

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

REGIONE DEL VENETO



ULSS7
PEDEMONTANA

NOTE INFORMATIVE PRE INTERVENTO

ASPORTAZIONE DI CISTI OVARICA O ASPORTAZIONE DELLE OVAIE E TUBE (ANNESIECTOMIA)

L'indicazione all'intervento è posta dalla presenza di una o più formazioni cistiche su una o entrambe le ovaie, con o senza sintomi: dolore, irregolarità mestruali, senso di peso addominale, talvolta anche difficoltà di digestione.

Le cisti vanno asportate se hanno caratteristiche sospette per malignità:

- presenza di parti solide (dure)
- vasi sanguigni molto visibili
- presenza di papille
- grandi dimensioni
- presenza di liquido in addome
- peggioramento nel tempo di queste caratteristiche.

Altre volte vengono asportate perché la paziente non riesce a concepire.

Lo studio della cisti va eseguito con:

- ecografia pelvica transvaginale eseguita da un ginecologo
- dosaggio plasmatico del marcatore ca 125 in casi selezionati (prelievo di sangue)

Dalla valutazione di tutti questi parametri il ginecologo si orienta sui vari tipi di cisti:

- funzionale quindi benigna
- endometriosa
- tumorale con vari gradi di malignità.

In base al tipo di cisti si definisce il tipo di intervento più adeguato:

- **asportazione della sola cisti**: nell'ipotesi che sia benigna, ma da asportare perché causa sintomi o è di dimensioni importanti.

Tecnicamente la cisti:

- o viene enucleata, cioè tolta intera
- o se di grandi dimensioni viene strappata, cioè sgonfiata dal suo contenuto (liquido) e poi la parete della cisti viene asportata dal tessuto ovarico sano

Gli interventi sulle ovaie, pur conservativi e meno invasivi possibile, ne possono causare una riduzione delle dimensioni, la cui entità verrà specificata nel verbale

operatorio, e di conseguenza del proprio patrimonio follicolare, con possibili risvolti in termini di fertilità (osservazione valida soprattutto nel caso di cisti endometriosa)

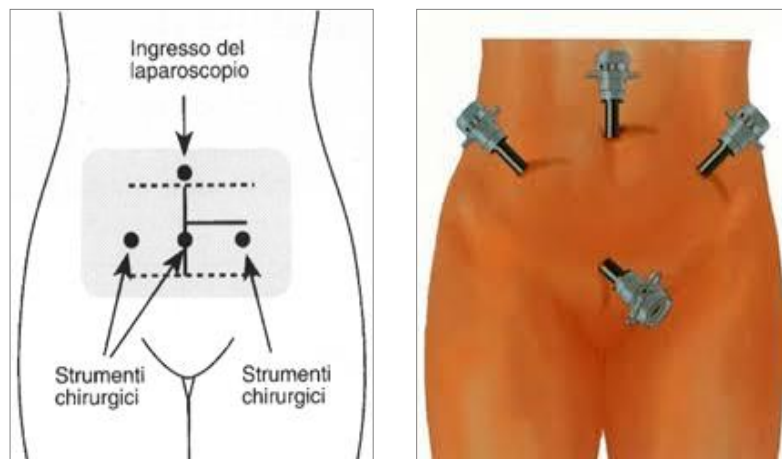
- **asportazione anche dell'ovaio** che ospita la cisti se il tessuto ovarico buono e quello cistico non sono distinguibili
- **asportazione di entrambe le ovaie** e delle tube se una o entrambe le ovaie contengono cisti e la paziente è in menopausa.

Questa opzione a volte viene consigliata anche a pazienti in menopausa o perimenopausa già operate per patologia maligna della mammella o con forte familiarità per patologia maligna mammaria e/o ovarica

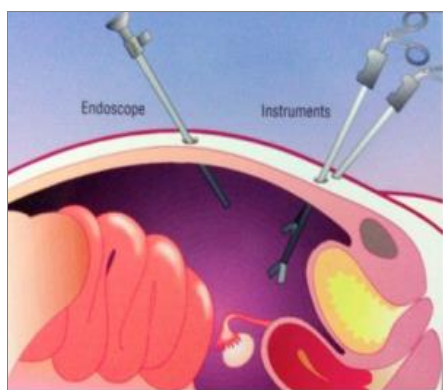
Talora le dimensioni e le caratteristiche delle cisti ne determinano la **rotazione sul proprio asse**, generalmente provocando dolore acuto, per lo strozzamento dei vasi che irrorano l'ovaio. La de-rotazione e l'asportazione della cisti non sempre sono sufficienti a ripristinare la funzionalità dell'organo, e in taluni casi si rende necessaria l'asportazione dell'ovaio intero.

L'intervento sarà con **accesso laparoscopico**, significa che il chirurgo ginecologo che lo esegue non taglia la pancia, ma ci entra attraverso 3 o 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 analizzare 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 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 se' 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 nel caso

del trattamento di una cisti ovarica può essere in tre modalità:

1. Se la **cisti è di basso sospetto** (molto poco probabile che sia maligna) viene tolta con le modalità viste sopra e inviata per esame istologico con tempistiche normali o urgenti a giudizio del ginecologo che esegue l'intervento.

Nel primo caso la paziente potrà ritirare il referto dell'esame istologico in reparto a circa un mese di distanza dall'intervento, nel secondo caso dopo 15 giorni circa. Il medico che consegna il referto istologico darà indicazioni per eventuali ulteriori terapie.

2. Se la **cisti è di sospetto intermedio** (poco probabile che sia maligna, ma non escludibile) durante il colloquio preoperatorio il medico concorda con la paziente due possibili strategie

- intervento di minima: asportazione della sola cisti o dell'ovaio malato, richiesta di esame istologico urgente. All'arrivo dell'esame istologico dopo circa 10-12 giorni la paziente viene ricontattata per stabilire il tipo e il tempo di eventuali altre terapie suggerite dall'esito istologico
- asportazione della cisti o dell'ovaio malato, richiesta di esame istologico estemporaneo e a eventuale completamento dell'intervento nello stesso momento (asportazione dell'utero, dell'altro ovaio e delle tube, biopsia dell'omento = grembiule di grasso che riveste l'intestino, dei linfonodi del bacino e dell'addome)

3. Se la **cisti è di alto sospetto** (molto probabilmente maligna) viene programmato un intervento che comprende

- laparoscopia diagnostica: ispezione di tutta la pancia per capire quanto è estesa la malattia e valutare se è operabile in quel momento o necessita prima di terapie che ne riducano la diffusione
- asportazione della cisti sempre in laparoscopia o anche in laparotomia (apertura della pancia dallo sterno al pube)
- richiesta di esame istologico estemporaneo
- completamento dell'intervento con i tempi resi necessari dal tipo di esame istologico (asportazione di utero, ovaie e tube, omento, linfonodi della pancia e del bacino, appendice). Qualora la malattia si estendesse anche in altri organi durante l'intervento sarà convocato il chirurgo per eseguire resezioni intestinali (asportazione di pezzi di intestino) con anastomosi (ricostruzione dell'intestino) o, più raramente, stomie (deviazione delle feci in sacchetto temporaneo o definitivo). E' possibile anche richiedere la collaborazione dell'urologo nel caso la malattia interessi la vescica o gli ureteri.

In questo caso all'arrivo dell'esame istologico definitivo, circa un mese dopo l'intervento la paziente verrà convocata per la prima visita oncologica

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 (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).

Se la cisti è di basso sospetto verrà dimessa la sera stessa del ricovero o la mattina successiva. Se l'intervento è più complesso starà ricoverata due o tre giorni, se c'è stata apertura dell'addome fino a 8 giorni, o fino a quanto starà bene.

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.

Per le cisti di basso sospetto non è prevista la profilassi antibiotica, che invece viene somministrata nel caso di interventi prevedibilmente più complessi per cisti di sospetto intermedio o alto.

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

- 3-4 giorni nel caso di cisti di baso sospetto
- 5-7 giorni se l'intervento si è prolungato o complicato
- 15 giorni nel caso di cisti a bassa malignità
- 3-4 settimane nel caso di intervento per tumore dell'ovaio

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

