

FOGLIO INFORMATIVO ISTERECTOMIA

L'isterectomia consiste nell'asportazione dell'utero, organo femminile che risponde agli stimoli ormonali delle ovaie e produce il flusso mestruale. Nell'utero, in seguito alla fecondazione, inizia e si sviluppa la gravidanza. Pertanto in seguito ad un intervento di isterectomia totale non c'è più il flusso mestruale ed una gravidanza è impossibile.

L'isterectomia può essere totale, con asportazione del corpo e del collo dell'utero o subtotale se si asporta solo il corpo, lasciando il collo dell'utero.

Non esiste una vera ragione anatomica che differenzi i due tipi di isterectomia e non è stato dimostrato che la conservazione del collo dell'utero possa prevenire il prolasso. In genere si tratta di una scelta della donna che, nel caso dell'isterectomia subtotale ha una sensazione di minore invasività e di maggior rispetto della propria integrità anatomica. La scelta perciò si basa soprattutto su fattori soggettivi, che comunque devono essere rispettati. In alcuni casi è il medico a decidere la conservazione del collo dell'utero a causa di difficoltà tecniche incontrate nel corso dell'intervento. In caso di isterectomia subtotale la paziente dovrà continuare a sottoporsi periodicamente all'esame citologico vaginale (Pap test).

Indicazioni

L'isterectomia è un intervento relativamente comune e viene offerto a donne che presentano: una patologia espansiva dovuta alla presenza di fibromi o di adenomiosi dell'utero; emorragie uterine o flussi mestruali abbondanti che non risultano controllabili con la terapia medica; patologie dell'endometrio come iperplasie con atipie o patologie neoplastiche dell'utero.

L'isterectomia viene proposta solo dopo ampio periodo di valutazione dell'efficacia di una terapia medica o di altri possibili trattamenti conservativi del viscere uterino.

Ovaie

Le ovaie garantiscono la produzione ormonale di estrogeni e progesterone e quindi la loro attività caratterizza la vita fertile, mentre la loro cessazione sancisce l'inizio della menopausa.

Molte società scientifiche suggeriscono l'asportazione delle ovaie dopo i 48 anni nelle pazienti che vengono sottoposte ad isterectomia, con lo scopo di prevenire i tumori ovarici. L'asportazione delle ovaie in età fertile determina una condizione di menopausa, con la possibile comparsa dei disturbi tipici della menopausa (vampate di calore, sudorazione accentuata, scarsa idratazione delle mucose genitali) e l'eventuale aumento dei fattori di rischio individuali correlati alla carenza ormonale tipica della menopausa (tendenza alla riduzione della densità ossea, osteopenia). E' possibile comunque ricorrere alla terapia ormonale sostitutiva ed evitare i sintomi da carenza ormonale.

Altre scuole sostengono invece che se l'ovaio è sano non è corretta la sua asportazione, in quanto la produzione di alcuni ormoni (androgeni) continua per alcuni anni.

La scelta se asportare o meno le ovaie nel corso dell'intervento di isterectomia deve essere personalizzata dopo attenta e completa discussione con l'interessata.

Nel suo caso durante l'intervento di **ISTERECTOMIA**

.....

.....

Approccio chirurgico

L'intervento può essere eseguito per via vaginale, per via addominale con incisione laparotomica o per via laparoscopica, mediante 4 piccoli fori addominali. L'approccio vaginale e laparoscopico sono le tecniche più vantaggiose per la paziente in termini di minore morbilità, minor tasso di complicanze e di rapida ripresa della attività lavorativa. L'approccio laparotomico ha delle precise indicazioni in casi particolari e selezionati.

Isterectomia vaginale

Consiste nell'asportazione dell'utero per via vaginale e pertanto è necessario che tale accesso sia agevole.

Può essere effettuata se l'utero non è troppo grosso, generalmente di volume non superiore al terzo mese di gravidanza e se è sufficientemente mobile. E' generalmente controindicato in presenza di precedenti interventi, di endometriosi o di patologie infiammatorie pregresse.

Le complicanze sono sovrapponibili a quelle degli interventi addominali ma il decorso postoperatorio è meno doloroso e la ripresa funzionale più rapida.

In alcuni casi di particolare difficoltà può essere necessario convertire l'intervento per via laparotomica.

Isterectomia laparoscopica

Viene eseguito mediante tecnica videolaparoscopica, mediante l'introduzione di un'ottica laparoscopica e di particolari strumenti chirurgici attraverso 4 piccoli fori di 5-10 mm sull'addome. L'utero è staccato dalle sue connessioni e successivamente sfilato per via vaginale. Nel caso si conservi il collo dell'utero, il corpo dell'utero viene asportato mediante l'ausilio di uno strumento elettrico che lo riduce in piccoli cilindri.

La tecnica laparoscopica, rispetto a quella laparotomica, consente una minore perdita di sangue durante l'intervento, una riduzione del dolore postoperatorio e una ripresa più rapida della attività lavorativa.

Come per la via vaginale, in alcuni casi di particolare difficoltà può essere necessario convertire l'intervento per via laparotomica.

Isterectomia laparotomica

L'intervento consiste nella apertura della cavità addominale attraverso una incisione trasversale (bassa) o longitudinale (dal pube all'ombelico) in rapporto alle indicazioni all'intervento e al volume dell'utero.

L'approccio laparotomico ha precise indicazioni in casi particolari e selezionati.

Nel suo caso è indicato:.....
.....
.....

Complicanze

Questo tipo di intervento, come ogni altro atto chirurgico, espone a rischi, anche se non frequenti, ma comunque possibili, di complicanze emorragiche, settiche e tromboemboliche .

Alcune complicanze avvengono nel corso dell'intervento, come le emorragie o le lesioni ad altri organi, altre possono comparire a distanza di giorni e possono richiedere un nuovo intervento per la loro risoluzione (emorragie, trombosi, infezioni, risolte o danni alla vescica, all'intestino, all'uretere).

In particolare le complicanze dell'intervento possono essere:

- emorragia intra o post operatoria con necessità di trasfusione (rischio basso <1%)
- Lesione vescicale o ureterale (rischio molto basso <1%)
- Deiscenza (apertura) della sutura della vagina (rischio molto basso <1%)
- Lesione intestinale con peritonite (rischio molto basso <1%)
- Lesione di un grosso vasi arterioso o venoso in casi di approccio laparoscopico (rarissimo, inferiore a 1:1000 casi)

Data.....

FIRMA DEL PAZIENTE

<p>NOTA BENE</p> <p>In caso di acquisizione del consenso con la collaborazione di mediatore - interprete è richiesta, oltre alla firma del paziente, anche quella del mediatore stesso per attestare che il paziente ha compreso quanto contenuto nel foglio informativo <i>dati identificativi del mediatore (nome cognome e data di nascita)</i> <i>FIRMA DEL MEDIATORE INTERPRETE</i></p>
--