

Operazioni con nastro in caso di incontinenza urinaria – Protocollo informativo

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Gentile paziente,

questo protocollo fa parte delle informazioni che le saranno comunicate prima del suo intervento. Con i raggugli in esso contenuti desideriamo informarla e non certo inquietarla.

L'intervento previsto verrà discusso personalmente con lei: chiedi tutto ciò che non le è chiaro o che ritiene importante. Dica pure se non desidera saperne troppo in merito.

Motivi dell'intervento

Lei soffre di incontinenza urinaria e le è stata diagnosticata una cosiddetta incontinenza urinaria da sforzo (incontinenza da stress), che provoca una perdita d'urina involontaria anche in caso di sforzi fisici di debole intensità (starnutire, tossire, sollevare pesi, camminare, fare sport).

All'origine di questa incontinenza c'è una debolezza del sistema di continenza della vescica. Questo sistema è costituito dal pavimento pelvico, dai canali uretrali e dall'insieme del tessuto connettivo del pavimento pelvico. Le cause dell'incontinenza sono molteplici: alterazioni ormonali che insorgono dopo la menopausa, il naturale processo d'invecchiamento, le gravidanze e i parti, ma anche interventi chirurgici precedenti possono causare un'incontinenza urinaria.

Alternative

In linea di principio, si dovrebbe optare per l'operazione solo dopo aver provato con un trattamento non chirurgico, come la fisioterapia del pavimento pelvico e/o la terapia con pessario.

Altri metodi chirurgici come la sospensione della vescica possono rappresentare una buona alternativa in determinate circostanze.

Metodo e tecnica operatori

Per rafforzare la continenza vescicale viene inserito un cosiddetto nastro di continenza. Il materiale utilizzato resta nel corpo. L'intervento può avere luogo in anestesia locale con un medicamento tranquillante e un antidolorifico per infusione, in anestesia loco-regionale (anestesia epidurale) o in anestesia generale. Prima dell'intervento le verrà somministrato un antibiotico per via venosa. Un anestesista sarà presente durante tutto l'intervento. Il medicamento per l'anestesia locale, in genere somministrato insieme a un medicamento antiemorragico (vasocostrittore), viene iniettato nel tessuto attraverso l'osso pubico e sulla parte anteriore e laterale della parete vaginale. Nel caso sia previsto l'inserimento di un nastro da tirare dopo l'operazione, l'intervento può essere eseguito anche sin dall'inizio in anestesia loco-regionale o anestesia generale.

L'operazione prevede due piccole incisioni cutanee sopra l'osso pubico (classico nastro di continenza, nastro retropubico) o nell'interno coscia accanto alle grandi labbra (nastro attraverso i forami otturatori) e una piccola incisione nella parete vaginale anteriore. Attraverso due piccoli canali ai lati dell'uretra vengono introdotti degli aghi speciali dalla vagina fin dietro l'osso pubico verso l'alto o lateralmente in direzione della coscia a livello delle incisioni cutanee. A questo punto, con l'aiuto degli speciali aghi, viene introdotto il nastro che passa vicino all'uretra e si posiziona dietro l'osso pubico. Il nastro non deve essere suturato, viene rapidamente integrato nel tessuto e rimane senza tensione sotto l'uretra: così può dare maggior sostegno e reggere meglio in caso di sforzi come tossire e starnutire.

Nel caso si utilizzi un nastro che deve essere ancora tirato dopo l'operazione, l'adattamento verrà eseguito il giorno dopo l'operazione effettuando un test della tosse o della misurazione dell'urina residua.

Normalmente dopo l'operazione non è necessario un catetere vescicale, se non eventualmente per poche ore. Alcune ore dopo l'intervento lei potrà già alzarsi e, a seconda del tipo d'intervento e della funzione vescicale, potrà essere dimessa il giorno stesso dell'operazione o 1-2 giorni dopo.

Possibilità di riuscita dell'intervento

Le operazioni con nastro esistono dal 1997. Le possibilità di riuscita si attestano fra l'80 e il 90% circa. La mancata riuscita può implicare disturbi di svuotamento della vescica, disturbi da urgenza urinaria o la persistenza dell'incontinenza urinaria. La riuscita dell'operazione dipende anche da diversi valori anatomici e funzionali che cambiano da persona a persona. Il suo medico potrà illustrarle più dettagliatamente le possibilità di riuscita dell'intervento nel suo caso.

Rischi e complicazioni

Nonostante un'esecuzione coscienziosa dell'intervento chirurgico, il medico non può garantirle la riuscita dell'intervento e l'assenza di complicazioni. Durante l'intervento chirurgico possono subentrare emorragie. Raramente queste emorragie possono verificarsi anche dopo l'intervento. Pertanto, è importante che dopo l'intervento vengano controllati i parametri cardiovascolari. Un'importante perdita di sangue è molto rara.

Sono inoltre possibili rare lesioni di organi adiacenti, soprattutto alla vescica, all'uretra, agli ureteri, ai vasi sanguigni e al tessuto connettivo. Tali lesioni vengono in genere notate durante l'operazione e trattate immediatamente. Nonostante i progressi della medicina, non possono essere escluse totalmente infiammazioni, disturbi della cicatrizzazione delle incisioni chirurgiche, trombosi o embolie. Un'adeguata profilassi antitrombotica minimizza il rischio.

Dopo l'intervento possono verificarsi piccoli disturbi generalmente temporanei di svuotamento della vescica.

Erosioni (parti del nastro non coperti dalla cute vaginale) e dolori sono rare complicazioni tardive di un'operazione con nastro e possono insorgere anche molti anni dopo l'intervento. Nonostante il posizionamento regolare del paziente e il collegamento corretto dei dispositivi, durante l'intervento chirurgico possono verificarsi, come complicanze molto rare, lesioni da pressione e altre lesioni a carico di nervi e tessuti molli. Tali lesioni causano solo in casi rari disturbi permanenti (ad es. intorpidimento, parestesie dolorose) o cicatrici.

Dopo l'operazione

Lo svuotamento vescicale deve essere sorvegliato. Se insorgessero dei problemi può rendersi necessario introdurre un catetere vescicale a breve termine o per uno o più giorni. Raramente il nastro deve essere allentato o separato. Per circa 2 settimane dopo l'operazione, devono essere evitati sforzi fisici importanti e il sollevamento di pesi (max. 5 kg), in modo che il nastro possa ben integrarsi nel tessuto. In genere è possibile riprendere a lavorare dopo 1-2 settimane. È possibile fare la doccia dopo l'operazione. Per 4-6 settimane è consigliato astenersi dai rapporti sessuali. Se il nastro non si integra correttamente nel tessuto, può causare delle cosiddette erosioni. Esse si manifestano con abbondanti perdite o dolori per lei o il suo partner durante i rapporti sessuali. Informi il suo medico. Nella maggior parte dei casi, la parte scoperta del nastro può essere ricoperta con l'ausilio di una crema a base di estrogeni applicata localmente o con un'operazione minimamente invasiva. Raramente possono insorgere anche dolori tardivi nell'area operata. La invitiamo a parlarne con il suo medico.

Costi

Questo intervento rientra nelle prestazioni obbligatorie a carico della cassa malati.

Se ha un'assicurazione complementare, ha già provveduto a chiarire chi si assumerà i costi?

Le sue domande

Colloquio informativo

Interprete: _____

Operazione proposta:

Osservazioni del medico sul colloquio informativo

(Rinuncia motivata alle spiegazioni; situazione personale a rischio: età, cardiopatia, obesità, ecc.).

Altre possibilità di trattamento:

Data:

Ora:

Durata del colloquio informativo:

Incarico di trattamento:

Il dottor / La dottoressa _____ si è intrattenuto/a con me in un colloquio informativo. Ho capito le spiegazioni e posto tutte le domande che mi interessavano.

Acconsento all'intervento previsto, come pure a eventuali cambiamenti ed estensioni, qualora si rivelassero necessari durante l'operazione.

Luogo, data:

Paziente:

Il testo a tergo è stato discusso con la paziente, le domande sono state chiarite e spiegate. La paziente ha ricevuto una copia di questo protocollo informativo.

Dato, ora:

Medico:

Schizzo dell'operazione

(Metodo operatorio; incisione; parte asportata, ricostruita, ecc.; indicazione del lato sinistro e di quello destro)
