



Άγγελος Η. Λιάπης

Ουρογυναικολογία *και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους*



ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ
DVD ΜΕ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ
ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ



Κωνσταντάρας
Ιατρικές Εκδόσεις

Ουρογυναικολογία *και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους*



Ουρογυναικολογία *και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους*

Άγγελος Η. Λιάπης

Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Υπεύθυνος Ουρογυναικολογικού Τμήματος
Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής
Εθνικού και Καποδιστριακού
Πανεπιστημίου Αθηνών
Αρεταίειο Νοσοκομείο



Κωνσταντάρας
Ιατρικές Εκδόσεις

COPYRIGHT © 2013, ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΑΣ

ΟΥΡΟΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΠΥΕΛΙΚΟΥ ΕΔΑΦΟΥΣ

ISBN: 978-960-6802-55-3

Ιατρικές Εκδόσεις Κωνσταντάρας

Μαυρομιχάλη 2-4, Αθήνα, 10679, Τηλ.: 210.3635343, Fax.: 210.3628173
e-mail: medbooks@hol.gr, info@konstadaras.gr www.konstadaras.gr

Δημιουργικό: **A. ΜΕΪΜΑΡΟΓΛΟΥ** Εκτύπωση: **ΣΤ. ΚΟΤΣΑΤΟΣ & ΣΙΑ Ο.Ε.**

Απαγορεύεται η αναπαραγωγή του παρόντος βιβλίου ή μέρους αυτού με οποιοδήποτε μέσο (φωτοτυπία, εκτύπωση, μικροφίλμ, ή άλλη μηχανική ή ηλεκτρονική μέθοδο), χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

Πρόλογος

Η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης έχει αυξήσει τις απαιτήσεις και τις γνώσεις στην Ουρογυναικολογία. Στις τελευταίες δύο δεκαετίες η εξέλιξη και η ανάπτυξη της γίνεται αλματωδώς χάρη στις προόδους της βιοτεχνολογίας. Η Ουρογυναικολογία αποτελεί αναγνωρισμένη εξειδίκευση της Μαιευτικής και Γυναικολογίας.

Το παρόν σύγγραμμα αποτελεί το πρώτο βιβλίο Ουρογυναικολογίας που εκδίδεται σε ολοκληρωμένη μορφή στην Ελλάδα.

Παρουσιάζει λεπτομερώς την ανατομική, τη φυσιολογία και παθοφυσιολογία των οργάνων του κατώτερου ουρογεννητικού συστήματος καθώς και τη συντηρητική και μοντέρνα χειρουργική θεραπεία των διαταραχών του.

Η καινοτομία του βιβλίου έγκειται στο γεγονός ότι συνοδεύεται από στοιχεία εγχειρητικής και τεχνικές επεμβάσεων σε βίντεο από όλες σχεδόν τις γυναικολογικές εγχειρήσεις.

Πρόκειται για ένα σύγγραμμα χρήσιμο για κάθε γυναικολόγο, ουρογυναικολόγο, ουρολόγο, χειρουργό του ορθού και γαστρεντερολόγο αλλά και για γενικούς χειρουργούς οι οποίοι πρέπει να εκτελέσουν επείγοντως χειρουργείο στην πύελο.

Ο συγγραφέας του Καθηγητής κ. Άγγελος Λιάπης είναι υπεύθυνος του Τμήματος Ουρογυναικολογίας της Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και έχει ιδρύσει το πρώτο τμήμα Ουρογυναικολογίας στην Ελλάδα το οποίο έχει πιστοποιηθεί από την EBCOG και την EUGA και έχει μακρά εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο.

Γεώργιος Κ. Κρεατσάς

Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Διευθυντής Β' Μαιευτικής και Γυναικολογικής Κλινικής
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Αρεταίειο Νοσοκομείο

Πρόλογος

Με ιδιαίτερη χαρά θα ήθελα να χαιρετίσω την έκδοση του πρώτου συγγράμματος Ουρογυναικολογίας στον ελληνικό χώρο που καλείται να καλύψει ένα σημαντικό έλλειμμα στη βιβλιογραφία. Η μακρά εμπειρία, του φίλου και εξειδικευμένου στην Ουρογυναικολογία Καθηγητού κ. Άγγελου Λιάπη και της ομάδας του αποτελεί εγγύηση για την επιτυχία του παρόντος πονήματος.

Το πεδίο της Ουρογυναικολογίας γνωρίζει στις ημέρες μας θεαματική εξέλιξη χάρη στις προόδους της ιατρικής βιοτεχνολογίας, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση Μαιευτήρων – Γυναικολόγων, Ουρολόγων αλλά και επιστημόνων υγείας στο γνωστικό αυτό αντικείμενο και τη διαρκώς αυξανόμενη αναζήτηση ιατρικής βοήθειας εκ μέρους των γυναικών.

Το παρόν σύγγραμμα καλύπτει με πληρότητα το φάσμα των δυσλειτουργιών του κατώτερου ουρογεννητικού συστήματος και ταυτοχρόνως παραθέτει με σαφήνεια, παραστατικές εικόνες αλλά και βίντεο όλες τις κλασσικές και μοντέρνες χειρουργικές επεμβάσεις της Ουρογυναικολογίας.

Κωνσταντίνος Κωνσταντινίδης

Καθηγητής Ουρολογίας
Διευθυντής Α' Ουρολογικής Κλινικής
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

Πρόλογος Συγγραφέα

Έχει γραφεί κατ' επανάληψη ότι η συγγραφή ενός βιβλίου αρχίζει με χαρά, συνεχίζεται με άγχος και περατώνεται με εξουθένωση. Στην εξουθένωση δύναμαι να προσθέσω και το αίσθημα εκτέλεσης καθήκοντος.

Η συγγραφή διδακτικού βιβλίου αποτελεί χρέος αλλά και δικαίωση του Πανεπιστημιακού δασκάλου. Η ιατρική μόρφωση τόσο του φοιτητή, όσο του ειδικευόμενου ιατρού αλλά και του επιστήμονα υγείας οικοδομείται ορθά, όταν της κλινικής άσκησης προηγείται, συμπορεύεται και έπεται η μάθηση και η δια της επανάληψης εμπέδωση της γνώσης επιστημονικών δεδομένων που αποκαλύπτει η έρευνα και η κλινική παρατήρηση.

Σκοπός αυτού του βιβλίου είναι η επιλογή βασικών ουσιωδών επιστημονικών γνώσεων και η ενσωμάτωση της επιστημονικής και επαγγελματικής εμπειρίας του συγγραφέα. Η παροχή όλων αυτών επιχειρήθηκε να αποδοθεί, άνευ δογματισμού, κατά τρόπο επιστημονικό, σαφή, εύληπτο και επαγωγικό, προκειμένου ο ιατρός να βοηθηθεί στην αναζήτηση λύσεων σε διαγνωστικά και θεραπευτικά κλινικά προβλήματα.

Το παρόν σύγγραμμα απευθύνεται τόσο προς τους φοιτητές, τους ειδικευόμενους Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, στους οποίους επικεντρώνεται κάθε εκπαιδευτική προσπάθεια, όσο και προς τους ειδικούς Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, Ουρολόγους, Χειρουργούς του παχέος εντέρου, Νευροχειρουργούς και Φυσικοθεραπευτές. Η ολοκλήρωσή του πραγματοποιήθηκε κατόπιν συντονισμένης και συλλογικής προσπάθειας εμού και των συνεργατών μου, οι οποίοι υπηρετούν τις ανωτέρω ειδικότητες.

Η από κοινού συγγραφή των διαφόρων κεφαλαίων ήταν άνισος. Σε αρκετές περιπτώσεις το έργο ήταν ευχερές, σε άλλες εξόχως δυσχερές. Η εμπειρία όμως της συγγραφικής ομάδας στα ειδικά θέματα που είχαν καταμεριστεί, ακριβώς λόγω της ιδιαίτερης επιμέρους ενασχόλησης των μελών της, υπήρξε πάντοτε πολύτιμη και εποικοδομητική. Στη διόρθωση των δοκιμίων μεγάλη ήταν η προσφορά του κ. Χ. Καραχάλιου, τον οποίο θερμά ευχαριστώ.

Ως Πανεπιστημιακός δάσκαλος, υπηρετώ επί μακρόν την Ουρογυναικολογία και αισθανόμουν ανέκαθεν έντονη την υποχρέωση για τη

συγγραφή αυτού του βιβλίου, καθώς και την επιτακτική ανάγκη μεταφοράς γνώσεων και εμπειριών σε κάθε Μαιευτήρα-Γυναικολόγο και σε κάθε επαγγελματία υγείας που ασχολείται με την Ουρογυναικολογία.

Τελικώς, υπέρτατη ηθική επιταγή αποτέλεσε το προσωπικό μου χρέος να συμβάλλω στην αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας προς την Ελληνίδα Γυναίκα που υποφέρει από συμπτώματα της κατώτερης ουρογεννητικής χώρας.

Το παρόν σύγγραμμα αποτελεί το πρώτο σύγχρονο και ολοκληρωμένο στην ελληνική βιβλιογραφία, καλύπτοντας έτσι το κενό που υπήρχε στην εξειδικευμένη γνώση της Ουρογυναικολογίας.

Το βιβλίο χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιγράφει με κάθε λεπτομέρεια την εμβρυολογική ανάπτυξη, την ανατομική, τη λειτουργική ανατομική και την παθοφυσιολογία του κατώτερου ουρογεννητικού συστήματος. Στο δεύτερο μέρος γίνεται εκτίμηση της λειτουργίας των ουρογεννητικών οργάνων με τις διάφορες κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, όπως ουροδυναμική μελέτη, υπερηχοτομογραφία, μανομετρία πεπτικού. Τέλος, στο τρίτο μέρος περιγράφονται οι σύγχρονες συντηρητικές μέθοδοι και χειρουργικές τεχνικές αντιμετώπισης των παθήσεων του κατώτερου ουρογεννητικού συστήματος.

Η καινοτομία την οποία παρουσιάζει το συγκεκριμένο βιβλίο είναι ότι εκτός των στοιχείων εγχειρητικής, παραθέτει και την παρουσίαση των περισσότερων και κυριότερων επεμβάσεων της Ουρογυναικολογίας σε DVD που το συνοδεύει.

Παρακαλώ το φοιτητή, τον κάθε ιατρό και κάθε αναγνώστη, να προβεί στη φιλική χειρονομία να μου υποδείξει ό,τι νομίζει χρήσιμο για την ενδεχόμενη επανέκδοσή του στο μέλλον.

Προς τον κ. Ι. Κωνσταντάρα, τον εκδότη και γνώστη της τέχνης της σύγχρονης τυπογραφίας για την άμεση και αμέριστη στήριξή του σε όλα τα στάδια τον ευχαριστώ ειλικρινώς.

Άγγελος Η. Λιάπης
Καθηγητής Μαιευτικής - Γυναικολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών

*Στους γονείς μου, που με προέτρεψαν
να σπουδάσω την Ιατρική επιστήμη*

*Στη σύζυγό μου και στα παιδιά μου
Σοφία, Ηλία, Μαρία
καθώς και στα παιδιά που σπουδάζουν
από αγάπη προς την επιστήμη και
διάθεση προσφοράς προς το συνάνθρωπο*

Περιεχόμενα

<i>Πρόλογος</i>	v
<i>Πρόλογος</i>	vii
<i>Πρόλογος Συγγραφέα</i>	ix
1. Εμβρυολογία & Ανατομία του Ουρογεννητικού Συστήματος	1
<i>Ηλίας Λιάπης, Ιατρός</i>	
2. Φυσιολογία του Κατώτερου Ουροποιητικού Συστήματος της Γυναίκας	11
<i>Ηλίας Λιάπης, Ιατρός</i>	
3. Ανατομική & Λειτουργική Ανατομική του Πυελικού Εδάφους	13
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
4. Νεύρωση της Κατώτερης Ουροποιητικής Χώρας	45
<i>Χαράλαμπος Καραχάλιος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
5. Μηχανισμός Εγκράτειας Ούρων στη Γυναίκα	51
<i>Παναγιώτης Βάκας, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
6. Ορισμός και Ταξινόμηση της Ακράτειας των Ούρων	55
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
7. Επιδημιολογία	58
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
8. Εκτίμηση Ασθενούς πριν την Ουροδυναμική Μελέτη	63
<i>Χρήστος Μπαλαφούτας, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, τ. Διευθυντής Β' Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής ΓΝΜ "Ελενα Βενιζέλου"</i>	
9. Κυστεομανομετρία, Ουροροομετρία, Ηλεκτρομυογραφία, Προφίλομετρία Ουρήθρας και Περιπατητική Ουροδυναμική	71
<i>Θεμιστοκλής Μίκος, Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΑΠΘ</i>	
10. Ο Ρόλος του Υπερηχογραφήματος στην Ακράτεια Ούρων και Κοπράνων	87
<i>Θεοχάρης Ταντανάσης, Αναπληρωτής Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΑΠΘ</i>	

11. Απεικόνιση Πυελικού Εδάφους	95
<i>Ανδρέας Κουρέας, Επίκουρος Καθηγητής Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Ευαγγελία Πανουργιά, Λέκτορας Ακτινολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
12. Κυστεοσκόπηση, Ουρηθροσκόπηση και Δυναμική Κυστεοουρηθροσκόπηση	103
<i>Ιωάννης Αδαμάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
13. Συντηρητική Αντιμετώπιση της Ακράτειας Ούρων	108
<i>Φωτεινή Λάγαρη, Φυσικοθεραπεύτρια Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
14. Χειρουργική Θεραπεία Ακράτειας Ούρων	113
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
Περιουρηθρικά Εμφυτεύματα, Ενέσιμοι Διογκωτικοί Παράγοντες	
<i>Οδυσσέας Παπανικολάου, Δ/ντής ΕΣΥ Μαιευτικής- Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων Μιχάλης Κυριακίδης, Μαιευτήρας Γυναικολόγος.</i>	
Τεχνητός Σφιγκτήρας, Χαρίλαος Κατσιφώτης, Ουρολόγος	
15. Κεκαλυμμένη Ακράτεια	133
<i>Γεώργιος Λιάλιος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας</i>	
16. Υποτροπιάζουσα Ακράτεια	139
<i>Χαράλαμπος Γρηγοριάδης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
17. Δυσλειτουργία Αποβολής των Ούρων μετά από Χειρουργείο στην Πύελο	145
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
18. Ιδιοπαθής Κατακράτηση Ούρων στη Γυναίκα	152
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
19. Λοιμώξεις Κατώτερου Ουροποιητικού Συστήματος	157
<i>Χαράλαμπος Γρηγοριάδης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αρεταίειο Νοσοκομείο Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
20. Σύνδρομο Ουρήθρας	173
<i>Θεμιστοκλής Γρηγοριάδης, Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
21. Διάμεση Κυστίτιδα - Νέες Αντιλήψεις στη Διάγνωση και στη Θεραπευτική Αντιμετώπιση	178
<i>Ιωάννης Αναστασίου, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
22. Αιδοιοδυνία	186
<i>Θεμιστοκλής Γρηγοριάδης, Λέκτορας Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
23. Ατροφία του Ουρογεννητικού Συστήματος	197
<i>Αικατερίνη Γεωργαντοπούλου, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος</i>	

24. Ο Χρόνιος Πυελικός Πόνος στη Γυναίκα	204
<i>Αθανάσιος Πρωτοπαπάς, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
25. Η Υπερδραστήρια Κύστη	213
<i>Στέργιος Κ. Δουμουχτσής, PhD, MRCOG Consultant Obstetrician and Gynaecologist, RCOG accredited Subspecialist in Urogynaecology, St George's Hospital UK</i>	
26. Συχνουρία	221
<i>Εμμανουήλ Παπαδάκης, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
27. Νυκτουρία	224
<i>Μιχαήλ Στραβόλαιμος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
28. Νευρολογικές Διαταραχές της Ούρησης	227
<i>Αναστάσιος Αθανασόπουλος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Πατρών</i>	
29. Μορφολογικές και Φυσιολογικές Μεταβολές του Ουροποικτικού στην Εγκυμοσύνη	235
<i>Χαράλαμπος Γρηγοριάδης Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
30. Εισαγωγή και Επιδημιολογία της Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους	239
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
31. Παθοφυσιολογία της Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους	243
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
32. Ανατομική της Στήριξης των Πυελικών Οργάνων	247
<i>Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
33. Κύηση, Τοκετός και Βλάβες του Πυελικού Εδάφους	255
<i>Σταματία Διαμαντοπούλου, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ Άγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
34. Κλινική Εικόνα Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους	263
<i>Άλέξανδρος Δέρπαπας Μαιευτήρας Γυναικολόγος, Ουρογυναικολόγος</i>	
35. Διάγνωση της Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους	269
<i>Παναγιώτης Βάκας, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	

36. Χαλάρωση Πυελικού Εδάφους- Ακράτεια Ούρων: Συντηρητική Αντιμετώπιση.....	275
<i>Νικόλαος Μαρταβαντζής, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης Ουρανία Κούκουρα, Μαιευτήρας- Γυναικολόγος, Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας</i>	
37. Χειρουργική Αποκατάστασιων Διαταραχών του Προσθίου Διαμερίσματος του Πυελικού Εδάφους	297
<i>Αγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
38. Χειρουργικές Επεμβάσεις για την Αποκατάσταση της Χαλάρωσης του Κεντρικού Διαμερίσματος του Πυελικού Εδάφους	315
<i>Αγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών Λαπαροσκοπική Αποκατάσταση της Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους Σταύρος Αθανασίου, Επίκουρος Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
39. Χειρουργική Αντιμετώπιση των Βλαβών του Οπισθίου Διαμερίσματος	343
<i>Αγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
40. Υποτροπή της Χαλάρωσης του Πυελικού Εδάφους	376
<i>Αγγελος Λιάπης, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
41. Ακράτεια Πρωκτού και Ορθοκολπικό Συρίγγιο	377
<i>Αλέξανδρος Δέρπαπας Μαιευτήρας- Γυναικολόγος, Ουρογυναικολόγος Γεώργιος Λιάλιος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας Ιωάννης Παπακωνσταντίνου, Χειρουργός Παχέος Εντέρου, Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
42. Ουρητροκολπικά Συρίγγια	403
<i>Ιωάννης Αδαμάκης, Επίκουρος Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
43. Κυστεοκολπικό Συρίγγιο	408
<i>Χαράλαμπος Θεοδώρου, Αναπληρωτής Καθηγητής Ουρολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών</i>	
44. Ουρηθροκολπικό Συρίγγιο & Εκκόλπωμα Ουρήθρας.....	413
<i>Σταύρος Χαραλάμπος, Ουρολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Βασίλειος Σακκαλής, Ουρολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης</i>	
45. Ψυχολογικά και Ψυχοσεξουαλικά Προβλήματα στην Ουρογυναικολογία	418
<i>Χαράλαμπος Καραχάλιος, Μαιευτήρας-Γυναικολόγος Σοφία Λιάπη, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκπαιδευτικός</i>	
46. Ποιότητα Ζωής και Διαταραχές του Κατώτερου Ουρογεννητικού Συστήματος.....	423
<i>Σοφία Λιάπη, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Εκπαιδευτικός</i>	
Ευρετήριο	426

Εμβρυολογία και Ανατομία του Ουρογεννητικού Συστήματος

Εμβρυολογία

Ανάπτυξη Ουροποιητικού Συστήματος Θήλεος

Η ανάπτυξη του ουροποιητικού συστήματος είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη του γεννητικού συστήματος. Ξεκινώντας από την ανάπτυξη του ουροποιητικού συστήματος, αναπτύσσονται διαδοχικά τρία νεφρικά συστήματα.

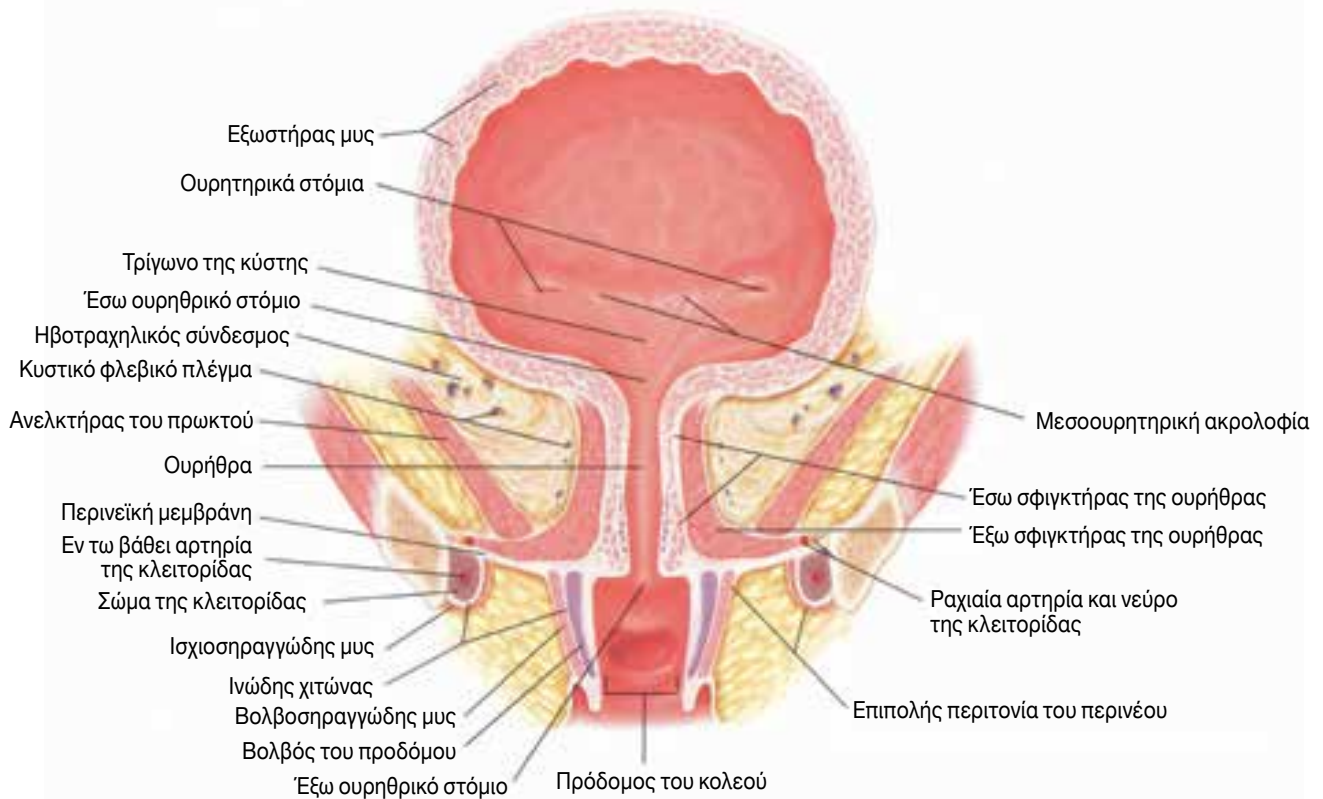
Το πρώτο από αυτά είναι ο πρόνεφρος (κεφαλική μοίρα του μεσόνεφρου), ο οποίος δεν είναι λειτουργικός. Αποτελείται από λίγα σωληνάκια στο διάμεσο μεσόδερμα στην αυχενική περιοχή κατά την 4η εβδομάδα της ανάπτυξης και εκφυλίζεται στο τέλος αυτής, χωρίς να έχει υπάρξει ποτέ λειτουργικός (*Εικόνα 1.1Α*).

Καθώς ο πρόνεφρος υποστρέφει, εμφανίζεται στη θωρακική και οσφυϊκή περιοχή ο μεσόνεφρος (το δεύτερο νεφρικό σύστημα), που αποτελείται από νεφρώνες οι οποίοι εκβάλλουν στο μεσονεφρικό πόρο ή πόρο του Wolffs (*Εικόνα 1.1Β*), ο οποίος συνδέει τους αρχέγονους αυτούς νεφρώνες με τον ουρογεννητικό κόλπο, τη μελλοντική ουροδόχο κύστη (*Εικόνες 1.1Γ και 1.1Δ*). Έως την 6η εβδομάδα, τα θωρακικά τμήματα του μεσόνεφρου έχουν εκφυλιστεί και το νεφρικό σύστημα αντιπροσωπεύει μια ωοειδή μάζα διάμεσου μεσοδέρματος, από την οποία προβάλλει η αναπτυσσόμενη γονάδα που προέρχεται επίσης από το διάμεσο μεσόδερμα (*Εικόνα 1.1Δ*). Οι δύο

αυτές δομές αποτελούν την ουρογεννητική ακρολοφία. Ωστόσο, τα περισσότερα από τα εναπομείναντα τμήματα του μεσονεφρικού συστήματος εκφυλίζονται.

Στο τέλος της 5ης εβδομάδας ξεκινά η ανάπτυξη του μετάνεφρου ή οριστικού νεφρού. Αποτελείται από ένα αθροιστικό σύστημα προερχόμενο από την ουρητηρική καταβολή (*Εικόνα 1.1Ε*) και από το μετανεφρικό μεσόδερμα ή βλάστημα (*Εικόνα 1.1Ε*). Η ουρητηρική καταβολή και το μετανεφρικό μεσόδερμα έρχονται σε επαφή, με αποτέλεσμα τη διεύρυνση και διακλάδωσή της (*Εικόνες 1.1ΣΤ-Η*) σε μικρότερους κλάδους, μέχρι να σχηματιστούν δώδεκα ή περισσότερες γενεές σωληναρίων (*Εικόνα 1.1Θ*). Το διευρυμένο τμήμα της ουρητηρικής καταβολής σχηματίζει τη νεφρική πύελο, ενώ οι κλάδοι της σχηματίζουν τους μείζονες και ελάσσονες κάλυκες καθώς και τα αθροιστικά σωληνάκια (*Εικόνες 1.1ΣΤ-Θ*). Οι διαδοχικές γενεές των αθροιστικών σωληναρίων συγκλίνουν στους ελάσσονες κάλυκες για το σχηματισμό των νεφρικών πυραμίδων (*Εικόνες 1.1Η και 1.1Θ*). Η επιμήκυνση του εγγύς άκρου κάθε ουρητηρικής καταβολής σχηματίζει τους ουρητήρες.

Επειδή το μετανεφρικό μεσόδερμα εντοπίζεται στην πνευλική περιοχή, οι νεφροί πρέπει να μετακινηθούν προς τα άνω στην τελική τους θέση, στην κατώτερη οσφυϊκή χώρα. Η άνοδος αυτών των νεφρών οφείλεται στη διαφορική αύξηση του σώματος (οι νεφροί δεν αλλάζουν θέση,

**Εικόνα 1.5**

Μετωπιαία διατομή της ουροδόχου κύστεως θήλεος.

βάλλουν την ουρήθρα και όλες μαζί σχηματίζουν τον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας.

- Δύο πρόσθετες ομάδες μυϊκών ινών σχετίζονται με την ουρήθρα και τον κόλπο στις γυναίκες. Η μία ομάδα σχηματίζει τον ουρηθροκολεϊκό σφιγκτήρα, ο οποίος περιβάλλει την ουρήθρα και τον κόλπο σαν μία ενιαία μονάδα. Η δεύτερη ομάδα σχηματίζει τον συμπίεστικό μυ της ουρήθρας. Αυτοί οι δύο μύες, ενεργώντας μαζί με τον έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας, υποβοηθούν τη σύγκλιση της ουρήθρας.

Ουσιαστικά, και οι τρεις αυτοί σφιγκτήρες-μύες ανήκουν στην ίδια ομάδα μυών, η νευρώση των οποίων έχει υπάρξει θέμα μεγάλης αντιπαράθεσης (αυτόνομη ή σωματική νευρώση;). Τα νεότερα στοιχεία δείχνουν ότι η νευρώση αυτών των μυών είναι περίπλοκη και δε μπορεί να αποδοθεί ως αυτόνομη ή σωματική.

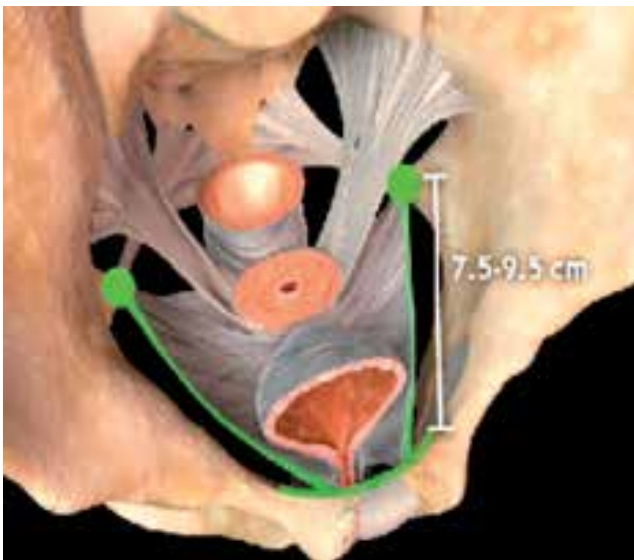
Η μεγαλύτερη συχνότητα ουρολοιμώξεων στις γυναίκες οφείλεται στο μικρό μήκος της γυναικείας ουρήθρας σε σχέση με αυτό της ανδρικής,

καθώς το στόμιό της βρίσκεται σε άμεση γεινίαση με τον κόλπο και τον πρωκτό.

Ανατομία του Γεννητικού Συστήματος Θήλεος

Ωοθήκη: Όπως οι όρχεις στους άνδρες, έτσι και οι ωοθήκες στις γυναίκες διαπλάθονται ψηλά στο οπίσθιο κοιλιακό τοίχωμα και μετά κατεβαίνουν πριν από τη γέννηση, συμπαρασύροντας τα αιμοφόρα αγγεία, τα λεμφαγγεία και τα νεύρα τους.

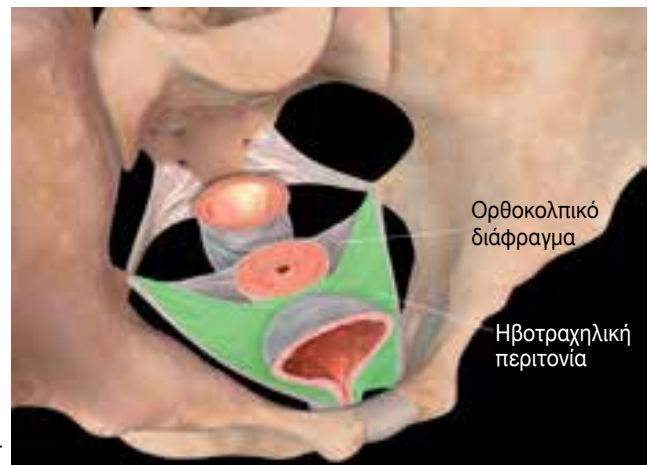
Η ωοθήκη αποτελεί το γεννητικό αδέν της γυναίκας, δηλαδή την περιοχή όπου παράγονται τα ωάρια (ωογένεση). Έχει ελλειψοειδές και αποπλατυσμένο σχήμα, μήκος 3-6 εκ. και πλάτος 1.5-3.5 εκ. Κάθε ωοθήκη εμφανίζει δύο επιφάνειες, την έσω και την έξω, δύο άκρα, το άνω και το κάτω και δύο χείλη το πρόσθιο και το οπίσθιο (*Εικόνα 1.6*). Η έσω επιφάνεια επικοινωνεί προς τον κώδωνα του ωαγωγού, ενώ η έξω προς το θυροειδή μυ, αγγεία και νεύρα. Το πρόσθιο χείλος της ωοθήκης αποτελεί την πύλη της ωοθήκης,



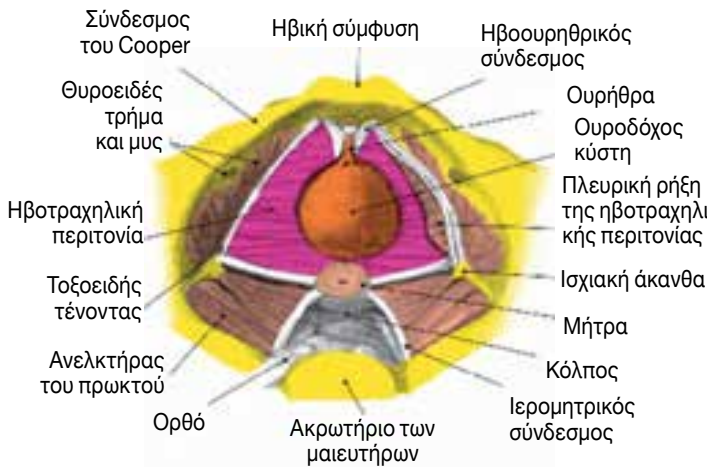
Εικόνα 3.38 Τενόντιο τόξο πυελικής περιτονίας, 3D video Bard



Εικόνα 3.40 Ρήξη της Ηβοτραχηλικής Περιτονίας-Κυστεοκήλη.



Εικόνα 3.41 Σχηματική αναπαράσταση ηβοτραχηλικής περιτονίας, 3D video Bard.



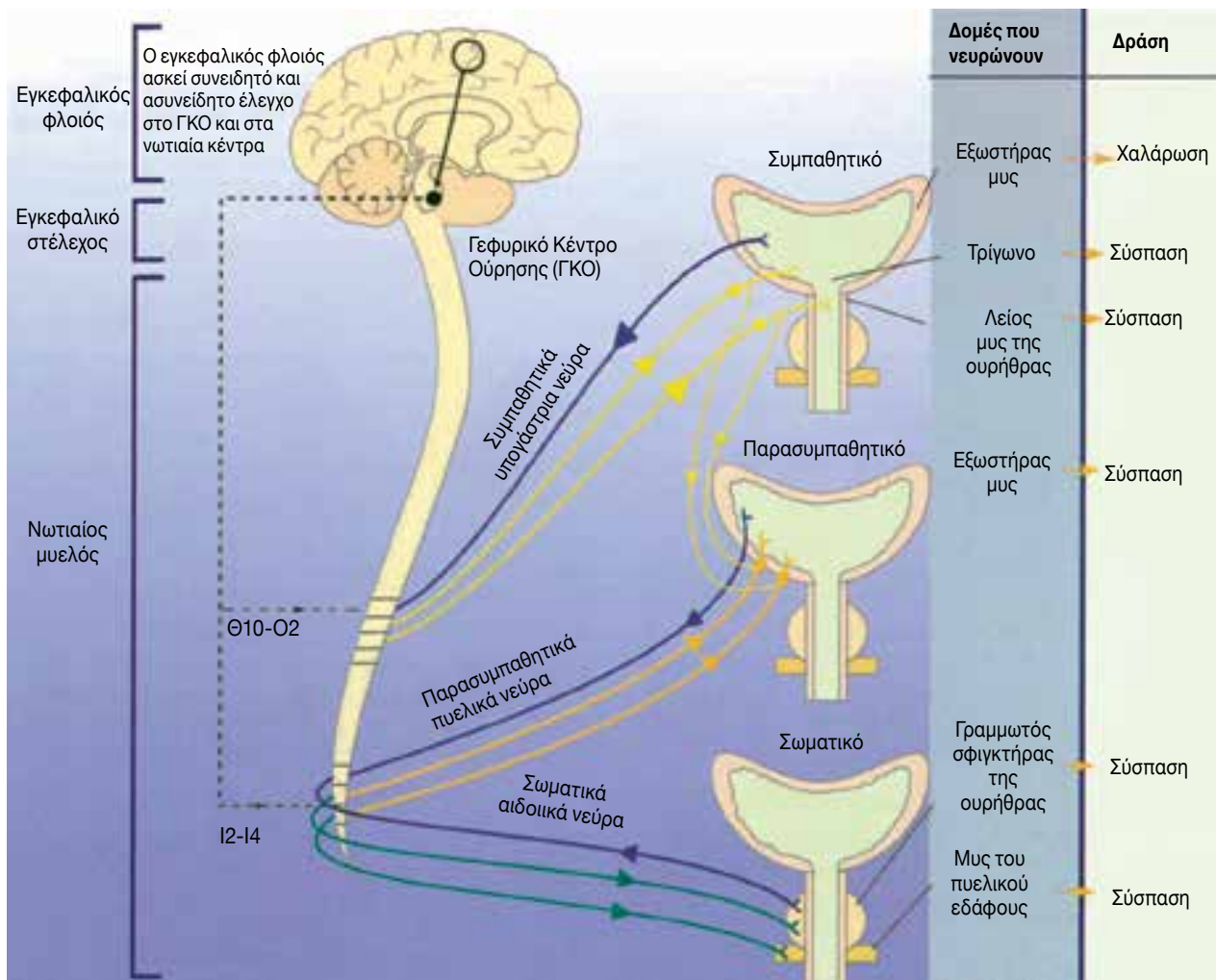
Εικόνα 3.39 Σχηματική αναπαράσταση των ρήξεων της δεξιάς ηβοτραχηλικής περιτονίας.

που καλύπτει την απόσταση από την ηβική σύμφυση μέχρι την ισχιακή άκανθα. Επισημαίνεται η σχεδόν οριζόντια σχέση μεταξύ της οπίσθιας πλευράς του ηβικού οστού και της ισχιακής άκανθας. Η ηβοτραχηλική περιτονία συνεχεται στενά με το κοιλιακό επιθήλιο και παρέχει μία φυσική πλατφόρμα στήριξης πάνω στην οποία η κύστη «αναπαύεται» (Εικόνα 3.39).

Όταν ο άξονας είναι άθικτος, η ηβοτραχηλική περιτονία και οι πλάγιες συνάψεις στην περιτοναϊκή λευκή γραμμή προφυλάσσουν από την κυστεοκήλη, η οποία είναι πρόπτωση του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι

η οπίσθια άκρη της ηβοτραχηλικής περιτονίας συγχωνεύεται με τον περιτραχηλικό δακτύλιο κι έτσι συνδέεται με το σύμπλεγμα των κύριων και ιερομητρικών συνδέσμων. Επομένως, η ακεραιότητα της ηβοτραχηλικής περιτονίας στην πρόληψη της πρόπτωσης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος (κυστεοκήλη) περιλαμβάνει όχι μόνο τις συνάψεις της με τις περιτοναϊκές λευκές γραμμές αλλά και τη συγχώνευση της με τον περιτραχηλικό δακτύλιο. Αυτή η σχέση τοποθετεί τον άνω κόλπο οριζόντια πάνω από το μυϊκό πέταλο (Εικόνες 3.40 και 3.41).

Σε κατώτερο επίπεδο, η ηβοτραχηλική περιτονία καλύπτει από κάτω την ουρήθρα και συνεχεται με την περινεϊκή μεμβράνη κοντά στο κατώτερο τριτημόριο της ουρήθρας. Πρόσθιες προεκβολές της ηβοτραχηλικής περιτονίας γύρω από την ουρήθρα προσφύονται στην κάτω πλευρά της ηβικής σύμφυσης βοηθώντας στη



Εικόνα 4.1

Περιφερική και νωτιαία νευρώση της κατώτερης ουροποιητικής χώρας, ICI 2005.

στο ΓΚΟ και στα νωτιαία κέντρα. Αυτά τα κέντρα δύνανται να απεικονιστούν σε τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου (PET scan) του εγκεφάλου (Εικόνα 4.2). Ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα παίζουν σημαντικό ρόλο στην καθυστέρηση της ούρησης, μέχρι αυτή να καταστεί κοινωνικά επιτρεπτή. Αυτή η διαδικασία επιτυγχάνεται από ανασταλτικές επιδράσεις πάνω στο ΓΚΟ, οι οποίες προέρχονται από τον προμετωπιαίο λοβό και τον υποθάλαμο.

Νευροδιαβιβαστές

Ο Συντονισμός της Ούρησης Περικλείει Τέσσερις Κύριους Διαβιβαστές

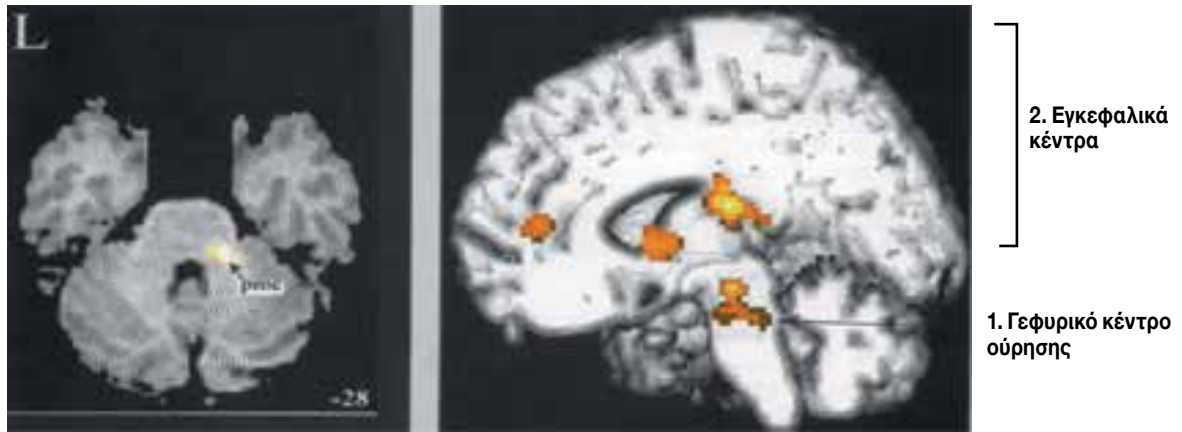
Αυτοί είναι: το γλουταμικό οξύ, η σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη και η ακετυλοχολίνη. Όλα αυτά

δρουν κεντρικά σε ειδικούς υποδοχείς, οι οποίοι εκφράζονται στις σχετικές με την ούρηση περιοχές. Η νοραδρεναλίνη και η ακετυλοχολίνη επίσης δρουν περιφερικά στην κατώτερη ουροποιητική χώρα με την επίδραση τοπικών υποδοχέων.

Περιφερική Δράση των Νευροδιαβιβαστών στον Κύκλο της Ούρησης

Η ακετυλοχολίνη είναι ο μεγαλύτερος περιφερικός νευροδιαβιβαστής. Η νοραδρεναλίνη παίζει ένα λιγότερο σπουδαίο ρόλο.

Στους παρασυμπαθητικούς νευρώνες, ο αρχικός μεταγαγγλιονικός νευροδιαβιβαστής είναι η ακετυλοχολίνη, ενώ στους μεταγαγγλιονικούς συμπαθητικούς νευρώνες, η νοραδρεναλίνη (νορεπινεφρίνη). Τα σωματικά νεύρα χρησιμοποιούν ακετυλοχολίνη ως νευροδιαβιβαστή. Η



Εικόνα 4.2 Απεικόνιση ΓΚΟ και νωτιαίων κέντρων εγκεφάλου με PET Scan, ICI 2005.

αποθηκευτική φάση πραγματοποιείται περιφερικά από την ακετυλοχολίνη και τη νοραδρεναλίνη.

Η πρόληψη της διαφυγής ούρων κατά τη διάρκεια της φάσης αποθήκευσης απαιτεί χαλάρωση του εξωστήρα μυ, συνοδευόμενη από τον αυξημένο τόνο του αυχένα της κύστης, της ουρήθρας και του γραμμωτού έξω σφιγκτήρα της ουρήθρας και των μυών του πυελικού εδάφους.

Η νοραδρεναλίνη απελευθερούμενη από τις τελικές συμπαθητικές ίνες και μεταφερόμενη από τα υπογαστρία νεύρα, προκαλεί:

- α. χαλάρωση των λείων μυών του σώματος της κύστης από τη διέγερση των β3-αδρενεργικών υποδοχέων
- β. προάγει τον τόνο του αυχένα της κύστης και των λείων μυών της ουρήθρας, με τη διέγερση των α1-αδρενεργικών υποδοχέων
- γ. αναστολή της παρασυμπαθητικής γαγγλιονικής μεταφοράς

Η ακετυλοχολίνη απελευθερούμενη από το σωματικό αιδιοτικό νεύρο προκαλεί: σύσπαση των γραμμωτών μυϊκών ινών του σφιγκτήρα της ουρήθρας με την ενεργοποίηση του υποδοχέα της νικοτίνης, ο οποίος υπάρχει στις ίνες αυτές.

Η Φάση Εκκένωσης Πραγματοποιείται Περιφερικά Αρχικά από την Ακετυλοχολίνη

Η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών του εξωστήρα περιλαμβάνει κυρίως χολινεργικούς μηχανισμούς, οι οποίοι συνίστανται στην ενεργο-

ποίηση των μουσκαρινικών υποδοχέων του εξωστήρα, κυρίως των Μ3. Αυτή η ενεργοποίηση πυροδοτείται από την απελευθέρωση της ακετυλοχολίνης από τα παρασυμπαθητικά πυελικά νεύρα.

Κεντρική Δράση των Νευροδιαβιβαστών στον Κύκλο της Ούρησης

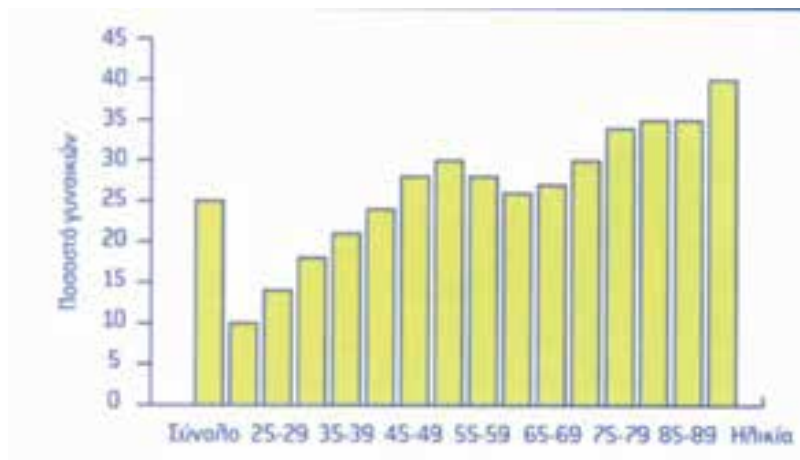
1. Η Φάση Πλήρωσης/Εκκένωσης της Ουροδόχου Κύστης Συντονίζεται και Ελέγχεται από Νωτιαία και Υπερνωτιαία Κέντρα

Το σύστημα ρύθμισης περιλαμβάνει: επικοινωνία μεταξύ πολλών περιοχών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αυτές οι περιοχές περιλαμβάνουν διάφορα τμήματα στον εγκέφαλο, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό, καθώς και νευρικές οδούς που συνδέουν αυτές τις δομές, τόσο μεταξύ τους, όσο και με το περιφερικό νευρικό σύστημα.

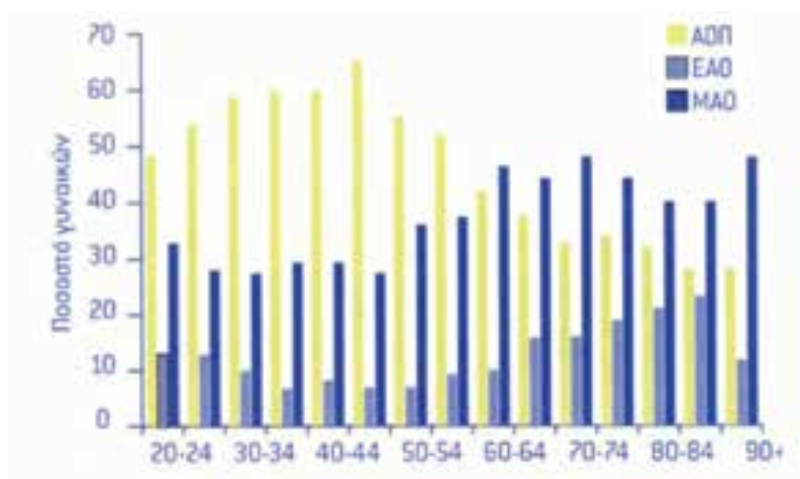
2. Ο Συντονισμός Αυτών των Κέντρων Πραγματοποιείται από Τέσσερις Κύριους Νευροδιαβιβαστές: Γλουταμικό Οξύ, Σεροτονίνη, Νοραδρεναλίνη και Ακετυλοχολίνη

3. Το Γλουταμικό Οξύ Φαίνεται να είναι Ο Κύριος Προσαγωγός Νευροδιαβιβαστής στο Νωτιαίο Μυελό

Κατά τη διάρκεια της αποθήκευσης, το γλουταμικό οξύ εμφανίζεται να είναι το κυριότερο στοιχείο για την έναρξη της πλήρωσης.

**Εικόνα 7.1**

Ο επιπολασμός της ΑΟ στο γυναικείο πληθυσμό ανάλογα με την ηλικία.

**Εικόνα 7.2**

Επιπολασμός των τριών συνηθέστερων τύπων ΑΟ ανάλογα με την ηλικία.

Κύριοι Παράγοντες Κινδύνου Συνδυαζόμενοι με Ακράτεια Ούρων

Επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες αποκάλυψαν έναν αριθμό μεταβλητών οι οποίες σχετίζονται με ακράτεια ούρων περιλαμβάνοντας αρκετούς πιθανούς παράγοντες.

Επικίνδυνοι παράγοντες όπως κάπνισμα, εμμηνόπαυση, περιορισμένη κινητικότητα, χρόνιος βήχας, χρόνια δυσκοιλιότητα και χειρουργικές επεμβάσεις της ουρογεννητικής χώρας δεν έχουν μελετηθεί όπως η ηλικία, ο τόκος, η παχυσαρκία, συμπτώματα του ουροποιητικού και δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού. Αυτό συντελεί στην πληροφορία της περιορισμένης κλινικής εφαρμογής και περιορίζει το επίπεδο του συμπεράσματος όσον αφορά την αιτιολογία.

Οι παράγοντες κινδύνου μπορούν να ταξινομηθούν ως ακολούθως:

- προδιαθεσικοί
- μαιευτικοί και γυναικολογικοί (εγκυμοσύνη, τοκετός, πολυτοκία)

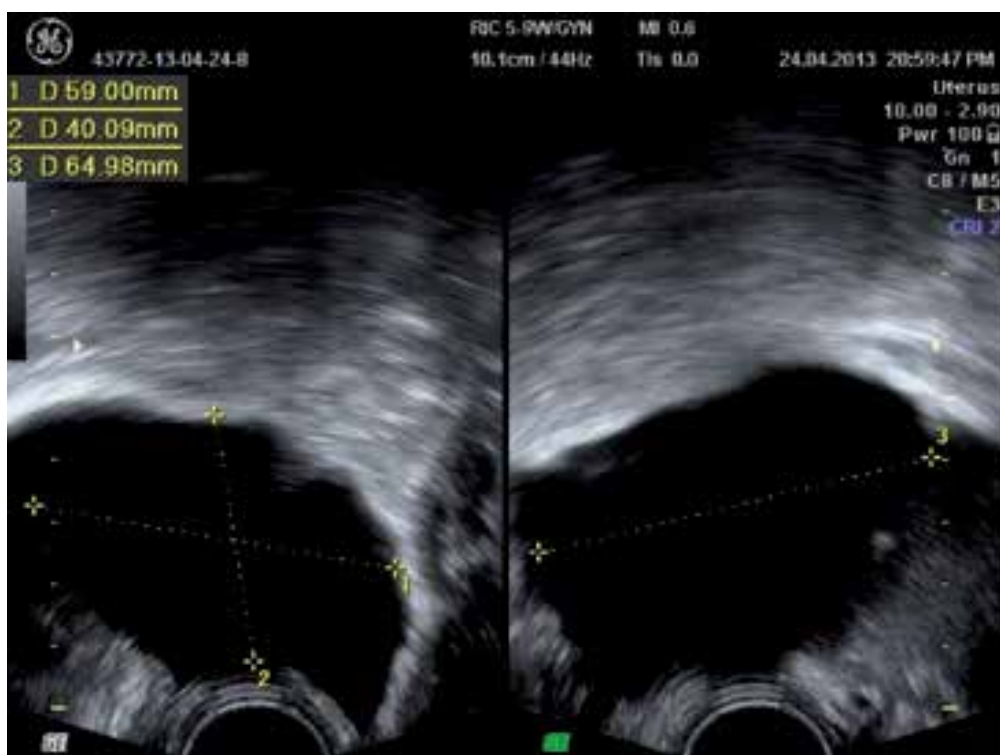
- παράγοντες που προάγουν την ακράτεια ούρων (περιβαλλοντικοί) και οι οποίοι μπορούν να συγκαλύπτουν ορισμένες οριακές καταστάσεις ή να χειροτερεύσουν υπάρχουσα ακράτεια.

Προδιαθεσικοί Παράγοντες

1. Φυλή
2. Οικογενειακή προδιάθεση
3. Ανατομικές ανωμαλίες
4. Νευρολογικές ανωμαλίες
 - α. εγκέφαλος (αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος του Parkinson, εγκεφαλικά νεοπλασμάτα, αμνησία, πολλαπλή συστηματική ατροφία).
 - β. Βλάβες νωτιαίου μυελού (σκλήρυνση κατά πλάκας, βλάβη μεσοσπονδυλίων δίσκων, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, Guillian-Barré σύνδρομο, εγκάρσια μυελίτιδα, έρπης ζωστήρας, πολιομυελίτιδα).

**Εικόνα 9.7**

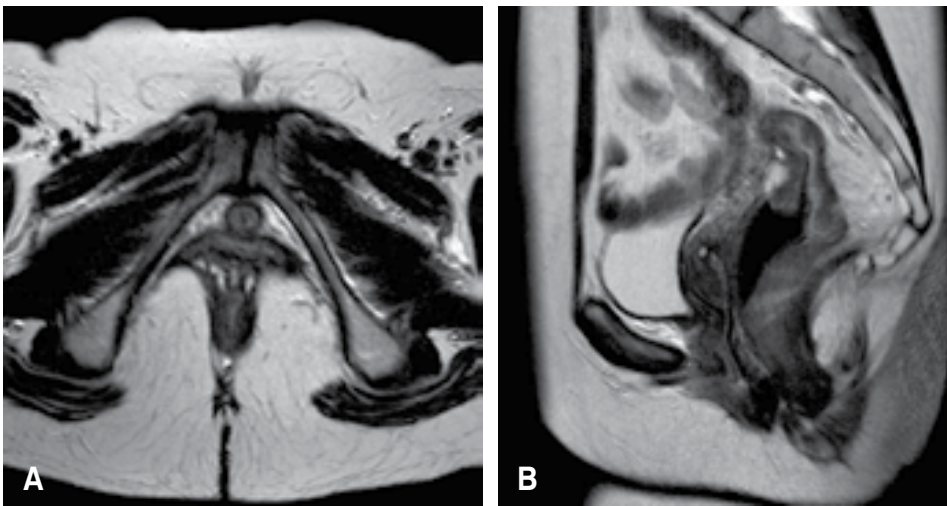
Υπερηχογραφικός προσδιορισμός υπολείμματος ούρων. Φυσιολογικό υπόλειμμα.

**Εικόνα 9.8**

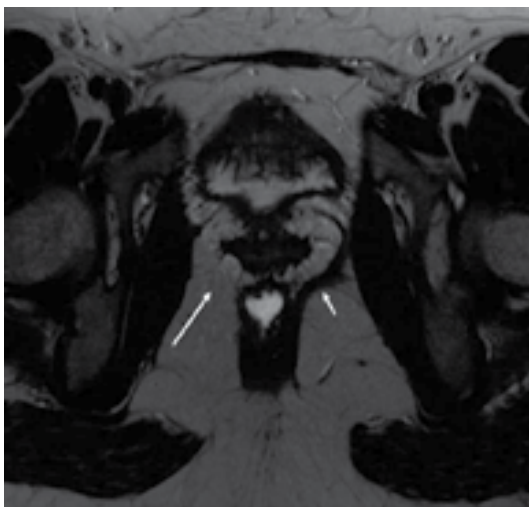
Υπερηχογραφικός προσδιορισμός υπολείμματος ούρων. Αυξημένο υπόλειμμα.

τον κίνδυνο για ουρολοιμώξεις, ειδικά στις ευπαθείς ομάδες, όπως τα μικρά παιδιά, οι νευρολογικοί και οι διαβητικοί ασθενείς. Πολύ μεγάλοι

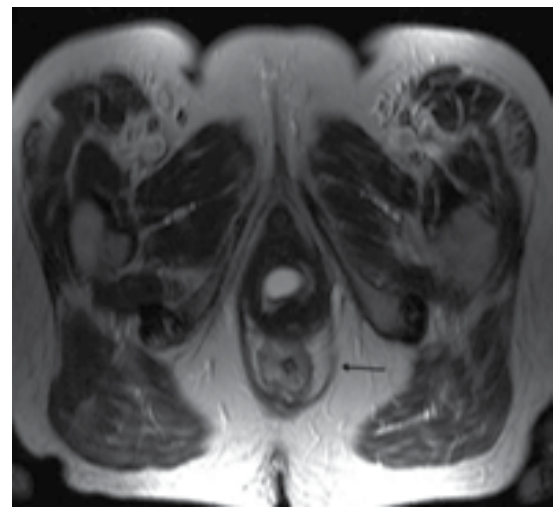
όγκοι PVR (>300ml) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο διάτασης των ανώτερων ουροφόρων οδών και νεφρική ανεπάρκεια (*Εικόνα 9.8*).



Εικόνα 11.5
A. Εγκάρσια τομή μαγνητικής τομογραφίας, όπου παρατηρείται πρόπτωση του κόλπου και διαταραχή του φυσιολογικού του σχήματος. **B.** Οβελιαία τομή μαγνητικής τομογραφίας, όπου απεικονίζεται πρόπτωση του κόλπου και του ορθού κάτωθεν της ηβοκοκκυγικής γραμμής. Στην ασθενή συνυπάρχει καρκίνος του ορθού.



Εικόνα 11.6
 Εγκάρσια τομή μαγνητικής τομογραφίας, όπου απεικονίζεται ρήξη του δεξιού ηβοκοκκυγικού μύος (βέλος) και παραμόρφωση του σχήματος του κόλπου.



Εικόνα 11.7
 Εγκάρσια τομή μαγνητικής τομογραφίας, όπου απεικονίζεται χάλαση του αριστερού ηβσοορθικού μύος (βέλος).

Στις εγκάρσιες τομές, αναδεικνύονται εκκολπώματα της ουρήθρας τα οποία δε σχετίζονται με ακράτεια αν ο σφιγκτήρας κεντρικότερα διατηρεί ακέραια τη δομή του.

Πρόπτωση Μήτρας και Κόλπου

Διαταραχή του φυσιολογικού δικήν «Η» σχήματος του κόλπου στις εγκάρσιες τομές υποδηλώνει παρακολπικές ρήξεις του στηρικτικού μηχανισμού. Το μέσο και πρόσθιο τριτημόριο της ουρήθρας εφάπτεται του προσθίου τοιχώματος του κόλπου. Ρήξη ή χαλάρωση των ηβοκοκκυγικών μυών οδηγεί σε παραμόρφωση του κολπικού σχή-

ματος συμπαρασύροντας και το πρόσθιο και το μέσο τμήμα της ουρήθρας (*Εικόνες 11.5 A και B*).

Στις περιπτώσεις αυτές, η απόσταση μεταξύ του πλαιγίου κολπικού τοιχώματος και του σύστοικου ηβικού οστού αυξάνεται. Επιπλέον, αυξάνεται και το εύρος του χώρου μεταξύ της ηβικής σύμφυσης και της ανώτερης επιφάνειας της ουρήθρας η οποία μετατοπίζεται προς τα κάτω (*Εικόνες 11.6 και 11.7*).

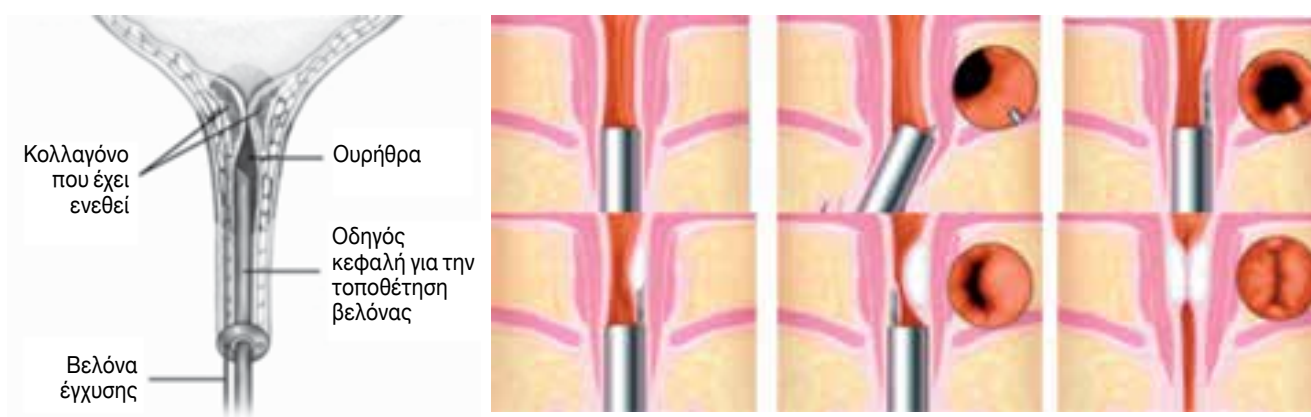
Απεικόνιση Πρωκτού – Εντέρου

Ο σφιγκτήρας του πρωκτού αποτελείται από δύο τμήματα: τον έσω και τον έξω σφιγκτήρα, με-



Εικόνα 14.11-12

Τεχνική περιουρηθρικών εγχύσεων (Bard).



Εικόνα 14.13

Περιουρηθρική έγχυση κολλαγόνου (διαδίκτυο).

κολόγο, γιατί είναι περισσότερο ανεκτή από την ασθενή, γίνεται ακριβής τοποθέτηση του υλικού και η ανάγκη επανάληψης της θεραπείας είναι μικρότερη.

PAHG και PTFE

Η διαδικασία είναι παρόμοια με την έγχυση βόειου κολλαγόνου. Σε κάθε περίπτωση, η επιβεβαίωση της επιτυχίας της επέμβασης πρέπει να ελέγχεται με την σύγκλιση του αυλού της ουρήθρας μέσω του κυστεοσκοπίου.

Μετεγχειρητική Περίοδος

Στην περίπτωση που έχει χρησιμοποιηθεί αυτόλογο λίπος, θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση ουροκαθετήρα αμέσως μετά την έγχυση, γιατί μπορεί να οδηγήσει στη διάνοιξη του ου-

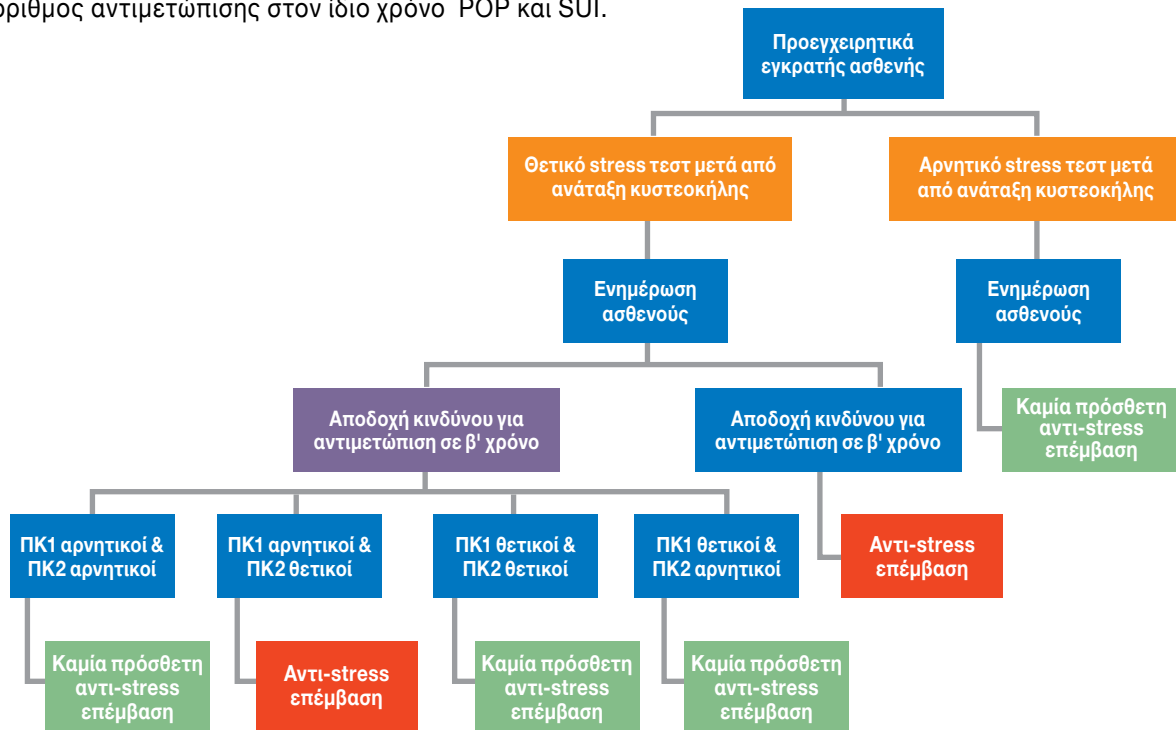
ρηθρικού αυλού. Απαραίτητη είναι, επίσης, η αγωγή με αντιβιοτικά per os για τρεις ημέρες. Σε περίπτωση που η ασθενής παραπονείται για πόνο στην περιοχή της έγχυσης, ενδείκνυται ήπια αναλγητική αγωγή.

Όταν χρησιμοποιείται βόειο κολλαγόνο ως περιουρηθρικό εμφύτευμα, τα αποτελέσματα είναι συνήθως άμεσα αντιληπτά από την ασθενή. Για επιβεβαίωση ζητείται από την ασθενή να αυξήσει την ενδοκοιλιακή πίεση (π.χ. να βήξει). Εάν η ακράτεια παραμένει, μπορεί να γίνει και δεύτερη έγχυση. Εφόσον η ακράτεια αντιμετωπίστηκε, η ασθενής θα πρέπει να έχει μια επιτυχή πλήρη κένωση της ουροδόχου κύστης πριν το εξιτήριο. Θα πρέπει να αποφεύγεται η χρήση ουροκαθετήρα αμέσως μετά την επέμβαση, ενώ κατά το εξιτήριο πρέπει να δίδεται αντιβιοτική και αναλγητική αγωγή.

Όταν χρησιμοποιείται PAHG, ισχύει η ίδια με-

Πίνακας 15.1

Αλγόριθμος αντιμετώπισης στον ίδιο χρόνο POP και SUI.



SUI: Stress Urinary Incontinence (Ακράτεια Ούρων από Προσπάθεια)

POP: Pelvic Organ Prolapse (Πρόπτωση Πυελικών Οργάνων)

Παράγοντες κινδύνου (PK)

PK1: Παράγοντες κινδύνου για διαταραχές ούρησης αουστολία εξωστήρα ατελής κένωση με κακή ροή

PK2: Παράγοντες κινδύνου για SUI χαμηλή μέγιστη πίεση σύγκλεισης υπερκινητική ουρήθρα ταυτόχρονη επέμβαση που αυξάνει τον κίνδυνο SUI

τειας, δηλαδή 13,4% της ομάδας μελέτης έναντι 13,3% της ομάδας ελέγχου. Οι συγγραφείς δεν υποστηρίζουν την προσθήκη επέμβασης κατά της ακράτειας σαν επέμβαση ρουτίνας σε ασθενείς χωρίς ακράτεια.

Σε ό,τι αφορά τη διακολλική προσπέλαση για τη διόρθωση της πρόπτωσης, δεν υπάρχει καμία καλά οργανωμένη μελέτη που να είναι ξεκάθαρα υπέρ της ταυτόχρονης προφυλακτικής επέμβασης για την αντιμετώπιση της κεκαλυμμένης ακράτειας. Κάποιες μικρές τυχαίοποιημένες μελέτες δίνουν θετικά αποτελέσματα για την εφαρμογή ταινίας ελεύθερης τάσης (Tension-free Vaginal Tape – TVT και Tension-free Vaginal Tape-Obturator - TVT-O), ενώ δίνουν αμφίβολα αποτελέσματα για τη χρήση πλεγμάτων. Ειδικότερα, μια τυχαίοποιημένη μελέτη των Meschia M και συν., σύγκρινε την κολπική ταινία ελεύθερης τάσης και την εκτέλεση ενδοπυελικής συρραφής της περιτονίας, σε 50 γυναίκες με πρόπτωση και κεκαλυμμένη ακράτεια ούρων σταδίου II ή μεγαλύτερου και με

θετικό stress test. Η μέση διάρκεια παρακολούθησης ήταν παρόμοια για τις δύο ομάδες (26 και 24 μήνες). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κολπική ταινία ελεύθερης τάσης προτείνεται σε ασθενείς με πρόπτωση και κεκαλυμμένη ακράτεια.

Σε άλλη πολυκεντρική προοπτική τυχαίοποιημένη μελέτη, οι Borstad E και συν., συνέκριναν τη χειρουργική στρατηγική αντιμετώπισης για γυναίκες με πρόπτωση πυελικών οργάνων και κεκαλυμμένη ακράτεια. Στην πρώτη ομάδα τυχαίοποιήθηκαν 87 γυναίκες με πρόπτωση και ακράτεια στις οποίες εκτελέστηκε επέμβαση κατά της ακράτειας, δηλαδή τοποθέτηση κολπικής ταινίας ελεύθερης τάσης (TVT) κατά το χρόνο της χειρουργικής αποκατάστασης της πρόπτωσης. Αντίθετα, στη δεύτερη ομάδα τυχαίοποιήθηκαν 94 γυναίκες οι οποίες υποβλήθηκαν σε επέμβαση κατά της ακράτειας 3 μήνες μετά την επέμβαση αποκατάστασης της πρόπτωσης. Οι γυναίκες της δεύτερης ομάδας αξιολογήθηκαν για ακράτεια 3 μήνες μετά την αποκατάσταση της πρόπτωσης. Εκείνες με επιβεβαι-

**Εικόνα 16.1**

Διαδικασία κυστεο-ουρηθροσκόπησης, (διαδίκτυο).

του μηχανισμού στήριξης του πνευλικού εδάφους, είτε λόγω γενετικής επιβάρυνσης είτε λόγω συνόδων παθολογικών καταστάσεων (π.χ. ΧΑΠ, παχυσαρκία, χρόνια δυσκοιλιότητα). ii. Γήρανση του ουρογεννητικού συστήματος, με ατροφία του ουρογεννητικού επιθηλίου λόγω έλλειψης οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση. iii. Πλημμελής νευρομυϊκή λειτουργία της ουρήθρας.

Διάγνωση

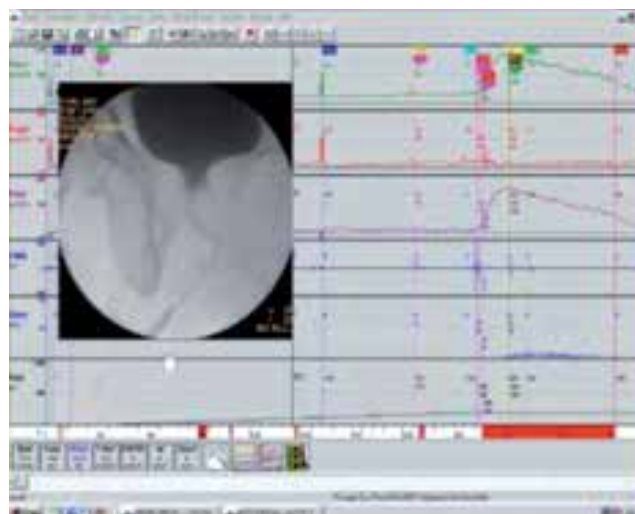
Η διάγνωση της υποτροπιάζουσας ακράτειας τίθεται σε ένα ποσοστό που αγγίζει το 70% μόνον από τη λήψη ενδελεχούς ιστορικού. Φυσικά, ο ρόλος της φυσικής εξέτασης είναι σημαντικός και πρέπει πάντοτε τη λήψη του ιστορικού να ακολουθεί κλινική εξέταση με χρήση των συστημάτων Baden-Walker ή POP-Q, ενώ ο χειρισμός Valsalva και ο βήχας καταδεικνύουν την ακράτεια. Παράλληλα, εξετάζεται η κινητικότητα του αυχένα της κύστεως με άμεση επισκόπηση και ψηλάφηση του τοιχώματος. Στην εκτίμηση της βασικής αυτής παραμέτρου για την επιλογή της ορθής μεθόδου αντιμετώπισης, βοηθά σημαντικά η εφαρμογή του διαπερινεϊκού υπερηχογραφήματος αλλά και το Q-tip test.

Ο καθετηριασμός και ο υπερηχογραφικός έλεγχος της κύστης απαιτούνται για την εκτίμηση του υπολείμματος των ούρων, ενώ η ουροροομετρία για την εκτίμηση του προτύπου ούρησης. Επίσης, η συμβολή της κυστεο-ουρηθροσκό-

πησης είναι σημαντική στη διαφορική διάγνωση και επιβεβαίωση του αιτιολογικού παράγοντα της υποτροπιάζουσας ακράτειας (*Εικόνα 16.01*).

Απαραίτητη θεωρείται η επιβεβαίωση των ευρημάτων από τη λήψη του ιστορικού και τη φυσική εξέταση και η αντικειμενική διάγνωση μέσω κυστεομανομετρίας, προφίλομετρίας της ουρήθρας και βιντεο-ουροδυναμικής μελέτης (*Εικόνα 16.02*) σε κάθε περίπτωση, όπου τίθεται υποψία υποτροπιάζουσας ακράτειας.

Η επίσκεψη πρέπει πάντοτε να ολοκληρώνεται με διεξοδική ενημέρωση της ασθενούς γύρω από τα ευρήματα και την πιθανή μας διάγνωση. Οι επεμβάσεις αποκατάστασης της υποτροπιάζουσας ακράτειας δεν είναι άμοιρες επιπλοκών. Ουσια-

**Εικόνα 16.2**

Βιντεο-ουροδυναμική μελέτη.

Άγγελος Η. Λιάπης

Ουρογυναικολογία

και Διαταραχές του Πυελικού Εδάφους

Το βιβλίο αυτό περιγράφει τη συχνότητα, την παθοφυσιολογία, τη διάγνωση, τις σύγχρονες μορφές αντιμετώπισης (συντηρητικές και χειρουργικές), καθώς και τα μακροχρόνια αποτελέσματα της θεραπείας της χαλάρωσης του πυελικού εδάφους, της ακράτειας των ούρων και των κοπράνων.

Απευθύνεται στους γενικούς Χειρουργούς, τους Χειρουργούς του παχέος εντέρου, Ουρολόγους, Μαιευτήρες – Γυναικολόγους, Ουρογυναικολόγους και Γαστρεντερολόγους οι οποίοι θεραπεύουν ασθενείς με ακράτεια.

Στους γενικούς ιατρούς και τους ιατρούς που ασχολούνται με τη γηριατρική δίδει μια καθολική άποψη γύρω από τη διάγνωση και τις θεραπευτικές επιλογές οι οποίες μπορούν να προσφερθούν σε ασθενείς με ακράτεια και/ή χαλάρωση του πυελικού εδάφους.

ISBN 978-960-6802-55-3



9 789606 802553