

FOGLIO INFORMATIVO MALATTIA DIVERTICOLARE DEL COLON

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per dare ai pazienti una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore serenità l'impegno che li aspetta.

Un paziente ben informato, un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono parte fondamentale dell'iter terapeutico.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti sottoporle al medico di riferimento.

OGGETTO DELLA PROCEDURA

La MALATTIA DIVERTICOLARE è una patologia caratterizzata dalla formazione di diverticoli (piccole sacche di mucosa colica che si sono fatte strada [ESTROFLESSIONI] attraverso lo strato muscolare del colon) del colon che possono andare incontro a varia evoluzione e dare esito alla malattia diverticolare nelle sue varie forme e nelle sue eventuali complicanze: infiammazione (diverticolite), sanguinamento, perforazione, ostruzione intestinale (stenosi-occlusione colica). Può interessare tutto il colon anche se coinvolge prevalentemente i segmenti colici di sinistra (porzione sinistra del colon traverso, colon discendente, sigma) ed in maniera preponderante il sigma.

L'intervento chirurgico previsto consiste in una: **RESEZIONE DI SIGMA** o in una **EMICOLECTOMIA SINISTRA** a seconda dell'estensione della malattia, consistente nell'asportazione del sigma o di tutto il colon sinistro (porzione sinistra del colon traverso, colon discendente, sigma) con ripristino del transito intestinale mediante anastomosi tra il colon e il retto con eventuale confezionamento di una colostomia o ileostomia (sacchetto sulla pancia per le feci) temporanea di protezione all'anastomosi, che a distanza di qualche mese con un ulteriore intervento meno invasivo, potrà essere chiusa, restituendo la fisiologica canalizzazione all'intestino, oppure **RESEZIONE COLICA SECONDO HARTMANN** consistente nell'asportazione della porzione intestinale interessata dalla malattia, sempre con i suoi vasi principali e le sue stazioni linfonodali, chiusura e affondato in addome del moncone colico o rettale a valle e confezionamento, col moncone a monte rispetto alla resezione, di una colostomia terminale (sacchetto sulla pancia per le feci), con la possibilità di programmare un successivo intervento a distanza di tempo, al fine di ripristinare la continuità intestinale.

Questa procedura viene eseguita nei casi in cui per diversi motivi non sia possibile o indicato ripristinare il transito intestinale nello stesso tempo dell'asportazione della porzione di intestino malata.

MODALITA', TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI

Questi interventi sono eseguiti sempre in anestesia generale per via **Laparoscopica**, cioè mediante 4-5 piccole incisioni di circa 0.5-1,5 cm sulla parete addominale attraverso le quali si gonfia l'addome con un gas inerte (CO₂) e si fanno passare una telecamera ed gli strumenti chirurgici necessari per l'esecuzione dell'intervento e un'incisione addominale di circa 7-10 cm (in sede variabile) per l'estrazione del pezzo asportato o per via **Laparotomica**, ovvero con l'esecuzione di una incisione chirurgica classica di varia estensione in sede mediana. L'approccio laparoscopico deve sempre contemplare la possibilità di convertire la procedura dalla tecnica laparoscopica a quella laparotomica in itinere per qualsiasi motivo precluda o renda rischioso portare a termine l'intervento. In alcuni casi la tipologia di intervento può essere modificata, nell'interesse del paziente, in relazione a particolari aspetti non riscontrati negli esami preoperatori, associando ad esempio eventuali resezioni di altri organi interessati dalla malattia o da patologie concomitanti. I tempi delle procedure sono variabili ma solitamente durano diverse ore (2-5 h circa). Al risveglio terminate le procedure chirurgiche al paziente saranno già stati posti in sede il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico e drenaggi addominali; questi presidi verranno rimossi giorni dopo l'intervento. L'alimentazione verrà ripresa gradualmente con il passare dei giorni in base alla ripresa dell'attività intestinale. Il periodo postoperatorio sarà caratterizzato dalla presenza di una sintomatologia dolorosa che verrà controllata farmacologicamente.

RISCHI E COMPLICANZE

È comprensibile che, come tutte le procedure chirurgiche, tali interventi portino con sé un rischio intrinseco, legato all'intervento stesso e/o alla presenza di varianti anatomiche intraaddominali non prevedibili preoperatoriamente e/o di patologie concomitanti.

Si puntualizza, inoltre, che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo, logicamente, rappresentano solamente una parte di tutte le problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della/e procedure chirurgiche e della sua situazione clinica al momento del ricovero.

Le possibili principali e più frequenti complicanze sono:

- **deiscenza anastomotica** con possibilità di fistole enteriche e talora necessità di reintervento
- **insorgenza di stenosi cicatriziale dell'anastomosi** che spesso può esser risolta con semplici dilatazioni per via endoscopica senza richiedere un reintervento

- **complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio
- **emorragia ed ematomi postoperatori**, nonché **lesioni dei grossi vasi addominali** che potrebbero comportare la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasioni, con il relativo rischio infettivologico
- **lesioni della milza:** durante le manovre di mobilizzazione della flessura colica sinistra con conseguente necessità di dover praticare una splenectomia. Tale intervento può comportare nel postoperatorio un aumento delle piastrine, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni
- **lesioni ureterali:**, possono richiedere il posizionamento di un drenaggio ureterale e/o un intervento ricostruttivo
- **formazione di laparocele** in corrispondenza dell'incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un ulteriore successivo intervento ricostruttivo di plastica della parete
- **insorgenza di disfunzioni della sfera genito-urinaria** in seguito alla lesione delle terminazioni nervose della regione pelvica (disturbi dell'erezione, eiaculazione retrograda)
- **aderenze** che si possono formare in cavità addominale ed in casi estremi causare una occlusione intestinale precoce o tardiva che può richiedere un intervento chirurgico;
- **infezione di ferita**
- **enfisema (presenza di gas) sottocutaneo** (in caso di tecnica laparoscopica)
- **insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari**
- **infezioni polmonari o urinarie**
- **versamento pleurico**
- **stipsi o diarrea**, temporanee o permanenti.

Anche le **ileo/colo-stomie** possono essere gravate da complicanze quali: **il distacco della stessa dalla parete addominale, l'erniazione, l'infezione del tessuto sottocutaneo circostante, o la stenosi dell'orifizio.**

INDICAZIONI E VANTAGGI

Le indicazioni vengono valutate in base alla estensione e/o gravità del quadro clinico, al numero di episodi acuti riferiti o documentati, alla non responsività al trattamento medico, alle condizioni generali e all'età del paziente. L'intervento chirurgico è l'unico trattamento valido e capace di risolvere le complicanze conclamate (infiammazione o emorragia non dominabile con terapia medica conservativa, perforazione, occlusione intestinale) della malattia diverticolare.

ALTERNATIVE POSSIBILI

La chirurgia abitualmente si rivolge alla cura delle complicanze della malattia diverticolare, e non tanto alla rimozione di tutto il tratto di intestino interessato dai diverticoli. In tal senso non

esiste una reale alternativa alla terapia chirurgica in caso di complicanza conclamata (infiammazione o emorragia non risolvibile con terapia medica conservativa, perforazione, occlusione intestinale), mentre è possibile attuare una terapia medica solo nei casi ad evoluzione favorevole (assenza di stenosi intestinale, di perforazione, assenza di necessità di più ricoveri per episodi dolorosi). Se la malattia è complicata può evolvere con la formazione di ascessi o perforazione.

LE EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA

Presentandosi la necessità di salvare da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica proposta, 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.

ATTIVITA' DELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

La nostra Divisione di Chirurgia Generale esegue circa 130 interventi annui per patologia coloretale con tecniche mininvasive (Iparoscopica o robotica). La conversione è di circa il 5%; la percentuale di fistole di 6-8%. La degenza media è di circa 9 giorni.

Note aggiuntive: _____

Cosa chiarire con il medico in vista dell'intervento chirurgico e/o del trattamento indicato:

- Informazioni relative alla mia malattia
- In cosa consiste il trattamento e/o intervento chirurgico
- Quali sono i rischi e le possibili complicanze e/o effetti collaterali
- Quali sono le possibili alternative terapeutiche

Camposampiero ___/___/_____

Ultima revisione Luglio 2019