

Tulburările de statică pelvină asociată cu incontinența urinară de efort (IUE) – strategii diagnostice și terapeutice

Pelvic static disorders complicated by SUI – diagnosis and therapeutical strategies

Dr. MARIA ȚURCAN, Dr. G. BĂNCEANU, Dr. ELISAVETA MAIOR, Dr. N. SABA, Asist. Dr. A. MATEI

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Polizu, I.O.M.C. București

REZUMAT

Pentru abordarea tulburărilor de statică pelvină complicată prin IUE ne-am propus strategii diagnostice care să permită individualizarea unor tehnici operatorii și adaptate la particularitățile anatomo-clinice în baza coroborării datelor clinice și paraclinice. Considerăm acest aspect deosebit de important, fiind cunoscut că reticența și/sau decența extinderii actului terapeutic chirurgical tehnic se poate compromite ca urmare a complicațiilor per și postoperatorii în condițiile subestimării și/sau evaluării incomplete a riscului anestezic și medico-chirurgical.

Între anii 1990-2010, pe un lot de 1.097 de cazuri investigate și abordate chirurgical în Spitalul Clinic Polizu, ne-am propus: în 580 de cazuri rezolvarea terapeutică a IUE prin uretrocistopexie procedeu D. Alessandrescu, cât și a tulburărilor staticii pelvine prin procedee reconstructive și reparatorii în raport cu stadializarea și evaluarea severității lor clinice (437 de cazuri). Bilanțul clinic preoperator din punct de vedere strategic a inclus, alături de examenul somatic general, examen clinic de specialitate, inclusiv tușeu rectal, testele clinice de IUE, investigații paraclinice și de laborator: urocultură, cistografie micțională preoperatorie, studiu urodinamic, RMN dinamic, având la dispoziție astfel detalii anatomice și vizualizarea concomitentă a celor 3 compartimente, permițând stadializarea tulburărilor de statică. Opțiunile terapeutice au constat în tehnici operatorii vaginale: practicarea hysterectomiei pe cale vaginală cu corectarea IUE (40 de cazuri) și istmopexia în prolapsul urogenital avansat prevalent al compartimentului vaginal anterior cu cistocel voluminos „per magna” (322 de cazuri). În acest ultim context anatomo-clinic se efectuează istmopexie cu sau fără interpoziție vezico-vaginală a uterului, varianta I (103 cazuri). Pentru prolapsul de grad II cu elongație hipertrofică a colului uterin sau altă patologie cervicală după amputația colului uterin s-a efectuat istmopexie varianta II (130 de cazuri). La identificarea unui prolaps genital grad II-III în postmenopauză alături de amputație cervicală s-a procedat la hysterectomie supraistmică pe cale vaginală și istmopexie varianta III (89 de cazuri). În 156 de cazuri definite anatomo-clinic prin tulburări ale staticii pelvine (prolaps apical) asociat sau nu de IUE s-a practicat hysterectomie pe cale vaginală. În concluzie, abordarea chirurgicală a cazurilor cu tulburări ale staticii pelvine care interesează diferite compartimente vaginale în grade variabile complicate cu IUE a constat în: uretrocistopexie, istmopexie (variante I-III), interpoziție vezico-vaginală a uterului, limitată în actualitate, practicarea de rutină a hysterectomiei pe cale vaginală tradițional acceptată drept strategie terapeutică electivă și exclusivă, fiind evaluat riscul prolapsului de boltă vaginală.

Cuvinte cheie: prolaps urogenital complicat cu IUE, uretrocistopexie, istmopexie

ABSTRACT

Corroborating the clinical and laboratory findings with specific anatomical and clinical data allowed us to plan diagnostic strategies for pelvic static disorders complicated by SUI. We consider this a very important

Adresă de corespondență:

Asist. Dr. Alexandru Matei, Clinica Obstetrică-Ginecologie „Polizu”, Bd. Gheorghe Polizu Nr. 38-52, București

aspect as it is well known that the reluctance and /or the incomplete risk assessment and medical-surgical anesthetic risk limits the therapeutic purpose of the surgical act.

Between 1990-2010 on a sample of 1,097 cases investigated and addressed surgically in Polizu Hospital Bucharest, we found that from 580 cases of SUI, 437 cases were approached using the „D. Alessandrescu“ procedure of urethrocystopexy in close relation with their clinical severity staging and evaluation. Preoperative clinical balance in terms of strategy included the following: general somatic examination, clinical examination of the specific organs, including rectal examination, clinical tests of SUI, laboratory investigations and laboratory: urine culture, preoperative urinary cystography, urodynamic testing, dynamic MRI, which gave us details of anatomy and a close visualization of the three compartments, allowing simultaneous staging of static disorder. Treatment options consisted of operative techniques by vaginal way: 40 cases of vaginal hysterectomy correcting SUI and 322 cases of isthmopexy for advanced urogenital prolapse of the anterior vaginal wall with grade 4 cystocele. In grade 3 cystocele it is performed isthmopexy with or without the interposition of the uterus, type I (103 cases). For grade II prolapse with hypertrophic elongation of the cervix or other cervical pathology, in 130 cases, after the amputation of the cervix we performed type II isthmopexy. In postmenopausal women, for genital prolapse grade II-III, in 89 cases, we performed cervical amputation with vaginal hysterectomy and supraisthmic isthmopexy type III. In 156 cases of pelvic static disorders (apical prolapse) with or without SUI, we practiced vaginal hysterectomy.

In conclusion, surgical approach of pelvic static disorders of the various departments interested in varying degrees complicated with SUI, consisted of: urethrocystopexy, isthmopexy (types I-III), bladder vaginal interposition of the uterus it is now accepted as treatment despite the traditional use of vaginal hysterectomy

Key words: urogenital prolapse complicated with SUI, urethrocystopexy, isthmopexy

INTRODUCERE

1. **Prolapsul uro-genital (POG):** patologie ginecologică unică, definită prin hernierea unuia din organele pelvine (uter, vezică, rect etc.) din locația anatomică normală, prin vagin.

2. **Asocierea IUE** se menționează în 73% din cazuri și, respectiv, în 50-60%, disfuncții privind golirea vezicii urinare (ELLERK MANN, 2001) (6). În cadrul inter-relației complexe, fără a fi liniară, dintre POG și IUE este de subliniat că aceasta din urmă este rezultatul factorilor de risc (vârstă, rangul parității, obezitate etc.) și, în proporție mai redusă, a legăturii cauzale directe (Smith și Appell, 2005) (8). În practica clinică, atât cistocelul și IUE, cât și pierderea suportului peretelui vaginal anterior contribuie la hipermobilitate uretrală și, în consecință, la condiționarea etiopatogenică a IUE (Delancey, 2002) (4).

3. Deși pentru cazurile asimptomatice se adoptă „expectativă terapeutică pasivă“, pentru cele **simptomatice**, *estimate* la o proporție de 3-11%, subliniem în principal că opțiunile terapeutice sunt **chirurgicale** (4). Abordarea operatorie al cărei element esențial îl reprezintă practicarea **unui procedeu reconstructiv și reparativ** optim, constituie una dintre cele mai dezbătute aspecte ale practicii ginecologice contemporane. Cu toate acestea, menționăm că în managementul POG asociat sau nu de IUE selecția unui asemenea procedeu chirurgical se bazează pe:

– cunoașterea **contextului anatomic zonal**, respectiv a suportului organelor pelvine, realizat dintr-un complex care include ligamentele pelvine (utero-sacrate, cardinale, rotunde), mușchii și fascia endopelvină, care asigură fixarea acestora la osul pubian. Mușchii ridicători anali reprezintă însă componenta structurală principală a planșei pelvine.

– identificarea elementelor anatomo-clinice, în urma examenului clinic de specialitate, permite, pe lângă clasificarea anomaliilor de statică pelvină în funcție de compartimentul anatomic vaginal (anterior, posterior, apical) implicat (Fig. 1) (7), adoptarea unei conduite chirurgicale individualizate.

– **evaluarea severității anatomo-clinice** a POG în baza unei clasificări stadiale (O-IV) este indubitabil necesară (BUMP și col., 1996). (2).

Pentru alcătuirea unei hărții topografice a vaginului se admit 9 puncte:

- 2 anterioare;
- 2 posterioare;
- 2 superioare;
- 2 frontale
- estimarea lungimii totale a vaginului față de planul himenal în timpul manevrei Valsalva (Fig. 2) (2). Aceste puncte sunt măsurate după estimarea extensiei maxime a prolapsului, în scopul definirii stadiului clinic al acestuia.

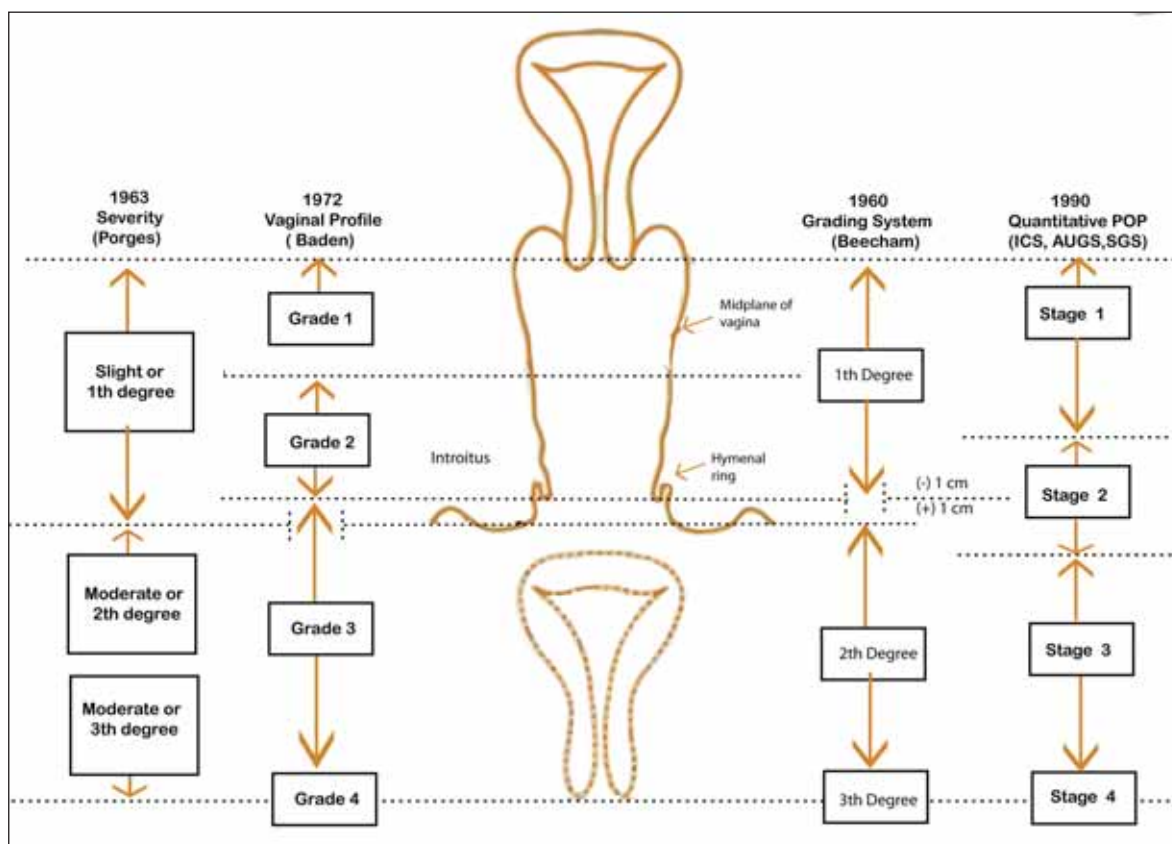


FIGURA 1. Compararea diferitelor sisteme de lizare a POG
 Sursa: Mouritsen L. (2005) Classification and evaluation of prolapse. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 19(6):895-911

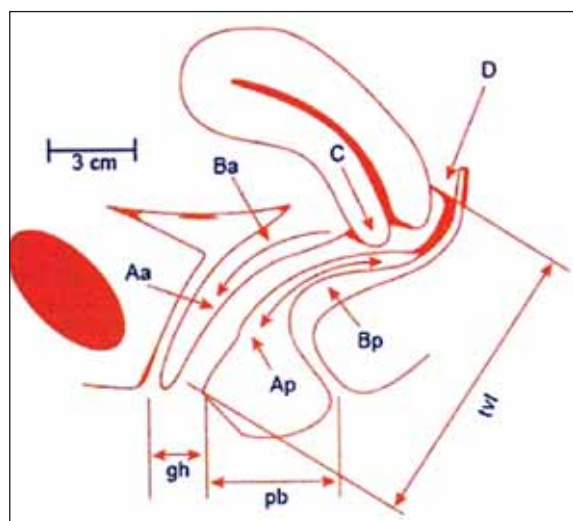


FIGURA 2. Sistemul de cuantificare a POG
 Sursa: Bump R. et al (1996) The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996 Jul; 175(1):10-17

4. Conceptul existenței la nivelul pelvisului a **trei niveluri de suport**, alcătuit din țesut conjunctiv, introdus de Delancey (1992) (3), definește:

- **nivelul I** (apical, vaginal), la care suportul este via complexul ligamentar utero-sacrat, car-

dinal, impactul lezional la acest nivel; este responsabil etiopatogenic de prolapsul uterin;

- **nivelul II**, corespunzător 1/3 medii a vaginului; suportul este realizat via fascia endopelvină și prin inserțiile sale laterale la nivelul liniei albe;

- **nivelul III** (distal, vaginal): suportul încorporează alături de fascia endopelvină, anterior și corpul perineal, posterior.

Prolapsul compartimentelor anterior și posterior rezultă din compromiterea anatomo-clinică a suportului de la nivelurile II și III.

OBIECTUL DE STUDIU

1. Anomaliile anatomo-funcționale ale porțiunii inferioare a tractului uro-genital, uretrovezicale complicate prin IUE în special, asociate unui context anatomo-clinic complex în raport cu prezența:

- prolapsului uterin definit prin grade și stadii variabile;
- elongației cervicale.

2. Luând în considerare cunoașterea mai aprofundată a structurii și funcțiilor țesutului conjunctiv, ceea ce a condus la crearea noilor suporturi privind tulburările staticii pelvine, în

abordarea chirurgicală a acestora ne-am propus multiple tehnici de rezolvare operatorie, reconstructive și reparatorii, fapt ce demonstrează imposibilitatea refacerii „de novo” a staticii pelvine compromise.

3. Conduita medico-chirurgicală apare corelată cu:

- restabilirea funcționalității uretro-vezicale prin corectarea chirurgicală a IUE cu tehnici operatorii adecvate din punct de vedere terapeutic: **uretrocistopexia** – procedeu D. Alessandrescu, cât și **istmopexia** în particular, fiind cunoscut că recidivele acestui disconfort somatic cresc odată cu numărul intervențiilor;

- armonizarea noului context anatomic-funcțional uretro-vezical la noua locație anatomică normală, prin corectarea stării de afectare a aparatului de suspensie și susținere pelvi-genitală. În acest scop, în cadrul prolapsului compartimentului anterior, anatomico-clinic definit prin **cistocelul voluminos** („cistocelul per magna”), cura operatorie reparatoare propusă a fost **istmopexia**, în exclusivitate.

Prolapsul compartimentului posterior: rectocelul marcat prin colpoperineorafie posterioară, cu mioafia ridicătorilor anali.

Rezultă că principiile care au stat la baza unei asemenea abordări chirurgicale au inclus:

- individualizarea unor tehnici operatorii eficiente și adaptate la caracteristicile anatomico-clinice ale fiecărui caz, definite în baza coroborării datelor clinice și paraclinice;

- reticența și/sau decența extinderii actului terapeutic chirurgical propriu-zis, care tehnic se poate compromite, ca urmare a complicațiilor pre- sau postoperatorii, posibile în condițiile subestimării sau evaluării incomplete a riscurilor anestezic și medico-chirurgical.

MATERIAL ȘI METODĂ

Între anii 1990-2010, pe un lot de 1.097 de cazuri internate și abordate chirurgical în Spitalul Clinic Polizu ne-am propus:

1. Rezolvarea terapeutică specifică a IUE care a reprezentat, de altfel, principala motivație a adresabilității clinice în raport cu individualitatea sa patologică și impactul social cunoscut, prin **uretrocistopexie**, procedeu D. Alessandrescu (580 de cazuri), cât și a **tulburărilor staticii planșului pelvin, prin procedee reconstructive și reparatorii** în raport cu stadializarea și evaluarea severității lor clinice (Fig. 1 și 2) (437 de cazuri)

2. Diagnosticul clinic a inclus:

- examenul somatic general;
- examenul clinic de specialitate:

- convențional, prolapsul a fost diagnosticat în timpul manevrei Valsalva pentru a se aprecia extensia sa maximă;

- examenul cu valve: s-a procedat la retragerea succesivă a valvei anterioare, ulterior a celei posterioare pentru a se identifica gradul prolapsului, cu menținerea evidențierii unor arii eritematos-exulcerate, corespondente leziunilor de decubit la cazurile cu prolaps uro-genital avansat (stadiile II și III). Stadializarea tulburărilor de statică pelvină s-a efectuat în toate compartimentele în vederea stabilirii ulterioare a managementului chirurgical;

- examenul bimanual al pelvisului s-a practicat, de asemenea, fără omisiune, în scopul identificării patologiei ginecologice asociate, alături de prolapsul uro-genital;

- tușeul rectal – s-a dovedit a fi util îndeosebi privind definirea prolapsului compartimentului posterior, când a existat prezumția clinică a elitrocelului;

- testele clinice de continență urinară au vizat identificarea IUE, fiind cunoscut că reducerea prolapsului poate masca IUE.

3. Investigațiile paraclinice și de laborator

- au ocupat un plan secund și au fost coroborate cu datele examinării clinice, pe care am definit-o „cheia de boltă” în managementul prolapsului uro-genital;

- prezența simptomelor urinare ne-a impus:

- urocultura, pentru excluderea infecției;

- cistografia micțională peroperatorie și postoperatorie (Fig. 3 și Fig. 4) (5), ținând cont de valoarea predictiv-diagnostică în raport cu amplitudinea descensului vertical al joncțiunii cervico-uretrale față de marginea inferioară a simfizei pubiene;

- studiul urodinamic s-a practicat îndeosebi în prezența tulburărilor de golire a vezicii urinare, cu măsurarea volumului urinar rezidual post-micțional, fie clinic, fie ecografic; efectuarea sa preoperatorie ne-a permis selecția optimă a ca-



FIGURA 3. Cistografie preoperatorie



FIGURA 4. Cistografie postoperatorie

zurilor pentru a beneficia de chirurgia simultană a continenței urinare;

– rezonanța magnetică nucleară dinamică, deși oferă detalii anatomice și vizualizarea concomitentă a celor 3 compartimente, ceea ce ne-a permis, în consecință, stadializarea paraclinică a prolapsului, s-a efectuat numai în 10 cazuri în cursul anilor 2009-2010.

În concluzie, pentru cazurile la care ne-am propus abordarea chirurgicală a prolapsului urogenital, **bilanțul preoperator** a fost esențial, luând în considerare existența unor comorbidități semnificative, care, etiopatogenic, pot condiționa apariția sa.

Opțiunile terapeutice privind abordarea și repararea operatorie a tulburărilor de statică ale planșeului pelvin au fost efectuate în funcție de compartimentul în care se produce; ulterior, cazurile au fost subdivizate urmând a fi abordate prin tehnici operatorii vaginale sau abdominale; opțional, am opinat pentru abordul chirurgical vaginal.

Pornind de la observația clinică că prolapsul unui singur compartiment s-a estimat în proporție redusă pe lotul luat în studiu, s-a procedat la identificarea și repararea completă a tuturor defectelor pentru a preveni incidența recidivelor.

Deși în prezent compararea diferitelor tehnici chirurgicale efectuate pentru prolapsul urogenital este dificilă, dat fiind lipsa unui consens privind repararea și respectiv reconstrucția operatorie, ne-am propus, în funcție de particularitățile anatomo-clinice și funcționale ale prolapsului urogenital:

- practicarea histerectomiei pe cale vaginală în prolapsul apical, cu asocierea unui procedeu operator pentru IUE, uretrocistopexie D. Alessandrescu (40 de cazuri);
- istmopexia în prolapsul urogenital avansat al compartimentului vaginal anterior cu forma sa specială: cistocel voluminos („cistocel per magna”) (322 de cazuri).

Într-un asemenea context anatomo-clinic este de subliniat că:

- pentru prolapsul de gr. I și cistocel voluminos complicat cu IUE s-a practicat istmopexie cu sau fără interpoziție vezico-vaginală a uterului, varianta I (Fig. 5) (103 cazuri)

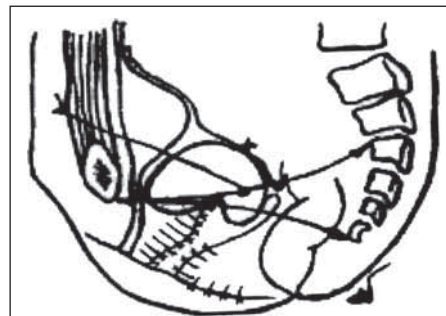


FIGURA 5 (5). Istmopexie – varianta I; istmopexie fără interpoziție vezico-vaginală a uterului

- pentru prolapsul de gr. II cu elongație hipertrofică a colului uterin sau altă patologie cervicală s-au efectuat amputația colului uterin și istmopexie varianta II (Fig. 6) (130 de cazuri).

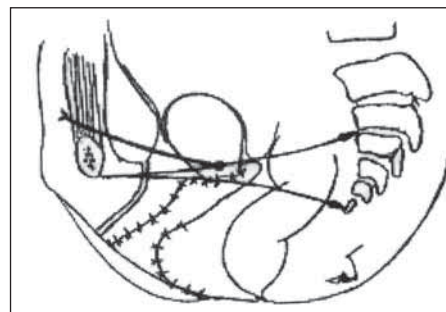


FIGURA 6 (5). Istmopexie varianta II; amputație de col și istmopexia uterului restant

- identificarea unui prolaps genital gr. II-III în postmenopauză: s-a procedat chirurgical la amputația cervicală, histerectomie supraistmică pe cale vaginală și istmopexie, varianta III (Fig. 7) (5) (89 de cazuri)

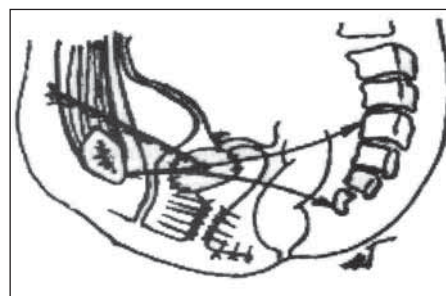


FIGURA 7 (5). Istmopexie varianta III; amputație de col, histerectomie supraistmică vaginală și istmopexie

Timpii operatori ai tehnicii de istmopexie precedate de amputația colului uterin sunt similari cu cei descriși la uretrocistopexie, respectiv:

- incizia Crossen cu decolarea peretelui anterior al vaginului și decolarea vezicii;

- crearea digitală a două tunele retropubiene la 45 de grade până la fața posterioară a dreptilor abdominali;

- în plus, s-a procedat la amputația colului uterin;

- ancorarea bontului istmic restant de o parte și de alta cu câte un fir care se trece retropubian și care ulterior este fixat la teaca dreptilor abdominali, după efectuarea unei incizii transversale suprapubiene;

- refacerea bontului istmic;

- colpectomie parțială și colporafie anterioară;

- tracționarea firelor exteriorizate suprapubian cu ascensionarea bontului istmic după plasarea unui cateter vezical oferă un suport solid vezicii urinare, închiderea porțiunii anterioare a fantei Farabeuf-Varnier;

- sutura plăgii suprasimfizare;

- colpoperineorafie posterioară cu miografia ridicătorilor anali, corespunzător vârstei a III-a, ne-a permis rezolvarea terapeutică a prolapsului compartimentului posterior, respectiv a rectolului voluminos.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

1. Corelațiile embriologice și anatomo-funcționale dintre căile urinare inferioare și aparatul genital, precum și prezența unor circumstanțe etiopatogenice similare explică identificarea prevalentă a IUE în contextul tulburărilor de statică pelvină, interesând îndeosebi compartimentul anterior, pentru lotul studiat în 620 de cazuri, a cărei rezolvare terapeutică chirurgicală, alături de corectarea operatorie a prolapsului organelor pelvine, a constat în practicarea uretrocistopexiei suprapubiene – procedeu D. Alessandrescu. Precizăm că utilizarea limitată de către noi în prezent a materialelor reconstructive în chirurgia prolapsului uro-genital asociat cu IUE reprezintă, de asemenea, unul dintre aspectele dezbătute ale practicii ginecologice actuale, dacă luăm în considerare riscul efectelor adverse ale materialelor nerezorbabile, cât și lipsa datelor pe termen lung privind rezultatele funcționale obținute (Brubaker și col., 2009). (1)

Subliniem importanța cistografiei micționale preoperatorii, cât și a investigației urodinamice, îndeosebi pentru cazurile cu tulburări ale golirii vezicii urinare. În lipsa efectuării acesteia din urmă, practicarea concomitentă a unui procedeu operator în vederea asigurării continenței vezicale poate fi considerat „over treatment“, ceea ce în perioada postoperatorie etiopatogenic este responsabilă de disfuncția de golire a vezicii

urinare, respectiv a simptomatologiei de vezică hiperactivă. Pornind de la observația clinică că 10-50% dintre cazurile cu prolaps, după repararea lor, pot prezenta riscul de a dezvolta „de novo“ IUE, din punct de vedere al strategiei chirurgicale numai după un interval de timp se va indica operator realizarea unui procedeu pentru antiincontinență.

Rezultă că studiul urodinamic ne-a permis o selecție optimă a cazurilor care pot sau nu beneficia din punct de vedere terapeutic de chirurgia simultană în vederea continenței vezicale.

2. Pentru cazurile caracterizate anatomo-clinic prin tulburări ale staticii uterine (prolaps apical), asociat sau nu de IUE, s-a practicat histerectomie pe cale vaginală (156 de cazuri), asociindu-se uretrocistopexia, la care efectuarea cistografiei micționale preoperatorii a evidențiat coborârea joncțiunii cervico-uretrale între 3 și 5 cm sub marginea inferioară a pubelui (40 de cazuri).

Această conduită operatorie limitată la 156 de cazuri atestă că practicarea de rutină a histerectomiei vaginale, considerată, până nu demult, modalitatea chirurgicală în rezolvarea terapeutică a tulburărilor de statică uterină, nu exclude în prezent riscul prolapsului de boltă vaginală.

3. Identificarea riscurilor anestezic și medico-chirurgical în maximum 16 cazuri, fie în raport cu încadrarea în grupa de vârstă a treia, fie prin asocierea prevalentă a patologiei cardiovasculare, a conturat indicația de a se practica interpoziția vezico-vaginală a uterului (13 cazuri).

4. Adaptarea conduitei chirurgicale la particularitățile anatomo-clinice și funcționale ale prolapsului: s-a practicat istmopexia în 322 de cazuri. Astfel, pentru cazurile cu cistocel voluminos și prolaps gr. I s-a efectuat istmopexia în 103 cazuri, fără a se interveni asupra uterului (variante I) (Fig. 5) și, respectiv, la cazurile cu elongație cervicală sau cu leziuni benigne exo- și endocervicale demonstrate morfopatologic s-a procedat la amputația colului uterin și la istmopexia bontului istmic restant și refăcut la teaca mușchilor dreپți abdominali (variante II) (Fig. 6) (130 de cazuri). Experiența clinică acumulată în timp, cât și numărul mare, de 322 de cazuri, rezolvate prin această tehnică chirurgicală ne-a permis estimarea principalelor **beneficii terapeutice**:

- repararea tulburărilor staticii pelvine, cu restabilirea locației anatomice normale;

- ca urmare a consolidării solide din punct de vedere structural ale formațiunilor anatomice

ale triunghiului uro-genital, cât și a reparării complete a tuturor defectelor, s-a evaluat incidența redusă a recidivelor pe lotul studiat în 3 cazuri;

- alături de influențarea favorabilă a tulburărilor funcționale, a IUE în particular, tratează și aspectele lezionale benigne ale colului uterin obiectivate histo-patologic preoperator;

- abordarea chirurgicală pe cale vaginală minimalizează riscurile anestezic și medico-chirurgical, dacă luăm în considerare că pentru majoritatea pacienților vârsta s-a situat peste 55 de ani, contingent pentru care patologia asociată cardiovasculară, în principal, a fost prevalentă.

Dintre **dezavantajele istmopexiei** versus aceste efecte terapeutice benefice sunt de menționat:

- complicații per și postoperatorii majore în raport cu totalul cazurilor operate, care s-au înregistrat în două cazuri (sângerare consecutivă creării tunelelor retropubiene) și, în 4 cazuri, infecția plăgii suprapubiene;

- constituirea prospectivă a elitrocelului ca urmare a translației ventrale a corpului uterin a regiunii istmice, în principal prin constituirea unui spațiu dorsal prin care s-ar produce elitrocelul (1 caz);

- fiind cunoscută lipsa unui consens privind rezultatele obținute în perioada postoperatorie, ca urmare a practicării diferitelor tehnici chirurgicale, care includ elemente anatomo-clinice și funcționale, ca urmare a evaluării clinice și paraclinice și, în consecință, necesitatea reintervenției pentru prolapsul recidivat ar putea fi laborioasă; pe lotul analizat nu s-a înregistrat decât 1 caz.

CONCLUZII

1. Abordarea chirurgicală a cazurilor cu prolaps uro-genital, interesând multiple com-

partimente vaginale la niveluri diferite, complicate cu IUE prin tehnicile operatorii anterior menționate: uretrocistopexie, istmopexie (variante I, II și III), interpoziție vezico-vaginală a uterului etc., limitează în actualitate practicarea de rutină a histerectomiei pe cale vaginală, tradițional acceptată drept modalitate terapeutică electivă și exclusivă, fiind evaluat riscul prolapsului bolții vaginale.

2. Evidențierea clinică a elongației colului uterin, circumstanța anatomo-clinică, în care uterul cunoaște o poziționare anatomică normală se va practica amputație cervicală, în exclusivitate. (26 de cazuri)

3. Prezența complicațiilor minore, cât și a riscului minim de recidivă, ca urmare a practicării procedurilor operatorii reparatorii și reconstructive utilizate, dar și a istmopexiei în particular, justifică și susține opțiunea noastră terapeutică alături de abordarea chirurgicală pe cale vaginală care minimalizează riscul anestezic și medico-chirurgical.

4. Deși conceptul celor trei niveluri ale tulburărilor de statică pelvină propuse de Delancey (1992) (3) creează și divide artificial stadiile și severitatea prolapsului uro-genital, este esențial a se sublinia consolidarea structurilor conjunctive, ca urmare a abordării chirurgicale a acestei morbidități ginecologice, al cărei impact biologic major a fost demonstrat în condițiile compromiterii sau pierderii acestui suport la nivelul diferitelor compartimente vaginale care se corelează cu particularitățile anatomo-clinice și funcționale și, în consecință, cu adaptarea modalităților terapeutice practicate.

5. Importanța evaluării bilanțului morbid preoperator complet în managementul chirurgical al tulburărilor de statică pelvină uro-genitală alături de existența unei patologii asociate, care, etiopatogenic, se poate implica în apariția sa.

BIBLIOGRAFIE

1. **Brubaker L., Glazener C., Jacquetin B. et al** – 2009 „Surgery for pelvic organ prolapse”, in: Abrams P., Cardozo L., Koury S. et al (eds) 4th International Consultation on Incontinence, Paris, pp. 1273-1320, 2009.
2. **Bump R.C., Mattiasson A., et al** – 1996 „The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction”. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 175:10-17. 1996.
3. **DeLancey J.O.** – 1992. „Anatomic aspect of vaginal eversion after hysterectomy”. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 166, 1717-1724, 1992.
4. **DeLancey J.O.** – „Fascial and muscular abnormalities in woman with uretral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse”. *Am. J. Obstet Gynecol.* 187; 93-98, 2002.
5. **Elisaveta Maior, N. Saba, Maria Ţurcan, M. Karim** – „Particularități anatomo-clinice și terapeutice ale prolapsului genital asociat cu IUE”. Al doilea simpozion româno-palestinian al asociației medicilor și farmaciștilor din România. 14-22, 02.06.2012.
6. **Ellerk Mann R.M., Cundiff G.W., Melick C.F., Nihira M.A., Leffler K., Bent A.E.** – „Corelation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse”. *Am. J. Obstet Gynecol* 185:1332-1337, 2001.
7. **Mouritsen L.** – 2005 „Classification and evaluation of prolapse”. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 19-895-911, 2005.
8. **Smith P.P., Appell R.A.** – „Pelvic organ prolapse and the lower urinary tract; the relationship of vaginal prolapse to stress urinary incontinence.” *Current Urology Reports* 6: 340-347, 2005.