



17 febbraio 2010

Arriva l'intervento unico per correggere la discesa di tutti gli organi del bacino

E' italiana la prima tecnica chirurgica che consente di risolvere contemporaneamente la discesa di vagina, vescica e retto, un problema che interessa milioni di donne italiane. Un progresso importante rispetto alle terapie adottate fino ad oggi, che si concentravano sul prolasso uterino, ben visibile, che spesso – una volta su tre – davano luogo a recidive, e che trascuravano le altre due patologie associate, che procurano incontinenza e stipsi.

La nuova procedura, che si chiama POPS, Pelvic Organ Prolapse Suspension, è stata messa a punto dal **professor Antonio Longo**, il chirurgo noto in tutto il mondo per aver ideato gli interventi mininvasivi rapidi e poco dolorosi per la cura delle emorroidi e le gravi forme di stipsi, oggi diffusi nei 5 continenti, e Direttore del Centro del Pavimento Pelvico dell'Ospedale St. Elizabeth di Vienna. La POPS prevede l'inserimento di una benda di sospensione a livello sottoperitoneale con un approccio laparoscopico (tre accessi di meno di un centimetro ciascuno). *“In pratica questa benda viene ancorata alla vagina e fissata ai muscoli laterali dell'addome. In questo modo l'utero viene quasi sempre conservato e riposizionato in alto, nella sua sede anatomica. Così può continuare a svolgere la funzione fisiologica di barriera tra retto e vescica, evitando l'espansione della stessa vescica e la compressione del retto che danno luogo all'incontinenza urinaria ed a gravi forme di stipsi”* – spiega proprio **Antonio Longo** – *“Al tempo stesso la conservazione dell'utero evita tutti i disturbi psicologici della sfera sessuale che si verificano in caso di asportazione dell'organo. In questo modo con un unico intervento, è possibile risolvere contemporaneamente gli scivolamenti verso il basso di tutti gli organi del bacino”*.

La nuova procedura in pratica e i centri italiani in cui si esegue, 5 milioni di italiane interessate

La durata della POPS è di 40-45 minuti, la degenza di 2-3 giorni e la convalescenza praticamente nulla, dato che non prevede sezionamento ed asportazioni. In conclusione è quasi indolore. Le recidive sono in media del 2%, quindi le nuove operazioni sono efficaci nel 98% dei casi, a fronte del 66% delle procedure tradizionali (recidive al 33%). Questi risultati si riferiscono ad una casistica operatoria di 400 casi eseguiti dal 2000 al 2009, con un controllo a distanza fino a 8 anni. Gli interventi sono stati eseguiti dal professor **Antonio Longo** (che opera agli Istituti Clinici Zucchi di Monza, a Roma e a Palermo) dal professor **Alfonso Carriero** (che opera all'ospedale di Montecchio Emilia, Reggio Emilia), dal dottor **Angelo Stuto** (dell'ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone) e dal dottor **Francesco Crafa** (ospedale Vannini di Roma). Le pazienti operate sono donne di tutte le età, sia molto giovani, a partire dai 22 anni, sia molto anziane, oltre gli 85. La nuova operazione potenzialmente potrebbe servire a circa 5 milioni di donne, cioè quelle che, in base ai dati FISU (Federazione Italiana Società Urologiche) soffrono del prolasso urogenitale, che è sistematicamente associato a quello del retto, le cui cause sono varie: oltre al parto, l'anoressia e la bulimia (malattie che rendono i legamenti più deboli e, quindi, favoriscono la discesa degli organi del pavimento pelvico) e la tosse cronica. *“Ma non vi sono dati precisi dato che esiste un enorme sommerso”* – precisa dottor **Angelo Stuto**, Presidente SIUCP, Società Italiana Unitaria di

Coloproctologia – *“la maggior parte delle pazienti non sono a conoscenza della correlazione tra la discesa dei diversi organi del bacino e molto difficilmente i ginecologi sottopongono le pazienti ad una cinedefecografia, l'esame diagnostico che permette di individuare l'origine dei diversi disturbi”*

“Questa chirurgia multidisciplinare rappresenta un significativo passo in avanti dato che consente alle pazienti di dover affrontare un'unica volta la sala operatoria con ampia riduzione di dolore e stress, e di recuperare più rapidamente una buona condizione di salute generale” – conclude **Stuto** - *“Un approccio simile richiede però la stretta collaborazione tra chirurgo coloretale e uroginecologo che devono lavorare di concerto in un centro dedicato e ultraspecializzato”*.

Il nuovo esame diagnostico: la cinedefecografia

Per individuare con precisione le cause della stipsi oggi è disponibile la cinedefecografia, un esame radiologico ad elevata specializzazione che permette di verificare le eventuali cause anatomiche del disturbo, in particolare l'ostruzione meccanica dovuta al prolasso vaginale oppure a quello rettale. La sua durata varia dai 10 ai 20 minuti. In pratica, la cinedefecografia si attua introducendo liquido di contrasto nel retto, nella vagina e nella vescica: questa soluzione viene ingerita oppure immessa dall'esterno attraverso un sondino ad hoc. Grazie alla soluzione iodata gli organi del pavimento pelvico si opacizzano. In seguito a questa reazione viene eseguito un film durante la defecazione per individuare con precisione le eventuali alterazioni o le possibili ostruzioni. I cittadini possono telefonare al Numero Verde 800.77.66.62 per avere informazioni sul centro più vicino cui rivolgersi oppure visitare il sito per i pazienti www.antoniolongo.it.

Questa una delle novità presentate in occasione del 21° Congresso Internazionale di Colonproctologia organizzato dalla Cleveland Clinic Florida che si è svolto a Fort Lauderdale dall'11 al 13 febbraio 2010. All'evento erano presenti tutti i chirurghi dei cinque centri di eccellenza italiani in cui è disponibile la nuova procedura. Sono intervenuti, inoltre, 1.000 specialisti da tutto il mondo: oltre che da i principali paesi europei, dal nord e sud America, anche dai Paesi Arabi, dall'est Europa, dall'India e dal Giappone.

Nel corso del Congresso è stata presentata anche nuova tecnica chirurgica che consente di ridurre le complicazioni ed i rischi dei pazienti nella fase di anastomosi nell'intervento per tumore del colon retto. Grazie all'utilizzo di un anoscopio si ha una visione diretta del campo operatorio che permette di avvalersi di un monitoraggio costante della stessa anastomosi. Sono stati finora eseguiti 20 casi nel corso del 2009 presso l'ospedale Vannini di Roma a cura del dottor Francesco Crafa. La nuova procedura verrà pubblicata sulla rivista scientifica internazionale Surgical Endoscopy.

La nuova tecnica associata ad una ben collaudata: nasce POPSSTARR

Se il prolasso del retto è associato ad un voluminoso rettocele, e ciò accade nel 20% circa dei casi, alla POPS si può associare la STARR, Stapled Trans Anal Rectal Resection, che è la resezione del rettocele per via trans-ale, cioè la procedura ancora ideata da Antonio Longo: rapida e quasi indolore, consente di risolvere i gravi casi di stipsi dovuti a ostruita defecazione. In questo caso l'intervento si chiama POPS-STARR!

La correlazione tra i prolassi dei diversi organi del bacino

Nel 30% dei casi nei soggetti di sesso femminile il prolasso retto-ale è secondario al prolasso utero-vaginale di varia gravità con enterocele (ernia interna) e incontinenza urinaria da sforzo da ipermobilità dell'uretra. Malgrado ciò in tutto il mondo finora i disturbi urologici, ginecologici e colonproctologici sono stati studiati separatamente. Gli studi clinici realizzati fino ad oggi forniscono risultati molto diversi tra loro, dato che riportano un unico punto di vista: uroginecologico, trascurando quello coloretale. *“Un dato conferma che le problematiche del pavimento pelvico dovranno essere affrontate con un approccio multidisciplinare”* – aggiunge Longo – *“ogni anno nel mondo vengono operate per queste disfunzioni 400.000 donne ma 120.000 vengono poi riperate per gli stessi problemi: ciò indica chiaramente che il trattamento non è adeguato”*. Il prolasso dell'utero e della vagina è facilmente diagnosticabile con una semplice visita. Al prolasso dell'utero, è stato rilevato, si associa sempre un prolasso del retto, che causa stitichezza, ed un prolasso della vescica (cistocele) che causa disturbi urinari. Per diagnosticare il prolasso del retto è necessario eseguire un esame specifico, la defecografia, che purtroppo quasi mai viene eseguita in caso di prolasso genitale.

La discesa degli organi del bacino a seguito del parto

Stimolare il parto con i farmaci è pratica molto diffusa – avviene nel 28.9% delle nascite – ma provoca spesso, nel 14.7% dei casi, la discesa delle pareti della vagina, ovvero il prolasso genitale. Si tratta di un problema che si verifica molto più frequentemente, il 47% delle volte in più, rispetto al parto non stimolato (in questo caso la percentuale di prolassi è del 10%). Più in generale il prolasso genitale femminile ha luogo nell'8.2% delle donne che lamentano disturbi agli apparati ginecologici, urologici e colonproctologici. Questi sono i principali risultati dello studio condotto su 14.400 donne dal 2000 al 2007 presso l'Ospedale St. Elisabeth di Vienna e coordinato dal professor Antonio Longo.

Le tecniche chirurgiche tradizionali: correzione parziale dei disturbi, recidive oltre il 30%

Finora le donne con prolasso genitale sono state operate con tecniche che correggono il prolasso dell'utero e della vagina ma non correggono il prolasso rettale, anzi, questi interventi spesso aggravano o determinano la stipsi e dopo qualche anno un alto numero di pazienti va incontro ad incontinenza urinaria e frequenti cistiti. Gli interventi devono mirare a correggere il prolasso, non solo genitale, ma anche del retto e della vescica.

Le tecniche chirurgiche tradizionali di sospensione della vagina oggi in uso possono risolvere esclusivamente il prolasso genitale ma non migliorano, anzi spesso peggiorano, nel corso del tempo, incontinenza e stipsi ed i disturbi della sfera sessuale e, in un caso su tre, danno luogo a recidive. Ecco perché.

La colposacropessia prevede la sospensione posteriore della vagina, che viene ancorata all'osso sacro, in una posizione non fisiologica. Una procedura, questa, che determina un ridimensionamento se non la chiusura dello spazio (la tasca di Douglas) che costituisce il punto di pressione per la defecazione. La conseguenza inevitabile è il peggioramento della stipsi. Questa sospensione posteriore, poi, lascia un ampio spazio anteriore, per cui la vescica può dilatarsi enormemente dando luogo ad una necessità di urinare frequentemente, alto ristagno urinario, con rischio di cistiti ed incontinenza.

Le tecniche trans-vaginali prevedono sempre l'asportazione dell'utero, anche se normale. La vagina è fissata più in basso e posteriormente rispetto alla norma. Non corregge il prolasso rettale, anzi, lo comprime posteriormente rendendo ancora più difficoltosa l'evacuazione. Una discreta percentuale di queste pazienti va incontro a rapporti sessuali dolorosi: per il restringimento della vagina, per cicatrici dolorose e per l'innaturale avvicinamento di muscoli (pubo-rettali) sotto la parete vaginale posteriore. La conseguenza è ancora una volta il peggioramento della stipsi, oltre all'aumento dei dolori nei rapporti sessuali.