

## Riparazione della parete vaginale anteriore

### Una guida per le donne

1. Cos'è la riparazione della parete vaginale anteriore?
2. Perché si opera?
3. Come si svolge l'intervento?
4. Che percentuale di successo ha l'intervento?
5. Quali complicazioni ci possono essere?
6. Quando posso riprendere le mie normali attività?

### Il prolasso della parete vaginale anteriore

Tra le donne che hanno partorito, circa 1 su 10 ha bisogno di un intervento per il prolasso vaginale. Il prolasso della parete vaginale anteriore è in genere dovuto al cedimento dello strato di tessuto chiamato fascia, che divide la vagina dalla vescica. Tale cedimento può dare un senso di ripienezza o di corpo estraneo presente in vagina, fino a presentarsi come una protrusione al di fuori della vagina stessa. Inoltre può creare difficoltà ad urinare come un flusso lento o intermittente e dare sintomi come frequenza e urgenza di urinare. Un altro termine per indicare tale cedimento è cistocele.

### Cos'è la riparazione della parete vaginale posteriore?

Tale intervento, detto anche colpografia anteriore, è una procedura per ricostruire e rinforzare la fascia tra la vagina ed la vescica.

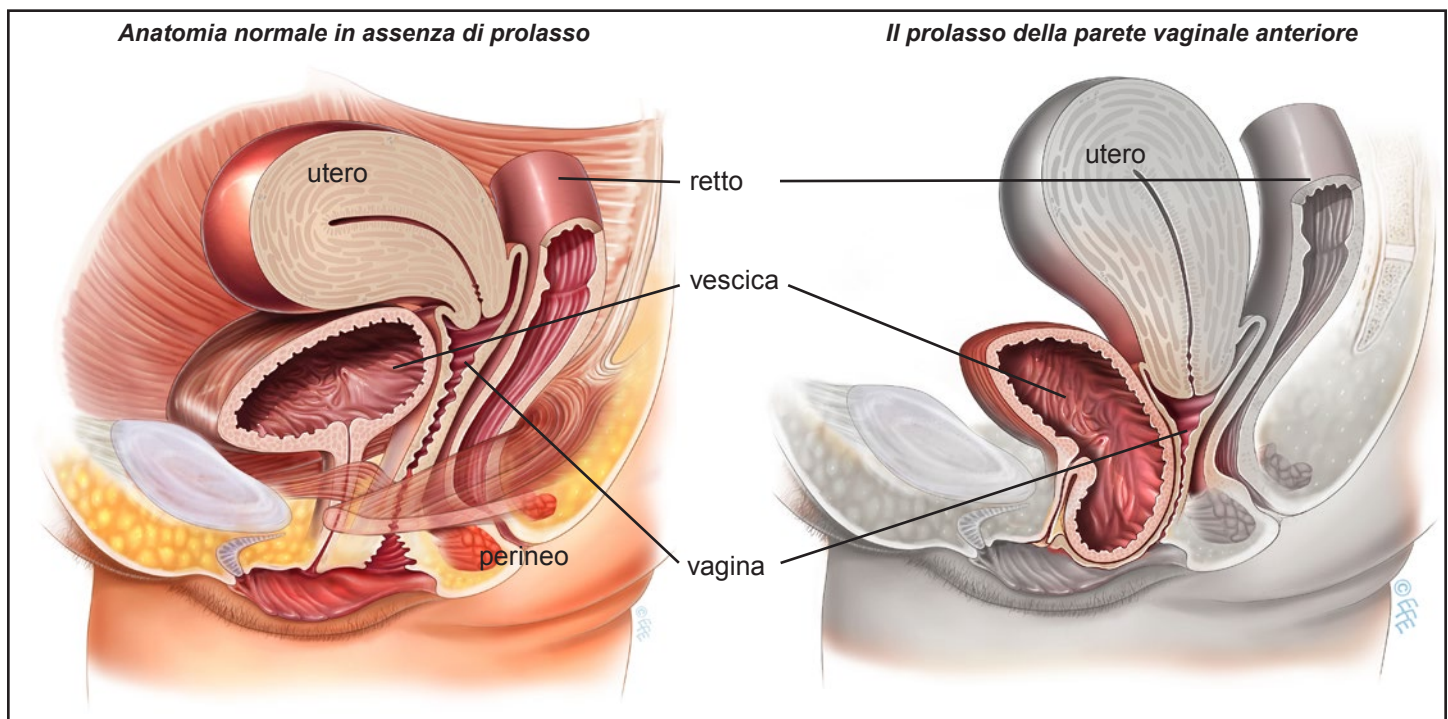
### Perché si opera?

Lo scopo dell'intervento è quello di risolvere i sintomi del prolasso, come la sensazione di corpo estraneo in vagina, e di migliorare o prevenire le difficoltà ad urinare senza interferire con la funzione sessuale.

### Come si svolge l'intervento?

L'intervento può essere effettuato in anestesia generale, regionale o locale; il tuo medico discuterà con te la procedura più adatta al tuo caso. La riparazione della parete vaginale anteriore può essere effettuata con varie tecniche; di seguito troverai una descrizione generale del metodo usato più comunemente.

- Si pratica una incisione al centro della parete vaginale anteriore, per tutta la lunghezza della vagina.
- Attraverso l'incisione, si scolla la mucosa vaginale dalla fascia sottostante, che viene quindi rinforzata con dei punti che si riassorbiranno poi in un periodo variabile dalle 4 settimane ai 5 mesi a seconda del materiale usato per la sutura.
- A volte parte della mucosa vaginale in eccesso viene rimossa ed i bordi riaccostati e suturati con punti assorbibili che si dissolveranno in 4-6 settimane senza bisogno di essere rimossi.
- A volte può essere necessario inserire delle bendelle chiamate mesh, di materiale sintetico (e quindi permanente) o biologico (riassorbibile) per ottenere un miglior rinforzo. Questi materiali sono generalmente usati in casi di prolasso severo o nei reinterventi, quando cioè il primo intervento di riparazione ha fallito.
- Alla fine dell'intervento si effettua una cistoscopia, ossia si osserva con una telecamera l'interno della vescica per assicurarsi che non ci siano lesioni e che l'aspetto sia normale.



- Viene poi in genere inserito un tampone di garza in vagina e un catetere in vescica. Entrambi verranno rimossi in 3-48 ore. Il tampone di garza serve come medicazione compressiva per ridurre il sanguinamento e il gonfiore a livello della incisione vaginale.
- La riparazione della parete vaginale anteriore può essere abbinato ad altri interventi, come la isterectomia per via vaginale, la riparazione della parete vaginale posteriore o procedure anti-incontinenza. Tali interventi sono descritti estensivamente in altri foglietti informativi della stessa collana.

### Cosa succede dopo l'intervento?

Al risveglio, avrai una flebo per l'apporto di liquidi e potresti avere il catetere vescicale. Inoltre potresti avere un tampone di garza in vagina per ridurre il sanguinamento dalla ferita chirurgica. Sia il catetere che il tampone verranno rimossi entro 48 ore. È normale avere una secrezione vaginale densa per 4-6 settimane dopo l'intervento, dovuta alla presenza dei punti; come questi si riassorbono, anche la secrezione tenderà a sparire. Se tuttavia diventa di odore sgradevole, avvisa il medico. Potresti anche avere un sanguinamento vaginale sia nell'immediato che dopo circa 1 settimana; in genere è moderato, l'aspetto è di sangue rappreso e scuro ed è dovuta all'eliminazione della raccolta ematica che si forma sotto la ferita chirurgica.

### Che percentuale di successo ha l'intervento?

Con l'intervento, il 70-90% delle donne risolve il problema. Esiste comunque la possibilità che il prolasso si ripresenti in futuro, nella stessa sede o in altre parti della vagina, e questo potrebbe richiedere ulteriori interventi.

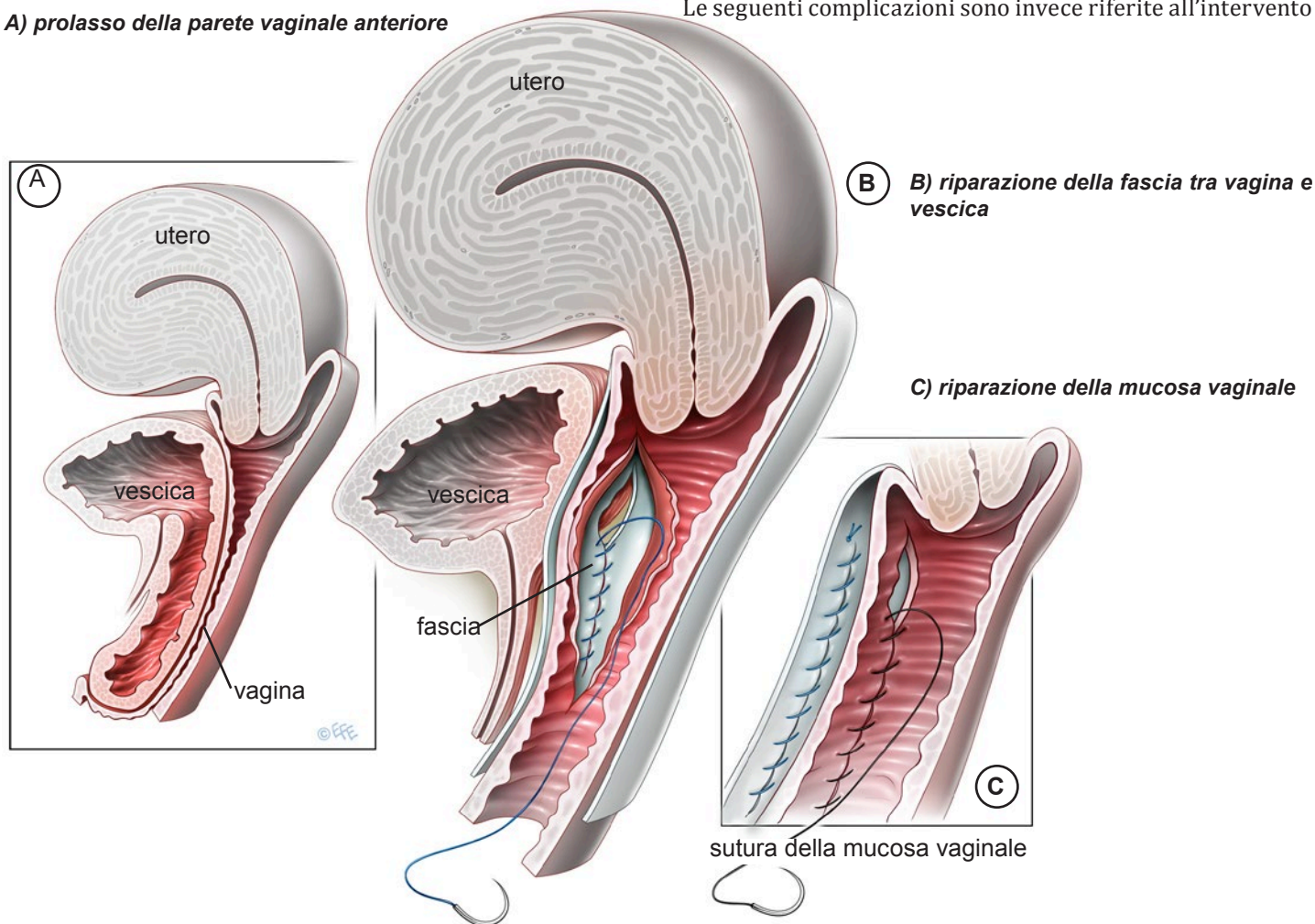
### Quali complicazioni ci possono essere?

Il rischio di complicazioni esiste per qualsiasi tipo di intervento. Di seguito sono riportate le complicazioni generali associate ad ogni tipo di chirurgia:

- Problemi legati all'anestesia. Con i moderni sistemi di monitoraggio, tali problematiche si presentano molto raramente.
- Sanguinamento. Emorragie tali da richiedere trasfusioni sono rare nella chirurgia per via vaginale (meno dell'1%)
- Infezioni post-operatorie. Sebbene vengano somministrati antibiotici e prese tutte le precauzioni per operare in sterilità, esiste tuttavia una piccola possibilità di sviluppare delle infezioni della vagina o della pelvi.
- Infezioni vescicali (cistiti). Icirca il 6% dei casi, dopo l'intervento si sviluppa una cistite. È più comune quando venga usato il catetere vescicale. I sintomi includono bruciore alla minzione, aumento della frequenza urinaria e talvolta sangue nelle urine. Sono normalmente curate con facilità con antibiotici.

### A) prolasso della parete vaginale anteriore

Le seguenti complicazioni sono invece riferite all'intervento



di riparazione della parete vaginale anteriore:

- Stipsi. È un problema comune nel post-operatorio e viene generalmente trattato con lassativi. È di aiuto mantenere un alto apporto di liquidi e fibre nella dieta.
- Alcune donne lamentano fastidio o dolore (dispareunia) durante i rapporti sessuali. Nonostante il chirurgo prenda tutte le precauzioni, talvolta questa complicanza è inevitabile. Altre donne invece trovano giovamento dopo l'intervento.
- Lesioni della vescica o degli ureteri. Soeventi non comuni che vengono in genere riparati nel corso stesso dell'intervento.
- Incontinenza. Alcune donne sviluppano incontinenza urinaria da stress dopo la riparazione di prolapsi accentuati. È in genere dovuta alla rettilinearizzazione dell'uretra e si risolve posizionando una benderella di supporto sotto l'uretra stessa (maggiori informazioni su questa procedura sono contenuti nel foglietto informativo dedicato)
- Complicazioni legate alle mesh. Se è stata usata una benderella, esiste un -10% di rischio di erosione della mucosa vaginale. In tal caso la parte esposta della mesh viene rimodellata in ambulatorio o in sala operatoria. Raramente si sviluppa dolore a causa di una mesh e in questo caso essa viene in parte o del tutto rimossa.

### **Quando posso riprendere le mie normali attività?**

Nel primo periodo dopo l'intervento, dovresti evitare sforzi come sollevare oggetti pesanti, praticare attività fisica, la tosse cronica e la stipsi. La guarigione della ferita avviene in circa tre mesi e prima di questo termine non dovresti trasportare pesi superiori ai 10kg/25lbs.

In genere viene consigliato di astenersi dall'attività lavorativa per 2-6 settimane. Il tuo dottore potrà consigliarti sulla durata della convalescenza a seconda del tipo di attività che svolgi.

Dopo 3-4 settimane dall'intervento in genere si è già in grado di guidare e fare attività fisica leggera come brevi passeggiate.

È raccomandato aspettare 5-6 settimane prima di riprendere l'attività sessuale. Può essere di aiuto utilizzare dei lubrificanti vaginali che possono essere acquistati nelle farmacie.