

CONSENSO INFORMATO

Embolizzazione dei fibromi uterini

COSA SONO I FIBROMI

I **fibromi** sono tumori benigni della parete muscolare dell'utero, che possono causare problemi diversi a seconda delle dimensioni e della posizione (mestruazioni abbondanti, prolungate e/o dolorose, difficoltà a cominciare o a mantenere una gravidanza, esercitando pressione sulle strutture circostanti, possono causare difficoltà a urinare o dare senso di gonfiore).

Unici o multipli, di dimensioni variabili, si sa che sono estrogeno dipendenti; infatti, diminuiscono di dimensione dopo la menopausa, quando ci sono meno estrogeni nell'organismo.

EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA

L'embolizzazione dei fibromi uterini è uno dei trattamenti disponibili per curare i fibromi uterini sintomatici. Lo scopo dell'embolizzazione delle arterie uterine è di eliminare l'apporto vascolare con conseguente necrosi ischemica della lesione fibromatosa. È una procedura mininvasiva che viene eseguita con paziente sveglio ma opportunamente sedato, pertanto, il paziente non percepisce dolore né discomfort durante la procedura. L'embolizzazione delle arterie uterine viene eseguita da un medico specializzato, chiamato radiologo interventista, esperto e qualificato nell'eseguire procedure sotto guida dei raggi-X e nell'interpretare le immagini da essi prodotte.

FERTILITA' E GRAVIDANZA

Dal momento che gli effetti dell'embolizzazione delle arterie uterine su fertilità e gravidanza non sono ancora ben conosciuti, è fortemente raccomandato che le donne che eseguono l'embolizzazione abbiano già soddisfatto il desiderio di maternità.

Attualmente, ci sono dei trials clinici in corso, per valutare la sicurezza dell'embolizzazione in donne che non hanno ancora avuto figli; in queste donne, la rimozione chirurgica dei fibromi (miomectomia) potrebbe essere la migliore scelta.

ESPOSIZIONE ALLE RADIAZIONI

L'esposizione alle radiazioni durante l'embolizzazione delle arterie uterine) è un parametro inevitabile, che va limitato al massimo: per questo sono necessari un operatore esperto, un'ottima conoscenza dell'anatomia pelvica, un'adeguata esperienza nell'iniezione delle particelle embolizzanti al fine di ridurre al minimo l'esposizione delle pazienti alle radiazioni. L'esposizione media alle radiazioni è di 11.3 mSv, dose paragonabile a quella di una TC addome e/o pelvi. Può essere ulteriormente contenuta limitando sia il tempo di fluoroscopia, che il numero di studi angiografici.

SINDROME POST EMBOLIZZAZIONE

Dolore, febbre, astenia, nausea e malessere generale costituiscono la sindrome post embolizzazione; questi sintomi saranno tanto più intensi quanto maggiore sarà stato il volume dei suoi fibromi; non sono una complicanza ma una prevista conseguenza della procedura.

COMPLICANZE

Maggiori:

- Morte (3 episodi di morte in letteratura).
- Espulsione del fibroma 5%
- Infezioni 2,5%
- Trombosi venosa profonda /tromboembolia polmonare (TEP) <1%
- Embolizzazione non target con potenziale danno a vescica,retto,arti inferiori (segnalazioni aneddotiche)
- Amenorrea permanente
- Danno vasale con occlusione permanente della arteria radiale, pseudoaneurisma femorale,dissezione della arteria femorale, embolia periferica, perdita dell'arto.

Minori

- Insuccesso tecnico
- Amenorrea (assenza del ciclo mestruale) transitoria
- Parestesia persistente nella sede di accesso arterioso

Dichiarante

Il/la sottoscritto/a_nato/a il residente in_Via

(1) in qualità di esercente la potestà sul
minore..... (2) in qualità di tutore del
paziente.....

Informato/a dal Prof./Dott.

- sul tipo di indagine diagnostica da eseguire e precisamente embolizzazione dei fibromi uterini.

Reso/a consapevole:

- sul parere del sanitario che il trattamento proposto è quello che offre il miglior rapporto rischio/beneficio sulla base delle conoscenze attuali;
- della possibilità che l'indagine, una volta avviata, possa essere interrotta a mia richiesta, senza pregiudicare l'attività assistenziale, ma senza ottenere l'informazione ricercata con questo esame.;

- dei rischi relativi di eventuali danni per la salute (temporanei e permanenti) e per la vita.

Preso visione delle informazioni relative all'indagine/procedura in oggetto

Valutate le informazioni ricevute ed i chiarimenti che mi sono stati forniti, avendo compreso quanto sopra sinteticamente riportato:

accetto l'indagine proposta rifiuto l'indagine proposta

Medico radiologo

Eventuale interprete

Data Firma del paziente

DICHIARAZIONE di STATO DI GRAVIDANZA CERTA O PRESUNTA

SI NO

Data Firma del paziente

POSSO CAMBIARE LA MIA DECISIONE RIGUARDO ALL'EFFETTUAZIONE DELL'ESAME?

Lei non è assolutamente obbligata/o ad effettuare l'esame; alternativamente il medico utilizzerà altre procedure che sono attualmente disponibili per l'effettuazione delle quali verrà comunque richiesto il suo consenso.

Tutte le informazioni raccolte, ed in particolare le informazioni personali, sono tutelate dal D. Lgs 196/2003 concernente la "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

La ringraziamo per l'attenzione avuta nel leggere queste note e la preghiamo di datare e firmare il presente modulo per presa visione.

Data

Firma