

La laparoscopia in ginecologia

COSA E' LA LAPAROSCOPIA

La laparoscopia è una tecnica chirurgica che, a differenza della chirurgia tradizionale che comporta l'apertura dell' addome attraverso una ampia incisione chirurgica, consente di operare, utilizzando strumentazione appositamente predisposta, attraverso alcune piccole incisioni di meno di 1 cm ognuna. Per questo motivo la laparoscopia è da considerare una tecnica chirurgica meno invasiva della chirurgia addominale tradizionale (Figura 1).

Si esegue quindi una prima incisione in prossimità dell' ombelico, attraverso la quale con un ago particolare si introduce del gas (anidride carbonica) per poter distendere la cavità addominale; ciò è utile per avere una adeguata visione e un sufficiente spazio per eseguire i veri e propri atti chirurgici nell' addome. Attraverso la stessa incisione si introduce il laparoscopio, un particolare strumento ottico, collegato ad una fonte luminosa e ad un sistema video (telecamera + monitor + videoregistratore), attraverso il quale si esamina l' interno di tutta la cavità addominale e pelvica, con una visione diretta di tutti gli organi. Quindi si eseguono solitamente altre due piccole incisioni addominali, attraverso le quali si introducono gli strumenti chirurgici veri e propri (pinze, forbici, aghi, elettrobisturi, aspiratore, ecc.), in modo da operare sotto il controllo visivo fornito dal sistema video precedentemente descritto (Figura 1). Attraverso la vagina talvolta si introduce nell'utero uno strumento (manipolatore) che serve per poter muovere l' utero secondo necessità nel corso dell' intervento. Terminato l' intervento, si estrae la strumentazione favorendo attraverso le incisioni addominali la fuoriuscita del gas precedentemente introdotto, e quindi si suturano le piccole incisioni chirurgiche. Solitamente la paziente viene dimessa 1-2 giorni dopo l' intervento.

LAPAROSCOPIA; INDICAZIONI ED INTERVENTI

La laparoscopia trova nella chirurgia ginecologica odierna sempre più indicazioni.

La maggior parte delle patologie che in passato venivano trattate con la chirurgia tradizionale, oggi possono essere affrontate per via laparoscopica.

LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA

Viene eseguita per giungere alla diagnosi in alcune condizioni cliniche (dolore pelvico cronico, sterilità, ecc.) che non si riescono a spiegare con altri metodi di indagine (ecografia, esami di laboratorio, ecc.). In questi casi spesso la laparoscopia consente di formulare una diagnosi precisa e al tempo stesso consente di intervenire sulle patologie riscontrate (aderenze, endometriosi, ecc.)

LAPAROSCOPIA OPERATIVA

Nella maggior parte dei casi la paziente giunge in sala operatoria con una diagnosi già accertata in precedenza.

Le indicazioni più frequenti alla laparoscopia sono:

- **Aderenze pelviche** (Figura 2)

Queste consistono in tessuto fibroso che fa sì che organi pelvici e addominali aderiscano fra di loro. Aderenze pelviche, che solitamente possono essere riconosciute solo con la laparoscopia, si riscontrano spesso in pazienti che soffrono di dolore pelvico cronico o di sterilità. I risultati per via laparoscopica sono eccellenti e permettono nella maggioranza dei casi di liberare completamente le pelvi.

- **Cisti ovariche** (Figura 3)

Possono essere rimosse cisti di qualunque dimensione e struttura, integre o previa aspirazione, enucleando la capsula cistica e preservando il tessuto ovarico sano.

- **Endometriosi** (Figure 4 e 5)

L' endometriosi è una delle indicazioni più frequenti alla laparoscopia. Spesso la diagnosi di

endometriosi viene fatta per la prima volta o confermata grazie alla laparoscopia. L'operatività chirurgica laparoscopica in caso di endometriosi sarà variabile in rapporto alla entità e allo sviluppo dell'endometriosi stessa. Nei casi di minore gravità ci si limiterà alla semplice diatermocoagulazione (o causticazione) di piccoli focolai endometriosici. In altri casi potrà rendersi necessario liberare gli organi pelvici da aderenze spesso tenaci. Molto spesso l'intervento consiste nella asportazione di cisti ovariche di tipo endometriosico e talora può rendersi necessaria l'asportazione dell'ovaio.

• **Gravidanza extrauterina** (Figura 6)

Rappresenta una delle migliori indicazioni alla laparoscopia chirurgica perchè se effettuata entro la 8a - 9a settimana di gravidanza permette di risparmiare la tuba interessata con un ripristino della funzionalità in una gran parte dei casi. Nei casi in cui la tuba sede della gravidanza risulti marcatamente danneggiata dalla gravidanza stessa può essere opportuna la rimozione della tuba stessa (salpingectomia).

• **Fimbrioplastica tubarica**

Alcune patologie, tra cui l'idrosalpinge (Figura 7) possono beneficiare di un simile intervento. L'intervento di fimbrioplastica, infatti, viene effettuato per ripristinare la pervietà tubarica in caso di ostruzione del tratto distale della tuba.

• **Miomectomia** (Figura 8)

I fibromi uterini, sia intramurali sia a sviluppo sottosieroso, anche di oltre 10 cm di diametro, possono essere asportati per via laparoscopica. Vengono rimossi dalla cavità addominale dopo averli frantumati. Quest'intervento a volte può richiedere una incisione cutanea più grande (al massimo 2 cm)

• **Isterectomia** (Figure 9 e 10)

In taluni casi è possibile eseguire per via laparoscopica anche l'isterectomia. Anche questo intervento può essere eseguito con diverse modalità prevedendo in taluni casi la possibilità di conservare il collo uterino. Le ovaie possono essere conservate o asportate

LAPAROSCOPIA ED INFERTILITÀ

Spesso la laparoscopia è una tappa d'obbligo nell'iter diagnostico sull'infertilità.

Infatti solo con la laparoscopia è possibile documentare la normalità degli organi pelvici, l'eventuale esistenza di aderenze che alterano i normali rapporti fra tube e ovaio, l'eventuale esistenza di endometriosi.

Inoltre in corso di laparoscopia è possibile verificare la pervietà delle tube. A questo scopo infatti, nello studio della fertilità, si esegue la salpingocromoscopia (Figura 11). Questa consiste nell'iniettare attraverso il collo dell'utero un colorante (blu di metilene) il quale risalendo lungo la cavità dell'utero giunge nelle tube e, se queste sono pervie, fuoriesce dall'estremità delle tube nella cavità addominale.

Che cosa è necessario fare prima di sottoporsi ad una laparoscopia?

Posta l'indicazione alla laparoscopia, la paziente viene preparata all'intervento in Day-Hospital, durante il quale esegue tutti gli esami preoperatori, tra cui:

- indagini ematochimiche;
- radiografia del torace
- elettrocardiogramma

È importante nei casi di infertilità che la paziente abbia già eseguito un'isterosalpingografia (radiografia delle tube) o una fertioscopia e che porti il risultato con se al momento del ricovero. La sera precedente all'intervento verrà eseguito un clistere di pulizia intestinale.

Che tipo di anestesia è richiesta?

Molte pazienti si chiedono se sia necessaria anestesia locale o generale. La laparoscopia si esegue in anestesia generale.

LAPAROSCOPIA RISCHI E COMPLICANZE

Anche la laparoscopia, come tutti gli atti medici e chirurgici, può presentare dei rischi.

Va considerata la possibilità di rischi di tipo emorragico, e la possibilità di lesioni a carico di organi addominali, ad esempio dell'intestino. La possibilità di tali complicazioni è anche in relazione alla maggiore o minore complessità dell'intervento; ad esempio vi è un rischio minore in caso di laparoscopia diagnostica, in confronto ai rischi possibili in caso di intervento per un'endometriosi severa.

Una maggiore possibilità di rischio o di difficoltà tecnica è anche in relazione alle caratteristiche della paziente. Ad esempio in caso di obesità marcata della paziente può addirittura essere impossibile l'esecuzione della laparoscopia. Infine sono prevedibili maggiori difficoltà e quindi maggior rischio di complicanze nell'eseguire una laparoscopia su una paziente che ha già subito più interventi chirurgici addominali; in tal caso infatti è possibile che a causa dei precedenti interventi vi sia in cavità addominale una più o meno complessa situazione aderenziale. A causa di difficoltà tecniche o di complicanze può talora essere necessario convertire l'intervento in forma tradizionale, cioè con l'apertura dell'addome.

Non deve destare particolare preoccupazione la comparsa, nelle ore successive all'intervento, di dolore alle spalle. Tale sintomo è dovuto al gas usato per ottenere la necessaria distensione addominale, e spontaneamente regredisce nell'arco di circa una giornata.

Nei primi giorni dopo l'intervento è possibile che la paziente noti scarse perdite di sangue dalla vagina. Anche questo non è un sintomo preoccupante, in quanto potrebbe essere dovuto all'inserimento nell'utero del manipolatore all'inizio dell'intervento e rimosso alla fine.

LAPAROSCOPIA VANTAGGI

La laparoscopia, se confrontata con la chirurgia tradizionale, presenta diversi vantaggi.

Innanzitutto comporta un minor trauma della parete addominale. Le ferite chirurgiche prodotte sulla parete sono notevolmente ridotte rispetto ad una ferita chirurgica tradizionale, con indubbio vantaggio anche sul piano estetico. La visione in dettaglio degli organi pelvici è migliore (grazie al sistema video) rispetto a quella possibile con la chirurgia tradizionale.

Inoltre il non aprire l'addome comporta un minor trauma per gli organi addominali, e quindi un migliore decorso postoperatorio ed una più rapida ripresa funzionale dell'intestino. Ciò comporta una minore degenza ospedaliera con una più precoce ripresa delle ordinarie attività lavorative e sociali.



Fig.1: Laparoscopia

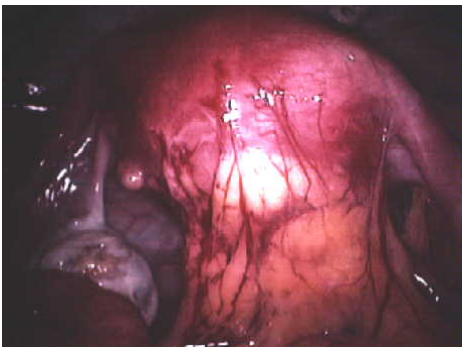


Fig. 2 : Aderenze utero-intestino



Fig. 3 : Drilling ovarico



Fig. 4 : Cisti endometriosa

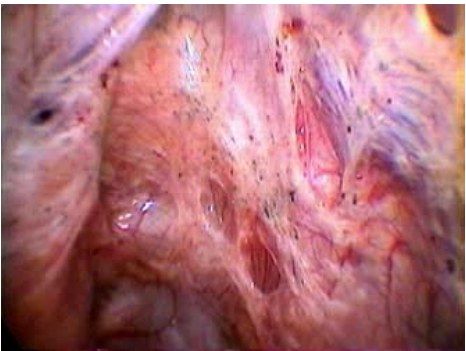


Fig. 5 : Endometriosi pelvica



Fig. 6 : Gravidanza tubarica



Fig. 7 : Idrosalpinge

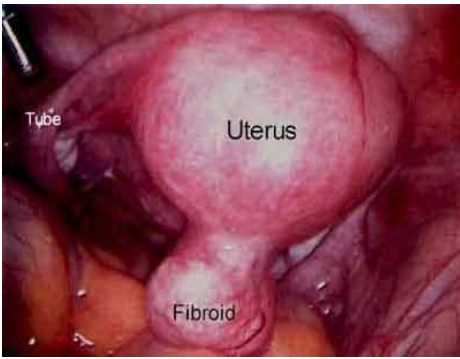


Fig. 8 : Mioma

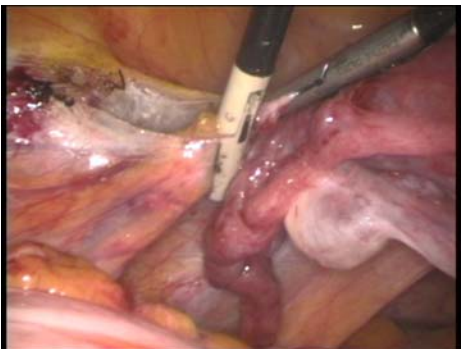


Fig. 9: Infundibulo pelvico in corso di isterectomia

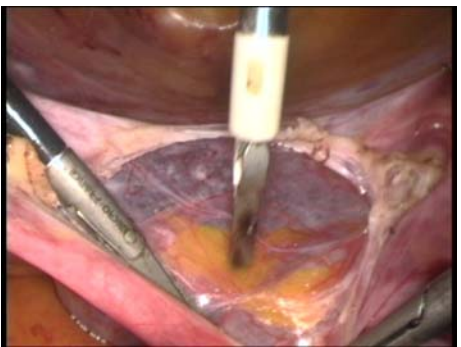


Fig. 10 : Legamento largo in corso di isterectomia



Fig. 11 : Cromosalpingoscopia