

Gentile Signora,  
Egregio Signore,

La **informiamo** che, sulla base delle indagini preoperatorie effettuate, la patologia della quale Lei è affetto/a è il MESOTELIOMA PLEURICO, si tratta di un'afezione tumorale maligna che colpisce i foglietti pleurici parietale e viscerale, che rivestono rispettivamente la parete toracica ed il polmone, con interessamento frequente delle strutture contigue (polmone, diaframma, pericardio, tessuti molli), il cui esordio è spesso correlato al versamento pleurico.

Lei dovrà essere sottoposto a un **intervento di**

### PLEUROPNEUMONECTOMIA EXTRAPLEURICA

### PLERECTOMIA DECORTICAZIONE

La **informiamo** che, l'intervento chirurgico, verrà eseguito in anestesia generale, con incisione ed apertura dell'emitorace ed eventuale ausilio della videotoroscopia. Consisterà nell'asportazione di una porzione più o meno limitata di pleura parietale (pleurectomia) e viscerale (decorticazione) con asportazione dei linfonodi ilari e mediastinici. Se la valutazione preoperatoria funzionale cardio-respiratoria risulterà adeguata, si potrà valutare l'asportazione del polmone associato alla pleura parietale. In entrambi i casi si procederà all'asportazione e ricostruzione con materiale protesico del diaframma e del pericardio, in caso di loro coinvolgimento.

La **informiamo** delle eventuali procedure associate:

- asportazione di una costa (V o VI costa);
- resezioni polmonari semplici/complesse/anatomiche anche senza diagnosi (se non possibile es. estemporaneo);
- pericardiectomia con eventuale ricostruzione con materiale protesico;
- asportazione del diaframma con eventuale ricostruzione con materiale protesico;
- asportazione delle eventuali cicatrici toracoscopiche precedentemente confezionate;
- resezione nervo ricorrente (dx o sx) con disfonia iatrogena;
- resezione nervo frenico (dx o sx) con paralisi diaframmatica ed eventuale insufficienza respiratoria;
- resezione nervo vago (dx e sx);
- resezione ganglio stellato (sindrome Bernard-Horner iatrogena: ptosi palpebrale, miosi, enoftalmo);

- altre resezioni nervose associate

La **informiamo** che le possibili complicanze potranno essere (inclusi i rischi correlate):

- emorragia di gravità variabile intraoperatoria e postoperatoria che può richiedere talvolta la riesplorazione chirurgica del torace a scopo emostatico oltre all'impiego di emotrasfusione con correlato rischio infettivologico;
- prolungata perdita aerea (in caso di pleurectomia/decorticazione), che necessita di prolungato mantenimento in sede dei drenaggi toracici con spesso associata l'incompleta riespansione del polmone residuo operato;
- complicanze infettive: infezioni della ferita chirurgica (deiscenza), infezioni protesiche/periprotetische (anche con necessità di re-intervento), infezioni di organi a distanza (esempio: nefriti, cistiti, epatiti, gastroenteriti), infezioni cavità superficiali e profonde (empiema pleurico), sepsi generalizzata (fino a sepsi grave ed insufficienza multiorgano);
- fistola bronchiale e/o esofagea richiedenti un trattamento conservativo o chirurgico maggiore (re-intervento anche in regime d'urgenza). La fistola può comportare l'empiema pleurico (raccolta di pus nel torace operato) o l'insufficienza respiratoria (in caso di deiscenza bronchiale di grave entità). Alla fistola bronchiale si associa spesso la deiscenza della ferita chirurgica. Per il trattamento di questa complicanza può rendersi necessario un ulteriore intervento chirurgico (sutura dell'esofago o del bronco con eventuale toracoplastica) o un lungo trattamento conservativo che potrebbe prevedere anche lavaggi con instillazione di farmaci nell'emitorace infetto;
- disfagia ed eventuale reflusso gastro-esofageo;
- trombosi venosa profonda/Trombo-embolia polmonare;
- complicanze respiratorie: polmoniti, atelettasie (anche richiedenti bronco-aspirazioni ripetute), ipossia, ARDS, edema polmonare (acuto, anche da insufficienza cardiaca destra), insufficienza respiratoria grave, lento svezzamento dal respiratore dopo l'intervento, ipostenia muscolare con necessità di sostentamento della meccanica respiratoria e ventilazione prolungata, tracheostomia;
- complicanze cardiologiche: aritmie (fibrillazione atriale), angina stabile/instabile ed IMA (infarto miocardico acuto), scompenso cardiaco (da lieve a severo), pericardite, versamento pericardico.
- chilotorace per sezione del dotto toracico maggiore e/o dei dotti toracici collaterali con fuoriuscita di liquido lattescente. Il trattamento di tale complicanza prevede una terapia

conservativa -con nutrizione parenterale totale, dieta ipolipidica, eventuali analoghi della somatostatina fino ad eventuale revisione chirurgica con legatura del dotto toracico;

- complicanze neurologiche minori e maggiori: lesioni nervose periferiche (plessi motori e sensitivi o nervi encefalici) secondarie a compressioni-stiramenti posturali per posizionamento sul lettino operatorio). Lesioni neurologiche centrali secondarie a ischemie/ipoperfusioni intra-postoperatorie;
- dolore toracico neuropatico persistente (acuto/cronico) da sezione, lacerazione o compressione dei nervi intercostali o toracico lungo;
- disfonia transitoria o persistente per lesione/trazione/compressione/sezione del nervo laringeo ricorrente (monolateralmente con comparsa di disfonia fino alla lesione bilaterale con conseguente paralisi delle corde vocali bilateralmente e necessità di tracheotomia/tracheostomia temporanea e/o permanete chirurgica o interventistica);
- paralisi diaframmatica da sezione n. frenico con sopraelevazione dell'emidiaframma con possibile atelettasia polmonare ed insufficienza respiratoria acuta/persistente;
- sindrome di Bernard-Horner (da lesione del ganglio stellato) con miosi (transitoria/persistente), ptosi (transitoria/persistente) ed enoftalmo;
- distrofie muscolari secondarie da sezione dei nervi motori somatici periferici (esempio scapola alata da sezione del nervo toracico lungo e/o accessorio);
- ritardo di guarigione delle ferite (deiscenza di ferita, ascessi sottocutanei, cheloidi), più frequente in presenza di fattori di rischio quali l'attitudine al tabagismo, cardiopatie e diabete.

La **informiamo** che potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la strategia/intervento chirurgico in rapporto alla valutazione intraoperatoria in funzione dei principi di radicalità oncologica o in base alle difficoltà tecniche e/o alle eventuali complicanze intraoperatorie.

La **informiamo** che esistono complicanze di ordine generale (legate alle mie condizioni cliniche e all'anestesia) che possono interessare tutti gli apparati (cardio- circolatorio, renale, epatico e cerebrale) e complicanze di ordine specifico (legate alla tipologia dell'intervento chirurgico).

La **informiamo** della possibilità che la malattia si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento.

La **informiamo** come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi anche per la vita e che comunque residueranno danni iatrogeni (esempio: ferita chirurgica).

La **informiamo** come presentandosi la necessità di salvarLi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla Sua persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostaLe, verranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato. La degenza dipenderà dalle condizioni generali, dalla normalizzazione dei parametri vitali, dalla comparsa di infezioni. Durante la degenza potrà essere sottoposto a controlli clinico laboratoristici e strumentali.

La **informiamo** che esistono tuttavia dei rischi inevitabili, correlati con la chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi e a condizioni individuali, che fanno sì che il rischio residuo di queste complicanze non sia mai uguale a zero.

La **informiamo**, per questo motivo, che 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, in alcuni casi, non tutte verranno effettuate o che altre al momento non prevedibili, possano rendersi necessarie.

La **informiamo** che al trattamento sopra specificato sono possibili altre opzioni di trattamento.

La **informiamo** che utilizzeremo i tessuti e/o organi eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi Istolo-Patologica, ma anche eventualmente per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_