

Κλινική Μελέτη

Αποφρακτικές τεχνικές στην αντιμετώπιση της πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων: Ο ρόλος της κολπόκλεισης στην εποχή των πλεγμάτων

Θ. Μίκος
 Κ. Πανταζής
 Α. Παπαδόπουλος
 Β. Παπαμελετίου
 Β. Ταρλατζής
 Τ. Τσαλίκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η περιγραφή της εμπειρίας μας από την εφαρμογή των αποφρακτικών τεχνικών για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων σε συνδυασμό με επέμβαση για την ακράτεια.

Υλικό & Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών χωρίς ομάδα ελέγχου. **Κριτήρια εισόδου:** 1) γυναίκες με πρόπτωση γεννητικών οργάνων μεγάλου βαθμού με ή χωρίς ακράτεια ούρων στην προσπάθεια (USI), 2) ασθενείς που δεν επιθυμούσαν τη διατήρηση της σεξουαλικότητας τους, 3) ηλικία άνω των 70 ετών, 4) επιβαρυνμένο ιατρικό ιστορικό. Σε όλες τις γυναίκες διενεργήθηκε προεγχειρητικός ουροδυναμικός έλεγχος με κυστεομετρία και μελέτη πίεσης-ούρησης. Προσδιορίστηκαν: α) οι διεγχειρητικές επιπλοκές, β) το μετεγχειρητικό ποσοστό υποτροπής της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων, γ) το μετεγχειρητικό ποσοστό υποτροπής της ακράτειας ούρων στην προσπάθεια και δ) οι μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 12 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 73,4 έτη. Οι 4 από αυτές (33,3%) είχαν προεγχειρητικά ουροδυναμική ακράτεια ούρων στην προσπάθεια, οι 2 (16,6%) από αυτές είχαν ευρήματα υπερδραστικότητας του εξωστήρα και οι 2 (16,6%) ακράτεια ούρων μικτού τύπου. Στις 9 από αυτές υπήρχε ιστορικό τουλάχιστον μίας επέμβασης για πρόπτωση γεννητικών οργάνων, ενώ τρεις ασθενείς είχαν πρωτοπαθή πρόπτωση. Σε τρεις περιπτώσεις διενεργήθηκε ταυτόχρονα κολπική υστερεκτομή. Σε εννέα ασθενείς διενεργήθηκε κολπόκλειση κατά LeFort, ενώ στις υπόλοιπες τρεις διενεργήθηκε ολική κολπεκτομή. Σε όλες τις περιπτώσεις τοποθετήθηκε ταινία ελεύθερη τάσης: στις 6 από αυτές δια του θυροειδικού τμήματος με την τεχνική από μέσα προς τα έξω, ενώ στις υπόλοιπες 5 με την τεχνική από έξω προς τα μέσα, ενώ σε ένα περιστατικό τοποθετήθηκε ταινία μονής εισόδου. Σε όλες τις περιπτώσεις η επέμβαση ολοκληρώθηκε με περινεοπλαστική. Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές επιπλοκές. Σε μία περίπτωση υπήρξε πρόπτωση ορθού που ανατάχθηκε χειρουργικά. Δεν υπήρξε υποτροπή της πρόπτωσης σε καμία γυναίκα. Δύο από τις ασθενείς (όπου προϋπήρχε USI) είχαν μετεγχειρητικά ήπια USI.

Συμπέρασμα: Η κολπόκλειση έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα και φαίνεται ότι συμπληρώνεται επαρκώς με την προσθήκη ταινίας ελεύθερης τάσης για την ακράτεια ούρων. Προοπτικές συγκριτικές μελέτες με περισσότερους ασθενείς χρειάζονται για την επαλήθευση των ευρημάτων αυτών.

Τμήμα Ουρογυναικολογίας,
 Α' Μαιευτική & Γυναικολογική
 Κλινική, ΑΠΘ

Αλληλογραφία:
 Θεμιστοκλής Μίκος
 Α' Γυναικολογική & Μαιευτική
 Κλινική ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο
 «Παπαγεωργίου», Περιφερειακή οδός
 54603 Νέα Ευκαρπία, Θεσσαλονίκη
 Τηλ.: 2310 693131
 E-mail: themismikos@gmail.com
 Κατατέθηκε: 5/4/09
 Εγκρίθηκε: 10/9/09

Όροι ευρητηρίου: Πρόπτωση γεννητικών οργάνων, ακράτεια ούρων στην προσπάθεια, υποτροπή, ταινία ελεύθερη τάσης, κολπόκλειση κατά Lefort, κολπεκτομή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κολπόκλειση αποτελεί μία αποφρακτική τεχνική χειρουργικής θεραπείας της πρόπτωσης κολοβώματος μετά υστερεκτομή ή μεγάλου βαθμού πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων. Η ολική κολπόκλειση συνήθως αναφέρεται στην εξαίρεση της μεγαλύτερης επιφάνειας του κολπικού επιθηλίου, αφήνοντας ένα κολπικό ίχνος βάθους 0,5-2cm επί τα εντός της ουρήθρας^{1,2}. Η μερική κολπόκλειση αναφέρεται στην τεχνική διατήρησης τμήματος του κολπικού επιθηλίου, εξασφαλίζοντας κανάλια παροχέτευσης τραχηλικών εκκρομάτων και εκτελείται συνήθως κατά την τεχνική του Lefort ή τις περιγραφείσες τροποποιήσεις της^{3,4}.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης καθιστά αναπόφευκτη την αύξηση του ποσοστού ατόμων άνω των 65 ετών, με παράλληλη αύξηση των απαιτήσεων σε χειρουργικές επεμβάσεις για πρόπτωση και ακράτεια στο κομμάτι αυτό του πληθυσμού. Θεωρείται δεδομένο ότι το ένα τρίτο περίπου των γυναικών που θα υποβληθούν σε επέμβαση για ακράτεια ούρων ή πρόπτωση γεννητικών οργάνων θα χρειαστούν τουλάχιστον ακόμη μία επέμβαση προς διόρθωση υποτροπής του αρχικού προβλήματος⁵. Καθίσταται λοιπόν αναγκαιότητα η κατανόηση των ενδείξεων, των κινδύνων, των περιορισμών και του θεραπευτικού αποτελέσματος των διαφόρων χειρουργικών τεχνικών που είναι σήμερα διαθέσιμες για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων και της πρόπτωσης.

Υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που διαμορφώνουν την επιλογή του χειρουργείου, τόσο από την πλευρά του χειρουργού, όσο και από την πλευρά της ασθενούς. Το είδος της βλάβης σε κάθε περίπτωση, η διάθεση για διατήρηση ή αποκατάσταση της φυσιολογικής ανατομίας του κόλπου, καθώς και η επιθυμία για σεξουαλική επαφή, συμπληρώνουν μαζί με τη γενικότερη ιατρική κατάσταση της ασθενούς και την ικανότητά της να υποβληθεί σε πιο εκτεταμένη χειρουργική επέμβαση.

Η επιλογή της κολπόκλεισης ως χειρουργική θεραπεία της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας χωρίς ενδιαφέρον στη διατήρηση των κολπικών επαφών σήμερα αποτελεί μία λύση με πολλαπλά πλεονεκτήματα. Το μικρό ποσοστό υποτροπής της πρόπτωσης και ανάγκης για επανεπέμβαση, η αποφυγή χρήσης συνθετικών υλικών που αυξάνουν την πιθανότητα ιατρογενών επιπλοκών, αλλά και η συντομότερη ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης αποτελούν τα σημαντικότερα από αυτά. Από την άλλη, υπάρχουν ασθενείς που μπορεί μετεγχειρητικά να μετανιώσουν για την επιλογή τους αυτή, η οποία όμως είναι εξαιρετι-

κά δύσκολο να αναταχθεί.

Σκοπός της μελέτης ήταν η παρουσίαση σειράς περιστατικών γυναικών με πρόπτωση γεννητικών οργάνων που αντιμετωπίστηκαν με κολπόκλειση και σύγχρονη τοποθέτηση ταινίας ελεύθερης τάσης για την ακράτεια ούρων.

ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για αναδρομική μελέτη σειράς περιστατικών χωρίς ομάδα ελέγχου που έλαβε χώρα σε Τμήμα Ουρογυναικολογίας τριτοβάθμιου νοσοκομείου από το Μάρτιο του 2007 έως το Σεπτέμβριο του 2008. Όλες οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη επελέγησαν από τα Εξωτερικά ιατρεία με κριτήρια εισόδου:

- 1) την παρουσία πρόπτωσης γεννητικών οργάνων μεγάλου βαθμού (>κυστοεκύλη GrIII, πρόπτωση μήτρας GrIII, ορθοκύλη GrIII),
- 2) την επιθυμία μη διατήρησης της ικανότητάς τους για σεξουαλική κολπική επαφή,
- 3) την ηλικία άνω των 70 ετών,
- 4) το επιβαρυνόμενο ιατρικό ιστορικό.

Σε όλες τις ασθενείς εξηγήθηκε το είδος της προβλεπόμενης επέμβασης, ο αποφρακτικός χαρακτήρας της σε ότι αφορά την ικανότητα σεξουαλικής κολπικής επαφής, καθώς και η μη αναστρεψιμότητά της. Σε περίπτωση που η ασθενής είχε επιφυλάξεις για τη διενέργεια κολπόκλεισης, υποβιβάλλονταν σε άλλες κατάλληλες τεχνικές διόρθωσης της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων.

Σε όλες τις γυναίκες διενεργήθηκε προεγχειρητικός ουροδυναμικός έλεγχος με κυστεομετρία και μελέτη πίεσης-ούρησης. Προσδιορίστηκε η παρουσία ακράτειας ούρων στην προσπάθεια, η παρουσία κεκαλυμμένης ακράτειας ούρων στην προσπάθεια (μετά ανάταξη της πρόπτωσης), η παρουσία υπερδραστηριότητας του εξωστήρα, η παρουσία αυξημένης αισθητικότητας του εξωστήρα, ο συνολικός χρόνος ροής κατά την ούρηση και η μέση ταχύτητα ροής κατά την ούρηση.

Οι ασθενείς υποβλήθηκαν επιλεκτικά σε κολπική υστερεκτομή και στη συνέχεια σε κολπόκλειση κατά Lefort ή ολική κολπεκτομή. Σε όλες τις γυναίκες η αντιμετώπιση της πρόπτωσης συνοδεύτηκε με περινεοπλαστική. Στο τέλος, σύμφωνα με το πρωτόκολλο, τοποθετήθηκε ταινία ελεύθερη τάσης δια του θυροειδικού τμήματος ή ταινία μονής εισόδου. Η κολπική υστερεκτομή διενεργήθηκε τυπικά σε τρία βήματα (απολίνωση ίδιων συνδέσμων της μήτρας, απολίνωση μητριαίων αγγείων, απολίνωση κρεμαστήρα της ωοθήκης και στρογγύλου συνδέσμου). Η κολπόκλειση κατά Lefort διενεργήθηκε με την αρχική εξαίρεση παραλληλόγραμμου τμήματος του προσθίου και οπισθίου τοιχώματος του κόλπου και στη συνέχεια συρραφή των τραυματικών επιφανειών. Η ταινία ελεύθερη τάσης τοποθετήθηκε είτε με την τεχνική από έξω προς τα μέσα είτε αντίστροφα, ανάλογα με την εμπειρία του χει-

Πίνακας 1. Στοιχεία από το ιστορικό και τον ουροδυναμικό έλεγχο των ασθενών που υποβλήθηκαν σε κολπό-κλειση/κολπεκτομή και ταινία ελεύθερη τάσης

α/α	Ηλικία	Προηγηθείσα επέμβαση	Ακράτεια ούρων στην προσπάθεια	Ακράτεια ούρων από έπειξη	Αυξημένο υπόλοιπο ούρων μετά ούρηση
#1	77	π/ο κολπορραφία	+	-	-
#2	68	1) ΚΟΥΜΕ 2) κολπορραφία με πλέγμα	+	+	-
#3	73	π/ο κολπορραφία	-	+	-
#4	74	1) π/ο κολπορραφία 2) κολπική υστερεκτομή	+	-	-
#5	68	υφολική ΚΟΥΜΕ	+	-	-
#6	77	-	-	-	-
#7	74	ΚΟΥΜΕ	+	+	-
#8	75	-	-	+	+
#9	72	ΚΟΥΜΕ	-	-	+
#10	76	1) ΚΟΥΜΕ 2) ιεροκολποπηξία	-	-	-
#11	77	-	+	-	-
#12	73	κολπική υστερεκτομή	-	-	-

ρουργού, ενώ η εισαγωγή της έγινε σε όλες τις περιπτώσεις μέσω διαφορετικής τομής κάτωθεν της ουρήθρας. Όλες οι ασθενείς έλαβαν περιεγχειρητική αντιβιοτική προφύλαξη και έφεραν μετεγχειρητικώς διουρηθρικό αυτοσυγκρατούμενο καθετήρα Folley No 14.

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της μελέτης προσδιορίστηκαν

- οι διεγχειρητικές επιπλοκές,
- το μετεγχειρητικό ποσοστό υποτροπής της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων,
- το μετεγχειρητικό ποσοστό υποτροπής της ακράτειας ούρων στην προσπάθεια,
- το ποσοστό νέας εμφάνισης (de novo) ακράτειας ούρων στην προσπάθεια ή ακράτειας ούρων από έπειξη και
- τυχόν απώτερες μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Οι ασθενείς παρέμειναν στην κλινική έως την 5η μετεγχειρητική ημέρα και εδόθησαν οδηγίες για επανεξέταση στους 3, 6, 12 και 24 μήνες.

Η συλλογή των δεδομένων και η επεξεργασία των στοιχείων έγινε με το φύλλο Microsoft EXCEL των Windows. Η περιγραφική στατιστική έγινε με τη βοήθεια του ίδιου λογισμικού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά μελετήθηκαν 12 γυναίκες (μέσος όρος ηλικίας 73,4 έτη, τυπική απόκλιση 2,9 έτη). Σύμφωνα με την κλινική εξέταση και τον ουροδυναμικό έλεγχο, οι 4

(4/12, 33,3%) από αυτές τις γυναίκες είχαν προεγχειρητικά ουροδυναμική ακράτεια ούρων στην προσπάθεια (USI), ενώ 2 (16,6%) είχαν ευρήματα υπερδραστικότητας του εξωστήρα και άλλες 2 (16,6%) ακράτεια ούρων μικτού τύπου. Σε δύο περιπτώσεις βρέθηκε αυξημένο υπόλοιπο ούρων μετά ούρηση (>100ml) και διενεργήθηκε βιοχημικός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας, που έδειξε ήπια αυξημένα επίπεδα ουρίας και κρεατινίνης ορού. Σε εννέα γυναίκες υπήρχε ιστορικό τουλάχιστον μίας επέμβασης για πρόπτωση γεννητικών οργάνων που είχε διενεργηθεί από 26 έως 1 έτος πριν (Πίνακας 1).

Σε τρεις περιπτώσεις, η επέμβαση ξεκίνησε με τη διενέργεια κολπικής υστερεκτομής, με ενδείξεις το ιστορικό αιμόρροιας εκ των γεννητικών οργάνων στην εμμηνοπαύση και παρουσίας ινομυωμάτων μήτρας. Σε εννέα περιπτώσεις διενεργήθηκε κολπόκλειση κατά Lefort και στις υπόλοιπες τρεις ολική κολπεκτομή. Η παρουσία ευμεγέθους ολικής πρόπτωσης γεννητικών οργάνων υπό τάση ήταν η κύρια ένδειξη για την εφαρμογή ολικής κολπεκτομής, με σκοπό την αποφυγή υποτροπών πρόπτωσης. Σε όλες τις περιπτώσεις η χειρουργική αντιμετώπιση της πρόπτωσης ολοκληρώθηκε με τη διενέργεια περινεοπλαστικής.

Σε όλες τις ασθενείς τοποθετήθηκε ταινία ελεύθερη τάσης για την ακράτεια ούρων στην προσπάθεια. Σε πέντε περιπτώσεις τοποθετήθηκε ταινία ελεύθερη τάσης με την τεχνική από έξω προς τα μέσα, σε άλλες έξι

Πίνακας 2. Είδος επέμβασης και μετεγχειρητικές επιπλοκές κατά την παρακολούθηση των ασθενών

α/α	Διατήρηση μήτρας	Νάρκωση	Τύπος επέμβασης
# 1	+	Γενική	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 2	N/A	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 3	+	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 4	N/A	Ραχιαία	Ολική κολπεκτομή
# 5	-	Γενική	Κολπική τραχηλεκτομή Κολπόκλειση κατά Lefort
# 6	-	Ραχιαία	Κολπική υστερεκτομή Κολπόκλειση κατά Lefort
# 7	N/A	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 8	-	Ραχιαία	Κολπική υστερεκτομή Ολική κολπεκτομή
# 9	N/A	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 10	N/A	Ραχιαία	Ολική κολπεκτομή
# 11	+	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort
# 12	N/A	Ραχιαία	Κολπόκλειση κατά Lefort

με την τεχνική από μέσα προς τα έξω, ενώ σε μία περίπτωση τοποθετήθηκε ταινία μονής εισόδου.

Δεν υπήρξαν διεγχειρητικές επιπλοκές. Η διάρκεια νοσηλείας μετά την επέμβαση ήταν από 3-6 ημέρες. Σε όλες τις γυναίκες μετά την αφαίρεση του διουρηθρικού καθετήρα έγινε έλεγχος για τυχόν ατελή κένωση της κύστης και δε σημειώθηκε επεισόδιο αυξημένου υπόλοιπου ούρων μετά ούρηση.

Η μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών έγινε στα εξωτερικά ιατρεία στον 3ο, τον 6ο, το 12ο μήνα και μετά ανά έτος (Πίνακας 2). Σε καμία περίπτωση δεν παρατηρήθηκε υποτροπή της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων. Σε δύο περιπτώσεις όπου προϋπήρχε USI εμφανίστηκε μετεγχειρητικά ήπια ακράτεια ούρων στην προσπάθεια. Σε άλλες δύο περιπτώσεις όπου προϋπήρχε υπερδραστηριότητα του εξωστήρα σημειώθηκε μετεγχειρητικώς επιμονή των συμπτωμάτων και συνέχεια θεραπείας με αντιχολινεργικά φάρμακα. Δε σημειώθηκαν άλλες επιπλοκές από τη χρήση της ταινίας, όπως διάβρωση στον κόλπο ή χρόνια επίσχεση ούρων. Σε μία περίπτωση εμφανίστηκε πρόπτωση του βλεννογόνου του ορθού που αντιμετωπίστηκε χειρουργικά από γενικούς χειρουργούς.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κολπόκλειση αποτελεί μία επέμβαση με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας (μεταξύ 91 και 100%)⁶. Το γεγονός αυτό αποτελεί και το μεγάλο κίνητρο για τη διενέργεια επεμβάσεων απο-

φρακτικού τύπου για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης των γεννητικών οργάνων, παρά το ότι έχουν «ακρωτηριαστικό» χαρακτήρα, οδηγώντας τις ασθενείς στο να απολέσουν την ικανότητά τους για κολπική συνουσία. Τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας, σε συνδυασμό με το ότι πρόκειται για μία ελάχιστα παρεμβατική τεχνική, καθιστούν την κολπόκλειση ελκυστική επιλογή τόσο για τους θεράποντες ιατρούς, όσο και για τις ίδιες τις ασθενείς. Αυτό αποκτά ιδιαίτερη σημασία σήμερα, που φαίνεται πως η χειρουργική των προπτώσεων βρίσκεται σε ένα ιδιαίτερο σταυροδρόμι: από τη μία πλευρά η έντονη επιθυμία για καλύτερες επιδόσεις των επεμβάσεων που δυστυχώς φαίνεται πως δεν μπορεί να επιτευχθεί με τις παραδοσιακές τεχνικές, και από την άλλη πλευρά οι αυξημένες επιπλοκές που φαίνεται πως συνοδεύουν την ευρεία χρήση των προσθετικών υλικών στην επανορθωτική χειρουργική του πυελικού εδάφους. Πιο συγκεκριμένα, η αποκατάσταση της πρόπτωσης του προσθίου και οπισθίου κολπικού τοιχώματος με τις κλασικές τεχνικές φαίνεται πως έχει ποσοστά υποτροπών που φθάνουν έως και το 58%⁷. Η χρήση των προσθετικών υλικών δε, συνοδεύεται από ένα ποσοστό επανεπέμβασης περίπου 8% για τυχόν επιπλοκές από τη χρήση των πλεγμάτων, συνήθως διάβρωση στο επιθήλιο του κόλπου⁸. Η κολπόκλειση ως τεχνική βοηθά στην αποφυγή και των δύο προαναφερθέντων προβλημάτων. Είναι σημαντικό όμως η ασθενής να είναι ενημερωμένη για την ακριβή φύση της επέμβασης και για τα μόνιμα αποτελέσματα που θα έχει αυτή στη δυνατότητα κολπικής συνουσίας.

που υποβλήθηκαν σε κολπόκλειση/κολπεκτομή και ταινία ελεύθερη τάσης

Ταινία για ακράτεια	3 μήνες			Τελευταίο follow up (μήνες)		
	USI	OAB	Πρόπτωση	USI	OAB	Πρόπτωση
Έξω-μέσα	-	-	-	30	-	-
Έξω-μέσα	+	-	-	29	+	-
Μέσα-έξω	-	-	-	28	-	-
Μέσα-έξω	-	-	-	28	-	Πρόπτωση ορθού
Έξω-μέσα	-	-	-	24	-	-
Μέσα-έξω	-	-	-	20	-	-
Μέσα-έξω	-	-	-	20	+	-
Έξω-μέσα	-	+	-	19	-	+
Μέσα-έξω	-	-	-	18	-	-
Έξω-μέσα	-	-	-	18	-	-
Μέσα-έξω	-	-	-	12	-	-
Μονής εισόδου	-	-	-	11	-	-

Ιδιαίτερη σημασία στην επιλογή της επέμβασης έχει το χειρουργικό ιστορικό της ασθενούς. Από τα περιστατικά της μελέτης καθίσταται φανερό πως οι περισσότερες γυναίκες (75%) που προτίμησαν να υποβληθούν σε κολπόκλειση είχαν ήδη χειρουργηθεί στο παρελθόν για αντιμετώπιση της πρόπτωσης και μάλιστα οι τρεις από αυτές είχαν ιστορικό δύο επεμβάσεων για πρόπτωση (κολπορραφία και υστερεκτομή σε διαφορετικούς χρόνους). Γυναίκες που έχουν υποβληθεί στο παρελθόν σε αποτυχημένη επέμβαση για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων παρουσιάζονται αρκετά απρόθυμες να ακολουθήσουν ξανά χειρουργική θεραπεία για το ίδιο πρόβλημα. Όταν δε αποφασίσουν να επιλύσουν το θέμα αυτό με τη βοήθεια του γυναικολόγου, φαίνεται ότι παρουσιάζουν την τάση να επιλέγουν μονιμότερες λύσεις με μικρότερα ποσοστά υποτροπής, έστω και αν πρόκειται για επιλογές όπως η κολπόκλειση που καθιστά αδύνατη την κολπική επαφή.

Η μεγαλύτερη σειρά περιστατικών που αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία είναι μία εργασία που περιλαμβάνει 288 γυναίκες που υποβλήθηκαν σε κολπόκλειση μεταξύ του 1932 και του 1956⁹. Από αυτές αναφέρεται μετεγχειρητική παρακολούθηση στις 216 (75%) για τουλάχιστον 5 έτη. Τρία περιστατικά παρουσίασαν ολική υποτροπή της πρόπτωσης εντός 5 μηνών μετά την επέμβαση και αντιμετωπίστηκαν με επανάληψη της κολπόκλεισης κατά Le Fort. Σε άλλες 10 γυναίκες παρατηρήθηκε υποτροπή της πρόπτωσης, που όμως δεν απαιτήσε επαναληπτική επέμβαση. Συνολικά, το 92%

των γυναικών της μελέτης ανέφεραν πως ήταν από καλά έως εξαιρετικά σε σχέση με πριν την επέμβαση. Στη δική μας σειρά, δεν υπήρξε επεισόδιο επανεπέμβασης για υποτροπή μετά τη διενέργεια κολπόκλεισης. Ο χρόνος μετεγχειρητικής παρακολούθησης, βέβαια, είναι ακόμη περιορισμένος (μέγιστος χρόνος = 30 μήνες).

Η ακράτεια ούρων αναφέρεται ως συχνή επιπλοκή μετά τη διενέργεια κολπεκτομής, αν και λίγες εργασίες έχουν καταφέρει να περιγράψουν με ακρίβεια τη διάσταση του προβλήματος αυτού⁶. Στην εργασία του Hanson, αναφέρεται ότι το 7% των ασθενών παρουσίασε de novo ή επιδείνωση της προϋπάρχουσας ακράτειας ούρων στην προσπάθειά⁹. Η εμφάνιση ακράτειας ούρων στην προσπάθεια οφείλεται 1) στην αποκάλυψη της κεκαλυμμένης ακράτειας που συνήθως υπάρχει σε περιπτώσεις σημαντικού βαθμού χαλάρωσης των γεννητικών οργάνων και 2) στην προς τα πίσω και κάτω έλξη της ουρήθρας κατά την καθήλωσή της στο οπίσθιο τοίχωμα του κόλπου. Οι περισσότεροι συγγραφείς έχουν προτείνει την τροποποίηση της κολπόκλεισης και τη διατήρηση επιφάνειας κολπικού βλεννογόνου σε απόσταση περίπου 2cm από το ουρηθρικό στόμιο, χωρίς να συρραφεί και να συμμετέχει στην κολπόκλειση, καθώς και την υποστήριξη της κολπόκλεισης με ανελκητρορραφία και υψηλή περινεορραφία. Είναι προφανές, πως η απόφαση για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση της πρόπτωσης και της ακράτειας στις γυναίκες αυτές ενέχει την αύξηση της πιθανότητας μετεγχειρητικής επίσκεψης ούρων. Υπάρχει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού

αυτού με επιδεινωμένη την ικανότητα επαρκούς κένωσης της ουροδόχου κύστης (η οποία είναι κατά τα άλλα ασυμπτωματική), καθώς ο εξωστήρας μυς της κύστης παρουσιάζει υποτονική λειτουργία στις γερασμένες αυτές γυναίκες. Η διενέργεια ουροδυναμικής μελέτης δεν είναι απόλυτα σίγουρο πως θα διευκρινίσει εάν το πρόβλημα έγκειται στη μειωμένη συσπαστικότητα του εξωστήρα μύ της κύστης ή στον αποφρακτική σύρση εξαιτίας της πρόπτωσης. Η σύγκυση που επικρατεί σχετικά με την πιθανότητα εμφάνισης ακράτειας ούρων στην προσπάθεια μετά την κολπόκλειση, αλλά και η εμφάνιση επιπλοκών μετά τη διενέργεια ταυτόχρονης επέμβασης για την ακράτεια, έχει οδηγήσει πολλούς κλινικούς να χρησιμοποιούν τεχνικές που συνοδεύονται με μικρότερα ποσοστά επίσχεσης ούρων, όπως οι τοποθέτηση ραφών Kelly.

Η εμφάνιση de novo ακράτειας ούρων στην προσπάθεια μετά κολπόκλειση είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο προτιμήθηκε στην εργασία αυτή η ταυτόχρονη διενέργεια επέμβασης για την ακράτεια, ακόμη και ως προφυλακτικό μέτρο. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται περιορισμένος αριθμός μελετών στις οποίες να ακολουθείται παρόμοιο πρωτόκολλο, παρόλα αυτά τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά, με ποσοστά μεταγχειρητικές εγκράτειας έως και 94%¹⁰. Στην εργασία μας, τα αποτελέσματα είναι εξίσου ικανοποιητικά: το ποσοστό μεταγχειρητικής ακράτειας ούρων στην προσπάθεια είναι 16,7%, παρουσιάζοντας μεγάλη βελτίωση σε σύγκριση με το προγχειρητικό 50%. Όφελος βλέπουμε και μετά τη θεραπεία της πρόπτωσης στην επίπτωση της ακράτειας ούρων από έπειξη, που από 25% προεγχειρητικά, μειώνεται στο 8,3%. Σημασία παρουσιάζει το γεγονός πως η ταυτόχρονη αυτή επέμβαση για την ακράτεια ούρων στην προσπάθεια δε συνοδεύεται με αύξηση της περιεγχειρητικής και αψώτερης μεταγχειρητικής νοσηρότητας. Κατά τη μεταγχειρητική παρακολούθηση των περιστατικών δεν παρουσιάστηκε κάποια διάβρωση της ταινίας ελεύθερης τάσης στον κόλπο, ενώ δεν υπήρξε επεισόδιο επίσχεσης ούρων.

Αξιοσημείωτο είναι το επεισόδιο μεταγχειρητικής πρόπτωσης ορθού που υπήρξε στη σειρά των περιστατικών αυτών. Πρόκειται για μία αρκετά σπάνια επιπλοκή, η οποία και αντιμετωπίστηκε χειρουργικά αλλαχού. Η συγκεκριμένη ασθενής είχε ιστορικό χρόνιας γιγαντιαίας ολικής πρόπτωσης κολπικού κολοβώματος υπό αυξημένη τάση και ιστορικό δυσκοιλότητας. Η πρόπτωση ορθού συνέβη περί τους 4 μήνες μεταγχειρητικά. Η χειρουργική θεραπεία δεν αποτελεί μονόδρομο, αφού υπάρχουν αναφορές περιστατικών στη βιβλιογραφία όπου αντίστοιχες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται συντηρητικά, με τη ρύθμιση της δυσκοιλότητας της ασθενούς¹¹. Δεν είναι βέβαιη η αιτιολογία της επιπλοκής αυτής. Πιθανολογείται είτε η de novo πρό-

πτωση ορθού μετά κολπόκλειση ή εκτενή επιδιόρθωση της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων, είτε η κεκαλυμμένη προϋπάρχουσα πρόπτωση ορθού, που μπορεί να αποκαλυφθεί όμως μόνο με προεγχειρητική αφοδεογραφία. Φαίνεται πως ο βαθμός της πρόπτωσης και η προεγχειρητική τάση που ασκείται στα ανεστραμμένα τοιχώματα του κόλπου αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στην εμφάνιση τέτοιων εξωτικών επιπλοκών.

Άλλο ενδιαφέρον σημείο στη μελέτη αποτελεί το μεταγχειρητικό ποσοστό αποδοχής του χειρουργικού αποτελέσματος και ικανοποίησης με την επιλογή της επέμβασης από την πλευρά των ασθενών. Στη δική μας σειρά δεν υπήρξε κάποια γυναίκα που να θεώρησε πως η αρχική επιλογή διενέργειας κολπόκλεισης ήταν λανθασμένη. Επίσης, δεν υπήρξε περίπτωση που να μετάνιωσε για την απώλεια ικανότητας κολπικής συνουσίας. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία, όπου οι περισσότερες μελέτες παρουσιάζουν τα ποσοστά δυσαρέσκειας μετά κολπόκλειση σχεδόν μηδενικά, με περιορισμένες εξαιρέσεις σειρών, στις οποίες το ποσοστό γυναικών που μετάνιωσαν για την απώλεια ικανότητας για κολπική συνουσία φθάνει στο 9%¹².

Συμπερασματικά, στη μελέτη αυτή παρουσιάζεται σειρά ασθενών με πρόπτωση γεννητικών οργάνων που υποβλήθηκαν με επιτυχία σε κολπόκλειση, με ταυτόχρονη τοποθέτηση ταινίας ελεύθερης τάσης για την ακράτεια. Τα ποσοστά υποτροπής, η συχνότητα επιπλοκών και ο αριθμός των ασθενών που μετάνιωσαν για την απώλεια ικανότητας προς κολπική συνουσία ήταν μηδενικά. Η κολπόκλειση αποτελεί μία αξιόπιστη, ελάχιστη παρεμβατική λύση για την αντιμετώπιση της πρόπτωσης γεννητικών οργάνων σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. Όταν δε συνδυάζεται με την τοποθέτηση ταινίας ελεύθερης τάσης για την ακράτεια ούρων στην προσπάθεια, το μεταγχειρητικό αποτέλεσμα είναι ικανοποιητικότερο ως προς τον τομέα της μεταγχειρητικής ακράτειας ούρων στην προσπάθεια, χωρίς να αυξάνονται οι επιπλοκές.

Summary

Mikos T, Pantazis K, Papadopoulos A, Papameletiou B, Tarlatzis B, Tsalikis T.

Obliterative techniques in the treatment of genital prolapse. The role of colpocleisis in the time of the meshes.

Helen Obstet Gynecol 21(4):341-347, 2009

Objective: To describe our experience from the application of obliterative surgical techniques in the management of genital prolapse combined with anti-incontinence operations.

Material & Methods: Retrospective case series with no control group. Inclusion criteria: 1) women with grade 3 or 4 genital prolapse with or without urinary stress incontinence (USI), 2) patients who do not wish

to retain vaginal sexual contacts, 3) women older than 70-years-old. All patients had preoperative urodynamic studies including cystomanometry and pressure-flow studies. Outcome measures: 1) perioperative complications, 2) postoperative rates of prolapse recurrence, 3) postoperative rates of incontinence recurrence and 4) postoperative complications.

Results: Twelve women were included in the study (mean age 74,4-years-old). Four of them (33,3%) had preoperative urodynamic USI, 2 (16,6%) had overactive bladder and other 2 (16,6%) had mixed urinary incontinence. Nine patients had history of at least one operation for genital prolapse, whereas only three had primary prolapse repair. Nine patients underwent LeFort colpocleisis and three total colpectomy. All patients had concurrent transobturator tension-free vaginal tape insertion: six had inside-out technique, five outside-in technique and one had single incision tape. All operations were concluded with perineorrhaphy. There were no intraoperative complications. There was one case of postoperative rectal prolapse treated surgically. There were no prolapse recurrences. Two patients with preoperative USI had postoperative mild USI.

Conclusion: Colpocleisis seems to have satisfactory results and the use of tension-free vaginal tape reduces postoperative incontinence rates.

Key words: *Genital prolapse, urinary stress incontinence, recurrence, tension-free vaginal tape, LeFort colpocleisis, colpectomy.*

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Thompson HG, Murphy CJ Jr, Picot H. Hysterocolpectomy for the treatment of uterine procidentia. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 82:748-751.
2. Rubovitz W, Litt S. Colpocleisis in the treatment of uterine and vaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 1935; 29:222-230.
3. Wyatt J. Le Fort's operation for prolapse, with an account of eight cases. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1912; 22:266-269.
4. Ubachs JM, van Sante TJ, Schellekens LA. Partial colpocleisis be a modification of LeFort's operation. *Obstet Gynecol* 1973; 42:415-420.
5. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89:501-506
6. Fitzgerald MP, Richter HE, Siddique S, Thompson P, Zyczynski H, Weber A. *Int Urogynecol J* 2006; 17:261-271.
7. Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185:1299-304.
8. de Tayrac R, Gervaise A, Chauveaud A, Fernandez H. Tension-free polypropylene mesh for vaginal repair of anterior vaginal wall prolapse. *J Reprod Med* 2005; 50:75-80.
8. Hanson GE, Keettek WC. The Neugebauer Le Fort operation (a review of 288 colpocleisis). *Obstet Gynecol* 1969; 34:352-357.
10. Moore RD, Miklos JR. Colpocleisis and tension-free vaginal tape sling for severe uterine and vaginal prolapse and stress urinary incontinence under local anesthesia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2003; 10:276-80.
11. South M, Amundsen C. Overt rectal prolapse following repair of stage IV vaginal vault prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18:471-3.
12. von Pechmann WS, Mutone M, Fyffe J, Hale DS. Total colpocleisis with high levator plication for the treatment of advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:121-6.