

## EXPERIENȚA NOASTRĂ PRIVIND UTILIZAREA EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STUDIUL INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT LA FEMEIE

dr. Vl. Pețeanu, dr. C. Răduț, dr. T. Rosenfeld

Examenul radiologic al relațiilor cistouretrale a făcut obiectul a numeroase studii (Cunningham 1910, Norris și Kimbroug 1928, Schugert 1929, Miculicz Radecki 1929, Hodgkinson 1950), reluate recent de Jeffcoate și Roberts 1952, 1964, Hodgkinson 1965, Masson și colab. 1966, Pontonnier 1970, care le-au accentuat valoarea în studiul incontinenței urinare de efort la femeie (Stress incontinence) (IUE, SI). Evidențind unele modificări uretrovezicale caracteristice (pierderea permanentă a unghiului uretrovezical posterior PUV' cu o deschidere care depășește media normală de 125° la nulipare, 140° la multipare, pîlnierea uretrei proximale cu scurtarea ei aparentă, modificări ale axului uretral față de verticală și coborîrea bazei vezicii la efort sub marginea inferioară a simfizei), examenul radiologic dă o serie de indicații asupra procedurii operator cel mai eficient probabil.

Jeffcoate și Roberts au definit unghiul uretrovezical posterior, format de fața posteroinferioară a vezicii și uretra proximală.

Acest unghi ar fi traducerea radiologică certă a unui control sfincterian normal al joncțiunii cistouretrale. Dacă unii au obiectivat PUV prin folosirea unei sonde radioopace, alții (Hodgkinson) au folosit un lăntișor metalic care introdus în vezică se mulează pe peretele posteroinferior al vezicii și posterior al uretrei, dînd relații precise asupra raporturilor uretră-basfond vezical.

Substanța de contrast folosită în general este o soluție radio-opacă iodată (radioselectan 76% — 20 ml în 80 ml ser fiziologic, iodid de sodiu 12% — 150 ml asociat cu 15 ml lipiodol).

### Material și metodă

S-au efectuat examinări uretrocistografice pre- și postoperatorii unui număr de 110 bolnave internate în Clinica ginecologică din Tirgu Mureș, în perioada 1964—1970 cu diagnosticul de incontinență urinară de efort singulară sau asociată prolapsului genital, primară sau recidivată și care au fost supuse unor intervenții corectoare vaginale, abdominale sau mixte, vizînd cura incontinenței și afecțiunilor asociate, pentru a aprecia în funcție de aspectul radiologic al modificărilor vezico-uretrale conduita operatorie cea mai adecvată.

În cercetările noastre, pentru opacifierea vezicii și uretrei, am folosit o suspensie baritată fină (obținută din 150 g sulfat de bariu în 250 ml ser fiziologic) sterilizată, introdusă în vezică în stare călduță, cu ajutorul unei sonde Nelaton.

Considerăm că folosirea sulfatului de bariu prezintă o serie de avantaje care pot fi rezumate în următoarele:

- permite obținerea de imagini contrastografe foarte accentuate;
- posedă o perfectă toleranță, eliminînd necesitatea testărilor obligatorii în cazul folosirii substanțelor iodate;
- poate fi folosit și la bolnavele care prezintă contraindicații la utilizarea substanțelor conținînd iod (Tbc., adenom tiroidian, afecțiuni cardiace și renale, sensibilitate la iod);
- prezintă avantajul de a fi puțin costisitor, ușor de procurat și manipulat.

Posibilitatea utilizării sulfatului de bariu în uretrocistografia a fost menționată de Hoffmann și Ulrich (14). Pentru opacifierea uretrei am folosit un lăntișor de aur

introdus în vezică și fixat pe coapsa bolnavei cu leucoplast. Limita exterioară a uretrei a fost marcată cu un fragment de plumb, fixat la meat tot cu leucoplast.

Pe baza materialului nostru, putem afirma că dacă diagnosticul funcțional al SI este uneori ușor de precizat, în multe situații modificările morfologice care-i stau la bază nu pot fi precizate decât prin uretrocistografia.

Studiul radiologic al relațiilor cistouretrale nu numai că ne confirmă prezența și întinderea defectului anatomic cauzator al simptomatologiei de SI veritabilă, dar când uretrocistografia (UCG) este normală, servește la excluderea acelor cazuri de pierdere urinară produse de o altă cauză. Pe lângă o mai bună înțelegere a tulburărilor anatomice și a modului în care ele ar putea fi corectate cit mai bine, compararea meticuloasă a filmelor pre- și postoperatorii fiind posibilă cu această metodă la fiecare pacientă, este de un mare ajutor în determinarea cauzelor de succes sau eșec, individualizată la caz. Este posibilă de asemenea validarea corelațiilor dintre schimbările radiologice pe un mare număr de paciente tratate prin procedee operatorii variate. Uretrocistografia preoperatorie corect efectuată și interpretată, scutește bolnava de o eventuală intervenție inutilă.

Pare a fi foarte probabil că rezultatele variabile adesea descurajatoare obținute de diverși autori care au folosit diferite procedee operatorii destinate să corecteze SI, pot fi datorate într-o măsură oarecare includerii în seriile operatorii a altor bolnave decât cele care au defectul anatomic al SI exprimat pe uretrocistografie.

Dacă inițial s-a presupus pierderea PUV ca fiind cheia defectului anatomic al SI, prin demonstrarea pierderii lui pe uretrocistografii preoperatorii și refacerea uniformă a acestui unghi pe UCG la bolnavele care au fost vindecate de SI, printr-un procedeu operator de refacere vaginală sau suspensie cervicouretrale, unele eșecuri ale intervențiilor operatorii au dus la o reevaluare a UCG, luându-se în considerare și valoarea unghiului de înclinație al uretrei față de verticală exprimat pe UCG, așa cum recomandă Th. Green, în alegerea rațională a procedeei operator.

Bolnavele noastre cu IUE au fost selecționate pe baza concepției lui Th. Green în 2 categorii:

— bolnave cu SI tip I — la care exista o pierdere a PUV completă sau aproape completă, dar cu unghiul de înclinație al axului uretral față de verticală sub  $40^\circ$  pe UCG oblică la efort.

— bolnave cu SI tip II — care prezentau pe UCG pe lângă o pierdere a PUV și un unghi anormal de înclinație al uretrei față de verticală, acesta fiind întotdeauna mai mare de  $40^\circ$ , uneori ajungând chiar la  $90^\circ$ — $120^\circ$ .

S-a putut demonstra că o refacere vaginală poate vindeca SI de tip I anatomic în 90% din cazuri, în timp ce în SI de tip II simpla refacere vaginală se soldează cu un eșec în aproximativ 50% din cazuri. Pe de altă parte, la bolnavele la care s-a efectuat o suspensie uretrovezicală de tip Marshall-Marchetti-Krantz (MMK) sau uretrocistopexie cu lambou musculoaponevrotic, proporția de vindecări a fost de 90—95% indiferent de tipul anatomic.

Concluzia logică desprinsă din studiul UCG este că, refacerea PUV nu este suficientă pentru obținerea unui succes terapeutic operator la fel de importantă fiind și refacerea unghiului de înclinație al uretrei față de verticală. Dacă o intervenție plastică vaginală poate reface PUV, ea este insuficientă pentru a obține și o modificare a unghiului de înclinație al uretrei. De altfel tipul II de SI, în care se încadrează bolnave cu grade severe de IU, prezintă injurii profunde ale suportului cervicouretral și ele formează lotul din care se obțin cele mai multe eșecuri.

Dacă după o colporafie anterioară pentru un cistocel sau după o histerectomie vaginală combinată cu cura cistocelului pentru prolaps se dezvoltă o incontinență urinară (IU) postoperator, explicația acestei IU este mai ușor de înțeles în lumina factorilor anatomici menționați. Împingerea bazei vezicii prolabate, asociată cu o refacere inadecvată a suporturilor colului vezical și

VL. PETEANU ȘI COLAB.: EXPERIENȚA NOASTRĂ PRIVIND UTILIZAREA  
EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STUDIUL INCONTINENȚEI URINARE  
DE EFORT LA FEMEIE



Fig. nr. 1: Uretrocistografie. Vezică conținută la o nulipară — Incidență oblică stângă. Repaus — Efort. PUV și unghiul de înclinație al uretrei față de verticală în limite normale.



Fig. nr. 2: Incontinență tip I (Green). Efort. Ștergerea PUV

VL. FETEANU ȘI COLAB.: EXPERIENȚA NOASTRĂ PRIVIND UTILIZAREA  
EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN STUDIUL INCONTINENȚEI URINARE  
DE EFORT LA FEMEIE.

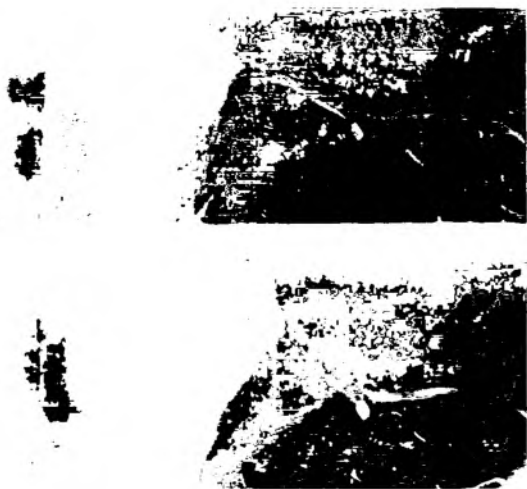


Fig. nr. 3: Incontinență tip II (Green).  
Efort — Repaus. Dispariția PUV — un-  
ghiul de inclinație peste 45° în efort.



Fig. nr. 4: Cistocel voluminos cu incontinență potențială  
Repaus, efort, incidență oblică. Imagini PA, OAD

a uretrei proximale are ca rezultat o insuficiență refacere a PUV și mai ales a axului uretral. Astfel se explică de ce o bolnavă cu un cistocel, continentă preoperator, dezvoltă o IU după o operație plastică vaginală. Aceste date nu fac altceva decât să accentueze importanța unui tratament corect al unei IU potențiale asociate, căci dacă o intervenție de interes vital pentru bolnavă (neoplasm) poate scuza apariția IU, o simplă plastie pentru un cistocel neînsemnat și asimptomatic nu iartă pe operator de o invaliditate mai mult sau mai puțin severă prin IU, creată prin neglijență de tehnică operatorie. Acest fapt este cu atât mai important cu cât reintervențiile sînt grevate de o proporție crescută de insuccese și recidive.

*Sosit la redacție: 15 februarie 1971.*

#### *Bibliografie*

1. ABOULKER P.: Press. Méd. (1964), 72, 37, 2, 157; 2. ABUREL E., GHEORGHIU N. N., NICOLESCU C., GEORGESCU I., LEMNETE I.: Incontinența urinară de efort la femei. A II-a Conferință națională de obstetrică și ginecologie, București, 14—16 oct. 1965; 3. ALESSANDRESCU D.: Obst. și ginec. (1967), XV, 3, 197; 4. BECK R. P., HSU NORA: Amer. J. Obstet. Gynec. (1964), 89, 738; 5. GARDINER S. H., CAMPBELL J. A., GARRETT R. A., SCHELL H. R.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1961), 82, 1, 112; 6. GREEN T. H. jr.: Urinary Stress Incontinence. Progress in Gynecology. Vol. IV. Grune and Straton, New York, 1963, 531; 7. HODGKINSON C. P.: Surg. Gynec. Obstet. (1965), 120, 3, 595; 8. JEFFCOATE T. N., ROBERTS A.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1952), 64, 721; 9. JEFFCOATE T. N.: Brit. J. Urol. (1965), 76, 6, 633; 10. MORGAN J. E.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1970), 106, 3, 369; 11. MÜLLER H. G.: Geburtsh. und Frauen. (1966), 26, 12, 1598; 12. PONTONNIER și colab.: Gyn. Obst. (1970), 69/2, 129; 13. ROBERTS H.: J. Chir. (1963), 86<sup>1</sup>—2, 61; 14. HOFFMANN J., ULRICH J.: Acta radiol. (1966), 4/1, 1; 15. LÖRINCZ E. A., BOGA K.: Experiența noastră în tratamentul chirurgical al incontinenței funcționale de urină. A II-a Conferință națională de obstetrică și ginecologie București, 14—16 oct. 1965; 16. MASSON J. C., RIEFFEL R., SUHLER A., WARTER P., BOLLACK C.: Gynec. et Obstet. (1966), 65, 5, 595; 17. SIRBU P., ALBESCU I., SUCIU T., OPRÎȘAN S.: Chirurgia (1964), 13, 6, 877.