



Ospedale S. Andrea, La Spezia

Ospedale S. Andrea, La Spezia
U.O. CHIRURGIA GENERALE

Istruzioni al paziente
Istruzioni al paziente
COLECISTECTOMIA

Rimozione chirurgica della colecisti



Direttore Prof. Emilio Falco
Direttore Prof. Emilio Falco

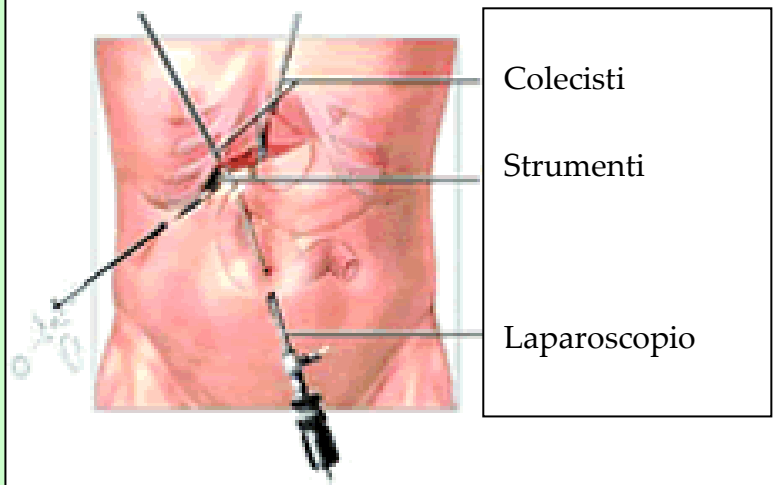
ISTRUZIONI AL PAZIENTE

Queste istruzioni La aiuteranno a meglio comprendere l'intervento a cui sarà sottoposto e a partecipare attivamente al processo di cura

Informazioni che ulteriormente chiariranno aspetti del suo intervento

Si forniranno istruzioni su:

- Panoramica sulla colecistectomia 2
- Il disturbo, i sintomi, i test 2
- Opzioni di trattamento 2
- Rischi e possibili complicazioni 8
- Preparazioni e aspettative 9
- La convalescenza e la dimissione 10
- L'analgesia 12
- Glossario \ bibliografia 13



OPZIONI DI TRATTAMENTO

Chirurgico

Colecistectomia laparoscopica: la colecisti è rimossa con strumenti introdotti attraverso 4 piccole incisioni addominali

Colecistectomia open: la colecisti è rimossa attraverso un'incisione nel quadrante addominale superiore destro

Non chirurgico

Per la colecisti senza sintomi

- Attesa vigile
- Attività fisica
- Modificazione della dieta

La colecistectomia è la rimozione chirurgica della colecisti. L'operazione viene eseguita per rimuovere i calcoli o una colecisti infetta o infiammata.

Sintomi comuni:

- Dolore marcato nella porzione superiore del quadrante centrale o in quello destro
- Febbricola
- Nausea e distensione gastrica

RISCHI E BENEFICI

La rimozione della colecisti mitiga il dolore, risolve l'infezione e in molti casi previene il riformarsi dei calcoli. Il rischio di non sottoporsi all'intervento è la possibilità di un peggioramento dei sintomi, dell'infezione o perforazione della colecisti, o della pancreatite acuta

Possibili complicanze sono il sanguinamento, un danno sulle vie biliari o sul fegato, febbre, infezioni, torpore, cicatrici rilevate, ernie incisionali, complicazioni anestesologiche, perforazione intestinale, morte

ASPETTATIVE

Prima dell'intervento:

Si praticano gli esami ematici, una ecografia addominale, la valutazione chirurgica e anestesologica per raccogliere la sua storia clinica, l'eventuale utilizzo di farmaci e si discute sull'analgia post-operatoria

Il giorno dell'intervento:

Astensione dal bere e dal cibo per almeno 6 ore prima dell'intervento, il più delle volte si può assumere la propria terapia giornaliera, con un sorso d'acqua, a meno che non vi siano diverse disposizioni dell'anestesista. La convalescenza e la dimissione in assenza di complicanze avviene in 2 - 5 giorni dopo l'intervento.

Chiami il suo chirurgo se:

- Subentra forte dolore
- Compaiono crampi allo stomaco
- Febbre alta o brividi
- La pelle ingiallisce (ittero)

- La ferita diventa maleodorante o secerne materiali



La maggior parte delle persone con calcoli alla cistifellea non hanno sintomi. L'80% dei pazienti con litiasi della colecisti rimane asintomatica 20 o più anni.

I calcoli alla colecisti sono più comuni in persone che:

- Hanno familiarità
- Sono sovrappeso
- Assumono molti zuccheri
- Sono in gravidanza
- Non fanno attività fisica
- Hanno perso peso rapidamente
- Fanno terapia estrogenica sostitutiva in menopausa

La colica biliare è generalmente temporanea. Comincia al centro o nel quadrante destro dell'addome e può durare da 30 minuti a 24 ore. Il dolore si instaura dopo l'assunzione di cibo ricco di grassi.

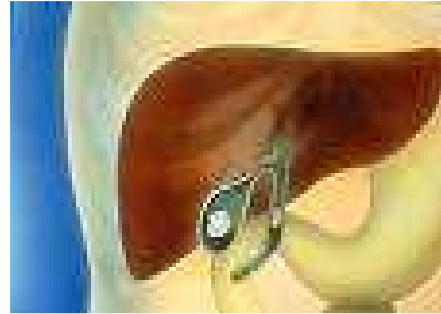
- Il dolore da colecistite acuta dura più di 6 ore ed è associato a dolenzia diffusa dell'addome e febbre
- Il dolore al fianco destro può essere dovuto anche a ulcere, problemi al fegato e al cuore.

Il trattamento standard della colecistite acuta è la somministrazione di liquidi in soluzione endovenosa (fleboclisi), antibiotici, antidolorifici e la colecistectomia

LA COLECISTI

È un piccolo organo a forma di pera al di sotto del fegato. Il fegato produce circa 1

litro di bile al giorno. La bile viene raccolta nella colecisti quando si ingerisce cibo, specie se grasso, la colecisti si contrae e spinge la bile nell'intestino attraverso il dotto cistico e il coledoco.



I CALCOLI

Il termine medico per la formazione dei calcoli è colelitiasi.

Un calcolo nella via biliare comune è detta coledocolitiasi.

I calcoli nei dotti possono bloccare il flusso della bile e determinare distensione della colecisti.

Colecistite: È l'infiammazione della colecisti che si manifesta repentinamente (acuta) o per un periodo di tempo più lungo (cronico).

Perforazione della colecisti è una condizione in cui la colecisti "scoppia" e perde bile; succede raramente ma può mettere a repentaglio la vita.

Colecistectomia: è la rimozione chirurgica della colecisti. Il motivo più frequente per cui la si esegue è la colica biliare (dolore acuto addominale dovuto allo spasmo o all'ostruzione del dotto cistico o biliare).

I SINTOMI

I sintomi più comuni sono:

- Dolore violento nella porzione destra dell'addome
- Febbricola
- Nausea e gonfiore
- Ittero (pelle gialla) può essere presente se i calcoli sono nel coledoco

TEST DIAGNOSTICI COMUNI

Storia clinica (anamnesi) e test fisici (vedi glossario).

Ecografia addominale è il test più comune per la ricerca dei calcoli.

Necessita di almeno 8 ore di digiuno.

Esami ematici

- Emocromo
- Test di funzionalità epatica
- Profilo emocoagulativo

Scintigrafia HIDA (acido iminodiacetico) o colecistigrafia

ERCP (colangiopancreatografia retrograda endoscopica)

Colangio RMN



IL TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico è il trattamento raccomandato della colelitiasi con colica biliare, ed è l'unico trattamento della colecistite acuta.

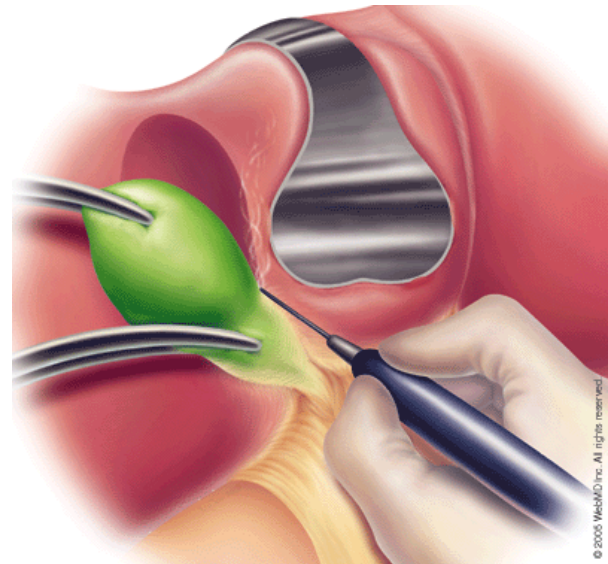
Colecistectomia laparoscopica.

Questa tecnica è la più usata per le colecistectomie semplici. Il chirurgo pratica 4 piccole incisioni nell'addome con uno strumentario ad hoc, introduce anidride carbonica, che permette di individuare più facilmente, la colecisti; quindi rimuove attraverso una delle incisioni prima la colecisti e poi l'anidride carbonica. Infine le incisioni vengono suturate con clips o punti di sutura.

Il chirurgo può iniziare l'intervento con tecnica laparoscopica e aver necessità di convertirlo. L'intervento dura solitamente 1-2 ore.

Colecistectomia open

Il chirurgo pratica un'incisione lunga una quindicina di cm nel quadrante superiore destro dell'addome, superando il grasso cutaneo e i muscoli, fino alla colecisti che viene rimossa chiudendo i dotti che afferiscono. La ferita viene suturata e un piccolo drenaggio viene lasciato in sede per drenare l'interno dell'addome. Di solito il drenaggio viene rimosso durante la degenza.



Procedure aggiuntive

Può essere necessario praticare ulteriori interventi per rimuovere dei calcoli dalla via biliare.

L'estrazione transcistica laparoscopica di calcoli dalla via biliare (LTCBDE) viene praticata con l'inserzione di strumenti nell'addome in modo simile alla colecistectomia laparoscopica.

Si penetra nella via biliare e i calcoli vengono rimossi direttamente o con l'ausilio di un cestello o di un palloncino. Il tasso di complicazioni varia da 0 a 9,1%.

TRATTAMENTO NON CHIRURGICO

Attesa vigile viene raccomandata se vi è un reperto di ecografia di calcoli in assenza di sintomi. Calcoli in assenza di colecistite

- Aumentare l'attività fisica. 2 o 3 ore alla settimana di moto riducono la formazione di calcoli
- Introdurre più frutta e vegetali nella dieta e ridurre la quantità di cibi ricchi di zuccheri e carboidrati come prodotti di pasticceria, fritti e pane bianco.

- Sono disponibili preparati di medicina alternativa

Il tasso di conversione dalla tecnica laparoscopica a quella aperta è < dell'1% per la popolazione giovane e in buona salute.

La necessità di conversione può aumentare in modo significativo al di sopra dei 65 aa,, nel sesso maschile, se ci sono stati episodi di colecistite, pregressi interventi all'addome, febbre alta, rialzo della bilirubina, coliche recidivanti e malattie che limitano la sua attività.

Domande che potrebbe rivolgerci

- Qual è l'intervento migliore per me e per quale ragione?
- Qual è la sua esperienza per questo intervento?
- È un intervento che viene praticato spesso in questo ospedale?

I RISCHI DI QUESTO INTERVENTO

Il suo chirurgo farà tutto quanto in suo potere per minimizzare ogni rischio, ma la colecistectomia, come ogni operazione, ha dei rischi



I RISCHI DI QUESTO INTERVENTO

I rischi	Cosa succede	Mantenerla informato
<i>Infezioni</i>	L'infezione si presenta in meno di 1 paziente su 1000, sottoposti a interventi laparoscopici ^{5,6,13,14}	Saranno rispettate le regole di asepsi e gli antibiotici saranno somministrati prima dell'intervento
<i>Danni sulle vie biliari</i>	Incidenti operatori sulle vie biliari sono riportati in 1 paziente su 1000 per la colecistectomia open, e da 1 paziente a 5 per la chirurgia laparoscopica ^{5,6,14}	Il personale sanitario controllerà l'eventuale comparsa di ittero, febbre o alterazione degli esami ematici. Potrebbero essere necessari ulteriori test o un ulteriore intervento
<i>Sanguinamento</i>	Il sanguinamento è raro. Se lei avesse una patologia epatica cronica il suo fegato potrebbe avere deficit della coagulazione.	Il chirurgo controllerà il suo profilo della coagulazione alla ricerca di eventuali deficit. Generalmente una trasfusione di sangue non è necessaria per la colecistectomia.
<i>Perdita biliare</i>	La perdita biliare dopo l'intervento è al quanto rara	Sarà controllata la comparsa di febbre o alterazioni degli esami e lei potrebbe necessitare di altri test, quali l'ecografia o la colangiopancreatografia retrograda endoscopica (ERCP).
<i>Ritenzione di un calcolo nella via biliare principale</i>	Un calcolo biliare può essere presente nella via biliare principale, al momento dell'intervento ⁵	In questa unità operativa si pratica di routine la colangiografia intraoperatoria ogni qualvolta sia possibile e spesso il problema viene risolto con una ERCP intraoperatoria
<i>Polmonite</i>	Le possibili cause sono: l'anestesia generale o la mancanza di inspirazioni profonde o immobilità nel post-operatorio	Esercizi respiratori con inspirazioni profonde la aiuteranno ad espandere i polmoni e a prevenire complicazioni dopo l'intervento ¹⁰
<i>Problemi cardiaci</i>	I problemi cardiaci sono rari. Le aritmie cardiache sono riportate in 5 pazienti su 1000, mentre un attacco cardiaco in 1 paziente su 1000 ^{6,13}	Il suo chirurgo potrebbe prescriverle una visita cardiologia pre-operatoria. Ogni anestesista è preparato ad affrontare ogni evenienza
<i>Problemi renali</i>	Problemi renali o urinari sono stati descritti con frequenza di 5 pazienti su 1000 La disidratazione e patologie epatiche possono aumentare il rischio ^{6,13}	Le potranno essere somministrati dei liquidi prima del suo intervento. Informi il personale infermieristico quando urina.
<i>Trombosi venosa profonda</i>	L'assenza di movimenti durante l'intervento può portare alla formazione di coaguli nelle gambe e raramente questi coaguli possono arrivare a ostruire i vasi polmonari	Potranno essere utilizzati bendaggi compressivi agli arti inferiori o iniezioni di farmaci anticoagulanti. E' suo compito alzarsi e camminare dopo l'intervento
<i>Lesioni intestinali o degli organi addominali</i>	L'inserzione di strumenti è l'utilizzo dell'elettrocauterio monopolare possono danneggiare l'intestino	Il suo chirurgo è addestrato a minimizzare questi rischi e a provvedere in caso si verifichi una di queste evenienze. Pazienti obesi o già sottoposti a interventi chirurgici o con aderenze intestinali sono più esposti a questi rischi ⁵
<i>Morte</i>	È estremamente rara nei soggetti in buona salute ed è riportata da 0 a 1 paziente ogni 1000. Tale rischio aumenta in caso di gangrena, perforazione della colecisti o patologia severa	Tutto lo staff chirurgico è addestrato per limitare al minimo ogni complicanza e per scongiurarne l'evenienza

LE ATTESE : LA PREPARAZIONE AL SUO INTERVENTO

PREPARATIVI PER IL SUO INTERVENTO

Riferisca al personale sanitario di eventuali patologie di cui è affetto. Rediga una lista delle medicine che assume e la faccia pervenire.

Il più delle volte le sarà consentita di assumere la sua terapia del mattino con un sorso d'acqua.

Se assume anticoagulanti e/o antiaggreganti (Plavix, Coumadin, Aspirina) le verrà chiesto di sospenderla dai 5 ai 7 giorni prima dell'intervento e di sostituirli con una dose opportuna di eparina a basso peso molecolare (enoxaparina o similari)

La degenza

Sebbene in diversi casi la degenza potrebbe concludersi la sera stessa dell'intervento, lei sarà dimesso/a 2 – 5 giorni dopo

Anestesia

Incontrerà l'anestesista prima dell'intervento. Lo metta a conoscenza di eventuali allergie, patologie neurologiche (epilessia, ictus, ecc), cardiache, gastriche, polmonari (asma, enfisema), endocrine (diabete, problemi tiroidei), protesi dentarie, dipendenza da fumo, alcool, medicinali.

IL GIORNO DELL'INTERVENTO

Non mangi e non beva

Astenersi dai cibi e dalle bevande per almeno 6 ore prima dell'intervento riduce il rischio di complicanze anestesologiche.

COSA PORTARSI IN OSPEDALE

- Libretto sanitario
- Liste delle medicine
- Oggetti personali quali: occhiali, asciugamano, sapone, ciabatte
- Pigiama
- Astenersi dal portare oggetti di valore

LE SUE ASPETTATIVE

Le sarà inserito un ago-canula nella vena del braccio per consentire l'infusione di liquidi e farmaci. Con la preanestesia potrebbe sentirsi assennato. Durante l'anestesia verrà intubato per consentire la respirazione meccanica. Il chirurgo effettuerà l'intervento e suturerà le incisioni. Potrà risvegliarsi con un drenaggio addominale.

Prevenire le infezioni respiratorie

La mobilitazione precoce dal letto e la respirazione corretta possono prevenire le infezioni polmonari.

Prevenire la trombosi venosa

Quando si è sottoposti ad intervento si è a rischio per la formazione di trombi a causa dell'immobilità conseguente all'anestesia. Più è lungo e complicato l'intervento e più il rischio aumenta. Per questo motivo si instaura una profilassi con farmaci "ad hoc" e/o con il bendaggio degli arti inferiori.

Prevenire le infezioni

Le infezioni si prevengono impedendo la contaminazione del campo operatorio durante l'intervento. La depilazione, l'asepsi e l'eventuale uso profilattico di antibiotici sono importanti. Così come una corretta igiene personale con una doccia il giorno prima dell'intervento

Un esercizio respiratorio molto utile è l'inspirazione profonda trattenendo il fiato per 3 – 5 secondi. Compia queste inspirazioni da 5 a 10 volte, di tanto in tanto, quando è sveglio. Ai bambini per ottenere lo stesso risultato si può chiedere di fare le bolle con una cannuccia in un po' d'acqua.

Domande possibili

- Che medicine devo sospendere prima dell'intervento?
- Quando devo sospenderle?
- Quali medicine devo prendere il giorno dell'intervento?
- Quali sono i rischi, i problemi o gli effetti collaterali dell'anestesia generale?
- Necessito di terapia antibiotica prima dell'intervento?
- Cosa farete per prevenire la formazione di trombi?
- Se devo essere sottoposto a depilazione, come e quando avverrà?



LA SUA RIPRESA E LA DIMISSIONE

Pensare lucidamente

L'anestesia può farla sentire "strano" per 2 o 3 giorni. Non guidi, non beva alcolici e non prenda nessuna grossa decisione per almeno 2 giorni.

Alimentazione

Appena sveglio potrà bere qualche sorso d'acqua. Se non comparirà nausea, il giorno seguente l'intervento potrà alimentarsi.

Attività fisica

- Sarà aiutato ad alzarsi da letto e a camminare
- Non sollevi pesi o pratichi attività intensa per 3 – 5 giorni dall'intervento laparoscopico e 10 – 14 per quello open
- Eviti di guidare se è sotto analgesici potenti
- Può riprendere l'attività sessuale quando si sentirà pronto a farlo, generalmente quando toglierà i punti di sutura
- È normale sentirsi stanco. Potrebbe aver bisogno di dormire più del solito

Attività lavorativa

Può tornare al lavoro appena si sentirà sufficientemente bene. Discuta i tempi col chirurgo e col suo curante

Cura della ferita

- Si lavi sempre le mani, prima di toccarsi vicino alla ferita
- Non si faccia il bagno prima della rimozione dei punti. Può invece farsi la doccia già 2 giorni dopo l'intervento, a meno che non le sia espressamente proibito
- Segua le istruzioni degli infermieri su quando cambiare le medicazioni
- Una piccola quantità di siero dalla ferita è normale. Se la secrezione si fa densa e giallognola o la ferita diventa rossa, potrebbe essere presente un'infezione che necessita di una consulenza chirurgica
- Se è presente un drenaggio nella ferita, verrà generalmente rimosso quando si arresterà la secrezione
- I punti verranno rimossi alla prima visita post-operatoria
- Gli steri-strips cadranno in 7 – 10 giorni o saranno anch'essi rimossi alla prima visita ambulatoriale
- Eviti di indossare vestiti stretti o di tessuto grezzo. Potrebbero fregare sulla ferita e rallentare la cicatrizzazione
- Protegga la cicatrice dall'esposizione solare. Il sole può scottare la pelle e causare una colorazione diversa della cicatrice
- La cicatrice guarirà in 4 – 6 settimane e diventerà sempre più morbida durante l'anno successivo
- La sensibilità attorno alla ferita ritornerà in qualche settimana o mese

La funzionalità intestinale

- Dopo interventi sul tratto alimentare si potrebbero presentare emissioni di feci liquide

per qualche giorno. Se la diarrea dura più di 3 giorni contatti il personale sanitario.

- Gli antidolorifici (oppiacei) possono causare stipsi. Aumenti il contenuto delle fibre nella sua dieta. Quando è necessario si può fare ricorso a emollienti fecali.

Cibo ricco di fibre

La verdura in genere, cruda o cotta, i legumi, il pane integrale, la frutta disidratata (fichi, albicocche, datteri) e secca, lamponi, more, fragole, prugne, mele, pere, mais, ecc.



Dolore

Il dolore è percepito in maniera diversa da persona a persona. Qualcuno necessita solo di 2 o 3 dosi di analgesico, mentre altri ne hanno bisogno per una settimana intera.

Terapie a domicilio

Gli unici farmaci che potrebbe necessitare a casa, oltre alla sua abituale terapia domiciliare, potrebbero essere degli analgesici e dei sali biliari.

QUANDO CONTATTARE IL SUO CHIRURGO

Se compare:

- Dolore che non recede
- Dolore che peggiora
- Febbre sopra i 38° C
- Vomito
- Gonfiore, arrossamento, sanguinamento, o drenaggio di materiale con cattivo odore dalla ferita
- Colorazione gialla degli occhi o della cute
- Assenza di flati o movimenti intestinali per più di 3 giorni
- Diarrea per più di 3 giorni

CONTROLLARE IL DOLORE

Ciascuno reagisce al dolore in maniera differente. Spesso viene utilizzata una scala da 0 a 10 per quantificarlo. A 0 lei non percepisce dolore e a 10 è il dolore più forte che lei abbia mai provato.



Farmaci di uso comune contro il dolore

I narcotici e gli oppiacei vengono utilizzati per il dolore di forte entità. Alcuni tra gli effetti collaterali di questi farmaci sono la sonnolenza, l'abbassamento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e respiratoria, rash cutanei e prurito; stipsi, nausea e difficoltà a urinare. Alcuni esempi di

narcotici sono la morfina, l'oxicodone e l'idromorfone. Sono disponibili farmaci per controllare questi effetti collaterali.

Farmaci non narcotici

La maggior parte dei farmaci antidolorifici sono farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS). Si utilizzano per controllare il dolore di media entità o in aggiunta ai narcotici per quello severo. Possono ridurre anche l'infiammazione. Alcuni degli effetti collaterali sono dolore di stomaco, sanguinamento dallo stomaco o dall'intestino, ritenzione idrica. Questi effetti collaterali in genere non compaiono per assunzioni brevi. Esempi di FANS includono l'ibuprofene e il naprossene



Controllo del dolore non farmacologico

Distrarsi aiuta a concentrarsi in altre attività piuttosto che sul dolore. La musica o le attività ludiche in genere sono molto utili nei bimbi con dolore di entità modica. Comprimersi l'addome appoggiandovi sopra un cuscino prima di tossire o muoversi può ridurre il dolore. L'immaginazione guidata può aiutarla a controllare il dolore. Chiuda gli occhi, inspiri ed espiri gentilmente. Provi a

figurarsi al centro di qualcosa di positivo. Provi a percepire ciò che di bello la circonda e le emozioni che rientrano sotto il suo controllo. Potrebbe sentirsi più calmo

Il dolore molto intenso carica il suo corpo di uno stress aggiuntivo in un momento in cui necessiterebbe che lei si concentrasse sul processo di guarigione. Non aspetti che il dolore raggiunga il 10 o diventi insopportabile, prima di dirlo ai medici o agli infermieri. È molto più semplice controllare il dolore prima che diventi importante



GLOSSARIO

Ecografia addominale: questo esame usa ultrasuoni per determinare la localizzazione e la struttura degli organi interni. Una sonda manipolo viene appoggiata e fatta scorrere sull'addome dopo averlo cosparso di un strato di gel

Aderenze : tessuto fibroso o cicatriziale che provoca l'adesione e l'accollamento degli organi interni

Bilirubina: test ematico che individua disfunzioni del fegato e/o della colecisti

Emocromo : un test ematico che misura la quantità di globuli rossi e bianchi. I globuli bianchi aumentano negli stati infiammatori. Il range di normalità di globuli bianchi è compreso tra 8000 e 12000

ERCP: un endoscopio dotato di telecamera viene introdotto attraverso la bocca, lo stomaco e il duodeno fino al dotto biliare e consente di diagnosticare la presenza di calcoli in questa sede e di provvedere alla rimozione degli stessi

Ernia: una tumefazione attraverso un orifizio della parete addominale

Colangio RMN: un'apparecchiatura che utilizza potenti magneti e onde radio per ottenere delle immagini corporee

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Le informazioni contenute in questa brochure sono state raccolte da recenti ricerche cliniche. Le ricerche elencate sotto non rappresentano la totalità delle informazioni che sono disponibili sul suo intervento

Bibliografia

1. Society for Surgery of the Alimentary Tract. Treatment of gallstones and gallbladder disease. (2003)
2. National Institutes of Health. Gallstones and Laparoscopic cholecystectomy. NIH Consensus Statement (1992)12:1–28
3. Nakeeb A, Cumuzzie AG, Martin L, et al. Gallstone: genetics versus environment. *Annals of Surgery* (2002)235:842–849
- 4 Weinsier RL, Wilson LJ, Lee J. Medically safe rate of weight loss for the treatment of obesity: a guideline based on risk of gallstone formation. *American Journal of Medicine* (1995)98:115–117
- 5 Souba W, Fink M, Jurkovich G, et al. *ACS Surgery: Principles and Practice*. New York, NY: WebMD, 2004
6. Petelin J. Laparoscopic common bile duct exploration. *Surgical Endoscopy* (2003)17: 1705–1715
7. Leitzmann MF, Giovannucci EL, Rimm EB, et al. The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Annals of Internal Medicine* (1998)128:417–425
8. Leitzmann MF, Rimm EB, Willet WC, et al. Recreational physical activity and the risk of cholecystectomy in women. *New England Journal of Medicine* (1999)341:777–784
9. Moga MM. Alternative treatment of gallbladder disease. *Medical Hypothesis* (2003)60:143–147
10. Overend TJ, Anderson CM, Lucy SD, et al. The effect of incentive spirometry on post-operative complications. *Chest* (2001)120:971–978
11. Graham G, Baxi L, Tharakan T. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy: a case series and review of the literature. *Obstetrics and Gynecology Survival* (1998)53:566–574
12. Al-Fozan H, Tulandi T. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* (2002)14:375–379
13. Khaitan L, Apelgren K, Hunter L, et al. A report on the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) outcome initiative. *Surgical Endoscopy* (2003)17:365–370
14. Giger UF, Michel JM, Opitz I, et al. Risk factors for perioperative complications in patients undergoing Laparoscopic cholecystectomy: analysis of 22,953 consecutive cases from the Swiss Association of Laparoscopic and Thoracoscopic Surgery database. *Journal of the American College of Surgeons* (2006)203:723–728

Una volta letto questo opuscolo si prega di riconsegnarlo al personale di reparto