



FONDAZIONE
POLICLINICO UNIVERSITARIO
CAMPUS BIO-MEDICO

NOTA INFORMATIVA CALCOLOSI DELLA COLECISTI E COLECISTECTOMIA

Nome e Cognome del paziente

Data di rilascio al paziente

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

**Ad integrazione delle informazioni ricevute con il Consenso Generale alle Cure, 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 da 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 CALCOLOSI DELLA COLECISTI E COLECISTECTOMIA

1. CHE COS' È LA CALCOLOSI DELLA COLECISTI?

I calcoli biliari si formano per precipitazione, all'interno della colecisti, di sostanze normalmente presenti nella bile, come colesterolo e fosfolipidi. La bile è fisiologicamente una soluzione soprassatura di colesterolo e in alcune condizioni particolari precipitano dei cristalli che, progressivamente, danno origine ai calcoli. La presenza di calcoli è uno stimolo irritativo costante per la parete della colecisti la quale reagisce con deposizioni di calcio, espressione di infiammazioni ripetute.

Si distinguono due categorie fondamentali di calcoli biliari: i calcoli di colesterolo rappresentano circa il 70% dei casi nei Paesi Occidentali, mentre i calcoli di pigmento sono meno frequenti e si formano per la precipitazione di bilirubina non coniugata e sali di calcio. Una volta che si sono formati è raro ed improbabile che i calcoli si sciolgano, per il perdurare delle condizioni che li hanno prodotti. I calcoli possono essere di dimensioni variabili: da granelli di pochi millimetri (la cosiddetta "sabbia biliare" o "fango biliare") a qualche centimetro; tendono ad accrescersi progressivamente.

La calcolosi della colecisti può rimanere asintomatica per anni; in una piccola percentuale di soggetti invece i calcoli o il fango biliare accumulato nella colecisti possono provocare dolore dopo il pasto, in sede sottocostale destra, con un risentimento doloroso che può arrivare alla spalla destra ("colica biliare") oppure disturbi durante la digestione. La durata e l'intensità della colica e di questi disturbi sono molto variabili.

La funzionalità di una colecisti contenente calcoli è probabilmente minima o assente, quindi l'organismo si adatta a questa situazione e l'asportazione chirurgica della colecisti non provoca rilevanti cambiamenti nella funzione digestiva del paziente.

La diagnosi della calcolosi della colecisti è spesso sospettata già dalla valutazione della storia clinica del paziente congiuntamente all'esame clinico, ai sintomi riferiti ed agli esami strumentali e di laboratorio. L'ecografia all'addome è l'esame migliore per evidenziare la presenza dei calcoli e può dare indicazioni anche sul numero e la grandezza dei calcoli.

2. COME SI CURA LA CALCOLOSI DELLA COLECISTI?

L'intervento chirurgico è a tutt'oggi l'unica terapia adeguata per il trattamento della calcolosi della colecisti e consiste nella asportazione della cistifellea contenente i calcoli (colecistectomia). L'intervento viene solitamente eseguito con tecnica mini invasiva (laparoscopica) e in alcuni casi con tecnica a cielo aperto (laparotomica).

3. COME SI SVOLGE LA COLECISTECTOMIA?

Colecistectomia laparoscopica: si inizia solitamente con una piccola incisione in regione ombelicale attraverso la quale si introduce una videocamera che consente una esplorazione della cavità addominale. Confermata la possibilità di procedere con tecnica mini invasiva si introducono gli strumenti chirurgici attraverso altre 3 o 4 piccole incisioni sulla parete addominale. Qualora durante l'intervento gli esiti di processi infiammatori e le non rare varianti anatomiche della regione rendessero non sicuro continuare in laparoscopia l'intervento può essere "convertito" in laparotomia. Dopo aver identificato chiaramente la arteria ed il dotto cistico questi due elementi vengono sezionati tra clips metalliche. L'intervento continua con il distacco della colecisti dal letto epatico. Al termine la colecisti viene estratta dall'addome. Dopo estrazione degli strumenti chirurgici le piccole incisioni

vengono suture Solitamente non è necessario posizionare un drenaggio esterno, che viene riservato ai casi più complessi.

Colecistectomia laparotomica: si esegue una incisione trasversale di circa 10 cm al di sotto del margine costale di destra. Vengono quindi seguiti gli stessi passaggi descritti per la colecistectomia laparoscopica (sezione tra clips o legature di arteria e dotto cistico, distacco della colecisti dal letto epatico).

4. QUALI SONO I BENEFICI?

Nel caso di calcoli molto piccoli o di sabbia o fango biliare, l'intervento di colecistectomia previene la migrazione di calcoli o fango nella via biliare principale ed elimina perciò il rischio di ittero ostruttivo e/o pancreatite biliare.

5. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

Potrebbe essere necessario eseguire una tricotomia delle zone da sottoporre ad intervento (che verrà eseguita in reparto al momento del ricovero); non occorre, abitualmente, una preparazione intestinale con clisteri o lassativi.

Inoltre potrebbe essere necessario attuare il protocollo per la profilassi trombo-embolica che viene comunicato dal medico referente in sede di preospedalizzazione; caso per caso, il medico referente indicherà se continuare o sospendere la terapia farmacologica quotidiana.

Il paziente 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.

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 evitabile e dipende dalla tempistica non sempre programmabile della sala operatoria.

6. DURATA DELLA PROCEDURA

La durata della procedura solitamente è di circa 1 ora ma questo è variabile a seconda della presenza di aderenze infiammatorie o complicanze (colecistite, ad esempio).

Sono esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale questi prevedono 2 ore oltre il tempo chirurgico per un totale di circa 4 ore di permanenza nel blocco operatorio.

7. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

La tecnica chirurgica miniinvasiva consente che il paziente possa mobilizzarsi dal letto poche ore dopo la fine dell'intervento; non si utilizzano abitualmente catetere vescicale ne' sondino nasogastrico; solo in casi particolari viene posizionato un drenaggio addominale (che comunque consente al paziente di muoversi). L'alimentazione può riprendere poche ore dopo la fine dell'intervento, ritornando progressivamente, nel corso delle successive settimane, ad una dieta varia e salubre.

8. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

L'intervento di colecistectomia elimina la sintomatologia dolorosa (colica biliare); alcuni pazienti soffrono di dolori addominali di altra origine (sindrome del colon irritabile, sindrome aderenziale, ecc) che possono risentire positivamente dell'intervento o restare invariati.

9. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Qualunque intervento chirurgico, benché eseguito con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi.

La mortalità operatoria della colecistectomia è bassa, circa 0,05 - 0,1%.

Le principali complicanze precoci dell'intervento di colecistectomia sono rappresentate da:

- lesioni della via biliare extraepatica, che possono derivare da una particolare conformazione anatomica del soggetto (ramo biliare anomalo, ad esempio) non prevedibile ne' diagnosticabile prima dell'intervento; deiscenza della sutura sul moncone cistico, lesione del dotto principale sono eventi che richiedono per il trattamento procedure endoscopiche quali la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) o il drenaggio biliare transepatico (PTBD), ecc e talvolta la necessità di reinterventi.

- lesioni vascolari di grossi rami arteriosi dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche; queste emorragie che si verificano nel periodo postoperatorio possono essere risolte con un reintervento chirurgico o l'esecuzione di una procedura di radiologia interventistica;

- lesioni di visceri cavi, come il duodeno o l'intestino tenue o il colon, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze pre esistenti; di solito è necessario un intervento chirurgico per risolverle;

- calcoli residua della via biliare principale, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema, come la colangio-pancreatografia retrograda (ERCP) nel corso della quale possono anche essere asportati calcoli;

- pancreatite acuta, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico;

- 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, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica, ecc.

Le principali complicanze tardive sono

- lesioni cicatriziali tardive di rami della via biliare extraepatica, che possono comparire a distanza variabile di tempo dall'intervento.

Da segnalare che può comparire un laparocele (ernia sulla cicatrice chirurgica), per lo più a livello ombelicale, che può necessitare di intervento chirurgico; questo insorge più frequentemente in soggetti che aumentano di peso dopo l'intervento di colecistectomia.

Possono comunque verificarsi delle complicanze minori o non prevedibili o di natura infettiva.

10. DOLORE POST-PROCEDURA

Il dolore postoperatorio è minimo, nel caos della colecistectomia laparoscopica; la procedura laparotomica può risultare più dolorosa per la sede e le dimensioni della ferita.

Giornalmente, verrà valutato il dolore per adeguare la terapia alla risposta clinica e eliminare o ridurre al minimo il dolore.

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

Non esistono ad oggi terapie alternative alla colecistectomia.

12. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

In caso insorgessero febbre o ittero (colore giallastro degli occhi e della cute) nei 30 giorni successivi all'intervento è bene contattare subito i curanti (controllare i recapiti sulla lettera di dimissione).

In caso di forte dolore addominale è bene ricorrere al medico di famiglia e/o al Pronto Soccorso più vicino.

13. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

La storia naturale della calcolosi della colecisti è molto variabile da soggetto a soggetto: chi decidesse di non sottoporsi all'intervento potrebbe andare incontro ad episodi di colica biliare o di altri disturbi addominali di varia gravità, oppure restare asintomatico.

È possibile che insorgano anche

- Colecistite acuta: consiste in una infiammazione della parete della colecisti, che può perforarsi per gangrena con conseguente peritonite, o portare alla formazione di un empiema, una sacca piena di materiale purulento.

- Ittero ostruttivo: solitamente causato da passaggio di piccoli calcoli dalla colecisti alla via biliare principale che determinano un ostacolo al deflusso della bile dal fegato all'intestino.

- Colangite acuta: è una infezione delle vie biliare causata dalla presenza di germi che possono causare una sepsi grave.

- Pancreatite acuta: è una infiammazione di vario grado, causata da una ostruzione del condotto pancreatico o da reflusso di bile nel pancreas. La pancreatite porta alla attivazione di enzimi proteolitici, solitamente utilizzati per la digestione di cibi, all'interno del pancreas, con sua distruzione. Una pancreatite acuta può portare alla sepsi, una condizione di grave compromissione di molti organi e apparati, ed è sempre una patologia molto grave.

- Fistola bilio-digestiva e ileo biliare: possono essere associati. Sono determinate dalla formazione di un passaggio anomalo fra la colecisti ed il primo tratto dell'intestino. Se il passaggio è molto ampio e i calcoli sono di grandi dimensioni, la massa di calcoli può determinare una occlusione intestinale. Le complicanze sopra elencate tendono ad aumentare di frequenza via via che passa il tempo di permanenza dei calcoli nella colecisti.

- Alcune condizioni predisponenti, come il diabete mellito, l'età avanzata, l'uso di farmaci corticosteroidi e alcune malattie croniche come l'insufficienza cardiaca e renale possono rendere le complicazioni più gravi.

14. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

La colecistectomia è un intervento su cui esiste molta esperienza ed a oggi l'unico intervento risolutivo per la calcolosi della colecisti.

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 Generale oppure a corsi di formazione specialistica ma sempre sotto la diretta sorveglianza e supervisione di uno specialista strutturato del Policlinico Universitario.

EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito dell'educazione clinica dei pazienti, la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ha creato delle pagine web e degli opuscoli informativi utili al paziente.

Di seguito trova il QR code, che potrà inquadrare con il suo cellulare, e che la porterà alle informazioni cliniche e organizzative di sua utilità.



**GUIDA AL PERCORSO DI
PREOSPEDALIZZAZIONE**



**GUIDA
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO**

RESTITUZIONE DELL'INFORMATIVA

Io sottoscritto/a _____

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**

CHIRGEN16 – rev.14.12.2022

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.