

## Monoprotesi per il trattamento simultaneo del cistocele e dell'incontinenza urinaria da stress (protocollo NAZCA): studio prospettico

S. BANDIERA, A. CACCIATORE, L. CIOTTA, R. GIORDANO, G. GAROFALO, I. IOZZA, A. CIANCI

**RIASSUNTO:** Monoprotesi per il trattamento simultaneo del cistocele e dell'incontinenza urinaria da stress (protocollo NAZCA): studio prospettico.

S. BANDIERA, A. CACCIATORE, L. CIOTTA, R. GIORDANO, G. GAROFALO, I. IOZZA, A. CIANCI

*La riparazione protesica del prolasso della parete vaginale anteriore di III e IV grado (Classificazione di Baden e Walker) con doppio approccio transotturatorio da luogo a IUS de novo fino al 20-30% secondo i dati riportati in letteratura. Da qui il razionale per la riparazione protesica simultanea di cistocele e IUS con monoprotesi sintetica in polipropilene (Prepubic/TOT Mesh-Promedon S.A, Argentina) che rinforza i ligamenti pubouretrali e la fascia pubo-vescico-vaginale. Nel nostro campione di 6 pazienti abbiamo riscontrato l'80% di successo anatomico a fronte di un successo funzionale del 100% con un miglioramento significativo nella qualità di vita delle pazienti, una consistente riduzione dei sintomi legati al prolasso e la correzione dell'incontinenza urinaria da sforzo (IUS) nel 100% dei casi.*

**SUMMARY:** Monoprotesis to treat both cistocele and stress incontinence (Prepubic/TOT Mesh-Promedon): a prospective study.

S. BANDIERA, A. CACCIATORE, L. CIOTTA, R. GIORDANO, G. GAROFALO, I. IOZZA, A. CIANCI

*Surgical treatment of anterior vaginal wall prolapse (grade III or IV of Baden & Walker Classification) by double transobturator approach causes SUI de novo of up to 20-30% according to the data brought in literature. From here the rationale for the reparation simultaneous protesica of cistocele and SUI with synthetic monoprotesis in polypropylene (Prepubic / TOT Mesh-Promedon S.A, Argentina) that strengthens the pubourethral ligaments and the pubo-vescico-vaginal fascia. In our group of 6 patients we have found 80% of anatomical success to 100% functional success forehead with a meaningful improvement in the quality of life of the patients, a consistent reduction of the tied up symptoms to the prolapse and the correction of the urinary incontinence from effort (SUI) in the 100% of the cases.*

**KEY WORDS:** Prolasso vaginale anteriore - Monoprotesi in polipropilene, Doppio approccio transotturatorio - Cistocele - SUI.  
Anterior vaginal wall prolapse - Synthetic monoprotesis - Double transobturator approach - Cystocele - SUI.

### Premessa

Le mesh in polypropylene macroporose, monofilamento e non riassorbibili, incontrano grandi consensi in campo uroginecologico poiché inducono un processo tissutale reattivo con formazione di citochine della flogosi che stimolano la proliferazione dei fibroblasti e la neoformazione di tessuto connettivo (1,2). La riparazione del cistocele con mesh sintetica e doppio ap-

proccio transotturatorio presenta percentuali di successo variabili (75-100%) ma l'84.4% delle pazienti viene trattata con il triplo approccio transotturatorio per la concomitante IUS con successo nel 90% dei casi (3).

Proponiamo i risultati del nostro studio con monoprotesi per il trattamento simultaneo del cistocele e della IUS.

### Materiali e metodi

Il nostro campione è formato da 6 pazienti di età compresa tra 49 e 73 anni (media di 64 anni) trattate tra febbraio e maggio del 2006. Il loro BMI cadeva in un range compreso tra 21.4 e 30.9 (media di 26.1). Il 66.6% delle pazienti accusava dispareunia, ed inconti-

Università degli Studi di Catania  
Dipartimento di Scienze Microbiologiche e Scienze Ginecologiche  
Istituto di Patologia Ostetrica e Ginecologica  
P.O. Santo Bambino (CT)

© Copyright 2008, CIC Edizioni Internazionali, Roma

nenza urinaria mista mentre il 50% aveva infezioni urinarie ricorrenti con pollachiuria e senso di incompleto svuotamento. Il consumo medio di pannolini nelle 24 ore era di 2.5 (tra 0 e 5).

Tutte le pazienti sono state sottoposte, dopo la preliminare valutazione anamnestica, a visita uroginecologica completa, verificando tutti i compartimenti del pavimento pelvico e la componente muscolare perineale (Tab. 1). Viene fatto eseguire lo stress test in clinostatismo ed in ortostatismo previa riduzione del prollasso con tampone vaginale conformato ad hoc. Infine, la valutazione viene completata con uroflussimetria libera ed esame urodinamico. Le pazienti sono state valutate nel postoperatorio con il POP-Q e tramite questionari sulla sessualità (IFFI) e riguardanti l'impatto invalidante sulla qualità di vita dei sintomi del cistocele, usando il questionario di OABq-SF (4,5).

I questionari hanno messo in evidenza come i sintomi del prollasso varino di giorno in giorno con una variabilità infragiornaliera e riacutizzazioni la sera. Alcuni sintomi possono essere intermittenti e variabili, quindi spesso difficili da valutare o con minore tempestività rispetto ai sintomi più severi (5). Nonostante ciò, è una sfida arrivare ad una definizione clinica perché si deve tener conto dei sintomi riferiti dalle pazienti, ma anche di dati obiettivi ed obiettivabili. L'80.1% delle pazienti è sintomatico. Sono più sintomatici i prollassi di II grado e i casi di pregressa chirurgia uroginecologica. Attività come camminare o alzarsi in piedi aggraverebbero i sintomi ma circa il 30% delle intervistate dichiara che la variabilità dei sintomi non è connessa ad alcuna particolare attività né ora del giorno.

L'entità del prollasso misurata all'esame fisico non è correlata con la gravità dei sintomi e sembra, al contrario, che il prollasso di II grado crei disagi maggiori di quello di IV grado. Le spiegazioni possono essere molteplici: il prollasso di IV grado rappresenta un difetto manifesto e necessita di cure, mentre quello di II gra-

do può non richiedere la correzione e per questo creerebbe disagi maggiori. Il rationale per la riparazione concomitante di cistocele e IUS è di rinforzare i legamenti pubouretrali e la fascia pubo-vescico-vaginale.

## Tecnica chirurgica

Con la paziente in posizione litotomica, si effettuano l'incisione colpotomica e la dissezione smussa fino a 2 cm dalla cervice in basso e fino alle *white lines* lateralmente. Si praticano 2 incisioni sovrapubiche (2 cm sopra l'osso pubico), distanti 3-5 cm l'una dall'altra. Il dito indice è usato per proteggere l'uretra e guidare l'ago nel percorso prepubico, creando un effetto velcro che migliora l'autostaticità. Si collegano gli aghi alle estremità silconate delle braccia della mesh in polypropylene (Prepubic/TOT Mesh-Promedon S.A, Argentina) e si ritirano indietro. Si praticano, poi, le 2 incisioni trans-otturatorie 3 cm lateralmente al clitoride, inserendo gli aghi elicoidali parallelamente alla branca ascendente ischio-pubica con tecnica out-in. Si collegano le braccia della mesh agli aghi in modo tale che la parte centrale del corpo della mesh venga a trovarsi sotto la base vescicale in maniera *tension-free* o *low-tension* applicando due punti di sutura tra mesh e parete vaginale. Infine, si sutura la parete vaginale con tecnica overlap evitando la sovrapposizione della linea di sutura con la mesh.

## Risultati

Al follow-up ad 1 anno si rileva 1 caso di cistocele recidivo di II grado, asintomatico. Due pazienti accusano ancora dispareunia, ma con un miglioramento significativo della qualità di vita anche sul piano sessuale. Nel 100% dei casi è stata trattata con successo l'incontinenza urinaria da sforzo.

TABELLA 1 - ESAME OBIETTIVO PREOPERATORIO CON POP-Q NEL NOSTRO CAMPIONE DI STUDIO.

PAZIENTI	Aa	Ba	C	Gh	Pb	TVL	Ap	Bp	D
I	0	+2	+2	4	1.5	2	-2	-1	-5
II	-1	-1	0	3	2	1	-2	-2	-7
III	+3	+4	+5	4	1	0	-2	-2	-3
IV	+2	+3	0	4	1.5	0	-3	-3	-2
V	+1	-2	-2	+3	2	6	+2	-2	7
VI	-2	-2	-6	3.5	1.5	6	-3	-3	

## Discussione

Questi risultati suggeriscono che le monoprotesi NAZCA sono sicure ed efficaci; inoltre aggiungono il vantaggio di correggere allo stesso tempo cistocele e IUS poiché il trattamento del prolasso isolato e severo della parete vaginale anteriore con mesh da luogo ad un 20-30% di IUS de novo, non osservato nella nostra casistica. Occorre rassicurare le pazienti sul fatto che l'insorgenza di dispareunia de novo nell'immediato postoperatorio è legata alla retrazione cicatriziale della mesh e che si risolve dopo circa 40 giorni dall'intervento.

## Conclusioni

“È giusto applicare le nuove tecniche protesiche transotturatorie nel trattamento del prolasso pelvico?”. L'81% dei ginecologi che ha preso parte al congresso della Società Americana di Uroginecologia del 2004 ha risposto positivamente a questa domanda. La riduzione dei tempi chirurgici e l'efficacia dei risultati sono un incentivo all'utilizzo della monoprotesi in pazienti con prolasso associato ad incontinenza urinaria da sforzo.

## Bibliografia

1. SILVA WA, KARRAM MM. *Scientific basis for use of grafts during vaginal reconstructive procedures*. Curr Opin Obstet Gynec 2005;17:519.
2. DE TAYRAC R, GERVAISE A, CHAIVEAUD A, FERNANDEZ H. *Tension-free polypropylene mesh for vaginal repair of anterior vaginal wall prolapse*. J Reprod Med 2005;50:75.
3. SALVATORE S, SOLIGO M, MESCHIA M, LUPPINO G, PIFFAROTTI P, ARCARI V. *Prosthetic surgery for genital prolapse: functional outcome*. NeuroUrol Urodyn 2002;21:296.
4. GOMELSKY A, RUDY DC, DMOCHOWSKI RR. *Porcine dermis interposition graft for repair of high grade anterior compartment defects with or without concomitant pelvic organ prolapse procedures*. J Urol 2004;171:1581.
5. SUNG VW, CLARK MA, SOKOL ER, RARDIN CR, MYERS DL. *Variability of current symptoms in women with pelvic organ prolapse*. International Urogynecology Journal 2007; 18:787-798.



→ ACCESSO

Utente

Password



- Profilo utente
- Registrazione

→ RIVISTA

- Presentazione
- Media Planner
- Ultimo numero
- Archivio numeri precedenti
- Ricerca
- Abbonamento
- Forthcoming Events

→ INFO

- Informazioni per gli autori
- Sito web della società scientifica

*Gentile Lettore,*

## **il Giornale Italiano di Ostetricia e Ginecologia**

*è consultabile anche on-line*

*Al sito si accede direttamente all'indirizzo*

**[www.giog.it](http://www.giog.it)**

*oppure attraverso il link della nostra casa editrice*

**[www.gruppocic.it](http://www.gruppocic.it)**

*nella sezione "Giornali, Riviste, Newsletter"*

*La ricerca bibliografica si effettua tramite: titolo, autore, anno di pubblicazione, abstract e tipologia di articolo (case report, clinical case, ecc.)*

*Nell'archivio sono presenti tutti i numeri del **2003, 2004, 2005, 2006 e 2007.***

*L'Editore*