



PATOLOGIA NEOPLASTICA del COLON-RETTO

M C 12/19 C

Io sottoscritto/a _____, nato/a a _____ il _____
dichiaro di essere stata informata/o, sia durante la prima visita che durante il ricovero, in modo chiaro ed a me comprensibile dal Prof/Dr. _____ che, per la **PATOLOGIA NEOPLASTICA del COLON-RETTO** riscontratami: **TUMORE del CIECO** **TUMORE DEL COLON ASCENDENTE** **TUMORE DEL COLON TRAVERSO** **TUMORE DEL COLON DISCENDENTE** **TUMORE DEL SIGMA** **TUMORE DEL RETTO ALTO** **BASSO** è indicato l'intervento chirurgico. Mi è stato chiaramente spiegato che, alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una: **RESEZIONE del COLON** del **COLON-RETTO** .

Sono stata/o informata/o che 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 e che le resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi e che è possibile che venga realizzata, una deviazione intestinale temporanea o definitiva ovvero una **Colostomia** **Ileostomia** .

Di quanto propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative come la chemio- e/o la radioterapia), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono stato/a informata/o che questi interventi possono comportare la recidiva 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.

- **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 anestesologica, 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.

Altre complicanze potrebbero essere rappresentate da:_____ . Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- dovrò inizialmente osservare una dieta priva di scorie per poi passare ad una dieta normale, tranne che in presenza di una ileostomia o di una colectomia in cui sarà indicata una dieta povera di scorie;



- le alterazioni dell'alvo (diarrea, urgenza defecatoria con perdite involontarie ecc.) possono regredire spontaneamente a lungo termine (mesi). Nel caso venga istituita una stomia definitiva o temporanea sarà importante apprendere e seguire le norme per la corretta gestione.

Il chirurgo mi ha sufficientemente informato/a sull'incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa), spiegandomi come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che il rischio può essere aumentato dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o_____ . Sono stato/a altresì informato/a che in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale. Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propositami, 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 in sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

Ciò premesso, **Dichiaro** di essere stato/a invitato/a a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi oralmente. **Dichiaro**, altresì, di avere ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto e di non avere ulteriori chiarimenti da avanzare oltre a quelli che mi sono stati già forniti. Quindi, consapevolmente. **Accenso** **Non accenso** al trattamento chirurgico propositomi, che verrà praticato dall'equipe di questa Unità. **Autorizzo** **Non autorizzo** , inoltre i sanitari curanti, ove durante l'intervento chirurgico venissero evidenziate altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere, secondo scienza e coscienza, al loro trattamento, anche modificando il programma terapeutico propositami e preventivamente concordato. **Autorizzo** **Non autorizzo** l'utilizzo dei tessuti e/o di organi eventualmente asportatimi durante il trattamento, al fine di formulare una diagnosi isto-patologica, ma anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico. Inoltre, **Accenso** **Non accenso** che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche e che queste vengano utilizzate in ambito medico per migliorare le conoscenze scientifiche, nel completo riserbo della mia privacy.

SITO INTERVENTO

LATO INTERVENTO

--	--

Data_____

Firma del/la Paziente

Firma del Medico

