	Modulo Informativo NEOPLASIA COLON RETTO E METASTASI EPATICHE	ALL35_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

In seguito agli accertamenti da lei eseguiti è stata riscontrata una **PATOLOGIA NEOPLASTICA Del COLON-RETTO E METASTASI EPATICHE**.

L'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una: **RESEZIONE del COLON** o del **COLON-RETTO** o in un'**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) e **resezione delle lesioni epatiche**. L'intervento verrà eseguito per via **laparotomica** (attraverso un'ampia incisione addominale) o **Videoassistita laparoscopica** (che prevede plurimi piccoli accessi attraverso cui vengono inseriti la telecamera e gli strumenti operatori). E' possibile che venga realizzata una deviazione intestinale temporanea o definitiva ovvero una **Colostomia o Ileostomia**.

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. Le resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi.

Il personale medico del reparto le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative come la chemio- e/o la radioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

È purtroppo possibile la recidiva neoplastica a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o complicanze immediate e/o tardive, quali:

- **emorragie e/o ematomi**, 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 **lesione della milza**, 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.

- **deiscenza della sutura anastomotica**: 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.

- **fistole biliari**: possono essere la conseguenza della caduta di un'escara o di un punto dalla trancia di sezione epatica. Nella gran parte dei casi la bile viene drenata all'esterno dai drenaggi posti durante l'intervento. Altre volte la guarigione della fistola viene facilitata dall'inserimento di un drenaggio naso-biliare. In caso di fistole di portata importante, può rendersi necessario un reintervento di drenaggio interno (di solito nell'intestino) del dotto biliare aperto.

- **insufficienza epatica**: dopo una resezione estesa la funzione del fegato può risultare insufficiente e determinare problemi di varia natura (coagulativi, insufficienza, fino al coma epatico, ecc.). Abitualmente il

	Modulo Informativo NEOPLASIA COLON RETTO E METASTASI EPATICHE	ALL35_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patrìti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

fegato si rigenera e con opportune terapie spesso si riesce a superare questa fase critica, dopo un periodo variabile di tempo.

- **versamento pleurico**: è una complicanza abbastanza frequente dopo resezione epatica. E' di solito di natura reattiva e si assorbe spontaneamente dopo qualche tempo o dopo aspirazione con una ago inserito in cavità pleurica.

- **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.

L'intervento condotto per **via laparoscopica** può esser gravato dalle seguenti complicanze:

- **lesioni di grossi vasi**

- **diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace** (enfisema sottocutaneo o mediastinico);

- **embolia polmonare gassosa**, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o **ipercapnia**, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;

- **metastasi** 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.

- La **conversione** 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.

La chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbilità pre-esistenti. In ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari Curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.