

ARTICOLE ORIGINALE

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PROLAPSULUI GENITAL

Gheorghe FEGHIU – dr. șt. med, medic obstetrician ginecolog,
Alexandru MARCU - medic obstetrician ginecolog, **Elena MEȘCOI** - medic obstetrician ginecolog,
Raisa ȚURCAN - medic obstetrician ginecolog, **Vitalie CODREANU** - medic obstetrician ginecolog,
Livia PAVELESCU - medic obstetrician ginecolog .

Secția ginecologie a Instituției Medico-Sanitare Publice
Spitalul Clinic Municipal “Sfântul Arhangel Mihail”

Rezumat. Din anul 2004 până în anul 2018, în secția ginecologică a Spitalului Clinic Municipal „Sf. Arhangel Mihail” au fost spitalizați și operați 1195 de pacienți cu prolaps genital. Metode de operații de tratare vaginale: colporafia anterioară cu colpeperineomiorafie - 460, operația Manchester - 500, extirparea vaginală a uterului - 155, colporafia medie după Neugebauer Lefort – 42, pexia transvaginală a cupolei vaginului la anoneuroza mușchilului drept abdominal - 38%.

Eficacitatea tratamentului chirurgical după 3 ani la 873 pacienți (73%):

1. Colporafia anterioară cu colpeperineomiorafie - 92%
2. Operația Manchester - 88%
3. Extirparea vaginală a uterului - 89%
4. Colporafia medie și lexia transvaginală a cupolei vaginale fără recidive de prolaps.

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

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 2004 to 2018 with diagnosis : “Genital prolapse”. Treatment methos was vaginal intervention. Anterior colporrhaphy with colpoperineorrhaphy - 460, Manchester operation – 500, total vaginal hysterectomy– 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) with out relapse of surgical treatment of genital prolapse by application of vaginal procedures has shown high efficiency.

Key-words: genital prolapse, surgical procedure, urinary incontinence.

Резюме. Хирургическое лечение генитального пролапса.

В гинекологическом отделении Муниципальной Клинической Больницы „Святой Архангел Михаил” с 2004 по 2018 годам были госпитализированы и оперированы 1195 больных с генитальным пролапсом. Методы лечения влагалищные операции : передняя кольпеноррафия с кольпеперинеомиоррафией – 460 , Манчестерская операция – 500, влагалищная экстерпация матки – 155, средняя колопоррафия по Neugebauer Lefort – 42, трансвагинальная пексия купола влагалища к аноневрозу прямых мышц живота с применением пролеповой ленты – 38%. Эффективность оперативного лечения через 3 года у 873 (73%) больных:

1. Передняя кольпорафия с кольпеперинеомиоррафией - 92%
2. Манчестерская операция - 88%
3. Влагалищная экстерпация матки – 89%
4. Средняя кольпорафия и трансвагинальная лексия купола влагалища без рецидивов пролапса.

Ключевые слова: пролапс половых органов, хирургическое вмешательство, недержание мочи.

Introducere

Prolapsul genital este o condiție anatomică în care organele normal susținute de planșeul pelvic, vezica, uterul și recul, herniază sau protud în vagin

în diverse grade. 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 conținutul organelor pulvice și a mecanismelor de asigurare a continenței urinare la femei, etiologia prolapsului genital și a incontinenței urinare (IUE) până 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 fixarea uterului, deficiențele hormonale, vârsta, bolile cronice, intervențiile chirurgicale, căderea 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].

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

Prolapsul genital și incontinența urinară este o asociere frecvent întâlnită [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 a incontinenței urinare la pacientele cu prolaps este determinată 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 colpoperineomiorfie, colporafia mediană Neugebauer Lefort, suspensia transvaginală a bontului vaginal la aponevroza dreptilor abdominali).

2. Eficiență în timp a procedeele aplicate.

Material și metode. Studiul a fost realizat pe un eșantion de 1195 paciente cu vârsta între 26 și 85 ani, spitalizate și operate în secția ginecologie a Instituției Medico Sanitare Publice Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhangel 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 vârstă fertilă și 953 (80%) de vârstă 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 prolabare a unei formațiuni prin vagin, observarea și palparea acesteia, senzația de presiune și durere abdominală, incontinența urinară, creșterea frecvenței micțiunilor, senzația de evacuare incompletă a urinei, retenție urinară, disconfort 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 vârsta 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 colpoperineomiorfie - 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 incontinența urinară de efort. Concomitent cu corecția chirurgicală a prolapsului genital au fost efectuate procedee de restabilire a continenței urinare: operațiile Stoeckel și Kelly 148, procedee de suspensie a colului vezical (Pereyra, Gittes, Raz ș.a.) 83, intervenții 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 consimțământului pacientelor pentru intervenția propusă. Preoperator la pacientele în menopauză au fost utilizate supozitoare sau cremă vaginală cu estrogeni (supozitoare cu estriol, oestrogen cremă pentru prepararea vaginului atrofic timp de 5-6 săptămâni). S-a efectuat prelucrarea vaginului cu antiseptice (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 sedative (diazepam 10 mg; xanax 15 mg) și desensibilizante (dimidrol 0.01 mg)

Pacientele au fost operate sub anestezie generală și spinală. Timpul de desfășurare a intervențiilor de la 35-90 min. 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 5 zile (cefazolina 1g 2 ori pe zi), analgetice (sol. morfină 1% - 1 md, intramuscular 2-3 zile, soluție analgină 50% 2 ml intra muscular 3-4 zile), remedii antitrombotice (fraxiparină 0,3 mg, subcutanat 5 zile sau clexan 0,4 mg subcutanat 5 zile, aspirină 0,325 mg 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 Foley 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 firului de fixare al „Slingului” după 14 zile, reinstalându-se micțiunile. La 6 paciente după histerectomie 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.

Pacientele au fost examinate în cadrul controalelor la o lună, 3 luni, 6 luni, 1 an, 2 ani și 3 ani după intervenție. La 3 ani după operație au fost examinate 873 (73%) paciente.

Rezultate și discuții

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

metodă de tratament histerctomia vaginală totală, cu colporafie anterioară și colpoperineomiorfia (n=155). Recidive la 17 paciente, reintervenții în 9 cazuri (hernie de Douglas) eficiența procedurii 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 terminology of female pelvic organ prolapse and floor dysfunction (POP-Q)* Ro. Urogin, 2003, ½(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*. 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, 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.Н., Кулаков В.И. К патогенезу опущения и выпадения внутренних половых органов. Вестник Росс. Асс-соц. акушгинеко., 1998, 1, с. 77-79.
7. Коршунов М.Ю., Сазыкина М.Ю., Сазыкина Е.И. Пролапс тазовых органов у женщин. (Ст.-Пб.). 2003, с. 14.
8. Седнев О.В. Анализ опыта хирургической коррекции пролапса гениталий, проведенном в Калининградском областном центре эндовидео-хирургии. Журнал акуш. и женских болезней. 2003, 3(ЛII), с. 38-41.
9. Смольнова Т.Ю., Савельев С.В., Ткаченко Л.И. и др. Пролапс гениталий вследствие травматических родов или генерализованной дисплазии соединительной ткани. Акушгинеко.