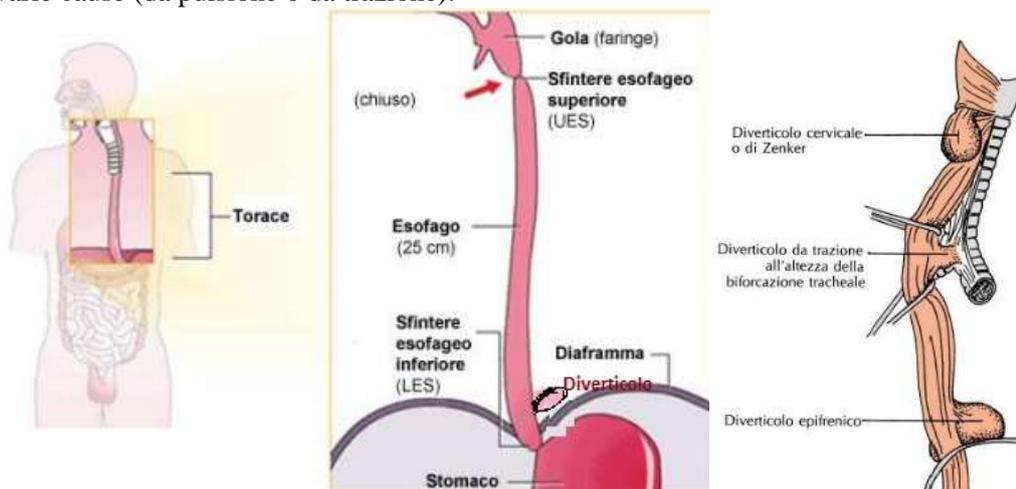


	<b>Modulo Informativo</b>	ALL10_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	<b>DIVERTICOLO EPIFRENICO ESOFAGO</b>	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

L'esame clinico e gli esami diagnostici da Lei eseguiti (esofagogramma, esofagoscopia) hanno dimostrato la presenza di un **DIVERTICOLO ESOFAGEO EPIFRENICO** per il quale è indicato l'intervento chirurgico. Questa affezione è una estroflessione della porzione medio-inferiore dell'esofago secondaria a varie cause (da pulsione o da trazione).



L'intervento chirurgico (che verrà eseguito in **anestesia generale**) consisterà in una **DIVERTICOLECTOMIA e/o MIOTOMIA EXTRAMUCOSA SOTTODIVERTICOLARE** e in una **PLASTICA ANTIREFLUSSO**, ovvero nell'asportazione od invaginazione del diverticolo con o senza sezione longitudinale della muscolatura esofagea (per eliminare l'ipertono sottodiverticolare) ed una plastica antireflusso gastrico. Potrebbe essere necessario durante l'intervento modificare la tattica chirurgica in rapporto alla valutazione intraoperatoria.

L'intervento può esser condotto per via laparoscopica o laparotomica, oppure attraverso un approccio toracico sinistro (toracotomia sinistra o toracosopia).

Le possibili complicanze sono:

- **lesione della milza** in corso di preparazione del fondo gastrico. La lesione può richiedere la splenectomia che, nel postoperatorio, può comportare un incremento della piastrinemia, con rischio di trombosi e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e rischio di infezioni.
- **fistola esofagea**: può essere la conseguenza della miotomia o della sezione del colletto diverticolare. Le conseguenze sono diverse a seconda dell'entità della fistola. In ogni caso essa necessita di drenaggio toracico, di esclusione del transito esofageo e di nutrizione artificiale.
- **reflusso gastro-esofageo**: può verificarsi allorquando viene utilizzato un approccio toracoscopico (con o senza dilatazione pneumatica dell'esofago terminale). Richiede l'assunzione di farmaci e/o procedure endoscopiche (esofagoscopia, ph-metria, manometria) per la rivalutazione del reflusso in vista di una possibile correzione chirurgica.
- **gas bloat syndrome**: impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere persistente.
- **disfagia**: impedimento al transito esofageo dovuto ad una plastica eccessivamente stretta. Può comunque regredire in poche settimane spontaneamente o con una dilatazione. In caso di persistenza può essere indicato il **reintervento**.
- **rottura della plastica** con comparsa di problematiche legate al reflusso gastro-esofageo.
- **scivolamento del fondo gastrico** al di sopra della plastica (fenomeno del telescopio)
- Tutte queste complicanze sono fortunatamente divenute abbastanza rare grazie a particolari accorgimenti tecnici che vengono messi in pratica (calibratura, ancoraggio della plastica, ecc).

	<b>Modulo Informativo</b>	ALL10_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
	<b>DIVERTICOLO EPIFRENICO ESOFAGO</b>	Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, 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, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiológica, chirurgica, farmacologica, ecc.

La chirurgia, ed in particolare quella eseguita in urgenza, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbilità pre-esistenti. In ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale e/o toracico.

Presentandosi un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con le tecniche di cui sopra, 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. Per qualsiasi altra delucidazione sull'intervento e/o complicanze è possibile rivolgersi al personale medico di reparto.