

**NOTA INFORMATIVA PER IL PAZIENTE****Nome e Cognome** \_\_\_\_\_**data di nascita** \_\_\_\_\_

Quali sono le sue condizioni di salute?	<b>CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO</b>
Trattamento proposto:	Isterectomia totale con annessectomia bilaterale e procedura di asportazione di linfonodo sentinella vs linfadenectomia pelvica e regionale laparoscopica vs laparotomica
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Il trattamento chirurgico rappresenta la tappa fondamentale per la stadiazione e la cura della malattia. L'intervento viene diversificato a seconda dell'istotipo, del grado di differenziazione delle cellule tumorali e dello stadio di malattia. Quest'ultimo è correlato alla possibile infiltrazione del miometrio (parete muscolare del viscere uterino) e all'eventuale diffusione della malattia in sedi extrauterine (linfonodi, peritoneo, organi limitrofi come la cervice uterina, le ovaie, la vagina, la vescica e l'intestino).</p> <p>L'intervento previsto pertanto comporta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- isterectomia totale extrafasciale (asportazione dell'utero)</li><li>- annessectomia bilaterale (asportazione delle tube e delle ovaie)</li><li>- procedura di identificazione e asportazione del linfonodo sentinella (asportazione dei primi linfonodi in cui è altamente probabile che le cellule cancerose si diffondano da un tumore primario) per escludere la presenza del cancro</li><li>- eventuale linfadenectomia pelvica e/o lomboaortica (l'asportazione dei linfonodi disposti lungo i vasi sanguigni della pelvi e dell'addome)</li><li>- eventuale omentectomia (asportazione del grasso che riveste alcuni organi addominali).</li></ul> <p>L'intervento nella grande maggioranza dei casi viene eseguito per via lmini-invasiva comportando una piccola incisione nell'ombelico e altre tre piccole incisioni nella parte inferiore dell'addome. Questa tecnica chirurgica comporta un rischio minore di complicanze intra e post-operatorie oltre che un minor dolore e una minore degenza post-operatoria rispetto alla via classica. Solo in sporadici casi il chirurgo opta per la via laparotomica (per esempio patologie associate che controindicano la laparoscopia) comportando un'incisione longitudinale sull'addome.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	L'obiettivo è l'eliminazione di tutte le cellule tumorali e quindi la scomparsa della malattia. La sopravvivenza al tumore dell'endometrio in Italia è di circa il 90% a 5 anni dalla diagnosi.
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Il recupero può essere variabile, e dipende dalla modalità di intervento (laparoscopico vs laparotomico) e dalle caratteristiche della paziente. Le variabili possono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- controllo del dolore, con necessità per un tempo più o meno prolungato di utilizzo di antidolorifici;</li><li>- disturbi dell'alvo e della diuresi, con necessità di ricorso a lassativi o all'utilizzo di assorbenti</li><li>- insensibilità e parestesie, con riduzione della mobilizzazione, causate dalla posizione tenuta in sala operatoria, e dalle caratteristiche tecniche dell'intervento stesso;</li><li>- sviluppo di patologie infettive post-operatorie, con necessità di prolungamento del ricovero per antibiotico terapia.</li></ul> <p>In ogni caso, più rapida è la ripresa delle normali attività quotidiane, minore sarà la</p>

	difficoltà del recupero; in ospedale sarà applicato un protocollo mirato a questo obiettivo.
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	La malattia si può diffondere attraverso invasione locale dei tessuti circostanti, creando disturbi agli organi limitrofi, quali vescica e retto, sempre più invalidanti; inoltre, la diffusione può avvenire anche per via linfatica ed ematica, portando il tumore in tutti i distretti corporei in maniera molto rapida, nel momento in cui la malattia non è più limitata all'endometrio. In questi casi, la chirurgia non è più efficace.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Nessun intervento chirurgico può essere considerato completamente privo di rischi. Anche adottando la massima diligenza, perizia e prudenza possono intervenire complicanze che per lo più vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rischio tromboembolico (per cui viene eseguita la profilassi farmacologica e la mobilitazione precoce)</li> <li>• rischio emorragico (in alcuni casi deve essere trattata con emotrasfusioni)</li> <li>• rischio infettivo (infezioni localizzate o generalizzate)</li> <li>• lesione di organi e strutture contigui all'apparato genitale (vescica, ureteri, intestino) dovuti a sezione e/o legatura, ustioni o perforazioni, nella maggior parte dei casi riconosciute intraoperatoriamente e risolte. Talvolta possono esitare in ostruzione o fistole e richiedere un secondo intervento.</li> <li>• lesioni vascolari che nella maggior parte dei casi vengono riconosciute intraoperatoriamente e risolte.</li> <li>• lesioni a tronchi nervosi da posizione, compressione o traumatismo, che solitamente regrediscono in poche settimane.</li> <li>• ematomi e/o ascessi, anche tardivi, che possono richiedere un successivo intervento chirurgico o terapie infusionali</li> <li>• lenta ripresa della funzionalità intestinale</li> <li>• difficoltà minzionale (ritenzione o incontinenza urinaria)</li> <li>• formazione di edema linfatico agli arti inferiori conseguente alla linfadenectomia e formazione di linfoceli (raccolta di linfa)</li> <li>• prolasso di cupola vaginale</li> <li>• formazione di laparocoele o di ipotonia dei muscoli retti addominali, con possibilità di dover ricorrere ad una correzione chirurgica in caso di intervento laparotomico</li> <li>• dispareunia e/o algie pelviche</li> <li>• inestetismi e talvolta deiscenza della cicatrice cutanea o esagerata reazione dei tessuti (formazione di cheloidi)</li> </ul>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	In pazienti non sottoponibili ad intervento chirurgico laparoscopico per comorbidità o performance status, può essere utilizzata la via vaginale; nei casi di patologia avanzata, la malattia può essere trattata con la terapia ormonale, la chemioradioterapia, la chemioterapia, la radioterapia o le terapie a bersaglio molecolare.
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	L'equipe dedicata della SC di Ostetricia e Ginecologia diretta dal Dr. Beretta prenderà in carico la paziente dalla programmazione operatoria, e la seguirà lungo tutto l'iter terapeutico.

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_