

Ανασκόπηση

Ενδοκοιλιακές συμφύσεις και χρόνιας πυελικός πόνος

Κ. Αλμαλόγλου¹
Γ. Πάντος^{1,2}
Ι. Μπόντης²

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο χρόνιας πυελικός πόνος συχνά αποδίδεται στην παρουσία ενδοκοιλιακών συμφύσεων. Ο ρόλος των συμφύσεων στην παθογένεια του χρόνιου πυελικού πόνου δεν είναι πλήρως κατανοητός, ενώ από πολλούς συγγραφείς αμφισβητείται η συσχέτιση των συμφύσεων με το χρόνο κοιλιακό πόνο. Οι συμφύσεις αποτελούν μαζί με την ενδομητρίωση, τα συχνότερα λαπαροσκοπικά ευρήματα σε ασθενείς με χρόνιας πυελικό πόνο, αλλά δεν είναι σπάνιες και σε ασυμπτωματικές ασθενείς. Επιπλέον, πολλές ασθενείς με χρόνιας πυελικό πόνο δεν παρουσιάζουν συμφύσεις ή άλλα παθολογικά ευρήματα. Η λαπαροσκοπική λύση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων φαίνεται ότι βελτιώνει τα συμπτώματα σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών με χρόνιας πυελικό πόνο. Παρόλα αυτά δεν έχει αποδειχθεί ότι ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων θα ωφεληθούν περισσότερο από ασθενείς που θα υποβληθούν σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση μόνο, πιθανόν λόγω της αυξημένης επίπτωσης επανασχηματισμού των συμφύσεων.

Όροι ευρετηρίου: χρόνιας πυελικός πόνος, ενδοκοιλιακές συμφύσεις, συμφυσιόλυση, λαπαροσκόπηση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σχηματισμός των ενδοπεριτοναϊκών συμφύσεων αποτελεί συχνό επακόλουθο του τραυματισμού και της επούλωσης του περιτοναίου που προκαλείται κατά τη διάρκεια ανοιχτών και σε μικρότερο βαθμό λαπαροσκοπικών επεμβάσεων στην περιτοναϊκή κοιλότητα. Άλλα αίτια ανάπτυξης ενδοκοιλιακών συμφύσεων αποτελούν η ενδομητρίωση, οι ενδοπεριτοναϊκές φλεγμονές και οι αντιδράσεις τύπου ξένου σώματος^{1,2,3}. Οι συμφύσεις αποτελούν τη μη φυσιολογική σύνδεση των επιφανειών δυο ή περισσότερων παρακείμενων ιστών ή οργάνων με την ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού⁴.

Η δημιουργία συμφύσεων μεταξύ των ενδοκοιλιακών οργάνων ή ανάμεσα σε αυτά και το περιτόναιο ή το επίπλου, συνοδεύεται συχνά από την εμφάνιση επιπλοκών όπως η μερική ή πλήρης απόφραξη του λεπτού και σπανιότερα του παχέος εντέρου, η υπογονιμότητα, αλλά και η αύξηση της δυσκολίας, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας τυχόν επόμενων επεμβάσεων στη περιτοναϊκή κοιλότητα. Ο τρόπος με τον οποίο οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις συνδέονται με τις επιπλοκές αυτές είναι καλά κατανοητός, και στις περισσότερες περιπτώσεις ανταπόδεικτος^{5,6}.

Ο χρόνιας πυελικός πόνος (ΧΠΠ) αποδίδεται συχνά στην παρουσία

¹Κέντρο Ενδοσκοπικής Χειρουργικής, Ιατρικό Διαβαλκανικό Κέντρο, Θεσσαλονίκη

²Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:

Πάντος Γεώργιος,

Μητροπόλεως 40, 54623, Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310-263212, Fax: 2310-241133

e-mail: padosgyn@hol.gr

Κατατέθηκε: 21/1/08

Εγκρίθηκε: 25/4/08

Πίνακας 1. Επίπτωση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων σε ασθενείς με ή χωρίς ΧΠΠ (τυχαιοποιημένες μελέτες)

Μελέτη	Είδος μελέτης	Ασθενείς με ΧΠΠ	Ομάδα ελέγχου	Παρουσία συμφύσεων (%)	
				Ασθενείς με ΧΠΠ	Ομάδα ελέγχου
Kresch 1984 ¹²	Προοπτική	100	50	43	14
Rapkin 1986 ¹⁷	Αναδρομική	100	88	26	34
Stout 1991 ¹⁹	Προοπτική	90	12	7,2 *	1,6*
Thornton 1997 ²⁰	Προοπτική	132	166	21	17,5

*AFS score

ενδοκοιλιακών συμφύσεων. Ο μηχανισμός όμως με τον οποίο οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις συνδέονται με τον ΧΠΠ δεν είναι πλήρως κατανοητός, ενώ από πολλούς συγγραφείς αμφισβητείται ο ρόλος των συμφύσεων στην πρόκληση του ΧΠΠ^{6,7}.

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΥΕΛΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Ο ΧΠΠ ορίζεται σαν πόνος διάρκειας μεγαλύτερης των έξι μηνών, που εντοπίζεται στην ανατομική περιοχή της πυέλου και ο οποίος είναι αρκετά σοβαρός ώστε να προκαλέσει λειτουργική ανικανότητα ή να οδηγήσει στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας^{8,9}. Έχουν προταθεί και διάφοροι άλλοι ορισμοί για τον ΧΠΠ, οι οποίοι εστιάζονται στη διάρκεια, την εντόπιση, και τη μορφή του πόνου. Ο ΧΠΠ μπορεί να είναι συνεχής ή διαλείπων. Οι ασθενείς με διαλείποντα ΧΠΠ συχνά αναφέρουν δυσμηνόρροια, δυσπαρευνία ή πόνο κατά την σύριση ή την απόδευση⁶.

Ο όρος ΧΠΠ δεν αποτελεί διάγνωση. Πρόκειται για ένα σύμπτωμα που μπορεί να προκληθεί από μια ποικιλία παθήσεων. Στη διαφορική διάγνωση του ΧΠΠ, εκτός από τα γυναικολογικά αίτια περιλαμβάνονται διαταραχές από το ουροποιητικό, το γαστρεντερικό, το μυοσκελετικό, νευρολογικές παθήσεις, συστηματικά νοσήματα και ψυχολογικά αίτια¹⁰. Απαντάται με μεγάλη συχνότητα στο γενικό πληθυσμό, ανάλογη με αυτή παθήσεων όπως της ημικρανίας και της οσφυαλγίας. Στις ΗΠΑ 12% έως 20% των γυναικών θα παρουσιάσουν κάποια μορφή ΧΠΠ¹¹.

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΧΠΠ ΑΠΟ ΤΙΣ ΣΥΜΦΥΣΕΙΣ

Ο μηχανισμός με τον οποίο οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις προκαλούν τον ΧΠΠ δεν είναι γνωστός. Θεωρείται ότι μπορούν να προκαλέσουν ΧΠΠ όταν μεταβάλλουν τις φυσιολογικές ανατομικές σχέσεις προκαλώντας τάση, έλξη και διάταση των ενδοκοιλιακών οργάνων ή περιορίζοντας την κινητικότητα και τη διατασιμότητα τους. Είναι πιθανό

ότι οι διαταραχές αυτές που προκαλούνται στην ανατομία της πυέλου και στην κινητικότητα των ενδοπευλικών οργάνων μπορούν να διεγείρουν υποδοχείς πόνου του περιτοναίου και να δημιουργήσουν ερεθίσματα πόνου^{12,13}.

Με την εφαρμογή ανοσοϊστοχημικών μεθόδων έχει διαπιστωθεί η παρουσία νευρικών ινών σε ενδοκοιλιακές συμφύσεις. Η παρουσία των νευρικών ινών θα μπορούσε να αποτελέσει μια ερμηνεία για την πρόκληση πόνου από τις συμφύσεις, όμως η επίπτωση τους δεν είναι μεγαλύτερη σε ενδοκοιλιακές συμφύσεις που προέρχονται από ασθενείς με ΧΠΠ σε σύγκριση με συμφύσεις που προέρχονται από ασθενείς χωρίς ΧΠΠ¹⁴. Η εφαρμογή τεχνικών χαρτογράφησης του πόνου έχει δείξει ότι λεπτές συμφύσεις μεταξύ ενδοκοιλιακών οργάνων προκαλούν υψηλότερα επίπεδα πόνου σε σύγκριση με ισχυρές συμφύσεις ανεξάρτητα από την εντόπιση τους¹⁵. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με κλινικά δεδομένα σύμφωνα με τα οποία δε διαπιστώνεται κάποια συσχέτιση μεταξύ της έκτασης των ενδοκοιλιακών συμφύσεων και της σοβαρότητας του ΧΠΠ^{12,16}.

Περίπου το 40% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργικές επεμβάσεις αναφέρουν την ύπαρξη μετεγχειρητικού κοιλιακού πόνου. Οι ασθενείς αυτοί αποτελούν επιπλέον ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη εντερικής απόφραξης¹.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΜΦΥΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΠΠ

Ένας αξιόλογος αριθμός λαπαροσκοπήσεων πραγματοποιούνται στα πλαίσια της διάγνωσης και αντιμετώπισης του ΧΠΠ. Η ενδομητρίωση και οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις (μετεγχειρητικές ή φλεγμονώδους αιτιολογίας) αποτελούν τα συχνότερα παθολογικά ευρήματα στις ασθενείς με ΧΠΠ που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπήση¹⁶. Από την άλλη πλευρά οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις αποτελούν αρκετά συχνό εύρημα και σε γυναίκες χωρίς ΧΠΠ που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπήση για άλλες ενδείξεις. Οι περισσότερες από τις μελέτες αυτές που κα-

ταγράφουν την επίπτωση των συμφύσεων σε ασθενείς με ή χωρίς ΧΠΠ είναι αναδρομικές και στερούνται ομάδας ελέγχου^{6,16}.

Σε μια τυχαιοποιημένη μελέτη, γυναίκες με ΧΠΠ συγκρίθηκαν με γυναίκες που υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική απολίνωση σαλπίνγων. Παθολογία στην πύελο διαπιστώθηκε στο 83% των γυναικών με ΧΠΠ, από τις οποίες το 43% είχε ενδοκοιλιακές συμφύσεις. Στην ομάδα ελέγχου παθολογικά ευρήματα διαπιστώθηκαν στο 29% και ενδοκοιλιακές συμφύσεις στο 14%. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική και οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις στην ομάδα των ασθενών με ΧΠΠ προκαλούσαν περιορισμό στην κινητικότητα και τη διατασιμότητα των πυελικών οργάνων¹². Σε μια άλλη τυχαιοποιημένη μελέτη γυναίκες με ΧΠΠ συγκρίθηκαν με υπογόνιμες ασθενείς όσον αφορά την επίπτωση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων. Διαπιστώθηκε ότι η παρουσία ενδοκοιλιακών συμφύσεων ήταν συχνότερη στην ομάδα των υπογόνιμων ασθενών (39% έναντι 26%) και δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ της συχνότητας και της πυκνότητας των ενδοκοιλιακών συμφύσεων μεταξύ των δυο ομάδων¹⁷. Η μελέτη αυτή επικρίθηκε επειδή η ομάδα ελέγχου που επιλέχθηκε (υπογόνιμες ασθενείς), περιλάμβανε ασθενείς οι οποίες ήταν αναμενόμενο να παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση ενδοκοιλιακών συμφύσεων σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό¹⁸. Σε μια τρίτη τυχαιοποιημένη μελέτη συγκρίθηκε και αξιολογήθηκε η παρουσία ενδοκοιλιακών συμφύσεων σύμφωνα με το σύστημα βαθμολόγησης της Αμερικανικής Ένωσης Γονιμότητας (American Fertility Society - AFS score) σε γυναίκες με ΧΠΠ και σε γυναίκες χωρίς ΧΠΠ (υπογονιμότητα, απολίνωση σαλπίνγων, αποτίμηση άλλων παθολογικών ευρημάτων). Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες με ΧΠΠ είχαν στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο μέσο AFS score, αλλά δεν ήταν δυνατή η συσχέτιση του AFS score με τη διάρκεια, την ένταση και τη συχνότητα του πόνου. Στη μελέτη αυτή, ο αριθμός των ασθενών που περιλήφθηκαν στην ομάδα ελέγχου ήταν δυσανάλογα μικρός σε σύγκριση με τον αριθμό των ασθενών της ομάδας με ΧΠΠ (12 ασθενείς έναντι 90)¹⁹. Επιπλέον το AFS score έχει δημιουργηθεί με σκοπό την αξιολόγηση των σαλπινγοθηκικών συμφύσεων σε υπογόνιμες ασθενείς και όχι σε ασθενείς με ΧΠΠ⁶. Σε μια ακόμη τυχαιοποιημένη μελέτη στην οποία περιλήφθηκαν ασθενείς που προσήλθαν για ΧΠΠ, υπογονιμότητα και λαπαροσκοπική στείρωση, δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ του ΧΠΠ και της παρουσίας ενδοκοιλιακών συμφύσεων²⁰. Η επίπτωση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων σε ασθενείς με ή χωρίς ΧΠΠ φαίνεται στον Πίνακα 1.

Από την άλλη πλευρά, το πιο συχνό εύρημα σε ασθενείς με ΧΠΠ, αποτελεί η απουσία μορφολογικών αλλοιώσεων στην πύελο¹⁶. Βέβαια, η απουσία ορατών παθολογικών ευρημάτων κατά τη λαπαροσκόπηση δεν αποκλείει

την ύπαρξη οποιασδήποτε παθολογίας που μπορεί να σχετίζεται με ΧΠΠ. Καταστάσεις όπως το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και η αδενομύωση μπορούν να προκαλέσουν ΧΠΠ, αλλά δεν είναι ορατές κατά τη λαπαροσκόπηση. Επίσης παθήσεις που σχετίζονται με ΧΠΠ, όπως η ενδομητρίωση και η πυελική φλεγμονώδης νόσος συχνά μπορεί να διαφύγουν της διάγνωσης κατά τη λαπαροσκόπηση^{6,10}. Σε μια μελέτη, ασθενείς με ΧΠΠ και χωρίς ορατή παθολογία από την πύελο, υποβλήθηκαν σε εκτομή των ιερομητρικών συνδέσμων. Κατά την ιστοπαθολογική εξέταση τους διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα (ενδομητρίωση, φλεγμονώδης βλάβες) στο 63% των ασθενών²¹. Επίσης σε αρκετές μελέτες διαπιστώνεται μια αξιωματικά χαμηλή συχνότητα εμφάνισης ενδομητρίωσης στις ασθενείς με ΧΠΠ, η οποία πιθανώς να σχετίζεται με υποδιάγνωση της νόσου¹⁸.

ΛΥΣΗ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΟΙΛΙΑΚΩΝ ΣΥΜΦΥΣΕΩΝ ΚΑΙ ΧΠΠ

Η λαπαροτομία για τη λύση των συμφύσεων σε ασθενείς με ΧΠΠ δε θεωρείται αποδεκτή θεραπευτική προσέγγιση, επειδή συνοδεύεται από μεγαλύτερη συχνότητα επανασηματισμού, αλλά και δημιουργίας νέων συμφύσεων (de novo) σε σύγκριση με τη λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων²². Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει εξάλειψη του ΧΠΠ στο 60-90% των ασθενών μετά από λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων. Από την άλλη πλευρά υπάρχουν μελέτες όπου η λύση των συμφύσεων δε συνοδεύτηκε από βελτίωση του πυελικού πόνου^{6,16,22,23}. Οι περισσότερες από τις μελέτες αυτές είναι αναδρομικές και στερούνται ομάδας ελέγχου (Πίνακας 2).

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός τυχαιοποιημένων μελετών για το πιθανό όφελος της συμφυσιόλυσης σε ασθενείς με ΧΠΠ. Σε μια από τις μελέτες αυτές, ασθενείς με ΧΠΠ και γνωστή από προηγούμενη λαπαροσκόπηση απουσία άλλης παθολογίας πέραν των ενδοκοιλιακών συμφύσεων, τυχαιοποιήθηκαν σε λαπαροτομία και συμφυσιόλυση ή σε μη θεραπεία. Διαπιστώθηκε ότι από τη λύση των συμφύσεων επωφεληθήκαν μόνο οι ασθενείς οι οποίες είχαν σοβαρού βαθμού ισχυρές συμφύσεις με αγγείωση, οι οποίες ενέπλεκαν το έντερο²⁴. Σε μια ακόμη τυχαιοποιημένη μελέτη η λαπαροσκοπική λύση παρακολικών συμφύσεων στη δεξιά πύελο, είχε σαν αποτέλεσμα σημαντική μείωση του πόνου στη δεξιά πύελο σε σύγκριση με ασθενείς που δεν υποβλήθηκαν σε συμφυσιόλυση. Στην ίδια μελέτη, οι ασθενείς που παρουσίαζαν ήπιο πόνο ή πόνο στην αριστερή πύελο δεν επωφεληθήκαν από την επέμβαση²⁵.

Στην καλύτερα σχεδιασμένη διπλή τυφλή τυχαιοποιημένη μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί για να μελετήσει το ρόλο της λαπαροσκοπικής λύσης των συμφύσεων στην αντιμετώπιση του ΧΠΠ, ασθενείς με ΧΠΠ υποβλήθηκαν σε λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων ή σε λαπαρο-

Πίνακας 2. Αποτελέσματα της συμφυσιολύσης

Μελέτη	Είδος μελέτης	Αριθμός ασθενών	Διάρκεια παρακολούθησης (μήνες)
Chan 1985 ²⁸	Αναδρομική	42	-
Daniel 1989 ²⁹	Αναδρομική	42	4
Sutton 1990 ³⁰	Αναδρομική	65	12-60
Kolmorgen 1991 ³¹	Αναδρομική	153	12-96
Fayez 1994 ³²	Προοπτική	156	12
Freys 1994 ³³	Προοπτική	58	-
Hallfeldt 1995 ³⁴	Αναδρομική	16	18
Mueller 1995 ³⁵	Προοπτική	36	6-36
Saravelos 1995 ³⁶	Αναδρομική	51	24
Bremers 2000 ³⁷	Προοπτική	12	12
Nezhat 2000 ³⁸	Προοπτική	48	½ - 2 6-12 24-60
Schietroma 2001 ³⁹	Προοπτική	41	12-24
Di Lorenzo 2002 ⁴⁰	Αναδρομική	78	6-72
Swank 2003 ²⁶	Προοπτική τυχαιοποιημένη διπλή τυφλή	52 ¹ 48 ²	12
Swank 2003 ²⁷	Προοπτική	200	3
Dunker 2004 ⁴¹	Προοπτική	22	24
Σύνολο		1072	

¹Ομάδα επεμβατικής λαπαροσκόπησης

²Ομάδα ελέγχου (δεν περιλαμβάνεται στο σύνολο)

σκόπηση μόνο. Και οι δυο ομάδες ασθενών ανέφεραν βελτίωση του ΧΠΠ και της ποιότητας ζωής τους, αλλά δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών των δυο ομάδων. Η μελέτη παρουσιάζει δυο μειονεκτήματα, η λύση των συμφύσεων δεν ήταν πλήρης στο 17,3% των ασθενών και στην ομάδα της επεμβατικής λαπαροσκόπησης παρουσιάστηκαν μείζονες επιπλοκές στο 9,6% των ασθενών, γεγονότα που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την έκβαση της μελέτης^{23,24}.

Οι επεμβάσεις για τη λύση των συμφύσεων συνοδεύονται από σημαντικό αριθμό επιπλοκών που συμβαίνουν κατά την είσοδο στην περιτοναϊκή κοιλότητα, αλλά κυρί-

ως κατά τη διάρκεια των χειρισμών που πραγματοποιούνται για τη λύση των συμφύσεων. Η συχνότητα των ελασσόνων επιπλοκών κατά την επεμβατική λαπαροσκόπηση κυμαίνεται από 5-11% και των μείζονων επιπλοκών από 0,1-2,3%, ενώ σε αρκετές δημοσιευμένες μελέτες η λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων συνοδεύεται από μείζονες επιπλοκές που έφταναν το 10%^{6,27}. Στις μείζονες επιπλοκές περιλαμβάνονται οι κακώσεις διαφόρων αγγείων, του εντέρου, της ουροδόχου κύστεως και των ουρητήρων. Η ανάπτυξη μιας τέτοιας επιπλοκής μπορεί να απαιτήσει μετατροπή της επέμβασης σε λαπαροτομία και να επηρεάσει αρνητικά την έκβαση των ασθενών αυ-

σε ασθενείς με χρόνιο πυελικό πόνο.

Ύφεση	Βελτίωση	Προσωρινή βελτίωση	Μη βελτίωση ή επιδείνωση
28 (66,6 %)			14 (33,3 %)
28 (47 %)			14 (33 %)
53 (82 %)		3 (5 %)	7 (11 %)
58 (38 %)	31 (20,2 %)	39 (25,5 %)	25 (16,2 %)
137 (88 %)	14 (9 %)		5 (3 %)
26 (45 %)	20 (35 %)		12 (20 %)
9 (56 %)	5 (31 %)		2 (13 %)
17 (47,2 %)	13 (36,1 %)		6 (16,6 %)
31 (61 %)			20 (39 %)
2 (16,6 %)			10 (83,3 %)
39 %	33%		28 %
49 %	15%		36 %
18 (37 %)	14 (30 %)		16 (33 %)
24 (58,5 %)	10 (24,4 %)		7 (17,1 %)
47 (60,2 %)	18 (23, 1%)		13 (16,7 %)
14 (27%) ¹	16 (30%) ¹		22 (43%) ¹
13 (27%) ²	7 (15%) ²		28 (58%) ²
148 (74 %)			52 (26 %)
10 (45 %)			12 (55 %)
650 (60,6 %)	127 (11,8 %)	42 (3,9 %)	237 (22,1 %)

τών. Η τρώση του εντέρου αποτελεί τη συχνότερη από τις μείζονες επιπλοκές. Συχνά είναι δυνατό να διαφύγει της διάγνωσης κατά τη διάρκεια της επέμβασης, και να αναγνωριστεί όταν θα εκδηλωθεί κλινικά με την εικόνα ειλεού, περιτονίτιδας ή πυελικού αποστήματος, συνήθως από 48 έως και 96 ώρες μετά από την επέμβαση^{23,27}. Επιπλέον, η λύση των συμφύσεων συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά (85%) επαναοχηματισμού (reformation), αλλά και ανάπτυξης νέων (de novo) συμφύσεων¹⁸.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις δεν προκαλούν πάντα

πόνο, κάτι που διαπιστώνεται από σειρά μελετών στις οποίες γυναίκες με σοβαρές ενδοκοιλιακές συμφύσεις δεν αναφέρουν ΧΠΠ. Επίσης παρά το γεγονός ότι οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις που αποκαλύπτονται κατά τη λαπαροσκόπηση, βρίσκονται συχνά στην περιοχή στην οποία εντοπίζεται ο ΧΠΠ, δεν ήταν δυνατή η συσχέτιση της θέσης και της έκτασης των συμφύσεων με την παρουσία ΧΠΠ¹⁸.

Φαίνεται ότι οι ασθενείς με ΧΠΠ εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ενδοκοιλιακές συμφύσεις συγκρινόμενες με ασθενείς χωρίς ΧΠΠ. Είναι όμως πιθανό οι ασθενείς αυτές να παρουσιάζουν περισσότερες ενδοκοιλιακές

συμφύσεις όχι γιατί οι ίδιες οι συμφύσεις αποτελούν αίτιο ΧΠΠ, αλλά επειδή οι ασθενείς με ΧΠΠ ενδεχομένως να έχουν περισσότερους αδιάγνωστους αιτιολογικούς παράγοντες που μπορούν ταυτόχρονα να ευθύνονται για την πρόκληση τόσο των ενδοκοιλιακών συμφύσεων όσο και του ΧΠΠ. Έχει αναφερθεί ότι ασθενείς με ενδοκοιλιακές συμφύσεις είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν ΧΠΠ αν είχαν ιστορικό πυελικής φλεγμονώδους νόσου ή προηγούμενης επέμβασης στην περιοχή της πυέλου^{6,12}.

Η λαπαροσκοπική λύση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων φαίνεται ότι βελτιώνει τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής σε σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΧΠΠ. Εντούτοις δεν υπάρχουν δεδομένα που να τεκμηριώνουν ότι ασθενείς με ΧΠΠ, οι οποίες θα υποβληθούν σε επεμβατική λαπαροσκόπηση για λύση των συμφύσεων θα ωφεληθούν περισσότερο σε σύγκριση με αυτές που θα υποβληθούν μόνο σε διαγνωστική λαπαροσκόπηση²⁵. Εξαίρεση ενδεχομένως να αποτελεί η ομάδα των ασθενών οι οποίες εμφανίζουν ισχυρές συμφύσεις που εμπλέκουν το έντερο και οι ασθενείς που παρουσιάζουν δεξιά στην ελάσσονα πυέλο ΧΠΠ, ο οποίος συνυπάρχει με παρακολιζικές συμφύσεις στην ίδια θέση^{24,25}.

Από τη λαπαροσκοπική λύση των συμφύσεων δε θα επωφεληθούν όλες οι ασθενείς με ΧΠΠ. Η μη βελτίωση του ΧΠΠ από τη συμφυσιόλυση δε συνεπάγεται απαραίτητα ότι οι ενδοκοιλιακές συμφύσεις δεν σχετίζονται με αυτόν. Είναι πιθανό στις περιπτώσεις αυτές, η αποτυχία να οφείλεται στον επανασηματισμό των συμφύσεων ή και στην ανάπτυξη νέων συμφύσεων σε θέσεις στις οποίες δεν προϋπήρχαν. Δεν υπάρχουν μελέτες στις οποίες να ακολουθήσε λαπαροσκόπηση δεύτερης ματιάς σε ασθενείς με ή χωρίς ύφεση του ΧΠΠ μετά από λαπαροσκοπική συμφυσιόλυση, για να διερευνηθεί η συχνότητα επανασηματισμού των συμφύσεων ή η ανάπτυξη de novo συμφύσεων, και η τυχόν επίδραση τους στην έκβαση των ασθενών αυτών. Δεδομένου του σημαντικού ποσοστού μειζόνων επιπλοκών που συνοδεύουν τη λαπαροσκοπική λύση των ενδοκοιλιακών συμφύσεων, θα ήταν χρήσιμος ο καθορισμός μέσα από προοπτικές τυχαιοποιημένες μελέτες, των ομάδων των ασθενών με ΧΠΠ ο οποίος αποδίδεται στην παρουσία ενδοκοιλιακών συμφύσεων, οι οποίες θα επωφεληθούν από την εφαρμογή της επεμβατικής λαπαροσκόπησης.

Summary

K. Almaloglou I, G. Pados, J. Bontis
Intrabdominal adhesions and chronic pelvic pain
Helen Obstet Gynecol 20(3):219-225, 2008

Chronic pelvic pain is often attributed to the presence of intrabdominal adhesions. The role of adhesions in the pathogenesis of chronic pelvic pain is not completely understood, while a lot of authors are disputing

the correlation of adhesions with chronic pelvic pain. Adhesions and endometriosis are the most common laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain, but they are not rare, also, in asymptomatic patients. Moreover, a lot of patients with chronic pelvic pain do not have adhesions or other pathological findings. Laparoscopic adhesiolysis seems to ameliorate the symptoms to a high percentage of patients with chronic pelvic pain. Even so, it is not proven that patients underwent laparoscopic adhesiolysis should alleviate their symptoms more than patients who underwent diagnostic laparoscopy alone, possibly due to the high incidence of adhesion reformation.

Key words: chronic pelvic pain, intrabdominal adhesions, adhesiolysis, laparoscopy.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Menzies, D. Peritoneal adhesions: Incidence, cause, and prevention. *Surg Annu Surg* 1992;24:27-45.
2. Operative Laparoscopy Study Group. Postoperative adhesion development after operative laparoscopy: Evaluation at early second-look procedures. *Fertil Steril* 1991;55:700-704.
3. Pados G, Devroey P. Adhesions. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1992;4:412-418.
4. Holmdahl L, Risberg B, Beck DE, Burns JW, Chegini N, diZerega GS, et al. Adhesions: pathogenesis and prevention-panel discussion and summary. *Eur J Surg Suppl* 1997;163:56-62.
5. Canis M, Botchorishvili R, Wattiez A, Rabischong B, Houille C, Mage G, et al. Prevention of peritoneal adhesions. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;30:305-324.
6. Hammoud A, Gago LA, Diamond MP. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril* 2004;82:1483-1491.
7. Alexander-Williams J. Do adhesions cause pain? *Br Med J* 1987; 294:659-600.
8. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594-611.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee on Practice Bulletins. ACOG Practice Bulletin No. 51. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2004;103:589-605.
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The initial management of chronic pelvic pain. Guideline No 41. 2005. London: RCOG Press.
11. Rapkin AJ, Howe NC. Pelvic pain and dysmenorrhea. In: Berek SJ. *Novak's Gynecology*. 14th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007:504-541.
12. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparos-

- copy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984;64:672-674.
13. Punch MR, Roth RS. Adhesions and chronic pain: An overview of pain and a discussion of adhesions and pelvic pain. *Prog Clin Biol Res* 1993;381:101-120.
 14. Kligman I, Drachenberg C, Papadimitriou J, Katz E. Immunohistochemical demonstration of nerve fibers in pelvic adhesions. *Obstet Gynecol* 1993;82:566-568.
 15. Demco L. Pain mapping of adhesions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:181-183.
 16. Duffy DM, di Zerega GS. Adhesion controversies: Pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing them. *J Reprod Med* 1996;41:19-26.
 17. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: A retrospective study. *Obstet Gynecol* 1986;68:13-15.
 18. Diamond PM, Freeman LM. Clinical implications of postsurgical adhesions. *Hum Reprod* 2001;7:567-576.
 19. Stout AL, Steege JF, Dodson WC, Hughes CL. Relationship of laparoscopic findings to self-report of pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:73-79.
 20. Thornton JG, Morley S, Lilleyman J, Onwude JL, Currie I, Crompton AC. The relationship between laparoscopic disease, pelvic pain, and infertility: an unbiased assessment. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;74:57-62.
 21. Nascu PC, Vilos GA, Ettler HC, Abu-Rafea B, Hollet-Caines J, Ahmad R. Histopathologic findings on uterosacral ligaments in women with chronic pelvic pain and visually normal pelvis at laparoscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:201-204.
 22. Swank DJ, Van Erp WF, Repelaer Van Driel OJ, Hop WC, Bonjer HJ, Jeekel H. A prospective analysis of predictive factors on the results of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003;13:88-94.
 23. Sutton C. Adhesions and their prevention. *Obstet Gynaecol* 2005;7:168-176.
 24. Peters AAW, Trimbos-Kemper GCM, Admiral C, Trimbos JB. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynecol* 1992;99:59-62.
 25. Keltz DM, Gera PS, Olive LD. Prospective randomized trial of right-sided paracolic adhesiolysis for chronic pelvic pain. *JSLs* 2006; 10:443-446.
 26. Swank DJ, Swank-Bordewijk SC, Hop WC, van Erp WF, Janssen IM, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomized controlled multi-center trial [published correction appears in *Lancet* 2003;361:2250]. *Lancet* 2003;361:1247-1251.
 27. Swank DJ, van Erp WFM, Repelaer OJ, Hop CJ, Bonjer HJ, Jeekel J. Complications and feasibility of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain. *Surg Endosc* 2002;16:1468-1473.
 28. Chan CLK, Wood C. Pelvic adhesiolysis—the assessment of symptom relief by 100 patients. *Aust NZ J Obstet Gynecol* 1985;25:295-298.
 29. Daniell JF. Laparoscopic enterolysis for chronic abdominal pain. *J Gynecol Surg* 1989;5:61-66.
 30. Sutton C, McDonald R. Laser laparoscopic adhesiolysis. *J Gynecol Surg* 1990;6:155-159.
 31. Kolmorgen K, Schulz AM. [Results of laparoscopic lysis of adhesions in patients with chronic pelvic pain] *Zentralbl Gynakol* 1991;113:291-295.
 32. Fayez JA, Clark RR. Operative laparoscopy for the treatment of localized chronic pelvic abdominal pain caused by postoperative adhesions. *J Gynecol Surg* 1994;10:79-83.
 33. Freys SM, Fuchs KH, Heimbucher J, Thiede A. Laparoscopic adhesiolysis. *Surg Endosc* 1994;8:1202-1207.
 34. Hallfeldt KK, Kantelhardt T, Waldner H, Schweiberer L. [Laparoscopic adhesiolysis in therapy of chronic abdominal pain] *Zentralbl Chir* 1995;120:387-391.
 35. Mueller MD, Tschudi J, Herrmann U, Klaiber C. An evaluation of laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain. *Surg Endosc* 1995;9:802-804.
 36. Saravelos HG, Tin-Chiu L, Cooke ID. An analysis of the outcome of microsurgical and laparoscopic adhesiolysis for chronic pelvic pain. *Hum Reprod* 1995;10:2895-901.
 37. Bremers AJ, Ringers J, Vijn A, Janss RA, Bemelman WA. Laparoscopic adhesiolysis for chronic abdominal pain: an objective assessment. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000; 10:199-202.
 38. Nezhat FR, Crystal RA, Nezhat CH, Nezhat CR. Laparoscopic adhesiolysis and relief of chronic pelvic pain. *JSLs* 2000;4:281-285.
 39. Schietroma M, Carlei F, Altiglia F, Carloni A, Mattucci S, Agnifili A, Maira E, Antonellis M. The role of laparoscopic adhesiolysis in chronic abdominal pain. *Minerva Chir* 2001;56:461-465.
 40. Di Lorenzo N, Coscarella G, Lirosi F, Faraci L, Rossi P, Pietrantuono M, et al. [Impact of laparoscopic surgery in the treatment of chronic abdominal pain syndrome]. *Chir Ital* 2002;54:367-378.
 41. Dunker MS, Bemelman WA, Vijn A, Jansen FW, Peters AA, Janss RA, Gouma DJ. Long-term outcomes and quality of life after laparoscopic adhesiolysis for chronic abdominal pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004;11:36-41.