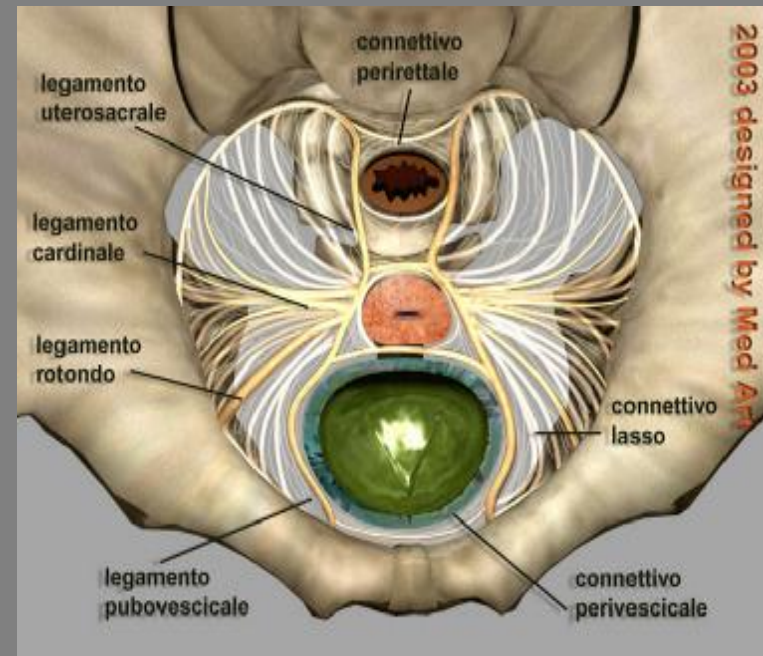
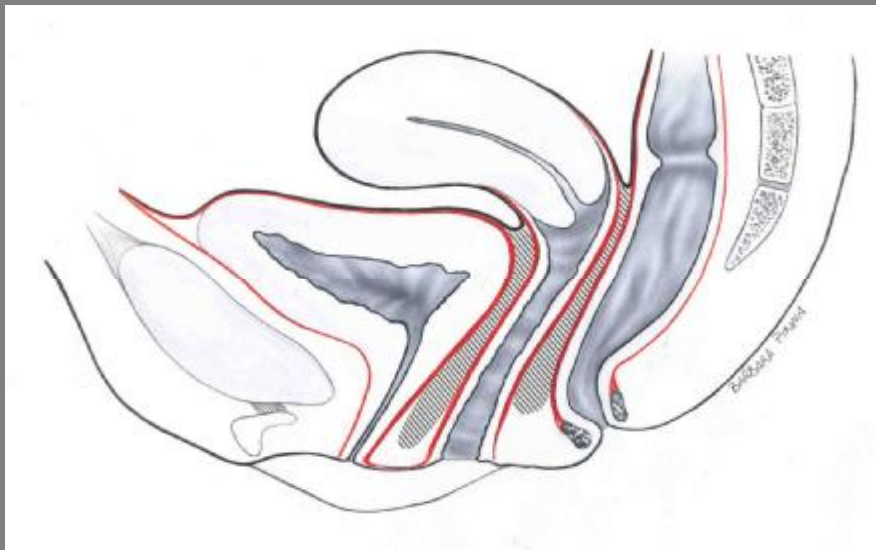
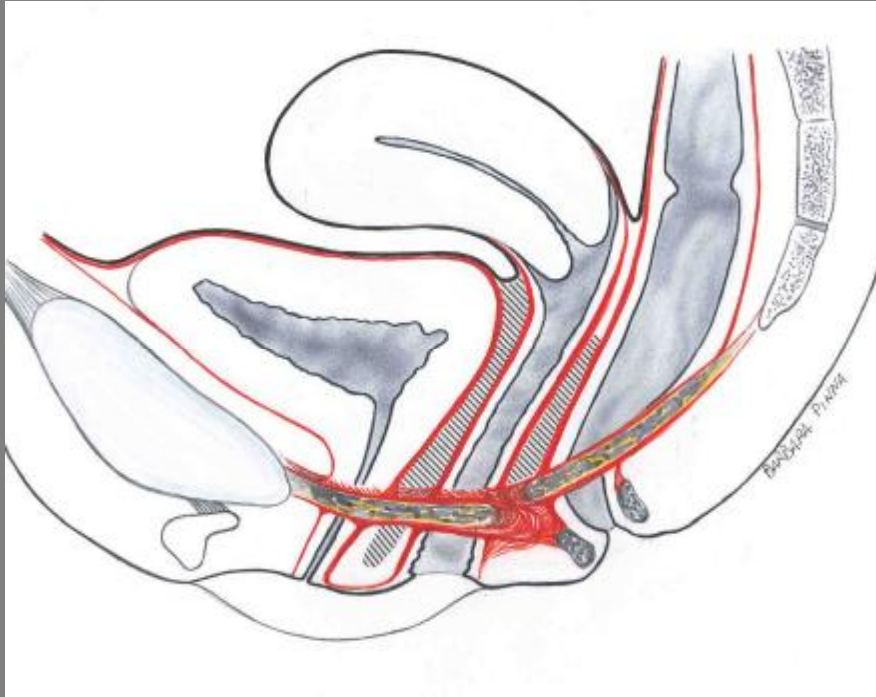
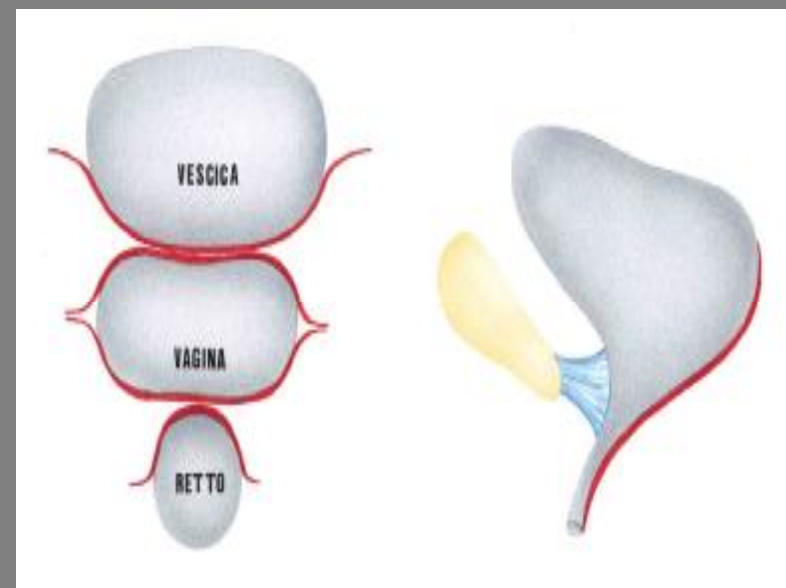
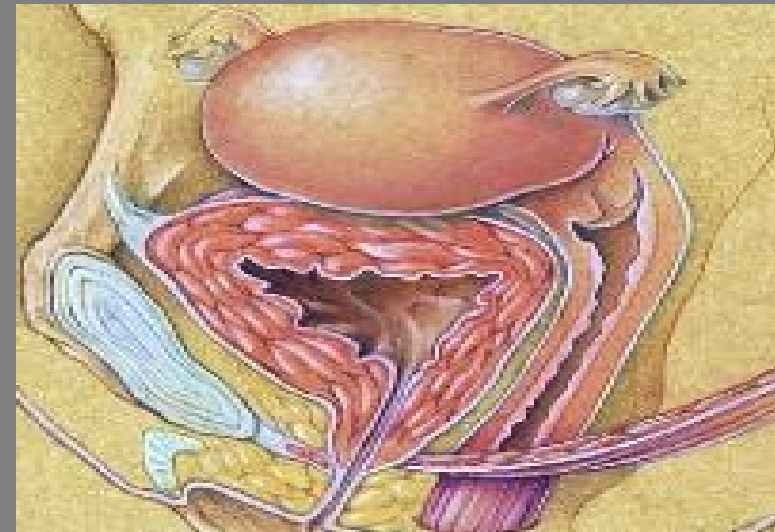
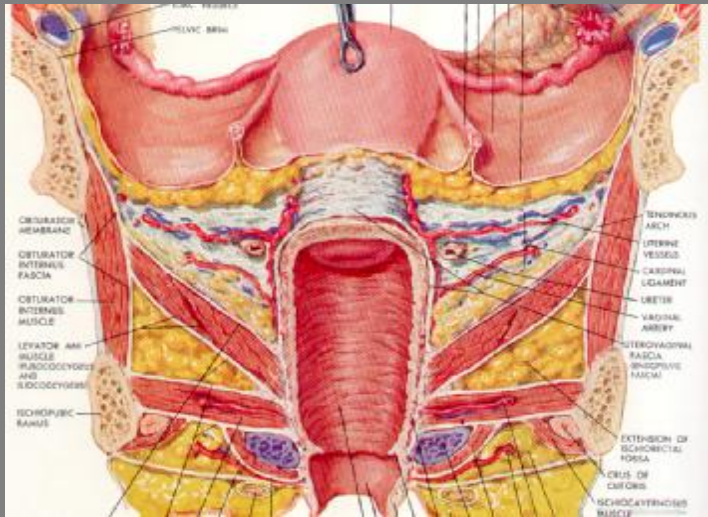


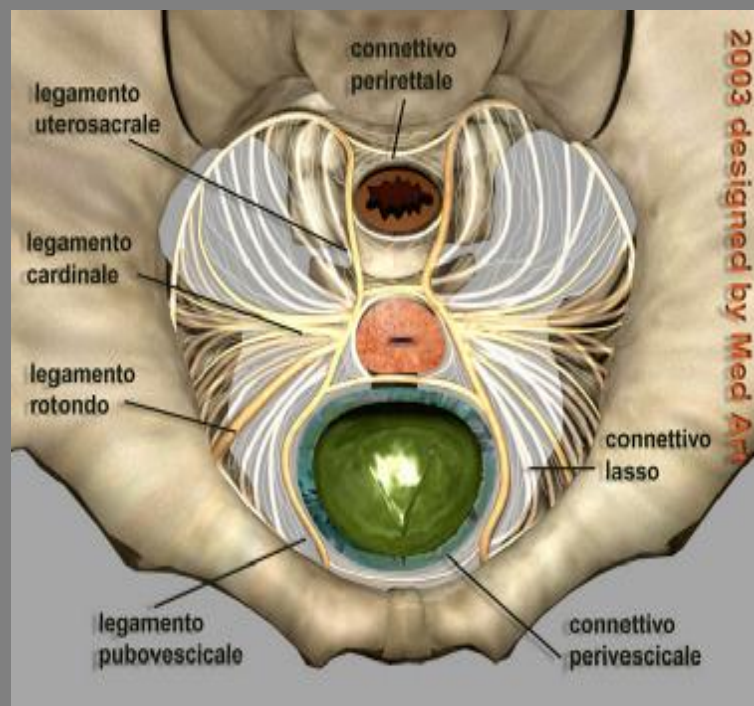
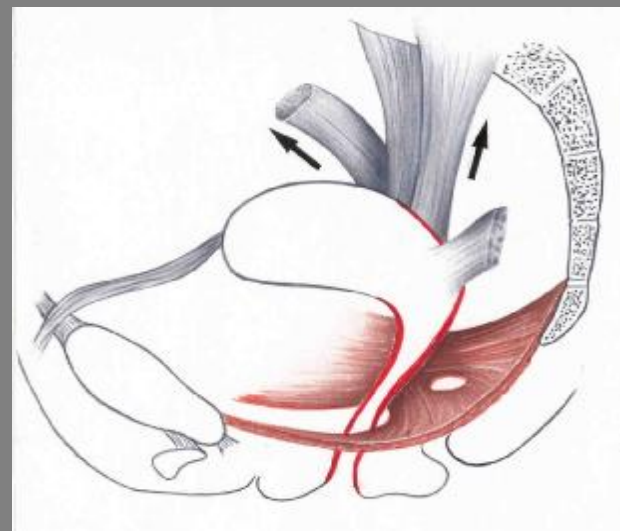
Il pavimento pelvico è una struttura estremamente complessa che garantisce la cosiddetta *STATICA pelvica* che vede i visceri della pelvi in una particolare posizione che ne garantisce l'integrità *anatomica e funzionale*



Apparato di sostegno - contenzione



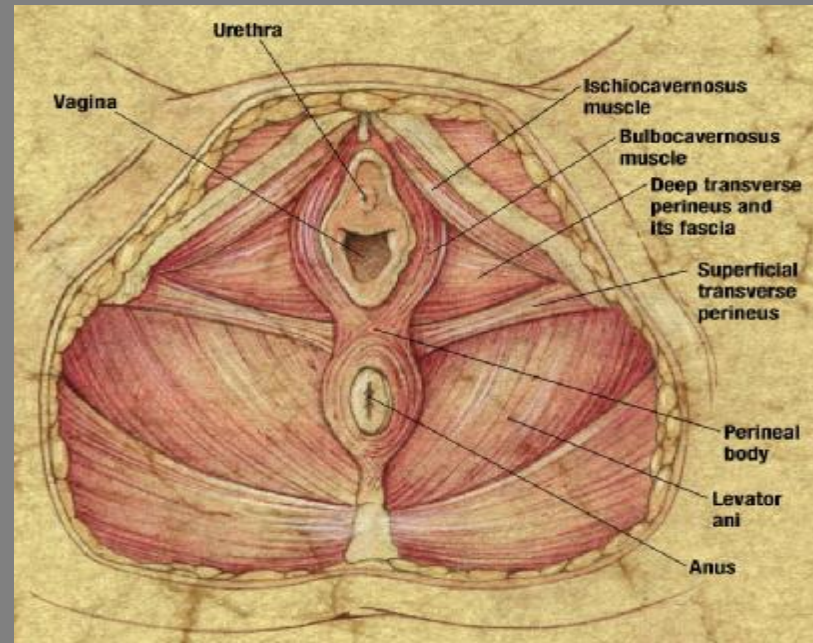
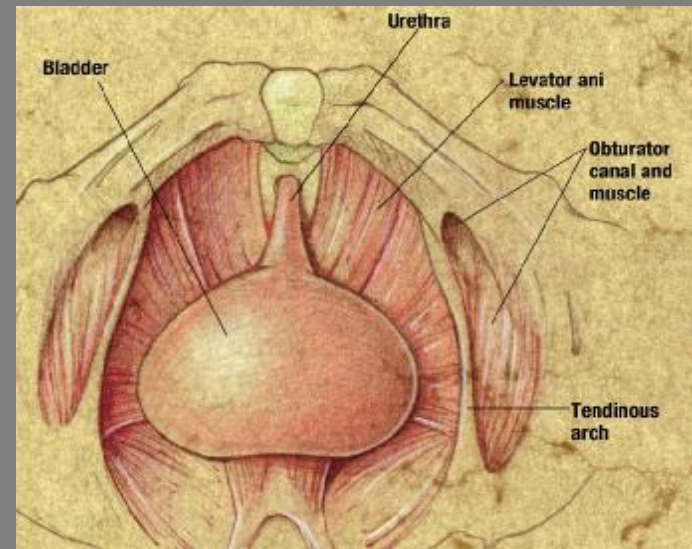
Apparato di sospensione



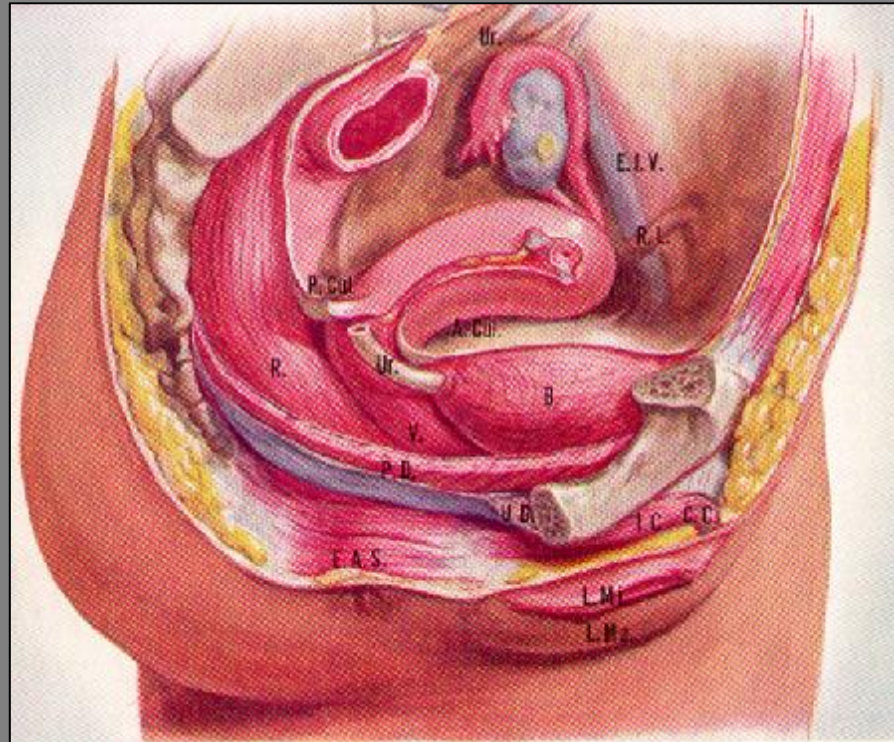
Leg. Pubo-uretrali



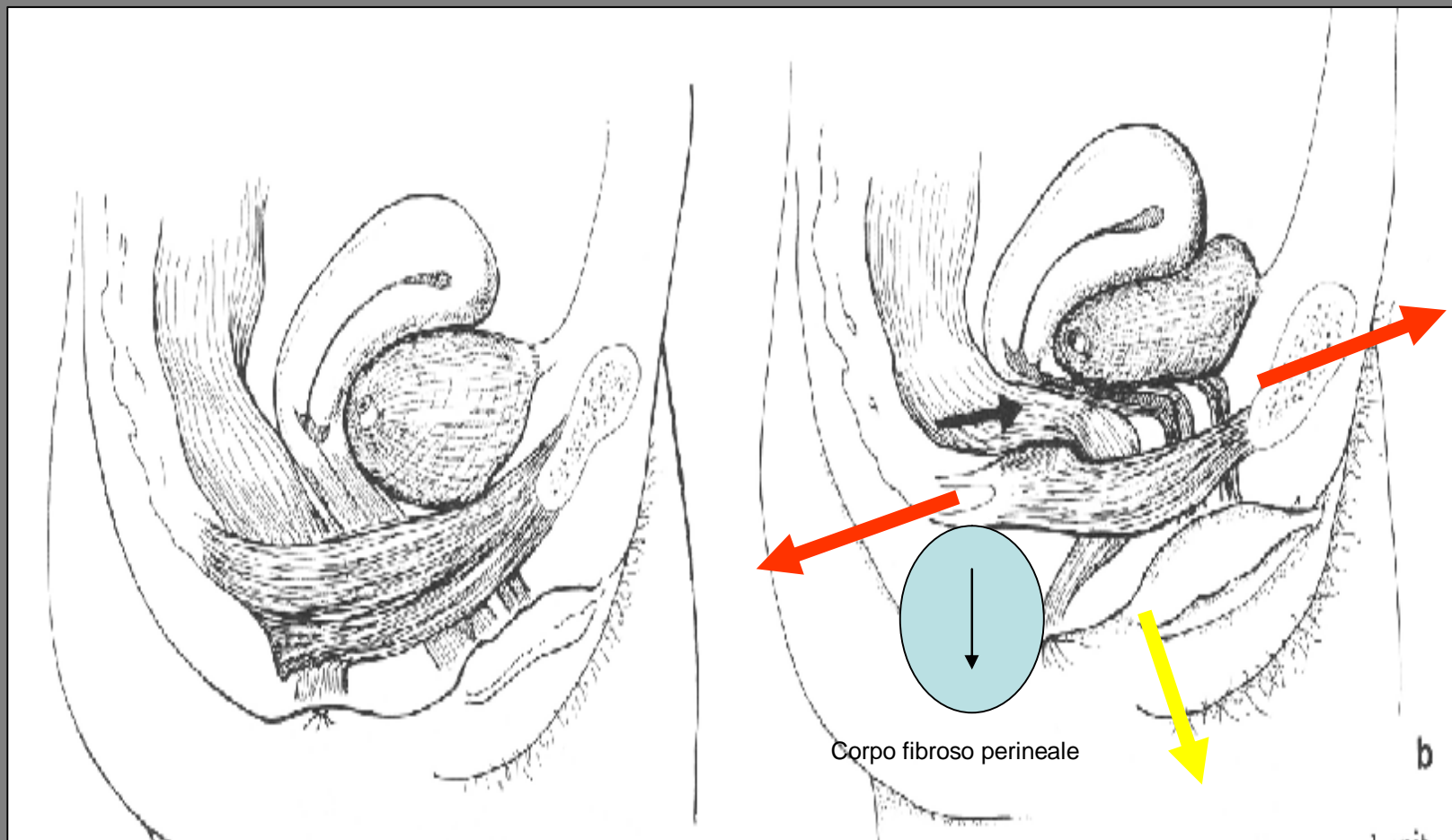
Apparato di contenimento-opposizione a forze espulsive



funzione statica



funzione dinamica



Il pavimento pelvico normofunzionante è un sistema bilanciato ed integrato composto da muscoli e tessuto connettivo

Epidemiologia

(non conosciute le “conservative”)

40% delle donne pluripare sopra i 50 anni (*Slieker-ten Hove MC 2009*)

50% delle donne pluripare hanno qualche grado di prolasso (*Beck RP, 1991*)

10-20% sono sintomatiche

Età media 71 aa (55-84) Clin Ost Fe

Rischio cumulativo nella vita fino a 80 anni di subire una chirurgia per POP è pari all'11%
Il 30% andrà incontro a recidiva e 1/3 ripeterà una chirurgia correttiva (*Olsen AL 1997*)

Nel 1997 USA 225.000 pratiche chirurgiche per POP (*Brown JS 2002, Subak LL 2001*)

40-60% delle donne con SUI richiede una contemporanea procedura per POP
al momento della chirurgia per incontinenza (*Latini JM 2005*)

Gravidanza: il collagene viene depolimerizzato dagli ormoni placentari e il rapporto tra i diversi glicaminoglicani si modifica

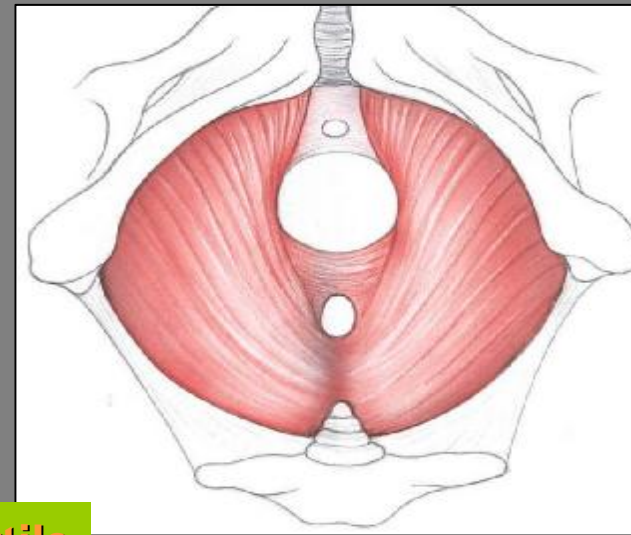
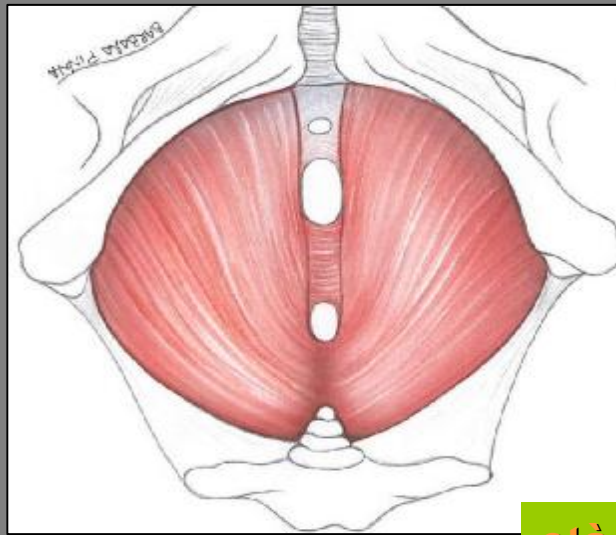


Più distensibile per consentire la dilatazione del canale vaginale durante il parto

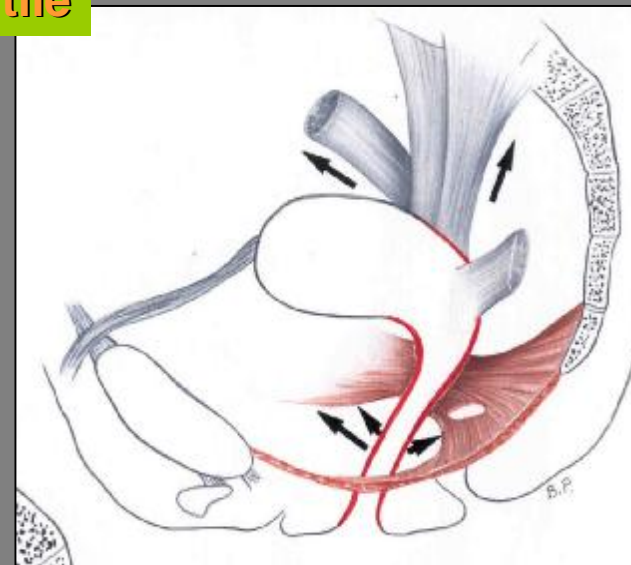
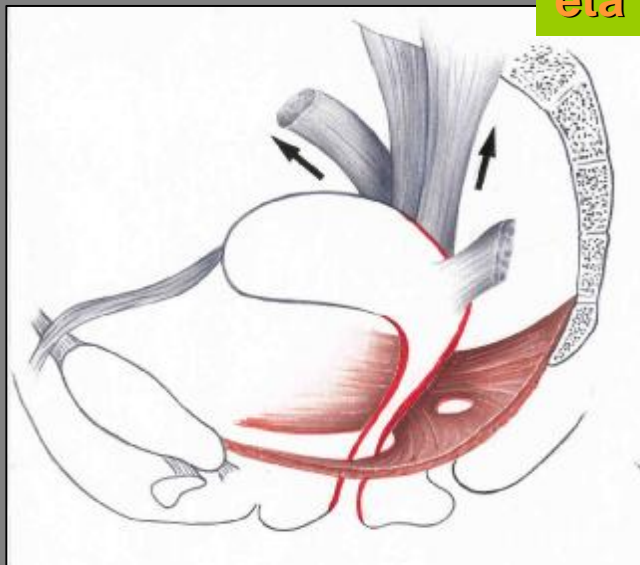
Parto: danni legati al passaggio della testa fetale



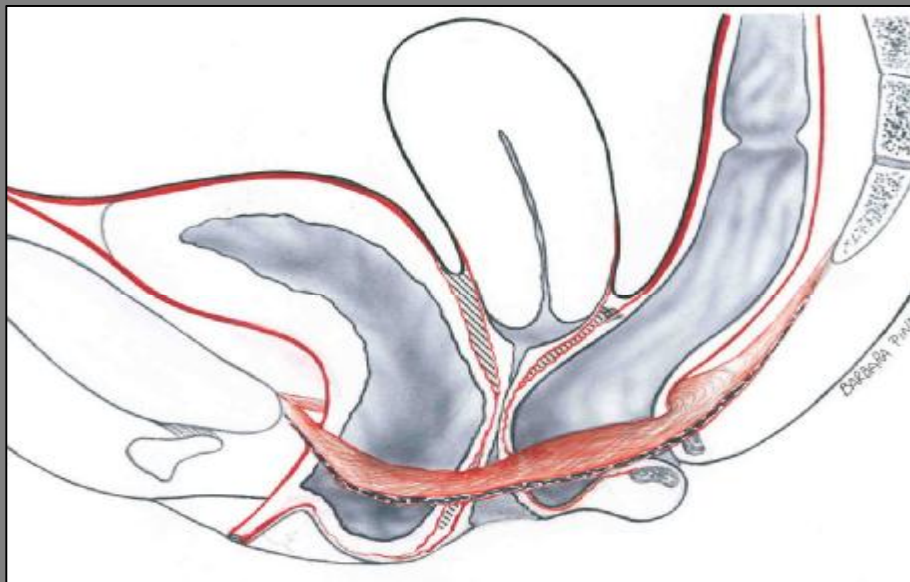
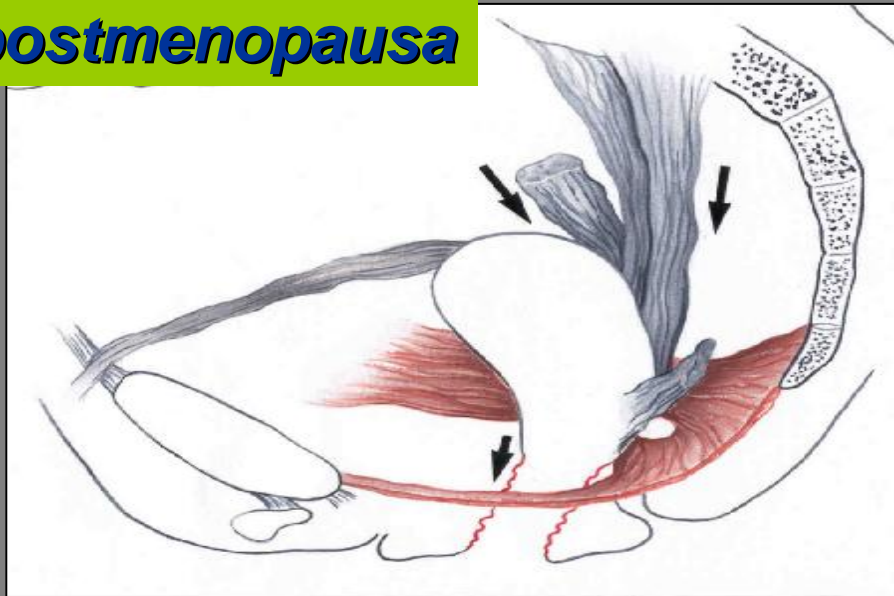
GRAVIDANZA / PARTO: 50% DEI PARTI COMPORTA DANNO NEI SUPPORTI PELVICI



età fertile



postmenopausa



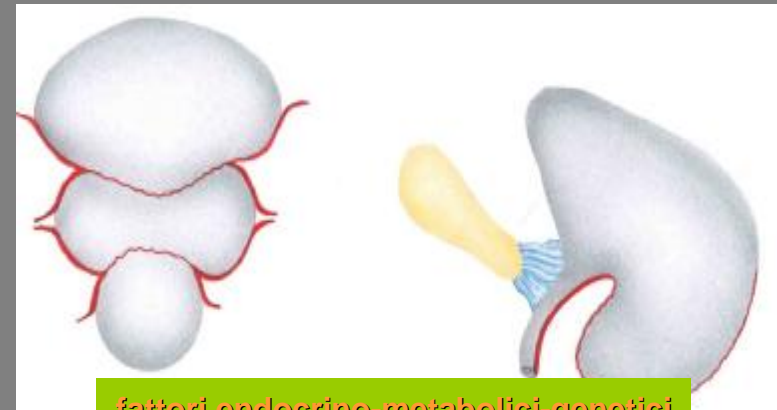
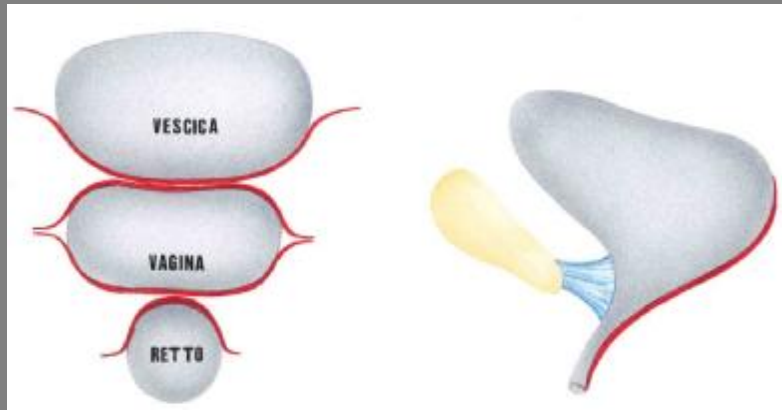
CARENZA ESTROGENICA



**irrigidimento delle
fibre di collagene ad S
con retrazione dei tessuti,
perdita di elastina**

Fattori genetici / costituzionali

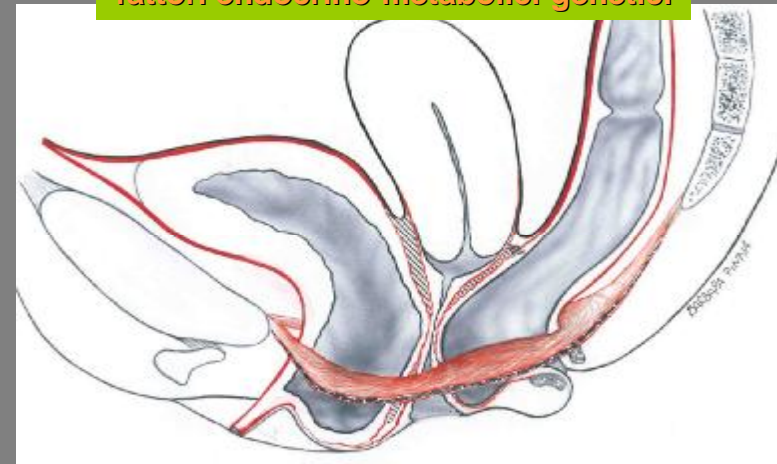
- Razza (cinesi <<<)
- Familiarità (gemellarità, condizioni materne)
- Alterazione del metabolismo dell'ELASTINA (Zong W et al, 2010)
- Disordini GENI di rimodellamento fibre elastiche e di quelli essenziali allo sviluppo embriogenetico dell'apparato urogenitale quali HOXA11, LAMC1, LOPXL1, fibuline, MYH3, MyBP-H (da Tremollieres F, 2010)
- Obesità
- Sindrome da instabilità articolare (luss anca, osteoartrosi...)

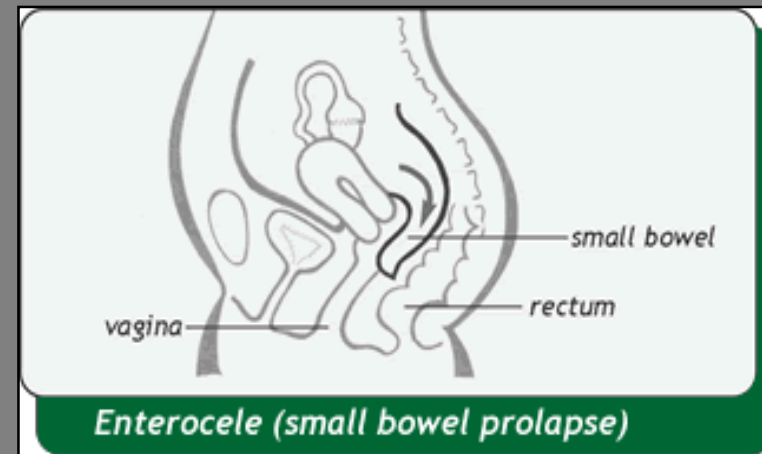
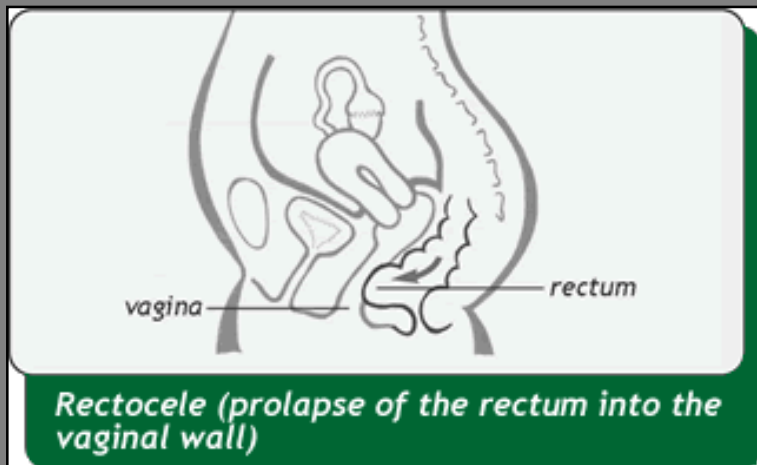
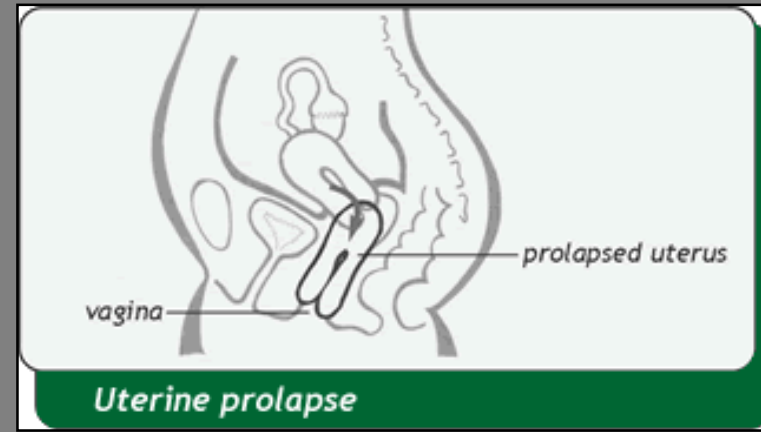
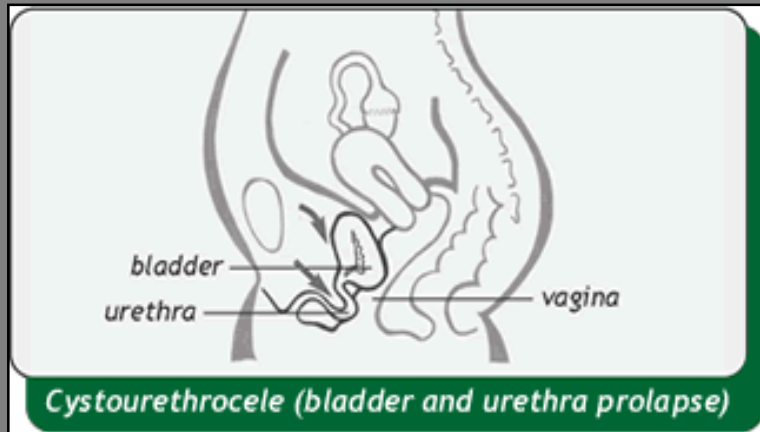


fattori endocrino-metabolici-genetici



eventi traumatici





Half Way System secondo Baden e Walker.

La graduazione del prolasso degli organi pelvici viene effettuata in rapporto a due punti fissi rappresentati dalle spine ischiatiche e dall'imene e suddivisa in 4 categorie:

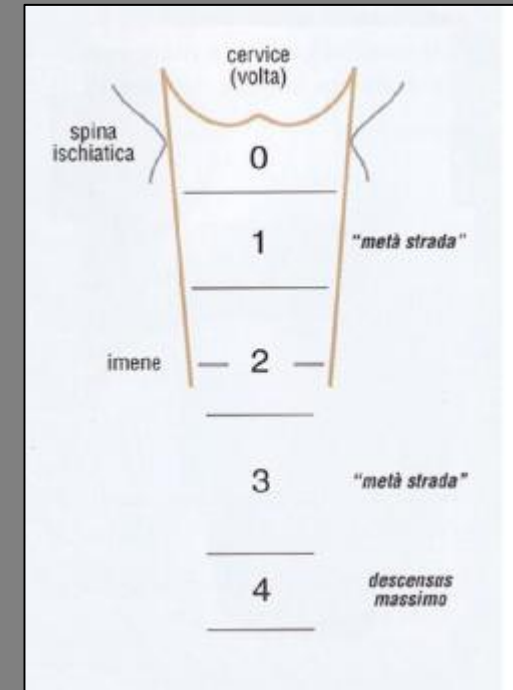
GRADO 0 Non descensus

GRADO I Descensus a metà strada tra le spine ischiatiche e l'imene

GRADO II Descensus a livello dell'imene

GRADO III Descensus a metà strada oltre l'imene

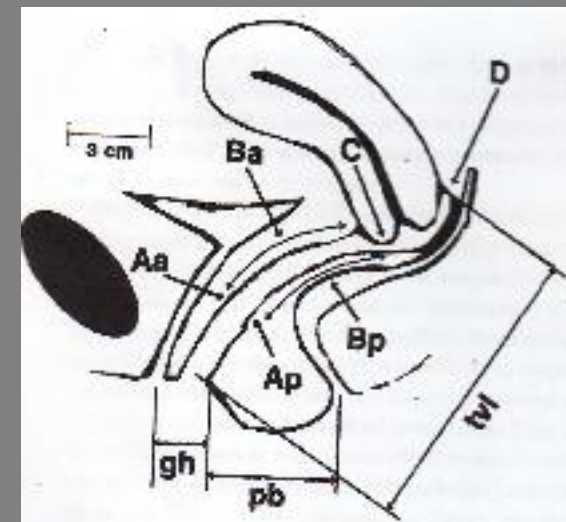
GRADO IV Descensus completo oltre l'imene



POP-Q (Bump RC, 1996)

Classificazione sec. Beecham

- I grado: protrusione visibile con perineo depresso
- II grado: protrusione anche senza depressione del perineo
- III grado: la sacculazione protrude al di fuori dell'introito



**Incontinenza urinaria/Ritenzione
Urgenza**

Prolasso Uterino (Isterocele)

Enterocecele

Incontinenza Fecale/ODS

Rettocele

Cistocele

Prolasso Vaginale (Colpoccele)

Ingombro, "palla"

1252 pz tutte incontinenti

Non correlazione tra severità dell'incontinenza e stadio del prolasso

Ingombro significativamente correlato allo stadio del prolasso

Stage II: 1/3 sente bulge, solo 1/5 lo vede

Stage III-IV: 1/3 non ha sintomi, 65% vedono e sentono bulge

(Brubaker L et al, Obstet Gynecol, 2010)

Bulge, pressione, UI, ritenzione urinaria, instabilità detrusoriale,
costipazione, incontinenza fecale, erosioni vaginali, disturbi sessuali

Prolassi lievi/medi: stress incontinence, bulge 6-11% stadio 0-1, 27% stadio II

Prolasso gravi: no stress incontinence, ma ritenzione e per urinare devono ridurre

Urgenza e incontinenza da urgenza

IMP: incontinenza urinaria "occulta" o "latente" che si svela con la riduzione del prolasso
(PESSARY TEST)

IMP dell'urodinamica con riduzione del prolasso per evidenziare Stress Incont o
iperattività detrusoriale

(Latini JM et al, Curr Opin Urol 2005)

Alterazioni anatomico-strutturali complesse e varie

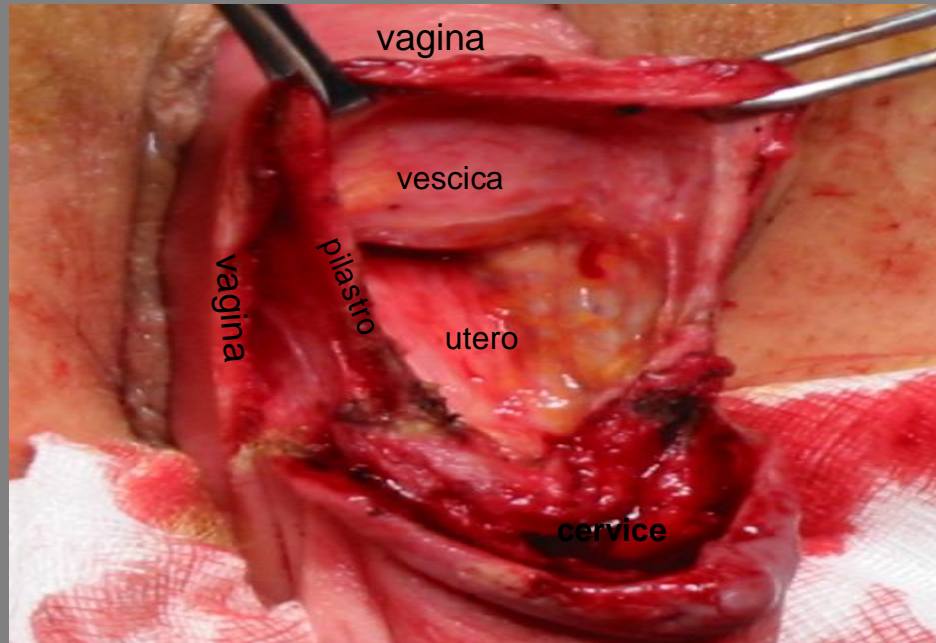
Sintomi diversi a seconda del caso

Tipologia dell'intervento diversa a seconda delle alterazioni da correggere

IPOTESI

**“Il ripristino della forma porta
al ripristino della funzione”**

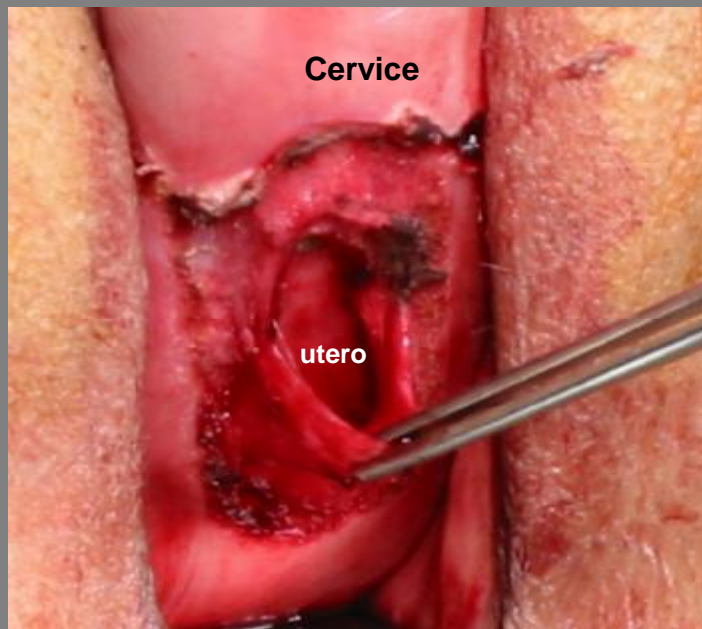
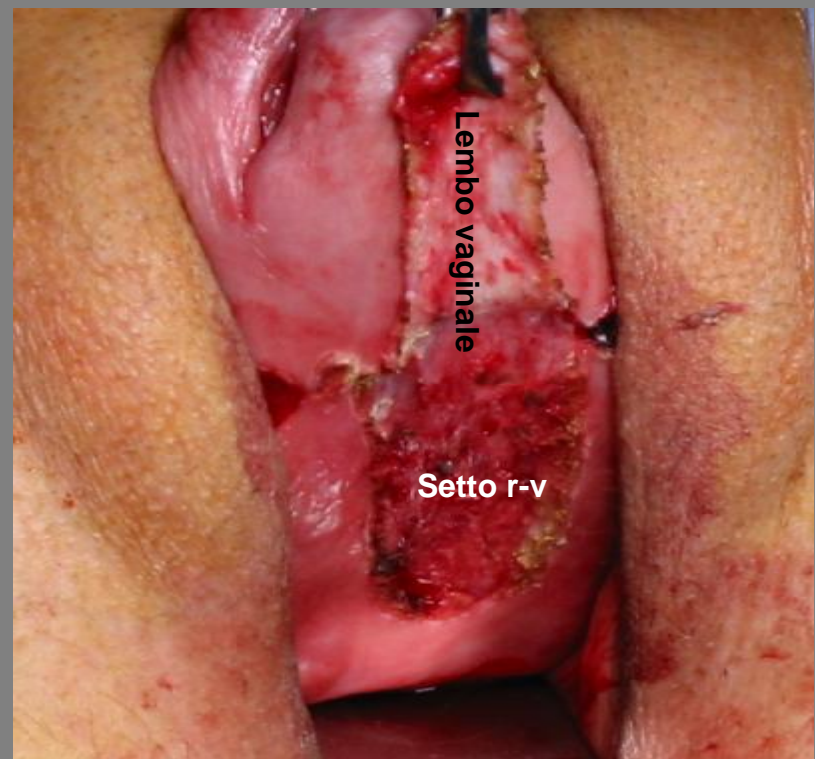
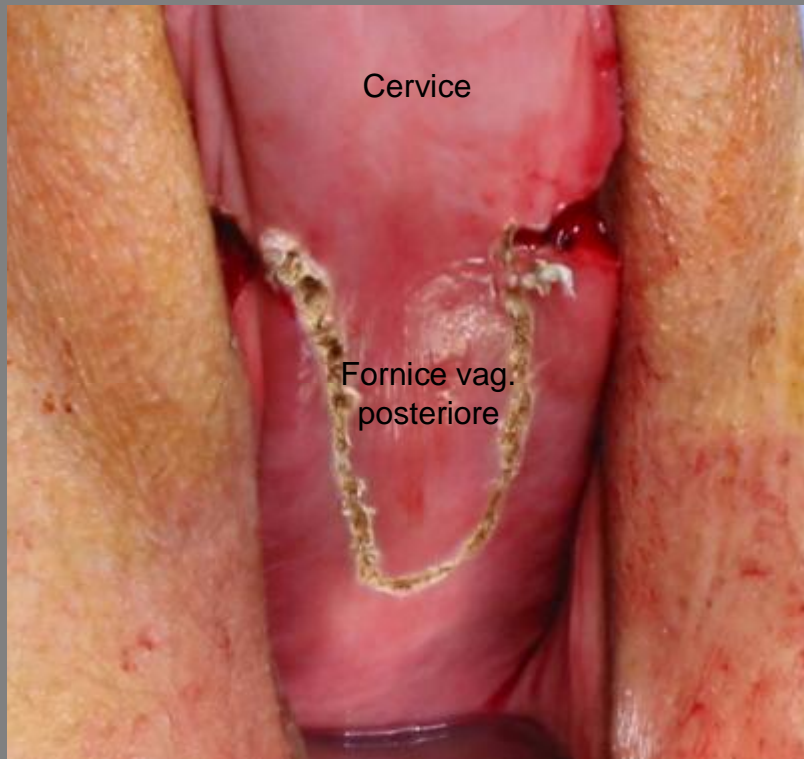
NUMEROSI TIPI DI INTERVENTO

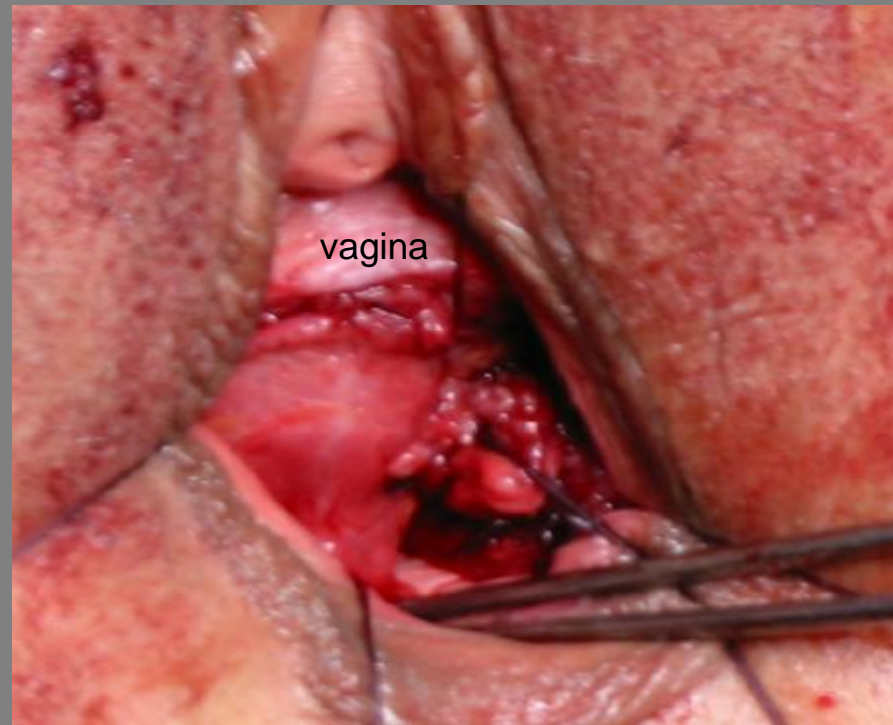
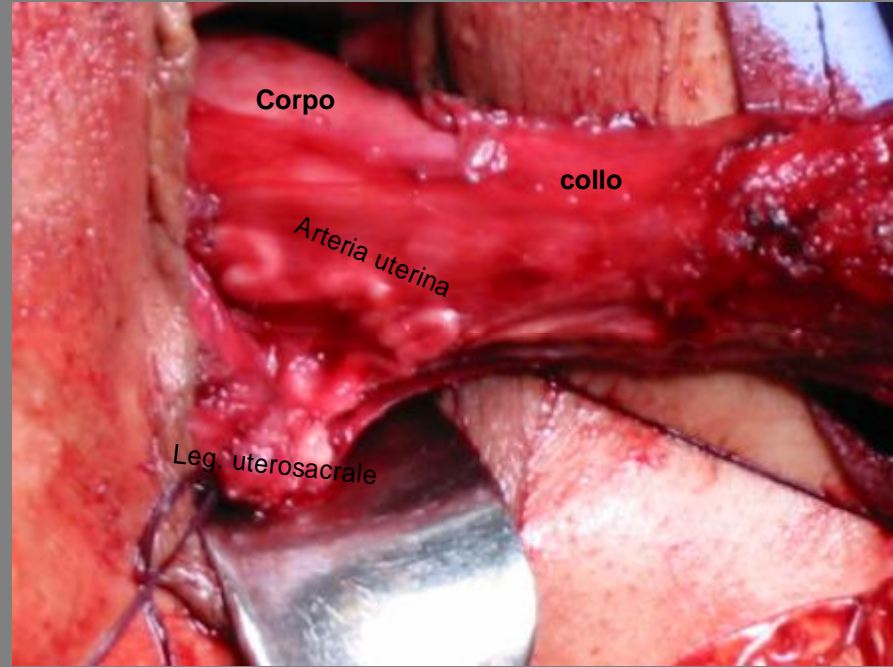
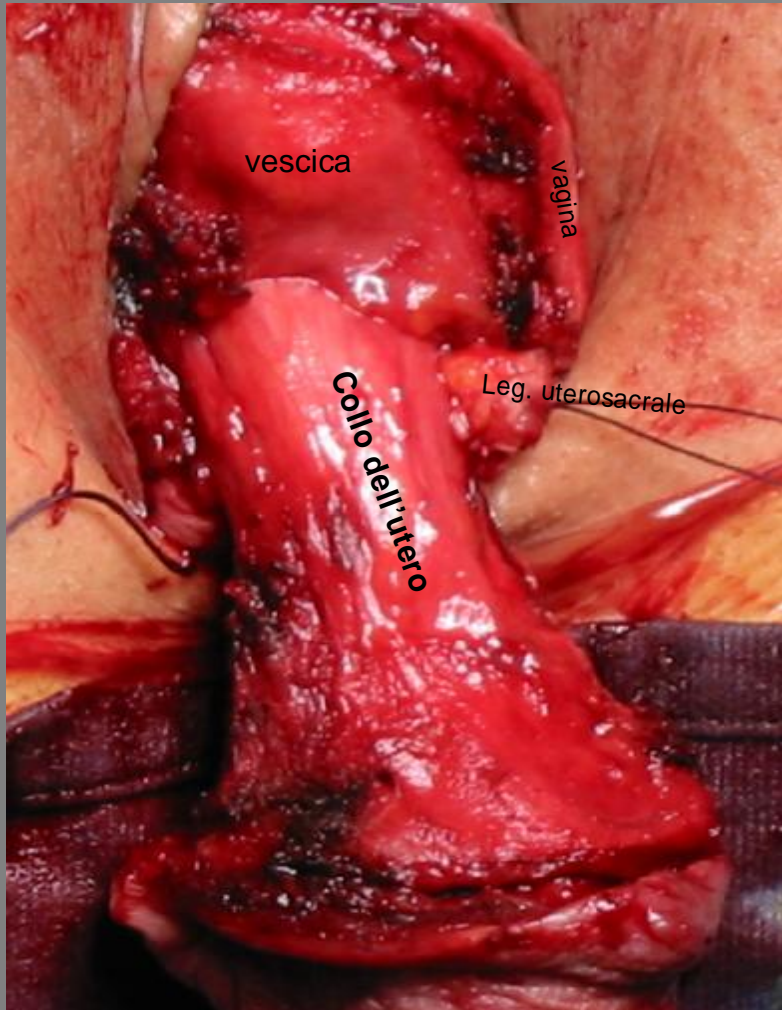


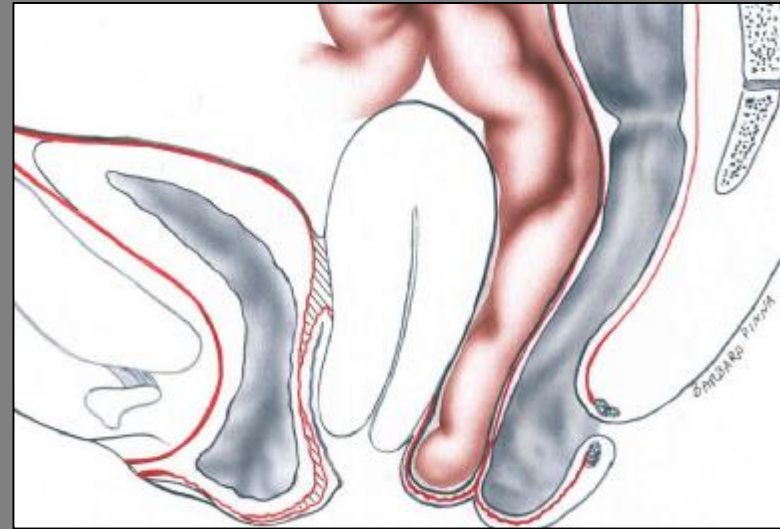
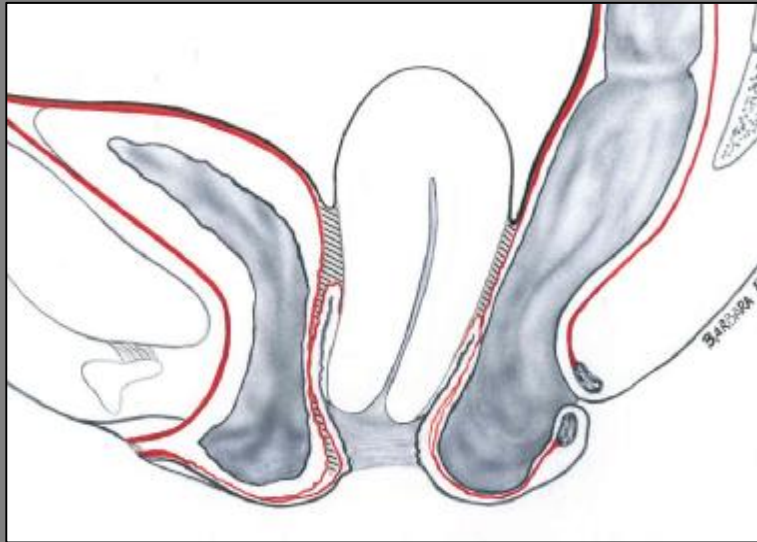
accorgimenti

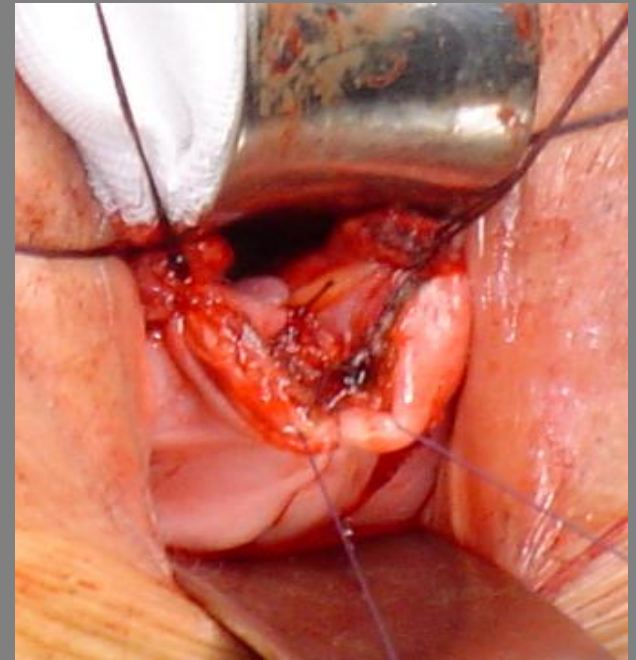
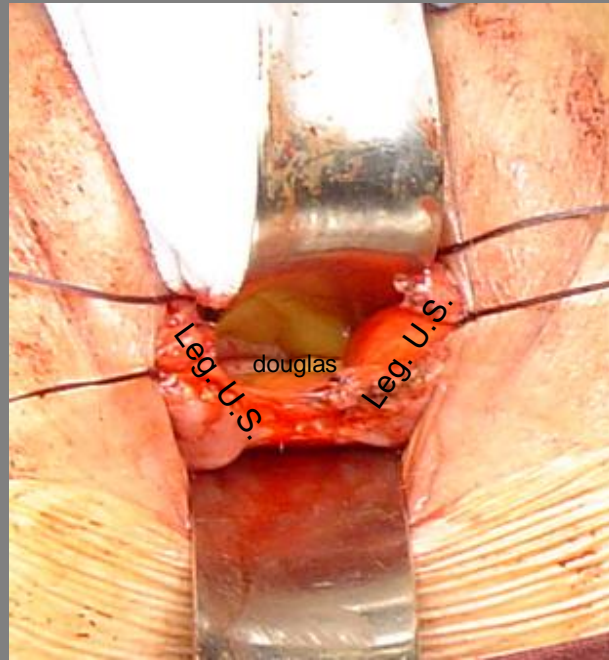
Filo di reperi sul peritoneo al fine di sospendere base vescicale rinforzata dalla fascia

(De Boer TA et al: The effectiveness of surgical correction of uterine prolapse: cervical amputation with uterosacral ligament plication (modified Manchester) versus vaginal hysterectomy with high uterosacral ligament plication, Int Urogynecol J, 2009)

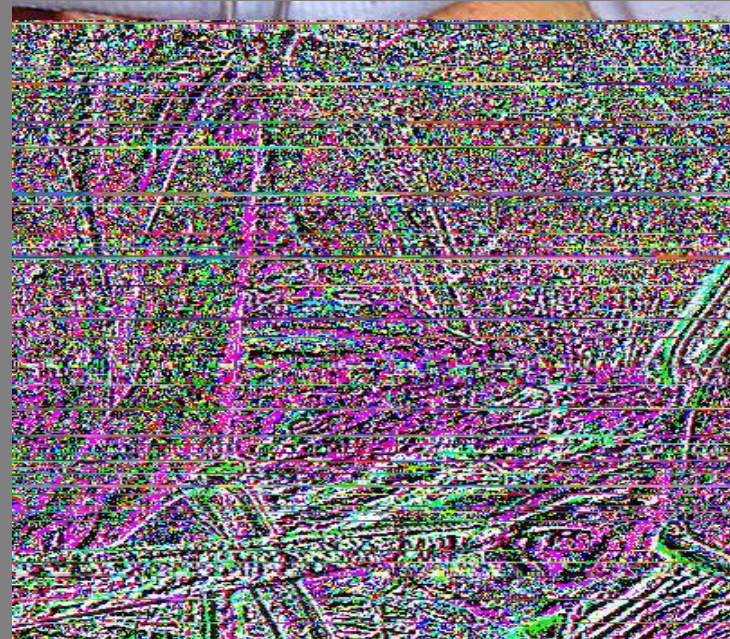
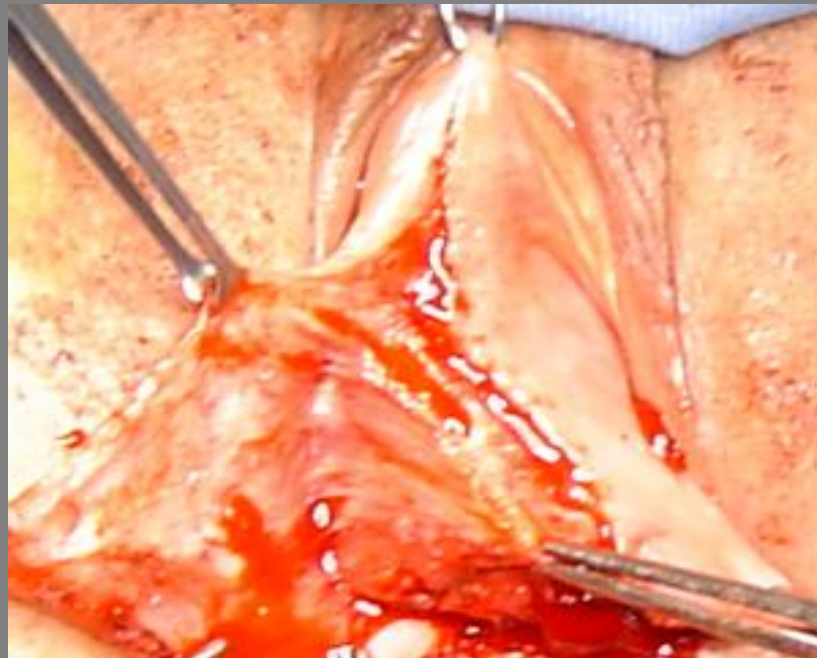
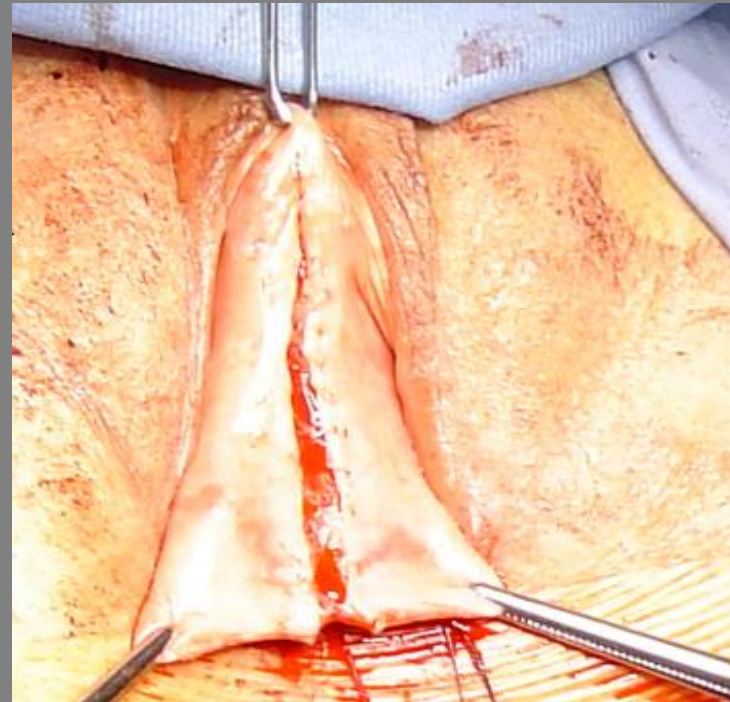
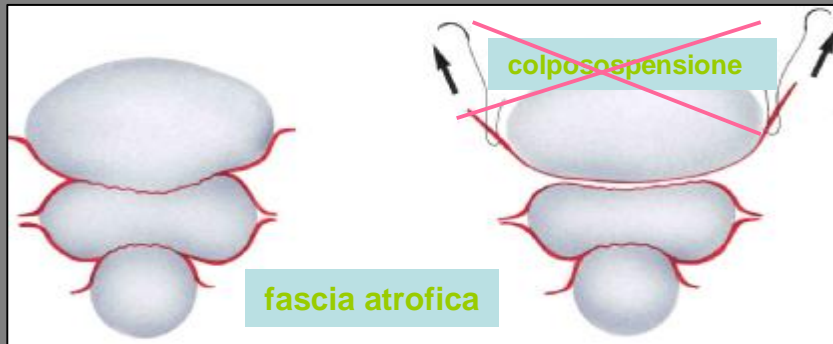
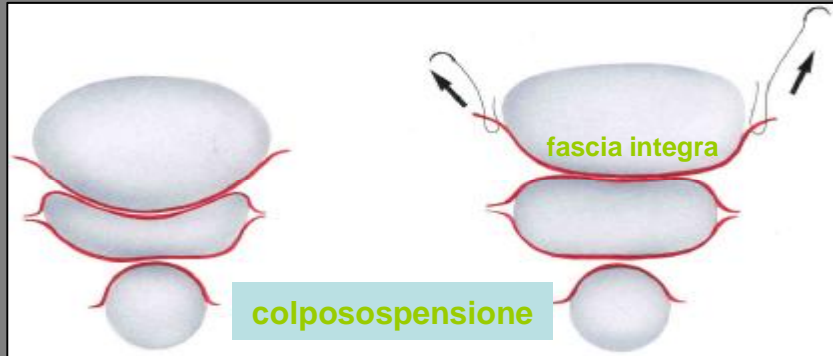








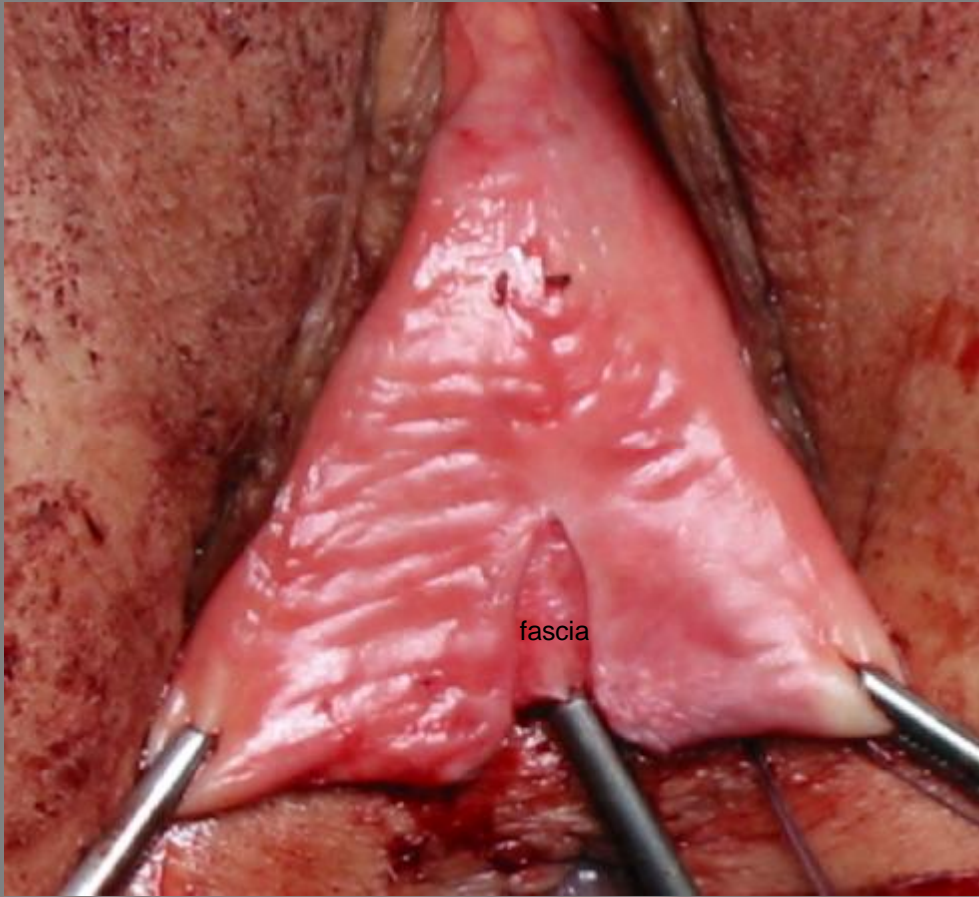
McCall ML
Obst Gyn 1957

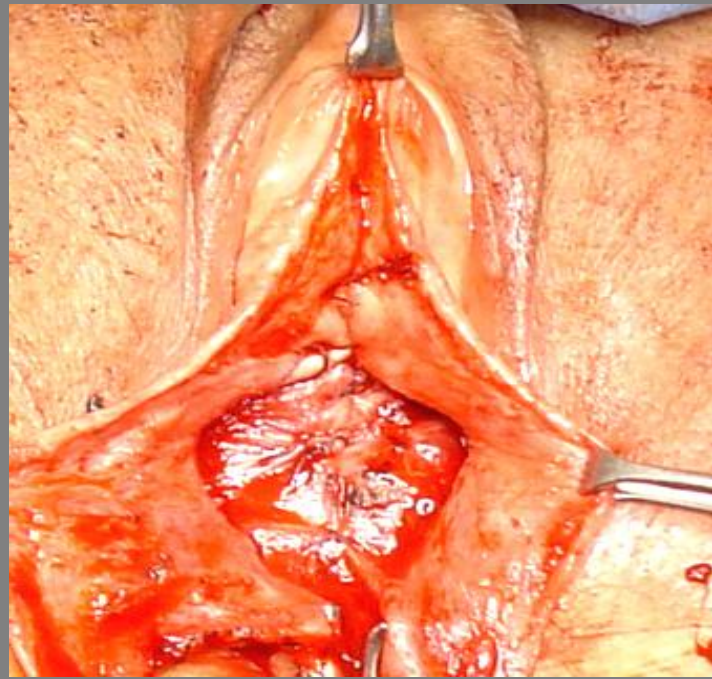
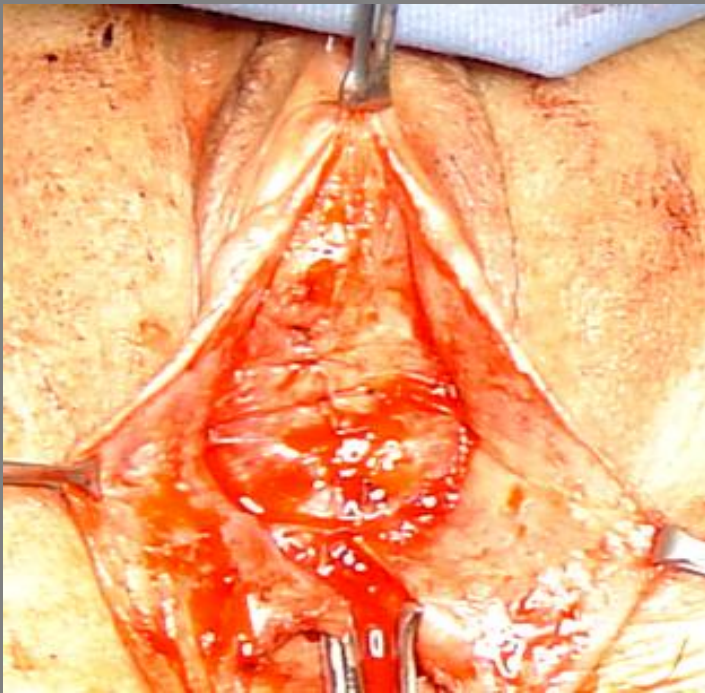
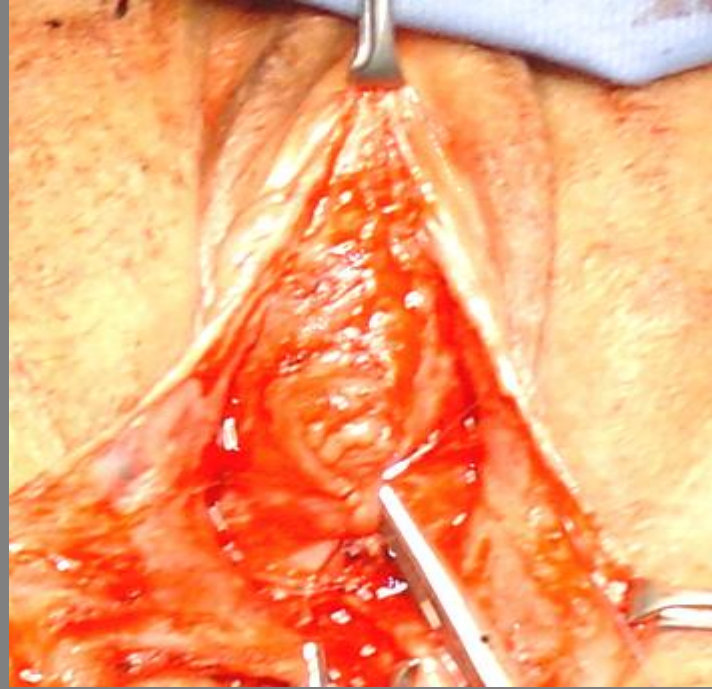
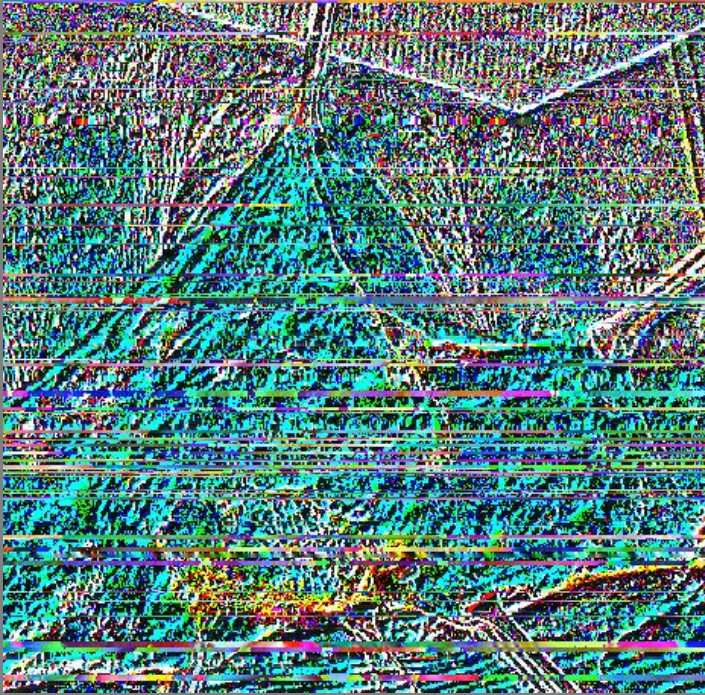


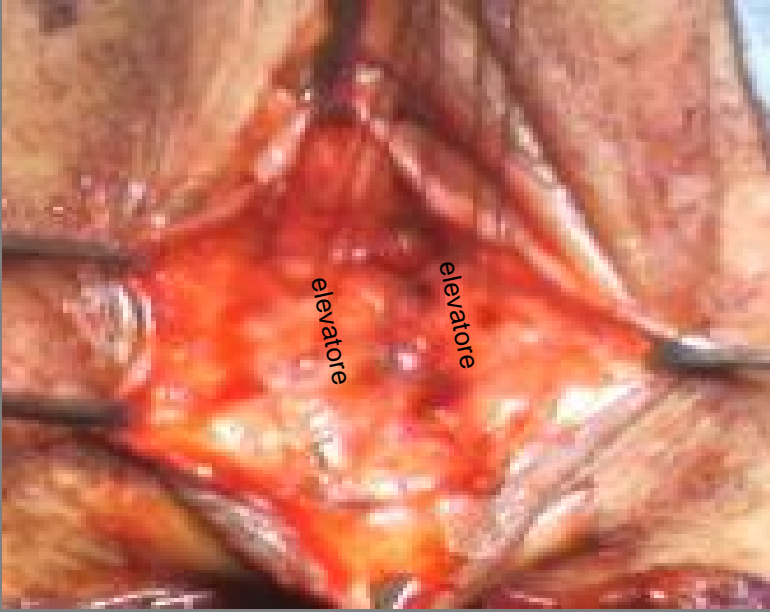
accorgimenti

Recupero della fascia fino al piano immediatamente
al di sotto della mucosa vaginale

Thompson JD, Rock JA, Editors. Telinde's Operative Gynecology, 7° edition. Philadelphia: Lippincott, 1992:904-914
Milani R et al, BJOG, 2005







Sintomi urinari post-operatori

La chirurgia per POP può essere seguita da UI dovuta all'innalzamento dell'angolo che causa l'ostruzione

Donne continenti con prollasso severo e test pessario pos :
alto rischio di sviluppare una SUI post-operatoria

INCIDENZA: 15% DENOVO stress incontin (Cochrane, 2010)
5-6% DENOVO tot (de Boer TA et al, 2010)
10% Stress I, 22,6% Urge I (Miedel A, et al, 2008)
34% iperattività destrusoriale (Milani R, 2005)
27% Incontinenza, 25% urgenza, 23% freq
(Pham T et al, 2009)

**Urodinamica pre-operatoria non è in grado
di predire ev. sintomi urinari post-operatori**

(Wolter CE et al, Int Urogynecol J, 2011)

Assenza di sintomi pre-operatori : miglior fattore predittivo per assenza di sintomi post-operatori

(de Boer TA et al, 2010)

Chirurgia per Pop e prevenzione UI

Linee guida Europee 2010 non parlano di:

prevenzione dell'incontinenza né di donne sintomatiche per prolasso completo

“..... Nella donna con UI, se è associato POP ed è indicata chir per UI, trattare POP...

Non accordi in Letteratura sull'opportunità di cercare una SUI latente

TVT per “overt”/“occult” SUI 313 pz, prospettico, 50% chir concomitante per POP

12 mesi

6,6% persistenza incontinenza moderata

7% evidenza urodinamica

8% DE NOVO incontinenza

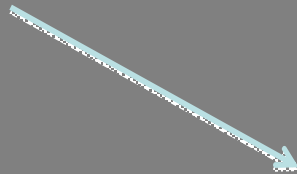
(Levin JM,2005)

Bias....

Numerosità casistiche

Eterogeneità dei casi

Classificazioni disomogenee



Cochrane 2010 (prec. 2008)

“Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Review)”

... Cochrane 2010

“Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Review)”

11 Trials danno informazioni sui cambiamenti funzione urinaria in donne che non avevano sintomi urinari pre-operatoriamente

- meta-analisi di 7 dimostra che l'aggiunta di una chirurgia di continenza alla chir per il prolasso non riduce significativamente l'insorgenza di stress incontinence post-operatoria
- meta-analisi di 5 studi dimostra che l'aggiunta di una chirurgia di continenza alla chir per il prolasso in donne con “pre-operative urodynamic occult stress urinary incontinence” non riduce significativamente l'insorgenza di stress incontinence post-operatoria

The surgical treatment of prolapse should aim at restoration of normal pelvic anatomy, re-establishment or maintenance of normal urinary, rectal and sexual functions and if possible not causing the woman any adverse effects

(Miedel a et al, Int Urogynecol J, 2008)

Alterazioni anatomico-strutturali

Fattori genetici

**Fattori traumatici
(parto)**

**Fattori endocrino - metabolici
(carenza estrogenica)**

**Processi distrofici - degenerativi
mucosa uretrale e trigonale
connettivi di sospensione
apparato muscolo-legamentoso**

Anomalie dalla statica

**Processi infettivi / flogistici
(ristagno postminzionale)**

Sintomatologia

legata alle alterazioni della statica

legata ai processi distrofici-degenerativi





Chirurgia per Pop e UI

Trattare il POP e fare chirurgia per continenza con sling: **molti reports, ma no LG**

Quando SUI conclamata:

Se via addominale: BURCH

Se via vaginale: Sling (pubovaginal o miduretral) *(Latini JM 2005)*

TVT combinata a chir per POP

85-94% soddisf soggettiva

67-87% successo oggettivo (LO TS, 2004)

MESH prolene 63 pz, 56% chir concomitante per POP

17 mesi

no change in Urge o Stress

aumento del 10% urgency (Milani R, 2005)

Complicanze (1)

Recidive: 25-37% indipendentemente dal tipo di chir

Comparto anteriore 45-73%

185 donne, Indipendentemente tipo chirurgia, follow up 53 mesi
60% asintomatiche (*Miedel A et al, 2008*)

Comparto medio 4-15%

Manchester modificata 0% (*de Boer TA, 2009*)
Isterect vag vs fissaz sacro-spinoso 27% vs 3% (*Dietz V et al, 2010*)

Comparto posteriore 20%

Trans-vaginale meglio del trans-anale
Non utili MESH
Colposospensione > rischio di retto-enterocele (*Known CH, 2003*)

LA RIPARAZIONE DI PIU' SETTORI PROTEGGE DALLE RECIDIVE

(*Milani AL, 2010*)

Complicanze (3)

Erosioni

10% (De Vita D, et al, 2010)

13% (Milani R, 2005)

9% (Iglesia CB, 1997)

35% rimozioni (Iglesia CB et al, Int Urogynecol J, 1997)

Sessualità: pochi dati

20% DENOVO dispareunia con MESH (Milani R, 2005)

23,4% funzione sessuale peggiorata TVT (Berthier A, 2008)

Cochrane 2010: L'aggiunta di MESH nella chirurgia per POP: ancora non giustificato