

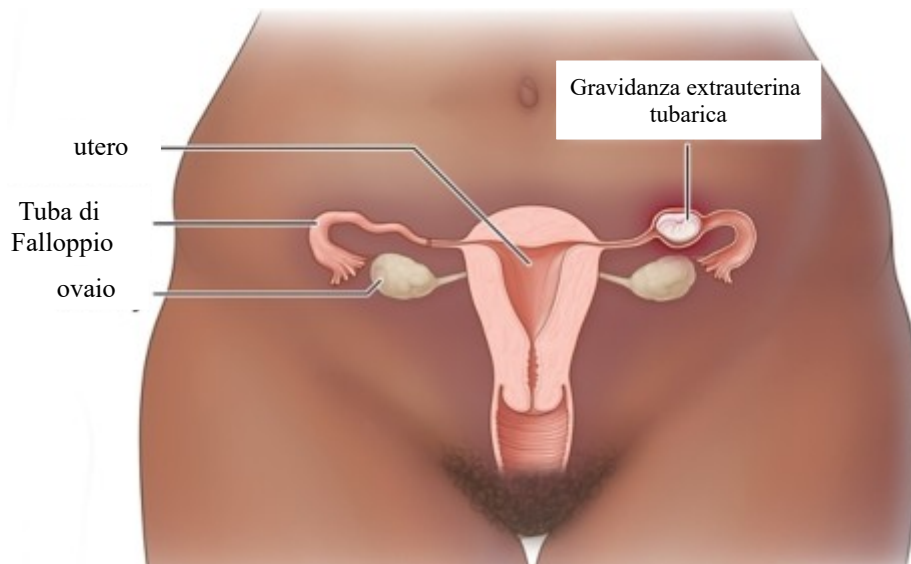
NOTE INFORMATIVE PRE-INTERVENTO

TRATTAMENTO DELLA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA TUBARICA

Può succedere che la gravidanza inizi al di fuori dell'utero.

Non è un evento raro: succede nell' 1,8% delle gravidanze.

La gravidanza si può sviluppare in ogni sede addominale, ma più frequentemente succede nelle tube.



Poche volte si trova una causa singola dell'evento, si conoscono molti fattori di rischio, tra questi i più rilevanti sono le precedenti infezioni pelviche, la precedente chirurgia pelvica, anomalie congenite di forma (dimensione, calibro, lunghezza) delle tube, che non sono prevedibili prima dell'evento.

Si arriva alla diagnosi dopo la valutazione di vari elementi

- dolore addominale acuto: in questo caso la tuba che ospita la gravidanza è molto dilatata o già rotta e ha causato sanguinamento in addome, da cui il

dolore. La soluzione è chirurgica (rimozione della tuba in laparoscopia) e da eseguire nel più breve tempo possibile

- dolore molto scarso (similmestruale) o assente, perdite ematiche vaginali scarse (come per inizio ciclo) o assenti in presenza di
 - o assenza di gravidanza in utero al controllo ecografico
 - o sospetto ecografico di gravidanza extrauterina
 - o dosaggio del BHCG plasmatico (prelievo di sangue) con scarso incremento o stabilità dei valori in due prelievi a distanza di 48 ore

La terapia prevede:

- solo osservazione nel caso di aborto spontaneo tubarico: la paziente non ha dolore, l'immagine ecografica descrive una lesione extrauterina molto piccola, i valori del BHCG sono in diminuzione e verranno rivalutati nel tempo fino ad azzeramento
- terapia medica: trattamento con metotrexate, un farmaco della classe dei chemioterapici senza effetti collaterali che "spegne" le cellule di trofoblasto (nome della placenta in stadio iniziale) presenti nella tuba. Si tratta solitamente di un'unica iniezione intramuscolare.

Per ottenere questa terapia devono essere soddisfatti requisiti specifici per le dimensioni della gravidanza extrauterina (misura ecografica) e valore numerico del BHCG; la paziente deve essere disponibile ad eseguire i controlli che le verranno indicati, e a non concepire per almeno 6 mesi dopo la conclusione della terapia a causa dell'effetto teratogeno (induzione di anomalie fetali) dei farmaci somministrati.

Deve essere a conoscenza che conservare una tuba che ha ospitato una gravidanza extrauterina significa conservare una tuba con forma distorta, che può essere sede di una seconda successiva gravidanza extrauterina.

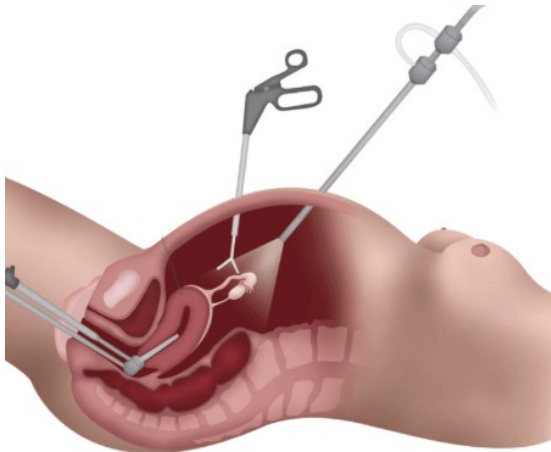
- terapia chirurgica

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.

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 e arricchiti di 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**.

*Revisione n°3 del 10/11/25- Dott.ssa Giulia Montan
Allegato note informative per trattamento della gravidanza extrauterina tubarica
Procedura PR0169 (gestione perioperatoria della paziente ginecologica)*

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.

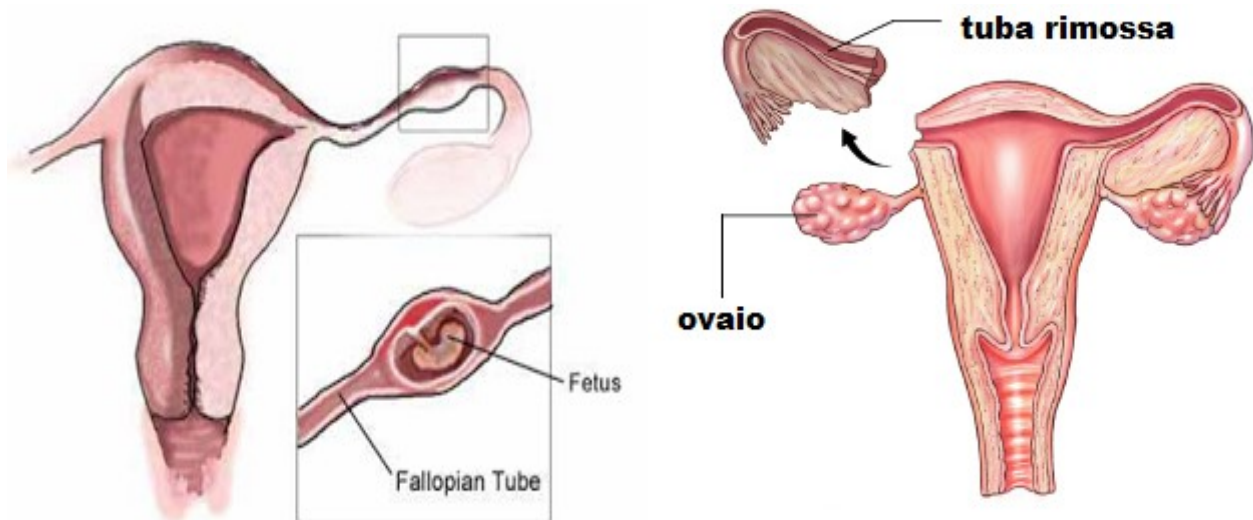
Chirurgia “gentile o miniinvasiva” non significa facile, o parziale, anzi è un tipo di chirurgia molto complessa che esige uno sforzo ed un addestramento importante e costante da parte del chirurgo, ma è **sempre la prima scelta dei chirurghi che lavorano in questo reparto,** per le irrinunciabili **ricadute 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:

- spremitura della salpinge: eseguito poche volte e solitamente nel caso in cui la gravidanza sia già in espulsione dalla fimbria (il suo ultimo tratto)
- asportazione della tuba mediante coagulazione e sezione (= bruciatura e taglio) della sottile membrane (mesosalpinge) che tiene unita la tuba all’ovaio. Poi la tuba viene estratte dalle incisioni addominali di cui si è detto prima.



Alcune note organizzative sull'intervento:

Dopo il ricovero eseguirà tutti gli esami preoperatori (prelievo del sangue ed ECG), e la compilazione della cartella clinica e del consenso informato sia con il ginecologo che con l'anestesista che incontrerà in sala operatoria.

Il ricovero è solitamente urgente dopo accesso di pronto soccorso e dura mediamente 24 ore. 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 nel corso della prima giornata postoperatoria. L'orario di dimissione varia anche in base a possibili concomitanti emergenze/urgenze di reparto.

A casa è invitata a riprendere da subito una vita normale, potrà fare la doccia da subito ed alimentarsi come desidera, preferenzialmente con cibi di facile digestione; non ci sono limitazioni di movimento. Non dovrà tornare in reparto per la rimozione dei punti di sutura, perché si riassorbono da soli dopo circa 10 giorni. 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; se nel suo caso le verrà consegnato alla visita di prericovero assieme alle istruzioni per l'autosomministrazione.

Non è prevista la profilassi antibiotica.

Alla dimissione le verrà prenotata la visita di controllo e le sarà compilato il

certificato per l'astensione dal lavoro per 3-4 giorni.

Dovrà ritirare l'esame istologico presso lo sportello "ritiro referti del CUP" dopo 40-60 giorni successivi all'intervento.

Alla luce di quanto letto, Le chiediamo di firmare il seguente consenso:

DICHIARA

- di aver compreso pienamente quanto illustrato
- di esprimere il proprio consenso
- di averne la capacità giuridica
- di essere a conoscenza che tale consenso è univoco, libero da coercizioni, che è revocabile, modulabile per fattori imprevisti che tuttavia si impegna a portare tempestivamente a conoscenza dei Sanitari, assumendosi comunque ogni responsabilità che possa derivare da interruzione o riduzioni del programma terapeutico previsto.
- di essere disposta al massimo livello di collaborazione con il Personale curante e di assistenza, al comune scopo di ottenere il più valido risultato possibile.

Data

Firma Paziente

Firma del Medico

Informativa consegnata in data _____

Da _____ Qualifica _____

*Revisione n°3 del 10/11/25- Dott.ssa Giulia Montan
Allegato note informative per trattamento della gravidanza extrauterina tubarica
Procedura PR0169 (gestione perioperatoria della paziente ginecologica)*