

U.O. _____ Presidio _____

Data...../...../.....

Paziente _____
COGNOME NOME

Data di nascita: __/__/____

<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Tutore legale (allegare copia dell'atto di nomina)	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
<input type="checkbox"/> Genitori	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	
	_____	_____	Data di nascita: __/__/____
	COGNOME	NOME	

informato/i attraverso colloqui diretti con il Dr. _____,

relativamente a _____
(DEFINIRE L'INTERVENTO E LATERALITÀ, SE APPLICABILE)

conseguente a _____ e in particolare dichiara/no:
(DEFINIRE LA PATOLOGIA O IL SOSPETTO DIAGNOSTICO)

- di avere letto e compreso le informazioni contenute nella **NOTA INFORMATIVA** allegata che è stata consegnata e spiegata chiaramente;
 - di essere a conoscenza della possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento;
 - di essere stati messi al corrente:
1. delle modalità di effettuazione del trattamento, delle diverse modalità/tecniche possibili e relativi vantaggi e rischi;
 2. dei risultati conseguibili in termini di probabilità di successo, di benefici e limitazioni per la vita futura;
 3. di condizioni morbose concomitanti che possono costituire fattore di rischio;
 4. delle conseguenze temporanee e permanenti prevedibili;
 5. di eventuali ricadute nell'ambito della vita familiare e sociale e sulle attività occupazionali;
 6. di possibili problemi di recupero dopo l'intervento;
 7. di eventuali rischi e complicanze e della probabilità che avvengano e di come possano essere risolti;
 8. dell'eventuale possibilità di scelta fra cure diverse o diverse tecniche operatorie e i relativi vantaggi e rischi;
 9. delle eventuali patologie che con maggior probabilità potranno essere scoperte nel corso dell'intervento al fine di acquisire il Consenso Informato per il trattamento di esse;
 10. delle possibili conseguenze derivanti dal rifiuto dell'atto sanitario.

Dichiara/no pertanto di **ACCETTARE, E DI NON AVERE ULTERIORI DOMANDE DA PORRE,** **NON ACCETTARE**

di sottoporsi/sottoporre il proprio figlio/a beneficiato/a rappresentato/a sopraindicato all'intervento proposto.

Si impegna/no infine a eseguire i controlli necessari che verranno proposti e attenersi alle indicazioni che verranno fornite.

FIRMA LEGGIBILE E TIMBRO DEL MEDICO

FIRMA DEL PAZIENTE
GENITORI/TUTORE /RAPPRESENTANTE LEGALE

FIRMA DELL'INTERPRETE SCELTO
(LEGGIBILE)

Eventuale **revoca** : data __/__/____

Firma del paziente _____

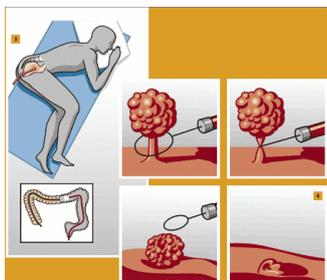
Firma Medico _____

1. Descrizione della procedura

La polipectomia, la mucosectomia (EMR) e la dissezione sottomucosa (ESD) sono tecniche endoscopiche utilizzate per rimuovere delle lesioni dell'apparato digerente chiamate polipi. I polipi vengono rilevati dalla endoscopia e vengono in genere rimossi con tecniche endoscopiche dedicate al fine di poterli analizzare ed evitare la trasformazione in tumori.

2. Finalità della procedura

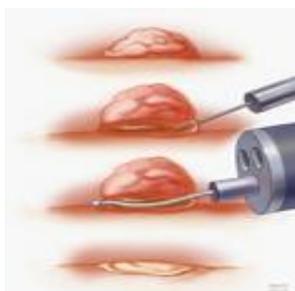
Il **polipo** è un ispessimento della mucosa, molto frequente nel colon, che può però essere presente in qualsiasi parte dell'apparato digerente (esofago, stomaco ed intestino tenue), di dimensioni variabili da pochi millimetri a vari centimetri. Esistono diversi tipi di polipi: i **polipi infiammatori ed iperplastici** sono assolutamente benigni e non danno mai origine a tumori. Gli **adenomi** sono invece considerati tumori benigni, ma col tempo possono crescere e trasformarsi (in molti casi, ma non sempre) in lesioni maligne. I



polipi possono avere diversa forma e dimensioni. Quelli che hanno una sorta di stelo (il peduncolo) ed hanno la forma di un fungo vengono detti **peduncolati**. Quelli senza stelo sono detti **sessili** ed appaiono come un ispessimento della mucosa. Quando i polipi sessili sono molto bassi vengono definiti **lesioni piatte**. Talvolta tali lesioni sono talmente piccole e poco rilevate da essere evidenziate solo con delle biopsie fatte per seguire alcune condizioni, come la gastrite e l'esofago di Barrett, che dimostrano la presenza di **displasia**, un termine che viene in genere usato per indicare che quella lesione potrebbe lentamente diventare un tumore. I polipi devono essere asportati perché devono essere analizzati per capire di che tipo siano e per poter prevenire (nel caso degli adenomi) la loro possibile trasformazione in tumori. Il rischio che un polipo possa contenere al proprio interno già un piccolo tumore è tanto maggiore quanto più grande è il polipo. I polipi possono dare sintomi quando sono grandi (emorragie o occlusioni), ma più spesso sono asintomatici e vengono scoperti casualmente nel corso di endoscopie o radiografie.

3. Modalità di esecuzione

La **polipectomia** viene effettuata nel corso di un esame endoscopico strozzando la base del polipo con un piccolo cappio metallico (la ansa da polipectomia) che viene introdotta attraverso l'endoscopio. L'ansa è collegata ad un apparecchio che produce una corrente elettrica che, passando attraverso l'ansa, taglia via il polipo e determina contemporaneamente una coagulazione. Talvolta, soprattutto se il polipo è molto



grande o non ha un peduncolo, può essere necessario iniettare con un ago nella base del polipo un liquido che può essere addizionato ad un farmaco, l'adrenalina e talvolta ad un colorante blu. L'iniezione permette di sollevare (gonfiare) la lesione, rendendola più facilmente afferrabile, e riduce il rischio che si possa avere una perforazione o una emorragia. Tale tecnica si chiama **mucosectomia (EMR)**. I polipi piccoli vengono in genere asportati in un unico pezzo, mentre quelli più grandi in pezzi multipli. Quando il polipo è molto grande, o ha delle caratteristiche che lasciano sospettare la presenza di un tumore al suo interno, o è estremamente basso (lesione piatta) e non si lascia sollevare bene dalla iniezione del liquido nella sua base la sua asportazione avrà luogo con una tecnica che si chiama **dissezione sottomucosa (ESD)**. La dissezione sottomucosa prevede la iniezione di un liquido nella base del polipo con lo scopo di staccarlo dagli strati sottostanti della parete dell'organo. Successivamente la lesione viene asportata utilizzando dei piccoli strumenti simili a bisturi che vengono introdotti nell'endoscopio e utilizzando la corrente elettrica tagliano via la lesione dal tessuto circostante.

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense</p>	<p style="text-align: center;">NOTA INFORMATIVA N. 286 POLIPECTOMIA, MUCOSECTOMIA, DISSEZIONE SOTTOMUCOSA SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p style="text-align: right;">PCR 13 rev. 00 01/2024</p>
--	--	---

Talvolta alla fine della asportazione, al fine di ridurre il rischio di una possibile emorragia i bordi della lesione o il suo fondo potranno essere bruciati con la corrente elettrica utilizzando degli strumenti appositi (argon plasma coagulator, APC, o particolari pinze), o potrà essere applicata una o più clips metalliche. Dopo l'asportazione il polipo dovrà essere recuperato per essere analizzato (esame istologico). Il recupero è possibile nella maggior parte dei casi, ma talvolta in presenza di feci o di particolari condizioni anatomiche (diverticoli, curve dell'intestino) il recupero può non essere possibile.

4. Prescrizioni post intervento

Alla fine dell'esame potrà rimanere confuso per i farmaci che le sono stati somministrati e potrà avere per alcune ore una lieve dolenzia o gonfiore alla pancia. Qualora non sia ricoverato sarà necessario un periodo di osservazione di almeno un'ora che potranno diventare di più nel caso in cui le sia stato asportato un grosso polipo o siano presenti dei fastidi. In questo frattempo verrà controllato dal personale medico ed infermieristico che deciderà il momento in cui potrà lasciare l'ambulatorio. Nel caso di asportazione di polipi molto grossi potrà essere necessario che rimanga ricoverato per alcuni giorni, anche in assenza di complicanze, al fine di controllare il suo decorso clinico.

5. Rischi e complicanze

La polipectomia è una procedura sostanzialmente sicura, ma, come tutti gli atti medici, può dar luogo a complicanze. In circa 1 caso su 100 la polipectomia può determinare una emorragia. Se l'emorragia compare durante la polipectomia sarà possibile bloccarla immediatamente utilizzando particolari tecniche e strumenti. Una emorragia potrà comparire in alcuni casi nelle ore o nei giorni successivi all'intervento e potrà manifestarsi con la comparsa di sangue rosso o nero nelle feci. Per evitare che ciò avvenga segua le istruzioni che le verranno date alla fine dell'esame. Qualora rilevasse la presenza di sangue nelle feci non esiti a recarsi al pronto soccorso più vicino dove l'emorragia potrà essere controllata con farmaci, con una nuova endoscopia o, in rari casi, con un intervento chirurgico. L'incidenza di complicanze più gravi, come la perforazione, è bassa (circa un caso su 100 in media con una percentuale più alta, circa 5%, per le ESD), ed è spesso legata alla asportazione di polipi molto grandi o posti in segmenti di intestino particolarmente sottili (il cieco ed il colon destro in genere) o in cui vi siano diverticoli o infiammazione. La perforazione si manifesta con dolore e gonfiore dell'addome e viene in genere confermata effettuando una radiografia. In caso di perforazione si potrà riparare la parete durante la endoscopia o, in caso di insuccesso, con un intervento chirurgico che verrà eseguito entro poche ore dalla endoscopia. In molti casi il dolore ed il gonfiore possono comparire anche in assenza di perforazione, come conseguenza dell'infiammazione della parete dell'intestino provocata dal taglio. In tal caso il trattamento è dato dal solo riposo a letto e dalla somministrazione di antibiotici. Nonostante le complicanze suddette, la polipectomia endoscopica è il modo più semplice e sicuro di asportare i polipi. Alla fine dell'esame le verrà comunque consegnato un opuscolo che le indicherà cosa fare dopo che le è stato asportato il polipo e nel caso in cui le dovessero comparire sintomi quali dolore ed emorragia.

Rispetto alle informazioni di cui sopra, sono presenti condizioni che possono modificare il decorso e l'esito della procedura? NO SI

<p>Sistema Socio Sanitario  Regione Lombardia ASST Rhodense</p>	<p>NOTA INFORMATIVA N. 286 POLIPECTOMIA, MUCOSECTOMIA, DISSEZIONE SOTTOMUCOSA SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva</p>	<p>PCR 13 rev. 00 01/2024</p>
--	---	-----------------------------------

6. Esiti temporanei o permanenti

La asportazione endoscopica di polipi è un esame sostanzialmente sicuro ed è dunque molto improbabile che possa avere dalla esecuzione di tale esame delle conseguenze gravi o dei danni permanenti. Le eventuali complicanze vengono in genere gestite in modo conservativo e nel giro di pochi giorni si ottiene la risoluzione del problema. In casi più rari potrà essere necessario in intervento chirurgico con una degenza più lunga ma è del tutto improbabile che ne possano derivare danni permanenti.

7. Alternative

L'unica alternativa alla polipectomia endoscopica è la rimozione del polipo con un intervento chirurgico che richiede un ricovero ed è più invasivo, rischioso e fastidioso per il paziente.

8. Conseguenze in caso di rifiuto

Se dovesse rinunciare alla polipectomia potrà andare incontro in futuro ad alcune conseguenze legate alla crescita del polipo stesso, emorragia od occlusione intestinale, ed alla sua possibile trasformazione in tumore.

Data: ___/___/_____

Firma del Paziente (o del rappresentante legale) per presa visione
