

Ανασκόπηση

Κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές επιπτώσεις των ινομυωμάτων της μήτρας

Κ. Δίνας
Κ. Πανταζής
Α. Ζεπειρίδης
Θ. Θεοδορίδης
Θ. Αγοραστός
Ι.Ν. Μπόντης

Περίληψη

Τα ινομυώματα της μήτρας είναι καλοήθεις όγκοι προερχόμενοι από τις λείες μυϊκές ίνες της μήτρας. Για πολλά χρόνια αναφέρονταν ως οι συχνότεροι όγκοι των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας ή, εναλλακτικά, των γυναικών άνω των 30 ετών. Τα ινομυώματα είναι κλινικά εμφανή στο 25% περίπου των γυναικών,^(1,2) ενώ με τις νεότερες απεικονιστικές μεθόδους η κλινική συχνότητά τους είναι υψηλότερη. Η επιμελής ιστοπαθολογική εξέταση σε χειρουργικά παρασκευάσματα υστερεκτομών ανεβάζουν τη συχνότητα ανεύρεσης των ινομυωμάτων σε ποσοστό 77%.⁽³⁾

Όροι ευρετηρίου: Ινομυώματα μήτρας, κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, ψυχολογικές επιπτώσεις.

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Τα ινομυώματα της μήτρας μπορούν να προκαλέσουν σημαντική νοσηρότητα, στην οποία συμπεριλαμβάνονται η μηνορραγία, η πνευλική πίεση ή το άλγος και σπανιότερα, τα προβλήματα γονιμότητας. Για τον λόγο αυτό το οικονομικό κόστος αλλά και η επίδραση στην ποιότητα ζωής των γυναικών με ινομυώματα είναι πολύ σημαντικά.

Τα ινομυώματα αντιμετωπίζονται κλασικά με χειρουργικό τρόπο και αποτελούν την κύρια ένδειξη για υστερεκτομίες μη νεοπλασματικής αιτιολογίας. Από τις γυναίκες που υποβάλλονται σε υστερεκτομία, ένα σημαντικό ποσοστό (μεγαλύτερο του 55%) οδηγείται στο χειρουργείο λόγω συμπτωματικών ινομυωμάτων της μήτρας.⁽⁴⁾ Στην Αυστραλία, παραδείγματος χάριν, έχει αναφερθεί ότι το 21,7% των υστερεκτομιών οφείλονται σε ινομυώματα, ενώ η επίπτωση των υστερεκτομιών στη χώρα είναι 3,97 ανά 1.000 γυναίκες.⁽⁵⁾ Στις ΗΠΑ περισσότερες από 650.000 γυναίκες υποβάλλονται σε υστερεκτομία κάθε χρόνο, και το 27% των επεμβάσεων αυτών οφείλονται στη διάγνωση των ινομυωμάτων,^(6,7) ενώ στη Φινλανδία η ετήσια επίπτωση της υστερεκτομίας είναι 3,9 ανά 1.000 γυναίκες, και το 50% των υστερεκτομιών αυτών πραγματοποιούνται λόγω ινομυωμάτων.⁽⁸⁾

Ο αριθμός των γυναικών στις οποίες απαιτείται υστερεκτομία λόγω ινομυωμάτων ποικίλλει στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, με τις γυναίκες μεταξύ 45 και 54 ετών να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επίπτωση υστερεκτομίας λόγω ινομυωμάτων της μήτρας. Στην πλειονότητά τους οι επεμβάσεις αυτές διενεργούνται διακοιλιακά.⁽⁹⁾ Έχει εκτιμηθεί ότι το 10-15% των γυναικών μεταξύ 25 και 64 ετών θα χρειαστεί να υποβληθούν σε υστερεκτομία για ινομυώματα.⁽¹⁰⁾

Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική
Α.Π.Θ., Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
Θεσσαλονίκη
Αλληλογραφία:
Κωνσταντίνος Δίνας
Αγίας Θεοδώρας 7
543 23 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 265120
E-mail: dinas@auth.gr
Κατατέθηκε: 10/01/2006
Εγκρίθηκε: 25/03/2006

Η υστερεκτομία συνδέεται με χαμηλή θνησιμότητα αλλά αξιοσημείωτη νοσηρότητα. Οι βραχυπρόθεσμες επιπλοκές της υστερεκτομίας περιλαμβάνουν τη μεταχειρητική αιμορραγία (2%), τον συμπτωματικό τραυματισμό των παρακείμενων οργάνων (0,5%), τη λοίμωξη και την επίσχεση ούρων. Οι μακροπρόθεσμες συνέπειες περιλαμβάνουν τη δυσλειτουργία της ουροδόχου κύστης ή του εντέρου, τον κοιλιακό πόνο, καθώς και τα σεξουαλικά (15-30%) ή ψυχολογικά (6-8%) προβλήματα.^(9,11-13)

Παράλληλα με τη νοσηρότητα και την απώλεια εισοδήματος της γυναίκας λόγω της υστερεκτομίας - η παραμονή στο νοσοκομείο διαρκεί κατά μέσο όρο 6-7 ημέρες, ενώ η περίοδος ανάρρωσης 6 εβδομάδες - τα ινομύματα συνιστούν, επίσης, ένα μείζον κόστος για το σύστημα δημόσιας υγείας. Στην Αυστραλία η δαπάνη της κοινότητας έχει υπολογιστεί στα \$100.000.000 τον χρόνο για άμεσες νοσοκομειακές χρεώσεις, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και σε οικογενειακούς γιατρούς, και άλλες υποστηρικτικές υπηρεσίες.⁽¹²⁾ Στις ΗΠΑ το ετήσιο κόστος εκτιμάται στα \$3.000.000.000.^(6,7)

Το οικονομικό κόστος της αντιμετώπισης των γυναικών με ινομύματα της μήτρας αποτέλεσε αντικείμενο πολλών μελετών. Οι περισσότερες από αυτές επικεντρώνονται στο νοσοκομειακό κόστος. Το κόστος μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με τον τρόπο αντιμετώπισης. Έτσι, έχουν εκτιμηθεί μεμονωμένα ή και συγκριτικά μεταξύ τους οι λαπαροσκοπικές και οι κλασικές χειρουργικές τεχνικές, η ινομυοματεκτομία, η κοιλιακή, η κολπική και η λαπαροσκοπικά υποβοηθούμενη υστερεκτομία. Στις ΗΠΑ το νοσοκομειακό κόστος κυμαίνεται στα \$6.700-\$8.000 ανά γυναίκα για ινομυοματεκτομία,⁽¹⁴⁾ ενώ το μέσο κόστος για υστερεκτομία λόγω ινομυωμάτων είναι περίπου \$6.000.⁽¹⁵⁾

Γενικά, αναδεικνύεται ότι η λαπαροσκοπική προσέγγιση, εκτός από τη βραχύτερη διάρκεια νοσηλείας (3,53 έναντι 7,98 ημερών) και το μικρότερο ποσοστό επιπλοκών (13% έναντι 53%), είναι και πιο οικονομική. Τόσο το καθαρό χειρουργικό κόστος όσο και το συνολικό κόστος είναι σαφώς χαμηλότερα με τη λαπαροσκοπική προσέγγιση (\$628 έναντι \$652, και \$1.357 έναντι \$2.298 αντιστοίχως).⁽¹⁶⁾

Τα τελευταία έτη, η εφαρμογή του εμβολισμού της μητριαίας αρτηρίας, κυρίως στις ΗΠΑ, έδωσε το έναυσμα για την πραγματοποίηση νέων μελετών, συν τοις άλλοις και οικονομικού περιεχομένου. Τα συμπεράσματα των μελετών αυτών είναι αντικρουόμενα. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας πλεονεκτεί, εκτός των άλλων, και οικονομικά στην αντιμετώπιση των ινομυωμάτων. Στη μελέτη των Beinfeld και συν.,⁽¹⁷⁾ ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας εμφανίζεται πιο οικονομικός σε σύγκριση με την κοιλιακή υστερεκτομία (\$6.916 έναντι \$7.847) και πιο αποτελεσματικός όσον αφορά στην ποιότητα ζωής.

Σε παραπλήσια αποτελέσματα καταλήγει και η ερ-

γασία των Baker και συν.,⁽¹⁸⁾ στην οποία συγκρίνεται ο εμβολισμός με την κοιλιακή ινομυοματεκτομία. Ο εμβολισμός εμφανίζει χαμηλότερο νοσοκομειακό κόστος, υψηλότερο όμως ιατρικό/επαγγελματικό κόστος (\$3.193 και \$2.200 αντιστοίχως), ενώ η κοιλιακή ινομυοματεκτομία υψηλότερο νοσοκομειακό κόστος και χαμηλότερο ιατρικό (\$5.598 και \$1.611 αντιστοίχως). Συνολικά, ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας αναδεικνύεται ως η οικονομικότερη προσέγγιση σε σύγκριση με την κοιλιακή ινομυοματεκτομία (\$6.708 έναντι \$7.630, $p=0,086$).⁽¹⁸⁾

Με τις δύο προαναφερόμενες μελέτες συμφωνεί και αυτή των Al-Fozan και συν.,⁽¹⁹⁾ στην οποία αναλύονται οικονομικά το κόστος της ινομυοματεκτομίας, της υστερεκτομίας είτε κοιλιακής είτε κολπικής, και του εμβολισμού της μητριαίας αρτηρίας. Ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας σε αυτήν τη μελέτη ήταν η οικονομικότερη μέθοδος σε σύγκριση τόσο με την κοιλιακή ή την κολπική υστερεκτομία όσο και με την κοιλιακή ινομυοματεκτομία (\$Can 1.007 έναντι \$Can 1.933, \$Can 1.515 και \$Can 1.781 αντιστοίχως).

Σε μια προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη των Pinto και συν.⁽²⁰⁾ βρέθηκε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε εμβολισμό της μητριαίας αρτηρίας είχαν μικρότερο χρόνο νοσηλείας από εκείνες που υποβλήθηκαν σε κοιλιακή υστερεκτομία για την αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομυωμάτων της μήτρας.

Υπάρχουν όμως και μελέτες με αποτελέσματα αντίθετα από αυτά των προηγουμένων. Έτσι, σε μια μελέτη των Beinfeld και συν.,⁽²¹⁾ ο εμβολισμός της μητριαίας αρτηρίας παρά τη μικρότερη διάρκεια νοσηλείας σε σύγκριση με την υστερεκτομία για την αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομυωμάτων (0,95 έναντι 2,6 ημερών, $p < 0,001$), εμφάνισε σημαντικά μεγαλύτερο νοσοκομειακό κόστος (\$8.223 έναντι \$6.046, $p < 0,001$).

Σημαντική παράμετρος μελέτης είναι και οι φαρμακευτικές ουσίες που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομυωμάτων. Από τα συχνότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, κυρίως προεγχειρητικά, είναι τα GnRH ανάλογα. Από μια επισκόπηση 26 τυχαίοποιημένων εργασιών που μελέτησαν τον ρόλο των GnRH αναλόγων στην αντιμετώπιση των ινομυωμάτων,⁽²²⁾ βρέθηκε ότι οι γυναίκες που είχαν λάβει τη σχετική αγωγή υποβλήθηκαν σε υστερεκτομία με ελαττωμένο εγχειρητικό χρόνο, και συχνότερα διά της κολπικής παρά διά της κοιλιακής οδού. Η διάρκεια νοσηλείας στο νοσοκομείο ήταν επίσης βραχύτερη για τις γυναίκες αυτές, ενώ η απώλεια αίματος και οι κάθετες τομές ήταν ελαττωμένες τόσο στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ινομυοματεκτομία όσο και σε εκείνες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομία.

Ωστόσο, σε μια πιο πρόσφατη μελέτη⁽²³⁾ που πραγματοποιήθηκε στη Ν. Ζηλανδία, επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον της στη σημασία του οικονομικού κόστους για τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων φαρμακευτικής

αγωγής,⁽³⁾ παρόλο που επιβεβαιώνονται όλα τα θετικά στοιχεία της προηγούμενης μελέτης, αναφέρεται ότι το αυξημένο κόστος της χρήσης των GnRH αναλόγων δεν δικαιολογεί τη χρήση τους προεγχειρητικά από κοινωνικοοικονομική σκοπιά. Το κόστος ανά υστερεκτομία ανερχόταν σε \$NZ 1.190, ενώ το κόστος αποφυγής μιας κοιλιακής προσέγγισης υπερέβαινε τα \$NZ 4.500, και το κόστος αποφυγής μιας κάθετης τομής υπερέβαινε τα \$NZ 6.200. Για την ινομυωματεκτομία, το επιπλέον κόστος των GnRH αναλόγων ήταν \$NZ 1.500 ανά ασθενή, ενώ το ποσό αποφυγής μιας κάθετης τομής ήταν μεγαλύτερο από \$NZ 4.600. Το 30% των γυναικών με ινομυώματα αντιμετωπίζουν εμμηνορρυσιακές ανωμαλίες, συχνότερα μνηορραγία.⁽²⁾ Η μνηορραγία σε μια γυναίκα μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την ταχεία πτώση της αιμοσφαιρίνης και την εμφάνιση αναιμίας. Η μνηορραγία είναι η πιο συχνή αιτία αναιμίας στις ανεπτυγμένες χώρες. Σε μελέτη των Fraser και συν.⁽²⁴⁾ αναφέρεται ότι η αναιμία είναι πιο συχνή σε γυναίκες με μνηορραγία από ινομυώματα από ό,τι σε γυναίκες με μνηορραγία λόγω άλλων αιτιών. Όταν μάλιστα η μνηορραγία εμφανίζεται σε μηνιαία βάση, δεν είναι σοβαρές μόνον οι ιατρικές επιπτώσεις, αλλά, κατά πάσα πιθανότητα, και οι κοινωνικές. Οι γυναίκες που υποφέρουν από μνηορραγία ανησυχούν συνήθως, μήπως τα απορροφητικά μέσα που χρησιμοποιούν δεν είναι επαρκή για τον αυξημένο όγκο του εμμηνορρυσιακού υλικού, με αποτέλεσμα να κινδυνεύουν να διαποτιστούν τα ενδύματα. Έτσι, συχνά οι γυναίκες αυτές παραμένουν στο σπίτι τους τις ημέρες με τη μεγαλύτερη εμμηνορρυσιακή ροή, προτιμώντας την απώλεια εισοδήματος από το να ντροπιαστούν κοινωνικά. Αυτό διαταράσσει, φυσικά, τον τρόπο ζωής τους.

Πάντως, για την καλύτερη ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών συνεπειών των ινομυωμάτων απαιτούνται μελέτες που να επικεντρώνονται στα παρακάτω:

1. Υπολογισμός του μη ιατρικού κόστους που σχετίζεται με τα συμπτωματικά ινομυώματα (απώλεια χρόνου εργασίας, χρήση φαρμάκων χωρίς ιατρική παρακολούθηση και συνταγή, χρήση προϊόντων υγιεινής, όπως σερβιέτες κ.τ.λ.)

2. Υπολογισμός του μη ιατρικού κόστους που σχετίζεται με την αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομυωμάτων (απώλεια χρόνου εργασίας, κόστος για τη φροντίδα των παιδιών, έξοδα μεταφοράς κ.τ.λ.), και

3. Υπολογισμός του άμεσου ιατρικού κόστους που σχετίζεται με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωματικών ινομυωμάτων.

Ιδανικά, ο υπολογισμός όλων αυτών των εξόδων θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνεται σε μελέτες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, ώστε να μπορεί να υπολογιστεί άμεσα ο λόγος κόστους-ωφέλειας.

B. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Εκτός από τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, τα

ινομυώματα της μήτρας επιβαρύνουν τις γυναίκες και από ψυχολογική άποψη, τόσο λόγω των επιπτώσεών τους στην ποιότητα ζωής (πόνος, μνηορραγία και συνεπαγόμενη απομόνωση, άγχος γονιμότητας) όσο και στην περίπτωση που η πάσχουσα προβεί σε επέμβαση (ινομυωματεκτομία, υστερεκτομία). Διάφορες μελέτες προσδιορίζουν τα ινομυώματα ως ψυχοσωματική νόσο.

Οι γυναίκες με ινομυώματα εμφανίζουν κάποια ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Σε μια μελέτη των Fellmann και συν.⁽²⁵⁾ βρέθηκε ότι οι γυναίκες με ινομυώματα έζησαν στην παιδική και εφηβική τους ηλικία σε κωμοπόλεις ($p < 0,001$) και είχαν καλές σχέσεις με τους συντρόφους τους, οι οποίοι ήταν συνήθως της ίδιας ηλικίας ή νεότεροι από αυτές. Περισσότερες από το 50% των γυναικών με ινομυώματα ανέφερε ότι η επιθυμία τους να γίνουν μητέρες δεν ικανοποιήθηκε. Γεννάται, επομένως, το ερώτημα κατά πόσον τα ινομυώματα θα μπορούσαν να εκληφθούν ως μία σωματική εκδήλωση της επιθυμίας τεκνοποίησης, ή, αν μπορεί να ειπωθεί έτσι, ως «υποκατάστατο κύησης». Η θεώρηση αυτή δεν μειώνει, φυσικά, τη σοβαρότητα των άλλων παραγόντων που συνδέονται με την ανάπτυξη ινομυωμάτων.

Σε μία άλλη εργασία μελετήθηκαν 138 γυναίκες με ινομυώματα, με κλινικές, ψυχολογικές και ηλεκτροφυσιολογικές μεθόδους. Στο 80,8% των γυναικών αυτών αναγνωρίστηκε ένα ψυχοσωματικό σύνδρομο τάσης, και οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ινομυώματα θα μπορούσαν να ταξινομηθούν ως νόσος ψυχοσωματικής αιτιολογίας.⁽²⁶⁾ Ωστόσο, οι ψυχολογικές επιπτώσεις που συνδέονται με τα ινομυώματα απορρέουν και από την κύρια μέθοδο αντιμετώπισής τους, την υστερεκτομία, μία επέμβαση με ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα στον δυτικό κόσμο. Οι μελέτες για τις ψυχολογικές και τις σεξουαλικές συνέπειες της υστερεκτομίας εμφάνισαν πολλές φορές αντικρουόμενα συμπεράσματα, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την πρόκληση σύγχυσης τόσο στους ιατρούς όσο και στις ίδιες τις γυναίκες. Η σύγχυση αυτή προέρχεται κυρίως από τα μεθοδολογικά προβλήματα των παλαιότερων μελετών. Ορισμένες πιο σύγχρονες μελέτες, οι οποίες σχεδιάστηκαν προοπτικά και στις οποίες χρησιμοποιήθηκε η κατάλληλη στατιστική ανάλυση, δεν συνδέουν την υστερεκτομία με αυξημένες ψυχολογικές ή σεξουαλικές διαταραχές. Πάντως σε όλες τις μελέτες, τόσο πριν όσο και μετά την υστερεκτομία, οι γυναίκες εμφανίζουν ψυχολογικές διαταραχές σε ποσοστό μεγαλύτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού.⁽²⁷⁾

Η πλειονότητα των αναδρομικών μελετών αναφέρουν αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα μετά την υστερεκτομία. Όμως όλες οι προοπτικές μελέτες έδειξαν ότι η συχνότητα της κατάθλιψης ήταν υψηλότερη ακόμη και πριν την υστερεκτομία. Τα θεραπευτικά αποτελέσματα της υστερεκτομίας περιλαμβάνουν τη βελτίωση της διάθεσης σε κάποιες ασθενείς. Η υστερεκτομία απ' εαυτής δεν αποτελεί αιτία ψυχολογικής επιβάρυνσης. Τα

ψυχολογικά προβλήματα είναι δυνατόν να αμβλυνοθούν στην πλειονότητα των γυναικών που υποβάλλονται σε υστερεκτομία, αλλά η ίδια η επέμβαση μπορεί να μην συνδράμει ψυχολογικά γυναίκες με προηγούμενη ψυχιατρική νόσο ή με προβλήματα προσωπικότητας και ψυχοκοινωνικά προβλήματα.⁽²⁸⁾

Σε μια πρόσφατη μελέτη των Thakar και συν.⁽²⁹⁾ βρέθηκε ότι η υστερεκτομία, είτε ολική είτε υφολική, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και επιδρά θετικά στην ψυχολογία των ασθενών. Τα στοιχεία αυτά συμφωνούν με παλαιότερη μελέτη των Ryan και συν.,⁽³⁰⁾ στην οποία φαίνεται ότι μετά την υστερεκτομία βελτιώνεται η ψυχολογική νοσηρότητα των γυναικών (από 55% στο 31%).

Ένα άλλο θέμα προς συζήτηση είναι η επίδραση της υστερεκτομίας στη σεξουαλική λειτουργία. Θεωρείται ότι η αφαίρεση της μήτρας μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στη γυναικεία σεξουαλική λειτουργία, λόγω της μεταβολής των ανατομικών συσχετίσεων στην πύελο. Οι σχετικές μελέτες παρουσιάζουν αντικρουόμενα συμπεράσματα. Φαίνεται ότι μια μικρή μόνο μερίδα γυναικών αναπτύσσουν σεξουαλική δυσλειτουργία ως αποτέλεσμα της υστερεκτομίας. Η φύση και η έκταση της δυσλειτουργίας αυτής δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, κυρίως λόγω μεθοδολογικών προβλημάτων των σχετικών ερευνών. Είναι γνωστό, επίσης, ότι σε μεγάλο ποσοστό των γυναικών που υποβάλλονται τελικά σε υστερεκτομία η ποιότητα ζωής είναι χαμηλή.⁽³¹⁾ Επομένως, σε όλες τις μελέτες είναι σημαντικό να προσδιορίζονται η σεξουαλική λειτουργία και η ψυχοκοινωνική κατάσταση πριν το χειρουργείο, γιατί αυτές οι παράμετροι επιτρέπουν σε σημαντικό βαθμό την πρόβλεψη της πιθανής σεξουαλικής δυσλειτουργίας και της κατάθλιψης μετά την υστερεκτομία.

Τέλος, όσον αφορά στη σεξουαλική επιθυμία, σε μια μελέτη των Dragicic και συν.⁽³²⁾ βρέθηκε ότι οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε υστερεκτομία δεν παρουσίασαν μεταβολές στη σεξουαλική επιθυμία ή στη συχνότητα και την ένταση των οργασμών, ενώ αντιθέτως εμφάνισαν μειωμένο πόνο κατά τη διάρκεια των σεξουαλικών επαφών. Σε μια πρόσφατη μελέτη του Meston βρέθηκε ότι η υστερεκτομία είχε μερική επίδραση μόνο στη φυσιολογική σεξουαλική διέγερση των γυναικών.⁽³³⁾

Πάντως, δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ψυχολογική κατάσταση και στη σεξουαλικότητα των γυναικών που υποβάλλονται σε υστερεκτομία, είτε αυτή πραγματοποιείται λαπαροσκοπικά είτε διακοιλιακά.⁽³⁴⁾ Το ίδιο ισχύει είτε η υστερεκτομία είναι ολική είτε υφολική.⁽³⁵⁾

Ωστόσο, όπως προαναφέρθηκε, σημαντικότερη είναι η πρόληψη των ψυχολογικών διαταραχών μετά το χειρουργείο, η οποία πρέπει να βασίζεται στην επισταμένη εκτίμηση της ψυχολογίας της γυναίκας προεγχειρητικά, στη μελέτη των ειδικών προσωπικών και οικογενειακών καταστάσεων και προβλημάτων, στην κατάλληλη ενημέ-

ρωση για τη φύση της επέμβασης /θεραπείας, καθώς και στην επαρκή μετεγχειρητική ψυχοθεραπευτική υποστήριξη.⁽³⁶⁾

Συνοψίζοντας, τα ινομυώματα της μήτρας επηρεάζουν αναμφισβήτητα την ποιότητα ζωής των γυναικών τόσο από κοινωνικοοικονομική όσο και από ψυχολογική πλευρά. Όμως, αν το οικονομικό κόστος είναι μετρήσιμο και έχει μελετηθεί, τουλάχιστον εν μέρει, το κοινωνικό και ψυχολογικό είναι πιο δύσκολο να προσδιοριστεί καθώς απαιτούνται σύγχρονες και αυστηρότερες μεθοδολογικά μελέτες.

Summary

Dinas K, Pantazis K, Zepiridis L, Theodoridis T, Agorastos T, Bontis J.N.

Socioeconomic and phycologic impact of uterine leiomyomas

Hellen Obstet Gynecol 18(2):129-133, 2006

Uterine fibroids have an indisputable influence on the quality of life of women. They are usually accompanied with morbidity, subfertility, loss of time and money for the working women. Fibroids are mainly managed surgically. Hysterectomy due to fibroids has corresponding financial consequences for both the women and the health services. The results of the studies about psychological and sexual consequences of the fibroids are ambiguous. Generally, there is a need of modern and methodologically more severe studies for the accurate estimation of all the factors and the impacts of the fibroids.

Key words: Uterine fibroids, psychological and sexual consequences.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stewart EA. Uterine Fibroids. Lancet 2001; 357(9252):293-298.
2. Buttram Vc Jr, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management. Fertil Steril 1981; 36:433-445.
3. Cramer SF, Patel A. The frequency of uterine leiomyomas. Am J Clin Pathol 1990; 94:435-438.
4. Tan XJ, Lang JH, Shen K, Liu ZF, Sun DW, Leng JH, Zhu L. Operative approaches, indications, and medical economics evaluation of 4180 cases of hysterectomy. Zhongguo Yi Xue Yuan Xue Bao 2003; 4:406-409.
5. Renwick M, Sadhowsky K. Variation in surgery rates. Australian Institute of Health. Health Services Series 2. Canberra: Agps, 1991.
6. Porkas R & Hufhagel VG. Hysterectomy in the United States, 1965-84. Am J Public Health 1988; 78:852-854.
7. Bachmann GA. Hystaerectomy. J Reprod Med 1990; 35:839-855.

8. Luoto R, Kaprio J, Keskimaki I, et al. Incidence, causes and surgical methods for hysterectomy in Finland, 1987-89. *Int J Epidemiol* 1994; 23:348-358.
9. Greenberg MD, Kazamel TIG. Medical and socio-economic impact of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22:625-636.
10. Cramer DW. Epidemiology of myomas. *Sem Reprod Endocrin* 1992; 10:320-324.
11. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:841-848.
12. Opit LJ, Gadiel D. Hysterectomy in NSW: an evaluation of its Use and Outcome. Sydney, Office for Health Care Finance, 1982.
13. Schonfield MJ, Bennet A, Redman S, et al. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991; 98:1129-1136.
14. Subramanian S, Clark MA, Isaacson K. Outcome and resource use associated with myomectomy. *Obstet Gynecol* 2001; 98(4):583-587.
15. Zhao SZ, Wong JM, Arguelles LM. Hospitalization costs associated with leiomyoma. *Clin Ther* 1999; 21(3):563-575.
16. Bulletti C, Albonetti A, Rossi S, Polli W, Giacomucci E, Negrini W, et al. The Financial Impact of Laparoscopy versus Laparotomy in the Treatment of Uterine Leiomyomata. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 4(suppl):S5.
17. Beinfeld MT, Bosch JL, Issacson KB, Gazelle GS. Cost-effectiveness of uterine embolization and hysterectomy for uterine fibroids. *Radiology* 2004; 230(1):207-213.
18. Baker CM, Winkel CA, Subramanian S, Spies JB. Estimated costs for uterine artery embolization and abdominal myomectomy for uterine leiomyomata: a comparative study at a single institution. *J Vasc Interv Radiol* 2002; 13(12):1207-1210.
19. Al-Fozan H, Dufort J, Kaplow M, Valenti D, Tulandi T. Cost analysis of myomectomy, hysterectomy, and uterine artery embolization. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187(5):1401-1404.
20. Pinto I, Chimeno P, Romo A, Paul L, Haya J, de la Cal MA, et al. Uterine fibroids: uterine artery embolization versus abdominal hysterectomy for treatment - a prospective, randomized, and controlled clinical trial. *Radiology* 2003; 226(2):425-431.
21. Beinfeld MT, Bosch JL, Gazelle GS. Hospital costs of uterine artery embolization and hysterectomy for uterine fibroid tumors. *Acad Radiol* 2002; 9(11):1300-1304.
22. Lethaby A, Vollehoven B, Sowter M. Efficacy of pre-operative gonadotropin hormone releasing analogues for women with uterine fibroids undergoing hysterectomy or myomectomy: a systematic review. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109(10):1097-1108.
23. Farquhar C, Brown PM, Fumess S. Cost effectiveness of pre-operative gonadotropin releasing analogues for women with uterine fibroids undergoing hysterectomy or myomectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2002; 109(11):1273-1280.
24. Fraser I, McCarr G, Markham R, et al. Measured menstrual blood loss in women with menorrhagia associated with pelvic disease or coagulation disorder. *Obstet Gynecol* 1986; 9:630-633.
25. Fellmann M, Battergay R, Rauchfleisch U, Mall-Haeffeli M. Comparative socioeconomic, anamnestic and psychological studies of patients with uterine myoma and uterine prolapse. *Schweiz Arch Neurochir Psychiatr* 1983; 132(1):105-115.
26. Brekhman GI. Psychoemotional stress syndrome and uterine myoma. *Akush Ginekoi (Mosk)* 1990; 2:13-17.
27. Ryan MM. Hysterectomy: social and psychosexual aspects. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997; 11(1):23-26.
28. Khastgir G, Studd JW, Catalan J. The psychological outcome of hysterectomy. *Gynecol Endocrinol* 2000; 14(2):132-141.
29. Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomized comparison of total versus subtotal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2004; 111(10):1115-1120.
30. Ryan MM, Dennerstein L, Pepperell R. Psychological aspects of hysterectomy. A prospective study. *Br J Psychiatry* 1989; 154:516-522.
31. Maas CP, Weijnenborg PT, ter Kuile MM. The effect of hysterectomy on sexual functioning. *Ann Rev Sex Res* 2003; 14:83-113.
32. Dragisic KG & Milad MP. Sexual functioning and patient expectations of sexual functioning after hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190(5):1416-1418.
33. Meston CM. The effects of hysterectomy on sexual arousal in women with a history of benign uterine fibroids. *Arch Sex Behav* 2004; 33(1):31-42.
34. Ellstrom MA, Astrom M, Moller A, Olsson JH, Hahlin M. A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003; 82(9):871-875.
35. Eicher W. Total and subtotal hysterectomy - psychological aspects. *Arch Gynecol Obstet* 1994; 255 suppl 2:S359-66.
36. Iacovides A, Ierodiakonou C, Bikos C, Kantarakias S. Prevention of psychiatric disturbances following gynaecologic operations. *Bibl Psychiatr* 1981; 160:84-91.