

CORREZIONE DELLA IUS FEMMINILE CON MINISLING: E' GIA' IL GOLD STANDARD?

Gian Franco Puggioni*, Laura Urrai, Antonio Campiglio, Antonio Onorato Succu

Dipartimento Cure chirurgiche, UOC Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S. Martino, Azienda Sanitaria di Oristano, Via Fondazione Rockefeller, 09170 Oristano

Introduzione e Obiettivi

L'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) rappresenta un problema molto frequente nella popolazione femminile, destinato probabilmente ad aumentare ancora nei prossimi anni a causa tra l'altro della diffusione pandemica dell'obesità, un importante fattore di rischio per questa patologia. La terapia della IUS dopo un primo approccio conservativo di tipo riabilitativo fisioterapico almeno nel grado iniziale, prevede la correzione chirurgica con tecnica fasciale, ossia con l'utilizzo dei tessuti nativi o, attualmente con tecnica protesica, mediante l'impiego ed il posizionamento di una benderella sintetica in polipropilene in sede medio uretrale. Se per anni, anzi per decenni il gold standard è stato la colposospensione secondo la tecnica di Burch oggi probabilmente l'orientamento chirurgico è cambiato nonostante gli ottimi risultati riportati precedentemente in letteratura per questo intervento anche con follow-up molto lunghi. Infatti a causa dell'invasività dei precedenti interventi e grazie alle nuove evidenze fisiopatologiche e anatomofunzionali emerse dai primi anni 90' ad oggi¹⁻² sono varie le nuove proposte chirurgiche per la correzione della IUS¹⁻³. In questo campo poi la ricerca e l'applicazione industriale hanno consentito di tradurre nella pratica clinica i rilievi anatomici e funzionali cui si accennava. Attualmente l'intervento di riferimento è rappresentato dalle sling medio uretrali sia retropubiche (TVT)¹ che transotturatorie (TOT)². Per questi interventi infatti esiste un follow-up soddisfacente per durata e dei dati abbastanza robusti. Da alcuni anni è stata introdotta tuttavia una nuova tipologia di sling medio uretrale single-incision denominata, per la bassa invasività e la lunghezza della benderella, minisling. Essa viene posta a contatto con la parete uretrale fissandone gli estremi sulla membrana otturatoria. La procedura realmente mininvasiva potrebbe essere effettuata in anestesia locale e con un ricovero in day surgery. La sua caratteristica è sicuramente un' incisione vaginale mediana sottouretrale molto piccola (circa 1 cm) attraverso la quale si effettua una minima dissezione e preparazione degli spazi ai lati dell'uretra per il fissaggio della benderella. L'obiettivo del nostro lavoro è la verifica anche nel medio e lungo periodo dell'efficacia delle minisling nel trattamento chirurgico della IUS femminile. Infatti ormai da diversi anni la nostra opzione di scuola per la correzione della IUS è rappresentata proprio da questo tipo di intervento. Tuttavia pur in presenza di caratteristiche di mininvasività che rendono questo approccio altamente riproducibile e vantaggioso per le pazienti trattate, non ne conosciamo ancora l'efficacia soprattutto nel medio e lungo periodo⁴⁻⁶ e quindi non possiamo ancora indicare questa tecnica chirurgica per il trattamento della IUS come la procedura di scelta, il gold standard tra le terapie disponibili.

Metodi

In questo lavoro abbiamo rivisto i dati relativi all'intervento chirurgico di correzione della IUS di 72 pazienti operate da gennaio 2013 a gennaio 2015. Di queste abbiamo considerato solo una coorte di 19 pazienti di cui disponevamo dei dati completi per una valutazione del tasso di cura soggettivo ed obiettivo a distanza di tre anni dalla correzione chirurgica della IUS. Abbiamo valutato sia il tasso di cura soggettivo che obiettivo come rilevato alla visita di follow-up. Si tratta di uno studio retrospettivo, puramente descrittivo al fine di evidenziare l'efficacia di una determinata procedura chirurgica, mid-urethral mini-sling single-incision, per la correzione della IUS, a tre anni di follow-up. Il tasso di cura oggettivo è stato definito come un cough stress test negativo, associato alla presenza di una vescica piena confortevole. Il tasso di cura soggettivo è stato definito come nessuna perdita di urina riferita dalla paziente con colpi di tosse o con l'esercizio fisico.

Risultati

La tabella 1 evidenzia le caratteristiche della coorte al momento dell'intervento chirurgico. L'età media era 58,9 anni e la media dei parti vaginali precedenti era 2,2 mentre i precedenti tagli cesarei solo 0,1. Questi dati confermano le caratteristiche epidemiologiche associate alla presenza della IUS e presenti anche nella nostra popolazione. Solo 2 pazienti avevano avuto un precedente intervento di isterectomia e 1 paziente un precedente intervento per la correzione del prolasso genitale. Quindi le caratteristiche di partenza di questo gruppo di donne operate con posizionamento di mini-sling medio-uretrale per la correzione della IUS era sufficientemente omogeneo, adatto a trarne, dopo opportuno follow-up, dati utili sull'efficacia. La durata dell'intervento è evidenziata dal grafico 1 che mostra come la durata media della procedura sia di appena 10 minuti. Questo è sicuramente un gran vantaggio soprattutto se si confronta la durata di questo tipo di intervento con altre procedure impiegate in passato che pure avevano dal punto di vista del tasso di cura degli ottimi risultati. Infine il grafico 2 riporta il tasso di cura soggettivo sostanzialmente sovrapponibile nella nostra coorte al tasso di cura oggettivo (valutato tramite il cough stress test). A distanza di 12 mesi dall'intervento di mini-sling sottouretrale il tasso di cure rate è pari al 94,7%. Questa alta efficacia diminuisce a distanza di 2 e 3 anni portandosi rispettivamente a 86,7% e 81,8%.

Tab.1: Caratteristiche della coorte

	Media (range)
Età (anni)	58,9 (41-79)
Precedenti parti vaginali	2,2 (0-6)
Precedenti tagli cesarei	0,1 (0-1)
	n (%)
Precedente isterectomia	2/19 (11)
Precedenti interventi per IUS/POP	1/19 (5)

Fig. 1: Durata intervento

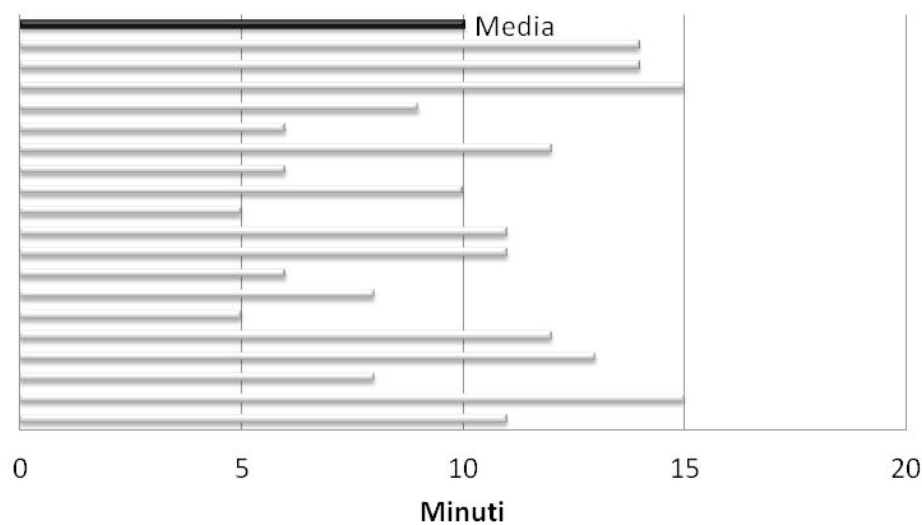
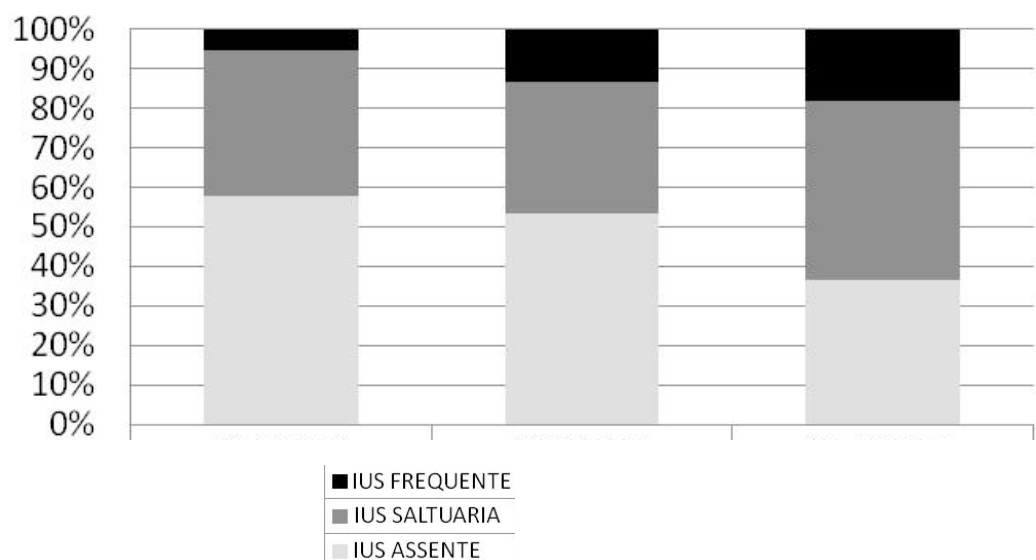


Fig. 2: Tasso di cura soggettivo



Discussione

I nostri dati sono in linea con quelli riportati in letteratura. Un recente trial randomizzato pone a confronto le sling single-incision con la tecnica transotturatoria valutando i risultati a 12 mesi, ed evidenziando per le mini-sling la non inferiorità rispetto alla transotturatoria⁷. Il confronto con i nostri dati a 12 mesi evidenzia un successo della tecnica simile: cure rate soggettivo 92,2% versus 94,7% della nostra esperienza. E' indubbio che le mini-sling per la correzione della IUS abbiano dei reali vantaggi legati alla loro effettiva mini invasività, alla durata molto breve dell'intervento chirurgico, all'assenza nelle pazienti trattate presso il nostro centro di complicanze operatorie, alla brevissima durata dell'ospedalizzazione e alla altrettanto rapida ripresa delle normali occupazioni quotidiane e lavorative delle donne. L'anestesia era di tipo loco-regionale ma si sarebbe potuto, crediamo, utilizzare un tipo di anestesia locale e una tipologia ambulatoriale o di day surgery. Il discomfort per le pazienti è realmente minimo. Guardando poi all'efficacia delle mini-sling a distanza di anni dall'intervento chirurgico, possiamo dire almeno in questo gruppo ancora limitato

di pazienti, che il tasso di cura rimane sufficientemente alto. Lo studio presentato ha dei punti di debolezza legati alla mancanza di un disegno prospettico e alla piccolezza della coorte esaminata. Alcuni punti di forza sono invece ravvisabili nella buona omogeneità delle pazienti trattate e seguite nel tempo, riguardo l'aspetto della selezione dei casi (pregressi interventi chirurgici sul pavimento pelvico e storia ostetrica). Riguardo alla domanda di partenza se questa procedura chirurgica mini-invasiva possa attualmente essere ritenuta il gold standard nella cura della IUS, riteniamo di poter rispondere sulla base dei nostri risultati e dei dati emersi dalla letteratura, affermativamente. A parità di efficacia rispetto alla tecnica transotturatoria, si conferma la mini-invasività delle single-incision mini-sling per la terapia chirurgica della IUS. Studi più robusti, prospettici, con dimensioni campionarie adeguate e con disegno statistico inferenziale, sono tuttavia auspicabili e attesi.

*Per la corrispondenza: gfpuggioni@tin.it

Bibliografia

1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, et al. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:81-5.
2. De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out. *Eur Urol* 2003;44:724-30.
3. Richter HE, Albo ME, Zyczynski HM, et al. Retropubic versus transobturator midurethral slings for stress incontinence. *N Engl J Med* 2010;362:2066-76.
4. Lucas MG, Bosch RJ, Burkhard FC, et al. EAU guidelines on surgical treatment of urinary incontinence. *Eur Urol* 2012;62:1118-29.
5. Serati M, Bauer R, Cornu JN, et al. TVT-O for the treatment of pure urodynamic stress incontinence: efficacy, adverse effects, and prognostic factors at 5-year follow-up. *Eur Urol* 2013;63:872-8.
6. Mostafa A, Lim CP, Hopper L, et al. Single-incision mini-slings versus standard mid-urethral slings in surgical management of female stress urinary incontinence: an updated systematic review and meta-analysis of effectiveness and complications. *Eur Urol* 2013;65:402-27.
7. Lee JK-S, Rosamilia A, Dwyer PL, et al. Randomized trial of a single incision versus an outside-in transobturator midurethral sling in women with stress urinary incontinence: 12 month results. *Am J Obstet gynecol* 2015;213:35.e1-9.