

Ανασκοπήσεις

Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της αδеноμύωσης

Μ.Σ. Παπαδόπουλος
Γ.Φ. Γκριμπίζης
Θ.Α. Μίκος
Β.Κ. Ταρλατζής

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ετερότοπη εντόπιση ενδομήτριου ιστού εντός του μυομητρίου ονομάζεται αδеноμύωση. Πρόκειται για διήθηση, και όχι απλή παρεκτόπιση, του μυομητρίου, από το ενδομήτριο. Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει δυσμηνόρροια και μηνορραγίες. Η χειρουργική αντιμετώπιση της αδеноμύωσης εξαρτάται από τη μορφή αυτής. Έτσι, εάν πρόκειται για διάχυτη αδеноμύωση, προτείνεται είτε η εκτεταμένη τμηματική εξαίρεση του προσβεβλημένου μυομητρίου, είτε η υστερεκτομή, είτε ο ηλεκτροκαυτηριασμός. Στην περίπτωση της εστιακής μορφής (αδеноμύωμα), προτείνεται η αδеноμυωματεκτομή. Όλες αυτές οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν λαπαροσκοπικά.

Όροι ευρετηρίου: Εστιακή αδеноμύωση, διάχυτη αδеноμύωση, λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή κατά θέσεις, λαπαροσκοπική αδеноμυωματεκτομή, λαπαροσκοπική ολική και υφολική υστερεκτομή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αδеноμύωση καλείται η καλοήθης παθολογική κατάσταση κατά την οποία υπάρχει ετερότοπη εντόπιση ενδομητρίου, συμπεριλαμβανομένων τόσο αδένων όσο και στρώματος αυτού, εντός του μυομητρίου, με παράλληλη υπερπλασία του τελευταίου¹. Η αδеноμύωση εντοπίζεται τουλάχιστον 2,5 χιλιοστά κάτωθεν της συμβολής ενδομητρίου-μυομητρίου². Υπάρχουν δυο διαφορετικοί τύποι, η διάχυτη αδеноμύωση και η εστιακή, γνωστή ως αδеноμύωμα³⁻⁵. Προσβάλλει σε μεγαλύτερο ποσοστό το οπίσθιο τοίχωμα της μήτρας⁶, αν και μπορεί να εντοπισθεί σε όλη την επιφάνεια αυτής. Η κλινική συμπτωματολογία περιλαμβάνει δυσμηνόρροια σε ποσοστό 30% και μηνορραγία σε ποσοστό 50%⁷. Κλινικά, η ψηλάφηση αποκαλύπτει μια μεγάλη σε μέγεθος μήτρα, μαλακής σύστασης. Η αδеноμύωση ανευρίσκεται σε ποσοστό 15 έως 27% των παρασκευασμάτων μετά από υστερεκτομή. Είναι συχνότερη στις πολυτόκους. Συνυπάρχει σε ποσοστό 20 έως 40% με ενδομητρίωση και σε ποσοστό περίπου 25% με ινομυώματα^{8,9}. Η διάγνωση της αδеноμύωσης είναι δύσκολη και στηρίζεται στην κλινική συμπτωματολογία, στη διακολπική υπερηχογραφία, σε τεχνικές βιοψίας της μήτρας, σε Doppler υπερηχογραφία και στη Μαγνητική Τομογραφία^{4,10}. Αυτή η τελευταία κρίνεται ως η καλύτερη στην ανίχνευση της αδеноμύωσης, αλλά συγχρόνως και ως η ακριβότερη¹¹. Στη Μαγνητική Τομογραφία, η αδеноμύωση παρουσιάζει τα εξής ιδιαίτερα χαρακτηριστικά: 1. Ασύμμετρα μήτρα αυξημένου μεγέθους. 2. Αύξηση του πάχους της μεταβατικής

Α' Μαιευτική & Γυναικολογική
Κλινική, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Γενικό Περιφερειακό
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου»

Αλληλογραφία:
Γρηγόριος Γκριμπίζης
Τσιμισκή 51, 54623
Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 693131
E-mail: grimbi@med.auth.gr
Κατατέθηκε: 1/12/09
Εγκρίθηκε: 29/12/09

ζώνης >12 χιλιοστά. 3. Παρουσία εστιακού αυξημένου σήματος στο τοίχωμα της μήτρας, που αντιστοιχεί στην παρουσία έκτοπου ενδομητρίου. 4. Διαφορά σήματος μεταξύ μυομητρίου και μεταβατικής ζώνης >40%.

Διεγχειρητικά, η διάκριση ενός αδενомуώματος από ένα εκφυλισμένο ινομύωμα ή από ένα ινομύωμα, το οποίο λόγω προεγχειρητικής αγωγής με GnRH-ανάλογα έχει υποστεί νέκρωση, είναι δύσκολη¹². Σε ό,τι αφορά τη σχέση της αδενομύωσης και του αδenoκαρκινώματος, φαίνεται πως η περίπτωση κακοήθειας έγκλειται περισσότερο σε καρκίνο του ενδομητρίου πλησίον του αδενомуώματος παρά σε απευθείας καρκινογένεση εντός αυτού του τελευταίου¹². Επίσης, το αδenoκαρκίνωμα εντός ενός αδενомуώματος έχει καλύτερη πρόγνωση σε σχέση με το αδenoκαρκίνωμα του μυομητρίου¹³.

ΛΑΠΑΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΔΕΝΟΜΥΩΣΗΣ

Οι λαπαροσκοπικές μέθοδοι αντιμετώπισης της αδενομύωσης είναι οι ακόλουθες:

- A. Λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις.
- B. Λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή.
- Γ. Λαπαροσκοπική ολική και υφολική υστερεκτομή.

Έχουν προταθεί και κάποιες άλλες μέθοδοι στην αντιμετώπιση της αδενομύωσης, όπως η υστεροσκοπική εξαίρεση του ενδομητρίου προς βελτίωση της συμπτωματολογίας, ο εμβολισμός των μητριάων αρτηριών, η τεχνική MRI-Guided Focused Ultrasound (MRgFUS) υπό διερεύνηση και η φαρμακευτική αγωγή. Στη συνέχεια, ακολουθεί η περιγραφή των λαπαροσκοπικών μεθόδων αντιμετώπισης της αδενομύωσης.

A. Λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις

Η θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις έχει ως στόχο τη συρρίκνωση της αδενομύωσης προκαλώντας νέκρωση. Η τεχνική έχει δοκιμαστεί τόσο στη διάχυτη όσο και στην εστιακή αδενομύωση. Ως μέθοδος είναι λιγότερο ακριβής σε σχέση με την χειρουργική εξαίρεση, επειδή δεν ελέγχεται η περιοχή της καταστροφής και επιπρόσθετα, το αποτέλεσμα στο εσωτερικό του μυομητρίου μπορεί να είναι ανεπαρκές. Αυτό είναι κάτι που δε μπορεί να ελεγχθεί διεγχειρητικά από το χειρουργό. Μπορεί, επίσης, να οδηγήσει σε ελάττωση της αντοχής του μυομητρίου, λόγω αντικατάστασης του παθολογικού αδενομυωτικού ιστού με ουλώδη ιστό. Η έκταση του ουλώδους ιστού με τη μέθοδο της θερμικής καταστροφής μπορεί να έχει μεγαλύτερο εύρος σε σχέση με τη μέθοδο της χειρουργικής εξαίρεσης. Η διάχυτη πολυεστιακή θερμική βλάβη του μυομητρίου που εμπεριέχει εστίες αδενομύωσης μπορεί να είναι επαρκής σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση

της κλινικής συμπτωματολογίας. Όμως, ο υπερβολικός ηλεκτροκαυτηριασμός μπορεί να οδηγήσει σε ρήξη της μήτρας σε περίπτωση εγκυμοσύνης. Γι' αυτό, η μέθοδος αυτή προτείνεται κυρίως σε γυναίκες άνω των 40 ετών, οι οποίες δεν επιθυμούν εγκυμοσύνη¹².

Τεχνική

Χρησιμοποιούμε έναν ατραυματικό χειριστή μήτρας (manipulator) για την ελεγχόμενη μετακίνηση της μήτρας. Η χρήση αγγειοσυσπαστικών παραγόντων δεν κρίνεται απαραίτητη, γιατί αφενός μεν δεν αναφέρεται ιδιαίτερη αιμορραγία, αφετέρου δε, η υπόλευκη χροιά που θα προκαλέσουμε στο μυομήτριο δυσκολεύει την αναγνώριση των περιοχών διακοπής της αιμάτωσης λόγω καυτηριασμού. Η απολίνωση των ανιόντων κλάδων των μητριάων αρτηριών μπορεί να βοηθήσει, μόνο εάν η ασθενής δεν επιθυμεί τεκνοποίηση και η αδενομύωση εντοπίζεται στο ανώτερο τμήμα της μήτρας. Η θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με μονοπολικές είτε με διπολικές βελόνες, χρησιμοποιώντας ισχύ 50W. Προκειμένου να μην προκαλέσουμε νέκρωση στον ορογόνο της μήτρας με πιθανό επακόλουθο τη δημιουργία μετεγχειρητικών συμφύσεων, η γεννήτρια ενεργοποιείται, αφού τοποθετηθούν οι βελόνες εντός του μυομητρίου. Οι ηλεκτροκαυτηριασμοί γίνονται με μεσοδιαστήματα 1-2 εκατοστά μεταξύ τους. Η μέθοδος αυτή μπορεί να συνδυαστεί με υστεροσκοπική εξαίρεση του ενδομητρίου¹².

B1. Λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή

Η επέμβαση αυτή προτείνεται στην περίπτωση που η αδενομύωση είναι εστιακή και δεν καταλαμβάνει πολύ μεγάλο ποσοστό του συνολικού μυομητρίου^{15,16,17}. Επίσης, προτείνεται στις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας που επιθυμούν διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας. Η προεγχειρητική χορήγηση GnRH-αναλόγων ή δαναζόλης θα μπορούσε να ελαττώσει την αγγείωση της μήτρας, να διορθώσει την πιθανή αναιμία της ασθενούς και να ελαττώσει τη διεγχειρητική αιμορραγία, όμως, περιορίζει τη διεγχειρητική αναγνώριση της πάσχουσας περιοχής, γι' αυτό και δε συνιστάται. Η απολίνωση των ανιόντων κλάδων των μητριάων αρτηριών, σε γυναίκες που δεν επιθυμούν διατήρηση της αναπαραγωγικής ικανότητας, προσφέρει ελάττωση της διεγχειρητικής αιμορραγίας, αλλά και ελάττωση της μετεγχειρητικής ανάπτυξης αδενομύωσης.

Τεχνική

Οι χειρουργικοί χρόνοι της αδενομυωματεκτομής είναι παρεμφερείς με εκείνους της ινομυωματεκτομής και συνίστανται σε:

1. Διατομή του ορογόνου με τη χρήση μονοπολικής διαθερμίας,

2. Παρασκευή του αδενομύωματος με προσεκτική αιμόσταση,
3. Συρραφή του τοιχώματος της μήτρας σε ένα ή δύο στρώματα ή με την τοποθέτηση «διπλής» ορομυϊκής ραφής στη μήτρα,
4. Αφαίρεση του αδενομύωματος με τον ενδοσκοπικό τεμαχιστή ιστών (Morcellator)^{15,16,17}.

Όμως, η λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή παρουσιάζει ορισμένα ειδικά χειρουργικά χαρακτηριστικά, τα οποία τη διαφοροποιούν από την ινομυωματεκτομή και προκύπτουν από τη φύση της ίδιας της πάθησης:

1. Η αδενομύωση αποτελεί διηθητική (infiltrating) βλάβη του μυομητρίου και δεν υπάρχει χειρουργικό πλάνο (cleavage plane), όπως στην περίπτωση της ινομυωματεκτομής. Αυτό υποχρεώνει το χειρουργό να «δημιουργήσει» το δικό του χειρουργικό πλάνο τέμνοντας τους ιστούς εντός του άμεσα παρακείμενου υγιούς μυομητρίου. Η αναγνώριση της βλάβης είναι δυσχερής.
2. Η υφή (παρουσία αδενικού στοιχείου με κυστικές περιοχές / απουσία ινώδους στοιχείου) του αδενομύωματος δεν επιτρέπει τη σταθερή σύλληψη και έλξη αυτού. Έτσι, σε πολλές περιπτώσεις επιβάλλεται η χρήση της διοδοντωτής, αντί της μονοδοντωτής, λαβίδας σύλληψης.
3. Η αιμάτωση του όγκου είναι πλούσια και η αιμόσταση κατά την αφαίρεσή του θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτική^{15,16,17}.

Η χρήση της διπολικής διαθερμίας κρίνεται συνήθως απαραίτητη, όμως, η ρύθμιση της παροχής ενέργειας οφείλει να είναι χαμηλή (~40W) και η ενεργοποίηση της γεννήτριας με σύντομες επαναλήψεις. Ο λόγος είναι να αποφευχθεί η δημιουργία εκτεταμένης ζώνης ουλώδους ιστού κατά τα χείλη συμπλησίας. Μετά την αφαίρεση του αδενομύωματος από το μυομήτριο, αναγνωρίζεται το έλλειμμα ιστικής πληρώσεως. Αυτό είναι ένα ακόμη σημείο, κατά την επέμβαση, που διαφοροποιεί την αδενομυωματεκτομή από την ινομυωματεκτομή. Η λαπαροσκοπική συρραφή που ακολουθεί οφείλει να είναι ισχυρή, χωρίς να περιορίζει την αιμάτωση των συρραφέντων τοιχωμάτων. Ο λόγος, φυσικά, είναι η δυσκολία συμπλησίας των χειλέων του υγιούς μυομητρίου, ιδιαίτερα σε εκτεταμένη ιστική αφαίρεση.

B2. Μερική λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή

Η μερική λαπαροσκοπική αδενομυωματεκτομή προτείνεται στις περιπτώσεις εκείνες, όπου το εύρος διήθησης του μυομητρίου από την αδενομύωση είναι τόσο εκτενές, που η προσπάθεια ολικής αφαίρεσης της βλάβης δεν είναι εφικτή προκειμένου να παραμείνει η μήτρα λειτουργική μετεγχειρητικά. Πρόκειται για «ογκομειωτική» επέμβαση, η οποία προσφέρει βελτίωση της κλινικής συμπτωματολογίας.

Γ. Λαπαροσκοπική ολική υστερεκτομή (TLH)

Σε περιπτώσεις εκτεταμένης αδενομύωσης, όπου η προσπάθεια αφαίρεσης του προσβεβλημένου μυομητρίου θα οδηγούσε πιθανόν σε αδυναμία σύγκλεισης του χειρουργικού τραύματος, προτείνεται η ολική υστερεκτομή¹⁷. Αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί λαπαροσκοπικά, αν το μέγεθος της μήτρας, αλλά και ο προεγχειρητικός έλεγχος της ασθενούς μας το επιτρέπουν.

Τεχνική

Οι χειρουργικοί χρόνοι της λαπαροσκοπικής ολικής υστερεκτομής (TLH) είναι οι ακόλουθοι:

1. Σύλληψη αριστερού στρογγύλου συνδέσμου, με παράλληλη ετερόπλευρη στροφή του σώματος της μήτρας (manipulator), ώστε να δημιουργηθεί τάση επ' αυτού.
2. Καυτηριασμός στρογγύλου συνδέσμου με διπολική διαθερμία και στη συνέχεια διατομή με μονοπολική διαθερμία ή ψαλίδι.
3. Διαχωρισμός των δύο πετάλων του πλατέως συνδέσμου.
4. Ήπια «κάθοδος» εντός του σύστοιχου παραμητρίου – προέκταση της διατομής του προσθίου πετάλου προς την κυστεομητρική πτυχή.
5. Δημιουργία «παραθύρου» κατά το οπίσθιο πέταλο του πλατέως συνδέσμου. Ομοίως δεξιά.
6. Σύλληψη - καυτηριασμός - διατομή των μητροωθηρικών (ή των κρεμαστήρων, ανάλογα με τις ενδείξεις) συνδέσμων.
7. Σύλληψη της κυστεομητρικής πτυχής – ανασήκωση αυτής – διατομή – επέκταση έως τα πλάγια. Εμφάνιση του προσθίου κολπικού τοιχώματος.
8. Ανεύρεση, εντός των παραμητρίων, των ανιόντων και εν συνεχεία, των κατιόντων κλάδων των μητριάων αρτηριών – καυτηριασμός με διπολική διαθερμία – διατομή αυτών.
9. Σύλληψη – διατομή των ιερομητρικών συνδέσμων κατά το σημείο συνένωσης αυτών («σημείο Λ»), με σκοπό να απελευθερωθούν και να απομακρυνθούν οι ουρητήρες.
10. Παρουσίαση των κολπικών θόλων με τη βοήθεια του χειριστή της μήτρας (manipulator) – κυκλοτερής διατομή του κόλπου – απελευθέρωση της μήτρας.
11. Έξοδος αυτής διακολπικά. Η έξοδος της μήτρας διακολπικά, κατόπιν λαπαροσκοπικής απολίνωσης και διατομής των μητριάων αρτηριών, δεν αποτελεί χειρουργικό χρόνο.
12. Καυτηριασμός του κολπικού κολοβώματος μόνο στα σημεία που αιμορραγούν (ήπιος καυτηριασμός, για να μην προκληθεί ιστική νέκρωση αργότερα). Συρραφή με δυο ράμματα (γωνίες και σύστοιχος ιερομητρικός σύνδεσμος) με απορροφήσιμο ράμμα vicryl 118.

Δ. Λαπαροσκοπική υφολική υστερεκτομή (STLH)

Πολλές φορές, είτε λόγω πολύ μεγάλου μεγέθους της μήτρας, που δυσκολεύει τη διακολπική έξοδο της, είτε λόγω επιθυμίας διατήρησης του τραχήλου της μήτρας, είτε, τέλος, λόγω μεγαλύτερης εξοικείωσης από το χειρουργό, επιλέγεται η λαπαροσκοπική υφολική υστερεκτομή. Η διατήρηση του τραχήλου της μήτρας δεν αντενδείκνυται στις περιπτώσεις αδеноμύωσης, δεδομένου ότι η πάθηση εντοπίζεται μόνο κατά το μυομήτριο και όχι κατά τον τράχηλο.

Τεχνική

Αυτή είναι παρεμφερής με την προηγούμενη, όμως, υπάρχουν κάποιες βασικές διαφορές:

1. Σε περίπτωση εξαρτηματεκτομής, η αφαίρεση των εξαρτημάτων από την περιτοναϊκή κοιλότητα γίνεται αυστηρά μέσα σε ενδοσκοπικό σάκο, αφού διαταμούν οι μητροωοθηκικοί σύνδεσμοι.
2. Η απολίνωση των μητριάων αρτηριών αφορά μόνο τους ανιόντες κλάδους και όχι τους κατιόντες.
3. Η κυκλοτερής διατομή με μονοπολικό ρεύμα αφορά τον ισθμό της μήτρας και όχι τον κόλπο.
4. Η έξοδος της μήτρας πραγματοποιείται με το λαπαροσκοπικό τεμαχιστή ιστών (Morcellator), κάτι που προϋποθέτει την προεγχειρητική βεβαιότητα του χειρουργού ότι δεν υποκρύπτεται κακοήθεια.
5. Ενώ στην TLH γίνεται συρραφή του κόλπου μετά την έξοδο της μήτρας, στην STLH γίνεται συρραφή του τραχηλικού κολοβώματος, ώστε να ενταφιάσουμε τον τραχηλικό αυλό¹⁸.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αδеноμύωση αποτελεί καλοήγη πάθηση, η οποία, εντοπιζόμενη στο μυομήτριο, προκαλεί αρχιτεκτονική διαταραχή στις στιβάδες των μυϊκών ινών κατά τρόπο που διαταράσσει τη συνοχή, αλλά και την αντοχή της μήτρας, ιδιαίτερα σε περίπτωση εγκυμοσύνης¹⁴. Σίγουρα, η διάχυτη μορφή της αποτελεί μείζον πρόβλημα σε ό,τι αφορά την αντιμετώπιση. Τις περισσότερες φορές, αυτή η μορφή αδеноμύωσης, επί αποτυχίας των συντηρητικών μεθόδων, αποτελεί ένδειξη για υστερεκτομή. Η λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις προκαλεί εκτενείς ζώνες ουλώδους ιστού στο εσωτερικό του μυομητρίου, με αποτέλεσμα, και πάλι, τη διαταραχή της αρχιτεκτονικής και την ελάττωση της αντοχής της μήτρας, καθιστώντας μια μελλοντική εγκυμοσύνη επισφαλής¹². Η λαπαροσκοπική αδеноμυωματαεκτομή, σε περίπτωση εστιακής αδеноμύωσης, κρίνεται το ίδιο ασφαλής με την αντίστοιχη μέσω λαπαροτομίας, εφόσον υπάρχει η απαραίτητη εξοικείωση από τον χειρουργό. Το ιστικό έλλειμμα πλήρωσης που προκύπτει από την εξαίρεση του αδеноμύματος οφείλεται στην ίδια την παθογένεια της νόσου, κατά την οποία

το μυομήτριο διηθείται και δεν παρεκτοπίζεται, όπως στην περίπτωση ενός ινομώματος. Έτσι, αυτή η τεχνική δυσκολία παρουσιάζεται τόσο στην ανοικτή όσο και στη λαπαροσκοπική προσέγγιση. Από την άλλη πλευρά, τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής αντιμετώπισης είναι περισσότερα. Έτσι, ο βραχύτερος χρόνος νοσηλείας, το μειωμένο μετεγχειρητικό άλγος, η ταχύτερη κινητοποίηση των ασθενών και κυρίως το μικρότερο ποσοστό μετεγχειρητικών συμφύσεων αναδεικνύουν τη λαπαροσκοπική προσέγγιση ως προτιμότερη. Μετεγχειρητικά, τόσο στην περίπτωση λαπαροσκοπικής θερμικής καταστροφής του μυομητρίου όσο και στην περίπτωση λαπαροσκοπικής αδеноμυωματαεκτομής, μπορεί να ακολουθήσει έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία και color Doppler υπερηχογραφία για την αξιολόγηση του αποτελέσματος, αλλά και για την εκτίμηση της έκτασης του ουλώδους ιστού και της πιθανής εντόπισης εναπομένουσας αδеноμύωσης πλησίον αυτού, πριν από τις προσπάθειες σύλληψης. Σε ό,τι αφορά την υστερεκτομή, και πάλι τα αποτελέσματα για την ίδια την ασθενή είναι όμοια, είτε μέσω λαπαροτομίας είτε λαπαροσκοπικά. Όμως, και σε αυτήν την περίπτωση, εφόσον πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις, τα προαναφερθέντα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής προσέγγισης υπερτερούν. Σχετικά με την εγκυμοσύνη, το πρόβλημα παραμένει το ίδιο, είτε με την ανοικτή, είτε με τη λαπαροσκοπική χειρουργική. Η αφαίρεση μεγάλου τμήματος του προσβεβλημένου μυομητρίου ή η εκτενής θερμική καταστροφή του, κατά θέσεις, θα μπορούσε να είναι επισφαλής σε ενδεχόμενη μελλοντική εγκυμοσύνη, λόγω αφενός μεν της μείωσης του συνολικού όγκου της μήτρας, αφετέρου δε, λόγω της δημιουργίας ουλώδους ιστού, ο οποίος προκαλώντας διαταραχή της ιστικής συνοχής αυξάνει τις πιθανότητες ρήξης της μήτρας¹². Η αφαίρεση όμως ενός σχετικά καλά οριοθετημένου αδеноμύματος, σε συνδυασμό με επιμελή συρραφή του υγιούς μυομητρίου και ελαττωμένη χρήση ενεργειών, μπορεί να προηγηθεί μιας μελλοντικής εγκυμοσύνης, ως ασφαλέστερη χειρουργική επιλογή σε σχέση με τη θερμική καταστροφή του μυομητρίου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της αδеноμύωσης, είτε αυτή είναι διάχυτη, είτε εστιακή, είναι πλήρως εφικτή και προσφέρει πλεονεκτήματα στην ασθενή, έναντι της αντιμετώπισης μέσω λαπαροτομίας. Φυσικά, αποτελεί χειρουργική προσέγγιση που απαιτεί ιδιαίτερη εξοικείωση από το χειρουργό. Οι ενδείξεις των χειρουργικών επιλογών που προσφέρονται (λαπαροσκοπική θερμική καταστροφή του μυομητρίου κατά θέσεις, λαπαροσκοπική αδеноμυωματαεκτομή, μερική λαπαροσκοπική αδеноμυωματαεκτομή, λαπαροσκοπική ολική υστερεκτομή, λαπαροσκοπική υφολική υστερεκτομή)

είναι συνάρτηση της έκτασης της πάθησης και της κλινικής συμπτωματολογίας.

Summary

*Papadopoulos MS, Gribizis GF, Mikos ThD, Tarlatzis BK
Laparoscopic management of adenomyosis
Helen Obstet Gynecol 22(1):52-56, 2010*

Adenomyosis is the heterotopic placement of endometrial tissue inside the myometrium. The term adenomyosis refers to infiltration of the myometrium and not simple translocation of endometrial tissue in the myometrium. Common clinical symptoms of adenomyosis are dysmenorrhoea and menorrhagia. Surgical management of adenomyosis depends on the stage of the disease. Diffuse adenomyosis is either treated by partial dissection or simple hysterectomy or electrocautery. Focal adenomyosis (adenomyoma) is treated by adenomyomectomy. All the above procedures can be performed using the laparoscopic route.

Key words: *Focal adenomyosis, diffuse adenomyosis, laparoscopic electrocautery, laparoscopic adenomyomectomy, laparoscopic hysterectomy.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ozaki T, Takahashi K, Okada M, Kurioka H, Miyazaki K. Live birth after conservative surgery for severe adenomyosis following magnetic resonance imaging and gonadotropin releasing hormone agonist therapy. *Int J Fertil* 1999; 44:260-4.
- Levgur M. Therapeutic opinions for adenomyosis: a review. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 276:1-15.
- Κεркеρ Κ, Tuncay YA, Göynüner G, Tutal E. Transvaginal sonography in the diagnosis of adenomyosis: which findings are most accurate? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30:341-5.
- Fedele L, Bianchi S, Dorta M, Arcaini L, Zanotti F, Carinelli S. Transvaginal ultrasonography in the diagnosis of diffuse adenomyosis. *Fertil Steril* 1992; 58:94-7.
- Atzori E, Tronci C, Sionis L. Transvaginal ultrasound in the diagnosis of diffuse adenomyosis. *Gynecol Obstet Invest* 1996; 42:39-41.
- Levgur M. Diagnosis of adenomyosis. *J Reprod Med* 2007; 52:177-93.
- Matalliotakis IM, Katsikis IK, Panidis DK. Adenomyosis: what is the impact on fertility? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005; 17:261-4.
- Reinhold C, Tafazoli F, Mehio A et al. Uterine adenomyosis: endovaginal US and MRI features with histopathologic correlation. *Radiographics* 1999; 19:S147-60.
- Vercellini P, Parazzini F, Oldani S, et al. (1995). Adenomyosis at hysterectomy: a study on frequency distribution and patient characteristics. *Hum Reprod*; 10:1160-1162.
- McCausland AM. (1992) Hysteroscopic myometrial biopsy: its use in diagnosing adenomyosis and its clinical application. *Am J Obstet Gynecol*; 166:1619-1626.
- Reinhold C, McCarthy S, Bret PM et al. (1996) Diffuse adenomyosis: comparison of endovaginal US and MR imaging with histopathologic correlation. *Radiology*, 1996:151-158.
- Wood Carl. (1998) Surgical and medical treatment of adenomyosis. *Hum Reprod*; 4(4):323-336.
- Mittal KR and Barwick KW (1993). Endometrial adenocarcinoma involving adenomyosis without true myometrial invasion is characterized by frequent preceding estrogen therapy, low histologic grades and excellent prognosis. *Gynecol Oncol*; 49:197-201.
- Wood C. (1960) Rupture of the uterus. *Med J Aust*; 47:166-169.
- Grimbizis GF, Mikos T, Zepiridis L, Theodoridis T, Miliaras D, Tarlatzis BC, Bontis JN (2008). Laparoscopic excision of uterine adenomyomas. *Fertil Steril*; 89(4):953-61.
- Γκριμπίζης Γ. (2009). Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των καλοήθων παθήσεων της μήτρας: Ινομώματα & Αδενομώματα. Στο: Γκριμπίζης Γ.Φ. και Ταρλατζής Β.Κ. (Εκδότες): Λαπαροσκόπηση / Εξοπλισμός-Τεχνικές-Ενδείξεις. Copy Publish, Θεσσαλονίκη, Σελ. 87-93.
- Γκριμπίζης Γ. (2008). Αδενομύωση και Αδενομώματα. Στο: Πάντος Γ., Μαυρέλος Κ., Νταϊλιάνας Σ. (Εκδότες): Ενδοσκοπική χειρουργική στη γυναικολογία. Βαρθολομαίος Γράμμα, Θεσσαλονίκη, Σελ. 143-147.
- Παπαδόπουλος Μ. (2009). Λαπαροσκοπική αντιμετώπιση των προπτώσεων της μήτρας και του κολπικού κολοβώματος. Στο: Γκριμπίζης Γ.Φ. και Ταρλατζής Β.Κ. (Εκδότες): Λαπαροσκόπηση / Εξοπλισμός-Τεχνικές-Ενδείξεις. Copy Publish, Θεσσαλονίκη, Σελ. 101-106.