

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Colecistectomia Laparoscopica</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C099 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 1 a 2</b>		

Gentile Signore/a,

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione. Le chiediamo pertanto di leggere con calma questo documento (impiegherà circa 20 minuti).

### **1. Introduzione**

Circa il 17% delle donne e l'8% degli uomini sono affetti da calcolosi della colecisti. L'incidenza aumenta con il progredire dell'età. La calcolosi può essere asintomatica o associata a un'inflammatione cronica della parete della colecisti (colecistite cronica). In questo caso si manifestano episodi di dolore alla parte superiore destra dell'addome (a volte sotto forma di colica), senso di peso, disturbi della digestione. Se il calcolo ostruisce lo sbocco della colecisti, ostacolando il flusso biliare, si va incontro a una colecistite acuta. Nei casi gravi, in seguito all'infezione della bile, la colecisti si riempie di pus che ne può provocare la perforazione, rendendo necessario un intervento chirurgico urgente.

La chirurgia video-laparoscopica si è affermata in questi anni grazie al progresso tecnologico che ha consentito di estendere le applicazioni della laparoscopia diagnostica all'impiego in chirurgia. Con questa tecnica chirurgica si evita l'apertura dell'addome, ottenendo una diminuzione del dolore postoperatorio, la rapida ripresa della funzionalità intestinale, la riduzione dei tempi di degenza e conseguentemente un più veloce ritorno alle normali attività. L'incidenza di infezioni della ferita chirurgica e di laparoceli post-operatori è sensibilmente ridotta rispetto quella che si può determinare in seguito a interventi eseguiti con tecnica tradizionale (a cielo aperto o laparotomia).

L'intervento consiste nell'asportazione della colecisti e dei calcoli in essa contenuti. La tecnica laparoscopica consente l'accesso alla cavità addominale attraverso quattro piccole incisioni (1-3 cm.) praticate sulla parete dell'addome. E' così possibile introdurre nella cavità addominale una telecamera miniaturizzata collegata a un monitor e una serie di strumenti chirurgici lunghi e sottili che consentono di operare senza aprire l'addome del paziente. Talvolta sulla base dei dati ottenuti con gli esami preoperatori, può essere necessario eseguire una colangiografia intraoperatoria, per evidenziare eventuali calcoli scivolati nella via biliare. Può accadere che in corso di laparoscopia sia necessario convertire l'intervento trasformando l'accesso laparoscopico in tradizionale (con un'incisione nel quadrante superiore destro dell'addome, al di sotto dell'arcata costale), a causa di particolare situazione anatomica o per inflammatione della parete della colecisti o per un imponente sanguinamento del "letto epatico" della colecisti: una simile evenienza si presenta nel 3-4 % degli interventi. La conversione laparotomica, infine, non deve essere considerata una complicanza. Al contrario, è segno di maturità clinica e di accortezza di giudizio convertire un intervento laparoscopico laddove ciò risulti necessario, senza far correre al paziente rischi inutili.

Abitualmente questo tipo d'intervento viene eseguito in anestesia generale.

### **Alternative proponibili.**

Terapia medica: uso di farmaci in grado di sciogliere i calcoli, deve essere somministrata a lungo (dai 6 ai 12 mesi), solo in caso di piccoli calcoli e con una particolare composizione chimica. Ha una bassa percentuale di successo.

Litotrissia extracorporea: sono onde d'urto; al contrario che nella calcolosi renale, si sono rilevate inefficaci per questo tipo di patologia.

### **2. In Sala Operatoria**

L'intervento chirurgico avviene in posizione supina e prevede l'utilizzo di bisturi elettrico e il posizionamento di trocar (appositi strumenti con un'estremità appuntita e dotati di una cavità cilindrica interna, utilizzati per introdurre le fibre ottiche e gli altri strumenti all'interno della cavità addominale). Qualora sia necessario al termine dell'intervento potranno essere posizionati drenaggi ematici che necessiteranno di successiva rimozione nelle prime ore/giornate post-operatorie. La scelta della tecnica è preventivata al momento del consenso, ma è possibile cambiare strategia chirurgica e tecnica qualora le condizioni cliniche in sala operatoria dovessero consigliarlo nell'interesse generale del paziente. L'intervento si conclude con la sutura delle ferite chirurgiche, la disinfezione delle stesse ed il posizionamento di garze e cerotto.

### **3. Complicanze descritte (cfr introduzione)**

Precoci:

- ⤴ emorragia dovuta alla lesione di un grosso vaso sanguigno del fegato;
- ⤴ lesione della via biliare principale con conseguente comparsa di ittero;
- ⤴ insufflazione di gas nello spazio preperitoneale o sottocutaneo;
- ⤴ ipercapnia (aumento dell'anidride carbonica nel sangue a causa di insufficienza respiratoria)
- ⤴ sovrainsufflazione dell'addome;

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per Colecistectomia Laparoscopica</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Accreditato</b>
<b>C099 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 2 a 2</b>		

- ⤴ pneumotorace e/o pneumomediastino;
- ⤴ enfisema sottocutaneo;
- ⤴ lesioni elettrochirurgiche;
- ⤴ lesioni del diaframma;
- ⤴ lesioni epatiche

Tardive

- ⤴ formazione di raccolte ascessuali nel cavo peritoneale;
- ⤴ pancreatite postoperatoria;
- ⤴ infezione della ferita;
- ⤴ ematoma;
- ⤴ cicatrice non estetica;
- ⤴ fistola biliare esterna;
- ⤴ stenosi biliare;
- ⤴ angiocolite;

Inoltre è bene ricordare che:

- potrebbero rendersi necessarie, intraoperatoriamente, una o più trasfusioni di sangue intero o di suoi derivati;
- è importante eseguire correttamente la terapia medica che verrà prescritta in dimissione: antibiotici, e quanto altro si renda necessario;
- è importante effettuare, in ogni caso, un controllo nei tempi stabiliti dallo specialista, anche nell'ipotesi di pieno benessere, mentre il controllo clinico va richiesto SUBITO nell'eventualità della comparsa di qualunque complicanza

#### 4. A Casa

Nella prima settimana dopo l'intervento è opportuno osservare un riposo adeguato e successivamente riprendere gradualmente le normali attività. La dieta dovrà essere per almeno un mese povera di grassi.

#### 5. Controllo post operatorio

Un controllo dallo specialista che le ha praticato l'intervento è necessario per verificare il buon esito dell'intervento dopo circa un mese dalla dimissione

**Per ogni evenienza o dubbio può contattarci al seguente numero telefonico 0544-508311**

**Altre informazioni richieste dal paziente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Informativa consegnata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del professionista \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**Consegnare una copia, datata e firmata, all'U.P.R**

**Allegare la “Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio”: in caso di minore modulo C004,  
in caso di soggetto incapace/con amm. di sostegno/fiduciario modulo C005**