

## NOTE INFORMATIVE PER ISTERECTOMIA CON APPROCCIO CHIRURGICO MINI-INVASIVO LAPAROSCOPICO O ROBOTICO

L'isterectomia (asportazione dell'utero) con approccio chirurgico mini-invasivo senza (ITL) o con annessiectomia bilaterale (asportazione degli annessi cioè ovaie e tube) (ITL+SOB) si esegue con quattro/cinque piccoli fori (due o tre da 5-8 mm e uno o due da 10-12 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; per via laparoscopica o robotica senza incisione, semplicemente mediante 4 o 5 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 morbidità, minor tasso di complicanze e rapida ripresa dell'attività lavorativa sono quelli vaginale, laparoscopico e robotico.

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

**I tempi operatori** dell'isterectomia laparoscopica o robotica sono:

- 1) **Introduzione dei trocars e degli strumenti chirurgici** *(vedi percentuale di rischi)*  
Introduzione in addome di 4 o 5 trocars (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 può eseguire, in casi selezionati, 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 prollasso, che ha la stessa frequenza con o senza l'utero.

## Rischi e complicanze dell'approccio mini-invasivo laparoscopico o robotico

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 dei trocari degli strumenti chirurgici

|                                              |               |
|----------------------------------------------|---------------|
| 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 dei trocar e degli strumenti chirurgici laparoscopici
- ☐ introduzione dei trocar e degli strumenti chirurgici robotici
- ☐ lisi di aderenze
- ☐ isterectomia (asportazione dell'utero) totale / radicale / radicale modificata
- ☐ salpingectomia monolaterale
- ☐ salpingectomia bilaterale
- ☐ 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
- ☐ resezione intestinale (shaving, resezione discoide, resezione intestinale segmentaria con eventuale ileostomia)
- ☐ eventuale resezione intestinale (shaving, resezione discoide, resezione intestinale segmentaria con eventuale ileostomia), se riscontro intraoperatorio differente da quello preoperatorio o multiple chirurgie pregresse con elevato rischio intestinale
- ☐ asportazione non radicale dell'endometriosi

Motivazione \_\_\_\_\_

Sedi di possibile residuo di malattia \_\_\_\_\_

### **In caso di neoplasia endometriale, accetto l'esecuzione dei seguenti tempi operatori aggiuntivi:**

- ☐ acconsento ad eventuale tecnica del linfonodo sentinella fino a linfadenectomia pelvica bilaterale.

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 in 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 dei rischi specificatamente connessi con la situazione che mi riguarda ed ho 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 complicità. 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.

\_\_\_\_\_

**Revoca del consenso**

☐ prima dell'inizio del trattamento

☐ nel corso del trattamento

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Firma Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

**Direttore: Dr. Marcello Ceccaroni**