PER LE PAZIENTI DA SOTTOPORRE AD INTERVENTO CHIRURGICO PER LA CURA DEL PROLASSO GENITALE MEDIANTE SACROPESSIA LAPAROSCOPICA ROBOTICA

Se decide di sottoporsi all'intervento, Le sarà chiesto di leggere e firmare questo modulo di consenso per confermare di avere ricevuto una spiegazione esauriente dello stesso e di avere deciso di sottoporsi ad esso. Riceverà una copia del modulo di consenso firmato. Prima di prendere una decisione, può portare a casa una copia non firmata di questo modulo di consenso per riflettere o discuterne con familiari, amici o persone di Sua fiducia.

L'intervento di correzione del prolasso genitale verrà effettuato per via addominale con la tecnica laparoscopica. Questo approccio al prolasso genitale offre ottimi risultati anatomici, ma confrontato alla via vaginale comporta: un intervento più lungo, l'anestesia generale, un decorso e una convalescenza mediamente più impegnativi e prolungati. Per questo motivo ha indicazioni più limitate. La tecnica chirurgica consiste in una sospensione degli organi pelvici all'osso sacro mediante una rete nastriforme non riassorbibile e biocompatibile (solitamente in polipropilene). L'intervento si chiama sacropessi laparoscopica.

- L'utero si può conservare e sospendere (isterosacropessi) preservando la fertilità. L'intervento conservativo è consigliabile in pazienti con età < 45 anni e/o desiderose di prole.
- L'utero si può rimuovere (perché malato o a rischio di patologia o in paziente non più desiderosa di prole) e si può procedere, sempre in laparoscopia, alla asportazione del corpo dell'utero (isterectomia sovra-cervicale) e alla sospensione del moncone cervicale (cervicosacropessia).
- L'utero piò essere già stato rimosso per un precedente intervento e il prolasso riguarda la cupola vaginale; in tal caso l'intervento è di sospensione della stessa (colposacropessia). In tutti i casi si possono asportare anche le ovaie e le salpingi (annessiectomia mono o bilaterale) se sono affette da patologia o per la profilassi del tumore ovarico. Come per gli interventi eseguiti per via vaginale anche nel caso degli interventi di sacropessia laparoscopica si possono associare interventi di plastica vaginale anteriore e/o di plastica vaginale posteriore, ma si rendono necessari con minore frequenza (circa il 5% dei casi).

La colpo/cervico sacropessia è ritenuta il gold standard tra gli interventi correttivi del prolasso del segmento centrale, sebbene vengano riportate alterazioni disfunzionali postoperatorie sia intestinali che urinarie. Una percentuale variabile tra il 9,8% e il 50% riporta alvo stiptico, defecazione dolorosa e incompleta nel post-operatorio con variabile espressione di gravità. Il 18,2% delle pazienti manifesta alterazioni minzionali e il 7,8% alterazioni della sfera sessuale. Se le disfunzioni vescicali e sessuali rientrano nella percentuale attesa dopo procedura correttiva della statica pelvica, le disfunzioni dell'alvo sono significativamente maggiori e non prevedibili. Poiché è stata dimostrata una correlazione significativa tra la denervazione iatrogena in corso di intervento e la disfunzione intestinale post-operatoria, nel nostro dipartimento abbiamo sviluppato e utilizziamo, con il consenso del Comitato Etico locale, una tecnica volta alla preservazione dell'innervazione autonomica della pelvi al fine teorico di ridurre le conseguenze iatrogene disfunzionali intestinali. Tale tecnica non implica ipoteticamente né prolungati tempi operatori né maggiori rischi intraoperatori. L'efficacia della stessa è in corso di valutazione. L'accettazione di tale tipologia di intervento comporterà, dietro suo consenso, la compilazione di specifici questionari sintomatologici e di qualità di vita sia nel pre-intervento che nelle visite successive ambulatoriali. I dati personali verranno eventualmente utilizzati solo a scopo di ricerca e in forma totalmente anonima.

INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO: al trattamento per prolasso può essere associato il trattamento chirurgico dell'incontinenza urinaria da sforzo. Questo consiste in un intervento effettuato per via vaginale denominato TOT (Trans-Obturatorial Tape: benderella trans-otturatoria). Attraverso una incisione di circa 2-3 cm della parete vaginale anteriore, al di sotto dell'uretra, viene introdotta, con appositi aghi, una benderella

(tape) in polipropilene che giunge e si fissa bilateralmente al forame otturatorio (che è una porzione circolare del bacino osseo posizionata tra la vagina e le cosce e rivestita da una membrana muscolare). Tale benderella ha il compito di sostenere l'uretra durante gli sforzi. L'intervento migliora l'incontinenza urinaria in circa 80-90% dei casi.

DECORSO POST-OPERATORIO, POSSIBILI CONSEGUENZE E COMPLICANZE DEGLI INTERVENTI UROGINECOLOGICI

La degenza media per gli interventi per il prolasso varia tra 1-7 gg. La guarigione e la ripresa delle normali attività possono variare da 1 a 4 settimane e di solito sono più rapide nel caso di interventi conservativi dell'utero. E 'previsto l'impiego di antidolorifici durante il ricovero ed è normale che si rendano necessari anche nella prima settimana di convalescenza.

Dopo l'intervento è bene limitare gli sforzi fisici per un mese ed evitare i rapporti per due mesi. Dopo chirurgia anti incontinenza, alla rimozione del catetere vescicale (dopo 24-48 ore) viene controllato il residuo vescicale post- minzionale con un cateterismo estemporaneo, che deve risultare negativo (<150 mL). Non è raro il riscontro post-operatorio di residuo vescicale post-minzionale (ritenzione urinaria) e non è da considerarsi una complicanza. Spesso peraltro tale condizione è già pre-esistente all'intervento e conseguente ad un'incompetenza del muscolo vescicale e/o conseguente al prolasso cronico. Tale quadro viene trattato con il cateterismo intermittente (4-6 volte nelle 24 ore) fino a negativizzazione del residuo post-minzionale (<150 mL). Se il quadro persiste per alcuni giorni la paziente viene istruita all'auto-cateterismo in modo da poter essere dimessa. Solitamente la ritenzione urinaria si risolve in pochi giorni e al massimo in qualche settimana. In alcuni casi però è necessario un piccolo re-intervento disostruttivo (con detensionamento o recisione della benderella TOT) per facilitare lo svuotamento vescicale. Ciò normalmente non compromette l'efficacia ottenuta con la TOT sulla continenza urinaria.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori i più comuni dei quali sono:

a) Variabilità anatomica soggettiva e presenza di aderenze da pregressa chirurgia.
b) Condizioni cliniche di base (diabete, ipertensione, allergie, età, etc.).
c) Trattamenti farmacologici precedenti o in atto.
d) Strumentazione: monouso / multiuso, monopolare/bipolare, fili, elettro-bisturi, etc. e) Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
e) Complicanze dipendenti dall'anestesia e farmaci utilizzati, allergie ed intolleranze.
f) Eventi sfavorevoli imponderabili.

L'adeguata preparazione all'intervento e l'impiego delle migliori tecnologie disponibili consente di limitare al minimo l'influenza di tali fattori.

Durante o dopo l'intervento si possono verificare:

- Lesioni alle vie urinarie (vescica e/o ureteri) nel 1% dei casi, che possono essere riparate subito o possono necessitare di un successivo re-intervento
- Ritenzione urinaria "critica" con necessità di cateterismo intermittente o di riposizionamento del catetere vescicale o di re-intervento chirurgico disostruttivo.
- Fistole delle vie urinarie (<1% casi).
- Nel 1-3% dei casi comparsa di urgenza minzionale "de novo" o peggioramento di una pre-esistente urgenza minzionale.
- Slatentizzazione di incontinenza urinaria da sforzo precedentemente latente o mascherata.
- Stipsi e defecazione ostruita, solitamente transitoria. Nei primi 2 e 3 mesi mesi post-intervento, possibile incapacità all'evacuazione spontanea e necessità quotidiana di microclismi; defecazione dolorosa con tempi lunghi di ponzamento e successiva sensazione di defecazione incompleta (sindrome da defecazione ostruita).
- <1% lesioni intestinali (che in rarissimi casi richiedono una resezione intestinale e/o il posizionamento provvisorio di una stomia).

- Sanguinamenti e/o ematomi che possono essere controllati subito o che necessitano di un successivo re-intervento e/o di trasfusione di sangue e/o di emoderivati.
- Trombosi venose e/o emboli.
- Dolore neuropatico persistente nella sede delle cicatrici profonde.
- Possibile recidiva di prolasso in circa il 10% dei casi (solitamente di un grado minimo, che non richiede un ulteriore intervento chirurgico).
- Ustioni da elettrochirurgia o danno termico tardivo.
- Reazione avversa alle reti sintetiche utilizzate per il prolasso e/o per l'incontinenza urinaria con "erosione" e/o infezione ed eventuale necessità di re-intervento per la loro rimozione.
- Infezioni delle vie urinarie e/o nella sede dell'intervento e/o, molto raramente, un'infezione generalizzata (sepsi).
- Per gli interventi di TOT (benderella per l'incontinenza urinaria) transitorio dolore all'interno delle cosce con temporanea difficoltà alla deambulazione (normalmente per non più di 7 gg).
- Relativamente alla sfera sessuale: è importate segnalare al chirurgo se si è sessualmente attive o meno. Normalmente la risoluzione chirurgica del prolasso migliora tale aspetto, ma può succedere (soprattutto per gli interventi eseguiti per via vaginale) che le cicatrici provochino dolore al rapporto rendendolo in alcuni casi impossibile. Tali effetti solitamente sono transitori, ma in rari casi possono persistere.
- Necessità di allargamento dell'intervento in presenza di eventuali complicanze tecniche, aderenziali, emorragiche o in caso di riscontro di malattie non precedentemente note. In particolare: o per gli interventi laparoscopici può capitare di dover completare l'intervento con la tecnica classica laparotomica e cioè con un'incisione più ampia sull'addome, in senso trasversale o longitudinale (cosiddetta conversione laparotomia, in circa il 2-3% dei casi), oppure con l'accesso per via vaginale;
- a livello delle ferite/cicatrici della parete addominale si possono verificare: dolore, ematomi, infezioni, ernie, distorsioni dei tessuti con danno estetico, fistole artero-venose. Alcune di queste condizioni sono reversibili, altre richiedono ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici.
- Seppure molto raramente, necessità di ri-operare o trattare adeguatamente in un secondo tempo nei casi in cui la diagnosi istologica definitiva (che è disponibile dopo circa 3-4 settimane dall'intervento) riscontrasse una malattia neoplastica inizialmente misconosciuta.
- Molto raramente le tumefazioni uterine e/o i fibromi uterini possono essere di natura maligna (sarcomi o carcinomi) e ciò può non essere sempre prevedibile prima dell'intervento (tumore misconosciuto in circa 0,2 % dei casi). In questi casi, se l'intervento è effettuato in laparoscopia e se il tessuto viene frammentato (morcellazione) per estrarlo dall'addome, può determinarsi una diffusione della neoplasia e un peggioramento della prognosi. A questo riguardo bisogna considerare quanto segue:
- In caso di interventi particolarmente complessi o prolungati e/o in pazienti con patologie internistiche associate: necessità di monitoraggio del primo decorso post-operatorio (48 - 72 ore) in un ambiente più protetto e più monitorizzato (Terapia Intensiva/Rianimazione) rispetto al Reparto di Degenza.

Molte di queste complicanze sono rare (in media <1% dei casi) e immediatamente controllabili o rapidamente reversibili. Alcune di queste complicanze possono richiedere un intervento chirurgico maggiore, altre possono causare una più difficile guarigione, invalidità permanente e molto raramente l'exitus (a questo proposito si sottolinea che il rischio di morte per un incidente d'auto è pari a 1 a 10.000, contro quello di 1 a 100.000-500.000 nel corso di un intervento chirurgico, cioè il rischio di morte per interventi chirurgici in anestesia è di 10-50 volte inferiore rispetto all'uso quotidiano dell'auto).

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

DATA _____

FIRMA DEL MEDICO

_____