

REVIEW: CONSERVAZIONE DELL'UTERO NEL PROLASSO GENITO-URINARIO

Maria Grazia Matarazzo*, Stefano Cianci*, Salvatore Giovanni Vitale*,
Rosalba Giordano*, Giovanni Mammana*, Salvatore Caruso**

* Dipartimento di ostetricia e ginecologia e scienze radiologiche, Sezione di Ginecologia e Ostetricia, Università degli studi di Catania, Italia.

** Dipartimento di microbiologia e scienze ginecologiche, Sezione di Ginecologia e Ostetricia, Università degli studi di Catania, Italia

Indirizzo per corrispondenza: Dott.ssa Maria Grazia Matarazzo

Dipartimento di ostetricia e ginecologia e scienze radiologiche, Sezione di Ginecologia e Ostetricia, Università degli studi di Catania, Italia

Via Basile 10, 95124 Catania (CT) Italia

tel: +39 338 6374385; fax: +39 0953 781326; e-mail: marymata@tiscali.it

ABSTRACT

Introduction: The aim of the study was to evaluate the latest techniques of preservation of the uterus in cases of genito-urinary prolapse, highlighting the possible risks and complications relating to the storage and removal of the uterus and create guidelines that can steer towards one or the other choice.

Materials and methods: We have performed a literature search on Medline, with the following keywords: isteropexis, colpoisterectomy for prolapse, treatment of genitourinary prolapse and we decide a time limit of last 10 years.

Results: Among all the works we selected eight that focus on three particular issues:

- Preservation or less in case of prolapse of the uterus;
- Complications resulting sling for affixing isteropexis;
- comparing the various surgical techniques aimed at the resolution of uterus prolapse.

Conclusions: There are no guidelines for the treatment of genito urinary prolapse at an intermediate stage, the literature suggests the preservation of the uterus with reconstructive surgery only in selected women who wish it. Probably further studies are needed, but surely we must consider many factors in the choice of treatment to be implemented and make an accurate assessment of the risks and benefits that may result from each choice.

Key words: *isteropexis; colpoisterectomy for prolapse; treatment of genitourinary prolapse*

RIASSUNTO

Introduzione: Scopo del lavoro è quello di valutare le più recenti tecniche di conservazione dell'utero nei casi di prolasso genito-urinario, evidenziare i possibili rischi e complicanze relative alla conservazione e all'asportazione dell'utero e creare delle linee guida che possano indirizzare verso l'una o l'altra scelta.

Materiali e metodi: E' stata eseguita una ricerca bibliografica su Medline, con le seguenti parole chiave: isteropessi, colpoisterectomia per il prolasso, trattamento del prolasso genito-urinario e considerando come limite di tempo gli ultimi 10 anni.

Risultati: Tra tutti i lavori ne abbiamo selezionati otto che focalizzavano l'attenzione su 3 argomenti in particolare:

- conservazione o meno dell'utero in caso di prolasso;
- complicanze conseguenti all'apposizione di sling per l'isteropessi;
- confronto sulle varie tecniche chirurgiche volte alla risoluzione dell'isterocele.

Conclusioni: Non esistono ad oggi linee guida per il trattamento del prolasso genito urinario ad uno stadio intermedio; la letteratura suggerisce la conservazione dell'utero con interventi di chirurgia ricostruttiva solo in donne selezionate che lo desiderano. Probabilmente sono necessari ulteriori studi, ma sicuramente bisogna prendere in considerazione molti fattori nella scelta del trattamento da attuare e fare un'accurata valutazione dei rischi e dei benefici che possono derivare da ciascuna scelta.

Parole chiave: *isteropessi; colpoisterectomia per il prolasso; trattamento del prolasso genitourinario*

INTRODUZIONE

Si definisce prolasso genito-urinario una fuoriuscita degli organi pelvici attraverso lo jatus uro-genitale. Si tratta di uno dei disordini più frequentemente responsabile della riduzione della qualità di vita nella donna, poiché provoca disturbi della sfera sociale, psichica e sessuale. La prevalenza del prolasso urogenitale è del 19,7%, con maggior prevalenza nei paesi più ricchi e cresce con l'avanzare dell'età e della parità.¹ Il prolasso genitale solitamente interessa più organi contemporaneamente, per tale motivo la chirurgia più appropriata sembra essere quella che utilizza la via vaginale, poiché permette non solo la correzione dell'isterocele con asportazione dell'utero o il suo riposizionamento, ma anche quella della parete anteriore o posteriore in caso di cistocele e rettocele rispettivamente.

La patologia si manifesta di solito dopo la menopausa, raramente in donne più giovani. Tra i fattori predisponenti vi è principalmente l'anamnesi di precedenti parti eseguiti per via vaginale: in tale condizione avviene infatti uno stiramento di tutte le strutture di sostegno degli organi pelvici (fascia endopelvica e muscoli del pavimento pelvico) che potrebbe causare un indebolimento della fascia ed un danno neuromuscolare all'elevatore dell'ano¹. Diversi studi hanno dimostrato, infatti, che le pazienti affette da prolasso genitourinario hanno una maggior percentuale di fibre denervate del muscolo elevatore dell'ano rispetto alle donne sane. Il danno muscolare pelvico aumenta ancor di più in relazione al numero di parti vaginali, in caso di parto distocico, in relazione alla durata del secondo stadio del travaglio, alle lacerazioni perineali di terzo grado ed alla macrosomia fetale². Altri fattori predisponenti sono le anomalie del collagene e del connettivo e l'invecchiamento, a causa del decremento fisiologico della densità delle fibre muscolari con progressiva denervazione. Infine, sono importanti fattori patogenetici la carenza di estrogeni, con conseguente lassità dei legamenti di sospensione e atrofia del sistema di supporto del pavimento pelvico, le malattie polmonari croniche e la costipazione cronica poiché determinano un aumento della pressione endoaddominale che determina un aumentato rischio di prolasso genitourinario³.

La sintomatologia è trascurabile per il prolasso di basso grado, quando spesso viene diagnosticato durante una visita ginecologica di controllo. Nei casi più avanzati invece il sintomo più frequente è la sensazione di corpo estraneo o di qualcosa che "fuoriesce" dai genitali esterni. Il prolasso della parete vaginale anteriore (cistocele e uretrocele) di solito si presenta con una sintomatologia urinaria, quale incontinenza, ritenzione urinaria, ostruzione urinaria. Il rettocele invece si presenta con stipsi e mancato svuotamento fecale. Infine l'isterocele è caratterizzato da senso di peso al basso ventre, nei casi gravi fuoriuscita del

viscere con ostruzione urinaria e fecale.

Per la diagnosi è fondamentale, oltre che l'anamnesi per indagare sui fattori di rischio, la visita uro ginecologica che valuta il grado di prolasso degli organi pelvici e l'eventuale presenza di incontinenza urinaria. Di fondamentale importanza è l'esame urodinamico che studia la funzionalità vescicale e la risposta detrusoriale agli aumenti di pressione.

Per la classificazione del prolasso genito-urinario esistono diverse classificazioni:

- 1) *Half Way System secondo Baden e Walker.* (tab.I)
- 2) *POP-Q (Pelvic Organ Prolapse quantification) exam secondo l'International Continence Society (ICS)(tab. II-III)*

Tab. I. Le spine ischiatiche e l'imene rappresentano i punti di riferimento in rapporto ai quali la vagina viene suddivisa in quattro segmenti che esprimono il grado del prolasso

GRADO	
0	No prolasso
1	A metà prima dell'imene
2	All'imene
3	A metà dopo l'imene
4	Massima discesa

Tale classificazione secondo l'ICS è particolarmente vantaggiosa nella valutazione delle variazioni anatomiche pre- e post-intervento. L'inserimento, tra i dati obiettivi, della lunghezza vaginale, dell'ampiezza dello jatus vulvare e dell'altezza del perineo risulta particolarmente utile proprio in vista di una chirurgia riparativa.

Tradizionalmente l'isterectomia è considerato l'intervento gold standard per il trattamento del prolasso, e durante la stessa seduta operatoria vengono attuate delle procedure per evitare un successivo prolasso di cupola vaginale.

Negli ultimi anni, partendo dal concetto che il prolasso costituisce un'ernia dello jato genitale, è stato proposto, anche nella chirurgia ginecologica, l'impiego di materiali protesici, normalmente utilizzati nella chirurgia tradizionale per la correzione delle ernie, al fine di rinforzare o sostituire la struttura di supporto naturale che da sola potrebbe non essere sufficiente ad evitare il rischio di recidive del prolasso.

Inoltre l'interesse si è spostato verso nuovi interventi chirurgici che, oltre a correggere l'anatomia, assicurassero quanto più possibile un adeguato ripristino della funzione:

Tab.II-III: tale classificazione è più complessa e tiene in considerazione sei parametri di riferimento vaginali rispetto all'imene (Aa, Ba, C, D, Ap, Bp). Le valutazioni vengono espresse in centimetri

anterior wall Aa	anterior wall Ba	cervix or cuff C	<p>Medscape® www.medscape.com</p> <p>Stage 0 No prolapse (the apex can descend as far as 2 cm relative to the total vaginal length).</p> <p>Stage 1 The most distal portion of the prolapse descends to a point greater than 1 cm above the hymen.</p> <p>Stage 2 Maximal extent of the prolapse is within 1 cm of the hymen (outside or inside the vagina).</p> <p>Stage 3 Prolapse extends more than 1 cm beyond the hymen but no more than within 2 cm of the total vaginal length.</p> <p>Stage 4 Complete eversion, or extension to within 2 cm of the total vaginal length.</p> <p>Source: Urol Nurs © 2008 Society of Urologic Nurses and Associates</p>
genital hiatus gh	perineal body pb	total vaginal length tvL	
posterior wall Ap	posterior wall Bp	posterior fornix D	

la terapia del prolasso non è più necessariamente demolitiva e può risolversi pertanto anche senza l'isterectomia. Tra le varie opzioni chirurgiche sono da ricordare:

- 1) Isteropessi sacro spinosa: tale intervento consiste nella realizzazione di una sospensione dei legamenti utero-sacrali al legamento sacro-spinoso. (Richardson)
- 2) Tecniche di Manchester: prevede la sospensione dell'utero attraverso la messa in tensione dei legamenti utero-sacrali, ottimizzandone il riposizionamento per mezzo della resezione del collo uterino.
- 3) Tra gli interventi più innovativi vi sono quelli che utilizzano delle protesi al fine di rinforzare e rendere stabili le strutture del pavimento pelvico.
- 4) Colpocleisi: prevede l'obliterazione quasi completa della vagina, con conservazione dell'utero, eseguibile in anestesia locale, indicata nelle pazienti anziane che non possono sostenere interventi in anestesia generale e non sessualmente attive.
- 5) Tecniche laparoscopiche⁴: indicate in pazienti giovani.

MATERIALI E METODI

E' stata eseguita una ricerca bibliografica su Medline, con le seguenti parole chiave: isteropessi, colpoisterectomia per il prolasso, trattamento del prolasso genito-urinario e considerando come limite di tempo gli ultimi 10 anni.

RISULTATI

Tra tutti i lavori ne abbiamo selezionati otto che focalizzavano l'attenzione su 3 argomenti in particolare:

- conservazione o meno dell'utero in caso di prolasso;
- complicanze conseguenti all'apposizione di sling per l'isteropessi;

- confronto sulle varie tecniche chirurgiche volte alla risoluzione dell'isterocele.

DISCUSSIONE

Il problema dell'asportazione dell'utero in caso di prolasso uro-genitale non pone grandi discussioni in caso di isterocele di terzo e quarto grado, così come in caso di prolasso uterino di primo grado si tende alla conservazione dell'organo, con eventuale apposizione di plastica come supporto in caso di indebolimento dei legamenti. Il dibattito in campo letterario si pone qualora il prolasso di utero venga classificato come grado 2 secondo l'Half Way System o quando la cervice sia al livello 0 della POP-Q classification. In tale condizione ci si chiede se sia indicato l'intervento di isterectomia o se sia più indicato un intervento di isteropessi con apposizione di protesi per il ripristino del supporto legamentoso.

La letteratura su tale argomento non è univoca e non ci sono linee guida stabilite: una review del 2004⁵ suggerisce che la conservazione dell'utero durante la chirurgia per la riparazione del prolasso può essere un'opzione appropriata in donne selezionate che lo desiderino, ma ritiene necessari ulteriori studi per confermare tale ipotesi. Nel 2009⁶, invece, alcuni autori hanno pubblicato uno studio interessante in cui vengono confrontate diverse tecniche chirurgiche per il prolasso genitourinario. La review seleziona 269 reports e confronta le complicanze, i risultati anatomici e la qualità di vita dopo intervento di colpoisterectomia, isteropessi sacrospinosa, procedura di Manchester e apposizione di plastica posteriore come supporto per l'utero. Nel confronto la colpoisterectomia risulta avere una maggiore morbilità ma dal punto di vista dell'efficacia non è possibile concludere che l'una sia migliore dell'altra in base ai dati presentati. Ad ogni modo la colpoisterectomia non è necessariamente la pri-

ma scelta. Inoltre lo studio afferma come l'apposizione di sling abbia ottimi risultati ma un rilevante rischio di erosione, retrazione e infezione della mesh. Nonostante l'efficacia di questa nuova chirurgia protesica, infatti, è evidente in base a vari studi l'aumento delle complicanze post-operatorie: uno studio retrospettivo del 2008 su 684 pazienti valuta le possibili complicanze nelle tecniche chirurgiche che prevedono l'utilizzo di mesh per via transvaginale. I risultati di tale studio dimostrano che l'applicazione di protesi anteriori o la storia anamnestica di isterectomia presenta un maggiore rischio di complicanze post-operatorie rispetto all'apposizione di protesi posteriore e di qualche procedura che miri alla conservazione dell'utero, quali retrazione o esposizione della protesi, incontinenza urinaria da sforzo e recidiva del prolasso⁷. Alcuni autori sono a favore della conservazione dell'utero qualora questo sia possibile poiché le procedure volte a questo scopo non modificano i risultati anatomici, riducono la possibilità di erosioni vaginali e non impattano negativamente sulla qualità di vita sessuale. Pertanto l'isterectomia sarebbe indicata solo in caso di isterocele di grado elevato o di concomitanti patologie uterine.⁸ D'altra parte c'è chi sostiene l'isterectomia in caso di intervento per prolasso genitourinario, giustificando tale scelta con la possibilità del 2,6% di rischio di patologia uterina in menopausa anche qualora sia stata esclusa obiettivamente una patologia endometriale: basterebbe tale rischio per sostenere l'isterectomia

in donne in menopausa che debbano sottoporsi ad intervento per risoluzione del prolasso⁹.

Nel dibattito isteropessi-isterectomia citiamo, infine, un lavoro molto recente sulle complicanze delle due tecniche: su 31 pazienti risulta che i risultati anatomici e la percentuale di erosioni sono simili nei due gruppi, tuttavia i tempi chirurgici e la perdita di sangue sono maggiori per l'isterectomia¹⁰. Nel nostro gruppo di lavoro riteniamo che sia necessario individualizzare il trattamento, considerando, oltre al grado del prolasso anche la presenza di patologie uterine concomitanti, l'età della donna ed il desiderio di prole. Tuttavia rimangono pochi dubbi qualora il prolasso sia di grado elevato: in tal caso la colpoisterectomia risulta quasi sempre la prima scelta, mentre se il prolasso è di primo grado ci si astiene quasi sempre dall'intervento demolitivo di isterectomia, incoraggiando altre scelte più conservative.

CONCLUSIONI

Non esistono ad oggi linee guida per il trattamento del prolasso genito urinario ad uno stadio intermedio; la letteratura suggerisce la conservazione dell'utero con interventi di chirurgia ricostruttiva solo in donne selezionate che lo desiderano. Probabilmente sono necessari ulteriori studi, ma sicuramente bisogna prendere in considerazione molti fattori nella scelta del trattamento da attuare e fare un'accurata valutazione dei rischi e dei benefici che possono derivare da ciascuna scelta.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Walker GJ, Gunasekera P.: *Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2010 Jul 9.
- 2 Smith AR, Hosker GL, Warrell DW.: *The role of partial denervation of the pelvic floor in the aetiology of genitourinary prolapse and stress incontinence of urine. A neurophysiological study. Br J Obstet Gynaecol.* 1989 Jan;96(1):24-8.
- 3 Tinelli A, Malvasi A, Rahimi S, Negro R, Vergara D, Martignago R, Pellegrino M, Cavallotti C.: *Age-related pelvic floor modifications and prolapse risk factors in postmenopausal women. Menopause.* 2010 Jan-Feb;17(1):204-12.
- 4 Price N., Slack A., Jackson S.R.: *Laparoscopic hysteropexy: the initial results of a uterine suspension procedure for uterovaginal prolapsed. Urogynaecology,* 2009.
- 5 Diwan A., Rardin C. R., Kohli N.: *Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. Int Urogynecol J (2004) 15: 286-292*
- 6 Dietz V., Schnaffordt Koops S. E., van der Vaart C. H.: *Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature review article: Int Urogynecol J* 2009
- 7 Caquant F., Collinet P., Debodinance P., Berrocal J., Garbin O., Rosenthal C., Clave H., Villet R., Jacquelin B., Cosson M.: *Safety of Trans Vaginal Mesh procedure: retrospective study of 684 patients. J Obstet Gynaecol Res.* 2008
- 8 Debodinance P., Fattouh B., Lucot JP.: *Should a hysterectomy be carried at the same time as surgery for a prolapse by vaginal route? Prog Urol.* 2009
- 9 Frick AC., Walters MD., Larkin KS., Barber MD.: *Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. Am J Obstet Gynecol.* 2010
- 10 Carramão S., Auge AP., Pacetta AM., Duarte E., Ayrosa P., Lemos NL., Aoki T.: *A randomized comparison of two vaginal procedures for the treatment of uterine prolapse using polypropylene mesh: hysteropexy versus hysterectomy. Rev Col Bras Cir.* 2009 Feb;36(1):65-72.