

# Chirurgia mini-invasiva dell'incontinenza urinaria femminile

X. Deffieux

*La chirurgia dell'incontinenza urinaria riguarda una donna su dieci. Certamente si tratta di una patologia benigna, ma il suo impatto sulla qualità della vita può essere grave. Per l'incontinenza urinaria da sforzo, dopo il fallimento della rieducazione dei muscoli del pavimento pelvico (eventualmente associata alla riduzione del peso), può essere proposta una chirurgia mini-invasiva suburetrale con una bandelletta. In questo articolo vengono descritti i diversi approcci chirurgici (retropubici e transotturatoria) e le procedure per ridurre il rischio di complicanze associate. Altri trattamenti possono essere discussi, anche se con rare indicazioni e con risultati molto meno favorevoli (palloncini periuretrali, iniezioni periuretrali di agenti di riempimento o di cellule staminali). Per quanto riguarda l'incontinenza urinaria nel mitto imperioso (sindrome della vescica iperattiva), dopo il fallimento del trattamento farmacologico e la riabilitazione, possono essere proposte iniezioni intradetrusoriali di tossina botulinica o una neuromodulazione sacrale (tecnica più invasiva). Questo articolo descrive le varie tecniche chirurgiche mini-invasive per il trattamento dell'incontinenza urinaria nelle donne e i principali risultati associati.*

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Bandelletta suburetrale; Via d'accesso retropubica; Via d'accesso transotturatoria; Incontinenza urinaria; Vescica iperattiva; Incontinenza urinaria da sforzo; Tossina botulinica; Agenti di riempimento

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1
■ <b>Bandellette suburetrali</b>	1
Via retropubica	2
Via transotturatoria	3
Monitoraggio postoperatorio delle bandellette suburetrali.	4
Risultati associati alle bandellette suburetrali	4
Bandellette intermedie, mini-bandellette (non regolabili e regolabili)	5
■ <b>Iniezioni periuretrali di agenti di riempimento</b>	5
■ <b>Palloncini periuretrali</b>	6
■ <b>Iniezioni di cellule staminali</b>	6
■ <b>Colposospensione laparoscopica</b>	6
■ <b>Sfintere urinario artificiale</b>	6
■ <b>Iniezione intradetrusoriale di tossina botulinica</b>	6
Indicazione per una valutazione prima della chirurgia	6
Tecnica chirurgica	7
Monitoraggio postiniezione, risultati e reiniezione	7

## ■ Introduzione

Ci sono tre tipi principali di incontinenza urinaria nelle donne: incontinenza urinaria da sforzo (IUE), incontinenza urinaria nel mitto imperioso (IUU, che rientra nell'ambito della sindrome della vescica iperattiva HAV) e incontinenza urinaria mista (IUM, che associa IUE e IUU). In caso di fallimento delle regole

igienicodietetiche (riduzione del peso), dei trattamenti farmacologici e della riabilitazione, può essere proposto un trattamento chirurgico. Per l'IUE, il posizionamento di una bandelletta suburetrale (BSU) è attualmente il trattamento standard di prima linea per molte pazienti <sup>[1]</sup>, ma altre opzioni mini-invasive, come agenti di riempimento (*bulking agents*), possono essere, a volte, indicate. Le iniezioni di cellule staminali (terapia cellulare) nello sfintere non vengono ancora eseguite di routine a causa dei risultati deludenti. Per quanto riguarda l'IUU, la seconda linea di trattamento include o una neuromodulazione periferica (di una radice sacrale o del nervo sciatico popliteo interno) o iniezioni di tossina botulinica.



Per le pazienti con un'IUM, si possono eventualmente discutere delle associazioni di trattamenti chirurgici, ma, di solito, non in concomitanza. Per esempio, per un'IUM, non si eseguono mai contemporaneamente il posizionamento di una BSU e un'iniezione di tossina botulinica. Si comincia dalla BSU se si tratta di un'incontinenza mista predominante allo sforzo e secondaria; se persiste solo un'incontinenza con mitto imperioso, si discutono una neuromodulazione o iniezioni di tossina botulinica (ovviamente, dopo il fallimento di alternative non chirurgiche).

In questo articolo non sono trattate le tecniche utilizzate raramente (colposospensione, sfintere artificiale, palloncini periuretrali). Queste sono descritte in altri capitoli dell'EMC <sup>[2]</sup>.

## ■ Bandellette suburetrali

Le BSU sono i trattamenti chirurgici di prima linea dell'IUE femminile, dopo il fallimento della riabilitazione perineale <sup>[1]</sup>. Il meccanismo d'azione delle BSU è di creare un ostacolo sotto



l'uretra, attraverso il posizionamento di una bandelletta sintetica per via vaginale. Durante gli sforzi, l'uretra, se è mobile, si piega e si scontra con la BSU, che, di per sé, è immobile.

Così, la BSU non risolve l'ipermobilità dell'uretra, ma la utilizza. Le bandellette attualmente sul mercato sono ora tutte in polipropilene monofilamento macroporoso e sono di 10 mm di larghezza. Esistono molte bandellette, che variano a seconda della tecnica di intrecciatura, della dimensione dei pori, del peso ("pesantezza" del materiale protesico) e, naturalmente, del dispositivo di posizionamento stesso. Ci sono due principali approcci chirurgici per posizionare queste bandellette: la via retropubica (RP) e la via transotturatoria (TO). Qualunque sia l'approccio chirurgico prescelto, deve essere eseguito prima della procedura un esame citobatteriologicalo delle urine (ECBU) e, se è evidenziata un'infezione, dovrà essere trattata e un controllo delle urine dovrebbe verificarne la guarigione prima dell'intervento chirurgico. In questo articolo, non saranno trattate le valutazioni preoperatorie e, in particolare, le indicazioni alla valutazione urodinamica, che saranno trattate in un altro capitolo dell'EMC [3].

Sul piano anestesilogico, la procedura può essere eseguita in anestesia generale, spinale o, più raramente, locale. L'anestesia spinale deve essere evitata, in quanto ritarda il recupero minzionale e la dimissione della paziente (tranne se vengono utilizzati prodotti ad azione breve). La profilassi antibiotica viene effettuata regolarmente.

## Via retropubica

Descritta da Ulmsten nel 1995, la procedura TVT (*tension-free vaginal tape*) consiste nel posizionare una bandelletta sintetica sotto l'uretra media. Si tratta di inserire una bandelletta per via vaginale e di esteriorizzarla attraverso fori cutanei effettuati sopra il pube, dopo essere passati attraverso lo spazio retropubico di Retzius.

La paziente viene posta in posizione "ginecologica", con i glutei sul bordo del tavolo, rispettando un angolo di flessione dell'anca limitato (< 90°). Infatti, è possibile che l'eccessiva flessione aumenti il rischio di lesione dei vasi iliaci durante il passaggio dei punteruoli. Il campo operatorio (deterisione e decontaminazione cutanea) deve risalire fino all'ombelico.

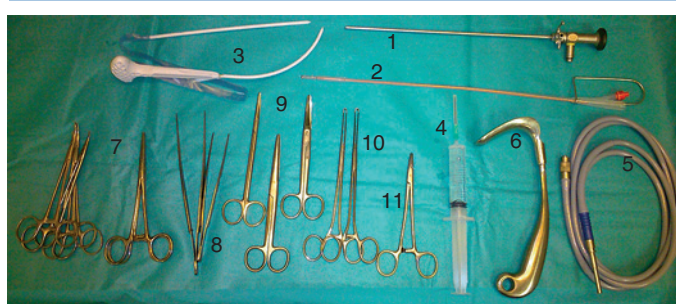
Si effettuano due preincisioni sovrapubiche a un dito o a due dita dalla linea mediana, appena sopra il bordo superiore della sinfisi pubica.

Attraverso queste preincisioni cutanee, si infila lo spazio di Retzius con una miscela (al 50%) di lidocaina o di ropivacaina e di soluzione salina. Occorre infiltrare un volume sufficiente (almeno 20 ml per lato) e abbastanza profondamente (oltre 4 cm, a seconda dello spessore del pannicolo adiposo), se si desidera fare un'anestesia locale (in aggiunta alle infiltrazioni da effettuare per via vaginale). Un altro vantaggio teorico di questa infiltrazione dello spazio di Retzius è di retrarre la vescica in alto e all'indietro, per limitare il rischio di lesioni alla vescica. Tuttavia, non è mai stato dimostrato che questa tecnica sia efficace per ridurre la prevalenza delle lesioni alla vescica.

Per via vaginale, una volta posizionata una valvola vaginale posteriore tipo Mangiagalli, dopo l'infiltrazione della parete vaginale con 10 ml di soluzione di miscela di ropivacaina e soluzione salina (miscela al 50%), si afferra la mucosa vaginale anteriore su entrambi i lati dell'uretra con due pinze di Allis (o pinze di Kocher o pinze a lembi di Cotte) a una distanza di 2 cm dal meato uretrale.

La bandelletta deve essere collocata a livello del terzo medio dell'uretra. L'uretra femminile, che misura 35-40 mm di lunghezza nella maggioranza dei casi, può, quindi, essere suddivisa in tre segmenti di 12-13 mm. È per questo che si considera che, iniziando l'incisione a 12-13 mm dal meato uretrale e facendo un'incisione di 10 mm di lunghezza, la bandelletta (che misura 10 mm di larghezza) sarà posizionata nell'area sezionata che deve essere nel terzo medio dell'uretra. L'incisione vaginale è sagittale mediana (verticale).

Si deve incidere sufficientemente in profondità la mucosa vaginale per limitare il rischio di esposizione protesica vaginale. Lo spessore della vagina vicino all'uretra è di 3-5 mm in media, ma questo spessore varia in funzione di diversi parametri, in



**Figura 1.** Materiale per il posizionamento di una bandelletta suburetrale retropubica TVT Exact®. 1. Cistoscopio con ottica a 70°; 2. mandrino di Freudenberg destro inserito in un catetere di Foley; 3. bandelletta TVT Exact® posizionata su mandrino-maniglia dedicato monouso; 4. siringa e ago per infiltrazione; 5. cavo di luce fredda per la cistoscopia; 6. valvola vaginale tipo Mangiagalli posteriore o equivalente; 7. pinze di Kocher e di Halstead; 8. pinze da dissecazione con e senza denti; 9. forbici chirurgiche (Metzenbaum e Mayo curve e dritte); 10. pinze di Allis; 11. porta-aggi.



**Figura 2.** Passaggio di un punteruolo tipotension-free vaginal tape (TVT) retropubico verso le preincisioni sovrapubiche.

particolare l'età della donna e il suo stato di menopausa (la carenza di estrogeni diminuisce lo spessore della parete vaginale). Occorre non incidere troppo profondamente per limitare il rischio di lesioni uretrali. Un buon compromesso sembra compreso tra i 3 e i 5 mm di profondità di incisione. Si noti che un'infiltrazione della parete vaginale aumenta artificialmente il suo spessore e, in questo caso, occorrerà incidere uno spessore leggermente superiore.

Il tempo seguente è la dissecazione parauretrale. Il materiale per l'approccio retropubico è mostrato nella Figura 1.

Con forbici tipo Metzenbaum, si seziona a 45° dall'uretra verso il bordo inferiore della sinfisi pubica.

Per identificare meglio l'uretra durante questa dissecazione, possono essere posizionati un catetere vescicale transuretrale o una luce nell'uretra.

È il momento di svuotare completamente la vescica e dell'inserimento di una guida, per esempio un mandrino di Freudenberg destro inserito in un catetere vescicale di Foley CH 18. Questa guida verrà utilizzata per escludere la vescica di fronte al passaggio del punteruolo e, di nuovo, per cercare di limitare il rischio di lesioni alla vescica.

Quando è eseguita la dissecazione parauretrale, occorre inserire il punteruolo collegato alla bandelletta nello spazio della dissecazione, afferrare il manico del punteruolo e passare attraverso la fascia aponeurotica pelvica per passare dietro la sinfisi pubica puntando alle preincisioni cutanee e rimanendo il più in contatto possibile con la superficie posteriore della sinfisi pubica (senza "raschiare" il periostio) (Fig. 2).

Si esternalizza il punteruolo sulla cute. Il gesto viene ripetuto sull'altro lato e, poi, viene effettuata un'uretroscopia di controllo per verificare l'assenza di lesioni vescicali (passaggio transvescicale) o uretrali (passaggio transuretrale).

La bandelletta viene, quindi, posizionata in contatto con l'uretra senza tensione, tirando i punteruoli. Per impedire che la bandelletta sia serrata intorno all'uretra, per tale posizionamento, è generalmente consigliabile collocare le forbici tra la bandelletta e l'uretra durante l'intervento. La bandelletta e la sua guaina vengono sezionate e, poi, tirate sulle guaine trasparenti per rimuoverle (senza rimuovere le forbici) e, infine, si seziona la bandelletta a

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831451>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831451>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)