

NOTE INFORMATIVE PRE-INTERVENTO

ASPORTAZIONE DI MIOMI UTERINI

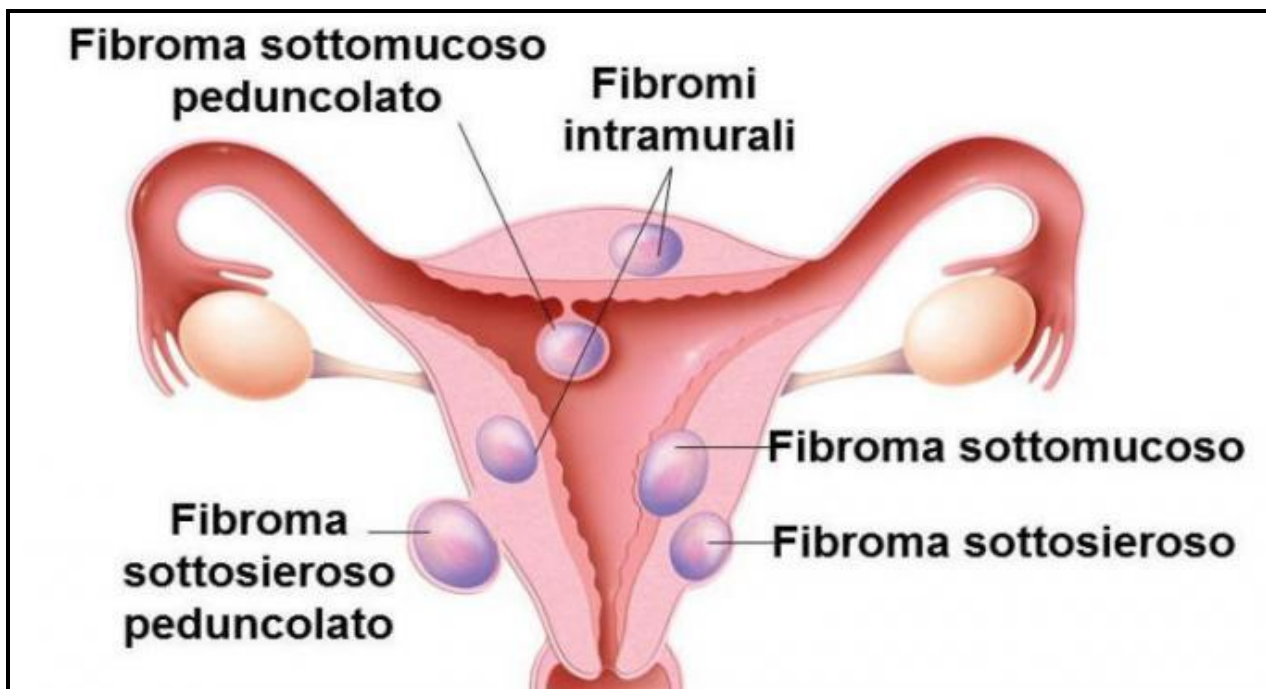
I termini mioma e fibroma sono usati come sinonimi.

L'indicazione all'intervento è posta dalla diagnosi di miomi (uno o più) ritenuti causa dei sintomi riferiti dalla paziente: cicli emorragici, dolore pelvico, infertilità.

Altre volte l'indicazione chirurgica viene posta dalle caratteristiche ecografiche: aspetto disomogeneo, con grandi vasi ben visibili, rapido accrescimento nel tempo.

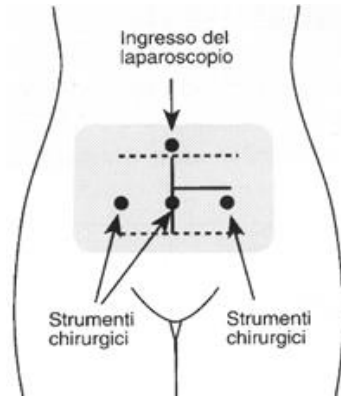
Il mioma è una patologia uterina benigna molto diffusa nella popolazione, si calcola che ne sia portatrice una donna su due.

Si differenziano per dimensioni e posizioni e quindi richiedono trattamenti diversi.

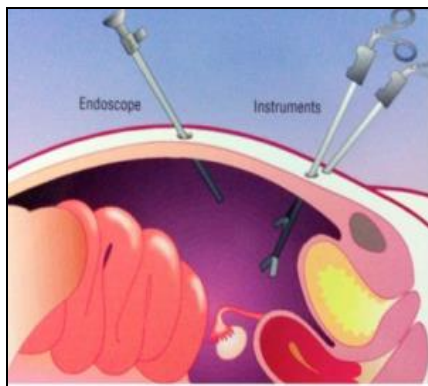


Nel caso di miomi intramurali e sottosierosi l'intervento sarà con **accesso laparoscopico**, significa che il chirurgo ginecologo che lo esegue non taglia la pancia, ma ci entra attraverso 4 incisioni da 5 mm.

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 sé dove gli **organi addominali vengono magnificati** cioè l'ingranditi in modo che diventa 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 importanti e costanti 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**.

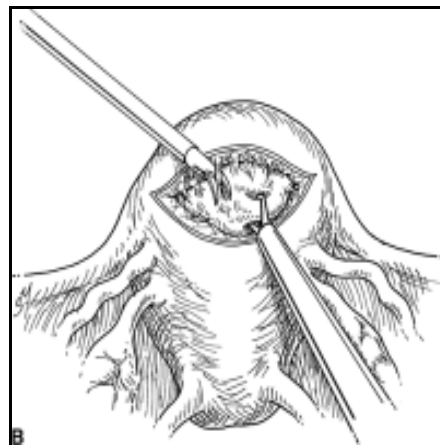
Non significa nemmeno chirurgia priva di rischi o complicanze, che sono meno frequenti della chirurgia tradizionale, ma non assenti, e riassumibili nelle seguenti percentuali

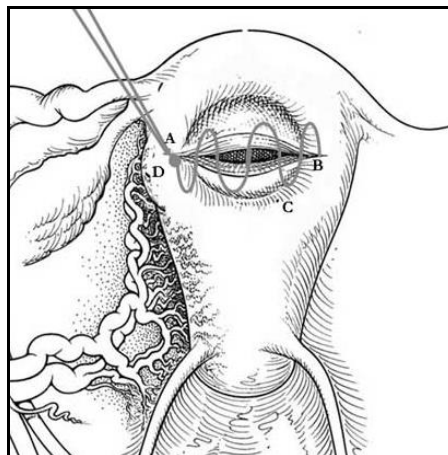
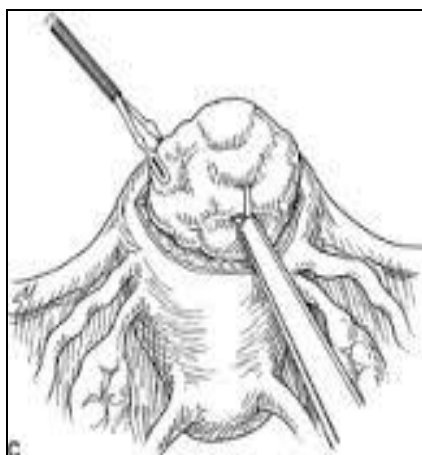
Emorragia intra o post-operatoria (possibilità di emotrasfusione, conversione laparotomica = apertura dell'addome o reintervento)	Basso 1%
Perforazione uterina	Basso 1%
Lesione ureterale	Molto basso < 1%
Peritonite	Molto basso < 1%
Lesione vescicale	Molto basso < 1%
Lesione intestinale con peritonite	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 consistete in

- incisione della parete uterina soprastante il mioma
- facilitazione all'espulsione del mioma dalla parete uterina
- estrazione del mioma dall'utero
si tratta di passaggi a rischio di sanguinamento, perché il muscolo di cui è fatto l'utero (miometrio) è molto ricco di vasi sanguigni che vengono necessariamente tagliati. Ci sono numerosi artifici tecnici per limitare la perdita di sangue, ma nonostante questi a volte può non essere irrilevante
- sutura della parete uterina.

Nel caso in cui la paziente si sottoponga all'intervento per ottenere una successiva gravidanza, in base alla sede, dimensione e profondità della sutura il ginecologo che esegue l'intervento esprime un giudizio sulla quantità di tempo da attendere prima di cercare una gravidanza e sulla modalità del parto più idonea (vaginale o cesareo)





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 richiede spesso 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.

E' sempre prevista anche la profilassi antibiotica.

Alla dimissione le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro per 15-20 giorni e le verrà prenotata la visita ginecologica di controllo da eseguire a 30 giorni circa dalla data dell'intervento.

L'esito dell'esame istologico verrà visionato dal medico ginecologo circa 20 giorni dopo l'intervento e sarà convocata telefonicamente solo nel caso di anomalie che richiedono ulteriori terapie. Se l'esito sarà negativo viene spedito al suo domicilio per posta ordinaria nei 30 giorni successivi all'intervento.

REVISIONATO luglio 2022 Direttore ff Dott.ssa Sara Fantinato