

La Colectomia

Asportazione Chirurgica del Colon



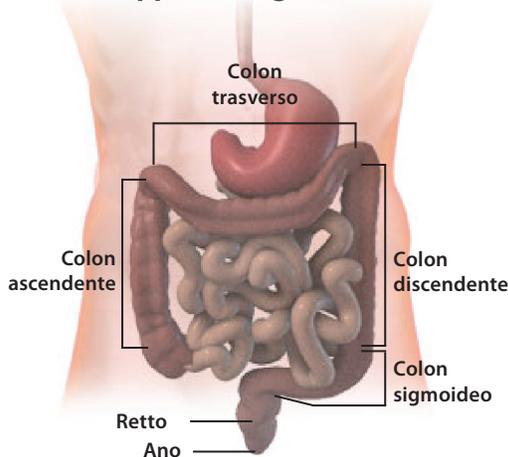
AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:

Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

Apparato digerente



Informativa al paziente

Questa nota informativa le fornisce maggiori dettagli sul suo intervento chirurgico e le consente di avere le competenze e le conoscenze necessarie per una partecipazione attiva alla sua guarigione.

Per tenervi informati

Informazioni che vi aiuteranno a capire meglio il vostro intervento e il vostro ruolo nella guarigione.

Le informazioni riguardano:

Un quadro generale sulla colectomia.....	1
La malattia, i sintomi e gli esami.....	2
Le possibilità terapeutiche.....	3
I rischi e le possibili complicanze.....	4
La preparazione e l'attesa.....	5
La vostra ripresa e la vostra dimissione.....	6
La terapia antidolorifica.....	7
Dizionario/Bibliografia.....	8

La malattia

La colectomia è la asportazione di una parte del colon (grosso intestino). Questo intervento viene effettuato per trattare le patologie del colon, tra cui la malattia di Crohn, la colite ulcerosa, ed il cancro del colon.

Sintomi comuni

- I sintomi possono includere diarrea, stipsi, crampi addominali, nausea, febbre, brividi, debolezza, perdita dell'appetito e/o di peso, ed emorragia.
- I sintomi possono anche essere assenti. Questo è il motivo per cui la prevenzione è essenziale.

Possibilità terapeutiche

Intervento chirurgico

Colectomia aperta— viene effettuata una incisione per entrare nell'addome ed il tratto di colon sede di malattia viene asportato. Le due parti separate vengono poi riavvicinate e suturate manualmente o meccanicamente a confezionare una **anastomosi**. Se non è possibile riavvicinare e suturare i monconi, il colon viene portato al di fuori dell'addome a formare una colostomia.

Colectomia laparoscopica— una fonte luminosa, una telecamera ed alcuni strumenti vengono inseriti nell'addome attraverso piccole incisioni sulla parete addominale per rimuovere il tumore o il tratto di colon sede di malattia.

Terapie non chirurgiche

Alcune patologie del colon sono curate con antibiotici, cortisone o farmaci che agiscono sul sistema immunitario.

Rischi e benefici del vostro intervento

Benefici— l'asportazione di un tratto di intestino malato o sede di tumore allevierà i vostri sintomi e può ridurre il rischio che possiate morire a causa del tumore.

I possibili rischi dell'intervento

comprendono problemi temporanei dell'intestino che possono richiedere una stomia; una perdita del contenuto intestinale all'interno dell'addome; problemi polmonari, tra cui la polmonite; infezioni della ferita, del sangue o dell'apparato urinario; trombosi venosa o embolia polmonare, emorragia; fistole; morte.

Rischi del non sottoporsi all'intervento—

I vostri sintomi possono continuare o peggiorare, e la vostra malattia o il vostro cancro possono progredire.

Aspettative

Prima dell'intervento— gli esami possono includere una colonscopia, esami del sangue e delle urine, una radiografia del torace, o una TAC dell'addome.¹ Il vostro chirurgo e il vostro anestesista valuteranno la vostra storia clinica, la terapia domiciliare, e le possibilità per il controllo del dolore post-operatorio.

Il giorno dell'intervento— non dovete mangiare nelle 4 ore precedenti l'intervento, ma potrete assumere bevande trasparenti fino a 5 ore prima dell'intervento. Lassativi ed antibiotici possono essere somministrati il giorno precedente l'intervento. Nella maggior parte dei casi potete assumere la normale terapia domiciliare con un sorso di acqua.

Il vostro ricovero— la durata media del ricovero è 8 giorni per una colectomia aperta o laparoscopica.² L'intervallo tra la ripresa delle evacuazioni e la normale alimentazione è di 3-4 giorni.

Chiamate il vostro chirurgo se avete nausea continua, vomito, perdite dalla ferita, sangue nelle feci, intensi dolori, crampi allo stomaco, brividi o febbre elevata (> 38.3°C), drenaggio aumentato o maleodorante dalla ferita, addome gonfio, assenza di evacuazioni per più di 3 giorni.

SURGICAL PATIENT EDUCATION PROGRAM

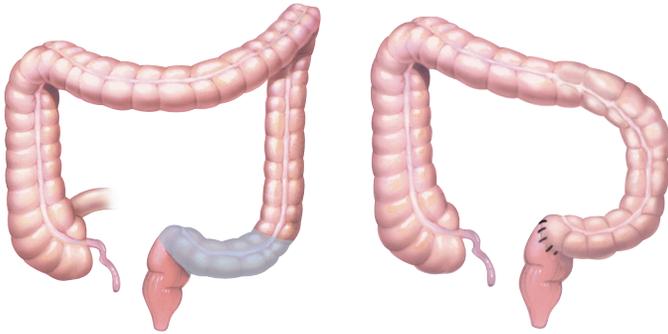
Prepare for the Best Recovery

*Consultate la fonte dell'ACS relativa alla colonscopia: www.facs.org/~media/les/education/patient%20ed/colonoscopy.ashx

La prima pagina è un riepilogo. Per informazioni dettagliate leggete tutto il documento

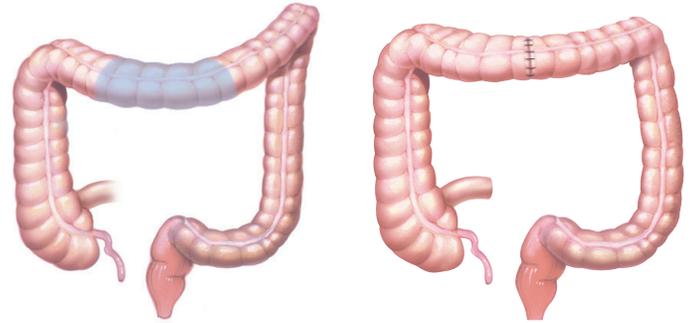
Colectomia sigmoidea (Sigmoidectomia):

uno o più segmenti del colon vengono rimossi. I tratti rimanenti vengono ricongiunti.



Resezione segmentaria:

una parte o tutto il colon sigmoideo viene rimosso. Il colon discendente viene ricongiunto al retto

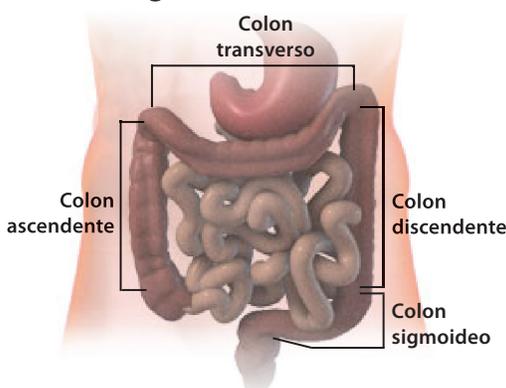


La malattia

Ci sono differenti tipi di malattie che possono colpire l'intestino

- **Le malattie infiammatorie croniche intestinali** comprendono la colite ulcerosa e la malattia di Crohn
- **La colite ulcerosa** si presenta con ulcere (piccole ferite aperte) sullo strato più interno della parete del colon, e causa dolori addominali e diarrea con sangue.³
- **La malattia di Crohn** è una infiammazione a tutto spessore del tratto digestivo, che nel 15% dei casi può colpire solo il colon.⁴ Si presenta solitamente con diarrea cronica, e dolori addominali.⁵
- **La diverticolite** è l'infiammazione o l'infezione di piccole tasche sporgenti (diverticoli) localizzate nel colon.
- **Polipo colo-rettale** viene definito qualunque crescita del rivestimento interno del colon o del retto
- **Cancro colo-rettale** è un tumore maligno nel colon o nel retto.

Segmenti del colon



L'intervento

Ci sono diversi interventi per curare le patologie dell'intestino e del colon:

- **La colectomia:** è un intervento per rimuovere una parte dell'intestino sede di malattia. Il nome della procedura dipende da quale parte del colon viene rimosso.
- **L'emicolectomia destra** è la asportazione del colon ascendente (destro)
- **L'emicolectomia sinistra** è la asportazione del colon discendente (sinistro)
- **La sigmoidectomia** è la asportazione dell'ultima parte del colon che è collegata al retto
- **La resezione anteriore del retto** è la asportazione della parte iniziale del retto
- **La resezione segmentaria** è l'asportazione di una piccola parte del colon
- **La resezione addomino perineale** è la asportazione del sigma, del retto e dell'ano seguita da colostomia definitiva
- **La colectomia totale** è la asportazione di tutto il colon seguita da anastomosi tra l'intestino tenue e il retto
- **Proctocolectomia totale** è la asportazione del retto e di tutto il colon

Sintomi

I sintomi più comuni sono:

- Diarrea, stipsi, crampi addominali, nausea, perdita di appetito o di peso
- Febbre, brividi, debolezza

Esami comuni

Anamnesi ed esame obiettivo

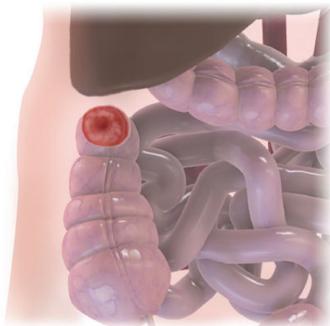
Sarete visitati, e vi saranno fatte domande sulla vostra storia medica e su quella della vostra famiglia, sui vostri sintomi, sul dolore e su problemi allo stomaco.

Esami aggiuntivi (vedi glossario)

Altri esami possono includere:

- Esami del sangue
- Esami delle urine
- Esplorazione digitale del retto
- Radiografia dell'addome
- Ecografia dell'addome
- Colonscopia
- TAC
- Elettrocardiogramma (ECG) per pazienti oltre i 45 anni o con patologie cardiache ad alto rischio

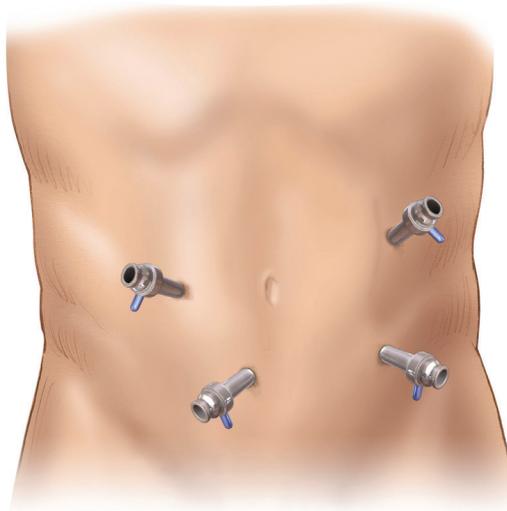
Stomia



Stomia addominale superficiale



Intervento laparoscopico



Terapia chirurgica

Una colectomia può essere effettuata per via aperta o laparoscopica. Il tipo di intervento dipende dalla patologia, dall'estensione del tratto malato o del tumore, e dalla localizzazione. Altri fattori importanti sono lo stato di salute, l'età, il rischio anestesilogico e l'esperienza del chirurgo.

Colectomia aperta

Viene effettuata una incisione nell'addome, ed il tratto del colon interessato dalla patologia viene asportato. Le parti di colon sano vengono poi unite insieme mediante fili di sutura o punti metallici (anastomosi). Se non è possibile effettuare la sutura, allora il colon viene mobilizzato all'esterno attraverso una apertura creata sulla parete addominale a formare una colostomia. Il contenuto del colon si svuoterà in un sacchetto di plastica che viene fissato sulla parete addominale intorno alla colostomia.

Colectomia laparoscopica

Vengono effettuate piccole incisioni sulla parete addominale. In alcune di queste aperture vengono inseriti dei dispositivi che formano delle porte, attraverso le quali strumenti chirurgici ed una fonte di luce vengono posizionati nell'addome. La cavità addominale viene quindi gonfiata con anidride carbonica per consentire

al chirurgo di osservare bene l'intestino e gli altri organi. Altri piccoli strumenti chirurgici inseriti attraverso altre porte vengono utilizzati per rimuovere il tratto di intestino malato o un tumore. Se le estremità del colon rimanente possono essere ricollegate verrà confezionata una anastomosi, altrimenti verrà creata una colostomia

Vantaggi della colectomia laparoscopica

I benefici includono cicatrici più piccole, un ripristino più veloce delle funzioni del colon, minor dolore, e un ricovero ospedaliero più breve.⁶ In relazione alla sopravvivenza al tumore dopo 5 anni dall'intervento non sono state osservate differenze tra la colectomia aperta e quella laparoscopica.⁷ Nuovi studi stanno mostrando minori complicanze, durata di ricovero più breve e minor necessità di nuovo ricovero con l'approccio laparoscopico.⁸

Terapia non chirurgica

Alcune malattie dell'intestino possono essere trattate con farmaci. Nei tumori, in base allo stadio, la chemioterapia e la radioterapia possono essere una parte del piano terapeutico.

Ti tengo informato

Conversione

Il vostro chirurgo può avere bisogno di convertire l'intervento di colectomia da laparoscopico a aperto. Questo può essere necessario per:⁹

- Aderenze da precedenti interventi chirurgici
- Emorragia
- Obesità
- Impossibilità di osservare importanti strutture anatomiche
- Presenza di tumori di grande dimensione
- Incapacità di portare a termine l'intervento

I pazienti con intervento convertito da laparoscopico ad aperto non hanno riportato eventi avversi a breve o lungo termine.⁹ La conversione a colectomia aperta può avvenire in 230 su 1.000 pazienti sottoposti a colectomia laparoscopica.¹⁰

Rischi di questa procedura

Rischi basati sul Calcolatore dei rischi dell'American College of Surgeons*

Colectomia aperta e colectomia laparoscopica dal calcolatore di rischio ACS 9 marzo 2015

Rischi	Percentuale in paziente medio	Ricorda
Polmonite: infezione nei polmoni	2.3%	Prima dell'intervento smettete di fumare e cercate di fare respiri profondi; dopo l'intervento alzarsi presto e camminare può aiutarvi a prevenire la polmonite.
Complicazioni cardiache: infarto o arresto cardiaco	1.1%	A volte patologie del cuore o dei polmoni possono aggravarsi con l'anestesia generale. Il vostro anestesista si informerà delle vostre patologie e vi suggerirà la migliore opzione.
Infezione della ferita	12.4%	Di solito vengono somministrati antibiotici prima dell'intervento. Vi potrebbe essere chiesto di utilizzare saponi speciali prima e dopo l'intervento.
Infezioni urinarie: infezione della vescica o dei reni	3.1%	Per qualche giorno dopo l'intervento un catetere Foley può rimanere nella vescica per drenare l'urina. Un adeguato apporto di fluidi e la cura del catetere possono diminuire il rischio di infezione della vescica.
Tromboembolia: un trombo formatosi nelle gambe che può migrare ai polmoni	2%	Interventi di lunga durata ed un prolungato allettamento aumentano il rischio. Il rischio può diminuire alzandovi dal letto, camminando 5-6 volte al giorno e indossando calze a compressione.
Insufficienza renale: incapacità di depurare il sangue dalle tossine e produrre urina	1.1%	Il rischio è aumentato in caso di età superiore ai 65 anni, una pre-esistente insufficienza renale, uno sbilanciamento dell'apporto idrico, il diabete tipo 1, antibiotici ed altri farmaci.
Re-intervento chirurgico	6.1%	Una emorragia o una perdita dall'intestino possono richiedere un nuovo intervento chirurgico. Lo staff chirurgico ed anestesilogico è preparato a ridurre i rischi del nuovo intervento.
Morte	1.2%	Il vostro staff chirurgico considererà tutte le possibili complicanze e sarà preparato per diminuire ogni rischio.
Dimissione ad una struttura di riabilitazione o a una struttura a gestione infermieristica	7.2%	
Rischio di perdita anastomotica** Una perdita dal punto di unione di due tratti di intestino	1.8-44% ¹¹	Il rischio può essere aumentato in caso di età avanzata, intervento effettuato in urgenza, obesità, uso di cortisone come antiinfiammatorio, chemioterapia, radioterapia, fumo e consumo di alcool prima dell'intervento. ¹²

*1% significa che 1 paziente su 100 avrà questa complicanza ** Risultati dalla letteratura scientifica degli ultimi 10 anni

Il calcolatore del rischio chirurgico dell'ACS stima il rischio di eventi sfavorevoli. I dati sono raccolti da un grande numero di pazienti che hanno avuto interventi chirurgici simili a questo. Se siete in buona salute e non avete problemi medici i vostri rischi possono essere inferiori alla media. Se fumate, o siete obesi, o avete altri problemi medici allora i vostri rischi possono essere aumentati. Questa informazione non vuole sostituire il consiglio dei medici. Per controllare il vostro rischio utilizzate il calcolatore dell'ACS in:

<http://riskcalculator.facs.org>

Aspettative: preparazione ed aspettative

Preparazione per il vostro intervento

Terapia domiciliare

Portate una lista di tutti i farmaci, vitamine e integratori che assumete normalmente. La terapia farmacologica potrebbe dover essere modificata prima dell'intervento. Alcuni farmaci possono influenzare la guarigione, la coagulazione del sangue, e la risposta all'anestesia. Nella maggior parte dei casi potrete assumere la terapia del mattino con un sorso di acqua.

Anestesia

Informate l'anestesista di eventuali allergie, malattie neurologiche (epilessia, ictus), patologie cardiache, problemi allo stomaco, malattie polmonari (asma, enfisema), malattie endocrine (diabete, patologie tiroidee) o caduta dei denti; se fumate, bevete alcool, assumete farmaci, droghe, erbe medicinali o vitamine, e se avete avuto nausea o vomito dopo precedenti anestesie.

Se fumate dovrete informare lo staff chirurgico. Dovreste inoltre considerare di smettere. Smettere di fumare prima dell'intervento può ridurre la percentuale di complicanze respiratorie e della ferita, ed aumenta le possibilità di non fumare più per il resto della vita. Potete trovare supporti per aiutarvi a smettere di fumare in:

facs.org/quitsmoking o *lungusa.org/stop-smoking*.

Durata del ricovero

Potreste rimanere ricoverati 5 più notti dopo un intervento laparoscopico o più a lungo dopo una colectomia aperta.¹³ Per qualche giorno potreste avere un catetere nella vescica per drenare le urine e misurarne la quantità. Nausea severa, vomito, o impossibilità ad urinare possono richiedere un ricovero più lungo.

Il giorno dell'intervento

- Non mangiate nulla nelle 4 ore precedenti l'intervento. Potrete assumere solo liquidi trasparenti sino a quattro ore prima dell'intervento
- Con una doccia ed un sapone antibatterico lavate l'addome e le regioni inguinali
- Lavate i denti e sciacquate la bocca con un collutorio
- Non radetevi la pelle dell'addome. Lo staff chirurgico taglierà i peli in prossimità della incisione chirurgica

Cosa portare

- Un documento di identità, la tessera sanitaria ed eventualmente il tesserino della polizza assicurativa sanitaria nel privato.
- Una dichiarazione anticipata del trattamento desiderato/consenso informato
- Una lista dei farmaci assunti
- Abiti comodi e un paio di pantaloni larghi
- Un paio di scarpe che non richiedano di chinarsi per essere indossate
- Lasciate a casa gioielli e beni di valore

Cosa potete aspettarvi

Al polso vi saranno messi, in qualche ospedale, dei braccialetti con il nome, un numero identificativo dell'ospedale/clinica e le vostre allergie. Questi braccialetti dovrebbero essere controllati dai membri dello staff sanitario prima di effettuare qualsiasi procedura o somministrarvi farmaci. Il vostro chirurgo marcherà la sede dell'intervento.

Fluidi ed anestesia

Un accesso venoso sarà assicurato per somministrarvi fluidi e farmaci. Grazie all'anestesia generale sarete addormentati e non sentirete alcun dolore. Un tubo sarà posizionato nella trachea per aiutarvi a respirare durante l'intervento.

Dopo il vostro intervento

Sarete spostati in una sala risveglio dove saranno monitorati attentamente la frequenza cardiaca e respiratoria, la saturazione di ossigeno, la pressione arteriosa e la diuresi.

Prevenzione della polmonite e della trombosi venosa

Muoversi e compiere respiri profondi dopo l'intervento può aiutare a prevenire complicanze post-operatorie come la trombosi venosa, il versamento pleurico e la polmonite. Ogni ora fate dai 5 ai 10 respiri profondi e trattenete il respiro per 3-5 secondi.

Quando subite un intervento siete a rischio di sviluppare una trombosi venosa per il fatto che rimanete immobili durante l'anestesia. Più lungo e complesso è il vostro intervento, maggiore sarà il rischio. Questo rischio si riduce alzandosi dal letto e camminando 5-6 volte al giorno, indossando calze elastiche a compressione, e in caso di pazienti ad alto rischio assumendo farmaci che fluidifichino il sangue.

Domande da fare

A proposito della mia terapia domiciliare

- Quali farmaci dovrei sospendere prima dell'intervento?
- Quali farmaci posso assumere il giorno dell'intervento?

A proposito del mio intervento

- Quali sono i rischi e gli effetti collaterali dell'anestesia generale?
- Quale procedura sarà utilizzata per operare il colon? Laparoscopica o aperta?
- Il mio colon sarà ricanalizzato o dovrò imparare a gestire una stomia?
- Quali sono i rischi di questa procedura?
- Porterà a termine l'intervento tutto da solo?
- Quanto dolore devo aspettarmi, e come sarà trattato?
- Quanto tempo ci vorrà prima che io torni alle mie normali attività—lavoro, guida, alzare pesi?

Il vostro recupero e la dimissione

Vi tengo informato

Se avete una stomia

Se avete una stomia le feci passeranno attraverso di essa in uno speciale sacchetto che viene attaccato alla pelle intorno alla stomia. Il sacchetto ha una apertura in fondo per consentire lo svuotamento delle feci. E' comunque necessario sostituirlo ogni giorno.

Prima di lasciare l'ospedale vi sarà mostrato come prendervi cura della stomia e del materiale per gestirla. In base alla diagnosi e al tipo di intervento subito alcune stomie possono essere temporanee ed essere chiuse successivamente, mentre altre possono essere definitive.

Potete approfondire come prendervi cura della stomia esaminando il kit di apprendimento domiciliare per stomia fornito dell'American College of Surgeons, disponibile online sul sito facs.org/adultostomy. Una volta a casa continuerete ad essere supportati nella gestione della stomia, e in caso di stomia permanente prendervene cura entrerà a far parte della vostra routine quotidiana.



Il vostro recupero e la dimissione

Mente lucida

In caso di anestesia generale o di necessità di sedativi per il dolore potrete sentirvi diversi dal solito per 2-3 giorni, avere difficoltà di memoria o sentirvi molto stanchi. Non dovrete guidare, bere alcolici, o prendere alcuna decisione importante per almeno 2 giorni.

Nutrizione

Se state seguendo un protocollo di guarigione l'obiettivo è quello di ritornare alla normale alimentazione prima possibile. Subito dopo l'intervento sarete in grado di bere acqua e se necessario vi saranno somministrati farmaci anti-nausea. Dopo il primo giorno dall'intervento potrete avere una dieta normale. Vi saranno somministrati fluidi per via endovenosa per 1-2 giorni dopo l'intervento. Una dieta a basso apporto di fibre e scorie viene raccomandata per 4 settimane dopo l'intervento per ridurre la quantità di feci e la frequenza delle evacuazioni. Questo riduce il trauma sulla anastomosi intestinale in corso di cicatrizzazione.¹⁴ Continuate a bere 8-10 bicchieri di liquidi al giorno. Un dietista può aiutarvi a comprendere meglio la vostra alimentazione.

Attività

- Dopo l'intervento potrete sedere su una sedia. Il giorno successivo dovrete alzarvi e camminare in corridoio. Il dolore sarà controllato con antidolorifici. Alzatevi e camminate ogni ora per prevenire la formazione di trombi.
- Potrete essere in grado di ritornare alla maggior parte delle attività in 1 o 2 settimane. Queste includono fare la doccia, guidare, salire le scale, lavorare e avere rapporti sessuali.¹⁵

Lavoro e ritorno a scuola

- Potrete tornare a lavorare quando vi sentirete bene, solitamente 1-2 settimane dopo l'intervento laparoscopico e 2-3 settimane dopo l'intervento aperto.
- Non potrete sollevare pesi superiori a 4-5 kg, arrampicarvi o compiere attività faticose per 4-6 settimane dopo l'intervento.



Lavare le mani

Steri-Strips®

Cura della ferita

- Lavatevi sempre le mani prima di toccare e dopo aver toccato la regione della ferita chirurgica.
- Prima della dimissione vi sarà insegnato a prendervi cura della ferita
- Non fate il bagno prima che punti di sutura o Steri-Strips® siano rimossi. In genere entro 2 giorni dall'intervento potrete fare la doccia a meno che non vi sia vietato.
- Una piccola perdita dalla ferita può essere normale. Se la medicazione è bagnata di sangue contattate il chirurgo.
- Se avete posizionati degli Steri-Strip, questi cadranno in 7-10 giorni.
- Se la ferita è ricoperta da una specie di colla, lasciate che questa si sfaldi da sola
- Evitate di indossare indumenti stretti o ruvidi. Questi possono sfregare sulla sede dell'incisione chirurgica e rendere più difficile la guarigione.
- Proteggete la cute che si forma sulla sede dell'incisione, in particolare dal sole. I raggi solari possono ustionare e causare cicatrici più scure.
- La cicatrice guarirà in 4-6 settimane, diventerà più soffice, e continuerà a svanire nell'anno successivo.

Evacuazioni

Nelle prime 2 settimane le evacuazioni potranno essere più frequenti e di feci meno formate del solito, fino a che non ricomincerete a mangiare alimenti solidi senza limitazioni. Evitate lo sforzo durante la defecazione. Assicuratevi di bere 8-10 bicchieri di liquidi al giorno.

Dolore

L'intensità del dolore cambia da persona a persona. I nuovi farmaci di cui avrete bisogno dopo l'intervento sono per il controllo del dolore, ed il vostro medico vi consiglierà la dose che dovrete assumere. Potete utilizzare compresse in caso di mal di gola dovuto al tubo utilizzato durante l'anestesia.

Quando contattare il chirurgo

Contattate il chirurgo in caso di:

- Dolore che non regredisce
- Dolore che tende a aumentare
- Febbre superiore a 38.3°C
- Vomito ripetuto
- Gonfiore, arrossamento, sanguinamento o perdita maleodorante dalla ferita
- Dolore addominale intenso o continuo, o gonfiore addominale
- Nessuna evacuazione o movimento intestinale nei 2-3 giorni dopo l'intervento

Controllo del dolore

La intensità del dolore che sentirete dopo la colectomia dipende da fattori della vostra salute e da quanto colon è stato rimosso. Dopo l'intervento potrete avere una pompa per anestesia controllata dal paziente (PCA). Avrete un pulsante che potrete premere quando iniziate a sentire il bisogno di un antidolorifico. La pompa è regolata in modo che non possiate avere troppo antidolorifico. Potrete avere questa pompa fino a quando sarete in grado di mangiare e prendere medicine per bocca.

Ognuno reagisce al dolore in maniera diversa. Una scala da 0 a 10 viene utilizzata per misurare il dolore. A "0" non sentite alcun dolore. A "10" c'è il dolore più forte che abbiate mai avvertito. Dopo un intervento laparoscopico il dolore a volte viene avvertito nella spalla. Questo è dovuto al gas inserito nell'addome durante l'intervento. Muoversi e camminare aiuta a disperdere il gas e a diminuire il dolore.

Farmaci comuni per il controllo del dolore

Narcotici o oppioidi sono utilizzati in caso di dolore severo. Possibili effetti collaterali dei narcotici sono sonnolenza, abbassamento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e della frequenza respiratoria, eruzione cutanea, prurito, stipsi, nausea, e difficoltà urinarie. Esempi di narcotici tipici sono la morfina e la codeina.

Antidolorifici non narcotici

Appena il dolore diminuisce possono essere utilizzati antidolorifici da banco, come paracetamolo (Tachipirina) o ibuprofene (Brufen). La maggior parte dei farmaci antidolorifici non oppioidi, come l'ibuprofene, sono classificati come farmaci antiinfiammatori non steroidei (FANS). Possibili effetti collaterali dei FANS sono mal di stomaco, sanguinamento dal tratto digestivo, e ritenzione di liquidi. Questi effetti collaterali solitamente non compaiono se la terapia è a breve termine. Informate il vostro medico in caso di malattie cardiache, renali, o epatiche. La richiesta di antidolorifici, se effettuata con lo scopo di aumentare l'attività fisica, aiuta la digestione e previene la polmonite e la formazione di trombi.

ALTRE ISTRUZIONI:

APPUNTAMENTI DI FOLLOW-UP

CHI:

DATA:

TELEFONO:

Ti tengo informato

Controllo del dolore senza farmaci

La distrazione vi aiuta a focalizzarvi su altre attività invece che sul dolore. Ascoltare musica, giocare, o altre attività interessanti vi possono aiutare a far fronte a dolore di livello moderato e a stati di ansia.

Una immaginazione guidata vi aiuta a dirigere e controllare le vostre emozioni. Chiudete gli occhi e ispirate ed espirate lentamente. Immaginatevi al centro di qualcosa di bello. Percepite la bellezza che vi circonda e le emozioni che tornano sotto il vostro controllo. Dovreste sentirvi più calmi.

La distrazione



Una immaginazione guidata



Ulteriori informazioni

Per maggiori informazioni consultate il sito web dell'American College of Surgeons alla sezione Informazione per i pazienti: facs.org/patienteducation.

Per una completa riesamina della colectomia consultate *Lecture Selezionate in Chirurgia Generale, "Colon, Retto & Ano, Parte II, 2015 Vol. 41 No. 5 a* facs.org/srgs.

GLOSSARIO

Disposizioni anticipate: documenti firmati da una persona competente (in grado di intendere) che danno al personale sanitario direttive sulle scelte terapeutiche.

Anastomosi: la connessione tra due strutture, come due parti di intestino

TAC (tomografia assiale computerizzata): test diagnostico che utilizza raggi X e un computer per creare una immagine tridimensionale dettagliata del vostro addome. La TAC viene comunemente utilizzata per identificare anomalie o patologie all'interno dell'addome.

Elettrocardiogramma (ECG): misura la frequenza e la regolarità dei battiti, così come ogni danno del cuore.

Anestesia generale: trattamento con farmaci che mettono in uno stato di sonno profondo tale da non sentire dolore durante l'intervento.

Ematoma: raccolta di sangue filtrata all'interno di tessuti della cute o organi, causata dalla dissezione chirurgica o dall'incapacità del sangue di coagulare.

Ileo: diminuzione dell'attività motoria del tratto digestivo non dovuta a cause ostruttive.

Anestesia locale: perdita di sensibilità nella sola area del corpo dove un anestetico locale viene iniettato o applicato

Sondino nasogastrico: tubo di plastica soffice che viene inserito nello stomaco attraverso il naso. Viene utilizzato per svuotare lo stomaco dai gas e dai contenuti provenienti dal tratto intestinale.

Stomia: una apertura artificiale dell'intestino o delle vie urinarie sulla parete addominale.

Ultrasuoni: onde sonore che vengono utilizzate per determinare la sede delle strutture profonde nel corpo. Una sonda manuale con un gel chiaro posizionato sulla sommità viene passato sulla superficie dell'addome.

Esame delle urine: esame visivo e chimico delle urine, spesso utilizzato per scoprire infezioni urinarie e patologie renali.

BIBLIOGRAFIA

Le informazioni fornite in questo documento sono selezionate da recenti pubblicazioni scientifiche derivate da ricerche cliniche o orientamenti. La ricerca alla base non rappresenta però tutto quello che può essere disponibile per il vostro intervento chirurgico. Domandate al vostro medico se è consigliabile leggere ulteriori ricerche.

1. American Cancer Society. Colorectal Cancer. 2014. www.cancer.org/cancer/colonandrectumcancer/detailedguide/colorectal-cancer-diagnosed. Consultado el 13 de agosto de 2014.
2. American College of Surgeons. ACS Risk Calculator. <http://riskcalculator.facs.org>. Consultado el 13 de agosto de 2014.
3. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1320.
4. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1330.
5. Mayo Clinic. Diseases and Conditions: Crohn's Disease. 2015. www.mayoclinic.org/diseases-conditions/crohns-disease/basics/symptoms/con-20032061. Consultado el 1° de octubre de 2014.
6. Maartense S, Dunker MS, Slors JR, et al. Laparoscopic-assisted versus open ileocolic resection for Crohn's disease: A randomized trial. *Ann Surg*. 2006;243:143-149.
7. Dardik A, Berger D, Rosenthal R. Surgery in the Geriatric Patient. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:350.
8. Delaney CP, Brady K, Woconish D, et al. Towards optimizing perioperative colorectal care: Outcomes for 1,000 consecutive patients undergoing laparoscopic colon procedures using enhanced recovery pathways. *Am J Surg*. 2012;203:353-355.
9. Fry RD, Mahmoud NN, Maron DJ, et al. Colon and Rectum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier;2012:1377.
10. Gonzalez R, Smith CD, Mason E, et al. Consequences of conversion in laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2006;49(2):197-204.
11. Davis, B and Rivadeneira, D. Complications of colorectal anastomosis. *Surg Clin N Am*. 2013;93:70.
12. Davis, B and Rivadeneira, D. Complications of colorectal anastomosis. *Surg Clin N Am*. 2013;93:72.
13. Kehlet H. Fast-track colorectal surgery. *Lancet*. 2008;371:791-793.
14. University of Chicago Medicine. Frequently asked questions about colectomy (colon Resection). 2015. <http://www.uchospitals.eduspecialties/general-surgery/services/colectomy.html>. Consultado el 1° de octubre de 2014.
15. SAGES. Patient Information for Laparoscopic Colon Resection. 2014. www.sages.org/publications/patient-information/patient-information-for-laparoscopic-colon-resection-from-sages. Consultado el 1° de octubre de 2014.

CLAUSOLA DI NON RESPONSABILITA'

Queste informazioni specifiche sul vostro intervento chirurgico vengono pubblicate a scopo educativo. Non intendono sostituire il dialogo con un chirurgo qualificato che sia esperto della vostra patologia. E' importante ricordare che ogni individuo è differente dagli altri, e le indicazioni e l'esito di ogni intervento chirurgico dipendono dalle condizioni individuali del paziente.

L'American College of Surgeons (ACS) è una organizzazione scientifica ed educativa dedicata alla pratica etica e competente della chirurgia; è stata fondata per elevare gli standard della attività chirurgica e per migliorare la qualità delle cure per il paziente chirurgico. L'ACS ha cercato di offrire informazioni a futuri pazienti chirurgici sulla base della attuale conoscenza scientifica; non c'è garanzia sulla attualità, accuratezza e utilità di questi contenuti.

Revisionato 2014 e 2015 da

Nancy Strand, MPH, RN
Kathleen Heneghan, PhD, RN
Robert Roland Cima, MD, FACS

Traduzione a cura del capitolo italiano dell'ACS.

acs.facsitaly.org

Editore Biagio Ravo, MD, FACS

Traduttore: Giuliano Falasco, MD, FACS

Per qualsiasi domanda, rivolgersi a: Biagioravo@tiscalinet.it

SURGICAL PATIENT EDUCATION PROGRAM

Prepare for the Best Recovery