



FOGLIO INFORMATIVO SUGLI INTERVENTI PER LA CALCOLOSI BILIARE

Gentile Signora / Signora.

Gli accertamenti eseguiti hanno evidenziato la presenza di una CALCOLOSI BILIARE. Per la Calcolosi della Colecisti l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento migliore al fine di ottenere la guarigione. Se vi è una Calcolosi del Coledoco anche quest'ultimo va pure ripulito dai calcoli con una procedura endoscopica o chirurgica. L'attesa o il ricorso a cure mediche non offrono equivalenti garanzie di risultato, ma espongono anche nel tempo a diversi possibili rischi: comparsa di sintomi digestivi, infiammazioni di varia gravità, complicanze come l'ittero o la pancreatite, che richiedono provvedimenti d'urgenza.

La **CALCOLOSI DELLA COLECISTI** è l'evenienza più frequente. L'intervento di colecistectomia si avvale attualmente, nella maggioranza dei casi, di una metodica mini-invasiva (video-laparoscopia) nella quale, gonfiato il cavo addominale con gas ed applicati dei tubicini nella parete addominale, si procede – mediante sottili strumenti e sotto il controllo di una micro-telecamera – al distacco ed all'estrazione della colecisti (con i calcoli). Si lasciano in sede delle piccole clips metalliche di titanio, che non impediscono la successiva esecuzione di esami strumentali. Raramente si deve ricorrere all'intervento tradizionale con apertura dell'addome: per aderenze interne, per anomalie anatomiche o per problemi non altrimenti risolvibili.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, procedura per la quale riceverà informazioni direttamente dal Medico Anestesista.

Ci sarà necessità di applicare una sonda per infusioni venose, un catetere vescicale, un sondino naso-gastrico, prima o durante l'intervento. Al termine dello stesso può essere applicato un tubo di drenaggio addominale, per la cui rimozione bisogna attendere uno o due giorni, salvo complicazioni che richiedano di prolungarne il mantenimento.

Qualora ci sia anche una **CALCOLOSI DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE** (coledoco o dotto epatico), ci si trova costretti ad una modifica del trattamento:

- per lo più si esegue preliminarmente una pulizia del dotto biliare principale attraverso una procedura endoscopica (chiamata **ERCP**) simile alla gastroscopia, con un tubo che dalla bocca scende nell'intestino a dilatare il foro di scarico della bile e ad estrarre i calcoli da tale sede. La manovra avviene in sala radiologica, non comporta anestesia, ma la somministrazione di un farmaco sedativo. Dopo qualche giorno sarà possibile realizzare la colecistectomia;
- quando la malattia è acuta o particolarmente complessa, si deve procedere ad un intervento tradizionale ad addome aperto per eseguire sia l'estrazione dei calcoli dalla via biliare che l'asportazione della colecisti. Viene spesso applicato anche un tubicino nel coledoco per lo scarico esterno temporaneo della bile.

Le procedure chirurgiche a carico della colecisti e delle vie biliari non sono prive di rischi: oltre alle **complicanze generiche** proprie di tutti gli interventi addominali (emorragia post-operatoria, infezione della ferita chirurgica, versamento pleurico, broncopolmonite, flebiti, ecc.), ed a quelle relative all'anestesia, si segnalano anche delle **complicanze specifiche** (inferiori all'1% dei casi) per questo tipo di interventi:

- restringimenti del coledoco;
- fistole biliari;
- perforazioni gastro-duodenali o coliche.

Si tratta di evenienze relativamente rare ed in genere queste complicanze sono suscettibili di correzione o miglioramento con delle terapie conservative o endoscopiche. Talvolta però possono richiedere una nuova procedura chirurgica. Raramente possono derivarne degli esiti permanenti a carattere invalidante.

Solo per gli interventi più impegnativi il rischio di morte intra-operatoria arriva allo 0,05% e le cause principali sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Salvo problemi particolari, una volta superata la convalescenza, le funzioni digestive e le abitudini alimentari non subiscono condizionamenti di rilievo.

Per ogni ulteriore aspetto il Chirurgo potrà fornirle altre delucidazioni.

Data, _____

Firma per presa visione _____

Copia da restituire firmata al Medico di Reparto, insieme alla Dichiarazione di Consenso Informato.

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO-CHIRURGICO

Io sottoscritto/a _____,

dopo aver discusso della mia condizione clinica con il medico, Dr. _____,

dichiaro di essere stato informato **in modo chiaro ed a me comprensibile** che per la patologia riscontratami _____,

si rende necessario:

eseguire ulteriori Accertamenti Diagnostici: _____

iniziare una Terapia Medica: _____

sottopormi ad Intervento Chirurgico: _____

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito agli accertamenti ed alle cure propostemi, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato ampiamente illustrato dal medico.

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è la possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico dei rischi specificamente connessi con la situazione che mi riguarda ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro quindi che, di quanto propostomi, ho ben inteso gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e le possibili menomazioni derivanti.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto, sicuro/a che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

acconsento

non acconsento

al trattamento propostomi (segnare la voce prescelta).

Sono a conoscenza del fatto che, di fronte ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le eventuali complicanze.

Data, _____

Firma _____

Genitore / Esercente la potestà / Tutore di _____

Il Medico, Dr. _____



FOGLIO INFORMATIVO SUGLI INTERVENTI PER LA CALCOLOSI BILIARE

Gentile Signora / Signora.

Gli accertamenti eseguiti hanno evidenziato la presenza di una CALCOLOSI BILIARE. Per la Calcolosi della Colecisti l'intervento chirurgico rappresenta il trattamento migliore al fine di ottenere la guarigione. Se vi è una Calcolosi del Coledoco anche quest'ultimo va pure ripulito dai calcoli con una procedura endoscopica o chirurgica. L'attesa o il ricorso a cure mediche non offrono equivalenti garanzie di risultato, ma espongono anche nel tempo a diversi possibili rischi: comparsa di sintomi digestivi, infiammazioni di varia gravità, complicanze come l'ittero o la pancreatite, che richiedono provvedimenti d'urgenza.

La **CALCOLOSI DELLA COLECISTI** è l'evenienza più frequente. L'intervento di colecistectomia si avvale attualmente, nella maggioranza dei casi, di una metodica mini-invasiva (video-laparoscopia) nella quale, gonfiato il cavo addominale con gas ed applicati dei tubicini nella parete addominale, si procede – mediante sottili strumenti e sotto il controllo di una micro-telecamera – al distacco ed all'estrazione della colecisti (con i calcoli). Si lasciano in sede delle piccole clips metalliche di titanio, che non impediscono la successiva esecuzione di esami strumentali. Raramente si deve ricorrere all'intervento tradizionale con apertura dell'addome: per aderenze interne, per anomalie anatomiche o per problemi non altrimenti risolvibili.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale, procedura per la quale riceverà informazioni direttamente dal Medico Anestesista.

Ci sarà necessità di applicare una sonda per infusioni venose, un catetere vescicale, un sondino naso-gastrico, prima o durante l'intervento. Al termine dello stesso può essere applicato un tubo di drenaggio addominale, per la cui rimozione bisogna attendere uno o due giorni, salvo complicazioni che richiedano di prolungarne il mantenimento.

Qualora ci sia anche una **CALCOLOSI DELLA VIA BILIARE PRINCIPALE** (coledoco o dotto epatico), ci si trova costretti ad una modifica del trattamento:

- per lo più si esegue preliminarmente una pulizia del dotto biliare principale attraverso una procedura endoscopica (chiamata **ERCP**) simile alla gastroscopia, con un tubo che dalla bocca scende nell'intestino a dilatare il foro di scarico della bile e ad estrarre i calcoli da tale sede. La manovra avviene in sala radiologica, non comporta anestesia, ma la somministrazione di un farmaco sedativo. Dopo qualche giorno sarà possibile realizzare la colecistectomia;
- quando la malattia è acuta o particolarmente complessa, si deve procedere ad un intervento tradizionale ad addome aperto per eseguire sia l'estrazione dei calcoli dalla via biliare che l'asportazione della colecisti. Viene spesso applicato anche un tubicino nel coledoco per lo scarico esterno temporaneo della bile.

Le procedure chirurgiche a carico della colecisti e delle vie biliari non sono prive di rischi: oltre alle **complicanze generiche** proprie di tutti gli interventi addominali (emorragia post-operatoria, infezione della ferita chirurgica, versamento pleurico, broncopolmonite, flebiti, ecc.), ed a quelle relative all'anestesia, si segnalano anche delle **complicanze specifiche** (inferiori all'1% dei casi) per questo tipo di interventi:

- restringimenti del coledoco;
- fistole biliari;
- perforazioni gastro-duodenali o coliche.

Si tratta di evenienze relativamente rare ed in genere queste complicanze sono suscettibili di correzione o miglioramento con delle terapie conservative o endoscopiche. Talvolta però possono richiedere una nuova procedura chirurgica. Raramente possono derivarne degli esiti permanenti a carattere invalidante.

Solo per gli interventi più impegnativi il rischio di morte intra-operatoria arriva allo 0,05% e le cause principali sono l'infarto miocardico acuto e l'embolia polmonare.

Salvo problemi particolari, una volta superata la convalescenza, le funzioni digestive e le abitudini alimentari non subiscono condizionamenti di rilievo.

Per ogni ulteriore aspetto il Chirurgo potrà fornirle altre delucidazioni.

Copia per il Paziente.