

L'ISTERECTOMIA COMPLEMENTARE NELLA CORREZIONE DEI DISTURBI URO-GINECOLOGICI

Diego Riva, Vincenzo Saccà, GianLuigi Parenti

U.O. Ostetricia e Ginecologia - Ospedale S. Antonio Abate - Cantù (Como)

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Diego Riva
Ospedale S. Antonio Abate Cantù (Como)
Via Trento 54, 21047 Saronno (VA)
tel: +39 02-9622405 ; fax: +39 031-799490 ; e-mail: diriva@tiscali.it

ABSTRACT

Contemporary hysterectomy during pelvic organ prolapse repair is not always mandatory: especially sexual impairment must be taken into account. Recent developments of surgery with the use of meshes reduce the incidence of recurrence , but lead to frequent vaginal erosions, whose incidence is reduced without hysterectomy

Key words: *hysterectomy; Genital prolapse; pelvic surgery*

RIASSUNTO

Listerectomia complementare non è sempre necessaria nella riparazione dei difetti del pavimento pelvico, e le sue conseguenze sulla sessualità femminile possono essere molto negative. I recenti sviluppi della chirurgia hanno portato all'uso estensivo delle reti, che riducono l'incidenza di recidive, ma comportano frequentemente erosioni vaginali, che risultano invece ridotte con la conservazione dell'utero.

Parole chiave: *isterectomia; Prolasso genitale; chirurgia pelvica*

INTRODUZIONE

Tradizionalmente la terapia chirurgica del prolasso genitale consisteva nell'intervento di isterectomia vaginale associata alla riparazione mediante duplicazione fasciale della parete vaginale (anteriore e/o posteriore) eventualmente prolassata, tenendo conto che nella maggior parte delle pazienti il difetto di sostegno coinvolge contemporaneamente più segmenti. Piuttosto rara era pertanto la necessità di intervenire chirurgicamente su una singola parete senza ricorrere contemporaneamente all'isterectomia. Questa tecnica garantiva un buon tasso di successi dal punto di vista della correzione anatomica del prolasso, con una percentuale di recidive stimata intorno al 12 % (1), ma comportava indubbiamente l'asportazione di un organo "sano" (l'utero), la cui importanza non va sottovalutata sia dal punto di vista della statica pelvica che da quello della sessualità femminile.

CONSIDERAZIONI ANATOMO- CHIRURGICHE

Per valutare l'impatto dell'asportazione dell'utero sulla statica pelvica è necessaria una breve digressione riguardante le strutture di sostegno del pavimento pelvico. Seguendo la classificazione di J. De Lancey possiamo distinguere 3 livelli di supporto dei visceri pelvici, dal prossimale al distale:

- 1°) fascia pericervicale - legg. cardinali e utero-sacrali
- 2°) attacco della vagina al tendine della fascia endopelvica (white

line) e ai muscoli elevatori

3°) paracolpo e centro fibroso del perineo.

Pertanto è ovvio che la preservazione dell'integrità della fascia pericervicale e delle sue sospensioni alle strutture vicine (legg. utero-sacrali e cardinali) è essenziale per la statica pelvica e garantisce un fulcro centrale di sostegno ai visceri. Tutto questo avviene a patto che essa sia integra , cioè non vi sia una lesione importante del supporto centrale, che si evidenzia clinicamente con un'isterocele , o che la sua unità venga correttamente ripristinata durante l'intervento chirurgico, riunendo i legg. cardinali e utero-sacrali alla fascia peri-cervicale duplicata, con tecnica di McCall, eventualmente con doppio o triplo passaggio (secondo di B. Shull -2).

Le altre possibilità di conservazione dell'utero in presenza di isterocele significativo erano per lo più confinate ai casi abbastanza rari in cui la paziente desiderasse mantenere la fertilità e si avvalevano di tecniche di sospensione dei visceri mediante reti di materiale sintetico fissate alla cervice uterina e al promontorio sacrale per via trans-addominale, eventualmente laparoscopica, denominate cervico o istmo-sacropessia.

L'ISTERECTOMIA NELL'UTILIZZO DELLE MESH

Negli anni recenti e con progressiva maggior significatività sono state introdotte altre tecniche chirurgiche che prevedono la sostituzione di una o più delle parti lesionate della fascia endopelvica con materiale protesico di varia origine. sia eterologa sintetica (es. prolene) che

biologica (es. derma suino), sia autologa (es. fascia dei retti). Queste tecniche sono state adottate essenzialmente per ridurre l'incidenza delle recidive di prolasso, prevalentemente a carico del segmento anteriore (culdocele anteriore o cistocele), il cui tasso viene stimato attorno al 30% (3) con punte fino al 58% (4).

Lo svantaggio di tale approccio è consistito però nella comparsa di una serie di complicanze importanti, tra cui l'erosione della benderella a livello vaginale è risultata sicuramente la più frequente: Collinet nel 2005 (5) riporta una incidenza di questa complicanza nel 12.2 % dei casi trattati, con la necessità di exeresi chirurgica parziale della sling in 25 pazienti su 34. Dato che il maggiore fattore di rischio riportato è costituito dalla contemporanea isterectomia, insieme alla colpotomia a T rovesciata, ne è derivato un nuovo impulso alla conservazione dell'utero nelle pazienti da sottoporre a correzione dei difetti fasciali mediante utilizzo di mesh sintetiche.

Si comprende quindi come secondo questa tecnica la conservazione del viscere uterino non sia di per sé dettata da considerazioni anatomiche o funzionali, ma prettamente cliniche, al fine di ridurre al minimo le complicanze. Non è del resto chiaro quale sia la reale causa dell'erosione; si possono esprimere alcune ipotesi, tra cui le più accreditate sono quelle della notevole riduzione della vascolarizzazione a livello della cupola vaginale (sede più frequente dell'erosione) conseguente alla legatura dei peduncoli vascolari cervicali, ed il minor traumatismo dei tessuti che si ha conservando l'utero. Sarebbe interessante valutare con metodiche istologiche la reale entità di questa ischemizzazione nelle varie porzioni vaginali, per poter esprimere una ipotesi definitiva su tale complicanza; del resto il fatto che la tecnica chirurgica non preveda un'asportazione ampia del tessuto vaginale ridondante potrebbe avere il suo peso nella genesi dell'ischemia tissutale.

Nelle pubblicazioni successive gli Autori francesi (6) riportano che con la conservazione dell'utero il tasso di erosione si è ridotto al 2% dei casi.

Una ulteriore considerazione è dettata dai rischi conseguenti alla conservazione del viscere, in particolare alla possibilità di misconoscere la presenza di una patologia neoplastica o preneoplastica o di dover reintervenire sull'utero per il loro presentarsi negli anni successivi. E' pertanto ovvio che la valutazione ecografica e l'eventuale biopsia endometriale siano mandatorie in questi casi e che la presenza di elevati fattori di rischio per l'insorgenza di un carcinoma endometriale debba escludere le pazienti da tali tecniche.

Una ulteriore considerazione, già del resto accennata più sopra, riguarda la sessualità: è noto che l'isterectomia costituisce, molto la dà del fattore fertilità, una menomazione notevole per la donna, a causa soprattutto del significato simbolico del viscere uterino e del senso di privazione che spesso consegue alla sua asportazione; quindi, in sede di decisione sulla tecnica chirurgica da adottare, anche questo elemento può costituire un fattore importante. Ciò è vero soprattutto se l'isterectomia non si presenta come una necessità inderogabile per risolvere una patologia importante (es. metrorragia, tumore). In una nostra casistica precedente che esaminava la sessualità delle donne sottoposte ad interventi per prolasso e/o incontinenza (7), il 25% delle donne che avevano subito l'asportazione dell'utero non avevano ripreso i rapporti sessuali dopo l'intervento, sia per paura, sia per un senso negativo di diversità denunciato dalla donna o dal marito. Rasmussen nel 2001 (8) ha riportato una incidenza di "sense of illness" del 35% 10 settimane dopo isterectomia addominale, del 18% dopo quella vaginale.

In conclusione quindi non si può affermare a priori che in tutti i casi sia opportuno conservare o viceversa asportare l'utero, ma ogni situazione va valutata singolarmente, tenendo conto di elementi essenziali quali l'esatta situazione anatomica e funzionale pre-intervento, le alternative terapeutiche, l'età della paziente e le sue condizioni generali, le sue attese in termini di sessualità e di guarigione anatomica e funzionale ed infine la presenza di fattori di rischio di recidiva del prolasso quali obesità, tosse cronica, lavoro pesante, dismetabolismi, che del resto non sono completamente noti e codificati.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Marchionni M, Bracco GL, Checcucci V, et al. True incidence of vaginal vault prolapse. Thirteen years of experience. *J Reprod Med* 1999; 44 (8): 679-84
- 2) Shull BL, Bachofen C, Coates KW, Kuehl TJ. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1365-74
- 3) Kenton K, Sadowski D, Shott S, Brubaker L. A comparison of women with primary and recurrent pelvic prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180 (6): 1415-8
- 4) Whiteside JL, Weber AM, Leslie AM, Walters MD. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1533-8
- 5) Collinet P, Belot F, Debodinance P, et al. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J* 2006; 17 (4): 315-20
- 6) Eglin G, de Tayrac R, et al. Traitement des prolapsus genitaux par voie vaginale par le renfort léger en polypropilène enduit: Ugitec. Résultats préliminaires d'une étude prospective multicentrique. In press
- 7) Riva D, Bassis G, Gambarini G. Sexual behaviour after surgery for stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1987; 6: 82-84
- 8) Rasmussen KL, Hansen V, Madzak F, et al. Feeling of illness after hysterectomy. Women's own assessment. *Ugeskr Laeger* 2001; 163 (50):7040-2