

Regione del Veneto

Azienda ULSS n.7 Pedemontana

Via del Lotti,n.40

36061 Bassano del Grappa(VI)

Codice fiscale e partita IVA 00913430245

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, ospedale di Santorso

Direttore dott. Marcello Scollo



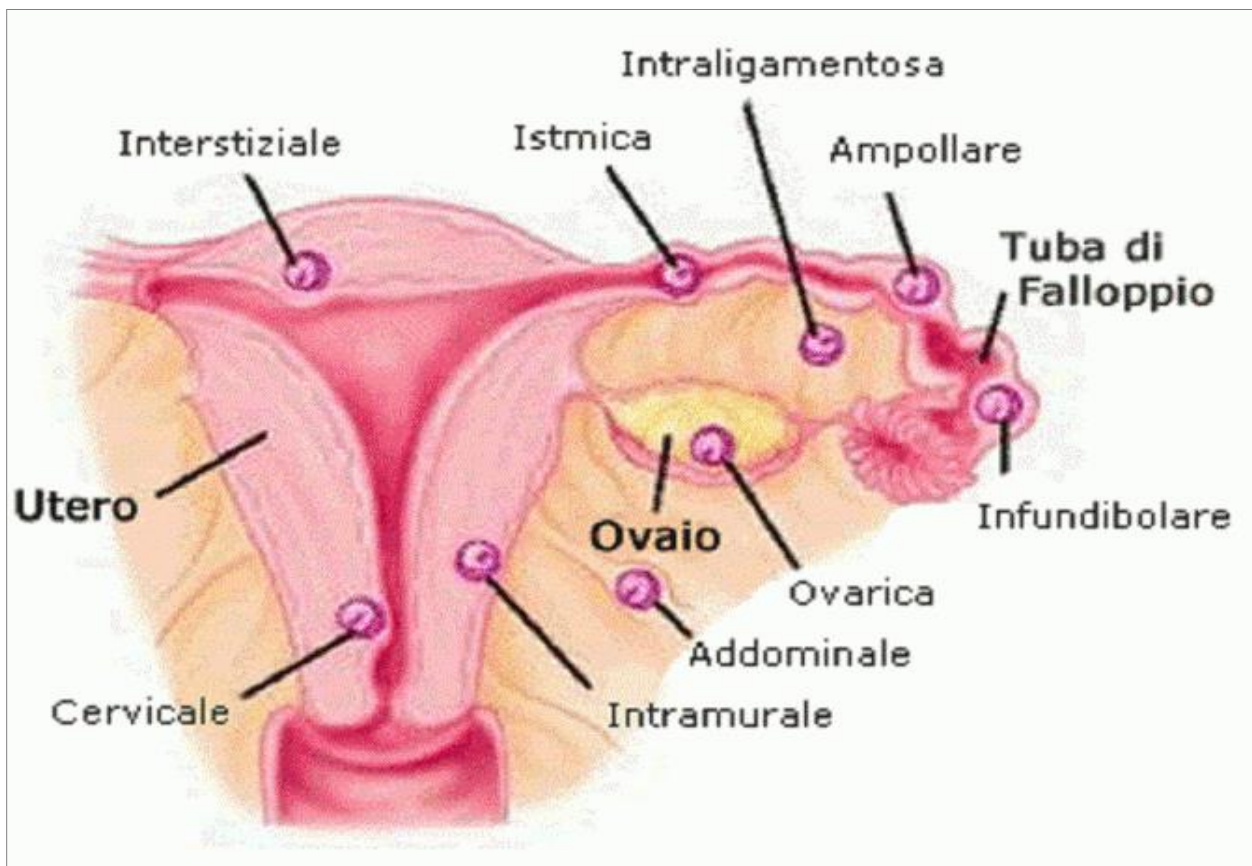
NOTE INFORMATIVE PRE-INTERVENTO

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 conoscibili 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:

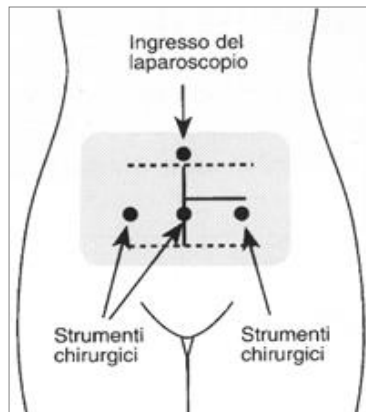
- solo osservazione nel caso di aborto spontaneo tubarico: la paziente non ha dolore, l'immagine ecografica descrive una lesione extrauterina molto piccola, i valori del BHCG sono in diminuzione e verranno rivalutati nel tempo fino ad azzeramento
- terapia medica: trattamento con metotrexate, un farmaco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

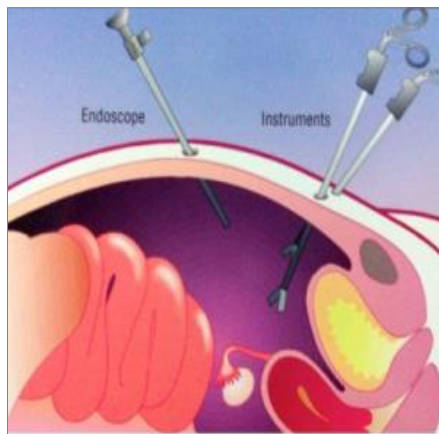
- terapia chirurgica

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 sé 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**.

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***.

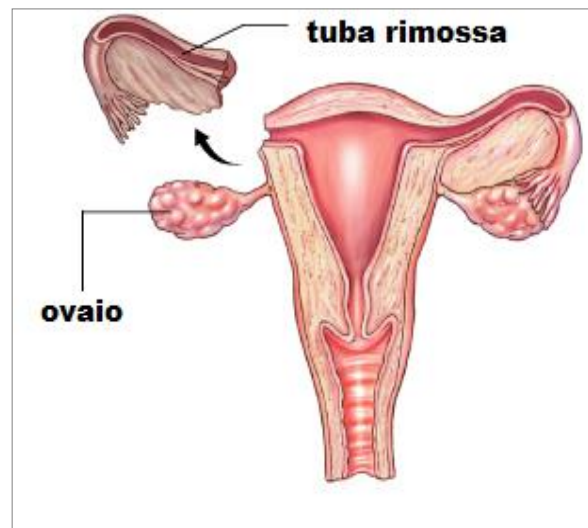
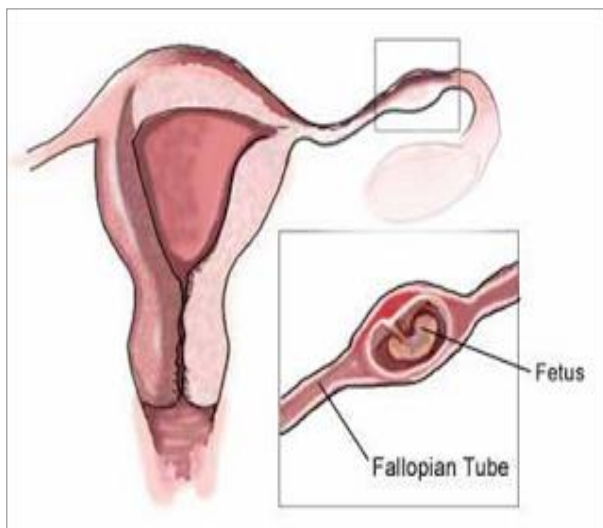
Non significa nemmeno chirurgia priva di rischi o complicanze, che sono meno

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 **nella** coagulazione e sezione (= bruciatura e taglio) della sottile membrane (mesosalpinge) che tiene unita la tuba all'ovaio. Poi le tube vengono 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.

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.

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 dimissione assieme alle istruzioni per l'autosomministrazione.

Non è prevista la profilassi antibiotica.

Alla dimissione le verrà prenotata la visita di controllo da eseguire dopo 30 giorni dall'intervento e le sarà compilato il certificato per l'astensione dal lavoro per 3-4 giorni.

Dopo 8 giorni dall'intervento dovrà recarsi presso il laboratorio analisi per l'esecuzione di un emocromo di controllo; se non riceverà informazioni telefoniche nei giorni successivi significa che l'esame è andato bene.

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

