

Isteroscopia: Documento di consenso informato all'intervento (I Livello).

Cosa è l'isteroscopia:

L'isteroscopia è un esame che permette di osservare la cavità endometriale, o sia, di vedere direttamente all'interno del utero.

L'isteroscopia può essere considerata **diagnostica** (solo diagnosi) dello stato della cavità endometriale.

Viene chiamata **operativa**, quando permette di trattare la patologia o malformazione diagnosticata.

In fine, si definisce **isteroscopia diagnostico – operativa**, quando si passa dalla diagnosi all'operatività, in forma sequenziale ed immediata.

Tipi d'isteroscopia:

Secondo il luogo e criterio gestionale dove viene effettuata, l'isteroscopia può essere classificata in:

- 1) **Ambulatoriale**: procedura effettuata in ambulatorio, generalmente solo diagnostica, senza utilizzo di anestesia o aiutata da anestetici locali e tranquillanti o sedativi soavi,
- 2) di **Day Surgery**: procedura effettuata in sala operatoria (ambiente chirurgico), in ricovero di una giornata, generalmente aiutata dalla narco – sedazione (anestesia endovenosa molto superficiale) o anestesia generale. Alcuni casi potranno effettuare l'isteroscopia di D.S. in anestesia locale controllata, rinforzata o combinata.
- 3) di **Macroattività**: procedura identica alla precedente che cambia solo dal punto di vista burocratico – istituzionale da quella di Day Surgery.
- 4) in regime di **Ricovero Ordinario**: si effettua in sala operatoria, riservato a casi particolarmente complessi, l'anestesia sarà quasi sempre generale ed il ricovero in camera da ricovero ordinario, comprenderà per lo meno una notte ed una giornata di osservazione.

In cosa consiste l'isteroscopia:

L'esame consiste nell'introduzione di un piccolo endoscopio (sottile telescopio) all'interno della cavità uterina, passando per l'orifizio naturale del collo uterino e transitando per il canale cervicale, fino ad arrivare alla cavità uterina.

La procedura non prevede tagli né perforazioni, ma potrebbe necessitare della dilatazione del canale endocervicale, per renderlo beante.

Per una corretta visualizzazione della cavità, si utilizza un mezzo di distensione, che può essere liquido trasparente (soluzione fisiologica o soluzioni idro-elettrolitiche) o un gas come l'anidride carbonica (CO₂), che oggi, viene riservato a casi in cui risulta sufficiente la sola diagnosi.

In alcuni casi l'utilizzo di anestetici può essere risparmiato (paziente multipara con cervice beante).

Nella maggior parte delle persone si utilizza un anestetico locale (come quella del dentista), analgesici o una anestesia soave, chiamata sedo-narcosi per migliorare il confort della paziente ed operatore.

L'anestesia generale è riservata a casi particolarmente complessi, o se si prevede un tempo operatorio prolungato.

L'intervento dura da pochi minuti ad un massimo di 45 minuti.

In generale dopo l'isteroscopia si otterrà un campione di tessuto (biopsia) dell'endometrio da inviare in anatomia patologica, per il loro accurato studio istologico.

Con l'isteroscopia operativa si può effettuare la riparazione di una malformazione o l'exeresi di polipo (polipectomia) o di un mioma (miomectomia) o la liberazione da sinechie (sinechiolisi) o l'estrazione di un dispositivo intrauterino che abbia perso la coda o si sia "incastrato", etc.

Indicazioni all'isteroscopia:

Particolarmente utile in casi di mestruazioni abbondanti (metrorragia), irregolari, molto frequenti (polimenorrea), ispessimento endometriali all'esame ecografico, etc.

L'indicazione più frequente è la metrorragia post-menopausale = perdite ematiche in menopausa.

L'isteroscopia è una indagine molto utile al controllo dell'endometrio, in pazienti operate alla mammella e sottoposte ad ormonoterapia (in particolare con tamoxifen).

Possono trovare indicazione all'isteroscopia i casi di donne affette da displasie endocervicali incerte (AGUS) come per donne in programmi di studio per infertilità – sterilità.

L'isteroscopia è l'esame più importante, nella diagnosi tempestiva del carcinoma endometriale (cancro del corpo uterino).

E' la tecnica più diffusa per effettuare polipectomie, lisi di sinechie, trattare anomalie intracavitarie come i setti ed eseguire miomectomie sottomucose di piccole dimensioni.

Lo strumento per effettuare isteroscopie risulta molto utile allo studio di patologie vaginali, cervicali ed endometriale, in bambine, donne senza esperienze sessuali e religiose.

Cosa si deve aspettare dopo un'isteroscopia:

Dopo l'isteroscopia resterà in osservazione per un tempo non minore a 2 hs. Secondo il tipo di anestesia o all'intervento effettuato, il periodo di controllo potrà prolungarsi a 4 - 6 - 8 hs o si potrà restare in osservazione fino al giorno successivo dell'intervento (casi rari). Nel periodo di osservazione e prima della dimissione le verranno effettuati controlli della temperatura, della pressione e delle eventuali perdite ematiche.

Quando sarà risvegliata, il medico che ha effettuato l'intervento, le spiegherà cosa ha visto, trovato ed effettuato.

La diagnosi istologica definitiva si otterrà dopo uno specifico esame anatomo-patologico (circa 10-15 giorni dopo la dimissione).

Prima di essere dimessa le verrà offerto un the o una bevanda calda e si attenderà che urine spontaneamente.

Le perdite ematiche del post-operatorio potranno protrarsi per 7 – 10 giorni.

Si rammenta che la paziente sottoposta ad isteroscopia in regime di Day Surgery NON potrà guidare nella giornata in cui è stata ricoverata.

In caso eccezionali in cui si osservi perdite ematiche abbondanti, o prolungate, comparsa di febbre, dolore o perdite maleodoranti, si raccomanda di contattare immediatamente il medico.

Le attività quotidiane normali e regolari, in generale, possono essere riprese il giorno dopo (successivo) all'intervento.

Complicanze:

Le complicanze successive all'isteroscopie sono eventi rari.

Sono state descritte diverse complicanze legate al tipo di anestesia (locale / generale).

Sono segnalati in letteratura fenomeni come allergie ed intolleranze a farmaci, ai disinfettanti o ai guanti (latice).

Molto infrequentemente possono verificarsi lesioni della parete vaginale, della cervice, perforazione uterina, lesioni ad organi vicini (intestino e vescica).

Le complicanze emorragiche possono accadere in periodo operatorio, post-operatorio immediato e come tardivo. –altro evento raro-

Il fenomeno dell'intravasazione, la sindrome di sovraccarico e scompenso cardiocircolatorio, può presentarsi dopo un abnorme assorbimento del mezzo di distensione. Legati a questo tipo di complicanza, sono stati descritti eccezionali disturbi di ordine neurologico, insufficienza renale ed altri problemi idroelettrolitici.

Altro tipo di complicanze sono rappresentate da infezioni, peritonite, pelvi peritonite (PID), ascesi, infezioni del tratto genitale inferiore, endometrite, etc.

L'insorgenza di una qualsiasi complicanza, o difficoltà tecnica potrà rendere necessario un prolungamento del periodo di osservazione, del ricovero o anche, determinare la necessità d'interventi riparatori successivi (per via laparoscopica o laparotomica).

Molto raramente, può considerarsi l'esito dell'intervento isteroscopico non soddisfacente o tecnicamente non effettuabile.

In alcune particolari occasioni, come nelle miomectomie parziali, si potrà completare l'intervento in un "secondo tempo" con un nuovo intervento, per l'appunto di completamento e ri-controllo. Questa eventualità non deve essere considerata una complicanze vera e propria, ben si una modalità o tecnica appropriata.

Il ritrovamento di una patologia oncologica (cancro) nella cavità endometriale, renderà necessario affrontare un approccio chirurgico o terapeutico diverso e distinto all'isteroscopia.

Queste informazioni sono sicuramente insufficienti a poter attuare una scelta consapevole e prendere una decisione individuale. Per informarsi adeguatamente, si esorta ad effettuare un colloquio personalizzato, col proprio medico di fiducia.

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)