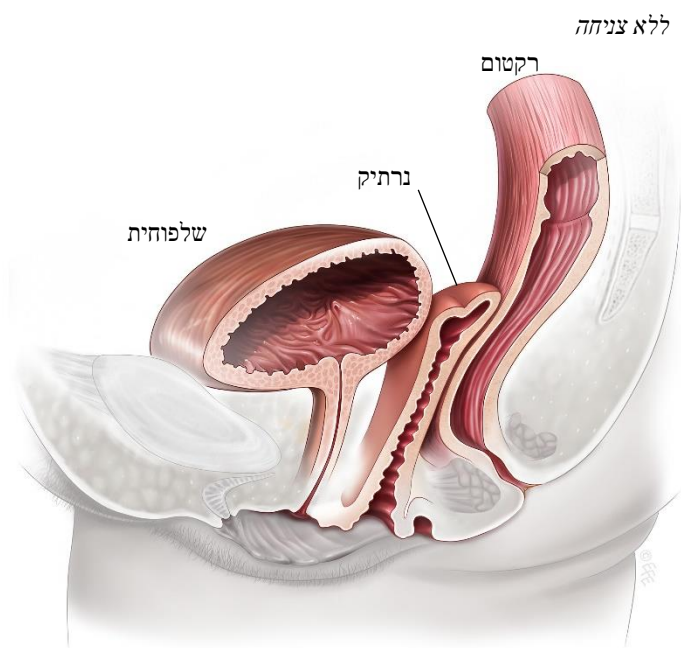


ניתוח סקרוקולפופקסי ע ל ו ן מ י ד ע ל א י ש ה

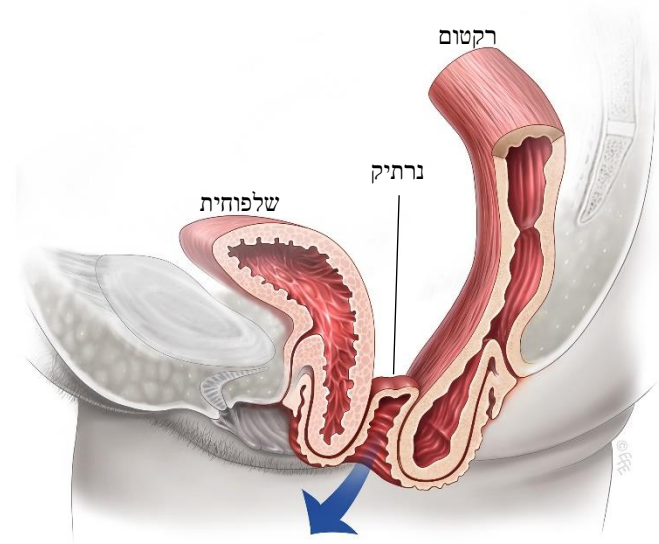
1. כיצד פועלת נירומודולציה סקראלית?
2. כיצד מבצעים את הניתוח?
3. מהם אחוזי ההצלחה של הניתוח?
4. האם קיימים סיבוכים?
5. איזו הכנה יש לעשות לפני הניתוח?
6. החלמה לאחר הניתוח

מבוא

צניחה של קירות הנרתיק היא מצב שכיח, הגורם לתחושת כבדות ומלאות בנרתיק, לבעיות בתפקוד שלפוחית השתן והמעיים ולכאבי גב תחתון. בערך אחת מכל עשר נשים תצטרך ניתוח בגלל צניחה של הרחם או הנרתיק. צניחת קירות הנרתיק נגרמת כאשר תמיכת דופן הקירות העליון נחלשת, ומאפשרת לנרתיק "ליפול" לכניסה (ראה איור).



צניחת כיפת הנרתיק

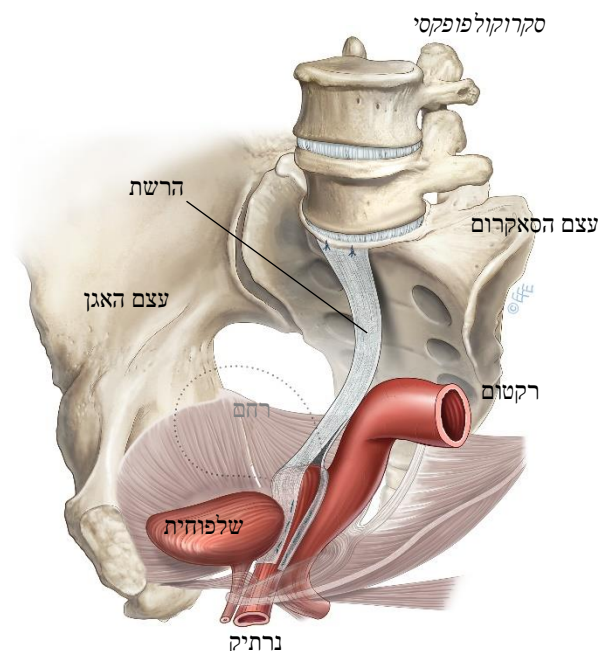


מהו ניתוח סקרוקולפופקסי?

סקרוקולפופקסי הוא ניתוח שמטרתו לתקן את צניחת כיפת הנרתיק בנשים שעברו כריתת רחם בעבר. הניתוח מיועד להחזיר את המנח והתפקוד של הנרתיק לצורתם התקינה. קיימת ואריאציה של הניתוח הזה, המכונה סקרוהיסטרופקסיה, והיא מבוצעת באופן דומה לסקרוקולפופקסי בה הרחם נשמר (לרב מבוצע במצבים בהם רצוי הריון עתידי).

כיצד מבצעים את הניתוח?

הניתוח מבוצע בשתי גישות. דרך חתך בבטן (השיטה הפתוחה) או בניתוח זעיר פולשני (השיטה הסגורה), בה נעזרים בלאפרוסקופ או רובוט. הניתוח מבוצע בהרדמה כללית. במהלך הניתוח, מפרידים את הנרתיק משלפוחית השתן מלפנים ומהרקטום מאחור. משתמשים ברשת סינתטית על מנת לכסות את הצד הקדמי והאחורי של הנרתיק. לאחר מכן, מקבעים את הרשת לעצם הסקרום, שנמצאת בחלקו האחורי של האגן. לבסוף, מכסים את הרשת ברקמה שנקראת פריטונאום, אשר מרפדת את חלל הבטן. כיסוי הרשת בשכבת פריטונאום מונע מהמעי להידבק אל הרשת. סקרוקולפופקסי יכול להיות מבוצע במהלך ניתוח לתיקון דליפת שתן או לתיקון קדמי או אחורי של הנרתיק.



מהם אחוזי ההצלחה של הניתוח?

מחקרים הראו ש- 80 עד 90% מהנשים שעוברות סקרוקולופופקסי מחלימות מהצניחה ומהתסמינים שלה. לאחר הניתוח, קיים סיכון קטן שתתפתח צניחה בחלק אחר של הנרתיק, למשל צניחה של שלפוחית השתן בקיר הקדמי של הנרתיק. במקרה שכזה, ייתכן ותזדקקי לניתוח נוסף.

האם יש סיבוכים?

הסיבוכים השכיחים ביותר בשתי השיטות, הפתוחה והסגורה, כוללים:

- כאבים (באופן כללי או בזמן יחסי מין) ב- 2-5% מהמקרים.
- חשיפה של הרשת אל הנרתיק ב- 2-4% מהמקרים. סיכון קטן לחשיפה של הרשת לאיברים בסביבה כגון שלפוחית, מעי, נרתיק. לא שכיח אך יכול להיות שיהיה צורך בניתוח חוזר לחיתוך הקצה או הורדת הרשת.
- פגיעה בשלפוחית שתן, במעיים או בשופכנים ב- 1-2% מהמקרים.
- פגיעה בתנועות המעי (עצירות, מעיים איטיים, חסימת מעי) ב- 2-3%.
- שינוי במתן שתן – עד כ-10% מהנשים סובלות מבעיית ריקון השלפוחית או מתן שתן איטי יותר ישירות לאחר הניתוח. בד"כ זה נפתר מעצמו תוך שבועות אחדים לאחר הניתוח.

בכל ניתוח קיים סיכון נמוך לסיבוכים, למשל זיהום בפצע הניתוח, זיהום בדרכי השתן, דימום שמצריך עירווי דם, פקקת ורידים, זיהום בדרכי הנשימה ובעיות קצב של הלב. הרופא/ה או הרופא/ה המרדים/ה ידונו איתך בסיכונים שיכולים להיות רלוונטיים עבורך.

איזו הכנה יש לעשות לפני הניתוח?

תרופות שאת נוטלת באופן קבוע, כמו אספירין, יכולות להשפיע על מערכת הקרישה ויש צורך להפסיק לקחת אותן לפני הניתוח. חלק מהמנתחים יעדיפו לבצע הכנת מעיים לפני הניתוח. ברוב המקרים, תתבקשי להיות בצום מאוכל של 6 שעות ומשתיה צלולה שעתים לפני הניתוח.

החלמה לאחר הניתוח

תתעוררי עם קטטר בתוך השלפוחית. משך האישפוז בבי"ח נע בין 1 ל-4 ימים. ב- 6 השבועות הראשונים לאחר הניתוח כדאי להימנע ממאמץ משמעותי, לדוגמה עבודות בית והרמת משאות כבדים

מומלץ מאוד לבצע הליכה קלה לאחר הניתוח, בהתחלה 10 דקות בכל יום ולאחר מכן, כאשר תרגישי שאת מסוגלת לכך, לפרקי זמן ארוכים יותר. יש להימנע מאימוני כושר גופני, כגון פעילות אירובית ב- 6 השבועות שלאחר הניתוח. במרבית המקרים, תקבלי 4 שבועות חופש מהעבודה. תקופה זו יכולה להיות ארוכה יותר אם את עובדת בעבודה פיזית.

למידע נוסף, בקר באתר

www.YourPelvicFloor.org

או באתר הישראלי לאורוגינקולוגיה

הערה: מטרתו של עלון לספק מידע בלבד והוא אינו מיועד לסייע באבחון או בטיפול. בכל מצב רפואי יש להיוועץ ברופא/ת הנשים לצורך קבלת מידע נוסף.