

**Chirurgia Generale****Direttore: dr. Adelmo Antonucci****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

Reperto Multidisciplinare 031.799.468 - Endoscopia 031.799.466

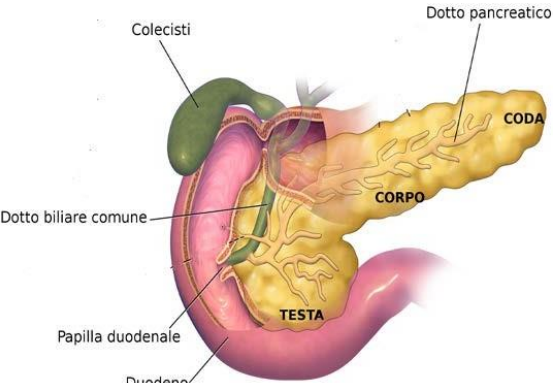
adelmo.antonucci@asst-lariana.it - ivana.zappa@asst-lariana.it

**Ospedale Erba-Renaldi - Menaggio**

Telefono 0344.33204

adelmo.antonucci@asst-lariana.it - ivana.zappa@asst-lariana.it

**MODULO INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_ **data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	Gentile Paziente, la patologia riscontrataLe è una: <input type="checkbox"/> NEOPLASIA CEFALOPANCREATICA <input type="checkbox"/> NEOPLASIA DELLA VIA BILIARE <input type="checkbox"/> NEOPLASIA DEL DUODENO <input type="checkbox"/> NEOPLASIA DELL'AMPOLLA DI VATER
Trattamento proposto:	<b>INTERVENTO CHIRURGICO PER NEOPLASIA TESTA PANCREAS/VBP</b>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Il pancreas è una ghiandola localizzata nella parte posteriore dell'addome e ha un duplice ruolo: produce enzimi digestivi ed ormoni (in particolare l'insulina) che controllano la glicemia.</p> <p>Anatomicamente il pancreas è intimamente i rapporto con altri organi (coledoco, duodeno, milza) che in caso di intervento chirurgico di asportazione del pancreas possono essere sacrificati.</p>  <p>Una neoplasia, o tumore, è una massa anormale di tessuto che cresce in eccesso ed in modo sconsiderato rispetto ai tessuti normali dovuta alla crescita incontrollata di un gruppo di cellule che possono diffondersi anche a distanza dall'organo di origine. Non sempre con le metodiche diagnostiche è possibile una sicura e definitiva diagnosi preoperatoria.</p> <p>Nel Suo caso tale patologia</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> NON È COMPLICATA</li><li><input type="checkbox"/> È COMPLICATA DA:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> OCCLUSIONE AL TRANSITO INTESTINALE</li><li><input type="checkbox"/> ITTERO</li></ul></li></ul>

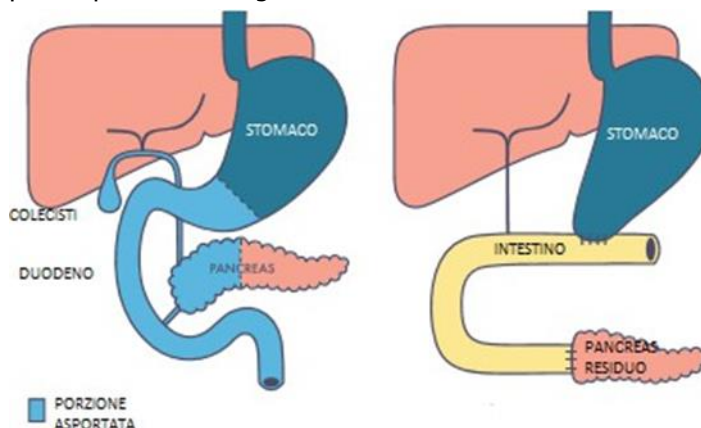
Per tali condizioni è indicato l'intervento chirurgico

L'intervento programmato è la DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA (DCP) che prevede l'asportazione della testa del pancreas, di una parte della via biliare, della colecisti, del duodeno e di una parte dello stomaco (procedura di Whipple).

Una sua variante prevede la preservazione dello stomaco (procedura di Traverso - Longmire o Pylorus Preserving Pancreato Duodenectomy PPPD).

Il pancreas residuo, la via biliare e lo stomaco o il duodeno vengono ricongiunti con l'intestino per consentire la digestione degli alimenti.

E' possibile che venga posizionato un piccolo catetere in una ansa digiunale (DIGIUNOSTOMIA PER NUTRIZIONE ENTERALE) per consentire nel postoperatorio la assunzione di sostanze nutritive per via digestiva prima di poter riprendere la regolare alimentazione.



In caso si verificasse intra-operatoriamente la presenza di tessuto tumorale sulla parte del pancreas denominata corpo, si renderà necessaria l'asportazione completa del pancreas (PANCREASECTOMIA TOTALE). In questo caso anche la milza verrebbe asportata (SPLENOPANCREASECTOMIA TOTALE). In casi eccezionali si può rendere necessaria anche l'asportazione parziale e la ricostruzione di grossi vasi retro-pancreatici che potrebbero essere interessati dalla malattia tumorale.

Se intra-operatoriamente verrà evidenziata una diffusione della neoplasia ad altri organi o la infiltrazione di strutture importanti, non sarà possibile asportare il pancreas e sarà valutata la opportunità di eseguire un BYPASS GASTRO-INTESTINALE E BILIO-DIGESTIVO per risolvere o prevenire una ostruzione al transito gastrico e/o biliare. In tali casi il paziente verrà successivamente affidato allo specialista oncologo. Un nuovo intervento chirurgico potrebbe essere eseguito allora dopo trattamento farmacologico e/o radioterapico.

Non sempre è possibile ottenere una diagnosi di certezza anche intraoperatoriamente. In questi casi la diagnosi viene fatta istologicamente una volta che i tessuti sono stati rimossi. Potrebbe verificarsi che il sospetto di malattia tumorale non sia confermato dalla istologia postoperatoria ed in questo caso l'intervento chirurgico potrebbe risultare (a posteriori) sproporzionato rispetto alla patologia di base.

Potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio fegato, intestino) in caso di loro interessamento dalla diffusione tumorale o da altra concomitante patologia e le resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi.

Presentandosi la necessità di salvarla da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla Sua 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 in sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

	<p>E' possibile che la procedura chirurgica richieda trasfusioni.</p> <p>È prevista una degenza presso il reparto di Terapia intensiva per il monitoraggio dei parametri e il supporto delle funzioni vitali.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	Miglioramento significativo della sopravvivenza rispetto ai trattamenti alternativi.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Emorragia digestiva o intraddominale: per la quale potrebbe essere necessario un reintervento per la necessaria emostasi. Il rischio di sanguinamento è più elevato se sono stati assunti farmaci che interferiscono con la coagulazione (es. Coumadin, Warfarin, Cardioaspirina, Aspirinetta, Cardirene, Plavix, Tiklid ed altri ancora)</li> <li>2. Raccolte e/o ascessi addominali, con la necessità di drenaggio ecografico o TAC percutaneo o reintervento</li> <li>3. Ritardo nello svuotamento gastrico con tardiva ripresa della alimentazione orale; in questo caso verranno utilizzati degli accessi venosi e/o la digiunostomia per somministrare i liquidi e i nutrienti fino alla ripresa della funzione gastrica (talvolta anche qualche settimana)</li> <li>4. Fistole pancreatiche, enteriche, gastriche o biliari: occasionalmente a livello delle anastomosi fra il pancreas, lo stomaco, la via biliare e l'intestino si possono creare delle interruzioni che possono dare esito a delle fistole postoperatorie. Ciò si verifica più frequentemente tra il pancreas e l'intestino per l'azione degli enzimi digestivi contenuti nel succo pancreatico che possono interferire con il consolidamento delle anastomosi ; in questo caso potrà essere necessario mantenere o posizionare ulteriori tubi di drenaggio fino alla risoluzione della portata dalla fistola o reintervenire chirurgicamente.</li> <li>5. Raramente il succo pancreatico può danneggiare dei grossi vasi arteriosi vicino al pancreas e determinare un grave sanguinamento, anche a distanza di giorni, che richiede un reintervento per il controllo dell'emorragia.</li> <li>6. La ferita chirurgica può infettarsi. In tal caso è necessario riprendere/mantenere la terapia antibiotica e riaprire la ferita per allontanare l'infezione.</li> <li>7. La ferita laparotomica può complicarsi anche con la rottura dei piani di sutura che comporta la fuoriuscita dei visceri. Anche in questo caso si rende necessaria la riparazione chirurgica.</li> <li>8. Un cedimento tardivo a livello di una ferita chirurgica può determinare lo sviluppo di una ernia sulla incisione chirurgica.</li> <li>9. E' possibile che l'intervento porti alla formazione di aderenze peritoneali e che queste possano causare episodi di occlusione intestinale</li> <li>10. Il pancreas produce insulina che è un ormone che controlla i valori del glucosio nel sangue (glicemia). Se viene rimossa una porzione importante del pancreas o se preoperatoriamente era presente una intolleranza glucidica si può sviluppare il diabete mellito che richiede una valutazione specialistica per di intraprendere una adeguata terapia (ipoglicemizanti orali o insulina).</li> <li>11. Possono persistere dopo l'intervento problemi digestivi (dumping) e di assorbimento intestinale con perdita di peso motivati dalla asportazione parziale dello stomaco, dal transito accelerato, dalla ridotta produzione di enzimi pancreatici. Questi saranno somministrati per bocca prima dei pasti principali.</li> </ol>

Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Evoluzione della neoplasia con ostruzione del transito intestinale e biliare, diffusione metastatica ad altri organi, insufficienza multi organo fino alla morte.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Una buona parte dei pazienti sottoposti a duodenocefalopancreasectomia ha un buon recupero postoperatorio ma, come in ogni intervento di chirurgia maggiore, ci sono dei rischi e delle complicanze associate alla procedura. Una parte di queste complicanze sono minori e determinano solo un allungamento del ricovero, altre possono essere più serie e mettere anche a rischio la vita.</p> <p>Complicanze di ordine generale</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Piccole aree del polmone possono collassarsi (atelettasia) esponendo al rischio di infezione polmonare (polmonite). Ciò richiede trattamento antibiotico e fisioterapia.</li> <li>2. Eventi acuti cardiaci e/o cerebrali possono verificarsi per sollecitazione importante del cuore (es. infarto del cuore, scompenso cardiaco, fibrillazione, ictus cerebrale).</li> <li>3. Il sangue può formare coaguli nelle vene degli arti inferiori causando dolore e gonfiore (trombosi venosa profonda). In casi rari il coagulo si può staccare dalla vena e raggiungere il polmone dove può causare embolia polmonare.</li> <li>4. Nelle persone obese è aumentato il rischio di infezione delle ferite chirurgiche, di infezioni polmonari, di complicanze cardiache e respiratorie, e di trombosi venosa.</li> </ol> <p>Il decesso come esito della procedura è un evento possibile.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	Trattamenti alternativi sistemici (es. chemioterapia sistemica) o locoregionali (es. termoablazioni).
Informazioni aggiuntive	È possibile, su richiesta del paziente, conservare i tessuti o l'organo al fine di formulare in futuro una ulteriore diagnosi isto-patologica.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'intervento verrà eseguito dai Dirigenti medici afferenti alla S.C. Chirurgia Generale.

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_