

Titolo: ENDOGYNIOUS CON SOSPENSIONE LATERALE (TURIN TECHNIQUE)

Autori ed affiliazione:

Francesco Deltetto1-2, Daniela Arervo2-3, Lorita Cito1-2, Marilena Cozzarella1-2, Alicja Sobczinska2, Barbara Ferrero1, Ilaria Penner2, Federica Possavino1

1 Chirurgia Ginecologica Mini Invasiva, Casa di Cura "San Luca" conv. con SSN -Torino,

2 Divisione Ginecologia, Ospedale San Camillo-Trento

3 Neurourologia, Unità Spinale Unipolare, Città della Salute e della Scienza-Torino

TOPIC: CHIRURGIA INNOVATIVA

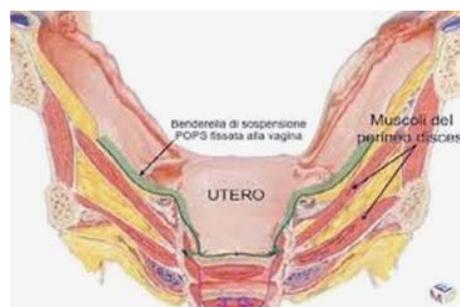
L'attuale trattamento "gold standard" per l'utilizzo di mesh nella correzione dei difetti del pavimento pelvico è la colpo/isterosacropessia laparoscopica, anche se la chirurgia fasciale e protesica vaginale conservano un loro spazio, in particolare nella donna anziana o con problematica anestesiológicas che ne sconsigliano l'anestesia generale.

La tecnica elaborata si rifà alle sospensioni laterali chiamate POPS (Pelvic Organ Prolapse Suspension) o LLS (Laparoscopic Lateral Suspension). Esse hanno alcuni vantaggi rispetto alla sospensione al legamento prevertebrale presacrale, in particolare una durata ridotta dei tempi operatori, un ridotto "skill" laparoscopico, ma soprattutto il rispetto dell'asse vaginale con possibili vantaggi sul dolore e sulla vita sessuale.

L'approccio laparoscopico prevede 3 punti di accesso per i trocar ancillari di cui 2 laterali da 5 mm e 1 sovrapubico da 10 mm, oltre a quello ombelicale. In vagina si posiziona una valva di Breisky di misura media fino al fornice vaginale anteriore o posteriore in base al momento della procedura, per facilitare, tramite la spinta verso l'alto, la dissezione degli spazi. Indipendentemente dalla eventuale isterectomia, la procedura inizia con l'apertura del peritoneo prevescicale e l'isolamento dell'istmo e della cervice uterina e si procede alla preparazione della parete vaginale anteriore disseccando la plica vescica-uterina fino alla regione del trigono vescicale. Quando è prevista la correzione posteriore si procede, dopo apertura del peritoneo posteriore, alla dissezione dello spazio retto vaginale fino al piano perineale centralmente e alla evidenziazione del muscolo elevatore dell'ano lateralmente, risparmiando le ali del retto con la loro innervazione e vascolarizzazione. Quindi si procede all'isterectomia subtotala, quando è prevista o necessaria per una patologia d'organo e all'annessiectomia bilaterale in base all'età della paziente.

Attraverso il trocar sovrapubico da 10 mm si introduce la rete. Si utilizza la mesh in polipropilene intrecciato Hexapro (A.M.I.) macroporosa, ultraleggera (21 gr/m²), diversamente tagliata in base alla procedura scelta. Tutti i modelli hanno due bracci laterali lunghi 25 cm e larghi 2 cm, con la parte terminale rastremata sui bordi per ottenere un effetto autobloccante sulla fascia dei muscoli addominali. Esistono 2 tipi di mesh: una per la correzione dei difetti centrale e anteriore che centralmente ai due bracci laterali presenta da un lato una estensione centrale rettangolare (6 x 3,5 cm) e una per la correzione anche del difetto anteriore, centrale e posteriore, con o senza utero, che centralmente ai due bracci laterali presenta, sia un'estensione anteriore che una estensione posteriore rettangolare (8 x 3,5 cm). Nel caso della conservazione dell'utero viene applicata separandola dalla parte anteriore. Entrambe le estensioni presentano il lato breve concavo al fine di adattarsi all'anatomia che anteriormente abbraccia il trigono e posteriormente permette l'aggancio al muscolo elevatore dell'ano. All'introduzione i bracci laterali sono arrotolate su se stessi e fermati con un filo che ne impedisce il dispiegamento fino a quando necessario.

Tempo di aggancio della rete: al fine di rendere la procedura semplice e ripetibile anche per coloro che non hanno grande esperienza laparoscopica si utilizza lo strumento I-Stitch (A.M.I.) che permette di trafiggere le strutture scelte e la rete con facilità, completando l'aggancio con nodi extra-corporei. Il filo usato è in materiale non riassorbibile intrecciato poliestere. Le sedi di passaggio dei punti sono: centralmente 3 sulla cervice e istmo, anteriormente 1 per lato, distalmente nei tessuti paravaginali, posteriormente, quando previsto dalla presenza di difetto posteriore, distalmente nel muscolo elevatore dell'ano. Rispetto ad altre tecniche descritte in letteratura non si usano spiralette riassorbibili e soprattutto non vi sono punti che fissino le pareti vaginali alla rete, che possano provocare erosioni vaginali, seppur meno frequenti rispetto alle tecniche vaginali.



PUNTI DI AGGANCIO

Si completa l'intervento con la peritoneizzazione.

Si ricordi che la mesh ha la funzione di sostituzione fasciale su cui la vagina si appoggia.

Infine si liberano i bracci laterali dal filo che li tiene avvolti su se stessi. L'estremo libero viene afferrato da uno strumento laparoscopico smusso che viene fatto passare attraverso un tunnel sottoperitoneale che si estende dai fori di ingresso dei trocar laterali ancillari da 5 mm, posizionati supero-medialmente alle spine ischiatiche superiori anteriori, allo spazio di apertura peritoneale prevescicale, passando al di sotto dei legamenti rotondi.

I bracci laterali vengono quindi distesi tenendo la vagina spinta in alto dalla valva in essa posta e non necessitano di fissaggio alla fascia dei muscoli addominali in quanto autobloccanti.