

# ISOLAMENTO DEL NERVO IPOGASTRICO E DEL PLESSO IPOGASTRICO INFERIORE NELL'ENDOMETRIOSI PROFONDA PER VIA LAPAROSCOPICA

Volpi E., Ferrero A., Jacomuzzi E., Peroglio Carus A., Martra F., Sismondi P.

*Cattedra di Ginecologia Oncologica  
Ospedale Mauriziano "Umberto I", Torino*

## INTRODUZIONE

La sede più frequente in cui l'endometriosi infiltrante si trova è il legamento utero sacrale. Attraverso di esso, le lesioni possono estendersi verso il setto-retto vaginale e, meno frequentemente, il parametrio. La resezione radicale di lesioni situate a questo livello, che dal punto di vista tecnico presenta grandi analogie con i tempi della chirurgia per il tumore del collo dell'utero, può comportare, in un certo numero di casi e a seconda dell'estensione della dissezione, lesioni dell'innervazione vescicale e rettale. Per questo è assolutamente necessario conoscere quali siano i plessi nervosi responsabili dell'innervazione autonoma dei visceri pelvici.

In tempi recenti la laparoscopia ha assunto un ruolo di primaria importanza nel trattamento delle lesioni endometriosiche profonde. La magnificazione della laparoscopia consente non solamente una visualizzazione migliore delle strutture da asportare, ma soprattutto anche di localizzare quasi costantemente i nervi pelvici quando si sia coscienti della necessità di rispettarli.

Abbiamo analizzato nel periodo intercorrente tra

luglio 2001 e maggio 2002, 13 consecutivi interventi per endometriosi profonda coinvolgente almeno una tra le seguenti strutture gli uterosacrali, il retto o la vagina, la possibilità di evidenziare l'innervazione autonoma dei visceri pelvici.

## ANATOMIA CHIRURGICA DELL'INNERVAZIONE AUTONOMA DELLA PELVI

I nervi ipogastrici inferiori originano a livello del promontorio, tra le iliache comuni, dal plesso ipogastrico inferiore che risulta in continuità con i nervi lombari. Entrambi i nervi decorrono alla base mediale del legamento uterosacrale parallelamente all'uretere 2 cm medialmente e distalmente rispetto ad esso. In genere il nervo di sinistra è lievemente più laterale rispetto al destro così come il plesso è posto in modo lievemente asimmetrico verso sinistra. I nervi entrano nella porzione bassa del legamento uterosacrale e passano nel parametrio per innervare la vescica. I nervi contengono fibre sensitive e motorie simpatiche che consentono alla paziente di avere la sensazione di riempimento

mento della vescica e di rilassamento del detrusore.

Le fibre nervose parasimpatiche invece provengono dal plesso sacrale a livello delle radici S2-S4 e sono responsabili della contrazione del detrusore (nervi splanchnici pelvici). Queste fibre nervose decorrono dal plesso sacrale nella porzione profonda della parte posteriore del parametrio e del legamento uterosacrale andando ad anastomizzarsi con le fibre del nervo ipogastrico inferiore formando in questo modo il plesso ipogastrico inferiore che si diffonde verso il retto, la vagina e la base della vescica. Le fibre nervose sono molto vicine all'arteria vescicale inferiore, ma più mediali. Nella dissezione della parete pelvica, formando la fossa pararettale, il nervo ipogastrico viene spostato medialmente, mentre i nervi splanchnici si trovano al di sotto del nervo formando il plesso ipogastrico inferiore. Una parte di essi rimane a livello della base della fossa pararettale e parzialmente si diffondono nel legamento uterosacrale e nella parte posteriore del parametrio.

Nella tecnica di resezione anteriore del retto-sigma, i nervi invece vengono spostati lateralmente e quindi risulta più facile conservare integralmente l'innervazione soprattutto quella parasimpatica.

## TECNICA CHIRURGICA

In primo luogo abbiamo tentato di identificare i nervi ipogastrici inferiori a circa 3 cm dal loro inserimento nel parametrio passando in tessuto sa-

no per la resezione dell'endometriosi uterosacrale. Per identificare il nervo vengono mobilizzate le strutture pelviche irrigidite dalla fibrosi. In questo modo il nervo ipogastrico appare teso in sede sottoperitoneale ed è quindi facile isolarlo direttamente soprattutto a destra dove esso decorre più mediale. Nel legamento uterosacrale possiamo quindi distinguere una porzione più fibrosa mediale e superficiale e una più laterale, più facilmente scollabile e soprattutto per via laparoscopica dove è possibile visualizzare le strutture nervose. Il problema fondamentale nella dissezione per endometriosi rispetto a quella per il tumore del collo dell'utero è che frequentemente le strutture nervose sono coinvolte nel processo flogistico e quindi resecate anche se visualizzate correttamente.

## CONCLUSIONI

Nel video che presenteremo verranno mostrate le strutture del nervo ipogastrico inferiore, il plesso ipogastrico inferiore e i nervi splanchnici pelvici nella loro porzione prevaginale che è quella generalmente coinvolta dall'endometriosi.

La laparoscopia consente una corretta visualizzazione delle fibre nervose pelviche e quindi un migliore controllo della chirurgia. Sebbene la tecnica di visualizzazione dei nervi origini nella chirurgia oncologica, riteniamo che la coscienza del decorso dei nervi possa consentire una chirurgia più ragionata e conservativa nelle pazienti affette da endometriosi profonda.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) TRIMBOS J.B., MAAS C.P., DERUITER M.C., PETERS A.W., KENTNER G.G.: *A nerve-sparing radical hysterectomy: guidelines and feasibility in western patients*. Int. J. Gynecol. Cancer 2001; 11: 180-86.
- 2) POSSOVER M., STOBER S., PLAUL K., SCHNEIDER A.: *Identification and preservation of the motoric innervation of the bladder in radical Hysterectomy type III*. Gynecolol. Oncol. 2000; 79: 154-157.
- 3) POSSOVER M., DIETBOLDER H., PLAUL K., SCHNEIDER A.: *Laparoscopically assisted vagina resection of rectovaginal endometriosis*. Obstet. Gynecol. 2000; 96: 304-307.
- 4) VOLPI E., FERRERO A., SISMONDI P.: *Laparoscopic identification of pelvic nerves in patients with deep infiltrating endometriosis*. Surgical. Endosc. 2004 accepted.