

TOT per IUS associata a correzione del prolasso vaginale: quando?

La nostra esperienza.

M. Natili, V. Catarinella, A. Stroppolo, F.L. Bartuli, M.F. Segatore

U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, ospedale FBF isola tiberina, Roma

Obiettivo: valutare la validità e l'efficacia dell'associazione chirurgica di TOT e correzione del prolasso vaginale in pazienti affette da incontinenza urinaria da sforzo e prolasso vaginale .

Materiali e metodi: Da gennaio 2014 a dicembre 2015 sono state arruolate 77 pazienti con prolasso genitale in cui è stata evidenziata un' incontinenza urinaria da sforzo occulta con ipermobilità uretrale: in 2 casi associata a isterocele isolato, in 19 a cistocele, in 2 a rettocele, in 54 ad alterazioni combinate. Nessuna delle pazienti selezionate era stata precedentemente sottoposta a chirurgia del pavimento pelvico.

Risultati: l'età media delle pazienti era di anni 59,5 e 66 su 77 erano in post-menopausa. La parità media era di 2,2. Le pazienti arruolate nello studio sono state sottoposte a visita uroginecologica (stadiazione POP-Q e Q tip test) ed esame urodinamico pre e post intervento. 36 pazienti sono state sottoposte a TOT, 2 a colpoisterectomia con TOT, 9 a cistopessi e TOT, 2 a rettopessi e TOT, 8 a cistopessi e TOT, 20 a colpoisterectomia cistorettopessi e TOT. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad anestesia spinale. Il tempo medio dell'intervento combinato è stato di 65 minuti. Durante la procedura: non sono state riscontrare lesioni vascolari e/o vescicali, abbiamo riscontrato 3 casi di ritenzione urinaria risoltasi dopo cateterismo e ginnastica vescicale in 3 giorni, 10 casi di dolore inguinale persistente nei giorni successivi all'intervento, trattato con antinfiammatori e risoltosi alla visita di controllo a 1 mese. Nell' 85 % dei casi la sintomatologia da sforzo associata a prolasso si è completamente risolta al controllo (1 , 6 e 12 mesi) .

Conclusioni: Un'attenta valutazione clinica e uro dinamica permette di selezionare le pazienti candidate all' intervento combinato (riparazione prolasso + anti incontinenza) e di ottenere, quindi, un elevato tasso di guarigione ed una bassa percentuale di complicanze con un unico momento operatorio. Crediamo, peraltro, che il posizionamento della TOT debba essere sempre terapeutico e mai preventivo.

Bibliografia

1. Study on reductive surgery for pelvic organ prolapse concomitant with anti-incontinence sling for treatment of occult stress urinary incontinence
Zhang X, et al. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2014
2. Study on concomitant surgical correction of pelvic organ prolapse and TVT-O for treatment of stress urinary incontinence
Wang SM, et al Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2013
3. Clinical study on concomitant surgery for stress urinary incontinence and pelvic organ prolapse
Yuan Zy et al. Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi, 2008
4. Total pelvic floor reconstruction versus transvaginal hysterectomy for pelvic organ prolapse: a retrospective cohort
Shi RX, et al, Clin Exp Obstet Gynecol 2014