

INSERTO PER L'ITALIA

PELVIPERINEOLOGIA

www.pelviperineologia.it

Editore

GIUSEPPE DODI

Co-Editore Uro-Ginecologia

RODOLFO MILANI

Comitato Editoriale

DONATO ALTOMARE
WALTER ARTIBANI
CORRADO ASTERIA
GABRIELE BAZZOCCHI
FRANCESCO BENVENUTI
GIAN ANDREA BINDA
MAURO CERVIGNI
ANTONIO CISTERNINO
BRUNO COLA
FRANCESCO CORCIONE
FRANCO CORNO
ELISABETTA COSTANTINI

RAFFAELE DE CARO
DAVIDE DE VITA
GIAN GAETANO DELAINI
PAOLO DI BENEDETTO
FABIO GAJ
EZIO GANIO
FILIPPO LA TORRE
PIETRO SALVATORE LITTA
ANTONIO LONGO
GIOVANNI MILITO
GABRIELE NALDINI
MARIO PESCATORI

RENATO PIETROLETTI
VITTORIO PILONI
FABIO POMERRI
MASSIMO PORENA
FILIPPO PUCCIANI
GABRIELE RIEGLER
BRUNO ROCHE
GENNARO ROSA
DIEGO SEGRE
SALVATORE SIRACUSANO
MARCO SOLIGO
MARIO TROMPETTO
ROBERTO VILLANI



INDICE

35 1° Congresso Nazionale SIPUF
Perugia, 16-18 Settembre 2009 - *ABSTRACTS*

1° CONGRESSO NAZIONALE SIPUF

SOCIETÀ ITALIANA DI PELVI-PERINEOLOGIA
E UROLOGIA FEMMINILE E FUNZIONALE

PERUGIA, 16-18 Settembre 2009

Università degli Studi di Perugia - Piazza Università, 1

Presidenti: E. COSTANTINI - A. GIANNANTONI

Presidente onorario: M. PORENA



ABSTRACTS

SESSIONE VIDEO: "COME LO FACCIÒ IO"

IL TOT: PROCEDURA MININVASIVA NEL TRATTAMENTO DELL'INCONTINENZA URINARIA DA SFORZO. NOSTRA ESPERIENZA E RISULTATI A CINQUE ANNI

W. Rociola, G. Cecchetti, C. Corvino, F. Farneti,
P. Fornetti, F. Iannelli, R. Poce, A. Posti, F. Ballon
S.C. Aziendale di Urologia ASL1 Umbria

Introduzione ed obiettivi: La tendenza della chirurgia anti-incontinenza è di ricercare nuove tecniche meno invasive e senza gravi complicanze, cercando di ridurre i tempi di degenza e di convalescenza. La prima pubblicazione di Delorme del 2001, sull'utilizzo della via transotturatoria per il posizionamento delle sling medio uretrali (Trans-Obturator Tape) ha reso più semplice e sicura la procedura chirurgica. Riportiamo la nostra esperienza nel trattamento della incontinenza urinaria da sforzo con procedura transotturatoria effettuata in regime di day surgery, con risultati a cinque anni.

Il nostro obiettivo è dimostrare come il TOT sia una tecnica efficace, mininvasiva, semplice, senza complicanze importanti con ripristino della attività minzionale spontanea nell'immediato postoperatorio e che non richiede una degenza di oltre un giorno.

Materiali e metodi: Dal gennaio 2004 a Gennaio 2009 sono state sottoposte a TOT 88 pazienti affette da incontinenza urinaria da sforzo. Sono state tutte sottoposte ad accurata anamnesi con valutazione di patologie preesistenti, terapia farmacologia, anamnesi ostetrica e progressi interventi chirurgici uroginecologici. Esame obiettivo neuro-uroginecologico, stress test, Q-tip test, valutazione del prollasso urogenitale secondo Half Way System e della muscolatura perineale. Infine le pazienti hanno compilato il diario minzionale per una settimana successiva alla visita oltre che rispondere ad un questionario specifico sulla qualità della vita I-Qol (Incontinence quality of life questionnaire). Solo in 9 pazienti è stato eseguito un esame urodinamico preoperatorio. Età media delle pazienti 60 anni (range 42-78), due pazienti erano già state sottoposte ad intervento uroginecologico di plastica vaginale anteriore con rete (Perigee).

I criteri di inclusione per il nostro studio sono stati l'evidenza anamnestica e clinica di stress incontinence genuine e la presenza di un prollasso urogenitale inferiore al secondo grado.

Il TOT è stato eseguito in regime di Day Surgery con valutazione nell'immediato postoperatorio del residuo post-minzionale e dimissione dopo 24 ore.

Le pazienti sono state riviste ad 1, 3, 6 mesi dall'intervento e dopo un anno.

Ad ogni visita veniva eseguito esame obiettivo urologico completo, valutazione ecografica del residuo post-minzionale e del diario minzionale e veniva registrato il numero di protezioni utilizzati al giorno. Inoltre la paziente compilava ogni volta il questionario sulla qualità di vita (I-Qol) ed esprimeva un giudizio globale sul risultato dell'intervento (asciutta, migliorata o invariata) e sul grado di soddisfazione raggiunto con una scala analogica visiva (VAS) con punteggio da 1 a 10.

Risultati: Il follow-up medio è stato di 23 mesi (4-50). I risultati sono stati espressi in termini di cura oggettiva mediante stress test e di cura soggettiva mediante il giudizio della paziente (asciutta, migliorata ed invariata); il grado di soddisfazione della paziente è stato invece valutato con il punteggio della VAS. Il tasso di cura oggettiva è stato di 86/88 pazienti (97.7%); il tasso di cura soggettiva è stato invece di guarite 85/88 (96.5%), migliorate 2/88 (2.2%) ed invariate 1/88 (1.1%).

Non si sono verificate complicanze intra e peri-operatorie, tutte le pazienti sono state dimesse dopo 24 ore. Le complicanze post-operatorie tardive registrate sono state l'insorgenza di sintomatologia vescicale irritativa de novo in 5/88 (5.6%) pazienti e di lieve sintomatologia disurica in 2/88 (2.2%) pazienti; in una di queste pazienti è stato necessario rimuovere la benderella.

Conclusioni: I nostri risultati soddisfacenti sono sovrapponibili a quelli riportati in letteratura, le più recenti review considerano studi con almeno 12 mesi di follow up indicando una percentuale di cura oggettiva pari all'88%. Per tanto riteniamo la tecnica TOT efficace e sicura naturalmente quando è posta la corretta indicazione.

CORREZIONE DELLA IUS PRIMITIVA CON TECNICA FUT (FREE URETHRAL TAPE)

P. Liguori, M. A. Bova, G. Macrì
S.O.C. di Ginecologia ed Ostetricia AS N.9 Locrì (RC)

Introduzione: L'incontinenza urinaria rappresenta una patologia alquanto diffusa nella popolazione femminile. Studi epidemiologici condotti in Europa e negli USA evi-

denziano che circa il 15% della popolazione femminile soffre di incontinenza urinaria; in Italia sono circa 3 milioni le donne affette da tale patologia.

L'incontinenza urinaria rappresenta, ancora oggi, un notevole problema socio-assistenziale, legato oltre che alla elevata incidenza e prevalenza nella popolazione, alla condizione sommersa o misconosciuta a causa del forte impatto emotivo e quindi relazionale che tale problematica comporta, condizionando in modo determinante la qualità della vita della donna sia nei suoi rapporti privati che sociali.

Se si indaga sulla qualità della vita delle donne affette da incontinenza urinaria, sia con questionari generici che specifici come il "incontinence Impact Questionnaire, Urogenital Distress Inventory", risulta che l'impatto dei sintomi sulla qualità della vita può essere drammatico, creando problemi psicologici, relazionali, sessuali ed occupazionali.

Lo scopo del nostro studio è finalizzato alla valutazione soggettiva ed oggettiva dell'efficacia e sicurezza dei risultati che la tecnica "tension free" da noi proposta in un protocollo di studio di una popolazione di pazienti affette da IUS primitiva con un follow-up di due-tre anni.

Il trattamento chirurgico mininvasivo ha lo scopo di ricostruire un supporto suburetrale tension free a livello del terzo medio per ripristinare l'amaca fasciale contro cui l'uretra possa collabire durante gli incrementi pressori intra-addominali.

Materiale e metodo: Da Settembre 2002 a Settembre 2006, sono state sottoposte ad intervento di FUT 256 pazienti affette da IUS primitiva, esclusivamente di I e II grado, di età compresa tra i 34 e gli 80 anni (età media 57 anni), delle quali 11 nullipare, 17 primipare e 228 pluripare (in media 3,7 gravidanze).

Delle pluripare: 47 hanno partorito mediante taglio cesareo, 9 con parto vaginale operativo (forcipe), 172 con parto eutocico. 61 sono state sottoposte a svuotamento cavitario per aborto spontaneo o volontario.

Delle primipare: 5 hanno partorito mediante taglio cesareo e 12 con parto eutocico. Le pazienti in post menopausa sono state preventivamente trattate con terapia estrogenica sistemica o topica.

La tecnica chirurgica da noi proposta prevede un'incisione longitudinale della parete vaginale anteriore di circa cm. 1,5, distante al meato uretrale esterno di circa cm. 1; quindi si procede alla dissezione della mucosa in senso latero-laterale all'uretra media fino a raggiungere la fascia endopelvica, perforarla con le forbici da dissezione e raggiungere così lo spazio retropubico del Retzius.

Si posiziona la bendarella in materiale biologico "PELVICOL" lunga cm. 7x2 cm. di larghezza sotto l'uretra media fino a raggiungere la fascia endopelvica ed il Retzius bilateralmente senza punti di ancoraggio a strutture fisse ma con tecnica tension-free pura.

Tutte le pazienti sono state sottoposte al seguente work-up uroginecologico:

STRESS TEST: Tipo 1 : 131 pazienti, Tipo 2 : 95 pazienti, Tipo 3 : 30 pazienti.

ESAME OBIETTIVO: All'esame clinico le pazienti selezionate per l'intervento di F.U.T. presentavano: 59 un cistocele di I grado, 32 un cistocele di II grado, 40 un cistocele di III/IV grado, 23 un isterocele di III/IV grado e 37 un rettocele di II/III grado.

PC TEST: negativo.

Q-TIP TEST: tutte le pazienti presentavano una ipermobilità uretrale così distribuita: Grado I: 138 pazienti, Grado II: 69 pazienti, Grado III: 49 pazienti.

ESAME URODINAMICO: L'esame urodinamico preoperatorio ha evidenziato nella totalità delle pazienti un normale svuotamento vescicale, con residuo post-minzionale inferiore al

25% della capacità vescicale. La determinazione del VALSALVA LEAK-POINT PRESSURE effettuata durante la cistometria ha dato un valore numerico compreso tra 60 e 90 cm di H₂O in 156 pazienti e > 90 cm di H₂O in 100 pazienti. Il Profilo Pressorio Uretrale ha evidenziato una massima pressione di chiusura uretrale, MPCU, così suddivisa: 101 pazienti con MPCU compresa tra 30 e 40 cm di H₂O, 89 con MPCU compresa tra 40 e 50 cm di H₂O, e 66 pazienti con MPCU compresa tra 50 e 60 cm di H₂O, ed una lunghezza funzionale media dell'uretra di 25 ± 0,6 mm. Il rapporto di trasmissione pressoria, dato dalla variazione della pressione uretrale dal valore a riposo a quello sotto sforzo, espresso in percentuale rispetto al subitaneo cambiamento della pressione vescicale in condizione di riposo a quella sotto sforzo, ha dato come valore medio del campione esaminato, a livello dell'uretra media il valore percentuale di 78.5 ± 18.0 e a livello dell'uretra prossimale il valore del 90.2 ± 21.4.

Complicanze in corso di intervento: Durante l'intervento non si sono verificate lesioni vescicali o uretrali nè emorragie profuse.

Decorso post operatorio: In tutte le pazienti è stato rimosso il catetere in prima giornata. Di queste, 24 hanno lamentato difficoltà alla minzione con un residuo post-minzionale di 200-400 cc; sono state trattate con terapia medica (terazosina 6 mg/die) e cateterismo intermittente per un periodo compreso tra i 3 ed i 5 giorni, con completa risoluzione della sintomatologia.

Non si sono verificati episodi di erosione della mucosa vaginale in nessun caso.

Una sola paziente, affetta da diabete mellito in trattamento insulinico, ha rigettato la mesh dopo un mese dall'impianto.

Risultati: Le pazienti trattate sono state sottoposte ad un follow-up con controlli ad un mese, sei mesi ed ad un anno per tre anni.

FOLLOW-UP AD UN MESE: 192 pazienti riferivano una minzione spontanea, regolare, e nessun episodio di stress incontinenza, 42 pazienti invece, lamentavano pollachiuria (7/10 minzioni/die) con minzione spontanea, senza episodi di stress incontinenza (in media 91,6%), 22 pazienti riferivano lieve IUS (in media 8,4%).

FOLLOW-UP A SEI MESI: 238 pazienti riferivano una minzione spontanea, regolare, senza episodi di stress incontinenza, (in media 92,9%) e 18 pazienti accusavano sporadici episodi di minime perdite di urina sotto sforzo (in media 7,1%).

FOLLOW-UP AD UN ANNO: 240 pazienti riferivano minzione spontanea, regolare, nessun episodio di incontinenza da sforzo (in media 93,8%); 16 pazienti invece, lamentavano minime perdite di urina sotto sforzo (in media 6,2%).

FOLLOW-UP A 3 ANNI: Al controllo a tre anni, 227 pazienti riferivano minzione spontanea, regolare senza episodi di stress incontinenza (in media 88,8%) mentre 29 pazienti riferivano sporadici episodi di incontinenza sotto sforzo (in media 11,2%).

Conclusioni: Dall'analisi dei risultati ottenuti ad un follow-up di tre anni, emerge la possibilità di ottenere la risoluzione del sintomo in una percentuale compresa tra il 94-89 % delle pazienti trattate, con un'incidenza delle complicanze assai trascurabile.

Le 42 pazienti che al controllo ad un mese lamentavano pollachiuria, ai controlli successivi non presentavano più tale disturbo, ma soddisfazione per i risultati conseguiti.

L'11 % delle donne che al follow-up a tre anni riferivano sporadici e trascurabili episodi di perdita involontaria di urina, rappresentano tuttavia, un successo parziale della tecnica avendo ottenuto in modo significativo un miglioramento della qualità di vita delle pazienti stesse.

La semplicità della tecnica proposta, il basso costo del materiale utilizzato, i tempi assai brevi di degenza (due giorni), la possibilità di utilizzare l'anestesia locale in assenza di altre patologie, il non verificarsi di complicanze intra e post-operatorie, e non ultimo, le percentuali di successi sovrapponibili alle altre tecniche in uso, ci consentono di affermare che l'intervento di "F.U.T." nel trattamento della IUS femminile di I e II grado è una valida alternativa ad una chirurgia più invasiva e più invalidante.

RIASSEGNAZIONE CHIRURGICA DEI CARATTERI SESSUALI NEL DISTURBO DI GENERE ANDROGINOIDE: LA TECNICA "TRIESTINA"

C. Trombetta, G. Liguori, A. Lissiani, S. Bucci, A. Amodeo, S. Benvenuto, G. Mazzon, G.G. Ollandini, E. Belgrano
Clinica Urologica - Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste

Introduzione ed obiettivi: I tempi chirurgici della riassegnazione dei caratteri sessuali in senso androginoide sono definiti e ben noti a chi si occupa della problematica: creazione di un perineo esteticamente simile a quello femminile, creazione di una neovagina adeguata per rapporti sessuali soddisfacenti e confezionamento di un neoclitoride che consenta un orgasmo clitorideo. Sebbene la tecnica sia ben standardizzata presso i centri che eseguono questi interventi, alcuni "trucchi del mestiere" possono essere di particolare interesse. Descriviamo la nostra esperienza, riportando le possibili complicanze e follow up a lungo termine.

Materiali e metodi: Dal dicembre 1994, 217 pz. affetti da disturbo dell'identità di genere (DIG) androginoide sono stati sottoposti ad RCS. L'età media al momento dell'intervento era di 31 anni (range 23-56). La tecnica descritta prevede i seguenti tempi operatori: orchietomia, asportazione dei corpi cavernosi e dell'uretra spongiosa, preparazione del moncone uretrale, creazione della neovagina, formazioni delle grandi labbra e del cappuccio clitorideo, confezionamento dello pseudoclitoride. Il cappuccio neoclitorideo viene confezionato eseguendo una incisione semicircolare, di diametro non superiore a 2 cm, nella cute che corrisponde alla base del pene a circa 5 mm dal neoclitoride.

Risultati: Non vi è stata nessuna complicanza intraoperatoria. Complicanze precoci si sono verificate in 29 delle 217 pazienti: 11 necrosi parziale dei lembi scrotali, 4 casi di emorragia di notevole entità, 11 infezioni della ferita chirurgica, 1 fistola rettovaginale e 2 trombosi venose profonde. Complicanze tardive in 14 pazienti: 5 stenosi della neovagina, 5 stenosi cicatriziali del neomeato uretrale, 3 prolassi completi della neovagina, 1 prolasso del lembo perineoscrotale della neovagina. In altre 4 pazienti si sono verificati degli inestetismi che hanno richiesto una piccola correzione chirurgica: 1 paziente in cui le grandi labbra risultavano avere un aspetto simil scrotaliforme, 1 caso di eccessivo volume del neoclitoride, 1 persistenza di un moncone esuberante di un corpo cavernoso, 1 caso di mantenimento dell'uretra bulbare comportava una fastidiosa deviazione verso l'alto del getto urinario oltre che una sintomatologia dolorosa durante il rapporto.

Conclusioni: Sebbene la tecnica chirurgica sia parzialmente standardizzata, sono sempre possibili diverse complicanze chirurgiche precoci e a distanza.

PROLASSO UTERINO COMPLETO ED USO DELLA COLPOSOSPENSIONE AL LEGAMENTO SACRO SPINOSO IN UNA PAZIENTE CON DISMORFISMI GENITALI COMPLESSI

E. Kocjancic, S. Crivellaro, L. Tosco, A. Palazzetti, B. Frea
Clinica Urologica - Azienda Ospedaliera Università di Udine

Oggetto: Video concernente il caso clinico di una paziente con prolasso uterino completo. Il caso riguarda l'intervento

di isterectomia per via vaginale, ovariectomia destra, colposospensione per via vaginale e plastica ricostruttiva del monte di Venere e dei genitali esterni.

Materiali e metodi: Paziente affetta alla nascita da estrofia vescicale completa per cui è stata trattata all'età di sei mesi con cistectomia radicale ed uretero-sigmoido-stomia. La paziente al momento dell'intervento presenta un prolasso completo del corpo uterino con sintomi associati nonché delle alterazioni dismorfiche ai genitali esterni correlati alla malformazione presente alla nascita (dimorfismo vulvare, duplicità clitoridea e delle piccole labbra). Durante l'intervento si è proceduto all'asportazione completa dell'utero per via vaginale ed all'escissione di una voluminosa cisti dell'ovaio destro sempre per via vaginale. La parte ricostruttiva ha previsto la colposospensione del fondo vaginale residuo ai legamenti sacro spinosi senza l'utilizzo di una mesh dato l'elevato rischio di sovra infezione vista la situazione clinica ed operatoria della paziente. Si procede a plastica ricostruttiva del monte di venere con plastica a Z per avvicinare i due emiclitoridi presenti dalla nascita. In tale maniera si è riusciti ad avvicinare anche le piccole labbra ed a rendere i genitali esterni normoconformati.

Conclusioni: L'utilizzo della colpo sospensione al legamento sacro spinoso senza l'ausilio di mesh rappresenta ancora una valida tecnica in casi selezionati e di particolare gestione.

RICOSTRUZIONE ANOPERINEALE TOTALE CON SAA SU UN CASO DI ANO IMPERFORATO

F. la Torre, D. Crocetti, F. Guerra, F. Velluti

U.O. Chirurgia d'urgenza retto e pavimento pelvico, Dipartimento emergenza Urgenza Umberto I, Policlinico di Roma, Università la Sapienza, Roma

I pazienti con incontinenza fecale di grado severo, nei quali tutte le tecniche di plastica dell'apparato sfinteriale abbiano fallito, sono candidabili all'impianto di uno sfintere anale artificiale (SAA). Inoltre, la possibilità di impiantare tale dispositivo nei pazienti operati di resezione addomino-perineale e, quindi, non aventi il canale anale, è un'ulteriore applicazione di tale metodica dopo la confezione di una colostomia perineale. Tali possibilità chirurgiche sono di recentissima acquisizione e solo centri altamente specializzati sono in grado di sostenerne gli impianti e gestirne il follow-up.

Lo SAA è un dispositivo attraverso il quale il paziente, mediante un apposito interruttore, è in grado di controllare l'apertura e la chiusura del canale anale ogniqualvolta egli ne abbia necessità.

Esso è composto di tre parti basilari: cuffia, serbatoio e pompa di controllo. La cuffia, costituita di materiale siliconato, è la componente che andrà a fare le veci dello sfintere. Essa viene, infatti, posizionata intorno al canale anale e, successivamente, collegata ad un sistema idraulico chiuso che, attraverso l'applicazione di pressioni variabili lungo la sua circonferenza, permette di chiudere o aprire il canale anale. Il serbatoio a pressione, impiantato nello spazio prevescicale, è il regolatore pressorio del sistema idraulico del neosfintere. Infine, la pompa di controllo rappresenta l'interruttore del sistema. È, infatti, dotato di un pulsante di attivazione sulla sua parte superiore, che permette di rilasciare l'ano e consentire, quindi, l'evacuazione; nella sua parte inferiore, invece, un pulsante di deattivazione consente il procedimento opposto. Tale pompetta è di piccole dimensioni (1.2x3.6 cm), tale da consentirne l'alloggiamento nello scroto o nel grande labbro.

Il funzionamento dello sfintere artificiale è assai semplice. All'atto della defecazione, il paziente deve adoperare

l'interruttore nello scroto o nel grande labbro, schiacciando e rilasciando la pompetta, cosicché lo sfintere si svuota del liquido in esso contenuto e le feci possono liberamente uscire dal canale anale. Al termine dell'evacuazione, il sistema dà luogo automaticamente al riempimento della cuffia permettendo la chiusura del canale anale e quindi il ripristino della continenza.

Nel caso in esame si tratta di una paziente, attualmente di aa.18, affetta da Patologia Congenita essendo nata con ano imperforato; sottoposta alla nascita a confezione di colostomia perineale, peraltro troppo vicina all'ostio vaginale, le è stata successivamente confezionata, allo scopo di recuperare la continenza fecale, una gracilo-plastica rapidamente gravemente suppurata e quindi smontata con confezione di una ileostomia di protezione. Da noi è stata trattata mediante ricostruzione perineale ed impianto primario di SAA, due mesi dopo è stata ricanalizzata con successo è attualmente continente ed evacua con l'ausilio di una irrigazione colica periodica.

IMPIANTO DEI DISPOSITIVI PRO-ACT PER IL TRATTAMENTO DELLA IUS MASCHILE: IL RUOLO DEL RIFORNIMENTO INTRAOPERATORIO SOTTO VISTA

A. Giammò, G. Bodo, R. Carone

Neuro-Urologia; A.S.O. CTO - M. Adelaide, Torino

Introduzione ed Obiettivi: La chirurgia prostatica rappresenta la principale causa di incontinenza urinaria da sforzo nell'uomo. L'uso del Pro-ACT (Adjustable Continence Therapy) è stato introdotto nel 1999 per il trattamento dell'incontinenza post-prostatectomia. Da Maggio 2000 a Gennaio 2009 abbiamo sottoposto ad impianto 162 pazienti affetti da incontinenza urinaria da sforzo secondaria a chirurgia prostatica. I nostri risultati, in accordo con quelli riportati in letteratura, mostrano un incremento statisticamente significativo ($p < 0.005$) del Quality of Life Score nel 75-80% dei casi (follow-up: range 1-50 mesi). Cruciale, per il conseguimento del risultato clinico, risulta la corretta posizione dei dispositivi. Sino ad oggi la corretta posizione dei dispositivi veniva valutata intraoperatoriamente mediante segni radiologici indiretti (basculamento del cistoscopia, appiattimento del bordo mediale dei dispositivi, uretrografia retrograda). Il video documenta la nostra personale evoluzione della tecnica al fine di ottenere la certezza intraoperatoria della corretta posizione e soprattutto dell'efficacia dei dispositivi, non attraverso segni indiretti bensì mediante la diretta visualizzazione dell'effetto di compressione uretrale.

Materiali e Metodi: Il sistema Pro-ACT è composto da un dispositivo protesico periuretrale impiantabile, costituito da due palloncini espandibili (max 8 ml) in silicone posti all'estremità di uno stelo a due lumi. All'altra estremità dello stelo è posta una camera di riempimento in titanio (port), che viene alloggiata in una tasca sottocutanea a livello scrotale, utilizzata per gli aggiustamenti post-operatori. La tecnica prevede l'utilizzo di un set di impianto, costituito da una camicia scanalata ad "U" e da un mandrino rimovibile, sulla cui punta aguzza sono poste due piccole lame al fine di permettere una facile penetrazione attraverso i tessuti. I palloncini vengono impiantati in sede periuretrale a livello dell'anastomosi uretro-vescicale o sotto l'apice prostatico mediante un approccio trans-perineale. La procedura viene eseguita in anestesia generale o spinale sotto controllo radioscopico e cistoscopico. Posto il paziente in posizione litotomica viene introdotto un cistoscopia di piccolo calibro (17 Ch) attraverso il quale si riempie la vescica con 40 ml di mezzo di contrasto. L'intervento ha inizio con due piccole incisioni a livello perineale. Si pre-

parano le vie di accesso, utilizzando delle forbici a punta smussa. Con l'ausilio della brillanza viene introdotto il set di impianto che, raggiunta l'uretra anastomotica o l'apice prostatico, costituisce la guida per posizionare la protesi impiantabile. Introdotta la protesi, questa viene gonfiata, tramite un ago di Huber da 23 gauge, con 1 ml. di soluzione isotonica costituita da mezzo di contrasto ed acqua distillata ("fluido raccomandato"). Al termine dell'impianto bilaterale si esegue un rifornimento graduale di entrambi i dispositivi sotto vista utilizzando il cistoscopia 17 Ch. I dispositivi vengono riempiti sino ad ottenere un buon effetto di chiusura del lume uretrale, raggiunto il quale vengono nuovamente svuotati sino al volume standard di 1 ml. Con tale procedura, oltre ad accertare l'integrità della parete uretrale, è possibile verificare se i due dispositivi risultano in una posizione corretta (vicini all'uretra membranosa, meglio se laterali e simmetrici) ed efficace (determinano una chiusura significativa del lume uretrale). Con tale procedura è possibile esprimere anche un giudizio prognostico, ipotizzando una relazione diretta tra il volume di riempimento al quale si verifica l'occlusione dell'uretra e l'effetto clinico (riduzione o scomparsa delle fughe urinarie). La metodica descritta consente talvolta di osservare posizioni non corrette (posteriori o anteriori, caudali o craniali) non rilevate dal solo controllo radioscopico. In altri casi è possibile evidenziare una eccessiva distanza dei dispositivi dall'uretra che di conseguenza non risulta compressa durante il riempimento degli stessi. In tali casi è possibile procedere immediatamente al reimpianto in una posizione più efficace. La mancata compressione del lume uretrale si può osservare anche nei casi in cui l'uretra risulta avvolta o sostituita da un eccesso di tessuto cicatriziale come avviene nei pazienti irradiati, con sclerosi dell'anastomosi o pregresse stenosi uretrali. In questi casi, oltre al tentativo di un reimpianto in una posizione ancora più vicina alla parete uretrale, che peraltro espone ad un maggior rischio di perforazione o erosione, è possibile procedere alla rimozione definitiva dei dispositivi ed optare per una diversa strategia terapeutica (sfintere artificiale, benderelle sotto-uretrali, ecc...). L'intervento termina con la creazione di due tasche sottocutanee a livello scrotale che accolgono le camere di riempimento attraverso le quali è possibile l'eventuale rifornimento post-operatorio dei dispositivi. Viene infine posizionato un catetere vescicale autostatico 14 Ch, che verrà rimosso dopo 24 h.

Risultati e conclusioni: Il principio del funzionamento dei dispositivi Pro-ACT è rappresentato dalla compressione della parete uretrale che potremmo definire come una sorta di "bulking extra-uretrale". Studi TC hanno consentito di accertare come gli insuccessi terapeutici di tale metodica siano da attribuire nella maggior parte dei casi ad una posizione inefficace dei dispositivi. L'efficacia risulta, di fatto, in relazione alla cosiddetta "posizione corretta dei dispositivi" che si identifica con la sede retropubica, a livello dell'anastomosi uretro-vescicale o dell'apice prostatico, al di sopra del diaframma urogenitale, a stretto contatto con le pareti uretrali, preferibilmente simmetrici e laterali rispetto all'uretra. Sino ad oggi la corretta posizione dei dispositivi veniva stabilita, nel corso dell'intervento, mediante segni radiologici indiretti (basculamento del cistoscopia contestuale al trocar, appiattimento del bordo mediale dei dispositivi, uretrografia retrograda al termine dell'impianto). Tali segni però, non di rado, possono dar luogo a dei falsi positivi che, di fatto, finiscono per compromettere i risultati della metodica. Inoltre esiste una quota di pazienti non-responders nonostante la corretta posizione dei dispositivi, a causa di particolari condizioni tissutali in cui l'uretra risulta avvolta o sostituita da un eccesso di tessuto cicatriziale. In questi casi l'inefficacia di dispositivi non può essere evi-

denziata con il solo ausilio dei segni indiretti. Partendo da queste considerazioni abbiamo introdotto il cosiddetto "riempimento sotto vista" che ci consente di verificare in modo diretto la posizione corretta e soprattutto l'efficacia dei dispositivi, intesa come grado di chiusura del lume uretrale. Per la prima volta, inoltre, siamo in grado di esprimere anche un giudizio prognostico ipotizzando una relazione diretta tra il volume di riempimento al quale si verifica l'occlusione dell'uretra ed il conseguente effetto clinico (riduzione o scomparsa delle fughe urinarie). Dati iniziali, infatti, sembrano confermare la corrispondenza tra il volume di riempimento intraoperatorio necessario ad ottenere la chiusura del lume uretrale ed il volume di rifornimento successivo al quale si ottiene l'effetto clinico. Infine, tale metodica consente di identificare quella quota di pazienti non-responders per i quali, non risultando la metodica in alcun modo efficace, la soluzione andrà ricercata in altre metodiche terapeutiche.

AN EASY-TO-USE MINISLING: OPHIRA

S. Salvatore, M. Serati, M. Zanirato, C. Tammaro, E. Cattoni, P.F. Bolis

Dept. of Obstetrics & Gynaecology, Insubria University, Varese - Italy

Sling procedures have become the gold standard in the treatment of female urinary stress incontinence. Different approaches of sling placement have been proposed in the last few years in order to minimize the surgical procedure maintaining the efficacy of the classical TVT with a reduction of possible complications. Minislings or single incision slings are interesting evolution of the original slings which include different marketed possibilities. All of them still need a proper clinical evaluation but the rationale seems to be solid. This video illustrates the arc to arc Ophira Mini Sling System (Promedon-Argentina) represents an anatomical approach that consists in placing a mid-urethral low tension tape anchored to the obturator internus muscles at the level of the arcus tendineus bilaterally.

Surgical Technique: A small vertical vaginal incision is performed at 1cm from the urethral meatus. Minimal vaginal dissection is performed laterally towards the ascending branch of the ischiopubic bone and preserving the endopelvic fascia. The assembled needle is introduced through the small vaginal incision, guided by the surgeon's index finger previously introduced at the vaginal fornix to avoid vaginal wall perforation. Once the needle was felt at the fornix, the tip is introduced towards the obturator internus muscle at the level of the arcus tendineus fascia pelvis. When half of the mesh is within the incision, the deploying bottom at the handle of the needle is pressed and the sling is kept in place by the self-anchoring bone fish columns. The same maneuvers are repeated on the other side. A Metzenbaum scissors is placed between the urethra and the mesh to avoid undue tension. The vaginal wall is closed in the usual manner. Cystoscopy is not mandatory.

CORREZIONE VAGINALE POSTERIORE TRAMITE SISTEMA APOGEE MODIFICATO

L. Gualà, G. Pace, V. Silvestri, E.D. Di Pierro, L. Bergamasco, G. Maselli, O. Martella, A. Del Rosso, G. Paradiso Galatioto, C. Vicentini

Università degli Studi di L'Aquila - UOC Urologia Teramo

Introduzione ed obiettivi: Il sistema Apogee della AMS è fornito di una mesh di ampie dimensioni che permette di foggiarla in base allo stadio del prolasso e alle differenze anatomiche delle pazienti offrendo contestualmente l'oppor-

tunità di correggere con la parte più distale della benderella la lassità del perineo, evitando l'esecuzione di una colpo-perineoplastica. Scopo dello studio è valutare i risultati anatomici e funzionali ad un anno dal trattamento chirurgico.

Tecnica chirurgica: La correzione del prolasso del compartimento posteriore ha inizio mediante una colpotomia longitudinale mediana della parete vaginale posteriore. Si esegue una dissezione paravaginale fino alle spine ischiatiche. Si procede alla medializzazione dei legamenti utero-sacrali. Si eseguono 2 incisioni cutanee pararettali per il passaggio degli aghi del sistema Apogee. La rotazione degli aghi avviene in senso outside-in, attraverso il muscolo elevatore dell'ano. Collegato il tape alle estremità degli aghi la rotazione in senso inverso di questi trascina con sé la benderella in modo che essa risulti allocata nello spazio retto-vaginale, a supporto della parete vaginale posteriore. La parte prossimale della mesh viene mantenuta ben distesa all'apice della parete vaginale posteriore mediante suture riassorbibili.

Si procede quindi alla modifica da noi proposta tramite il taglio "a coda di rondine" della parte distale della mesh. Si eseguono 2 ulteriori incisioni cutanee 2 centimetri lateralmente all'ano e superiormente alla precedenti attraverso cui si fanno passare le estremità della mesh che affiorano a livello cutaneo. Successivamente si taglia la parete vaginale in eccedenza e si chiude la colpotomia e le breccie cutanee. Ovviamente nelle pazienti in cui concomita un difetto vaginale anteriore si procederà alla correzione dello stesso.

Risultati: Abbiamo eseguito questa variante in 22 pazienti con prolasso del segmento vaginale posteriore di stadio 3 o 4 in accordo con il sistema POP-Q. Tutte le pazienti sono state rivalutate a distanza di 12 mesi dall'intervento con accurata anamnesi ed esame obiettivo uroginecologico.

Non si sono verificate complicanze intraoperatorie e a distanza, quali erosioni o estrusioni. Il tasso di successo oggettivo è del 91% (20 delle 22 pazienti), con 2 prolassi posteriori recidivi di stadio 2. Delle 16 pazienti sessualmente attive nessuna ha riferito la comparsa di dispareunia.

Conclusioni: La variante descritta ci consente di scaricare lateralmente il sostegno del perineo in maniera da ottenere il ripristino dell'asse vaginale, rispettando l'anatomia dell'introito. Gli ottimi risultati a distanza, sia anatomici che funzionali, ci suggeriscono di utilizzare questa soluzione per la riparazione dei difetti posteriori e della lassità del perineo in un unico tempo.

UTERUS-SPARING PROSTHETIC VAGINAL SURGERY FOR GENITO-URINARY PROLAPSE

G. Nicita, V. Li Marzi, M.T. Filocamo, M. Castigli, M. Marzocco

Clinica Urologica II, Università degli Studi di Firenze

We present our procedure for restoring the support function of the pelvic floor, it employs a biocompatible system to substitute the decayed anatomical structures. Both the shape of the polypropylene mesh used to repair the pelvic floor and the method of anchoring the uterus to the mesh are new. We designed the mesh in a shape that will support the cystocele, uterus and enterocele. The anterior portion of the mesh supports the cystocele and is constructed so as to allow its fixation by a trans-obturator in-out system. The neck of the uterus is placed in the central hole after being encircled by the two posterior halves of the mesh, which are passed through a tunnel on either side of the cervix. Then the halves are reassembled behind the cervix with two stitches and the surface thus formed supports the enterocele. Finally, each rear arm of the mesh is stitched to fix it to the sacro-

spinous ligament, so that all the organs above the mesh are prevented from dropping.

The patient shown in this video complains of high grade uterine prolapse without incontinence. A midline longitudinal anterior colpotomy is made. The cystocele is isolated. The trans obturator needle and the anterior wings of the mesh are passed in-out on the left and on the right side, until the anterior portion of mesh reaches the bladder. A midline posterior colpotomy is made from the fornix to the end of the enterocele. Bilaterally the cardinal ligament is pierced, creating a tunnel between the anterior and posterior vaginal segments. The mesh is passed through the respective tunnel. The cervix is placed at the centre of the opening of the mesh, to fasten it to the prosthesis. The medial edges of the halves of the mesh are sutured by two non-absorbable stitches to create a support plane for the enterocele. Bilaterally the coccygeus muscle above the sacrospinous ligament is located by palpation, isolated and a 2-0 polypropylene stitch is passed on it, and then, through the posterior arm of the prosthesis. After knotting these stitches the arms of the mesh are fixed to the sacrospinous ligaments and the uterus is pushed up into its correct position. The anterior and posterior colpotomy is sutured.

The cystogram, one year after the procedure, shows the normal position of the bladder. From January 2006 we have performed this operation on 51 patients, with excellent results.

While hysterectomy remains the habitual treatment for severe uterine prolapse, our technique provides a promising alternative solution.

RIPARAZIONE TRANSVAGINALE DI FISTOLA VESCICO-VAGINALE

V. Li Marzi, M. Marzocco, M.T. Filocamo, M. Mencarini, G. Nicita

Clinica Urologica II, Università degli Studi di Firenze

Introduzione: Le fistole vescico-vaginali (VVF) sono complicanze conseguenti a procedure ginecologiche, ostetriche e radioterapiche e rappresentano un dilemma nella scelta dell'approccio terapeutico sia per quanto riguarda la tecnica chirurgica che il timing di riparazione. Descriviamo un caso di VVF post-isterectomia con incontinenza e iperattività detrusoriale.

Caso Clinico: La paziente, 48 anni, sottoposta ad isterectomia vaginale nel giugno 2004 per fibromatosi uterina ha presentato, dopo la rimozione del catetere vescicale, incontinenza extrauretrale. Il catetere è stato, quindi, riposizionato. Nonostante la presenza del catetere, la paziente riferiva urgenza, dolore vescicale e incontinenza per-urethram. Non responsiva alla terapia antimuscarinica necessitava di 3 protezioni/die. Nel settembre 2004 la paziente è giunta alla nostra osservazione con catetere a permanenza, incontinenza per-urethram e all'esame obiettivo presentava una soluzione di continuità, di circa 1 cm di diametro, della parete vaginale anteriore. La cistografia ha confermato la diagnosi clinica con evidenza di tramite fistoloso vescico-vaginale. Lo studio urodinamico ha dimostrato iperattività detrusoriale a medio volume di riempimento. La cistoscopia ha rilevato la presenza di una fistola di circa 1.5 cm di diametro non coinvolgente gli sbocchi ureterali. La paziente è stata sottoposta a riparazione transvaginale standard sec. Sims-Emmet modificata. La procedura chirurgica è stata eseguita con contemporanea visione endoscopica. Sotto guida cistoscopica è stato inserito un catetere ureterale 8 Ch nella fistola fino all'esposizione del catetere stesso in vagina; al catetere ureterale è stato ancorato poi con un punto un catetere vescicale Foley 14 Ch. Questo è stato quindi portato attraverso la VVF fino in vescica. Per mezzo del Foley è

stata eseguita una lieve trazione che ha permesso l'escissione completa della VVF. È stato poi rimosso il Foley e suturata la mucosa vescicale e il pericistio con la parete vaginale. Il riempimento vescicale ha confermato la tenuta delle suture.

La paziente è stata dimessa in 3^a giornata con catetere Foley 20 Ch e antibioticotera. Il catetere è stato rimosso in 7^a giornata. L'incontinenza e l'urgenza si sono risolte. La cistografia conferma l'ottimo risultato anatomico.

Conclusioni: La VVF rappresenta un grave problema per le pazienti in quanto determina incontinenza urinaria continua, cattivi odori e infezioni. L'uso del catetere vescicale a permanenza è consigliato nelle piccole VVF non complicate sia per la risoluzione delle perdite urinarie che per l'eventuale risoluzione della VVF stessa. La scelta dell'approccio chirurgico probabilmente è legato al tipo di training e alle esperienze del singolo chirurgo. I tempi per una riparazione sono invece legati all'eziologia della VVF e ad eventuali comorbidità. La riparazione chirurgica transvaginale garantisce risultati eccellenti quando eseguita precocemente con risultati superiori al 90%. Nel caso in esame, il cateterismo a permanenza (3 mesi) non si è dimostrato efficace. Nella nostra esperienza un approccio vaginale permette brevi periodi di ospedalizzazione, minor morbilità ed una accettazione superiore da parte delle pazienti rispetto all'approccio addominale.

TECNICA DI ANCORAGGIO LIBERO ENDOPELVICO PER LA CORREZIONE CHIRURGICA DELL'INCONTINENZA URINARIA FEMMINILE DA SFORZO: OTTO ANNI D' ESPERIENZA

J. Gambini Ricapa, M. Barea Gómez, M. Díaz Bachiller
*Sezione di Urologia e Pavimento Pelvico, Servizio di Ostetricia e Ginecologia
Consorzio Ospedale Generale Universitario di Valencia (Spagna)*

Introduzione e Obiettivi: Si vuole dimostrare l'efficacia di questa nuova tecnica vaginale di sling "tension free" con ancoraggio libero alla fascia endopelvica per il trattamento dell'incontinenza urinaria femminile da sforzo causata da ipermobilità uretrale.

Materiali e Metodi: Questa tecnica è stata applicata su 303 pazienti affette da incontinenza urinaria da sforzo dovuta a ipermobilità uretrale, con un'età media di 63 anni, un indice di massa corporea medio di 28.4 e una parità di 2.83 figli per donna. A tutte le pazienti è stata effettuata una valutazione clinica, includendo il test con tampone di cotone, test di qualità della vita, questionario ICIQ-SF, diario minzionale, test di gravità e miglioramento congiunto allo studio urodinamico prima e dopo il trattamento. Lo studio urodinamico ha riguardato cistomanometria, punto di pressione di perdita, profilo di pressione uretrale statico e dinamico e uroflussometria. I criteri per definire l'incontinenza urinaria da stress dovuta a ipermobilità uretrale sono stati: pressione di chiusura uretrale > 20 cm H₂O, pressione del punto di perdita > 60 cm H₂O e test con il tampone di cotone > 40°. La tecnica consiste nella collocazione retro pubica di una sling di polipropilene al di sotto della uretra media, mediante incisione della mucosa vaginale a partire da un centimetro dal meato uretrale. Le estremità della benderella si ancorano attraversando il diaframma urogenitale e la fascia endopelvica, creando un supporto sub uretrale libero da tensione. La durata media dell'intervento è di 10-15 minuti.

Risultati: Il monitoraggio medio è stato di 4,5 anni (range 1-8 anni). A tutti è stato praticato uno studio urodinamico dopo 12 mesi dall'intervento. La guarigione è stata completa in 283 casi (93.4%) e un miglioramento in 7 casi (2.3%), tuttavia le guarigioni aumentano al 95.3% se si escludono i deficit sfinterici. In 299 casi (98.7%) la minzione è ripresa entro le prime 24 ore dall'intervento.

Conclusioni: 1. È una tecnica semplice, di facile apprendimento e breve durata; 2. È minimamente invasiva, poiché non si deve andare molto in profondità nei tessuti, per cui non presenta complicazioni e può essere considerata come chirurgia maggiore di breve permanenza, diminuendo i costi di ospedalizzazione chirurgica; 3. La piccola quantità di materiale impiantato elimina la morbilità tardiva; 4. Non è necessario nessun strumento specifico né sofisticato per la sua collocazione, riducendo così il costo economico; 5. Gli eccellenti risultati sono avallati dagli otto anni di esperienza e monitoraggio della tecnica.

1ª SESSIONE COMUNICAZIONI: “LE INFEZIONI URINARIE”

EFFETTI DELL'ASSOCIAZIONE DI LACTOBACILLUS SPOROGENES E FRUCTOOLIGOSACCARIDI SULLE INFEZIONI URINARIE RICORRENTI E SULLA QUALITÀ DELLA VITA IN PAZIENTI CON LESIONI MIDOLLARI

S. Biscotto, M.C. Tascini, V. Cicioni, A. Repetto, M.C. Pagliacci, R. Maschke

Unità Spinale Unipolare - Ospedale Santa Maria della Misericordia, Perugia

Introduzione e obiettivi: Lo scopo dello studio era di valutare l'efficacia del Lactobacillus sporogenes (LS) + Fructooligosaccaridi (FOS) in pazienti affetti da SCI con infezioni delle vie urinarie ricorrenti (IUR) nella riduzione del numero di episodi infettivi urinari, nel miglioramento della qualità di vita e modificazioni della funzione intestinale.

Materiali e metodi: 22 pazienti affetti da SCI sono stati inclusi nello studio dopo una valutazione neuro-urologica. I criteri di inclusione erano: età compresa tra 20 e 80 anni, diagnosi di lesione midollare, presenza di disfunzione neurologica vescicale e intestinale, IUR maggiori di 5 per anno, una buona gestione del sistema vescico-sfinterico da almeno un anno con cateterismi intermittenti, valutato con esame videourodinamico. Sono stati esclusi pazienti con patologie urologiche organiche o malformazioni urologiche, malattie intestinali (morbo di Crohn, sindrome da malassorbimento, colite ulcerosa), diabete mellito, immunodeficienza, catetere vescicale a permanenza, pazienti ricoverati.

I pazienti arruolati nello studio, dopo una visita clinica e la verifica dei criteri di inclusione/esclusione, venivano sottoposti ad esame urine, urinocoltura e coprocultura, si somministrava un questionario modificato per la stadiazione della disfunzione neurologica vescicale allo scopo di valutare l'impatto delle IUR sulla qualità della vita e sulle attività della vita quotidiana.

I pazienti assumevano un farmaco probiotico (associazione di LS associato a FOS ad alto dosaggio) per un anno alternando 2 mesi di terapia a 2 mesi wash-out. Il tempo totale di studio era 12 mesi.

A 2, 6 e 12 mesi veniva ripetute esame urine, urinocoltura, coprocultura e il questionario sulla qualità della vita. Il cut off per la positività della urino coltura era 104UFC/ml. Il numero delle infezioni urinarie durante il periodo di trattamento venivano confrontati con i dati anamnestici riferiti all'anno precedente lo studio.

Risultati: 18 pazienti soddisfacevano i criteri di inclusione. Il tempo medio trascorso dalla lesione midollare era 15 anni. I germi riscontrati nel tratto urinario erano Escherichia coli, Enterococco e Klebsiella pneumoniae. In 15 su 18 pazienti erano stati tipizzati gli stessi germi nei campioni urinari e fecali (stesso biotipo ed antibiogramma). I dati anamnestici sulle IU degli ultimi 12 mesi prima dell'inizio dello studio evidenziavano 175 UTI per anno, range 5-20/paziente/anno (la media 9, 72

UTI/anno); durante il periodo di studio sono state osservate 104 UTI/anno range 1-10 pazienti/anno (media 5,77 UTI/anno) con una riduzione significativa del numero di infezioni. Sette pazienti avevano un miglioramento della funzione intestinale (continenza, regolarità, qualità della vita). Solo 2 piastre hanno dimostrato rare colonie di lactobacilli. Questi risultati erano identici in tutte le culture di controllo a differenti tempi dello studio.

Si è osservata una riduzione significativa della limitazione delle ADL al termine dello studio. Sulla qualità della vita si evidenziava una differenza significativa in termini di minore percezione dei sintomi.

Conclusioni: La somministrazione di LS-FOS sembra ridurre significativamente l'incidenza della IUR e un miglioramento della qualità della vita. Nel 38% della nostra casistica si registrava un miglioramento della disfunzione intestinale. LS non modifica la flora intestinale e non ha azione patogena. Una somministrazione più prolungata potrebbe consentire una stabilizzazione permanente della flora intestinale.

UTILITÀ DELLA PROFILASSI ANTIBIOTICA NEL ESAME URODINAMICO INVASIVO IN PAZIENTI IN MENOPAUSA

S. Siracusano, S. Ciciliato, N. Lampropoulou, A. Giannantoni, V. Alfano*, F. Visalli

Clinica Urologica - Università degli Studi di Trieste

* Clinica Urologica - Università degli studi di Perugia

** Divisione di Urologia - Ospedale S. Bonifacio, Verona

Introduzione: A tutt'oggi non è ancora chiaramente descritta l'incidenza di infezioni delle vie urinarie (UTI) nella popolazione femminile in menopausa sottoposta ad esame urodinamico invasivo (UI) e la reale efficacia della somministrazione o meno di uno profilassi antibiotica.

Abbiamo condotto uno studio multicentrico prospettico randomizzato in doppio cieco per verificare l'incidenza di UTI dopo esame UI nella popolazione femminile in menopausa con e senza la somministrazione di profilassi antibiotica.

Materiali e metodi: Sono state arruolate 262 donne in menopausa sottoposte ad esame UI. Prima di eseguire l'esame UI tutte le pazienti sono state randomizzate in due gruppi stratificati per età. Il gruppo 1 (130 pazienti) ha ricevuto la profilassi antibiotica per via orale con una singola dose di 400 mg di norfloxacina. Il gruppo 2 (132 pazienti) ha ricevuto il placebo. L'analisi statistica è stata eseguita per valutare le differenze del tasso di incidenza delle UTI tra i due gruppi.

Risultati: 54 di 262 pazienti (20,6%) ha manifestato UTI [24 tra le 130 pazienti che avevano ricevuto la profilassi antibiotica (18,4%) e 30 tra i 132 soggetti che avevano ricevuto il placebo (22,7%)]. Non è stata riscontrata una differenza statisticamente significativa ($P = 0,242$) per quanto riguarda il tasso d'incidenza di UTI tra le pazienti che avevano ricevuto la profilassi antibiotica e quelle alle quali non era stata somministrata. I risultati sono riportati nella tabella 1.

TABELLA 1. – Incidenza di UTI in pazienti sottoposte ad esame urodinamico con e senza profilassi antibiotica.

	UTI	Assenza di UTI	Totali
Gruppo 1	24 (9%)	106 (41%)	130 (50%)
Gruppo 2	30 (11%)	102 (39%)	132 (50%)
Totali	54 (20%)	208 (80%)	262 (100%)

Conclusioni: Il nostro studio ha rivelato che nelle donne in menopausa, vi è un tasso di incidenza più elevato di UTI dopo l'esecuzione di un esame UI. Questa tendenza a presentare UTI non è influenzata dalla somministrazione di una profilassi antibiotica.

RUOLO DEGLI INTEGRATORI ALIMENTARI NELLA PREVENZIONE DELLE CISTITI RICORRENTI NELLA DONNA

S. Cuzari, A. Fraioli, A. Zampelli, P.M. Michetti, C. Leonardo e C. de Dominicis

Dipartimento di Urologia, Università degli Studi "La Sapienza" Roma

Introduzione: Le infezioni urinarie ricorrenti sono quelle infezioni che, a guarigione clinica dopo terapia, si presentano con il medesimo germe patogeno (recidiva) o con un diverso agente patogeno (reinfezione). All'urinocoltura è presente una carica batterica maggiore o uguale a 100000 UFC/ml di urina che può associarsi o meno a LUTS di tipo irritativo.

Obiettivo del lavoro: Valutare l'efficacia di un trattamento a lungo termine con integratori alimentari a base di frutti rossi, che presentano azione antiadesiva nei confronti dei batteri sulla mucosa vescicale, nella prevenzione e nella riduzione dell'incidenza degli episodi di cistite ricorrente.

Materiali e metodi: Da ottobre 2007, 205 pazienti di età compresa tra i 19-63 anni, con storia di cistite ricorrente, sono state sottoposte ad antibiotico terapia mirata.

Dopo 10 giorni dalla sospensione di quest'ultima, le 174 pazienti che presentavano es. urine ed urinocoltura negativa sono state suddivise, con modalità random, in 2 gruppi:

- Gruppo A: 87 pazienti trattate con fosfomicina trometanololo + integratore alimentare + terapia idroponica per i primi due mesi, poi solo con integratore + terapia idroponica.

- Gruppo B: 87 pazienti trattate con fosfomicina trometanololo + terapia idroponica per i primi 2 mesi, poi solo con terapia idroponica.

I due gruppi sono stati controllati nel tempo con esame urine ed urino coltura a 2/4/8/12/18 mesi.

Risultati: A 18 mesi, il 60% delle pazienti appartenenti al gruppo A (52) non presentavano più sintomatologia urinaria di tipo cistitico né esame urine ed urinocoltura positive, così come il 33% (29) delle pazienti appartenenti al gruppo B.

Conclusioni: L'uso prolungato di integratori alimentari a base di frutti rossi associato a terapia idroponica in pazienti con storia di cistite ricorrente riduce notevolmente il rischio della comparsa di infezioni urinarie a medio e lungo termine, giustificando l'utilizzo di tali fitoterapici in termini di costo-beneficio.

PROFILASSI CON PLURIFLOXACINA vs FOSFOMICINA IN PAZIENTI AFFETTE DA CISTITI RICORRENTI. RISULTATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO RANDOMIZZATO

E. Costantini, E. Frumenzio, M. Lazzeri, M. Del Zingaro, M.T. Filocamo, S. Crivellaro, E. Salvini, V. Bini, M. Porena
Clinica Urologica ed Andrologica, Università degli Studi di Perugia

Obiettivi: Lo scopo di questo studio multicentrico, randomizzato, è stato quello di valutare l'efficacia della plurifloxacina vs. la fosfomicina nella profilassi delle pazienti affette da infezioni ricorrenti del basso tratto urinario. Questa è stata definita in base alla percentuale di pazienti libera da recidive infettive durante la profilassi e dall'intervallo medio libero da infezione ricorrente dopo il termine della profilassi.

Materiali e metodi: Da gennaio 2007 a gennaio 2009 sono state arruolate 73 pazienti affette da cistiti batteriche ricorrenti. I criteri di inclusione sono stati età ≥ 18 anni, almeno tre episodi di cistite in 1 anno con urinocoltura positiva trattata

con terapia antibiotica specifica. Criteri di esclusione: allergia e/o intolleranza ai farmaci, gravidanza sospetta o certa.

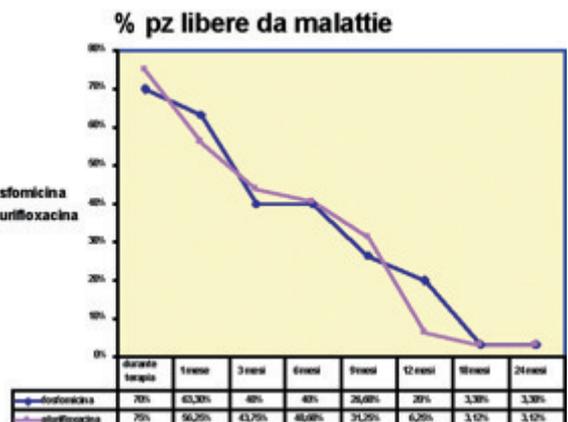
Tutte le pazienti sono state valutate mediante anamnesi, esame obiettivo, urinocoltura, tamponi uretrali, cervicali e vaginali, ecografia renale e vescicale e uroflussimetria con valutazione del residuo post-minzionale. Dopo 3-5 giorni dal termine dell'ultimo ciclo terapeutico specifico le pazienti sono state randomizzate a: plurifloxacina, 600 mg 1 cps alla settimana per 12 settimane (Braccio A) o fosfomicina 1 bustina 3 g alla settimana per 12 settimane (Braccio B).

Le pazienti sono poi state valutate mediante controlli periodici dell'urinocoltura a 2 settimane e 1 mese dall'inizio della profilassi e a 3, 6 e 12 mesi dalla sospensione della terapia. La negatività dell'urino coltura è stata considerata un successo, mentre la presenza di sintomi associati ad urinocoltura positiva un fallimento. Il processo di randomizzazione prevedeva la generazione di un codice di allocazione generato da una sequenza computerizzata. Il test del Chi-quadrato è stato utilizzato per il confronto delle frequenze di urinocoltura positiva tra i due gruppi e ai vari tempi di follow-up, i test di Friedman e Mann-Whitney sono stati utilizzati invece per il confronto di variabili continue entro i gruppi e fra i gruppi.

Risultati: 37 pz. sono state arruolate nel gruppo A e 36 nel gruppo B. La percentuale di fallimento della profilassi (sintomi con urino coltura positiva durante la somministrazione del farmaco) è stata del 25% (8/32) per il gruppo A e del 27,2% (9/33) ($p > 0.05$) per il gruppo B. L'intervallo medio libero da recidiva dopo il termine della profilassi è stato di 7,8 mesi per le pazienti nel gruppo A e di 9,23 mesi nel gruppo B, l'analisi statistica non dimostrava una differenza significativa dovuta probabilmente al ridotto numero campionario.

Nessuna delle pazienti ha presentato effetti collaterali significativi che abbiano determinato l'interruzione della terapia nel gruppo A, nel gruppo B una paziente ha riportato diarrea che ha determinato la sospensione temporanea della terapia.

Conclusioni: I dati preliminari del nostro studio non evidenziano una differenza statisticamente significativa fra la percentuale di recidiva durante la profilassi e l'intervallo medio libero da ricorrenza dopo la fine della profilassi quando si confrontano plurifloxacina e fosfomicina.



DISFUNZIONI SESSUALI ED INFEZIONI UROGENITALI RICORRENTI

V. Silvestri, L. Bergamasco, G. Pace, G. Maselli, L. Gualà, O. Martella, A. Del Rosso, E.D. Di Piero, G. Galatioto Paradiso, C. Vicentini
Clinica Urologica ed Andrologica, Università degli Studi di L'Aquila, P.O. G. Mazzini, Teramo

Obiettivi: Scopo del nostro studio è valutare la prevalenza di infezioni ricorrenti del tratto urogenitale in donne affette

da incontinenza urinaria e/o prolasso urogenitale, valutando inoltre se e come tali condizioni incidono sulla funzione sessuale femminile.

Materiali e metodi: Da Marzo 2005 a Novembre 2008 abbiamo arruolato presso la nostra U.O.C. di Urologia 192 donne di età > di 45 anni (età media 57 anni) con incontinenza urinaria e/o prolasso urogenitale. Le pazienti sono state suddivise in tre gruppi in base alla presenza di: incontinenza urinaria (gruppo A: 87 pazienti), prolasso urogenitale (gruppo B: 62 pazienti) e coesistenza delle due suddette condizioni (gruppo C: 43 pazienti). La valutazione clinica delle pazienti è basata sulla raccolta dell'anamnesi, esami ematochimici di routine con es. urine ed urinocoltura, compilazione del diario minzionale, l'esame obiettivo uroginecologico e l'esecuzione dell'esame urodinamico. Tutte le pazienti incluse nello studio hanno compilato dei questionari validati per valutare la qualità di vita (SF 36) e la funzione sessuale mediante Female Sexual Function Index (FSFI).

Risultati: Abbiamo osservato che 16 donne (18.4%) del gruppo A, 20 donne (32.2%) del gruppo B e 19 donne (44.2%) del gruppo C presentavano infezioni urogenitali ricorrenti. Nelle donne del gruppo B e C le infezioni ricorrenti si sono osservate soprattutto nei prolassi ostruttivi, urodinamicamente dimostrati, con permanenza di elevato residuo postminzionale. L'Escherichia Coli è risultato essere responsabile del 75% delle infezioni riscontrate.

All'interno di ogni gruppo abbiamo rilevato che i sintomi relativi all'incontinenza urinaria e/o al prolasso urogenitale incidono in modo diverso sulla sfera sessuale in base alla coesistenza di infezioni urogenitali ricorrenti o meno. Dal FSFI score abbiamo rilevato che 94 donne erano affette da disfunzione sessuale femminile (DSF) in quanto si è riscontrato un valore medio inferiore a 26.55, fissato come cut-off per definire le pazienti con disfunzioni sessuali. Abbiamo osservato un valore medio inferiore rispetto al suddetto cut-off rispettivamente di 4,5 in 37 donne del gruppo A, di 5,2 in 32 donne del gruppo B e di 5,9 in 25 donne del gruppo C. Il desiderio sessuale, la lubrificazione ed il dolore sono i domini dell'FSFI che hanno mostrato un punteggio mediamente più basso. In particolare, delle 94 donne in cui si è riscontrato un valore dell'FSFI tale da definire la presenza di disfunzioni sessuali, 66 pazienti erano anche affette da infezioni urogenitali ricorrenti con una prevalenza significativamente più elevata nel gruppo C.

Conclusione: Le infezioni urogenitali ricorrenti si associano frequentemente a difetti del pavimento pelvico rappresentando un fattore aggravante dei disturbi della funzione sessuale come si evince dalla significativa riduzione dello score dell'FSFI.

2^a SESSIONE COMUNICAZIONI: "DIAGNOSTICA E TERAPIA"

DRAMMATICHE CONSEGUENZE DELLA CURA DELL'INCONTINENZA URINARIA: L'ESPERIENZA DI UN CENTRO UNIVERSITARIO FRANCESE

S. Cresti, I. Sielezoeff, M. Ouaiissi, B. Sastre
Servizio di Chirurgia Generale e Digestiva, Polo Oncologico, Ospedale "La Timone" - Università Aix-Marseille, Marsiglia

Introduzione: Le tecniche chirurgiche utilizzate in Francia per la correzione dell'incontinenza urinaria sono la fissazione al promontorio sacrale associata alla colpopessia posteriore per il prolasso genitale complesso, e la TVT e la TOT per l'incontinenza urinaria isolata. Gli Autori riportano

la drammatica storia clinica di 4 donne, che hanno presentato fistole retto-vaginali dopo posizionamento di materiale protesico per la cura dell'incontinenza urinaria.

Materiali e metodi: Quattro donne di età compresa tra i 50 e i 70 anni sono state trattate nel nostro reparto perché affette da fistole retto vaginali complesse post correzione protesica di un'incontinenza urinaria. La sintomatologia clinica era caratterizzata da infezioni urinarie reiterate, perdite vaginali e anali, pneumaturia,

Risultati: Tutte le pazienti sono state sottoposte a asportazione del materiale protesico; in seguito sono state realizzate una resezione rettale; una sutura rettale associata a ileostomia di protezione; una pelvectomia posteriore e retto-colectomia; una colostomia definitiva. Nessuna paziente ha presentato una recidiva.

L'erosione della parete vaginale e la comparsa di fistole retto vaginali dopo riparazione protesica è complicanza nota, il cui tasso si attesta tra il 3 e il 12 per cento per le tecniche addominali e il 2 e 9 per cento per le tecniche vaginali. L'eziopatogenesi dell'infezione, che porta alla nascita della fistola è multifattoriale, legata alla natura del materiale protesico, alla tecnica chirurgica, all'asepsi incompleta, a lesioni e ritardo della cicatrizzazione vaginale, all'utilizzo di filo di sutura a rapido riassorbimento, alla ripresa precoce dell'attività sessuale. Il fattore che sembra maggiormente influenzare la comparsa della fistola è il tipo di materiale utilizzato. Il trattamento chirurgico definitivo dovrà essere realizzato tra i 3 e 6 mesi successivi la comparsa della fistola, tempo necessario per stabilizzare i segni dell'infiammazione locale. Il trattamento chirurgico deve rispettare 3 imperativi: asportazione della protesi; sutura dell'orifizio rettale, raramente associato a sutura vaginale; realizzazione d'una sutura rettale senza tensione. La derivazione fecale è scelta terapeutica da preferire in prima istanza, per limitare i fenomeni d'infiammazione locale.

Conclusione: Il tasso di fistole retto-vaginali è dunque relativamente elevato, in considerazione della benignità della patologia e del fatto che si tratta di donne giovani e sessualmente attive. Il rapporto rischi benefici deve essere ben valutato, considerando che la comparsa di una fistola retto vaginale è una terribile complicanza di difficile trattamento. Le speranze ripongono nella sintesi di materiale protesico di tipo autologo a base di collagene animale.

LA RISONANZA MAGNETICA NELLA VALUTAZIONE FUNZIONALE DEL PAVIMENTO PELVICO: IMPIEGO IN PAZIENTI CON INCONTINENZA URINARIA PRIMA E DOPO TERAPIA RIABILITATIVA

R. Del Vescovo, F. Collettini, V. Di Giacomo, M. Zullo, R. Grasso, B.B. Zobel

Dipartimento di Radiologia, Università Campus Bio-Medica di Roma

Introduzione e obiettivi: Valutare l'efficacia della ginnastica riabilitativa dei muscoli del pavimento pelvico nelle pazienti affette da incontinenza urinaria mediante Risonanza Magnetica (RM).

Materiali e metodi: Abbiamo analizzato 25 pazienti con incontinenza urinaria e 5 pazienti clinicamente sane. La diagnosi di incontinenza urinaria è stata posta dal ginecologo mediante esame obiettivo e prove urodinamiche. Tutte le pazienti sono state sottoposte a RM in posizione supina prima e dopo 10 giorni dalla terapia riabilitativa per i muscoli del pavimento pelvico. Per l'analisi del muscolo elevatore dell'ano abbiamo utilizzato immagini RM pesate in T2 TSE-HR ed un software per la ricostruzione e l'analisi 3D. Abbiamo messo a confronto lo spessore del ventre muscolare delle due porzioni della componente pubo-cocci-

gea del muscolo elevatore dell' ano prima e dopo terapia riabilitativa.

Risultati: Prima del trattamento tutte le pazienti mostravano, all'indagine RM, ipotrofia del ventre del muscolo elevatore dell' ano; il volume muscolare delle pazienti con incontinenza urinaria variava tra 30 e 35 ml con una componente ventrale circa il 33% inferiore rispetto a quella delle pazienti clinicamente sane ($p < 0.001$). Dopo terapia riabilitativa la RM ha dimostrato un incremento del trofismo muscolare in 20 delle 25 pazienti; in tutti e 20 i casi la componente pubo-coccigea del muscolo elevatore dell'ano ha mostrato un aumento del proprio volume stimabile tra 60 e 68 ml con un incremento dell'area totale di circa il 90% rispetto a prima della terapia. In 5 pazienti (12%) l'incremento del trofismo del ventre muscolare è stato inferiore al 60%, portando comunque ad un miglioramento sintomatologico.

Conclusioni: La RM è uno strumento di eccellenza nella valutazione dell' efficacia della ginnastica riabilitativa dei muscoli del pavimento pelvico.

ENDOMETRIOSI PELVICA E IDROURETERONEFROSIS

L. Carmignani *, P. Vercellini **, G. Frontino **,
M. Spinelli ***, L. Fedele **

* Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Istituto Luigi Mangiagalli, Università degli Studi di Milano

** U.O. Ginecologia e Ostetricia, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, I.R.C.C.S., Università degli Studi di Milano, Italia

*** U.O. Urologia, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, I.R.C.C.S. Università degli Studi di Milano, Italia

Introduzione: Il coinvolgimento del tratto urinario in corso di endometriosi profonda, una volta considerato evenienza rara, viene riportato con sempre maggiore frequenza; a seconda delle casistiche varia dallo 0,5% fino al 6% di tutti i casi di endometriosi. L'organo maggiormente interessato è la vescica, seguito dall' uretere con un rapporto di 8:1; più rare sono le localizzazioni uretrali e renali.

Obiettivo di questo studio è quello di valutare l'incidenza di idronefrosi in caso di endometriosi profonda e di indagare la storia clinica e la sintomatologia delle pazienti con idroureteronefrosi secondaria ad endometriosi.

Materiali e metodi: Tra Gennaio 2005 e Luglio 2007 tutte le pazienti afferenti al Centro di Terzo livello per lo Studio e la Cura dell' endometriosi della Clinica Mangiagalli di Milano sono state sistematicamente sottoposte durante la prima visita ad ecografia dell'apparato urinario al fine di escludere eventuali casi di idroureteronefrosi.

È stata inoltre indagata la sintomatologia clinica riferita dalle pazienti attribuibile a idroureteronefrosi; dolore lombare, coliche renali associate o meno a vomito e febbre, pielonefrite ed ematuria.

Dolore sovrapubico e pelvico cronico, disuria, dispareunia e dismenorrea non sono stati considerati ad esclusiva eziopatogenesi idronefrotica e pertanto esclusi dalla sintomatologia indagata.

Le pazienti con diagnosi ecografica di idroureteronefrosi sono state quindi sottoposte a completamento diagnostico a tomografia assiale computerizzata o risonanza magnetica dell'addome.

Risultati: In questo periodo sono state valutate 750 pazienti con idronefrosi profonda; ventitre di esse (3,1%) presentavano al momento della prima visita idroureteronefrosi monolaterale; in particolare 17 pazienti presentavano idronefrosi sinistra (73,91%) e 6 pazienti idronefrosi destra (26,08%).

L'età media delle pazienti al momento della diagnosi è risultata essere di 35,6 anni (range 25-48).

In nessuna delle pazienti sono state rilevate alterazioni della funzionalità renale agli esami ematochimici e delle urine anche in presenza di esclusione funzionale completa di un rene.

Nonostante tutte le 23 pazienti riferissero segni e sintomi attribuibili ad endometriosi pelvica o vescicale (pollachiuria catameniale, urgenza minzionale, dolore sovrapubico, dismenorrea e dispareunia), una sintomatologia riferibile a coinvolgimento renale e ureterale è stata riportata in 10 pazienti (43,5%).

Per 6 di esse il sintomo riferito è stato il dolore lombare (26,1%) mentre per le restanti 4 pazienti (17,4%) il sintomo riportato è stata la colica renale associata a febbre, nausea e vomito; per queste pazienti la colica è risultata essere svincolata dal ciclo mestruale mentre in un caso con esacerbazione catameniale.

Il tempo medio tra la comparsa di questa sintomatologia e la diagnosi di idronefrosi è risultato essere di 11,3 mesi (range 2-24 mesi).

In caso di colica renale la diagnosi ecografica di idronefrosi è stata pressochè immediata.

Conclusioni: Il coinvolgimento ureterale e la conseguente idronefrosi in corso di endometriosi costituisce un'entità misconosciuta che può condurre a serie complicazioni fino alla perdita funzionale del rene.

In queste pazienti un esordio di malattia con colica renale può condurre ad una diagnosi più precoce e ad una tempestiva terapia correttiva.

Nessuna delle pazienti incluse nella nostra casistica ha riferito episodi di macroematuria.

In termini di costi e benefici, rimane da valutare l'indicazione ad esecuzione routinaria di ecografia dell'apparato urinario, in relazione all'elevato numero delle pazienti.

Per le nostre pazienti la diagnosi iniziale di idronefrosi è stata comunque ecografica.

URETEROCISTOSTOMIA CON BLADDER PSOAS HITCH IN IDROURETERONEFROSIS SECONDARIA A ENDOMETRIOSI PELVICA

L. Carmignani *, P. Vercellini **, G. Frontino **,
M. Spinelli ***, L. Fedele **

* Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, Istituto Luigi Mangiagalli, Università degli Studi di Milano

** U.O. Ginecologia e Ostetricia, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, I.R.C.C.S., Università degli Studi di Milano, Italia

*** U.O. Urologia, Fondazione Ospedale Maggiore, Policlinico, Mangiagalli e Regina Elena, I.R.C.C.S. Università degli Studi di Milano, Italia

Obiettivi: Valutare le modificazioni urodinamiche della sensibilità e funzionalità vescicale dopo ureteroneocistostomia con cistosospensione allo psoas (psoas hitch) per idronefrosi dovuta ad endometriosi pelvica profonda.

Materiali e metodi: Tra il gennaio 2005 e il gennaio 2007 è stato condotto uno studio prospettico su 13 pazienti affette da endometriosi profonda con coinvolgimento ureterale, che sono state sottoposte ad intervento di ureteroneocistostomia con cistosospensione allo psoas. Indicazioni all'esecuzione della cistosospensione allo psoas sono state considerate un'idronefrosi severa, aspetti radiologici di stenosi ureterale estesa per più di 4 cm e l'impossibilità dell'esecuzione di ureterolisi dovuta all'infiltrazione endometriosica o all'atonìa secondaria alla fibrosi reattiva.

Risultati: Tutte le pazienti hanno mostrato normale capacità vescicale a tre mesi dalla chirurgia. Due pazienti hanno presentato incontinenza da stress dopo la chirurgia, con remissione pressochè completa a tre mesi durante il follow-up. 4 pazienti presentavano anche un interessamento vescicale, con un nodulo endometriosico di 3-4 cm; in questi casi è stata praticata una resezione vescicale, seguita da reimpianto ureterale.

Le visite di follow-up sono state programmate a 6 mesi dalla chirurgia e poi ogni 6 mesi; in queste occasioni le pazienti sono state sottoposte ad esame obiettivo uro-ginecologico, hanno completato un questionario sulla sintomatologia urinaria e sono state indagate con ecografia renale, senza riscontro di recidiva di uropatia ostruttiva.

Conclusioni: Sulla base dei risultati del presente studio, la cistosospensione allo psoas accompagnata dalla resezione ureterale e dall'ureteroneocistostomia per endometriosi infiltrante non sembra avere un impatto negativo sui parametri urodinamici.

NEUROMODULAZIONE TEMPORANEA MEDIANTE ELETTRODI DI SUPERFICIE NEL TRATTAMENTO DELLA VESCICA IPERATTIVA E QoL: FOLLOW-UP A LUNGO TERMINE

S. Siracusano, S. Ciciliato, N. Lampropoulou, F. Visalli
Clinica Urologica - Università degli Studi di Trieste

Introduzione ed obiettivi: È stato recentemente dimostrato che la neuromodulazione sacrale temporanea del nervo tibiale posteriore (NTP), mediante l'impiego di elettrodi di superficie, risulta efficace nel trattamento della sindrome della vescica iperattiva.

Scopo dello studio è stato quello di osservare l'efficacia di questo trattamento con la somministrazione del SF-36 e del Kings Health questionnaire (KHQ).

Metodi: 20 pazienti (età media 58.4±14.1 anni, mediana 59.5) affette da sindrome della vescica iperattiva refrattaria al trattamento medico, sono state sottoposte a trattamento mediante NTP utilizzando un elettrodo di superficie ed analizzando la risposta motoria massimale allo stimolo erogato attraverso l'analisi del CMAP (compound muscle action potential) dell'abditore dell'alluce. Lo stimolo è stato applicato con un'intensità compresa tra 20 e 75 mA ed una durata compresa fra 0.1 a 0.5 msec. Il trattamento ha previsto due sedute alla settimana, della durata di 30', per 7 settimane.

Sono stati utilizzati il SF-36 ed il KHQ prima del trattamento (T0) a due settimane dal termine della terapia (T1) e a 12 mesi dal trattamento (T2) per la valutazione della QoL.

Risultati: I punteggi ottenuti dalla compilazione del SF-36 e del KHQ in T0, T1 e T2 sono riportati in tabella 1 e 2 rispettivamente.

TABELLA 1.

dominio (SF-36)	T0	T1	T2	P
attività fisica	85.0±10.4	90.5±8.3	85.5±10.5	0.0001
ruolo e salute fisica	55.0±36.0	70.0±36.8	56.3±34.3	0.074
ruolo e salute emotiva	58.3±28.4	68.3±36.6	51.6±29.6	0.097
dolore fisico	13.5±6.7	10.5±5.1	13.5±6.7	0.007
salute generale	52.5±38.2	51.0±4.2	50.8±6.7	0.088
vitalità	50.3±5.7	48.3±5.2	48.5±6.9	0.066
attività sociali	51.3±9.0	47.5±9.6	51.9±10.2	0.048
salute mentale	51.6±5.5	53.4±5.4	52.0±5.5	0.003

Il SF-36 rivela una variazione statisticamente significativa del punteggio medio nei domini relativi all'attività fisica, alla percezione del dolore fisico e della salute mentale nei 3 momenti T0, T1 e T2. I punteggi medi del KHQ dimostrano una variazione statisticamente significativa nei domini relativi all'impatto sulla vita, nella limitazione dei ruoli e dell'attività fisica, nelle limitazioni sociali, nelle emozioni, nel sonno e nell'energia e nella severità dell'incontinenza in T0, T1 e T2.

Conclusioni: I risultati ottenuti dimostrano l'efficacia del trattamento nel vissuto del paziente nel lungo periodo.

TABELLA 2.

dominio (KHQ)	T0	T1	T2	P
salute generale	39.5±22.5	32.9±20.5	38.6±20.5	0.015
impatto sulla vita	75.2±21.3	53.3±22.9	70.1±24.0	0.0001
limitazione dei ruoli	66.7±26.0	45.7±21.7	61.7±27.3	0.0001
limitazione dell'attività fisica	74.1±25.7	49.9±19.6	72.4±25.0	0.0001
limitazioni sociali	61.7±22.0	45.9±20.0	54.0±20.0	0.002
rapporti personali	53.2±27.5	44.8±25.0	46.7±28.5	0.097
emozioni	68.1±15.2	62.0±15.2	52.9±14.7	0.017
sonno energia	50.8±20.0	40.6±20.5	45.1±22.3	0.009
severità dell'incontinenza	68.7±22.2	61.3±27.1	60.3±29.9	0.006

QOL E FOLLOW-UP A MEDIO TERMINE IN PUBO-VAGINAL SLING (PVS) CON IMPIEGO DI SOTTOMUCOSA INTESTINALE SUINA (SIS)

S. Siracusano, S. Ciciliato, N. Lampropoulou, F. Visalli
Clinica Urologica Università di Trieste

Introduzione ed obiettivi: L'utilizzazione di uno sling sintetico in modalità tension-free al terzo medio dell'uretra costituisce il goal standard per il trattamento della IUS da difetto anatomico. Pochi dati sono invece attualmente disponibili dopo l'impiego di SIS. Riportiamo i risultati a medio termine e gli effetti sulla QoL in pazienti sottoposte ad intervento di PVS mediante l'impiego di SIS.

Materiali e metodi: 48 donne (età media: 66 anni; range: 41-82 anni) con diagnosi urodinamica di incontinenza urinaria da sforzo sono state sottoposte ad intervento di PVS con impiego di patch di SIS (2 x 7 cm). La sling è stata posizionata sotto l'uretra media in modalità "tension free". In tutte le pazienti è stata eseguita la valutazione della QoL mediante la somministrazione dell'SF-36 e del Kings Health Questionnaire (KHQ) nella versione validata in italiano.

Risultati: Sono state rivalutate 32 /48 (66.7%) delle pazienti sottoposte ad intervento di PVS con SIS con un follow-up medio di 36 mesi. 26/32 (81.2%) sono risultate guarite o migliorate mentre in 6/32 (18.8%) l'intervento di PVS è fallito per la comparsa di "urgenza de novo" in 5/6 (83%) e di incontinenza urinaria mista 1/6 (17%).

Nel gruppo delle pazienti curate o migliorate (81.2%), l'analisi del SF-36 ed del KHQ, hanno documentato rispettivamente un parziale e significativo miglioramento della QoL.

Conclusioni: La PVS con utilizzo di SIS sembra essere efficace nel trattamento dell'incontinenza urinaria da sforzo, anche se sono necessari ulteriori trials per confermare la sicurezza di questa procedura chirurgica nel lungo periodo.

GENITAL PROLAPSE AND STRESS URINARY INCONTINENCE: A PATIENT PREFERENCE APPROACH

S. Salvatore, M. Serati, M. Zanirato, C. Russo, E. Cattoni, P.F. Bolis

Dept of Obstetrics & Gynaecology, Insubria University, Varese -Italy

Objective: The purpose of this study was to evaluate two different approaches for the treatment of concomitant genital prolapse and stress urinary incontinence based on patient preference.

Background: For women complaining of stress urinary incontinence together with genital prolapse, the treatment

may vary in different units and can include prolapse repair with or without concomitant anti-incontinence procedure. Since the two different approaches can carry advantages and disadvantages either randomised control trials or patient preference studies are indicated to verify them.

Methods: Women complaining of genital prolapse and urinary symptoms were considered. They were all assessed with a specific questionnaire and a complete multichannel urodynamic evaluation was always performed. Consecutive women with an anterior vaginal prolapse \geq II stage according to the POP-Q system (with or without other vaginal compartment descent) and with urodynamic stress incontinence were included in our study. They were all instructed with written and oral information about two different treatment possibility: to have prolapse repair with or without anti-incontinence procedure (TVT-O) at the same time. For the ones who preferred to have only prolapse surgery we reassured them that a sling procedure would have been performed within 6 months after the 1st operation. All women were reassessed for anatomical and functional results after 1 and 6 months post-operatively. Mann-Whitney or Student's t-test and the Fisher's exact test were used for statistical analysis. A p value $< .05$ was considered statistically significant.

Results: In this prospective study we included 57 consecutive women. Twenty-nine women decided to have prolapse repair alone whereas 28 together with TVT-O. On entry the two groups were comparable for age, BMI and parity and prolapse stage as shown in table 1.

At 6 months follow-up we assessed subjectively (with a 3-point scale) and objectively (urodynamics) our surgical outcome. Table 2 shows post-op success rate and voiding difficulty rate in the 2 groups.

At 6 months follow-up, in the group of women who decided to have only prolapse repair, 27,6% with persistent stress urinary incontinence requested a TVT-O. After this procedure the overall success rate in that group raised to

TABLE 1. – Preoperative patients characteristics.

	<i>Prolapse Repair + TVT-O</i> (28 pts)	<i>Prolapse Repair</i> (29 pts)	<i>P</i>
Age	64,5 (37-82)	68 (43-86)	0,22
BMI	24,6 (21,4-37)	25 (17,5-35,2)	0,85
Parity	2 (1-6)	2 (0-5)	0,20
Stage III	46,4%	65,5%	0,18
Stage II	53,5%	34,4%	0,18

TABLE 2. – Post-op. success and voiding difficulty rate.

	<i>Prolapse Repair + TVT-O</i> (28 pts)	<i>Prolapse Repair</i> (29 pts)	<i>P</i>
Cured (Objectively and Subjectively)	89,2%	48,2%	0,001
Post-op. voiding difficulty	14,2%	3,4%	0,19

87,5% with a further increase in voiding difficulty of 10.3% for an overall figure of 13.7%.

Conclusions: At the best of our knowledge this is the first report on the treatment of concomitant genital prolapse and urodynamic stress incontinence based on patient preference. Our data show that the two different approaches have a similar overall success and voiding difficulty rate. At 6 months almost 30% of women requires an anti-incontinence procedure in the group of women who choose to have only prolapse repaired in the first instance. Although these data can originate different conclusions, we think that they may be useful in counselling our patients preoperatively. One limit of our study is the relatively short term follow-up which we decided as limit to treat stress urinary incontinence when required. A further assessment of these patients is needed with a longer follow-up.



Uromat Srl

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

PER LA RIMOZIONE RAPIDA, INDOLORE E ATRAUMATICA DEGLI ADESIVI MEDICALI

La pelle rappresenta la prima linea di difesa contro le aggressioni dell'ambiente esterno. Quando quest'importante organo subisce una lesione, sia intenzionale sia fortuita, il corpo è esposto a minacce di vario genere e grado. Lo strato superficiale dell'epidermide è lo strato corneo, che costituisce una vera e propria barriera difensiva contro la fuoriuscita o l'ingresso di molecole attraverso la cute. La lesione dello strato corneo compromette la regolare funzionalità della pelle causando l'insorgere di disturbi cutanei.

Le alterazioni cutanee peristomali possono essere provocate dalla frequente applicazione e rimozione dei dispositivi per la stomia che possono danneggiare la cute strappando le cellule epidermiche.¹

Altre possibili cause d'irritazione della cute peristomale sono le perdite fecali, l'irritazione di natura meccanica, le allergie/ipersensibilità, la sudorazione e i disturbi cutanei progressivi.²

Il nuovo dispositivo Trio NiltacTM per la rimozione di adesivi medicali non contiene né alcool né essenze che potrebbero irritare o lasciare residui sull'epidermide. Si tratta di un prodotto ipoallergenico contenente silicone al 100%, studiato per consentire una rimozione rapida e atraumatica dei dispositivi medicali adesivi come le sacche per urostomia, colostomia e ileostomia, e i cateteri urologici esterni. Il fluido al silicone penetra rapidamente tra l'adesivo e l'epidermide consentendo di rimuovere il dispositivo in pochi secondi. Trio NiltacTM è formulato per evaporare rapidamente e completamente, senza lasciare alcun residuo, in modo da consentire la normale applicazione di nuovi dispositivi.



Si solleva un angolo della sacca e si spruzza Trio Niltac Spray sulla cute. La rimozione della sacca avviene in modo autonomo e indolore.



Trio Niltac è disponibile nella versione spray e in salviette.

Bibliografia

¹ Black P. Peristomal Skin Care: an overview of available products. British Journal of Nursing 2007;16: 1048-56.

² Black P. Stoma Care: Treating peristomal skin problems in the community. British Journal of Community Nursing 2002; 7: 212-17.

Niltac di Trio Healthcare è distribuito in Italia da Sapi Med s.p.a. - Alessandria



SAPI MED SpA - Alessandria - ITALIA

Tel +39 0131 348 109 - Fax +39 0131 34 83 33 info@sapimed.com - www.sapimed.com