

Protocollo informativo sugli interventi al seno in caso di sospetta alterazione maligna

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Con le seguenti spiegazioni - che costituiscono solo un'informazione preliminare - desideriamo informarla e non certo inquietarla. L'intervento previsto sarà discusso personalmente e in modo approfondito con lei: non esiti a porre domande su tutto ciò che le sembra poco chiaro o che ritiene importante. Dica pure se preferisce non saperne troppo in merito. Può anche chiedere a una persona di sua fiducia di assistere al colloquio informativo.

Motivi dell'intervento e modo di procedere:

Noduli al seno, che potrebbero essere cancerogeni, visibili con la mammografia o l'ecografia e/o palpabili.

1. I noduli al seno non palpabili, ma visibili con la mammografia, l'ecografia o l'MRI (risonanza magnetica) vengono marcati, prima dell'intervento, con un sottilissimo filo metallico per facilitarne la localizzazione durante l'operazione. Generalmente l'esame microscopico, indispensabile per la diagnosi definitiva, sarà effettuato dopo l'intervento (procedura in due fasi).
2. Un nodulo al seno palpabile che sembra sospetto sulle immagini ottenute (mammografia, ecografia, risonanza magnetica) può essere analizzato al microscopio durante l'operazione (esame microscopico estemporaneo). Se il nodulo risulta benigno all'esame microscopico, l'operazione è terminata. Se invece la diagnosi è di alterazione maligna, in generale si asportano anche i gangli linfatici della cavità ascellare per accertarsi che la malattia non sia estesa in questa zona. In presenza di un nodulo sospetto, si può anche prevedere un intervento in due tempi senza esame microscopico estemporaneo durante l'intervento. In tal caso si asporterà dapprima il nodulo e si farà l'esame microscopico solo dopo l'intervento. Il medico discuterà con lei la successiva terapia che, a seconda dell'esito dell'esame microscopico, può comportare un secondo intervento.

Metodi operatori:

1. Il nodulo sospetto, precedentemente marcato, sarà asportato chirurgicamente assieme allo strato di tessuto sano che lo circonda. Il tessuto prelevato sarà sottoposto ad un esame radiologico per accertarsi di aver asportato la zona sospetta. Prima della sutura, si esegue un'accurata coagulazione e, se necessario, si applica un piccolo drenaggio per aspirare le secrezioni della ferita e il sangue.
2. Se l'esame microscopico, effettuato durante l'operazione, rivela la presenza di un tumore maligno al seno, si opera conservando o asportando completamente il seno compresi i gangli linfatici ascellari, conformemente alle precedenti informazioni. Se l'operazione è stata pianificata in due tempi, la diagnosi microscopica le sarà comunicata dopo l'intervento e, di conseguenza, si discuterà nuovamente l'ulteriore terapia.

Rischi e complicazioni: la complicazione più frequente nel caso di interventi al seno consiste in un'emorragia postoperatoria con possibile formazione di ematomi che, generalmente, guariscono senza ulteriori misure chirurgiche. In alcuni casi, è necessario un piccolo intervento per asportare gli ematomi. Nonostante i progressi della medicina, non si possono escludere in maniera assoluta reazioni infiammatorie, disturbi di cicatrizzazione, trombosi o embolie. In caso di asportazione dei gangli linfatici ascellari, possono venir lesi alcuni vasi sanguigni o nervi, soprattutto se il tumore si è esteso anche ai linfonodi. Nella maggior parte dei casi si tratta di lesioni di nervi cutanei che comportano disturbi della sensibilità e dolori nella parte superiore del braccio. La lesione di nervi della muscolatura che riduce la mobilità del braccio è molto rara. L'asportazione dei gangli linfatici ascellari può causare, in alcuni casi, un gonfiore persistente al braccio, dovuto a una stasi linfatica. È inoltre possibile che il liquido dei tessuti ascellari s'incapsuli, formando un sieroma che, se troppo voluminoso, deve essere siringato o svuotato chirurgicamente. Dopo l'operazione: in generale occorrono alcuni giorni per conoscere il risultato esatto dell'esame istologico. Probabilmente quando il medico la informerà sull'esito dell'esame, sarà già stata dimessa e rientrata a casa. Ciò avviene generalmente durante un colloquio con il suo medico curante. Nel caso di una terapia conservativa del seno è necessaria una radioterapia che di solito dura 5 settimane (5 trattamenti alla settimana) e che può essere effettuata ambulatoriamente. Per contro, nel caso di un'asportazione totale del seno, la radioterapia non è quasi mai necessaria. In tal caso esiste comunque la possibilità di ricostruire il seno con una protesi o con i tessuti stessi della paziente. Un trattamento chemioterapico (medicamenti antitumorali) o ormonoterapico complementare dipenderà dall'analisi istologica definitiva al microscopio.

Costi: questo intervento rientra nelle prestazioni obbligatorie a carico della cassa malati. Se ha un'assicurazione supplementare, si informi sulla copertura dei costi.

Domande :

Colloquio informativo Traduttore/interprete:

Operazione proposta:

Schizzo dell'operazione: (metodo, incisione, parte asportata, ricostruita, ecc., lato sinistro, destro)

Osservazioni del medico sul colloquio informativo (p. es. rinuncia motivata alle spiegazioni; situazione personale a rischio: età, cardiopatia, obesità, ecc.).

Altra possibilità di trattamento:

Data:

Ora:

Durata del colloquio:

Incarico di trattamento

Il dottor/La dottoressa _____ si è intrattenuto(a) con me in un colloquio informativo. Ho capito le spiegazioni e posto tutte le domande che mi interessavano. Mi è stata consegnata una copia del protocollo sul colloquio informativo.

Acconsento all'intervento previsto, come pure a eventuali cambiamenti ed estensioni, qualora si rivelassero necessari durante l'operazione.

Luogo, data:

Paziente:

Il testo a tergo è stato discusso con la paziente, le domande sono state chiarite e spiegate. La paziente ha ricevuto una copia del protocollo informativo sull'operazione che la riguarda.

Data, ora:

Medico:
