SACRO CUORE DON CALABRIA
I R C C S
IRCCS Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Sacro Cuore - Don Calabria
Ospedale Classificato e Presidio Ospedaliero Accreditato - Regione Veneto - Negrar di Valpolicella (Vr)
Dipartimento per la tutela della salute e della qualità di vita della donna
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia - *Direttore: Dr. Marcello Ceccaroni*
Segreteria: Tel. 045.601.33.13 - E-mail segreteria.ginecologia@sacrocuore.it

REV. 4
del
28/04/2022

Note informative per l'intervento di Miomectomia laparoscopica

Definizione: Per miomectomia si intende l'asportazione dei miomi (fibromi, fibro leiomiomi) dall'utero.

Indicazioni: Emorragie uterine sterilità - aborti ripetuti; mioma in rapida crescita grosso volume del o dei miomi; aspetto ecografico dubbio, mioma in degenerazione e dolore pelvico.

Tempi operatori

1) **Isteroscopia** (se non è stata effettuata) (vedi percentuale di rischi)

2) **Introduzione degli strumenti** (vedi percentuale di rischi)
Introduzione in addome di 4 trocars (tubi che permettono l'ingresso degli strumenti chirurgici)

3) Eventuale **Lisi di aderenze** (vedi percentuale di rischi)

4) **Miomectomia** (vedi percentuale di rischi)
Consiste nei seguenti tempi operatori: infiltrazione dell'utero con vasocostrittore; incisione dell'utero; enucleazione del mioma tramite trazione e dissezione, emostasi, sutura della breccia uterina con sutura in singolo od in doppio strato; estrazione poi dei miomi con un morcellatore elettrico, attraverso un trocar di 15-20 mm, che asporta il mioma sotto forma di multipli cilindri di tessuto. Per tale ragione in caso di miomectomia laparoscopica può rendersi necessario allargare di 1-2 cm l'incisione ancillare sovrapubica.

Rischi e complicanze della miomectomia laparoscopica

nella nostra casistica e in quella di altri centri con simile esperienza

Isteroscopia

Perforazione dell'utero	Molto basso <1%
Creazione di cicatrici interne (ISC operativa)	Molto basso <1%
Intravasazione (ISC operativa)	Molto basso <1%

Introduzione degli strumenti laparoscopici

Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Rarissimo <1‰
Lesione intestinale e conseguente peritonite	Rarissimo <1‰
Embolia gassosa	Rarissimo <1‰
Rischio anestesiologico	Rarissimo <1‰

Eventuale Lisi di aderenze

Emorragia intra o post-operatoria con necessità di trasfusione	Molto basso <1%
Lesione intestinale con peritonite	Molto basso >1‰ e <1%
Lesione ureterale	Molto basso >1‰ e <1%
Lesione vescicale	Basso 1%

Miomectomia

Emorragia intra o post-operatoria con necessità di trasfusione (dipende dal numero dei miomi e dalla loro vascolarizzazione)	Basso 1%
Rischio di sinechie (cicatrice) dentro la cavità uterina (solo se il mioma è vicino o impronta l'endometrio)	Basso 1%
Rischio di sterilità o infertilità	Molto basso <1%
Rischio di rottura d'utero in gravidanza	Molto basso <1%
Rischio di tumore maligno (leiomiosarcoma) (in letteratura il rischio è di 1 su 400 casi in varie pubblicazioni)	Molto basso <1%
Rischio di isterectomia	Rarissimo <1‰

Consenso informato

Io sottoscritta _____ dopo aver discusso della mia condizione clinica con il medico Dr. _____, dichiaro di essere stata informata in modo chiaro ed a me comprensibile che, per la patologia riscontratami, sia vantaggioso e/o necessario sottopormi all' intervento chirurgico che prevede i seguenti tempi operatori:

☐ Introduzione degli strumenti laparoscopici

☐ Lisi di aderenze

☐ Isteroscopia diagnostica

☐ Isteroscopia operativa

☐ Miomectomia

In caso di endometriosi associata, dopo aver attentamente letto le note informative sull'endometriosi in altro allegato, sapendo che comunque l'intervento di miomectomia associato ad endometriosi pelvica è gravato da un rischio aumentato di formazione aderenze concordo con l'esecuzione dei seguenti tempi operatori aggiuntivi:

☐ Enucleazione cisti ovarica e biopsia endometriosi

☐ Chirurgia radicale dell'endometriosi ed eventuale intervento su uretere e vescica se interessati da endometriosi.

☐ Chirurgia non radicale dell'endometriosi

☐ Resezione intestinale

☐ Eventuale resezione intestinale segmnentaria o discoide in caso di falso positivo al clisma opaco (5-10%)

☐ Eventuale nodulectomia (asportazione del nodulo superficiale dell'intestino) in caso di falso positivo al clisma opaco (5-10%)

☐ Eventuale conversione laparotomica, trasfusione di sangue e ad altri interventi e procedure che si rendono indispensabili nel corso dell'intervento

Annotazioni

_____

_____

_____

Ritengo altresì di aver ricevuto esaurienti notizie in merito agli accertamenti e alle cure propostemi, anche mediante la lettura di fogli informativi, il cui contenuto mi è stato ampiamente illustrato dal medico.
Sono anche stata adeguatamente informata in merito alla possibilità di conversione laparotomica, emotrasfusione ed alla necessita di una profilassi antibiotica preoperatoria.
Mi è noto che ogni trattamento sanitario vi è la possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.
Ho discusso con il medico specificatamente connessi con la situazione che mi riguarda ed ha comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.
Dichiaro quindi che, di quanto propostomi, ho ben inteso gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e le eventuali menomazioni derivanti.
Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole. Pertanto sicura che un mio eventuale rifiuto non comporterà conseguenze per quanto riguarda la prosecuzione dell'assistenza secondo necessità,

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

al trattamento propostomi (segnare la voce prescelta).

Sono a conoscenza del fatto che, di fronte ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare le procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare eventuali complicanze. Si informa la paziente che durante l'intervento chirurgico generalmente si acquisisce una registrazione dell'intervento stesso, utilizzata solo per meglio descrivere l'atto operatorio. Nell'immediato postoperatorio la registrazione viene cancellata e non viene mantenuto un'archivio delle registrazioni dell'intervento.
In alcuni casi clips parziali di interventi chirurgici in versione del tutto anonima vengono utilizzate a scopi didattici

Data ___/ ___/ _____ Data ___/ ___/ _____

Firma del medico alla consegna Firma della paziente dopo lettura

_____ _____

Data ___/ ___/ _____

Firma del medico dopo la firma della paziente o all'accesso ospedaliero.

_____

Firma Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Direttore: Dr. Marcello Ceccaroni