

Protocollo informativo sull'intervento per la rimozione di materiale a rete

Cognome: **Nome:** **Data di nascita:**
.....

Gentile paziente,

con le seguenti spiegazioni desideriamo informarla e non certo inquietarla. Esse fanno parte delle informazioni preoperatorie per la paziente. L'intervento previsto sarà discusso con lei personalmente: ponga domande su tutto ciò che non le è chiaro o le sembra importante. Ci comunichi anche se preferisce non sapere troppo sul trattamento imminente.

L'intervento può essere eseguito in anestesia regionale (anestesia epidurale o anestesia spinale) o in anestesia generale. L'anestesista la informerà in maniera approfondita sui vantaggi e gli svantaggi nonché sui rischi derivanti dall'anestesia.

Motivi dell'intervento

La rete in materiale sintetico utilizzata in un precedente intervento può causare dolore al basso ventre (p. es. per la formazione di cicatrici), problemi/dolore durante la defecazione, disturbi durante i rapporti sessuali, perdite croniche o una fuoriuscita permanente di urina per formazione di una fistola (connessione tra organi) tra vescica e vagina. Misure conservative quali somministrazione locale di ormoni, fisioterapia, regolatori intestinali e analgesici non riescono a trattare questi disturbi, per cui è necessario un ulteriore intervento.

Nel suo caso è stato programmato un intervento per la rimozione del materiale a rete che le è stato impiantato per:

- Incontinenza
 Abbassamento di organi

Le viene raccomandata la rimozione della rete a causa dei seguenti problemi:

Metodo operatorio

L'operazione viene effettuata attraverso piccole incisioni dell'addome (laparoscopia) oppure attraverso un'unica e più lunga incisione dell'addome (laparotomia). Può anche risultare opportuno agevolare alcuni fasi operatorie attraverso la vagina oppure condurre l'intervento solo dalla vagina.

Tecnica operatoria

Se necessario, possono essere consultate altre discipline specialistiche (chirurgia intestinale, urologia ecc.), ad esempio se sono coinvolti intestino, vescica, uretere, oppure in caso di formazione di fistole ecc. Questa eventualità sarà discussa con lei prima dell'operazione.

Le porzioni di rete interessate vengono gradualmente staccate dai tessuti e rimosse. La fase successiva è la chiusura per strati della ferita e la sutura degli accessi addominali. In rari casi, ad esempio in presenza di aderenze estese o forti emorragie, l'intervento può essere proseguito solo effettuando un'ampia incisione addominale (laparotomia). Può risultare inoltre d'aiuto l'esecuzione di un'endoscopia vescicale. Se il sito di intervento è prossimo all'uretere, può essere necessario inserire uno stent ureterale (o tutore ureterale). Se non è possibile escludere un coinvolgimento intestinale, ci si può aiutare anche con una colonscopia.

In caso di complicazioni gravi, ad esempio se la rete non può essere rimossa completamente o in presenza di emorragie importanti o circostanze impreviste, possono essere necessari uno o più interventi chirurgici successivi.

Rischi e complicazioni

Durante l'intervento possono verificarsi emorragie che devono essere immediatamente arrestate. In casi rari possono insorgere emorragie anche dopo l'operazione, che dovranno eventualmente essere arrestate con una seconda operazione. Solo raramente è necessario trasfondere sostituti del sangue o sangue da donatore.

Possono venire danneggiati anche organi adiacenti come la vescica, l'uretra, gli ureteri, l'intestino, i vasi sanguigni, i nervi e le ossa. Il trattamento di queste lesioni può richiedere un'estensione degli accessi chirurgici (laparoscopia, laparotomia). Nonostante i progressi fatti in medicina e la profilassi con iniezioni, non si possono escludere del tutto infiammazioni, disturbi della guarigione delle ferite, trombosi (formazione di coaguli nei vasi sanguigni) ed embolie. Il rischio è maggiore tra l'altro nelle pazienti in sovrappeso, fumatrici o allattate. In caso di laparoscopia, subito dopo l'operazione possono insorgere gonfiore della pelle e dolori a spalle, collo e addome.

In casi rari, possono formarsi delle fistole, ossia collegamenti tra organi, ad esempio tra vescica o uretra e vagina, con una conseguente incontinenza permanente.

Esiste il rischio che dopo la rimozione della rete si verifichi nuovamente un abbassamento di organi e/o un'incontinenza urinaria o insorgano difficoltà di defecazione. È difficile stimare l'entità di tale rischio prima dell'operazione.

Se la rimozione della rete è stata raccomandata tra l'altro anche a causa del dolore, esiste la possibilità che il dolore persista nonostante la corretta rimozione della rete. Eventualmente potrebbe essere di nuovo necessario ricorrere alla fisioterapia, speciali terapie del dolore e medicinali.

La formazione di aderenze dopo laparoscopia e/o laparotomia può portare nel tempo a occlusioni intestinali.

Nonostante il posizionamento regolare della persona 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 (p. es. intorpidimento, parestesie dolorose) o cicatrici.

Dopo l'operazione

Di norma, durante l'intervento viene inserito un catetere vescicale per consentire uno svuotamento aproblematico della vescica; a seconda della tecnica di intervento, il catetere viene rimosso immediatamente dopo l'intervento o lasciato in sede per alcuni giorni. Se si verificano disturbi dello svuotamento vescicale, potrebbe essere necessario inserire nuovamente un catetere vescicale a permanenza o effettuare il cateterismo a intermittenza per uno o più giorni. La ferita vaginale guarisce in 4-6 settimane ed è generalmente accompagnata da un aumento delle perdite vaginali. Durante tale periodo è consigliabile rinunciare ai rapporti sessuali. Dopo l'operazione è possibile fare la doccia.

Costi

L'intervento rientra tra le prestazioni obbligatorie della cassa malati. Se ha un'assicurazione complementare, si informi sulla copertura dei costi.

Le sue domande

Colloquio informativo Interprete: _____

Operazione proposta:

Annotazioni del medico sul colloquio informativo

(Rinuncia motivata alle spiegazioni, circostanze individuali che aumentano il rischio: età, cardiopatia, obesità ecc.)

Altre possibilità di trattamento:

Data: Ora: Durata del colloquio informativo:

Incarico di trattamento:

Ho avuto un colloquio informativo con il dottor / la dottoressa _____. Ho capito le spiegazioni e posto tutte le domande che mi interessavano.

Acconsento all'intervento previsto, come pure alle eventuali modifiche ed estensioni discusse, qualora si rivelino necessarie durante l'operazione (vedere al capitolo «Operazione proposta»).

Luogo, Data: Paziente:

Il testo di queste informazioni è stato discusso con la paziente, le sue domande sono state chiarite e le è stata consegnata una copia di questo protocollo informativo.

Luogo, Data: Medico:

Schizzi dell'operazione

La rete ha nel suo caso la seguente posizione:

