

Appendicectomia

Rimozione chirurgica dell'appendice



AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:
Highest Standards, Better Outcomes

100+ years

Informazioni per il paziente

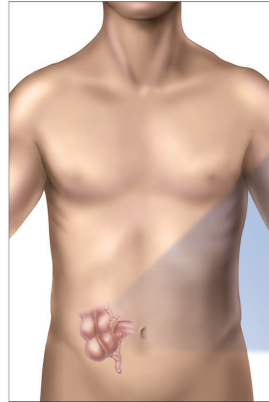
Questa nota informativa le fornisce maggiori dettagli sul suo intervento chirurgico e le consente di avere le competenze e le conoscenze necessarie per una partecipazione attiva alla sua guarigione.

Tenersi informati

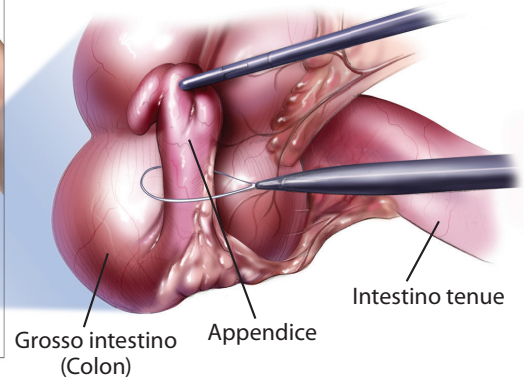
Le informazioni la aiuteranno a comprendere il suo intervento e il suo ruolo nel processo di guarigione

Le informazioni riguardano:

Appendicectomia	1
Patologia, sintomi e test diagnostici	2
Opzioni terapeutiche	3
Rischi e possibili complicanze	4
Preparazione ed aspettative	5
Recupero e dimissione	6
Gestione del dolore	7
Glossario/Bibliografia	8



Asportazione dell'appendice (Appendicectomia)



La procedura chirurgica

L'appendicectomia è l'asportazione chirurgica dell'appendice. L'intervento ha l'obiettivo di rimuovere un'appendice infetta. L'infezione dell'appendice, clinicamente detta appendicite, può causare la sua perforazione e la disseminazione di batteri e feci in addome.

Quali sono i sintomi più comuni?

- Dolore addominale a partenza dall'ombelico
- Inappetenza
- Febbricola
- Nausea e talvolta vomito
- Diarrea o stipsi

Opzioni terapeutiche

Terapia chirurgica

Appendicectomia laparoscopica— l'appendice viene rimossa mediante l'uso di strumenti introdotti in addome attraverso piccole incisioni e manovrati dall'esterno sotto la guida di una telecamera.

Appendicectomia laparotomica— l'appendice è rimossa attraverso un'incisione dell'addome in regione iliaca destra, sotto controllo visivo diretto.

Terapia medica

La chirurgia è il trattamento standard per l'infezione acuta (a comparsa improvvisa)

dell'appendice. La terapia antibiotica può essere adoperata come alternativa in casi selezionati e nei bambini.^{1,2}

Benefici e Rischi

L'appendicectomia rimuove l'appendice infiammata ed allevia il dolore. Dopo la rimozione dell'appendice non potrà mai più esserci un nuovo episodio di appendicite. Le possibili complicanze comprendono: ascesso, peritonite, infezione della cavità addominale o della ferita, occlusione intestinale, ernia incisionale, polmonite, in caso di gravidanza rischio di parto prematuro, morte.

Cosa aspettarsi

Prima dell'intervento—Gli esami preoperatori includono esami del sangue, esame delle urine, una TAC dell'addome o un'ecografia dell'addome. Il chirurgo e l'anestesista valuteranno la sua storia clinica, le eventuali terapie farmacologiche in corso e le diverse opzioni per la gestione del dolore.

Il giorno dell'intervento—Non le sarà consentito mangiare né di bere durante la valutazione preoperatoria per un intervento d'urgenza.

Dopo l'intervento—In assenza di complicanze, sarà dimesso il giorno dopo l'intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico.

Chiami il chirurgo in caso di dolore intenso, crampi allo stomaco, febbre alta, cattivo odore o aumento delle secrezioni dalla ferita chirurgica, o assenza di evacuazioni per 3 giorni.

SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM

Prepare for the Best Recovery

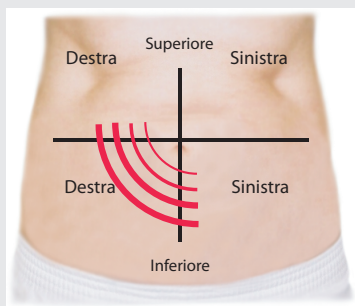
La prima pagina è un riepilogo. Per informazioni dettagliate leggete tutto il documento

Tenersi informati

Dolore da appendicite

Il dolore può essere differente da individuo ad individuo perché l'appendice ha rapporti anatomici con organi diversi. Questo può generare confusione e rendere difficile la diagnosi di appendicite.

Nella maggior parte dei casi il dolore inizia a livello dell'ombelico e si irradia successivamente in regione iliaca destra. Il dolore spesso aumenta mentre si cammina o si parla. Durante la gravidanza, l'appendice si sposta nella parte alta dell'addome, pertanto il dolore sembra provenire dalle regioni superiori. Negli anziani, i sintomi sono spesso meno evidenti.⁴



Altre patologie mediche hanno sintomi simili all'appendicite.

Tra queste le malattie infiammatorie intestinali, la malattia infiammatoria pelvica, le gastroenteriti, le infezioni del tratto urinario, le polmoniti del lobo inferiore destro, il diverticolo di Meckel, l'intussuscezione e la stipsi.

La patologia

L'appendice

L'appendice è una piccola sacca che origina dal grosso intestino (colon) laddove si congiungono l'intestino tenue ed il colon. Se l'appendice si ostruisce e si distende, i batteri possono proliferare al suo interno. La causa dell'ostruzione può essere una alterazione patologica, un tappo di muco o di feci dure, o un tumore.

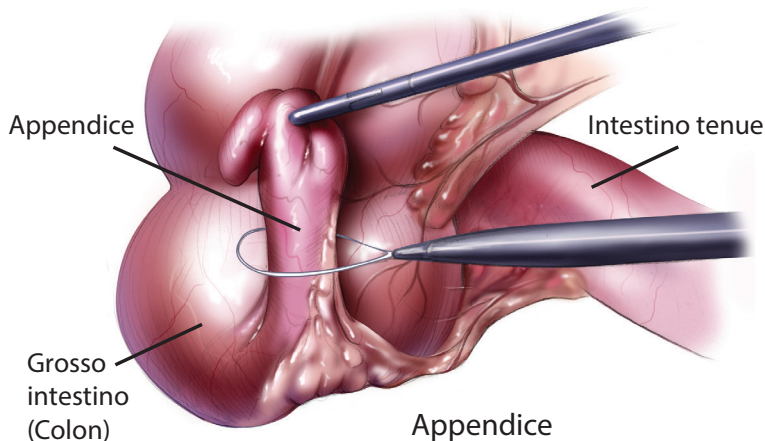
Appendicite

L'appendicite è un'infezione dell'appendice. L'infezione e la distensione possono ridurre l'afflusso di sangue alle pareti dell'organo. Ciò conduce alla morte dei tessuti, ed in tal caso l'appendice può perforarsi o scoppiare, determinando il rilascio di feci e batteri in addome (appendicite perforata). La perforazione dell'appendice può condurre ad una peritonite, che è un'infezione di tutto l'addome. L'appendicite più frequentemente coinvolge persone tra i 10 e i 30 anni. E' una causa comune di intervento chirurgico in età infantile, ed è la causa più comune di intervento d'urgenza in gravidanza.³

L'asportazione chirurgica dell'appendice viene chiamata appendicectomia.

Sintomi

- Dolore addominale che generalmente inizia in regione ombelicale e si irradia al quadrante inferiore destro dell'addome.
- Inappetenza
- Febbricola, generalmente al di sotto dei 38°C
- Nausea e talvolta vomito
- Diarrea e stipsi



Test diagnostici di routine

Anamnesi ed esame obiettivo

Saranno incentrati sul dolore addominale. Non esiste un singolo esame che diagnostichi con certezza l'appendicite.³

Glossario degli esami

Ecografia o TC dell'addome—Rileva un'appendice aumentata di dimensioni, ed i segni dell'infiammazione circostante

Emocromo—Ricerca principalmente una alterazione del numero e delle caratteristiche dei globuli bianchi, segno di infiammazione.

Esplorazione rettale—Si esegue per ricercare la presenza di dolore e tensione palpando direttamente la sede dell'appendice attraverso il retto.

Esplorazione vaginale—Può essere eseguita per rilevare dolore di origine ginecologica, come la malattia infiammatoria pelvica

Esame delle urine—Rileva infezioni urinarie che possono causare dolori addominali

Elettrocardiogramma (ECG)—Talvolta eseguito in età avanzata per escludere che la causa del dolore provenga dal cuore

Trattamento chirurgico

L'appendicite acuta è un problema urgente che richiede di consultare un chirurgo.

Appendicectomia laparoscopica

Questa tecnica viene usata comunemente per l'appendicite non complicata. Il chirurgo pratica da 1 a 3 piccole incisioni sull'addome. Attraverso le incisioni vengono inserite delle cannule (trocar), da una di queste viene insufflata anidride carbonica in addome. Ciò permette al chirurgo di vedere l'appendice più facilmente. Attraverso uno dei trocar è inserito un laparoscopio: assomiglia ad un telescopio, con all'estremità una luce ed una telecamera che consentono al chirurgo di vedere dentro l'addome. Gli strumenti chirurgici vengono inseriti attraverso altri trocar ed usati per separare l'appendice dalle strutture circostanti e rimuoverla. La zona viene poi lavata con liquidi sterili al fine di ridurre il rischio di ulteriore infezione. L'anidride carbonica viene lasciata uscire dalle aperture della parete addominale, che vengono successivamente chiuse con suture o clips o coperte con colla o Steri-strips. Il chirurgo può iniziare l'intervento con tecnica laparoscopica e dover praticare successivamente una incisione laparotomica, per la sicurezza del paziente.⁴

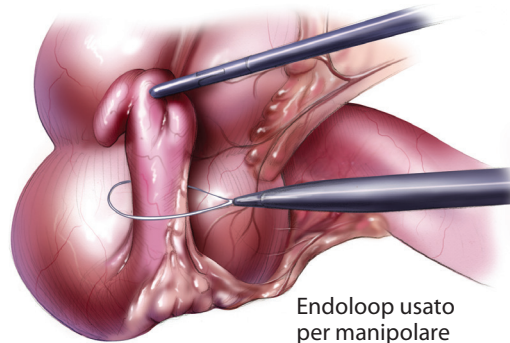
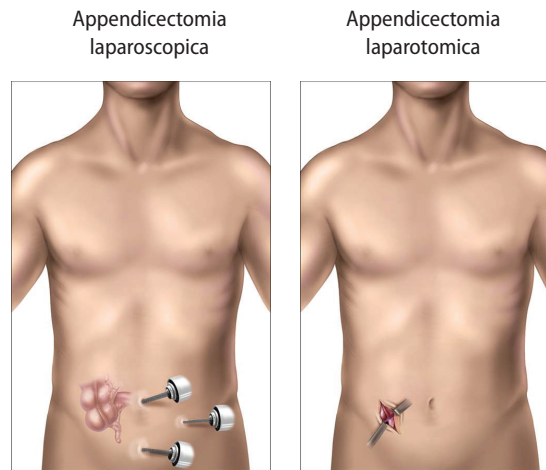
Appendicectomia laparotomica

Il chirurgo pratica un'incisione dai 5 ai 10 cm nel quadrante inferiore destro dell'addome. L'appendice viene separata dall'intestino e asportata. La zona viene poi lavata con liquidi sterili per ridurre il rischio di ulteriore infezione. Un piccolo tubo drenaggio può essere posizionato tra l'interno e l'esterno dell'addome. Il drenaggio è rimosso generalmente durante la degenza. La ferita viene chiusa con suture riassorbibili e coperta con colla o cerottini adesivi.

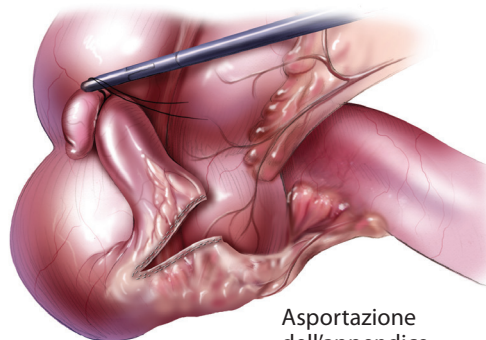
Trattamento medico

Se lei presenta solo alcuni segni di appendicite, il chirurgo può trattarla con terapia antibiotica in attesa di miglioramento. In caso di appendicite non complicata, gli antibiotici possono essere efficaci, ma è alto il rischio di recidiva della patologia.^{1-2,5}

Appendicectomia laparoscopica o laparotomica



Endoloop usato per manipolare e posizionare l'appendice



Asportazione dell'appendice

Tenersi informati

Laparoscopia vs laparotomia

Per entrambi, adulti e bambini, l'appendicectomia laparoscopica ha il vantaggio di minor tasso di infezione, minori tempi di degenza, e minor dolore.⁵

Perforazione dell'appendice

Sfortunatamente, molte persone non sanno di avere un'appendicite fino a che essa non si perfora. Se ciò accade, può causare molti problemi seri. Il tasso di incidenza di perforazione dell'appendice è di 270 pazienti ogni 1.000. Ciò è più comune nei soggetti molto giovani o più anziani ed anche durante la gravidanza perché i sintomi (nausea, vomito, dolore nel quadrante inferiore destro) possono essere simili ai sintomi della gravidanza.^{1,6}

Terapia antibiotica

In uno studio di confronto su 530 pazienti con diagnosi di appendicite, 273 hanno rimosso l'appendice, e 257 sono stati trattati solo con terapia antibiotica. Tra questi ultimi, 70 pazienti (27%) hanno avuto un secondo episodio di appendicite prima di un anno, per cui è stato necessario eseguire l'intervento di appendicectomia.⁷

Rischi della procedura

Il chirurgo farà tutto il possibile per ridurre i rischi, ma un'appendicectomia, come ogni intervento, ha dei rischi.

Rischi della procedura come riportano gli studi clinici eseguiti negli ultimi 10 anni	Incidenza	Tenersi informati
Occlusione intestinale: Alvo chiuso a feci e gas	3%	L'infezione e la stessa procedura chirurgica possono interferire con la mobilità intestinale fermando la progressione delle feci. Le verrà chiesto se avverte passaggio di aria, e sarà ricercata la presenza di rumori intestinali. Se si è verificata una occlusione temporanea, potrà essere introdotto attraverso il naso un sondino che raggiunge lo stomaco per rimuovere i liquidi, che verrà mantenuto per 1-2 giorni.
Rischi in gravidanza	Parto prematuro: 8 a 10% Aborto: 2%	Il rischio di aborto aumenta al 10% in caso di perforazione dell'appendice e in caso di peritonite (infezione della cavità addominale). ⁶
Rischi in età pediatrica	Meno dell'1% di tutte le complicanze	I bambini con appendice perforata hanno aumentato rischio di infezione della ferita chirurgica e di infezioni addominali. Non sono stati segnalati decessi in caso di appendicectomia non complicata.
Rischi di questa procedura basati sul calcolatore di Rischio dell'ACS in Maggio 2017*	Percentage	Tenersi informati
Infezione di ferita: Infezione del sito chirurgico	Laparoscopica: 1.4% Laparotomica: 4.0%	Sono somministrati antibiotici prima dell'intervento. Il fumo aumenta il rischio di infezione.
Riammissione in sala operatoria	Laparoscopica: meno dell'1%; Laparotomica: 1.6%	Un dolore e un sanguinamento significativi possono rendere necessario un nuovo intervento chirurgico in sala operatoria.
Polmonite: Infezione dei polmoni	Meno dell' 1%	La sospensione del fumo, camminare, e respirare profondamente dopo l'intervento sono misure che possono aiutare a prevenire le polmoniti.
Infezioni delle vie urinarie: Infezione della vescica o dei reni	Meno dell'1%	Talvolta viene posizionato un catetere urinario (piccolo tubo sottile) che drena le urine dalla vescica. Segno di infezione delle vie urinarie può essere il dolore durante la minzione, la febbre e urine torbide.
Trombosi: Un trombo a partenza dalle vene delle gambe può spostarsi fino a raggiungere il polmone	Meno dell'1%	Gli interventi di lunga durata e l'allettamento aumentano il rischio. Alzarsi, camminare 5-6 volte al giorno, e indossare calze contenitive riduce il rischio.
Complicanze cardiologiche: Include un attacco di cuore o un improvviso arresto cardiaco	Meno dell'1%	Problemi cardiologici e pneumologici possono talvolta aggravarsi a causa dell'anestesia generale. L'anestesista studierà la tua storia clinica e suggerirà la migliore opzione.
Morte	Meno dell'1%	Il decesso è estremamente raro nelle persone in salute.
Altre complicanze, includono: Infezioni chirurgiche, difficoltà respiratorie, trombosi, complicanze renali, complicanze cardiovascolari, e una riammissione in sala operatoria.	Laparoscopica 3.7% Laparotomica: 7.9%	Le complicanze sono più frequenti nei fumatori, nei pazienti obesi, e in coloro che hanno altre comorbidità come il diabete, scompenso cardiaco, alterazioni della funzione renale e problemi polmonari. La guarigione della ferita può essere rallentata nei fumatori.
Durata prevista della degenza		Laparoscopica ½ giornata; laparotomica 1.5 giorni.

*L' ACS Surgical Risk Calculator, stima il rischio di una prognosi sfavorevole. I risultati provengono dall'analisi di un gran numero di pazienti che sono stati sottoposti ad una procedura simile. Se lei è sano e senza problemi di salute, i suoi rischi potrebbero essere inferiori alla media. In caso di fumo, obesità o altre condizioni patologiche, il rischio può aumentare. Questa informativa non sostituisce il parere di un medico o di un sanitario. Per calcolare il suo rischio, consulti l' ACS Risk Calculator al sito

riskcalculator.facs.org.

Prepararsi all'intervento

Terapia domiciliare

L'appendicectomia è generalmente una procedura d'urgenza. Può essere d'aiuto informare il chirurgo sulle malattie da cui è affetto e sulle eventuali terapie in corso.

Si assicuri di informare il chirurgo se assume farmaci che fluidificano il sangue (anticoagulanti e/o antiaggreganti) (Plavix, Coumadin, Sintrom, Aspirina, Duoplavin, Pradaxa, Xarelto, Arixtra)

L'anestesia

Prima dell'intervento incontrerà l'anestesista. Lo informi in caso di allergie, malattie neurologiche (epilessia o ictus), problemi cardiologici, malattie dello stomaco, problemi respiratori (asma, enfisema), malattie endocrinologiche (diabete, malattie della tiroide), perdita di denti, o in caso di fumo, assunzione di alcolici, uso di droghe, o assunzione di erbe e vitamine.

Tempi di degenza

La degenza è di 1 o 2 giorni. Il ricovero può avere maggiore durata in caso di perforazione dell'appendice, in caso di vomito persistente, o in caso di ritenzione urinaria.

Non mangiare o bere

Le sarà chiesto di non mangiare né bere per un certo periodo di tempo prima dell'anestesia, in relazione alle sue condizioni. Prima di assumere acqua o cibi chieda istruzioni dettagliate al medico o all'infermiere che si occupa di lei. Avere lo stomaco vuoto riduce i rischi di complicanze legati all'anestesia.

Cosa portare

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indossarle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa

Cosa aspettarsi

Controlli di sicurezza

Le sarà messo un bracciale identificativo con il suo nome e l'identificativo di ricovero. Questi dati saranno controllati da ogni membro del personale prima di qualsiasi procedura e/o somministrazione di farmaci. Il chirurgo provvederà a marcare il sito chirurgico.

Terapia infusione ed anestesia

Sarà reperito un accesso venoso per iniziare la somministrazione di terapia infusione ed altri farmaci. In caso di anestesia generale, dormirà e non sentirà alcun dolore durante l'intervento. Un tubo endotracheale la aiuterà a respirare durante l'intervento.

Al termine dell'intervento

Sarà trasferito in sala risveglio per un attento monitoraggio della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria, della pressione sanguigna, della saturazione dell'ossigeno e la diuresi. Una volta in reparto, si assicuri che tutti i visitatori si lavino le mani.

Prevenzione di polmoniti e formazione di coaguli ematici

Il movimento e la respirazione profonda dopo l'intervento la aiutano a prevenire complicanze post-operatorie quali formazione di trombi, edema polmonare e polmoniti. Esegua da 5 a 10 respiri profondi trattenendo ogni respiro per 3 - 5 secondi, ogni ora.

Quando si è sottoposti ad un intervento, si è a rischio di sviluppare trombi a causa del mancato movimento durante l'anestesia. Più lungo e più complicato è l'intervento, più alto è il rischio. Il rischio si riduce alzandosi e camminando da 5 a 6 volte al giorno, indossando speciali calze di supporto o da compressione sulle gambe e per i pazienti ad alto rischio, assumendo se consigliato dal medico un farmaco che fluidifica il sangue.

Domande comuni

Relative all'intervento:

- Quali sono gli effetti collaterali e i rischi dell'anestesia?
- Che tecnica sarà usata per asportare l'appendice? Laparoscopica o laparotomica?
- Quali sono i rischi di questa procedura per me?
- Chi sarà ad eseguire l'intervento?
- Che grado di dolore dovrei aspettarmi e come sarà gestito?
- Quanto tempo ci vorrà per riprendere le normali attività di lavoro (lavorare, guidare, sollevare pesi)?

Tempi di recupero e convalescenza

Tenersi informati

Alimenti ad alto contenuto di fibre

Alimenti ricchi di fibre includono fagioli, cereali di crusca e pane integrale, piselli, frutta secca (fichi, albicocche e datteri), lamponi, more, fragole, mais dolce, broccoli, patate al forno con la pelle, prugne, pere, mele, verdi e noci.



Tempi di recupero e convalescenza

Riflettendo attentamente

L'anestesia può farla sentire diverso per 1 o 2 giorni. Non guidi, non beva alcolici nè prenda decisioni importanti per almeno 2 giorni

Nutrizione

- Al risveglio, si potranno bere pochi sorsi d'acqua. Se non ci sono complicanze, dopo alcune ore si può iniziare a mangiare cibi solidi
- Continui a bere molti liquidi, da 8 a 10 bicchieri al giorno.
- Una dieta ricca di fibre è l'ideale in modo da non aumentare doversi sforzare per evacuare l'intestino.

Movimento

- Gradualmente aumenti il movimento. Si accerti di alzarsi e camminare ogni ora in modo da prevenire la formazione di coaguli ematici.
- Non sollevi pesi e non svolga un'attività faticosa per 3-5 giorni in caso di intervento laparoscopico e da 10 a 14 giorni in caso di intervento laparotomico.
- La dimissione è prevista in prima giornata post-operatoria. In caso di perforazione dell'appendice o per altri problemi di salute o complicazioni, potrebbe rimanere più a lungo in ospedale.
- E' normale sentirsi stanchi. Potrebbe sentire il bisogno di dormire più del solito.

Lavoro e ritorno a scuola

- Può tornare al lavoro quando si sentirà abbastanza bene. Discuta i tempi con il chirurgo.
- I bambini possono tornare a scuola dopo 1 settimana o meno dall'intervento di appendicectomia in assenza di peritonite, e fino a 2 settimane dopo in caso di appendice perforata.
- Molti bambini non ritornano a praticare lezione di ginnastica, sport e giochi di arrampicata per 2 o 4 settimane dopo l'operazione.

Medicazione della ferita

- Lavarsi sempre le mani prima e dopo aver toccato la cute in corrispondenza della ferita.
- Non immergere la ferita in acqua e non fare il bagno in vasca fino a quando i punti di sutura o Steri-Strips® non vengono rimossi. Può fare una doccia dal secondo giorno postoperatorio a meno che non le venga detto di non farlo.
- Segua le istruzioni del chirurgo su quando cambiare i cerotti.



Lavaggio delle mani

Steri-Strips®

- La fuoriuscita di una piccola quantità di liquidi dall'incisione è normale. Se il liquido drenato è denso e giallo o il sito è rosso, potrebbe avere un'infezione, quindi chiami il chirurgo.
- Se ha un drenaggio in prossimità di una incisione, verrà rimosso quando non uscirà più nulla.
- I cerottini Steri-Strip® si staccheranno da soli dopo 7 - 10 giorni o saranno rimossi durante la prima visita in ambulatorio.
- Se ha una copertura simile a colla sull'incisione, lasci che la colla si sfaldi da sola.
- Eviti di indossare indumenti stretti o ruvidi. Possono strofinare sulle ferite e rendere più difficile la loro guarigione.
- Protegga la cicatrice recente, specialmente dal sole. Il sole può bruciare e causare cicatrici più scure.
- La sua cicatrice guarirà in circa 4-6 settimane e diventerà più morbida e continuerà a svanire nel corso dell'anno successivo.
- La sensibilità in prossimità del sito chirurgico tornerà in poche settimane o mesi.

Funzione intestinale

- Dopo un intervento chirurgico intestinale, potrebbe avere feci liquide per diversi giorni. Se la diarrea acquosa dura più di 3 giorni, contattare il chirurgo.
- I farmaci antidolorifici (narcotici) possono causare stitichezza. Aumenti l'assunzione di cibi ricchi di fibre in caso di stitichezza. Il chirurgo potrebbe anche prescrivere un farmaco per ammorbidire le feci.

Dolore

L'intensità del dolore cambia da persona a persona. Per alcuni pazienti sono sufficienti 1-3 dosi di antidolorifico, per altri dosi maggiori.

Terapia Domiciliare

I farmaci di cui potrete avere bisogno sono antidolorifici.

Quando contattare il chirurgo

In caso di:

- Dolore persistente
- Peggioramento della sintomatologia dolorosa
- Febbre con temperatura superiore a 38.3°C
- Vomito persistente
- Gonfiore, rossore, sanguinamento o presenza di liquido maleodorante dal sito chirurgico
- Forte dolore addominale
- Assenza di peristalsi e alvo chiuso a gas da più di 3 giorni
- Diarrea acquosa di durata superiore a 3 giorni

Gestione del dolore

Ognuno reagisce al dolore in un modo diverso. Per misurare il grado di dolore viene usata una scala di valutazione da 0 a 10. Lo "0" indica l'assenza totale del dolore. "10" significa che è il dolore peggiore che lei abbia mai provato.

Farmaci comuni per controllare il dolore

Narcotici o **oppioidi** sono usati per il dolore intenso. Possibili effetti collaterali dei narcotici sono sonnolenza; abbassamento della pressione sanguigna, frequenza cardiaca e frequenza respiratoria; eruzione cutanea e prurito; stipsi; nausea; e difficoltà a urinare. Alcuni esempi di narcotici sono la morfina, l'oxicodone (Oxycontin®, Targin®, Depalgos®) e idromorfone (Jurnista®). Sono disponibili molti farmaci per controllare molti degli effetti collaterali dei narcotici.

Analgesici non narcotici

La maggior parte degli analgesici non oppioidi sono farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Questi sono usati per trattare un dolore non particolarmente eccessivo e stati infiammatori, o per il trattamento del dolore severo quando in combinazione con un narcotico. Alcuni effetti collaterali dei FANS sono nausea, sanguinamento del tratto digestivo e ritenzione idrica. Questi effetti collaterali di solito non si verificano se i FANS vengono usati per un periodo limitato. Esempi di FANS includono: ibuprofene (Moment®, Nurofen®, Brufen®, Motrin®, naproxene (Aleve®, Naprosyn®) e ketorolac trometamina (Toradol®).

Controllo del dolore senza medicina

Distrarsi aiuta ad allontanare l'attenzione dal dolore. Spostare l'attenzione su altre attività, musica, giochi ed altro e' particolarmente utile nei bambini con dolore lieve.

Fermare la pancia ponendo un cuscino sull'addome con una pressione decisa prima di tossire o muoversi può aiutare a ridurre il dolore.

L'immaginazione ti aiuta a dirigere e controllare le tue emozioni. Chiudi gli occhi e inspira ed espira dolcemente. Immaginatevi al centro di qualcosa di bello. Senti la bellezza che ti circonda e le tue emozioni tornano sotto il tuo controllo. Dovresti sentirti più calmo.

ALTRE ISTRUZIONI:

APPUNTAMENTI DI FOLLOW-UP

CHI:

DATA:

TELEFONO:

Per tenervi informati

Un intenso dolore mette il vostro fisico in uno stato di stress in un momento in cui il vostro organismo ha necessità di focalizzarsi sui meccanismi di guarigione. Non attendete che il dolore raggiunga il livello di 10 o divenga insopportabile prima di informare il vostro medico o infermiere. E' molto più facile controllare il dolore se questo non raggiunge la massima intensità.

Dolore correlato alla laparoscopia

In seguito ad intervento laparoscopico può capitare di avvertire un dolore localizzato alla spalla. Questo è dovuto al gas inserito nella cavità addominale durante l'intervento. Muoversi e camminare aiuta a diminuire il gas e il dolore alla spalla destra.



Il distrarsi



Comprimere dolcemente l'addome superiore



Viaggiare con la mente

Ulteriori informazioni

Per maggiori informazioni consultate il sito dell'ACS dedicato all'informazione per i pazienti a: surgicalpatienteducation.org. Per una completa revisione dell'appendicectomia consultate il testo *Selected Readings in General Surgery, "Pediatric Surgery" 2014 Vol. 40 No. 4* and *"Colon, Rectum & Anus, Part I" 2015 Vol. 41 No. 4 at facs.org/srgs*.

GLOSSARIO

Ecografia Addominale: Onde acustiche utilizzate per determinare la posizione delle strutture profonde del corpo. Una sonda su cui è posto gel trasparente viene posizionata e spostata manualmente sull'addome.

Ascesso: Raccolta di pus localizzata.

Disposizioni anticipate di trattamento: Documenti firmati da una persona in grado di intendere e volere, che indirizza gli operatori sanitari sulle scelte terapeutiche. Consentono la possibilità di esprimere i propri desideri riguardo alle decisioni sanitarie da prendere in caso di futura incapacità di decidere.

Aderenze: Un tessuto fibroso o tessuto cicatriziale che fa aderire l'uno all'altro gli organi interni.

Emocromo completo: Esame del sangue che misura i globuli rossi (globuli rossi) e i globuli bianchi (globuli bianchi). I globuli bianchi aumentano con l'infiammazione. L'intervallo normale per i globuli bianchi è compreso tra 8.000 e 12.000.

TAC: Uno specializzato esame radiologico che mostra un'immagine dettagliata in 3-D del tuo addome. Una scansione TC richiede normalmente da ½ a 2 ore.

Elettrocardiogramma (ECG): Misura la frequenza e la regolarità dei battiti cardiaci, dà indicazioni relative alla dimensione delle camere cardiache e ad altri possibili danni al cuore.

Sondino nasogastrico: Un tubo di plastica morbido inserito nel naso che raggiunge lo stomaco attraverso l'esofago.

Esame delle urine: Un esame chimico-fisico delle urine, utilizzato per lo screening delle infezioni del tratto urinario e delle malattie renali.

Steri-strips®: Striscette sterili di cerotto che vengono utilizzate per sostituire i punti di sutura cutanea in caso di piccola ferite.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ:

Queste note informative sono state redatte e pubblicate per informarla sulle sue specifiche procedure chirurgiche. Non sostituiscono il parere del chirurgo qualificato, che abbia conoscenza dettagliata della sua situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e gli esiti di ogni intervento dipendono dalla condizione del paziente.

L'American College of Surgeons (ACS) è un'organizzazione scientifica ed educativa dedicata ai principi etici e professionali dell'attività chirurgica; è stata fondata per elevare gli standard della pratica chirurgica e migliorare la qualità di cura per il paziente chirurgico. L'ACS ha cercato di presentare le informazioni per i futuri pazienti chirurgici sulla base delle attuali informazioni scientifiche; non vi è garanzia sulla tempestività, accuratezza o utilità di questo contenuto.

RIFERIMENTI

The information provided is chosen from clinical research. The research below does not represent all of the information available about your operation.

1. Wilms IM, de Hoog DE, de Visser DC, et al. Appendectomy versus antibiotic treatment for acute appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;11:CD008359.
2. Kao LS, Boone D, Mason RJ; Evidence-based reviews in surgery. Antibiotics vs appendectomy for uncomplicated acute appendicitis. *J Am Coll Surg.* 2013;216(3):501-505.
3. Cheng HT, Wang YC, Lo HC, et al. Laparoscopic appendectomy versus open appendectomy in pregnancy: a population-based analysis of maternal outcomes. *Surgical Endoscopy.* Aug 30, 2014; epub ahead of print.
4. Stewart D. The management of acute appendicitis. In JL Cameron & AM Cameron (Eds), *Current Surgical Therapy* (11th Ed). 2014:252-254. Philadelphia: Elsevier Saunders.
5. Di Saverio S, Sibilio A, et al. The NOTA Study (Non operative treatment for acute appendicitis): prospective study on the efficacy and safety of antibiotics (amoxicillin and clavulanic acid) for treating patients with right lower quadrant abdominal pain and long-term follow-up of conservatively treated suspected appendicitis. *Ann Surg.* 2014;260:109-117.
6. Peled Y, Hirsch L, Khalpari O, et al. Appendectomy during pregnancy—is pregnancy outcome dependent on operator technique? *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2014;27:365-367.
7. Salminen P, Paajanen H, Rautio T, et al. Antibiotic Therapy vs Appendectomy for Treatment of Uncomplicated Acute Appendicitis: The APPAC Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2015 Jun 16;313(23):2340-2348. doi:10.1001/jama.2015.6154.
8. Li X, Zhang J, et al. Laparoscopic versus conventional appendectomy—a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol.* 2010;10:129. Available online www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2988072.

Reviewed 2008, 2014, 2015, and 2017 by:

Thomas Whalen, MD, MMM, FACS
Marshall Schwartz, MD, FACS
Kathleen Heneghan, RN, MSN, CPN
Marco Caricato, MD, FACS

Traduzione a cura del capitolo italiano dell'ACS.
acs.facsitaly.org

Editore Biagio Ravo, MD, FACS
Traduttore: Rossella DAlessio, MD
Marco Caricato, MD, FACS
Per qualsiasi domanda, rivolgersi a:
Biagioravo@tiscalinet.it

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**
Prepare for the Best Recovery