

Curs 23 – Ginecologie - INCONTINENTA URINARA SI STATICA PELVINA

I. INCONTINENTA URINARA (IU)

Definiție

Incontinența urinară este definită ca ”pierdere involuntară de urină”.

IU afectează ambele sexe, dar este mai frecvent întâlnită la femei.

Afectează semnificativ starea de bine a pacientei, din punct de vedere social, psihologic și fizic. Are un impact negativ asupra vieții familiale și asupra serviciilor de sănătate.

Prevalența

Prevalența afecțiunii variază între limite foarte largi (13% și 55 %). Incontinența urinară importantă, în măsură să perturbe activitatea cotidiană a femeii și care să necesite tratamentul chirurgical, are o incidență mult mai redusă: cel mult 5% - 6% din pacientele serviciilor de ginecologie.

Conținutul urinar și statica pelviană – considerații anatomice și fiziopatologice

Micțiunea este supusă controlului voluntar. Pentru ca urina să fie evacuată din vezică prin contracția reflexă a detrusorului, trebuie ca sfîcterul striat al uretrei să se relaxeze voluntar. Între micțiuni urina nu forțează uretra și nu se scurge în afară, deoarece presiunea intravezicală este suficient de scăzută, vezica urinară având capacitatea de a-și mări volumul conținut fără modificarea semnificativă a presiunii. Astfel se menține un gradient de presiune în favoarea uretrei. Dacă, dintr-un motiv oarecare presiunea intravezicală crește, trebuie să crească în mod corespunzător și presiunea intrauretrală. Presiunea intrauretrală se menține în mod constant superioară presiunii înregistrate în interiorul vezicii.

Clasic există cel puțin cinci mecanisme care concură la asigurarea conținutului vezical:

- un *sfîcter neted dispus de-a lungul întregii uretre* - are valoare mică în asigurarea conținutului urinar; inervația este de tip □□adrenergic;
- *sfîcterul extern striat* - alcătuit din fibre musculare striate dispuse în jurul uretrei mijlocii și acționează sinergic cu musculatura planșeului pelvian. Sfîcterul striat asigură controlul voluntar al golirii vezicii urinare;
- *turgorul și elasticitatea mucoasei uretrale*, aflate sub influența estrogenilor;
- *plasarea uretrei proximale deasupra planșeului pelvian*, în așa-numita ”*incintă manometrică abdominală*“. Când presiunea crește în interiorul vezicii urinare, crește și în uretra proximală, situată în mod normal deasupra planșeului pelvian, care închide distal incinta abdominală. Gradientul de presiune rămâne favorabil uretrei, iar urina nu se scurge în afară.

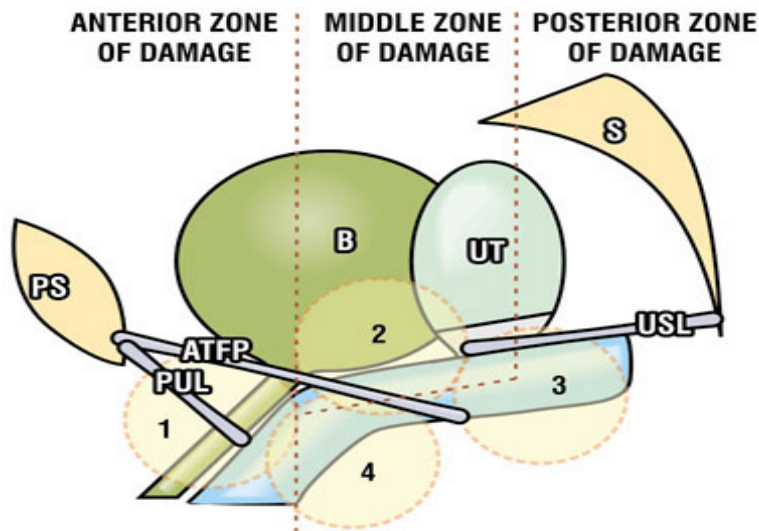
În anii ’90 Petros și Ulmstem au dezvoltat ”teoria integrală” conform căreia tulburările de statică pelviană și cele de conținut urinar sunt datorate alterării, din diferite motive, a unor structuri fasciale și ligamentare care intră în componența diafragmei pelviene. Aceste structuri, sunt împărțite, conform acestei teorii, în trei compartimente :

- **anterior** – constituit din ligamentul uretral extern, hamacul vaginal suburetral și ligamentul pubouretral (PUL); acestea au rolul de a susține uretra și de a o fixa la fața posterioară a pubelui
- **mijlociu** – constituit din arcul tendinos al fasciei pelvine (ATFP), fascia pubocervicală (PCF), ligamentele cardinale și inelul cervical al lui Gilvernet;

acestea au rolul de a susține peretele anterior al vaginului împreună cu peretele vezical, de la joncțiunea uretrovezicală până la nivelul buzei anterioare a colului uterin

- **posterior** – constituit din ligamentele uterosacrate (USL), fascia rectovaginală (RVF) și centrul tendinos al perineului (corpul perineal, PB)

IUE este astfel rezultatul leziunilor fasciale și ligamentare apărute în special la nivelul compartimentului anterior și mai puțin la nivelul compartimentului mijlociu. Dissinergia detrusorului, conform acestei teorii este rezultatul alterărilor survenite la nivelul tuturor celor 3 compartimente.



Clasificare

- **Incontinența urinară de efort (IUE)** - survine în condițiile creșterii intempestive a presiunii intraabdominale, fără să fie precedată de nevoia de a urina (la efort, tuse, strănut, screamă etc). În acest caz incompetența sfincteriană este demonstrată de studii urodinamice..
- **Dissinergia de detrusor (vezica hiperactivă, instabilitatea detrusorului) (DD)** – afecțiune caracterizată de contracții involuntare ale detrusorului, în timpul fazei de umplere, spontane sau provocate. Acestea creează senzația de imperiozitate micțională (urgență) cu sau fără pierdere de urină, polakiurie, nicturie. De obicei este idiopatică. Când se asociază cu o afecțiune neurologică (Parkinson, scleroză multiplă) poartă denumirea de **hiperactivitate neurogenă de detrusor**. Aici este caracteristică golirea completă a vezicii urinare în timpul episodului de pierdere involuntară de urină
- **Incontinența urinară mixtă (IUM)** – asociază manifestări ale celor două forme clinice precedente : pierderi involuntare de urină și imperiozitatea micțională (urgență)
- **Retenția de urină cu micțiuni prin ”prea plin”** – adesea nu are o cauză evidentă. Apare mai frecvent la pacientele vârstnice sau cele cu leziuni neurologice. Mecanismul este unul obstructiv sau atonia vezicii urinare.

- **Incontinența funcțională** – este asociată cu tulburări cognitive, psihice sau fizice : stări delirante, infecții urinare, atrofie uro-genitală, cauze farmacologice (blocanți alfa-adrenergici), endocrinopatii, constipație etc.

Patogenia

O serie de teorii încearcă să explice IUE:

- **Multiparitatea** induce alterarea sistemelor fibro-conjunctive ale celor două compartimente cu:
 - *părăsirea incintei abdominale de către uretra proximală și colul vezical.* În efort, creșterea presiunii intraabdominale este receptată numai de către vezică, nu și de uretra proximală. Gradientul de presiune se inversează în favoarea vezicii. Gradientul modificându-se, urina se scurge din vezică prin uretră, în afară;
 - *”vezicalizarea“ uretrei și dispariția unghiului uretro-vezical posterior (Jefcoatte).* În timpul micțiunii, prin studii radiologice s-a demonstrat că regiunea cervicală a vezicii coboară sub linia care unește marginea inferioară a simfizei cu vertebra S4. Unghiul uretro-vezical posterior care în repaus măsoară aproximativ 100° dispare. Uretra coboară, se deformează în pâlnie, scurtându-se și orizontalizându-se. Toate aceste modificări care la femeia normală sunt prezente pe parcursul micțiunii sunt regăsite la femeia cu IUE;
- **Carența estrogenică** prin efectul său atrofiant exercitat, printre altele, și asupra plexurilor vasculare cărora li se datorează turgorul mucoasei uretrale, agravează incontinența la menopauză
- Incidența mai mare la femeile albe, prezența IUE la nulipare, sunt elemente care pledează în favoarea implicării **factorului constituțional**.
- lezarea, de obicei chirurgicală, a sfincterelor uretrei - apare ”incompetența“ sau ”beanța“ regiunii (joncțiunii) cervico-uretrale.

Factori de risc

- **Paritatea** – nașterea pe cale vaginală favorizează apariția IU. Indiferent de calea nașterii, sarcina pare să altereze statica planșeului pelvian.
- **Vârsta** – prevalența IU crește cu vârsta, persoanelor tinere fiindu-le caracteristică IUE iar celor vârstnice DD și IUM. Între 50 și 54 de ani incidența IU este dublă față de cea a persoanelor mai tinere de 40 de ani.
- **Rasa** – IU se întâlnește mai rar la negrese, hispanici sau asiatici. Incontinența de tip urgență este mai frecventă la negrese decât la caucaziene.
- **Menopauza** – atrofia urogenitală prin carență estrogenică este recunoscută drept componentă a patogeniei IU deși studii randomizate nu au reușit să demonstreze vreo asociere.
- **Presiunea intraabdominală crescută** – ca rezultat al obezității, bolii pulmonare cronice obstructive, astmului bronșic, constipației cronice, profesiilor care implică efort fizic intens.
- **Patologia preexistentă** – diabetul, demența, accidentele ischemice cerebrale, sindromul depresiv, boala Parkinson, scleroza multiplă sunt factori favorizanți ai apariției IU.
- **Intervențiile chirurgicale în sfera pelvisului** – pacientele cu histerectomie au un risc pe termen lung crescut de a dezvolta IU.

- **Agenții farmacologice** – de tipul diureticelor, cofeinei, anticolinergicilor și alfa adrenoblocantelor pot interfera cu funcția urinară

Incontinența urinară de efort – simptomatologia

Unicul simptom al IUE este pierderea involuntară de urină care survine în timpul tusei, strănutului, ridicarea de greutate, practicarea de sporturi, mers etc. Pierderea de urină nu este precedată de nevoia de a urina.

Au fost definite 3 *grade* ale IUE:

- *gradul I*: pierderi involuntare de urină în timpul tusei, strănutului, al exercițiilor sportive. Este forma ușoară de incontinență;
- *gradul II*: pierderi care survin în timpul mersului, la trecerea din poziție culcată în picioare sau cu ocazia unor creșteri ale presiunii intraabdominale, chiar dacă femeia este culcată la orizontal;
- *gradul III*: pierderile involuntare de urină sunt aproape continue când femeia este în picioare, iar când este culcată survin la orice schimbare a poziției.

Examenul clinic în IUE

Are drept obiective:

- diagnosticarea / evaluarea unor eventuale afecțiuni cronice, care afectează starea generală a femeii;
- depistarea unor entități, care asociindu-se cu tusea sau cu constipația cronică, cresc repetat, de o manieră importantă, presiunea intraabdominală;
- diagnosticarea prolapsului genital asociat (prolapsul este prezent la 3/4 din femeile cu IUE)
- evaluarea troficității mucoasei genitale ;
- depistarea unor eventuale infecții (urinare, etc).

Teste de diagnostic pentru IU de efort:

- **testul NARIK (stress test)**: permite stabilirea gradelor incontinenței. Se introduce intravezical 300 ml ser fiziologic colorat cu albastru de metilen. În funcție de importanța eforturilor comandate femeii, la care apare emisia involuntară de urină, se stabilesc gradele incontinenței;
- **testul BONEY-MARCKETTI**: cu ajutorul unui tampon montat pe o pensă port-tampon, suficient de lungă, introdus în vagin, se ridică joncțiunea uretrovezicală. Dacă nu mai apar pierderi involuntare de urină în timpul eforturilor comandate bolnavei, se conchide că o eventuală intervenție chirurgicală de ridicare a joncțiunii uretrovezicale va fi eficientă;
- **testul Q** – demonstrează hipermobilitatea uretrei în timpul micțiunii prin plasarea intrauretrală, la nivelul joncțiunii uretrovezicale, a unui tampon de vată. O mobilizare care să depășească 30 de grade este considerată patologică.
- **studii urodinamice** (sfincterometriile, cistometrii): evaluează eficiența sfîncterelor uretrale (pentru a învinge rezistența sfîncterului neted sunt necesari 20-50 cm H₂O, iar a celui striat, 30-70 cm H₂O) și comportamentul detrusorului vezical în timpul umplerii cu urină (este importantă în primul rând pentru a exclude o eventuală ”instabilitate a detrusorului“, care poate să se confunde cu IUE)

- **uretrocistoscopia** – verifică integritatea anatomică și funcțională a tractului urinar inferior
- **jurnalul micțional** – i se solicită pacientei înregistrarea, de-a lungul a 3-7 zile, a diurezei, ingestiei de lichide, micțiunilor și simptomatologiei însoțitoare.
- **evaluarea sonografică a volumului de urină rezidual, după micțiune** .
- **investigațiile radiologice** - cistografia, uretrocistografia cu lăntișor, uretrocistografia micțională au fost abandonate fiind incomode, costisitoare și expunând pacienta unor doze de radiații nejustificate în raport cu informația medicală obținută
- **Investigatii paraclinice** : sumar urina, urocultura, etc.

Diagnosticul pozitiv al IUE se stabilește pe baza simptomatologiei descrise de bolnavă: pierderi involuntare de urină, în general reduce cantitativ, determinate de eforturi care sunt însoțite de creșterea intempestivă a presiunii intraabdominale (tuse, strănut, ridicare de greutate etc.) și care pot fi întrerupte voluntar.

Diagnosticul diferențial al IUE poate fi necesar cu:

- *afecțiuni neurologice* (tabes, siringomieli, scleroză multiplă). În aceste boli există atonie vezicală și incontinență prin prea plin;
- *incontinența din fistulele uretero-vezico-vaginale*. Istoricul, caracterul continuu al pierderilor urinare, examenul clinic stabilesc diagnosticul;
- *micțiunile imperioase* din inflamațiile căilor urinare joase (uretrite, cistite, trigonite);
 - *instabilitatea detrusorului* (vezica neurogenă). În acest caz pierderea involuntară de urină succede nevoii imperioase de a urina, în timp ce în incontinența urinară de efort pierderea involuntară de urină succede unui efort fizic fără să fie precedată de nevoia de a urina. În instabilitatea detrusorului, tulburarea micțională survine și în repaus.

Tratamentul IUE

În formele ușoare de IUE, tratamentul este **conservator** și consta în:

- schimbarea modului de viață: reducerea greutății corporale, tratamentul tusei cronice și oprirea fumatului
- gimnastica musculaturii perineale - se contractă și se relaxează succesiv, în mod repetat, musculatura perineală.
- administrarea de Duloxetină (inhibitor al recaptării serotoninei) care crește tonusul sfîncterului uretral, cu eficiență în 60 -70% dintre cazuri
- tratamentul cu estrogeni pentru ameliorarea troficității locale

Tratamentul **chirurgical** se adresează cazurilor în care:

- tratamentul conservator a eșuat;
- IUE gr.II sau III.

Au fost imaginate peste 150 de tipuri de intervenții chirurgicale. Fiecare din intervențiile propuse poate să soldeze cu eșecuri. Rata generală de succes se situează între 60% și 90%. Pe termen lung tulburările de golire vezicală apar în 1-5% din cazurile operate iar morbiditatea postoperatorie se situează între 5% și 10%. Recidivele IUE sunt mai frecvente la obeze, tușitoare cronice și cu relaxări importante ale peretelui vaginal anterior.

Principiile tratamentului chirurgical constau în :

- imobilizarea uretrei prin solidarizarea sa la structurile fibro-conjunctive originale
- refacerea unghiului uretro-vezical posterior

- recalibrarea uretrei proximale

Principalele clase și tipuri de intervenție chirurgicală sunt următoarele

- **Uretroplastia pe cale vaginală (colporafia anterioară, Kelly, Marion)** – se recalibrează uretra proximală și se creează astfel un hamac suburetral. Rata de succes la 5 ani este de numai 30 – 40%
 - **Uretropexii - intervenții de suspensie a joncțiunii vezico-uretrale**
 - **Uretropexii directe** – constau în ancorarea directă, a fasciei adiacente joncțiunii uretrovezicale la fascia dreptilor abdominali, pe cale retrosimfizară.
 - **Uretropexii indirecte** - Se efectuează pe cale suprapubiană sau mixtă (vaginală și suprapubiană):
 - **procedeul BURCH** - colul vezical se suspendă la ligamentele lui Cooper. Procedeul este denumit și colpo-suspensie și are o rată de succes la 5 ani de 70 – 90%.
 - **procedeul MARSHALL-MARCHETTI-KRANT** – procedeul este similar operației Burch dar implică fixarea fundurilor de sac vaginale la periostul feței posterioare a simfizei retrosimfizar. Este mai puțin popular datorită riscului de periostită.
 - **procedee de tip SLING** – constau în inserția unor bandele, din țesut autolog (fascia lata) sau material sintetic. Rata de succes este de 94%.
- Sunt descrise trei procedee:
- **retropubian (tension-free vaginal tape, TVT)** – bandelea este trecută suburetral, bilateral, retropubian, la tegumentul suprapubian.
 - **transobturator (tension-free obturator tape, TOT)** – bandelea este trecută de aceeași manieră dar prin cele două găuri obturatorii la tegumentul perineal laterovulvar
 - **minitapes** – bandelea se aplică printr-o incizie suburetrală minimă, suburetral, ancorându-se prin dispozitive speciale la țesuturile conjunctive adiacente. Alte sisteme dezvoltate în ultimii ani se aplică prepubian, evitând astfel posibilele complicații.
- **Injecții periuretrale cu agenți de ”îngroșare” (bulking agents)** – se folosesc numeroase substanțe injectate periuretral sau transuretral cu scopul de a crește gradul de închidere a uretrei. Se folosesc în prezent colagen, politetrafluoretilena și siliconul. Se adresează pacienților pentru care intervenția chirurgicală este contraindicată, ca măsură paliativă pentru cele care mai doresc sarcini sau după IUE recidivate.

Instabilitatea (dissinergia) detrusorului

Este un tip special de vezică neurogenă manifestată prin incontinență de tip urgență. Pierderile involuntare de urină sunt precedate de nevoia imperioasă de a urina. Dacă femeia nu își golește prompt vezica, apare emisia involuntară de urină. Pierderea spontană de urină este relativ importantă - considerabil mai mare decât în incontinența urinară funcțională. În plus, în instabilitatea detrusorului, femeia nu poate să oprească actul micțiunii o dată demarat - o altă particularitate prin care se deosebește de IUE.

Patogenia instabilității detrusorului nu este cunoscută. Este mai frecventă:

- la femei cu stresuri emoționale persistente, anxioase;
- în circumstanțele carenței estrogenice ovariene, a inflamațiilor, calculilor, neoplaziilor urinare;
- în prezența unor leziuni neurologice (scleroză multiplă de ex.)

Tablou clinic. Tulburarea micțională este manifestă mai ales ziua. Senzația imperioasă și necesitatea de a urina imediat dispar noaptea sau survin cu o frecvență considerabil mai mică. La femeile tinere, instabilitatea detrusorului poate să se manifeste sub forma enurezisului.

Nevoia imperioasă de a urina poate să apară inopinat sau poate să fie precipitată de:

- mișcare și în general de schimbarea poziție ;
- acte reflexe sau acțiuni care se soldează cu creșterea presiunii intraabdominale (râs, strănut, tuse, sporturi);
- umplerea rapidă a vezicii, ca de exemplu după ingestia de băuturi alcoolice.

Prin studii urodinamice s-a stabilit că aproximativ 15% din femeile cu incontinență urinară de efort prezintă și o instabilitate a detrusorului.

Diagnosticul în ”instabilitatea detrusorului“ se bazează pe tabloul clinic al pierderii involuntare de urină, descris de către pacientă. Evaluarea urodinamică este principala metodă paraclinică de evidențiere a ”dissinergiei“. La femeile cu instabilitatea detrusorului, în timpul umplerii vezicii apar creșteri importante de peste 15 cm H₂O, repetate, ale presiunii intravezicale. Pacienta nu poate să controleze aceste creșteri și pierde involuntar urina.

Conduita în instabilitatea detrusorului presupune:

- identificarea eventualilor factori care pot fi implicați în agravarea patologiei micționale (carență estrogenică, infecții urinare, litiază etc.);
- *educarea vezicii:* golirea vezicii la intervale de timp fixe, din ce în ce mai lungi. Intervalul de golire a vezicii va fi crescut progresiv, după mai multe zile sau chiar săptămâni. Prin golirea vezicii ”după ceas“, poate apărea o ameliorare a simptomelor în 80% din cazuri;
- administrarea de *anticolinergice:* Propanthelină (Probanthine), Oxybutinină clorhidrat (Driptane) eficiente la 60-80% din cazuri.
- la femei cu componentă depresiv-anxioasă a fost propusă administrarea de amitriptilină, nortriptilină, imipramină.

Vezica neurogenă (retenția de urină, IU de tip micțiune prin ”prea plin”)

Se manifestă prin retenție involuntară de urină cu supradistensia vezicii urinare, frecvent prin atonia detrusorului și mai rar la femeie prin obstrucție uretrală. Pacienta nu prezintă senzația de a micționa sau aceasta apare foarte târziu. Golirea vezicii este incompletă prin micțiuni frecvente și reduse cantitativ, cu pierderi involuntare de urină și nicturie.

Este asociată frecvent cu diabetul, afecțiuni neurologice (boala Parkinson), alcoolism, anemie pernicioasă, tabes dorsalis, medicația sau obstrucție postchirurgicală.

Tratamentul nechirurgical constă în autocateterizarea intermitentă a vezicii urinare, care este relativ simplă, sigură și poate fi utilizată chiar pe termen lung. Administrarea de anticolinergice în cazurile combinate de retenție urinară neurogenă și incontinență de tip urgență s-au dovedit eficiente. Anxioliticele dau rezultate bune în retențiile postoperatorii.

Sunt descrise și tehnici chirurgicale care constau în dilatarea sau secționarea stenozelor uretrale sau tratamentul chirurgical al eventualului diverticul uretral.

Un procedeu fizioterapic este în dezvoltare. Acesta constă în electrostimularea rădăcinii sacrate S3 (sacral root neuromodulation). Rezultatele sunt încurajatoare fără a se cunoaște însă mecanismul de acțiune.

II. STATICA PELVINA - PROLAPSUL GENITAL

Prolapsul genital este o anomalie de statica pelvina, ce se caracterizeaza prin coborarea in axul vaginului a peretilor vaginali si a uterului, cu exteriorizarea lor prin orificiul vulvar.

Prevalenta raportata este intre 30-93%, iar solicitarile pentru prolaps reprezinta 3% din consultatiile ginecologice.

Etiologie—multifactoriala; printre **factorii de risc** mentionam:

- **factorul-obstetrical**-sarcina, nasteri laborioase, multiparitatea, gimnastica de recuperare deficitara in perioada de lauzie;
- **factorul constitutional**—deficiente constitutionale musculo-conjunctive pelvipitoneale (asociere cu varice, hemoriozi, vergeturi pronuntate in timpul sarcinii, cazuri rarissime de prolaps la virgine);
- **alti factori**-cresterea exagerata , repetata, de lunga durata a presiunii intraabdominale-munca fizica, tuse cronica, constipatia cronica, obezitatea;
- carenta estrogenica in menopauza, inaintarea in varsta;
- factori genetici, rasa(neagra);
- histerectomia, interventii chirurgicale perineale.

Fiziopatologie—multifactoriala-

Predispozanti	Initiatori	Acceleratori	Decompensatori
-Defecte congenitale -Anomalii ale tesuturilor dobandite -Rasa -Interventii precedente perineale	Sarcina Multiparitatea Denervare Chirurgie Histerectomie	-Factori ocupational/recreational -Presiune abdominala cronica -Fumat -Constipatie -Obezitate -Boli pulmonare	-Varsta-imbatranirea -Menopauza-carenta estrogenica -Miopatii -Neuropatii

Cauza principala este reprezentata de **lezarea structurilor de sustinere** si suspensie pelvina (fascii,ligamente,muschi, vezi IU).

Diagnosticul clinic. Prolapsul poate fi asimptomatic, daca este de dimensiuni reduse, alteori pacintele acuza:

- senzatie de greutate in pelvis, presiune pelvina, durere pelvina
- incontinenta urinara de efort, imperiozitate mictionala, golire incompleta a vezicii urinare, disurie, polakiurie, nicturie
- tulburari de defecatie-constipatie cronica, rareori incontinenta anala
- dispareunie, scaderea lubrifierii vaginale, a libidoului
- leucoree-colpite-(beanta vulvara-favorizeaza infectiile vaginale).

Forme clinice de prolaps genital:

Denumire	Descriere
Cistocel	Coborarea peretelui vaginal anterior si a vezicii urinare
Uretrocistocel	Hernierea peretelui posterior al uretrei,peretelui vaginal anterior si a vezicii urinare
Enterocel	Hernierea fundului de sac vaginal posterior impreuna cu intestin
Rectocel	Hernierea peretelui vaginal posterior si a rectului
Prolaps uterin gr. 1	Cervixul coboara pana in 1/3 mijlocie a vaginului ,nu depaseste introitul nici in efort.
Prolaps uterin gr. 2	Cervixul ajunge la nivelul introitului
Prolaps uterin gr. 3	Prolaps uterin total –uterul si colul se afla in afara introitului vaginal

Examenul clinic- permite diagnosticarea prolapsului genital, gradului si stabilirea formei anatomoclinice.

La **inspectie**-beanta vulvara-intredeschiderea orificiului vulvar prin care se vizualizeaza bombarea peretelui vaginal anterior /posterior si/sau coborarea cervixului, atrofia vulvara si vaginala, lezarea corpului tendinos al perineului (apropierea anormala a comisurii posterioare vulvare de orificiul anal).

Examenul cu valve -pentru aprecierea cistocelului se deprima peretele vaginal posterior; pentru rectocel-peretele vaginal anterior.

La **tactul vaginal**-se poate aprecia coborarea uterului, supunand pacienta unui efort de pulsione

Obligatoriul tactul rectal (recto-vaginal) pentru diferentierea unui rectocel de elitrocel.

Pentru a aprecia gradul prolapsului in timpul examinarii – se comanda pacientei un efort de pulsione (tuse).

Aprecierea corecta a prolapsului –formei clinice si a gradului prolapsului -se face cu pacienta sub anestezie.

Exista mai multe stadializari:

-cuantificarea prolapsului organelor pelvine-POP-Q(stadiul 1-4)

Grad 0-pozitionare normala a fiecarui locus.

Grad 1-coborare in vagin pana la jumatatea distantei de himen.

Grad 2-coborare pana la himen

Grad 3 –coborare jumatate in afara himenului(a vaginului)

Grad 4-coborarea maxima a fiecarui locus

Teste de diagnostic utile pentru prolaps:

-histerometria –in cazul elongatiei de col uterin;

-ecografia-permite evaluarea volumului uterin si a patologiei anexiale conexe;

-uretrocistograma –pentru vizualizarea vezicii urinare si uretrei(fistule, diverticuli, funelizarea

uretrei);

-studii urodinamice-in cazul pacientelor ce asociaza incontinenta urinara (diagnosticul diferential al IU);

- MRI in dinamicala pacientele cu prolaps/simptomatologie complexa.

Diagnosticul diferential-

1. intre diferitele forme anatomoclinice de prolaps

2. diagnosticul diferential al simptomelor asociate prolapsului: incontinenta urinara (de efort neurogena, dissinergie de detrusor vezical), constipatia cronica (patologie intestinala), durerea pelvina, dispareunia,sa

3. cu alte afectiuni :

-polipi cervicali, fibroame pediculate

-elongatia hipertrofica a colului

-chisturi vaginale

-tumori uretrale sau vezicale

-tumori ale septului rectovaginal.

-inversiune uterina(urgenta obstetricala majora).

Tratament

Tratament profilactic este reprezentat de:

- conduita corecta la nastere (expulzie,delivrenta),

- gimnastica perineala pentru tonifierea musculaturii pelvine (la femeile tinere dupa nastere),

- tehnici chirurgicale corecte (fara tractionari exagerate in op. cezariana, histerectomie).

Tratament conservator –nechirurgical - este recomandat in cazurile usoare de prolaps.

- aplicatii locale de creme cu **estrogeni**-pentru imbunatatirea vascularizatiei si tonifierea sfincetrului uretral extern (la paciente in menopauza);

- electroterapie pelvina.

Folosirea **pesarelor** (dispozitive din silicon, plastic, cauciuc ce se introduc intravaginal pentru sustinerea organelor pelvine prolapsate) este indicata la pacientele la care este contraindicat tratamentul chirurgical (contraindicatii anestezice, paciente varstnice care refuza, gravide cu prolaps).

Tratament chirurgical se recomanda in cazul prolapsului simptomatic si in cazurile de prolaps de grad inalt.

Scopul - eliminarea simptomelor si rezolvarea prolapsului prin refacerea anatomiei pelvine.

Procedeeul chirurgical ales va tine seama de forma clinica si gradul prolapsului, varsta pacientei, dorinta de a procrea, asociere cu alte afectiuni ginecologice (tumori), riscul anestezic (afectiuni asociate), alte interventii plastice pelvine.

Abordul poate fi laparoscopic, abdominal, vaginal.

Exista mai multe tipuri de tehnici chirurgicale:

1 .-proceduri obliterative ce constau in inchiderea partiala/totala a canalului vaginal

-exemple: - colpocleizis partial sau total

Se practica pacientelor cu risc anestezic si chirurgical crescut, avantajele fiind-timp operator scazut, complicatii putine, rezultate bune prin desfiintarea vaginului.

2. -proceduri restaurative-

-reconstituirea anatomiei pelvine prin refacerea lungimii, calibrului si orientarii vaginului.

Exista multiple tehnici chirurgicale clasice:

--suspensia vaginului la ligamentul sacrospinos, suspensia la fascia iliococcigene, suspensia la ligamentul uterosacrat

- colporafie anterioara - repararea directa a defectului fasciei pubocervicale, repararea

defectului paravaginal;

-colporafie posterioara, repararea directa a defectului fasciei, histerectomie vaginala
-repararea enterocelului-procedeu Moscovitch, procedeu Halban, plicatura ligamentelor uterosacrate, culdoplastia McCall.

3.- proceduri compensatorii-

- folosirea grefelor compensatorii cand tesaturile proprii sunt insuficiente

Materialele protetice folosite sustin si intaresesc structurile lezate („tesaturile de legatura-ligamente, fascie,muschi), astfel refacerea anatomiei pelvine duce la disparitia simptomelor:
„REPAIR THE STRUCTURE AND YOU WILL IMPROVE THE FUNCTION”

Exemple:

- sacropexie transabdominala/laparoscopica;

- proceduri cu mesa sintetica -de intarire/inlocuire a fasciilor/ligamentelor lezate ale peretelui anterior/posterior/apical;

- pentru cistocel – cistopexia directe cu plasa – pr transobturator(sistemul perigee);

- pentru rectocel - reparare cu plasa (ex. sistemul apogee) sa.

BIBLIOGRAFIE

1. Nicolae Crisan,Dimitrie Nanu-Ginecologie- ed. Stiinta si Tehnica 1995
2. PEPapaPetros-The female pelvic floor(IIIed)- ed. Springer 2010
3. Peter Von Theobalt,Carl W.Zimmerman,G .Willy Davila-New Techniques in Genital Prolaps Surgery-ed Springer 2011
4. Williams-Gynecology(the 23ed-2012)

