

SEZIONE INFORMATIVA

TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PROLASSO GENITALE

CHE COS'È IL PROLASSO GENITALE E COME SI PUO' CURARE?

- ➤ Per prolasso genitale si intende la discesa di uno o più organi tra vescica (cistocele), utero (isterocele) o volta vaginale e retto (rettocele) attraverso le pareti vaginali. Il prolasso viene classificato in gradi di severità dal I (lieve) al IV (grave) in base al livello di discesa degli organi pelvici rispetto alla rima imenale.
- ➤ I sintomi legati al prolasso genitale comprendono: *senso di peso perineale, difficoltà nella deambulazione, difficoltà alla minzione e/o alla defecazione, incontinenza urinaria e/o fecale, dolore ai rapporti sessuali, dolore pelvico cronico*. Questi sintomi si possono presentare isolati o associati in base al distretto interessato dal prolasso (vescica, utero, retto, volta vaginale, anse intestinali) e in base alla gravità del prolasso stesso
- ➤ La *chirurgia del prolasso genitale* è una *chirurgia ricostruttiva*. Lo scopo è quello di ricostituire il difetto anatomico (di strutture fasciali e connettivali) che è alla base del prolasso e alleviare i sintomi.
- ➤ La fisioterapia può efficacemente trattare alcuni sintomi associati al prolasso, ma la chirurgia si rende necessaria in caso di un importante difetto anatomico. Un'alternativa alla chirurgia è rappresentata dal pessario vaginale, un anello di gomma che è inserito in vagina e sostituito ogni 4-6 mesi: questo presidio può essere impiegato per pazienti sessualmente inattive o pazienti inadatte all'intervento chirurgico per motivi di salute.
- ➤ Esistono numerosi tipi di interventi chirurgici per la correzione del prolasso che possono essere eseguiti per via vaginale o per via addominale. La ricostruzione può essere eseguita sfruttando le strutture native (della persona) lesionate (chirurgia fasciale) o potenziandole con materiale protesico, sintetico o biologico (chirurgia protesica).
- ➤ Il tipo di trattamento chirurgico deve essere *modulato caso per caso* ed è indicato in quelle condizioni in cui il prolasso determina un disturbo funzionale importante con un peggioramento significativo della qualità di vita.
- ➤ Come ogni chirurgia, ed in particolare essendo una chirurgia basata sulla ricostruzione di strutture che hanno ceduto, **la chirurgia del prolasso ha un considerevole rischio di recidiva (ritorno del prolasso)** ed è possibile che per la correzione definitiva del problema sia necessario dover ricorrere a più interventi chirurgici.

CHIRURGIA ADDOMINALE DEL PROLASSO

- L'approccio addominale, mediante tecniche mininvasive come la laparoscopia o la chirurgia robotica o raramente laparotomica, è indicato soprattutto nei seguenti casi:
- Necessità di una concomitante chirurgia addominale (patologie associate)
 - Fallimento di una precedente chirurgia vaginale (recidiva di prolasso)
 - Importanti e molteplici difetti di supporto anatomico (prolasso complesso). In quest'ultimo caso l'accesso dall'alto permette di rafforzare o completare la sospensione dell'apice vaginale o dell'utero.

QUALI TECNICHE PER LA CORREZIONE ADDOMINALE?

➤ COLPOSACROPESSI

La procedura consiste nella sospensione della volta vaginale (nelle pazienti che hanno rimosso l'utero precedentemente) o della cervice uterina a una parte del bacino osseo (promontorio del sacro) attraverso l'utilizzo di una protesi a forma di Y. Il braccio lungo della Y viene suturato all'osso sacro (legamento pre-sacrale), mentre le braccia corte vengono suture alla cupola vaginale o alla cervice uterina. Nei casi di isterocele (prolasso dell'utero), viene eseguita prima della sospensione una isterectomia sub-totale ovvero la rimozione del corpo dell'utero e del fondo. La cervice uterina che rimane è utilizzata per agganciare la protesi. In alternativa è possibile mantenere l'utero e procedere alla sua sospensione con protesi al promontorio del sacro. Nei casi di donne in menopausa l'isterectomia è associata all'asportazione degli annessi.

➤ SOSPENSIONE LATERALE DEGLI ORGANI PELVICI

La procedura consiste nella sospensione di utero e vescica attraverso una protesi a forma di T il cui flap antero-

re è suturato tra vescica e vagina e all'utero e le due braccia laterali vengono sviluppate a livello della parete addominale, lateralmente, praticando una piccola incisione cutanea di meno di un cm al di sopra della spina iliaca destra e sinistra. Le braccia della protesi non vengono in genere suture alla fascia dei muscoli dell'addome, ma lasciate al di sotto di questa senza tensione. Questo tipo d'intervento è indicato nei casi di prolasso genitale avanzato che interessa utero o volta vaginale e vescica. L'utero viene mantenuto e ricollocato centralmente alla pelvi. Il mantenimento dell'utero, oltre a garantire una migliore statica della pelvi, rende possibile una gravidanza futura nelle donne in età fertile. Anche se i dati della letteratura sull'outcome in questi casi sono ancora scarsi.

• QUANDO SI ASPORTA L'UTERO, SI TOLGONO ANCHE LE TUBE E LE OVAIE?

A scopo preventivo oncologico, in menopausa è consigliata la rimozione delle tube e delle ovaie in concomitanza con l'asportazione dell'utero, anche se questo tempo chirurgico può talora rivelarsi difficoltoso per la scarsa accessibilità degli annessi (fissità, aderenze, obesità). Prima della menopausa o su richiesta della paziente le ovaie possono essere conservate, ma è comunque opportuno rimuovere le tube.

• SE SI ASSOCIA UN'INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO?

Se l'incontinenza urinaria è clinicamente presente o rilevabile con lo stress test o l'esame urodinamico, si può associare un intervento specifico, che prevede il posizionamento di una piccola protesi attraverso minime incisioni, per via trans-otturatoria o retro-pubica (vedi consenso specifico). In alternativa si può procrastinare l'intervento anti-incontinenza ad un secondo tempo, poiché l'intervento correttivo del prolasso può far regredire il sintomo in quasi la metà dei casi.

• QUAL E' L'OPERAZIONE PIU' INDICATA NEL SUO CASO?

Nel suo caso l'intervento proposto è

• POSSONO CAMBIARE LE COSE IN CORSO D'INTERVENTO?

Nel corso dell'intervento si possono constatare o verificare condizioni non previste in precedenza, gestibili solo al momento e a discrezione del medico. Si richiede pertanto l'autorizzazione degli operatori ad eseguire anche eventuali e più estese procedure chirurgiche e, se necessario, ad effettuare una conversione laparotomica e ad asportare i tessuti e gli organi che, a loro insindacabile giudizio, sia necessario asportare per la buona riuscita dell'intervento. Questa autorizzazione è da ritenersi valida anche per il trattamento di patologie non precedentemente note agli operatori e diagnosticate solo al momento dell'intervento.

QUALI POSSONO ESSERE I RISCHI E LE COMPLICANZE?

• Complicanze:

- *Infezioni urinarie*(10.9%)
- *Emorragia* con possibile necessità di emotrasfusioni fino a conversione dell'intervento in laparotomia (apertura dell'addome) (4.4%)
- *Infezioni o ematomi* a livello delle suture pelviche(4.6%)
- *Lesioni vescicali* (3.1%) *e/o ureterali* (1%): vengono di solito riconosciute durante l'intervento e riparate nel corso dello stesso senza grosse conseguenze, se non un modesto allungamento dei tempi di degenza (molto raramente è necessaria un'apertura dell'addome). Potranno essere posizionati stent ureterali, ed il catetere vescicale potrà essere mantenuto più a lungo nel postoperatorio.
- *Lesioni intestinali* (1.6%): solitamente l'immediata riparazione di queste lesioni non determina effetti a lungo termine. Se non riconosciute durante l'intervento si rende necessario un secondo intervento chirurgico per la loro riparazione
- *Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare*(3.3%)
- *Ileo-post operatorio* prolungato (3.6%), vale a dire ritardo della ripresa della funzione intestinale
- *Ostruzione del piccolo intestino* (1.1%)
- Comparsa di *dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia)*
- *Ritardo della ripresa della normale funzione vescicale* con difficoltà nello svuotamento vescicale che può comportare la necessità di cateterismi estemporanei intermittenti a domicilio
- *Possibile insorgenza di incontinenza urinaria da sforzo de-novo post-intervento* che potrà essere risolta con un successivo intervento o con riabilitazione dei muscoli del pavimento pelvico
- *Urgenza minzionale de novo*, ovvero la necessità impellente di urinare al momento dello stimolo min-

zionale, associata o meno a *incontinenza da urgenza*. E' generalmente una condizione transitoria, in caso non si risolve nell'arco di uno-due mesi dalla chirurgia, è possibile trattarla con una terapia farmacologica.

- *Osteomielite* (infiammazione e infezione) delle vertebre sacrali o discite (infezione del disco intervertebrale)
- *Esposizione o erosione della rete in vagina* (3.4% dei casi), più frequente nei casi di prollasso della cupola vaginale, in alcuni casi può essere sufficiente una terapia medica locale, in altri è necessaria la rimozione parziale o totale della rete.

COSA SUCCEDDE SE SI RIFIUTA IL TRATTAMENTO CHIRURGICO?

Il trattamento chirurgico del prollasso è indicato in quelle condizioni in cui il prollasso determina un disturbo funzionale importante con un peggioramento significativo della qualità di vita. Il rifiuto del trattamento chirurgico si associa a persistenza e progressivo peggioramento dei sintomi.

QUALI SONO LE ALTERNATIVE AL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL PROLASSO?

Opzioni al trattamento chirurgico per prollasso genitale sono:

- l'attesa
- la fisioterapia del pavimento pelvico
- l'impiego di pessario

Efficaci, tuttavia, nei casi di prollasso non grave.

DOPO L'INTERVENTO

Dopo tutti gli interventi ricostruttivi del pavimento pelvico è necessario osservare alcune norme comportamentali per ridurre il rischio di recidiva del prollasso.

- Evitare sforzi addominali eccessivi e costanti per i primi 6 mesi dalla chirurgia (es. alzare pesi, stipsi cronica)
 - Bere almeno 1L di acqua al giorno e mantenere le feci morbide
- E' indicato eseguire inoltre un controllo ambulatoriale specialistico a 2 mesi dall'intervento e a 6 mesi.

SEZIONE ANAGRAFICA E CONSENSO

Io sottoscritta (nome) (cognome)

nata il.....Residente a

dichiaro di:

- aver letto e compreso la sezione informativa
- aver ricevuto, nel corso del colloquio con il Dott.....spiegazioni esaurienti circa la mia patologia e il trattamento proposto, compresi i possibili rischi e complicanze e le possibili alternative
- aver ricevuto tutte le informazioni che desideravo avere, con ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche
- aver avuto il tempo sufficiente per maturare la mia decisione
- aver compreso le informazioni e le spiegazioni fornite riguardo le indicazioni e la procedura proposta, i benefici e gli eventuali rischi, generici e specifici, o le complicanze prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e, pertanto **ACCONSENTO** a sottopormi a questa procedura,
- scegliere il trattamento chirurgico e non accettare o aver provato senza risultati le opzioni non chirurgiche,
- essere stata informata che in ogni momento posso revocare il consenso.

SEZIONE DA COMPILARE SOLO IN CASO DI DISSENSO

dichiaro di:

- aver letto e compreso la sezione informativa
- aver ricevuto, nel corso del colloquio con il Dott.....spiegazioni esaurienti circa la mia patologia e il trattamento proposto, compresi i possibili rischi e complicanze e le possibili alternative
- aver ricevuto tutte le informazioni che desideravo avere, con ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

- aver avuto il tempo sufficiente per maturare la mia decisione
- aver compreso le informazioni e le spiegazioni fornite riguardo le indicazioni e la procedura proposta, i benefici e gli eventuali rischi, generici e specifici, o le complicanze prevedibili nei limiti delle attuali conoscenze mediche e, pertanto **NON ACCONSENTO** a sottopormi a questa procedura. **Dichiaro infatti espressamente e consapevolmente di non volere accettare in alcun modo il rischio delle conseguenze negative sulla mia salute che ne potrebbero derivare, preferendo invece espormi alle conseguenze comunque negative per la mia salute derivanti dalla mancata effettuazione del trattamento sanitario consigliatomi**
- essere stato informato che in ogni momento posso revocare il dissenso.

Data e firma del paziente o del legale rappresentante

Dichiaro di non essere in stato di gravidanza (firma)

Data, firma e timbro del medico che ha informato la paziente

Data, firma e timbro del medico che effettua l'intervento