

NOTE INFORMATIVE PRE-INTERVENTO

CARCINOMA ENDOMETRIO

Il carcinoma dell'endometrio è una malattia maligna della mucosa che riveste internamente l'utero. Nella maggior parte dei casi è diagnosticato precocemente ed è poco aggressivo.

La diffusione di questa patologia avviene prevalentemente per estensione diretta all'interno dell'utero, verso lo strato muscolare dell'utero e verso il canale cervicale. Data la lenta crescita del tumore e' rara l'estensione agli altri organi pelvici (vescica, retto), mentre non e' infrequente l'interessamento metastatico alle ovaie. Per il trattamento è necessaria una stadiazione "chirurgico-patologica" allo scopo di valutare l'effettiva estensione della neoplasia per pianificare la migliore terapia. Una corretta stadiazione chirurgica prevede l'esecuzione di:

- **Accurata esplorazione della superficie degli organi**
- **Isterectomia totale (asportazione di tutto l'utero)**
- **Annessiectomia bilaterale (asportazione di ovaie e tube)**
- **Asportazione del linfonodo sentinella bilateralmente**

L'intervento verrà eseguito per via laparoscopica. In ogni caso 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 osservare tutti gli organi addominali, poi esegue altre due o tre incisioni nella parte bassa dell'addome attraverso le quali vengono introdotti in addome gli strumenti che permettono di lavorare all'interno della pancia che così resta chiusa. Solo in una maggioranza di casi (<1%) in caso di

difficoltà tecniche (solitamente in caso di utero molto grande o eccessiva perdita ematica) è necessario convertire l'intervento alla modalità tradizionale aprendo la pancia.

Dal punto di vista oncologico, l'intervento chirurgico di Isterectomia totale ed annessiectomia bilaterale e' considerato adeguato, e garantisce nella maggior parte dei casi percentuali di sopravvivenza a 5 anni superiori al 98% negli stadi iniziali, che sono i più frequenti.

Vorremmo inoltre spiegarLe quali sono le problematiche intra- e post-operatorie che dovremo affrontare insieme e quali sono le possibili alterazioni permanenti a cui Lei andrà incontro, e chiederLe il consenso informato ad effettuare tali procedure.

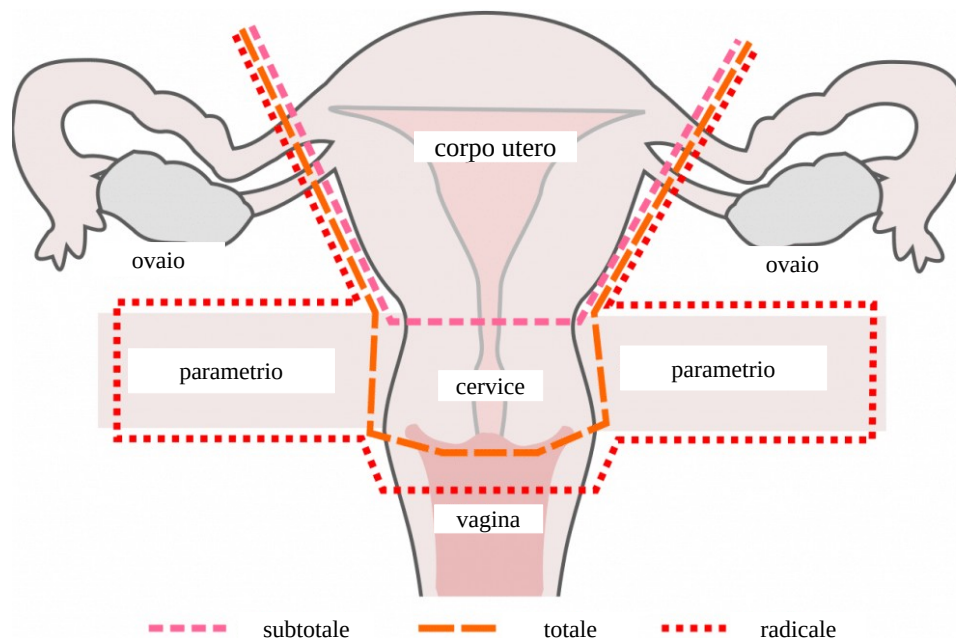
L' **ISTERECTOMIA TOTALE** comporta una serie di conseguenze:

- L'asportazione dell'utero Le impedirà, se Lei e' ancora in eta' fertile, di avere il ciclo mestruale ed un'eventuale gravidanza, e a lungo termine potrebbe portare ad un prolasso del fondo vaginale anche se viene eseguito routinariamente il tempo chirurgico della colposospensione.

In tutti i casi l'intervento prevede la **colposospensione**, ossia il fissaggio della cupola vaginale e della vescica verso l'alto con dei punti particolari. E' un passaggio preventivo rispetto al possibile sviluppo di prolasso della vescica o incontinenza urinaria dopo l'intervento, anche a distanza di molti anni.

- L'asportazione di entrambe le ovaie può comportare la comparsa immediata dei segni e sintomi menopausali (vampate, secchezza delle mucose) così come degli effetti a lungo termine (patologia cardiovascolare, osteoporosi).

Tecnicamente l'intervento può essere immaginato come da questo disegno.



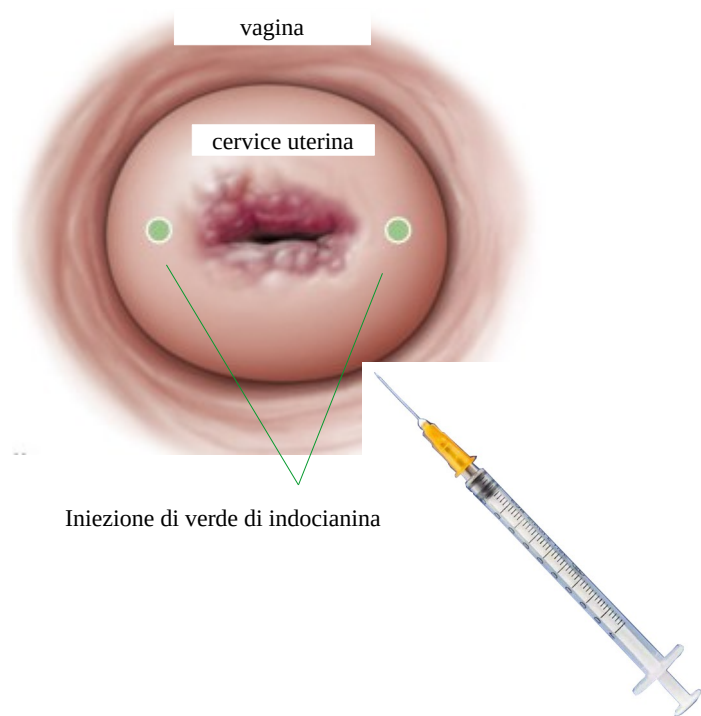
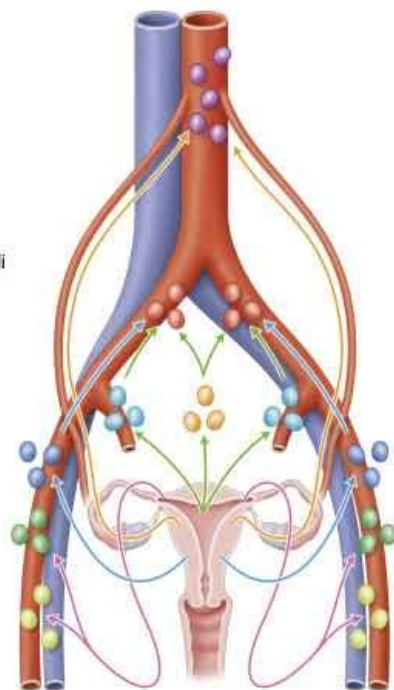
La percentuale di **metastasi linfonodali** per la Sua patologia è funzione dello stadio della malattia e di due parametri del tumore: il tipo istologico e il grado di differenziazione cellulare, ed è variabile dal 5-34% per i linfonodi pelvici e dal 2-50% per quelli aortici. Per questo fino a qualche anno fa, si eseguiva la linfadenectomia (asportazione dei linfonodi) pelvici e lomboaortici.

La linfadenectomia potrebbe quindi migliorare la prognosi, ma è anche gravata da complicanze importanti come emorragie in seguito alla lesione accidentale dei vasi o difetti di funzione muscolari per lesioni nervose. 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.

E' attualmente considerata accurata e sicura l'asportazione selettiva dei linfonodi sentinella, primi linfonodi a ricevere il drenaggio linfatico dal corpo uterino. Eseguiremo quindi questa biopsia selettiva dei linfonodi pelvici secondo la tecnica riconosciuta del "linfonodo sentinella", che offre una possibilità di stadiazione chirurgica con un basso tasso di falsi negativi (inferiori ad un 5%), ed un atteggiamento dunque più conservativo e meno rischioso. Se i linfonodi sentinella saranno negativi, ossia non contengono cellule maligne ad un esame istologico molto accurato, significa che la malattia non è diffusa, quindi è confermato lo stadio iniziale 1 o 2. Potrebbero seguire terapie adiuvanti (solitamente radioterapia) oppure no. Se risulteranno positivi dovrà essere sottoposta a terapie sistemiche (chemioterapia) per ottenere la guarigione.

Gangli linfatici:

- Para-aortici
- Iliaci comuni
- Presacrali
- Iliaci interni
- Iliaci esterni
- Inguinali profondi
- Inguinali superficiali



La **tecnica del linfonodo sentinella** comprende:

1. **Iniezione del tracciante**

Durante l'intervento chirurgico, il chirurgo inietta un tracciante (spesso il verde di indocianina- un liquido verde) ad ore 3 e 9 della cervice uterina (collo dell'utero).

2. Mappatura linfatica:

Il tracciante viene poi assorbito dal sistema linfatico e viaggia verso il primo linfonodo che drena la linfa dall'utero.

3. Identificazione e rimozione:

Usando strumenti speciali, il linfonodo sentinella di ambo i lati viene identificato (può "illuminarsi" o apparire di un colore specifico, a seconda del tracciante) e rimosso dal retroperitoneo.

4. Esame istologico:

I linfonodi prelevati vengono inviati all'anatomia patologica per esaminare se contengono cellule tumorali.

5. Se non funziona tale metodica (in una percentuale bassa di casi < 5%) si può o ri-iniettare il tracciante sul collo dell'utero oppure eseguire la linfoadenectomia pelvica sistematica (rimuovere tutti i linfonodi pelvici ed inviarli all'esame istologico) in modo di studiare in modo ottimale l'estensione del tumore.

Complicanze intra-operatorie descritte per questo intervento sono state lesioni accidentali:

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%
Deiscenza (apertura) della sutura della vagina	Molto basso < 1%
Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Rarissimo < 1‰
Rischio anestesilogico	Rarissimo < 1‰
Infezioni post-operatorie	Basso 9%
Neuropatia	Molto basso < 1%

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 (5-10%), linfedema (2%).

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 anestesiologicalo e all'assistenza specializzata intra- e post-operatoria, ma esistono dei rischi inevitabili, correlati con una chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi.

D'altra parte, è possibile che la valutazione in sede intra-operatoria evidenzi che il carcinoma sia tenacemente adeso ad alcune anse intestinali od alla parete vescicale, per cui l'eradicazione completa del tumore rende necessaria l'asportazione di parte della vescica (resezione parziale della vescica) e/o del tratto di intestino interessato (resezione intestinale).

Questo comporta il confezionamento di un'anastomosi intestinale anche con deviazione del materiale fecale attraverso una stomia provvisorio o definitivo.

Nel caso in cui la malattia fosse molto diffusa a livello delle superfici degli organi addominali potrebbe essere inutile oltre che dannoso proseguire l'intervento che quindi verrebbe sospeso immediatamente (**intervento chirurgico di laparotomia /laparoscopia esplorativa**).

E' possibile modulare il tipo di intervento 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 alle procedure sopra indicate, considerando però la possibilità che non tutte vengano effettuate.

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

La paziente dichiara di essere stata informata delle possibilità di cura di questo intervento e delle sue possibili complicanze specifiche già descritte nonostante esso venga eseguito correttamente.

Consapevole della possibilità di modulare la radicalità della chirurgia in relazione alla estensione della malattia, delega in piena coscienza il Personale Medico Curante a decidere modi e tempi del trattamento ed il ricorso alle metodiche chirurgiche o non chirurgiche che si rendessero necessarie. E' stata informata anche della specifica possibilità di complicazioni infettive postoperatorie e del relativo grado di imprevedibilità nonché di possibili anomalie di tolleranza a sostanze analgesiche od anestetiche

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.

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

.....