

RACCOMANDAZIONI IN UROLOGIA FEMMINILE

Risultati della “Delphi Consensus” 23-24 settembre 2022



A cura di **Vito Mancini**

Coordinatore **Gruppo di lavoro in Urologia femminile della Società Italiana di Urologia**

Membri :

Vito Mancini (Foggia)

Stefania Musco (Firenze)

Emanuele Rubilotta (Verona)

INDICE

1. INTRODUZIONE

2. METODOLOGIA

3. GRUPPI DI LAVORO

4. RACCOMANDAZIONI

1. INTRODUZIONE

La moderna urologia comprende molte branche subspecialistiche tra cui l'**urologia femminile** che si occupa della cura dei disturbi genito-urinari della donna e coinvolge varie figure specialistiche ormai integrate in uno stretto rapporto multidisciplinare.

I percorsi di diagnosi e cura della urologia femminile sono in fase di standardizzazione e si interessano di patologie come il prolasso urogenitale, l'incontinenza urinaria, le infezioni urinarie, la ritenzione urinaria, la sindrome genito-urinaria della menopausa e l'effetto della chirurgia pelvica sulla donna.

Dopo cinque edizioni della Masterclass in Urologia Femminile, durante le quali sono state proficuamente condivise le esperienze dei maggiori esperti del settore, l'idea di una Consensus Conference si è concretizzata nell'edizione del 2022 con l'obiettivo di produrre le "Raccomandazioni in Urologia Femminile".

Sulla base delle competenze dei maggiori esperti italiani e delle evidenze scientifiche della letteratura medica, durante la Consensus Conference del 23 e 24 settembre 2022 a Bari sono stati discussi e sintetizzati numerosi "statements" per ogni argomento di Urologia Femminile (prolasso urogenitale, incontinenza urinaria da sforzo e da urgenza, infezioni urinarie, ritenzione urinaria, sindrome genito-urinaria della menopausa). Secondo la metodologia della Delphi Consensus, gli "statements" sono stati quindi votati in anonimato attraverso una piattaforma telematica per ottenere quelli condivisi a maggioranza, quindi considerati "Raccomandazioni".

2. METODOLOGIA

La metodica Delphi rappresenta un metodo qualitativo, di condivisione e confronto finalizzato alla raccolta di opinioni e orientamenti di esperti su un tema definito, con l'obiettivo di raggiungere una decisione con il più alto grado di condivisione; si tratta di un processo di comunicazione che consente a ciascuno di esprimere il proprio parere su uno specifico argomento (in particolare in caso di argomenti e ridiscuterlo dopo aver conosciuto, in forma aggregata e anonima, il giudizio espresso dagli altri).

A tal fine gli esperti sono interpellati individualmente sugli stessi "statements" e le loro valutazioni, quindi, sono messe a confronto per ricavarne una percentuale di consenso. Sui temi che hanno riscosso minore consensualità si procede a una seconda raccolta di opinioni, frutto questa volta di una discussione svolta in sessione plenaria. Il metodo Delphi consente quindi di raggiungere decisioni condivise da esperti del settore, utilizzabili per la stesura di opinion paper, raccomandazioni ecc.

Per l'avvio della Delphi Consensus è stato necessario effettuare 6 mesi prima una preliminare ricerca con revisione sistematica della letteratura su 2-3 database eseguita in ogni gruppo di panelists (MEDLINE, ISI Web of Science (WoS), Scopus) con PRISMA "statements". La scelta dei topics nell'ambito di ciascun gruppo di lavoro è stata selezionata dai membri del gruppo stesso su argomenti controversi e non coperti dalla linea guida.

Per la strategia di ricerca è stato utilizzato il seguente schema:

Periodo; criteri di ricerca: lingua, sesso, età, tipo di lavoro (review, linee guida, articoli originali); keywords; databases: Embase, Medline, Scopus); Population search: MeSH categories. Intervention search and Outcomes: studi clinici con livelli di evidenza.

La Delphi Consensus modificata si è composta di 4 fasi:

1. Una survey online che è stata distribuita a tutti i partecipanti per ottenere una lista dei 3-5 items estratti dalle ricerche bibliografiche per ogni gruppo (nei 6 mesi precedenti l'evento Consensus)
2. Un incontro di persona (a Bari il 23-24 Settembre 2022) in cui ciascun gruppo di lavoro ha discusso i risultati della revisione della letteratura e gli items identificati nel precedente step sulla base delle evidenze, identificando alcuni indicatori pratici potenziali (potential practice indicators), definiti come una considerazione, un assunto che il clinico può perseguire o raccomandare (expert opinion in caso di scarsa evidenza di letteratura).
3. Al termine della discussione, gli "statements" prodotti dai gruppi di lavoro, sono stati inseriti in una survey online (Monkey Survey), inviata ai panelists per votare anonimamente l'accordo o il disaccordo (assegnando un punteggio a scala da 1 a 10, 1= totale disaccordo, 10=totale accordo) sui singoli indicatori basandosi su:
 - A. Potenziale di miglioramento della pratica clinica,
 - B. Impatto funzionale sul paziente,
 - C. Facilità nella raccolta e nell'elaborazione del dato.
4. L'esito della survey è stato discusso e presentato al pubblico (dal vivo e online) la mattina del 24 settembre 2022 mediante speakers individuati in ciascun gruppo di lavoro. In tale occasione sono state approvate le raccomandazioni che avevano ottenuto un punteggio finale di 8, con un accordo superiore o uguale all'80% e bocciate quelle con punteggio finale di 7, con un accordo inferiore al 70%.

Gli "statements" con punteggio finale compreso tra 7 e 8 (accordo compreso tra 70% e 80%) sono stati sottoposti ad una seconda votazione per alzata di mano, ricevendo l'approvazione solo se la maggioranza dei panelists era in accordo. Sono quindi state ottenute le Raccomandazioni finali sulla base degli "statements" per ogni gruppo di lavoro.

3. GRUPPI DI LAVORO

GRUPPO 1 – Prolasso urogenitale

Coordinatori: Giuseppe Carrieri, Sergio Serni

Panelist: Alessandro Antonelli, Matteo Balzarro, Luigi Cormio, Nicola d'Altia, Matteo Frigerio, Valerio Iacovelli, Ester Illiano

GRUPPO 2 – Incontinenza urinaria

Coordinatori: Roberto Carone, Giulio del Popolo, Michele Spinelli

Panelist: Cosimo De Nunzio, Gaetano De Rienzo, Alessandro Giammò, Gianfranco Lamberti, Riccardo Lombardo, Alberto Saracino, Francesco Savoca, Maurizio Serati

GRUPPO 3 – Ritenzione urinaria e infezioni delle vie urinarie

Coordinatori: Enrico Finazzi Agrò, Elisabetta Costantini, Vincenzo Li Marzi

Panelist: Tommaso Cai, Luisa De Palma, Marilena Gubbiotti, Vito Mancini, Leonardo Martino, Stefania Musco, Emanuele Rubilotta

GRUPPO 4 – Sindrome genito-urinaria della menopausa

Coordinatori: Marco Gambacciani, Marco Soligo

Panelist: Antonella Biroli, Ettore Cicinelli, Ferdinando Fusco, Eleonora Russo, Marco Torella

Coordinatore scientifico: Vito Mancini

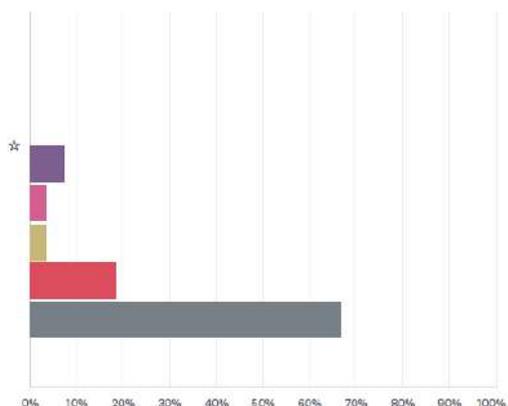
Processazione e metodologia: Cosimo De Nunzio, Riccardo Lombardo, Enrico Finazzi-Agrò, Valerio Iacovelli, Leonardo Martino, Vito Mancini



4. RACCOMANDAZIONI

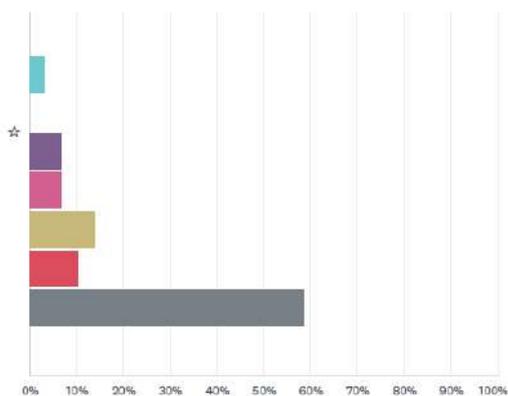
GRUPPO 1 – *Prolasso urogenitale*

EPIDEMIOLOGIA E PREVENZIONE



1. L'isterectomia rappresenta un fattore di rischio per il prolasso di cupola.

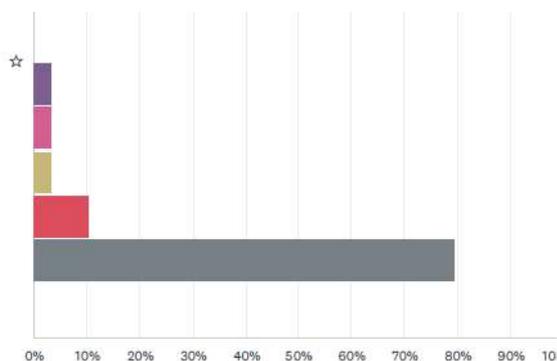
Punteggio finale: 9,33



2. Il parto vaginale è associato ad un rischio aumentato di prolasso degli organi pelvici (POP).

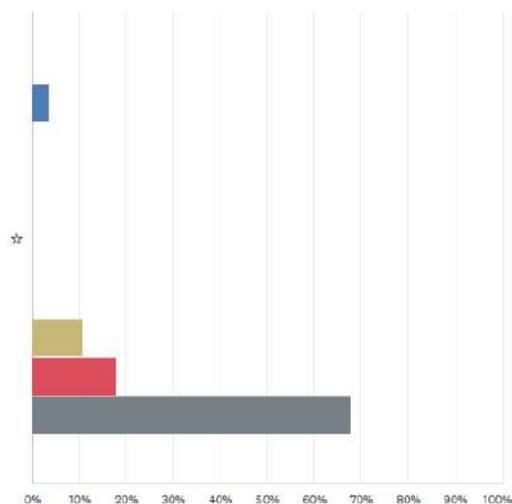
Punteggio finale: 8,93

DIAGNOSI CLINICA E URODINAMICA



3. L'esame obiettivo per la valutazione del prolasso deve essere eseguito anche in ortostatismo quando ci sia discrepanza tra sintomi riferiti dalla paziente ed esame obiettivo in posizione litotomica.

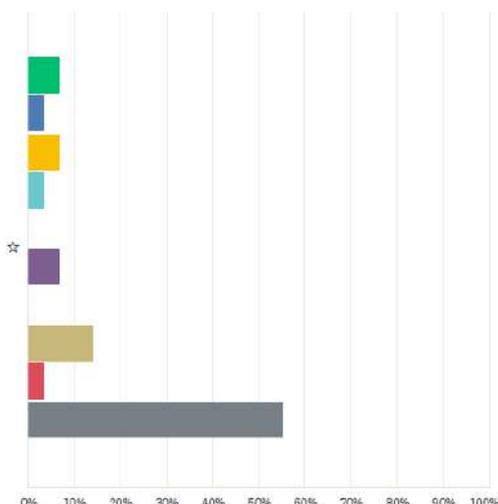
Punteggio finale: 9,59



- Prima di un intervento per prolasso l'esame urodinamico è consigliabile in presenza di sintomi delle basse vie urinarie (LUTS) significativi nel caso possa modificare il planning chirurgico.

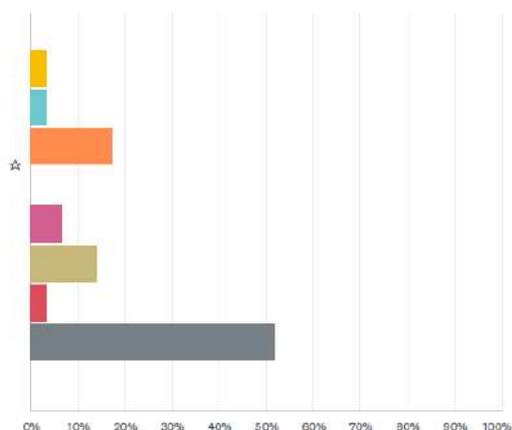
Punteggio finale: 9,32

TRATTAMENTO CONSERVATIVO



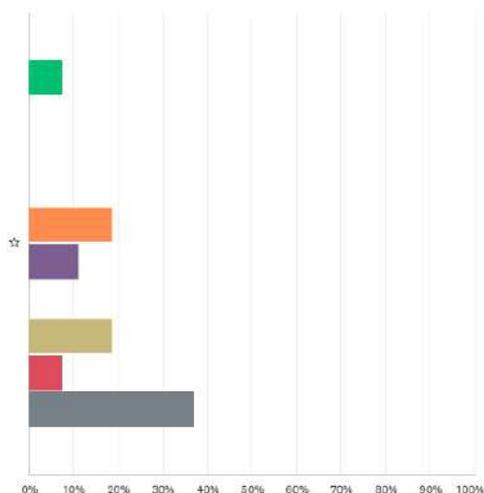
- L'utilizzo del pessario trova indicazione nel prolasso severo/sintomatico quando una paziente non è candidabile all'intervento chirurgico o lo rifiuta. Tale presidio non trova indicazione in pazienti con deficit cognitivo.

Punteggio finale: 8



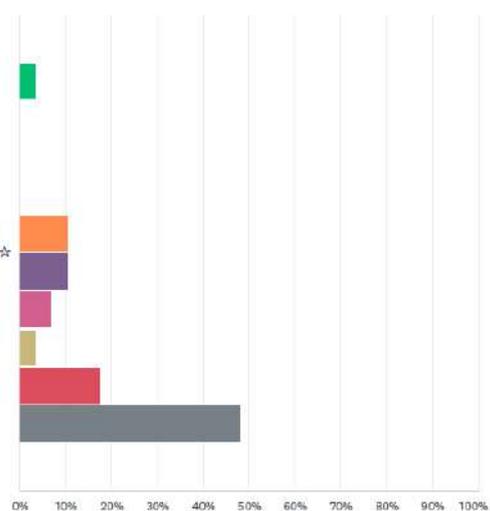
- Il pessario ad anello in silicone/gomma rappresenta il pessario di prima scelta se la donna non è interessata a preservare la funzionalità sessuale.

Punteggio finale: 8,17



Punteggio finale: 8

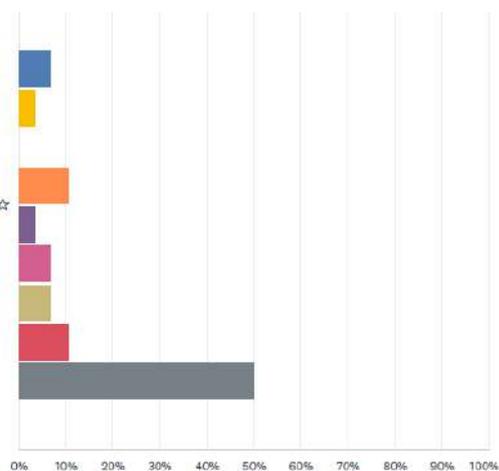
7. Un pessario “space-filling” (es Gellhorn) rappresenta il pessario di seconda scelta in caso di fallimento del trattamento di prima linea, se la donna non è interessata a preservare la funzionalità sessuale.



Punteggio finale: 8,31

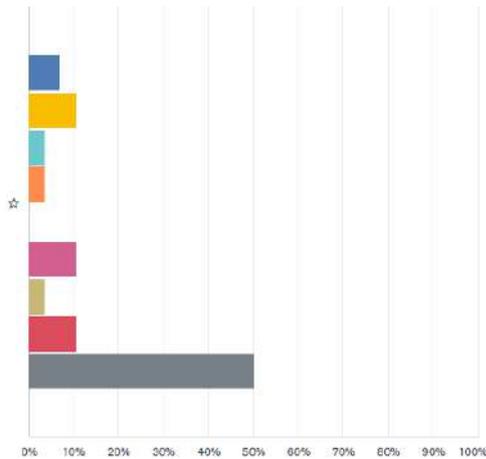
8. Un pessario “autogestito”, come il pessario cubico o gonfiabile, rappresenta il pessario di prima scelta se la donna desidera preservare la funzionalità sessuale.

TRATTAMENTO CHIRURGICO



Punteggio finale: 8,04

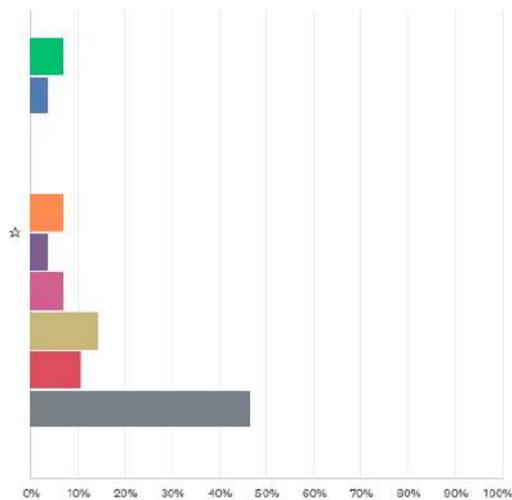
9. Dopo adeguato counseling, nelle pazienti che non hanno un deficit della parete vaginale posteriore è possibile utilizzare una singola rete per la correzione del prollasso anteriore/apicale in corso di sacrocolpopessia.



Punteggio finale: 8

10. In caso di POP e SUI concomitanti può essere prospettato un trattamento combinato delle due patologie dopo un accurato counseling.

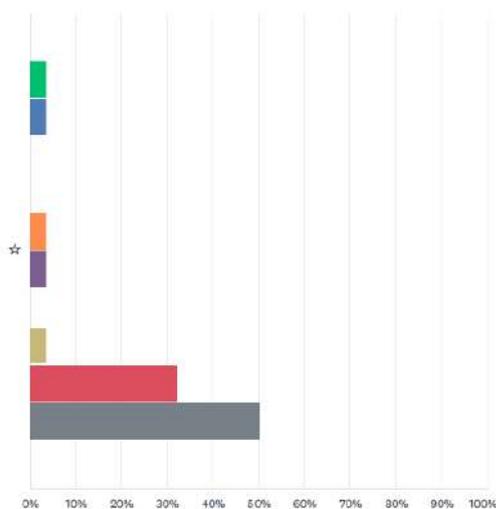
GESTIONE DELLE COMPLICANZE CHIRURGICHE



Punteggio finale: 8

11. Nel caso di un'estrusione di mesh in vagina asintomatica e di piccole dimensioni (asse maggiore <1cm) dopo appropriato counseling con la paziente:

- È possibile non correggere l'estrusione chirurgicamente purché si tenga tale condizione monitorata nel tempo.
- È possibile intraprendere terapia estrogenica topica (qualora non controindicata).
- È possibile procedere a riparazione chirurgica qualora le condizioni locali dovessero richiederlo.



Punteggio finale: 8,68

12. Nel caso in cui sia necessaria la rimozione di una mesh estrusa:

- l'intervento deve poter garantire una quanto più estesa possibile asportazione del materiale protesico
- nell'eventualità di estrusione vescicale è improbabile che il solo trattamento endoscopico trans-uretrale consenta una rimozione sufficientemente estesa del mesh
- il counseling deve informare sulla possibile persistenza del dolore o di altre condizioni cliniche (dispareunia, LUTS, dischezia, recidiva del prolasso, fistole, ed altre complicanze).

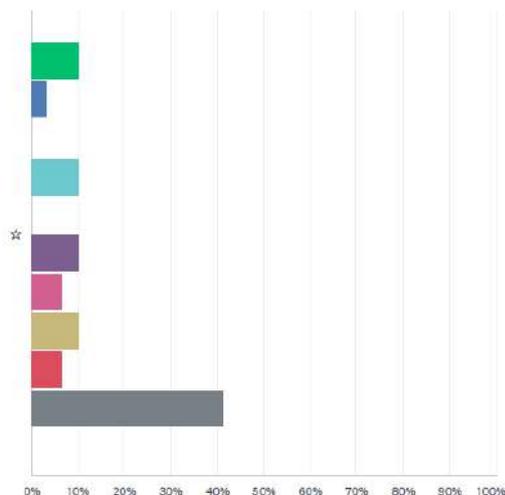
RACCOMANDAZIONI NON APPROVATE

L'esame urodinamico a prolasso ridotto è indicato nel caso di chirurgia combinata.

Durante la colposacropessia, una dissezione della parete vaginale posteriore fino all'elevatore dell'ano sia necessaria per garantire la correzione del compartimento vaginale posteriore.

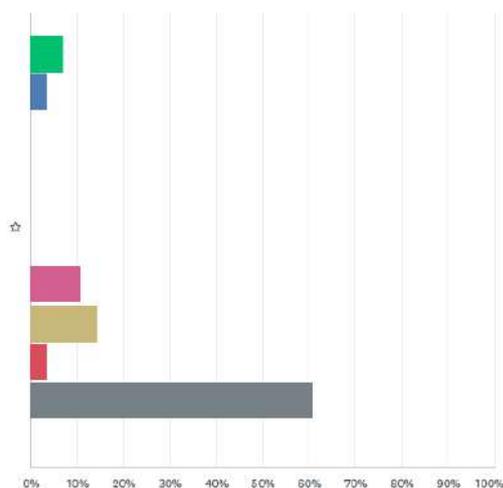
In caso di chirurgia transvaginale è contrindicato l'utilizzo di mesh.

GRUPPO 2 – Incontinenza urinaria



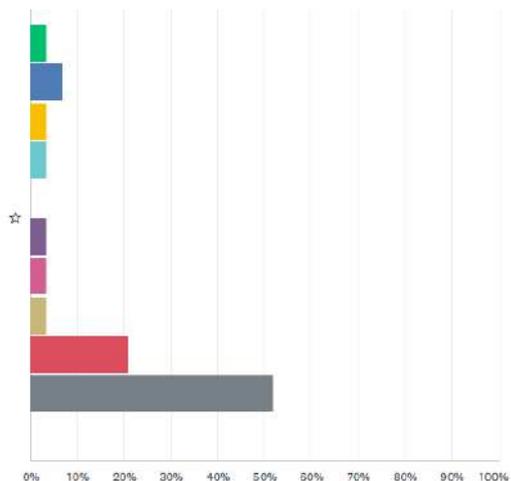
13. Tutte le pazienti con incontinenza urinaria da sforzo (IUS) e pregressa radioterapia pelvica devono eseguire un esame urodinamico.

Punteggio finale: 8



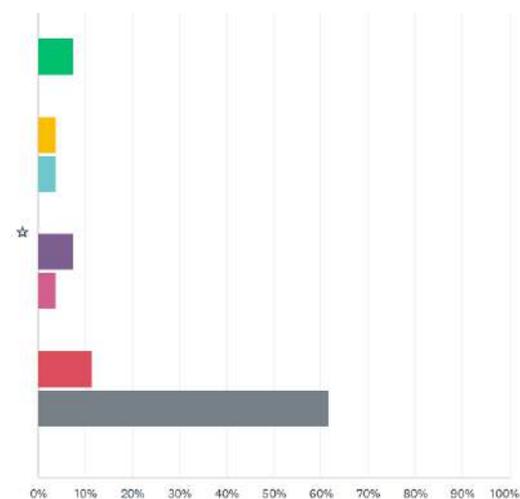
14. Tutte le pazienti con IUS e disturbi urinari da svuotamento devono eseguire un esame urodinamico.

Punteggio finale: 8,43



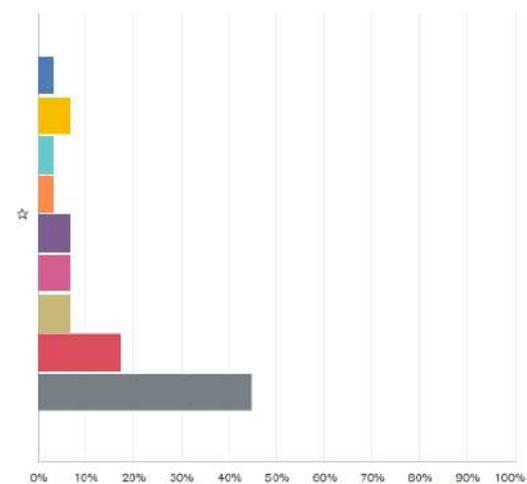
15. Tutte le pazienti con IUS ricorrente devono eseguire un esame urodinamico.

Punteggio finale: 8,17



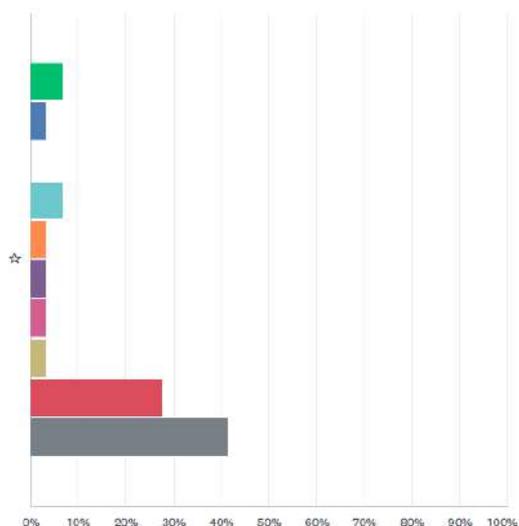
16. La gravità dell'incontinenza urinaria non è fattore di esclusione dall'approccio riabilitativo.

Punteggio finale: 8,4



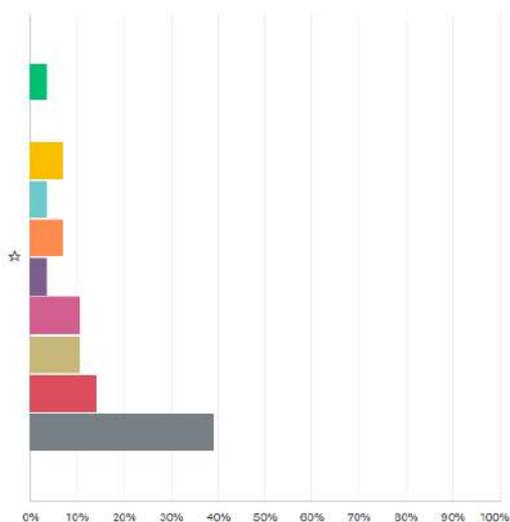
17. I pazienti con IUS complicata e anomalie dell'alta via escretrice necessitano di un esame video-urodinamico.

Punteggio finale: 8,07



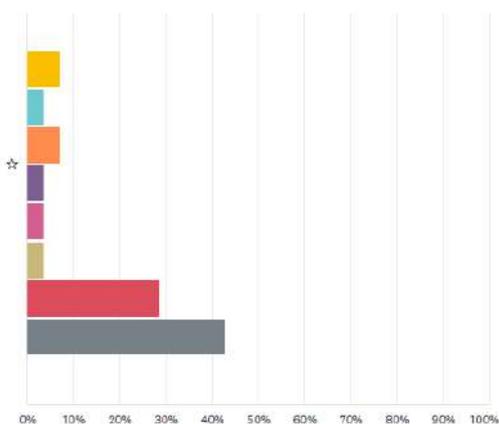
18. Dopo terapia riabilitativa/farmacologica pazienti con incontinenza urinaria da sforzo/urgenza lieve presentano una probabilità di risoluzione dell'incontinenza maggiore rispetto ai pazienti con incontinenza severa.

Punteggio finale: 8



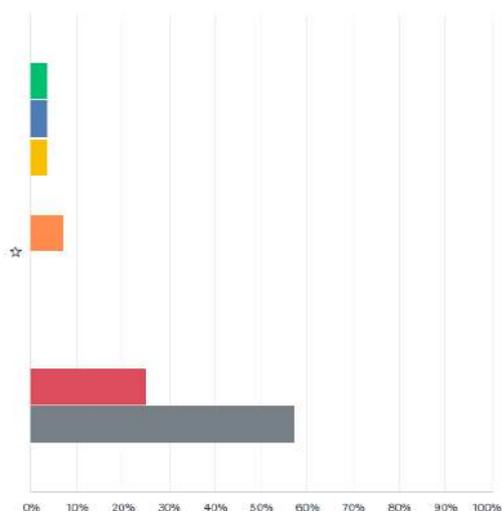
19. Il timing del trattamento di una ritenzione urinaria/disuria nel postoperatorio di una sling medio-uretrale dipende dalla gravità del quadro di ritenzione/disuria.

Punteggio finale: 8



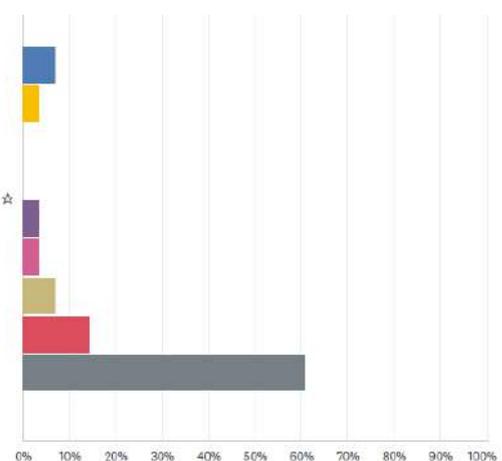
20. Il trattamento precoce di una ritenzione urinaria/disuria nel postoperatorio di una sling medio-uretrale è da preferire.

Punteggio finale: 8



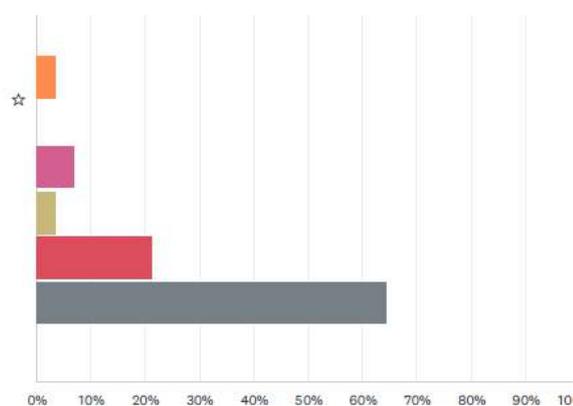
Punteggio finale: 8,54

21. I pazienti con vescica iperattiva (OAB) refrattaria, candidati a terapia con iniezione intradetrusoriale di tossina botulinica, devono eseguire un esame urodinamico in caso di sospetto clinico di disturbo di svuotamento.



Punteggio finale: 8,54

22. I pazienti con OAB refrattaria, candidati all'impianto di un neuromodulatore sacrale, devono eseguire una valutazione urodinamica al fine di una fenotipizzazione meglio definita.



Punteggio finale: 9,32

23. I pazienti con OAB refrattaria, candidati a cistoplastica di ampliamento, devono eseguire un esame video-urodinamico.

RACCOMANDAZIONI NON APPROVATE

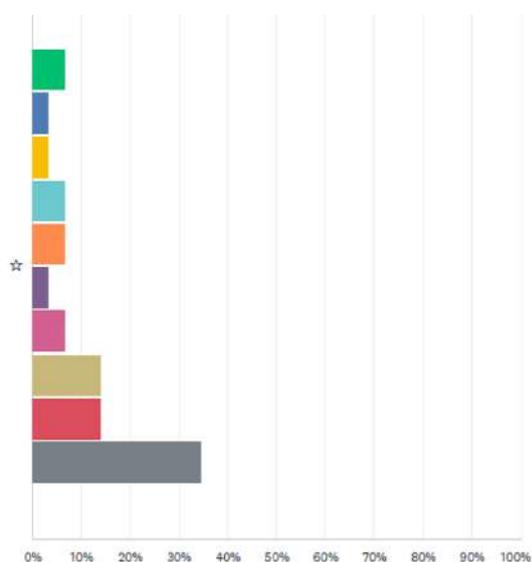
Tutte le pazienti con IUS e dolore pelvico devono eseguire un esame urodinamico.

Dopo terapia riabilitativa/farmacologica pazienti con incontinenza urinaria da sforzo/urgenza severa presentano un'efficacia superiore in termini di PRO e numero di pads rispetto ai pazienti con incontinenza lieve.

GRUPPO 3 – Ritenzione urinaria cronica e infezioni delle vie urinarie

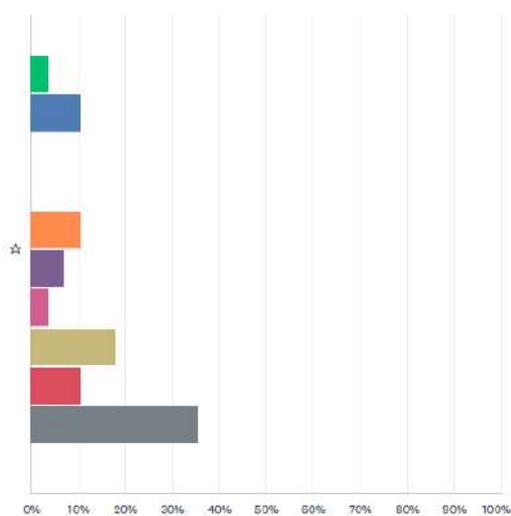
RITENZIONE URINARIA

DIAGNOSI



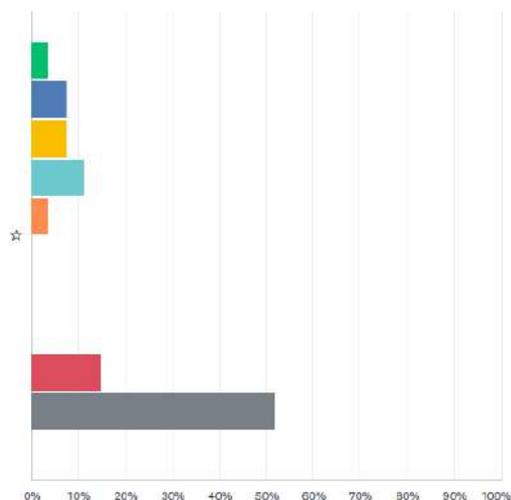
24. La definizione di ritenzione urinaria cronica nella donna deve essere posta sulla persistenza nel tempo (almeno 6 mesi) di incompleto svuotamento vescicale con residuo post-minzionale > 300 ml.

Punteggio finale: 8



25. La definizione di ritenzione urinaria post-operatoria (POUR) nella donna deve essere posta sul residuo vescicale post-minzionale >100ml con anamnesi urologica negativa.

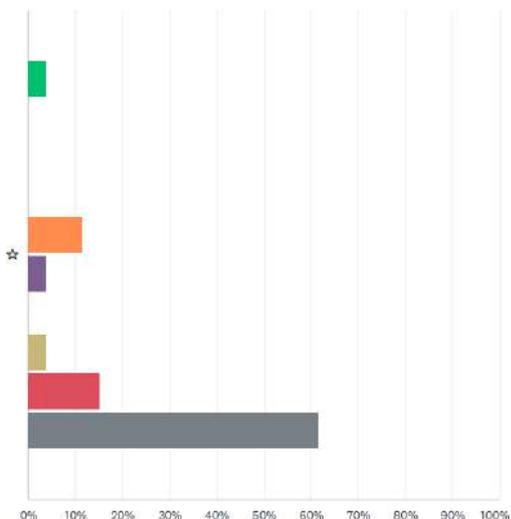
Punteggio finale: 8



26. L'esame urodinamico invasivo non è predittivo della ritenzione urinaria post-operatoria (POUR) in donne sottoposte a chirurgia per incontinenza urinaria da sforzo.

Punteggio finale: 8

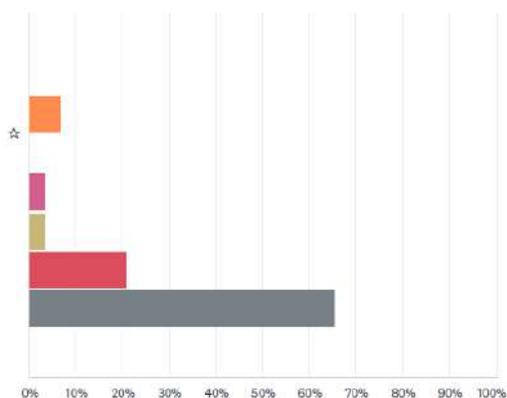
TRATTAMENTO CONSERVATIVO



27. Considerare la misurazione del residuo post minzionale prima della dimissione di pazienti ambulatoriali ad alto rischio sottoposti a procedure chirurgiche.

Punteggio finale: 9,28

TRATTAMENTO AVANZATO

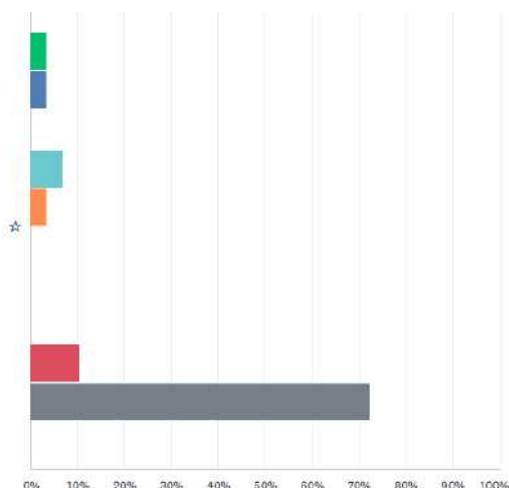


28. Mantenere il NMS acceso in gravidanza non è sicuro.

Punteggio finale: 8,6

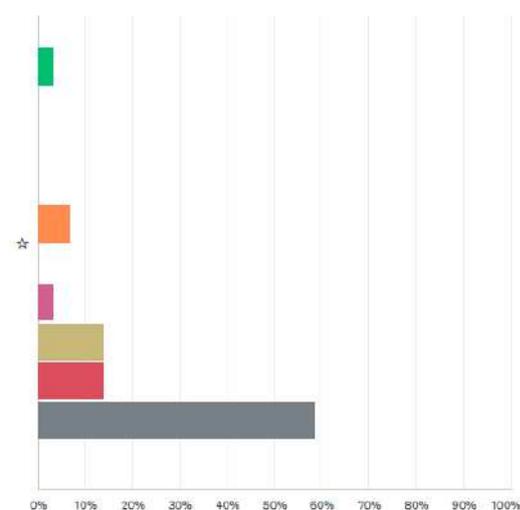
INFEZIONI URINARIE

DIAGNOSTICA



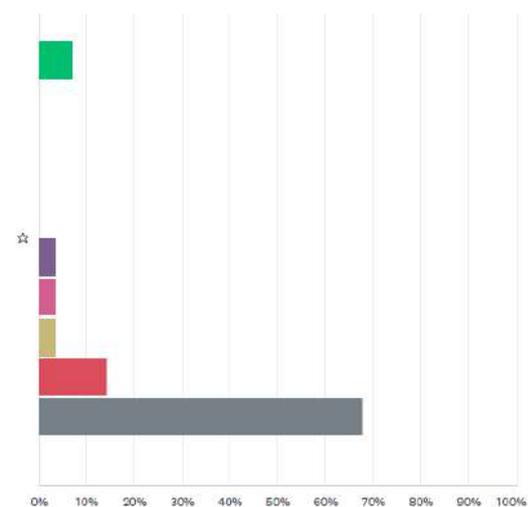
29. L'esecuzione di urinocoltura di controllo dopo trattamento antibiotico è sconsigliata in assenza di sintomi.

Punteggio finale: 8,72



30. Nelle pazienti con infezioni ricorrenti considerare l'esecuzione di tamponi urogenitali.

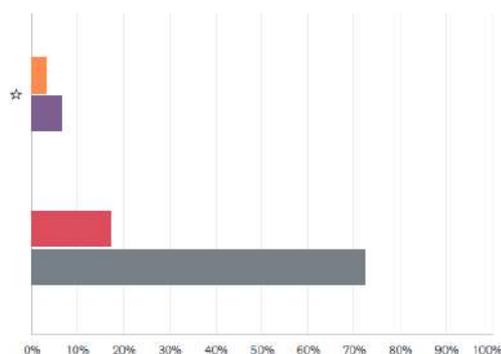
Punteggio finale: 8,83



31. L'urodinamica non invasiva (uroflussometria con residuo post-minzionale) ha un ruolo nelle infezioni urinarie ricorrenti.

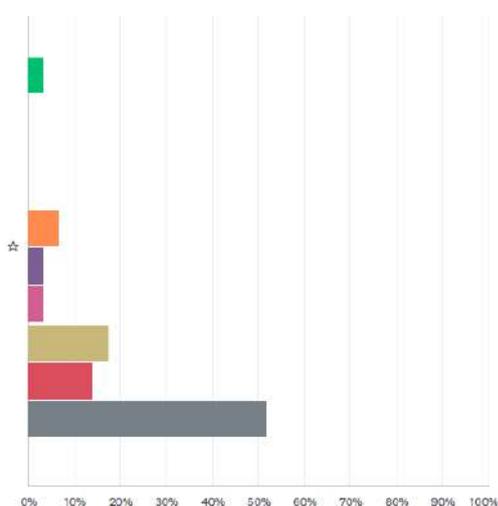
Punteggio finale: 8,89

TERAPIA



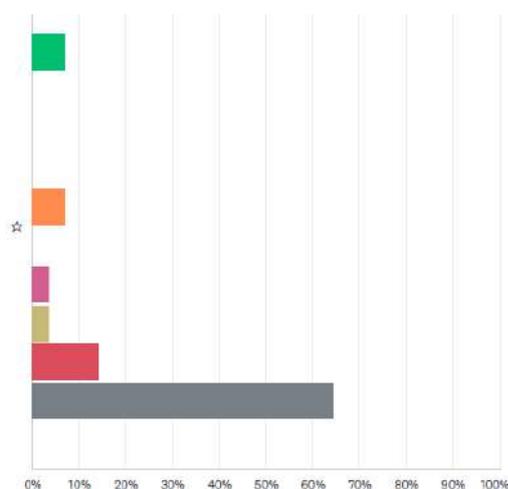
32. Un counseling adeguato sullo stile di vita è consigliabile in tutte le pazienti affette da infezioni delle vie urinarie ricorrenti.

Punteggio finale: 9,38



33. L'utilizzo di prodotti a base di cranberry o d-mannosio o altre formulazioni nutraceutiche/fitoterapiche può essere considerato pur in assenza di elevati livelli di evidenza scientifica.

Punteggio finale: 8,62



34. Le instillazioni endovesicali con acido ialuronico e condroitin solfato possono essere utilizzate in pazienti con infezioni ricorrenti non responder.

Punteggio finale: 8,68

RACCOMANDAZIONI NON APPROVATE

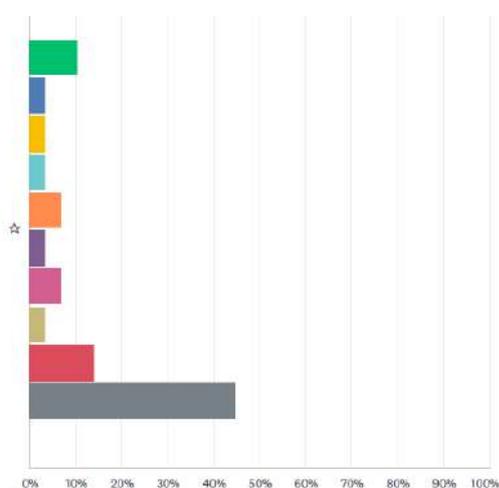
In pazienti ambulatoriali e day surgery ad alto rischio (chirurgia pelvica/ anale/ erniaria - analgesia peridurale e spinale) la valutazione preoperatoria ecografica del volume vescicale riduce il rischio di ritenzione urinaria post-operatoria (POUR). I pazienti sottoposti a chirurgia ambulatoriale, senza aver eseguito anestesia spinale/ epidurale, possono essere dimessi senza aver urinato.

L'impianto definitivo di NMS in donne affette da ritenzione urinaria idiopatica è indicato quando il numero di cateterismi die è < 50% rispetto alla baseline con volume di urine drenate da catetere < 300 ml.

Considerare la ricerca di marcatori uroteliali associati alle infezioni urinarie ricorrenti.

GRUPPO 4 – *Sindrome genitourinaria della menopausa (GSM)*

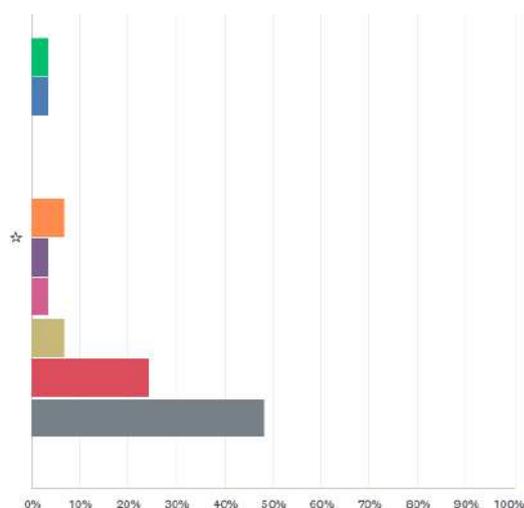
PREVENZIONE



35. Nelle donne con sindrome genitourinaria della menopausa (GSM) affette da infezioni urinarie ricorrenti la terapia estrogenica vaginale ha un ruolo primario nella prevenzione delle recidive.

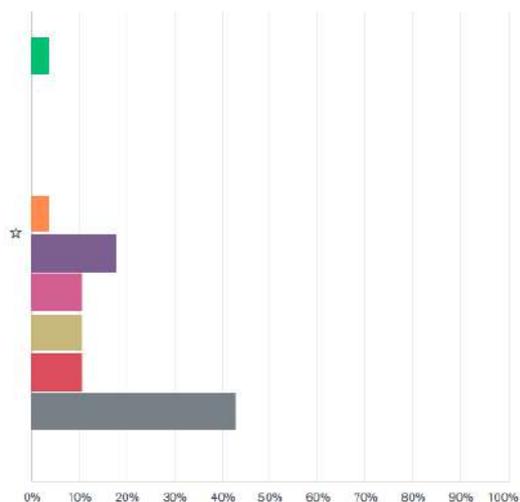
Punteggio finale: 8

DIAGNOSI CLINICA E STRUMENTALE



36. La diagnosi di GSM è clinica e basata sulla sintomatologia riferita dalla paziente, indagata tramite anamnesi personale e questionari dedicati.

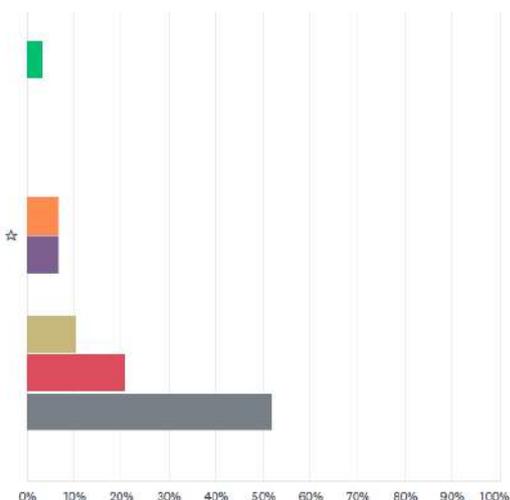
Punteggio finale: 8,45



37. La valutazione oggettiva dello stato di atrofia (pH vaginale, *vaginal maturation index*) ha un ruolo di supporto della diagnosi clinica e della valutazione degli effetti della terapia.

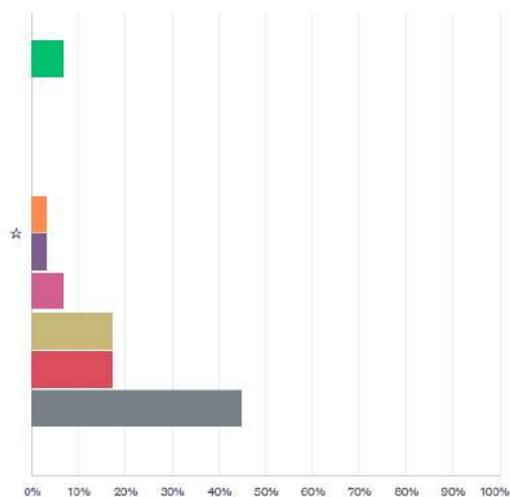
Punteggio finale: 8,14

TRATTAMENTO CONSERVATIVO E FARMACOLOGICO



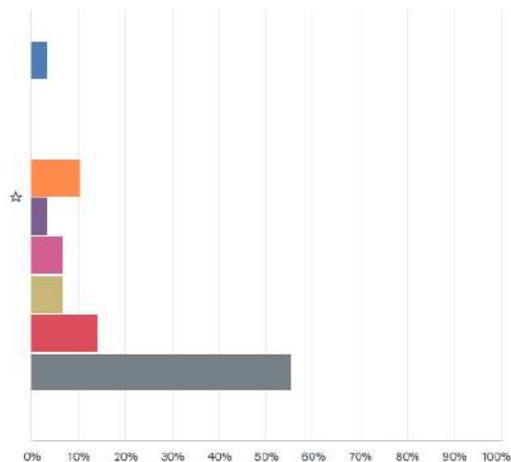
38. Il trattamento con idratanti ed emollienti vaginali è utile nell'alleviare i sintomi della GSM.

Punteggio finale: 8,66



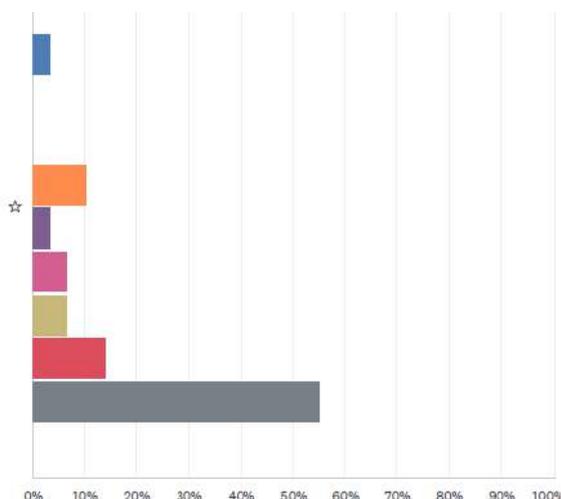
39. La somministrazione estrogenica topica è efficace e sicura nelle donne affette da GSM.

Punteggio finale: 8,34



40. L'utilizzo dell'Ospemifene è efficace e sicuro nelle donne affette da GSM.

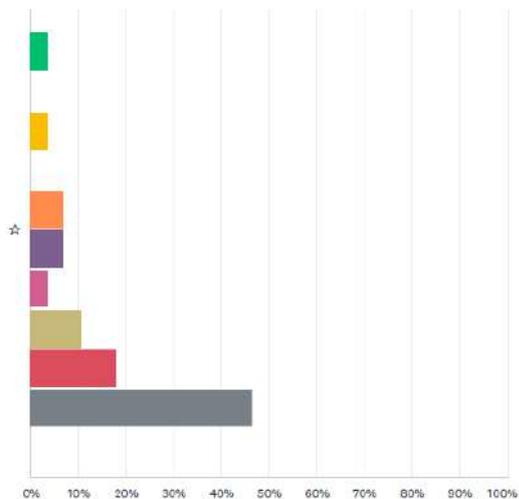
Punteggio finale: 8



41. La rieducazione del pavimento pelvico ha un ruolo nel trattamento dell'incontinenza urinaria nelle pazienti con GSM.

Punteggio finale: 8,59

TRATTAMENTI INNOVATIVI



42. Il ruolo della radiofrequenza nel trattamento della GSM necessita di ulteriori evidenze.

Punteggio finale: 8,29

RACCOMANDAZIONI NON APPROVATE

Il laser, a CO2 frazionato o ad Erbium, è un trattamento efficace e sicuro per la GSM nel breve e medio termine.