

Gentile Signora,
Egregio Signore,

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

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

RESEZIONE DI SACRO

La **informiamo** che l'intervento consiste nell'asportazione del sacro, nella sua totalità o in parte; l'intervento è effettuato attraverso una via di accesso posteriore con incisione variabile a seconda delle caratteristiche ed estensione della malattia; l'asportazione potrà essere preceduta da uno o più tempi chirurgici di preparazione, tra questi di solito uno per via anteriore, in chirurgia open o mininvasiva (laparoscopica o robotica). Potranno, a completamento della chirurgia principale, essere effettuati altri interventi tra cui lembi plastici, interventi di stabilizzazione vertebrale o pelvica, stomie (enteriche o delle vie urinarie) temporanee o definitive.

L'osso sacro fa parte dell'anello pelvico e connette la colonna vertebrale alle ossa iliache attraverso le articolazioni sacro-iliache; assume quindi una importante funzione biomeccanica permettendo la stazione eretta; al suo interno sono presenti le radici sacrali S1, S2, S3, S4, e S5 e rami coccigei che controllano importanti funzioni motorie e sensitive, funzionali sfinteriali e sessuali; dal sacro prendono inoltre origine parte dei muscoli del pavimento pelvico che partecipano alla funzione sfinteriale e i muscoli extrarotatori brevi dell'anca. Il sacro è inoltre in diretto contatto anteriormente col retto e dal suo apice origina il legamento sospensore dell'ano. Partecipa alla contenzione degli organi pelvici e del feto durante la gravidanza.

La resezione del sacro può quindi alterare tutte queste strutture e alterare le funzioni in misura diversa a seconda del livello di osteotomia; per la conservazione della funzione motoria è importante il mantenimento delle radici L5 e S1; per il mantenimento del controllo delle urine e delle feci e per la funzionalità sessuale sono importanti le radici S2 ed S3, l'integrità biomeccanica è invece correlata al mantenimento delle articolazioni sacro-iliache.

Le sequele postchirurgiche, direttamente correlate al livello di resezione, possono quindi essere riassunte in:

- perdita della funzione motoria: principalmente costituita dalla funzionalità dei glutei, della muscolatura posteriore delle cosce e anteriore e posteriore delle gambe, dorsale e plantare dei piedi;
- perdita della sensibilità della regione glutea, perineale, della regione posteriore delle cosce e anteriore e posteriore delle gambe, dorsale e plantare dei piedi;
- perdita del controllo delle urine con incontinenza o ritenzione urinaria (necessità di eseguire periodici cateterismi o portare il catetere a permanenza);

- perdita del controllo delle feci, con incontinenza o stipsi;
- perdita della funzionalità e sensibilità sessuale, in particolare dell'erezione nel sesso maschile.

Nel caso in cui venga alterata l'integrità biomeccanica del bacino si possono applicare due possibili strategie, con vantaggi e svantaggi:

- 1) Non procedere a ricostruzione sfruttando l'effetto di ammortizzazione biologica dei tessuti circostanti la colonna: in questo caso la colonna si adagia tra le due ali iliache sino a trovare un nuovo equilibrio; ovviamente tale sistema non ristabilisce la continuità biomeccanica con relativa diminuzione di forza degli arti inferiori e perdita di altezza del soggetto; presenta, tuttavia, un minor rischio infettivo con maggiori possibilità di chiusura della ferita;
- 2) Procedere a ricostruzione utilizzando:
 - innesti ossei massivi da donatore;
 - lembo autologo osseo vascolarizzato stabilizzato con viti e barre;
 - protesi custom-made

I sistemi di ricostruzione possono essere associati a sistemi di sintesi vertebrale per avere maggiore stabilità.

La ricostruzione offre di solito una maggiore stabilità e una migliore funzione a scapito di un rischio infettivo più alto. La scelta del tipo di ricostruzione viene valutata sulla base del caso specifico, tenendo conto delle dimensioni e della localizzazione della malattia, delle Sue condizioni cliniche e dalle esigenze oncologiche;

La **informiamo** che l'intervento viene effettuato in Anestesia Generale e di solito richiede il ricovero in Terapia Intensiva nel post-operatorio. Il decorso post-operatorio è di solito impegnativo con degenza superiore ai 15 giorni e col rischio di sviluppare complicanze anche importanti.

La **informiamo** che le complicazioni in questo tipo di interventi sono frequenti (la frequenza è comunque estremamente variabile in funzione del caso), sia intraoperatorie che post-operatorie precoci e tardive e sono di seguito riportate:

Complicazioni Locali:

- incompleta asportazione del tumore con contaminazione del letto chirurgico;
- sanguinamenti sia intraoperatori che post-operatori (anche fatali);
- perdite di liquor e formazioni di fistole liquorali;
- lesioni viscerali soprattutto a carico del retto;
- lesioni vascolari e dei nervi periferici;
- infezioni acute e croniche della ferita sia precoci che tardive, fistole, sepsi;

	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE SANITARIA PER RESEZIONE DI SACRO	UOC DM – UOC ORTOPEDIA ONCOLOGICA MOD 18-2022 Rev. 00 19.04.2022 PAG 3 DI 3
---	---	--

Complicazioni Generali:

- compromissione del Sistema Nervoso Centrale, dell'Apparato Respiratorio, Digerente, Urinario, Emopoietico e della Coagulazione, della Sfera Sessuale, e nello specifico:
 - ictus,
 - insufficienza respiratoria,
 - insufficienza Renale Acuta a Cronica,
 - insufficienza Epatica.

La **informiamo** che l'esecuzione dell'intervento purtroppo non la mette al riparo da recidiva locale e metastasi a distanza; per cui successivamente all'intervento, dovrà eseguire per controlli clinici e strumentali volti alla diagnosi precoce di ripresa di malattia per periodi variabili in rapporto all'istotipo della malattia di base, ed alle sequele chirurgiche; a volte per tutta la vita.

In base al Suo stato generale, ai deficit riportati, in casi selezionati possono essere tentati interventi di ricostruzione sfinteriale o nervosa.

La **informiamo** che 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 ___/___/_____