

# LAPAROSCOPIA IN GINECOLOGIA. COSA È E QUALI SONO LE INDICAZIONI.

Collana “tecniche”



WHAT'S NEW IN  
MONTALEGRO  
*CULTURA DELLA SALUTE*





Dott. PAOLO CRISTOFORONI  
Medico Chirurgo

Nato a Genova il 06/02/1965.

Laurea con lode in Medicina  
e Chirurgia presso l'Università  
degli Studi di Genova nel  
luglio 1989.

Abilitazione all'esercizio della  
professione Medico Chirurgica  
nel 1989.

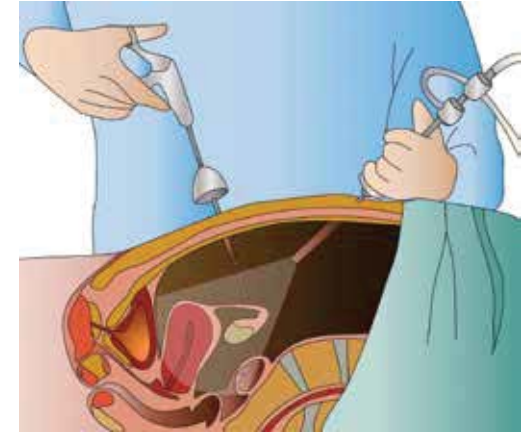
Specializzazione con lode  
in Ginecologia e Ostetricia  
presso l'Università degli Studi  
di Genova nel 1993.

Paolo Cristoforoni garantisce di essere l'autore e l'unico titolare di ogni e qualsiasi diritto esclusivo relativo all'opera oggetto della pubblicazione "Laparoscopia in ginecologia. Cosa è e quali sono le indicazioni".

Egli si impegna pertanto a garantire e manlevare l'Editore da eventuali pretese e/o azioni di terzi che rivendicassero diritti sull'opera oggetto della presente pubblicazione, impegnandosi a tenerlo indenne da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dall'accertamento dell'altrui paternità dell'opera e/o di parti di essa.

## CHE COS'È

La laparoscopia o videolaparoscopia è una tecnica che permette di operare all'interno dell'addome grazie a uno strumento, il laparoscopio: si tratta di un sottile tubo di acciaio (5-10 mm) che viene introdotto attraverso una piccola incisione in corrispondenza dell'ombelico e che, con un sistema di lenti e fibre ottiche, consente di visualizzare l'interno della cavità addominale. Altre piccole incisioni permettono di introdurre gli strumenti chirurgici (forbici, pinze, elettrocoagulatori, ecc.).



## QUANDO SI ESEGUE

Le condizioni patologiche o sospette in cui è indicato l'impiego della laparoscopia in ginecologia sono numerose:

- > endometriosi pelvica;
- > neoformazioni (cisti) ovariche e annessiali;
- > fibromi uterini, specie se sottosierosi e/o pedunculati;
- > infertilità, in particolare nel caso di un sospetto di fattore tubarico;
- > gravidanza extrauterina;
- > dolore pelvico;
- > malattia infiammatoria pelvica (PID);
- > sterilizzazione tubarica;
- > incontinenza urinaria;
- > trattamento di malformazioni uterine;
- > diagnosi e terapia chirurgica dei tumori ginecologici (utero e ovaio), in stadio iniziale.

## CHE COSA SUCCEDE DURANTE LA LAPAROSCOPIA

La Paziente viene posizionata sul tavolo operatorio (posizione ginecologica): viene applicato il catetere vescicale, si introduce nell'utero uno strumento, chiamato manipolatore o istero iniettore, che consente la mobilitazione dell'organo e la possibilità di iniettare (qualora serva) un colorante all'interno dell'utero e delle tube per verificarne la pervietà (cioè la mancanza di ostruzioni). Si pratica una piccola incisione in corrispondenza dell'ombelico (che è già una cicatrice!), attraverso cui viene insufflato gas (anidride carbonica) nell'addome per creare una cavità che consenta un'adeguata visione del contenuto addominale, una volta introdotto il laparoscopio.

Gli altri strumenti vengono introdotti mediante piccole incisioni (5-10 mm) della parete addominale, in numero e sede variabili in relazione al tipo di intervento previsto e alle condizioni anatomico-cliniche riscontrate durante la procedura. Se l'intervento chirurgico prevede l'asportazione di un pezzo anatomico voluminoso, l'estrazione viene facilitata dall'ampliamento di una delle incisioni o utilizzando l'accesso vaginale. Può essere necessario posizionare un drenaggio addominale. Le incisioni chirurgiche vengono suturate con alcuni punti di seta. Il catetere vescicale viene di regola lasciato nelle prime ore dopo l'intervento.

La durata di una laparoscopia è estremamente variabile: interventi diagnostici o di piccola operatività (sterilizzazione tubarica, enucleazione di cisti ovariche) possono richiedere meno di 30 minuti, mentre laparoscopie operative complesse (isterectomia, linfadenectomia, endometriosi severa, neoplasie) possono durare molte ore.

## CHE COSA SUCCEDE DOPO LA PROCEDURA

Abitualmente i disturbi sono di modesta entità e scompaiono in pochi giorni.

Può essere avvertito dolore alle spalle, alla schiena o all'addome: sono sensazioni dovute alla diffusione del gas utilizzato per distendere la cavità addominale. Può persistere anche per parecchi giorni una modesta perdita di sangue dalla vagina. La cicatrizzazione delle ferite sull'addome richiede di solito 7-10 giorni.

Come in tutti gli interventi chirurgici, può comparire nausea o, più raramente, vomito e fastidio alla deglutizione a causa dell'intubazione tracheale. Talvolta la Paziente lamenta difficoltà di concentrazione nelle ore successive l'intervento a causa dei farmaci utilizzati (le attività che richiedono particolare concentrazione, come guidare l'automobile, devono essere evitate per 48 ore).

La degenza post-operatoria è abitualmente breve, generalmente 1-2 giorni; già la sera dopo l'intervento è possibile consumare un pasto leggero. Solo raramente è necessario prolungare la degenza: in caso di interventi radicali o coinvolgenti l'apparato urinario o digerente. La convalescenza domiciliare è breve: di regola è possibile ritornare alle normali attività entro 7-10 giorni. I rapporti sessuali possono essere ripresi dopo 7-8 giorni dall'intervento.

## QUANDO È CONTROINDICATA

Una controindicazione relativa è la presenza di esiti di peritonite o di un esteso processo aderenziale dovuto a una patologia infiammatoria o a un precedente intervento chirurgico: in queste situazioni aumenta il rischio di lesioni degli organi addominali e il tasso di

conversione laparotomica.

La laparoscopia, inoltre, non sempre è possibile in presenza di obesità grave, che aumenta del 5-10% il rischio di convertire l'intervento laparoscopico in laparotomia.

### QUALI SONO I RISCHI

La laparoscopia, come ogni tecnica chirurgica, non è priva di rischi che devono essere valutati caso per caso, in base alle condizioni di salute della Paziente. Le complicazioni più frequenti sono: la formazione di ematomi nella parete addominale o sulla cupola vaginale; la comparsa di enfisema (insufflazione di aria) nel tessuto sottocutaneo; le infezioni post operatorie (a livello dell'apparato urinario o respiratorio e del sito chirurgico); la lesione di organi interni (intestino, vescica, ureteri); le emorragie conseguenti alla lesione di grossi vasi, come la vena cava, l'aorta e l'arteria iliaca comune.

### QUALI SONO I VANTAGGI

Il principale vantaggio della laparoscopia è rappresentato dalla possibilità di visualizzare gli organi interni senza l'apertura dell'addome e, grazie alla telecamera, averne una visione ingrandita e quindi più precisa. Questo riduce il trauma sugli organi pelvici e il dolore postoperatorio, consente di evitare vistose cicatrici e limita il rischio di infezioni dovute alla contaminazione con l'ambiente.

La permanenza in ospedale dopo l'intervento chirurgico è 2 o 3 volte inferiore rispetto alla chirurgia tradizionale: la ripresa delle normali attività lavorative e sociali è anticipata.

## COSA SI FA IN CASO DI...

### CISTI OVARICHE BENIGNE

Si asporta la parete della/e cisti senza rimuovere il tessuto ovarico circostante. Questo intervento viene eseguito solo dopo aver escluso la malignità della formazione ovarica (nei casi dubbi è meglio asportare l'ovaio in un sacchetto dedicato, per evitare la diffusione di cellule all'interno della cavità addominale).

### GRAVIDANZA EXTRAUTERINA

Nelle fasi iniziali della gravidanza, se la localizzazione è all'interno della tuba e la diagnosi di gravidanza extrauterina è tempestiva, spesso è possibile rimuovere l'embrione incidendo la tuba (salpingotomia) senza rimuoverla. In caso invece di rottura della tuba o di diagnosi durante il periodo più avanzato di gestazione, il trattamento consiste nella asportazione della tuba coinvolta (salpingectomy).

### ENDOMETRIOSI

La laparoscopia è la metodica di scelta (gold standard) nella diagnosi e nella terapia dell'endometriosi: è infatti possibile la visualizzazione di focolai (spot) endometriosisici superficiali o di veri e propri noduli sul peritoneo, sui legamenti uterini, nel setto rettovaginale, sugli annessi o sugli organi pelvici extragenitali (vescica, ureteri, intestino). La terapia consiste nella distruzione (vaporizzazione) dei focolai superficiali e nell'asportazione dei noduli maggiori, rispettando quanto più possibile l'integrità anatomica e funzionale dei visceri. Nei casi più gravi può rendersi necessario rimuovere organi o porzioni di organi (ovaie, tube, utero, porzioni di uretere o di intestino).

## FIBROMI UTERINI

I fibromi, soprattutto se sottosierosi o peduncolati, possono essere asportati per via laparoscopica, quando sintomatici. Quando il fibroma interessa la parte uterina a tutto spessore (fibromioma), nel porre l'indicazione all'asportazione, vanno tenuti in considerazione età della Paziente, storia riproduttiva, desiderio futuro di gravidanza, sintomatologia e posizione, in quanto l'intervento richiede la sutura accurata della parete uterina per conservare la funzionalità dell'organo riproduttivo; devono essere attentamente valutate altre opzioni terapeutiche, quali isteroscopia operativa ed embolizzazione selettiva (tecnica radiologica con iniezione nelle arterie uterine di sostanze chimiche in grado di provocare l'occlusione dei vasi sanguigni che "nutrono" il fibroma).

## DOLORE PELVICO CRONICO

La laparoscopia rappresenta un'opzione importante nella diagnosi e nel trattamento del dolore pelvico severo e resistente alla terapia medica. È infatti possibile riscontrare quadri di endometriosi non evidenti in corso di esami radiologici, sindromi aderenziali post infiammatorie o post chirurgiche, infiammazioni croniche dell'appendice, quadri di varicocele pelvico (dilatazione delle vene presenti nel bacino). La terapia varia a seconda del quadro clinico rilevato. Abituamente la lisi (cioè l'eliminazione) di aderenze eseguita per via laparoscopica causa meno aderenze post chirurgiche secondarie rispetto alle procedure laparotomiche. Tuttavia talvolta, in presenza di dolore pelvico cronico, la laparoscopia non è in grado di evidenziare alcuna anomalia endoaddominale: pertanto è necessario escludere potenziali altre cause (colon irritabile, sindrome della vescica dolorosa, dolori muscolo articolari, radicolopatie, neuropatie periferiche) prima di procedere all'intervento chirurgico.

## STERILIZZAZIONE TUBARICA

L'approccio laparoscopico è quello abitualmente utilizzato per procedere alla sterilizzazione definitiva della donna in momento diverso dal parto. La tecnica consiste nell'occlusione di entrambe le tube con clip (graffette) di materiale plastico o metallico, o in alternativa la coagulazione delle tube con elettricità bipolare e la loro successiva recisione. In considerazione della recente scoperta che la maggior parte dei tumori ovarici originerebbero in realtà dall'epitelio tubarico adiacente, sono sempre più numerosi i casi di sterilizzazione definitiva effettuata asportando entrambe le tube (salpingectomia bilaterale). La procedura non modifica in alcun modo la funzionalità ormonale ovarica. Un'eventuale richiesta di gravidanza dopo sterilizzazione tubarica (ma ricordiamo che ogni procedura di sterilizzazione chirurgica, sia maschile sia femminile, deve essere considerata definitiva e irreversibile) può essere esaudita con le tecniche di riproduzione medicalmente assistita, mediante il posizionamento (transfer) diretto in utero dell'embrione fertilizzato in provetta.

## INCONTINENZA URINARIA

La maggior parte dei trattamenti chirurgici dell'incontinenza urinaria da sforzo vengono eseguiti con approcci mini invasivi (retropubici o trans otturatori) che consentono il passaggio di sottili benderelle di materiale sintetico, senza necessità di accesso alla cavità addominale. In alcune situazioni, qualora sia richiesto il posizionamento di protesi endoaddominali, l'intervento può essere eseguito per via laparoscopica. In questi casi la pressione positiva esercitata dal gas impiegato per distendere la cavità addominale risulta di grande ausilio nella dissezione e nella preparazione degli spazi anatomici e nel posizionamento della protesi. Altrettanto utile è la laparoscopia nella chirurgia del prolasso degli organi genitali, che prevede il posizionamento di benderelle di materiale sintetico che vengono fissate al tessuto connettivo pre sacrale o ai legamenti sacro spinosi.

## ISTERECTOMIA

La possibilità di eseguire l'asportazione totale dell'utero (isterectomia) per via interamente laparoscopica ha rappresentato la novità più interessante in ambito ginecologico dell'ultimo decennio. L'intervento è sovrapponibile a quello a cielo aperto e prevede il distacco dell'utero dalle ovaie (se si desidera mantenerle in situ), dalla vagina e dai legamenti sospensori. L'utero viene poi estratto per via vaginale, eventualmente previa morcellazione ("triturazione"), quando sia affetto da lesioni (es. fibromi) di dimensioni eccessive, che non consentano l'estrazione per semplice trazione. Le indicazioni sono quelle classiche (fibromi, fibromatosi, menometrorragie resistenti a terapia medica, adenomiosi, prolapsi con o senza incontinenza urinaria); anche in questo caso è sempre necessario valutare tra Medico e Paziente le altre opzioni terapeutiche (terapia medica ormonale, posizionamento di dispositivi intrauterini a rilascio di progestinico, ablazione endometriale, isteroscopia operativa, miomectomia) meno invasive.

## LINFOADENECTOMIA PELVICA E LOMBO AORTICA

La laparoscopia consente una visualizzazione ottimale dei vasi iliaci e addominali, permettendo l'esecuzione di interventi di linfadenectomia pelvica (cioè di asportazione di linfonodi posizionati a livello dei vasi iliaci interni, esterni, comuni e otturatori che da questi prendono appunto il nome anatomico) e lombo aortica (fino alla arteria mesenterica o alle arterie renali, in base al tipo di indicazione oncologica). L'esperienza del Chirurgo e l'adeguatezza della visione - in questa come in altri ambiti della chirurgia laparoscopica avanzata - sono fondamentali. I vantaggi sono rappresentati dalla visualizzazione ingrandita delle strutture, dall'aiuto alla dissezione fornito dal gas che distende la cavità addominale, dall'accurata emostasi (cioè dall'arresto dell'emorragia) vascolare e linfatica che si può realizzare e consente di limitare l'incidenza di complicanze peri-operatorie e linfoceli tardivi.

## ONCOLOGIA GINECOLOGICA

La terapia chirurgica del carcinoma della cervice uterina in stadio iniziale (IB, IIA) è rappresentata dall'isterectomia radicale con linfadenectomia pelvica. L'asportazione radicale dell'utero (includendo cioè il tessuto parametriale entro il quale sono contenuti piccoli linfonodi ai quali il tumore può precocemente estendersi) può oggi essere eseguita per via laparoscopica, garantendo la medesima radicalità oncologica dell'approccio chirurgico tradizionale, ma offrendo migliori garanzie in termini di selettività chirurgica, con risparmio del plesso nervoso sacrale (tecnica "nerve sparing"), riducendo così significativamente le conseguenze post chirurgiche a carico dell'apparato urinario e digerente (stipsi, assenza stimolo minzionale, incontinenza). L'intervento può essere modulato in base alle esigenze della Paziente e all'estensione del singolo tumore, offrendo il massimo in termini di tasso di cura con il minimo tasso di complicazioni possibile. Le nuove frontiere della chirurgia della cervice uterina riguardano la tralectomia radicale (intervento che rimuove la cervice uterina con il tessuto connettivale - parametrio - che l'avvolge ma non il corpo dell'utero, consentendo appunto la preservazione della fertilità e quindi un'eventuale successiva gravidanza o la conizzazione (terapia conservativa) cervicale dopo chemioterapia neo adjuvante e linfadenectomia laparoscopica. Per quanto riguarda l'adenocarcinoma dell'endometrio (corpo dell'utero), il trattamento laparoscopico rappresenta ormai il "gold standard" allo stadio I, quando cioè il tumore è confinato all'utero al momento della diagnosi. La tecnica prevede l'isterectomia (totale, semplice o radicale, in base all'estensione o meno della neoplasia al tessuto cervicale) associata all'annessiectomia bilaterale (asportazione di entrambe le ovaie e tube), preceduta da washing (lavaggio) peritoneale e seguita, quando necessario, da linfadenectomia pelvica e lomboaortica.

Un discorso a parte merita il carcinoma dell'ovaio, che verrà trattato in un fascicolo dedicato.

## PUBBLICAZIONE

What's new in

## COLLANA

Tecniche

## TITOLO

Laparoscopia in ginecologia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

## AUTORE

Dott. Paolo Cristoforoni

## EDIZIONE

Casa di Cura Villa Montallegro

## DIRETTORE RESPONSABILE

Francesco Berti Riboli

## HA COLLABORATO

Mario Bottaro (Redazione)

## PROGETTO GRAFICO

Gommapane

Stampato nel mese di dicembre 2013



MONTALLEGRO



## COLLANA "TECNICHE"

La parola tecnica deriva dal greco τέχνη (téchnē) che letteralmente significa "arte", intesa come capacità di "saper fare" o "saper operare". Tecnica rappresenta perciò l'insieme delle norme da seguire in un'attività, sia essa esclusivamente intellettuale o anche manuale.

Questa definizione si adatta perfettamente alle "tecniche" diagnostiche e terapeutiche che prevedono una pianificazione precisa degli obiettivi (l'inquadramento diagnostico e la successiva terapia del malato) e la scelta dei mezzi più opportuni (le procedure, le attrezzature e lo strumentario chirurgico) per raggiungerli. La collana ha lo scopo di divulgare i materiali e i metodi utilizzati oggi "nell'arte medica" per raggiungere lo scopo ultimo di tutti i nostri sforzi: diagnosticare e curare.

*Altre pubblicazioni della stessa collana:*

Laparoscopia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

Laparoscopia in urologia. Cosa è e quali sono le indicazioni.

## CASA DI CURA VILLA MONTALLEGRO

Via Monte Zovetto, 27 - 16145 Genova - Tel. +39 010 35311 - Fax +39 010 3531 397

Call center +39 010 3531.283 (lunedì - venerdì dalle ore 9 alle 13 e dalle ore 13.30 alle ore 18)

[clienti@montallegro.it](mailto:clienti@montallegro.it) - [info@montallegro.it](mailto:info@montallegro.it) - [www.montallegro.it](http://www.montallegro.it)

