

Protocollo informativo sull'asportazione dell'utero per via laparoscopica (isterectomia laparoscopica)

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Tutti gli esami effettuati finora hanno messo in evidenza una malattia all'utero che richiede una sua asportazione.

Quanto di seguito esposto fa parte delle spiegazioni che devono aiutarla a capire l'operazione pianificata. L'intervento previsto sarà discusso con lei personalmente e in modo approfondito. Non esiti a porre tutte le domande che le sembrano poco chiare o che ritiene importanti. Si ricordi che è suo diritto se lo desidera di non essere informata sul suo intervento.

Metodo operatorio: per questa operazione si deve praticare una narcosi totale. All'inizio dell'intervento di regola viene introdotta nell'utero, per via vaginale una sonda, che permette di muovere l'utero in diverse direzioni. Quando si asporta l'utero per via laparoscopica di regola vengono praticate delle incisioni di 5-10 mm nella parete addominale. Una di queste, generalmente nell'ombelico, le altre due o tre al basso addome. Per proteggere in modo migliore gli organi interni si gonfia dapprima la cavità addominale, attraverso un ago molto sottile, con gas carbonico. L'utero viene asportato solo parzialmente oppure completamente, ossia assieme al collo dell'utero. L'asportazione dell'utero in caso d'intervento completo avviene di regola attraverso la vagina, quest'ultima in seguito viene suturata. La vagina in questo modo non viene accorciata quindi anche i rapporti sessuali possono avvenire senza problemi. Nel caso che una o entrambe le tube rispettivamente le ovaie siano malate, verranno asportate nello stesso intervento. In post-menopausa le ovaie possono venir asportate, anche se non sono malate, solo su suo espresso desiderio.

In rari casi l'operazione non può essere espletata per via laparoscopica e l'operatore deve quindi convertire l'intervento praticando l'operazione convenzionale con incisione della parete addominale (laparotomia).

Rischi e complicazioni: anche durante un'operazione effettuata correttamente possono insorgere complicazioni. La più frequente è l'emorragia. Di regola l'emorragia viene subito controllata durante l'operazione. Raramente le emorragie possono insorgere dopo l'operazione e devono eventualmente venir trattate con una seconda operazione. In caso di perdita abbondante di sangue può rendersi necessaria l'infusione di sostituti di plasma o nel caso estremo di sangue da donatore. Infiammazioni, infezioni, disturbi della cicatrizzazione, trombosi non possono essere evitate, nonostante i progressi della medicina e nonostante interventi profilattici adeguati (antibiotici, "liquefazione del sangue"). Siccome durante l'intervento deve venir introdotto un catetere per svuotare completamente la vescica, ogni tanto dopo l'operazione possono comparire dei disturbi alla minzione o delle cistiti. Anche se l'operatore interviene con la massima cautela non è escluso che possano avvenire delle lesioni degli organi che attorniano i genitali come la vescica urinaria, gli ureteri e l'intestino, in particolare se l'intervento avviene in casi a rischio, come per es. in caso di forti aderenze. Perlopiù vengono riconosciute e trattate durante l'intervento stesso. Soltanto raramente si manifestano da 1 a 5 giorni dopo l'intervento e rendono necessaria una seconda operazione. Leggeri crampi e gonfiori intestinali, nonché dolori alle spalle sono molto frequenti nelle prime 24-48 ore dopo l'intervento e non rappresentano complicazioni vere e proprie. 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 non è più possibile rimanere incinta. Anche le mestruazioni in caso di asportazione completa dell'utero scompaiono totalmente. Le donne che non sono ancora in menopausa, dopo questo intervento, comunque non vanno ancora in menopausa. L'attività ormonale ciclica delle ovaie non viene compromessa da questa operazione. Non c'è d'aspettarsi né un aumento di peso e nemmeno disturbi durante i rapporti sessuali. Solo nel caso in cui sono state asportate le ovaie, ancora funzionanti, possono insorgere disturbi di menopausa (per es. vampate di caldo). Verrà ancora informata in modo particolare come comportarsi dopo l'intervento, sulla durata dell'ospedalizzazione e sull'incapacità lavorativa dopo l'operazione.

Costi: questo intervento rientra nelle prestazioni obbligatorie a carico delle casse malati. Se ha un'assicurazione supplementare, si informi sulla copertura dei costi.

Domande:

Colloquio informativo

Traduttore/interprete:

Operazione proposta:

Schizzo dell'operazione (metodo, incisione, parte asportata, ricostruita, ecc., lato sinistro, destro)

Osservazione del medico sul colloquio informativo (p. es. rinuncia motivata alle spiegazioni; situazione personale a rischio: età, cardiopatia, obesità, ecc.).

Altra possibilità di trattamento:

Data:

Ora:

Durata del colloquio:

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. Mi è stata consegnata una copia del protocollo sul colloquio informativo.

Acconsento all'intervento previsto, come pure a eventuali cambiamenti ed estensioni, qualora si rivelino 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 del protocollo informativo sull'operazione che la riguarda.

Data, ora:

Medico: