



Isterectomia e percezione della donna

Infermiere Lida Giochin e Elena Volta

*Centri studi EBN - Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico
Azienda Ospedaliera di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi
Via Massarenti, 9
40138 Bologna, Italia
Tel. 051 6363413 - 6363457
Fax. 051 6363025 - 6363500*

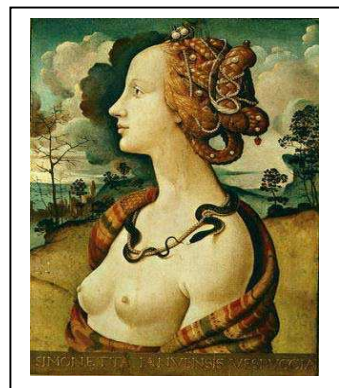
E-mail: servinf@orsola-malpighi.med.unibo.it

Web: www.med.unibo.it/reparti_servizi/servinfer/homepage.html

Abstract

Obiettivi: esaminare i cambiamenti nella vita delle donne isterectomizzate per patologie benigne.

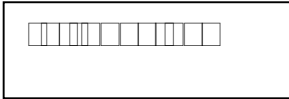
Materiali e metodi: la ricerca è stata effettuata attraverso Internet consultando numerose Banche Dati anche se considerata la peculiarità dell'argomento trattato, gli unici documenti disponibili per le parole chiave selezionate sono stati trovati su Medline. Gli articoli analizzati sono stati scelti poiché pertinenti agli scopi della ricerca e prendendo in considerazione studi recenti (1997 –2000). Un altro criterio di selezione adottato, riguarda il tipo di documento da noi scelto: studi randomizzati controllati, revisioni sistematiche e studi prospettici.



Parole Chiave: isterectomia, depressione, ansia, sessualità, salute della donna
(Hysterectomy, depression, anxiety, sexuality, woman's health).

Risultati ottenuti

e commento: nel periodo pre-operatorio insorgono disturbi di tipo ansiogeno, depressivo, relazionale e psicosessuale. Dopo il trattamento chirurgico questa sintomatologia migliora notevolmente anche in seguito alla prescrizione della terapia ormonale sostitutiva e ad un'adeguata assistenza psicologica fornita nei controlli clinici programmati nei mesi successivi.



L'isterectomia è tra i più frequenti interventi chirurgici praticati negli Stati Uniti (censimento 1995). Con approssimativamente 562.000 isterectomie eseguite annualmente quest'intervento è secondo, per frequenza, solo al taglio cesareo, mentre in Europa costituisce la pratica chirurgica più comune nelle donne in età fertile. Nella maggior parte dei casi si tratta di chirurgia d'elezione per patologie non maligne, con predominanza di sintomi quali: dolori pelvici cronici ed emorragie genitali

prima e durante il ciclo mestruale.

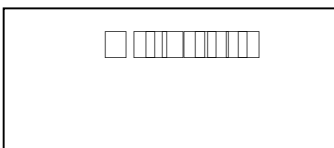
La possibilità che l'intervento d'isterectomia, a causa dell'importanza simbolica dell'utero per l'immagine del sé femminile e in molti casi della menopausa chirurgica conseguente l'annessiectomia bilaterale, potesse essere seguito da ripercussioni di ordine psicopatologico, in particolare da una sindrome depressiva ansiosa o psicogena, è stata a lungo fonte di discussione e di controversie; e tuttora i pareri non sono univoci.

L'incidenza della sindrome depressiva è alta nelle donne anche prima dell'isterectomia, a causa di una sintomatologia cronica che precede il trattamento chirurgico.

Gli effetti terapeutici dell'isterectomia quindi includono cure sia fisiche che psichiche.

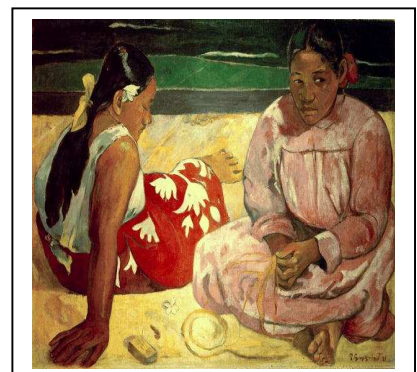
Nella maggior parte delle pazienti che hanno eseguito un'isterectomia, l'umore migliora, ma l'incidenza della morbidità psicologica, rimane aumentata rispetto ad una popolazione femminile simile per età. Quali sono le possibili cause della residua morbidità psicologica dopo l'isterectomia? Una preesistente malattia psichiatrica che spesso è mascherata come un disturbo ginecologico può probabilmente essere aggravata dallo stress chirurgico.

Similmente in pazienti con una personalità ansiogena e nevrotica l'isterectomia può causare una crisi emotiva con preoccupazioni riguardo la perdita della femminilità, la fine della potenziale capacità di riprodurre e la diminuita funzionalità sessuale.



In uno studio prospettico del Dipartimento di Psicologia dell'Università di Liverpool (tabella 1), a proposito dei

cambiamenti in negativo dello stato d'animo di donne che dovevano sottoporsi ad isterectomia, i livelli d'ansia e depressione sono stati documentati su un campione di 89 donne. Il 50 % del campione riportò depressione a livelli clinici durante il periodo pre-operatorio, con un numero addizionale di stati borderline. I livelli clinici di ansia nel post-operatorio sono stati rilevati sostanzialmente in una minoranza di donne sia 2 (24%) che a 6 mesi (31%) dopo l'intervento. I livelli di depressione in questi periodi erano rispettivamente del 13% e dell'11% rispetto al campione che fornì informazioni nel post-operatorio. Questi dati confermano alti livelli di stati d'animo negativo nelle pazienti che devono sottoporsi



ad isterectomia; mentre in seguito all'intervento nella maggior parte dei casi si assiste ad un miglioramento della componente ansiogena.

Considerando, invece, gli effetti dell'isterectomia sulla sessualità secondo una ricerca del Maryland Women's Health Study, la percentuale delle donne impegnate in una relazione sessuale aumenta significativamente dal 70,5% prima dell'intervento al 77,6 e 76,7 % a 12 – 24 mesi dopo l'isterectomia (tabella 2).

La depressione prima dell'intervento è quindi anche associata ad esperienze di diminuzione del desiderio sessuale, dispareunia, secchezza vaginale e alla paura di un'eventuale anorgasmia legata all'asportazione dell'utero.

Secondo uno studio britannico riguardante le sequele psicologiche dell'isteroannessiectomia, la prescrizione della terapia ormonale sostitutiva, immediatamente dopo l'intervento ed il regolare follow-up delle complicanze a lungo termine potrebbero portare ad un miglioramento dello stato psicologico della paziente.

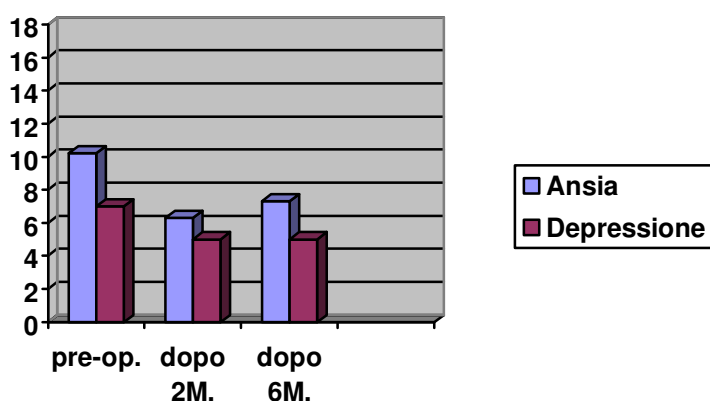


Tabella 1: I livelli di ansia e depressione, secondo la scala HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), sono significativi nel periodo pre-operatorio e si assestano su valori più bassi dopo l'intervento ($p < 0,001$).

- < 7 : non significativi dal punto di vista clinico;
- 8-10: stati borderline
- > 11 : clinicamente significativi

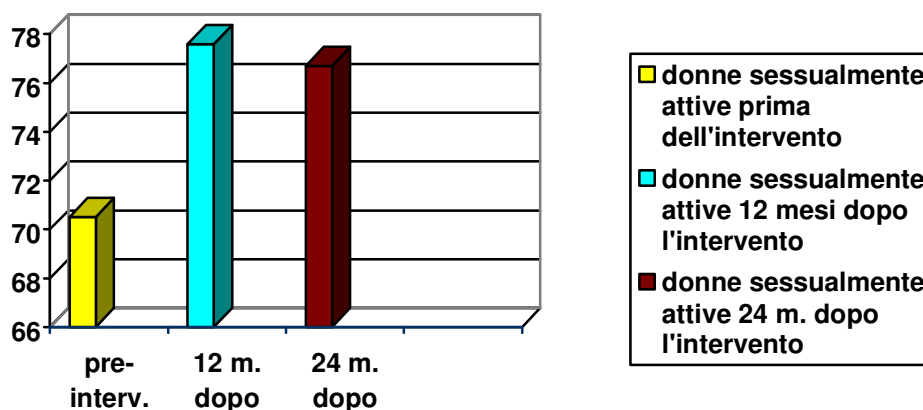


Tabella 2: mette in evidenza la percentuale di donne sessualmente attive prima (70,5%), dopo 12 mesi (77,6 %) e dopo 24 mesi (76,7 %) l'intervento di isterectomia ($p < 0.001$).

Conclusioni

I risultati ottenuti da questa ricerca, dimostrano chiaramente che l'isterectomia è seguita da un miglioramento dello stato di salute che rimane costante anche durante i mesi successivi.



Inoltre le donne riferiscono un miglioramento dal punto di vista psicologico, riferendo uno stato di benessere generale con una diminuzione dell'irritabilità ed un conseguente incremento della vita di relazione.

Anche l'attività sessuale migliora insieme al complessivo stato di salute e alla qualità della vita.

E' molto probabile che i frequenti colloqui avuti dalle pazienti con il personale medico, ai fini delle ricerche prese in esame, prima e dopo l'intervento, abbiano avuto un significato terapeutico. Durante questi incontri, infatti, le pazienti ricevevano adeguate informazioni, sia riguardo all'intervento sia rispetto a diversi

problemi anatomici, fisiologici e psico-sessuali.

Questo in accordo con la maggior parte degli autori che rilevano l'importanza della consapevolezza dell'intervento nelle pazienti e di un'adeguata assistenza psicologica prima e dopo l'isterectomia stessa.

Queste deduzioni sono fondamentali per rispondere alle domande che le pazienti si pongono e le relative rassicurazioni che anche gli infermieri rivolgono alle donne che devono sottoporsi a questo tipo d'intervento.

Lo stato psicologico migliora nella maggioranza delle donne anche in seguito alla cura dei sintomi ginecologici e alla prescrizione di terapie estro-progestiniche, ma per la pazienti con malattia psichiatrica preesistente e problemi psico-sociali il trattamento chirurgico non è risolutivo.

Bibliografia

- 1) Thornton E.W., et al., *Negative mood and hysterectomy*. *Obstet. Gynecol.*, 18,22:23-25-27:29; 1997
- 2) Lambden M.P. et al. *Women's Sense of Well-Being Before and After Hysterectomy*. *JOGNN*, 26, 540:541-545:547; 1997
- 3) Rhodes J.C., Kjerulff K.H., Langenberg P. W., Guzinski G.M. *Hysterectomy and Sexual Functioning*. *JAMA*,282 1934:1935-1940:1941; 1999
- 4) Khastgir G. *The Psychological Outcome of Hysterectomy*, *The Journal of The North American Menopause Society* 5, 132:133; 1997
- 5) Khastgir G. *Personal Perspectives. Hysterectomy, Ovarian Failure, and Depression*. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society* 5, 113:114; 1998
- 6) Rowe et al. *Quality of Life Among Women Undergoing Hysterectomies*. *Obstet. Gynecol.* 93, 915:916-919:920; 1999
- 7) Cosson M. et al. *Long term complications of vaginal hysterectomy : a case control study*. *Obstet. Gynecol.* 94, 239- 244:244; 2001
- 8) Farrel S.A., Kieser K. *Sexuality after hysterectomy*. *Obstet. Gynecol.*95, NO 6, PART 2, 1045-1049:1050; 2000