

NOTE INFORMATIVE PRE-INTERVENTO

ASPORTAZIONE DELLE TUBE

L'indicazione all'intervento è posta dalla sua dichiarata volontà di ottenere una contraccezione permanente e non reversibile, cioè la sterilizzazione.

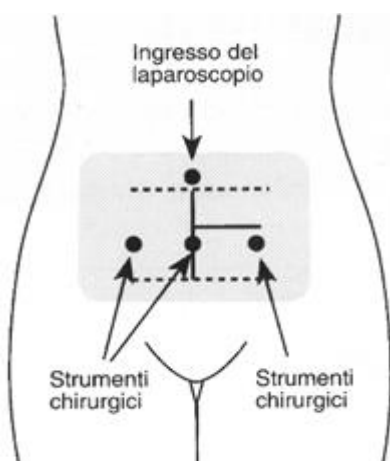
Da alcuni anni è risultato evidente che per soddisfare questa richiesta le tube non vanno tagliate, bruciate, interrotte con clips metalliche, **MA SEMPRE TOLTE**.

Questa scelta chirurgica rende migliore il risultato richiesto (sterilizzazione), e costituisce anche un ottimo metodo di prevenzione in oncologia ginecologica.

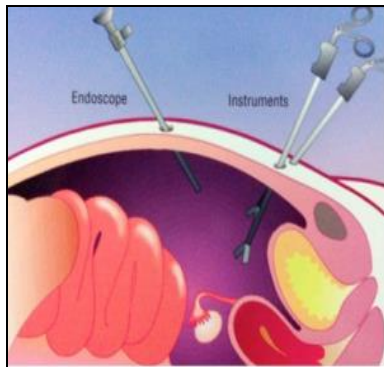
Il tumore dell'ovaio, patologia attualmente non sempre curabile, non nasce quasi mai dall'ovaio, ma da cellule tubariche che si ammalano in senso maligno, poi si trasferiscono sulla superficie ovarica e lì sviluppano la patologia. La rimozione delle salpingi previene circa il 98% dei tumori ovarici.

L'intervento sarà con **accesso laparoscopico**, significa che il chirurgo ginecologo che lo esegue non taglia la pancia, ma ci entra attraverso 3 incisioni da 5 mm.

Il chirurgo esegue prima di tutto un'incisione da 5 mm alla base dell'ombelico, in questa sede introduce una telecamera (laparoscopia) che permette di analizzare tutti gli organi addominali, poi esegue altre due incisioni nella parte bassa dell'addome attraverso le quali vengono introdotti in addome gli strumenti che permettono di lavorare all'interno di una pancia che resta chiusa.



L'addome viene poi gonfiato con del gas apposito in modo da sollevare la parete addominale e creare lo spazio che permette i gesti chirurgici.



Il ginecologo vede le immagini raccolte dalla telecamera su uno schermo davanti a se' dove gli **organi addominali vengono magnificati** cioè l'ingranditi: risulta quindi possibile cogliere dettagli anatomici non visibili ad occhio nudo. L'anestesia è sempre generale.

L'**obiettivo** da ottenere con questa tecnica chirurgica può essere estetico: piccole incisioni anziché tagli, ma **deve essere soprattutto funzionale**.

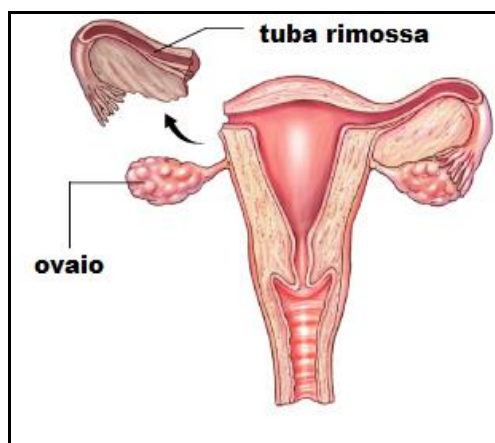
Avendo ridotto il trauma chirurgico a minime incisioni il dolore postoperatorio è minimo e la **ripresa delle normali funzioni** (funzione urinaria e intestinale) **deve essere molto veloce**.

La chirurgia laparoscopica viene infatti chiamata anche ***“la chirurgia gentile”*** perché permette un'ottima visione, e quindi permette di rispettare le strutture sane e utili come vasi sanguigni e piccoli filamenti nervosi che circondano le strutture malate da asportare. Chirurgia “gentile o miniinvasiva” non significa facile, o parziale, anzi è un tipo di chirurgia molto complessa che esige uno sforzo ed un addestramento importante e costante da parte del chirurgo, ma è ***sempre la prima scelta dei chirurghi che lavorano in questo reparto***, per le irrinunciabili ***ricadute positive sulla qualità della degenza e della convalescenza***.

Non significa nemmeno chirurgia priva di rischi o complicanze, che sono meno frequenti della chirurgia tradizionale, ma non assenti, e riassumibili nelle seguenti percentuali

Emorragia intra o post-operatoria (possibilità di emotrasfusione, conversione laparotomica = apertura dell'addome o reintervento)	Basso 1%
Perforazione uterina	Basso 1%
Lesione ureterale	Molto basso < 1%
Peritonite	Molto basso < 1%
Lesione vescicale	Molto basso < 1%
Lesione intestinale con peritonite	Molto basso < 1%
Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Rarissimo < 1‰
Rischio anestesilogico	Rarissimo < 1‰

Dopo che si sono raggiunte queste condizioni operatorie inizia l'intervento, che consiste nella coagulazione e sezione (= bruciatura e taglio) della sottile membrana (mesosalpinge) che tiene unita la tuba all'ovaio. Poi le tube vengono estratte dalle incisioni addominali di cui si è detto prima.



Alcune note organizzative sull'intervento:

Dopo la prenotazione verrà contattata per fare tutti gli esami preoperatori, e la compilazione della cartella clinica e del consenso informato sia con il ginecologo che con l'anestesista.

Il ricovero sarà la mattina stessa dell'intervento.

A distanza di poche ore dalla fine dall'intervento sarà invitata dalle infermiere di reparto a sedersi sul letto, poi a scendere e recarsi al bagno, se non avrà nausea o vomito potrà iniziare a bere e poi ad alimentarsi (the e fette biscottate, marmellata). Se tutto procede bene viene dimessa la sera stessa, in caso contrario la mattina successiva.

A casa è invitata a riprendere da subito una vita normale, potrà fare la doccia da subito e non dovrà tornare in reparto per la rimozione dei punti di sutura. Alla dimissione le verranno ripetute e scritte tutte le informazioni utili per la convalescenza.

Questo tipo di intervento non richiede quasi mai profilassi antitrombotica: è un fluidificante del sangue che riduce il rischio di trombosi; le viene consegnato alla visita di prericovero assieme alle istruzioni per l'autosomministrazione.

Non è prevista la profilassi antibiotica.

Alla dimissione le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro per 3-4 giorni.

A circa 30 giorni dall'intervento un medico ginecologo visionerà l'esito dell'esame istologico e la convocherà in reparto solo se saranno necessari ulteriori approfondimenti o cure.

Il referto viene inviato a domicilio per posta ordinaria.