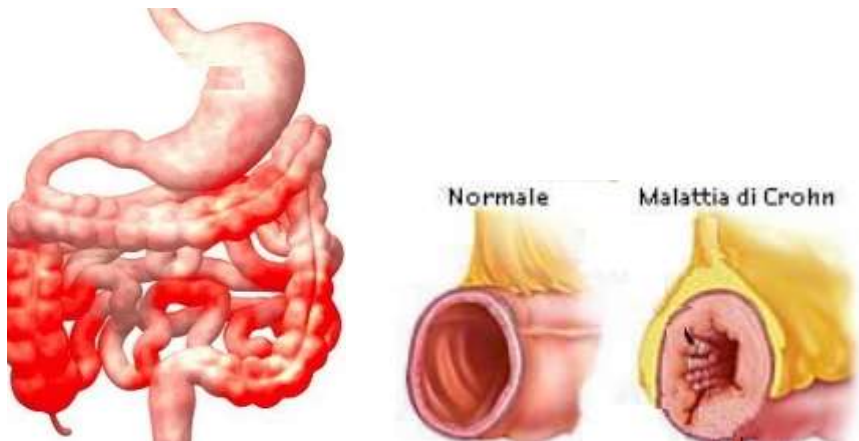
	Modulo Informativo MORBO DI CROHN	ALL24_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

Gentile Sig./Sig.ra

l'esame clinico e gli accertamenti da Lei eseguiti hanno evidenziato una **MALATTIA DI CROHN** per cui è stato indicato l'intervento chirurgico che sarà praticato dall'Equipe di questa Unità Operativa.

Tale patologia è una malattia infiammatoria cronica che può interessare tutto o parte dell'intestino. Se non risponde al trattamento medico tale processo infiammatorio può evolvere e peggiorare nel tempo e complicarsi con perforazione, sepsi, fistolizzazione, ascessualizzazione, emorragia, grave denutrizione.




Altre complicanze sistemiche possono esser legate al trattamento prolungato con farmaci immunosoppressori. È anche possibile una evoluzione verso la trasformazione maligna.

A seconda della sede e dell'estensione della malattia sono previsti i seguenti interventi:

- **RESEZIONE DI PICCOLO INTESTINO**, ovvero nell'asportazione del/dei tratto/i intestinale/i coinvolto/i dalla malattia con ricostruzione del transito intestinale mediante abboccamento dell'ansa intestinale residua al colon (anastomosi ileo-colica) o ad un'altra ansa del tenue (anastomosi ileo-ileale)
- **STRITTUROPLASTICA** ossia nell'allargamento di un tratto ristretto dell'intestino mediante una incisione longitudinale e sutura trasversale o mediante una lunga anastomosi latero-laterale
- **RESEZIONE SEGMENTARIA DEL COLON** con asportazione di un segmento di colon destro o sinistro o del trasverso e ricostruzione del transito intestinale mediante anastomosi colon-colica o colon-rettale
- **COLECTOMIA TOTALE CON ILEO-RETTO ANASTOMOSI**, che consiste nell'asportazione completa del colon con ricostruzione mediante ileo-retto anastomosi
- **RESEZIONE DEL RETTO CON COLOSTOMIA TERMINALE** o asportazione del retto e dell'ano con confezionamento di colostomia terminale
- **PROCTOCOLECTOMIA TOTALE CON ILEOSTOMIA PERMANENTE** o asportazione completa del colon, del retto e dell'ano con costruzione di un'ileostomia terminale permanente
- **COLECTOMIA TOTALE CON ILEOSTOMIA ED AFFONDAMENTO DEL MONCONE RETTALE** ossia asportazione completa del colon, chiusura del moncone rettale ed ileostomia terminale. Tale intervento viene eseguito nei casi di colite grave per i quali si preferisce eseguire l'intervento di ricostruzione in un tempo successivo al fine di ridurre i rischi di complicanze o qualora una grave sepsi pelvica perianale controindichi un'amputazione immediata del retto
- **EVENTUALE ILEOSTOMIA DI PROTEZIONE**: la si esegue qualora esista il dubbio di una non perfetta tenuta dell'anastomosi al fine di scongiurare il rischio di una contaminazione peritoneale da deiscenza dell'anastomosi

La procedura (che verrà eseguita in anestesia generale) sarà condotta per via Laparoscopica o Laparotomica. Tuttavia in rapporto alla valutazione intraoperatoria, potrebbe essere necessario modificare l'intervento chirurgico programmato (ad esempio convertendo la laparoscopia in chirurgia a cielo aperto

	Modulo Informativo MORBO DI CROHN	ALL24_IOchirT001_SIC	Pag.1 di 1
		Verifica Dr E Berselli RAQ	Rev 00
		Approvazione Dr. A. Patriti Direttore UOC Chirurgia	Del 01.01.20

qualora non fosse tecnicamente possibile la prosecuzione mini-invasiva) o allargando l'exeresi ad altri organi per coinvolgimento della malattia infiammatoria o per il riscontro di masse neoplastiche.

Il personale medico del reparto le spiegherà chiaramente gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili.

Sono possibili le seguenti complicanze:

-lesioni della milza, durante le manovre di mobilizzazione della flessura colica sx 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 rischio di infezioni.

-emorragie ed ematomi post-operatori, nonché lesioni dei grossi vasi addominali, con possibilità di reintervento a scopo emostatico, ovvero di emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico

- complicanze settiche da inquinamento intraoperatorio o da deiscenze anastomotiche con possibilità di fistole perianali, enteriche o vaginali e talora necessità di reinterventi.

- trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari.

- occlusione intestinale da aderenze che possono comportare la necessità di reinterventi

-laparocele in corrispondenza della incisione chirurgica, che eventualmente può necessitare di un intervento ricostruttivo di plastica della parete.

- disfunzioni della sfera genito-urinaria: possono manifestarsi in una minima percentuale di casi a causa della lesione delle terminazioni nervose della regione pelvica.

- versamento pleurico e/o pneumotorace, con eventuale necessità di un drenaggio pleurico.

- malfunzionamento della stomia o complicanze legate alla stessa quali prolapsi, ascessi o fistole.

- stenosi cicatriziale dell'anastomosi che potrebbe necessitare di dilatazioni.

- 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 anestesiológica, chirurgica, farmacologica ecc.

Inoltre, in seguito all'intervento, non è possibile prevedere una risoluzione completa dei sintomi in quanto il numero delle scariche alvine, soprattutto nell'immediato post-operatorio può essere elevato, in particolare dopo una colectomia o in seguito all'asportazione della valvola ileo-cecale.

A causa della storia naturale della malattia, si può verificare una recidiva di malattia e talora può rendersi necessario un reintervento per le complicanze correlate alla malattia o per la mancata risposta al trattamento medico.

La chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non può considerarsi esente da rischi e l'incidenza delle complicanze può essere aumentata da comorbidità pre-esistenti. In ogni caso residueranno una o più cicatrici.

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.