

Note informative per Isterectomia laparoscopica

L'isterectomia (asportazione dell'utero) laparoscopica senza (ITL) o con annessiectomia bilaterale (asportazione degli annessi cioè ovaie e tube) (ITL+SOB) si esegue con quattro piccoli fori (due o tre da 5 mm e uno o due da 10 mm).

Le **indicazioni** principali all'isterectomia sono: emorragie o flussi mestruali particolarmente abbondanti che non guariscono con terapia medica; grosso volume dell'utero, dolori dovuti a fibromi ad endometriosi dell'utero (adenomiosi) o a grosse varici (varicocele). In campo oncologico generalmente per iperplasie con atipie endometriali o per tumori maligni dell'utero.

Approccio chirurgico

L'utero può essere rimosso per via vaginale senza incisioni addominali, per via addominale con incisione laparotomica o per via laparoscopica senza incisione, ma semplicemente mediante 4 piccoli fori sull'addome e l'ausilio della tecnica videolaparoscopica.

Gli approcci chirurgici oggi che danno maggior benefici per la paziente in termini di minor morbilità, minor tasso di complicanze e rapida ripresa dell'attività lavorativa sono quello vaginale e quello laparoscopico.

L'approccio laparotomico ha le sue precise indicazioni in casi particolari ed attentamente selezionati.

I tempi operatori dell'isterectomia laparoscopica (TLH: isterectomia totalmente laparoscopica) sono:

- 1) Introduzione degli strumenti laparoscopici** *(vedi percentuale di rischi)*
Introduzione in addome di 4 trocar (tubi che permettono l'ingresso degli strumenti chirurgici)
- 2) Eventuale Lisi di aderenze** *(vedi percentuale di rischi)*
- 3) Isterectomia:** l'utero ed eventualmente gli annessi vengono rimossi sezionando i legamenti di sostegno dell'utero ed i vasi che li uniscono alla parete pelvica (addome inferiore) e alla vagina. L'utero poi viene estratto dalla vagina precedentemente incisa. In caso di uteri particolarmente voluminosi si esegue una morcellazione del pezzo operatorio per via laparoscopica o per via vaginale con lama a freddo. Si sutura e si chiude quindi l'apertura vaginale sospendendo la vagina ai legamenti per evitare il rischio di prolasso che ha la stessa frequenza con o senza l'utero.

Rischi e complicanze della laparoscopica

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

Assente	nella nostra casistica	0
Rarissimo:	inferiore a uno per mille	<1‰
Molto basso	fra uno per mille e uno per cento	<1%
Basso	attorno all' uno per cento	1%
Medio	fra 1 e 3 per cento	1-3%
Alto	fra 4 e 6 per cento	4-6%
Molto alto	maggiore del 6 per cento	>6%

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 anestesilogico	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%
Lesione ureterale	Molto basso <1%
Lesione vescicale	Basso 1%

Isterectomia con o senza annessiectomia

Emorragia intra o post-operatoria con necessità di trasfusione	Basso 1%
Lesione ureterale	Molto basso <1%
Pelviperitonite per contaminazione vaginale	Molto basso <1%
Lesione vescicale	Molto basso <1%
Deiscenza (apertura) della sutura della vagina	Molto basso <1%
Lesione intestinale con peritonite	Molto basso <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
- Isterectomia (asportazione dell'utero)
- Annessiectomia monolaterale
- Annessiectomia bilaterale

In caso di endometriosi associata, accetto l'esecuzione dei seguenti tempi operatori aggiuntivi:

- Chirurgia radicale dell'endometriosi ed eventuale intervento su uretere e vescica se interessati da endometriosi.
- Chirurgia non radicale dell'endometriosi
- Chirurgia non radicale intesa come semplice enucleazione cisti e biopsia
- Resezione intestinale
- Acconsento ad eventuale resezione intestinale segmentaria o discoide in caso di falso positivo al clisma opaco (5-10%)
- Acconsento ad eventuale nodulectomia (asportazione del nodulo superficiale dell'intestino) in caso di falso positivo al clisma opaco (5-10%)
- Acconsento ad 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 necessità 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.

Data 09/01/2007

Firma Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

Primario: Dr. Marcello Ceccaroni