

Stress incontinence surgery: which operation when?

Rovner, Eric S; Lebed, Brett D

Traduzione a cura di A. Santarelli

INTRODUZIONE

L'incontinenza urinaria da sforzo (SUI) nelle donne è una condizione molto diffusa che causa notevoli fastidi. Con un numero crescente di procedure riparative. Esiste un ampio spettro di opzioni per il paziente con SUI sintomatica che desidera una terapia chirurgica. Esistono opinioni forti sul trattamento chirurgico "migliore" disponibile per questa condizione e le caratteristiche di tale operazione possono essere delineate. Tuttavia, l'unico trattamento chirurgico perfetto per la SUI non è stato ancora identificato. Le caratteristiche della terapia chirurgica "perfetta" per SUI sono le seguenti:

- Efficace al cento per cento
- Durevole / permanente
- Indolore
- Semplice, veloce e facile da eseguire, insegnare e duplicare
- Minimamente invasivo (ambulatoriale) e completamente reversibile
- Nessun periodo di convalescenza con ritorno immediato a tutte le attività
- Applicabile ed efficace per tutti i tipi di SUI
- Non crea disfunzioni minzionali de novo
- Completamente sicuro senza morbidità o complicazioni o entrambi
- Poco costoso per paziente, struttura sanitaria, sistema sanitario e così via

Ci sono solo pochissimi studi randomizzati controllati (RCT) in letteratura in quest'area. Inoltre, un gran numero di studi non randomizzati di chirurgia SUI sono spesso serie di casi retrospettivi, con follow-up a breve termine che utilizzano parametri di esito non ottimali. In breve, gli attuali limiti della letteratura scientifica non consentono una base di evidenza per la scelta di un unico trattamento chirurgico per la SUI in tutti i pazienti.

Il presente articolo esaminerà i fattori importanti da considerare quando si sceglie un'operazione per il trattamento della SUI per un singolo paziente sulla base della letteratura disponibile.

TESTO DELLA REVIEW

La SUI probabilmente non è una singola entità fisiopatologica e gli individui che soffrono di questa condizione non sono un gruppo monolitico uniforme. Molteplici fattori probabilmente contribuiscono al fenotipo della SUI, tra cui la funzione e la mobilità uretrale, i problemi del tessuto neurale, muscolare e connettivo, la funzione intestinale, la parità, l'età, lo stato della menopausa, il BMI e dozzine di altri, che esulano dallo scopo di questa revisione. Sarebbe quindi improbabile che una singola operazione possa

trattare questa condizione complessa e multifattoriale. In effetti, c'è pochissima letteratura che esamina tali fattori individuali in modo prospettico e indipendente sul fatto che possano avere un impatto favorevole o negativo rispetto a una procedura individuale per la SUI. La maggior parte della letteratura SUI rappresenta una serie di casi di pazienti eterogenei sottoposti a un'unica procedura. I pazienti, quindi, rappresentano una panoplia di variabili confondenti. Da tali dati possono emergere modelli preliminari riguardanti alcuni di questi fattori, ma sono intrinsecamente imperfetti e soggetti a considerevoli interpretazioni errate a causa del modo retrospettivo e distorto in cui le informazioni vengono accumulate. Le conclusioni tratte da tale analisi non sono scientificamente rigorose e quindi soggette a scetticismo e critica.

Tuttavia, ci sono operazioni per la SUI che sarebbero più efficaci o meno morbose o entrambe se uno o più di questi fattori sono presenti in un dato paziente? Dovremmo selezionare un intervento chirurgico in base a uno o più di questi fattori che possono essere presenti in un individuo al fine di ottimizzare un risultato chirurgico favorevole? Al momento, le prove a sostegno di tale approccio sono deboli e quindi molti chirurghi scelgono semplicemente un'unica procedura per trattare tutti i loro pazienti con SUI nonostante la natura eterogenea dei pazienti che stanno trattando.

Alcuni fattori nella valutazione preoperatoria potrebbero indurre il chirurgo operatorio a scegliere una procedura piuttosto che un'altra in determinate circostanze, al fine di massimizzare la probabilità di successo e minimizzare il rischio di complicanze. Uno di questi algoritmi gradualmente basati su tali fattori è proposto nella Fig. 1. Molti di questi fattori, nonché la logica di questo approccio, sono discussi di seguito.

PREGRESSA CHIRURGIA

Un precedente intervento chirurgico pelvico, in particolare un precedente intervento chirurgico per l'incontinenza, complica le successive procedure SUI. Un precedente intervento chirurgico può provocare la formazione di cicatrici, anatomia alterata, fibrosi, ostruzione uretrale e, in altri casi, deficit dello sfintere intrinseco (ISD). L'ostruzione uretrale è un problema particolarmente fastidioso in quanto è difficile da diagnosticare in modo prospettico e tecnicamente difficile da riparare chirurgicamente. Inoltre, l'ostruzione del deflusso vescicale (BOO) e la SUI possono coesistere. La diagnosi di BOO femminile va oltre lo scopo di questa revisione; tuttavia, in pazienti con BOO iatrogena da un precedente intervento chirurgico SUI, una uretrolisi concomitante può essere utile per alleviare BOO e ripristinare un certo grado di mobilità uretrale. In effetti, la chirurgia SUI nel contesto della mobilità uretrale può essere associata a risultati più favorevoli in alcuni studi (vedi discussione sotto). Alcuni chirurghi preferiscono alleviare l'ostruzione ed eseguire concomitanti interventi chirurgici antiincontinenza, mentre altri eseguono l'uretrolisi e seguono un intervento chirurgico aggiuntivo solo su coloro che successivamente sviluppano una SUI postoperatoria. Pertanto, nei pazienti con BOO iatrogena sospetta o provata, un'uretrolisi dovrebbe essere fortemente considerata con o senza una concomitante operazione antiincontinenza.

Una scarsa mobilità uretrale o una mancanza di una significativa ipermobilità uretrale possono essere associate a un più alto rischio di fallimento chirurgico in alcune serie. La mancanza di mobilità uretrale può portare a risultati meno favorevoli con una sling transotturatoria (TOT) rispetto a quelli con un'uretra mobile. Risultati simili sono stati osservati con alcune, ma non tutte, procedure con sling retropubica. Il ripristino della mobilità uretrale in quei pazienti che hanno subito un precedente intervento chirurgico può essere ottenuto mediante uretrolisi al momento della procedura antiincontinenza. Non è chiaro se l'uretrolisi possa migliorare la mobilità uretrale o il successo chirurgico in pazienti senza un intervento

chirurgico precedente e un'uretra relativamente immobile (es. SUI di tipo I di Blaivas-Olson). L'uretrolisi può anche essere particolarmente utile in quei pazienti con precedente intervento chirurgico retropubico, in cui il rischio di perforazione del tratto urinario può essere maggiore utilizzando un approccio con sling medio-uretrale retropubico transvaginale. Un precedente intervento chirurgico sulla SUI probabilmente aumenta il rischio di lesioni del tratto urinario con sling retropubiche medio-uretrali, ma i dati sono contrastanti. Non è chiaro se la perforazione del tratto urinario influenzi il successo globale a lungo termine della procedura. I dati contrastanti possono essere dovuti alla mancanza di differenziazione nella maggior parte degli studi tra coloro che hanno subito un precedente intervento chirurgico retropubico (in cui è probabile che vi siano cicatrici e anatomia alterata nello spazio retropubico) e quelli che hanno subito una precedente riparazione anteriore in cui il retropubico lo spazio non era stato violato. Per coloro che non hanno avuto un precedente intervento chirurgico retropubico per SUI (cioè sling TOT, colporrafia anteriore, ecc.), il rischio di lesioni delle vie urinarie è probabilmente comparabilmente inferiore rispetto a coloro che hanno subito tale intervento chirurgico. Se tutti gli altri fattori sono uguali, un'operazione in un paziente precedentemente operato non ostruito, che non attraversa lo spazio retropubico come una sling TOT, può essere un'alternativa più sicura.

Infine, le sling retropubiche medio-uretrali sono altrettanto efficaci per il trattamento della SUI primaria e ricorrente, (nonostante il rischio di perforazione delle vie urinarie come descritto sopra), sebbene i tassi di guarigione nei casi di ripetizione possano essere leggermente inferiori rispetto alle serie di casi primari contemporanei

FUNZIONALITA' URETRALE

La funzione uretrale può essere valutata in vari modi, tra cui la pressione del punto di perdita di Valsalva (VLPP) e la profilometria della pressione uretrale (UPP). Non è chiaro se questi test prevedano in modo indipendente il successo o il fallimento con alcuni tipi di chirurgia antiincontinenza. È importante notare che le forze di chiusura uretrale, comunque misurate, non sono mai state esaminate come una variabile indipendente in un futuro RCT o come una variabile tra le procedure. Per molti anni, le sling pubovaginali autologhe sono state riservate a quei pazienti che avevano fallito un precedente intervento chirurgico SUI e / o che avevano una ISD significativa sulla base dei test di funzionalità uretrale, mentre le sospensioni del collo vescicale con ago e le sospensioni retropubiche sono state utilizzate in quelli con " ipermobilità uretrale " correlata SUI con una funzione uretrale relativamente buona. La maggior parte dei dati su cui si basavano queste pratiche era retrospettiva e non è clinicamente rilevante per il chirurgo contemporaneo, perché le sospensioni dell'ago non vengono più eseguite. Tuttavia, possiamo utilizzare tali dati per decidere tra gli interventi chirurgici SUI contemporanei nonostante i suoi limiti retrospettivi? Diverse serie di casi hanno suggerito che le sling retropubiche mediouretrali si comportano ugualmente bene indipendentemente dalla VLPP, ma altri hanno scoperto che i tassi di fallimento con questo approccio o TOT aumentano con la diminuzione delle forze di chiusura uretrale. La VLPP preoperatoria non ha predetto il successo né con il corsetto pubovaginale autologo né con la colposospensione nello studio dell'UITN (Urinary Incontinence Treatment Network) recentemente completato. Inoltre, è stato suggerito che una scarsa funzione uretrale è associata a un rischio più elevato di fallimento chirurgico con l'approccio TOT rispetto al corsetto pubovaginale autologo o alla sling medio-uretrale retropubico. Pertanto, a parità di altri fattori, nei pazienti con basse forze di chiusura uretrale, sembrerebbe quindi ragionevole consigliarli in merito alla possibilità di tassi di successo complessivi inferiori con l'approccio TOT, ma questo dovrebbe essere bilanciato con la possibilità di un rischio potenzialmente inferiore di complicanze e disfunzione minzionale postoperatoria.

FUNZIONALITA' DETRUSORIALE

L'urodinamica preoperatoria può rivelare una concomitante disfunzione del detrusore. Non è chiaro se qualsiasi procedura operativa per il trattamento della SUI sia superiore in questo contesto. Serie di casi di sling mediouretrale, colposospensione e fasciale autologhe hanno dimostrato che il trattamento efficace della componente da stress dell'incontinenza urinaria mista (MUI) porterà alla risoluzione dell'incontinenza da urgenza e / o urgenza in circa il 50-75% dei casi. Tuttavia, non ci sono RCT che hanno confrontato direttamente varie tecniche al fine di determinare quale sia la più favorevole nel contesto del MUI. Uno studio recente ha suggerito che una significativa urgenza preesistente è un fattore di rischio per il fallimento della chirurgia SUI sia per le sling autologhe che per la colposospensione senza differenze tra loro. Pertanto, la presenza di MUI non è un fattore su cui la scelta dell'operazione SUI dovrebbe essere fatta in questo frangente. In alcuni casi, la presenza di un collo vescicale aperto a riposo o di un collo vescicale che diventa incompetente in condizioni di aumento della pressione addominale può provocare un'iperattività del detrusore riflesso. In queste situazioni, può essere utile una procedura chirurgica che comprime il collo vescicale. Inoltre, se l'urina che entra nell'uretra prossimale è il fattore iniziale dell'urgenza urinaria, una procedura di compressione del collo vescicale può comportare percentuali di successo più elevate rispetto ai pazienti con urgenza non correlata all'ingresso dell'urina nell'uretra prossimale. Tuttavia, non tutti gli studi hanno supportato questa ipotesi. Uno studio recente ha rilevato che le procedure del collo vescicale hanno aumentato la disfunzione del detrusore postoperatoria rispetto alle sling medio-uretrali. La presenza di un collo vescicale aperto preoperatorio non è stata valutata come fattore di confusione.

Inoltre, i fattori di rischio per la ritenzione urinaria a seguito di un intervento chirurgico antiincontinenza non sono stati ben definiti. Non è stato costantemente dimostrato che la contrattilità del detrusore preoperatoria sia un fattore di rischio per la ritenzione urinaria o l'aumento della PVR. Tuttavia, studi più recenti suggeriscono che questo risultato può essere correlato alla disfunzione minzionale postoperatoria in alcuni individui. Tuttavia, non è chiaro se l'approccio chirurgico conferisca un netto vantaggio nel contesto di ridotta contrattilità rispetto al successo o alle complicanze chirurgiche, in particolare la ritenzione urinaria, l'urgenza de-novo o l'incontinenza da urgenza o la disfunzione minzionale postoperatoria. Sebbene sia stato suggerito che alcune procedure di sling medio-uretrale (cioè TOT) siano meno "ostruttive" di altre (cioè slingmiduretrali retropubiche), non ci sono stati RCT adeguatamente potenziati per dimostrare definitivamente una differenza significativa. Gli RCT hanno suggerito che le sling fasciali e la colposospensione possono essere associate a un maggior rischio di ritenzione urinaria o disfunzione minzionale postoperatoria rispetto alle sling medio-uretrali e questa può essere una considerazione importante nei pazienti che non vogliono o non sono in grado di eseguire il cateterismo uretrale intermittente.

CONCLUSIONI

Nessuna singola procedura o intervento è ottimale per tutti i pazienti con SUI. Data la complessa patofisiologia multifattoriale della SUI e lo spettro di gravità, è improbabile che ogni singola operazione attualmente utilizzata sia applicabile per trattare tutti i pazienti con SUI e sarà universalmente accettata come tale. Avere una varietà di opzioni di trattamento disponibili offre la possibilità di adattare la terapia ai desideri e alle esigenze del singolo paziente.