

**INFORMATIVA PER CONSENSO INFORMATO CHIRURGIA PER ENDOMETRIOSI
(da allegare a consenso per intervento laparoscopico)**

COS'E' L'ENDOMETRIOSI

L'endometriosi (da *endo*, dentro e *metra*, utero) è una malattia cronica e complessa, originata dalla presenza anomala del tessuto che riveste la parete interna dell'utero, cioè l'endometrio, in altri organi quali ovaie, tube, peritoneo, vagina, intestino. I sintomi principali sono dolore pelvico e infertilità. Quasi la metà delle donne colpite accusa un dolore pelvico cronico, mentre nel 70% questo si verifica solo durante le mestruazioni. È comune anche un dolore nel corso di rapporti sessuali.^[3] L'infertilità si ha in più della metà delle donne colpite. Sintomi meno frequenti includono i sintomi urinari o intestinali.

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DELL'ENDOMETRIOSI

In caso di ENDOMETRIOSI la laparoscopia, diagnostica ed operativa, rappresenta il metodo di riferimento mondiale ed ha lo scopo di diagnosticare ed eliminare tutte o parzialmente le localizzazioni della malattia attraverso un approccio chirurgico radicale verso la malattia, ma meno aggressivo possibile per l'organismo. La riduzione o scomparsa della sintomatologia è infatti correlata con l'asportazione completa dei foci di malattia. Oggi la laparoscopia consente, nella maggior parte dei casi, un trattamento conservativo sugli organi genitali femminili, tanto più importante quanto più giovane è la donna. Solo in caso di coinvolgimento di strutture delicate, quali le pareti rettale, vescicale, vaginale od ureterale da parte dell'endometriosi o del tessuto cicatriziale da essa creato, l'asportazione completa della malattia potrebbe richiedere un intervento più demolitivo, quale la resezione parziale del retto e/o della vagina e/o della vescica e/o degli ureteri. In questi contesti, soprattutto se si tratta di riscontri inaspettati e non emersi dagli accertamenti diagnostici, si può optare intra-operatoriamente per una asportazione parziale della malattia rimandando ad un secondo tempo, se necessario, il trattamento demolitivo. Al contrario, si procederà ad una chirurgia radicale in prima battuta se la storia clinica, la sintomatologia, gli accordi preoperatori con la paziente lo consentono o nel caso in cui le lesioni risultassero di tale gravità da renderne mandatoria l'asportazione per salvaguardare la funzionalità futura dell'organo interessato.

**POSSIBILI PROCEDURE CHIRURGICHE IN RAPPORTO ALLE SEDI DI MALATTIA
comprese possibili complicanze e problemi di recupero**

Le procedure chirurgiche sono diverse a seconda della sede coinvolta:

-quando è coinvolta la parete intestinale si può valutare se asportare solo la lesione endometriosica, se ancora non infiltra la parete del viscere, un gettone di parete intestinale o, in alcuni casi, il tratto di intestino malato con successivo ricongiungimento (anastomosi) della parete mediante suturatrice meccanica. Tale intervento viene svolto mantenendo la via laparoscopica con un minimo allargamento dell'incisione sovrappubica (al fine di asportare il pezzo operatorio); solitamente non è richiesta la deviazione temporanea del transito (stomia), ma in caso di lesioni molto basse questa può rendersi necessaria. In ogni caso, ogni anastomosi ha un rischio stimato di deiscenza (cedimento) della sutura di circa il 5% con successiva creazione di una stomia intestinale (abbocco dell'intestino alla cute addominale) temporanea.

-in caso di endometriosi vescicale, si effettua una resezione parziale della vescica che prevede il posizionamento di un catetere temporaneo per circa 15 gg.

-nel caso di coinvolgimento ureterale da parte della malattia è indispensabile il ripristino della pervietà degli ureteri (condotti che portano l'urina dal rene alla vescica) per evitare la comparsa di stenosi (restringimento) od occlusione (chiusura completa) degli stessi con conseguente idroureteronefrosi (dilatazione delle vie escretrici urinarie) e compromissione della funzione renale. A tal fine il quadro può richiedere il posizionamento preoperatorio o intraoperatorio di

uno stent ("tubicino") ureterale per via cistoscopica +/- reimpianto ureterale (resezione laparoscopica o laparotomica del tratto di uretere malato e ricongiungimento dello stesso alla vescica). Lo stent verrà poi rimosso nei mesi successivi all'intervento.

-quando l'endometriosi profonda a carico dei legamenti uterosacrali e degli spazi pararettali arriva ad interessare le strutture nervose responsabili dell'innervazione vescicale, la sua rimozione può provocare ritenzione urinaria postoperatoria (difficoltà o impossibilità allo svuotamento vescicale). Tale condizione, solitamente temporanea (da qualche gg a qualche mese) implica l'educazione postoperatoria del paziente all'autocaterismo, che la paziente svolgerà a domicilio per tutto il periodo in cui permarrà tale condizione.

-talora la malattia si sviluppa in contiguità o interessa nervi di grosso calibro come il nervo sciatico, otturatorio o pudendo. In tal caso l'asportazione parziale o totale della malattia può provocare una sintomatologia irritativa importante, simile a quella riferita preoperatoriamente che richiederà il temporaneo (da alcuni gg ad alcuni mesi) uso di antidolorifici, di cortisonici +/- antidepressivi (inibizione centrale del dolore)

-a livello ovarico, il massivo coinvolgimento da parte della malattia o della fibrosi reattiva peri-ovarica, può richiedere un'aggressività chirurgica tale da rendere il tessuto ovarico residuo postoperatorio insufficiente, con conseguente riduzione della funzione ovarica +/- comparsa di sintomi menopausali.

NOTA BENE

Attualmente non è disponibile alcuna indagine strumentale (ecografia, RMN, rettoendoscopia...) che consenta una accurata diagnosi preoperatoria e lo studio dell'effettiva estensione e localizzazione della malattia prima dell'intervento. Tale limitazione può comportare la necessità intraoperatoria di optare per un trattamento chirurgico diverso da quello pianificato o previsto in fase di pre-ricovero con la paziente.

RISCHIO DI RECIDIVA e COMPLICANZE DELL'INTERVENTO

Un altro dato importante da considerare è il rischio di recidiva della malattia e/o della sintomatologia post intervento. Tale rischio è stimato intorno al 20-30% a 1-5 anni ed è dipendente dalla neoformazione di isole/noduli endometriosisi e/o dalla formazione di tessuto cicatriziale fibroso retraente postoperatorio. La recidiva di malattia/dolore interessa più frequentemente le pazienti giovani e le pazienti con endometriosi residua postoperatoria.

L'endometriosi pelvica è spesso associata all'endometriosi uterina (adenomiosi) ovvero alla presenza di cellule endometriosisi nel contesto della parete uterina. In tali pazienti non risulta quindi possibile raggiungere una bonifica radicale della malattia (l'asportazione dell'utero viene infatti effettuata in rarissimi casi) e pertanto la sintomatologia post intervento risulterà ridotta, ma non eliminata.

Risulta quindi evidente l'importanza di comprendere appieno le caratteristiche della patologia endometriosisica e le possibilità di intervento, al fine di discutere e concordare insieme, medico e paziente, il grado di radicalità chirurgica da raggiungere, in funzione dell'età, della storia clinica e della sintomatologia, nella consapevolezza del rischio di recidiva intrinseco e della aggressività della patologia che non sempre consente un approccio conservativo.

MANCATO TRATTAMENTO E OPZIONI NON CHIRURGICHE

Le opzioni non chirurgiche includono l'attesa e la terapia medica ormonale che tuttavia deve essere considerata sintomatica e non risolutiva. SE non trattata si accompagna a persistenza dei disturbi.

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO

Io sottoscritta (nome) (cognome)

Nata il.....a.....e residente a

dichiaro di:

- aver letto e compreso la sezione informativa
- aver ricevuto, nel corso del colloquio con il Dott.....spiegazioni esaurienti circa la mia patologia e il trattamento proposto, compresi i possibili rischi e complicanze e le possibili alternative
- aver ricevuto tutte le informazioni che desideravo avere, con ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche
- aver avuto il tempo sufficiente per maturare la mia decisione
- di aver compreso le informazioni e le spiegazioni fornite riguardo le indicazioni e la procedura proposta, i benefici e gli eventuali rischi, generici e specifici, o le complicanze prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e, pertanto **ACCONSENTO** a sottopormi alla procedura di e se, necessario nel corso dell'intervento, a procedere a laparotomia e all'eventuale trasfusione di emocomponenti/emoderivati (vedi anche consenso specifico)
- essere stata informata che è possibile revocare il consenso in ogni momento

dichiaro altresì:

- di acconsentire ad effettuare riprese televisive di tutto o parte dell'intervento e i dati relativi al trattamento essere utilizzati in maniera anonima a scopo didattico e/o di ricerca, rispettando le norme della legge 196/03 sulla privacy.
- di avere adeguata assistenza al mio domicilio e aver avvisato il proprio Medico di Medicina Generale dell'intervento che subirà.

SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO

dichiaro di:

- aver letto e compreso la sezione informativa
- aver ricevuto, nel corso del colloquio con il Dott.....spiegazioni esaurienti circa la mia patologia, il trattamento proposto, compresi i possibili rischi e complicanze e le possibili alternative
- aver ricevuto tutte le informazioni che desideravo avere, con ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche
- aver avuto il tempo sufficiente per maturare la mia decisione
- aver compreso le informazioni e le spiegazioni fornite riguardo le indicazioni e la procedura proposta, i benefici e gli eventuali rischi, generici e specifici, o le complicanze prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e, pertanto **NON ACCONSENTO** a sottopormi alla procedura di

Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare in alcun modo il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi alle conseguenze comunque negative per la mia salute derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi.

- essere stata informata che è possibile revocare il dissenso in ogni momento

Data e firma del paziente o del legale rappresentante

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza (firma)

Data, firma e timbro del medico che ha informato la paziente

Data, firma e timbro del medico che effettua l'intervento