



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE LIGURIA**  
**AZIENDA U.S.L. N.5 – “SPEZZINO”**  
**U.O. GINECOLOGIA E OSTETRICIA**  
**Direttore: Dr. G.S. Nucera**

**SCHEDA INFORMATIVA**  
**SULL'INTERVENTO DI COLPOISTERECTOMIA**  
**CON O SENZA PLASTICA VAGINALE**

Gentile Signora,  
come Le è stato spiegato, nel Suo caso è stata posta la diagnosi certa o sospetta di:

.....  
.....

Dal momento che ogni atto medico richiede l'**assenso** dell'interessata dopo adeguata **informazione**, Le chiediamo quindi di leggere attentamente questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

**Definizione di COLPOISTERECTOMIA**

Consiste nell'asportazione dell'utero (isterectomia) attraverso la vagina, quindi senza incisioni sulla parete addominale. Talvolta è necessario o indicato asportare contemporaneamente gli annessi (tube ed ovaia).

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

*La asportazione del solo utero comporta alla paziente la scomparsa del flusso mestruale e l'impossibilità di ottenere ulteriori gravidanze*

**Indicazioni principali all'intervento di colpoisterectomia**

1. Prollasso (abbassamento) dell'utero e/o della vescica (cistocele) e/o del retto-intestino (rettocele-elitrocele)
2. Patologia uterina benigna (fibromatosi-adenomiosi) , qualora non siano possibili o indicate altre alternative terapeutiche
3. Patologie pretumorali dell'utero (displasie cervicali)
4. Patologia emorragica uterina non altrimenti risolvibile
5. Patologia uterina maligna

Nel caso sussista **incontinenza urinaria** l'intervento di colpoisterectomia deve essere associato ad interventi correttivi a carico del segmento medio dell'uretra (sospensione sottouretrale: T.O.T., T.V.T.).

## Risultato atteso

- Scomparsa o attenuazione dei sintomi che hanno indotto la paziente a sottoporsi all'intervento di colpoisterectomia
- Cura definitiva

## Possibili alternative all'intervento vaginale

L'asportazione dell'utero può essere eseguita anche per via laparotomica (con incisione sull'addome) o per via laparoscopica (con piccoli tagli sull'addome, per via endoscopica).

Tuttavia l'asportazione dell'utero *per via vaginale* risulta meno traumatica per la paziente e, in caso di prolasso, è l'unica modalità che permette contemporaneamente la correzione del deiscensus degli organi pelvici.

*Nel caso in oggetto per la situazione clinica ed anatomica della paziente appare vantaggioso l'approccio chirurgico per via vaginale*

## Possibili complicazioni

*Nessun intervento può essere considerato completamente privo di rischio*

Anche impiegando il massimo di diligenza, perizia e prudenza, in alcuni casi sono possibili complicazioni che per lo più vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni. Le complicazioni più frequenti sono:

### DURANTE L'INTERVENTO

- a) **Sanguinamenti** abbondanti all'interno della cavità addominale che possono richiedere somministrazione di liquidi, emoderivati, emotrasfusioni
- b) **Lesioni** a carico di organi vicini (vescica, ureteri, intestino) che possono portare a problemi nello svuotamento intestinale e vescicale e la cui riparazione in certi casi può richiedere una chirurgia successiva. Il rischio di lesioni è più elevato in presenza di rapporti anatomici alterati da pregresse infezioni, aderenze, endometriosi, tumori. Ciò può significare un ricovero e una convalescenza più prolungati del previsto
- c) **Lesione** di nervi da compressione o posizione durante l'intervento, tali deficit regrediscono solitamente dopo alcune settimane
- d) **Lesioni** della cute prodotte dal contatto con sostanze allergiche o con correnti elettriche passanti negli strumenti elettrochirurgici utilizzati
- e) **Infezioni** e raccolte di pus in cavità addominale che possono richiedere drenaggio chirurgico e/o antibiotico terapia.
- f) **Blocco intestinale** in seguito all'intervento; temporaneo o prolungato.
- g) Formazioni di **aderenze** (bande di tessuto cicatriziale)
- h) Esiste la possibilità che non si riesca ad asportare il viscere utilizzando la tecnica prevista e quindi necessità imprevista di convertire la tecnica chirurgica da vaginale ad addominale
- i) La cicatrizzazione a livello vaginale può non avvenire in modo corretto e può pertanto richiedere ulteriore chirurgia nel breve o nel lungo periodo

### DOPO L'INTERVENTO

- a) Alterazione transitoria della funzione vescicale, che si risolve *spontaneamente* in alcuni giorni
- b) Emorragie tardive che possono comparire anche parecchi giorni dopo l'intervento e rendere necessario ulteriore chirurgia

- c) Reazioni allergiche a farmaci per lo più con effetti limitati e transitori, ma che raramente possono avere una evoluzione grave
- d) Infezioni vescicali, vaginali o rettali che possono necessitare di terapia antibiotica e/o medicazioni locali
- e) Infezioni delle suture con possibilità di guarigioni rallentate o formazione di ascessi e fistole che raramente possono necessitare di correzione chirurgica
- f) Deiscenza (apertura) delle suture o delle cicatrici da alterazioni della cicatrizzazione
- g) Formazione di trombi con conseguenti fenomeni tromboembolici anche mortali
- h) Occlusione intestinale dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un reintervento
- i) Comparsa di incontinenza urinaria de novo, prima mascherata dal prolasso
- j) Comparsa di dolore durante i rapporti sessuali e/o di alterazione della funzione sessuale

### **Preliminari all'intervento**

- Dieta e preparazione intestinale il giorno precedente
- Inserimento di catetere vescicale
- Somministrazione di profilassi antitrombotica se necessaria
- Somministrazione di profilassi antibiotica
- 

### **Intervento di colpoisterectomia: TECNICA CHIRURGICA**

Disinfezione accurata dei genitali

Separazione della vescica dall'utero mediante scollamento

Apertura della cavità pelvica attraverso la vagina previo individuazione, forcipressura e resezione dei legamenti di sostegno e dei peduncoli che vascolarizzano il viscere uterino

Asportazione dell'utero

Se necessario e/o concordato e se tecnicamente possibile, asportazione delle tube e delle ovaie

Chiusura della vagina a punti staccati

Se necessario, per prolasso, sospensione della vescica e ricostruzione della parete vaginale posteriore e del perineo (cistouretropessi e colpoperineoplastica)

Inserimento in vagina di garza medicata

### **Dopo l'intervento**

La paziente viene mobilizzata dopo poche ore

Il dolore normalmente percepito nel postoperatorio viene mitigato dall'impiego mirato di analgesici adatti somministrati per via endovenosa, intramuscolare o per bocca.

E' necessario mantenere il catetere vescicale da alcune ore fino ad alcuni giorni dopo

Si possono assumere liquidi poche ore dopo l'intervento chirurgico

Si può assumere dieta leggera dopo la ripresa della motilità intestinale

La degenza in ospedale varia di norma da 2 a 4 giorni

### **A domicilio**

E' normale sentirsi stanchi dopo la chirurgia maggiore; pertanto è necessario un periodo di riposo e di graduale ritorno alle attività quotidiane nella misura in cui Lei si sentirà in grado di svolgerle.

Sono generalmente necessarie 6 settimane per guarire e fino a 3 mesi per sentirsi nuovamente in piena forma.

E' bene evitare di sollevare pesi per almeno 6 settimane dall'intervento: questa norma comportamentale evita che si verifichino aperture della ferita e consente una guarigione ottimale della sutura.

E' suggerito di astenersi dall'attività sessuale per almeno 4 settimane dell'intervento.

Al momento della dimissione verrà rilasciata una lettera di dimissione, un modulo di istruzioni su come comportarsi a casa e, quando necessario, il certificato di ricovero e le prescrizioni per ottenere farmaci utili dal Servizio di Farmacia Ospedaliera

L'esito *dell'esame istologico* (laddove previsto) può essere ritirato personalmente o previa compilazione di delega firmata dopo circa 30 giorni dalla dimissione presso l'Ufficio del Caposala della Ginecologia.

### **Controlli**

Se non specificato diversamente alla dimissione dal medico è utile una visita di controllo dopo sei settimane dall'intervento.

CONTATTARE o recarsi presso IL REPARTO IN CASO DI:

- Abbondanti perdite ematiche dalla vagina e/o dalla ferita chirurgica
- Comparsa di febbre
- Dolore che non migliora con la terapia
- Tensione o gonfiore addominale
- Perdite vaginali
- Dolore e/o arrossamento della ferita chirurgica

Annotazioni e richieste della paziente:

.....  
.....  
.....

Annotazioni del medico:

.....  
.....  
.....

La Spezia,.....

Firma della paziente.....

Firma del medico .....