

## FOGLIO INFORMATIVO TUMORI ESOCRINI DEL PANCREAS

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 integrante dell'iter terapeutico.

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

### **OGGETTO DELLA PROCEDURA**

La NEOPLASIA PANCREATICA ESOCRINA è di natura maligna e molto raramente benigna. Spesso le indagini preoperatorie eseguite non riescono a stabilirne la natura con certezza.

Possono svilupparsi a carico di tutte le varie porzioni del pancreas: testa, processo uncinato, istmo, corpo, coda.

L'intervento chirurgico, a seconda della natura (benigna o maligna) del tumore, della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della lesione, potrà comportare l'asportazione (RARA) del solo tumore (**ENUCLEORESEZIONE O AMPULLECTOMIA**), di porzioni della ghiandola (**DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA, SPLENOPANCREASECTOMIA CORPO-CAUDALE**, o di tutto il pancreas (**PANCREASECTOMIA TOTALE**), spesso insieme, per radicalità oncologica, ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno, porzione di stomaco, e della milza), con susseguenti diverse anastomosi per la ricostruzione della continuità intestinale, delle vie biliari e del deflusso del secreto pancreatico.

In tutti i casi, vista la caratteristica disposizione anatomica del pancreas stesso, disposto in centro addome in stretta relazione con lo stomaco, il duodeno, le vie biliari ed in vicinanza del fegato, del colon e della milza, nonché circondato da strutture vascolari (arterie e vene) di fondamentale importanza (vena cava, vena porta, tripode celiaco, arteria e vena mesenterica sup, arteria e vena splenica, aorta, ecc), in una percentuale di casi la lesione potrebbe non essere chirurgicamente asportabile. Pertanto, qualunque sia l'intervento programmato la prima parte dello stesso, che può

*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)

essere lunga e laboriosa, consiste nell'esplorazione addominale. Solo nel caso in cui la malattia sia giudicata operabile si procederà all'escissione chirurgica.

Nel caso della **duodenocefalopancreasectomia**, che è l'intervento chirurgico eseguito con maggiore frequenza, la procedura consiste nell'asportazione en bloc del duodeno, di porzione del pancreas (testa, istmo), porzione dello stomaco (antro-piloro) e della colecisti con porzione della via biliare principale. La continuità digestiva e lo sbocco della via biliare e del dotto pancreatico nell'intestino vengono ripristinate attraverso singole anastomosi tra lo stomaco, la via biliare ed il dotto pancreatico residui ed anse intestinali.

### **MODALITA', TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI**

Questi interventi sono eseguiti sempre in anestesia generale per via **Laparotomica**, ovvero con l'esecuzione di una incisione chirurgica classica di varia estensione in sede mediana o sottocostale bilaterale. I tempi delle procedure sono variabili ma solitamente durano diverse ore (3-10 h circa). Al risveglio terminate le procedure chirurgiche al paziente saranno già stati posti in sede il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico e dei 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 e dopo controllo radiografico della tenuta dell'anastomosi tra lo stomaco e l'intestino tenue. Il periodo postoperatorio sarà caratterizzato dalla presenza di una sintomatologia dolorosa che verrà controllata farmacologicamente.

### **EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA**

Le eventuali variazioni dipendono dalla sede, dalla natura e dall'estensione della neoplasia e verranno valutati intraoperatoriamente. Circa il 30-50% delle neoplasie non sono asportabili per infiltrazioni vascolari (vasi mesenterici, v. porta, a. epatica, tripode celiaco), metastasi epatiche e/o linfonodali o per carcinosi peritoneale (diffusione addominale di malattia), non rilevate durante le indagini preoperatorie.

### **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:

- **emorragie (digestive e/o intraddominali) ed ematomi postoperatori** che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, e/o trasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **fistola pancreatica e/o digestiva e/o biliare:** che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione o in arri casi un reintervento;
- **accesso addominale** con necessità di drenaggio per cutaneo o chirurgico (reintervento);
- protratta paralisi gastrica, con necessità di ricorrere per 2-3 settimane alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico;
- **ricidiva e/o progressione di malattia anche a distanza di tempo** (variabile a seconda dello stadio di malattia);
- **diabete mellito** (variabile in base alla localizzazione della neoplasia), se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente;
- **sdr da malassorbimento** (variabile in base alla localizzazione della neoplasia);
- **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;**
- **formazione di aree atelettasiche o di addensamento polmonare** con successivi fatti infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico;
- **laparoccele:** ernia dalle ferite chirurgiche dovuta a deiscenza della fascia muscolare.

## **INDICAZIONI E VANTAGGI**

Le indicazioni vengono valutate in base all' estensione della patologia (assenza di secondarismi, criteri di reseccabilità della neoplasia ), alle condizioni generali e all' età del paziente.

Il vantaggio consiste nel prolungamento della prognosi a distanza pari al 20% a 5 aa e nell' ottenimento di una migliore qualità della vita.

## **ALTERNATIVE POSSIBILI**

Le alternative possibili consistono in terapie mediche palliative quali chemio e radioterapia ed eventuale posizionamento di protesi biliari endoscopiche.

## **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 6 interventi recettivi annui per patologia neoplastica pancreatica (duodenocefalopancreasectomia e splenopancreasectomia) con una degenza media di 19,16 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**