

| | |
|---|----------|
| CAPITOLO 1 | |
| Punti di riferimento e anatomia della vulva | pag. 16 |
| CAPITOLO 2 | |
| Strumentario chirurgico e consenso informato | pag. 44 |
| CAPITOLO 3 | |
| Tecniche anestesilogiche | pag. 50 |
| CAPITOLO 4 | |
| Canoni estetici e funzionali | pag. 58 |
| CAPITOLO 5 | |
| Chirurgia per distretti | pag. 64 |
| CAPITOLO 6 | |
| Atrofia genitale | pag. 108 |
| CAPITOLO 7 | |
| Terapie iniettive | pag. 122 |
| CAPITOLO 8 | |
| Tecniche non chirurgiche | pag. 154 |
| CAPITOLO 9 | |
| Complicanze chirurgiche | pag. 170 |
| CAPITOLO 10 | |
| Trattamenti chirurgici dopo mutilazione genitale femminile | pag. 186 |
| CAPITOLO 11 | |
| Terapia medica, cosmesi e detersione | pag. 198 |
| CASI CLINICI | pag. 206 |

PUNTI DI RIFERIMENTO E ANATOMIA DELLA VULVA

Apriamo questa trattazione iniziando dall'alfabeto, cioè da quelle nozioni di anatomia della vulva, sicuramente a noi note, ma che a nostro avviso vanno ribadite, sia per affrontare in modo sicuro ed efficace la chirurgia funzionale ed estetica di questo organo complesso, sia per permettere di usare un linguaggio comune nel confronto sempre auspicabile tra specialisti.

Nella descrizione anatomica classica, il soggetto preso come riferimento viene posto in posizione eretta, con le conseguenti indicazioni classiche: anteriore-posteriore, laterale e craniale-caudale. La visione abituale di chi si avvicina agli organi genitali femminili invece è tipicamente quella che deriva dalla paziente posta in posizione litotomica e pertanto i riferimenti anteriori diventeranno superiori, quelli posteriori inferiori e così via (fig. 1).

Nonostante ciò, abbiamo voluto mantenere nelle nostre descrizioni la definizione classica, per rimarcare ulteriormente quanto sia importante ripercorrere le nozioni di base dell'anatomia, punto di partenza essenziale nella nostra attività quotidiana.

La vulva:

- è una sporgenza ovoidale dotata di un asse maggiore antero-posteriore, secondo la visione classica del soggetto in posizione eretta (diventa supero-inferiore nella visione con paziente in posizione litotomica);
- ha dei margini antero-superiori costituiti dalla parete addominale (regione ipogastrica)



FIGURA 1
Posizione ginecologica

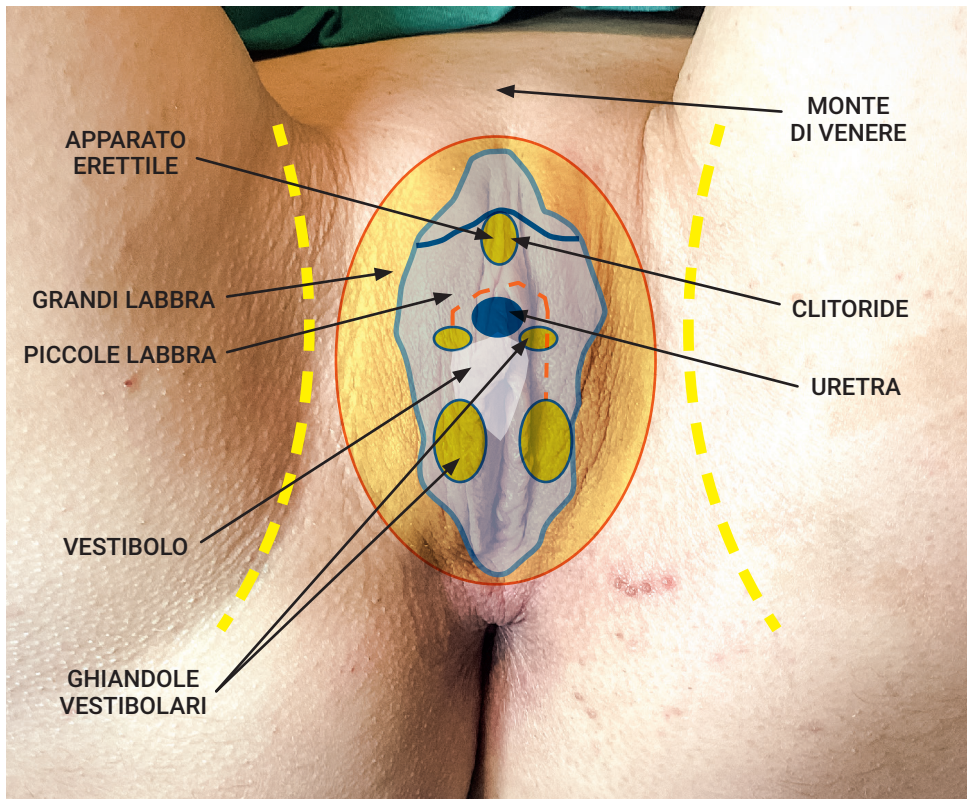


FIGURA 3
Schema dell'anatomia
della vulva



FIGURA 4
Le labbra vulvari,
con evidenziazione
della loro posizione
anatomica

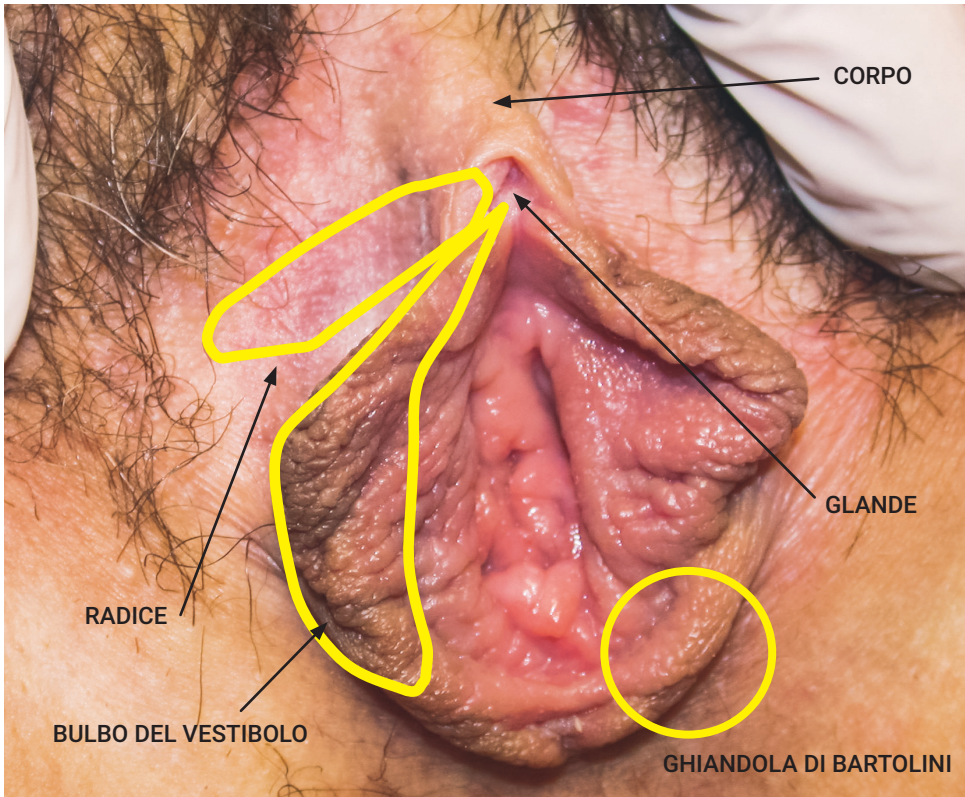


FIGURA 42
Schematizzazione
dell'apparato erettile,
con annessi strutture
principali



FIGURA 43
Dettaglio del prepuzio,
anche definito cappuccio
del clitoride

TECNICHE ANESTESIOLOGICHE

Le diverse procedure chirurgiche necessitano di anestesia che potrà essere realizzata mediante anestesia locale, loco-regionale o generale.

I criteri che orientano la scelta sono caratteristiche e preferenze della paziente, setting chirurgico e complessità dell'intervento.

Anestesia locale

Può essere ottenuta mediante infiltrazione locale di anestetico o con l'applicazione di creme anestetiche.

Anestesia mediante infiltrazione locale

Si ottiene un'anestesia locale delle terminazioni nervose periferiche dell'area vulvare.

Per l'anestesia di piccole aree, è sufficiente infiltrare pochi cc di anestetici locali. Le diverse sostanze utilizzate mostrano, come noto, diverse caratteristiche farmacodinamiche e farmacocinetiche che si traducono in diverso tempo di comparsa dell'effetto anestetico (onset lenta, moderata o veloce) e diversa durata dell'effetto. Quasi tutti gli anestetici locali possono essere addizionati con adrenalina per prolungare l'ef-

fetto e ridurre il sanguinamento per la sua attività vasocostrittrice. Nella tabella 1 elenchiamo le caratteristiche degli anestetici locali e il potenziamento atteso con aggiunta di adrenalina. La scelta dipenderà da estensione dell'area da trattare, durata dell'intervento, eventuali intolleranze.

Quando si deve ottenere un'anestesia di zone ampie, si possono usare miscele composte da anestetici locali con l'aggiunta di adrenalina e soluzione fisiologica (ad esempio soluzione fisiologica 100 cc + 20 ml ropivacaina 7% + 0,5 mg adrenalina).

Ciascuna regione vulvare mostra una specifica innervazione e pertanto è importante tenere sempre conto del decorso dei nervi per ottenere l'anestesia.

Nella figura 1 vengono evidenziati il decorso dei nervi e le aree di infiltrazione da utilizzare a seconda della zona interessata dall'intervento. L'anestetico viene infiltrato penetrando con l'ago nei punti indicati e muovendolo nel sottocute, interessando tutta l'area circostante.

Nel video 3.1 si mostra l'infiltrazione dei quattro punti dell'area vulvare. Nel filmato successivo si descrive invece l'infiltrazione della re-

sura così ottenuta rappresenta la base del rettangolo.

Una volta definite le dimensioni, dovremo dare al piccolo labbro una forma armonica. Per tale motivo introduciamo il concetto della sequenza numerica di Fibonacci.

In questa sequenza numerica ogni numero è uguale alla somma dei due numeri che lo precedono (1-2-3-5-8...).

Per convenzione, diamo al segmento CD il valore di 8. Dividendo CD per 8 otteniamo un segmento a cui diamo valore 1.

Tracciamo in modo perpendicolare 4 segmenti che partono dal segmento ED e si dirigono

verso il margine posteriore del piccolo labbro, che avranno una lunghezza pari a 1, 2, 3 e 5 (in senso latero-mediale). La forma dei due terzi posteriori (o inferiori) del piccolo labbro verrà calcolata così (fig. 3). Per definire la forma del terzo anteriore (superiore) del piccolo labbro, si traccia il segmento AE. La linea di incisione dovrà trovarsi esternamente a tale segmento per evitare una riduzione eccessiva (fig. 4). Se la tecnica di riduzione del piccolo labbro scelta è quella dell'incisione a cuneo, data la variabilità di forma e dimensioni, consigliamo tale procedura: il cuneo può essere costituito da un triangolo isoscele aureo, costruito con l'apice

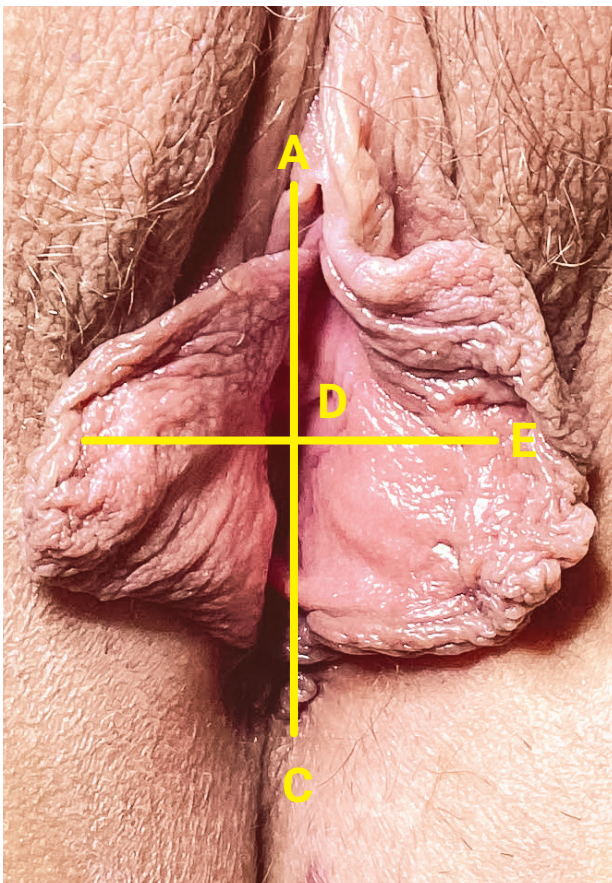


FIGURA 2
Il punto E rappresenta il limite laterale del nuovo piccolo labbro

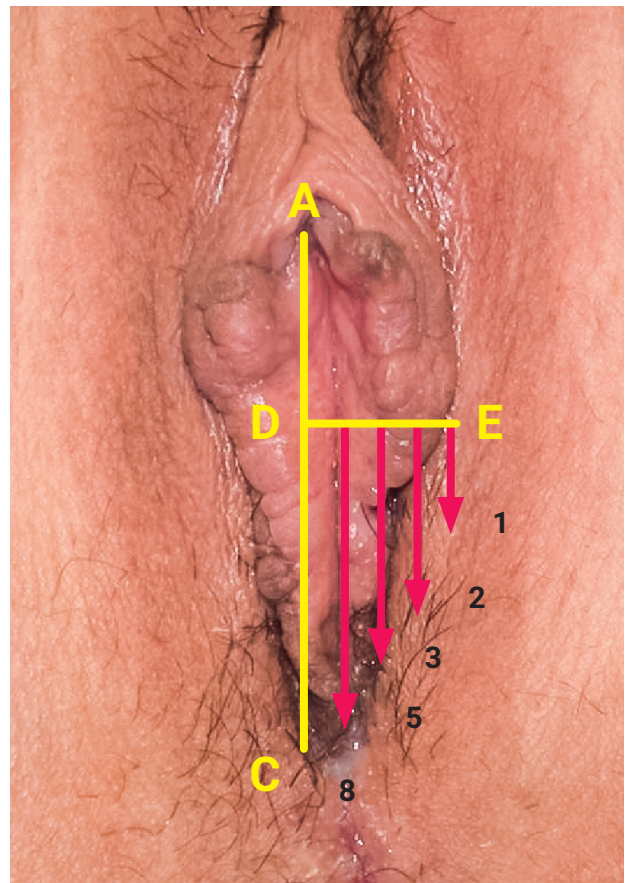


FIGURA 3
La sequenza di Fibonacci ci permette di definire in modo armonioso la forma della porzione posteriore (inferiore) del piccolo labbro

sul punto D e la base sul punto E. La base del triangolo (e'-e'') avrà la stessa lunghezza del segmento DE (fig. 5).

Nel caso in cui si esegua anche un intervento di correzione estetica della commessura posteriore (perché ridondante o perché ha perso la caratteristica forma a V), le regole della proporzione aurea possono essere applicate anche in questo distretto, al fine di ottenere un aspetto armonico.

In particolare, l'altezza della forchetta dovrà, nei limiti del possibile, essere calcolata considerando la proporzione aurea con la distanza AB, dove il segmento CB è dato da $AB-AC$ e AC è

calcolato secondo la proporzione $AB:AC = \phi$.

Si può prevedere, per esigenze chirurgiche, una tolleranza rispetto a questi parametri, mantenendo però un principio fisso: CB non dovrà mai essere superiore a un terzo e inferiore a un quarto di AB.

La formulazione di questi criteri matematici nell'esecuzione degli interventi di correzione del piccolo labbro e della commessura posteriore consente di avere delle linee guida di riferimento, utili in particolare ai colleghi che si avvicinano da poco a questo tipo di chirurgia, i quali potranno operare serenamente, riducendo l'indice di errore.

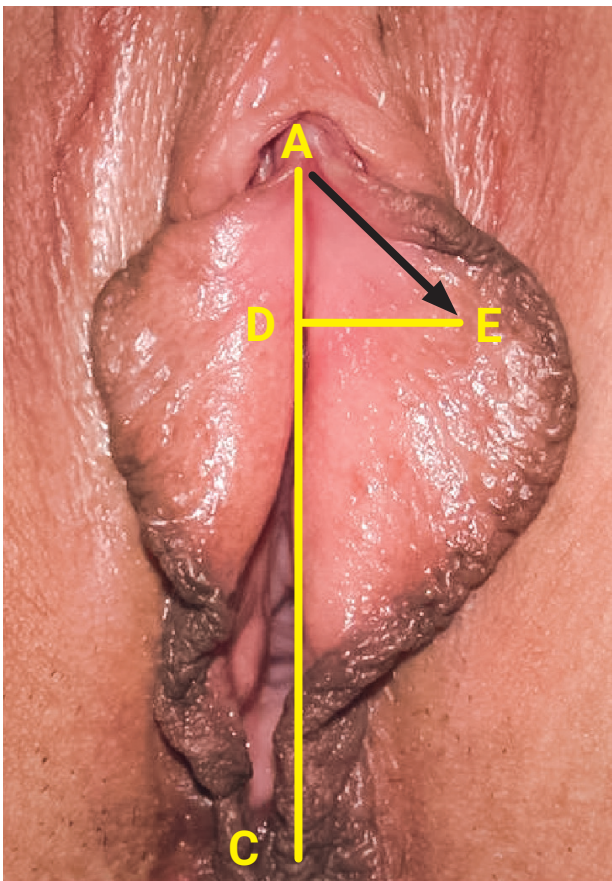


FIGURA 4
La linea di incisione sul terzo anteriore (superiore) del piccolo labbro deve collocarsi all'esterno della linea AE

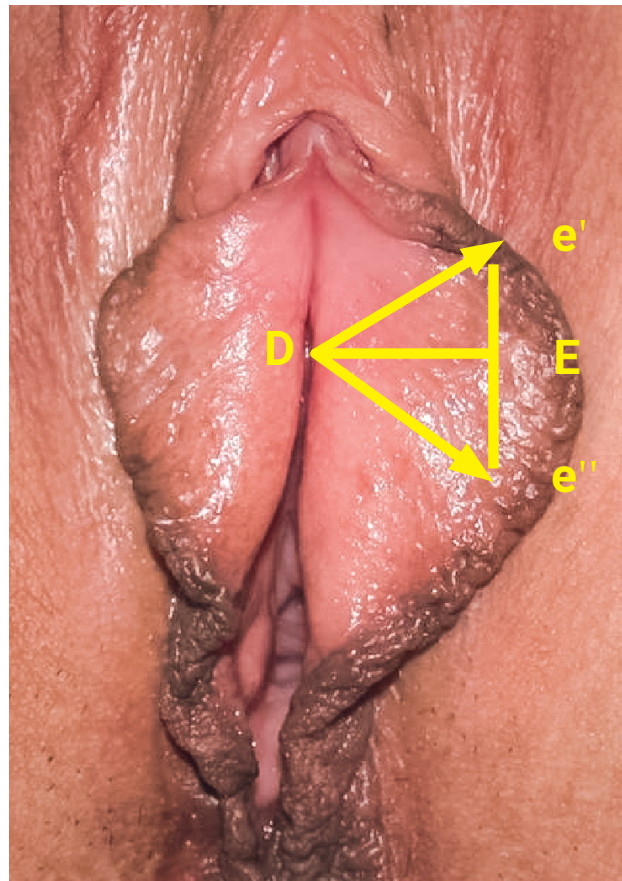


FIGURA 5
Anche nella riduzione del piccolo labbro mediante cuneo, le dimensioni del triangolo da resecare si possono ottenere seguendo la proporzione aurea

CHIRURGIA PER DISTRETTI

Grandi labbra

Gli interventi sulle grandi labbra sono costituiti da tecniche atte a correggere un eccessivo rilassamento cutaneo e/o un appiattimento dei rilievi, fenomeni che si osservano in particolare durante l'età post-menopausale.

Lifting del grande labbro

Questo intervento ha lo scopo di correggere l'eccessivo rilassamento cutaneo mediante l'asportazione di una losanga di cute eccedente.

La tecnica chirurgica consiste in diversi passaggi:

- incisione a forma di losanga longitudinale che coinvolge tutta la porzione cutanea prominente del grande labbro, dalla commessura anteriore alla commessura posteriore, di dimensioni variabili a seconda della quantità di cute da asportare, preservando il solco interlabiale;
- asportazione del lembo di cute e sottocute, mettendo in evidenza la sottostante fascia di Colles;
- riparazione con sutura a punti staccati in filo riassorbibile 4-0 di smagliature o lesioni della fascia di Colles;

- approssimazione mediale dei margini sottocutanei con punti staccati in filo riassorbibile 4-0, includendo la fascia sottocutanea;
- sutura della cute in filo riassorbibile 3-0.

Nel filmato 5.1 si mostra l'intervento completo di plastica del grande labbro, dalla pianificazione preoperatoria, con disegno delle porzioni di cute da asportare con penna dermatografica, fino alla sutura finale. Si noti la tecnica utilizzata per separare la cute dal tessuto sottocutaneo, preservando la fascia di Colles. Viene utilizzata una lama di bisturi 10 che permette uno scollamento preciso della cute, che risulta particolarmente adesa al tessuto sottocutaneo. Si noti inoltre che la sutura cutanea è eseguita mediante punti "da materassaio" che riducono la trazione sui margini cutanei. Nella gran parte dei casi, questa procedura viene associata a tecniche di ampliamento volumetrico del grande labbro mediante filler o in alternativa mediante tecniche chirurgiche complesse.

Nel video 5.2 si mostra un intervento eseguito in un caso di lichen sclerosus che aveva dato esito a un quadro severo di atrofia delle gran-

del solo epitelio, con conservazione del tessuto connettivo sottostante.

- Incisione corrispondente sulla superficie laterale del piccolo labbro.
- Sutura dei margini mucosi.

Disepitelizzazione centrale posteriore

La tecnica chirurgica prevede due passaggi.

- Incisione mucosa di forma triangolare, analogamente alla resezione centrale, con prolungamento sulla linea di Hart fino al margine libero del piccolo labbro (fig. 28).
- Tempi successivi identici alle precedenti.

Nel filmato 5.8 si mostra la tecnica di disepitelizzazione posteriore. Viene asportata la sola mucosa del piccolo labbro mediante incisione con il bisturi a radiofrequenza, preservando lo strato sottomucoso.

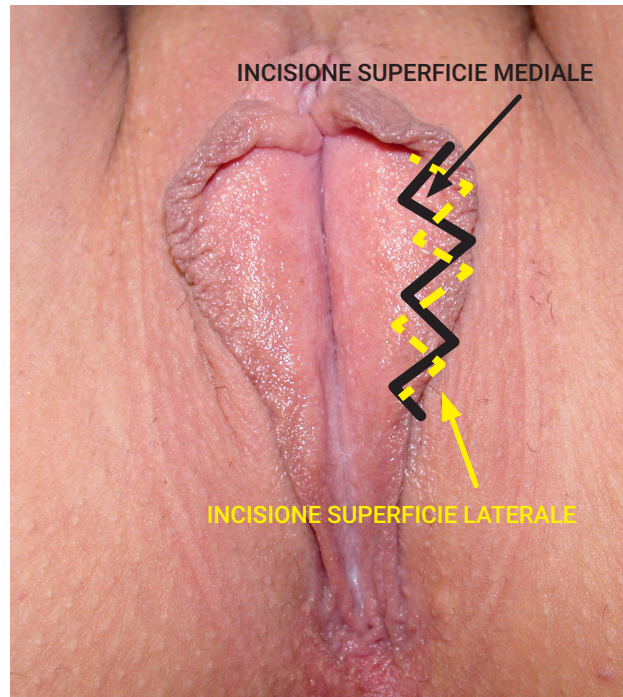


FIGURA 26
Linee di incisione che avranno un decorso complementare sulle due facce del piccolo labbro

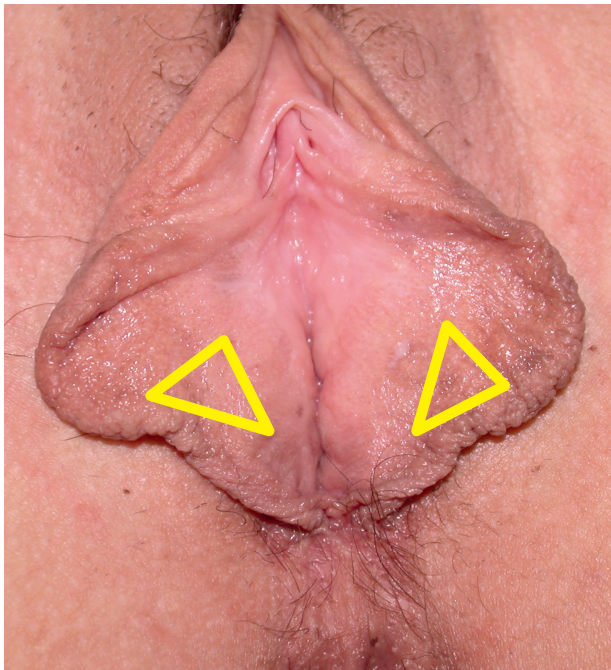


FIGURA 27a
Area di escissione mucosa a forma di triangolo con base sulla linea di Hart e apice all'interno del margine ipercromatico del piccolo labbro



FIGURA 27b
Area di escissione mucosa a forma di ovale

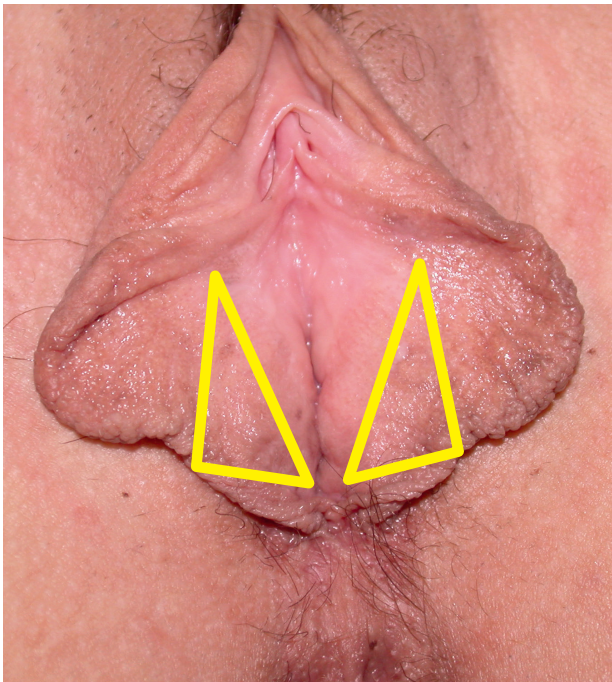


FIGURA 28
Nella disepitelizzazione centrale posteriore, l'area triangolare si estende a raggiungere il margine libero del piccolo labbro

| VANTAGGI |
|---|
| Riduzione sia in lunghezza che in altezza |
| Vascolarizzazione e innervazione preservata |
| Assenza di tensione e distorsione |
| Mantenimento di texture e colore della cute nella sua posizione anatomica |
| SVANTAGGI |
| Possibile eccessiva riduzione |

TABELLA 5
Vantaggi e svantaggi della tecnica di resezione "a fiasco"

| VANTAGGI |
|---|
| Conserva la vascolarizzazione e innervazione del piccolo labbro |
| Appropriata per minime escissioni |
| Conserva la morfologia |
| SVANTAGGI |
| Margine libero ridondante (esito estetico scarso) |
| Innaturale spessore della base del piccolo labbro |
| Brusco cambiamento di colore sulla linea di sutura |

TABELLA 4
Vantaggi e svantaggi delle tecniche di disepitelizzazione



FIGURA 29
Incisione a forma di fiasco, ottenuta mediante combinazione di due incisioni a triangolo sovrapposte

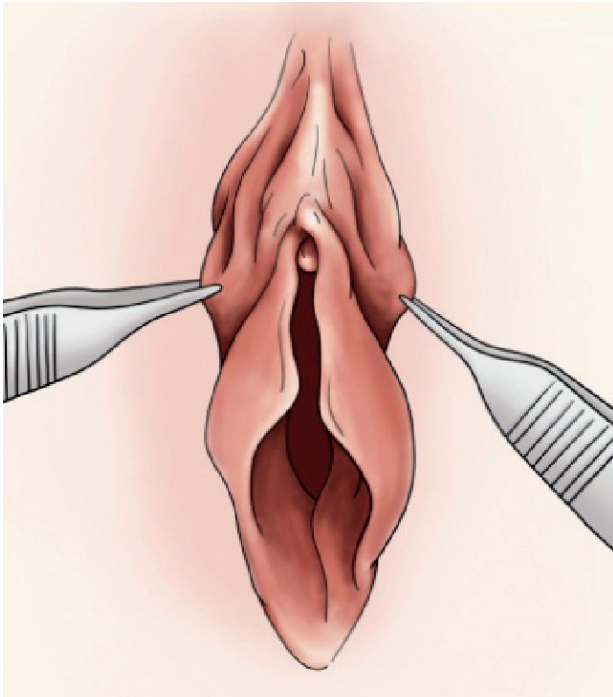


FIGURA 52a
Ridondanza laterale del cappuccio clitorideo senza ptosi



FIGURA 52b
Ridondanza laterale del cappuccio clitorideo senza ptosi

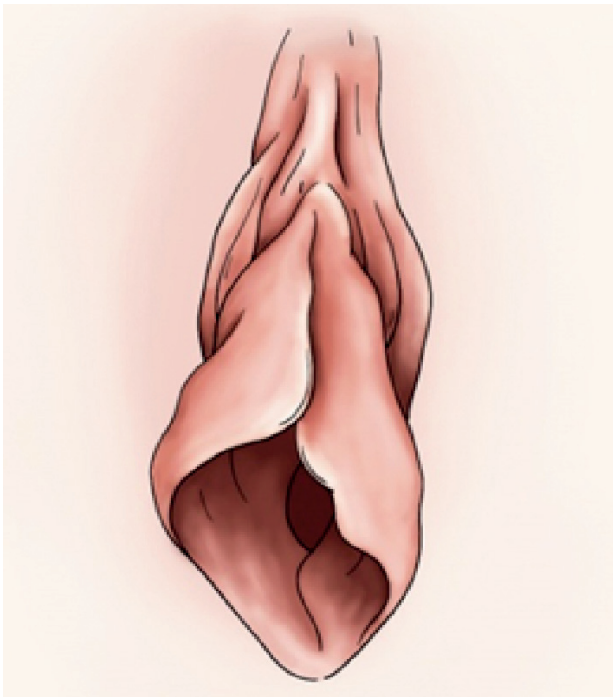


FIGURA 53a
Ridondanza laterale del cappuccio clitorideo con ptosi



FIGURA 53b
Ridondanza laterale del cappuccio clitorideo con ptosi

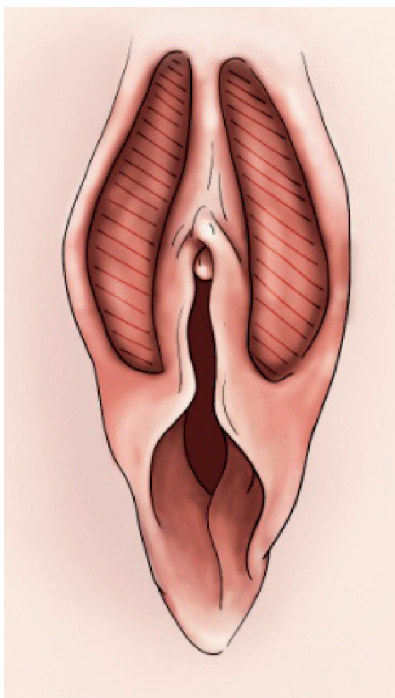


FIGURA 56
Ridondanza laterale senza ptosi (tipo 2a). Due escissioni lenticolari paramediane; il ponte mediano di cute residua non deve avere una larghezza inferiore ai 4 mm

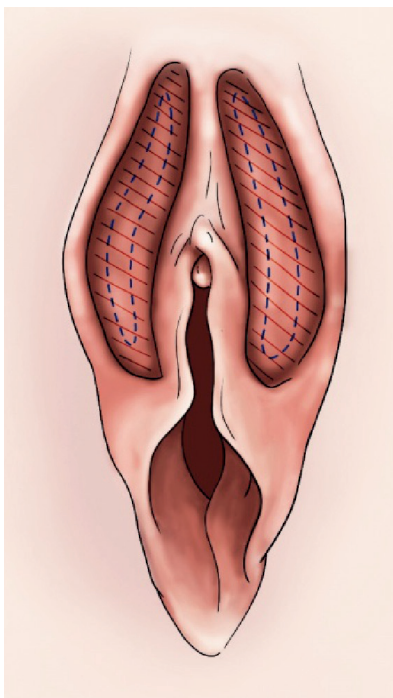


FIGURA 57
Ridondanza laterale senza ptosi (tipo 2a). Può essere necessario in alcuni casi incidere la fascia superficiale per rimuovere il sottostante tessuto esuberante



FIGURA 58
Ridondanza laterale con ptosi (tipo 2b). Incisione a farfalla



Intervento di lifting del cappuccio clitorideo. Progetto chirurgico



CASO CLINICO

La paziente, di anni 48, presenta una condizione di duplicazione delle piccole labbra nella loro porzione anteriore e mediana. Le piccole labbra appaiono, inoltre, protrudenti dal piano vulvare, sia per ipertrofia delle stesse, sia per l'atrofia cutaneo-adiposa delle grandi labbra, che ne accentua l'aspetto ptosico. La paziente, oltre al disagio estetico, lamenta disturbi da attrito e dispareunia (A).

Si programma intervento di rifilatura con linea di incisione che comprenda i margini di entrambe le duplicature (mediale e laterale) e che si estende al cappuccio clitorideo ad angolo acuto (B). L'incisione viene eseguita con bisturi a radiofrequenza che permette di ottenere margini netti ed esangui (C). La sutura viene eseguita in continua con monofilamento riassorbibile 5-0 (D).

I pezzi operatori vengono fotografati a fini medico-legali (E).

Nel post-operatorio, la paziente viene medicata con unguento di gentamicina, garza e vescica di ghiaccio retta dagli slip (F).



A

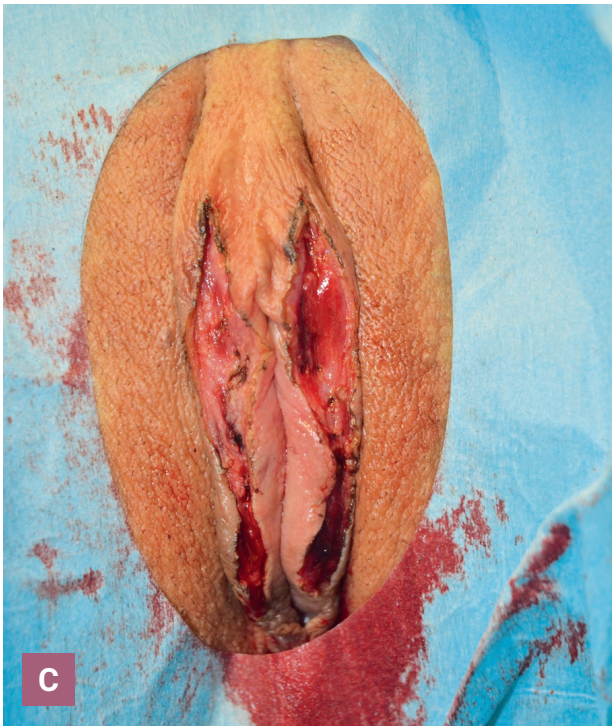
Situazione preoperatoria. Si nota l'aspetto ptosico delle piccole labbra, che mostrano una duplicatura nella loro porzione anteriore e mediana



B

Pianificazione chirurgica. Dovrà essere posta particolare attenzione nel tracciare in modo simmetrico le linee di incisione. A livello del margine anteriore, le linee definiscono un angolo acuto che permette di ottenere una sutura dei margini piana e senza plicature

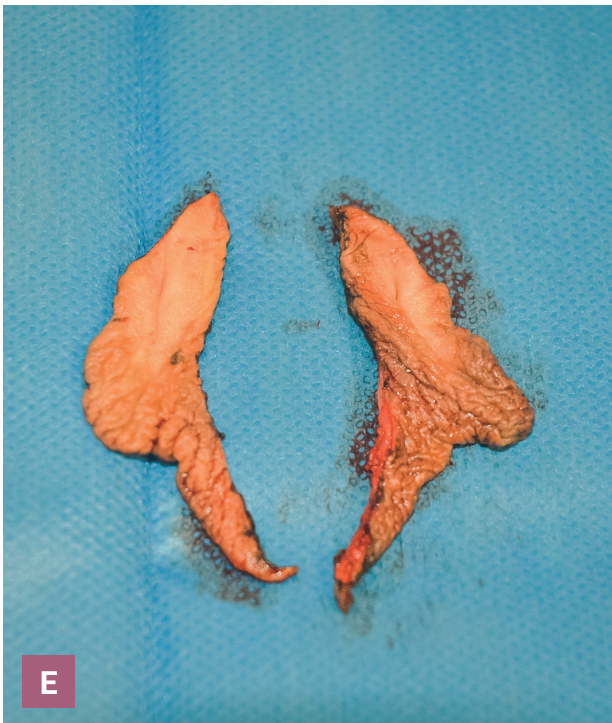
PICCOLE LABBRA



Si notano i margini netti e privi di sanguinamenti ottenuti mediante bisturi a radiofrequenza



Situazione post-chirurgica. La vulva ha riacquisito un aspetto armonico, rispettando i normali rapporti



Pezzi operatori. Si nota l'asimmetria delle porzioni di piccolo labbro escisse



Medicazione post-chirurgica con ghiaccio



CASO CLINICO

Ipertrofia delle piccole labbra e atrofia cutaneo-mucosa di II grado delle grandi labbra in paziente di anni 54. La paziente lamenta discomfort funzionale per l'estrema sporgenza delle piccole labbra, insieme a disagio estetico per l'aspetto "vecchiogiante" della vulva (A).

Si programma un intervento combinato di riduzione delle piccole labbra mediante cuneo e lifting chirurgico delle grandi labbra.

Al controllo post-operatorio, una settimana dopo l'intervento, si osserva una discreta cicatrizzazione chirurgica con evidenza di alcune aree ecchimotiche delle grandi labbra e del perineo (B). Viene prescritto trattamento con bromelina per via orale e applicazione locale di crema a base di acido ialuronico e polinucleotidi.

Al controllo dopo ulteriori due settimane, le ecchimosi sono scomparse, ma persiste lieve edema di tutta l'area chirurgica. Le suture appaiono adese (C).

Dopo due mesi dall'intervento, la cicatrizzazione è completata e la vulva ha recuperato proporzioni armoniche (D).



A

Situazione prechirurgica. Si nota una notevole ipertrofia delle piccole labbra, resa più evidente da una marcata atrofia delle grandi labbra



B

Una settimana dopo l'intervento è presente una cicatrizzazione iniziale con relativa ecchimosi



C

Trascorse due ulteriori settimane persiste l'edema ma le ecchimosi appaiono riassorbite



D

Situazione post-chirurgica, le proporzioni sono state ripristinate



CASO CLINICO

La paziente presenta lassità delle grandi labbra (A) associata a ipertrofia delle piccole labbra (B). L'intervento che si decide di eseguire è un lift posteriore delle grandi labbra associato a riduzione di piccole labbra procidenti. Vengono eseguiti due disegni preoperatori per la riduzione delle piccole labbra (C) e per il lift posteriore delle grandi labbra (D). Eseguito l'intervento il risultato post-operatorio evidenzia la risoluzione delle problematiche (E). Anche al successivo follow-up, a distanza di un mese e mezzo, la situazione non appare variata (F).



A

Situazione preoperatoria. Si noti la lassità delle grandi labbra



B

Situazione preoperatoria. Si noti l'ipertrofia delle piccole labbra



C

Disegno preoperatorio per la riduzione delle piccole labbra



D

Disegno preoperatorio per il lift posteriore delle grandi labbra



E

Risultato post-operatorio immediato



F

Situazione dopo un mese e mezzo