

 	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE</b> <b>SANITARIA PER</b> <b>ISTERECTOMIA RADICALE, ANNESSIETOMIA</b> <b>BILATERALE LAPAROSCOPICA O ROBOTICA,</b> <b>EVENTUALE ASPORTAZIONE DI LINFONODO</b> <b>SENTINELLA, FINO A LINFOADENECTOMIA</b> <b>PELVICA LOMBOAORTICA</b>	<b>UOC DM – UOC</b> <b>GINECOLOGIA</b> <b>ONCOLOGICA</b> <b>MOD 03-2022</b> <b>Rev. 00</b> <b>28.04.2022</b> <b>PAG 1 DI 3</b>
---	---	--

Gentile Signora,

La **informiamo** che, in base alla Sua patologia:

### **CARCINOMA DELL'ENDOMETRIO**

Lei dovrà essere sottoposto a un **trattamento sanitario diagnostico** definito:

### **ISTERECTOMIA RADICALE CON ANNESSIETOMIA BILATERALE LAPAROSCOPICA O ROBOTICA, EVENTUALE ASPORTAZIONE DI LINFONODI SENTINELLA FINO A LINFOADENECTOMIA PELVICA BILATERALE E LOMBOAORTICA**

La **informiamo** che la terapia di elezione del carcinoma dell'endometrio è chirurgica.

La **informiamo** che l'intervento standard è la isterectomia radicale extrafasciale - tipo A, secondo Querleu-Morrow - (asportazione dell'utero) e l'annessiectomia bilaterale (asportazione di ovaie e tube). In alcune situazioni sulla base degli esami preliminari viene fatta un'infiltrazione di un colorante (verde indocianina) sul collo dell'utero per identificare e asportare i primi linfonodi che drenano il tumore (linfonodi sentinella). Nel corso dell'intervento in genere viene eseguito un esame istologico estemporaneo dell'utero, utile per valutare alcune caratteristiche della neoplasia (invasività locale del tumore, grado di differenziazione istologica ecc) e che potrà modificare l'entità dell'intervento stesso includendo, a seconda dei casi, l'asportazione di altre strutture tra cui i linfonodi pelvici e/o lomboaortici, l'omento, la parete vaginale. Sebbene non vi siano differenze sostanziali in termini di complicanze maggiori tra la tecnica minivasiva (laparoscopica/robotica) e laparotomica (RCOG/BSGE Green-top Guideline No. 67), l'approccio minivasivo è, in genere, da preferire a quello laparotomico per la minore durata della degenza ospedaliera, per la riduzione del dolore post-operatorio e una più rapida ripresa post-chirurgica, fermo restando che la scelta finale della tecnica dipenderà da vari fattori tra cui la Sua condizione clinica e la fattibilità della tecnica ritenuta più idonea dall'equipe chirurgica. Inoltre, in alcune situazioni, nonostante l'esperienza del team chirurgico, si renderà necessaria, al fine di espletare in sicurezza l'intervento, la conversione laparotomica (apertura della parete addominale).

La **informiamo** che le probabili conseguenze potranno essere (inclusi i rischi correlati):

- complicanze intra-operatorie: lesioni accidentali dei vasi sanguigni e degli organi addominali e pelvici (ad es. ureteri, vescica, intestino, nervi, sistema muscolo-tendineo) che possono manifestarsi durante l'intervento e quindi essere riparate nella stessa seduta o richiedere successivi interventi di riparazione;
- complicanze post-operatorie: infezioni, sepsi, trombosi venosa profonda, embolia polmonare raramente mortale, polmonite, deiscenza-infezione della sutura, linfocisti, linfedema, aderenze addomino-pelviche, volvolo, perforazioni intestinali, dolore cronico, emorragie, fistole vescicali e ureterali, stenosi ureterali che possono comportare nel tempo insufficienza di organo (insufficienza

 	<b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE</b> <b>SANITARIA PER</b> <b>ISTERECTOMIA RADICALE, ANNESSIETOMIA</b> <b>BILATERALE LAPAROSCOPICA O ROBOTICA,</b> <b>EVENTUALE ASPORTAZIONE DI LINFONODO</b> <b>SENTINELLA, FINO A LINFOADENECTOMIA</b> <b>PELVICA LOMBOAORTICA</b>	<b>UOC DM – UOC</b> <b>GINECOLOGIA</b> <b>ONCOLOGICA</b> <b>MOD 03-2022</b> <b>Rev. 00</b> <b>28.04.2022</b> <b>PAG 2 DI 3</b>
---	---	--

renale cronica). 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;

- complicanze post-operatorie tardive: sono quelle che potrebbero presentarsi dopo che Lei sarà stata dimessa. Possono essere di ordine cardiovascolare (embolie, infarto,) ematologiche (tromboembolismo), intestinali (volvoli, aderenze, perforazioni, stenosi, ernie), urinarie (fistole, incontinenza, stenosi, che possono portare ad insufficienza renale cronica), o complicanze derivate da difetti dei tessuti e tegumenti (deiscenze, infezioni, ernie.). In genere sono infrequenti e, se insorgessero, saranno opportunamente trattate con eventuali nuovi ricoveri e nuove procedure mediche e chirurgiche. Le suture addomino-pelviche che possono andare incontro ad anomala cicatrizzazione con formazione di cicatrici ipotrofiche, ipertrofiche o cheloidi a causa di una individuale predisposizione, sia ovviamente per specifiche condizioni transitorie di maggiore suscettibilità cutanea.

La **informiamo** che l'isterectomia con l'annessiectomia comporta:

- la perdita permanente della funzione ormonale (menopausa) e della funzione riproduttiva (impossibilità ad avere una gravidanza);
- la vagina più corta, che può comportare la comparsa di dispareunia, cioè disturbi/dolori durante il rapporto sessuale. Con il tempo grazie all'elasticità della vagina, la dispareunia potrebbe avere una parziale e soggettiva regressione;
- la modificazione della statica del pavimento pelvico che può causare l'insorgenza di prolasso genitale e/o incontinenza vescicale/rettale.

La **informiamo** che esistono dei rischi inevitabili, correlati con la chirurgia demolitiva a cui Lei consente di sottoporsi e a condizioni individuali, che fanno sì che il rischio residuo di queste complicanze non sia mai uguale a zero.

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, in alcuni casi, non tutte verranno effettuate o che altre al momento non prevedibili, possano rendersi necessarie.

La **informiamo** che al trattamento sopra specificato sono possibili altre opzioni di trattamento, quali:

- radioterapia o
- trattamento ormonale con progestinici.

La **informiamo** che utilizzeremo i tessuti e/o organi eventualmente asportati oltre che per una diagnosi isto-patologica anche per procedure finalizzate al miglioramento delle conoscenze in campo scientifico.

	<p><b>DIPARTIMENTO CLINICA E RICERCA ONCOLOGICA</b> <b>MODULO INFORMATIVO ALLA PRESTAZIONE</b> <b>SANITARIA PER</b> <b>ISTERECTOMIA RADICALE, ANNESSIECTOMIA</b> <b>BILATERALE LAPAROSCOPICA O ROBOTICA,</b> <b>EVENTUALE ASPORTAZIONE DI LINFONODO</b> <b>SENTINELLA, FINO A LINFOADENECTOMIA</b> <b>PELVICA LOMBOAORTICA</b></p>	<p>UOC DM – UOC GINECOLOGIA ONCOLOGICA MOD 03-2022 Rev. 00 28.04.2022 PAG 3 DI 3</p>
---	--	--

La **informiamo** che gli studenti in Medicina o delle Professioni Sanitarie e/o tirocinanti possono partecipare al percorso di cura in maniera proporzionale alle competenze acquisite ed essere coinvolti anche nel processo di acquisizione del Consenso Informato.

Roma li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_