

Trattamento chirurgico del prolasso genitourinario tramite doppia promontofissazione laparoscopica

V. Phé, E. Chartier-Kastler, P. Zimmern

Il trattamento del prolasso genitourinario per via addominale, detto “promontofissazione” anteriore e posteriore, ha mostrato, da lungo tempo, eccellenti risultati anatomici a lungo termine. La laparoscopia ha ridotto la morbilità postoperatoria e migliorato la qualità della dissecazione posteriore. L’assistenza robotica si associa, oggi, alla visione in tre dimensioni (3D) con una magnificazione dell’immagine molto importante. Dopo una descrizione delle due tecniche laparoscopiche con o senza l’utilizzo del robot (Da Vinci®, quattro braccia), l’obiettivo di questo articolo è quello di esaminare i risultati in termini di complicanze postoperatorie e di risultati anatomici. La promontofissazione laparoscopica è una tecnica fattibile con un tasso accettabile di complicanze. L’aiuto della robotica è promettente. Tuttavia, dovrebbe essere condotto uno studio randomizzato per confrontare laparoscopia e robotica, al fine di confrontare i risultati di entrambe le tecniche.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Prolasso genitourinario; Promontofissazione; Laparoscopia; Robotica; Complicanze; Protesi

Struttura dell’articolo

■ Introduzione	1
■ Problemi preoperatori	1
Cura dell’incontinenza urinaria concomitante	1
Isterectomia totale/subtotale	2
Trattamento del rettocele distale	2
Informazione e consenso della paziente	2
■ Tecniche operatorie	2
Preparazione preoperatoria	2
Promontofissazione laparoscopica convenzionale	2
Promontofissazione laparoscopica robotassistita	4
Gestione postoperatoria	4
Particolarità tecniche	5
■ Complicanze	6
Complicanze intra e perioperatorie	6
Complicanze postoperatorie precoci	6
■ Learning curve	6
■ Risultati	10
Risultati anatomici	10
Confronto delle tecniche laparoscopiche, con o senza robot	10
■ Conclusioni	10

■ Introduzione

Il prolasso genitourinario è una malattia comune nelle donne. Effettivamente, il 19 % delle donne della popolazione generale è costretta a sottoporsi a un intervento chirurgico per prolasso ^[1]. Esistono molte tecniche chirurgiche per correggere un prolasso

genitourinario, dalla chirurgia vaginale con o senza interposizione di tessuto sintetico alla chirurgia per via addominale, aperta o laparoscopica, fino alla più recente chirurgia robot-assistita. L’intervento di riferimento è la sacrocolpopessia in laparotomia, che ha un alto tasso di successo a lungo termine, tra il 78% e il 100 % ^[2,3]. Il suo principale svantaggio è la morbilità rispetto alla chirurgia vaginale, a causa delle dimensioni dell’incisione necessaria per completare la procedura e a dei rischi connessi alla laparotomia. La laparoscopia offre una soluzione interessante ed esteticamente soddisfacente, ora potenziata dall’utilizzo del robot Da Vinci®. Quest’ultimo fornisce una maggiore area di lavoro e una magnificazione maggiore in tre dimensioni (3D), con la possibilità di effettuare isolamento e sezione dei vasi, direttamente all’interno del corpo. Le tecniche robotiche di sacrocolpopessia sono ancora allo stato embrionale, con poche serie di pazienti riportate in letteratura dal 2006 e che includono poche pazienti, con un follow-up breve (meno di un anno) o medio (meno di tre anni) ^[4,5].

Questa revisione è centrata sull’uso della laparoscopia nel trattamento del prolasso, con una parte tecnica e illustrata da filmati, che include il nostro approccio robotico, seguita da una breve rassegna dei risultati attuali per identificare il suo ruolo futuro nel trattamento del prolasso degli organi pelvici nelle donne.

■ Problemi preoperatori

Cura dell’incontinenza urinaria concomitante

La cura chirurgica dell’incontinenza urinaria (UI) non viene eseguita di routine. In caso di UI reale o smascherata in seguito alla riduzione del prolasso, è consigliato un trattamento chirurgico per l’incontinenza, associato a quello del prolasso. In questo

caso, risultano essere indispensabili una valutazione preoperatoria urodinamica [6] e una colposospensione laparoscopica o, attualmente, viene posizionata una bandelletta sottouretrale (per via vaginale) per la promontofissazione. Tuttavia, alcuni autori raccomandano di prendere in considerazione il problema del trattamento della UI da sforzo, tre mesi dopo quello del prolasso.

Isterectomia totale/subtotale

Non ci sono dati in letteratura che raccomandano la realizzazione di un'isterectomia nel trattamento del prolasso [7]. Tuttavia, l'isterectomia può essere eseguita nei casi di patologia benigna uterina associata (fibromi) o per prevenire la comparsa di una patologia maligna. A volte, il volume uterino è un fattore di rischio per l'incidenza di isteroptosi postoperatoria. Per alcuni, la preservazione della cervice è importante perché rappresenta un elemento di sostegno e impedisce l'apertura vaginale, fonte di contaminazione batterica della protesi. Il rischio di erosione e di infezione della protesi in caso di isterectomia è basso [8,9]. I risultati anatomici e funzionali delle vie urinarie, sessuali e digestivi, sono paragonabili, nelle pazienti sottoposte a promontofissazione in laparotomia, associata o meno a isterectomia totale o meno [10].

Trattamento del rettocele distale

Non ci sono dati in letteratura che consigliano il trattamento sistematico di un rettocele distale. Esso può essere all'origine di una dischizia anorettale residua. La paziente deve essere informata, allo stesso tempo, di una possibile persistenza di un'incontinenza vulvare o vaginale, che potrebbe alterare la qualità della vita sessuale. Questo trattamento viene effettuato, quindi, solo nelle pazienti molto motivate.

Informazione e consenso della paziente

L'informazione della paziente prima del prolasso è essenziale. Bisogna, infatti, ricordare che si tratta di una chirurgia, la cui indicazione è essenzialmente funzionale. La paziente deve essere informata dei benefici dell'intervento, ma anche dei risultati funzionali attesi dall'impianto di una protesi sintetica e delle possibili complicanze.



Tecniche operatorie

Preparazione preoperatoria

La preparazione preoperatoria è rigorosa e comprende un lavaggio di tutto il corpo e ginecologico con betadine (in assenza di allergie) il giorno prima dell'intervento. La profilassi antibiotica viene eseguita in sala operatoria secondo i protocolli vigenti e secondo il parere del comitato locale per la lotta contro le infezioni nosocomiali (CLLIN).

Promontofissazione laparoscopica convenzionale

La Tabella 1 riassume i principali tempi operatori della promontofissazione laparoscopica. Questa tecnica è stata ben descritta in precedenza da Mandron e Bryckaert [11].

Posizionamento della paziente

La paziente viene posta supina, in posizione ginecologica. Il perineo è posizionato a contatto con il tavolo operatorio per facilitare la mobilitazione della valva vaginale. Entrambe le braccia sono posizionate lungo il corpo. La paziente viene posizionata su cuscini di gel spessi, per lunghi interventi, per proteggere i punti di compressione. La colonna video è posizionata tra le gambe. L'aiuto e il chirurgo hanno ciascuno una tasca per strumenti, fissata sulla gamba. La paziente viene cateterizzata sterilmente. Appena addormentata, la paziente viene posizionata in Trendelenburg marcata (30 gradi)(Fig. 1). In questo modo, l'intestino

Tabella 1.

Principali tempi operatori della promontofissazione laparoscopica.

Laparoscopia	
<i>Insufflazione</i>	
Installazione	4 trocar
Esposizione	Fissazione uterina Fissazione del sigma Esposizione dello sfondato di Douglas
<i>Tempi posteriori</i>	
Approccio al promontorio	
Dissecazione posteriore	Incisione del peritoneo parietale posteriore e apertura dello sfondato di Douglas Dissecazione interrettrovaginale (valva posizionata nella vagina) Dissecazione del piano perineale
Poizionamento della protesi posteriore	Fissazione della protesi posteriore sui muscoli elevatori dell'ano (levator ani) Fissazione dei legamenti sacrouterini Avvicinamento dei legamenti sacrouterini e chiusura dello sfondato di Douglas
<i>Tempo anteriore</i>	
	Creazione di fenestrature peritoneali nel legamento largo Dissecazione intervescivaginale Fissazione della protesi anteriore
<i>Promontofissazione e peritoneizzazione</i>	
	Fissazione al promontorio e regolazione della tensione senza ipercorrezione delle bandellette Peritoneizzazione posteriore e anteriore
<i>Estrazione dei trocar, essufflazione, chiusura</i>	

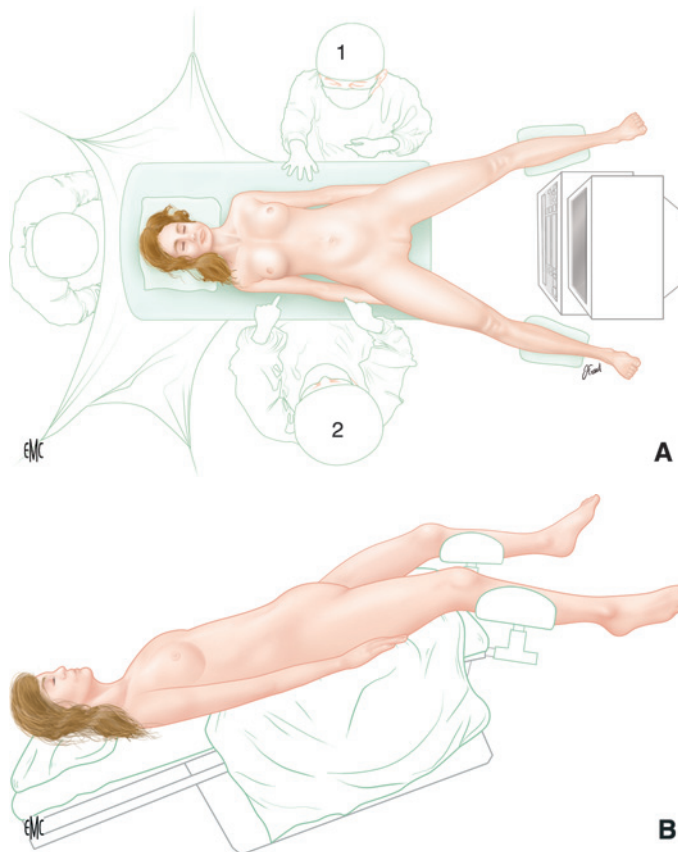


Figura 1.

A. Laparoscopia. 1. Operatore; 2. aiuto.

B. Installazione della paziente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284557>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284557>

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