

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO
U.O.C. Clinica Ginecologica Ostetrica



SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN GINECOLOGIA E OSTETRICIA
Direttore: Prof. Giovanni B. Nardelli

TESI DI SPECIALIZZAZIONE

**CONFRONTO TRA COLPOSOSPENSIONE SECONDO
SHULL VERSUS CERVICOSACROPESSI NEL
TRATTAMENTO LAPAROSCOPICO DEL PROLASSO
UTEROVAGINALE: OUTCOME PERIOPERATORIO E
FOLLOW UP A 12 MESI**

Relatore: Dott. Carlo Saccardi
Correlatore: Prof. Pietro Salvatore Litta

Dott.ssa Angela Dalla Toffola

CHIRURGIA DEL PROLASSO PELVICO

Chirurgia vaginale fasciale

[Am J Obstet Gynecol](#). 2000 Dec;183(6):1365-73; discussion 1373-4.

A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments.

[Shull BL](#)¹, [Bachofen C](#), [Coates KW](#), [Kuehl TJ](#).

Chirurgia addominale, vaginale e laparoscopica protesica

FDA
2011

UPDATE on Serious Complications Associated with Transvaginal Placement of Surgical Mesh for Pelvic Organ Prolapse: FDA Safety Communication

Date Issued: July 13, 2011



Surgical management of pelvic organ prolapse in women (Review)

Maier C, Feiner B, Baessler K, Schmid C

Authors' conclusions

The review found 56 trials including 5954 women with a variety of types of prolapse of the uterus or vaginal apex after hysterectomy. For upper vaginal prolapse *sacral colpopexy has superior outcomes* (lower rate of: recurrent prolapse and painful intercourse) to a variety of vaginal procedures including **sacrospinous colpopexy, uterosacral colpopexy and transvaginal mesh.**

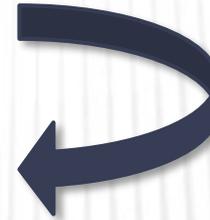
Cochrane Database Syst Rev, 2013

Colposospensione ai legamenti uterosacrali **laparoscopica secondo Shull**

CERVICOSACROPESSIA – stato dell'arte –

Cervicosacropeppia addominale

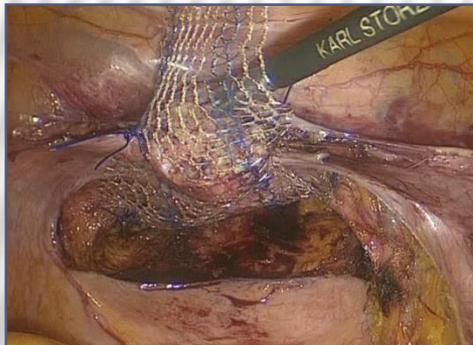
Cervicosacropeppia laparoscopica



Tecnica simile ma con i vantaggi della chirurgia mininvasiva



- Tasso di successo anatomico 93.8%
 - Tasso di ricorrenza 6.2%,
 - Tasso di complicazioni delle mesh 2.7%
 - Tasso di sviluppo di sintomatologia urinaria (IUS, urgenza o ritenzione) 17.8%
 - Tasso di sviluppo di alterazioni intestinali (stipsi e dischezia) 10%
 - Tasso di sviluppo di alterazioni sessuali 8%
- con follow up medio di 24 mesi



COLPOSOSPENSIONE AI LEGAMENTI UTEROSACRALI

- stato dell'arte -

1927 Miller

1957 Mc Call

2000 Shull
approccio
vaginale

Tasso di successo 87%

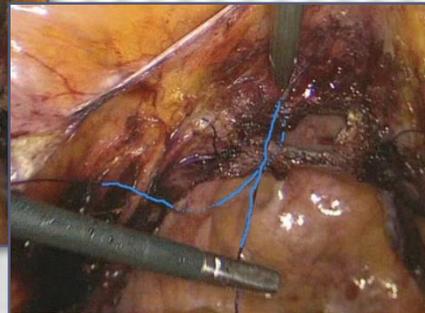
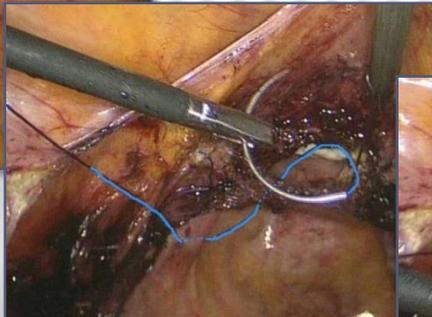
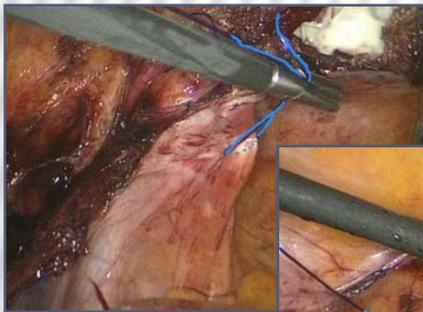
Rischio di danno ureterale 1-11%

Tasso di reintervento 6%

Rischio di danno neuro-muscolare pelvico

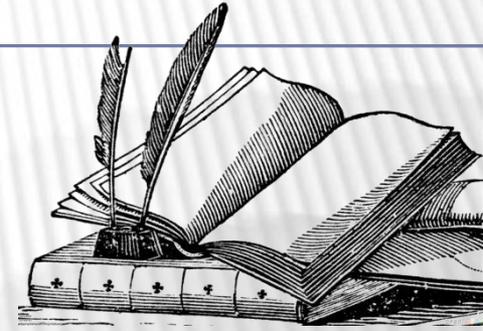
Colposospensione ai legamenti
uterosacrali laparoscopica secondo Shull

- Permette di riparare quasi tutti i tipi di difetti
- Sostegno apicale bilaterale
- Elimina complicanze ureterali
- Suture con materiale a lento riassorbimento
- Asse vaginale anatomico



Sospensione agli uterosacrali
laparoscopica versus vaginale:

NON differenze in ricorrenza del prolasso né in POP-Q postoperatori, tranne che per la lunghezza vaginale totale che era maggiore con la tecnica LPS



WHAT IS CURE? – successo funzionale e anatomico –

International Continence Society (ICS) e International Urogynecological Association (IUGA):

Outcome
anatomico

Outcome
funzionale

Benessere
psico-fisico

Funzionalità

- ✓ Urinaria
- ✓ Intestinale
- ✓ Sessuale

- ✓ Questionari validati:
 - Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL): 20 domande raggruppate in 9 domini
 - Pelvic Floor Distress Inventory Short-Form 20 (PFDI-20): 20 domande raggruppate in 3 domini

NIH Public Access
Author Manuscript

Obstet Gynecol. Author manuscript, available in PMC 2010 July 15.

Defining Success After Surgery for Pelvic Organ Prolapse

Matthew D. Barber, MD, MHS, Linda Brubaker, MD, MS, Ingrid Nygaard, MD, Thomas L. Wheeler II, MD, MSPH, Joseph Schaffer, MD, Zhen Chen, MS, and Cathie Spino, DSc for the Pelvic Floor Disorders Network

Successo dopo chirurgia per POP se:

- ✓ Assenza di prolasso a livello dell'imene
- ✓ Assenza di sintomatologia da ingombro vaginale
- ✓ Non reintervento

SCOPO DELLO STUDIO



Colposospensione
laparoscopica ai
legamenti uterosacrali
secondo Shull



Cervicosacropessi
laparoscopica

- Confrontare il benessere psico-fisico a 12 mesi delle Pazienti
- Valutazione della tecnica chirurgica
- Confrontare l'outcome funzionale e anatomico

MATERIALI E METODI



STUDIO OSSERVAZIONE PROSPETTICO CON FOLLOW UP A 12 MESI

2013 - 2015

1) Preoperatoriamente...

- ✓ Questionari validati:
 - Prolapse Quality of Life Questionnaire (P-QOL): 20 domande raggruppate in 9 domini
 - Pelvic Floor Distress Inventory Short-Form 20 (PFDI-20): 20 domande raggruppate in 3 domini
- scores da 0 a 4
- score maggiore corrispondente a peggior qualità di vita
- ✓ Sintomatologia urinaria, intestinale e sessuale
 - ✓ Visita ginecologica con classificazione Baden-Walker Halfway Scoring System

MATERIALI E METODI



2) *Intervento chirurgico...*

A) Isterectomia totale +
colposospensione ai legamenti
uterosacrali laparoscopica secondo
Shull

B) Isterectomia sopracervicale +
cervicosacropessi laparoscopica

Registrazione di:

- ✓ tempi operatori
- ✓ complicanze intra e post-operatorie
- ✓ perdite ematiche
- ✓ giorni di degenza

3) *Follow up a 12 mesi:*

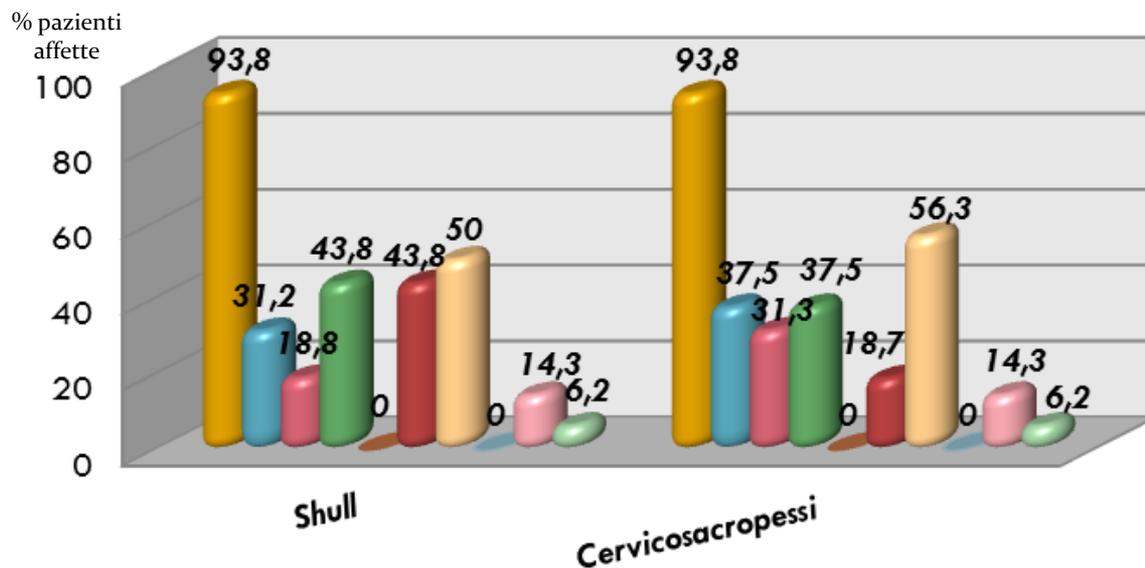
- ✓ esame obiettivo uroginecologico
- ✓ intervista diretta e questionari P-QOL e PFDI-20

RISULTATI

× Campione: 32 pazienti

①6 isterectomia totale + colposospensione ai legamenti uterosacrali laparoscopica secondo Shull

①6 isterectomia sopracervicale + cervicosacropessi laparoscopica



Preoperatorio

Caratteristiche funzionali

RISULTATI

16 isterectomia totale + colposospensione ai legamenti uterosacrali laparoscopica secondo Shull

16 isterectomia sopracervicale + cervicosacropessi laparoscopica

Preoperatorio

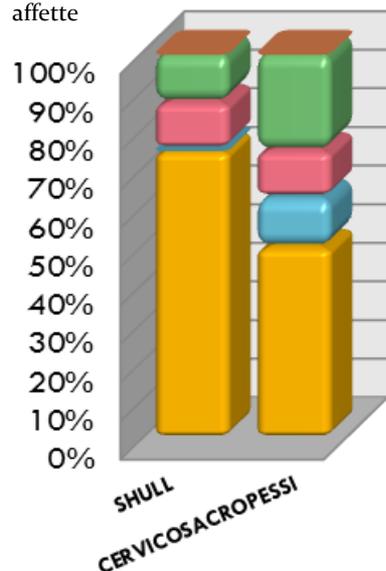
Distribuzione e grado dei prolassi

Compartimento anteriore

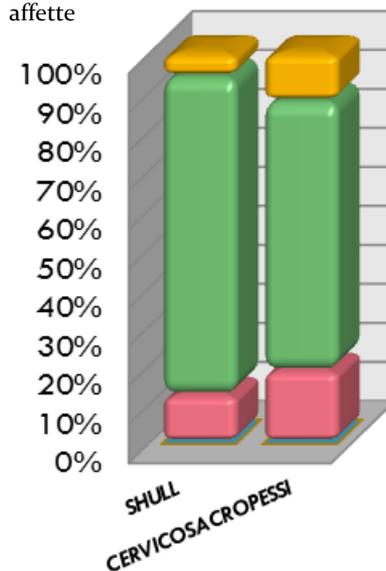
Compartimento apicale

Compartimento posteriore

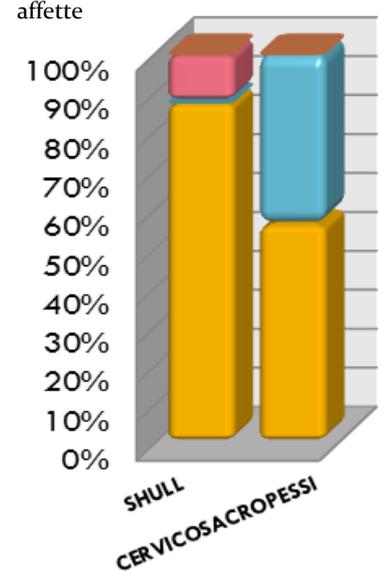
% pazienti affette



% pazienti affette



% pazienti affette



Assente I II III IV

Grado di prolasso

Assente I II III IV

Grado di prolasso

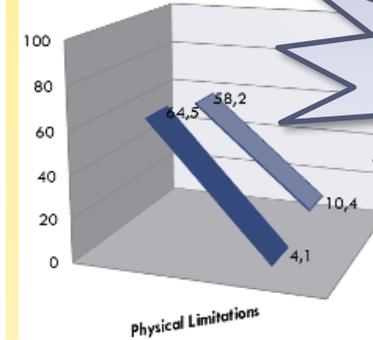
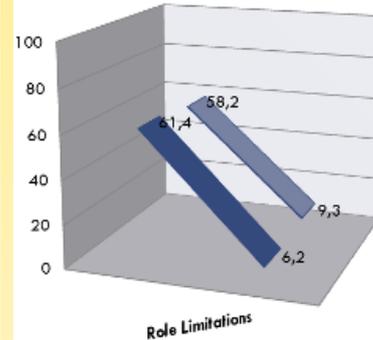
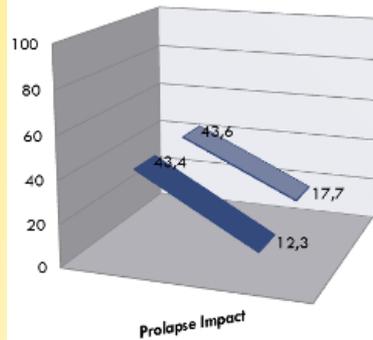
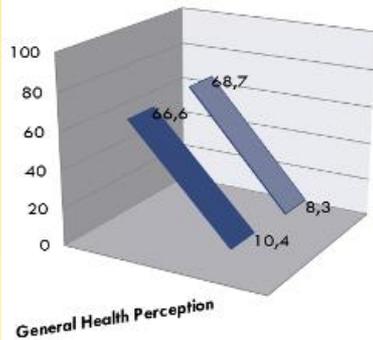
Assente I II III IV

Grado di prolasso

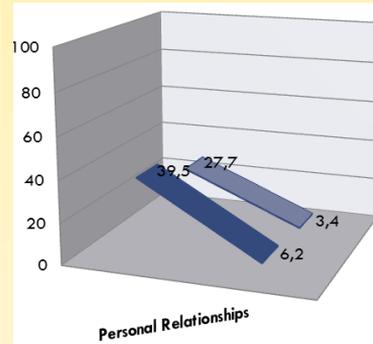
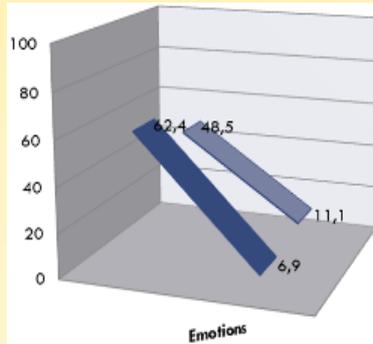
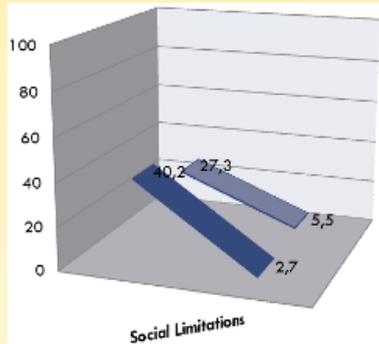
RISULTATI

Benessere psico-fisico a 12 mesi nei 2 gruppi

Questionario P-QOL

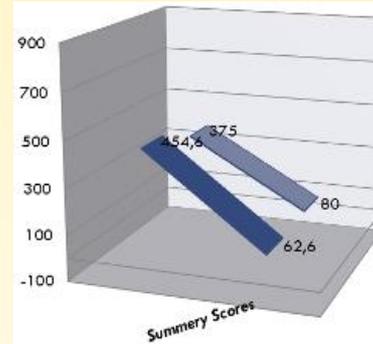
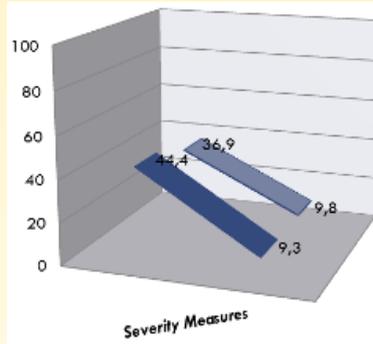
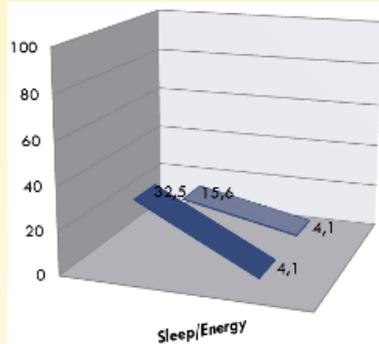


Follow up



■ SHULL
■ CERVICOSACROPESSI

$p < 0,001$



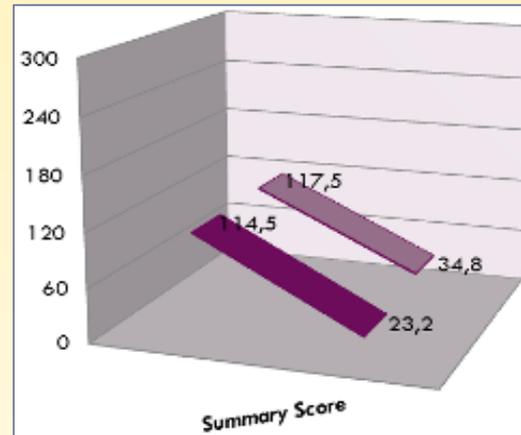
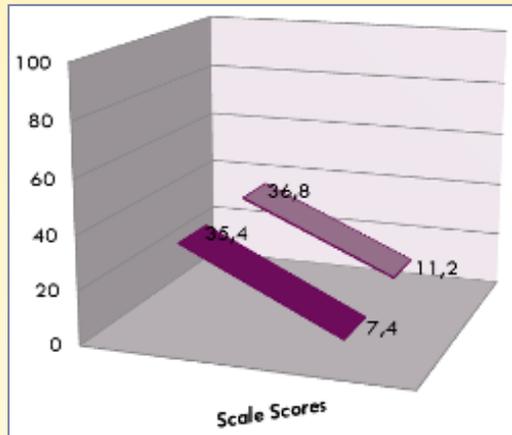
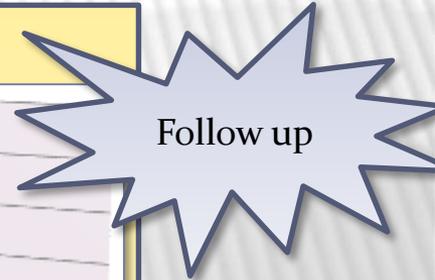
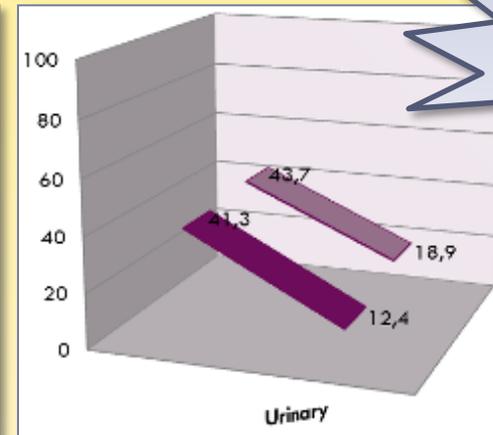
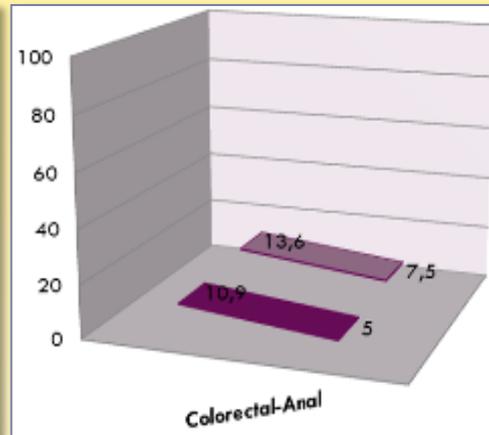
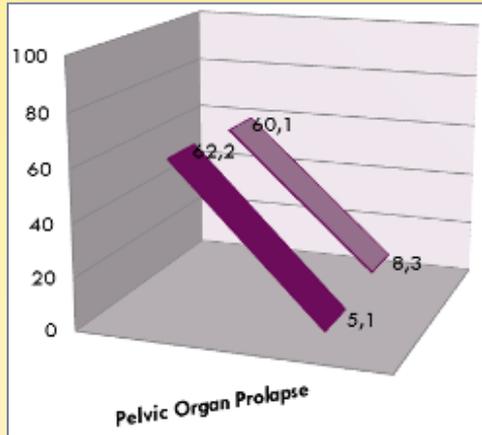
Per entrambi i gruppi
miglioramento
statisticamente
significativo

■ *Filmar et al: non differenze nei questionari somministrati alle Pazienti*

RISULTATI

Benessere psico-fisico a 12 mesi nei 2 gruppi

Questionario
PDFI-20



■ SHULL
■ CERVICOSACROPESSI

$p < 0,001$

RISULTATI



Intraoperatorio

Cervicosacropessi

Colposospensione
secondo Shull

Durata media
dell'intervento

139.8 ± 30.5 minuti

116.2 ± 38.7 minuti

Perdite
ematiche

47.5 ± 47.9 ml

29 ± 36.4 ml

Degenza
ospedaliera

3.13 ± 0.5 giorni

3.19 ± 0.5 giorni

Nessun intervento è stato convertito in laparotomia

Non vi sono verificate in nessun caso complicanze intraoperatorie

RISULTATI

Outcome anatomico



Prolasso	SHULL				CERVICOSACROPESSI			
	Preoperatorio n	%	12 mesi n	%	Preoperatorio n	%	12 mesi n	%
Compartimento Anteriore								
Grado o-I	12	75	14	87.6	10	62.5	11	68.8
Grado II	2	12.5	1	6.2	2	12.5	1	6.2
Grado III	2	12.5	1	6.2	4	25	4	25
Grado IV	-	-	-	-	-	-	-	-
Compartimento Apicale								
Grado o-I	-	-	15	93.8	-	-	15	93.8
Grado II	2	12.5	1	6.2	3	18.7	1	6.2
Grado III	13	81.3	-	-	11	68.8	-	-
Grado IV	1	6.2	-	-	2	12.5	-	-
Compartimento Posteriore								
Grado o-I	14	87.5	15	93.8	16	100	16	100
Grado II	2	12.5	1	6.2	-	-	-	-
Grado III	-	-	-	-	-	-	-	-
Grado IV	-	-	-	-	-	-	-	-

SHULL

- A 6 mesi: perigee per cistocele di II° e difetto paravaginale; cupola vaginale ben sostenuta
- A 12 mesi:
 - ✓ Reintervento per prolasso di cupola di II° + cistocele di III°
 - ✓ 6.2% cistocele di II° asintomatico

CERVICOSACROPESSI

- A 12 mesi:
 - ✓ 6.2% prolasso di II° del moncone cervicale non sintomatico
 - ✓ 25% cistocele di III° e 6,2% di II° non sintomatico
 - ✓ Nessun reintervento

RISULTATI

Outcome anatomico

Follow-up

Prolasso	SHULL				CERVICOSACROPESSI			
	Preoperatorio n	%	12 mesi n	%	Preoperatorio n	%	12 mesi n	%
Compartimento Anteriore								
Grado o-I	12	75	14	87.6	10	62.5	11	68.8
Grado II	2	12.5	1	6.2	2	12.5	1	6.2
Grado III	2	12.5	1	6.2	4	25	4	25
Grado IV	-	-	-	-	-	-	-	-
Compartimento Apicale								
Grado o-I	-	-	15	93.8	-	-	15	93.8
Grado II	2	12.5	1	6.2	3	18.7	1	6.2
Grado III	13	81.3	-	-	11	68.8	-	-
Grado IV	1	6.2	-	-	2	12.5	-	-
Compartimento Posteriore								
Grado o-I	14	87.5	15	93.8	16	100	16	100
Grado II	2	12.5	1	6.2	-	-	-	-
Grado III	-	-	-	-	-	-	-	-
Grado IV	-	-	-	-	-	-	-	-

Nelle cervicosacropessi migliore outcome anatomico e minore tasso di recidive
Per entrambi i gruppi, maggiore successo del compartimento apicale rispetto all'anteriore

SHULL

NON complicanze uretere

■ *in letteratura il rischio di lesione ureterale in corso di colposospensione LPS agli uterosacrali è notevolmente ridotto*

NON danno neuro-muscolare pelvico

CERVICOSACROPESSI

NON casi di erosione della mesh

■ *poco significativo*

■ *In letteratura tasso di erosione 2,7%*

RISULTATI

Outcome funzionale

Follow-up

Sintomo	Tecnica	Prima		Dopo		p-value
		n	(%)	n	(%)	
Ingombro vaginale	Cervicosacropessi	15	93.8	0	0	< 0.001
	Shull	15	93.8	1	6.3	< 0.001
Dolore Pelvico Cronico	Cervicosacropessi	1	6.3	0	0	NS
	Shull	1	6.3	0	0	NS
Dispareunia	Cervicosacropessi	2	14.3	0	0	NS
	Shull	2	14.3	0	0	NS
IUS	Cervicosacropessi	6	37.5	4	25	NS
	Shull	5	31.3	0	0	< 0.001
Urgenza	Cervicosacropessi	5	31.3	2	12.5	NS
	Shull	3	18.8	0	0	NS
Svuotamento vescicale incompleto	Cervicosacropessi	6	37.5	3	18.8	NS
	Shull	7	43.8	1	6.3	< 0.001
Disuria	Cervicosacropessi	0	0	0	0	NS
	Shull	0	0	0	0	NS
Nicturia	Cervicosacropessi	3	18.7	2	12.5	NS
	Shull	7	43.8	2	12.5	< 0.001
Stipsi	Cervicosacropessi	9	56.3	3	18.8	< 0.001
	Shull	8	50	3	18.8	< 0.001
Dischezia	Cervicosacropessi	0	0	0	0	NS
	Shull	0	0	1	6.3	NS

Miglioramento in entrambi i gruppi

Miglioramento della funzionalità urinaria soprattutto nel gruppo delle Shull

■ *Ganatra et al:* maggior morbilità post cervicosacropessia LPS con incidenza del 17.8%

Miglioramento della sintomatologia intestinale in entrambi i gruppi

■ *Ganatra et al:* nel post cervicosacropessia disfunzioni intestinali nel 9.8%
 ■ *Margulies et al:* miglioramento post shull spesso non statisticamente significativo

Miglioramento della funzionalità sessuale in entrambi i gruppi, anche se non statisticamente significativo

■ *Ganatra et al:* disturbi della funzionalità sessuale nel 7.8%
 ■ *Silva et al:* 94% delle pazienti soddisfatta

CONCLUSIONI



- Sia la cervicosacropessi laparoscopica che la colposospensione ai legamenti uterosacrali secondo Shull laparoscopica permettono una **buona correzione dei difetti anatomici del pavimento pelvico, con elevato grado di soddisfazione espresso dalle pazienti.**
- Entrambe le tecniche chirurgiche risultano perciò **sovrapponibili** in termini di **outcomes funzionali e di miglioramento della qualità di vita**
- Con le recenti raccomandazioni della FDA nel ridurre la chirurgia protesica, la Shull laparoscopica può essere considerata un'ottimale opzione per il **trattamento di prima linea del prolasso uterovaginale**, tenendo in considerazione la chirurgia protesica come alternativa nei casi di recidiva.