

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<b>PATOLOGIA UTERINA BENIGNA</b>
Trattamento proposto:	<p>L'isterectomia è un intervento chirurgico che ha la finalità di asportare l'utero (corpo e collo), sede della patologia e può essere associato, a seconda dei casi e delle condizioni cliniche, all'asportazione di uno o entrambi gli annessi (costituiti dalle tube e dalle ovaie);</p> <p>Le vie di approccio all'isterectomia sono:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Isterectomia con tecnica mini-invasiva (Laparoscopica +/- roboticamente assistita) con o senza conservazione degli annessi</li><li>○ Isterectomia Laparotomica (con incisione addominale longitudinale mediana o trasversale), con o senza conservazione degli annessi</li><li>○ Isterectomia Vaginale, con o senza conservazione degli annessi</li></ul>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Indicazioni all'isterectomia (patologie benigne):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Utero fibromiomaso e/o presenza di miomi o fibromi uterini sintomatici o in aumento volumetrico (con sanguinamento e/o ingombro addomino-pelvico e dolore)</li><li>○ Iperplasia dell'endometrio</li><li>○ Endometriosi severa; adenomiosi (endometriosi dell'utero)</li><li>○ Sanguinamenti uterini incontrollabili con la terapia medica (con anemizzazione)</li></ul> <p>La via d'approccio laparotomica è la tecnica tradizionale e prevede un'incisione chirurgica longitudinale o trasversale sull'addome. La via vaginale, quando possibile, permette l'esecuzione dell'intervento evitando l'incisione addominale. La via laparoscopica prevede quattro piccole incisioni addominali (da 5 mm) e l'insufflazione nell'addome di un gas (anidride carbonica) per distendere la cavità addominale e permettere l'esecuzione dell'intervento, l'utero verrà poi estratto per via vaginale. La vagina verrà poi suturata per via vaginale con punti riassorbibili.</p> <p>Nella nostra Unità Operativa di Ginecologia e Ostetricia, l'85% delle isterectomie per patologia benigna vengono abitualmente effettuate per via Laparoscopica o Vaginale. La necessità di convertire un intervento da Laparoscopia a Laparotomia è riportato in letteratura circa nel 2% dei casi. La nostra percentuale di conversioni Laparotomiche avviene nell'1.6% dei casi.</p> <p>La scelta della via d'approccio Laparotomica è necessaria in tutti quei casi dove le condizioni anatomiche o tecniche lo possono richiedere (ad esempio in caso di un utero molto voluminoso o pregresse plurime laparotomie).</p>

<p>Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?</p>	<p>L'isterectomia eseguita prima della menopausa è seguita sempre da amenorrea (non si avranno più le mestruazioni).</p> <p>La conservazione delle ovaie permette una normale e corretta funzione ormonale, in maniera tale che la vera menopausa (climaterica-ormonale) possa arrivare seguendo il normale decorso ormonale fisiologico.</p> <p>L'asportazione di entrambe le tube in una donna che non è ancora in menopausa non comporta nessuna variazione ormonale, ma da recenti studi sembrerebbe prevenire problematiche infettive o neoplastiche future. L'asportazione di un ovaio e la conservazione dell'altro prima della menopausa non comporta alcuna variazione ormonale in quanto l'ovaio residuo è in grado di garantire una normale produzione ormonale. L'asportazione di entrambe le ovaie in una donna che è ancora in età fertile comporta una menopausa chirurgica, mentre invece in post menopausa non comporta nessun cambiamento ormonale in quanto l'attività ovarica è già cessata.</p> <p>Nella maggior parte dei casi è possibile conservare almeno una o entrambe le ovaie qualora una donna sia sottoposta ad un intervento di isterectomia prima della menopausa, in maniera tale da permettere una corretta funzione ormonale fino al sopravvento della menopausa.</p> <p>La conservazione delle ovaie o di un ovaio non è possibile qualora l'ovaio presentasse una patologia (es. cisti ovariche) o in caso di situazioni anatomiche non favorevoli, oppure in presenza di condizioni cliniche benigne a potenziale rischio di evoluzione in neoplasie ormono-dipendenti (es. iperplasia complessa dell'endometrio con atipie), oppure in presenza di malattie benigne ormono-dipendenti (es. endometriosi severa).</p>
<p>Quali sono i possibili problemi di recupero?</p>	<p>L'isterectomia Laparoscopica e l'isterectomia Vaginale, rispetto alla isterectomia Laparotomica, permettono di evitare l'incisione addominale chirurgica classica con un miglior controllo del dolore post operatorio, una degenza ospedaliera generalmente più breve e una più rapida ripresa della normale attività dopo l'intervento.</p> <p>La paziente in genere esce dalla sala operatoria con il catetere vescicale che terrà per almeno 24 ore e può bere già nel giorno stesso dell'intervento.</p> <p>Il decorso post operatorio può essere caratterizzato da dolore addominale, normalmente ben controllato dalla terapia antalgica. Possono comparire dolori irradiati alla spalla per effetto del gas introdotto durante la procedura, che si dispone sotto la cupola diaframmatica.</p> <p>Le suture della cute in genere vengono effettuate con filo riassorbibile, quindi non necessitano di rimozione.</p> <p>La ripresa dell'attività lavorativa dipende dal tipo di lavoro: per i lavori sedentari sono sufficienti in genere 15 giorni di riposo, per i lavori che comportano sforzi molto intensi, bisogna aspettare la completa cicatrizzazione della cupola vaginale, che richiede circa 40-60 giorni.</p> <p>Anche per la ripresa dell'attività sessuale è necessario che la cupola vaginale sia completamente guarita.</p> <p>Viene consigliata una visita di controllo entro 3 mesi dall'intervento, per valutare gli esiti chirurgici.</p>

Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Il persistere della patologia per cui si consiglia l'approccio chirurgico, se non è controllata mediante altra metodica (ad es. farmacologica), può portare ad aggravamento della sintomatologia (quale sanguinamento anomalo), con successiva anemizzazione e riduzione della qualità della vita, con ricorso a terapie farmacologiche endovenose (marziali o trasfusioni). Inoltre, la patologia fibromiomatosa (di norma benigna), può accrescere il volume uterino, con conseguenti compressioni ab estrinseci di organi circostanti (vescica e intestino) e sintomatologia secondaria.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Secondo la letteratura internazionale le complicanze generiche dell'isterectomia possono avvenire circa nel 10% dei casi, ma nella maggior parte dei casi si tratta di problematiche minori, nell' 1.5% dei casi si può verificare una complicanza maggiore.</p> <p>Possibili complicanze:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Emorragia significativa in corso di intervento: 1-2 %</li> <li>- Infezione post-operatoria: 9 %</li> <li>- Lesioni accidentali in corso di intervento: 0.1-1 %</li> <li>- Fistole uro-genitali: 0.5-2 %</li> <li>- Complicanze di ferita: 1-2 %</li> <li>- Problematiche anestesilogiche e internistiche: 1 %</li> <li>- Trombosi venosa: 1 %</li> <li>- Neuropatia dopo isterectomia: 0.2-2 %</li> <li>- Deiscenza della cupola vaginale: 0.4 %</li> <li>- Morcellazione con rischio oncologico occulto: 0.1-0,3 %</li> <li>- Mioma parassita: &lt; 1%</li> <li>- Dispareunia: 0.1 – 1 %</li> </ul> <p>La letteratura internazionale ha dimostrato che la scelta d'approccio all'isterectomia (Laparotomica, Laparoscopica o Vaginale), non influenza i rischi intraoperatori o post operatori. La correzione di eventuali complicanze potrebbe richiedere un successivo intervento anche di tipo multidisciplinare.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	In alcuni casi selezionati è possibile proporre dei trattamenti alternativi all'isterectomia in particolare per controllare i sanguinamenti uterini anomali (ad esempio l'inserzione endouterina di una spirale medicata con un farmaco progestinico, oppure terapie farmacologiche per il controllo delle emorragie o in alternativa l'ablazione isteroscopica dell'endometrio), tenendo presente che si tratta in tutti i casi di alternative per controllare i sintomi, mentre l'isterectomia rappresenta un trattamento definitivo.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'equipe della SC di Ostetricia e Ginecologia diretta dal Dr. Beretta

Qualora lo ritenga necessario, l'equipe è sempre a disposizione per fornire ulteriori informazioni.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO