

## **RICOSTRUZIONE VAGINALE PROTESICA TOTALE COSERVATIVA SECONDO FARNSWORTH: RISULTATI PRELIMINARI**

*Davide De Vita, Giuseppe Santinelli, Diamante Lullo, Gennaro Auriemma*

U.O.Ostetricia e Ginecologia Ospedale “S. Francesco D’Assisi” di Oliveto Citra, Salerno

### **SCOPO DELLO STUDIO**

Negli ultimi anni si sono verificati significativi cambiamenti nel trattamento chirurgico del prolasso utero-vaginale con un aumento dell’utilizzo di materiali protesici ai fini di garantire un miglioramento rispetto agli scarsi risultati riportati con la chirurgia tradizionale (1, 2). Comprendere l’importanza dell’utero nei meccanismi di supporto pelvico è la chiave per creare un piano razionale nell’approccio chirurgico del prolasso. Le tecniche chirurgiche che non sono indirizzate a ripristinare il supporto principale (Livello 1) dell’utero e delle strutture ad esso contigue, sono destinate a fallire (3, 6).

Dal Giugno 2004 abbiamo iniziato uno studio osservazionale sottoponendo ad un innovativo approccio chirurgico che ha lo scopo di correggere tutti i potenziali difetti vaginali mediante l’utilizzo di materiale protesico, Intervento di Farnsworth, 25 pazienti con prolasso utero-vaginale di II, III e IV stadio.

### **MATERIALE E METODO**

Le tecniche sviluppate presso il Centre for Pelvic Reconstructive Surgery at Sydney Adventist Hospital e utilizzate presso l’U.O.C. di Ginecologia del P.O. di Oliveto Citra utilizzano la Teoria Integrale (5,6) nel guidare il chirurgo nel preciso posizionamento delle mesh, avvalendosi anche delle tecniche chirurgiche protesiche precedenti. Tutti i visceri pelvici sono sospesi tramite supporti principali (Livello 1), costituiti dal complesso di legamenti cardinali ed utero-sacrali. Il supporto secondario (Livello 2) è costituito dalle inserzioni della fascia vaginale all’elevatore ed associate ai corpi muscolari del pavimento pelvico (2, 3). Le strutture del Livello 3 comprendono il corpo perineale, i muscoli superficiali e gli sfinteri esterni. Nel passato, le procedure chirurgiche vaginali hanno tentato di correggere il prolasso mediante l’attacco delle strutture prolassate alle strutture adiacenti, già compromesse. Tale nuovo approccio chirurgico prevede che gli attacchi del Livello 1 siano realizzati mediante suture non assorbibili che si fissano all’arco tendineo fascia pelvica (AFTP) anteriormente alla spina ischiatica e posteriormente ai legamenti sacro-spinosi, vicino al sacro se è possibile, mediante l’endostitch (Auto Suture). Gli attacchi del Livello 2 sono ottenuti mediante il fissaggio degli spigoli di qualsiasi protesi utilizzata, ricreando l’amaca vaginale centrale, ai muscoli della parete vaginale anteriore (doppio passaggio trans-otturatorio) e posteriore con un passaggio trans-gluteo (sacropessi infracoccigea) attraversando il muscolo elevatore dell’ano nella sua componente prossimale, utilizzando strumenti e tecniche specifiche. Gli attacchi del Livello 3 sono ottenuti mediante la sutura dell’estremità della protesi sulla parete vaginale posteriore al corpo perineale e alla fascia retto-vaginale residua, attraverso un passaggio trans-gluteo più distale rispetto alla sacropessi infracoccigea.

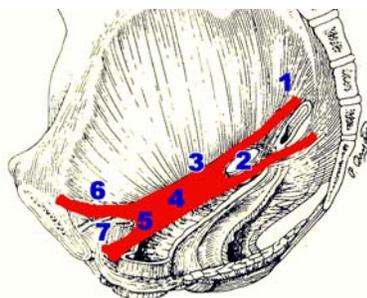


FIGURA 6: Concetti della Sospensione Protesica Anteriore

1. L'attacco posteriore della mesh adiacente al sacro ristora l'inserzione posteriore della fascia pubocervicale indirettamente attraverso la componente posteriore del muscolo elevatore. Questo attacco è normalmente facilitato dall'arco tendineo fascia pelvica (AFTP), 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 prolasso uterino.
3. L'attacco all'AFTP corregge ogni difetto paravaginale.
4. La protesi risolve ogni difetto fasciale centrale.
5. La componente anteriore della mesh provvede al supporto posteriore del collo vescicole.
6. L'estensione della mesh anteriore provvede al supporto della parte distale della vagina e del collo vescicole.
7. La zona di critica elasticità a livello dell'uretra prossimale viene risparmiata.

Dal Giugno 2004 al Giugno 2005 sono state sottoposte ad intervento di Farnsworth 25 pazienti, (età 27-72), con differenti difetti del pavimento pelvico, associati a disturbi soggettivi: peso ipogastrico, nicturia (stadio II-III-IV), 24 con utero in sede, sintomatiche per frequenza, urgenza, eventuale associazione di IUS. Le indagini pre-operatorie sono state quelle indicate nelle linee guida della Società ICS, includendo il questionario sintomatologico (VAS), il questionario sulla sessualità, Kings Health Questionnaire per disturbi urinari e una biopsia endometriale. A seconda del tipo e stadio del difetto (POP-Q SYSTEM) le pazienti sono state suddivise in tre gruppi (I-II-III), (Tab 1). 15 pazienti (I gruppo) con descensus utero-vaginale del distretto anteriore-centrale, stadio II, sono state sottoposte a ricostruzione vaginale protesica anteriore per cistocele ed isterocele di 2° stadio, mediante il posizionamento di una gynemesh PS nel distretto anteriore fissata ai legamenti sacrospinosi, all'arco tendineo fascia pelvica e con un doppio passaggio trans-otturatorio, bilateralmente. In 12 pazienti si è effettuato una correzione della IUS di tipo II nello stesso tempo operatorio. 8 pazienti con prolasso utero-vaginale di 3° stadio sono state sottoposte a ricostruzione vaginale protesica totale (anteriore e posteriore), che ha previsto un tempo anteriore come nel gruppo I a cui si è associato il posizionamento di una mesh identica nel distretto vaginale posteriore fissata ai legamenti sacro-spinosi, attraverso i muscoli elevatori dell'ano prossimamente e distalmente con un doppio passaggio trans-gluteo. In 6 delle quali si è provveduto alla correzione della stress-incontinenza. 2 pazienti, (gruppo III) con prolasso utero-vaginale totale stadio IV (completa eversione della vagina) una con prolasso utero-vaginale di 4° stadio è stata sottoposta a ricostruzione vaginale protesica totale previa isterectomia vaginale, l'altra paziente con prolasso di cupola vaginale di 4° stadio, è stata sottoposta a ricostruzione vaginale protesica totale, in ambedue le pazienti si è effettuata una correzione chirurgica dell'incontinenza urinaria.

I controlli post-operatori sono stati dopo 3, 6 e 12 mesi. Il follow-up osservato è stato di 3-6 mesi per 10 pazienti, 6-12 mesi per 15 pazienti.

### **RISULTATI E CONCLUSIONI**

I risultati dello studio sono riportati nelle tabelle 1 e 2.

Tabella 1

NUMERO PAZIENTI	TIPO DI ASSOCIAZIONE CHIRURGICA	DIAGNOSI DEL DIFETTO	IUS TIPO II	DURATA MEDIA INTERVENTO	RITENZIONE URINARIA	EROSIONI VAGINALI	PERDITA EMATICA MEDIA
15 I Gruppo	Ricostruzione Vaginale Protesica Conservativa Anteriore secondo Farnsworth	Stadio II: Aa, Ba -1 / +1; C -1 / +1; Ap Bp -1 / +1))	12	60 min	0	0	80 ml
8 II Gruppo	Ricostruzione Vaginale Protesica Conservativa Anteriore e Posteriore (Totale) secondo Farnsworth	Stadio III (Aa, Ba >+1, C >+ 1, Ap Bp >+ 1	6	90 min	0	0	110 ml
2	Ricostruzione Vaginale Protesica Anteriore e Posteriore (Totale), Isterectomia vaginale secondo Farnsworth	Stadio IV: Prolasso genitale totale (completa eversione della vagina)	2	150 ml	0	0	120 ml

Tabella 2

TEMPO FOLLO W-UP	CURA DEL PROLASSO I GRUPPO N= 15	CURA DEL PROLASSO II GRUPPO N=8	CURA DEL PROLASSO III GRUPPO N=2	CURA DELL'URGENZA	CURA DELLA NICTURIA	CURA DEL DOLORE-PESO IPOGASTRICO
3-6 MESI N=12	7/7 5= Aa, Ba -3; C-2 2= Aa, Ba -2; C-2	4/4 5= Aa, Ba -3; C -3; Ap Bp -3 1= Aa, Ba -2; C -2 Ap Bp -2	1/1 3= Aa, Ba -3; C -3; Ap Bp -3 1= Aa, Ba -2; C -2; Ap Bp -2	10/12	11/12	12/12
6-13 MESI N=22	8/8 6= Aa, Ba -3; C-2 2= Aa, Ba -2; C-2	4/4 5= Aa, Ba -3; C -3; Ap Bp -3 2= Aa, Ba -2; C -2 Ap Bp -2	1/1 4= Aa, Ba -3; C -3; Ap Bp -3 1= Aa, Ba -2; C -2; Ap Bp -2	13/13	13/13	13/13
TOTALE N=25	15/15	8/8	2/2	23/25	24/25	25/25

Oltre agli ottimi risultati sulla ricostruzione anatomica di tutti i difetti del pavimento pelvico e sulla sintomatologia “peso ipogastrico ed ingombro vaginale” (guarigione del 100%), l'intervento di Farnsworth ha mostrato eccellenti risultati sulla sindrome del fornice posteriore, con una percentuale di guarigione dell'urgenza e della nicturia del 95-98%.

## CONCLUSIONI

L'obiettivo di tale nuovo approccio chirurgico è di ridurre il tasso di recidiva, mediante un supporto vaginale solido e la sostituzione dei tessuti legamentosi e fasciali deteriorati con legamenti e fascie artificiali, evitare l'escissione chirurgica di buona parte della vagina esuberante, ridurre il dolore post-operatorio minimizzando il danno tissutale. La mesh è indispensabile soprattutto nei prolapsi recidivanti o quando i tessuti fasciali sono talmente indeboliti che la chirurgia tradizionale non è in grado di garantire una correzione definitiva. Un punto fermo nella ricostruzione anatomica è quello rispettare la funzionalità e di garantire un miglioramento della stessa. Il vantaggio del chirurgo è di scegliere un'appropriata procedura per la paziente che potrebbe avere diverse malattie, delle quali qualcuna potenzialmente capace di indebolire la abilità della paziente di ritornare normale dopo la chirurgia e che potrebbe minacciare la propria qualità della

vita. Nella ricostruzione protesica anteriore con un'unica mesh si ottiene una riparazione multidistrettuale. La mesh viene attaccata al legamento sacrospinoso, in prossimità del sacro. Questo ricostruisce gli attacchi posteriori e corregge il prolasso uterino. Vengono corretti sia i difetti apicali che laterali del compartimento centrale e la mesh ripristina anche il supporto posteriore del collo vescicale senza compromettere l'elasticità della zona critica dell'uretra prossimale (Figura 6). La ricostruzione vaginale completa, a volte necessita per i casi maggiormente gravi e compromessi, rafforzando e solidarizzando in maniera più incisiva la mesh nei tessuti profondi. Infatti, la fixation tissue system consente una ricostruzione protesica vaginale più efficace, sia nel rispetto dell'anatomia che nel garantire una fissità delle mesh utilizzate, minimizzando il rischio di decubito ed erosione delle stesse.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. DeLancey JOL. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynaecol* 1992;166:1717-1728.
2. N Sze EHM, Roat TW, Karram MM. Incidence of recurrent cystocele after anterior colporrhaphy with and without concomitant transvaginal needle suspension. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:1476-82.
3. Wall.LL, DeLancey JOL The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor. *Perspect Biol Med* 1991;34:486-496.
4. DeLancey JOL. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:93-8.
5. Papa Petros PE *The Female Pelvic Floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory.* Springer, 2004.
6. Farnsworth BN Posterior intravaginal slingplasty (Infracoccygeal Sacropexy) for severe posthysterectomy vaginal vault prolapse – a preliminary report on efficacy and safety. *Int Urogynecol J* (2002) 13:4-8.