

Prolasso degli organi pelvici

O. Poujade, C. Davitian, P.-F. Ceccaldi, P. Chatel, C. Khater, E. Pernin, N. Aflak, D. Luton

Il prolasso corrisponde alla sporgenza degli organi pelvici attraverso l'orifizio vulvogenitale. Coinvolge principalmente la vescica, il retto o l'utero. Interessa la metà delle donne che hanno partorito per vie naturali e, in genere, si verifica a partire dai 55 anni. È importante diagnosticarlo perché può essere alla base di numerosi problemi urinari o digestivi e, se non trattato, può complicarsi causando erosioni vaginali. Il medico di famiglia è portato a fare la diagnosi e a prescrivere un esame urodinamico, un'ecografia pelvica e alcuni test di imaging a seconda del tipo di prolasso e dei disagi procurati. Infine, consiglia alla paziente di sottoporsi a un intervento chirurgico in caso di danno funzionale: promontofissazione con laparoscopia nella donna giovane o chirurgia per via vaginale nella donna anziana.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Prolasso; Cistocele; Rettocele; Isteroptosi; Esame urodinamico

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Epidemiologia	1
■ Fisiopatologia	1
■ Fattori di rischio di prolasso	2
Fattori congeniti	2
Fattori ostetrici	2
Fattori legati all'età	2
Fattori generali	2
■ Diagnosi clinica	3
Anamnesi	3
Esame obiettivo	3
Sistemi di classificazione clinica del prolasso	3
■ Esami paraclinici	3
Esame urodinamico	3
Ecografia pelvica	4
Imaging tramite risonanza magnetica pelvica dinamica (o defeco-imaging tramite risonanza magnetica)	4
Colpocistogramma	4
Altri esami complementari	5
■ Complicanze del prolasso	6
■ Trattamento non chirurgico	6
■ Trattamento chirurgico	6
Chirurgia per via addominale	6
Chirurgia per via vaginale	6
■ Conclusioni	6

■ Introduzione

Il prolasso pelvico corrisponde a un deficit di sostegno e di sospensione degli organi pelvici della donna, i quali fuoriescono dall'orifizio vulvogenitale. In caso di prolasso, l'organo pelvico che è "coperto" dalla vagina fa capolino verso l'esterno dell'orifizio vaginale. Gli organi pelvici più spesso colpiti dal pro-

lasso sono la vescica, l'utero e il retto. I prolassi sono responsabili di pesantezza pelvica e compromettono la sessualità, l'aspetto fisico e la qualità della vita.

■ Epidemiologia

Nel complesso, la metà delle donne che hanno partorito presenta un prolasso, qualunque sia il grado, ed esse sono sintomatiche nel 10-20% dei casi^[1,2]. Il rischio che una donna debba essere operata di prolasso nel corso della sua vita va dall'11% al 19%^[3]. La terapia del prolasso è una delle indicazioni più frequenti di chirurgia ginecologica. Rappresenta più del 20% degli interventi chirurgici ginecologici qualunque sia l'età e circa il 59% degli interventi ginecologici nelle donne anziane^[2].

■ Fisiopatologia

In posizione normale, la vescica e il retto non sporgono attraverso la parete della vagina (Fig. 1). Gli organi genitali femminili riescono a restare in posizione grazie a due sistemi:

- il sistema di sospensione;
- il sistema di sostegno.

Il sistema di sostegno è rappresentato:

- dal diaframma urogenitale;
- dal diaframma muscolare pelvico, che è attraversato dall'uretra, dalla vagina e dal canale anale; è costituito dal muscolo elevatore dell'ano che comprende una parte interna e, soprattutto, una parte esterna (fasci pubococcigei, ileococcigei e coccigei), come anche il muscolo otturatore interno.

Il sistema di sospensione è rappresentato:

- dalle fasce pelviche: fasce viscerali (rettale, vaginale, uterina, uretrale e vescicale) e fascia del diaframma pelvico;
- dai legamenti laterali: il legamento genitale (parametrio, parametrio e paravagina), il legamento vescicale, che costituisce il "pilastro esterno della vescica", e il legamento rettale;
- i legamenti sagittali, che includono i legamenti uterosacrali e i legamenti vescicouterini.

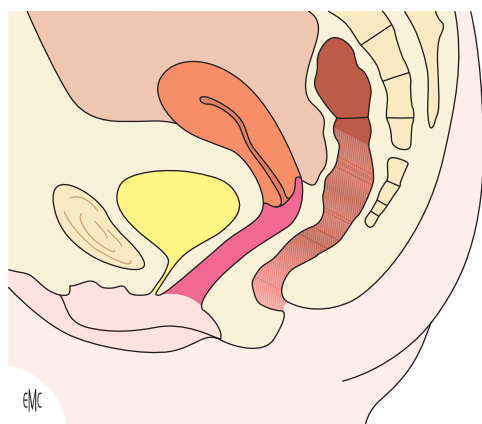


Figura 1. Schema del bacino visto di profilo con posizione normale degli organi pelvici. Lo schema mostra la vescica (in giallo), la vagina (in rosa), l'utero (in arancione) e il retto (in marrone).

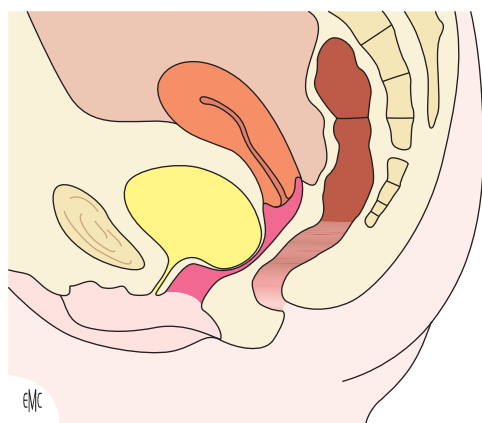


Figura 2. Schema di un cistocele con rigonfiamento della vescica attraverso la parete anteriore della vagina.

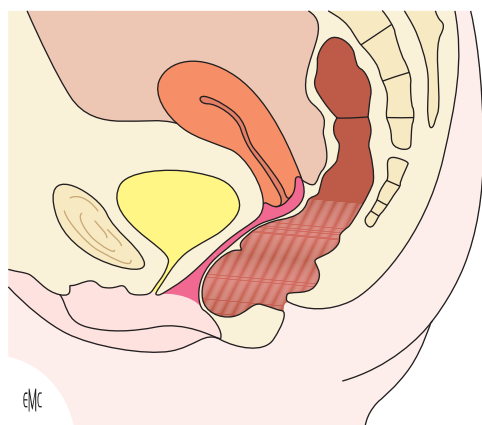


Figura 3. Schema di un rettocele con rigonfiamento del retto attraverso la parete posteriore della vagina.

Si distinguono tre forme anatomiche:

- il prolasso del comparto anteriore (colpocele anteriore), comprendente, il più delle volte, la vescica (cistocele) (Fig. 2) e, raramente, l'uretra (uretrocele);
- il prolasso del comparto medio, comprendente, il più delle volte, l'utero (isterocele), il solo collo dell'utero (trachelocele) o il fondo vaginale in una paziente isterectomizzata;
- il prolasso del comparto posteriore, comprendente il retto (rettocele) (Fig. 3), lo sfondato del Douglas (elitrocele) o l'intestino tenue (enterocele).

■ Fattori di rischio di prolasso

Fattori congeniti

I fattori di rischio congeniti comprendono le anomalie del tessuto connettivo^[4] con alterazione del collagene, in particolare nel caso di sindrome di Marfan o di Ehlers-Danlos^[5,6]. Le denervazioni e le patologie muscolari possono essere primitive, specialmente in caso di storia familiare di prolasso^[7,8].

Fattori ostetrici

Le lesioni muscolari e le denervazioni possono essere secondarie a un trauma ostetrico. Infatti, il parto per via vaginale è uno dei principali fattori di rischio di prolasso per alterazione dei sistemi di sostegno muscoloaponeurotici degli organi pelvici (stiramento o strappo muscolare) e per denervazione del pavimento pelvico^[9,10]. Gli ulteriori fattori di rischio "ostetrici" di prolasso comprendono la gravidanza stessa^[5], la multiparità, il parto per via vaginale^[10,11], l'uso del forcipe^[10] e l'elevato peso del neonato^[12]. Le pazienti che in altezza misurano meno di 160 cm dopo aver dato alla luce un figlio di più di 4000 g hanno un doppio rischio di sviluppare un prolasso (24,2% contro 13,4%)^[12]. Al contrario, le pazienti che hanno partorito tramite cesareo hanno meno rischio di prolasso^[13].

Fattori legati all'età

Il rischio di prolasso aumenta a partire dai 55 anni. La menopausa provoca modificazioni dei genitali attraverso la diminuzione dei livelli di collagene, il rilassamento muscolare e dei legamenti così come l'involutione della vagina legata alla carenza estrogenica^[14].

Fattori generali

La tosse cronica^[15] e la stipsi cronica^[16] esercitano una pressione dell'addome sulla pelvi e favoriscono la comparsa del prolasso. L'obesità è un fattore di rischio riconosciuto per l'incontinenza urinaria, l'incontinenza anale e il prolasso^[17]. La riduzione del peso riduce significativamente il rischio di incontinenza urinaria; tuttavia, la perdita di peso non risolve il prolasso associato^[18].

Tra i tipi di trattamento chirurgico, un'isterectomia favorisce lo sviluppo di prolasso con un rischio del 5% 15 anni dopo l'intervento^[19]. Allo stesso modo, la resezione di un voluminoso fibroma uterino che mantiene l'utero in posizione può secondariamente rivelare un prolasso.

“ Punto importante

Fattori di rischio per il prolasso da ricercare durante l'anamnesi

- Età, peso, altezza
- Storia familiare di prolasso
- Storia familiare di anomalie del tessuto connettivo
- Anamnesi chirurgica personale di miomectomia o isterectomia
- Menopausa: data di inizio, trattamento con terapia ormonale sostitutiva
- Numero di parti precedenti
- Peso alla nascita di ciascun neonato
- Tipo di parto
- Estrazione del neonato attraverso l'uso di strumenti
- Tosse cronica
- Stipsi cronica

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464988>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464988>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)