

NOTE INFORMATIVE PRE INTERVENTO

ASPORTAZIONE DELL'UTERO

L'indicazione all'intervento è posta dalla presenza di patologie uterine (più spesso miomi) che causano sintomi: mestruazioni emorragiche o continue, dolore pelvico.

Altre volte l'utero è sano, ma sceso verso il basso (prolasso).

Tutta la pelvi e quindi anche l'utero, può essere interessata da endometriosi e per il sollievo dai sintomi può essere indicata l'asportazione dell'utero.

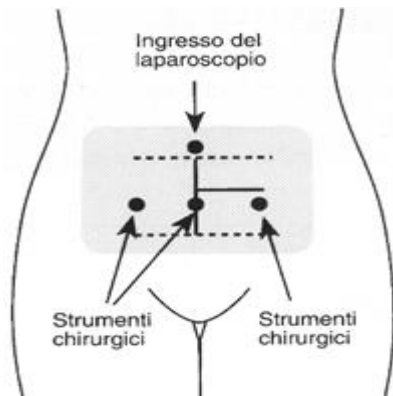
Infine l'endometrio (la mucosa che riveste internamente l'utero) può essere sede di malattie maligne per le quali è necessario asportarlo (assieme a tube e ovaie).

Lo studio preoperatorio prevede:

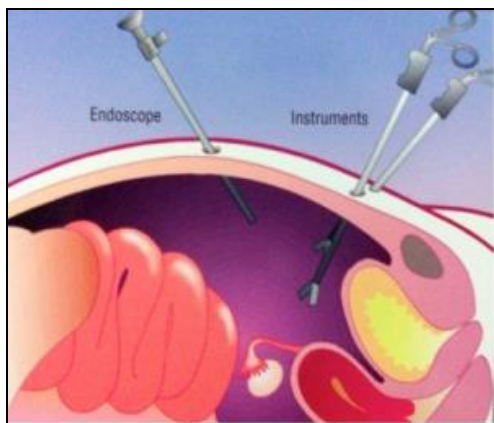
- ecografia pelvica transvaginale eseguita da un ginecologo
- pap test, se non aderisce allo screening o se non l'ha eseguito nell'ultimo anno
- isteroscopia diagnostica e biopsia dell'endometrio (osservazione dell'interno dell'utero con una microtelecamera)
- se le è già stata comunicata una diagnosi di malattia maligna dell'endometrio dovrà eseguire la tac dell'addome e del torace con mezzo di contrasto e il prelievo di sangue per dosare il marcatore ca 125
- se le è già stata comunicata una diagnosi di malattia maligna del collo dell'utero (fatta con il pap test e poi con conizzazione) oltre alla tac bisogna eseguire anche la risonanza magnetica pelvica, a volte la cistoscopia (esame che esplora l'interno della vescica), e la rettoscopia (per valutare l'interno del retto) e l'ecografia inguinale

In ogni caso l'intervento sarà con **accesso laparoscopico**, significa che il chirurgo ginecologo che lo esegue non taglia la pancia, ma ci entra attraverso **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 appositamente 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 sé dove gli **organi addominali vengono magnificati** cioè l'ingranditi in modo da cogliere 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%
Deiscenza (apertura) della sutura della vagina	Molto basso < 1
Lesione di un grosso vaso arterioso o venoso	Rarissimo < 1‰
Rischio anestesilogico	Rarissimo < 1‰

In base alle caratteristiche dell'utero e della paziente si definisce il tipo di intervento più adeguato:

- **isterectomia "semplice"** (intrafasciale): nel caso di miomi di dimensioni medie o di prolassi lievi.
Se l'utero è molto grande (arriva all'ombelico o oltre) il ginecologo adotta delle varianti di tecnica chirurgica ed esegue un'incisione anche sotto l'ultima costa sinistra. In questi casi l'intervento è tecnicamente più complesso, quindi di durata maggiore e con prevedibili maggiori perdite di sangue. Se fosse impossibile proseguire l'intervento con tecnica laparoscopica sarà convertito all'accesso chirurgico tradizionale, cioè con apertura dell'addome
- **isterectomia vaginale laparoassistita:** si esegue di solito per prolassi medio-severi e può concludersi con la plastica anteriore e posteriore: il riposizionamento della vescica e del retto nella sede originaria dopo che erano scivolati verso il basso a causa del prolasso
- **isterectomia vaginale:** si esegue poche volte, solo nel caso di prolassi molto spiccati, quando la paziente ha già tolto le tube e le ovaie
- **isterectomia radicale** (extrafasciale): nel caso di malattia maligna dell'endometrio si esegue l'asportazione dell'utero con alcuni accorgimenti tecnici particolari utili a diminuire la possibilità che la malattia ritorni a distanza di tempo. Avviene sempre in contemporanea anche l'asportazione delle ovaie e delle tube.

A seconda del tipo di malattia e del grado di malignità può essere indicato asportare nello stesso momento anche i linfonodi del bacino e dell'addome (tutti o solo i sentinella), l'omento (grembiule di grasso che riveste l'intestino) e l'appendice. L'estensione dell'intervento è decisa dal medico come concordato prima dell'intervento. Le stesse valutazioni sono riferibili anche alla terapia per

malattia maligna del collo dell'utero.

In tutti i casi l'intervento prevede la **colposospensione**, ossia il fissaggio della cupola vaginale e della vescica verso l'alto con dei punti particolari. E' un passaggio preventivo rispetto al possibile sviluppo di prollasso della vescica o incontinenza urinaria dopo l'intervento, anche a distanza di molti anni.

Tutte le volte che viene asportato l'utero vengono rimosse assieme anche le tube (**salpingectomia bilaterale profilattica**).

Le tube non hanno funzione endocrina, cioè non producono ormoni, servono a fare incontrare la cellula femminile (ovulo) con quella maschile (spermatozoo) per ottenere una gravidanza. Per il resto della vita non hanno alcun ruolo. Inoltre si sa ormai con certezza che il tumore dell'ovaio, patologia attualmente non sempre curabile, non nasce mai dall'ovaio, ma nel 98% dei casi da cellule tubariche che si ammalano in senso maligno, poi si trasferiscono sulla superficie ovarica e lì sviluppano la patologia. Di conseguenza è sempre indicato asportarle.

La rimozione delle ovaie (**annessiectomia bilaterale**) è invece discussa con la paziente in base alla sua età, eventuali precedenti interventi e presenza di fattori di rischio nella storia familiare, e all'eventuale presenza di patologie ovariche riscontrate all'ecografia preoperatoria.

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).

Verrà dimessa nel corso della prima giornata dopo l'intervento.

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.

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

- 15-20 giorni nel caso di isterectomia semplice o laparoassistita
- 3-4 settimane nel caso di isterectomia vaginale
- 4 settimane nel caso di intervento per malattia maligna dell'endometrio

A circa 30 giorni dall'intervento le verrà fissata la visita di controllo.

Dopo circa 20 giorni dall'intervento il medico visiona l'esito dell'esame istologico. Verrà convocata solo nel caso ci fossero indicazioni ad ulteriori terapie.

Se negativo verrà spedito a domicilio per posta ordinaria nei 30 giorni successivi all'intervento.

Nel caso l'intervento sia eseguito per malattia maligna dell'endometrio del collo dell'utero dopo circa 30 giorni dalla dimissione verrà contattata dal personale di reparto per la prima visita oncologica, come già spiegato durante gli accertamenti preoperatori.