

Colecistectomia:

rimozione chirurgica della colecisti

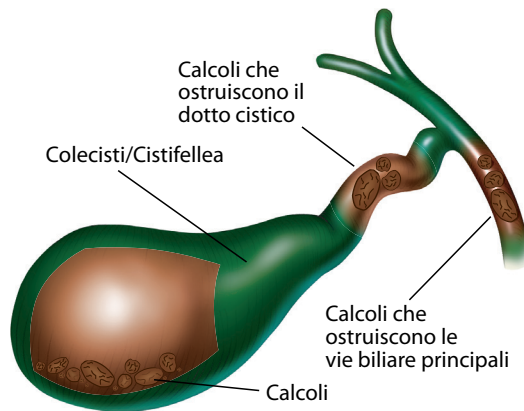
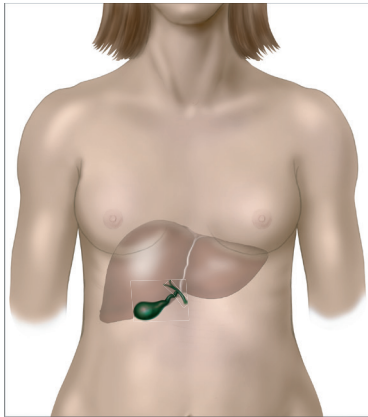


AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

Inspiring Quality:

Highest Standards, Better Outcomes

100+ years



Tenersi informati

Queste informazioni vi aiuteranno a capire il vostro intervento e vi permetteranno di partecipare attivamente al vostro percorso di cure.

Le informazioni fornite comprendono:

Panoramica sulla colecistectomia ...	1
Condizioni, sintomi, esami preoperatori	2
Opzioni di trattamento	3
Rischi e possibili complicanze.....	4
Preparazione ed aspettative.....	5
Il vostro ricovero e la vostra dimissione.....	6
Controllo del dolore.....	7
Glossario/Articoli di riferimento	8

La condizione

La colecistectomia è la rimozione chirurgica della colecisti o cistifellea. L'operazione è eseguita per asportare la colecisti per dolore o infezione causata da calcoli.

Sintomi Comuni

- Dolore acuto nel quadrante superiore destro dell'addome, che può irradiarsi posteriormente, nella regione centrale dell'addome o alla spalla destra
- Febbricola
- Nausea e gonfiore dell'addome
- Ittero (colorazione giallastra della cute) se i calcoli bloccano la via biliare principale¹

Opzioni di trattamento

Procedura Chirurgica¹⁻³

Colecistectomia laparoscopica—la colecisti è asportata con strumenti introdotti nell'addome attraverso piccole incisioni.

Colecistectomia aperta/open—la colecisti viene asportata attraverso un'incisione nella parte destra dell'addome, sotto la gabbia toracica.

Procedura non chirurgica

- I calcoli sono rimossi per via endoscopica

Per calcoli senza sintomi

- Attenta sorveglianza del paziente^{1,4}
- Aumento dell'attività fisica

Benefici e Rischi dell'Intervento

Benefici—La rimozione della colecisti elimina il dolore, cura l'infezione, e nella gran parte dei casi impedisce che i calcoli si riformino.

Rischi possibili—Perdita di liquido biliare, lesione del dotto biliare, sanguinamento, infezione della cavità addominale (peritonite), febbre, lesione del fegato, infezione, diminuzione della sensibilità della cute vicino le ferite, cicatrici ipertrofiche, ernie (laparoceli) in corrispondenza delle incisioni, complicanze legate all'anestesia, lesione dell'intestino e decesso.¹⁻³

Rischi di non avere un'operazione—

La possibilità di dolore continuo, peggioramento dei sintomi, infezione o perforazione della colecisti, condizione sistemica grave, possibilità di decesso.¹⁻²

Cosa aspettarsi

Prima del tuo intervento—La valutazione di solito include le analisi del sangue, un'analisi delle urine e un'ecografia addominale. Il tuo chirurgo e l'anestesista discuteranno la tua storia clinica, i farmaci che prendi a casa e le opzioni di controllo del dolore.

Il giorno della tuo intervento—non mangerai per 5 ore prima dell'operazione. Di solito puoi assumere i tuoi farmaci abituali con un sorso d'acqua. Avrai bisogno di qualcuno che ti riaccompagni a casa.

Il tuo recupero—Se non si hanno complicanze, di solito andrai a casa il giorno dopo, dopo una procedura laparoscopica o in 1 o 2 giorni dopo una procedura aperta.⁵

Chiama il tuo chirurgo se hai dolore importante, crampi allo stomaco, brividi, febbre alta (oltre 38.3 °C), odore cattivo o aumento del liquido di drenaggio dalla tua incisione, la tua pelle diventa gialla, non vai di corpo per tre giorni o hai vomito o sete eccessiva.

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery

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

Tenersi informati

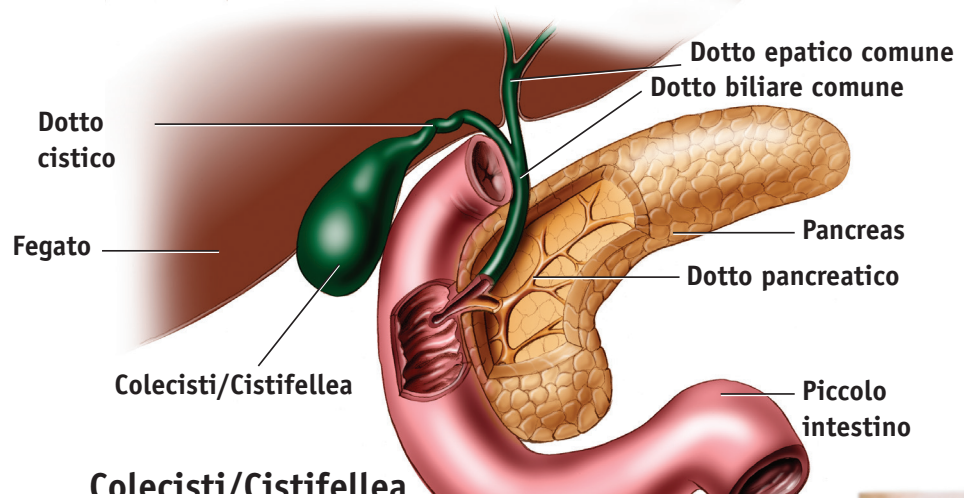
La maggior parte degli adulti con calcoli biliari non ha sintomi. Circa 80% delle persone con calcoli biliari può stare circa 20 anni senza avere sintomatologia.^{1,6}

I calcoli biliari sono più comuni nelle persone che:^{1,7-8}

- Sono nativi americani
- Hanno una storia familiare di calcoli biliari
- Sono sovrappeso
- Hanno anemia falciforme
- Sono incinta
- Perdono peso velocemente
- Utilizzano estrogeni per gestire la menopausa.⁹⁻¹⁰

Il dolore alla colecisti o colica biliare è di solito temporaneo. Inizia nella parte centrale o a destra dell'addome e può durare da 30 minuti a 24 ore. Il dolore può verificarsi dopo aver mangiato un pasto grasso.

- Il dolore acuto della colecistite dura più di 6 ore ed il dolore addominale è associato alla febbre.
- Il dolore sul lato destro dell'addome può anche derivare da ulcere, problemi al fegato e dolori cardiaci.
- Il trattamento standard della colecistite acuta è costituito da infusione di liquidi per via endovenosa, antidolorifici e colecistectomia.⁹



La Condizione

La Colecisti

La colecisti è un piccolo organo a forma di pera sotto il fegato. Il fegato produce da 3 a 5 tazze di bile ogni giorno. La bile aiuta a digerire i grassi e viene immagazzinata nella colecisti. Quando si mangiano cibi grassi, la colecisti immette la bile, attraverso il dotto biliare, nell'intestino tenue.

Calcoli biliari

I **calcoli biliari** sono costituiti da secrezioni digestive indurite che si possono formare nella colecisti. Il termine medico per la formazione di calcoli biliari è **colelitiasi**. I calcoli biliari possono lasciare la colecisti e bloccare il flusso della bile nei dotti biliari e causare dolore e gonfiore della colecisti stessa. La presenza di un calcolo nel dotto biliare comune è chiamata **coledocolitiasi**.

La **colecistite** è un'infiammazione della colecisti, che può accadere improvvisamente acuta o in un periodo di tempo più lungo (cronica).

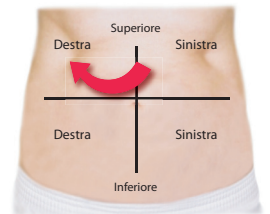
La **pancreatite biliare** è causata da calcoli che si muovono e bloccano il dotto biliare comune, il dotto pancreatico o entrambi. Una **colecistectomia** può essere indicata.¹

La **colecistectomia** è la rimozione chirurgica della colecisti. L'operazione eseguita per asportare la coleciste per dolore o infezione causata da calcoli.

Sintomi

I sintomi più comuni della colecistite sono:¹

- Dolore acuto nell'addome destro superiore, che può irradiarsi posteriormente nella regione centrale dell'addome o alla spalla destra
- Febbre
- Nausea e gonfiore
- Ittero (colorazione giallastra della pelle) che può verificarsi se i calcoli biliari bloccano biliare principale



Esami clinici comuni

Storia ed esame fisico

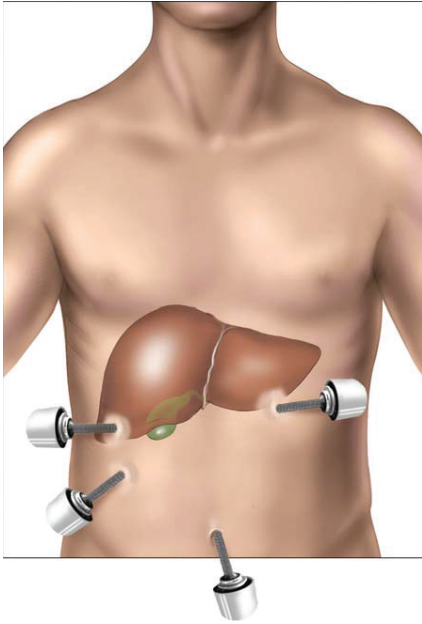
Il tuo medico ti chiederà del tuo dolore e di eventuali problemi allo stomaco.

Test aggiuntivi (vedi glossario)

Altri test possono includere:¹

- Esami del sangue, incluso esame emocromocitometrico completo
- Test di funzionalità epatica
- Profilo della coagulazione
- **L'ecografia addominale** è lo studio più comune per i disturbi della colecisti.¹⁻² Potrebbe esserle chiesto di non mangiare per 8 ore prima del test.
- **Scintigrafia epatica con acido iminodiacetico (HIDA)**
- **Colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP)**
- **Colangiopancreatografia con risonanza magnetica (MRCP)**

Colecistectomia laparoscopica



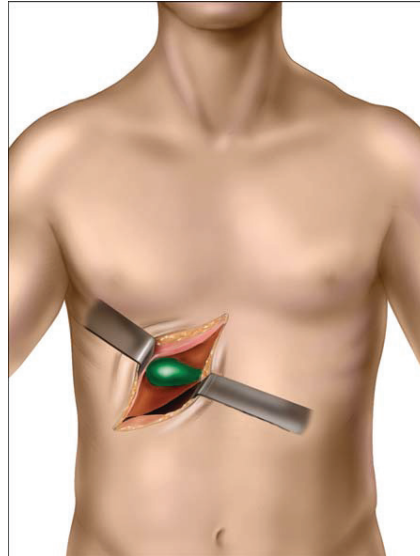
Trattamento chirurgico

La colecistectomia, o rimozione della colecisti, è l'operazione raccomandata per il dolore della colecisti da calcoli biliari.

Colecistectomia laparoscopica

Questa tecnica è la più comune per la colecistectomia semplice. Il chirurgo eseguirà diverse piccole incisioni sull'addome. I "port" (dei tubi cavi) sono inseriti nelle incisioni stesse. Gli strumenti chirurgici e una videocamera sono posizionati nei "port". L'addome viene gonfiato con anidride carbonica per rendere più facile la visione degli organi interni. La colecisti viene rimossa e le aperture dei "port" vengono chiuse con punti di sutura, punti metallici o colla. Il chirurgo può iniziare con una tecnica laparoscopica e potrebbe aver bisogno di cambiare (convertire) in una tecnica di laparotomia aperta. La procedura richiede circa 1 o 2 ore.

Colecistectomia aperta/ Colecistectomia open



Colecistectomia aperta/open

Il chirurgo fa un'incisione lunga circa 15 cm nella parte superiore destra dell'addome e taglia attraverso il grasso e il muscolo, per raggiungere la colecisti. La colecisti viene rimossa ed il dotto cistico viene chiuso. L'incisione viene chiusa con punti di sutura o agrafo metalliche. Può essere posizionato un piccolo drenaggio che fuoriesce dall'addome. Il drenaggio viene solitamente rimosso in ospedale. La procedura richiede circa 1 o 2 ore.

Trattamento non chirurgico

Una attenta sorveglianza è raccomandata in presenza di calcoli biliari senza sintomi.^{1,4}

Circa 1 su 5 pazienti con colecistite acuta, che non sono stati sottoposti ad intervento chirurgico, ritornano al pronto soccorso entro circa 12 settimane dalla dimissione.

Presenza di calcoli biliari, senza colecistite

- Aumenta il tuo esercizio fisico. Fare esercizio circa 2 a 3 ore a settimana riduce il rischio di calcoli biliari.¹¹⁻¹²
- Mangia più frutta e verdura e mangia meno cibi ricchi di zuccheri e carboidrati come dolci, pasta e pane bianco.

Tenersi informati

- Il tasso di conversione da una tecnica laparoscopica ad una aperta è inferiore all'1% per i pazienti giovani e sani.
- Il tasso di conversione della tecnica laparoscopica a aperta va da 1,3% a 7,4% in presenza di calcoli del dotto biliare comune.¹⁰⁻¹¹
- Il rischio di conversione aumenta fino al 30% se hai più di 50 anni, se il paziente è di sesso maschile e se è presente una colecistite acuta; se il paziente ha avuto operazioni addominali passate o ha febbre alta, bilirubina alta, attacchi ripetuti di coliche biliari o condizioni che limitano l'attività fisica.¹⁰⁻¹¹

Colecistite nei bambini

Circa 4 su 100 colecistectomie sono eseguite nei bambini.¹³ Quasi il 70% dei bambini con calcoli biliari ha sintomi. I sintomi nei bambini comprendono dolore addominale, nausea, vomito, ittero, intolleranza ad alimenti grassi e febbre.¹⁸

Anche i bambini che ricevono nutrizione endovenosa continua e quelli sottoposti a trattamento antibiotico a lungo termine, quelli con fibrosi cistica, obesità o una storia familiare di colelitiasi hanno una maggiore probabilità di sviluppare calcoli biliari.¹⁴ Quasi il 50% di tutti i bambini affetti da anemia falciforme sviluppano calcoli biliari e devono sottoporsi a ecografia di screening.^{1,15}

I bambini con colecistite confermata tramite ecografia, quelli con dolore severo o quelli che non sono in grado di assumere cibo o liquidi devono essere valutati per un intervento chirurgico.

Rischi di questa procedura

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

Colecistectomia aperta e colecistectomia laparoscopica dal calcolatore di rischio ACS - 2 agosto 2015

Rischi	Percentuale in paziente medio	Tenersi informati
Polmonite: infezione dei polmoni	Open 1.7% Laparoscopica 0.2%	È possibile ridurre il rischio sciacquando con il collutorio la mattina dell'operazione (per ridurre i batteri della bocca), smettere di fumare prima dell'operazione e alzarsi spesso per camminare dopo l'intervento.
Problemi cardiologici: attacchi cardiaci o arresto cardiaco improvviso	Open 0.7% Laparoscopica 0.1%	I problemi con il cuore o i polmoni possono essere influenzati dall'anestesia generale. Il tuo anestesista raccoglierà la tua storia e ti suggerirà l'opzione migliore.
Infezioni della ferita	Open 7.6% Laparoscopica 1%	Gli antibiotici non vengono somministrati abitualmente tranne che per i pazienti ad alto rischio. Dovresti lavare l'addome con un sapone antimicrobico la sera prima dell'operazione.
Infezioni delle vie urinarie: infezione della vescica o dei reni	Open 1.5% Laparoscopica 0.5%	Un catetere di Foley viene posizionato durante l'intervento chirurgico per drenare l'urina. Fai sapere al tuo team chirurgico se hai problemi a urinare dopo aver rimosso il tubo; questo è più comune negli uomini anziani o se si usa un accesso epidurale per il dolore.
Coaguli di sangue: un coagulo di sangue nelle gambe può raggiungere il polmone	Open 1% Laparoscopica 0.2%	Interventi chirurgici più lunghi e il riposo a letto aumentano il rischio. Camminare 5 volte al giorno e indossare calze di supporto riducono il rischio.
Insufficienza renale: I reni non funzionano più nel produrre urina e/o pulizia del sangue	Open 0.9% Laparoscopica 0.1%	Problemi renali preesistenti, diabete di tipo 1, età superiore a 65 anni e altri farmaci possono aumentare il rischio.
Re-intervento	Open 3.3% Laparoscopica 0.8%	La perdita di bile o un calcolo ritenuto possono rendere necessario un reintervento. Il tuo team chirurgico è pronto a ridurre tutti i rischi di un eventuale reintervento. ¹
Decesso	Open 0.8% Laparoscopica 0.1%	Il tuo team chirurgico esaminerà le possibili complicanze e sarà pronto a ridurre tutti i rischi.
Dimissione in strutture di cura o riabilitazione	Open 5.4% Laparoscopica 0.6%	Le condizioni di salute preesistenti possono aumentare questo rischio.
Lesione / perdita di bile dal condotto biliare* ^{1,16}	0.5%	La lesione può dare segno di sé dopo 1 settimana o 6 mesi dopo l'operazione con febbre, dolore, ittero o perdita biliare dall'incisione. Potrebbero essere necessari ulteriori test e interventi chirurgici. ^{1,17}
Calcolo ritenuto nel dotto biliare comune* ¹	Dal 4% al 40%	Un calcolo biliare può passare, dopo l'intervento chirurgico, e bloccare il passaggio della bile. Il calcolo deve essere rimosso a causa di un aumentato rischio di ostruzione biliare, infiammazione del pancreas o del dotto biliare. ¹
Complicanze della gravidanza, travaglio prematuro e perdita del feto*	Perdita fetale del 4% (rimozione semplice) fino al 60% se pancreatite	La maggior parte delle donne in gravidanza con calcoli biliari non ha sintomi durante la gravidanza stessa. Se presente un disturbo biliare o una pancreatite, sarà indicata la colecistectomia per ridurre le complicanze materne. ¹⁸

1% significa che 1 su 100 persone avrà questa complicanza

* Risultati degli ultimi 10 anni di letteratura

L'ACS Surgical Risk Calculator stima il rischio di un risultato sfavorevole. I dati provengono da un gran numero di pazienti che hanno avuto una procedura chirurgica simile a questa. Se sei sano senza problemi di salute, i tuoi rischi potrebbero essere inferiori alla media. Se fumi, sei obeso o hai altre condizioni di salute, allora il tuo rischio potrebbe essere più alto. Questa informazione non è destinata a sostituire il parere di un medico o di un operatore sanitario. Per controllare i rischi, vai al Calcolatore dei rischi ACS all'indirizzo

<http://riskcalculator.facs.org>

Preparativi per il vostro intervento

Prepararsi all'intervento

Terapia domiciliare

Porta un elenco di tutti i farmaci e le vitamine che stai assumendo, compresi anticoagulanti, aspirina o FANS e informa il tuo team chirurgico. Alcuni farmaci possono influenzare il recupero e la risposta all'anestesia e potrebbero dover essere modificati prima e dopo l'intervento chirurgico. Di solito, prendi le medicine abituali del mattino con un sorso d'acqua. Le risorse sui farmaci sono disponibili su www.facs.org/patienteducation/medications.html.

Anestesia

Fai sapere al tuo anestesista se soffri di allergie, malattie neurologiche (epilessia, ictus), malattie cardiache, problemi di stomaco, malattie polmonari (asma, enfisema), malattie endocrine (diabete, patologie tiroidee) o hai protesi dentarie; se fumi, bevi alcolici, usi droghe o prendi qualsiasi prodotto erboristico o vitamine; o se ha una storia di nausea e vomito con l'anestesia.

Se fumi, dovresti informare il tuo team chirurgico e dovresti cercare di smettere. Smettere prima dell'intervento può ridurre la frequenza delle complicanze respiratorie e della ferita e aumentare le probabilità di smettere di fumare per tutta la vita. Le risorse per aiutarti a smettere possono essere trovate su www.facs.org/patienteducation/quitsmoking.html

Durata del ricovero

Se sei sottoposto ad una colecistectomia laparoscopica, di solito vai a casa lo stesso giorno o dopo un giorno. Può rimanere ricoverato per una notte o più se hai subito una colecistectomia aperta, un intervento laparoscopico con un tempo di anestesia più lungo, o avuto problemi di post-anestesia come nausea e vomito gravi o se non si riesci ad urinare dopo l'intervento.

Il giorno della tua operazione

- Non mangiare per 4 ore o bere nulla, eccetto liquidi chiari fino a 2 ore prima dell'operazione.
- Fai la doccia e pulisci l'area dell'addome e dell'inguine con un sapone antibatterico delicato.
- Lavati i denti e sciacqua la bocca con il collutorio.
- Non radere il sito chirurgico; il tuo team chirurgico taglierà i peli vicino al sito dell'incisione.

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 ti puoi aspettare

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il tuo nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul tuo polso in qualche ospedale. Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

Fluidi e anestesia

Verrà posizionata una cannula endovenosa per somministrare liquidi e farmaci. Durante l'anestesia generale, dormirai e non sentirai dolore. Un tubo sarà posto attraverso bocca per aiutarti a respirare durante l'operazione. Per l'anestesia spinale, un piccolo ago con farmaci verrà posizionato nella schiena vicino alla colonna vertebrale.

Dopo l'operazione

Verrai spostato in una stanza di ricovero postoperatorio in cui la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione di ossigeno, la pressione sanguigna e la produzione di urina saranno attentamente monitorate. Assicurati che tutti i visitatori si lavino le mani.

Prevenire la polmonite e la formazione di trombi

Il movimento e la respirazione profonda dopo l'intervento possono aiutare a prevenire le complicanze postoperatorie come i coaguli di sangue, il liquido nei polmoni e la polmonite. Ogni ora, fai da 5 a 10 respiri profondi e trattieni ogni respiro per 3-5 secondi.

Quando si esegue un'operazione, si rischia che si formino coaguli di sangue a causa del mancato movimento durante l'anestesia. Più lungo e complicato è il tuo intervento, maggiore è il rischio. Questo rischio diminuisce alzandosi e camminando da 5 a 6 volte al giorno, indossando speciali calze di supporto o stivali da compressione sulle gambe e, per i pazienti ad alto rischio, assumendo un farmaco che fluidifica il sangue.

Domande da porre

Riguardo la mia operazione:

- Quali sono i rischi e gli effetti collaterali dell'anestesia generale?
- Quale tipo di procedura verrà utilizzata per rimuovere la colecisti - laparoscopica o aperta/open?
- Chiedi al tuo chirurgo con quale frequenza esegue questa procedura
- Quali sono i rischi di questa procedura per me o per mio figlio?
- Quale livello di dolore dovrei aspettarmi e come sarà gestito?
- Quanto tempo passerà prima che possa tornare alle mie normali attività: lavoro, guida, sollevare carichi?

La tua degenza e dimissione

Tenersi informati

Alimenti ad alto contenuto di fibra

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



La tua degenza e dimissione

Essere lucidi mentalmente

Se viene somministrata un'anestesia generale o se si assumono farmaci antidolorifici, essi possono farti sentire differente dal solito per 2 o 3 giorni, avere difficoltà con la memoria o sentirsi più affaticato. Non guidare, bere alcolici o prendere decisioni importanti per almeno 2 giorni.

Nutrizione

- Quando ti svegli dall'anestesia, sarai in grado di bere piccole quantità di liquido. Se ti senti bene, puoi iniziare a mangiare cibi regolari.
- Continua a bere da 8 a 10 bicchieri d'acqua al giorno.
- Mangia una dieta ricca di fibre in modo da non sforzarti quando vai di corpo.

Attività

- Aumenta lentamente le tue attività. Assicurati di alzarti e camminare ogni ora o così per evitare la formazione di coaguli di sangue.
- I pazienti di solito impiegano da 1 a 3 settimane per tornare comodamente alla normale attività.¹⁶
- Puoi andare a casa lo stesso giorno dopo una colecistectomia laparoscopica. Se hai altre condizioni di salute o complicanze come nausea, vomito, sanguinamento o difficoltà nel passaggio dell'urina, potresti rimanere più a lungo.
- Le persone sessualmente attive prima dell'operazione hanno riferito di poter tornare all'attività sessuale in 14 giorni (in media).

Lavoro e ritorno a scuola

- Di solito si può tornare al lavoro 1 settimana dopo l'intervento laparoscopico o aperto, purché non si effettui alcun sollevamento di carichi pesanti. Discuti i tempi con il tuo chirurgo.
- Non sollevare oggetti più pesanti di 4 kg. e non partecipare ad attività intense per almeno 4 o 6 settimane.



Lavare le mani

Steri-Strips®

Cura delle ferite

- Lavarsi sempre le mani prima e dopo aver toccato la zona vicino al sito dell'incisione.
- Non immergerti in una vasca da bagno fino a quando i punti di sutura, Steri-Strips® (piccole strisce di cerotto) o graffette non vengono rimossi.
- Puoi fare una doccia dopo il secondo giorno postoperatorio a meno che non ti venga detto di non farlo.
- Segui le istruzioni del tuo chirurgo su quando cambiare i cerotti.
- Una piccola quantità di drenaggio dall'incisione è normale. Se la medicazione è impregnata di sangue, chiamare il chirurgo.
- Se sono presenti Steri-Strips®, esse cadranno dopo 7-10 giorni.
- Se hai della colla sull'incisione, lascia che la colla si sfaldi da sola.
- Evitare di indossare indumenti stretti o ruvidi possono irritare.
- Possono irritare troppo le incisioni e rendere più difficile la loro guarigione.
- Le tue cicatrici guariranno in circa 4-6 settimane e diventeranno più morbide e continueranno a svanire nel corso del prossimo anno.

Evacuazione

Anestesia, diminuzione dell'attività fisica e farmaci antidolorifici (narcotici) possono contribuire alla stitichezza. Evita di sforzarti aumentando la fibra nella tua dieta con cibi ricchi di fibre o medicinali da banco. Assicurati di bere da 8 a 10 bicchieri di liquidi ogni giorno. Il chirurgo può prescrivere un emolliente se necessario

Dolore

Il grado di dolore è diverso per ogni persona. Il farmaco di cui avrai bisogno dopo l'operazione è per il controllo del dolore e il medico ti consiglierà quanto ne dovresti assumere. Puoi usare le pastiglie per la gola se hai mal di gola dovuta al tubo usato durante l'anestesia.

Quando contattare il chirurgo

Contatta il tuo chirurgo se hai:

- Dolore che non va via
- Dolore che peggiora
- Una febbre superiore 38.3 °C
- Vomito continuo
- Gonfiore, rossore, sanguinamento o liquido maleodorante dal sito della ferita
- Dolore addominale forte o continuo o gonfiore dell'addome
- Nessun movimento intestinale da 2 a 3 giorni dopo l'operazione

Controllo del dolore

Ognuno reagisce al dolore in un modo diverso. Una scala da 0 a 10 viene utilizzata per misurare il dolore. A "0", non senti alcun dolore. "10" è il peggior dolore che tu abbia mai provato. Seguendo una procedura laparoscopica, a volte si sente dolore alla spalla. Ciò è dovuto al gas inserito nell'addome durante la procedura. Muoversi e camminare aiutano a ridurre il gas e il dolore alla spalla destra.

Il dolore estremo mette a dura prova il tuo corpo in un momento in cui il tuo corpo ha bisogno di concentrarsi sulla guarigione. Non aspettare che il tuo dolore abbia raggiunto il livello "10" o sia insopportabile prima di dirlo al medico o all'infermiere. È molto più facile controllare il dolore prima che diventi grave.

Farmaci comuni per controllare il dolore

Narcotici o oppioidi sono usati per il dolore intenso. I possibili effetti collaterali dei narcotici sono sonnolenza, abbassamento della pressione sanguigna, frequenza cardiaca e frequenza respiratoria; eruzione cutanea e prurito; stipsi; nausea; difficoltà a urinare. Alcuni esempi di narcotici includono morfina e codeina.

Farmaci antidolorifici non narcotici

La maggior parte degli analgesici non oppiacei sono classificati come farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Sono usati per trattare il dolore lieve e l'infiammazione o possono essere combinati con i narcotici per trattare il dolore severo. I possibili effetti collaterali dei FANS sono disturbi di stomaco, sanguinamento nel tratto digestivo e ritenzione di liquidi. Questi effetti collaterali di solito non si evidenziano con l'uso del farmaco a breve termine. Informa il medico se ha problemi al cuore, ai reni o al fegato.

Controllo del dolore senza medicina

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

Distrarsi ti aiuta a concentrarti su altre attività invece che sul tuo dolore. Ascoltare musica, giocare o altre attività coinvolgenti può aiutarti a far fronte a un lieve dolore e ansia.

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:



Fermare lo stomaco



Il distrarsi



Immaginazione

Ulteriori informazioni

Per ulteriori informazioni su test e procedure, visitare il sito Web National Institutes of Health all'indirizzo www.nlm.nih.gov/medlineplus/encyclopedia.html

GLOSSARIO

Ecografia addominale: un trasduttore palmare, o sonda, viene utilizzato per inviare e ricevere onde sonore per determinare la posizione delle strutture profonde nel corpo. Un gel viene applicato sulla pelle del paziente in modo che le onde sonore non vengano distorte mentre attraversano la pelle.

Documentazione avanzata: documenti firmati da una persona competente che indirizza gli operatori sanitari sulle scelte terapeutiche. Ti danno la possibilità di raccontare i tuoi sentimenti riguardo alle decisioni sanitarie.

Aderenze: una fascia fibrosa o una cicatrice che fa aderire gli organi interni l'uno all'altro.

Bile: un fluido prodotto dal fegato e immagazzinato nella colecisti che aiuta nella digestione dei grassi.

Colica biliare: dolore improvviso nell'addome causato da spasmo o blocco del dotto cistico o biliare che dura per più di 30 minuti.

Bilirubina: un prodotto giallo di degradazione dei globuli rossi. Livelli elevati possono indicare malattie del fegato o della colecisti.

Emocromo completo: un emocromo misura i globuli rossi e i globuli bianchi. I globuli bianchi aumentano con l'infiammazione. L'intervallo normale per i globuli bianchi è compreso tra 5.000 e 10.000.

Colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP): un tubo con una luce e una videocamera all'estremità viene fatto passare attraverso la bocca, lo stomaco e l'intestino per verificare le condizioni dei dotti biliari e del dotto pancreatico principale e per rimuovere i calcoli biliari.

Calcoli biliari: depositi induriti di liquido digestivo che possono formarsi nella cistifellea.

Scintigrafia epatobiliare con acido iminodiacetico o scintigrafia della colecisti (HIDA): una scansione che mostra le immagini del fegato, della colecisti e dei dotti biliari dopo l'iniezione di una mezzo di contrasto nelle vene.

Colangiografia intraoperatoria: durante l'intervento chirurgico per rimuovere la colecisti (colecistectomia), un piccolo tubo (catetere) viene inserito nel dotto cistico, che drena la bile dalla cistifellea, per verificare la presenza di calcoli biliari.

Colangiopancreatografia con risonanza magnetica (MRCP): una tecnica radiologica che utilizza la risonanza magnetica per visualizzare i dotti biliari e pancreatici.

RIFERIMENTI

Le informazioni fornite in questo opuscolo sono scelte in base a recenti articoli basati su ricerche o tendenze cliniche rilevanti. La ricerca elencata di seguito non rappresenta tutte le informazioni disponibili sulla tua operazione. Chiedi al tuo medico se lui o lei consiglia di leggere qualsiasi informazione aggiuntiva.

1. Jackson PG, Evans S. Biliary System. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. *Sabiston Textbook of Surgery*. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012:chap 55.
2. Gurusamy KS, Davidson BR. Surgical treatment of gallstones. *Gastroenterol Clin N Am*. 2010 Jun;39(2):229-44, viii.
3. Duca S, Bala O, Al-Hajjar N, et al. Laparoscopic cholecystectomy incidents and complications. A retrospective analysis of 9542 consecutive laparoscopic operations. *HPB (Oxford)*. 2003;5(3):152-158.
4. Mestral C, Rotstein O, Laupacis A, et al. A population-based analysis of the clinical course of 10,304 patients with acute cholecystitis, discharged without cholecystectomy. *Trauma Acute Care Surg*. 2012;74(1):26-30.
5. American College of Surgeons. ACS Risk Calculator. <http://riskcalculator.facs.org>. Last accessed August 2015.
6. NIH Consensus Development Panel on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. *JAMA*. 1993;269:1018-1024.
7. Nakeeb A, Cumuzzie AG, Martin L, et al. Gallstone: genetics versus environment. *Ann Surg*. 2002;235:842-849.
8. Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: a guideline based on risk of gallstone formation. *Am J Med*. 1995;98:115-117.
9. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Ann Intern Med*. 1998;128:417-425.
10. Sakpal SV, Bindra SS, Chamberlain RS. Laparoscopic cholecystectomy conversion rates two decades later. *JLS*. 2010 Oct-Dec;14(4):476-483.
11. Clayton ES, Connor S, Alexakis N, et al. Meta-analysis of endoscopy and surgery versus surgery alone for the common bile duct stone with the gallbladder in situ. *Br J Surg*. 2006;93:1185-1191.
12. Leitzmann MF, Rimm EB, Willet WC, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. *N Engl J Med*. 1999;341:777-784.
13. Schwarz S, Hebra A, Miller M. Pediatric cholecystitis. Medscape reference, 2011. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/927340-overview>. Accessed December 6, 2011.
14. Dellacorte C, Falchetti D, Nebbia G, et al. Management of cholelithiasis in Italian children; a national multicenter study. *World J Gastroenterol*. 2008;14(9):1383-1388.
15. Gumiero AP, Bellomo-Brandao MA, Costa-Pinto EA. Gallstones in children with sickle cell disease followed up at a Brazilian hematology center. *Arq Gastroenterol*. 2008;45(4):313-318.
16. Nawaz H, Papachristou GI. Endoscopic treatment of post-cholecystectomy bile leaks: updates and recent advances. *Ann Gastroenterol*. 2011;24(3):161-163. Open access at www.annalsgastro.gr/index.php/annalsgastro/article/view/988/718.
17. Society for Surgery of the Alimentary Tract (SSAT) Patient Care Committee. SSAT Patient Care Guidelines: Treatment of gallstone and gallbladder disease. *J Gastrointest Surg*. 2004 Mar-Apr; 8(3):363-364. Available online at <http://ssat.com/guidelines/Gallstone-and-Gallbladder-Disease.cgi>. Accessed August 13, 2015.
18. Chiappetta P, Napoli E, Canullan C, et al. Minimally invasive management of acute biliary tract disease during pregnancy. *HPB Surg*. 2009;2009:829020. doi: 10.1155/2009/829020. Epub 2009 Jul 12.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Queste informazioni vengono pubblicate per informarti sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la tua situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.

L'American College of Surgeons (ACS) è un'organizzazione scientifica ed educativa dedicata alla pratica etica e competente della chirurgia. È stato fondato per elevare gli standard della pratica chirurgica e migliorare la qualità dell'assistenza per il paziente chirurgico. L'ACS ha cercato di presentare le informazioni per i futuri pazienti chirurgici sulla base delle attuali informazioni scientifiche; non c'è garanzia sulla tempestività, accuratezza o utilità di questo contenuto.

Originariamente revisionato 2009 da:

Patricia Lynne Turner, MD, FACS
Kathleen Heneghan, PhD, RN, MSN
Mark Malangoni, MD, FACS

Revisionato 2013 e 2015 da:

Kathleen Heneghan, RN, MSN
Nancy Strand, MPH, RN
Nicholas J. Zyromski, MD, FACS
Stephen Richard Thomas Evans, MD, FACS

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

Editore: Biagio Ravo, MD, FACS
Traduttore: Giuseppe Nigri, MD, PhD, FACS
Per qualsiasi domanda, rivolgersi a:
Biagioravo@tiscalinet.it

**SURGICAL PATIENT
EDUCATION PROGRAM**

Prepare for the Best Recovery