

**ISTEROANNESSECTOMIA LAPAROSCOPICA CON BISTURI
ENSEAL (RADIOFREQUENZA) E COLPOSACROPESSI**

G.R. Martina - AOVV Ospedale DI SONDALO (SO)

P.L. Giumelli, S. Scuzzarella, M. Remotti, G. Caruso

Il cistocele di 3° si giova di correzione mediante colposacropesia associata o meno a isterectomia. Questo intervento sembra disegnato per essere eseguito per via laparoscopica, e riproduce perfettamente la tecnica chirurgica open. Eseguiamo accesso open intraperitoneale con porta introdotta sulla semiluna inferiore dell'ombelico posizionamo un trocar da 12 mm a livello intermedio tra ombelico e cresta iliaca dx e due porte a sn sulla linea che unisce cresta iliaca a ombelico, una a 2 cm dalla cresta e una intermedia tra quest'ultima e l'ombelico. Posizioniamo la paziente in Trendeleburg spinto, in modo da spostare le anse dal piccolo bacino con gambe lievemente divaricate, posizionate su gambali. Nelle donne in menopausa eseguiamo di routine, prima della sacropessi, isteroannessectomia. In questo filmato l'isteroannessectomia viene eseguita utilizzando un bisturi a radiofrequenza (EnSeal) che presenta stelo da 5 mm. Il morso diatale presenta due porzioni laterali che eseguono la sintesi e una lama centrale smussa che permette la sezione a caldo del tessuto. L'isteroannessectomia con questo strumento è eseguita in maniera semplice, veloce ed esangue senza ricorrere ad altri supporti emostatici (punti o coagulazione bipolare). Prima dell'asportazione dell'utero isoliamo ampiamente la vagina sia anteriormente dalla vescica sia posteriormente dal retto. Al momento della sezione vaginale posizioniamo un tappo di garze al vestibolo vaginale per evitare la perdita di pneumoperitoneo. Estraiamo l'utero dalla vagina. Chiudiamo la breccia vaginale con sutura continua. Identifichiamo il promontorio sacrale e apriamo il peritoneo su di esso, facciamo progredire l'apertura del peritoneo posteriore sino a livello della parete vaginale, lateralizziamo uretere dx e sigma a sn. Confezioniamo una rete in prolene. Fissiamo la rete alla parete vaginale anteriore, il fissaggio può avvenire con prolene o con punti metallici. Tendiamo la rete in maniera tense-free e la ancoriamo a livello del promontorio sacrale con punti metallici. Extraperitonealizziamo scrupolosamente la rete. Il più delle volte non posizioniamo drenaggio.