



Lifting vaginale nel trattamento chirurgico del prolasso genitale

Trattamento chirurgico conservativo protesico di sospensione ai legamenti sacrospinosi nel prolasso utero-vaginale severo

D. De Vita^{1*}, F. Araco², G. Auriemma¹, F. Auriemma¹, F. Sesti², E. Piccione²

¹ U.O. di Ginecologia-Ostetricia, Ospedale San Francesco d'Assisi, Oliveto Citra, Salerno, ASL SA2.

^{*} Dottorato di Ricerca in Terapie Chirurgiche Avanzate e Riabilitative del Pavimento Pelvico Femminile, Università di Tor Vergata di Roma.

² Sezione di Ginecologia ed Ostetricia, Dipartimento di Chirurgia, Scuola di Medicina, Ospedale Universitario Tor Vergata di Roma.



Fotolia/Art of Design

Riassunto

La chirurgia del prolasso degli organi pelvici risulta essere una delle procedure ginecologiche cui la donna viene più frequentemente sottoposta nel corso della sua vita e presenta un'incidenza di recidiva significativamente alta. Negli ultimi anni sono state proposte numerose tecniche chirurgiche vaginali innovative, con l'ausilio di kit chirurgici e di nuovi materiali protesici, che hanno proposto l'impianto più agevole e sicuro di protesi negli spazi vagi-

nali, seppure non esenti da complicanze intra e post operatorie. L'intolleranza al materiale protesico sintetico è stata tra le cause più frequenti ed insidiose di tale tipo di chirurgia. Le tecniche, sviluppate presso il *Centre for Pelvic Reconstructive Surgery* al *Sydney Adventist Hospital*, sono state utilizzate presso l'U.O.C. di Ginecologia del P.O. di Oliveto Citra e presso la Clinica di Ginecologia-Ostetricia dell'*Università Tor Vergata di Roma* su 80 pazienti con prolasso utero-vaginale di III stadio, nel periodo compreso tra settembre 2004 e novembre 2006.





Per ricostruire la fascia pubo-cervicale e retto-vaginale sono state utilizzate protesi in polipropilene (Gynemesh-Soft PS, 10x15cm - Gyne-Mesh, Gynecare Ethicon). Nel I gruppo 35 (43.8%) pazienti con descensus utero-vaginale del distretto anteriore-centrale. Nel II gruppo 25 pazienti (31%) con descensus del compartimento centrale-posteriore. Nel III gruppo 20 pazienti (25%), con descensus anteriore, centrale e posteriore sono state sottoposte a ricostruzione vaginale protesica totale. Il *follow-up* osservato è stato di 18 mesi (*range* 4-26). I controlli post-operatori sono stati effettuati dopo 1,

tecnica è sicura ed efficace e garantisce la ricostruzione degli organi pelvici prolassati senza bisogno di ricorrere all'isterectomia e con una bassa incidenza di erosioni.

Parole chiave

Prolasso utero-vaginale, alterazione statica pelvica, isteropessi, chirurgia conservativa, chirurgia protesica transvaginale.

Introduzione

La chirurgia del prolasso degli organi pelvici ri-

ABSTRACT

Genital prolapse is a common problem, with a cumulative risk of undergoing anti-incontinence and/or genital prolapse surgery by 80 years of 11.1%. A lot of advanced vaginal surgical techniques using prostheses have been proposed in the last years, with some intraoperative and postoperative complications. Vaginal erosions has been a possible complication of vaginal surgical techniques using polypropylene mesh. The new techniques, developed by the Centre for Pelvic Reconstructive Surgery at the Sydney Adventist Hospital, have been used on 80 patients from September 2004 to November 2006 in the Department of Obstetric and Gynaecology San Francesco d'Assisi (Oliveto Citra, Salerno) and in the Gynaecological Department of the University Tor Vergata in Rome. Polypropylene prostheses (Gynemesh-Soft PS, 10x15cm -GyneMesh, Gynecare Ethicon) were useful in reconstructing the pubic cervix or the recto-vaginal fascia. We performed an anterior-central vaginal reconstruction in 35 (43.8%) patients, central-posterior in 25 (31%) and total reconstruction in 20 (25%). The mean follow-up was 18 months (*range* 4-26). The severe pelvic prolapse, evaluated with the POP-Q System, was completely treated in all the patients and no recurrence was observed. We recorded 3 vaginal erosion and a patient complained about a postoperative dispareunia. *Conclusions:* This pilot study suggests that our technique is trustworthy and effective and can efficiently repair the pelvic organs' prolapse without undergoing hysterectomy and with a low rate of vaginal erosions.



6, 12, 24 mesi. Il prolasso utero vaginale severo, valutato mediante il *POP-Q score System*, è stato completamente risolto in tutte le pazienti trattate e non si sono osservate recidive. L'età media delle donne operate era di 55.5 anni (38-74), il *follow-up* medio è stato di 18 mesi (4-26). Si sono evidenziati solo 3 casi di erosioni vaginali ed un caso di dispareunia.

Conclusioni

Questo studio pilota suggerisce che la nostra

sulta essere una delle procedure ginecologiche cui la donna viene più frequentemente sottoposta nel corso della sua vita. Per molti anni il prolasso uterino ha rappresentato una indicazione all'isterectomia, indipendentemente dalla presenza di patologia uterina e dalla volontà 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 modificati negli ultimi anni e molte pazienti che si sottopongono ad intervento per prolasso genitale, in realtà, desidera-



rebbero mantenere l'utero. La preservazione dell'utero in corso di chirurgia per prolasso ha previsto ad oggi tre tecniche chirurgiche tradizionali: la *tecnica di Manchester*, l'*isteropessia sacrospinosa* e l'*isteropessia sacrale*, pur essendo pochi gli studi sulla conservazione dell'utero con tale tipo di chirurgia e non ancora definite le indicazioni a tale procedura. Inoltre dalla letteratura emerge un'elevata incidenza di recidiva (20-40%) della chirurgia ricostruttiva vaginale [cfr. bibl. 1-2]. Data, però, la natura invasiva della chirurgia aperta e le difficoltà tecniche della sacro-colpopessia laparoscopica, si sono diffuse numerose tecniche chirurgiche vaginali innovative con l'ausilio di kit chirurgici e nuovi materiali protesici, come la *sacropessi infracoccigea*, che hanno consentito l'impianto agevole e assolutamente sicuro di protesi negli stessi spazi vaginali, consentendo la possibilità di conservare l'utero e di ridurre l'incidenza di recidive [cfr. bibl. 3-5], sebbene esse non siano esenti da complicanze intra e post operatorie. L'erosione vaginale è stata tra le cause più frequenti ed insidiose di tale tipo di chirurgia.

Da ciò, sulla scia della riparazione dell'ernia in chirurgia, si è diffuso l'utilizzo della chirurgia protesica nella correzione del prolasso genitale. Il fine è quello di ridistribuire le sollecitazioni meccaniche su una superficie più ampia e resistente invece che concentrare la pressione di rottura nel punto di minore resistenza della fascia coinvolta [cfr. bibl. 3-5]. Infatti, raramente si riscontra un difetto isolato in un'area del pavimento pelvico, più frequentemente sono presenti difetti multipli e nella correzione chirurgica di questi difetti si è orientati a considerare il pavimento pelvico nel complesso, senza fram-

mentarlo in compartimenti separati, ma collegati tra loro [cfr. bibl. 6].

La tecnica protesica innovativa *isteropessi e ricostruzione vaginale protesica ai legamenti sacrospinosi*, da noi utilizzata e che si basa sui principi della Teoria Integrata, propone il rinforzo dei tessuti fasciali e legamentosi danneggiati mediante l'utilizzo di materiale sintetico, preservando la vagina e la sua elasticità a livello del collo vescicale [cfr. bibl. 7-10]. Questo nuovo approccio chirurgico ridurrebbe il dolore e la ritenzione post-operatoria e permetterebbe, inoltre, di effettuare una chirurgia mini-invasiva con una breve degenza ospedaliera e una rapida ripresa post operatoria.

La cura del prolasso è stato l'obiettivo dello studio retrospettivo, effettuato su 80 pazienti con prolasso utero-vaginale di III stadio dal settembre 2004 al novembre 2006.

Scopo dello studio

L'obiettivo di tale studio retrospettivo è stato quello di valutare un nuovo approccio chirurgico protesico di ricostruzione vaginale ed isteropessi in grado di consentire un ripristino assoluto della statica pelvica, preservando l'integrità delle strutture di supporto nel rispetto della funzionalità vescico-uretrale [cfr. bibl. 8-10]. Sono stati valutati la cura del prolasso, la funzionalità e la sintomatologia uretrovescicale, la qualità di vita, l'incidenza di erosioni vaginali, la recidiva del prolasso e altre complicanze intra e post operatorie. In particolare con tale tecnica chirurgica protesica, rispetto a quelle già proposte, le nostre aspettative si sono concentrate sulla conservatività, sulla più efficace cura del prolasso, intesa come maggiore risalita dell'utero e della vagina, e sulla minore incidenza di erosioni garantita dal sistema di ancoraggio profondo del materiale protesico (ai legamenti sacro-spinosi, all'arco tendineo), capace di evitare o quanto meno ridurre il fenomeno dello *spillage* (scivolamento) della *mesh* e quindi un minore rischio del suo decubito e di erosioni e recidive.

Materiali e metodi

È stata ottenuta l'approvazione del Comitato Etico di Ricerca. A tutte le donne è stata chiaramente spiegata la procedura chirurgica, i rischi associati con la preservazione dell'utero e la necessità di controlli a lungo termine. Dal settembre 2004 al novembre 2006 abbiamo trattato 80 pazienti con prolasso utero-vaginale di III stadio (*POP-Q score*) [cfr. bibl. 11-12].

La valutazione clinica ha compreso: anamnesi,

Tabella 1

Caratteristiche cliniche e demografiche delle pazienti reclutate

Numero di pazienti	80
Età media	55.5 (38-74)
Parti vaginali	2.4 (0-4)
Menopausa	66 (82.5%)
Terapia ormonale	30 (37.5%)
Numero di pazienti con neonato >4 kg alla nascita	27 (33.4)
Incontinenza urinaria	12 (15%)
Urgenza	6 (7.5%)
Nicturia	4 (5%)
Dolore pelvico	43 (53%)
Stipsi	3 (3.8)





visita ginecologica e tutte le indagini pre operatorie indicate nelle linee guida della Società ICS, includendo il questionario sintomatologico (VAS), il questionario sulla sessualità, *King's Health Questionnaire* per disturbi urinari, lo *score di Wexner*, esame uro-dinamico, l'ecografia transvaginale e la biopsia endometriale. La valutazione del difetto vaginale è stata calcolata mediante lo *speculum di Sims*, la stadiazione del prolasso con il *POP-Q System* effettuato nel pre operatorio e ripetuto ad 1, 6, 12 e 18 mesi nel post operatorio (tabella 3) [cfr. bibl. 11-12]. Le pazienti sono state tutte dimesse nella terza giornata post operatoria. L'esame uro-dinamico è stato effettuato dopo 1, 6, 12 e 18 mesi, il *VAS score* per il dolore post operatorio in 1°, 3°, 7°, 15° e 30° giornata post operatoria ed i questionari *King's Health* e *Wexner* dopo 1 e 6 mesi.

Le pazienti, tutte con prolasso di III stadio, sono state divise in tre gruppi a seconda del compartimento maggiormente interessato. Nel I gruppo 35 (43.8%) pazienti con descensus utero-vaginale del distretto anteriore-centrale. Nel II gruppo 25 pazienti (31%) con descensus del compartimento centrale-posteriore. Nel III gruppo 20 pazienti (25%), con descensus anteriore, centrale e posteriore, sono state sottoposte a ricostruzione vaginale protesica totale. Il *follow-up* osservato è stato di 18 mesi (*range* 4-

26). I controlli post operatori sono stati eseguiti dopo 1, 6, 12, 24 mesi.

La *profilassi pre operatoria* ha compreso una profilassi antibiotica con metronidazolo 1 fl. endovena, l'immersione della protesi in una soluzione antibiotica prima dell'impianto (cefalosporina). È stata utilizzata in tutti gli 80 casi l'anestesia loco-regionale. La preparazione intestinale è stata effettuata mediante 2 clisteri evacuativi al mattino e al pomeriggio del giorno precedente all'intervento. Dopo 6 ore dalla fine dell'intervento è stata somministrataeparina a basso peso molecolare s.c., che è stata proseguita fino alla dimissione. La terapia antibiotica con metrodinazolo e ciprofloxacina è stata continuata per il periodo di degenza e per 7 giorni dopo la dimissione.

Analisi statistica

Tutti i dati sono stati analizzati mediante *Statistical Package for the Social Sciences Windows version 13.0* (SPSS, Chicago, Illinois, USA). Statistiche descrittive sono state \pm deviazione standard a rd media per variabili continue parametriche (dopo conferma della normale distribuzione con istogrammi, diagrammi Q-Q e test di *Skewness-Kurtosis*), mediana (minimum-maximum) per le variabili continue non parametriche e frequenze per categorie di variabili.

PRINCIPI ED OBIETTIVI DELLA TECNICA PROTESICA AI LEGAMENTI SACROSPINOSI

Il razionale delle procedure chirurgiche proposte, sviluppate dalla Teoria Integrale, può essere spiegato solamente con un'accurata conoscenza dell'anatomia pelvica e delle diverse componenti connettivali. La Teoria Integrale individua tre zone di disfunzione in cui si possono estrinsecare i danni delle strutture fasciali e legamentose: una *zona anteriore* che si estende dal meato uretrale al collo vescicale, in cui il danno può coinvolgere i legamenti pubo-uretrali esterni e l'amaca sub-uretrale; una *zona centrale* che va dal collo vescicale alla cervice uterina o volta vaginale nelle pazienti isterectomizzate, che contiene due strutture che possono essere danneggiate, la fascia pubo-cervicale e l'arco tendineo; la *zona posteriore*, dalla cervice uterina o volta vaginale al corpo perineale, che comprende i legamenti utero-sacrali, la fascia retto-vaginale ed il corpo perineale [cfr. bibl. 6-7]. Tali strutture sono supportate da un esteso sistema fasciale che discende lateralmente nello scavo pelvico, continua medialmente a rivestire il muscolo elevatore dell'ano e va ad inserirsi sulla vagina, creando un sistema finemente connesso, attraverso il quale ogni azione muscolare pelvica viene trasmessa alla vagina e da questa all'uretra, alla vescica,

consentendone quindi il normale funzionamento. Nel caso in cui l'anatomia fasciale sia alterata si creano i presupposti per il prolasso utero-vaginale e per le disfunzioni urinarie (incontinenza, sindrome frequenza-urgenza, difetti di svuotamento vescicale), in quanto il punto dove la fascia è danneggiata diviene anche un punto di interruzione o di dissipamento della trasmissione del vettore di forza muscolare all'organo bersaglio. In passato le procedure chirurgiche vaginali hanno tentato di correggere il prolasso mediante l'attacco delle strutture prolassate alle strutture adiacenti, già compromesse; invece l'obiettivo della tecnica di Farnsworth è di sostituire con protesi i legamenti e/o fasce danneggiate, ripristinando le azioni svolte dai muscoli sull'uretra e sulla vescica, tramite l'interposizione della vagina. Inoltre, questa tecnica chirurgica innovativa enfatizza l'importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico, attribuendo alla conservazione dell'utero la chiave per creare un piano razionale nell'approccio chirurgico del prolasso; infatti, più del 20% delle pazienti affette da disturbi vescicali ed intestinali risulta essere isterectomizzata [cfr. bibl. 11].



Tecnica chirurgica

Tale nuovo approccio chirurgico, acquisito dopo un approfondito training presso il *Centre for Pelvic Reconstructive Surgery* al *Sydney Adventist Hospital*, è stato utilizzato presso l'U.O.C. di Ginecologia del Presidio Ospedaliero di Oliveto Citra e presso la Clinica di Ginecologia-Ostetricia Tor Vergata di Roma. Le tecniche sviluppate utilizzano la Teoria Integrale nel guidare il chirurgo nel preciso posizionamento delle *mesh*, avvalendosi anche delle tecniche chirurgiche protesiche precedenti, prevedendo l'utilizzo per tutte le pazienti dello stesso materiale protesico in polipropilene monofilamento mediante due modus operandi (*tension-free* e *Tissue Fissation System*) [cfr. bibl. 4-5] (Figura 1). La tecnica completa, eseguita nel III gruppo, ha compreso una ricostruzione protesica vaginale sia anteriore che posteriore (Figura 2).

Ovviamente, per le pazienti del I gruppo, con prollasso utero-vaginale del distretto anteriore e centrale, si è utilizzata solamente la ricostruzione vaginale anteriore (Figura 3); mentre per le pazienti del II gruppo con prollasso del compartimento vaginale centrale e posteriore si è utilizzata la ricostruzione vaginale posteriore (Figura 4, e 5).

Sono state utilizzate 2 protesi in polipropilene (Gynemesh-Soft PS, 10x15cm-GyneMesh, Gynecare Ethicon), una per la anteriore e l'altra per la posteriore. L'operazione ha previsto un'incisione mediana della parete vaginale anteriore e posteriore, dissezione laterale negli spazi paravescicali e pararettali, bilateralmente. Tramite dissezione per via smussa, fino alla parete pelvica laterale, si sono identificati mediante le dita bilateralmente la fossa otturatoria (FO), l'arco tendineo della fascia pelvica (ATFP), la spina ischiatica (SI), il legamento sacrospinoso (LSS) ed il muscolo elevatore dell'ano (EA).

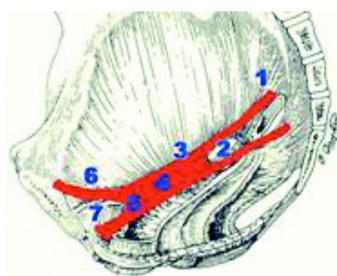
Mediante fili di sutura non riassorbibili (poliestere 1/0), la protesi è stata fissata, su ciascun lato al corrispondente legamento sacro-spinoso, nella metà mediale vicino al sacro tramite uno strumento monouso denominato *endostitch* (Tyco Healthcare, USA). Sia la protesi anteriore che la protesi posteriore sono state sagomate in modo tale da avere, alle loro rispettive estremità apicali, due corte braccia sulle quali sono state successivamente infilate le suture profonde passate sul LSS. Questa fissazione profonda costituisce il livello 1 di sospensione, infatti i legamenti utero-sacrali (LUS) si originano dal sacro in prossimità della sede di inserzione dei LSS e si inseriscono sulla cervice uterina; proprio questo punto di inserzione costituisce il livello fondamentale di sospensione dell'apice vaginale, sia per la parete vaginale anteriore che posteriore.

Tale sospensione della protesi al LSS rappresenta il punto comune nel trattamento di tutti i prollassi in tutti i segmenti vaginali: cistocele, da difetto centrale, da difetto laterale e da difetto trasversale; isterocele; prollasso di volta vaginale ed entero-rettocele.

Successivamente si è passati al completamento del livello 2 di sospensione, sagomando le protesi in modo da creare delle braccia laterali a forma di bendarelle, nella estremità della protesi opposta a quella da cui si erano ricavate le braccia corte per il LSS. Tali braccia più lunghe assicurano, nella ricostruzione vaginale anteriore, la sospensione laterale della protesi ai muscoli otturatori (doppio passaggio transot-

Figura 1

Concetti della Sospensione Protesica Anteriore



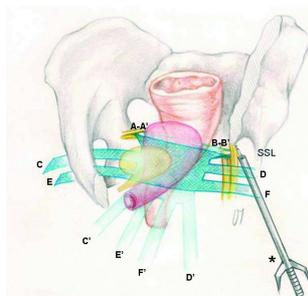
1. L'attacco posteriore della *mesh* adiacente al sacro rista l'inserzione posteriore della fascia pubo-cervicale indirettamente attraverso la componente posteriore del muscolo elevatore. Questo attacco è normalmente facilitato dall'arco tendineo della fascia pelvica (ATFP), dalla cervice e dai legamenti utero-sacrali.
2. La parte posteriore della *mesh* forma una *sling* che si fissa centralmente alla parete anteriore della cervice e corregge ogni prollasso uterino.
3. L'attacco all'ATFP corregge ogni difetto

paravaginale.

4. La protesi risolve ogni difetto fasciale centrale.
5. La componente anteriore della *mesh* provvede al supporto posteriore del collo vescicale.
6. L'estensione della *mesh* anteriore provvede al supporto della parte distale della vagina e del collo vescicale.
7. La zona di elasticità critica a livello dell'uretra prossimale viene risparmiata.

Figura 2

Isteropepsi e ricostruzione vaginale totale



Rappresentazione schematica delle ricostruzioni vaginali anteriore e posteriore. Rosso: utero; giallo: vescica; marrone: retto; blu: protesi; *: endostitch device; SSL: Sacro Spinous Ligament; A-F: protesi del compartimento anteriore; A'-F': protesi del compartimento posteriore.





turatorio), in maniera *tension-free*, mediante un *tunneller* originale poliuso, curvo ad estremità smussa, provvisto di un'asola distalmente (Figura 2). Per posizionare i quattro fili ai quali successivamente abbiamo legato le quattro braccia della protesi anteriore, abbiamo effettuato 4 incisioni puntiformi con bisturi ad estremità sottile sulla cute a livello della piega genito-femorale all'altezza del meato uretrale esterno, ed una quinta a livello della giunzione tra il ramo inferiore e il corpo del pube.

Abbiamo introdotto il *tunneller* anteriore, caricato con un nuovo filo. Nel primo passaggio transotturatorio il *tunneller* viene fatto fuoriuscire nello spazio paravescicale, dopo aver attraversato i muscoli gracile, adduttore breve, grande adduttore, otturatore esterno, membrana otturatoria e muscolo otturatorio interno. Viene recuperato il filo trasportato dal *tunneller*; che viene portato all'esterno attraverso la vagina, i due fili vengono repertati. Il passaggio prossimale, caricato con un nuovo filo, viene orientato in una direzione di progressione discendente verso la spina ischiatica ed attraverso gli stessi strati già descritti ad eccezione del muscolo gracile. Il filo viene così portato all'esterno per far fuoriuscire le braccia più posteriori della protesi anteriore e repertato bilateralmente. Vengono allacciate le suture precedentemente poste sul LSS ed infilate nelle braccia corte apicali delle protesi, in modo tale che la protesi risalga già completamente al livello 1 del LSS (Figure 3, 4).

Posteriormente le braccia della protesi vengono fatte passare attraverso i muscoli elevatori dell'ano, bilateralmente, in due punti (prossimamente e distalmente) mediante un *tunneller* originale poliuso ad estremità smussa provvisto di un'asola distalmente, che consente l'inserimento del filo di sutura che porterà all'esterno le braccia della protesi posteriore (Figura 2). Con il bisturi alla stregua del tempo anteriore, si pratica una incisione puntiforme sulla cute dei glutei, 3 cm. lateralmente e 3 cm. dorsalmente all'ano. Attraverso di essa si introduce il *tunneller* posteriore che attraversa la fossa ischio-rettale, in direzione del legamento sacrospinoso che non viene attraversato, e viene fatto scorrere al di sotto del piano dell'elevatore dell'ano e viene fatto fuoriuscire nello spazio pararettale. Il filo caricato sul *tunneller* viene recuperato e portato all'esterno attraverso la vagina e repertato. Tale livello costituisce l'attacco laterale della vagina alle pareti pelviche. Tramite le estremità delle protesi trans-

muscolari, le protesi vengono sospese ai muscoli e quindi solidarizzate alle loro azioni.

Le estremità delle *slings* vengono assicurate al capo mediale dei corrispondenti fili trans-otturatori e trans-elevatore ed attratte all'esterno. Con questa seconda manovra le protesi vengono distese, senza pieghe e *tension-free*, sul sottostante corrispondente organo.

Il livello 3 di sospensione viene creato fissando la protesi anteriormente al collo vescicale e posteriormente al corpo perineale mediante suture monofilamento a lento riassorbimento (PDS 2/0, Ethicon, USA). La porzione distale della protesi anteriore viene tagliata in modo da costituire un supporto alla vescica in corrispondenza del collo, pur non compromettendo la zona di elasticità critica. La porzione distale della protesi posteriore viene sagomata così da ottenere, per ciascun lato, una seconda *sling* più distale rispetto alla prima. Questa seconda *sling* viene fatta passare attorno alle fibre più posteriori del muscolo ischio-coccigeo e concorre a ricreare il livello 3 (Figure 3 e 4). La colpografia è stata eseguita senza exeresi

Figura 3
Isteropessi e ricostruzione vaginale anteriore

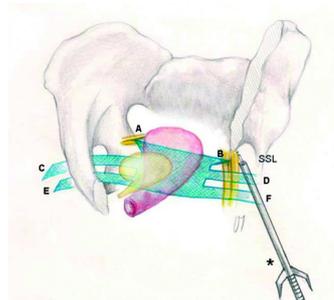
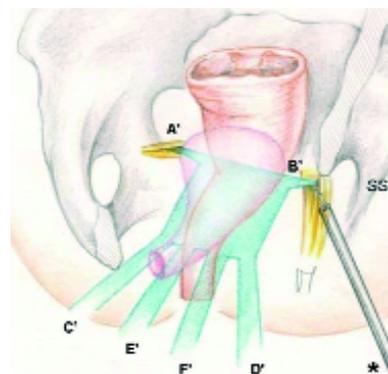
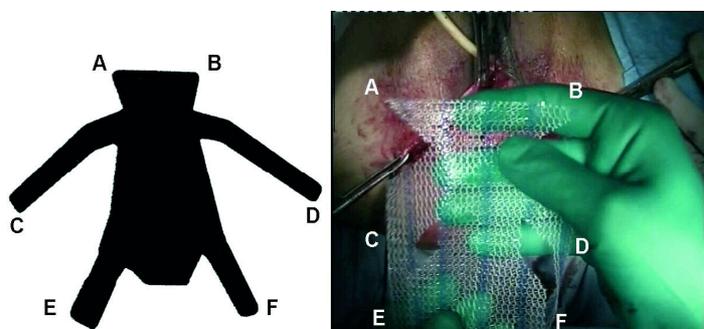


Figura 4
Isteropessi e ricostruzione vaginale posteriore



**Figura 5**

Disegno della mesh sagomata per isteropessi e ricostruzione vaginale posteriore

**Tabella 2**

VAS score per la valutazione del dolore post-operatorio

Gruppo	Giorni nel Postoperatorio				
	1 st	3 rd	7 th	15 th	30 th
I	3.6 ± 1.1	1.6 ± 0.6	-	-	-
II	5.5 ± 1.8	4.2 ± 1.8	2.3 ± 0.8	-	-
III	6.2 ± 2.4	4.1 ± 1.8	3.2 ± 0.6	1.2 ± 0.4	-

Tabella 3

Valori del POP-Q pre e postoperatori delle pazienti trattate. Punto Ba: prolusso della parete vaginale anteriore. Punto C: prolusso uterino. Punto Bp: prolusso della parete vaginale posteriore. Tutti valutati sotto massima manovra di Valsalva ed in posizione semilitotomica.

Gruppo		Pre-op	Post-op 1 mese	Post-op 6 mesi	Post-op 12 mesi	Post-op 18 mesi
Gruppo I:	Ba (Cistocele)	+2.6 ± 0.6	-3.9 ± 0.85	-3.7 ± 1.23	-3.6 ± 1.1	-3.6 ± 0.80
	C (Utero)	+2.6 ± 0.5	-6.8 ± 1.35	-6.6 ± 2.70	-6.6 ± 1.60	-6.6 ± 1.35
	Bp (Posterior)	-2.8 ± 0.45	-2.8 ± 0.76	-2.6 ± 0.5	-2.6 ± 0.8	-2.6 ± 0.58
Gruppo II:	Ba (Cistocele)	-3.2 ± 0.67	-3.2 ± 0.65	-3.2 ± 0.63	3.3 ± 0.5	-3.3 ± 0.25
	C (Utero)	+2.8 ± 0.47	5.6 ± 1.55	-6.0 ± 1.80	-6.2 ± 1.1	-6.0 ± 0.35
	Bp (Posterior)	+2.2 ± 0.23	-3.1 ± 0.98	2.9 ± 0.90	-2.9 ± 0.67	-2.9 ± 0.35
Gruppo III:	Ba (Cistocele)	+2.84 ± 0.8	-3.16 ± 0.45	-3.0 ± 0.8	-3.0 ± 0.6	-3.3 ± 0.25
	C (Utero)	+3.73 ± 1.1	-6.2 ± 1.70	-6.0 ± 1.45	-6.1 ± 1.1	-6.3 ± 0.60
	Bp (Posterior)	+2.43 ± 0.9	-3.6 ± 0.25	3.1 ± 0.60	-3.0 ± 0.7	-3.0 ± 0.25

della mucosa vaginale, mediante filo riassorbibile (Dexon 2/0, Tyco Healthcare, USA). È stata effettuata sempre una cistoscopia di controllo e un'esplorazione rettale, cateterismo e zaffatura stipata della vagina con garza imbevuta di Betadine, rimossi dopo 36-48 ore.

Risultati

Gli esiti sono risultati eccellenti per la tollerabilità e l'efficacia (livello di cura del prolusso) su tutte le pazienti operate, sin dall'immediato post-operatorio (Tabelle 2 e 3).

Si sono evidenziate 3 erosioni vaginali (1 nel I gruppo, 2 nel III gruppo) risolte con l'exeresi di pochi millimetri della protesi esposta e pochi punti di avvicinamento dei lembi vaginali interessati, ambulatorialmente.

L'intervento è stato molto efficace anche sulla sintomatologia legata al prolusso e sulla scomparsa del peso e dolore ipogastrico, ritenendosi la paziente molto soddisfatta del risultato (Tabella 2).

Una sola perforazione vescicale si è avuta in una paziente precesarizzata nel gruppo II, risolta con punti di sutura in 2 strati. Non si sono avute altre complicanze intraoperatorie, nessuna trasfusione di sangue.

Non si sono osservate infezioni, ritenzione urinaria, trombosi profonde o embolia polmonare. In accordo con il *King's Health Questionnaire*, lo score preoperatorio medio è stato 1.16 ± 0.3 , dopo 1 mese 4.4 ± 0.1 e dopo 6 mesi 6.4 ± 0.2 . Lo score di Wexner ha shiftato da 13.56 ± 2.1 a 5.05 ± 1.6 dopo 1 mese e da 2.34 ± 0.5 dopo 6 mesi.

Discussione

Gli obiettivi che con tale nuovo approccio chirurgico ci proponevamo di raggiungere, come la riduzione del tasso di recidiva, delle erosioni maggiori, dei disturbi funzionali, della riduzione del dolore postoperatorio minimizzando il danno tissutale, sembrano essere stati conseguiti. 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 del-





l'utero nei meccanismi di supporto pelvico è la chiave per creare un piano razionale nell'approccio chirurgico del prolasso. L'apposizione di un supporto vaginale solido e fortemente ancorato a strutture profonde e la sostituzione dei tessuti legamentosi e fasciali deteriorati con legamenti e fasce artificiali, ai quali si è aggiunta la conservazione dell'utero e della vagina esuberante, sono stati i presupposti anatomico-chirurgici fondamentali del successo di questa innovativa tecnica chirurgica. I numerosi punti di attacco della *mesh* alle strutture laterali della pelvi rendono assai improbabile una recidiva completa del prolasso, anche se è possibile che si verifichino distacchi focali di uno o due attacchi. Naturalmente, tale tecnica chirurgica necessita di una curva di apprendimento lunga e sicuramente può essere riprodotta solo in mani di chirurghi vaginalisti esperti. Nonostante ciò, per evitare fallimenti, è necessario fare attenzione a determinati accorgimenti. Infatti, la tecnica può fallire a causa di una inadeguata dissezione, per una errata identificazione delle strutture critiche, per attacchi non corretti, per un posizionamento inesatto delle bendarelle laterali della *mesh* e per una inadeguata grandezza delle protesi utilizzate. È fondamentale anche la *compliance* delle pazienti, per cui la costipazione, il vomito e i disturbi respiratori sono fattori peggiorativi per la riuscita dell'intervento. Inoltre è molto importante il sanguinamento intraoperatorio, le anomalie vascolari, i vasi aberranti, l'utilizzo di farmaci anti-aggreganti come l'aspirina, gli antinfiammatori non steroidei, la pregressa chirurgia vaginale e pelvica, tutti fattori ostacolanti il successo dell'intervento. Condizioni infiammatorie ed infettive preesistenti (diverticolite, bartolinite e vaginiti periuiretriti) sono da tenere in considerazione e da trattare per garantire la riuscita dell'intervento. Fondamentale importanza gioca la scelta della protesi, la forma, la densità, le dimensioni dei pori e la configurazione. L'antibiotico-profilassi e l'immersione del materiale protesico in antibiotico prima di essere posizionato sono preparativi fondamentali. Il posizionamento delle protesi deve essere preciso, evitare il ripiegamento, la eccessiva tensione sui tessuti, minimizzare il sanguinamento, fissare le estremità ai tessuti. Esistono inoltre cause legate alle pazienti che non si attengono ai protocolli sia per scarsa informazione che per scarsa educazione: la rapida ripresa lavorativa, le pressioni familiari che inducono a sforzi, la precoce attività sessuale, l'eccessivo movimento nel post-

operatorio. In conclusione, la tecnica chirurgica, la conoscenza dell'anatomia e chirurgia pelvica, la conoscenza del materiale protesico ed il rispetto rigoroso dei protocolli pre e post operatori, da parte sia del chirurgo che della paziente, rappresentano i presupposti per il successo della chirurgia protesica innovativa.

Conclusioni

Tale studio pilota dimostra l'efficacia di questa tecnica chirurgica nel trattamento chirurgico conservativo del prolasso utero-vaginale severo, senza recidiva e con un basso tasso di erosioni vaginali. Sebbene abbiamo trattato un piccolo numero di pazienti, noi crediamo che tali risultati siano confermati da futuri studi prospettici e randomizzati.

Bibliografia

1. Olsen AI, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL., *Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence*, Obstet Gynecol 1997;89:501-6.
2. N Sze EHM, Roat TW, Karam MM., *Incidence of recurrent cystocele after anterior colporrhaphy with and without concomitant transvaginal needle suspension*, Am J Obstet Gynecol 1996;175:1476-82.
3. Farnsworth BN., *Posterior intravaginal slingplasty (Mfracoccygeal Sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse – a preliminary report on efficacy and safety*, Int Urogynecol J (2002).
4. Farnsworth Bn, Parodi M., *Total vaginal reconstruction with polypropylene mesh. Objective and functional outcome assessment*, International Urogynecology Journal 2005 Vol. 16 Suppl.2.
5. Farnsworth B, De Vita D., *Nuovo approccio protesico nella chirurgia ricostruttiva vaginale per il prolasso vaginale*, Pelvi-Perin. RICP, 44-46,2005.
6. Wall.LL, DeLancey JOL., *The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor*, Perspect Biol. Med. 1991;34:486-496.
7. Papa Petros PE., *The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory*, Springer, 2004.
8. Papa Petros PE., *The female pelvic floor*, Chapter 2. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2004.
9. DeLancey JOL., *Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse*, Am J Obstet Gynecol 2002;187:93-8.
10. DeLancey JOL., *Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy*, Am J Obstet Gynaecol 1992;166:1717-1728.
11. Bump RC., Mattiasson A, Bo K. et al., *The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction*, Am J Obstet Gynecol 1996;175:10-7.
12. Vierhout ME, Stoutjesdijk J, Spruijt J., *A comparison of preoperative and intraoperative evaluation of patients undergoing pelvic reconstructive surgery for pelvic organ prolapse using the Pelvic Organ Prolapse Quantification System*, Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2006 Jan;17(1):46-9. Epub 2005 Jul 29.

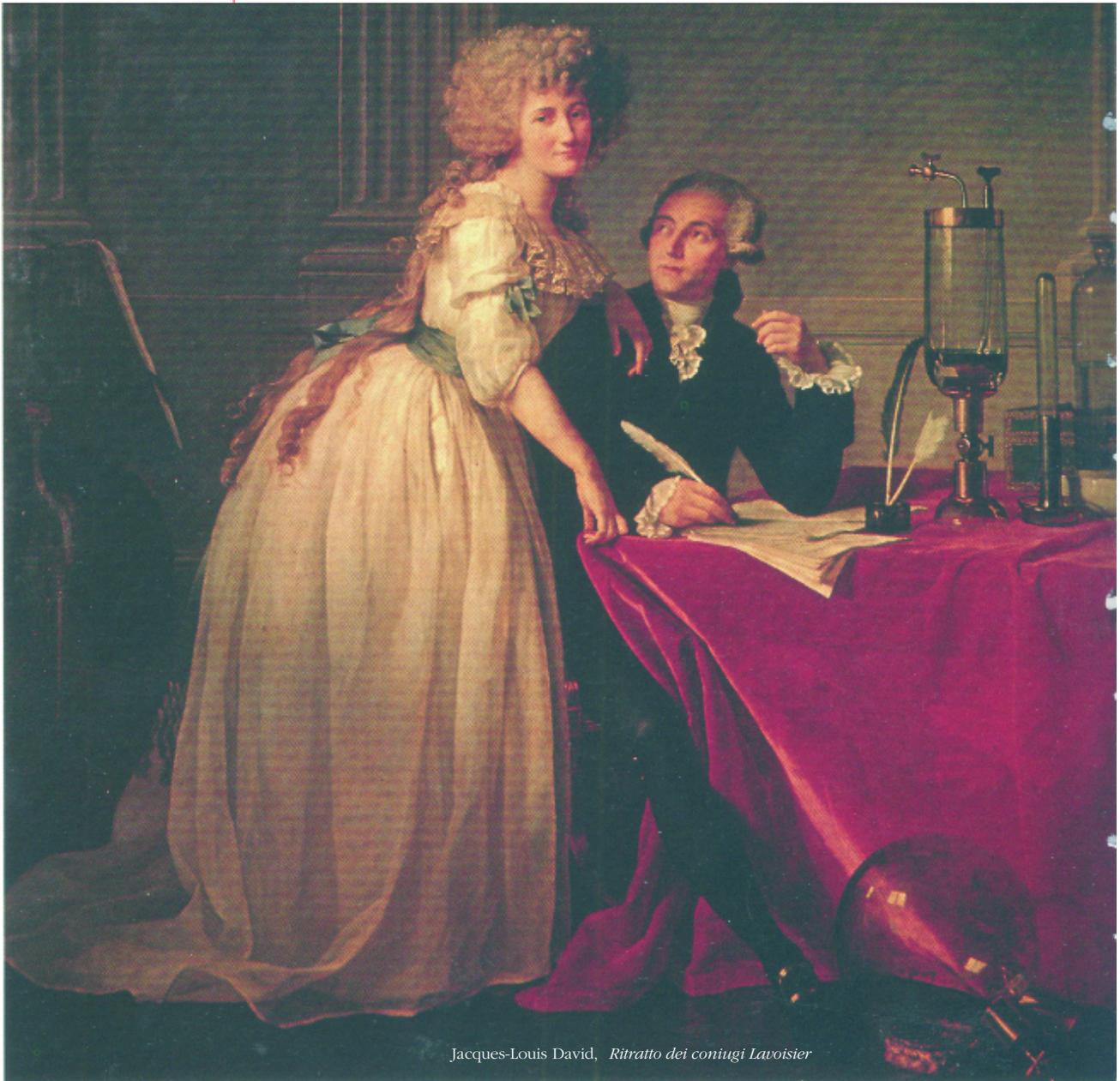
DAVIDE DE VITA
Responsabile Servizio
di Uro-Ginecologia e Chirurgia
Ricostruttiva Pelvica U.O.C.
di Ginecologia-Ostetricia, P.O.S.
Francesco D'Assisi,
Oliveto Citra, SA.
Via Palermo 29,
Battipaglia, 84091, (SA)
Tel. 339.8503997
Fax 0828.793297
e-mail: davidedevita@tiscali.it

Ringraziamenti:
Prof. Bruce Farnsworth,
Centre for Pelvic Reconstructive
Surgery at Sydney Adventist
Hospital



Come scrivere un lavoro scientifico sulla propria casistica clinico-chirurgica nel settore pelvi-perineale

R. Autorino e M. D'Armiento
Clinica Urologica, AOU Policlinico, Seconda Università degli Studi di Napoli.
E-mail: ricautor@tin.it



Jacques-Louis David, *Ritratto dei coniugi Lavoisier*





Introduzione

Vi sono tante buone ragioni per scrivere un lavoro scientifico. Da un lato può essere l'occasione per valutare criticamente i dati ricavati da una ricerca o i risultati ottenuti dalla propria pratica clinico-chirurgica, dall'altro è un modo per farsi conoscere dalla comunità scientifica, il che può essere utile soprattutto in ambiente accademico.

Sia che si conduca uno studio clinico che un progetto sperimentale in laboratorio o che si opti per una revisione della letteratura, la prima raccomandazione è quella di dedicarsi a qualcosa che sia di personale interesse, poiché l'intero processo di preparazione del manoscritto richiede tempo e pazienza.

Dal momento che spesso si lavora in équipe con altri colleghi del proprio istituto o di altri centri, è necessario fin dall'inizio definire il ruolo che ciascuno avrà nel corso del tempo. Inoltre, affinché il lavoro sia portato avanti con una certa armonia, è opportuno porsi delle scadenze temporali, necessarie a ciascun componente del gruppo di lavoro per programmare il proprio compito specifico.

Step critici nella preparazione del lavoro scientifico

Nella preparazione di un lavoro scientifico si passa necessariamente attraverso una serie di *step* che debbono essere criticamente analizzati allo scopo di raggiungere il traguardo prestabilito (Tabella 1).

Tabella 1:

Steps critici nella stesura di un lavoro scientifico

- Scegliere la rivista "target"
 - Impact factor
- Decidere gli autori
- Rivedere la letteratura
- Analisi dei dati
- Preparazione del lavoro
- Inviare il manoscritto alla rivista
- Ricevere la risposta della rivista
 - Replicare ai commenti
- Seguire il processo di pubblicazione

a) scegliere la rivista target

Decidere a quale rivista sottoporre il proprio lavoro è un passo fondamentale che deve essere attentamente ponderato. Una scelta non opportuna, infatti, comporta una serie di problemi dal momento che il lavoro può essere rigettato e, quindi, riproposto ad un'altra rivista dopo una revisione per poi essere ancora rigettato e così via. Il tutto si traduce innanzitutto in frustrazione per gli autori e, in pratica, in un significativo ritardo nella pubblicazione o addirittura nell'abbandono del proprio progetto.

I fattori da considerare nello scegliere la rivista sono: l'audience, la circolazione nella comunità medica, il fatto che sia *indexed* in *PubMed*, abbia *impact factor*, il tempo necessario al processo di *peer-review*, la possibilità di accettazione del *paper* e altri fattori meno definibili (il prestigio, le preferenze dell'autore, l'*editorial board* o i revisori della rivista, ecc.).

A tale proposito è molto utile, nel rivedere la letteratura relativa all'argomento trattato, far caso a quanti articoli affini siano già stati pubblicati e su quali riviste. Altro punto da considerare è se la rivista abbia un profilo clinico o di ricerca di base. Idealmente sarebbe sempre meglio puntare ad una rivista con un elevato *impact factor* (IF). Tuttavia ciò non è sempre possibile. L'IF è un indice matematico, pertanto riproducibile, di quanto gli articoli pubblicati in quella determinata rivista abbiano avuto impatto sulla successiva produzione scientifica in quel determinato campo. Per il calcolo dell'IF si utilizza la seguente formula: (citazioni/anno)/(lavori pubblicati/2 anni).

Le strategie che l'editore di una rivista può utilizzare per incrementarne l'IF sono diverse; ad esempio: privilegiare lavori di *review* e gli *editorial* ed incoraggiare le *self-citations*, cioè invitare gli autori a citare articoli della rivista in bibliografia.

b) la autorship

Questo è un altro punto importante da decidere a priori. Solo coloro che forniscono un significativo contributo alla preparazione del *paper* dovrebbero aver diritto al nome sullo stesso.

La semplice supervisione non giustifica di per





sé l'inclusione tra gli autori così come eventuali suggerimenti o commenti all'articolo. Tuttavia questi contributi minori possono essere comunque riconosciuti al termine del lavoro in forma di ringraziamento.

L'ordine degli autori è un altro aspetto importante. Il primo autore deve essere colui che si è fatto promotore del progetto e che ha svolto un ruolo preminente nello stesso e nella preparazione dell'articolo.

Dopodiché gli altri autori possono essere posizionati in modo soggettivo, considerando le diverse visibilità, oppure il cosiddetto *senior author*, essendo in genere tale posizione riservata alla figura preminente da un punto di vista gerarchico.

Il numero complessivo degli autori può variare. Alcune riviste pongono dei limiti (attenti alle istruzioni per gli autori). Se si tratta di una *review* in genere si hanno meno nomi. Se si tratta

di uno studio multi-centrico è ovvio che vi siano più persone che hanno contribuito al progetto e per questo più autori.

c) rivedere la letteratura

Una adeguata ricerca bibliografica attraverso le fonti oggi disponibili (ad esempio *PubMed*, *Ovid*, *Cochrane*, ecc.) è indispensabile per collocare la propria ricerca nell'ambito delle attuali conoscenze della comunità scientifica

su quel determinato argomento. Nel selezionare gli articoli, che vanno poi citati nella bibliografia, è essenziale non trascurare i cosiddetti *sentinel papers*, quelli cioè che hanno un particolare rilievo.

d) l'analisi dei dati

Dopo aver acquisito i dati, preferibilmente in un database predisposto, è necessario procedere all'analisi statistica degli stessi. È opportuno quindi consultare uno statistico che possa permettere un'analisi appropriata.

In tal modo ci si trova di fronte a dei risultati sui quali occorre porsi una serie di quesiti: cosa essi indicano? Confermano o smentiscono precedenti studi già pubblicati? Sono contrari alla opinione comune su quello specifico *topic*? Rimettono in discussione un vecchio *topic*? In altre parole ci si deve chiedere criticamente cosa significhino i risultati ottenuti, quale impatto possano avere e quali conclusioni possano essere tratte.

e) preparare il manoscritto

Note preliminari

Nella preparazione del lavoro, una volta scelto il *target*, è importante andare a vedere le istruzioni per gli autori che ciascuna rivista in genere riporta. Questo per evitare che l'*editorial office* della rivista rimandi indietro il lavoro per mancato rispetto di tali istruzioni.

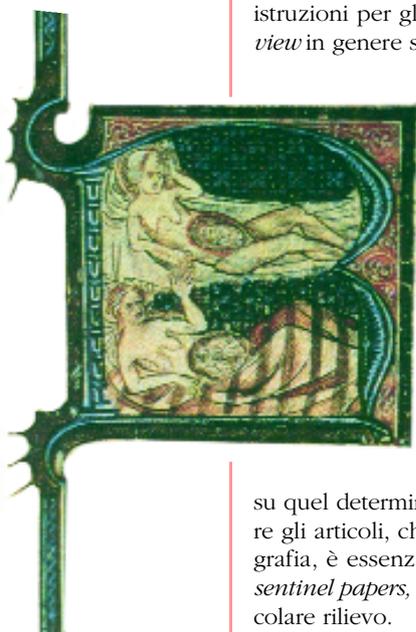
Riguardo allo stile, occorre essere chiari e comprensibili evitando ripetizioni, ad esempio tra il testo ed una tabella. Attenzione ad errori grammaticali. In caso di invio del lavoro ad una rivista in inglese, è opportuno considerare l'ausilio di un madrelingua. A tale proposito esistono alcune società di servizio che provvedono, su commissione, ad una revisione linguistica, e non solo, dell'articolo.

L'uso di una abbreviazione deve essere sempre preceduto dalla iniziale specificazione di cosa essa significhi.

Nella prima pagina dell'articolo in genere appaiono: il titolo, il nome degli autori con la loro affiliazione, un indirizzo per la corrispondenza, alcune parole-chiave. Bisogna poi dichiarare eventuali conflitti di interesse e specificare se il lavoro sia stato, ad esempio, già presentato in un congresso.

La prima cosa che si legge di un articolo è il titolo. Da tale ovvia constatazione scaturisce l'importanza di ponderarlo con molta cura. Il titolo deve essere accattivante, di effetto, ma nello stesso tempo deve dare informazioni utili sul *topic* dell'articolo in maniera concisa. L'obiettivo dichiarato è quello di suscitare la curiosità del lettore, tenendo tuttavia ben presente che non bisogna poi deluderlo quando si passa al contenuto dell'articolo.

Il sommario o *abstract* (dal latino *ab*, "da" e *tractus*, "tratto") è un altro elemento essenziale del lavoro scientifico. Dal momento che i medici-lettori sono oggi "bombardati" da un notevole numero di riviste, supplementi, monografie, ecc., diventa fondamentale fornire un elemento che, insieme al titolo, possa dar loro l'occasione di scegliere se valga la pena impiegare del tempo nel leggere quello specifico lavoro scientifico. Oltretutto, sono proprio le riviste scientifiche a richiedere che il vostro *paper* sia corredato di un *abstract*. Quest'ultimo, in genere di una lunghezza limitata, deve includere una sintesi di ciò che è più dettagliatamente descritto nel lavoro. In linea di massima esso è così strutturato: *introduzione, descrizione dei materiali e dei metodi, esposizione dei risultati e conclusioni*; queste ultime devono racchiudere in poche righe il messaggio-



Miniatura tratta da *De animalibus* di Albert Legrand





chiave dell'intero manoscritto. È meglio scrivere l'abstract quando si è terminato l'articolo. Bisogna tralasciare di citare dettagli inutili e riportare i punti chiave di ciascuna sezione.

IMRAD

I lavori scientifici seguono in genere un layout standard, il cosiddetto IMRAD (*introduction, methods, results and discussion with conclusions*).

L'introduzione dovrebbe essere concisa e includere alcuni articoli chiave dalla letteratura sull'argomento, in modo da descrivere il background da cui è nata la necessità di sviluppare lo studio. Bisogna perciò chiarire il motivo per cui è stata condotta la propria ricerca e le ipotesi che si sono volute testare. Prima di ritenere una introduzione adeguata, essa deve aver risposto ai seguenti quesiti: sono stati chiaramente dichiarati gli obiettivi? Sono plausibili? Sono stati citati gli studi chiave? È stata enfatizzata l'importanza del proprio studio? È stato chiarito cosa esso aggiunge di nuovo?

I metodi devono fondamentalmente soddisfare la richiesta, da parte di un altro investigatore, della possibilità di replicare lo studio con la metodologia fornita. In genere vengono indicati in questa sezione gli aspetti chiave di tale metodologia. Bisogna, quindi, descrivere il disegno dello studio (randomizzato, placebo-controllato, doppio cieco, ecc.), il tipo di intervento proposto, la popolazione in studio (criteri di inclusione ed esclusione), la lunghezza del periodo di osservazione, i parametri di risposta e gli strumenti per valutarli, il modo in cui i dati sono stati analizzati ed il metodo statistico applicato. Bisogna inoltre specificare se lo studio abbia avuto l'approvazione etica e il fatto che i pazienti abbiano firmato il consenso informato di partecipazione allo studio.

Un *flow-chart* che riassume lo studio può essere talvolta utile laddove lo studio sia particolarmente complesso.

I risultati devono essere esposti in maniera chiara, concisa e non ripetitiva. Generalmente ci si avvale di tabelle, grafici e figure per descrivere cosa si è trovato. A questo punto del lavoro è bene non lasciarsi andare a commenti limitandosi a riportare il tutto in maniera descrittiva. Le tabelle non devono duplicare il testo scritto. Le figure devono essere auto-esplicative e opportunamente indicate. In generale, le seguenti domande devono essere soddisfatte: è stato incluso un gruppo controllo? I risultati sono chiaramente fruibili? Sono in linea con l'ipotesi che si vuole verificare? Sono stati statisticamente analizzati?

La discussione si propone di riassumere i risultati ottenuti, senza tuttavia ripeterli, e collocarli in una prospettiva critica. Cosa significa quello che abbiamo trovato? Come si pone rispetto alle esperienze di altri autori precedentemente pubblicate? Quali sono le implicazioni cliniche? In questa fase è importante anche fornire appropriati riferimenti bibliografici. Bisogna poi riconoscere i limiti dello studio. Questa sezione richiede ovviamente familiarità con l'argomento trattato.

Le conclusioni devono essere costituite da una serie di dichiarazioni che rappresentano i punti chiave dei risultati dello studio. Esse devono, quindi, essere supportate unicamente da ciò che si è trovato e da quanto è stato criticamente discusso.

Bibliografia

È sempre opportuno aggiornarla poco prima di inviare il lavoro in modo da non tralasciare eventuali articoli recenti. Bisogna, inoltre, fare attenzione sempre alle linee guida per gli autori in modo tale da attenersi alle indicazioni della rivista. In genere sono due i sistemi mediante i quali indicare i riferimenti bibliografici: il metodo *Vancouver*, secondo il quale le voci sono collocate nell'ordine in cui appaiono nel testo; e il metodo *Harvard*, in cui le voci appaiono in ordine alfabetico in base al nome del primo autore.

f) inviare il manoscritto alla rivista

Nelle linee guida per gli autori sono specificate le modalità per inviare il lavoro alla rivista prescelta. Oggi molte riviste usufruiscono di sistemi di *online submission* che permettono di ottimizzare i tempi e di seguire successivamente l'intero processo di revisione.

Il *corresponding author* dovrà scrivere una *cover letter* che introduca il lavoro all'editore. In genere, quest'ultimo informa l'autore sulla avvenuta ricezione del lavoro e, quindi, sull'inizio del processo di revisione.

Quando ciò non avviene è buona regola tentare di contattare l'editore per ottenere informazioni in merito.

g) ricevere la risposta della rivista

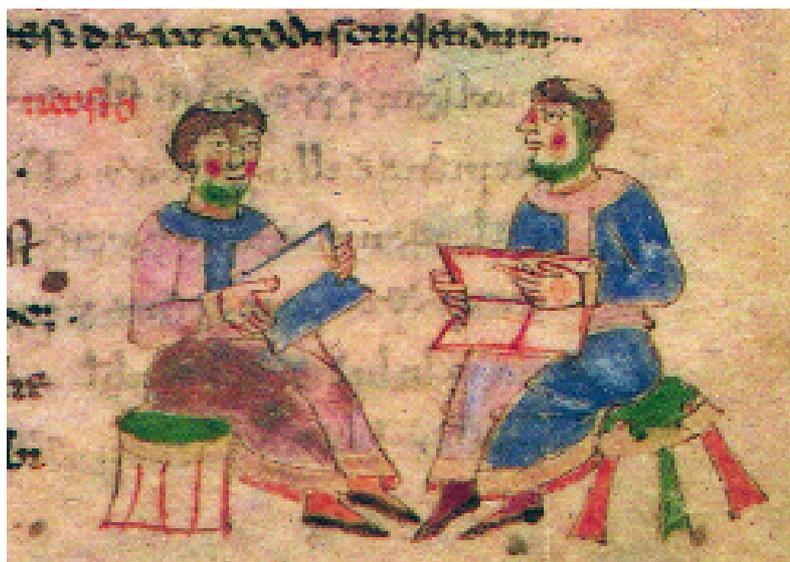
Al termine del processo di revisione si possono ottenere le seguenti risposte: *acceptance*,



C. Bernard, *Leçons sur les anesthésique et sur l'asphyxie*. Parigi, 1875



G. Donzelli, *Teatro Farmaceutico*. Roma, 1677



major o *minor revisions*, *rejection*. È molto frequente che un lavoro richieda delle modifiche in base ai suggerimenti dell'editore e dei revisori.

In tal caso bisogna preparare una lettera di risposta dettagliata alla rivista, nella quale si elencano i punti che sono stati modificati, spiegando le ragioni laddove si decida di non seguire il suggerimento ricevuto.

Se il lavoro viene rigettato può dipendere da diversi motivi.

L'editore nella *decision letter* chiarisce le motivazioni che hanno portato a tale scelta, allegando i commenti propri e dei revisori. Questi ultimi possono essere utili per migliorare qualitativamente il lavoro e re-inviarlo ad un'altra rivista.

b) seguire il processo di pubblicazione

Una volta che l'articolo sia stato accettato, l'ultimo *step* consiste nel seguirlo durante il processo di pubblicazione, il che significa, per l'autore, ricevere e rivedere, in brevissimo tempo, le *proofs* preparate dalla rivista secondo il layout della stessa. A questo punto del processo è richiesto all'autore di fare attenzione ad eventuali errori di stampa, mentre nella sostanza il lavoro non è più modificabile. È l'ultima occasione che ha l'autore per verificare eventuali incongruenze e poterle segnalare alla casa editrice.

Conclusioni

Un buon lavoro scientifico deve avere alcune caratteristiche fondamentali e, affinché ciò si verifichi, l'intero processo di preparazione del manoscritto richiede familiarità con l'argomento trattato, accuratezza nell'aderire a determinati principi metodologici e pazienza nel seguire tale processo.



Prolasso genitale: nuovo approccio chirurgico

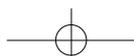
S. Giove, S. Cassese

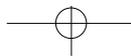
U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia, P.O. Umberto I, Nocera Inferiore (SA).

Scopo di questo studio è valutare l'efficacia della *colpoisterosospensione* (CIS) come alternativa alla isterectomia nei prolassi utero-vaginali. 16 pazienti con un prolasso genitale di III-IV grado sono state corrette con due *mesh* di polipropilene monofilamento ancorate ai legamenti cardinali e utero-sacrali. Una cistopessi e/o una ricostruzione del setto retto-vaginale con tecnica di plicatura della fascia sono state effettuate in presenza di cistocele e/o rettocele >1°. Il *follow-up* è stato previsto a 1, 3, 6, 12 mesi e poi annualmente. Nessuna paziente ha richiesto chirurgia per recidiva di prolasso. La CIS può essere proposta a donne che desiderano preservare l'utero, ma occorre una valutazione con studi più ampi.

Introduzione

Lo stile di vita, i desideri e le prospettive delle donne, da un lato, e l'aver compreso l'importanza dell'utero nei meccanismi di supporto pelvico, dall'altro, hanno determinato un approccio conservativo al trattamento chirurgico del prolasso utero-vaginale [cfr. bibliografia 3], considerato per molti anni indicazione elettiva all'isterectomia. La tecnica chirurgica, da noi descritta, prevede l'impianto per via vagino-perineale, con modalità mini-invasiva *tension-*





Fotolia/Vision-Images

free, di due *slings* monofilamento a bassa elasticità, ancorate ai legamenti cardinali e utero-sacrali [cfr. bibl. 5].

Materiali e metodi

Dal gennaio 2006 sono state reclutate 16 pazienti con prolasso utero-vaginale sintomatico di III-IV grado secondo l' A.W.S., con *POP Q score* medio (cm.): Punto C-2; Aa 2,3; Ba 3, 2; Punto D-2,8; Ap 0,3; Bp 1.1. Tutte sottoposte ad intervento di colpo-isterosospensione *tension-free*, con *slings* monofilamento a bassa elasticità [cfr. bibl. 2], spiegando alle stesse la necessità di controlli a lungo termine ed i rischi legati alla conservazione dell'utero. L'età media era di 57 anni (tutte in menopausa). Di queste: 12 pazienti con cistocele e/o rettocele associati, che sono stati comunque trattati con tecnica classica. Tutte le pazienti sono state sottoposte ad anamnesi ginecologica, esame obiettivo addomino pelvico, ecografia addominale e pelvica, valutazione del grado di prolasso (H.W.S. e Pop-Q) pre e post operatorio, valutazione del danno funzionale e anatomico (incontinenza urinaria e/o fecale, rettocele, stipsi), questionario sulla qualità della vita e sulle disfunzioni sessuali, consenso informato. I criteri di esclusione sono stati: sanguinamento in post menopausa, precedente CIN cervicale, anomalie nello striscio cervicale. Il *follow-up* è stato previsto a 1, 3, 6, 12 mesi e poi annualmente.

Tecnica chirurgica

a) tempo vagino-perineale anteriore

Infiltrazione della parete vaginale con una soluzione ischemizante (adrenalina/sol. fisiolo-

gica 1/500000). Incisione longitudinale mediana dal collo vescicale alla cervice di circa 3 cm. Apertura delle fosse paravescicali d'ambo i lati e repertazione dell'attacco pubico dell'arco tendineo. Nel punto di intersezione di due rette passanti, una per il meato uretrale ed un'altra per le pieghe inguinali e corrispondente alla base del forame otturatorio, si fa passare il tunnelizzatore dedicato, sotto la guida del dito indice della mano controlaterale, nella fossa otturatoria ed in quella paravescicale, a cavallo dell'arco tendineo a 2 cm. dalla sua inserzione pubica attraverso il muscolo otturatore e le fibre prossimali del muscolo pubo-rettale, in direzione *out-in*. Uscita in vagina la punta del tunnelizzatore; si monta il nastro di polipropilene e lo si retrae, facendo uscire l'altra estremità del nastro dalla cute inguinale. Si ripete l'operazione dal lato opposto. Si ferma la parte centrale della *sling* alla cervice con tre punti, due ai legamenti cervicali laterali ed uno sulla parte anteriore. Colporrafia e/o cistopessi con tecnica classica.

b) tempo vagino-perineale posteriore

Infiltrazione della parete vaginale posteriore e delle fosse pararettali con soluzione ischemizante. Incisione longitudinale, mediana, del fomite vaginale posteriore di circa 3 cm. Apertura delle fosse pararettali e repertazione delle spine ischiatiche, dei legamenti sacro-spinosi e dei muscoli ischio ed ileo-coccigei d'ambo i lati. 3 cm. in basso e 3 cm. lateralmente all'orifizio anale, corrispondente alla base della fossa ischio-rettale si fa passare il tunnelizzatore dedicato, sotto la guida del dito della mano controlaterale, nella fossa suddetta e lo si dirige nella fossa pararettale, passando medialmente alla spina ischiatica e cranialmente al legamento sacrospinoso, tra muscolo coccigeo e

UTERO-VAGINAL PROLAPSE: NEW SURGICAL APPROACH

Abstract

The aim of this study is to evaluate the efficacy of hysterocolposuspension (HCS) as alternative to hysterectomy for uterovaginal prolapse. 16 patients with III-IV stage of genital prolapse were treated with two polypropylene monofilament meshes anchored to cardinal and utero-sacral ligaments. The cystopexy and/or the recto-vaginal septum reconstruction with a fascial plication-technique were performed in presence of the cystocele and/or the rectocele of grade >1°. The check-ups were scheduled at 1, 3, 6, 12 months and then yearly. No patient required surgery for recurrent uterus-prolapse. Although the HCS can be safely offered to women who require uterine preservation, some deeper controlled studies are needed.

Key words

hysterocolposuspension; prothesis in pelvic organ prolapse; surgery.





piriforme. Uscita la punta del tunnelizzatore dalla vagina si monta il nastro di polipropilene e lo si ritrae, facendo uscire l'altra estremità dalla cute perineale.

Si ripete l'operazione dal lato opposto. Si ferma la parte centrale della sling con due punti ai legamenti utero-sacrali o ai loro monconi (in assenza dell'utero). Colpo-perineoplastica con tecnica classica.

Posizionamento dell'organo nella sua sede per trazione delle estremità delle slings. Si asporta la parte di sling che fuoriesce dalla cute e si posiziona lo zaffo vaginale e il catetere vescicale per 24 ore.

Risultati

La durata media dell'intervento è stata di 78 minuti. Non abbiamo avuto alcuna complicanza intraoperatoria (lesioni vascolari, rettali, nervose, perdita di sangue >300 ml). La rimozione del catetere vescicale e dello zaffo vaginale è avvenuta dopo 48 ore.

Le complicanze post-operatorie precoci si sono avute in una paziente che ha riportato dolore perineale; in un'altra si è verificata febbre >38° C; altre due con costipazione risoltesi nel giro di due mesi.

La dimissione è avvenuta mediamente in quarta giornata.

La valutazione post-operatoria con il POP Q score medio (cm.) è stata la seguente: Punto C-5,5; Aa-2; Ba-3,5; Punto D-7; Ap-2; Bp-4,5. Tutte le 16 pazienti quindi presentavano una completa correzione del prollasso. Al follow-up di sei mesi sono giunte 12 pazienti (4 ad un anno), delle quali una ha presentato cistocele asintomatico di I-II

grado ed un'altra incontinenza urinaria da stress trattata con chirurgia mini-invasiva (TOT).

Conclusioni

La doppia sling anteriore e posteriore permette il riposizionamento del complesso di sospensione (I° livello di De Lancey) al suo naturale livello anatomico, risolvendo sia i disturbi anatomici che funzionali [cfr. bibl. 1]. Pur rimanendo l'isterectomia il trattamento abituale dei grossi prollassi dell'utero, la colpo-isterosospensione *tension-free* rappresenta una valida alternativa in quanto tecnica chirurgica abbastanza semplice, mini-invasiva, riproducibile, con una bassa curva di apprendimento, bassi tempi operatori ed economica. I risultati clinici a breve e medio termine sono promettenti [cfr. bibl. 4], ma è necessario un *follow-up* a più lungo termine per poter valutare la validità della tecnica.

Bibliografia

1. De Lancey J.O.L., *Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy*; Am J Obstet Gynaecol 1992; 166: 1717-1728.
2. Cervigni M., Natale F., *The use of synthetics in the treatment of pelvic prolapse*, Cur Opin Urol, 2001; 11: 429-435.
3. Papa Petros P.E., *The Female pelvic Floor. Function, Dysfunction and management according to Integral Theory*. Springer, 2004.
4. Shak D.K. et al., *Short-term outcome analysis of total pelvic reconstruction with mesh: the vaginal approach*, J. Urol 2004; 171: 261-263.
5. Wall L.L., De Lancey J.O.L., *The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor*, Perspect Biol Med 1991; 34: 486-496.

Da medici in prima linea a medici in prima pagina

L'impatto negativo della notizia di malasanità sull'utenza

D. De Vita, G. Auriemma, M. Calenda*

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

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

Introduzione

Cresce il ruolo dei mezzi di comunicazione come fonte di informazione sulla salute, sul benessere, sulle cure e sulle malat-

tie. Aumenta, in particolare, il ruolo della televisione e di internet come fonte di informazione sulla salute, ma il 46,6% degli italiani è consapevole del rischio di confondersi o di ricevere notizie sbagliate e delle conseguenze che ciò può comportare, ad esempio incrinando il rapporto di fiducia con i medici, quando que-





sti ultimi dicono loro qualcosa di diverso da ciò che è stato letto e sentito. Per questo è importante che il cittadino si affidi a fonti di informazioni affidabili, rappresentate in primo luogo dal contatto diretto con i medici e poi dalla selezione di letture scientifiche di qualità. Tutti questi aspetti del rapporto tra italiani, mezzi di comunicazione ed informazione sanitaria sono stati analizzati nell'indagine sulla *Nuova domanda di comunicazione sulla salute* condotta annualmente dal *Forum per la Ricerca Biomedica* e dal *Censis*, in cui emerge che in tre anni è raddoppiato l'uso della televisione come fonte di informazione sulla salute; mentre internet è salito di 6.5 volte. Le informazioni che arrivano da TV, giornali, riviste più o meno dedicate alla salute influenzano i comportamenti e gli stili di vita. In base all'ultima rilevazione del *Censis* relativa al 2005, salute e medicina sono gli argomenti che, secondo il 26.8% degli italiani, riscuotono il maggior interesse tra i lettori dei settimanali, con un incremento significativo del 17.2% rispetto al 2001. Il 59% degli italiani dichiara infatti di prestare sempre attenzione quando si parla di salute.

L'impatto negativo della notizia di malasana sulla utenza

In un articolo de *Il Sole 24 ore* dal titolo *Medici sotto accusa, dodicimila le cause aperte con i pazienti per errori medici*, i processi rappresentano solo una parte del contenzioso annuo che vale 2.5 miliardi di euro. 7.800 i sinistri denunciati per la RC professionale medica in un anno. Solo 6.700 quelli per RC per strutture sanitarie, 320.000 persone che riportano danni o malattie per errori o problemi organizzativi, 2,5 miliardi di euro è l'ammontare totale in un anno delle richieste di risarcimento e di danni per errori o incidenti Ssn (dati del *Cineas-Politecnico Milano e Aria*).

Il rapporto Medico-Paziente e la notizia

Purtroppo, in questo periodo, non passa giorno che non si parli male dei medici, degli ospedali, della sanità. La notizia di malasana ha modificato il rapporto medico-paziente, deteriorandolo. Tra le professioni mediche maggiormente bersagliate dalle notizie di malasana troviamo l'ostetricia-ginecologia, la chirurgia generale, la chirurgia estetica, l'ortopedia e l'anestesia e rianimazione. Tale fenomeno, ormai in crescita esponenziale, ha completamente modificato il comportamento dei medici, divenuto difensivi-

stico come conseguenza dell'atteggiamento colpevolistico dei pazienti.

a) *L'influenza dell'evoluzione dell'etica in medicina sul rapporto medico-paziente*

In medicina l'etica è venuta a modificarsi sia per il medico che per il paziente. Infatti, in epoca pre-moderna la buona medicina era definita *quale trattamento che porta maggior beneficio al paziente*, in epoca moderna è definita *quale trattamento che rispetta il malato nei suoi valori e nell'autonomia delle sue scelte*; in epoca post-moderna è definita *quale trattamento che ottimizza l'uso delle risorse e produce un paziente/cliente soddisfatto*. L'ideale medico in epoca pre-moderna era definito *paternalismo benevolo*, in epoca moderna *autorità democraticamente condivisa*, in epoca post-moderna *leadership morale, scientifica, organizzativa*. Il paziente da *obbediente* in epoca pre-moderna, è passato ad essere considerato in epoca moderna *partecipante*, ed in epoca post-moderna *cliente giustamente soddisfatto e consolidato*. Esistono spazi di discrezionalità del medico. Il *principio di beneficenza* consiste nell'obbligo etico del medico di promuovere la salute ed il benessere del paziente. Il *principio di non-maleficenza*, ovvero l'obbligo del medico di non nuocere al paziente. Il *principio di giustizia* consiste nell'obbligo etico del medico di trattare i pazienti onestamente, valutandone l'impatto non solo sull'individuo ma anche sulla società (in considerazione anche delle risorse disponibili). *Principio di veridicità*, diritto del medico di rifiutare le procedure ritenute moralmente ingiuste; dovere di rendere nota la natura etica di tale rifiuto.

Ripercussione sul consenso informato

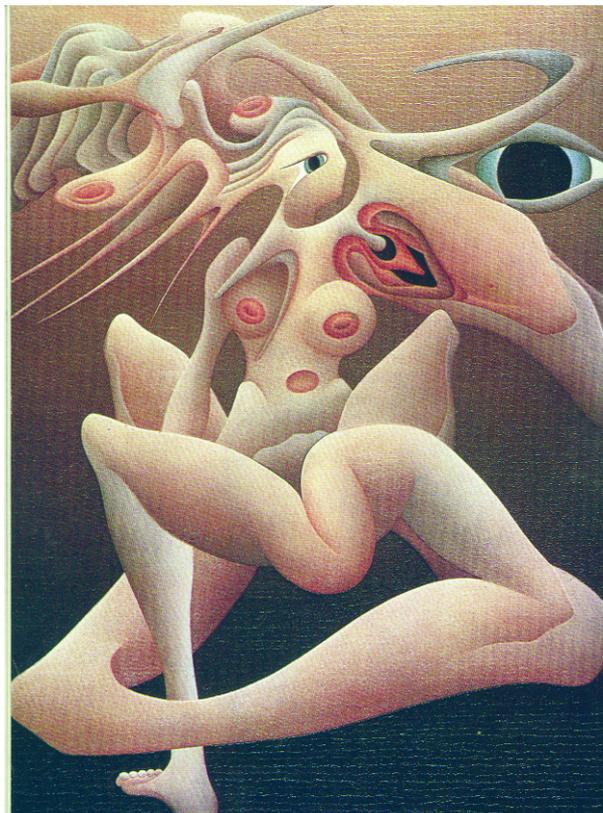
Il consenso informato, che si basa sull'informazione e poi sulla decisione all'atto medico-chirurgico, è un principio indiscusso della giurisprudenza, è un diritto per il paziente ed un dovere anche deontologico per il medico. La IV indagine *Censis-Forum per la Ricerca Biomedica* ha, quindi, investigato su come il rapporto tra cittadino e salute possa riflettersi anche sul consenso informato: la maggioranza dei cittadini intervistati ha dichiarato di vedere nel consenso informato solo un utile adempimento burocratico (17.4%) o uno strumento di tutela per il medico che, grazie ad esso, può scaricare la responsabilità di un trattamento terapeutico non riuscito o addirittura dannoso sul paziente, che lo ha accettato pur conoscenza i rischi (41.9%). A dichiarare di considera-



re il consenso uno strumento utile a migliorare il livello di informazione sulla malattia è invece il 40.7% complessivo. Su questo argomento appare particolarmente evidente la differenza di opinioni a seconda del titolo di studio. I laureati, infatti, mostrano di avere un'opinione decisamente più positiva riguardo il consenso informato: il 52.6% lo considera uno strumento che migliora il livello di informazione sulla malattia. Peraltro questa differenza di opinione suggerisce, secondo il Rapporto, che il problema risieda, almeno in parte, nell'inadeguatezza dei linguaggi e delle modalità comunicative dei medici, capaci di confrontarsi con maggior facilità con i cittadini più scolarizzati, ma in difficoltà quando si tratta di trasmettere il significato del consenso informato ai cittadini meno istruiti. Tuttavia, anche se la maggioranza dei cittadini intervistati ritiene che sia opportuno procurarsi il maggior numero di informazioni possibile per decidere automaticamente della propria salute (53.4%), il 46.6% di essi riconosce il rischio della confusione insito in un eccesso di informazioni non mediate dal medico. Perché si realizzi una comunicazione, è richiesto che vi sia interattività e scambio tra medico e paziente. Sono tre i momenti eticamente significativi della comunicazione medico-paziente che prevedono rispettivamente: il riconoscimento dell'altro come persona, come qualcuno di estremamente prezioso e degno di rispetto da considerare nella sua totalità e integrità; la costruzione di una vera e propria alleanza terapeutica, in cui il miglioramento o la riconquista della salute è visto come un compito comune, condiviso e definito; la diversificazione e accettazione dei rispettivi ruoli, ovvero da una parte chi cura e dall'altra chi ha bisogno di essere curato.

Conclusioni

La comunicazione in Sanità è ormai considerata come un elemento imprescindibile nel processo di miglioramento della qualità dell'assistenza. La comunicazione al malato non ha un significato puramente informativo, ma rappresenta un valore in sé, in quanto destinata a favorire la crescita della relazione interpersonale. La comunicazione tra medici e pazienti rappresenta un grosso nodo etico, prima che un problema di virtù personali, di tecniche comunicative e di organizzazione assistenziale. La sentenza della Cass. Pen. Sez. IV, n. 731 del 2001, conclude che il medico è te-



L.W. Sostras, *Donna*

nuto a recepire la volontà del paziente anche quando essa contrasti con la propria valutazione clinica, ma solo in caso di possibile danno. Per Mauro Barni: «oggi l'impegno professionale al fine di essere corretto e responsabile, deve non solo essere liberato dall'ansia eccessiva delle inevitabili conseguenze giudiziarie, ma anche depurato da assurde pretese di impunità, ed implica ed impegna ad una capacità tecnica e scientifica adeguata, ma anche ad una sensibilità deontologica arricchita dai principi dell'etica della responsabilità».

Oggi l'alleanza medico-paziente si basa sul principio etico di autonomia del malato, che è alla base della moderna etica medica. Si rinuncia così al paternalismo medico che, nel corso dei secoli, ha visto il medico sostituirsi al malato nelle decisioni più importanti.

Sicuramente i media giocano un ruolo importante in questo percorso comunicativo, per cui è intuitivo che, sia i pazienti che i medici, debbano pretendere di essere tutelati maggiormente nei confronti di quella stampa che troppo spesso risulta essere spietata nel rendere pubbliche le loro vicende.





Il ruolo dell'ostetrica nella riabilitazione pelvi-perineale

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 SA 2.

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

L'ostetrica è una delle potenziali interlocutrici privilegiate della donna. Tante storie di donne sono narrabili grazie alla relazione terapeutica che nel suo svolgersi permette ad una donna di crescere in forza dell'aiuto di un'altra. L'alleanza tra ostetrica e donna è quindi un'alleanza forte e di genere.

La comunicazione tra donna ed ostetrica è orizzontale, non direttiva e ancor meno paternalistica. Pertanto, le capacità/competenze dell'ostetrica sono:

- l'empatia, quale capacità di cogliere lo stato d'animo della persona che ha di fronte; l'ostetrica è vicina alla donna e coglie ciò che la donna le comunica anche mediante i sensi (vista, udito, tatto).
 - l'ascolto, inteso non come il semplice tacere; c'è l'ascolto del contenuto e l'osservazione delle modalità con cui viene detto: le pause, i silenzi, un sorriso, una lacrima trattenuta esprimono quanto e più delle parole.
 - la presa in carico, che è un termine tecnico che non ne sminuisce la peculiarità e la valenza; la competenza dell'ostetrica non va indirizzata pertanto solo sul sintomo, sul disturbo, ma sulle risorse interiori, cognitive, affettive/relazionali della donna, considerata nella sua interezza al fine di promuovere un cambiamento.
 - l'accompagnamento, in quanto l'ostetrica riconosce e accompagna i ritmi della donna, cioè tutti i cambiamenti che avvengono nella vita di una donna e che concorrono alla costruzione della sua identità, che corrispondono ai tempi dei grandi mutamenti femminili, quali l'adolescenza con i primi rapporti sessuali, la gravidanza, il parto e il puerperio, l'infertilità e la sterilità, la menopausa fisiologica e chirurgica.
- In particolare durante la gravidanza, la partecipazione ad incontri di accompagnamento alla nascita, che includono un programma di educazione perineale, può essere strategica nel riportare l'attenzione della donna su questa par-

te del corpo e offrire al contempo l'opportunità di un confronto con altre donne.

Le gestanti grazie, per esempio, agli esercizi e ai massaggi perineali e a corsi di danza del ventre possono riflettere su questa parte del loro corpo e aumentare la competenza nell'aprirsi e lasciarsi andare nel momento del parto. Inoltre è possibile che in puerperio, ma anche oltre, la donna riferisca incontinenza urinaria da sforzo, soprattutto se già preesistente in gravidanza. Anche in questo contesto è importante rassicurare la donna e consigliare l'esecuzione di esercizi perineali prima di un'eventuale consulenza uro-ginecologica. Per quanto riguarda una consulenza per problematiche a carico del perineo l'assistenza ostetrica, come membro dell'équipe assistenziale consultoriale, prevede diverse fasi.

1. *L'appuntamento*: se manca il tempo, per esempio nel corso dell'esecuzione del pap-test o una visita in puerperio, è bene offrire alla donna la possibilità di tornare una seconda volta riservandole un congruo arco di tempo.
2. *L'anamnesi*: durante l'accertamento occorre raccogliere l'anamnesi generale, ostetrica e uro-ginecologica, oltre che considerare gli aspetti sociali e culturali che possono condizionare o compromettere il benessere della donna. L'accertamento dell'ostetrica deve essere finalizzato alla raccolta di dati obiettivi evidenti (segni) e soggettivi o mascherati (sintomi). Non sempre la donna è in grado di fornire informazioni precise e complete e quindi è necessario attingere ad altre fonti, come documentazione clinica o altri professionisti.
3. *il diario minzionale*: nel caso di disturbi della minzione è utile farlo compilare (almeno per tre giorni) alla donna, in modo da porre diagnosi di un'eventuale incontinenza.
4. *L'anamnesi sessuologica*: in particolare vanno indagati gli aspetti psicologici e relazionali.
5. *l'esame obiettivo*: in particolare l'ispezione, per valutare l'aspetto dei genitali esterni e l'eventuale presenza di un prolasso genitale.
6. *la restituzione, ripetizione e ridefinizione della domanda*: ripetere la domanda con parole proprie e ridefinirla avvia e favorisce la comprensione da parte dell'utente di ciò che sta accadendo, innesca il processo di cambiamento e la proposta di soluzione.
7. *l'invio*: se necessario, inviare la donna verso altri operatori con competenze specifiche mediante la costruzione di una rete di interventi non solo organicistici.

