

بخش ۶: جراحی در اختلالات کف لگن

۹	فصل سی ام: ساسپنشن های رأسی ترانس وازینال در پرولاپس یوتروواژینال
۲۷	فصل سی و یکم: ساکروکولوپکسی
۳۷	فصل سی و دوم: کولپورافی و ترمیم انتروسل
۵۵	فصل سی و سوم: اسلینگ های میدیور ترال (Midurethral) و جراحی در بی اختیاری استرسی ادراری
۷۹	فصل سی و چهارم: کولپوکلیزیس
۸۹	فصل سی و پنجم: فیستول وزیکوواژینال و رکتواژینال
۱۱۵	فصل سی و ششم: ترمیم اپی زیوتومی و پارگی های پیچیده برینه

بخش ۷: عوارض جراحی لگنی

۱۲۵	فصل سی و هفتم: مدیریت صدمات مجاری ادراری حین عمل
۱۴۱	فصل سی و هشتم: مدیریت عوارض جراحی در دستگاه تناسلی
۱۷۱	فصل سی و نهم: مدیریت خونریزی در جراحی

بخش ۸: مدیریت جراحی شرایط انتهایی ژنیکولوژی

۱۸۹	فصل چهارم: مدیریت جراحی درد لگنی و سندروم تریوز
۲۰۱	فصل چهل و یکم: درمان جراحی بیماری های انتهایی لگن
۲۰۹	فصل چهل و دوم: درمان جراحی برای انومالی های سیستم تناسلی
۲۲۷	فصل چهل و سوم: جراحی ژنیکولوژیک اطفال و نوجوانان
۲۴۱	فصل چهل و چهارم: جراحی در خونریزی های مامایی

سابقه‌های راسی ترانس وازینال در پرولاپس یوتروواژینال

لفظ رحم (هیستروپیکسی) در مقایسه با هیستروکتومی و روش‌های ساسپنشن راسی ترانس وازینال

کولدوپلاستی مک کال
 ساسپنشن لیگامان یوتروواژینال
 هیستروپیکسی یوتروواژینال
 جراحی منجستر
 فیکساسیون لیگامان ساکروواسپینوس
 هیستروپیکسی ساکروواسپینوس
 کولپوپیکسی با مش قدامی وازن یا هیستروپیکسی

یافته‌های مقایسه‌ای

ساسپنشن لیگامان یوتروواژینال در مقابل فیکساسیون لیگامان ساکروواسپینوس کولدوپلاستی مک کال در مقایسه با ساسپنشن لیگامان یوتروواژینال یا فیکساسیون لیگامان ساکروواسپینوس
 کارآزمایی‌های مقایسه‌ای هیستروپیکسی وازینال
 روش انتخاب ترمیم

درصد گزارش کرده جراحی مجدد بر روی زنان مسن‌تر از ۶۵ سال بالاتر و حدود ۱۱/۵ درصد بود. بنابراین، لازم است که روش‌های جراحی پرولاپس با افزایش طول عمر خانم‌ها و افزایش دوران سلامت زندگی آنها، تکامل پیدا کند.

پرولاپس ارگان‌های لگنی، معمولاً نزول بیش از یک قسمت از وازن را درگیر می‌کند. دلالتی از روش‌هایی را در سه سطح از حمایت‌های وازن تعریف کرد: I) حمایت راسی سطح I: از کمپلکس لیگامانی کاردینال - یوتروواژینال، II) حمایت میانه وازن سطح II: از قدام و خلف دیواره وازینال از طریق انصافات فیبری - عضلانی دیواره وازن به صورت لئوال به فاشیای لگنی، III) حمایت خروجی وازن سطح III: از عضلانی پرینهال و جسم پرینه با انصافات مرتبط با عضلات و بافت همبند (شکل ۱). ساختارهایی که حمایت را در سطح میانی وازن فراهم می‌کنند، بیشتر مورد اختلاف نظر هستند. بسیاری از جراحان هنوز عنوان «فاشیای اندوپلوپیک» را برای توصیف اجرای حمایتی میانه وازن استفاده می‌کنند اما مطالعات بافت‌شناسی تأکید می‌کنند که این ساختار یک «فاشیای واقعی نیست و بهتر است از عبارت «لایه فیبری - عضلانی دیواره‌ی وازن» استفاده شود. به نظر می‌رسد عضلات لوانور آنی یا محدود کردن هیانوس ژینیتال و ایجاد محور افقی با انحسای خلفی وازن، هر سه سطح را حمایت می‌کنند. یک تئوری این است که عدم وجود تون کافی و حمایت کافی عضلات لوانور همراه با هیانوس ژینیتال متسع باعث افزایش استرس روی ساختارهای حمایتی سطح I و II می‌شوند که در نهایت پرولاپس ارگان‌های لگنی و نزول راسی را بدتر می‌کنند.

به جز افزایش سن، مهم‌ترین عامل خطر پرولاپس، زایمان وازینال است. نتایج یک مطالعه آینده‌نگر کوهسورت نشان داد که نسبت شانس (OR) پرولاپس در محدوده هایمن یا فراتر از آن برای خانم‌های با سابقه‌ی زایمان وازینال در مقایسه با سزارین ۵/۶ (با CI=۷/۹۵، ۲/۲-۱۴/۷) و برای کسانی که حداقل یک نوبت زایمان ابرازی داشتند ۷/۵ (با CI=۷/۹۵، ۲/۷-۲۰/۹) بود. در پی‌گیری طولی بیماران، زمانی که حداقل یک زایمان وازینال داشتند (۷/۱ تا ۱/۲۴ با CI ۱/۹۵، ۲/۱-۳/۱)، سن بالاتر از ۴۰ سال در هنگام ورود به مطالعه (۱/۱-۲/۵، CI ۱/۹۵، ۱/۶-۱/۱) و هیانوس ژینیتال حداقل ۲ سانتی‌متر در زمان ورود به مطالعه (۱/۰۳-۵/۴، CI ۱/۹۵، ۲/۴-۲/۴) در مقایسه با سزارین، با بدتر شدن حمایت لگنی ارتباط داشت. افزایش خطر پرولاپس با هیانوس ژینیتال بزرگ‌تر و زایمان وازینال ابرازی ممکن است مارکرهایی برای نوزادان بزرگ‌تر و نیرومای شدیدتر هنگام زایمان که منجر به کشش، پارگی‌ها، آسیب اعصاب و با حتی جدا شدن عضلات لوانور آنی شده، باشند.

پرولاپس ارگان‌های لگنی نزول ساختارهای لگن شامل سروپیکس، ریسر، دیواره‌های وازن را شامل می‌شود. تخمین شیوع بیماری بسیار متنوع است. ۳ تا ۵۰ درصد) و بستگی به تعریف مورد استفاده دارد. به عنوان مثال، هر عریف پرولاپس فقط براساس علائم بیمار باشد، شیوع کمتر بوده و حدود ۲ تا ۶ درصد است اما در صورتی که تعریف براساس یافته‌های حسی باشد شیوع پرولاپس ۴۱ تا ۵۰ درصد خواهد بود. این مسائل نشان می‌دهد که علائم بیمار همیشه با شدت آناتومیک بیماری هم‌تراز نیستند. مهم‌ترین علامت قابل اعتماد برای تشخیص پرولاپس وجود برآمدگی و بیرون‌زدگی وازن است که اغلب در صورتی که پرولاپس ۰/۵ سانتی‌متر یا بیشتر از محدوده‌ی هایمن گذشته باشد، دیده می‌شود. پرولاپس ارگان‌های لگنی از طریق ایجاد ناراحتی در لگن با بیرون‌زدگی وازن، اختلالات ادراری، اختلال در دفع مدفوع اثر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی فرد دارند. با این حال، بیش از ۷۵ درصد زنان دچار پرولاپس در محدوده هایمن یا حتی بیشتر از آن، بی علامت یا دارای علائم بسیار اندکی هستند. برطرف کردن علائم بیرون‌زدگی یکی از اجزای اصلی درمان موفق جراحی‌های پرولاپس است زیرا برخلاف اصلاح آناتومی به تنهایی به‌طور مستقیم روی ارزیابی بیمار از بهبود خود تأثیر می‌گذارد.

انتظار می‌رود با افزایش جمعیت مسن در ایالات متحده، شیوع پرولاپس افزایش یابد. خطر جراحی پرولاپس در طول زندگی ۱۲/۶ درصد و خطر جراحی مجدد برای عود پرولاپس ۱۳ تا ۲۹ درصد تخمین زده می‌شود. یک مطالعه گسترده در پایگاه داده ایالات متحده بروز تجمعی جراحی مجدد برای پرولاپس ظرف ۵ سال پس از جراحی اولیه را ۹/۶

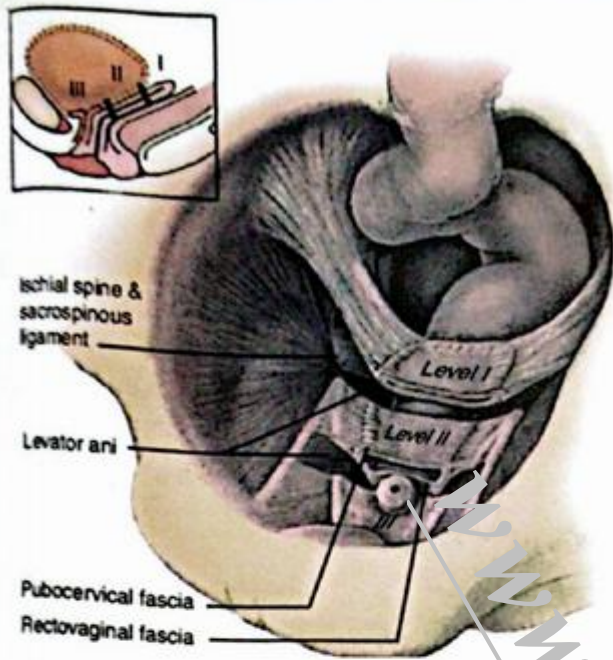


FIGURE 30.1 Levels of support. DeLancey's biomechanical levels: level I, proximal suspension; level II, lateral attachment, at level III, distal fusion. (Reprinted from DeLancey JO. Anatomic aspects of vaginal eversion after hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1992;166(6 Pt 1):1717-1724. Copyright © 1992 Elsevier. With permission.)

مهم این است که در زنان، برنامه‌ریزی برای جراحی پرولاپس ارگان‌های لگنی، اهداف بیمار بررسی شده، اطلاعات کافی به وی داده شود و به ترجیحات و باورهای وی توجه شود و از بیمار رضایت آگاهانه دریافت شود. مزیت‌های بالقوه روش هیستروپکسی در مقایسه با هیسترنکتومی در زمان ساینش وازینال شامل کاهش خونریزی، کاهش زمان جراحی و ریکاوری سریع‌تر در مقایسه با جراحی هیسترنکتومی هستند. همچنین، هیستروپکسی با افزایش خطر یانگی زودرس همراه نیست، درحالی که یک مطالعه بزرگ کوهورت آینده‌نگر نشان داد که خطر یانگی در طول ۵ سال پس از هیسترنکتومی به تنهایی در مقایسه با کسانی که جراحی نشده بودند، حتی در صورت حفظ تخمدان‌ها ۲ برابر بود. کمیت و کیفیت مطالعات هیستروپکسی در حال افزایش بوده و اکثراً نشان‌دهنده تأثیر ایمنی آن هستند. با این حال، اکثر مطالعات گروه کنترل ندارند و حاوی تکنیک‌های متنوع و تعاریف مختلفی از موفقیت هستند.

جراحی با حفظ رحم برای تمام بیماران مناسب نیست. در هنگام انتخاب بیماران برای انجام جراحی حفظ رحم، باید معیارهای انتخابی دقیق استفاده شود تا نیاز به هیسترنکتومی بعدی محدود شود. در خاتمه‌هایی که تمایل به بارداری مجدد دارند یا کسانی که هنوز تصمیم قطعی برای باروری بعدی ندارند، بهتر است از پساری استفاده شود و جراحی باید برای بیمارانی نگه داشته شود که درمان محافظه‌کارانه با شکست مواجه شده و به بعد از بارداری و زایمان‌ها موکول شود. به‌علاوه، با توجه به اینکه هیسترنکتومی بعدی به دنبال هیستروپکسی از نظر تکنیکی دشوار خواهد بود، حفظ رحم برای بیمارانی که در خطر مشکلات رحم یا آندومتر هستند، توصیه نمی‌شود. بهتر است به بیمارانی که در خطر کنسر تخمدان، سرویکس یا آندومتر هستند، در حین ترمیم پرولاپس، هیسترنکتومی (و احتمالاً خارج

شواهد افزایش یابنده مرتبط با نقص‌های عضلات لواتور آنی که در MRI مشخص می‌شوند با وجود و نیز شدت پرولاپس ارتباط دارند. سایر عوامل خطر مبتنی بر شواهد برای پیشرفت پرولاپس شامل سابقه خانوادگی (مرتبط با ژنتیک یا مورفولوژی لگن که نقش بالقوه‌ای دارند)، چاقی و هیسترنکتومی قبلی هستند. شواهد ضعیف‌تری در مورد تأثیر شرایطی که باعث افزایش مزمن فشار داخل شکمی می‌شوند مانند سرفه مزمن، زور زدن با حرکات روده و کار یا ورزشی که همراه بلند کردن مکرر اجسام سنگین است، وجود دارد. همچنین چندین عامل خطری که قبلاً برای بروز پرولاپس نام برده شدند می‌توانند عامل عود مجدد پرولاپس پس از ترمیم باشند. (مانند هیاتوس ژینتال وسیع، نقایص لواتور آنی، چاقی و یا سایر وضعیت‌های افزایش مزمن فشار داخل شکمی) در نهایت، مهم‌ترین عامل خطر عود پرولاپس می‌تواند سابقه‌ی جراحی ناموفق قبلی پرولاپس و نیز پرولاپس بسیار شدید باشد.

شایع‌ترین محل آناتومیک پرولاپس، دیواره‌ی قدامی واژن می‌باشد. با این حال، مطالعات آناتومیک نشان داده‌اند که تقریباً ۵۰ درصد پرولاپس‌های قدامی واژن می‌توانند با نزول رأسی همراه باشند. به صورت قابل انتظار، خطر جراحی مجدد پرولاپس در صورت عدم جراحی و ترمیم همزمان حمایت رأسی افزایش می‌یابد.

در بررسی وسیعی از افراد ذینفع Medicare، میزان جراحی مجدد در کسانی که تحت کولپورافی قدامی به تنهایی قرار گرفته بودند در مقایسه با کولپورافی قدامی همراه با جراحی حمایت - رأسی بالاتر بود (۲۰/۲ درصد در مقایسه با ۱۱/۶ درصد، $P < 0.01$). به‌نظر می‌رسد حمایت رأسی یکی از اجزای مهم هرگونه ترمیم مناسب پرولاپس است و هرگونه تلاش برای جراحی پرولاپس باید با توجه ویژه به اهمیت این قسمت از جراحی انجام شود. گزینه‌های جراحی متعددی برای اصلاح حمایت رأسی وازینال وجود دارند. در طی دهه گذشته، تمایل برای ترمیم پرولاپس به سمت جراحی‌های کم‌تهاجمی همراه با مسیر وازینال برای هیسترنکتومی و ترمیم پرولاپس پیش‌رفته است. این بخش روی ساینش رأسی و وازینال تمرکز می‌کند. بخش‌های بعدی ترمیم انتروسل و کولپورافی قدامی و خلفی (فصل ۲۲)، روش‌های جایگزین ترمیم پرولاپس رأسی شامل کولپوکلازیس (فصل ۲۴) و ساکروکولپوپکسی (فصل ۲۱) را مرور می‌کنند.

حفظ رحم (هیستروپکسی) در مقابل هیسترنکتومی

در زمان ترمیم پرولاپس، حفظ رحم می‌تواند مدنظر قرار گیرد زیرا رحم در پیشرفت پرولاپس ارگان‌های لگنی یک ساختار غیرفعال است، درحال حاضر پرولاپس یکی از شایع‌ترین اندیکاسیون‌ها و علت تقریباً ۵۰۰ هزار هیسترنکتومی در شرایط بستری در آمریکا در هر سال است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که اکثر بیمارانی که برای پرولاپس مراجعه می‌کنند، جراحی حفظ رحم را با فرض نتایج یکسان جراحی انتخاب می‌کنند. با این حال، در بسیاری از موارد، این ترجیح براساس این برداشت‌های غلط است از جمله اینکه، که هیسترنکتومی آثار منفی بر خلق، روابط، کیفیت زندگی، رابطه‌ی جنسی و وزن می‌گذارد. علی‌رغم اینکه می‌توان به بیماران بر علیه این نگرانی‌ها اطمینان خاطر داد، باز هم برخی از خانم‌ها معتقدند که رحم بخش مهمی از احساس هویت آن‌هاست و جراحی با حفظ رحم را انتخاب می‌کنند. به‌علاوه، بعضی دیگر نگران عوارض هیسترنکتومی هستند.

شد. به دنبال هیستریکتومی وازینال، کیسه‌ی انتروسل با استفاده از تعدادی بخیه غیرقابل جذب که از هر لیگامان یوتروساکرال عبور می‌کند و صفاق پوشاننده‌ی کولودوساک را نیز شامل می‌شوند، بسته می‌شود. سوچورهای بعدی به سمت پروگزیمال زده می‌شوند تا کل انتروسل بسته شود. مک‌کال استفاده از حداقل سه بخیه‌ی داخلی (داخل صفاقی) غیر قابل جذب را توصیه کرد. با این حال تعداد نهایی بخیه‌ها بستگی به اندازه‌ی انتروسل دارد. سوچورهای داخلی زده شده و نگه داشته می‌شوند. سپس بخیه‌های قابل جذب از داخل اپی‌تلیوم خلفی واژن و از هر لیگامان یوتروساکرال (به‌جز بافت‌های مزاجم) عبور داده می‌شوند و سپس از میان اپی‌تلیوم خلفی واژن در سمت مقابل نیز می‌گذرند. پروگزیمال‌ترین بخیه برای رسیدن به حداکثر طول واژن، باید در رأس واژن قرار داده شود. بخیه‌های داخلی اول گره زده می‌شوند که یک طاقچه‌ای برای اوبران شدن رأس واژن ایجاد کنند تا زمانی که بخیه‌های خارجی بر سخت پایین گره شوند.

مک‌کال پیشنهاد می‌کند که با خارج نکردن کیسه انتروسل یا اپی‌تلیوم خلفی واژن، طول واژن می‌تواند افزایش پیدا کند. از زمانی که روش اولیه جراحی استفاده می‌شود، چندین تعدیل در روش از جمله تغییر در تعداد بخیه‌ها، کوتاه کردن لیگامان‌های یوتروساکرال، خارج کردن کیسه انتروسل و اپی‌تلیوم خلفی واژن اضافی، و یکی کردن صفاق پوشاننده‌ی کولودوساک با صفاق‌های خارجی ایجاد شده‌اند. اگرچه این روش کولودوپلاستی مایو، کولودوپلاستی تعدیل شده مک‌کال، کولودوپلاستی مایو - مک‌کال یا کولودوپلاستی مک‌کال بالایی (high) نیز نامیده می‌شود، قسمت اصلی پرولاپس مایو، جین دادن لیگامان یوتروساکرال در خط وسط برای ایجاد حمایت راسی و درمان یا پیشگیری از تشکیل انتروسل به دنبال هیستریکتومی وازینال می‌باشد. ما توصیه می‌کنیم که جراحی شامل حداقل دو یا سه سوچور باشد؛ جراح یک یا دو سوچور غیرقابل جذب داخلی و یک سوچور درجذب خارجی (در لیگامان) قرار می‌دهد. هر چند وقتی تمام سوچورها قابل جذب باشند جراح می‌تواند همه را خارجی قرار دهد. (شکل ۳۰-۲). برای تسهیل بخیه، یک کلامپ الیس در پروگزیمال لیگامان یوتروساکرال و با کشش به دور از دیواره لگن گذاشته و برای تأیید محل قرار دادن سوچور در خلف، خارایسکیال را لمس می‌کنیم. با این روش هم از گیر افتادن ریشه‌های اعصاب ساکرال و هم از آسیب یا مسدود شدن حالب می‌توان جلوگیری کرد. برداشتن قسمت اضافی دیواره‌ی خلفی واژن و کیسه انتروسل بستگی به صلاحدید جراح دارد (شکل ۳۰-۳). این کار ممکن است منجر به تنگ شدن رأس واژن شود و باید مراقب بود که این تنگ‌شدگی شدید نباشد زیرا منجر به کوتاه‌شدگی عملکردی واژن و دیسپارونی بالقوه می‌شود (شکل ۳۰-۴). ابتدا بخیه‌های داخلی به سمت پایین و سپس بخیه‌های خارجی گره می‌شوند. بستن کاف واژن قبل از گره زدن بخیه‌های خارجی ممکن است راحت‌تر باشد اما جراح باید مراقب باشد که در این مرحله (و هنگام بستن کاف واژن) بخیه‌های خارجی را گیر نیندازد (باکس ۳۰-۱).

کردن لوله‌ها و نخمدان‌ها) توصیه شود. عوامل خطر هیپریلازی و کنسر آندومتر شامل جنای (با افزایش خطر ۳ برابر)، کنسرهای کولورکتال غیربولیویوتید ارثی (سندرم لیسج - با افزایش خطر ۶۰ درصد در طول زندگی) و بیماران دچار خونریزی پس از یائسگی حتی در صورت وجود بررسی‌های منفی (۱۳ درصد خطر بانولوژی غیرطبیعی) می‌باشند. بیماران دچار جهش در ژن‌های BRCA1, 2 در خطر افزایش بروز کنسر تخمدان و به‌صورت تنوریک در خطر کنسرهای لوله فالوپ و کنسر سروزی آندومترال هستند. زمانی که سابقه کنسر برست از نوع گیرنده استروژنی مثبت دارند، بهتر است برای کاهش خطر عود کنسر برست تحت اووفورکتومی دوطرفه قرار بگیرند. در صورت وجود هیپریلازی آندومتر یا با بدون اتیپی به علت خطر ۵ تا ۲۵ درصدی بروز همزمان کنسر آندومتر، بهتر است هیستریکتومی همزمان انجام شود. همچنین در خانم‌هایی که ناموکسی‌فن یا سایر داروهای افزایش‌دهنده هیپریلازی آندومتر مصرف می‌کنند، توصیه مشابه باید مدنظر قرار بگیرد. همچنین در بیماران دچار دیسپلازی سرویکس در گذشته یا در حال حاضر، باید از حفظ رحم و سرویکس اجتناب شود. در مبتلایان به دیسمنوره یا خونریزی قاعدگی نامنظم ناشی از فیبروم‌ها، آدنومیوز و سایر علل خونریزی‌های غیرطبیعی رحمی که خطر بالقوه‌ی نیاز به مداخلات بعدی را افزایش می‌دهند، نیز باید از هیستریکتومی اجتناب شود. در نهایت، در زنان دارای سرویکس بلند باید جهت بهبود پیامدهای جراحی، هیستریکتومی و یا حداقل تراکتکتومی نسبی (کوتاه کردن سرویکس) مدنظر باشد.

روش‌های ساسپنشن راسی ترانس وازینال

اهداف جراحی پرولاپس شامل حفظ آناتومی و بهبود علائم مرتبط با پرولاپس می‌باشد. برای حفظ آناتومی، قسمت عمده‌ای از روش‌های ساسپنشن راسی ترانس وازینال، برای حمایت بر لیگامان‌های یوتروساکرال یا ساکرواسپینوس تکیه می‌کنند. همچنین ساسپنشن ایلوکوستیرنال به عنوان روشی برای ساسپنشن ترانس وازینال استفاده می‌شود اما به علت نگرانی‌هایی که بابت کوتاهی واژن وجود دارد، به‌صورت روتین استفاده نمی‌شود. هر دو روش کولودوپلاستی مک‌کال و ساسپنشن لیگامان یوتروساکرال، برای حمایت از لیگامان‌های یوتروساکرال استفاده می‌شوند و معمولاً به‌صورت داخل صفاقی و دوطرفه جهت برقراری امتداد اپکس در طول محور نرمال واژن انجام می‌شوند. در مقابل، لیگامان ساکرواسپینوس که زیر عضله‌ی کوکسیژنوس قرار گرفته، لیگامان بادوامی است که ثابت کردن بافت‌ها به این لیگامان، واژن را مختصری به سمت خلف منحرف می‌کند. ساسپنشن لیگامان ساکرواسپینوس معمولاً به‌صورت خارج صفاقی و یک طرفه انجام می‌شود که رأس واژن را به همان سمت منحرف می‌کند. بخش بعدی مراحل کولودوپلاستی مک‌کال، ساسپنشن لیگامان یوتروساکرال و ثابت کردن لیگامان ساکرواسپینوس و نیز میزان موفقیت و عوارض هر یک را بررسی می‌کند.

کولودوپلاستی مک‌کال

کولودوپلاستی مک‌کال یا «کولودوپلاستی خلفی» اولین بار در سال ۱۹۵۷ به عنوان یک روش حمایت راسی، ترمیم انتروسل و یک روش همراه با هیستریکتومی که می‌تواند منجر به پیشگیری از پرولاپس شود، تعریف