

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA**

ȘCOALA DOCTORALĂ

**TEZĂ
DE DOCTORAT**

REZUMAT

**COLPOLIGAMENTOSUSPENSIA TRANSVAGINALĂ CU
MATERIALE ALOPLASTICE DE IMPLANT ÎN
TRATAMENTUL PROLAPSULUI GENITAL FEMININ**

CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:

Prof. Univ. Dr. Mihai B Brăila

STUDENT-DOCTORAND:

Cazacu Ioana-Gilda

CRAIOVA

2015

Cuprinsul sintetic al tezei de doctorat

- **Introducere Obiective**
- **Capitolul I – Tulburări de statică genitală**
 - Noțiuni de anatomie comparată
 - Anatomia topografică genito-pelviană și planșeul pelvi-perineal
 - Consecințe stato-dinamice ale anomaliilor funcționale și lezionale
 - Aspecte clinice
- **Capitolul II – Tehnici și procedee chirurgicale mai frecvent folosite în tratamentul prolapsului utero - vaginal**
 - Plicatura sub-cervico-uretrală
 - Colporafia anterioară
 - Colpoperineorafie posterioară cu miorafia înaltă a ridicătorilor anali
 - Plicatura anterioară a parametrelor (Crossen)
 - Tripla operație de la Manchester (Operația Fothergill)
 - Operația combinată Spalding-Richardson
 - Interpoziția vezico-vaginală a uterului. (Procedeul Watkins-Wertheim-Schauta)
- **Capitolul III – Histerectomia totală pe cale vaginală (H.T.V.)**
- **Capitolul IV – Alte tipuri de intervenții chirurgicale pentru prolapsul utero – vaginal**
 - Procedee moderne endoscopice / H.T.V. asistată laparoscopic
 - Colpocleizisul
 - Prolapsul de bont vaginal
 - Alungirea hipertrofică de col
 - Rupturile vechi de perineu
- **Parte specială – Contribuții proprii**
- **Capitolul V – Material și metodă**
- **Capitolul VI – Rezultate**
- **Capitolul VII – Discuții**
- **Capitolul VIII – Concluzii**
- **Bibliografie**

Cuvinte Cheie: prolaps utero-vaginal, pelvi-genitale, histerectomie totală vaginală, prolaps de bond vaginal, colpo-sacro-ligamentopexie vaginală, implantat, colpoligamentosuspensia bilaterală pe cale vaginală, meșă din polipropilenă, descens uterin.

Introducere

Obiective

Coborârea uterului în axul vaginului și în afara acestuia, este însoțită de deplasarea în același sens a pereților vaginului, a porțiunii adiacente a vezicii urinare și a rectului, definește prolapsul utero-vaginal.

Patologia este un apanaj al femeilor multipare și survine predominant la grupele de vârstă a treia.

Cercetarea mea s-a axat pe reevaluarea cazurilor de prolaps utero-vaginal internate în două clinici de obstetrică-ginecologie din Germania, St.Marien din Borken în perioada 2012-2013, 156 de cazuri și Santa Barbara din Attendorn, actual Helios în perioada 2009-2013, 367 de cazuri studiind în total 523 de cazuri.

Sunt descrise 3 graduri de prolaps utero-vaginal, în funcție de nivelul descensului uterin. Pentru încadrarea corectă a prolapsului se apreciază situația uterului în ortostatism și în poziție ginecologică. Se efectuează obligatoriu histerometria pentru a exclude alungirea hipertrofică de col uterin. Este importantă depistarea asocierii incontinenței urinare la efort (IUE), patologie care poate fi mascată de prolapsul utero-vaginal. De asemenea este importantă depistarea asocierii sau coexistența cu alte leziuni pelvi-genitale (displazii cervicale, cancer de col uterin, leziuni hipertrofice de endometru, adenocarcinom de endometru, fibromioame uterine unice sau multiple, tumori de ovar benigne sau maligne).

Prezența acestora contraindică intervenția chirurgicală simplă fiind necesare tratamente complexe, particulare.

Se au în vedere eventualele boli generale asociate în scopul stabilirii riscului anestezic și operator: cardiopatii, boala hipertensivă, disfuncții respiratorii, nefropatii, obezitate, coagulopatii, diabet zaharat, colagenoze, leziuni medulare, coxartroze.

Majoritatea cazurilor operate s-au încadrat în gradul III – prolaps genital total.

În Statele Unite ale Americii 1/3 femei, iar în Marea Britanie 1/5 femei au în antecedente histerectomie practică înainte de vârsta de 60 de ani. În Olanda 1/3 femei au pe parcursul existenței histerectomie.

Încă din perioada anilor 2002-2008, Schaffer consemnează în SUA 23% histerectomii totale vaginale, 65% histerectomii totale abdominale, 10% histerectomii asistate laparoscopic, 2% histerectomii totale.

În Marea Britanie după 1990 la circa 200 histerectomii totale practicate anual într-un departament de specialitate, 12-14% sunt histerectomii totale vaginale.(7,12)

În toate studiile predomină histerectomia abdominală comparativ cu histerectomia vaginală, histerectomia totală comparativ cu histerectomia subtotală. În ambele căi de abord problema principală rămâne interceptarea inervației care este afectată înainte de a ajunge la detrusorul vezical cu ocazia decolării vezico-uterine. Disecția excesivă a țesuturilor paravaginale afectează vascularizația și inervația zonei. Acesta a fost unul din

motivele ce au determinat promovarea histerectomiei asistată laparoscopic sau prin chirurgie robotică.

Pentru profilaxia prolapsului de bond vaginal după histerectomia totală vaginală sunt școli care au introdus sistematic utilizarea meșelor din substanțe aloplastice (polipropilenă) pentru colpo – sacro – ligamento – pexie vaginală, obiectiv principal de altfel al lucrării mele de dizertație.

Material și metodă

Tehnica operatorie-Colpoligamentosuspensia transvaginală cu materiale aloplastice de implant

1. Incizia peretelui vaginal anterior:
 - a. injectarea unui anestezic local sau a unei soluții vasoactive de exemplu. Lidocaina cu adrenalină ;
 - b. practicarea unei mici incizii la nivelul peretelui vaginal anterior. Până în dreptul trigonului vezical, median.
2. Prepararea peretelui vaginal anterior :
 - a. prin prepararea întregului strat sub fascia pubocervicală până la nivelul apexului vaginal ;
 - b. preparare boantă, astfel încât prepararea să rămână la un singur strat de disecție ;
 - c. preparare în direcția spinei ischiadice și palpate bilaterală cu indexul.
3. Evidențierea ligamentului sacro-spinal :
 - a. palpate la 2 cm medial de spina ischiadică
 - b. efectuarea acestui pas operator bilateral ;
4. Încărcarea vârfului fixator propriu anterior :
 - a. vârful fixator propriu este fixat pe acul anterior, în care vârful acului este introdus în deschidere.
5. Introducerea vârfului fixator propriu anterior:
 - a. vârful acului se introduce în direcția foramenului obturator, curbura acului de-a lungul indexului;
 - b. vârful fixator este împins spre înainte, până când mușchiul obturator intern este penetrat și implantatul se gasește în mijloc la nivelul liniei de incizie vaginală;
 - c. vârful se introduce de-a lungul suprafeței dorsale a ramului pubic;
 - d. acest pas operator este efectuat bilateral;
 - e. implantatul este fixat central în raport cu trigonul vezical.
6. Adaptarea implantatului și plasarea suturilor:
 - a. excesul de material este tăiat în funcție de lungimea dorită;
 - b. suturile sunt plasate la nivelul apexului. Capetele firelor de sutură sunt lăstate temporar pe abdomenul pacientei, pentru ca ulterior implantatul să fie fixat;
 - c. în mod normal se practică 2 sau mai multe puncte de sutură la nivelul apexului;
 - d. se folosesc fire resorbabile.
7. Aplicarea vârfului și a tecii protectoare:
 - a. acul este introdus în vârful fixator propriu. Indicație: vârful fixator propriu adaptat la nivelul vârfului acului, astfel încât dințisorii sunt întotdeauna orientați anterior;
 - b. acul echipat este introdus prin teaca protectoare curbată;

- c. teaca este împinsă peste ac până când se aude un click;
 - d. se controlează astfel încât teaca să fie bine așezată și vârful acului să nu iasă din capătul superior al tecii.
8. Plasarea acului apical:
- a. ligamentul sacro-spinal este localizat prin palpate;
 - b. în timp ce degetul palpator rămâne pe ligament, vârful acului echipat cu teacă este introdus de-a lungul și cu ajutorul degetului în direcția ligamentului sacro-spinal;
 - c. pentru partea stângă acul este ținut în poziția orei 5;
 - d. pentru partea dreaptă acul este ținut în poziția orei 7.
9. Introducerea vârfului fixator propriu:
- a. plasarea vârfului teci pe degetul palpator, perpendicular și caudal spre ligamentul sacro-spinal la circa 2 cm medial de spina ischiadică;
 - b. cu indexul se apasă pe mecanismul de eliberare de pe mânerul acului. În timp ce declanșatorul rămâne mai departe apăsat, acul și vârful fixator propriu sunt împinse în ligament.
 - c. acul și vârful fixator propriu nu trebuie forțate în ligament dacă mecanismul de eliberare nu este activat.
10. Retragerea tecii și a acului:
- a. acul și teaca sunt îndepărtate din zona implantatului, în timp ce acul este retras cu atenție până când vârful fixator propriu se eliberează singur;
 - b. se trage cu atenție de brațul fixator, pentru a se asigura că este bine fixat;
 - c. pentru partea stângă se repetă pașii 7-10, cu indicațiile respective pentru partea controlaterală.
11. Implantatul este împins deasupra brațului de fixare:
- a. ochiurile implantatului – marcate cu fire în partea superioară a plasei - se împing pe brațul fixator;
 - b. firele deja plasate în plasă sunt conduse și legate.
12. Plasarea și adaptarea implantatului:
- a. capetele brațului fixator sunt conduse prin vârful unui mecanism ajutator suplimentar;
 - b. brațul fixator este ținut la mișlocul introitusului și mecanismul ajutător împinge brațul fixator în direcția implantatului astfel încât implantatul este împins în cavitatea pelvină;
 - c. implantatul este împins de ambele părți în pași mici până în poziția dorită;
 - d. pentru destinderea implantatului plasa este prinsă în mijloc și trasă în direcția introitusului.
13. Montarea ochiurilor de fixare:
- a. când implantatul este adaptat corect, capătul aplicatorului ochiului este consolidat la capătul brațului de fixare;
 - b. ochiul de fixare este împins pe brațul de fixare înspre în jos și aplicatorul este degajat;
 - c. ochiul de fixare este împins pe al 2-lea braț de fixare.
14. Adjustarea finală a tensiunii:
- a. ochiul de fixare este împins de-a lungul brațului de fixare în cavitatea pelvină și poziționarea centrală la nivelul introitusului este menținută;
 - b. ochiul de fixare este împins pe brațul fixator înspre în jos până în implantat;
 - c. se palpează, dacă ochiul de fixare se găsește exact pe suprafața implantatului. Dacă este necesar se reajustează mecanismul descris. Indicație: ochiul de

fixare nu mai poate fi retras, îndată ce dințișorii săi au atins ochiurile proximale ale brațului fixator.

15. Adaptarea brațului de fixare:

- a. brațul fixator este tăiat corect la cel puțin 1 cm deasupra ochiului de fixare;
- b. asigurarea, că porțiunea tăiată a brațului plasei se găsește la capătul acestuia. În caz contrar trebuie eliminată porțiunea suplimentară, menținând lungimea necesară a plasei.

16. Tratamentul peretelui vaginal anterior:

- a. pe cât posibil excizia minimală a mucoasei vaginale excedente;
- b. închiderea inciziei vaginale cu material de sutură la alegere;
- c. tamponada vaginală.

Rezultate

Cele 523 cazuri operate în două spitale de stat din Germania au beneficiat de condiții și o conduită medicală excelentă. Menționez că am stat de vorbă cu marea majoritate a acestor paciente, atât în privința datelor anamnestice, cât și asupra celorlalte probleme privind viața lor familială, morală, economică și socială. Multe dintre aceste femei de peste 71 ani (129 cazuri între 71 – 80 ani, 55 între 81 – 90 ani, 5 cazuri de paciente cu vârsta peste 91 ani, reprezentând în total 189 cazuri, respectiv 36,4% din totalul cazurilor studiate) s-au născut sau au fost contemporane celui de-al Doilea Război Mondial. Am avut și am participat la intervenția chirurgicală a câtorva paciente din Koln care îmi relatează că în timpul bombardamentelor Forțelor Aliate, în special americane și engleze, orașul a fost aproape ras de pe fața pământului, singura clădire rămasă neatinsă fiind celebra Catedrală Catolică, monument istoric aparținând patrimoniului UNESCO, de altfel superbă, vizitată de sute de mii de turiști din toată lumea, a treia ca importanță și splendoare mondială după celebra Catedrală Westminster din Londra și Catedrala Saint Mary of the Sea din Sevilla, Spain.

Evoluția post – operatorie a cazurilor operate a fost bună și foarte bună, fără complicații hemoragice, tromboembolice sau infecțioase, pacientele fiind externate după 72h în marea majoritate a cazurilor. Tratamentul post-operator a constat în mobilizarea precoce, alimentație normo-proteică, normo-calorică, hidrosolubilă, antibioterapie selectivă, antiinflamatorii, tratament anticoagulant.

Pe loturile analizate de mine pe ambele secții clinice (199 cazuri de HTV cu montare de meșă transvaginală și perineală, 38,06% cazuri din total) diagnosticul pozitiv pentru care s-a intervenit chirurgical a fost cel de prolaps utero – vaginal gradele II și III.

Menționez cele trei grade de prolaps utero – vaginal:

- a. Gradul I – colul rămâne endo-vaginal deasupra orificiului vulvo – vaginal;
- b. Gradul II – colul se exteriorizează în afara inelului vulvo – vaginal;
- c. Gradul III – uterul în întregime descinde în afara orificiului vulvo – vaginal și atârână între coapsele pacientei ca „o limbă de clopot”; acest grad se însoțește întotdeauna de prolapsul vaginal fiind denumit și prolaps genital total.

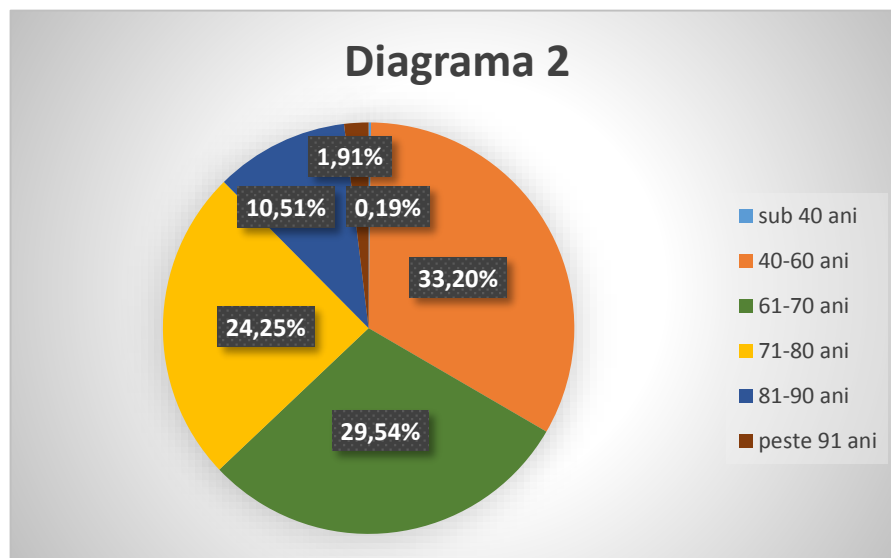
Cazurile analizate au fost studiate din foile de observație și protocoalele operatorii pe parcursul a doi ani în Spitalul St.Marien din Borken și a cinci ani în Spitalul Santa Barbara din Attendorn, actual Helios.

Antecedentele obstetricale sunt cele mai importante în etiopatogenia prolapsului utero – vaginal. În acest sens 482 cazuri respectiv 92,2% din total au prezentat în antecedente

între 1 și 3 nașteri, 27 cazuri respectiv 5,1% au prezentat în antecedente între 4 – 5 nașteri, 14 cazuri respectiv 2,7% din total au prezentat în antecedente peste 6 nașteri.

Cu o singură operație cezariană în antecedente am consemnat 89 de cazuri, respectiv 17,1% din total, cu două operații cezariene am studiat 42 de cazuri, respectiv 7,9% din totalul cazurilor.

După criteriul vârstei am constatat o pacientă cu vârsta sub 40 ani respectiv 0,19% din totalul cazurilor care s-a internat și a fost operată pentru RVP, cistorectocel, IUE. Intervenții chirurgicale pentru RVP, cistorectocel, descens uterin gradul I, II și III au fost efectuate la un număr de 177 cazuri respectiv 33,20% din total, paciente cu vârste cuprinse între 40 – 60 ani, 156 cazuri respectiv 29,54% din total paciente cu vârste cuprinse între 61 – 70 ani, 129 cazuri respectiv 24,25% din total paciente cu vârste cuprinse între 71 – 80 ani, 55 de cazuri respectiv 10,51% din total paciente cu vârste cuprinse între 81 – 90 ani și 5 cazuri respectiv 1,91% din total paciente cu vârsta peste 90 ani. (Diagrama 2)



Se remarcă proporția deosebit de mare a pacientelor cu vârsta de peste 70 ani, 189 cazuri, respectiv 36,3% din total din care 55 paciente cu vârsta între 81 – 90 ani și 5 paciente cu vârsta peste 91 ani.

Acest aspect este deosebit de relevant în sensul rezolvării cazurilor operatorii la pacientele de vârsta a 3a în contextul unei importante în contextul unei importante specialități medicale din țările vestice ale Europei și din SUA, cum este gerontochirurgia.

Pacientele au fost bine investigate preoperator și în consulturi interdisciplinare amintite de altfel anterior. Procedul chirurgical aplicat de HTV a fost cel standard, iar aplicarea meșei din polipropilenă s-a efectuat conform procedeele descrise la capitolul Material și metodă.

Nu au fost semnalate incidente, accidente anestezice și intraoperatorii și nici complicații postoperatorii semnificative. Pacientele au fost externate după 72h de la intervenția chirurgicală, cu recomandările specifice. Prognosticul vital și funcțional imediat și tardiv a fost foarte bun.

Discuții

În etiopatogenia prolapsului utero – vaginal pot fi incriminate mai multe cauze. Unele țin de calitatea biologică a țesuturilor pacientei, respectiv calitatea anatomică și histologică a structurilor planșeului pelvi – perineal, de țesutul conjunctivo – muscular, implicit de colagenul aflat în contituția acestora, în esență de constelația genetică a individului, de gradul de civilizație și educație, tradiții și obiceiuri ale populației respective.

Am fost impresionată de înaltul nivel de civilizație, educației și conștiință ale femeilor din Germania, care singure, după dezastrul celui de-al Doilea Război Mondial, au fost nevoite să-și reconstruiască țara, majoritatea bărbaților apti de muncă fiind morți sau prizonieri de război.

Alte cauze țin de traumatismul estetric, numărul de nașteri, calitatea asistenței obstetricale, absența sau prezența complicațiilor post – partum și tratamentul și tratamentul adecvat utilizat în rezolvarea acestora.

Folosirea tot mai rară a intervențiilor obstetricale clasice de tipul aplicațiilor de forceps, cât și dirijarea corectă a travaliului, folosirea analgeziei peridurale, au condus la creșterea numărului de nașteri pe cale vaginală și scăderea numărului de operații cezariene sub 15% și la reducerea frecvenței prolapsului utero – vaginal.

Nu mai puțin adevărat este faptul că nu toate multiparele fac după o anumită vârstă prolaps utero – vaginal.

Am întâlnit paciente cu 10 – 16 nașteri naturale în antecedente care nu aveau prolaps utero – vaginal și femei care prezentau descens uterin de gradul II și III după operație cezariană în antecedente. După cum au fost comunicate în literatura de specialitate, cazuri de prolaps utero – vaginal la fete și la virgine, cazuri rare ce este drept, dar care vin să confirme realitatea practică, respectiv importanța constelației genetice, ereditatea, calitatea biologică deficitară, a țesuturilor conjunctivo – musculare perineale și genitale individuale. De-a lungul vremii mulți chirurgi și ginecologi din lume și-au adus contribuții tehnice personale în tratamentul tulburărilor de statică genitale, în tratamentul chirurgical al prolapsului utero – vaginal, în practicarea histerectomiei totale vaginale.

Nu trebuie să uităm că operația cezariană a fost introdusă în practica obstetricală abia la începutul sec XX (cezariana segmento – transversală Fuchs – Dorfler în perioada 1904 – 1908, cezariana segmento – longitudinală Kronig – Beck în perioada 1910 – 1912, protagoniștii fiind germani).

Nașterea pe căi naturale fiind regula și a cât mai mulți copii este lesne de înțeles că incidența prolapsului genital total era mult crescută comparativ cu perioada actuală când incidența operației cezariene depășește în unele centre din lume 60%.

În acest ritm viitori chirurgi ginecologi nu vor mai întâlni cazuri de prolaps genital total, vor practica tot mai puțin HTV și implicit vor cunoaște și mai puțin procedeul standard. Pentru aceștia cât și în semn de omagiu față de precedesori am decis să aduc în discuție și alte procedee folosite în practică, cu anumite artificii tehnice adăugate la procedeul standard descris:

1. Procedeul Muller – Quenu, hemisecțiunea și morselarea uterului în polifibromatoza uterină;
2. Procedeul Doyen, hemisecțiunea peretelui anterior al uterului;
3. Procedeul Doderlein, hemisecțiunea peretelui posterior al uterului;
4. Procedeul Pean, morselarea uterului prin secționări etajate la nivelul părților laterale pe col, istm și corp, până la nivelul fundului uterin;
5. Procedeul J.L. Faure, hemisecțiunea antero – posterioară totală;
6. Procedeul Peham – Amreich, morselare pentru uterul polifibromatos;

7. Procedeu D.R. Cruikshank, fixarea ligamentelor cardinale și utero – sacrate la peretele vaginal înainte de extirparea uterului, după extirpare se procedează la constituirea unei burse peritoneale începând de la ora 12 prin peritoneul vezical, incluzând ligamentele cardinale, ligamentele utero – sacrate, fața anterioară a peritoneului rectal la 3 – 4 cm deasupra zonei de reflexie a sacului Douglas; se strânge bursa, capetele firelor lăsate lungi sunt trecute prin peretele vaginului și ligamentele cardinale, sutura vaginului cu fire separate de Vicryl, înnodarea lor deasupra vaginului, a capetelor firelor bursiere;
8. Procedeu Lorincz, pediculii utero – sacrați, ligamentele cardinale și ligamentele rotunde sunt ligaturate cu fire de Nylon sau ață păstrate lungi pe repere, până la extirparea uterului; bonturile acestor pediculi se fixează cu Vicryl la pereții vaginali; semicircumferința dreaptă înglobează peritoneul vezical, ligamentul cardinal, ligamentul rotund, peritoneul paravezical, ligamentul utero – sacrat, peritoneul pre – rectal; la fel de partea stângă; se strâng cele două burse juxtapuse se introduce o meșă între ele până în cavitatea peritoneală, se suturează transversal pereții vaginali, cu lăsarea unui spațiu mai larg pentru meșă; se menține meșă 3 – 4 zile realizând împreună cu bonturile fixate o consolidare a cicatricii ce va asigura o bună suspendare a boltei vaginale.
9. Procedeu Rouhier, se practică atunci când femeia nu mai este interesată de viața sexuală, se incizează „în potcoavă” sau în „U” răsturnat peretele vaginal anterior, apoi cel posterior, se excizează câte un lambou anterior și posterior pe tiparul inciziilor trasate înainte; în continuare se practică timpii operatori ca în procedeul standard de HTV;
10. HTV asistată laparoscopic, permite la timpul abdominal și extirparea anexelor;
11. HTV și colpo – sacro – ligamentopexia asistată laparoscopic, se practică HTV și fixarea meșelor la bontul vaginal; laparoscopic cele două meșe din polipropilenă se fixează retro – sau intra – peritoneal de fața anterioară a sacului.
12. HTV și meșă de fixare la ligamentele sacro – sciatice, tehnica practică și descrisă de noi de colpo – sacro – ligamentopexie cu materiale alloplastice de implant.

În ultimii doi ani am remarcat în anumite clinici din Germania tendința de a se folosi pentru rezolvarea prolapsului de bont cervical după histerectomie subtotală a cervico-sacropexiei (CESA) pe cale abdominală tradițională dar și laparoscopică.

Acești tendință am constatat-o și cu ocazia suspendării boltei vaginale (VASA) după histerectomia totală.

O altă tendință am remarcat-o în tehnica prezentată (BSC) de folosire a materialelor aloplastice de implant cu dimensiuni cât mai reduse (în genul bandetei TOT sau TVT).

O altă tehnică actuală care începe tot mai frecvent să fie aplicată este reprezentată de montarea meșei din polipropilenă la bontul cervical sau vaginal pe cale joasă, suspendată la nivelul sacrului pe cale laparoscopică, mixtă vagino-abdominală.

Pe cale abdominală se poate fixa meșă din polipropilenă la anumite cazuri cu uter normal lăsat pe loc (histero-sacropexie), fixarea meșei numai pe bontul cervical după histerectomie subtotală sau fixarea meșei pe bontul vaginal după histerectomie totală.

Ce este de adus în discuție în prezentul capitol este incontinența de urină la efort ”mascată de multe ori de prolapsul genital feminin”.

După anumite intervenții pe cale vaginală pentru IUE se constată erodarea procedeuului într-un timp relativ scurt (6-12 luni în procedeul Kelly-Marion de colporafie anterioară cu recalibrarea uretrei), după trei ani alte tehnici de corectare a IUE, după 6-8 ani în operația Burch și 4-6 ani operația Lapedes.

”Standardul de aur” în corectarea IUE a fost până nu de mult procedeul Burch din peste 120 de alte procedee comunicate în literatura mondială, el fiind depășit actualmente de slingul suburetral din polipropilenă.

Am amintit acest aspect pentru că am întâlnit în Germania în clinicile în care am lucrat următorul aspect. Atât tehnica BSC (colpoligentosuspensia bilaterală pe cale vaginală), tehnică cercetată, aplicată de mine și descrisă în lucrare cât și tehnicile CESA și VASA nu sunt urmate de incontinență de urină la efort iar dacă aceasta survine ulterior, în rare cazuri ce este drept, se poate proceda la TOT – O sau la TVT.

Nu trebuie omis faptul că slingul suburetral s-a introdus prima oară în anul 1910 urmând un ”con de umbră” de circa 75-80 de ani, după care a ”explodat” neașteptat ca procedeu de elecție în tratamentul IUE indiferent de vârstă, ca prim procedeu sau ulterior după alte procedee eșuate.

Concluzii

- Am practicat colpo – sacro – ligamentopexia cu materiale alloplastice (meșă din polipropilenă) în 199 cazuri de HTV pentru prolaps utero - vaginal din 523 intervenții pe cale vaginală, efectuate de noi în două spitale din Germania, Spitalul Netz din Borken și Spitalul Santa Barbara Krankenhaus din Attendorn – incidența procedurii 38,03%.

Diagramă

- Pe grupe de vârstă de la 39 la 96 ani, repartizarea a fost următoarea:
 - Sub 40 ani – 1 pacientă – 0,19%,
 - 40 – 60 ani – 177 cazuri – 33,20%,
 - 71 – 80 ani – 129 cazuri – 26,65%,
 - 81 – 90 ani – 55 cazuri – 10,51%,
 - Peste 90 ani – 5 cazuri – 1,91%.
- Se remarcă proporția deosebit de mare a pacienților cu vârsta de peste 70 ani – 189 cazuri, 36,3%. Acest aspect este deosebit de important în sensul rezolvării gratuite a cazurilor operatorii de vârstă a 3a, în contextul unui stat cu standard ridicat economico – social și medical, în care practicarea gerontochirurgiei, ca de altfel în multe state dezvoltate din Europa, SUA, Canada, Asia, America de Sud, a devenit o realitate cotidiană.
- Nivelul dezvoltării economico – sociale, gradul ridicat de educație și civilizație din Germania a permis acestor paciente, în totalitate asigurate, să se opereze în condiții excelente până la vârsta de 96 ani.
- Pe lângă cele 199 cazuri de HTV cu meșă din polipropilenă s-au mai practicat pentru RVP, cistorectocel, IUE, colporafia anterioară cu recalibrarea uretrei, colpoperineorafie posterioară cu miorafia înaltă a ridicătorilor anali, slingul cu bandetă din polipropilenă suburetrală TOT – O.
- Toate cazurile au fost minuțios investigate preoperator, anestezia a fost predominant generală cu IOT și loco – regională, rahidiană.
- Nu s-au semnalat incidente, accidente anestezice sau intraoperatorii, complicații intra – sau post – operatorii. Prognosticul vital și funcțional, imediat și tardiv au fost bune și foarte bune.

Bibliografie selectivă

1. Abramov Y, Gandhi S, Goldberg RP, et al. Site specific rectocele repair compared with standard posterior colporrhaply. *Obstet Gynecol* 2005;105:314-8
2. American Medical System, Incorporated World Headquarters, 2010, www.AmericanMedicalSystem.com
3. Baggish S.M., Karram M.M. Atlas of Pelvic Anatomy and Gynecologic Surgery, Third Edition, 2011, Elsevier Saunders, 3251 Riverport Lane, St. Louis, Missouri 63043, pag. 437-493, 495-517, 577-747.
4. Brăila M.B., Oprescu S., Sabina Berceanu, Horhoianu V., Tratatamentul chirurgical în ginecologie, pag 106-162, Editura Medicală, București, 2002;
5. Conze J, et al (2008) New polymer for intra-abdominal meshes – PVDF copolymer. *J Biomed Mater Res B Appl Biomater* 87: 321–328
6. Culligan PJ. Surgical repair of the posterior compartment. *Clin Obstet Gynecol* 2005;48:704-712
7. Daniela Schulz-Lampel, M. Goepel, A. Haferkamp, -'Urodynamik', 3. Auflage Springer Verlag GmbH 2012
8. Fothergill WE. The end result of vaginal operation for genital prolapse. *J Obst Gynaecol Br Empire* 1921; 28:251-3
9. Hofmann R., Wagner U. - 'Inkontinenz und Deszensuschirurgie der Frau' 2. Auflage, Springer-Verlag 2015 (137-138, 144-145, 153-156, 190-195, 212-218).
10. Hogston P. Advances in the surgical management of vaginal prolapse. In: Bonner J, Dunlot W, eds. *Recent Advances in Obstetrics and Gynecology*, 22nd ed. The Royal Society Of Medicine Press Ltd 2004; 159-72
11. Howard W Jones III. Hysterectomy. In: John A Rock and Howard W Jones, III eds. *Te Lindes Operative Gynecology*, 9th edition, Philadelphia: Williams and Wilkins, 2003;822
12. Jäger W., Mirenska O, Brügge S.: Surgical Treatment of Mixed and Urge Urinary Incontinence in Women. *Gynecologic and Ostretic Investigation* 2012;74:157-164
13. Karram MM, Kleeman SD. Vaginal vault prolapse. In: John A Rock and Howard W Jones, III eds. *Te Lindes Operative Gynecology*, 9th edition, Philadelphia: Williams and Wilkins, 2003;1000
14. Karram MM, Goldwasser S et al. High uterosacral vaginal vault suspension with fascial reconstruction for vaginal repair of enterocele and vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2001 Dec;185(6):1339-42
15. Kindermann G., Dimpf T. (Hrsg.): 53. Kongress der DGGG. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe 13.-16. Juni 2000, München 2002

16. Klinge U, et al (2002) PVDF as a new polymer for the construction of surgical meshes. *Biomaterials* 23(16):3487–3493
17. Klosterhalfen, B. (2010) Institute of Pathology Düren Foreign Body Reaction
18. de Lancey JOL: Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstetric Gynecol* 1994;170:1713-1723
19. Neerja Goel, Shalini Rajaram 'State of the Art - vaginal surgery`' 2009 -Jaypee Brothers Medical Publishers (P) Ltd.
20. Proca E., *Urologia Ginecologică, Tratat de patologie chirurgicală, vol. VII, Ed. Medicală, București, pag. 521-554, 1983;*
21. Rădulescu C., *Urologia Ginecologică, vol. I, vol. II, Ed. Medicală, București, 1988, 1995;*
22. Schorge J.O., Schaffer J.I., Halvorson M. Lisa, Barbara Hoffman, Karen Bradshaw, Cunningham F.G., *Williams gynecology, Pelvic organ prolapse, pag. 532-555, Vaginal hysterectomy, pag. 911-914, 2008;*
23. Shah DK, Paul EM et al. Short term analysis of total pelvic reconstruction with mesh: The vaginal approach. *J Urol* 2004; 171(1);261-3
24. Sîrbu P., Pandele A., Chiricuță I., Setlacec D. – *Chirurgia ginecologică., vol I și II, Ed. Medicală, București, 1982*
25. Skiadas CC, Goldstein DP, Laufer MR. The Manchester Fothergill procedure as a fertility sparing alternative for pelvic organ prolapse in young women. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2006;19(2):89-93
26. Thilo Wedel, Friedrich Pauli - 'Anatomische und chirurgische Grundlagen zur Netzrekonstruktion des Beckenbodens', Georg Thieme Verlag KG 2010.
27. Waetjen L.E., Subak L.L., Shen H.: „Stress urinary incontinence in the United States”, *Obstetrics and Gynecology*, 101,671-6, 2003
28. Whiteside JL, Barber MD, Paraiso MF, et al. Clinic evaluation of anteriorvaginal wall support defects: interexaminer and intraexaminer reliability. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:100-4
29. <http://www.cesa-vasa.de/download/Aufkl%C3%A4rungsbogen-engl.pdf>
30. <http://file.trsgo.org/userfiles/file/CESA%20VASA.pdf> – Prof Jäger – Köln
31. <http://www.amselevate.com/home/> - tehnica Elevate ant. + post.
32. <http://www.miklosandmoore.com/prolapse/cystocele/anterior-elevate.php>
33. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22669427>
34. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251774/>
35. <http://www.fda.gov/medicaldevices/productsandmedicalprocedures/implantsandprosthetics/urogynsurgicalmesh/>
36. <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/Vaginal-Placement-of-Synthetic-Mesh-for-Pelvic-Organ-Prolapse>
37. <http://www.drugwatch.com/transvaginal-mesh/complications-and-problems.php>
38. <http://sogc.org/wp-content/uploads/2013/01/gui254TU1102E.pdf>
39. <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/356960/>
40. <https://www.federalregister.gov/articles/2014/05/01/2014-09907/reclassification-of-surgical-mesh-for-transvaginal-pelvic-organ-prolapse-repair-and-surgical>