SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

I. ĐỊNH NGHĨA

- Sa các tạng trong vùng chậu (POP = pelvic organ prolapse), là sự tụt xuống của tử cung (TC), bàng quang (BQ), trực tràng (TT), thành trước, thành sau âm đạo (ÂĐ)… ra khỏi vị trí giải phẫu bình thường, do sự tổn thương và suy yếu các cấu trúc cân cơ và dây chằng nâng đỡ tại sàn chậu.

- Hệ thống nâng đỡ các cơ quan trong tiểu khung

+ Hệ thống nâng đỡ: cơ nâng hậu môn (HM) và cơ nâng của sàn hội âm.

+ Hệ thống treo: dây chằng mu niệu đạo, mạc mu cổ tử cung (CTC), dây chằng TC cùng, dây chằng ngang CTC, cân Halban, cân TT-ÂĐ.

+ Hệ thống định hướng: dây chằng tròn, dây chằng rộng.

II. PHÂN LOẠI - PHÂN ĐỘ

2.1. Phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Vị trí giải phẫu so với thành AĐ	Tạng chậu sa và phân loại			Xét nghiệm cần thiết
Thành trước (ngăn trước)	Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp		Sa NĐ	Niệu động học
Vòm âm đạo (ngăn giữa)	Túi sa RN: trước, sau	Sa TC	Sa MC	MRI động ± Niệu động học
Thành sau (ngăn sau)	Túi sa TT: cao, giữa, thấp	Sa trực tràng Khối lồng trong TT-HM		MRI động ± Niệu động học
Tổn thương nút SC	Tổn thương cơ thắt trong và ngoài HM			Siêu âm 3D cơ thắt HM ngả TT

Ghi chú viết tắt: NĐ (niệu đạo), RN (ruột non), TC (tử cung), MC (mỏm cắt), SC (sàn chậu).

Phân loại và độ sa tạng vùng chậu theo hệ thống POP-Q

- Giúp phân loại sa tạng chậu tùy theo thành phần bị ảnh hưởng thuộc về:

+ Ngăn trước (sa BQ, sa NĐ)

+ Ngăn giữa (sa RN, CTC-TC, vòm ÂĐ nếu đã cắt TC)

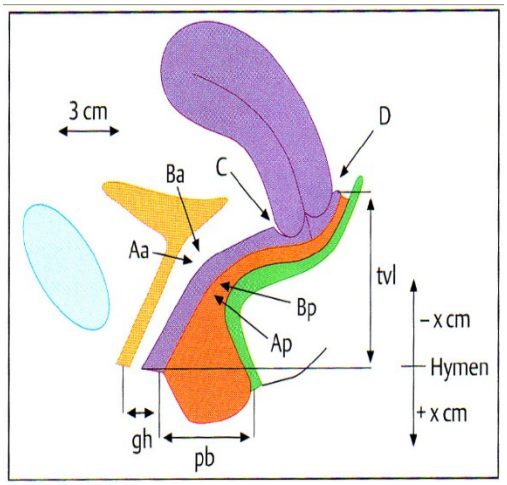
+ Ngăn sau (sa TT)

- Thể hiện một người bệnh có thể sa một hay nhiều các thành phần nêu trên, quyết định điều trị tương ứng theo nguyên tắc phục hồi theo mỗi cấu trúc bị ảnh hưởng.

- Phân độ sa tạng chậu khách quan, chính xác giúp theo dõi và đánh giá hiệu quả điều trị do dùng thước đo và thể hiện ra đơn vị cm.

- Quy ước: có 9 mốc cần đo

+ Đơn vị cm, người bệnh ở tư thế sản phụ khoa, đầu cao 45^0, rặn trong quá trình đánh giá.



+ Dụng cụ: van ÂĐ, thước đo, kẹp tim, pozzi.

+ Điểm cố định: Aa, Ap cách NĐ, mép màng trinh 3 cm.

+ Điểm thay đổi: Ba, Bp là điểm phồng ra xa nhất của đoạn ÂĐ từ Aa, Ap đến túi cùng trước và sau khi NB rặn ± hỗ trợ kéo CTC ra bằng pozzi hoặc kẹp tim.

+ Cùng đồ: C, D (được tính nếu còn TC).

+ Gh: khe niệu dục

+ Pb: thể sàn chậu (nút sàn chậu)

+ Tvl: chiều dài ÂĐ

+ Trên/dưới mép màng trinh đánh dấu -/+ trước số đo

- Phân độ:

+ Độ 0: không sa tạng chậu

Aa, Ba, Ap, Bp: 3 cm nằm trên màng trinh.

Điểm C hay D: tvl –2cm < C, D ≤ tvl

+ Độ I: B > 1 cm trên màng trinh

+ Độ II: B trong khoảng ±1cm trên dưới màng trinh

+ Độ III: B >1 cm dưới màng trinh đến < tvl - 2 cm

+ Độ IV: sa toàn bộ, B ≥ (tvl-2) cm

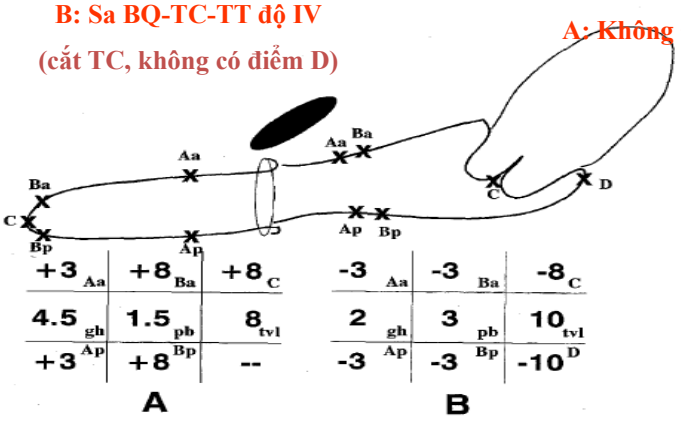
2.2. Trình bày POP-Q theo sơ đồ

Aa	Ba	C
Gh	Pb	Tvl
Ap	Bp	D

B: Sa BQ-TC-TT độ IV

(cắt TC, không có điểm D)

A: ~~Không~~ sa tạng chậu



II. XÉT NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ CHUYÊN BIỆT

2.1. Xét nghiệm thường quy (như các bệnh lý phụ khoa khác), lưu ý

- Phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng kết quả phẫu thuật (đang có viêm âm đạo, nhiễm trùng tiểu, tiểu đường, thiếu máu,…).
- Loại trừ bệnh lý phụ khoa (rong cường kinh, rong huyết), bệnh lý CTC, TC, phần phụ để quyết định có cắt TC không.
- Siêu âm bụng tổng quát khi NB có chỉ định mổ hoặc nghi ngờ thận ứ nước do khối sa chèn ép gây bế tắc đường ra đường tiểu dưới.

2.2. Bilan niệu động học

- Thường quy với NB có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn trước:
  + Tiểu không kiểm soát khi gắng sức (TKKSKGS), sa BQ
  + Hướng dẫn chỉ định điều trị đối với sa BQ và NĐ
  + Đối chiếu kết quả điều trị trước - sau mổ đối với sa thành trước AĐ
- Ở NB có bệnh lý các tạng chậu thuộc ngăn giữa và dưới, cần làm niệu động học khi NB có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiểu dưới hoặc khi nghi ngờ khối sa chèn ép lên BQ và cổ BQ.

2.3. Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI)

Khảo sát toàn bộ cấu trúc sàn chậu cùng các tạng chậu kèm động học tống phân.

- Mặc dù kết quả chụp trên MRI động là tiêu chuẩn vàng và là bằng chứng khách quan về phân loại và phân độ các tạng chậu bị sa nhưng cần cân nhắc chỉ định chụp do giá thành cao.
- MRI động cần thiết trong trường hợp NB bị rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới điều trị nội khoa thất bại hoặc bị nặng, kéo dài như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón hoặc khi NB bị sa các tạng thuộc tầng giữa và dưới từ độ 3 mà chúng ta không thể đánh giá hết được các tạng thuộc hai tầng này bằng khám lâm sàng.

2.4. Siêu âm 3D ngả TT

- Đánh giá cơ thắt trong và ngoài HM: khi NB có tổn thương nút sàn chậu, nghi ngờ tổn thương cơ thắt hậu môn, NB có triệu chứng rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới thất bại điều trị.

2.5. Đo áp lực ống HM, cơ thắt HM

- Chẩn đoán rối loạn chức năng đường tiêu hóa dưới như: tiêu gấp, tiêu không kiểm soát, táo bón. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

2.6. Đo điện cơ tầng sinh môn

- Có giá trị trong đánh giá cải thiện chức năng các nhóm cơ sàn chậu. Đánh giá hiệu quả tập vật lý phục hồi sàn chậu.

III. CHẨN ĐOÁN

Dựa vào lâm sàng theo phân loại và phân độ POP-Q và các xét nghiệm cận lâm sàng, từ đó đưa ra chẩn đoán

- Sa tạng nào
- Số lượng tạng bị sa
- Độ sa của tạng đó
- Có rối loạn tiết niệu kèm theo không (TKKSKGS, tiểu tồn lưu, bí tiểu, tiểu không kiểm soát hỗn hợp ….)
- Có rối loạn đi cầu kèm theo không
- Vẽ mô tả phân loại và phân độ sa tạng vùng chậu

Ví dụ chẩn đoán: sa TC độ 3, sa BQ độ 2, sa TT độ 2, TKKSKGS, tổn thương mất nút SC, rách cơ thắt HM diện rộng, táo bón.

IV. ĐIỀU TRỊ

4.1. Nội khoa

a) Chỉ định

- Trong các trường hợp sa các tạng độ 1-2, chưa có biến chứng hay chưa ảnh hưởng chất lượng sống NB.

b) Điều trị

- Thay đổi thói quen, sinh hoạt phù hợp.
- Sử dụng nội tiết estrogen tại chỗ (dạng viên đặt âm đạo hay cream bôi thoa).
- Tập vật lý trị liệu phục hồi sàn chậu: tự tập, tập với máy tập sàn chậu, kích thích điện cơ sàn chậu.
- Vòng nâng BQ, TC, TT ngả âm đạo và điều trị TKKSKGS.

4.2. Ngoại khoa

a) Nguyên tắc

- Phục hồi lại các cấu trúc và chức năng sinh lý cơ quan bị sa của sàn chậu.

- Chỉ định cắt TC khi có bệnh lý tại CTC, TC. Nếu như CTC bình thường và NB có điều kiện theo dõi CTC định kỳ thì nên cắt TC bán phần, giữ lại CTC để tránh phá vỡ cấu trúc nâng đỡ quan trọng của SC (vai trò của vòng xơ quanh CTC) làm phương tiện cố định các hệ thống nâng đỡ được phục hồi trong phẫu thuật như mảnh ghép, may phục hồi bằng chỉ không tan.

b) Lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc

- Cơ quan bị sa, mức độ sa, có thay đổi chức năng sinh lý sàn chậu
- Tuổi
- Tình trạng kinh tế, lối sống
- Tình trạng sức khỏe người bệnh
- Điều kiện trang thiết bị hiện có
- Khả năng và sở trường của phẫu thuật viên
- Nhu cầu của người bệnh sau khi được tư vấn điều trị cặn kẽ

4.3. Chỉ định phẫu thuật điều trị sa tạng vùng chậu

Sa tạng chậu từ độ 2 theo POP-Q, có triệu chứng hay biến chứng, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống NB, thất bại điều trị bảo tồn 3-6 tháng (pessary) hoặc NB yêu cầu được phẫu thuật sau khi đã được đánh giá tư vấn đầy đủ.

4.4. Các phương pháp phẫu thuật

a) Sa thành trước

- Sa BQ: Nâng BQ bằng mảnh ghép tổng hợp prolypropylene, may phục hồi cân ngang BQ-CTC qua ngả ÂĐ/nội soi ổ bụng/mổ hở (repaire of paravaginal defect) khi sa BQ bên < độ 2, may gấp nếp cân BQ-CTC khi sa BQ thể trung tâm < độ 2.

- Niệu đạo: đặt sling dưới niệu đạo (đặt TOT, mini sling hoặc TVT trong trường hợp TKKSKGS nặng nghi do suy cơ thắt niệu đạo với nghiệm pháp Bonney (-), thất bại với TOT trước đó). phẫu thuật Burch nội soi/mổ bụng hở trường hợp không thực hiện được hoặc thất bại ≥ 2 lần phẫu thuật đặt sling dưới niệu đạo.

b) Sa thành sau

- Sa TT: nâng TT bằng mảnh ghép tổng hợp polypropylene mesh (cố định vào dây chằng cùng gai hoặc cơ nâng hậu môn và nút sàn chậu), may phục hồi cân TT ÂĐ bằng chỉ tan hay không tan.

- Khâu phục hồi cơ nâng HM.

- Tái tạo, tạo hình nút SC ± sử dụng mảnh ghép.

c) Sa TC, mỏm cắt

- Cố định TC/MC vào mỏm nhô bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- Cố định TC/MC vào dây chằng cùng - gai bằng chỉ không tan hoặc mảnh ghép tổng hợp.
- May ngắn dây chằng TC cùng hai bên bằng chỉ không tan (may trong phúc mạc).
- Cố định MC vào dây chằng TC - cùng.
- Cắt tử cung và cố định MC.

4.5. Chỉ định và chống chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp

Phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp là phẫu thuật ưu thế trong việc đạt hiệu quả giải phẫu ngay sau mổ và giữ cho hiệu quả phẫu thuật kéo dài hơn, giảm tỉ lệ tái phát so với phẫu thuật cắt TC hoặc may gấp nếp AĐ sửa hội âm kinh điển.

- Mảnh ghép được chỉ định trong trường hợp: sa tạng chậu nặng từ độ 3, sa tái phát, sa mỏm cắt, tình trạng NB không cho phép phẫu thuật kéo dài hoặc gây mê toàn thân.
- Chống chỉ định tuyệt đối đặt mảnh ghép tổng hợp
  + Bệnh lý rối loạn đông cầm máu, dùng kháng đông kéo dài, xơ gan, suy gan
  + Hiện tại hoặc tiền sử huyết khối/thuyên tắc tĩnh mạch, động mạch
  + Đái tháo đường chưa điều trị ổn, không kiểm soát tốt đường huyết
  + Tình trạng suy giảm miễn dịch, dùng corticoid kéo dài
  + Nghiện thuốc lá nặng
  + Tình trạng teo, khiếm khuyết niêm mạc ÂĐ, hệ thống cân cơ dây chằng quá nhiều
  + Tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC chưa điều trị dứt
  + Hoặc tiền căn tổn thương tiền ung thư âm hộ, ÂĐ, CTC đã điều trị dứt kèm nhiễm HPV type nguy cơ ung thư cao kéo dài đến nay đã được xác định
  + Ung thư cơ quan sinh dục, đường tiêu hóa và tiết niệu dưới
  + Hiện tại hoặc tiền sử xạ trị vùng bụng chậu
  + Hiện tại viêm nhiễm sinh dục chưa điều trị

- Chống chỉ định tương đối đặt mảnh ghép tổng hợp đặt ra do nguy cơ lộ mảnh ghép trong các trường hợp sau

+ Cắt TC kèm theo lúc mổ

+ Vết thương ở niệu đạo, bàng quang, trực tràng trong lúc mổ

+ Niêm mạc ÂĐ còn quá ít để che phủ mảnh ghép

+ Chọn lựa phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ hay ngả bụng

a) Chỉ định phẫu thuật ngả ÂĐ khi

- NB lớn tuổi (> 70)

- Tình trạng NB không cho phép gây mê kéo dài > 2 giờ

- NB có tiền sử vết mổ cũ trên bụng nhiều lần (≥ 2 lần), hoặc tiền sử nhiễm trùng vết mổ

- NB béo phì (BMI ≥ 30 kg/m^2)

- Tiền sử thất bại với các phẫu thuật treo TC ngả bụng

b) Chỉ định phẫu thuật ngả bụng khi

- NB trẻ ≤ 60 tuổi hoặc BN ≤ 70 tuổi mong muốn phẫu thuật ngả bụng

- Sa TC/MC độ 3-4, sa lộn toàn bộ thành trước sau ÂĐ cần phẫu thuật cố định TC/MC/sàn chậu vào mỏm nhô

- Thất bại với phẫu thuật điều trị sa tạng chậu ngả ÂĐ trước đó

c) Chỉ định phẫu thuật kết hợp ngả bụng và ngả ÂĐ khi

- Kỹ năng phẫu thuật viên không thể thực hiện các phẫu thuật phục hồi sa tạng chậu khó qua ngả bụng như nội soi ổ bụng treo TC vào mỏm nhô và đặt mảnh ghép nâng BQ-TT, khi đó cần kết hợp ngả ÂĐ để đặt mảnh ghép nâng BQ-TT, tăng hiệu quả điều trị.

- Sa TC ≥ độ 2 kèm sa các tạng chậu khác nhưng tình trạng NB không cho phép phẫu thuật hoặc gây mê kéo dài > 2 giờ.

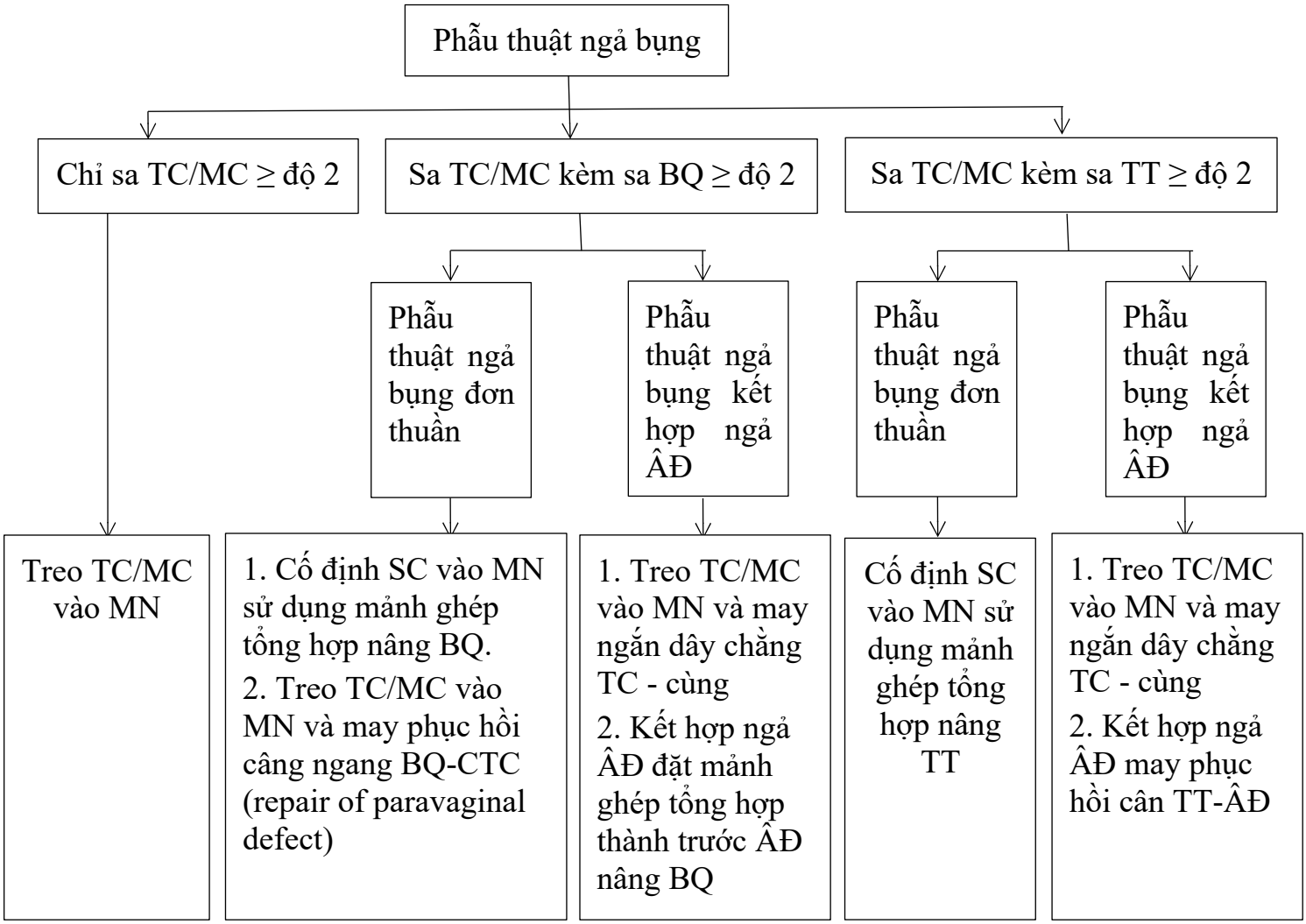
PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ SA CÁC TẠNG VÙNG CHẬU

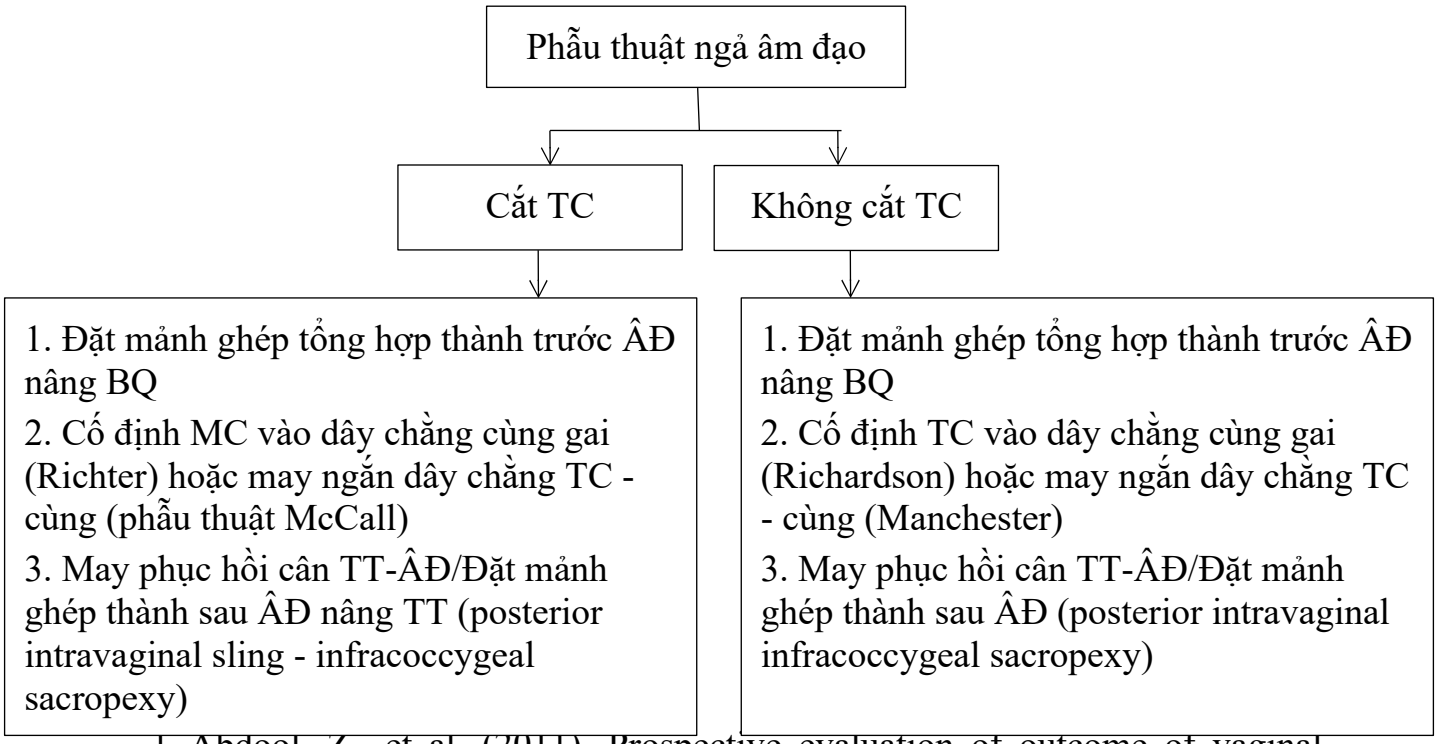
	Thành trước ÂĐ	Vòm ÂĐ	Thành sau ÂĐ
POP-Q	1. Sa BQ: trung tâm, bên, kết hợp 2. TKKSKGS	1.Sa TC, Sa MC 2. Túi sa RN: trước, sau	1. Túi sa TT: cao, giữa, thấp 2. sa niêm HM –TT, tổn thương nút SC, cơ thắt HM
CLS	Niệu động học (urodynamic) Siêu âm bụng tổng quát	Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI) ± Niệu động học	Chụp cộng hưởng từ động học sàn chậu, tống phân (Defecography-MRI) Siêu âm 3D lòng trực tràng ± Niệu động học

Điều trị

Điều trị nội khoa	
Chỉ định	1. Sa tạng độ I –II 2. Chưa có biến chứng 3. Chưa ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống NB
Các phương pháp	1. Thay đổi thói quen sinh hoạt 2. Vật lý trị liệu ruột, BQ 3. Thuốc 4. Kích thích điện cơ SC 6. Mang vòng nâng trong ÂĐ nâng BQ, TT, điều trị TKKSKGS, tiểu không kiểm soát hỗn hợp

Điều trị ngoại khoa	
Chỉ định	1. POP-Q: sa các tạng từ độ II 2. Có biến chứng: tiểu khó, bí tiểu, tiểu tồn lưu, thận chướng, BQ thần kinh, táo bón, tiểu không kiểm soát. 3. Ảnh hưởng chất lượng cuộc sống NB
Các phẫu thuật **(xem sơ đồ** phẫu thuật **ngả ÂĐ)**	1. Ngả ÂĐ 2. Ngả bụng: mổ hở, nội soi ổ bụng
Chỉ định đặt mảnh ghép tổng hợp	- Sa tạng chậu nâng từ độ III - Sa tái phát - Sa mỏm cắt - Tình trạng NB không cho phép phẫu thuật kéo dài hoặc gây mê toàn thân


Phẫu thuật ngả bụng
Chỉ sa TC/MC ≥ độ 2
Sa TC/MC kèm sa BQ ≥ độ 2
Sa TC/MC kèm sa TT ≥ độ 2
Phẫu thuật ngả bụng đơn thuần
Phẫu thuật ngả bụng kết hợp ngả ÂĐ
Phẫu thuật ngả bụng đơn thuần
Phẫu thuật ngả bụng kết hợp ngả ÂĐ
Treo TC/MC vào MN
1. Cố định SC vào MN sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng BQ.
2. Treo TC/MC vào MN và may phục hồi câng ngang BQ-CTC (repair of paravaginal defect)
1. Treo TC/MC vào MN và may ngắn dây chằng TC - cùng
2. Kết hợp ngả ÂĐ đặt mảnh ghép tổng hợp thành trước ÂĐ nâng BQ
Cố định SC vào MN sử dụng mảnh ghép tổng hợp nâng TT
1. Treo TC/MC vào MN và may ngắn dây chằng TC - cùng
2. Kết hợp ngả ÂĐ may phục hồi cân TT-ÂĐ



1. Abdool, Z., et al. (2011), Prospective evaluation of outcome of vaginal pessaries versus surgery in women with symptomatic pelvic organ prolapse, International Urogynecology Journal,22(3): p. 273-278.

2. B. Deval, et al (2002), Chirurgie de l'allongement hypertrophique du col utérin. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 31(4), p. 343-351.

3. Bharucha, A.E (2008), Anorectal Disorders, in Pathophysiology of the Enteric Nervous System. 2008, Blackwell Publishing Ltd. P, 161-175.

4. Blaivas, J., et al (2008), Atlas of Urodynamics, Available from: http://public.eblib.com/EBLPublic/PublicView.do?ptiID=320043

5. Bo, Berghmans, Morkved, Van Kampe (2007), Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor, 1st ed: Bridging Science and Clinical Practice. Churchill livingstone. 456.

6. Bo K. (2007), Overview of physical therapy for pelvic floor dysfunction in Physical therapy for pelvic floor dysfunction.

7. Cecilia, K.W. (2009), Clinical Approach and Office Evaluation of the Patient with Pelvic Floor Dysfunction, Obstetrics and gynecology clinics of North America, 2009, 36(3), p. 445-462.

8. Chao, F., et al (2012), Does pre-operative traction on the cervix approximate intra-operative uterine prolapse? A randomised controlled trial. International Urogynecology Journal, 2012, p. 1-6.

9. Colaiacomo, M.C., et al (2009), Dynamic MR Imaging of the Pelvic Floor: a Pictorial Review1. 2009. p. e35.

10. Committee Opinion no 513 (2011), Vaginal placement of synthetic mesh for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol, p. 1459-64.

11. Cundiff, G.W., et al. (2007), The pessri study: symptom relief outcomes of a randomized crossover trial of the ring and Gellhorn pessaries. Am J Obstet Gynecol, 196(4), p. 405 e1-8.

12. Denoya P., D.R Sands (2008), Anorectal physiologic evaluation of constipation, Clin Colon Rectal Surg, 2008. 21(2), p. 114-21.

13. De Tayrac, R., et al (2007), Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicentre study. International Urogynecology Journal, 18(3): p. 251-256.

14. Diwan, A., C.R. Rardin, N. Kohli (2004), Uterine preservation during surgery for uterovaginal prolapse: a review. International Urogynecology Journal, 15(4): p. 286-292.

15. Dietz V., S. Koops, C. Van der Vaart (2009), Vaginal surgery for uterine descent; which options do we have? A review of the literature. International Urogynecology Journal, 2009. 20(3), p. 349-356.

16. Farrell, S.A (2006), Pessaries in clinical practice, London, Springer, 98.

17. Feiner, B., J.E. Jelovsek, C. Maher (2009), Efficacy and safety of transvaginal mesh kits in the treatment of prolapse of the vaginal apex: a systematic review, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116(1): p. 15-24.

18. Fernando, R.J., et al. (2006), Effect of Vaginal Pessaries on Symptoms Associated With Pelvic Organ Prolapse, p. 93-99 10.1097/01.

19. Hagen, S., et al. (2009), A randomized controlled trial of pelvic floor muscle training for stages I and II pelvic organ prolapse, International Urogynecology Journal, 20(1), p. 45-51.

20. Haylen, B.T., et al (2010), An international urogynecological association (IUGA)/international continence society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 29(1), p. 4-20.

21. Jia, X., et al (2008), Efficacy and safety of using mesh or grafts in surgery for anterior and/or posterior vaginal wall prolapse, systematic review and meta-analysis. Bjog,. 115(11), p. 1350-61.

22. G. Vignoli (2009), Advanced diagnostic testing for female pelvic floor dysfunctions. urogynaecologia international journal, 2009. 23(1): p. 5-43.

23. G.Willy Davila (2006), Section I, Concept of the Pelvic Floor as a Unit, in Pelvic Floor Dysfunction, A Multidisciplinary Approach. 2006, Springer, p. 3-6.

24. Kapoor, D., et al (2009), Conservative versus surgical management of prolapse: what dictates patient choice? International Urogynecology Journal, 2009. 20(10), p. 1157-1161.

25. Lamers, B., B. Broekman, A. Milani (2011), Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. International Urogynecology Journal, 22(6), p. 637-644.

26. Lo T.S., K. Ashok (2011), Combined anterior trans-obturator mesh and sacrospinous ligament fixation in women with severe prolapse-a case series of 30 months follow-up, Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 2011. 22(3), p. 299-306.

27. McDermott C.D., D.S. Hale (2009), Abdominal, laparoscopic, and robotic surgery for pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol Clin North Am, 36(3), p. 585-614.

28. Maher, C., et al (2010), Surgical management of pelvic organ prolapse in women, Cochrane Database Syst Rev, 2010(4), p. CD004014.

29. Messelink, B., et al. (2005), Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society, Neurourol Urodyn, 24(4): p. 374-80.

30. Moore R.D., J.R. Miklos (2009), Vaginal repair of cystocele with anterior wall mesh via transobturator route: efficacy and complications with up to 3-year followup. Adv Urol,743831.

31. Murphy M. (2008), the Society of Gynecologic Surgeons Systematic Review, Clinical Practice Guidelines on Vaginal Graft Use From the Society of Gynecologic Surgeons, Obstetrics & Gynecology, 112(5), p. 1123-1130.

32. Niccoló Faccioli, et al (2010), Defecography: a practical approach. Diagnostic and Interventional Radiology, 2010. 16: p. 209-216.

33. Peter L Rosenblatt (2011), Laparoscopic surgery for repair of pelvic floor defects, UpToDate 19.3, Editor.

34. Rosenbaum, T.Y., I. Ben-Dror (2009), The role of physical therapy in the treatment of female sexual dysfunction, Harefuah, 148(9), p. 606-10, 657.

35. Richard reid (2007), Recto enterocele repair : past problems and new horizons. Pelviperineology - A multidisciplinary pelvic floor journal, 26(1).

36. Rutman, M.P., J.G. Blaivas (2009), Surgery for Stress Urinary Incontinence: Historical Review, in Continence, G.H. Badlani, et al., Editors, Springer London. p. 117-132.

37. Shah, S., A. Sultan, R. Thakar (2006), The history and evolution of pessaries for pelvic organ prolapse. International Urogynecology Journal, 17(2), p. 170-175.Sung, V.W., et al., Graft Use in Transvaginal Pelvic Organ Prolapse Repair: A Systematic Review. Obstetrics & Gynecology, 2008. 112(5): p. 1131-1142.

38. Tejada Cabrera, M., A. Lopez Cano, A. Munoz Benvenuty (2005), Anal incontinence: evaluation of the anal sphincter by endoscopic ultrasound. Rev Esp Enferm Dig, 97(5), p. 375-6.

39. Theobald P., A. Chéret (2004), Laparoscopic sacrocolpopexy: results of a 100-patient series with 8 years follow-up. Gynecological Surgery, 1(1), p. 31-36.

40. Toh, V., V. Bogne, A. Bako (2012), Management of recurrent vault prolapse. International Urogynecology Journal, 23(1): p. 29-34.

41. Uzoma A., K.A. Farag (2009), Vaginal Vault Prolapse, Obstetrics and Gynecology International.

42. Viera, A.J., M. Larkins-Pettigrew (2000), Practical use of the pessary. Am Fam Physician, 61(9), p. 2719-26, 2729.

1 V. Ravikumar (2007), Protocols/Tears 3 & 4 Degree: guidelines for the recognition and management of perineal trauma including third and fourth degree perineal tears, Macclesfield District Hospital. East Cheshire nhs Trust, http://www.eastcheshire.nhs.uk/.

2 Whitcomb E.L., et al (2009), Prevalence of Defecatory Dysfunction in Women With and Without Pelvic Floor Disorders, p. 179-187.