

MODIFICAZIONI ANATOMICHE E FUNZIONALI DELL'ISTMOCELE A SEGUITO DELL'ISTMOPLASTICA RESETTOSCOPICA: RISULTATI PRELIMINARI

AUTORI: Concetta Leggieri, Francesca Guasina, Ciro Morra, Maria Rita Talamo, Giulia Magnarelli, Paolo Casadio

Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia. S. Orsola Malpighi, Ospedale Universitario, Università di Bologna, Bologna, Italia

OBIETTIVI: molti studi sulla correzione isteroscopica o laparoscopica della cicatrice isterotomica a seguito di taglio cesareo (c.d. istmocele) sono stati pubblicati nel corso degli anni, ma solo pochi di questi hanno valutato i risultati anatomici a seguito della correzione chirurgica di tale difetto. L'obiettivo del nostro studio è di valutare mediante ecografia transvaginale ed isteroscopia l'aspetto morfologico dell'istmocele a seguito dell'istmooplastica; in particolare il nostro studio ha l'obiettivo di misurare la variazione pre- e post-operatoria dello spessore di miometrio che riveste il difetto.

DISEGNO DELLO STUDIO: studio prospettico

SETTING: ospedale universitario di III livello

PAZIENTI: sono state selezionate 35 pazienti con diagnosi di istmocele e storia di perdite ematiche postmestruali e/o di dolore pelvico sovrapubico. La diagnosi di istmocele è stata formulata a seguito di ecografia transvaginale ed isteroscopia diagnostica. Dal momento che la morfologia dell'istmocele ricorda quella di un triangolo isoscele, la profondità (altezza) e la sua estensione longitudinale (base) sono state misurate usando la seguente formula: $\text{base} \times \text{altezza}/2$; è stato inoltre misurato lo spessore pre- e post-operatorio del miometrio sovrastante la lesione.

INTERVENTIONS: tutte le pazienti sono state sottoposte ad isteroscopia operativa, utilizzando un resettoscopio da 26 Fr. Il tessuto cicatriziale è stato completamente rimosso utilizzando un'ansa resettoscopica, in particolare a livello dei bordi superiore ed inferiore del diverticolo, mettendo le sue pareti in continuità con quelle del canale cervicale. Data la sottigliezza dello spessore miometriale residuo, il fondo del diverticolo è stato trattato mediante elettrocauterizzazione mirata con rollerball da 3 mm e corrente da taglio pura, in modo da indurre la retrazione cicatriziale del difetto.

Tre e sei mesi dopo l'istmooplastica, tutte le pazienti sono state sottoposte ad ecografia transvaginale ed isteroscopia ambulatoriale.

operative hysteroscopy was performed in all patients, using a 26 Fr resectoscope. The scar tissue

was completely removed using a resectoscopic loop. The inferior and superior edges of the diverticulum were removed, placing its wall in continuity to that of the cervical canal. Because of the thin residual myometrium, the bottom of the pouch was treated using aimed electrocauterization with a 3-mm rollerball and cutting pure current, to induce scar retraction of the pouch.

Three and six months after the isthmoplasty, transvaginal ultrasound and office hysteroscopy were performed in all patients.

OUTCOME PRIMARIO: variazione dello spessore del miometrio residuo sovrastante il difetto della cicatrice post cesareo

RISULTATI: in tutte le pazienti è stato rilevato un incremento dello spessore miometriale che riveste il difetto post cesareo a tre e sei mesi dalla correzione chirurgica. Inoltre, l'istmocele ha presentato una variazione nella sua forma (da una forma sacciforme ad una morfologia maggiormente conica). Non è stata rilevata alcuna falda fluida anecogena all'interno dell'utero o a livello del canale cervicale. L'area conica è risultata completamente riepitelizzata al controllo isteroscopico office e rivestita da epitelio privo di segni di endometrite (assenza di neoangiogenesi, materiale mucoso o ematico).

CONCLUSIONI: un aumento dello spessore miometriale residuo che ricopre il difetto uterino a seguito di cicatrice post cesareo è stato riscontrato sia al controllo ecografico che a quello isteroscopico a tre ed a sei mesi dopo correzione resectoscopica. Sebbene l'istmoplastica miri a rimuovere il tessuto nel difetto sacciforme dell'istmocele, essa porta ad un aumento significativo dello spessore miometriale residuo inducendo probabilmente una modifica anatomica e funzionale del difetto anatomico stesso. In considerazione di ciò, ci si domanda se la correzione isteroscopica dell'istmocele possa diminuire il rischio di rottura uterina durante la gravidanza e se il parto vaginale sia sicuro o meno a seguito di tale procedura. In accordo con i dati precedenti, i nostri risultati confermano che l'istmoplastica tratta con successo i sintomi dell'istmocele (come le perdite ematiche post-mestruali). Con la risoluzione della persistenza del sangue mestruale nella cervice e nella cavità uterina, questa procedura potrebbe inoltre contribuire a ripristinare la fertilità. La correzione dell'istmocele potrebbe essere associata anche ad una riduzione

d
e
l
l
,