

Titolo:

Restitutio ad integrum della fascia pubo-cervico-vagino rettale, come prevenzione delle recidive nei prolapsi degli organi pelvici. Nostra esperienza

Autori:

DOTT. VINCENZO MASCELLINO , DOTT. SALVATORE INCANDELA

Dott. Vincenzo Mascellino, corso di Laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, Specializzato presso la medesima università in Ost. E Gin., Dirigente Medico di 1° livello presso l'Ospedale di Sciacca (AG).

Dott. Salvatore Incandela , corso di Laurea in medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, specializzato presso la medesima Università in Ost. e Gin. Direttore U.O.C. Ost./Gin. P.O. Sciacca (AG).

Scopo:

L'attenzione crescente all'ascolto della paziente e ai desideri espressi dalla donna, in connubio con il progredire delle innovazioni nella chirurgia ricostruttiva pelvica, grazie alla disponibilità di biomateriali applicabili durante le tecniche chirurgiche, ha aperto un nuovo capitolo che ha radicalmente cambiato i criteri di scelta della strategia chirurgica, permettendo anche la conservazione dell'utero sano. Non vi è ancora un definitivo gold standard sul trattamento del prolasso uterino ed è opinione comune che l'isterectomia nell'isterocele è spesso eseguita come unica opzione chirurgica del ginecologo.

Chiaramente, nei casi di prolasso degli organi pelvici, lo scopo del chirurgo, sia che effettui l'isterectomia, sia che effettui una tecnica conservativa, è di ristabilire la normale funzione urinaria, sessuale e intestinale, di ridurre l'impatto dei sintomi e di assicurare la prevenzione di ogni forma di recidiva. Per tale motivo è necessario effettuare una valida correzione del 1° livello di De Lancey, per ripristinare la continuità della fascia pubo-cervico-retto-vaginale e del complesso cardinale-uterinosacrale con la vagina.

L'integrità anatomica della lamina pubo-cervico-retto-vaginale è la vera chiave di volta nella prevenzione delle recidive sia nella chirurgia conservativa che nella chirurgia fasciale ricostruttiva. Scopo di questo studio è mostrare la nostra esperienza in tal senso.

Materiali e metodi:

La complessità anatomica del pavimento pelvico e la funzionalità di ogni singolo componente ci porta ad affrontare uno studio settoriale della regione . Perdiamo spesso la visione dell'insieme che sicuramente questo distretto merita ed è in questa chiave di lettura che la fascia endopelvica ha ruolo da protagonista.

Distinguiamo per comodità :

- 1) La fascia pubo-vescico-cervicale:
porzione di fascia endopelvica che, anteriormente va dall'area pericervicale al margine inferiore della sinfisi pubica.
- 2) La fascia retto-vaginale detta anche setto retto-vaginale
Costituita per la confluenza della fascia pubo-vescico-cervicale con la fascia propria del retto.
- 3) La fascia paravaginale:
che origina dalla fusione laterale tra la fascia pubo-vescico-cervicale e la fascia retto-vaginale, si attacca lateralmente all'arco tendineo della fascia endopelvica e connette il terzo medio della vagina alla parete pelvica laterale.

Le fasce, costituite da tessuto collagene, elastico e muscolare liscio, ospitano i propriocettori che a loro volta, attivati dallo stiramento dei legamenti, per via riflessa inducono la contrazione muscolare utile ad abolire la tensione del legamento stesso e delle fasce; tale equilibrio muscolo fasciale e legamentoso assicura al pavimento pelvico il giusto grado di tono e contrazione .

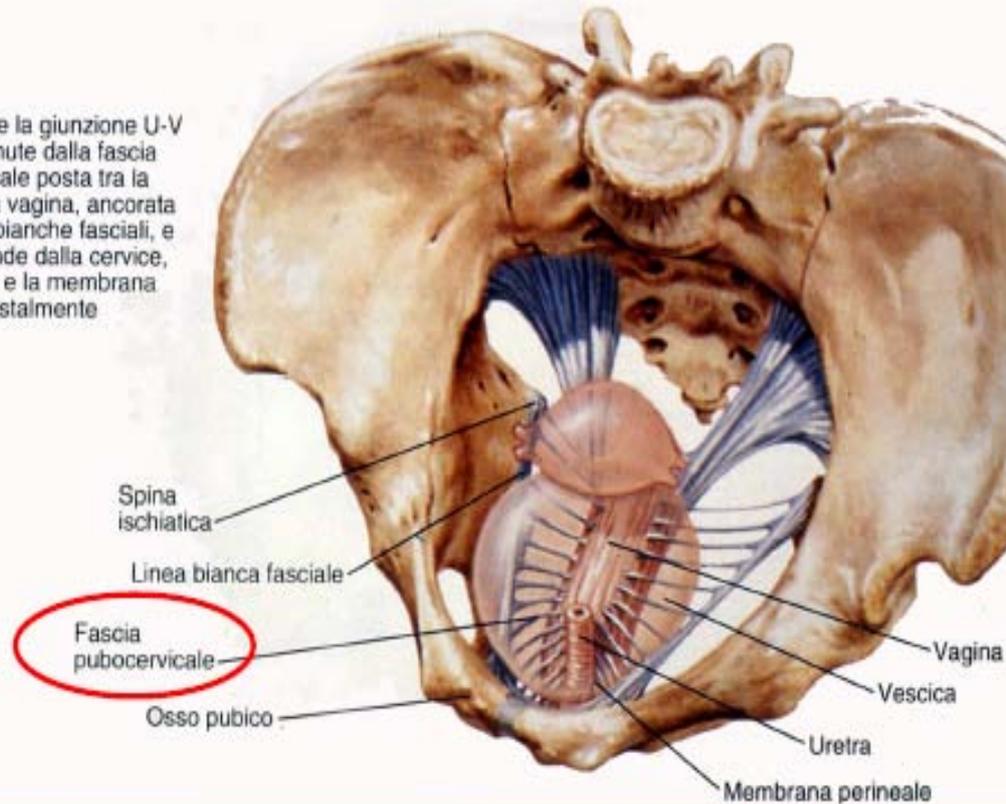
Una corretta conoscenza anatomo-funzionale della pelvi unitamente alle aspettative e richieste della paziente e alle sue condizioni cliniche sono alla base della scelta del corretto intervento da effettuare. Una buona chirurgia fasciale unitamente a quella protesica oggi potrebbe rappresentare un valido compromesso nella chirurgia vaginale. Nel nostro centro preferiamo, per l'esperienza negli anni maturata, l'approccio chirurgico vaginale a quello laparoscopico sia nei prolapsi di 3° che di 2° grado rimuovendo l'utero, a meno che non ci sia una richiesta specifica della paziente.

Correggiamo il 1° livello di De Lancey, in tutti le pazienti, con una sospensione della cupola vaginale ai legamenti utero-sacrali e quindi in base ad una attenta valutazione dell'integrità delle fasce decidiamo quale strategia adottare. Abbiamo pertanto selezionato due gruppi, ognuno costituito da 15 pazienti di età compresa tra i 50 e 75 anni con un prolasso compreso tra il 2° e 3° sec. il POP-Q system:

1° gruppo è composto da pazienti , le cui fasce risultavano molto danneggiate e per questo abbiamo applicato una mesh nel comparto anteriore per ricostituire la loro integrità mentre nel comparto posteriore abbiamo praticato una miorrafia alta dell'elevatore dell'ano.

FASCIA PUBOCERVICALE: ANCORAGGIO ANTERIORE

La vescica e la giunzione U-V sono sostenute dalla fascia pubo-cervicale posta tra la vescica e la vagina, ancorata tra le linee bianche fasciali, e che si estende dalla cervice, prossimale, e la membrana perineale distalmente



Il 2° gruppo è composto invece da pazienti con fasce in buone condizioni a cui abbiamo effettuato una loro ricostruzione con una colpo sospensione sec. McCall modificata o di Shull.

Abbiamo ottenuto così una ottima correzione del 1°livello di De Lancey. Nel fare ciò si è ricostituito l'anello pericervicale legando i due legamenti utero-sacrali tra loro. Si è creato in tal modo un vero e proprio fulcro su cui scaricano le linee di forza provenienti dall'alto. La soluzione di continuità fasciale (restitutio ad integrum della stessa) l'abbiamo ottenuta agganciando la fascia retto-vaginale dal basso e la fascia pubo-vescicale dall'alto al fulcro ricreando pertanto la lamina pubo-vescico-rettale. Nei casi dove persisteva un difetto della fascia paravaginale è stato effettuato un intervento di vaginal-paravaginal che ci ha consentito di sostenere il terzo medio della vagina ricostituendo in toto la fascia pelvica.

Il filo che abbiamo usato per la correzione del 1°livello di De Lancey è un monofilamento a lento riassorbimento con ago da 26 mm per evitare i rischi di inginocchiamento ureterale e così per la correzione del 2°livello.

Risultati e conclusioni:

L'intervento, sicuramente non scevro di rischi, richiede una maturità chirurgica e una buona conoscenza anatomica ma permette di ottenere risultati entusiasmanti sia in termini di ripristino della corretta anatomia che di recidive.

Nella tabella sono stati riportati i risultati di un follow-up a due anni sui due gruppi . Tenendo conto dei punti Aa, Ba, C, e Bp del POP-Q system , si evidenzia un insignificante tasso di recidive. Tali risultati risultano essere in linea con altri studi effettuati:

COLPOSOSPENSIONE				
	CON MESH		SENZA MESH	
POP-Q	PRE	POST	PRE	POST
Aa>1	74%	5%	70%	17%
Ba>1	96%	7%	94%	15%
C > 1	80%	2-3%	84%	2-3%
Bp>1	51%	7%	41%	4%

Un follow-up esteso da tre a cinque anni dal Prof. Michel Casson , su un vasto numero di pazienti sembra dimostrare l'inefficacia dei benefici della mesh. In effetti questo studio evidenzia da un lato il calo delle recidive ma dall'altro un aumento di reinterventi per esposizioni, infezioni e retrazioni delle mesh così da portare al 13,3% gli interventi rifatti ed eguagliando quindi la percentuale di recidive dei pazienti in cui si era preferito non usare la mesh. Riteniamo comunque che il risultato del 13% di recidive sia comunque il frutto di una ottimale ricostruzione della lamina pubo-cervico-vagino-rettale e delle sue connessioni coi tre livelli di De Lancey.. Nella colposospensione esclusivamente fasciale, ove possibile, riteniamo i risultati raggiunti molto soddisfacenti sia in termini di efficacia dell'intervento, che di ripresa clinica. Abbiamo ottenuto un buon ripristino della lunghezza vaginale e del suo normale asse, una ottima sospensione della cupola con bassa percentuale di recidiva e una buona correzione di I.U.S. È nostra convinzione che la capacità della restitutio ad integrum della fascia pubo-cervico-vagino-rettale è per ogni vaginalista un traguardo

da raggiungere per tale motivo proviamo a migliorarci e perfezionarci sempre di più e a superare le molteplici difficoltà e complicanze.

Bibliografia:

- 1) Cherry DA.,Rothenberger DA. Pelvic Floor Physiology.Surg. CL. North Am. 1988,Dec, 68(6) 1217,30
- 2) Wallner C. Is the puborectalis muscle part of the levator ani muscle?Dis . Colon rectum 2008,51(7)1165-6
- 3) Wallner C development of the pelvic floor; Implications for clinical Anatomy 2008
- 4) Frohlich B, Hotzinger H.,Fritsch H. Tomographic Anatomy of the pelvic Floor and related structure.Clin.Anat. 1997,10(4),223-30
- 5) Cervigni M. Il pavimento Pelvico femminile.Ottavo corso di urologia funzionale. Tor 10-11 Ott. 2014
- 6) Crapp Aar., Cuthbertson Am. William Waldeyer and the rectosacral fascia.Surg: gynecol. And oste.feb 1974.vol 138,252.56
- 7) Barber MD.Contemporary Views of female Pelvic Anatomy.Cleveland clinic J. Of Medicine,72.4,2005.
- 8) Shull. B. et Al. Am. J Obstet Gynecol.2000 : a transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligament
- 9) Hamuro A,Tachibana D,Wang H,Hayashi M,Yanay S J Obstet Gynaecol res 2016 feb 24 doi:10.1111/jog 12952 : Combined reconstructive surgery involving uterosacral colpopexy and anterior vaginal mesh implantation for pelvic organ prolapse
- 10) Gaines N, Gupta P,Sirls LT :curr Urol Rep2016 mar17(3)20 Pelvic Prolapse Repair in the Era of Mesh.
- 11) Heinonen P, Aaltonen R, Joronen K .Int Urogynecol J 2016 feb 2. Long-Term out come after transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse
- 12) Rudnicki M, Laurikainen E,Pogosean R. BJOG 2016 jan,123(1) 136-42 doi : A 3 Year follow-up anterior colporrhaphy compared with collagen-coated transvaginal mesh for anterior vaginal wall prolapse a randomised controlled trial
- 13) Norinho de Oliveira P. Bourdet N, Canis M, : J Minim Invasive Gynecol 2016 feb 1.2.3.(2) 161-2 What to do with Recurrent Prolapse After Vaginal Mesh Failure?
- 14) Jallah Z, Liang R, Feola A , Barone W. BJOG 2015 Aug 20 doi 10.1111/1471-0528.13514 The impact of prolapse mesh on vaginal smooth muscle structure and function.
- 15) Rawlings T. Lavelle RS, Coskun B, J Urol 2015 Nov 194(5) 1342-7 doi Prolapse Recurrence after transvaginal mesh Removal
- 16) Barber MD, BMJ 2015 Jun 2,350h2910 doi Mesh use in surgery for pelvic organ prolapse