

	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA DI ESCISIONE NEOPLASIE PARTI MOLLI ARTI E TRONCO</b>	<b>UOC DM – UOC ORTOPEDIA ONCOLOGICA MOD 16 - 2022 Rev. 00 08.04.2022 PAG 1 DI 4</b>
---	---	--

Gentile Signora,  
Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

---

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

### **ESCISIONE NEOPLASIE PARTI MOLLI ARTI E TRONCO**

Affinché sia informata/o in maniera per Lei chiara e sufficiente sulla prestazione a cui è stata data indicazione, Le chiediamo di leggere con attenzione questo documento che contiene alcune informazioni che saranno meglio dettagliate nel corso del colloquio con il medico. Tali informazioni hanno lo scopo di permetterLe di decidere in modo libero, chiaro e quindi più consapevolmente se effettuare o meno la prestazione.

#### Descrizione:

Le neoplasie delle parti molli sono costituite da neoformazioni che originano dalla cute o dal tessuto connettivo (grasso, muscolo, articolazioni, vasi) o dal tessuto nervoso. Le neoplasie possono essere benigne o maligne (primitive o metastatiche). Le neoplasie benigne possono essere quiescenti, attive o aggressive, mentre le neoplasie maligne si dividono in malattie a basso grado di malignità e ad alto grado di malignità. Queste ultime spesso si giovano di trattamenti complementari che sono rappresentati fondamentalmente farmacologici (ad esempio chemioterapia neoadiuvante, cioè pre-op. o adiuvante, post-op.) e/o dalla Radioterapia in varie combinazioni. Alcune neoplasie sono resistenti alle cure complementari, per altre invece la regola è associare in varia misura i trattamenti.

Gli interventi di escissione di una neoplasia maligna, specie se ad alto grado, delle parti molli sottintendono sempre la necessità di ottenere margini chirurgici ontologicamente adeguati per ridurre al minimo il rischio di Recidiva Locale e/o metastasi a distanza. L'intervento di escissione di una neoplasia delle p.m. può essere eseguito con varie vie di accesso che vengono scelte caso per caso sulla base della localizzazione di malattia. In genere si usa una via longitudinale diretta che deve comprendere con taglio ad asola il tramite bioptico cicatriziale esito di pregressa biopsia, che deve essere lasciato a copertura della massa. Quando la neoplasia interessa strettamente il tessuto cutaneo e sottocutaneo o ha dato ulcerazione degli stessi è necessario ricorrere a interventi di copertura plastica con lembi muscolo cutanei peduncolati e/o liberi, eseguiti in collaborazione con i chirurghi plastici. Se la neoplasia interessa strettamente le strutture vascolari o nervose principali è necessario ricorrere a by-pass arteriosi e/o venosi o ricostruzioni nervose (se fattibili) e tali interventi sono eseguiti in collaborazione con i consulenti chirurghi vascolari e microchirurghi.

Le neoplasie benigne e le lesioni pseudo tumorali possono essere escisse, a volte, con margine chirurgico marginale, raramente sono trattate con courettage intralesionale.

	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA DI ESCISIONE NEOPLASIE PARTI MOLLI ARTI E TRONCO</b>	<b>UOC DM – UOC ORTOPEDIA ONCOLOGICA MOD 16 - 2022 Rev. 00 08.04.2022 PAG 2 DI 4</b>
---	---	--

### Note Speciali:

L'intervento può essere effettuato in Anestesia Generale, neuro-assiale o loco-regionale e di solito non richiede il ricovero in Terapia Intensiva nel post-operatorio. È difficile stabilire a priori il periodo di degenza nel decorso post-operatorio; esso è correlato alla situazione specifica del caso ma nella maggior parte dei casi, in assenza di complicazioni rilevanti, si aggira tra i 7 e i 10 giorni. A volte se la massa neoplastica escissa è di dimensioni notevoli e riguarda un intero compartimento e/o il periostio di un segmento scheletrico adiacente o è necessaria un'emiresezione ossea per ottenere l'ampiezza di margini, può essere indicato il rinforzo dell'osso con osteosintesi endomidollare e/o placca e viti ed eventuale apposizione di innesti ossei massivi di BTMS per ridurre al minimo i rischi di frattura iatrogena.

### Alternative terapeutiche:

Per pazienti in buone condizioni generali l'alternative alla chirurgia possono essere (in alcuni limitati casi) trattamenti farmacologici e/o radioterapia, che a volte possono consentire un controllo (di solito temporaneo) della malattia.

Per i pazienti metastatici multipli e in condizioni generali scadute, alternative consistono in asportazioni NON oncologicamente adeguate della neoplasia con elevatissima possibilità di ripresa/progressione della malattia oppure un trattamento non chirurgico: radioterapia, trattamenti farmacologici, elettrochemioterapia, termoablazione, criochirurgia, FUS; questi trattamenti tuttavia solitamente non forniscono, con le tecniche attuali, le stesse possibilità di eradicazione locale della malattia.

### Complicazioni:

Gli interventi chirurgici in ortopedia oncologica sono gravati da una elevata incidenza di complicazioni dovuti ad una estesa dissezione ed asportazione dei tessuti molli (muscoli e tendini), lunghi tempi dell'intervento, l'ampio volume delle eventuali protesi e l'esposizione a chemioterapia e radioterapia. Le complicanze che possono manifestarsi sono (in ordine di frequenza):

**Sanguinamento:** l'intervento può essere gravato (soprattutto nelle sedi profonde) da un elevato rischio di sanguinamento intraoperatorio, che può comportare la necessità di eseguire varie trasfusioni di sangue; questo dipende dall'ampia dissezione dei tessuti molli e dalla ipervascolarizzazione del tumore.

**Ritardo di cicatrizzazione della ferita** può essere sostenuto da alterazioni della circolazione locale ed in base a ciò può presentare diverse forme di gravità clinica, da semplici fenomeni di arrossamento della cute con transitoria essudazione, a vere e proprie piaghe con necrosi dei tessuti o fallimento di lembi plastici di copertura, che possono comportare notevoli allungamenti dei tempi di guarigione della ferita. Tale complicanza può richiedere tempi chirurgici successivi e/o uso di medicazioni avanzate. In rari casi può condurre alla amputazione. Va ricordato che nella maggior parte dei casi, dopo asportazione di una voluminosa neof ormazione si formano cavità residue che danno luogo a raccolte sierose ematiche che

	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA DI ESCISIONE NEOPLASIE PARTI MOLLI ARTI E TRONCO</b>	<b>UOC DM – UOC ORTOPEDIA ONCOLOGICA MOD 16 - 2022</b> <b>Rev. 00 08.04.2022 PAG 3 DI 4</b>
---	---	--

possono riassorbirsi lentamente o andare incontro a infezione con apertura della ferita, anche a distanza di tempo dall'intervento.

**Infezione:** l'estesa dissezione, i lunghi tempi dell'intervento, l'ampio volume delle escissioni e l'esposizione a chemioterapia e radioterapia determinano un più alto rischio di infezione. Si può manifestare in forma acuta e precoce con febbre molto elevata, forte dolore all'arto operato che presenta secrezione della ferita e calore locale, oppure in maniera più subacuta e tardiva, con febbre persistente, dolore locale ed eventuali fistolizzazioni cutanee secondarie. In tali casi la causa del processo può essere riconducibile ad estensione per via ematogena di processi infettivi a distanza (cistiti, infezioni odontogene, etc..) anche se molto spesso risulta difficile precisarne l'origine. L'infezione di una ferita in esiti di escissione neoplasia p.m. a volte può essere dominata con la ripresa della somministrazione di antibiotici per alcune settimane in dosi massicce. Se l'infezione è "precoce" ovvero si è instaurata da poco tempo si esegue pulizia chirurgica con revisione della ferita. Per ridurre al minimo il rischio di tale complicanza viene come detto praticata una profilassi antibiotica perioperatoria. Nelle infezioni estese possono essere necessari ripetuti interventi di pulizia chirurgica, applicazione di VAC Terapia, medicazioni per lunghi tempi. Lembi di copertura. Raramente le infezioni possono divenire croniche, o in casi estremi condurre ad amputazioni o decesso (soprattutto nelle sedi della pelvi o del tronco).

**Trombosi Venosa Profonda ed Embolia Polmonare:** la Trombosi Venosa è una occlusione delle vene, solitamente nel distretto operato/sede della malattia, (raramente di altre sedi) che si può manifestare con gonfiore, senso di forte pesantezza all'arto e dolore al polpaccio nell'arto inferiore o al braccio nell'arto superiore. Per embolia polmonare si intende invece il distacco di un trombo formatosi in una vena a causa della Trombosi Venosa Profonda che giunge ai polmoni determina dolore toracico, difficoltà respiratoria, tosse, talvolta catarro bronchiale contenente sangue. Se massiva, in rari casi, può essere fatale. E' una complicanza comunque pericolosa che obbliga ad un trattamento immediato (a volte in una terapia intensiva) con terapia adeguata. Per minimizzare i rischi di tali complicanze viene innanzitutto praticata una profilassi antitromboembolica che andrà cominciata di solito prima dell'intervento e scrupolosamente proseguita dopo la dimissione sotto stretto controllo medico e dei parametri emocoagulativi e fino a completa mobilizzazione e ripresa del carico; altre valide misure preventive sono rappresentate dagli esercizi di mobilizzazione precoce e dall'impiego di calze antitrombotiche.

**Complicanze vascolari e nervose:** le lesioni intraoperatorie di strutture vascolari e nervose importanti sono rare. Le lesioni vascolari possono richiedere la riparazione del vaso e, qualora non fosse possibile, l'esecuzione di by-pass; le lesioni nervose, seppur rare, possono comportare alterazioni funzionali importanti e richiedere la riparazione del nervo (non sempre risolutiva). Si sottolinea che, nella chirurgia degli arti, in caso di by-pass programmato per stretta contiguità o infiltrazione dei vasi principali, si possono verificare ischemie a valle che potrebbero pregiudicare l'intervento; dopo tentativo di ripristino della pervietà vascolare mediante manovre di radiologia interventistica e/o chirurgiche, può persistere deficit di irrorazione a valle con fenomeni ischemico-trombotici che possono portare, raramente, anche ad amputazione dell'arto operato.

 	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA DI ESCISIONE NEOPLASIE PARTI MOLLI ARTI E TRONCO</b>	<b>UOC DM – UOC ORTOPEDIA ONCOLOGICA MOD 16 - 2022</b> <b>Rev. 00 08.04.2022 PAG 4 DI 4</b>
---	---	--

**Recidiva locale e metastasi a distanza:** per questo sarà necessario uno stretto follow-up e l'eventuale necessità di ulteriori trattamenti adiuvanti (chemioterapia, radioterapia ecc.) in relazione al risultato istologico definitivo.

**Rischi di carattere generale:** oltre a tali complicanze maggiori locali si devono elencare le complicanze minori, che interessano la maggior parte degli interventi chirurgici che hanno una incidenza totale di circa lo 0,4% sul totale degli interventi; sono inoltre possibili complicanze sistemiche di varia gravità: respiratorie, gastrointestinali, urinarie, complicanze cardio-circolatorie, neurologiche, complicanze dermatologiche, sepsi ed iperpiressia. Per quanto descritto, desideriamo che il vostro consenso all'intervento sia ragionato e frutto di un'adeguata informazione su benefici e rischi legati all'operazione. I dati forniti riguardano la nostra esperienza e i dati riportati in letteratura, ai quali la nostra esperienza si allinea, è invece poco attendibile fare previsioni personalizzate. Sebbene non brevissima, vi chiediamo di leggere attentamente questa scheda, preparata appositamente per rispondere a tutti i vostri quesiti e per integrare quanto appreso dal colloquio con il medico. Fatelo leggere ai vostri familiari e a tutti quelli che ne vogliono sapere di più, affinché abbiate le idee più chiare.

Solo alcune lesioni benigne dell'apparato muscoloscheletrico (Osteoma Osteoide, Lesioni Cistiche, Fibromatosi) possono mantenere un quadro evolutivo stazionario/sporadico miglioramento in assenza di trattamento. In tutti gli altri casi, e specialmente nel caso di neoplasie benigne aggressive o neoplasie maligne, il mancato trattamento porta in tempi più o meno rapidi (in rapporto al singolo Istotipo) ad una evoluzione locale/sistemica della malattia.

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 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_