

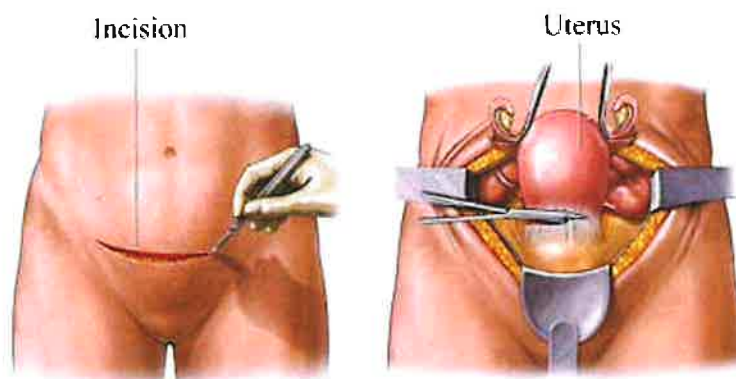
	U.F. CHIRURGIA GENERALE		Prot. 09	Pag. 1 di 4
	Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025

L'isterectomia addominale è una procedura chirurgica che rimuove l'utero attraverso un'incisione nella parte inferiore dell'addome. A volte un intervento di isterectomia consiste nella rimozione di una o entrambe le ovaie e delle tube di Falloppio. L'isterectomia è una delle procedure chirurgiche più frequenti tra le donne.

L'isterectomia può essere eseguita anche attraverso un'incisione nel collo dell'utero (isterectomia vaginale) o da un approccio per via laparoscopica (che utilizza strumenti laparoscopici passati attraverso piccole incisioni addominali). L'isterectomia addominale può essere raccomandata rispetto ad altri approcci chirurgici se è presente un utero di grandi dimensioni o se il medico vuole controllare altri organi pelvici.

L'isterectomia può essere necessaria se si dispone di una delle seguenti condizioni:

- Tumori ginecologici: cancro dell'utero o della cervice.
- I fibromi: l'isterectomia è l'unica soluzione permanente per i fibromi che sono tumori benigni dell'utero, che spesso causano sanguinamento persistente, anemia, dolore pelvico o pressione della vescica.
- Endometriosi. Nella endometriosi, il tessuto che riveste l'interno dell'utero (endometrio) si sviluppa al di fuori dell'utero sulle ovaie, tube, o altri organi pelvici o addominali.
- Prolasso uterino. La discesa dell'utero in vagina può accadere quando i legamenti dei tessuti di sostegno si indeboliscono. Il prolasso uterino può portare a incontinenza urinaria, pressione pelvica o difficoltà con i movimenti intestinali. L'isterectomia può essere necessaria per ottenere una riparazione soddisfacente di tali condizioni.
- Persistente sanguinamento vaginale. Se i periodi mestruali sono pesanti, irregolari o prolungati, un intervento di isterectomia può portare sollievo quando l'emorragia non può essere controllata con altri metodi.



L'isterectomia termina la capacità di rimanere incinta. Nel caso del cancro, l'isterectomia può essere l'unica opzione. Ma altre condizioni, tra cui fibromi, endometriosi e prolasso uterino, hanno trattamenti alternativi che non influiscono sulla fertilità.

Durante l'intervento chirurgico di isterectomia, il chirurgo può anche eseguire una procedura che rimuove le ovaie e le tube di Falloppio (salpingo-ovariectomia bilaterale).

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 2 di 4
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 01	del 05/05/2025

Rischi

L'isterectomia è generalmente molto sicura, ma come qualsiasi intervento chirurgico esiste il rischio di complicanze.

Rischi connessi all'isterectomia addominale sono:

- Coaguli di sangue;
- Infezione;
- Eccessivo sanguinamento;
- Reazione avversa all'anestesia;
- Danni al tratto urinario, vescica, retto o altre strutture pelviche durante l'intervento chirurgico, che può richiedere un ulteriore intervento chirurgico di riparazione;
- Esordio precoce della menopausa;
- Raramente, il decesso.

Durante un intervento di isterectomia addominale, il chirurgo stacca l'utero dalle ovaie, le tube di Falloppio e la parte superiore della vagina, così come i vasi sanguigni e il tessuto connettivo. La parte inferiore dell'utero (cervice) è di solito rimossa (isterectomia totale), ma può a volte essere lasciata (isterectomia parziale o sopracervicale).

Al momento dell'isterectomia, altri organi pelvici e tessuti, come ad esempio le ovaie e le tube di Falloppio, potranno essere rimossi.

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.

NB: Tutti questi esami e il foglio del chirurgo operatore dovranno essere ritirati e posti in cartella al momento del ricovero.

Quando la paziente viene messa in lista dal chirurgo operatore per eseguire l'intervento verrà contattata dal personale della struttura per eseguire gli esami ematici necessari, ECG ed Rx Torace. In tale sede la persona viene informata sulla data in cui si dovrà presentare in reparto munita di tutta la documentazione relativa alla patologia in suo possesso.

La paziente verrà ancora contattata dal personale di reparto il giorno prima dell'intervento per ulteriori informazioni relative al ricovero.

Le si può spiegare che le verrà posizionata una cannula venosa* da cui verrà infusa, tramite una pompa (quindi non dovrà fare attenzione alla flebo) una soluzione con proprietà nutritive e inoltre per il dolore, se l'anestesista riterrà necessario e possibile le verrà applicato un piccolo cateterino peridurale (elastomero*) a livello della spina dorsale da cui verrà infuso una miscela di farmaci antalgici. In alternativa le verrà posizionata un'infusione endovenosa.

La si dovrà informare che al ritorno dalla sala operatoria potrebbe avere nausea dovuta all'anestesia, avrà un catetere vescicale* e uno zaffo vaginale che dovrà tenere in media 48 ore (o altro tempo a seconda della disposizione del chirurgo). Dovrà rimanere digiuna per alcune ore e alla sera potrà bere del the o camomilla. Inizierà ad alimentarsi dopo essersi canalizzata ai gas con una dieta progressiva.

	U.F. CHIRURGIA GENERALE		Prot. 09	Pag. 3 di 4
	Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
			Rev. 01	del 05/05/2025

Recupero da un intervento di isterectomia

Per riprendere le normali attività di vita quotidiana, dopo un intervento di isterectomia addominale, si parla di circa sei-otto settimane per la maggior parte delle donne. Durante questo periodo:

- Riposo.
- Non sollevare oggetti pesanti per ben sei settimane dopo l'operazione.
- Attendere circa sei settimane per riprendere l'attività sessuale.
- Seguire le raccomandazioni del medico prima di tornare alle attività normali.

La vita dopo un intervento di isterectomia

Un intervento di isterectomia modifica in modo permanente alcuni aspetti della vita.

Ad esempio:

- Non si avranno più periodi mestruali;
- Non si potrà avere una gravidanza;
- Se si è in pre-menopausa, la rimozione delle ovaie porta alla menopausa;
- Se si dispone di un intervento di isterectomia prima della menopausa e si conservano le ovaie, si può verificare la menopausa ad un'età più giovane;
- Se si dispone di un intervento di isterectomia parziale, la cervice rimane al suo posto ma si è ancora a rischio di cancro cervicale. Pap test regolari per lo screening per il cancro del collo dell'utero sono necessari.

Assistenza infermieristica pre-opertoria

- 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;
- Consegnare materiale per vestizione per intervento;
- Tricotomia dalla zona diaframmatica a livello sotto pubico;

Assistenza infermieristica post-operatoria

- 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);

1° giornata post-operatoria

- Esami ematochimici di controllo;
- Mobilizzazione precoce, compatibilmente con il quadro clinico della paziente;

	U.F. CHIRURGIA GENERALE Protocollo di Gestione ISTERECTOMIA	Prot. 09	Pag. 4 di 4
		Rif. P _{CH} 01-02	Sez. 7.5 MQ
		Rev. 01	del 05/05/2025

- 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.

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 ed eventuali sanguinamenti;
- Eventuali dimissioni in 4 – 5° giornata a seconda della valutazione clinica del medico chirurgo con dotazione di enoxaparina.


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