

Protocollo informativo Operazione tramite laparoscopia o laparotomia in caso di abbassamento/prolasso degli organi pelvici

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

Gentile paziente,

gli esami che ha finora eseguito mostrano un abbassamento degli organi pelvici che rende necessario un intervento chirurgico.

Questo protocollo fa parte delle informazioni che le saranno comunicate prima dell'intervento.

Con le seguenti spiegazioni desideriamo informarla e non certo inquietarla. L'intervento previsto sarà discusso con lei personalmente: chiedi tutto ciò che non le è chiaro o che ritiene importante e dica anche sinceramente se non desidera saperne troppo in merito.

L'intervento sarà eseguito in anestesia generale. L'anestesista la informerà in maniera approfondita sui pro e i contro nonché sui rischi derivanti dall'anestesia.

Motivi dell'intervento

Abbassamento di organi pelvici quali vescica, utero, vagina, intestino. Se l'abbassamento è tale che gli organi fuoriescono, si parla di prolasso. Di regola si opta per l'operazione quando le misure conservative quali fisioterapia del pavimento pelvico, trattamento ormonale a livello locale e/o inserimento di un pessario non sono state sufficientemente efficaci.

Metodo operatorio

L'operazione viene effettuata mediante diverse piccole incisioni dell'addome (laparoscopia) oppure mediante un'unica e più lunga incisione dell'addome (laparotomia). Il medico le illustrerà il metodo esatto. In alcuni casi può essere opportuno asportare anche l'utero (con/senza il collo dell'utero) e/o le ovaie/tube uterine, ad esempio in caso di sanguinamenti vaginali, alterazioni benigne (utero, ovaie, tube uterine) o sulla base della raccomandazione del medico che ne discuterà prima con lei e le illustrerà gli ulteriori rischi.

Tecnica operatoria

All'inizio dell'operazione viene inserito un catetere vescicale e una sonda nella vagina/nell'intestino. Il tipo di sonda utilizzato è diverso se viene anche asportato l'utero (con/senza collo dell'utero).

In caso di laparoscopia si hanno diverse incisioni cutanee della parete addominale di 5-15 mm di lunghezza, che permettono l'introduzione nell'addome degli strumenti chirurgici e della telecamera. All'inizio dell'intervento, la cavità addominale viene riempita di anidride carbonica attraverso un sottile ago, così da rendere visibili e accessibili gli organi addominali. In caso di laparotomia l'incisione cutanea viene effettuata sopra il pube. Gli organi abbassati vengono separati dal tessuto circostante. I punti deboli del pavimento pelvico vengono rafforzati tramite reti sintetiche o biologiche. I legamenti presenti nel corpo possono essere utilizzati come punti di fissazione degli organi abbassati. Le reti sintetiche (corpi estranei) restano nel corpo, le reti biologiche si dissolvono dopo qualche tempo. Le reti favoriscono la formazione da parte dell'organismo di tessuto connettivo che cresce nei pori della rete, favorendo la stabilizzazione del pavimento pelvico. La rete viene ancorata all'osso sacro. Gli organi abbassati/prolassati vengono riportati nella loro normale posizione. In questo modo la funzione degli organi può di nuovo migliorare, è però anche possibile che insorga un'incontinenza. In rari casi, se ci sono molte aderenze o forti emorragie, non è possibile continuare l'intervento in laparoscopia ed è necessario effettuare un'ulteriore incisione addominale (laparotomia).

Il catetere vescicale viene rimosso alla fine dell'operazione oppure resta in sede per 1-2 giorni.

Rischi e complicazioni

Durante l'intervento possono verificarsi emorragie che devono essere immediatamente arrestate. In rari casi possono anche verificarsi emorragie dopo l'operazione, che dovranno eventualmente essere arrestate con una seconda operazione. Solo raramente si deve ricorrere a sostanze sostitutive del sangue o a trasfusioni.

Raramente si verificano lesioni di organi adiacenti, soprattutto di vescica, uretra, ureteri, intestino o utero. Tali lesioni vengono in genere notate durante l'operazione e trattate immediatamente.

Nonostante i progressi della medicina e la profilassi con iniezioni, non si possono escludere del tutto infiammazioni, disturbi della cicatrizzazione delle ferite, trombosi o embolie. Il rischio è maggiore tra l'altro nelle pazienti in sovrappeso, fumatrici e allattate.

In caso di laparoscopia, subito dopo l'operazione possono insorgere tumefazioni della pelle e dolori a spalle, collo o addome.

Raramente la rete sintetica usata può passare in organi adiacenti oppure parti di essa possono sporgere nella vagina, ciò può provocare dolore, disturbi durante il rapporto sessuale e ferite al partner.

Occasionalmente, dopo alcune settimane o mesi può insorgere una fastidiosa incontinenza da sforzo che può essere trattata in modo conservativo o, più tardi, con l'inserimento di un nastro. Prima dell'operazione è difficile stimare l'entità di tale rischio.

Raramente insorgono anche dolori al basso ventre (tra l'altro a causa della cicatrizzazione) e problemi/dolori alla defecazione, che possono essere curati con l'applicazione locale di ormoni, fisioterapia, farmaci per la regolazione dell'alvo e antidolorifici. Raramente sono necessarie ulteriori operazioni.

In casi molto rari si formano delle fistole, ossia collegamenti fra organi, ad esempio fistole vescica-vagina che causano incontinenza urinaria continua. Per eliminare le fistole è necessario un ulteriore intervento.

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

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

Il catetere vescicale permette lo svuotamento della vescica senza problemi; a seconda della tecnica operatoria il catetere viene rimosso subito dopo l'operazione o viene lasciato in sede per 1-2 giorni. In caso di comparsa di disturbi dello svuotamento della vescica esiste l'eventualità di dover inserire nuovamente un catetere vescicale, che resterà in sede più a lungo (5-7 giorni).

L'asportazione dell'utero comporta la scomparsa delle mestruazioni e la sterilità.

Dopo l'asportazione delle ovaie può verificarsi una menopausa precoce.

L'operazione permette di continuare ad avere rapporti sessuali come prima. Raramente, a seguito della formazione di cicatrici all'estremità della vagina, insorgono disturbi durante i rapporti sessuali. Di regola questi disturbi si risolvono con un trattamento locale.

Costi

L'intervento rientra nelle prestazioni obbligatorie a carico 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

(Rifiuto delle informazioni con indicazione del motivo, circostanze individuali che aumentano il rischio: età, patologie cardiache, 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 a eventuali cambiamenti ed estensioni discussi, qualora si rivelassero necessari durante l'operazione.

Luogo, data:

Paziente:

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

Data, ora:

Medico:

Schizzo dell'operazione

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