



**IN CORSO DI STAMPA**

# **estetica** *Mente*

**ANTIAGING E PREVENZIONE**



**SPECIALE**

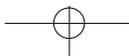
**LA VITA INTIMA DELLA DONNA**

**DOSSIER SCIENTIFICO: IL LIFTING VAGINALE**

**ATTI DEL CONVEGNO**

**SULL'ESTETICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE**





**Dossier**  
LIFTING VAGINALE

# L'ESTETICA DELL'APPARATO GENITALE FEMMINILE

*Lifting vaginale:  
una chirurgia dolce nel trattamento  
dei difetti della statica pelvica femminile  
(Atti del Convegno)*



A.S.L. SA/2 - U.O. GINECOLOGIA e OSTETRICIA  
P.O. San Francesco D'Assisi - Oliveto Citra  
Direttore: G. Auriemma

## 5° Corso Teorico-Pratico di Chirurgia e Riabilitazione del Pavimento Pelvico



2° INTERNATIONAL JOINT MEETING WITH ASSOCIATION  
OF AMBULATORY VAGINAL & INCONTINENCE SURGEONS



Ospite Internazionale: B. Farnsworth  
Direttori del corso: D. De Vita, G. Docimo  
Presidenti del corso: G. Auriemma, E. Piccione, F. Sirimarco  
Presidenti Onorari: A. Chiantera, L. Docimo, L. Spreafico  
Coordinatori Scientifici: F. Araco, A. Canero, G. Dodi, D. Grassi, G. Ionta, G. Santinelli  
**Salerno, 31 Maggio - 1 Giugno 2007**  
**MEDITERRANEA HOTEL**





# Quando serve la chirurgia estetica utero-vaginale?



Beauty Photo Studio





La scelta di pubblicare gli atti del convegno relativo alla "chirurgia e riabilitazione del pavimento pelvico" è già stata ampiamente motivata in apertura di questo dossier. Tuttavia, prima di dare spazio agli interessanti interventi scientifici protagonisti di queste pagine, abbiamo chiesto al dottor Gennaro Auriemma e al dottor Davide De Vito di spiegare ai nostri lettori a cosa serve e in quali casi è opportuno ricorrere alla chirurgia estetica utero-vaginale.

a cura di Stella Magi

Bombardate dai media e da incalzanti slogan che inneggiano alla bellezza e alla eterna giovinezza, è facile intuire perché le donne oggi siano così inclini a rivolgersi alla chirurgia estetica pur di conservare o di migliorare la propria immagine.

La conquista di una reale indipendenza economica ha poi sicuramente influito sulle scelte che la donna effettua in tal senso accrescendo la sua sicurezza che la induce, in certi casi, a scegliere un partner più giovane. Non è dunque difficile comprendere perché ella desideri, anche nella sfera più intima, mantenere un buon livello estetico. Questa esigenza, tuttavia, è talvolta connessa a disagi oggettivi che investono tanto la salute quanto la sfera psicofisica; ecco perché oggi la medicina ginecologica è sempre più orientata a considerare e ad affrontare concretamente il problema a livello chirurgico.

Se ci si chiede, pertanto: "quando serve la chirurgia estetica utero-vaginale?", occorre rispondere innanzitutto che essa è opportuna sia nel caso di traumi minimi che come terapia conservativa; viene perciò effettuata una sorta di lifting degli organi interni sostituendo i legamenti di sospensione e di sostegno dell'utero mediante quelli artificiali costituiti da materiale protesico; sono questi i presupposti di quella chirurgia ginecologica che, risparmiando alle donne interventi mutilanti, consente anche una rapida ripresa funzionale.

Il lifting utero-vaginale, ovvero la sospensione dell'utero e della vagina, oltre ad una dimostrata efficacia anatomica e clinica, è spesso richiesto anche da pazienti che presentano lievi alterazioni della statica pelvica; queste donne, per motivi estetici relativi agli organi genitali esterni e alla vagina, scelgono di sottoporsi a tale intervento al fine di migliorare la propria estetica e allo stesso tempo raggiungere una migliore intesa sessuale con il proprio partner.

Si tratta di una metodica, già adottata da molti specialisti in quasi tutta Italia, che serve a correggere alcune situazioni patologiche tra le quali il prolasso dell'utero, della vescica e della vagina più frequenti dopo la menopausa, non rare, però, anche in età fertile. Simili patologie sono l'inevitabile conseguenza del rilasciamento dei legamenti di sospensione che mantengono gli organi saldi nella loro posizione anatomica.

Presso l'ospedale San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra (ASL Salerno 2) la chirurgia estetica utero-vaginale è attiva, sotto la direzione del dottor Gennaro Auriemma, ed è stata "impor-



*Se ci si chiede: “quando serve la chirurgia estetica utero-vaginale?”, occorre rispondere innanzitutto che essa è opportuna sia nel caso di traumi minimi che come terapia conservativa.*

tata” dal dottor Davide De Vita, anch’egli medico presso lo stesso centro, direttamente dal *Centre for Pelvic Reconstructive Surgery* dell’*Adventist Hospital of Sydney*. In cosa consiste, dunque, questo tipo di chirurgia? «Un tempo le procedure interventistiche – spiegano il dottor Auriemma e il dottor De Vita – tentavano di correggere lo scivolamento dell’utero e della vagina verso il basso, fissandoli a strutture adiacenti. L’obiettivo della nuova tecnica mira invece a risollevarle gli organi mediante una rete protesica da fissare in posizione anatomica più profonda e, quindi, molto simile a quella originale. Ciò si traduce in una maggiore sicurezza di tenuta dell’utero o della vagina nonché nella possibilità di risparmiare entrambi gli organi. Non si tratta di un particolare secondario, in quanto evitare l’asportazione dell’utero allontana lo spettro dell’incontinenza urinaria e dei disturbi vescicali». Elemento fondamentale del protocollo è la scelta della

protesi: la cosiddetta rete può essere di materiale sintetico come il polipropilene, oppure biologica come quella ricavata dal bue o dal maiale. «Nelle donne più giovani privilegiamo quella sintetica – spiega De Vita – in quanto di maggiore durata, mentre riserviamo le biologiche sia a coloro che hanno dimostrato spiccata intolleranza, sia alle pazienti anziane con tessuti in cattive condizioni». L’intervento, effettuato in anestesia loco-regionale con una degenza di 48 ore, comporta un risultato prima impensabile, correggendo difetti vaginali e uterini gravi anche al terzo e quarto stadio.

«Nelle donne in età riproduttiva in cui il prollasso si presenta con una percentuale compresa tra il 5% e il 10% – concludono Auriemma e De Vita – conservare l’utero significa garantire la possibilità di avere un figlio anche partorendo spontaneamente. Si scongiura così un’invalidità che si ripercuote sulla psiche, sulla sfera sessuale e sulla vita sociale».



Il dottor Davide De Vita





## Le cause delle alterazioni utero-vaginali che necessitano della chirurgia plastica estetica

D. De Vita, M. C. Muccione (\*), F. Palma (\*), R. Rinaldi (\*), M. Calende (\*\*), D. Lullo, G. Auriemma.

U.O. Ginecologia-Ostetricia, P.O. San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra, Salerno, ASL SA2.

(\*) Corso di Laurea in Ostetricia, Università Federico II, Polo Didattico di Salerno, ASL SA2.

(\*\*) Facoltà di Sociologia, Università degli Studi Federico II di Napoli.

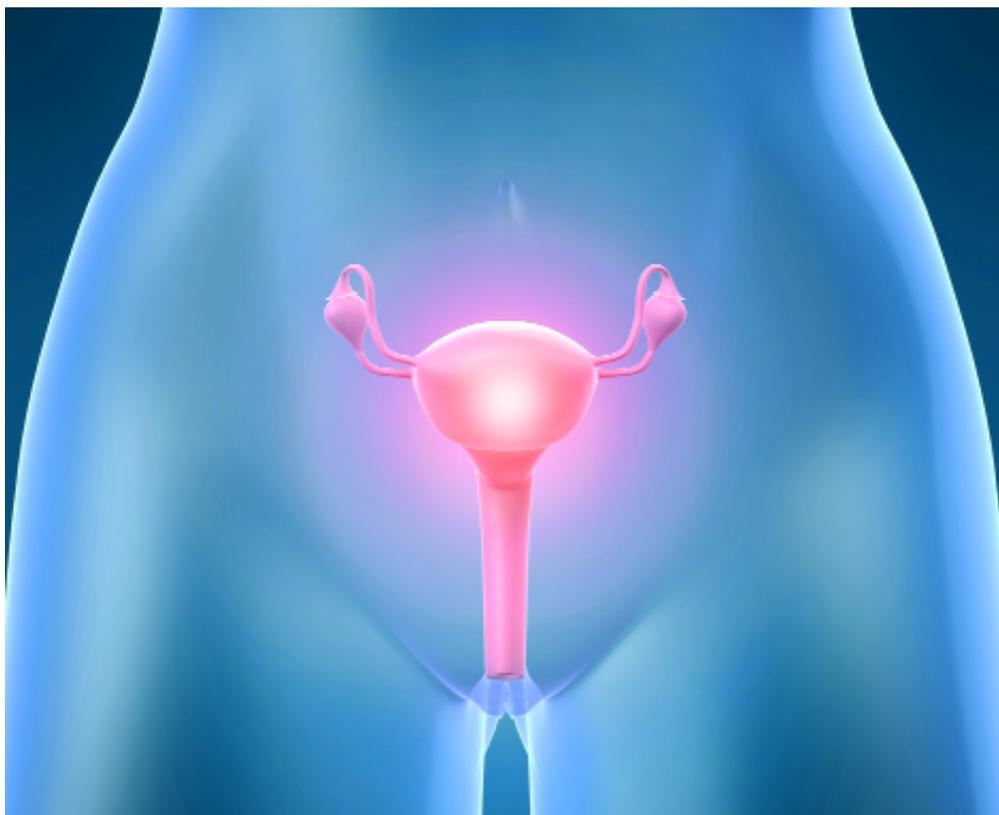


Foto: Sebastian Kaulitzki

La salute della donna, la sua vita ginecologica, ostetrica, sociale, affettiva e sessuale sono strettamente legate al *perineo*<sup>1</sup> che subisce i condizionamenti della realtà sociale alla quale la donna appartiene.

Il *perineo* è una parte centrale del corpo femminile, una specie di cuore periferico che detiene molta responsabilità nel determinare la qualità della vita delle donne, ed è allo stesso tempo la parte del corpo a loro più sconosciuta.

È il luogo delle sensazioni e delle emozioni più profonde della donna; è la sede dell'inconscio, dell'istinto ed è legato alle principali funzioni neurovegetative: sessualità, riproduzione, eva-

cuazione, respirazione.

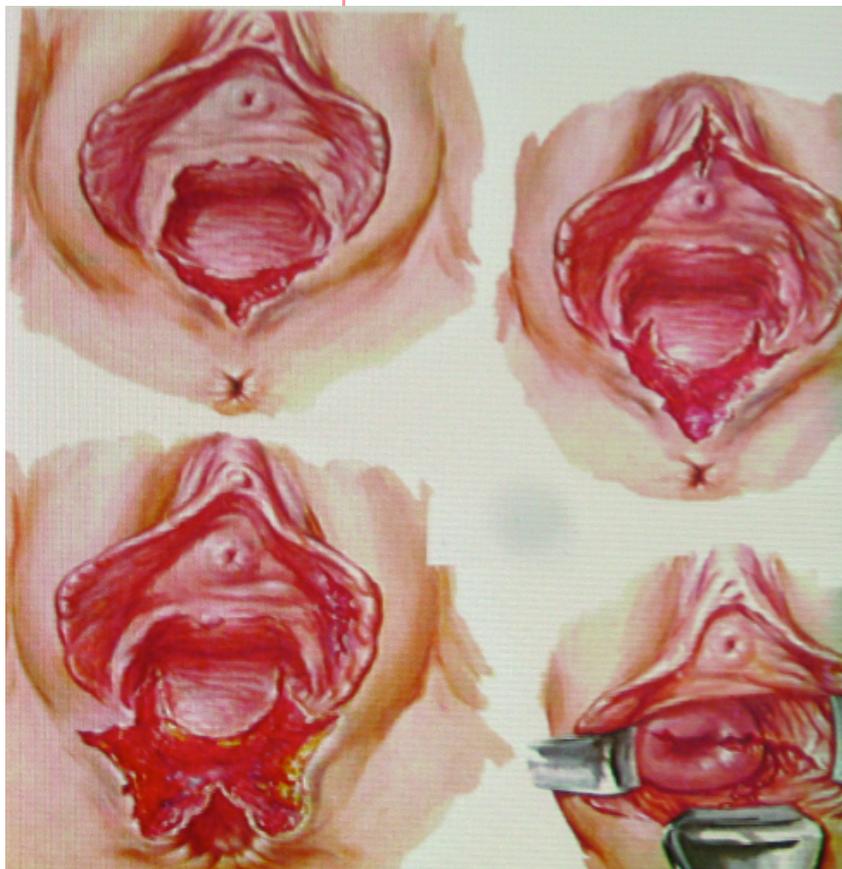
Dalla nascita dell'umanità ad oggi, il *perineo* può dire di aver registrato una storia profonda, legata al piacere-dispiacere e porta in sé la memoria dell'esperienza femminile delle generazioni passate.

Sotto il profilo patologico, peraltro, quelle uroginecologiche sono oggi le patologie più comuni tra le donne. Il prolasso genitale è, forse, il problema più diffuso.

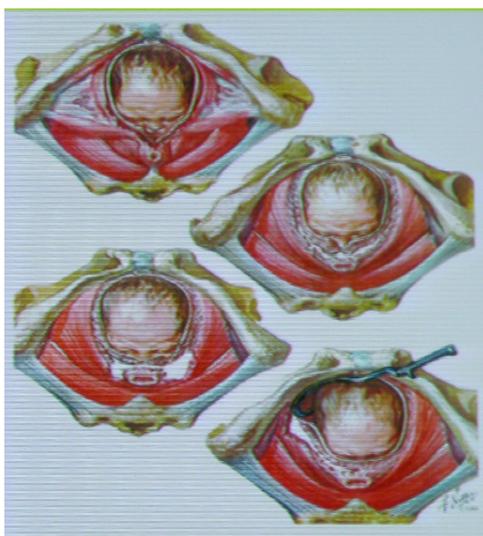
Per prolasso genitale si intende la caduta verso il basso (attraverso lo hiatus urogenitale del perineo) di vagina, utero, vescica, retto e, eventualmente, anse intestinali, di grado e di associazione variabili. Il *descensus* della vesci-



ca viene definito *cistocele*, quello del retto *rettocele*, dell'utero *isterocele* e delle anse intestinali (attraverso lo scavo erniata del Douglas) *enterocele* o *elitrocele* (Figura 1).



**Figura 1**  
Rappresentazione delle alterazioni utero-vaginali lievi-moderate che necessitano del lifting vaginale



**Figura 2**  
Rappresentazione dei danni perineali causati dal parto vaginale

Incontinenza urinaria, prolasso genitale e frigilità spesso sono solo latenti finché non si aggiunge ad essi un fattore aggravante: gravidanza, parto o menopausa.

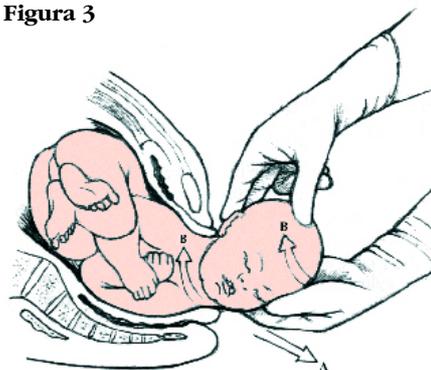
Questa alterazione della statica pelvica si manifesta, soprattutto, dopo la menopausa ma non è infrequente anche nel periodo post-partum e nelle nullipare (Figura 2, 3).

Alla base della patogenesi del prolasso sta il cedimento delle strutture muscolo-aponeurotiche e legamentose che formano il *sistema di sostegno* e il *sistema di sospensione* perineali.

A questo cedimento corrisponde un ulteriore fattore patogenetico costituito dalle alterazioni della normale posizione dell'utero.

Tali modificazioni, una volta instauratesi, comportano uno squilibrio nel contrapposto gioco delle forze endoaddominali, il cui vettore si pone in asse con il canale vaginale, forzando lo hiatus urogenitale (anatomicamente "debole").

**Figura 3**



È difficile stabilire se intervenga prima il cedimento delle strutture muscolo-aponeurotiche di sostegno o quello delle strutture connettivali legamentose di sospensione: le prime vengono compromesse soprattutto per cause ostetriche, le seconde per cause distrofiche.

È fondamentale avere un atteggiamento conservativo nell'approccio terapeutico alle alterazioni della statica pelvica e all'incontinenza urinaria che deve in primis essere di tipo riabilitativo e, laddove ci siano condizioni più gravi o comunque un disagio psicologico reale è altresì necessario effettuare un intervento chirurgico conservativo.

<sup>1</sup> Area a forma di rombo localizzata tra l'apertura anale e i genitali esterni.





## Studio epidemiologico sull'incidenza delle variabili socio-demografiche e delle modalità di espletamento del parto sui disturbi uroginecologici della popolazione dell'Asl Salerno 2

D. De Vita, M. C. Muccione (\*), F. Palma (\*), R. Rinaldi (\*), M. Calende (\*\*), D. Lullo, G. Auriemma.  
 U.O. Ginecologia-Ostetricia, P.O. S. Francesco d'Assisi, Oliveto Citra, Salerno, ASL SA2.  
 (\*) Corso di Laurea in Ostetricia, Università Federico II, Polo Didattico di Salerno, ASL SA2.  
 (\*\*) Facoltà di Sociologia, Università degli Studi Federico II di Napoli.

EPIDEMIOLOGIC STUDY ON  
 THE INCIDENCE OF SOCIAL,  
 TERRITORIAL  
 AND PERSONAL DATA AND  
 DELIVERY MODALITY ON  
 URINARY INCONTINENCE  
 AND GENITAL PROLAPSE  
 IN SALERNO'S  
 POPULATION

### Abstract

The aim of this retrospective epidemiologic study has been to evaluate incidence and risk factors of urinary incontinence and genital prolapse in the population that refers to uro-gynaecological department of Oliveto Citra Hospital. We have enlisted 300 patients with stress urinary incontinence and genital prolapse. The study was performed by the compilation of 300 uro-gynaecological charts. The compilation of charts included anamnestic history and social, territorial and personal data. In particular the study analysed: age, schooling, parity, delivery modality, Body Mass Index and previous gynaecological operations. The obtained result has shown the important role played by social and demographic data of the studied population. The risk factors of stress urinary incontinence and genital prolapse have been: age, profession (agriculture), Body Mass Index (B.M.I.) and previous gynaecological operations (hysterectomy), delivery modality (parity, fetal weight) and menopause.  
*Key words:* Prolapse and risk factors; urinary incontinence incidence; delivery; urinary incontinence



Beauty Photo Studio

### Riassunto

Lo scopo di questo studio epidemiologico retrospettivo è stato quello di individuare l'incidenza ed i fattori di rischio dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale nella popolazione del territorio afferente all'ambulatorio di uro-ginecologia dell'U.O. del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra. Abbiamo reclutato 300 pazienti affette da incontinenza urinaria femminile da sforzo e da prolasso genitale. Lo studio è stato condotto attraverso la compilazione di 300 cartelle uro-ginecologiche che, oltre alla storia anamnestica, hanno approfondito gli aspetti socio-demo-

grafici. In particolare, lo studio ha analizzato l'età, la scolarità, la professione, la parità, la modalità di espletamento dei parti, il *Body Mass Index* (B.M.I.) ed i precedenti interventi ginecologici. I risultati emersi hanno evidenziato il ruolo rilevante delle variabili socio-demografiche e delle modalità di espletamento del parto sull'incidenza dei disturbi della statica pelvica nella popolazione esaminata. Tra i fattori predisponenti sono emersi particolarmente significativi: l'età media elevata; il B.M.I. medio elevato; il tipo di professione svolta, come contadina o bracciante agricola; i precedenti interventi ginecologici subiti, in particolar modo l'isterectomia; la storia ostetri-



ca (numero di gravidanze, modalità del parto, peso fetale) e la menopausa.

### Introduzione

Le disfunzioni pelvi-perineali sono tra le patologie più diffuse nella donna dopo la quarta decade di età. L'incontinenza urinaria ed il prolasso genitale, spesso associati, sono determinati da specifiche alterazioni a carico delle strutture muscolo-fasciali e neurologiche del supporto pelvico.

La prevalenza dell'incontinenza urinaria aumenta con l'aumentare dell'età della donna; un recente studio eseguito su una popolazione di 40.000 donne ha evidenziato un'incidenza del 12,8% a 18-22 anni, del 36,1% a 40-49 anni e del 35% a 70-74 anni (Tabella 1) [cfr. bibliografia 1].

**Tabella 1**

Incidenza dell'incontinenza urinaria

Popolazione in studio	Prevalenza
Popolazione generale	10-58%
18-22 anni	12,8%
40-49 anni	36,1%
70-74 anni	35%

L'incidenza del prolasso genitale risulta essere elevata nella popolazione femminile in postmenopausa [cfr. bibl. 2]. A causa del deterioramento del tessuto fasciale vaginale, altrettanto alta risulta essere in tale periodo post-menopausale la frequenza di isterectomia [cfr. bibl. 3-6]. A seguito dei mutati atteggiamenti sessuali nella società occidentale attuale e del valore psicologico ed emozionale degli organi sessuali, i chirurghi debbono valutare e tenere in considerazione i desideri e le preferenze delle pazienti, relativamente alla preservazione della funzione vaginale e dell'utero. Inoltre, l'utero è importante nel supportare la pelvi e più del 20% delle pazienti affette da disturbi vescicali ed intestinali risulta essere stata isterectomizzata. Comprendere l'importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico è la chiave per creare un piano razionale nell'approccio chirurgico del prolasso [cfr. bibl. 7].

Sia l'incontinenza urinaria che il prolasso genitale sono resi più probabili da alterazioni genetiche del tessuto connettivo, gravidanze, parti,

menopausa, invecchiamento, obesità, etnia, stitichezza cronica, altri eventi di aumento cronico della pressione intraddominale e di chirurgia pelvica. Fattori psicologici, caffeina e fumo possono inoltre aggravare la condizione. Tra le altre possibili cause vanno citate: infezioni urinarie, immobilità, perdita delle funzioni fisiche, demenza e varie condizioni che provocano danni neurologici e deficit mentali.

Da tempo è noto che la gravidanza e il parto rientrano tra i fattori di rischio dell'incontinenza urinaria e del prolasso genitale nelle donne giovani o di età media. Si ritiene che il parto vaginale sia il fattore maggiormente responsabile in quanto esso può determinare un danno notevole sia al tessuto muscolare che a quello nervoso. Inoltre, la gravidanza stessa, per mezzo di modificazioni meccaniche della statica pelvica e di cambiamenti nell'assetto ormonale, può essere un significativo fattore di rischio per tali patologie. In particolar modo è il primo parto ad essere decisivo per la stabilità del pavimento pelvico; è importante, quindi, che l'ostetrica segua alcuni accorgimenti di ordine pratico ed organizzativo al fine di prevenire o di ridurre al minimo i traumi perineali.

In questo lavoro retrospettivo siamo andati ad analizzare nella popolazione afferente l'ambulatorio di uro-ginecologia del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra, 300 pazienti affette da incontinenza urinaria femminile da sforzo e da prolasso genitale.

### Scopo dello studio

Dall'ottobre del 2002, presso l'ambulatorio di uro-ginecologia e di chirurgia ricostruttiva del pavimento pelvico dell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia del P.O. San Francesco d'Assisi di Oliveto Citra Asl SA2, abbiamo reclutato 300 pazienti affette da disfunzioni pelvi-perineali (incontinenza urinaria e prolasso genitale).

L'obiettivo è stato quello di individuare l'incidenza ed i fattori di rischio di tali patologie.

### Materiale e metodi

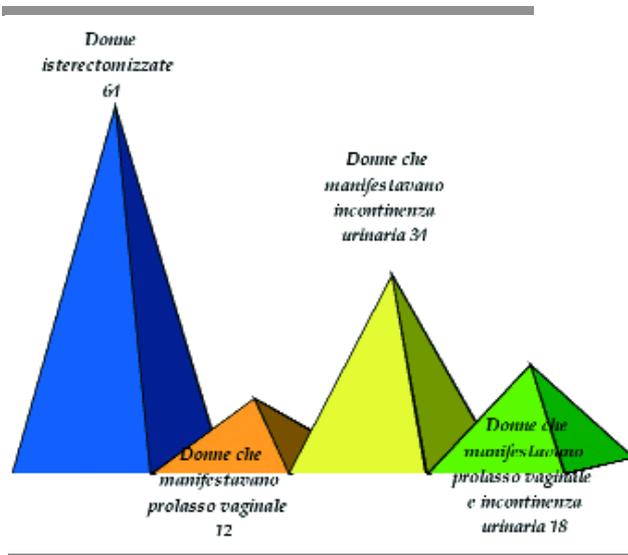
Lo studio è stato condotto attraverso la compilazione di 300 cartelle uro-ginecologiche che contemplano i seguenti dati: età, scolarità, professione, parità (numero di gravidanze, modalità dei parti, peso fetale), peso corporeo ed altezza, precedenti interventi ginecologici, la sintomatologia uro-ginecologica, colon-proctologia, l'esame obiettivo (*POP-Q score*), la





**Grafico 1**

Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti con pregressa isterectomia



compilazione del diario minzionale, lo *Score di Wexner* e il questionario sulla qualità della vita (*King's Health Questionnaire*).

Il campione in esame appartiene alla popolazione dei comuni della provincia di Salerno e di Avellino, afferenti all'ambulatorio di uro-ginecologia del P.O. di Oliveto Citra.

**Risultati**

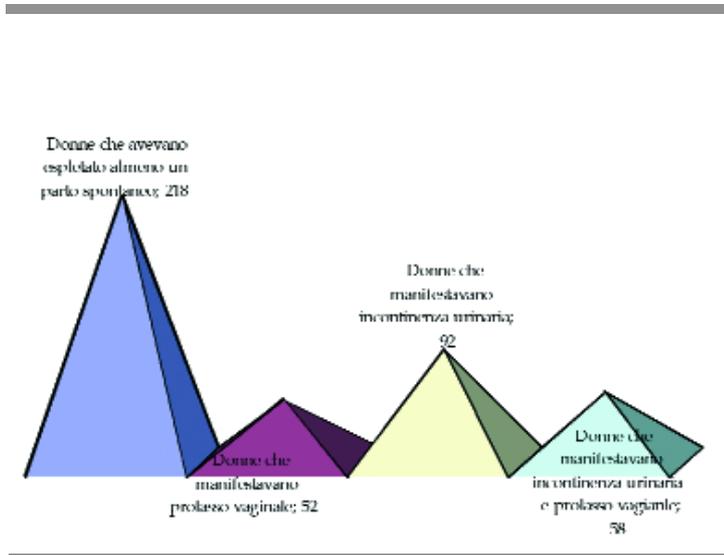
Tra i fattori predisponenti sono emersi particolarmente significativi:

- l'età elevata;
- il B.M.I. elevato;
- la professione di contadina e bracciante agricola;
- i pregressi interventi ginecologici subiti, in particolare l'isterectomia;
- la storia ostetrica (l'elevato numero di gravidanze, i parti operativi, l'elevato peso del feto alla nascita);
- la mancanza di terapia ormonale sostitutiva nelle pazienti in menopausa.

L'età media delle pazienti reclutate era di 58 anni (34-86 anni), con un B.M.I. medio di 35. Dall'analisi dei dati è emerso che delle 64 pazienti che avevano subito l'isterectomia (vaginale o addominale) 12 (18,75%) manifestavano prolasso vaginale, 34 (53,12%) incontinenza urinaria e 18 (28,13%) l'associazione del prolasso vaginale e dell'incontinenza urinaria. (Grafico 1).

**Grafico 2**

Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti con almeno un parto vaginale

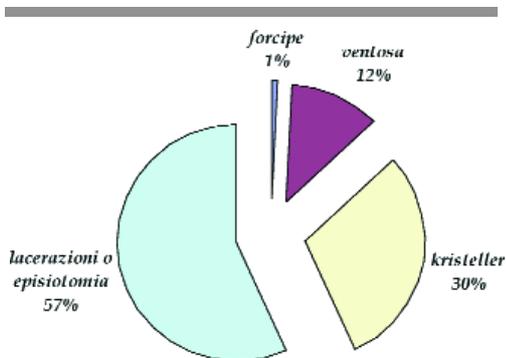


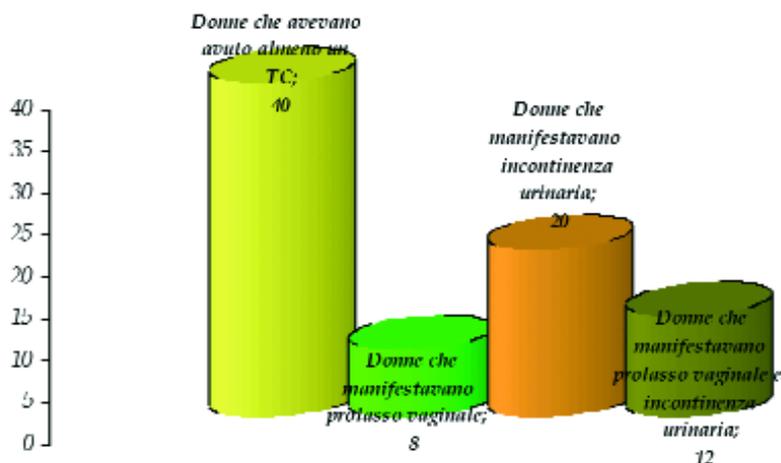
Delle 218 donne che avevano espletato almeno un parto spontaneo 52 (23,85%) manifestavano prolasso vaginale, 92 (42,2%) incontinenza urinaria e 58 (26,6%) l'associazione del prolasso vaginale e dell'incontinenza urinaria (Grafico 2).

Dei 218 parti vaginali il 92% risultava essere operativo, di cui nell'1% era stato utilizzato il forcipe, nel 12% era stata applicata la ventosa, nel 30% era stata effettuata la manovra di Kristeller e nel 57% si erano verificate lacerazioni di II-III grado o era stata praticata l'episiotomia (Grafico 3). Su 40 donne pluripare che avevano avuto almeno un taglio cesareo 8 (20%) manifestavano prolasso vaginale, 20 (50%) incontinenza urinaria e 12 (30%) manifestavano l'as-

**Grafico 3**

Dettaglio parti spontanei operativi





**Grafico 4**  
Incidenza di disturbi uro-ginecologici in pazienti cesarizzate con pregressi parti spontanei operativi

sociazione del prolasso vaginale e dell'incontinenza urinaria. Questo dato evidenzia che il taglio cesareo dopo parti operativi non rappresenta un fattore protettivo per le patologie della statica pelvica (Grafico 4).

#### Discussione

I dati emersi evidenziano l'importanza delle variabili socio-demografiche sull'incidenza dei disturbi della statica pelvica nel campione esaminato, tra cui:

- l'obesità, dovuta ad un'alimentazione ricca di grassi animali, tipica delle popolazioni collinari e montane;
- l'età media avanzata della popolazione, tipiche di zone montane, che nel corso degli anni ha subito una notevole emigrazione giovanile a causa delle scarse opportunità lavorative offerte;
- l'età avanzata è inoltre apparsa una condizione aggravante per i disturbi pelvi-perineali, dovuta alla condizione di ipoestrogenismo postmenopausale, cui si aggiunge lo scarso utilizzo di terapia ormonale sostitutiva;
- l'attività lavorativa che comporta rilevanti sforzi fisici, trattandosi prevalentemente di attività legate all'agricoltura;
- la stretta correlazione emersa tra le donne isterectomizzate e l'incontinenza urinaria associata alle alterazioni della statica pelvica e, quindi, sull'importanza che l'utero riveste nel preservare la statica pelvica.

Per molti anni il prolasso uterino ha rappresen-

tato un'indicazione all'isterectomia, indipendentemente dalla presenza di patologia uterina e dai desideri della paziente. Lo stile di vita, i desideri e le prospettive delle donne per quel che riguarda la sfera sessuale e le gravidanze si sono però profondamente modificate negli ultimi anni e molte pazienti che si sottopongono ad intervento per prolasso genitale, in realtà, desidererebbero mantenere l'utero. Da ciò è nato il nostro atteggiamento clinico-chirurgico conservativo, nel caso in cui non sussista una patologia intrinseca dell'organo.

Un altro dato molto interessante è risultato essere quello relativo alla storia ostetrica; infatti, nella maggior parte dei casi, le donne avevano espletato almeno un parto distocico (con applicazione di ventosa o di forcipe, manovra di Kristeller, episiotomia e lacerazioni) ed un elevato numero di parti a domicilio, senza assistenza [cfr. bibl. 8-9]. Quest'ultimo dato richiama l'attenzione sull'importanza che la modalità di espletamento del parto assume rispetto all'integrità del perineo. Infatti solo un buon parto che segua il suo decorso naturale può salvaguardare la donna da inutili interventi di pilotaggio strumentale che non fanno altro che arrecare danni e aumentare l'incidenza delle patologie del pavimento pelvico. L'ostetrica, che rimane ancora oggi la figura garante per assicurare al parto un andamento fisiologico, deve porsi come obiettivo principale quello di potenziare le risorse endogene della donna e renderla consapevole anche della sua muscolatura perineale, a finché ella possa imparare a controllare le contrazioni.

Inoltre, l'ostetrica deve saper individuare i fattori di rischio e prevenire con la riabilitazione (fisio-cinesiterapia e *biofeedback*) le patologie del pavimento pelvico.

Si tratta di un percorso lungo e graduale che deve iniziare già durante la gravidanza attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita.

#### Conclusioni

Tale studio ha evidenziato l'influenza delle variabili socio-demografiche della popolazione del territorio afferente al nostro ambulatorio di uro-ginecologia, della chirurgia ginecologica demolitiva, della modalità di espletamento del parto sulla genesi del prolasso genitale e dell'incontinenza urinaria femminile.

Seppure il campione studiato faccia riferimento ad una popolazione molto ristretta ci è stato, tuttavia, di estrema utilità in quanto altamente rappresentativo della popolazione di riferimento.

