

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Trattamento proposto:	RICOSTRUZIONE PERINEALE CON LEMBO VERTICALE MUSCOLARE O MUSCOLOCUTANEO DI RETTO DELL'ADDOME _____ Sede _____ Lato <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> destro <input type="checkbox"/> sinistro <input type="checkbox"/> bilaterale
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>L'intervento chirurgico ricostruttivo è indicato dopo demolizione oncologica della regione perineale e/o vulvare, lo scopo della ricostruzione è quello di ripristinare l'integrità anatomica della regione in un unico tempo chirurgico.</p> <p>Controindicazioni: il lembo di retto dell'addome non può essere utilizzato in pazienti molto <u>obese</u> o che abbiano già subito interventi ad accesso sovrapubico.</p> <p>La procedura si esegue in anestesia generale. I tessuti utilizzati per la ricostruzione sono muscolari o muscolo-cutanei della regione addominale.</p> <p>L'intervento dura circa 3-4 ore, a seconda delle dimensioni della demolizione e dalla mono o bilateralità della procedura. Richiede un'incisione verticale xifo-pubica, la mobilizzazione del muscolo retto dell'addome che viene staccato dalla sua origine toracica e trasposto inferiormente, attraverso un tunnel sottocutaneo a copertura della regione perineale o per via intra-addominale per fornire un neo-diaframma pelvico in caso di eviscerazioni. L'utilizzo del muscolo retto dell'addome comporta l'indebolimento della parete addominale, che pertanto deve essere ricostruita per mezzo di una rete sintetica. Al termine dell'intervento sono necessari dei drenaggi in aspirazione (tubicini di silicone), che servono a drenare i liquidi dei tessuti e che vengono rimossi nell'arco di qualche giorno a seconda della quantità di liquido drenato.</p> <p>È necessario indossare una guaina addominale elasto-compressiva, fin dall'immediato post-operatorio e per 2 mesi post-operatori.</p> <p>Eventuali variazioni prevedibili nel corso della procedura:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ricostruzione dell'uretra nella sua porzione sotto-diaframmatica nel caso in cui la demolizione oncologica ne richieda il sacrificio: in tal caso la porzione terminale dell'uretra viene ricostruita mediante lembi locali prelevati dalla parete anteriore della vagina. È necessario mantenere un catetere a permanenza per alcune settimane, per dar modo ai lembi uretrali di guarire senza creare restringimenti dell'uretra stessa.

	<p>- Necessità di usare altri lembi disponibili, come il lembo antero-laterale di coscia ed il lembo di gracile.</p> <p>E' possibile che il chirurgo modifichi la tecnica concordata qualora lo ritenesse necessario, ovvero qualora l'esplorazione mostrasse ulteriori strutture lesionate e/o variabili non prevedibili.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p>L'intervento proposto è preferibile perché bilanciando gli aspetti favorevoli ed avversi delle possibili alternative, esso appare ottenere il miglior risultato, secondo le attuali conoscenze mediche specialistiche.</p> <p>Il procedimento chirurgico proposto può necessitare di un ulteriore intervento di revisione successiva, al fine del miglioramento funzionale.</p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Nel post-operatorio c'è dolore nelle prime ore a cui si sostituisce un senso più generale di dolenzia o fastidio, che tende a ridursi spontaneamente di intensità nei giorni successivi, ed è controllabile con una adeguata terapia analgesica. C'è edema, ossia gonfiore di grado più meno intenso, per i primi 7-14 giorni, che poi inizia a ridursi anche se permane per alcune settimane o mesi. La zona operata va mantenuta a riposo per i primi 14 giorni. Le medicazioni non vanno rimosse o bagnate per 14 giorni. Sono inoltre necessarie medicazioni successive alla dimissione che vengono eseguite presso l'ambulatorio di ginecologia e poi eventualmente anche a domicilio. Sono necessari eventuali ulteriori controlli a distanza.</p> <p>Le eventuali suture non riassorbibili vengono rimosse dopo 14 giorni, altre riassorbibili non necessitano di rimozione e sono a permanenza. Docce, bagni e shampoo sono consentiti generalmente dopo 14 giorni o a guarigione. È opportuno evitare sforzi, carichi ed attività sportive o attività lavorative pesanti per almeno 2 mesi. La ricostruzione richiede astensione totale da lavori pesanti per 2-3 mesi.</p> <p>A guarigione è utile l'applicazione di crema idratante o per cicatrici per circa 6 mesi, evitare l'esposizione solare diretta ed applicare crema solare 50+ o 100+ per 8-12 mesi.</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	<p>Senza ricostruzione con lembi, la zona operata deve essere lasciata guarire per seconda intenzione, cioè mediante plurime medicazioni che possono durare anche alcuni mesi, con tempi di guarigione molto lunghi, rischio di infezione, esiti cicatriziali estesi, possibilità di non guarigione. La ricostruzione anatomica del perineo non ha risultati ottimali.</p>
Quali sono le complicate/effetti indesiderati e avversi?	<p>Il procedimento chirurgico non è esente da complicazioni, sia generiche che specifiche.</p> <p>Le <u>complicanze generiche</u> sono in rapporto con l'età, con le condizioni generali, con pregressi o latenti stati patologici come cardiopatie, insufficienza respiratoria e renale, malattie emocoagulative, diminuzione delle difese immunitarie, diabete, obesità, collagenopatie.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche</u> sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - INFEZIONE: in genere è conseguente a penetrazione di germi nella ferita, può provocare la deiscenza (apertura) della ferita con fuoriuscita di pus; si manifesta con dolore, rossore e calore della zona interessata. È curabile solitamente con terapia antibiotica e medicazioni o, in alcuni casi, con revisione chirurgica. Il perineo è una regione anatomica a maggior rischio di infezione, seppur la stessa avvenga raramente soprattutto se il paziente segue le indicazioni post-operatorie di igiene locale. Sono a maggior rischio pazienti immunodepressi, diabetici, anziani defedati e/o fumatori.

	<ul style="list-style-type: none"> - SANGUINAMENTO: se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica per una migliore emostasi (arresto dell'emorragia) e rimozione dei coaguli. Se massivo può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. E' importante seguire le indicazioni post-operatorie: evitare attività sportiva o lavorativa pesante, astenersi dall'uso dei FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) 10 giorni prima e dopo l'intervento chirurgico. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - EMATOMA: è una raccolta di sangue localizzata a livello locale; se di lieve o moderata entità il più delle volte si risolve spontaneamente e non richiede intervento chirurgico, al massimo una piccola incisione locale per evacuare la raccolta; se cospicuo può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria per evacuazione dell'ematoma ed una migliore emostasi. Può richiedere la necessità di trasfusioni di sangue. Avviene raramente e sono a maggior rischio i pazienti che assumono terapie antiaggreganti e/o anticoagulanti. - SIEROMA: raramente, raccolta di siero sottocutaneo che può comportare la necessità di evacuazione mediante aspirazione o drenaggio chirurgico. - CICATRICE PATOLOGICA: tutti gli interventi lasciano cicatrici, alcune più visibili di altre. Le cicatrici possono avere colorazioni differenti rispetto alla cute circostante, causare asimmetrie, essere molto sviluppate e divenire patologiche, ossia ipertrofiche, cheloidee o atrofiche. Le cicatrici ipertrofiche o cheloidee producono tessuto cicatriziale in eccesso, e si manifestano con rossore, dolore, indurimento e rilevatezza della cicatrice stessa e dei tessuti circostanti, nella maggioranza dei casi si limitano solo alla cute e vanno trattate con il massaggio mediante l'uso di gel o creme specifici, ma in alcuni rari casi si diffondono ai tessuti sottostanti potendo coinvolgere anche le strutture profonde e determinare un'aderenza con le stesse. Le cicatrici atrofiche producono tessuto cicatriziale in difetto e si manifestano con depressione ed allargamento della cicatrice, determinando un'avvallamento di cute e sottocute. La cicatrizzazione patologica è conseguente, prevalentemente, alle caratteristiche proprie del paziente, ossia costituisce un evento imprevedibile perché legato alla capacità di ciascuno di formare tessuto cicatriziale patologico indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata e dal tipo di intervento subito. - DEISCENZA DELLA FERITA CHIRURGICA: la ferita, trovandosi in regioni anatomiche sottoposte a movimento, potrebbe aprirsi; per cui potrebbe essere necessario riposizionare alcuni punti di sutura o lasciarla guarire per seconda intenzione, mediante medicazioni semplici o terapia a pressione negativa (es: Vacuum Assisted Closure Therapy). Quest'ultimo tipo di medicazione può richiedere alcune settimane o mesi e necessitare di accesso bisettimanale all'ambulatorio di vulnologia. Sono a maggior rischio pazienti immunodepressi, diabetici, anziani defedati e/o fumatori. - ALTERAZIONI DELLA SENSIBILITÀ: la zona operata non avrà la stessa sensibilità del tessuto originario e potrebbe essere meno sensibile o per nulla sensibile; inoltre la regione anatomica da cui viene prelevato il lembo di ricostruzione potrebbe essere meno sensibile per interruzione dei nervi sensitivi cutanei. Pertanto si potranno verificare: parestesia, ovvero formicolio localizzato a livello dell'area operata e circostante, che in genere si risolve spontaneamente nel giro di qualche settimana (frequentemente); ipoestesia, ovvero diminuzione della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che in genere tende a migliorare nell'arco di qualche mese (frequentemente); fino all'anestesia, ovvero scomparsa della sensibilità a livello dell'area operata e circostante, che può rimanere per sempre (raramente).
--	---

	<p>- SOFFERENZA o PERDITA PARZIALE O TOTALE DEL LEMBO: raramente i lembi utilizzati per la ricostruzione del difetto possono non sopravvivere ed andare incontro a morte parziale o totale con perdita della ricostruzione stessa; e richiedere una revisione chirurgica. Sono a maggior rischio pazienti immunodepressi, diabetici, anziani defedati e/o fumatori.</p> <p>- TROMBOSI VENOSA PROFONDA (TVP) e TROMBOEMBOLIA POLMONARE (TEP): la formazione di un trombo (coagulo) all'interno di una vena, generalmente del circolo venoso profondo degli arti inferiori, può portare ad una complicanza molto pericolosa che si manifesta con dispnea, difficoltà respiratoria, affanno e affaticamento, dolore toracico e può portare ad arresto cardiocircolatorio e morte. Fattori predisponenti sono fumo, obesità, durata dell'intervento chirurgico, alterazione dei fattori della coagulazione, immobilità postoperatoria. Si previene con ausilio di calze elastiche intra e post-operatorie e somministrazione di Eparina a Basso Peso Molecolare (EBPM).</p> <p>- ASIMMETRIA e/o DEFORMITÀ DELLA REGIONE OPERATA: potrebbe evidenziarsi un'asimmetria tra la regione operata e la controlaterale. Alcune regioni anatomiche sono maggiormente suscettibili ad asimmetria e deformità sia a livello della regione donatrice del lembo sia a livello della regione ricevente. In particolare un'alterazione del profilo anatomico dell'addome, dato che il prelievo di tessuto causa cicatrici evidenti ed asimmetria dell'addome, con possibile peggioramento estetico e funzionale.</p> <p>Le <u>complicanze specifiche di questo tipo di lembo</u> sono:</p> <p>-RIDUZIONE DEL TONO DELLA PARETE ADDOMINALE: l'utilizzo del muscolo retto dell'addome comporta l'indebolimento della parete addominale, che pertanto deve essere ricostruita per mezzo di una rete sintetica, che non può comunque funzionalmente vicariare la contrazione muscolare del tessuto fisiologico. La paziente potrebbe pertanto avere difficoltà nel sollevare pesi, nell'alzarsi dal letto e nello svolgere mansioni pesanti.</p> <p>-INFEZIONE DELLA RETE ADDOMINALE: come tutti i materiali protesici sintetici impiantati all'interno dell'organismo, la rete potrebbe essere sede di infezioni localizzate tali da richiedere l'espanto della rete stessa.</p> <p>-ESPOSIZIONE DELLA RETE ADDOMINALE: in caso di sofferenza dei tessuti addominali o tessuti eccessivamente sottili ed ipotrofici, la rete potrebbe superficializzarsi ed esporsi all'esterno. Con conseguente rischio di infezioni e necessità di espanto della rete stessa.</p> <p>-LAPAROCELE: l'indebolimento della parete addominale, data dal prelievo del muscolo retto dell'addome, può portare alla formazione di ernie addominali, ossia la fuoriuscita dei visceri dalla cavità addominale.</p> <p>-PERDITA DELL'OMBELICO O SUA ASIMMETRIA: l'incisione verticale addominale e l'asportazione monolaterale di tessuto muscolo-cutaneo sposta lateralmente l'ombelico con alterazione della forma e della simmetria dello stesso. In alcuni casi l'ombelico può andare incontro a sofferenza e conseguente necrosi ischemica con conseguente perdita "morte" dello stesso.</p> <p>-SIEROMA: raccolta di liquido sieroso dovuto allo scollamento chirurgico della parete addominale, si risolve spontaneamente nel corso di alcune settimane; può rendersi necessario drenaggio ambulatoriale con aspirazione ad ago e infiltrazione di steroidi oppure, nei casi persistenti o massivi, revisione chirurgica in sala operatoria.</p>
--	---

	<p>-FISTOLE: formazione di tragitti che mettono in comunicazione la cute con la parete addominale sottostante, possono portare ad infezione della rete e pertanto vanno eventualmente revisionate chirurgicamente.</p> <p>-LIPONECROSi: il tessuto adiposo addominale può sviluppare una necrosi ischemica che potrebbe richiedere toilette chirurgica ed eventuale guarigione per seconda intenzione.</p> <p>Eventuali note integrative</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?</p>	<p>Sono descritte guarigioni per seconda intenzione senza ricostruzione, o copertura con innesti cutanei o utilizzo di terapia a pressione negativa (es: Vacuum Assisted Closure Therapy). Quest'ultimo tipo di medicazione può richiedere alcune settimane o mesi e necessitare di accesso bisettimanale all'ambulatorio di vulnologia.</p> <p>Un'alternativa al lembo di retto verticale è il lembo di retto con orientamento dell'isola cutanea obliqua.</p> <p>Altri tipi lembi che possono essere usati sono il lembo antero-laterale di coscia ed il lembo di gracile.</p>
<p>Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?</p>	<p>L'intervento chirurgico viene eseguito dai medici di Chirurgia Plastica o specialità equipollente. In casi selezionati di interventi combinati in cui siano richieste competenze di altre specialità ci si può avvalere di altri medici specialisti.</p>

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO
