

Sindromul de fornix vaginal posterior: o schimbare de paradigmă în înțelegerea și terapia tulburărilor de perineu

Posterior vaginal fornix syndrome: a paradigm shift in understanding and treatment of the perineal disorders

Andrei Müller-Funogea¹,
Elvira Brătîlă²,
Ciprian-Andrei Coroleucă²

1. Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Marien Hospital Düsseldorf GmbH, Deutschland

2. UMF „Carol Davila”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București, România

Correspondență:
Dr. Elvira Brătîlă
e-mail: elvirabarbuta@gmail.com

Abstract

Genital prolapse and its associated pathological manifestations represent a significant health problem among elderly female population. Posterior vaginal fornix syndrome belongs to the category of mistreated or ignored pathologies, and it has a significant negative impact on the patients' quality of life. Posterior vaginal fornix syndrome symbolizes a complex pathophysiological manifestations classically defined by the triad: micturition imperiosity, nocturia and chronic pelvic pain. Clinical and paraclinical examination allows a proper identification of the perineal defect which leads to the symptomatology appearance. Modern treatment of posterior vaginal fornix syndrome is the reconstructive surgery of the perineum that restores the perineal anatomy. Reconstructive surgical techniques final objectives are an improvement in urinary and feces continence, disappearance of the chronic pelvic pain and an improved sexual life of the patients.

Keywords: genital prolapse, posterior vaginal fornix syndrome, sacropexy

Rezumat

Prolapsul genital și manifestările patologice asociate ale acestuia reprezintă o importantă problemă de sănătate în rândul populației feminine vârstnice. Sindromul de fornix vaginal posterior se încadrează în categoria manifestărilor tratate necorespunzător sau chiar ignorate, ajungând în timp să aibă un impact negativ considerabil asupra calității vieții pacientelor. Sindromul de fornix vaginal posterior simbolizează un complex de manifestări fiziopatologice definit clasic prin triada: imperiozitate micțională, nicturie și durere cronică pelviană. Examinarea clinică și paraclinică permite identificarea corectă a defectului perineal care conduce la apariția simptomatologiei. Tratamentul modern al sindromului de fornix vaginal posterior este reprezentat de chirurgia reconstructivă a perineului, care permite restabilirea anatomiei pelviperineale. Tehnicile chirurgicale reconstructive au ca obiective finale îmbunătățirea continenței urinare și fecale, dispariția durerilor cronice pelviene și ameliorarea vieții sexuale a pacientelor.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, sindrom de fornix vaginal posterior, sacropexie

Introducere

Prolapsul genital și manifestările care îl însoțesc reprezintă o problemă majoră de sănătate în rândul populației feminine vârstnice, afectând aproximativ o treime dintre femeile cu vârsta de peste 50 de ani⁽¹⁻³⁾. Incontinența urinară de efort⁽⁴⁾ este componenta cea mai mediatizată a acestui grup de semne și simptome, fiind poate din acest motiv mai frecvent raportată medicilor și deci considerată mai prevalentă și beneficiind de mai multe investigații, finalizate cu găsirea unor soluții terapeutice mai facile, eficiente și mai popularizate în rândul pacientelor. Acest șir logic de evenimente reprezintă probabil explicația pentru care incontinența urinară de efort a ajuns în prezent să fie considerată o tulburare perfect vindecabilă, pe

când alte manifestări⁽⁵⁾ precum imperiozitatea urinară, nicturia sau tulburările de golire a vezicii urinare se lovesc în continuare de bariera lipsei de înțelegere a mecanismelor lor etiopatogenice, stăvilind în consecință și progresul terapeutic în acest sector. Ele sunt fie încadrate sub umbrela manifestărilor psihosomatice de către medicii ginecologi sau urologi, fie sunt incorect tratate sau, în cazuri extreme, chiar ignorate, ajungând în timp să aibă un impact negativ enorm asupra unor multiple aspecte ale vieții cotidiene a femeilor afectate, precum și a sănătății publice.

Repere anatomice și etiopatogenice

Teoria integralistă a perineului⁽⁶⁾, formulată de profesorii Peter Petros și Ulf Ulmsten la finalul anilor '80,

reprezintă conceptul de bază prin intermediul căruia anatomia și fiziologia perineului pot fi corelate cu explicații etiopatogenice inovatoare pentru manifestările subiective și obiective ale tulburărilor de statică pelviană. Această teorie este un sistem complex de interpretare a sinergiei dinamice și permanente dintre structurile anatomice pelvipereineale, sinergie care reprezintă condiția absolut necesară unei funcționalități perfecte a proceselor de micțiune și defecație, dar și a continenței urinare și fecale. Teoria integralistă stă astfel la baza găsirii unei explicații holistice plauzibile pentru un grup divers de simptome ca imperiozitatea, nicturia, incontinența fecală sau durerea pelviană cronică. Astfel, prin compromiterea integrității anatomice a țesuturilor conjunctive perineale apare o regenerare cicatricială a acestora, care își pierde irevocabil elasticitatea și deci capacitatea de a transmite eficient forța musculară perineală și de a susține raporturile geometrice directe dintre organele pelvipereineale. Modificarea geometriei duce la activarea precoce a anumitor reflexe normale și la apariția de manifestări subiective, precum polakisuria și nicturia, dar și obiective (prolapsul diferitelor compartimente).

Conceptele moderne anatomice sunt focalizate pe unitatea morfofuncțională a elementelor musculare și conjunctive ce susțin organele pelviene, fapt pus în evidență mai ales prin studii imagistice. Schemele utilizate oferă o perspectivă dinamică, biomecanică, asupra structurilor implicate în asigurarea continenței.

Sistemul de susținere a uterului și vaginului este prezentat conform clasificării DeLancey⁽⁷⁾ pe trei niveluri, ceea ce permite o înțelegere adecvată a staticii pelviene.

Elementele de biomecanică sunt preluate din teoria integrativă elaborată de Peter Petros și sunt utilizate pentru a explica mecanismele de închidere și deschidere a organelor pelviene, susținerea și sinergia funcțională a acestora. Astfel, menținerea axei geometrice optime dintre vezica urinară, vagin și rect reprezintă factorul-cheie nu doar în asigurarea continenței, ci și în diminuarea instanțelor în care reflexul de micțiune este activat prematur de prezența urinei în vezica anormal orientată geometric, ducând la apariția nicturiei și polakisuriei, două simptome extrem de deranjante pentru pacientele ce suferă de sindromul de fornix posterior.

Histologia ligamentelor ce susțin organelor pelviene stă la baza explicațiilor apariției prolapsului. Calitatea

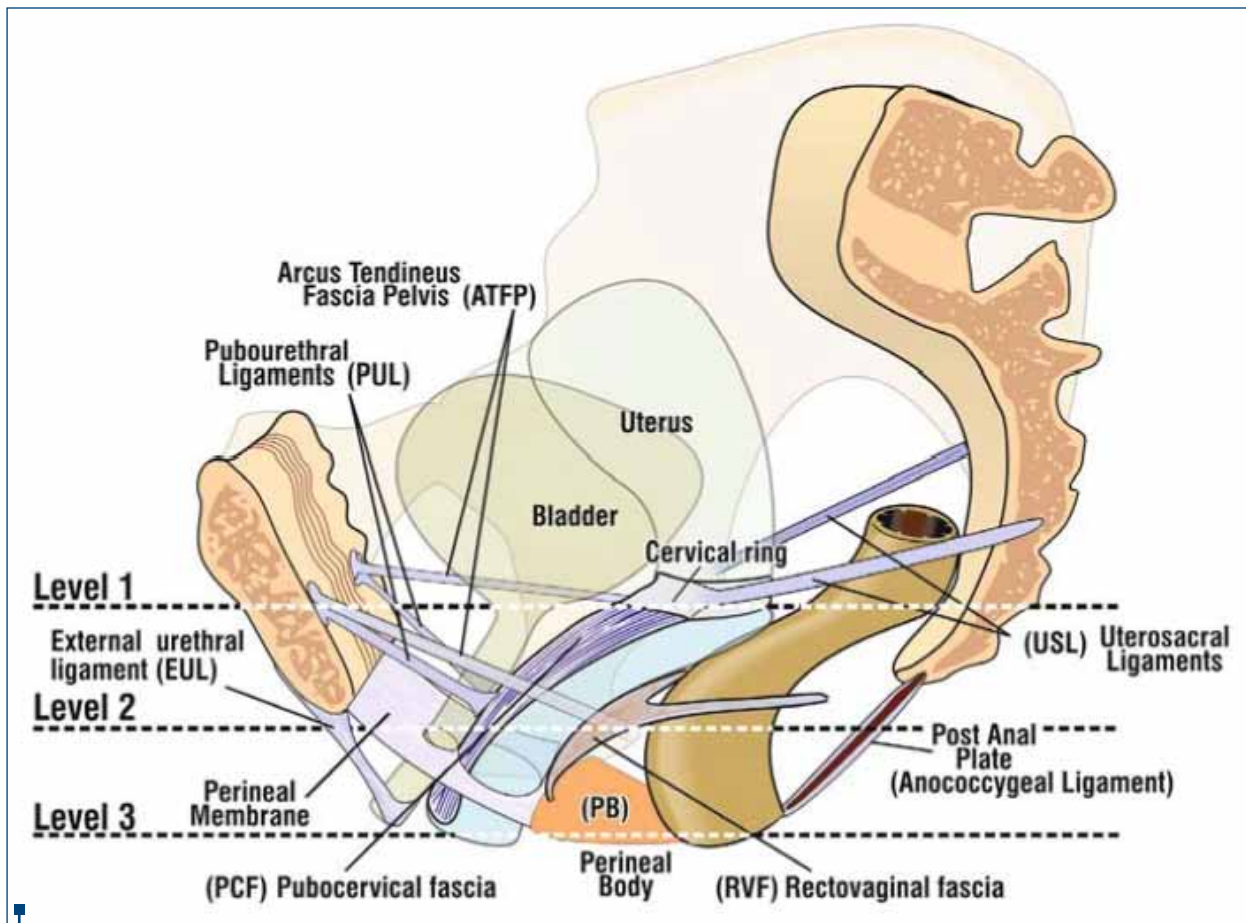


Figura 1. Reprezentare anatomică a ligamentelor pelviene împărțite schematic în cele trei niveluri sus numite; © Peter Petros - The Female Pelvic Floor – Function and Dysfunction According to the Integral Theory, Second Edition. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2011

și raportul dintre fibrele de colagen și elastină joacă desigur rolul principal - se presupune în mod prezent că durerea pelviană cronică din sindromul de fornix posterior apare ca urmare a unei deformări plastice (i.e., ireversibile) a ligamentelor uterosacrate, care devin incapabile să absoarbă eficient șocurile mecanice uzuale și să revină apoi la starea inițială. Cercetări recente au demonstrat prezența unor fibre nervoase în componența acestor ligamente, ceea ce reprezintă un concept inovator ce contravine noțiunilor clasice ale histologiei țesutului conjunctiv. Întinderea sau lezarea acestor fibre nervoase facilitează atrofierea lentă a ligamentelor sacrouterine și accelerează astfel pierderea elasticității acestora, prezentă oricum odată cu înaintarea în vârstă.

Rolul factorilor predispozanți și promotori în apariția acestui sindrom este o temă controversată - factorii genetici, numărul de nașteri și greutatea copiilor născuți vaginal sau decompensarea simptomatică odată cu apariția menopauzei sunt analizate în subcapitolul cu această temă. Este adresată și ipoteza insuficienței mecanismelor reparatorii la nivel tisular și celular în apariția tulburărilor de statică pelviană.

Evaluarea clinică și paraclinică

Sindromul de fornix posterior⁽⁸⁾ (SFP) se încadrează în categoria manifestărilor tratate necorespunzător sau

chiar ignorate, reprezentând un complex de manifestări fiziopatologice definit clasic prin triada: imperiozitate micțională, nicturie și durere cronică pelviană. Aceste simptome pot fi prezente împreună sau separat și pot avea intensități diferite sau se pot asocia cu numeroase alte tulburări ale defecației, golirii vezicii urinare sau ale funcției sexuale. Conform teoriei integraliste a perineului, sindromul de fornix posterior este cauzat de prezența unui defect la nivelul I de ancorare a boltei vaginale, în particular de o slăbire a ligamentelor uterosacrate. Nu se poate face însă o corelație directă între gradul defectului anatomic și amploarea unui simptom anume - de multe ori, defectele discrete pot provoca tulburări majore. Prevalența sindromului de fornix posterior în populația generală este dificil de estimat din cauza percepțiilor negative asupra adresabilității și curabilității tulburărilor de statică pelviană, scăzând probabilitatea prezentării la medic a persoanelor afectate. Impactul acestor tulburări asupra calității vieții pacientelor este însă enorm, făcând implementarea unei strategii terapeutice eficiente în controlarea acestor simptome o temă de cercetare prioritară.

Examenul clinic duce la identificarea și cuantificarea prolapsului vaginal acompaniator. Reducerea activă a defectelor în timpul examenului clinic are un rol important în estimarea succesului postoperator, mai ales la pacientele care au și o componentă de inconți-



Figura 2. Fixarea capătului liber al bandelelei posterioare infracocciene la tunelator pentru corecția chirurgicală a unui enterocel vaginal; © Ion-Andrei Müller-Funogea – Arhiva personală

nență urinară de efort supraadăugată manifestărilor SFP. Ecografia vaginală duce la o apreciere obiectivă a mobilității uretrei și a eficienței mecanismelor sale de închidere în timpul manevrei Valsalva, dar și la cuantificarea reziduuului postmictțional.

Rolul urodinamicii în obiectivarea tulburărilor micționale asociate SFP este controversat, ea fiind importantă pentru diagnosticul diferențial obiectiv al celor două componente ale incontinenței urinare, dar și în cazurile în care incontinența urinară recidivează din cauza unei deficiențe sfincteriene extrinseci.

Tratamentul chirurgical

Conform teoriei integraliste a perineului, eliminarea manifestărilor subiective poate fi atinsă doar după normalizarea anatomiei pelviparineale, obiectiv ce ar trebui să stea la baza oricărei proceduri chirurgicale uroginecologice - în cuvintele profesorului Petros: „restaurarea formei duce la restaurarea funcției”. În cazul particular al prolapsului de boltă vaginală și enterocelului ce se asociază cu manifestările SFP, fixarea sau întărirea ligamentelor uterosacrate poate duce nu doar la eliminarea prolapsului, ci și a mecanismelor declanșatoare ale incontinenței urinare și ale tulburărilor de defecație asociate.

Din acest motiv, tehnicile chirurgicale reconstructive ale perineului sunt considerate opțiunea terapeutică principală în tulburările de statică pelviană, restabilind anatomia și ducând la îmbunătățirea continenței urinare și fecale, dar și a vieții sexuale a pacientelor. Ele au la bază înlocuirea țesuturilor de collagen slăbite prin bandele de polipropilenă și/sau „reciclarea” surplusului de țesut, care este subsecvent folosit la „căptușirea” anumitor regiuni, și nu direct rezecat, pentru a evita producerea unor cicatrice inelastice.

Sacropexia abdominală⁽⁹⁾ sau laparoscopică⁽¹⁰⁾ a fost timp îndelungat operația de bază în prolapsul compartimentului posterior.

Datorită faptului că sacropexia abdominală reprezintă prototipul fixării exclusive a nivelului I al boltei vaginale, ea este asociată cu apariția defectelor la nivelul altor compartimente în perioada postoperatorie și deci cu necesitatea unor reintervenții la cel puțin o treime dintre paciente. Numeroase alte proceduri

inovatoare pentru eliminarea enterocelului, precum operația STARR⁽¹¹⁾, au fost propuse de către chirurgii generalişti, fără mari rate de succes, deoarece de adresa doar efectelor prolapsului și nu cauzelor acestuia. Dificultatea tehnică, rata mare de complicații și recidive, spitalizarea prelungită și disconfortul pentru pacientă sunt motivele pentru care astfel de tehnici sunt din ce în ce mai rar utilizate în uroginecologia modernă.

Prin implementarea teoriei integraliste a lui Petros, în 1993, s-a produs o schimbare de paradigmă în chirurgia compartimentului vaginal posterior.

Acesta a ales calea vaginală ca fiind cea mai apropiată de ancorare a structurilor slăbite și a introdus tehnica bandelei posterioare transvaginale⁽¹²⁾ (posterior intravaginal sling).

Prin această tehnică se ancorează fără tensiune (tension-free) fornixul vaginal posterior cu ajutorul unei bandele de polipropilen la musculatura levatorială, direct sub nivelul ligamentelor sacrospinoase. A fost primul pas în terapia chirurgicală nu numai a prolapsului, ci și o soluție de rezolvare a problemelor funcționale ale organelor din micul bazin.

Sacropexia infracoccigiană (posterior intravaginal slingoplasty - posterior IVS) reprezintă o procedură minim-invazivă prin care o meșă de polipropilenă este inserată prin fosa ischioarectală, întărind ligamentele cardinale și uterosacrate și susținând astfel bolta vaginală și având o rată de succes în controlarea simptomelor de peste 80% în cazul intervențiilor efectuate de chirurghi experimentați.

Conform ipotezei propuse în studiul efectuat de Mueller-Funogea pe 500 de paciente, sacropexia infracoccigiană reprezintă soluția terapeutică optimă pentru eliminarea pe termen lung a prolapsului și a simptomelor asociate SFP.

Concluzii

Tratamentul modern al sindromului de fornix vaginal posterior este reprezentat de chirurgia reconstructivă a perineului, care permite restabilirea anatomiei pelviparineale. Tehnicile chirurgicale reconstructive au ca obiective finale îmbunătățirea continenței urinare și fecale, dispariția durerilor cronice pelviene și ameliorarea vieții sexuale a pacientelor. ■

Bibliografie

- Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 186(6):1160-1166.
- Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol.* 2000 Aug; 183(2):277-85.
- Progetto Menopausa Italia Study Group. Risk factors for genital prolapse in non-hysterectomized women around menopause. Results from a large cross-sectional study in menopausal clinics in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Dec; 93(2):135-40.
- [Guideline] American College of Obstetricians and Gynecologists. Urinary incontinence in women. *Obstet Gynecol.* 2005 Jun; 105(6):1533-45.
- Petros PE & Ulmsten U. Bladder instability in women: A premature activation of the micturition reflex. *Neurourology and Urodynamics* 12, 235-239 (1993).
- Petros PE & Ulmsten U. An Integral Theory of female urinary incontinence. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, Supplement 153, Vol 69, (1990), 1-79.*
- DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166:1717-24.
- Petros PE & Ulmsten U. The posterior fornix syndrome: a multiple symptom complex of pelvic pain and abnormal urinary symptoms deriving from laxity in the posterior fornix. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* (1993) - Vol 27 Supplement No 153 - PART IV: 89-93.
- Nygaard IE, McCreery R, Brubaker L, Connolly A, Cundiff G, Weber AM, Zyczynski H, Pelvic Floor Disorders Network (2004) Abdominal sacrocolpopexy: a comprehensive review. *Obstet Gynecol* 104:805-823.
- Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, et al. The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol.* 2009. May; 55(5): 1089-1103 Epub 2009 Feb 4. Review.
- Hasan HM. Stapled transanal rectal resection for the surgical treatment of obstructed defecation syndrome associated with rectoceles and rectal intussusception. *ISRN Surg.* 2012; 2012:652345.
- Petros P. Vault prolapse II: restoration of dynamic vaginal supports by infracoccygeal sacropexy, an axial day-case vaginal procedure. *Int Urogynecol J.* 2001; 12:296-303.