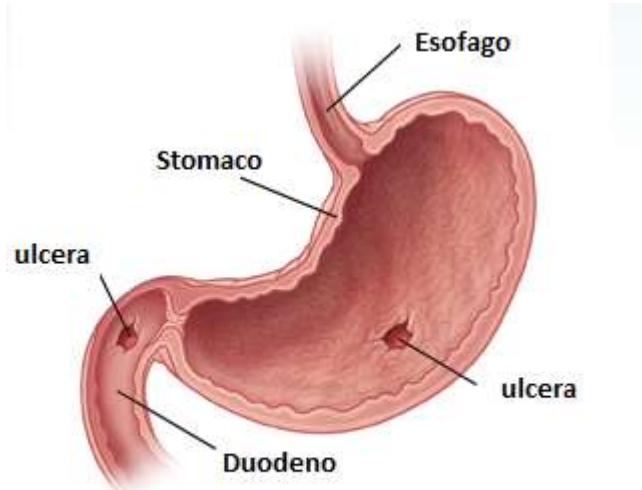
	Modulo Informativo ULCERA GASTRICA-DUODENALE	ALL65_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patrìti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

Gli accertamenti da lei eseguiti hanno confermato la diagnosi di Ulcera Gastrica/Duodenale. Si tratta di una lesione della mucosa dello stomaco o del duodeno, corrosa dai succhi digestivi.



Spesso guarisce dopo adeguato trattamento farmacologico. L'intervento chirurgico è indicato quando tale patologia non risponde al trattamento medico o si verificano gravi complicanze (**perforazione, sepsi, emorragia digestiva, stenosi**) o quando all'esame biotico sono presenti i segni microscopici di una evoluzione verso una **trasformazione maligna**.


Alle luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento chirurgico consisterà in una delle seguenti procedure, a seconda della Sua specifica condizione:

- ° **Raffia di ulcera perforata:** ovvero nella sutura dell'ulcera perforata, che può essere associata anche a patch omentale (ovvero alla copertura della sutura con un lembo di omento) ed a biopsia dei margini dell'ulcera.
- ° **Vagotomia superselettiva,** che consiste nella sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico, per ridurre la produzione di acido cloridrico, mantenendo l'innervazione dell'antro e del duodeno.
- ° **Gastroresezione (antrectomia),** che consiste nella asportazione di quella porzione di stomaco, detta antro, che produce la gastrina e dove più spesso si localizzano le ulcere, associata a sezione delle fibre nervose che innervano il corpo ed il fondo gastrico. La ricostruzione della continuità avverrà secondo Roux o Billroth II (unendo la porzione di stomaco residua ad un'ansa intestinale).
- ° **Vagotomia e by-pass:** sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico associata ad anastomosi tra stomaco e digiuno, senza resezione gastrica, per favorire lo svuotamento gastrico.
- ° **Vagotomia e piloroplastica** che consiste nella sezione delle fibre nervose che innervano il corpo e il fondo gastrico associata a piloroplastica (plastica della valvola esistente fra stomaco e duodeno), allo scopo di favorire lo svuotamento gastrico.

L'intervento (che verrà eseguito in **anestesia generale**) potrà essere effettuato per via **LAPAROTOMICA** o **LAPAROSCOPICA** o "robot assisted" con eventuale conversione in laparotomia qualora le condizioni intraoperatorie lo rendessero necessario. Potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico programmato, qualora esso non fosse tecnicamente fattibile, in rapporto alla valutazione intraoperatoria

Il personale medico del reparto le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici (anche in rapporto a terapie alternative quali le terapie mediche), gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Questo intervento può comportare complicanze quali:

	Modulo Informativo ULCERA GASTRICA-DUODENALE	ALL65_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

- **Complicanze settiche** da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole e talora necessità di reinterventi
- **Emorragie ed ematomi post-operatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali**, che potrebbero comportare anche la necessità di un reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico.
- **Lesioni della milza**, durante le manovre di mobilizzazione del fondo gastrico, con conseguente eventualità di dover praticare una splenectomia. Tale intervento può comportare nel postoperatorio un incremento delle piastrinemia, con rischio di trombosi, e, nei soggetti giovani, disturbi dell'immunità e tendenza alle infezioni
- **Trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**.
- **Occlusione intestinale** da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi
- **Versamento pleurico e/o pneumotorace**, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico.
- **Gastrite e esofagite da reflusso biliare in particolare** dopo ricostruzione secondo Billroth II
- **Sindrome post vagotomica** caratterizzata da atonia della colecisti e formazione di calcoli, riduzione della secrezione pancreatica, diarrea, ecc.
- **Dumping syndrome** caratterizzata dalla presenza di tachicardia, diaforesi, ipotensione e dolore addominale dopo i pasti. Questa sindrome può svilupparsi in seguito ad interventi quali la vagotomia tronculare.
- **Sindrome dell'ansa afferente** dovuto al ristagno di bile, succhi enterici e pancreatici nell'ansa afferente.
- **Cancro del moncone gastrico** il cui rischio di comparsa è significativo dopo 10-15 anni dall'intervento.
- **Laparoceli** in corrispondenza della incisione chirurgica, con eventuale necessità di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.
- **Stenosi cicatriziale dell'anastomosi** che potrebbe necessitare di dilatazioni endoscopiche o reintervento.
- **Recidiva dell'ulcera** che si rileva nel 1-10% dei casi
- **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), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesilogica, 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 comorbidità pre-esistenti e in ogni caso residueranno una o più cicatrici a livello addominale.

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.