

Intervento chirurgico:

Isterectomia



**INFORMAZIONI
PER IL PAZIENTE**



Queste informazioni educative servono ad aiutare a capire l'intervento e permettono di partecipare attivamente al percorso di cure e il ruolo nel recupero.

INDICE

CONDIZIONE	3
TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON CHIRURGICO	3
Trattamento chirurgico	3
Scelta tra isterectomia totale o sub-totale	5
Scelta tra conservazione o asportazione delle ovaie	6
Alternative terapeutiche	7
LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO	8
DECORSO POST-OPERATORIO	9
RISCHI, COMPLICANZE, EFFETTI COLLATERALI	10
Rischi d'intervento chirurgico	10
Complicanze intraoperatorie/postoperatorie	11
Complicanze a distanza dall'intervento	12
DURANTE O DOPO L'INTERVENTO	13
IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE	15
Dichiarazione di limitazione di responsabilità	15



CONDIZIONE

CHE COS'È



L'Isterectomia è l'intervento mediante il quale viene asportato l'utero.

TRATTAMENTO CHIRURGICO E NON CHIRURGICO

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'intervento può essere eseguito:

- **Con la tecnica classica laparotomica** (cioè con una incisione trasversale o verticale sull'addome) e si distingue in:
 - Laparoisterectomia totale (se si asporta completamente l'utero e si sutura l'apice vaginale)
 - Laparoisterectomia sub-totale (se si conserva la cervice uterina)
- **Con la laparoscopia** (cioè con una telecamera e degli strumenti chirurgici che passano attraverso piccole incisioni sull'addome). I vantaggi rispetto alla laparotomia sono: una riduzione del dolore post-operatorio, un ricovero e una convalescenza più brevi e una ripresa più rapida delle normali attività. Solitamente il limite oltre il quale non è più utilizzabile la laparoscopia (LPS) è un volume uterino che superi la linea ombelicale trasversa. Anche con la LPS si può procedere a:
 - Isterectomia totale laparoscopica (total laparoscopic hysterectomy: TLH)
 - Isterectomia sub-totale laparoscopica (subtotal laparoscopic hysterectomy: SLH)

- **Per via vaginale:** cosiddetta colpoisterectomia. In questi casi l'isterectomia è sempre totale. I vantaggi rispetto alle altre tecniche sono: una riduzione ulteriore del dolore post-operatorio e un decorso più rapido. Spesso è una tecnica che viene scelta quando è presente un prolasso genitale.
- **Associando la tecnica laparoscopica con quella vaginale:**
 - Isterectomia vaginale assistita laparoscopicamente (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: LAVH). Anche in tal caso l'isterectomia è sempre totale. Il vantaggio rispetto alla colpoisterectomia è la più semplice asportazione delle ovaie (nel caso sia necessaria), lo svantaggio è che si sommano i rischi chirurgici di due tecniche (LPS e accesso vaginale).



Per le pazienti sottoposte all'intervento prima della menopausa è importante sottolineare che in seguito all'isterectomia viene persa la funzione riproduttiva (la possibilità di avere gravidanze) e la mestruazione, mentre non ci sono variazioni per quanto riguarda la funzione ormonale e i conseguenti sintomi legati alla menopausa, poiché essi dipendono dalle ovaie e dal fatto che vengano conservate o meno.

SCELTA TRA ISTERECTOMIA TOTALE O SUB-TOTALE

Nel caso di isterectomia effettuata per via addominale è possibile scegliere tra l'asportazione completa dell'utero o la conservazione della cervice uterina.

- L'assunto di risparmiare la cervice nell'isterectomia sub-totale si basa sulla ipotetica limitazione dei danni all'innervazione e alle strutture di sostegno degli organi pelvici con riduzione del rischio di comparsa del prolasso, di disturbi urinari e disturbi sessuali.
- La scelta di eseguire una isterectomia totale è sostenuta dalla possibilità, asportando anche il moncone cervicale, di prevenire una futura neoplasia cervicale.

Ad oggi non è ancora noto se l'isterectomia addominale sub-totale comporti effettivamente questi vantaggi rispetto all'isterectomia totale. In uno studio pubblicato su una autorevole rivista scientifica (Thakar R et al, N Engl J Med 2002; 347: 1318-1325) si evidenzia che le donne sottoposte ad isterectomia sub-totale, rispetto a quelle sottoposte da isterectomia totale, hanno mediamente dei vantaggi sull'immediato decorso post-operatorio, mentre non risultano differenze significative sugli esiti a lungo termine.

È da segnalare che dopo isterectomia sub-totale, il 7% delle donne può presentare un sanguinamento ciclico di scarsa entità (una micro-mestruazione) dal moncone cervicale. Spesso la scelta di effettuare una isterectomia sub-totale è determinata da esigenze tecniche (ad es. una difficoltosa liberazione della cervice dai tessuti circostanti a causa di aderenze, ad esempio nel caso di pregresse cicatrici da tagli cesarei).

Talvolta è semplicemente legata alla richiesta della donna di conservare il collo dell'utero ed evitare quindi una cicatrice vaginale. La conservazione della cervice renderà opportuno continuare i periodici controlli citologici (HPV test o PAP test) che non saranno più necessari se si asporta anche la cervice.

Ovviamente, l'asportazione totale dell'utero sarà sempre raccomandabile in presenza di una patologia cervicale (PAP test anormale) o di una sospetta neoplasia uterina maligna.

SCelta TRA CONSERVAZIONE O ASPORTAZIONE DELLE OVAIE

Assieme all'utero normalmente vengono rimosse anche le salpingi, che non hanno alcuna funzione in assenza dell'utero e la loro conservazione può comportare il rischio di neoplasie o di dilatazione cistica. Le ovaie mantengono la loro funzione (ormonale) anche in assenza dell'utero fino al momento della menopausa naturale (in media all'età di 50 anni).

Per questo normalmente vengono asportate assieme all'utero a scopo profilattico (per la prevenzione delle neoplasie ovariche) nelle donne di età maggiore di 50 anni, mentre si propone la loro conservazione nelle donne più giovani.

Tale limite di età non è comunque condizionante per la scelta, che deve essere concordata tra paziente e chirurgo in base alle condizioni specifiche individuali. In tutti i casi in cui verranno conservati la cervice uterina, le ovaie e le salpingi saranno da effettuare i normali successivi controlli di prevenzione; le malattie che si possono presentare in futuro a carico di questi organi, non hanno alcuna relazione con l'intervento effettuato.



ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

Alternative terapeutiche In relazione al quadro clinico che suggerisce l'asportazione dell'utero, possono essere presi in considerazione i seguenti approcci che devono basare la loro esposizione e la conseguente scelta su quattro fondamentali variabili: età della donna, possibilità e suo desiderio di futuri concepimenti, esposizione specifica a rischi tumorali maligni ed opinione della stessa in merito al mantenimento della personale integrità organica.

- **Assunzione di medicinali:**

- Ormoni sessuali, quali la pillola estroprogestinica o il solo progesterone;
- GnRH agonisti (Relugolix)
- Mifepristone;
- Spirale endouterina medicata (IUD) a rilascio di "levonorgestrel";

- **Approcci chirurgici:**

- Miomectomia, per via laparoscopica o laparotomica;
- Ablazione endometriale;
- Embolizzazione delle arterie uterine.

LA PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

In tutti i casi è consigliabile una terapia pre-operatoria (di almeno 30 gg) con integrazione di ferro e acido folico. Gli accertamenti pre-operatori sono volti ad indagare altre patologie dell'utero e/o degli annessi oltre a quella che ha posto l'indicazione all'intervento. A tale scopo devono essere effettuati i seguenti accertamenti:

- Ecografia trans-vaginale
- Pap-test

In casi particolari, che verranno illustrati di volta in volta, è anche necessario:

- L'impiego di GnRH-analoghi (Gonadotropin Releasing Hormone) o progestinici in fase pre-operatoria;
- Eseguire una Tomografia computerizzata (TAC) e/o Risonanza Magnetica con mezzo di contrasto;
- E valutare i Markers tumorali .

DECORSO POST-OPERATORIO



La degenza ospedaliera è variabile:

- Per l'isterectomia eseguita per via vaginale o laparoscopica è tra i 2-4gg
- Per l'isterectomia eseguita per via addominale laparotomica è tra i 3-5 gg

La guarigione

- La guarigione e la ripresa delle normali attività può variare da 2 a 4 settimane e di solito è più rapida nel caso di interventi eseguiti per via vaginale o laparoscopica.
- È previsto l'impiego di antidolorifici durante il ricovero ed è normale che si rendano necessari anche nella prima settimana di convalescenza.
- Dopo l'intervento è bene limitare gli sforzi fisici per un mese.
- La doccia e il bidet si possono utilizzare da subito, mentre per il bagno è meglio attendere 1 mese.
- Per la ripresa dei rapporti è consigliabile attendere 2 mesi.

I rischi associati all'intervento dipendono da vari fattori fra i quali:

- Variabilità anatomica soggettiva e presenza di aderenze da pregressa chirurgia.
- Condizioni cliniche di base (diabete, ipertensione, allergie, età, etc.).
- Trattamenti farmacologici precedenti o in atto.
- Strumentazione: monouso / multiuso, monopolare/bipolare, fili, elettro-bisturi, etc.
- Tempo operatorio, tipologia dell'intervento e post-operatorio.
- Complicanze dipendenti dall'anestesia e farmaci utilizzati, allergie ed intolleranze.
- Eventi sfavorevoli imponderabili.

L'adeguata preparazione all'intervento e l'impiego delle migliori tecnologie disponibili consente di limitare al minimo l'influenza di tali fattori

RISCHI, COMPLICANZE, EFFETTI COLLATERALI

I principali rischi attribuibili alla isterectomia, quale generico atto chirurgico, sono leggermente più frequenti nelle pazienti obese e/o fumatrici e appartengono alle quattro tipologie qui sotto elencate.

Rischi d'intervento chirurgico	In letteratura
Collasso di piccole aree polmonari, che può esporre a polmonite e richiedere la somministrazione di terapia antibiotica ed eventuale impiego di fisioterapia.	Rarissimo
Insorgenza di tromboembolia, cioè la formazione di coaguli all'interno delle vene degli arti inferiori evidenziabile con un progressivo gonfiore delle gambe. Tale condizione necessita di immediato trattamento per evitare che parte di tali coaguli, staccandosi, raggiunga, come embolo, le reti vascolari più piccole principalmente quelle dei polmoni o del cervello) ostruendole e determinando così o una grave insufficienza cardiorespiratoria o un ictus.	Raro
Insufficienza cardiaca per eccessivo sforzo del cuore o per infarto.	Rarissimo
Morte per una delle sopraindicate cause o per ragioni chirurgiche.	Eccezionale





Le complicanze non hanno incidenza elevata e si distinguono, in relazione al momento in cui si evidenziano, in “intraoperatorie/post-operatorie” e “a distanza dall'intervento”.

Complicanze intraoperatorie/postoperatorie	In letteratura
Lesioni intestinali.	Molto raro
Occlusioni intestinale.	Molto raro
Paresi o parestesie transitorie agli arti inferiori da posizione mantenuta durante l'intervento (regredisce in poche settimane).	Molto raro
Reazioni allergiche a farmaci.	Molto raro
Lesioni alla pelle da contatto con sostanze allergeniche o con corrente elettrica.	Molto raro
Emorragia con necessità di trasfusione di sangue.	Raro
Conversione dell'intervento alla via addominale.	Raro
Lesioni della vescica o dell'uretere.	Raro
Infezione intraddominale (peritonite).	Raro-Presente
Infezione vaginale, delle vie urinarie o febbre.	Raro-Presente
Alterazione transitoria della funzione vescicale, che si risolve mediamente entro una settimana (è prevista la dimissione con catetere temporaneo).	Raro-Presente

Complicanze a distanza dall'intervento	In letteratura
Emorragie tardive che possono comparire anche parecchi giorni dopo l'intervento e necessitare di nuovo ricovero.	Molto raro
Fistola vescico-vaginale o retto-vaginale.	Molto raro
Occlusione intestinale dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un intervento	Molto raro
Deiscenza (apertura) delle suture o delle cicatrici da alterazioni della cicatrizzazione.	Raro
Infezioni delle suture con possibilità di guarigioni rallentate o formazione di ascessi e fistole che in rari casi possono necessitare di un successivo intervento riparativo.	Raro
Comparsa di incontinenza urinaria.	Raro
Difficoltà ai rapporti sessuali per le modificazioni anatomiche subite dalla vagina.	Raro

DURANTE O DOPO L'INTERVENTO



SI POSSONO VERIFICARE:

- Sanguinamenti e/o ematomi che possono essere controllati subito o che necessitano di un successivo re-intervento e/o di trasfusione di sangue e/o di emoderivati.
- Dolore alla spalla nel postoperatorio dovuto all'utilizzo dell'anidride carbonica ed alla distensione addominale.
- Posizionamento di un tubo di drenaggio addominale (da mantenere nei primi giorni di decorso post-operatorio per evacuare eventuali perdite ematiche e per monitorizzarle meglio).
- Necessità di effettuare (nelle prime 24-48 ore) un re-intervento chirurgico di controllo di eventuali sanguinamenti.
- Trombosi venose e/o emboli.
- Enfisema sottocutaneo o mediastinico.
- Reazioni allergiche.
- Ustioni da elettrochirurgia o danni termici tardivi.
- In circa l'1% dei casi lesioni alle vie urinarie (vescica e/o ureteri), che possono essere riparate subito o che necessitano di un successivo re-intervento.
- In meno dell'1% dei casi lesioni intestinali (riparate subito o con necessità di un successivo re-intervento).
- In rare circostanze a distanza di tempo dall'intervento fistole tra la vagina e le vie urinarie e/o fistole tra il retto e la vagina.
- Infezioni delle vie urinarie e/o nella sede dell'intervento e/o, molto raramente, un'infezione generalizzata (sepsi).
- A livello delle cicatrici della parete addominale: dolore, ematomi, infezioni, ernie, distorsioni dei tessuti con danno estetico, fistole artero-venose. Alcune di queste condizioni sono reversibili, altre richiedono ulteriori trattamenti medici e/o chirurgici.

- Per gli interventi laparoscopici necessità di dover completare l'intervento con la tecnica classica laparotomica e cioè con un'incisione più ampia sull'addome, in senso trasversale o longitudinale (cosiddetta conversione laparotomia in circa 2-3% dei casi).
- Allo stesso modo per gli interventi eseguiti per via vaginale (isteroscopia) necessità di completare l'intervento per via addominale (con la tecnica laparoscopica o con l'incisione classica laparotomia, in senso trasversale o longitudinale).
- Seppure molto raramente, necessità di ri-operare o trattare adeguatamente in un secondo tempo nei casi in cui la diagnosi istologica definitiva (che è disponibile dopo circa 2 settimane dall'intervento) riscontrasse una malattia neoplastica inizialmente misconosciuta.

Molte di queste complicanze, come su indicato, sono rare (in media <1% dei casi) e immediatamente controllabili o rapidamente reversibili. Alcune di queste complicanze possono richiedere un intervento chirurgico maggiore, altre possono causare una più difficile guarigione, invalidità permanente e molto raramente l'exitus.

IL GIORNO DELLA TUA OPERAZIONE



Cosa portare

- Carta d'identità e codice fiscale
- Eventuali disposizioni anticipate di trattamento
- Elenco dei farmaci
- Vestiti larghi e comodi
- Scarpe comode e facilmente indossabili (che non richiedono di piegarsi per indossarle)
- Lasciare oggetti di valore e gioielli a casa



Cosa ti puoi aspettare

Spesso, un braccialetto identificativo (ID) e eventualmente un braccialetto per eventuali allergie con il nome e il numero dell'ospedale / clinica saranno posizionati sul polso in qualche ospedale.

Questi dovrebbero essere controllati da tutti i membri del team sanitario prima di eseguire qualsiasi procedura o darti farmaci.

DICHIARAZIONE DI LIMITAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Queste informazioni vengono pubblicate per informare sulla tua specifica procedura chirurgica. Non sono destinate a prendere il posto di una discussione con un chirurgo qualificato che è familiare con la specifica situazione. È importante ricordare che ogni individuo è diverso, e le ragioni e i risultati di ogni operazione dipendono dalle condizioni individuali del paziente.



Gentile Signora, ...
dovrai essere sottoposta a intervento di.....
Perché affetta da.....

Affinché sia informato/a in maniera per chiara e sufficiente sull'intervento che ti è stato proposto, dopo i colloqui precedentemente avuti, ti preghiamo di leggere con attenzione questo documento. Le informazioni che vi sono contenute non hanno lo scopo di procurare delle preoccupazioni, ma sono ormai divenute obbligatorie allo scopo di permettere di decidere in modo libero e chiaro e quindi meglio e più consapevolmente se effettuare o meno l'intervento. Resta inteso che potrai chiedere al chirurgo di tua fiducia ogni ulteriore chiarimento e/o informazione che desideri in merito all'intervento proposto.

Ricordiamo che, contrariamente a quanto spesso viene affermato, nessun intervento chirurgico è semplice né banale. Alcune procedure chirurgiche "di routine" possono diventare molto complesse sia per le condizioni mediche generali del paziente che per frequenti variazioni anatomiche, patologie inattese che possono essere scoperte solo durante l'intervento e ancora per molti altri fattori che non è possibile prevedere né elencare in dettaglio. Nonostante la preparazione e il massimo impegno del chirurgo non sempre è possibile ottenere risultati che soddisfino le aspettative del paziente o quanto lo specialista si era proposto.

È importante riferire al tuo chirurgo, ai medici che redigeranno la tua cartella clinica e all'anestesista i farmaci di cui fai abitualmente uso (in particolare analgesici, antinfiammatori, antidolorifici, ipotensivi, cardiologici, anticoagulanti, etc.); è importante inoltre riferire se hai già presentato delle manifestazioni allergiche, soprattutto nei confronti di farmaci e se hai ben tollerato eventuali precedenti anestesie. Infine è bene che porti tutta la documentazione clinica in tuo possesso (analisi o indagini cliniche, esami radiologici, etc.).

Firma del paziente per ricevuta _____

Firma del medico _____



Ospedale Koelliker