

Sospensione dell'utero e della cupola vaginale prolassati all'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano (proposta di una nuova tecnica)

N. GASBARRO, V. LEANZA¹

RIASSUNTO: Sospensione dell'utero e della cupola vaginale prolassati all'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano (proposta di una nuova tecnica).

N. GASBARRO, V. LEANZA

Gli Autori propongono una nuova tecnica di sospensione dell'utero e della cupola vaginale prolassati all'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano. I risultati sembrano soddisfacenti anche se è ancora esiguo il numero di pazienti trattate.

SUMMARY: Uterine and vaginal suspension in uterovaginal prolapsed from the tendinous arch of the levator ani muscle (proposal of a new technique).

N. GASBARRO, V. LEANZA

The Authors introduce a new technique to repair uterovaginal prolapse based on the uterine and vaginal vault suspension from the tendinous arch of the levator ani muscle. Results have been satisfactory even if few cases have been reported.

KEY WORDS: Sospensione all'arco tendineo.
Suspension from the tendinous arch.

Introduzione

Il prollasso dell'utero si manifesta con un indebolimento della muscolatura e dei legamenti che sostengono l'organo che, di conseguenza, tende a scivolare verso il basso.

Per molti anni il prollasso uterino ha rappresentato una indicazione all'isterectomia ma, la recente tendenza a preservare l'utero in corso di chirurgia, ha visto l'introduzione di nuove tecniche sempre meno invasive e soprattutto non demolitive.

Negli ultimi anni, accanto alla chirurgia laparotomica e laparoscopica, sono state proposte numerose tecniche chirurgiche vaginali innovative che hanno reso possibile conservare l'utero e ridurre l'incidenza di recidive.

Tali tecniche riguardano anche la sospensione della

cupola vaginale prolassata dopo isterectomia.

La nuova tecnica che intendiamo proporre, consente la sospensione della cupola vaginale e dell'utero prolassati all'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano utilizzando la via vaginale.

Descrizione della tecnica

In caso di sospensione della cupola vaginale prolassata si pratica un'incisione vagino-perineale longitudinale di circa 1,5 cm, quindi, si scolla la parete vaginale posteriore dalla fascia di Denonvilliers e si continua lo scollamento della vagina anteriore dalla fascia di Halban.

Si completa lo scollamento della fascia di Halban dalla vagina e la duplicatura mediana della fascia per la correzione del cistocele.

Previa asportazione di tessuto esuberante si sutura longitudinalmente la parete vaginale anteriore.

Si prosegue con la sutura della parete vaginale anteriore in senso longitudinale. Si scolla la fascia di Denonvilliers dalla vagina lateralmente e bilateralmente.

Si preparano bilateralmente, per via smussa le fosse ischio-rettali e si individuano le spine ischiatiche.

P.O. "Santa Maria delle Grazie" Pozzuoli
U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia
¹ Università degli Studi di Catania
Clinica Ostetrica e Ginecologica

© Copyright 2010, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Quando l'individuazione delle stesse risulta indagine ci si avvale della manovra di Pschyrembel (1).

Si posiziona una valva vaginale subito superiormente alla spina ischiatica ed una seconda valva medialmente ed inferiormente alla prima per dislocare in basso e medialmente il retto per evitare di transfiggerlo quando si va ad apporre il punto di ancoraggio.

Per il punto di ancoraggio si utilizza il polipropilene n. 0 oppure n. 1 con ago modificato a 5/8 di cerchio per facilitare la profondità in piccoli spazi, subito davanti alla spina ischiatica da cui prende origine l'arco tendineo degli elevatori dell'ano.

In questo punto non è possibile ledere né l'arteria pudenda interna, che decorre posteriormente e medialmente al legamento sacro-spinoso (Fig. 1), né un ramo del nervo sciatico, che decorre sempre in stretti rapporti con il legamento sacro spinoso.

Sempre con lo stesso polipropilene si va ad apporre una triplice elicoide con incavigliamento sui margi-

ni laterali del moncone vaginale prolassato e si solidarizza a tale elicoide una *mesh* rettangolare di polipropilene non intrecciato a macroporosità, con lati di 1,5 e 2,5 centimetri (*surgimesh*) che al momento della sospensione va a collocarsi sull'arco tendineo favorendo la fibrosi.

Si procede quindi alla riparazione della fascia di Denonvilliers (2).

Si lega il filo di polipropilene che, con movimento a carrucola sospende la cupola vaginale alle strutture di sostegno prima descritte. Si sutura la vagina posteriore previa asportazione dei lembi esuberanti.

Si solidarizzano i muscoli bulbo-cavernosi ed i muscoli traversi superficiali per la ricostruzione del nucleo centrale fibroso del perineo che determina il ripristino dell'angolo vaginale posteriore importante nel prevenire il prollasso della cupola perché le forze intra-addominali vengono convogliate sul setto-rettovaginale e non verso lo *iatrus vaginalis*.

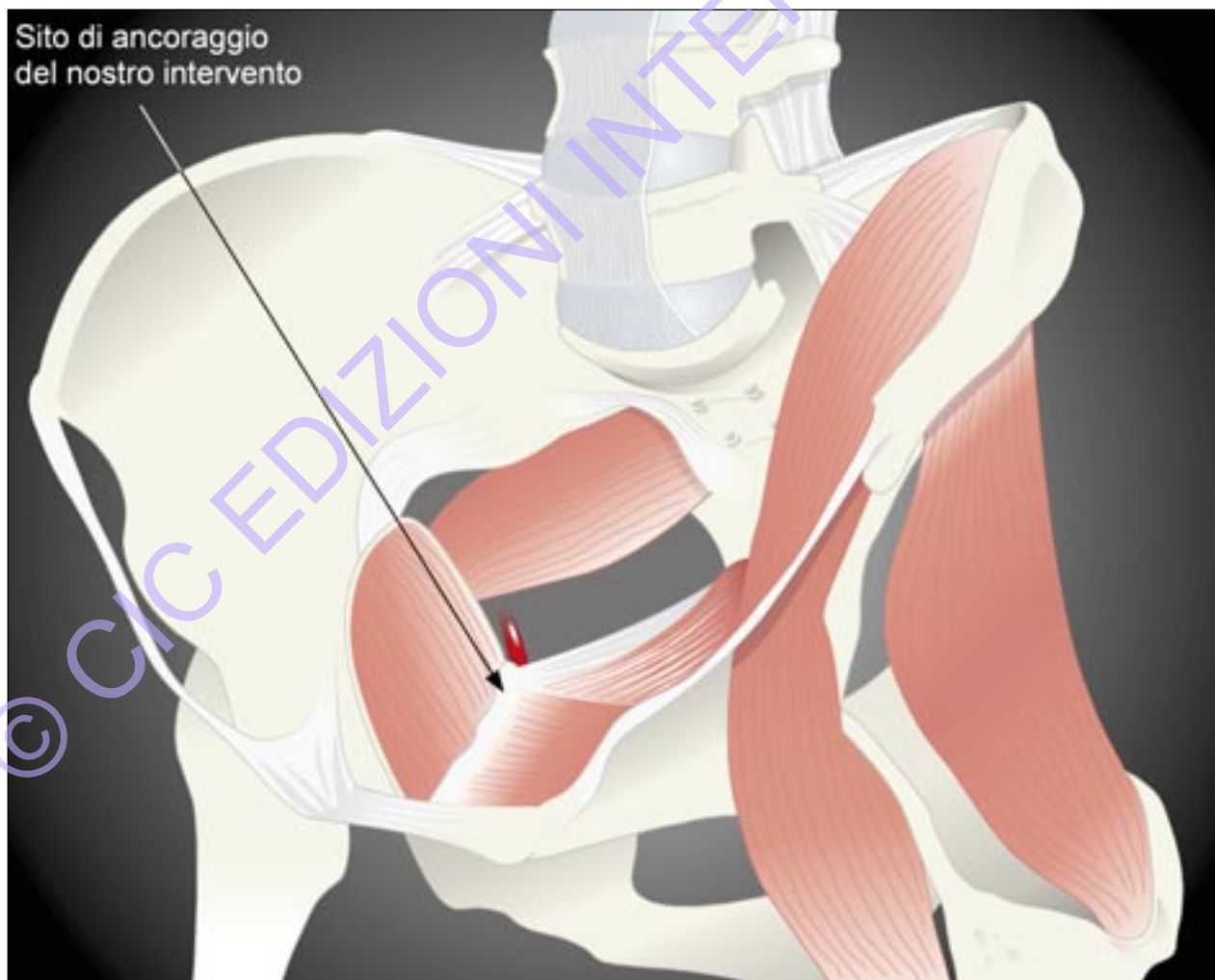


Fig. 1 - Sito di ancoraggio per la sospensione all'origine dell'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano.

Inoltre l'effetto sling dei bulbo-cavernosi determina un allungamento della vagina in quanto la parete posteriore da catete diventa ipotenusata di un ipotetico triangolo vagino-perineale.

Nel caso di sospensione di utero prolassato, la triplice elicoide di polipropilene con la mesh sempre di polipropilene viene apposta sull'origine uterina degli utero-sacrali e sulla parete vaginale anteriore e posteriore in corrispondenza dei fornicati laterali.

Materiali e metodi

In un anno sono state trattate con questa nuova tecnica 18 pazienti di cui 4 per prollasso della cupola vaginale e 14 per prollasso uterino.

Non si sono verificate complicanze vascolari, neurologiche, e non ci sono stati episodi di defecazione ostruita. Inoltre, non si sono osservate infezioni e ritenzione urinaria.

I controlli post-operatori sono stati effettuati dopo 1, 6 e 12 mesi.

Commento

La sospensione dell'utero e della cupola vaginale prolassati, all'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano rappresenta una innovativa tecnica chirurgica per via vaginale.

La nostra esperienza conferma una minore invasività rispetto alle altre tecniche chirurgiche, anche vaginali, ed una netta riduzione delle complicanze intra e post-operatorie.

L'ancoraggio per la sospensione all'origine dell'arco tendineo dei muscoli elevatori dell'ano, rispetto a quella effettuata ai legamenti sacro spinosi, è sicuramente gravata da minori complicanze sia vascolari che neuro-

logiche per l'impossibilità di provocare lesioni a livello dell'arteria pudenda interna e del nervo sciatico.

Inoltre, non determina una riduzione della possibilità di espansione dell'ampolla rettale per cui è possibile eseguirla bilateralmente.

Rispetto alla sospensione al sacro-spinoso si riduce, però, di 1-1,5 cm la profondità della sospensione (3).

Rispetto alla tecnica con posizionamento trans-gluteo di benderelle, nonostante si riduca di almeno 1 cm la profondità, la nostra tecnica risulta essere meno invasiva.

La colposacropessia laparotomica o laparoscopica non è scevra da complicanze anche gravi (4) e richiede tempi di esecuzione molto superiori agli approcci per via vaginale.

La sospensione al fascio ileo-coccigeo dei muscoli elevatori dell'ano (5) riduce ulteriormente la profondità della sospensione rispetto a tutte le altre tecniche e ne riduce anche la consistenza in quanto per l'ancoraggio, non si utilizza tessuto connettivo denso come nel caso del legamento sacrospinoso o dell'arco tendineo degli elevatori, ma tessuto muscolare.

Conclusioni

Sebbene sia stato trattato solo un piccolo numero di pazienti, i risultati hanno dimostrato soddisfacenti risultati sin dall'immediato post-operatorio.

Nonostante la convinzione che la nostra nuova tecnica è sicura ed efficace per la salvaguardia del fisiologico dinamismo del pavimento pelvico, crediamo che per la conferma di questi risultati siano comunque necessari ulteriori studi.

In conclusione, i risultati positivi ottenuti con tale tecnica ci incoraggiano nel proseguire in tale direzione.

Bibliografia

1. PSCHYREMBEL W. *Ostetricia pratica e operazioni ostetriche*. Piccin editore, 1981.
2. GASBARRO N, LUPO P, BRUSATI M, LEANZA V. *Chirurgia ginecologica meno invasiva e riparazione lesioni iatrogene*. Ed. AbbiAbbe, 2006; p. 115-126.
3. SHULL BL. *Pelvic organ prolapse: anterior, superior, and posterior vaginal segment defects*. Am J Obstet Gynecol 1999 Jul;181(1): 6-11.
4. LEANZA V, GASBARRO N. *Uroginecologia trattamento del prollasso genitale e dell'incontinenza urinaria da sforzo*. Edizioni Minerva Medica p. 61, 2008.
5. SHULL BL et al. *Bilateral attachment of the vaginal cuff to ilio-coccygeus fascia : effective method of cuff suspension*. Am J Obstet Gynecol, 1993; 168(6pt1): p 1669-74.

Norme per la pubblicazione

I lavori debbono essere inediti. La loro accettazione e pubblicazione nei singoli fascicoli è di esclusiva competenza della Direzione. I dattiloscritti, in duplice copia, vanno inviati al *Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia* - CIC - Edizioni Internazionali s.r.l. - Corso Trieste, 42 - 00198 Roma, corredati dell'indirizzo dei singoli Autori. I lavori devono pervenire in redazione redatti anche su supporto elettronico (floppy-disk, CD Rom, in programma Word per PC o Macintosh) o inviati al seguente indirizzo e-mail: difrancesco@gruppic.it, (attenzione Sig.ra Iole Di Francesco); in ogni caso le figure, ad alta risoluzione, devono essere inviate, in un file a parte, in uno dei seguenti formati: TIF, JPEG o EPS. Si raccomanda di conservare un'altra copia del lavoro, in quanto la Rivista non si ritiene responsabile dell'eventuale smarrimento dell'originale. La correzione delle bozze viene fatta dagli Autori, che sono tenuti a rinviarle alla Redazione a stretto giro di posta. Se le bozze corrette non perverranno entro 10 giorni dalla data di invio, la Redazione provvederà direttamente alla correzione.

Unitamente alle bozze di stampa verrà comunicato agli Autori l'importo relativo al contributo stampa, clichès, tabelle ed estratti. Detto importo dovrà essere versato all'atto della restituzione delle bozze accludendo assegno intestato al CIC Edizioni Internazionali. La proprietà artistica e letteraria di quanto pubblicato è riservata alla Rivista con l'atto stesso della pubblicazione e ciò viene accettato implicitamente dagli Autori. Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza l'autorizzazione scritta dell'Editore.

È obbligatoria la citazione della fonte.

Gli articoli pubblicati rispecchiano esclusivamente l'opinione degli Autori, che quindi sono responsabili del contenuto.

Struttura dei lavori

Si suggerisce di inviare lavori con testo breve e iconografia significativa. I lavori dovranno essere così presentati: titolo, iniziale del nome e cognome per esteso degli Autori, Istituto Universitario o di Ricerca od Ospedale di appartenenza, con firma del Direttore o del Primario, riassunto in lingua italiana ed inglese di 200-250 parole, parole chiave.

Il testo, redatto in italiano od anche in inglese o francese, dovrà articolarsi in: premessa, materiale (o pazienti) e

metodi, risultati, discussione, conclusioni. La bibliografia deve indicare il cognome per esteso e l'iniziale non puntata del nome degli autori, il titolo in lingua originale, l'indicazione della rivista abbreviata secondo le norme internazionali, l'anno di pubblicazione, l'ordinale del volume in numeri arabi, la pagina d'inizio e di fine. Per le monografie e i trattati: cognome ed iniziale del nome degli Autori, titolo in lingua originale, edizione, luogo, editore ed anno di pubblicazione.

Esempi:

- MANOS M.M., KINNEY W.K., HURLEY L.B., SHERMAN M.E., SHIEH-NGAI J., KURMAN R.J. et al.: *Identifying women with cervical neoplasia: using human papillomavirus DNA testing for equivocal Papanicolaou results*. JAMA, 281:1605-10, 1999 (Level II-2).
- DICKENS B.M.: *Wrongful birth and life, wrongful death before birth, and wrongful law*. In: McLEAN S.A.M., editor. *Legal tissues in human reproduction*. London: Gower Medico-Legal Services, 1989, p. 80-112.

Le indicazioni bibliografiche vanno poste in ordine alfabetico, riferito al cognome del primo Autore e numerate progressivamente.

Ogni figura deve essere presentata su singolo foglio, numerata progressivamente in numeri arabi e richiamata nel testo. Le tabelle, numerate in cifre arabe, potranno essere ricomposte, per esigenze tipografiche, dalla redazione; il relativo costo sarà a carico degli Autori. Sul retro delle figure e delle tabelle debbono essere riportati il cognome del primo autore, il titolo del lavoro e la disposizione da dare alla figura nella composizione tipografica. Sul foglio va riportata una breve ma chiara didascalia.

I lavori debbono essere dattiloscritti in doppio spazio a margini laterali di almeno 4 cm.

Quando vengono pubblicate sperimentazioni eseguite su soggetti umani, occorre indicare se le procedure seguite sono in accordo con la dichiarazione di Helsinki del 1975, con relative aggiunte del 1983, e comunque con la normativa etica vigente.

La Direzione si riserva di apportare modifiche strutturali al lavoro per uniformarlo alle norme redazionali e di intervenire o di far intervenire altri autori a commento del contenuto e delle argomentazioni esposte negli articoli pubblicati.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della Direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione.