

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<b>CARCINOMA DELLA VULVA</b>
Trattamento proposto:	Emivulvectomy vs vulvectomy semplice o radicale; eventuale linfadenectomia inguinale bilaterale vs procedura linfonodo sentinella
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p>Il trattamento standard del tumore squamocellulare della vulva in stadio iniziale è rappresentato dall'escissione locale o vulvectomy radicale con margini di 1-2cm. È accettabile considerare margini di escissione più ristretti laddove il tumore sia prossimo alle strutture della linea mediana (clitoride, uretra, ano), al fine di preservarne la funzione.</p> <p>Nei tumori con infiltrazione profonda <math>\leq 1\text{mm}</math> (T1a) è raccomandata la vulvectomy parziale semplice senza dissezione linfonodale. Quando all'esame istologico definitivo l'infiltrazione supera 1 mm è indicato procedere a ri-escissione.</p> <p>Nei tumori con infiltrazione profonda <math>&gt; 1\text{mm}</math> (T1b) fino a dimensioni di 4 cm (T2), il trattamento chirurgico dipende dal sito di localizzazione.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Per lesioni molto lateralizzate a distanza <math>&gt; 1</math> cm dalla linea mediana vulvare è indicata la vulvectomy parziale radicale con valutazione ipsilaterale dello stato linfonodale (linfonodo sentinella o dissezione linfonodale selettiva nel caso in cui il sentinella non venga individuato).</li><li>- Per lesioni centrali o a <math>&lt; 1</math> cm dalla linea mediana è indicata la vulvectomy radicale con valutazione dello stato linfonodale bilaterale (linfonodo sentinella o dissezione linfonodale selettiva bilaterale nel caso in cui il sentinella non venga individuato).</li></ul> <p>La biopsia del linfonodo sentinella è raccomandata nelle pazienti con tumori unifocali <math>&lt; 4</math> cm, in assenza di linfonodi inguinali sospetti; in caso di positività con interessamento superiore a 2 mm è preferibile completare la dissezione linfonodale inguinofemorale. Qualora non venisse identificato il linfonodo sentinella è indicata l'esecuzione della linfadenectomia inguinofemorale. In questo caso, vengono sempre posizionati dei drenaggi a livello inguinale, per sfavorire la formazione di linfoceli</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. Il tasso di sopravvivenza a 5 anni delle pazienti affette da carcinoma vulvare è pari all'85% negli stadi I e II, 53% per gli stadi III e IVA e 19% per lo stadio IVB
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Il recupero può essere variabile, e dipende dalla modalità di intervento (parziale o radicale, linfadenectomia eseguita o meno) 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>- deiscenza della sutura chirurgica, tendenzialmente a livello inguinale, che implica un ritardo nella guarigione e nella dimissione;</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 mobilitazione, causate dalla posizione tenuta in sala operatoria, e dalle caratteristiche tecniche dell'intervento</li></ul>

	<p>stesso;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sviluppo di patologie infettive post-operatorie, con necessità di prolungamento del ricovero per antibioticoterapia.</li> </ul> <p>In ogni caso, più rapida è la ripresa delle normali attività quotidiane, minore sarà la difficoltà del recupero; in ospedale sarà applicato un protocollo mirato a questo obiettivo, denominato ERAS (Enhanced Recovery After Surgery).</p>
Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	Se la malattia è agli stadi iniziali, senza trattamento si avrà in breve tempo diffusione ematica/linfatica della patologia; a questo punto, il decadimento è rapido, con la comparsa di plurime metastasi, fino al decesso.
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 contigue all'apparato genitale 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>• 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 casi di patologia avanzata, o in pazienti non sottoponibili ad intervento chirurgico per comorbidità o performance status, la malattia può essere trattata con la chemioterapia e 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

\_\_\_\_\_