

LA CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DEL PAVIMENTO PELVICO, ANALISI RETROSPETTIVA DI 10 ANNI DI ATTIVITA' DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO PROVINCIALE

Giuliano Carlo Zanni¹, Cristiana Nardi², Gabriele Falconi³.

^{1,3} UOC di Ginecologia e Ostetricia Ospedale "San Bortolo" ULSS n. 8, Viale Rodolfi, 37 - 36100 Vicenza (Italia) Vicenza

² Corso di Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia - Università degli studi di Padova, Scuola di Medicina e Chirurgia, Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova (Italia).

Topic: Chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico

Abstract

Scopo. L'approccio alla chirurgia ricostruttiva del prolasso genitale è variato notevolmente nell'ultimo decennio, condizionato soprattutto dall'avvento della laparoscopia che ha reso riproducibili i risultati ottenuti dall'approccio addominale a cielo aperto e dall'utilizzo delle protesi/mesh introdotte con lo scopo di ridurre i tassi di recidiva registrati con l'utilizzo del solo tessuto nativo. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dell'utilizzo della tecnica laparoscopica (1) con il relativo posizionamento di mesh per via addominale e ad una riduzione dell'utilizzo di mesh per via vaginale (2), soprattutto dopo le notifiche riguardanti le complicanze relative al loro utilizzo rilasciate dall'US FDA nel 2008 e nel 2011.

Abbiamo analizzato i casi operati negli ultimi 12 anni da un unico operatore esperto¹, responsabile di un servizio di uroginecologia di riferimento provinciale.

La nostra analisi si propone l'obiettivo di verificare l'utilizzo di mesh prima e dopo il 2011 (Tab. 1) e la percentuale relativa tra interventi effettuati per via vaginale rispetto a quelli effettuati per via addominale (Tab. 2).

Materiali e metodi. Abbiamo individuato 549 pazienti sottoposte a correzione chirurgica del prolasso con l'utilizzo o meno di protesi dal 1/1/2005 al 31/10/2016 dallo stesso primo operatore tramite la ricerca dei codici DRG. Non è stata considerata l'attività operatoria effettuata dal 7/2007 all'10/2010 perché il primo operatore svolgeva le funzioni di direttore di UOC in altra sede.

Dopo aver controllato la descrizione dell'atto operatorio abbiamo escluso due pazienti operate d'isterectomia vaginale isolata. Il campione di studio era formato da 547 pazienti di cui 498 erano operate per via vaginale (215 con mesh costituivano il gruppo "VM" e 283 senza l'utilizzo di mesh costituivano il gruppo "V"), 33 per via addominale laparoscopica e 16 per via combinata con posizionamento della mesh per via vaginale e sua sospensione al sacro per via laparoscopica (Vaginal Assisted Laparoscopic Sacrocolpopexy - VALS). La correzione per via addominale avveniva sempre in laparoscopia, con l'utilizzo di mesh e con la loro sospensione al promontorio del sacro per cui abbiamo ritenuto opportuno considerare le 49 pazienti operate con laparoscopia (isolata o combinata alla via vaginale) nell'unico gruppo "A". Abbiamo poi diviso la popolazione studiata in base all'anno della chirurgia individuando due periodi: dal 2005 al 2011 e dal 2012 al 2016 (Tab 1).

Tab 1:

		ETA'	2005-2016		2005-2011		2012-2016	
	Interventi per la Correzione del Prolasso	69.9±10.9	547	%	209	%	338	%
A	ADDOMINALE (LPS) con MESH	61.8±9.3	49	8.96	1	0.47	48	14.2
VM	VAGINALE con MESH	70.2±10.4	215	39.31	121	57.89	94	27.8
V	VAGINALE senza MESH	71.0±11.2	283	51.74	87	41.63	196	57.98

Risultati.

Abbiamo verificato l'utilizzo delle mesh negli interventi di correzione del prolasso (Tab. 2) e l'approccio Addominale e Vaginale alla Correzione del Prolasso (Tab. 3) prima e dopo il 2011

Tab. 2:

Interventi per la	2005-2016	%	2005-2011	%	2012-2016	%
-------------------	-----------	---	-----------	---	-----------	---

Correzione del Prolasso						
No Mesh (V)	283	51.74	87	41.63	196	57.98
Sì Mesh	264	48.2	122	58.37	142	42.02
(VM)	215	81.44	121	99.18	94	66.2
(A)	49	18.56	1	0.82	48	33.8

Tab. 3:

Interventi per la Correzione del Prolasso	2005-2016	%	2005-2011	%	2012-2016	%
ADDOMINALI (A)	49	8.96	1	0.48	48	14.2
VAGINALI (VM+V)	498	91.04	208	99.52	290	85.8

L'approccio addominale per la correzione dei difetti della statica pelvica è stato esclusivamente laparoscopico.

Il primo operatore⁽¹⁾ ritiene che l'attività operatoria svolta nel periodo 7/2007-10/2010 possa rispecchiare l'approccio chirurgico rilevato dai dati corrispondenti al periodo 2005-2011.

Si rileva come dopo il 2011 l'utilizzo delle mesh si sia ridotto (dal 58.4% al 42%) con un'inversione speculare rispetto agli interventi che non prevedevano l'utilizzo di mesh (dal 41.6% al 58%). Tale decremento è ancor più significativo se si considera che mentre dal 2005 al 2011 solo 1 protesi su 100 era posizionata per via addominale, dal 2012 al 2016 ben 1 su 3 veniva posizionata laparoscopicamente.

Conclusioni. Nella nostra istituzione la riduzione del ricorso alla chirurgia protesica vaginale per un maggior utilizzo di quella con tessuto nativo e di quella protesica laparoscopica ricalca il trend registrato a livello internazionale dopo la notifica dell'US FDA nel 2011 pur mantenendo un ruolo significativo.

Bibliografia

1. Wasson MN, Hoffman MK, Impact of a robotic surgical system on hysterectomy trends, Del Med J, 2015, vol 87 n. 2
2. Skoczylas LC, Turner LC, Wang Li, Winger DG, Sheperd JP, Changes in prolapse surgery trends relative to FDA notifications regarding vaginal mesh, Int. Urogynecol J, 2014, 25: 471-477