

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione COLPOPROMONTOFISSAZIONE	Prot. 16	Pag. 1 di 3
		Rif. P_{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

Nel prolasso pelvico femminile, la tecnica chirurgica mini-invasiva Videolaparoscopica HD-3D della **Colpopromontofissazione** consente di correggere contestualmente i difetti di tutti e tre i compartimenti della piccola pelvi potenzialmente responsabili del prolasso, riposizionando i diversi organi nel rispetto delle loro relazioni anatomiche:

- Compartimento anteriore: cistocèle (prolasso della vescica)
- Compartimento posteriore: rettocèle (prolasso del retto)
- Compartimento superiore: isterocèle (prolasso dell'utero quando ancora presente), enterocèle (prolasso cupola vaginale/intestino quando l'utero è assente in quanto precedentemente rimosso).

Questa tecnica permette di conservare la normale capacità funzionale della vagina, con preservazione di una attività sessuale soddisfacente, a differenza delle tecniche chirurgiche che utilizzano la via vaginale per correggere il prolasso, dove esiste un discreto rischio che possa svilupparsi dopo l'intervento una stenosi cicatriziale del lume vaginale.

C'è la preservazione o la correzione se presente della continenza urinaria e la preservazione della continenza anale.

La Colpopromontofissazione Videolaparoscopica HD-3D fornisce eccellenti risultati anatomo-funzionali. Dati scientifici sostengono che utilizzando questa tecnica non si verifica nel tempo recidiva di prolasso nel 95 - 97 % delle pazienti. Questa tecnica chirurgica essendo eseguita in Videolaparoscopia HD-3D, possiede tutti i vantaggi della mini-invasività rispetto alla chirurgia addominale tradizionale aperta:

- un tempo di degenza nella struttura sanitaria più breve.
- un recupero più rapido delle funzioni corporee, di conseguenza una convalescenza più breve
- una tecnica chirurgica assolutamente più precisa e meticolosa, in pratica una micro-chirurgia, grazie alla telecamera ad alta definizione (HD) che proietta su un monitor immagini del campo chirurgico che sono venti/trenta volte più grandi e dettagliate rispetto alla normale vista umana e grazie alla ricostruzione visiva tridimensionale (3D) che permette di operare utilizzando i tre piani spazio-visivi.
- un dolore postoperatorio ridotto e spesso assente, di conseguenza un minor utilizzo di analgesici.
- un più basso rischio di sanguinamento durante l'intervento e nel decorso postoperatorio, quindi una netta riduzione della necessità di emotrasfusioni.
- un rischio ridotto di infezioni essendo una chirurgia eseguita "al chiuso" cioè senza ampie incisioni chirurgiche di apertura.
- assenza di estese cicatrici chirurgiche che si traduce non solo in un miglior risultato estetico, ma anche in un rischio estremamente ridotto di cedimenti della ferita con formazione di ernie addominali definiti laparoceli.

Indicazione all'intervento

Qualsiasi discesa di uno o più di uno dei tre compartimenti della piccola pelvi, responsabile del prolasso.

Controindicazioni assolute eralative all'intervento

- Controindicazioni anestesilogiche (assolute)
- Precedenti interventi chirurgici addomino-pelvici (relativa)
- Obesità (relativa)
- Gravissima obesità (assoluta)
- Importanti comorbidità cardiovascolari (relativa o assoluta)
- Importanti comorbidità respiratorie (relativa o assoluta)

	U.F. UROLOGIA Protocollo di Gestione COLPOPROMONTOFISSAZIONE	Prot. 16	Pag. 2 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02 Sez. 7.5 MQ	
		Rev. 00	del 05/05/2025

Alcuni passi tecnici all'intervento

- Creazione del pneumoperitoneo e posizionamento del trocar ottico e dei tre trocar operativi per i microstrumenti laparoscopici
- Posizionamento del letto operatorio in Trendelenburg.
- Spostamento del colon sigmoideo verso la parete laterale sinistra dell'addome e spostamento dell'utero, quando presente, verso la parete anteriore dell'addome in modo da visualizzare il cavo di Douglas.
- Spostamento delle anse intestinali al di fuori della piccola pelvi.
- Apertura dello spazio retro-peritoneale a livello del promontorio sacrale.
- L'apertura viene continuata fino al legamento utero-sacrale.
- Solo se esiste l'indicazione clinica, si può eseguire una isterectomia sub-totale.
- Viene aperto il cavo di Douglas con una incisione semilunare, liberando e visualizzando i muscoli elevatori dell'ano e la parete vaginale posteriore. Una valva vaginale è necessaria per sollevare il fornice vaginale posteriore e facilitare la dissezione.
- Introdotta la protesi posteriore, questa viene fissata con punti non riassorbibili sui muscoli elevatori dell'ano, passando al di sopra del retto, e viene fissata sulla parete vaginale posteriore.
- Si esegue una culdoplastica secondo McCall. La sutura avvicina entrambi i legamenti utero-sacrali, rinforzando il cavo di Douglas. Questo ripristina la normale relazione anatomica fra retto e vagina.
- Incisione del peritoneo e sviluppo dello spazio vescico-vaginale, utilizzando la valva che stira la parete vaginale anteriore.
- La seconda protesi viene introdotta e fissata con punti non riassorbibili alla parete vaginale anteriore. Se l'utero è presente, la protesi viene anche fissata a livello della cervice uterina sempre con punti non riassorbibili.
- La parte finale della seconda protesi viene fatta passare posteriormente attraverso un buco nel legamento largo di destra dell'utero.
- Entrambe le estremità terminali delle due protesi, vengono fissate con punti non riassorbibili in tensione libera sul promontorio sacrale.
- Si esegue con sutura continua la retroperitonealizzazione.

Nel caso di comparsa di una incontinenza urinaria da sforzo dopo l'intervento, prima non presente, questa può essere risolta tramite il posizionamento di uno sling uretrale trans-otturatorio (T.O.T.) che si esegue in un secondo tempo.

Nel caso di comparsa di una sintomatologia minzionale secondaria alla sindrome della vescica iperattiva, questa viene trattata farmacologicamente con miorilassanti e/o anticolinergici per via orale.

Nel caso di comparsa di costipazione, fastidio e/o dolore anale, dispareunia, in genere questi disturbi scompaiono nell'arco di sei mesi dall'intervento.

Assistenza infermieristica pre-operatoria

- Ricovero il giorno stesso dell'intervento: il regime di ricovero è di 3 giorni (ricovero ordinario);
- 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. UROLOGIA Protocollo di Gestione COLPOPROMONTOFISSAZIONE	Prot. 16	Pag. 3 di 3
		Rif. P _{CH} 01-02	Sez. 7.5 MQ
		Rev. 00	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 accompagnata 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 vaginale;
- Si somministrano le terapie prescritte secondo protocollo;
- Dieta leggera il giorno dell'intervento;
- Somministrazione terapia endovenosa come da protocollo;
- Il giorno successivo, vengono rimossi zaffo vaginale e catetere vescicale
- Se necessario, dopo minzione spontanea, vengono eseguite prove per verificare che la vescica non abbia ristagno. (in caso di quantità < 100, si ripete ogni 3 ore, fino ad indicazione)
- In seconda 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
Dott. Flavio BORASO