

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΚΑΥΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΤΟΥ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΟΥ ΜΕ ΘΕΡΜΙΚΟ ΜΠΑΛΟΝΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΜΗΤΡΟΡΡΑΓΙΑΣ

Κ. Μπακαλιάνου, Ν. Σαλάκος, Γ. Παλτόγλου, Ο. Γρηγορίου, Κ. Παπαδιάς

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η μελέτη αυτή διενεργήθηκε για να εκτιμηθεί η αποτελεσματικότητα, η συχνότητα των επιπλοκών και η αποδοχή από τις ασθενείς του καυτηριασμού του ενδομητρίου με θερμικό μπαλόνι.

Όροι ευρετηρίου: μητρορραγίες, καυτηριασμός ενδομητρίου, ενδομητρική συσκευή, θερμικό μπαλόνι.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μητρορραγίες αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα του γυναικείου πληθυσμού. Υπολογίζεται πως κάθε χρόνο, 1 στις 20 γυναίκες ηλικίας 30 έως 44 ετών θα ζητήσει τη βοήθεια του θεράποντος ιατρού της, αναφέροντας μητρορραγία¹. Αν και το πρόβλημα απαιτεί εξειδικευμένη αντιμετώπιση, πρόσφατες μελέτες δείχνουν πως μόνο το 58% των γυναικών απευθύνεται απευθείας σε εξειδικευμένο γυναικολόγο². Επιπλέον, η φαρμακευτική αντιμετώπιση συχνά δεν είναι αποτελεσματική και τελικά θα απαιτηθεί κάποιας μορφής επεμβατική θεραπεία.

Πρέπει να αναφερθεί πως το 60% των γυναικών που παρουσιάζουν μόνο μητρορραγίες, θα υποβληθεί σε υστερεκτομή σε διάστημα 5 ετών από την πρώτη τους επίσκεψη στο νοσοκομείο³. Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 52.000 υστερεκτομές σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, εκ των οποίων η πλειοψηφία (82%) θα πραγματοποιηθεί διακοιλιακά⁴. Από αυτές περίπου το 50% θα πραγματοποιηθούν για μητρορραγίες⁵.

Εντούτοις η υστερεκτομή αποτελεί μια επέμβαση που παρουσιάζει σε μικρό ποσοστό επιπλοκές, ακόμη και θνησιμότητα⁶. Αυτό αποτέλεσε και τη βασική αφορμή για την οποία επί μακρόν γίνονται προσπάθειες εξέλιξης εναλλακτικών τεχνικών, για την απλή, ασφαλή και εξίσου αποτελεσματική αντιμετώπιση της μητρορραγίας. Ο καυτηριασμός του ενδομητρίου με laser⁷ εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1981, ακολουθούμενη από ηλεκτροχειρουργικές τεχνικές, όπως η διατραχηλική εκτομή του ενδομητρίου (Trans-Cervical Resection of the Endometrium/TCRE) στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Αν και αποτελεσματική η TCRE απαιτεί ειδική εκπαίδευση, ενώ έχει συσχετιστεί και με επιπλοκές όπως διάτρηση της μήτρας, αιμορραγία και θάνατος⁸.

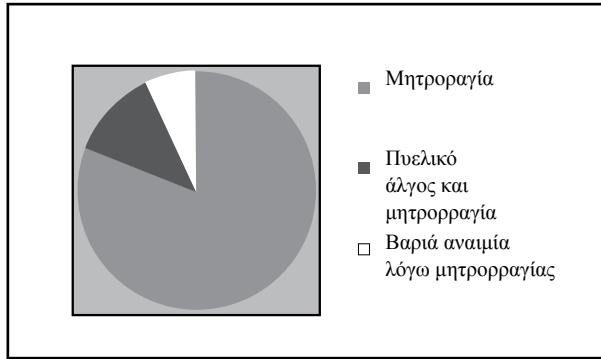
Νεότερες τεχνικές καυτηρίασης δεύτερης γενιάς αναπτύχθηκαν⁹, αλλά δεν διαδόθηκαν, αφού υπολογίζεται πως αφορούν μόνο τους 2.000 από τους 16.000 καυτηριασμούς του ενδομητρίου που πραγματοποιούνται κάθε χρόνο, όπως αναφέρεται σε εργασία που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο¹⁰. Εντούτοις θεωρούνται κατά πολύ ασφαλέστεροι και απλούστεροι στην εφαρμογή τους από τον μη εξειδικευμένο Γυναικολόγο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

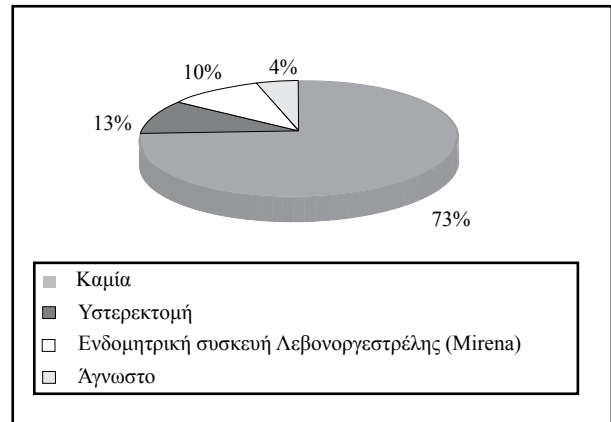
Στη μελέτη περιελήφθησαν 87 γυναίκες, στις οποίες και πραγματοποιήθηκε έλεγχος της ενδομητρικής κοιλότητας με ιστολογικό έλεγχο. Στις 5 βρέθηκαν υποβλεννογόνια ινομυώματα και στις 2 καρκίνος του ενδομητρίου, οπότε και αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Στις υπόλοιπες 80 πραγματοποιήθηκε καυτηριασμός του ενδομητρίου με θερμικό μπαλόνι και έγινε εισαγωγή μιας ημέρας στο τμήμα υστεροσκοπήσεων του Αρεταίειου Νοσοκομείου από το Νοέμβριο του 2004 έως το Νοέμβριο του 2006. Σε όλες τις γυναίκες χορηγήθηκε γενική αναισθησία και πραγματοποιήθηκε επέμβαση με θερμικό μπαλόνι, στους 87°C για 8 λεπτά με ενδομητρική πίεση στα 140 έως 200mmHg.

Στη μελέτη καταγράφηκαν οι ενδείξεις για τις οποίες οι γυναίκες υποβλήθηκαν σε καυτηριασμό του ενδομητρίου με θερμικό μπαλόνι, καθώς και η συμπληρωματική θεραπεία που τυχόν απαιτήθηκε.

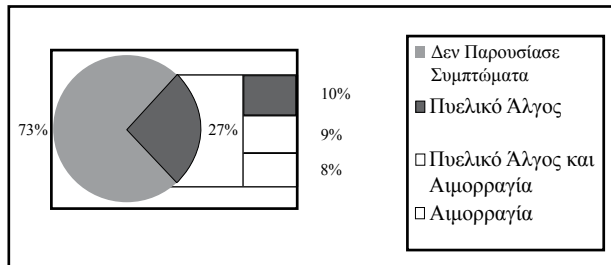
Επίσης, δόθηκε στις ασθενείς ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στην προσωπική τους γνώμη ως προς την προεγχειρητική ενημέρωση που έλαβαν, καθώς και για τα χρονικά διαστήματα που απαιτήθηκαν για να επανέλθουν



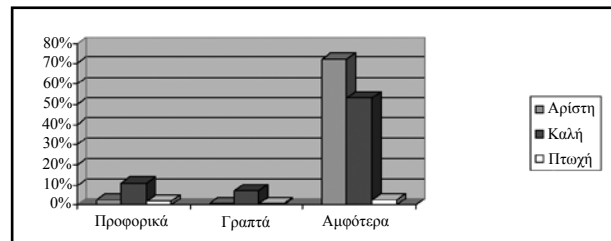
Διάγραμμα 1. Κύριες αιτίες κατηγιασμού του ενδομητρίου με Thermochoice.



Διάγραμμα 3. Περαιτέρω αντιμετώπιση των ασθενών που δεν παρουσίασαν ύφεση των συμπτωμάτων.



Διάγραμμα 2. Συμπτώματα 7 ημέρες μετά την επέμβαση.



Διάγραμμα 4. Είδος και ποιότητα της ενημέρωσης.

στην καθημερινή τους δραστηριότητα και στην εργασία τους. Τέλος ερωτήθηκαν εάν έμειναν ικανοποιημένες από την επέμβαση και εάν θα τη συνέστηναν σε μια γνωστή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κύρια ένδειξη με την οποία προσήλθαν οι 64 γυναίκες (ποσοστό 80%) ήταν μητρορραγία μετά από αποτυχημένη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Οι υπόλοιπες 16 γυναίκες εισήχθησαν με κύριο σύμπτωμα το πυελικό άλγος που συνοδευόταν από μητρορραγία (10 γυναίκες/ποσοστό 12,5%) και 6 γυναίκες ποσοστό 75% λόγω αιμορραγίας και βαριάς αναιμίας (Hb<8g/dl). Όλες υποβλήθηκαν σε κατηγιασμό του ενδομητρίου (διάγραμμα 1).

Από τις υποβληθείσες σε επέμβαση γυναίκες, το 73% δεν παρουσίασε συμπτώματα 7 ημέρες μετά την επέμβαση. Το 27% των γυναικών παρουσίασε σε ποσοστό 10% πυελικό άλγος, 9% πυελικό άλγος συνοδευόμενο από κολπική αιμόρροια και 8% μόνο αιμόρροια (διάγραμμα 2).

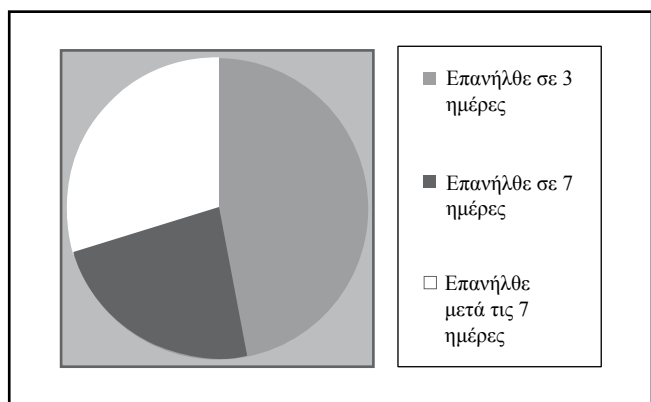
Οι γυναίκες παρακολούθηθηκαν στα εξωτερικά ιατρεία για διάστημα 3 μηνών και εφόσον τα ανωτέρω αναφερθέντα συμπτώματα δεν παρουσίασαν ύφεση, η περαιτέρω αντιμετώπιση που απαιτήθηκε στις ασθενείς μετά από τον κατηγιασμό του ενδομητρίου με θερμικό μπαλόνι φαίνεται στο διάγραμμα 3.

Δεν χρειάστηκε περαιτέρω αντιμετώπιση σε 59 γυναίκες (73,7%). Σε 8 γυναίκες (10%) τοποθετήθηκε ενδομητρική συσκευή λεβονοργεστρέλης [LNG-IUS (Mirena)]. 10 γυναίκες (12,5%) υποβλήθηκαν σε υστερεκτομή, ενώ το τελικό αποτέλεσμα σε 3 γυναίκες (3,7%) ήταν άγνωστο επειδή δεν προσήλθαν για μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Από τις γυναίκες που προσήλθαν στο τμήμα υστεροσκοπήσεων απαντήθηκαν 56 ερωτηματολόγια (ποσοστό 70%). Εξ' αυτών το 98% των γυναικών δήλωσε πως έλαβε προεγχειρητική πληροφόρηση, προφορική και γραπτή, την οποία την έκρινε ξεχωριστά και στο σύνολο βαθμολογώντας την ως άριστη, καλή και πτωχή (διάγραμμα 4).

Το 81% των γυναικών εργαζόταν, ενώ ο χρόνος που απαιτήθηκε για την επιστροφή τους, ήταν ανάλογος του είδους της εργασίας. Το 47% των γυναικών επανήλθε σε φυσιολογικές δραστηριότητες σε διάστημα 3 ημερών, το 23% σε 7 ημέρες, ενώ το 30% χρειάστηκε πλέον της μιας εβδομάδας (διάγραμμα 5).

Οι γυναίκες που εργάζονταν σε καθιστικές εργασίες επανήλθαν γρηγορότερα. Τελικά το 82% των γυναικών θα συνέστηνε την επέμβαση σε μια γνωστή της.



Διάγραμμα 5. Επάνοδος στη φυσιολογική καθημερινή δραστηριότητα.

φαρμακευτικής αγωγής [LNG-IUS (Mirena)]. Αν και θα ανέμενε κανείς πως θα υπήρχε μια αύξηση του αριθμού των υστερεκτομών, το ποσοστό μας (12,5%) είναι συγκρίσιμο με άλλες αντίστοιχες μελέτες. Οι επιπλοκές ήταν παρόμοιες με αυτές που περιγράφονται στις πολυκεντρικές σειρές¹³, ενώ απουσίαζαν τα μείζονα συμβλήματα.

Το κόστος των υστερεκτομών για το εθνικό σύστημα υγείας είναι τεράστιο. Προβλέπεται να μειωθεί σημαντικά, εάν ο καυτηριασμός του ενδομητρίου πραγματοποιείται στα εξωτερικά ιατρεία και όχι στο χειρουργείο^{14,15}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι γυναίκες που παρουσιάζονται στο γυναικολόγο με μη αντιμετώπιζόμενη από φαρμακευτική αγωγή μητρορραγία θα πρέπει να εξετάζονται για το αν έχουν ένδειξη εφαρμογής δεύτερης γενιάς τεχνικής καυτηριασμού του ενδομητρίου, πριν αποφασισθεί να υποβληθούν σε υστερεκτομή.

SUMMARY

This study was carried out to evaluate the efficiency, the complications and the acceptability of thermal ablation of the endometrium with thermal balloon.

Key words: metrorrhagia, ablation of the endometrium, thermal balloon.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeats D. The epidemiology of hysterectomy-findings in a large cohort study. *BJOG* 1992; 99:402-407.
2. Coulter A, Bradlow J, Agass M, Martrin-Bates C, Tulloch A. Outcomes of referrals to gynaecology outpatients clinics for menstrual problems: an audit of general practice records. *BJOG* 1991; 98:789-796.
3. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (1998) Evidence-based guidelines no 1. London RCOG.
4. Department of Health (2001) Hospital episode statistics, London.
5. Coulter A, Kelland J, Long A, Melville A, O'Meara S, Sculpher M, et al. (1995) The management of menorrhagia. *Effective Health Care*: 9.
6. Lumsden M, Smith S (1992) Menstruation and menstrual abnormality. In: RW Shaw, Soutter P, Stanton S (eds) *Gynaecology*. 1st edn. Churchill Livingstone, Edinburgh.
7. Goldarth MH, Fuller TA, Segal S. Laser photovaporization of the endometrium in the treatment of menorrhagia. *Am J Obstetr Gynecol* 1981; 140:14-19.
8. Overton C, Hargreaves J, Maresh M. A national survey of the complications of endometrial destruction for menstrual disorders: The MISTLETOE study. *BJOG* 1997; 104:1351-1359.
9. Neuwirth RS, Duran AA, Singer A, MacDonald R, Bolduc L. The endometrial ablator: a new instrument. *Obstet Gynecol* 1994; 83:792-796.
10. National Institute for Clinical Excellence. Fluid-filled thermal balloon and microwave endometrial techniques for heavy menstrual bleeding. *Technology Appraisal Guidance* 78. 2004; London.
11. Amso NN, Fernandez H, Vilos G, Fortin C, McFaul P, Schaffer M, Van der Heijden PFM, Bongers MY, Sanders B, Blanc B. Uterine endometrial thermal balloon therapy for the treatment of menorrhagia: long term multicentre follow-up study. *Human Reproduction* 2003; 18(5):1082-1087.
12. Loffer FD. Three-year comparison of thermal balloon and rollerball ablation in treatment of menorrhagia. *J of American Association of Gynaecologic Laparoscopists* 2001; 8(1):48-54.
13. Rogerson L, Duffy S. A European survey of the complications of a uterine thermal balloon ablation system in 5800 women. *Gynaecological*

- Endoscopy* 2002; 11:171-176.
14. Fernandez H, Capella S, Audibert F. Uterine thermal balloon therapy under local anaesthesia for the treatment of menorrhagia: a pilot study. *Human Reproduction* 1997; 12(11):2511-2514.
15. Soysal ME, Soysal SK, Vicdan K. Thermal balloon ablation in myoma-induced menorrhagia under local anaesthesia. *Gynaecologic and Obstetric Investigation* 2001; 51:128-133.