

**Chirurgia Generale****Ospedale Sant'Anna - San Fermo della Battaglia**

Segreteria 031.585.9682 – Studio 031.585.8136

adelmo.antonucci@asst-lariana.it

Ospedale Sant'Antonio Abate - Cantù

Studio 031.799.461 / 462

Reparto Multidisciplinare 031.799.468 - Endoscopia 031.799.466

pasquale.misitano@asst-lariana.it

Ospedale Erba-Renaldi - Menaggio

Telefono 0344.33204

adelmo.antonucci@asst-lariana.it

NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**Nome e Cognome****data di nascita**

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>Dall'esame obiettivo e dalle indagini preoperatorie risulta affetto da ACALASIA ESOFAGEA.</p> <p>Questa malattia è la conseguenza di una alterazione della normale motilità e peristalsi esofagea, con mancata adeguata apertura dello sfintere esofageo inferiore e conseguente sintomatologia caratterizzata variabilmente da disfagia (difficoltà a deglutire), rigurgito e/o reflusso esofageo, alterazioni infiammatorie laringee secondarie a tale reflusso, complicanze polmonari quali polmoniti <i>ab ingestis</i> (per transito di materiale alimentare e/o secrezioni acide dall'esofago nelle vie aeree), dolore retrosternale e complicanze più tardive quali megaesofago (patologica dilatazione dell'esofago) con possibili lesioni mucose a distanza variabile di tempo, a carico del tratto terminale dell'esofago.</p> <p>Secondo la Classificazione di Chicago si distinguono tre tipi di Acalasia:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> il Tipo I caratterizzata da assenza di peristalsi esofagea essenzialmente nel tratto distale<input type="checkbox"/> il Tipo II con una Panpressurizzazione esofagea<input type="checkbox"/> il Tipo III caratterizzata dal 20% o più di contrazioni spastiche non propagate nel tratto distale dell'esofago. <p>Alcuni studi recenti ipotizzano che questi tre differenti tipi di acalasia rappresentino in realtà tre stadi evolutivi diversi della malattia: ove il tipo III parrebbe rappresentare l'esordio della malattia, lo stadio II il periodo intermedio ed infine lo stadio I l'evoluzione finale. Ciò che però appare già rilevabile è che la acalasia con la prognosi migliore e la migliore risposta ai trattamenti risulta essere la acalasia di tipo II, mentre quella a prognosi peggiore è quella di tipo III con infine la acalasia di tipo I che presenta una prognosi variabile, ma in generale inferiore al tipo II.</p>
Trattamento proposto:	<p>Sono stata/o informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate l'intervento previsto (che verrà eseguito in anestesia generale) consisterà in una MIOTOMIA EXTRAMUCOSA sec. Heller con PLASTICA ANTIREFLUSSO eseguita per via LAPAROSCOPICA (emifunduplicatio anteriore sec. DOR) in anestesia generale; tuttavia potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria e procedere all'intervento con laparotomia e/o toracotomia.</p> <p>INTERVENTO ASSOCIATO: <input type="checkbox"/> COLECISTECTOMIA</p>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Il trattamento chirurgico della acalasia è una delle opzioni di cura della patologia.</p> <p>L'intervento prevede la sezione longitudinale delle fibre muscolari ipertrofiche esofago-gastriche, rispettando viceversa l'integrità della mucosa, con successivo avvolgimento della parte terminale dell'esofago, nella sua emicirconferenza anteriore, con il fondo gastrico (funduplicatio), ciò al fine di ridurre l'incidenza del</p>

	<p>conseguente reflusso gastroesofageo.</p> <p>La procedura chirurgica di Miotomia extramucosa si associa invariabilmente alla emifunduplicatio (per lo più anteriore secondo DOR). Viene preferibilmente eseguita con tecnica laparoscopica ma, in rari casi, può richiedere la conversione laparotomica. Viene inoltre preferibilmente eseguita sotto controllo endoscopico (EGDS) intraoperatoria, seppur non mandatorio.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>L'Intervento chirurgico di miotomia extramucosa si propone di ridurre sensibilmente la disfagia e il dolore retrosternale e, con l'associazione della funduplicatio (emi-funduplicatio anteriore) di ridurre anche il reflusso gastro-esofageo</p> <p>L'intervento non rimuove la malattia acalastica, ma mira ad attenuarne le conseguenze sul transito alimentare; ecco perché, anche dopo l'intervento in questione, dovrà mantenere un adeguato regime alimentare e presentarsi ai controlli, oltre ad essere consapevole della possibilità di recidiva dei sintomi.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	Raccolte addominali o mediastiniche meritevoli di terapia conservativa farmacologica antibiotica o percutanea con posizionamento di drenaggi; perforazione esofagea iatrogena con necessità di procedure operative endoscopiche (posizionamento di endoprotesi); deiscenza di ferita necessitante medicazioni avanzate, dolore addominale legato all'induzione dello pneumoperitoneo, dolore di ferita in caso di intervento laparotomico
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Il rifiuto di sottoporsi alla procedura condiziona il persistere della sintomatologia. Nei pazienti con quadri clinici che datano da molti anni e particolarmente severi sono segnalati casi di polmoniti <i>ab ingestis</i> con conseguenze a livello respiratorio per il passaggio di materiale alimentare nelle vie aeree.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Sono anche stato/a esaurientemente informato/a delle possibili complicanze legate alla metodica chirurgica, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perforazioni esofagee (circa 3% dei casi) che allungherebbero la degenza postoperatoria e per le quali può essere necessario un reintervento • Disfagia persistente o ricorrente: invariato impedimento al transito esofageo. Può comunque regredire, almeno parzialmente, in qualche settimana, spontaneamente o con dilatazioni. In caso di persistenza può essere indicato reintervento o passaggio a trattamento endoscopico tipo POEM • Comparsa/persistenza di Reflusso Gastroesofageo, per inefficacia della plastica, svolgimento della stessa • Emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo aumentato rischio infettivologico • Lesioni della milza con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni, in questo caso sarà necessario eseguire la vaccinazione antipneumococcica • 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 • Gas bloat syndrome: impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere, possibile nelle plastiche antireflusso, anche se assai rare nelle emifunduplicatio anteriore sec. DOR

	<ul style="list-style-type: none"> • Infezione della/e ferita/e chirurgiche; • Complicanze generiche (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello) 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 anestesiológica, chirurgica, farmacologica. <p>E' un intervento per il quale in Letteratura viene riportato un tasso di mortalità peri-operatoria dello 0.1% ed un tasso di complicanze complessivo del 6,3%. Statisticamente l'intervento chirurgico porta benefici, in termini di riduzione del sintomo disfagia e del dolore retrosternale, in percentuali variabili tra il 60 e il 90% e le complicanze maggiori sono abbastanza rare, inferiori al 5%.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p>Sono alternative terapeutiche possibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le dilatazioni pneumatiche, l'utilizzo della tossina Botulinica (il cui beneficio è però transitorio e ormai poco consigliato) • la POEM (Per-Oral Endoscopic Miotomy): procedura per la quale viene eseguita solo una miotomia per via endoscopica, ma non può essere associata la plastica antireflusso, effettuata solo in centri di riferimento
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Dirigenti medici della SC di Chirurgia Generale

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
