

## **Sacrocolpopessi robotica per il prollasso della cupola vaginale dopo isterectomia: la nostra esperienza di 31 casi**

Autori: **Cristina Cesana,MD1**, Gianluca Raffaello Damiani,MD1, Mario Villa, MD1,Matteo Loverro, MD2, Cecilia Pirovano, MD1, Silvia Corso ,MD1,Maria Gaetani,MD2,Giuseppe Trojano,MD2, Antonio Pellegrino,MD1

1 ASST-lecco OSPEDALE ALESSANDRO MANZONI DI LECCO ,REPARTO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA,LECCO ,VIA DELL'EREMO 11

2UNIVERSITÀ DI BARI ,REPARTO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA 1-2 CLINICA ,POLICLINICO DI BARI,PIAZZA GIULIO CESARE N11 ,BARI

Cristina Cesana ,makhy14@libero.it,3348375677/3387658373

**Introduzione:** E' noto che la sacrocolpopessi transaddominale ha alti tassi di successo per la correzione chirurgica del prollasso della cupola vaginale (VVP), con basso tasso di recidive. Non tutti i paziente posso affrontare questo tipo di intervento. L'alternativa della correzione laparoscopica comporta comunque difficoltà anche per un chirurgo esperto. Il nostro scopo è di valutare la fattibilità della tecnica, le complicazioni a breve termine della chirurgia robotica con robot Da Vinci ed i risultati clinici in termini di complicanze a lungo termine, e le recidive .

**Materiali e Metodi:** L'Analisi prospettica di sacrocolpopessi con tecnica robotica riguarda procedure eseguite tra ottobre 2012 e febbraio 2016, in pazienti con VVP post-isterectomia avanzata e difetti apicali significativi definiti da punteggio di Baden- Walker  $\geq 3$ . E' stata utilizzata una graft Y (Alyte, C.R., Bard, Covington, GA, USA) in propilene.

**Risultati:** Sono stati eseguite 31 procedure, con un follow-up medio di 27 mesi (range: 2-48). Il tempo operatorio totale medio era di 185 minuti (range: 170-235). La perdita di sangue stimata e' stata di 50 ml (range: 30-150). È stato riportato un caso di cistotomia. Non è stata segnalata nessuna incontinenza di stress o erosione. Sono stati osservati un caso di cistocele 3/4 di Baden Walker di grado asintomatico ed un caso di rettocele a 16 e 25 mesi di follow-up. Il 97% dei pazienti ha riportato di essere soddisfatto e ha raccomandato la procedura. Lo sviluppo di urge incontinenze e di iperattività del detrusore è assente nella nostra serie, riportata in letteratura nel 33% dei casi.

**Discussione:** La difficoltà maggiore riscontrata è costituita dalla scelta del landmark sacrale senza il feedback tattile e dall'alta variabilità dell'anatomia dello spazio presacrale. L'uretere destro, rimane il punto di riferimento fondamentale , in caso di una non chiara visualizzazione del promontorio e deve essere identificato prima della dissezione peritoneale. Il tempo operatorio nella la nostra serie è più breve di quanto riportato da latri studi ma comunque rimane elevato alla via laparoscopica.

**Conclusioni:** I maggiori tempi operativi sono controbilanciati dai numerosi vantaggi, come la visione 3D, che aumenta l'identificazione dei piani corretti, allo scopo di eseguire un'attenta dissezione dello spazio vescicale, rettovaginale e presacrale. Questa serie dimostra risultati ottimali a seguito di follow-up a lungo termine garantendo la stessa durata a lungo termine della sacrocolpopessi per via addominale con i vantaggi legati alla chirurgia mininvasiva.