

## **Surgical management of urinary stress incontinence – Where are we now?**

Author links open overlay panel Peter L.Dwyer Debjoyoti Karmakar

Traduzione a cura di A. Santarelli

### **ABSTRACT**

Le procedure di sling medio-uretrale (MUS) sono state l'opzione chirurgica di scelta per la maggior parte dei ginecologi e urologi che trattano l'incontinenza urinaria da stress (SUI) nelle donne di tutto il mondo per quasi 20 anni, dalla loro introduzione alla fine degli anni '90.

L'evidenza suggerisce che l'efficacia a lungo termine delle MUS è buona e simile alla Colposospensione di Burch e alle mesh pubovaginali fasciali. Gli agenti volumizzanti (bulking agents) vengono ora proposti come un'altra opzione minimamente invasiva per il trattamento chirurgico della SUI.

Nonostante la crescente evidenza che le MUS retropubiche sono più efficaci a lungo termine e nelle donne ad alto rischio di fallimento con SUI e ISD ricorrenti, la TOT continua ad avere un'elevata soddisfazione e utilizzo in tutto il mondo.

### **OVERVIEW**

Le procedure di sling medio-uretrale (MUS) sono state l'opzione chirurgica di scelta per la maggior parte dei ginecologi e urologi che trattano l'incontinenza urinaria da stress nelle donne di tutto il mondo per quasi 20 anni, dalla loro introduzione alla fine degli anni '90. Le principali differenze rispetto alle precedenti protesi fasciali e sintetiche erano l'uso di aghi a trequarti fatti passare attraverso piccole incisioni e la posizione medio-uretrale del cerotto invece che sotto il collo vescicale per le tradizionali protesi autologhe. Prima dell'introduzione delle MUS, la colposospensione di Burch era l'operazione di scelta per la maggior parte dei medici. Questa operazione eseguita attraverso lo spazio retropubico mediante incisione aperta o laparoscopia, è stata una procedura sicura ed efficace. Tuttavia, la MUS ha richiesto meno dissezioni e ha avuto meno complicazioni postoperatorie, dolore e

degenza ospedaliera, e questo ha comportato una rapida diffusione delle MUS dal 1998 e un corrispondente declino della colpo sospensione. Le MUS sono attualmente le operazioni più comunemente eseguite per l'incontinenza urinaria da stress (SUI) e si sono dimostrate efficaci e sicure negli studi clinici e nella pratica quotidiana. In Australia, dalla sua introduzione nel 1998, la MUS è stata la chirurgia dell' incontinenza femminile più eseguita con oltre l'80% di tutte le operazioni SUI. In un'indagine condotta nel 2012 su 15 paesi OCSE, l'82% di tutte le operazioni SUI erano MUS. Altri interventi chirurgici per l'incontinenza, comprese le sling pubovaginali fasciali, le sospensioni con ago di Stamey, le iniezioni di Botox, gli stimolatori del nervo sacrale e gli interventi ricostruttivi della vescica, rappresentavano un tasso medio del 10,6% degli interventi di continenza. Esiste una notevole variazione geografica nelle procedure per l'incontinenza a livello globale. Le MUS rappresentano il 90% delle operazioni SUI in Svezia e Canada e solo il 65% in Francia.

Il predominio delle MUS sintetiche è stato recentemente messo in discussione, non dai dati scientifici che mostrano scarsa efficienza o sicurezza, ma da questioni medico-legali con azioni collettive e grandi vittorie legalu in particolare negli Stati Uniti. Ciò è stato accompagnato da una scarsa pubblicità sulla stampa laica e sui social media con il pubblico che spesso confondeva l'uso di reti sintetiche per il prolasso vaginale e la chirurgia per la SUI. Le conseguenze commerciali sono state che molte aziende non producono più MUS e una regolamentazione governativa più severa delle sling sintetiche. Molte delle MUS sintetiche non sono più disponibili e anche le sling vaginali originali Johnson and Johnson Tension free, originariamente concepito e sviluppato in Australia e Svezia, non è più disponibile per l'uso in Australia. Le opportunità per lo sviluppo e la ricerca in corso sono state fortemente ridotte. Il numero di donne che hanno subito operazioni SUI e il tipo di operazione sono suscettibili di cambiamento. Così come c'è stato un aumento del 30-40% nelle donne che hanno subito un intervento chirurgico sulla SUI con l'introduzione di una procedura giornaliera più minimamente invasiva alla fine degli anni '90; negli ultimi 7 anni tra il 2010 e il 2017 c'è stata una diminuzione del 40% nelle procedure MUS eseguite in Inghilterra. Questo è il risultato di una pubblicità negativa, che non si è riflessa in un aumento di altre procedure tradizionali o iniettabili. La scelta dell'intervento varierà in base alla situazione clinica e nessuna operazione sarà adatta a tutti i pazienti. La pubblicità avversa ha già portato alcune donne a richiedere opzioni di mesh non sintetiche, quindi i medici dovranno avere altre opzioni a loro disposizione, come la colposospensione di Burch, le sling pubouretrale fasciale o i bulking agent. Inoltre, in alcuni scenari clinici, sarebbe meglio evitare le

sling sintetiche, ad esempio, se è presente un'infezione, o le donne che hanno un intervento chirurgico addominale per un'altra indicazione possono essere più adatte a una colposospensione o ad una sling fasciale. Ciò avrà implicazioni per la formazione della prossima generazione di chirurghi poiché attualmente la maggior parte dei medici ha solo un'esperienza molto limitata in altre procedure diverse dalle MUS per SUI; quindi, sarà necessaria la riqualificazione.

## **SVILUPPO DELLE MUS**

Le MUS possono essere classificati in tre gruppi principali in base alla posizione anatomica e al momento in cui sono stati sviluppati. Le MUS retropubiche si basano sul lavoro di Petros e Ulmsten con posizionamento medio-uretrale solitamente inserito per via vaginale dietro la sinfisi e passante attraverso 2 piccole incisioni sovrapubiche. La sling transotturatoria (TOT) è stata sviluppata nel 2001 da Delorme utilizzando l'approccio dei forami otturatori per posizionare la benderella medio-uretrale. In contrasto con l'approccio fuori-dentro di Delorme, de Leval ha descritto un approccio dentro-fuori nel 2003. Questi 2 approcci trans-otturatori potrebbero ridurre potenziali lesioni alla vescica, all'intestino e ad altri vasi principali rispetto all'approccio retropubico (RP). Inoltre, un vettore più ampio di supporto uretrale con un'amaca a base ampia potrebbe, in teoria, ridurre al minimo l'urgenza de novo o la disfunzione minzionale postoperatoria. La terza generazione di sling consiste in mini-sling con incisione singola posizionate a metà dell'uretra e attaccate alla fascia e al muscolo dell'otturatore ma senza incisioni di uscita. I potenziali vantaggi di queste mini sling rispetto ai tradizionali RP o TOT MUS sono di evitare lo spazio retropubico e di limitare il passaggio di materiali attraverso spazi contenenti vasi, nervi e visceri noti. Recenti dati globali forniti da società commerciali nel 2017 all'autore indicano che il 43% delle MUS eseguiti utilizza la RP, il 45% TOT e il 12% sono mini-sling con incisione singola. Tuttavia, ancora una volta c'è una variazione geografica; in Inghilterra (2015-16) sono stati inseriti il doppio di MUS retropubici rispetto a TOT. La popolarità di vecchia data per un lungo periodo di retropubic e TOT MUS tra ginecologi e urologi conferma la loro popolarità tra medici e pazienti e la sicurezza e l'efficacia di MUS nel mondo reale.

In questa review, discuteremo le opzioni a disposizione dei medici nell'uso delle tre generazioni di sling medio-uretrali, i loro vantaggi e svantaggi e le confronteremo con le procedure chirurgiche più tradizionali. Ci stiamo avvicinando ai 20 anni dall'introduzione del TVT MUS, quindi l'efficacia a lungo termine della chirurgia sarà

di primaria importanza così come la sicurezza e la necessità di ulteriori trattamenti, in particolare la chirurgia della SUI. Molti fattori influenzano su questo non solo quale operazione, ma l'abilità e l'esperienza del chirurgo e con quanta attenzione le donne sono state valutate prima dell'intervento. Le aspettative dei pazienti sono molto importanti anche nel modo in cui vedono l'esito di qualsiasi operazione. Se si aspettano di essere completamente guariti da tutti i sintomi urinari, fino a circa la metà delle pazienti potrebbero essere deluse. Quindi non solo il modo in cui si valutano pre-operatoriamente le pazienti, ma anche il modo in cui le consigli è della massima importanza. Le donne con preesistente frequenza, urgenza o incontinenza da urgenza da iperattività o ipersensibilità del detrusore hanno meno probabilità di essere soddisfatte dei risultati dell'intervento. Ciò è rilevante anche nelle donne con dolore pelvico cronico, dove la causa è sconosciuta poiché la continuazione post-operatoria di dolore preesistente può essere attribuita alla chirurgia da parte del paziente. I sintomi preoperatori devono essere accuratamente documentati per evitare incomprensioni dopo l'intervento chirurgico.

### **Retropubic versus trans obturator MUS**

Il confronto tra le sling retropubiche e TOT è stato valutato in numerosi RCT e tre meta-analisi. I RCT sono spesso promossi per la non inferiorità con solo un follow-up a breve e medio termine. Le meta-analisi combinano molti studi RCT di diverse qualità, sotto potenza, diversi criteri di follow-up, di ingresso e di esito e persino diagnosi, con pazienti con incontinenza da stress primaria e ricorrente, ISD e incontinenza mista. Molte meta-analisi e successivi RCT non hanno mostrato differenze significative nella cura soggettiva e oggettiva della SUI tra gli approcci RP o TOT. Una recente revisione Cochrane di Ford AA et al., nel 2016, non ha confermato alcuna differenza statisticamente significativa nei tassi di guarigione soggettiva e oggettiva tra queste due vie, indipendentemente dal fatto che il follow-up fosse inferiore a 12 mo 1-5 anni. I dati sul follow-up a lungo termine o più di 5 anni sarebbero scarsi e hanno sottolineato la necessità di studi più lunghi. Una revisione sistematica di Fusco et al. ha raggiunto una conclusione diversa. Hanno scoperto che la via transotturatoria ha tassi di guarigione inferiori (OR 0,82 95% CI 0,70, 0,96) e soggettivi (OR 0,83 95% CI 0,70, 0,98) rispetto alla via retropubica. Hanno concluso che "La letteratura disponibile suggerisce che quelle sling sono più efficaci o più sicure di altre procedure chirurgiche più vecchie. Le sling retropubiche sono seguite da tassi di continenza leggermente più alti rispetto a quelle

transotturatorie, ma sono associati a un rischio maggiore di complicanze intra- e postoperatorie ".

L'analisi di database di grandi dimensioni (ad esempio nazionali) con un lungo follow-up può fornire informazioni più accurate sull'efficienza e sui rischi relativi. Foss Hansen et al. hanno utilizzato il registro nazionale dei pazienti danese per identificare le donne che hanno subito un intervento chirurgico per l'incontinenza urinaria dal 1998 al 2007 e il risultato è stato un reintervento entro 5 anni. Un totale di 8671 donne (età media, 56,1 anni, range 6,7-93,7 anni) sono state sottoposte a trattamento chirurgico per l'incontinenza urinaria. Tra queste donne, 5820 (67%) hanno ricevuto una MUS sintetica. L'incidenza cumulativa di reintervento dopo qualsiasi trattamento chirurgico per l'incontinenza urinaria è stata del 10%. Il tasso più basso di reintervento è stato osservato tra le donne che hanno sling pubovaginali (6%), sling retropubico medio-uretrale (6%) e colposospensione di Burch (6%) seguite da sling TO (9%) e terapia iniettiva uretrale (44%) . La sling TO comportava un rischio 2 volte maggiore di reintervento (HR, 2,1; 95% CI, 1,5-2,9) e la terapia con iniezione uretrale comportava un rischio 12 volte maggiore (HR, 11,5; 95% CI, 9,3-14,3) rispetto alla sling retropubico medio-uretrale.

In uno studio di Stav et al. nel nostro dipartimento, è stato valutato il risultato delle procedure retropubiche e TOT-MUS in un ampio gruppo di donne con USI (n = 1112). A un follow-up medio di  $50 \pm 24$  mesi (range 12–114) il tasso di guarigione soggettiva è stato dell'84,7%. La cura soggettiva è stata presa in considerazione in quelle donne che non hanno subito ulteriori interventi di continenza e che hanno risposto "no" alla domanda di perdite di urina durante l'attività fisica, tosse o starnuti. L'analisi multivariata ha rivelato che BMI > 25 (OR 2.9), incontinenza mista (OR 2.4), la precedente chirurgia della continenza (OR 2.2), il deficit intrinseco dello sfintere (OR 1.9) e il diabete mellito (OR 1.8) sono fattori predittivi indipendenti significativi per l'insufficienza MUS. Il tasso di guarigione dell'incontinenza da stress soggettiva era dell'86% e del 62% rispettivamente nel gruppo SI primario e ripetuto ( $p = 0 < 0,001$ ). La RP ha avuto un successo significativamente maggiore rispetto all'approccio TO (71% contro 48%,  $p = 0,04$ ) per le donne con incontinenza da stress ricorrente. L'incidenza preoperatoria del deficit intrinseco dello sfintere era maggiore nei pazienti che avevano MUS ripetuto (31% vs. 13%,  $p < 0,001$ ). I tassi di complicanze postoperatorie correlate all'imbracatura e generali erano simili tra il gruppo di chirurgia SI primaria e ripetuta. Tuttavia, l'urgenza de novo (30% vs 14%,  $p < 0,001$ ) e l'incontinenza urinaria da urgenza de novo (22% vs 5%,  $p < 0,001$ ) sono

state più frequenti nelle donne che hanno subito un intervento chirurgico USI ripetuto rispetto alla chirurgia primaria.

Il novantatre per cento dei pazienti ha dichiarato che raccomanderebbe questa operazione a qualcun altro con SUI riflette un alto tasso di soddisfazione. Sorprendentemente, il 63% dei pazienti nel gruppo del fallimento ha anche affermato che avrebbe fatto lo stesso, forse, perché la gravità dell'incontinenza è stata ridotta dopo la procedura. Ciò solleva ancora una volta la questione di cosa sia il successo dopo un'operazione SI e la gestione delle aspettative dei pazienti.

#### RISCHI OPERATORI E COMPLICANZE – MUS

I Fusco et al. meta-analisi riportata su dati randomizzati che confrontano gli approcci RP e TO. Hanno riferito che l'approccio TO comporta minori probabilità di perforazioni della vescica, ematoma pelvico e sintomi di minzione. Tuttavia l'approccio TO ha una maggiore probabilità di perforazioni vaginali e dolore all'inguine. Il 2016 Ford et al. La revisione Cochrane ha confermato un tasso di esposizione alla rete vaginale comparabile (2,1% -2,4%), tasso di urgenza de novo (8,1% -8,3%) ma ha un eccesso di dolore all'inguine (20,8% contro 4,5%) all'interno del gruppo TO rispetto a via retropubica.

L'RP ha un rischio maggiore di lesioni viscerali, in particolare perforazione della vescica. La lesione all'intestino da RP è estremamente rara e nella nostra esperienza con oltre 4000 casi di sling uretrale media, non ne abbiamo riscontrata alcuna. Tuttavia, è stato segnalato e occorre prestare particolare attenzione quando esiste il rischio che l'intestino aderisca alla parte posteriore della sinfisi. Le perforazioni della vescica sono comuni durante la fase di apprendimento o nei chirurghi a basso volume. In un recente ampio studio su 1136 pazienti, sottoposti a MUS [21], l'incidenza di lesioni da tre quarti alla vescica durante sling retropubica è stata del 3,8% (33/874) rispetto allo 0,4% (1/262) con l'approccio TO. La lesione uretrale è stata rilevata durante l'intervento in due donne (0,2%); entrambi avevano sling retropubiche. Trentadue (94%) delle 34 perforazioni coinvolgevano chirurghi inesperti (colleghi o registrar la cui esperienza variava ma era inferiore a 50 imbracature) ( $p < 0,0001$ ). Altri fattori di rischio per la perforazione della vescica includono una storia di precedente taglio cesareo, colposospensione, indice di massa corporea (BMI)  $< 30 \text{ kg / m}^2$ , uso di anestesia locale e presenza di un rettocele. È importante confermare l'integrità delle basse vie urinarie mediante cistouretroscopia di routine dopo qualsiasi procedura MUS. Se la perforazione della

vescica viene persa durante l'intervento, la presenza di rete intravesicale a lungo termine può causare dolore alla vescica, sintomi urinari irritativi, infezioni ricorrenti del tratto urinario e formazione di calcoli. Se diagnosticata, la rete, la sling o la sutura possono essere rimossi mediante cistoureoscopia con forbici o taglio laser del materiale a filo della mucosa. Occasionalmente, la vescica o l'uretra dovranno essere aperte retropubicamente o vaginalmente per rimuovere il corpo estraneo.

È stato riportato che l'estrusione vaginale di sling sintetiche dell'uretra media si verifica nel 2-3% delle donne. Questa è un'importante causa di morbilità e contenzioso nonostante il rischio complessivo ridotto. In una recente revisione di 2823 donne con SUI urodinamica nella nostra clinica c'erano 2310 slingretropubiche e 513 TO e con incisione singola eseguite tra il 1999 e il 2017 con un follow-up medio di 100 mesi. C'erano 33 donne (1,17%) che avevano un'estrusione di sling; 22 post retropubici e 11 post A MUS. 31 necessaria gestione chirurgica (1,09%) per l'estrusione della sling; sono state escluse eventuali revisioni eseguite esclusivamente per il dolore o difficoltà di svuotamento. L'età avanzata, il BMI, il DM, il fumo attuale, l'operatore in formazione, la chirurgia vaginale / incontinenza ricorrente e l'approccio RP nell'ISD erano fattori di rischio indipendenti per l'estrusione della mesh nell'analisi di regressione logistica multivariata.

La gestione chirurgica era tramite escissione e chiusura locale o semplice chiusura vaginale conservando il nastro per mantenere l'integrità e la continenza. 19 dei 20 si sono chiusi con successo dopo l'asportazione della sling. Una richiedeva un'ulteriore procedura per trattare l'estrusione laterale rilevata 6 mesi dopo. Sette su 11 che avevano la sola chiusura vaginale con la conservazione della sling necessitavano di una seconda procedura per estrusione ricorrente. La porzione vaginale della sling è stata rimossa e non è stata eseguita alcuna procedura SUI. Due dei 7 hanno richiesto un ulteriore intervento chirurgico sulla SUI con 2 segnalazioni di dolore persistente.

Un'altra complicanza più frequente dopo le sling retropubiche rispetto a TO è il sanguinamento e l'ematoma pelvico. Sebbene rara, questa complicanza aumenta anche nella fase di apprendimento. È essenziale il posizionamento centrale retropubico per evitare i vasi otturatori e più lateralmente i vasi iliaci esterni. Di solito trattiamo questi ematomi in modo conservativo a meno che il sanguinamento continui o l'ematoma non si infetti.

L'incontinenza urinaria mista è comune in un terzo di tutte le donne con incontinenza urinaria e la persistenza o l'urgenza de novo o l'incontinenza da

urgenza è una causa comune di insoddisfazione dopo MUS. Rezapour e Ulmsten hanno riportato una cura soggettiva dell'85% nelle donne con MUI 4 anni dopo TVT, sebbene abbiano escluso le donne con DO . I tassi di guarigione sono in genere inferiori a quelli della SUI pura. Le revisioni sistematiche di Ford et al., 2016 e Fusco et al., 2017 non mostrano una differenza statisticamente significativa nei sintomi di accumulo del tratto urinario inferiore o nei tassi di urgenza de novo (cioè di nuova insorgenza) tra sling retropubiche e TO . L'urgenza urinaria e l'incontinenza da urgenza sono presenti nel 28% e nel 14% delle donne in un follow-up a lungo termine dopo MUS in uno studio di Lee et al. ed è una causa comune di insoddisfazione dopo l'intervento chirurgico. Il deficit intrinseco dello sfintere, l'incontinenza da stress pregressa e la chirurgia del prolasso, l'iperattività del detrusore preesistente hanno aumentato il rischio di sintomi persistenti.

#### INSUFFICIENZA INTRINSECA DELLO SFINTERE

Le donne con scarsa funzionalità uretrale, definita come con pressione del punto di perdita di Valsalva (VLPP) inferiore a 60 cm H<sub>2</sub>O e / o pressione massima di chiusura uretrale (MUCP) inferiore a 20 cm H<sub>2</sub>O, hanno un'incontinenza più grave e risultati chirurgici peggiori. Il significato dell'ISD per il MUS è ancora dibattuto. In una recente revisione Cochrane di Ford et al. nel 2016 concentrandosi sul deficit intrinseco dello sfintere, la via retropubica conferisce maggiori tassi di guarigione oggettivi e soggettivi rispetto alla via TO, con conseguente maggior rischio di ripetizione di interventi chirurgici di continenza nelle donne che avevano prima dell'imbracatura TO (RR 14,4 IC 95% 2,0– 106).

Il più grande RCT fino ad oggi che ha esaminato l'efficacia di RP vs. TO specificamente nei pazienti con ISD (VLPP <60 cm H<sub>2</sub>O e / o MUCP <20 cm H<sub>2</sub>O) ha studiato almeno 164 pazienti [12]. Questo RCT ha dimostrato una chiara superiorità nell'efficacia per la via RP nel trattamento della SUI femminile con ISD, rispetto all'approccio TO, poiché 1 donna su 16 ha richiesto un intervento chirurgico ripetuto nel gruppo RP rispetto a 1 su 6 all'interno del gruppo TO, con il rapporto di rischio di ripetizione della chirurgia è 2,6 (IC 95% 0,9, 9,3).

#### MUS A SINGLE INCISION



Le mini sling a singola incisione possono essere inserite attraverso un'incisione vaginale suburetrale o in direzione TO ancorata al muscolo otturatore interno ma senza passare attraverso la fascia e i muscoli otturatori o in direzione retropubica fissata al diaframma urogenitale. La benderella è di lunghezza fissa con ancoraggi a ciascuna estremità, non penetra nello spazio retropubico e non presenta incisioni di uscita inguinali o addominali. I potenziali vantaggi sono l'eliminazione dei rischi dello spazio retropubico, un minor dolore postoperatorio e un inserimento più facile e sicuro per i medici meno esperti.

I primi studi su TVT-Secur e MiniArc hanno riportato tassi di guarigione a breve termine soddisfacenti del 70-90%. Tutti questi mini sling a incisione singola TVT Secur®, Miniarc® (AMS, Minnetonka, MN, USA), Solyx® (Boston Scientific, Natick MA, USA), Ajust® (Bard, New Providence NJ, USA), Altis® (Coloplast, Minneapolis, MN, USA), Ophira® (Promedon, Cordoba, Argentina) e TFS (TFS, South Australia) hanno diversi sistemi di ancoraggio. In una revisione, confrontando le mini sling con i MUS standard, le minisling hanno dimostrato di avere un'efficacia inferiore. TVT Secur ha il campione più ampio in questa analisi e forse ha il meccanismo di ancoraggio meno "sicuro". Quando TVT Secur è stato escluso, l'efficacia delle mini isling era paragonabile alla MUS standard. Un RCT di 3 anni che confronta Monarc con Miniarc di Schellart et al. hanno mostrato tassi di guarigione oggettivi e soggettivi simili. Un altro RCT che confronta Monarc con Miniarc di Lee et al. con 5 anni di follow ha riportato un'efficacia simile tra Monarc e Miniarc, con complicazioni minime. Simile alle sling TO, ci si può aspettare che le mini-sling abbiano tassi di guarigione inferiori nelle donne con un rischio maggiore di fallimento, tra cui ISD, obesità e precedente intervento chirurgico fallito. A causa di problemi medico-legali e di scarsa pubblicità, molte mini sling sono state ritirate dal mercato. Solyx, Ophira e Altis sono attualmente disponibili.

## TRATTAMENTO LASER VAGINALE

I trattamenti laser vaginali vengono introdotti e utilizzati in tutto il mondo per trattare i sintomi urogenitali, inclusa l'USI. Gli studi condotti fino ad oggi utilizzano laser CO2 o YAG all'erbio in singoli centri, piccoli numeri e follow-up a breve termine con gruppo di controllo comparativo. Sono stati riportati tassi di miglioramento del 62-78% con effetti collaterali minori tra cui riscaldamento vaginale, aumento delle perdite vaginali e incontinenza da urgenza transitoria. Tuttavia recentemente è stato

segnalato un caso clinico di una fistola vescicovaginale a seguito di trattamento laser per l'USI. Sono previsti studi prospettici comparativi; quindi, è importante che la diffusa introduzione commerciale della terapia laser vaginale non avvenga fino a quando la sicurezza e l'efficacia non siano confermate.

## CONFRONTO TRA MUS E ALTRE PROCEDURE CLASSICHE PER LA SUI

Con l'attuale pubblicità negativa contro la rete sintetica, i nostri pazienti e le autorità di regolamentazione ci chiedono sempre più di considerare altre opzioni. Anche se non utilizziamo altre alternative al MUS, le autorità sanitarie del Regno Unito e dell'Australia ci aspettano che discutano di queste opzioni e dei relativi rischi e benefici prima di arrivare a una procedura chirurgica concordata. Altre opzioni sono la colposospensione di Burch, la sospensione pubouretrale fasciale che utilizza la fascia raccolta dalla parete addominale o la fascia lata dalla gamba o gli agenti di carica uretrale. L'RCT di Ward e Hilton ha mostrato che la TVT MUS e la colposospensione di Burch hanno avuto esiti simili in termini di efficacia a breve e medio termine, ma la TVT ha avuto benefici significativi in meno dolore post-interruzione, ospedalizzazione più breve e morbilità.

I dati a più lungo termine stanno ora diventando disponibili. Foss Hansen et al. utilizzando un ampio registro nazionale danese ha rilevato un tasso di reintervento entro 5 anni tra le donne che avevano sling pubovaginali (6%), sling retropubico medio-uretrale (6%) e colposospensione di Burch (6%) seguito da sling TO (9%) e terapia iniettiva uretrale (44%). In una revisione Cochrane del 2015 di Ogah et al. confrontando la colposospensione di Burch e la chirurgia TVT, che includeva sei RCT, hanno mostrato tassi inferiori di complicanze perioperatorie e VD precoce, e tempi operativi e degenza ospedaliera più brevi, ma un tasso significativamente più alto di perforazioni della vescica dopo l'intervento chirurgico TVT rispetto alla procedura di Burch .

Holdo et al. utilizzando un disegno di serie di casi che confrontava la procedura di Burch (n = 127) con i primi 5 anni della procedura TVT retropubica (n = 180) ha rilevato che il tasso di recidiva cumulativo di SUI nelle donne con SUI preoperatoria era significativamente più alto dopo il Burch procedura, ma nessuna differenza è stata osservata nelle donne con MUI. Non c'erano differenze significative nei tassi di complicanze perioperatorie e tardive. A 12 anni, c'è stato un aumento significativo

dei tassi di ripetizione di interventi chirurgici per incontinenza e prolasso nelle donne dopo la procedura di Burch. La Burch aveva un rischio 3 volte di intervento chirurgico per prolasso fino a 12 anni dopo l'intervento chirurgico per l'incontinenza.

L'evidenza suggerisce che l'efficacia a lungo termine delle sling MUS è buona e simile alla Burch e alle reti pubovaginali fasciali.

## **BULKING AGENTS**

Gli agenti di carica fino ad oggi hanno avuto una ragionevole efficacia a breve termine, ma sono state necessarie ripetute reiniezioni per mantenere la continenza. In un RCT di donne con SUI e ISD che confrontava la sling pubovaginale e la plastica transuretrale, i tassi di successo sintomatico e di soddisfazione del paziente erano simili dopo sling e plastica con il tasso di successo oggettivo significativamente maggiore ( $P < 0,001$ ) dopo la sling (81% contro 9%). Le sostanze di rimpimento avevano una morbilità significativamente inferiore ma era più costoso dell'e sling ( $P < 0,001$ ). Il tasso di risposta a 62 mesi di follow-up è stato del 60% in entrambi i gruppi con il gruppo di imbracatura che ha riportato un migliore successo di continenza (69% vs 21%) e tassi di soddisfazione (69% vs 29%,  $P$  maggiore di 0,05). Resta da vedere se i nuovi agenti di carica siano più efficaci. È attualmente in corso un RCT che confronta Bulkamid con la sling TVT che dovrebbe fornire risposte.

## **CONCLUSIONI**

Nonostante la crescente evidenza che le MUS retropubiche sono più efficaci a lungo termine e nelle donne ad alto rischio di fallimento con USI e ISD ricorrenti, il TOT continua ad avere un'elevata soddisfazione e utilizzo in tutto il mondo. Ciò è probabilmente correlato all'evitamento dello spazio retropubico con il suo significativo rischio di lesioni viscerali e rischi di sanguinamento. I medici inesperti ea basso volume di pazienti spesso ritengono che il TOT MUS e le mini sling siano più sicuri nelle loro mani; quindi, queste sling che hanno buone percentuali di successo forniscono un'importante alternativa alle sling retropubiche. Vi è una continua necessità di studi più comparativi con follow-up più lungo per esaminare le diverse opzioni chirurgiche nell'incontinenza da stress primaria o ricorrente.

