

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome _____ data di nascita _____

Quali sono le sue condizioni di salute?	CARCINOMA DELL'OVAIO
Trattamento proposto:	Isterectomia totale, annessectomia bilaterale, omentectomia, appendicectomia; eventuali procedure di citoriduzione (linfadenectomia pelvica e lomboaortica, resezione di retto-sigma e/o di piccolo intestino con anastomosi vs posizionamento di stomia, peritonectomia, deperitoneizzazione diaframmatica, splenectomia, etc.)
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Obiettivo della chirurgia è l'asportazione di tutta la malattia neoplastica visibile macroscopicamente in quanto il tumore residuo costituisce un fattore di rischio in termini di sopravvivenza a lungo termine.</p> <p>Il 25% delle pazienti si presenta con una malattia in uno stadio clinico apparentemente iniziale (I o II). Il 75% dei tumori ovarici è diagnosticato già in stadio avanzato.</p> <p>L'intervento chirurgico prevede l'esecuzione di: lavaggio peritoneale, isterectomia totale (asportazione dell'utero in toto), annessectomia bilaterale (asportazione di ovaie e tube), appendicectomia, omentectomia (asportazione di un "grembiule" di grasso viscerale esteso dallo stomaco al colon), esplorazione degli organi addominali, biopsie peritoneali multiple, eventuale asportazione dei linfonodi pelvici e/o lomboaortici; talvolta può rendersi necessaria una resezione intestinale con il confezionamento di una entero-stomia, in quanto la malattia non sia dissociabile da porzioni dell'intestino o alla parete vescicale, per cui l'eradicazione completa del tumore rende necessaria l'asportazione del tratto di intestino interessato (resezione intestinale), di parte della vescica (resezione parziale della vescica) o di altri organi.</p> <p>L'intervento solitamente viene iniziato per via laparoscopica comportando una piccola incisione nell'ombelico per permettere lo studio in vivo della diffusione di malattia e per poter fare diagnosi istologica con esame estemporaneo inviato all'anatomia patologica in corso di intervento. Se la malattia si presenta ad uno stadio iniziale, l'intervento può essere proseguito in laparoscopia, con tre ulteriori piccole incisioni nella parte inferiore dell'addome. Questa tecnica chirurgica, definita mini-invasiva, comporta un rischio minore di complicanze intra e post-operatorie oltre che un minor dolore e una minore degenza post-operatoria rispetto alla via classica laparotomica. Quando la diffusione di malattia è maggiore l'approccio chirurgico è quello classico laparotomico, con una incisione xifopubica (dallo sterno fino a raggiungere il pube). Nel caso in cui sia bassa la probabilità di raggiungere il residuo tumorale zero, si può scegliere di non procedere con la laparotomia ma inviare la paziente a chemioterapia neoadiuvante (eseguita dunque prima della chirurgia di citoriduzione), per tentare di ridurre la diffusione di malattia e rendere la paziente operabile nel caso in cui presentasse malattia non resecabile.</p>

	Può essere talvolta necessario un monitoraggio intensivo in rianimazione per le prime 24-48 ore post operatorie.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'obiettivo è l'eliminazione di tutte le cellule tumorali e quindi la scomparsa della malattia. La sopravvivenza al tumore maligno dell'ovaio in Italia è di circa il 43% a 5 anni dalla diagnosi.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Il recupero può essere variabile, e dipende dalla modalità di intervento (laparoscopico vs laparotomico) e dalle caratteristiche della paziente. Le variabili possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> - controllo del dolore, con necessità per un tempo più o meno prolungato di utilizzo di antidolorifici; - disturbi dell'alvo e della diuresi, con necessità di ricorso a lassativi o all'utilizzo di assorbenti - insensibilità e parestesie, con riduzione della mobilitazione, causate dalla posizione tenuta in sala operatoria, e dalle caratteristiche tecniche dell'intervento stesso; - sviluppo di patologie infettive post-operatorie, con necessità di prolungamento del ricovero per antibiotico terapia. <p>In ogni caso, più rapida è la ripresa delle normali attività quotidiane, minore sarà la difficoltà del recupero; in ospedale sarà applicato un protocollo mirato a questo obiettivo, denominato ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Se la malattia è agli stadi iniziali, senza trattamento si avrà in breve tempo diffusione ematica/linfatica della patologia; a questo punto, il decadimento è rapido, con la comparsa di plurime metastasi, fino al decesso.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Nessun intervento chirurgico può essere considerato completamente privo di rischi. Anche adottando la massima diligenza, perizia e prudenza possono intervenire complicanze che per lo più vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rischio tromboembolico (per cui viene eseguita la profilassi farmacologica e la mobilitazione precoce) • rischio emorragico (in alcuni casi deve essere trattata con emotrasfusioni) • rischio infettivo (infezioni localizzate o generalizzate) • lesione di organi e strutture contigue all'apparato genitale (vescica, ureteri, intestino) dovuti a sezione e/o legatura, ustioni o perforazioni, nella maggior parte dei casi riconosciute intraoperatoriamente e risolte. Talvolta possono esitare in ostruzione o fistole e richiedere un secondo intervento. • lesioni vascolari che nella maggior parte dei casi vengono riconosciute intraoperatoriamente e risolte. • lesioni a tronchi nervosi da posizione, compressione o traumatismo, che solitamente regrediscono in poche settimane. • ematomi e/o ascessi, anche tardivi, che possono richiedere un successivo intervento chirurgico o terapie infusionali • lenta ripresa della funzionalità intestinale • difficoltà minzionale (ritenzione o incontinenza urinaria) • formazione di edema linfatico agli arti inferiori conseguente alla linfoadenectomia e formazione di linfoceli (raccolta di linfa) • prolasso di cupola vaginale • formazione di laparocele o di ipotonia dei muscoli retti addominali, con

	<p>possibilità di dover ricorrere ad una correzione chirurgica</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispareunia e/o algie pelviche • inestetismi e talvolta deiscenza della cicatrice cutanea o esagerata reazione dei tessuti (formazione di cheloidi)
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	In casi di patologia avanzata, o in pazienti non sottoponibili ad intervento chirurgico per comorbidità o performance status, la malattia può essere trattata con la chemioterapia (chemioterapia neoadiuvante), terapia ormonale, o le terapie a bersaglio molecolare.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'equipe dedicata della SC di Ostetricia e Ginecologia diretta dal Dr. Beretta prenderà in carico la paziente dalla programmazione operatoria, e la seguirà lungo tutto l'iter terapeutico.

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
