

La nostra proposta per la cura del prolasso in videolaparoscopia

Massimo Giannoni, Cataldo Grippaldi, Jean Bernard Dubuisson*

Divisione Ostetricia e Ginecologia Ospedale Azienda Santa Corona Pietra Ligure (SV)

* Département de gynécologie et d'obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Genève

Riassunto

Gli Autori analizzano in questo articolo i vantaggi e la fattibilità della correzione del prolasso mediante l'ausilio di una chirurgia mininvasiva come la laparoscopia. Vengono poi esaminate sia le condizioni permettenti che le indicazioni, quindi viene spiegata passo dopo passo la tecnica oggi utilizzata dagli Autori. Tale tecnica originale trae ispirazione da quella inizialmente proposta da Kapandji nel 1967 e successivamente modificata da De Lancey nel 1992.

Parole chiave

Prolasso, Videolaparoscopia, Benderella, Piano di clivaggio, Burch

Summary

Our proposal for the cure of prolapse using the videolaparoscopic technique

In the article the authors analyse the advantages and the feasibility of repairing a prolapse through minimally **invasive** surgical procedures like the laparoscopic technique. The authors examine also both the conditions allowing the use of this technique and the possibilities under which it should be used. Further, they explain step by step the technique they are using today.

This original technique comes from the one initially proposed by Kapandji in 1967 and later modified by Da Lancey in 1992.

Key words

Prolapse, Videolaparoscopy, Tissue patch, Cleavage Plane, Burch

INTRODUZIONE

I vantaggi della cura del prolasso celioscopico sono di evitare, da un lato, la laparotomia, dall'altro, l'apertura vaginale come viene realizzata in chirurgia vaginale.

Spesso viene utilizzata una protesi, specie quando i tessuti sono di scarsa qualità e al fine di evitare il rischio di recidive. I rischi e le complicanze eventuali di questa chirurgia funzionale dovranno essere sempre discussi preventivamente con la paziente che avrà ricevuto tutte le informazioni del caso.

IL BILANCIO PREOPERATORIO

Il bilancio preoperatorio include:

- Studio dell'anamnesi con valutazione della severità dei sintomi (disturbi urinari, pesantezza, dispareunia, disturbi della defecazione) e delle ripercussioni nella vita professionale e privata
- Esame clinico dei 3 comparti con stadiazione dei sintomi
- Bilancio uterino (se l'utero è presente) con pap-test ed ecografia pelvica
- Esame urodinamico in caso di sintomi urinari
- Discussione di una eventuale isterectomia, preferibilmente subtotale perché facilita il posizionamento della protesi sulla fascia pubocervicale, sull'istmo e sul setto retto-vaginale
- L'isterectomia totale è necessaria in caso di lesione cervicale associata. Viene anche ricercato un eventuale allungamento ipertrofico del collo perché può essere sorgente di recidive. In questo caso viene praticata

una amputazione per via vaginale all'inizio dell'intervento.

INDICAZIONI ALLA CURA DEL PROLASSO IN VIDEO LAPAROSCOPIA

Sono quelle della cura del prolasso in generale. Le controindicazioni operatorie sono da discutere (disturbi cardio-respiratori, incidenti trombo-embolici, aderenze intestino parietali e/o pelviche conosciute, trattamenti con anticoagulanti). L'età diventa un fattore limitante a partire dai 75 anni. La videolaparoscopia nella donna anziana necessita del mantenimento di una pressione intraaddominale bassa (10 o 12 mm Hg) a causa della fragilità dei tessuti per prevenire l'enfisema e di conseguenza i disturbi della ventilazione assistita e l'ipercapnia.

TECNICA OPERATORIA

Esposizione operatoria. La paziente viene posizionata sul bordo del lettino ginecologico, con le cosce poco piegate (è necessario fare attenzione alle patologie dell'anca e alla compressione del nervo SPE).

Se l'utero è presente, viene posizionata una semplice cannula nell'utero che consiste in una curette e 2 pinze di Pozzi. Questi 3 strumenti sono consolidati tra loro da un nastro adesivo sterile. La mobilizzazione dell'utero è allora possibile nelle tre dimensioni, facilita il clivaggio dei tessuti e l'isterectomia. Una catetere urinario viene poi introdotto in vescica e mantenuto per tutta la durata dell'intervento. Se l'amputazione del collo dell'utero è prevista, viene effettuata in questo momento.

L'accesso celioscopico avviene con insufflazione sovra ombelicale. La via sotto costale sinistra viene scelta nel caso vi sia il sospetto di aderenze post laparotomia.

Il trocar di 10-12 mm è introdotto trans o sovra ombelicale. Di seguito sono posizionate 3 vie sovrapubbiche (2 laterali di 5mm e 1 mediano di 10-12 mm), più l'utero è mobile più si posizionano in alto sull'addome.

Il clivaggio vescicovaginale e rettovaginale e l'isterectomia subtotala

sono praticati con le forbici e la pinza bipolare (foto1e2). Sono facilitati da una buona esposizione grazie al posizionamento momentaneo di una valva malleabile nel cul-de-sac vaginale. Il clivaggio anteriore scende fino alle parti basse del cistocele centrale e lateralmente in caso di cistocele laterale. Il clivaggio posteriore arriva fino al pavimento pelvico fino a scoprire la faccia superiore dei muscoli elevatori dell'ano.

L'isterectomia subtotala, eseguita ogniqualvolta la paziente la accetti e ove sussista una patologia uterina associata, è praticata con le forbici curve, con emostasi preventiva mediante pinza bipolare fino al disimpegno completo dell'istmo. La sezione dell'istmo è effettuata con una punta monopolare in modalità sezione, l'endocoll viene quindi distrutto attraverso la coagulazione bipolare. In seguito, il canale cervicale è chiuso con un punto a X di Vicryl 0. L'utero è morcellato in addome con un morcellatore elettrico alla fine dell'intervento.

Il posizionamento della benderella, la fissazione mediana e sospensione laterale comprendono le seguenti operazioni:

- Taglio della benderella nella protesi di merilene (poliestere, Gynecare). Le sue dimensioni sono di 30 cm di lunghezza, 3 cm di larghezza, con due linguette, anteriore e posteriore mediane, le cui dimensioni dipendono dall'importanza del cistocele e dal rettocele (più o meno 6cm x 6cm).
- Introduzione, applicazione, poi fissazione della benderella con qualche punto in poliestere (Ethicon 0) sull'istmo uterino e sulle le fasce. Da annotare, le parti inferiore della linguetta posteriore è ancorata ad ogni lato del muscolo elevatore
- Sospensione laterale: l'amaca trasversale è

posizionata lateralmente per la sospensione delle estremità della benderella alla parete laterale dell'addome sopra le creste iliache. Per questo necessita la creazione di due tunnel retroperitoneali e laterali. Una piccola incisione cutanea (5mm) è praticata 4 cm dietro la spina iliaca antero-superiore, 2 cm sopra la cresta iliaca. Attraverso questa incisione, è introdotta una pinza celioscopica tipo "Manhes" per transfissare tutta la parete perpendicolarmente fino al peritoneo, senza perforarlo poi, costeggiando questo, fuoriesce sotto il legamento rotondo della cavità peritoneale. La pinza allora va per prendere l'estremità omolaterale della benderella, poi esteriorizzarla alla pelle. La tensione è adattata, dopo aver fatto lo stesso gesto dall'altra parte. La sospensione è lasciata così come è, in "tensione free". Le estremità delle benderelle sono tagliate a filo della cute per essere poi nascoste dopo la chiusura cutanea.

- La riperitoneizzazione deve essere completa e realizzata in Vicryl 0.

Trattamento associato di una cura d'incontinenza urinaria

La Colposospensione tipo Burch é realizzata per via latero-ombelicale esterna. Il peritoneo è inciso ad ogni lato verticalmente su 5 cm, poi ci si fa spazio nel tessuto grasso che viene allontanato fino al legamento di Cooper. La dissezione della vagina è in seguito fatta su un dito posto in vagina dall'assistente. Due punti a X sono piazzati ad ogni lato (Ethibon 0), assicurando una tensione sufficiente. La riperitoneizzazione è indispensabile.

É necessario fare attenzione al fine di evitare:

- una selezione sbagliate delle pazienti
- l'isterectomia se la paziente è reticente. In tal caso, si applica, da un lato, una benderella con una sola linguetta anteriore e, dall'altro lato, un patch posteriore per la parete rettovaginale.
- troppe suture di fissazione della protesi non riassorbibili o dei punti trapassanti sulle fasce vaginali (rischio di granuloma vaginale o di erosione della protesi)
- troppa tensione della sospensione perché provoca dolore o comunque una sensazione continua di fastidio dolorosa

FOTO 1. Apertura del peritoneo a livello della plica vescico uterina



FOTO 2. Esposizione della plica aperta



FOTO 3. Piano di clivaggio fino al cistocele centrale



FOTO 4. La benderella viene introdotta in cavità peritoneale



- l'associazione del procedimento di Burch in assenza di IUS
- la non sutura dell'aponevrosi al livello dell'incisione del trocar sovrapubbico di 10-12mm (ernia post-operatoria frequente su questo "terreno").
- una durata eccessiva dell'intervento (pericolo anestesia e attenzione dell'equipe operatoria).

CONCLUSIONI

La sospensione laterale sovra-iliaca con benderella trasversale è una tecnica che ha vantaggi incontestabili. L'attacco laterale è in accordo con i lavori di De Lancey. Inoltre, il rischio di complicanze è scarso perché nessuna struttura pericolosa è presente lateralmente. Infine, è facile da realizzare con dei risultati soddisfacenti.

BIBLIOGRAFIA

- Kapandji M. Cure des prolapsus uro-génitaux par colpo-isthmo-cystopexie par bandelettes transversales et douglassoraphie legamento-péritonéale étagée et croisée. Ann Chir 1967; 21, 321-328
- De Lancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:1717-1724
- Dubuisson JB, Chapron C. Laparoscopic iliac colpo-uterine suspension for treatment of

FOTO 5. La benderella viene fissata con punti intracorporei alla vagina



FOTO 7. Sutura intracorporea del peritoneo



FOTO 6. La benderella viene trazionata mediante pinza di Manhes extraperitoneale

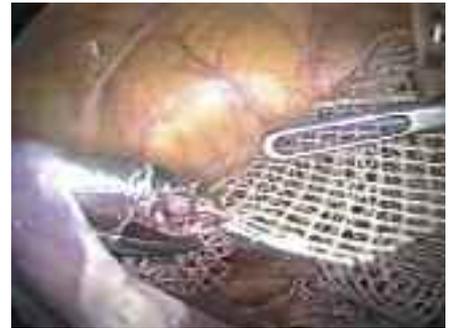


FOTO 8. Visione esterna delle zone di inserzione dei trocar



genital prolapse using two meshes. A new operative technique. J Gynecol Surg 1998; 14:153-159

- Giannoni M, Grippaldi C, Dubuisson JB. La correzione chirurgica del prolasso della cupola vaginale e della IUS per via laparoscopica. Riv Ost Gin Pratica e Med Per 2002; vol XVII,1: 20-22

pica. Riv Ost Gin Pratica e Med Per 2002; vol XVII,1: 20-22

- Rimailho J. L'hystéropexie antérolatérale per via abdominale. Resultats et indications. A propos d'une srie de quatrevingt-douze patients. Ann Chir 1993; 47:244

FERRO-GRAD®

Solfato ferroso



TEOFARMA s.r.l.