

Prolasso degli organi pelvici

Una Guida per le Donne

1. Cos'è il prolasso degli organi pelvici?
2. Quali sono le cause del prolasso degli organi pelvici ?
3. Come si presenta il prolasso degli organi pelvici?
4. Quanto grave è il mio prolasso?
5. Come può essere trattato il prolasso?
6. Quale approccio chirurgico è più adatto a me?
7. E' necessario usare un materiale protesico durante l'intervento?
8. Che percentuale di successo ha la chirurgia?
9. Cosa fare in caso abbia ancora desiderio di avere figli?

Cos'è il prolasso degli organi pelvici?

Tale condizione si riferisce alla discesa (o ernia) di uno o più organi pelvici dentro o fuori dalla vagina. Gli organi pelvici interessati possono essere l'utero, la vagina, l'intestino/retto e/o la vescica. Il prolasso di tali organi avviene quando i muscoli, i legamenti e la fascia che sostengono tali organi nella loro corretta posizione vanno incontro a cedimento e diventano deboli.

I sintomi includono:

- una sensazione di peso in vagina
- una sensazione di corpo estraneo in o fuori la vagina
- sintomi urinari come flusso lento, sensazione di incompleto svuotamento vescicale, frequenza urinaria aumentata, urgenza minzionale e incontinenza urinaria da sforzo e/o da urgenza
- sintomi intestinali come defecazione ostruita, sensazione di svuotamento incompleto o necessità di ridurre il prolasso vaginale durante la defecazione
- fastidio e/o dolore durante l'attività sessuale

Quali sono le cause del prolasso degli organi pelvici?

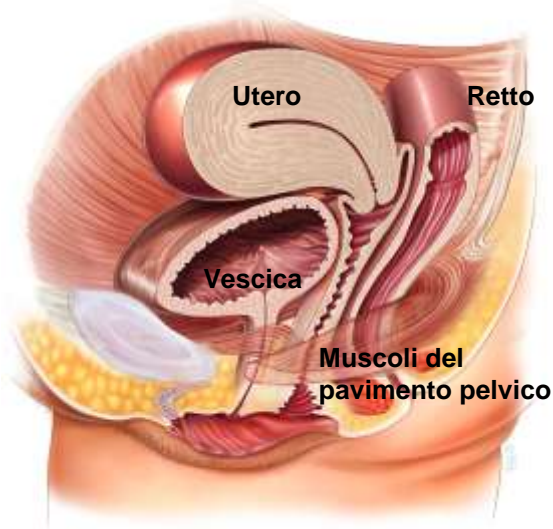
Le principali cause di danno dei nervi, legamenti e strutture muscolari che supportano gli organi pelvici sono di seguito elencate.

- la gravidanza ed il parto sono considerati il principale fattore che danneggia ed indebolisce la vagina e le strutture di supporto e sospensione degli organi pelvici. Il prolasso interessa circa 1 donna su 3 che abbiano partorito uno o più figli per via vaginale. Il prolasso può verificarsi durante o poco dopo una gravidanza o molti anni dopo. E' importante considerare che solo 1 donna su 9 (11%) ha bisogno di ricorrere ad un intervento chirurgico.
- l'età e la menopausa possono indebolire ulteriormente le strutture del pavimento pelvico
- condizioni che causano eccessiva pressione sul pavimento pelvico come obesità, tosse cronica, stipsi cronica, sollevare pesi e fare sforzi
- alcune donne possono avere un rischio ereditario di prolasso così come alcune malattie sono caratterizzate da una ridotta resistenza del tessuto connettivo come la sindrome di Marfan e quella di Ehlers-Danlos

Come si presenta il prolasso degli organi pelvici?

Un prolasso può originare a livello della parete vaginale anteriore (compartimento anteriore), a livello della parete posteriore (compartimento posteriore), a livello dell'utero o dell'apice vaginale (compartimento centrale). In molte donne il prolasso si verifica in più di un compartimento.

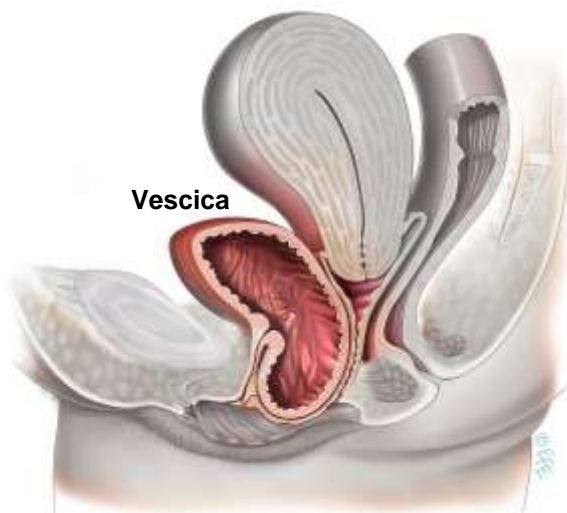
Anatomia normale



Prolasso del compartimento anteriore

Rappresenta il più comune tipo di prolasso e coinvolge vescica (cistocele) e/o uretra (uretrocele). Il medico riconoscerà se si tratta di un cistocele o di un cistourethrocele.

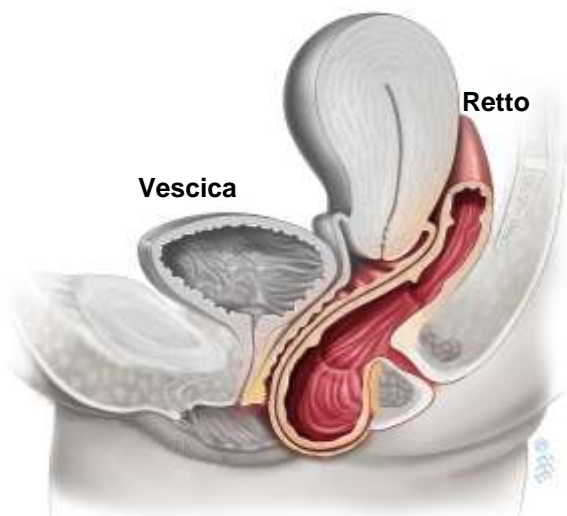
Prolasso anteriore



Prolasso del compartimento posteriore

Si verifica quando il retto sporge nella parete posteriore della vagina (rettocele) e/o una parte del piccolo intestino sporge nella parete supero-posteriore (enterocele).

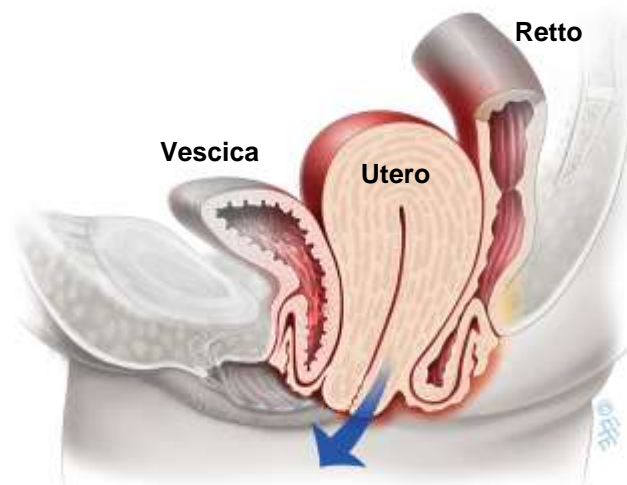
Prolasso posteriore



Prolasso del compartimento centrale

Il prolasso uterino si verifica quando l'utero scende all'interno della vagina. E' la seconda forma più comune di prolasso.

Prolasso uterino



Il prolasso della cupola vaginale si può verificare dopo un intervento di asportazione dell'utero (isterectomia) e consiste nella discesa dell'apice della vagina.

Quanto grave è il mio prolasso?

Molte donne (più del 40%) hanno un minimo grado di prolasso e sintomi scarsi o assenti. Il medico raccoglierà una completa storia clinica ed effettuerà un esame vaginale per determinare la severità ed il grado del prolasso. Esistono diversi sistemi di classificazione del prolasso.

Come può essere trattato il prolasso?

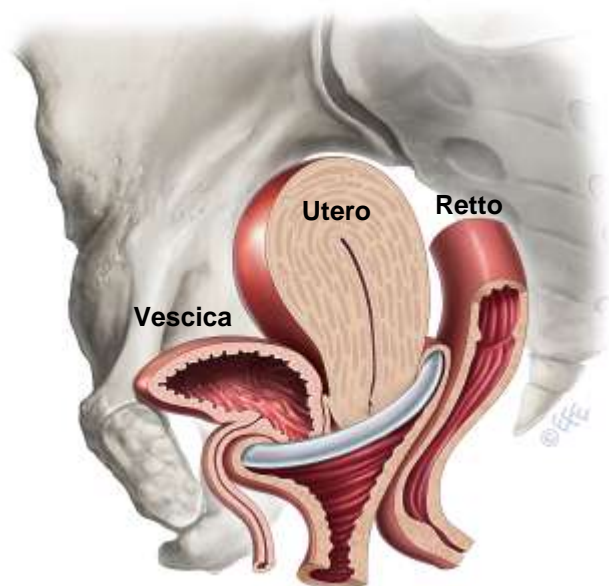
Le opzioni terapeutiche sono non chirurgiche e chirurgiche.

OPZIONI TERAPEUTICHE NON CHIRURGICHE

Non intervenire: il prolasso raramente è una condizione di pericolo e molte donne scelgono di non intervenire soprattutto se sono asintomatiche. Se ti è stato diagnosticato un prolasso, cerca di evitare di sollevare pesi, la tosse cronica, la stitichezza e di aumentare di peso poiché tali condizioni possono causarne un peggioramento.

Pessario: i pessari sono dispositivi vaginali che possono avere varie forme e dimensioni; consentono un supporto meccanico degli organi prolassati con miglioramento dei sintomi. I pessari sono particolarmente indicati nelle pazienti che desiderano ritardare o evitare la terapia chirurgica (per esempio perché desiderose di avere ancora figli) o per le quali è controindicata la chirurgia.

Pessario ad anello



I pessari generalmente vengono inseriti da personale specializzato. A volte diversi tentativi con pessari di forma e dimensione diversa sono necessari prima di trovare il pessario piu adatto alle esigenze della paziente. Con alcuni tipi di pessario è possibile continuare ad avere un'attività sessuale.

Esercizi per il pavimento pelvico (esercizi di Kegel):

Lavorando sui muscoli del pavimento pelvico è possibile migliorare o prevenire il peggioramento di un prolasso agli stadi iniziali. Come qualsiasi tipo di allenamento gli esercizi per il pavimento pelvico richiedono tempo, motivazione e tecnica appropriata. Se sei interessata per ulteriori informazioni guarda il sito degli esercizi del pavimento pelvico.

OPZIONI TERAPEUTICHE CHIRURGICHE

La terapia chirurgica può essere suggerita in caso di presenza di sintomi. Il tuo medico ti consiglierà il trattamento migliore e piu adatto in base all'età, precedenti interventi chirurgici, severità del prolasso e alle tue condizioni di salute generale. Le due opzioni chirurgiche principali sono: chirurgia ricostruttiva e chirurgia di chiusura vaginale (colpocleisis).

Chirurgia ricostruttiva:

L'obiettivo di tale tecnica è di ripristinare la posizione fisiologica degli organi pelvici

permettendo la funzione sessuale. Esistono diversi approcci: vaginale, addominale, laparoscopico, robotico.

Chirurgia di chiusura vaginale (colpocleisis):

È indicata in caso di prolasso severo e non permette attività sessuale. La procedura consiste nel suturare insieme le pareti vaginali prevenendo la recidiva. Il principale vantaggio di tale tecnica sono il breve tempo chirurgico e il veloce ricovero. Le percentuali di successo sono del 90-95%.

Quale approccio chirurgico è piu adatto a me?

Non esiste un approccio chirurgico migliore per tutte le pazienti ma la scelta dipende da numerosi fattori come l'anamnesi clinica, l'esperienza del medico rispetto ad un tipo di intervento e la preferenza della paziente. Il tuo medico discuterà con te le diverse possibilità e sceglierà insieme a te l'intervento piu adatto alle tue necessità ed esigenze. Pertanto ogni intervento è individualizzato e due differenti pazienti con lo stesso grado di prolasso possono presentare necessità differenti ed richiedere interventi diversi.

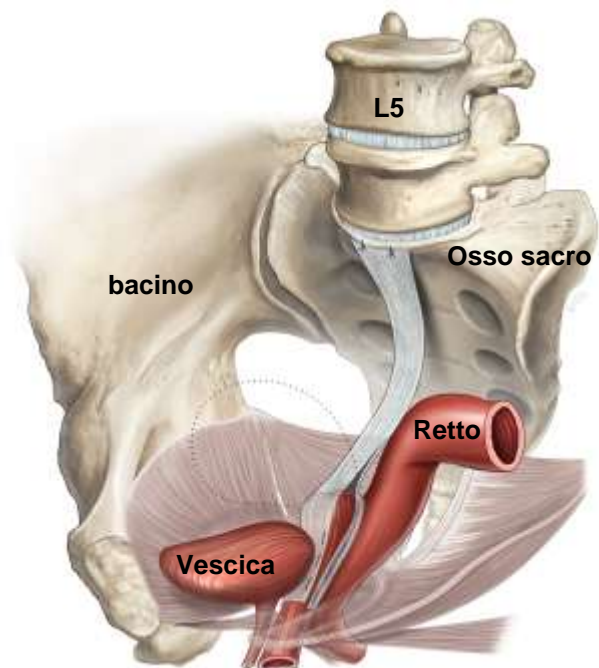
Approccio vaginale

Consiste nell'effettuare un'incisione nella vagina, nel separare gli organi prollassati dalla parete vaginale e nell'utilizzare punti di sutura e/o protesi (reti) per rinforzare e sostenere le pareti vaginali. I punti di sutura permanenti possono essere dati a livello dell'apice della vagina o della cervice ed attaccati ai forti legamenti pelvici (sacro-spinoso o utero-sacrale) per sostenere l'utero o la cupola vaginale.

Approccio addominale

Consiste nell'effettuare un'incisione sulla parete addominale e nell'utilizzo di suture e/o materiali protesici per sostenere la vagina, la cupola vaginale o l'utero. Nella sacrocolpopessia illustrata di seguito la volta vaginale prollassata è fissata all'osso sacro mediante l'utilizzo di una rete. Esistono diverse procedure che ti verranno illustrate dal tuo medico in dettaglio prima dell'intervento.

Sacrocolpopessia



Approcci laparoscopico e robotico

Questi approcci hanno risultati simili agli interventi con approccio addominale "open" ma spesso con tempi di ricovero più brevi e ferite più piccole. Al momento attuale, la chirurgia robotica è disponibile solo in pochi centri.

E' necessario usare un materiale protesico durante l'intervento?

Non tutte le ricostruzioni vaginali richiedono l'utilizzo di protesi (reti). Tradizionalmente le protesi sono utilizzate in caso di re-intervento e laddove esiste un significativo rischio di fallimento. La protesi può essere riassorbibile, fatta con tessuti animali (biologica) che scompare gradualmente con il tempo, oppure non riassorbibile, fatta con materiale sintetico che rimane permanentemente nell'organismo. Alcune protesi sono una combinazione di materiali riassorbibili e non riassorbibili. Discuterai i vantaggi e svantaggi del loro utilizzo con il tuo chirurgo.

Che percentuale di successo ha la chirurgia?

Circa il 75% delle donne che hanno avuto un intervento per via vaginale e il 90-95% di quelle che hanno avuto un intervento per via addominale, hanno un miglioramento/cura dei sintomi di prolasso a lungo termine. Una recidiva del prolasso può essere dovuta alla persistenza dei fattori che hanno causato il prolasso iniziale come la stitichezza e la debolezza dei tessuti.

Cosa fare in caso abbia ancora desiderio di avere figli?

E' generalmente consigliato di posticipare la ricostruzione chirurgica definitiva del prolasso fino a che non hai completato la tua famiglia. Nel frattempo può essere effettuato un trattamento conservativo come esercizi per il pavimento pelvico o l'uso di un pessario vaginale.



IUGA 
International urogynecological association

Le informazioni contenute in questo opuscolo devono essere utilizzate esclusivamente a scopo informativo e non per fare diagnosi o decidere il trattamento di una condizione clinica specifica. Questi compiti devono essere eseguiti esclusivamente da personale medico o figura professionale specializzato.

Tradotto da: Pasquale Gallo, MD; Alex Digesu, MD; Gianni Baudino, MD ©2011