

 	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER NEOPLASIA MALIGNA ESOFAGEA	UOC DM – UOSD NEOPL PERIT MOD 16-2023 Rev. 00 01.10.2023 PAG 1 DI 4
---	---	--

Gentile Signora,
Egregio Signore,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia: **NEOPLASIA MALIGNA ESOFAGEA**

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario** definito:

ESOFAGECTOMIA TOTALE O SUBTOTALE

La informiamo che per la patologia riscontrataLe NEOPLASIA ESOFAGEA (ovvero un tumore maligno dell'esofago) è indicato l'intervento chirurgico.

La informiamo che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà nell'ESOFAGECTOMIA TOTALE O SUBTOTALE (ovvero nell'asportazione totale o parziale dell'esofago) e che tuttavia potrebbe essere necessario, durante l'intervento, modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria, come ad esempio allargare l'intervento ad organi vicini per il loro diretto interessamento o per ragioni di radicalità oncologica. In caso di neoplasia cardiale interessante il fondo gastrico è necessario un intervento di esofagectomia inferiore con gastrectomia parziale o totale.

La informiamo che l'intervento verrà eseguito in anestesia generale con approccio mininvasivo, laparotomico, robotico e/o toracotomico a seconda delle necessità tecniche.

L'intervento di esofagectomia consiste nella sostituzione dell'esofago con altro organo (generalmente lo stomaco od il colon) che opportunamente modificato permetterà il ripristino del normale passaggio alimentare.

L'intervento prevede, in genere, due o tre incisioni cutanee (addominale, emitorace ed in alcuni casi, collo). In presenza di un interessamento dell'esofago cervicale da parte della malattia è necessario associare all'esofagectomia anche l'asportazione del laringe. Questo intervento comporta purtroppo la perdita definitiva della voce e la presenza di una tracheostomia definitiva. In alcuni casi, non prevedibili preoperatoriamente, è possibile che si debba ricorrere ad un intervento palliativo.

La informiamo che esiste la possibilità che, a distanza variabile di tempo dall'intervento, il tumore recidivi, indipendentemente dalla sua completa asportazione.

La informiamo che questo intervento può comportare complicanze quali:

- emorragie ed ematomi postoperatori che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;

- deiscenze a carico dell'anastomosi esofago-gastrica o esofago-colica ed eventuale formazione di fistole, ovvero di stenosi che possono richiedere specifici trattamenti endoscopici (dilatazioni) e/o chirurgici (re-plastica) nell'intento di ripristinare un calibro adatto per una regolare alimentazione;
- esofagostomia al collo e digiunostomia;
- infezioni (empiema pleurico, mediastinite, ascesso subfrenico, polmonite, decesso);
- alterazioni del normale transito intestinale (dumping, diarrea) che possono talvolta peggiorare la qualità di vita;
- peritonite per perforazioni intestinali con necessità di intervento chirurgico urgente;
- lesioni della milza con la necessità di praticare una splenectomia; tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi, e nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni;
- pancreatite acuta e/o formazione di fistola pancreatica;
- insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari;
- formazione di aree atelettasiche o di addensamento polmonare con possibili episodi infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico e/o pneumotorace con posizionamento di drenaggio pleurico;
- lesioni dei nervi: nervi ricorrenti che hanno un decorso molto vicino all'esofago con conseguenti disturbi postoperatori a carico di voce e respirazione; nervi frenici (con paralisi dell'emidiaframma interessato); nervi facciali (con paresi facciali);
- lesioni del dotto toracico (con eventuale formazione di una fistola o di un versamento toracico lattescente (chilotorace), che può a sua volta richiedere un drenaggio oppure un trattamento chirurgico;
- insorgenza di alterazioni intraoperatorie della pressione arteriosa con possibile insorgenza di accidenti cerebrovascolari;
- infezione delle ferite chirurgiche e/o addominali;
- complicanze polmonari (insufficienza respiratoria, embolia polmonare, anche in relazione all'età del paziente, allo stato generale, alle altre patologie eventualmente presenti, al tipo di approccio chirurgico);

	DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA MODULO INFORMATIVO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO PER NEOPLASIA MALIGNA ESOFAGEA	UOC DM – UOSD NEOPL PERIT MOD 16-2023 Rev. 00 01.10.2023 PAG 3 DI 4
---	---	--

- insorgenza di complicanze ischemiche cardiache;
- occlusione intestinale da aderenze che possono comportare la necessità di interventi chirurgici;
- laparoceli in corrispondenza della incisione chirurgica che eventualmente possono necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete;
- lesioni da postura, possibili per il posizionamento sul letto operatorio e per la durata dell'intervento. Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi danni di solito si risolvono entro un tempo variabile;
- complicanze generiche gravi (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, nervi, infezioni nosocomiali, decesso, ecc) possono verificarsi, soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, chirurgica, farmacologica.

La informiamo che nel caso in cui l'intervento venga condotto per via laparoscopica o robotica si possono verificare complicanze legate a questi particolari tipi di tecnica quali:

- lesioni di grossi vasi o lesioni intestinali al momento della introduzione degli strumenti;
- diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico o del collo);
- embolia polmonare gassosa, causata dall'ingresso di gas nei grossi vasi, o ipercapnia, che consiste nell'eccessivo assorbimento di anidride carbonica nel sangue;

La informiamo che la conversione dell'intervento nella via laparotomica tradizionale non è una vera complicanza, ma una modifica della tecnica chirurgica a cui si ricorre quando si incontrino condizioni tali da non consentire la prosecuzione dell'intervento stesso, con margine sufficiente di sicurezza.

La informiamo che la chirurgia, indipendentemente dalla via di accesso, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che l'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui è affetta/o o dalle terapie mediche che assume e su come questa/e possano gravare anche nel decorso post-operatorio.

La informiamo che poiché l'intervento prevede, in genere, due o tre incisioni cutanee (addominale, emitorace destro ed in alcuni casi cervicale) residueranno in ogni caso una o più cicatrici.

La informiamo che, presentandosi la necessità di salvarLa 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 propostami, 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 prospettatoLe.

La informiamo che questa informativa fa riferimento alle Linee Guida della Società Italiana di Chirurgia.

La informiamo che, con il Suo consenso, utilizzeremo i tessuti e/o organi eventualmente asportati, oltre che per una diagnosi isto-patologica, anche 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.