

IL PROLASSO GENITALE ANTERIORE E APICALE DI ALTO GRADO PUO' ESSERE CORRETTO CON CHIRURGIA PROTESICA CONSERVANDO L'UTERO

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

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

Introduzione e Obiettivi

Il prollasso degli organi pelvici è patologia molto frequente e invalidante per la qualità di vita femminile potendosi anche associare a vari disturbi urinari, tra cui in particolare infezioni urinarie recidivanti, incontinenza urinaria da sforzo (IUS), da urgenza o mista, ritenzione urinaria. E' fondamentale individuare e prevedere con un attento esame clinico e un adeguato follow-up post-chirurgico sia l'interessamento di più compartimenti vaginali che la possibile coesistenza di problematiche urinarie, associate o manifestatesi a posteriori, prevedendone perciò la correzione. In questo lavoro ci occupiamo del prollasso genitale anteriore e apicale: infatti spesso si assiste ad un interessamento del compartimento centrale accanto a quello anteriore (cistocele). Le soluzioni chirurgiche proposte in passato e in parte valide tuttora sono state numerose e hanno compreso sia l'utilizzo dei tessuti nativi (chirurgia fasciale) che l'impianto, soprattutto negli ultimi 15 anni di mesh sintetiche. Abbiamo pensato di fare il punto sulla nostra esperienza chirurgica nella correzione del prollasso vaginale di grado elevato (III e IV grado) in cui si è optato per la soluzione protesica con ancoraggio su due o tre livelli anatomico-funzionali. Dati preliminari e non conclusivi per la disomogeneità del campione, che comprendeva anche casi di prollasso meno severo, e per la durata del follow-up ancora troppo breve, erano già stati analizzati e proposti. Ma nel presente studio il periodo di osservazione è stato portato a 4 anni, considerando inoltre un campione più omogeneo, costituito da donne con prollasso vaginale anteriore e apicale avanzato. Un ulteriore elemento di novità è costituito dalla conservazione dell'utero che è stata l'opzione di fondo per tutte le donne sottoposte ad intervento chirurgico di correzione dei profili vaginali. Questa scelta è stata basata su precisi studi di anatomia funzionale che hanno evidenziato il ruolo della cervice uterina come centro strategico nel mantenimento del supporto pelvico e snodo dell'innervazione del pavimento pelvico^{1,2}.

Metodi

Il nostro studio è una valutazione retrospettiva in cui una coorte omogenea per gravità del prollasso, costituita da 39 donne, è stata seguita dopo l'intervento chirurgico per un periodo medio/lungo al fine di consentire delle riflessioni maggiormente conclusive sull'efficacia delle mesh sintetiche nella correzione del prollasso. Sono state utilizzate due tipologie di mesh, con fissaggio-sospensione su due (membrana/muscolo otturatorio e legamento sacrospinoso) rispettivamente su tre livelli (arco tendineo laterale, anteriore quasi retro pubico e legamento sacro spinoso). A questo fine è stata condotta una valutazione obiettiva per considerare l'esito anatomico e una valutazione soggettiva mediante l'impiego di un breve questionario che aveva lo scopo di registrare il punto di vista della paziente attraverso domande sulla qualità di vita e i sintomi più comuni associati alla presenza di una recidiva del prollasso. Si è tenuto conto inoltre dei disturbi urinari che eventualmente erano emersi a distanza di tempo dall'intervento chirurgico: Questi comprendevano l'incontinenza urinaria nelle sue varie forme anche associate e l'incompleto svuotamento della vescica che provocava ritenzione e sensazione di urgenza. Si è provveduto infine ad una intervista telefonica espletata poco prima della stesura di questo lavoro, al fine di analizzare e registrare la presenza di sintomi e disturbi genito-urinari, in un setting, quello familiare e occupazionale, che rappresenta l'ambiente naturale di vita della donna.

Risultati

La tabella 1 riporta le caratteristiche iniziali delle donne sottoposte ad intervento per prolasso genitale anteriore e centrale, e considerate nel presente studio. Tra i fattori di rischio nella nostra popolazione emerge in accordo con i dati della letteratura, la pluriparità con una storia di tagli cesarei molto bassa. Il confronto con i report di altri Autori segnala l'età più avanzata per le nostre pazienti (età media 68,2 anni) e questo unitamente ai dati sull'efficacia delle protesi a distanza di anni dalla correzione chirurgica dei profili vaginali interessati, parrebbe un elemento che conferma la validità del nostro approccio. L'isterectomia contestuale all'intervento di impianto della mesh non è stata mai eseguita com'era nelle premesse del presente studio e come emerge dalla tabella 2 dove è indicata anche la durata media degli interventi eseguiti e le complicanze intraoperatorie che sono risultate assenti. I grafici 1 e 2 mostrano rispettivamente il grado del prolasso trattato e i compartimenti vaginali interessati e i sintomi urinari associati (tipi di incontinenza urinaria). Infine il grafico 3 evidenzia il cure rate oggettivo e soggettivo nel corso del follow-up considerato e al termine del periodo di osservazione. Il tasso di cura resta costante nel corso degli anni e si attesta al di sopra dell'80%.

Tab.1: Caratteristiche della coorte

	Media (Range)
Età (anni)	68,2 (46-85)
Precedenti parti vaginali	2,8 (0-7)
Precedenti tagli cesarei	0,1 (0-1)

Tab.2: Dati correlati all'intervento

	Media (Range)
Durata intervento (min)	52,33 (22-105)
Contemporanea isterectomia	0
Complicanze intraoperatorie	0

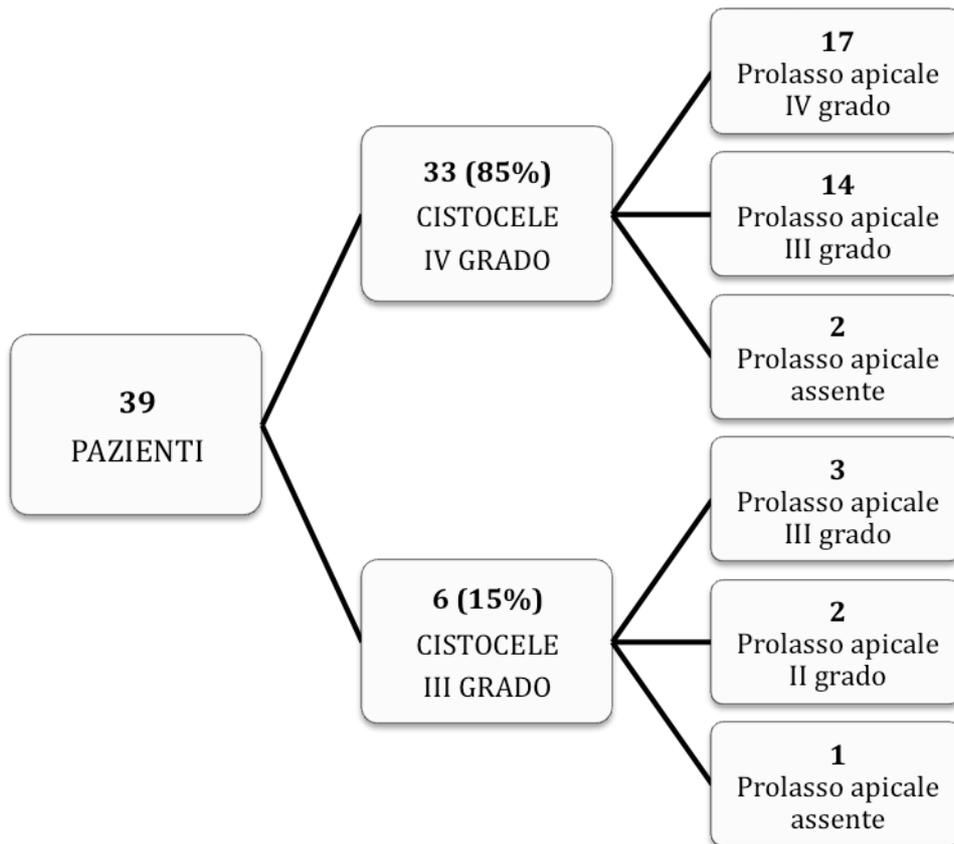


Grafico 1: Grading dei prolassi trattati

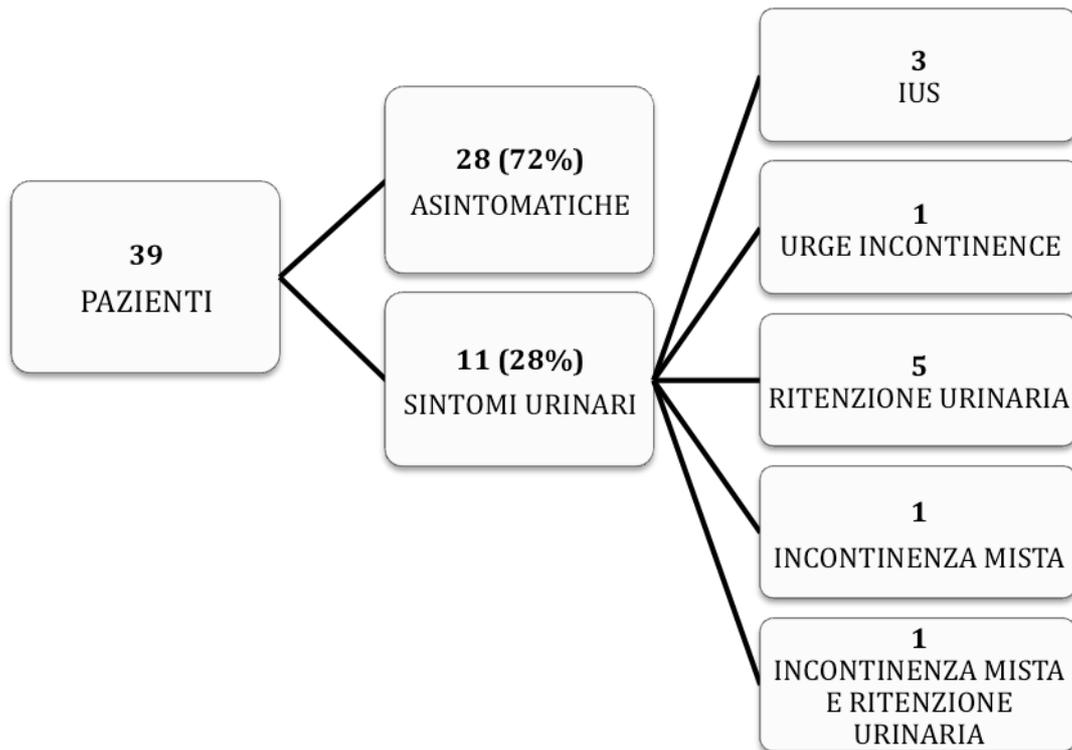
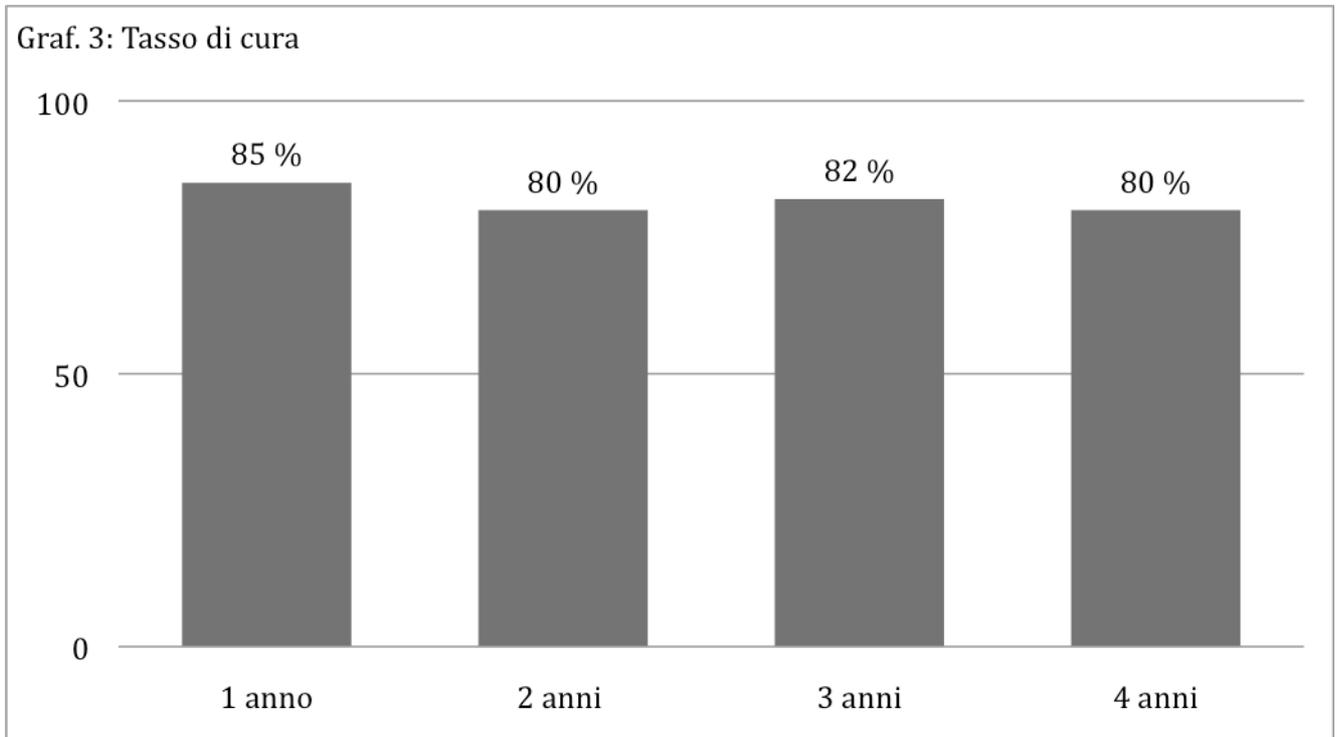


Grafico 2: Sintomi urinari associati

Graf. 3: Tasso di cura



Discussione

Nel medio-lungo periodo non si sono riscontrate complicanze come estrusione o migrazione delle mesh e l'efficacia è risultata buona e costante nel tempo. Superato infatti il primo anno di follow-up l'esito anatomico e funzionale soddisfacente sembra essere raggiunto con maggiore facilità. Un fattore che riteniamo importante per il successo dell'intervento è rappresentato dal perseguimento di una bassa invasività, attraverso una preparazione degli spazi anatomici rispettosa dell'innervazione pelvica ed evitando lesioni vascolari durante la preparazione degli spazi paravescicali. Nella valutazione dei risultati non abbiamo osservato una differenza sensibile tra gli esiti della sospensione su due livelli rispetto alla sospensione su tre livelli. Il buon esito nella correzione del prolasso vaginale anteriore e centrale è in accordo con quanto emerge dagli studi riportati in letteratura. L'impiego delle mesh sintetiche sembra un approccio valido e duraturo nel tempo al fine di correggere il prolasso di alto grado che interessa i compartimenti vaginali anteriore e centrale. A

differenza della cura del prolasso posteriore che presenterebbe una maggiore frequenza di complicanze, nella terapia chirurgica del prolasso vaginale anteriore i tassi di cura sarebbero superiori alla chirurgia che utilizza i tessuti fasciali nativi. Inoltre le complicanze a condizione che si rispettino alcuni requisiti di selezione delle pazienti e di procedura chirurgica sarebbero inferiori rispetto alla chirurgia fasciale³⁻⁴. Ci sembra di poter suggerire le seguenti avvertenze basandoci sulla nostra esperienza e sugli studi di anatomia funzionale che abbiamo considerato contestualmente alla nostra prassi chirurgica: 1. Conservazione dell'utero se esente da patologia. 2. Dissezione atraumatica e avascolare. 3. Rispetto del nervo elevatore dell'ano (durante l'ancoraggio al legamento sacro-spinoso) con un margine di sicurezza adeguato medialmente alla spina ischiatica. 4. Distensione corretta della mesh evitando tensioni eccessive e avvallamenti. 5. Lasciare libero il collo vescicale (fattore di continenza). Punti di debolezza del presente studio sono legati soprattutto al disegno che non è prospettico e alla numerosità campionaria che non consente ancora di trarre delle conclusioni più robuste sulla correzione del prolasso genitale anteriore mediante tecnica protesica.

*Per la corrispondenza gfpuggioni@tin.it

Bibliografia

1. De Lancey JOL. Surgical anatomy of the female pelvis. In: Rock JA, Thompson JD, eds. The Linde's operative gynecology. 8th ed- Philadelphia (PA): lippincott-Raven; 1997. P. 63-94.
2. Wallner C, Maas CP, Dabhoiwala NF, et al. Innervation of the pelvic floor muscles. A reappraisal for the levator ani nerve. *Obstet Gynecol* 2006;108:529-34.
3. Moore RD, Mitchell GK, Miklos JR. Single-incision vaginal approach to treat cistocele and vault prolapse with an anterior wall mesh anchored apically to the sacrospinous ligaments. *Int Urogynecol J* 2012;23:85-91.
4. Iglesia CB, Sokol AL, Sokol ER, et al. Vaginal mesh for prolapse: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2010;116:293-303.