

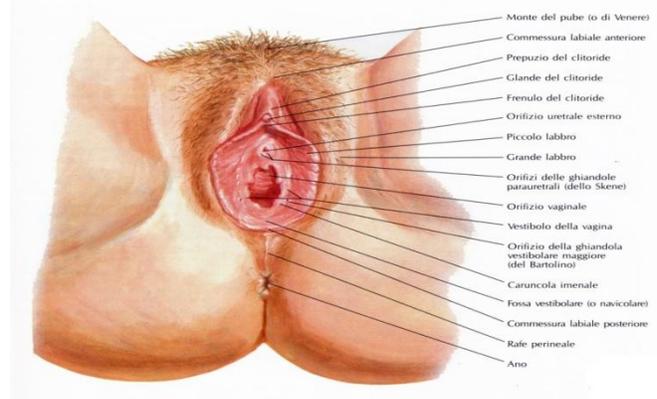
SEZIONE INFORMATIVA

Che cos'è e a cosa serve e perché si fa?

Gentile paziente, Le è stato spiegato che è affetta da una

NEOPLASIA DELLA VULVA

.....



Una neoplasia o tumore è una massa anormale di tessuto che, se costituita da cellule maligne, cresce in eccesso ed in modo sordinato rispetto ai tessuti normali. Queste cellule possono diffondersi anche a distanza dall'organo di origine. La formulazione di una diagnosi di certezza necessita talvolta di un esame microscopico eseguito sui tessuti patologici durante l'intervento chirurgico.

Nel suo caso tale patologia

NON È COMPLICATA

È COMPLICATA da:

OCCLUSIONE INTESTINALE

PERFORAZIONE INTESTINALE

EMORRAGIA

Come si esegue?

L'intervento (eseguito in **anestesia periferica** ; **generale** ; **combinata** ;) verrà eseguito per via:

L'intervento previsto, in funzione della valutazione intraoperatoria, consisterà in una

VULVECTOMIA (escissione della vulva):

EMIVULVECTIMIA DESTRA **SINISTRA** **VULVECTOMIA RADICALE**

e/o

LINFOADENECTOMIA INGUINO-FEMORALE (asportazione dei linfonodi superficiali e/o profondi)

DESTRA **SINISTRA** **BILATERALE**

Inoltre in caso di patologia tumorale estesa, potrebbe essere indicata l'esecuzione di una laparoscopia, laparotomia, isterectomia, salpingectomia mono/bilaterale, ovariectomia mono/bilaterale, **appendicectomia**, **omentectomia**, **linfoadenectomia**, **biopsia/asportazione di tessuti peritoneali** ed **asportazione di eventuali altri organi/visceri addominali** coinvolti dalla neoplasia con l'intento di raggiungere il livello maggiore possibile di citoriduzione (eliminazione tessuto tumorale visibile).

In caso di contemporanea resezione del colon il chirurgo può ricostruire immediatamente la continuità intestinale e talvolta decidere di allestire una **stomia temporanea** per permettere alla zona ricostruita di guarire con minore rischio di infezione; talora dopo la resezione il chirurgo potrebbe non ritenere opportuno ricostruire la continuità intestinale ed optare per una **stomia temporanea o definitiva**.



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina (DIM)

Il tipo di intervento sarà quindi modulato in relazione alla diffusione della malattia osservata in sede intra-operatoria considerando però anche la possibilità che non tutte le procedure chirurgiche proposte vengano effettuate.

In anestesia generale e prima della incisione chirurgica è possibile dover posizionare, attraverso una cistoscopia, dei cateteri all'interno degli ureteri (stents o cateteri ureterali). La loro rimozione potrà avvenire entro pochi giorni dall'intervento od a distanza di alcune settimane.

In caso di estensione inaspettata della neoplasia la procedura potrebbe essere modificata od interrotta in previsione di un percorso oncologico.

La conferma diagnostica definitiva si avvarrà dell'esame istologico eseguito sui tessuti eventualmente asportati durante l'intervento.

La metodica laparoscopica può rivelarsi non adeguata o inefficace e il chirurgo può necessitare di sospendere la procedura laparoscopica e passare alla chirurgia tradizionale "aperta".

Potrebbe rendersi necessario modificare l'intervento chirurgico, in rapporto alla valutazione intraoperatoria, associando eventualmente resezioni di altri organi (come per esempio milza, vescica, piccolo intestino) in caso di loro interessamento da parte della neoplasia.

Presentandosi la necessità di salvarla da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla Sua 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 e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico in sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

E' possibile che la procedura chirurgica richieda trasfusioni.

Quali possono essere i rischi e le complicanze?

La procedura chirurgica non è esente da rischi. Tali rischi comprendono (anche se non limitati ai seguenti):

Complicanze di ordine generale

1. L'intervento può complicarsi con una **infezione** che richiede una terapia antibiotica ed anche ulteriori trattamenti.
 2. Si può verificare un **sanguinamento** il cui controllo può necessitare di ritorno in sala operatoria oltreché di emotrasfusioni. Il rischio di sanguinamento è più elevato se sono stati assunti farmaci che interferiscono con la coagulazione (es. *Coumadin, Warfarin, Cardioaspirina, Aspirinetta, Cardirene, Plavix, Tiklid* ed altri ancora).
 3. Piccole aree del polmone possono collapsarsi (**atelettasia**) esponendo al rischio di infezione polmonare (**polmonite**). Ciò richiede trattamento antibiotico e fisioterapia.
 4. **Eventi acuti cardiaci e/o cerebrali** possono verificarsi per sollecitazione importante del cuore (es. infarto del cuore, scompenso cardiaco, fibrillazione, ictus cerebrale).
 5. Il sangue può formare coaguli nelle vene degli arti inferiori causando dolore e gonfiore (**trombosi venosa profonda**). In casi rari il coagulo si può staccare dalla vena e raggiungere il polmone dove può causare **embolia polmonare**.
 6. Nelle persone **obese** è aumentato il rischio di infezione delle ferite chirurgiche, di infezioni polmonari, di complicanze cardiache e respiratorie, e di trombosi venosa.
- Eccezionalmente è possibile il **decesso** come esito della procedura.

Complicanze specifiche dell'intervento

1. In corso di procedura possono essere danneggiati grossi vasi dell'addome con **emorragia** importante.
2. Anche l'intestino può essere danneggiato esponendo al rischio di **peritonite**.
3. Raramente il gas insufflato nell'addome può essere causa di **problemi al cuore** o dai **polmoni** (si può accumulare all'interno dei grossi vasi del gas che può ostacolare la circolazione del sangue nel cuore e nel polmone).
4. Si può verificare la diffusione del gas nel tessuto sottocutaneo o nel torace (**enfisema sottocutaneo o mediastinico**)
5. Si può avere un **sanguinamento postoperatorio** importante in cavità addominale. Ciò può richiedere trasfusioni e nuovo intervento chirurgico
6. **Infezioni** a livello del sito chirurgico, della pelvi e delle vie urinarie con necessità di trattamento antibiotico e di eventuali procedure invasive (drenaggio percutaneo) o chirurgiche
7. **Lesioni accidentali** di altri organi come gli **ureteri** (tubicini che collegano i reni alla vescica), la **vescica**, **l'intestino** (tenue e colon-retto). In tal caso si rendono necessarie ulteriori procedure chirurgiche per riparare le lesioni. Per lesioni della vescica può essere necessario mantenere a lungo il catetere vescicale, mentre per lesioni ureterali uno stent(tubicino) può essere mantenuto/inserito negli ureteri attraverso la cistoscopia/cistotomia con rimozione dopo alcune settimane. Le lesioni intestinali possono richiedere resezione dell'intestino con/senza una stomia addominale. In caso di lesioni renali il rene danneggiato può essere rimosso chirurgicamente
8. Una comunicazione patologica (**fistola**) può prodursi tra vescica e vagina o tra vescica e peritoneo o tra vescica ed intestino. La riparazione della fistola può richiedere ulteriori interventi chirurgici, anche complessi



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



Dipartimento Interdisciplinare di Medicina (DIM)

9. Dopo l'intervento l'intestino va incontro ad una paralisi temporanea. Come effetto di questa condizione può aversi **distensione dell'addome e vomito**. Il vomito può necessitare di essere controllato mediante mantenimento o posizionamento di un sondino che dal naso viene collocato nello stomaco (sondino naso-gastrico). Si tratta in genere di un fenomeno temporaneo. In caso di non risoluzione con terapia medica si può rendere necessario un intervento chirurgico anche con allestimento di uno stoma addominale
10. E' possibile che l'intervento porti alla formazione di **aderenze peritoneali** e che queste possano causare episodi di occlusione intestinale
11. Le ferite cutanee possono riparare in maniera anomala, e la cicatrice può ispessirsi ed arrossarsi (**cheloide**)
12. Se entrambe le ovaie sono rimosse in età fertile, si manifesta la comparsa dei segni e sintomi della **menopausa** con il rischio di **osteoporosi** per cui potrà rendersi necessaria terapia ormonale sostitutiva
13. L'asportazione dell'utero in età fertile impedirà di avere il **ciclo mestruale** ed un'eventuale **gravidanza** ed a lungo termine potrebbe portare ad un prolasso del fondo vaginale.
14. Variazioni nella **funzione intestinale** e nello svuotamento della **vescica**, specialmente dopo isterectomia
15. La linfadenectomia dei linfonodi della pelvi e dell'addome potrebbe comportare che la linfa proveniente dai vasi linfatici degli arti inferiori si raccolga nel tessuto cellulare lasso e nel sottocute, determinando la comparsa di gonfiore (**linfedema**) oppure in altri casi, la linfa può formare delle cisti del tutto benigne, definite "**linfoceli**", che possono riassorbirsi spontaneamente od essere aspirate se sintomatiche
16. Sensazione di **depressione e/o ansietà** specialmente dopo isterectomia
17. Dopo l'esecuzione di una cucitura dell'intestino (anastomosi) si può verificare una **deiscenza (cedimento e apertura)** nella zona dove i due tratti di intestino sono stati ricuciti insieme. Questo evento può necessitare un reintervento chirurgico per impedire che il contenuto dell'intestino, notoriamente infetto, si spanda in cavità addominale. Il rischio di complicazioni anastomotiche è molto maggiore quando l'intervento venga condotto in condizioni d'urgenza. Talvolta il Chirurgo per limitare gli effetti della deiscenza preferisce allestire a monte della ricostruzione intestinale una **stomia (vedi più avanti i problemi relativi alle stomie)** cioè porta all'esterno dell'addome un tratto di intestino in modo che le feci vengano ad essere raccolte fuori dall'addome e non vadano a transitare attraverso la parte ricostruita; la stomia sarà poi chiusa chirurgicamente in un secondo tempo, quando la parte intestinale ricostruita darà garanzie di guarigione
18. Le ferite chirurgiche possono **infettarsi**. In tal caso è necessario riprendere/mantenere la terapia antibiotica e riaprire le ferite per allontanare l'infezione. La ferita laparotomica può complicarsi anche con la **rottura dei piani di sutura** che comporta la fuoriuscita dei visceri. Anche in questo caso si rende necessaria la riparazione chirurgica.
19. Lo **stoma** può a sua volta presentare i seguenti problemi:
 - a) Il sangue può raggiungere con difficoltà lo **stoma** che diventa **ischemico**: si rende quindi necessario un intervento chirurgico specifico
 - b) Vi può essere una **dispersione di liquidi** dallo stoma
 - c) Lo stoma può **prolassare**, cioè protrudere anche vistosamente rispetto al piano della cute addominale oppure può **retrarsi** dentro la parete addominale per cedimento dei punti di sutura. In entrambi i casi può rendersi necessario un reintervento chirurgico.
 - d) Si può creare una ernia attorno allo stoma (**ernia parastomale**)
 - e) La **cute** circostante allo stoma può essere **irritata** dai fluidi e dal materiale utilizzato per applicare le sacche di raccolta
20. Un cedimento a livello di una ferita chirurgica può determinare lo sviluppo di una **ernia sulla incisione chirurgica**.

L'incidenza delle complicanze può essere aumentata dalla /e malattia/ e associata/ e e dagli stili di vita:

.....

Altre complicanze e/o sequele potrebbero essere rappresentate da:

.....

.....

Quali sono le conseguenze della mancata sottoposizione all'intervento consigliato?

La mancata asportazione del tumore può determinare occlusione intestinale, perforazione, sanguinamento, diffusione della patologia tumorale ad organi addominali e a distanza fino al decesso



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina (DIM)

Dopo l'intervento

Conseguenze dell'asportazione delle ovaie: per le donne già in menopausa non ci sono conseguenze apprezzabili, visto che le ovaie sono già a riposo. Nelle donne giovani l'asportazione delle ovaie comporterà la cessazione della secrezione ormonale e la comparsa dei sintomi legati alla menopausa, come vampate di calore, disturbi del sonno, alterazioni del tono dell'umore, deficit ormonali.

Conseguenze dell'asportazione dell'utero: la prima conseguenza nelle donne non in menopausa sarà la scomparsa immediata delle mestruazioni e l'impossibilità di avere delle gravidanze, con possibili sintomi depressivi che potranno essere più importanti in donne già ansiose e depresse. Non ci sono conseguenze dirette sulla funzionalità sessuale.



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina (DIM)

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO

Io sottoscritto/a (nome)

(cognome)

Nato/a il

residente a

Se necessario

Legale rappresentante di

nato/a il

dichiaro di:

- aver letto la sezione informativa,
- aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi dell'intervento,
- essere stato informato delle conseguenze negative per la salute a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi **e pertanto acconsento a sottopormi ad esso**
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il mio consenso.
- Il paziente è stato altresì informato che, in questo istituto, non è presente una UTIC (unità di terapia intensiva coronarica) e pertanto, in caso di tale necessità, potrebbe essere necessario il trasferimento in altra struttura.

inoltre:

Autorizzo **Non Autorizzo**

i sanitari curanti, ove durante l'intervento evidenziassero altre patologie non precedentemente diagnosticate, a provvedere secondo scienza e coscienza alla loro cura anche modificando il programma terapeutico preventivamente concordato.

Autorizzo **Non Autorizzo**

l'utilizzo dei tessuti e/o organi che mi sono stati eventualmente asportati durante il trattamento al fine di formulare una diagnosi isto-patologica o per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

Acconsento **Non Acconsento**

che nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche possano essere eseguite riprese filmate e/o fotografiche restando nell'esclusiva disponibilità dell'Ente da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

- DICHIARO DI AVER LETTO E COMPRESO** le informazioni sul trattamento dei dati personali rese dall'Istituto Tumori Giovanni Paolo II di Bari. Per informazioni dettagliate circa il trattamento dei dati personali si rinvia al sito internet: <https://www.sanita.puglia.it/web/irccs> nell'apposita sezione "Privacy"



IRCCS "Giovanni Paolo II"

PugliaSalute

Viale Orazio Flacco 65, 70124 Bari

U.O.S.D. a DIREZIONE UNIVERSITARIA

GINECOLOGIA ONCOLOGICA

Direttore: Prof. Gennaro CORMIO



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO

Dipartimento Interdisciplinare
di Medicina (DIM)

SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO

dichiaro di:

- aver letto la sezione informativa,
- aver avuto l'opportunità di richiedere ulteriori informazioni al medico,
- aver ben compreso le spiegazioni che mi sono state fornite, la natura, la finalità, i benefici, le eventuali alternative e gli eventuali rischi di questo intervento e le complicanze che ne possono derivare,
- essere stato informato delle conseguenze a cui mi esporrei non sottoponendomi all'intervento consigliatomi e **pertanto NON acconsento a sottopormi ad esso. Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi al rischio delle conseguenze comunque negative derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi,**
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.

Data e firma del paziente o del legale rappresentante¹

Se necessario

Dichiaro di essere / non essere in stato di gravidanza (firma)

Data, firma e timbro del medico

¹ In caso di paziente minorenni devono firmare entrambi i genitori.