

Colpoisterectomia con colpocleisi per prolasso utero-vaginale completo nelle donne di età > 65 anni

G. LO DICO, P. FASULLO, A.M. LUCIDO, T. DOVERI

RIASSUNTO: Colpoisterectomia con colpocleisi per prolasso utero-vaginale completo nelle donne di età > 65 anni

G. LO DICO, P. FASULLO, A.M. LUCIDO, T. DOVERI

Obiettivo: riportare l'outcome obiettivo e soggettivo a lungo termine dopo colpoisterectomia con colpocleisi nelle donne avanti negli anni.

Materiali e metodo: abbiamo condotto uno studio retrospettivo su 32 pazienti di età > 65 anni. Le caratteristiche delle pazienti, i dati dell'intervento e l'outcome obiettivo sono stati ottenuti dalla consultazione ambulatoriale delle cartelle cliniche delle pazienti. I dati soggettivi sono stati ottenuti mediante intervista telefonica standardizzata.

Risultati: 32 pazienti di età compresa tra i 65 e gli 85 anni con prolasso utero-vaginale di 3° grado, durante un tempo di 6 anni, sono state trattate con colpoisterectomia, colpocleisi, duplicatura sub-uretrale, accostamento alto degli elevatori, colporrafia anteriore e posteriore. La durata media dell'intervento è stata di 83 min. (range 55-130 min), il decremento medio dell'Hb è stato di 2,1 mg/dl (range 0,5-2,8 mg/dl) e la degenza media ospedaliera di 8,3 giorni (range 6-16 giorni). La recidiva del prolasso è stata osservata in 2 casi, i sintomi di incontinenza da sforzo persistono in 2 casi e si ripresentano in altri 2 casi. Non sono state osservate complicanze intraoperatorie, invece è stata osservata una complicanza postoperatoria (ematoma pelvico). Il follow-up va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 5 anni. All'intervista telefonica 18 pazienti si sono dichiarate molto soddisfatte, 10 soddisfatte e 4 insoddisfatte.

Conclusioni: la colpoisterectomia con colpocleisi offre un trattamento efficace nel trattamento del prolasso utero-vaginale completo nelle donne avanti negli anni.

SUMMARY: Colpohysterectomy with colpocleisis for complete utero-vaginal prolapse in elderly women.

G. LO DICO, P. FASULLO, A.M. LUCIDO, T. DOVERI

Objective: to report an objective and subjective long-term outcome after colpohysterectomy with colpocleisis in elderly patients.

Material and method: we conducted a retrospective study in 32 patients over 65 years of age. Patient's characteristics, surgical data and the objective outcome were obtained from the patient's clinical records. Subjective outcome were obtained from a standardised telephone interview.

Results: 32 subjects aged between 65 and 82 years with complete utero-vaginal prolapse, were treated by colpohysterectomy, colpocleisis, sub-urethral duplication, high elevator plication, anterior and posterior colporrhaphy. The average operating time was 83 mins (range 55-130 mins), average haemoglobin decrease was 2,1 mg/dl (range 0,5-2,8 mg/dl). The average hospital stay was 8,3 days (range 6-16 days). The presence of prolapse was observed in two patients. The symptoms of stress incontinence persisted in two cases and appeared for the first time in two cases. No intraoperative complications occurred, instead postoperative complications occurred in 1 case (pelvic haematoma). The follow-up time ran between 6 months and 60 months. By telephone interview, 18 patients reported to be very satisfied, 10 patients reported just satisfied, and 4 patients not satisfied.

Conclusion: colpohysterectomy with colpocleisis seems to be an effective treatment for complete utero-vaginal prolapse in elderly women.

KEY WORDS: Donne avanti negli anni - Prolasso utero-vaginale - Colpoisterectomia e colpocleisi.
Elderly women - Prolapse utero-vaginal - Colpohysterectomy with colpocleisis.

Introduzione

L'aumento dell'età media della vita ha determinato un aumento del numero delle donne che presentano un prolasso utero-vaginale completo. La protrusione del viscere uterino può determinare una riduzione significativa dell'attività fisica e grave disagio nella vita

di relazione. L'uso del pessario può essere indicato nelle donne in cui l'intervento è controindicato o rifiutato, mentre l'intervento chirurgico è indicato quando il trattamento conservativo è fallito ed il massivo prolasso provoca gravi disturbi e riduce significativamente la qualità della vita (1). La colpoisterectomia con colpoceisi parziale o totale è una procedura chirurgica raccomandata per ridurre i sintomi del prolasso genitale nelle donne avanti negli anni che non hanno la necessità di preservare la funzionalità della vagina. Il primo intervento di colpoceisi, che procurava la rimozione dell'epitelio vaginale, è stato effettuato da Neugebauer nel 1877 e pubblicato da Le Fort nel 1887. Oggi è ampiamente codificato il trattamento chirurgico del prolasso vaginale e la sua efficacia è ampiamente documentata (2, 3).

Tuttavia, non è ancora completamente definita la morbilità e l'outcome a lungo termine di questa procedura chirurgica (4).

Materiali e metodo

Lo studio di tipo retrospettivo è stato condotto su 32 pazienti di età > 65 anni che non avevano esigenza di conservare la funzionalità della vagina, affette da prolasso utero-vaginale di 3° grado, ricoverate presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia dell'A.O.S.A. di Trapani dal 01/01/2001 al 31/07/2006.

La diagnosi è stata posta con la paziente in posizione litotomica e l'entità del prolasso è stata valutata durante la spinta massima della manovra di Valsalva.

I sintomi di incontinenza urinaria da sforzo sono stati considerati presenti se la paziente dichiarava di perdere le urine durante alcune attività come tossire, starnutire, compiere uno sforzo. La durata del test urodinamico e le condizioni delle pazienti non hanno permesso di eseguirlo come indagine preoperatoria. In tutte le pazienti sono state eseguite l'urino-coltura, l'esame citologico vaginale e la biopsia dell'endometrio. La terapia estrogenica locale è stata adoperata solo nelle donne con atrofia significativa, ma non è stata considerata obbligatoria prima dell'intervento. Tutte le pazienti sono state sottoposte al medesimo intervento: colpoisterectomia, duplicatura sub-uretrale, colpoceisi, accostamento alto degli elevatori, ricostruzione del cuneo perineale.

In tutte le pazienti è stata praticata profilassi anti-coagulante con eparina a basso peso molecolare e profilassi antibiotica. È stato valutato l'outcome dell'intervento a breve e a lungo termine. L'outcome dell'intervento a breve termine è stato evidenziato mediante la valutazione dei seguenti parametri: durata dell'intervento e dell'anestesia, modificazioni dei livelli di emoglobina, residuo vescicale dopo la rimozione del cate-

tere (il residuo vescicale superiore a 150 cc. è stato definito come difficoltà a svuotare la vescica), lesioni vescicali, infezioni delle vie urinarie basse.

Complicanze intra e postoperatorie:

- sono state definite complicanze intraoperatorie gli eventi avversi che si verificano durante la prima anestesia;

- complicanze postoperatorie gli eventi avversi che si verificano entro 6 settimane dall'intervento.

L'outcome dell'intervento a lungo termine è stato valutato sia mediante dati obiettivi (recidiva del prolasso, sintomi di incontinenza urinaria da sforzo), sia mediante sintomi soggettivi (compliance della paziente).

I dati obiettivi sono stati raccolti mediante la consultazione delle cartelle ambulatoriali, i dati soggettivi mediante intervista telefonica standardizzata, con la quale veniva chiesto alla paziente di esprimere la sua soddisfazione per l'intervento in: molto soddisfatta, soddisfatta, insoddisfatta. Il tempo di follow-up va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 5 anni.

Risultati

Durante i 6 anni del nostro studio sono state trattate 32 pazienti affette da prolasso utero-vaginale di 3° grado, di età compresa tra i 65 e gli 82 anni; 27 (84,4%) pazienti erano pluripare, 5 (15,6%) pazienti nullipare, con indice di massa corporea pari a 22 ± 4 . Quattordici (43,7%) pazienti presentavano i sintomi di incontinenza urinaria da sforzo, 27 (84,4%) pazienti erano ipertese, 11 (34,4%) erano diabetiche, 15 (46,9%) con sindrome varicosa agli arti inferiori. Dieci (31,2%) pazienti avevano fatto uso del pessario. Ventinove pazienti (90,6%) sono state operate in anestesia generale, 3 pari al 9,4% in anestesia regionale. La durata media dell'intervento è stata di 83 min. (range 55-130 min), il decremento medio dell'emoglobina è stato di 2,1 mg/dl (range 0,5-2,8 mg/dl), in nessun caso è stata praticata emotrasfusione. La degenza media ospedaliera postoperatoria è stata di 8,4 giorni (range 6-16 giorni). L'infezione delle basse vie urinarie è stata osservata in 4 casi (12,5%), la difficoltà allo svuotamento della vescica in 5 casi (15,6%), 1 caso (3,1%) di complicanza cardiaca (alterazione del ritmo cardiaco), 1 caso (3,1%) di complicanza postoperatoria (ematoma pelvico) (Tab. 1).

Il follow-up va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 5 anni. In 2 casi (6,2%) è stata osservata recidiva del prolasso. I sintomi da incontinenza urinaria da sforzo sono rimasti invariati in 2 pazienti (6,2%) e si sono manifestati in 2 nuovi casi (6,2%).

All'intervista telefonica 18 pazienti (56,2%) si sono dichiarate molto soddisfatte dell'intervento, 10 (31,2%) soddisfatte, 4 (12,5%) insoddisfatte (Tab. 2).

TABELLA 1 - OUTCOME OPERATORIO DELLE 32 PAZIENTI TRATTATE.

Anestesia generale	29 (90,6%)
Anestesia epidurale	3 (9,4%)
Durata media dell'intervento	83 min. (55-130 min.)
Decremento medio dell'Hb	2,1mg/dl (0,5-2,8 mg/dl)
Degenza media ospedaliera	8,3 gg (6-16 gg)
Emotrasfusioni	0
Lesioni vescicali	0
Infezione delle vie urinarie basse	4 (12,5%)
Complicanze postoperatorie	1 (3,1%)
Complicanza cardiaca	1 (3,1%)

Discussione

Nelle donne affette da prolasso utero-vaginale avanti negli anni e con patologie concomitanti sono sempre più richieste procedure chirurgiche con risultati duraturi nel tempo e con limitata morbilità, allo scopo di migliorare la loro qualità di vita.

Il pessario è stato raccomandato come primo trattamento del prolasso genitale nelle donne avanti negli anni (1).

Tuttavia il trattamento con il pessario fallisce nel 70% circa dei casi e determina frequentemente severe ulcerazioni (4).

La colpoisterectomia con colpocleisi è una tecnica ben standardizzata e con efficacia documentata; naturalmente comporta la completa oblitterazione della vagina (5).

Tuttavia, in passato, è stato evidenziato un aumento dell'incidenza di nuova incontinenza da sforzo ed enterocele quando veniva impiegata la tecnica secondo Le Fort (6,7,8). Nella nostra casistica abbiamo osservato 4 casi di incontinenza da sforzo (2 casi di persistenza e 2 casi di nuova insorgenza). La perdita ematica osservata nella nostra esperienza è stata sempre molto scarsa e facilmente controllabile, come quella riportata nelle casistiche che utilizzano la tecnica di Le Fort (9).

Al contrario, gravi emorragie acute possono insorgere durante la colpopessia sacrale e la sospensione al sacrospinoso con rischio di infarto del miocardio nelle pazienti predisposte (10).

Anche l'incidenza di tutte le altre complicanze è stata sovrapponibile a quella riportata nelle casistiche che hanno impiegato la tecnica di Le Fort e la fissazione al legamento sacrospinoso, naturalmente sempre

TABELLA 2 - OUTCOME POSTOPERATORIO DELLE 32 PAZIENTI DOPO COLPOISTERECTOMIA E COLPOCLEISI.

PATOLOGIE	SUCCESSO
Prolasso	30/32 (93,7%)
Incontinenza	28/32 (87,5%)
Molto soddisfatta	18/32 (56,2%)
Soddisfatta	10/32 (31,2%)
Insoddisfatta	4/32 (12,5%)

nelle donne avanti negli anni (10, 11). Due pazienti (6,2%) hanno presentato una recidiva del prolasso. I sintomi di incontinenza urinaria da sforzo sono rimasti presenti in 2 casi (6,2%) ed in 2 casi (6,2%) si sono manifestati dopo l'intervento. Quando i sintomi di incontinenza da stress si manifestano dopo l'intervento chirurgico, si sviluppano generalmente nel corso degli anni e non subito dopo l'intervento.

La sindrome varicosa agli arti inferiori, l'ipertensione ed il diabete, sono tutti fattori che favoriscono la morbilità cardiovascolare dopo chirurgia pelvica (12). Nella nostra casistica non sono state osservate complicanze cardiovascolari maggiori, le procedure chirurgiche che utilizzano la fissazione al legamento sacrospinoso riportano complicanze cardiovascolari che variano dal 9 al 36% (9, 10, 12).

L'incidenza delle infezioni delle vie urinarie basse è principalmente legata alla presenza delle pazienti diabetiche. La durata dell'intervento e la degenza post-chirurgica sono simili a quelle riportate in letteratura che utilizzano la tecnica di Le Fort e la fissazione al legamento sacrospinoso (7-10).

Diciotto pazienti (56,2%) si sono dichiarate all'intervista telefonica molto soddisfatte, 10 (31,2%) soddisfatte e 4 (12,5%) insoddisfatte. Questi risultati sono quasi sovrapponibili ad alcuni dati della letteratura che hanno impiegato le stesse tecniche (4). Naturalmente va sottolineato che il nostro studio presenta i limiti propri di ogni studio di tipo retrospettivo. Infine, possiamo affermare che i risultati ottenuti hanno evidenziato che la colpoisterectomia con colpocleisi totale o parziale è una procedura chirurgica con scarse complicanze intraoperatorie ed efficace nel tempo. Pertanto questa procedura dovrebbe rappresentare la prima scelta nelle pazienti affette da prolasso utero-vaginale, avanti negli anni, che spesso presentano patologie concomitanti, allo scopo di migliorare la loro qualità di vita.

Bibliografia

1. SULAK PJ, KUEL TJ, SHULL BL. *Vaginal pessaries and their use in pelvic relaxation*. J Reprod Med 1993;38:919-23.
2. DELANCEI JO, MORLEY GW. *Total colpocleisis for vaginal eversion*. Am J Obstet Gynecol 1997;176:1228-32 (discussion 1232-1235).
3. CESPEDES RD, WINTER JC, FERGUSON KH. *Colpocleisis*.

- sis for the treatment of vaginal vault prolapse.* Tech Urol 2001;7:152-60.
4. DEVAL B. *Hysterolectomy with colpocleisis for massive genital prolapse in women aged 70 years.* European Journal of Obstet Gynecol 2005;123:249-253.
 5. THOMPSON G, MURPHY C, PICOT H. *Hysterolectomy for the treatment of uterine procidencia.* Am J Obstet Gynecol 1961;82:751.
 6. GOLDMAN J, OVADIA J, FELDBERG D. *The Neugebauer-Le Fort Operation: a review of 118 partial colpocleises.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1981;12:31-5.
 7. UBACHS JMH, VAN SANTE TJ, SCHELLEKENS LA. *Partial colpocleisis by a modification of Le Fort's operation.* Obstet Gynecol 1972;42:415-20.
 8. HANSON GE, KEETTEL WC. *The Neugebauer-Le Fort Operation: a review of 288 operations.* Obstet Gynecol 1969;34:352-7.
 9. DENEHY TR, CHOE JY, GREGORI CA, BREEN JL. *Modified Le Fort partial colpocleisis with Kelly urethral plication and posterior colpoperineoplasty in the medically compromised elderly: a comparison with vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy, and posterior colpoperineoplasty.* Am J Obstet Gynecol 1995;173:1697-701 (discussion 1701-1702).
 10. NIEMINEN K, HEINONEN PK. *Sacrospinous ligament fixation for massive genital prolapse in women aged over 80 years.* Br J Obstet Gynaecol 2001;108:817-21.
 11. HANSON GE, KEETTEL WC. *The Neugebauer-Le Fort Operation: a review of 288 operations.* Obstet Gynecol 1969;34:352-7.
 12. NICHOLS DH. *Sacrospinous fixation for massive eversion of the vagina.* Am J Obstet Gynecol 1982;142:901-4.
-