

“CORREZIONE DEL DIFETTO ANTERIORE MEDIANTE CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA FASCIALE VAGINALE. RISULTATI ANATOMICI E FUNZIONALI A DISTANZA.”

Amato Nicola Antonio, Del Corso Antonio, Fiaccavento Andrea, Zanolla Luisa*, Zaccoletti Riccardo

UOC Ginecologia ed Ostetricia Casa di cura "Dr Pederzoli" - Peschiera del Garda (VR)

* Azienda Ospedaliera Universitaria integrata Verona – Dipartimento di Medicina- Divisione di Cardiologia- Verona

Topic: Chirurgia riparativa fasciale vaginale. Difetto anteriore

Obiettivo

L'obiettivo primario del nostro studio è stato stabilire la prevalenza di recidiva anatomica e funzionale del prolasso anteriore dopo chirurgia riparativa fasciale vaginale. Abbiamo valutato anche il tempo di comparsa e i possibili fattori predittivi dell'eventuale recidiva, nonché i principali dati perioperatori.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio prospettico su 89 pazienti sottoposte a chirurgia riparativa fasciale vaginale per prolasso anteriore primario sintomatico $\geq$ II grado; alcune pazienti sono state sottoposte a concomitante correzione di difetto apicale (per via vaginale o laparoscopica) e/o posteriore (per via vaginale). Tutti gli interventi sono stati eseguiti dallo stesso team chirurgico e con la stessa tecnica. Il follow up ha previsto controlli semestrali sino a 2 anni, poi annuali. Le pazienti sono state valutate prima e dopo il tempo chirurgico, dal punto di vista anatomico mediante l'HWS, dal punto di vista funzionale mediante i sintomi riferiti in occasione di ciascuna visita. Abbiamo considerato recidiva anatomica un difetto $\geq$ II grado, recidiva funzionale un nuovo intervento di correzione anteriore per sintomi quali bulging, dispareunia e/o sintomi da alterato svuotamento vescicale (esitazione, stranguria, ristagno post minzionale) documentati da un esame uroflussimetrico.

Risultati

Il follow up medio di 14 mesi (range 12-28 mesi) ha evidenziato una recidiva totale dell'11.2% ma sintomatica solo nel 3.4% dei casi ed un solo re intervento. Il tempo medio di comparsa della recidiva è risultato di 12 mesi (8-30). Non abbiamo rilevato nessuna complicanza intraoperatoria, a fronte del 7.9% di complicanze postoperatorie precoci minori (ritenzione urinaria) e di una complicanza post operatoria tardiva minore (cistite emorragica con febbre).

Conclusioni

La correzione del difetto anteriore mediante chirurgia ricostruttiva fasciale vaginale offre buoni risultati in termini di recidiva a fronte di una minima morbosità.

Bibliografia

1. Badi SS, Foarfa MC, Rîcă N, Grosu F, Stănescu C. Etiopathogenic, therapeutic and histopathological aspects upon the anterior vaginal wall prolapse. Rom J Morphol Embryol. 2015;56(2 Suppl):765-70;
2. Tamanini JT, de Oliveira Souza Castro RC, Tamanini JM, Castro RA, Sartori MG, Girão MJ. A prospective, randomized, controlled trial of the treatment of anterior vaginal wall prolapse: medium term followup. J Urol. 2015 Apr;193(4):1298-304;
3. Nüssler E1, Kesmodel US, Löfgren M, Nüssler EK. Operation for primary cystocele with anterior colporrhaphy or non-absorbable mesh: patient-reported outcomes. Int Urogynecol J. 2015 Mar;26(3):359-66;
4. Lensen EJ, Withagen MI, Kluivers KB, Milani AL, Vierhout ME. Surgical treatment of pelvic organ prolapse: a historical review with emphasis on the anterior compartment. Int Urogynecol J. 2013 Oct;24(10):1593-602;
5. Maher C. Anterior vaginal compartment surgery. Int Urogynecol J. 2013 Nov;24(11):1791-802;
6. Lavelle RS, Christie AL, Alhalabi F, Zimmern PE. Risk of Prolapse Recurrence After Native Tissue Anterior Vaginal Suspension Procedure with Intermediate to Long-Term Follow-Up.

J Urol. 2015 Oct;195:1-7.