



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE LIGURIA**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 – “SPEZZINO”**  
**U.O. GINECOLOGIA E OSTETRICIA**  
**Direttore: Dr. G.S. Nucera**

**SCHEDA INFORMATIVA**  
**PER CHIRURGIA ISTEROSCOPICA IN NARCOSI**

L'isteroscopio è uno strumento simile ad un piccolo telescopio, che viene introdotto nella cavità uterina attraverso la vagina ed il canale cervicale. La cavità uterina viene distesa mediante instillazione di un fluido (generalmente soluzione fisiologica), in modo da permettere al chirurgo un'adeguata visualizzazione attraverso la telecamera presente nel dispositivo; è possibile, inoltre, utilizzare uno strumento operativo elettrificato, il resettoscopio, per effettuare procedure chirurgiche sotto visione diretta. Le dimensioni dello strumento possono andare dai 3-5 mm di diametro (isteroscopio generalmente utilizzato nell'esame office-ambulatoriale) ai 9,5 mm (isteroscopio utilizzato in anestesia generale per le procedure operative). L'isteroscopia non può essere effettuata in caso di gravidanza.

In genere viene proposta l'isteroscopia operativa nei seguenti casi:

- fallimento dell'isteroscopia ambulatoriale sia in fase diagnostica (per esempio per stenosi dell'orifizio uterino interno, intolleranza della paziente, crisi vagale), sia in fase operativa (polipectomia non riuscita per dimensioni superiori ai 2 cm, presenza di polipi endometriali multipli;
- Procedura di asportazione di mioma sottomucoso o polipo endometriale;
- Ablazione endometriale;
- resezione di setto uterino;
- Rifiuto della paziente ad effettuare isteroscopia ambulatoriale.

L'isteroscopia operativa viene effettuata in sala operatoria con la paziente in anestesia generale o in anestesia spinale, per poter effettuare la dilatazione del canale cervicale con coni metallici di Hegar, fino ad un diametro di 9,5 mm e poter così introdurre il resettoscopio. La visione diretta, grazie alla telecamera presente nel dispositivo, consente di ispezionare il canale cervicale e la cavità uterina con gli osti tubarici. Si procede, quindi, alla operatività chirurgica (per esempio: polipectomia, miomectomia, resezione di setto uterino). Il resettore consente di asportare frammenti di formazioni endocavitarie e di controllare il sanguinamento, in quanto lo strumento è elettrificato e ciò consente di coagulare i tessuti cruentati, arrestando le perdite ematiche. I frammenti asportati vengono estratti dalla cavità uterina ed inviati per esame istologico.

L'intervento può essere filmato o fotografato per l'eventuale utilizzo a scopo didattico e/o scientifico.

Talvolta la procedura può risultare indaginoso o, anche, fallire per stenosi serrata dell'orifizio uterino interno, e può arrivare a durare anche più di un'ora. Nei casi di miomectomia può accadere che l'asportazione del mioma non sia completa per problematiche legate alla tecnica (rischi correlati ad un eccessivo utilizzo di liquidi intracavitari e necessità di sospendere la procedura) o per le caratteristiche del mioma (grandi dimensioni, con spessore di miometrio libero ridotto); in questi casi può rendersi necessaria una procedura chirurgica di completamento successivamente.

Le complicanze dovute alla chirurgia isteroscopica sono rare ma possibili e includono: complicanze anestesologiche, lacerazioni della cervice uterina, emorragie, perforazione dell'utero, infezioni, peritoniti, lesioni di altri organi (come la vescica o l'intestino), alterazioni elettrolitiche da eccessivo passaggio del liquido utilizzato in circolo. Tali complicanze renderanno necessaria una

ospedalizzazione più prolungata e, talvolta, il ricorso a procedure aggiuntive, inclusa la chirurgia laparotomica. In casi rarissimi può rendersi necessaria l'asportazione dell'utero e la riparazione di vescica e/o retto con possibilità di resezione intestinale.

L'alternativa alla chirurgia isteroscopica è l'astensione o in alcuni casi la chirurgia tradizionale (revisione della cavità uterina con curette). La chirurgia tradizionale comporta, comunque, rischi analoghi e talvolta necessita di ospedalizzazione e convalescenza più lunghe.

Alcuni sintomi legati alla patologia endocavitaria possono essere migliorati con la terapia medica.

Al risveglio la paziente può manifestare un dolore modesto, simile a quello di un ciclo mestruale, che può essere controllato con terapia antalgica. Ci saranno perdite ematiche dai genitali di modesta entità, che potranno durare alcuni giorni. La paziente potrebbe avvertire nausea e talvolta vomito in seguito ai farmaci utilizzati per l'anestesia generale. La ripresa dell'attività lavorativa può avvenire già dal giorno successivo all'intervento. Può capitare raramente che durante l'intervento si verifichino situazioni imprevedibili, che possono comportare un cambiamento rispetto a quanto concordato e discusso in sede preoperatoria.

La Spezia; ricevuto e letto in data.....

Firma paziente.....

Firma medico.....

#### Bibliografia:

- EMAS clinical guide: assessment of the endometrium in peri and postmenopausal women, Maturitas 2013
- Hysteroscopy: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians. 2014
- Linee guida SIEG (società italiana endoscopia ginecologica)