



Correzione chirurgica del cistocele severo per via transotturatoria: la nostra esperienza

SILVIO CASSESE - SALVATORE D. GIOVE

U.O. di Ginecologia e Ostetricia, O. "Umberto I" Nocera Inferiore (SA)

INTRODUZIONE

La riparazione chirurgica del prolasso del comparto anteriore è da sempre eseguita per via vaginale con tecnica di duplicatura fasciale. Ma è emerso che pur avendo un ottimo tasso di cura rappresenta, nel cistocele severo, un sostegno insufficiente con impossibilità di correggere il difetto laterale e con tale metodo elevato tasso di recidiva. Nel nostro lavoro abbiamo cercato quindi di verificare la fattibilità di una correzione del cistocele severo con l'impianto di una protesi in polipropilene monofilamento posizionata mediante quattro bracci per via transotturatoria con tecnica tension-free.

MATERIALI E METODI

Da Gennaio a Dicembre 2006 sono state selezionate 18 donne con cistocele severo (13 III grado e 5 IV grado), di età media 63 anni (range 46-80), di cui 14 in menopausa. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad un work-up uroginecologico preoperatorio che comprendeva una dettagliata anamnesi, score symptoms, l'esame urine e urinocoltura, diario minzionale, visita uroginecologica, valutazione del prolasso HWS score, stress test a 200/400 ml a prolasso estroflesso e ridotto, Q-tip test ed esame urodinamico. La qualità di vita pre e post-operatoria è stata valutata mediante la compilazione di questionari (King's Health) e l'utilizzo della scala visiva (VAS). Delle 18 pazienti, sottoposte ad intervento chirurgico in anestesia subaracnoidea, in 11 è stata eseguita anche una colpoisterectomia e in 3 una correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo clinicamente e urodinamicamente dimostrata. Il follow-up post-operatorio è stato previsto a 1, 3, 6 e 12 mesi.

TECNICA CHIRURGICA

È stata effettuata una colpotomia mediana longitudinale ed una dissezione laterale profonda della parete vaginale fino al raggiungimento della branca ischio-pubica ed identificazione dell'arco tendineo della fascia pelvica (ATFP) che si estende dalla parte posteriore dell'arco pubico fino alla spina ischiatica. Sono stati individuati due punti di reperi superiori sulla piega genito-femorale, localizzati nel punto di incontro tra la piega stessa ed una linea virtuale passante per il meato uretrale

(corrispondente in profondità al bordo anteriore mediale del forame otturatorio), per l'introduzione dei due tunneller più distali. Introduzione, attraverso i punti di reperi, dei device con passaggio out-in perforando il muscolo otturatorio esterno, poi la membrana otturatoria e, avanzando medialmente, il muscolo otturatorio interno a circa 1 cm. dall'estremità prossimale (prepubica) dell'ATFP. Successiva individuazione dei due punti di reperi inferiori, 1 cm. più lateralmente e 2 cm. più in basso rispetto ai precedenti (corrispondente in profondità all'estremità posteriore e laterale del forame otturatorio). Corretto posizionamento tension-free della mesh.

RISULTATI

Il tempo operatorio medio è risultato circa 30 min. I tempi medi di degenza due giorni. Nelle 18 pazienti trattate c'è stata una complicanza intraoperatoria: perdita di sangue > 200 ml durante la dissezione profonda della parete vaginale. Non ci sono state perforazioni vescicali, né lesioni vascolari, né ematomi. Tra le complicanze post-operatorie un caso di ritenzione urinaria, risolto con cateterismo vescicale intermittente ed un caso di erosione vaginale di circa due cm. riparata poi in regime di Day Surgery con rimozione della superficie erosa e risutura della parete vaginale. Le 10 pazienti arrivate al follow-up di 6 mesi hanno presentato un miglioramento della sintomatologia soggettiva e correzione del cistocele (grado 0). Una sola paziente ha presentato una incontinenza urinaria mista de novo.

CONCLUSIONI

La tecnica transotturatoria rappresenta una procedura innovativa ed una risposta ai limiti delle tecniche transvaginali classiche di correzione del prolasso in termini di maggiore sostegno, riduzione delle recidive e la possibilità di correzione del difetto laterale. Tale procedura chirurgica è altresì mini-invasiva, sicura, efficace e riproducibile. L'esiguità della casistica e del follow-up non ci consentono di poter concludere sull'efficacia e tollerabilità di tale tecnica chirurgica innovativa.

In posizione centrale ad ABANO TERME sorge l' HOTEL LA SERENISSIMA che dispone di un moderno reparto di cure e di due piscine termali (coperta e scoperta). Sotto diretto controllo medico è possibile eseguire trattamenti di medicina termale (fangoterapia, balneoterapia, massoterapia, indicati per la cura delle artropatie ed altre forme degenerative) e trattamenti di riabilitazione.

I percorsi riabilitativi sono indirizzati anche alla cura delle disfunzioni dell'apparato uro-genitale (incontinenza urinaria, ritenzione urinaria, dispareunia) e del grosso intestino (incontinenza anale, stipsi e proctalgia) nonché alla prevenzione delle alterazioni della statica pelvica (prolassi).

La zona benessere prevede cure estetiche e trattamenti shiatsu, linfodrenaggi, massaggi ayurveda e californiani, idromassaggio con percorso terapeutico.

L'Hotel dispone di giardino, terrazza, solarium, parcheggio, servizio biciclette.



HOTEL LA SERENISSIMA

Tel. 049 866 9100 - Fax 049 866 9610 - hotel.laserenissima@libero.it - www.hotellaserenissima.it

