

## LETTER TO THE EDITOR

### MANAGEMENT OF PELVIC ORGAN PROLAPSE

I-2006

**L Cardozo, J. Balmfort**

I dati di base riportati sono di estremo interesse: secondo gli Autori, che hanno attuato una ampia review della letteratura, gli interventi per prolasso genitale rappresentano il 20% degli interventi ginecologici maggiori, l'11% delle donne vengono sottoposte ad intervento per prolasso durante la loro vita ( il 59% delle anziane), e infine 1/3 di queste pazienti deve subire un reintervento per una recidiva; il 50% delle donne oltre i 50 anni sono sintomatiche per prolasso genitale. E' chiaro che questi sono dati delle scuole anglosassoni: per un confronto significativo sarebbe molto interessante avere dati precisi soprattutto sulla recidiva di prolasso genitale in Italia.

Nel capitolo sull'etiopatogenesi sembra fondamentale il riferimento al lavoro di Dietz. " Bladder neck mobility is a heritable trait": infatti l'elemento genetico appare giustamente

sempre più di primaria importanza da questo punto di vista.

Viene quindi risottolineata con forza l'importanza di utilizzare la classificazione POP-Q per avere dati scientificamente corretti e confrontabili. Abbiamo già avuto modo di stressare questa necessità: la classificazione POP-Q non è così difficoltosa e, una volta appresa, e presenta certamente molti vantaggi.

Di grande importanza viene ritenuto il ruolo delle fibre collagene e della denervazione nella patogenesi del prolasso genitale, così come di primaria importanza è il ruolo dei recettori ormonali a livello delle strutture di sostegno ( fasce e muscoli pelvici).

Estremamente pesante viene ritenuto il peso della stipsi cronica nella patogenesi del prolasso genitale, soprattutto nelle giovani donne, molti anni prima dello svilupparsi del descensus genitale.

Nel paragrafo “Investigation” si trovano 2 affermazioni molto significative riguardo alla incontinenza latente (cioè che si manifesta solo alla riduzione del prolasso): la variabilità di prevalenza a secondo del metodo usato per la riduzione del prolasso stesso (il che implica una variabilità di approccio clinico e perciò di risultati) e il suggerimento di correggere questa incontinenza latente nella stessa seduta operatoria con una colpo-sospensione (forse oggi desueta) o con una sling medio-uretrale.

Un capitolo importante è ovviamente dedicato all'utilizzo delle mesh per la riparazione del prolasso: le affermazioni non si discostano da quanto è noto, anche se le evoluzioni scientifiche in questo campo sono così rapide che ogni riferimento bibliografico deve essere ovviamente molto

aggiornato, con grande attenzione soprattutto per gli studi randomizzati. Riteniamo ad esempio che una lettura degli abstracts presentati ai Congressi internazionali 2006 (IUGA e ICS) possa fornire ai chirurghi interessati alla materia molti dati aggiornati e spunti di discussione e di confronto, anche se ovviamente parziali. La necessità di eseguire studi randomizzati viene definita “desperate”, mentre viene raccomandata prudenza nell'utilizzo dei nuovi presidi e nel trattamento chirurgico delle pazienti con recidiva.

Si tratta di una pubblicazione molto autorevole, che fissa alcune linee di comportamento ragionevolmente sicure e costituisce perciò una base imprescindibile di confronto. Ogni passo avanti deve necessariamente partire da qui !