

NOTA INFORMATIVA

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI

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

CHIRCOL02 – rev. 19.06.2025

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 ALLE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI ED AGLI INTERVENTI ESEGUITI PER CURARLE

Gentile paziente, La ringraziamo per aver scelto la Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e la nostra equipe che si prenderà cura di Lei in questo percorso terapeutico, ponendoLa al centro della nostra attenzione secondo la missione del nostro Policlinico: “La scienza per l’uomo”.

1. COSA SONO LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI?

Con il termine **MICI** si intende indicare le **Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali**, note anche con l’acronimo inglese **IBD Inflammatory Bowel Disease**, che comprendono la **Colite Ulcerosa** e la **Malattia di Crohn**.

Si tratta di patologie ritenute ancora relativamente rare (in Italia ne sono affetti oltre 200.000 pazienti), ma la cui frequenza sembra essere in costante aumento anche per una maggiore attenzione al problema.

La **Colite Ulcerosa** è una malattia infiammatoria cronica intestinale, che interessa solo la mucosa del colon ed è caratterizzata da un’infiammazione superficiale che può estendersi per continuità fino ad interessare tutte le porzioni del grosso intestino, a partire dal retto, il cui coinvolgimento è sempre presente (per cui si parla spesso di **Rettocolite Ulcerosa** o **RCU**).

La **Malattia di Crohn** è una malattia infiammatoria cronica intestinale, che interessa a tutto spessore la parete del tubo digerente, in maniera però segmentaria (“lesioni a salto”) potendosi localizzare in qualunque parte del tratto digerente, dalla bocca all’ano, benché più frequentemente coinvolga l’ileo o il colon o entrambi.

2. COME SI CURANO LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI?

Al momento, non esiste, una cura definitiva per il Morbo di Crohn e per la Colite ulcerosa, che permetta la completa guarigione.

Questa affermazione, tuttavia, non è del tutto vera per la CU: infatti la caratteristica tipica della CU, diversamente dalla Malattia di Crohn, è quella di interessare unicamente il retto e il colon, ovvero l’ultima parte dell’intestino.

Proprio alla luce di ciò, l’intervento chirurgico di asportazione del colon chiamato “colectomia” è l’unica terapia definitiva ma è un’opzione che viene riservata ai pazienti che presentano una malattia che non risponde alle terapie mediche o che ha ripetutamente recidivato in un lungo periodo di tempo.

I trattamenti medici sono infatti in grado di **indurre una remissione (ovvero far scomparire i sintomi)** e di **mantenere questa condizione nel lungo periodo**.

Grazie ai progressi nelle terapie mediche e, soprattutto, con l’avvento di molecole innovative come i cosiddetti “**farmaci biologici**”, oggi il ricorso alla chirurgia va riducendosi sempre di più.

La chirurgia, nel Morbo di Crohn, resta comunque un approccio fondamentale nei casi di insorgenza di complicanze (**fistole, ascessi, stenosi**), o di inefficacia farmacologica, ma anche in questo campo sono stati compiuti enormi progressi che hanno reso sempre più conservativi e ben tollerabili gli interventi per la malattia. Nel trattamento chirurgico del morbo di Crohn, lo scopo principale è quello di salvaguardare e “risparmiare” più intestino possibile, in quanto la malattia può ripresentarsi più volte, redendo necessarie resezioni ripetute con il rischio di ridurre eccessivamente la lunghezza dell’intestino.

Nello specifico, la tipologia di intervento, eseguito nei pazienti affetti da Morbo di Crohn, dipende dal tipo di complicanza insorta e dal tratto di intestino interessato da malattia. In caso di stenosi verrà eseguita una chirurgia resettiva (l'asportazione del tratto di intestino interessato dalla malattia) per via laparotomica, laparoscopica o robotica.

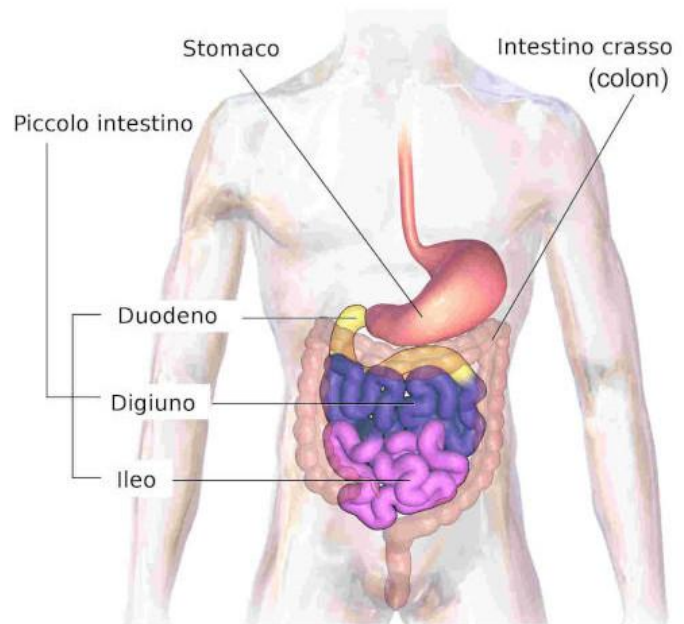
Nella maggior parte dei casi, la stenosi coinvolge l'ultima ansa ileale, rendendo necessario l'intervento chirurgico di resezione ileocolica più o meno allargata (asportazione di ultima ansa ileale e cieco), oppure può interessare diverse porzioni del piccolo intestino che possono essere trattate o con resezione e ricongiungimento dei monconi (anastomosi) o con stricturoplastiche (esecuzione di un'**incisione longitudinale** su tutta la zona interessata da stenosi, che viene poi richiusa trasversalmente, in modo da ristabilire il corretto passaggio).

In caso di ascessi, l'intervento prevede il drenaggio dell'ascesso, generalmente associato alla resezione del tratto di intestino interessato. In caso di fistole ci si può trovare di fronte a interventi resettivi maggiori, che comportino anche l'asportazione di segmenti multipli di tubo digerente, porzioni di organi adiacenti o di parete addominale, o la formazione di enterostomie che hanno lo scopo di minimizzare il rischio di complicanze. Nella Colite Ulcerosa, l'intervento chirurgico si rende necessario in alcune condizioni cliniche quali:

- Quando la rettocolite ulcerosa si presenta in forma **iperacuta** o fulminante, cioè con un'inflammazione di grado elevato accompagnata da un sanguinamento massivo o da una perforazione intestinale, il paziente deve essere operato in urgenza: queste condizioni potrebbero infatti mettere a serio rischio la vita. Discorso analogo quando si presentano complicanze improvvise come il **megacolon tossico**, una dilatazione del colon prodotta dall'inflammazione che può portare alla perforazione. In tutti questi casi, e in assenza di un miglioramento dopo una terapia medica intensiva di breve periodo, il paziente deve essere operato. Va detto che queste condizioni di totale emergenza riguardano, fortunatamente, una minima parte di quella già ridotta percentuale di pazienti con rettocolite ulcerosa che necessitano di un intervento.
- Quando le terapie mediche falliscono. Dopo aver provato tutte le opzioni terapeutiche senza aver ottenuto risultati soddisfacenti in termini di qualità di vita, l'intervento può rappresentare una soluzione. È quindi importante che il medico ne discuta con il paziente;
- Quando è presente un rischio tumorale. Una rettocolite ulcerosa diagnosticata da diversi anni può, in alcuni casi, portare allo sviluppo di displasie. Con questo termine si indicano alcune alterazioni cellulari della parete intestinale che predispongono al cancro del colon. In alcuni di questi casi, così come quando sono già presenti lesioni tumorali o pre-tumorali, potrebbe essere consigliato l'intervento chirurgico a scopo preventivo.

Quando si esegue un intervento chirurgico per la terapia della rettocolite ulcerosa, questo mira generalmente alla rimozione di tutto il colon dalla valvola ileo-ciecale al retto (**proctocolectomia totale**).

Solo in alcuni casi si decide di mantenere un tratto di retto, suturando (anastomizzando) l'ileo al moncone rettale, con il vantaggio di mantenere una valida continenza ma a costo di mantenere un tratto intestinale malato ed a rischio di trasformazione neoplastica.



Quando si esegue una proctocolectomia totale si può scegliere di mantenere la continenza anale o di confezionare una ileostomia definitiva. La scelta tra queste due opzioni va ampiamente discussa tra l'equipe medica ed il paziente, ma in generale non esiste una scelta migliore: entrambe le opzioni presentano vantaggi, svantaggi e rischi associati.

Qualora si decida di mantenere la continenza, è necessario costruire un retto artificiale impiegando l'ultima parte del tenue, ripiegata su sé stessa e collegata all'ano (pouch ileale). In questo caso, non sempre le condizioni del paziente consentono di asportare colon e retto, costruire la pouch e suturarla all'ano in un unico tempo chirurgico. Non raramente si decide di asportare in un primo tempo gran parte del colon malato, mantenendo il retto e creando una ileostomia terminale per eliminare le feci. Questo intervento consente di ridurre la terapia farmacologica e di ottenere un miglioramento clinico. Una volta ripristinate buone condizioni generali, con un secondo intervento viene asportato il retto residuo, costruita la pouch ileale e collegata all'ano. Spesso in questo secondo intervento la pouch e l'anastomosi pouch-anale vengono "protette" escludendole temporaneamente dal transito fecale con una **ileostomia derivativa** a monte. Si rende quindi necessario un ulteriore, terzo intervento chirurgico per la chiusura di tale ileostomia: solo in quel momento verrà ripristinata l'evacuazione e recuperata la continenza fecale, seppure con alcune differenze rispetto alla normalità.

Presso il nostro Policlinico gli interventi sul colon e sul retto vengono eseguiti in oltre il 90% dei casi con avanzate tecniche mininvasive: chirurgia laparoscopica anche con singolo accesso (single-port), chirurgia transanale, chirurgia robotica. Solo in rari casi si ricorre alla tecnica tradizionale, che comporta un ampio taglio sulla parete addominale.

La chirurgia laparoscopica o robotica, mediante l'induzione di pneumoperitoneo, insufflando gas in addome, permette di eseguire tutto l'intervento chirurgico mediante piccole incisioni cutanee (di 5 o 10 mm) attraverso le quali vengono introdotti una telecamera e gli strumenti chirurgici. Queste apparecchiature vengono manovrate dai chirurghi direttamente o attraverso un cosiddetto robot, un dispositivo che trasmette il movimento riducendo il fisiologico tremore e aumentando precisione ed accuratezza dei movimenti. Viene eseguita inoltre una incisione leggermente più grande (di circa 4 cm) per estrarre il pezzo operatorio. Tra i vari vantaggi della laparoscopia vi è un percorso post-operatorio più agevole e veloce, molto meno doloroso e con minori complicanze legate all'infezione della ferita.

Inoltre, l'alta specializzazione e l'elevato volume di interventi annui consentono di garantire i migliori standard di trattamento anche per i pazienti affetti da carcinoma colo-rettale che presentino una diffusione della malattia al fegato, con possibilità di pianificare la strategia terapeutica più opportuna e, se necessario, eseguire procedure combinate nel corso di un unico intervento.

Il recupero dopo l'intervento chirurgico è ulteriormente favorito dall'adozione di protocolli di gestione perioperatoria integrati e validati a livello internazionale, in grado di ridurre l'impatto della procedura sull'equilibrio fisiologico del paziente (protocollo ERAS).

Cos'è una stomia? viene chiamata stomia un'apertura artificiale dell'intestino alla cute. Qui viene applicato un sacchetto apposito per la raccolta delle feci in modo sicuro e pulito. Nel caso di una stomia definitiva questa rappresenterà per tutta la vita l'orificio attraverso cui vengono eliminate le feci. Il paziente ne imparerà la gestione con l'aiuto dell'équipe infermieristica e questa non condizionerà in modo significativo la qualità della vita del paziente.

Talora invece, viene confezionata una stomia **temporanea**. Questo avviene in casi selezionati, qualora un intervento ricostruttivo sia possibile ma sia prudente rinviarlo, o quando si ritiene opportuno proteggere una anastomosi che è stata confezionata.

Quando viene confezionata una stomia temporanea la continuità intestinale può essere ristabilita con un secondo intervento chirurgico a distanza di qualche mese dal primo. Tuttavia può succedere che una stomia temporanea non venga chiusa, perché l'intervento viene considerato a rischio troppo elevato o per scelta del paziente che si è perfettamente adattato alla stomia. In questi casi la stomia viene considerata permanente anche se teoricamente potrebbe essere chiusa.

Alla Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico è presente un team di infermieri enterostomisti specializzati che assistono con competenze specifiche i pazienti sottoposti a stomia.

3. QUALI SONO I BENEFICI?

Nella RCU l'intervento rappresenta la cura definitiva della patologia. In caso di Morbo di Crohn, invece, essendo la chirurgia utilizzata solo nella gestione delle complicanze della patologia, bisogna discutere accuratamente con il paziente circa i rischi e i benefici dell'intervento chirurgico.

4. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

- La terapia specifica per il morbo di Crohn o per la rettocolite viene ridotta per quanto possibile, in accordo con i gastroenterologi curanti, per evitare che interferisca con la guarigione delle ferite.
- Solitamente viene effettuata una preparazione intestinale con lassativi associati ad antibiotici per bocca circa 8 ore prima dell'intervento chirurgico in caso di pazienti in elezione che non presentano complicanze quali perforazioni o fistole. 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, the, caffè o camomilla, niente succhi di frutta o altre bevande) 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).
- Per prevenire infezioni postoperatorie è opportuno e raccomandato eseguire una doccia il giorno prima dell'intervento o se possibile la mattina stessa, meglio se con un sapone antisettico; per lo stesso motivo è bene indossare biancheria intima pulita e abiti comodi.
- La rasatura e la rimozione dei peli nell'area interessata dall'intervento NON va praticata, in quanto aumenta il rischio di infezioni.

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

COSA PORTARE CON SÈ: il contenitore per eventuali protesi dentarie o protesi acustiche; Tessera sanitaria; Impegnativa per l'intervento; 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, da consegnare al personale infermieristico al ricovero.

5. DURATA DELLA PROCEDURA

L'intervento (a cielo aperto, per via laparoscopica o robotica) può durare da 2 ore fino a 6 ore o più; esclusi i tempi di attesa in pre-sala (prima dell'intervento) e post-intervento (monitoraggio post-intervento), in generale tra la discesa in sala e la risalita in camera trascorrono usualmente 8-9 ore.

6. INFORMAZIONI SULLA FASE POST-PROCEDURA

La fase post-intervento chirurgico viene effettuata seguendo le linee guida del protocollo ERAS.

Due aspetti molto importanti di questo protocollo sono rappresentati dalla **mobilizzazione precoce** e dalla **alimentazione**.

La tecnica chirurgica mini-invasiva consente che il paziente possa alzarsi dal letto poche ore dopo la fine dell'intervento; abitualmente il catetere vescicale – che viene posizionato all'inizio dell'intervento - viene rimosso al termine o a distanza di poche ore dal ritorno in reparto, salvo indicazione medica, non si utilizza abitualmente il sondino nasogastrico; solo in casi particolari viene posizionato un drenaggio addominale (che comunque consente al paziente di muoversi).

È molto utile che il paziente si alzi il prima possibile e trascorra fuori dal letto quanto più tempo possibile, passeggiando nel reparto o seduto sulle poltrone a disposizione.

Il digiuno ostacola la ripresa della funzione intestinale e non agevola in alcun modo la guarigione delle suture intestinali. Spesso l'alimentazione può riprendere – secondo indicazioni mediche - poche ore dopo la fine dell'intervento, con cibi gradevoli e cucinati in modo leggero, senza mai eccedere in volume, privilegiando pasti piccoli e frequenti e ritornando progressivamente, nel corso delle successive settimane, ad una dieta varia e salubre.

7. PREVEDIBILI VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TRATTAMENTO PROPOSTO

L'intervento in caso di RCU rappresenta una cura definitiva garantita dalla rimozione dell'organo bersaglio della malattia stessa.

In caso di Morbo di Crohn, invece, la chirurgia rappresenta il trattamento delle complicanze della malattia stessa e non la cura.

La chirurgia permette di raggiungere risultati non raggiungibili tramite terapia farmacologica e di salvaguardare e "risparmiare" più intestino possibile, in quanto la malattia può ripresentarsi più volte, rendendo necessarie resezioni ripetute con il rischio di ridurre eccessivamente la lunghezza dell'intestino. È evidente che l'intervento può essere più o meno invasivo, a seconda che venga eseguito per via "aperta", laparoscopica o robotica e in base al tipo di anestesia utilizzata (locoregionale o generale).

8. POSSIBILI COMPLICANZE MAGGIORI E POTENZIALI PROBLEMATICHE CORRELATE ALLA PROCEDURA

Anche se sono presenti diversi benefici, nessun intervento chirurgico, benché eseguito con tecnica rigorosa, può considerarsi esente da rischi.

In alcuni casi, potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri tratti intestinali o l'utilizzo di più tecniche contemporaneamente in caso per esempio di stenosi di diversi tratti intestinali e che resezioni allargate possono prevedere interventi ricostruttivi complessi.

Questi interventi possono comportare complicanze immediate e/o tardive, e/o menomazioni prevedibili.

È difficile pensare di poter elencare tutte le possibili complicanze di un intervento chirurgico, tuttavia elenchiamo in questa Nota Informativa quelle più frequenti e temute:

- Durante l'intervento o nell'immediato postoperatorio, possono verificarsi **emorragie** e/o ematomi, che possono richiedere un re-intervento chirurgico urgente a scopo emostatico, ed emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- Soprattutto in caso di emicolectomia sinistra (asportazione della metà sinistra del colon), si può verificare una **lesione della milza**, che può richiedere una splenectomia; tale intervento

può comportare, nel postoperatorio, un incremento delle piastrene, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità ed infezioni.

- La **deiscenza** dell'anastomosi consiste nella incompleta guarigione della sutura chirurgica eseguita sull'intestino, con conseguente fuoriuscita di liquido enterico dal lume intestinale nel cavo addominale, e possibile insorgenza di peritoniti localizzate o diffuse. In questo caso potrebbe essere necessario re-intervenire chirurgicamente e creare una deviazione intestinale temporanea o permanente (ileo o colostomia). Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore e grave nei casi nei quali l'anastomosi sia molto bassa, poco sopra l'orifizio anale, o quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza.
- **Ripresa tardiva** della funzione intestinale.
- **Occlusione intestinale** legate a torsioni di ansa o alla comparsa di aderenze, che possono richiedere in alcuni casi un re-intervento chirurgico.
- **Disturbi urologici o della sfera sessuale** possono presentarsi dopo interventi sul colon sinistro e sul retto, a causa dell'interruzione di sottili strutture nervose, non sempre facilmente identificabili. In casi di ritenzione urinaria è necessario il posizionamento del catetere vescicale, che può essere necessario anche per periodi prolungati.
- **Infezioni a carico della ferita** precoci e/o tardive possono presentarsi in forma lieve o in forma più grave soprattutto in caso di peritoniti. Esse richiedono raramente la revisione chirurgica e possono talora comportare esiti estetici non felici.
- **Lesioni neurologiche** periferiche sono rare e legate a compressioni inavvertitamente causate dai bendaggi in sala operatoria; generalmente consentono una buona ripresa della funzione.
- **Laparoceli**: sono ernie addominali che si possono formare in corrispondenza della ferita chirurgica e che possono necessitare di un intervento ricostruttivo della parete. Sono più frequenti in caso di intervento laparotomico e più ancora in caso di reintervento.
- **Stenosi** dell'anastomosi (restringimenti cicatriziali a livello della sutura intestinale).
- **Disturbi funzionali** come stipsi o diarrea, temporanee o permanenti. La diarrea è più frequente e più difficile da controllare dopo interventi di colectomia (ovvero di asportazione del colon) subtotale o totale.
- **Complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) 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.
- **Pouchite**, infiammazione della pouch - cioè del neoretto creato con le ultime porzioni del piccolo intestino - che si manifesta solitamente tardivamente, e che può portare, in caso di insufficiente risposta alla terapia medica, alla rimozione della pouch con formazione di stomia definitiva.

Quando viene confezionata una stomia, è possibile che si verifichino complicanze quali il distacco della stessa dalla parete addominale, l'erniazione, l'irritazione o l'infezione del tessuto sottocutaneo circostante, a causa dell'azione irritante del liquido intestinale sulla pelle, la stenosi dell'orifizio. Tutti questi eventi possono avvenire in forma lieve e non essere motivo di preoccupazione, ma possono anche richiedere, a loro volta, un trattamento chirurgico per la loro correzione.

Durante l'intervento, condotto per via laparoscopica, possono verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di tecnica quali:

- lesioni di grossi vasi, al momento della introduzione degli strumenti;
- diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico);
- embolia polmonare gassosa, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o ipercapnia, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;

La conversione dell'intervento nella via laparotomica tradizionale non è una vera complicanza, ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso, con margine sufficiente di sicurezza.

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

9. DOLORE POST-PROCEDURA

Il dolore postoperatorio è generalmente minimo nel caso di interventi eseguiti in laparoscopica; la procedura laparotomica può risultare più dolorosa per la sede e le dimensioni della ferita. L'equipe infermieristica misura più volte al giorno il dolore impiegando una scala che confronta il dolore sperimentato dal paziente con il massimo dolore possibile (Scala VAS). La terapia antidolorifica viene impiegata seguendo un cosiddetto "Step-up approach" mediante utilizzo graduale di paracetamolo, FANS (Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei) e oppioidi in base alla risposta clinica al fine di eliminare o ridurre al minimo il dolore. In particolare, la somministrazione ad orari fissi del paracetamolo nelle prime giornate post-operatorie, consente, nella maggioranza dei casi, un adeguato controllo del dolore. Il paziente deve riferire esattamente, al personale sanitario, se riscontra beneficio alla terapia in corso, in caso contrario, la terapia, verrà rivista.

10. LE TERAPIE ALTERNATIVE: VANTAGGI E SVANTAGGI

Un grosso passo avanti è stato fatto negli ultimi anni in fatto di terapie. Alle terapie più classiche quali la **mesalazina**, il **cortisone**, l'**azatioprina** e i **farmaci biologici anti TNFalfa** si sono aggiunte un gran numero di opzioni tra cui:

- anticorpi monoclonali anti-integrina (vedolizumab);
- anticorpi monoclonali anti IL12/23 (ustekinumab);
- anti IL23 selettivi (risankizumab);
- micromolecole (tofacitinib, filgotinib e upadacitinib).

Questi farmaci, per ragioni prevalentemente di costi, sono **disponibili solo in centri specializzati** ed è importante quindi che i pazienti con MICI siano seguiti in un centro di riferimento che metta loro a disposizione tutte le opzioni terapeutiche possibili. Resta sempre fondamentale la stretta collaborazione con il chirurgo che sia pronto a intervenire qualora il quadro clinico lo richiedesse, in urgenza o, meglio, in elezione.

11. COME COMPORTARSI IN CASO DI COMPLICANZE DOPO LA DIMISSIONE

In caso insorgessero febbre o dolore addominale, nausea o vomito, o altri sintomi inattesi 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 medicina generale e/o al Pronto Soccorso più vicino.

12. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

La storia naturale delle Malattie Infiammatorie Intestinali è molto variabile da soggetto a soggetto: chi decidesse di non sottoporsi all'intervento, qualora indicato, potrebbe andare incontro a complicanze infettive importanti. Il rischio di trasformazione neoplastica è presente sia in caso di malattia di Crohn che in caso di rettocolite ulcerosa, va attentamente valutato assieme al gastroenterologo curante ma ignorarlo può portare a complicanze potenzialmente letali.

13. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Il trattamento chirurgico non può portare alla guarigione delle MICI, ad eccezione della proctocolectomia totale in caso di RCU, ma è in grado di controllare alcune complicanze e prevenire l'insorgenza di altre. I risultati del trattamento dipendono dall'aggressività della malattia, da tempo trascorso dal suo esordio, dalle terapie non chirurgiche praticate in precedenza, dalle condizioni generali e locali del paziente. È difficile definire uno standard di cura ma esistono protocolli assistenziali condivisi, che richiedono la disponibilità di specialisti e dei farmaci più innovativi.

14. 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**

GLOSSARIO

Anastomosi: Sutura tra due segmenti intestinali.

Chirurgia laparoscopica: Intervento eseguito senza praticare una ampia incisione della parete addominale, utilizzando invece una telecamera collegata a un monitor e sottili strumenti chirurgici (pinze, forbici, elettrocoagulatore, suturatrice, porta-aghi, ecc.) che vengono introdotti attraverso piccoli fori effettuati nella parete addominale.

Chirurgia robotica: Intervento eseguito con l'ausilio di uno strumento che esegue manovre chirurgiche guidato dalla mano del chirurgo, e che consente una maggior precisione di movimento e l'abolizione del fisiologico tremore delle mani.

Colon o grosso intestino: Tratto di intestino interposto tra il piccolo intestino (ileo) e il canale anale. Si divide in colon destro o ascendente, trasverso, sinistro o discendente, sigma, retto. La flessura destra è al confine tra colon ascendente e trasverso, la flessura sinistra tra colon trasverso e discendente. La funzione principale del colon è concentrare le feci riassorbendo l'acqua.

Colostomia: La colostomia è una stomia (vedi) in cui il viscere aperto alla parete addominale è il colon.

Colectomia subtotale: L'asportazione del colon destro, della flessura epatica, del colon trasverso, della flessura splenica, del colon discendente e del sigma.

Deiscenza (di anastomosi): è la mancata guarigione di una anastomosi, che causa la fuoriuscita del materiale enterico dal lume intestinale.

Emicolectomia sinistra: L'asportazione del colon sinistro, dalla flessura sinistra al sigma.

Emicolectomia destra: L'asportazione del colon destro.

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery): è un protocollo assistenziale perioperatorio che consente il recupero veloce di una normale qualità della vita e una dimissione precoce postoperatoria, riducendo altresì il rischio di complicanze legate all'intervento.

FANS: Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei sono farmaci utilizzati per alleviare il dolore (analgesici) ridurre l'infiammazione (antiflogistici), abbassare la temperatura corporea in caso di febbre (antipiretici).

Ileostomia: L'ileostomia è una stomia (vedi) in cui il viscere aperto alla parete addominale è l'ileo o piccolo intestino.

Laparocele: Ernia che compare dopo un intervento chirurgico, per una imperfetta guarigione della parete in corrispondenza dell'incisione chirurgica.

Laparoscopia: Intervento chirurgico eseguito introducendo nell'addome una telecamera che consente di controllare visivamente strumenti lunghi, introdotti attraverso piccoli fori e tenuti in mano dal chirurgo.

Laparotomia: Intervento chirurgico eseguito attraverso una incisione ampia sulla parete dell'addome, per consentire di eseguire procedure sotto la guida della vista.

Neoplasia: Proliferazione incontrollata di cellule capace di alterare la funzione degli organi o di diffondersi a distanza.

Pouch ileale: tasca o sacca serbatoio di un'anastomosi ileale anale.

Proctocolectomia: L'asportazione del colon destro, della flessura epatica, del colon trasverso, della flessura splenica, del colon discendente, del sigma e del retto.

Resezione ileociecale: L'asportazione dell'ultima ansa ileale e del cieco.

Retto: Tratto terminale del grosso intestino, posto tra il sigma e lo sfintere anale

Sfintere: Struttura muscolare che circonda una porzione di viscere cavo, consentendo così di controllare il transito del contenuto.

Sigma: Parte dell'intestino che si estende dal colon discendente al retto.

Stomia: termine generico che include le colostomie e le ileostomie. È un'apertura chirurgica del colon alla parete addominale per permettere al contenuto fecale di fuoriuscire attraverso una via alternativa a quella naturale. Può essere temporanea o definitiva, terminale o laterale (derivativa). Alla cute della parete addominale viene applicato un sacchetto apposito per la raccolta delle feci in modo sicuro e pulito. Nel caso di una stomia definitiva questa rappresenterà per tutta la vita l'orificio attraverso cui vengono eliminate le feci. Vedi anche **Cos'è una stomia** pag. 5.

Stritturoplastica: intervento chirurgico eseguito in caso di stenosi del piccolo intestino caratterizzato dall'esecuzione di un'incisione longitudinale su tutta la zona interessata da stenosi, che viene poi richiusa trasversalmente, in modo da ristabilire il corretto passaggio.

Appunti del paziente per eventuali domande da fare al medico

1.) _____

2.) _____

3.) _____

4.) _____

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.

È possibile che vengano conservate registrazioni dell'intervento chirurgico eseguito, che potranno essere usate a finalità scientifiche o didattiche. Qualora previsto dalla normativa, l'uso delle immagini registrate sarà soggetto ad apposito consenso informato (POL72), e sarà garantito l'anonimato del paziente.

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**

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.