

**"correzione del prolasso della cupola vaginale , due metodi a confronto:
vaginal support with uphold lite end vaginal support to the muscle
ileo-coccigeo."**

Autori:

DOTT. VINCENZO MASCELLINO , DOTT. SALVATORE INCANDELA

Dott. Vincenzo Mascellino, corso di Laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, Specializzato presso la medesima università in Ost. E Gin., Dirigente Medico di 1° livello presso l'Ospedale di Sciacca (AG).

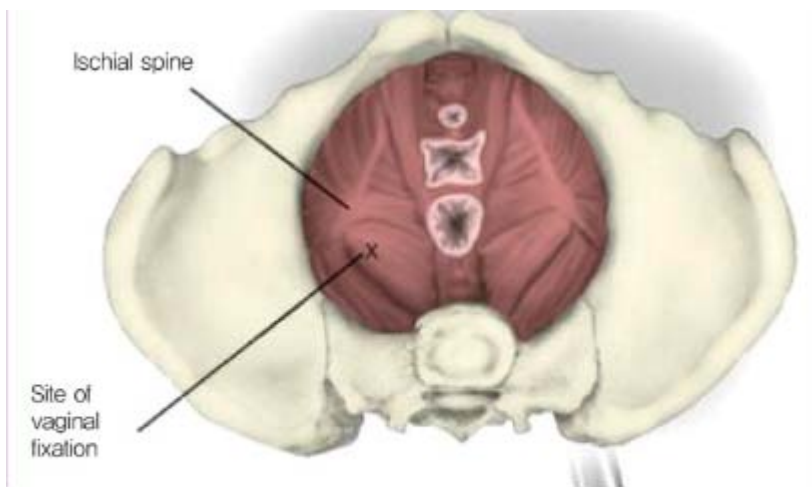
Dott. Salvatore Incandela , corso di Laurea in medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Palermo, specializzato presso la medesima Università in Ost. e Gin. Direttore U.O.C. Ost./Gin. P.O. Sciacca (AG).

Scopo:

Lo studio si propone di mettere a confronto due tecniche di sospensione della cupola vaginale in pazienti sottoposte a colpoisterectomia con prolasso della volta vaginale. L'obbiettivo primario è quello di valutare i risultati in termini di sicurezza chirurgica e clinici ma soprattutto effettuare una buona correzione del primo livello di De Lancey , verificare la tenuta nel tempo, la compliance della paziente e valutare un nuovo approccio alla chirurgia vaginale di tipo dinamico. L'apice vaginale è la chiave di volta del supporto degli organi pelvici, senza una buona sospensione della volta vaginale le pareti vaginali anteriori e posteriori sono esposte a forze intra-addominali che le dislocano verso l'introito. Il ripristino di una lunghezza vaginale e un ancoraggio adeguato vanno perseguiti in tutti i pazienti che hanno una attività sessuale ma l'intervento va sempre personalizzato tenendo conto dell'età della donna, delle sue esigenze , del BMI, dei danni fasciali presenti ma soprattutto dell'esperienza del chirurgo.

Materiali e metodi:

La prima paziente ha un BMI di 35,3 con prolasso della sola cupola vaginale, due parti eutocici, peso dei neonati di circa 4000, attiva sessualmente, di anni 63, senza incontinenza, POP-Q > 2 e abbiamo preferito effettuare una colpo sospensione al muscolo ileo coccigeo. Abbiamo isolato il muscolo e praticato tre punti per ogni lato con un monofilamento a lento riassorbimento trasfiggendo successivamente la vagina e dopo averla opportunamente recentata si è ottenuta una valida sospensione. Questa tecnica, a nostra avviso è un valido intervento chirurgico che assicura un orientamento più anatomico dell'asse vaginale rispetto alla sospensione del sacro spinoso, e previene il rischio di eventuale danno al plesso pudendo. Considerando che il punto apicale della sospensione all'ileo-coccigeo è distale rispetto alla spina ischiatica, ciò potrebbe comportare una riduzione della lunghezza della vagina.



La seconda paziente, oltre al prolasso di cupola presentava un cistocele di 3° grado per cui si è preferito utilizzare una mesh di ultima generazione, in monofilamento di polipropilene macroporoso, che prevede l'ancoraggio al legamento sacro-spinoso, sospendendo così l'apice vaginale da un lato, e nello stesso tempo correggendo il 2° livello di De Lancey. L'intervento si completa con l'ancoraggio dei leg. utero-sacrali alla rete dopo averli solidarizzati alla fascia retto-vaginale posteriormente. La paziente è una pluripara con due parti vaginali, ha 52 anni, peso dei neonati di

circa 3500 e 4000 gr, un POP-Q system >2, un BMI di 34,2, con cistorettocele ,attiva sessualmente, con IUS.

paz A	PARA 2+0	Non cistocele	Prolasso cupola v	BMI 35.3	NO IUS	Attiva sessual.	POP-Q >2	Ileo-coccigeo
Paz B	PARA 2+0	Cistocele	Prolasso cupola v	BMI 34,2	IUS	Attiva sessual.	POP-Q >2	Uphold



Uphold LITE System
in Final Placement
with Uterus Present



Uphold LITE System
in Final Placement
without the Uterus Present

Risultati e conclusioni:

La colpo sospensione al muscolo ileo coccigeo è una tecnica ormai ben conosciuta i cui risultati hanno dato e continuano a dare grande soddisfazione . L'ancoraggio al muscolo ileo coccigeo se da un lato corregge bene il primo livello di De lancey

dall'altro resta comunque un ancoraggio anomalo, su un muscolo non deputato a tale funzione. Esiste un sinergismo funzionalmente importante tra i muscoli pelvici e i muscoli del del tronco e degli arti, e non meno importante è il sinergismo tra fasce, legamenti e strutture muscolari della zona. Le fasce, costituite da tessuto collagene , elastico e muscolare liscio, ospitano propriocettori che , attivati dallo stiramento dei legamenti inducono una contrazione utile ad abolire la tensione del legamento stesso. Esiste quindi un equilibrio muscolo-fasciale e legamentoso che assicura al pavimento pelvico il giusto grado di tono e contrazione. Si vuole in definitiva evidenziare che nel correggere il primo livello di De Lancey non si agisce in maniera ottimale sul tono muscolare e in particolare sul sinergismo tra elevatore dell'ano e connettivo che riempie la parte anteriore dello iato pelvico e che è alla base del ballooning. La nostra paziente a distanza di tempo ha comunque mostrato una ottima ripresa, dopo circa 20 giorni le algie pelviche erano scomparse, una ripresa della attività sessuale dopo due mesi , alvo regolare , mostra a distanza di un anno un cistocele di 1-2 grado , senza I.U.S. L'utilizzo della mesh , invece ha corretto bene sia il primo che il secondo livello, buona qualità di vita, no IUS, ripresa della attività sessuale dopo due mesi. La nostra paziente avendo avuto un prolasso vescicale di terzo grado ha praticato un periodo di riabilitazione perineale dando alla stessa un buon controllo dei muscoli del perineo e il ripristino della fascia puboretrovaginale e con l'ausilio della mesh ha ridotto le recidive quasi a zero. Riteniamo comunque che non si debba generalizzare un intervento ed estenderlo a tutti i prolassi , poichè diverse sono i danni anatomici da correggere da paziente a paziente e diverse le esigenze e aspettative della paziente. Bisogna personalizzare l'approccio chirurgico riuscendo a ottenere il massimo risultato col minimo sforzo e cercando di correggere i 3 livelli di De Lancey e ottenere quel tono muscolare pelvico che è il risultato di una corretta connessione muscolo-fasciale e quindi una correzione muscolo-fasciale funzionale e non statica.

Bibliografia:

- 1) Surgical treatments for vaginal apical prolapse. *Obstet Gynecol Sci* 2016 jul;59(4):253-60. Doi: 10.5468/ogs 2016 Kong Mk, Bai Sw.
- 2) Iliococcygeus fixation or abdominal sacral colpopexy for the treatment of vaginal vault prolapse: a retrospective color study. *Int Urogynecol J*. 2014 Feb; 25(2):279-84. Doi : 10.1007/s00192-013-2216-6. Epub 2013 Sep. Milani R, Cesana Mc, Spelzini F, Sicuri M, Manodoro S, Fruscio R.

- 3) Sacrospinous fixation for vaginal vault prolapse after hysterectomy sec. Miyazaki-longterm results. *Ceska Gynekol.* 2013 jan;78(1):27-31. Pilka R, Kudela M, Hejtmanek P, Dzvincuk P.
- 4) Long-term results of prolapse recurrence and functional outcome after vaginal hysterectomy. *Int J Gynaecol Obstet*, 2013 Jan;120(1):57-60; doi : 10.1016/j.ijgo.2012.07.022. Epub 2012 Oct 18. Prodigalidat Lt, Peled Y, Stanton Sl, Krissi H.
- 5) A multicenter , randomized, prospective, controlled study comparing sacrospinous fixation and transvaginal mesh in the treatment of posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2012 oct.207(4):301.e 1-7. doi 10.1016/j.ajog.2012.08.016. Epub 2012.
- 6) Risk of mesh erosion after abdominal sacral colpoperineopexy with concomitant hysterectomy. *Am J obstet gynecol.* 2009 nov: 201(5):541.e1-4 doi.10.1016/j.ajog 2009.07.053. epub 2009 sep. Nosti Pa, Lowman JK, Zollinger TW, Hale Ds, Woodman PJ.
- 7) Vaginal vault dehiscence after hysterectomy. *J. Minim, AI- Ghafri W, Antolin R, Arrington J, O'kelley K, Thomson A.J, Tulandi T.*
- 8) Pelvic organ prolapse repair using the Uphold™ Vaginal Support System: a 1-year multicenter study
Daniel Altman^{1,2} & Tomi S. Mikkola^{3,4} & Karl Möller Bek⁵ & Päivi Rahkola-Soisalo³ & Jonas Gunnarsson⁶ & Marie Ellström Engh⁷ & Christian Falconer²
- 9) Utero-vaginal suspension using bilateral vaginal anterior sacrospinous fixation with mesh: intermediate results of a cohort study Vincent Letouzey¹ & Daniela Ulrich^{1,2} & Eva Balenbois¹ & Arnaud Cornille¹ & Renaud de Tayrac¹ & Brigitte Fatton¹
- 10) The relationship between anterior and apical compartment Support Aimee Summers, BSEa, Lisa A. Winkelb, Hero K. Hussain, MDc, and John O.L. DeLancey.
- 11) Minimal mesh repair for apical and anterior prolapse: initial anatomical and subjective outcomes Manhan K. Vu & Juraj Letko & Kelly Jirschele & Adam Gafni-Kane & Aimee Nguyen & Honyan Du & Roger P. Goldberg