

RIDUZIONE DEL CISTOURETROCELE CON E SENZA INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO CON TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DEL PROLASSO GENITALE TOTALE: ESPERIENZA DELLA U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA DEL P.O. DI MELFI (ASP)

Autori: Divisione di Ostetricia e Ginecologia Melfi. P.O.U. Melfi-Venosa

f.f. Direttore Dott. Vona Alberico

Dirigenti Medici: Dott. Gliaschera Michele, Dott.ssa Napoli Maria Patrizia, Dott.ssa Morra Tiziana, Dott.ssa Cacciapuoti Cinzia, Dott.ssa Greco Annalisa

SOMMARIO: Descrizione della patologia. Esperienze di tecnica operatoria innovativa per la nostra area. Risvolti socio-economici, culturali e medici.

Introduzione

Il prollasso uterovaginale è una patologia di estrema attualità, in quanto, essendosi allungata l'età media di sopravvivenza della donna, sempre più donne si confrontano con questo evento ginecologico.

Il cedimento delle strutture di supporto e sostegno dell'apparato genitale femminile comporta una serie di problemi, che inficiano la qualità di vita della donna.

Infatti, questo è causa di disagio quando la donna cammina, si siede, durante i rapporti sessuali e nell'atto menzionale e defecatorio; infatti il prollasso interferisce con la funzione della vescica e del retto, comportando nel primo caso incontinenza urinaria, difficoltà alla minzione ed infezioni urinarie ricorrenti, e nel secondo caso alterazione dell'alvo, come stipsi cronica. Per questo motivo è necessaria una nuova presa di coscienza del problema da parte della donna e un nuovo approccio da parte del ginecologo nella valutazione delle caratteristiche della donna al fine di individuare il trattamento terapeutico più adeguato, che può essere farmacologico, riabilitativo e chirurgico. Il programma terapeutico non può, però, essere stereotipato, ma deve essere personalizzato, quantificando l'entità oggettiva del prollasso e valutando soprattutto l'importanza soggettiva dei disturbi. Il lieve prollasso asintomatico non deve essere trattato chirurgicamente, in quanto l'intervento potrebbe portare ad un peggioramento della patologia ginecologica, causando sintomi inizialmente inesistenti. Si interverrà quindi con farmaci idonei oppure con esercizi atti a ristabilire la funzionalità muscolare delle strutture di sostegno dei visceri pelvici.

Non esiste oggi un limite d'età all'operatività: grazie ai progressi delle procedure perioperatorie e delle tecniche anestesologiche vengono poi sottoposte ad intervento chirurgico anche donne anziane, spesso ottantenni. Non va sottovalutato l'aspetto personale, familiare e sociale di queste pazienti, che dopo l'intervento chirurgico ritornano ad una vita qualitativamente accettabile e ad un reinserimento nel contesto socioculturale, familiare e sessuale.

Il prollasso uterocistouretrorivaginale è la discesa verso il basso delle pareti vaginali, dell'utero e spesso anche della vescica e del retto. A seconda dell'entità della discesa dell'utero (senza sottolineare l'alterazione di posizione e tenuta degli organi prima detti) si distinguono tre gradi di prollasso:

- **1° grado:** quando l'organo è ancora contenuto nel canale vaginale;
- **2° grado:** quando affiora all'introito vaginale;
- **3° grado o totale:** quando sporge al di fuori dell'introito.

Il prollasso in senso lato –genitourinario- rappresenta una delle più frequenti patologie che interessano la donna, dal momento che oltre il 50% di esse evidenzia un deficit del supporto pelvico e nel 10-20% di questi casi è presente una sintomatologia clinica significativa.

Normalmente, questi visceri pelvici sono mantenuti nella loro posizione anatomica da due tipi di supporti; un sistema di sostegno, rappresentato dai muscoli del pavimento pelvico, soprattutto dal

muscolo elevatore dell'ano; un sistema di sospensione, costituito dal connettivo della fascia endopelvica, in particolare dai legamenti cardinali ed uterosacrali.

Questi supporti nel corso della vita possono venire alterati per insulti traumatici o per invecchiamento cellulare. Le cause più comuni del prolasso sono il parto e la menopausa. Infatti, il prolasso è più frequente nelle pluripare, mentre è raro nelle nullipare; inoltre tende a manifestarsi soprattutto dopo la menopausa. Nel caso del parto, durante il periodo espulsivo, la testa fetale nella sua progressione lungo il canale vaginale può produrre delle lesioni sia delle strutture muscolari che connettivali. Nel corso della menopausa, con la cessazione dell'attività funzionale delle ovaie, si verifica una progressiva perdita di fibre collagene ed elastiche. Inoltre vanno aggiunti altri fattori che comportano un aumento cronico della pressione addominale quali la tosse, la stipsi cronica, un'attività lavorativa pesante. La sintomatologia del prolasso è in relazione al grado del prolasso stesso e varia da donna a donna.

Il sintomo più frequentemente riferito è la sensazione di caduta verso il basso dell'utero e della vagina, come un corpo estraneo. Se poi è presente un cistocele o un rettocele si associano altri disturbi.

Il cistocele causa una difficoltà alla minzione e spesso costringe la donna ad urinare in posizione semi seduta fino a dover riposizionare manualmente il prolasso per urinare; altre volte invece è presente una perdita involontaria di urina con urgenza minzionale, pollachiuria e nicturia. Il rettocele è quasi sempre asintomatico anche se gradi elevati possono causare una certa difficoltà alla defecazione per cui obbligano la donna a riposizionare il rettocele per defecare. Spesso è riferito dalla donna anche un insuccesso nei rapporti sessuali e dispareunia.

L'incontinenza urinaria quando è presente è il disturbo più grave sotto il profilo igienico-sociale. E' di fondamentale importanza per un adeguato approccio terapeutico distinguere tra incontinenza da sforzo, cioè perdita di urina dopo uno sforzo per esempio un colpo di tosse, uno starnuto, etc. ed incontinenza urinaria da urgenza, cioè perdita di urina dopo un intenso stimolo minzionale. Infatti, l'incontinenza da sforzo, in generale, merita una correzione chirurgica, mentre l'incontinenza da urgenza non trova un'indicazione chirurgica, ma solo medica. A tale scopo è necessaria un'accurata valutazione clinica e soprattutto strumentale mediante l'esame urodinamico.

Infine è importante considerare la possibilità di una incontinenza urinaria mascherata del prolasso, che è necessario rilevare con manovre di riposizionamento del prolasso stesso. Infatti, la presenza di un voluminoso cistocele, che comprime l'uretra e perciò impedisce la fuga di urina, può mascherare l'incontinenza, che si manifesterà dopo la sua riparazione chirurgica.

Lo scopo del trattamento chirurgico del prolasso uterovaginale è quello di migliorare la qualità di vita della donna. Gli obiettivi della terapia sono essenzialmente quattro: alleviare la sintomatologia; ricostruire una anatomia normale; ristabilire una normale funzionalità e garantire un risultato duraturo nel tempo.

Per la correzione del prolasso totale, l'intervento più utilizzato è la colpoisterectomia con plastica vaginale anteriore e posteriore, cioè l'asportazione dell'utero per via vaginale con rimozione della parete vaginale anteriore e posteriore in eccesso, ricreando un valido supporto per la vagina, la vescica ed il retto.

In caso di prolasso totale associato ad incontinenza da sforzo, durante la plastica vaginale anteriore si esegue la correzione di quest'ultima.

In casi selezionati, cioè in donne di giovane età, desiderose di prole, è possibile eseguire una riparazione per via addominale del prolasso con conservazione dell'utero.

I rischi degli interventi di correzione di un prolasso uterovaginale sono quelli generici legati agli interventi chirurgici: rischi anestesilogici, emorragici, infettivi, tromboembolici e le lesioni iatrogene. Inoltre vanno considerati i rischi tipici degli interventi per prolasso; recidiva del prolasso, che compare di solito a breve distanza di tempo, quando persistono i fattori che ne hanno determinato l'insorgenza; alterazioni della minzione: permanenza o comparsa dell'incontinenza urinaria; comparsa di fenomeni ostruttivi o di ritenzione urinaria nel caso di ipercorrezione (10-15% dei casi); comparsa di vescica autonoma, legata spesso a denervazione della vescica; disturbi nei

rapporti sessuali, in seguito alla perdita dell'abilità vaginale, con conseguente dispareunia. Tra i trattamenti terapeutici alternativi alla chirurgia proponibili alla donna, per la correzione del prolasso uterino, ricordiamo il pessario vaginale. Si tratta di un anello di gomma, che viene collocato in vagina tra il fornice vaginale posteriore e l'osso pubico per sostenere verso l'alto l'utero. Periodicamente va rimosso per effettuare una terapia antisettica della vagina, al fine di evitare lesioni da decubito ed infezioni vaginali. E' indicato nelle donne anziane, che soffrono di gravi patologie tali da rendere controindicato ogni trattamento chirurgico.

Per la correzione di un prolasso di grado lieve-medio associato ad incontinenza urinaria, in particolare nella donna giovane; l'alternativa all'intervento chirurgico è rappresentata dalla riabilitazione perineale, che comprende la chinesiterapia, il biofeedback e l'elettrostimolazione. Anche la terapia estrogenica vaginale, mediante creme od ovuli vaginali a base di promestriene, soprattutto per le donne in menopausa, conduce ad un certo beneficio, in particolare per i disturbi minzionali. Inoltre, svolge un ruolo anche nella fase preparatoria e in quella successiva all'intervento chirurgico per migliorare ulteriormente i risultati.

Materiale e metodi

Presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia del P.O. di Melfi (ASP), sono state selezionate a partire da gennaio 2012, 9 pz affette da prolasso uterino, cistourethrocele ed incontinenza urinaria da sforzo e 1 pz con prolasso genitale totale senza incontinenza (Foto 14-15), di anni 34 con desiderio di prole, impossibilità a rapporti e con sintomatologia collegata. Le pz sono state valutate al momento dell'accettazione con un'accurata anamnesi e visita uroginecologica, ecografia tranvaginale, stress test, prove urodinamiche. Riferivano come sintomatologia un senso di peso in ortostasi, difficoltà alla minzione, dispareunia, perdita involontaria di urina sotto sforzo. Tutte le pz sono state sottoposte ad intervento per via laparoscopica di colposospensione e riduzione del prolasso, in anestesia generale. L'approccio laparoscopico prevede 3 punti di accesso per i trocar ancillari di cui 2 da 10 mm ed 1 da 5 mm (Foto 18-20) oltre a quello ombelicale. L'approccio vaginale prevede il posizionamento di una valva di Breisky di misura media al fornice vaginale anteriore e la risalita della parete vaginale e vescica tramite la spinta verso l'alto di essa e quindi con la riduzione delle alterazioni anatomiche genitourinarie. Questa manovra necessita di una preventiva ed accurata misurazione della forza e della posizione da imprimere ed ottenere con prove da sforzo preparate nei giorni precedenti all'intervento. Si procede con sonda monopolare alla preparazione della parete vaginale del fornice anteriore disseccando la plica vescico-uterina e la fascia prevaginale ottenendo uno spazio ovoidale della parete vaginale di circa 2-3 cm di diametro massimo (Foto 1-2). Si introduce nel trocar laterale da 10 mm una sonda smussa che si insinua al di sotto del peritoneo parietale a livello della parete iliaca (Foto 3-4). Il legamento rotondo viene convenientemente sollevato ed il passaggio della sonda avviene sulla sua parte caudale (Foto 5). L'attraversamento del peritoneo viene facilitato dal pinzamento e conseguente sollevamento di esso fino a raggiungere la breccia precedentemente preparata. Dal trocar controlaterale sempre da 10 mm si introduce una banderella di polipropilene della larghezza di circa 1 cm e della lunghezza di circa 25 cm (Foto 6-7). Si aggancia l'estremità con la sonda che era rimasta nel tunnel peritoneale e la si tira posizionandola nel tunnel stesso (Foto 8). L'altra estremità viene fissata con annodamento intracorporale e filo non riassorbibile al fornice (Foto 9-10-11-12) che nel frattempo viene mantenuto in alto dalla spinta la cui modulazione è stata precedentemente prefissata. Si ripete la stessa procedura controlateralmente. Si richiude il peritoneo viscerale precedentemente preparato (Foto 13). Si sfilano i trocar e si fissano le banderelle alla fascia addominale con punti non riassorbibili. E' cura degli operatori non modificare la spinta verso l'alto del fornice fino al perfetto annodamento delle banderelle alla fascia. Il giorno seguente, tolto il catetere vescicale, si eseguono le necessarie verifiche della funzionalità vescicouretrale spontanea e sotto sforzo.

Risultati

6 pz sono state rivalutate ad 1 mese, a 3 mesi, a 6 mesi dall'intervento. 3 pz operate di recente sono ancora da rivalutare a 6 mesi. Sono state nuovamente sottoposte ad anamnesi, visita uroginecologica e prove urodinamiche che hanno messo in evidenza la scomparsa della sintomatologia che le ha portate alla nostra osservazione. In particolare la pz operata di prolasso genitale totale, alla rivalutazione a 6 mesi, ha presentato solo un modico prolasso di I grado ed assoluto benessere (Foto 16-17-21).

Discussione e conclusioni

L'approccio laparoscopico per il trattamento del cistourethrocele, dell'incontinenza urinaria da sforzo e del prolasso genitale totale, ha rappresentato per noi una valida alternativa da proporre alla paziente che per età e condizioni personali ha declinato l'intervento classico di colpoisterectomia e plastiche con uretrocistopessi. Nel breve periodo futuro, con l'aumentare della casistica ed il mantenimento della bontà dei risultati, questo tipo di intervento sarà proposto come primo approccio e non come alternativa. I punti di forza di questo intervento sono: -riduzione dei giorni di degenza (la paziente viene dimessa in seconda giornata post-operatoria), -riduzione dei costi generici e specifici rispetto agli interventi classici sia di sala operatoria che di reparto, - la ripresa da parte della pz e' più rapida sia fisicamente che nell'ambito socio-familiare e sessuale. Rimane inteso che alla dimissione si insiste sulla necessità del follow-up.

Sicuramente sono state gettate delle buone basi per una novità nella metodologia operativa della nostra zona. La risposta dell'utenza e' stata molto positiva e forti anche di questa intendiamo incrementare il numero degli interventi ed allungare il periodo del follow-up per fornire risposte sempre più valide e miglioramenti procedurali fino alla possibilità di ridurre drasticamente gli interventi classici e limitarli a fasce di pazienti sempre più ristrette.

Firma

f.f. Direttore Dott. Vona Alberico