

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 1
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

INDICE

1.	Introduzione e Rationale	pag.	2
2.	Protocollo: Malattia di Hirschsprung	pag.	5
3.	Consenso informato: Malattia di Hirschsprung	pag.	7
4.	Gestione perioperatoria: Malattia di Hirschsprung	pag.	8
5.	Gestione infermieristica: Malattia di Hirschsprung	pag.	9
6.	Protocollo: Urgenza addominale	pag.	13
7.	Consenso informato: Urgenza addominale	pag.	15
8.	Gestione perioperatoria: Urgenza addominale	pag.	16
9.	Protocollo: Colite Ulcerosa	pag.	17
10.	Consenso informato: Colite Ulcerosa: Colectomia	pag.	18
11.	Consenso informato: Colite Ulcerosa: Knight Griffen	pag.	19
12.	Gestione perioperatoria: Colite Ulcerosa: Knight Griffen	pag.	20

RESPONSABILITA'

Questo lavoro è stato prodotto in collaborazione con i colleghi segnati nell'intestazione.

Per ogni chiarimento e dettaglio si fa riferimento al coordinatore: Prof. Girolamo Mattioli - Università di Genova, Istituto Giannina Gaslini

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 2
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

INTRODUZIONE E RATIONALE

Laparoscopia, toracosopia, retroperitoneoscopia sono dei termini usati per indicare un tipo di chirurgia ad approccio mini-invasivo. Questa metodologia è molto diffusa ed utilizzata routinariamente da molti anni, prima del 1990 in chirurgia generale e, successivamente, nel bambino.

Tuttavia, tuttora, è molto discussa per le difficoltà operative e perché sono noti i casi di errore grave che, in passato, l'hanno resa famosa negativamente.

Il consenso che deve essere dato, obbliga il clinico ad informare il paziente, o i suoi tutori legali se minore, dei dettagli delle tecniche, dei rischi ad esse connesse e delle alternative possibili anche se non sempre è facile far capire adeguatamente manovre complesse.

Scopo di questo lavoro è far conoscere i dettagli tecnici e ciò che è considerato "standard" nel bambino riguardo a questa metodica.

Cosa si intende per chirurgia mini-invasiva

- La chirurgia ad accesso mini-invasivo (MIAS – minimal invasive access surgery) è una metodologia che permette di eseguire manovre chirurgiche classiche attraverso incisioni cutanee e di parete di 3-12 millimetri.
- Non è una chirurgia mini-invasiva ma è una chirurgia classica che viene eseguita attraverso piccoli accessi, cambiando la porta di ingresso mediante l'ausilio di tecnologia miniaturizzata e sotto controllo visivo mediante una telecamera computerizzata.
- Le fasce ed i muscoli vengono punti e divaricati invece di essere tagliati: come infilare un ferro in un maglione. L'unica parte della parete che viene tagliata è la pelle.
- La laparoscopia è l'approccio in cavità addominale, la toracosopia nel torace e retroperitoneoscopia nello spazio perirenale, posteriormente.
- Differenti approcci eseguiti in spazi normalmente presenti nel corpo umano per eseguire procedure diagnostiche e terapeutiche con minimo trauma per il paziente.
- Esistono anche altre applicazioni quali la neurochirurgia e l'ortopedia che, essendo specialistiche, non prenderemo in considerazione. Inoltre l'approccio operativo endoscopico può essere eseguito attraverso orifizi naturali quali l'uretra, la bocca, etc. che non saranno argomenti di questo lavoro.

Perché la chirurgia mini-invasiva?

- Tagliare la parete ha degli svantaggi: dolore, cicatrice, rischi di complicazioni infettive in generale. La parete è formata da molte strutture, cute, tessuto adiposo, fasce, muscoli, peritoneo, pleura. La sezione di queste strutture crea il presupposto per disturbi postoperatori così detti "incisionali". Più è piccola la ferita minori sono i rischi di complicanze, ma si vede non bene e si lavora male.
- È necessario adoperare la tecnologia: telecamera e ferri dedicati.
- Minore dolore, migliore risposta emotiva, minori rischi di complicanze incisionali di parete, portano ad una migliore qualità della vita. Infine migliore estetica, poco importante ma con un ruolo rilevante per incrementare il benessere psicologico del paziente.
- Inoltre la non esposizione dei tessuti all'aria, l'assenza di manipolazione dei tessuti con garze e la ridotta superficie di parete cruentata sono il presupposto per un minimo rischio di aderenze post-operatorie che sono la causa principale di reintervento nella chirurgia ad approccio aperto (open).

Note di tecnica - Attraverso una cannula (trocar, port) si inseriscono la telecamera ed i ferri chirurgici per vedere, toccare, tagliare, cucire. Le manovre all'interno della cavità sono "classiche" come a "pancia aperta". Quello che cambia rispetto agli approcci convenzionali è la libertà di movimento. Attraverso un forellino abbiamo un punto fisso. Non si tocca con le mani, e la mobilizzazione degli organi è più difficoltosa. Ma usando accortezze nella posizione degli accessi e posizionando due o tre accessi, oltre a quello dell'ottica, si può ovviare al problema "manovrabilità" senza particolari difficoltà.

Tanti buchi sono meno traumatici di un unico taglio. Divaricare i muscoli non è traumatico come tagliarli.

Si entra, si guarda, si identifica il bersaglio e si tratta la patologia. Stessi tempi chirurgici della chirurgia classica, cambia solo l'approccio.

Rispetto all'incisione estesa la chirurgia ad approccio mini-invasivo ha delle limitazioni legate alla impossibilità di inserire le mani nel campo chirurgico. Questo limita notevolmente, in alcune procedure, la raffinatezza dei tempi chirurgici e controindica questo approccio.

Attraverso un accesso si inserisce una telecamera e si guarda. Gli altri accessi servono a toccare, prendere, tagliare, cucire. La disposizione degli strumenti varia in base al tipo di intervento. Normalmente si usano tre o quattro accessi. Uno per l'ottica, due per toccare e lavorare e uno o altri per trazionare i tessuti, ove necessario.

Si possono eseguire tutte le manovre chirurgiche: manipolazione, dissezione, emostasi, sutura, etc. ovviamente la gestualità è complessa e necessita, per essere imparata, di numerose ore di preparazione per acquisire una perizia adeguata.

Chi la può fare - La chirurgia pediatrica viene svolta da specialisti nel settore e l'apprendimento dipende dalle scuole di chirurgia ben note. La chirurgia mini-invasiva è una parte del bagaglio culturale e di esperienza dello specialista. Non esiste un chirurgo laparoscopista ma esiste uno specialista in chirurgia che è anche esperto in chirurgia mini-invasiva. Non è assolutamente possibile eseguire la chirurgia mini-invasiva pediatrica senza avere esperienza approfondita nelle tecniche "open".

La cosiddetta "curva di crescita" è lenta e prima di essere autonomi si deve seguire un percorso formativo lungo e complesso. Questa è basata sulle conoscenze teoriche, su corsi pratici su tessuti vivi ed infine sul paziente, prima aiutando esperti e quindi lavorando come primo operatore sempre in associazione e sotto il controllo diretto di un chirurgo esperto.

Quando viene indicata - Se possibile si dovrebbe applicare l'approccio mini-invasivo in ogni procedura chirurgica. Il feto, il neonato, il bambino, l'adolescente, l'adulto sono potenziali candidati all'approccio mini-invasivo. Vi sono delle procedure che devono essere eseguite mediante via laparoscopica o toracosopica e altre che non devono.

Di seguito l'elenco degli interventi routinariamente eseguiti per via mini-invasiva:

- Esofago: miotomia, esofagectomia, riparazione atresia.
- Stomaco/Duodeno: funduplicatio, diversione/resezione gastrica, Roux, gastropessi, piloromiectomia, gastrostomia, anastomosi duodenale.
- Milza: splenectomia, fenestrazione di cisti.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof Vincenzo Jasonni	Pagina 3
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

- Fegato/Colecisti/Via biliare/Pancreas: biopsie, colecistectomia, diversione, resezione di tumori.
- Intestino/Colon/Retto (MICI, MAR, Disganglionosi, etc): resezione/anastomosi, lisi di aderenze, biopsie, disinvaginazione, derotazione, diverticolectomia, anastomosi anali.
- Addome acuto e sindrome dei Dolori Addominali Ricorrenti: appendicectomia e varie in base allo stato di necessità.
- Gonadi femminili/annessi: cistectomia, detorsione, annessiectomia, enucleoresezione di neoplasie.
- Gonadi maschili: orchidopessi, varicocele, erniotomia inguinale, biopsie.
- Rene: nefrectomia, biopsia, ricostruzione della via urinaria, estrazione di calcoli, posizionamento di catetere per dialisi Peritoneale.
- Polmone/Pleura: resezione, lisi di aderenze, drenaggio mirato.
- Torace: ricostruzione della parete, trattamento dei difetti diaframmatici.
- Masse addominali e Toraciche: biopsie, diagnostica esplorativa, exeresi.
- Varie.

alcune procedure possono essere eseguite ma sono ancora in fase di studio i vantaggi e pertanto rientrano ancora in una fase di valutazione:

- Chirurgia neonatale: atresie.
- Patologia delle vie biliari e pancreas
- Patologia dell'uretere e vescica
- Lesioni polmonari centrali
- Trattamento dei tumori

Rischi e complicanze - Possono esserci tre principali fasi di errore:

- l'accesso
- la tecnica e la tecnologia mini-invasiva
- l'indicazione e la procedura chirurgica scelta

Le complicanze legate all'introduzione dell'accesso (trocar) possono essere:

- sanguinamento
- infezione
- erniazione
- deiscenza
- lesione dei visceri interni

Ogni ferita può infettarsi e pertanto anche le incisioni della sede dei trocar possono complicarsi. Lesioni di vasi profondi possono portare a sanguinamenti maggiori. L'utilizzo di trocar protetti che non tagliano ma divaricano i tessuti e, ove necessario, la loro introduzione sotto controllo visivo diretto ha ridotto al minimo questi rischi.

Gli strumenti sono normalmente controllati e la loro gestualità è sovrapponibile a quelli della chirurgia convenzionale. Ovviamente bisogna imparare ad usarli.

Infine il tipo di intervento per quella diagnosi specifica può portare a complicanze non in rapporto all'approccio scelto.

In caso di necessità, sempre, il chirurgo deve poter convertire l'intervento a cielo aperto. In caso di dubbi anatomici o difficoltà, la conversione deve essere eseguita per prevenire complicanze od insuccessi chirurgici.

Non sempre è possibile prevenire complicanze, anche rispettando i principi di prudenza e diligenza. In tali casi la "conversione" deve essere fatta al più presto per risolvere il problema. Il paziente, o i legali rappresentanti, devono autorizzare il chirurgo ad eseguire tale manovra, che è parte integrante dei cosiddetti rischi specifici: il dover convertire in caso di necessità.

Le complicanze possono avvenire anche mantenendo il rispetto delle regole (prudenza, perizia, diligenza) in caso di situazioni anatomiche complesse.

Queste non sono specificamente in rapporto al tipo di approccio ma alle condizioni cliniche del paziente.

Conclusioni

- L'approccio mini-invasivo è un avanzamento scientifico, un miglioramento tecnico per offrire al paziente dei vantaggi clinici allo scopo di migliorare la qualità della vita: deve essere fatto se possibile per il paziente, particolarmente se bambino. In un centro chirurgico pediatrico deve essere possibile offrire al paziente l'approccio mini-invasivo in molte situazioni.
- Si può e si deve fare per migliorare i risultati chirurgici. Le alternative ci sono e possono essere consigliate in caso di controindicazioni.
- I rischi ed i benefici sono ben conosciuti e studiati.
- Il paziente può essere adeguatamente informato sulle capacità dell'operatore, sui rischi legati all'approccio e sul tipo di intervento se eseguito mediante via mini-invasiva o classica.
- Tale manovra deve essere eseguita da chirurghi esperti, o nell'ambito di una scuola di formazione, offrendo risultati migliorativi in tema di morbilità, dolore, fattori psicologici ed estetici.
- Le complicazioni esistono, come per ogni procedura chirurgica, pertanto è fondamentale conoscerle per prevenirle o trattarle e il paziente, od i suoi legali rappresentanti, può dare il consenso alla procedura chirurgica consigliata solo dopo adeguata informazione.

Scopo di questa istruzione operativa è raccogliere gli standard operativi ed organizzativi per i pazienti che necessitano di chirurgia del colon. Il contenuto di questo documento deriva da anni di esperienza clinica e questa è la versione attuale che deriva da modifiche, revisioni ed integrazioni di numerose esperienze che durano da ormai oltre dieci anni.

Ogni affermazione è stata discussa e validata mediante trials clinici controllati e pubblicati e le esperienze pubblicate in letteratura sono facilmente reperibili nella loro interezza ove richiesti.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 4
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

Inoltre, per poter offrire ai pazienti dei risultati sempre omogenei si deve cercare di seguire un percorso standard e "riproducibile" indipendentemente dalla unità operativa e dai professionisti coinvolti. Tale metodo di lavoro permette di poter controllare i punti deboli e ridurre al minimo il rischio errore. Inoltre, in caso di complicanze, è possibile, conoscendo il percorso seguito, poter identificare esattamente i punti critici ed attuare manovre correttive di miglioramento.

Questa istruzione operativa definisce gli standard perioperatori in chirurgia mini-invasiva allo scopo di rendere note le manovre necessarie per preparare i pazienti alla chirurgia e definire ciò che è necessario dopo l'intervento prima e successivamente alla dimissione.

Un altro aspetto che viene preso in considerazione è il "FAST- TRACK". Questo è un modello organizzativo che bene si adatta al concetto di "mini-invasività". La degenza ospedaliera pone il paziente a rischio di problemi medici (infezioni) e psicologici (conflittualità). Ridurre i tempi di degenza significa diminuire la morbidità, la conflittualità, forse con maggiore efficienza per l'azienda.

Infine questa istruzione operativa vuole essere il punto di partenza per una valutazione obiettiva, approfondita, e prospettica del problema "analgesia". E' noto quanto sia di fondamentale importanza ridurre al minimo il dolore. L'approccio mini-invasivo riduce il trauma ed i rischi incisionali.

Non è ben standardizzato il piano di anestesia/analgesia ottimale in rapporto diretto non al tipo di approccio ed al tipo di incisioni, bensì alle procedure chirurgiche, suddivise in base a:

- Procedure su visceri con suture o anastomosi
- Procedure su parenchimi senza interessamento di visceri cavi
- Procedure demolitive perineali
- Chirurgia toracica
- Necessità di rapida ripresa della motilità intestinale per evitare distensioni (gastriche o preanastomotiche)

Tali valutazioni sono di fondamentale importanza per non far sentire disagio al paziente.

Il disagio post-operatorio può dipendere dal dolore, da problemi chirurgici o dalle conseguenze dei farmaci (gastroplegia, ileo paralitico, ritenzione urinaria, prurito, delirio, etc.).

Questi dati necessitano di una valutazione multidisciplinare approfondita e gli AUDIT devono ancora essere completati per avere degli standard di riferimento.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razore, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 5
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

PROTOCOLLO: MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG - PROCEDURA DI SOAVE/GEORGESON

Il trattamento chirurgico della malattia di Hirschsprung e delle altre forme di disganglionosi intestinali dipende dall'età del paziente, dall'estensione della disganglionosi e dal quadro istochimico.

L'approccio laparoscopico può essere utilizzato a scopo diagnostico, per eseguire biopsie multiple, ed a scopo terapeutico, per eseguire la resezione del segmento disganglionare e l'anastomosi primaria, tra segmento normo-innervato e canale anale o retto distale, o la derivazione intestinale dilazionando il tempo di ricanalizzazione nel momento migliore.

La biopsia intestinale viene sempre eseguita allo scopo di definire accuratamente la zona dove eseguire l'anastomosi, ed escludere anomalie non evidenziabili macroscopicamente che sarebbero fonte di complicanze postoperatorie.

L'intervento che eseguiamo routinariamente per via laparoscopica è la procedura di Soave modificata da Georgeson.

Questa prevede due tempi.

Via laparoscopica:

- biopsia
- preparazione del segmento agangliare con identificazione e legatura del peduncolo vascolare
- liberazione dell'ansa da abbassare.

Via perineale

- dissezione extramucosa, transrettale,
- anastomosi all'ano dell'ansa preparata.
- Durante la manovra anastomotica si deve controllare:
 - innervazione (biopsia)
 - vascularizzazione
 - tensione
 - torsione
 - divaricazione sfinterica
 - cuffia rettale residua corta e senza distorsioni
 - sanguinamento

Più è piccolo il paziente, più è semplice la procedura.

La presenza di una derivazione intestinale non preclude la possibilità di eseguire questo tipo di intervento.

Lo stesso intervento può essere eseguito anche in caso di colectomia totale con abbassamento dell'ileo. Il pouch viene eseguito solo nelle MICI e mai nelle disganglionosi.

DEFINIZIONI E ACRONIMI

Morbo di Hirschsprung – disganglionosi – occlusione intestinale – aganglia colica totale

Endorectal pull-through – Soave – Georgeson – Mucosectomia

MICI – Colite Ulcerosa - Colectomia Totale

MODALITÀ OPERATIVE

posizione del paziente:

supino
a fondo letto
gambe a rana
posizione trendelenburg 30°
campo completo per lavorare sterilmente sia in addome sia in perineo, contemporaneamente

posizione dei trocar:

- 1) sottocostale destro (5mm): ottica
- 2) para ombelicale sinistro (3-5mm): operativo
- 3) iliaco destro (5mm): operativo
- 4) paraombelicale/iliaco sinistro (3mm): retrazione (opzionale)

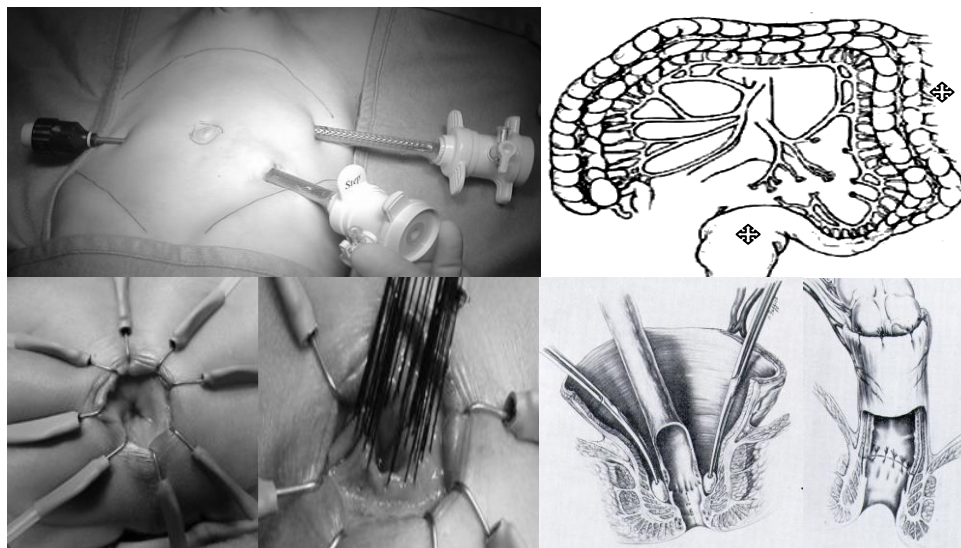
descrizione dell'intervento: Abbassamento endorettale secondo Soave/Georgeson

- tempi chirurgici
 - Pulizia intestinale nelle forme lunghe, se non adeguata prima della procedura
 - Catetere vescicale posizionato sterilmente a campo fatto
 - Creazione del pneumoperitoneo
 - Posizionamento dei ports
 - Manipolazione dell'intestino per valutare la distensione
 - Identificazione anatomica della zona di transizione
 - Biopsia con forbici e successiva sutura con un punto nella zona che si presume da abbassare
 - Scheletrizzazione del segmento patologico
 - Preparazione del peduncolo vascolare del segmento da abbassare – tale segmento non dipende solo

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 6
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

dalla normalità di innervazione ma anche dalla perfetta vascolarizzazione ed assenza di trazione. Devono essere eseguite tutte le manovre necessarie per prevenire torsioni del peduncolo.

- Apertura radicale del peritoneo sovrarettale
- Esposizione del perineo
- Divaricazione del canale anale con punti cutanei
- Posizionamento di punti di trazione vicino alle colonne di Morgagni
- Creazione di un piano tra mucosa e muscolare rettale
- Identificazione ed apertura del retto in sede pelvica
- Sezione del segmento normogangliare, identificato mediante la biopsia
- In caso di abbassamento dell'ileo o di segmenti di intestino prossimali al discendente, è necessaria la manovra combinata laparoscopica e perineale durante l'abbassamento.
- Anastomosi con il canale anale a punti staccati
- Controllo laparoscopico
- Estrazione dei trocars e chiusura degli accessi addominali



 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 7
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

CONSENSO INFORMATO: MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG - PROCEDURA DI SOAVE/GEORGESON

Procedura chirurgica:	<u>RESEZIONE SEGMENTO INTESTINALE, ANASTOMOSI ANALE</u>
Paziente:	-----
Data Intervento:	-----
Indicazione:	disganglionosi
Alternative:	nessuna per il rischio di occlusione/sepsi
Procedura:	<p>Approccio laparotomico, laparoscopico. Approccio alla cavità addominale. Identificazione segmento di transizione. Biopsie intraoperatorie per diagnostica estemporanea dell'innervazione. Legatura dei vasi Asportazione tratto agangliare ed anastomosi del segmento normoinnervato all'ano. Se necessario, creazione di derivazione intestinale e/o mantenimento del moncone intestinale nell'ano con successivo reintervento</p>
Rischi:	<ul style="list-style-type: none"> • Sanguinamento, Infezione, sepsi, enterocolite, formazione di ascessi. • Lesioni di vasi e organi limitrofi (intestino, via urinaria, genitali) • Deiscenza, stenosi dell'anastomosi • Incontinenza (urinaria/intestinale) • Residuo di malattia • Complicanze di parete • Sindrome aderenziale. • Sindrome da intestino corto (malassorbimento, infezioni, etc) • Possibile derivazione intestinale di protezione. • Necessità di reintervento.
Trattamenti successivi (eventuali)	<ul style="list-style-type: none"> • Clisteri evacuativi • Decontaminanti intestinali • Antidiarroici in caso di incontinenza • Dilatazioni e visite in anestesia • Endoscopia • Alimentazione controllata • Controlli clinici ripetuti • Ulteriore procedura chirurgica ove necessario

E' possibile eseguire procedure chirurgiche maggiori in caso di riscontro di complicazioni. Queste possono essere riscontrate durante la stessa procedura o successivamente necessitando di un ulteriore intervento chirurgico e di ricovero in rianimazione.

L'operatore si riserva di eseguire le manovre che ritiene necessarie per il buon decorso dell'intervento chirurgico e per il benessere del bambino seguendo lo spirito del "bonus pater familiae".

Qualunque complicanza può necessitare di ricovero in rianimazione e può essere causa di complicanze gravi.

Dichiaro di essere stato informato :

1. delle condizioni del minore e dei motivi che hanno richiesto la pratica sanitaria proposta;
2. della natura dell'intervento e della sua portata ed estensione (descrizione intervento a cura di U.O.);
3. dell'attività del singolo medico e/o di tutta l'equipe;
4. delle possibili complicanze, i prevedibili rischi specifici con le rispettive percentuali di rischio in rapporto a: *situazione soggettiva del paziente, stato dell'arte della disciplina*, stato di efficienza e livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si opera
5. dei risultati conseguibili e dei benefici ragionevolmente attesi dall'intervento proposto;
6. degli effetti collaterali conosciuti correlati al trattamento proposto;
7. dell'esistenza di eventuali trattamenti alternativi ed i rischi specifici di questi ultimi.

Pertanto: Acconsento all'attuazione della pratica sanitaria secondo quanto sopra proposto.

I medici che hanno in cura il piccolo si impegnano ad informare i famigliari su ogni ulteriore procedura diagnostico – terapeutica che verrà posta in essere, sul relativo piano di cura.

Genova, li -----

I Genitori/Tutori legali -----

L'Informatore e L'operatore -----

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 8
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

GESTIONE PERIOPERATORIA: MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG - PROCEDURA DI SOAVE/GEORGESON

Indicazione	Disganglionosi – Hirschsprung
Intervento	biopsie + resezione colon ed anastomosi all'ano (GEORGESON/SOAVE)
referente	Mattioli
problemi generici	Enterocolite – Necessità di diversione – Equilibrio Idro-Elettrolitico – Accesso Venoso Cardiopatía - Nefropatia (CAKUT) - Patologie associate
Preparazione	
alimentazione/digiuno	Dieta idrica 24 ore prima e quindi digiuno nelle ultime 12 ore preoperatorie. Accesso venoso periferico ed idratazione secondo disposizioni.
preparazione intestinale	Due clisteri al giorno dalla settimana precedente ed incrementare in base alla pulizia intestinale. Composizione dei clisteri da definire in base all'età
profilassi antibiotica	Come da protocollo
valutazione e profilassi neurologica	Non richiesta
richiesta sangue	GRC 10 ml/kg x 2 da tenere in emoteca
consulenze	Non specifiche
indagini preoperatorie	Esami standard
valutazione anestesiológica	si
education e consenso	flogosi perineale: terapia topica adeguata lesioni sfinteriche rischio enterocolite grave anche dopo l'intervento definitivo alto rischio complicanze chirurgiche necessità di diversione intestinale rx inadeguato per la diagnosi di livello. da definire durante l'intervento l'estensione della malattia (aganglia colica totale)
Postoperatorio	
gestione del dolore	Analgesia sistemica di minima (contramal). Massima restrizione farmacologica per rischio anastomotico da distensione. Ove possibile, anestesia locale. Previsione di dolore perineale localizzato - Catetere peridurale per 48-72 ore
rialimentazione	idrica nelle 24 ore se possibile - standard quando canalizzato dopo 24 ore
mobilizzazione	appena possibile
medicazione	Quando necessario – prevenire la causticazione del podice con agenti di barriera
terapia	Da protocollo
protesi	Nessuna
catetere vescicale	48 ore
sonda gastrica	Se necessario
catetere venoso	Periferico (centrale solo in casi selezionati)
sonda rettale	In caso di distensione e per calibrare l'anastomosi
drenaggi	se necessario (da rimuovere in base alle disposizioni)
esami di controllo	in serata ed in base al quadro clinico (sanguinamento, enterocolite, deiscenza, aderenze, sepsi): ionogramma, emocromo, pcr, emocolture, emogasanalisi, f.renale, proteine
Dimissione	
giornata prevista	Appena possibile (canalizzato, alimentato, asintomatico)
education ai genitori	Rischio stenosi (dilatazioni) – enterocolite – ascessi - incontinenza Dermatite perianale Necessità di re intervento per complicanze
presidi predimissione	Sonde, hegar, codifica malattia rara
consulenze/controlli	In settimana e in base al quadro clinico
esami di controllo	In base al quadro clinico
relazione	Alla dimissione

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr Giovanni Montobbio, Dr Alessio PiniPrato, Dr Nicola Disma, Dr Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof Vincenzo Jasonni	Pagina 9
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

GESTIONE INFERMIERISTICA: MALATTIA DI HIRSCHSPRUNG - PROCEDURA DI SOAVE/GEORGESON

In sala operatoria

Il paziente che arriva in sala operatoria, in genere è già stato "preso in carico" dal personale di reparto, ha già impostato un percorso assistenziale descritto in una cartella medico-infermieristica e su una check-list di trasferimento/ accoglienza in sala operatoria.

L'ingresso del paziente nella sala operatoria è un momento stressante per la paura del dolore ed in quanto è una struttura altamente tecnologica, dove gli operatori sono prevalentemente orientati verso modelli comportamentali ed organizzativi di tipo tecnico a discapito della relazione interpersonale.

Tuttavia, l'ambiente della sala operatoria può diventare un luogo speciale. La condivisione gioca in questo senso un ruolo fondamentale: essa riguarda direttamente la condivisione dello scopo comune, la della responsabilità nel raggiungimento di tale scopo e una condivisione di vita con chi vi partecipa. Scopo di ciascun soggetto operante in sala operatoria è soddisfare il bisogno di salute del paziente, cioè partecipare con la propria competenza all'esecuzione dell'intervento chirurgico nel migliore dei modi, con una vera e propria cultura di valorizzazione delle persone e di gioco di squadra (team) per migliorare il "clima".

La professionalità come condivisione permette che anche il minimo contatto con il paziente diventi interessante.

Il condividere questo momento è un privilegio per l'infermiere che è costretto ad usare con attenzione e precisione tutte le sue capacità tecniche per rassicurare, confortare, incoraggiare il paziente senza le quali si troverebbe "costretto" ad un abbandono.

L'infermiere che accoglie il paziente deve quindi dare supporto psicologico, adeguate informazioni, deve assicurare il comfort, compilare la scheda infermieristica, trasferire il paziente sul letto operatorio, tutto questo attraverso una corretta ed adeguata comunicazione tra paziente e infermiere e tra infermiere ed equipe.

L'insieme rappresenta uno dei principi cardini della professione sanitaria: l'educazione sanitaria e terapeutica.

L'educazione sanitaria rivolta ai pazienti e ai famigliari li aiuta a partecipare in maniera più positiva al processo assistenziale, a prendere decisioni più consapevoli sul tipo di cura.

L'educazione ha luogo nel momento in cui il paziente interagisce con chiunque lo abbia in carico.

I pazienti ed i loro famigliari che devono essere sottoposti ad intervento di megacolon secondo la tecnica di Soave pur essendo molto piccoli (in genere entro i primi 2 anni di vita) a causa della patologia stessa sono stati sottoposti a stress sia durante la diagnostica, che la preparazione all'intervento stesso, per cui giungono alla nostra attenzione preparati ma con un notevole carico d'ansia.

E' anche da non sottovalutare il fatto che la sala operatoria è l'unico luogo in ospedale dove la mamma non segue il proprio piccolo e lo affida completamente a noi perfetti sconosciuti

Da qui l'importanza e la necessità di un impatto empatico immediato mamma/bambino /personale infermieristico e tecnico nelle sale operatorie .

Il personale infermieristico deve avere un buon approccio professionale e di relazione ,deve saper fornire informazioni tecniche di propria competenza per ciò che riguarda l'intervento e l'assistenza al piccolo; deve saper dare conforto e aiuto in breve tempo a persone che non si conoscono e che ci affidano il proprio piccolo.

Assistenza infermieristica in sala operatoria

Accoglienza Preso in carico Valutazione Verifica checklist	Infermiere di sala Infermiere di anestesia OSS
Assistenza infermieristica intensiva anestesilogica	Infermiere di anestesia/ infermiere di sala
Assistenza infermieristica chirurgica	Infermiera strumentista /infermiere di sala
Assistenza intensiva di base o intensiva post-intervento RECOVERY ROOM	Infermiere di sala

Le problematiche che l'infermiere deve affrontare sono legate essenzialmente:

- alla complessità degli interventi assistenziali, che devono essere realizzati con rapidità in un contesto caratterizzato da un elevato grado di imprevedibilità e carico emotivo
- alla necessità di numerose risorse, che devono agire in maniera sinergica e coordinate
- ai numerosi aspetti organizzativi e gestionali, che devono permettere un'attività efficace e coordinata dell'equipe medico-infermieristica

Accoglienza e presa in carico

All'ingresso del blocco operatorio troviamo l'Infermiere d'anestesia e di sala che accoglieranno il paziente ,effettuando una valutazione generale paziente –genitori(entrambi entrano nella sala di premedicazione) e un controllo tramite checklist di:

- ricovero documentato-firma in cartella
- esami –ECG- gruppo sanguigno

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 10
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

- consensi: chirurgico, anestesiologicalo, alla trasfusione

Verrà effettuato un controllo dell'accesso venoso, che deve essere sempre presente per evitare disionie e disidratazione e dell'infusione in pompa volumetrica di una soluzione polielettrolitica isoosmolare con glucosio 5% alla velocità di 4 ml/kg /h più perdite in caso di diarrea da pulizia intestinale.

Successivamente alla rivalutazione del medico anestesista e chirurgo, l'infermiere effettua la premedicazione come da prescrizione:

- endovenosa (se presente accesso vascolare)
- endoretale
- per os

Monitoraggio con pulsì ossimetro e rivalutazione ogni 10 minuti fino all'ingresso in sala operatoria

Assistenza infermieristica intensiva anestesiologicala

In questa fase è compresa la preparazione, in collaborazione con il medico anestesista, dei monitoraggi del paziente, del carrello per la gestione delle vie infusionali, dei farmaci necessari per sedazione - ipnosi, analgesia e curarizzazione del paziente e il carrello di anestesia per la gestione delle vie aeree .

Controllo incrociato medico infermieristico secondo checklist:

Monitoraggi	<ul style="list-style-type: none"> - ECG a 3 derivazioni - PA cruenta e incruenta (NIBP-IBP) - Saturazione - Temperatura esofagea - SNG da rimuovere al risveglio - catetere vescicale tipo Foley (posizionato a campo fatto)
Accessi vascolari	<ul style="list-style-type: none"> -1 accesso venoso per i farmaci 22G -1 accesso venoso per infusioni liquidi e emoderivati -1 accesso arterioso (da posizionare dopo cateterino epidurale per evitare dislocazioni) - accesso venoso femorale sinistro solo in caso di fallimento dei precedenti (solo 2 tentativi)
Farmaci	Farmaci standard Induzione endovenosa e mantenimento anestesia inalatoria Analgesia: <ul style="list-style-type: none"> - Fentanyl (induzione) - Remifentanyl (mantenimento in pompa siringa 20y/ml) - posizionare cateterino epidurale - materiali: kit carrellino, teli adesivi, teli anestesia, cappa sterile, guanti, telini, telini sterili per asciugare mani, garze sterili, betadine per disinfezione, siringhe da 10ml, set cateterino peridurale Minipack Braun: TUOHY18/CATETERE20 TUOHY20/CATETERE 24 Medicazione e fissaggio: steri-strip, fixomul, pellicola trasparente Infusione continua in pompa IVAC di una soluzione fisiologica con chirocaina e clonidina - vedi protocollo - post-operatorio – boli di morfina – elastomero con Contramal
Carrello anestesia gestione vie aeree	Induzione in maschere Intubazione = <ul style="list-style-type: none"> da 0 a 1 anno naso tracheale da 1 anno in poi oro tracheale lama laringoscopio di misura adeguata, cannula Guedel, siringa, cerotto per fissaggio, pinza maggy, aspiratore e cannula aspirazione.

Assistenza infermieristica chirurgica

In collaborazione con l'infermiera strumentista e con l'ausilio di checklist l'infermiera di sala effettua un controllo delle apparecchiature elettromedicali, del letto operatorio, della lampada scialitica, del defibrillatore e dell'aspiratore.

Con la stessa collaborazione si prepara e gestisce lo strumentario chirurgico:

- Strumentario tradizionale
- Strumentario laparoscopico
- Compilazione checklist dopo conteggio totale ferri ,garze , lame e suture

In collaborazione con tutta l'equipe medico-infermieristica si posiziona il paziente in fondo al letto operatorio su un materassino termico per preservare una temperatura adeguata (36.5°C).

Gli arti inferiori vengono ricoperti di tubiton sterili e posizionati a rana con possibilità di flessione verso l'addome, arti superiori leggermente estesi verso il capo, addome libero dalle creste iliache fino all'areola mammaria su cui viene posizionato un fonendoscopio sopra il cuore.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr Giovanni Montobbio, Dr Alessio PiniPrato, Dr Nicola Disma, Dr Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof Vincenzo Jasonni	Pagina 11
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

La piastra dell'elettrobisturi posizionata sul dorso del paziente, fra le due scapole, facendo attenzione a non includere il catetere epidurale.

Quindi si esegue il sondaggio rettale per svuotare l'ampolla rettale (no divulsione anale, no svuotamento fecalomi per non inquinare il campo)

Prima del TIME-OUT si deve preveder un tempo medio di preparazione paziente di 60 minuti circa.

Preparazione campo operatorio

Durante la preparazione del campo operatorio è di fondamentale importanza la collaborazione di tutte le figure professionali per preservare al meglio la sepsi del campo operatorio e dello strumentario.

La preparazione per questo tipo di intervento necessita di particolare attenzione, dovendo essere utilizzato dapprima per un accesso laparoscopico addominale e successivamente per un open perianale

Disinfezione chirurgica

- o 6 tamponi, 1 kit completo tessuto goretex, 1 telo testa-piedi, 6/8 teli laterali, 1 tampone per la disinfezione del podice e posizionamento telo sterile
- o 2 tamponi per la disinfezione arti inferiori con ausilio di 2 compresse laparotomiche grandi e loro rivestimento con tubiton, per mantenerle sterili sul campo
- o 3 tamponi per la disinfezione della parte addominale che nelle video laparoscopie viene estesa dall'aoreola della ghiandola mammaria alla zona inguinale (per un accesso immediato laparotomico in urgenza).
- o Alla fine della preparazione del campo posizionare sterilmente il catetere vescicale fissato esternamente ai teli, mantenuto in campo sterilmente con pellicola trasparente

Strumentario:

Tempo laparoscopico

- Cavi: posizionati in sequenza ordinata in base al cablaggio sull'apparecchiatura video
- cavo della coagulazione monopolare, aspiratore, 2 cavi della CO2, luce fredda ,cavo della telecamera.
- trocar 3 mm e 5 mm
- Ottica da 5mm
- 2 johann da 5mm e 1 da 3mm
- ligasure,
- crochet per la preparazione del mesentere
- forbice per effettuare la biopsia intestinale che deve essere inviata immediatamente in anatomia patologica dentro una capsula del Petri in ambiente umido, ottenuto mettendo all'interno un tamponcino bagnato con soluzione fisiologica. Il risultato della biopsia è atteso mentre si procede con la preparazione dell'intestino per il successivo abbassamento.
- Portaghi con filo di sutura in monofilamento (4-0 ticon o 5-0 prolene) per la zona in cui è stata effettuata la biopsia.

Tempo tradizionale (perineo e conversione)

- Campo: il paziente è posizionato a fondo letto con arti inferiori a rana che vengono flessi sul torace. Il podice viene ulteriormente sollevato mediante flessione della pelvi con telino (sterile) posizionato dietro al sacro. Fissazione degli arti con telino trasversale sul cavo popliteo. Necessari due telini, uno per sollevare il podice del paziente e l'altro aperto e fissato con due fermateli per tenere in posizione le gambe; 4 teli con adesivo per poter circoscrivere ulteriormente il campo perineale.
- 2 manici di bisturi, uno con lama n.11 per le incisioni video e uno con lama n.10 per un'eventuale conversione;
- 3 pinze chirurgiche
- forbici mayo curva ,retta e mayo baby per dissezione
- 2 pinze anatomiche
- 2 williams
- 8 klemerini
- 8 stille
- 2 portaghi
- divaricatori langhebek piccoli / divaricatori da piloro
- Fili di suture in vicryl e tycron di dimensioni adeguate al peso del paziente
- Lunghette imbevute di povidern per disinfettare la zona anale
- aspiratore e monopolare
- 6 pinze chirurgiche + 1 anatomica
- mayo e mayo baby
- 6 klemerini
- 4 stille curve + 2 rette
- 2 portaghi
- 2 williams
- 4 suture di 2-0 seta per poter fissare i 4 punti cardinali della nuova anastomosi ano-rettale ;
- suture di 4-0 per trazionare le colonne del Morgagni per l'anastomosi ano-rettale.

Durante l'abbassamento e al termine dell'anastomosi si controlla in video la parte addominale e si procede alla sintesi chirurgica della incisioni attraverso cui sono stati posizionati i trocar.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr Giovanni Montobbio, Dr Alessio PiniPrato, Dr Nicola Disma, Dr Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof Vincenzo Jasonni	Pagina 12
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

Questo tipo di chirurgia richiede un approccio combinato aperta/chiusa ed è il motivo per cui vengono preparati 2 tavoli servitori con strumentario dedicato in modo da poter essere utilizzati contemporaneamente.

In alcune situazioni è possibile utilizzare un unico tavolo sia per la parte laparoscopica che open se c'è la necessità di un intervento combinato.

Al termine della procedura, prima della chiusura della ferita chirurgica, l'infermiera strumentista e fuori sala, tramite checklist, effettuano il conteggio di verifica delle garze, delle suture e di tutti i ferri chirurgici.

Una volta terminato l'intervento sarà cura della strumentista e del personale ausiliario tecnico, procedere alla decontaminazione, detersione, riconfezionamento e sterilizzazione di tutto lo strumentario chirurgico poliuso.

Assistenza intensiva di base o intensiva post-intervento

A fine intervento nelle fase del risveglio, dopo l'estubazione e verifica delle condizioni cliniche il paziente viene trasferito nella "recovery room" per circa 30/40minuti.

Il paziente viene seguito da un' infermiera dedicata ed esperta che valuta:

- i parametri vitali (ABCD e l' ALDERETE SCALE)
- il dolore post-operatorio attraverso scale validate (peep - flacc) a seconda dell'età e condizioni psico-fisiche dei pazienti
- eventuali segni di complicanze (infezione, sanguinamento, insufficienza renale e cardio-respiratorio, etc)

Al paziente viene mantenuto:

- monitoraggio della saturazione e della Fc
- accessi periferici: 1 per l'infusione, controllata in pompa, di fluidi (vedi allegato fluidi) e l'altro per l'elastomero con contramal
- accesso centrale se presente,
- il vaso arterioso viene rimosso dopo EGA di controllo e comunque alla dimissione dal blocco operatorio
- SNG (rimosso abitualmente al risveglio)
- Catetere Vescicale (monitoraggio diuresi)
- Catetere epidurale con pompa infusione dedicata
- Sangue a disposizione al centro trasfusionale per 24h

Dimissione dal blocco operatorio dopo rivalutazione medico/infermieristica (Recovery Room: INFERMIERA ESPERTA)

1. Valutazioni: ABCD, ALDERETE SCORE, PEEP-FLAC
2. Monitoraggio: SATURAZIONE, FC
3. Accessi vascolari: POMPA INFUSIONE IVAC, ELASTOMERO CON CONTRAMAL
4. Protesi: CATETERE PERIDURALE, Catetere Vescicale, SNG (se necessario)

Ovviamente il paziente verrà monitorato secondo gli standard in vigore per i pazienti in regime di ricovero ordinario non in UTI, sottoposti a chirurgia maggiore.

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 13
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

PROTOCOLLO: URGENZA ADDOMINALE (ADDOME ACUTO)
--

I pazienti con dolori addominali possono avere la necessità di una laparoscopia esplorativa per valutare la presenza di cause organiche intraaddominali.

La appendicite è la più importante indicazione alla laparoscopia esplorativa in tema di accuratezza diagnostica e ridotto traumatismo. Il diverticolo di Meckel, l'invaginazione intestinale e le cisti ovariche sono altre indicazioni alla laparoscopia esplorativa ma con minore incidenza.

Rispetto alla procedura ad addome aperto, l'approccio laparoscopico sembra ridurre i rischi di sindrome aderenziale permettendo un'accurata diagnosi con un trauma minimo.

L'indicazione clinica ed organizzativa all'approccio laparoscopico del paziente pediatrico con addome acuto viene decisa dal chirurgo e discussa collegialmente con l'anestesista in base alla valutazione del paziente.

L'esecuzione della laparoscopia in urgenza può essere eseguita routinariamente in base alla organizzazione del personale.

MODALITÀ OPERATIVE

1. Posizione del paziente: Supino, letto obliquo a testa in basso, fianco destro sollevato
2. Posizione dell'Equipe
 - Colonna: al fianco destro
 - Operatore: al fianco sinistro
 - Strumentista: al fianco dell'operatore o di fronte all'operatore
 - Cameraman: al fianco dell'operatore
3. Posizione dei trocar
 1. Ombelicale 12 mm
 2. Cannula pelvica sinistra 5-12 mm
 - Retrazione pinza da presa atraumatica
 - Dissezione Uncino/ Lgasure
 - Legatura vasi Ligasure/ Clips/ coagulazione
 - Sezione Uncino/ Forbici/ Ligasure/
 - Appendicectomia Lacci vs Stapler - Forbici/ Ligasure
 3. Cannula Pelvica destra o sovrapubica 3-5 mm
 - Retrazione: pinza da presa atraumatica
4. Descrizione dell'intervento: Appendicectomia (adesiolisi, asportazione cisti ovarica, diverticolectomia)
5. Tempi chirurgici
 - Anestesia generale con intubazione tracheale non selettiva.
 - Posizionamento di un catetere venoso periferico
 - svuotamento manuale/spontaneo completo della vescica o con catetere
 - Sondino naso-gastrico (se necessario)
 - Posizionamento del primo trocar ombelicale (sempre 12mm)
 - Creazione della camera di lavoro con insufflazione di CO2
 - Posizionamento progressivo dei 3 trocar
 - Esplorazione completa dell'addome
 - Evacuazione di raccolte e coltura
 - Esplorazione intestinale
 - Identificazione del segmento malato
 - Scheletrizzazione dei vasi (ligasure, clips, lacci, bipolare, monopolare in base al tessuto)
 - Manovre specifiche:
 - Appendicectomia: Stapler o Lacci alla base in rapporto alla situazione anatomica
 - Adesiolisi (possibilità di variazioni in base alla sede)
 - Asportazione cisti annessiale (nessuna problematica specifica)

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sgra. Rosanna Viacava, Sgra. Loredana Palomba, Sgra. Barbara Razole, Sgra. Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 14
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

- Diverticolo di Meckel: Resezione/Anastomosi
- Invaginazione intestinale: riduzione/resezione/anastomosi
- Controllo di eventuali complicanze
- Irrigazione della cavità peritoneale solo in caso di raccolte diffuse purulente
- Drenaggio solo in casi selezionati
- Estrazione/Evacuazione
- Chiusura degli accessi

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 15
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

CONSENSO INFORMATO: URGENZA ADDOMINALE (ADDOME ACUTO)

Procedura chirurgica:	<u>esplorazione addominale - appendicectomia, resezione intestinale o derivazione se necessario</u>
Paziente:	-----
Data Intervento:	-----
Indicazione:	<p>infiammazione (appendicite) e/o ostruzione (da coproliti – mucocoele) dell'appendice cecale con possibile infezione peritoneale secondaria. Le patologie che più frequentemente possono essere causa dello stesso quadro clinico sono le malformazioni intestinali quali il diverticolo di Meckel complicato. Il trattamento di tale malformazione prevede la resezione di un segmento di intestino.</p> <p>Il quadro clinico può essere non chiaro e l'esplorazione chirurgica può essere l'unico modo per eseguire una diagnosi precisa. In alcuni casi la patologia ovarica può essere causa di un falso addome acuto ed essere diagnosticata solo all'atto chirurgico (torsione).</p>
Alternative:	conservativa (antibiotici – digiuno – terapia ev).
Dettagli chirurgici	<p>L'approccio viene eseguito mediante laparotomia o laparoscopia.</p> <p>La laparotomia prevede una incisione verticale o trasversale in base al quadro clinico.</p> <p>La laparoscopia prevede 3/4 accessi ma può essere seguita dalla laparotomia in caso di necessità.</p> <p>Viene esplorata la cavità addominale ed asportata l'appendice cecale ed eventuali malformazioni associate (diverticolo di Meckel, malformazioni ovariche tubariche).</p>
Trattamenti successivi:	digiuno - antibiotici – idratazione endovenosa
Degenza prevista:	1-10 giorni
Rischi	<p>Sindrome aderenziale, infezione, formazione di ascessi, lesioni vascolari e/o viscerali con conseguente sanguinamento/ Infezione.</p> <p>Deiscenza della ferita addominale con erniazione di contenuto addominale (laparocele o ernia incisionale)</p>

Le complicanze possono essere riscontrate durante la stessa procedura o successivamente necessitando di un ulteriore intervento chirurgico. Qualunque complicanza può necessitare di ricovero in rianimazione.

L'operatore si riserva di eseguire le manovre che ritiene necessarie per il buon decorso dell'intervento chirurgico e per il benessere del bambino.

Dichiaro di essere stato informato :

- delle condizioni del minore e dei motivi che hanno richiesto la pratica sanitaria proposta;
- della natura dell'intervento e della sua portata ed estensione (descrizione intervento a cura di U.O.);
- dell'attività del singolo medico e/o di tutta l'equipe;
- delle possibili complicanze, i prevedibili rischi specifici con le rispettive percentuali di rischio in rapporto a:
 - situazione soggettiva del paziente;
 - stato dell'arte della disciplina;
 - stato di efficienza e livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si opera
- dei risultati conseguibili e dei benefici ragionevolmente attesi dall'intervento proposto;
- degli effetti collaterali conosciuti correlati al trattamento proposto;
- dell'esistenza di eventuali trattamenti alternativi ed i rischi specifici di questi ultimi.

Pertanto: Acconsento all'attuazione della pratica sanitaria secondo quanto sopra proposto.

I medici che hanno in cura il piccolo si impegnano ad informare i famigliari su ogni ulteriore procedura diagnostico – terapeutica che verrà posta in essere, sul relativo piano di cura.

Genova, li _____

Il Paziente/Genitori/Tutori legali _____

L'informatore/L'operatore _____

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razole, Sgra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 16
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

GESTIONE PERIOPERATORIA: URGENZA ADDOMINALE (ADDOME ACUTO)

Indicazione	Addome Acuto / Appendicite / Peritonite (Urgenza)
Intervento	Esplorazione addominale, appendicectomia, drenaggio e pulizia della cavità peritoneale eventuale resezione/derivazione intestinale
referente	
problemi generici	Diagnosi differenziale: patologia annessiale, aderenziale, invaginazione Da prevedere adeguata idratazione e terapia antibiotica ove necessario in base al quadro clinico ed allo stato di disidratazione ed infezione
Preparazione	
alimentazione/digiuno	Digiuno da solidi e liquidi
preparazione intestinale	No
profilassi antibiotica	Come da protocollo
valutazione e profilassi neurologica	Non richiesta
richiesta sangue	Se necessario
consulenze	Non specifiche
indagini preoperatorie	Esami pre-operatori standard Rx diretto dell'addome in ortostasi (opzionale) ecografia addome superiore ed inferiore
valutazione anestesilogica	Standard
education e consenso	Si
Postoperatorio	
gestione del dolore	Limitare l'utilizzo di morfina e derivati
rialimentazione	In rapporto alle condizioni cliniche e all'apertura dell'alvo
mobilitazione	Appena possibile
medicazione	Quando necessario ed alla dimissione
terapia	Antibiotica
protesi	no
catetere vescicale	in rapporto alle condizioni cliniche
sonda gastrica	in rapporto alle condizioni cliniche
catetere venoso	periferico
sonda rettale	Se necessario
drenaggi	Se necessario
esami di controllo	in rapporto alle condizioni cliniche
Dimissione	
giornata prevista	In base al quadro clinico
education ai genitori	Rischio aderenziale e di raccolte anche a distanza o successive
presidi predimissione	no
consulenze/controlli	In settimana
esami di controllo	In base al quadro clinico
relazione	Alla dimissione

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sgra Rosanna Viacava, Sgra Loredana Palomba, Sgra Barbara Razore, Sgra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 17
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

PROTOCOLLO: COLITE ULCEROSA

L'intervento prevede la colectomia totale e la successiva anastomosi tra ileo e canale anale o retto distale.

La colectomia totale viene eseguita mediante 4 accessi o laparotomia mediana.

L'intervento viene generalmente eseguito in urgenza e prevede la legatura selettiva dei peduncoli vascolari, l'affondamento del retto con stapler lineare, l'estrazione del colon da una incisione iliaca destra dove poi viene confezionata la ileostomia.

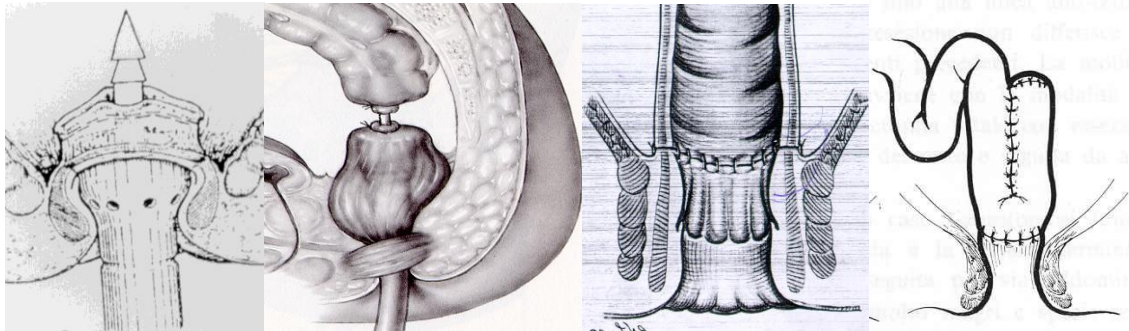
La ricostruzione viene generalmente eseguita dopo qualche mese.

Viene eseguita la dissezione del retto e la anastomosi tra ileo e canale retto anale con confezionamento di un pouch a forma di j molto corto. Si confeziona una ulteriore stomia di protezione che viene poi chiusa dopo un mese circa (tre tempi)

Tempi chirurgici di ricanalizzazione mediante tecnica di KNIGHT GRIFFEN (ILEO-ANO/RETTO J-POUCH ANASTOMOSI)

:

- posizionamento dei ports
- liberazione della ileostomia
- creazione di J pouch con sutura lineare e circolare attraverso la incisione della stomia.
- riposizionamento dei ports
- isolamento del retto distale fino al piano degli elevatori
- chiusura del retto con suturatrice circolare rotante
- massima attenzione alla preservazione delle strutture limitrofe
- per eseguire l'emostasi di eventuali vasi lungo il decorso dei punti metallici non si deve usare la corrente elettrica in quanto potrebbe essere condotta lungo i punti e causare necrosi successiva
- si posiziona il corpo macchina dall'ano.
- si innesta la testina sul corpo macchina e si chiude creando l'anastomosi.
- Si estrae la macchina dall'ano e si controlla la buona tenuta dell'anastomosi.
- si rinforza l'anastomosi se necessario
- si esegue una derivazione intestinale di protezione.



 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 18
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

CONSENSO INFORMATO: COLITE ULCEROSA: COLECTOMIA

Procedura chirurgica: resezione intestinale - COLECTOMIA (PARZIALE o QUASI TOTALE)
Diversione fecale (Ileostomia/Colostomia) e/o Anastomosi ileo-colon-retto

Paziente: -----

Data Intervento: -----

Indicazione: colite ulcerosa refrattaria complicata o Malattia di Chron (MICI)

Benefici: prevenire complicanze emorragiche/settiche/Occlusive

Alternative: nessuna chirurgia

Rischi:

- Sanguinamento, infezione, sepsi, formazione di ascessi.
- Complicanze della stomia: stenosi, prolasso, sanguinamento, infezione, erniazione, strangolamento, ischemia
- Complicanze anastomotiche (se eseguita) o della chiusura del retto: stenosi, deiscenza, sanguinamento, infiammazione, infezione
- Sindrome aderenziale.
- Diastasi della ferita chirurgica.
- Residuo di malattia con complicazioni locali
- Necessità di reintervento e di eseguire resezioni ulteriori

Le complicanze possono essere riscontrate durante la stessa procedura o successivamente necessitando di un ulteriore intervento chirurgico.

L'operatore si riserva di eseguire le manovre che ritiene necessarie per il buon decorso dell'intervento chirurgico e per il benessere del bambino seguendo lo spirito del "bonus pater familiae".

Qualunque complicanza può necessitare di ricovero in rianimazione.

Dichiaro di essere stato informato :

- delle condizioni del minore e dei motivi che hanno richiesto la pratica sanitaria proposta;
- della natura dell'intervento e della sua portata ed estensione (descrizione intervento a cura di U.O.);
- dell'attività del singolo medico e/o di tutta l'equipe;
- delle possibili complicanze, i prevedibili rischi specifici con le rispettive percentuali di rischio in rapporto a:
 - situazione soggettiva del paziente;
 - stato dell'arte della disciplina;
 - stato di efficienza e livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si opera
- dei risultati conseguibili e dei benefici ragionevolmente attesi dall'intervento proposto;
- degli effetti collaterali conosciuti correlati al trattamento proposto;
- dell'esistenza di eventuali trattamenti alternativi ed i rischi specifici di questi ultimi.

Pertanto: Acconsento all'attuazione della pratica sanitaria secondo quanto sopra proposto.

I medici che hanno in cura il piccolo si impegnano ad informare i famigliari su ogni ulteriore procedura diagnostico – terapeutica che verrà posta in essere, sul relativo piano di cura.

Genova, li -----

Il Paziente/Genitori/Tutori legali -----

L'Informatore/Operatore -----

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Dr.ssa Leila Mameli, Sagra Rosanna Viacava, Sagra Loredana Palomba, Sagra Barbara Razole, Sagra Cristina Ammi, Dr. Edoardo Guida, Dr.ssa Sara Costanzo, Dr.ssa Valentina Rossi, Dr. Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 19
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

CONSENSO INFORMATO: COLITE ULCEROSA: KNIGHT GRIFFEN (ILEO-ANO/RETTO J-POUCH ANASTOMOSI)

Procedura: **ricanalizzazione intestinale (ileo-ano-retto anastomosi)**

Paziente:

Data Intervento:

Indicazione: retto colite ulcerosa cronica (CUC) refrattaria complicata
Benefici: ricostituzione della continenza con asportazione quasi radicale della malattia
Alternative: Derivazione definitiva cutanea con incontinenza sfinterica

Intervento: Il tipo di ricostruzione dipende dal quadro anatomico e verrà decisa dall'operatore durante l'intervento.

- Asportazione del colon/retto fino al piano sfinterico (per via intrarettale o extrarettale)
- Formazione del pouch se possibile
- Anastomosi all'ano o al canale retto-aleale
 - Mucosectomia con anastomosi all'ano (Soave/Georgeson/DeLatorre/Boley)
 - Dissezione extrarettale con anastomosi al retto (KnightGriffen/Swenson)
 - Dissezione extrarettale con anastomosi all'ano (Swenson)
- Ileostomia di protezione (ove necessario)

Rischi:

- Stenosi anastomotica
- Complicanze infiammatorie del perineo, canale anale, retto residuo, ileo, pouch
- Incontinenza fecale
- Lesioni genitali ed urinarie pelviche
- Sanguinamento, Infezione, sepsi, formazione di ascessi
- Sindrome aderenziale - Complicanze di parete (laparocèle, eviscerazione, aderenze, raccolte)
- Residuo di malattia con rischio di:
 - metaplasia/displasia/cancerogenesi
 - infiammazione/infezione/sanguinamento
 - necessità di ulteriore terapia
- Necessità di reintervento

Proseguimento cure:

- Endoscopie di controllo e terapia specifica gastroenterologia
- Reintervento (ove necessario) per:
 - Chiusura della stomia
 - Riapertura della stomia in caso di complicanze
 - Revisione chirurgica dell'anastomosi
 - Revisione del pouch ileale

Le complicanze possono essere riscontrate durante la stessa procedura o successivamente necessitando di un ulteriore intervento chirurgico. L'operatore si riserva di eseguire le manovre che ritiene necessarie per il buon decorso dell'intervento chirurgico e per il benessere del bambino seguendo lo spirito del "bonus pater familiae". Qualunque complicanza può necessitare di ricovero in rianimazione.

Dichiaro di essere stato informato :

1. delle condizioni del minore e dei motivi che hanno richiesto la pratica sanitaria proposta;
2. della natura dell'intervento e della sua portata ed estensione (descrizione intervento a cura di U.O.);
3. dell'attività del singolo medico e/o di tutta l'equipe;
4. delle possibili complicanze, i prevedibili rischi specifici con le rispettive percentuali di rischio in rapporto a:
 - situazione soggettiva del paziente;
 - stato dell'arte della disciplina;
 - stato di efficienza e livello di dotazioni della struttura sanitaria in cui si opera
5. dei risultati conseguibili e dei benefici ragionevolmente attesi dall'intervento proposto;
6. degli effetti collaterali conosciuti correlati al trattamento proposto;
7. dell'esistenza di eventuali trattamenti alternativi ed i rischi specifici di questi ultimi.

Pertanto: Acconsento all'attuazione della pratica sanitaria secondo quanto sopra proposto.

I medici che hanno in cura il piccolo si impegnano ad informare i famigliari su ogni ulteriore procedura diagnostico – terapeutica che verrà posta in essere, sul relativo piano di cura.

Genova, li _____

I Genitori/Tutori legali _____

L'operatore _____

 Istituto Giannina Gaslini e Università di Genova	ISTRUZIONE OPERATIVA	20 febbraio 2012 Versione 4
	Chirurgia ad approccio mini-invasivo (MIAS): COLON	
Preparato da	Prof. Girolamo Mattioli, Dr. Giovanni Montobbio, Dr. Alessio PiniPrato, Dr. Nicola Disma, Dr. Fabio Faranda, Drssa Leila Mameli, Sigra Rosanna Viacava, Sigra Loredana Palomba, Sigra Barbara Razole, Sigra Cristina Ammi, Dr Edoardo Guida, Drssa Sara Costanzo, Drssa Valentina Rossi, Dr Piero Buffa, Prof. Vincenzo Jasonni	Pagina 20
Emesso da	Dipartimento di Chirurgia: UO Chirurgia e Anestesia	

GESTIONE PERIOPERATORIA: COLITE ULCEROSA: KNIGHT GRIFFEN (ILEO-ANO/RETTO J-POUCH ANASTOMOSI)

Indicazione	Colite Ulcerosa Cronica Refrattaria - CUC
Intervento	<ol style="list-style-type: none"> 1) colectomia quasi totale con affondamento del retto ed ileostomia terminale (già eseguita) 2) Ileo-J-Pouch Retto anastomosi con Ileostomia di protezione (attuale) 3) Chiusura ileostomia (da programmare alla dimissione dopo circa 1 mese)
referente	
problemi generici	Da discutere con i gastroenterologici
Preparazione	
alimentazione/digiuno	Dieta libera, digiuno standard
preparazione intestinale	Nessuna
profilassi antibiotica	Come da protocollo – contaminato
valutazione e profilassi neurologica	Non richiesta
richiesta sangue	GRC 10 ml/kg x 2 da tenere in emoteca
consulenze	Gastroenterologica
indagini preoperatorie	Esami standard
valutazione anestesiológica	Standard
education e consenso	Rischio di incontinenza sfinterica, lesioni vaginali/genitali interni, e necessità di ileostomia definitiva se pouchite o complicanze locali. Si risparmia il retto con rischio di residuo di malattia/cancro da controllare.
Postoperatorio	
gestione del dolore	Di minima – massima restrizione farmacologica per rischio anastomotico da distensione – sempre, ove possibile, anestesia locale – previsione di dolore perineale localizzato Deve canalizzarsi nelle 24 ore (ileostomia) per riprendere l'alimentazione
rialimentazione	idrica in serata - standard nelle prime 24/48 ore
mobilizzazione	appena possibile
medicazione	Quando necessario – prevenire la causticazione del podice con agenti di barriera
terapia	Antibiotica da rischio di residui fecali in sedi difficili
protesi	Ileostomia
catetere vescicale	Da definire
sonda gastrica	No
catetere venoso	Da definire
sonda rettale	Solo su disposizione e posizionata conoscendo esattamente il tipo di intervento (J-pouch?)
drenaggi	se necessario (da rimuovere in base alle disposizioni)
esami di controllo	in base al quadro clinico
Dimissione	
giornata prevista	Appena possibile (canalizzato, alimentato, asintomatico)
education ai genitori	Rischio stenosi (dilatazioni) – ascessi – residuo di malattia – complicanze dell'ileostomia Rischio di necessità di smontare tutto e tornare ad una ileostomia definitiva. Possibili lesioni sfinteriche con incontinenza permanente Difendere la pelle per prevenire causticazioni/infezioni da contatto con feci
presidi predimissione	Apparecchiare e proteggere l'ileostomia
consulenze/controlli	In settimana e in base al quadro clinico
esami di controllo	In base al quadro clinico
relazione	Alla dimissione (programmare la chiusura ileostomia e controllo anoscopico dopo circa 1 mese dalla ricostruzione)