

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

Quali sono le sue condizioni di salute?	<p>La gravidanza ectopica è una gravidanza che non si sviluppa nella normale sede all'interno dell'utero.</p> <p>La sede più frequente (98%) è nelle tube di Falloppio (<b>gravidanza tubarica</b>), anche se in frequenza nettamente minore (2%) può svilupparsi sulla superficie ovarica (<b>gravidanza ovarica</b>), nel canale <b>cervicale</b>, sulla <b>cicatrice di un pregresso taglio cesareo</b> o nell'angolo dell'inserzione tubarica nell'utero (<b>gravidanza cornuale</b>).</p> <p>I sintomi più comuni sono la comparsa di perdite ematiche più o meno abbondanti (64%) e dolori pelvici (93%), ritardo mestruale (73%). Il 20–30% delle donne presenta tensione mammaria, sintomi gastrointestinali, vertigini e svenimenti.</p> <p>Il sospetto diagnostico si basa sulla mancata visualizzazione all'ecografia della camera gestazionale in utero in una paziente con test di gravidanza positivo. Per poter arrivare ad una diagnosi certa, possono essere necessari più controlli clinici, ematici ed ecografici, che possono richiedere giorni o settimane.</p> <p>La paziente con sospetta gravidanza ectopica deve essere consapevole di questo rischio e deve sottoporsi ai controlli fino a quando non verrà fatta diagnosi certa.</p> <p>Quando la paziente è stabile, con dolore controllato, il monitoraggio può essere di tipo <b>ambulatoriale</b> e consiste nel dosaggio seriato dell'ormone della gravidanza (beta-HCG). I prelievi vanno ripetuti a distanza di 48 ore ed associati a controlli clinici ed ecografici fino al chiarimento della diagnosi.</p>
Trattamento proposto:	<p><b>intervento chirurgico: salpingectomia laparoscopica</b> (asportazione totale della tuba sede della gravidanza ectopica, che nella maggior parte dei casi risulta irrimediabilmente compromessa).</p> <p>In caso di scar pregnancy il trattamento sarà personalizzato, dopo valutazione clinico-diagnostica della localizzazione della camera gestazionale e dell'epoca gestazionale alla diagnosi. Le possibilità di terapia includono metodi farmacologici (utilizzo di mifepristone, metotrexate o iniezione di cloruro di potassio all'interno della camera gestazionale) e metodi chirurgici (isterosuzione, resettoscopia interventi laparoscopici o laparotomici)</p>
Perché si propone questo trattamento? Quali sono le indicazioni e quale è la procedura operativa?	<p><b>La gravidanza ectopica è una condizione ad alto rischio emorragico</b> che potrebbe mettere a rischio la vita della paziente, se non riconosciuta e trattata.</p> <p>Quando la paziente è sintomatica (dolore pelvico intenso) e/o presenta un quadro ecografico di sospetto versamento ematico in addome, si rende necessario il ricovero ospedaliero immediato.</p>
Quali benefici ci attendiamo dal trattamento e quali sono le probabilità di successo?	<p><b>L'intervento chirurgico di salpingectomia laparoscopica è risolutivo.</b></p>
Quali sono i possibili problemi di recupero?	<p>Trattandosi di un intervento chirurgico mini-invasivo i tempi di recupero sono molto rapidi, con la possibilità di dimissione a 24-48 ore dall'intervento stesso.</p> <p>Nel decorso post operatorio degli interventi laparoscopici sono molto comuni sintomi come dolore alla spalla o distensione addominale.</p>

Quali sono gli esiti di eventuale non trattamento?	La complicanza principale legata al non trattamento / mancato riconoscimento della gravidanza extrauterina è il sanguinamento, anche massivo, che si verifica a seguito della rottura delle sedi in cui si è impiantata la gravidanza, fino a determinare shock emorragico e possibile decesso.
Quali sono le complicanze/effetti indesiderati e avversi?	<p>Le complicanze dovute alla chirurgia laparoscopica sono rare ma possibili:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>complicanze maggiori</b> (emorragiche o che necessitino interventi aggiuntivi)</li> <li>- <b>complicanze minori</b> (infezioni)</li> </ul> <p>A causa di tali complicanze o anomalie non correggibili in laparoscopia o potenzialmente pericolose per la salute della paziente, potrebbe rendersi necessaria un'immediata chirurgia addominale tradizionale laparotomica con apertura della parete addominale. La possibilità di severe complicanze è da ritenersi molto rara. Le complicanze sono le stesse della chirurgia tradizionale e includono: emorragie, infezioni, malattie generalizzate, peritoniti, lesioni dei visceri (come la vescica o l'intestino), embolie gassose, enfisemi sottocutanei o mediastinici, allergie o reazioni anomale a farmaci o a sostanze utilizzate durante l'intervento. Alcune di queste complicazioni possono richiedere una chirurgia complessa o integrata.</p>
Quali sono le alternative al trattamento proposto se ci sono e quali i benefici e/o le complicanze/effetti indesiderati conosciuti?	<p><b>Il 60% delle sospette gravidanze ectopiche presenta una risoluzione spontanea</b> (aborto tubarico): si osserva una riduzione progressiva spontanea del valore di beta-HCG.</p> <p>La conservazione della tuba con la sola rimozione della gravidanza ectopica attraverso una piccola incisione sulla parete tubarica (salpingotomia) può essere considerata un'alternativa chirurgica alla salpingectomia solo nelle donne con una tuba sola o con fattori di rischio per infertilità, come un danno tubarico controlaterale. Ha un rischio di incompleta asportazione del tessuto della gravidanza ectopica e in 1 caso su 5 richiede un'ulteriore trattamento, come methotrexate e/o una successiva salpingectomia. Le donne che hanno subito una salpingotomia devono eseguire un dosaggio di beta-HCG a distanza di una settimana dall'intervento, con successivi dosaggi con cadenza settimanale sino alla loro negativizzazione.</p> <p>Il trattamento medico con <b>methotrexate</b> (MTX) è riservato a casi particolari (mancata discesa delle beta-HCG in assenza di chiaro quadro ecografico di gravidanza ectopica). La terapia medica ha una percentuale di successo di circa il 75%, ma in circa il 14% delle pazienti trattate può necessitare di una seconda dose del farmaco e meno del 10% delle pazienti potrebbe necessitare comunque di un successivo trattamento chirurgico laparoscopico. Bisogna eseguire nella 1° settimana di trattamento due dosaggi di beta-HCG in 4° e 7° giornata e un dosaggio settimanale fino alla negativizzazione.</p>
Chi saranno i medici e il personale sanitario che propongono ed eseguiranno il trattamento?	Il personale Medico della SC di Ostetricia e Ginecologia (Equipe chirurgica)

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

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_