

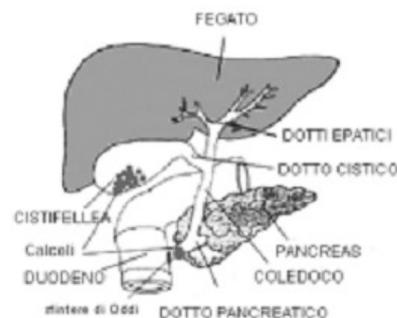
 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Logo Azienda	Cognome	Barcode
	Nome	
	Data di nascita	
	N° CCI/Nosologico	

ESEMPIO INFORMATIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO

NOTA INFORMATIVA sull'INTERVENTO di COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

CHE COS'È ?

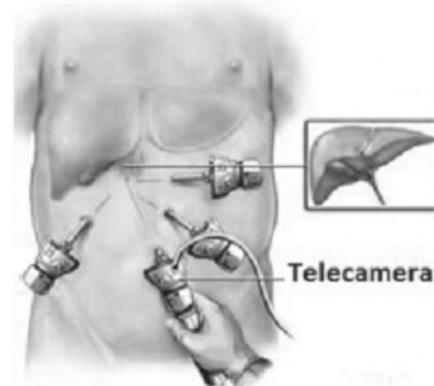
Si tratta di un intervento chirurgico effettuato per asportare (togliere) la cistifellea (colecisti) in queste situazioni: presenza di calcoli, infiammazione e/o infezione della colecisti, piccoli polipi o "falsi" polipi (pseudopolipi di colesterina). I sintomi associati a queste condizioni possono essere quelli della "colica biliare": dolore acuto nella parte alta destra o centrale della pancia, febbre, nausea, pancia gonfia.



COME SI SVOLGE L'INTERVENTO ?

La **colecistectomia laparoscopica** rappresenta l'intervento ad oggi più indicato per le situazioni sopra descritte. Viene eseguito con paziente addormentato e intubato (in anestesia generale). Per effettuare l'intervento occorre fare 4 piccole incisioni sulla pancia (fori di circa 1 cm) necessari per introdurre gli strumenti chirurgici utilizzati per vedere l'interno dell'addome (telecamera) e per togliere la cistifellea (colecisti). Durante l'intervento, in presenza di particolari condizioni (ad esempio anomalie anatomiche e/o altre patologie non note) potrebbe essere necessario modificare il tipo di intervento e/o la tecnica chirurgica: è possibile ad esempio che si debba passare ad una chirurgia tradizionale effettuando una incisione sotto all'arcata costale a destra o in altra sede (questo passaggio può avvenire in 1 caso ogni 100 casi di interventi laparoscopici). L' intervento di colecistectomia in via laparoscopica dura abitualmente circa 1 ora; talvolta sono necessari tempi più lunghi in presenza di casi particolarmente complessi.

Durante l'intervento verranno prelevati campioni di tessuto e/o materiale biologico contenuto nell'organo da sottoporre ad esame istologico a conferma o approfondimento della diagnosi effettuata.



Accesso
Laparoscopico

BENEFICI ATTESI

Togliere la colecisti elimina il dolore delle coliche biliari, rimuove l'infezione e l'infiammazione qualora presente e nella maggior parte dei pazienti impedisce il riformarsi dei calcoli.

TRATTAMENTI ALTERNATIVI

Il trattamento farmacologico a base di sali biliari con l'intento di sciogliere i piccoli calcoli di colesterolo può rappresentare una possibile alternativa all'intervento chirurgico anche se con alcuni limiti: è indicata solo nei pazienti senza sintomi tipici (dolore nella parte alta destra della pancia) e con calcoli di colesterina piccoli. Questo tipo di terapia però ha spesso un effetto solo temporaneo perché a distanza di mesi o anni dalla sospensione della cura i calcoli possono ricomparire o non essere eliminati completamente.

COSA PUO' SUCCEDERE SE NON SI EFFETTUA L'INTERVENTO

La scelta di non sottoporsi all'intervento chirurgico proposto può causare il peggioramento dei sintomi (dolori, disturbi digestivi) e/o l'insorgenza di una infezione acuta della cistifellea e delle vie biliari principali (colecistite acuta e colangite acuta) associata o meno ad altre gravi complicanze come la pancreatite acuta (infiammazione del pancreas), la perforazione della colecisti con peritonite.

E' stato inoltre osservato che l'infiammazione cronica determinata da calcoli rappresenta un fattore di rischio rilevante nei rari casi di tumore della colecisti.

RISCHI E COMPLICANZE

Per qualsiasi intervento chirurgico c'è la possibilità che malgrado la massima attenzione ed abilità tecnica degli operatori, le condizioni anatomiche della sede di intervento (es: varianti anatomiche, aderenze tra i visceri, quadro infiammatorio, ect) o altri fattori legati alle condizioni di salute del paziente possano facilitare il verificarsi di eventi indesiderati. La tabella che segue mostra uno schema sintetico delle principali complicanze correlate a questo tipo di intervento e cita anche i trattamenti che potrebbero rendersi necessari per porvi rimedio.

POSSIBILI RISCHI	COSA SUCCEDERE	TRATTAMENTO
Lesioni delle vie biliari (possono verificarsi in 1-5 pazienti ogni 1000 interventi in laparoscopia)	Perdita e raccolta di bile in addome, febbre, alterazione degli esami del sangue, peritonite	Osservazione e terapia antibiotica; procedure endoscopiche (es ERCP-colangiopancreatografia retrograda endoscopica); possibilità di nuovo intervento chirurgico
Sanguinamenti da lesioni di vasi arteriosi (es: rami dell'arteria epatica)	Sangue che si accumula in addome; sanguinamento dal drenaggio addominale; alterazioni esami, peritonite	Eventuale necessità di trasfusioni di sangue; possibilità di nuovo intervento chirurgico
Infezioni (infezioni delle ferite chirurgiche, accessi nel fegato e/o in cavità addominale)	Febbre e malessere generale, alterazioni degli esami del sangue	Terapia antibiotica; drenaggio delle raccolte infette (radiologico eco/TAC guidato); possibilità di nuovo intervento chirurgico
Ritenzione di calcolo o calcolosi recidiva nella via biliare principale	La cute può assumere un colorito giallo (ittero), alterazione degli esami del sangue, infezioni biliari, pancreatiti acute	Possibile ricorso alla ERCP (colangio-pancreatografia retrograda endoscopica) per la rimozione dei calcoli del dotto biliare; possibilità di nuovo intervento chirurgico
Lesioni della parete intestinale (molto rara)	Quadro clinico variabile	Nuovo intervento chirurgico
Laparocele (emia incisionale- che compare in corrispondenza di una cicatrice chirurgica laparotomica)	Gonfiore, tumefazione che compare sulla parete addominale in vicinanza della cicatrice. Può essere associata a fastidio, dolore, soprattutto sotto sforzo	Interventi chirurgici di rinforzo della parete addominale
Lesioni cicatriziali tardive di rami della via biliare extraepatica (ostruzione al deflusso della bile)	A distanza di tempo dall'intervento, la cute assume un colorito giallo (ittero), alterazione degli esami del sangue	Possibile ricorso alla ERCP (colangio-pancreatografia retrograda endoscopica); possibilità di nuovo intervento chirurgico

Vi sono poi complicanze non specifiche di questo tipo di intervento che possono verificarsi nel corso o in seguito a qualsiasi altro intervento chirurgico in pazienti anziani e/o con particolari fattori predisponenti: problemi cardiaci (ad esempio, aritmie, infarto, ect), problemi renali, ictus cerebrale, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, ect. La mortalità correlata a questo intervento è molto bassa ed è stimato che il decesso possa verificarsi da 0-1 paziente ogni 1000. L'équipe e l'anestesista valutano attentamente i rischi aggiuntivi di ogni paziente per intervenire in condizioni di sicurezza: predispongono le misure necessarie per ridurre al minimo il rischio di tali complicanze e per ridurre le conseguenze sulla salute se si verificano.

COSA SUCCEDDE PRIMA DELL'INTERVENTO

Dal momento in cui lo specialista chirurgo indica la necessità di eseguire l'intervento il paziente che sceglie di sottoporsi al trattamento proposto, seguirà un percorso pre-ricovero che prevede l'effettuazione di esami del sangue, esami diagnostici (ECG - elettrocardiogramma; RX torace, ect) e di una visita con il medico anestesista.

In questa occasione l'anestesista valuterà il rischio operatorio del paziente, raccogliendo informazioni sullo stato di salute e sulla storia clinica, sui farmaci assunti con particolare attenzione ai farmaci che modificano lo stato di coagulazione del sangue (anticoagulanti ed antiaggreganti) e sulle eventuali allergie. L'équipe che gestisce il percorso pre-ricovero fornirà anche al paziente le opportune indicazioni sulla gestione dell'alimentazione, dei farmaci normalmente assunti e delle modalità di igiene personale (doccia, eventuale depilazione della sede anatomica dell'intervento, ecc.) da seguire nelle ore che precedono l'intervento.

COSA SUCCEDDE DOPO L'INTERVENTO

Un sottile tubicino (drenaggio) di silicone che fuoriesce dalla parte alta destra dell'addome, posizionato durante l'intervento, viene abitualmente rimosso entro le prime 12-24 ore. L'alimentazione sarà inizialmente liquida a piccoli sorsi, quindi semiliquida ed, in assenza di nausea, si potrà iniziare ad alimentarsi con cibi solidi. Per controllare il dolore conseguente all'intervento chirurgico, verranno somministrati farmaci antidolorifici con dosaggi e modalità personalizzate. L'équipe curante farà in modo che il paziente possa alzarsi dal letto e camminare nel più breve tempo possibile anche al fine di favorire la ripresa, la riduzione del dolore e la prevenzione di trombosi (tromboembolismo venoso).

Di norma, in assenza di complicazioni, la dimissione avviene il giorno seguente l'intervento; in caso di colecistectomia aperta (laparotomica) la dimissione avviene dopo 2-3 giorni di degenza.

Al rientro a casa

Occorre evitare la guida di autoveicoli o attività che richiedano grande attenzione per almeno 48 ore. E' raccomandata l'astensione da attività fisica intensa per circa 7 giorni; i tempi per la ripresa del lavoro possono essere variabili, anche sulla base del tipo di attività svolta, comunque possibile appena il paziente si sente bene. Viene di norma previsto un controllo clinico ambulatoriale a distanza di 7-10 giorni dall'intervento. Anche nei giorni che precedono tale controllo, il paziente dovrà prestare particolare attenzione alla comparsa dei seguenti segni/sintomi: dolore addominale intenso o prolungato o in peggioramento, vomito, febbre, gonfiore alla pancia, difficoltà o impossibilità di svuotare l'intestino per oltre 48 ore, diarrea acquosa per oltre 48 ore, arrossamento o secrezione maleodorante dalla ferita, comparsa di colorazione gialla della pelle e delle mucose (ittero).

In presenza di questi sintomi il paziente deve immediatamente contattare l'équipe curante (Numero telefonico _____) o, in alternativa, rivolgersi al più vicino Pronto Soccorso.

L'esito dell'esame istologico sarà disponibile dopo circa 3 settimane dall'intervento: verrà comunicato il risultato e potrà essere ritirato il referto secondo le modalità che verranno indicate.

Per eventuali ed ulteriori approfondimenti sull'argomento l'équipe consiglia la consultazione dei seguenti riferimenti: (pagine web)

Per chiarimenti o ulteriori informazioni contattare l'équipe ai seguenti recapiti:

Numero telefonico _____

E-mail (segreteria, email reparto) _____

Medico

Data

/ /

Ora

:

Firma e timbro del medico