

un follow-up di sei mesi e 4 con un follow-up di 12 mesi, una ha presentato un cistocele asintomatico di I stadio e un'altra incontinenza urinaria da stress trattata con chirurgia mininvasiva (TOT).

#### CONCLUSIONI

La doppia sling anteriore e posteriore permette il riposizionamento del complesso di sospensione al suo naturale livello anatomico, risolvendo sia i disturbi anatomici che

funzionali. Pur rimanendo l'isterectomia il trattamento abituale dei grossi prolapsi dell'utero, la colpo-istero-sospensione tension-free rappresenta una valida alternativa in quanto tecnica chirurgica semplice, mini-invasiva, riproducibile, con una bassa curva di apprendimento, bassi tempi operatori ed economica. I risultati clinici a breve e medio termine sono promettenti ma è necessario un follow-up a più lungo termine per poter valutare la validità della tecnica.

## Il management delle complicanze uretro-vescicali secondario ad interventi uro-ginecologici

ROCCO DAMIANO

*Cattedra di Urologia – Università Magna Graecia di Catanzaro.*

#### INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) è definita come la perdita involontaria di urina in concomitanza con un aumento della pressione endoaddominale, in assenza di una contrazione detrusoriale. L'eziopatogenesi della SUI può essere ricondotta sia ad una ipermobilità dell'uretra che ad un deficit sfinterico intrinseco uretrale; i due difetti possono presentarsi separatamente o coesistere nella stessa paziente. In letteratura sono state descritte più di 200 procedure chirurgiche per il trattamento della SUI. Nel 1996 il trattamento della SUI ha subito una vera e propria rivoluzione sulla base di dati elaborati da Petros e Ulmsten: la cosiddetta "teoria integrale" proposta dai due autori enfatizza la centralità dei legamenti pubo-uretrali nel meccanismo della continenza urinaria e la terapia proposta ha lo specifico scopo di ricostruire tali strutture. Si tratta di una tecnica rivoluzionaria in quanto al contrario delle tecniche tradizionali, che prevedevano la correzione del difetto anatomico a livello del collo vescicale, il nuovo approccio, denominato Tension Vaginal Tape (TVT) ripristina il supporto a livello dell'uretra media, quindi in una sede distale rispetto alla giunzione vescico-uretrale, rinforzando i legamenti pubo-uretrali posteriori e la parete vaginale anteriore sottouretrale, senza tensione. Da allora una notevole varietà di tecniche chirurgiche protesiche sub-uretrali, retropubiche o transotturatorie, sono state sviluppate nel trattamento chirurgico della stress-incontinenza da ipermobilità della giunzione uretro-vescicale. Tali procedure mininvasive si sono mostrate molto efficaci e ben tollerate ma non esenti da complicanze intra e post-operatorie, come la ritenzione urinaria, l'urgenza minzionale e l'erosione.

#### DIAGNOSI

La valutazione preoperatoria della SUI include: flow-chart anamnestica, esame obiettivo uroginecologico, diario minzionale, VAS (n. fughe d'urina), score symptoms, grading Ingelmann/Sundberg, Q Tip test, "supine stress test" a 200 ml. in clinostatismo (Hsu), Pad test 1h. (ICS), esame urodinamico con studio della funzione uretrale, UDI-6sf e IIQ-7sf (Uebersax et al. 1995; 14: 131). L'esame urodinamico ci fornisce una valutazione funzionale del basso tratto urinario che ha il fine di fornire spiegazioni fisiopatologiche obiettive per sintomi e/o disfunzioni dell'apparato urinario basso ed alto, sia in fase preoperatoria che postoperatoria. In presenza di incontinenza urinaria e nelle complicanze post intervento anti-incontinenza, le indagini più importanti

sono: la cistomanometria, le misurazioni delle pressioni uretrali e del leak point pressure, l'uoflussometria e lo studio pressione flusso che studiano la fase di svuotamento vescicale contribuendo ad identificare i disturbi funzionali e quindi a proporre il trattamento più adeguato.

#### COMPLICANZE

Le più importanti complicanze che possono manifestarsi in seguito ad attuazione di interventi di sling sono l'ostruzione cervico-uretrale, l'instabilità detrusoriale e l'erosione.

##### *Ostruzione uretrale*

Gli interventi di sling sono considerati i più ostruttivi tra gli interventi anti-incontinenza, con un'incidenza di ritenzione che varia dal 2.2 al 16% e con una percentuale di pazienti, dall'1 al 7.8%, che richiede la rimozione della sling a lungo termine. Recentemente, è stata riconosciuta come causa dell'ostruzione uretrale la tensione applicata alla sling e la nuova tendenza è quella di posizionare la sling con minore tensione o addirittura in assenza di tensione. Ciò può ridurre l'incidenza di disturbi minzionali. Quando nel post-operatorio si verifica ostruzione può essere utile effettuare una dilatazione uretrale, che può produrre un temporaneo miglioramento dei sintomi, ma nel tempo può peggiorare l'ostruzione inducendo una fibrosi periuretrale. La resezione transuretrale o l'incisione del collo vescicale non sono consigliate in quanto la causa dell'ostruzione è extrauretrale. È stato pertanto proposto da McGuire un intervento di uretrolisi trans-vaginale allo scopo di tagliare la sling.

##### *Sintomi irritativi*

L'incidenza post-operatoria di sintomi irritativi (urgency e/o urge incontinenza) varia in letteratura dal 3 al 30%; mentre l'incidenza di instabilità detrusoriale "de novo" è di circa il 7%. Tali fenomeni sono da ricondursi in parte ad una preesistente iperattività detrusoriale, non diagnosticata preoperativamente, ed in parte alla inevitabile degenerazione che consegue alla dissezione chirurgica. Ma anche l'eccessivo sollevamento del collo vescicale, l'eccessiva tensione della sling e l'irritazione del collo vescicale da parte di materiali sintetici giocano un ruolo non meno importante. È infatti significativo che uno degli studi che riferisce la più elevata incidenza di instabilità "de novo" (33%) utilizza sling in Gore-tex.

R. Damiano

#### Erosione

Le erosioni sono invece esclusivamente correlate all'utilizzo di materiale sintetico, presumibilmente in relazione ad un processo infiammatorio cronico che causa erosione a livello vaginale o uretrale, formazione di ascessi o fistole. In particolare, in relazione alle piccole dimensioni dei pori che, pur consentendo l'ingresso dei batteri, non permettono l'ingresso dei macrofagi dell'ospite, favorendo un'infezione cronica. La mancata cicatrizzazione vaginale sembra legato ad una precoce ripresa dell'attività sessuale, la terapia consiste nella risutura della colpotosmia.

#### La dispaurenza post-operatoria

È riportata nel 3% delle operate, ma nella maggior parte delle pazienti il disturbo tende a risolversi entro 3 mesi dall'intervento.

#### Il danno vascolare

È una complicanza rara. Sono segnalate in letteratura lesioni a carico dei vasi epigastrici, otturatori, iliaci, femo-

rali; elementi di rischio sono l'orientamento laterale dell'ago di Ulmsten ed un'eccessiva flessione delle cosce della paziente sul bacino, nella tecnica retropubica. La terapia in questi casi è ovviamente una laparotomia d'urgenza.

*Le lesioni intestinali, uretrali e nervose* (nervo otturatorio), sono rare.

#### CONCLUSIONI

In conclusione le minisling suburetrali appaiono tecniche minimamente invasive, con bassi rischi perioperatori, breve periodo di degenza e rapida ripresa alle normali attività quotidiane; le percentuali di successo sono ottimali, superiori alla colposospensione secondo Burch. Le complicanze possono essere ridotte mediante una corretta diagnosi preoperatoria, un'adeguata competenza anatomico-chirurgica uro-ginecologica ed un attento monitoraggio clinico post-operatorio. Al momento attuale non sono disponibili follow-up a lungo termine per le minisling transotturatorie, che saranno necessari per stabilire la durata e la stabilità nel tempo degli ottimi risultati chirurgici.



AZIENDA CERTIFICATA UNI EN ISO 9001:2000

FORNITURE PER ENDOSCOPIA E CHIRURGIA - ASSISTENZA TECNICA - RIPARAZIONI  
Via Copernico, 7 - 35124 Padova - Tel. 049.8800550 - Fax 049.680999 - E-mail: segreteria@uromat.it

## Scuola Permanente di Chirurgia Ricostruttiva e di Riabilitazione del Pavimento Pelvico, di Uro-ginecologia e Colonproctologia

*Luogo dell'evento:*

U.O. Ginecologia-Ostetricia P.O. S. Francesco D'Assisi, via Clemente - OLIVETO CITRA (Salerno)

*Direttori del Corso:* D. DE VITA, G. DOCIMO

#### Training chirurgici di base e avanzato:

con partecipazione attiva in sala operatoria, rivolti a ginecologi, urologi e chirurghi generali. Tecniche chirurgiche di ricostruzione protesica dei prolapsi utero-vaginali, isteropessi e colpopessi ai legamenti sacro-spinosi, tecniche di correzione dell'incontinenza urinaria femminile.

Date previste per il 2007: 22-24 Maggio, 19-21 Giugno, 3-5 Luglio, 25-27 Settembre, 2-4 Ottobre, 23-25 Ottobre, 6-8 Novembre, 20-22 Novembre, 11-13 Dicembre.

Numero di partecipanti: 5 - Iscrizione: 1000,00 € + iva

#### Training di Riabilitazione del Pavimento Pelvico:

con la possibilità di effettuare sedute riabilitative direttamente su pazienti assistiti dal tutor, rivolti ad ostetriche, fisioterapisti, infermieri e medici.

Date previste per il 2007: 22-23 Giugno, 6-7 Luglio, 28-29 Settembre, 5-6 Ottobre, 26-27 Ottobre, 9-10 Novembre, 23-24 Novembre, 14-15 Dicembre

Numero di partecipanti: 5 - Iscrizione: 600,00 € + iva

*Segreteria Organizzativa:*

SPIGC Davide De Vita, Tel. 339.8503997 - Fax 0828.793297 - [davidedevita@tiscali.it](mailto:davidedevita@tiscali.it) - [www.spigc.it](http://www.spigc.it)