

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO MEDICO-CHIRURGICO: ISTEROSCOPIA OPERATIVA

Io sottoscritta _____

ho ricevuto una diagnosi di:

- Sospetto polipo endometriale o mioma (fibroma) sottomucoso determinante un sanguinamento uterino anomalo
- Setto endouterino che può essere causa-concausa di infertilità
- Sanguinamenti uterini anomali che mi determinano grave anemia e non sono controllabili coi farmaci
- _____

L'intervento che mi è stato proposto a tal proposito è:

ISTEROSCOPIA OPERATIVA

Tale intervento verrà eseguito con un isteroscopio - strumento operativo di diametro variabile tra 7-9 mm (22-27 French) dotato di telecamera a fibre ottiche che permette la visualizzazione della cavità uterina e l'esecuzione, nello stesso tempo, di piccoli interventi chirurgici.

L'ISTEROSCOPIA PUÒ AVERE FINALITÀ DIAGNOSTICA E/O TERAPEUTICA

Lo strumento viene introdotto in utero attraverso il collo, dopo averlo preventivamente dilatato, se necessario. Tale procedura può risultare dolorosa per via delle fibre nervose che passano dal collo dell'utero; per tale motivo, qual'ora la procedura e/o i tempi di esecuzione lo richiedano, viene eseguita in regime di anestesia oppure in sedazione, al fine di ridurre il suo disagio e rendere più agevole l'esecuzione dell'intervento. In entrambe le opzioni (anestesia o sedazione) è necessario che Lei disponga di un accompagnatore per il rientro a domicilio.

La cavità uterina viene distesa mediante una soluzione liquida.

Tramite l'isteroscopio, possono essere introdotti in cavità uterina piccoli strumenti chirurgici accessori (micropinze, microforbici, anse elettriche mono/bipolari) che permetteranno lo svolgimento dell'intervento:

- asportazione di polipi;
- asportazione di miomi sottomucosi;
- resezione di setti uterini;
- lisi di sinechie;
- ablazione dell'endometrio (asportazione del tessuto endometriale e la contemporanea coagulazione della sua base d'impianto).

Nel caso lei presenti un polipo la sua asportazione oltre a far cessare il sanguinamento uterino anomalo, ci permetterà anche di sottoporlo ad esame istologico, fornendole così le più precise indicazioni rispetto alla cura.

Nel trattamento dei miomi uterini che presentano una discreta componente intramurale (G1- G2 *ESGE Classification*), è prevista la possibilità di non riuscire ad asportare l'intera neoformazione e che sia necessario attendere che la muscolatura uterina "spinga" in cavità la porzione restante del mioma, e che si proceda in un secondo tempo all'asportazione di tale porzione residua.

L'intervento di ablazione endometriale viene proposto a donne con sanguinamento uterino abbondante (HMB nella letteratura anglosassone), senza evidenti cause organiche (polipi, miomi), non più desiderose di gravidanze. Tale intervento, difatti, asporta tutta la porzione interna dell'utero (l'endometrio appunto), che ogni mese (o più volte al mese in donne con HMB) determina la mestruazione sfaldandosi. Il risultato desiderabile di tale intervento è l'amenorrea, cioè l'assenza completa del ciclo, che non vuol dire l'inizio della menopausa ma semplicemente l'assenza di sanguinamento dall'utero. Le ovaie delle donne trattate rimarranno infatti funzionanti come prima l'intervento, e raggiungeranno la menopausa nel momento biologicamente predisposto. Il tasso di successo dell'ablazione endometriale (quindi la percentuale di donne che non mestrano più dopo l'intervento) è di circa l'85%, nel restante 15% dei casi la tecnica può fallire con ricomparsa del ciclo. In ogni caso, dopo la procedura di ablazione (così come dopo una miomectomia) può essere normale avere delle perdite simil-mestruali per anche due settimane, via via poi tali perdite iniziano a divenire più acquose sino a scomparire del tutto.

La resezione del setto in donne che abbiano avuto problemi di infertilità si associa ad un miglioramento della fertilità stessa.

Dopo l'isteroscopia è consigliabile:

- evitare attività che richiedano particolare concentrazione per il giorno successivo all'intervento;
- riprendere il lavoro e svolgere una moderata attività fisica a partire dal secondo giorno dell'intervento.

COMPLICANZE DELLA METODICA

In mani esperte la metodica isteroscopica è pressoché esente da rischi importanti.

Tuttavia è descritta la possibilità di perforazione accidentale dell'utero (1-3% dei casi) con rischio potenziale di lesione degli organi circostanti (intestino, vescica). In tale circostanza, può rendersi necessario un intervento laparoscopico o laparotomico. Può rendersi necessario l'intervento di asportazione dell'utero o di riparazione di anse intestinali o della vescica.

Negli interventi di asportazione dei miomi di maggiori dimensioni o di ablazione endometriale in cui la procedura richiede maggior tempo, è possibile che si verifichi intravasazione: con tale definizione si intende un eccessivo assorbimento dei liquidi utilizzati per la distensione della cavità uterina che comporti emodiluizione e possibili alterazioni nella composizione del sangue (1:10.000 casi), e in casi estremi possibilità di insorgenza di edema cerebrale.

Come tutte le metodiche chirurgiche anche l'isteroscopia operativa ha i suoi rischi di complicanze infettive.

L'intervento viene eseguito in regime di ricovero *Day-Hospital*.

In assenza di complicanze o elementi che possono destare preoccupazione e per cui si ritenga prudente mantenere un atteggiamento di vigilanza, la dimissione avverrà a distanza di circa 4-5 ore dallo svolgimento della procedura. Viceversa, la dimissione verrà rimandata alla mattina seguente, con pernottamento e osservazione in reparto.

Alla luce di quanto esposto, dopo aver discusso con il medico della mia situazione clinica ed aver ottenuto in proposito chiare risposte ad ogni mia domanda, ho compreso che un trattamento chirurgico potrebbe migliorare la situazione attuale e/o evitare peggioramenti.

Ritengo di aver ricevuto esaurienti notizie in merito all'operazione, anche mediante la lettura di opuscoli e fogli informativi, il cui contenuto mi è stato comunque ampiamente illustrato dal medico.

Mi è stato spiegato che in ogni trattamento chirurgico vi è possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico dei rischi specificamente connessi con la mia situazione ed ho comunque appreso che, pur considerati i numerosi fattori di incertezza legati alla complessità della patologia, alla sua diffusione, alla localizzazione e al coinvolgimento di altri organi è lecito attendersi, sulla base della consolidata esperienza clinica, un beneficio proporzionato alla severità dei sintomi.

Sono a conoscenza del fatto che, dinanzi ad impreviste difficoltà, il chirurgo potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare le complicanze.

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

Acconsento al trattamento proposto

Non acconsento, consapevole delle conseguenze legate a questa mia decisione

Firma del medico proponente

Firma

Data _____

BIBLIOGRAFIA

- Effectiveness of Hysteroscopic Techniques for Endometrial Polyp Removal: The Italian Multicenter Trial. Luerti M, Vitagliano A, Di Spiezio Sardo A, Angioni S, Garuti G, De Angelis C; Italian School of Minimally Invasive Gynecological Surgery Hysteroscopists Group. J Minim Invasive Gynecol. 2019.
- Long-Term Reproductive Outcomes after Hysteroscopic Treatment of Dysmorphic Uteri in Women with Reproductive Failure: An European Multicenter Study. Di Spiezio Sardo A, Campo R, Zizolfi B, Santangelo F, Meier Furst R, Di Cesare C, Bettocchi S, Vitagliano A, Ombelet W. J Minim Invasive Gynecol. 2019.
- Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynaecol Obstet. 2018.
- Resectoscopic myomectomy. Mazzon I, Bettocchi S, Fascilla F, DE Palma D, Palma F, Zizolfi B, DI Spiezio Sardo A. Minerva Ginecol. 2016.
- Predicting success of single step hysteroscopic myomectomy: A single centre large cohort study of single myomas. Mazzon I, Favilli A, Grasso M, Horvath S, Bini V, Di Renzo GC, Gerli S. Int J Surg. 2015.
- Cold loops applied to bipolar resectoscope: A safe "one-step" myomectomy for treatment of submucosal myomas with intramural development. Di Spiezio Sardo A, Calagna G, Di Carlo C, Guida M, Perino A, Nappi C. J Obstet Gynaecol Res. 2015.
- A new hysteroscopic technique for the preparation of partially intramural myomas in office setting (OPPIuM technique): A pilot study. Bettocchi S, Di Spiezio Sardo A, Ceci O, Nappi L, Guida M, Greco E, Pinto L, Camporiale AL, Nappi C. J Minim Invasive Gynecol. 2009.