

Κλινική μελέτη

Τοποθέτηση κολπικής ταινίας ελεύθερης τάσης κάτω από τη βάση της κύστης: προστατεύει από την επανεμφάνιση κυστεοκήλης;

Θ. Ταντανάσης
 Χ. Γιαννούλης
 Κ. Παπαθανασίου
 Α. Λουφόπουλος
 Α. Δανηλίδης
 Ι. Τζαφέττας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο στόχος της προοπτικής αυτής μελέτης είναι να καταδείξει τη χρησιμότητα ή μη της τοποθέτησης κάτω από τη βάση της κύστης, ταινίας πολυπροπυλενίου ως μέσου ενίσχυσης της πρόσθιας κολπορραφίας σε ό,τι αφορά στην πρόληψη επανεμφάνισης κυστεοκήλης. Στη μελέτη συμμετείχαν 17 καυκάσιες γυναίκες, κυρίως μετεμμηνοπαυσιακές, με σημαντικό βαθμού πρόπτωση του πρόσθιου, μέσου και/ή οπίσθιου κολπικού τοιχώματος. Η μετεγχειρητική παρακολούθηση έγινε σε τακτά χρονικά διαστήματα και περιλάμβανε κλινική εξέταση και περινεϊκό υπερηχογράφημα. Τα αποτελέσματα της μελέτης, παρά το μικρό αριθμό των ασθενών, δείχνουν πως η χρήση ταινίας πολυπροπυλενίου ως ενισχυτικού παράγοντα του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος, συντελεί στην πρόληψη της εκ νέου δημιουργίας κυστεοκήλης.

Όροι ευρετηρίου: κυστεοκήλη, ακράτεια ούρων, ταινία ελεύθερη τάσης.

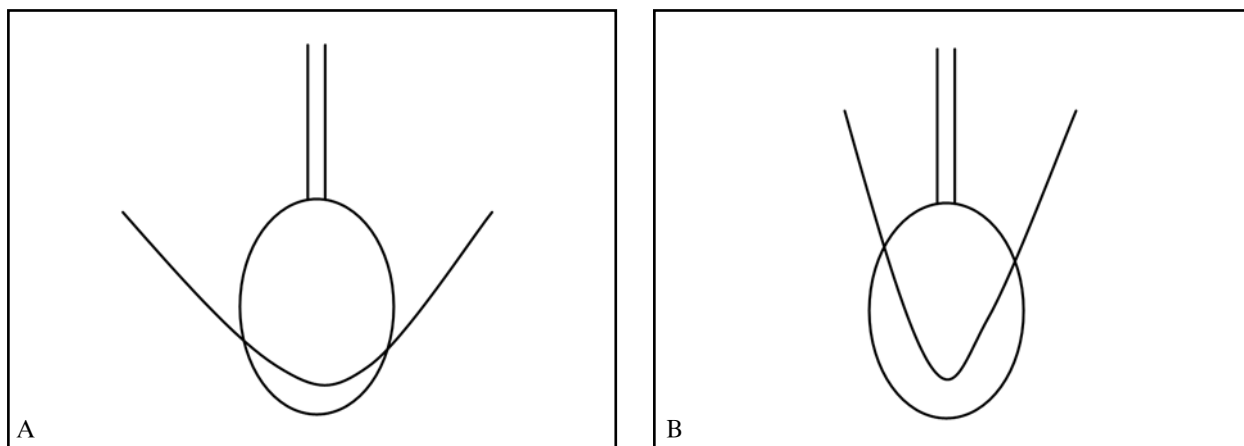
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι μέθοδοι αποκατάστασης βλαβών του κολπικού τοιχώματος λόγω πρόπτωσης των έσω πυελικών οργάνων αποτελούν μεγάλη χειρουργική πρόκληση, καθώς είναι συχνή και δύσκολα αντιμετωπίσιμη η επανεμφάνιση της πρόπτωσης, ιδιαίτερα του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος^{1,2}. Όπως φαίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία η πρόπτωση του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος μπορεί να επανεμφανισθεί στο 40% περίπου των ασθενών μετά από κλασική πρόσθια κολπορραφία^{2,3,4,5}. Λόγω της συχνότητας αποτυχίας αυτού του είδους της κολπορραφίας καθιερώθηκε η χρησιμοποίηση συνθετικών υλικών απορροφήσιμων και μη, ιδιαίτερα μετά από την έναρξη χρήσης της κολπικής ταινίας ελεύθερης τάσης για τη θεραπεία της γυναικείας ακράτειας ούρων από τους Ulmsten και συν. το 1996^{6,7}.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Petros⁸ και Delancy^{9,10}, έγινε κατανοητό πως για να προληφθεί η πρόπτωση του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος, θα πρέπει να γίνει καθήλωση των ραφών σε σταθερά σημεία της πυέλου. Επειδή το πρόσθιο κολπικό τοίχωμα αποτελεί μία περιοχή ελάχιστης αντίστασης, προέκυψε η ιδέα η ταινία πολυπροπυλενίου που χρησιμοποιείται για τη στήριξη της ουρήθρας να χρησιμοποιηθεί για την πρόσθετη στήριξη των ραφών της πρόσθιας κολπορραφίας. Ως στόχος της προοπτικής αυτής μελέτης τέθηκε η κατάδειξη της δυ

Β' Μαιευτική και Γυναικολογική
 Κλινική, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο,
 Θεσσαλονίκη

Αλληλογραφία:
 Θ. Ταντανάσης
 Επιχ. Καθηγητής
 Β' Μαιευτική και Γυναικολογική
 Κλινική ΑΠΘ
 Βασ. Όλγας 10
 54 640 Θεσσαλονίκη
 Τηλ./Fax: 2310 829786
 E-mail: tantanasis@yahoo.com
 Κατατέθηκε: 18/01/07
 Εγκρίθηκε: 20/02/07



Εικόνα 1. Διαγραμματική αναπαράσταση της πορείας της ταινίας, καθώς τοποθετείται κάτω από τη βάση της κύστης: Α) Τοποθέτηση TVT. Β) Τοποθέτηση TOT.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία (μέση - εύρος)	66,6 (50-77)
Βάρος [κιλά] (μέσο - εύρος)	85,3 (72-108)
Τοκετοί (μέση - εύρος)	2,57 (2-4)
Εμμηνοπαυσιακές	16
Περιοιμηνοπαυσιακές	1
Ορμονική θεραπεία υποκατάστασης	0
Προηγηθείσα κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή	1
Χρόνια πνευμονοπάθεια	2
Βαριά χειρωνακτική εργασία	8
Χρόνια δυσκοιλιότητα	5

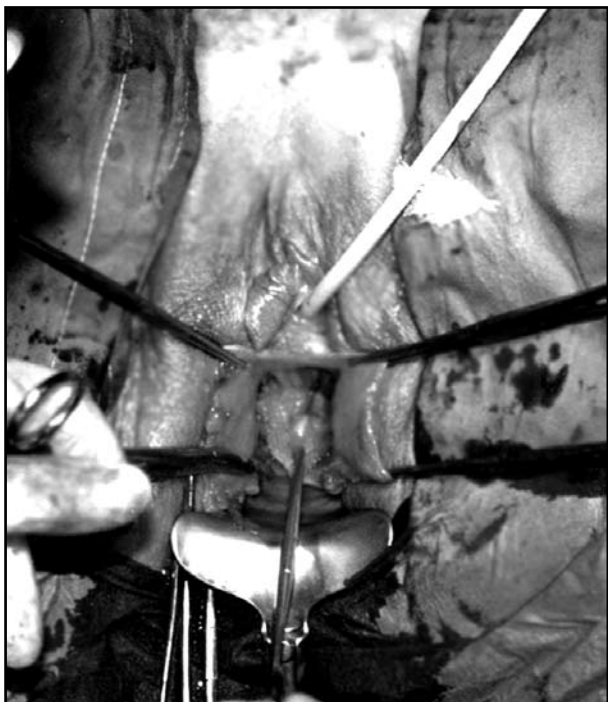
νατότητας πρόληψης επανεμφάνισης κυστεοκήλης με την τοποθέτηση ταινίας πολυπροπυλενίου κάτω από τη βάση της κύστης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην προοπτική μελέτη μας συμμετείχαν 17 γυναίκες, οι οποίες έδωσαν γραπτή συναίνεση. Όλες ήταν υποψήφιες για πυελική διορθωτική επέμβαση. Η μελέτη μας είχε την άδεια της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας του νοσοκομείου. Τα κριτήρια επιλογής των γυναικών ήταν: η σημαντική χαλάρωση του πρόσθιου, μέσου και οπίσθιου πυελικού τμήματος, η απουσία ιστορικού προηγούμενης επέμβασης για ακράτεια ή πρόπτωση, καθώς και η απουσία οποιασδήποτε άλλης πυελικής παθολογίας. Επίσης, λήφθηκαν υπόψη επιπλέον παράγοντες κινδύνου υποτρο-

πής, όπως η παχυσαρκία, η ηλικία, οι χρόνιες πνευμονοπάθειες, η χρόνια δυσκοιλιότητα και η βαριά χειρωνακτική εργασία (πίνακας 1). Η προεγχειρητική εκτίμηση ρουτίνας περιλάμβανε: λήψη πλήρους ιστορικού, κλινική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο, περινεϊκό υπερηχογράφημα και ουροδυναμικό έλεγχο. Η κλινική εξέταση και ο υπερηχογραφικός έλεγχος πραγματοποιήθηκαν σε όρθια και κατακλιμένη θέση σε συνθήκες χαλάρωσης και μετά από δοκιμασία Valsava. Ο βαθμός πρόπτωσης της μήτρας αξιολογήθηκε σύμφωνα με το σύστημα Baden^{11,12} ως εξής: Ως 1^{ου} βαθμού χαρακτηρίστηκε η πρόπτωση μέχρι το μέσο της απόστασης έως τον υμένα, ως 2^{ου} βαθμού η πρόπτωση έως τον υμένα, ως 3^{ου} βαθμού όταν η πρόπτωση ξεπερνούσε τον υμένα, αλλά δεν ήταν πλήρως ανεστραμμένη και ως 4^{ου} βαθμού η πλήρης αναστροφή (πίνακας 2). Η ακριβής θέση της κυστεοκήλης προσδιοριζόταν με τη δοκιμασία ανάταξης του πρόσθιου τοιχώματος και των κολπικών θόλων. Επιπλέον, οι μετρήσεις γίνονταν με το Σύστημα Εκτίμησης της Πρόπτωσης Πυελικών Οργάνων (Pelvic Organ Prolapse Quantification System)^{13,14} (πίνακας 3).

Όλες οι επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν με επισκληρίδιο αναισθησία. Αρχικά η ασθενής τοποθετείται σε θέση λιθοτομής και πραγματοποιείται μέση τομή στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα από την κορυφή του κόλπου έως το επίπεδο της κυστεομητρικής πτυχής. Ο κόλπος αποκολλάται από την κύστη όσο το δυνατόν περισσότερο, χωρίζοντας το κολπικό επιθήλιο από το υποκείμενο μυϊκό τοίχωμα. Η κολπική υστερεκτομή πραγματοποιείται κατά τη συνήθη τακτική. Ακολουθεί η τοποθέτηση ραφών της πρόσθιας κολπορραφής και ραφών Kelly. Η τοποθέτηση της διακολπικής ταινίας προπυλενίου ελεύθερης τάσης



Εικόνα 2. Τοποθέτηση της ταινίας κάτω από τη βάση της κύστης.

(TVT) γίνεται κάτω από κυστεοσκοπικό έλεγχο, ενώ και η τοποθέτηση της ταινίας πολυπροπυλενίου διαμέσου του θυρεοειδούς τρήματος γίνεται κατά το συνήθη τρόπο (εικόνες 1, 2). Η διαφορά στη δική μας μελέτη έγκειται στο ότι η ταινία δεν τοποθετείται στη μέση της ουρήθρας, αλλά κάτω από τη βάση της κύστης όπου και καθηλώνεται. (Τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων συνοψίζονται στον πίνακα 4).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μόνο σε μία από τις δεκαεπτά ασθενείς παρατηρήθηκε κάποια διεγχειρητική επιπλοκή. Συγκεκριμένα, την πρώτη ημέρα μετά την τοποθέτηση του TVT δημιουργήθηκε ένα μεγάλο οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα και έπρεπε να γίνει μετάγγιση αίματος στην ασθενή. Ειδικές οδηγίες δόθηκαν σε όλες τις ασθενείς την ημέρα του εξιτηρίου (5 ημέρες μέση διάρκεια παραμονής στην κλινική μετεγχειρητικά).

Η πρώτη επίσκεψη μετεγχειρητικά πραγματοποιήθηκε 10 ημέρες μετά το εξιτήριο, ώστε να δοθούν περαιτέρω οδηγίες. Στη συνέχεια ακολούθησε τακτική παρακολούθηση κάθε 3-4 μήνες με εργαστηριακό έλεγχο, κλινική εξέταση και διαπερινεϊκή υπερηχογραφική εκτίμηση. Η κλινική εξέταση εστιάστηκε κυρίως στα σημεία της επέμβασης του κολπικού τοιχώματος, ώστε να αποκλεισθούν επα-

Πίνακας 2. Κλινικά χαρακτηριστικά πρόπτωσης κατά Baden

• Στάδιο πρόπτωσης πρόσθιου κολπικού τοιχώματος	
Στάδιο I	6
Στάδιο II	5
Στάδιο III	6
• Στάδιο πρόπτωσης οπίσθιου κολπικού τοιχώματος	
Στάδιο I	12
Στάδιο II	5
Στάδιο III	0
• Στάδιο πρόπτωσης μήτρας	
Στάδιο I	3
Στάδιο II	7
Στάδιο III	5
• Υπολειπόμενος όγκος ούρων (μέση - εύρος):	
111 (65-160)	

νεμφάνιση της πρόπτωσης ή ερεθισμός λόγω της ταινίας. Η διαπερινεϊκή υπερηχογραφική εκτίμηση είχε σαν στόχο τον έλεγχο της βάσης της ουρήθρας, καθώς και της κυστεοουρηθρικής συμβολής και της θέσης της ταινίας^{16,17}. Επιπλέον, μετρήθηκε η απόσταση της βάσης της κύστης από την έσω επιφάνεια της ηβικής σύμφυσης. Δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στα μετεγχειρητικά συμπτώματα, αλλά και στην ποιότητα ζωής των γυναικών. Τέλος πραγματοποιήθηκε ουροδυναμικός έλεγχος στις γυναίκες με συμπτώματα ακράτειας ούρων. (Τα μετεγχειρητικά ευρήματα συνοψίζονται στον πίνακα 5).

Ο χαρακτηρισμός «ίαση» δόθηκε στις γυναίκες που μετεγχειρητικά είχαν πλήρη ανατομική ανακατασκευή της βλάβης και δεν παρουσίασαν συμπτώματα από το ουροποιογεννητικό σύστημα. Ο χαρακτηρισμός «βελτίωση αλλά όχι ίαση» δόθηκε στις γυναίκες όπου παρά την πλήρη διόρθωση της ανατομικής βλάβης, εμφάνισαν συμπτώματα από το ουροποιητικό. (Τα μετεγχειρητικά αποτελέσματα συνοψίζονται στον πίνακα 6).

Η ασθενής νούμερο 2 είχε υποβληθεί σε εγχείρηση κολπικής υστερεκτομής ένα χρόνο πριν παρουσιασθεί στην κλινική μας. Κατά την τελευταία κλινική εξέταση βρέθηκε να έχει μία κυστεοκήλη 3^{ου} βαθμού και επίσης μία ορθοκήλη 2^{ου} βαθμού. Σε αυτό το περιστατικό πραγματοποιήθηκε προσθιοπίσθια κολπορραφή και τοποθέτηση TVT και IVS

Πίνακας 3. Προεγχειρητική εκτίμηση και μετρήσεις με βάση το Σύστημα Εκτίμησης της Πρόπτωσης Πυελικών Οργάνων (Pelvic Organ Prolapse Quantification System)

Ασθενής	Aa	Ba	C	D	Ap	Bp	TVL	GH	PB
1	+2	+4	-1	-2	-2	-2	7	3	2
2	+1	+2	0	-5	+1	+2	5	3,5	3
3	-2	-2	-1	-2	+1	+2	7	3	3
4	+3	+6	-1	-2	-3	-3	6	4,5	2,5
5	+2	+3,5	+1	-1	-2	-2	7	4	4
6	+1	+3	-4	-6	+2	+3	7	3	3,5
7	0	0	+1,5	+1	-1	-1	7	2,5	4
8	+3	+4,5	-1	-2	-2	-2	6	3	3
9	+2	+4	-1,5	-4	-1,5	-1,5	7	3	2,5
10	+2	+4	-3	-4	-2	-2	6	3,5	3
11	+1	+3	-1	-2	+2	+3	7	4	4
12	+4,5	+5	+1	-1	+2	+4	8	3,5	4
13	+4	+8	+1	-1	+1	+3	7	3	3
14	-1	-1	-1	-2	+1	+2	7	2,5	3
15	+1	+2	-1	-2	-2	-2	8	2	1,5
16	+1	+2	+2	0	+1	+2	4,5	3	2
17	+4	+5	+1	0	+2	+3	5	3,5	2
18	+3,5	+5	-2	-4	+1	+2	6	3	3

(ταινία ιεροπηξίας). Η ασθενής ένα μήνα μετά την επέμβαση εμφάνισε ακράτεια από προσπάθεια και της χορηγήθηκε για έξι μήνες δουλτοξετίνη. Κατά την επανεξέταση μετά από την εξάμηνη θεραπεία δεν υπήρχε πλέον ακράτεια και ο κλινικός και υπερηχογραφικός έλεγχος δεν έδειξαν κάποια υποτροπή.

Στην ασθενή νούμερο 5 διενεργήθηκε κολπική υστερεκτομή, πρόσθια κολπορραφία και τοποθέτηση TOT. Δύο μήνες μετά την επέμβαση εμφάνισε ακράτεια από έπειξη και της χορηγήθηκαν αντιχολινεργικά για 5 μήνες.

Η ασθενής νούμερο 6 παρουσιάστηκε την πρώτη φορά με σοβαρή κυστεο-ορθοκήλη και διενεργήθηκε προσθιοπίσθια κολπορραφία και τοποθέτηση TVT και IVS. Η ασθενής μετεγχειρητικά δεν ακολούθησε τις οδηγίες για αποφυγή άρσης βάρους, ενώ δεν εμφανίστηκε σε όλα τα προγραμματισμένα μετεγχειρητικά της ραντεβού. Τελικά παρουσιάστηκε με μετρίου βαθμού πρόπτωση μήτρας και χωρίς βλάβη του πρόσθιου ή οπίσθιου κολπικού τοιχώματος. Πραγματοποιήθηκε κολπική υστερεκτομή χωρίς να αφαιρεθούν οι ταινίες TVT και IVS. Έξι μήνες μετά η ασθενής θεωρήθηκε θεραπευμένη πλήρως.

Τέλος, η ασθενής νούμερο 17 παρουσιάστηκε 5 μήνες μετά την επέμβαση με ακράτεια από προσπάθεια. Χορηγήθηκε δουλτοξετίνη και στο μετεγχειρητικό της ραντεβού ανέφερε πως τα συμπτώματά της

έχουν βελτιωθεί.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η πρόπτωση των έσω γεννητικών οργάνων παρουσιάζεται με αρκετά υψηλή συχνότητα ανάμεσα στις πολύτοκες γυναίκες. Ο Olsen και συν.¹⁸ βρήκε πως ο σχετικός κίνδυνος ακόμη και μετά από επέμβαση για ακράτεια ή πρόπτωση είναι 11,1% μέχρι την ηλικία των 80^{1,18}. Στο 29% των περιπτώσεων το πρόβλημα ήταν η υποτροπή^{1,18}. Από τα δεδομένα αυτά γίνεται ξεκάθαρο πως η πρόπτωση είναι ένα συχνό πρόβλημα, ειδικότερα όσο αυξάνει η ηλικία του πληθυσμού και πως το πρόβλημα αφορά κυρίως στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα. Όταν η πρόπτωση αντιμετωπίζεται χειρουργικά, θα πρέπει να καθορισθεί με ακρίβεια η ανατομική βλάβη, ώστε να επιτευχθεί το καλύτερο αποτέλεσμα. Η πρόσθια κολπορραφία επανορθώνει την πρόπτωση της ουροδόχου κύστης στο πρόσθιο κολπικό τοίχωμα. Επειδή δεν υπάρχουν εγκάριοι σύνδεσμοι στη μεσότητα, ο κύριος στηρικτικός ιστός είναι η ηβοτραχηλική περιτονία. Αυτό θεωρείται το πιο δύσκολο σημείο της επέμβασης, καθώς λόγω της ενδοκοιλιακής πίεσης αλλά και τυχόν υπάρχουσας παχυσαρκίας ή άλλων επιβαρυντικών παραγόντων, υπάρχει πάντοτε η τάση για υποτροπή. Με την αναδίπλωση του στρώματος της ηβοτραχηλικής ή παρακυστικής περιτονίας η κυστεοκήλη ανατάσσεται. Εντούτοις, δεν παρέχεται πλήρης στήριξη εκ μέρους του δημιουργηθέντος υποστρώματος προς την κύστη. Τα

Πίνακας 4. Χειρουργικές επεμβάσεις

Αριθμός ασθενή	
1	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
2	TVT, πρόσθια κολπορραφή, οπίσθιο IVS
3	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθιο IVS
4	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
5	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
6	TVT, πρόσθια κολπορραφή, οπίσθιο IVS, κολπική υστερεκτομή
7	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
8	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
9	TVT, πρόσθια κολπορραφή
10	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
11	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
12	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
13	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
14	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή
15	TVT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
16	TOT, πρόσθια κολπορραφή, κολπική υστερεκτομή, οπίσθια κολπορραφή
17	TOT, προσθιοπίσθια κολπορραφή

Πίνακας 5. Μετεγχειρητικά ευρήματα

Οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα	1
Δυσκολίες ούρησης	0
Υπολειπόμενος όγκος ούρων	30
Παροδική ακράτεια από προσπάθεια	1
Εμμένουσα έως σήμερα ακράτεια από προσπάθεια	1
Παροδική ακράτεια από έπειξη	1
Απόσταση της βάσης της κύστης από το κατώτερο χείλος της ηβικής σύμφυσης σε cm (μέτρηση με περινεϊκό υπερηχογράφημα)	1,2 (1 - 2,2)
Διάβρωση της ταινίας	0
Ολικό μήκος του κόλπου σε cm 9 (μέσο, εύρος)	7 (6,2 - 8,4)

στοιχεία του κόλπου που αναδιπλώνονται αντιδρούν δυναμικά (λείοι μύες, κολλαγόνο, ελασίνη) στη δημιουργούμενη τάση. Οι ιστοί αυτοί κάτω από την επίδραση της αυξημένης τάσης μπορεί ανά πάσα στιγμή να σπασουν ή να χαλαρώσουν και έτσι να ξαναδημιουργηθεί η πρόπτωση του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος^{3,19}.

Τα ποσοστά αποτυχίας των επεμβάσεων διόρθωσης της κυστεοκήλης κυμαίνονται από 20% έως και 40%,

ακόμη και εάν η εγχείρηση πραγματοποιηθεί από έμπειρους χειρουργούς^{15,20}.

Έχουν αναφερθεί διάφορες τεχνικές που έχουν σαν στόχο να βελτιώσουν το αποτέλεσμα της διορθωτικής εγχείρησης της κυστεοκήλης^{8,15}. Με βάση τα νεότερα δεδομένα υπήρξε η σκέψη, η χρήση των ταινιών πολυπροπυλενίου να γίνει κατά τρόπο τέτοιο ώστε να πληρούν τις ανάγκες για πρόληψη της κυστεοκήλης.

Ο στόχος της μελέτης μας ήταν να διερευνήσει τη χρησιμότητα των ταινιών TVT ή TOT (ταινία διαμέσου του θυρεοειδούς τμήματος) ως συμπληρωματικού μέσου στήριξης της βάσης της κύστης, ώστε να προληφθεί η κυστεοκήλη. Γι' αυτό το λόγο τοποθετούμε την ταινία κάτω από τη βάση της κύστης, προς την κορυφή του κόλπου και εκεί την καθλώνουμε. Με αυτό τον τρόπο ενισχύονται οι ραφές στήριξης της πρόσθιας κολπορραφής. Στην ομάδα μελέτης συμμετείχαν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 66,6 χρόνια, μέσο βάρος σώματος 85,3 κιλά και μέσο αριθμό φυσιολογικών τοκετών 2,57. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, στη μελέτη μας λάβαμε υπόψη επιπλέον παράγοντες κινδύνου για πρόπτωση του κολπικού τοιχώματος, όπως η παχυσαρκία ή η βαριά χειρονακτική εργασία. Σαν σύνολο, η ομάδα μελέτης αποτελείται από άτομα υψηλού κινδύνου για υποτροπή πρόπτωσης, του πρόσθιου ειδικά, κολπικού τοιχώματος. Η διάρκεια του μετεγχειρητικού ελέγχου ήταν από 10 έως 20 μήνες. Κατά τη διάρκεια αυτού του χρόνου οι 14 γυναίκες χαρακτηρίστηκαν ως πλήρως θεραπευμένες, ενώ σε 3 παρατηρήθηκε απλά βελτίωση αλλά όχι και

Πίνακας 6. Μετεγχειρητικά αποτελέσματα

Αριθμός ασθενή	Παρακολούθηση σε μήνες	Πλήρης ίαση (ολικός αριθμός 14)	Βελτίωση αλλά όχι ίαση (ολικός αριθμός 3)
1	20	+	
2	18		+
3	17	+	
4	17	+	
5	17		+
6	16	+	
7	16	+	
8	16	+	
9	16	+	
10	13	+	
11	12	+	
12	12	+	
13	11	+	
14	11	+	
15	10	+	
16	10	+	
17	10		+

ίαση μόνο ως προς την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων. Και στις 17 ασθενείς έγινε εκτίμηση της βάσης της κύστης κλινικά και υπερηχογραφικά και βρέθηκε πως είχε ανυψωθεί ικανοποιητικά, ενώ δεν παρατηρήθηκε σε καμία περίπτωση υποτροπή της κυστεοκήλης και αυτό είναι το σημαντικό εύρημα σε ό,τι αφορά στη μελέτη. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε διάβρωση της ταινίας ή ερεθισμός από αυτή σε καμία από τις γυναίκες. Ο υπολειπόμενος όγκος ούρων ήταν ελάχιστος σε όλες τις περιπτώσεις, ενώ τα συμπτώματα ακράτειας που εμφανίστηκαν σε δύο ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με επιτυχία φαρμακευτικά. Μία μόνο ασθενής συνεχίζει ακόμη τη θεραπεία με δουλξετίνη.

Μειονέκτημα της μελέτης μας αποτελούν ο σχετικά μικρός αριθμός ασθενών, καθώς και το διάστημα του follow up. Όπως έχει ήδη αναφερθεί βιβλιογραφικά μπορεί μακροπρόθεσμα να παρατηρηθούν επιπλοκές^{22,23,24,25}.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σύμφωνα με τα ευρήματά μας, κατά τη χειρουργική επανόρθωση του πυελικού εδάφους οι ταινίες πολυπροπυλενίου θα μπορούσαν σε συνδυασμό με την πρόσθια κολπορραφία να χρησιμοποιηθούν για ενίσχυση του πρόσθιου κολπικού τοιχώματος, ώστε να αποφευχθεί η υποτροπή κυστεοκήλης. Βέβαια, η εφαρμογή μεθόδων όπως το Prolift, το οποίο καλύπτει την επιφάνεια

κάτω από την ουροδόχο κύστη, δημιουργεί νεότερα δεδομένα, επομένως η ανωτέρω περιγραφόμενη τεχνική της μελέτης μας θα μπορούσε να λειτουργήσει σαν μια εναλλακτική προσέγγιση, εφόσον επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητά της μακροπρόθεσμα.

Summary

Tantanasis Th, Giannoulis Ch, Papathanasiou K, Loufopoulos A, Daniilidis A, Tzafettas J

Tension free vaginal tape under the bladder base: does it prevent cystocele recurrence? Prospective study of 17 women

Helen Obstet Gynecol 19(4):331-337, 2007

The target of the current prospective study was to assess the effectiveness of the polypropylene tapes in preventing recurrence of cystocele formation when placed underneath the bladder base. 17 Caucasian women, predominantly postmenopausal with marked descent of the anterior, middle and/or posterior pelvic segment, enrolled into the study. The postoperative follow up was carried out in frequent intervals and included clinical and perineal ultrasound assessment. The results of our study, despite the short number of patients, show that the use of polypropylene tapes as an adjunct for fortification of the anterior pelvic segment could provide an option in preventing recurrence of cystocele formation.

Key words: *cystocele, urinary incontinence, TVT (transvaginal tape), TOT (transobuturator tape).*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Sand P, Koduri S, Lobel R, Winkler H, Tomenzsko J, Culligan P, Goldberg R. Prospective randomized trial of polyglactin 910 mesh to prevent recurrence of cystoceles and rectoceles. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1357-1364.
- Jullian T. The efficacy of Marlex mesh in the repair of severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:1472-1475.
- Weber A, Walters M. Anterior vaginal prolapse: Review of anatomy and techniques of surgical repair. *Obstet & Gynecol* 1997; 89:311-318.
- Goldberg R, Koduri S, Lobel R, Culligan P, Tomezsko J, Winkler H, et al. Protective effect of suburethral slings on postoperative cystocele recurrence after reconstructive pelvic operation. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1307-1313.
- Weber A, Walters M, Piedmonte M, Ballard L. Anterior colporrhaphy: A randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1299-1306.
- Ulmsten U. The basic understanding and clinical results of tension-free vaginal tape for urinary incontinence. *Urologe* 2001; 40:264-273.
- Ulmsten U, Petros P. Intravaginal slingplasty: an ambulatory surgical procedure for treatment of female urinary incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 1995; 29:75-82.
- Petros PE. Editor. *The female pelvic floor. Function, Dysfunction and Management According to the Integral Theory.* Heidelberg (Germany). Springer Medizin Verlag Heidelberg 2004.
- De Lancey J. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: the hammock hypothesis. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170:1713-1720.
- Wei J, De Lancey J. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 2004; 47:3-17.
- De Lancey J. Fascial and muscular abnormalities in women with urethral hypermobility and anterior vaginal wall prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187:93-98.
- Bump R, Mattiason A, Kari B, Brubaker L, De Lancey J, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:10-17.
- Koduri S, Sand P. Recent developments in pelvic organ prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000; 12:399-404.
- O' Boyle AL, O' Boyle JD, Calhoun B, Davis G. Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J* 2005; 16:69-72.
- Shull B, Bachofen C, Coates K, Kuehl T. A transvaginal approach to repair of apical and other associated sites of pelvic organ prolapse with uterosacral ligaments. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1365-1374.
- Dietz HP, Barry C, Lim YN, Rane A. Two-dimensional and three-dimensional ultrasound imaging of suburethral slings. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005; 26:175-179.
- Dietz HP. Ultrasound imaging of the pelvic floor. Part I: two-dimensional aspects. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:80-92.
- Olsen AL, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-506.
- Fritsch H, Pinggera GM, Lienemann A, Mitterberger M, Bartsch G, Strasser H. What are the supportive structures of the female urethra? *Neurourol Urodynam* 2006; 25:128-134.
- Sze EH, Milkos JR, Partoll L, Roat TW, Karram MM. Sacrospinous ligament fixation with transvaginal needle suspension for advanced pelvic organ prolapse and stress incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:94-96.
- De Leval J. Novel surgical technique for the treatment of female stress urinary incontinence: transobuturator vaginal tape inside-out. *European urology* 2003; 44:724-730.
- Tsia-Shu Lo. Tension free vaginal tape procedures in women with stress urinary incontinence with and without co-existing genital prolapse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:399-404.
- Valpas A, Nilson CG. Tension free vaginal tape procedure and laparoscopic colposuspension in the treatment of stress urinary incontinence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16:319-323.
- Glavind K, Sander P. Erosion, defective healing and extrusion after tension-free urethropexy for the treatment of stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J* 2004; 15:179-182.
- Tunn R, Gauruder-Burmester A, Kollé D. Ultrasound diagnosis of intraurethral tension-free vaginal tape (TVT) position as a cause of postoperative voiding dysfunction and retropubic pain. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:247-253.