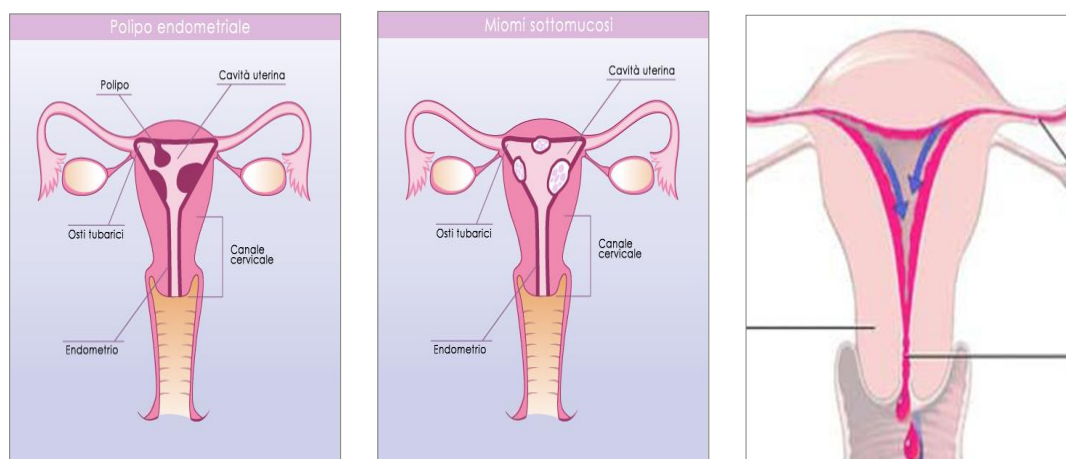


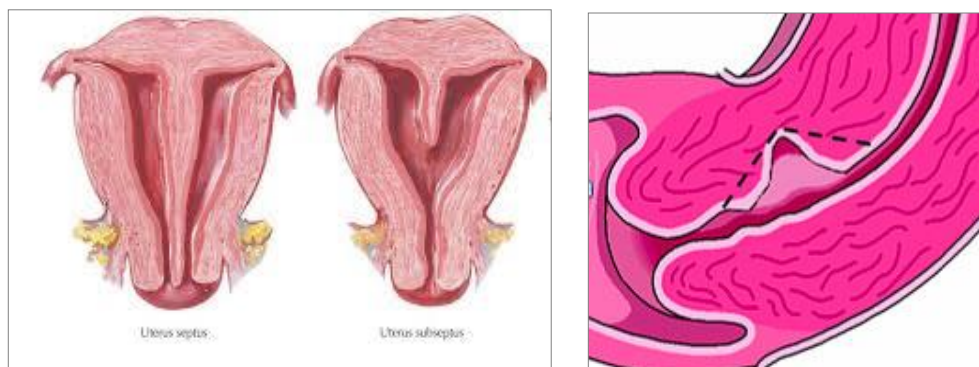
NOTE INFORMATIVE PRE INTERVENTO

ISTEROSCOPIA OPERATIVA

L'indicazione all'intervento è posta dalla presenza di una o più lesioni endouterine (polipi o miomi, endometrio iperplastico o psuedopolipoide)



o anomalie congenite della forma dell'utero (utero setto, di vari gradi) o acquisite (istmocele, anomalia di guarigione della ferita del taglio cesareo).

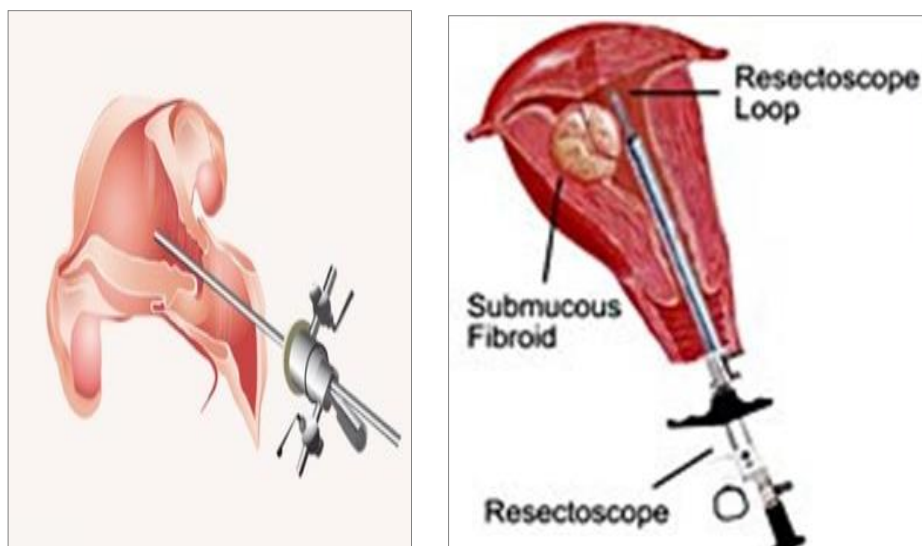


Sono tutte condizioni che portano a sanguinamento uterino anomalo (definito dalla sigla AUB) o a difficoltà a concepire o portare a termine la gravidanza. E' quindi sempre indicata la terapia chirurgica.

Lo studio delle lesioni va eseguito con:

- ecografia pelvica transvaginale eseguita da un ginecologo
- isteroscopia diagnostica

L'intervento sarà con **accesso isteroscopico**, significa che il chirurgo ginecologo che lo esegue arriva all'interno della cavità utero con una telecamera (isteroscopia)



Il ginecologo vede le immagini raccolte dalla telecamera su uno schermo davanti a se' dove le lesioni endouterine vengono magnificate, cioè l'ingrandite e arricchite di dettagli anatomici non visibili ad occhio nudo.

Dallo strumento escono delle lame calde che incidono, sminuzzano ed estraggono la lesione.

L'anestesia è sempre generale (sedazione profonda).

Si tratta di chirurgia miniinvasiva, che ovviamente non significa priva di rischi, seppur poco frequenti, che sono qui elencati

Emorragia intra o post-operatoria (possibilità di emotrasfusione, conversione laparotomica = apertura dell'addome o reintervento)	Basso 1%
Perforazione uterina	Basso 1%
Sindrome di Asherman (cicatrici endouterine)	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‰
Sindrome da intravasazione (scompenso cardio-circolatorio)	Rarissimo < 1‰
Rischio anestesilogico	Rarissimo < 1‰

Nel caso della miomectomia, per miomi molto grandi o molto profondi nel miometrio, è sempre possibile ipotizzare che non si riesca ad eseguire l'intervento in una sola volta, ma con due ricoveri a distanza di circa 60 giorni.

In altri casi dopo l'intervento viene consigliata un'isteroscopia diagnostica (ambulatoriale) a distanza di 60 giorni per verificare la riuscita dell'intervento.

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, nel corso del pomeriggio sarà dimessa.

A casa è invitata a riprendere da subito una vita normale, potrà fare la doccia da subito e alimentarsi come ritiene, meglio se con cibi di facile digestione.

Nei giorni successivi è normale avere delle perdite vaginali di sangue (anche per 15-20 giorni, ma mai con carattere emorragico) e dolore pelvico simil mestruale, per il quale può assumere l'antidolorifico a cui è più abituata.

Alla dimissione le verranno ripetute e scritte tutte le informazioni utili per la convalescenza.

Questo tipo di intervento non richiede profilassi antitrombotica ne' antibiotica, se non in casi particolari.

Alla dimissione le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro per il giorno successivo a quello dell'intervento.

A circa 30 giorni dall'intervento un medico consegnerà alla paziente l'esito dell'esame istologico (accesso secondo le modalità spiegate alla dimissione).

REVISIONATO 31.07.16 Direttore Dott. Marcello Scollo