



14. ΠΡΟΠΤΩΣΕΙΣ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

ΟΡΙΣΜΟΙ - ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οι προπτώσεις των γεννητικών οργάνων αναφέρονται σε ένα ή περισσότερα όργανα και περιλαμβάνουν το τράχηλο, τη μήτρα και τα τοιχώματα του κόλπου.

Οι προπτώσεις του κόλπου μπορεί να αφορούν:

- Το πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα που συμπαρασύρει την ουροδόχο κύστη (**κυστεοκήλη**)
- Το οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα που συμπαρασύρει το ορθό έντερο (**ορθοκήλη**)
- Το δουγλάσειο χώρο που συμπαρασύρει τμήμα του λεπτού εντέρου (**εντεροκήλη**)
- Το κοιλιακό κοιλόβωμα, μετά από υστερεκτομή

Το **50%** των μετεμμηνοπαισιακών γυναικών παρουσιάζουν διαφόρου βαθμού προπτώσεις, με **η χωρίς συμπτώματα.**

Η συνθέστερη ένδειξη υστερεκτομής σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών είναι η **πρόπτωση μήτρας.**

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΠΡΟΠΤΩΣΕΙΣ:

- Γενετική προδιάθεση
- Πολυτοκία (κοιλιακοί τοκετοί)
- Μεγάλη ηλικία
- Νοσήματα του συνδετικού ιστού
- Αυξημένη ενδοκοιλιακή πίεση (χρόνια δυσκοιλιότητα, παχυσαρκία)

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Αίσθημα ξένου σώματος στα έξω γεννητικά όργανα
- Δυσκολία εκκένωσης της ουροδόχου κύστης ή ακράτεια ούρων από προσπάθεια (stress urinary incontinence) σε περιπτώσεις κυστεοκήλης

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

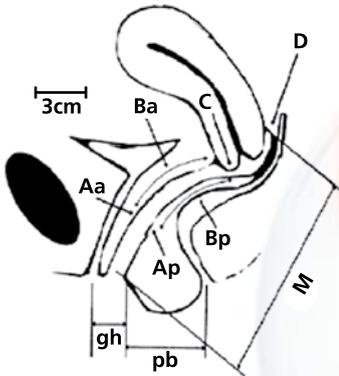
Οι προπτώσεις των γεννητικών οργάνων ταξινομούνται στην γυναικολογική εξέταση με βάση το σύστημα Baden-Walker:

Βαθμός (Grade) 0	Φυσιολογική θέση των γεννητικών οργάνων
Βαθμός (Grade) 1	Κάθοδος στη μέση της απόστασης μέχρι την είσοδο του κόλπου
Βαθμός (Grade) 2	Κάθοδος μέχρι την είσοδο του κόλπου
Βαθμός (Grade) 3	Κάθοδος μετά την είσοδο του κόλπου
Βαθμός (Grade) 4	Ολική πρόπτωση



Η σταδιοποίηση της πρόπτωσης με βάση το σύστημα POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification System) έχει εφαρμογή στην κλινική πράξη, αλλά και σε ερευνητικό επίπεδο. Τα στάδια βασίζονται στη μέγιστη απόσταση πρόπτωσης σε σχέση με την είσοδο του κόλπου:

Στάδιο 0	Όχι πρόπτωση. Τα πρόσθια και οπίσθια σημεία είναι στα -3 εκ. Ο τράχηλος (C) και ο οπίσθιος κοιλιακός θόλος (D) βρίσκονται μεταξύ του ολικού μήκους του κόλπου (TVL) και (TVL-2) εκ.
Στάδιο I	Τα κριτήρια του σταδίου 0 δεν πληρούνται. Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι > 1 εκ. πάνω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου.
Στάδιο II	Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι μεταξύ 1 εκ. πάνω και 1 εκ. κάτω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου (τουλάχιστον ένα σημείο είναι -1, 0 ή +1).
Στάδιο III	Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι > 1 εκ. κάτω από το επίπεδο της εισόδου του κόλπου, αλλά όχι περισσότερο από (TVL-2) εκ.
Στάδιο IV	Πλήρης πρόπτωση ή εκτροπή. Η μεγαλύτερη πρόπτωση είναι τουλάχιστον (TVL-2) εκ.



Aa	Πρόσθιο σημείο A
Ap	Οπίσθιο σημείο A
Ba	Πρόσθιο σημείο B
Bp	Οπίσθιο σημείο B
C	Τράχηλος
D	Οπίσθιος κοιλιακός θόλος
TVL	Ολικό μήκος κόλπου
gh	Γεννητικό χάσμα
pb	Σώμα περινέου

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Περιλαμβάνει:

- την άσκηση
- την απώλεια βάρους
- τις ασκήσεις των μυών του πυελικού εδάφους (ασκήσεις Kegel)
- την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας



ΧΡΗΣΗ ΠΕΣΣΩΝ

Οι πεσσοί χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που δεν επιθυμούν την εγχείρηση ή όταν υπάρχουν ιατρικές αντενδείξεις, σε μεγάλης ηλικίας γυναίκες και σε γυναίκες κατακεκλημένες που πάσχουν από σοβαρά χρόνια νοσήματα.

Οι πεσσοί διατίθενται σε διάφορα σχήματα και μεγέθη και ο τύπος του πεσσού που θα επιλεγεί εξαρτάται από το βαθμό της πρόπτωσης. Σε πρόπτωση II και III βαθμού συχνότερα επιλέγονται οι πεσσοί Gellhorn.



Τύποι πεσσών

A:	Δακτύλιος
B:	Shaatz
C:	Gellhorn
D:	Gellhorn
E:	Δακτύλιος με υποστήριξη
F:	Gellhorn
G:	Risser
H:	Smith
I:	Κύβος Tandem
J:	Κύβος
K:	Hodge με λαβή
L:	Hodge
M:	Gehrung
N:	Πιάτο με υποστήριξη
O:	Donut
P:	Δακτύλιος ακράτειας
Q:	Πιάτο ακράτειας
R:	Hodge με υποστήριξη
S:	Inflatoball (latex)

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η συνθέστερη χειρουργική αντιμετώπιση των προπτώσεων της μήτρας και των κοιλικών τοιχωμάτων είναι η **υστερεκτομή**.

Μετά την υστερεκτομή πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα ώστε να προλαμβάνεται η πρόπτωση του κολοβώματος του κόλπου. Για το σκοπό αυτό συνιστάται η **διακοιλιακή ιεροκολληση** ή η **διακολλητική ανάρτηση του κοιλιακού κολοβώματος** με τη χρησιμοποίηση των ιερομυτρικών και των sacrospinous συνδέσμων και της λαγονοκοκκυγικής περιτονίας ή των μυών. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να πραγματοποιηθούν και λαπαροσκοπικά.



Αναφέρονται άμεσες επιπλοκές όπως η **αιμορραγία** και ο **τραυματισμός των ουρητήρων** και όψιμες η **δυσπαρέυνια**, ο **πόνος στο ορθό** και το stress incontinence. Υποτροπή της πρόπτωσης του κοιλιοβάματος αναφέρεται σε ποσοστό **4 - 7%** και πρόπτωση του πρόσθιου τοιχώματος του κόλπου σε ποσοστό **30%**.

Η **κοιλιοκλίση** ενδείκνυται σε γυναίκες μεγαλύτερες των 80 ετών ή σε περιπτώσεις ασθενών υψηλού κινδύνου που πάσχουν από σοβαρά συστηματικά νοσήματα.

Ασθενείς που δεν επιθυμούν την υστερεκτομή υποβάλλονται σε **διακοιλιακή ιερο-υστεροπηξία** ή **διακοιλιακή υστεροπηξία** με τη χρησιμοποίηση των ιερομητρικών ή των sacrospinous συνδέσμων. Υποτροπή παρατηρείται σε ποσοστό **6 - 25%**.

ΚΥΣΤΕΟΚΗΛΗ – ΟΡΘΟΚΗΛΗ

Κυστεοκήλη είναι η πρόπτωση του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος και ορθοκήλη η πρόπτωση του οπίσθιου κοιλιακού τοιχώματος.

Η κυστεοκήλη επιδιορθώνεται με τη διενέργεια της παραδοσιακής **πρόσθιας κοιλιορραφίας** με ή χωρίς τη χρησιμοποίηση πλέγματος ή ένθετων υλικών.

Οι τεχνικές **παρακοιλιακής επιδιόρθωσης** της κυστεοκήλης που πραγματοποιούνται διακοιλιακά ή οπισθοβικά με ανοιχτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση δεν φαίνεται ότι υπερτερούν της παραδοσιακής πρόσθιας κοιλιορραφίας, όσον αφορά το ποσοστό της υποτροπής, το οποίο υπολογίζεται στο **15 – 35%**.

Η ορθοκήλη επιδιορθώνεται με τη διενέργεια της παραδοσιακής **οπίσθιας κοιλιορραφίας**, στη διάρκεια της οποίας πρέπει να αποφεύγεται ο δια ραμμάτων συμπλησιασμός των σκελών του ανελήκτρη του πρωκτού για την αποφυγή της προκαλούμενης δυσπαρέυνιας, σε ασθενείς που έχουν σεξουαλική δραστηριότητα.

Η **λαπαροσκοπική** επιδιόρθωση της ορθοκήλης γίνεται με την πραγματοποίηση της **ιερο-κοιλιοπηξίας**, στην οποία το πλέγμα τοποθετείται κατά μήκος της οπίσθιας επιφάνειας του κόλπου, ή μέχρι του περινέου (ιερο-κοιλιοπερινεοπηξία). Υποτροπή μετά την εφαρμογή των τεχνικών αυτών αναφέρεται σε ποσοστό **35%** έναντι **15%** της παραδοσιακής οπίσθιας κοιλιορραφίας.

ΧΡΗΣΗ ΠΛΕΓΜΑΤΩΝ

Έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα βιολογικά και συνθετικά υλικά υπό μορφή πλεγμάτων σε διάφορα μεγέθη και σχήματα με σκοπό να ενισχυθούν οι ευένδοτες περιοχές που έχουν χαλαρώσει και έχουν προκαλέσει προπτώσεις των κοιλιακών τοιχωμάτων και της μήτρας.

Παρά την έλλειψη δεδομένων που αφορούν τη σχέση κινδύνου-οφέλους από την χρήση των πλεγμάτων, έχουν ενσωματωθεί στην κλινική πράξη πολλές τεχνικές και πολλά διαφορετικά υλικά, ενώ γίνονται συνεχώς τροποποιήσεις, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι επιπλοκές από την τοποθέτησή τους. Οι επιπλοκές αυτές περιλαμβάνουν τη **διάβρωση**, τη **συρρίκνωση** και τα **συρίγγια**.



Οι περισσότερες περιπτώσεις διάβρωσης αντιμετωπίζονται επιτυχώς με μερική αφαίρεση του πηλγματος, ωστόσο σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να χρειαστεί η πλήρης αφαίρεση του υλικού με λαπαροτομία.

ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΕΜΒΑΣΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗΣ ΠΡΟΠΤΩΣΗΣ

Πολλές γυναίκες με προχωρημένη πρόπτωση, ειδικά εκείνες με πρόπτωση του προσθίου κοιλιακού τοιχώματος, συνήθως δεν έχουν συμπτώματα ακράτειας ούρων από προσπάθεια, είτε επειδή ο σφιγκτηριακός μηχανισμός της ουρήθρας είναι ακέραιος, είτε επειδή η προχωρημένη πρόπτωση συστρέφει την ουρήθρα και προκαλεί απόφραξη.

Μερικές από αυτές τις γυναίκες θα έχουν ακράτεια, **μετά** από επέμβαση διόρθωσης της πρόπτωσης. Μερικές τυχαίοποιημένες μελέτες συμπεραίνουν ότι στις περιπτώσεις αυτές, η ακράτεια μειώνεται σημαντικά αν συμπεριληφθεί κάποια συμπληρωματική επέμβαση κατά της ακράτειας. Οι επεμβάσεις που προτείνονται είναι η τοποθέτηση ταινίας ελεύθερης τάσης (TVT) ή ανάταξη της ουρήθρας με ραφές (Kelly).

