

Χαλάρωση πυελικού εδάφους στη γυναίκα

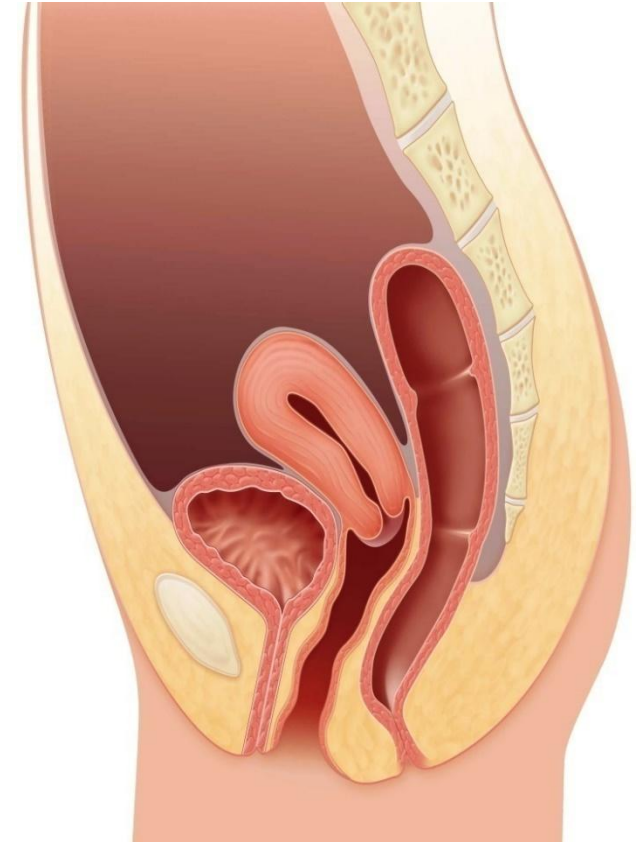
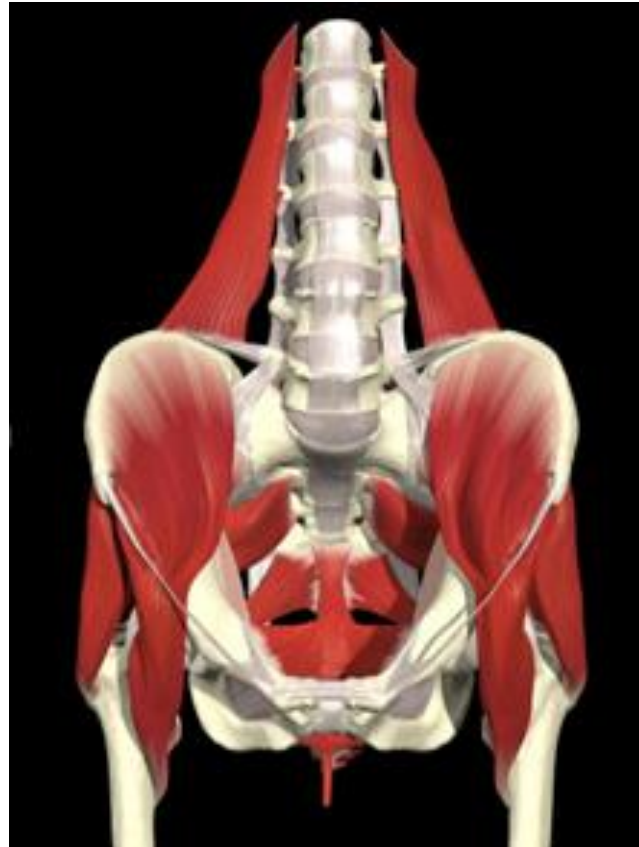
Νικόλαος Θανάσης

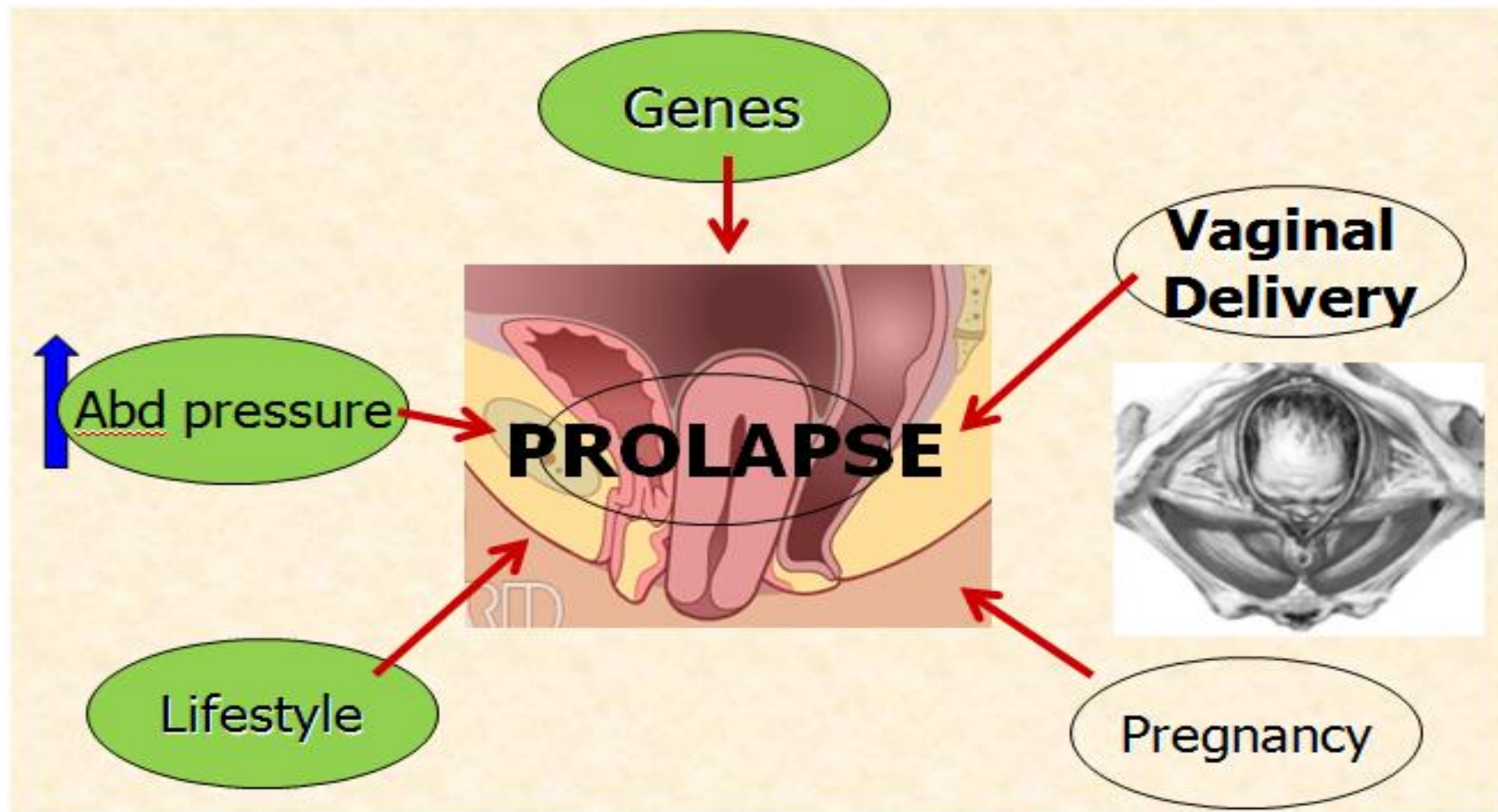
Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής, Γυναικολογίας & Ουρογυναικολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών

Εισαγωγή

- Ορισμός: Η προς τα κάτω μετατόπιση των πυελικών οργάνων πέραν της φυσιολογικής ανατομικής τους θέσης και η κάθοδός τους στον κόλπο ή ακόμα και εκτός αυτού.
- Πολύ συχνό εύρημα κατά τη διάρκεια της γυναικολογικής εξέτασης ρουτίνας: 40-60% των γυναικών που έχουν γεννήσει (φυσιολογικά ή με Καισαρική τομή)
- 11 με 19% των γυναικών θα υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση λόγω πρόπτωσης πυελικών οργάνων έως την ηλικία 80-85 ετών.
- 1/3 εξ' αυτών θα χρειαστεί να επαναχειρουργηθούν λόγω υποτροπής

Pelvic floor hammock





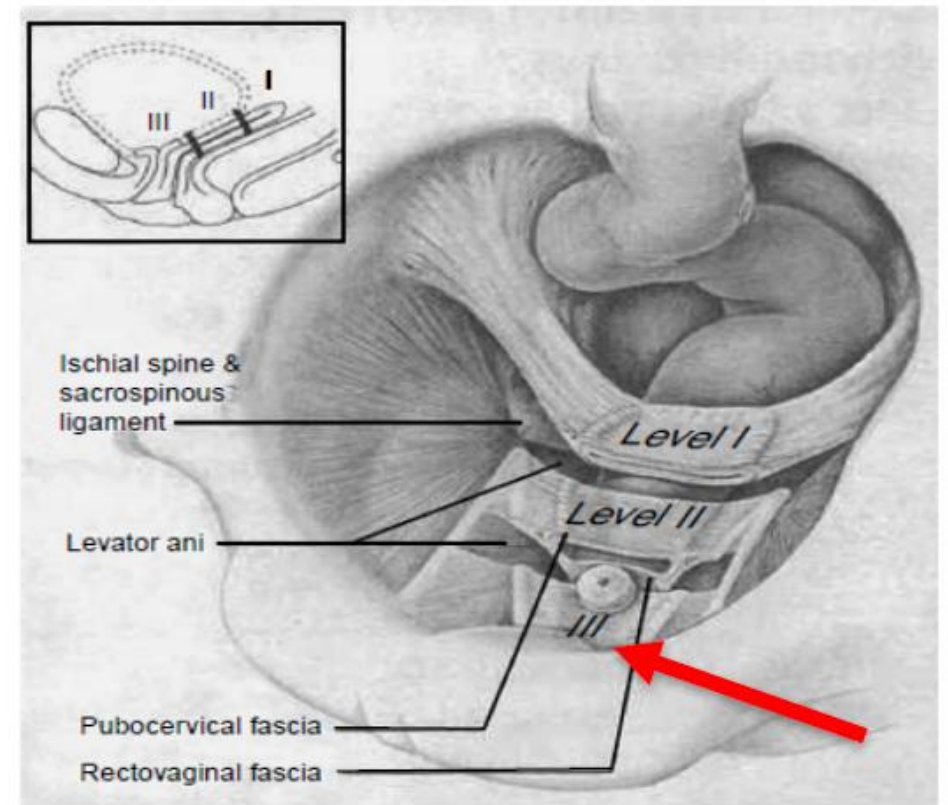
Pelvic floor support by DeLancey

- 3 επίπεδα στήριξης του πυελικού εδάφους —————> καθοριστικός ο ρόλος του 1^{ου} επιπέδου (ιερομητρικοί και εγκάρσιοι τραχηλικοί σύνδεσμοι)
- Εάν δεν αντιμετωπιστεί πιθανό έλλειμα στήριξης του 1^{ου} επιπέδου —————> υποτροπή μετά από χειρουργείο!!!!

Level I: cervix /upper third vagina, **suspension** by paracolpium, cardinal-uterosacral ligament

Level II: middle third vagina, supported by **attachment** of fascial sheet to pelvic sidewall

Level III: lower third vagina, **fusion** to urogenital diaphragm and perineal body,



Ιερομητρικοί- εγκάρσιοι
τραχηλικοί σύνδεσμοι

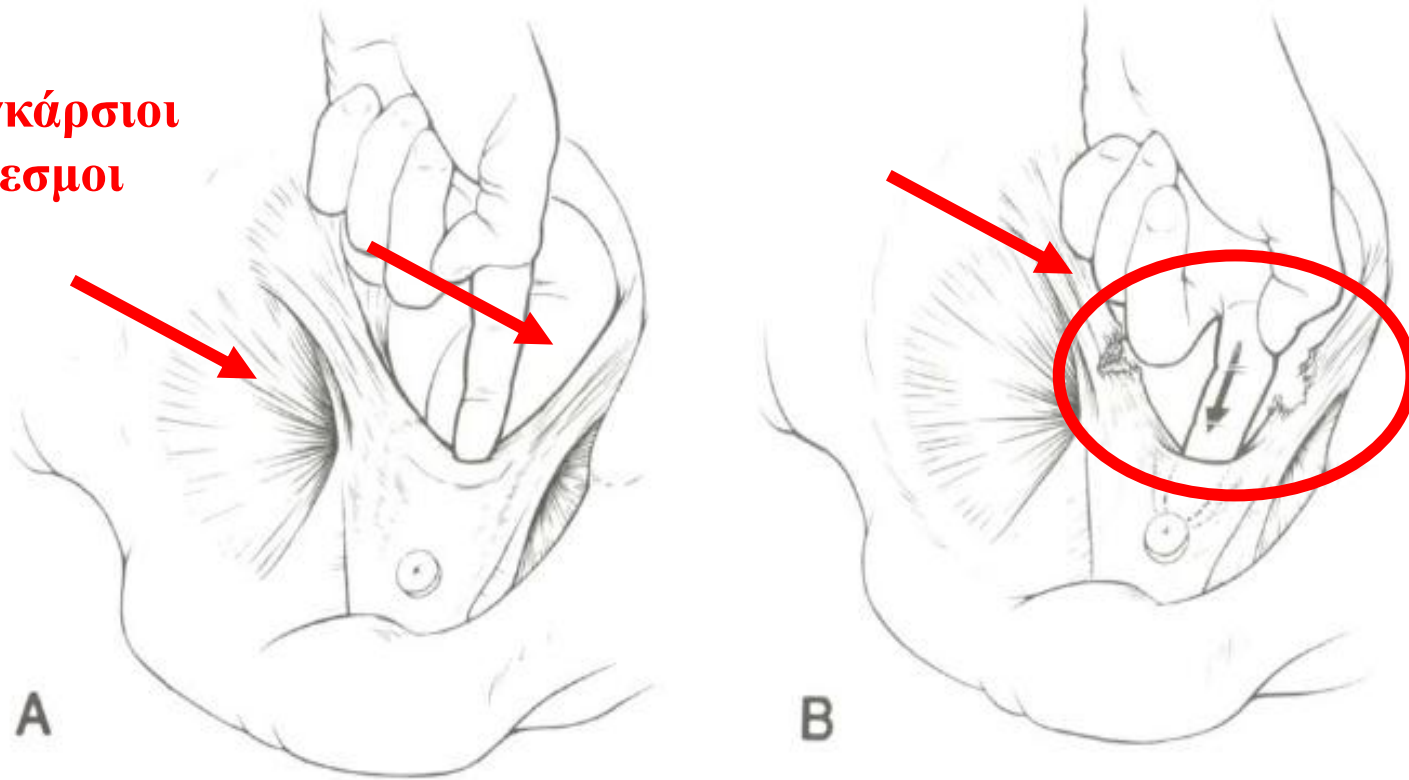
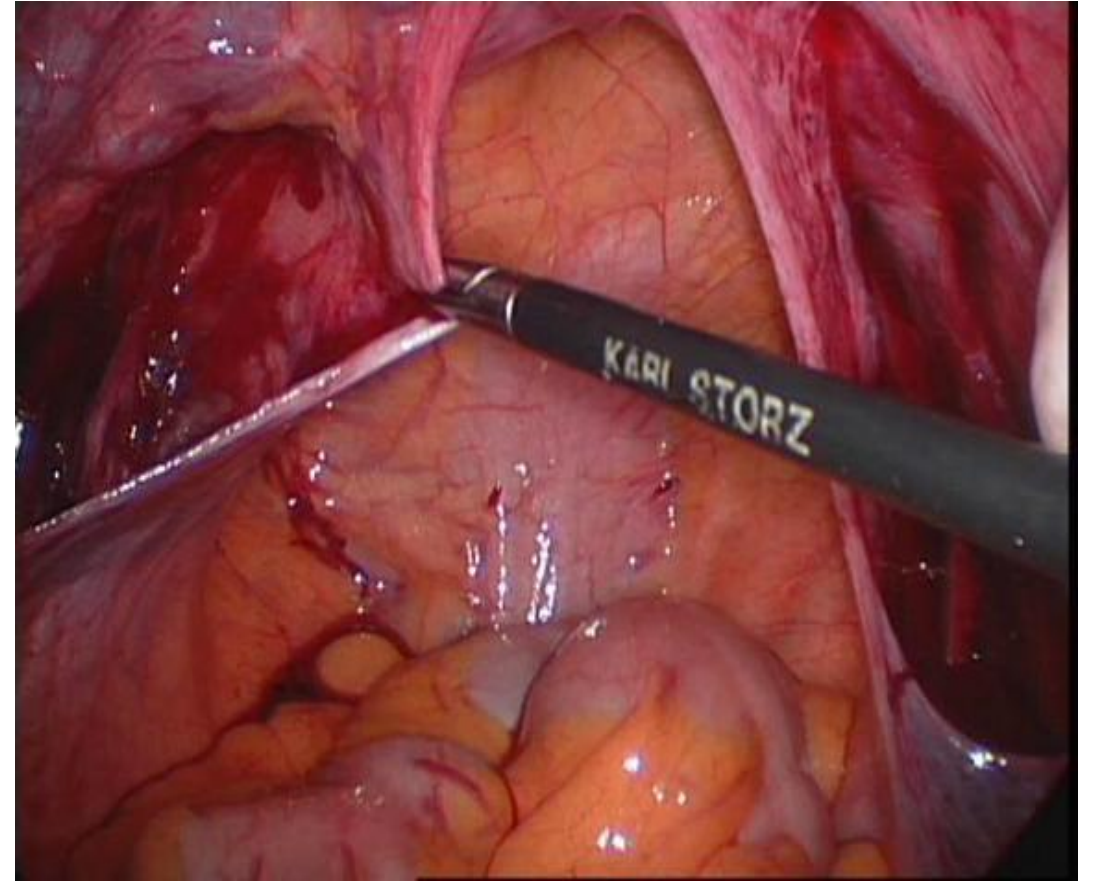
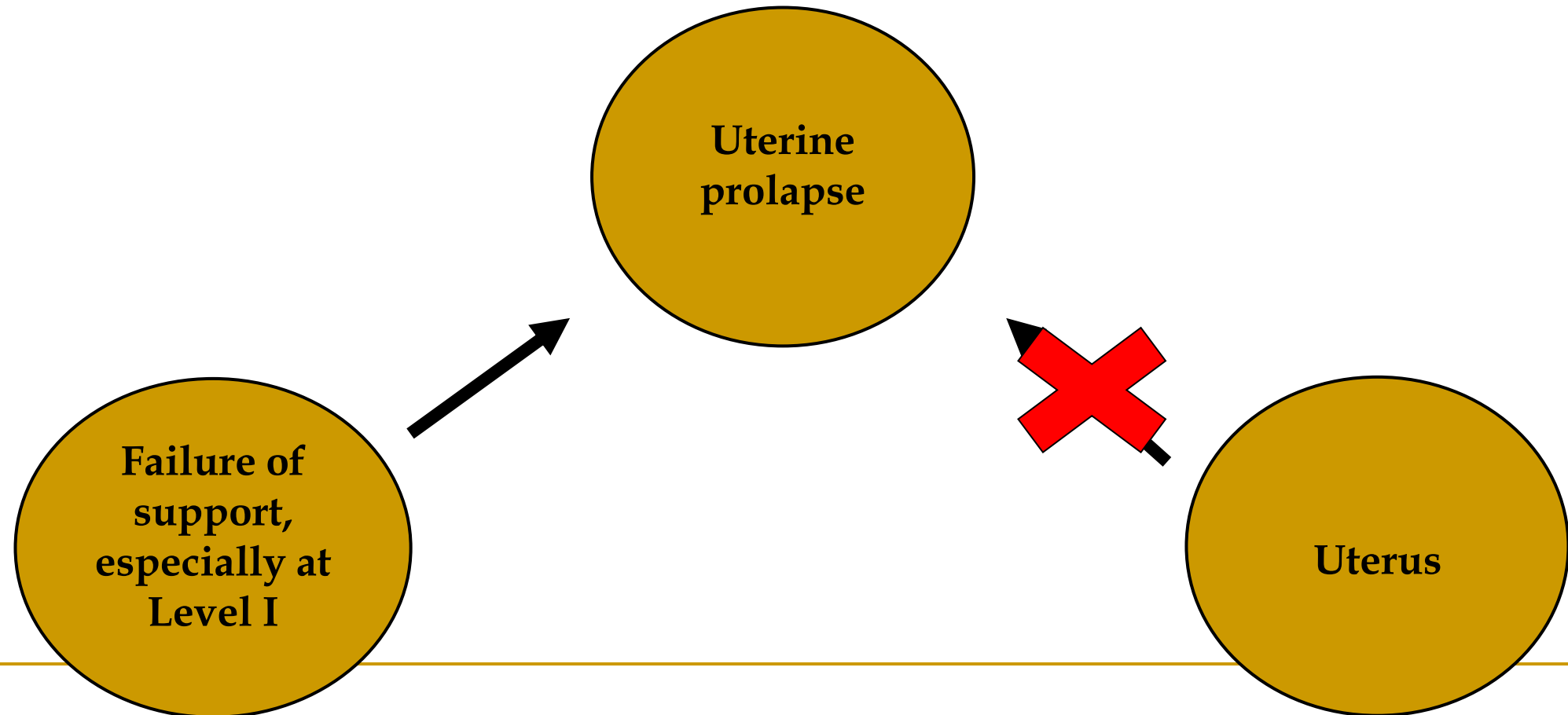


Fig. 6. A, When force is applied to vaginal apex, eversion of vagina is resisted by suspensory fibers of level I. B, Transecting fibers of level I permits eversion of vagina to occur.



Moving beyond hysterectomy as a concept

- Η μήτρα αυτή καθ' εαυτή (ιδιαίτερα η ατροφική μήτρα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών) φαίνεται να διαδραματίζει παθητικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της πρόπτωσης πυελικών οργάνων.



The Journal of Obstetrics & Gynaecology of the British Empire

VOL. 41, No. 5

NEW SERIES

OCTOBER, 1934

The Principles that should Underlie all Operations
for Prolapse*

BY

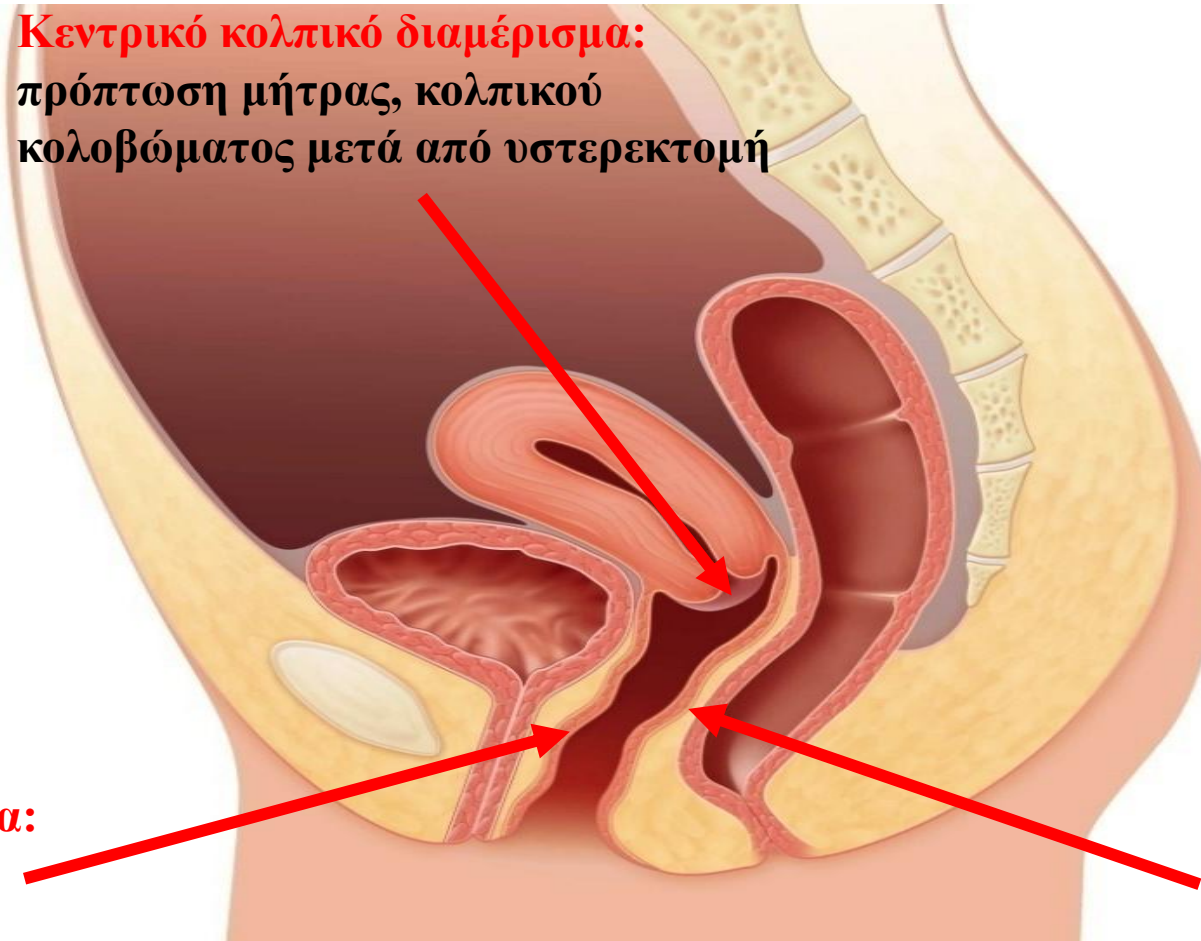
VICTOR BONNEY, M.S., M.D., B.Sc. (Lond.), F.R.C.S. (Eng.),
F.R.A.C.S.

Gynaecological Surgeon to the Middlesex Hospital.

To begin with, I would postulate that prolapse is a purely vaginal phenomenon, in the causation of which the uterus does not play any direct part but acts more or less as a deterrent. The

Τύποι πρόπτωσης πυελικών οργάνων

Κεντρικό κολπικό διαμέρισμα:
πρόπτωση μήτρας, κολπικού
κολοβώματος μετά από υστερεκτομή



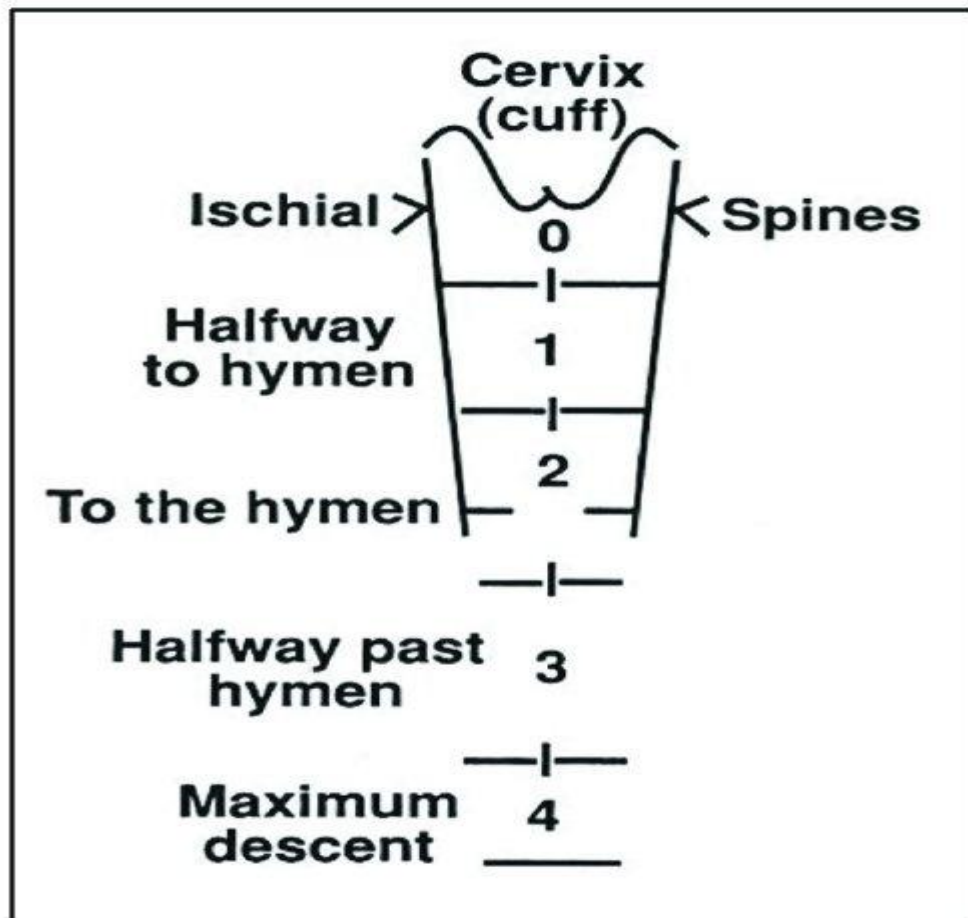
Πρόσθιο κολπικό διαμέρισμα:
κυστοκήλη, ουρηθροκήλη

Οπίσθιο κολπικό διαμέρισμα:
ορθοκήλη, εντεροκήλη

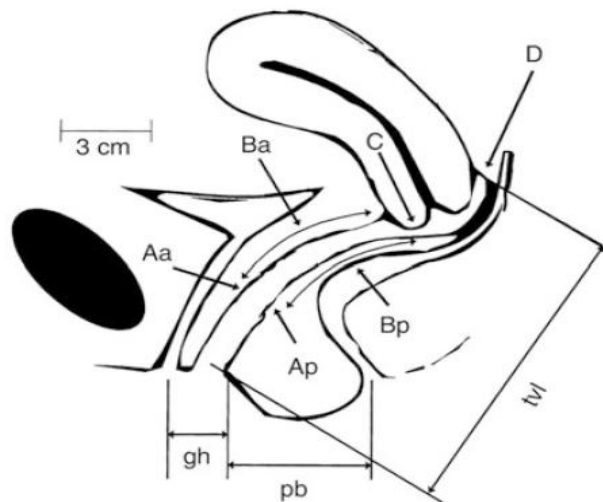
- Η πλειονότητα των ασθενών έχουν πρόπτωση σε περισσότερα από ένα κολπικά διαμερίσματα
→ βασικός ο ρόλος του κεντρικού διαμερίσματος (Level I support)

Σταδιοποίηση

Baden Walker halfway system



POP-Q system



Anterior wall	Anterior wall	Cervix or cuff
Aa	Ba	C
Genital hiatus	Perineal body	Total vaginal length
gh	pb	tvL
Posterior wall	Posterior wall	Posterior fornix
Ap	Bp	D

POP-Q Staging Criteria

Stage	POP-Q measurements
Stage 0	Aa, Ap, Ba, Bp = -3 cm and C or D ≤ - (TVL - 2) cm
Stage I	Stage 0 criteria not met and leading edge < -1 cm
Stage II	Leading edge ≥ -1 cm but ≤ +1 cm
Stage III	Leading edge > +1 cm but < + (TVL - 2) cm
Stage IV	Leading edge ≥ + (TVL - 2) cm

Γενικές αρχές αντιμετώπισης

- Ασυμπτωματικές ασθενείς, ιδιαίτερα με 1^ο ή 2^ο βαθμού πρόπτωση: παρακολούθηση-τροποποίηση παραγόντων κινδύνου (απώλεια βάρους, αντιμετώπιση χρόνιας δυσκοιλιότητας, χρόνιου βήχα, αποφυγή άρσης βαρών), ασκήσεις ενδυνάμωσης πυελικού εδάφους
- Συμπτωματικές ασθενείς:
 - Συντηρητική αντιμετώπιση με ασκήσεις ενδυνάμωσης πυελικού εδάφους, κολπικούς πεσσούς και χορήγηση κολπικών οιστρογόνων
 - Χειρουργική αντιμετώπιση (διακολπική, διακοιλιακή προσπέλαση ή συνδυασμό τους)

SOS - Περιπτώσεις άμεσης αντιμετώπισης

Σοβαρού βαθμού (συνήθως 3^ο ή 4^ο βαθμού) πρόπτωση με:

- σοβαρά έλκη βλεννογόνου κόλπου
- επίσχεση ούρων (urethral obstruction)
- υδρονέφρωση-επηρεασμός νεφρικής λειτουργίας λόγω γωνίωσης ουρητήρα (ureteric kinking)

Ασκήσεις ενδυνάμωσης πυελικού εδάφους (PFMT ή Kegel exercises)

- Βελτιώνουν τη δύναμη, αντοχή και συντονισμό των μυών πυελικού εδάφους
- Σε περιπτώσεις ήπιας/μετρίου βαθμού πρόπτωσης (άνω από το επίπεδο του υμένα), οι ασκήσεις Kegel υπό εξειδικευμένη καθοδήγηση φυσιοθεραπευτών πυελικού εδάφους οδηγεί σε βελτίωση των συμπτωμάτων της πρόπτωσης έπειτα από 12 μήνες.

Κολπικά οιστρογόνα

- Βελτίωση ατροφίας βλεννογόνου και μερικών ερεθιστικών συμπτωμάτων πρόπτωσης

Κολπικοί πεσσοί

- Συσκευές από ελαστικό συνθετικό υλικό που εισάγονται στον κόλπο και υποστηρίζουν τα κολπικά τοιχώματα και τα έσω γεννητικά όργανα.
- Διάφορα μεγέθη/σχήματα
- (+) άμεση ανάταξη πρόπτωσης-βελτίωση συμπτωμάτων, ασφαλής επιλογή σε γενικές γραμμές
- (-) συχνή αποτυχία παραμονής εντός κόλπου, αίσθημα δυσφορίας σε μερικές γυναίκες, φλεγμονή, αιμορραγία ή σπάνια κάκωση επί ατροφίας βλεννογόνου, αλλαγή κάθε 4-6 μήνες

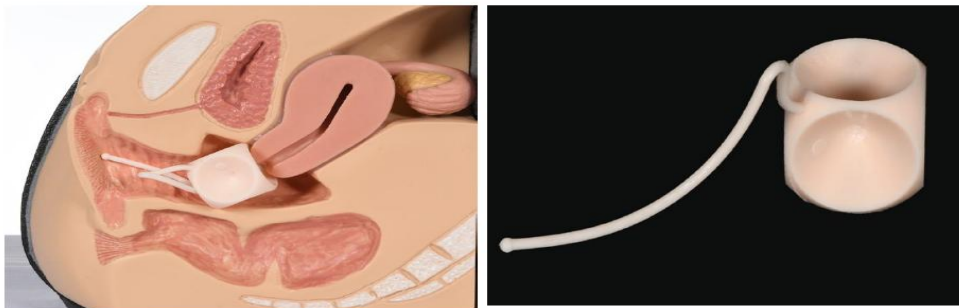
Ring pessaries



Shaatz pessary



Cube/Tandem cube



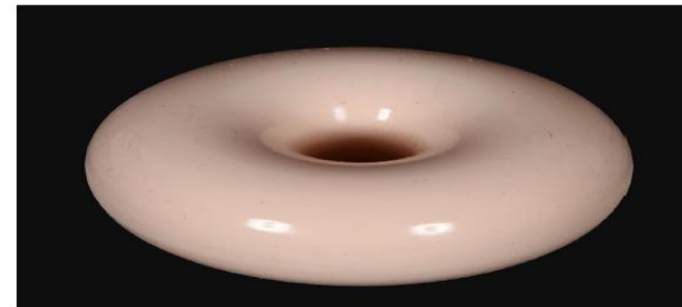
Gellhorn pessary



Shelf pessary

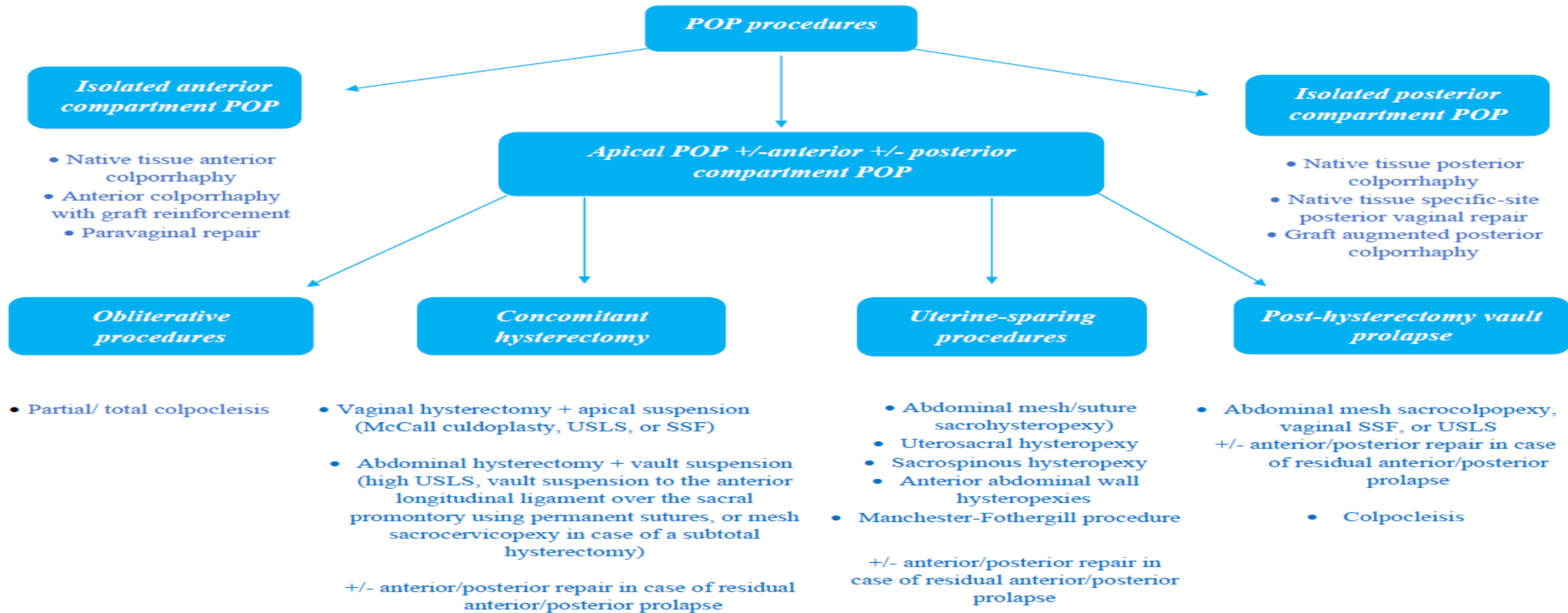


Donut



Χειρουργική αντιμετώπιση

Chart 1. Surgical procedures for POP



Πως θα διαλέξουμε την κατάλληλη επέμβαση για την κατάλληλη ασθενή;

Λεπτομερές ιστορικό, εκτίμηση όλων των πελτικών συμπτωμάτων και της επίδρασής τους στην ποιότητα ζωής:
συμπτώματα από κόλπο, ουροποιητικό (96%), γαστρεντερικό (50%), σεξουαλική δραστηριότητα, άλγος



Λεπτομερής εξέταση κάθε κολπικού διαμερίσματος



Patient-related factors:
Συμπτώματα, ηλικία, επιθυμία διατήρησης γονιμότητας, χειρουργικό ιστορικό, συννοσηρότητες, άποψη ασθενούς για το είδος επέμβασης



Διαγνωστικά test ανά περίπτωση: Ουροδυναμικός έλεγχος, US πελτικών οργάνων και πελτικού εδάφους, MRI defecating proctogram (επί ανάλογων συμπτωμάτων)

Επανορθωτικές ή αποφρακτικές επεμβάσεις (κολπόκλειση);

Κολπόκλειση Le Fort (συρραφή προσθίου με οπίσθιο κολπικό τοίχωμα):

Κατάλληλη για ηλικιωμένες ασθενείς μη σεξουαλικά ενεργές που δεν μπορούν να λάβουν γενική αναισθησία για μεγάλο χρονικό διάστημα

Διατήρηση της μήτρας (υστεροπηξία) ή υστερεκτομή;

Κολπική υστερεκτομή +/- προσθιοπίσθια κολπορραφία: Gold standard επέμβαση καθ' όλη τη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα. Όμως: αχίλλειος πτέρνα κολπικό κολόβωμα, με ποσοστά υποτροπής που μπορεί να φτάσουν έως το 40%.



Η μήτρα αυτή καθ' εαυτή (ιδιαίτερα η ατροφική μήτρα μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών) φαίνεται να διαδραματίζει παθητικό ρόλο στην αιτιοπαθογένεια της πρόπτωσης πυελικών οργάνων, η οποία οφείλεται σε εξασθένηση των δομών στήριξης του επιπέδου I.



Υστεροπηξία με πλέγμα ή ράμματα: μειωμένος κίνδυνος καταστροφής σημαντικών νεύρων (πχ hypogastric), εξασθένησης των δομών στήριξης, μειωμένος κίνδυνος υποτροπής και μετεγχειρητικών λειτουργικών συμπτωμάτων

Χρήση πλέγματος

- Η εισαγωγή των συνθετικών πλεγμάτων πριν από μερικές δεκαετίες στην επανορθωτική χειρουργική του πυελικού εδάφους έφερε επανάσταση στη χειρουργική αντιμετώπιση της πρόπτωσης πυελικών οργάνων και της ακράτειας ούρων από προσπάθεια.
- Έκτοτε, οι ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια των διακολπικών πλεγμάτων και των ταινιών ελεύθερης τάσεως οδήγησαν σε απαγόρευση κυκλοφορίας τους σε αρκετές χώρες.
- Όμως, τα συνθετικά πλέγματα χρησιμοποιούνται ακόμα σε διακοιλιακές επεμβάσεις για αντιμετώπιση της πρόπτωσης κεντρικού διαμερίσματος
- **Η λαπαροσκοπική ιεροκολποπηξία με πλέγμα**  gold standard επέμβαση για την πρόπτωση κολπικού κολοβώματος μετά από υστερεκτομή
- **Κίνδυνοι πλεγμάτων:** ουλοποίηση, συρρίκνωση, φλεγμονή, αιμορραγία/αιμάτωμα, διάβρωση σε κόλπο ή άλλα όργανα (αποφυγή χρήσης πλέγματος ταυτόχρονα με ολική υστερεκτομή)

Concomitant hysterectomy/ when is it necessary?

Large uterus
(symptomatic
uterine fibroids/
adenomyosis)

Endometrial
hyperplasia

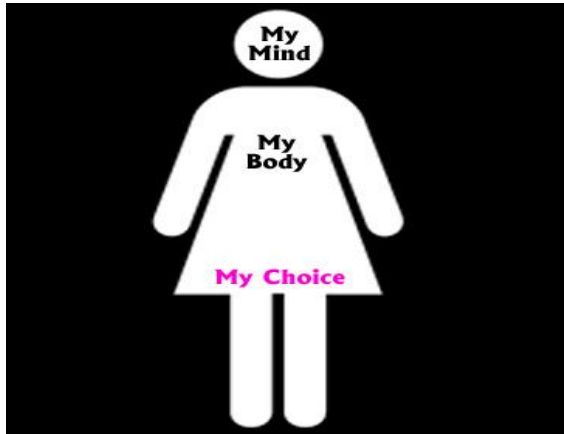
Postmenopausal
bleeding/
menorrhagia/
irregular bleeding

Patient's
preference

Abnormal smear
tests

Tamoxifen
therapy, BRCA
mutations,
Lynch syndrome

Cervical
elongation
detected at pre-
op assessment



Case study

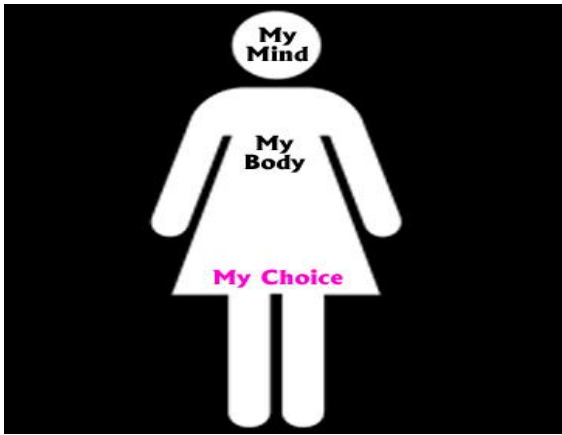
Let's see Sarah's story

Sarah is a 48 year-old woman with two previous vaginal deliveries and a history of multiple uterine fibroids was referred to clinic due to symptoms of vaginal bulge.

On clinical assessment, she had a **stage II apical prolapse and a stage I anterior compartment prolapse**, according to the POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) system.

She did not report any urinary incontinence or defaecatory symptoms; however, her sexual life was adversely affected.

Besides **a thorough clinical examination and a transvaginal ultrasound of the pelvis** to map her fibroids, no further diagnostic tests were deemed necessary for further management.

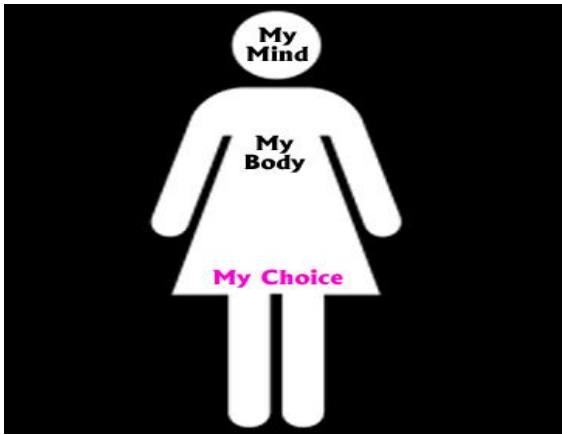


Sarah was not keen on having any surgical interventions and she chose to manage conservatively in the first instance.

Hence, she was offered and accepted the choices of treatment with **vaginal oestrogen, pelvic floor muscle exercises, and vaginal support pessaries**

Unfortunately, all conservative treatments failed.

As Sarah was still symptomatic, she decided to correct her prolapse surgically. Thus, the multidisciplinary team comprising one or more pelvic floor surgeons, gastroenterologists, colorectal surgeons, urologists, nurse specialists, and pelvic floor physiotherapists explored the available surgical options.



Sarah was certain that she had completed her family. She was open to all surgical approaches that would restore her pelvic floor and improve her symptoms.

All her previous smear tests have been normal and, as she had a family history of endometrial cancer, **she was very keen on a prophylactic concomitant hysterectomy.**

The surgical options of **vaginal hysterectomy with apical suspension, total abdominal hysterectomy with vault suspension, and subtotal hysterectomy with mesh sacrocervicopexy** were discussed at the pelvic floor MDT; however, the transvaginal scan revealed an enlarged uterus with multiple fibroids up to the size of a 15 weeks gravid uterus. Therefore, an abdominal approach was favoured and, since the patient's priority was the long-term efficacy of surgery, she decided to proceed to a laparoscopic subtotal hysterectomy with mesh sacrocervicopexy.