

UNIVERSITATEA „OVIDIUS” DIN CONSTANȚA
ȘCOALA DOCTORALĂ DE MEDICINĂ
DOMENIUL DE DOCTORAT: MEDICINĂ

**OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL IN TULBURĂRILE DE
STATICĂ PELVINĂ**

-REZUMAT-

- TEZĂ DE DOCTORAT -

Conducător de doctorat

Prof. Dr. VASILE SÂRBU

Doctorand

Drd. IRINA PIȘMIHA (căs. NIȚU)

CONSTANȚA

2024

CUPRINS

INTRODUCERE.....	5
1. ANATOMIA PLANȘEI PELVINE.....	5
1.1. ANATOMIE TOPOGRAFICĂ	5
1.2. PLANȘEA PELVINE.....	5
1.2.1. DIAFRAGMA PELVINĂ.....	5
1.2.2. DIAFRAGMA UROGENITALĂ	5
1.3. PLANURILE ANATOMICE ALE PLANȘEI PELVINE	6
1.3.1. PLANUL SUPERFICIAL.....	6
1.3.2. PLANUL FASCIAL	6
1.3.3. ORGANELE ERECTILE	6
1.3.4. PLANUL MUSCULAR	6
1.3.5. PLANUL PROFUND.....	6
1.3.6. FASCIILE ȘI LIGAMENTELE PLANȘEI PELVINE.....	6
2. FIZIOLOGIA STATICII PELVINE	6
2.1. BIOMECANICA VAGINULUI	6
2.2. BIOMECANICA VEZICII URINARE.....	6
2.3. BIOMECANICA UTERINĂ	7
2.4. BIOMECANICA RECTALĂ.....	7
2.5. MICȚIUNEA ȘI CONTENȚIA URINARĂ	7
2.6. DEFECAȚIA ȘI CONTENȚIA FECALĂ	7
3. FIZIOPATOLOGIA PERINEULUI	7
3.1. GENERALITĂȚI.....	7
3.2. FIZIOPATOLOGIA INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT	7
3.3. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI VAGINAL ANTERIOR	7
3.4. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI UTERIN	8

3.5. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI DE BOLTĂ VAGINALĂ ȘI A ELITROCELULUI	8
3.6. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI VAGINAL POSTERIOR	8
3.7. FIZIOPATOLOGIA DISFUNȚIEI ANORECTALE	8
3.8. FACTORII DE RISC AI TULBURĂRIILOR DE STATICĂ PELVINĂ.....	8
4. DIAGNOSTICUL TULBURĂRIILOR DE STATICĂ PELVINĂ	8
4.1. SIMPTOMATOLOGIE	8
4.2. EXAMEN OBIECTIV	9
4.3. DIAGNOSTICUL CLINIC CONFORM TEORIEI INTEGRALE	10
4.4. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE	10
5. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TULBURĂRIILOR DE STATICĂ PELVINĂ	10
5.1. PRINCIPII GENERALE.....	10
5.2. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI ANTERIOR.....	11
5.2.1. OPERAȚIILE CLASICE.....	11
5.2.2. TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC	11
5.3. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI MIJLOCIU	Error! Bookmark not defined.
5.3.1. OPERAȚIILE CLASICE.....	<i>Error! Bookmark not defined.</i>
5.3.2. TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC	12
5.4. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI POSTERIOR	12
5.4.1. OPERAȚIILE CLASICE.....	12
5.4.2. TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC	13
5.4.3. TEHNICI LAPAROSCOPICE	13
6.2. COMPLICAȚII POSTOPERATORII	14
7. SCOPUL, OBIECTIVELE ȘI DESCRIEREA STUDIULUI	14
7.1. SCOPUL STUDIULUI	14
7.2. OBIECTIVELE STUDIULUI	14

7.3. DESCRIEREA STUDIULUI	14
7.4. MATERIAL ȘI METODĂ	14
7.4.1. <i>DIAGNOSTICUL PACIENTELOR CU TULBURĂRI DE STATICĂ PELVINĂ</i>	15
7.4.2. <i>TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENTELOR CU TULBURĂRI DE STATICĂ PELVINĂ</i>	15
10. CONTRIBUȚII PERSONALE.....	16
10.1. OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ.....	16
10.1.1. <i>COMPARTIMENTUL ANTERIOR</i>	16
10.1.2. <i>COMPARTIMENTUL MIJLOCIU</i>	17
10.1.3. <i>COMPARTIMENTUL POSTERIOR</i>	18
10.2. HISTERO/COLPOPEXIA LAPAROSCOPICĂ – PROCEDEUL CU FIXARE LATERALĂ	28
10.3. STUDIUL FACTORILOR DE RISC AI TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ ȘI AI FACTORILOR PREDICTORI AI SUCCESULUI POSTOPERATOR	29
10.3.1. <i>FACTORII DE RISC AI TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ</i>	29
11. CONCLUZII.....	31

CUVINTE CHEIE - PROLAPS GENITAL, STATICA PELVINA, HISTEROPEXIE CU FIXARE LATERALA

INTRODUCERE

Tulburările de statică pelvină se caracterizează prin afectarea în diferite grade a structurilor planșeului pelvin, ceea ce duce la apariția unor entități anatomo-clinice dintre care cele mai frecvente sunt incontinența urinară și prolapsul organelor pelvine. De asemenea, nu există consens în ceea ce privește tratamentul optim al tulburărilor de statică pelvină, tehnicile de reconstrucție fiind extrem de numeroase, de la tehnicile clasice, care folosesc țesuturile proprii ale pacientelor până la tehnicile laparoscopice și cele care utilizează materiale alloplastice. Mi-am dorit ca prin această lucrare de doctorat să contribui la cercetarea acestei patologii interesante și la optimizarea tratamentului chirurgical al acesteia.

PARTEA GENERALĂ

1. ANATOMIA PLANȘEULUI PELVIN

1.1. ANATOMIE TOPOGRAFICĂ

Planșeul pelvin, numit și perineu, este format din părțile moi care închid caudal excavația pelvină și se întinde de la comisura vulvară posterioară până la anus. Părțile moi sunt alcătuite din fascii, mușchi, vase și nervi și sunt penetrate de conducte care aparțin aparatelor urogenital și digestiv. Pe linie mediană, între anus și vulvă, se află un pliu tegumentar numit rafeul median al perineului (5,6).

1.2. PLANȘEUL PELVIN

Planșeul pelvin are două componente: diafragma pelvină și diafragma uro-genitală (10).

1.2.1. DIAFRAGMA PELVINĂ

Diafragma pelvină este formată din mușchii ridicători anali și mușchii coccigieni. În partea anterioară, diafragma pelvină este acoperită de către diafragma uro-genitală, iar în partea posterioară se găsesc fosele ischiorectale care conțin țesutul celular subcutanat (11).

Diafragma pelvină prezintă o față superioară și una inferioară care sunt acoperite de fascia superioară respectiv fascia inferioară a mușchiului ridicător anal (12, 13).

1.2.2. DIAFRAGMA UROGENITALĂ

Diafragma urogenitală este localizată la nivelul perineului anterior, fiind situată inferior și superficial față de diafragma pelvină. Are o structură musculo-fascială și se mai numește și „membrana perineală” (17, 22)

1.3. PLANURILE ANATOMICE ALE PLANȘEULUI PELVIN

1.3.1. PLANUL SUPERFICIAL. Este alcătuit din structurile genitale externe (9, 30)

1.3.2. PLANUL FASCIAL este format din fascia perineală superficială și fascia inferioară a diafragmei uro-genitale denumită și membrana perineală.

1.3.3. ORGANELE ERECTILE sunt clitorisul și bulbii vestibulari. Acestea sunt alcătuite din țesut cavernos vascular, fibre conjunctive și fibre musculare netede, iar la exterior sunt acoperite de o membrană fibro-elastică bogată în neuroreceptori numită albuginee (31).

1.3.4. PLANUL MUSCULAR - Mușchii planșeului pelvic sunt dispuși în trei straturi: stratul intern, median și extern (34).

1.3.5. PLANUL PROFUND - Se întinde între membrana perineală și un strat fascial profund ce separă diafragma urogenitală de recesul anterior al fosei ischio-rectale. Este format din: mușchiul sfîcter striat al uretrei, mușchiul transvers profund al perineului, vasele pudentale interne cu ramurile lor și nervul dorsal al anusului (7,25).

1.3.6. FASCIILE ȘI LIGAMENTELE PLANȘEULUI PELVIN este din două straturi: fascia viscerală pelvină și spațiile subperitoneale de țesut conjunctiv (spațiile anatomice de clivaj)

2. FIZIOLOGIA STATICII PELVINE

Statusul normal al planșeului pelvin este realizat de închiderea hiatusului levatorial la care contribuie atât vaginul (menținut în poziție de aparatul ligamentar) cât și musculatura perineală care prin contracție sinergică tensionează și angulează organele pelvine în direcție anterioară sau posterioară.

2.1. BIOMECANICA VAGINULUI - Vaginul este un organ supus influențelor hormonale, astfel că el va suferi modificări date de statusul hormonal al femeii (vârstă, sarcină).

2.2. BIOMECANICA VEZICII URINARE - Vezica urinară este susținută de vagin în ortostatism, deoarece acesta are o poziție orizontală și aderă la vezica urinară la nivelul trigonului Pawlick prin intermediul fasciei vezicovaginale (parte a fasciei pubocervicale) care se inseră lateral pe arcul tendinos al fasciei pelvine.

2.3. BIOMECANICA UTERINĂ - Poziția normală a uterului în pelvis este datorată ligamentelor cardinale și ligamentelor uterosacrate care se inseră la nivelul colului uterin prin intermediul paracervixului. Aceste ligamente sunt compuse din fibre de colagen și fibre musculare netede, prin contracția cărora colul este împins posterior. Paracervixul este deosebit de rezistent, fiind format numai din colagen (60).

2.4. BIOMECANICA RECTALĂ - Peretele anterior al rectului vine în raport cu peretele posterior al vaginului prin intermediul fasciei rectovaginale sub nivelul plăcii levatoriale. Atunci când fascia rectovaginală este degradată, rectul va bomba în vagin, constituind rectocelul. Fascia rectovaginală și centrul tendinos al perineului sunt cele două structuri care mențin statica pelvină la acest nivel (63, 64).

2.5. MICTIUNEA ȘI CONTENȚIA URINARĂ - Odată cu apariția urodinamicii s-a observat că pentru a realiza contenția urinară are loc o interacțiune între contracția sfîcterelor intern și extern ale uretrei și între contracția mușchilor perineali care realizează angularea uretrei (63, 65). Mușchii perineali care participă la realizarea contenției urinare acționează pe trei niveluri: anterior, posterior și inferior.

2.6. DEFECAȚIA ȘI CONTENȚIA FECALĂ - În 2008, Petros și Swash au introdus noțiunea de “complex sfîcterian musculo-elastic” care realizează contenția fecală și defecația și care explică și apariția incontinenței fecale în cadrul simptomatologiei tulburărilor de statică pelvină (67, 68).

3. FIZIOPATOLOGIA PERINEULUI

În formularea Teoriei integrale Petros P. a enunțat laxitatea țesutului conjunctiv ca fiind la originea tulburărilor de statică pelvină prin redistribuirea vectorilor musculari perineali și alterarea anatomică și funcțională ulterioară a perineului și a organelor pelvine (52).

3.1. GENERALITĂȚI - După cum au arătat numeroși autori, planșeul pelvin și organele pelvine au în compoziție o cantitate mare de elastină și în consecință beneficiază de o mare elasticitate, dar au mai puțină rezistență (52, 69).

3.2. FIZIOPATOLOGIA INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT - Contenția urinară este realizată direct prin acțiunea ligamentelor pubouretrale și indirect prin angularea uretrei de către peretele vaginal (63, 73).

3.3. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI VAGINAL ANTERIOR - Prolapsul vaginal anterior se produce din cauza degradării fasciei pubocervicale. Aceasta se inseră anterior pe pubis, posterior

pe paracervix și lateral pe arcul tendinos al fasciei pelvis, susținând vezica în ortostatism. Atunci când fascia pubocervicală devine laxă își pierde rezistența și capătă o elasticitate excesivă, fiind necesară o forță musculară crescută pentru a putea tensiona vaginul.

3.4. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI UTERIN - Ligamentele uterosacrate și ligamentele cardinale sunt cele care mențin poziția normală a vaginului. Dacă acestea se deteriorează are loc mărirea diametrului hiatusului levatorial și modificarea unghiului pe care vaginul îl face cu orizontala, ducând la prolaps uterin.

3.5. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI DE BOLTĂ VAGINALĂ ȘI A ELITROCELULUI - Fornixul vaginal posterior și bolta vaginală sunt susținute de ligamentele cardinale, ligamentele uterosacrate, paracervix și fascia rectovaginală, degradarea lor fiind urmată de formarea unui elitrocel.

3.6. FIZIOPATOLOGIA PROLAPSULUI VAGINAL POSTERIOR – Apariția prolapsului vaginal posterior, denumit și rectocel este posibilă prin compromiterea fasciei rectovaginale din cauza deteriorării fibrelor de colagen care o compun sau din cauza dezinserției acestei fascii de pe ligamentele uterosacrate sau de pe centrul tendinos. Prin urmare, rectul va hernia la nivelul peretelui vaginal posterior iar dacă fascia s-a detașat și de centrul tendinos, rectul va prolaba până la introitul vaginal (29,69).

3.7. FIZIOPATOLOGIA DISFUNȚIEI ANORECTALE - Adesea, tulburările de statică pelvină sunt însoțite de disfuncția anorectală prin care înțelegem atât incontinență fecală cât și tulburările de evacuare a tubului digestiv (constipația joasă).

3.8. FACTORII DE RISC AI TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ - Biochimic, țesutul conjunctiv este format din fibre de colagen și elastină unite prin proteoglicani. Fibrele de colagen și elastină asigură stabilitate, respectiv elasticitate, în timp ce proteoglicanii amplifică stabilitatea țesutului prin asigurarea unor legături rezistente de conexiune

4. DIAGNOSTICUL TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ

4.1. SIMPTOMATOLOGIE - Evaluarea corectă a simptomatologiei cu care se prezintă o pacientă la medic este esențială pentru stabilirea diagnosticului unei tulburări de statică pelvină deoarece poate exista o discrepanță între amploarea simptomelor relatate de pacientă și amploarea defectelor anatomice ale planșeului pelvin iar tratamentul chirurgical va trebui să urmărească în primul rând ameliorarea simptomatologiei, nu numai corectarea anatomică a defectelor (4).

4.1.1. Incontinența urinară de efort – IUE la femeie se definește din punct de vedere clinic ca pierderea intermitentă, bruscă și involuntară de urină ce apare în urma unui efort fizic obișnuit precum tuse, strănut, râs sau ridicarea unei greutăți (89).

4.1.2. Imperiozitatea micțională - Conform ICS (International Continence Society), imperiozitatea micțională este “ senzația bruscă și imperioasă de a urina, senzație ce nu poate fi amânată” (90).

4.1.3. Polachiuria - Dacă numărul micțiunilor din 24 de ore este mai mare de 8 putem vorbi despre polachiurie. Aceasta este întâlnită frecvent în tulburările de statică pelvină alături de imperiozitatea micțională, având un mecanism de apariție similar (93).

4.1.4. Nicturia - Nicturia reprezintă necesitatea de a urina noaptea (cel puțin două micțiuni nocturne) fiecare micțiune fiind precedată și urmată de somn (90).

4.1.5. Tulburări de evacuare a vezicii urinare - Acest tip de disfuncție se definește ca dificultatea de golire a vezicii. Mecanismul fiziopatologic de apariție este rezistența crescută la fluxul urinar în cursul micțiunii.

4.1.6. Incontinența fecală - Incontinența fecală reprezintă imposibilitatea controlului asupra conținutului fecal și se manifestă prin pierderea involuntară de gaze sau materii fecale. Aceasta afectează 10–20% din pacientele aflate în menopauză, cu afectarea dramatică a calității vieții (67).

4.1.7. Constipația - este o tulburare a tubului digestiv definită prin întârzierea scaunului peste trei zile.

4.1.8. Disconfortul vaginal și alte simptome asociate prolapsului organelor pelvine - Dacă defectul anatomic nu este mare pacienta poate acuza disconfort vaginal sau senzația de corp străin intravaginal, arsuri, prurit.

4.1.9. Sindromul durerii pelvine cronice (SDPC) și dispareunia

4.2. EXAMEN OBIECTIV - Prin examenul obiectiv se evidențiază defectele anatomice existente în tulburările de statică pelvină, acestea urmând a fi corelate cu simptomatologia pacientei pentru a putea elabora cea mai potrivită conduită terapeutică.

4.2.1. Incontinența urinară de efort (IUE) - Pentru a obiectiva pierderea de urină la efort specifică IUE pacienta, având vezica urinară plină, se așază în poziție ginecologică apoi va fi rugată să tușească. În cazul IUE pacienta va prezenta pierderi involuntare de urină la tuse (102).

4.2.2. Prolapsul vaginal anterior -cistocelul se evidențiază examinând cu valvele pacienta așezată în poziție ginecologică (91).

4.2.3. Prolapsul uterin - Prolapsul uterin se recunoaște cu ușurință la examenul clinic și va trebui cuantificat, folosind unul din cele două sisteme de cuantificare acceptate internațional: sistemul Baden–Walker și clasificarea POP–Q.

4.2.4. Prolapsul de boltă vaginală - Cuantificarea prolapsului de boltă vaginală este similară cu cuantificarea prolapsului uterin, doar că reperul colului uterin va fi înlocuit cu reperul cicatricei postoperatorii de la nivelul boltei vaginale.

4.2.5. Prolapsul vaginal posterior - Prolapsul vaginal posterior se poate exprima fie prin elitrocel, care constituie prolapsul vaginal înalt, fie prin rectocel (prolaps vaginal distal).

4.3. DIAGNOSTICUL CLINIC CONFORM TEORIEI INTEGRALE - Dorind să evalueze cât mai precis afectarea structurilor planșeului pelvin, P. Petros a combinat datele obținute prin anamneză cu datele obținute prin examenul obiectiv și a inventat un algoritm de diagnostic al tulburărilor de statică pelvină (4).

4.4. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE - În tulburările de statică pelvină rolul cel mai important îi revine examenului obiectiv, în urma căruia se depistează defectele anatomice și se corelează cu simptomatologia pe care o relatează pacienta, explorările paraclinice având un rol auxiliar.

4.4.1. Studiile urodinamice cuprind: uroflowmetria (debitmetria urinară), probe urodinamice esențiale (cistometria de umplere, studii de debit–presiune) și probe urodinamice complexe (profilul presional uretral, videourodinamica, studii ambulatorii, teste neurofiziologice).

4.4.2. Ecografia ajută în mică măsură diagnosticul unei tulburări de statică pelvină. Calea abordată este transperineală. Astfel avem acces la explorarea uretrei și a colului vezical.

4.4.3. Explorările radiologice

4.4.4. Imagistica prin rezonanță magnetică - IRM este în același timp scumpă și nu poate fi efectuată de rutină. Unul din dezavantajele majore ale IRM este că investigația se efectuează în clinostatism și, prin aceasta, reduce efectul gravitațional asupra planșeului pelvin.

5. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ

5.1. PRINCIPII GENERALE - Recomandările lui Petros sunt următoarele (4): Restaurarea anatomică normală a perineului trebuie făcută prin intervenții chirurgicale cu viză patogenică, care consolidează sistemul de suspensie și pe cel de susținere al perineului.

1. Cele trei funcții ale organelor pelvine (micțiunea, defecația, activitatea sexuală adecvată) vor fi asigurate la parametrii optimi.

2. Tehnica chirurgicală de corecție a tulburării de statică pelvină, ca și calea de abord, vor fi alese în funcție de particularitățile pacientei, dar și de experiența chirurgului.
3. Pentru a menaja elasticitatea vaginului asupra căruia acționează forțele musculare, se recomandă păstrarea integrității anatomice a acestuia prin evitarea exciziei de mucoasă vaginală.
4. Uterul va fi păstrat, deoarece la uter se ancorează aproape toate ligamentele pelvine.
5. Evitarea complicațiilor postoperatorii este posibilă prin evitarea punerii în tensiune a componentelor planșeului pelvin.
6. Un ligament slăbit trebuie întărit cu un material sintetic pentru a stimula sinteza de colagen.

Tehnicile chirurgicale folosite pentru tratamentul acestei patologii sunt de două tipuri: operațiile clasice și operațiile care folosesc materiale sintetice.

5.1.1. Operațiile clasice - Aceste operații folosesc structurile proprii ale pacientei pentru refacerea anatomiei planșeului pelvin pe care le tensionează prin diferite tehnici.

5.1.2 Operațiile ce utilizează material alloplastic- Aceste operații substituie ligamentele și fasciile afectate cu materiale solide, capabile de a le restabili funcția.

5.2. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI ANTERIOR - Operațiile care se practică pentru restaurarea compartimentului anterior au în vedere reconstituirea reconstituirea ligamentelor pubouretrale, uretrale externe și a fasciei suburetrale.

5.2.1. OPERAȚIILE CLASICE

5.2.1.1.Operația Kelly- Operația constă în plicaturarea uretrei pentru a-i reduce diametrul urmată de plicaturarea fasciei pubovezicale cu scopul creșterii susținerii uretrei și vezicii urinare și poate fi practică atât pentru cura incontinenței urinare de efort cât și pentru cura cistocelului.

5.2.1.2.Operația Burch are un mecanism patogenic de corecție deoarece ridică joncțiunea uretrocistică în zona abdominală, putând fi practică cu succes în cazul pacientelor la care montarea repetată a unei bandele suburetrale nu a rezolvat incontinența urinară de efort.

5.2.1.3.Uretrocistopexia directă (operația Pereira sau Dan Alessandrescu) - Operația ancorează joncțiunea uretrocistică la aponevroza mușchiului oblic extern printr-un șanț creat digital retropubian, realizând o angulare satisfăcătoare a uretrei

5.2.2. TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC

Aceste tehnici sunt din ce în ce mai folosite, bandelele de polipropilenă montate suburetral

reușind să reconstituie mecanismul fiziologic de ocluzie prin ancorarea laxă a treimii medii a uretrei și optimizând vectorial aparatul ligamentar de susținere a uretrei.

5.2.2.1. Bandleta suburetrală retropubiană (TVT - TransVaginal Tape) –

5.2.2.2. Sistemul de fixare tisulară pentru tratamentul incontinenței urinare de efort (TFS)

5.2.2.3. Bandleta suburetrală transobturatorie (TOT – transobturator tape)

5.3. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI MIJLOCIU - Tulburarea de statică pelvină care se întâlnește la nivelul compartimentului mijlociu este prolapsul vaginal anterior, denumit și cistocel.

5.3.1. OPERAȚIILE CLASICE - Colporafia anterioară. Scopul acestei operații este de a întări fascia pubocervicală (129).

5.3.2. TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC -
Reconstrucția chirurgicală cu plasă anterioară în “H” cu patru brațe - Prin această tehnică operatorie se ranforsează fascia pubocervicală cu o plasă de polipropilenă

5.4. CHIRURGIA COMPARTIMENTULUI POSTERIOR - Defectele de compartiment posterior apar prin defectele ligamentare care implică cele trei niveluri DeLancey, ligamentele cardinale și uterosacrate, fascia rectovaginală și centrul tendinos al perineului, ducând la prolaps uterin sau/și prolaps vaginal posterior (4).

5.4.1. OPERAȚIILE CLASICE - La ora actuală, în ciuda procentului mare de complicații și de recidive, tehnicile clasice sunt folosite pentru tratamentul chirurgical al defectelor de compartiment posterior.

5.4.1.1. Histerectomia clasică

5.4.1.2. Histerectomia pe cale vaginală

5.4.1.3. Cura chirurgicală a prolapsului de boltă vaginală - Cea mai utilizată tehnică este operația Amreich–Richter.

5.4.1.4. Colpocleizis-ul - Este indicat pacientelor vârstnice, cu multiple tare biologice și care nu au viață sexuală.

5.4.1.5. Colpoperineorafia posterioară - Este o tehnică chirurgicală de rezolvare a rectocelului

5.4.1.6. Cura chirurgicală a rectocelului cu punte „posterioară” - Această tehnică , care corectează nivelul 2 De Lancey, utilizează o homogrefă, realizată dintr-un fragment de mucoasă dezepitelizată care se înfundă, reducându-se astfel prolapsul vaginal posterior (4).

5.4.1.7. Cura chirurgicală a elitrocelului - Culdoplastia McCall este procedeul cel mai folosit și care are cele mai bune rezultate în corecția enterocelului

5.4.1.8. Refacerea centrului tendinos al perineului - Se realizează prin plastia propusă de Goeschen care are justificare patogenică prin refacerea nivelului 3 De Lancey

5.4.2. *TEHNICILE CHIRURGICALE CARE UTILIZEAZĂ MATERIAL ALLOPLASTIC* -

Odată cu perfecționarea meșelor sintetice au fost propuse o multitudine de procedee pentru reconstrucția compartimentului posterior (137) fără a se reuși să se impună un anumit procedeu.

5.4.2.1. Bandedeta intravaginală posterioară

5.4.2.2. Bandedeta intravaginală posterioară cu fixare sacrospinoasă bilaterală

5.4.2.3. Sistemul de fixare tisulară pentru compartimentul posterior- Realizează refacerea rolului vectorial al ligamentelor utero–sacrate (LUS) și al ligamentelor cardinale, corectând cu succes defectele de compartiment posterior

5.4.2.4. Refacerea centrului tendinos al perineului cu tehnica TFS

5.4.3. *TEHNICI LAPAROSCOPICE*

5.4.3.1. Sacrocolpopexia laparoscopică - Această tehnică chirurgicală fixează bolta vaginală la ligamentul longitudinal anterior al promontoriului sacrat prin intermediul unei meșe de polipropilenă, ratele de succes comunicate fiind cuprinse între 74–98% (120, 142).

5.4.3.2. Histeropexia laparoscopică – procedeul Oxford

1.4.3.3. Histeropexia cu fixare laterala - În decursul anilor de practică chirurgicală am făcut trei observații pe care le consider importante și care au contribuit la dezvoltarea tehnicii de histero/colpopexie laparoscopică – procedeu cu fixare laterală.

6. COMPLICAȚIILE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ

6.1. COMPLICAȚII INTRAOPERATORII

6.1.1. Sângerarea intraoperatorie

6.1.2. Perforația vezicii urinare

6.1.3. Perforația uretrei

6.1.4. Perforația rectului

6.1.5. Perforația intestinului subțire

6.1.6. Leziuni nervoase

6.1.7. Lezarea ureterelor

6.2. COMPLICAȚII POSTOPERATORII

6.2.1. Tulburări de micțiune

6.2.2. Dispareunia

6.2.3. Durerile pelvine

6.2.4. Infecția urinară

6.2.5. Sindromul vaginului rigid

6.2.6. Complicații legate de materialele sintetice folosite

6.2.6.1. Eroziunile

6.2.6.2. Infecțiile materialelor alloplastice

PARTEA SPECIALĂ

7. SCOPUL, OBIECTIVELE ȘI DESCRIEREA STUDIULUI

7.1. SCOPUL STUDIULUI - Scopul acestui studiu a fost găsirea rezolvării chirurgicale optime a diferitelor tulburări de statică pelvină, în acord cu principiile teoriei integraliste dezvoltată de Petros. Procedeele chirurgicale prezentate în lucrarea de doctorat se adresează leziunilor de la nivelul tuturor celor trei compartimente precum și simptomelor generate de acestea, dezideratul principal fiind refacerea anatomiei normale a planșeului pelvin

7.2. OBIECTIVELE STUDIULUI - Un prim obiectiv al acestei lucrări de doctorat este acela de a prezenta rezultatele tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină studiate și de a formula un algoritm care să optimizeze acest tratament.

7.3. DESCRIEREA STUDIULUI - Acest studiu, care vizează optimizarea tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină s-a desfășurat în Clinica Chirurgie a SCJU Constanța și clinicile private unde ne desfășuram activitatea. Studiul este prospectiv și s-a desfășurat în perioada 01.01.2016–31.12.2020 cuprinzând 327 de paciente diagnosticate și operate pentru diverse tulburări de statică pelvină.

7.4. MATERIAL ȘI METODĂ - S-a efectuat un studiu prospectiv în care au fost incluse 327 de paciente care au fost internate, investigate, diagnosticate, operate și urmărite în Clinica Chirurgie a SCJU Constanța și clinicile private unde ne desfășuram activitatea . Datele obținute în urma studiului au fost prelucrate statistic și au fost redată prin tabele și grafice.

7.4.1. DIAGNOSTICUL PACIENTELOR CU TULBURĂRI DE STATICĂ PELVINĂ -

Diagnosticul a fost formulat prin coroborarea datelor obținute din anamneză, examen clinic și investigațiile paraclinice.

7.4.1.1.ANAMNEZA atentă a evaluat atât simptomatologia cât și prezența factorilor de risc pentru tulburări de statică pelvină cu ajutorul unor chestionare (chestionarul de evaluare a simptomatologiei, chestionarul de evaluare a factorilor de risc și chestionarul privitor la calitatea vieții IIQ – 7).

7.4.1.2.EXAMENUL CLINIC -S-a procedat la un examen clinic general urmat de un examen clinic genital.

7.4.1.3.EXAMENUL CLINIC VAGINAL s-a efectuat cu vezica goală și cu vezica plină, în clinostatism și în ortostatism și a constatat în: examenul abdomenului, examenul pelvisului, tușeul vaginal, examenul cu valve, tușeul rectal și testele de evaluare a incontinenței urinare.

7.4.1.4. INVESTIGAȚIILE PARACLINICE

7.4.2. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENTELOR CU TULBURĂRI DE STATICĂ PELVINĂ

4.2.1.Pentru pacientele diagnosticate cu incontinență urinară (defect al compartimentului anterior) s-au folosit:

- operația Kelly
- operația Burch
- montarea de bandetă suburetrală retropubiană (TVT - TransVaginal Tape)
- montarea de bandetă suburetrală transobturatorie (TOT - TransObturator Tape)

7.4.2.2.Pentru pacientele diagnosticate cu defect al compartimentului mijlociu (cistocel) s-au folosit:

- Colporafia anterioară
- Reconstrucția chirurgicală cu plasă cu 4 brațe

7.4.2.3.Pentru pacientele diagnosticate cu defect al compartimentului posterior (prolaps uterin sau prolaps de boltă vaginală) s-au folosit:

A. Pentru pacientele cu prolaps uterin:

- Histerectomia clasică

- Histerectomia laparoscopică
- Histerectomia pe cale vaginală
- Fixarea colului uterin la ligamentele sacrospinoase
- Histerosacropexia (fixarea colului uterin la ligamentul sacrat anterior pe cale abdominală)
- Histeropexia laparoscopică procedeul Oxford
- Histeropexia laparoscopică procedeu cu fixare laterală

B. Pentru paciențele cu prolaps de boltă vaginală:

- colposuspensia la ligamentele sacrospinoase pe cale vaginală
- sacrocolpopexia laparoscopică
- colposuspensia laparoscopică – procedeu cu fixare laterală
- colpocleizis

C. Pentru paciențele cu rectocel

- Colpoperineorafie posterioară + refacerea centrului tendinos al perineului prin tehnica Klaus Goeschen
- montarea de bandă intravaginală posterioară cu fixare sacrospinoasă bilaterală + refacerea centrului tendinos al perineului prin tehnica Klaus Goeschen

D. Pentru paciențele cu elitrocel:

- Culdoplastia McCall + refacerea centrului tendinos al perineului prin tehnica Klaus Goeschen
- Colpocleizis

10. CONTRIBUȚII PERSONALE

10.1. OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ

Primul obiectiv al acestei lucrări de doctorat a fost găsirea unei soluții chirurgicale optime pentru tulburările de statică pelvină.

10.1.1. COMPARTIMENTUL ANTERIOR - Rezultatele cele mai bune le-am obținut cu tehnica de montare a bandelei suburetrale prin procedeul transobturator (TOT). Ameliorarea simptomatologiei la lotul studiat a fost evidentă, tulburările de micțiune analizate la un an postoperator fiind de numai 4,54% iar rata de recidivă de 3,03%. Timpul operator mediu a fost

scurt, de $35,2 \pm 5,2$ minute. Folosind traiectul transobturator pentru inserarea bandelei suburetrale am evitat riscul leziunilor vezicale, complicațiile intraoperatorii fiind minime, reprezentate de câteva leziuni vaginale și sângerări mai abundente în timpul disecției; 96,21% dintre paciente nu au avut nici o complicație intraoperatorie iar 92,85% nu au avut complicații postoperatorii imediate. Procedura a necesitat un timp scurt de spitalizare, în medie $2,3 \pm 1,1$ zile și a avut o rată de succes mare, de 96,97% la un an postoperator.

Opinez că montarea bandelei suburetrale prin procedeul TOT este tehnica chirurgicală de elecție, ca primă intenție în tratamentul chirurgical al incontinenței urinare de efort. Puțin numeroasele recidive după acest procedeu se pot rezolva fie prin montarea unei bandele suburetrale prin procedeul TVT (dezavantaje: risc mare de leziuni vezicale și sângerări intraoperatorii; timp prelungit al operației prin necesitatea efectuării unei cistoscopii în timpul intervenției chirurgicale), fie prin operația Burch (dezavantaj: intervenția chirurgicală se face pe cale abdominală, cu risc de leziuni vezicale și ureterale, cu sângerare intraoperatorie dată de disecția laborioasă; postoperator sunt de așteptat complicații la nivelul plăgii operatorii și retenția de urină).

10.1.2. COMPARTIMENTUL MIJLOCIU

Colpoperineorafie anterioară a fost urmată de recidivă în 9,75% din cazuri, rata succesului anatomic la un an postoperator fiind de 90,25%, pe când utilizarea implantului anterior cu 4 brațe a avut un procent de eroziune a bandelei de numai 2,85% din cazuri și nici o recidivă, rata succesului anatomic fiind de 97,15%, diferență semnificativă statistic ($p \leq 0,05$).

Comparând simptomatologia postoperatorie am observat că colpoperineorafie anterioară este urmată de un procent mai mic de dispareunie (4,87%) decât montarea implantului anterior cu 4 brațe (8,57%).

Privind în ansamblu riscurile și beneficiile celor două tehnici chirurgicale pe care le-am aplicat în cazul acestei patologii observăm că succesul anatomic este mai bun în urma implantului anterior cu 4 brațe dar acest succes anatomic este însoțit și de un risc de 2,85% de eroziune a meșei precum și de un procent mai mare de dispareunie (8,57%).

În urma acestei observații am hotărât să recomand pacientelor care sunt active sexual să accepte tehnica de reconstrucție cu țesuturi native și numai în cazul unui eșec al acestei prime intervenții chirurgicale să fie montat un implant anterior cu 4 brațe.

Am recomandat implantul anterior cu 4 brațe per primam pacientelor inactive sexual și celor care prezentau factori de risc cunoscuți pentru recurența cistocelului (diabet, multiparitate, prolaps de boltă vaginală, anomalii de țesut conjunctiv).

10.1.3. COMPARTIMENTUL POSTERIOR

10.1.3.1. În ceea ce privește **prolapsul uterin**, am utilizat tehnici operatorii care prezervă uterul și colul uterin ori de câte ori a fost posibil, considerând că nu este normală extirparea unui organ sănătos, care în plus oferă inserție pentru toate ligamentele și fasciile care susțin planșeul pelvin. Am efectuat histerectomia numai acelor paciente care prezentau leziuni de decubit la nivelul colului uterin, celor care aveau antecedente herdeocolaterale de neoplasm de col sau corp uterin și celor care au solicitat histerectomia pe propria răspundere.

În consecință, histerectomia a reprezentat numai 12,35% dintre procedeele aplicate pentru corecția prolapsului uterin.

Consider că cea mai bună tehnică pentru histerectomia care vizează corecția prolapsului uterin este cea laparoscopică datorită duratei scurte a intervenției chirurgicale, cu complicații intra și postoperatorii ca și inexistente.

Nu am folosit această tehnică în cazul pacientelor cu antecedente operatorii abdomino-pelvine, la care am practicat histerectomia clasică, pe cale abdominală, din cauza prezenței sindromului aderențial și nici în cazul pacientelor vârstnice, cu tare biologice, la care am preferat histerectomia pe cale vaginală.

Nu am folosit-o nici pentru pacientele vârstnice, cu tare asociate, la care o intervenție desfășurată pe cale abdominală ar fi fost contraindicată, la aceste cazuri preferând histerectomia pe cale vaginală, care nu necesită un timp operator îndelungat.

Pentru pacientele al căror uter a fost prezervat am folosit 3 procedee reconstructive și un procedeu obliterativ, pe care l-am utilizat numai la pacientele vârstnice, tarate, fără activitate sexuală.

Dintre procedeele reconstructive, fixarea colului uterin la ligamentele sacrospinoase a fost aplicat de asemenea pacientelor la care intervenția chirurgicală abdominală era de evitat (antecedente de multiple intervenții chirurgicale pe abdomen sau pelvis, vârstă înaintată, morbiditate extragenitală importantă). După acest procedeu, recidiva prolapsului uterin la un an a fost de 6,66%, alte complicații înregistrate fiind: dispareunia (13,33%), durerea pelvină cronică (6,66%) și infecția urinară (6,66%).

Cele mai multe cazuri de prolaps uterin au fost operate prin tehnici laparoscopice.

La început am folosit histeropexia laparoscopică – procedeul Oxford care presupune suspensia istmului uterin la ligamentul sacrat anterior prin intermediul unei bandele de polipropilenă. Utilizând această tehnică, am înregistrat intraoperator sângerări în proporție de 16,66% din cazuri iar postoperator 8,33% din cazurile de prolaps uterin au recidivat după un an, în timp ce 8,33% din cazuri au prezentat durere pelvină cronică.

Ulterior, principala tehnică laparoscopică utilizată a fost histeropexia laparoscopică – procedeul cu fixare laterală la care sângerările intraoperatorii au fost minime, complicațiile postoperatorii imediate inexistente iar complicațiile postoperatorii tardive au fost reprezentate de recidivă în proporție de 2,04%, dispareunie 4,08% și infecție urinară 2,04%. 91.83% dintre pacientele operate cu acest procedeu nu au avut nici un fel de complicație tardivă la consultul efectuat la un an postoperator.

În concluzie, pentru a trata chirurgical prolapsul uterin trebuie să începem prin a răspunde la întrebarea: ***putem sau nu să păstrăm uterul și colul uterin?***

Abia apoi ne vom pune următoarea întrebare: ***care din tehnicile chirurgicale este mai potrivită pentru pacienta respectivă?***

Nu putem păstra uterul dacă pacienta este susceptibilă să dezvolte un cancer genital, dacă prezintă leziuni de decubit ale colului uterin sau dacă ne cere imperativ histerectomia.

Dacă pacienta a mai fost operată pe abdomen sau pelvis și este într-o stare biologică bună, fiind capabilă să suporte o nouă intervenție chirurgicală pe abdomen se va putea practica histerectomia clasică, abdominală.

Dacă pacienta are comorbidități și o vârstă înaintată este bine să scurtăm timpul operator cât mai mult și să evităm o intervenție pe cale abdominală. La aceste cazuri histerectomia pe cale vaginală este cea mai potrivită.

Dacă pacienta nu mai are în antecedente operații pe abdomen sau pelvis și dacă este într-o bună stare de sănătate se va practica histerectomia laparoscopică.

În cazul în care am hotărât că putem păstra uterul și colul uterin ca element central de susținere a planșeului pelvin putem avea 3 situații:

1. *Dacă pacienta este de vârstă înaintată, cu comorbidități importante și fără viață sexuală cea mai potrivită tehnică este cea obliterativă, colpocleizis-ul.*
2. *Dacă pacienta are viață sexuală și bilanțul preoperator contraindică o intervenție chirurgicală pe cale abdominală vom folosi fixarea colului uterin la ligamentele sacrospinose.*

3. *Dacă pacienta poate suporta o intervenție chirurgicală pe cale abdominală se va practica o histeropexie laparoscopică, fie prin procedeul Oxford (suspensia istmului uterin la ligamentul sacrat anterior), fie prin procedeul cu fixare laterală care are cele mai bune rezultate în timp.*

10.1.3.2. Pentru corectarea **prolapsului de boltă vaginală** am folosit 3 procedee reconstructive și un procedeu obliterativ.

Procedeul obliterativ (colpocleizis) a fost folosit numai în două cazuri, la care am fost limitați în alegerea unui procedeu reconstructiv din cauza bilanțului preoperator morbid extragenital care ne-a contraindicat o intervenție abdominală sau o intervenție cu durată mare.

Procedeele reconstructive au fost reprezentate de un procedeu care se realizează pe cale vaginală (colposuspensia la ligamentele sacrospinoase) și de două procedee laparoscopice (sacrocolpopexia laparoscopică și colposuspensia laparoscopică – procedeul cu fixare laterală).

Colposuspensia la ligamentele sacrospinoase (2 cazuri) nu a avut complicații intraoperatorii, postoperator imediat înregistrându-se un hematom perineal și o retenție acută de urină; la un an postoperator unul dintre cazuri acuza dispareunie.

Sacrocolpopexia laparoscopică a avut 16,66% complicații intraoperatorii, reprezentate de sângerare în timpul disecției și 16,66% complicații postoperatorii imediate reprezentate de retenția acută de urină. Din cele 6 cazuri operate prin această tehnică, la consultul efectuat la un an postoperator un caz a prezentat recidiva prolapsului de boltă vaginală (16,66%).

Toate cele 12 cazuri la care s-a aplicat colposuspensia laparoscopică – procedeul cu fixare laterală au fost lipsite de complicații intraoperatorii, postoperatorii imediate sau tardive, la un an postoperator suspensia uterină fiind eficientă.

Recapitulând rezultatele obținute cu diferite tehnici chirurgicale în corectarea prolapsului de boltă vaginală recomand următoarea conduită în tratamentul chirurgical al acestei afecțiuni:

1. *Dacă pacienta nu are viață sexuală, are o vârstă înaintată și asociază afecțiuni extragenitale invalidante, este indicată o procedură obliterativă (colpocleizis).*
2. *Dacă pacienta dorește să-și continue viața sexuală dar prezintă comorbidități sau are numeroase intervenții abdominale sau pelvine care contraindică o nouă intervenție pe cale abdominală se va folosi un procedeu cu abord vaginal (colposuspensia la ligamentele sacrospinoase).*

3. *Dacă pacienta are activitate sexuală și poate suporta o intervenție chirurgicală abdominală se va folosi un procedeu de suspensie laparoscopică, fie sacrocolpopexia, fie, de preferat, colposuspensia cu fixare laterală.*

10.1.3.3. Pentru corectarea **rectocelului** am folosit două tehnici operatorii: o tehnică care folosește țesuturile proprii (colpoperineorafie posterioară) și o tehnică care folosește o meșă sintetică (montarea de bandeletă posterioară cu fixare sacrospinoasă bilateral).

La cele mai multe cazuri am aplicat colpoperineorafie posterioară, care a avut un număr mic de complicații intraoperatorii, recunoscute și rezolvate pe loc (leziune rectală la 1,28% din cazuri, leziune vaginală la 3,84% din cazuri, și sângerare intraoperatorie la 1,28% din cazuri), complicații postoperatorii imediate de 1,36% (hematom perineal) și la care la un an postoperator s-a înregistrat recidivă la un procent de 9,58% din cazuri. Cea mai frecventă complicație postoperatorie tardivă a fost reprezentată de dispareunie în procent de 28,76% din cazuri.

Cea de-a doua tehnică chirurgicală (montarea unei bandelete posterioare cu fixare sacrospinoasă bilaterală) am utilizat-o la 16 cazuri pentru a corecta un rectocel recidivat. La această tehnică am avut sângerări intraoperatorii la 11,11% din cazuri și hematom perineal la 6,25% din cazuri. La un an postoperator nu a fost nici un caz de recidivă dar 37,5% dintre paciente s-au plâns de dispareunie.

Studiind avantajele și dezavantajele celor două tehnici, am stabilit că atitudinea chirurgicală potrivită pentru corecția rectocelului va fi următoarea:

1. *Pacientelor care se află în fața primei tentative de reparare a rectocelului li se va aplica colpoperineorafie posterioară, tehnică care folosește țesuturile proprii, are o rată acceptabilă de recidivă și de dispareunie la un an postoperator și care evită complicațiile tardive la care sunt expuse pacientele la care se implantează o plasă de polipropilenă (eroziunea meșei, infecții la nivelul implantului).*
2. *Pacientelor care se prezintă pentru corectarea unei recidive a rectocelului li se va recomanda acceptarea montării unei bandelete posterioare fixată la ligamentele sacrospinose. Această tehnică, deși este urmată de un procent mai mare de dispareunie postoperatorie, asigură menținerea corecției rectocelului, în studiul de față neexistând nici un caz de recidivă la un an postoperator.*

10.1.3.4. Pentru tratamentul chirurgical al **elitocelului** am folosit două tehnici operatorii: culdoplastia McCall care este un procedeu reconstructiv și colpocleizis-ul, procedeu obliterativ.

Culdoplastia McCall nu a avut incidente intraoperatorii; postoperator imediat am remarcat retenția acută de urină la 20% dintre paciente iar la un an postoperator recidiva elitrocelului s-a produs într-un procent de 20%.

Procedeul obliterativ, colpocleizis-ul nu a avut incidente operatorii și nici complicații postoperatorii.

Strategia pe care am aplicat-o și pe care o recomand în cazul în care se dorește corecția elitrocelului este următoarea:

Pacientelor active sexual le recomand acceptarea culdoplastiei McCall ca primă decizie chirurgicală deoarece, deși are un procent de recidivă de 20%, această tehnică prezervă funcția sexuală a vaginului.

Colpocleizis-ul rămâne rezervat pacientelor care nu sunt active sexual și la care, din cauza comorbidităților asociate nu pot suporta o intervenție chirurgicală de durată mai mare sau o reintervenție în caz de recidivă.

Toate aceste observații pe care le – am făcut în timpul elaborării tezei de doctorat le-am concentrat într-un algoritm al tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină.

**OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL TULBURĂRILOR DE
STATICĂ PELVINĂ**

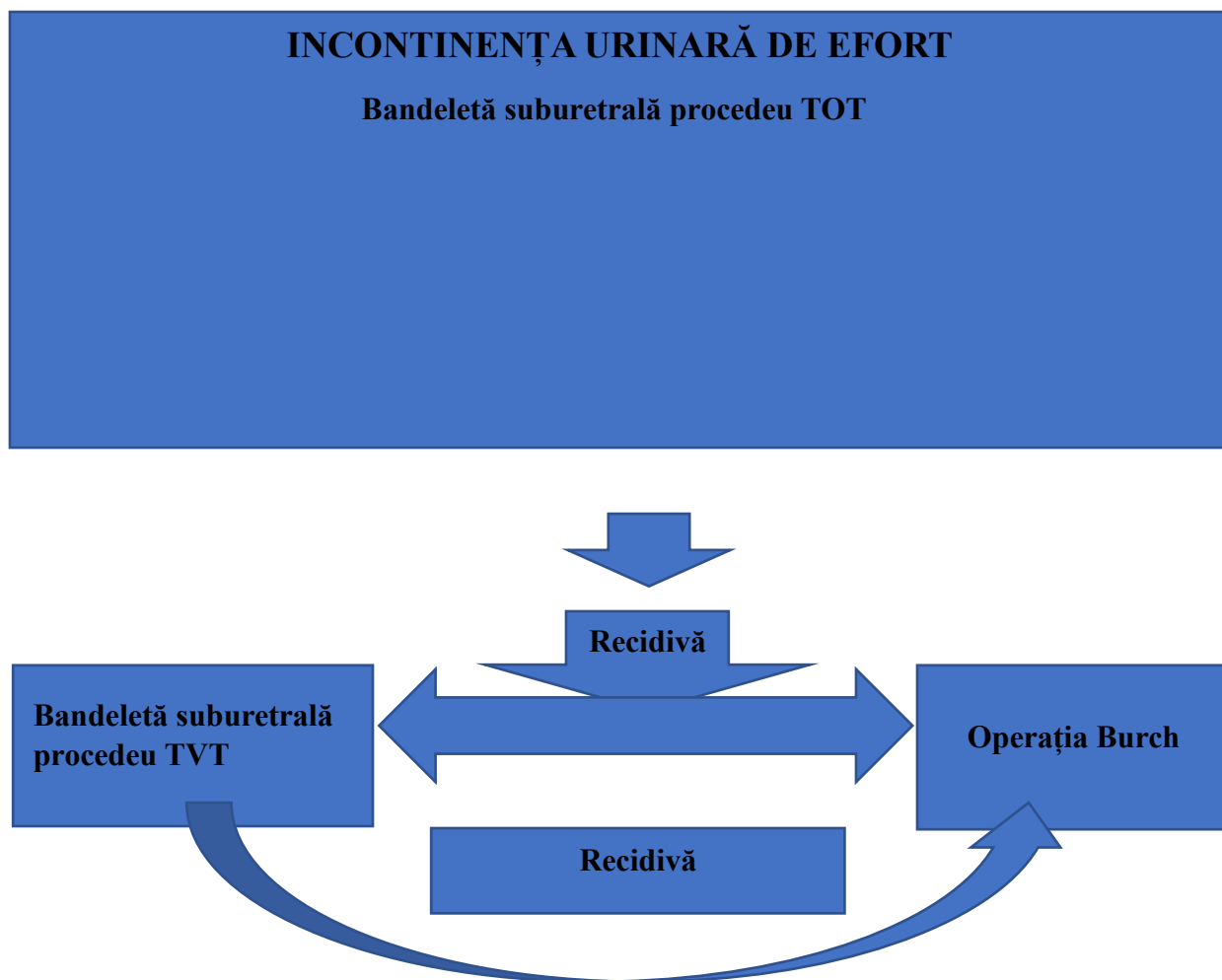


Figura 10.1. Optimizarea tratamentului chirurgical al incontinenței urinare de efort

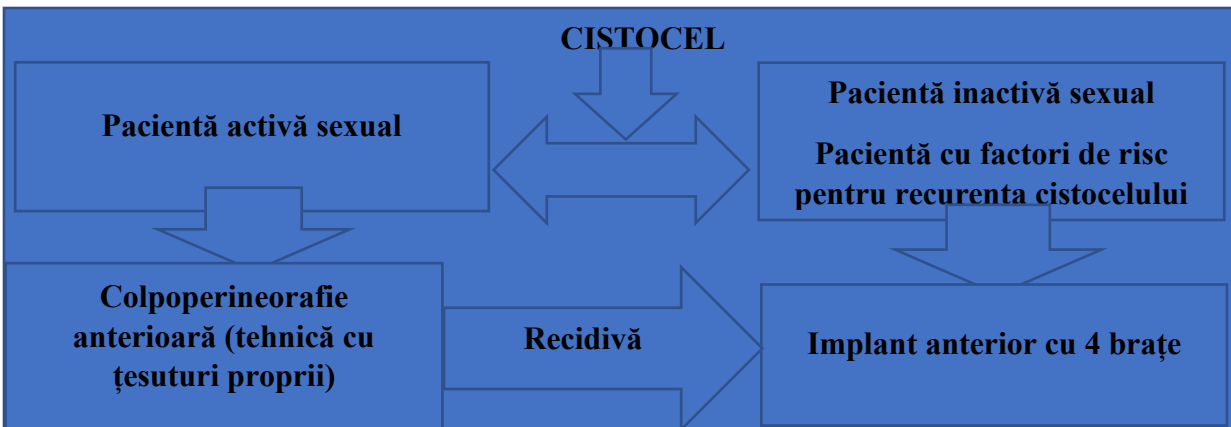


Figura 10.2. Optimizarea tratamentului chirurgical al cistocelului

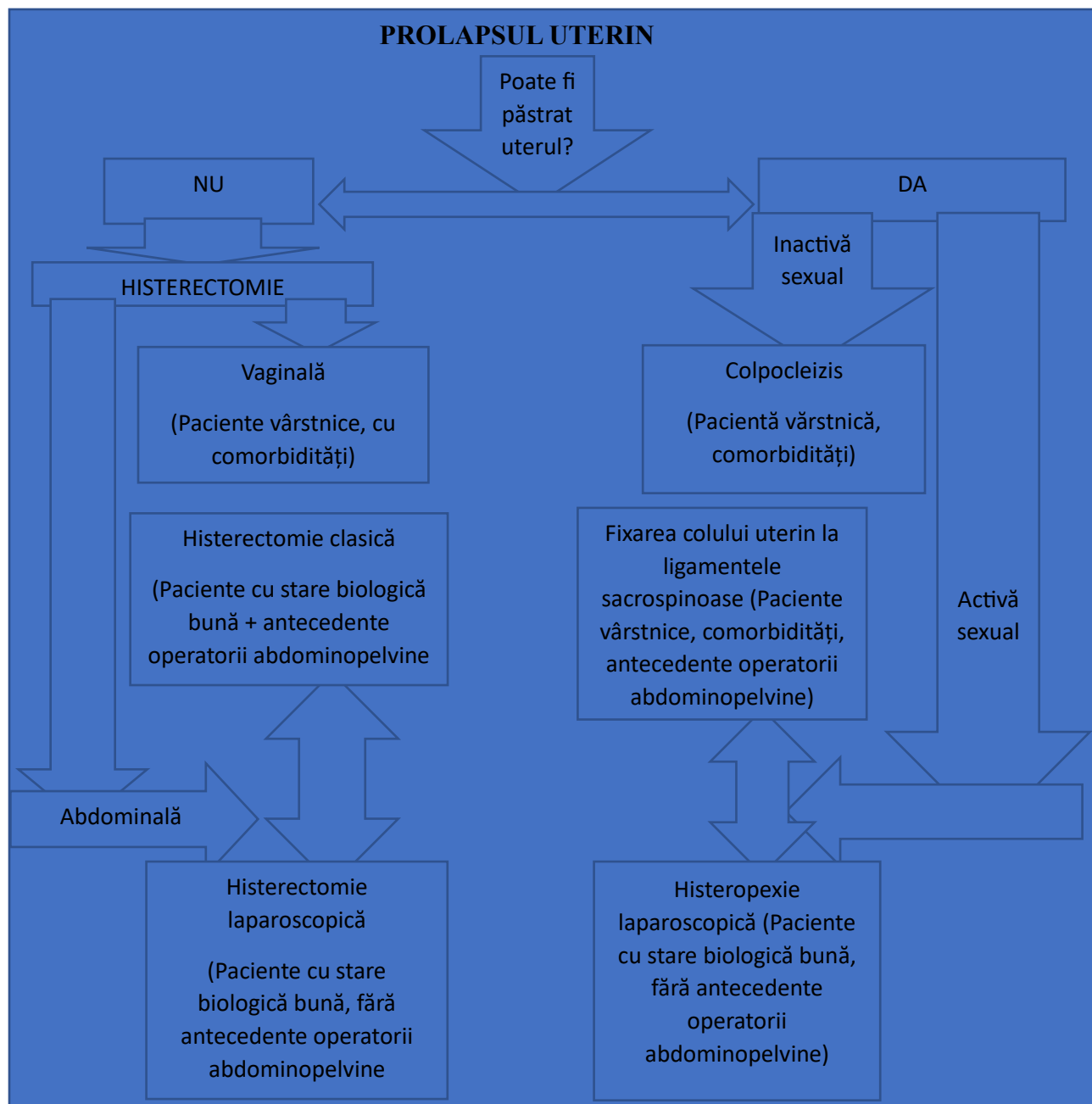


Figura 10.3. Optimizarea tratamentului chirurgical al prolapsului uterin

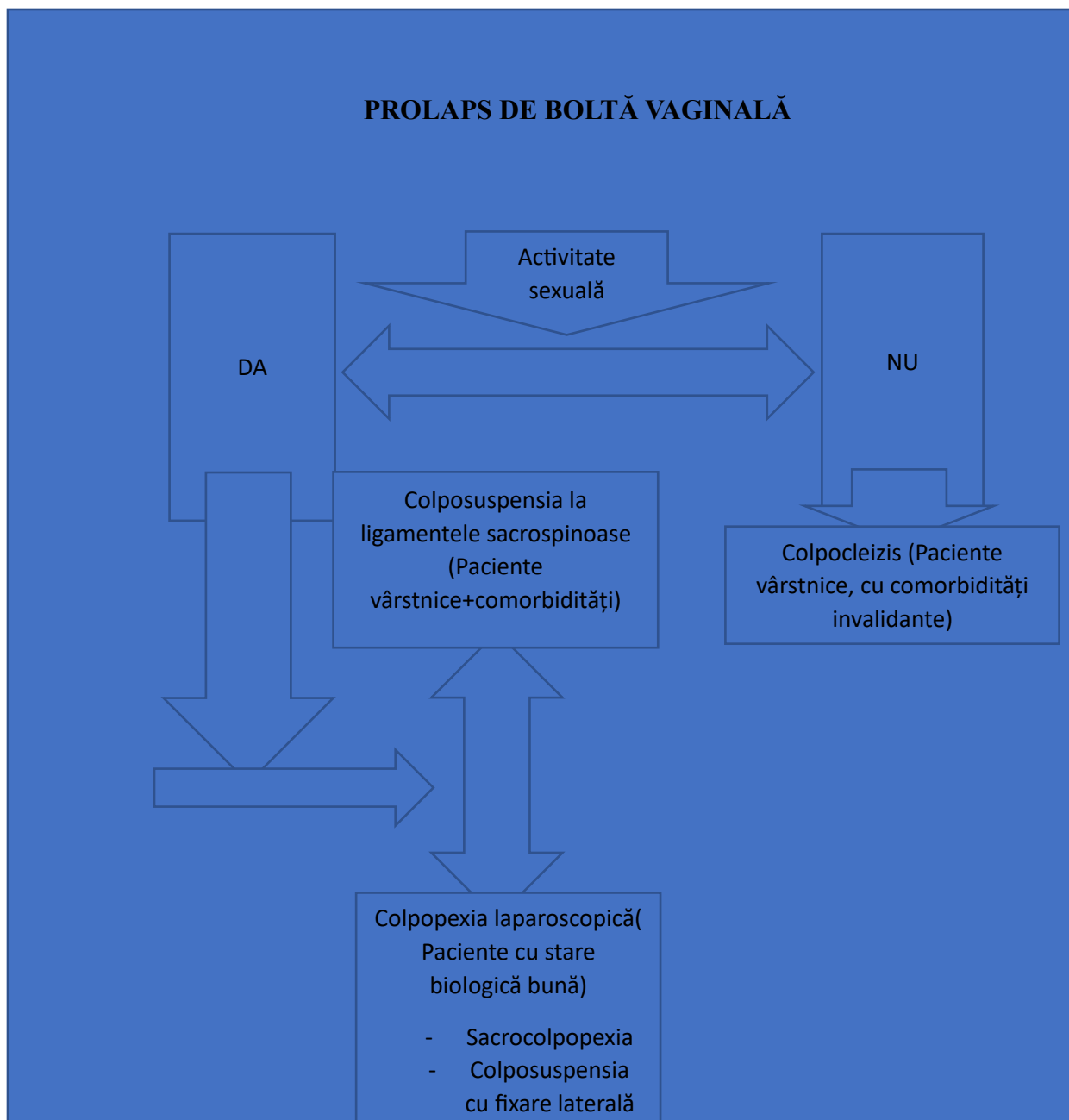


Figura 10.4. Optimizarea tratamentului chirurgical al propapsului de boltă vaginală

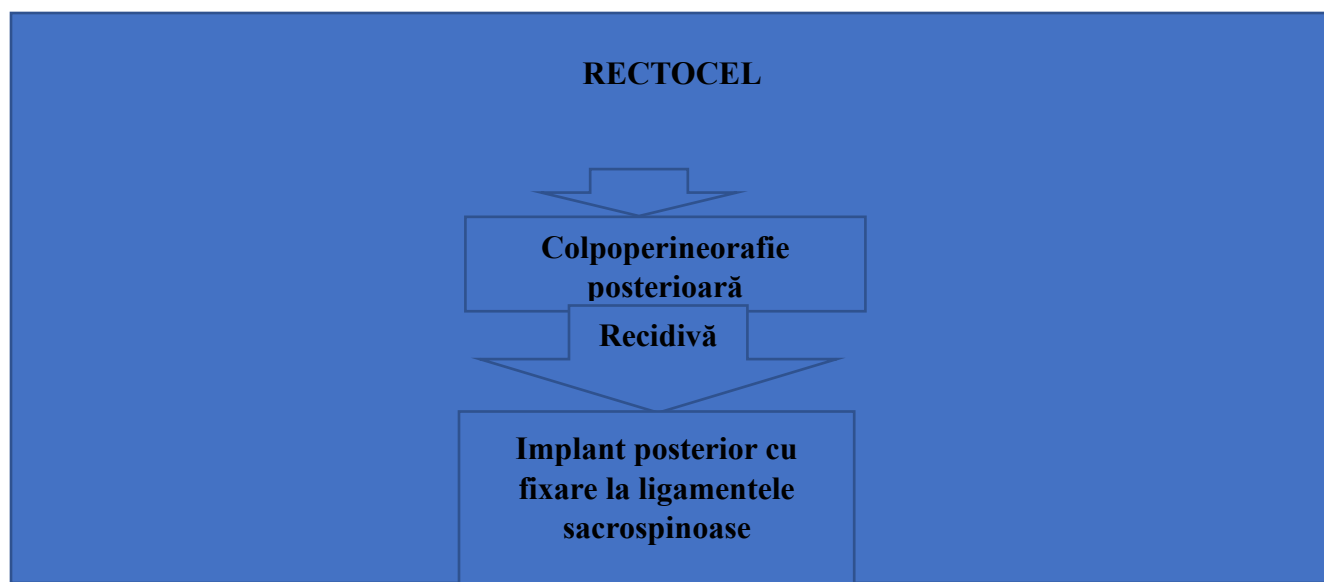


Figura 10.5. Optimizarea tratamentului chirurgical al rectocelului

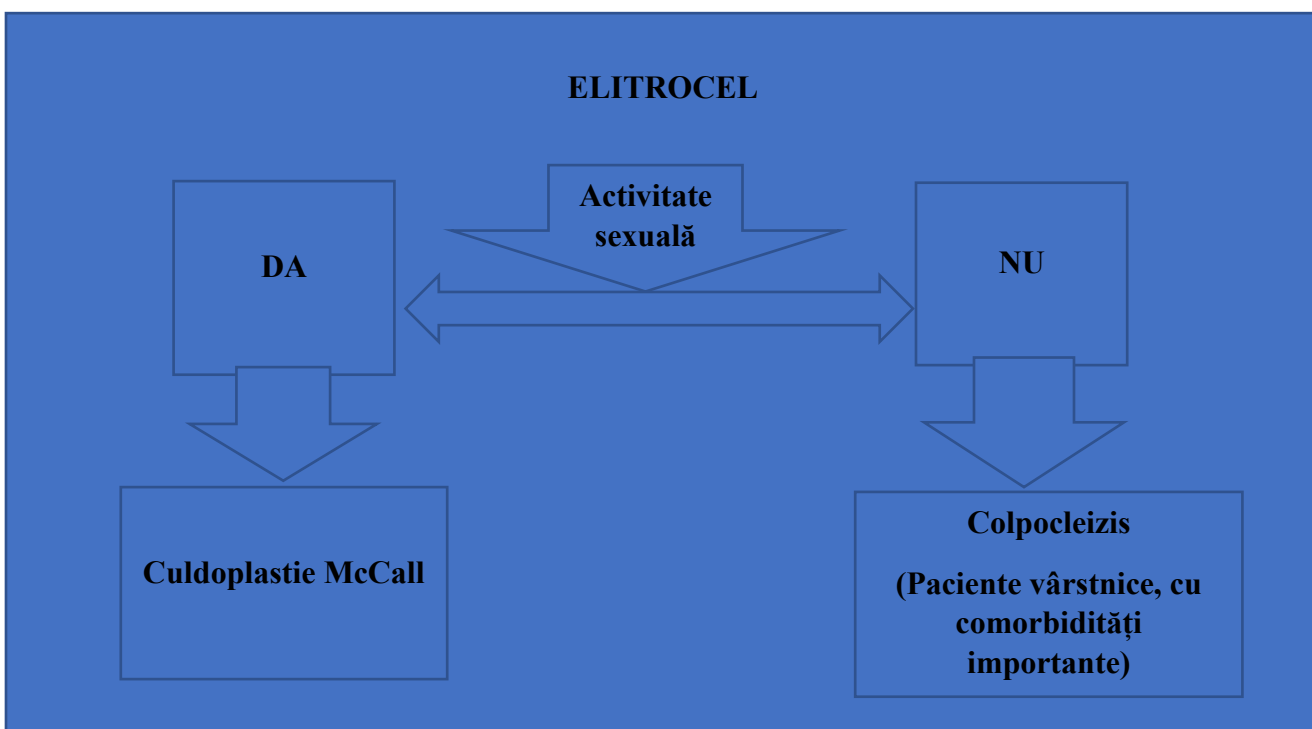


Figura 10.6. Optimizarea tratamentului chirurgical al elitrocelului

10.2. HISTERO/COLPOPEXIA LAPAROSCOPICĂ – PROCEDEUL CU FIXARE LATERALĂ

Cel de-al doilea obiectiv al lucrării de doctorat a fost prezentarea experienței personale cu o tehnică chirurgicală pe care am numit-o histero/colpopexie laparoscopică – procedeu cu fixare laterală și pe care am dezvoltat-o în Clinica Chirurgie a SCJU Constanța pentru corecția prolapsului uterin sau a prolapsului de boltă vaginală. Tehnica de suspensie laterală este o modificare a tehnicii Dubuisson care suspendă asemănător, dar la alt nivel, la 4 cm deasupra spinei iliace.

Am dezvoltat această tehnică după ce am dobândit experiență în chirurgia laparoscopică abdominală și pelvină și în tratamentul chirurgical al tulburărilor de statică pelvină, din dorința de a oferi pacientelor cu prolaps uterin sau cu prolaps de boltă vaginală o metodă sigură de rezolvare a acestei patologii.

În decursul anilor de practică chirurgicală am făcut trei observații pe care le consider importante și care au contribuit la dezvoltarea tehnicii de histero/colpopexie laparoscopică – procedeu cu fixare laterală.

Prima observație a fost că laparoscopia oferă o bună vizibilitate și expunere intraoperatorie permițând disecția cu acuratețe a țesuturilor, fără sângerare importantă intraoperatorie, fără complicații ale plăgilor operatorii (care sunt frecvente în chirurgia clasică al peretelui abdominal), abordul laparoscopic fiind de preferat în cazul pacienților obezi; pacienții operați laparoscopic se recuperează mai rapid decât cei operați clasic iar cicatricile postoperatorii sunt minuscule.

A doua observație a fost că materialele protetice neresorbabile oferă o rezistență sporită în timp prin persistența implantului care constituie un schelet pe care se reorganizează structurile conjunctive.

A treia observație a fost că atunci când se folosește un implant pentru a ameliora statica pelvină acesta trebuie ancorat la țesuturi cu rezistență crescută (periost, ligament sacrospinos, ligament sacrat anterior), care nu este influențat de scăderea nivelului de estrogen.

Tehnica pe care am dezvoltat-o ține cont de aceste observații, abordând laparoscopic pelvisul și folosind o bandetă de polipropilenă care se fixează cu mijloace de fixare absorbabile (AbsorbaTack) pe fața anterioară a istmului uterin, iar lateral este trasă bilateral cu o pensă introdusă prin canalul inghinal, urmând traiectul ligamentelor rotunde și fixată la aponevroza

mușchilor anterolaterali ai abdomenului, țesut cu rezistență crescută și neinfluențat hormonal, care poate fi folosită și la pacientele vârstnice, la care nivelul estrogenilor este scăzut.

În cadrul acestui studiu am aplicat histeropexia laparoscopică – procedeul cu fixare laterală la 49 de paciente cu prolaps uterin și colpopexia laparoscopică – procedeu cu fixare laterală la 12 paciente.

Avantajele tehnicii constau în: durata scurtă a operației, cu risc scăzut de leziuni ale organelor intrapelvine și de sângerare intraoperatorie; complicațiile postoperatorii imediate sunt cvasiinexistente, iar rata succesului antomic la un an postoperator este impresionantă (în studiul nostru – 97,96%); durata de spitalizare este mică (3 zile $\pm$ 1,1 zile în studiul de față), recuperarea postoperatorie este rapidă, la fel și reintegrarea socioprofesională.

Dezavantajul tehnicii ar fi faptul că necesită abilități deosebite de chirurgie laparoscopică, fiind accesibilă după o experiență îndelungată.

10.3. STUDIUL FACTORILOR DE RISC AI TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ ȘI AI FACTORILOR PREDICTORI AI SUCCESULUI POSTOPERATOR

Cel de – al treilea obiectiv al tezei de doctorat a fost studierea factorilor de risc ai tulburărilor de statică pelvină precum și formularea factorilor predictor ai succesului postoperator.

10.3.1. FACTORII DE RISC AI TULBURĂRILOR DE STATICĂ PELVINĂ

10.3.1.1. Factori predispozanți

Prezența antecedentelor heredocolaterale de tulburări de statică pelvină sau incontinență urinară precum și coexistența herniilor, eventrațiilor, varicelor hidrostatice, hemoroizilor, diabetului poate predispuce la apariția tulburărilor de statică pelvină fie prin calitatea slabă congenitală a țesuturilor conjunctive și a aparatului ligamentar de susținere fie prin hipoperfuzia organelor pelvine din cadrul arteriopatiei diabetice.

10.3.1.2. Factori determinanți

Factori hormonal. Hormonii sexuali feminini influențează fibrele de elastină și de colagen, acționând asupra calității țesutului conjunctiv și a aparatului ligamentar de susținere a organelor pelvine.

Numărul de sarcini. În timpul sarcinii pereții vaginali își măresc elasticitatea sub influența progesteronului, prostaglandinelor și relaxinei care au titruri crescute. Prin urmare pereții vaginali cu elasticitate crescută nu mai pot oferi o creștere a tensiunii care să fie suficientă pentru închiderea tractului urinar la efort. Apare o laxitate crescută și la nivelul ligamentelor uterosacrate, evidențiată

simptomatologic prin apariția durerilor pelvine și a senzației de presiune în pelvis. Așadar, cu cât numărul de sarcini ale unei femei este mai mare, cu atât riscul de apariție a unei tulburări de statică pelvină crește.

Vârsta la menopauză. După menopauză are loc o deteriorare a fibrelor de collagen și o scădere a numărului de fibre de elastină care este cauzată de scăderea nivelului seric de estrogeni. Se poate observa o scădere a extensibilității vaginului și o laxitate a structurilor de susținere și suport ale organelor pelvine care favorizează apariția tulburărilor de statică pelvină.

Factori obstetricali. Trecerea capului fetal prin canalul de naștere poate comprima sau chiar distruge fibrele conjunctive de la nivelul planșeului pelvin determinând tulburări de statică pelvină în oricare din cele trei compartimente ale planșeului pelvin.

Numărul de nașteri naturale. În studiul de față, apariția tulburărilor de statică pelvină s-a corelat cu numărul de nașteri vaginale, concordant cu literatura de specialitate.

Complicațiile obstetricale au avut o frecvență crescută în rândul femeilor participante la studiu: 44,03% au avut o epiziotomie la naștere; 11% au prezentat leziuni perineale extinse în cadrul rupturii de perineu din timpul nașterii; la 1,52% dintre paciente s-a aplicat forcepsul în cadrul unei nașteri dificile.

Factori chirurgicali.

Chirurgia pelvină în antecedente (în special histerectomia totală) afectează aparatul de susținere și suport al organelor pelvine prin lezarea sau îndepărtarea punctului de sprijin al ligamentelor pelvine asupra cărora nu se mai exercită o tracțiune corespunzătoare. Ca urmare structura ligamentelor este slăbită și acestea nu își mai pot îndeplini rolul de suspensie și de sprijin. Și în acest studiu histerectomia totală a fost prezentă în antecedentele a 14,37% din paciente.

Chirurgia vaginală în antecedente contribuie la apariția tulburărilor de statică pelvină prin excizia exagerată de mucoasă vaginală. În lotul de studiu, 9,78% din paciente au avut o colpoperineorafie anterioară în antecedente, 7,65% - o colpoperineorafie posterioară, 3,66% iar la 6,66% s-a practicat anterior un procedeu pentru incontinență urinară.

10.3.1.3.Factorii predictorii ai succesului postoperator

1. Înlăturarea factorilor de risc care sunt modificabili (evitarea efortului fizic, renunțarea la fumat, scăderea în greutate, tonifierea planșeului pelvin printru exerciții, tratament estrogenic)
2. Bună cunoaștere a anatomiei planșeului pelvin
3. Selecționarea atentă a cazurilor

4. Bună pregătire preoperatorie a pacientei (tratamentul afecțiunilor cronice, pregătirea mucoasei vaginale cu estrogeni)
5. Alegerea celei mai potrivite tehnici de rezolvare a patologiei respective
6. Tehnică operatorie impecabilă(respectarea tehnicii chirurgicale originale, fără decolări inutile de țesuturi, fără suturi în tensiune, fără excizia abuzivă a mucoasei vaginale)
7. Experiență operatorie vastă, care să permită recunoașterea imediată a complicațiilor intraoperatorii și rezolvarea rapidă a acestora
8. Dacă pentru rezolvarea tulburării de statică pelvină se alege un procedeu care folosește implanturi, chirurgul trebuie să cunoască riscurile intraoperatorii ale montării acestora (leziuni vezicale, vasculare, nervoase), ca și riscul de eroziune tardivă a mucoasei vaginale.
9. Operatorul trebuie să aibă o pregătire specializată pentru fiecare tehnică de inserare a plasei sintetice.
10. Selectarea tipului de meșă pe baza caracteristicilor proprii (material, numărul și mărimea ochiurilor) și a proprietăților biomecanice
11. Modalitatea de inserare a implantului să fie adecvată pentru repararea defectului respectiv, fiind preferabil ca meșele utilizate să nu aibă o dimensiune excesivă
12. Cea mai bună operație este prima operație
13. Dacă pacienta prezintă concomitent mai multe tulburări de statică pelvine este recomandabil ca acestea să fie corectate în aceeași ședință operatorie
14. Îngrijire atentă imediat postoperator
15. Recomandarea continuării tratamentului local cu estrogeni 3 luni postoperator
16. Recomandarea repausului fizic și sexual timp de 6 luni postoperator

11. CONCLUZII

1. Am efectuat un studiu prospectiv pe un lot de 327 de paciente diagnosticate cu diverse tulburări de statică pelvină. Acest studiu a avut 3 obiective: optimizarea rezolvării chirurgicale a tulburărilor de statică pelvină prin compararea rezultatelor diferitelor tehnici chirurgicale folosite; prezentarea experienței personale în tratamentul chirurgical al prolapsului uterin și a celui de boltă vaginală utilizând tehnica histero/colpopexiei cu fixare laterală bilaterală a uterului sau a boltei vaginale, tehnică dezvoltată în Clinica Chirurgie a SCJU Constanța; studierea cauzelor majore care determină instalarea tulburărilor de statică pelvină.

2. Faptul că metodele de tratament chirurgical al tulburărilor de statică sunt atât de numeroase, demonstrează că nu s-a găsit încă o tehnică infailibilă de refacere adecvată a aparatului de susținere a planșeului pelvin, motiv pentru care am dorit să contribui și eu cu experiența mea la rezolvarea acestei atât de întâlnite patologii.
3. Factorii predispozanți ai tulburărilor de statică pelvină sunt: prezența antecedentelor heredocolaterale de tulburări de statică pelvină și coexistența herniilor, eventrațiilor, hemoroizilor, varicelor hidrostatice (denotă o calitate slabă congenitală a aparatului ligamentar de suspensie și suport pelvin; categoria administrativă de domiciliu (pentru paciențele din mediul rural accesul la asistență medicală este mai dificil iar lipsa educației întârzie prezentarea la medic); obezitatea (prin presiunea crescută asupra organelor pelvine); ocupația (exercitarea meseriilor care cer efort fizic susținut crește presiunea asupra organelor pelvine și a planșeului pelvin); diabetul prin hipoperfuzia pelvisului și a aparatului de susținere pelvină.
4. Factorii determinanți ai tulburărilor de statică pelvină pot fi împărțiți în trei categorii: factori hormonal (vârsta la menopauză și numărul de sarcini); factori obstetricali (numărul de nașteri vaginale și complicațiile obstetricale) și factori chirurgicali (chirurgia pelvină, în special cea care implică histerectomia totală și chirurgia vaginală prin excizia în exces de perete vaginal). În cadrul studiului, prevalența tulburărilor de statică pelvină s-a corelat cu toți acești factori.
5. Consider că bilanțul preoperator al pacientei, incluzând anamneza, examenul clinic general, examinările paraclinice este esențial pentru formularea unui diagnostic complet, atât al tulburărilor de statică pelvină pe care le prezintă cât și al unei eventuale patologii asociate, care poate fi implicată în apariția și evoluția lor.
6. Optimizarea tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină trebuie să ia în calcul următoarele criterii: vârsta pacientei, prezența comorbidităților, simptomatologia pacientei, diagnosticul clinic, preferințele pacientei, logistica serviciului și experiența echipei chirurgicale.
7. Tulburările de statică pelvină nu pun în pericol viața, ci afectează calitatea vieții pacientelor, de aceea corecția lor reprezintă o chirurgie funcțională, care presupune un rezultat funcțional bun postoperator, esențial pentru a nu afecta calitatea vieții. Dacă rezultatul postoperator nu este cel așteptat, agravează simptomatologia sau creează simptome noi, alterând calitatea vieții pacientei, se poate ajunge la situații conflictuale, unele chiar cu implicații medico-

legale. Prin urmare, este obligatorie informarea preoperatorie corectă a pacientelor despre posibilitatea apariției unor asemenea complicații, urmată de obținerea consimțământului informat pentru intervenția chirurgicală.

8. Dacă o pacientă a prezentat afectarea concomitentă a mai multor compartimente ale planșeului pelvin, rezolvarea acestora a avut loc în aceeași ședință operatorie, evitând astfel agravarea unor tulburări de statică pelvină preexistente sau apariția postoperatorie a unora noi.
9. Pentru tratamentul chirurgical al incontinenței urinare de efort cea mai eficientă și sigură metodă și care are un impact pozitiv asupra calității vieții este montarea unei bandelele suburetrale prin procedeul TOT sau prin procedeul TVT. Recomand maniera TOT de montare a bandelelei deoarece are un risc mic de complicații intra și postoperatorii imediate iar timpul operator este scurtat, nefiind necesară verificarea pasajului extravezical al tunelizatoarelor prin cistoscopie intraoperatorie. Maniera TVT de montare a bandelelei suburetrale va fi utilizată numai în cazul recidivei incontinenței urinare sau în cazul pacientelor cu o ocupație care necesită efort fizic mare.
10. Tratamentul chirurgical optim al cistocelului este reprezentat de colporafia anterioară în cazul femeilor care au activitate sexuală deoarece, deși recidiva este mai frecventă decât în tehnicile care folosesc meșe sintetice, procentul de dispareunie postoperatorie este mai mic, asigurând o calitate a vieții mai bună. Implantul anterior cu patru brațe, care reface fascia pubocervicală, este recomandat per primam pacientelor inactive sexual. Pacientelor active sexual care prezintă recidivă după tehnica cu țesuturi native le este recomandat de asemenea implantul anterior cu patru brațe.
11. Tratamentul chirurgical optim al prolapsului uterin presupune utilizarea unei tehnici care păstrează uterul și colul uterin, element care oferă inserție fasciilor și ligamentelor de suport și suspensie ale planșeului pelvin. Histerectomia va fi utilizată numai în cazul în care există o patologie uterină sau de col uterin. Histerectomia va fi executată de preferat pe cale transabdominală folosind tehnica laparoscopică sau, când laparoscopia nu este practicabilă din cauza antecedentelor operatorii abdominale multiple, se va folosi tehnica clasică de histerectomie. La pacientele vârstnice, la care o intervenție chirurgicală abdominală era riscantă din cauza statusului biologic precar, am utilizat histerectomia pe cale vaginală. Ori de câte ori a fost posibil, am prezervat uterul și colul uterin, abordul operator pentru corecția prolapsului uterin fiind fie transabdominal fie vaginal. Intervențiile transabdominale

practicate au fost reprezentate de două tehnici laparoscopice: histeropexia prin procedeul Oxford și histeropexia prin procedeul cu fixare laterală dezvoltat în Clinica Chirurgie a SCJU Constanța, tehnică care a fost utilizată pentru cele mai multe paciente. În cazul pacientelor vârstnice, tarate, fără patologie de corp sau col uterin am avut două situații: la pacientele care au dorit să-și continue viața sexuală am aplicat tehnica fixării colului uterin la ligamentele sacrospinoase bilateral folosind meșe sintetice iar la pacientele inactive sexual am practicat o tehnică obliterativă, colpocleisis-ul. Comparând tehnicile utilizate pentru corecția prolapsului uterin am ajuns la concluzia că tehnicile laparoscopice sunt cele mai bune datorită faptului că am avut cele mai puține complicații intraoperatorii și postoperatorii imediate, rata succesului anatomic a fost ridicată, ca și gradul de satisfacție postoperatorie al pacientelor iar rata de recidivă a fost foarte mică.

12. Optimizarea tratamentului chirurgical al prolapsului de boltă vaginală trebuie să ia în considerație următoarele eventualități: vârsta înaintată, prezența comorbidităților extragenitale, antecedentele de intervenții chirurgicale multiple abdominopelvine și opțiunea pacientei de a fi activă sexual. La pacientele vârstnice, cu comorbidități și fără viață sexuală am recomandat colpocleisis-ul. La pacientele vârstnice, active sexual dar care au prezentat multiple comorbidități sau aveau numeroase operații abdominale am practicat colposuspensia la ligamentele sacrospinoase bilateral prin intermediul meșelor sintetice. Pentru pacientele fără comorbidități importante și care erau active sexual am utilizat tehnicile laparoscopice (în principal colposuspensia prin procedeul cu fixare laterală și rareori sacrocolpopexia).
13. Tratamentul chirurgical de elecție al rectocelului a fost tehnica care folosește țesuturile proprii (colpoperineorafie posterioară), evitând complicațiile implantului de meșe sintetice. Am obținut rezultate mulțumitoare cu această tehnică din punctul de vedere al succesului anatomic care a avut o rată ridicată și al calității vieții pacientei, rata de dispareunie fiind una scăzută, ca și rata de recidivă. La pacientele care s-au prezentat pentru un rectocel recidivat am montat o bandetă posterioară pe care am fixat-o la ligamentele sacrospinoase, operație care a corectat eficient rectocelul (nu a existat nici un caz de recidivă la un an postoperator), dar care a avut un procent crescut de dispareunie.
14. Pacientelor care se prezintă pentru corectarea unei recidive a rectocelului li se va recomanda acceptarea montării unei bandete posterioare fixată la ligamentele sacrospinoase. Această tehnică, deși este urmată de un procent mai mare de dispareunie postoperatorie, asigură

menținerea corecției rectocelului, în studiul de față neexistând nici un caz de recidivă la un an postoperator.

15. Corecția chirurgicală optimă a elitrocelului trebuie să ia de asemenea în calcul starea biologică a pacientei precum și dorința acesteia de a-și continua sau nu viața sexuală. La cele mai multe paciente am practicat culdoplastia McCall, intervenție preferată de pacientele active sexual, deși are o rată crescută de recidivă. Colpocleizis-ul l-am practicat numai în cazul pacientelor vârstnice, inactive sexual și care prezentau comorbidități importante.
16. Întrucât multe dintre pacientele cu tulburări de statică pelvină au prezentat afectarea mai multor compartimente ale planșeului pelvin , am preferat refacerea anatomiei și reinstaurarea funcției fiziologice într-o singură intervenție, considerând că repararea unui singur compartiment va duce la modificări de forțe care vor slăbi în timp și celelalte compartimente, necesitând o altă intervenție chirurgicală
17. Optimizarea tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină trebuie să ia în calcul și factorul economic, de aceea consider că este bine ca procedeele minim invazive și tehnicile laparoscopice să fie principala opțiune a operatorului. Avantajele acestor tehnici sunt: durata scurtă a intervenției chirurgicale, durata de spitalizare redusă, rezultatele postoperatorii bune și stabile, ameliorarea netă a calității vieții pacientelor, recuperare și reintegrare postoperatorie socioprofesională rapidă.
18. Complicațiile intraoperatorii au fost în număr redus, de cele mai multe ori într-un procent inferior celor din literatura de specialitate. Nu am înregistrat complicații intraoperatorii majore (leziuni vasculare importante, leziuni nervoase, perforații intestinale). Intervențiile uroginecologice în antecedentele pacientelor s-au corelat cu creșterea numărului de complicații intraoperatorii. Complicațiile intraoperatorii au fost imediat recunoscute și prompt rezolvate, fără a periclita evoluția ulterioară a pacientei. Complicațiile postoperatorii imediate au avut o rezolvare facilă și nu au influențat rezultatul intervenției chirurgicale. Procentele de apariție a unei alte tulburări de statică pelvină, cele de recidivă și cele de eroziune a meșelor sintetice au fost de asemenea inferioare celor comunicate de alți autori.
19. Am folosit frecvent meșele sintetice, atât pentru cura incontinenței de efort (montarea bandetelor suburetrale) cât și pentru corectarea prolapsului uterin (suspensia colului uterin la ligamentele sacrospinoase bilateral), pentru corectarea prolapsului de boltă vaginală (colposuspensia la ligamentele sacrospinoase), pentru cura cistocelului (implantul anterior cu

patru brațe) sau a rectocelului (montarea bandelei posterioare cu fixare la ligamentele sacrospinoase bilateral). Am folosit de asemenea meșe sintetice la intervențiile chirurgicale laparoscopice, pentru suspensia istmului uterin sau pentru colposuspensie fie la ligamentul sacrat anterior (procedeul Oxford) fie la aponevrozele mușchilor anterolaterali ai abdomenului (procedeul cu fixare laterală). Rata de recidivă a tulburărilor de statică pelvină după intervențiile chirurgicale în care s-au utilizat meșe sintetice a fost mai mică decât cea în care s-au utilizat pentru reconstrucție țesuturile proprii ale pacientei. Procentul de apariție a eroziunii meșei sintetice a fost mai mic comparativ cu procentele comunicate de alți autori. Am observat că un număr mai crescut de eroziuni ale meșei s-au produs la pacientele vârstnice, diabetice, cu antecedente operatorii uroginecologice. Consider că pregătirea preoperatorie a mucoasei vaginale cu estrogeni contribuie la evitarea apariției eroziunilor meșei sintetice de aceea o recomand sistematic fiecărei paciente care urmează să fie operată pe cale vaginală. Din experiența mea am observat că cele mai puține eroziuni s-au produs după implantele cu meșe confecționate din polipropilenă cu ochiuri mari, pe care le am ajustat în funcție de condițiile anatomice locale, preferând să folosesc cât mai puțin material sintetic.

20. Am recomandat pacientelor continuarea postoperatorie a tratamentului estrogenic încă 3 luni pentru o mai bună cicatrizare, obținută prin intensificarea sintezei colagenului matur care favorizează creșterea grosimii, consistenței și elasticității mucoasei vaginale.
21. Am observat de asemenea că o perioadă îndelungată de abținere sexuală (2 luni) s-a corelat cu un număr mic de apariție a eroziunilor de meșă.
22. După o îndelungată experiență în chirurgia laparoscopică și în chirurgia tulburărilor de statică pelvină am dezvoltat o tehnică chirurgicală de rezolvare a prolapsului uterin și a celui de boltă vaginală: histero/colposuspensia – procedeu cu fixare laterală, care îndeplinește cele patru deziderate majore ale curei chirurgicale ale prolapsului: reducerea prolapsului, lipsa simptomelor funcționale, satisfacția pacientei și evitarea complicațiilor. Tehnica este simplă, necesită o durată operatorie mică cu traumă operatorie minimă, recuperare rapidă postoperatorie cu înalt grad de satisfacție în ceea ce privește calitatea vieții și integrare socioprofesională precoce a pacientelor. Această tehnică este preferabilă în cazul pacientelor obeze, unde alte tipuri de operații sunt însoțite de dificultăți tehnice importante, riscuri intraoperatorii și morbidități postoperatorii suplimentare. Din punct de vedere economic

aplicarea acestei tehnici este avantajoasă prin durata mică de spitalizare, medicația postoperatorie ieftină și integrarea socioprofesională rapidă.

23. Am sintetizat optimizarea tratamentului chirurgical al tulburărilor de statică pelvină prin crearea unui algoritm pe care l-am aplicat în mod constant.
24. Am identificat factorii predictor ai succesului postoperator anatomic și funcțional: înlăturarea factorilor de risc care sunt modificabili; bună cunoaștere a anatomiei planșeului pelvin; selecționarea atentă a cazurilor; bună pregătire preoperatorie a pacientei; alegerea celei mai potrivite tehnici de rezolvare a patologiei respective; tehnică operatorie impecabilă; experiență operatorie vastă, care să permită recunoașterea imediată a complicațiilor intraoperatorii și rezolvarea rapidă a acestora; dacă pentru rezolvarea tulburării de statică pelvină se alege un procedeu care folosește implanturi, chirurgul trebuie să cunoască riscurile intraoperatorii ale montării acestora; operatorul trebuie să aibă o pregătire specializată pentru fiecare tehnică de inserare a plasei sintetice; selectarea tipului de meșă pe baza caracteristicilor proprii și a proprietăților biomecanice; modalitatea de inserare a implantului să fie adecvată pentru repararea defectului respectiv, fiind preferabil ca meșele utilizate să nu aibă o dimensiune excesivă; cea mai bună operație este prima operație; dacă pacienta prezintă concomitent mai multe tulburări de statică pelvină este recomandabil ca acestea să fie corectate în aceeași ședință operatorie; îngrijire atentă imediat postoperator; continuarea tratamentului local cu estrogeni 1 lună postoperator; repaus fizic și sexual timp de 2 luni postoperator; pacientă compliantă.