

NOTA INFORMATIVA RESEZIONE DI ANEURISMA AORTA ADDOMINALE E SOSTITUZIONE PROTESICA

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

----- [__ / __ / ____] ora: __ / __

**La preghiamo di leggere attentamente questo modulo informativo.
Dopo averlo letto faccia tutte le domande che ritiene necessarie all'Equipe medica.**

Il malato ha diritto, se lo desidera, a ricevere **un'adeguata informazione**, esposta in modo corretto e **comprensibile** riguardo alla propria condizione di salute e a tutti gli atti diagnostici e/o terapeutici, medici e chirurgici, che i sanitari propongono di attuare sulla sua persona.

Il paziente ha il **diritto** di conoscere i **vantaggi** ma anche **rischi**, i disagi e le possibili **complicanze** dei suddetti atti, e anche la natura e il peso delle conseguenze qualora si rifiuti di attuarli.

Ha diritto di conoscere le eventuali **alternative terapeutiche** con i relativi vantaggi e svantaggi. Inoltre, dopo aver ricevuto un'esaustiva informazione, qualora decida di dare il proprio consenso al trattamento proposto, ha diritto a **revocare** il suo **consenso** in qualsiasi momento.

Il malato ha diritto anche a mantenere riservate le notizie riguardanti la propria salute oppure **indicare una** o più persone che desidera vengano informate di dette **notizie**.

D'altra parte, il malato ha il **dovere** di fornire al medico **qualsiasi informazione in suo possesso riguardante la propria salute**, in modo da **evitare** che dalla mancata conoscenza di specifiche peculiarità possano generarsi **errori** di condotta terapeutica e/o diagnostica.

Il paziente deve inoltre **attenersi** con scrupolo **alle indicazioni** fornitegli **dai sanitari** riguardo a comportamenti e terapie da seguire per il problema medico che si sta trattando, sia nella fase antecedente alla procedura proposta, che nelle fasi successive alla sua effettuazione.

Nome e Cognome di chi
fornisce le informazioni

Alla luce di tali premesse:

desidera essere informato sulla patologia di cui è affetto nonché sulle motivazioni, la natura e le implicazioni degli atti diagnostici e/o terapeutici (anche invasivi) che si intendono intraprendere sulla sua persona¹?

SI NO

FIRMA DEL PAZIENTE

Desidera che le informazioni relative al suo stato di salute e all'esito degli atti diagnostici/terapeutici intrapresi sulla sua persona vengano fornite anche ad alcuno dei suoi familiari, conoscenti o al suo medico di fiducia?

SI NO

Se sì a chi?

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

FIRMA

Nome ----- Cognome -----

Recapito -----

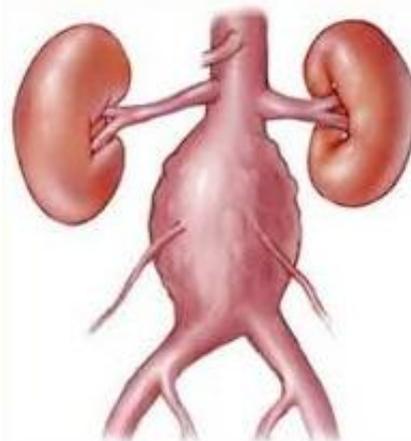
FIRMA

¹ Nel caso in cui il paziente decida di NON ricevere informazioni e nondimeno dia il consenso al trattamento DEVE esserne dato atto direttamente in Cartella Clinica e deve essere controfirmato dal paziente.

INFORMAZIONI RELATIVE A RESEZIONE DI ANEURISMA AORTA ADDOMINALE E SOSTITUZIONE PROTESICA

1. CHE COS' È LA PATOLOGIA ANEURISMATICA?

Questa malattia consiste in una dilatazione permanente di un tratto arterioso; normalmente si considera aneurismatico un segmento arterioso, precisamente quando il suo diametro raggiunge il doppio di quello considerato normale.



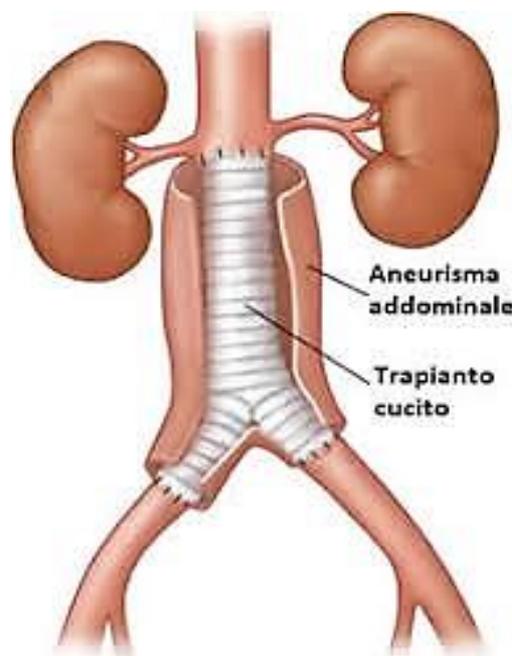
2. COME SI CURA L'ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE?

L'intervento previsto consiste in una incisione chirurgica dell'addome con successiva sostituzione dell'aorta aneurismatica con una protesi sintetica.

3. COME SI SVOLGE LA PROCEDURA PROPOSTA DI RESEZIONE ANEURISMA ED INNESTO PROTESICO?

L'intervento proposto consiste in una incisione chirurgica dell'addome attraverso la quale si raggiunge l'aorta aneurismatica.

Dopo una chiusura temporanea della aorta aneurismatica si effettua la sostituzione del tratto dilatato con una protesi sintetica che potrà essere retta o biforcata a seconda dell'estensione della patologia.



4. QUALI SONO I BENEFICI?

Evitare la rottura dell'aneurisma, evento drammatico e non sempre correggibile; altri vantaggi sono correlati alla riduzione di eventuali embolie arteriose a partenza della sacca aneurismatica, compressioni su strutture/organi adiacenti (duodeno, uretere).

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Sarà necessario eseguire una tricotomia delle zone da sottoporre ad intervento (che verrà eseguita in reparto al momento del ricovero) ed eventuale preparazione intestinale.

Inoltre è necessario attuare il protocollo per la profilassi trombo-embolica che viene comunicato dal medico referente in sede di preospedalizzazione.

Può bere (acqua, té, caffè, camomilla) fino a 2 ore prima dell'anestesia. NON è necessario, anzi è dannoso, rimanere a digiuno dalla mezzanotte del giorno precedente. In ogni caso il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

Può alimentarsi con altri tipi di liquidi (latte, frullati, succhi di frutta) fino a 6 ore prima.

Può mangiare fino a 8 ore prima (piccole quantità, evitando cibi grassi e pesanti).

Prima di uscire di casa per venire in ospedale è necessario eseguire una doccia, lavandosi accuratamente per prevenire infezioni postoperatorie; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.

COSA LASCIARE A CASA: anelli, orologio, braccialetti, collane, etc.

COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie mobili; Tessera sanitaria; Impegnativa per l'intervento (se richiesta); Documento di riconoscimento valido (carta d'identità, passaporto, etc.); Eventuale tessera di esenzione; Documentazione sanitaria di esami/visite precedenti, soprattutto se eseguiti in altre strutture (immagini; dischetti CD-ROM; etc.) e i Farmaci personali.

Ci scusiamo in anticipo nel caso in cui dovesse attendere più del previsto prima dell'intervento chirurgico: purtroppo in alcuni casi non è avviabile e dipende dalla tempistica non sempre programmabile della sala operatoria.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata della procedura solitamente è di almeno 3-4 ore ma questo è variabile a seconda dell'estensione della patologia.

Sono esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale questi prevedono 1-2 ore oltre il tempo chirurgico.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

Il paziente verrà monitorato per alcune ore in sala risveglio a cura dei medici rianimatori. Qualora le condizioni cliniche siano buone verrà riportato nel reparto degenze e sottoposto a monitoraggio.

Se il medico rianimatore lo ritenesse opportuno potrebbe essere trasferito in terapia intensiva postoperatoria.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

Si tratta di un intervento di chirurgia maggiore, con importante impatto clinico. Rispetto alla metodica endovascolare miniinvasiva presenta un maggior rischio di mortalità immediata e di complicanze perioperatorie.

Di contro, questa tecnica chirurgica garantisce migliori risultati nel tempo, così come una minore probabilità di re-interventi (nuove operazioni per la stessa patologia).

Inoltre la metodica endovascolare miniinvasiva può presentare limiti di applicabilità legati alla situazione anatomica dell'aorta addominale, variabile da paziente a paziente.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

COMPLICANZE PRECOCI (INTRAOPERATORIE/POSTOPERATORIE IMMEDIATE)

- Emorragia durante l'intervento o subito dopo, che può essere più o meno grave, e che frequentemente comporta la necessità di una trasfusione di sangue (con i rischi infettivi connessi) e di re-intervento. Nei casi di emorragia grave immediata o nel precoce decorso post-operatorio, le ripetute trasfusioni possono determinare danni polmonari e/o renali talora irreversibili.
- Complicanze gastrointestinali rappresentate da:
 - infarto intestinale che può rendere necessaria la resezione di un tratto, più o meno esteso, di intestino e/o la esecuzione di colostomia (ano artificiale) talvolta definitiva;
 - occlusione intestinale che può essere dovuta o a paralisi protratta dell'intestino o torsioni o briglie aderenziali che bloccano l'intestino stesso.

Le suddette complicanze in molti casi obbligano ad un intervento chirurgico.

- Splenectomia (asportazione della milza) per il verificarsi di lesioni della milza.
- Embolia o trombosi dell'albero arterioso periferico o della protesi. Tale complicanza può determinare quadri che vanno dalla ischemia intestinale alla ischemia di uno o entrambi gli arti inferiori; tali evenienze richiedono interventi aggiuntivi con lo scopo di ripristinare la circolazione agli organi colpiti o, talora, di asportare tali organi (resezione di tratti dell'intestino o amputazione di arto).
- Deiscenze, sepsi e raccolte ematiche o linfatiche in sede di ferite chirurgiche che non sempre regrediscono con adeguato trattamento medico e/o chirurgico.
- Insufficienza renale acuta (incidenza tra il 3 e il 12%) che può comportare la necessità di una dialisi transitoria o permanente.
- Ischemia cerebrale (ICTUS).
- Complicanze respiratorie (atelettasia, polmonite, versamento pleurico) che possono richiedere tracheotomia e trattamenti medici intensivi.
- Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare.
- Colecistite acuta o pancreatite acuta.
- MOF (Multi Organ Failure) ovvero una grave e talvolta mortale insufficienza multiorgano (fegato, rene, polmone...).
- Rarissimamente può avvenire una paralisi degli arti inferiori e degli sfinteri anche permanenti (paraparesi o paraplegia), per la presenza di arterie midollari con anomalie anatomiche di origine e decorso.
- Altra complicanza non mortale ma non rara, che può incidere sulla qualità di vita, è rappresentata dai disturbi della funzione sessuale (eiaculazione retrograda, impotenza erettile). Tale disturbo può essere permanente.
- Durante l'intervento si potrebbe rendere necessario e non rinviabile il trattamento di altre patologie concomitanti il cui riscontro può verificarsi anche al momento dell'esecuzione dello stesso (ad esempio neoplasie del tratto gastrointestinale, urogenitale, calcolosi della colecisti, ernie, stenosi di arterie viscerali); inoltre durante l'intervento possono verificarsi situazioni che possono condurre a variazioni della tecnica operatoria proposta.
- Improvvisi ed imprevedibili aritmie o arresti cardiocircolatori, talora tali da provocare la morte del paziente. Angina o infarto del miocardio che può essere anche mortale.

COMPLICANZE TARDIVE (ANCHE A DISTANZA DI ANNI)

- Laparocele (ernia sulla cicatrice chirurgica) che può necessitare di intervento chirurgico.
- Trombosi protesica, ovvero l'occlusione della protesi con improvviso arresto del flusso sanguigno a valle che può avere luogo anche a distanza di tempo (anche anni) e per la quale può rendersi necessaria anche l'amputazione o l'effettuazione di interventi di by-pass.
- Infezione protesica: tale evento è raro, ma particolarmente grave, specie nel distretto aorto/iliaco; si può manifestare a distanza di anni e può essere legato a infezioni anche banali e contratte successivamente rispetto all'intervento chirurgico relative ad esempio all'apparato respiratorio, urinario, o del cavo orale. Tale evenienza frequentemente comporta un altro intervento chirurgico di sostituzione della protesi con materiale sintetico analogo o con materiale biologico (tessuti autologhi od omologhi, vene o arterie). Talvolta possono formarsi delle fistole ovvero delle comunicazioni tra protesi e strutture circostanti (duodeno, vena cava ecc...) con gravi emorragie che necessitano di intervento chirurgico immediato o stati infettivi anche mortali.
- Pseudoaneurismi: dilatazioni dell'aorta o di altre arterie sulle quali è stata suturata (cucita) la protesi o distacco della protesi dalle arterie su cui è stata suturata. In tali situazioni può essere necessaria la sostituzione di parte o tutta la protesi precedentemente impiantata con altro materiale sintetico analogo o, ad esempio, con tessuti autologhi (vene).
- Si può inoltre verificare un pericolo imminente e non altrimenti evitabile di un danno grave al paziente, 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 nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Non vi è un importante dolore postoperatorio. Durante l'intervento verrà praticata un tipo di anestesia anche locale per limitare il dolore post-operatorio e successivamente verrà impostata terapia antalgica ad orario da integrare eventualmente con terapia al bisogno. Inoltre, giornalmente, verrà valutato il dolore per adeguare la terapia alla risposta clinica.

Il paziente deve riferire esattamente, al personale sanitario, se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario la terapia, verrà rivista.

11. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

Una terapia alternativa è il posizionamento di endoprotesi aortica. Tale trattamento, vantaggioso perché ha un approccio mini-invasivo, presenta però dei limiti di applicabilità anatomica in alcuni casi ed un tasso di mortalità minore nell'immediato, che invece aumenta negli anni rispetto alla chirurgia tradizionale. Inoltre vi è un maggior tasso di reinterventi negli anni.

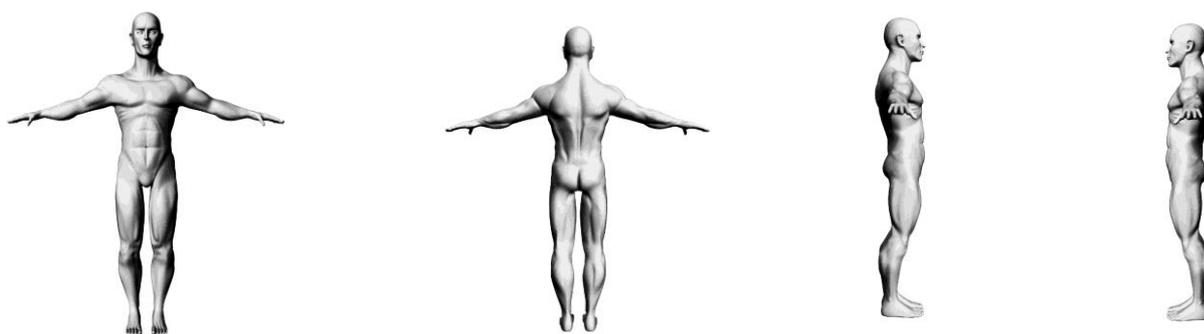
12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

Alla dimissione verranno rilasciati tutti i recapiti del reparto e dei curanti cui fare riferimento in caso di problematiche cliniche. Verranno previsti i controlli postoperatori per valutazione della ferita, rimozione punti e controllo clinico ecografico successivo. In caso di forte dolore ricorrere in ogni caso al Pronto Soccorso più vicino.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

L'incremento di diametro della sacca aneurismatica espone il paziente ad un maggiore rischio di rottura dello stesso con un quadro di shock emorragico. La rottura dell'aneurisma presenta una percentuale di mortalità molto elevata.

14. INDICARE CON UNA X IL PUNTO DEL CORPO INTERESSATO DAL TRATTAMENTO PROPOSTO



15. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

La percentuale di successo tecnico intraoperatorio risulta essere del 100%, ricordando che si tratta di un intervento con importante impatto clinico e a rischio di mortalità immediata.

16. GLOSSARIO

Splenectomia: asportazione chirurgica della milza.

Ischemia intestinale: riduzione/alterazione del flusso sanguigno tra i tessuti dell'intestino, sia tenue (o piccolo intestino) che crasso (o intestino crasso).

Deiscenza: riapertura spontanea di una ferita precedentemente suturata.

Fistola: qualsiasi tipo di comunicazione, di tipo patologico, fra due o più cavità dell'organismo o fra queste e l'esterno. Le fistole possono formarsi quasi in ogni organo del corpo attraverso meccanismi differenti in questo caso potrebbe avvenire una comunicazione tra protesi e strutture circostanti.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) _____

Si precisa, infine, che questa unità, afferendo ad un Policlinico Universitario deve ottemperare anche ai correlati compiti di formazione universitaria. Pertanto è possibile che una procedura venga eseguita da un medico chirurgo iscritto alla Scuola di Specializzazione di Chirurgia Vascolare oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

RESTITUZIONE DELL'INFORMATIVA (da firmare al momento del ricovero)

DICHIARO CHE QUESTO MODULO INFORMATIVO MI È STATO CONSEGNATO IN TEMPO UTILE PER PERMETTERMI DI LEGGERLO CON ATTENZIONE E MATURARE EVENTUALI DUBBI DA CHIARIRE CON IL PERSONALE MEDICO.

Data __/__/_____

Firma del paziente/dell'esercente la patria potestà/del tutore

Io sottoscritto dott. _____

confermo di aver fornito al paziente tutte le informazioni sopra riportate².

Ora __: __

Data __/__/_____

Firma del medico

**QUESTO MODULO DEVE ESSERE CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA
INSIEME AL MODULO “POL06 – CONSENSO INFORMATO” FIRMATO**

CHIRVAS02 – rev.18.05.2022

² Nel caso in cui il medico intenda avvalersi di “testimoni” dell'atto del consenso è necessario raccogliergli le generalità e la firma leggibile di ognuno di essi.