

LA CHIRURGIA FASCIALE RICOSTRUTTIVA NELLA CURA DEL PROLASSO GENITALE: VALUTAZIONE PROSPETTICA CON FOLLOW-UP A 2 ANNI.

Torrisi G.°, Ettore C., Cerruto E., °, Ferraro S. °, Guardabasso V.,* Ettore G.°.

°Dipartimento Materno Infantile. ARNAS Garibaldi-Nesima Catania.

*Azienda Ospedaliero-Universitaria “Policlinico-Vittorio Emanuele”

INTRODUZIONE

Il successo della chirurgia vaginale viene tradizionalmente valutato sulla base dell'indice di cura anatomico e quindi dei tassi di recidiva, stimati in letteratura intorno al 30%. Il desiderio di migliorare l'outcome chirurgico ha dato un forte input, negli ultimi decenni, all'impiego della chirurgia protesica. In considerazione dei recenti reports sulle complicanze legate alle reti (1) e dell'attenzione crescente nei confronti della qualità di vita della paziente nel post-intervento, il dibattito sui risultati della chirurgia fasciale è estremamente attuale. L'obiettivo di questo studio è quello di valutare i risultati anatomici e funzionali dopo chirurgia fasciale ricostruttiva, con un follow-up medio di 2 anni e di analizzare i fattori di rischio di recidiva.

MATERIALI E METODI

Da giugno 2011 a maggio 2014 una coorte di 297 donne è stata ammessa al nostro centro di UroGinecologia di II livello, al fine di sottoporsi ad intervento chirurgico. E' stato somministrato un questionario standardizzato per la raccolta dei sintomi legati al prollasso ed all'incontinenza urinaria e/o anale. Il work-up pre-operatorio ha incluso per ogni paziente: a) l'esame fisico per la stadiazione del prollasso (ICS POP-Q); b) lo studio urodinamico convenzionale; c) l'ecografia tridimensionale (3D) endovaginale, eseguita sulla base di un protocollo predeterminato [2]. Le pazienti hanno compilato la versione italiana convalidata del questionario Prolapse Quality of Life (P-QOL (3), prima dell'intervento chirurgico ed a 12 mesi. Tale questionario comprende 20 domande raggruppate in nove item (condizioni generali, percezione della salute, impatto prollasso, limitazioni di ruolo, limitazioni fisiche, limitazioni sociali, relazioni personali, emozioni, sonno / energia, ed utilizzo di accorgimenti per migliorare i sintomi), con un punteggio da 0 a 4 per ogni domanda. I punteggi più alti sono associati ad una peggiore qualità della vita. La tecnica chirurgica utilizzata comprende :a) isterectomia vaginale, b) colposospensione ai legamenti utero-sacrali secondo McCall modificato, o ai legamenti sacrospinosi, c) chiusura alta del peritoneo, d) ricostruzione dell'anello pericervicale (per ristabilire la continuità delle fasce vaginali anteriore e posteriore all'apice vaginale),e) colporrafia anteriore secondo Lahodny (1 ° tempo), f) riparazione posteriore secondo il Richardson, g)ricostruzione del corpo perineale. Una sling Medio-uretrale è stata applicata in 20 su 49 pazienti, che presentavano incontinenza da stress. Le pazienti sono state sottoposte a follow-up ogni sei mesi per il primo anno e poi ogni anno. L'analisi statistica dei risultati, è stata eseguita utilizzando il test t di Student o il test del chi-quadro, con un livello di significatività di $p = 0,05$.

RISULTATI

297 pazienti sono state sottoposte a chirurgia fasciale ricostruttiva, ma un follow-up completo a 2 anni è disponibile solo per 142 di loro. Età, malattie concomitanti, grado di prollasso, recidiva anatomica, sintomi funzionali (incontinenza urinaria, incontinenza anale, disturbi dello svuotamento e l'attività sessuale) sono stati valutati prima dell'intervento chirurgico e dopo 2 anni (tabella 1).

Tab 1: dati pazienti (n=142)

età (mean $\pm$ SD)		64.2 $\pm$ 8.5	recidiva anatomica		
Parità (mean $\pm$ SD)		3.2 $\pm$ 1.4	Stage 2	21 (15%)	
BMI (mean $\pm$ SD)		27 $\pm$ 3.3	Stage 3	5 (3.5%)	
Diabete		23 (16%)	Sito di ricorrenza		
Ipertensione		54 (38%)	Anteriore	17 (65%)	
Parto			Anteriore e apicale	6 (24%)	
Vaginale spontaneo		87 (61.5%)	Anteriore-apicale-posteriore	3 (11%)	
Vaginale operativo		52 (37.4%)	Re-intervento	4 (2.8%)	
Taglio cesareo		3 (2%)	sintomi funzionali	prima	dopo chirurgia
Peso fetale (mean $\pm$ SD)		3743 $\pm$ 488	UI - stress	49 (34%)	17 (11%)
Menopausa fisiologica		111 (79%)	UI - urge	14 (10%)	3 (2.3%)
POP-Q stage preoperatorio			UI - mixed	18 (13%)	8 (6%)
Stage 2		14 (10%)	Disturbi Svuotamento	30 (22%)	3 (2%)
Stage 3		99 (70%)	Altri sintomi	9 (7%)	3 (2%)
Stage 4		29 (20%)	Attività sess. scadente	114 (79%)	28 (21%)
			De novo UI - urge	-	9 (7%)
			De novo UI - stress	-	8 (6%)
			Incontinenza anale	5 (3.5%)	3 (2.1%)

L'Indice di cura anatomica del prolasso è dell' 81.5%, con un tasso di recidiva globale a 2 anni del 18.5% e un tasso di re-intervento del 2,8%. Il P-QOL score pre-operatorio delle pazienti esaminate è 52,5 + 14,7, il P-QOL score post-operatorio a 24 mesi si è ridotto a 30,3 + 9,3; la differenza risulta statisticamente significativa ($p < 0,001$). Abbiamo inoltre registrato un consistente miglioramento dei sintomi funzionali, come dimostrano i dati della Tab1.

L'analisi dei potenziali fattori di rischio legati alla recidiva di prolasso è riportata nella tabella n. 2. Ad eccezione del POP-Q stage pre-operatorio, nessuno dei fattori presi in considerazione, da quelli costituzionali ed ostetrici, ai più nuovi parametri ecografici quali l'area dello Hiatus urogenitale ed il danno al muscolo elevatore dell'ano, hanno mostrato valore predittivo per la ricorrenza del prolasso.

Tab .2 fattori di rischio legati alla recidiva del prolasso			
	recidiva (26)	no recidiva(116)	test result
età (mean $\pm$ SD)	64.2 $\pm$ 8.5	61.6 $\pm$ 8.2	ns
Parità (mean $\pm$ SD)	3.2 $\pm$ 1.4	2.9 $\pm$ 1.6	ns
BMI (mean $\pm$ SD)	27 $\pm$ 3.3	26.8 $\pm$ 2.1	ns
Diabete	50%	41%	ns
ipertensione	38%	46%	ns
parto vaginale (n)	28	36	ns
taglio cesareo (n)	2	5	ns
peso neonataleght (mean $\pm$ SD)	3743 $\pm$ 488	3788 $\pm$ 462	ns
POP-Q stage preoperatorio			
Stage 2	7%	20%	ns
Stage 3	45%	56%	ns
Stage 4	48%	24%	p<0.05
Hiatus area (cm2)	19.1 $\pm$ 3.8	18.0 $\pm$ 4.6	ns
LAM avulsion	48%	46%	ns

CONCLUSIONI

Alla luce degli attuali criteri di valutazione degli outcomes della chirurgia vaginale (absence of bulge symptoms or rate of retreatment), i risultati della nostra chirurgia fasciale sono senz'altro soddisfacenti, sia per i bassi tassi di re-intervento che per il netto miglioramento della qualità di vita delle pazienti (come dimostra la significatività del P-QOL score post-operatorio). Il raggiungimento di tali risultati sia in ambito anatomico che funzionale è dovuto al rispetto dei punti di forza della chirurgia fasciale: il ripristino del supporto apicale e dell'anello peri-cervicale e la ricostruzione del corpo perineale. La scelta della tipologia di intervento (chirurgico fasciale piuttosto che protesica) deve essere comunque valutata caso per caso, a seconda delle variabili individuali, del grado di prolasso e delle aspettative delle pazienti. Un consenso informato sui rischi ed i benefici delle possibili alternative chirurgiche rimane la chiave vincente per una scelta chirurgica personalizzata e che mira ad ottenere i risultati migliori per la paziente.

Bibliografia

1. FDA Safety Communication: UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse Date Issued: July 13, 2011
2. Santoro GA, Wiczorek AP, Stankiewicz A, Woźniak MM, Bogusiewicz M, Rechberger T. High-resolution three-dimensional endovaginal ultrasonography in the assessment of pelvic floor anatomy: a preliminary study. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2009 Oct;20(10):1213-22.
3. Digesu G.A, Khullar V., Cardozo L., Bobinson D., Salvatore S.P-Quol: a validated questionnaire to assess the symptoms and quality of life of women with urogenital prolapse. Int Urogynecol J 2005;16:176-181