

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 AL TUMORE DEL COLON-RETTO ED AGLI INTERVENTI ESEGUITI PER CURARLO

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. CHE COS'È IL TUMORE DEL COLON-RETTO?

Il **tumore del colon e del retto** rappresenta il 10% di tutti i tumori diagnosticati nel mondo. In Italia è il terzo più frequente nel sesso maschile (12,9%) dopo il tumore della prostata e il tumore del polmone, e il secondo più frequente tra le donne (12,7%), dopo il tumore della mammella, secondo i dati AIOM-AIRTUM 2023; nel 2022 sono stati stimati 24.200 decessi (13.000 uomini e 11.200 donne)

Il **tumore del colon** si sviluppa a seguito di una crescita incontrollata delle cellule epiteliali della mucosa di rivestimento della parte interna dell'intestino crasso, chiamata colon, e si manifesta principalmente nella parte del colon più vicina al retto (il sigma), nel colon ascendente e infine, più raramente, nel colon trasverso e discendente.

Il **tumore del retto** si sviluppa nella parte dell'intestino crasso più vicina all'ano, chiamata appunto retto. Biologicamente è molto simile al tumore del colon, ma per la sede richiede un trattamento specifico

2. COME SI CURA IL TUMORE DEL COLON-RETTO?

Il **trattamento del tumore del colon-retto** dipende da diversi fattori tra cui la sede, la stadiazione, la presenza o meno di metastasi a distanza. La terapia può prevedere l'intervento chirurgico, che rappresenta il primo step terapeutico nella maggior parte dei casi di cancro del colon. Per i tumori del retto, sulla base della stadiazione clinica, l'intervento chirurgico può essere proposto appena raggiunta la diagnosi (per lo più avviene nelle forme iniziali); o dopo l'esecuzione di un trattamento, detto neo-adiuvante, che precede l'intervento chirurgico, e comprende in genere la somministrazione con schemi variabili di chemio e/o radioterapia. Questo ultimo approccio è applicato solitamente nei pazienti con tumori che non hanno dato metastasi a distanza ma sono localmente avanzati.

Presso la nostra Istituzione tutti i pazienti con tumore del colon e del retto vengono presentati in un gruppo multidisciplinare in cui sono rappresentate tutte le specialità che possono contribuire alla guarigione (radiologi, oncologi, radioterapisti, chirurghi, endoscopisti), che cooperano tra loro per identificare il percorso migliore per ogni singolo paziente. Viene perciò proposta per ogni paziente la terapia più efficace, applicando protocolli standardizzati o terapia innovative, indipendentemente dallo specialista cui si è rivolto per primo.

Ogni volta che viene asportato un tessuto interessato da neoplasia, la parte asportata viene poi analizzata dall'anatomopatologo così da ottenere la diagnosi corretta, prendendo in considerazione anche le caratteristiche genetiche della malattia. In questo modo è possibile quindi stabilire il percorso post-operatorio più adeguato per ogni singolo paziente.

Tumore del colon: La chirurgia rappresenta il primo e più efficace approccio terapeutico nel tumore del colon. Per i tumori localizzati e in stadio iniziale è indicata la **chirurgia resettiva (l'asportazione del tratto di intestino interessato dalla malattia)** per via laparotomica, laparoscopica o robotica. L'obiettivo della resezione chirurgica del tumore primitivo del colon è l'asportazione completa del tratto

di colon interessato dal tumore, dei principali peduncoli vascolari e dei linfonodi di drenaggio.

La resezione in blocco di strutture contigue è indicata se c'è infiltrazione del tumore in un organo o struttura potenzialmente resecabile. Nei pazienti con complicazioni dovute ad una neoplasia del colon, come ad esempio, ostruzione, perforazione intestinale, la resezione può richiedere l'esecuzione di più interventi chirurgici successivi.

L'intervento chirurgico varia a secondo della porzione di colon interessata: possiamo eseguire una emicolectomia destra (asportazione del colon destro) più o meno allargata al colon trasverso, una emicolectomia sinistra (asportazione del colon sinistro) o se sono presenti più tumori in diverse posizioni, una colectomia totale. L'ultima parte dell'intervento chirurgico consiste nel ripristino della continuità intestinale ricongiungendo i due monconi sani dell'intestino (anastomosi) con le più avanzate tecniche disponibili. Durante l'intervento viene controllata la corretta perfusione dei tessuti (afflusso di sangue all'intestino), quando necessario, iniettando un colorante vitale (verde di indocianina – ICG) prima del confezionamento dell'anastomosi. Può essere associata una ileostomia, o più raramente una colostomia, temporanea, una procedura in grado di ridurre il rischio di complicanze legate all'anastomosi.

La chirurgia endoscopica è un'alternativa di trattamento minimamente invasiva, che ha un'efficacia curativa solo per un piccolo gruppo di pazienti affetti da cancro del colon localizzato che insorge su di un polipo, in fase estremamente iniziale ed a condizione che vengano soddisfatti determinati criteri di rischio favorevole.

Nei pazienti con cancro del colon metastatico non resecabile, cioè non asportabile, e con sintomi di ostruzione intestinale, la **chirurgia a scopo palliativo (colostomia terminale, bypass)** ha l'obiettivo di alleviare i sintomi e se possibile agevolare l'impiego di terapie mediche.

Tumore del retto: Spesso l'intervento chirurgico viene preceduto da un trattamento radio-chemioterapico neoadiuvante. La malattia in fase iniziale, o che ha risposto in modo adeguato alla terapia neo-adiuvante, in taluni casi, può essere affrontata con un trattamento locale endoluminale, cioè con l'asportazione della sola malattia con un minimo margine di tessuto sano circostante. Tale approccio solo raramente è considerato adeguato nelle linee-guida, ma presenta il grande vantaggio di evitare i rischi legati ad un intervento resettivo. Quando l'asportazione locale non offre sufficienti garanzie di guarigione, è necessario eseguire un intervento chirurgico che consiste nell'asportazione (resezione) del retto, e la asportazione totale del mesoretto (il blocco di tessuto linfo-adiposo dove si localizza il primo drenaggio linfatico del retto) che può essere eseguito con le diverse tecniche: laparotomica o mini-invasiva sia laparoscopica che robotica.

Anche per il tumore del retto, l'ultima parte dell'intervento chirurgico consiste nel ripristino della continuità intestinale ricongiungendo i due monconi sani dell'intestino (anastomosi) con le più avanzate tecniche disponibili. Tuttavia, quando la neoplasia è molto vicina allo sfintere anale o invade i muscoli dell'apparato sfinteriale, o se quest'ultimo è malfunzionante, non è possibile eseguire un intervento ricostruttivo, la resezione deve comprendere l'ano e lo sfintere anale ed al paziente viene confezionata una stomia **definitiva** (intervento di amputazione addomino-pelvica secondo Miles).

Presso il nostro Policlinico infatti 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

10mm) attraverso le quali vengono introdotti una telecamera e gli strumenti chirurgici. Queste apparecchiature vengono manovrate dai chirurghi direttamente o attraverso un c.d. 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, come ad esempio per alcuni casi di cancro del retto in cui sia stata eseguita la radiochemioterapia preoperatoria.

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?

L'intervento permette di rimuovere il tumore, garantendo al paziente una maggiore sopravvivenza. L'utilizzo di tecniche mininvasive (laparoscopia o robotica) comporta un miglioramento degli outcomes oncologici, una riduzione delle complicanze, della mortalità e dei costi dovuti all'ospedalizzazione.

4. INFORMAZIONI SULLA FASE PRE-PROCEDURA

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, non può bere 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. L'alimentazione può riprendere 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

Il trattamento chirurgico rappresenta per i tumori del colon retto l'unica cura risolutiva in grado di rimuovere il tumore o il residuo di malattia dopo terapia neoadiuvante.

Il percorso di ogni paziente e l'indicazione all'intervento chirurgico provengono da un percorso multidisciplinare che tiene conto dei rischi e dei benefici di ciascun trattamento sia esso medico o chirurgico.

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 (anche in rapporto a terapie alternative come la chemioterapia e/o la radioterapia), nessun intervento chirurgico, benché eseguito con tecnica rigorosa, può considerarsi esente da rischi. Tuttavia i risultati clinici sono certamente migliori se l'intervento viene eseguito in Unità Operative ad alto volume come la nostra.

In alcuni casi, potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio fegato, milza, vescica, ureteri, piccolo intestino) in caso gli stessi siano interessati dalla diffusione tumorale o da altra concomitante patologia 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 piastrine, 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 anestesiologicala, chirurgica, farmacologica.

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;
- metastasi possano localizzarsi nel punto di ingresso degli strumenti in addome. Questo è un evento raro che non è confermato in tutte le casistiche e che ha probabilmente la stessa frequenza delle localizzazioni metastatiche in sede di incisione chirurgica.

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.

Bisogna sottolineare che, qualora l'intervento sia reso necessario da patologia neoplastica, non è possibile escludere la recidiva della malattia, nella stessa sede o a distanza, a distanza variabile di tempo dall'intervento.

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

L'unica terapia in grado di portare a guarigione una neoplasia del colon-retto è rappresentata dalla chirurgia. Le terapie non chirurgiche, a fronte della possibilità di evitare un intervento chirurgico, non consentono, ad oggi, la guarigione.

Si sta investigando la immunoterapia come trattamento in grado di portare a guarigione una piccola sottopopolazione di pazienti le cui neoplasie hanno particolari caratteristiche genetiche.

Solo nel caso di neoplasie rettali la terapia neo-adiuvante può consentire la scomparsa completa della malattia: in tal caso può essere discussa con il paziente la possibilità di un intervento conservativo o di una osservazione con scadenze ravvicinate. Tale approccio, tuttavia non può essere considerato standard né equivalente all'intervento chirurgico.

11. POSSIBILI CONSEGUENZE IN CASO DI MANCATO TRATTAMENTO

La storia naturale del tumore del colo-retto è molto variabile da soggetto a soggetto: chi decidesse di non sottoporsi all'intervento potrebbe andare incontro a complicanze relative alla crescita del tumore con conseguente possibilità di occlusione intestinale o alla perforazione intestinale qualora il tumore danneggi la parete dell'intestino. Sono possibili, inoltre, disseminazioni del tumore in prossimità dell'intestino o a distanza, e complicanze relative.

12. 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.

13. PROBABILITÀ DI SUCCESSO

Le probabilità di successo tecnico sono molto elevate: l'intervento chirurgico di resezione del colon o del retto si esegue con tecniche standardizzate ed esistono modalità terapeutiche consolidate ed efficaci anche per il trattamento delle eventuali complicanze.

La probabilità di guarigione, cioè di scomparsa completa della malattia tumorale, è diversa dal successo tecnico dell'intervento. È impossibile definire una probabilità genetica perché dipende molto dalla stadiazione iniziale, dalla radicalità dell'intervento chirurgico, dalla comparsa di complicanze, dalle terapie non chirurgiche post-operatorie (cosiddette adiuvanti).

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

Amputazione addomino-perineale sec. Miles: Intervento che comporta l'asportazione del retto e dello sfintere anale, e la costruzione di una colostomia definitiva terminale.

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-ago, 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.

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.

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.

Intervento di Hartmann: è una resezione del colon in cui si rinuncia a confezionare l'anastomosi, "affondando" il moncone distale e portando alla cute il moncone prossimale, costruendo così una colostomia terminale.

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

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.

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.

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**

CHIRCOL03 – rev. 20.06.2025

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.