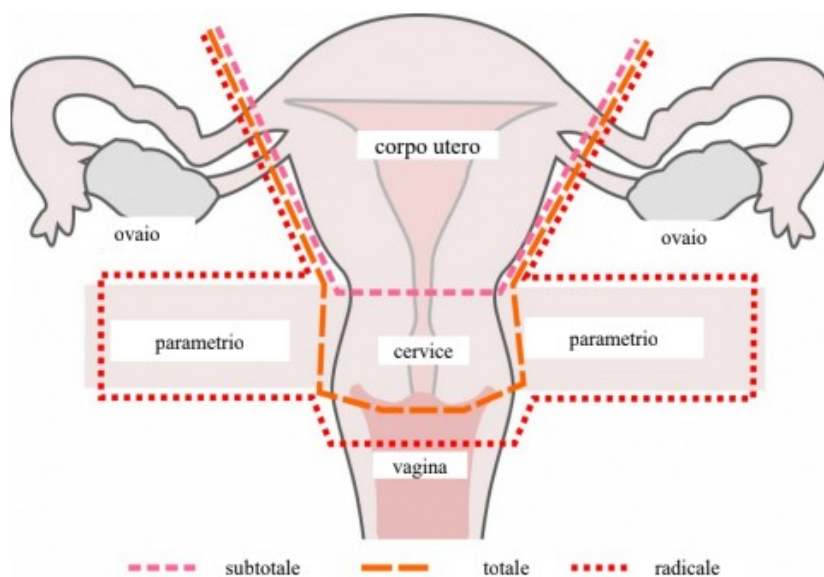


## NOTE INFORMATIVE PRE INTERVENTO

### CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

Per la terapia chirurgica del carcinoma della cervice, il trattamento di scelta condiviso nell'ambito della riunione multidisciplinare, consiste in un intervento chirurgico di **ISTERECTOMIA RADICALE con ANNESSECTOMIA BILATERALE e LINFOADENECTOMIA PELVICA SISTEMATICA, eventuale LINFOADENECTOMIA LOMBOAORTICA in base allo stadio di malattia**, che garantisce percentuali di **sopravvivenza a 5 anni** riportate in letteratura **dal 73% al 90%**.

Si tratta di un intervento maggiore demolitivo e gravato da una discreta percentuale di morbidità e mortalità peri e postoperatoria. Per questo motivo vorremmo spiegarLe quali sono le problematiche che dovremo affrontare insieme in sede intra- e post-operatoria e quali sono le alterazioni permanenti a cui Lei andrà incontro, e chiederLe il consenso informato ad effettuare tali procedure.



- **L'isterectomia radicale consiste nell'asportazione dell'utero, del suo tessuto di sostegno nella pelvi e della metà superiore della vagina con accesso laparotomico, quindi con incisioni chirurgiche classiche.**

La malattia si diffonde infatti al corpo dell'utero, in basso alla vagina, anteriormente verso la vescica, posteriormente verso il retto, lateralmente al tessuto di sostegno dell'utero fino alla parete pelvica: solo se tutte queste sedi vengono asportate si ottiene una completa eradicazione del tumore.

Ciò comporta però una serie di conseguenze:

1. l'assenza dell'utero, che Le impedirà di avere il ciclo mestruale ed una gravidanza
2. una vagina più corta, che talora può comportare la comparsa di dispareunia, cioè disturbi durante il rapporto sessuale. L'elasticità della vagina permette una parziale soggettiva regressione di tale sintomatologia nel tempo
3. l'interruzione dei plessi nervosi che decorrono nel tessuto di sostegno dell'utero, che può determinare la comparsa di "*disfunzioni urinarie*" precoci e tardive. In particolare, la difficoltà alla minzione spontanea nell'immediato post-operatorio richiederà l'utilizzo di un catetere vescicale fisso per qualche giorno e quindi *l'autocaterizzazione* a orari prestabiliti per un tempo variabile in relazione alla risposta individuale.

Le complicanze urinarie a lungo termine possono manifestarsi come scomparsa dello stimolo ad urinare, oppure mantenimento dello stimolo, ma impossibilità a svuotare la vescica, minzione dolorosa, più raramente incontinenza urinaria, legata spesso a condizioni pre-esistenti slatentizzate dall'intervento chirurgico.

**La percentuale di metastasi linfonodali per la Sua patologia è riportata in letteratura dell'ordine del 20% per i linfonodi pelvici e del 5 % per quelli aortici.**

Per questo motivo la **linfadenectomia** rappresenta un momento molto importante

dell'intervento. Si tratta dell'asportazione delle linfoghiandole incluse nel tessuto che circonda i vasi sanguigni della pelvi e dell'addome nel post operatorio. Inoltre, non è infrequente che la linfa proveniente dai vasi linfatici rimasti beanti si raccolga nel tessuto cellulare lasso e nel sottocute, determinando la comparsa di gonfiore, prevalentemente agli arti inferiori, definita **"linfedema"**. In altri casi, la linfa può raccogliersi in tessuto organizzato formando delle cisti del tutto benigne, definite **"linfoceli"**, che possono riassorbirsi spontaneamente o essere aspirate se sintomatiche.

**La chirurgia pelvica radicale comporta una certa percentuale di mortalità e morbidità**

**peri- e post-operatoria, riportate in letteratura dell' 1% e del 30%, rispettivamente.**

Complicanze intra-operatorie descritte per questo intervento sono state lesioni accidentali dei vasi, dell'uretere, della vescica, del retto o del nervo otturatorio. Solitamente la immediata riparazione di queste lesioni non determina effetti a lungo termine. La perdita ematica stimata è nel range di 800-1500 ml.

Complicanze intra-operatorie descritte per questo intervento sono state lesioni

accidentali:

Emorragia intra o post-operatoria Basso 1%

(possibilità di emotrasfusione, conversione laparotomica = apertura dell'addome o reintervento)

Perforazione uterina Basso 1%

Lesione ureterale Basso 2-3 %

Peritonite	Molto basso < 1%
Lesione vescicale	Molto basso < 1%
Lesione intestinale con peritonite	Molto basso < 1%
Deiscenza (apertura) della sutura della vagina	Molto basso < 1%
Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Molto basso < 1%
Rischio anestesiológico	Rarissimo < 1‰
Infezioni post-operatorie	Basso 9%
Neuropatia	Molto basso < 1%
Lesione diaframmatica	Basso 5 %

Complicanze post-operatorie descritte per questo intervento sono state:

trombosi venosa profonda (5-8%), embolia polmonare (2-3%) raramente mortale, polmonite (1-2%), deiscenza della sutura (5-10%), linfocisti (5-20%), fistola urinaria (1%), fistola intestinale (1%), disfunzione vescicale (20%) di variabile entità, linfedema (2%), più frequente nelle pazienti trattate con radioterapia adiuvante, infezioni urinarie ricorrenti (10%), ileo postoperatorio prolungato (5%). La mortalità è inferiore all'1% e la maggior parte delle complicanze sono di grado lieve-moderato; le complicanze gravi con pericolo di vita per la paziente compaiono in meno del 5% dei casi.

La prevenzione di queste complicanze è possibile, grazie ad una adeguata preparazione del paziente e del team chirurgico e anestesiológico e all'assistenza specializzata intra- e post-operatoria, ma esistono dei rischi inevitabili, correlati con una chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi.

- **L'accuratezza della stadiazione clinica nei tumori precoci della cervice uterina è circa dell'80%.**

L'utilizzo di esami strumentali avanzati come la Risonanza Magnetica Nucleare permette di aumentare l'accuratezza diagnostica, che in alcuni distretti arriva fino al 95%. D'altra parte, è possibile che la valutazione in sede intraoperatoria evidenzi la presenza di malattia microscopica nei pressi della vescica o del retto, fatto che rende impossibile l'eradicazione completa del tumore senza l'asportazione parziale di un tratto di intestino o di vescica (in questo caso occorrerebbe confezionare una stomia di protezione, solitamente temporanea e solo raramente definitiva). Nel caso in cui la malattia fosse diffusa a livello addominale o nei tessuti del perostio, nei vasi o nei nervi essa non sarebbe completamente eradicabile per cui in questo caso sarebbe inutile oltre che dannoso proseguire l'intervento che quindi verrebbe sospeso immediatamente.

E' possibile modulare il tipo di intervento, e quindi la quantità di vagina o di tessuto pericervicale o di linfonodi da asportare, in relazione alla diffusione della malattia osservata in sede intra-operatoria. Per questo motivo, sebbene l'intento sia quello di curarla diminuendo il più possibile gli effetti collaterali della terapia chirurgica, è necessario che Lei consenta a sottoporsi a tutte le procedure sopra indicate, considerando però la possibilità che non tutte vengano effettuate.

## **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 oncologo che con l'anestesista.

Il ricovero sarà la mattina stessa dell'intervento, se non in alcune rare condizioni per necessità ai fini dell'intervento.

A distanza di poche ore dalla fine dall'intervento (dipendentemente dal tipo e durata dell'intervento subito) 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

La notte non avrà bisogno di assistenza (salvo casi eccezionali da concordare con il personale infermieristico).

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 sempre 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.

Alla dimissione le verrà prenotata la visita di controllo da eseguire dopo 30 giorni circa dall'intervento e le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro

- 20 giorni nel caso di isterectomia radicale

A circa 30 giorni dall'intervento le verrà fissata la visita di controllo.

L'esame istologico verrà inviato con urgenze in modo da ottenere quanto prima il referto e avviare se necessario il follow-up oncologico e/o altre cure necessarie. L'esame istologico verrà consegnato e commentato al suo arrivo da parte del ginecologo oncologo o dall'oncologo alla prima visita oncologica.

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 .....**