

TRATTAMENTO DEL PROLASSO DEGLI ORGANI PELVICI NELLA DONNA

LA LINEA GUIDA E LE RACCOMANDAZIONI IN SINTESI

Introduzione

Il Prolasso degli Organi Pelvici (POP) è una condizione frequente e disabilitante per la donna. Consiste nella discesa delle pareti vaginali e/o dell'utero o della volta vaginale (in caso di paziente sottoposta a precedente isterectomia). Ciò consente agli organi adiacenti di erniarsi nello spazio vaginale, determinando la formazione di cistocele, rettocele, isterocele o enterocele. È definito come una disfunzione generale del pavimento pelvico, quindi la maggior parte delle donne presenterà un prollasso in più comparti (parete vaginale anteriore, apicale e posteriore) [Swift, 2005].

Sintomi. Il prollasso può causare sintomi come pressione vaginale o senso di peso pelvico, disturbi della minzione, dell'alvo e della funzione sessuale che interferiscono negativamente sulla qualità della vita. Il POP può essere definito sulla base dei sintomi riportati dalla paziente o considerando l'esito della valutazione uroginecologica (ad esempio, in presenza di prollasso che si estende fino all'imene o oltre). La maggior parte delle pazienti diventa sintomatica quando il prollasso raggiunge una distanza di 0,5 cm dal margine imenale [Gutman, 2008]. Sebbene il POP possa verificarsi anche nelle donne più giovani, l'incidenza maggiore dei sintomi di POP si riscontra nelle donne di età compresa tra i 70 e i 79 anni [Luber, 2001].

Epidemiologia. Poiché l'aspettativa di vita è in continuo aumento e le patologie del pavimento pelvico sono più frequenti con il progredire dell'età, la prevalenza di queste è destinata a crescere [Wu, 2009]. Si prevede che entro il 2050 il numero di donne affette da POP aumenterà di circa il 50% [Wu, 2014]. In una revisione della letteratura, la prevalenza del prollasso basata sui sintomi riportati era del 3%- 6% rispetto alla prevalenza identificata mediante esame fisico, stimata intorno al 41%-50% [Barber and Maher, 2013]. Questa discrepanza si verifica perché molte donne con prollasso sono asintomatiche. Il rischio di dover ricorrere al trattamento chirurgico per questo tipo di condizione nel corso della vita di una donna, varia dal 10 al 20 % [Weber and Richter, 2005]. Di conseguenza, il trattamento del POP implica l'utilizzo di risorse economiche significative e l'impatto sul sistema sanitario è inevitabilmente destinato ad aumentare.

Fattori di rischio. I fattori di rischio per lo sviluppo di un POP sintomatico includono la parità, il parto vaginale, l'età, l'obesità, i disturbi del tessuto connettivo, lo stato menopausale e la stipsi cronica [Handa et al, 2011; Maher and Baessler, 2006; Manodoro et al, 2017; Mant et al, 1997; Vergeldt et al, 2015; Weber and Richter, 2005]. I fattori di rischio modificabili (obesità e stipsi) dovrebbero essere considerati e discussi durante le visite ginecologiche per ridurre il rischio di sviluppare questa condizione. Studi più datati riportano che le donne sottoposte a un intervento



Link al pdf
delle Linee guida

chirurgico per prollasso hanno una probabilità approssimativa del 30% al 50% di necessitare di un secondo intervento per prollasso [Dällenbach, 2015]. Studi più recenti mostrano invece un tasso di reintervento più basso, compreso tra il 6% e il 30%, con la maggior parte delle stime coerenti con il valore più basso di questo intervallo [Barber et al, 2014; Cola et al, 2022; Larson, et al 2013; Nygaard et al, 2013]. Questo tasso di reintervento più basso potrebbe riflettere un miglioramento delle tecniche chirurgiche [Dällenbach, 2015].

I fattori di rischio per il prollasso ricorrente includono una minore età alla prima chirurgia, obesità e prollasso di stadio III o stadio IV preoperatorio [Diez-Itza, et al 2007; Manodoro et al, 2018; Nieminen et al, 2003; Whiteside, et al 2004].

Valutazione clinica. La valutazione iniziale raccomandata per una paziente con un sospetto prollasso include una storia clinica dettagliata, una valutazione della gravità dei sintomi, un esame fisico e la definizione degli obiettivi di trattamento. La valutazione dei sintomi è di cruciale importanza nella valutazione di una paziente con POP. Oltre a una completa anamnesi medica, chirurgica, ostetrica e ginecologica, è importante registrare i sintomi di prollasso (senso di peso vaginale e/o anale oppure di protrusione vaginale, presenza di bulging vaginale) e il grado di discomfort ad essi associato. Informazioni chiave da raccogliere dalla paziente includono la limitazione dell'attività fisica o sessuale e come i sintomi sono peggiorati nel tempo.

Molte donne con POP riscontrato durante l'esame fisico non riferiscono sintomi di prollasso. Il trattamento è indicato solo se il prollasso causa sintomi fastidiosi di peso pelvico e pressione, disfunzione sessuale, disfunzione del tratto urinario inferiore o disfunzione defecatoria [Abrams et al, 2010]. La funzione del tratto urinario inferiore dovrebbe essere valutata. Ciò include una valutazione della perdita di urina e del tipo di incontinenza (da sforzo e/o da urgenza) e della capacità di svuotamento della vescica.

La relazione tra i sintomi urinari e il prollasso può essere individuata se la minzione diventa più difficile quando gli effetti della gravità sono più evidenti, ad esempio dopo lunghi periodi in piedi.



Inoltre, potrebbe essere necessario eseguire una manovra di Valsalva o respingere in vagina il prolasso per avviare o completare la minzione.

Dovrebbe essere valutata anche la funzione intestinale per determinare se vi è necessità di sforzo eccessivo durante la defecazione, uso di lassativi, incontinenza fecale e svuotamento rettale incompleto. Il sintomo dello sforzo durante la defecazione spesso è correlato alla presenza di un difetto nel compartimento posteriore (ad esempio, rettocele). Inoltre, ogni paziente dovrebbe essere valutata per sintomi di dispareunia, incontinenza coitale (di urina o feci) e disfunzione sessuale correlati al prolasso.

L'esame obiettivo fisico della paziente comprende la valutazione addominale e pelvica. I genitali esterni e l'epitelio vaginale dovrebbero essere valutati per evidenziare l'eventuale presenza di atrofia vaginale, l'irritazione cutanea o l'ulcerazione [Abrams et al, 2010]. La valutazione del prolasso va eseguita utilizzando uno speculum disarticolato e privo della valva anteriore (separare uno speculum bivalve e utilizzare solamente la branca posteriore per valutare prima l'apice vaginale e la parete vaginale anteriore, quindi capovolgere la branca e utilizzarla per valutare la parete posteriore invitando la paziente ad effettuare la manovra di Valsalva e colpi di tosse ripetuti).



LE RACCOMANDAZIONI IN SINTESI

1

Si dovrebbe utilizzare il sistema POP-Q per valutare e documentare la severità del prolasso genitale.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

2

Si dovrebbe considerare la riabilitazione del pavimento pelvico per migliorare i sintomi di prolasso in pazienti in cui la discesa degli organi pelvici non si estenda per più di 1 cm oltre l'imene durante manovra di Valsalva massimale.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG NICE 2019.

3

Si dovrebbe discutere con le pazienti affette da prolasso degli organi pelvici sintomatico l'utilizzo del pessario vaginale come opzione alternativa alla chirurgia.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2022.

4

L'isteropepsi dovrebbe essere considerata come alternativa all'isterectomia in pazienti con prolasso genitale in assenza di controindicazioni alla preservazione dell'utero, sebbene ci siano scarse evidenze a lungo termine circa la sua sicurezza ed efficacia rispetto all'isterectomia.

LIVELLO I - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

5

Alle pazienti con prolasso degli organi pelvici che richiedono chirurgia con conservazione dell'utero si dovrebbe offrire una isteropepsi transvaginale con tessuti nativi o isteropepsi al sacro con protesi sintetica. La procedura di Manchester non andrebbe eseguita nelle pazienti che potrebbero desiderare una gravidanza in futuro.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG NICE 2019.

6

Il profilo rischio/beneficio riguardante l'utilizzo di protesi transvaginali per la riparazione del prolasso del compartimento apicale è globalmente sfavorevole; pertanto tale utilizzo deve essere limitato alle pazienti in cui il beneficio del posizionamento della protesi possa giustificare il rischio. La colposacropessia con protesi sintetica ha un minor rischio di recidiva di prolasso degli organi pelvici ma si associa a maggiori complicanze rispetto alla riparazione dell'apice vaginale con tessuti nativi.

LIVELLO I - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

7

In pazienti con prolasso degli organi pelvici sottoposte ad isterectomia la sospensione dell'apice vaginale dovrebbe sempre essere eseguita al momento dell'isterectomia vaginale, per ridurre il rischio di recidiva.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

8

La sospensione ai legamenti uterosacrali e la sospensione al legamento sacrospinoso per la riparazione del prolasso apicale con tessuti nativi sono ugualmente efficaci, con esiti anatomici, funzionali e complicanze comparabili.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG.

9

Le procedure obliterative dovrebbero essere considerate come procedure chirurgiche di prima istanza in pazienti con significative comorbidità che non desiderano conservare la capacità di avere rapporti sessuali vaginali o l'abitabilità vaginale.

LIVELLO III - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

10

Il profilo rischio/beneficio riguardante l'utilizzo di protesi transvaginali per la riparazione del prolasso del compartimento anteriore è globalmente sfavorevole; pertanto tale utilizzo deve essere limitato alle pazienti in cui il beneficio del posizionamento della protesi possa giustificare il rischio. I chirurghi che vogliono adoperare protesi biologiche o sintetiche per la chirurgia del prolasso devono essere in possesso di una formazione specifica per queste tipologie d'intervento e devono essere in grado di eseguire un adeguato counselling circa il rapporto rischio-beneficio della chirurgia protesica in comparazione con la chirurgia mediante tessuti nativi.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

11

L'utilizzo di materiale protesico per via transvaginale non è raccomandato nella correzione di un prolasso della parete vaginale posteriore.

LIVELLO I - GRADO A;
RACCOMANDAZIONE ADOTTATA
DA LG ACOG E NICE 2019.

12

In caso di chirurgia vaginale, è preferibile la chirurgia fasciale alla chirurgia protesica transvaginale. La correzione della recidiva di prolasso apicale risulta efficace sia con la colposacropessia che con la chirurgia fasciale transvaginale, con trascurabili differenze in termini di risultati anatomici, funzionali e complicanze.

LIVELLO II - GRADO B;
RACCOMANDAZIONE DE NOVO.