

RAZIONALE TERAPEUTICO CHIRURGICO DEI DISTURBI UROGINECOLOGICI

Luisa Ricci, Lorenzo Spreafico, Cristina Rozzi, Renza Bonini

UO Ginecologia ed Ostetricia - Pelvic Floor Center - Ospedale "E. Franchini", Montecchio Emilia- Reggio Emilia

Indirizzo per corrispondenza: Dott.ssa. Luisa Ricci

UO Ginecologia ed Ostetricia - Pelvic Floor Center - Ospedale "E. Franchini"

Montecchio Emilia - Reggio Emilia (RE)

Via Barilla 18-42027 Montecchio Emilia- Italy

tel: +39 0522 860260; fax: +39 0521 4069954; mobile +39 3498691037; e-mail: luisa.ricci@tin.it

ABSTRACT

Surgical procedures for prolapse historically have been plagued by highly variable success rates, urinary incontinence surgery is looking for the right route of tape insertion, to minimize vascular and bladder complications. Abdominal reconstructive surgery is classically more a successful than vaginal approach, with a success rate of 84% versus 64%. The vaginal route is preferred in variety of conditions such as hysterectomy for benign disease and urogynecological surgery. This is due to the simplicity, low morbidity and decreased post-operative pain, hospital stay and costs: those advantages encourage the surgeon to be more familiar with the vaginal route. The aim of this article is a critical overview on options in uro-gynecological surgery, focalizing on the newest surgical techniques.

Key words: *uro-gynecological surgery; genital prolapse; urinary incontinence.*

RIASSUNTO

Storicamente la terapia chirurgica del prolasso vaginale è gravata da un elevato tasso di recidiva, al contempo la chirurgia dell'incontinenza urinaria femminile deve ancora standardizzare la migliore via di accesso per minimizzare le complicanze vascolari e vescicali. La chirurgia ricostruttiva addominale ha un più elevato indice di cura della sua controparte vaginale, con una percentuale di successo dell'84% contro il 64%. La via vaginale resta comunque da preferirsi in molte condizioni cliniche, quali l'isterectomia in presenza di patologie uterine benigne e la chirurgia uro-ginecologica. Questa preferenza è da attribuirsi alla semplicità dell'intervento, alla bassa morbilità per la paziente e alla diminuzione del dolore post operatorio, della degenza post intervento e dei costi ospedalieri. Scopo di questa trattazione è di effettuare una panoramica delle tecniche attualmente disponibili per la terapia chirurgica delle patologie uro-ginecologiche, con riferimento anche alle nuove modalità di chirurgia protesica di recente introduzione sul mercato.

Parole chiave: *chirurgia uroginecologica; prolasso genitale; incontinenza urinaria.*

INTRODUZIONE

Continuare ad interrogarsi circa la migliore soluzione terapeutica dei disturbi uroginecologici, senza aver ancora trovato una risposta unanime, focalizza l'attenzione, almeno per un attimo, sul motivo per cui questa questione sia ancora oggetto di così grande interesse.

Il concetto di salute come benessere, che ha introdotto il grande capitolo della *qualità di vita*, e l'aumento dell'età media della popolazione femminile pongono l'argomento uroginecologico, inteso come prima diagnosi o come recidiva, in crescente considerazione.

Circa il 50% delle donne pluripare va incontro a diagnosi di prolasso e, di quelle trattate chirurgicamente in seguito a tale diagnosi, il 30% circa avrà una recidiva. Il 20% circa della popolazione femminile svilupperà incontinenza urinaria da sforzo nel corso della sua vita (1-4).

Questi dati mettono in maggiore evidenza la necessità di trovare nuove soluzioni o forse, più semplicemente, di saper ottimizzare e scegliere, a seconda dei casi, tra quelle già esistenti.

TERAPIA CHIRURGICA DEL PROLASO GENITALE FEMMINILE

Nel corso dei decenni numerose sono le tecniche adottate per la terapia del prolasso genitale: i nuovi concetti, introdotti da De Lancey (5) circa i gradi di sostegno agli organi pelvici, ci obbligano oggi a perseguire il grado I come risultato ottimale dell'atto chirurgico. La stadiazione POP-Q del grado di prolasso genitale proposta dall' ICS (6) offre, inoltre, un valido aiuto nella definizione della patologia, oltre che nella scelta dell'atto terapeutico da intraprendere, scelta che non può esimersi dal considerare i principali fattori di rischio per recidiva quali l'età

inferiore a 60 anni e lo stadio del prolasso (7,8). L'intento del chirurgo deve inoltre essere non solo quello di ripristinare l'anatomia d'organo, ma di preservarne l'integrità e la funzione. In tale ottica va inquadrato il concetto rivoluzionario della conservazione delle viscere uterine in paziente affette da prolasso che manifestino tale desiderio, e non solo nelle donne in età fertile desiderose di prole. L'approccio addominale non può più essere considerato il gold standard della chirurgia uroginecologica: l'eccessiva invasività, i rischi emorragici e la scarsa fisiologia del risultato finale ottenuto possono sì determinare un risultato anatomico ottimale, ma a discapito di un buon livello di qualità della vita della paziente, soprattutto se sessualmente attiva. La chirurgia laparoscopica, nella correzione del prolasso così come nell'isterectomia, non ha trovato ampi consensi in letteratura (9): sebbene offra indiscutibili vantaggi in termini di morbilità e costi rispetto alla chirurgia addominale tradizionale, risulta comunque svantaggiata rispetto alla chirurgia vaginale e solo in mani esperte può rappresentare una valida opzione terapeutica.

CHIRURGIA DEL COMPARTO ANTERIORE

La duplicatura fasciale secondo Kelly trova ancora un ampio spazio nella correzione chirurgica del prolasso vaginale anteriore, in studi prospettici randomizzati tale tecnica dimostra una percentuale di cura dell'80-100% a seconda delle casistiche, evidenziando una sua superiorità anche rispetto alla colposospensione secondo Burch (10). L'inserimento di una mesh a sostegno della colporrafia anteriore può inoltre significativamente ridurre il rischio di recidiva del cistocele portando la percentuale di cura dal 57% in caso di colporrafia semplice al 75% in caso di aggiunta di mesh sintetica (11).

L'introduzione del concetto di difetto paravaginale ha portato alla tecnica del *paravaginal repair*, il cui intento è di riportare la parete vaginale al suo sito naturale di inserzione: l'arco tendineo. Il limite principale di questa tecnica chirurgica, comunque non scevra da rischi, è di non mirare al livello I di De Lancey, ma solo al livello II. Non sono attualmente disponibili studi prospettici a sostegno del ruolo di questa tecnica chirurgica nel trattamento dei difetti della parete vaginale anteriore.

L'utilizzo di mesh a correzione di difetti fasciali (ernie) nella chirurgia generale è bagaglio comune, ma la trasposizione di queste tecniche in campo ginecologico si è dimostrata meno agevole del previsto (12). In primo luogo non si è ancora trovato il materiale ideale, con le giuste caratteristiche (sofficità, elasticità, rapida e duratura invasione fibroblastica) che permettano alla rete stessa di essere riassorbita in tempi ragionevoli o di mantenere inalterate le sue caratteristiche nel tempo.

Le reti attualmente disponibili sul mercato sono gravate da rischio di erosioni e infezioni, inoltre presentano un certo grado di retrazione che col passare dei mesi può rendere la mesh stessa rigida e quindi causare dispareunia o non offrire più un valido sostegno, venendo quindi meno alla sua funzione originaria (13).

Attualmente la tecnica chirurgica maggiormente utilizzata è quella del posizionamento di reti per via vaginale con passaggio transotturatoria dei bracci. Tale innovativa modalità di ripristino della statica pelvica richiede una validazione dalla letteratura internazionale, ma il suo utilizzo è in crescente espansione. Il rationale terapeutico è quello di consentire con un unico atto chirurgico, relativamente semplice, la riparazione del difetto centrale e laterale, sostituendo una fascia evidentemente lesionata. Il tentativo è, soprattutto di permettere una migliore possibilità di cura in quei casi in cui il rischio di recidiva è statisticamente maggiore. I primi dati riportati in letteratura non sono purtroppo molto incoraggianti, non dimostrando una sostanziale differenza nella prognosi post-operatoria ed evidenziando, viceversa, un elevato rischio di erosione che va dal 2.5 al 13% (14, 15). L'ottimiz-

zazione della tecnica chirurgica (ridotta incisione colpotomica, fascia mantenuta adesa alla mucosa, minima lesione ischemica delle mucose vaginali, conservazione dell'utero ove possibile) ha portato ad una netta diminuzione dei rischi, ma tali dati devono essere ulteriormente confermati dalla letteratura internazionale.

CHIRURGIA DEL COMPARTO POSTERIORE

Anche per quello che riguarda il colpocele posteriore l'approccio vaginale, in particolare la riparazione sito-specifica della fascia, si dimostra la tecnica vincente, gravata dalla più bassa percentuale di rischi (16). La duplicatura mediana dell'elevatore dell'ano ha sì dimostrato un buon indice di cura, ma è gravata da un elevato tasso di dispareunia de novo (17). L'approccio addominale per via laparotomia o laparoscopica non è giustificato nel difetto posteriore isolato; in caso di concomitante prolasso di cupola il difetto vaginale posteriore richiederebbe comunque un tempo vaginale associato al tempo addominale.

CHIRURGIA DEL PROLASSO DI CUPOLA

L'utilizzo della via addominale nell'approccio chirurgico al prolasso di cupola è, tuttora, considerato da molti il gold standard nella terapia di tale patologia. La colposacroprossia presenta una percentuale di cura che va dal 78 al 100% (considerando ogni tipo di prolasso la percentuale di successo varia dal 58 al 100%) ed un basso rischio di alterazioni sulla sfera sessuale e dispareunia. Il rischio emorragico permane elevato.

Storicamente grande importanza riveste anche la fissazione sacrospinosa sia monolaterale (meno fisiologica anche se di più facile attuazione), che bilaterale, tecnica con una percentuale di successo superiore al 90% in quasi tutte le casistiche, ma che determina il posizionamento secondo un asse non fisiologico della vagina, con elevata dispareunia e rischio del 20-30% di recidiva sul comparto anteriore. L'approccio vaginale a questa patologia ha largamente beneficiato dell'introduzione della chirurgia protesica, attraverso mesh o bendarelle che, posizionate per via transglutea e con accesso perispinoso, ottengono un agevole raggiungimento del livello I di De Lancey. Tali tecniche hanno dimostrato una percentuale di cura superiore al 90% con contemporanea risoluzione dei sintomi di dolore pelvico cronico, urgenza e nicturia in oltre il 70-80% dei casi (18, 19).

LA CONSERVAZIONE DELL'UTERO E LA CHIRURGIA ASSOCIATA

Al fine di rispettare il desiderio della paziente di conservare l'utero, riteniamo indispensabile accennare a interventi difficilmente ipotizzabili fino a pochi anni fa.

La conservazione dell'utero in caso di grave prolasso vaginale era riservata a casi selezionati di donne in età fertile, desiderose di prole, e veniva attuata attraverso chirurgia laparotomica con isterosacroprossia. Attraverso le nuove tecniche di chirurgia protesica, tale possibilità è non solo accessibile anche per via vaginale, ma facilmente attuabile anche in pazienti in età menopausale, desiderose di mantenere una integrità d'organo oltre che di funzione.

Dati importanti emergono dalla letteratura circa la frequente associazione di alterazioni della statica pelvica con sintomi e/o segni di alterazioni della defecazione, con una prevalenza di circa il 20% (20). La costituzione di un *Team per il pavimento pelvico*, che preveda un lavoro di equipe tra ginecologo, coloproctologo, riabilitatore ed urologo, potrebbe permettere di affrontare tutta la problematica di questo comparto in un unico tempo, soprattutto per quello che riguarda la fase

diagnostica ed eventualmente chirurgica. Un unico tempo chirurgico, con più specialisti che si alternano al letto della paziente, comporta non solo un risparmio in termini di costi di degenza e di sala operatoria per l'ospedale, ma anche di morbilità per la paziente, che con un solo ricovero e una sola anestesia può raggiungere in tempi più rapidi un completo recupero funzionale.

TERAPIA CHIRURGICA DELL'INCONTINENZA URINARIA

L'evoluzione chirurgica nella terapia dell'incontinenza urinaria negli ultimi decenni ha seguito vie talmente rapide che non sempre il mondo scientifico ha saputo, con eguale rapidità, validare o supportare le tecniche introdotte.

INCONTINENZA DA IPERMIBILITÀ URETRALE

Il gold standard nella correzione di questa patologia è attualmente considerato il posizionamento di bendarelle sottouretrali con tecnica tension free posizionate per via transotturatoria (tecnica in-out o out-in) o per via retropubica. Gli studi randomizzati che hanno dimostrato, nel tempo, l'assoluta superiorità delle tecniche di sling sottouretrale rispetto alla tecnica di colposospensione secondo Burch sono numerosi. Quest'ultima deve essere considerata, salvo rare eccezioni, facente parte del passato della chirurgia uroginecologica (21, 22).

Meno chiari sono i dati riportati dalla letteratura nel confronto tra via retropubica e transotturatoria: studi osservazionali e piccole review hanno evidenziato una lieve preferenza per la via transotturatoria in quanto gravata da un minor rischio intra-postoperatorio (ematomi, lesioni vescicali e intestinali) e da un eguale indice di cura (23). Sicuramente sono necessari ulteriori studi randomizzati a conferma di questo dato iniziale, studi che la recente comparsa sul mercato di queste tecniche non ha ancora permesso di elaborare in modo completo.

Alcuni autori hanno anche voluto sottolineare la possibilità di intervenire nell'incontinenza da ipermobilità uretrale con agenti iniettabili (24): studi randomizzati dimostrano come questa tecnica possa, in casi selezionati, avere un'efficacia comparabile tra sling e bulking agents nel breve periodo (25). Gli iniettabili portano a loro vantaggio la minima invasività, la ripetibilità e, non ultimo, il fatto di non precludere una eventuale diversa tecnica chirurgica in un tempo successivo. Sulla lunga

distanza, però, sono le tecniche sottouretrali a dimostrare la persistenza dei risultati nel tempo portando anche ad una minore incidenza sui costi.

INCONTINENZA DA DEFICIT SFINTERICO

Agenti iniettabili, sling e sfintere artificiale sino storicamente gli interventi eleggibili nella terapia di questa forma di incontinenza. Purtroppo, nessuna di queste tecniche ha portato a risultati soddisfacenti o perché gravata da un eccessivo rischio di complicanze, (sfintere artificiale) o perché di efficacia limitata nel tempo (agenti iniettabili).

Di interesse è il dato, relativamente recente, del possibile utilizzo nella terapia del deficit sfinterico di una bendarella retropubica regolabile per la quale mancano a tutt'oggi studi prospettici randomizzati in letteratura, ma per la quale studi retrospettivi hanno dimostrato un sicuro interesse (26).

INCONTINENZA DA URGENZA E RITENZIONE URINARIA CRONICA

La descrizione della terapia medica nella cura dell'incontinenza urinaria femminile esula da questa trattazione. Questo capitolo vuole, però, portare ad un accenno per una tecnica erroneamente considerata di nicchia quale la neuromodulazione sacrale. Tale metodo chirurgico, basato sulla stimolazione del nervo pudendo alla sue origine dalle radici sacrali ha il razionale nel bilanciamento delle vie facilitatorie ed eccitatorie dirette al detrusore.

L'indicazione all'impiego di questa tecnica è data in casi di incontinenza da urgenza o sindrome frequenza-urgenza, resistente alla terapia medica o per i quali i farmaci non possano essere utilizzati. La percentuale di successo si attesta intorno al 50% se si considera la completa risoluzione della sintomatologia arrivando al 75-85% circa considerando il miglioramento dei sintomi (7% di miglioramento nel gruppo di controllo, 0% di guarigioni complete). Il rapporto rischio-beneficio si dimostra ottimo con nessuna paziente affetta da lesioni conseguenti all'impianto. La rigida selezione dei casi da trattare, che permette di includere solo i non responders alle terapie standard, fa sì che questa tecnica operatoria debba essere riservata a centri selezionati di riferimento, ma gli ottimi risultati riportati devono incoraggiare al suo utilizzo nei casi adatti (27-28).

BIBLIOGRAFIA

1. Swift S, Woodman P, O'Boyle A, et al. Pelvic Organ Support Study (POSSST): the distribution, clinical definition and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:795-806
2. Brubaker L, Bump R, Jacquelin B, et al. Pelvic organ prolapse. In: *Incontinence, 2nd ed. 2nd International Consultation on Incontinence*. Plymouth: Health Publication Ltd; 2002; 243-265
3. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501-6
4. Gasquet I, Tchemy-Lessenot S, Guadebout P, et al. Influence of the Severity of Stress Urinary Incontinence on Quality of Life, Health Care Seeking, and Treatment: A National Cross-Sectional Survey. *Eur Urol* 2006; 5: 125-8
5. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 17-28
6. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 10
7. Witheside JL, Meber AM, Meyn LA, et al. Risk factors for prolapse recurrence after vaginal repair. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1533-8

8. Clark AL, Gregory T, Smith VJ, et al. Epidemiologic evaluation of reoperation for surgically treated pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189(5):1261-7
9. Weber AM. New approaches to surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse from the laparoscopic perspective. *Clin Obstet Gynecol* 2003;46:44-60
10. Colombo M, Vitobello D, Proietti F, et al. Randomised comparison of Burch colposuspension versus anterior colporrhaphy in women with stress urinary incontinence and anterior vaginal wall prolapse. *BJOG* 2000;107:544-51
11. Sand PK, Koduri S, Lobel RW, et al. Prospective randomized trial of polyglactine 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1357-64
12. Hubner M, Hsu Y, Fenner DE. The use of graft material in vaginal pelvic floor surgery. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 92: 279-88
13. Cosson M, Debodinance P, Boukerrou M, et al. Mechanical properties of synthetic implants used in the repair of prolapse and urinary incontinence in women: which is the ideal material? *Int Urogynecol J* 2003; 14: 169-178
14. Collinet P, Belot F, Debodinance P, et al. Transvaginal mesh technique for pelvic organ prolapse repair: mesh exposure management and risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17(4):315-20
15. Milani R, Salvatore S, Soligo M, et al. Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. *BJOG* 2005; 112(1):107-11
16. Nieminem K, Hiltunen KM, Laitinen J, et al. Transanal or vaginal approach to rectocele repair: a prospective, randomized pilot study. *Dis Colon Rectum* 2004; 47(10):1636-42
17. Kahn MA, Stanton SL. Posterior colporrhaphy: its effects on bowel and sexual function. *BJOG* 1997; 104(1):82-6
18. Farnsworth BN. Posterior intravaginal slingplasty (infracoccygeal sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse - a preliminary report on efficacy and safety. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2002; 13(1):4-8
19. Biller DH, Davila GW. Vaginal vault prolapse: identification and surgical options. *Cleve Clin J Med* 2005; 72 Suppl 4:S12-9
20. Meschia M, Buonaguidi A, Pifarotti P, et al. Prevalence of anal incontinence in women with symptoms of urinary incontinence and genital prolapse. *Obstet Gynecol* 2002;100(4):719-23
21. El Barky E, El Shazly A, El Wahab OA, et al. Tension free vaginal tape versus Burch colposuspension for treatment of female stress urinary incontinence. *Int Urol Nephrol* 2005; 37(2):277-81
22. Liapis A, Bakas P, Creatsas G. Burch colposuspension and tension-free vaginal tape in the management of stress urinary incontinence in women. *Eur Urol* 2002; 41(4):469-73
23. Fisher A, Fink T, Zachmann S, et al. Comparison of retropubic and outside-in transoburator sling systems for the cure of female genuine stress urinary incontinence. *Eur Urol* 2005; 48:799-804
24. Balmforth J, Cardozo LD. Trends toward less invasive treatment of female stress urinary incontinence. *Urology* 2003; 62(4 Suppl 1):52-60
25. Shultz Ja, Nager CW, Stanton SL, et al. Bulking agents for stress urinary incontinence: short-term results and complications in a randomized comparison of periurethral and transurethral injections. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15(4):261-5
26. Iglesias X, Espuna M. Surgical treatment of urinary stress incontinence using a method for postoperative adjustment of sling tension (Remeex System). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003; 14:326-30
27. Latini JM, Alipour M, Kreder KJ. Efficacy of sacral neuromodulation for symptomatic treatment of refractory urinary urge incontinence. *Urology* 2006; 67:550-3
28. Abrams P, Blevais JG, Fowler CJ, et al. The role of neuromodulation in the management of urinary urge incontinence. *BJU Int* 2003; 91: 355-9