

**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 ERNIA IATALE TIPO</p> <p><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV</p> <p><input type="checkbox"/> CON MRGE <input type="checkbox"/> SENZA MRGE</p> <p>Gli interventi chirurgici sul giunto esofago-gastrico hanno lo scopo di rimuovere la causa della malattia da reflusso gastro-esofageo (GERD), rappresentata spesso dalla presenza di ernia iatale (scivolamento della parte superiore dello stomaco in torace). Tale patologia si può associare all'incontinenza dello sfintere esofageo inferiore (la valvola che chiude superiormente lo stomaco) e determina reflusso di acido dallo stomaco verso l'esofago. Le complicanze di questo reflusso possono essere rappresentate da microsanginamenti e conseguente anemizzazione, disturbi respiratori se l'ernia è voluminosa, restringimenti (stenosi) dell'esofago di origine cicatriziale; rara ma possibile è l'insorgenza di neoplasie.</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 IATOPLASTICA POSTERIORE CON CONFEZIONAMENTO DI PLASTICA ANTIREFLUSSO secondo:</p> <p><input type="checkbox"/> NISSEN (360°)</p> <p><input type="checkbox"/> TOUPET (270°)</p> <p>CON TECNICA CHIRURGICA:</p> <p><input type="checkbox"/> LAPAROSCOPIA (CON POSSIBILE CONVERSIONE IN LAPAROTOMIA)</p> <p><input type="checkbox"/> LAPAROTOMIA</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>L'intervento chirurgico, che viene sempre eseguito in anestesia generale, consiste nel riportare lo stomaco in addome e nel restringere il foro ("hiatus") diaframmatico mediante una "plastica", cioè una ricostruzione con appositi punti (iatoplastica posteriore); talvolta per ricostruire il diaframma può risultare necessario utilizzare protesi di materiale sintetico non riassorbibile, di norma ben tollerato dall'organismo (polipropilene o Goretex o materiali biocompatibili). Viene inoltre associata una plastica del fondo gastrico (formazione di una "sciarpa" di parete gastrica che circonda la parte terminale dell'esofago a 270° o a 360°).</p> <p>Tali interventi vengono di norma attuati in laparoscopia; qualora la situazione intraoperatoria divenisse tale da rendere pericolosa per il paziente la prosecuzione dell'intervento laparoscopico, potrebbe essere necessaria la conversione in laparotomia (ovvero il completamento dell'intervento attraverso l'esecuzione di</p>

	una incisione chirurgica sull'addome). Questa situazione può verificarsi, fra l'altro, nel caso in cui il paziente sia stato sottoposto in precedenza ad interventi chirurgici addominali. I tempi di esecuzione della tecnica laparoscopica sono mediamente di circa 90 minuti; come già sottolineato, in casi selezionati risulta necessario posizionare protesi di materiale biocompatibile per rinforzare i tessuti diaframmatici.
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'intervento chirurgico si propone di risolvere i sintomi da occupazione mediastinica in caso di voluminosa ernia jatale e/o di evitare i danni provocati all'esofago dal reflusso patologico; risultati positivi vengono ottenuti in circa l'85% dei pazienti operati.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Nei casi trattati con procedura laparoscopica il dolore post-operatorio è abitualmente minimo e la ripresa delle normali attività assai rapida; se è stata necessaria una laparotomia, invece, la convalescenza prevede abitualmente un periodo di dieci-quindici giorni in cui il paziente manifesta una certa difficoltà ai movimenti, legata al dolore nella sede della ferita. Ciò condiziona una temporanea inabilità lavorativa, totale o parziale a seconda della tipologia di lavoro svolto ed ovviamente delle dimensioni della ferita. Nell'arco di tre-quattro settimane dall'intervento, in assenza di complicanze, è possibile la ripresa dell'attività lavorativa.</p> <p>Indipendentemente dalla via d'accesso utilizzata, peraltro, è da tenere presente la possibilità piuttosto frequente di una disfagia (sensazione di difficoltà al transito del cibo) che può durare anche vari mesi e che non va considerata come complicanza ma come sequela postoperatoria, a risoluzione spontanea nella grande maggioranza dei casi. Per i primi mesi sono consigliabili pasti piccoli e frequenti; il paziente dovrà, infine, abolire definitivamente le bevande gassate (è frequentissima la difficoltà ad eruttare).</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>L'eventuale non correzione chirurgica potrebbe comportare il rischio della migrazione progressiva di gran parte dello stomaco in torace associato alla migrazione di altri organi addominali con sviluppo di sintomatologia aspecifica: anemizzazione da causa ignota, dispnea, aritmie cardiache, polmoniti ab ingestis, disfagia assoluta con impossibilità di alimentarsi per via orale, calo ponderale e cachessia.</p> <p>Ulteriore rischio è rappresentato dalla possibile torsione dello stomaco sull'asse longitudinale o trasversale sviluppando il VOLVOLO Gastrico che rappresenta un'emergenza chirurgica per il rischio di ischemia e perforazione</p>
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"> • Emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico e/o trasfusioni, con il relativo rischio infettivologico • Perforazione dell'esofago e/o dello stomaco (evento raro che, se non riconosciuto, può avere gravi conseguenze): qualora si verifichi è necessario un reintervento o il posizionamento di una protesi endoscopica • Lesioni intraoperatorie della milza con necessità di praticare una splenectomia; tale asportazione può comportare nel postoperatorio un incremento del numero delle piastrine, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni, in questo caso sarà necessario eseguire la vaccinazione antipneumococcica

	<ul style="list-style-type: none"> • Trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari, eventi possibili nonostante la profilassi farmacologica anti-trombotica • Formazione di aree atelettasiche (zone di polmone non respiranti) con conseguente polmonite o broncopolmonite ed eventuale versamento pleurico; • "Gas bloat syndrome": impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere persistente, particolarmente grave se il paziente ha assunto bevande gassate • Disfagia meccanica: impedimento al transito esofageo dovuto ad una plastica eccessivamente stretta; può regredire spontaneamente o con dilatazioni endoscopiche, ma in caso di persistenza può essere necessario un reintervento • Recidiva dell'ernia iatale per rottura della plastica e/o scivolamento del fondo gastrico al di sopra della plastica stessa; persistenza del reflusso patologico • Pneumotorace (ingresso di aria nel cavo pleurico), per il quale può rendersi necessario il posizionamento di un drenaggio toracico; • Possibili aderenze peritoneali con occlusione intestinale precoce o tardiva • Laparocele (ernia della ferita chirurgica dovuta a cedimento della fascia muscolare). • Diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico) • Lesioni di grossi vasi o di visceri al momento dell'introduzione degli strumenti • Embolia polmonare gassosa, causata dal massivo ingresso di gas nei grossi vasi (evento assolutamente eccezionale) • danni 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
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	L'alternativa al trattamento chirurgico è rappresentata dalla terapia farmacologica con inibitori di pompa protonica nei casi in cui all'ernia iatale si associa la malattia da reflusso gastro-esofageo. La terapia medica assunta per lunghi periodi però comporta il rischio di sviluppare lesioni polipoidi iperplastiche della mucosa gastrica ed un rischio aumentato di osteoporosi.
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
