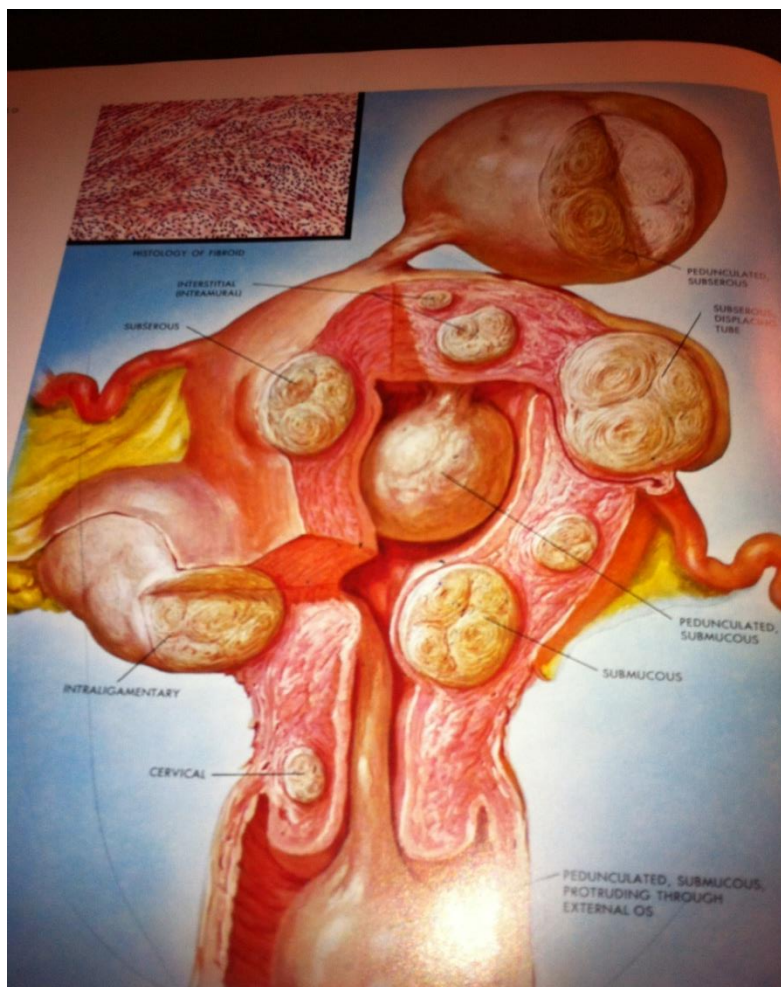


Νέες εξελίξεις στην θεραπεία των ινομυωμάτων και σύγκριση τους με παλαιότερες τεχνικές

Γενικά

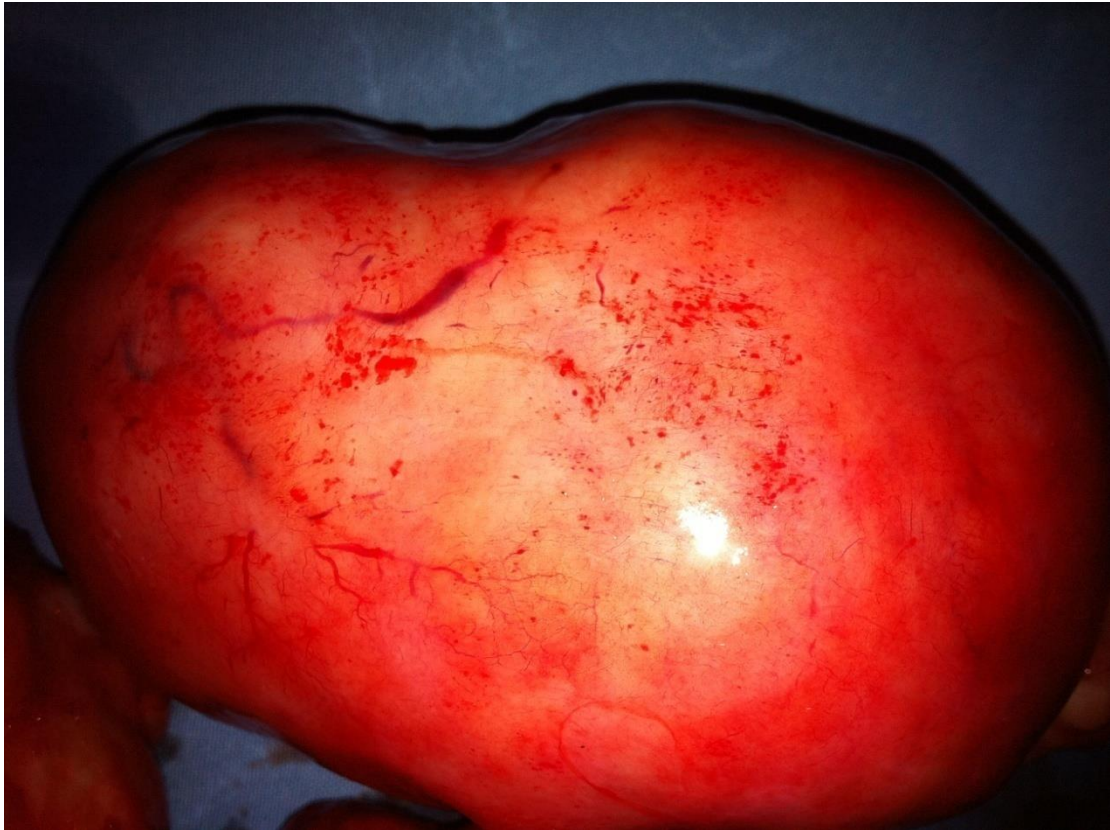
Το μεγαλύτερο μέρος της μήτρας αποτελείται από μυϊκό ιστό, ο οποίος με την σειρά του αποτελείται από μυϊκά κύτταρα.

Τα ινομώματα της μήτρας είναι καλοήθεις όγκοι οι οποίοι αποτελούνται από μυϊκό ιστό, κολλαγόνο και από ινώδη ιστό. Προέρχονται από τον πολλαπλασιασμό ενός και μόνο μυϊκού κυττάρου της μήτρας. Τους συναντάμε κατά την αναπαραγωγική ηλικία αφού “τρέφονται” με τις ορμόνες που παράγουν οι γυναίκες που είναι τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Κατά την κλιμακτήριο θα μειωθεί ο όγκος τους, αφού δεν παράγονται οι παραπάνω ορμόνες, εκτός και γίνει χρήση ορμονών υποκατάστασης δηλαδή οι γυναίκες πάρουν οιστρογόνα με ή χωρίς προγεστερόνη. Συνήθως είναι περισσότερα του ενός και μπορεί να βρίσκονται σε διαφορετικές περιοχές της μήτρας. (εικόνα 1)



Εικόνα 1 Διακρίνονται α) ινομώματα μέσα στην κοιλότητα της μήτρας - υποβλεννογόνια, β) μέσα στον μυϊκό χιτώνα – ενδομυϊκά, γ)στην έξω επιφάνεια της μήτρας – υπορογόνια και δ) στον τράχηλο

Το μέγεθος τους μπορεί να ποικίλει από μερικά χιλιοστά μέχρι και 30 ή και περισσότερα εκατοστά. (εικόνα 2)



Εικόνα 2 (ινομύωμα περίπου 21 εκατοστά, από το αρχείο του συγγραφέα του άρθρου. Έγινε με λαπαροτομή)

Τέλος μπορεί να είναι μονήρη (δηλ. μόνο ένα) ή πολλά.



Εικόνα 3 (αφαίρεση 17 ινομυωμάτων από την ίδια ασθενή, από το αρχείο του συγγραφέα. Με λαπαροτομή)

Ανάλογα με την εντόπιση τους είναι συνήθως και τα συμπτώματα που προκαλούνται. Τα συχνότερα και σοβαρότερα προβλήματα προκαλούνται αν τα ινομύωματα βρίσκονται μέσα στην **κοιλότητα** της μήτρας. Σε αυτή τη θέση ονομάζονται υποβλεννογόνια και μπορεί να προκαλέσουν μεγάλες αιμορραγίες καθώς και προβλήματα στην αναπαραγωγή. Εάν τα ινομύωματα βρίσκονται μέσα στον κυρίως μυϊκό χιτώνα της μήτρας, λέγονται ενδομυϊκά και εάν βρίσκονται στην εξωτερική επιφάνεια της μήτρας καλούνται υπορογόνια.(εικόνα 1)

Στις δύο τελευταίες περιπτώσεις συμπτώματα θα προκληθούν μόνο εάν τα ινομύωματα αυτά είναι **μεγάλα** σε μέγεθος οπότε και προκαλούν συνήθως πειστικά φαινόμενα. Εάν δηλαδή υπάρχει ινομύωμα μεγάλο στο πρόσθιο τοίχωμα της μήτρας, τότε μπορεί να συμπιέζει την ουροδόχο κύστη και η γυναίκα να παραπονείται για συχνουρία. Εάν υπάρχει μεγάλο ινομύωμα στο οπίσθιο τμήμα της μήτρας τότε μπορεί να δημιουργήσει δυσκοιλιότητα επειδή πιέζει το έντερο. Τέλος υπάρχει και κατηγορία των ινομυωμάτων που βρίσκονται στον τράχηλο της μήτρας και ονομάζονται τραχηλικά. (εικόνα 1). Αυτά μπορεί να προκαλούν αιμορραγίες, πειστικά φαινόμενα και υπογονιμότητα και κάποια από αυτά είναι πολύ δύσκολο να χειρουργηθούν.

Όσο αφορά την **θεραπεία** από το σχετικά πρόσφατο παρελθόν μέχρι και σήμερα είναι συνήθως χειρουργική. Μπορεί να γίνει με μεγάλη τομή στην κοιλιά που λέγεται λαπαροτομή. Οι περισσότεροι γυναικολόγοι ακόμα και σήμερα προτιμούν αυτές τις επεμβάσεις.

Παρόλα αυτά στις ημέρες μας όλο και περισσότερο οι ασθενείς ζητούν τέτοιες επεμβάσεις να γίνουν ενδοσκοπικά είτε δηλαδή με λαπαροσκόπηση είτε με υστεροσκόπηση. Πρέπει λοιπόν να δούμε ποιες ασθενείς είναι κατάλληλες για ενδοσκοπικές και ποιες για ανοικτές επεμβάσεις δηλ. με λαπαροτομή.

Καταρχήν όμως, πρέπει να απαντήσουμε στο ερώτημα του τι μπορεί να γίνει εάν μια ασθενής δεν μπορεί ή δεν πρέπει να χειρουργηθεί καθώς επίσης και σε νέες μεθόδους θεραπείας που ερευνώνται.

Θεραπεία ινομυωμάτων

Η θεραπεία των ινομυωμάτων λοιπόν, μπορεί να είναι αμιγώς φαρμακευτική, μη χειρουργική και αμιγώς χειρουργική.

Αμιγώς φαρμακευτική

Έχει δύο στόχους: 1) να ανακουφίσει από τα συμπτώματα π.χ. αιμορραγία και 2) να μειώσει το μέγεθος των ινομυωμάτων.

Εδώ ανήκουν: α) τα **αντισυλληπτικά χάπια και το Danazol** τα οποία μειώνουν την ποσότητα της εμμήνου ρύσεως τα οποία όμως, έχουν εγκαταλειφθεί από τους περισσότερους γυναικολόγους.

β) τα **GNRH ανάλογα** τα οποία μειώνουν το μέγεθος του ινομυώματος καθώς επίσης σταματούν την έμμηνο ρύση. Δυστυχώς πρέπει να δίνονται για περιορισμένο χρονικό διάστημα (μέσος όρος είναι οι έξι μήνες), διότι προκαλούν φαρμακευτική εμμηνόπαυση. Εδώ το κύριο πρόβλημα δεν είναι μόνο τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης αλλά κυρίως η μείωση της οστικής μάζας η οποία μπορεί να είναι

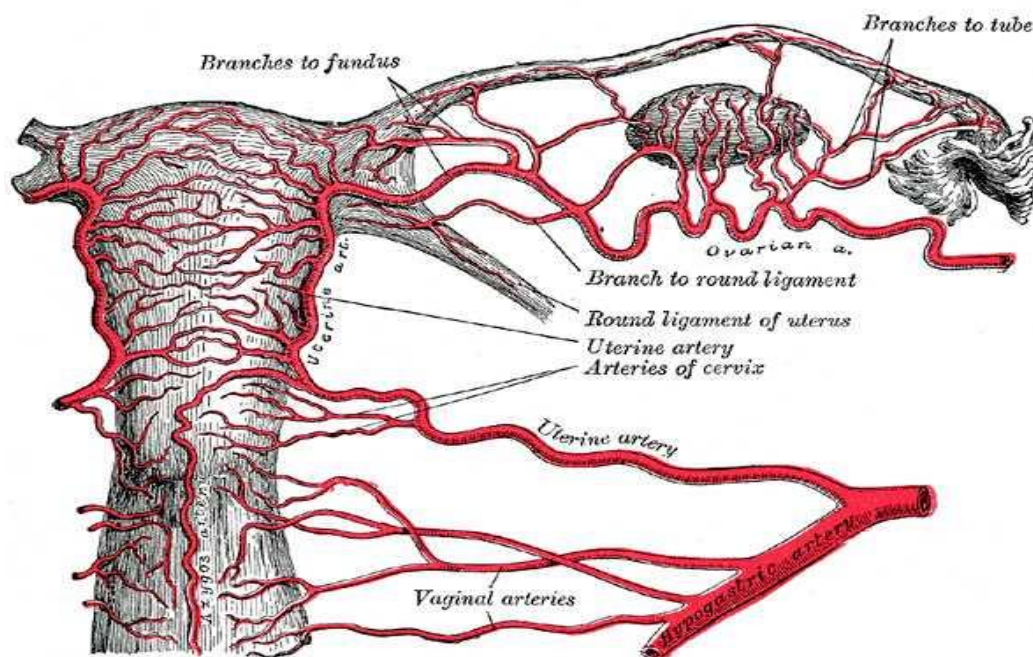
καταστροφική σε κάποιες περιπτώσεις. Χρησιμοποιούνται πολύ και στις ημέρες μας κυρίως προεγχειρητικά.

γ) Τώρα τελευταία ερευνώνται τα **SPRMs** που είναι ειδικοί τροποποιητές των υποδοχέων της προγεστερόνης. Αυτά δρουν στο ενδομήτριο μειώνοντας αισθητά την διάρκεια και την σοβαρότητα των αιμορραγιών και δεύτερον μειώνουν το μέγεθος των ινομυωμάτων. Αυτά τα τελευταία φάρμακα απομένει να τα δούμε στην πράξη.

Μη εγχειρητική

Αν και έχουν περιγραφεί αρκετές μέθοδοι για την αντιμετώπιση των ινομυωμάτων, εμείς θα εστιάσουμε σε δύο από αυτές.

Η **μία** είναι η απόφραξη των μητριαίων αγγείων (είναι τα δύο κύρια αγγεία που δίνουν αίμα στην μήτρα). Αυτό κατορθώνεται με την βοήθεια ακτινολογικού ελέγχου όπου εισάγουμε ειδικό καθετήρα από την μηριαία αρτηρία ο οποίος φθάνει στα μητριαία αγγεία και αφού τα καθετηριάσουμε εισάγουμε ειδικό υγρό το οποίο έχει την ιδιότητα να “πήζει” γρήγορα. Αποτέλεσμα αυτού είναι η μείωση του μεγέθους του ινομυώματος και τελικά η ανακούφιση από τα συμπτώματα. Αυτή η μέθοδος είναι εξαιρετική σε γυναίκες που δεν πρέπει ή δεν θέλουν να χειρουργηθούν. Λόγω δε της ακτινοβολίας που θα “πάρουν”, αυτή η μέθοδος πρέπει να χρησιμοποιείται σε γυναίκες άνω των 40-45 ετών οι οποίες έχουν τελειώσει με την οικογένεια τους δηλ. που έχουν αποκτήσει τα τέκνα που επιθυμούν.



Εικόνα 4 (Ο καθετήρας περνάει στην μητριαία αρτηρία-uterine artery)

Άλλη μη χειρουργική μέθοδος αφορά στην χρήση των Laser με την βοήθεια του MRI (μαγνητικής τομογραφίας) και πρόσφατα υπερήχων. Για να το πετύχουμε αυτό εισάγουμε ειδικές βελόνες διά μέσου του δέρματος και κάτω από τοπική αναισθησία μέσα στο ινομύωμα. Μέσα από των αυλό τους περνούμε ίνες Laser οι οποίες μεταφέρουν θερμότητα μέσα στο ινομύωμα και έτσι το καταστρέφουν. Αυτή είναι μία πολλή αποτελεσματική μέθοδος θεραπείας ινομυωμάτων αλλά αφορά **μόνο** αυτά

τα οποία βρίσκονται στο πρόσθιο τοίχωμα ή στον πυθμένα της μήτρας. Οι μελέτες αυτής της μεθόδου συνεχίζονται.

Αμιγώς χειρουργική

Ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία των ινομυωμάτων ακόμη και σήμερα είναι η αφαίρεση τους. Ανάλογα με τη θέση τους, με το μέγεθος τους και την εμπειρία του χειρουργού θα αποφασισθεί και η οδός προσπέλασης.

Έτσι λοιπόν, τα **υποβλεννογόνια** (αυτά που βρίσκονται μέσα στην κοιλότητα της μήτρας), θα αντιμετωπιστούν υστεροσκοπικά. Το καλύτερο χειρουργικό υστεροσκόπιο για αφαίρεση ινομυωμάτων είναι το ρεζεκτοσκόπιο. (εικόνες 5, 6 και 7).



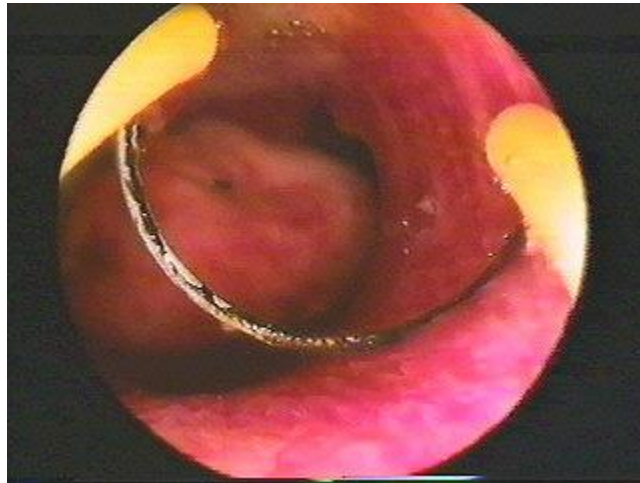
Εικόνα 5

Το **ρεζεκτοσκόπιο** αποτελείται από ένα σύνολο σωλήνων οι οποίοι περιβάλλουν το υστεροσκόπιο (είναι το επάνω εργαλείο της εικόνας 5). Από τους σωλήνες περνάει υγρό το οποίο μας δίνει την δυνατότητα να δούμε καλύτερα, διευρύνει αλλά και καθαρίζει διαρκώς την μήτρα. Τέλος, το ρεζεκτοσκόπιο, συνδέεται με ηλεκτρικό ρεύμα έτσι ώστε να μπορεί να κόβει τους ιστούς και ταυτόχρονα σταματά την αιμορραγία.

Ο συγγραφέας αυτού του άρθρου έχει μεγάλη εμπειρία στην αφαίρεση τέτοιων ινομυωμάτων με ρεζεκτοσκόπιο και έχει επίσης εισαγάγει παγκοσμίως το μίνι-ρεζεκτοσκόπιο για την αφαίρεση ινομυωμάτων και πολυπόδων, χωρίς γενική αναισθησία, με ειδική χειρουργική τεχνική. Την μελέτη του εκπόνησε στο Royal Free Hospital, του Λονδίνου και δημοσιεύτηκε το 2009. Τα αποτελέσματα από την χρήση του ρεζεκτοσκοπίου είναι πολύ ικανοποιητικά, ή δε ασθενής παίρνει εξιτήριο την ίδια ημέρα.



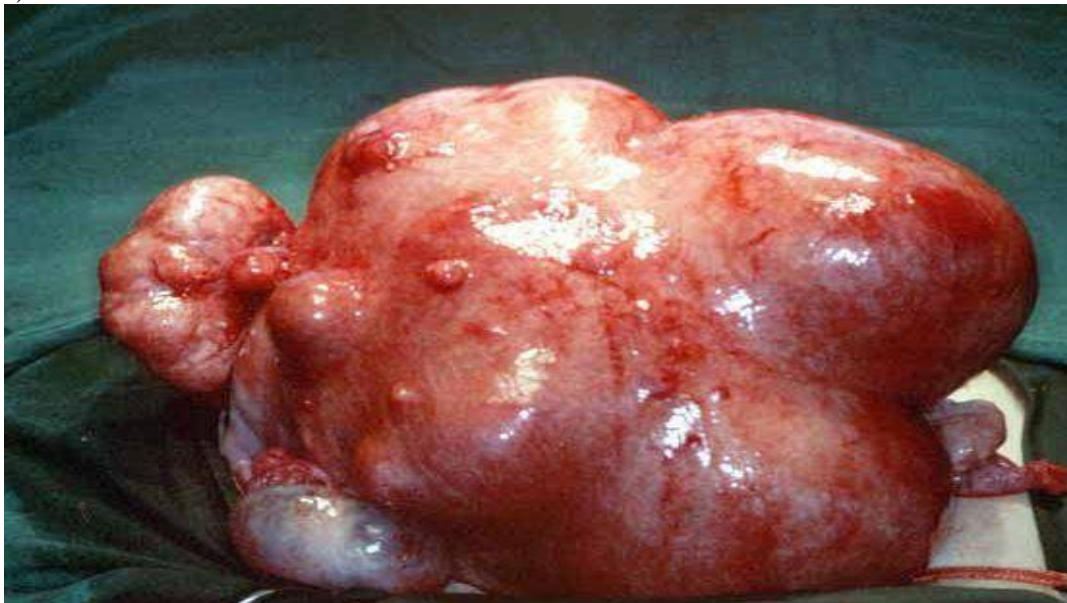
Εικόνα 6



Εικόνα7

(ρεζεκτοσκόπιο μόνο του και κατά την διάρκεια αφαίρεσης ινομυώματος από την κοιλότητα της μήτρας)

Τα ενδομυϊκά και τα υπορογόνια ινομυώματα (αυτά δηλ. που βρίσκονται μέσα στο μυϊκό τοίχωμα της μήτρας και αυτά που βρίσκονται στο εξωτερικό τοίχωμα της μήτρας), αφαιρούνται διά μέσου της κοιλιακής οδού, είτε α) με λαπαροτομή (εικόνα 8)



Εικόνα8 (Αφαίρεση μήτρας με πολλά ινομυώματα από την κοιλιά – λαπαροτομή)

είτε β) με λαπαροσκόπηση. Αυτή γίνεται με 4 μικρά ανοίγματα της κοιλιάς από 0,5 μέχρι 1 εκατοστό το καθένα από αυτά. Το ινομύωμα θρυμματίζεται με ειδικό εργαλείο και αφαιρείται από ένα από τα μικρά ανοίγματα στο δέρμα. Θετικά της μεθόδου είναι έχει πολύ γρήγορη ανάρρωση και ο λιγότερος μετεγχειρητικός πόνος. Αρνητικά της μεθόδου είναι: α) ο σχετικός περιορισμός στην αφαίρεση των ινομυωμάτων αν είναι πολλά στον αριθμό, β) το μέγεθος της μήτρας να είναι αρκετά εκατοστά κάτω από το ύψος του ομφαλού και γ) λόγω της μεγάλης νοσηρότητας που έχουν τέτοια χειρουργεία. Το κύριο πρόβλημα είναι η σημαντική απώλεια αίματος που

συμβαίνει κατά την διάρκεια της επέμβασης αλλά και μετεγχειρητικά με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτές να πρέπει συχνά να μεταγγισθούν.

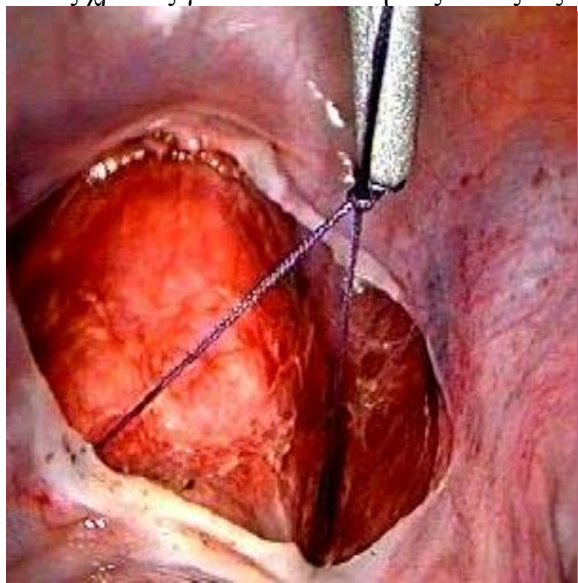
Είναι λοιπόν σημαντικό όταν μιλάμε για τέτοιου είδους χειρουργεία να γνωρίζουμε τι εγχειρητική μέθοδο θα ακολουθήσουμε προκειμένου να μειώσουμε την αιμορραγία.

Για την **μείωση της αιμορραγίας κατά την λαπαροσκόπηση** έχουν περιγραφεί διάφορες τεχνικές, όπως:

A) **Χρήση των GnRH αναλόγων** προεγχειρητικά. Συνήθως στις ημέρες μας τα χορηγούμε για 3 μήνες. Με την χρήση τους, κατορθώνουμε να μειώσουμε το μέγεθος των ινομυμάτων και άρα την αιμορραγία κατά την διάρκεια του χειρουργείου αλλά δεν ελέγχεται τυχόν αιμορραγία μετά την επέμβαση.

B) Χρήση **χημικών αιμοστατικών** κατά την διάρκεια του χειρουργείου όπως είναι η βασοπρεσσίνη. Έχει εντυπωσιακά αποτελέσματα στην μείωση της αιμορραγίας κατά την διάρκεια του χειρουργείου. Ο χειρουργός πριν την χορηγήσει θα πρέπει να συνυπολογίσει κάποιες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου καθώς επίσης και την πιθανότητα για μετεγχειρητική αιμορραγία.

Γ) Υπάρχει η **τεχνική των τριών ίσχειμων περιδέσεων** η οποία λειτουργεί και κατά την επέμβαση και μετά από αυτήν. Είναι πολύ χρήσιμη και σε λαπαροτομή και στην λαπαροσκόπηση. Το πρόβλημα είναι ότι ειδικά κατά την λαπαροσκόπηση χρειάζεται πολύς χρόνος για να τοποθετήσεις αυτές τις περιδέσεις (εικόνα 9).



Εικόνα 9 (Λαπαροσκοπική τοποθέτηση της πρώτης περιδέσεως στον τράχηλο της μήτρας η οποία παραμένει και μετά την επέμβαση και απορροφάται σε λίγες εβδομάδες. Το αποτέλεσμα είναι η θεαματική μείωση της αιμορραγίας)

Παρά την δυσκολία στην τοποθέτηση αυτών των ραμμάτων έχει αποδειχθεί ότι η αιμορραγία μειώνεται θεαματικά, η ασθενής αναρρώνει πολύ γρήγορα.

Αυτό το αποδείξαμε στο Royal Free Hospital του Λονδίνου και η εργασία δημοσιεύτηκε το 2009.

Δ) Πολλοί γυναικολόγοι χρησιμοποιούν κατά την διάρκεια τέτοιων χειρουργείων **αιμοστατικές περιδέσεις**, τις οποίες αφαιρούν στο τέλος του χειρουργείου. Όπως και η παραπάνω μέθοδος, είναι πολύ καλή μέθοδος για την μείωση της αιμορραγίας

κατά την διάρκεια του χειρουργείου, αλλά εδώ μπορεί να υπάρξει αιμορραγία μετά την επέμβαση.

Συνοψίζοντας λοιπόν, θα λέγαμε ότι τα ινομώματα είναι ένα από τα κοινά προβλήματα που συναντά ένας γυναικολόγος στο ιατρείο του καθημερινά. Επειδή μπορεί να είναι μονήρη (ένα μόνο) ή πολλαπλά, από ένα μέχρι πολλά εκατοστά σε μέγεθος και μπορεί να καταλαμβάνουν οποιοδήποτε μέρος στη μήτρα, υπάρχουν πολλές θεραπείες που έχουν προταθεί είτε συντηρητικές είτε εγχειρητικές. Η καθεμιά τους έχει συγκεκριμένες ενδείξεις. Κάθε γυναίκα λοιπόν με τέτοιο πρόβλημα, θα πρέπει να συζητά διεξοδικά με τον γυναικολόγο της την θεραπεία που αρμόζει στην δική της περίπτωση.