

INFORMAZIONI GENERALI E CONSENSO ***ALL'ISTERECTOMIA***

ANATOMIA E FISIOLOGIA UTERINA ED OVARICA:

L'utero è un organo muscolare, a forma di pera rovesciata, formato dal corpo che nella parte alta si chiama fundus e dal collo. Ubicato centralmente nella pelvi, si localizza tra la vescica (davanti) ed il retto (dietro). E' l'organo responsabile della capacità procreativa (per poter avere figli) e delle mestruazioni. Il sanguinamento mestruale proviene da un tessuto all'interno dell'utero, chiamato endometrio. Le pareti uterine sono di tessuto muscolare, relativamente spesse e molto frequentemente possono essere sede di fibromatosi o miomatosi (nodi di muscolo).

L'irrigazione sanguigna proviene da due rami arteriosi: uno dal basso (arterie uterine) e l'altro dall'alto (arterie ovariche); questi vasi transitano lateralmente all'utero, unendosi a livello dei legamenti larghi.

Le ovaie sono due organi con funzione riproduttiva (formano gli ovuli) ed ormonale (fabbricano ormoni) ubicati ai lati destro e sinistro dell'utero. Le ovaie si sorreggono nella loro posizione grazie a legamenti, attraverso i quali passano i vasi ovarici, che si mettono in comunicazione con l'utero e con le tube che irrigano.

I pacchetti vascolari sono formati da vasi arteriosi, venosi e linfatici.

I linfonodi sono noduli che si trovano a livello dei dotti linfatici con funzione di "filtro" o stazione linfonodale.

Organi vicini:

Vescica: organo muscolare, molto elastico, destinato alla raccolta delle urine, che quando arriva ad un certo livello di riempimento, invia un segnale al cervello, che indica la necessità di essere svuotata. Si ubica centralmente, sulla parte anteriore della pelvi ed è in contatto con la parete anteriore dell'utero, con cui condivide, in parte alcuni vasi sanguigni.

Gli ureteri sono due piccoli "tubi" che permettono all'urina, prodotta nei reni, di accumularsi in vescica. Transitano lateralmente e posteriormente all'utero, sulla parete pelvica, avvicinandosi molto quando incrociano i vasi uterini (pelvi in basso).

L'asportazione dell'utero è seguita sempre da amenorrea (non si avranno le mestruazioni).

La conservazione delle ovaie, anche senza le mestruazioni, permetterà che la menopausa vera (climaterica - ormonale) arrivi più avanti e seguendo il normale decorso ormonale fisiologico. Ovviamente l'annessiectomia (togliere le ovaie e le tube) dopo la menopausa fisiologica, non comporterà modificazioni dello stato ormonale. Se non si è ancora entrate in menopausa, l'asportazione delle ovaie comporterà una menopausa chirurgica.

DEFINIZIONI:

Isterectomia totale addominale: è l'asportazione completa dell'utero (corpo e collo), con conservazione delle ovaie.

Isterectomia più annessiectomia (anesso-isterectomia totale): è la rimozione completa dell'utero e degli annessi, cioè tube e ovaie bilateralmente (destra e sinistra)

Isterectomia con annessiectomia (ovariectomia monolaterale): è l'asportazione dell'utero e di una sola ovaia, con conservazione dell'altra.

Annessoisterectomia radicale: è l'asportazione dell'utero con annessi, più resezione allargata dei legamenti pelvici. In generale viene effettuata in presenza di patologia tumorale e frequentemente si associa alla asportazione di gruppi linfonodali (linfadenectomia o linfadenectomia). A volte può essere associata alla resezione di un "manicotto" vaginale (che può provocare un lieve accorciamento della vagina).

TIPI D'ISTERECTOMIE:

- Addominale (Classica)
 - .Incisione addominale mediana
 - .Incisione addominale trasversa
- Videolaparoscopica
- Vaginale
 - .Colpoisterectomia videoassistita.

INDICAZIONI:

- Patologia endometriale benigna o maligna in postmenopausa.
- Patologia tubarica benigna o maligna in postmenopausa.
- Patologia ovarica benigna o maligna in postmenopausa.
- Patologia uterina benigna o maligna in postmenopausa
- Sarcomi utero-pelvici
- Fibromi o miomi sintomatici
- Miomi asintomatici di oltre 10 cm di diametro.
- Metrorragie incontrollabili.
- Endometriosi severa.
- P.P.S. (Pelvic Pain Syndromes)
- Altri.

ESAMI PREOPERATORI: (Routine)

- Esami ematochimici (esami del sangue)
- Esami urine
- Pap-Test ed altri esami cito-istologici diagnostici della cervice
- E.C.G. (elettrocardiogramma)
- Rx torace (radiografia del torace)
- Visita cardiologica ed anestesiologicala.
- Sarà necessario che Lei informi tempestivamente il personale sanitario di eventuali sue allergie e intolleranze a farmaci, coloranti, metalli, disinfettanti, alimenti, etc.
- Altri ed eventuali specifici (esami particolari che variano da paziente a paziente).

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO: (pz. già ricoverata)

- Doccia e lavande con povidona iodata (Betadine ®) –Escluso allergiche allo iodio-
- Tricotomia addomino-pubica
- Clistere
- Ev. fasce antitromboemboliche alle gambe
- Ev. terapia profilattica antibiotica.
- Ev. Visite / Esami, complementari.

TECNICA CHIRURGICA:

Addominale Classica:

- Detersione con Betadine (Campo operatorio)
- Cateterizzazione vescicale
- Incisione ed apertura della cavità addominale (Traversa – orizzontale / Mediana - longitudinale)
- Esplorazione della pelvi ed addome inferiore
- Eventuale aspirazione di liquidi peritoneali o lavaggi peritoneali (utile a raccogliere cellule libere in cavità addominale)
- Applicazione di divaricatori autostatici (sono diversi da incisione ad incisione e da individuo a individuo, verrà applicato quello che il chirurgo riterrà più adatto a lei ed al tipo d'intervento da effettuare)
- Posizionamento in Trendelenburg. (con la testa più bassa della pelvi per evitare che le anse intestinali ostruiscano il campo operatorio)
- Asportazione dell'utero (isterectomia nelle sue varie modalità e radicalità)
- Ev. asportazione degli annessi (ovaie e tube)
- Ev. lisis di sinechie, aderenze, etc.
- Controllo della vescica, ureteri ed altri organi e strutture vicine.
- Ev. linfoadenectomie o altre exeresi necessarie a stadiare o allargare l'intervento.
- Solitamente non vengono lasciati drenaggi postoperatori, ma in alcuni casi particolari, potrebbero rendersi necessari.
- Solitamente si procede alla colposospensione, per evitare prolapsi vaginali, della cupola o della vescica)
- Accurata emostasi e controllo dei vasi.
- Conteggio delle garze e compresse, aghi e strumenti .
- Chiusura della parete addominale per piani o in monostrato.

Vaginale:

Il vantaggio di questa tecnica radica in un post-operatorio più confortevole, poiché l'operazione risparmia molte incisioni peritoneali. L'altro vantaggio è rappresentato dall'assenza di cicatrici visibili, perché si lavora in fondo alla vagina.

E' una procedura scelta per trattare prevalentemente patologie benigne, con uteri piccoli e/o asportabili per via vaginale e soprattutto quando associata a prolapsi vescicole, rettale e del pavimento pelvico.

Il posizionamento della paziente sarà adattato alla tecnica ed al chirurgo, ma in generale si preferisce la posizione "ginecologica" o con le gambe sollevate, in flessione e divaricate per esporre meglio la pelvi. Il posizionamento e tipo di catetere vescicole resta a discriminazione ed abitudine del centro dove verrà eseguito l'intervento.

Il tipo di anestesia potrà essere spinale, generale ed in casi molto particolari potrà eseguirsi una narcosi – sedazione con rinforzo locale.

- La procedura chirurgica prevede la presa della cervice con un tenaculum e la sua trazione verso il basso (esterno).
- Iniziando dal retrocollo si incide, in forma circonferenziale, la mucosa cervicale fino alla fascia pubovesvicocervicale.
- Sollevata la mucosa vaginale posteriore si crea un "cul-de-sac"
- Esposizione, pinzato, sezione e sutura dei legamenti uterosacri.
- Pinzato, sezione e sutura dei leg. cardinali – paracervicali.
- Pinzato, sezione e sutura dei leg. larghi e vasi uterini.
- Pinzato, sezione e sutura dei leg. utero-ovarici (o pedicoli ovarici in annessiectomia)
- Pinzato, sezione e sutura dei leg. rotondi con capovolgimento dell'utero.
- Rimozione dell'utero (ed eventuali annessi)
- Ispezione della emostasi e peritonizzazione
- Ricostruzione della cupola vaginale (con ev. rinforzi ai pedicoli)
- Questo intervento è frequentemente accompagnato da tecniche di correzione di cisto–rettocele.

Videolaparoscopica:

Questa procedura è elettiva e dovrebbe essere presa in considerazione quando si prevede una isterectomia vaginale difficile o con precedenti interventi pelvici. Vi è una crescente tendenza alla scelta di questo tipo di procedura.

- Si procede alla formazione di un pneumoperitoneo con l'applicazione di appositi trocars, generalmente uno a livello ombelicale ed altri due laterali bassi.
- La parte alta dell'utero si tratta come nella chirurgia classica, ma con tecniche laparoscopiche.
- La parte bassa dell'utero (il collo uterino) possono essere scelti due modalità diverse:
a) si tratta ed asporta con tecniche da isterectomia vaginale con controllo visivo addominale videolaparoscopico; o b) si procede con la sezione del paracolpo, legamenti uterosacrali, e fornici in via laparoscopica con asportazione del viscere per via minilaparotomica, laparoscopica o attraverso la breccia vaginale.
- Chiusa la cupola vaginale, si procede al controllo della emostasi, si effettuano eventuali lavaggi, e successivamente si rilascia il pneumoperitoneo e si chiudono i punti di inserimento dei trocars.

NOTA BENE:

Si rimarrà in attesa dell'esame istologico definitivo, anche dopo aver effettuato un esame di congelatore intraoperatorio.

POST-OPERATORIO (Decorso regolare):

- Si sveglierà con un catetere vescicale ed una flebo, più raramente con un drenaggio o due (sarà stata avvertita dal chirurgo di questa eventualità)
- La prima giornata non sarà “bellissima”, e sarà molto probabile che le venga appoggiata una borsa di ghiaccio sulla ferita operatoria. Qualche dolore addominale, muscolare, articolare, potrà essere normale. Anche un (lieve) incremento della temperatura potrà essere considerato normale. Tutta la situazione clinica sarà motivo di controllo serrato da parte di medici ed infermieri.
- Le verranno effettuati i controlli di routine (pressione, temperatura, diuresi, esami ematologici, etc)
- Le verranno apportati liquidi, farmaci e calmanti in via endovenosa, sottocutanea, intramuscolare o transdermica e quando necessario, verrà sottoposta a terapia antitrombotica.
- Verrà invitata a mobilizzarsi quanto prima. Il catetere vescicale verrà rimosso quanto più precocemente possibile.
- Potrà bere e mangiare solo dopo la canalizzazione ai gas dell'intestino. La dieta sarà progressivamente aumentata secondo la sua tolleranza.

EVENTUALI COMPLICANZE INTRAOPERATORIE:

- Enterotomia (lesione all'intestino)
- Cistostomia (lesione alla vescica)
- Lesioni ureterali (lesione ai “tubicini” di collegamento tra reni e vescica)
- Lesioni uretrali (lesione al “tubicino” di comunicazione tra vescica ed esterno)
- Sanguinamento (dai pedicoli vascolari o dagli organi o tessuti)
- Lesioni vascolari e linfatiche (vene, arterie, e linfatici)
- Lesioni dei nervi e plessi pelvici (nervi della pelvi o che transitano vicini al campo operatorio)
- Mediche (Anestesiologiche, Shock, arresto cardiaco, aritmie, emorragie a nappo, etc)

COMPLICANZE E SEQUELE SPECIFICHE:

- Dopo l'isterectomia totale, lei NON potrà rimanere gravida.

- Dopo l'isterectomia totale non avrà più mestruazioni.
- Se saranno rimosse le ovaie e non era in menopausa, lo diventerà.
- L'asportazione dell'utero con conservazione ovarica NON si associa ad incremento del peso corporeo.
- La sua sessualità si potrà modificare in forma assolutamente individuale ed indipendentemente dalla tecnica chirurgica utilizzata. (Ricordi che il più importante organo sessuale femminile è il cervello)
- Il rischio di complicanze d'isterectomia per patologia benigna è basso e condiviso a qualsiasi chirurgia addomino-pelvica (emorragie, infezioni, ascessi, tromboembolismi, etc)
- In particolare a questo tipo d'intervento, rare ma descritte in letteratura, sono: ritenzione urinaria, ostruzioni urinarie ed ureterali, fistole urinarie, fistole intestinali, sanguinamenti vaginali, sanguinamenti della ferita chirurgica, sanguinamenti intraddominali, infezioni della ferita addominale, infezione della ferita vaginale, ascessi pelvici, flebotrombosi, tromboflebite, embolie, ictus, infarti, ed altri fenomeni tromboembolici, etc.
- Le complicanze lievi sono meno rare, e se si verificassero potrebbero prolungare il suo decorso postoperatorio ed in alcuni casi, potrebbero richiedere un nuovo intervento con l'eventuale partecipazione di altri specialisti.
- La morte, come altre complicanze gravi e permanenti sono molto - molto raramente associate a questo tipo d'intervento (descritta solo in casi molto particolari e complessi). Gli eventi infausti sono da imputare alla concomitanza di molteplici fattori di rischio associati a condizioni particolari più uniche che rare.

Complicanze postoperatorie tardive: Possono essere di due tipi: mediche e chirurgiche. Sono quelle che potrebbero presentarsi dopo che lei sarà stata dimessa. Possono essere di ordine cardiovascolare (embolie, infarto, etc) ematologiche (tromboembolismo, shock, etc), intestinali (volvoli, aderenze, perforazioni, stenosi, etc.), urinarie (fistole, incontinenza, stenosi, etc), o complicanze derivate da difetti dei tessuti e tegumenti (deiscenze, infezioni, eventrazioni, ernie, etc.) Sono sempre una rarità e se insorgessero, saranno opportunamente trattate, con l'eventuale intervento di un consulente specifico.

Per informarsi ulteriormente e documentarsi più dettagliatamente, è a sua disposizione materiale bibliografico, iconografico, e video, utile a chiarire ogni dubbio. Questo materiale è disponibile nel mio Studio solo a richiesta e con la mia personale supervisione e spiegazione.

L'insorgenza di complicanze, in generale, può dipendere dalla tecnica chirurgica, dall'operatore e dalla equipe chirurgica, dalla qualità del materiale impiegato (monouso, sterilità, gestione del materiale di sala, controllo di emoderivati, etc.), dalla sede (Clinica, Ospedale, Studio Medico, Day Hospital, etc) in cui viene effettuato l'intervento e la degenza, come dalle condizioni fisiche generali della paziente, dalla tipologia d'intervento (programmato o d'urgenza), ma anche da fattori imponderabili, che come tali, non sono prevedibili.

La firma del consenso informato all'intervento prevede che Lei abbia preso visione delle presenti informazioni con sufficiente tempo (>48hs.) per pensare e riflettere.

-Fa eccezione un intervento d'urgenza, o salvavita-.

La lettura e comprensione del presente Consenso Informato NON è obbligatoria né vincolante.

Per ulteriori chiarimenti sarò felice di fissare un nuovo colloquio, anche in presenza di un familiare, amico o collega che Lei desideri coinvolgere nella SUA decisione.

NB: Queste informazioni sono state concepite solo per rispondere alle domande più frequenti. Si è cercato di fornire concetti chiari, concreti e nella maniera più semplice possibile, utilizzando un linguaggio comprensibile alla maggior parte delle persone, ma questo documento non sostituisce il colloquio interpersonale medico/paziente.

Per completare l'informazione necessaria e per meglio inquadrare il suo caso personale, resto a sua disposizione.

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)