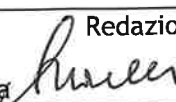


SOMMARIO

1. Introduzione
2. Valutazione e procedure diagnostiche
3. Ammissione al trattamento
4. Diagnostica preoperatoria
5. Ricovero
6. Chirurgia
7. Dimissione
8. Follow up
9. Riferimenti

Redazione Firma  data 15/10/25	Verifica Firma  data 11/10/25	Approvazione Firma  data 20/10/25
--	---	---

1. INTRODUZIONE

Il sanguinamento uterino anomalo (AUB) porta frequentemente le donne a rivolgersi al medico. L'aspetto più importante, in questi casi, riguarda l'anamnesi. Dopo il menarca, le mestruazioni possono essere irregolari per periodi di tempo breve o per periodi anche molto prolungati nel tempo. All'altro capo del periodo riproduttivo, anche le donne in perimenopausa possono subire alterazioni del flusso.

Le possibili cause di AUB:

- disfunzioni ormonali
- lesioni della cervice uterina (polipi/lesioni a carico dell'epitelio squamoso-cilindrico della portio
- polipi e/o miomi endometriali
- adenomiosi
- infezioni genitali
- cisti ovariche
- coagulopatie e/o utilizzo di farmaci anticoagulanti
- processi neoplastici
- dispositivi intrauterini non medicati

2. VALUTAZIONE E PROCEDURE DIAGNOSTICHE.

La valutazione del sanguinamento uterino anomalo (AUB) prevede un esame obiettivo iniziale associato ad un'anamnesi molto accurata a cui si associano esami ematici e strumentali che possono aiutare ad effettuare una diagnosi precisa.

La valutazione ematica comprende gli esami per una valutazione endocrinologica e infettiva, gli esami strumentali associati alla visita si basano nell'effettuazione di una ecografia pelvica addominale o transvaginale per la valutazione dell'utero e degli annessi. Nel caso si sospetti una patologia legata alla cavità uterina può essere utile effettuare una isteroscopia diagnostica/operativa. Nel caso che il sospetto volga verso una patologia ovarica può essere necessaria una RMN della pelvi e/o dell'addome. Nel caso di isteroscopia operativa sarà necessario il ricorso ad un ricovero in Day surgery.

Tutte le pazienti con AUB devono essere esaminate con uno speculum per escludere le origini cervicali del sanguinamento.

Si deve eseguire un pap-test ed un esame pelvico bimanuale al fine di poter valutare la dimensione, la posizione, la mobilità uterina e le anomalie degli annessi

Nell'eventualità che la patologia richieda procedure diagnostiche invasive o non sia trattabile con le terapie mediche si può rendere necessario il ricovero per il trattamento chirurgico, anche se spesso il problema si può risolvere ambulatorialmente o con ricovero in day surgery.

3. AMMISSIONE AL TRATTAMENTO CHIRURGICO (DIAGNOSTICO O OPERATORIO)

- avviso per chiamata telefonica da parte del personale addetto alle prenotazioni
- conferma del giorno del ricovero
- conferma del giorno di esecuzione delle indagini preliminari preoperatorie (almeno 8 giorni prima della data del ricovero)

4. DIAGNOSTICA PREOPERATORIA

- Esecuzione degli esami preoperatori e presentazione del consenso informato
- Presa visione degli esami dopo 3 giorni e determinazione dell'idoneità al trattamento chirurgico
- Esecuzione di eventuali consulenze specialistiche qualora si rendano necessarie

5. RICOVERO

- Registrazione presso gli uffici amministrativi della Clinica
- Accoglimento in reparto:

Da parte del personale infermieristico (assegnazione della camera di degenza, istruzioni relative alla degenza, compilazione dei carteggi infermieristici).

Da parte del medico chirurgo ginecologo:

compilazione della cartella clinica con allegati gli accertamenti clinici eseguiti nell'iter preoperatorio o precedentemente; informazione della paziente circa la patologia e le sue cure e le tecniche chirurgiche; conferma di presa visione del modulo del consenso informato per l'intervento chirurgico e firma per accettazione sia della paziente che del medico.

Da parte del medico anestesista:

presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dalla paziente e controfirmato dal medico anestesista; valutazione del rischio operatorio; intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico; lettura e presa visione del modulo di consenso informato per rischio anestesilogico e firma per accettazione della paziente e del medico anestesista.

6. CHIRURGIA

Preparazione pre-intervento il giorno precedente (vedi allegato 5)

Intervento chirurgico:

- Isteroscopia operativa con visualizzazione diretta ed asportazione delle lesioni intraluminali (fibromi sottomucosi, polipi endometriali)
- ablazione endometriale
- dilatazione e courettage frazionato della cavità uterina
- eventuale isterectomia se coesiste fibroma prolasso ed endometriosi.

Fase post operatoria: controllo quotidiano della ripresa fisica e psichica della paziente; valutazione dei parametri vitali e fisiologici; esecuzione di eventuali accertamenti ematologici; prescrizione e somministrazione di trattamenti farmacologici; mobilitazione attiva della paziente.

7. DIMISSIONE

La dimissione viene stabilita dal ginecologo che ha effettuato l'intervento o da altro medico chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale
- confermata stabilità cardiocircolatoria
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza di problemi respiratori
- ripristino della minzione spontanea
- assenza di sanguinamento
- minima sensazione di dolore e nausea compatibili con una gestione domiciliare
- confermata capacità deambulatoria
- confermata capacità di assunzione di liquidi

- controllo e medicazione della ferita con talvolta rimozione dei punti di sutura cutanei
- confermata presenza di un accompagnatore
- assenza di disagio psico-emotivo

Alla paziente alla dimissione oltre alla scheda informativa sarà consegnata una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- copia della descrizione dell'intervento chirurgico
- copia degli esami eseguiti nella fase preoperatoria e durante il ricovero
- descrizione del post operatorio
- descrizione della terapia effettuata durante il ricovero
- indicazione dei trattamenti farmacologici consigliati durante la convalescenza
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione compreso il recapito telefonico
- indicazione della prima visita di controllo ed eventuale rimozione punti di sutura
- indicazione della data di consegna del referto istologico

8. FOLLOW UP

La paziente viene invitata a prenotare una visita di controllo dopo circa 30 giorni dal giorno dell'intervento chirurgico. La visita verrà effettuata previa prenotazione presso l'ambulatorio della Clinica o presso lo studio medico da cui proveniva.

In questa circostanza vengono effettuate:

- visita ginecologica
- eventuale ecografia pelvica addominale o transvaginale
- prescrizione di esami di controllo
- prescrizione di terapia medica ove è necessaria
- indicazione della data presunta per un controllo a medio o lungo termine per la prevenzione della patologia per cui è stata sottoposta ad intervento chirurgico
- indicazione per eventuale terapia fisica di supporto.

9. RIFERIMENTI

- 1) Mischell DR, Stencher, Abnormal uterine bleeding: ovulatory and anovulatory dysfunctional uterine bleeding management of acute and chronic excessive bleeding. In Comprehensive Gynaecology 1997: 1025-1042
- 2) Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy absolute and relative differences between pre- and post-operative measures. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:46-51 Statistics Canada, Surgical procedures and treatments 1992-1993; 82-217:32-33.
- 3) Bachman GA. Hysterectomy: a critical review. J Reprod Med 1990;35(9):839-62.
- 4) Lee N, Dicker R, Rubin G, Ory H. Confirmation of the pre-operative diagnosis for hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1984; 150:283-7.
- 5) Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. J Obstet Gynaecol Can 2001;23(8):704-9.
- 6) Linee guida A.O.G.O.I. per procedure chirurgiche in ginecologia
- 7) Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine women's health study: I. Outcomes of hysterectomy. Obstet Gynecol 1994;83(4):556-65.
- 8) Schofield M, Bennett A, Redman S, Walters WAW, Sanson-Fisher R. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 1991;98(11): 1129-36.
- 9) Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1999;181(3):530-5.
- 10) Cherkis RC, Pattern SF Significance of abnormal endometrial cells detected by cervical cytology. Obstet. ecol. 1987: 786-801
- 11) Rameen Masood et al., How should abnormal uterine bleeding be managed in people with bleeding disorders: a systematic review of the literature and thematic synthesis. Res Pract thromb Haemost. 2025
- 12) Becky MacGregor et al., therapeutic options for the management of abnormal uterine bleeding. Int. Journal Gynaecol Obstet 2023 Aug.
- 13) Nicholas Leyland et al., Guideline no. 453: endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding. Int. Journal Gynaecol Obstet 2024 Sep.