



Γράφει ο **Δρ. ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΧΑΝΔΑΚΑΣ,**

Μαιευτήρας - Ενδοσκοπικός Χειρουργός Γυναικολόγος, Επιμελητής του PRINCESS ROYAL UNIVERSITY HOSPITAL του Λονδίνου και Επιστημονικός Συνεργάτης της Κλινικής ΙΑΣΩ

Το βάσανο 1,5 εκατ. Ελληνίδων αγγίζει τη ρύση του

# Ακράτεια ούρων

*Η χαλάρωση του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος (κυστοκήλη) είναι μια από τις πιο κοινές μορφές πνευλικής πρόπτωσης οργάνων που εντοπίζονται στις γυναίκες. Πάνω από 20.000 επιδιορθώσεις κυστοκήλης πραγματοποιούνται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ, παρ' όλη αυτά οι παραδοσιακές επεμβάσεις που ολοκληρώνονται δεν δείχνουν υψηλά ποσοστά θεραπείας, ενώ παρουσιάζουν και/ή ανεπαρκή ανατομικά αποτελέσματα.*

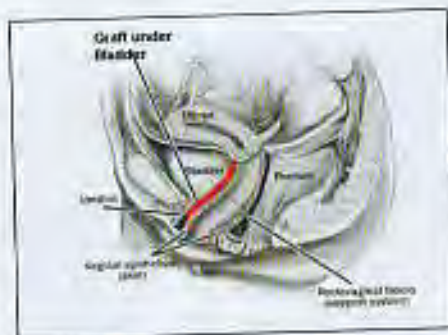




**Η** επιτυχής θεραπεία της πρόπτωσης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος παραμένει ένας από τους πιο ενδιαφέροντες τομείς της επιδιορθωτικής πυελικής χειρουργικής που αντιμετωπίζουμε. Η ομάδα του δρ. Στέφανου Χανδοκά, Γυναικολόγου Ενδοσκοπικού Χειρουργού του Princess Royal University Hospital στο Λονδίνο, καθώς και συνεργάτη του Νοσοκομείου ΙΑΣΩ, έχει αναπτύξει νεότερες χειρουργικές τεχνικές, οι οποίες παρέχουν άριστη στήριξη για το πρόσθιο και οπίσθιο τοίχωμα (για παράδειγμα ορθοκλίτη), την κορυφή του κόλπου (για παράδειγμα κοιλιακή θωλατή πρόπτωση), καθώς και την ακράτεια ούρων από προσπάρθση, πρόβλημα που υπολογίζεται ότι αντιμετωπίζουν πάνω από 1,5 εκατ. Ελληνίδες!

Η ομάδα του δρ. Στέφανου Χανδοκά, έχει αναπτύξει στο ΙΑΣΩ ένα από τα πρώτα κέντρα στη χώρα που χρησιμοποιούν μασχέματα στις επιδιορθώσεις της κυστεοκλήλης και έχουν εμφανίσει ποσοστά βελτίωσης πάνω από 92% με ελάχιστες επιπλοκές. Για πολλά χρόνια ήταν γνωστό ότι η καιλιακή ιεροκολλησιτιδίτις, με την τοποθέτηση ενός μασχεύματος διχτυού στην κορυφή του κόλπου για την κοιλιακή θωλατή πρόπτωση, είναι η πιο επιτυχής επέμβαση έως τώρα. Έχουν γίνει βελτιώσεις σε αυτή την επέμβαση, καθώς μπορούμε να προσφέρουμε στους ασθενείς μας μια μικροχειρουργική λαπαροσκοπική προσέγγιση για την ιεροκολλησιτιδίτις, με τα ί-

δια άριστα ποσοστά θεραπείας (>92%), με τυπική παραμονή στο νοσοκομείο για λιγότερο από 24 ώρες και μειωμένες επιπλοκές, όπως αναφέρει ο δρ. Σ. Χανδοκάς. Παρ' όλα αυτά, τα πρόσθια τοίχωμα είναι ένα από τα πιο δύσκολα τμήματα στον κόλπο για να μπορούμε να έχουμε ικανοποιητικό ανατομικό αποτέλεσμα και υψηλά ποσοστά θεραπείας με παραδοσιακές επιδιορθώσεις και την ίδια στιγμή να μην προξενηθεί σεξουαλική δυ-



## Η λαπαροσκοπική μέθοδος δημιουργεί υγιείς και σεξουαλικά ενεργές γυναίκες

α λειτουργία, πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής, δυσκολία αφοδεύσης (για παράδειγμα ακράτεια ή σύνδρομο επιμόνης/συχνότητας) ή το αποτέλεσμα ενός κόλπου βραχύ ή με ουλές.

Παραδοσιακά, η κυστεοκλήλη επιδιορθώνεται με την μέθοδο Πρόσθιας Κοιλοπάρθης (ή απλά Πρόσθια Αποκατάσταση), η οποία απαιτεί πτύχωση της περιτονίας από τη μια πλευρά στην άλλη από την κορυφή της ουροδόχου κύστης στην κορυφή του κόλπου. Ακόμα και σήμερα είναι η πιο συντησόμενη επέμβαση για να αντιμετωπιστούν οι κυστεοκλήλες, παρ' όλα που τα ποσοστά αποτυχίας φτάνουν το 30-50%. Είναι μια από τις παλαιότερες επεμβάσεις για την πρόπτωση, και παρ' όλα τα χαμηλά ποσοστά θεραπείας, συνεχίζει να πραγματοποιείται από τους περισσότερους γυναικολόγους και ουρολόγους για τη θεραπεία της κυστεοκλήλης. Μάλιστα, πολλοί γιατροί λένε στους ασθενείς τους να περιμένουν να περάσει καιρός για να κάνουν την επέμβαση σε μετέπειτα ηλικία, μιας και θα πρέπει να την ξανακάνουν καθώς τελικά αυτή η επέμβαση αποτυγχάνει.

Παράλληλα με τα υψηλά ποσοστά αποτυχίας, τα ανατομικά αποτελέσματα δεν είναι ούτε αυτά ευαισθητότερα, καθώς όταν οι ιστοί ενωθούν με πτυχώσεις στη μεσαία γραμμή, υπάρχει περίπτωση να περιοριστεί ο κόλπος, καθώς ο χειρουργός κόβει το απομεινών κοιλιακό δέρμα. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να δημιουργηθεί πόνος κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή ακόμα και ανικανότητα να πραγματοποιηθεί σεξουαλική επαφή, εάν ο κόλπος είναι πολύ περιορισμένος ή κλειστός. Το φυσόκωμα μπορεί να μειωθεί, αλλά δεν είναι ένας σωστός τρόπος θεραπείας, είναι απλά μια αντιστάθμιστική επέμβαση, η οποία διπλώνει τον αδύναμο ιστό με έναν άλλο αδύναμο ιστό, ο οποίος πιθανότατα τελικά θα σκιστεί ή θα επεκταθεί, υποδαλλόμενος στις ίδιες αιτίες που δημιούργησαν την πρόπτωση αρχικά. Επίσης, δεν είναι σπάνιο να υπάρξει δυσκολία αφοδεύσης μετά τη σύφιξη του ιστού κάτω από την κορυφή της ουροδόχου κύστης. Μια άλλη θεωρία στο γιατί αυτές οι επιδιορθώσεις αποτυγχάνουν είναι ότι ο ασθενής έχει παρακοιλιακά ελαττώματα (για παράδειγμα τα σκισίματα είναι πλευρικά και η στήριξη έχει απομυκρυνθεί από τα πυελικά τοιχώματα), τότε ο χειρουργός τραβάει την υψηλή περιτονία μακρύτερα από τα τοιχώματα, διπλώνοντας τη μεσαία γραμμή.

Η λαπαροσκοπική μας μέθοδος, συνεχίζει ο δρ. Σ. Χανδοκάς, παρέχει στους ασθενείς



μια μικροχειρουργική προσέγγιση στην αποκατάσταση, και σε νέες σεξουαλικά ενεργές γυναίκες, αυτή αποτελεί την κύρια μέθοδο για την αποκατάσταση της κυστεκλήης. Τεχνικά ωστόσο, η λαπαροσκοπική μέθοδος είναι πολύ δύσκολη και απαιτεί προηγμένη χειρουργική ικανότητα, με αποτέλεσμα ελάχιστα γυναικόλογα στη χώρα μας να μπορούν να παράσχουν αυτή τη μέθοδο.

### Χρήση Μοσχευμάτων Πλευράτων

Την τελευταία πενταετία υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον και έρευνα για τη χρήση μοσχευμάτων στη χειρουργική αποκατάσταση της πρόπτωσης και της ακράτειας. Η αρχική έρευνα προέρχεται από τις ιατρικές μελέτες, όπου πριν πολλά χρόνια μελετητές συνειδητοποίησαν ότι οι κοιλιακές επιδιορθώσεις κήλης εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θεραπείας όταν χρησιμοποιούνταν μοσχεύματα για την αντιμετώπιση της κήλης. Αυτό είναι απόλυτα λογικό, και έχουμε πρόσφατα δει όλα και περισσότερες πληροφορίες που υποστηρίζουν τη χρήση μοσχευμάτων στη χειρουργική της πρόπτωσης των πυελικών τοιχωμάτων. Με τις παραδοσιακές επιδιορθώσεις (για παράδειγμα χωρίς τη χρήση μοσχευμάτων για την αύξηση των επιδιορθώσεων) εξαρτάστε από τις επιδιορθώσεις, όπου συρράφουμε αδύναμο ιστό με αδύναμο ιστό βάσει τεντώματος (το οποίο πάει ενάντια σε όλες τις χειρουργικές αρχές!). Δεν είναι περίεργο που τα ποσοστά θεραπείας είναι τόσο χαμηλά!

Σήμερα πολύ λίγες κήλες των κοιλιακών τοιχωμάτων επιδιορθώνονται χωρίς μόσχευμα και το ίδιο θα έπρεπε να παρατηρούμε και τώρα στις επεμβάσεις πρόπτωσης. Εδώ και πολλά χρόνια γνωρίζουμε ότι η κοιλιακή ιεροκακλιπηλία εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά θεραπείας στη θαυμάτη πρόπτωση, και το πιο πιθανόν είναι ότι αυτό συμβαίνει λόγω της χρήσης μοσχευμάτων, όπου πια δεν εξαρτάστε από την ανθεκτικότητα του ιστού του κάθε ασθενή. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω αλλά και στο τμήμα οπίσθιας αποκατάστασης, η ομάδα μας άρχισε να χρησιμοποιεί μοσχεύματα το 2004. Έχουμε παρατηρήσει μία σημαντική αύξηση στα ποσοστά θεραπείας (>90% σε σχέση με το 60% των παραδοσιακών επιδιορθώσεων) και πολύ καλύτερα ανατομικά αποτελέσματα, αναφέρει ο δρ. Σ. Χανδακός.

Στις αρχές του 2009, το θυροειδές τμήμα

περιγράφηκε ως το νέο σημείο της λεκάνης για ασφαλή τοποθέτηση ταινιών για τη θεραπεία της ακράτειας ούρων από προσπάθεια. Ο δρ. Μουρ και ο δρ. Μικλός ήταν δύο από τους πρώτους χειρουργούς στις Ηνωμένες Πολιτείες που χρησιμοποίησαν αυτή την τεχνική και την έκαναν γνωστή στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Προτερήματα της Προσεγγίσης μέσω θυροειδούς τμήματος της λεκάνης:

- Ασφαλέστερη, γρηγορότερη, πιο αποτελεσματική επιστροφή στο σπίτι σε 24 ώρες (8 ώρες, εφόσον η επέμβαση αφορά μόνον ακράτεια ούρων, χωρίς πρόπτωση κοιλιακού τοιχώματος!).
- Μειωμένοι κίνδυνοι για
  - Τραυματισμό στο έντερο
  - Τραυματισμό στην ουροδόχο κύστη
  - Βαριά αιμορραγία.
- Χωρίς τη χρήση περόματος retroubic Βελόνας

## Σε κάποιες περιπτώσεις η χρήση μοσχεύματος φέρνει άριστα αποτελέσματα



- Χωρίς Κοιλιακές Τομές
  - Καλύτερη ανατομική θέση για το Μόσχευμα
- Η προσέγγιση μέσω θυροειδούς τμήματος της λεκάνης επιτρέπει στο χειρουργό να πραγματοποιήσει μια δυνατή και ασφαλή σύνδεση του μοσχεύματος όσο το δυνατόν ασφαλέστερα και ελάχιστα επεμβατικά.

Πραγματοποιείται μια μικρή τομή στον κόλπο και το κοιλιακό επιθήλιο αποκαλύπται από την ουροδόχο κύστη, όπως θα έκανε ο χειρουργός με μια παραδοσιακή εμπρόσθια αποκατάσταση χωρίς μόσχευμα. Η τομή είναι πολύ απλή και ασφαλής. Οι βελόνες περνάνε μέσα από πολύ μικρές τομές στη θωρακική χώρα στη μεμβράνη του δίσκου και μέσα στο κενό του δίσκου. Αυτή τη στιγμή, οι βελόνες μπορούν να ψηλαφηθούν απευθείας από το χειρουργό με ένα δάχτυλο που θα έχει εισαχθεί στην κοιλιακή τομή και έτσι καθοδηγούνται απευθείας από το χειρουργό στην ακριβή θέση του πυελικού πλευρικού τοιχώματος που θα τοποθετηθεί το μόσχευμα. Αυτή η μέθοδος βοηθά στην προστασία της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας από πιθανό τραυματισμό αποφεύγοντας έτσι την «τυφή» διαδο της βελόνας. Στη συνέχεια, οι βελόνες περνάνε από τα πυελικά πλευρικά τοιχώματα (το δίσκο και τον ανωψωτικό μυ και την περιτόνια), συνδέονται με τους βραχίονες και επανέρχονται έξω από τις αντίστοιχες τομές. Όταν θα έχουν περάσει όλες οι βελόνες, οι βραχίονες προσαρμόζουν το μόσχευμα στη θέση του.

Όταν τοποθετηθεί στη σωστή θέση, το μόσχευμα-πλέγμα παρέχει ένα καινούργιο στρώμα στήριξης για την ουροδόχο κύστη από το ένα πλευρικό τοίχωμα στο άλλο. Το δέρμα του κόλπου καλύπτεται από το μόσχευμα και η εξωτερική ανάπτυξη γίνεται πολύ γρήγορα, κάνοντας το μόσχευμα να ενσωματωθεί πολύ γρήγορα στην ανατομία της ασθενούς. Το κοιλιακό δέρμα παραμένει παχύ κατά τη διάρκεια της τομής και δεν αφαιρείται καθόλου δέρμα (όπως σε συντησμένες επιδιορθώσεις) μειώνοντας τον κίνδυνο του μοσχεύματος να προεξέχει από το δέρμα. Όταν πραγματοποιηθεί η σφύλωση, οι περισσότεροι ασθενείς και οι σιντροφοί τους δεν μπορούν να χάσουν το μόσχευμα.

Τα ποσοστά επιτυχίας αγγίζουν το 92%, ενώ σημαντικά στοιχεία στην επιτυχία της επέμβασης είναι η γρήγορη επιστροφή της ασθενούς στο σπίτι και στην εργασία της, καθώς και το σημαντικό χαμηλότερο κόστος της επέμβασης σε σχέση με τις χειρουργικές επεμβάσεις του παρελθόντος. ❖