedema cronico del braccio (ingrossamento del braccio per difficoltoso scarico linfatico) successiva alla linfektomia ascellare</li> <li>- la raccolta di siero o linfa (sieroma, linfocele) nel cavo ascellare</li> <li>- parestesie o altri disturbi neurotrofici del braccio e/o della parete toracica (il più delle volte temporanei) e da possibili lesioni di nervi (ad es. nervo toracico lungo) con possibile sviluppo della cosiddetta "scapola alata".</li> <li>- una complicanza possibile, anche se relativamente rara, della mastectomia è l'emorragia postoperatoria, che se non dominata con la compressione, può richiedere un reintervento</li> <li>- la dislocazione del complesso areola-capezzolo</li> <li>- le complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) che 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, ecc. defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica</li> <li>- la qualità delle cicatrici chirurgiche che può variare soggettivamente e il cui esito non è prevedibile</li> <li>- la necessità di posizionare drenaggi</li> <li>- la possibile infezione della ferita chirurgica, la sua difficoltà di guarigione, l'ischemia del complesso areola-capezzolo fino alla necrosi completa (che ne richiederebbe la sua asportazione), l'ipopigmentazione, la perdita di sensibilità e della funzione erettile del capezzolo o la necrosi dei lembi cutanei, più frequenti in presenza di fattori di rischio come il tabagismo, il diabete o turbe vascolari reazioni allergiche</li> <li>- le possibili complicanze legate all'inserimento sottomuscolare di un espansore o di una protesi come la formazione di un ematoma o di un sieroma, l'infezione, la rottura e/o la dislocazione del dispositivo impiantato e la rigidità o contrattura capsulare. Se queste complicanze non si risolvono in maniera conservativa, può rendersi necessario un reintervento chirurgico, per la rimozione del dispositivo impiantato</li> <li>- la recidiva locale della neoplasia, possibile con maggiore frequenza nella quadrantectomia ma presente anche in caso di mastectomia, sulla cicatrice</li> </ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Nel caso di malattie oncologiche la chemioterapia neoadiuvante o adiuvante e/o la radioterapia non rappresentano una terapia definitiva se non accompagnate, qualora ce ne siano le condizioni cliniche, dal trattamento chirurgico.

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

\_\_\_\_\_