

## SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA

Dichiarazione di avvenuta informazione e di espressione del consenso all'atto medico  
DS MOD  
Rev. del 2010

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
dichiaro di essere stata/o informata/o sia durante la visita che durante il ricovero, in modo a me  
chiaro e comprensibile dal dott \_\_\_\_\_ che, per la patologia riscontratami:

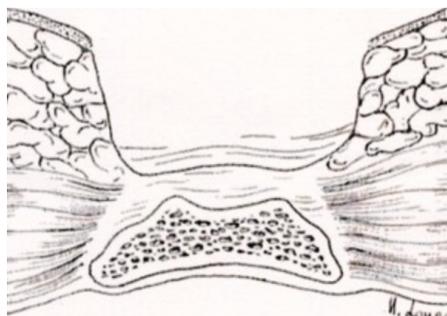
**ASCESSO** , **SINUS PILONIDALE** , **FISTOLA SACRO-COCCIGEA**  è indicato il trattamento chirurgico.

Sono stata/o molto chiaramente informata/o che, alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, la cura radicale degli ascessi e delle fistole sacrococcigee è esclusivamente chirurgica ed essa prevede, a seconda della complessità del caso, uno o più interventi con tempi lunghi di guarigione e necessità di numerose visite e medicazioni.

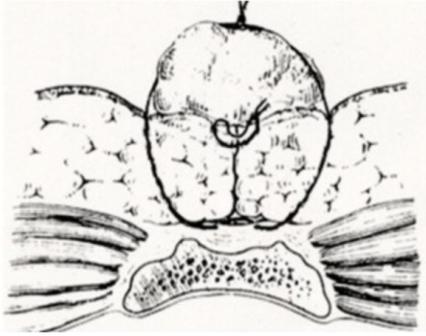
Mi è stato spiegato in maniera comprensibile che l'ASCESSO SACROCOCCIGEA (detto anche "pilonidale") è una cavità ripiena di pus che si forma in sede parasacrale poco sopra il coccige dovuta alla suppurazione acuta o cronica di formazioni cistiche contenenti peli, localizzate nella regione del sacro e/o del coccige chiamate SINUS PILONIDALIS. L'ascesso si può complicare con tramiti sottocutanei laterali o più raramente verso il canale anale formando le fistole parasacrali e paracoccigee.

Mi è stato chiaramente spiegato che alla luce delle indagini preoperatorie effettuate, l'intervento previsto consisterà: nell'**INCISIONE (E DRENAGGIO) DELL'ASCESSO** , in anestesia locale (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) o locoregionale (anestesia epidurale-spinale) associata, se necessario, a sedativi, per permettere la fuoriuscita del pus. La Malattia Pilonidale in fase di ascesso può solamente essere trattata mediante la sua incisione. Successivamente, nel corso della guarigione, le pareti della camera ascessuale si collasseranno e la Malattia Pilonidale in rari casi guarirà completamente mentre in altri, che rappresentano la maggioranza, evolverà verso la fase cronica (cioè di fistola sacrococcigea), per la quale potrà essere messa in atto una strategia chirurgica "conclusiva" di rimozione (ma sempre a rischio di recidiva).

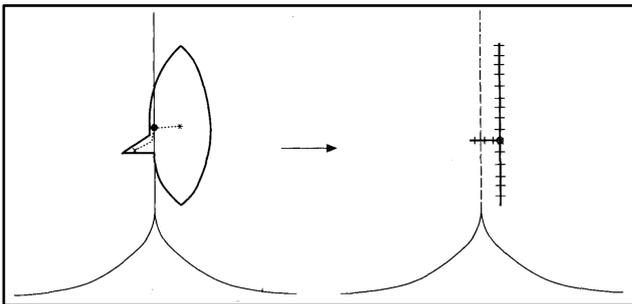
Sono stato chiaramente informato anche che il trattamento della FISTOLA SACROCOCCIGEA (detta anche "pilonidale") consiste nella **ASPORTAZIONE DEL TESSUTO CUTANEO e SOTTOCUTANEO COMPRENDEnte IL/I TRAMITE/I FISTOLOSO/I**, a volte con necessità fino ad arrivare al tessuto fasciale che riveste l'osso sacro. L'ampiezza dell'escissione e di conseguenza della ferita dipende dalla estensione della malattia. In relazione alla situazione locale (presenza o assenza di infezione) ed alla estensione della malattia, la ferita potrà essere lasciata aperta (**TECNICA APERTA** ) oppure suturata con punti (**TECNICA CHIUSA** ) **utilizzando o meno una plastica cutanea a lembo** , con eventuale posizionamento di drenaggio.



**Tecnica aperta:** minor numero di recidive, a fronte di tempi di guarigione lunghi, fino a 3 mesi e di medicazioni, spesso dolorose



**Tecnica chiusa:** alto numero di deiscenze o riaperture, maggior numero di recidive



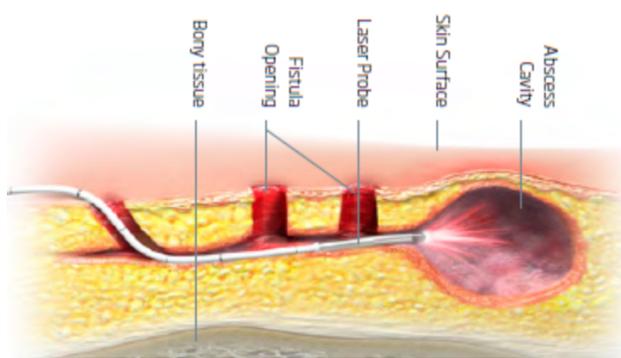
**Tecnica chiusa con plastica cutanea a lembo di Karydak**

In alternativa potrà essere adottata una **tecnica mini-invasiva**: le tecniche mini-invasive sono diverse ma mirano tutte a rimuovere solo la parte di tessuto malacico, affetta da malattia pilonidale, risparmiando le parti sane adiacenti. Mi è stato spiegato che, se perfino negli interventi chirurgici tradizionali per Malattia Pilonidale, a fronte di ampie exeresi, può comunque avvenire la recidiva, questa è ancora più probabile nel caso di interventi mini-invasivi più “mirati”, a fronte tuttavia, di tempi di guarigione in genere brevi e un decorso post-operatorio poco doloroso (almeno nella stragrande maggioranza dei casi). In caso di interventi mini-invasivi, nel loro complesso vengono riportati da lavori scientifici affidabili recidive fino al 16%\*.

La tecnica mini-invasiva che potrà essere praticata è quella di **BASCOM-GIPS** □ (tecnica talvolta definita “Israeliana”) che consiste in una sorta di “carotaggio” del tessuto fibrotico o malacico della cisti e delle sue ramificazioni fistolose e degli orifizi esterni (detti “pits”).



**Tecnica di Bascom-Gips:** aspetto della zona operata a fine intervento.



**SiLaC** (Sinus Laser Closure)

Sono stato anche informato/a che una altra tecnica mini-invasiva che potrà essere adottata è la Sinus Laser Closure (**SiLaC**) □. Essa consiste nell'inserimento di una fibra Laser all'interno dei tratti fistolosi e nella cisti principale che distrugge e sterilizza il tessuto cistico e fistoloso senza creare danno ai tessuti sani circostanti.

**Mi è stato spiegato che un cambiamento intraoperatorio del programma preventivamente stabilito è sempre possibile in caso di riscontro di alterazioni non evidenziate pre-operatoriamente e che ciò potrebbe prevedere l'impiego una tecnica diversa da quella prevista inizialmente.**

Mi è stato spiegato che l'intervento necessario per la cura della fistola avverrà in anestesia locale oppure in anestesia locoregionale (mediante iniezione di anestetico in regione lombosacrale) associata, se necessario, a sedativi ma che in alternativa ed in situazioni particolari, può essere impiegata l'anestesia generale.

Dell'intervento propostomi mi sono stati chiaramente spiegati gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e/o menomazioni prevedibili e mi è stato anche detto della possibilità che la fistola si riformi a distanza variabile di tempo dall'intervento e/o che l'ascesso recidivi, se è stato trattato solo in urgenza col drenaggio.

Sono stata/o informata/o che è necessario un ricovero che può durare da poche ore ad alcuni giorni in ragione dell'entità ed estensione della patologia e del tipo di anestesia praticata e che la sintomatologia dolorosa viene in genere controllata con l'assunzione dei comuni antidolorifici.

Sono stata/o informata/o che questo intervento può essere gravato da complicanze immediate o tardive e che ognuna di esse può richiedere un re-intervento. Le più frequenti sono:

- **sanguinamento**, che se abbondante, può richiedere una revisione chirurgica in sala operatoria;
- **ritenzione urinaria**, che può richiedere l'applicazione di un catetere vescicale per alcune ore;
- **suppurazione** delle ferite chirurgiche;
- **osteomielite** cioè infezione dell'osso sottostante alla ferita chirurgica
- **complicanze generiche** (a carico di cuore, polmoni, reni, fegato, cervello, ecc.) soprattutto in soggetti particolarmente anziani e/o con importanti malattie d'organo (coronaropatie, insufficienza renale o epatica o respiratoria) o sistemiche (diabete, dismetabolismi, defedamento, ecc.), così come in corso o dopo qualunque manovra anestesiologicala, chirurgica, farmacologica, ecc.

Altre complicanze possibili sono: \_\_\_\_\_.

Il chirurgo mi ha informata/o sufficientemente sulla incidenza che hanno queste complicanze (anche nella sua Unità Operativa) e che questa può comunque essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui sono affetta/o (\_\_\_\_\_).

Mi è stato anche spiegato come la chirurgia, benché eseguita con tecnica rigorosa, non possa considerarsi esente da rischi e che la presenza di una fistola può essere espressione di una malattia cronica intestinale, in rarissimi casi anche di una malattia neoplastica e che l'esame istologico effettuato di routine, può indirizzare verso tali patologie. Sono, inoltre, informata/o che comunque residueranno una o più cicatrici chirurgiche.

Relativamente alla convalescenza sono stato informato che:

- il periodo di recupero e di guarigione delle ferite varia a seconda del trattamento adottato
- sarà necessaria una rigorosa e scrupolosa gestione della ferita con medicazioni
- potranno essere necessari frequenti controlli clinici ambulatoriali.

Sono comunque consapevole che, presentandosi la necessità di salvarmi da un pericolo imminente non altrimenti evitabile e/o da un danno grave alla mia persona, o se si constatassero delle difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica propostami, 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 nella migliore sicurezza, **ove necessario anche modificando il programma terapeutico prospettato mi.**

Ciò premesso, Dichiaro di essere stata/o invitata/o a leggere con molta attenzione quanto riportato in questo scritto che corrisponde, peraltro, a quanto ampiamente spiegatomi a voce. Dichiaro altresì di aver ben compreso il significato di quanto mi è stato esposto, di non avere bisogno di ulteriori chiarimenti e quindi consapevolmente **ACCONSENTO** a sottopormi al trattamento chirurgico della Malattia Pilonidale da cui sono affetto/a, che verrà eseguito dall'Equipe di questa Unità Operativa secondo le modalità espostemi.

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 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 a che, nel corso di procedure diagnostiche e/o terapeutiche, vengano eseguite riprese filmate e/o fotografiche da poter utilizzare in ambito medico per il miglioramento delle conoscenze scientifiche, nel completo rispetto della legge sulla privacy.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Paziente

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* Gips M, Melki Y, Salem L, Weil R, Sulkes J. "Minimal surgery for pilonidal disease using trephines: description of a new technique and long-term outcomes in 1,358 patients". Dis Colon Rectum 2008; 51: 1656-62