

V. Ciobanu^{1,2}, Alina Craciun^{1,2}, Rodica Manole²
O NOUĂ METODĂ DE TRATAMENT AL RECIDIVELOR DE PROLAPS UTERIN TOTAL

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

¹ Catedra Obstetrică și Ginecologie nr.2,

² Institutul Mamei și Copilului

Prolapsul organelor genitale reprezintă căderea din poziția anatomică a uterului, vezicii urinare, rectului. Această patologie poate provoca disconfort, presiune vaginală, incontinență urinară, defecație dificilă, disfuncție sexuală etc. și afectează negativ calitatea vieții femeilor. Deși se poate întâlni și la femeile tinere, incidența maximă este la femeile cu vârsta peste 60 ani. Luând în considerare îmbătrânirea populației, se estimează că în următoarele decenii numărul femeilor cu prolaps genital va crește cu 50% [4]. Se estimează că o femeie din opt va suferi o procedură de corecție a prolapsului până la vârsta de 80 de ani, 11,9% din acestea vor necesita o nouă intervenție chirurgicală pentru tratamentul unei recidive, iar 30% din ele vor necesita o intervenție chirurgicală pentru corecția prolapsului unui alt compartiment [5].

Printre factorii de risc favorizanți pentru dezvoltarea prolapsului organelor genitale se enumeră nașterile per vias naturalis patologice (îndelungate, cu extracție instrumentală a fătului, făt macrosom), multiparitatea, vârsta, obezitatea, tulburările de țesut conjunctiv, statutul menopauzal, constipația cronică, fumatul [4].

În funcție de organul care prolabează, există diferite tipuri de prolaps. Prolapsul vaginal se întâlnește atunci când fasciile dintre vezica urinară și rect se deteriorează, iar pereții vaginali se destind condiționând apariția următoarelor forme de prolaps vaginal:

- Cistocelul – prolapsul vaginal anterior – este o formă de prolaps în care vezica urinară prolabează prin vagin în diverse grade (fig.1). Acesta se poate asocia cu pierderi de urină la efort, iar în stadii avansate prezintă dificultăți în evacuarea urinei și infecții urinare recurente.

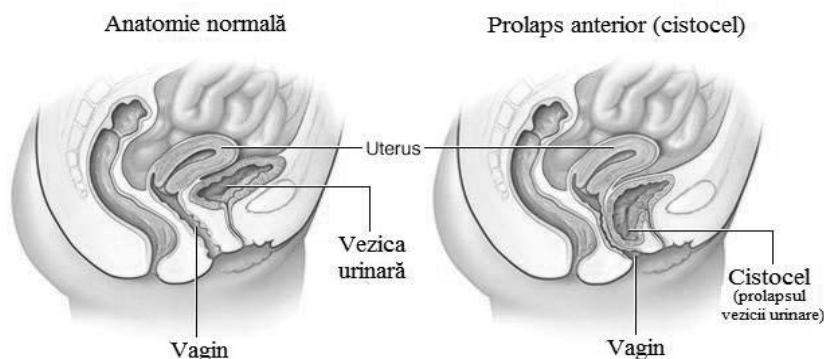


Fig. 1. Prolapsul vaginal anterior – cistocel [6]

- Rectocelul – prolapsul vaginal posterior – reprezintă prolabarea rectului prin peretele vaginal posterior (fig.2). În formele avansate duce la tulburări de defecație, cu senzația de golire incompletă a rectului.

- Elitrocелul (enterocелul) – prolabarea anselor intestinale prin fundul de sac Douglas.

Prolapsul uterin reprezintă căderea uterului prin vagin în diverse grade, datorită slăbirii aparatului de susținere (fig.3). Prolapsul uterin este întotdeauna însoțit de prolaps vaginal. În stadii avansate, uterul împreună cu pereții vaginali ies în întregime prin vagin și se pot răni și infecta.

Există 3 grade de prolaps uterin:

- Grad I – prolaps incipient – colul uterin este situat deasupra inelului vulvar;

- Grad II – prolaps parțial – colul uterin se vizualizează la nivelul orificiului vulvar sau se exteriorizează la efort;

- Grad III – prolaps total – uterul este exteriorizat permanent sau se exteriorizează în ortostatism împreună cu pereții vaginali, vezică și rect.

Metodele de tratament ale prolapsului genital sunt foarte numeroase (peste 200 de procedee tehnice), ceea ce demonstrează imperfecțiunea și imposibilitatea refacerii adecvate a aparatului de susținere a plan-

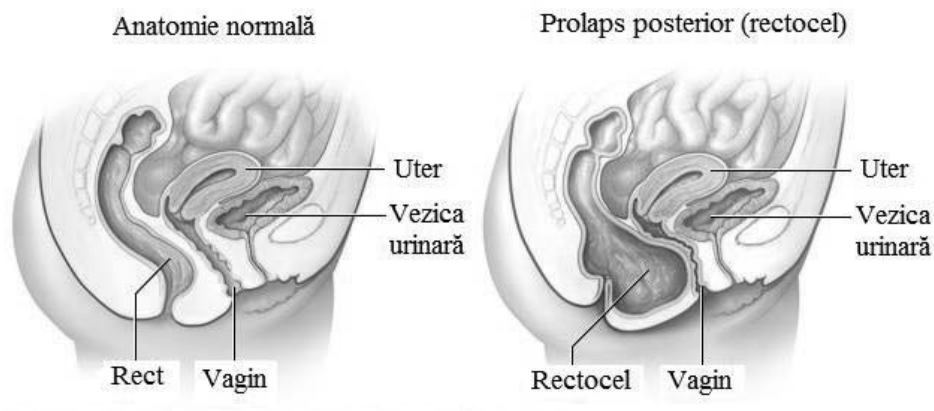


Fig. 2. Prolapsul vaginal posterior – rectocel [6]

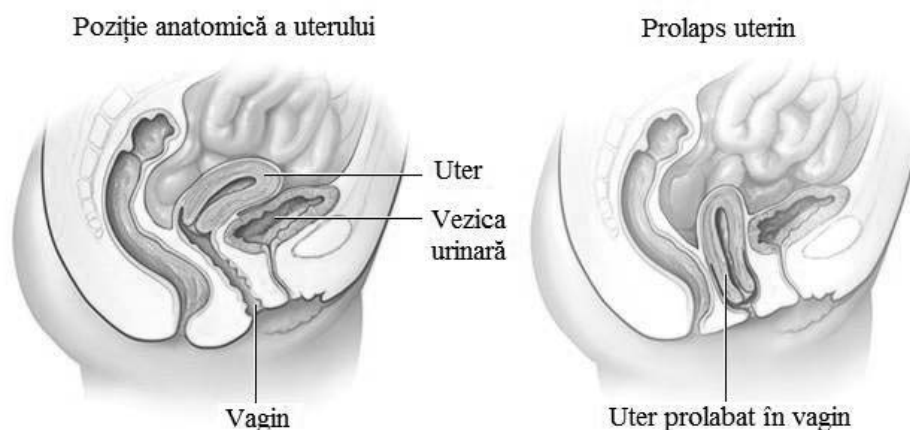


Fig. 3. Imagini de comparație între uterul în poziție anatomică normală și prolapsul uterin [6]

șeului pelvian. Mulți medici practică operații standard care, fie că nu se mai practică, fie că sunt neadecvate pentru diversele forme de prolaps, ceea ce poate duce la apariția recidivelor.

Tratamentul conservator poate fi de ajutor în formele incipiente. Pentru a preveni și a reduce riscul de avansare a prolapsului uterin incipient, Mayo Clinic vine cu următoarele recomandări [6]:

- efectuarea regulată a exercițiilor Kegel – acestea întăresc mușchii pelvisului, îndeosebi după o naștere vaginală;
- prevenirea și tratamentul constipației – aport suficient de lichide, consumul alimentelor bogate în fibre;
- evitarea ridicării greutăților sau ridicarea corectă a acestora;
- evitarea adaosului ponderal patologic – menținerea greutateii ideale.

Pesarul vaginal este un inel din plastic sau din cauciuc care se introduce în vagin și susține țesuturile. Acesta trebuie îndepărtat în mod regulat pentru curățare.

Managementul chirurgical de restaurare are următoarele obiective [1, 2]:

- restaurarea anatomiei vaginale normale;
- restaurarea sau menținerea funcției vezicii urinare;
- restaurarea sau menținerea funcției intestinului rect;
- restaurarea sau menținerea funcției sexuale normale.

Tratamentul chirurgical primar ales depinde de mai mulți factori, precum forma anatomo-clinică, prezența incontinenței urinare sau fecale, starea generală de sănătate, vârsta, păstrarea funcției de procreare, preferințele pacientei etc. [3]. Cele mai frecvente proceduri de restaurare pentru prolapsul vaginal anterior și posterior sunt colporafia anterioară și posterioară, acestea reprezentând 90% din toate operațiile de prolaps [2].

În general, în chirurgia prolapsului uterin există 2 abordări principale [2]:

1. Abordul vaginal – care include histerectomia vaginală, colporafia anterioară și posterioară, culdoplastia McCall, operația Manchester cu amputarea colului uterin și suspensia uterului la ligamentele cardinale, colpopexia prespinoasă și sacrospinoasă, procedeul Le Fortes, reconstrucția perineului etc.

2. Abordul abdominal prin laparotomie sau laparoscopie – include histerectomia, colpopexia sacra-

lă, suspendarea bontului vaginal, restaurarea peretelui vaginal posterior etc.

Plasa sintetică se utilizează pe o scară tot mai largă în ultima perioadă de timp și este indicată formelor avansate de prolaps utero-vaginal, unde țesuturile sunt atât de slabe, încât nu pot face față solicitărilor și nu pot asigura un rezultat stabil în timp. Reacția fiecărui individ la implantarea de meșe sintetice este diferită, iar neacceptarea acestora de către țesuturi nu poate fi prevăzută anterior operației. Din acest motiv alegerea acestei metode rămâne o alternativă de tratament în cazurile când oricare alte procedee nu sunt eficiente. Meșa sintetică este de patru tipuri, clasificarea realizându-se în funcție de valoarea dimensională a porilor materialului. Se preferă plasele monofilament, cu pori de dimensiuni mari (10 μm vs. mai puțin de 1 μm, cât măsoară majoritatea bacteriilor), care favorizează angiogeneza și integrarea tisulară a plasei [3]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) recomandă utilizarea meșelor atât în prolapsul uterin (sacroproxiie infracoccygiană, sacrohisteropexie) cât și în prolapsul bontului vaginal sau bolții vaginale (sacrocolpopexie, sacroproxiie infracoccygiană), de asemenea descrie și tehnicile pentru intervențiile laparoscopice [7]. A fost demonstrat că utilizarea meșelor sintetice este mult mai efektivă decât restaurarea cu țesuturile native, aceasta din urmă ducând de multe ori la recidivele prolapsului uterin.

Printre factorii de risc ai recidivelor de prolaps uterin se enumeră obezitatea, vârsta mai tânără a femeii la prima intervenție, adaosul ponderal patologic.

Prezentăm în continuare ultimele două cazuri clinice din cele 8 operate de prolaps uterin recidivant, în managementul cărora a fost utilizată metoda nouă de tratament – exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală în peretele abdominal.

Caz clinic 1

Pacienta F.R., 69 ani, a fost internată în mod planic (pentru tratament chirurgical) în secția Ginecologie Chirurgică, Institutul Mamei și Copilului, cu diagnosticul: Prolaps uterin total recidivant. Incontinența urinei. HTA gr. II-III, RA foarte înalt. Cardiopatie hipertensivă cu disfuncție diastolică. IH II NYHA. Diabet zaharat tip II. Coxartroză.

La internare acuză disconfort la efort fizic, incontinență urinară, dureri moderate hipogastrice, care au apărut în urmă cu 3 luni. Anamneza ginecologică relevă că în urmă cu un an și jumătate pacienta a suportat o intervenție chirurgicală *Colporafie mediană cu colpocleizis*, din cauza prolapsului uterin total. La examenul vaginal s-a determinat: organele externe normal conformate, vaginul și uterul cu prolabare totală din vagin; anexele bilateral nu se palpează; eliminări seroase din vagin. Analizele de laborator (analiza generală a sângelui, analiza biochimică a sângelui, analiza generală a urinei) au arătat valori încadrate în limitele normelor.

Luând în considerare acuzele pacientei și datele examenelor clinico-paraclinice, s-a luat decizia de a efectua tratament chirurgical. Acordul pacientei a fost primit.

A fost efectuată intervenția chirurgicală: *Laparotomie transversală suprapubiană. Exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală în peretele abdominal. Drenarea cavității peritoneale și a spațiului subaponeurotic. Colpocleizie în mod clasic.*

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Drenurile au fost înlăturate în a 2-a și a 3-a zi postoperator. Pacienta a fost externată în a 10-a zi după intervenția chirurgicală, în stare satisfăcătoare, cu recomandările necesare.

USG postoperator (2 luni și 7 luni de la intervenție): Uterul de formă obișnuită, în retroversie, de dimensiunile: lungimea – 49 mm, lățimea – 35 mm, DAP – 41 mm. Endometrul nu se vizualizează. Uterul cu vascularizare obișnuită. Echo-Doppler pe arterele uterine: dreapta – PI- 2,17, RI- 0,87, S/D- 7,58, stânga – PI- 2,13, RI- 0,87, S/D- 6,86. Ovarul drept de dimensiuni 20x19 mm, structura omogenă. Ovarul stâng nu se vizualizează.

Caz clinic 2

Pacienta L. C., 63 ani, a fost internată în mod planic (pentru tratament chirurgical) în secția Ginecologie Chirurgică, Institutul Mamei și Copilului, cu diagnosticul: Prolaps uterin total recidivant.

La internare acuză dereglări de micțiune, care au apărut cu 2 ani în urmă. Anamneza ginecologică relevă că în urmă cu 6 ani a fost efectuată operația Manchester din cauza prolapsului uterin total. La examenul vaginal s-a determinat: organele externe normal conformate, vaginul și uterul cu prolabare totală din vagin; anexele bilateral nu se palpează; eliminări seroase din vagin.

Luând în considerare acuzele pacientei și datele examenelor clinico-paraclinice, s-a luat decizia de a efectua tratament chirurgical. Acordul pacientei a fost primit.

A fost efectuată intervenția chirurgicală: *Laparotomie transversală suprapubiană. Exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală în peretele abdominal. Drenarea cavității peritoneale și a spațiului subaponeurotic. Colpocleizie în mod clasic.*

Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Drenurile au fost înlăturate în a 2-a și a 3-a zi postoperator. Pacienta a fost externată în a 6-a zi după intervenția chirurgicală, în stare satisfăcătoare, cu recomandările necesare.

USG postoperator (1 lună și 6 luni de la intervenție): Uterul de formă obișnuită, în anteversie, de dimensiuni: lungimea – 49 mm, lățimea – 36 mm, DAP – 31 mm. Endometrul nu se vizualizează. Uterul cu vascularizare obișnuită. Echo-Doppler pe arterele uterine: dreapta – PI- 2,67, RI- 0,90, S/D- 3,71, stânga – PI- 1,48, RI- 0,62, S/D- 2,65. Ovarul drept de dimen-

siuni 21x10 mm, structura omogenă. Ovarul stâng nu se vizualizează.

Descrierea tehnicii chirurgicale

“Exteriorizarea uterului din cavitatea peritoneală în peretele abdominal”

Indicații: în caz de prolaps uterin recidivant la paciențe vârstnice, după operația Manchester, colporafie mediană cu colpocleizie.

Condiții: uterul prolapsat cu tubul vaginal trebuie să aibă așa o lungime, încât să permită exteriorizarea din cavitatea peritoneală în peretele abdominal. De asemenea, e bine ca pacientele să nu fie obeze.

Tehnica operatorie este constituită din două etape: una – abdominală și a doua – vaginală.

Etapa I (abdominală). Se efectuează laparotomie transversală suprapubiană, e de dorit cât mai joasă. Uterul cu tubul vaginal se exteriorizează din cavitatea abdominală și se plasează între mușchii drepti abdominali și aponeuroză, păstrând poziția lui anatomică. Se suturează peritoneul și mușchii drepti abdominali, lăsându-se între ei o fereastră necesară după volum, ca să nu se stranguleze și să nu diminueze alimentarea sangvină a organului exteriorizat. Se poate scoate corpul uterin fără anexe, împreună cu ele și cu colul

uterin sau chiar bolta vaginală, după cum permite lungimea tubului vaginal și grosimea peretelui abdominal al femeii. Peritoneul și mușchii se suturează cu material resorbabil, de obicei cu Catgut. În continuare se fixează peretele posterior uterin și ligamentele utero-sacrate de suprafața anterioară a mușchilor drepti abdominali. Apoi se suturează suprafața anterioară a uterului cu ligamentele rotunde și suprafața istmului (dacă e posibil) de suprafața posterioară a aponeurozei. Fixarea uterului de mușchi și fascia abdominală se face cu material sintetic resorbabil. Înainte de fixare, pereții uterini se răzuiesc cu bisturiul, ca uterul să adere intim, singur, de mușchi și aponeuroză. Se drenează cavitatea peritoneală și spațiul în care e plasat uterul bilateral. Se suturează pe etape aponeuroza, țesutul adipos și pielea.

Etapa II (vaginală). Se efectuează colpocleizie în mod clasic.

Drenurile se vor menține 2-3 zile. Externarea se va face la a 5-6-a zi. Se va efectua examen ecografic al uterului și anexelor la a 2-a și a 5-a zi după intervenție, apoi în dinamică, peste 1, 3, 6 luni. RMN la o lună este eficient pentru a aprecia starea, viabilitatea și locul aflării uterului cu anexele.



Fig. 4. Uter exteriorizat deasupra mușchilor drepti abdominali, suturarea peritoneului și a mușchilor drepti.



Fig. 5. Sutura peretelui posterior uterin pe stânga de mușchiul drept abdominal stâng



Fig. 6. Răzuirea peretelui uterin anterior.



Fig. 7. Fixarea peretelui uterin anterior de aponeuroză pe dreapta



Fig. 8. Suturarea peretelui uterin anterior pe stânga de aponeuroză

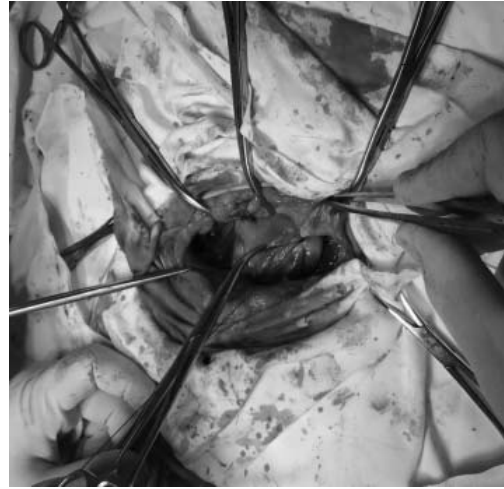


Fig. 9. Suturarea aponeurozei și fixarea fundului uterin de aceasta



Fig. 10. Drenarea cavității abdominale



Fig. 11. Drenarea spațiului subaponeurotic



Fig. 12. Inițierea etapei a II-a – colpocleizie



Fig. 13. Finalizarea etapei a II-a – colpocleiziei



Fig. 14. La 1 lună postoperator – locul aflării uterului exteriorizat din cavitatea peritoneală în peretele abdominal (spațiul aponeurotico-muscular)

Concluzie: Această metodă de tratament poate fi o alternativă a numeroaselor variante cunoscute de tratament chirurgical al prolapsului uterin total și se recomandă în caz de eșec al primei intervenții chirurgicale sau când există factori de risc cunoscuți pentru recidivarea prolapsului uterin.

Bibliografie

1. Cvach K., Dwyer P., Surgical management of pelvic organ prolapse: abdominal and vaginal approaches, *World J Urol*, 2011,
2. Maher C., Feiner B., Baessler K., Schmid C., Surgical management of pelvic organ prolaps in women (Review), *The Cochrane Collaboration, The Cochrane Library* 2013, Issue 4, 341 p.
3. Poenaru M. O., Sterie I. E., Braicu F., Stănescu A. D., Pleș L., Indicațiile moderne ale plaselor sintetice în tratamentul chirurgical al prolapsului genital, *revista ginecologia+ro*, anul VI, Nr. 20, 2/2018, pag. 42-46.
4. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Pelvic Organ Prolaps, Practice Bulletin Number 176, *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 129, No. 4, april 2017, pag. e56-e72.
5. Bratila E., Conceptul perineologic în tratamentul tulburărilor de statică pelvină, *Rezumatul tezei de doctorat*, 2010, 32 p.
6. MAYO Clinic, Pelvic organ prolaps, 2017, <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/pelvic-organ-prolapse/symptoms-causes/syc-20360557> (accesat la 26 iunie 2018)
7. NICE guidance <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/gynaecological-conditions/uterine-prolapse#panel-interventional-procedures-guidance> (accesat la 26 iunie 2018).
8. Bratila E., Conceptul perineologic în tratamentul tulburărilor de statică pelvină, *Rezumatul tezei de doctorat*, 2010, 32 p.