

NOTA INFORMATIVA E CONSENSO PER LAPAROCELE

Il difetto di parete di cui sono affetto:

- LAPAROCELE MEDIANO
- LAPAROCELE DI CONFINE
- LAPAROCELE SU TROCAR
- LOMBOCELE

per il quale è indicato l'intervento chirurgico.

Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che questa affezione è un'ernia, detta incisionale, cioè che si è formata in corrispondenza di una precedente incisione chirurgica.

L'ernia è la fuoriuscita attraverso un canale, in questo caso iatrogeno, detto porta erniaria di un contenuto addominale che può essere un viscere (ileo o colon o stomaco) o del grasso (omento o lipoma).

Tale condizione genera in primis, il rischio di strozzamento del contenuto, e, col passar del tempo, l'incremento delle dimensioni dell'ernia. Nella prima eventualità si deve procedere ad intervento chirurgico urgente, nella seconda eventualità l'intervento risulta tecnicamente più difficile ed in entrambi i casi sarà maggiore la probabilità di fallimento della procedura chirurgica di riparazione del difetto stesso.

Alla luce delle indagini preoperatorie effettuate che confermano la diagnosi e la possibilità di procedere all'intervento chirurgico in anestesia generale, il trattamento propostomi consiste nel riposizionamento in cavità addominale del contenuto da esso fuoriuscito e alla chiusura della porta erniaria.

Per rinforzare tale chiusura o sutura, chiamata in termine medico "plastica" del difetto di parete, si applica una rete o protesi. La protesi può permettere l'obliterazione del difetto quando quest'ultimo è così grande che i lembi della porta erniaria non possono essere affrontati. Solamente in casi particolari si è obbligati a soprassedere al posizionamento della protesi e spesso tale scelta è definita dal chirurgo in corso d'opera.

Ciascuna protesi ha caratteristiche differenti sia per materiali (PTFE, Vicryl, goretex, polipropilene etc) che di comportamento biofisico e il chirurgo operatore sceglierà quella più opportuna per ciascun caso.

L'approccio chirurgico, cioè la via scelta dal chirurgo per procedere alla correzione del difetto è

- LAPAROSCOPICO mediante l'utilizzo di una telecamera e di strumenti dedicati per una chirurgia mini-invasiva
- LAPAROTOMICO procedendo all'incisione cutanea lungo la cicatrice della precedente incisione.

Nel caso di un approccio laparoscopico mi è stato chiaramente spiegato che se il chirurgo lo ritiene necessario, in rapporto alla presenza di difficoltà tecniche o anestesologiche, si può abbandonare l'approccio laparoscopico per procedere secondo una via laparotomica. Tale eventualità è definita "conversione" dell'approccio chirurgico.

Le cause più frequenti di conversione sono la presenza di aderenze invalicabili, la lesione di visceri, un sanguinamento non dominabile per via laparoscopica, la necessità di resezione di un viscere.

In particolare mi sono stati chiaramente spiegati i rischi, le complicanze e le menomazioni prevedibili:

- sieromi ed ematomi che, normalmente vengono trattate in via conservativa con risoluzione del caso.
- infezioni cutanee che necessitano spesso medicazioni ambulatoriali protratte anche dopo la degenza ospedaliera.
- aderenze viscerali con occlusione intestinale: tale complicanza può richiedere un re-intervento urgente.
- infezione della protesi: è una complicanza grave, che se non si risolve con terapia medica e medicazioni anche complesse (p.e. VAC Therapy), richiede un re-intervento per la rimozione della protesi stessa.
- migrazione o restringimento della protesi: evento che può generare la recidiva del laparocele e può rendere necessario la rimozione della protesi stessa.
- fistole per decubito della protesi; quando sull'intestino, si crea un buco sul viscere dal quale può fuoriuscire materiale intestinale, quando sulla cute la protesi affiora alla pelle; in entrambi i casi si ha contaminazione della protesi e spesso la necessità di un re-intervento.
- recidiva del laparocele.
- perforazione intestinale per lesioni misconosciute che solitamente avvengono durante le manovre di lisi delle aderenze e che possono rendersi manifeste con la fuoriuscita di materiale enterico nella cavità peritoneale e l'instaurarsi di una peritonite secondaria, rende necessario a re-intervento in urgenza con toilette della cavità addominale, resezione o raffia intestinale, rimozione della protesi ed eventuale confezionamento di ileostomia o colostomia.
- dolore cronico temporaneo solitamente dovuto all'intrappolamento di fibre nervose parietali nei mezzi di fissaggio utilizzati per ancorare la protesi alla parete addominale. In questo caso solitamente questo dolore risponde generalmente ai comuni analgesici e tende a ridursi sino a scomparire completamente entro 12 mesi dall'intervento.
- dolore cronico quando il dolore è stato persistente ed altera considerevolmente la qualità di vita del paziente tanto da necessitare di una revisione chirurgica con rimozione della protesi.

- insufficienza respiratoria, soprattutto dovuti alle insufficienti escursioni respiratorie conseguenti ai dolori

Le complicanze descritte da un punto di vista più generale e legate ad un qualsiasi intervento chirurgico:

- broncopolmonite, atelettasia alveolare
- scompenso cardio-circolatorio.
- trombosi venosa profonda, possibili in tutti gli interventi anche in presenza di una opportuna terapia di profilassi anti-trombotica.

Mi è stato chiaramente spiegato che per l'intervento condotto per via laparoscopica possono verificarsi complicanze legate a questo particolare tipo di tecnica quali:

- lesioni di grossi vasi, e visceri al momento della introduzione dei trocar;
- diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o in torace (enfisema sottocutaneo o mediastinico) e conseguente ipercapnia, l'eccessivo aumento di anidride carbonica nel sangue per aumentato assorbimento cellulare;

Il chirurgo mi ha altresì sufficientemente informato che l'atto chirurgico, 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 dalle comorbidità di cui sono affetto:

e su come queste possano gravare anche nel decorso post-operatorio.

Da un punto di vista estetico residueranno in ogni caso una o più cicatrici a livello della cute addominale ed eventualmente sovrabbondanza cutanea.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile per un danno grave alla mia persona o se si constatassero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a portare a termine l'atto chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato.