

CONSENSO INFORMATO
AL TRATTAMENTO CHIRURGICO PER
ENDOMETRIOSI

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CHIRURGICO PER ENDOMETRIOSI

Gentilissima Signora,

in base a principi giuridici, deontologici ed etici condivisi, ogni atto medico richiede l'assenso dell'avente diritto dopo adeguata informazione. Pertanto, prima di sottoporla ad intervento chirurgico, Le chiediamo di leggere con attenzione questo documento, di discuterlo e di condividerlo, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

• **CONSIDERAZIONI GENERALI**

• **STADIAZIONE**

• **CARATTERISTICHE SPECIFICHE DELLE LESIONI ENDOMETRIOSICHE**

- ovaio
- endometriosi profonda
- adenomiosi

• **OPZIONI DI TRATTAMENTO**

- endometriosi e infertilità
- terapia medica
- trattamento chirurgico

• **SPECIFICHE TIPOLOGIE DI INTERVENTO**

- endometriosi ovarica
- endometriosi profonda del compartimento anteriore
- endometriosi profonda del compartimento posteriore e laterale
- endometriosi infiltrante della parete addominale
- endometriosi in sedi atipiche
- adenomiosi
- trattamento chirurgico demolitivo

• **RISCHI E COMPLICANZE**

- rischi generici
- rischi specificamente correlati alla tecnica laparoscopica
- rischi specificamente correlati alla procedura chirurgica

CONSIDERAZIONI GENERALI

L'endometriosi è una patologia caratterizzata dalla proliferazione di tessuto endometriale (fisiologicamente localizzato all'interno dell'utero) in sedi anomale, pelviche o più raramente in addome superiore.

Pur essendo attualmente una delle patologie più studiate in campo ginecologico, restano ancora molti dubbi circa le cause e la patogenesi. Esistono sostanzialmente quattro tipologie di localizzazioni endometriosiche: nella muscolatura uterina (adenomiosi), nell'ovaio (endometrioma), superficiali (focolai, associati spesso ad aderenze) e infiltranti (possono interessare tutte le strutture pelviche - area retro e parauterina, sigma-retto, vescica e vie urinarie, vagina e setto retto-vaginale- e talora anche segmenti intestinali a distanza e la parete addominale). Tali localizzazioni tissutali, da qui in seguito denominate lesioni endometriosiche, tipicamente determinano un processo infiammatorio con conseguente sintomatologia dolorosa frequente soprattutto in fase mestruale (dismenorrea) e periovulatoria.

Oltre alle algie pelviche e/o addominali diffuse, la malattia, a seconda delle localizzazioni, può determinare anche dolore con i rapporti sessuali (dispareunia), alterazioni delle abitudini intestinali (stipsi/diarrea/ gonfiore e meteorismo addominale), dolore con la defecazione (dischezia), dolore con la minzione (disuria) e talora dolore pelvico cronico. Tale sintomatologia, quando intensa, può avere un impatto significativo sulla qualità di vita.

Tuttavia, non sempre la severità della sintomatologia correla con l'estensione della malattia: sebbene raramente, è possibile che vi siano anche situazioni di endometriosi severa con scarsa sintomatologia o viceversa pazienti con sintomatologia intensa ma con quadri di endometriosi minima o assente.

In considerazione pertanto dell'estrema variabilità delle presentazioni cliniche e delle possibili localizzazioni delle lesioni, è cruciale una accurata valutazione preventiva del quadro (storia clinica, visita ginecologica, ecografia pelvica ed addominale da operatore esperto ed eventuali altri esami aggiuntivi quando necessari) al fine di poter scegliere l'approccio terapeutico più indicato in base alle caratteristiche specifiche del caso e alle esigenze della paziente.

Il cardine del trattamento dell'endometriosi è la terapia medica (terapia ormonale) per il controllo dei sintomi e della progressione della patologia stessa, nonché per la prevenzione delle recidive dopo chirurgia.

In caso di fallimento della terapia farmacologica, di controindicazioni all'assunzione della stessa o di scarsa tolleranza, per eccessivi effetti collaterali, o ancora in casi selezionati di pazienti con desiderio di concepimento (che pertanto non possono assumere terapia con effetti contraccettivi) si pone indicazione all'approccio chirurgico. La terapia chirurgica dell'endometriosi consiste nell'asportazione completa delle lesioni endometriosiche macroscopicamente visibili durante un singolo intervento, eseguito per via laparoscopica (tecnica mini-invasiva che prevede l'introduzione di strumenti chirurgici e di una telecamera nell'addome attraverso piccole incisioni di alcuni millimetri).

L'obiettivo del trattamento chirurgico è quello di eradicare le lesioni endometriosiche per ridurre la sintomatologia dolorosa e ripristinare l'anatomia degli organi compromessi. In alcuni casi questo può aumentare le probabilità di concepimento in pazienti infertili. L'endometriosi è una malattia cronico-ricorrente pertanto è possibile la recidiva (sia del dolore che delle lesioni), anche in seguito ad un trattamento chirurgico adeguato, soprattutto se la paziente non assume terapia medica nel postoperatorio.

Il rischio di recidiva di malattia dopo chirurgia dai dati di letteratura varia dal 2 al 50% nei primi 5 anni. Resta chiaro che la presenza di lesioni nel postoperatorio dopo chirurgia incompleta non va considerata come recidiva ma come persistenza di malattia.

Nella nostra casistica il tasso di recidiva (a 2 anni dall'intervento) di localizzazioni endometriosiche infiltranti è <5%, mentre appare più elevata a carico delle ovaie, ove si osserva una percentuale variabile dal 2-12% per le pazienti in terapia progestinica o estro-progestinica continuativa, fino al 40% circa per le pazienti che non assumono terapia farmacologica.

STADIAZIONE

Esistono in letteratura diverse stadiazioni per la patologia endometriosica. Quella attualmente impiegata dal SSN è la classificazione dell'American Fertility Society (AFS) che distingue 4 stadi di malattia (I minima, II lieve, III moderata e IV severa) purtroppo con notevoli limitazioni soprattutto relative:

- alla natura chirurgica della stadiazione (richiede necessariamente la valutazione operatoria, cioè con intervento chirurgico. Pertanto, stando ai criteri della stessa, la valutazione dello stadio non si può effettuare sulla base dei soli esami diagnostici)
- all'inquadramento dei casi di endometriosi profonda (che non è contemplata e pertanto rende "non classificabili" anche molti casi di malattia avanzata).

Alla luce di queste considerazioni, il nostro Centro utilizza per la classificazione chirurgica sia la sopra menzionata AFS sia i criteri dell'Enzian score, che consente una valutazione più appropriata delle forme infiltranti.

CARATTERISTICHE SPECIFICHE DELLE LESIONI ENDOMETRIOSICHE

OVAIO

È la sede di localizzazione più frequente. Nella maggioranza dei casi (quasi la totalità) trattasi di cisti con caratteristiche di benignità. Il rischio di trasformazione neoplastica di una cisti endometriosica è <1%, nella sua rarità tale fenomeno si osserva maggiormente dopo i 40 anni e per cisti recidivanti. In tali casi generalmente presenta caratteristiche morfologiche atipiche già alle valutazioni preoperatorie. È estremamente raro che tale reperto possa essere riscontrato incidentalmente in sede di intervento (con il relativo esame istologico, anche estemporaneo intraoperatorio qualora necessario). In ogni caso l'equipe chirurgica in questa struttura effettua routinariamente anche interventi per patologie ginecologiche oncologiche garantendo pertanto alla paziente l'appropriatezza di tutte le procedure del caso anche in tale rarissima evenienza.

ENDOMETRIOSI PROFONDA

Vescica

Più frequenti nelle pazienti sottoposte a pregressi interventi di taglio cesareo. Tali lesioni infiltrano la parete vescicale e sono spesso associate a sintomatologia irritativa (simil cistite: bruciore, senso di peso, necessità di

minzione impellente, incompleto svuotamento, perdite ematiche urinarie) che generalmente si intensifica in fase perimenzstruale. Per tali lesioni l'imaging è cruciale per valutare l'estensione ed i rapporti con le strutture anatomiche contigue.

Area retrocervicale

In assoluto le lesioni infiltranti più frequenti, interessano l'inserzione sul margine posteriore del collo dell'utero dei legamenti utero-sacrali - LUS (sinistro e destro) e/o l'area tra questi compresa (torus); sono spesso associate a dolore irradiato posteriormente alla zona lombare e possono essere identificate con la visita manuale da operatore esperto; l'imaging consente una quantificazione più precisa dell'estensione della lesione.

Setto retto-vaginale e vagina

Trattasi di lesioni infiltranti a tutto spessore la parete vaginale (generalmente il fornice, la parte più alta, e maggiormente quello posteriore) e/o la membrana di separazione tra vagina e retto (setto retto vaginale - SRV). Trattasi comunque di lesioni rare soprattutto in forma isolata, più frequentemente fanno parte di localizzazioni più ampie della zona posteriore al collo dell'utero e che si estendono in basso ad infiltrare anche le aree suddette. Sono spesso associate a dolore e/o sanguinamento con i rapporti sessuali. Sono comunque le lesioni più facilmente identificabili anche con la sola visita manuale (da operatore esperto).

Parametrio

È il tessuto di sostegno dell'utero che si sviluppa nelle aree anteriore, laterale e posteriore rispetto al collo (cervice). La localizzazione isolata è rara, più frequente in associazione a lesioni retrocervicali e/o intestinali. Il tessuto parametrico contiene nervi responsabili dell'innervazione vescicale, rettale e vaginale, nonché rami nervosi diretti anche a strutture cutanee e muscolari, vasi sanguigni afferenti a tali strutture, nonché il segmento inferiore dell'uretere (il canale di comunicazione tra rene e vescica).

Pertanto la sintomatologia può essere significativa: dolore anche lombare e agli arti, talora difficoltà alla deambulazione, disfunzioni vescicali (incompleto svuotamento), rettali e/o sessuali. Il tessuto endometrioso può infatti, prima ancora di eventuali interventi, danneggiare le strutture nervose che regolano le suddette funzioni. Nei casi più gravi ed estesi, può altresì arrivare a comprimere o addirittura infiltrare i cosiddetti nervi somatici, ossia grossi nervi che conducono stimoli per regolare la motilità dei muscoli degli arti (es. plesso sacrale, radici sacrali, nervo sciatico, nervo femorale e nervo otturatorio) e la loro sensibilità. Quando grossi noduli endometriosi infiltranti causano una compressione su questi nervi la paziente può accusare sciatalgia o dolore alla gamba o al gluteo in concomitanza del ciclo mestruale fino, in rari casi in cui la compressione è molto marcata, a determinare una compromissione della funzione motoria delle aree innervate. Altra struttura nervosa che può essere danneggiata (con un dolore a morsa tra l'ano e la vagina, detto dolore ano-genitale o proctopudendalgia) e compressa da voluminosi noduli di endometriosi, è il nervo pudendo, piccolo nervo "misto", cioè sia somatico (innerva muscoli del cosiddetto "pavimento pelvico" e dà la sensibilità di questa zona, regola il tono muscolare e presiede alla continenza fecale e vescicale) che viscerale (regola funzioni quali l'orgasmo). Inoltre le lesioni endometriosiche del parametrio possono determinare la compromissione funzionale della via urinaria in caso di ostruzione parziale o totale dell'uretere, con conseguente dilatazione del rene a monte e possibile riduzione/perdita della funzionalità: tale eventualità può essere associata clinicamente a coliche renali ma talvolta è del tutto asintomatica. Tali lesioni possono, come quelle retrocervicali, essere identificate con la visita da operatore esperto e certamente meglio caratterizzate con l'imaging soprattutto per ciò che concerne il coinvolgimento delle strutture sopra citate.

Intestino

Le sedi più frequentemente colpite sono il sigma, il retto, l'ileo, l'appendice e il cieco. Raramente asintomatiche, generalmente si associano ad alterazioni dell'alvo (dalla diarrea alla stipsi anche ostinata), dolore addominale pelvico cronico-ricorrente, dolore con la defecazione e più raramente emissione di muco e sangue nelle feci; frequente anche l'associazione con la dispareunia (dolore durante i rapporti sessuali) soprattutto in caso di concomitanti aderenze. A seconda delle dimensioni della lesione, del grado di infiltrazione, della posizione e dell'entità dell'ostruzione del lume intestinale possono causare fenomeni di sub- o franca occlusione intestinale; in tali casi il trattamento chirurgico è mandatorio. Possono essere sospettate alla visita manuale effettuata da un operatore esperto quando collocate in basso, in ogni caso l'imaging è cruciale per la valutazione delle dimensioni e della localizzazione esatta.

Parete addominale

Più frequenti nelle pazienti sottoposte a pregressi interventi, tali lesioni infiltrano generalmente la parete addominale (con vario grado di profondità, a livello sottocutaneo/fasciale/muscolare/peritoneale) generalmente in aree corrispondenti o adiacenti alle cicatrici chirurgiche; più raramente possono interessare il canale inguinale. La sintomatologia è tipica, con dolore cronico/ricorrente soprattutto perimenzstruale e percepito come dolore "esterno" di parete. Spesso la lesione può essere palpabile soprattutto in fase di infiammazione per cui può essere sospettata clinicamente alla visita da operatore esperto. L'imaging è importante per valutare l'estensione della lesione.

Sedi atipiche

Diaframma, polmone, pleura (la membrana che avvolge il polmone) e pericardio (la membrana che avvolge il cuore) sono sedi estremamente rare.

ADENOMIOSI UTERINA

Per adenomiosi si intende la presenza di tessuto di origine endometriale (quello che normalmente riveste la cavità uterina) nel contesto della parete muscolare dell'utero (miometrio). Tale tessuto, come tutte le altre lesioni endometriosiche, in fase mestruale si attiva e genera infiammazione e spesso conseguente dolore (ma può talvolta anche essere una condizione asintomatica).

L'estensione a carico della parete uterina può essere diffusa o focale (con morfologia nodulare, altrimenti detta adenomioma, o cistica). Nelle forme diffuse spesso si assiste ad un incremento di volume complessivo dell'utero e conseguente rigidità delle pareti, questo può associarsi ad incremento della quantità/durata del flusso mestruale.

Le forme nodulari possono generare in fase preoperatoria dubbi diagnostici, essendo talora difficilmente distinguibili dai miomi (o fibromi): la differenza fondamentale è che il mioma, per quanto grande, ha sempre una capsula e margini ben definiti che ne consentono l'asportazione chirurgica, mentre l'adenomiosi, per quanto benigna, è una patologia infiltrante che pertanto difficilmente può essere sottoposta a completa enucleazione chirurgica. Anche dal punto di vista dell'eventuale terapia medica la diagnosi differenziale è importante in quanto le due patologie possono beneficiare di trattamenti distinti. La presenza di adenomiosi uterina può condizionare negativamente la possibilità di concepimento (infertilità) e anche talora il decorso di un'eventuale gravidanza.

L'ecografia e la risonanza magnetica effettuate da operatori esperti consentono una diagnosi estremamente accurata.

OPZIONI DI TRATTAMENTO

Non esiste una terapia unica per l'endometriosi. L'approccio terapeutico va individualizzato ("patient-oriented") e deve tenere in considerazione diversi aspetti:

- Estensione di malattia ed eventuale compromissione significativa d'organo
- Età
- Sintomatologia
- Desiderio di gravidanza/infertilità

La scelta va sempre condivisa con la paziente che deve essere informata delle diverse, possibili opzioni che sono:

- Attesa (nessuna terapia, solo osservazione clinica e strumentale)
- Terapia Medica (vedi oltre)
- Terapia Chirurgica (vedi oltre)
- Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) (vedi oltre)

ENDOMETRIOSI ED INFERTILITÀ

Per infertilità di coppia si intende il mancato concepimento dopo un anno di rapporti sessuali non protetti.

Circa il 40% delle pazienti affette da endometriosi possono manifestare problematiche riproduttive e questo dipende da diversi fattori: in caso di endometriosi ovarica spesso si registra un ridotto tasso di ovulazione dell'ovaio affetto, in caso di endometriosi pelvica severa le lesioni infiltranti e le aderenze spesso correlate possono determinare alterazioni anatomiche/meccaniche con compromissione della funzionalità di trasporto tubarico, talora l'ambiente uterino può essere più ostile all'attecchimento embrionario. Infine anche in caso di endometriosi minima vi sono fattori di carattere infiammatorio possibilmente ostativi per il concepimento.

Inoltre, va considerato che un parametro cruciale per il potenziale riproduttivo della donna è rappresentato dall'età: a partire dai 35 anni infatti aumenta progressivamente la percentuale di ovociti cromosomicamente anomali, di qui un maggior rischio di mancato concepimento o aborti spontanei precoci, indipendentemente dal quadro anatomico. Una chirurgia adeguata per endometriosi, ripristinando una normale anatomia pelvica e rimuovendo le lesioni, dunque riducendo il quadro infiammatorio pelvico, può aumentare le possibilità di concepimento ma tale aspetto è fortemente influenzato dall'età della paziente e dalle caratteristiche del liquido seminale del partner. Certamente i tassi maggiori di concepimento dopo chirurgia si registrano al di sotto dei 35 anni di età. Pertanto la scelta di effettuare un intervento chirurgico con la sola finalità di ripristinare il potenziale riproduttivo va valutata con cautela e solo dopo un adeguato approfondimento delle caratteristiche della coppia. Va considerata inoltre la possibilità di riduzione della riserva follicolare dopo chirurgia ovarica.

Il parametro della riserva follicolare, che a sua volta si riduce fisiologicamente con l'età e può essere molto variabile da paziente a paziente, è cruciale non tanto per il concepimento spontaneo (che si basa sulla singola ovulazione mensile, per cui è possibile finanche con la metà di un ovaio solo) quanto per una eventuale procedura di riproduzione assistita in cui invece il numero e la qualità di cellule uovo prodotte mediante stimolazione (e dunque il conseguente potenziale numero di embrioni) sono cruciali per incrementare le possibilità di riuscita del

trattamento. Per le ragioni di cui sopra, viene effettuato sempre un counselling adeguato alla coppia per la scelta delle modalità di trattamento più appropriate (chirurgia o tecnica di riproduzione assistita).

Per contro va considerato anche che, benchè la gestazione sia considerata nella maggioranza dei casi una "terapia naturale" per l'endometriosi, in alcuni casi, riportati dalla letteratura scientifica, si può osservare un comportamento anomalo delle lesioni in corso di gestazione (con conseguente aumento di rischio di complicanze in gravidanza e/o al parto), e tale aspetto va considerato e discusso con la coppia nella fase di decisione della strategia terapeutica da adottare, ovvero considerare la possibilità di un trattamento chirurgico eventualmente anche prima dell'accesso ad una tecnica di riproduzione assistita. Infine, è importante che la paziente comprenda come talora la malattia provochi un danno irreversibile ad una o entrambe le tube: spesso, quando associato a franca dilatazione delle stesse, è riconoscibile già in fase diagnostica preoperatoria, talora però viene riscontrato solo in sede di intervento. Dal momento che è dimostrato che un chiaro danno anatomico di una o entrambe le tube non solo le rende inefficienti dal punto di vista del concepimento spontaneo ma anche potenzialmente dannose in caso di tecnica assistita (riduce fino al 50% le possibilità di buon esito), e che le procedure di ricostruzione/ripristino non sempre si rivelano efficaci, richiediamo sempre che venga preventivamente dato l'assenso all'asportazione delle stesse (una o entrambe) in caso di riscontro di compromissione.

TERAPIA MEDICA

- Terapia orale progestinica in regime continuativo
- Terapia orale estroprogestinica in regime continuativo o ciclico (pausa mensile)
- Dispositivo intrauterino medicato (LNG-IUS, spirale con rilascio graduale di progesterone)
- Analoghi del GnRH (induzione di menopausa farmacologica temporanea)

L'obiettivo della terapia medica è il controllo della sintomatologia algica e della progressione delle lesioni, nonché la riduzione del rischio di recidiva di malattia dopo chirurgia. Tali obiettivi si raggiungono con maggior probabilità con l'induzione farmacologica dell'amenorrea (assenza di mestruazioni) mediante assunzione di terapia in regime continuativo: è da sottolineare come l'amenorrea non sia una menopausa in quanto l'ormone assunto (progestinico o estroprogestinico) consente di soddisfare il fabbisogno metabolico.

È da sottolineare in ogni caso che ad oggi non esistono terapie "curative" nel senso che l'efficacia del farmaco assunto si mantiene tale durante la fase di assunzione e, in alcuni casi, per pochi mesi dopo la sospensione. Nella maggior parte dei casi, a terapia ultimata, la patologia può riprendere il suo corso (sia in termini di sintomatologia che di possibile incremento delle lesioni).

Pertanto trattasi di terapie da effettuare generalmente sul lungo periodo (mesi/anni), da interrompere pertanto – a meno di controindicazioni – solo in caso di ricerca di una gravidanza o una volta giunti alla fase menopausale. La terapia più indicata in termini di rapporto efficacia/effetti collaterali è rappresentata dai progestinici in regime continuativo (dienogest o noretisterone acetato). Spesso, ma non sempre, con tale terapia si può assistere anche ad una riduzione dei diametri delle lesioni, generalmente quelle ovariche ed uterine (adenomiosi) mentre l'effetto è nettamente inferiore sulle lesioni profonde ed infiltranti.

Tra gli effetti collaterali più comuni nausea/cefalea, spotting (sanguinamento vaginale), tensione mammaria soprattutto nelle prime settimane di impiego, lieve gonfiore ed aumento del senso di fame.

Una soluzione alternativa per la terapia di lungo periodo è rappresentata dagli estroprogestinici, più efficaci in somministrazione continuativa che ciclica, con effetti collaterali simili a quelli elencati per i progestinici ma generalmente meno marcati a fronte però di una efficacia a volte inferiore. L'impiego della spirale è generalmente più indicato in pazienti con adenomiosi che non abbiano desiderio di gravidanza. Sebbene i rischi siano minimi, vanno considerati comunque per i farmaci di cui sopra il possibile impatto mammario e l'incremento dell'attività coagulativa (maggior rischio tromboembolico), pertanto l'opportunità della terapia ormonale viene valutata dal medico anche sulla scorta di valutazioni anamnestiche, ematologiche e senologiche volte ad escludere specifiche controindicazioni. Gli analoghi del GnRH sono estremamente efficaci sul controllo di malattia ma gravati da effetti collaterali molto significativi (si tratta di una vera e propria menopausa – assenza di ormoni in circolo) per cui non sono utilizzabili sul lungo periodo.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

La chirurgia per endometriosi risulta indispensabile in tre casi:

- Stenosi intestinale con rischio di fenomeni subocclusivi o occlusivi
- Stenosi ureterale con rischio di compromissione della funzionalità renale
- Formazione annessiale con caratteristiche sospette per non benignità

In tutti gli altri casi va effettuata un'adeguata valutazione rischio/beneficio. Una volta posta, sulla scorta delle considerazioni sopra esposte, l'indicazione ad effettuare un intervento chirurgico, lo stesso dovrebbe essere più radicale possibile (asportazione completa di tutte le lesioni macroscopicamente visibili) anche per ridurre la necessità di eventuali interventi ripetuti con le relative possibili ripercussioni.

La **LAPAROSCOPIA** (tecnica chirurgica con approccio mini invasivo) è universalmente riconosciuta come "gold standard" (trattamento di scelta) per gli indiscussi vantaggi rispetto alla tecnica laparotomica (chirurgia tradizionale ad addome aperto):

- Magnificazione della visione con maggiore precisione chirurgica
- Minor perdita ematica
- Minor rischio di aderenze postoperatorie
- Minor dolore postoperatorio
- Rapido recupero e minore durata della degenza
- Miglior risultato estetico

In alcuni casi, a seconda della tipologia di intervento previsto, può essere richiesta una preparazione intestinale da iniziare circa 24h prima della procedura chirurgica.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale (con intubazione oro-tracheale) mediante sottili strumenti chirurgici ed un'ottica (telecamera) che vengono inseriti in addome attraverso microincisioni di diametro variabile dai 5 ai 12 mm. La procedura richiede sempre la distensione della cavità addominale con una miscela gassosa di CO₂ che viene rapidamente riassorbita al termine dell'intervento.

La durata dell'intervento varia in rapporto all'impegno della regione anatomica.

Come di routine per tutte le procedure chirurgiche viene posizionato un accesso venoso per la somministrazione dei farmaci necessari. Viene posizionato anche, a sedazione avvenuta, un catetere vescicale che generalmente viene rimosso nell'immediato postoperatorio prima del risveglio a meno che non vi sia la necessità di mantenerlo per specifiche esigenze cliniche. Potrebbe essere necessario, al termine dell'intervento, il posizionamento di un drenaggio addominale e/o di un sondino naso-gastrico da rimuovere nei giorni successivi. Per alcune procedure sulle vie urinarie può rendersi necessario il posizionamento di stent ureterale, un dispositivo interno che mantiene pervio l'uretere e non è pertanto visibile dall'esterno, da rimuovere anch'esso con tempistiche variabili in base alle esigenze cliniche. Molto raramente possono essere necessarie eventuali trasfusioni di sangue/plasma. Benché il rischio di necessità sia estremamente contenuto, la nostra struttura è dotata di terapia intensiva postoperatoria (T.I.P.O.) con personale anestesilogico ed infermieristico dedicato 24h. La ripresa della normale alimentazione nel postoperatorio è condizionata dalla fisiologica ripresa dell'attività intestinale. È generalmente molto precoce a meno di procedure chirurgiche dirette sulle anse intestinali per le quali può essere necessario un intervallo temporale lievemente maggiore. A condizioni cliniche permissive viene incoraggiata la mobilitazione precoce per favorire una più rapida ripresa postoperatoria. Generalmente la degenza media, dal ricovero al momento della dimissione, è di 48/72h; può estendersi fino a 7 gg o oltre per interventi più complessi (intestino-vie urinarie-vescica). È frequente una sensazione di moderata dolenzia in corrispondenza delle cicatrici cutanee, generalmente di breve durata e controllabile con i comuni analgesici. È possibile che nel postoperatorio la paziente possa manifestare parestesie/ipoestesi cutanee, cioè sensazioni soggettive di lieve alterazione della sensibilità cutanea (senso di "addormentamento", formicolio, sensazione di calore) soprattutto in sede addominale o degli arti inferiori (interno coscia). Tali effetti sono generalmente dovuti alla posizione assunta in corso di intervento e tendono a risolversi nella maggior parte dei casi spontaneamente in alcuni giorni; più raramente possono perdurare per alcune settimane. Le nostre sale operatorie sono dotate di strumentazione di ultima generazione completamente dedicate alla chirurgia endoscopica avanzata e dispongono altresì di dispositivi per la visione chirurgica 3D che consente ulteriori vantaggi in termini di visione e dunque di accuratezza dell'atto operatorio.

SPECIFICHE TIPOLOGIE DI INTERVENTO

Di seguito elencheremo tutte le procedure che possono essere richieste durante l'intervento di eradicazione di endometriosi, e gli organi interessati. Spesso si tratta di una malattia "multiviscerale" ossia che colpisce molti organi e molti compartimenti, per cui bisognerà agire su più fronti e quindi i benefici così come i rischi della procedura risultano essere una complessa equazione risultante da ciascun compartimento trattato, da eventuali interventi precedentemente subiti e dalla compromissione delle strutture anatomiche determinata dalla malattia e, fattore altrettanto fondamentale, dai processi di cicatrizzazione e risoluzione, che sono diversi in ciascuna delle pazienti. L'escissione dell'endometriosi profonda richiede l'apertura del retroperitoneo (lo spazio tra le ossa del bacino ed il peritoneo, nel quale sono contenute fondamentali strutture quali vasi, nervi e linfonodi) con la necessità di identificare/isolare gli ureteri e sviluppare piani anatomici complessi. Si sottolinea come il coinvolgimento da parte della malattia di diversi organi e strutture possa richiedere spesso procedure di chirurgia non solo prettamente ginecologica (utero e annessi) ma anche di tipo urologico/neurologico/coloretale. Tali procedure, nel rispetto delle linee guida nazionali vigenti (SIGO-AOGOI-AGUI 2018), possono essere espletate da un chirurgo pelvico (chirurgo specialista in ginecologia con comprovata esperienza nelle suddette procedure) o in alternativa da una équipe multidisciplinare (ginecologo+ chirurgo generale + urologo).

Nella nostra struttura i suddetti interventi vengono effettuati da un'équipe di ginecologici esperti, dedicati al trattamento delle forme complesse di endometriosi addomino-pelvica, pertanto con comprovata esperienza dettata anche dal volume di attività (circa 800 interventi/anno).

ENDOMETRIOSI OVARICA

Come già esposto la necessità assoluta di intervento si pone in caso di sospetto di non benignità della formazione cistica (evento raro, <1%, soprattutto in pazienti di giovane età). Nella nostra struttura disponiamo quotidianamente di un servizio di anatomia patologica per esame istologico estemporaneo (intraoperatorio) benché la valutazione definitiva sia demandata comunque alla verifica degli esiti istologici definitivi.

La necessità di un approccio chirurgico si pone anche, indipendentemente dalle dimensioni assolute della formazione cistica, per tumefazioni con aspetto tipico che non si mostrano responsive – in termini di persistenza del dolore e/o incremento dei diametri – alla terapia medica, nonché in pazienti sintomatiche con controindicazione ad assunzione di terapia farmacologica. Una indicazione ulteriore può essere rappresentata dalle pazienti infertili che debbano accedere a procedura di PMA qualora la cisti sia da ostacolo alla stessa.

Il trattamento di scelta è l'evacuazione del contenuto cistico con asportazione della capsula (stripping). Qualsiasi procedura chirurgica sull'ovaio può potenzialmente ridurre la riserva follicolare, e tale aspetto va considerato soprattutto in pazienti giovani in età riproduttiva, valutando eventualmente l'opportunità di strategie combinate di terapia medica e/o crioncoservazione ovocitaria pre o postoperatoria. Numerosi lavori scientifici dimostrano come l'esperienza del chirurgo e le specifiche tecniche adottate siano cruciali per preservare al massimo il tessuto ovarico sano, ma anche in tal caso una possibile riduzione della quota di tessuto residuo va considerata. Nel nostro centro si utilizzano routinariamente le tecnologie più innovative (Laser a diodi, Argon, Plasmajet) per la minimizzazione del danno ovarico in caso di necessità di asportazione di lesioni cistiche. Il rischio di compromissione della riserva follicolare è maggiore in caso di pregressa chirurgia ovarica ed in caso di necessità di intervento bilaterale. Per questo, soprattutto in caso di lesioni di piccolo volume, talora si preferisce procedere ad un esclusivo drenaggio della formazione, evitando così l'asportazione della capsula. L'attuazione di tali misure consente di contenere il rischio di una menopausa precoce, che comunque va considerato benché sia generalmente raro (1-2%) e comunque dipendente dall'età della paziente e dalla riserva follicolare di partenza.

ENDOMETRIOSI PROFONDA DEL COMPARTIMENTO ANTERIORE

Vescica

L'endometriosi vescicale viene trattata per via laparoscopica attraverso la rimozione degli impianti endometriosici sulla vescica che possono essere superficiali, e pertanto essere asportati con una tecnica di ablazione (detta shaving), o profonde con interessamento della muscolatura della parete vescicale stessa, in tal caso con necessità di resezione e asportazione en bloc e ricostruzione contestuale. In tal caso è necessario il posizionamento di un catetere vescicale con permanenza in sede per qualche settimana (generalmente due o tre). Qualora il nodulo endometriosico infiltrante interessi il tratto terminale, intravescicale dell'uretere può essere necessaria una contestuale procedura di resezione dello stesso con reimpianto. In tal caso è necessario il posizionamento, oltre che del suddetto catetere vescicale, anche di uno stent ureterale.

ENDOMETRIOSI PROFONDA DEL COMPARTIMENTO POSTERIORE E LATERALE

Area retrocervicale-inserzione legamenti uterosacrali, vagina/setto retto-vaginale, parametri, uretere

Il nodulo retrocervicale o vaginale viene isolato dalla parete posteriore dell'utero e dalla parete anteriore dell'intestino (se adeso ad essa). Se interessata profondamente dalla malattia endometriosica, la parete vaginale posteriore può essere resecata e quindi suturata, motivo per cui si rende necessaria l'astensione dai rapporti sessuali vaginali per almeno due mesi in modo da permettere una corretta cicatrizzazione ed evitare riaperture (deiscenze) della sutura. Il trattamento di lesioni interessanti l'area retrocervicale e parametrica (laterale o posterolaterale rispetto alla cervice uterina), mono o bilaterale, rende sempre necessaria per ragioni di sicurezza chirurgica la visualizzazione dell'uretere (omolaterale) e talvolta l'isolamento dello stesso (ureterolisi), data la vicinanza anatomica del tratto terminale dell'uretere a questo tipo di noduli. Quando la lesione paracervicale interessa direttamente l'uretere può determinare una sofferenza dello stesso con possibili fenomeni di restringimento meccanico (stenosi) e conseguente ostruzione della via urinaria (spesso con dilatazione del rene che è impossibilitato a svuotarsi adeguatamente). A volte la liberazione dell'uretere dal tessuto endometriosico che lo circonda (ureterolisi) può essere sufficiente; in altri casi di interessamento più profondo o danno irrimediabile da malattia del segmento interessato, può essere necessaria la resezione dell'uretere stesso con anastomosi (ricongiungimento delle estremità) o alternativamente reimpianto in vescica (questo tipo di procedura richiede necessariamente una mobilizzazione della vescica per ragione tecniche). In questo tipo di procedure può essere necessario il posizionamento di stent ureterale e, a seconda dei casi, anche di catetere vescicale con permanenza in sede per qualche settimana. Qualora dagli esami preoperatori si osservi una significativa perdita irreversibile della funzionalità renale può essere indicata la contestuale asportazione del rene (nephrectomia) e del relativo uretere (ureterectomy). Il parametrio è inoltre la "centralina nervosa" delle fibre dirette alla vescica, alla vagina ed al retto per cui la chirurgia in tali aree necessita di competenze ed esperienza specifiche per minimizzare il rischio di problematiche neurologiche successive.

La chirurgia in tali compartimenti è pertanto estremamente delicata e complessa ed è finalizzata al risparmio,

maggiore possibile, di tali strutture proprio al fine di minimizzare i rischi di deficit neurologici (chirurgia "nerve sparing"). Non è raro che la lesione stessa interessi direttamente le suddette fibre, per cui a volte l'asportazione della malattia endometriosa rende inevitabile la lesione di alcuni di questi rami nervosi interessati dalla lesione, a meno di non modulare la radicalità della chirurgia lasciando in sede, per scelta chirurgica, piccoli residui in modo da contenere il rischio di compromissione neurologica (valutazione intraoperatoria rischio/beneficio).

C'è però da sottolineare come l'interessamento delle suddette fibre nervose da parte del tessuto endometrioso spesso causi una sofferenza (generalmente ischemica) delle stesse legata alla malattia di per sé ("neurotropa", ossia con alta affinità per le fibre nervose che tende ad infiltrare con grande facilità), pertanto con un danno – e conseguenti manifestazioni cliniche – preesistente l'intervento.

Ad esempio diversi studi in letteratura dimostrano come la funzione vescicale possa già essere gravemente compromessa (minzione frequente – pollachiuria e/o senso di incompleto svuotamento vescicale), in donne con endometriosi profonda mai operate. Lo stesso dicasi per disfunzioni dell'alvo e più raramente per alterazioni di carattere sessuale (es. scarsa eccitabilità, incapacità di raggiungimento dell'orgasmo, secchezza vaginale cronica). Non è raro inoltre che le pazienti lamentino già in fase preoperatoria difficoltà posturali o deambulatorie legate ad un interessamento da parte della malattia di nervi somatici sensitivi e/o motori.

L'endometriosi che causi sindrome compressiva o da infiltrazione dei nervi somatici (come ad esempio i nervi che vanno alla gamba come lo sciatico e l'otturatorio o il pudendo, che innerva il perineo) può essere trattata con l'intervento laparoscopico di neurolisi/decompressione (intervento di liberazione delle strutture nervose infiltrate o compresse dalla malattia). Tali procedure quando eseguite correttamente e con le dovute competenze neuroanatomiche e neurochirurgiche, consentono eccellenti risultati in termini di sollievo dalla sintomatologia dolorosa e recupero funzionale. Tuttavia, trattandosi di strutture estremamente delicate e con tempi di "rigenerazione" piuttosto lenti, il recupero completo può richiedere anche diversi mesi, peraltro non di rado con un apparente lieve peggioramento della sintomatologia nell'immediato postoperatorio.

In alcuni casi possono essere opportuni trattamenti fisioterapici e riabilitativi mirati.

Intestino

L'endometriosi intestinale può essere trattata con diverse modalità

- Shaving
(asportazione superficiale, in tali casi si effettua una "rasatura" della lesione dall'esterno senza necessità di incisione della parete intestinale)
- Resezione discoide
(viene incisa ed asportata solo la porzione di intestino interessata dal nodulo e risuturata)
- Resezione segmentaria
(viene asportato un segmento di intestino contenente il nodulo con contestuale sutura – anastomosi – per il ricongiungimento delle due estremità).

La scelta della tecnica chirurgica dipende da alcuni parametri caratterizzanti il nodulo infiltrante :

- Dimensioni
(lunghezza, spessore di infiltrazione, diametro trasversale)
- Localizzazione
(tipo di segmento intestinale interessato e distanza rispetto al margine anale)
- Percentuale della circonferenza coinvolta
- Grado di stenosi
- Presenza di lesioni multiple

La decisione sulla tipologia di intervento da effettuare viene generalmente pianificata in base alle informazioni desunte dagli esami preoperatori (visita + ecografia specialistica, raramente RMN o altri esami integrativi).

Talvolta può verificarsi in corso di intervento una variazione della scelta della tecnica chirurgica da adottare sulla scorta dell'osservazione diretta. Per ciò che concerne lo shaving, trattasi generalmente di ablazione di noduli infiltranti ma piuttosto superficiali. La tecnica di nodulectomia discoide può essere impiegata per noduli profondi ma di piccole dimensioni e prevede l'utilizzo di una suturatrice meccanica transanale. La tecnica di resezione segmentaria si effettua per noduli profondamente infiltranti di maggior volume e/o noduli multipli; prevede l'utilizzo di una suturatrice meccanica transanale e necessita di una minilaparotomia di servizio (3-5 cm) per il completamento della procedura chirurgica. Generalmente la ripresa dell'alimentazione nel postoperatorio è immediata. In alcuni casi può verificarsi la necessità di una transitoria alimentazione endovenosa (parenterale). La necessità di una stomia (ileostomia o colostomia) di protezione transitoria (derivazione esterna delle feci, comunemente chiamata "sacchetto") è rara nella nostra casistica, <5% delle procedure, ed effettuata generalmente nei casi di contestuale asportazione di lesioni intestinali e vaginali anatomicamente vicine, di resezioni intestinali molto basse o ancora in caso di presunta tensione dei segmenti intestinali coinvolti. Quando necessaria, la stomia viene mantenuta in sede per un periodo in generale non superiore ai due mesi e la ricanalizzazione necessita di ulteriore intervento chirurgico laparoscopico o laparotomico.

ENDOMETRIOSI INFILTRANTE DELLA PARETE ADDOMINALE

Il trattamento delle lesioni infiltranti della parete addominale richiede un'escissione mini-laparotomica. Nel caso di una notevole estensione del segmento di parete asportato può essere necessario l'impiego di una mesh (rete) di supporto per la ricostruzione chirurgica. Questa procedura, qualora non associata ad intervento laparoscopico per il trattamento di endometriosi pelvica o addominale, può essere effettuata in anestesia periferica.

ENDOMETRIOSI IN SEDI ATIPICHE

L'endometriosi diaframmatica può essere efficacemente trattata con approccio laparoscopico. Nella massima parte dei casi si tratta di lesioni superficiali peritoneali che possono essere semplicemente vaporizzate (coagulate), più raramente si osserva un'infiltrazione più profonda che può richiedere una resezione parziale dello stesso con stripping (peritonectomia). In caso di comprovato interessamento di polmone e pleura sono richieste specifiche procedure di chirurgia toracica che esulano dal presente consenso.

ADENOMIOSI

La terapia dell'adenomiosi è probabilmente l'argomento più discusso attualmente nella letteratura scientifica internazionale. Come per le altre forme di endometriosi, il trattamento è riservato a pazienti sintomatiche o con problemi di infertilità.

Nella paziente senza desiderio di gravidanza possono essere impiegate con discreto successo le medesime terapie che si utilizzano abitualmente per il trattamento dell'endometriosi pelvica (progestinici orali, LNG-IUS, estroprogestinici orali, in ultima analisi analoghi del GnRH).

Inoltre, nelle pazienti che abbiano già completato il proprio percorso riproduttivo o in età avanzata perimenopausale può essere considerata la possibilità di un intervento demolitivo (isterectomia+salpingectomia, con o senza ovariectomia a seconda dei casi).

Ovviamente tali terapie non sono proponibili in pazienti con desiderio di gestazione.

La difficoltà maggiore correla con l'impossibilità di una adeguata e completa asportazione chirurgica del tessuto adenomiosico, soprattutto nelle forme diffuse per propria stessa definizione (interessano diffusamente la parete, con variabile grado di estensione) ma anche nelle forme focali per l'assenza, come già accennato, di una capsula cioè di un piano di separazione dal tessuto miometriale normale, e questo implica maggiori difficoltà e rischi chirurgici.

Esistono tecniche di intervento che in casi estremi possono essere eseguiti per il trattamento conservativo delle suddette condizioni, anche con discreti risultati nell'immediato, ma spesso con rischi ostetrici significativi (rischio di rottura d'utero in corso di gestazione) anche a distanza di tempo dalla chirurgia stessa.

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEMOLITIVO

Tutte le procedure chirurgiche sopra descritte fanno riferimento ad interventi di carattere conservativo in pazienti prevalentemente in età riproduttiva e finalizzati ad un ripristino della normale anatomia pelvica, con l'obiettivo primario di riduzione del dolore ed incremento della qualità di vita oltre che, quando possibile, di incremento della capacità riproduttiva (spontanea o con tecnica di PMA).

Nelle pazienti sintomatiche in età più avanzata o che abbiano completato il proprio progetto riproduttivo e non responsive alla terapia medica o con controindicazioni alla stessa, può essere considerata l'ipotesi di trattamenti demolitivi basati sull'asportazione dell'utero (totale), delle salpingi e, a seconda dei casi, delle ovaie, ovviamente bilanciando la decisione con quelle che sono le potenziali conseguenze di una menopausa iatrogena e delle possibilità di trattamento farmacologico della stessa (terapia ormonale sostitutiva - TOS).

Laddove si opti per tale tipo di trattamento con isteroannessettomia si può anche valutare, in accordo con la paziente, di lasciare eventualmente in situ lesioni endometriosiche infiltranti qualora le stesse non comportino un significativo danno d'organo e la loro asportazione implichi un ingiustificato maggior rischio chirurgico.

Qualora invece, contestualmente all'asportazione dell'utero, sia necessario effettuare un trattamento di lesioni endometriosiche parametriali, le procedure sono quelle descritte per tale area anatomica con i relativi rischi e possibili complicanze. Al termine di tale procedura la parete vaginale viene suturata, per cui si rende necessaria l'astensione dai rapporti sessuali per almeno tre mesi, in modo da permettere una corretta cicatrizzazione ed evitare l'apertura (deiscenza) della sutura.

RISCHI E COMPLICANZE

Nella nostra casistica il rischio di complicanze intra e postoperatorie è contenuto. I rischi correlati all'intervento possono essere generici, specificamente correlati alla tecnica laparoscopica o alla procedura chirurgica (a seconda dell'area/organo interessati).

RISCHI GENERICI

- Infettivi
- Emorragici
- Trombotici
- Anestesilogici

I rischi generici, come per tutte le procedure chirurgiche, sono anche condizionati negativamente (aumentano) da eventuali patologie concomitanti della paziente. Tra questi, i più comuni sono le complicanze infettive ed emorragiche. La febbre nell'immediato postoperatorio è comune e può essere associata al processo infiammatorio tipicamente connesso alla procedura chirurgica. Qualora sia persistente, può essere spia di un processo infettivo sovrapposto con necessità di eventuali approfondimenti diagnostici (strumentali e laboratoristici) atti ad identificarne l'origine. Generalmente si risolvono con la somministrazione di adeguata terapia antibiotica ed antiinfiammatoria, rara la necessità di reintervento. Il rischio di emorragia intraoperatoria è estremamente contenuto e, qualora si verifichi, viene prontamente controllato in sede di intervento. Normalmente, anche qualora si verifichi tale evenienza, la stessa può essere risolta mantenendo un approccio laparoscopico, solo in rarissimi casi può richiedere la necessità di conversione laparotomica (<0,01%). Lievemente maggiore, ma comunque estremamente contenuto, il rischio di un sanguinamento addominale postoperatorio. Spesso trattasi di fenomeni autolimitanti che però possono talvolta, a seconda dell'entità, richiedere emotrasfusioni in associazione ad altra terapia medica. Rara la possibilità di reintervento. Più frequente, ma comunque contenuto, il rischio di un'eventuale raccolta ematica organizzata (ematoma o soffiatura) nello spessore della parete addominale in prossimità delle cicatrici chirurgiche. Anche in tali casi trattasi di fenomeni generalmente autolimitanti che però possono talvolta, a seconda dell'entità, richiedere drenaggio percutaneo in associazione ad eventuale terapia medica. Rara la possibilità di reintervento. Come per tutte le procedure chirurgiche inoltre va informata la paziente di un eventuale rischio di exitus, estremamente remoto in associazione all'intervento e comunque rarissimo anche in caso di eventuali complicanze postoperatorie.

RISCHI SPECIFICAMENTE CORRELATI ALLA TECNICA LAPAROSCOPICA (rarissimi)

- Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso.
- Lesione intestinale e conseguente peritonite.
- Embolia gassosa
- Enfisema parietale
- Pneumotorace
- Ernie da incisione

RISCHI SPECIFICAMENTE CORRELATI ALLA PROCEDURA CHIRURGICA (rari)

- Emorragia intra o post-operatoria con necessità di trasfusione (molto basso <1%).
- Danno ureterale (<1%).
- Danno vescicale (1%)
- Deiscenza dell'anastomosi (<2%)
- Perforazione intestinale (<2%)
- Rettorragia (2-3%)
- Stenosi dell'anastomosi (<1%)
- Fistole intestino-vaginale, vescico-vaginale o intestino-vescicale (2%)
- Deiscenza della sutura vaginale (4%)
- Danno neurologico (<1%)

Per **danno ureterale** si intende una lesione di continuo della parete dell'uretere con possibile fuoriuscita di fluido urinario in addome e spesso pertanto si associa a sintomi di peritonite. Può essere conseguente ad un danno termico o meccanico. Può essere necessaria una conferma radiologica contrastografica. Talvolta è risolvibile con il solo posizionamento di stent ureterale da mantenere in sede per alcune settimane/mesi, altrimenti richiede un reintervento laparoscopico o laparotomico per toilette chirurgica e sutura o resezione (e reanastomosi o reimpianto) del segmento interessato. Anche in tal caso è necessario il posizionamento di stent ureterale e, a seconda dei casi, anche di catetere vescicale con permanenza in sede per qualche settimana.

Per **danno vescicale** si intende una lesione di continuo della parete della vescica con possibile fuoriuscita di fluido urinario in addome e pertanto spesso si associa a sintomi di peritonite. Può essere conseguente ad un danno termico o meccanico. Talora può essere necessaria una conferma radiologica contrastografica. A volte, in caso di lesioni molto piccole, può risolversi spontaneamente con permanenza in sede di catetere vescicale

per alcune settimane, altrimenti richiede un reintervento laparoscopico o laparotomico per toilette chirurgica e sutura del segmento interessato. Anche in tal caso è necessario il posizionamento di catetere vescicale con permanenza in sede per qualche settimana.

Per **deiscenza dell'anastomosi** si intende il cedimento parietale nella sede della sutura intestinale, ureterale o vescicale generalmente per fattori meccanici o infettivi. Tale evento nella massima parte dei casi si verifica entro pochi giorni dall'intervento e si associa a sintomi di peritonite. Richiede un reintervento laparoscopico o laparotomico per toilette chirurgica e sutura del segmento interessato qualora possibile, spesso con necessità di stomia di protezione in caso di pertinenza intestinale.

La **perforazione intestinale** può verificarsi anche in sedi diverse dall'anastomosi (vedi deiscenza). Tale evento nella massima parte dei casi si verifica entro pochi giorni dall'intervento. Consiste nel verificarsi di una lesione di parete con conseguente possibile fuoriuscita in addome di contenuto intestinale, e spesso pertanto si associa a sintomi di peritonite. È generalmente legata ad una sovradistensione delle anse intestinali e può essere conseguente ad un danno termico o meccanico. Richiede un reintervento laparoscopico o laparotomico per toilette chirurgica e sutura del segmento interessato qualora possibile, spesso con necessità di stomia di protezione.

Per **rettorragia** si intende l'emissione di una profusa quantità di sangue di provenienza intestinale per via transanale. Tale evento nella massima parte dei casi si verifica nell'immediato postoperatorio. Può essere spia di un sanguinamento arterioso o venoso della parete intestinale e nella massima parte dei casi è risolvibile con terapia medica e/o tamponamento meccanico, raramente richiede reintervento.

Per **stenosi dell'anastomosi** si intende un restringimento del lume intestinale nella sede della sutura. È una complicanza estremamente rara, generalmente tardiva e nella massima parte dei casi si manifesta con stipsi ostinata, ingravescente e fenomeni subocclusivi. Il trattamento consiste in prima istanza in una dilatazione meccanica, raramente esita in un reintervento di ulteriore resezione. Raramente possono osservarsi fenomeni di stenosi dell'anastomosi ureterale o ureterovesicale, in tali casi è sempre necessario un reintervento.

Per **fistola** si intende la neoformazione di un tramite di comunicazione anomalo tra due organi vicini ma normalmente separati; può accadere tra intestino e vagina, vescica e vagina o molto più raramente ancora tra intestino e vescica. Tale fenomeno, comunque raro, può verificarsi nell'immediato postoperatorio o anche più tardivamente. Può essere conseguenza di un danno termico, meccanico, infettivo/infiammatorio. In caso di fistola intestinale, si può osservare l'emissione di aria e/o materiale fecaloide dalla vescica o dalla vagina, in caso di fistola vescico vaginale si può osservare l'emissione vaginale di fluido urinario. Talora può essere necessaria una conferma radiologica contrastografica. La risoluzione è generalmente chirurgica ma possono essere necessarie alcune settimane per la guarigione completa.

Per **deiscenza della sutura vaginale** si intende il cedimento parietale nella sede della sutura effettuata per asportazione di lesioni endometrioidiche infiltranti a tutto spessore la parete vaginale o per chiusura della cupola vaginale dopo isterectomia. Tale fenomeno può verificarsi spontaneamente, talora per sopraggiunti fenomeni infettivi o meccanicamente in seguito a rapporti sessuali soprattutto se la ripresa fosse più precoce di quanto consigliato (3 mesi). Se la lesione è di piccole dimensioni talora può risolversi spontaneamente con terapia medica, altrimenti è necessario un reintervento con riparazione chirurgica per via vaginale o più raramente laparoscopica.

Danno neurologico. Le lesioni neurologiche permanenti sono rare ma più probabili in caso di chirurgia del parametrio per la fitta innervazione di tale area anatomica. Nonostante infatti vengano adottate sempre tecniche di chirurgia nerve sparing per minimizzare la possibilità di lesione delle strutture nervose, la preservazione delle stesse non è sempre possibile qualora siano interessate direttamente dalla malattia endometrioidica (vedi sopra). Improbabile il danno neurologico in caso di esclusiva chirurgia di lesioni vescicali o intestinali.

Ai fini del rischio di danno neurologico va considerato anche il potenziale ruolo della fibrosi postchirurgica in pazienti già sottoposte ad interventi ripetuti: sia perché la suddetta fibrosi può causare danni simili a quelli della malattia originaria (endometriosi profonda) sia perché alterando i normali piani anatomici rende la eventuale chirurgia successiva ancora più complessa e rischiosa. La complicanza neurologica più frequente dopo interventi di chirurgia per endometriosi profonda, soprattutto a carico del parametrio/paracervice e maggiormente se bilaterale, risulta essere la disfunzione vescicale: questa può andare da una alterata sensazione di riempimento (la paziente non percepisce correttamente se la vescica sia piena o vuota, ma riesce a svuotarla), ad una assenza parziale o completa dello stimolo (la paziente non riesce a capire se la vescica sia piena o vuota, riesce a svuotarla con l'utilizzo dei muscoli addominali, il cosiddetto "torchio"), fino ad una assenza completa della contrazione della vescica (la paziente non riesce a svuotarla nemmeno con l'utilizzo del torchio addominale).

Nella nostra casistica, per il tipo di intervento sopra menzionato (chirurgia complessa dell'endometriosi profonda

del parametrio/paracervice , maggiormente se bilaterale), tali disfunzioni, soprattutto in forma lieve, si verificano fino al 20% dei casi ma nella quasi totalità di essi si risolve spontaneamente nell'arco di qualche giorno o con l'ausilio di ginnastica vescicale e terapia medica (la corretta esecuzione delle stesse è importante per il pieno recupero della funzionalità minzionale). Molto raramente perdura per qualche settimana e può richiedere un breve periodo di autocateterismo vescicale. In casi estremamente rari (0.1% nella nostra casistica) non si osserva una completa ripresa della fisiologica funzionalità vescicale , pertanto con necessità di autocateterismo permanente, riabilitazione del pavimento pelvico o, in ultima istanza, di posizionamento di impianto di neuromodulazione sacrale (elettrostimolatore o pacemaker).

Decisamente più rare le complicanze neurologiche rettalì che si traducono in una alterazione dell'alvo: alternanza di stipsi e diarrea, anomalie nella percezione dello stimolo evacuativo, difficoltà meccaniche all'evacuazione.

Nella maggior parte dei casi tali fenomeni evolvono favorevolmente nell'arco di alcune settimane e solo in casi rarissimi possono rendere necessario il posizionamento di un impianto di neuromodulazione sacrale come per le problematiche vescicali. È da sottolineare come non rientri nelle complicanze neurologiche intestinali la tendenza diarroica, o anche semplicemente un incremento della frequenza delle evacuazioni, che spesso caratterizza le prime settimane postoperatorie dopo resezione intestinale segmentaria, e che è dovuta all'asportazione di un segmento di intestino con conseguente aumentata velocità del transito intestinale, fenomeno che tende generalmente a risolversi spontaneamente con un pieno ripristino del normale ritmo evacuativo.

Io sottoscritto

dopo aver letto e chiaramente compreso il documento informativo (*consenso informato*) (di n. 16 pagine) fornitomi circa la patologia endometriosa e le relative opzioni di trattamento, discusso della mia condizione clinica con il medico Dr.

Dichiaro

di essere stata informata in modo chiaro ed a me comprensibile del fatto che, per la mia condizione clinica, sia vantaggioso e/o necessario sottopormi ad intervento chirurgico che prevede le seguenti procedure cui acconsento:

- ☐ **Lisi di aderenze**
- ☐ **Enucleazione cisti ovarica** (o ovariche se bilaterali)
- ☐ **Salpingectomia** mono/bilaterale (se irrimediabilmente compromessa/e)
- ☐ **Annessectomia** monolaterale
- ☐ **Annessectomia** bilaterale
- ☐ **Isterectomia totale** (eventualmente radicale)
- ☐ **Trachelectomia**
(asportazione della cervice uterina in caso di pregressa asportazione del corpo uterino)
- ☐ **Chirurgia non radicale dell'endometriosi**
- ☐ **Chirurgia radicale dell'endometriosi**
- ☐ **Chirurgia su uretere e vescica** (ivi incluso posizionamento di stent mono o bilaterale).
- ☐ **Shaving intestinale**
- ☐ **Resezione intestinale discoide**
- ☐ **Resezione intestinale segmentaria** retto-sigmoidea (con minilaparotomia di servizio)
- ☐ **Appendicectomia e/o chirurgia su colon destro/ileo**
(con eventuale minilaparotomia di servizio)
- ☐ **Variazioni o estensioni del previsto intervento**, incluso il confezionamento di una stomia di protezione (**ileostomia o colostomia**).
- ☐ **Asportazione di nodulo/i** endometrioso/i della **parete addominale**
- ☐ **Interventi concomitanti o successivi** che si rendessero necessari, ivi incluse procedure di urgenza/emergenza che non consentano l'acquisizione di ulteriore consenso dedicato.
- ☐ **Eventuale conversione laparotomica, trasfusione di sangue o altri emoderivati ed ulteriori procedure** che si rendano necessarie o indispensabili nel corso dell'intervento anche laddove non prevedibili dalla valutazione preoperatoria.
- ☐ **Deflorazione chirurgica** (resezione imenale in pazienti virgo)
per posizionamento manipolatore uterino se strettamente necessaria.
- ☐ **Altre procedure** (specificare):

BARRARE l'opzione scelta e SIGLARE accanto per DARE IL CONSENSO

Mi è noto che in ogni trattamento sanitario vi è la possibilità di conseguenze dannose, a volte anche imprevedibili, nonostante il corretto comportamento dell'operatore.

Ho discusso con il medico dei rischi specificamente connessi con la situazione che mi riguarda ed ho comunque appreso che, sulla base della consolidata esperienza clinica, l'entità dei benefici attesi prevale su quella dei possibili effetti indesiderati.

Dichiaro quindi che, di quanto propostomi, ho ben inteso gli obiettivi, i benefici, gli eventuali rischi e le eventuali menomazioni derivanti.

Preso atto di tutte le informazioni, comprese quelle relative a possibili trattamenti diversi da quelli proposti, ritengo di aver ottenuto gli elementi indispensabili per giungere ad una scelta consapevole.

Pertanto

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

ai trattamenti che mi sono stati proposti.

Sono a conoscenza del fatto che, di fronte ad impreviste difficoltà, il medico potrebbe giudicare necessario modificare la procedura concordata; se in tali circostanze non fosse possibile interpellarmi, autorizzo sin d'ora il cambiamento, al solo scopo di fronteggiare eventuali complicanze.

Sono a conoscenza del fatto che questa struttura sanitaria è un centro di riferimento internazionale per la Chirurgia Pelvica Avanzata per cui medici visitatori potranno assistere o partecipare al mio intervento sempre sotto la supervisione dell'operatore responsabile. Inoltre durante l'intervento chirurgico possono essere registrate immagini e/o video per finalità didattiche e divulgazione scientifica (corsi, congressi, articoli scientifici) sempre in forma anonima e nel rispetto delle normative vigenti per la tutela della privacy.

Data / /

Data / /

Firma del medico alla consegna

Firma della paziente dopo lettura
(o del tutore se minore)

Data / /

Firma del medico dopo la firma della paziente (o del tutore se minore) o all'accesso ospedaliero

centro nazionale
endometriosi
GRUPPO **MALZONI**

www.centronazionaleendometriosi.it

ENDOScopica
CENTRO DI CHIRURGIA PELVICA AVANZATA
GRUPPO **MALZONI**

www.endoscopica.it