

# צניחת כיפת הלבן לאחר כריתת רחם – תיקון על ידי מיתלה סאקר־ספינוזי

מנחם נוימן, בוריס צוקרמן, עופר לביא, עוזי בלר,

היח' לכירורגיה ואונקולוגיה גינקולוגית מח' נשים, המרכז הרפואי שערי צדק, ירושלים

## תקציר

צניחה מלאה של כיפת הלבן היא סיבוך לא שכיח לאחר כריתת רחם לדנית או ביטנית. מתלה סאקר־ספינוזי בגישה לדנית הוא שיטה ניתוחית מעט מסובכת, לא נפוצה, אך יעילה לתיקון הצניחה.

שמונה ניתוחים של מתלה סאקר־ספינוזי נערכו במחלקתנו במהלך 7 השנים האחרונות, בלא שנרשמו סיבוכים ניתוחיים משמעותיים. שש נשים אותרו ורואיינו במחקר.

התוצאות האנאטומיות משביעות את רצון המנותחות ונשמרות היטב לאורך זמן. תיפקוד הנשים בתחום השליטה על סוגר החלחולת ובתחום יחסי המין הוא ללא חפז. אשה אחת דיווחה על דליפת שתן קלה במאמץ מלווה בחיפופות ותכיפות ואשה נוספת דיווחה על תכיפות בהטלת שתן בלבד.

מתלה סאקר־ספינוזי המבוצע בגישה לדנית היא שיטה ניתוחית יעילה לתיקון צניחה של כיפת הלבן לאחר כריתת רחם.

## הקדמה

צניחה של כיפת הלבן היא סיבוך שלאחר כריתת רחם לדנית או ביטנית ומתרחשת בפחות מאחת אחד מהמנותחות. צניחה זו נובעת קרוב לוודאי ממיחלה דל (עייגון לקוי של כיפת הלבן אל גידי רצועות הרחם), חולשת התמיכה (שרירי ריצפת האגן) או שניהם גם יחד. כיפת לובן צניחה מכילה בתוכה איברים שכנים, כגון שלפוחית השתן, מעי דק וחלחולת וכל אלה מוחצנים ממבוא הלבן. הפגם האנטומי הנדרש, שאינו שכיח, מתבטא בבלט ניכר וגורם אי־נוחות רבה לחולות עד כדי פגיעה של ממש באיכות חייהן, בכלל זה הפרעה בתיפקוד הסוגרים ובתיפקוד המיני. כאשר דרגת הליקוי קלה, ניתן להשתמש בהתקן תוך־לדני (pessary). במצבים קשים יותר יש לנקוט אחת מן השיטות הניתוחיות: מיתלה צולבי (בפתיחת בטן או בלאפארוסקופיה), מיתלה סקר־ספינוזי, אטימת

הלבן (Le Fort) או כריתה שלמה של הלבן. הואיל ולובן צניחה מלווה בצניחת שלפוחית השתן ומעי – יתוקנו גם פגמים אלה במהלך הניתוח.

חולות המעניינות בשימור תיפקודן המיני תבקשנה מן הסתם להימנע מכריתת לבן ותבחרנה בחלופת המיתלה הצולבי או הסאקר־ספינוזי. לאפשרות האחרונה יתרונות של ניתוח בגישה לדנית על פני ניתוח ביטני, דהיינו, התאוששות והחלמה קלים יותר וכן גישה נוחה לתיקון מקביל של פגמים נוספים בריצפת האגן. הדרישה המיקדמית לקיום לבן ארוך במידה המאפשרת השקתו לרצועה הסאקר־ספינוזית מגבילה ניתוח זה. המיתלה הצולבי מתאים לנשים הזקוקות לשתל מאריך בשל היות הלבן קצר, אך חסרונו בהיותו כרוך בפתיחת הבטן או בניחוח לאפארוסקופי מתקדם. שיקום כיפת לבן צניחה בניחוח לבני דווח לראשונה על ידי

Zweifel ב־1892 [1] באמצעות תליה לרצועה הסקר־תוברוזית. ב־1927 דיווח Miller [2] על מיתלה כיפת לבן המובא לגדם הרצועה הסאקר־רחתית וב־1951 דיווח Emreich [3] על מיתלה סאקר־ספינוזי: ראשית דרך שריר הגלוטאוס ובהמשך פותחה הדרך הלבנית. הניתוח במתכונתו הנוכחית תואר על ידי Sederl [4], הופץ באירופה על ידי Richter ו־Albright [5] ובארה"ב על ידי Randal ו־Nichols [6]. תחילה נקטו ניתוח זה לטיפול בצניחת כיפת הלבן לאחר כריתת רחם, ואחר כך הורחבו הוריותיו והניתוח הוסף לכריתת רחם לדנית כצעד מונע לצניחת כיפת לבן בעתיד [7, 8]. ניתוח זה זוכה להתעניינות רבה בשנים האחרונות ובסקירת ספרות מחשבת (Medline) העלינו 40 מאמרים בנושא אשר ראו אור בעשור הנוכחי.

## הניתוח

תנאי הכרחי לביצוע הניתוח הוא לבן באורך המאפשר השקת כיפתו לרצועה הסאקר־ספינוזית. נתון זה מתקבל בבדיקה קלינית של האגן. מתחילים את הניתוח בחתך אורכי על פני רירית הלבן, מ־2 ס"מ תחת מוצא השופכה, עד כיפת הלבן הצניח ותמשך עד מבוא הלבן מאחור. רירית הלבן מופרדת משלפוחית השתן, מהמעי הדק והחלחולת, והצניחת הני"ל מתוקנת כמקובל

ט ב ל ה 1: מיתלה סאקרר-ספינוזי – פרטי המנותחות

הרדמה	משך צניחת כיפת הלדן (שנים)	זמן מהניתוח הראשוני (שנים)	כריתת הרחם	גיל	מס' מ
כללית	2	5	לדנית	54	1.
כללית	3	3	בטנית	48	2.
קשיתית	3	3	לדנית	66	3.
קשיתית	0.5	1	לדנית	72	4.
כללית	6	25	לדנית	67	5.
כללית	2	5	ביטנית	50	6.
כללית	0.5	1	לדנית	69	7.
קשיתית	12	15	לדנית	70	8.

לאחר הניתוח. חולה אחת (מס' 3) סבלה מכאבים בעכוז ימין שהפציעו לירך ימין משך חודש לאחר הניתוח, וחלפו מאליהם. הראיונות נערכו שנה עד 7 שנים לאחר הניתוח. מתוך 6 הנשים המנותחות שאותרו ורואינו, דיווחה אחת בלבד אודות בלט (מיזערי) ממבוא הלדן.

אף לא אחת לקחה ברליפת שתן שלא במאמץ, לחולה אחת היתה דליפת שתן קלה במאמץ, דחיפות ותכיפות. חולה נוספת לקחה בתכיפות בהטלת שתן בלילה. הפרשת הצואה היתה תקינה ככולן. 4 החולות שהיו מעוניינות בפעילות מינית דיווחו על העדר כל הפרעה ביחסי-מיניות.

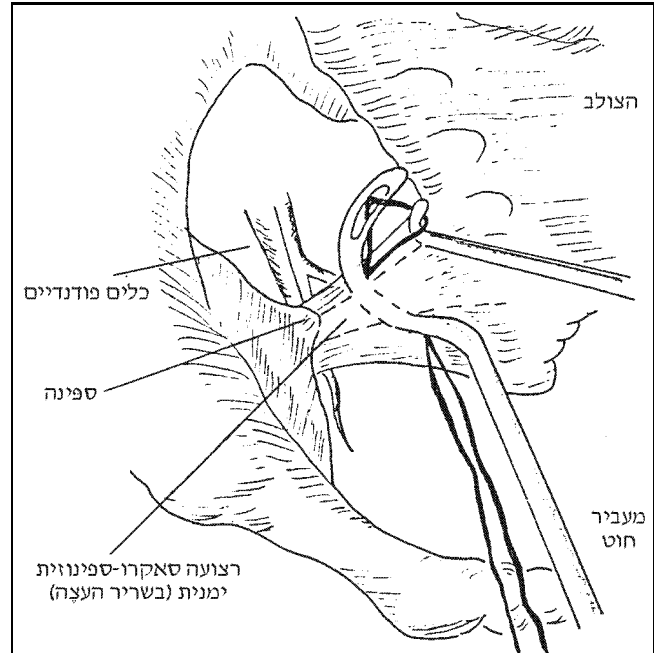
## ד י ו ן

מיתלה סאקרר-ספינוזי מקובל כשיטה ניתוחית בצניחת כיפת הלדן. בסקירת ספרות מחשבתית (Medline) נמצאו 40 מאמרים הדנים במיתלה זה בעשור הנרכזי. בהיותו ניתוח בגישה לדנית, יתרונותיו בהתאוששות והחלמה מהירים בהשוואה לניתוח ביטני. תפקודה המיני של החולה נשמר וכן מתאפשר תיקון ברזמני של ריפיון דפנות הלדן.

8 נשים עברו במחלקתנו את הניתוח הנדון, מהן 6 לאחר כריתת רחם לדנית ו-2 לאחר כריתת רחם ביטנית, בטווח של שנה ועד 25 שנה מהניתוח הראשון. מועד ההסתמנות הראשונית של בלט ממבוא הלדן היה מייד לאחר הניתוח ועד 19 שנה לאחר. במהלך ביצוע הניתוח וכן לאחריו לא נרשמו סיבוכים משמעותיים ובכלל זה אובדן דם חיוני.

מימצאי הראיונות האישיים מורים על שביעות רצון של המנותחות הן מן התוצאות האנטומיות (קרי, העדר בלט ממבוא הלדן) והן מן התוצאות התיפקודיות בהקשר לשלפוחית השתן, המעי וחייה-מיניים.

כל החולות הביעו שביעות רצון מהחלטתן להינתח בגישה זו ומתוצאות הניתוח. סידרת המנותחות המדווחות בזה קטנה אומנם, אך תוצאות הניתוח מתאימות למדווח בספרות. בעבר דווח על סיבוכים, כגון דמם ניכר בזמן הניתוח (שאינו קל לעצירה) וכן על אפשרות של הפרעה בתר-ניתוחית ביחסי-מיניים (בשל היצרות יתרה של הלדן) [7-13]. סיבוכים אלה, כאמור, לא נרשמו בסידרתנו. נראה שיש לשקול נקיטת ניתוח זה בחולות הלוקות בצניחת כיפת הלדן שלאחר כריתת הרחם. ביצוע הניתוח מחייב הכשרה מיוחדת למנתח, מאחר ששדה הניתוח זר למרבית רופאי הנשים. קיים קושי ניכר בחשיפה ובזיהוי הרצועה הנכונה וכן בהחדרת התפרים בנקודת העיגון המדריקת ברצועה, אך גלומים בו יתרונות הניתוחים הלדניים בכלל, האפשרות לתיקון ברזמני של פגמים אחרים בריצפת האגן וכן שימור התיפקוד המיני. נראה לנו, כי ההסבר לדלות השימוש



תמונה 1: העברת החוט ברצועה הסאקרר-ספינוזית הימנית.

— על ידי שיקום ריקמת החיתולית האנדר-פלכית ושרירי ריצפת האגן. בשלב זה מן הצורך לחדור לעומק האגן, תמיד מימין לחלחולת, בינה לבין הדופן הגרמי של האגן (para rectal space). החלל מפותח ידנית לזיהוי מישושי של הרצועה הסאקרר-ספינוזית הימנית העוברת בשריר העצה (coccygeus). באמצעות מעביר חוט (dechamps) מועברים שני חוטי ניילון מס' 1 בריקמת הרצועה. ההעברה נעשית 2 ס"מ מדיאלית לאחיות הרצועה בבלט הספינוזי, על מנת להימנע מפגיעה בכליהדם והעצב הפחדניים (תמונה 1). הצעדים הניתוחיים האחרונים, דהיינו, פיתוח החלל שלצד החלחולת, זיהוי הרצועה הסאקרר-ספינוזית והעברת התפרים, מחייבים הכשרה נאותה והיירות רבה לשם מניעת נזק בחלחולת, בכליהדם ובעצבים.

החוטים מועברים בריקמת כיפת הלדן. לסיים, חלל הלדן מוצר על פי הצורך, שוליו מאוחזים ורק אז מהדק המנתח את חוטי הניילון, תוך כדי הגבהת כיפת הלדן עד השקתה לנקודת העיגון ברצועה הסאקרר-ספינוזית הימנית.

## חולת ושיטות

בשבע השנים האחרונות התקבלו במחלקתנו 8 חולות שלקו בצניחת כיפת הלדן, כולן לאחר כריתת רחם. שני הניתוחים הראשונים ברצועה בהדרכתו של פרופ' Porges מאוניברסיטת נידירוק [9]. פרטיהן האישיים של המנותחות, כמו גם סוג הניתוח הראשוני ומישכי הזמן שחלף ממנו וממועד הרפעת התסמינים ועד הניתוח הנדון, מובאים בטבלה 1. הנשים רואינו לבירור מידת שביעות רצונן מן התוצאות האנטומיות (קיום או העדר בלט ממבוא הלדן) ומן התוצאות התיפקודיות לגבי הטלת שתן, פעולת מעי ויחסי-מיניים. תכיפות יומית הוגדרה כהטלת שתן יומית 6 פעמים או יותר, תכיפות לילית – פעמיים או יותר במשך שעות השינה. דחיפות בהטלת שתן – אי יכולת להתאפק לאחר תחושה ראשונית של הצורך להתרוקן. הראיונות נערכו בידי מתנדבת שאינה קשורה לצוות המחלקה.

## תוצאות

שמונה ניתוחי מיתלה סאקרר-ספינוזי הושלמו ללא סיבוכים תוך-ניתוחיים. גם במהלך שלאחר הניתוח לא נרשמו סיבוכים, למעט חולה אחת (מס' 2) שבו היה צורך בעצירת דמם באמצעות תפר נוסף שבוצע בשולי הלדן מספר שעות

7. *Sze EHM & Karram MM*, Transvaginal repair of vault prolapse: a review. *Obstetrics & Gynecology*, 1997; 89: 466-75.
8. *Sze EHM, Miklos JR, Partoll L & al*, Sacrospinous ligament fixation with transvaginal needle suspension for advanced pelvic organ prolapse and stress incontinence. *Obstetrics & Gynecology*, 1997; 89: 94-6.
9. *Porges RF & Smilen SW*, Long-term analysis of the surgical management of pelvic support defects. *Am J Obstet Gynecol*, 1994; 171: 1518-28.
10. *Cruikshank SH & Cox DW*, Sacrospinous ligament fixation at the time of transvaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol*, 1990; 162: 1611-19.
11. *Sauer HA & Klutke CG*, Transvaginal sacrospinous ligament fixation for treatment of vaginal prolapse. *J Urol*, 1995; 154: 1008-12.
12. *Given FT, Muhlenhoff IK & Browning GM*, Vaginal length and sexual function after colpexy for complete uterovaginal eversion. *Am J Obstet Gynecol*, 1993; 169: 284-8.
13. *Pasley WW*, Sacrospinous suspension: a local practitioner's experience. *Am J Obstet Gynecol*, 1995; 173: 440-7.

בניתוח זה נעוץ הן בנדירותה היחסית של צניחת כיפת הלבן לאחר כריתת רחם והן בצעדים הניתוחיים הייחודיים הנדרשים לביצועו. הכשרה נאותה ושימור המיומנות בניתוח הנדון הם תנאים הכרחיים על מנת להגיע לתוצאות מיטביות.

### ביבליוגרפיה

1. *Zweifel P*, Vorlesungen über klinische Gynaecologic. Berlin. Hirschwald, 1892, 407-15.
2. *Miller NF*, A new method of correcting complete inversion of vagina. *Surg Gynecol Obstet*, 1927; 44: 550-4.
3. *Enreich I*, Atiologie und Operation des Scheidenstump Prolapses. *Wien Klin Wochenschr*, 1951; 65: 74-7.
4. *Sederl J*, Zur Operation des Prolapses der blind endigenden Scheiden. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 1958; 18: 824-8.
5. *Richter K & Albright W*, Long term results following fixation of the vagina on the sacrospinous ligament by the vaginal route. *Am J Obstet Gynecol*, 1981; 141: 811-6.
6. *Randall C & Nichols D*, Surgical treatment of vaginal inversion. *Obstet Gynecol*, 1971; 38: 327-32.