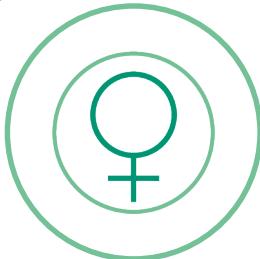


Intervento chirurgico:

Isteroscopia

i



**INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE**



Queste informazioni educative servono ad aiutare
a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente
al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

CONDIZIONE	3
Che cos'è	3
TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON CHIRURGICO	3
Trattamento chirurgico	3
Alternative terapeutiche	4
DECORSO POST-OPERATORIO	5
COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI	6
DURANTE O DOPO L'INTERVENTO	7
IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE	9
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	9



CONDIZIONE

CHE COS'È



L'isteroscopia operativa (o resettoscopia) è una tecnica chirurgica che utilizza uno strumento endoscopico tubulare (detto appunto isteroscopio operativo o resettore) del calibro di 9 mm o uno di 5 mm detto mini-resettore che al suo interno contiene: le fibre ottiche, un piccolo strumento operativo costituito da un'ansa elettrica e il sistema di lavaggio e aspirazione.

L'isteroscopio è introdotto per via vaginale all'interno dell'utero previa dilatazione della cervice uterina e consente di effettuare interventi sotto la diretta visione di una telecamera. Gli interventi sono effettuati in sedazione profonda o anestesia (sedazione profonda, spinale o generale) a seconda dei casi.

TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON CHIRURGICO

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'isteroscopia operativa è indicata in caso di:

- Polipi endometriali o altri ispessimento anomali del tessuto endometriale (sia in menopausa, sia in età fertile)
- Miomi uterini sottomucosi (SM) e cioè interni all'utero. Essi vengono ulteriormente suddivisi in base a quando affiorano all'interno della cavità uterina:
 - Totalmente dentro la cavità uterina (detti SM G zero)
 - Che affiorano per più della metà del loro volume (detti SM G1)
 - Che affiorano per meno della metà del loro volume (detti SM G2)



In **resettosopia** si possono trattare miomi SM G0 e SM G1, mentre i miomi SM G2 non sempre possono essere completamente asportati per via resettoscopica.

- Asportazione di setti congeniti dell'utero
- Asportazione di aderenze (sinechie) che si sono create nella cavità uterina
- Rimozione di spirali incarcerate
- Trattamento delle emorragie uterine mestruali o intermestruali con la cosiddetta ablazione endometriale. In questo caso si asporta completamente il tessuto che riveste la cavità interna dell'utero (endometrio) e se ne inibisce la ricrescita con la coagulazione degli strati profondi della parete uterina. In tal modo si riduce/annulla il flusso mestruale. È un trattamento controindicato in pazienti desiderose di prole, poiché può indurre sterilità.

Esistono due tipi di resettore:

- Monopolare: che ormai non viene più utilizzato per il maggior rischio di complicanze
- Bipolare: che funziona con corrente bipolare e che per il lavaggio e la distensione della cavità uterina utilizza una soluzione salina

ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

- **Osservazione**

In assenza di elementi anamnestici di rischio (età giovanile, normofunzionalità genitale, assenza di obiettivi riproduttivi attuali, assenza di sintomi) è possibile non proporre alcun approccio terapeutico, riservandosi di ricontrizzare il quadro clinico ed ecografico a distanze prefissate.

- **Terapia medica**

Alcuni clinici propongono terapie di progesterone a cicli, con l'obiettivo di contrastare, con il clima progestinico così instaurato, l'effetto estrogenico che di per sé stimola l'evoluzione – anche solo benigna – del polipo endometriale. Questo atteggiamento può coesistere con la semplice osservazione.

- **Isterectomia**

In donna in menopausa, portatrice o di altre anomalie a carico del viscere uterino (iperplasia endometriale, poliposi multipla, miomatosi, adenomiosi, fibromatosi diffusa), e/o di importante sintomatologia emorragica con anemizzazione oppure di dianesi familiare per patologie estrogeno-correlate, può essere consigliata l'asportazione dell'utero, quando tale intervento incontra la disponibilità informata e ponderata della paziente

DECORSO POST-OPERATORIO



La guarigione

- La degenza normalmente è dal mattino al pomeriggio (day hospital senza pernottamento). In rari casi, più complessi per cause chirurgiche o per patologie pre-esistenti della paziente, il ricovero si può prolungare e può essere indicato il pernottamento.
- La convalescenza e il tempo previsto per la ripresa delle normali attività può variare ed è mediamente di 72 ore.
- È previsto l'impiego di antidolorifici durante il ricovero ed è normale che si rendano necessari anche a domicilio per le prime 24-48 ore.
- Dopo l'intervento sono normali dei sanguinamenti vaginali simili ad un flusso mestruale, che possono perdurare alcuni giorni e che normalmente terminano dopo 7-10 gg.
- La doccia e il bidet si possono utilizzare da subito, mentre per il bagno è meglio attendere 1 mese.

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

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



COMPLICANZE ED EFFETTI COLLATERALI

Le complicate si distinguono, in relazione al momento in cui si evidenziano, in “intraoperatorie/post-operatorie” e “a distanza dall'intervento”.

Complicanze intraoperatorie/postoperatorie	In letteratura	VEDI
Impossibile esecuzione dell'intervento per ragioni fisiche o reattive	Eccezionale	
Lesione degli organi pelvici circostanti	Eccezionale	
Emorragia	Rarissimo	
Conversione dell'isteroscopia in laparoscopia o laparotomia	Rarissimo	(A)
Lacerazione del collo dell'utero	Molto raro	
Perforazione uterina	Molto raro	
Eccessivo assorbimento ematico dei liquidi utilizzati (intravasazione)	Molto raro- Raro	(B)
Crisi vagotonica (svenimento)	Presente- Frequente	

Complicanze a distanza dall'intervento	In letteratura
Permanenza di polipo endometriale	Molto raro
Recidiva di poliposi endometriale	Presente



DURANTE O DOPO L'INTERVENTO

SI POSSONO VERIFICARE:

- (A) Necessità di associare un intervento per via addominale con la tecnica laparoscopica (cioè con minime incisioni cutanee e con piccoli strumenti endoscopici e una micro-telecamera) o con quella classica laparotomica (cioè con un'incisione sull'addome, in senso trasversale o longitudinale). Ciò può accadere nei casi in cui la patologia che viene trattata interessa a tutto lo spessore la parete uterina, o in casi di particolare fragilità della parete stessa (per es. da precedenti cicatrici o da atrofia menopausale). In questi casi il controllo per via addominale può essere necessario allo scopo di:
 - Confermare l'integrità della parete uterina o per ripristinarla, in caso di sua apertura, con l'apposizione di punti di sutura;
 - Completare l'asportazione della lesione
 - Sospetto di sanguinamento addominale e/o aderenze e/o di danni ad organi o tessuti vicini all'utero.
- Tale controllo addominale può essere concordato già a priori nei casi a rischio o può rendersi necessario urgentemente al momento della procedura resettoscopica, anche se precedentemente non previsto.
- In questi casi l'anestesia deve essere generale.
- Necessità di effettuare (nelle prime 24-48 ore) un re-intervento chirurgico di controllo di eventuali sanguinamenti.



- Nel caso del trattamento combinato per via addominale: a livello delle cicatrici della parete addominale: 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.
- Sindrome da intravasazione. È una rara complicanza legata a fattori soggettivi (età, predisposizione, malattie associate) e al passaggio in circolo di elevate quantità di liquidi ipotonici che attualmente non vengono più utilizzati.

La prevenzione si basa sull'impiego di pressioni di distensione non superiori a 75 mmHg e con il monitoraggio delle quantità di liquidi introdotti ed in uscita (bilancio idrico). Il volume di discrepanza “entrata/uscita” superiore a 500-1000 mL richiede un monitoraggio più stretto nel post-operatorio. Il rischio è inferiore con il sistema bipolare e l'utilizzo di soluzione elettrolitica che è quella comunemente utilizzata.

IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE



Cosa portare

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indosserle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa



Cosa ti puoi aspettare

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul polso in qualche ospedale. Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Queste informazioni vengono pubblicate per informare sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la specifica situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.



Gentile Signora,
dovrai essere sottoposta a intervento di.....
Perché affetta da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Firma del paziente per ricevuta _____

Firma del medico _____



Ospedale Koelliker