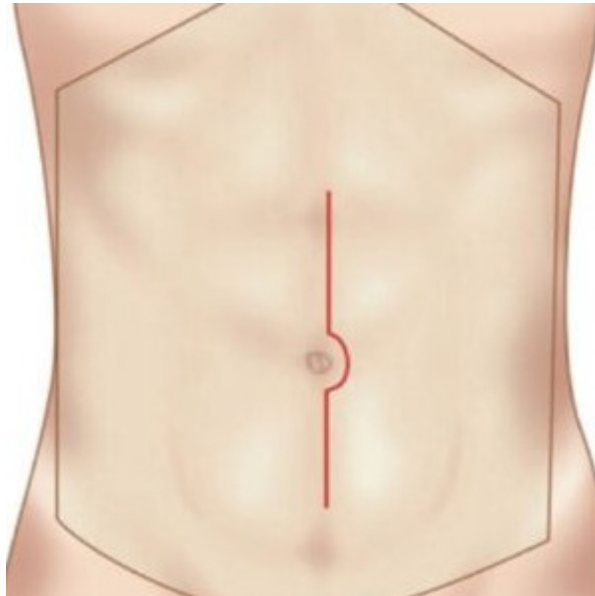


## NOTE INFORMATIVE PRE INTERVENTO

### CARCINOMA DELL'OVAIO

Per questo tipo di patologia l'accesso alla cavità addominale è con modalità tradizionale quindi laparotomia xifo-pubica (incisione sulla pancia).



L'obiettivo chirurgico in questi casi è duplice:

- Asportare tutte le strutture ciò che appaiono macroscopicamente coinvolte dalla malattia.
- Effettuare una corretta stadiazione chirurgica che prevede l'esecuzione di:
  - ✓ **Drenaggio versamento ascitico/liquido libero peritoneale**
  - ✓ **Esplorazione degli organi addominali**
  - ✓ **Rivalutazione di operabilità con l'obiettivo di ottenere l'asportazione**

**completa di tutta la neoplasia macroscopicamente visibile ( tumore residuo assente come già ipotizzato dalla laparoscopia). Tale valutazione si basa su fattori chirurgici , estensione e localizzazione di malattia (Fagotti score) con necessità o meno di resezioni multiviscerali, mentre altri fattori clinici (età, performance status, comorbilità) e parametri anestesiológicos (ASA score) sono stati valutati già durante lo studio pre-operatorio. Qualora ne risultasse un giudizio globale di operabilità , l'intervento prevede:**

- ✓ Annessectomia mono o bilaterale**
- ✓ Isterectomia totale**
- ✓ Omentectomia totale/radicale.**
- ✓ Asportazione/demolizione di tessuto peritoneale coinvolto.**
- ✓ Eventuale asportazione dei linfonodi pelvici e/o paraortici.**
- ✓ Eventuali manovre aggiuntive di “debulking” a seconda del quadro anatomo-chirurgico con eventuale resezione intestinale, con eventuale stomia di protezione ed eventuale confezionamento di ano praeter**

Questo tipo di intervento è gravato da una discreta percentuale di *morbilità e mortalità* peri- e postoperatoria. Per questo motivo vorremmo spiegarLe quali sono le problematiche intra- e post-operatorie che dovremo affrontare insieme e quali sono le alterazioni permanenti a cui Lei andrà incontro, e chiederLe il consenso informato ad effettuare tali procedure.

L'annessiectomia bilaterale consiste nell'asportazione di entrambe le ovaie e le tube.

L'isterectomia consiste nell'asportazione dell'utero.

La linfoadenectomia consiste nell'asportazione dei linfonodi che circondano i vasi

sanguigni della pelvi e dell'addome e potrebbe comportare emorragie importanti in seguito alla lesione accidentale dei vasi. Inoltre, non è infrequente che la linfa proveniente dai vasi linfatici rimasti beanti si raccolga nel tessuto cellulare lasso e nel sottocute, determinando la comparsa di gonfiore, prevalentemente agli arti inferiori, definita "**linfedema**". In altri casi, la linfa può raccogliersi in tessuto organizzato formando delle cisti del tutto benigne, definite "**linfoceli**", che possono riassorbirsi spontaneamente o essere aspirate se sintomatiche.

Il debulking chirurgico consiste nell'asportazione di organi e/o visceri (milza, fegato, pancreas, reni, ureteri, diaframma, pacchetti linfonodali) e/o porzioni di essi, se coinvolti dalla neoplasia.

D'altra parte, è possibile che la valutazione in sede intra-operatoria evidenzi che il carcinoma sia tenacemente adeso ad alcune anse intestinali od alla parete vescicale, per cui l'eradicazione completa del tumore rende necessaria l'asportazione del/i tratto/i di intestino interessato/i (**resezione intestinale**) o di parte della vescica (**resezione parziale della vescica**).

Questo comporta il confezionamento di un'anastomosi entero-enterica e/o colo-rettale, con deviazione del materiale fecale attraverso un **ano preter-naturale provvisorio o definitivo**.

E' possibile modulare il tipo di intervento in relazione alla diffusione della malattia osservata in sede intra-operatoria. Per questo motivo, sebbene l'intento sia quello di curarla diminuendo il più possibile gli effetti collaterali della terapia chirurgica, è necessario che Lei consenta a sottoporsi alle procedure sopra indicate, considerando però la possibilità che non tutte vengano effettuate.

Complicanze intra-operatorie descritte per questo intervento sono state lesioni accidentali dei vasi, dell'uretere, della vescica, del retto. Solitamente l'immediata riparazione di queste

lesioni non determina effetti a lungo termine.

Emorragia intra o post-operatoria	Basso 1%
(possibilità di emotrasfusione, conversione laparotomica = apertura dell'addome o reintervento)	
Perforazione uterina	Basso 1%
Lesione ureterale	Basso 2-3 %
Peritonite	Molto basso < 1%
Lesione vescicale	Molto basso < 1%
Lesione intestinale con peritonite	Molto basso < 1%
Deiscenza (apertura) della sutura della vagina	Molto basso < 1%
Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Molto basso < 1%
Rischio anestesilogico	Rarissimo < 1‰
Infezioni post-operatorie	Basso 9%
Neuropatia	Molto basso < 1%
Lesione diaframmatica	Basso 5 %

Complicanze post-operatorie descritte per questo intervento sono state:

trombosi venosa profonda (5-8%), embolia polmonare (2-4%) raramente mortale, infezioni maggiori (polmonite/sepsi) (5-15%) talora mortali, morbidità cardiaca (infarto miocardico/scompenso cardiaco congestizio) (0.7-7%), complicanze polmonari (intubazione > 48 ore) (1-6%), coagulopatie (1.9-2.6%), complicanze gastrointestinali non necessitanti un re-intervento (ileo dinamico/occlusione o sub-occlusione intestinale) (6-22%), insufficienza renale (0-2%), complicanze del Sistema Nervoso Centrale (accidenti

cerebro-vascolari, delirio prolungato) (0.7-4%), infezioni minori (infezione della ferita/infezioni urinarie/cellulite) (7-42%), re-laparotomia (per sanguinamento/occlusione intestinale/deiscenza di fascia/fistola/peritonite) (0-25%), deiscenza della sutura (5-10%), linfocisti (5-10%), linfedema (2%).

La *mortalità* (entro i primi 28 giorni post-operatori) è tra lo 0 e il 6.1% (media 1.8%) e la maggior parte delle complicanze sono di grado lieve-moderato; le complicanze gravi con pericolo di vita per la paziente compaiono in meno del 5% dei casi.

La prevenzione di queste complicanze è possibile, grazie ad una adeguata preparazione del paziente e del team chirurgico e anestesiologicalo e all'assistenza specializzata intra- e post-operatoria, ma esistono dei rischi inevitabili, correlati con una chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi.

### **Alcune note organizzative sull'intervento:**

Dopo la prenotazione verrà contattata per fare tutti gli esami preoperatori, e la compilazione della cartella clinica e del consenso informato sia con il ginecologo oncologo che con l'anestesista.

Il ricovero sarà la mattina stessa dell'intervento, se non in alcune rare condizioni per necessità ai fini dell'intervento.

A distanza di poche ore dalla fine dall'intervento (dipendentemente dal tipo e durata dell'intervento subito) sarà invitata dalle infermiere di reparto a sedersi sul letto, poi a scendere e recarsi al bagno, se non avrà nausea o vomito potrà iniziare a bere e poi ad alimentarsi

La notte non avrà bisogno di assistenza (salvo casi eccezionali da concordare con il personale infermieristico).

A casa è invitata a riprendere da subito una vita normale, potrà fare la doccia da subito e non dovrà tornare in reparto per la rimozione dei punti di sutura. Alla dimissione le verranno ripetute e scritte tutte le informazioni utili per la convalescenza.

Questo tipo di intervento richiede sempre profilassi antitrombotica: è un fluidificante del sangue che riduce il rischio di trombosi; le viene consegnato alla visita di prericovero assieme alle istruzioni per l'autosomministrazione.

Alla dimissione le verrà prenotata la visita di controllo da eseguire dopo 30 giorni circa dall'intervento e le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro

- 20 giorni nel caso di isterectomia radicale

A circa 30 giorni dall'intervento le verrà fissata la visita di controllo.

L'esame istologico verrà inviato con urgenze in modo da ottenere quanto prima il referto e avviare se necessario il follow-up oncologico e/o altre cure necessarie. L'esame istologico verrà consegnato e commentato al suo arrivo da parte del ginecologo oncologo o dall'oncologo alla prima visita oncologica.

La paziente dichiara di essere stata informata delle possibilità di cura di questo intervento, delle sue possibili complicanze specifiche e dei suoi rischi di morbidità e mortalità intra-, peri- e post-operatoria, nonostante esso venga eseguito correttamente.

Consapevole della possibilità di modulare la radicalità della chirurgia in relazione alla estensione della malattia, delega in piena coscienza il Personale Medico Curante a decidere modi e tempi del trattamento ed il ricorso alle metodiche chirurgiche o non chirurgiche

che si rendessero necessarie. Informata anche della specifica possibilità di complicazioni infettive postoperatorie (sepsi, deiscenza ferita) e/o emboliche-emorragiche intraoperatorie e postoperatorie (trombosi venosa profonda, embolia polmonare, accidenti cerebrovascolari) e del relativo grado di imprevedibilità nonché di possibili anomalie di tolleranza a sostanze analgesiche od anestetiche.

## **DICHIARA**

- di aver compreso pienamente quanto illustrato
- di esprimere il proprio consenso
- di averne la capacità giuridica
- di essere a conoscenza che tale consenso è univoco, libero da coercizioni, che è revocabile, modulabile per fattori impreveduti che tuttavia si impegna a portare tempestivamente a conoscenza dei Sanitari, assumendosi comunque ogni responsabilità che possa derivare da interruzione o riduzioni del programma terapeutico previsto.
- di essere disposta al massimo livello di collaborazione con il Personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile.

**Data**

**Firma Paziente** .....

**Firma del Medico** .....