



În perioada 7-9 septembrie 2017 a avut loc **cel de-al XIV-lea Congres Național al Societății Române de Uroginecologie**, la Hotel Europa, din Eforie Nord.

Congresul, organizat sub egida **Societății Române de Uroginecologie**, a avut ca invitați specialiști în domeniu din România și din străinătate. Dintre personalitățile de renume internațional, îi amintim pe **dr. Burghard Abendstein** (Austria) - președintele Asociației Internaționale de Uroginecologie și al Societății de Chirurgie al Planșeului Pelvian și de Incontinență, **prof. dr. Bernhard Liedl** (Germania) - președintele Societății Internaționale de Pelviperineologie, **prof. dr. Klaus Goeschen** (Germania) și **prof. dr. Giulio Santoro** (Italia), șeful departamentului de tratare a afecțiunilor pelviene, chirurg colorectal în departamentul de chirurgie al Spitalului din Treviso, profesor de chirurgie gastrointestinală la Padova și directorul Școlii Italiene de Ultrasonografie perineală.

Tematica evenimentului a cuprins: **Incontinența urinară, Chirurgia prolapsului, atât cu „țesuturi native”, cât și cu meșe sintetice, și Ecografia transperineală**. Aceste subiecte au fost abordate atât din punct de vedere teoretic, cât și practic. **Cursurile** prezentate de către speakerii internaționali au cuprins atât noțiuni extensive de anatomie pelviană și modalități de diagnostic și stadializare corectă a tulburărilor de statică, micțiune și defecație, cât și tehnici chirurgicale variate, ce au la bază vasta experiență a profesorilor de peste 20 de ani în domeniul uroginecologic. Din punct de vedere practic, **transmișiile live** din blocul operator au inclus procedee precum cura chirurgicală a cistocelului de grad III cu bandeleță cu patru brațe, procedeu ATOM modificat sau prin folosirea bandetei cu șase brațe, cura prolapsului uterin prin suspensie la ligamentele sacrospinoase, cura chirurgicală a prolapsului de boltă vaginală post-histerectomie și intervenții efectuate de dr. Burghard Abendstein, prof. dr. Elvira Brătilă și de prof. dr. Petre Brătilă.

De asemenea, cursul precongres **Ecografia transperineală 2D și 3D**, prezentat de prof. dr. Giulio Santoro (Italia), a fost deosebit de apreciat de către participanți, fiind o modalitate nouă de diagnostic în patologia staticii pelviene, aflată în continuă dezvoltare.

Suntem mândri să anunțăm că, la această manifestare științifică, au participat peste 250 de medici, din diferite specialități, precum ginecologie, urologie sau chirurgie, și sperăm că anul viitor numărul celor interesați de mecanismele și tratamentul tulburărilor de statică pelviană va fi în creștere.

Președinte Congres
Președintele Societății Române de Uroginecologie
Prof. dr. Elvira Brătilă

Alegerea bandelei potrivite pentru pacientele cu incontinență urinară de efort

Răzvan Ciortea¹, Doru Diculescu¹, Andrei Mihai Măluțan¹, Cristian Ioan Iușă¹, Costin Berceanu², Carmen Elena Bucuri¹, Maria Patricia Rada¹, Marina Ducea¹, Dan Mișu¹

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Al II-lea Departament de Obstetrică-Ginecologie, Cluj-Napoca, România
2. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, România

Incontinența urinară de efort (IUE) este o afecțiune frecventă care afectează global una din trei femei. În urmă cu mai mult de trei decenii, colposuspensiile retropubiene și bandelele pubovaginale cu fascie autologă au fost principalele metode chirurgicale utilizate pentru tratarea IUE. Pe măsură ce tehnologia a avansat, tratamentul chirurgical al IUE s-a îmbunătățit, prin implementarea materialului sintetic. În ultimii zece ani, tehnica standard acceptată a fost operația de suspensie suburetrală. În prezent, majoritatea femeilor cu IUE optează pentru bandelela suburetrală, existând peste 3,6 milioane de astfel de bandele montate în întreaga lume. În ceea ce privește tipul de bandele care trebuie folosit pentru femeia incontinentă, se consideră că atât bandelele sintetice, cât și cele nesintetice au rezultate bune pentru majoritatea pacientelor. Obezitatea și vârsta înaintată nu influențează rezultatul intervenției. Montarea unei bandele

sintetice pentru IUE trebuie evitată în caz de eroziune uretrală sau vaginală în antecedente, diverticul uretral, fistulă uretro-vaginală sau leziuni uretrale anterioare. În aceste cazuri, pentru a scădea morbiditatea, bandelela pubovaginală fascială ar trebui să fie alegerea optimă. Pentru a elimina unele dintre efectele secundare, a fost dezvoltată o nouă generație de bandele, numite „mini-slinguri”. Acestea sunt de dimensiuni mai reduse și nu penetrează țesuturile la fel de profund comparativ cu cele standard. Materialul sintetic, alături de dimensiunea porilor reprezintă alte caracteristici care trebuie luate în considerare la alegerea bandelei. Rezultatele pe termen lung ale utilizării bandelelor în cura IUE sunt corelate cu experiența chirurgului, particularitățile biologice ale pacientelor, dar și cu caracteristicile bandelei.

Cuvinte-cheie: incontinență, bandelela, suspensie

Complicațiile slingului suburetral transobturator. Diagnosticarea exactă și gestionarea complicațiilor cu ajutorul trasonografiei transperineale

Radu Vlădăreanu, Mihaela Boț, Cristina Opreșcu, Simona Vlădăreanu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Clinic Universitar de Urgență „Elias”, București

Slingul suburetral transobturator este standardul de aur pentru tratamentul incontinenței urinare de efort (IUE), o procedură foarte eficientă, dar nu lipsită de complicații, cele mai frecvente fiind: vezica hiperactivă (apare *de novo* postoperator), disfuncțiile de golire a vezicii urinare, retenția urinară și rezultatul nesatisfăcător al tratamentului. Lucrarea urmărește să expună constatările noastre legate de utilizarea ultrasonografiei în cazul dezvoltării complicațiilor și elaborarea unei scheme de gestionare a lor. Examinarea cu ajutorul ultrasunetelor a tractului urinar inferior a fost stabilită în cadrul uroginecologiei ca o procedură de diagnosticare simplă, promptă, reproductibilă și dinamică. În comparație cu alte metode, imagistica cu ajutorul ultrasunetelor oferă o vizualizare mai precisă a anatomiei tractului urinar inferior și a modificărilor dinamice ale mobilității sfincterului vezicii urinare în timpul testelor funcționale (manevra Valsalva), precum și vizualizarea implanturilor sintetice. Fără expunere la radiații, aceasta oferă imagini comparabile cu metodele care utilizează raze X, iar în comparație cu consumul de timp și costul prohibitiv al RMN-ului, examinarea cu ultrasunete este rapidă și mult mai ieftină. De asemenea, curba de învățare fiind redusă,

crează premisele și argumentele pentru alegerea acestei metode în diagnosticul de primă linie al complicațiilor. În prezent, ecografia perineală și cea introitală sunt două metode standardizate, care sunt disponibile și cu reperi deja bine stabilite. Sonda liniară sau curbă este utilizată în sonografia perineală și este plasată pe suprafața perineală și vaginală. Cu o frecvență redusă a ultrasunetelor și cu un unghi mare de reflexie, aceasta oferă o vedere largă a bazinului. Considerăm că este deosebit de important să se evalueze poziția bandelei în primele zile postoperator. Între prima zi și a șaptea zi postoperatorie (perioada complicațiilor precoce), este posibilă realizarea corecțiilor necesare și în majoritatea cazurilor este posibilă menținerea meșei. Identificarea unui eșec al poziției slingului într-o etapă ulterioară (perioada complicațiilor tardive) are ca rezultat îndepărtarea implantului, cu posibilitatea reintroducerii unei noi bandele după o perioadă de vindecare. Eșecul tratamentului chirurgical este rar, însă aproape întotdeauna este posibil să se identifice cauza, cu ajutorul examinării ecografice perineale și introitale, pentru a remedia complicația apărută.

Cuvinte-cheie: sling suburetral, ecografie transperineală

Tehnici de suspensie a bontului vaginal post-histerectomie: prezentări de caz

Dorin Grigoraș^{1,2}, Evelina Gomoș², Alina Mischie², Oana Balint², Bogdan Fîru², Dragoș Erdelean^{1,2}, Laurențiu Pirtea^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara; 2. Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

Prolapsul de bont vaginal reprezintă o complicație frecventă a histerectomiei, în special la pacientele cu antecedente de prolaps genital. Pentru reducerea acestui risc a fost recomandată asocierea la momentul histerectomiei a unei proceduri de refacere a suportului ligamentar. Au fost descrise diferite tehnici ce pot fi împărțite, în funcție de calea de abord, în tehnici vaginale și tehnici abdominale (laparoscopice). Prezentăm două cazuri la care s-au practicat tehnici de suspensie a bontului vaginal post-histerectomie totală, practicate pentru patologii uterine benigne. Alegerea tehnicii de suspensie a fost influențată de tipul de histerectomie – vaginală, respectiv laparoscopică – și de patologiile uroginecologice asociate. La primul caz s-a efectuat

suspensia bontului vaginal prin tehnica McCall modificată, la care s-a asociat și cura chirurgicală a cistocelului, enterocelului și montarea unei bandele suburetrale prin TOT. În cazul celei de-a doua paciente, cu un istoric de incontinență urinară de stres, tratată prin montarea unei bandele suburetrale TOT, complicația ulterioară cu extruzia bandelei și de un cistocel de tip central, se optează pentru excizia meșei extruzate și refacerea peretelui vaginal anterior, urmate în timpul doi de histerectomie totală laparoscopică, la care se asociază suspensia bontului vaginal prin fixarea acestuia la peretele abdominal lateral – tehnica Dubuisson.

Cuvinte-cheie: prolaps, bont vaginal, histerectomie

Țesut nativ versus meșă: tendințe în chirurgia reconstructivă a prolapsului genital

Dorin Grigoraș^{1,2}, Laurențiu Pirtea^{1,2}, Cristina Secoșan², Izabela Erdelean^{1,2}, Oana Balint²

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara; 2. Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

Prolapsul genital este o patologie frecventă, caracterizată de slăbirea mușchilor și a ligamentelor planșeului pelvian, ce duce la descensiunea peretelui vaginal anterior, posterior sau a apexului vaginal. Tratamentul acestui complex patologic include managementul expectativ, în absența simptomatologiei, sau un management activ ce poate varia de la terapie fizică la chirurgie. Clasic, chirurgia de corecție a prolapsului a utilizat țesutul nativ pentru restaurarea anatomiei și funcției normale. Aceste tehnici rămân cel mai frecvent efectuate, însă cu o rată mare de recidivă. Plecând de la succesul meșelor în

tratamentul herniilor abdominale, în ultimii 20 ani utilizarea acestora în tratamentul prolapsului a devenit tot mai populară. Creșterea utilizării meșelor a dus însă la apariția unor noi complicații specifice acestora, cu rate suficient de mari pentru a pune la îndoială beneficiul lor. Utilizarea țesutului nativ sau a meșelor rămâne un subiect controversat. Datele din literatură sunt în tot mai multe și vin să sublinieze necesitatea unui echilibru între potențialele complicații versus beneficiile fiecărei tehnici chirurgicale.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, meșă

Sacropexia abdominală în rezolvarea prolapsului genital

Mihaela Camelia Țirnovanu¹, Ana Maria Cozoreanu¹, Andreea Raluca Cara¹, Sebastian Pasat¹, Cerasela Mucilenița¹, Ștefan Dragoș Țirnovanu²

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Maternitatea „Cuza Vodă” Iași, Clinica I de Obstetrică-Ginecologie; 2. Student Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Introducere. Sacropexia restabilește suportul anatomic prin atașarea bontului vaginal sau cervical la sacrum, cu ajutorul unei meșe de polipropilen, cu atingerea unor rezultate optime. Au fost descrise și tehnici reconstructive cu prezervarea uterului. **Materiale și metodă.** Am efectuat un studiu prospectiv a 107 femei cu sacropexie, desfășurat în perioada aprilie 2012 - iunie 2017, în Clinica I de Obstetrică-Ginecologie Iași. Am urmărit evaluarea rezultatelor chirurgicale ale sacropexiei abdominale, cu referire la trei varietăți ale punctului de atașare a plasei: bont vaginal, bont cervical și colul uterin la cazurile cu prezervarea uterului. **Rezultate.** Vârsta medie a pacientelor a fost de 62,69±6,3 ani (45-81 de ani). La 11,53% dintre femei, menopauza nu era instalată. Simptomul cel mai frecvent acuzat a fost exteriorizarea unei formațiuni în afara introitului (93,45%), urmat de dificultate la

mictiune (19,62%) și infecții urinare repetate (9,34%). La 8 cazuri, prolapsul era recidivat. 16 paciente au fost obeze. Sacropexia cu plasă atașată pe bontul cervical, bont vaginal, respectiv uter, s-a efectuat la 2,94 și respectiv 11 cazuri. Dintre cazurile cu fixarea bontului vaginal, 19 au fost pentru prolaps de boltă vaginală (histerectomie totală în antecedente) și 75 cu histerectomie totală concomitent cu sacropexia. La 13 paciente s-a practicat și cura IUE (incontinență urinară de efort), iar la 17, colporafie posterioară în aceeași intervenție chirurgicală. **Concluzii.** Sacropexia abdominală pentru prolaps apical are rezultate bune pe termen lung, în lotul de studiu neavând nicio recidivă. Nu am avut niciun caz cu eroziune a plasei sau infecții cronice, nici măcar la pacientele cu histerectomie concomitentă.

Cuvinte-cheie: sacropexie, prolaps genital, simptomatologie

Sacropexia abdominală și funcția vezicală

Mihaela Camelia Tirnovanu¹, Ana Maria Cozoreanu¹, Andreea Raluca Cara¹, Sebastian Pasat¹, Cerasela Mucilenița¹, Ștefan Dragoș Tirnovanu², Mircea Onofriescu¹

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Maternitatea „Cuza Vodă” Iași, Clinica I de Obstetrică-Ginecologie; 2. Student Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Introducere. Există date conflictuale privind necesitatea efectuării intervenției profilactice pentru IUE (incontinența urinară de efort) odată cu sacropexia. Nu există concluzii clare asupra femeilor cu IUE ocultă, care vor fi supuse unei sacropexii. Unii chirurghi utilizează teste de reducere a prolapsului preoperator pentru a aprecia riscul IUE *de novo*, dar sensibilitatea testelor este de 17-39%. **Materiale și metodă.** Au fost evaluate într-un studiu prospectiv, în perioada aprilie 2012 - iunie 2017, 107 cazuri cu sacropexii efectuate în Clinica I de Obstetrică-Ginecologie Iași, în ceea ce privește oportunitatea efectuării curei simultane a IUE prin procedeul TOT (transobturator tension-free vaginal tape). **Rezultate.** Vârsta medie a pacienților a fost de 62,69±6,3 ani (45-81 de ani). 30 de femei au acuzat IUE anterior agravării prolapsului, reprezentând 28%. La 13 din aceste femei s-a practicat montarea de sling suburetral, prin procedeu

TOT concomitent cu sacropexia. Dintre pacientele la care nu s-a efectuat cura IUE, doar la două a fost necesară montarea ulterioară (o altă intervenție) a slingului. La un singur caz s-a impus secționarea bandelei postoperator din cauza retenției de urină. **Concluzii.** O procedură preventivă pentru IUE nu este recomandată, pentru că incidența la pacientele cu prolaps genital este redusă când nu există simptome preoperator – la lotul analizat am avut un singur caz. Chiar și la paciente care preoperator la reducerea prolapsului uterin pierdeau urină la efort, postoperator simptomatologia nu s-a manifestat. Optăm pentru amânarea procedurii pentru incontinență urinară, deoarece, prin modificarea unghiului vezico-uretral după sacropexie, pacientele pot deveni continente.

Cuvinte-cheie: sacropexie, incontinență urinară de efort, profilaxie

Managementul unei paciente cu leiomiom vezical și polifibromatoză uterină

Monica Cîrstoiu¹, Dragoș Davițoiu², Roxana Bohilțea¹, George Radavoi³, Diana Voicu¹, Oana Bodean¹, Sorin Vasilescu¹, Costin Berceanu⁴, Viorel Jinga³, Octavian Munteanu^{1,5}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București, UMF „Carol Davila” București; 2. Departamentul de Chirurgie, Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”, UMF „Carol Davila”, București; 3. Departamentul de Urologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Theodor Burghiele”, UMF „Carol Davila”, București; 4. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova; 5. Disciplina Anatomie, Departamentul de Științe Morfologice, UMF „Carol Davila”, București

Leiomiomul uterin este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ginecologice, ale cărui diagnostic și opțiuni terapeutice sunt foarte bine documentate. Totuși, leiomiomul vezicii urinare este o tumoră benignă rară (mai puțin de 1% din toate tumorile vezicii urinare). Raportăm cazul unei paciente de 48 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, internată în Secția de Obstetrică și Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București pentru dureri pelviene, metroragii și polakiurie. În urma unui bilanț imagistic minuțios (ecografie transvaginală convențională, ecografie 3D și CT pelvian), la nivelul uterului au fost detectate multiple mase hipocogene, bine delimitate, cu vascularizație circumferențială, localizate intramiometrial, cu dimensiuni variabile. O tumoră cu aceleași caracteristici și cu

diametrul de 4 cm a fost decelată în peretele posterior al vezicii urinare. Pacienta prezenta anemie ușoară (Hgb 8,8 mg/dl). S-a intervenit chirurgical și s-a practicat histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală. Tumora vezicală a fost de asemenea extirpată, cu limite de rezecție oncologică. Tumora din vezica biliară a fost, de asemenea, eliminată. În urma unei analize microscopice riguroase, a fost stabilit diagnosticul de polifibromatoză uterină și leiomiom de vezică urinară. Leiomiomurile vezicii urinare sunt foarte rare, cu doar 250 de cazuri raportate în întreaga lume. Rezecția chirurgicală completă are o rată foarte scăzută a recidivelor, cu un prognostic excelent.

Cuvinte-cheie: leiomiom uterin, leiomiom vezical, management

Mecanisme de apariție a traumatismelor ureterale iatrogene și metode de prevenție a acestora

Octavian Munteanu^{1,2}, Alexandra Munteanu³, Diana Voicu², Oana Bodean², Luciana Arsene², Sorin Vasilescu², Roxana Bohilțea^{2,4}, Elvira Brătilă⁴, Monica Cîrstoiu^{2,4}

1. Disciplina Anatomie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 2. Secția de Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Universitar de Urgență, București; 3. Secția de Chirurgie pediatri-că, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”, București; 4. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Intervențiile chirurgicale în Obstetrică-Ginecologie sunt responsabile de 50% din totalul traumatismelor ureterale iatrogene. Majoritatea acestor accidente apar în timpul intervențiilor chirurgicale pentru endometrioză, însă și la pacientele cu neoplasme genitale în stadii local-avansate, la care s-a efectuat radioterapie neoadjuvantă. Evidențierea traiectului pelvian al ureterului este o metodă esențială de prevenție a unui traumatism iatrogen, mai ales în cazul pacientelor cu neoplasme genitale, la care se efectuează intervenții chirurgicale cu viză curativă și care necesită și evidare ganglionară radicală. Totuși, în timpul disecției trebuie evitată distrugerea adventiceii și a rețelei vasculare și nervoase periureterale,

deoarece pot apărea leziuni care se manifestă în primele 24-48 de ore postoperator. De asemenea, evaluarea și urmărirea postoperatorie a pacientelor la care s-au efectuat disecții extensive periureterale, mobilizări sau reimplantări ale ureterelor în vezica urinară sunt esențiale în diagnosticul precoce al traumatismelor ureterale iatrogene. Dacă a fost stabilit diagnosticul de traumatism ureteral postoperator, tratamentul trebuie să fie foarte prompt, pentru a evita deteriorarea ireversibilă a funcției renale.

Cuvinte-cheie: traumatisme ureterale iatrogene, prevenție, management

Cura prolapsului genital de grad 3-4, asociat cu cistocel și/sau rectocel *per magna*, cu meșă sintetică fixată la ligamentele sacrospinoase și lambou vaginal dezepitelizat

Șerban Nastasia^{1,2}, Monica Mihaela Cîrstoiu¹, Roxana Bohilțea¹, Claudia Mehedințu¹, Elvira Brătilă¹, Manuela Cristina Russu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului „Dr. Ion Cantacuzino” București

Obiective. Prezentarea unui procedeu de refacere a anatomiei în cazurile de prolaps genital de gradul 3 sau 4, asociat cu cistocel și/sau rectocel *per magna*. **Materiale și metodă.** Prolapsul genital de gradul 3 sau 4, asociat cu cistocel și/sau rectocel *per magna*, pune probleme deosebite de reducere a excesului de mucoasă vaginală, precum și de întărire a aparatului fascial subvezical și intervaginorectal. Propunem un procedeu care asociază, simultan cu întărirea compartimentului posterior prin fixarea apexului vaginal (cu/fără cervix) cu meșă la ligamentele sacrospinoase, plasarea unei meșe suburetrale prin procedeu TOT și întărirea aparatului fascial subvezical și intervaginorectal

prin plasarea sub mucoasa vaginală a excesului de mucoasă vaginală dezepitalizat. **Rezultate.** Procedeu a fost executat în 7 cazuri, fără incidente intraoperatorii sau complicații postoperatorii. În urmărirea pacientelor, la 3 luni postoperator, nu s-au decelat semne și simptome de complicații sau recidivă. **Concluzii.** Excesul de mucoasă vaginală reprezintă o sursă valoroasă de material autolog pentru utilizarea în scopul întării aparatului fascial subvezical și intervaginorectal, în cazurile de prolaps genital asociate cu cistocel și/sau rectocel *per magna*.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, ligamente sacrospinoase, lambou vaginal dezepitelizat

Comparație sacrosuspensie versus fixare la ligamentele sacrospinoase în tratamentul prolapsului genital

Șerban Nastasia^{1,2}, Monica Mihaela Cîrstoiu¹, Roxana Bohilțea¹, Claudiu Mehedințu¹, Mihai Mitran¹, Andrei Vlad Trăistaru¹, Mihaela Boț¹, Elvira Brătîlă¹, Manuela Cristina Russu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului „Dr. Ion Cantacuzino”, București

Objective. Analiza procedeelor de refacere a anatomiei compartimentului perineal posterior în cazurile de prolaps genital de gradele 2-3 și 4. **Materiale și metodă.** Studiul retrospectiv a analizat cazurile de prolaps genital de grad 2-3 sau 4 operate în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului „Dr. Ion Cantacuzino”. Analiza a fost efectuată asupra datelor demografice, a tipului de intervenție chirurgicală, a complicațiilor și evoluției postoperatorii. **Rezultate.** Au fost identificate 44 de cazuri de prolaps genital de gradele 2-3 și 4, la care au fost efectuate procedurile specifice adresate compartimentului posterior perineal, dintre care 7 cazuri de colpo-sacrosuspensie și 37 de cazuri de colpo-/cervicosuspensie la ligamentele sacrospinoase, cu sau fără proceduri asociate. Colposacrosuspensia s-a asociat cu patologie uterină

în 42,86% din cazuri, versus 5,41% în fixările la ligamentele sacrospinoase ($p=0,0140$). Numărul de zile de spitalizare a fost semnificativ statistic mai mic în cazul fixării la ligamentele sacrospinoase, comparativ cu colpo-sacrosuspensia (4,64 versus 7 zile; $p=0,0052$). **Concluzii.** Colpo-/cervicosuspensia la ligamentele sacrospinoase reprezintă o intervenție de elecție la paciențele cu prolaps genital de grad 2-3 sau 4, cu patologie sistemică asociată severă sau cu antecedente chirurgicale abdominale importante. Colposacrosuspensia reprezintă o alternativă de tratament al prolapsului genital de grad 2-3 sau 4, la paciențele nulipare, cu patologie uterină asociată, la care eventual se impune histerectomia.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, sacrosuspensie, ligamente sacrospinoase

Folosirea toxinei botulinice de tip A în tratamentul detrusorului hiperactiv

A. Manu-Marin¹, R. Borcaias², F. Antohi³, D. Popescu³, D. Dumitrașcu⁴, D. Cînteză⁴

1. Clinica EVOMED, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 3. Spitalul Universitar de Urgență București, Clinica de Neurologie; 4. Institutul Național de Recuperare, Medicină Fizică și Balneoclimatologie, Spitalul Clinic „Filantropia”, București

Introducere. Detrusorul hiperactiv este un diagnostic urodinamic și stă la baza etiologiei sindromului vezicii hiperactive. Hiperactivitatea neurogenă a detrusorului este starea în care hiperactivitatea detrusorului este cauzată de o perturbare a mecanismului de control nervos în prezența unui istoric al unei boli neurologice relevante. Povara generală a vezicii neurologice (VN) este destul de mare: 65% dintre pacienții cu scleroză multiplă (SM) au semne de VN și aproximativ 50% dintre pacienții cu SM se confruntă cu incontinență urinară. În cazul pacienților cu leziuni ale măduvei spinării (*spinal cord injury*; SCI), aproximativ 80% dintre aceștia suferă de VN, prevalența incontinenței urinare fiind de aproximativ 50%. Ghidul din 2015 al Asociației Europene de Urologie (EAU) recomandă doze mari sau o combinație de agenți antimuscarinici ca o opțiune pentru a maximiza rezultatul tratamentului la pacienții cu detrusor hiperactiv și incontinență. Pentru pacienții care au renunțat la medicamentele anticolinergice din cauza efectelor adverse sau pentru cei care nu răspund la agenți antimuscarinici, utilizarea toxinei botulinice A, administrată ca injecții intradetrusoriene, a

apărut ca o alternativă eficientă. **Materiale și metodă.** Scopul a fost de a evalua eficacitatea toxinei botulinice pentru tratamentul detrusorului hiperactiv cu incontinență urinară. Pacienții care s-au prezentat la consultație pentru incontinență, având mai mult de un episod la 24 de ore, consemnat pe un calendar micțional pe două zile, au beneficiat de terapia intravezicală cu toxină botulinică. Am utilizat Botox, doze de 100 u, pentru detrusor hiperactiv idiopatic, și 200 u pentru detrusorul hiperactiv neurologic, care a fost injectat cistosopic în mușchiul detrusor în 30 de situri diferite, evitând trigonul vezicii urinare. Primul control a fost la 3 luni și a inclus teste urodinamice, iar parametrii (MCC și MDP) au fost îmbunătățiți semnificativ la toți pacienții. În ceea ce privește rezultatele clinice, pacienții au raportat o scădere a episoadelor de incontinență, frecvență și de urgență la urinare. Nu au fost raportate evenimente adverse majore. **Concluzie.** Toxina botulinică A este un tratament eficient, de linia a doua, pentru pacienții cu vezică hiperactivă, care nu tolerează medicația anticolinergică.

Cuvinte-cheie: vezică neurologică, toxină botulinică

Cistita recidivantă, bacteriană și cu urocultură negativă

Andrei Manu-Marin

Clinica EVOMED, București

Introducere. Infecția tractului urinar inferior – denumită și cistită – este definită clinic de triada urinare frecventă, usturime la urinat și urină tulbură, certitudinea diagnostică fiind obținută prin urocultura în care se pune în evidență prezența a mai mult de o sută de mii de germeni pe mililitru. În patologia oricărei infecții contează atât agentul infectant, cât și răspunsul gazdei. Dacă asupra tipului germeului nu se poate acționa pentru prevenirea recidivei infecției, asupra condiției gazdei există metode de acțiune. Studiile clinice au demonstrat că principala cauză locală ce favorizează infecția urinară este timpul îndelungat de stază a urinei în vezica urinară care favorizează înmulțirea bacteriană și degradarea mucusului protector al vezicii urinare. În acest sens, măsurarea ecografică și tratarea rezidului post-micțional sunt un pas important în prevenirea recidivelor bacteriene. Sindromul vezicii dureroase (SVD) reprezintă durerea suprapubiană asociată cu umplerea vezicală, însoțită de polachiuria diurnă și

nocturnă, în lipsa infecției urinare și a altei patologii vezicale evidente (ICI 2005). Cistita interstițială (CI) se manifestă clinic ca SVD și asociază semne cistoscopice (glomerulații și leziuni Hunner) și histologice (inflamație și granulație). Prevalența SVD/CI este apreciată la aproximativ 0,7% în populația generală. Pacienții se plâng de durere suprapubiană (și/sau uretrală) (aproximativ 63-92% din cazuri) ce se accentuează pe măsură ce vezica se umple și se reduce imediat după urinare (57-73%), de asemenea prezintă urinare frecventă, cu volume mici, determinată de dorința de a evita durerea, și au nocturie. Frecvent (>50% din cazuri), pacienții relatează agravări ale simptomelor la anumite alimente (citrice, condimente, cafea), stres, frig, contact sexual și au în istoric numeroase uroculturi sterile. **Materiale și metodă.** Lucrarea prezintă liniile de ghid actuale, conform Asociației Europene de Urologie (EAU), pentru tratarea cistitelor recidivante și cronice. **Cuvinte-cheie:** cistită, vezică dureroasă cronică

Vezica urinară hiperactivă post-intervenție chirurgicală pentru incontinența urinară de efort

Carmen Elena Bucuri¹, Răzvan Ciortea¹, Doru Dicușescu¹, Costin Berceanu², Andrei Mihai Măluțan¹, Maria Patricia Rada¹, Dan Miha¹

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Al II-lea Departament de Obstetrică-Ginecologie, Cluj-Napoca; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie

Sindromul vezicii urinare hiperactive (VUH) include imperiozitatea și incontinența urinară prin imperiozitate (IUI) și apare frecvent în urma corecției chirurgicale a incontinenței urinare de efort (IUE). Identificarea factorilor de risc pentru apariția simptomelor VUH este importantă pentru a putea informa pacienta în mod corespunzător înainte de intervenția chirurgicală. Postoperator, incidența imperiozității persistente este de 15%, iar cea a IUI este de 30%. Femeile diagnosticate cu incontinență urinară mixtă, predominantă prin imperiozitate, prezintă persistența simptomatologiei după intervenția chirurgicală, comparativ cu pacientele cu IUE. Vârsta înaintată constituie, de asemenea, un factor de risc pentru apariția simptomelor de VUH. Parametrii urodinamici ai VUH (presiunea crescută a detrusorului, presiunea

intraluminală uretrală, fluxul urinar) pot prezice apariția imperiozității postoperator sau a IUI. Gestionarea simptomelor VUH după intervenția chirurgicală efectuată pentru IUE este aceeași ca și în cazul VUH idiopatice. Cu toate acestea, înainte de începerea tratamentului, este esențial să excludem alți factori care pot determina imperiozitate: obstrucțiile tractului urinar, infecția tractului urinar sau eroziunea bandedetei. Simptomele VUH sunt frecvent raportate după intervenția chirurgicală. Severitatea simptomelor de imperiozitate, lipsa complicațiilor intraoperatorii și cura chirurgicală concomitentă a prolapsului sunt predictorii importanți ai imperiozității persistente sau ai apariției IUI postoperator. **Cuvinte-cheie:** vezica urinară hiperactivă, incontinență, bandedete

Tratamentul infecțiilor urinare recurente în viziunea contemporană

Ruxandra Stănculescu^{1,2}, Diana Comandașu³, Ana Maria Năstase³, Ciprian Coroleucă^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 3. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sirbu”, București

Obiectiv. Actualizarea informațiilor privind clasificarea infecțiilor tractului urinar și managementul infecțiilor urinare recurente (IUR), în scopul abordării unei atitudini moderne de prevenție și conduită terapeutică. **Materiale și metodă.** Analiza lucrărilor din ultimii 10 ani apărute în bazele de date PubMed și Cochrane, în scopul selectării noilor concepții de diagnostic și tratament privind infecția urinară recidivantă. **Rezultate.** Structurarea principiilor de diagnostic și conduită terapeutică evidențiate în articolele publicate a permis identificarea a patru categorii de interes în abordarea sistematică a patologiei incontinenței urinare recidivante. Astfel, o clasificare didactică cu aplicabilitate clinică include categoria A - a femeilor care necesită sfat uroginecologic personalizat; apoi categoria B - a femeilor care pot beneficia de antibioterapie profilactică în regim de profilaxie continuă, profilaxie post-coitală sau de tip self-terapie de urgență. Categoria C este atribuită femeilor care beneficiază de terapie adjuvantă

singulară sau asociată antibioterapiei stabilite conform antibiogrammei. Categoria C corespunde terapiei cu estrogeni pentru refacerea pH-ului vaginal prin reparația lactobacililor vaginali, medicației naturiste cu așine, medicației cu probiotice și acupuncturii. Gravidele cu bacteriurie asimptomatică trebuie tratate și supravegheate prin uroculturi repetate de-a lungul sarcinii. Categoria D include cazurile de IUR care aderă la tratamentul imunoprofilactic. **Concluzie.** IUR continuă să reprezinte o afecțiune cu impact negativ asupra calității vieții femeilor, atât la vârsta tânără, cât și în perioada de postmenopauză. Respectarea regimurilor terapeutice scurte cu antibiotic, cât și a schemelor terapeutice personalizate recomandate pe baza rezultatelor investigațiilor specifice contribuie major la diminuarea incidenței recurenței infecțiilor urinare.

Cuvinte-cheie: infecție urinară recurentă, profilaxie continuă, self-terapie de urgență

Tratamentul chirurgical al prolapsului vaginal avansat la pacientele tinere

Traian Enache

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sirbu” București

Introducere. Prolapsul utero-vaginal la pacientele tinere reprezintă o provocare pentru chirurgia reconstructivă. Dincolo de tratamentul tulburărilor de statică pelviană și amendarea simptomelor urinare și digestive, trebuie avută în vedere conservarea funcției sexuale și reproductive. Fiecare tehnică chirurgicală are niște riscuri și fiecare chirurg preferă anumite căi de abord cu care are o experiență mai mare. Literatura de specialitate nu oferă o tehnică sau o cale de abord de elecție, mai ales în cazul pacientelor tinere. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei paciente de 28 de ani, cu două nașteri vaginale în antecedente (3500 g și 3300 g), ultima având loc cu doi ani înainte. Pacienta se prezintă cu sindrom algic pelvian intens, accentuat la ortostatism, și dispareunie severă instalată imediat după naștere, simptomatologie ce a determinat întreruperea activității sexuale. Examenul clinic obic-

tivează prolaps uterin de grad 3 prin defect apical, neinteresând pereții vaginali anterior și posterior. S-a practicat cura chirurgicală a prolapsului cu cerclaj pericervical cu bandetă de polipropilenă fixată sacrospinos și cu petec posterior fixat sacrospinos. Concomitent s-a efectuat și o explorare laparoscopică pentru excluderea altor cauze intraperitoneale de durere. **Rezultate.** Rezultatul postoperator la 6 săptămâni a fost favorabil, cu ameliorarea simptomatologiei și reluarea activității sexuale. Evaluarea la 5 ani a relevat o calitate satisfăcătoare a vieții, cu activitate sexuală regulată și fără semne de recidivă. **Concluzie.** Numărul mic de cazuri de prolaps la vârste foarte tinere face dificil un studiu prospectiv pe un lot reprezentativ de paciente, astfel încât conduita terapeutică se alege în funcție de factori subiectivi.

Cuvinte-cheie: prolaps, tinere, activitate sexuală, durere

Tulburări vasculare asociate prolapsului uterin

Traian Enache¹, Maria Comănescu^{1,2}, Anca Potecă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie "Prof. Dr. Panait Sârbu", 2. UMF "Carol Davila" București

Introducere și obiective. Alungirea hipertrofică a colului uterin este asociată în mod tradițional cu prolapsul organelor pelviene. Totuși, un mecanism fiziopatologic nu a fost încă propus și acceptat. În literatura de specialitate există dovezi ale unor niveluri crescute de receptori de estrogeni și de progesteron la aceste paciente, dar aceasta nu oferă o explicație satisfăcătoare hipertrofiei cervicale. Ipoteza noastră este că există o relație cauză - efect între prolaps și alungirea colului. Obiectivul studiului a fost găsirea unei posibile explicații fiziopatologice. **Material și metodă.** Am studiat un lot de 112 paciente cu defecte de compartiment posterior (ce asociau cel puțin un prolaps uterin de grad 2) și alungire hipertrofică de col uterin. Tehnica chirurgicală folosită a constat în aplicarea unui petec de polipropilenă fixat la inserția pe col a ligamentelor uterosacrate și ancorarea părților laterale la ligamentele sacrospinoase. La pacientele ce asociau rectocel s-a practicat suplimentar corecția acestuia cu o punte posterioară fixată cranial la petecul posterior și refecarea centrului tendinos în măsura în care a fost necesar. Nu s-a practicat rezecția colului. Pacientele au fost evaluate clinic și ecografic, pre- și postoperator. Printre criteriile folosite s-au numărat: lungimea colului, indicii de rezistivitate (RI) pe arterele uterine, volumul uterin, prezența sau absența hemoroizilor, durerile pelviene etc. **Rezultate.** S-a constatat o reducere

semnificativă a lungimii colului la 6 luni de la operație. Reducerea medie pe întregul lot studiat a fost de 2 cm ($p < 0,01$). De asemenea, s-a constatat o reducere semnificativă a RI pe ambele artere uterine ($p < 0,03$). Examinarea clinică a obiectivat o reducere semnificativă a hemoroizilor la 6 luni postoperator ($p < 0,02$). **Discuție.** Corecția anatomică a defectului de compartiment posterior a indus și o corecție semnificativă a lungimii cervicale și a RI pe arterele uterine. Concomitent, boala hemoroidală s-a ameliorat. Acestea ar putea fi interpretate ca ameliorare a unei staze venoase pelviene asociate prolapsului. Obstrucția venoasă poate determina un grad de edem și astfel o expansiune volumetrică a organelor implicată ar putea fi posibilă. Reducerea lungimii colului după corecția chirurgicală poate sugera un astfel de mecanism în apariția alungirii hipertrofice de col. Deși aceasta ar presupune un grad de reversibilitate a alungirii, aceasta trebuie demonstrată pe loturi mai mari de studiu. **Concluzii.** Staza venoasă și edemul pot reprezenta o explicație fiziopatologică a alungirii hipertrofice de col. Astfel, rezultă că excizia colului nu ar mai fi neapărat necesară. Studii extinse de histopatologie pe piese biopsice de col ar trebui să valideze această teorie. **Cuvinte-cheie:** prolaps, alungire hipertrofică de col, tulburări vasculare

Incontinența urinară – complicațiile tratamentului chirurgical cu bandelele suburetrale

Diana Voicu¹, Sorin Vasilescu¹, Octavian Munteanu², Oana Bodean¹, Elvira Brătilă², Costin Berceanu³, Monica Cîrstoiu²

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Incontinența urinară (IU) reprezintă pierderea involuntară de urină cauzată de modificări bruște ale presiunii intraabdominale în timpul tusei, strănutului sau efortului fizic. Cei mai importanți factori implicați în etiopatogenia IU sunt vârsta înaintată, multiparitatea și nașterea pe cale vaginală, aplicarea de forceps, fumatul și obezitatea. **Material și metodă.** Ne-am propus să studiem complicațiile postoperatorii după montarea bandelelor urinare, analizând un lot de paciente diagnosticate cu incontinență urinară la care s-au aplicat meșe sintetice, internate în cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București în perioada 1 ianuarie 2011 - 31 decembrie 2013. În acest studiu retrospectiv am introdus un număr de 55 de paciente cu incontinență urinară indusă de defecte de perete vaginal anterior. **Rezultate.** Media de vârstă

a pacientelor a fost 61,5 ani. Am utilizat bandelele urinare cu fir monofilament neresorbabil de polipropilenă, tehnica transobturatorie. Cele mai frecvente complicații au fost dispareunia (10 paciente – 18,18 %) și durerea postoperatorie persistentă, întâlnită în 36,3% din cazuri (20 de paciente). Alte complicații întâlnite în lotul studiat de noi au fost disfuncțiile micționale – 12,7% (7 paciente). Nu au fost raportate leziuni ale uretrei în lotul studiat. Am raportat două cazuri de perforare a peretelui vaginal la montarea bandelei transobturator. **Concluzii.** Metoda de tratament a incontinenței urinare de stres la femei prin bandelele suburetrale plasate pe cale vaginală este procedura cel mai des utilizată la nivel mondial. În cazul lotului studiat, cea mai frecventă complicație postoperatorie a fost durerea postoperatorie persistentă. **Cuvinte-cheie:** bandelele, incontinență, complicații

Retenția acută de urină – primul simptom al unui uter polifibromatos. Prezentare de caz

Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Corina Ioana Gorgoi¹, Marius Pahontu¹, Mihai Dumitrașcu^{1,2}, Monica Cîrstoiu^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. Retenția acută de urină este o manifestare rar întâlnită la femei. Evaluarea multidisciplinară – urologică, neurologică și ginecologică – se impune în vederea stabilirii unui diagnostic corect, cât mai rapid. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 49 de ani, aflate în perimenopauză, nulipară, care s-a prezentat la camera de gardă pentru retenție acută de urină rezolvată prin montarea unui cateter Foley. Evaluarea urologică a fost

urmată de examenul ginecologic, care a pus în evidență, atât clinic, cât și ecografic, prezența unui uter polifibromatos de volum crescut, cu unul dintre fibroamele istmic și posterior ce deplasa anterior colul uterin, având ca efect obstrucția uretrală. **Concluzie.** Pornind de la acest caz, realizăm o trecere în revistă a literaturii privind fiziopatologia, diagnosticul și posibilitățile de management al acestor cazuri rare. **Cuvinte-cheie:** fibrom, retenție urinară

Rolul ecografiei transperineale în incontinența urinară

Maria Patricia Rada¹, Răzvan Ciortea¹, Andrei Mihai Măluțan¹, Cristian Ioan Iuhaș¹, Costin Berceanu², Carmen Elena Bucuri¹, Dan Miha¹

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Cluj-Napoca; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Craiova

Incontinența urinară (IU) reprezintă o afecțiune cu un impact negativ semnificativ asupra pacientelor, reflectat atât în plan fizic și psihic, cât și social, prevalența globală a acestei patologii fiind de 40%. În prezent, nicio metodă imagistică nu este considerată *gold standard* în diagnosticul și conduita impusă de IU. Ecografia transperineală este o metodă ușor accesibilă în vederea evaluării IU. Conform recomandărilor elaborate în urma întrunirii forurilor specializate în IU, ecografia transperineală nu este recomandată în cadrul evaluării primare la paciente cu IU (nivel de evidență 3/grad de recomandare C), fiind considerată un test opțional în cazul pacientelor cu IU recurentă sau mixtă. Pentru efectuarea ecografiei transperineale se utilizează un transductor convex de

3,5-6 MHz. Printre elementele care pot fi cuantificate prin această tehnică în cazul IU se evidențiază: mobilitatea colului vezical, unghiul uretro-vezical posterior/anterior, joncțiunea vezico-uretrală, grosimea peretelui vezical, evaluarea fiind efectuată comparativ, în condiții de repaus și în timpul manevrei Valsalva. De asemenea, pot fi decelate aspecte incidentale, precum prezența unor diverticuli uretrali, care pot fi cauze ale IU. Standardizarea determinărilor efectuate poate contribui la evaluarea exhaustivă a cazurilor cu IU și la alegerea algoritmului ideal în conduita impusă de această entitate patologică.

Cuvinte-cheie: incontinență urinară, ecografie transperineală

Calitatea vieții în rândul femeilor cu incontinență urinară

Mihai Cristian Dumitrașcu^{1,2}, Adina-Elena Nenciu¹, Ruxandra-Andreea Albu^{1,2}, Cătălin-George Nenciu¹

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Incontinența urinară este o problemă frecvent întâlnită în rândul femeilor, fiind estimată a fi între 15% și 55% la persoanele care acuză simptome legate de tractul urinar inferior. Cel mai frecvent întâlnit tip de incontinență este cel asociat efortului. Această patologie are o importanță semnificativă, din cauza impactului major asupra calității vieții, mai ales privind aspectele sociale, familiale și intime. Datorită particularităților tractului genitourinar, incontinența urinară influențează în mod direct funcția sexuală. Prezența incontinenței urinare duce la anxietate, la scăderea stimei de sine și la afectarea vieții personale, prin

mirosul specific, impredictibilitate și limitarea acțiunilor, inclusiv în timpul actului sexual. Având în vedere costurile financiare ale tratamentului acestei patologii, incidența crescută a acesteia, cât și impactul asupra calității vieții, se poate spune că este o problemă semnificativă de sănătate publică. Vom prezenta o trecere în revistă a literaturii de specialitate cu privire la impactul incontinenței urinare asupra calității vieții în ansamblu, cât și asupra funcției sexuale.

Cuvinte-cheie: incontinență urinară, calitatea vieții, funcția sexuală

Chistul parauretral în sarcină – caz clinic

Oana Bodean¹, Octavian Munteanu², Diana Voicu¹, L. Arsene¹, Elvira Brătilă³, Costin Berceanu⁴, Monica Cîrstoiu²

1. Spitalul Universitar de Urgență București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București; 4. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Județean de Urgență Craiova, Clinica de Obstetrică-Ginecologie

Introducere. Chisturile parauretrale pot fi congenitale sau dobândite și sunt o patologie rar întâlnită în practica uroginecologică și foarte rară în sarcină. Cele dobândite sunt consecința unor traumatisme locale sau pot avea o cauză iatrogenă ori infecțioasă. În majoritatea cazurilor, chistul este asimptomatic, fiind descoperit la un control de rutină. Uneori, paciențele prezintă disurie, incontinență urinară, scurgeri vaginale purulente sau serocitrine, dispareunie, durere sau alte simptome datorate prezenței masei chistice. Complicațiile sunt: inflamație și strictură uretrală, sindrom dureros uretral, fistule uretro-vaginale sau vezico-vaginale, sângerare, suprainfectare, eclatare, recurență. În cazul apariției în sarcină, chistul parauretral poate fi chiar o complicație ce stă în calea unei nașteri pe cale vaginală. **Materiale și metodă.** Raportăm cazul unei gravide primipare, care se prezintă în trimestrul al treilea de sarcină acuzând disurie și apariția unei formațiuni chistice dureroase de aproximativ 4 cm la nivel uretral, ce se poate determina palpator prin tact vaginal. În urma consultului urologic și ginecologic, se stabilește diagnos-

ticul de chist parauretral. **Rezultate.** Gravida este menținută sub observație, prezentându-se periodic la control ginecologic și urologic, temporizându-se orice tip de intervenție invazivă la nivelul chistului. La 36 de săptămâni de sarcină, pacienta prezintă mică sângerare și scurgere purulentă de la nivelul formațiunii chistice, medicul urolog confirmând fisurarea acesteia. În continuare, se decide temporizarea exciziei după naștere. De asemenea, se ia în considerare evitarea eclatării și suprainfectării chistului printr-un eventual traumatism indus de nașterea pe cale vaginală, optându-se pentru operație cezariană. **Concluzii.** Chistul parauretral simptomatic este o patologie rar întâlnită în populația generală, de aceea nu există un management clar al cazurilor. Prezența acestuia în sarcină ridică probleme legate atât de confortul micșional al pacientei, de pericolul infecțios, cât și de cel al traumatismului obstetrical. De aceea, considerăm necesară abordarea multidisciplinară a acestor cazuri și alegerea momentului optim al exciziei formațiunii chistice.

Cuvinte-cheie: chist parauretral, sarcină

Prolapsul de boltă vaginală recidivat la o pacientă cu malformație congenitală utero-cervico-vaginală (clasificare CONUTA-ESHRE U5bC4V4)

Petre Brătilă¹, Anca Manta¹, Elvira Brătilă²

1. Spitalul Euroclinic, București, Secția Ginecologie; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Panait Sîrbu” București

Introducere. Malformațiile complexe utero-cervico-vaginale reprezintă afecțiuni congenitale caracterizate prin agenezia parțială a vaginului și absența parțială sau totală a uterului. **Prezentare de caz clinic.** Vom prezenta cazul unei paciente diagnosticate cu malformație congenitală utero-cervico-vaginală (clasificare CONUTA-ESHRE U5bC4V4) la care se asociază prolaps genital operat (colposacropexie) și recidivat. Atitudinea terapeutică de rezolvare a acestui caz a fost ureteroliza și excizia protezei pe cale abdominală, la care s-a asociat colposuspensia la ligamentele sacrospinoase pe cale vaginală. **Discuții.** Tratamentul chirurgical al prolapsului genital este grevat de complicații specifice, riscul de recidivă fiind de aproape 30%.

În cazul nostru, complicațiile au fost determinate de reacția de respingere a meșei de polipropilenă, care a generat osteodiscita și stenoza ureterală dreaptă. Asocierea malformațiilor complexe utero-cervico-vaginale cu prolapsul genital este extrem de rară și ridică problema gășirii unor soluții adaptate fiecărui caz în parte. **Concluzii.** Tratamentul chirurgical al prolapsului genital în cazul pacientelor cu sindrom Rokitanski sau malformații complexe utero-cervico-vaginale este dificil, fiind însoțit de complicații a căror rezolvare pune probleme deosebite. **Cuvinte-cheie:** malformație complexă utero-cervico-vaginală, prolaps genital, recidivă

Retenția cronică de urină după protezarea anterioară în prolaps

Petre Brătilă¹, Anca Manta¹, Elvira Brătilă²

1. Spitalul Euroclinic, București, Secția Ginecologie; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Prof. Dr. Panait Sârbu” București

Introducere. Incontinența urinară de efort reprezintă o afecțiune frecventă la femeia de vârstă medie. Tratamentul chirurgical prezintă o serie de complicații specifice, dintre care menționăm tulburările de evacuare vezicală, care pot fi de la forme ușoare, reversibile, până la retenție urinară cronică. **Prezentare de caz clinic.** Vom prezenta cazul unei paciente la care s-a practicat protezarea uretrei medii cu bandeletă de polipropilenă în urmă cu 10 ani, urmată de polakidisurie și retenție cronică de urină cu reziduu vezical mare. Pacienta a fost supusă unor manevre de dilatație uretrală care s-au soldat cu eșec, fapt ce a impus autocaterizarea transuretrală pe o perioadă de 6 ani. **Discuții.** Stenoza

uretrală iatrogenă are ca principală cauză cicatrizarea vicioasă a peretelui vaginal anterior după protezare, care apare prin contracția meșei, la care se asociază rețracția țesuturilor adiacente. Contracția meșei reprezintă și cauza de recidivă a incontinenței urinare, și poate fi determinată atât de cicatrizarea vicioasă a vaginului, cât și de montarea protezei sub tensiune. **Concluzii.** Înțelegerea mecanismelor de producere a tulburărilor de evacuare vezicală cronice reprezintă cheia pentru un tratament eficient și pentru redarea unei calități a vieții satisfăcătoare. **Cuvinte-cheie:** incontinență urinară, material protetic, tulburări de evacuare vezicală

Monitorizarea post-tratament excizional al leziunilor cervicale – importanța testării HPV și instituirea terapiei antivirale

Mihai Mitran^{1,2}, Monica Cirstoiu^{1,3}, Claudia Mehedintu^{1,4}, Octavia Velicu², Elvira Brătilă^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 2. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu”, București; 3. Spitalul Universitar de Urgență București; 4. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa” București

Scop. Sintetizarea informațiilor privind urmărirea post-excizie a leziunilor cervicale HPV pozitive, prin testare HPV și terapie antivirală, pentru o mai bună înțelegere și un management adecvat al patologiei. **Materiale și metodă.** S-a analizat literatura de specialitate recentă, internațională, asupra subiectului, urmărindu-se cu precădere factorii de risc asociați persistenței infecției HPV. **Rezultate.** Principalii factori incriminați în persistența infecției HPV, în cadrul leziunilor CIN I - CIN III, au fost reprezentați de marginile pozitive post-excizie, încărcătura virală mare și coexistența mai multor tulpini HPV. 10% din pacientele la care s-a practicat trachelectomie radicală au prezentat

la un an postoperator un tipaj HPV pozitiv pentru tulpini cu risc crescut. **Concluzii.** Principalul tratament la pacientele HPV pozitive cu leziuni cervicale este reprezentat de excizia leziunii, dar trebuie subliniată existența cazurilor de persistență a infecției, ce poate determina apariția de noi leziuni locoregionale. Monitorizarea pacientelor prin tipaj HPV și instituirea în cazurile necesare a terapiei antivirale ca tratament adjuvant îmbunătățesc prognosticul pacientelor. **Cuvinte-cheie:** persistența infecției HPV, încărcătură virală, excizia leziunii, margini post-excizie

Cura chirurgicală a incontinenței anale post-partum

Cristian Taroi

Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Introducere. Incontinența anală se caracterizează prin pierderea involuntară de gaze, lichid sau materii fecale. Este o afecțiune invalidantă, prin scăderea calității vieții pacientelor, cu un mare impact asupra psihicului acestora. Prevalența patologiei în rândul populației tinere este greu de stabilit. Din motive psihologice, pacientele au de obicei o adresabilitate redusă la medic. În rândul populației tinere, incontinența anală este întâlnită mai frecvent la femei. Nașterea pe cale vaginală este cel mai frecvent factor predispozant pentru această patologie, deoarece se poate asocia cu ruptura sfincterului anal, precum și cu afectarea nervului pudendal. În Anglia 6,7% dintre nașterile pe cale vaginală la primipare sunt complicate de traumatismul sfincterului anal. Scopul lucrării este de a expune tehnica chirurgicală folosită la o pacientă tânără cu incontinență anală

pentru materii fecale asociată cu rectocel redus. **Materiale și metodă.** Tratamentul chirurgical a fost aplicat în cazul unei paciente de 34 ani care prezenta incontinență fecală asociată cu rectocel redus, la care simptomatologia a debutat în post-partumul imediat. În vederea rezolvării chirurgicale a patologiei planșeului pelvian, s-a practicat colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali și refacerea sfincterului anal. **Rezultate și concluzii.** Rezultatul la 8 luni postoperator este favorabil, pacienta nu prezintă complicații sau recidivă. În concluzie, traumatismul obstetrical al sfincterului anal reprezintă un factor de risc important al incontinenței fecale apărute la femeile tinere. Sunt importante diagnosticarea și tratarea primară a traumatismului sfincterului anal. **Cuvinte-cheie:** incontinență anală, post-partum, sfincter anal

Cura chirurgicală a prolapsului utero-vaginal prin suspensia uterului la ligamentul sacrospinos

Radu Chicea

Universitatea „Lucian Blaga” Sibiu

Introducere. Prolapsul genital afectează aproximativ 30% dintre femeile de vârstă mijlocie, reprezentând o problemă majoră de sănătate publică, prin scăderea calității vieții pacientelor afectate. Principalii factori de risc asociați cu prolapsul genital sunt traumatismul obstetrical, afecțiunile țesutului conjunctiv, vârsta înaintată și presiunea abdominală crescută. Scopul acestei lucrări este de a expune tehnica chirurgicală folosită în tratamentul conservator al prolapsului genito-uterin asociat cu incontinență urinară de efort. **Materiale și metodă.** Tehnica chirurgicală a fost aplicată în cazul unei paciente în vârstă de 67 de ani cu prolaps uterin de grad II asociat cu cistocel moderat cu incontinență urinară la efort și rectocel moderat. În vederea rezolvării patologiei benigne a planșeului pelvian, s-a optat pentru intervenție chirurgicală conservatoare. S-au practicat suspensia

uterului la ligamentul sacrospinos pe cale vaginală, colporafie anterioară și colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătorilor anali. Pentru corectarea incontinenței urinare de efort asociată cistocelului moderat, s-a optat pentru montarea unei bandele de polipropilenă, suburetral, prin abord transobturator. **Rezultate și concluzii.** Rezultatul la 8 luni postoperator este favorabil, pacienta nu prezintă complicații sau recidivă. În concluzie, există numeroase tehnici chirurgicale în tratamentul conservator al prolapsului uterin la pacientele care nu prezintă contraindicație de păstrare a uterului. Suspensia uterului la ligamentele sacrospinoase reprezintă o variantă de tehnică chirurgicală de luat în calcul la pacientele care își doresc păstrarea uterului.

Cuvinte-cheie: ligament sacrospinos, prolaps genital

Leziunile urinare în chirurgia ginecologică

G. Bumbu, A. Bumbu, M. Berechet, K. Nacer

Spitalul Clinic Județean Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea

Obiective. Începând cu 2010 până în 2015, am analizat retrospectiv 83 de paciente cu leziuni ureterale, ca urmare a procedurilor ginecologice și a evoluției patologiilor ginecologice maligne în Clinica de Urologie din Oradea. De asemenea, am încercat să identificăm factorii de risc și opțiunile de rezolvare a acestor complicații. **Materiale și metode.** În studiul nostru, retrospectiv, am analizat 83 de paciente cu leziuni ureterale depistate în ultimii 6 ani în Clinica de Urologie din Oradea și am pus accent pe factorii de risc și managementul acestora raportat riscurilor și timpului de apariție a leziunilor. Clinica de Urologie din Oradea acoperă asistența urologică din județul Bihor, dar și din alte zone ale țării. Leziunile de ureter care ne-au fost adresate au fost depistate intraoperator la trei paciente. La două paciente au fost diagnosticate după 14 zile postoperator de la intervenția suportată (fibrom uterin, chist ovarian gigant), iar la patru paciente din lotul de studiu au fost descoperite după două luni de la leziunea produsă. Celelalte paciente au fost însă diagnosticate tardiv, după luni sau chiar ani, fiind complicații ale radioterapiei și chimioterapiei sau ale anomaliilor anatomice. Factorii de risc au inclus: chirurgie pelviană în antecedente, istoric de radioterapie pelviană și anomalii anatomice. **Rezultate.** Pe parcursul perioadei de 6 ani de studiu, lotul a cuprins 83 de paciente, cu 103 leziuni ureterale, cu vârsta cuprinsă între 29 și 92 de ani (vârsta medie fiind 55,01 ani). Pacientele descoperite până la 2 luni nu au prezentat simptome specifice preoperator (durere în flanc, azotemie, febră). Pacien-

tele au prezentat însă scurgeri urinare pe tubul de dren sau vagin ori instalarea unei anurii. Histerectomia practică pentru afecțiuni benigne a fost cauza directă la 8 din totalul pacientelor cu leziuni ureterale. Histerectomia totală a fost efectuată și la 18 paciente cu afecțiuni maligne ginecologice la care s-au instalat tardiv leziuni ureterale secundare. Porțiunea distală a ureterului a fost cel mai frecvent afectată. Manevrele endoscopice s-au dovedit de mare folos în diagnosticul și tratamentul (mai frecvent paleativ) al acestor leziuni. **Concluzii.** Chiar dacă sunt rare, leziunile ureterale sunt o cauză majoră în apariția leziunilor renale, reprezentând chiar o amenințare a vieții pacientelor. Odată identificate și tratate corespunzător, riscul ca acestea să producă o pierdere a funcției renale scade considerabil. Rezultate slabe în ce privește evoluția acestor paciente au fost observate în cazul celor cu malignități ginecologice, indiferent că li s-a efectuat histerectomie radicală ca unic tratament sau asociată cu radioterapie și chemoterapie. În asemenea cazuri, nefrostomia percutanată definitivă s-a dovedit a fi o manevră paliativă salvatoare. Cea mai sigură metodă de a evita și limita leziunile ureterale intraoperatorii este evidențierea bună a structurilor anatomice, evidențierea, ancorarea ureterului și urmărirea traiectului său anatomic. Pentru leziunile tardive se impun un bilanț multidisciplinar, o indicație corectă și o tehnică chirurgicală ireproșabilă.

Cuvinte-cheie: ureter, leziuni, chirurgie ginecologică, endourologie

Uroginecologul și chirurgia vaginală

G. Bumbu, A. Bumbu, M. Berechet, K. Nacer

Spitalul Clinic Județean Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea

Introducere și obiective. În lucrarea de față, autorii își propun să prezinte principiile de bază ale chirurgiei prolapsului urogenital pe cale vaginală, precum și noile concepte apărute în urma folosirii meșelor de polipropilenă în reconstrucția planșeului pelvian. **Materiale și metodă.** Studiul se bazează pe o experiență de 13 ani și de aproximativ 1200 de proceduri de reconstrucție a planșeului pelvian pentru prolaps urogenital avansat. Toate pacientele au fost operate prin abord vaginal, respectându-se principiile de bază cunoscute, dar ținându-se cont și de noile concepte apărute după implementarea teoriei lui Papa Petros. Se insistă asupra pregătirii corespunzătoare a mucoasei vaginale cu estrogeni, asupra folosirii selective a meșelor, evitării inciziilor vaginale extinse, dar mai ales asupra indicației chirurgicale

corecte și a unei tehnici chirurgicale pe măsură. **Rezultate și concluzii.** Abordul vaginal rămâne, în opinia autorilor, cea mai bună variantă chirurgicală în reconstrucția planșeului pelvian. Chiar dacă spațiul chirurgical este restrâns comparativ cu abordul laparoscopic, prin aplicarea corectă a pașilor chirurgicali se obțin rezultate bune atât din perspectivă anatomică, cât și funcțională. Posibilitatea reparației globale într-o singură ședință operatorie, chiar și a pacientelor cu morbidități, costurile reduse și curba de învățare scurtă sunt elemente importante care recomandă abordul vaginal în tratamentul chirurgical al prolapsului urogenital. **Cuvinte-cheie:** prolaps urogenital, abord vaginal, meșă de polipropilenă

Opțiunile tratamentului chirurgical al incontinenței urinare de efort

Constantin-Vioarel Cristorean^{1,2}, Corina Nour²

1. Facultatea de Medicină Generală, Universitatea „Ovidius”, Constanța; 2. Prosana Medical Center, Constanța

Scopul studiului. Analizarea evoluției abordului chirurgical al incontinenței urinare de efort pe o perioadă de 10 ani. Au fost introduse în studiu pacientele cu incontinență urinară de efort de minimum gradul II, operate în această perioadă. Procedeele chirurgicale utilizate în tratamentul incontinenței urinare de efort au fost: uretroplastia Marion-Kelly, uretrocistosuspensia Pereyra, sling suburetral - procedeu transobturator, sling suburetral - procedeu retropubic. Procedeele chirurgicale au fost executate de același operator. Tehnicile operatorii cu slinguri suburetrale pe cale

transobturatorie sunt cele mai utilizate, comparativ cu cele pe cale retropubică, deoarece riscul de traumatism vezical este mai mic și nu necesită cistoscopie (obligatorie în tehnicile retropubice). **Concluzie.** Ponderea intervențiilor chirurgicale pentru corectarea incontinenței urinare de efort cu slinguri suburetrale a crescut în fiecare an. Scurtarea timpului operator, recuperarea postoperatorie mai rapidă și creșterea abilităților tehnice ale echipei medicale sunt principalele explicații pentru această evoluție. **Cuvinte-cheie:** IUE, sling

Eficiența metodelor nechirurgicale în incontinența urinară de efort

Corina Grigoriu, Irina Horhoianu, Andreea Mihart, Simona Elena Albu, Silvia Nedelcu, M. Ichim, V. Drăgoi, M. Grigoriu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

Introducere. Numeroase paciente diagnosticate cu incontinență urinară de efort (IUE) refuză sau amână intervenția chirurgicală corectoare, dar doresc totuși ameliorarea clinică. Pentru pacientele disciplinate există câteva elemente de ameliorare și control al afecțiunii, pentru o perioadă de timp acceptabilă. **Materiale și metodă.** Măsurile recomandate au fost: scăderea greutatei corporale și menținerea unui regim alimentar echilibrat, hidratarea corectă, evitarea și combaterea constipației, exercițiile musculare Kegel și tratamentul topic vaginal cu estrogeni. Am analizat comparativ două grupuri de câte 30 de paciente – grupul A: paciente care au urmat recomandările și grupul B: paciente cu IUE care nu au putut urma recomandările noastre. Pacientele au fost urmărite pe o perioadă de 18 luni, fiind invitate pentru control la intervale de 3 luni (7 vizite). **Rezultate.** Toate pacientele au fost instruite privind felul în care se face tratamentul local și felul în care se efectuează exercițiile Kegel. Am recomandat

aplicare topică bisăptămânală de ovule cu estriol și cinci serii de exerciții Kegel zilnic. Dintre pacientele grupului A, în 22 de cazuri ameliorarea clinică a fost vizibilă după primele trei luni de tratament și evidentă după șase luni, episoadele de incontinență devenind ocazionale. La 5 paciente ameliorarea a fost mai lentă, cu răirea episoadelor de incontinență și o perceptibilă ameliorare a calității vieții. Trei paciente au constatat doar o ușoară ameliorare, care a apărut foarte lent, după nouă luni de tratament, dar cu răirea episoadelor de infecție urinară. În privința pacientelor din grupul fără tratament, 24 au constatat creșterea frecvenței episoadelor de IUE, iar șase nu au observat nicio modificare. **Concluzii.** La pacientele conștincioase, care înțeleg necesitatea combinării unor factori terapeutici nechirurgicali, efectele sunt pozitive, permițând amânarea intervenției chirurgicale pentru suficient timp. **Cuvinte-cheie:** incontinență urinară de efort, exerciții Kegel

Asocierea liofilizatului standardizat OM-89 de *E.coli* post-intervenției chirurgicale corectoare pentru incontinența urinară

Corina Grigoriu, Irina Horhoianu, Lucica Vișan, Simona Elena Albu, Silvia Nedelcu, M. Ichim, V. Drăgoi, R. Grigoriu, Andreea Mihart

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

Introducere. Incidența infecțiilor urinare post-intervenții chirurgicale corectoare pentru incontinență urinară (IUE) este raportată variabil (între 20% și 75%). Infecția urinară apare mai frecvent în primele trei luni postoperator, la pacientele cu episoade frecvente infecțioase în perioada preoperatorie și atunci când există un reziduu vezical de peste 100 ml. **Materiale și metodă.** Liofilizat standardizat OM-89 de *E. coli* (comercializat în România sub denumirea de Urovaxom, corespunzător unui lizat bacterian de *E. coli* de 6 mg) este cunoscut pentru protecția antibacteriană de lungă durată pe care o oferă. Am asociat acest tratament, în administrarea standard, 10 zile pe lună, timp de trei luni, începând din seara intervenției chirurgicale, la 18 paciente ce au suferit intervenții corectoare de tip TOT (lotul A). Am comparat lotul nostru de studiu cu un alt grup

de 16 paciente care nu au primit acest tratament adjuvant (lotul B). **Rezultate.** Incidența infecțiilor urinare în primele șase luni postoperator a fost următoarea (lot A/lot B): prima lună - 2/10; luna a doua - 1/11; luna a treia - 0/7; luna a patra - 0/6; luna a cincea - 0/5; luna a șasea - 0/4. Trei dintre pacientele grupului B au făcut infecții recurente în mai mult de trei luni postoperator. **Concluzii.** Asocierea liofilizatului standardizat OM-89 de *E. coli* este benefică în prevenția infecțiilor urinare post-intervenții corectoare pentru IUE. Această asociere terapeutică este indicată mai ales pacienților cunoscute cu infecții urinare recurente și cu factori de risc asociați (diabet zaharat, obezitate, constipație cronică).

Cuvinte-cheie: liofilizat standardizat OM-89 de *E. coli*, postoperator

Utilizarea datelor urodinamice în practica clinică la pacientele cu simptome urinare

Andrei Manu-Marin

Clinica Evomed București

Introducere. Pacientele care urmează a fi operate pentru prolaps genital asociază frecvent simptome urinare preoperator sau pot prezenta simptome urinare nou apărute, postoperator. Probele urodinamice ajută la înțelegerea funcției detrusorului la aceste paciente și la pregătirea preoperatorie. **Materiale și metodă.** Au fost revăzute articolele din Medline care includeau cuvintele-cheie *POP, urinary retention, overactive bladder, pressure-flow study*, din 2000 până în prezent. Au fost selectate articolele ce prezentau ghiduri de tratament sau comentarii ale acestora, folosind date urodinamice. **Rezultate.** În cazul prezenței prolapsului organelor pelviene, studiul urodinamic debit presiune este considerat important pentru a evalua prezența și cauza disfuncției micționale, pentru a putea aprecia riscul eventualei retenții urinare postoperatorii. După operația de corectare a prolapsului, reziduu postmicțional crește semnificativ, dar revine la normal după prima lună, în cazul în care contractilitatea detrusorului este normală. În cazul în care reziduu postmicțional vezical nu scade după o lună, apare întrebarea dacă detrusorul era hipocontractil preoperator sau operația a determinat obstrucție subvezicală. Exis-

tența unei probe urodinamice preoperatorii care să evalueze contractilitatea detrusorului ajută la diagnosticul etiologic al retenției cronice postoperatorii. În cazul simptomelor de vezică hiperactivă, este recunoscut faptul că în multe cazuri acestea se ameliorează sau dispar după cura prolapsului. Studii clinice bazate pe probe urodinamice au arătat că simptomele (polakurie și imperiozitate micțională) dispar în cazul pacientelor care nu au contracții hiperactive, detrusor hiperactiv demonstrat urodinamic, și nu dispar în cazul celor care au contracții demonstrate în timpul umplerii vezicale, la cistometria de umplere. În cazul femeilor cu incontinență urinară de efort/stres (IUE), recomandările NICE sugerează că probele urodinamice nu sunt necesare preoperator în cazul în care IUE este „pură”. Digesu și coautorii au realizat în 2009 un studiu pe 3428 de femei, cu vârste între 24 și 81 de ani, și au arătat că doar 8,9% se încadrau în categoria de IUE „pură”, restul asociind simptome de vezică hiperactivă sau simptome de evacuare alterată, la care probele urodinamice aduc date importante în clarificarea preoperatorie a simptomatologiei și diagnosticului.

Cuvinte-cheie: IUE, probe urodinamice, detrusor

Viața sexuală după chirurgia vaginală reconstructivă

Doru Diculescu, Răzvan Ciorteș, Andrei Măluțan, Daria Pop, Cristian Iușă, Mihaela Oancea, Ciprian Porumb, Carmen Bucuri

Catedra de Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

În chirurgia vaginală reconstructivă, rezultatele funcționale nu se corelează liniar cu rezultatele anatomice. Prolapsul genital și incontinența urinară se asociază cu reducerea excitării sexuale, cu raritatea orgasmelor și dispareunie. Dispareunia și disfuncția sexuală după chirurgia vaginală sunt raportate diferit de către diferiți autori. Dimensiunile fizice ale vaginului nu influențează semnificativ funcția sexuală. Locul chirurgiei vaginale are un impact mai semnificativ asupra ratelor dispareuniei postoperatorii. Repararea peretelui vaginal posterior a fost asociată cu o rată mai

mare a dispareuniei postoperatorii, mai ales atunci când se efectuează o plicatură a mușchilor ridicători anali. Din cauza datelor contradictorii în ceea ce privește repararea cu meșă, trebuie cântărite cu atenție beneficiile rezultatelor durabile comparativ cu impactul posibil negativ asupra funcției sexuale. Activitatea sexuală, cât și satisfacția sexuală trebuie să constituie criterii de măsurat după tratamentul chirurgical reconstructiv vaginal.

Cuvinte-cheie: chirurgie vaginală reconstructivă, prolaps genital, incontinență urinară, viață sexuală

Managementul celor 100 de cazuri operate cu procedeul Saba Nahedd

Saba Nahedd

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, Maternitatea Polizu București

Introducere. Noul procedeu tratează prolapsul uterin de grad II/III, cistocelul voluminos, rectocelul și IUE într-o singură ședință operatorie și fără efectuarea histerectomiei. **Materiale și metodă.** Această lucrare își propune evaluarea etapei cuprinse pe o perioadă de 4 ani și 8 luni, a celor 100 de cazuri de prolaps uterin operate, a accidentelor și incidentelor imediate și tardive. În perioada 25.10.2012 - 10.06.2017 au fost internate cu diagnosticul de prolaps uterin de grad II/III, cistocel *per magna*, fiind operate în Spitalul Clinic Polizu, cu ajutorul noului procedeu chirurgical de „Ancorare a istmului uterin cu bandelele la teaca mușchilor dreپți abdominali - procedeu Saba Nahedd”, un număr de 100 de cazuri. Pentru acest procedeu am inventat un kit „Bandelete SABA” care conține: o bandeletă istmică specială, bandeletă suburetrală și pensă S&N pentru ancorarea istmului. Tehnica constă în: ancorarea bandelei istmice pe fața posterioară a istmului uterin, partea liberă a bandelei se fixează pe fața anterioară a

istmului pentru a împiedica alunecarea lui, cea de-a doua bandeletă suburetrală se fixează la nivelul joncțiunii uretrale și apoi se ancorează la teaca mușchilor dreپți abdominali prin contraincizie suprapubiană. **Concluzii.** Tehnica prezintă avantaje întrucât:

- rezolvă prolapsul uterin și cistocelul *per magna* și îl aduce în poziția sa anatomică. Punerea uterului în poziție intermediară, normală, evită mărirea spațiului rectovaginal, împiedicând apariția rectocelului și a elitrorectocelului.
- rezolvă IUE prin folosirea bandelei suburetrale;
- folosirea materialului de polipropilenă și fire neresorbabile, care se fixează la teaca dreپților abdominali, face ca șansele de recidivă să devină inexistente. În cele 100 de cazuri, recidiva în acest compartiment a fost zero.

Cuvinte-cheie: procedeu original, kit bandelete SABA, ședință operatorie unică

Rezultatele post-management chirurgical al prolapsului genital cu plasă transvaginală

D. Marcu¹, D. Mischianu^{1,2}, D. Spinu^{1,2}, I. Oprea³, O. Bratu^{1,2}

1. Clinica de Urologie, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Carol Davila”, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Departament Clinic 3, București; 3. Secția de Terapie Intensivă, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Carol Davila”, București

Introducere. Prolapsul genital este o patologie importantă a femeii adulte, ce nu trebuie neglijată, deseori influențând în mod negativ calitatea vieții pacientelor. Conform datelor din literatura de specialitate, se estimează că peste 50% din pacientele care prezintă mai mult de o naștere pe cale vaginală prezintă un grad de prolaps genital, însă doar 10-20% prezintă manifestări clinice. De-a lungul timpului, tratamentul chirurgical prin abord transvaginal minim invaziv utilizând meșe de polipropilenă și-a dovedit eficiența, devenind stardardul de aur în managementul acestei patologii. **Materiale și metodă.** Pe o perioadă de trei ani, am efectuat 118 intervenții prin abord transvaginal utilizând meșe de polipropilenă pentru prolaps genital. Pacientele supuse intervențiilor chirurgicale au prezentat cel puțin cistocel de grad II cu simptomatologie supărătoare, iar 39 din cele 118 prezentau și prolaps genital posterior. Vârsta a variat între 51 și 78 de ani, 94 fiind la menopauză, 64 fiind active sexual, pacientele având, în medie, două nașteri. Gradul prolapsului a fost stabilit pe baza sistemului de cuantificare publicat de International Continence Society – Pelvic Organ Prolapse. Pentru prolapsul genital anterior am utilizat meșe de polipropilenă cu 4 brațe trecute transobtura-

tor, iar pentru prolapsul posterior am folosit meșe cu două brațe trecute prin ligamentul sacro-spinos. În 34 de cazuri din cele 118 am efectuat și cura chirurgicală a incontinenței urinare de efort – TVT. **Rezultate.** Pacientele au fost evaluate postoperator la o lună, la 3, 6 și 12 luni, succesul anatomic fiind întâlnit în 94% din cazuri. Doar trei paciente au prezentat recidivă, acestea având preoperator prolaps de grad IV, cazuri pentru care ulterior s-au practicat histerectomie totală, conizație sau colpocleisis. Printre complicații, menționăm: 11 cazuri de eroziune vaginală, 5 cazuri de expunere a meșei, 21 de cazuri cu disconfort pelvian cronic, 5 cazuri de incontinență urinară de efort ocultă și 8 cazuri cu dispareunie *de novo*. Intervențiile au dus la o îmbunătățire semnificativă a simptomatologiei și implicit la îmbunătățirea calității vieții. **Concluzii.** Cu toate că Food and Drug Administration (FDA) a emis de-a lungul timpului o serie de avertizări privind siguranța acestor dispozitive medicale, rezultatele obținute depășesc cu mult riscurile, făcând acest abord terapeutic standardul de aur în managementul prolapsului genital.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, abord transvaginal minim invaziv, meșe de polipropilenă



16-17 mai 2018
București

AL 6-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE
ULTRASONOGRAFIE ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE



Cura laparoscopică a fistulei vezico-vaginale (post-histerectomie laparoscopică) – prezentare de caz

Gabriel Mitroi, Alin Burlacu, G. Plugaru

Spitalul Wellborn București

Histerectomia laparoscopică este o intervenție complexă care necesită antrenament, dexteritate, atenție și cunoașterea anatomiei. Deși incidența complicațiilor laparoscopiei este în general în scădere, acestea continuă să apară și sunt necesare recunoașterea și tratarea lor imediată, dar și respectarea regulilor de bază, evidențiate de studiile efectuate până în prezent. Deși complicațiile urinare nu sunt cele mai frecvente, ele pot să apară oricând și, dintre acestea, cele vezicale sunt mai frecvente decât cele ureterale. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 42 de ani, diagnosticată cu coriocarcinom, care, după histerectomia totală interanexială pe cale laparoscopică, se prezintă la control după 8 zile, pentru pierdere de urină involuntară, continuă, pe cale vaginală. Se pune diagnosticul de fistulă vezico-vaginală și se tentează, de primă elecție,

tratamentul conservator, cu cateter uretral, care se menține timp de 3 luni, obținându-se reducerea diametrului traseului fistulos la jumătate. În urma reevaluării cazului se decide trecerea la tratamentul chirurgical, tot pe cale laparoscopică, cu disecția largă a vezicii urinare de pe vagin (după liza aderențelor anselor intestinale de la nivelul bontului vaginal) și evidențierea fistulei, care este suturată cu fire separate. Postoperator se lasă cateter uretral pentru 3 săptămâni, cu evoluție favorabilă după extragere. Nu mereu se pot recunoaște imediat complicațiile care pot apărea în cursul unei intervenții laparoscopice și, de aceea, este necesar să se urmeze regulile de bază în cursul disecției și utilizării curentului electric. **Cuvinte-cheie:** histerectomie laparoscopică, fistulă vezico-vaginală, cură laparoscopică

Tratamentul laparoscopic al prolapsului genital (segmentul apical)

Gabriel Mitroi, Alin Burlacu, Silviu Predoi

Spitalul Wellborn București

Prolapsul genital reprezintă o problemă spinoasă, din cauza mării varietăți a cazisticii, a gradelor diferite, a tipului de compartiment afectat, a tipului de intervenție adecvat și a materialului ales. Tratamentul prolapsului genital se poate realiza conservator, prin modificări ale stilului de viață, stimularea și antrenarea musculaturii pelviene sau cu ajutorul dispozitivelor mecanice (pesarele) ori se poate recurge la cura chirurgicală, pentru restabilirea funcționalității aparatului genitourinar și refacerea defectelor anatomice. Căile de abord ale chirurgiei prolapsului genital (POP) pot fi: calea vaginală (prima folosită), prin laparotomie, sau, mai recent, calea laparoscopică și chirurgia robotică. Tratamentul chirurgical al prolapsului segmentului apical (prolapsul uterin sau al bontului vaginal) se poate realiza pe cale vaginală, prin ancorarea la nivelul ligamentului sacro-

spinos, ancorarea la ligamentele utero-sacrate, ancorarea la nivelul mușchiului iliococcigeu (bilateral) sau slingul posterior vaginal. Tratamentul chirurgical pe cale abdominală (atât prin laparotomie, cât și prin proceduri laparoscopice) se realizează prin sacrocolpopexie (cu varianta sa colposuspensia la nivelul peretelui lateral abdominal). Toate procedurile au indicații și contraindicații, iar diagnosticul corect al tulburării de statică pelviană, alegerea celui mai bun procedeu și urmarea întocmai a timpilor operatori asigură rate de succes de peste 90% la 5 ani. Pentru procedurile laparoscopice există anumite „trucuri” care permit operatorilor să obțină rezultate excelente, asociate avantajelor chirurgiei minim invazive. **Cuvinte-cheie:** prolaps genital, tratament laparoscopic, sacrocolpopexie laparoscopică

Rare cervico-vaginal malformation treated by hystero-laparoscopy and urological approach

Răzvan Socolov¹, Vassilis Tanos², Tudor Butureanu¹, Mona Akad³, Gheorghe Bumbu⁴

1. "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania; 2. Areteion Hospital, Nicosia, Cyprus; 3. "Elena Doamna" Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași, Romania; 4. Urology Clinic, Municipal Hospital Oradea, Romania

Cervico-vaginal anomalies resulting from abnormal uro-genital sinus development could be difficult not only for diagnostic and treatment, but also involving neighboring structures, including the bladder and kidneys. We present a case treated by a combined hystero-laparoscopy procedure. **Case presentation.** A 17-year old patient, G0P0, presented for primary amenorrhea. The clinical and imagistic diagnostic (including MRI) confirmed a partial agenesis of the cervix and upper vaginal third. A complex treatment procedure was carried on: laparoscopy, also treating additional endometriosis of the left ovary; hysteroscopy through

laparoscopic approach with transuterine passage through the cervix to the vaginal fornix; vaginal placement of an intrauterine Foley catheter. The 6-week postoperative removal of the catheter showed a vesico-vaginal fistula confirmed by cystoscopy and fluoroscopic evaluation. In conclusion, this rare case underlines the difficult management of cervico-vaginal anomalies, that requires a uro-gynecological competent approach.

Keywords: cervico-vaginal anomalies, combined hystero-laparoscopy procedure

Celule stem mezenchimale endometriale în prevenția/tratamentul prolapsului genital. Viitor sau ficțiune?

Manuela Russu

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I. Cantacuzino”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Prolapsul genital este în continuare o provocare pentru ginecologi, și după apariția complicațiilor (10%) la meșelor sintetice plasate *in situ*, prin tehnici ușor de învățat. Medicina regenerativă propune de aproximativ 10 ani corecția prolapsului genital prin inginerie tisulară/celulară, iar folosirea celulelor stem este analizată și discutată în practica medicală nu numai la modele animale mici și mari – la șobolani, oi și maimuțe Rhesus. Inițial s-au propus pentru repararea pereților vaginali celulele stem din măduva osoasă, din țesutul adipos, pentru crearea de meșe biologice. Celulele stem endometriale mezenchimale/ stromale (CSME)/ progenitoare/ regenerative au proprietăți (clonogenicitate, proliferare, autoînnoire, diferențiere) ce le permite inducerea diferențierii în celule musculare netede, celule fibroblast-like, fibre de colagen de tip I și o bună biocompatibilitate și capacitate de a regenera neotțesuturi, când sunt introduse în meșe compo-

zite de poliamide/gelatină și implantate în pereții vaginali. CSME sunt ușor de recoltat prin biopsie endometrială (în perioada reproductivă și la menopauză) sau din sângele menstrual, se izolează și purifică cu markeri specifici, iar efectul regenerativ apare rapid după aplicare, prin formarea de vase noi, inducând la locul aplicării o reacție reparatorie, și nu de inflamație cronică, cu fibre groase de colagen în cicatrice, cum apare la aplicarea meșelor sintetice. Se propune introducerea/transplantarea celulelor stem endometriale proprii, expansionate în mediu special, la scurt timp după naștere, pentru corecția pereților vaginali, a structurilor musculo-ligamentare pelviene, pentru a interveni anterior/preveni apariția prolapsului genital, ce impune chirurgie reconstructivă.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, medicină regenerativă, celule stem endometriale mezenchimale

Exteriorizare tardivă de sling suburetral – prezentare de caz

Mihaela Camelia Tîrnovanu, Ana Maria Cozoreanu, Andreea Cara, Sebastian Pasat

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Maternitatea „Cuza Vodă” Iași, Clinica I Obstetrică-Ginecologie

O pacientă în vârstă de 65 de ani, aflată la menopauză de la 55 de ani, se adresează serviciului nostru pentru metroragie în postmenopauză. Examenul ecografic identifică endometru hiperecogen, neomogen, cu grosime de 15 mm, vascularizație scor 3, cu vase împrăștiate și invazie intramietrială redusă. Se stabilește diagnosticul ecografic de cancer endometrial, confirmat de chiuretajul biopsic. La examenul clinic se constată o bandeletă suburetrală montată în urmă cu 6 luni de către chirurg, exteriorizată cu câțiva milimetri. Se excizează bandeleta exteriorizată. S-a intervenit chirurgical și s-a practicat histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală și limfadenectomie pelviană. Rezultatul anatomopatologic a fost de cancer de endometru de tip endometrioid pT1aN0MxG3. Evoluția

postoperatorie a fost favorabilă. La controlul postoperator la 1½, 3, 6, 9, 12 și 18 luni se constată de fiecare dată o exteriorizare redusă a bandeletei de 1-2 mm, cu reexcizare repetată. **Concluzii.** La orice pacientă cu intervenție pentru prolaps sau incontinență urinară de efort, este necesară evaluarea ecografică pelviană. Probabil, exteriorizarea slingului s-a datorat disecției superficiale a mucoasei vaginale cu o grosime redusă a acesteia deasupra bandeletei. Având în vedere diagnosticul oncologic, pacientei nu i s-a putut administra tratament local cu estrogeni, care ar fi prevenit exteriorizarea repetată a slingului.

Cuvinte-cheie: prolaps, evaluare ecografică pelviană, sling exteriorizat

Retenție de urină după sling suburetral montat concomitent cu sacropexia pe cale abdominală – prezentare de caz

Mihaela Camelia Țirnovanu, Ana Maria Cozoreanu, Andreea Cara, Sebastian Pasat

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Maternitatea „Cuza Vodă” Iași, Clinica I Obstetrică-Ginecologie

O pacientă în vârstă de 59 de ani, aflată la menopauză de 5 ani, se adresează serviciului nostru pentru prolaps uterin de grad III, cu prolaps de compartiment anterior (cistocel) grad III. Simptomatologia acuzată este exteriorizarea unei formațiuni în afara introitului vaginal și pierdere de urină la efortul de tuse manifestată înainte de apariția exteriorizării uterului. La examenul clinic nu se obiectivează pierderea de urină la efortul de tuse cu vezica urinară plină. Se intervine chirurgical și se efectuează histerectomie totală cu anexectomie bilaterală și sacropexie bont vaginal cu meșă de polipropilen pe cale abdominală. Concomitent, se montează și sling suburetral prin procedeu TOT (transobturator tension-free vaginal tape). Postoperator, femeia prezintă retenție de urină: se repune sonda urinară cu menținere

7 zile, timp în care se încearcă educarea vezicii – golire cu sonda pe loc la senzația de umplere vezicală. Deoarece retenția de urină persistă, se decide reintervenția cu secționarea pe linia mediană a slingului. Ulterior, micțiunile au fost fiziologice, fără pierdere de urină la efort. La controalele ulterioare la 1½, 6 și 12 luni, pacienta nu acuză incontinență urinară. **Concluzii.** Probabil, pacienta nu prezenta incontinență urinară de efort ocultă preoperator. Este necesară, în lipsa obiectivării incontinenței, investigația urodinamică. Optăm pentru amânarea rezolvării incontinenței urinare, dacă este cazul, la o intervenție chirurgicală ulterioară celei de soluționare a prolapsului.

Cuvinte-cheie: prolaps, obiectivarea incontinenței urinare, investigații urodinamice

Rezolvarea exteriorizării meșei de polipropilenă poziționată pentru prolaps de compartiment anterior – prezentare de caz

Mihaela Camelia Țirnovanu, Ana Maria Cozoreanu, Andreea Cara, Sebastian Pasat, Mircea Onofriescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași, Maternitatea „Cuza Vodă” Iași, Clinica I Obstetrică-Ginecologie

Necesitatea corectării simultane a tuturor defectelor de statică pelviană are drept obiectiv un rezultat anatomofuncțional mai bun, acesta impunând ca medicul să știe câteva tehnici chirurgicale, pentru a lua în final decizia optimă pentru pacientă. O pacientă în vârstă de 62 de ani prezintă în antecedente histerectomie totală interanexială, efectuată pe cale vaginală pentru prolaps uterin de grad IV. La 7 luni de la intervenție se internează în serviciul nostru pentru prolaps de compartiment anterior, prin defect central cu apex vaginal poziționat normal. Având în vedere indicația intervenției vaginale, se decide repararea defectului cu meșă de polipropilenă cu 4 brațe montată prin procedeu TOT (transobturator tension-free vaginal). La 3 săptămâni postoperator, femeia se prezintă cu exteriorizarea meșei aproximativ 3/2

cm. Se excizează meșa exteriorizată și se administrează tratament local cu ovule cu estrogeni și antibiotic p.o. și reevaluare după 7 zile. Defectul vaginal se menține cu exteriorizarea din nou a unei porțiuni de meșă, ce se reexcizează, și se decide sutura secundară a vaginului. Evoluția a fost favorabilă, însă după 6 luni pacienta revine pentru prolabarea de această dată a apexului vaginal, pentru care s-a practicat sacropexie abdominală cu plasă de polipropilen, cu evoluție favorabilă. **Concluzii.** Rezolvarea cazurilor cu exteriorizarea meșei se realizează prin excizie și eventual sutură secundară, dacă defectul este mai mare. În prolapsurile uterine avansate ar fi indicată sacropexia, pentru a evita recidiva. **Cuvinte-cheie:** meșă de polipropilen, exteriorizare, prolaps urogenital

Chirurgia laparoscopică în tratamentul prolapsului genital

Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Marilena Pirtea, Cristina Secosan, G. Baltă, Ioan Sas

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Catedra de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Municipal Timișoara

Chirurgia laparoscopică a cunoscut o lărgire exponențială a plajei de indicație. Curentul de neîncredere legat de folosirea implanturilor de polipropilenă pe cale vaginală, în chirurgia prolapsului genital, a deschis o fereastră de oportunitate pentru tehnicile

endoscopice de refacere a staticii pelviene. Prezentarea cuprinde secvențe video cu proceduri endoscopice de refacerea a compartimentului apical, anterior și posterior.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, proceduri endoscopice

Histerectomia vaginală în tratamentul prolapsului genital – argumente pro și contra

Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Cristina Secosan, Marilena Pirtea, Ioan Sas

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Catedra de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Municipal Timișoara

Histerectomia vaginală a fost și încă este efectuată ca timp complementar în chirurgia prolapsului genital. Tendința modernă este de a renunța la această procedură și de a aborda doar tehnicile de refacere a sistemului de ancorare a vaginului atunci când se efectuează cura prolapsului genital. Avantajele acestei abordări sunt reducerea duratei și morbidității intervenției, dar și conser-

varea unor elemente anatomice, cum ar fi inelul pericervical și ligamentele uterosacrate, utile pentru refacerea staticii pelviene. Prezentarea cuprinde secvențe video care exemplifică tehnicile de refacere a staticii pelviene cu conservarea uterului.

Cuvinte-cheie: histerectomie vaginală, prolaps genital, refacerea staticii pelviene

Sindromul Peters și hipogonadismul hipogonadotrop

Elena Simona Albu¹, Cristina Vasiliu¹, Ana Valea², Adina Ghemigian³, Mara Cârșote³

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean din Cluj-Napoca; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

Introducere. Sindromul Peters reprezintă un complex cu fenotip variat, implicând polul anterior ocular secundar unei anomalii de dezvoltare intraembrionară la nivelul corneei, cristalinelui și al irisului. Pe lângă deficiențele majore oculare, alte anomalii la nivelul corpului, inclusiv cele care implică tractul hipotalamo-hipofizo-ovarian, sunt atipice și nu fac parte din tabloul tradițional.

Materiale și metode. Aceasta este o prezentare de caz cu sindrom Peters (SP) și hipogonadism hipogonadotrop (HH) peripubertar cu remisiune aparent spontană. **Rezultate.** O pacientă de 22 de ani este diagnosticată în copilărie cu SP manifestat prin ambliopie, cu instalare progresivă la nivelul ochiului drept prin colobom retinian asociat cu amputare parțială a câmpului vizual

stâng prin pigmentare peripapilară. Se prezintă în Serviciul de Ginecologie endocrină pentru pubertate întârziată, cu răspuns parțial la agonist de Gonadotrop Releasing Hormon, sugestiv pentru HH. Menstrele s-au indus estro-progestativ de la 14 la 16 ani, fără răspuns spontan, iar după o perioadă de pauză de câteva luni s-au reluat aparent spontan, cu niveluri adecvate ale gonadotropilor. De asemenea, un mezoadenom nesecretant pituitar a fost confirmat, fără efecte de masă (sub rezerva interpretării examenului ocular). **Concluzii.** Sindromul Peters asociat cu HH în remisiune *late onset* este o asociere rară, dificil de precizat dacă prin anomalii genetice comune.

Cuvinte-cheie: sindrom Peters, hipogonadism, pubertate

Sarcom ovarian și carcinom papilar tiroidian

Simona Elena Albu¹, Cristina Vasiliu¹, Ana Valea², Diana Păun³, Mara Cârșote³

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean din Cluj-Napoca; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

Introducere. Sarcomul ovarian este o entitate rară în domeniul ginecologiei oncologice, cu prognostic rezervat. Cazurile cu supraviețuire îndelungată pot asocia complicații locale și/sau la distanță, riscul unei a doua neoplazii de tip endocrin este însă extrem de rar. **Materiale și metode.** Aceasta este o prezentare de caz al unei paciente care a supraviețuit unei neoplazii ovariene și la care s-a identificat un carcinom tiroidian. **Rezultate.** O pacientă de 49 de ani a prezentat la vârsta de 29 de ani dureri abdominale nespecifice, iar investigațiile au dus la identificarea unei mase ovariene bilaterale cu risc proliferativ înalt. S-a considerat oportună histerectomia totală cu anexectomie bilaterală, diagnosticul histopatologic postintervențional fiind de sarcom bilateral, pentru care ulterior s-a continuat cu chimioterapie. Timp de două decenii pacienta a fost monitorizată imagistic și prin examinare locală directă, fără identificarea unei recidive sau

a altor complicații. Bilanțul endocrin în prezent a inclus evaluarea statusului osos, având în vedere deprivarea estrogenică îndelungată, confirmându-se osteopenie (pe baza unui scor T la nivel lombar de -1,8 DS la examinarea DXA centrală), cu hipovitaminoză D (pe baza unui nivel seric al 25-hidroxivitaminei D de 20 ng/mL, normal fiind peste 30 ng/mL). De asemenea, s-a realizat un screening al tiroidei, iar ecografic se descrie un macronodul de lob drept de 1,7/1,2 centimetri, cu microcalcificări, fără adenopatii locale, sugestiv pentru un carcinom tiroidian diferențiat, cu confirmarea postoperatorie a formei papilare. **Concluzii.** Asocierea asincronă dintre sarcomul ovarian și carcinomul papilar tiroidian este excepțională, posibil prin mecanisme comune protumorigene sau incidental prin prisma incidenței în creștere a neoplaziei tiroidiene.

Cuvinte-cheie: sarcom, ovar, cancer tiroid

Tumori ovariene la pacienta adultă tânără

Simona Elena Albu¹, Cristina Vasiliu¹, Ana Valea², Mara Cârșote³

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean din Cluj-Napoca; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

Introducere. Tumorile ovariene de tip benign cu aspecte solide, lichidiene sau mixte la evaluarea imagistică acoperă o gamă largă de simptome, de la dureri abdominale și/sau pelviene la tulburări menstruale sau cu fenotip endocrin complet modificat. Prognosticul variază, în esență, cu rezultatul histopatologic și cu momentul decelării masei tumorale.

Materiale și metodă. Aceasta este prezentarea unei serii de cazuri la două paciente de vârstă tânără care s-au prezentat pentru dureri abdominale nespecifice în etajul inferior.

Rezultate. O pacientă de 33 de ani, nefumătoare, nulipară, are în istoric, cu 3 ani în urmă, un chist endometriotic operat, iar actual se prezintă pentru acuze abdominale-pelvine nespecifice și dorință de fertilitate. Examenul ginecologic a identificat un uter dureros la palpare, anexa dreaptă mărită de volum, cu

contur neregulat, care la ecografia transvaginală s-a confirmat ca fiind o masă ovariană hiperecogenă, omogenă, cu elemente transonice și multiple ecouri fine flotante de 9,35 centimetri, sugestivă pentru endometriom ovarian (confirmat postoperator). O pacientă de 18 ani, nulipară, se prezintă pentru dureri abdominale inferioare nespecifice, iar imagistica a dus la necesitatea evaluării unei mase ovariene drepte prin rezonanță magnetică nucleară, confirmată ca fiind un chist de 7,2 cm, fără anomalii endocrine. S-a optat pentru un tratament conservator estroprogestativ, antiinflamator, antispastic, cu scăderea rapidă a dimensiunilor în următoarele săptămâni. **Concluzii.** Tumorile ovariene la femeile tinere acoperă un management variat, de la cel conservator la rezecție promptă.

Cuvinte-cheie: endometriom, ovar, chist ovarian

Evaluarea comparativă a tehnicilor medicale și chirurgicale în incontinența urinară de efort – referat general

Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Denisa Bălălaşu², Liana Pleș^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, Clinica „Bucur”; 2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan” București, Maternitatea „Bucur

Introducere. Incontinența urinară de efort (IUE) afectează între 4% și 35% dintre femei. Majoritatea pacientelor prezintă manifestări clinice de tipul pierderii involuntare de urină la efort fizic sau al incontinenței asociate strănutului ori tusei, fără contracția detrusorului vezicii urinare. **Materiale și metodă.** Am revizuit principalele baze de date medicale internaționale care cuprind metaanalize și studii randomizate cu privire la recomandările actuale referitoare la atitudinea terapeutică în incontinența urinară de efort. **Rezultate.** Mijloacele terapeutice medicale care determină reducerea greutății corporale cu circa 5-10% au drept consecință diminuarea cu aproximativ 50% a episoadelor săptămânale de pierdere a urinei. Montarea bandelelor retro-pubice și transobturatorii sunt procedee cu succes cert dobândit în tratamentul incontinenței urinare de efort, cu îmbunătățirea

calității vieții pacientelor pe termen lung. Complicațiile sunt specifice fiecărei abordări terapeutice. Pacientele cu contraindicații sau avulsia materialelor protetice devin candidate pentru colposuspensia Burch, cu complicații perioperatorii similare cu cele ale procedurilor cu allogrefe și cu rezultate eficiente. Îmbunătățirea simptomelor incontinenței urinare de efort se face prin conduită expectativă în mai puțin de 10% din cazuri, în jumătate din cazuri se realizează prin terapie pentru musculatura pelviană și în peste 91% din cazuri prin bandelele suburetrale. **Concluzii.** Terapia medicamentoasă sau chirurgicală pentru IUE trebuie atent selectată și individualizată pentru fiecare caz. Majoritatea pacientelor abordate inițial prin mijloace conservatoare sunt candidate ulterioare pentru intervenții chirurgicale.

Cuvinte-cheie: simptome, recurență, complicații

Evaluarea comparativă a tehnicilor chirurgicale cu țesuturi autologe în prolapsul genital – referat general

Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Denisa-Oana Bălălaşu², Liana Pleș^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București, Clinica „Bucur”; 2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan” București, Maternitatea „Bucur”

Introducere. Riscul general într-o populație de a fi supusă unei operații pentru prolaps al organelor pelviene variază între 6% și 19%. Tehnicile chirurgicale cu țesuturi autologe au fost utilizate ca tratament de primă intenție pentru prolapsul genital în multe clinici de referință la nivel mondial. În ultimii ani există studii bazate pe dovezi care evaluează eficiența, riscurile și complicațiile acestor mijloace terapeutice. **Materiale și metodă.** Am analizat principalele metaanalize și studii randomizate recente referitoare la tratamentul prolapsului organelor pelviene realizat prin utilizarea țesuturilor autologe. **Rezultate.** Suspensia la ligamentele utero-sacrate și fixarea la ligamentul sacrospinos pentru prolapsul organelor apicale au dovedit a avea rezultate similare la o evaluare a simptomatologiei la doi ani postoperator. Tratamentul prolapsului genital al organelor compartimentului anterior a dovedit că are rezultate similare

prin abordarea tehnicilor mediane sau prin suturi laterale. Mai mult, adăugarea de materiale protetice nu pare să îmbunătățească eficiența tehnicii chirurgicale. Abordarea transvaginală a rectocelului s-a dovedit net superioară ca eficacitate abordării transanale. Utilizarea grefelor de natură porcină în tratamentul prolapsului de compartiment posterior nu a avut rezultate bune. **Concluzii.** Ratele de succes ale tratamentului chirurgical al prolapsului genital cu materiale protetice variază în funcție de definiția succesului în acest context. Astfel, reapariția simptomelor este înregistrată în 10-20% din cazuri, prolapsul până la nivelul himenului apare în 10-15% din situații și nevoia unei reintervenții la doi ani după operația inițială apare în mai puțin de 10% din cazuri.

Cuvinte-cheie: compartiment anterior, compartiment posterior, allogrefă

Disfuncțiile planșeului pelvian și calea de naștere. O legătură incomplet elucidată

D. Mureșan, I.C. Rotar

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Efectul nașterii asupra funcției planșeului pelvian constituie o problemă incomplet elucidată, în ciuda multiplelor studii efectuate. Afectarea planșeului pelvian (pelvic floor disorders; PFD) este reprezentată de incontinența urinară (UI), prolapsul pelvian simptomatic (sPOP), incontinența fecală (IF) și disfuncțiile sexuale. Din cauza intervalului lung de timp care trece de la naștere, a complexității și variabilității nașterii, precum și a multiplilor factori asociați, o legătură causală evidentă nu este totdeauna certă. Cu toate acestea, traumatismul obstetrical determinat de trecerea capului fetal prin planșeul pelvian, precum și existența prolapsului pelvian și a incontinenței urinare, ca patologii frecvente, nu pot fi contestate. Studiile efectuate până în prezent s-au bazat pe chestionare clinice, pe examinări clinice, ecografice și RMN funcțional, aducând informații importante. Studiile au fost eterogene în privința conceptului și modului de efectuare, dar, ca factori de risc comuni pentru PFD, au identificat factorii congenitali, prima naștere pe cale vagi-

nală, greutatea peste 4500 g a fătului și înălțimea sub 1,60 m a gravidei, eforturi prelungite de împingere în expulzie, precum și obezitatea pacientei. În ceea ce privește nașterea instrumentală, există diferențe între studii, unele identificând-o ca factor agravant, altele negăsind o legătură causală. S-a conturat și conceptul de PFD ca boală cronică, cu evoluție progresivă în timp. Cunoașterea acestor legături cauzale între diversele tipuri de naștere, diversele etape ale nașterii și PFD este necesară pentru a putea consilia corect, științific și individualizat pacientele în alegerea unei căi de naștere, dar și pentru a putea începe imediat după naștere măsurile de profilaxie secundară. Într-un domeniu atât de sensibil la influențe emoționale și sociale, existența unor dovezi științifice certe ar constitui un aport semnificativ la sănătatea femeilor, privită pe parcursul întregii vieți, precum și pentru politicile de sănătate publică.

Cuvinte-cheie: afectarea planșeului pelvian, factori de risc, profilaxie secundară