

Follow-up della cupola vaginale con ottica da "office hysteroscopy" dopo isterectomia

M.R. GALLEA¹, R. GIUCA¹, M.C. SUDANO¹, G. MARINO¹, M.E. RIZZO¹, G. SCUDERI¹, G. ZIZZA^{1,2}

RIASSUNTO: Follow-up della cupola vaginale con ottica da "office hysteroscopy", dopo isterectomia.

M.R. GALLEA, R. GIUCA, M.C. SUDANO, G. MARINO, M.E. RIZZO, G. SCUDERI, G. ZIZZA

Scopo dello studio è valutare l'utilità dell'approccio vaginoscopico utilizzando l'isteroscopia "office" nel follow-up della cupola vaginale di pazienti sottoposte a isterectomia. Lo studio riguarda 40 pazienti isterectomizzate nel periodo dal 2006 al 2010, sottoposte a follow-up per il controllo della cupola vaginale. Nel primo campione, composto da 20 pazienti, il follow-up è stato condotto con approccio vaginoscopico mediante isteroscopia; nel secondo campione, composto da 20 pazienti, è stata effettuata una visita di controllo con applicazione di speculum per visionare il fondo vaginale. L'esame condotto con ottica ha consentito la visualizzazione dei recessi vaginali e degli angoli vaginali in 20 casi (100%); sono stati effettuati 10 prelievi biotipici mirati (50%). Nelle pazienti sottoposte a controllo con applicazione di speculum, solo in 4 casi (20%) è stato possibile visualizzare gli angoli vaginali e i recessi vaginali e sono stati effettuati 0 prelievi biotipici mirati (0%). L'approccio vaginoscopico mediante strumentario utilizzato per l'isteroscopia supera l'esame di controllo condotto mediante speculum, sia nella capacità di visualizzare accuratamente la cupola vaginale, gli angoli e i recessi vaginali, che per la possibilità di effettuare biopsie mirate in rapporto al riscontro di una condizione patologica vaginale che necessita un approfondimento istologico. Anche in considerazione della ottima compliance delle pazienti all'esame stesso, si può considerare un esame diagnostico strumentale da inserire nel follow-up routinario per tutte le pazienti sottoposte ad isterectomia.

SUMMARY: Follow-up on the vaginal vault with "office hysteroscopy" optics after hysterectomy.

M.R. GALLEA, R. GIUCA, M.C. SUDANO, G. MARINO, M.E. RIZZO, G. SCUDERI, G. ZIZZA

The purpose of this study is to evaluate the usefulness of vaginoscopy with "office hysteroscopy" in the follow-up on the vaginal vault in hysterectomized patients. The study covered 40 patients hysterectomized during the period from 2006 to 2010, subject to undergo follow-up for the control of the vaginal vault. In the first group, composed of 20 patients, the follow-up was conducted by hysteroscope vaginoscopic approach, while in the second group composed of 20 patients a control visit was made with speculum to see the vaginal vault. The examination conducted with "office hysteroscopy" allowed the visualization of the vaginal recesses and vaginal corners in 20 cases (100%), and 10 targeted biopsies (50%) were carried out. In patients (4 cases, 20%) undergoing regular medical check with the application of speculum it was possible to see the vaginal corners and vaginal recesses and no targeted biopsies were performed (0%). The vaginoscopic approach using instruments for hysteroscopy is better than the inspection conducted by using a speculum in the ability to display carefully the vaginal vault, angles and vaginal recesses. The possibility of making targeted biopsies in pathological vaginal conditions needs a deep histological investigation. As concerns the good tolerability of patients to the examination, it can be considered that a screening instrument should be included in the routine follow-up of all hysterectomized patients.

KEY WORDS: Cupola vaginale - Isterectomia - Vaginoscopia.
Vaginal vault - Hysterectomy - Vaginoscopy.

Introduzione

L'isterectomia è un intervento chirurgico in cui sono possibili complicanze, in parte legate all'intervento stesso (emorragie, infezioni, fistole, disturbi della motilità intestinale e disturbi delle vie urinarie) ed in parte dovute alle sequele successive alla perdita dell'utero o di tutto l'apparato genitale interno, che possono essere di or-

¹ Clinica Ostetrica e Ginecologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico - Vittorio Emanuele", Policlinico "Gaspere Rodolico", Catania
² Responsabile del Centro di Costo e Linea di Attività "Ambulatorio per la diagnosi e cura delle patologie dell'endometrio: isteroscopia"

dine ormonale, psicologico, relazionale e sessuale. L'isterectomia comporta la necessità di impostare un corretto programma di *follow-up* dopo l'intervento, che varia in base alla patologia che ha determinato l'indicazione all'intervento chirurgico, in modo tale da ridurre la morbidità e la mortalità (1). Allo stato attuale esiste una certa variabilità tra i protocolli di *follow-up* messi in atto dopo isterectomia, non ci sono raccomandazioni formali circa il numero di test necessari, né sugli intervalli temporali tra essi. Il *follow-up* può essere eseguito in modo intensivo programmando valutazioni cliniche e strumentali predefinite ad intervalli di tempo stabiliti; oppure in modo non intensivo, in occasione dei controlli clinici, le indagini diagnostiche, strumentali o di laboratorio vengono eseguite sulla base di segni e sintomi della paziente (2). Le metodiche cliniche e diagnostiche attualmente impiegate nel *follow-up* delle pazienti isterectomizzate sono: esame clinico generale, esame citologico del fondo vaginale associato se è il caso alla osservazione con il colposcopio di particolari eventualmente presenti nel cul di sacco vaginale, ecografia trans-vaginale. Ulteriori indagini vengono condotte in rapporto alla patologia che ha determinato l'indicazione all'isterectomia e al risultato degli esami precedentemente condotti (3). Queste metodiche dimostrano dei limiti legati soprattutto all'impossibilità di visualizzare gli angoli vaginali e i recessi vaginali che inevitabilmente si creano dopo un intervento di isterectomia, a prescindere dalla via scelta per eseguirla, e di eseguire prelievi bioptici mirati di aree sospette di recidiva di malattia neoplastica o di qualsiasi altra neoformazione, anche tessuto di granulazione, espressione di cicatrizzazione e riparazione tissutale, specie in presenza di sanguinamenti vaginali. La vaginoscopia, mediante l'uso di un isteroscopia rigido, è una procedura endoscopica con finalità diagnostiche, a basso rischio, eseguibile in regime ambulatoriale, senza anestesia né analgesia, e riveste un ruolo fondamentale nella diagnosi di patologie che interessano la vagina, in generale, e la cupola vaginale dopo isterectomia, in particolare. Dal confronto con le metodiche di controllo attualmente impiegate nel *follow-up*, emerge come le immagini fornite dalla tecnica che utilizza un'ottica rigida, previa irrigazione vaginale di soluzione fisiologica, consentano un controllo molto più accurato delle pareti vaginali, della cupola vaginale, degli angoli e soprattutto dei recessi vaginali, producendo anche un ingrandimento diretto con rapporto ottico 2:1 della parte visionata e con magnificazione dell'immagine ad immersione nel liquido di lavaggio, anche in presenza di sangue. La possibilità dell'immediato riscontro di patologia neoplastica endovaginale, con possibilità di eseguire biopsie mirate, rende l'approccio vaginoscopico una metodica diagnostica preferenziale rispetto alle altre usualmente impiegate nel controllo della cicatrizzazione della cupola vaginale dopo intervento di isterectomia.

Pazienti e metodi

Lo studio è stato condotto su un gruppo di 40 pazienti isterectomizzate nel periodo tra il 2006 e il 2010, giunte alla nostra osservazione presso l'Ambulatorio per la Diagnosi e Cura delle Patologie dell'Endometrio, dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico "G. Rodolico" dell'Università di Catania. Dieci pazienti risultavano sintomatiche per perdita di sangue, per le altre la raccolta dell'anamnesi ha permesso di evidenziare in 11 casi la sensazione di secchezza vaginale, in 8 bruciori vaginali, in 7 pazienti dispareunia ed in 4 pazienti incontinenza urinaria sotto sforzo.

Le 40 pazienti sono state divise in due campioni, ciascuno composto di 20 pazienti. Si è confrontato il campione costituito dalle 20 pazienti sottoposte a vaginoscopia con il campione costituito dalle 20 pazienti sottoposte a visita di controllo con applicazione di speculum, in modo da valutare l'accuratezza diagnostica e la quantità di informazioni derivanti dalle due metodiche di indagine.

L'esame con ottica isteroscopica è stato condotto "in office" con approccio vaginoscopico, senza il ricorso a speculum o tenaculum, né ad anestesia o analgesia. L'ottica utilizzata è stata un isteroscopia rigido, dal profilo ovale, a flusso continuo, dotato di ottica tipo Hopkins II a visione obliqua di 30°, del diametro di 5 mm, provvisto di canale operativo da 5 Fr (Isteroscopia di Bettocchi, Karl Storz GmbH & Co., Tuttlingen, Germany). Quale mezzo di distensione si è utilizzata la soluzione salina a flusso continuo erogata tramite una pompa peristaltica elettronica di irrigazione a pressione di distensione di 30-40 mmHg (Histeromat Hamou, Karl Storz GmbH & Co., Tuttlingen, Germany), con recupero passivo del liquido di irrigazione, per caduta.

Oltre a un'osservazione insolita, che comunque è risultata subito essere molto chiara nei particolari più piccoli, negli anfratti e pieghe cicatriziali più recondite, numerose alterazioni sono state rilevate sulla cupola vaginale come conseguenza dell'isterectomia stessa.

Nelle 20 pazienti sottoposte a visita di controllo con approccio vaginoscopico mediante isteroscopia è stato possibile osservare: in 2 casi la presenza di erosioni post-isterectomia; in 2 pazienti il prolasso della cupola vaginale rispetto al canale vaginale; in 3 pazienti granulazioni del tessuto vaginale; in 2 casi la recidiva di malattia neoplastica; in 1 paziente la presenza di un punto di sutura in Vicryl residuo dell'orlatura della cupola vaginale; in 4 casi la presenza di distrofia postmenopausale severa; in 6 pazienti la cupola vaginale, apparsa alla visualizzazione ben adesa e non infiltrata con assenza di note patologiche (Fig. 1).

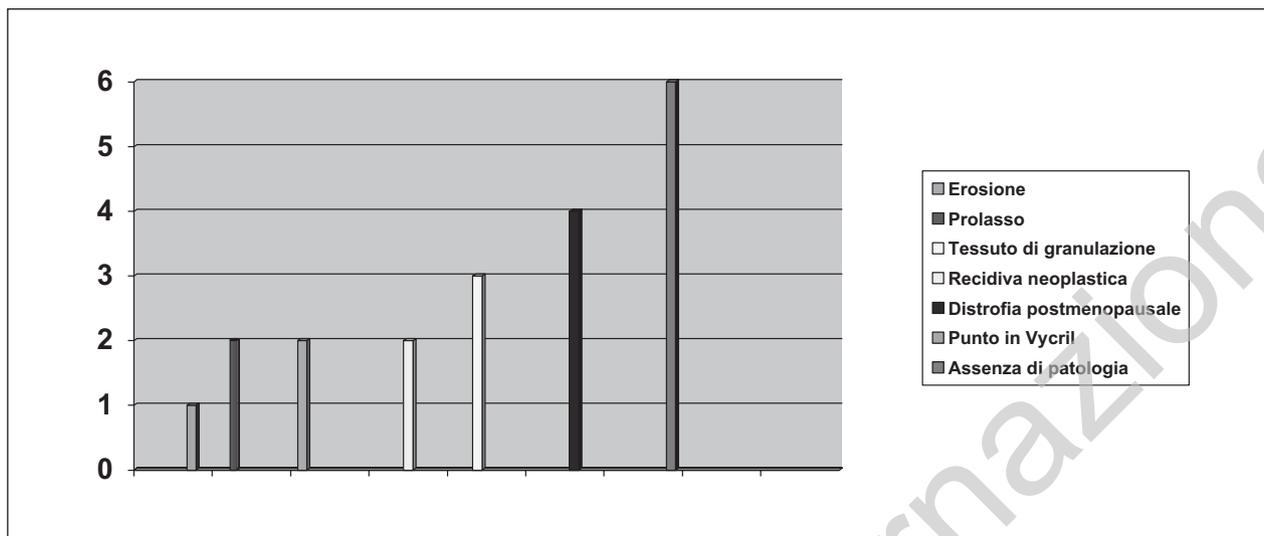


Fig. 1 - Frequenza della visualizzazione delle varie condizioni cliniche della cupola vaginale mediante esame vaginoscopico.

Nelle 20 pazienti sottoposte a visita di controllo mediante speculum è stato possibile osservare: in 2 casi la presenza di erosioni sulla cupola vaginale; in 2 casi il prolasso; in 1 caso è stata messa in evidenza la presenza di neof ormazione riferibile a recidiva di neoplasia; nei rimanenti casi non sono state evidenziate note patologiche in atto.

Risultati

Per valutare l'accuratezza diagnostica delle due metodiche di indagine, esame isteroscopico ed esame condotto con speculum, sono stati presi in considerazione separatamente i seguenti parametri: visualizzazione dei recessi e degli angoli vaginali, esecuzione di prelievo bioptico mirato. L'esame condotto con ottica isteroscopica ha consentito la visualizzazione dei recessi vaginali e degli angoli vaginali in 20 casi (100%); sono stati effettuati 10 prelievi bioptici mirati (50%). Nelle pazienti sottoposte a visita di controllo con applicazione di speculum, in 4 casi (20%) è stato possibile visualizzare gli angoli e i recessi vaginali e non sono stati effettuati prelievi bioptici mirati. Per valutare la differenza nella qualità della visione tra le due metodiche di indagine, vaginoscopia con ottica endoscopica ed esame condotto mediante speculum, e in particolare la capacità o meno di consentire la visualizzazione degli angoli e recessi vaginali, è stato utilizzato il test non parametrico del chi-quadrato. La frequenza della visualizzazione degli angoli vaginali e dei recessi risulta in maniera statisticamente significativa maggiore negli esami condotti con la vaginoscopia ($P < 0.05$, Tab. 1). Per valutare la differen-

za nelle quantità di biopsie mirate effettuate tra le due metodiche di indagine, in rapporto al riscontro di una condizione patologica vaginale che necessitava un approfondimento bioptico, è stato utilizzato il test non parametrico del chi-quadrato. La differenza nel numero di biopsie mirate effettuate con la vaginoscopia rispetto alle biopsie condotte durante l'esame con lo speculum risulta statisticamente significativa ($P < 0.05$, Tab. 1).

Discussione e conclusioni

La qualità delle immagini è risultata superiore con l'esame condotto con strumentazione isteroscopica, che consente una visualizzazione completa e profonda degli angoli vaginali e dei recessi vaginali rispetto all'esame condotto con lo speculum, che ne permette la visualizzazione spesso parziale e solo in un numero di casi limitati. Anche la capacità di effettuare prelievi bioptici mirati è risultata superiore per la vaginoscopia, rispetto all'esame condotto con speculum. La vaginoscopia consente di effettuare dei prelievi biop-

TABELLA 1 - VALUTAZIONE DI DUE PARAMETRI (BIOPSIE EFFETTUATE E VISUALIZZAZIONE DEGLI ANGOLI E DEI RECESSI VAGINALI) CON LE DUE METODICHE DI INDAGINE VAGINOSCOPIA ED ESAME CONDOTTO CON SPECULUM.

Esame diagnostico	Biopsie	Visualizzazione degli angoli e dei recessi vaginali
Vaginoscopia	10	20
Esame con speculum	0	4

tici mirati nel momento stesso in cui l'osservazione delle pareti vaginali o della cupola evidenziano le presenza di segni di patologie la cui diagnosi necessita un approfondimento istologico; il prelievo biotipico dietro visione con lo speculum risulta cieco, poco mirato e talvolta pericoloso, specie nei casi con perdite ematiche. La possibilità di effettuare prelievi biotipici mirati consente fra l'altro di diagnosticare precocemente una ripresa di malattia neoplastica, consentendo una tempistica diagnostico-terapeutica più efficace rispetto alle altre metodiche. Il lieve *discomfort* percepito dalle pazienti sottoposte alla vaginoscopia rispetto all'esame speculare ci consente di definire la prima una procedura con ottima *compliance*, in agguinta all'alta specificità diagnostica. Per essere inserita in un programma di *follow-up*, una metodica diagnostica deve possedere dei requisiti specifici che giustifichino il ricorso all'esame: tra questi l'efficacia dia-

gnostica della tecnica e la possibilità di fornire una maggiore tempestività terapeutica, in grado di ridurre la morbilità e la mortalità, insieme con l'alta accettabilità e ripetibilità dell'esame. Per queste motivazioni crediamo che il *follow-up* post-chirurgico della cupola vaginale, dopo isterectomia, possa e debba essere eseguito in modo mini-invasivo con tecnica vaginoscopica, previa irrigazione della cavità vaginale con soluzione fisiologica, con l'ausilio di un'ottica rigida del tipo di quella usata per eseguire l'isteroscopia "in office" da 5 mm e con camicie a doppio flusso, in cui la presenza del canale operativo da 5 Fr ci consenta di eseguire in modo immediato e mirato biopsie uniche o multiple della lesione osservata e anche di utilizzare sonde bipolari (Versapoint) che ci consentano di elettrocoagulare in modo efficace e sicuro, tessuto di granulazione, espressione di riparazione di danno tissutale, spesso causa di sanguinamento vaginale.

Bibliografia

1. Elit L, Fyles AW, Devries MC, Oliver TK, Fung-Kee-Fung M; Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecol Oncol.* 2009;114(3):528-535.
2. Sartori E, Pasinetti B, Chiudinelli F, Gadducci A, Landoni F, Maggino T, Piovano E, Zola P. Surveillance procedures for patients treated for endometrial cancer: a review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2010 Aug; 20(6):985-92.
3. Stein MW, Grishina A, Shaw RJ, Roberts JH, Ricci ZJ, Adachi A, Freeman K, Koenigsberg M. Gray-Scale and color doppler sonographic features of the vaginal cuff and cervical remnant after hysterectomy. *AJR* 2006;187:1372-1376.
4. Agdi M, Al-Ghafri W, Antolin R, Arrington J, O'Kelley K, Thomson AJ, Tulandi T. Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(3):313-317.
5. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, Hacker MR, Sanfilippo JS, Lee TT. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol.* 2007 May-Jun; 14(3):311-317.