

22. Jeoung HY, Choi HS, Lim YS, Lee MY, Kim SA, Han SJ, Ahn TG, Choi SJ. *The efficacy of sonographic morphology indexing and serum CA-125 for preoperative differentiation of malignant from benign ovarian tumors in patients after operation with ovarian tumors.* J Gynecol Oncol. 2008;19(4):229-35.
23. Köse M, Çelik F, Kayman Köse S, Ariöz DT, Yavas BD. *Very rare cause of hemoperitoneum: Ovarian fibroma.* J Obstet Gynaecol. 2017;37(1):125-126.
24. Hogan ME, Andreotti R. *Ovarian fibroma presenting with Meigs syndrome.* Ultrasound Q. 2015;31(3):215-8.
25. Markowska J, Madry R, Kasprzak B, Jaszczyńska-Nowinka K, Gryczka R, Marszalek A. *A case of a 20-kg fibrothecoma.* Clin Exp Obstet Gynecol. 2017;44(2):275-276.
26. Chan WY, Chang CY, Yuan CC, Chen PH. *Correlation of ovarian fibroma with elevated serum CA-125.* Taiwan J Obstet Gynecol. 2014;53(1):95-6.
27. Cho YJ, Lee HS, Kim JM, Lee SY, Song T, Seong SJ, Kim ML. *Ovarian-sparing local mass excision for ovarian fibroma/fibrothecoma in premenopausal women.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2015;185:78-82.
28. Gonzalez DO, Minneci PC, Deans KJ. *Management of benign ovarian lesions in girls: a trend toward fewer oophorectomies.* Curr Opin Obstet Gynecol. 2017;29(5):289-294.
29. Kapp DS, Rosenfeld EB, Chan JE, Chan JK. *Factors associated with oophorectomy in children with benign ovarian masses.* Int J Gynaecol Obstet. 2017;138(3):356-357.
30. Stanković ZB, Sedlecky K, Savić D, Lukač BJ, Mažibrada I, Perovic S. *Ovarian preservation from tumors and torsions in girls: prospective diagnostic study.* J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017;30(3):405-412.
31. Paptic JC, Finnell SM, Slaven JE, Billmire DF, Rescorla FJ, Leys CM. *Predictors of ovarian malignancy in children: overcoming clinical barriers of ovarian preservation.* J Pediatr Surg. 2014;49(1):144-7; discussion 147-8.
32. Hermans AJ, Kluivers KB, Wijnen MH, Bulten J, Massuger LF, Coppus SF. *Diagnosis and treatment of adnexal masses in children and adolescents.* Obstet Gynecol. 2015;125(3):611-5.
33. Kurtmen BT, Dokumcu Z, Divarci E, Serin G, Ergun O, Ozok G, Celik A. *Primary ovarian fibrosarcoma-an unusual tumor in an adolescent: case report and review of the pediatric literature.* J Pediatr Adolesc Gynecol. 2017;30(6):655-658.
34. Irving JA, Alkushi A, Young RH, Clement PB. *Cellular fibromas of the ovary: a study of 75 cases including 40 mitotically active tumors emphasizing their distinction from fibrosarcoma.* Am J Surg Pathol. 2006;30(8):929-38.

© Feghiu Gheorghe

Feghiu Gheorghe
TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PROLAPSULUI GENITAL
IMSP Spitalul Clinic Municipal "Sfântul Arhanghel Mihail", Secția ginecologie.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF GENITAL PROLAPSE.

The study has been done on a sample of 1195 patients aged from 26 to 85 years, hospitalized and operated in the gynaecology department of the Public Medical-Sanitary Institution Clinic Municipal Hospital " Saint Archangel Michael" from 2005 to 2018 with diagnosis : "Genital prolapse".

Patients from urban area – 910 / 76%, and rural area – 285 / 24%, of fertile age – 242 / 21%, menopausal – 953 / 80%. Treatment methods was vaginal intervention. The selection of surgical procedure was made according to patients age and prolapse severity. Anterior colporrhaphy with colpoperineorrhaphy -460, Manchester operation – 507, total vaginal hysterectomy with anterior and colpoperineorrhaphy – 155, median colporrhaphy by the Neugabauer Lefort method – 42, transvaginal suspension of vaginal done to the aponeurosis of right abdominals – 38.

At 3 years after intervention, there have been examined 873 patients (73%) the evaluation of post-operation results has shown:

- 1) Anterior colporrhaphy with colpoperineorrhaphy had efficiency in 92% ;*
- 2) Manchester operation had efficiency in 88% ;*

3) Total vaginal hysterectomy with anterior colporrhaphy and colpoperineorrhaphy (n = 155) reponnds in 17 cases, reintervention in 9 patients with intervention efficiency in 89% ;

4) Median colporrhaphy after Neugabauer-Lefort (n=42) transvaginal suspension of vaginal dome to right abdominal aponevrose (n = 38) without relapse of surgical treatment of genital prolapse by application of vaginal procedures has shown high efficiency.

Cuvinte cheie: prolaps genital, procedeu chirurgical, incontinență urinară.

Întroducere: Prolapsul genital este o afecțiune permanent discutată de mulți cercetători la diverse congrese și conferințe. Cu toate progresele făcute de studiul fundamental asupra structurii anatomice implicate în conținerea organelor pelvici și a mecanismelor de asigurare a continenței urinare la femei, etiologia prolapsului genital și a incontinenței urinare (IUE) pînă în prezent au rămas incomplet elucidate [1;3;4;6] Traumatismul obstetrical al diafragmei pelviene este factorul determinant în evoluția prolapsului genital și a incontinenței urinare de efort (IUE) [3;5;6;7;9] Insuficiența congenitală a elementelor de susținere și fixare uterului, deficiențele hormonale, vîrsta, bolile cronice, intervențiile chirurgicale, scăderea elasticității țesutului conjunctiv și elastic sunt factori de risc în etiopatogenia prolapsului genital o dovadă a celor menționate fiind cazuistica prolapsului genital la femeile nulipare [3;5;9].

Acestă patologie este depistată la fiecare a 5-7 pacientă care se adresează medicului ginecolog constituit 47% la femeile tinere [4;8]. Tratamentul prolapsului genital în majoritatea cazurilor este cel chirurgical, selectarea metodei de tratament se face în dependență de vîrsta pacientei, gradul de severitate, dorința de a-și menține fertilitatea și viața sexuală. Pînă în prezent au fost inventate peste 500 de procedee de corecție chirurgicală a prolapsului genital.

Prolapsul genital și incontinența urinară este o asociere frecvent întîlnită [3;6;7]. Tratamentul chirurgical al incontinenței urinare la pacientele cu prolaps genital trebuie efectuat concomitent cu intervențiile de corecție chirurgicală a prolapsului. Selectarea procedurii chirurgicale al incontinenței urinare la pacientele cu prolaps este determinate de tipul de incontinență [6;7;9] Conform teoriei integrative apariția IUE este determinată de modificările patogenice care apar din diverse cauze, în elasticitatea și dispoziția spațială a vaginului, astfel încât apare ca un corolar al modificărilor de statică pelvică și nu o entitate de sine stătătoare [4].

Obiective :

1. Studiul cazurilor de prolaps genital prin aplicarea de procedee vaginale (colporafia anterioară și colpoperineomiorfia, operația de la Manchester, histerectomia vaginală totală cu colporafie anterioară și colpoperineomiorrafie, colporafia mediană Neugebauer Lefort, suspensia transvaginală a bontului vaginal la aponevroza dreptilor abdominali).

2. Efecientă în timp a procedeeilor.

Material și metode: Studiul a fost realizat pe un eșantion de 1195 paciente cu vîrsta între 26 și 85 ani, spitalizate și operate în secția ginecologie a Instituției Medico Sanitare Publice Spitalul Clinic Municipal "Sfântul Arhanghel Mihail" între anii 2004 și 2018 cu diagnosticul : prolaps genital. Mediul de proveniență: urban 910 (76%) și rural 285 (24%). Din punctul de vedere al parității 249 (21%) au fost primipare și 946 (79%) au avut 2 și mai multe nașteri în antecedente, 242(20%) paciente de vîrstă fertilă și 953 (80%) de vîrstă menopauzală.

Diagnosticul clinic a fost stabilit în baza acuzelor, examenului obiectiv general și ginecologic, investigațiilor de laborator și instrumentale specifice. Cele mai frecvente acuze au fost: durerea vaginală, perineală și lombară, senzația de podabare a unei formațiuni prin vagin, observarea și palparea acesteia, senzația de presiune și durere abdominală, incontinență urinară, creșterea frecvenței micțiunilor, senzația de evacuare incompletă a urinei, retenție urinară, discomfort de defecație, constipație.

Clasificarea prolapsului genital după standardele adoptate de Societatea Internațională de Continență 1996 [1]. Prolapsul genital gradul II a fost stabilit la 440 paciente, gradul III la 520 și gradul IV la 235. Selectarea procedurii chirurgicale s-a efectuat în conformitate cu vîrsta și gradul de severitate a prolapsului.

Procedeele chirurgicale aplicate:

- 1) Colporafia anterioară și colpoperineomiorfia 460
- 2) Operația de la Manchester 500
- 3) Histerectomia vaginală totală cu colporafie anterioară și colpoperineomiorfia 155
- 4) Colporafia mediană Neugebauer Lefort 42
- 5) Suspensia transvaginală a bontului vaginal la aponevroza dreptilor abdominali 38

La 390 (32,6%) paciente prolapsul genital a fost asociat cu incontinență urinală de efort. Concomitent cu corecțiile chirurgicale a prolapsului genital a fost efectuat procedee de restabilire a continenței urinale: procedeele Stoeckel și Kelly 148 ; Procedeele de suspensie a colului vezical (Pereyra ,Gittes, Raz ș.a.) 83, procedee de tip "Sling" pubouretral cu plasă din polipropilenă 159.

Pregătirea preoperatorie a avut scopul de evitare a complicațiilor intra și postoperatorii. Pacientele au fost informate despre rezultatul examinărilor clinice și paraclinice, decizia de a fi operate, intervenția care urmează a fi efectuată, consecințele și complicațiile intervenției, semnarea consemnamentului pacientelor pentru intervenția propusă. Preoperator la pacientele în menopauză au fost utilizate supozitoare sau cremă

vaginală cu estrogeni (supozitoare oestriol, oestrogel cremă pentru prepararea vaginului atrofic timp de 5-6 săptămâni). S-a efectuat prelucrarea vaginului cu anti-septice (soluție furacilină 1/5000 , betadină 10%) seara și dimineața înainte de intervenție s-a efectuat evacuarea tubului digestiv de materiale fecale, s-au administrat remedii sedetative (diazepam 10mg; xanax 15mg) și desensibilizante(dimidrol 0.01mg).

Toate pacientele au fost operate sub anestezie generală. Timpul de desfășurare a intervențiilor de la 35-90min. Prolungirea duratei operațiilor a fost determinată de o asociere a procedeelor de restabilire a continenței la intervențiile de corecție chirurgicală a prolapsului (histerectomie vaginală: totală cu colporafie anterioară și colpoperineomiorfia , operația de la Manchester).

Conduita postoperatorie. În toate cazurile după intervenția chirurgicală s-au administrat antibiotice intramuscular 5zile (cefazolina 1g 2ori pe zi), analgetice (sol.morfină 1%-1md, intramuscular 2-3 zile , soluție analgină 50% 2ml intra muscular 3-4 zile) , remedii antitrombotice (fraxiparină 0.3mg , subcutanat 5 zile sau clexan 0.4mg subcutanat 5 zile, aspirină 0.325mg 1 tabletă 2 ori pe zi – 10 zile), gimnastică curativă cu ridicarea din pat în 24 ore de la intervenție, tratament local cu antiseptice. Sondă vezicală Folley nr 18-20 după Scharier pentru 72 ore. Firele de pe tegumentul perineal au fost extrase în a șasea zi a perioadei postoperatorii.

Complicațiile postoperatorii: cea mai frecventă complicație a fost tulburările de micțiune, înregistrate la 84 paciente. Reinstalarea repetată de catetere la 36 paciente. În 5 cazuri a fost necesară secționarea fixului de fixare al "Slingului" după 14 zile, reinstalându-se micțiunile. La 6 paciente după histerectomia vaginală totală au fost înregistrate hematoame subvezicale, care s-au drenat prin vagin, hemoragii vaginale la 10 paciente, rezolvate prin aplicarea de suturi pe mucoasa vaginală.

Rezultatele și discuții: Pacientele au fost examinate în cadrul controalelor la o lună, 3 luni, 6 luni , 1 an , 2 ani și 3 ani după intervenție.

La 3ani după operație au fost examinate 873 (73%) paciente.

1) Pacientele cu gradul II de prolaps genital, metoda de tratament colporafia anterioara cu colpoperineomiorfie (n=460) au fost înregistrate recidive la 37 paciente; gradul I de prolaps, reintervenții nu au necesitat, eficiența procedeeului 92%.

2) Pacientele cu gradul III de prolaps genital metoda de tratament operația de la Manchester (n=500), recidive de prolaps la 60(12%) paciente, reintervenții în 15 cazuri, eficiența 88%.

3) Paciente cu prolaps genital gradul IV (n=235), metoda de tratament histerctomie vaginală totală, cu colporafie anterioară și colpoperineomiorfia (n=155). Recidive la 17 paciente, reintervenții în 9 cazuri (hernie de Douglas) eficiența procedeeului 89%.

4) Colporafia mediană după Neugebauer Lafort (n= 42) și suspensia transvaginală a bontului vaginal la aponevroza dreptilor abdominali (n=38) fără recidive de prolaps.

Concluzii:

1) Estimarea rezultatelor tratamentului chirurgical a prolapsului genital prin aplicarea de procedee vaginale a demonstrat o eficiență înaltă

2) Selectarea corectă a pacientelor și aplicarea metodei de tratament în dependență de gradul de severitate, au permis obținerea de rezultate bune și complicații minime.

Bibliografia

1. Barbulea – Răducea E. Te standartization of termynologi of female pelvic organ prolapse and floor dysfunction (POP –Q) Ro. Urogin, 2003, no. 1 / 2 (1) , p.19-38.

2. Brătilă, P., Nicodin,O., Niculescu, N., Ursuleanu, A. Anatomia chirurgicală a pelvisului. Editura "Carol Davila", Bucuresti , 2002.

3. Feghiu Gh. Rezultatele de tratament ale prolapsului genital feminin prin aplicare de procedee vaginale. În materialele Conferinței Științifico-practice, IMSP SCM " Sfântul Arhanghel Mihail" "55 ani de asistență medicală în Republica Moldova Chișinău, 2006, p. 231 – 238.

4. Handa, V.L. Panu, H.K., Siddique, S., Gutman,R., Van Rooyen, J., Cundoff, G.W Arhitectural Differences in the Bony pelvis of women with and without Pelvic disorders. J.Obstet Gynecol 2003, no 102, P.1283-1290.

5. Jacoby,B.E. Prolapsus uterini a nulipara. Amer. J.Obstet Gynec., 1949,57.p 757-760.

6. Буянова,М.Н, Смольнова, Е.Ю., Иоселиани, М., Кулаков, В.И. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов, Вестник Росс. Асоц. акуш гинек, 1998, nr.1, с 77-79.

7. Коршунов, М.Ю, Сазыкина , М.Ю., Сазыкина, Е.И. Пролапс тазовых органов у женщин. (СТ- ПБ) 2003, Из-во Н.Л., с,14.

8. Седнев, О.В. Анализ опыта хирургической коррекции пролапса гениталий, проведенном в Калининградском областном центре эндовидео-хирургии. Журнал Акуш. Иженск болезней. ТОМ LII, выпуск 3,2003,с 38-41.

9. Смольнова Т.Ю, Савельев С .В, Титченко Л.И и др. Пролапс гениталий следствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани. Акуш и гинек. 2001, №4.