

La Chirurgia vaginale del prolasso genitale: fasciale o protesica?

Torrisi G., Ettore C., Ferraro S., Guardabasso V.,* Ettore G.

Dipartimento Materno Infantile. ARNAS Garibaldi-Nesima Catania.

*Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico-Vittorio Emanuele"

Introduzione

Le attuali evidenze scientifiche sul trattamento chirurgico vaginale del prolasso genitale (POP) sottolineano che la chirurgia protesica, rispetto alla chirurgia tradizionale, è associata ad una minore incidenza di recidiva anatomica (soprattutto del comparto anteriore), ma che questi vantaggi devono essere ponderati in funzione di una più alta incidenza di outcomes sfavorevoli quali: incontinenza urinaria da stress de novo, estrusione della rete, più alta incidenza di re-intervento (1). Il rapporto rischio/beneficio non depone quindi a favore dell'utilizzo delle mesh transvaginali nella chirurgia vaginale primaria, riservandone l'utilizzo ai casi di provato rischio di recidiva.

Obiettivo. Scopo del seguente studio è quello di confrontare gli outcomes anatomici e funzionali della chirurgia vaginale fasciale e protesica, con un follow-up medio di 2 anni.

MATERIALI E METODI

Lo studio clinico osservazionale è stato condotto sulle pazienti (426) consecutivamente sottoposte ad intervento chirurgico vaginale per la correzione del prolasso genitale primitivo o recidivante nel periodo compreso tra giugno 2012 e febbraio 2016. Il work-up pre-operatorio ha previsto per ogni paziente: **a)** compilazione di specifica scheda computerizzata per raccogliere le informazioni di tipo anamnestico e le concomitanti patologie disfunzionali di tipo urinario ed intestinale; **b)** esame obiettivo uroginecologico per la stadiazione del prolasso (ICS POP-Q- Pelvic Organ Prolapse Staging System); **c)** studio urodinamico convenzionale; **d)** ecografia tridimensionale (3D) endovaginale (2).

La tecnica chirurgica utilizzata per la riparazione fasciale prevede: a) colpoisterectomia, b) colposospensione ai legamenti utero-sacrali (McCall modificato) od ai legamenti sacrospinosi, c) chiusura alta del peritoneo, d) ricostruzione dell'anello pericervicale mediante la sintesi delle fasce vaginali anteriore e posteriore all'apice vaginale, e) cistopessi secondo Lahodny (1° tempo), f) rettopessi secondo Richardson, g) ricostruzione del nucleo fibroso del perineo. Per la chirurgia protesica del POP anteriore, apicale e posteriore sono state utilizzate reti transvaginali single incision (Elevate Anteriore /Posteriore AMS ed Uphold lite, Boston Scientific).

Le pazienti sono state sottoposte a follow-up ogni sei mesi per il primo anno e poi ogni anno con valutazione clinica soggettiva (riscontro da parte della donna dei sintomi del prolasso, in linea con le raccomandazioni dell'International Urogynecological Association / International Continence Society (IUGA / ICS) ed obiettiva con misurazione degli outcome funzionali ed esame obiettivo uroginecologico. 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

350 pazienti sono state sottoposte a chirurgia fasciale, ma solo per 142 di esse abbiamo un follow-up medio di 2 anni.

76 pazienti sono state trattate con chirurgia protesica (38 con chirurgia uterus sparing) e per 49 di esse il follow-up medio è di 2 anni.

In quarantanove pazienti è stato utilizzato il sistema single incision Elevate anterior o posterior ed in 27 il sistema Uphold Lite. La chirurgia fasciale è stata in tutti i casi una chirurgia primitiva, per 19 delle 76 pazienti con correzione protesica si è trattato di re-intervento (prolasso di cupola post-isterectomia vaginale)

Le caratteristiche cliniche delle pazienti, le malattie concomitanti, il grado di prolasso sono riportate nella tab. 1 e non esistono differenze significative tra i due gruppi di pazienti. I sintomi funzionali (incontinenza urinaria-UI, incontinenza anale-AI, disturbi dello svuotamento vescicale) sono stati valutati prima dell'intervento chirurgico ed al follow-up (tab. 2). Il tasso di cura a 2 anni è dell'81,5% per la chirurgia fasciale e dell'86% per la chirurgia protesica (nessuna differenza significativa).

Il comparto anteriore ed apicale sono i siti più comunemente interessati nella recidiva del POP, sia per la chirurgia tradizionale che protesica (tab.1).

Complicanze principali della chirurgia fasciale: emoperitoneo in 2 casi (2/142, 1,4%), 5 ematomi perineali (3.5%). Complicanze gravi della chirurgia protesica: 2 ematomi pelvici (2%) e 2 lesioni vescicali (2%).

Tra le complicanze più frequenti registrate in chirurgia protesica l'estrusione vaginale parziale della rete (4/49, 8%), che ha richiesto in tutti i casi un ricovero in day surgery per la rimozione della stessa. Gli outcomes funzionali sono un po' meno soddisfacenti per la chirurgia protesica per l'insorgenza di incontinenza urinaria de Novo (7/49, 14%), defecazione ostruita (6/49, 12%) e dolore pelvico persistente (5/49, 10%). Il Tasso di re-intervento per recidiva del prolasso è : 3.5% per la chirurgia fasciale e 4% per quella protesica.

Tab 1: dati pazienti (n=191)

età (mean \pm SD)	64.2 \pm 8.5	Recidiva anatomica		
Parità (mean \pm SD)	3.2 \pm 1.4	Chirurgia fasciale (n=142) Mesh (n=49)		
BMI (mean \pm SD)	27 \pm 3.3	Stage 2	21 (15%)	5 (10.2%)
Diabete	30 (16%)	Stage 3	5 (3.5%)	2 (4%)
Iperensione	72 (38%)	Sito di ricorrenza		
Parto		Anteriore	19 (73%)	5 (62%)
Spontaneovaginale	114(61.5%)	Anteriore/apicale	6 (12%)	2 (25%)
operative vaginale	71 (37.4%)	Anter/apic/poster	4 (15%)	1 (12%)
taglio cesareo	6 (3%)	Re-intervento	5 (3.5%)	2 (4%)
peso neonato (mean \pm SD)	3743 \pm 488			
menopausa fisiologica	150 (79%)			
POP-Q stage pre-operatorio				
Stage 2	19 (10%)			
Stage 3	133 (70%)			
Stage 4	39 (20%)			
Pregressa chirurgia pelvica	19 (10%)			

Tab.2 sintomi funzionali prima e dopo chirurgia

	Chirurgia fasciale		chirurgia protesica	
	prima	dopo	Before	After
IUS	49 (34%)	17 (11%)	16 (32%)	13 (26%)
URGE Inc.	14 (10%)	3 (2.3%)	1 (2%)	1 (2%)
UI – mista	18 (13%)	8 (6%)	6 (12%)	2(4%)
Disturbi Svuotamento vescicale	30 (22%)	3 (2%)	9 (18%)	1 (2%)
Incontinenza anale	9 (7%)	3 (2%)	0	0
URGE Inc. De novo	/	9 (7%)	-	1 (2%)
IUS De novo	/	8 (6%)		7 (14%)

CONCLUSIONI. La scelta dell'approccio chirurgico vaginale al prolasso genitale se di tipo fasciale o protesico deve essere effettuata caso per caso, in base alle variabili individuali, alle aspettative della paziente ed ai difetti anatomici.

Il trattamento deve essere personalizzato e l'uso della mesh deve essere selettivo ed appropriato. La consulenza sui rischi, i benefici e le alternative alla chirurgia del pavimento pelvico è la chiave per una scelta chirurgica orientata al miglioramento della soddisfazione della paziente. La chirurgia vaginale fasciale e protesica rappresentano a nostro giudizio non due forme di chirurgia in antitesi, ma due importanti risorse che il chirurgo ha a disposizione e che può modulare caso per caso per affrontare e risolvere al meglio le complesse problematiche legate alla patologia disfunzionale del pavimento pelvico

Bibliografia

1. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Marjoribanks J. Transvaginal mesh or grafts compared with native tissue repair for vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;**2**: CD012079
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.