

Elektroresekcja endometrium w leczeniu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych w okresie perimenopauzalnym

Endometrial electroresection used in treatment of abnormal bleedings in perimenopausal stage

Małgorzata Sobstyl¹, Szymon Bakalczuk¹, Grzegorz Bakalczuk^{1,2}, Grzegorz Jakiel¹

Celem niniejszej pracy było przedstawienie skuteczności elektroresekcji endometrium w leczeniu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych u kobiet w okresie perimenopauzalnym. Grupę badaną stanowiło 20 pacjentek w wieku 45–48 lat. Wykonano we wszystkich przypadkach całkowitą resekcję endometrium przy użyciu pętli resektoskopu z prądem monopolarnym. Kontrolowano charakter krwawień z dróg rodnych, jakość życia chorych po upływie roku od histeroskopii. Stwierdzono, że w 8 przypadkach (40%) nie pojawiło się samoistne krwawienie, w 10 przypadkach (50%) utrzymywały się krwawienia o prawidłowym natężeniu, w 2 przypadkach (10%) pacjentki nadal miały obfite krwawienia z dróg rodnych.

Słowa kluczowe: histeroskopia, elektroresekcja endometrium, perimenopauza

(Przegląd Menopauzalny 2002; 1: 42–45)

Wstęp

Obfite i częste krwawienia z dróg rodnych są przyczyną upośledzenia jakości życia pacjentek, zaburzeń w sferze zawodowej i seksualnej, wymagające w większości przypadków interwencji chirurgicznej. Etiologia nieprawidłowych krwawień z macicy może być różna. Najczęstsze przyczyny krwawień to [11]:

1. Biochemiczne: prostaglandyny, endometrioza.
2. Zmiany anatomiczne: mięśniaki, polipy, adenomioza, infekcje, nowotwory.
3. Zaburzenia endokrynologiczne: dysfunkcja podwzgórzowo-przysadkowo-gonadalna, guzy produkujące estrogeny, dysfunkcja tarczycy.

4. Zaburzenia hematologiczne: choroba von Willebranda, białaczki.
5. Zaburzenia jatrogenne: antykoagulanty, egzogenne hormony.
6. Inne czynniki: otyłość, palenie papierosów, alkohol, depresja.

Metody leczenia krwawień można podzielić na farmakologiczne i zabiegowe. Leczenie operacyjne to przede wszystkim wyłyżeczkowanie jamy macicy i histerektomia. W ośrodkach o rozwiniętych technikach endoskopowych zastępuje się klasyczną histerektomię bezpieczniejszym i tańszym zabiegiem – elektrochirurgiczną lub laserową resekcją endometrium. Główną grupą pacjen-

¹Klinika Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie, kierownik: prof. n. dr hab. med. G. Jakiel

²Zakład Immunologii Klinicznej AM w Lublinie, kierownik: dr hab. med. J. Roliński



tek kwalifikowanych do tego typu zabiegów są kobiety z nieprawidłowymi krwawieniami z jamy macicy w okresie okołomenopauzalnym. Celem niniejszej pracy było przedstawienie skuteczności elektroresekcji endometrium w leczeniu nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych u kobiet w okresie perimenopauzalnym.

Materiał i metody

Przeanalizowano retrospektywnie skuteczność zabiegów histeroskopowych pacjentek leczonych z powodu nieprawidłowych krwawień z jamy macicy w Klinice Rozrodczości i Andrologii AM w Lublinie od kwietnia 1999 do grudnia 1999 roku. Pacjentki kwalifikowane były do histeroskopii na podstawie wywiadu, badania ginekologicznego i przezpochwowego badania ultrasonograficznego. Grupę badaną stanowiło 20 pacjentek w przedziale wiekowym 45–48 lat. Z analizowanej grupy usunięto chore, u których śródoperacyjnie stwierdzono zmiany nowotworowe jamy macicy (zarówno łagodne, jak złośliwe) oraz te, których profil hormonalny wskazywał na pełny zespół klimakteryczny (poziom FSH >30 mUI/ml i poziom estradiolu <50 pg/ml w surowicy krwi). Histeroskopię wykonywano w fazie folikularnej między 6–9 dniem cyklu, nie stosowano farmakologicznego przygotowania endometrium. Zabieg był przeprowadzany w znieczuleniu ogólnym. We wszystkich przypadkach zastosowano jednodawkową profilaktykę antybiotykową oraz w niektórych przypadkach profilaktykę przeciwwzakrzepową: heparyna drobnocząsteczkowa lub/i bandażowanie nóg. Histeroskopię rozpoczynano od rozszerzania kanału szyjki macicy, następnie wprowadzano do wysokości ujścia wewnętrznego resektoskop (Olympus 9 mm). Jama macicy była rozprężana przy użyciu roztworu sorbitolu i mannitolu (Purisol, Fresenius). Ciśnienie w jamie macicy utrzymywano w granicach 80–120 mmHg. Po obejrzeniu jamy macicy przystępowano do resekcji endometrium. Śluzówkę jamy macicy ścinano przy użyciu pętli resektoskopu z prądem monopolarnym. Zabieg rozpoczynano od resekcji tylnej ściany idąc od dna w kierunku ujścia wewnętrznego szyjki macicy, następnie w podobny sposób resekowano endometrium ściany przedniej. Uzyskany materiał przesyłano w całości do badania histopatologicznego. Nie koagulowano pozbawionych śluzówki powierzchni jamy macicy. W trakcie operacji monitorowano ilość zużytego płynu i ciśnienie panujące w jamie macicy. Pacjentki wypisywano do domu w 2. dobie po histeroskopii. Następnie przez rok po wy-

konanym zabiegu kontrolowano charakter krwawień z dróg rodnych u operowanych pacjentek, notując stan jakości życia chorych (poczucie poprawy).

Wyniki

Przeprowadzono 20 zabiegów całkowitej resekcji endometrium u pacjentek z nieprawidłowymi krwawieniami z jamy macicy. Przed zabiegiem poziom FSH w surowicy pacjentek wahał się w granicach 18–25 mUI/ml, a poziom estradiolu w granicach 59–90 pg/ml. Podczas histeroskopii ilość zużytego Purisolu wynosiła 800–2 000 ml, ciśnienie w jamie macicy nie przekraczało 120 mmHg, czas operacji wynosił od 25 do 35 min, średni czas pobytu pacjentki w klinice 3 dni. Obserwowano w większości przypadków przerost śluzówki jamy macicy, nieadekwatny do fazy cyklu. W 5 przypadkach histeroskopię wykonywano w trakcie obfitego krwawienia z jamy macicy, pozostałe zabiegi w fazie folikularnej. U 12 pacjentek stwierdzono przerost prosty śluzówki macicy, pozostałe 8 miało prawidłowe endometrium fazy wzrostowej bez cech przerostu. W trakcie zabiegu zanotowano 1 przypadek intrawazacji płynu użytego do histeroskopii – ubytek płynu wynosił ok. 800 ml Purisolu. Nad pacjentką utrzymywano intensywny nadzór przez 12 godz., stan jej był dobry, a podstawowe badania laboratoryjne w normie.

Przeprowadzone badanie kontrolne rok po operacji wykazało, jak pokazuje tab., że spośród 20 operowanych pacjentek w 8 przypadkach (40%) nie pojawiły się samoistnie krwawienia z jamy macicy, w 10 przypadkach (50%) utrzymywały się krwawienia miesięczne o prawidłowym natężeniu, w 2 przypadkach (10%) pacjentki nadal miały obfite krwawienia z dróg rodnych, w tym 1 zakwalifikowana była do ponownej histeroskopii.

Dyskusja

W okresie perimenopauzy podstawową przyczyną zgłaszania się kobiet do ginekologa są nieprawidłowe, nadmierne krwawienia z dróg rodnych. Leczenie farmakologiczne wdrożone po diagnostycznym wyliczkowaniu jamy macicy w wielu przypadkach nie przynosi oczekiwanej poprawy, doprowadzając nawet do konieczności wykonania klasycznej histerektomii. Duże koszty i możliwości powikłań śródoperacyjnych po histerektomii zmuszały do poszukiwań innych, bez-

Tab. I. Skuteczność elektroresekcji endometrium

	Pełna poprawa	Częściowa poprawa	Brak poprawy	Ogółem
liczba pacjentek	8 (40%)	10 (50%)	2 (10%)	20



piecniejszych a skutecznych metod leczenia. Technika elektroresekcji endometrium rozwijająca się od lat 80. jest dobrą alternatywą dla tradycyjnych metod. W materiale autorów 40% kobiet po zabiegu nie miało żadnych krwawień, a u pozostałych 50% krwawienia zmniejszyły się lub znormalizowały. Baggish i wsp. [2] wykonali 401 zabiegów ablacji endometrium. Najkrótszy czas obserwacji pacjentek wynosił rok. Brak miesiączek rozpoznano w 58%, w 34% krwawienia zmniejszyły się lub były o prawidłowym natężeniu, tylko w 8% nadal utrzymywały się obfite krwawienia z dróg rodnych. W podgrupie pacjentek w okresie perimenopauzy ten sam autor zanotował brak miesiączki w 65%, normalizację krwawień w 30% i w 5% nadal obfite miesiączki. Garry i wsp. [8] wykonując ablację przy użyciu lasera uzyskali jeszcze lepsze wyniki: w 95% przypadków nie pojawiło się krwawienie z dróg rodnych w ciągu roku od zabiegu. Inni autorzy [4, 6] sukces pod postacią ustania krwawienia opisują w granicach 52–98%. Różnic w uzyskanych wynikach dopatrują się w głębokości ścinanej śluzówki, czasem oddziaływania prądu elektrycznego na komórki, przygotowania endometrium do zabiegu. Dużą rolę odgrywa również wiek pacjentki i jej status hormonalny. Garry i wsp. [8] wykazał lepsze efekty lecznicze po resekcji endometrium u pacjentek >43 roku życia. Badania O Connor i wsp. [9] przeprowadzone na 525 pacjentkach w 5 lat po resekcji endometrium wykazały, że brak miesiączki pojawił się w 26–40% w zależności od odległości od operacji (liczba nie zwiększała się po upływie 3 lat od zabiegu). 80% pacjentek nie wymagało powtórnego leczenia operacyjnego, a 9% w ciągu 5 lat miało wykonaną histerektomię. Dwyer [6] i Pinion [10] porównując histeroskopową elektroresekcję lub ablację endometrium z klasyczną histerektomią wykazali, że zabiegi endoskopowe są tańsze, obarczone mniejszym ryzykiem powikłań, dające zadawalający efekt leczniczy. Ciekawe badania przeprowadził natomiast Crossignani i wsp. [3] porównując efekt lechni-

czy, jakość życia pacjentki, aspekty psychologiczne i funkcje seksualne u pacjentek po resekcji endometrium (41 przypadków) i przezpochwowej histerektomii (44 przypadki). Po 2 latach od operacji efekt leczniczy satysfakcjonujący pacjentki uzyskano w 94,8% dla histerektomii i 86,8% dla pacjentek po histeroskopii. Grupa po histerektomii zdecydowanie skarżyła się natomiast na gorszy status psychologiczny i zaburzenia seksualne. Podobne spostrzeżenia zanotował Drife [5], badając rolę obecności macicy w możliwości uzyskania orgazmu kobiet. W niniejszej pracy zanotowano 1 przypadek intrawazacji płynu podczas elektroresekcji endometrium. W literaturze opisywane są pojedyncze przypadki powikłań śródoperacyjnych o charakterze przewodnienia pacjentki na skutek przechodzenia płynu do łożyska naczyniowego [1, 7]. Baggish i wsp. [2] na 401 zabiegów zanotowali 4 przypadki obrzęku płuc (stosowano 32-procentowy Dextran 70), 1 przypadek zapalenia błony śluzowej macicy, nie było perforacji jamy macicy. Średni czas zabiegu wynosił 32,5 min (20–45 min).

Elektroresekcja endometrium, jak każdy zabieg operacyjny jest obarczona ryzykiem niepowodzeń i powikłań, może być jednak polecanym sposobem leczenia nieprawidłowych krwawień z dróg rodnych, poprawiając znacznie jakość życia pacjentek.

Wnioski

Histeroskopowa elektroresekcja endometrium może być zabiegiem z wyboru w leczeniu uporczywych krwawień preklimakterycznych.

Summary

The aim of this study was presentation of efficacy of endometrial electroresection in treatment of abnormal bleedings of women in perimenopausal stage. Patients were qualified for hysterectomy because of medical history, gynecological examination, intravaginal USG examination. 20 patients in the age of 45–48 years were examined. In all cases complete resection of endometrium was made using resectoscop loop with monopolar current. Then character of bleedings and state of quality of patients life (change for the better) after one year from hysterectomy were controlled. Research which was made shown that in 8 (40 %) cases from 20 operated patients spontaneous bleedings have not occurred. In 10 cases (50 %) periodic bleedings were still present. In 2 cases (10 %) patients still had abnormal bleedings and one of them was qualified for another hysteroscopy. On the grounds of researches which were made it was ascertained that hysteroscopic electroresection could be the procedure of first choice in treatment of persistent bleedings.

Key words: hysteroscopy, endometrial electroresection, perimenopause



Piśmiennictwo

1. Ayus J, Arief A. *Glycine-induced hypo-osmolar hyponatremia*. Arch Intern Med, 1997; 157 (2): 223-6.
2. Baggish M, Sze E. *Endometrial ablation: a series of 568 patients treated over an 11-year period*. Am J Obstet Gynecol, 1996; 174 (3): 908-13.
3. Crossignani P, Vercellini P, Apolone G, et al. *Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia: long-term clinical and quality-of-life outcomes*. Am J Obstet Gynecol, 1997; 177 (1): 95-101.
4. Davis J. *Hysteroscopic endometrial ablation with the neodymium-YAG laser*. Br J Obstet Gynecol, 1989; 96: 928-32.
5. Drife J. *Conserving the cervix at hysterectomy*. Br J Obstet Gynecol, 1994; 101: 563-4.
6. Dwyer N, Hutten J, Stirrat GM. *Randomized controlled trial comparing endometrial resection with abdominal hysterectomy for the surgical treatment of menorrhagia*. Br J Obstet Gynecol, 1993; 100: 237-43.
7. Ellingson T, Aboulafia D. *Dextran syndrom: acute hypotension, noncardiogenic pulmonary edema, anemia, and coagulopathy following surgery using 32% Dextran 70*. Chest 1997; 111 (2): 513-8.
8. Garry R, Shelly-Jones D, Mooney P, et al. *Six hundred endometrial laser ablations*. Obstet Gynecol, 1995; 85: 24-9.
9. O Connor H, Magos A. *Endometrial resection for treatment of menorrhagia*. N Engl J Med, 1996; 335 (3): 151-6.
10. Pinion S, Parkin D, Abramovich D, et al. *Randomized trial of hysterectomy, endometrial laser ablation, and transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding*. BMJ, 1994; 309: 979-83.
11. Stabinsky S, Einstein M, Breen J. *Modern treatment of menorrhagia attributable to dysfunctional uterine bleeding*. Obstet Gynecol Surv, 1999; 54 (1): 61-72.

Adres do korespondencji:

Klinika Rozrodczości i Andrologii AM
ul. Staszica 16
20-081 Lublin

