



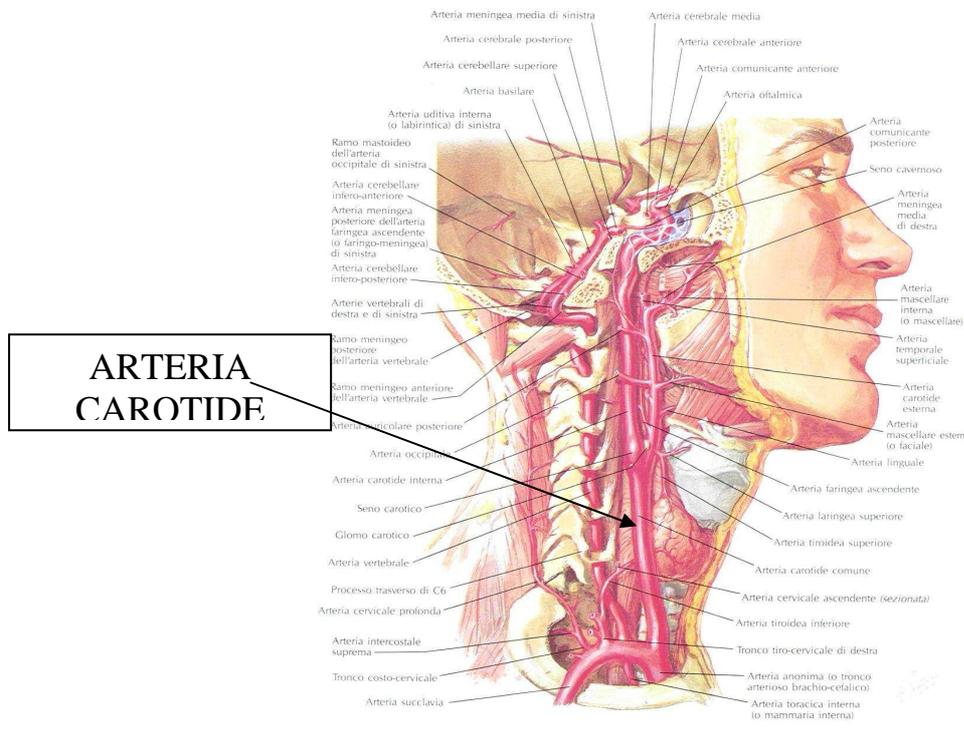
REGIONE PIEMONTE
AZIENDA OSPEDALIERA "MAGGIORE DELLA CARITÀ"
NOVARA - C.so Mazzini, 18

S.C.D.O. CHIRURGIA VASCOLARE
Padiglione C - primo piano
Direttore: Dott. Piero BRUSTIA

Tel. 0321-3733911 (Capo Sala), 3733912 (Studio Medici), 3733913 (Corsia)
Fax: 0321-3733741

PERCORSO PER I PAZIENTI CANDIDATI AD INTERVENTO SULLE CAROTIDI

*Gentile paziente,
con il presente documento desideriamo fornirle le informazioni relative alla sua patologia ed al trattamento che Le viene proposto. Il Medico che Le consegna l'opuscolo contemporaneamente Le fornirà ogni più ampia e chiara informazione necessaria per la sua comprensione e si accerterà che Lei abbia ben compreso. E' importante che, prima di prestare il Suo consenso scritto, Lei ritenga le spiegazioni fornite esaurienti e chiare, in specie in merito al trattamento che Le viene proposto, i benefici attesi, i possibili rischi e complicanze e le eventuali alternative, così da consentirLe una volontaria e conseguentemente consapevole decisione in merito. Non abbia timore nel richiedere ulteriori informazioni per chiarire alcuni aspetti o risolvere eventuali dubbi a proposito di tutto il percorso che farà con noi.*

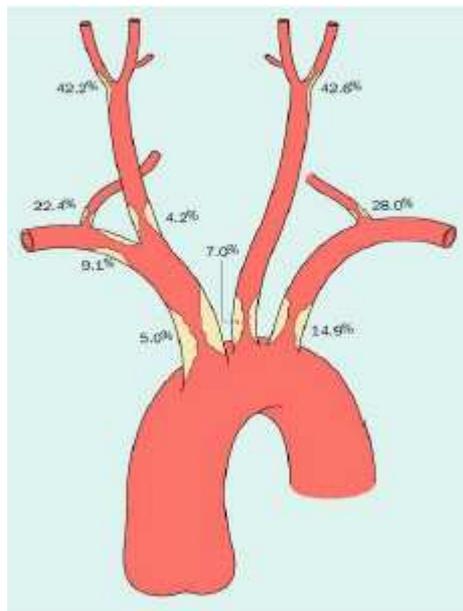


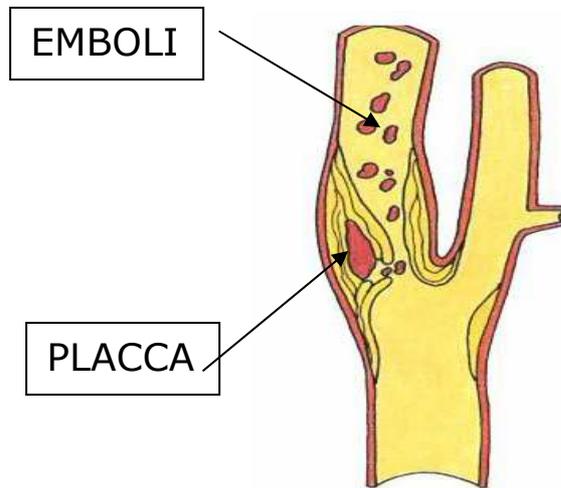
CHE COSA E' LA STENOSI DELLA CAROTIDE ?

Le Carotidi sono due **ARTERIE** che hanno la funzione , insieme alle arterie vertebrali, di portare il sangue al cervello. Da ogni lato, la carotide si biforca in arteria carotide esterna (vascolarizza il massiccio facciale) e arteria carotide interna (entra nel cranio e vascolarizza il cervello).

Come tutte le arterie, esse possono andare incontro a fenomeni di aterosclerosi. In alcuni casi ciò può portare ad anomalie della carotide (Kinking: allungamento patologico). L'aterosclerosi della carotide porta ad un restringimento progressivo, detto **STENOSI**, per formazione di placche di colesterolo e calcio sulla superficie interna. Queste placche, sottoposte all'attrito del flusso sanguigno, possono disgregarsi, con perdita di particelle (**EMBOLI**) che, seguendo il letto vascolare, raggiungono il cervello dove possono provocare gravi danni, fino alla morte del tessuto cerebrale (ictus). Inoltre la stenosi nel tempo aumenta di gravità fino alla completa occlusione della carotide, che è un fenomeno irreversibile.

LE SEDI DI
ATEROSCLEROSI





La stenosi carotidea può in alcuni casi essere scoperta per caso in pazienti che non hanno alcun disturbo. Quando presenti, i **SINTOMI** possono essere molto variabili, da quelli più lievi a quelli più gravi:

- Vertigini
- Disturbi visivi (sensazione di un velo davanti agli occhi, che può peggiorare fino alla cecità e che può essere reversibile o portare a perdita di una parte del campo visivo)
- Paresi del volto
- Difficoltà della parola
- Difficoltà di movimento, perdita di forza di un arto o di metà del corpo
- Disturbi della sensibilità: sensazioni anomale sulla pelle, come formicolii, dolore di un arto o di metà del corpo
- Paralisi di un arto o di metà del corpo
- Alterazioni dell'equilibrio
- Alterazioni dello stato di coscienza
- Svenimenti
- Morte improvvisa

In alcuni casi i disturbi durano solo alcuni minuti o alcune ore (TIA: attacchi ischemici transitori), mentre in altri sono permanenti (Stroke o Ictus).

Comunque, un primo evento rappresenta un "campanello di allarme", che impone l'esecuzione di esami e terapie per prevenire nuove ischemie, solitamente più gravi della prima.

Ricordiamo che la malattia cerebro-vascolare è

- la 3^a causa di morte nel mondo occidentale
- la 2^o causa di morte cardiovascolare
- la 1^a causa di invalidità permanente.

E' bene notare che oltre alla morte si deve considerare l'invalidità del paziente, che ha pesanti conseguenze sociali ed economiche sul paziente stesso, la sua famiglia e la società.

L' **ESAME DIAGNOSTICO** comunemente usato è l'ecocolordoppler: si tratta di un esame non invasivo, che permette al medico non solo di valutare il grado di stenosi, ma anche le caratteristiche e la precisa posizione della placca. Raramente, in casi particolari (di volta in volta discussi con il paziente) il Chirurgo può ritenere opportuno l'approfondimento con altri esami (angiografia, angio-risonanza, TAC).

LA TERAPIA

LA TERAPIA MEDICA

Non esiste nessun farmaco che "ripulisce" le arterie.

I farmaci **ANTIAGGREGANTI** (aspirinetta, cardirene, ascriptin, tiklid...) sono farmaci molto importanti, in quanto, rendendo più fluido il sangue, riducono la possibilità di formazione di coaguli e di emboli. E' molto importante continuare ad assumerli anche nei giorni vicino all'intervento, in quanto proteggono il vaso appena operato da possibili complicanze (trombosi postoperatoria); inoltre, qualora le siano stati prescritti per patologie cardiache, contribuiscono a prevenire i danni delle coronarie causati dallo stress operatorio.

Negli ultimi anni si hanno sempre più evidenze che i farmaci **ANTIDISLIPIDEMICI** (quelli che riducono il colesterolo e i trigliceridi) sono utili non solo per prevenire l'aterosclerosi, ma anche per rendere le placche meno friabili.

E' importantissimo seguire le indicazioni del proprio **MEDICO CURANTE** per la cura di eventuali patologie associate, che non solo possono aggravare l'aterosclerosi, ma anche aumentare il rischio durante un eventuale intervento chirurgico, in particolare: ipertensione, diabete, problemi cardiaci (aritmie, infarto, angina...).

I TIPI DI INTERVENTO

Sono oggi disponibili due tipi di intervento, non interscambiabili tra di loro, bensì con indicazioni diverse, in base alle caratteristiche del paziente:

- La terapia chirurgica
- La terapia endovascolare: angioplastica

LA TERAPIA CHIRURGICA

PERCHE' INTERVENIAMO CHIRURGICAMENTE :

- si opera per evitare un eventuale distacco dalla placca carotidea di materiale embolico, il quale potrebbe provocare l'ostruzione di un vaso intracerebrale con conseguente ischemia
- oppure quando l'ostruzione è tale da poter determinare la chiusura completa della carotide
- si stima che senza intervento il rischio di ictus è circa del 20-30% in due anni, mentre il rischio di ictus e morte è circa del 2-5%.

QUANDO interveniamo chirurgicamente:

- l'indicazione più comune all'intervento chirurgico è una stenosi carotidea maggiore del 70%
- vi è l'indicazione ad operare stenosi inferiori al 70 % in alcuni casi particolari, come ad esempio pazienti sintomatici, placche ulcerate o "soffici", ad alto rischio di emboli, presenza di kinking...
- in casi selezionati si operano in urgenza pazienti con eventi acuti in atto, al fine di limitare l'estensione del danno neurologico.

LA TERAPIA CHIRURGICA

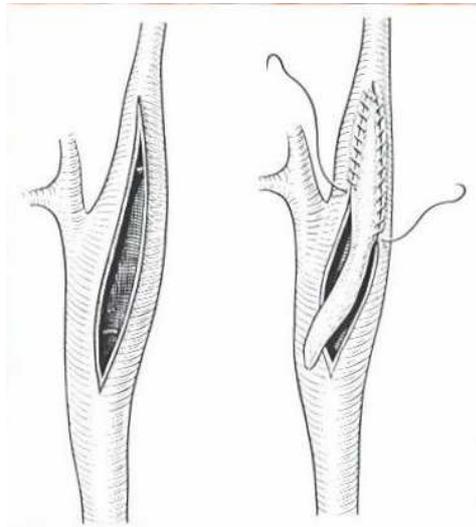
L'intervento chirurgico rappresenta l'approccio più classico utilizzato da decenni per il trattamento della patologia carotidea, dà buoni risultati e ne conosciamo validità e limiti nel tempo.

IN COSA CONSISTE L'INTERVENTO CHIRURGICO?

Il Chirurgo:

- posiziona il paziente con il capo esteso e ruotato dal lato opposto rispetto a quello da operare
- incide la cute del collo longitudinalmente per circa 10 cm e procede ad isolare la carotide
- blocca momentaneamente il flusso di sangue all'interno della carotide: "clampaggio". In questo momento l'irrorazione del cervello viene mantenuta dall'altra Carotide e dalle arterie Vertebrali e quindi è cruciale valutare la funzionalità cerebrale. In caso di mancato compenso, l'Anestesista si prodigherà per proteggere nel modo migliore possibile - con l'ausilio farmacologico - il cervello, mentre contemporaneamente il Chirurgo utilizzerà una circolazione alternativa artificiale (definita shunt temporaneo), che "salta" la parte di vaso da trattare, ripristinando un sufficiente flusso di sangue al cervello

- apre la carotide e procede alla pulizia del vaso (ENDOARTERIECTOMIA): le tecniche di pulizia sono diverse, e vengono scelte di volta in volta in base al tipo di placca presente; in alcuni casi il vaso non è recuperabile ed il Chirurgo procede alla sua sostituzione con un BY PASS, vale a dire con una protesi sintetica o biologica.



**ENDOARTERIECTOMIA E
CHIUSURA CON
ALLARGAMENTO (PATCH)**

- le condizioni verificabili intraoperatoriamente possono condurre a variazioni della tecnica proposta
- procede a richiudere con una sutura microscopica la carotide
- procede a ristabilire il flusso nel vaso: "declampaggio"
- dopo aver verificato l'assenza di sanguinamento procede a chiudere la ferita

CHE TIPO DI ANESTESIA VIENE UTILIZZATA?

Prima dell'intervento viene svolta la visita anestesiologicala, al fine di chiarire ogni aspetto con il paziente e di fare la scelta migliore per il suo caso.

Prima dell'intervento viene somministrato un farmaco preanestetico, al fine di ridurre l'ansia preoperatoria.

Solitamente la procedura avviene in **ANESTESIA LOCOREGIONALE** (plesso cervicale):

- al paziente vengono somministrati dei farmaci sedativi per ridurre lo stress
- vengono quindi eseguite iniezioni con farmaci anestetici locali vicino ai nervi del collo nella sede da operare



- il grosso vantaggio è che il paziente rimane cosciente e, al momento della chiusura momentanea della carotide, viene invitato a rispondere a delle domande ed a eseguire alcuni movimenti: in questo modo si valuta all'istante l'eventuale insorgenza di problemi e l'equipe può mettere tempestivamente in atto le procedure di protezione cerebrale sopra descritte
- durante l'intervento il paziente non vede e non sente nulla; rimane in continuo contatto con l'Anestesista, a cui può segnalare eventuali fastidi o problemi
- l'eventuale svantaggio è la posizione non proprio "comoda": comunque l'intervento dura dai 40 ai 90 minuti.
-

In particolari situazioni o in pazienti estremamente ansiosi si può procedere con **L'ANESTESIA GENERALE:**

- il paziente viene addormentato in sala operatoria
- l'attività cerebrale viene monitorata tramite apparecchi come l'Elettroencefalogramma fino al risveglio
- segnaliamo che ad oggi nessuna macchina è totalmente affidabile e soprattutto tempestiva, per cui a volte i danni possono non essere segnalati, o essere segnalati troppo tardi

ANGIOPLASTICA: LA TERAPIA CON IL PALLONCINO

In alcuni casi, molto selezionati, viene posto questo tipo di indicazione chirurgica: in specie in caso di re-stenosi dopo intervento chirurgico tradizionale, di stenosi molto "alte" della carotide, o in pazienti con particolari problemi (ad esempio sottoposti a radioterapia pregressa del collo). Questa tecnica recente è meno traumatizzante per il paziente, ma presenta limiti di fattibilità (tipologia della placca) ed inoltre non sappiamo negli anni quale potrà essere l'evoluzione. Sono in corso degli studi a livello nazionale ed internazionale che nei prossimi anni ci preciseranno meglio le indicazioni ed i risultati della metodica endovascolare.

L'**ANGIOPLASTICA PERCUTANEA** (il cosiddetto "palloncino" o PTA) è una procedura di radiologia interventistica che viene eseguita nella Sala Angioradiologia in collaborazione tra l'Angioradiologo ed il Chirurgo Vascolare:

- previa anestesia locale si inserisce un sottile tubicino (catetere) in una arteria periferica, solitamente all'inguine o al braccio
- una volta nell'arteria si procede alla iniezione di mezzo di contrasto che permette la visualizzazione della "lesione" vascolare (stenosi o restringimento)
- una volta localizzata la lesione il radiologo interventista, di comune accordo con il Chirurgo vascolare, decide come "trattare" la lesione: a volte con la semplice angioplastica (gonfiaggio di un apposito palloncino all'interno della stenosi per dilatare e riaprire il vaso) oppure con il posizionamento di uno o più **STENT** (sottili tubicini composti da una rete metallica molto flessibile e resistente posti all'interno del vaso in modo da mantenerlo aperto)



- durante le manovre si possono staccare dei piccoli frammenti di placca: per evitare che, seguendo il flusso del sangue, raggiungano il cervello, vengono usati dei filtri protettivi che agiscono come una sorta di ombrello, fermando i frammenti.

I pazienti sottoposti a questa tecnica devono seguire un regime terapeutico particolare, descritto sotto.

QUANTO E' RISCHIOSO L'INTERVENTO?

L'intervento di endoarteriectomia carotidea non è particolarmente invasivo, ed il decorso postoperatorio permette una ripresa molto rapida delle normali attività a poche ore dall'intervento.

Si tratta, comunque, di un intervento molto **DELICATO** in quanto sono coinvolti i vasi che portano sangue al cervello. Esso può comportare, anche se eseguito nel pieno rispetto e conoscenza delle strategie e tecniche più attuali e standardizzate, diverse **COMPLICANZE**. Le principali, anche se non le uniche, si distinguono in complicanze immediate e tardive.

Le principali complicanze immediate durante e dopo l'intervento sono rappresentate da:

- morte (attualmente ridotta al di sotto dello 0.5%),
- complicanze neurologiche, ovvero deficit motori (perdita di motilità del braccio e/o della gamba controlaterali alla carotide trattata) o sensoriali (ad esempio l'incapacità a capire, parlare, leggere, disturbi oculari sino alla cecità); tali complicanze possono essere reversibili o permanenti
- sindrome da rivascolarizzazione, comprendente: crisi ipertensive, cefalea, nausea, vomito, fino all'insorgenza di crisi epilettiche
- lesioni dei nervi cranici: durante le fasi dell'isolamento chirurgico possono verificarsi lesioni di terminazioni nervose, con successivi disturbi (quali deviazioni della lingua o del labbro inferiore, alterazioni del tono della voce o difficoltà a parlare per paralisi della corda vocale, difficoltà a deglutire, perdita della sensibilità di parti cutanee del collo o della mandibola, paralisi del nervo della spalla che causa la sua caduta), solitamente reversibili nell'arco di alcuni mesi
- sanguinamento in postoperatorio, eventualmente richiedente intervento per compressione delle strutture vicine (trachea, nervi cranici..)
- occlusione acuta del vaso operato: tale evento può non dare sintomi oppure causare complicanze neurologiche, spesso permanenti
- emorragia cerebrale
- ematoma o infezione o raccolta linfatica in sede di intervento
- anestesia in sede di cicatrice chirurgica
- cheloidi: cicatrici esuberanti o retraenti

- complicanze cardiache (da lievi all'infarto) o polmonari (atelettasie, polmoniti, versamenti pleurici, embolia polmonare)
- in caso di intervento angiografico può verificarsi una reazione allergica al mezzo di contrasto oppure un danno renale da mezzo di contrasto (specie in pazienti già nefropatici)

A distanza di tempo, è possibile :

- la restenosi o la dilatazione (pseudoaneurismi) della carotide con necessità di eventuale intervento
- infezioni proteiche: tale evento si può manifestare a distanza di anni e può essere legato ad infezioni anche banali contratte dopo l'intervento (respiratorie, dentali, urinarie). Ciò comporta una ulteriore sostituzione della protesi con materiale sintetico o biologico (vene). Talvolta possono manifestarsi delle fistole, ovvero comunicazioni tra protesi e cute, in genere legate ad infezione.

Le complicanze specifiche legate all'anestesia locale del collo possono essere:

- ematoma comportante il rinvio dell'intervento
- reazione allergica all'anestetico locale
- iniezione accidentale di anestetico in un vaso o nello spazio peridurale, comportante la necessità di assistenza respiratoria e cardiocircolatoria in ambiente di Terapia Intensiva.

Secondo i dati del **REGISTRO ITALIANO DI CHIRURGIA VASCOLARE** (SICVEREG 2005), nei casi trattati per questa patologia:

- la somma di morbilità maggiore (complicanze gravi, in specie cardiache e respiratorie) e mortalità appare del 2,7%
- quella ischemica (complicanze vascolari ischemiche tardive – ictus entro i 30gg post-operatori e mortalità) è risultata pari allo 0,8%

In particolare, presso **IL NOSTRO CENTRO** di Chirurgia Vascolare:

- la mortalità è dello 0.4%
- le complicanze maggiori sono inferiori al 2%
- la percentuale di successo a 12 mesi è superiore al 99%

Si ribadisce che quanto esposto emerge dallo stato dell'arte attuale e pertanto possono verificarsi altri eventi rarissimi o non descritti.

COME FUNZIONA IL RICOVERO??

PRIMA VISITA CHIRURGICA

OGNI VOLTA CHE SI RECA IN OSPEDALE RICORDI DI PORTARE CON SÉ IL NUMERO DI TESSERA SANITARIA, TUTTE LE MEDICINE CHE PRENDE ED OGNI DOCUMENTO CLINICO CHE HA A CASA: eventuali visite specialistiche, lastre, cartelle cliniche.

In occasione della prima visita che effettuerà, il Chirurgo deciderà o meno la necessità di intervento.

Se la stenosi non è ancora chirurgica:

- ***Ricordi gli eventuali esami di controllo che Le vengono prescritti!!!***

Se il Chirurgo propone l'intervento:

- Il Chirurgo compila la scheda di prenotazione: da questo momento si avvia automaticamente il percorso ospedaliero, per cui riceverà una telefonata da parte della CapoSala della Chirurgia Vascolare per fissare il giorno del ricovero
- Il Chirurgo Le proporrà il regime di ricovero che ritiene più adatto nel suo caso:
 - ricovero ordinario: con più notti di degenza
 - ricovero in Day Surgery (Chirurgia di un giorno): con una notte di ricovero dopo l'intervento

La chirurgia di un giorno presenta alcuni vantaggi per Lei, in particolare:

- la possibilità di non modificare le Sue abitudini
- un periodo di inabilità estremamente ridotto
- un ambiente sereno e confortevole, meno "ospedalizzato" rispetto ai normali ricoveri
- la riduzione del rischio di infezioni ospedaliere
- la possibilità di effettuare l'intervento in tempi brevi, come conseguenza di una più agile gestione delle liste di attesa

Lei verrà dimesso soltanto dopo un controllo Medico, Le verrà garantita una assistenza di urgenza, verrà sottoposto ad un controllo dopo 7-10 giorni ed a tutte le visite ed analisi che fossero necessarie.

Non manchi di segnalarci eventuali problemi che rendono necessario un ricovero di più notti: se vive da solo, se abita lontano dall'Ospedale, se chi l'assiste non guida la macchina, se non ha il telefono...

IL GIORNO DEL PRERICOVERO

In questa giornata Lei resterà occupato fino a fine mattinata.

Il giorno indicatole dalla Capo Sala Lei deve:

- rimanere a digiuno , assumendo comunque tutta la Sua abituale terapia (può bere un po' d'acqua)
- presentarsi alle **ore 8** presso **l'Ambulatorio di Chirurgia Vascolare** sito nel Padiglione C al primo Piano, all'inizio de Reparto di Chirurgia Vascolare
- **ricordi di portare con sé tutta la documentazione sanitaria in suo possesso (altri ricoveri, visite di specialisti...) e tutte le medicine che sta assumendo**

Le verranno fatti diversi esami: esami del sangue, radiografia del torace, elettrocardiogramma.

Non manchi di segnalarci se ha già eseguito recentemente questi esami per qualche altro motivo.

Verrà nuovamente visitato dal Chirurgo.

Verrà visitato dall'Anestesista o verrà concordata la data della visita Anestesiologica.

Non manchi di chiedere tutte le informazioni che ritiene opportune al Chirurgo ed all'Anestesista!!

Da questo momento, se i medici non ritengono necessari ulteriori approfondimenti, Lei viene inserito nelle LISTE DI ATTESA PER INTERVENTO, secondo un ordine di prenotazione che (per legge) viene stabilito sia in base alla data di inserimento, sia in base alla gravità della sua patologia.

Se prevede dei periodi di assenza o comunque di sua indisponibilità per l'intervento: li comunichi al medico o alla CapoSala

Verrà successivamente contattato telefonicamente dalla CapoSala che le comunicherà il giorno previsto per l'intervento: la comunicazione avviene circa una settimana prima, in modo che Lei possa organizzarsi.

NOTA PER I PAZIENTI CHE ASSUMONO ANTICOAGULANTI (Sintrom e Coumadin):

questi farmaci espongono ad un eccessivo rischio di sanguinamento nel periodo operatorio, per cui in occasione del prericovero o della Visita Anestesiologica le verranno date le istruzioni per la sospensione e l'eventuale sostituzione con altri farmaci

CHE FARE IN ATTESA DELL'INTERVENTO?

Conduca uno stile di vita normale, seguendo le eventuali prescrizioni del Chirurgo o dell'Anestesista.

E'importante che lei assuma regolarmente tutti i farmaci abituali, non sospendendo nulla: la sua terapia la proteggerà anche e soprattutto in occasione dell'intervento.

L'unica eccezione è rappresentata dai farmaci Sintrom e Coumadin, come descritto sopra.

NOTA PER I PAZIENTI CANDIDATI AD ANGIOPLASTICA:

4 giorni prima dell'intervento Lei deve assumere:

- 1 compressa al giorno di Ascriptin da 325 mg, a meno che non assuma già un altro antiaggregante: se ha dei dubbi chieda al nostro Reparto o direttamente al suo medico curante (a cui peraltro può rivolgersi per la prescrizione dell'Ascriptin)
- 1 compressa al giorno di Plavix da 75 mg: una scatola contenente queste compresse Le verrà consegnata direttamente da noi il giorno del prericovero

IL RICOVERO PER L'INTERVENTO

Se nei giorni prima dell'intervento Le è venuta la febbre: ce lo comunichi immediatamente: eventualmente rimanderemo di qualche giorno (non perderà la prenotazione), al fine di evitarle complicanze anche molto gravi.

IL GIORNO PRIMA.

Il giorno prima faccia una doccia. Tolga eventuale smalto dalle unghie.

Per i signori, fare la barba: per l'intervento verrà comunque tagliata sulla guancia da operare..... sono ammessi i baffi.

La sera prima dell'intervento può assumere una cena normale, evitando cibi particolarmente "pesanti". Durante la notte può bere liberamente ed anche mangiare qualcosa. Può bere liberamente fino a due ore prima dell'intervento, dopo sotto la supervisione infermieristica.

Lasci a casa oggetti preziosi (gioielli, orologi...).

Predisponga una valigetta con:

- un pigiama o una camicia da notte possibilmente abbottonati sul davanti
- una maglia o una vestaglia
- pantofole
- i prodotti per la sua igiene e asciugamani
- posate: cucchiaino, forchetta, coltello
- un po' di zucchero
- tutti i documenti sanitari in suo possesso
- **tutte le sue medicine**

IL RICOVERO

Non serve l'impegnativa del Medico Curante

Se è previsto il ricovero il giorno prima dell'intervento:

- si presenti in Reparto di Chirurgia Vascolare alle **ore 16**

Se è previsto il ricovero il giorno dell'intervento:

- si presenti in Reparto di Chirurgia Vascolare alle **ore 7.30**

SI AVVISA CHE, QUALORA IL PAZIENTE GIUNGA IN RITARDO, L'INTERVENTO POTREBBE ESSERE CANCELLATO.

Durante tutto il periodo di ricovero le sue abituali medicine le verranno somministrate direttamente dagli Infermieri: non assuma nulla senza informare gli Infermieri.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO

Gli Infermieri la aiuteranno a prepararsi:

- deve lasciare in camera la dentiera
- deve togliere ogni gioiello

Dopo averle somministrato la preanestesia, che ha lo scopo di ridurre l'ansia preoperatoria, gli Infermieri la accompagneranno in Sala.

Dopo l'intervento verrà riaccompagnato nella sua camera e verrà posto nel letto con la testa sollevata.

Nelle prime ore verrà sottoposto a dei controlli frequenti, specie se soffre di diabete: tutto ciò è normale e serve ad individuare le eventuali complicanze postoperatorie, che cadono proprio in queste ore.

Gli Infermieri valuteranno le sue condizioni e decideranno:

- quando potrà bere e mangiare
- quando potrà alzarsi per la prima volta, sotto la loro diretta supervisione.

L'intervento solitamente comporta solo un lieve fastidio in postoperatorio. Se dovesse sentire molto dolore si rivolga agli Infermieri, che le somministreranno un analgesico. Ugualmente, se Lei dovesse avvertire dei disturbi (mal di testa, formicolio o debolezza ad un arto, nausea o vomito....) si rivolga agli infermieri.

Dopo queste verifiche, gli Infermieri Le daranno tutte le indicazioni per riprendere le sue normali attività.

La notte dell'intervento non è necessaria la presenza di un suo parente, a meno che Lei non lo ritenga di particolare beneficio per la sua tranquillità.

LA DIMISSIONE

Prima di confermare la dimissione, il medico e gli infermieri verificheranno che le sue condizioni siano ottimali e che la dimissione a casa può avvenire in piena sicurezza e tranquillità.

Le verrà spiegato in dettaglio come prendersi cura della ferita.

Le verrà consegnata una **LETTERA DI DIMISSIONE** dove troverà:

- eventuali prescrizioni di farmaci ad integrazione della sua terapia abituale
- la data dell'appuntamento per la visita di controllo

RICORDI CHE ALLA DIMISSIONE:

- Dovrà essere accompagnato e assistito al suo domicilio per 24 ore da un adulto responsabile
- Non dovrà mettersi alla guida di alcun veicolo per 24 ore
- Non deve prendere nessuna decisione importante, né firmare documenti con valore legale nelle prime 24 ore
- L'abitazione non deve distare più di 100 Km dall'Ospedale dove è stato operato e deve essere dotata di telefono

IL RITORNO A CASA

Se a casa dovesse avere dei disturbi: **NON ESITI A CONTATTARCI** Il numero di telefono è **0321 3733911** oppure **0321 3733913**.

Le segnaliamo che:

- nei primi 10 giorni dopo l'intervento non deve allontanarsi oltre i 100 chilometri dal nostro Ospedale
- dopo 1 giorno può fare la doccia (non il bagno), proteggendo la ferita e rinnovando la medicazione subito dopo.
- un po' di sangue sulla medicazione è normale, ma se notate un sanguinamento che prosegue anche mettendosi sdraiati a letto, contattate il Reparto
- a casa è consentita dieta libera, senza assunzione di alcolici per 24 ore
- se dovesse avere un po' di fastidio alla ferita, o un leggero mal di testa o mal di gola può assumere un comune antidolorifico (quello abitualmente assunto per mal di testa o dolori articolari), se il dolore persistesse o si intensificasse prendere contatto con il Reparto
- vi può essere una febbre (sino a 38 °C), ma una temperatura più elevata, insieme a confusione mentale o alterazioni del movimento e rigidità al collo, nausea e vomito, brividi, difficoltà a respirare vanno

immediatamente segnalate in Reparto o il Paziente dovrà rivolgersi al Pronto Soccorso

- non assuma altri farmaci oltre i prescritti senza prima contattarci
- se il dolore diviene eccessivo, se il sanguinamento è abbondante (medicazione intrisa), se subentra febbre con brividi, se si sente debole al punto di non riuscire ad alzarsi dal letto, se accusa vomito ripetuto: contatti il numero **0321-3733913** e lasci il suo recapito telefonico. Verrà contattato da un medico dell'equipe per le indicazioni del caso

A casa riprenda tutta la sua **TERAPIA** abituale, salvo diverse indicazioni contenute nella lettera di dimissioni.

NOTA PER I PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ANGIOPLASTICA:

Come verrà ribadito nella lettera di dimissioni, Lei dovrà continuare ad assumere:

- **Per 24 giorni** 1 compressa al giorno di Plavix da 75 mg: fino ad esaurimento della scatola consegnata direttamente da noi il giorno del prericovero
- **Per sempre** il farmaco antiaggregante

Una volta a casa potrà riprendere una vita regolare, evitando per i primi 15 giorni sforzi eccessivi od impegni gravosi. Superata questa breve convalescenza, dovrà riprendere le sue abitudini quotidiane. Potrà lavarsi normalmente usando la doccia, dopo 3 giorni dalla rimozione dei punti.

DOPO L'INTERVENTO

Dopo l'intervento potrà riprendere una **VITA NORMALE** (sovrapponibile a quanto faceva prima) sia lavorativa, sia di relazioni sociali che di attività fisica, compatibilmente con l'età e le eventuali malattie associate.

Ricordi di informare il suo **MEDICO DI BASE** dell'intervento che ha fatto, portandogli la lettera di Dimissione.

Prosegua con diligenza le **TERAPIE PRESCRITTE**.

RICORDI GLI APPUNTAMENTI CON NOI!!!

Durante gli appuntamenti successivi all'intervento (il primo segnato sulla lettera di dimissione) Le verrà di volta in volta informato sulla data dei controlli che effettuerà. In genere, fissiamo i seguenti appuntamenti:

- controllo a una settimana per rimuovere i punti
- controllo ecocolordoppler a tre, sei e dodici mesi
- dopo tale data controllo una volta all'anno (che, se ritiene più comodo, potrà effettuare anche presso altre strutture).

Dopo l'intervento, è importante che i pazienti vengano seguiti in quanto si possono sviluppare nuove lesioni sia nella carotide operata sia nella controlaterale, dal momento che l'aterosclerosi è una malattia progressiva, soprattutto se non si eliminano i fattori di rischio quali fumo, ipercolesterolemia o ipertrigliceridemia, ipertensione.