

MANAGEMENTUL PACIENTELOR CU TULBURĂRI DE STATICĂ PELVINĂ

Sergiu Malai, Victor Ciobanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

(Șef catedră: dr.hab., prof.univ.: Olga Cernețchi)

Summary

The management of the patients with pelvic static disorders

Pelvic organ prolapse is very common. Up to 50% of parous women have some degree of genital prolapse although only 10–20% are symptomatic.

Pelvic organ prolapse is a complex entity that potentially involves not only poor support for multiple sites in the vagina but also the function of the urethra, bladder, and anorectum, as well as sexual function. For this reason we must provide a comprehensive approach to the evaluation and management of women with pelvic organ prolapse and must critically review the assessment of surgical management.

Rezumat

Prolabarea organelor pelvine se întâlnește foarte frecvent. Mai mult de 50% din femei ce au născut au un oarecare grad de prolaps genital, cu toate acestea doar 10-20% prezintă simptome.

Prolabarea organelor pelvine reprezintă o entitate complexă, care potențial implică nu doar un suport slab a diferitor zone din vagin, dar totodată și funcția uretrei, vezicii urinare, zonei anorectale cât și funcția sexuală. Din acest considerent, este necesar de a furniza o abordare cuprinzătoare în evaluarea și managementul femeilor cu prolaps al organelor pelvine, cât și o analiză critică a managementului chirurgical.

Actualitatea

Prolapsul genital (sau prolaps vaginal) este caracterizat printr-o stare, în care asemenea structuri ca uterul, rectul, vezica urinară, uretra, intestinul subțire sau chiar vaginul pot începe să prolabeze sau să cadă de pe pozițiile lor anatomice. Asemenea condiții de obicei apar în cazul când are loc colapsul planșeului pelvin ca rezultat al nașterilor [9,14]. La fel și instalarea deficiențelor hormonale (carența de estrogeni), sunt responsabile de agravarea prolapsului la multipare în postmenopauză [9].

Prolapsul uro-genital cu sau fără incontinență urinară reprezintă o problemă de o importanță majoră în sănătatea femeii [10]. Această patologie cuprinde un spectru larg de tulburări, de la anatomia abia modificată a vaginului și clinic asimptomatică, până la o eversiune completă asociată cu tulburări severe urinare, de defecație și disfuncție sexuală [13].

În SUA una din nouă femei necesită intervenție chirurgicală pentru defecte de statică pelvină, iar din acestea, o femeie din patru necesită reintervenția. Olsen și colab. în studiul lor afirmă că pe parcursul vieții circa 11% din femeile de până la 80 de ani riscă o intervenție pentru prolaps a organelor pelvine sau incontinență urinară. Mai mult, Olsen și colab. au observat o incidență crescută a recidivelor de până la 29.2%, cu necesitatea de reintervenție, iar intervalul de timp dintre proceduri a scăzut cu fiecare implicare chirurgicală ulterioară [10, 13, 19].

Actualmente, colpopexia abdomino-sacrală prin aplicarea meșei sintetice pe peretele anterior și/sau posterior al vaginului [12] pare a fi cea mai sigură procedură în tratamentul prolapsului genital asociat cu prolabarea pereților vaginali [1], totuși ultimele studii [17] au demonstrat rezultate asemănătoare și cu fixarea uterului la ligamentele sacrospinoase, care la fel asigură un suport vaginal satisfăcător. Cu toate acestea frecvența recidivei cistocelului după asemenea intervenție este foarte înaltă [16], iar unii autori sugerează aplicarea transvaginală a meșelor de suport pentru ameliorarea rezultatelor anatomice. Experiențele anterioare au

demonstrat că meșele sintetice ar putea reduce frecvența recidivelor de prolaps, dar cu notabile efecte adverse [5,10].

Prolapsul genital, cu toate formele sale, este la momentul actual una din entitățile patologice ginecologice studiate relativ bine, cât și codificate etiopatogenetic și terapeutic. Faptul că metodele de tratament a tulburărilor de statică sunt atât de numeroase (peste 200 de procedee tehnice), demonstrează încă o dată imperfecțiunea lor și imposibilitatea refacerii adecvate a aparatului de susținere a planșeului pelvin. Aprecierea cât mai corectă a stării acestora, care ține de experiența și personalitatea ginecologului, oferă operatorului posibilitatea de a adapta cazul în sine și de a alege metoda terapeutică cea mai adecvată. [3,10,13].

Scopul studiului: a constituit în studierea cauzelor majore care determină instalarea prolapsului genital, evaluarea simptomatologiei, cât și abordarea metodelor de tratament utilizate în Republica Moldova.

Material și metode

Studiul dat a fost bazat pe analiza retrospectivă a fișelor medicale, în cadrul secției de Ginecologie Operatorie a IMSP ICȘDOSM și C, Chișinău, Republica Moldova, pe parcursul anului 2011. Studiul a cuprins analiza a 135 de paciente cu dereglări de statică a organelor pelvine (prolaps uterin, cistocel, rectocel, prolaps vaginal, elongație de col), ce au necesitat intervenție chirurgicală. Din studiu au fost excluse pacientele cu patologie extragenitală gravă, cărora le-a fost contraindicată efectuarea intervenției chirurgicale. Toate pacientele incluse în studiu au fost supuse unei evaluări preoperatorii ce a inclus examenul vaginal, colectarea datelor anamnestice, aprecierea semnelor clinice, cât și a investigațiilor paraclinice ca: analiza generală și biochimică a sângelui, analiza generală a urinei, EKG.

Rezultate și discuții

Pacientele incluse în studiu au avut vârsta cuprinsă între 31 și 82 ani, cu media de vârstă de $64,5 \pm 2$ ani, vezi figura 1.

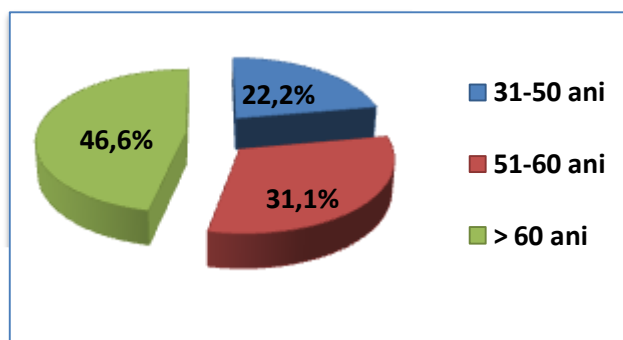


Fig.1 Repartiția pe grupe de vârstă

În dependență de repartizarea cazurilor după locul de muncă se observă următorul tablou: din totalul a 135 paciente 32 (23,7%) au fost casnice, 43 (31,8%) au ocupat funcție ce necesita implicări intelectuale, iar 60 (44,5%) au exercitat profesii ce presupuneau eforturi fizice mari. Aceasta denotă probabil apariția afecțiunii în condițiile unui efort fizic intens și prelungit.

Ponderea pacientelor din mediul rural comparativ cu cele din mediul urban a constituit 103 ceea ce reprezintă (76,3%) mediul rural versus 32 (23,7%) mediul urban, ceea ce denotă o morbiditate mai mare în rândul femeilor de la țară. Totuși, probabil că această repartiție nu este semnificativă, deoarece la sat adresabilitatea, rușinea, cât și rezistența de a suporta o astfel de

afecțiune este diferită. La fel și activitatea zilnică a femeii, efortul fizic echilibrat, alimentația naturală, sunt factori care din contra, ar putea diminua apariția afecțiunii.

Un factor foarte important în apariția prolapsului uro-genital a constituit prezența nașterilor în antecedente. Astfel din totalul a 135 de paciente doar 3 (2,2%) cazuri au constituit nuliparele. Totalul pacientelor primipare și secundipare a fost de 48 (35,5%) cazuri, iar numărul în anamneza cărora au existat 3 și mai multe nașteri a constituit 84, respectiv 62,2% cazuri. Astfel, multiparitatea, în special nașterile laborioase, constituie unul din factorii de risc principali în apariția prolapsului, date ce corelează cu relațiile literaturii de specialitate (Eva C.Samuelsson et al.1999, Ionașcu A.Brăduț 2005).

Mai mult, asocierea patologiei extragenitale a constituit o condiție substanțială în vederea apariției complicațiilor postoperatorii imediate, cât și a duratei de recuperare postoperatorie. În acest sens hipertensiunea arterială (HTA) a fost observată în 38 (28,1%) cazuri, obezitatea în 13 (9,6%) și diabetul zaharat în 3, respectiv 2,2% cazuri, observații ce sunt în corelație cu informațiile culese din literatura de specialitate (Marchionni M. et al.1999; Keeler R. et al. 2007).

Prolapsul primar depistat a fost apreciat la 126 paciente, ceea ce a constituit 93,3% cazuri. Din lotul studiat s-au adresat pentru o recidivă a prolapsului 9 (6,6%) din paciente [5]. Vezi în tabelul de mai jos repartizarea în funcție de tipul prolapsului genital.

Tabelul 1

Repartiția în funcție de tipul prolapsului

Tipul prolapsului	Număr absolut (procente)
Prolaps uterin	80 (59,2%)
Cistocel	35 (25,9%)
Rectocel	27 (20%)
Prolaps vaginal	3 (2,2%)

Respectiv ponderea prolapsului în dependență de gradul acestuia a fost următoarea: gradul I – 2 (1,5%), gradul II – 56 (41,5%) și gradul III – 77 (57%). Astfel asocierea incontinenței urinare a fost prezentă doar în cazurile de prolaps total (gradul III), date ce corelează cu literatura de specialitate [7, 9, 20, 21].

Deși multe dintre femeile cu prolaps de organe pelvine nu prezintă simptomatologie [8], cel mai frecvent și discomfortant simptom este proeminarea uterului și/sau a altor organe în vagin. Presiunea pe vagin poate cauza un discomfort ușor sau probleme funcționale ale celorlalte organe pelvine. Astfel simptomele principale prezente în rândul pacientelor studiate au inclus: *discomfortul* (senzația de întindere sau tracțiune în regiunea hipogastrică sau zona lombară), *durerea*, *dereglări dizurice*, *tulburări de defecație*. În tabelul de mai jos este analizată prevalența simptomatologiei în lotul studiat.

Tabelul 2

Prevalența diverselor simptome întâlnite

Simptome	Procente (%)
Discomfort	100%
Dispareunie	80%
Dereglări dizurice	41,5%
Dureri	20%
Tulburări de defecație	11%

Astfel durerile, cel mai frecvent pelvine sau pelvi-perineale, lombare sau lombo-sacrate îmbracă de obicei caracterul unei senzații de greutate, de apăsare, sunt moderate și mai intense spre sfârșitul zilei [4, 6, 15]. Alterarea funcției sexuale observată la majoritatea pacientelor este un moment important, care frecvent determină pacientele să se adreseze mai curând la medic [2, 4, 11, 18]. Dereglările urinare cel mai frecvent s-au manifestat prin incontinență urinară în 38 (28,1%) cazuri, dureri la urinare și senzație de golire insuficientă a vezicii.

Intervenției chirurgicale pentru corecția prolapsului au supuse toate cele 135 paciente incluse în studiu. În dependență de gradul prolapsului cele mai frecvente operații efectuate au fost: Operația de la Manchester (operația Fothergill) – 76 (56,3%), colporafia anterioară – 34 (25,2%) și colporafia posterioară – 40 (29,6%). Alte operații au inclus amputația de col uterin – 6 (4,44%) și uteropexia cu lamboul aponeurozei mușchilor dreپți abdominali – 2 (1,5%). Nu au fost înregistrate incidente intraoperatorii. Evoluția post-operatorie s-a încadrat în limitele normale acestor tipuri de intervenții. Timpul mediu de spitalizare a fost între 48 și 96 ore. În rândul complicațiilor post-operatorii imediate pot fi menționate puseele hipertensive ce s-au dezvoltat la 45 paciente, respectiv 33,3% cazuri. Alte complicații post-operatorii imediate observate au fost retenția urinară acută (> 72 ore), constatată la 17 (12,6%) cazuri, în special la pacientele ce prezentau și incontinență urinară. Infecții urinare post-operator nu au fost înregistrate.

Concluzii

Prezența tulburărilor de statică pelvină este o problemă medicală și socială foarte frecventă, mai ales în rândul femeilor în vârstă, între 50 – 60 de ani. Cauzele frecvent implicate în vederea apariției prolapsului genital sunt nașterile multiple și laborioase, carența de estrogeni, cât și asocierea altor patologii extragenitale ce pot determina creșterea presiunii intraabdominale. Simptomatologia acestei patologii este variată, însă durerea, discomfortul, dereglările urinare, disparerunia sunt cauze frecvente care determină pacienta să se adreseze la medic.

Multitudinea de procedee chirurgicale în tratamentul prolapsului genital rămân până în ziua de azi imperfecte, însă metodele de bază de corecție chirurgicală în Republica Moldova rămân a fi colporafiile antero-posterioare și operația de la Manchester.

Bibliografie

1. Benson JT. et al (1996) – Vaginal versus abdominal reconstructive surgery for the treatment of pelvic support defects: prospective randomized study with long-term outcome evaluation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 175:1418–1421
2. Brătilă E., Brătilă P. – Colpo-histerosacropexia vaginală asistată laparoscopic. *Gineco.ro*; Vol.6, Nr.20, București 2010.
3. Bumbu G. et al. – Cervicocolpopexia transobturatorie în managementul chirurgical al prolapsului urogenital avansat. *Gineco.ro*; Vol.7, Nr.23, București 2011.
4. Bumbu G. et al. – Up-to-date surgical guidelines for the treatment of urinary incontinence and urogenital prolapse. *Gineco.ro*; Vol.4, Nr.1, București 2008.
5. Collins SA., Jelovsek JE. et al. – De novo rectal prolapse after obliterative and reconstructive vaginal surgery for urogenital prolapse. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Volume 197, Issue 1, Pages 84.e1-84.e3, July 2007.
6. Denehy TR., Choe JY. et al. – Modified Le Fort partial colpocleisis with Kelly urethral plication and posterior colpoperineoplasty in the medically compromised elderly: A comparison with vaginal hysterectomy, anterior colporrhaphy, and posterior colpoperineoplasty. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* Volume 173, Issue 6, Pages 1697-1702, December 1995.
7. Dwyer PL, Lee ET, Hay DM. Obesity and urinary incontinence in women. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988;95:91-6.

8. Eva.C.Samuelsson et al. – Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. American Journal of Obstetrics & Gynecology Volume 180, Issue 2 , Pages 299-305, February 1999.
9. Fantl J., Cardozo L, McClish DK. Hormones and Urogenital Therapy Committee. Estrogen therapy in the management of urinary incontinence in post-menopausal women. Obstet. Gynecol. 1994;83:12-8.
10. Fattouh B. & J. Amblard et al. – Transvaginal repair of genital prolapse: preliminary results of a new tension-free vaginal mesh (Prolift™ technique) – a case series multicentric study. International Urogynecology Journal (2007) 18:743–752
11. Feghlu G. – Tratatamentul incontinenței urinare de efort asociată cu prolapsul genital. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău 2010.
12. Gadonneix P. et al. (2005) – The use of laparoscopic sacrocolpopexy in the management of pelvic organ prolapse. Curr. Opin. Obstet. Gynecol. 17:376–380
13. Ionașcu Adrian Brăduț. – Prolapsul uterin și prolapsul de boltă vaginală complicat cu patologie urinară (incontinență urinară la efort), tehnici chirurgicale. Teză de doctorat. Iași 2005. P.10-23.
14. Lazarou G. et al. – Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery 2005.
15. Levent Yaşar et al. – Intravaginal functional electrical stimulation in the treatment of overactive bladder: results of 3 years follow-up. Gineco.ro; Vol.5, Nr.17, București 2009.
16. Maher C., Baessler K. (2006) – Surgical management of anterior vaginal wall prolapse: an evidence based literature review. Int. Urogynecol. J. Pelvic Floor Dysfunct. 17:195–201.
17. Maher CF. et al. (2004) – Abdominal sacral colpopexy or vaginal sacrospinous colpopexy for vaginal vault prolapse: a prospective randomized study. Am. J. Obstet. Gynecol. 190:20–26
18. Milani R., Salvatore S. et al. – Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology January 2005, Vol. 112, pp. 107–111.
19. Olsen AL, Smith VJ. et al. – Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol (1997) 89:501–506.
20. Uustal Fornel Eva et al. – Prevalence of urinary and fecal incontinence and symptoms of genital prolapse in women. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica Volume 82, Issue 3, pages 280–286, March 2003.
21. Xavier F.González-Argente et al. – Prevalence and severity of urinary incontinence and pelvic genital prolapse in females with anal incontinence or rectal prolapse. Diseases of the Colon and Rectum. Vol. 44, Nr. 7 (2001), P.920-925.

CORELAȚIA OXIDULUI NITRIC CU PROSTAGLANDINA E₂, PROGESTERONUL, ESTRADIOLUL ȘI OXITOCINA ÎN MATURAȚIA COLULUI UTERIN

Rodica Catrinici, Valentin Friptu, Larisa Catrinici

Catedra Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Correlation of nitric oxide with prostaglandina E₂, progesterone, estradiol and oxytocin in cervical ripening

Currently, the gold standard for induction of cervical ripening is considered local administration of PG. The effectiveness of preparing the cervix is estimated at 80-83%. However, their application act not only in the cervix, but can cause uterine hyperstimulation,