

Drssa Bianca Masturzo
Direttore S.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Tel.01515157001/02 FAX: 01515157005
E-Mail: bianca.masturzo@aslbi.piemonte.it

Consenso informato all'Isteroscopia Diagnostica-Operativa

L'Isteroscopia Diagnostica è una Tecnica Endoscopica Ambulatoriale, finalizzata allo studio morfologico del canale cervicale, della cavità uterina, degli osti tubarici e alla valutazione macroscopica dei relativi epiteli di rivestimento, mediante l'utilizzo di un Ottica del diametro di 2,5 - 3 mm con Camicia Diagnostica o Miniresettore a flusso continuo.

Nel corso dell'esame può rendersi necessaria biopsia mirata a completamento dell'indagine diagnostica. Possono essere così diagnosticate diverse patologie Uterine (Malformazioni Endocavitarie, Sinechie Uterine, Polipi, Fibromi Sottomucosi, Ispessimenti Endometriali anomali, Lesioni Pre/Neoplastiche Intracavitarie, Corpi estranei Intracavitari, dislocazioni di Dispositivi Intrauterini).

In casi selezionati e con strumentazione dedicata (Isteroscopia Diagnostico – Operativo e/o Miniresettore), è possibile eseguire, nel tempo chirurgico, procedure miniinvasive ambulatoriali (Biopsie Endometriali mirate, Polipectomie per Polipi Endometriali o del canale Cervicale, rimozione di Corpi Estranei o di Dispositivi Intrauterini dislocati, Miomectomie per Fibromi Sottomucosi intracavitari, lisi di Sinechie intrauterine o Setti Uterini).

Il periodo ottimale per l'esecuzione dell'esame è tra il 7° ed il 14° gg. del ciclo mestruale, contando dal primo giorno di flusso mestruale.

Durante tutta la durata dell'esame la Signora sarà sveglia, senza alcun tipo di Sedazione e potrà, se lo desidera, visionare in tempo reale tutte le fasi dell'esame, colloquiare con l'Operatore Esperto che Le illustrerà ciò che s'osserva, in modo che possa interagire e rendersi conto delle eventuali difficoltà incontrate e potrà riferire le proprie sensazioni.

Effetti collaterali e complicanze sono:

- dolori pelvici similmestruali
 - perdite di sangue di scarsa entità dalla vagina.
 - dolore retroscapolare (raro) di norma tollerabile e di breve durata causato dal passaggio di liquidi attraverso le tube nella pelvi
 - disturbi neurovegetativi (sudorazione, brividi, tachicardia, nausea, cefalea, senso d'iniziale lipotimia).
 - in rarissimi casi, possono verificarsi accidentali soluzioni di continuo del tessuto uterino o sanguinamenti tali che comportano l'obbligo di eseguire un intervento chirurgico correttivo.
- Queste complicanze, come si è detto, sono molto rare e la loro frequenza dipende dalla difficoltà della procedura e, se presenti, saranno trattate da personale qualificato secondo la loro natura.

Tecnica di esecuzione dell'esame:

La donna viene posta in posizione ginecologica.

Successivamente l'Operatore con l'Isteroscopia, mediante infusione di mezzo liquido di distensione (Soluzione Fisiologica), visualizza l'intera Cavità Vaginale, il Collo dell'Utero, l'Orifizio Uterino Esterno, l'intero Canale Cervicale, L'Orifizio Uterino Interno, la Cavità Uterina e gli Osti Tubarici, segnalando eventuali anomalie clinicamente degne di nota.

Questa procedura è, generalmente, eseguibile senza l'uso dello Speculum, senza afferrare il Canale Cervicale con le Pinze ad Uncino e senza dilatarlo o trazionarlo. Quest'ultimo infatti, è disteso dall'uso di mezzi liquidi (Soluzione fisiologica).

Nel 95% dei casi non è necessaria nessuna forma di Sedazione.

E' ammesso in letteratura l'uso di farmaci per bocca ad azione Analgesica (Paracetamolo 1000) e/o Antiinfiammatoria (Ibuprofene 400 mg) assunte almeno 1 ora prima dell'esame, oppure, la somministrazione, nel corso della procedura diagnostica, di Gas Medicale (Protossido d'Azoto) o l'Infiltrazione Peri/Para Cervicale sempre ad azione anestetica. A questo proposito presso il Nostro Centro si esegue di prassi Anestesia con Infiltrazione Pericervicale.

Infatti, una volta che la donna viene posta in Posizione Ginecologica, l'Operatore posiziona lo Speculum, disinfetta localmente la Vagina ed il Collo dell'Utero con Soluzione a base di Clorexidina. Successivamente, mediante apposito Ago, si eseguono sul Collo dell'utero due infiltrazioni (una ad ore 9 e l'altra ad ore 3) con 15 ml di Soluzione Anestetica a base di Lidocaina o Mepivacaina al 2% diluita al 1,5% (dose max 7 mg/Kg). Le suddette sedi in cui si effettua l'anestesia sono infiltrate per una profondità di pochi mm in modo da assicurare l'effetto voluto in totale sicurezza.

Il tasso d'insuccesso è scarsissimo e varia a seconda delle casistiche dal 1% al 2,5% dei casi come è riportato in Letteratura. La nostra esperienza non si differenzia da tassi di insuccesso riportati in letteratura.

Le ottiche e tutto lo strumentario chirurgico è tassativamente sottoposto a metodica di disinfezione e sterilizzazione.

=====

La sottoscritta _____
nata a _____ (_____) il _____, a seguito di un accurato counseling con il Medico, conferma che le è stato spiegato come, nel Suo caso, non esistano controindicazioni assolute all'esecuzione dell'esame. Conferma di essere a conoscenza della possibilità che nel corso della procedura si possa verificare una situazione che richieda l'esecuzione di tecniche chirurgiche mininvasive e di relativo Esame Istologico e pertanto autorizza il Medico Operatore ad eseguire quanto reputato opportuno per le finalità dell'esame e per la tutela della sua salute.

La Sua firma attesta che:

- Ha letto il contenuto di questo Consenso Informato
- Ha capito ed è d'accordo con quanto verrà effettuato
- Le è stata spiegata in maniera esauriente e completa la procedura cui si avvia a sottoporsi, compresi i possibili rischi e le possibili alternative.
- Ha avuto tutte le informazioni che desiderava e la possibilità di fare relative domande su questioni più o meno specifiche confermando che le informazioni forniteLe sono state del tutto esaurienti e ben comprese.
- Di NON essere in stato di gravidanza

Pertanto consapevole di quanto sopra (*barrare la propria scelta*)

- Esprime il Suo consenso all'esame
- Rifiuta l'esame.

Nell'eventualità in cui, nel corso dell'esame si verificasse la possibilità di riconoscere e trattare secondo chirurgia ambulatoriale (office) la patologia riscontrata, la stessa (*barrare la propria scelta*)

- Acconsente

- Non acconsente all'immediato trattamento

Ponderano (Bi): _____ **Ore:** _____ **Sig. ra** _____

Il Medico Operatore: _____

REVOCA DEL CONSENSO INFORMATO IN CORSO DI ESAME

Ponderano (Bi): _____ **Ore:** _____ **Sig. ra** _____

Il sottoscritto acconsente (D. Lgs. 196/2003) al trattamento dei propri dati personali per finalità di tutela della salute.