

Protocollo di gestione generale in Chirurgia Ginecologica

Documento di consenso informato

1. Informazioni Generali:

Gli interventi ginecologici possono raggrupparsi in cinque diverse categorie: (Più Ch. senologica)

- 1) Chirurgia Laparotomica,
- 2) Chirurgia Videolaparoscopica,
- 3) Chirurgia Vaginale,
- 4) Chirurgia di Piccoli Interventi e
- 5) Chirurgia Combinata (Vaginale Laparoscopicamente assistita).

Alle precedenti categorie, si deve aggiungere la terapia chirurgica della patologia mammaria,
6) Chirurgia Senologica.

All'interno di ogni categoria si possono riconoscere tre diversi livelli di complessità:

- a) Bassa,
- b) Media e
- c) Alta.

Le variazioni applicabili ai protocolli standardizzati sono consentite in virtù di poter adeguare la tecnica chirurgica appropriata, alle peculiarità di ogni singolo caso.

2. Preoperatorio

2.a) Indagini cliniche preoperatorie

Utili a determinare il rischio relativo, conseguenze prevedibili ed eventuali modifiche all'intervento standard, per quella determinata paziente, in quel specifico momento.

Indispensabile per interventi programmati, in regime di urgenza vengono semplificati e sintetizzati in poche domande indispensabili.

Si avvale di:

- Storia clinica, antecedenti clinico - chirurgici - anestesiologicali.
- Stato clinico degli organi e sistemi, rilevazione di eventuali terapie in atto.
- Condizioni ematologiche e determinazione dei criteri per eventuale autotrasfusione.
- Stato generale, nutrizionale, psicologico, condizioni ambientali e familiare.
- Accertare o escludere la presenza d'infezioni in corso misconosciute od altri stati morbosi.

2.b) Indagini di laboratorio: Test di routine

Schema generale per pazienti non fumatrici e clinicamente sane:

< 40 anni: Esami ematochimici generali, di coagulazione ed emo-gruppo. E.C.G se non recente.

40 – 59 anni: Esami ematochimici + creatinina + E.C.G. (ev. Rx torace in fumatrici)

> 60 anni: Esami ematochimici + ECG + Rx torace + ev. controlli richiesti dall'anestesista ed altri consulenti.

I test di compatibilità ematiche per eventuali trasfusioni, come gli esami infettivologici (esempio: marcatori per HIV, VDRL, epatite A-B-C, etc) saranno discussi e concordati, caso per caso.

2.c) **Pre-ricovero:**

Momento destinato alle indagini precedentemente indicate; al colloquio con l'anestesista; ad offrire istruzione ed informazioni complementarie; proporre eventuali preparazioni farmacologiche o sospensioni a terapie già istaurate; e fornire indicazioni di ordine alimentare, igienico ed eventuale preparazione emotiva all'intervento.

3. Interventi Chirurgici:

3.a) **Interventi laparotomici:** "a cielo aperto" o con un "taglio" sulla parete addominale.

Secondo il tipo d'incisione (taglio) si distinguono:

- Laparotomie mediane (longitudinali). Generalmente appartengono ad interventi di alta complessità. Si associano a degenze prolungate. Per la mobilizzazione nel post-operatorio, si consiglia utilizzare una fascia addominale o panciera.
- Laparotomie traverse (Pfannestiel, Chierney, etc) Generalmente appartengono ad interventi di media complessità (non preclude l'alta complessità). La degenza associata a questa incisione è più breve e la mobilizzazione della paziente non necessita di panciera né fasce addominali.
- Minilaparotomie: Generalmente relazionate ad interventi di bassa complessità. La degenza è generalmente molto breve e la gestione generale del post-operatorio è molto simile a quella di un intervento laparoscopico (3.b).
- Incisioni vaginali: Interventi uroginecologici: La complessità associata a queste incisioni è molto variabile. In generale, viene risparmiata l'apertura del peritoneo e conseguentemente la degenza è breve ed il post-operatorio risulta molto ben tollerato. La degenza potrà prolungarsi eventualmente per la necessità di mantenere un controllo particolare al catetere vescicale. La gestione globale è variabile da caso a caso.

Secondo la complessità, possono essere suddivisi in:

- Alta complessità: Ad esempio, una laparotomia di stadiazione per patologia neoplastiche dell'ovaia, o dell'endometrio o interventi radicali per neoplasia della cervice.
- Media complessità: Ad esempio, l'isterectomia totale semplice per miomatosi o la miomectomia.

- Bassa complessità: Ad esempio, l'asportazione di una cisti semplice benigna dell'ovaia.

L'anestesia d'elezione in tutte le laparotomie è quella generale o più raramente, spinale.

3.b) Interventi videolaparoscopici:

Tecnica molto diffusa ed in costante espansione. L'esempio tipico di questa categoria d'interventi è rappresentato dalla laparoscopia per cisti ovarica, o per la diagnosi e terapia iniziale standard dell'endometriosi o per la terapia della gravidanza extrauterina non complicata.

La laparoscopia può essere utilizzata in combinazione alla via vaginale creando una sotto-categoria specifica: intervento combinato (vedere al punto 3.c).

La video laparoscopia si è rivelata di grande utilità tanto in chirurgia d'urgenza come per interventi programmati in regime di ricovero ordinario.

La degenza relativa a questa categoria d'interventi, in generale, è molto breve. Il tempo di recupero post-operatorio, è generalmente molto veloce e la dimissione risulta precoce.

Tecnicamente si tende a lasciare il minore numero di cicatrici addominali visibili possibile, per migliorare i risultati cosmetici.

E' una tecnica molto ben accettata, presenta alcuni vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale, ma non è esente da critiche, complicanze e rischi.

Le variazioni allo standard e la scelta fra le diverse tecniche saranno messe in relazione alle esigenze del singolo caso, alle peculiarità della malattia da trattare ed alla familiarità dell'operatore con ogni approccio chirurgico.

Tipo di anestesia preferita: Generale.

3.c) Interventi vaginali:

A questa categoria d'interventi appartengono: colpoisterectomia, isterectomia con annessiectomia vaginale, colpoisterectomia radicale allargata con linfadenectomia, interventi di plastica del pavimento pelvico, cistopessi, correzione del rettocele, interventi uroginecologici, chirurgia della cupola prolapsata, etc.

L'intervento tipico è la colpoisterectomia o isterectomia vaginale.

Sono in generale interventi che possiedono la caratteristica di poter procedere chirurgicamente per la via "fisiologica" del canale vaginale. La estrazione del utero o pezzo operatorio avviene transitando per il tratto genitale inferiore. Ne consegue l'assenza di cicatrici addominali e visibili.

In questa categoria si segnala un sotto-gruppo d'interventi, rappresentati dalla chirurgia vulvare e vaginale: colpectomia, vulvectomia, emivulvectomie, tumorectomie vulvo – vaginali, chirurgia delle recidive tumorale a livello del tratto genitale inferiore e della cupola vaginale, vulvectomia allargata o radicale e linfadenectomia perineo-pelviche; chirurgia ricostruttiva e riparativa della vagina e del pavimento pelvico, etc.

Gli interventi demolitivi a livello vulvare in particolare e del tratto genitale inferiore esterno in generale, possono lasciare esiti molto deturpanti.

La chirurgia vaginale tipica, per patologia benigna ha un decorso post-operatorio molto ben tollerato.

Tipi di anestesia da scegliere: Generale, spinale, loco-regionale.

3.d) **Piccoli interventi:**

Si intendono per piccoli interventi quelli effettuabili in Day Surgery o in Ambulatorio.

Gli interventi della superficie cutanea e delle mucose, possono essere effettuati con bisturi freddo, laser, LEEP; con l'aiuto di un colposcopio, lenti d'ingrandimento specifiche, o di colorazioni particolari (Tintura di Lugol), etc.

Gli interventi endoscopici, come le isteroscopie, endoscopie, cistoscopie, rettoscopie, culdocentesi, peritoneoscopie, necessiteranno di endoscopi specifici ad ogni caso.

Il maggior numero d'interventi in questo gruppo è rappresentato dalle conizzazioni, miniconizzazioni, cilindrizzazioni, exeresi e biopsie di lesioni locali del tratto genitale inferiore (HPV correlate), e dalle isteroscopie diagnostico-operative.

Le anestesi da scegliere sono: locale, regionale, sedazione, narcosis, combinate, spinale e generale.

3.c) **Interventi combinati:**

L'esempio classico di questa categoria d'intervento è quello *dell'isterectomia vaginale con controllo videolaparoscopico*, o *isterectomia laparoscopica con completamento vaginale*.

A questa categoria possono appartenere le laparoscopie convertite o che hanno richiesto il cambio di approccio chirurgico iniziale, per diverse ragioni (completamento, cambio di diagnosi, impossibilità tecniche di prosecuzione, etc)

Un importante sottogruppo è formato da diverse combinazioni di tipologie di abordaggio chirurgico, in generale relazionati ad interventi di estrema complessità, che possono a volte, richiedere la partecipazione di più specialisti.

La standardizzazione del pre e del post operatorio sarà il risultato della combinazione delle procedure attuate, o comunque, si terrà conto della procedura più complessa.

Tipo di anestesia: elettiva e quasi sempre generale.

3.d) **Chirurgia della mammella:**

Categoria d'interventi che possono essere effettuati dai ginecologi con conoscenze specifiche senologiche. La patologia neoplastica mammaria è la più frequente malattia oncologica della donna, e conseguentemente il ginecologo oncologo, possiede la cultura e la esperienza chirurgica necessaria a gestire l'approccio chirurgico primario di questa malattia ed é capace a formare parte e collaborare all'interno della equipe multidisciplinare senologica (Breast Unit).

I protocolli di gestione del pre-postoperatorio, sono identici a quelli già messi in atto dalla chirurgia generale per trattare la patologia senologica.

Il ginecologo – senologo, in generale, non é allenato né autorizzato ad effettuare tecniche plastiche senologiche (area riservata al chirurgo plastico e ricostruttivo).

Anestesia: locale, narcosi, generale.

4. Controllo postoperatorio:

OBIETTIVO: Anticipare e mettere in atto strategie terapeutiche per limitare tempestivamente effetti collaterali prevedibili ed eventuali complicanze.

Si avvale del:

- Controllo dei segni vitali: pressione arteriosa, polso, respirazione, temperatura, etc.
- Controllo del volume e qualità delle urine.
- Controllo del bilancio dei liquidi ed elettroliti.
- Controllo dei drenaggi, delle ferite, delle medicazioni ed eventuali perdite di sangue.
- Controllo del dolore e dei farmaci somministrati.
- Controllo ed agevolazione alle funzioni fisiologiche (mobilizzazione, dieta, etc.)

Il protocollo presentato è applicabile a pazienti in buone condizioni cliniche.

La determinazione dell'alto rischio farà scattare misure specifiche mirate ad ogni condizione individuale.

Elementi per la definizione dell'ALTO RISCHIO:

1. Obesità.
2. Età avanzata (>75 anni)
3. Malattie polmonari ostruttive croniche (enfisema, asma)
4. Fumo.
5. Patologia polmonare embolica o infettiva in atto o precocemente precedente.
6. Patologia venosa superficiale o profonda (con o senza terapia in atto.)
7. Patologia della coagulazione.
8. Patologia cardiopolmonare o cardiaca pura.
9. Malattie metaboliche (diabete, epatopatie, nefropatie, etc)
10. Anemia cronica o acuta.
11. Allergie.
12. Malattie autoimmuni
13. Immunodeficienze (dalla nascita o acquisita).
14. Urgenza (intervento non elettivo).
15. Patologia neoplastica.
16. Stati di disnutrizione e / o malnutrizione marcata.
17. Radioterapia.
18. Chirurgia dell'addome alto recente.
19. Altre: presenza di fistole, ferite purulente, miastenia grave, neuropatie e miopatie, complicanza di pregressa chirurgia, etc.

**Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)**