

## **INTRODUZIONE**

L'idea di stilare una tesi sulla prevenzione e trattamento del tumore dell'utero nasce per due ordini di motivi:

- il primo perchè è un tumore che interessa il mondo femminile, quindi mi riguarda sia come donna, sia come infermiera,
- il secondo è che voglio mettere in risalto non solo il classico ruolo assistenziale dell'infermiere, ma anche la funzione educativa, di cui tale professione è investita.

Il Codice Deontologico del 1999, infatti, all'art. 4.1, recita:

*“l'infermiere promuove, attraverso l'educazione stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute” e*

*all'art. 2.2 “l'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.”*

Come si evince da tali articoli, tutta l'assistenza infermieristica è orientata alla promozione, al mantenimento e al ripristino della salute; alla prevenzione della malattia; e ad assistere le persone ad adattarsi agli effetti residui della patologia. Alla luce di quanto detto, si capisce come, nel presente lavoro, non poteva mancare la trattazione della prevenzione a tutti i livelli e

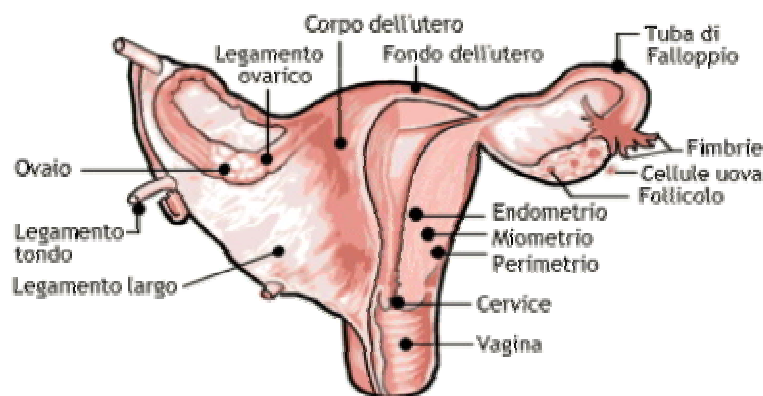
delle relative campagne di screening che hanno rivoluzionato il concetto di prevenzione secondaria nel nostro Paese, esaltando l'importanza della diagnosi precoce. Inoltre si è dato ampio spazio all'attività assistenziale, che oggi è in grado di rivolgersi a qualunque persona, sia essa sana oppure affetta da patologie acute o croniche, temporaneamente invalidanti o permanenti. Affrontare il dolore e lo stress derivanti dalla diagnosi di una patologia, quale il cancro dell'utero, rappresenta un ostacolo difficile da superare. È per questo motivo che la figura infermieristica assume un ruolo centrale nel preservare un buon stato di salute, ancor prima di rappresentare parte attiva nell'assistenza terapeutica.

## CAPITOLO 1.

# IL TUMORE DELL'UTERO: TIPOLOGIE, FATTORI DI RISCHIO, DIFFUSIONE E PREVENZIONE.

### 1.1 TIPOLOGIE

I tumori dell'utero più frequenti sono quelli della cervice e dell'endometrio.



I tumori cervicali sono classificati in base alle cellule da cui prendono origine: l'80 per cento è costituito dai **carcinomi spinocellulari**, che derivano dalle cellule epiteliali più superficiali, mentre circa il 15 per cento è costituito dagli **adenocarcinomi**, che derivano invece dalle ghiandole (come indica il prefisso "adeno") della cervice. Solo il 3-5 per cento

dei tumori cervicali ha un'origine mista: si parla quindi di **carcinomi adenosquamosi**.

I tumori **endometriali** sono tutti **adenocarcinomi**; il più frequente, che copre il 75-80 per cento dei casi, è l'adenocarcinoma endometrioidale. Meno frequenti, ma più aggressivi, sono l'adenocarcinoma papillare sieroso e l'adenocarcinoma a cellule chiare, che costituiscono rispettivamente il 10 e il 4-5 per cento di tutti i tumori endometriali. Nei restanti casi si tratta di forme miste.

## **1.2 FATTORI DI RISCHIO**

Uno dei principali fattori di rischio per il **cancro della cervice** è l'**infezione da HPV**, il papilloma virus umano, che provoca la formazione di papillomi, piccoli tumori benigni noti come verruche. Esistono diversi tipi di papilloma virus, capaci di infettare diverse sedi dell'organismo; alcuni tipi di HPV infettano preferenzialmente le mucose genitali. Durante un rapporto sessuale in cui uno dei due partner è infetto, il contatto fisico tra i genitali può permettere la trasmissione del virus. **Il contagio è quindi favorito dalla promiscuità sessuale o da rapporti con partner a rischio** e può avvenire anche se si usa il preservativo, perchè le zone colpite possono essere anche al

di fuori dell'area coperta dal profilattico. In generale, pochissime delle donne infettate dall'HPV sviluppano un tumore cervicale: il virus non è perciò la causa diretta del tumore. Tuttavia quasi tutte le donne affette da tumore del collo dell'utero risultano positive per l'infezione da HPV, il che significa che questo gioca un ruolo importante.

Altri fattori di rischio sono:

- numerose gravidanze;
- molteplicità di partner sessuali;
- primo rapporto sessuale in giovane età (meno di 20 anni);
- fumo;
- dieta carente di vitamina A e C;
- uso di contraccettivi orali (pillola);
- indebolimento del sistema immunitario.

Per quanto riguarda il **tumore dell'endometrio**, i fattori predisponenti sono:

età avanzata, diabete, disturbi epatici, obesità, infertilità, menopausa tardiva (dopo i 52 anni), la nulliparità, menarca

precoce (intorno agli 11 anni) e terapia estrogenica in menopausa.

Una menzione a parte va fatta per gli **estrogeni**, ormoni che durante la prima fase del ciclo mestruale stimolano la superficie dell'utero a ispessirsi per accogliere l'eventuale embrione. L'esposizione di una donna agli estrogeni e al loro stimolo proliferativo durante l'arco della vita fertile è condizionato dal numero di cicli mestruali a cui va incontro. Fattori che aumentano il numero dei cicli mestruali - un inizio precoce del ciclo, una menopausa tardiva, l'assenza di gravidanze, cicli mestruali brevi - possono quindi aumentare la probabilità di sviluppare tumori endometriali.

In questa ottica, anche la somministrazione farmacologica di estrogeni come terapia sostitutiva della menopausa sembra essere un fattore di rischio. La pillola anticoncezionale, invece, sembra avere un lieve effetto protettivo, in quanto oltre agli estrogeni, contiene anche l'altra classe di ormoni femminili, i progestinici, che in qualche modo ne controbilanciano l'azione

### **1.3 DIFFUSIONE E PREVENZIONE DEI TUMORI DELL'ENDOMETRIO (tumori del corpo dell'utero) E DEL COLLO DELL'UTERO.**

Nell'ultimo ventennio il **carcinoma dell'endometrio** è diventata la neoplasia pelvica più frequente nella donna. Si stima che ogni anno in Italia si verifichino circa 5.000-6.000 nuovi casi, corrispondenti a circa il 15% di tutte le neoplasie. Il carcinoma dell'endometrio è il quarto per frequenza dopo quelli della mammella, del polmone e del colon. Pur essendo una malattia della postmenopausa, il 25% dei casi si verifica nelle donne in età premenopausale, e il 2% in donne con meno di 40 anni.

Per quanto riguarda la prevenzione, questa, non è possibile come per il collo dell'utero, perché si sviluppa in una struttura anatomica (cioè l'endometrio) poco accessibile e valutabile. Le metodiche diagnostiche, pur essendo affidabili, non possono essere utilizzate come test di screening, cioè di prevenzione su larga scala. La principale possibilità di prevenzione consiste nell'educare il pubblico femminile a non trascurare i sanguinamenti atipici.

Al contrario del **tumore** dell'endometrio, quello del **collo dell'utero** è considerato il prototipo di tumore prevenibile,

poiché il periodo pre-canceroso è prolungato nel tempo, identificabile ed aggredibile con efficaci mezzi terapeutici. È il primo tumore in cui sia identificata in modo incontestabile la causa virale (HPV). Ha due picchi di maggiore incidenza: uno tra 30-35 anni, ad un altro (meno evidente) intorno ai 60 anni. 3.500 nuovi casi all'anno registrati nel nostro Paese, circa 450.000 in tutto il mondo.

Nei Paesi in via di sviluppo il tumore cervicale è la seconda causa di morte per cancro, mentre nei Paesi Occidentali i **metodi di screening come il Pap test** hanno ridotto del 75 per cento sia la frequenza sia la mortalità negli ultimi 50 anni.

Anche in Italia, se si confrontano i dati degli anni '70 con quelli attuali, si nota una netta diminuzione dei cancri dell'utero: da 14 si è passati a meno di 10 casi su 100.000 donne.

Anche in questo caso il vantaggio è dovuto alla **prevenzione** classificabile in tre diversi livelli: prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Tutte le tre forme di prevenzione possono essere rivolte all'intera comunità ed al singolo individuo (la donna nel nostro caso), ma qual è lo scopo principale delle varie iniziative di prevenzione, nell'uno e nell'altro caso? Semplicemente quello di ridurre i fattori di rischio della



malattia (prevenzione primaria), di promuovere la diagnosi precoce (prevenzione secondaria) e, infine, di abbassare la morbilità e la mortalità dovute alla malattia (prevenzione terziaria).

La prevenzione primaria si occupa innanzi tutto di programmi educazionali (attraverso i media in genere: televisione, radio, carta stampata, scuola...;) che si propongono di diffondere la conoscenza dei fattori in grado di aumentare il rischio di insorgenza del carcinoma cervicale, e, naturalmente, l'utilità di una pratica regolare di pap-test. Nel nostro caso per ridurre il rischio si deve avere cura dell'igiene sessuale e utilizzare il preservativo quando si hanno più partner, poiché i virus della famiglia dei Papilloma virus, che si trasmettono attraverso i rapporti sessuali, sono spesso alla base di questi tumori. Inoltre, oltre ai fattori di rischio da evitare, ci sono, molti altri fattori da preferire che, come tanti piccoli tasselli, compongono nel loro insieme, uno stile di vita più sano e attento ai potenziali pericoli. Modificando la dieta quotidiana, praticando regolarmente attività fisica, evitando di esporsi troppo a lungo ai raggi del sole, conoscendo gli agenti cancerogeni e cercando di evitarli (soprattutto sul luogo di lavoro), smettendo di fumare per non fare del male a se stesso e agli altri.

Sul fronte alimentare è il trionfo della cosiddetta "dieta mediterranea", caratterizzata da un corretto equilibrio fra i diversi nutrienti e dalla scarsa presenza di grassi animali. Importante è l'elevato apporto di frutta e verdura da mangiare ad ogni pasto. L'assunzione di alcune sostanze naturali può rallentare infatti la comparsa del cancro a livello cellulare. Fra queste il beta-carotene, (presente nelle carote), la vitamina C, lo zinco o il selenio. All'attenzione verso ciò che si mangia va aggiunta quella al consumo di alcolici che deve essere limitato (un bicchiere di vino a pasto), mentre vanno eliminati i superalcolici.

*La prevenzione secondaria* comprende ogni intervento che si proponga una diagnosi precoce dei primi stadi della malattia, in modo da poter intervenire con cura risolutrice e definitiva che elimini ogni possibile conseguenza della stessa. Il più valido mezzo di prevenzione secondaria è il pap-test.

Grazie alla prevenzione secondaria del tumore al collo dell'utero si possono salvare almeno 500 donne ogni anno.

Gli obiettivi della *prevenzione terziaria* si propongono di prevenire alcune complicazioni della malattia, e naturalmente, la morte.

## **1.4 IL PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2005-2007**

Gli interventi di prevenzione primaria e secondaria e gli interventi di educazione e promozione della salute sono effettuati in Italia con modalità diverse da regione a regione. Si è reso, pertanto, necessario stabilire un coordinamento per conseguire obiettivi di salute uniformi in tutto il Paese, in modo che tutti i cittadini possano accedere ai servizi di diagnosi precoce.

Il coordinamento del Piano Nazionale della Prevenzione è affidato al Centro nazionale per la prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), che ha tra i compiti istitutivi, quello di coordinare con le regioni i piani di sorveglianza e la prevenzione attiva.

Tra gli ambiti del Piano Nazionale della prevenzione, che avrà durata triennale, vi è:

### **lo screening dei tumori .**

I documenti trasmessi dalla Regione Molise inerenti il Piano della Prevenzione 2005-2007 approvato con propria deliberazione sono:

- Progetto di prevenzione del rischio cardiovascolare
- Progetto Diabete:
  - a. Linee guida prevenzione dell'obesità e delle complicanze del diabete in età pediatrica
  - b. Progetto "Diabete gestazionale"
  - c. Pronto diabete - Sorveglianza diabetologica a distanza (SODAD)
- Programma regionale di screening per il tumore della mammella
- **Progetto regionale per lo screening del carcinoma cervicale**
- “Progetto Vita” screening del carcinoma del colon-retto

### **Che cosa è uno screening in oncologia?**

Lo screening in oncologia è un'anticipazione diagnostica, che consiste nell'individuazione di un tumore in una fase precoce, cioè in assenza di qualunque manifestazione clinica. L'anticipazione diagnostica anticipa molto spesso le manifestazioni cliniche anche di 4-5 anni. Ciò significa fare vivere una persona con una diagnosi di cancro anticipandogli la diagnosi molto tempo prima. Obiettivo principale di un'attività di screening è di anticipare la diagnosi assumendo che, quanto

più precoce è la diagnosi tanto più alta è la possibilità di modificare la storia naturale della malattia. Significa, cioè, riuscire a incidere attraverso gli ausili chirurgici, radioterapici o quello che sia, su quello che sarebbe l'andamento della patologia. Quello su cui ha puntato molto il Ministero è la necessità che siano attivati programmi di screening organizzato. Un programma di screening organizzato significa che una struttura deputata ad attività di tipo sanitario (amministrazioni regionali e, di conseguenza, le aziende sanitarie) si prenda carico attivamente delle donne invitandole ad attività di screening spontaneo ma organizzato. In questa ottica i programmi di screening sono interventi pianificati di sanità pubblica, che consistono nell'offerta attiva di una chiamata diretta, di un invito ad una popolazione definita *target*, individuando le fasce di età apparentemente sana.

### **1.5 LINEE GUIDA DELLO SCREENING DEL CERVICOCARCINOMA ORGANIZZATO NELLA REGIONE MOLISE:**

Nella Regione Molise esiste un unico programma di screening per il cervicocarcinoma che si svolge in maniera capillare in

tutte le ASL della Regione, coordinato dall'Ospedale Regionale di Campobasso.

Lo screening a chiamata esistente nella Regione Molise si articola rispettando le linee guida per gli screening promulgate nel 1996 dalla Commissione Oncologica Nazionale.

La legge n. 138 del 26.05.2004 prevede interventi di prevenzione oncologica tramite l'estensione ed il miglioramento dei programmi di screening di massa per il carcinoma del seno, della cervice uterina e del colon-retto.

L'Assessorato alle Politiche Sanitarie, in accordo al piano sanitario nazionale, prevede tra i suoi obiettivi, la realizzazione di interventi di diagnosi precoce dei tumori del collo dell'utero tramite specifici programmi di screening che prevedono diversi obiettivi.

**Obiettivi generali:**

riduzione della mortalità dovuta ai tumori del collo dell'utero tramite protocolli codificati di prevenzione secondaria "programmi di screening" che dimostrano miglioramento del rapporto costo-benefici del trattamento di queste neoplasie, sia in termini qualitativi che quantitativi.

**Obiettivi specifici:**

consentire la diagnosi precoce delle lesioni precancerose del collo dell'utero, per ridurre l'incidenza della patologia invasiva. Nel Molise lo screening attuato per la cervice uterina è unico, in quanto la popolazione della Regione è compresa tra 250.000 e 350.000 abitanti, che è il range ottimale per la esecuzione degli screening. Finora l'adesione allo screening è stata del 39%; mentre l'obiettivo è raggiungere un'adesione della popolazione bersaglio (target) del 50% (accettabile), 75% (ottimale);

evitare gli interventi chirurgici complessi necessari negli stadi avanzati della neoplasia, con vantaggi per le pazienti e rilevanti risparmi di risorse; garantire l'esecuzione del secondo livello di screening nei casi positivi alle indagini di primo livello.

## **1.6 PIANO PER IL MIGLIORAMENTO DELLO SCREENING DEL CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA. LEGGE N. 138 DEL 26.05.2004 (ART. 2 BIS)**

In Italia, ogni anno, si contano 3.700 nuovi casi di tumore infiltranti del collo dell'utero (12,6 casi ogni anno ogni 100.000 donne) e 1300 morti. Il tumore del collo dell'utero non è un

tumore molto frequente ma è prevenibile in modo del tutto efficace intervenendo precocemente nelle forme pre-invasive.

Il test di screening seleziona all'interno della popolazione bersaglio, donne senza sintomi, apparentemente sane che possono avere una malattia, rispetto a quelle che sono veramente sane.

Lo screening non intende fornire una semplice diagnosi, bensì intende garantire con una serie di fasi prestabilite una diagnosi ed un'eventuale terapia.

Come ogni esame è possibile che in una piccola percentuale il test dia falsi negativi e falsi positivi, eppure lo screening rappresenta per le donne utile conferma delle proprie condizioni di salute. L'obiettivo è che questa rassicurazione deve essere ottenuta con il minimo indispensabile di attività medica e con il massimo possibile di sicurezza. In questo iter gli operatori dello screening si assumono precise responsabilità etiche.

Nelle varie fasi dello screening devono essere garantiti tre requisiti fondamentali:

- consenso informato
- sostegno informativo individuale
- massima riservatezza

#### FASI DELLO SCREENING



Lo screening si articola in quattro fasi:

- Fase di reclutamento (invito ed accesso)
- Fase di diagnosi di I° livello (prelievo, allestimento e lettura del Pap-test)
- Fase di diagnosi di II° livello (colposcopia, biopsia ed esame istologico)
- Fase di trattamento terapeutico e follow-up.

La segreteria organizzativa è in possesso di un software che gestisce:

- l'invio delle lettere di invito e dei solleciti;
- la spedizione dei referti;
- la valutazione dei dati;

## FASE DI RECLUTAMENTO

### INVITO

Il programma di screening è rivolto alla popolazione femminile in fascia di età compresa tra 25 e 64 anni. L'identificazione delle pazienti è ottenuta dall'elenco anagrafico desunto dalle liste elettorali di ogni singolo paese. Il calendario degli esami di screening viene programmato dai responsabili del Progetto Del

cervico-carcinoma tramite gli operatori della segreteria organizzativa. L'ordine di chiamata verrà impostata in base all'età e al luogo di residenza.

L'invito avviene tramite lettera prestampata firmata dal comitato per lo screening e dal medico di famiglia che aderisce al progetto, spedita per posta a tutte le residenti in età di screening.

Attraverso un programma di archiviazione e gestione dati si avrà un inquadramento completo di tutta la popolazione regionale compresa nella fascia di età interessata.

I dati immessi nel software sono: cognome, nome, data di nascita, indirizzo completo con numero civico e medico di famiglia.

A chi non si presenta al test verrà inviata una successiva lettera di sollecito, entro tre mesi. Qualora la donna non dovesse rispondere neanche al secondo invito Le verrà inviato un questionario per individuare i motivi della mancata adesione.

La mancata partecipazione la farà considerare come non rispondente: riceverà comunque, negli anni successivi una lettera di invito allo screening.

Alle “rispondenti” vengono verificati i dati anagrafici disponibili, integrati con il numero telefonico ed il medico di famiglia, ove non già noti.

La segreteria organizzativa provvederà:

- al caricamento delle anagrafiche sul programma,
- all'incrocio tra le liste anagrafiche e gli archivi già esistenti,
- alla stampa ed all'invio della I° lettera di invito;
- alla stampa ed all'invio dei solleciti;
- all'aggiornamento delle anagrafiche;
- alla accettazione, integrazione e controllo dei dati delle rispondenti;
- alla registrazione dell'esito dei pap-test;
- alla stampa dei referti;
- all'invio dei referti alle pazienti;
- alla stampa ed all'invio delle lettere di richiamo;
- alla gestione degli archivi;
- alla partecipazione al controllo di qualità della fase di invito.

Nell'invito deve sempre essere indicata in maniera chiara la sede e l'orario previsti per il prelievo.

Costituiscono sedi di prelievo:

- gli ambulatori dei presidi ospedalieri delle Aziende;
- gli ambulatori distrettuali;
- gli ambulatori dei consultori;

Ogni operatore del programma di screening deve aver un proprio codice di identificazione e deve essere informato su:

- a) tecnica corretta di effettuazione del prelievo;
- b) modalità di compilazione della scheda di accompagnamento;
- c) modalità di organizzazione del programma;
- d) controlli di qualità previsti.

Chi si occupa di questa fase deve sempre tenere presente la situazione dei punti di prelievo: essi infatti devono essere dislocati adeguatamente per favorire la donna, devono avere degli orari favorevoli e deve essere fatto periodicamente un controllo di qualità, utilizzando magari delle interviste alle non rispondenti, per poter apportare le necessarie modifiche sia nell'orario che nella dislocazione delle sedi prelievo.

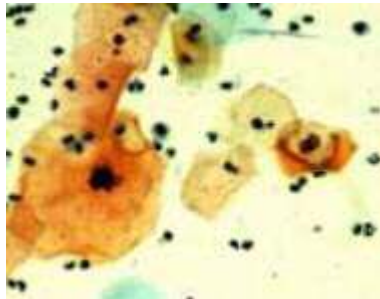
#### CAMPAGNA INFORMATIVA

Attualmente la campagna informativa è gestita attraverso incontri tra i medici responsabili dello screening e la

popolazione, con la presenza del medico di famiglia e attraverso la distribuzione di materiale cartaceo (depliant e locandine esplicativi).

### **1.6.1 FASE DI DIAGNOSI DI I° LIVELLO**

#### **✚ PAP-TEST**



L'esame del pap-test consiste nella raccolta di cellule presenti sulla superficie del collo dell'utero. Questo materiale viene strisciato su vetrino, quindi fissato, colorato e osservato al microscopio. Tutto il materiale usato è sterile e monouso.

L'esame può essere eseguito da un'ostetrica nell'ambulatorio stabilito.

Le donne in possesso della lettera di invito allo screening potranno effettuare il test dal loro ginecologo di fiducia in regime libero - professionale, ferma restando la gratuità della prestazione di screening.

Lo specialista oltre a rispettare i requisiti di qualità indicati nel programma dello screening, provvede con propri mezzi alla consegna dei campioni biologici al centro di raccolta e al ritiro dei referti.

Nelle donne in stato di gravidanza l'esecuzione del pap-test non presenta generalmente contro indicazioni. Viene effettuato in modo "garbato" e non oltre l'ottavo mese.

Avere familiarità positiva per il tumore del collo dell'utero non aumenta il rischio. Il pap-test se negativo va ripetuto ogni tre anni anche in questi casi. Se la donna ha subito asportazione parziale dell'utero il test va eseguito e la donna è regolarmente inserita nello screening.

Se l'utero è stato asportato completamente per una patologia benigna (fibroma o fibromatosi) la donna viene esclusa dal programma di screening.

Se invece l'asportazione dell'utero è stata eseguita per un tumore maligno del corpo del collo dell'utero, il papa-test va eseguito sulla cupola vaginale.

#### ALLESTIMENTO

I prelievi e gli allestimenti dei preparati citologici vengono eseguiti con modalità standardizzate da ostetriche addestrate o ginecologi.

Il prelievo va sempre effettuato in doppia campionatura con spatola di Ayre per l'esocervice, con citobrush per la giunzione squamocolumnare.

La fissazione del vetrino deve essere immediata, in quanto un ritardo nella fissazione determina un'alterazione delle cellule.

L'identificazione del vetrino e della scheda allegata, pervenuti al centro di screening, deve essere estremamente corretta.

Il centro di screening deve disporre di un apposito servizio di accettazione del Pap-test con personale qualificato ed attento che provvede al controllo della corrispondenza tra il numero di identificazione del vetrino e della rispettiva scheda:

- in caso di discordanza il vetrino non viene accettato, prelevatore e paziente vengono informati mediante lettera personale.
- In caso di concordanza l'operatore confronta i dati anagrafici contenuti sulla scheda con quelli del file anagrafico, corregge eventuali discordanze ed apre la cartella clinica.
- Il vetrino così accettato viene inviato al laboratorio per la colorazione e la lettura.

## LETTURA DEL PAP-TEST

I preparati citologici allestiti ed etichettati, con le allegate schede di identificazione ed anamnestiche, pervengono al centro di lettura, dove vengono colorati ed interpretati secondo il sistema Bethesda.

Nel referto vengono riportati i termini *negativo* oppure *nella norma* o *normale* per evidenziare che non ci sono alterazioni sospette.

La diagnosi di *inadeguato* comporta automaticamente la ripetizione gratuita e più rapida possibile del prelievo dopo l'eliminazione della causa.

La ripetizione del prelievo dopo una diagnosi di *adeguato ma limitato da...* (subottimale) è lasciata alla responsabilità del Medico esaminatore che dovrà indicare la terapia eseguita prima della ripetizione. In ogni caso riportare il numero citologico del pap-test che ha indotto la ripetizione. Non è possibile avere una risposta immediata perché anche se l'esecuzione del test è rapida il vetrino deve essere colorato e esaminato successivamente.

## CONSEGNA DEI REFERTI

La risposta viene comunicata sempre all'interessata. Se il risultato dell'esame è normale viene inviata una lettera a



domicilio. Se l'esame non è ben leggibile (adeguato) o presenta delle anomalie, l'interessata viene direttamente contattata dal personale competente per ripeterlo o per eseguire ulteriori accertamenti diagnostici. La documentazione sanitaria dell'esito degli esami può essere inviata anche al medico di famiglia salvo diverse indicazioni da parte della donna.

Come protocollo, i risultati dei pap-test negativi vanno spediti direttamente alle pazienti, entro 20 giorni dal prelievo.

In alcune circostanze, previa espressa richiesta della donna al momento del prelievo riportata sulla scheda, le risposte vengono inviate alla sede del prelievo e consegnate personalmente alla donna dall'ostetrica prelevatrice o da un altro operatore autorizzato. Le donne con un pap-test anormale passano invece alla fase di II° livello, dopo contatto telefonico (o tramite lettera o tramite il medico di famiglia), non oltre i tre mesi dalla esecuzione del pap-test.

Per Pap-test anormale è intesa la presenza di:

- Cellule squamose atipiche di significato non determinato  
– ASCUS

- Cellule ghiandolari atipiche di significato non determinato – AGUS
- Lesioni intraepiteliali squamose di basso grado SIL di basso grado

La categoria comprende sia la displasia lieve/CIN1 che le alterazioni cellulari dovute al papilloma virus (HPV)

- Le lesioni intraepiteliali squamose di alto grado – SIL di alto grado

La categoria SIL di alto grado comprende la displasia moderata/CIN2, la displasia grave/CIN3 - carcinoma in situ.

- Carcinoma squamocellulare
- Adenocarcinoma.

Cellule squamose atipiche di significato non determinato – ASCUS:

La categoria comprende pap-test che sono anormali, ma che non possono essere definiti come preneoplastici né come espressione di formazioni benigne. Secondo Kurman la diagnosi di ASCUS non dovrebbe essere superiore al 5% dei Pap-Test e non eccedere di 2-3 volte le SIL. Una diagnosi di ASCUS superiore a questi limiti riflette una sovrastima di modificazioni cellulari benigne o infiammatorie. In questa

prima fase dello screening, dopo un referto citologico di ASCUS verrà eseguito un esame colposcopico.

Cellule ghiandolari atipiche di significato non determinato-  
AGUS:

La diagnosi di AGUS rappresenta una categoria di esclusione: comprende tutte quelle cellule ghiandolari endometriali o reattive, che non sono francamente benigne o reattive tipiche, ma non presentano quelle alterazioni cellulari sufficienti per una diagnosi di adenocarcinoma invasivo. In presenza di una diagnosi di AGUS si dovrà allora consigliare, oltre alla colposcopia, un'isteroscopia con eventuale biopsia. Se l'isteroscopia e la biopsia risultano negativi, si effettuerà un controllo dopo 6 mesi.

In conclusione, dato che la citologia può solo suggerire la presenza di una lesione e che solo l'esame istologico eseguito nell'ambito di una biopsia mirata, sotto guida colposcopica o isteroscopica, permette di porre la diagnosi, tutte le pazienti con diagnosi citologica di SIL e anche di ASCUS e di AGUS vanno sottoposte all'esame colposcopico quale indagine di secondo livello.

### **1.6.2 FASE DI II LIVELLO**

L'accertamento diagnostico dei casi positivi al test di screening si basa sulla colposcopia e sull'eventuale biopsia mirata. Per casi positivi si intendono gli ASCUS (cellule squamose atipiche di significato indeterminato), gli AGUS (cellule ghiandolari atipiche di significato indeterminato), le LSIL o displasie lievi, le HSIL o displasie medie e gravi, le cellule da carcinoma.

L'accertamento colposcopico centralizzato è da preferire in quanto viene garantito in tal modo la presenza di un limitato numero di operatori esperti che eseguono un elevato numero di colposcopie ogni anno.

#### COLPOSCOPIA



La colposcopia costituisce l'indagine di secondo livello dello screening per il cervicocarcinoma. Essa valuta la cervice uterina con citologia anormale e permette la localizzazione della zona della portio ove eseguire la biopsia per l'esame istologico. In presenza quindi di un Pap-Test anormale, prima

di adottare una terapia, è necessaria la localizzazione della lesione da cui provengono le cellule anormali, la valutazione dell'estensione della lesione e la diagnosi istopatologica sulla base di biopsie mirate eseguite sotto guida colposcopica in uno o più settori.

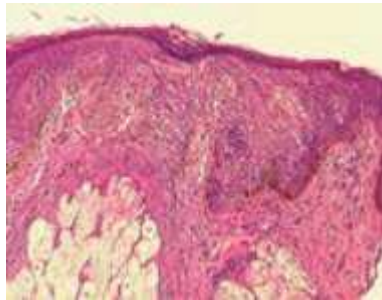
Il prelievo bioptico deve essere eseguito esclusivamente sotto guida colposcopica. L'accuratezza diagnostica della combinazione colpocitologia-colposcopia è risultata fin dagli anni '60, assai vicina al 100%.

Nelle donne in età fertile e in perimenopausa la giunzione squamo-colonnare risulta visibile nell'85-90% dei casi, dopo la menopausa la giunzione squamocolonnare risale verso l'interno e ciò diminuisce la possibilità di un completo controllo colposcopico: pertanto in tutte le pazienti (spatola di Ayre e cytobrush) e nelle pazienti con giunzione squamo-colonnare non visibile si rende necessaria l'integrazione diagnostica con accurato studio del canale cervicale. L'esame colposcopico va completato con l'osservazione della vagina e della vulva.

La colposcopia evidenzia alterazioni della superficie, dello spessore e composizione dell'epitelio, della vascolarizzazione del connettivo che si traducono in immagini acetoreattive, iodonegative, isolate o associate, come: epitelio bianco sottile,

mosaico irregolare, puntato irregolare, sbocchi ghiandolari con orletti ispessiti e vasi atipici. Concorrono inoltre alla valutazione del quadro colposcopico anormale i caratteri dei bordi periferici della lesione, netti o sfumati e l'assenza o la presenza in tali quadri di sbocchi ghiandolari, specialmente se ispessiti. Puntato irregolare, vasi atipici e sbocchi ispessiti sottintendono neoplasie epiteliali severe.

### 🚦 BIOPSIA



La biopsia deve essere adeguatamente eseguita in modo tale che possano essere realizzate sezioni secondo un piano perpendicolare alla superficie epiteliale. La fissazione dei prelievi istologici deve essere eseguita subito dopo il prelievo.

### BIOPSIA ESOCERVICALE

La biopsia esocervicale deve essere una biopsia mirata sotto guida colposcopica.

### VALUTAZIONE DEL CANALE

La valutazione del canale cervicale viene effettuata, normalmente, con cytobrush ; un curettage frazionato del canale cervicale può essere indicato, in mancanza di valutazione di certezza ( la zona di trasformazione anormale sia interiorizzata all'interno del canale)

#### BIOPSIA CON ANSA DIATERMICA

L'ansa diatermica può rivelarsi un efficace metodo diagnostico nei casi in cui le comuni metodiche diagnostiche, biopsia mirata o curettage del canale cervicale, non consentono una valutazione adeguata delle lesioni. Questo può verificarsi in caso di:

- esame colposcopico non soddisfacente (sia per incompleta esplorabilità della zona di trasformazione anormale e come nel caso di estensione endocervicale di una lesione colposcopicamente evidenziata sull'esocollo) persistente discordanza cito-isto colposcopica;
- sospetto di lesione microinvasiva, al fine di valutare la profondità di invasione per una corretta stadiazione della lesione e per pianificare la successiva scelte terapeutica;
- difficile esecuzione della biopsia mirata per la sclerosi del corion in pazienti in post-menopausa, o precedentemente trattate con terapia chirurgica

conservativa che presentino stenosi serrata dell'orifizio uterino esterno.

Il prelievo con ansa diatermica può limitarsi all'esocervice o essere esteso al canale cervicale, a seconda delle necessità contingenti. E' possibile eseguirlo ambulatoriamente, in anestesia locale.

Il prelievo con ansa diatermica può limitarsi all'esocervice, o essere esteso al canale cervicale, in base al diverso quadro colposcopico. E' possibile eseguirlo in ambulatorio, in anestesia locale.

### **1.6.3 FASE DI TRATTAMENTO TERAPEUTICO E FOLLOW-UP.**

**TERAPIA DELLE PAZIENTI CON ESAME ISTOLOGICO POSITIVO ESEGUITO SU TESSUTO**



## **PRELEVATO CON BIOPSIA MIRATA SOTTO GUIDA COLPOSCOPICA**

Il trattamento ideale della CIN è quello conservativo che si ottiene con metodi escissionali con ansa diatermia. I metodi escissionali possono essere utilizzati sotto guida colposcopica per trattare ogni tipo di lesione displastica eso-endo cervicale, sono insostituibili nelle lesioni endocervicali.

Permettono:

- escissione completa della lesione
- bassa morbilità
- preservazione della fertilità
- basso costo
- possibilità di eseguire procedure diagnostiche di controllo in periodo successivo.

### FOLLOW-UP

Se il primo esame è negativo la donna verrà invitata nuovamente dopo tre anni. Se il primo esame è positivo, la donna verrà invitata a seguire la seconda fase dello screening. Dopo la diagnosi di II livello, la terapia e l'eventuale normalizzazione della portio, la donna verrà invitata nuovamente dopo tre anni.

## CONTROLLO DI QUALITÀ

Sono previsti i seguenti controlli “*Interni*”:

- Valutazione sistematica del grado di adeguatezza del preparato suddivisa per prelevatore e per lettore
- Monitoraggio statistico delle diagnosi citologiche per lettore
- Controllo precedenti pap-test nei pazienti con diagnosi citologica positiva per la prima volta
- Introduzione a campione di casi sentinella a diagnosi nota
- Lettura in doppio dei casi positivi o dubbi
- Rescreening dei casi repertati come negativi (10% di tutti i casi, revisione rapida o altri metodi compresa eventuale riletture automatica con mezzi informatici).

Sono previsti i seguenti controlli “*Esterni*”:

- Scambio di preparati tra i due centri di lettura provinciale e con laboratori esterni
- Test di competenza per citotecnici

In particolare viene raccomandata l’esecuzione di un periodo confronto citoistologico nella singola Anatomia Patologica e tra le tre Anatomie Patologiche della Regione Molise.

Inoltre è previsto un controllo sulla qualità dello screening affidato al **GSPO** del Careggi di Firenze

### **MEDICI DI MEDICINA GENERALE**

Si prevede che il medico di medicina generale svolga le seguenti funzioni:

- Attiva informazione della popolazione
- correzione delle liste anagrafiche in rapporto ai criteri di eleggibilità (esclusioni di pazienti isterectomizzate, già affette da tumore o da altra grave patologia)
- “Counseling” in tutte le fasi del programma
- Informazioni mirate alle donne non responders (pazienti che non abbiano risposto al secondo invito dopo tre mesi), ed attuazione di autonome iniziative di sensibilizzazione delle donne interessate.

Fino ad oggi non vi è stata una buona collaborazione con i medici di medicina generale che si auspica per il futuro.

***DISTRIBUZIONE DELLA POPOLAZIONE DA  
SOTTOPORRE ALLO SCREENING NELLA REGIONE  
MOLISE IN TRE ANNI***

**La popolazione target regionale dal 1939 al 1978 (età 25-64 anni) è di 84587 (fonte ISTAT al 01.01.2003).**

AL 31.12.2004 sono stati inviati, con lo screening iniziato nel 2003 ed ancora in corso, sono stati spediti 36399 inviti e 12290 solleciti. Le donne che hanno aderito al primo invito sono state 10.002; le donne che hanno aderito al primo sollecito sono state 890, le donne che si sono presentate spontaneamente sono state 2085. Quindi sono state screenate 12975 donne di cui 208 sono state invitate ad approfondimento di II° livello e solo 94 hanno aderito.

Totale provincia CB 62388

Totale provincia IS 23540

Totale Regione Molise 84587

**CAPITOLO 2**

## MANIFESTAZIONI CLINICHE E DIAGNOSI

Generalmente, il **cancro della cervice** allo stadio iniziale è quasi sempre **asintomatico**, per questo motivo, è necessario sottoporsi a controlli annuali, tra cui il *Pap test*. Se il tumore è diagnosticato in fase precoce, aumentano le probabilità di guarigione (*prognosi*)

Alla comparsa dei segni e sintomi

- sanguinamento vaginale;
- perdite vaginali anomale;
- dolore pelvico;
- dolore durante il rapporto sessuale

la neoplasia può aver raggiunto già uno stadio avanzato.

Nel cancro avanzato le perdite vaginali aumentano progressivamente, diventano acquose, di colore scuro e maleodoranti a causa della necrosi e dell'infezione della massa tumorale. Il sanguinamento è irregolare, può comparire nell'intervallo tra cicli mestruali (metrorragia) o dopo la menopausa. Può essere minimo ed è di solito presente dopo lievi traumi o pressioni (dovuti a un rapporto sessuale, a una lavanda vaginale). Con il progredire della patologia il

sanguinamento può diventare costante e aumentare di quantità, inoltre possono essere invasi tessuti esterni alla cervice, come i linfonodi anteriori del sacro. In un terzo delle pazienti con cancro invasivo della cervice, la patologia coinvolge anche il fondo dell'utero. Vengono stimulate le terminazioni nervose di questa regione, il che provoca dolore intensissimo alla schiena e agli arti inferiori. La diagnosi si formula sulla base degli esami sottoelencati (già descritti nel paragrafo della prevenzione):

- *Pap test (o striscio cervico-vaginale)*
- *Colposcopia*
- *Biopsia*
- *esame pelvico*
- *curettaggio endocervicale*

**Una volta dimostrata la presenza del tumore, sarete sottoposte ad ulteriori accertamenti per verificare se le cellule neoplastiche si sono diffuse ad altri organi**

Questo processo, che si definisce *stadiazione*, è importante per la scelta del trattamento più indicato nel vostro caso. La stadiazione comprende una serie di analisi e procedure, tra cui le seguenti:

- *radiografia del torace;*

- *TAC (tomografia computerizzata o tomografia assiale computerizzata):*
- *linfografia:* è una procedura usata per visualizzare i vasi linfatici ai raggi X. Un mezzo di contrasto, iniettato nei vasi linfatici del dorso del piede, si diffonde attraverso il sistema linfatico e i raggi X consentono di evidenziare eventuali ostruzioni. Serve per verificare se le cellule neoplastiche si sono diffuse ai linfonodi;
- *stadiazione chirurgica prima del trattamento:* si tratta di un intervento chirurgico che ha lo scopo di rilevare l'eventuale diffusione del tumore all'interno della cervice o ad altri organi. In alcuni casi, durante l'intervento, è possibile asportare il tumore. Generalmente, la stadiazione chirurgica prima del trattamento si esegue soltanto nell'ambito di uno studio clinico;
- *ecografia:* tecnica che sfrutta le rifrazioni degli ultrasuoni per visualizzare le strutture interne dell'organismo. Le rifrazioni formano un'immagine dei tessuti corporei detto sonogramma;
- *RMN (risonanza magnetica nucleare);*
- *Urografia;*

- *Cistoscopia solamente nel sospetto di una invasione vescicole;*
- *Rettoscopia solamente nel sospetto di una infiltrazione del setto retto-vaginale*

I risultati di questi esami saranno valutati insieme ai risultati della prima biopsia per stabilire lo stadio del cancro della cervice.

Per quanto riguarda il **tumore endometriale**, i sintomi si manifestano precocemente. In oltre il 90% dei casi, si ha sanguinamento vaginale in menopausa, che, anche se di minima entità e/o con carattere transitorio, deve imporre un'immediata valutazione ginecologica. Per contro, ovviamente, la maggior parte dei sanguinamenti in menopausa sono l'espressione di fenomeni fisiologici (atrofia endometriale) o patologie benigne (polipi, iperplasia semplice).

**La diagnosi** si effettua tramite

- l'ecografia transvaginale (con eventuale instillazione fluida endouterina, sonoisterografia): è un'utile procedura di I livello per selezionare le donne da sottoporre ad ulteriori indagini più approfondite. Infatti,



uno spessore endometriale in menopausa superiore a 5 mm necessita ulteriori indagini. Più controversa, invece, la valutazione dello spessore endometriale nelle donne che praticano terapia sostitutiva e, soprattutto, in quelle che utilizzano il Tamoxifene.

- l'isteroscopia, una procedura strumentale con la quale si visualizza la cavità endometriale, con possibilità di effettuare prelievi biotici nelle aree più sospette sotto controllo visivo.
- Esame della cavità uterina (altrimenti definito "raschiamento o revisione endouterina"), consiste nell'asportazione in narcosi dell'endometrio. In molti Centri questa metodica è stata sostituita dall'Isteroscopia.

Nel caso di effettiva diagnosi di tumore dell'utero o tumore della cervice uterina, è opportuno definirne la gravità sulla base di una classifica, che suddivide questi tumori in quattro stadi:

- **Stadio I:** il tumore è confinato alla cervice uterina.

- **Stadio II:** il tumore ha invaso la zona posteriore dell'utero, ma non ha raggiunto la pelvi (cioè la parte bassa dell'addome in cui è contenuto l'organo).

- **Stadio III:** il tumore ha invaso la pelvi oppure i reni, compromettendone il funzionamento.

- **Stadio IV:** il tumore ha invaso la vescica, il retto o la zona posteriore alla pelvi. Generalmente segue lo sviluppo di metastasi.

Anche i tumori endometriali vengono classificati in quattro stadi:

- **Stadio I:** il tumore è confinato all'utero e non ha invaso la cervice.

- **Stadio II:** il tumore ha invaso la cervice, senza però invadere zone extra-uterine.

- **Stadio III:** il tumore ha invaso la pelvi e i linfonodi adiacenti, ma non la vescica o il retto.

- **Stadio IV:** il tumore ha invaso la vescica o il retto. Generalmente segue lo sviluppo di metastasi.

## **CAPITOLO 3**

### **TRATTAMENTO**

Il trattamento del tumore dell'utero o tumore della cervice uterina può avvenire con diverse modalità, spesso accoppiate fra loro.

#### **3.1 LA CHIRURGIA**

La chirurgia, che consiste nell'asportazione del tumore, è uno dei metodi di trattamento del cancro della cervice e dell'endometrio. Il chirurgo potrà decidere di attuare uno dei seguenti tipi di intervento:

- *conizzazione*: è l'intervento tramite il quale si asporta una porzione di tessuto a forma di cono dalla cervice e dal canale cervicale. Si effettua quando il risultato della biopsia indica CIN III o HGSIL, che sono l'equivalente di una grave displasia e della presenza di un carcinoma in situ. Il campione sarà quindi analizzato in laboratorio al microscopio per rilevare l'eventuale presenza di cellule neoplastiche. La conizzazione può essere attuata ai fini diagnostici o terapeutici; Questo intervento non compromette la funzione dell'organo (e quindi consente,

ad esempio, di portare avanti una gravidanza), ma può essere eseguito solo se il tumore viene individuato molto precocemente.

- *isterectomia*: è l'intervento di ablazione dell'utero e della cervice. Se l'intervento si esegue attraverso la vagina, si parla di *isterectomia vaginale*; se, invece, il chirurgo esegue una lunga incisione nell'addome, si parla di *isterectomia addominale totale*. Se l'incisione addominale è piccola e l'intervento si esegue introducendo attraverso questa breccia uno strumento che prende il nome di *laparoscopio*, si parla di *isterectomia laparoscopica*;
- *isterectomia totale e annessiectomia bilaterale*: il chirurgo rimuove l'utero, la cervice, le ovaie e le salpingi;
- *isterectomia radicale*: è l'intervento tramite il quale il chirurgo rimuove l'utero, la cervice e parte della vagina, con la possibilità di asportare nella stessa sede anche le ovaie o i linfonodi;
- *eviscerazione pelvica* Se i tumori sono limitati alla pelvi e interessano il retto o la vescica, può essere presa in considerazione l'eviscerazione (: *dopo l'asportazione*

della cervice, della vagina, delle ovaie e dei linfonodi adiacenti, si asporta la porzione inferiore del colon, del retto e della vescica. Dopo l'intervento potrebbe essere necessario procedere a chirurgia plastica per la ricostruzione della vagina.). Comunque, di solito, si prova prima la radioterapia. L'eviscerazione è il trattamento di scelta per i tumori recidivanti o persistenti confinati alla parte centrale della pelvi dopo la radioterapia convenzionale. Può curare fino al 50% delle pazienti. Recenti progressi in questo tipo di intervento includono un'urostomia continente, un'anastomosi bassa del retto senza colostomia, la pedunculizzazione dell'omento a chiudere il pavimento pelvico, la ricostruzione vaginale con flap miocutaneo con il muscolo gracile o con il muscolo retto addominale e un migliore trattamento perioperatorio.

- *criochirurgia* (o *crioterapia*): è una tecnica che utilizza uno strumento per congelare e distruggere il tessuto anomalo, come nel caso del carcinoma in situ;
- *laserchirurgia*: è una tecnica che utilizza come bisturi un raggio laser (uno stretto fascio di luce intensa) per distruggere le cellule tumorali;

- *LEEP* (acronimo dall'inglese *Leep Electrosurgical Excision Procedure*): è la procedura chirurgica che utilizza un'ansa (da cui deriva anche la definizione di *ansa diatermica*) collegata a corrente elettrica per asportare del tessuto anormale dalla cervice.

### **3.2 EFFETTI COLLATERALI DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO**

Dopo un'isterectomia le pazienti sono di solito soggette a dolori e spossatezza, in alcuni casi a nausea e vomito e a problemi nella ripresa delle normali funzioni urinarie e intestinali. Gli effetti dell'anestesia e un senso di malessere generale potranno limitare l'attività fisica. La dieta sarà composta inizialmente da alimenti liquidi, ma gradualmente la paziente potrà arrivare a consumare pasti regolari. La durata della degenza in ospedale potrà variare da diversi giorni ad una settimana.

Nelle pazienti sottoposte a isterectomia si verifica la scomparsa delle mestruazioni. Infatti, la rimozione delle ovaie provoca immediatamente la menopausa. Le vampate di calore e i sintomi menopausali che seguono l'intervento chirurgico possono essere più gravi di quelli provocati dalla menopausa naturale.

Nella popolazione generale, la terapia di sostituzione degli estrogeni viene spesso prescritta per alleviare i suddetti disturbi, ma non è comunemente impiegata per le pazienti affette da cancro dell'endometrio. Poiché gli estrogeni sono stati indicati come possibili fattori di sviluppo del cancro uterino, molti medici temono che la suddetta terapia di sostituzione possa indurre una recidiva. Altri specialisti sostengono però che tale rischio non è stato scientificamente dimostrato.

Dopo l'intervento chirurgico, sarà possibile riprendere le normali attività nel giro di 4-8 settimane. L'isterectomia non ha alcuna influenza sul desiderio e non impedisce rapporti sessuali regolari. Tuttavia, alcune donne potranno provare un senso di perdita che potrà rendere difficile l'intimità. Un counselor potrà aiutare la paziente e il suo partner a superare questo tipo di problemi.

### **3.3 LA RADIOTERAPIA**

Consiste nella somministrazione di raggi ad alta energia in grado di uccidere le cellule maligne. Si tratta di una cura del tutto indolore, che ha anche il vantaggio di coinvolgere non soltanto l'utero, ma anche le aree circostanti potenzialmente invase dal tumore. La fonte di raggi può essere sia esterna che

interna; in questo secondo caso si parla di brachiterapia, una tecnica molto recente che prevede l'inserimento nell'utero della paziente di piccoli ovetti che emettono raggi. La possibilità di sottoporsi a radioterapia permette ad alcune pazienti di preservare il proprio apparato riproduttivo e di non precludersi quindi l'opportunità di avere dei figli.

È solitamente il trattamento d'elezione del carcinoma a cellule squamose della cervice, relativamente allo stadio della malattia. Si utilizza, in associazione all'intervento chirurgico, nel trattamento del cancro uterino e di quello ovarico.

### **3.4 EFFETTI COLLATERALI DELLA RADIOTERAPIA**

La radioterapia inibisce la crescita e la divisione cellulare e colpisce sia le cellule normali che quelle tumorali. Tuttavia, la maggior parte delle cellule sane guarisce. Gli effetti collaterali della radioterapia dipendono quasi interamente dalle dosi di radiazioni e dalla zona trattata. Nel corso della terapia i pazienti sono soggetti a spossatezza, specialmente durante le ultime settimane del trattamento. Il riposo sarà dunque molto importante, anche se i medici consigliano di solito ai pazienti di cercare di restare il più attivi possibile.



Le pazienti affette da cancro uterino trattate con la radioterapia possono essere soggette ad effetti collaterali quali secchezza e arrossamento della cute e alopecia nella zona trattata, inappetenza e stanchezza. La radioterapia può generare alcuni disturbi come diarrea o minzioni frequenti e fastidiose. Alcune pazienti accusano secchezza, prurito, tensione e bruciore della vagina. E' consigliabile evitare i rapporti sessuali per tutta la durata del trattamento; tuttavia, sarà possibile riprendere la normale attività sessuale entro alcune settimane dalla fine della terapia. Alle pazienti verrà insegnato come usare un dilatatore e consigliato l'uso di un lubrificante solubile in acqua per risolvere questi problemi.

### **3.5 LA CHEMIOTERAPIA**

In genere si somministrano per via endovenosa farmaci come cisplatino e paclitaxel, in grado di raggiungere tutti gli organi attraverso il sangue. La chemioterapia è fortemente consigliata per tutti i tumori superiori al primo stadio, per diminuire il rischio di successive ricadute.

### **3.6 EFFETTI COLLATERALI DELLA CHEMIOTERAPIA**

Gli effetti collaterali della chemioterapia dipendono principalmente dai farmaci somministrati e dalle dosi ricevute dalla paziente. Oltre a distruggere le cellule tumorali, la chemioterapia può anche danneggiare alcune cellule normali. Gli organi che di solito vengono colpiti comprendono la bocca, lo stomaco e l'intestino, la pelle, i capelli e il midollo spinale. Il danno alle cellule normali è responsabile degli effetti collaterali della chemioterapia. Tuttavia, le cellule normali si riparano molto più rapidamente delle cellule tumorali e le cellule normali possono guarire. Eventuali effetti collaterali comprendono nausea, ulcere in bocca, disturbi cutanei, aumento o perdita di peso, spossatezza e caduta dei capelli. La maggior parte degli effetti collaterali può essere tenuta sotto controllo con apposite cure mediche.

Non tutti i farmaci chemioterapici provocano la caduta dei capelli. Se perdete parte dei capelli, di solito questi ricresceranno a distanza di settimane o mesi dalla fine della chemioterapia. In attesa che i capelli ricrescano potreste portare un foulard, un cappello, un turbante o una parrucca. Le donne che non hanno ancora raggiunto la menopausa potrebbero

accusare i sintomi della menopausa durante la chemioterapia. Alcuni farmaci chemioterapici potrebbero causare una menopausa permanente.

Se provate ansia o preoccupazione in merito alla terapia, potete consultare uno psicoterapeuta, uno psicologo o uno psichiatra.

### **3.7 FOLLOW-UP**

E' importante che le donne che hanno avuto il cancro dell'utero si sottopongano a regolari esami di controllo dopo la fine del trattamento, per individuare in tempo eventuali recidive. Il follow-up fa parte del piano generale di trattamento, che le pazienti potranno discutere con il medico. Un follow-up regolare garantisce la possibilità di esaminare ogni modificazione delle condizioni di salute e consente pertanto di intervenire tempestivamente in caso di recidiva. Nei periodi che intercorrono tra una visita di controllo e l'altra le pazienti dovranno recarsi dal medico all'insorgere di qualsiasi problema. I check-up comprenderanno un esame fisico, l'esame pelvico, una radiografia del torace e test di laboratorio.

### **3.8 REMISSIONE E PROGnosi**

I malati di cancro e le loro famiglie saranno naturalmente preoccupati circa le possibilità di remissione e su cosa riserverà loro il futuro. Talvolta si cerca di ottenere maggiori informazioni basandosi su statistiche, ma è importante ricordare che tali statistiche esprimono dati ottenuti prendendo in esame un numero elevato di pazienti; non ci si può pertanto basare su di esse per sapere che cosa accadrà ad un paziente in particolare, perché ogni persona è un caso a sé, diverso da qualsiasi altro. Il medico curante, che conosce la storia clinica del paziente, è l'unica persona in grado di discutere sulle prospettive future (prognosi). Quando i medici discutono sulla prognosi di un paziente, usano spesso il termine "sopravvivenza" piuttosto che "guarigione". In effetti, molte delle pazienti affette da cancro uterino guariscono completamente, tuttavia la malattia può ripresentarsi e di questo è importante parlare con il medico curante.

## **CAPITOLO 4**

### **ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

#### **4.1 L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA BASATA SUL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE.**

Nell'ottica della moderna infermieristica che vede l'infermiere come un professionista autonomo in grado di compiere delle scelte sulla progettazione dell'assistenza, si aprono scenari sicuramente diversi di quelli concepiti qualche anno fa; ricordiamo tutti quando l'infermiere era alla ricerca forsennata del "sapere", delle "nozioni", della manualità tecnica nei confronti dei presidi, delle conoscenze scientifiche in campo medico quasi fosse una rincorsa alla superiorità con altre categorie di operatori della salute...

Ora l'infermiere deve essere altro; non possiamo pensare di poterci limitare ad un mero contenitore di sapere. Il sapere nella nostra testa si esaurisce presto, ci stanca, viene soppiantato sempre da nuove scoperte che ampliano o addirittura sostituiscono le nostre acquisite...

Oggi il ruolo dell'infermiere, deve essere quello di "guida", di vero e proprio "consulente della salute", in grado di saper

offrire non solo il suo bagaglio di notizie, ma soprattutto il suo bagaglio di intelligenza e di esperienza espressa in professionalità. Deve offrirsi come **colui che soddisfa i bisogni di salute**, e non solamente quelli della Malattia, vedendo "l'uomo nella malattia" anziché "la malattia nell'uomo". Il cambiamento delle funzioni infermieristiche è stato avvertito anche in campo legislativo dal:

**Codice Deontologico del 1999** con l'art. 1.2: *“L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa”*

e l'art. 4.1. *“L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.”*

**dal D.M. 739/94** con l' art. 1

1. *“E' individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”.*

2. *“L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria”.*

3. *L'infermiere:*

a. *partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;*

b. *identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;*

c. *pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”;*

**e dalla L. 10 agosto 2000 n. 251 con l'art. 1**

1. *“Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”.*

Con tali “strumenti” legislativi, gli infermieri dichiarano il loro impegno, e informano i cittadini sui comportamenti che possono attendersi. Gli infermieri hanno lavorato per anni sul loro mandato ed hanno ormai acquisito la consapevolezza che **il cuore del nursing è l'autonomia delle persone**, ricercata attraverso la presa in carico, con una presenza costante e attenta sul progetto in ogni fase della salute e della malattia. Ciò è facile realizzarlo attraverso il modello delle prestazioni infermieristiche, ideato da Marisa Cantarelli, tramite il quale, l'infermiere interviene non solo all'evidenziarsi di condizioni che indicano riduzione dell'autonomia nel soddisfacimento dei bisogni, ma anche col semplice scopo di informare ed educare le persone. La Cantarelli ha così individuato le “azioni” di seguito elencate che assolvono a tale scopo:

- indirizzare
- guidare
- sostenere
- compensare
- sostituire

Tali azioni costituiscono il cosiddetto continuum autonomia/dipendenza, utile ad individuare la condizione della



persona assistita rispetto al soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica, definendo di conseguenza la finalità dell'assistenza infermieristica stessa.

Nel caso da me trattato, quindi, il personale infermieristico metterà in pratica tutte le “azioni”, in quanto si troverà a identificare e pianificare un'appropriata educazione alla paziente, ma anche un adeguato piano di assistenza nel momento in cui, l'autonomia si riduce o viene meno.

Così l'infermiere dovrà essere in grado di prospettare alle pazienti un adeguato modello di stile di vita, realizzando in questo modo le azioni di indirizzo e di guida, che rientrano sia nel campo delle attività assistenziali, sia nelle attività del nursing di salute pubblica e nei compiti della prevenzione primaria.

Nel caso specifico, il ruolo principale dell'infermiere, consiste nella promozione di pratiche e comportamenti che favoriscano il mantenimento della salute sessuale. Lo scopo è quello di concentrare l'attenzione sulla potenzialità di benessere dell'individuo e incoraggiarlo a cambiare le sue abitudini personali, il suo stile di vita e l'ambiente, per migliorare la propria salute e il proprio benessere. A questo scopo l'infermiere si occuperà dei seguenti aspetti:

- fornire informazioni circa la necessità di programmare visite regolari focalizzate sulla prevenzione, sulla diagnosi precoce, sull'identificazione di problemi ginecologici e della funzione riproduttiva
- mantenere un atteggiamento aperto privo di pregiudizi, in modo che la donna possa sentirsi a suo agio nel discutere problemi personali. L'infermiere deve assumere un comportamento empatico e sensibile e valutare l'effetto di tali problemi sulla paziente e sul coniuge.

L'educazione, come funzione del nursing, è inclusa in tutte le leggi sull'esercizio della professione infermieristica, divenendo una funzione indipendente e una responsabilità primaria della professione infermieristica. L'enfasi sull'educazione sanitaria deriva in parte dal diritto pubblico a un'assistenza sanitaria completa, e riflette l'emergenza di un pubblico informato che fa domande più significative sulla salute e i servizi sanitari che riceve, ma è anche una strategia per ridurre i costi dell'assistenza sanitaria attraverso la prevenzione delle malattie, evitando trattamenti medici costosi, diminuendo la degenza ospedaliera e facilitando una dimissione precoce.

Per quanto riguarda le altre azioni: sostenere, compensare, sostituire, l'infermiere dovrà sempre di più assumersi un carico di lavoro maggiore, perché l'autonomia della persona andrà diminuendo progressivamente, fino a quando diverrà totalmente dipendente necessitando di interventi infermieristici di totale sostituzione.

Per capire meglio, prenderemo in considerazione il “bisogno di igiene”, perché pur sembrando un bisogno scontato, deve essere effettuato seguendo determinate regole, che invece molte volte nella realtà non vengono rispettate per negligenza. Quindi è utile “assicurare” tale bisogno sia alle persone sane, attraverso le funzioni di indirizzo e di guida, fornendo informazioni utili e insegnando procedure corrette, sia alle persone con determinate patologie o che devono sottoporsi ad un intervento chirurgico come l'isterectomia nel caso da me trattato, attraverso le azioni di sostegno, compenso e sostituzione. Di seguito vi sono elencate le azioni appartenenti alla prestazione infermieristica di “assicurare l'igiene” che si compiono in base al livello di dipendenza della persona.

Le azioni che riguardano la funzione di “indirizzare” sono:

- informare sugli effetti di abitudini/convinzioni sull'igiene e abbigliamento

- informare sugli effetti del clima sull'igiene e abbigliamento
- informare sugli effetti dell'attività fisica/lavorativa sull'igiene e abbigliamento.

In tale fase la persona acquisite determinate nozioni è in grado di soddisfare i suoi bisogni.

Le azioni relative alla funzione di “guidare” sono:

- insegnare i principi con cui effettuare l'igiene e la cura del corpo
- indicare i prodotti e i presidi adeguati per l'igiene e la cura del corpo
- indicare l'uso di particolari capi per l'abbigliamento

La persona acquisite specifiche abilità è in grado di agire efficacemente per soddisfare i propri bisogni.

Le azioni comprese nella funzione di “sostenere” sono:

- fornire il materiale per l'igiene o prodotti particolari
- fornire l'abbigliamento
- fornire strumenti che facilitino l'igiene e l'abbigliamento

Dal seguente elenco si nota come la persona viene messa nelle condizioni di poter fare, mettendo in pratica le conoscenze e le abilità acquisite.

Nel “compensare” si fornisce un aiuto parziale, come:

- aiutare la persona a farsi il bagno o la doccia, a lavare i capelli, ad eseguire l'igiene perineale, l'igiene orale e a lavarsi il viso e le mani
- aiutare la persona a radersi, a pettinarsi, a vestirsi e spogliarsi.

Nel “sostituire”, l'infermiere espleta completamente le funzioni di una persona in sua vece, quindi, andrà ad :

- eseguire il bagno o la doccia alla persona,
- lavare il viso, le mani, l'igiene orale ecc...
- togliere/mettere indumenti

Concludendo, il modello della Cantarelli può essere considerato “manageriale”, perchè richiede agli infermieri, ma anche ai pazienti, maggiore *empowerment*, cioè presa di coscienza e di “potere” sulle scelte che lo riguardano. Rappresenta, intanto, una forte gratificazione per l'infermiere per il passaggio da un'assistenza tecnica standardizzata ad un'assistenza per prestazioni, più personalizzata e professionale. Tale modello ha inoltre il merito non trascurabile di essere logico, conseguente, razionale, fuori da astruserie metafisiche, applicabile nella realtà concreta con relativa facilità e di documentare e misurare l'attività infermieristica con grande precisione e raffinatezza.

## **4.2 LA PAZIENTE CHE DEVE ESSERE SOTTOPOSTA AD INTERVENTO DI ISTERECTOMIA.**

Il piano di assistenza nella fase preoperatoria inizia con l'accettazione del paziente. Conosciuta la diagnosi del ricovero e presa visione dei dati anamnestici , si trascrivono i seguenti dati:

- aspetto generale, sesso, età, peso, altezza, psiche, handicaps visibili
- parametri vitali
- temperatura
- altri segni e sintomi utili per l'anamnesi infermieristica e le diagnosi infermieristiche

**OBIETTIVO PRIMARIO:** far giungere la paziente all'intervento in condizioni ottimali.

### **1 Apparato respiratorio**

Obiettivo: Eliminare o ridurre i fattori di rischio o di complicazioni. Insegnare alla paziente la ginnastica respiratoria, come tossire e gli esercizi agli arti inferiori. Accertarsi che abbia effettuato Rx torace.

### **2. Apparato cardiovascolare**

Obiettivo: portare all'intervento la paziente in buone condizioni di ossigenazione. È importante rilevare segni e sintomi, far

interrompere eventuale terapia anticoagulante ed accertarsi che abbia effettuato un ECG o altri eventuali esami richiesti dal medico o dall'anestesista. Insegnare la ginnastica attiva a letto (gli esercizi degli arti inferiori). Effettuare la fasciatura degli arti inferiori in portatori di varici.

### **3. Apparato escretore**

Obiettivo conoscere eventuali problemi urinari e contribuire al loro equilibrio pre- e post-operatorio.

### **4. Alimentazione e alvo**

Obiettivi: garantire un apporto ed una riserva energetica sufficienti, per via entrale o parenterale, in previsione dei consumi intra- e post-operatori. Controllare il ritmo dell'alvo.

### **5. Bilancio idro-elettrolitico**

Obiettivo: far giungere la paziente all'intervento in buona idratazione. È importante conoscere ed individuare segni e sintomi di alterazione idro-elettrolitica, monitorizzare la quantità delle Entrate e delle Uscite e trascrivere in cartella infermieristica. Somministrare liquidi ed elettroliti (Na, K, Cl) per via endovenosa od orale, secondo le prescrizioni mediche.

 PREPARAZIONE PSICOLOGICA.

È utile sottolineare l'importanza della preparazione psicologica ad un procedimento chirurgico che, se eseguito in donna fertile, può alterare l'immagine corporea, provocare anticipatamente i disturbi della menopausa e far temere una grave menomazione di una vita vissuta in modo felice e completo.

Comprendere le necessità delle pazienti, assisterle con garbo nei loro bisogni fisiologici, di sicurezza, di protezione e di autorealizzazione, incoraggiare l'espressione verbale dei sentimenti specie quando il procedimento terapeutico implichi mutilazioni nella sfera genitale: tutto questo rappresenta il nucleo centrale dell'assistenza infermieristica in ambienti ostetrico-ginecologici, ove non sono infrequenti turbe dell'affettività e deficit di autostima. L'esperienza del cancro, infatti, mette profondamente in discussione i pilastri della sessualità femminile: identità, funzione e relazione. Il rischio di infertilità legato alle terapie andrebbe discusso sempre prima di avviare le cure. Una terapia psicosessuologica e informativa è infatti un'ottima misura di prevenzione, tanto più se vediamo quanto sollievo e gratitudine mostrano mariti e coppie durante i colloqui, quando il medico, spontaneamente, solleva questi argomenti, parlando delle difficoltà e/o delle convinzioni da



sfatare e dando consigli pratici per superare i problemi fisici ed emotivi; inoltre favorisce la buona ripresa delle pazienti con una scarsa immagine corporea e un'acuita vulnerabilità sessuale.

È importante aiutare le donne a risolvere le difficoltà interpersonali e a superare le paure legate alla sfera emotiva, infondendo sicurezza, influenzando positivamente su ansia, angoscia, paura, dolore, depressione; giungendo ad una collaborazione con la paziente che ne faciliti l'autonomia, la convalescenza e gli eviti comportamenti stressanti.

#### PREPARAZIONE FISICA

Informazione: spiegare alla paziente e ai familiari la natura della malattia, il tipo di intervento, il decorso post-operatorio, in collaborazione con i sanitari.

Alimentazione: la sera prima dell'intervento pasto leggero. Diggiuno per almeno 6-7 ore prima dell'orario d'inizio dell'intervento

Localmente: solitamente, la metà inferiore dell'addome e la regione pubica vengono accuratamente rasate e pulite con acqua e sapone (a volte il chirurgo non richiede la rasatura). Viene effettuata un'irrigazione vaginale antisettica, se necessario.

Aspetto legale: firma del consenso informato in cartella clinica

Preparazione intestinale: effettuare la sera prima dell'intervento un clistere evacuativo da ripetere il mattino successivo.

Vie urinarie: Inserire un catetere urinario a permanenza la mattina dell'intervento.

Visita anestesilogica: è scritta in cartella la premeditazione.

Prelievo ematico: glicemia, azotemia, creatinina, elettroliti, emocromo, V.E.S., C.P.K., colinesterasi, prove emogeniche, esame urine, gruppo sanguigno e prelievo per le prove crociate, in quanto deve sempre essere disponibile una sacca di sangue in caso di necessità.

#### **4.3 ASSISTENZA POSTOPERATORIA**

Il trattamento postoperatorio è simile a quello effettuato dopo qualsiasi intervento di chirurgia addominale; viene dedicata particolare attenzione alla prevenzione delle **complicanze** quali:

- **trombosi venosa profonda,**
- **infezione,**
- **emorragia.**

Inoltre, poiché l'intervento interessa una zona vicina alla vescica, possono evidenziarsi **problemi di minzione**. L'edema o un trauma nervoso possono causare una temporanea perdita

del tono vescicole e richiedere l'inserimento di un catetere a permanenza. La manipolazione dell'intestino durante l'intervento può causare ileo paralitico e interferire con la funzione intestinale.

L'alimentazione per uno o due giorni postoperatori è limitata, sia per quanto riguarda l'assunzione di liquidi che di solidi. In presenza di distensione addominale, si può inserire una sonda rettale, se prescritta, e applicazioni calde sull'addome. Quando la peristalsi riprende, la paziente può effettuare una dieta leggera.

#### TROMBOSI VENOSA PROFONDA

A causa della posizione assunta durante l'intervento, dell'edema postoperatorio, e della prolungata immobilità, la paziente può andare incontro a questa grave complicanza. È necessario quindi, che indossi calze elastiche, che cambi spesso posizione, che inizi a deambulare il più presto possibile, che esegua gli esercizi con le gambe e con i piedi mentre è a letto.

Occorre valutare la presenza di segni e sintomi di una flebite o della TVP (dolore alle gambe, arrossamento e calore della cute, segno di Homan positivo) e di embolia polmonare (dolore toracico, tachicardia, dispnea).

Prima di essere dimessa, la paziente deve essere istruita a evitare di rimanere a lungo seduta su una sedia per evitare un'eccessiva pressione sulle gambe, a evitare di accavallare le gambe e di rimanere immobile a lungo.

### INFEZIONE

Le infezioni della ferita chirurgica possono non evidenziarsi fino al quinto giorno postoperatorio. I fattori di rischio della sepsi della ferita includono la contaminazione della stessa, una tecnica di sutura imperfetta, gli ematomi, la disidratazione, la malnutrizione, l'età avanzata, patologie come diabete e la lunghezza del ricovero preoperatorio.

Segni e sintomi di infezione della ferita includono tachicardia, febbre, gonfiore e arrossamento della ferita e dolore incisionale.

Il trattamento consiste nella rimozione da parte del chirurgo di una o più suture, e in asepsi, separa i margini della ferita con delle forbici smusse o con una pinza emostatica. Dopo che l'incisione è stata aperta inserisce un drenaggio e si inizia una terapia antimicrobica e la cura della ferita.

### EMORRAGIA

Dopo l'isterectomia si può avere sanguinamento vaginale o emorragia. L'infermiere quindi monitorizzerà i parametri vitali

e valuterà l'entità del sanguinamento in base al numero e al grado di saturazione degli assorbenti igienici. Se l'intervento è stato eseguito con un approccio addominale l'infermiere controllerà le medicazioni addominali e il drenaggio.

### DISFUNZIONE VESCICALE

Poiché nel postoperatorio la paziente può avere difficoltà a urinare, talvolta si inserisce, prima o durante l'intervento, un catetere urinario a permanenza che viene mantenuto in sede anche nell'immediato postoperatorio e rimosso poco prima che la paziente inizi a camminare. Rimosso il catetere, si valuta la produzione urinaria della paziente e si esamina l'addome per rilevare un'eventuale distensione. Se la paziente non urina entro un certo intervallo di tempo, si attuano misure che facilitino la minzione, come versare acqua sul perineo, altrimenti, si ricorre alla cateterizzazione.

## **4.4 PIANO DI ASSISTENZA**

### **I. DIAGNOSI INFERMIERISTICA:**

**Ansia relativa alla diagnosi di cancro, alla paura del dolore, alla percezione di perdita della femminilità e menomazione.**

**Obiettivo:** Ridurre l'ansia

**Interventi infermieristici:** lo stress causato dall'isterectomia ha diverse origini. Il trovarsi in un ambiente sconosciuto, gli effetti dell'intervento sulla percezione del proprio corpo e sulla capacità procreativa, il timore di soffrire dolore e altri disagi, sentimenti di imbarazzo provocati dall'esposizione genitale durante il periodo perioperatorio. Vi possono essere conflitti tra le necessità relative al trattamento e le convinzioni religiose della paziente. In tal caso l'infermiere deve comprendere il significato che l'esperienza ha per la paziente e aiutarla ad esprimere le sue emozioni. L'infermiere dovrà informarla della preparazione fisica e di tutte le procedure cui verrà sottoposta.

**Valutazione:** la paziente mostra bassi livelli di ansia.

## **II. DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

**Alterazione dell'immagine corporea relativa alla perdita della fertilità; timori relativi alla sessualità e al rapporto con il partner e la famiglia.**

**Obiettivo:** Migliorare la propria immagine corporea

**Interventi infermieristici:** nel colloquio con la paziente possono emergere preoccupazioni riguardanti l'impossibilità di avere figli, la perdita della femminilità, l'impatto sui vari aspetti della sessualità. La paziente deve essere rassicurata del fatto che la vagina rimarrà intatta e che l'attività sessuale potrà essere ripresa dopo il periodo necessario alla guarigione dei tessuti. L'istruzione della paziente comprende chiarimenti sul fatto che l'orgasmo femminile dipende dalla stimolazione del clitoride piuttosto che dalla presenza o assenza dell'utero. In alcuni casi la vagina viene accorciata a causa dell'intervento, e questo può avere un effetto sulla sensibilità sessuale, ma le variazioni sono soggettive. Inoltre, quando l'equilibrio ormonale è compromesso, la paziente può entrare in uno stato depressivo o di iper-attività emozionale nei confronti di persone e situazioni. Ella deve trovare comprensione sia da parte dei suoi familiari, sia del personale medico e infermieristico. L'infermiere che mostra un atteggiamento empatico, sensibilità e disponibilità ad

accogliere ansie e timori aiuterà la paziente ad affrontare e superare in modo equilibrato l'esperienza dell'intervento.

**Valutazione:** la paziente accetta se stessa nonostante i cambiamenti derivanti dall'intervento chirurgico e ne discute con il partner.



### **III. DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

**Dolore associato all'intervento chirurgico e alle altre terapie.**

**Obiettivo:** Ridurre il dolore.

**Interventi infermieristici:** dolore e malessere addominale sono frequenti, pertanto si somministrano analgesici per dare sollievo alla paziente e permetterle di muoversi e di camminare un poco ogni giorno. Per ovviare al malessere provocato dalla distensione addominale, si posiziona un sondino nasogastrico prima che la paziente esca dalla sala operatoria, in particolare se l'intervento ha comportato uno spostamento e una notevole manipolazione dei visceri.

**Valutazione:** la paziente non accusa dolore e riesce a svolgere attività.

#### **IV DIAGNOSI INFERMIERISTICA**

##### **Deficit nella cura di sé correlato a affaticamento post-operatorio e dolore**

**Obiettivo:** incoraggiare l'attività e promuovere la cura di sé.

**Interventi:** limitata dal dolore, dalle medicazioni, dalle linee endovenose o dai sistemi di drenaggio, la paziente è incapace di compiere attività senza assistenza. La prolungata inattività può portare a lesioni da decubito, a trombosi venosa profonda, a atelectasia. Aiutarla a aumentare i suoi livelli di attività il primo giorno postoperatorio è una importante funzione infermieristica, quindi le chiederemo di curare da sola la sua igiene personale, se possibile. Si aiuta la paziente a lavarsi a letto con una bacinella o, se possibile, si assiste in bagno, a sedersi davanti al lavandino.

La paziente deve essere in grado di deambulare su una distanza funzionale (lunghezza della casa o dell'appartamento) e alzarsi dal letto. Le viene chiesto di essere il più possibile attiva e di chiamare per ricevere assistenza.

Inoltre, l'infermiere deve accertarsi che la paziente esegua gli esercizi (insegnati nel periodo preoperatorio) a letto, indossi le calze antiemboliche quando è a letto, se necessario, e riposi.

**Valutazione** la paziente esegue le attività legate alla cura di sé, non sviluppa TVP e aumenta progressivamente la deambulazione.

## **4.5 QUALITA' DELLA VITA DOPO ISTERECTOMIA**

L'oncologia è un'area della medicina ad alto investimento emotivo per l'infermiere e per tutti gli altri operatori sanitari, che si trovano spesso ad affrontare aspetti dell'assistenza molto coinvolgenti quali la morte, la sofferenza, la cronicità, l'impotenza professionale, la difficoltà a comunicare con pazienti, familiari e colleghi.

Qualsiasi esperienza di malattia, sia essa lieve o grave, ha infatti molteplici conseguenze psicologiche non solo su chi ne è direttamente colpito, ma anche su coloro che si prendono cura del malato: si hanno ripercussioni sul piano personale, familiare e sociale che sono tanto più gravi e complesse quanto più "fragile e sensibile" è la persona coinvolta e quanto più grave e complessa è la malattia che le ha generate. Nell'assistenza a una donna con diagnosi di tumore uterino, bisogna tenere presenti innanzitutto le devastanti conseguenze che il responso può aver creato nelle sue speranze e nella qualità della sua vita. Il senso di confusione causato dalla diagnosi di tumore è "paragonabile ai secondi che seguono una scossa di terremoto". È difficile per una donna gestire dal punto di vista psicologico sia la gravità intrinseca della diagnosi, sia la

paura di una menomazione derivante dall'intervento. Alla realtà della morte, che si fa prepotentemente presente, si aggiunge l'improvvisa modificazione dell'immagine corporea in una delle sue parti più intime, strettamente legata alla costruzione dei rapporti affettivi. Una donna che ha subito un intervento all'utero vive, oltre alla paura della malattia, un senso d'isolamento affettivo-amoroso, legato alla perdita di una parte del corpo caratteristico della femminilità e della figura di donna-mamma. Inoltre, i cambiamenti derivanti dall'intervento chirurgico, dalla radio e dalla chemioterapia, possono ferire fisicamente e simbolicamente la *sensualità* e l'*appeal sessuale*, portando la donna a sentirsi "difettosa", rotta o danneggiata, specie se la radioterapia ha causato un doloroso restringimento e raccorciamento della vagina, che ostacola, o blocca del tutto, i rapporti sessuali e il piacere del coito. Tutto ciò ha un forte impatto negativo anche sul partner.

La carenza di estrogeni rende difficoltosa la penetrazione, per via della secchezza vaginale, e aggrava ulteriormente la stenosi, il restringimento e la percezione della brevità della vagina. Può comparire anche un deficit erettivo, quando la secchezza stessa mette a rischio la qualità dell'erezione, o viene percepita dal partner come un segno di rifiuto o, in qualche modo,

"dell'insensibilità" della donna alle sue richieste e avance sessuali. Ma non finisce qui. Come in ogni intervento chirurgico anche nell'isterectomia ci sono dei rischi (legati sia alle procedure anestesologiche che alle tecniche chirurgiche) e ci possono essere delle complicanze; va quindi sempre valutato il rapporto rischio/beneficio prima di decidere l'intervento. Durante l'intervento ci possono essere (in meno del 5% dei casi) sia lesioni delle vie urinarie (legate in genere a malformazioni congenite o a retrazione degli organi conseguenti a infiammazioni precedenti) che perdite di sangue che possono comportare un certo grado di anemia. Nel post-operatorio in alcuni casi si possono verificare infezioni della ferita chirurgica e infezioni delle vie urinarie legate anche all'uso del catetere vescicale, e le perdite di sangue vaginali (normali per qualche giorno) potranno persistere anche per settimane a causa di anomalie della cicatrizzazione.

A questo punto, è facile l'instaurarsi di uno stato d'ansia e depressione, indotto dalle cure antitumorali e dalle complicanze secondarie (ad esempio diarrea o disturbi della minzione dopo terapia radiante), che possono compromettere ulteriormente la percezione erotica, l'autostima e lo schema del Sé.

In una situazione come questa cadono le difese e tutto viene “a galla”: il senso della vita e della morte, gli affetti, le speranze, le certezze, le priorità... In questa prospettiva ci è utile riflettere sugli aspetti esistenziali e sulle convinzioni o visioni del mondo in cui le donne si riconoscevano prima di ammalarsi, durante la malattia e dopo l'intervento. Non è vero che la malattia sia sempre un evento negativo. A volte, per rimanere nell'esempio del terremoto, dietro il muro scrostato può riapparire un meraviglioso affresco; così nella vita: se l'equilibrio precedente la malattia era già compromesso e la persona non stava soggettivamente conducendo una vita soddisfacente, quest'esperienza può aiutarla a vivere una vita migliore, più matura ed equilibrata. Analizzare i propri processi mentali ed emotivi permette di raggiungere la consapevolezza nel riconoscimento sia dei segnali che l'organismo utilizza per comunicare i suoi bisogni, sia delle strategie che favoriscono il benessere. In quest'ottica l'assistenza assume un rilievo ben maggiore che la sola riabilitazione fisica. Si tratta di dare un nuovo significato all'esistenza: la malattia non è la conclusione, ma il punto di partenza per rielaborare la propria immagine, i criteri e i valori in base ai quali si vive e i comportamenti utilizzati nelle dinamiche relazionali.

## **CONCLUSIONI**

In questa tesi, spero di aver messo in evidenza alcune caratteristiche dell'educazione quali:

- prende in considerazione i processi di adattamento del paziente
- rappresenta una parte integrante del trattamento e dell'assistenza infermieristica (basti pensare all'educazione fornita durante le campagne di screening e all'educazione nella fase preoperatoria)
- riguarda la vita quotidiana del paziente con il suo ambiente psico-sociale
- rappresenta un processo continuo che deve essere adattato all'andamento della malattia ed al paziente con il suo modo di vita ed inoltre fa parte dell'assistenza a lungo termine del paziente (basti pensare ai vari livelli del continuum)



- deve essere strutturata, organizzata e fornita ad ogni paziente in maniera sistematica attraverso una varietà di mezzi.

Si desume quindi, che l'educazione del paziente rappresenta un compito fondamentale dell'infermiere, soprattutto nei confronti di persone affette da patologie tumorali, nelle quali la "convivenza" con la malattia è una fondamentale chiave per la cura.

Inoltre ho voluto evidenziare come la gestione di tali pazienti esige una continuità di prestazioni che l'infermiere deve svolgere con professionalità cercando di far diventare il paziente l'attivo gestore della propria cura. La partecipazione attiva e la responsabilizzazione del paziente nei confronti del proprio trattamento sono indispensabili per la gestione di una malattia che, se non può essere guarita, può e deve essere controllata e stabilizzata nell'obiettivo di un miglioramento della qualità della vita.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Brunner Suddarth **Nursing Medico-Chirurgico** – Casa Editrice Ambrosiana – volume 1 e 2- del 2001
- Rossana Alloni, Lucia Gianotti, Anne Destrebecq, Silvano Poma **Infermieristica clinica in chirurgia** – Editore Ulrico Hoepli Milano – 2005
- Carlo Calamandrei, Laura D’Addio **Commentario al nuovo codice deontologico dell’infermiere** – Editore McGraw-Hill – 1999
- Marisa Cantarelli **Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche** Editore Masson – 1996
- Carpenito L.-Moyet **Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche**, Casa Editrice Ambrosiana, 2004
- M. Fincato **Chirurgia- Fisiopatologia e Clinica-Assistenza Infermieristica**, Edizioni Sorbona 1989

- Marinelli Montemarano, Liguori D'Amora **Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica**, Piccin Editore 2002
- Sironi, Baccin **Procedure per l'assistenza Infermieristica**, Masson Editore 2006
- ANIN, Spairani **Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica**, Masson 2000
- Rocco, Fabriani **Infermieristica clinica in ostetricia e ginecologia** MC GRAW-HILL 1997
- Engram B. **Piani di assistenza in medicina e chirurgia**, EDISES editore 1999
- Pasquot L. **Infermieristica clinica**, Masson editore 2000
- Bezzi, Midiri **Chirurgia Generale**, Editore SEU 2003
- AA.VV. **L'assistenza alle pazienti ostetriche e ginecologiche**, Editore Piccin 1994

- Siti internet:

[www.disinformazione.it](http://www.disinformazione.it)

[www.aimac.it](http://www.aimac.it)

[www.sostumori.org](http://www.sostumori.org)

[www.aiom.it](http://www.aiom.it)

[www.medinews.it](http://www.medinews.it)

[www.italiasalute.it](http://www.italiasalute.it)

[www.misterodellasalute.it](http://www.misterodellasalute.it)

[www.salutedonna.it](http://www.salutedonna.it)

[www.giofil.it](http://www.giofil.it)

