

DOCUMENTO INFORMATIVO:

Definizioni: Isterectomia totale / Isterectomia radicale

Esistono importanti differenze fra le isterectomie definite come TOTALE e RADICALE in chirurgia onco-ginecologica.

L'isterectomia totale si propone come intervento di asportazione completa dell'utero (corpo, fundus e cervice), con o senza l'annessiectomia (asportazione della tuba e ovaia) mono o bilaterale.

In ambito oncologico, l'isterectomia totale può considerarsi adeguata e sufficiente per trattare casi di tumori iniziali dell'endometrio e della cervice.

In buona parte delle patologie tumorali ginecologiche invasive, si rende necessaria una tecnica d'isterectomia allargata, ablativa e più aggressiva, denominata isterectomia radicale.

L'isterectomia radicale addominale (in via laparotomica) è un tipo d'intervento chirurgico ginecologico ed oncologico che deve il suo nome al chirurgo tedesco che maggiormente sviluppò la tecnica tra la fine del 1800 ed inizio del 1900: Dr. Ernest Wertheim.

Sulle basi delle prime esperienze chirurgiche effettuate da Freud (1878), Ries (1875) e Clark (1896), Wertheim disegnò la prima tecnica "standardizzata" e ripetibile. Al suo momento, risultava una tecnica aggressiva, con buoni risultati in termini di sopravvivenza, però pagando dazio a caro prezzo per morbilità post-operatoria e per complicanze e sequele. La classica tecnica Wertheim, continuerà a modificarsi nel tempo, da Latzco (1919), Okabayashi (1921), Meigs (1951), Schaller (1968), Freidber ed Herzog (1988), Monaghan (1988), Burghart (1993) tra altri, ad oggi, conservando il suo antico nome o associandolo a quello di Meigs. (Wertheim-Meigs)

Te Linde, a metà del '900, introduce il "nuovo concetto dei limiti" all'intervento radicale. Il nuovo atteggiamento chirurgico chiama l'attenzione sulla reale capacità di asportare tessuto malato utile dal punto di vista oncologico, ma conservando (entro il possibile) le funzionalità di organi vicini o poco affettabili definendo la: "radicalità effettiva", nel tentativo di ridurre il tasso di complicanze e conseguenze di interventi storicamente "troppo aggressivi". Così, viene descritta l'isterectomia a "radicalità ridotta" che consegue una drastica diminuzione degli effetti collaterali e complicanze, senza modificare la bontà dei risultati oncologici e di sopravvivenza.

Nel 1974, Piver e collaboratori pubblicano una classificazione delle isterectomie (ancora valida), secondo quanto siano allargati, verranno suddivise in 5 categorie o Classi:

Classe I: è proprio la chirurgia di radicalità ridotta di Te Linde.

Classe II: è l'isterectomia radicale più diffusamente utilizzata in onco-chirurgia ginecologica.

La linfoadenectomia (asportazione delle catene e linfonodi di pertinenza) è solo elettiva (non obbligatoria). La particolarità di questo tipo d'isterectomia allargata è quella di permettere di conservare l'irrorazione del tratto distale degli ureteri e della vescica, con il conseguente risparmio di complicanze (fistole) in queste sedi.

Classe III: è l'intervento di Meigs, in cui si prevede l'escissione (asportazione) radicale ed ampia del tessuto parametrico e paravaginale, passando all'esterno dell'incrocio degli ureteri e delle arterie uterine. Questo passaggio rende molto rischiosa una lesione diretta o indiretta (interrompendo la vascolarizzazione) tanto degli ureteri come della vescica. Con questa tecnica, è comune provocare lesioni permanenti ai fasci nervosi della vescica, conseguendone complicanze

urinarie da denervazione. Questa classe di chirurgia prevede anche la linfadenectomia pelvica completa.

Classe IV: è un intervento come il precedente al quale si aggiunge che: a) l'uretere si disseca completamente, b) si seziona l'arteria vescicale superiore e c) si asportano i tre-quarti superiori della vagina. Questi interventi, in generale sono molto complessi, lunghi e comportano sequele a volte molto severe. Si effettuano in Centri Specializzati e con un'assistenza perioperatoria molto specifica.

Classe V: chiamata anche "exenteratio pelvica". Interventi francamente aggressivi, che coinvolgono organi pelvici e consegnano sequele permanenti serie ed a volte gravi. Sono chirurgie che vengono riservate a casi molto particolari.

Le isterectomie radicali appartenenti alle Classi III – IV – V sono generalmente costellate di effetti collaterali, complicanze di tutti i tipi ed eventi sfavorevoli che mettono in grande difficoltà i medici che effettuano la proposta o indicazione collegiale a questi tipi d'interventi.

In buona sostanza, la radicalità reale che oggi si pretende di un intervento adeguato a trattare una malattia onco-ginecologica, dipende dal grado di aggressività e della diffusione della patologia e dagli effetti negativi prevedibili di una determinata tecnica chirurgica. Il vecchio concetto di proporre il "massimo intervento tollerabile" alla paziente, oggi è mutato, dando spazio all'attuale e più adeguato del "minimo intervento effettivo".

Oggi si riconosce l'importanza della conservazione dei fasci nervosi della pelvi per mantenere una normale funzionalità vescicale, sfinterica e della continenza fecale. Risulta altrettanto importante evitare ingiurie immediate o tardive agli ureteri e vescica.

Le tecniche che "risparmiano" tessuto o cosiddette conservative, si sono dimostrate capaci di migliorare la qualità, senza modificare la quantità di sopravvivenza affette da carcinomi della cervice e dell'endometrio.

La radicalità effettiva dell'isterectomia si riferisce alla capacità di una determinata tecnica di asportare l'utero con i parametri e legamenti di sostegno (sedi d'importanti elementi linfatici e vie di metastatizzazione), seguendo il brodo esterno pelvico di resezione, lungo il percorso dei vasi pelvici e degli ureteri, senza compromettere (o minimamente) la loro vascolarizzazione ed arrivare a sezionare i vasi uterini ed i legamenti paracervicali e paravaginali, a livello della pelvi bassa, al di sopra del passaggio degli ureteri. Questo accorgimento chirurgico (passaggio chiave) permette in generale una adeguata radicalità oncologica, compatibile con la conservazione di un buon flusso sanguineo degli ureteri.

La Piver II è una tecnica chirurgica in grado di asportare in maniera adeguata i tessuti parametriali, paracervicali e paravaginali, senza correre importanti rischi di lesioni ureterali e vascolari per la maggior parte dei carcinomi operabili (non avanzati) con tecniche d'isterectomie ablative.

Dal punto di vista della tolleranza chirurgica, la Piver II risulta nettamente superiore alla Piver III nella maggioranza delle pazienti operabili.

La linfadenectomia non è parte integrante della Piver II.

La conservazione ovarico è indicata in pazienti giovani, in cui le tube e le ovaie non siano sedi comuni di recidive e/o metastasi. La conservazione annessiale apparentemente non modifica la radicalità dell'isterectomia in casi di tumori della cervice operabili.

In conclusione, l'isterectomia totale in campo onco-ginecologico può risultare insufficiente. La "radicalità" ottenibile con tecniche classificabili come Piver II sono da considerarsi oncologicamente efficaci, sicure e con un tasso di complicanze e sequele accettabile in tumori NON avanzati. Nell'onco-ginecologia moderna, quando si parla d'interventi radicali secondo Wertheim, in generale si parla realmente dell'isterectomia a "radicalità ridotta" e come massimo della Classe II di Piver. Gli argini, o sia i limiti della chirurgia allargata dipendono della malattia, delle condizioni della paziente e del criterio del chirurgo al momento dell'intervento.

Dr. Gustavo Mascotti. Medico Chirurgo. 02.70601599 – 3488400274. gus.mascotti@tiscali.it
Specialista in Ostetricia e Ginecologia. Oncologia Ginecologica e Senologia.
Responsabile dell'Unità Operativa del Policlinico San Marco di Zingonia. (BG)