

DR. BOGDAN PANAITE

HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ

Tehnici • Indicații • Rezultate



EDITURA UNIVERSITARĂ
București

CUPRINS

ABREVIERI	9
CUVÂNT ÎNAINTE.....	11
1. INTRODUCERE	14
1.1. ISTORICUL HISTERECTOMIEI VAGINALE	14
1.1.1 HISTERECTOMIA VAGINALĂ ÎN ROMÂNIA.....	17
2. ANATOMIA PELVISULUI	18
2.1. CONSIDERAȚII GENERALE.....	18
2.2. REPERE PELVICE DIN PERSPECTIVA VAGINALĂ	19
2.3. AXE DE ÎNCLINAȚIE ALE ORGANELOR PELVISULUI.	19
2.4. RAPORTURI ANATOMICE ALE PERETELUI VAGINAL	22
<i>Perete vaginal anterior.....</i>	<i>22</i>
<i>Perete vaginal posterior</i>	<i>22</i>
2.5. SITUAȚIA URETERELOR ÎN RAPORT CU VAGINUL	22
<i>Perspectiva vaginală</i>	<i>22</i>
<i>Relațiile ureterelor în cadrul Histerectomiei vaginale</i>	<i>23</i>
<i>Ureterul în zona juxta vezicală și parametrială</i>	<i>23</i>
<i>Ureterul în zona infundibulo pelvică.....</i>	<i>24</i>
2.6. REPERE OSOASE DIN PERSPECTIVĂ VAGINALĂ	24
2.7. PLANURI ȘI SPAȚII DE CLIVAJ	26
2.8. SISTEMUL ANATOMIC CE ASIGURĂ SUPORTUL ORGANELOR PELVINE	29
2.9. BAZINUL OSOS.....	30
2.10. MUSCULATURA DE ACOPERIRE A PELVISULUI.....	30
<i>Diafragma pelvină.....</i>	<i>31</i>
2.11. ARCURILE TENDINOASE.....	32
2.12. FASCIA ENDOPELVICĂ / CORPUL INTRAPELVINUM.....	33
2.13. INELUL PERICERVICAL	35
2.14. DIAFRAGMA UROGENITALĂ	36
3. BIOMECANICA STATICII PELVINE	38
3.1. Axul suspensor posterior	38
3.2. Axul suspensor anterior	38

4. ANATOMIA VISCERELOR PELVICE.....	40
4.1. UTERUL.....	40
<i>Vascularizația uterului</i>	41
<i>Circulația arterială</i>	41
<i>Circulația venoasă</i>	44
4.2. PEDICULII CONJUNCTIVO-VASCULARI AI UTERULUI.	44
<i>Pediculul inferior</i>	44
<i>Pediculii laterali</i>	45
<i>Pediculii superiori</i>	45
4.3. VAGINUL	46
<i>Vascularizația vaginului</i>	47
5. INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE HISTERECTOMIEI PE CALE VAGINALĂ.	49
5.1. CENTRALIZARE DATELOR DIN LITERATURA DE SPECIALITATE	49
5.2. CRITERII DE EVALUARE PREOPERATORIE	51
5.3. POZIȚIA ACOG FAȚĂ DE ABORDUL ÎN EXEREZA UTERINĂ (OBSTETRICS AND GYNECOLOGY 2011):.....	55
6. PROBLEME DE ETICĂ MEDICALĂ	56
7. PREGĂTIREA PREOPERATORIE.....	58
7.1. PREGATIREA SĂLII DE OPERAȚII PENTRU CHIRURGIA VAGINALĂ	58
7.2. PREGATIREA PREOPERATORIE A PACIENTEI	59
7.3. ANALIZE PREOPERATORII	61
7.4. PROFILAXIA TROMBOZEI VENOASE.....	64
7.5. ANTIBIOPROFILAXIA ÎN HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ.	67
7.6. ADMINISTRAREA DE SÂNGE ÎN HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ.....	68
7.7. INSTRUMENTAR PENTRU CHIRURGIA VAGINALĂ	69
7.8. ILUMINARE CÂMP OPERATOR.....	69
7.9. MASA OPERATORIE – POZIȚIONAREA BOLNAVEI	70
7.10. INSTRUMENTARUL NECESAR	71
<i>Materialele de sutură</i>	77
8. TEHNICA OPERATORIE ÎN HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ	79
8.1. TIMPII OPERATORI	79
8.2. REPERAREA COLULUI.....	80
8.3. HIDRODISECȚIA PERICERVICALĂ	81
8.4. COLPOTOMIA ANTERIOARĂ ȘI POSTERIOARĂ	82
8.5. DECOLAREA VEZICOUTERINĂ.....	84
8.6. DECOLAREA RECTO-VAGINALĂ	86
8.7. PUNEREA ÎN EVIDENȚĂ ȘI DESCHIDEREA FUNDURILOR DE SAC PERITONEALE	88
8.7.1. <i>Situații particulare ce privesc deschiderea fundurilor de sac peritoneale</i>	90

8.7.2. Fereastra chirurgicală	92
8.8. DECONEXIUNEA CONJUNCTIVO-VASCULARĂ A UTERULUI (PEDICULUL INFERIOR ȘI MIJLOCIU)	94
8.8.1. <i>Pediculul inferior</i>	94
8.8.2. <i>Pediculii laterali</i>	95
8.9. METODE DE EXTRAGERE A UTERULUI.....	99
8.10. EXTRAGEREA UTERELOR MARI.....	100
1. <i>Morcelarea fundului uterin</i>	102
2. <i>Hemisecția</i>	102
3. <i>Coringul intramiometrial</i>	103
4. <i>Amputația colului și bascularea uterului</i>	105
5. <i>Morcelarea marginilor</i>	105
8.11. PENSAREA PEDICULULUI SUPERIOR	106
8.12. ANEXECTOMIA	107
8.12.1. <i>Anexectomia într-un singur pas</i>	108
8.12.2. <i>Anexectomia în trei pași</i>	108
8.12.3. <i>Ovarectomia simplă</i>	109
8.13. OVARECTOMIA PROFILACTICĂ.....	111
8.14. DESFIINȚAREA SPAȚIILOR DE DECOLARE ANTERIOR ȘI POSTERIOR	112
8.15. DRENAJUL CAVITĂȚII PERITONEALE.....	117
9. MANAGEMENTUL POSTOPERATOR ÎN HISTERECTOMIA VAGINALĂ.....	119
10. COMPLICATII HEMORAGICE ÎN HISTERECTOMIA VAGINALĂ	121
10.1. INCIDENȚA COMPLICAȚIILOR HEMORAGICE ÎN LITERATURĂ.	121
10.2. COMPLICAȚIILE HEMORAGICE ÎN HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ.....	121
A: <i>Diagnosticul de sângerare postoperatorie imediată</i>	125
B: <i>Diagnosticul de sângerare postoperatorie întârziată (1-3 săptămâni)</i> ...	125
C: <i>Diagnosticul de sângerare postoperatorie la distanța (de la 3 săptămâni)</i>	125
11. HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ DUPĂ OPERAȚIA CEZARIANĂ.....	129
11.1. <i>Principalii timpi operatori</i>	129
11.2. <i>Spațiul de clivaj anterior</i>	129
12. COMPLICAȚII POSTOPERATORII	132
12.1. INCIDENȚA COMPLICAȚIILOR.....	132
12.2. COMPLICAȚIILE INFECȚIOASE POSTOPERATORII.....	134
12.3. LEZIUNILE TRACTULUI URINAR	136
12.4. LEZIUNI DIGESTIVE	138
12.5. COMPLICAȚIILE SPECIFICE CĂII VAGINALE	139
12.6. COMPLICAȚIILE DE STATICĂ PELVINĂ	142

13. CONVERSIA LA CALEA ABDOMINALĂ (LAPAROSCOPIE SAU LAPAROTOMIE).....	145
14. NOI PERSPECTIVE ÎN HISTERECTOMIA PE CALE VAGINALĂ.....	147
14.1. CURBA DE ÎNVĂȚARE.....	147
14.2. PERFECȚIONAREA TEHNICII OPERATORII.....	149
15. CONCLUZII.....	152
16. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	154

ABREVIERI

ATFP - arcul tendinos al fasciei pelvice

ATLA - arcul tendinos al ridicătorilor anali

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologist

DP - diafragma pelvină

HV - histerectomie vaginală

HA - histerectomie abdominală

HL - histerectomie laparoscopică

HVAL - histerectomie vaginală asistată laparoscopic

HLAV - histerectomie laparoscopică asistată vaginal

HSTA - histerectomie subtotală pe cale abdominală

HVR - histerectomie radicală vaginală

IMC - indice de masă corporală

IUE - incontinență urinară de efort

LA - levator ani

MV - miomectomie pe cale vaginală

ML - miomectomie pe cale laparoscopică

PR - pubo rectal

SFLA - fascia superioară a ridicătorilor anali

CUVÂNT ÎNAINTE

În ultimele trei decade, asistăm la cel mai mare și rapid progres tehnologic pe care l-a realizat omenirea. Cum era și firesc noile descoperiri și-au găsit aplicații în variate domenii printre care și medicina, apărând perspective de diagnostic și tratament inovatoare; (aparitia camerelor R.G.B. și miniaturizarea lor - *videoendoscopia*, modularea intensității și frecvenței curentului electric - *electrochirurgia*, decodarea reflexiei ultrasunetelor - *ecografia* și focusarea razelor gama - *radioterapia*, utilizarea razelor roentgen în imagistică - *radiologie*, *computer tomograf*, prelucrarea câmpurilor magnetice induse - *rezonanța magnetică nucleară*, apariția noilor materiale imunologic inactive - *herniologia*) și lista ar putea continua. Apar astfel noi domenii de activitate și tendința marcată la supraspecializare - Endoscopia din care ulterior se desprinde Laparoscopia și Histeroscopia (inițial în scop diagnostic) și mai nou Chirurgia Robotica, Herniologia - mai întâi în tratamentul herniilor de perete abdominal și mai apoi în tratamentul prolapsului.

Modificările aduse de progresul tehnologic și supraspecializarea pe domenii în cadrul ramurilor chirurgicale, au făcut posibilă reducerea traumei operatorii asupra organismului. Treptat, intervențiile clasice ce presupun laparotomii, sunt înlocuite de intervenții laparoscopice, histeroscopice, vaginale - cura prolapsului cu meșe protetice.

Apare astfel un nou concept, acela de Chirurgie minim invazivă - tehnici chirurgicale minim invazive. (în data de 06.01.2011 ia naștere Societatea Română de Chirurgie Minim Invazivă în Ginecologie). În ultimii cinci ani în cadrul acestui concept de traumă tisulară minimă, histerectomia pe cale vaginală renaște, chirurghi ginecologi de pe întreg mapamondul, îmbrățișează această cale ca pe o cale de primă intenție.

Dacă ar fi să ne referim strict la trauma tisulară, constatăm că cea mai veche tehnică de histerectomie și anume histerectomia pe cale vaginală este mult mai puțin traumatică (prin lipsa pneumoperitoneului- iritației CO₂, manevrelor de manipulare a anselor - ileus paralic, lipsa inciziilor de trocarizare). La această constatare se adaugă și prețul intervenție-spitalizare inferior oricărei alte modalități de extirpare a uterului.

Logic este că prima alegere la care trebuie să ne gândim în momentul în care se discută despre chirurgie ginecologică minim invazivă să fie calea vaginală. Harry Reich (prima histerectomie laparoscopică 1988)

spunea că „dacă o histerectomie se poate face pe cale vaginală atunci ea trebuie făcută pe cale vaginală”.

Împărțind în două unități de timp istoricul intervențiilor pentru extirparea uterului, pentru condiții nonneoplazice, vom constata că apar două grupe:

a. chirurgia clasică (ce include histerectomia vaginală și histerectomia abdominală -perioadă lungă de timp.)

b. chirurgia modernă (din 1988 când Herry Reich face prima histerectomie laparoscopică, tehnica Ligasure, histerectomia asistată robotic - da Vinci Surgical Sistem Ligasure.)

Utilizare histerectomiei vaginale a avut în timp o evoluție fluctuantă, marcată de apariția tehnicilor anestezice și de dezvoltarea instrumentarului medical.

Extragerea uterului pe cale vaginală este realizată pentru prima oară încă dinaintea erei noastre și rămâne tehnica cea mai des folosită până în epoca anesteziei moderne. Urmează o lungă perioadă de experiență în chirurgia abdominală, histerectomia abdominală fiind tehnica de aur, pentru ca la sfârșitul secolului trecut, histerectomia pe cale vaginală să fie reconsiderată, în cadrul trendului nou apărut de chirurgie minim invazivă. În acest context se dezvoltă și tehnicile chirurgiei laparoscopice ca o alternativă la chirurgia deschisă.

Entuziasmul creat de posibilitatea extragerii uterului pe cale laparoscopică – „la vedere”, dar totuși cu o tehnică minim invazivă, are tendința de a îndepărta un număr de chirurghi ginecologi de calea vaginală, renunțând practic la abordul ce aparține exclusiv ginecologului.

Părerile nu sunt unanime nici în cadrul chirurgilor generaliști care abordează chirurgia organelor genitale. Marea majoritate preferă și astăzi fără ezitare calea cea mai cunoscută - laparotomia.

O statistică neoficială la nivel de țară arată că histerectomia pe cale vaginală este practică de rutină de un număr de sub zece procente din medicii ginecologi; raportat la alte țări ca Germania, SUA, Suedia, Norvegia unde procentele sunt mult mai crescute. În Suedia datorită unui program național de instruire a medicilor ginecologi în chirurgia vaginală numărul de cazuri de extirpare uterină pe cale vaginală s-a dublat într-o perioadă scurtă de timp.

În centrele cu tradiție în chirurgia vaginală s-a păstrat înclinația către această cale de abord a uterului. Perioada de învățare mai lungă (în special rezolvarea incidentelor intraoperatorii), necesitatea unor ajutoare bine antrenate (minim două) a unui instrumentar diferit față de chirurgia abdominală, și a unei iluminări focalizate și orientate permanent în câmpul

operator, sunt probabil principalele obstacole cu care se întâlnește un ginecolog la început de drum în chirurgia vaginală.

Perioada mea de debut în chirurgia vaginală coincide cu primii ani de rezidențiat sub îndrumarea doctorului Ovidiu Nicodin în cadrul secției Ginecologie a Spitalului Militar Central București. Pot spune că am avut privilegiu de a învăța tehnicile de histerectomie - vaginală, laparoscopică și abdominală în paralel fără a mi se insufla niciodată ideea de siguranță mai mare în cazul chirurgiei clasice deschise. Am avut șansa de a participa la operații alături de chirurghi vaginaliști Daniel Dargent cât și laparoscopisti de renume mondial Harry Reich și Charles Koh.

În decurs de douăzeci ani am asistat și efectuat peste cinci mii de histerectomii pe cale vaginală, participând la îmbunătățirea tehnicii operatorii și la extinderea ariei de indicație operatorie.

Consider că deprinderea tehnicilor chirurgicale trebuie să meargă în paralel cu o îmbunătățire permanentă a aptitudinilor de diagnostic clinic și cu o bună cunoaștere a anatomiei locale.

O analiză retrospectivă personală a modului de învățare a Histerectomiei pe cale vaginală arată că abia după învățarea tehnicii operatorii propriu-zise am început să deprind și abilitatea de a stabili indicația operatorie corectă în funcție de caz. Lipsa de asociere a parametrilor clinici și biologici care dau indicația operatorie poate duce la consecințe descurajante ce vor limita pe viitor practicianul la intervențiile abdominale în cazuri ce s-ar fi pretat lesne căii vaginale.

Cred cu convingere că o bună cunoaștere a criteriilor clinice de indicație operatorie, este importantă cel puțin în egală măsură cu tehnica operatorie propriu zisă. Practicianul vaginalist trebuie să-și lărgască progresiv orizonturile de includere chirurgicală, abordând progresiv clasicele contraindicații ale căii vaginale ce țin de dimensiune, acces, chirurgie în antecedente, abordul anexelor. Raționamentul extinderii treptate a indicațiilor este că scenariul așteptat în momentul consultului clinic poate fi diferit față de cel intraoperator - practic nu există operații vaginale pe care le poți anticipa ca fiind simple de la început.

1. INTRODUCERE

1.1. Istoricul histerectomiei vaginale

Primele date au fost culese de istoricul Leonardo ce atribuie prima histerectomie vaginală lui Soranos din Efes, care a realizat excizia uterului pentru un caz de gangrenă uterină pe un prolaps genital; excizia includea atât uterul cât și vezica, pacienta decedând ulterior.

În secolul XI Alsaharavius din Arabia propune excizia uterului prolabat dacă acesta nu putea fi redus în pelvis, practică realizată probabil cu un număr de supraviețuiri, atâta vreme cât practica HV era predată studenților săi.

Prima HV a fost raportată în 1507 de Berengarius di Capri ce a trăit în Bologna (1480-1550) și care a fost de fapt o histerectomie vaginală parțială tot pe uter gangrenos. El a studiat de asemenea și disfuncțiile sexuale apărute după HV.

În 1560 Andreas da Crusce în Spania și în 1675 Valkaner di Nurenberg raportează prima HV după care se pare ca pacienții au supraviețuit.

Există și date la care istoricii medicali moderni sunt sceptici. Este cazul unei femei de 46 ani Faith Howard care a realizat o autoamputație a uterului prolabat. Relatarea a fost făcută în 1670 de Percival Willoughby care descrie modul de amputație cât și sângerarea postoperatorie a femeii ce s-a oprit, urmată ani buni de pasajul urinii zi și noapte probabil printr-o fistulă vezicală.

La începutul secolului al XVII Schenck de Grafenberg relatează 26 de cazuri ce au supraviețuit în urma HV. Mortalitatea cazurilor operate până în secolul XIII era foarte mare, până la 90 %, principalele cauze de deces fiind sângerările și peritonitele. La un astfel de procent de decese postoperatorii e lesne de imaginat că marea majoritate a cazurilor erau urgențe în special puerperale.

Prima HV planificată a fost realizată de Osiander din Gottingen în 1801. el raportează un total de 9 reușite operatorii. În Franța Baudeloque realizează între 1800-1810 un număr de 23 HV încununate de succes.

O figură emblematică în istoria HV a fost Generalul Chirurg Conrad Langenbeck, medic în armata germană și profesor de anatomie și chirurgie.

Face prima HV în 1813 dar o comunică 4 ani mai târziu din cauza abuzurilor de care era bănuț. În cadrul acestei intervenții făcute fără ajutoare, nu a folosit pense și nici anestezie. Printr-un concurs de situații nu au existat martori la această intervenție, iar uterul extras nu a ajuns la anatomie patologică. Langenbeck a trebuit să aștepte 26 de ani cât a trăit pacienta, ca să le demonstreze colegilor la autopsie ca intervenția a fost reală. În tot acest timp pacienta a fost vizitată de numeroși medici ce au dorit să se convingă de veridicitatea intervenției.

În secolul XIV se fac noi descoperiri ce aveau să îmbunătățească semnificativ rata de supraviețuire:

SEMMELEWEIS (1818-1865) și LISTER (1827-1912) propun noi metode de aseptie și antiseptie.

SIMPSON 1847 introduce anestezia cu chloroform și îmbunătățește tehnicile HV și HA. Totuși cloroformul s-a dovedit a fi toxic în interval mai mare de o oră, deci operațiile trebuiau să fie rapid efectuate.

LONG și MORTON introduc anestezia cu eter și practic încep era intervențiilor chirurgicale sub anestezie generală.

PEAN aduce îmbunătățiri în designul penselor cât și în securizarea pediculilor, morcelarea și hemiseția fibroamelor, el realizând cu succes 60 histerectomii vaginale 1886.

Izolarea și ligatura separată a arterelor uterine în cadrul HV este făcută pentru prima dată de Joseph Anselme Recamier în 1829 an în care în SUA, John Collins Warren face prima HV la Harvard. Tot în SUA Pittsburg 1832 este realizată prima HV pentru cancer uterin.

În data de 17 noiembrie 1843 Charles Clay din Manchester realizează prima histerectomie pe cale abdominală: în încercarea de a scoate o tumoră ovariană, la un efort de tuse al pacientului, la nivelul inciziei xifopubiene apare un uter fibromatos voluminos. Charles Clay nu are altă soluție și practică histerectomie subtotală. Hemostaza a fost realizată cu un nod ce înconjoară porțiunea supracervicală.

Școala germană are un rol covârșitor în dezvoltarea tehnicii operatorii cât și în formarea de chirurgi vaginaliști ce au dus mai departe cunoștințele lor în țările vecine: Ungaria, Romania, Cehia. În 1880 Schroeder propune abordul uterului prin fundul de sac posterior cu bascularea posterioară și abordul pediculilor și drenajul spațiului subperitoneal cu tub în „T”. Doderline propune deschiderea fundului de sac anterior cu bascularea anterioară a uterului cu expunerea și ligatura pediculilor.

Școala franceză îl are în prim plan pe Richelot care realizează un manual de tehnici chirurgicale în care erau descrise trei tipuri de utere:

mobile, aderențe și fibromatoase. Doyen descrie tehnicile de morcelare și hemisecție a uterelor de dimensiuni mari. Doyen afirma ca „*Nici un chirurg nu își poate spune ginecolog dacă nu cunoaște și aplică tehnica chirurgiei vaginale.*”

Școala americană îl are ca reprezentant pe Heaney care alături de Eastman și Kennedy practică HV în cazuri de cancer de endometru. Încă de la introducerea ca intervenție curentă HV a avut păreri pro și contra în ceea ce privește indicația operatorie: Cogswell afirma că singura indicație este prolapsul genital pentru ca Danford să lărgască aria de indicație operatorie la fibroame, menoragii, retrodeviație.

Între anii 1900-1940 în SUA tehnica cea mai folosită era Histerectomia subtotală, fiind privită ca o operație cu o morbiditate și un risc de sângerare mai mic decât Histerectomia abdominală. Între 1940-1950 au loc dezbateri științifice internaționale ce recomandă HA totală în locul HA subtotale în scopul profilaxiei cancerului cervical.

Introducere antibioticelor în uzul postoperator completată de măsurile îmbunătățite de antisepsie și aseptie au dus la reducerea complicațiilor septice din chirurgia deschisă. Histerectomia pe cale abdominală este pusă într-o lumină pozitivă, fiind preferată în locul căii de abord vaginal ajungând să o înlocuiască complet. Are loc un declin al HV, metoda fiind conservată de școlile cu tradiție germană-austriacă și franceză.

Apariția primelor încercări în chirurgia laparoscopică (începând cu Bozzini-1953, Kelling-1901, Jacobaeus 1910, Veres 1938) și culminând cu prima histerectomie laparoscopică realizată de Harry Reyck 1988, reprezintă un alt moment de cotitură în evoluția tehnicilor de excizie a uterului. Observând avantajele chirurgiei „fără tăietură” lumea medicală își îndreaptă atenția către intervențiile cu trauma tisulară minimă și apare astfel conceptul de CHIRURGIE MINIM INVAZIVĂ în care se încadrează și histerectomia vaginală.

La nivelul anilor '80, histerectomia devine o tehnică sigură și atrage după sine și o creștere spectaculoasă a numărului de cazuri operate, astfel că în California statisticile arătau un procent de 50% femei histerectomizate.

Costurile intervenției (în prezent în SUA a ajuns la trei miliarde de dolari anual) au dus la reevaluarea căii vaginale în raport cu celelalte metode de abord. Numeroase studii realizate pe întreg mapamondul arată superioritatea tehnicilor minim invazive în raport cu calea deschisă (cost intervenție, număr de zile de spitalizare, terapie postoperatorie). La nivel mondial apar programe naționale de instruire chirurgicală în tehnicile non laparotomice de histerectomie. În contextul eficientizării actului operator principală dilemă rămâne alegerea tehnicii minim invazive folosite.

1.1.1 Histerectomia vaginală în România

Prima școală de chirurgie vaginală de la noi a fost creată în anii '70 la Arad de **Salvator Vuia** - elev a lui Halban. De aici au plecat în special în Ardeal numeroși ginecologi ce au continuat folosirea acestei căi de abord.

În București Profesorul **Dan Alessandrescu** – spitalul Polizu a promovat chirurgia vaginală și a imaginat calea de abord combinată vagino-abdominală în tratamentul cancerului de col uterin. Profesorul **Eugen Aburel**-spitalul Filantropia, face prima trachelectomie radicală – tehnică vaginală folosită în tratamentul cancerului de col pentru femeile ce vor să-și păstreze fertilitatea.

În Spitalul Militar Central Profesorul **Petre Brătilă** formează începând cu anii '90 o echipă bine antrenată de chirurghi vaginaliști, promovând în același timp și chirurgia laparoscopică. Statistica în acest serviciu arată o evoluție spectaculoasă a tehnicilor chirurgicale minim invazive, procentul de extirpare a uterului pe cale vaginală pentru condiții benigne ajungând în prezent până la 80% din totalul histerectomiilor.

Dr. **Ovidiu Nicodin** a preluat și îmbunătățit tehnica HV având preocuparea permanentă de a lărgi sfera de indicații operatorii. Am avut privilegiu de a fi martor la surmontarea rând pe rând a tuturor contraindicațiilor „clasice”ale HV dar și la realizarea în premiera în România a Miomectomiei pe cale vaginală prin colpotomie anterioară sau posterioară. Tehnicile de chirurgie minim invazivă au fost promovate și pe linie laparoscopică avându-l ca reprezentant pe Dr. **Nicolae Niculescu** (HVAL, HL, Limfadenectomie pelvică laparoscopică).

2. ANATOMIA PELVISULUI

2.1. Considerații generale

Descrierea regiunii pelviene ca parte a cavității abdomino-pelvine implică mai multe aspecte ce privesc medicul chirurg ginecolog. În primul rând trebuie precizată **Anatomia chirurgicală** - reprezintă totalitatea reperelor anatomice însușite în facultate și care stă la baza tuturor raționamentelor chirurgicale. În al doilea rând trebuie definită **Anatomia operatorie** - totalitatea noțiunilor de anatomie ce privesc o anumită intervenție chirurgicală. Anatomia chirurgicală și anatomia operatorie sunt complementare în realizarea gestului chirurgical și conferă chirurgului posibilitatea de a practica intervenții complete și de a evita sau rezolva complicațiile apărute, cât și de a-și adapta tehnica operatorie la situațiile apărute.

Chirurgul ginecolog abordează organele pelvine pe două căi: abdominală și vaginală. Percepția reperelor anatomice este complet diferită în cele două cazuri și se separa de reperele întâlnite în tratatele de anatomie descriptivă și topografică.

Principala piedică în asimilarea căii vaginale de către un chirurg debutant este în a încerca să găsească rapoartele știute din chirurgia deschisă, care de obicei se învață la început. Cunoștințele din cele două abordări se suprapun și se completează mai târziu în cariera chirurgului. Calea vaginală trebuie înțeleasă din perspectiva poziției operatorului față de bolnava situată în litotomie dorsală.

Două aspecte majore pot dezorienta chirurgul ginecolog:

1. schimbarea vizualizării axului bolnavei (abord **abdominal** - privirea operatorului are orientarea perpendicular pe axul central al pacientei, abord **vaginal** - privirea operatorului are orientarea în lungul axului central al pacientei).

2. perceperea diferită a profundității reperelor anatomice: ce apare profund în calea abdominală este superficial în cea vaginală. Trebuie adăugate și modificările ce se produc în prolapsul utero-vaginal dar și modificările create de tracțiunea controlată a colului de la începutul histerectomiei vaginale.

Trebuie precizat că relația anatomică a organelor la pacientul sub anestezie nu este identică cu cea a pacientului vigیل, din cauza paraliziei musculare ce atrage după sine și modificări în statică pelvină. Este posibil ca după anestezie un uter ce părea ascensionat și mai greu accesibil să coboare la un nivel acceptabil de abord.

2.2.Repere pelvice din perspectiva vaginală

Așa cum am amintit, calea vaginală suportă modificarea spațială a planurilor anatomice cu 90 de grade. **Anterior** se raportează la simfiza pubiană sau partea de vagin ce susține uretra și vezica vaginală. **Posterior** se raportează la sacru și coccis sau partea de vagin ce acoperă rectul. **Superior** direcționează către promontoriu și cavitatea abdominală. **Inferior** conduce către corpul perineal. Termenii medial, lateral, sagital rămân neschimbați. Deși vaginul are segmentul inferior și superior cu orientări diferite aceste repere discutate rămân valabil - standardizate.

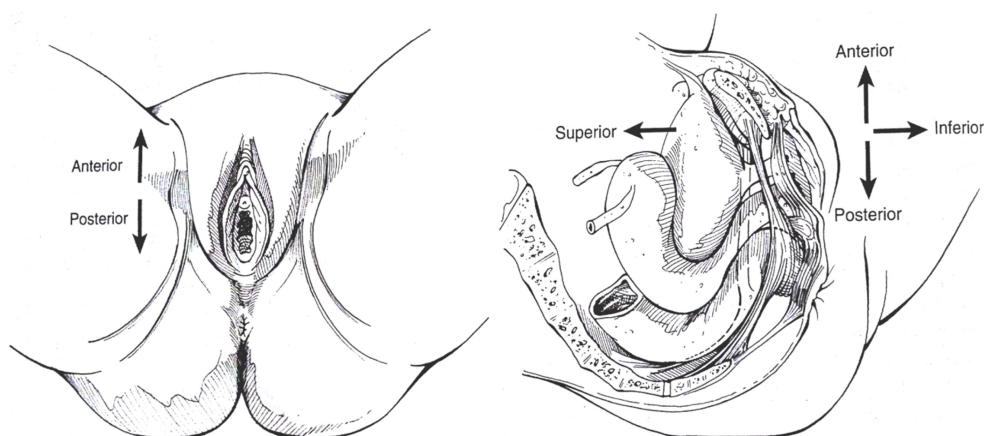


Figura 1: Perspectiva vaginală a anatomiei pelvine

2.3. Axe de înclinație ale organelor pelvisului.

Poziția de litotomie dorsală oferă chirurgului o perspectivă diferită a vaginului față de poziția de ortostatism. Treimea inferioară a vaginului este orientată vertical în poziția de ortostatism și orizontalizată în poziția de litotomie iar cele două treimi superioare ale vaginului sunt orizontalizate în ortostatism și verticalizate în litotomie dorsală. Aceste orientări devin mai vizibile la contracția mușchilor levatori ce suspendă treimea medie a vaginului și produc această angulație cu deschiderea posterioară. Angulația vaginului crează efectul de valvă pentru presiunea intraabdominală apărută la efort. Are loc o redistribuție a forțelor intraabdominale către planșeul

pelvic aflat în contracție în momentul efortului și cruțează uterul de o presiune în ax ce ar solicita sistemul de suport.

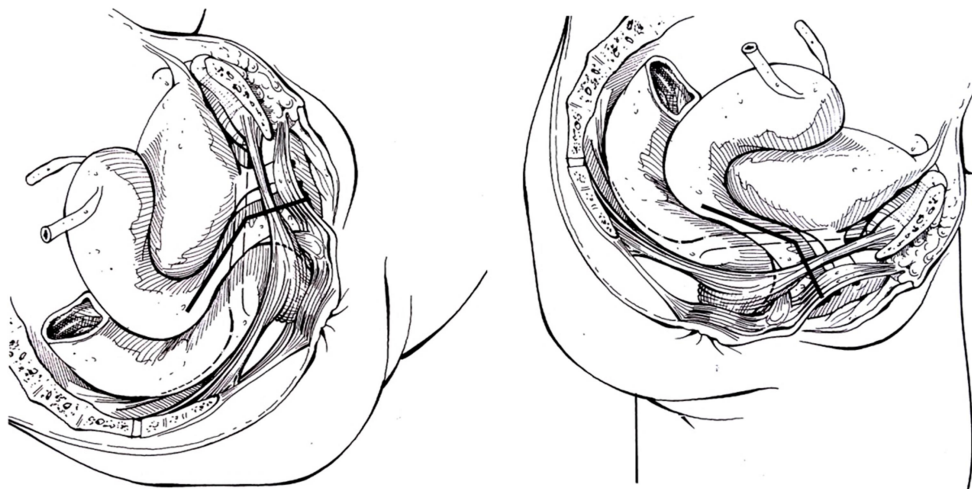


Figura 2: Unghiul de înclinație a vaginului

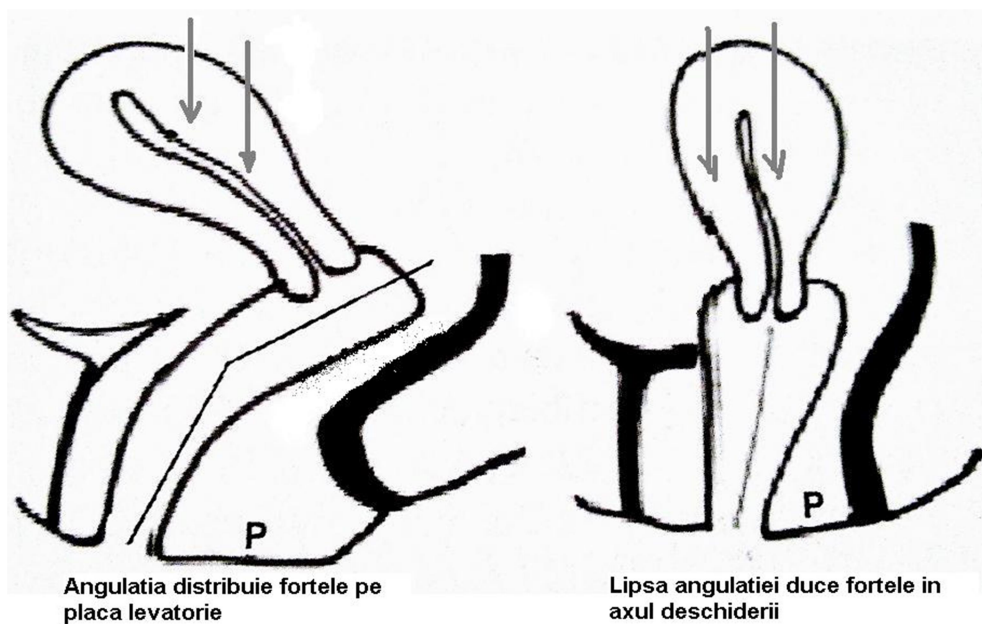


Figura 3: Distribuția forțelor aplicate uterului către placa levatorie în funcție de angulația vaginului.