

Ολική ή υφολική κοιλιακή υστερεκτομή σε καλοήθειες γυναικολογικές παθήσεις; πώς, πότε και γιατί;

Λανηλίδης Α., Σπαθοπούλου Σ., Δίνας Κ., Ταντανάσης Θ., Καρτσέα Φ., Γιαννούλης Χ., Μπαλαούρας Δ., Φωτεινάκης Ι., Μακρής Β., Λουφόπουλος Α.

Β' Πανεπιστημιακή Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

Αλληλογραφία: Σπαθοπούλου Σοφία, Β.Ταβάκη 9, Θέση 57001 Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 6946884444, e-mail spsophie100@yahoo.gr

Περίληψη

Η ολική και η υφολική υστερεκτομή σε καλοήθειες γυναικολογικές παθήσεις αποτέλεσαν αντικείμενο σύγκρισης τόσο σε τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες όσο και σε μελέτες παρατήρησης. Στόχος μας είναι να συγκρίνουμε την ολική και την υφολική υστερεκτομή όσον αφορά στην ακράτεια των ούρων, τα προβλήματα εκ του τραχηλικού κολοβώματος, το χρόνο της επέμβασης, τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, την ποιότητα ζωής και την πρόπτωση. Από την ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η ολική υστερεκτομή υπερτερεί ως προς την ακράτεια, την πρόπτωση και τα προβλήματα από το τραχηλικό κολόβωμα. Η υφολική υστερεκτομή, αντίστοιχα, υπερτερεί ως προς το χρόνο της επέμβασης και τις μετεγχειρητικές επιπλοκές. Η ποιότητα ζωής βελτιώνεται μετεγχειρητικά το ίδιο, ανεξάρτητα με την τεχνική.

Λέξεις κλειδιά: υστερεκτομή, κολπική αιμόρροια, σεξουαλική ζωή, ακράτεια ούρων, πρόπτωση.

Εισαγωγή

Η πρώτη υφολική υστερεκτομή πραγματοποιήθηκε το 1843 από τον Charles Clay στο Manchester. Δυστυχώς η ασθενής απεβίωσε στην άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η πρώτη επιτυχημένη υστερεκτομή περιγράφεται στα 1853 από τον Ellis Burnham. Έως το 1880 η θνησιμότητά της έφτανε το 80%. Το 1930 ένας Αμερικανός χειρουργός εισάγει την ολική υστερεκτομή προκειμένου να αποφευχθεί η ανάπτυξη καρκίνου του τραχήλου και η οροαιματηρή έκκριση από το τραχηλικό κολόβωμα. Έτσι, η ολική υστερεκτομή αποτέλεσε την επέμβαση εκλογής μετά το 1950. Τη δεκαετία του 1980 ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της προοπτικής μελέτης του Kilkku¹ και το 1988 πραγματοποιήθηκε η πρώτη λαπαροσκοπική υφολική υστερεκτομή από τον Harry Reich. Τότε ανέκυψε και πάλι το ερώτημα:

ολική ή υφολική υστερεκτομή; Βιβλιογραφικά δεδομένα υπάρχουν από το 1930, ωστόσο είναι συγκεχυμένα, καθώς περιλαμβάνονται πολλαπλές μελέτες με διαφορετικές όμως ενδείξεις σε ασθενείς με ή χωρίς κακοήθεια. Επίσης πολλά δημοσιευμένα στοιχεία στηρίζονται σε αναδρομικά δεδομένα φακέλων, χωρίς μεθοδολογία και στατιστική ανάλυση. Τα ποσοστά της υστερεκτομής ποικίλλουν από χώρα σε χώρα, με υψηλότερα αυτά των ΗΠΑ (560/100000 γυναίκες) και της Φινλανδίας (414/100000 γυναίκες) και χαμηλότερα της Σουηδίας και της Νορβηγίας (145 και 164 στις 100000 γυναίκες)². Συχνότερα η υφολική υστερεκτομή προτιμάται στις Σκανδιναβικές χώρες ενώ η ολική στους Αγγλοσάξονες. Η συχνότητα υφολικής προς ολική είναι από 0,56 ως 0,27 για τις Σκανδιναβικές

Πίνακας 1: Προβλήματα ακράτειας ούρων μετά από ολική ή υφολική υστερεκτομή

Συγγραφέας-εργασία	Ακράτεια ούρων	Ακράτεια μετά από ολική κοιλιακή υστερεκτομή	Ακράτεια μετά από υφολική κοιλιακή υστερεκτομή	P-value
Kilcku, Finland, 1982. Μελέτη παρατήρησης με 105 ολικές και 107 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο συνέντευξη μετά από 1 χρόνο)	Ακράτεια	28,85%	22,43%	0,29%
Thakar, UK, 2002. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 146 ολικές υστερεκτομές και 133 με υφολικές (ουροδυναμικός και ερωτηματολόγιο μετά από 1 χρόνο)	Ακράτεια από έπειξη	11,67%	11,11%	0,89%
	Ακράτεια από προσπάθεια	1,5 % (+/-0,9)	1,5% (+/-0,9)	0,74%
Learman, USA, 2003. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 67 ολικές υστερεκτομές και 68 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 2 χρόνια)	Ακράτεια από έπειξη	4,48%	11,76%	0,21%
	Ακράτεια από προσπάθεια	2,99%	5,88%	0,68%
Gimbel, Denmark, 2003. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 158 ολικές υστερεκτομές και 161 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Ακράτεια από έπειξη	9,29%	18,25%	0,03%
	Ακράτεια από προσπάθεια	1,43%	5,11%	0,10%
	Μικτή ακράτεια	2,14%	5,84%	0,13%
Gimbel, Denmark, 2005. Προοπτική μελέτη με 80 ολικές και 105 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Ακράτεια	4,29%	5,84%	0,59%
	Ακράτεια	15,38%	9,89%	0,33%

χώρες³. Παρόλο που τα ποσοστά υπέρ της ολικής υστερεκτομής είναι ακόμη συντριπτικά στις ΗΠΑ και στην Μ. Βρετανία (συχνότητα υφολικής προς ολική 0,11 και 0,04 αντίστοιχα) φαίνεται πως τα τελευταία χρόνια υπάρχει τάση αντιστροφής⁴.

Υλικά και Μέθοδοι

Παρουσιάζουμε μια μελέτη ανασκόπησης χρησιμοποιώντας βιβλιογραφία από medline και scopus γραμμένη στην αγγλική γλώσσα. Στόχος της μελέτης μας είναι να συγκρίνουμε τα πλεονεκτήματα και τα

Πίνακας 2: Προβλήματα από τον τραχήλο μετά από ολική ή υφολική υστερεκτομή

Συγγραφέας- εργασία	Αποτέλεσμα	Αριθμός ασθενών
Ruoss, UK, 1995, Obstet Gynecol. Follow up study με 50 ολικές και 50 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνο)	Αιμορραγία από τραχηλικό κολόβωμα	8,00%
Thakar, UK, 2002, N Engl J Med. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 146 ολικές και 133 υφολικές υστερεκτομές (ουροδυναμικός και ερωτηματολόγιο μετά από 1 χρόνο)	Αιμορραγία από τραχηλικό κολόβωμα	7,44%
Learman, USA, 2003, Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 67 ολικές υστερεκτομές και 68 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 2 χρόνια)	Κυκλική κολπική αιμορραγία	5,88%
Gimbel, Denmark, 2003, Br J Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 158 ολικές υστερεκτομές και 161 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Αιμορραγία από τραχηλικό κολόβωμα	19,71%
Ewies, UK, 2000, Br J Obstet Gynecol. Αναδρομική μελέτη με 150 υφολικές υστερεκτομές (συνέντευξη)	Κυκλική κολπική αιμορραγία	8,00%
Gimbel, Denmark, 2005. Προοπτική μελέτη με 80 ολικές και 105 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Αιμορραγία από τραχηλικό κολόβωμα	15,38%

μειονεκτήματα των δύο τεχνικών ανάλογα με τις ενδείξεις, τις διεγχειρητικές επιπλοκές και τα πιθανά μετεγχειρητικά προβλήματα. Στην ανασκόπηση αυτή, αναφέρουμε τα βιβλιογραφικά δεδομένα από τυχαιοποιημένες και ανασκοπικές μελέτες από το 1980 ως σήμερα όσον αφορά στην επίπτωση των δύο τεχνικών στην ακράτεια των ούρων, στη μετεγχειρητική έκκριση του τραχήλου, στη διάρκεια νοσηλείας, στη σεξουαλική ζωή, στα ψυχιατρικά προβλήματα, στην πρόπτωση του κολοβώματος και στο μετεγχειρητικό πνευλικό άλγος των γυναικών.

Αποτελέσματα

• Ακράτεια ούρων

Βάσει της μεγαλύτερης τυχαιοποιημένης μελέτης μέχρι σήμερα, περισσότερες γυναίκες υποφέρουν από ακράτεια ούρων μετά από υφολική υστερεκτομή από ό,τι μετά από ολική υστερεκτομή⁵. Σε όλες τις υπόλοιπες τυχαιοποιημένες μελέτες δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο (Πίνακας 1). Η πιθανότερη αιτία για τη διαφορά

αυτή στα αποτελέσματα, είναι πως στη μελέτη των Gimbel et al.⁵ συμμετείχαν σημαντικά περισσότεροι ασθενείς. Η πιο αποδεκτή εξήγηση που έχει δοθεί από τους υποστηρικτές της ολικής υστερεκτομής είναι ότι η μη φυσιολογική στήριξη της ουρήθρας παίζει ρόλο στην ακράτεια προσπάθειας⁶. Λέγοντας μη φυσιολογική στήριξη της ουρήθρας, εννοούμε αυξημένη κινητικότητα του αυχένα της κύστης. Κατά την ολική υστερεκτομή οι περισσότεροι χειρουργοί διενεργούν ανάρτηση του κολπικού κολοβώματος. Η ανάρτηση του κολοβώματος πιθανώς να σταθεροποιεί τον αυχένα της κύστης. Από την άλλη, σύμφωνα με τους υποστηρικτές της υφολικής υστερεκτομής, βασικοί σύνδεσμοι στήριξης της μήτρας- ιερομητρικοί, πλάγιοι τραχηλικοί- διατηρούνται στην υφολική υστερεκτομή, επομένως δεν τίθεται θέμα στήριξης της ουρήθρας. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο τεχνικών σε άλλα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό, όπως στη δυσουρία καθώς και στην υπολειμματική κένωση της κύστης.

Πίνακας 3: Διάρκεια επέμβασης, νοσηλείας και απώλειας αίματος

Συγγραφέας- εργασία	Μέτρηση	Αποτέλεσμα για ολική κοιλιακή υστερεκτομή	Αποτέλεσμα για υφολική υστερεκτομή	P-value
Ruoss, UK, 1995, Obstet Gynecol. Follow up study με 50 ολικές και 50 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνο)	Διάρκεια επέμβασης. Λεπτά (διακύμανση)	57 (35-88)	45 (23-57)	Υφολική < Ολική
Roovers, Netherlands, 2003, BMJ. Προοπτική μελέτη με 164 ολικές και 84 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο 6 μήνες μετά)	Διάρκεια νοσηλείας Μέρες (διακύμανση)	5.5 (3- 9)	4.7 (3-9)	Δεν υπάρχουν στοιχεία
Thakar, UK, 2002, N Engl J Med. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 146 ολικές και 133 υφολικές υστερεκτομές (συροδυναμικός και ερωτηματολόγιο μετά από 1 χρόνο)	Διάρκεια επέμβασης Λεπτά(μέσος όρος) Απώλεια αίματος ml (μέσος όρος)	71.1 422.6	59.5 320.1	<0.001 0.004
Learman, USA, 2003, Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 67 ολικές υστερεκτομές και 68 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 2 χρόνια)	Διάρκεια επέμβασης Λεπτά (μέσος όρος) Απώλεια αίματος ml (μέσος όρος)	123 418	113 382	Χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά
Gimbel, Denmark, 2003, Br J Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 158 ολικές υστερεκτομές και 161 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Διάρκεια επέμβασης Λεπτά(διακύμανση) Απώλεια αίματος ml(διακύμανση)	85 (35-255) 400 (25-4500)	70 (34-165) 250 (10-2500)	<0.001 <0.001
Gimbel, Denmark, 2005. Προοπτική μελέτη με 80 ολικές και 105 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Διάρκεια επέμβασης Λεπτά(διακύμανση) Απώλεια αίματος ml(διακύμανση)	80 (35-210) 350 (100-1300)	65 (30-150) 250 (25-1400)	<0.001 <0.001

- **Προβλήματα από το τραχηλικό κολόβωμα**

Αρκετές γυναίκες μετά την υφολική υστερεκτομή συνεχίζουν να έχουν κολπική αιμόρροια σε ποσοστό που ποικίλλει από 5-22%. Πρόσφατες μελέτες αποδεικνύουν ότι ακόμα και μετά από λαπαροσκοπική αφαίρεση του ενδοτραχηλικού καναλιού και της ζώνης μετάπτωσης αρκετές γυναίκες έχουν κολπική αιμόρροια, αν και θα προτιμούσαν το αντίθετο^{7,8}. (Πίνακας 2)

Το μεγαλύτερο όμως, πρόβλημα μετά την υφολική υστερεκτομή είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκινώματος στο τραχηλικό κολόβωμα. Αν και επίσημα σε καμία μελέτη δεν παρατηρήθηκε δυσπλασία ή καρκίνος του τραχήλου, κάποιες γυναίκες εμφάνισαν παθολογικό τεστ Παπανικολάου μετεγχειρητικά.

- **Περιεγχειρητική απώλεια αίματος, χρόνος της επέμβασης, και διάρκεια νοσηλείας**

Τόσο η απώλεια αίματος, όσο και ο χρόνος της

επέμβασης είναι μικρότερα κατά την υφολική υστερεκτομή^{9,10}. Ειδικά σε δύσκολες περιπτώσεις, όπου ούτως ή άλλως προτιμάται η υφολική υστερεκτομή, η συχνότητα μετάγγισης είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με την ολική υστερεκτομή (Πίνακας 3)⁶. Όσον αφορά στον χρόνο νοσηλείας, αυτός είναι μικρότερος κατά την υφολική υστερεκτομή ενδεχομένως λόγω των λιγότερων μετεγχειρητικών επιπλοκών^{7,11,12} (Πίνακας 3)⁶.

- **Περιεγχειρητικές και μετεγχειρητικές επιπλοκές**

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι περισσότερες επιπλοκές και κυρίως ο τραυματισμός του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης, θα εμφανίζονταν στις ασθενείς μετά από ολική υστερεκτομή, καθώς είναι περισσότερο επεμβατική. Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν αποδεικνύεται, ίσως γιατί οι επιπλοκές είναι σπάνιες και ο αριθμός των ασθενών που συμμετέχει είναι μικρός.

Πίνακας 4: Μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από ολική ή υφολική υστερεκτομή

Συγγραφέας- εργασία	Επιπλοκή	Ολική υστερεκτομή	Υφολική υστερεκτομή	P-value
Learman, USA, 2003, Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 67 ολικές υστερεκτομές και 68 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 2 χρόνια)	Νοσηρότητα από πυρετό	24,62%	14,71%	0,05%
	Τραυματισμός ουροποιητικού συστήματος	3,08%	0,00%	
	Διεγχειρητική αιμορραγία ή μετάγγιση	4,62%	5,97%	
	Καθυστέρηση λειτουργίας της ουροδόχου κύστης	4,62%	1,49%	
	Συνολικές επανεισαγωγές	15	29	
	Συνολικός αριθμός ασθενών με επανεισαγωγή	16,92%	31,34%	
Gimbel, Denmark, 2003, Br J Obstet Gynecol. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 158 ολικές υστερεκτομές και 161 με υφολικές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Συνολικός αριθμός γυναικών με μία ή περισσότερες επιπλοκές	40,51%	33,54%	0,20%
Gimbel, Denmark, 2005. Προοπτική μελέτη με 80 ολικές και 105 υφολικές υστερεκτομές (ερωτηματολόγιο μετά 1 χρόνια)	Συνολικός αριθμός γυναικών με μία ή περισσότερες επιπλοκές	31,25%	37,14%	0,40%

Πίνακας 5: Μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από ολική ή υφολική υστερεκτομή

Συγγραφέας- εργασία	Επιπλοκή	Ολική υστερεκτομή	Υφολική υστερεκτομή	P-value
Roovers, Netherlands, 2001, Acta Obstet Gynecol Scand.	Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	13,76%	8,00%	0,43%
Thakar, UK, 2002, N Engl J Med. Τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με 146 ολικές και 133 υφολικές υστερεκτομές (ουροδυναμικός και ερωτηματολόγιο μετά από 1 χρόνο)	Επανεισαγωγή	2,74%	0,75%	0,37%
	Διεγχειρητικές επιπλοκές	14,38%	8,27%	0,11%
	Μετεγχειρητικές επιπλοκές	27,40%	9,77%	<0,001
	Πριν το ξιπήριο: πυρετός	19,18%	6,02%	0,00%
	Κατακράτηση ούρων	1,37%	0,00%	0,50%
	Αιμάτωμα κολοβώματος	0,68%	0,00%	1,00%
	Αιμάτωμα τραύματος	2,74%	2,26%	1,00%
	Μόλυνση τραύματος	2,05%	1,50%	1,00%
	Ειλεός	0,68%	0,00%	1,00%
	Κολπική αιμόρροια	0,68%	0,00%	1,00%
	Μετά το ξιπήριο	6,16%	10,53%	0,20%
	Απόφραξη εντέρου	1,37%	0,00%	0,50%

Γενικότερα, οι επιπλοκές δεν είναι μόνο θέμα τεχνικής, αλλά και ικανότητας του χειρουργού. Τα συνολικά ποσοστά των διάφορων επιπλοκών και για τις δύο τεχνικές κυμαίνονται από 8-41% σε όλες τις μελέτες.

Ειδικά στην περίπτωση του πυρετού, ως επιπλοκή, μια μελέτη υποστηρίζει ότι εμφανίζεται συχνότερα μετά την ολική υστερεκτομή, ενώ άλλες κατά την υφολική, λόγω της επιμόλυνσης της κοιλιακής κοιλότητας από τη χλωρίδα του κόλπου. Το πρόβλημα του πυρετού αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, όποια τεχνική και να ακολουθηθεί (Πίνακες 4,5)^{3,6,9}.

• Ποιότητα ζωής

Όσον αφορά σε διάφορες παραμέτρους που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, όπως σεξουαλική ζωή, χρόνιο πνευλικό άλγος, εντερική λειτουργία και ψυχιατρικά προβλήματα, τα δεδομένα έδειξαν ότι καμία τεχνική δεν υπερτερεί έναντι της άλλης.

Θα περίμενε κανείς, ότι τουλάχιστον σε κάποιες γυναίκες η μήτρα παίζει κάποιο ρόλο στη φυσιολογία του γυναικείου οργανισμού. Η σεξουαλική ζωή των γυναικών εξετάστηκε βάσει της σεξουαλικής επιθυμίας, της δυσπαρεννίας, της συχνότητας και της ποιότητας των οργασμών και της λίπανσης του

Πίνακας 6: Ποιότητα σεξουαλικής ζωής

Συγγραφέας- εργασία	Διαταραχές	Ολική υστερεκτομή	Υφολική υστερεκτομή	P-value
Kilkku, Finland, 1985	Συχνότητα επαφών σεξουαλικών	45,92%	34,58%	0,10%
	Δυσπαρευνία	15,38%	6,12%	0,06%
	Μειωμένη διάθεση	35,00%	31,13%	0,93%
	Οργασμός <1/4 επαφές	46,15%	31,63%	0,04%
Thakar, UK, 2002, N Engl J Med	Οργασμός	3.2 (+/-0.9)	3.3 (+/-0.9)	0,31%
	Πολλαπλοί οργασμοί	1.7(+/-1.0)	1.7(+/-1.0)	0,41%
	Ξηρότητα κόλπου	26,19%	27,78%	0,81%
	Επιφανειακή δυσπαρευνία	10,59%	16,48%	0,28%
	Εν τω βάθει δυσπαρευνία	14,29%	6,59%	0,13%
	Καλή σχέση με τον σύντροφο	80,23%	90,11%	0,09%
Gimbel, Denmark, Aust NZ J Obstet Gynecol 2005.	Σεξουαλική διάθεση > 1 φορά την εβδομάδα	43,57%	37,96%	0,66%
	Δυσπαρευνία	6,43%	9,49%	0,38%
	Επαφή > 1 φορά την εβδομάδα	37,86%	32,85%	0,38%
	Αυνανισμός > 1 φορά την εβδομάδα	9,29%	5,11%	0,25%
	Οργασμός πάντα ή συχνά	78,57%	77,37%	0,81%
	Ικανοποιητικός οργασμός	78,57%	83,21%	0,33%
	Ξηρότητα κόλπου	10,71%	13,87%	0,42%
	Σεξουαλικά προβλήματα	67,86%	62,77%	0,37%
Zobbe, Denmark, 2004, Acta Obstet Gynecol Scand	Σεξουαλική διάθεση > 1 φορά την εβδομάδα	46,15%	46,15%	1,00%
	Δυσπαρευνία	7,69%	10,99%	0,59%
	Επαφή > 1 φορά την εβδομάδα	38,46%	39,56%	0,89%
	Αυνανισμός > 1 φορά την εβδομάδα	3,08%	5,49%	
	Συχνός οργασμός	81,54%	76,92%	
	Ικανοποιητικός οργασμός	86,15%	75,82%	
	Ξηρότητα κόλπου	15,38%	13,19%	
	Ικανοποιητική σεξουαλική ζωή	67,69%	64,84%	

κόλπου. Μόνο μία Φινλανδική μελέτη¹ έδειξε πως η υφολική υστερεκτομή υπερερούσε σε σχέση με την ολική όσον αφορά στη δυσπαρευνία, τον οργασμό και τη λίμπιντο. Η στατιστική απόκλιση στη συγκεκριμένη μελέτη, βρέθηκε τελικά πως οφείλεται στο ότι στατιστικά σημαντικά μικρότερος αριθμός από την ομάδα των γυναικών που υποβλήθηκαν σε ολική υστερεκτομή είχαν σεξουαλικούς συντρόφους σε σύγκριση με την ομάδα της υφολικής. Συνολικά, φαίνεται πως δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τεχνικών σε καμία από τις τυχοποιημένες μελέτες (Πίνακας 6)^{3,6,13,14}.

Ανεξάρτητα της τεχνικής οι γυναίκες ανακουφίστηκαν μετεγχειρητικά από τη δυσπαρευνία, αφού απομακρύνθηκε μια μεγάλη μήτρα που προκαλούσε αίσθημα τάσης. Ωστόσο, μια καλή σεξουαλική ζωή προεγχειρητικά, σχετίζεται με μια καλή σεξουαλική ζωή μετεγχειρητικά και αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (σύντροφος, καλή φυσική και ψυχική κατάσταση) και όχι μόνο από το είδος της επέμβασης. Αρκετές μελέτες ερευνούν με τη χρήση

ειδικών ερωτηματολογίων την ποιότητα ζωής αλλά και την εμφάνιση ψυχιατρικών συμπτωμάτων στις δύο ομάδες μελέτης. Δεν φαίνεται να υπερερεί η μια έναντι της άλλης στους παραπάνω τομείς. Η ποιότητα ζωής των γυναικών βελτιώθηκε μετεγχειρητικά ανεξάρτητα με το είδος της επέμβασης στην οποία υπεβλήθησαν^{12,15,16}.

Δεν αποδεικνύεται διαφορά μεταξύ των δύο στη λειτουργία του εντέρου. Η δυσκοιλιότητα που εμφάνιζαν οι γυναίκες προεγχειρητικά παρέμεινε και μετεγχειρητικά ανεξάρτητα με την τεχνική⁷.

Τέλος, όσον αφορά στην εμφάνιση πυελικού άλγους μετεγχειρητικά όλες οι μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι καμία σημαντική διαφορά δεν φαίνεται να υπάρχει μεταξύ ολικής και υφολικής υστερεκτομής³. Σίγουρα, μετεγχειρητικά μειώνεται το άλγος –ανεξάρτητα με την τεχνική– αφού αυτό συνήθως οφείλεται σε συμφύσεις.

• Πρόπτωση

Παρόλο που παλαιότερες μετanalύσεις και μελέ-

τες παρακολούθησης ήταν υπέρ της υφολικής υστερεκτομής, στις πλέον πρόσφατες μελέτες δεν φαίνεται να υπερτερεί τελικά καμία τεχνική ως προς την πρόπτωση του κολπικού κολοβώματος. Ίσως γιατί το διάστημα επανελέγχου των γυναικών ήταν μικρό για να εκδηλωθεί η πρόπτωση. Θεωρητικά θα έπρεπε να υπερτερεί η ολική υστερεκτομή, για τους ίδιους λόγους που υπερτερεί στην ακράτεια των ούρων. Η διαφορά στην τεχνική των δύο μεθόδων, ως προς την υποστήριξη του κολπικού κολοβώματος με τις ειδικές ραφές που τοποθετούνται κατά τη διενέργεια της ολικής υστερεκτομής, πιθανώς να δικαιολογεί ένα μικρό πλεονέκτημα της ολικής υστερεκτομής (Πίνακας 7)^{17, 18}.

Συμπέρασμα

Η ολική υστερεκτομή υπερτερεί ως προς την εμφάνιση αιμορραγίας και καρκίνου του τραχήλου. Η υφολική υστερεκτομή εκτελείται συντομότερα, έχει μικρότερη διεγχειρητική αιμορραγία και λιγότερες περι- και μετεγχειρητικές επιπλοκές, ειδικά φλεγμονές. Βέβαια, το τελευταίο πρόβλημα αντιμετωπίζεται με την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, οπότε και πάλι δεν φαίνεται να υπερτερεί η υφολική. Ωστόσο, πριν καταλήξουμε σε κάποιο συμπέρασμα χρειαζόμαστε μεγαλύτερης διάρκειας παρακολούθησης τυχαιοποιημένες μελέτες ειδικά όσον αφορά στην πρόπτωση, την ακράτεια των ούρων και τα προβλήματα από το τραχηλικό κολόβωμα για να εκτιμήσουμε τις μακροχρόνιες επιπτώσεις τόσο της ολικής, όσο και της υφολικής υστερεκτομής.

Total or subtotal abdominal hysterectomy in benign gynecological conditions? How, why, when?

Daniilidis A., Spathopoulou S., Dinas K., Tantanasis Th., Kartsea F., Giannoulis C., Mpalaouras D., Foteinakis I., Makris V., Loufopoulos A.

2nd Department of Obstetrics and Gynecology, Aristotle University of Thessaloniki, Ippokration General Hospital, Greece.

Correspondence: Sophia Spathopoulou
9 B. Tavaki str., Themi, 57001 Thessaloniki
tel.: +30 6946884444,
E-mail: spsophie100@yahoo.gr,

Summary

Total and subtotal abdominal hysterectomy for benign indications have been compared in randomized clinical trials and observational studies. The aim is to compare total and subtotal hysterectomy as far as it concerns incontinence, cervical stump problems, operation time, postoperative complications, quality of life, and prolapse. Incontinence, prolapse and cervical stumps problems showed a difference favoring the total hysterectomy. Operation time and postoperative complications were in favor of the subtotal hysterectomy. Quality of life was not in favor of either of the hysterectomy methods.

Key words: hysterectomy, vaginal hemorrhage, sexual life, urinary incontinence, prolapse

Βιβλιογραφία

1. Kilkku P. Abdominal hysterectomy versus supravaginal uterine amputation with reference to carcinoma of the cervical stump, urinary symptoms and sexual aspects. Academic dissertation, University of Turku, Finland 1982.
2. Farquhar CM, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States 1990-1997. *Obstet Gynecol* 2002;99:229-234.
3. Gimbel H. Total or subtotal hysterectomy for benign uterine diseases? A meta-analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2007;86:133-144.
4. Esdaile BA, Chailian RA, Del Priore G, Smith JR. The role of supracervical hysterectomy in benign disease of the uterus. *J Obstet Gynaecol* 2006;26:52-58.
5. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM et al. Lower urinary tract symptoms after total and subtotal hysterectomy. Results of a randomized controlled trial. *Int Urogyn J* 2005;16:257-262.
6. Gimbel H. "Total or subtotal hysterectomy-what is the evidence?" in *Recent advances in obstetrics and gynecology 23* edited by J. Bonnar and W. Dunlop RSM Press, London, UK, 2005.
7. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Gluud C, Ottesen BS, Tabor A, and the Danish Hysterectomy Group. Total versus subtotal hysterectomy: An observational study with one-year follow up. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:64-67.
8. Okara EO, Jones KD, Sutton C. Long term outcome following laparoscopic supracervical hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 2001;108:1017-1020.
9. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, et al. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002;347:1318-1325.
10. Learman LA, Summitt Jr RL, Varner E, McNeeley SG, Goodman-Gruen D, Richter HE et al, for the total or supracervical research group. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol* 2003;102:453-462.
11. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, et al.

- Randomized controlled trial of total compared to subtotal hysterectomy with one-year follow up results. BJOG. 2003;110:1088-1098.
12. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, et al. Randomized controlled trial of total compared to subtotal hysterectomy with one-year follow up results. Br J Obstet Gynecol. 2003;110:1088-1098.
 13. El-Toukhy TA, Henfi MA, Davies AE, Mahadevan S. The effect of different types of hysterectomy on urinary and sexual functions: a prospective study. J Obstet Gynecol 2004;24:420-425.
 14. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, et al. Sexuality after total and subtotal hysterectomy. Results of a randomized clinical trial and a simultaneously performed observational study. Acta Obstet Gynecol Scand 2004;83:191-196.
 15. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM et al. Total versus subtotal hysterectomy: an observational study with one-year follow up. Aust NZ J Obstet Gynecol 2005;45:64-67.
 16. Thakar R, Ayers S, Georgakopoulou A, et al. Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomized comparison of total versus subtotal hysterectomy. Br J Obstet Gynaecol 2004;111:1115-1120.
 17. Hilton P, Dolan LM. Pathophysiology of urinary incontinence and pelvic organ prolapsed. BJOG. 2004;111(Suppl.1):5-9.
 18. Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, et al. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapsed. Am J Obstet Gynecol 2001;185:1332-1338.

ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ 27/10/2011 ΕΓΙΝΕ ΑΠΟΔΕΚΤΗ 30/04/2012