

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione COLPOISTERECTOMIA	Prot. 08	Pag. 1 di 2
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

Il prolasso dell'utero e/o delle pareti vaginali è una condizione frequente. Solo l'11% delle donne affette da prolasso necessitano di intervento chirurgico. Il prolasso si verifica generalmente per il danno alle strutture di sostegno dell'utero o della vagina.

Una debolezza di tali supporti si può verificare come conseguenza del parto, come risultato del sollevamento di pesi o di sforzi cronici, ad es. stipsi, tosse cronica, obesità e come parte del processo di invecchiamento.

In alcuni casi ci può essere una debolezza genetica dei tessuti di supporto.

Il prolasso dell'utero può causare una spiacevole sensazione di peso o di ripienezza della vagina.

Nei prolassi di grado più avanzato, la cervice può estendersi oltre l'ingresso della vagina.

La **colpoisterectomia** è una procedura chirurgica che consiste nella **rimozione dell'utero e parte della cervice attraverso un'incisione effettuata sulla parte superiore della vagina**. La colpoisterectomia è la procedura di rimozione dell'utero meno invasiva, meno soggetta a complicanze e di più facile gestione, tanto da essere la procedura chirurgica non ostetrica più diffusa tra le donne.

La colpoisterectomia si differenzia **dall'isterectomia addominale**, che consiste nella rimozione dell'utero a partire da un'incisione effettuata sull'addome, e comporta un ricovero più breve in ospedale, costi inferiori e un recupero più rapido rispetto ad essa.

In caso di prolasso genitale può essere associata la correzione del deiscensus vescicale(cistocèle) mediante plastica vaginale anteriore o cistopessi e/o la correzione del deiscensus rettale e/o intestinale rettocele/elitrocele) mediante plastica vaginale posteriore o colpoperineoplastica.

Prima dell'isterectomia: test ed esami necessari

- Pap-test, che rileva la presenza di cellule cervicali anomale o del cancro del collo dell'utero.
- Biopsia endometriale, che rileva le cellule anomale nel rivestimento uterino o cancro endometriale.
- Ecografia pelvica, che può mostrare la dimensione dei fibromi uterini, polipi endometriali o cisti ovariche.

Come viene eseguita la colpoisterectomia?

L'intervento viene effettuato in ambiente ospedaliero e può essere eseguito in anestesia generale o periferica (con o senza sedazione). Viene fatto un taglio attorno alla cervice. Poi il chirurgo allontana accuratamente l'intestino e la vescica dall'utero. I vasi sanguigni che riforniscono l'utero e i tessuti circostanti sono pinzati, tagliati e legati.

Dopo aver controllato che non ci siano sanguinamenti il chirurgo rimuove l'utero e chiude l'apice della vagina, chiamato cupola vaginale.

Molti chirurghi scelgono in sede d'intervento di aggiungere altri punti di supporto per la cupola vaginale ai legamenti che prima sostenevano l'utero (sospensione ai legamenti uterosacrali) oppure alle strutture di supporto ai lati dell'utero (sospensione ai legamenti sacrospinosi o sospensione al muscolo ileococcigeo).

Assistenza infermieristica pre-operatoria

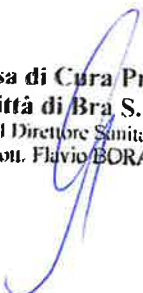
- Ricovero il giorno stesso dell'intervento;
- Accertamento infermieristico, si consegnano le calze elastiche antitrombo, si allega copia di eventuali esami strumentali e si ritira eventuale terapia domiciliare;
- Si controlla la corretta esecuzione della tricotomia eseguita a domicilio;
- La paziente viene accompagnata in camera di degenza e istruita alla vestizione (camice, mutandine monouso, calze elastiche, cuffia e calzari nei piedi);
- Alla chiamata della sala operatoria la paziente si prepara;

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione COLPOISTERECTOMIA	Prot. 08	Pag. 2 di 2
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

- Il personale infermieristico di reparto controlla che la cartella clinica sia completa, e poi si accompagna la paziente in sala operatoria.

Assistenza infermieristica post-operatoria

- All'arrivo dalla sala operatoria, la paziente viene accompagnato con il proprio letto nella sua camera di degenza, viene rivestita con i propri indumenti personali, si monitorano i parametri vitali e si controlla la ferita chirurgica e la presenza di catetere vescicale e zaffo;
- Si somministrano le terapie prescritte secondo protocollo;
- 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
- Controllare eventuali sanguinamenti vaginali
- Dieta leggera il giorno dell'intervento;
- Somministrazione terapia endovenosa come da protocollo (la terapia antalgica è decisa dall'anestesista che valuta il posizionamento dell'elastomero);
- In terza giornata la paziente viene valutata dal chirurgo e se non vi sono controindicazioni viene dimessa con enoxaparina in dotazione.


**Casa di Cura Privata
Città di Bra S.p.A.**
Il Direttore Sanitario
Don. Flavio BORASO