



Un confronto tra isterectomia addominale e vaginale per uteri di grandi dimensioni

O.H. HARMANLI, C.K. GENTZLER, S. BYUN, V. DANDOLU, M.H.T. GRODY

A COMPARISON OF ABDOMINAL AND VAGINAL HYSTERECTOMY FOR THE LARGE UTERUS

O.H. Harmanli, C.K. Gentzler, S. Byun, V. Dandolu, M.H.T. Grody

Department of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Sciences
Temple University School of Medicine
Philadelphia, PA 19140, USA

Int. J. of Gynecol. & Obstet., 87: 19-23, 2004

0020-7292/front matter:

© 2004 International Federation of Gynecology and Obstetrics

1. Introduzione

Nonostante la recente introduzione di approcci minimamente invasivi per le varie patologie uterine non-neoplastiche, l'isterectomia è ancora la procedura ginecologica maggiore eseguita più frequentemente [1]. La maggior parte delle isterectomie sono praticate per via addominale [1, 2]. Oltre alla mancanza di rilasciamento pelvico, a una storia di precedenti interventi sulla pelvi e alla nulliparità, anche un utero di grandi dimensioni è spesso considerato un ostacolo all'approccio vaginale [3]. Nuove evidenze contestano questo "buon senso convenzionale" [4-11], poiché importanti dati indicano che l'isterectomia vaginale è sicura anche nelle donne con un utero voluminoso, quando venga eseguita da ginecologi esperti. Vi sono studi che hanno confrontato gli esiti dell'isterectomia vaginale in donne con utero grande e piccolo [4-8], ma non in soggetti sottoposti ad isterectomie addominali o vaginali. Nel presente studio abbiamo confrontato gli esiti perioperatori delle isterectomie addominale e vaginale in donne con utero di grandi dimensioni.

2. Materiali e metodi

In uno studio di coorte retrospettivo, abbiamo riesaminato le cartelle cliniche di donne con un utero del peso di almeno 250 g, sottoposte ad isterectomia addominale o vaginale semplice presso il Temple University Hospital tra il marzo 1990 e il settembre 2000, per le seguenti indicazioni: leiomiomi uterini, iperplasia dell'endometrio, adenomiosi, metrorragie disfunzionali, displasia cervicale, dolore pelvico, o carcinomi cervicali e/o endometriali in stadio iniziale. Sono state invece escluse le isterectomie praticate per altre neoplasie pelviche o insieme con un altro intervento di chirurgia pelvica o addominale maggiore quali colpopessi sacrale, fissazione del legamento sacrospinoso, uretropessi retropubica, colpo-perineorrafia e operazioni sull'intestino. L'annessiectomia non è stata considerata criterio di esclusione.

Il Temple University Hospital è un ospedale di insegnamento situato nel centro storico della città, con un'ampia base di pazienti indigenti, nel quale la chirurgia vaginale viene praticata routinariamente. Le isterectomie vaginali per patologie non-neoplastiche incidono per circa il 55% sul totale delle isterectomie.

Uno specialista ginecologo e il gruppo degli specializzandi eseguono tutti gli interventi e sono responsabili delle cure postoperatorie.

Prima dell'intervento, a tutte le pazienti vengono somministrati antibiotici a scelta del medico curante e applicate calze antitrombosi e/o calze per la compressione sequenziale. Il trattamento del dolore postoperatorio consiste nella analgesia controllata dalla paziente in prima giornata, e in analgesici oppiacei e farmaci anti-infiammatori non-steroidi (FANS) per via orale in seguito, se necessario.

Alle pazienti non viene consentito di alimentarsi fin quando non venga riferito il passaggio di gas e/o l'esame obiettivo dell'addome non fornisca reperti normali.

La somministrazione endovenosa di antibiotici viene iniziata quando due misurazioni orali della temperatura, eseguite a distanza di 6 ore l'una dall'altra, forniscono valori $\leq 38^\circ\text{C}$ dopo le prime 24 ore, a meno che i medici curanti non sospettino una infezione sulla base di altri reperti. Il trattamento antibiotico viene interrotto quanto la temperatura rimane $< 38^\circ\text{C}$ per oltre 24 ore. All'atto della dimissione dall'ospedale, ad alcune pazienti viene prescritta una combinazione di antibiotici per via orale, a discrezione del medico curante.

Sono state registrate le caratteristiche delle pazienti, quali età, parità e indicazione chirurgica, e le concomitanti procedure chirurgiche. Abbiamo anche confrontato i rischi di complicanze perioperatorie e altre importanti misure di esito quali la variazione della concentrazione di emoglobina nelle 24 ore suc-

cessive all'intervento, la durata di quest'ultimo, la lunghezza del periodo di degenza postoperatoria, e l'incidenza di nuovi ricoveri.

Veniva definita morbosità febbrile postoperatoria la presenza di 2 o più valori della temperatura $\geq 38^\circ\text{C}$, misurati a distanza di almeno 6 ore l'uno dall'altro, dopo le prime 24 ore successive all'intervento. Se non altrimenti specificato, la morbosità febbrile postoperatoria veniva considerata come dovuta a una cellulite del manicotto vaginale.

Per le variabili nominali sono stati impiegati i test del χ^2 o esatto di Fisher, a seconda della frequenza. Per le variabili continue sono stati usati l'analisi della varianza e il test di Bonferroni per i confronti post hoc. L'analisi multivariata di regressione logistica è stata utilizzata per il controllo delle variabili significative.

3. Risultati

Durante questo periodo, su 288 isterectomie, 88 (30,6%) sono state eseguite per via vaginale, e le rimanenti 200 (69,4%) per via addominale. I gruppi erano appaiati per età, parità e indicazione chirurgica (Tabelle 1 e 2). Il peso medio dell'utero [\pm deviazione standard (DS)] ($737,4 \pm 637,8$ vs $500,9 \pm 277,4$ g) e la percentuale di donne sottoposte anche ad annessiectomia (33,5% vs 21,6%) erano significativamente maggiori nel gruppo trattato per via addominale che in

TABELLA 1 - CARATTERISTICHE DELLE PAZIENTI			
Caratteristiche delle pazienti	Isterectomia vaginale (n = 88)	Isterectomia addominale (n = 200)	P*
Età media \pm DS, range (anni)	44,0 \pm 4,7 (33-53)	44,1 \pm 6,2 (24-65)	NS
Parità media \pm DS, range	2,4 \pm 1,3 (0-6)	2,3 \pm 1,5 (0-6)	NS
Peso medio dell'utero \pm DS, range (g)	500,9 \pm 277,4 (250-1.768)	737,4 \pm 637,8 (250-5.650)	
0,0006			
Annessiectomia, no. (%)	19 (21,6)	67 (33,5)	0,049
NS: non significativo. (* P<0,05 è considerato significativo.)			

TABELLA 2 - INDICAZIONE CHIRURGICA PRIMARIA DELLA ISTERECTOMIA ^a			
Indicazione primaria	Isterectomia vaginale (n = 88)	Isterectomia addominale (n = 200)	P*
Fibromi uterini	84 (95,5)	188 (94,0)	NS
Menometrorragia	3 (3,4)	6 (3,0)	NS
Dolore pelvico, endometriosi o adenomiosi	1 (1,1)	5 (2,5)	NS
Altro ^b	0	1 (0,5)	NS
NS: non significativo. (^a) I valori sono espressi come numero (percentuale), a meno che sia altrimenti indicato. (^b) Include displasia o cancro della cervice uterina, iperplasia o cancro dell'endometrio, e prolasso uterino. (* P<0,05 è considerato significativo.)			

TABELLA 3 - COMPLICANZE PERIOPERATORIE^a

Complicanza	Isterectomia vaginale (n = 88)	Isterectomia addominale (n = 200)	P*
Morbosità febbrile postoperatoria	18 (20,5)	28 (14)	NS
Emorragia con necessità di trasfusione	8 (9,2)	23 (11,5)	NS
Lesione ureterale	1 (1,1)	1 (0,5)	NS
Lesione vescicale	1 (1,1)	3 (1,5)	NS
Tromboembolia venosa	0	0	NS
Ileo	1 (1,1)	21 (10,5)	0,006
Ematoma	2 (2,3)	5 (2,5)	NS
Infezione delle vie urinarie	5 (5,4)	13 (6,5)	NS
Nuovo ricovero in ospedale	3 (3,4)	6 (3,0)	NS

NS: non significativo.

([†]) I valori sono espressi come numero (percentuale), a meno che sia altrimenti indicato.

(*) P<0,05 è considerato significativo.

quello trattato per via vaginale (Tab. 1). Di tutte le complicanze perioperatorie, soltanto il rischio di ileo era significativamente più alto nelle donne sottoposte a isterectomia per via addominale [odds ratio (OR), 2,42; intervallo di confidenza al 95% (IC 95%), 1,08-5,43] (Tab. 3). Inoltre, le donne restavano in ospedale per un tempo significativamente più lungo dopo una isterectomia addominale ($1,9 \pm 0,9$ vs $3,7 \pm 1,3$; $P<0,05$) (Tab. 4). Nonostante una significativa diminuzione postoperatoria della concentrazione di emoglobina, la necessità di trasfusioni di sangue non è risultata aumentata nel gruppo della isterectomia vaginale. La durata dell'intervento non era maggiore con l'approccio vaginale (Tab. 4; $P<0,05$).

Dopo controllo per il peso dell'utero, le differenze tra i gruppi per quanto riguarda rischio di ileo, lunghezza della degenza in ospedale, durata dell'intervento, e variazione perioperatoria della concentrazione di emoglobina rimanevano ancora significative.

4. Discussione

È obiettivo di qualsiasi chirurgo adottare le tecniche operatorie meno invasive, più rapide, meno com-

plicate, e che richiedono la più breve degenza in ospedale al costo più basso. Malgrado soddisfatti chiaramente questo obiettivo, negli Stati Uniti l'approccio vaginale è impiegato soltanto nel 20-25% delle donne che si sottopongono a isterectomia [3, 4, 8-13], forse perché i chirurghi ginecologi non si sentono adeguatamente addestrati. Ancora, Varma et al. [14] hanno dimostrato che con uno "sforzo voluto", "un ginecologo pratico medico" potrebbe aumentare la frequenza delle sue isterectomie vaginali dal 32% al 95% in 5 anni, senza un aumento di complicanze.

Non c'è dubbio che le pazienti non sceglierebbero la via addominale se questa fosse loro presentata insieme con una alternativa che elimina le complicanze della ferita all'addome e che non lascia cicatrici visibili. La bassa frequenza di isterectomie vaginali negli Stati Uniti è dovuta principalmente alla limitata esposizione dei tirocinanti quale risultato della limitata esperienza di chi dovrebbe addestrarli. Purtroppo, a causa della scarsità di abili maestri di chirurgia vaginale, l'ACOG (*American College of Obstetrics and Gynecology*) ha optato per un atteggiamento cauto, raccomandando di non eseguire l'isterectomia vaginale in donne con dimensioni dell'utero superiori a quelle dell'organo alla 12^a settimana di gestazione, e ciò in

TABELLA 4 - ALTRE MISURE PERIOPERATORIE DI ESITO

Misura di esito	Isterectomia vaginale (n = 88)	Isterectomia addominale (n = 200)	P*
Tempo operatorio medio \pm DS, range (min)	114,3 \pm 46,3 (45-300)	137,4 \pm 69,8 (30-510)	NS
Variazione dell'emoglobina \pm DS, range (g/dL)	1,9 \pm 1,2 (0,2-6,5)	1,6 \pm 1,4 (0,3-6,5)	0,03
Lunghezza della degenza \pm DS, range (giorni)	1,9 \pm 0,9 (1-5)	3,7 \pm 1,3 (2-8)	<0,0001

NS: non significativo.

(*) P<0,05 è considerato significativo.

contrasto con le crescenti evidenze in favore della utilizzazione, in questo gruppo, della via vaginale [9-11].

In un trial randomizzato, Benassi et al. hanno recentemente confrontato gli esiti delle due metodiche in donne con un peso dell'utero \leq 200 g, rilevando che l'incidenza di complicanze non era significativamente differente, con la sola eccezione della febbre postoperatoria, più frequente dopo le procedure addominali [10]. In un altro studio condotto a Taiwan, donne con un utero del peso di 450 g o più sono state randomizzate alle tecniche vaginale, vaginale assistita laparoscopicamente, e addominale, e il gruppo dell'isterectomia vaginale aveva una incidenza di complicanze significativamente minore [11]. I nostri risultati confermano che nelle donne con utero del peso di 250 o più grammi l'isterectomia vaginale costituisce una alternativa sicura all'approccio addominale. Noi abbiamo osservato incidenze di complicanze simili a quelle di questi studi, con la sola differenza che in nessun braccio del trial di Benassi [10] si sono verificati casi di ileo, mentre nel nostro studio questo era più frequente nel gruppo della isterectomia addominale.

Il nostro studio indica che nelle donne con un peso dell'utero \leq 250g, la durata dell'intervento non è più breve quando si esegue una isterectomia addominale, e quest'ultimo approccio prolunga anzi la degenza in ospedale, e ciò è in accordo con quanto già rilevato in precedenza [9-11]. Per quanto riguarda il rapporto costo/efficacia pratica, le dimensioni aumentate dell'utero non vanno quindi viste come un ostacolo alla utilizzazione della via vaginale [13].

Pur avendo confrontato i gruppi per qualsiasi potenziale fattore confondente senza trovare notevoli differenze, il nostro studio è tuttavia limitato dalla sua natura retrospettiva. Le procedure erano state eseguite da chirurghi differenti per differenti indicazioni e con differenti bias. È possibile che le donne a più alto

rischio venissero preselezionate per l'isterectomia addominale. Anche noi ci rammarichiamo di non avere avuto l'opportunità di documentare le complicanze delle ferite, in quanto abbiamo limitato la nostra revisione delle cartelle cliniche a quelle delle pazienti ricoverate.

Poiché Kovac [13] indica che negli Stati Uniti l'80% di tutte le isterectomie eseguite riguardano uteri di peso $<$ 280 g, l'aumento della frequenza delle isterectomie vaginali nei casi di uteri di notevoli dimensioni non dovrebbe quindi avere, in questo Paese, grande influenza sulla frequenza totale di questo tipo di isterectomie. Tuttavia, i ginecologi che hanno capacità in fatto di morcellazione è più probabile che praticino isterectomie vaginali per uteri di qualsiasi grandezza. Noi riteniamo che l'aumentato livello di comfort reso possibile da una appropriata strumentazione e dal corretto posizionamento della paziente al fine di migliorare l'esposizione del campo operatorio, sia essenziale per il successo dell'isterectomia vaginale. È più facile che questo livello di comfort possa essere raggiunto se il chirurgo sarà in grado di eseguire isterectomie vaginali nel caso di uteri di grandi dimensioni.

Questo studio fornisce ulteriori prove a supporto dell'isterectomia vaginale in casi di uteri di grandi dimensioni. Tuttavia, i chirurghi vaginali all'avanguardia si trovano a volte a doversi confrontare con le raccomandazioni dell'ACOG, che sono contrarie all'isterectomia vaginale in caso di uteri voluminosi. Noi pensiamo che sia ormai tempo che l'ACOG aggiorni le proprie raccomandazioni, portando maggiore flessibilità ai propri criteri per l'isterectomia vaginale, e incoraggiando i chirurghi vaginali più validi a trasmettere la loro abilità alle generazioni più giovani e a migliorare la frequenza della isterectomia vaginale, indipendentemente dalle dimensioni dell'utero.

Bibliografia

1. FARQUHAR C.M., STEINER C.A.: Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol.*, 2002; 99: 229-34.
2. WILCOX L.S., KOONIN L.M., POKRAS R., STRAUSS L.T., XIA Z., PETERSON H.B.: *Hysterectomy in the United States 1988-1990*. *Obstet. Gynecol.*, 1994; 83: 549-55.
3. PRECIS I.V.: *An Update in Obstetrics and Gynecology*. Washington DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 1989 (CD-Rom).
4. MAGOS A., BOURNAS N.O., SINHA R., RICHARDSON R.E., O'CONNOR H.: *Vaginal hysterectomy for the large uterus*. *Br. J. Obstet. Gynecol.*, 1996; 103: 246-51.
5. MAZDISNIAN F., KURZEL R.B., COE S., BOSUK M., MONTZ M.: *Vaginal hysterectomy by uterine morcellation: an efficient, non-morbid procedure*. *Obstet. Gynecol.*, 1995; 86: 60-4.
6. KAMMERER-DOAK D., MAO J.: *Vaginal hysterectomy with and without morcellation: the University of New Mexico Hospital's experience*. *Obstet. Gynecol.*, 1996; 88: 560-3.
7. UNGER J.B.: *Vaginal hysterectomy for the woman with moderately enlarged uterus weighing 200 to 700 grams*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1999; 180: 1337-44.
8. DEVAL B., RAFII A., SORIANO D., SAMAIN E., LEVARDON M., DARAI E.: *Morbidity of vaginal hysterectomy for benign tumors as a function of uterine weight*. *J. Reprod. Med.*, 2003; 48: 435-40.
9. HOFFMAN M.S., DE CESARE S., KALTER C.: *Abdominal hysterectomy versus transvaginal morcellation for the removal of enlarged uteri*. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1994; 171: 309-13.

Un confronto tra isterectomia addominale e vaginale per uteri di grandi dimensioni

10. BENASSI L., ROSSI T., KAIHURA C.T., RICCI L., BEDOCCHI L., GALANTI B., VADORA E.: *Abdominal or vaginal hysterectomy for enlarged uteri: a randomized clinical trial*. Am. J. Obstet. Gynecol., 2002; 187: 1561-5.
 11. HWANG J.L., SEOW K.M., TSAI Y.L., HUANG L.W., HSIEH B.C., LEE C.: *Comparative study of vaginal, laparoscopically assisted vaginal and abdominal hysterectomies for uterine myoma larger than 6 cm in diameter or uterus weighing at least 450 g: a prospective randomized study*. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 2002; 81: 1132-8.
 12. DICKER R.C., GREENSPAN J.R., STRAUSS L.T. et al.: *Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States: the Collaborative Review of Sterilization*. Am J Obstet. Gynecol., 1982;144:841-8..
 13. KOVAC S.R.: *Hysterectomy outcomes in patients with similar indications*. Obstet. Gynecol., 2000; 95: 787-93.
 14. VARMA R., TAHSEEN S., LOKUGAMAGE A.U., KUNDE D.: *Vaginal route as the norm when planning hysterectomy for benign conditions: change in practice*. Obstet. Gynecol., 2001; 97: 613-6.
-