

## **COLPOSACROPEXIA PE CALE LAPAROSCOPICĂ – CAZ CLINIC.**

**T.T. MAGHIAR, C. BORZA, A. MAGHIAR, DANIELA DINULESCU, L. UNIȚA**

**Universitatea Oradea**

### **Rezumat**

#### *Introducere*

*Tulburările de statică pelvină la femei, în special la cele trecute de decada a cincea, reprezintă o problemă de sănătate majoră, datorită ecoului simptomatic pregnant asupra calității vieții pacientelor.*

#### *Material si metoda*

*Lucrarea de față expune cazul unei paciente în vârstă de 58 de ani, care prezintă la internare prolaps genitourinar grad IV, confirmat la examenul obiectiv, la examenul cu valve și la examinările paraclinice efectuate (CT pelvis). Indicația operatorie a fost în acest caz colposacropexia pe cale laparoscopică, cu fixarea vaginului la unghiul promontoriu al osului sacru prin intermediul a 2 meșe de polipropilenă, una anterioară și una posterolaterală.*

#### *Discuții*

*Intervenția s-a dovedit a fi cea mai bună indicație operatorie pentru acest caz, pacienta prezentând postoperator un status anatomic pelvin normal, fără semne de iritație micțională sau digestivă inferioară.*

#### *Concluzii*

*Colposacropexia are indicație operatorie mai extinsă, atât pentru cistocel, rectocel sau enterocel, nu numai în prolapsul uterin, deoarece orice prolaps din sfera genitală a femeii tratat chirurgical de o manieră oarecare, poate atrage în timp prolapsul unui alt organ învecinat.*

**Cuvinte cheie:** Prolaps genital, colposacropexia, cistocel, rectocel, enterocel

### **Laparoscopic Colposacropexia – Clinical Case**

#### **Abstract**

*Pelvic floor disorders in women, especially those past the fifth decade, is a major health problem because of the quality of life alterations on these patients. This paper presents a female patient aged 58 years who presented to hospital genitourinary prolapse grade IV, confirmed on physical examination, valves examination and pelvis CTscan. The indication for surgery was for this case laparoscopiccolposacropexia ,the fixation of the vagina to the sacrumpromontory angle through two polypropylene meshes, one anterior and one posterolateral. The intervention proved to be the best indication for surgery in this case, the patient showing postoperative normal pelvic anatomical status, without signs of*

*gastrointestinal or urinary disturbances. In conclusion, surgical indications of colposacropexia can be extended for cystoceles, enteroceles, rectocel, and not use only in uterine prolapse, as any prolapse of the genital area in women treated surgically for a certain manner, may result in prolapse in another adjacent area.*

**Keywords:** genital prolapse, colposacropexia, cystocel, rectocel, enterocele

Tulburările de statică pelvină la femeile trecute de 55 de ani sunt extrem de des întâlnite, una din trei femei din SUA prezentând prolaps genitourinar de diferite grade, izolate la un anumit etaj sistemic (urinar, genital, digestiv, etc) sau compuse, atunci când în prolapsul genital sunt angrenate mai multe etaje. Anual, în SUA se cheltuiesc între 15 și 20 de miliarde de dolari pentru tratarea prolapsului genital și a simptomatologiei consecutive acestuia. Cel mai deranjant simptom, care se asociază de multe ori prolapsului genital este reprezentat de incontinența urinară, simptom care afectează foarte mult calitatea vieții pacienților. De-a lungul timpului, s-au descris și aplicat mai multe metode de reducere a prolapsului genitourinar, de la cele foarte simple, reprezentate de plasarea endovaginală de diferite dispozitive cu rol în refacerea exogenă a anatomiei locale, până la diferite proceduri chirurgicale, al căror rezultat final a fost restabilirea endogenă (endopelvină) a raportului de forțe de susținere a vaginului, uterului, vezicii urinare sau a rectului. Dintre acestea din urmă, cele mai populare au fost tehnica Burch, prin chirurgie deschisă sau prin abord laparoscopic, colporafia anterioară sau posterioară, iar în ultimii ani cele mai aplicate au fost tehnicile minim invazive de plasare de benzi endovaginales de polipropilenă (implantate anterior sau posterior sau simpla bandă suburetrală).

**Material și metodă**

Scopul tratamentului este de a controla manifestările clinice și pentru a preveni complicațiile.

În acest sens în primul rând trebuie refăcută poziția anatomică normală a organelor pelvine, la femeile care nu au suferit o histerectomie, cât și punerea în poziție normală a vaginului în cazul unui eventual prolaps genitoretourinar posthisterectomie totală.

Pentru că metodele de investigație imagistică des folosite pentru punerea în evidență a prolapsului genitourinar, folosesc metode secționale, expunem mai

jos secțiuni anatomice și radiologice ale pelvisului normal la femeie. (fig 1, 2, 3 și 4)

Lucrarea de față prezintă cazul unei paciente în vârstă de 58 de ani, care prezintă la internare prolaps genitourinar grad IV, confirmat la examenul obiectiv, la examenul cu valve și la examinările paraclinice efectuate (CT pelvis). Indicația operatorie a fost în acest caz colposacropexia pe cale laparoscopică, cu fixarea vaginului la unghiul promontoriu al osului sacru prin intermediul a 2 meșe de polipropilenă, una anterioară și una posterolaterală. Indicația operatorie este făcută având la bază teoriile de anatomie locală emise de Ulmsten și Papa Petros, care subliniază faptul că vaginul este considerat a fi „centrul universului pelvin”. Orice modificare intrinsecă (alterare de țesut conjunctiv) sau extrinsecă (alterarea elementelor de susținere ligamentară, aponevrotică, musculară sau organică de vecinătate) ale vaginului, au ca rezultat un prolaps genitourinar de diferite grade, cu sau fără răsunet simptomatic specific. În acest sens cele mai importante structuri de susținere ale organelor pelvine sunt lamele sacrorectogenitopubiene, care împreună cu mușchii ridicători anali, mențin în poziție anatomică, dinainte înapoi: vezica urinară, uterul și rectul. Cele două benzi de polipropilenă, puse în poziție anatomică, întaresc sau înlocuiesc de fapt lamele sacrorectogenitopubiene, în porțiunea dintre vagin și promontoriu.

Echipamentul operator folosit a fost reprezentat de trusa de laparoscopie generală, cu folosirea a 4 trocare. Primul pas operator este reprezentat de suspensia uterului și expunerea fundului de sac Douglas și a infundibulului vaginal. Se face disecția planului rectovaginal pe fețele posterolaterale ale vaginului cu evidențierea mușchilor ridicători anali. Disecția acestui plan trebuie să înceapă în plan median, intim de peretele posterior vaginal.

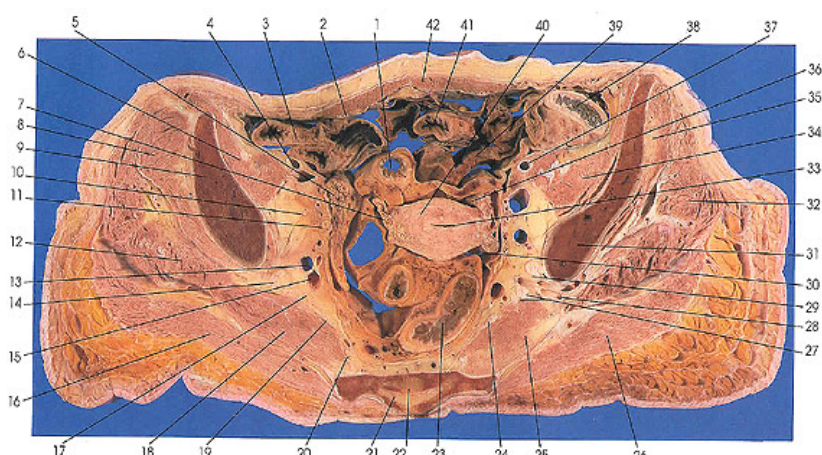


Fig. 1. Secțiune anatomică prin pelvis la femeie (spațiul pelvisubperitoneal)

Din stânga sus: 1. Ileonul, 2. A. și V epigastrice inferioare, 3. Ileonul, 4. A. iliaca externa, 5. A., V. și N ovarieni și ligamentul suspensor al ovarului, 6. Nervul femural, 7. Artera uterină și V., 8. Gluteul mijlociu, 9. Osul iliac, 10. Nervul obturator, 11. Ureterul drept, 12. Mușchiul gluteu mijlociu, 13. A. iliaca internă, 14. Nervul sciatic, 15. Vv iliace interne, 16. Gluteul mare, 17. Gaura sciatică mare, 18. M. piriform, 19. N. fesier inferior, 20. Nervul rusinos, 21. Canalul sacral, 22. Sacrul, 23. N. rusinos și colonul sigmoid, 24. Nervul gluteal inferior, 25. M. piriform, 26. Gluteul mare, 27. Nerv sciatic, 28. A. fesieră superioară, 29. Nerv sciatic, 30. Ligamentul larg, 31. Osul iliac, 32. Mușchiul gluteu mijlociu, 33. Uter, lumen, 34. M iliopsoas, 35. Gluteul mic, 36. Ligamentul larg, 37. A. iliace interne, 38. Colonul descendent, 39. Mezenterul, 40. Uter, corp, 41. Ileonul, 42. M. drepti abdominali

Această secțiune trece prin mușchii drepti ai abdomenului (42), ligamentul suspensor al ovarului în dreapta (5), uter (40), osul iliac (9, 31), și sacru (22).

O parte a ligamentului larg (30, 36) acoperă uterul (40). Arterele Cavitătea uterină (33) este văzută ca o fantă în corpul uterului. uterine se evidențiază pe suprafața laterală dreaptă a uterului.

Nervii rușinosi (20, 23) sunt văzuți la origine, din nervii sacrați 2, 3, și 4.

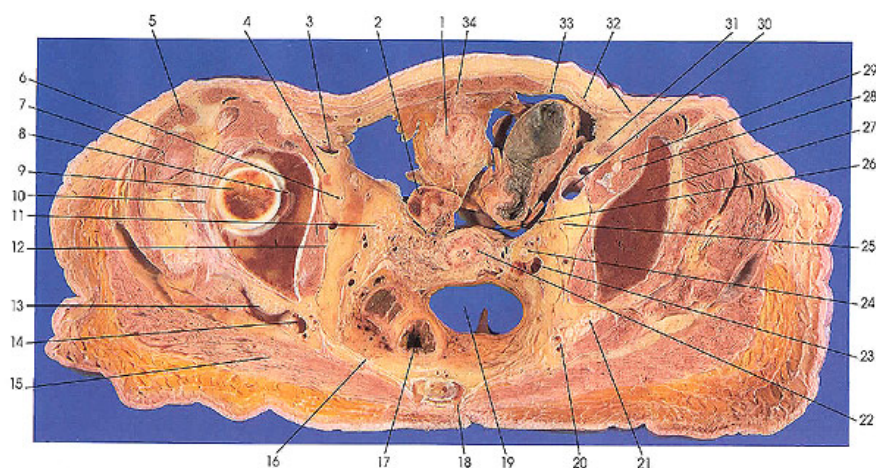


Fig. 2 Secțiune anatomică prin pelvis la femeie (spațiul pelvisubperitoneal)

Din stânga sus: 1. Cavitatea peritoneală, 2. A și v epigastrice inferioare, 3. Tuba uterina, 4. A. iliace externe, 5. A și v iliace circumflexe, 6. M iliopsoas, 7. M croitor, 8. Nervul femural, 9. Tendonul m. drept femural, 10. M iliopsoas, 11. A și n. Obturator, 12. Osul iliac, 13. A și v ovariene, 14. Ureterul drept, 15. Fascia obturatoare, 16. Ovarul drept, 17. M obturator intern, 18. Gluteul mare, 19. Nervul sciatic, 20. Gaura sciatica mare, 21. A. și v fesiere inferioare, 22. Mm. coccigieni, 23. Colonul sigmoid, 24. Hiatalul sacral, 25. Mm. coccigieni, 26. Colonul sigmoid, 27. M

piriform, 28. Nervul sciatic, 29. Gluteul mare, 30. M obturator intern, 31. Ureterul, 32. A și v. fesieră superioară, 33. Nervul obturator, 34. Uterul, canalul cervical, 35. M gluteu mijlociu, 36. M gluteu mic, 37. Ligamentul rotund al uterului, 33. Nervul femural, 39. Spina iliacă anterosuperioară, 40, 41, 42 Ileonul.

Această secțiune trece prin cupola vezicii urinare (1), colul uterin (22), rect (19), și prima vertebră coccigiană (18). Ovarul (2) este văzut de pe partea dreapta. Pe partea dreapta, secțiunea trece prin capul femurului (9) și capătul de sus al acetabulului (12). Mușchiul obturator intern (11) se află pe suprafața internă a bazinului.



Fig. 3. Secțiune frontală prin pelvis la femeie (imagine CT)

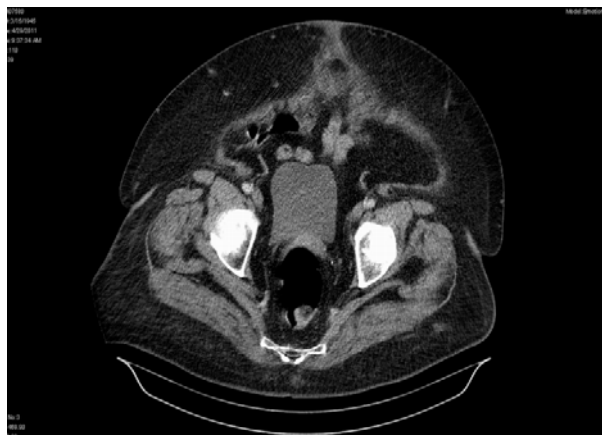


Fig. 4. Secțiune transversală prin pelvis la femeie (CT)

Disecția planului lateral trebuie făcută pe linia ligamentului uterosacrat pentru a evita atingerea rectului și pentru a evidenția larg accesul la mușchii ridicători anali și a aponevrozei acestora. După disecția planului posterolateral, pe trocarul de 10 mm se introduce meșa posterioară, care se poziționează pe peretele vaginal posterior și lateral pe aponevroza mușchilor ridicători anali, brațul liber, posterior al

acesteia lăsându-se liber pentru moment. Se practică închiderea sacului rectoruterin. Se trece la disecția planului vezicovaginal prin expunerea infundibulului vaginal și al vezicii prin reperarea balonașului sondei vezicale.

După disecția acestui plan se plasează meșa anterioară, care este introdusă tot prin trocarul de 10mm, fiind suturată la peretele vaginal anterior. În cazul nostru am prezervat uterul în poziție, motiv pentru care am plasat un fir de sutură și la nivelul istmului uterin, pentru a evita prolapsul acestuia, după care am trecut meșa anterioară printr-o zonă avasculară a ligamentului larg. Ulterior închiderea sacului vezicovaginal, se unesc cele două meșe de polipropilenă cu fire separate. După eliberarea zonei anterioare a promontoriului, se face disecție cu evidențierea ligamentului median sacrat, de unde se face tunelizare retroperitoneală până la meșe. Se tracționează meșa prin tunelul efectuat anterior, și se fixează la ligamentul sacrat expus. După închiderea peritoneului posterior, se face controlul hemostazei locale. (fig 5 și 6)



Fig. 5. Aspect preoperator





Fig. 6. Aspect postoperator

#### Discuții

Datorită hemoragiei reduse din timpul intervenției, am lăsat un singur tub de dren, care a fost suprimat la 48 de ore postoperator. Sonda Foley plasată preoperator a fost suprimată la 24 de ore postoperator. Pacienta a fost externată la 4 zile postoperator, la 7 zile extrăgându-se firele de sutură de la plagă, examenul cu valve decelând status genital normal fără recidive ale prolapsului. Efortul fizic este restricționat pentru aproximativ 1-2 luni postoperator.

#### Concluzii

Gestionarea prolapsului ar trebui să respecte cu următoarele principii: repoziționarea organelor respectând în același timp relațiile lor anatomice normale, restaurarea sau conservarea continenței urinare și anale, menținerea funcției sexuale, rezultate bune pe termen lung cu evitarea recidivelor. Propunem astfel ca terapie de elecție a prolapsului genitourinar colposacropexia pe cale laparoscopică.

#### Bibliografie

- \* Bumbu G. Uroginecologie practic?, 2007, Editura Imprimeriei de Vest, Oradea, România
- Baztan JJ, Arias E, Gonzalez N, de Prada MIR. New-onset urinary incontinence and rehabilitation outcomes in frail older patients. *Age Ageing* 2005;34(2):172-5.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713862>

- Morrison A, Levy R. Fraction of Nursing Home Admissions Attributable to Urinary Incontinence: Value in Health. Blackwell Publishing Ltd, 2006, vol. 9, pp. 272-274.
- Boyington J, Howard D, Carter-Edwards L, Gooden K, Erdem N, Jallah Y, Busby-Whitehead J. Differences in resident characteristics and prevalence of urinary incontinence in nursing homes in the southeastern United States. *Nurs Res* 2007;56(2):97-107.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17356440>
- Anger JT, Saigal CS, Pace J, Rodríguez LV, Litwin MS. True prevalence of urinary incontinence among female nursing home residents. *Urology* 2006;67(2):281-7.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16461078>
- Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(5):780-91.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493201>
- Dubeau CE. Beyond the bladder: management of urinary incontinence in older women. *Clin Obstet Gynecol* 2007;50(3):720-34.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17762420>
- Griffiths D, Derbyshire S, Stenger A, Resnick N. Brain control of normal and overactive bladder. *J Urol* 2005;174:1862-7.
- Tadic SD, Griffiths D, Schaefer W, Resnick NM. Abnormal connections in the supraspinal bladder control network in women with urge urinary incontinence. *Neuroimage* 2008;39(4):1647-53.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089297>
- Griffiths D, Tadic SD. Bladder control, urgency, and urge incontinence: Evidence from functional brain imaging. *Neurourol Urodyn* 2007.
- Andrews-Hanna JR, Snyder AZ, Vincent JL, Lustig C, Head D, Raichle ME, Buckner RL. Disruption of large-scale brain systems in advanced aging. *Neuron* 2007;56(5):924-35.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18054866>
- Pfisterer MH, Griffiths DJ, Schaefer W, Resnick NM. The effect of age on lower urinary tract function: a

study in women. J Am Geriatr Soc 2006;54(3):405-12.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16551306>

• Taylor JA, III, Kuchel GA. Detrusor underactivity: Clinical features and pathogenesis of an underdiagnosed geriatric condition. J Am Geriatr Soc 2006;54(12):1920-32.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17198>