

Possibilità della ecografia pelvica nel controllo post-operatorio delle pazienti ginecologiche

A. CAMILLI * - D. IANNUCCI ** - P. GENTILI ***
C. GIORLANDINO ***

Pelvic ultrasound in the postoperative control of gynaecological patients. — *Echographical monitoring on sixty patients undergone a gynecological operation have been carried out in order to exclude the setting up of a following pathological condition.*

The aim of the research is to assess the opportunity to get a more accurate determination of the post-operative situation compared with the one inferred from a gynecological examination.

Besides it has been useful to define the kind of pathological alteration and its place with greater accuracy.

A routine echographical monitoring, during the post-operative follow up, will be able to shorten the period in bed in physiologic course cases.

KEY WORDS: Echography.

Introduzione

In considerazione della innocuità, semplicità di impiego ed elevato potere di risoluzione degli ultrasuoni nella diagnostica della patologia pelvica, abbiamo condotto uno studio su 60 pazienti sottoposte ad intervento laparotomico allo scopo di escludere una patologia successiva all'atto chirurgico (Sahas *et al.*, 1982).

Scopo del presente lavoro è valutare l'affidabilità dell'indagine ecografica nel follow-up post-operatorio e la possibilità, in caso

di decorso fisiologico, di una dimissione precoce.

Materiali e metodi

Nel nostro studio, svolto tra l'Agosto 1983 e Marzo 1985, abbiamo controllato ecograficamente 60 pazienti di età compresa tra i 25 e i 75 anni, sottoposte, presso la Divisione Universitaria dell'Ospedale S. Anna di Roma, USL RM 2 ad intervento chirurgico ginecologico laparotomico.

L'indagine ecografica, previo ottimale riempimento vescicale, è stata effettuata con apparecchi Abdoscan e ADR 4000 in tempo reale dotati di sonde a multicristallo lineare da 3,5 MHz. Nei casi di laparotomia con incisione della cute addominale secondo Pfannestiel; sono state effettuate prevalentemente scansioni trasversali al di sopra ed al di sotto della cicatrice chirurgica e scansioni oblique, cercando di non sovrapporsi alla ferita. Tale comportamento si è tenuto sia per evitare complicanze settiche, dato l'uso di sonde e gel non sterili, che per ottenere immagini non disturbate dall'attenuazione prodotta dal processo riparativo cicatriziale della ferita e dei punti.

Università degli Studi di Roma «La Sapienza».

* Insegnamento di Semeiotica Ostetrica I (Tit. Prof.: A. CAMILLI).

** Frequentatore a fini di ricerca Divisione Universitaria Ospedale S. Anna USL RM2.

*** Servizio Ambulatoriale Ecografia Ostetrico-Ginecologica Ospedale S. Anna USL RM2.

Per la corrispondenza: Prof. A. Camilli, Via Tolmino 12, 00198 Roma.

Delle 60 pazienti (tab. I), 30 avevano subito la laparoisterectomia totale con annessiectomia bilaterale; 25 la laparoisterectomia totale con conservazione degli annessi; 1 la laparoisterectomia totale con annessiectomia monolaterale; 1 la colpoisterectomia con conservazione degli annessi; 2 la colpoisterectomia con annessiectomia monolaterale e 1 la ovariectomia. I controlli sono stati effettuati tra i 4-14 giorni dall'intervento chirurgico.

Nei casi iniziali l'esame era stato motivato dal sospetto di una raccolta ematica pelvica sottoperitoneale metachirurgica, mentre nei 54 successivi, l'esame è stato eseguito di routine.

TABELLA I. - Casistica in esame e tipo di intervento.

Tipo di intervento	Numero casi
Laparoisterectomia totale con annessiectomia bilaterale	29
Laparoisterectomia totale con annessiectomia monolaterale	1
Laparoisterectomia totale con conservazione annessi	25
Colpoisterectomia con annessiectomia bilaterale	1
Colpoisterectomia con annessiectomia monolaterale	2
Colpoisterectomia con conservazione annessi	1
Ovariectomia	1
Totale	60

Risultati

I risultati del nostro studio si sono rivelati molto interessanti, come illustrato nella Tab. II dalla quale si evince come l'ecografia sia stata in grado di fornire più precise acquisizioni sullo stato della paziente rispetto alla valutazione clinica. Infatti nei 6 casi in

cui era stata sospettata una raccolta pelvica, questa è stata confermata dall'esame ecotografico il quale ha inoltre identificato 2 casi clinicamente misconosciuti e tranquillizzato nei casi in cui l'esame clinico aveva fornito dati dubbi.

TABELLA II. - Presenza di raccolte ematiche.

	Clinica	Ecografia	Numero casi
Presente	6	8	
Dubbia	10	1	
Assente	44	51	
Totale	60	60	60

TABELLA III. - Risposta dell'esame ecografico nei casi esaminati.

Controllo ecografico	Numero casi
Nessuna patologia	38
Raccolte iuxta vescicali	2
Raccolte sopravaginali	2
Raccolte Douglas	2
Raccolte sottofasciali parietali	2
Congestione del piano muscolare	2
Tessuto granulazione fondo cieco vaginale	10
Pliche fibroadesive	1
Massa di dubbia interpretazione	1
Totale	60

Inoltre (Tab. III) l'ecografia è stata in grado di definire più precisamente, la dislocazione addominale della raccolta ematica, iuxtavescicale, sopravaginale, del Douglas, sottofasciale (Figg. 1 e 2) nonché di rilevare la presenza di ulteriori situazioni quali congestione del piano muscolare, presenza di rilevante tessuto di granulazione, presenza di pliche fibro-aderenziali.

In un solo caso l'ecografia ha evidenziato la presenza a ridosso della cupola vaginale, di una formazione di dubbia interpretazione; verosimilmente riferibile agli annessi

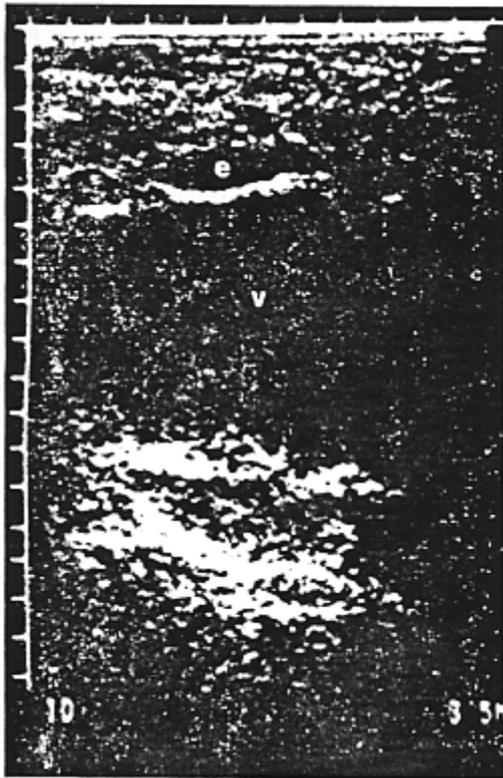


Fig. 1. - Aspetto ecografico di limitata raccolta ematica addominale (e) addossata alla cupola vescicale (v).

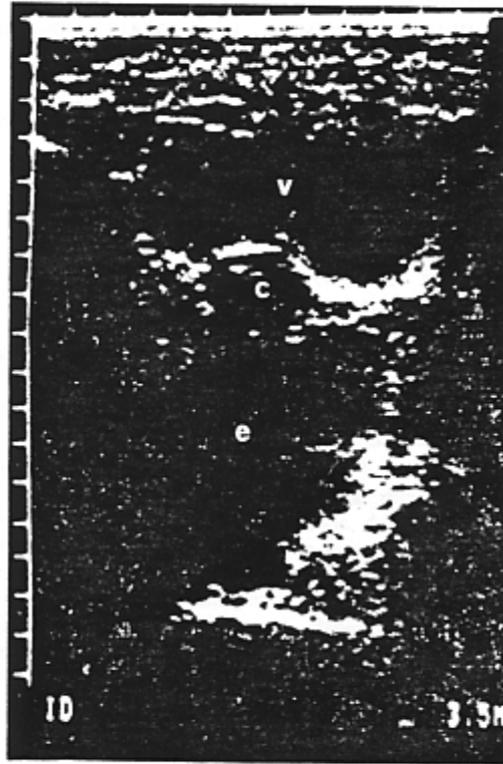


Fig. 2. - Aspetto ecografico di voluminosa raccolta ematica (e) nel Douglas in paziente isterectomizzata; con (c) è indicata la cupola vaginale, con v la vescica.

addossati e medializzati dalla sospensione, ai legamenti rotondi, della cupola vaginale nel caso di intervento di colpoisterectomia con conservazione degli annessi.

Degli 8 casi in cui è stata riscontrata la presenza di raccolta ematica, in 7 casi, nei quali la stessa risultava di modesta entità (raccolta di diametro inferiore a 4 cm.), la evoluzione è stata monitorizzata con controlli ecografici ogni 48 ore e monitoraggio della crasi ematica.

In un caso in cui si era formata una più marcata raccolta nel Douglas (diametro

cm. $7 \times 8,5$), si è proceduto a drenaggio della stessa risalendo, sotto guida ecografica, con la cannula dell'aspiratore attraverso la breccia mediana della cupola vaginale.

Conclusioni

Possiamo quindi concludere che l'esame ecografico effettuato dopo intervento chirurgico, è senza meno utile e dovrebbe integrare di routine gli esami post-operatori, allo scopo di ottenere una documentazione più completa sulla situazione della paziente e rilevare sia l'eventuale presenza di raccolte ematiche clinicamente misconosciute, che la presenza di altre alterazioni pelviche post-chirurgiche. Nei casi di dubbia interpretazione clinica, è stato altresì possibile dimettere la paziente evitandole una più lunga degenza cautelativa sotto osservazione.

Sulla base di tale esperienza, ci stiamo inoltre ora orientando verso una dimissione precoce (5ª giornata) di tutte le pazienti sottoposte ad interventi ginecologici e laparotomici che non abbiano presentato significative alterazioni cliniche nel follow-up post-operatorio e nelle quali il controllo ecografico sia rassicurante.

Le pazienti così dimesse vengono poi ricontrollate ambulatorialmente in 8ª giornata in concomitanza della rimozione dei punti.

Ciò risulterebbe di indubbia utilità sia da un punto di vista economico-sanitario, che psicologico per la paziente.

RIASSUNTO

Abbiamo eseguito controlli ecografici in 60 pazienti sottoposte ad intervento ginecologico, allo scopo di escludere una patologia successiva all'atto operatorio.

Finalità dello studio è stata valutare la possibilità di una più precisa determinazione della situazione post-operatoria rispetto alla valutazione clinica desunta dalla visita ginecologica.

L'indagine ecografica si è inoltre dimostrata utile per una più precisa definizione del tipo di alterazione patologica e della sede della stessa. La routinaria esecuzione dell'esame ecografico nel follow-up post-operatorio, potrà inoltre essere in grado di abbreviare i tempi di degenza nei casi di decorso fisiologico.

BIBLIOGRAFIA

- Suhas G.: *Ultrasound evaluation of the posthysterectomy pelvis*. J. Clin. Ultrasound 10, 265, 1982.