

## L'isterectomia addominale è un intervento obsoleto?

JON I. EINARSSON

Il primo tentativo riuscito di asportazione chirurgica dell'utero è stata una isterectomia per via vaginale realizzata nel 1813 da Conrad Langenbeck nel soggiorno della sua abitazione (1). A un certo punto dell'operazione, si trovò a stringere con i denti la sutura. La paziente sopravvisse nonostante un'emorragia descritta come *great* (2). Da allora, l'isterectomia vaginale continua ad essere per costo/efficacia la procedura migliore per asportare chirurgicamente l'utero (3).

In una recente indagine statunitense (4), è stato chiesto a ginecologi in attività quale tipo di isterectomia avrebbero scelto per sé o per il/la partner. Solo l'8% preferiva un approccio addominale; la gran parte optava per l'approccio vaginale o laparoscopico. Questi risultati sono ancora più interessanti, se si tiene conto che all'epoca la maggioranza delle isterectomie erano realizzate per via laparotomica. Dunque, nonostante i ginecologi riconoscano i vantaggi di un approccio miniinvasivo, essi non sono in grado di proporlo a tutte le loro pazienti. Questa contraddizione si è acuita per la più diffusa conoscenza tra le pazienti dell'esistenza di opzioni alternative per l'isterectomia e per gli attuali progressi nella chirurgia ginecologica.

È generalmente accettato che le pazienti sottoposte a isterectomia vaginale abbiano un decorso postoperatorio migliore rispetto a quelle operate per via addominale, con minore dolore e un più rapido ritorno alle attività quotidiane (3). Ciononostante, l'isterectomia vaginale non ha in effetti mai preso piede e soltanto un 20% circa di isterectomie sono realizzate in questo modo (5). Ciò può essere dovuto, almeno in parte, al basso volume di interventi dei chirurghi gi-

necologi, che eseguono in media 30 isterectomia all'anno (4).

L'isterectomia vaginale standard è un intervento piuttosto semplice. Per un chirurgo che va acquisendo competenze, può diventare impegnativa in presenza di introito vaginale stretto, prolasso e fibromi uterini. I più entusiasti esperti di chirurgia vaginale sono in grado di asportare quasi tutti gli uteri per questa via (6), ma non è questo il caso della maggioranza dei chirurghi ginecologici.

A complicare le cose, c'è la disponibilità attuale di più opzioni per asportare l'utero: per via addominale, vaginale, laparoscopica, robotica, anche con singolo accesso (*single-port*). Ovviamente la gran parte dei ginecologi non è in grado di acquisire e mantenere adeguate competenze per tutte le procedure. Di conseguenza, i più scelgono di specializzarsi soltanto in uno o due approcci miniinvasivi, più comunemente l'isterectomia laparoscopica e robotica.

Secondo i dati del produttore del sistema robotico *da Vinci (Intuitive Surgical, Inc.)*, nel 2010 sono state realizzate negli Stati Uniti 120.000 isterectomie robotiche, che costituiscono circa il 20% delle 600.000 isterectomie realizzate ogni anno (5). Purtroppo non disponiamo di dati aggiornati per gli altri approcci chirurgici; gli ultimi pubblicati per gli Stati Uniti sono del 2005 (6) e probabilmente da allora sono cambiati significativamente. Ad esempio, al *Brigham and Women's Hospital* di Boston la percentuale di isterectomie addominali è diminuita dal 64,7% del 2006 al 35,8% nel 2009; dal 2009 in poi la maggioranza delle isterectomie sono per via laparoscopica (7). Il dato ha un interesse particolare, considerando che ogni anno sono realizzate circa 1.100 isterectomie da più di 40 chirurghi con volume di interventi ed esperienza notevolmente diversi.

Perché succede tutto questo? Probabilmente sono molti i fattori in gioco, ma sembra che l'approccio laparoscopico/robotico sia più facile da insegnare perché più 'visivo' e più versatile, ovvero più semplice da utilizzare in una varietà di condizioni cliniche, quali pre-

Università di Harvard, USA

Reprinted with the permission of Contemporary OB/GIN, Vol. 56 n. 11/2011; pp. 6-8 is a copyrighted publication of Advanstar Communications Inc. All rights reserved.

© Copyright 2012, CIC Edizioni Internazionali, Roma

gressi interventi chirurgici, presenza di aderenze, dolore pelvico, endometriosi, masse surrenaliche e surrenectomia programmata. Vi è anche una forte enfasi 'educazionale' da parte dell'industria nel sostenere l'isterectomia laparoscopica e robotica con una massa di *workshops*, corsi e seminari, mentre l'isterectomia vaginale non ha forse ricevuto il credito che merita. È interessante osservare che, anche se la isterectomia vaginale è stata pubblicizzata come un metodo minimamente invasivo, recenti studi clinici randomizzati hanno dimostrato che il recupero postoperatorio è più rapido dopo intervento laparoscopico (8).

Qualunque sia la causa, l'avvento della laparoscopia e della chirurgia robotica ha contribuito a far precipitare le percentuali di isterectomia addominale, più di quanto avrebbe mai potuto l'isterectomia vaginale. Immaginiamo che nel 2011 quasi il 50% dell'isterectomie saranno state realizzate per via laparoscopica o robotica, forse solo il 30-35% per via laparotomica e le restanti per via vaginale. Sospettiamo che questa tendenza continuerà e che gli esperti in chirurgia vaginale continueranno a proporre alle loro pazienti questo approccio, mentre un numero crescente di isterectomie addominali sarà rimpiazzato da isterectomie robotiche/laparoscopiche.

Le isterectomie laparoscopica e robotica hanno costi di sala operatoria maggiori, ma i costi sociali sono inferiori a quelli dell'isterectomia addominale poiché la degenza è più breve e più rapido il ritorno alle attività quotidiane (9). Ciò è vero soprattutto per l'approccio laparoscopico, poiché i più alti costi operativi della robotica inficiano in maniera significativa i risparmi legati all'ospedalizzazione più breve e alla convalescenza più rapida. Abbiamo dimostrato che i costi operativi di un'isterectomia robotica sono di 3.000 dollari superiori a quelli della laparoscopia. Pertanto nel nostro Istituto siamo in favore della procedura laparoscopica e siamo in grado di offrire alle pazienti un approccio miniinvasivo senza compromettere la loro sicurezza. Anche nel nostro Ospedale abbiamo confermato una significativa riduzione delle complicanze perioperatorie con il passaggio dalla isterectomia addominale alla laparoscopia (7).

Come dovrebbe comportarsi in pratica un ginecologo nello scegliere la modalità di accesso per un'isterectomia? Ovviamente i chirurghi che di routine realizzano isterectomie vaginali o laparoscopiche dovrebbero continuare a proporre queste alternative alle loro

pazienti. Per quelli che eseguono soprattutto isterectomie addominali, un fattore critico da valutare è il volume di interventi. Tenendo conto che la tipica curva di apprendimento per l'isterectomia è di circa 30 casi (10), per alcuni potrebbe essere irrealistico acquisire le necessarie capacità per realizzare un'isterectomia minimamente invasiva efficace e sicura. Abbiamo dimostrato che ginecologi che eseguono meno di due isterectomie al mese riferiscono remore significativamente maggiori ad offrire alle loro pazienti l'opzione miniinvasiva (4). Pertanto, se allo stato la modalità di accesso preferita è quella addominale e il volume operatorio del chirurgo è inferiore alle 30 isterectomie per anno, appare appropriato indirizzare le pazienti a chirurghi con volumi più elevati per consulenza, eventuale intervento e follow-up postoperatorio. La paziente tornerà al suo specialista di fiducia che la seguirà per aiutarla a mantenere un buono stato di salute. Questo modello di comportamento garantisce che la paziente sia operata da un chirurgo esperto, con riduzione del rischio di complicanze e miglioramento dei risultati postoperatori (11).

Un modello alternativo per una diffusione pratica più ampia prevede di identificare uno o due soggetti e di sviluppare le loro competenze nell'isterectomia minimamente invasiva. Essi potrebbero inizialmente operare con un chirurgo più esperto e quindi insieme incrementare il loro volume chirurgico, nel contempo acquisendo confidenza con le tecniche necessarie per realizzare in sicurezza questo tipo di chirurgia. I casi più impegnativi dovrebbero essere indirizzati a un chirurgo che realizzi almeno 50 isterectomie minimamente invasive all'anno.

L'isterectomia addominale è obsoleta? Non ancora. Persistono scenari in cui essa è appropriata come, ad esempio, un utero notevolmente aumentato di volume per patologia maligna, ovvero una situazione in cui la morcellazione non è indicata. Inoltre, se un chirurgo si trova ad operare in aree remote senza disponibilità di competenze e consulenze, l'approccio addominale può essere la scelta più sicura. Con l'incremento della formazione, la disponibilità di specialisti e la maggiore informazione delle pazienti, il 90% di isterectomie miniinvasive appare un obiettivo realistico per il prossimo futuro. Se correttamente implementato, questo processo migliorerà notevolmente i risultati postoperatori e la sicurezza della pazienti, nel contempo riducendo i costi sociali totali, senza scontentare nessuno.

## Bibliografia

1. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2005;19(3):295-305.
2. Senn N. The early history of vaginal hysterectomy. *JAMA* 1895;25(12):476-482.
3. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Syst Rev* 2006;19(2):CD003677.
4. Einarsson JI, Matteson KA, Schulkin J, Chavan NR, Sangi-Haghpeykar H. Minimally invasive hysterectomies—a survey on attitudes and barriers among practicing gynecologists. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17(2):167-175.
5. Jacoby VL, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol* 2009;114(5):1041-1048.
6. Kovac SR. Transvaginal hysterectomy: rationale and surgical approach. *Obstet Gynecol* 2004;103(6):1321-1325.
7. Jonsdottir GM, Jorgensen S, Cohen SL, et al. Increasing minimally invasive hysterectomy: effect on cost and complications. *Obstet Gynecol* 2011;117(5):1142-1149.
8. Gendy R, Walsh CA, Walsh SR, Karantanis E. Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(5):388.e1-388.e8.
9. Wright KN, Jonsdottir GM, Jorgensen S, Shah NT, Einarsson JI. A comparison of abdominal, laparoscopic, vaginal, and robotic hysterectomies: surgical outcomes and operative cost in a single institution. *J Minim Invasive Gynecol*. In press.
10. Ghomi A, Littman P, Prasad A, Einarsson JI. Assessing the learning curve for laparoscopic supracervical hysterectomy. *JSLs* 2007;11(2):190-194.
11. Boyd LR, Novetsky AP, Curtin JP. Effect of surgical volume on route of hysterectomy and short-term morbidity. *Obstet Gynecol* 2010;116(4):909-915.

*da Contemporary OB/GYN 2011; 56 (11): 6-8*

*Traduzione di Alessandro Maturo, "Sapienza" Università di Roma*