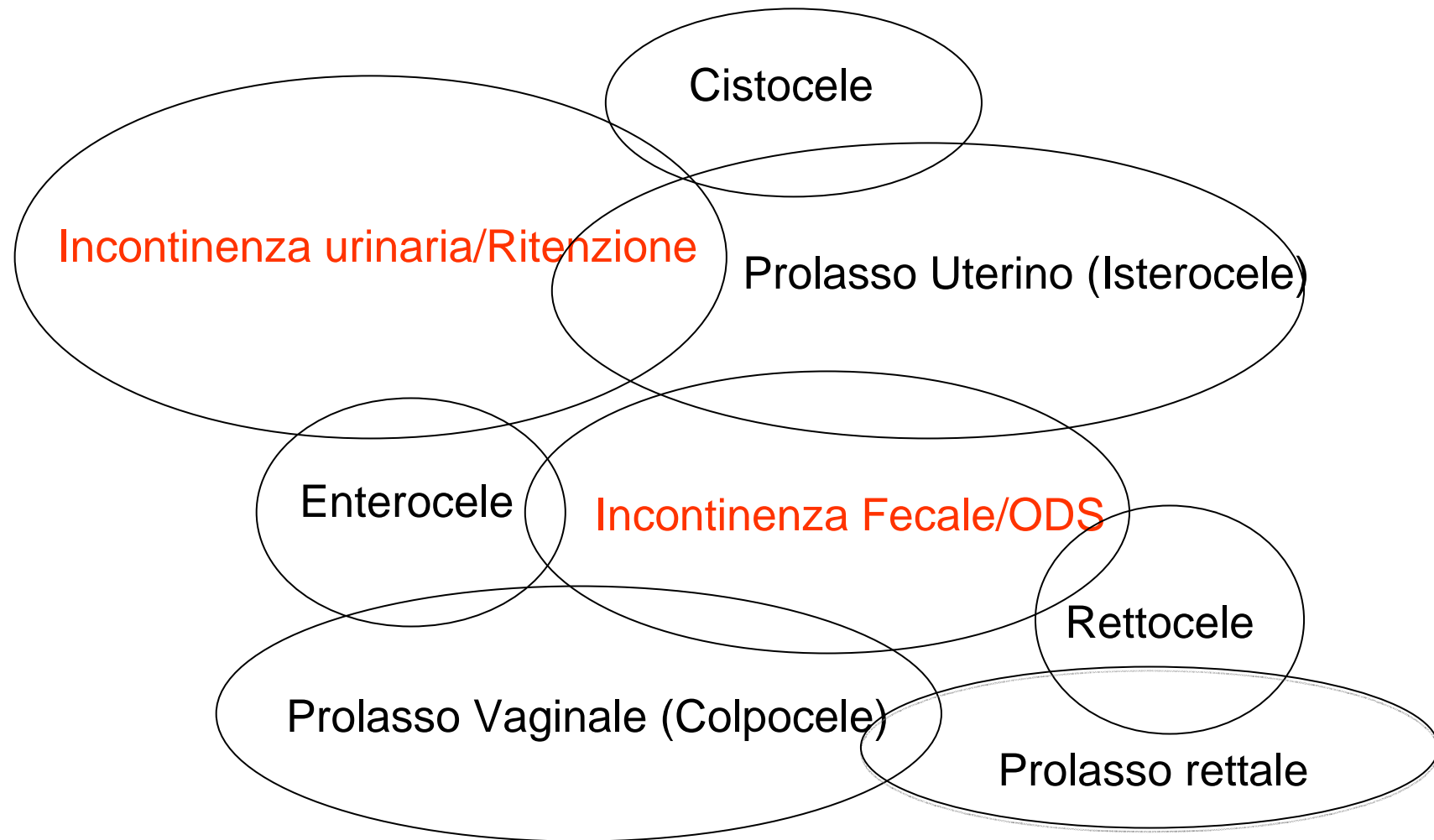
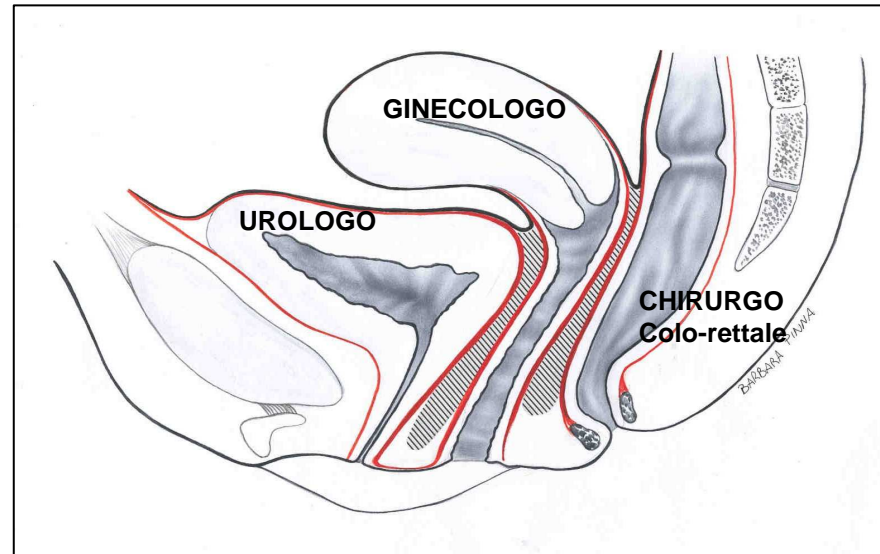


Approccio multidisciplinare



Approccio multidisciplinare



conoscenza specifica di ogni singolo apparato non solo anatomicamente, ma anche da un punto di vista funzionale, metabolico ed endocrino

apporto di tecniche e tecnologie avanzate

TRATTAMENTO PERSONALIZZATO PIU' EFFICACE

Patologie del piano pelvico: opzioni chirurgiche

Compartimento anteriore

Colporrafia anteriore
Paravaginal repair
Riparazione dei difetti trasversali
Inserimento transvaginale di graft/mesh nella parete vag. anteriore

Interventi combinati (prevenzione de novo SUI)
Colposospensione di Burch
Plicatura leg. pubo-uretrale sec. Hurt
Sospensione del collo vescicale sec. Pereyra
TVT

Compartimento medio

Isterectomia
Colposacropessi
Sospensione del leg. sacrospinoso
Sospensione vaginale ai leg. uterosacrali
Inserimento di mesh/graft (colposacropessi)
Conservazione dell'utero

Interventi combinati (prevenzione SUI)
Colposospensione di Burch
TVT

Compartimento posteriore

Colporrafia posteriore
Riparazione sito-specifica
Riparazione trans-anale
Culdoplastica secondo Mc Call
Colposacropessi con estensione ant e post della mesh
Rettopessi
Riparazione add. della tasca del Douglas
Culdoplastica sec. Moschowitz o Halban
Inserimento di mesh/graft

Interventi combinati

TRATTAMENTO SEQUENZIALE O COMBINATO??

LIMITI DELLA LETTERATURA

Numerosità casistiche

Eterogeneità dei casi

Classificazioni disomogenee

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

SINTOMI URINARI POST-OPERATORI

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)

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)

ANNO “SPERIMENTALE”






RACCOLTA DATI

Confronto con i dati della Letteratura

Base per miglioramenti

PROLASSI GENITALI COMPLETI

-  **Trattamenti omogenei, combinati o sequenziali**
-  **Analisi dei risultati anche sulla qualità di vita**
-  **Follow up mediano di 12 mesi**

Casistica

Campione:

- 37 donne affette da prolasso genitale di grado medio-elevato (stadio III-IV: **94,58%**) da Settembre 2011 ad Aprile 2012; età media: $66,60 \pm 8.47DS$

Sintomatologia:

- Valutazione dei sintomi maggiormente presenti nelle donne affette da POP (urgenza, frequenza, senso di peso, ...)
- Presenza di incontinenza (IUS, incontinenza da urgenza)

POP-Q:

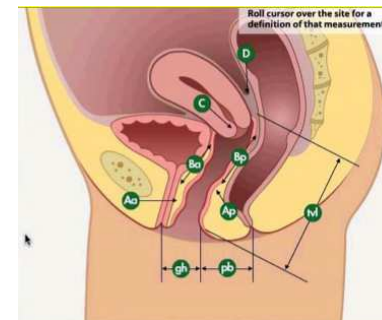
- Sistema di misurazione oggettivo e standardizzato per la stadiazione dei prolassi genitali (ICS 1966)

King's Health Questionnaire:

- Valutazione della qualità di vita attraverso questionario validato

Tipo di intervento: colpoisterectomia totale, uretrocistopessi sec Kelly, plastiche vaginali anteriori, ev. posteriori, ev. annessiectomia, 3 STARR in combinata

- Valutazione Preoperatoria, ad 1, 3, 6, 12 mesi dall'intervento



Sintomatologia	Pre-Intervento	Post-Intervento				
		1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi
IUS						
Incontinenza da urgenza						
Urgenza						
Frequenza						
Nicturia						
Disuria						
Sensazione di incompleto svuotamento						
Esitazione						
Peso						
Algie						
Stipsi						
Dispareunia						

Esame Obiettivo Uro-ginecologico

POP-Q	Pre-Intervento	Post-Intervento				
		1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi
Aa (Anterior wall)						
Ba (Posterior wall)						
C (Cervix or cuff)						
Gh (Genital hiatus)						
Pb (Perineal body)						
Tvl (Total vaginal length)						
Ap (Posterior wall)						
Bp (Posterior wall)						
D (Posterior fornix)						
Stage						
Stress Test						

Qualità della vita: King's Health Test

	Pre-Intervento	Post-Intervento				
		1 mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi
General health perception						
Prolapse impact						
Role limitation						
Physical limitation						
Social limitation						
Personal relationship						
Emotion						
Sleep						
Severity						
Severity measures						
Wexner for constipation						

CASO CLINICO

Età 62 anni

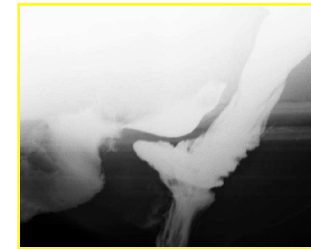
Anamnesi personale remota:

ipertensione arteriosa in terapia farmacologica
ipercolesterolemia non in terapia
gastropatia erosiva nel 2010
colecistectomia laparoscopica
appendicectomia all'età di 26 anni

Sintomi

Prolasso
ODS

Ambulatorio multidisciplinare



Anamnesi ginecologica:

Menarca anni 11, cicli regolari
1 parto spontaneo e 2 aborti spontanei
Menopausa età 55

Prolasso uterino di III grado

Rettocele di III grado

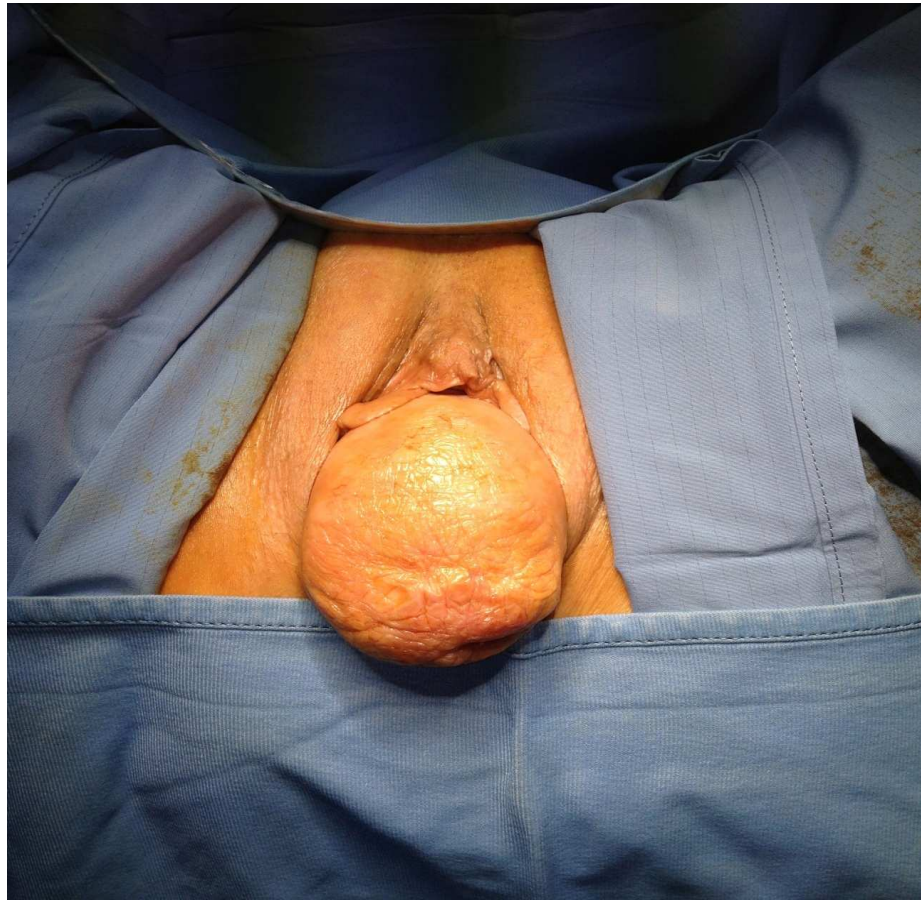
Invaginazione retto-anale interna III

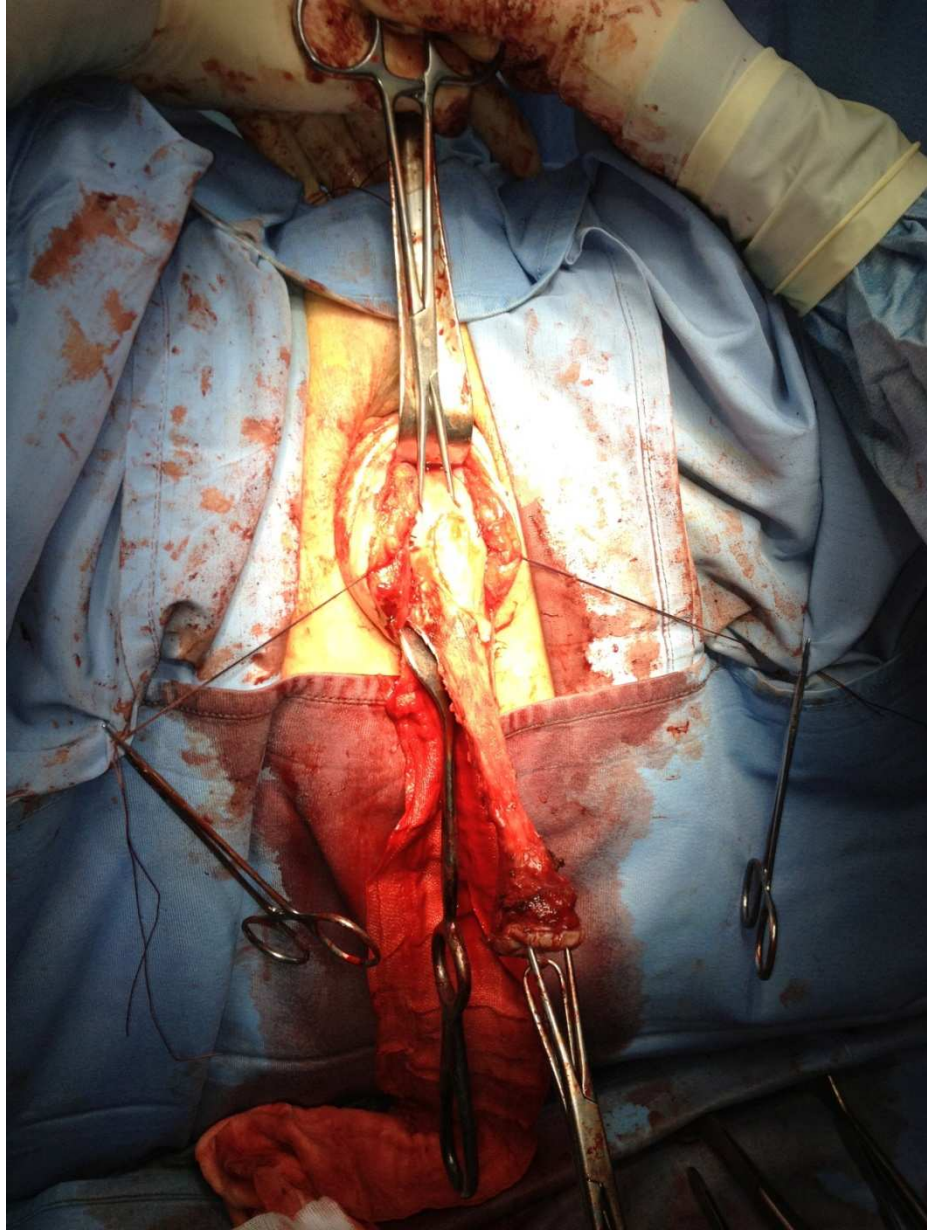


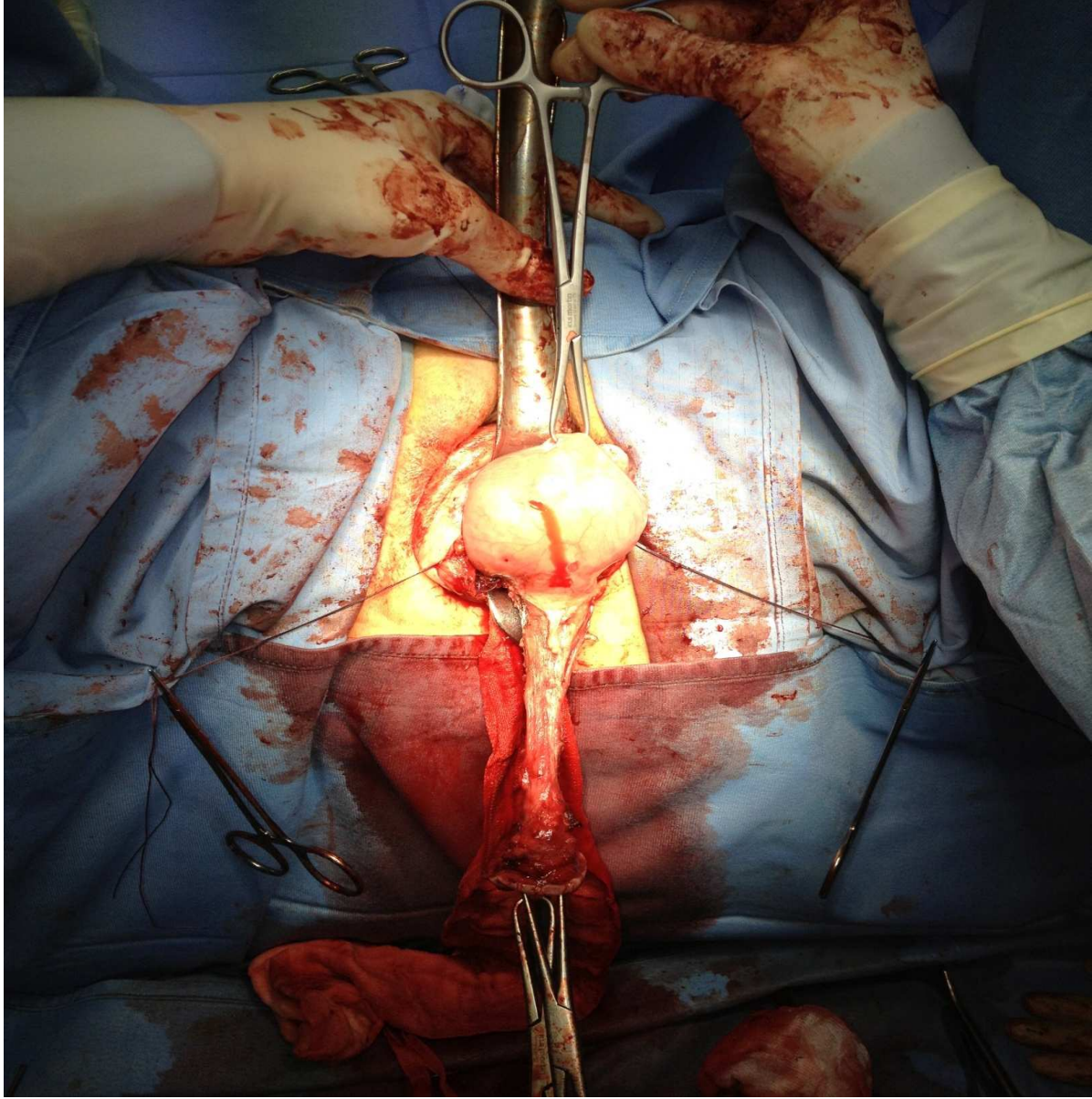
Intervento chirurgico combinato

Colpoisterectomia totale, uretrocistopessi sec. Kelly, plastica vaginale anteriore e colpoerineoplastica
STARR

**Colpoisterectomia totale, plastiche vaginali,
uretrocistopessi sec. Kelly + STARR**

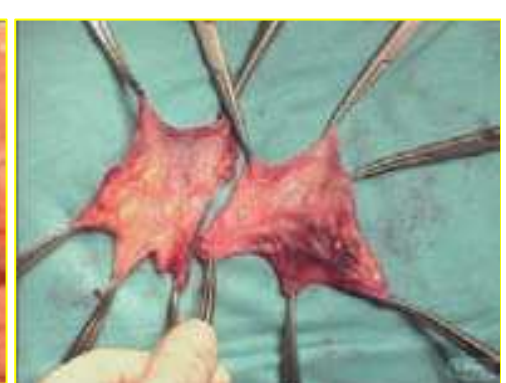
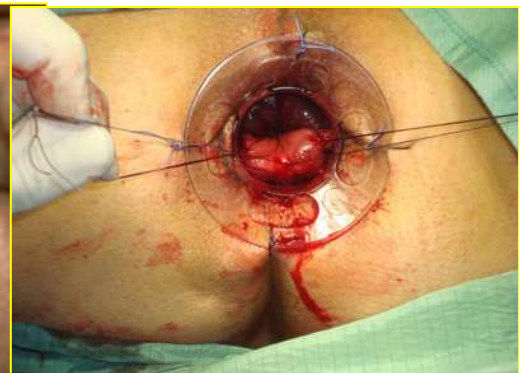
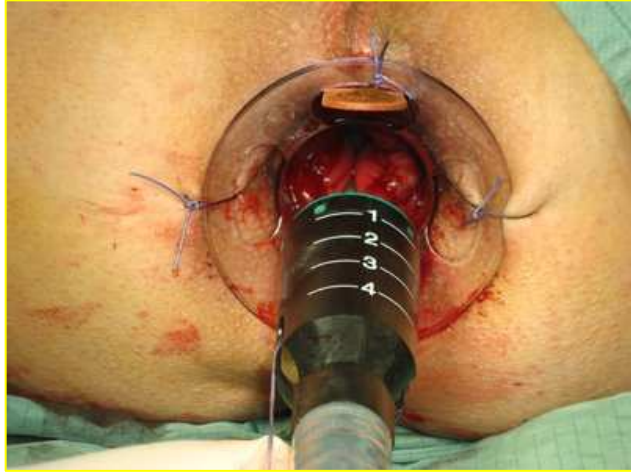






STARR

stapled transanal resection rectopexy



STARR

stapled transanal resection rectopexy





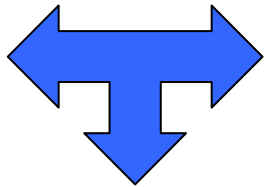
Percorso Post-intervento

- Controlli : 1 mese

3 mesi

6 mesi

12 mesi



Sintomatologia residua e de novo

Pop-q

Qualità di vita



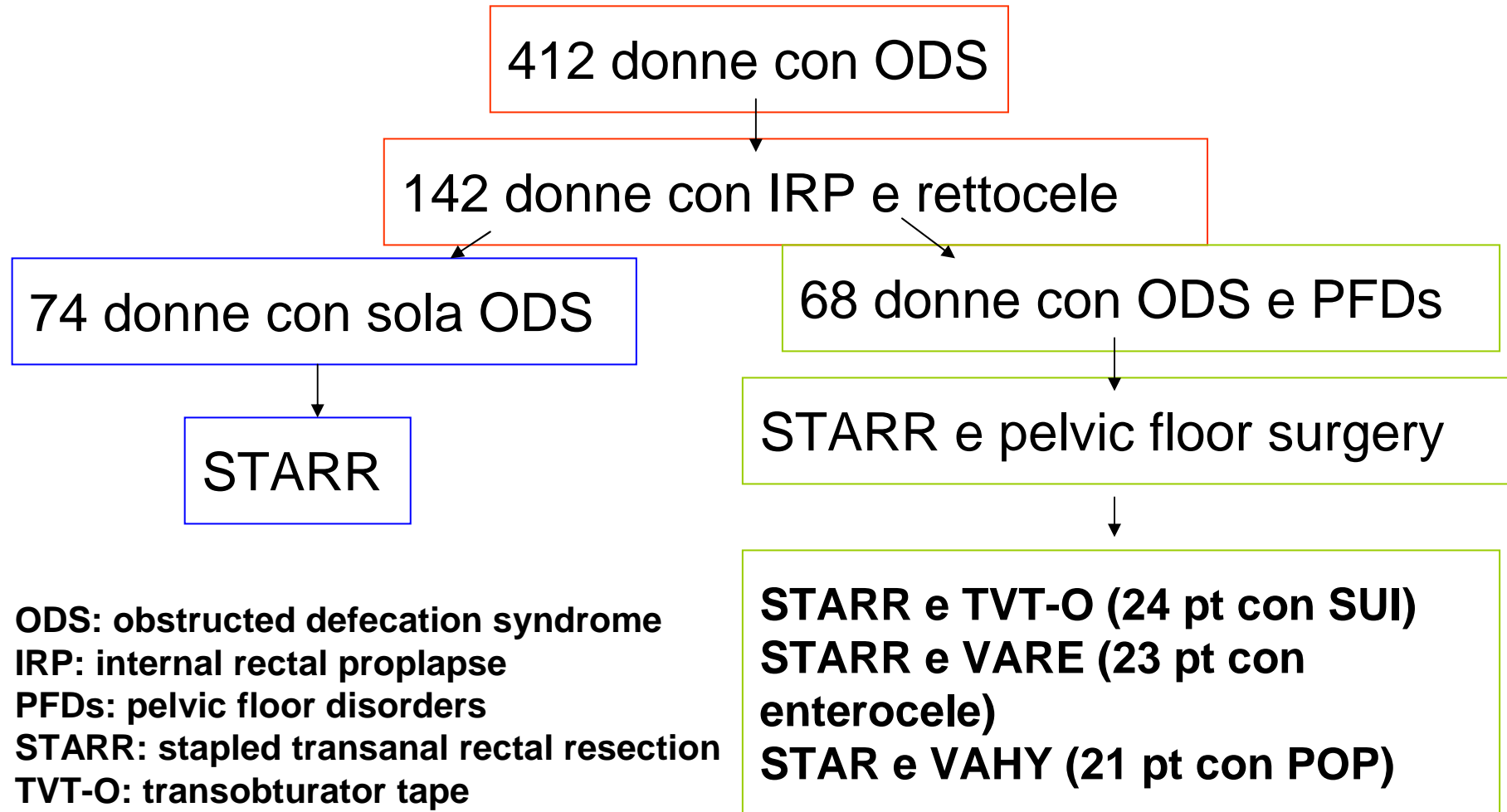
Clinical Surgery-International

Prospective clinical and functional results of combined rectal and urogynecologic surgery in complex pelvic floor disorders

Paolo Boccasanta, M.D.^{a,*}, Marco Venturi, M.D.^a, Maurizio Spennacchio, M.D.^a,
Arturo Buonaguidi, M.D.^b, Angelo Airoidi, M.D.^a, Giancarlo Roviato, M.D.^a

*Ospedale Maggiore Policlinico, Mangiagalli Regina Elena, IRCCS Foundation, ^a1st Department of General Surgery,
^b1st Department of Obstetric and Gynecologic Surgery, University of Milan, Milan, Italy*

Interventi combinati

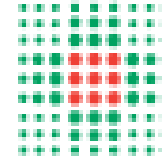


ODS: obstructed defecation syndrome
IRP: internal rectal prolapse
PFDs: pelvic floor disorders
STARR: stapled transanal rectal resection
TVT-O: transobturator tape
SUI: stress urinary incontinence
VARE: vaginal repair of enterocele
VAHY: vaginal hysterectomy
POP: pelvic organ prolapse

Table 5 Early and late complications in the 2 groups

Variable	STARR (n = 74)	STARR plus concomitant pelvic floor surgery (n = 68)
Bleeding	3 (4.0)	3 (4.4)
Reoperation	2 (2.7)	1 (1.5)
Urinary retention	0	2 (2.9)
Urinary tract infection	0	3 (4.4)
Lesion of the vagina	0	1 (1.5)
Lesion of small intestine	0	1 (1.5)
Rectal stenosis	1 (1.3)	0
Fecal urgency	15 (20.3)	13 (19.1)

Data are expressed as number (percentage).



Risultati

Sintomatologia:

Risoluzione della sintomatologia nel 92,3% dei casi

- 1/37 caso di incontinenza mista “de novo”, grado moderato, 2,3%
- 2/37 casi di incontinenza [1 paziente con inc. mista (IUS + IU da urgenza) ed 1 con incontinenza da urgenza] pre-esistenti, grado lieve, 5,40%

POP-Q:

Recidive: 1 caso, stadio II, 2,70%

King's Health Questionnaire a 12 mesi:

Netto miglioramento qualità di vita: >90%

Impatto del prolasso sulla qualità di vita: >95%

Impatto nei rapporti personali: >95%

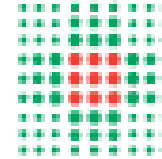
Impatto nei cicli sonno-veglia: >95%

Attività sessuale nelle pazienti trattate: pre-intervento: 7/37 (**18,91%**) vs post-intervento: 16/37 (**43,24%**): + **9 pazienti**



Valutazione urologica
per eventuale intervento
(sling?)

Valutazione
multidisciplinare per
eventuale intervento
(colposacropessi,
ventral rectopexy?)



Interventi sequenziali



Incontineza persistente
Incontinenza DE NOVO

Valutazione
urologica per
eventuale
intervento (sling?)

...meglio combinato ?

RECIDIVE

Valutazione
multidisciplinare
per eventuale
intervento
(colposacropessi,
ventral
rectopexy?)



Bassa incidenza di ulteriori interventi



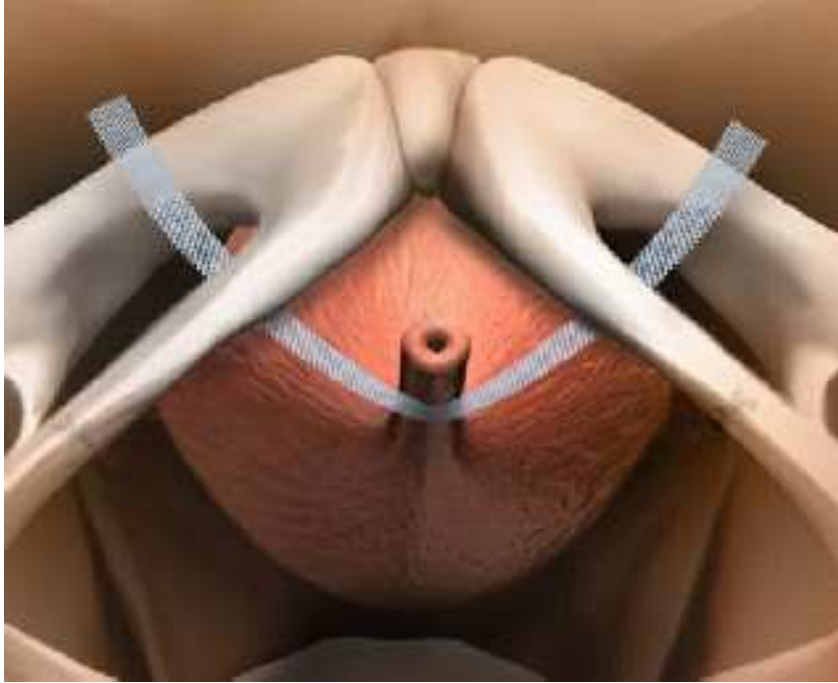
Possibilità di investire su materiali e procedure anche costose!!

SLING

L'obiettivo di una tecnica di sling è quello di porre una benderella (naturale o artificiale) sotto l'uretra prossimale, per creare una resistenza uretrale sufficiente a prevenire l'incontinenza durante gli aumenti della pressione addominale senza causare un'ostruzione sintomatica.



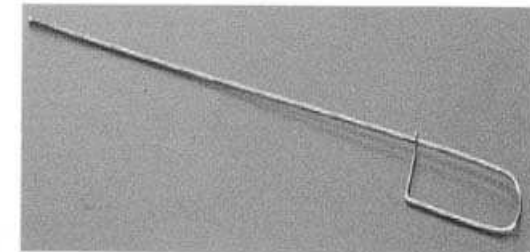
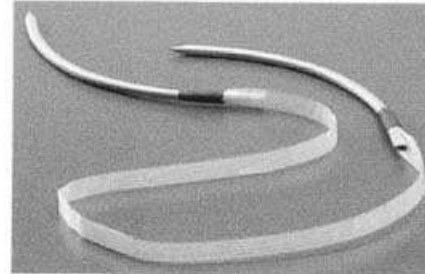
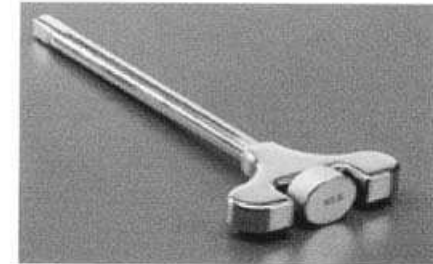
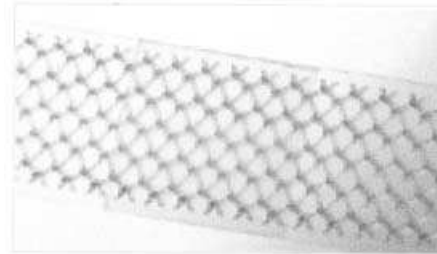
SLING



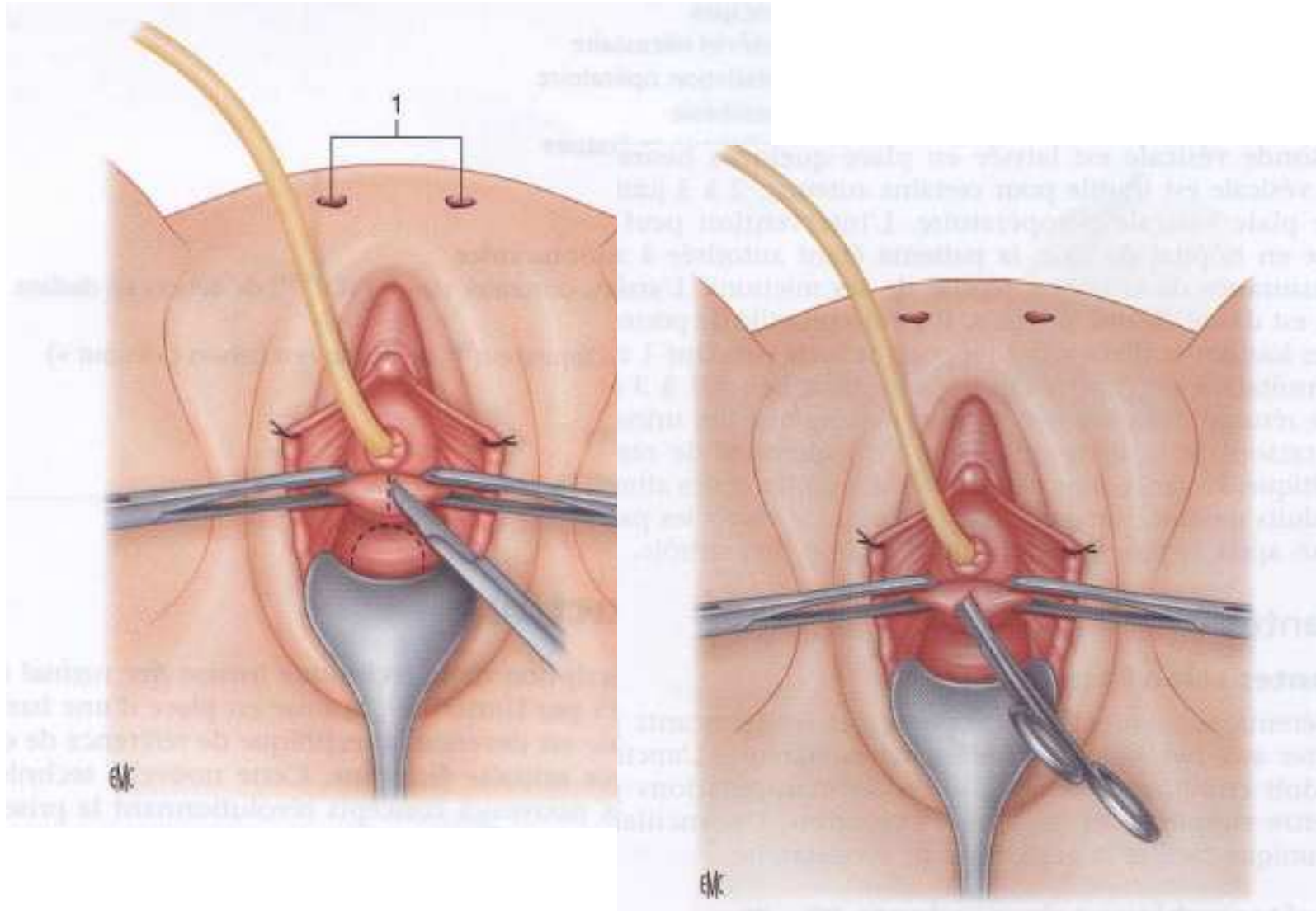
TVT (Tension free Vaginal Tape)



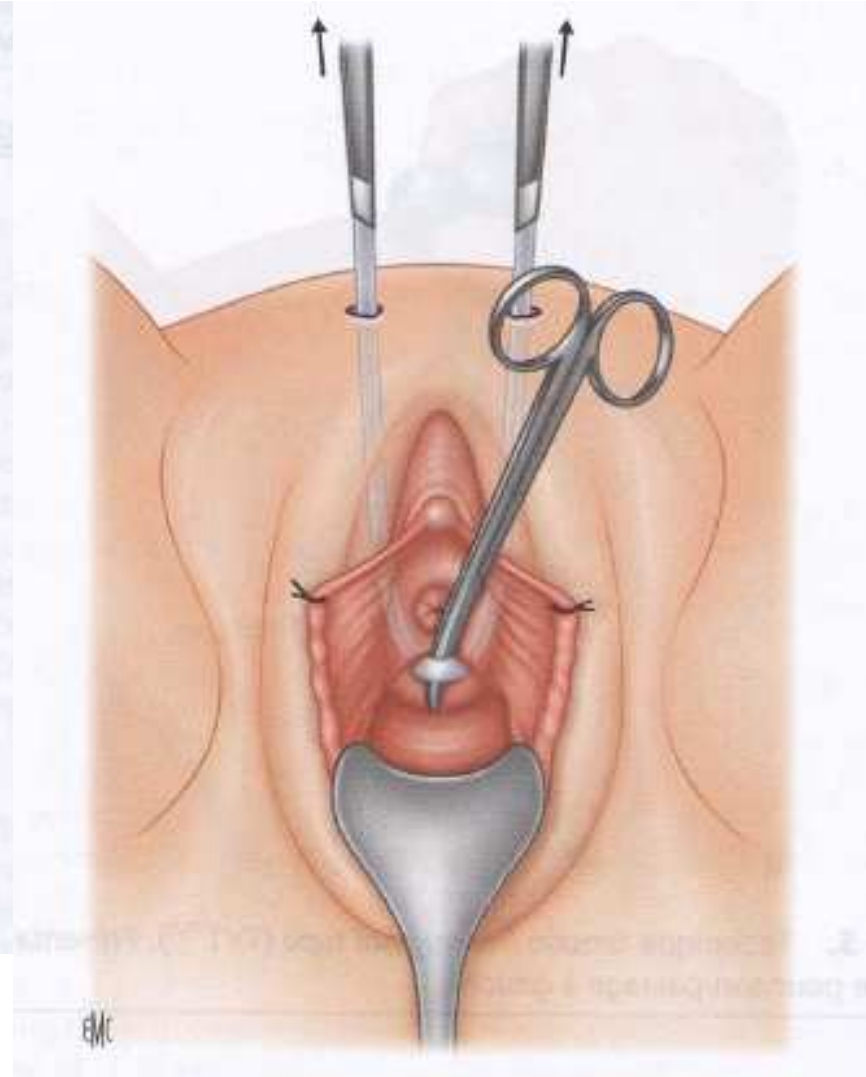
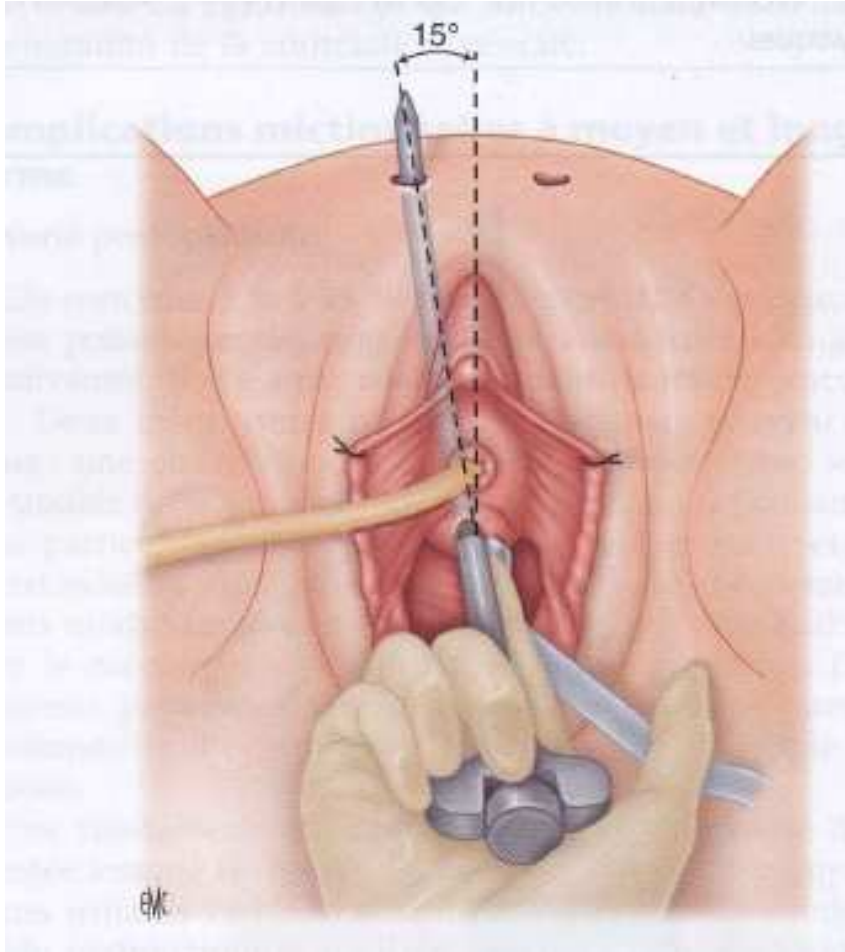
TVT MATERIALS



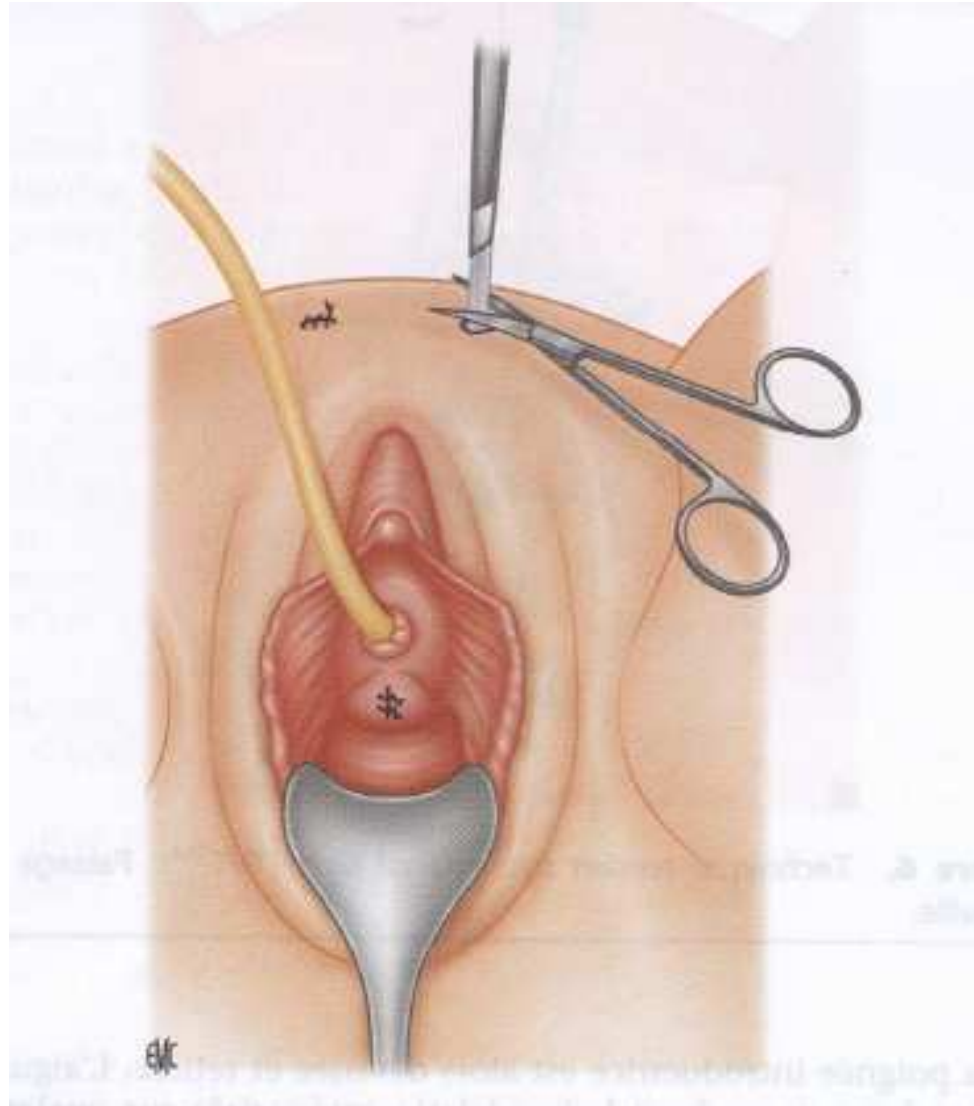
TVT (Tension free Vaginal Tape)



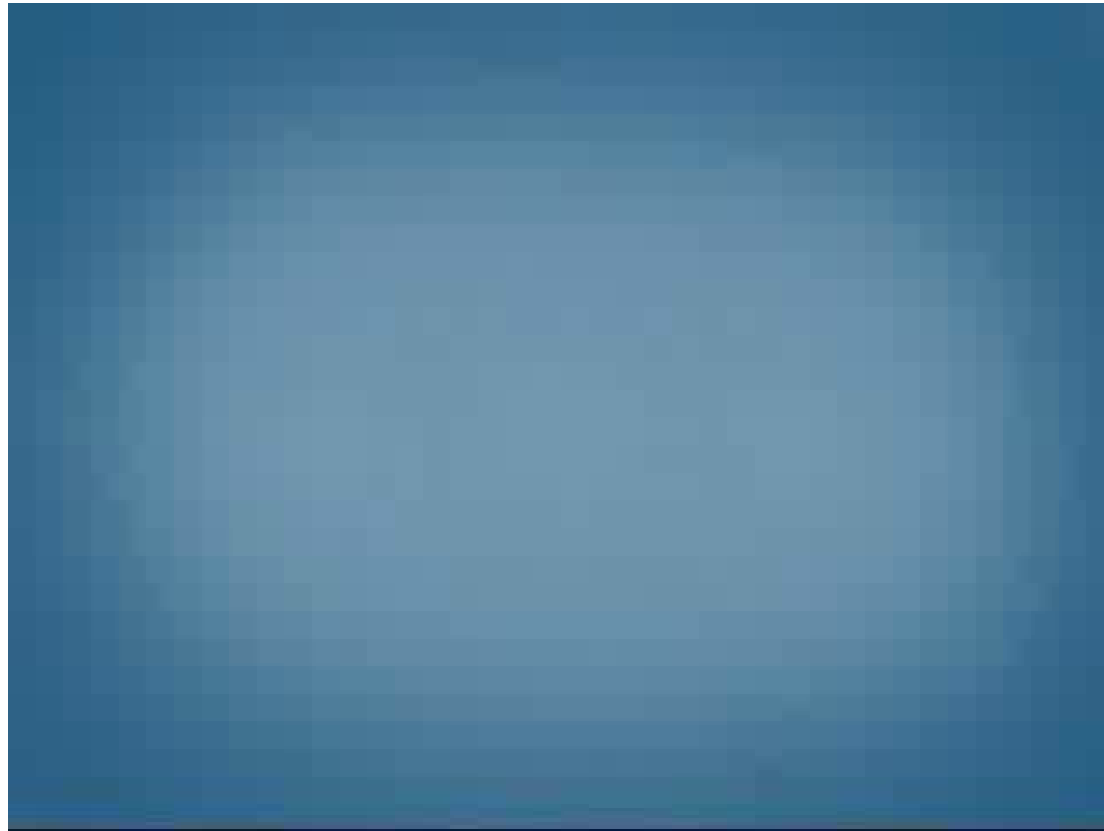
TVT (Tension free Vaginal Tape)



TVT (Tension free Vaginal Tape)

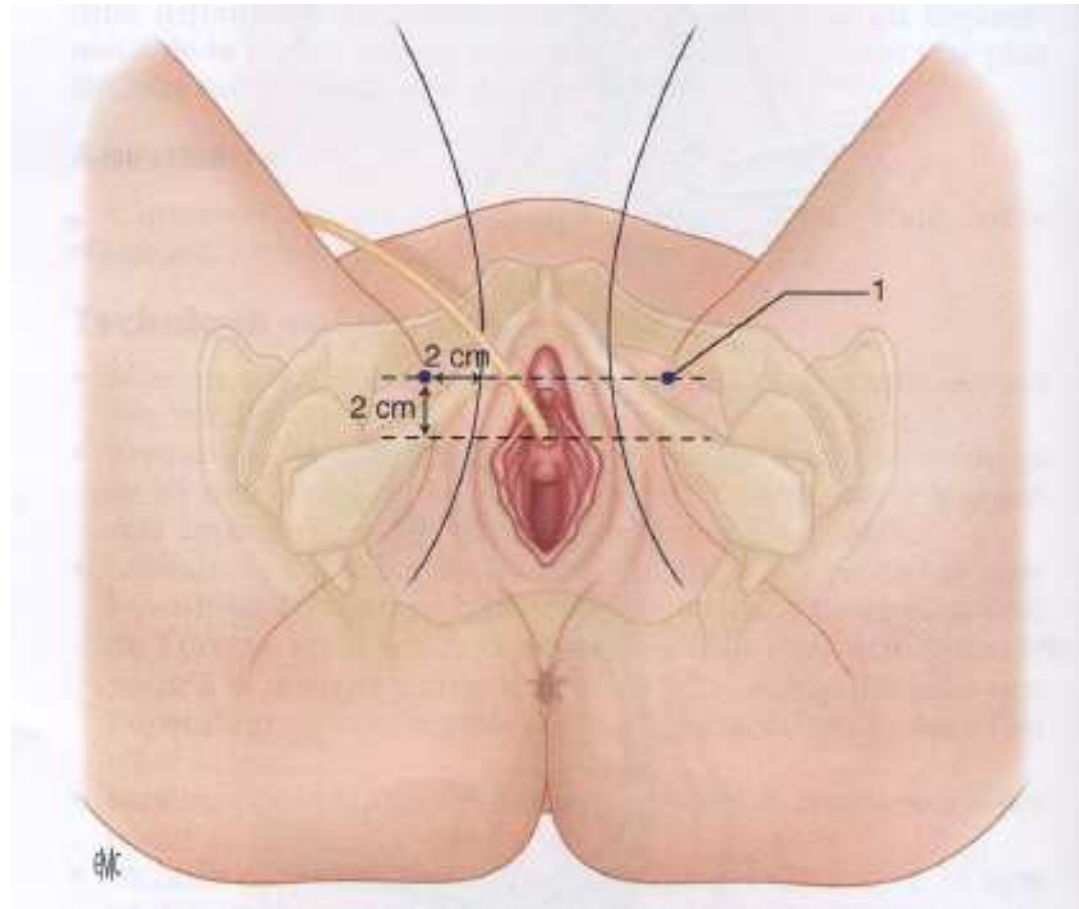
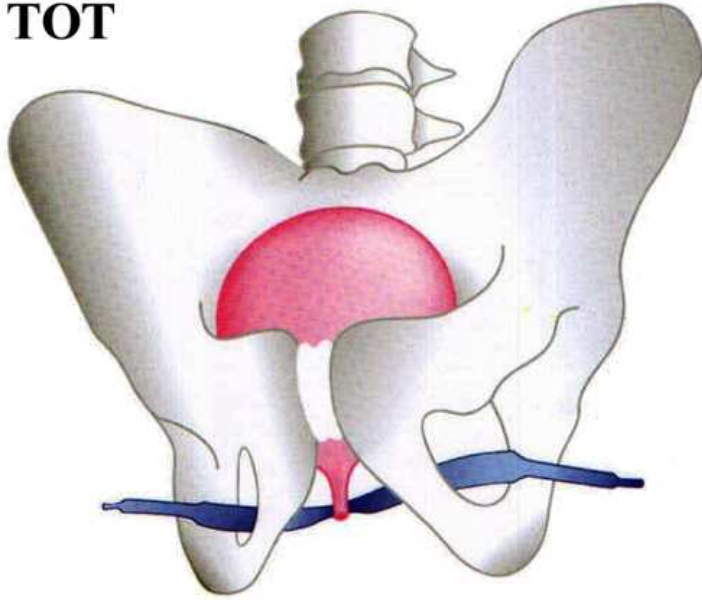


TVT (Tension free Vaginal Tape)

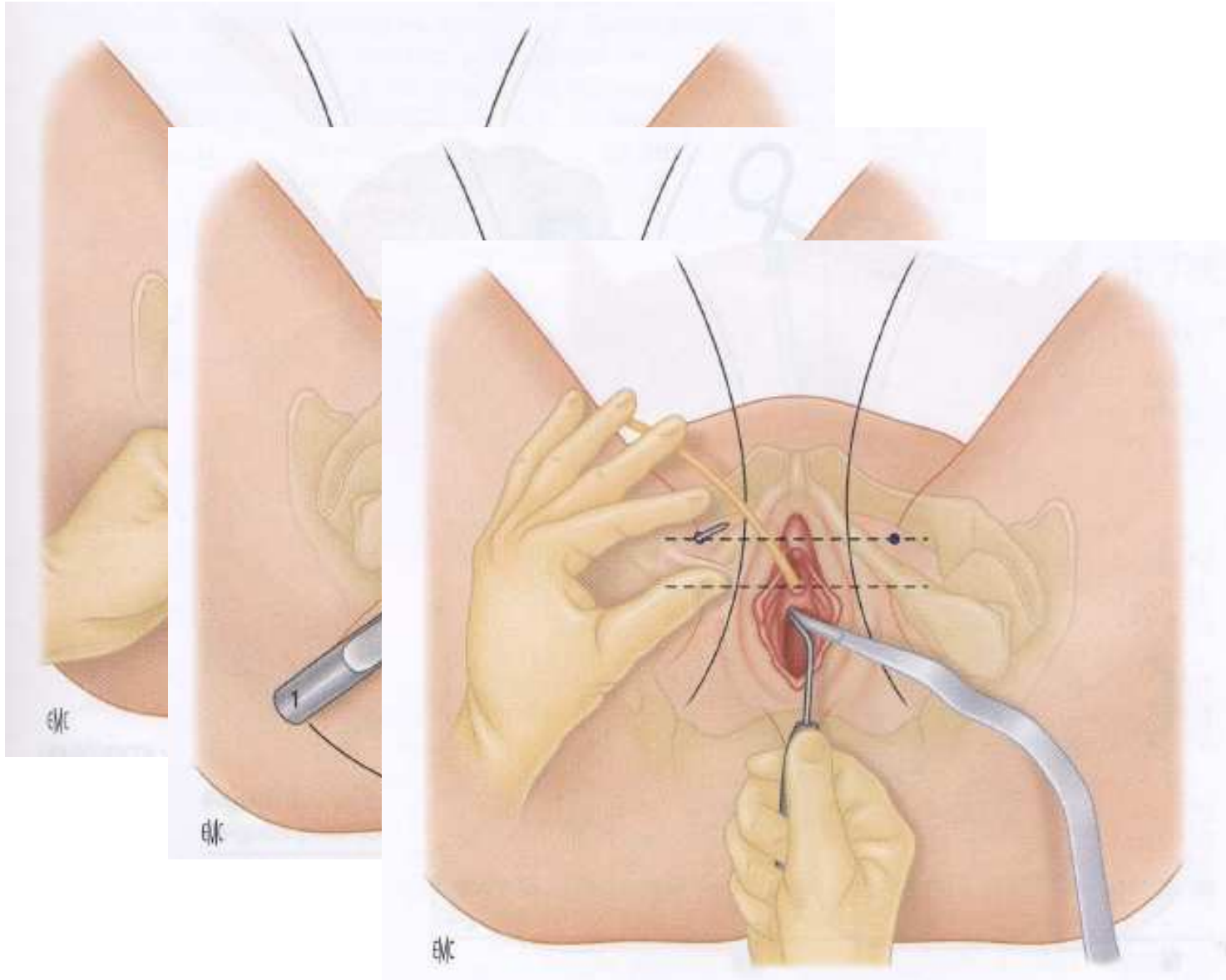


TOT (Trans-Obturator Tape)

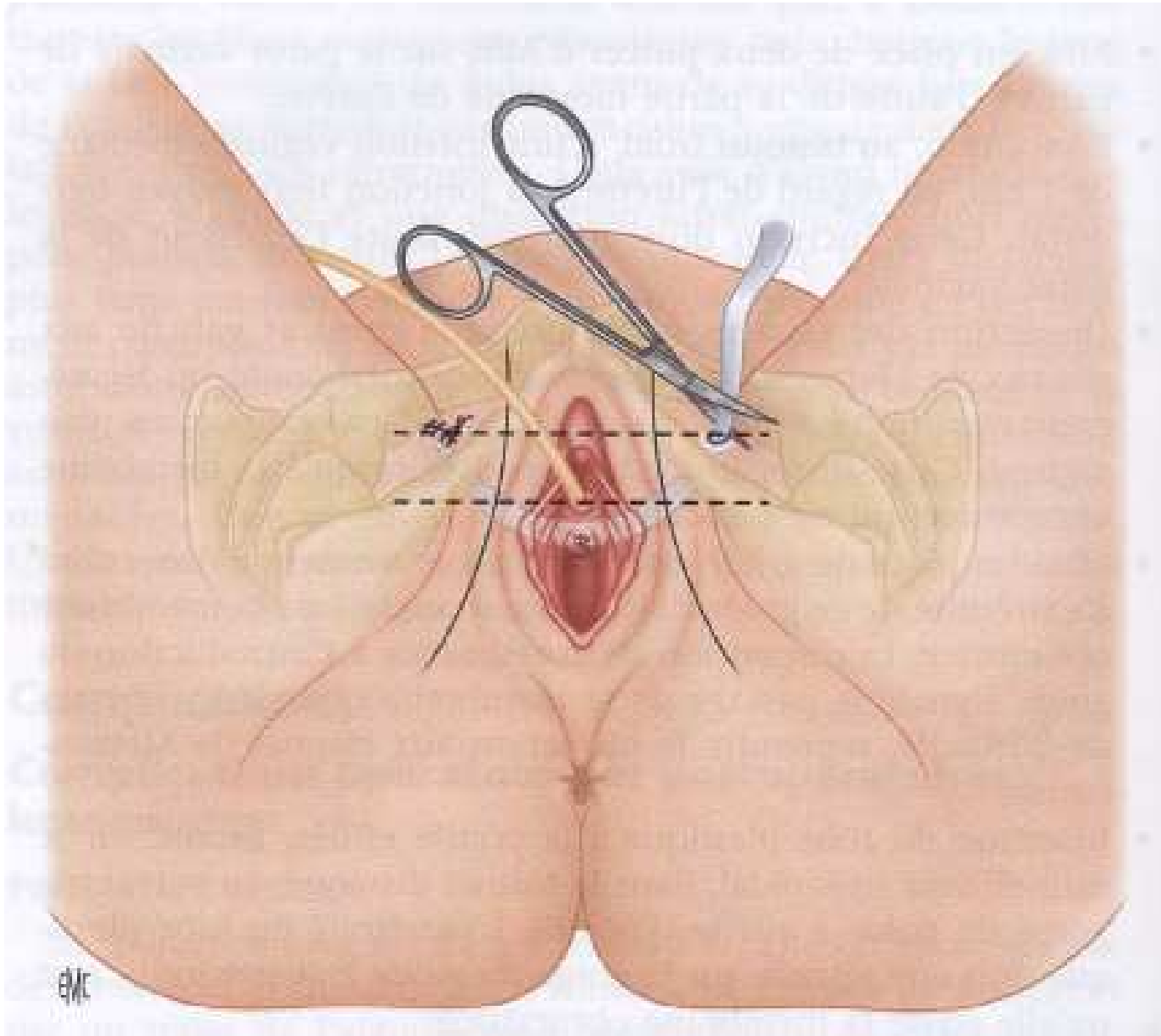
TOT



TOT (Trans-Obturator Tape)



TOT (Trans-Obturator Tape)



TOT (Trans-Obturator Tape)



CASO CLINICO

Età 53 anni

Anamnesi personale remota:

Ipertensione arteriosa

Colon irritabile

Coxartrosi dx

Ambulatorio multidisciplinare



Anamnesi ginecologica:

Menarca anni 13

2 parti spontanei

Pregressa colpoisterectomia e
cistopessi

Prolasso della volta vaginale III grado
Enteroccele

Sintomi

Prolasso

Enteroccele

ODS

Intervento chirurgico combinato
Colposacropessi (protesi biologica)
Ventral rectopexy (protesi biologica)

Approccio multidisciplinare



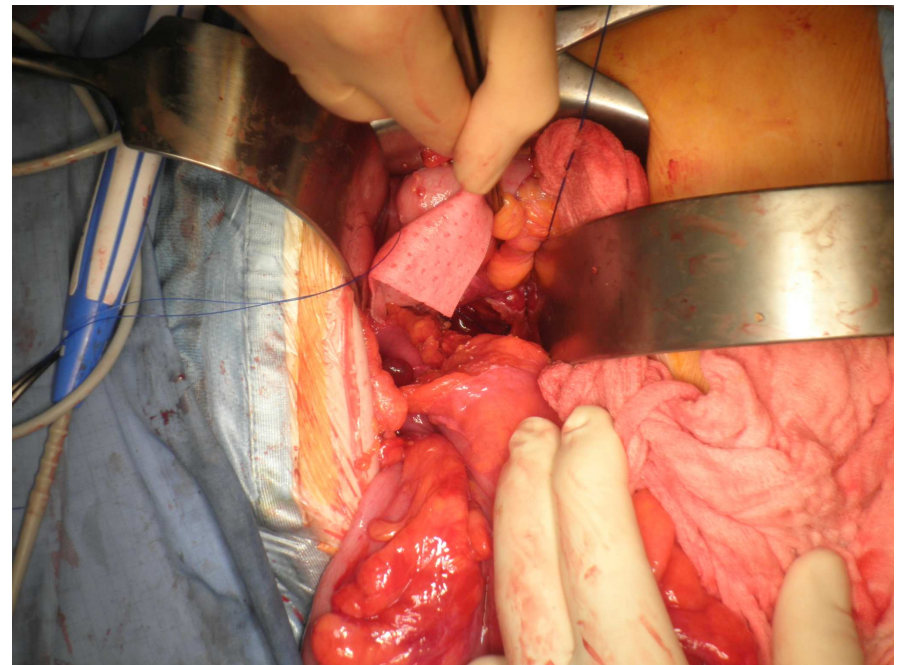
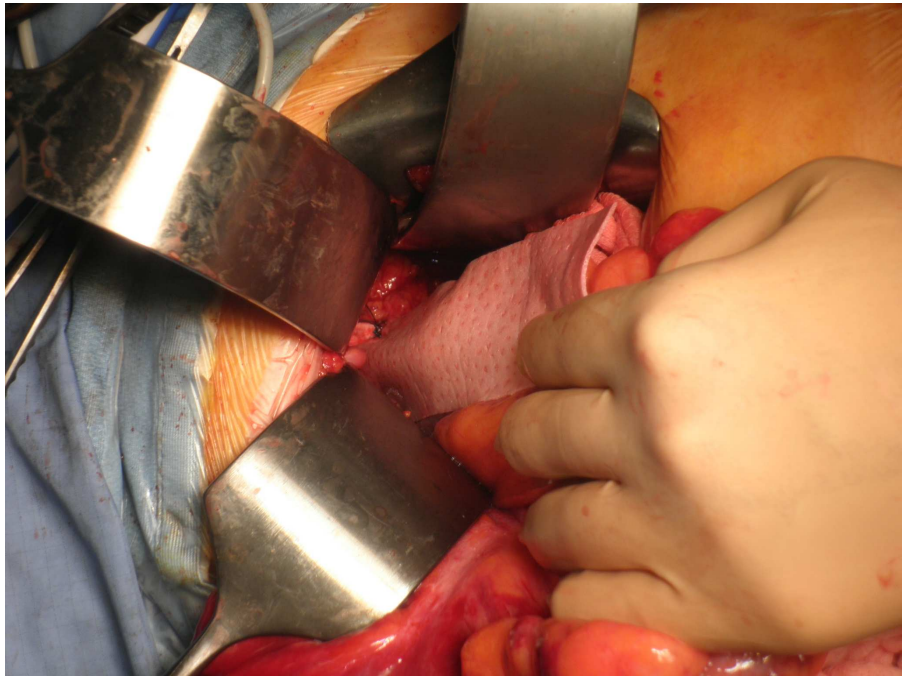
Intervento chirurgico combinato

I tempo: ventral rectopexy (con protesi biologica)

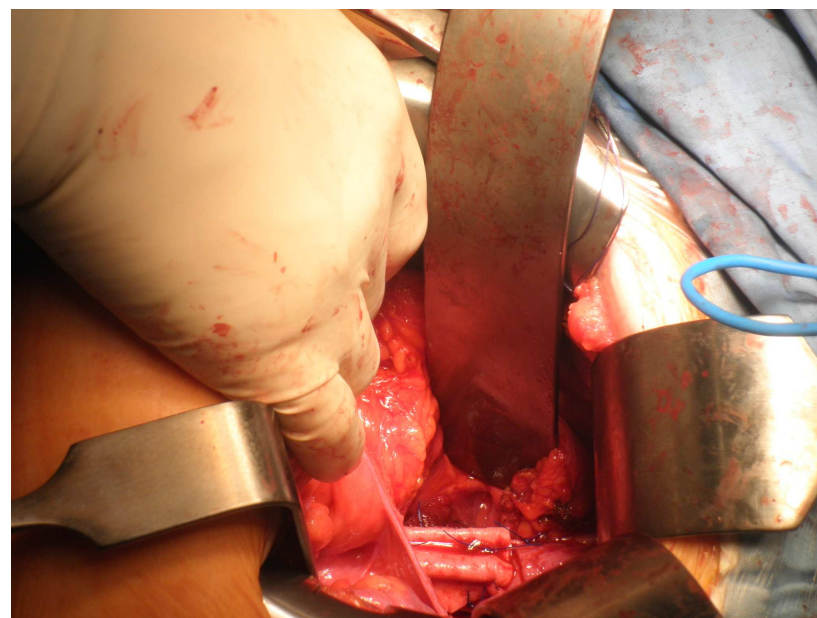
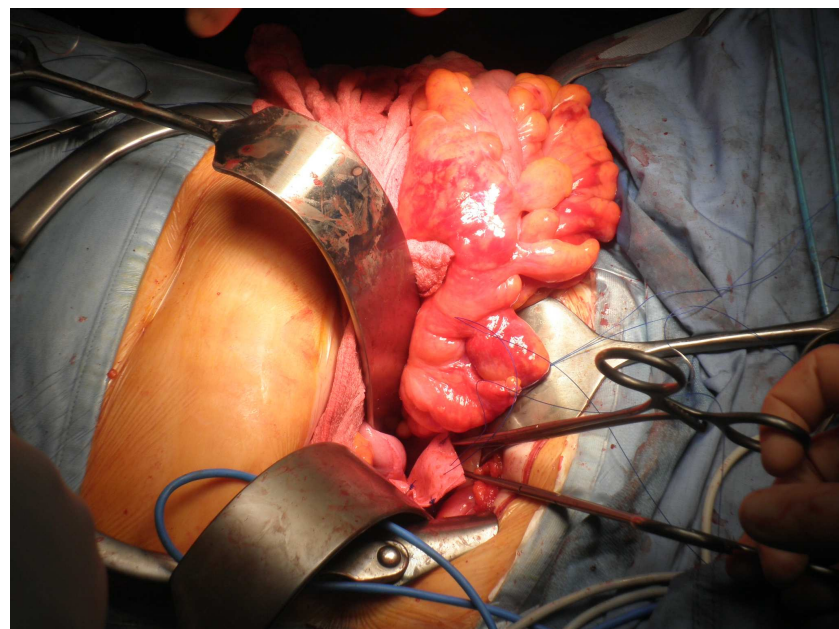
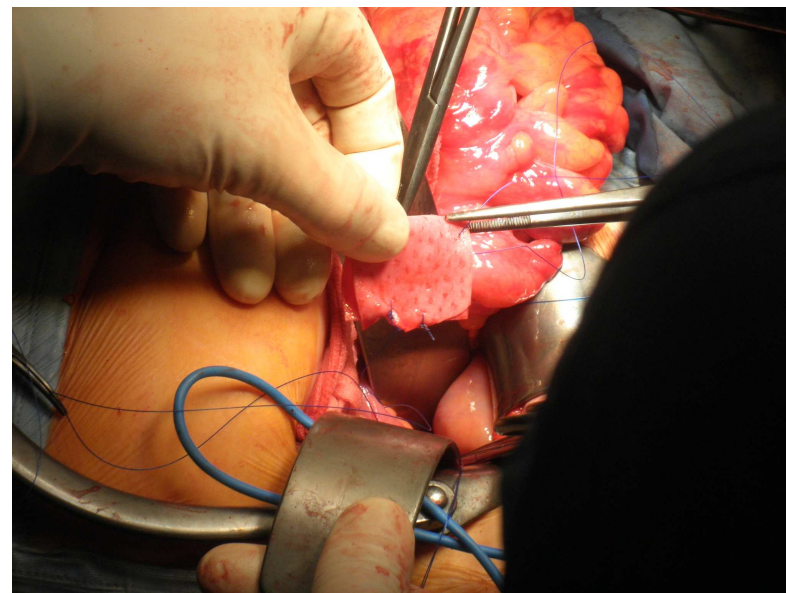
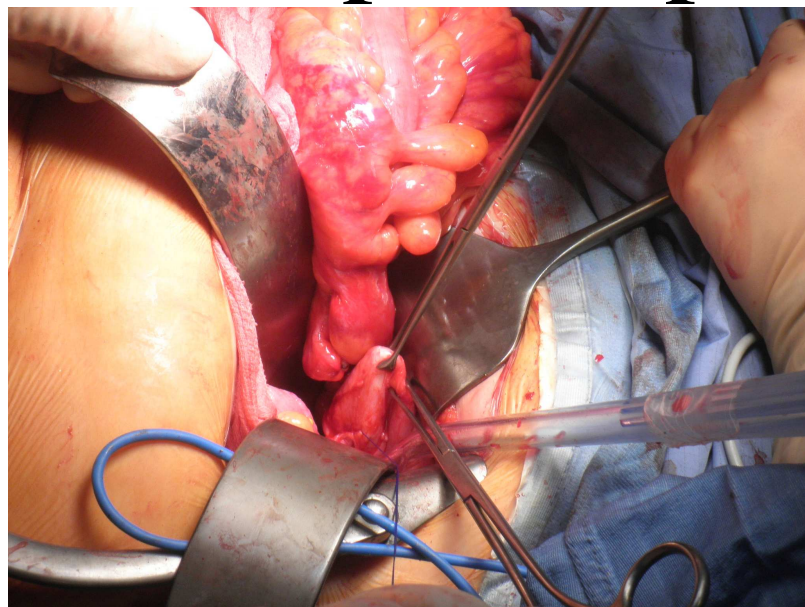
II tempo: colposacropessi (con protesi biologica)

III tempo: annessiectomia e chiusura dell'inlet pelvico

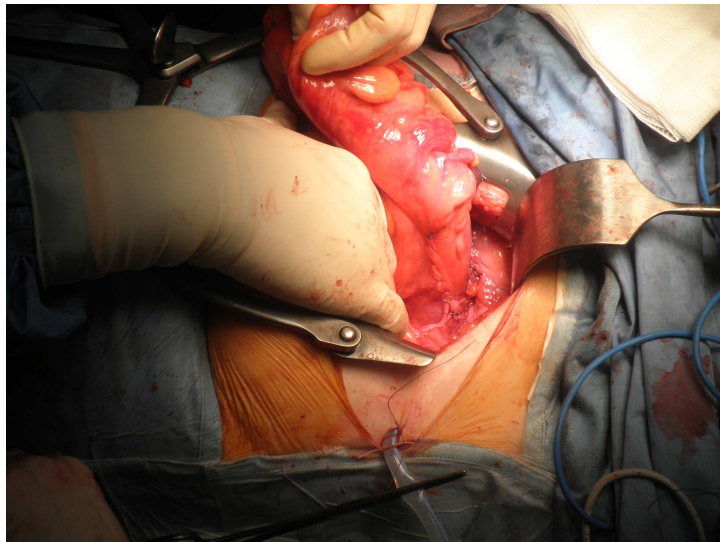
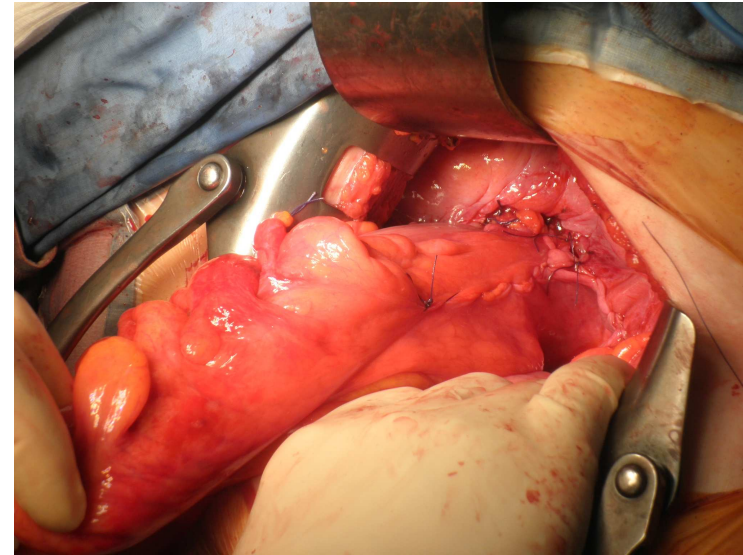
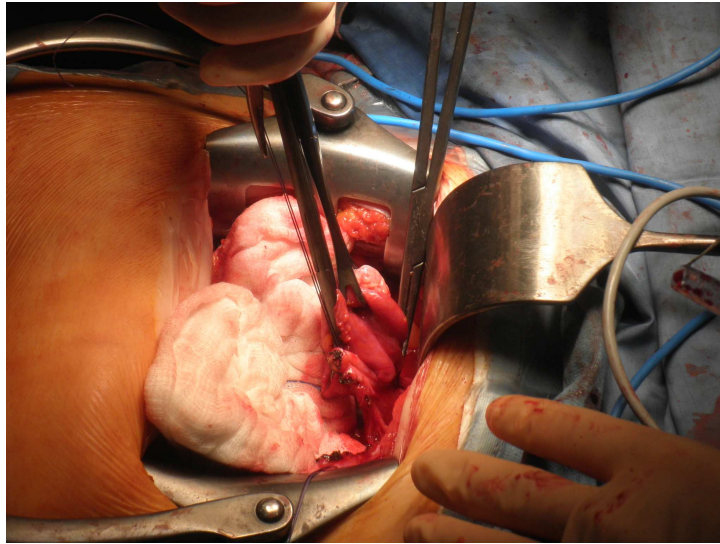
I tempo: rettopessi ventrale protesica



Il tempo: colposacropessi protesica



III tempo: annessiectomia bilaterale e chiusura dell'inlet pelvico



Conclusioni



Patologie del pavimento pelvico

Approccio multidisciplinare



Collaborazione tra i diversi specialisti: urologo/ginecologo/chirurgo/gastroenterologo/radiologo/neurologo
Coordinazione con i medici di base
Integrazione dei servizi

Massimizzare l'efficacia con il minimo delle risorse (Creazione di un percorso facilitato per i pazienti)

**Focalizzare l'attenzione sul paziente
(Patient-centred care)**

Ampliare il ruolo dell'infermiere specializzato, del fisioterapista specializzato in pavimento pelvico

COMUNICARE: Le aspettative dei pazienti e la ripercussione sulla qualità di vita della chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico hanno un ruolo centrale nella valutazione dell'outcome.

Implementazione della **RICERCA:** studi comparativi riguardanti gli approcci combinati, i nuovi materiali (graft e mesh) e le nuove tecniche chirurgiche