

	U.F. CHIRURGIA GENERALE		Prot. 09	Pag. 1 di 6
	Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 00	del 11/10/2024

L'isterectomia è una procedura chirurgica per la rimozione dell'utero e in alcuni casi degli annessi (tube e ovaie). L'intervento può avere delle conseguenze sulla donna sia dal punto di vista fisico che emotivo. Le tecniche chirurgiche si sono raffinate, divenendo sempre meno invasive e favorendo un recupero post operatorio sicuramente più rapido. L'intervento di isterectomia può essere eseguito sia in anestesia spinale o sub aracnoidea che generale, a seconda della tecnica chirurgica utilizzata e la degenza post operatoria sarà di alcuni giorni.

PRINCIPALI INDICAZIONI ALL'ISTERECTOMIA

Le principali indicazioni all'isterectomia sono:

- Fibromi uterini
- Sanguinamento vaginale abbondante e/o imprevedibile
- Prolasso genitale
- Endometriosi
- Adenomiosi
- Malattia infiammatoria pelvica
- Tumore all'utero

COME SI ESEGUE

L'intervento di isterectomia totale comprende sostanzialmente due fasi: una prima fase dedicata all'anestesia della paziente e una seconda fase riservata alla rimozione dell'utero e della cervice uterina (in altre parole all'operazione vera e propria).

È da segnalare che, in presenza di determinate condizioni, alla rimozione dell'utero e della cervice uterina i medici devono aggiungere la rimozione delle tube di Falloppio e delle ovaie (**isterectomia totale abbinata a salpingo-ooforectomia**) di conseguenza, in questi frangenti, l'operazione diviene più complessa e chiaramente più lunga.

La pratica dell'anestesia da inizio, di fatto, all'isterectomia totale.

L'anestesia rappresenta un passaggio obbligato, in quanto permette alla paziente di non avvertire dolore durante l'intervento di rimozione dell'utero e della cervice uterina.

Il tipo di anestesia adottato varia in funzione della tecnica chirurgica che il medico curante impiegherà nella fase successiva, per la rimozione dell'utero e della cervice uterina.

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 2 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 11/10/2024

Tra i tipi di anestesia adottabili per un'isterectomia totale figurano: l'anestesia generale, l'anestesia spinale e l'anestesia epidurale.

L'anestesia generale comporta l'addormentamento della paziente per tutta la durata dell'intervento. Durante gli interventi in anestesia spinale o epidurale, invece, la paziente rimane cosciente per tutta la durata dell'operazione.

TECNICHE CHIRURGICHE ISTERECTOMIA

Isterectomia totale	Vengono rimossi utero e cervice uterina
Isterectomia subtotale	Viene rimosso l'utero e la cervice viene lasciata in posizione
Isterectomia totale con annessiectomia bilaterale	Vengono asportati utero, cervice, tube e ovaie
Isterectomia radicale	Simile alla totale, con o senza annessiectomia radicale, ma in cui vengono rimosse anche la parte superiore della vagina e delle ghiandole linfatiche pelviche

A seguito dell'asportazione delle ovaie, la donna - se non ancora in menopausa - andrà incontro a menopausa precoce iatrogena, ma con la giusta terapia ormonale sostitutiva può ritrovare un pieno benessere e ridurre alcuni ulteriori rischi per la salute.

ISTERECTOMIA TOTALE ADDOMINALE

In occasione degli interventi di isterectomia totale addominale, il ginecologo effettua la rimozione di utero e cervice uterina attraverso un'incisione di circa 10 centimetri in sede addominale da lui stesso praticata.

Alla rimozione di utero e cervice uterina, seguono, nell'ordine, la riparazione dei muscoli addominali, la chiusura dell'incisione tramite punti di sutura e il bendaggio dell'area operata.

A causa delle dimensioni dell'incisione chirurgica, l'isterectomia totale addominale non è soltanto la tecnica chirurgica più invasiva (delle tre possibili), ma anche quella a più alto rischio di effetti avversi.

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 3 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 11/10/2024

Trattandosi di un'operazione invasiva, l'isterectomia totale addominale richiede la pratica dell'anestesia generale.

ISTERECTOMIA TOTALE VAGINALE

Durante le operazioni di isterectomia totale vaginale, il ginecologo asporta utero e cervice uterina, attraverso un'incisione da lui stesso eseguita a livello della superficie superiore del canale vaginale.

Alla rimozione degli organi seguono, ovviamente, la cucitura della ferita chirurgica, attraverso l'applicazione di appositi punti di sutura e una sorta di bendaggio interno.

Eseguibile sia in anestesia generale che in anestesia spinale o epidurale, l'isterectomia totale vaginale è una soluzione meno invasiva rispetto all'isterectomia totale addominale.

Lo sapevi che...

Talvolta, i ginecologi effettuano isterectomia totale vaginale servendosi degli strumenti impiegati nel corso degli interventi di isterectomia totale laparoscopica; in tale circostanza, l'isterectomia totale vaginale prende il nome di isterectomia totale vaginale laparoscopica-assistita.



ISTERECTOMIA TOTALE LAPAROSCOPICA

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 4 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 11/10/2024

Durante gli interventi di isterectomia totale laparoscopica, il ginecologo accede agli organi da rimuovere attraverso 3 piccole incisioni (non superiori a centimetro), che egli pratica a livello addominale, e l'impiego di piccoli strumenti chirurgici (chiaramente, delle dimensioni delle suddette incisioni), tra cui il cosiddetto **laparoscopia**.

All'asportazione degli organi seguono, come nei casi precedenti, la chiusura delle incisioni tramite punti di suture e il bendaggio delle ferite.

Eseguibile sia in anestesia generale che in anestesia spinale o epidurale, l'isterectomia totale in laparoscopia è una soluzione minimamente invasiva: essa, infatti, permette di eseguire l'asportazione dell'utero e della cervice uterina senza il ricorso a grandi incisioni.

La minima invasività dell'isterectomia totale laparoscopica comporta una riduzione importante dei tempi di ricovero e di recupero post-operatorio.

Sfortunatamente, l'isterectomia totale laparoscopica presenta un limite: non è eseguibile su tutte le pazienti che necessitano della rimozione dell'utero e della cervice uterina.

Simile a una cannuccia per bere e fornito di una telecamera e una fonte luminosa a un'estremità, il laparoscopia è uno strumento chirurgico moderno, che i medici impiegano per orientarsi all'interno dell'addome quando devono praticare un qualche intervento di chirurgia

DIAGNOSI

Ecografia, isteroscopia e colposcopia sono **esami diagnostici strumentali che permettono di valutare lo stato di salute dell'apparato genitale femminile**, indagando la presenza di eventuali condizioni o patologie a carico della donna.

ISTRUZIONI OPERATIVE

PRE- INTERVENTO:

- Ricovero il giorno stesso dell'intervento;
- Intervista per compilazione dati anagrafici, anamnestici ed eventuale terapia domiciliare;
- Verificare la presenza in cartella di tutti gli esami richiesti;
- Somministrare preparazione intestinale (una peretta evacuativa la sera e una al mattino secondo indicazioni del chirurgo)

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 5 di 6
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 11/10/2024

- Iniziare terapia antiaggregante con Seleparina 0,3 fiale se indicato in terapia;
- Consegnare materiale per vestizione per intervento;
- Tricotomia dalla zona diaframmatica a livello sotto pubico;

POST - INTERVENTO:

- Verificare pervietà del catetere vescicale, monitorare la diuresi (da mantenere generalmente 48h);
- Verificare eventuale posizionamento di zaffo vaginale (da mantenere generalmente per 24 - 48h);
- Rilevazione parametri vitali e accurata valutazione del dolore (vedi allegato scheda dolore);
- Controllare la ferita chirurgica ed eventuali sanguinamenti;
- Digiuno per intervento in narcosi;
- Somministrazione terapia endovenosa come da protocollo (la terapia antalgica è decisa dall'anestesista che valuta il posizionamento dell'elastomero);
- Infusione di liquidi (generalmente Isolyte per 48 - 72h).

1° GIORNATA POST-OPERATORIA

- Mobilizzazione precoce, compatibilmente con il quadro clinico della paziente;
- Si controlla eventuale ripresa della peristalsi e relativa canalizzazione ai gas;
- Prosegue infusione di liquidi in accordo con le terapie prescritte dal medico;
- Verificare pervietà del catetere vescicale, monitorare la diuresi;
- Rilevazione parametri vitali e accurata valutazione del dolore;
- Controllare la ferita chirurgica e eventuali sanguinamenti.

2° GIORNATA POST-OPERATORIA

- Rimozione catetere vescicale e zaffo vaginale (controllare prescrizione e indicazioni del medico chirurgo);
- Controllare la ripresa della diuresi spontanea e monitorare la possibile insorgenza di globo vescicale o ritenzione urinaria;
- Iniziare una dieta leggera compatibilmente col modello evacuativo della paziente seguendo relativo protocollo;
- Invitare alla mobilizzazione e alla ripresa delle normali attività;
- Rilevare parametri vitali e presenza del dolore;
- Controllare la ferita chirurgica e eventuali sanguinamenti.

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 6 di 6
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 11/10/2024

3° GIORNATA POST-OPERATORIA

- Controllare la ripresa della diuresi spontanea e monitorare la possibile insorgenza di ritenzione urinaria;
- Proseguire dieta progressiva secondo protocollo compatibilmente alla situazione intestinale della paziente;
- Invitare alla mobilizzazione e alla ripresa delle normali attività;
- Rilevare parametri vitali e accurata valutazione del dolore;
- Controllare la ferita chirurgica e eventuali sanguinamenti.

4° GIORNATA POST-OPERATORIA

- Proseguire dieta progressiva secondo protocollo compatibilmente all'alvo della paziente;
- Invitare alla mobilizzazione e alla ripresa delle normali attività;
- Rilevare parametri vitali e valutare presenza del dolore con compilazione scheda;
- Controllare la ferita chirurgica
- Dimissioni a seconda della valutazione clinica del medico chirurgo.

Nuova Casa di Cura Sant'Anna S.r.l.
 Sede Legale: C.so G. Sommeiller, 32
 10128 Torino - C.F. e P.IVA 03112660042
 Sede Operativa: V.le Cavalli d'Olivola, 22
 15033 Casale Monferrato (AL)
 Tel. 0142.334611 - Fax 0142.75812