

IL MODELLO CLASSICO
DI ANATOMIA PELVICA
RETROPERITONEALE
FEMMINILE

1

L'anatomia chirurgica della pelvi femminile si è evoluta parallelamente alla chirurgia del cancro della cervice uterina.

J. Clark aveva 28 anni e frequentava il secondo anno di specialità quando nel 1895 propose di rimuovere insieme all'utero anche parte del tessuto circostante (parametrio) e la porzione craniale della vagina.

Tre anni dopo, E. Wertheim riportò i risultati delle prime 500 pazienti trattate con questa innovativa procedura. Il tasso di mortalità operatoria e post-operatoria era però significativamente alto (circa 18%).

Successivamente, diversi chirurghi tentarono di modificare l'originaria tecnica di Wertheim, con il fine di ridurre la mortalità operatoria (W. Latzko, H. Okabayashi) e la morbilità post-operatoria (T. Kobayashi, C.P. Maas) o di migliorare la sopravvivenza (S. Takayama, V. Meigs).

Nel 1919 Latzko e Okabayashi tentarono di sistematizzare anatomicamente l'isterectomia radicale. Sviluppando gli spazi pararettali e paravescicali nel tessuto circostante l'utero (parametrio), suddivisero quest'ultimo in tre legamenti o "retinacula": l'anteriore, il mediale e il posteriore.

La differente modalità di approccio allo spazio pararettale (mediale o laterale rispetto all'uretere) fu successivamente definita rispettivamente secondo Okabayashi o Latzko. Inoltre Okabayashi per poter resecare un tratto maggiore di vagina, sviluppò nel tessuto paracervicale uno spazio tra il legamento vescicouterino propriamente detto e i vasi della parete vaginale (spazio paravaginale secondo Okabayashi).

Y. Yabuki rivisitò il metodo tradizionale di dissezione parametricale, sostituendo il concetto tradizionale basato su "tre legamenti" con quello da lui proposto "a due legamenti": il sistema di sospensione, corrispondente alla lamina sacro-pubica e quella di supporto, rappresentato dal legamento cardinale. Quest'ultimo viene poi descritto con due piani di riflessione, quello craniale o mesouretere e quello caudale corrispondente alla porzione profonda del legamento vescicouterino.

Sessant'anni dopo la prima isterectomia radicale, la separazione tra l'anatomia "descrittiva" e quella "pratica", ovvero il risultato della manipolazione chirurgica di un corpo vivente, divenne incolmabile.

M. Hockel e H. Fritsch arrivarono perfino a mettere in dubbio la reale esistenza del parametrio laterale quale struttura legamentosa di per sé, postulando che questa sembrava un artefatto della dissezione chirurgica piuttosto che una reale struttura anatomica. Quindi, sulla base degli studi embriologici di Fritsch, Hockel propose il superamento del modello parametricale, sviluppando il compartimento mesometriale con l'obiettivo di migliorare gli esiti oncologici.

Questa breve sintesi storica dello sviluppo anatomo-chirurgico della pelvi femminile, spiega l'attuale complesso "puzzle" di spazi retroperitoneali del modello classico (**Figura 1**), inficiato da alcune criticità:

- ▶ non tutti gli spazi avascolari sono delimitati da almeno due fasce come dovrebbe essere secondo la definizione dell'anatomia clinica;
- ▶ non ci sono limiti ben definiti tra gli spazi; ad esempio, lo spazio paravescicale e pararettale comunicano tra loro, dorsalmente al parametrio laterale. Ciò è dimostrato ad esempio da alcune patologie di pertinenza ginecologica che trovano sviluppo dorsale ai vasi uterini, mettendo in comunicazione gli spazi retroperitoneali senza però oltrepassare le strutture fasciali del modello proposto (**Figura 2**);
- ▶ il puzzle di spazi retroperitoneali circonda una controversa struttura anatomo-chirurgica (il parametrio laterale) senza il quale l'intero modello classico collasserebbe;
- ▶ il modello classico (10 spazi e 2 fosse) risulta difficile da insegnare e da apprendere perché necessita di una conoscenza approfondita dell'anatomia e della chirurgia (**Figura 1**).

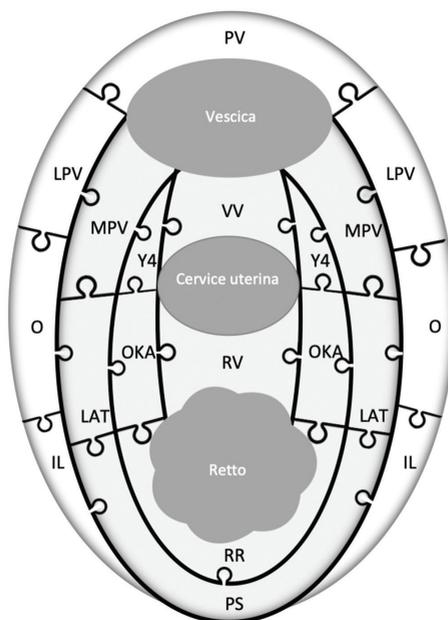


Figura 1. Schematizzazione del modello classico (A).

IL: fossa ileolombare, LAT: spazio pararettale laterale secondo Latzko, LPV: spazio paravescicale laterale, MPV: spazio paravescicale mediale, O: fossa otturatoria, OKA: spazio pararettale mediale secondo Okabayashi, PS: spazio presacrale, PV: spazio prevescicale, RR: spazio retrorettale, RV: spazio rettovaginale, VV: spazio vescicovaginale, Y4: quarto spazio di Yabuki.

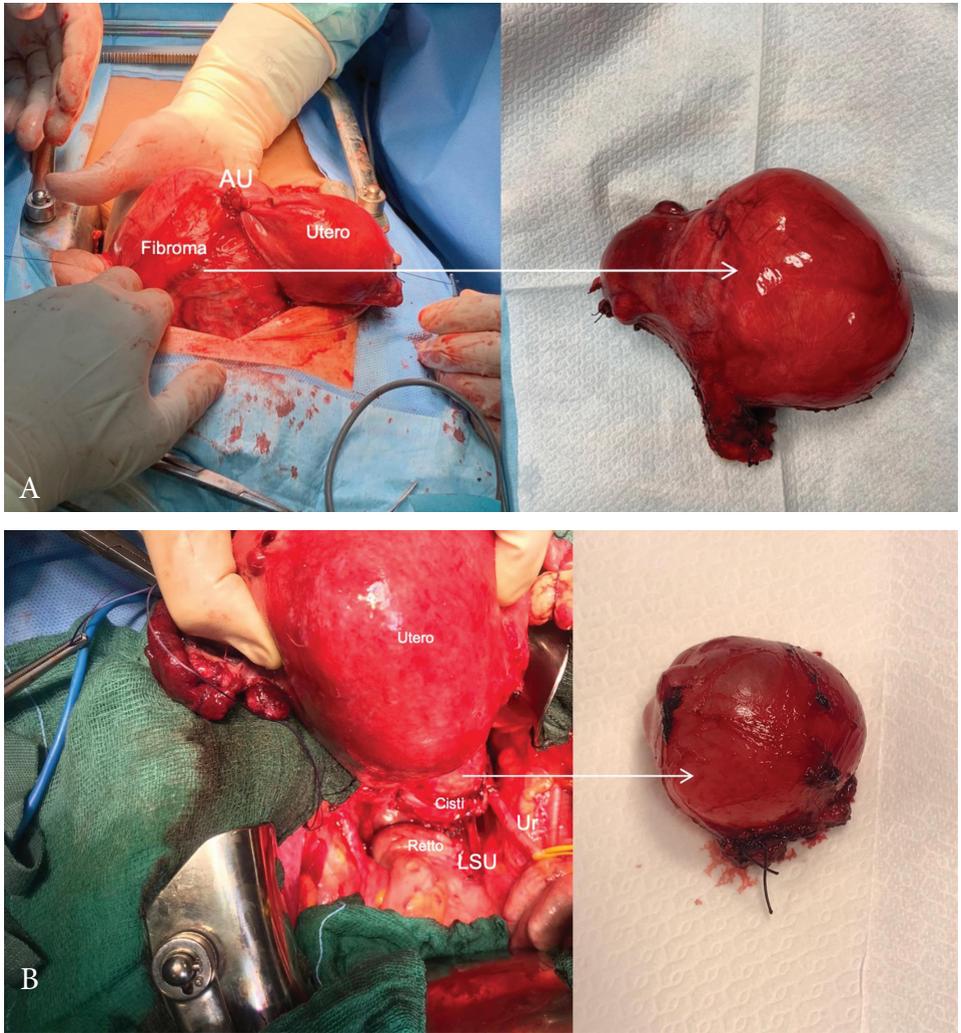


Figura 2. Esempi di sviluppo esclusivo intra-compartmentale di alcune patologie ginecologiche: mioma infralegamentario nel compartimento neurale (A), cisti endometriosica peritoneale nel compartimento viscerale (B).

IL MODELLO FASCIALE
DI ANATOMIA PELVICA
RETROPERITONEALE
FEMMINILE

2

Abbiamo tentato di approcciare l'anatomia-chirurgica del retroperitoneo pelvico senza pregiudizi e tale analisi ci ha portato sorprendentemente ad individuare una "regola" che permette di ricomporre il complesso puzzle apparentemente disgiunto del modello classico: la **regola dei "piani di clivaggio naturali interfasciali"**. Nello specifico parliamo dei piani fasciali compresi tra le fasce ombelicovesicale (**Figura 3, 4A**), urogenito-ipogastrica (**Figura 3, 4B**) e il legamento sacropubico (**Figura 3, 4C**).

Lo sviluppo dei piani interfasciali delimitati da queste strutture ci ha portato alla definizione di **quattro compartimenti**, inglobanti e unificanti gli spazi e le fosse del modello classico (**Figura 5A, B**):

- ▶ il compartimento **parietale**, lateralmente alla fascia ombelicovesicale, così chiamato poiché contornato dalla parete ossea pelvica (**Figura 6A**);
- ▶ il compartimento **vascolare**, tra la fascia ombelicovesicale e la fascia urogenito-ipogastrica, così chiamato per la presenza dei rami vascolari viscerali derivanti dall'arteria iliaca interna (**Figura 6B**);
- ▶ il compartimento **neurale**, tra la fascia urogenito-ipogastrica e il legamento sacropubico, così chiamato per la presenza dell'innervazione vegetativa viscerale (**Figura 6C**);
- ▶ il compartimento **viscerale** tra i due legamenti sacropubici, così chiamato perché contiene gli organi pelvici (**Figura 6D**).

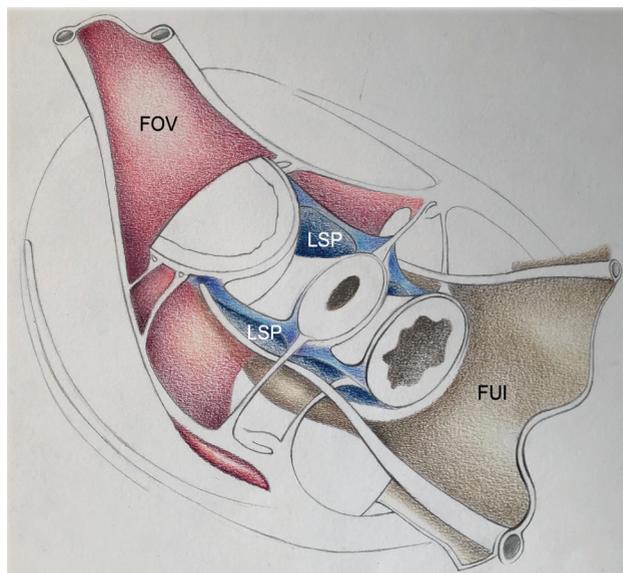


Figura 3

Strutture fascio-legamentose del modello fasciale: fascia ombelicovesicale (FOV), fascia urogenito-ipogastrica (FUI), legamento sacropubico (LSP).

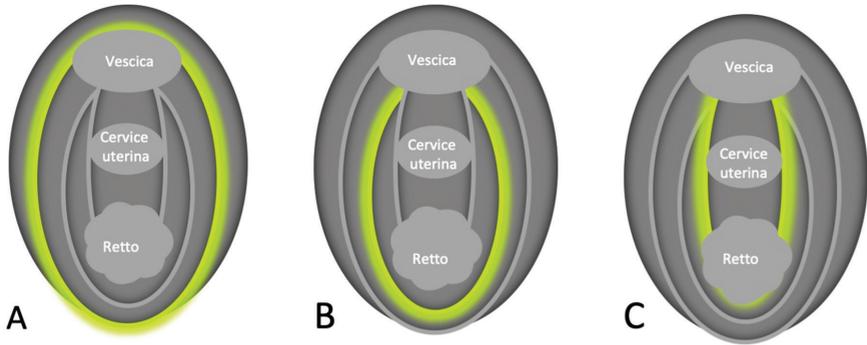


Figura 4. Strutture fascio-legamentose del modello fasciale (rappresentazione schematica): fascia ombelicovesicale (A), fascia urogenito-ipogastrica (B), legamento sacropubico (C).

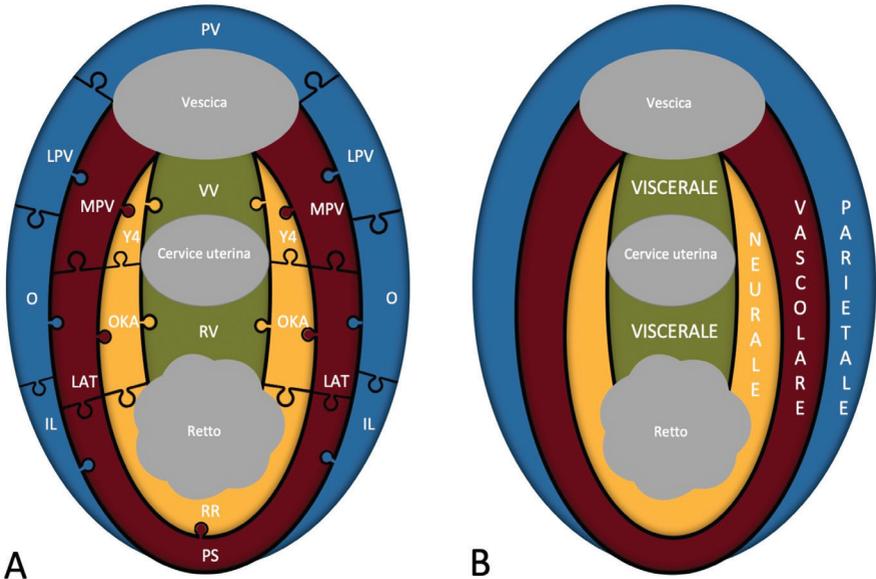


Figura 5. Schematizzazione del modello fasciale (A, B).

IL: fossa ileolombare, LAT: spazio pararettale laterale secondo Latzko, LPV: spazio paravescicale laterale, MPV: spazio paravescicale mediale, O: fossa otturatoria, OKA: spazio pararettale mediale secondo Okabayashi, PS: spazio presacrale, PV: spazio prevescicale, RR: spazio retrorettale, RV: spazio rettovaginale, VV: spazio vescicovaginale, Y4: quarto spazio di Yabuki.

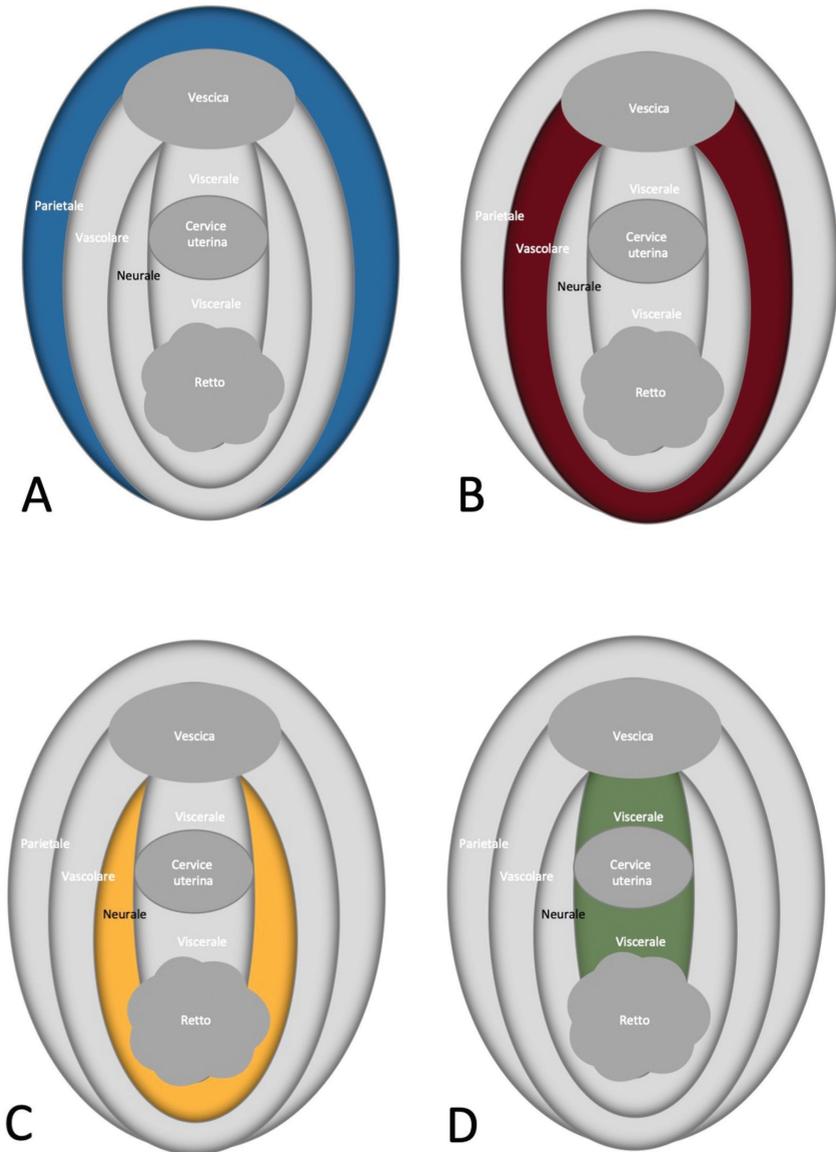


Figura 6. Compartimenti fasciali del retroperitoneo pelvico femminile (rappresentazione schematica): compartimento parietale (A), vascolare (B), neurale (C), viscerale (D).