



5° CORSO NAZIONALE TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA E RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO

2° INTERNATIONAL JOINT MEETING WITH THE AUSTRALIAN ASSOCIATION OF VAGINAL AND INCONTINENCE SURGEONS

Salerno 31 Maggio - 1 Giugno 2007

Prolasso genitale: nuovo approccio chirurgico

SILVIO GIOVE - SALVATORE D. CASSESE

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia
P.O. Umberto I, Nocera Inferiore (SA)

INTRODUZIONE

Lo stile di vita, il desiderio di conservare l'utero della donna e l'accertata importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico hanno modificato l'approccio al trattamento chirurgico del prolasso utero-vaginale, considerato per molti anni indicazione elettiva all'isterectomia. La tecnica chirurgica descritta prevede l'impianto per via vagino-perineale, con modalità mini-invasiva tension-free, di due slings monofilamento a bassa elasticità, ancorate ai legamenti cardinali e utero-sacrali.

MATERIALI E METODI

Dal gennaio 2006 sono state reclutate 16 (età media 57 anni, tutte in menopausa) pazienti con prolasso utero-vaginale sintomatico di III stadio (POP Q score), la cui media (cm) era: punto C -2; Aa 2,3; Ba 3,2; punto D -2,8; Ap+, 3; Bp + 1.1. Tutte le pazienti sono state sottoposte a colpo-isterosospensione tension-free, con slings monofilamento a bassa elasticità, spiegando loro la necessità di controlli a lungo termine ed i rischi legati alla conservazione dell'utero. Dodici pazienti con cistocele e/o rettocele associati sono state trattate con tecnica di duplicatura fasciale. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad anamnesi ginecologica, esame obiettivo addomino pelvico; ecografia addominale e pelvica; valutazione del grado di prolasso (POP-Q score) pre e post-operatorio; valutazione del danno funzionale e anatomico (incontinenza urinaria e/o fecale, rettocele, stipsi); questionario sulla qualità della vita e sulle disfunzioni sessuali; consenso informato. I criteri di esclusione sono stati: sanguinamento in post-menopausa; precedente CIN cervicale; anomalie nello striscio cervicale; il follow-up è stato previsto a 1, 3, 6, 12 e 18 mesi.

TECNICA CHIRURGICA

Tempo vagino-perineale anteriore

Infiltrazione della parete vaginale con una soluzione ischemizzante (adrenalina/sol. fisiologica 1/500000). Incisione longitudinale mediana dal collo vescicale alla cervice di circa 3 cm. Apertura delle fosse paravescicali d'ambo i lati e repertazione dell'attacco pubico dell'arco tendineo. Nel punto di intersezione di due rette passanti una per il meato uretrale ed un'altra per le pieghe inguinali, e corrispondente alla base del forame otturatorio, si fa passare il tunnelizzatore, dedicato, sotto la guida del dito indice della mano controlaterale, nella fossa otturatoria ed in quella paravescicale, a cavallo dell'arco tendineo, a due cm dalla

sua inserzione pubica, attraverso il muscolo otturatore e le fibre prossimali del muscolo pubo-rettale, direzione out-in. Uscita in vagina la punta del tunnelizzatore, si monta il nastro di polipropilene e lo si retrae, facendo uscire l'altra estremità del nastro dalla cute inguinale. Si ripete l'operazione dal lato opposto. Si ferma la parte centrale della sling alla cervice con tre punti, due ai legamenti cervicali laterali ed uno sulla parte anteriore. Colporrafia e/o cistopessi con tecnica di duplicatura fasciale.

Tempo vagino-perineale posteriore

Infiltrazione della parete vaginale posteriore e delle fosse pararettali con soluzione ischemizzante. Incisione longitudinale, mediana, del fornice vaginale posteriore di circa 3 cm. Apertura delle fosse pararettali e repertazione delle spine ischiatiche, dei legamenti sacro-spinosi e dei muscoli ischio ed ileo-coccigei d'ambo i lati. Tre cm in basso e tre cm lateralmente all'orifizio anale, corrispondente alla base della fossa ischio-rettale si fa passare il tunnelizzatore dedicato, sotto la guida del dito della mano controlaterale, nella fossa suddetta e lo si dirige nella fossa pararettale, passando medialmente alla spina ischiatica e cranialmente al legamento sacrospinoso, tra muscolo coccigeo e piriforme. Uscita la punta del tunnelizzatore dalla vagina si monta il nastro di polipropilene e lo si retrae, facendo uscire l'altra estremità dalla cute perineale. Si è ripetuta l'operazione dal lato opposto. Fissata la parte centrale della sling con due punti ai legamenti utero-sacrali si procede alla colpo-perineoplastica con tecnica di duplicatura fasciale e al posizionamento dell'organo nella sua sede per trazione delle estremità delle slings. Si asporta la parte di sling che fuoriesce dalla cute e si applica zaffo vaginale e catetere vescicale per 24 ore.

RISULTATI

La durata media dell'intervento è di 78 minuti. Non abbiamo avuto alcuna complicanza intraoperatoria (lesioni vascolari, rettili, nervose, perdita di sangue >300 ml). La rimozione del catetere vescicale e dello zaffo vaginale è avvenuta dopo 24 ore. Complicanze post-operatorie precoci: una paziente ha lamentato dolore perineale, una paziente febbre > 38° C, altre due stipsi risoltesi dopo due mesi. La dimissione è avvenuta mediamente in quarta giornata. La valutazione post-operatoria con il POP Q (score medio) è stata la seguente: punto C -5,5; Aa -2, Ba -3,5, punto D -7, Ap -2, Bp -4,5. Tutte le 16 pazienti quindi hanno presentato una completa correzione del prolasso. Dodici pazienti con



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.