

Complicazioni e reinterventi dopo chirurgia per prolasso pelvico: impatto dell'isterectomia, del tipo di chirurgia e dell'esperienza del chirurgo

International Urogynecology Journal

<https://doi.org/10.1007/s00192-019-04210-6>

L'attenzione e l'interesse per questo articolo è raccomandata soprattutto a noi giovani chirurghi-ginecologi che ci avviciniamo a poco a poco a questa disciplina. Essere "bravi uroginecologi" non equivale solo ad essere degli ottimi chirurghi, ma bisogna avere anche criticità clinica e ponderazione nelle scelte chirurgiche.

Il bisturi è un facile amico...ma anche un pessimo nemico, se usato male e/o nella paziente sbagliata.

La chirurgia per prolasso pelvico non è un trattamento salva-vita ma è una procedura che permette di tornare alla fisiologica funzione anatomica del compartimento interessato. Pertanto l'intervento per prolasso pelvico ha associati rischi e benefici relativi ad ogni singola paziente, pertanto andrebbe opportunamente valutato. Il tasso di complicanze precoci o tardive è molto variabile e la forbice riportata in letteratura varia tra il 3.4% fino al 40%. Esistono diversi fattori di rischio per complicanze post chirurgia che sono stati precocemente valutati quali obesità, consumo di tabacco, precedente chirurgia pelvica soprattutto per prolassi voluminosi e infine, ma non per importanza l'inesperienza del chirurgo. Lo studio francese di Mairesse et al., pubblicato all'inizio di questo nuovo anno su International Urogynecology Journal (<https://doi.org/10.1007/s00192-019-04210-6>) valuta l'incidenza e i fattori di rischio di recidiva dopo chirurgia per prolasso pelvico a medio e lungo termine e le possibili complicanze post chirurgiche che richiedono riospedalizzazione, come ad esempio una seconda chirurgia per incontinenza urinaria.

Il lavoro si basa su uno studio retrospettivo osservazionale proveniente da un importante database francese che raccoglie un numero elevato di pazienti sottoposte a chirurgia per prolasso pelvico dal 2008 al 2014 identificate da codice malattia, in particolare interventi di colpoperineorrafia anteriore, posteriore, fissazione al legamento sacrospinoso di Richter, colpoclesi secondo Lefort, sacrocolpopessi laparoscopica o open (con o senza isterectomia) e rettopenesi laparoscopica or open. Non sono stati presi in considerazione interventi di chirurgia con mesh.

Il numero di pazienti sottoposte a chirurgia per prolasso prese in esame è di 310.938. La via vaginale è stata la maggior via chirurgica utilizzata (54.9%) e il 39% della popolazione ha subito isterectomia concomitante. Mentre nel 29.4% si è eseguita anche chirurgia per incontinenza urinaria concomitante. Le complicanze gravi che hanno richiesto terapia intensiva sono state del 0.45%, mentre le recidive di prolasso a 12 mesi sono state lo 2.02% che salgono al 5.8.% a 5 anni, dato inferiore rispetto alla letteratura.

Lo studio purtroppo non stratifica i vari compartimenti di prolasso coinvolti dalla chirurgia pertanto non è possibile stabilire quale sia stato il compartimento più a rischio di recidiva in questa popolazione.

Rispetto alla via chirurgica utilizzata, sembrerebbe che la via vaginale sia protettiva contro il rischio di recidiva così come l'isterectomia concomitante, anche se questo dato è in contrasto con la letteratura presente.

Per ciò che concerne le complicanze precoci, si evince come le infezioni rappresentino la causa più frequente di riospedalizzazione (31%). È chiaro che i pazienti con maggior morbilità associate come problemi respiratori cronici o diabete mellito sono maggiormente a rischio.

I centri con alti volumi di chirurgia pelvica (almeno 50 interventi/annui) e quindi con maggiore esperienza uroginecologica sono considerati protettivi nei confronti delle complicanze post chirurgiche. Mentre la chirurgia per incontinenza concomitante e il fattore obesità, concorde con i dati già presenti in letteratura, sono considerati fattori di rischio per complicanza.

I punti forti di questo studio sono rappresentati dall'elevato numero di pazienti e procedure prese in considerazione e dall'arco di follow-up considerato, come già accennato prima però non considerando i vari compartimenti pelvici, descrive dei dati parziali, a mio avviso.

In generale però possiamo affermare che l'attenzione del chirurgo che si appropria a questo tipo di chirurgia deve essere molto alta. Comprendere e stratificare i diversi aspetti clinici risulta quindi fondamentale al fine di avere delle buone aspettative chirurgiche ed inoltre saper offrire un counselling adeguato e completo alla paziente.

Proprio per il fatto che nella maggior parte dei casi si tratta di una chirurgia funzionale, la scelta del tipo di chirurgia, della via utilizzata devono essere "cucite" il più possibile sulla paziente che abbiamo di fronte, nonché il fatto che l'onestà intellettuale di ognuno dovrebbero permettere alla questa nostra paziente di subire l'intervento in un "centro ad alto flusso" con esperienza uroginecologica adeguata per permetterle di avere il minor rischio di complicanze.

Paola Sorice

U.O. Ginecologia e Ostetricia-Ospedale G.Fornaroli-Magenta-ASST Ovest-Milanese