

# CHIRURGIA MININVASIVA E CONSERVAZIONE DELL'UTERO



### ***CHIRURGIA DELL'INCONTINENZA URINARIA***

Nel 1996 Ulmsten enfatizzò la centralità dei legamenti pubo-uretrali nel meccanismo della continenza urinaria proponendo una nuova procedura chirurgica volta a ricostruire l'integrità di tali strutture. La TVT è stata una tecnica rivoluzionaria in quanto, rispetto al precedente gold standard: la colposospensione secondo Burch, che prevedeva la correzione del difetto anatomico con sospensione del collo vescicale per via alparotomica, il nuovo approccio della Tension-free Vaginal Tape (**TVT**) ripristina il supporto a livello dell'uretra media, quindi in una sede distale rispetto alla giunzione vescico-uretrale, rinforzando i legamenti pubo-uretrali posteriori e la parete vaginale anteriore sottouretrale, in assenza di tensione. Nel 2001 Delorme ha proposto una tecnica di uretrosospensione per via transotturatoria (**TOT**) che, pur rispettando i nuovi principi di sostegno tension-free a livello dell'uretra media, riduceva i rischi di lesioni vascolari o viscerali rispetto alla TVT. Negli ultimi anni sono state introdotte tecniche ancor meno invasive, denominate **MINISLING**, che eliminando il passaggio transmuscolare semplificano l'intervento, lo rendono più rapido e riducono il traumatismo e il dolore postoperatorio pur con risultati spesso non così soddisfacenti come per le altre due tecniche.

### ***CHIRURGIA DEL PROLASSO PELVICO***

La chirurgia del prolasso ha subito negli ultimi venti anni una continua evoluzione grazie alle approfondite conoscenze sulla fisiopatologia pelvi-perineale e ad una strategia terapeutica sempre più attenta al mantenimento dell'integrità anatomica e funzionale e quindi, in definitiva, al miglioramento della qualità di vita.

Sono stati descritti innumerevoli tipi di interventi chirurgici per la correzione del prolasso genitale, associati o meno a problemi minzionali o defecatori. Attualmente possiamo riassumere questi interventi in due tipologie, in base alla modalità di approccio chirurgico, e cioè:

- 1- interventi per via vaginale, che rappresenta la via tradizionale per il trattamento del prolasso genitale
- 2- interventi per via addominale che attualmente vengono eseguiti per via laparoscopica, ossia secondo tecnica mini-invasiva.

## *CHIRURGIA PER VIA VAGINALE*

- *CHIRURGIA FASCIALE*

Le tecniche chirurgiche tradizionali prevedono la ricostruzione delle strutture tissutali di sostegno degli organi prolassati senza ausilio di protesi. La duplicatura fasciale secondo Kelly trova ancora un ampio spazio nella correzione dei difetti del compartimento anteriore ed anche per quello che riguarda il colpocele posteriore l'approccio vaginale, in particolare la riparazione sito-specifica della fascia, si dimostra una tecnica vincente, gravata da una bassa percentuale di rischi. Storicamente grande importanza riveste anche la fissazione sacrospinosa sia monolaterale (meno fisiologica anche se di più facile attuazione), che bilaterale, tecnica con una percentuale di successo superiore al 90%. In caso di difetti del supporto apicale.

L'approccio chirurgico tradizionale prevede di norma, nel caso di prolasso dell'utero (con o senza prolasso della vescica e/o del retto) l'asportazione dell'utero per via vaginale. L'isterectomia vaginale si propone come intervento mininvasivo, privo di cicatrici cutanee e caratterizzato da un rapidissimo recupero postoperatorio, tanto da poter essere eseguito in alcuni casi anche in regime di day-surgery. L'utilizzo di radiofrequenze, mediante uno strumento che determina la sintesi dei tessuti senza necessità di utilizzare fili di sutura, può facilitare l'esecuzione dell'intervento riducendo i tempi chirurgici e limitando le aree di necrosi, con vantaggi sul decorso postoperatorio. Pur costituendo una valida soluzione al trattamento del prolasso pelvico, la chirurgia fasciale è stata negli ultimi anni criticata per lo scarso successo a lungo termine: nella letteratura scientifica internazionale infatti sono riportate percentuali di recidiva che variano dal 20% al 30% cioè oltre una donna su quattro sottoposta a tale chirurgia vede manifestarsi nuovamente il problema.

- *CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA PROTESICA*

Il progredire delle conoscenze in ambito fisiopatologico e la disponibilità di biomateriali e di nuove tecniche chirurgiche ha aperto un nuovo capitolo nell'ambito della chirurgia del prolasso pelvico.

Molte sono le ragioni che hanno spinto lo sviluppo della chirurgia ricostruttiva pelvica: l'insoddisfacente successo delle procedure di semplice ricostruzione fasciale, la breve durata nel tempo dei risultati chirurgici in una società che sta "invecchiando" sempre di più, la difficoltà tecnica di molti degli interventi di sospensione fasciale per via vaginale ed infine gli interessi commerciali. Tali motivazioni hanno favorito l'introduzione, in Europa e nel mondo, dell'utilizzo di reti sintetiche nella cura del prolasso pelvico.

A metà degli anni '90, alcuni chirurghi insoddisfatti dei risultati fino ad allora ottenuti, traendo spunto dai successi della chirurgia protesica per la cura delle ernie della parete addominale, hanno proposto l'impiego di reti sintetiche, interposte nello spazio vescico-vaginale o retto-vaginale, con il

semplice scopo di creare un rinforzo fasciale. Il tipo di materiale, la sagoma della protesi, il modo e l'opportunità di ancoraggio della stessa erano estremamente variabili e non codificati: le protesi venivano “ritagliate” dal chirurgo, che ne foggia la forma e dimensioni in base al difetto da correggere. Tali tecniche mancavano di una ricostruzione dei supporti apicale e laterale.

La “Teoria Integrale”, introdotta da Ulmsten e Papa Petros (*Petros PE and Ulmsten U. An Integral Theory of Female urinary incontinence. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1990,69:1-79*), ha portato nuovi concetti nel campo della chirurgia ricostruttiva pelvica, focalizzando il ruolo fondamentale dell'integrità delle strutture di supporto laterale e apicale. Sulla base di tali premesse, nel 1996, lo stesso Papa Petros ha proposto l'impiego di una nuova via di accesso, quella transgluteale, per la sospensione della volta vaginale. L'intervento, denominato IVS posteriore, prevedeva, previa preparazione delle fosse pararettali, il posizionamento di un nastro di polipropilene la cui porzione centrale veniva suturata al corion della volta vaginale che veniva così tirata verso l'alto ripristinando l'angolo vaginale e la corretta posizione della volta vaginale sul nucleo centrale del perineo. Quando poi, dopo il 2001, la via transotturatoria fu sperimentata per il trattamento dell'incontinenza urinaria, il semplice e sicuro accesso al forame otturatorio risultò interessante anche come sistema di fissaggio laterale delle reti utilizzate per la cura del compartimento anteriore. Sulla scia di tali proposte, nei primi anni del nuovo secolo, sono nati nuovi sistemi di colposospensione protesica globale che, utilizzando la via transgluteale e la via transotturatoria, ricreavano il supporto laterale e tentavano la ricostruzione del supporto apicale con un passaggio attraverso il muscolo ileo-coccigeo o il legamento sacro-spinoso laterale. I chirurghi che sposarono tali tecniche iniziarono a proporre la conservazione dell'utero, spinti anche da un minor rischio di erosione rispetto ad interventi protesici con concomitante isterectomia. Tuttavia, a causa di un'inadeguata forza di sospensione apicale, talvolta si verificavano recidive dell'isterocele.

Negli ultimi anni anche questa mancanza è stata colmata e sono nati sistemi di ultima generazione che uniscono, all'inserimento di un sicuro aggancio al legamento sacrospinoso, con ricostituzione di un valido supporto apicale, una tecnica ancor meno invasiva, **single-incision** (ovvero senza passaggi cutanei o transmuscolari) con posizionamento della mesh attraverso la sola incisione vaginale.

Nel 2011 la Food and Drug Administration americana, l'ente che sovrintende alla sicurezza dei farmaci, ha espresso notevoli preoccupazioni sui rischi associati al trattamento chirurgico con mesh del prolasso pelvico ed emesso una serie di raccomandazioni per regolamentare l'impiego di materiale protesico per via vaginale.

## *CHIRURGIA LAPAROSCOPICA e ROBOTICA*

Accanto allo sviluppo delle tecniche chirurgiche per via vaginale, negli ultimi anni si è assistito ad un'evoluzione nel campo della chirurgia addominale. La colposacropessia / isterosacropessia laparotomica ha dimostrato negli anni passati ottime percentuali di successo a fronte di un accesso laparotomico che ne ha limitato l'utilizzo per un'invasività non paragonabile rispetto alla via vaginale. Tuttavia, la diffusione della chirurgia laparoscopica e, più recentemente, della chirurgia laparoscopica robot-assistita, ha portato a coniugare i brillanti risultati delle tecniche chirurgiche tradizionali alla minore invasività dell'approccio laparoscopico.

## **LA CONSERVAZIONE DELL'UTERO NELLA CHIRURGIA DEL PROLASSO**

In Italia il Ministero della Sanità ha registrato 38000 isterectomie nel 1994, 68000 nel 1997 e 69720 nel 1998. Secondo questi dati, in Italia l'aspettativa di subire un'isterectomia è di una donna su cinque. Molte di queste isterectomie vengono eseguite per il trattamento del prollasso pelvico. Fino ad oggi, infatti, per il trattamento del prollasso uterino, nella donna in menopausa è stata sempre consigliata l'isterectomia, nonostante l'utero sia sano. Tale atteggiamento deriva dal fatto che la percentuale di recidiva di prollasso dopo interventi di chirurgia tradizionale con conservazione dell'organo è risultata, negli studi fino ad oggi pubblicati, superiore a quella ottenuta con l'asportazione dell'organo. In tal senso il ginecologo ha sempre preferito asportare un organo che non ha più funzioni riproduttive per garantire il maggior successo all'intervento. Tuttavia negli ultimi anni sta aumentando la richiesta, anche da parte di donne in menopausa, di conservare l'utero. Come espressione di questa crescente domanda conservativa, in Italia nel 1998 è stato pubblicato un libro dal titolo "Isterectomia. Il problema sociale di un abuso contro le donne" (di Mariarosa Dalla Costa).

In realtà, già nel 1898 Thomas Watkins propose di utilizzare l'utero come protesi nel trattamento combinato del prollasso uterino e del cistocele. Watkins sosteneva che, almeno che non vi fossero elementi tali da presupporre una patologia uterina, l'utero doveva sempre essere conservato in caso di prollasso. L'intervento proposto da Watkins prevedeva, previa amputazione della cervice, la sutura della vescica con la parete posteriore dell'utero in modo tale che il segmento uterino inferiore fosse tirato verso l'alto e che la discesa dell'utero e della base vescicale diventassero due forze antagoniste. L'intervento di Watkins non ebbe grande successo ma di certo a lui va il merito di aver per primo ipotizzato un intervento di tipo conservativo.

L'attenzione crescente all'ascolto del paziente e ai desideri espressi dalla donna, unita al progredire delle innovazioni nella chirurgia ricostruttiva pelvica, alla disponibilità di biomateriali e di nuove tecniche chirurgiche ha aperto un nuovo capitolo che ha radicalmente cambiato i criteri di scelta della strategia chirurgica, permettendo la conservazione dell'utero sano. Questo nuovo principio abbraccia trasversalmente le nuove tecniche chirurgiche, siano esse per via vaginale o per via addominale.

