

**Chirurgia ginecologica:
sicurezza, costi e riduzione
delle complicanze**

L'isterectomia semplice: confronto tra via laparotomica, laparoscopica e vaginale

Mauro Busacca, Giulia Alabiso, Allegra Barbasetti Di Prun, Susanna Bonato
Clinica Ostetrica Ginecologica
Università di Milano



Mauro Busacca

L'isterectomia rappresenta a tutt'oggi il secondo intervento chirurgico ginecologico più frequente dopo il taglio cesareo: negli Stati Uniti il 30-40% delle donne di età inferiore ai 65 anni sono state sottoposte a tale intervento; in Italia la percentuale di donne isterectomizzate di età compresa tra i 40 e i 70 anni si aggira intorno al 15% in Francia ogni anno vengono eseguite circa 60.000 isterectomie. A causa dell'impatto fisico, emozionale, economico e dell'importanza clinica che questo tipo di intervento riveste nella vi-

ta delle pazienti, il dibattito su quale sia la miglior tecnica di isterectomia è sempre vivo. L'isterectomia può essere eseguita per via vaginale, per via laparotomica oppure per via laparoscopica, in quest'ultimo caso con diverse varianti: la "laparoscopically assisted vaginal hysterectomy" (LAVH), che si basa su un approccio "combinato", con sezione laparoscopica delle sole strutture site al di sopra delle arterie uterine, la "laparoscopic hysterectomy" (LH), in cui anche le arterie uterine vengono sezionate per via laparoscopica, e l'intervento viene concluso per via vaginale, e la "totally laparoscopic hysterectomy" (TLH), in cui tutti i passaggi dell'intervento sono eseguiti per via laparoscopica.

Le linee guida internazionali sottolineano come, nella scelta della miglior tecnica di isterectomia, i fattori da tenere in considerazione debbano essere almeno tre: il rischio di complicanze, le caratteristiche della paziente e l'esperienza del chirurgo. Una recente review pubblicata dalla Cochrane Library prende in analisi gli studi presenti in letteratura e volti a comparare le diverse tecniche di isterectomia, e conclude che, essendo l'isterectomia per via vaginale quella associata ad un minor rischio di complicanze, a minor perdita ematica perioperatoria, a più breve ospedalizzazione e a miglior recupero post operatorio, essa dovrebbe essere la tecnica di prima scelta ogniqualvolta sia possibile metterla in pratica. Per quanto riguarda il confronto tra la via laparoscopica e quella laparotomica, la via laparoscopica appare essere associata a un più alto rischio di complicanze maggiori, soprattutto per quanto riguarda le lesioni vescicali ed ureterali, ma, per contro, essa sembra permettere una riduzione delle perdite ematiche, della degenza post-operatoria, delle complicanze minori (iperperissia, infezioni delle ferite) e un più rapido recupero dopo l'intervento. I tempi chirurgici sono più lunghi quando si opta per la via laparoscopica, ma questo sembra essere valido fondamentalmente per la TLH e decisamente meno per la LAVH. Su queste basi sono stati costruiti diversi algoritmi che hanno lo scopo di identificare le pazienti candidate alla chirurgia vagi- ▶

È sempre necessaria la chirurgia nella diagnosi e nel trattamento dell'endometriosi?

La diagnosi di endometriosi può essere fatta in maniera definitiva soltanto tramite l'esame istologico delle lesioni rimosse in sede di chirurgia. Pertanto, né i markers sierici né le tecniche di imaging sono in grado di sostituire l'istologia nella diagnosi di tale patologia. Ciò nonostante, tecniche di imaging quali l'ecografia transvaginale, la risonanza magnetica e la tomografia computerizzata sono di grande ausilio nella diagnosi differenziale delle masse annessiali. Esse hanno un'elevata accuratezza diagnostica nel differenziare gli endometriomi dalle neoformazioni di altra origine, e l'ecografia transvaginale risulta essere la tecnica di imaging di scelta nella diagnosi di endometrioma. All'esame ecografico, gli endometriomi ovarici appaiono caratteristicamente come formazioni cistiche a contenuto ipoecogeno finemente corpuscolato. Per quanto riguarda invece l'endometriosi profonda, in letteratura sono presenti diversi studi che comparano le varie opzioni diagnostiche a disposizione del clinico, ovvero la visita manuale, l'esame ultrasonografico transvaginale o transrettale e la risonanza magnetica. Ognuno di questi metodi presenta vantaggi e svantaggi: l'accuratezza della visita dipende dalla lunghezza del dito esploratore, che normalmente non è in grado di percepire le strutture situate al di là dei legamenti utero-sacrali e del setto retto-vaginale. L'ecografia transvaginale ha maggiore accuratezza, ma rimane un esame mediocre per la valutazione delle lesioni intestinali. L'ecografia transrettale è accurata nella valutazione di lesioni infiltranti intestino e setto rettovaginale. La risonanza magnetica, infine, è risultata essere l'esame con maggiore accuratezza diagnostica per tutti i tipi di lesione, e deve pertanto essere richiesta in ogni caso in cui si sospetti la presenza di endometriosi profonda, ed in particolare per la valutazione dei parametri.

Da un punto di vista terapeutico, l'endometriosi non è un'indicazione assoluta alla chirurgia. È infatti necessario tenere sempre presente che la terapia dell'endometriosi è una terapia volta alla risoluzione del sintomo, dove per sintomo si intenda la presenza di dolore o di subfertilità. La presenza di endometriosi asintomatica o paucisintomatica non è un'indicazione assoluta alla terapia chirurgica, mentre la maggior parte delle linee guida internazionali raccomandano l'asportazione degli endometriomi ovarici di diametro superiore ai 3 centimetri nelle donne con dolore pelvico. Allo stesso modo, non vi è indicazione al trattamento chirurgico in pazienti portatrici di lesioni di endometriosi profonda, in assenza di sintomatologia algica. Numerosi studi presenti in letteratura dimostrano infatti che l'endometriosi profonda non è quasi mai una patologia progressiva, né per ▶

Aderenze post-operatorie: un problema spesso sottovalutato

La formazione di aderenze post-operatorie rappresenta una complicanza maggiore della chirurgia, inclusa quella ginecologica. Studi molto significativi sono quelli condotti dal gruppo di ricerca SCAR (Surgical and Clinical Adhesions Research) che hanno analizzato i dati di tutti i pazienti chirurgici degli ospedali dello Scottish National Health Service, consentendo di definire l'impatto epidemiologico delle aderenze post-operatorie. Nel complesso, circa un terzo dei pazienti sottoposti a chirurgia addominale o pelvica sono stati riospedalizzati una media di due volte nel corso dei successivi 10 anni per condizioni direttamente o che potevano essere correlate alla presenza di aderenze oppure hanno subito re-interventi non correlati ad aderenze ma che sono stati complicati da queste. Più del 20% di queste riospedalizzazioni si sono verificate entro il primo anno dall'intervento chirurgico.

Tra gli interventi ginecologici, gli interventi laparotomici sulle ovaie sembrano essere quelli correlati al maggior numero di riospedalizzazioni direttamente connesse ad aderenze. La maggior parte delle pazienti che sviluppano aderenze post-operatorie sono asintomatiche; le più importanti potenziali conseguenze includono dolore addomino-pelvico cronico, occlusione intestinale, infertilità e complicanze durante i successivi interventi chirurgici. Le aderenze post-operatorie sono responsabili di circa il 40% dei casi di infertilità. La sterilità è soprattutto causata dal sovvertimento dei normali rapporti anatomici tra ovaio e tuba, prevenendo, in tal modo, la captazione e il trasporto dell'ovocita. Molti studi riportano che un precedente intervento chirurgico e la presenza di aderenze incrementano significativamente i tempi globali di eventuali interventi successivi. Inoltre, le aderenze sono responsabili di un elevato numero di re-interventi, allungano i tempi di ricovero e possono rendere impossibile l'applicazione della chirurgia minimamente invasiva. Per di più, la cura delle aderenze e delle loro complicanze correlate

impone enormi costi economici. Dal momento che il problema delle aderenze post-operatorie è diventato assai rilevante per il rischio di potenziali drammatiche conseguenze nelle pazienti ginecologiche, è importante che i chirurghi siano consapevoli di questa problematica spesso sottovalutata e pertanto si applichino nella sua prevenzione. Innanzitutto, il rischio di aderenze post-operatorie andrebbe sistematicamente discusso con ogni paziente candidata a un intervento di chirurgia addominopelvica laparotomica o laparoscopica prima di ottenere il consenso informato all'intervento. A un elevato numero di interventi corrisponde un aumentato rischio di formazione di aderenze, pertanto è importante tentare di minimizzare il più possibile il numero totale di interventi effettuati su una paziente. Per quanto riguarda la tecnica chirurgica, la chirurgia endoscopica minimamente invasiva impedisce la contaminazione con materiali estranei quali la polvere dei guanti chirurgici e consente una delicata manipolazione dei tessuti, tutti fattori che possono aiutare nella riduzione del rischio di formazione di aderenze post-

operatorie. L'incidenza di infezioni postoperatorie, altro rischio per la formazione di aderenze, è ridotta dopo laparoscopia rispetto a laparotomia. Pertanto, i chirurghi dovrebbero utilizzare le procedure chirurgiche meno invasive: quando possibile, per esempio, un approccio laparoscopico sarebbe da preferire a un approccio laparotomico e un'isterectomia per via laparoscopica o vaginale sarebbe da preferire a un'isterectomia per via addominale. I chirurghi dovrebbero poi adottare una strategia chirurgica di routine mirata alla riduzione della formazione di aderenze nelle pazienti che vengono sottoposte a procedure ad alto rischio quali la chirurgia ovarica, la chirurgia per endometriosi, la chirurgia tubarica, la miomectomia e l'adesiolisi. In particolare dovrebbero: mobilitare delicatamente i tessuti e gli organi; effettuare un'emostasi accurata; prevenire le infezioni batteriche e le contaminazioni con materiale fecale; minimizzare i processi ischemici ed eradicare i tessuti necrotici; utilizzare una frequente irrigazione e aspirazione; ridurre il più possibile la durata

dell'intervento. Esistono poi alcuni materiali definiti agenti di barriera il cui utilizzo è stato sperimentato nel tentativo di ridurre la formazione di aderenze nei pazienti sottoposti a interventi ad alto rischio. Si tratta di agenti sintetici che si interpongono come delle barriere tra tessuti e organi pelvici adiacenti durante i processi di guarigione e cicatrizzazione in modo da prevenire la formazione di aderenze. Tra questi: barriere sintetiche riassorbibili fatte di cellulosa (es Interceed), membrane permanenti non riassorbibili (es Gore-Tex), membrane sintetiche riassorbibili fatte di polisaccaridi (es Sefrafilm) e dispositivi rilascianti glicole polietilenico tramite applicatore spray il quale, nel giro di alcuni secondi dopo l'applicazione, diviene un gel che aderisce ai tessuti (es SprayGel). Molti studi hanno dimostrato l'efficacia di questi agenti di barriera nella riduzione dell'incidenza di aderenze, ma ci sono ancora dati insufficienti in letteratura sull'effetto di questi su outcome clinici più a lungo termine come la fertilità, il dolore pelvico cronico o l'occlusione intestinale.

nale. Le domande a cui il chirurgo deve rispondere quando pone l'indicazione all'intervento sono fondamentalmente tre: primo, va stimato il volume dell'utero in maniera precisa; secondo, va valutata l'adeguatezza del passaggio vaginale; terzo, va esclusa la presenza di patologia extrauterina. Le condizioni cliniche che erano storicamente considerate controindicazioni alla chirurgia vaginale (un utero troppo grande, un arco pubico inferiore ai 90°, la nulliparità o la presenza in anamnesi di pregressi interventi addominali) sono state radicalmente ridimensionate da diversi studi recenti. Classicamente, un utero veniva considerato "troppo grande" per la chirurgia vaginale quando il suo volume superava i 280 gr o quello di un utero gravido a 12 settimane. Tuttavia, il perfezionamento di tecniche quali il *morcellament*, permettono sempre più frequentemente di asportare per via vaginale uteri di dimensioni notevolmente maggiori, anche con pesi fino a 1300 gr. Il calibro vaginale deve essere valutato prima dell'intervento, ma la nulliparità di per sé non deve essere considerata una



controindicazione alla chirurgia vaginale. Neanche la pregressa chirurgia addominale deve precludere questo tipo di approccio, a meno che non vi sia una sindrome aderenziale tale da impedire la mobilità uterina. Pertanto, quando sussista il sospetto clinico o anamnestico di importante sindrome aderenziale pelvica è indicata una valutazione per via laparoscopica, in seguito a cui sarà possibile decidere se estrarre l'utero per via vaginale oppure per via addominale.

Quando la via vaginale non sia praticabile, la maggior parte degli autori ritiene preferibile l'ap-

proccio laparoscopico a quello laparotomico, nonostante il già citato aumento nel rischio di lesioni agli organi dell'apparato urinario; la scelta – quando possibile – di un approccio combinato laparoscopico-vaginale riduce notevolmente la durata dell'intervento.

Nonostante queste considerazioni, va sottolineato come l'isterectomia addominale sia a tutt'oggi quella maggiormente praticata nel mondo, per la sua maggiore facilità di esecuzione e per la mancanza di personale medico con una adeguata formazione nell'ambito della chirurgia ginecologica vaginale. **Y**

Cesarei: Sessione Fgom

The increasing cesarean section rate: is it justified?

Gianpaolo Mandruzzato
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

La frequenza con la quale si ricorre al parto cesareo ha dimostrato un continuo, progressivo aumento anche nel mondo occidentale. Nè fanno eccezione alcuni paesi europei che, pur registrando un ricorso significativamente più limitato al cesareo, riscontrano anche i migliori risultati in termini di mortalità perinatale. Questo andamento è motivo di seria preoccupazione sia per le Società Scientifiche che per le

autorità politiche sanitarie. Va sottolineato infatti che, oltre al problema dei costi, il parto cesareo comporta una serie di rischi importanti per la salute materna immediata e futura e non è nemmeno esente da complicazioni per il neonato.

Un principio generale dovrebbe essere quello di optare per il cesareo quando il parto vaginale è più rischioso per la madre e/o il bimbo. Al contrario, pur non essendosi rilevate significative variazioni nella prevalenza di patologie materne e/o fetali, la frequenza dei cesarei aumenta. È stato infatti rilevato che questo preoccupante aumento molto spesso non è dovuto a condizioni cliniche. In Europa, il nostro paese detiene il poco invidiabile primato del più alto tasso di cesarei, sia pur con ampie variazioni da regione a regione.

In occasione del Congresso Sigo la Federazione di Ostetricia e Ginecologia del Mediterraneo (Fgom) è stata gentilmente invitata ad affrontare nell'ambito di una sua sessione questo scottante argomento. Compito dei Relatori è analizzare e discutere l'appropriatezza del parto cesareo in diverse situazioni cliniche e non che, come il cesareo a richiesta, sono ragione di questo aumento, molto spesso non giustificato e supportati dalle evidenze disponibili.

In particolare verranno affron-

tati i seguenti aspetti: Epidemiologia del cesareo (Prof. Antsaklis A., Grecia); Presentazione podalica (Prof. Demir C., Turchia); Gravidanza gemellare e plurima (Prof. Finderle A., Croazia); Restrizione di crescita fetale (Dr. Y. Meir, Italia); Cesareo pregresso (Prof. Giambanco V.); Late preterm ed early term (Prof. Mandruzzato G.P.); Parto cesareo elettivo (Prof. Cabero-Roura L., Spagna); Induzione e cesareo (Prof. Saghir W., Libano); Cesareo a richiesta (Prof. Premru-Srsen T., Slovenia); Cesareo d'urgenza (Prof. Lebbi I., Tunisia); Complicazioni materne dopo cesareo (Prof. Radunovic N., Serbia); Complicazioni neonatali (Prof. Carrapato M., Portogallo).

Ognuno degli argomenti proposti meriterebbe uno spazio di tempo ben più ampio rispetto a quello disponibile ma in tal modo si vuole focalizzare l'attenzione sulla criticità di questo importante problema clinico che ogni giorno deve essere affrontato. Le macroscopiche differenze rilevabili nel nostro stesso paese, non associate a migliori esiti perinatali, devono indurre tutti i ginecologi a razionalizzare il ricorso al parto cesareo allineando la sua frequenza con quella dei paesi che pur con un tasso di cesarei inferiori del 50% e più rispetto all'Italia riportano esiti perinatali ottimali. **Y**

▶ quanto riguarda le dimensioni delle lesioni né per quanto riguarda l'entità del sintomo, e che la maggior parte delle pazienti asintomatiche al momento della diagnosi rimangono asintomatiche negli anni a venire. Questi dati permettono di evitare il ricorso alla terapia chirurgica nelle pazienti asintomatiche per il solo timore di progressione della patologia.

Un altro elemento che deve essere tenuto in considerazione è l'impatto della chirurgia per endometriosi sulla fertilità. Per quanto riguarda le pazienti con endometriosi lieve o moderata (stadio ASRM I-II) i dati presenti in letteratura sono contrastanti. Esistono infatti due soli studi randomizzati controllati che hanno come obiettivo la valutazione della pregnancy rate in donne infertili sottoposte a intervento, ma essi giungono a conclusioni diametralmente opposte: nello studio multicentrico canadese si ottiene una pregnancy rate maggiore nel braccio di pazienti sottoposte a laparoscopia operativa con asportazione degli impianti peritoneali rispetto a quella ottenuta nel braccio di pazienti sottoposte a sola laparoscopia diagnostica (36% versus 21,9%). Per contro, lo studio multicentrico italiano ha riscontrato una pregnancy rate maggiore nel gruppo di pazienti sottoposte a laparoscopia diagnostica, rispetto a quelle sottoposte a laparoscopia operativa (22,2 versus 19,6%). Non esistono invece studi randomizzati controllati o metanalisi volte ad indagare l'incremento della pregnancy rate determinato dalla terapia chirurgica nelle pazienti affette da patologia endometriosa severa (stadio ASRM III – IV).

Ciononostante, questo aspetto è stato analizzato in molti studi non randomizzati, e in letteratura sembra esservi un consenso generale sull'efficacia della chirurgia nel migliorare la pregnancy rate in queste pazienti. Le percentuali riportate variano tra il 30 e il 67%, con un valore medio pari al 50%. D'altro canto, è assolutamente necessario informare le pazienti e tenere in considerazione l'impatto negativo che la chirurgia notoriamente ha sulla riserva ovarica. Diversi fattori devono pertanto essere presi in considerazione nell'impostazione dell'iter terapeutico, quali ad esempio l'età della paziente stessa, la mono o bilateralità delle cisti, la presenza di pregressa chirurgia per endometriosi e la riserva ovarica preoperatoria. Un recente studio ha dimostrato che le pazienti che sono state sottoposte a enucleazione bilaterale di cisti endometriosiche hanno un rischio basso ma definito di andare incontro a menopausa precoce. I dati in letteratura sulla performance riproduttiva in donne infertili con endometriosi profonda scarseggiano. Negli studi disponibili, i tassi di pregnancy rate post operatoria variano tra il 40 e il 55%, con una media del 40%; si tratta però solo di studi non randomizzati.

Parto cesareo elettivo

Il taglio cesareo. Una forma naturale di partorire?

Luis Cabero Roura
Presidente della Commissione di Bioetica della Società spagnola di Ginecologia e Ostetricia (SEGO)

Inizialmente praticato per risolvere conflitti nel corso del parto, il taglio cesareo è stato indicato in misura crescente per risolvere altre circostanze che possono compromettere la salute della madre e/o del feto in situazioni diverse da quella del parto. È apparso che negli ultimi decenni il profilo delle donne che scelgono di diventare madre è cambiato. L'età, il tasso di gravidanze a seguito di fecondazione in vitro, l'aumento dell'obesità, il tasso di gemellarità, ecc... sono tutti fattori che hanno avuto un ruolo importante nell'analisi dell'aumento dei tagli cesarei. Nonostante la maggiore sicurezza offerta da questa pratica sia per il feto sia per la madre, il taglio cesareo viene eseguito più del necessario.

I vantaggi che il taglio cesareo offre quale conclusione del parto contro complicanze tecniche derivanti dalla pratica ostetrica hanno favorito altresì una pratica più frequente a sfavore dei

parti vaginali che richiederebbero un tirocinio. La facilità di esecuzione di un taglio cesareo così come il perfezionamento della sua tecnica hanno influito anche sulle diagnosi di distocia, effettuate con maggiore frequenza, cosa che ha contribuito a sua volta all'aumento del numero di tagli cesarei. Tra le circostanze che hanno contribuito all'aumento dei tagli cesarei abbiamo citato la medicina difensiva, (l'ostetrico/a non desidera avere problemi medico-legali), così come l'influenza dei modelli di apprendimento nel periodo di formazione dei futuri ostetrici/ostetriche. È difficile oggettivamente quantificare l'influenza di tutti questi fattori (oltre ad altri) sul tasso dei tagli cesarei, tuttavia bisogna tenerli in considerazione per una valutazione critica del problema.

