



4 novembre 2014

Possibilità di essere madri, avere rapporti sessuali senza dolori ed imbarazzi, ritrovare l'equilibrio psicofisico sono i principali vantaggi della nuova tecnica.

### **PROLASSO UROGENITALE: ARRIVA L'INTERVENTO UNICO SALVA UTERO**

*Parto, anoressia, bulimia, obesità, tosse cronica oltre all'età le cause della discesa degli organi del bacino che con la nuova procedura vengono tutti riposizionati nella loro sede anatomica e riprendono a svolgere le funzioni fisiologiche, con guarigione immediata da incontinenza e stipsi. Solo 2% di recidive sulla base di controlli a 8 anni di distanza rispetto ad oltre il 30% degli interventi ginecologici tradizionali che prevedono l'isterectomia per risolvere il prolasso genitale e trascurano quello urologico e proctologico associato. La procedura interessa 5 milioni di donne, il 25% delle donne che hanno partorito ed il 50% di quelle over 50. In Italia circa 1.000 donne dai 22 agli 85 anni operate a Monza, Roma e Palermo dall'ideatore della tecnica, il chirurgo Antonio Longo. Eseguiti nel mondo decine di migliaia di interventi tra Europa, America ed Oriente. I cittadini possono telefonare alla segreteria SIUCP 3484534256, visitare [www.antonionlongo.it](http://www.antonionlongo.it)*

E' italiana la prima tecnica chirurgica che consente di evitare l'isterectomia in caso di "prolasso", cioè di discesa degli organi del pavimento pelvico: l'utero e la vagina, la vescica ed il retto. In questo modo cinque milioni di donne italiane che accusano questa grave disfunzione che può avere come causa il parto, l'anoressia, la bulimia, la tosse cronica oltre all'età, non dovranno rinunciare alla maternità ed ai rapporti sessuali e potranno mantenere anche un buon equilibrio fisiologico e psicologico. Grazie a questo intervento, poi, le pazienti guariscono immediatamente da incontinenza urinaria e stipsi. Finora i disturbi urologici, ginecologici e colonproctologici sono stati affrontati separatamente, con gravi ripercussioni sulla salute delle donne. In caso di prolasso utero vaginale, in particolare, i ginecologici eseguivano l'isterectomia, che procurava una menomazione fisica e psicologica importante. Questi interventi prevedevano la sospensione della vagina che correggeva il prolasso genitale ma non quelli associati, il prolasso della vescica e del retto, dando luogo a recidive in 1 caso su 3.

La nuova tecnica in pratica

La nuova procedura unica si chiama POPS, Pelvic Organs Prolapse Suspension, ed è stata messa a punto dal professor Antonio Longo, Presidente Onorario SIUCP, Società Italiana Unitaria di Colonproctologia e Direttore del Centro Europeo di Colonproctologia e Patologie Pelviche dell'Ospedale St. Elisabeth di Vienna. Prevede l'inserimento di una benda di sospensione a livello sottoperitoneale con un approccio laparoscopico (tre accessi con un diametro inferiore al centimetro) che consente di riposizionare gli organi nella loro posizione anatomica. "In pratica questa benda viene ancorata alla vagina e fissata ai muscoli laterali dell'addome. In questo modo l'utero viene quasi sempre conservato (tranne in caso di carcinoma o fibromatosi).

il professor Antonio Longo

Così le donne non devono rinunciare a maternità e rapporti sessuali. L'utero, poi, 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 Antonio Longo – "Al tempo stesso la conservazione dell'utero evita tutti i disturbi psicologici che si verificano in caso di asportazione dell'organo. In questo modo con un unico intervento, è possibile risolvere gli scivolamenti verso il basso di tutti gli organi del bacino. In pratica l'intervento è in grado di risolvere contemporaneamente la discesa di vagina, vescica e retto, ma cura anche immediatamente incontinenza e stipsi. 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" – aggiunge il professor Longo - "Un approccio simile richiede però la stretta collaborazione tra chirurgo coloretale e uroginecologo che devono lavorare di concerto in un centro dedicato e ultraspecializzato".

Lo studio: recidive al 2% rispetto ad oltre il 30% dell'intervento tradizionale

La durata della POPS è di 40-45 minuti, la degenza di 3 giorni e dopo 15 giorni si possono riprendere le normali attività. L'intervento, infatti, è miniminvasivo e non prevede sezionamenti ed asportazioni ed 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 ginecologiche tradizionali (recidive al 33%). Questi risultati si riferiscono alla casistica operatoria di 500 casi eseguiti fino al 2008, con un controllo fino a 8 anni dalla data dell'operazione, dal professor Antonio Longo, che opera agli Istituti Clinici Zucchi di Monza, a Roma e a Palermo. Le pazienti operate sono donne di tutte le età, sia molto giovani, a partire dai 22 anni, sia molto anziane, oltre gli 85. I risultati sono stati presentati al Congresso Internazionale di Colonproctologia della Cleveland Clinic svoltosi di recente a Fort Lauderdale. La tecnica è stata presentata nel 2013 anche in occasione del maggior Congresso Mondiale di Colonproctologia in Texas. Complessivamente il professor Longo ha eseguito circa 1.000 POPS.

La diffusione internazionale della procedura

All'estero la POPS viene eseguita sempre più spesso in Germania (sono 200 i chirurghi che la eseguono) ed in Svizzera (Ginevra), in Norvegia (Oslo) ma anche in America e in Oriente. Complessivamente nel mondo sono stati eseguiti quanti interventi decine di migliaia di interventi.

Dal 2009 al 2012 oltre 1.600 chirurghi provenienti dai maggiori Paesi europei ma anche dell'America e dall'Asia si sono recati dal professor Longo presso il St. Elisabeth Hospital di Vienna, ad imparare la nuova tecnica chirurgica. Le cause del prolasso urogenitale: 5 milioni di donne interessate, sempre più giovani. La discesa degli organi del pavimento pelvico interessa il 25% delle donne che hanno partorito e la percentuale aumenta al 50% dopo i 50 anni. Purtroppo colpisce sempre più giovani donne. Complessivamente il prolasso urogenitale interessa circa 5 milioni di donne, in base ai dati FISU, Federazione Italiana Società Urologiche.

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. Oltre al parto, tra le cause del prolasso urogenitale vi sono l'anoressia e la bulimia - malattie che rendono i legamenti più deboli e, quindi, favoriscono la discesa degli organi del pavimento pelvico - ma anche l'obesità e la tosse cronica. La discesa dei diversi organi del bacino avviene contemporaneamente. Il prolasso retto-ale è quasi sempre secondario al prolasso utero-vaginale di varia gravità ed all'incontinenza urinaria. Malgrado ciò in tutto il mondo finora i disturbi urologici, ginecologici e colonproctologici sono stati studiati separatamente. “Un dato conferma che le problematiche del pavimento pelvico dovrebbero 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 rioperate 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 che causa disturbi urinari. “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” – precisa il professor Longo. La nuova procedura rappresenta quindi 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, il prolasso del retto e della vescica, che procurano incontinenza e stipsi. La tecnica ginecologica tradizionale: niente maternità, rapporti sessuali dolorosi, peggioramento di incontinenza e stipsi, recidive al 30%. Finora le donne con prolasso genitale venivano operate con tecniche che correggono il prolasso dell'utero (e della vagina) asportandolo ma non correggono il prolasso rettale associato. Dando luogo a recidive nel 30% dei casi. Questi interventi spesso aggravano o determinano la stipsi e dopo qualche anno un alto numero di pazienti va incontro ad incontinenza urinaria – l'asportazione dell'utero crea uno spazio vuoto dove la vescica può dilatarsi a dismisura con difficoltà a svuotarsi - e frequenti cistiti. La colposacropessia, l'intervento ginecologico tradizionale prevede sempre l'asportazione dell'utero, anche se normale e la sospensione posteriore della vagina, che viene ancorata all'osso sacro, in una posizione non fisiologica: è fissata più in basso e posteriormente rispetto alla norma. Una procedura, questa, che determina un ridimensionamento se non la chiusura dello spazio 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. Complessivamente a causa della correzione. L'asportazione dell'utero, oltre a privare le donne della maternità, rende molto dolorosi i rapporti sessuali per il restringimento della vagina, per cicatrici dolorose e per l'innaturale avvicinamento di muscoli (pubo-rettali) sotto la parete vaginale posteriore. Spesso i ginecologi suggeriscono di rinviare l'intervento sapendo di alterare in modo importante l'anatomia femminile con le tecniche trans vaginali. Con il tempo invece si creano lesioni ulcerative e distrofiche che possono complicarsi con ulteriori malattie.

