

REGIONE DEL VENETO



**ULSS6**  
EUGANEA

Presidio Ospedaliero di Camposampiero

**Unità Operativa Autonoma  
CHIRURGIA GENERALE**

*Direttore: Dott. E. Morpurgo*

Via P. Cosma, 1 • 35012 Camposampiero / Padova

Segr. Tel. 049 932.44.22 • D.H. Tel. 049 932.44.32

Fax 049 932.44.23

e-mail: [chirurgia\\_csp@aulss6.veneto.it](mailto:chirurgia_csp@aulss6.veneto.it)

## FOGLIO INFORMATIVO TUMORI DEL COLON DX E TRASVERSO

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 patologia neoplastica del colon, unitamente a quella interessante il retto, costituisce la più importante e diffusa affezione tumorale dell'intestino.

L'intervento chirurgico indicato per il trattamento della patologia neoplastica del **COLON DX** (cieco, colon ascendente, flessura colica dx [epatica]) è **l'EMICOLECTOMIA DESTRA**: asportazione del colon destro e porzione dx del colon trasverso con i suoi vasi principali e le sue stazioni linfonodali, con ripristino del transito intestinale mediante anastomosi ileo-colica; raramente eventuale confezionamento di 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; per le neoplasie riguardanti il **COLON TRASVERSO** è invece indicata la **RESEZIONE COLICA** del tratto intestinale interessato dalla neoplasia con i suoi vasi principali e le sue stazioni linfonodali, con ripristino del transito intestinale mediante anastomosi colo-colica, anche in questo caso raramente eventuale confezionamento di 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.

*Sede legale dell'Azienda: Via E. degli Scrovegni, 14 – 35131 Padova*

*Codice Fiscale e Partita IVA: IT 00349050287*

*Centralino: Camposampiero 049 932.41.11 • Cittadella 049 942.41.11*

*Sito Internet: [www.aulss6.veneto.it](http://www.aulss6.veneto.it)*

## **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 (CO<sub>2</sub>) 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. Entrambe le tecniche garantiscono la radicalità oncologica. 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 (2-4 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 (in alcuni interventi per tumori del colon trasverso):** 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
- **possibile recidiva e/o progressione di malattia anche a distanza di tempo**
- **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 **ileostomie** possono essere gravate da complicanze quali: **il distacco della stoma dalla parete addominale, l'erniazione, l'infezione del tessuto sottocutaneo circostante, o la stenosi dell'orifizio.**

## **INDICAZIONI E VANTAGGI**

La terapia chirurgica costituisce il cardine del trattamento delle neoplasie intestinali. La tecnica chirurgica consente di arginare l'avanzamento loco-regionale della patologia neoplastica e di prevenirne una eventuale disseminazione sistemica correlatamente alla precocità della diagnosi e alla possibilità dell'attuazione di ulteriori metodiche terapeutiche in abbinamento alla chirurgia, eventualmente indicate.

## **LE ALTERNATIVE POSSIBILI**

Come detto, il cardine del trattamento delle neoplasie intestinali è l'intervento chirurgico. Queste neoplasie possono essere ulteriormente aggredite con strategie terapeutiche come la radio/chemioterapia che esplicano la loro importantissima funzione in supporto alla chirurgia stessa. Se non trattata la neoplasia tende a progredire e può rendere necessario l'intervento in urgenza.

## **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 complessa con tecniche mininvasive (laparoscopiche o robotiche); il tasso di conversione è 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**