

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per ERNIA IATALE– INCONTINENZA L.E.S.</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Ac- creditato</b>
<b>C121 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 1 a 2</b>		

Gentile Signora/ e

ogni atto medico richiede l'assenso dell'interessato/a dopo adeguata informazione. Le chiediamo pertanto di leggere con calma questo documento (impiegherà circa 20 minuti).

## **INTRODUZIONE**

L'ernia iatale è lo scivolamento dello stomaco in torace conseguenza del suo passaggio attraverso un orifizio naturale (iato) del diaframma (muscolo che divide il cavo addominale dal cavo toracico).

Tale patologia si può associare all'incontinenza dello sfintere esofageo inferiore (meccanismo a valvola che chiude superiormente lo stomaco) e può determinare reflusso acido, a volte alcalino, dallo stomaco verso l'esofago.

L'incontinenza dello sfintere esofageo inferiore può essere presente anche senza evidenza di ernia iatale, potendo determinare comunque disturbi funzionali.

Le complicanze di questa patologia (ernia iatale e / o incontinenza sfinteriale) sono la malattia da reflusso gastro-esofageo, i microsanguinamenti e l'anemizzazione conseguente, i disturbi polmonari, l'esofagite (infiammazione della mucosa esofagea) la trasformazione a lunga distanza della mucosa esofagea in senso preneoplastico (esofago di Barrett, lesione precancerosa conseguente al reflusso acido).

## **MODALITÀ, TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI**

L'intervento di Plastica Antireflusso prevede che lo stomaco venga riposizionato in addome, che l'esofago terminale venga avvolto parzialmente o totalmente con il fondo gastrico (funduplicatio di 270 gradi /360) ed - in caso di allargamento dello iato esofageo del diaframma - che questo venga ristretto con posizionamento di punti staccati (iatoplastica) per impedire il reflusso del contenuto gastrico in esofago.

Tale intervento è oggi eseguito in anestesia generale ed attuato in laparoscopia, approccio miniinvasivo, cioè con 4 o 5 piccole incisioni di circa 0,5 – 1 cm sulla parete addominale attraverso le quali si gonfia l'addome con un gas inerte (CO<sub>2</sub>) e si fa passare una telecamera e gli strumenti chirurgici necessari.

Pertanto residuerà in ogni caso una o più cicatrici al livello addominale.

Se la situazione intraoperatoria è tale da rendere pericoloso per il Paziente o troppo indaginoso l'intervento in laparoscopia, mentre si è addormentati si può convertire l'intervento in laparotomia, ovvero con l'esecuzione di una incisione chirurgica classica di varie estensioni sotto le coste o in sede mediana.

I tempi medi di esecuzione sono dipendenti dalla situazione aderenziale intraaddominale, dal volume dell'ernia stessa e dall'ampiezza dello iato esofageo e vanno dai 60 ai 180 minuti.

I sintomi che potrebbero essere indotti dalle procedure sopraelencate sono: il dolore in sede di intervento e dolore alla ferita chirurgica, dolore alla spalla destra provocato da eventuale minimo residuo di gas intraaddominale dopo la procedura laparoscopica, che si riassorbe da solo.

## **RISCHI E COMPLICANZE**

E' comprensibile che, come tutte le procedure chirurgiche, tale intervento porti con se un rischio intrinseco, legato all'intervento stesso e / o alla presenza di varianti anatomiche intraaddominali non prevedibili preoperatoriamente e/o patologie concomitanti.

Si puntualizza inoltre che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo, logicamente rappresentano solamente una parte di tutte le problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della / e procedure chirurgiche e della situazione clinica al momento del ricovero.

Tutte le complicanze di seguito menzionate sono divenute abbastanza rare grazie a particolari accorgimenti tecnici che vengono messi in pratica (calibratura, ancoraggio della plastica, ecc).

Le possibili principali e più frequenti complicanze ad esse legate sono:

- **emorragie ed ematomi** postoperatori che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, ovvero emotrasfusioni, con il relativo rischio infettivologico;
- **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;
- **insorgenza di trombosi venose profonde** ed eventuali **embolie polmonari**;
- **formazione di aree atelettasiche** o di **addensamento polmonare** con successivi fatti infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico;
- **gas bloat syndrome**: impossibilità ad eruttare, accompagnata da senso di ripienezza gastrica e malessere persistente;

<b>DOMUS NOVA Ospedale Privato Accreditato</b>	<b>Informativa per ERNIA IATALE– INCONTINENZA L.E.S.</b>	<b>SAN FRANCESCO Ospedale Privato Ac- creditato</b>
<b>C121 Rev.1 data applicazione 29/04/2019 Pag. 2 a 2</b>		

- **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:** i fili di sutura possono lacerare la muscolatura dello stomaco e far ricomparire il reflusso gastro-esofageo;
- **scivolamento del fondo gastrico** al di sopra della plastica: (fenomeno del telescopio) con conseguenze analoghe alla rottura della plastica;
- **infezione** della/e ferita/e chirurgiche
- **pneumotorace:** aria nel cavo pleurico per il quale può rendersi necessario anche il posizionamento di un drenaggio toracico ;
- **formazione di aderenze** con possibile occlusione intestinale precoce o tardiva;
- **disturbi quali dolore, formicolio, impotenza funzionale, ecc.** da postura possibili per la posizione sul letto operatorio e per la durata dell'intervento. Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi disturbi di solito si risolvono entro un tempo variabile;
- **laparocoele** ernia dalle ferite chirurgiche dovuta a deiscenza della fascia muscolare.

**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.

#### **INDICAZIONI E VANTAGGI**

La terapia chirurgica è indicata nei Pazienti, specialmente se giovani, con sintomatologia scarsamente o non controllata dai farmaci, anche nell'ottica di risparmiare al Paziente le spese di una terapia farmacologica cronica di dubbia efficacia, nella malattia da reflusso complicata (esofagite , esofago di Barrett) e/o associata a disturbi respiratori. Inoltre è indicata nell'ernia iatale voluminosa soprattutto se associata a disturbi cardiaci, e in presenza di reflusso biliare.

#### **LE ALTERNATIVE POSSIBILI**

L'alternativa possibile alla procedura chirurgica è la terapia conservativa che consiste nell'assunzione quotidiana di farmaci associata a regole alimentari e di comportamento, con le considerazioni comunque appena espresse nel capitolo precedente.

#### **LE EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA**

Se nel corso dell'intervento si presentasse la necessità di salvare da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo o comunque a portare a termine l'intervento chirurgico in condizioni di massima sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico inizialmente previsto.

**Per ogni evenienza o dubbio può contattarci al seguente numero telefonico 0544-508311**

**Altre informazioni richieste dal paziente** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Informativa consegnata in data \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del professionista \_\_\_\_\_ Firma del Paziente \_\_\_\_\_

**Consegnare una copia, datata e firmata, all'U.P.R**

**Allegare la "Dichiarazione sostitutiva di Atto Notorio": in caso di minore modulo C004,  
in caso di soggetto incapace/con amm. di sostegno/fiduciario modulo C005**