

USUNIĘCIE MACICY W OKRESIE OKOŁOPORODOWYM I W POŁOGU W SIEDMNASTOLETNIM MATERIALE KLINICZNYM

HYSTERECTOMY IN THE PERINATAL AND POSTPARTUM PERIOD IN THE 17-YEAR CLINICAL MATERIAL

Dobrosława L. Sikora-Szcześniak¹, Wacław Sikora¹, Grzegorz Szcześniak²

¹ Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego

Ordynator Oddziału: lek. Zenon Michalak

² Oddział Chirurgii Ogólnej

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego

Ordynator Oddziału: dr n. med. Robert Rojewski

STRESZCZENIE

Wstęp: Usunięcie macicy zaliczane jest do rozległych zabiegów operacyjnych. Ciąża, okres porodu i połogu sprawiają, że wykonywana wtedy operacja jest o wiele trudniejsza, gdyż jest wymuszana i wikłana przez stany patologiczne towarzyszące temu okresowi życia kobiety.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza częstości występowania, wskazań oraz czynników ryzyka i powikłań związanych z zabiegiem usunięcia macicy w ciąży oraz w okresie okołoporodowym i w połogu. Badaniami objęto przypadki okołoporodowego usunięcia macicy (ooum) w siedemnastoletnim materiale Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala ZOZ w Lipsku w latach 1985–2001.

Materiał i metody: Analizie retrospektywnej poddano dokumentację medyczną 15 kobiet, u których stwierdzono powikłania w ciąży, w okresie okołoporodowym i w połogu zmuszające do wykonania zabiegu ooum. W analizie uwzględniono: wiek pacjentki, liczę przeżytych porodów i sposób ich zakończenia, sposób zakończenia aktualnej ciąży i powikłania, wskazania do cięcia cesarskiego (cc) i ooum, rodzaj wykonanej okołoporodowej histerektomii, zabiegi towarzyszące i powikłania.

Wyniki: W analizowanym okresie wykonano łącznie 15 operacji usunięcia macicy, co stanowi 0,10% wszystkich porodów. Przyczyną ooum w naszym materiale były powikłania związane z patologią łożyska (46,7%), stany zapalne wewnętrznych narządów płciowych (20,0%), poporodowa atonia macicy (13,3%), urazy narządów płciowych (13,3%). Elektywne ooum wykonano u jednej (6,7%) pacjentki. Czynniki ryzyka wpływającymi na występowanie patologii skutkującej koniecznością wykonania ooum były – stwierdzone w 10 (66,7%) przypadkach – przebyte wcześniej cięcia cesarskie i wielokrotne porody drogami natury. Powikłania towarzyszące zabiegowi ooum wymuszające wykonanie dodatkowych operacji odnotowano w dwóch (13,3%) przypadkach. Całkowite usunięcie macicy wykonano u 8 (53,3%) pacjentek, w tym z przydatkami u 3 (20,0%). Amputację trzonu macicy bez przydatków wykonano w siedmiu (46,7%) przypadkach. W przebiegu pooperacyjnym – po wykonanych ooum – powikłań nie odnotowano.

Wnioski: Najczęstszymi przyczynami ooum była patologia łożyska wiążąca się z dużą utratą krwi, stany zapalne wewnętrznych narządów płciowych i poporodowa atonia macicy. Amputacja trzonu macicy okazała się w 46,7% zabiegiem wystarczającym w przypadku konieczności wykonania zabiegu ooum. Pacjentki po cięciach cesarskich i wielokrotnych porodach stanowiły 66,7% badanej grupy, u których wykonano zabieg ooum.

Słowa kluczowe: okołoporodowe usunięcie macicy, krwotok okołoporodowy, poród.

SUMMARY

Intruduction: Hysterectomy is one of major surgeries. Pregnancy, delivery and postpartum period make the operation even more difficult as it is forced and complicated by various pathological conditions that develop over that time.

Objective: The purpose of study was to analyze the frequency of hysterectomy, indications to undertake it and complications associated with the removal of the uterus in pregnancy and during perinatal and postpartum period. The study analyzed the cases of hysterectomies in perinatal and postpartum period performed over the 17-year clinical material from the Department of Gynaecology and Obstetrics, SZOZ, Lipsko in the years 1985–2001.

Material and methods: The material for analysis were medical records of 15 women who developed complications in pregnancy, perinatal and postpartum period, which were absolute indication to perform hysterectomy. The following parameters were analyzed: patient's age, number of deliveries, the way pregnancies were terminated, the way present pregnancy was terminated, complications, indications to Caesarean section and perinatal and postpartum hysterectomy, type of hysterectomy performed, other associated procedures and complications.

Results: In total 15 hysterectomies were performed in the period of study which accounts for 0.10% all deliveries. The material revealed the following causes for hysterectomy: placental pathologies (46.7%), inflammatory conditions of internal sex organs (20.0%), uterine atonia after delivery (13.3%), injuries of sex organs (13.3%). Elective hysterectomy in that period was performed in one patient (6.7%). The risk factors predisposing to complications resulting in hysterectomy were history of Caesarean sections in 10 patients (66.7%) and multiple spontaneous deliveries. Complications associated with hysterectomy which enforced additional operations were noted in two cases (13.3%). Total hysterectomy was performed in 8 patients (53.3%) including hysterectomy with adnexia in 3 women (20.0%). Amputation of the uterine body without adnexia was performed in 7 women (46.7%). No complications were noted after hysterectomies performed in the perinatal and postpartum period.

Conclusions: Most common causes of hysterectomies during perinatal and postpartum period were placental pathology associated with massive loss of blood and uterine atonia after delivery. Amputation of the uterine body was enough without other associated procedures in 46.7% cases. Patients with the history of Caesarean sections and multiple deliveries made 66.7% of hysterectomies performed in the perinatal and postpartum period.

Key words: peripartum hysterectomy, postnatal haemorrhage.

WSTĘP

Okołoporodowe usunięcie macicy (oum) od czasu, gdy zostało wykonane po raz pierwszy w 1868 roku przez Horatio Storrera z Bostonu jest nadal postrzegane jako operacja ratująca życie kobiety w okresie porodu i połogu [1]. Fakty, że okołoporodowe usunięcie macicy ze względu na technikę operacyjną uważane jest za jedną z najtrudniejszych operacji położniczych, a decyzja o jej wykonaniu podejmowana jest często w dramatycznych okolicznościach, w obliczu najcięższych powikłań położniczych, gdzie bezpośrednio zagrożone jest życie pacjentki, stanowią o stopniu trudności, z jakim przychodzi mierzyć się lekarzowi decydującemu o jej wykonaniu [2–4]. Dodatkowym obciążeniem w tej sytuacji jest pozbawianie kobiety rodności, a jednocześnie świadomość, że zwłoka w podjęciu decyzji o oum w odpowiednim czasie może prowadzić do powikłań ze zgonem włącznie.

CEL PRACY

- Analiza częstości i wskazań oum oraz powikłań związanych z wykonywaniem tego zabiegu.
- Identyfikacja czynników ryzyka wpływających na konieczność wykonywania oum i analiza powikłań odnotowanych w czasie zabiegu.
- Porównanie uzyskanych wyników w siedemnastoletnim okresie pracy Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala ZOZ w Lipsku (w latach 1985–2001) z wynikami innych ośrodków prezentowanymi w piśmiennictwie.

MATERIAŁ I METODY

Analizie retrospektywnej poddano dokumentację medyczną 15 pacjentek z okresu 17 lat, u któ-

rych poród lub półóg zakończył się usunięciem macicy.

W analizie dokumentacji oum uwzględniono:

- wiek pacjentki oraz liczbę i sposób zakończenia wcześniejszych porodów;
- sposób zakończenia aktualnej ciąży i powikłania;
- wskazania do cięcia cesarskiego i oum;
- rodzaj wykonanej okołoporodowej histerektomii, zabiegi towarzyszące i powikłania.

WYNIKI

W ciągu 17 lat odbyło się w oddziale 14 751 porodów; 12 520 (84,9%) drogami natury i 2231 (15,1%) przez cięcie cesarskie (cc).

W analizowanym okresie u 15 kobiet ciężarnych, rodzących i położnic wykonano okołoporodowe usunięcie macicy (oum).

U 10 (66,7%) z nich histerektomię wykonano w okresie okołoporodowym, u 2 (13,3%) we wczesnym połogu, a 3 (20%) były operowane w 18, 28 i 39 dniu połogu.

Całkowite usunięcie macicy wykonano u 8 (53,3%) pacjentek, w tym u 3 (20,0%) z przydatkami. Amputację trzonu macicy bez przydatków wykonano w 7 (46,7%) przypadkach.

Elektywna histerektomia w czasie cięcia cesarskiego wykonana została tylko w 1 (6,7%) przypadku, pozostałe 14 (93,3%) zabiegów wykonywano ze wskazań nagłych, podczas cięcia cesarskiego, po porodzie drogami natury lub w okresie połogu.

W czasie cięcia cesarskiego oraz po jego wykonaniu – już w okresie połogu – macicę usunięto u 9 (60,0%) badanych pacjentek. Odpowiednio w czasie cięcia cesarskiego i w ciągu 24 godzin od porodu siedmiokrotnie. Natomiast dwukrotnie w okresie połogu – w 18 i 28 dobie po cięciu cesarskim – zabieg oum wykonano z powodu stanu zapalnego wewnętrznych narządów płciowych związanego z zakażeniem połogowym.

Wśród 9 (60%) pacjentek, u których oom wykonano po cięciach cesarskich, 7 (46,7%) z nich przeżyło w przeszłości cc; 3 – jedno, 2 – dwukrotnie, a 1 – trzykrotnie.

Wśród badanych kobiet była 1 (6,7%) pierwszorzodka i 14 (93,3%) wieloródek.

Omawiane pacjentki miały od 17 do 42 lat (średni wiek wynosił 30,9 lat). Wiek ciąży w chwili rozwiązania wynosił od 32 do 42 tygodni (średni wiek ciąży 38,5 tygodni).

Wskaźnik częstości wykonywania zabiegu okołoporodowej histerektomii wśród naszych pacjentek wyniósł 0,10%, tj. 1,0 na 1000 porodów. Po porodach drogami natury odsetek ten wyniósł 0,048% (6 przypadków), natomiast po porodach ukończonych cięciem cesarskim 0,403% (9 przypadków).

Pięć pacjentek – po czterech i więcej porodach – stanowi 33,3% badanej grupy. Dwie z nich rodziły również przez cc; czterokrotnie i raz.

Wskazaniami do oom w czasie cięcia cesarskiego i po cc – w okresie połogu – u 9 (60%) pacjentek była patologia (umiejscowienia i zagnieżdżenia) łożyska sześciokrotnie, w tym:

- łożysko przodujące – trzy przypadki;
- przedwczesne oddzielenie łożyska – dwa przypadki;
- łożysko wrośnięte – jeden przypadek.

Natomiast w trzech przypadkach było to:

- połogowe zapalenie macicy z krwotokiem – w 18 dobie po II porodzie ukończonym cc – z powodu zagrażającej zamartwicy wewnątrzmacicznej płodu;
- martwica dolnego odcinka macicy z krwotokiem; operacja w 28 dobie po II porodzie (ukończonym cc po raz drugi);
- cięcie cesarskie i elektywna histerektomia – u pacjentki P. I. I. 31 w 42 tygodniu II ciąży, po oszczędzającym leczeniu operacyjnym z powodu *cystadenocarcinoma papillare mucinosum ovarii sin GI* [5].

Wśród 6 (40%) pacjentek po porodach drogami natury wskazaniami do oom były:

- atonia macicy (dwa przypadki),
- przetoka pęcherzowo-maciczna (jeden przypadek),
- zakażenie połogowe z zapaleniem otrzewnej i wstrząsem septycznym (jeden przypadek),
- łożysko przyrośnięte (jeden przypadek),
- pęknięcie macicy (powierzchnowe zewnętrzne) (jeden przypadek) [6].

Najczęstszymi wskazaniami do wykonania oom u pacjentek były te związane z patologią umiejscowienia i zagnieżdżenia łożyska – siedem przypadków (46,7%).

Drugą pod względem częstości grupą wskazań do usunięcia macicy były stany zapalne wewnętrznych

narządów płciowych. Powikłania te stwierdzono u 3 (20,0%) pacjentek; w okresie połogu (w 18, 28 i 38 dniu).

Niektórzy z autorów w pracach analizujących oom w okresie połogu zaliczali tylko przypadki do 24 godzin po porodzie [4, 7–9]. Inni odpowiednio do 14 (wczesny połóg) lub 21 dnia po porodzie, bądź pierwszych sześć tygodni po porodzie [8–10].

Powikłania zapalne wewnętrznych narządów płciowych – skutkujące koniecznością wykonania zabiegu oom – odnotowano u 2 pacjentek po cc i u 1 po czterech porodach drogami natury.

1. Pacjentka K. M. I. 24. Hospitalizowana 2 lutego 1989 roku – w 18 dobie po porodzie II ukończonym cięciem cesarskim – z powodu obfitego krwawienia z macicy. Kilkogodzinne leczenie zachowawcze okazało się nieskuteczne. W trybie nagłym wykonano relaparotomię i amputowano trzon macicy bez przydatków.

Wynik badania histopatologicznego: trzon macicy (numery badań: 333770–72) – *Endometritis post partum. Endomyometritis post partum.*

2. Pacjentka W. B. I. 40 – w 38 dobie po porodzie IV, drogami natury – hospitalizowana 1 lutego 1993 roku z objawami zapalenia otrzewnej i wstrząsu septycznego w Oddziale Chirurgii Ogólnej. Operowana w trybie nagłym. W jamie otrzewnej obecność około 100 ml płynu o brunatnym zabarwieniu i objawy zapalenia otrzewnej. Stwierdzono również martwicę krwotoczną przyczepka sieciowego esicy, objawy zapalenia jajowodów i wzrostka robaczkowego. Schorzeniom tym towarzyszyła zakrzepica naczyń miednicy mniejszej, wylewy krwawe do jajników, okolicy przymaciczy i przestrzeni pęcherzowo-maciczej. Zabieg histerektomii z przydatkami i towarzyszące zabiegi chirurgiczne wykonano w zespole ginekologiczno-chirurgicznym.

Badania histopatologiczne (numery badań: 411673–80) potwierdziły rozpoznanie kliniczne.

3. Pacjentka M. E. I. 34 hospitalizowana 21 lipca 1994 roku, w 28 dniu po porodzie II ukończonym cięciem cesarskim. W czasie sześciodniowego leczenia zachowawczego nie uzyskano efektu leczniczego. Podczas relaparotomii stwierdzono martwicę okolicy dolnego odcinka w miejscu rany po cięciu cesarskim. Wykonano amputację trzonu macicy bez przydatków.

Wynik badania histopatologicznego: trzon macicy i fragment dolnego odcinka (numery badań: 442630–32) – *Endometritis post partum. Endomyometritis post partum.*

Poporodowa atonia macicy w dwóch (13,3%) przypadkach – jako samodzielne wskazanie – była trzecią z kolei przyczyną wykonywania oom.

Wskazaniami do oom u dwóch (13,3%) pacjentek były urazy narządów płciowych powstałe podczas porodu drogami natury.

Elektywne oom w czasie cięcia cesarskiego wykonano u 1 (6,7%) pacjentki.

U 4 pacjentek oom wykonano w czasie relaparotomii. W dobie cięcia cesarskiego amputację trzonu macicy wykonano u pacjentki po trzecim z kolei cięciu cesarskim z powodu krwawienia z macicy. Natomiast u pierworódki po porodzie drogami natury i próbie leczenia oszczędzającego (podwiązaniu tętnic macicznych) – z powodu poporodowej atonii macicy – relaparotomię i całkowite wycięcie macicy wykonano po 24 godzinach od porodu. Z powodu stanu zapalnego mięśnia macicy zabieg amputacji trzonu macicy wykonano u 2 pacjentek – w 18 i 28 dobie po porodach ukończonych cięciem cesarskim.

Operację uszkodzenia pęcherza moczowego w czasie cięcia cesarskiego – wykonywanego u pacjentki po raz czwarty – oraz operację przetoki pęcherzowo-maciczej po porodzie drogami natury zdiagnozowaną w położu, wykonano w czasie zabiegów wycięcia macicy.

Powikłania, które odnotowano w czasie operacji oom, to: wstrząs hipowolemiczny (sześć przypadków – 40,0%), wstrząs septyczny (jeden przypadek – 6,7%), uszkodzenie pęcherza moczowego (jeden przypadek – 6,7%).

Profilaktycznie stosowano antybiotyki w okresie około- i pooperacyjnym u wszystkich operowanych pacjentek.

U wszystkich operowanych pacjentek konieczne było przetoczenie krwi (od 600 do 4950 ml).

Odnutowano trzy przypadki wewnątrzmacicznego obumarcia płodu przed przybyciem pacjentek do szpitala. W jednym przypadku przyczyną było łożysko przodujące i przyrośnięte w dolny odcinek mięśnia macicy, a dwukrotnie łożysko przedwcześnie oddzielone.

Czynnikami ryzyka – w okresie okołoporodowym i w położu – mającymi wpływ na konieczność wykonywania oom, były przebyte wcześniej cięcia cesarskie i wielokrotne porody.

Wśród 9 (60%) pacjentek, u których oom wykonano po cięciach cesarskich, 7 (46,7%) z nich przebyło w przeszłości cc, w tym: 3 – jedno, 2 – dwukrotnie, a 1 – trzykrotnie.

Pacjentki (5) po czterech i więcej porodach stanowiły 33,3% badanej grupy.

DYSKUSJA

Histerektomia w okresie okołoporodowym i położu wykonywana jest najczęściej ze wskazań nagłych. Zabieg ten jest usprawiedliwiony w sytuacji

braku efektów po zastosowaniu różnych form leczenia zachowawczego lub jeśli metody nieinwazyjne, a także postępowanie oszczędzające w czasie laparotomii nie zatrzymują krwawienia [11].

Wskaźnik częstości oom w Oddziale w analizowanym siedemnastoletnim okresie wyniósł 0,10%, tj. 1,0 na 1000 porodów. Mieścił się on w zakresie prezentowanym w piśmiennictwie krajowym (0,14–0,16%) [5, 7, 11] i światowym (0,1–0,16%) [12–15]. Natomiast był wyższy od przedstawionego w piśmiennictwie z ostatnich lat: 0,36 [16] oraz 0,85 i 0,92 na 1000 urodzeń [10, 17]. Jest to związane zapewne z wprowadzeniem do leczenia krwotoków z macicy nowych uterotoników (Pabal) oraz prostaglandyn (Mizoprostol), które zwiększają efektywność leczenia zachowawczego w przypadkach zagrożonych oom.

W badanej grupie amputację trzonu macicy bez przydatków wykonano w siedmiu przypadkach. Amputacja trzonu macicy okazała się w 46,7% zabiegiem wystarczającym, skutecznym i bez powikłań. W piśmiennictwie podkreślane są takie zalety tego rodzaju oom, jak mniejsza utrata krwi i w związku z tym zmniejszona potrzeba transfuzji krwi, obniżenie ryzyka obrażeń sąsiednich narządów i powikłań operacyjnych [18]. Niektórzy z autorów jednak nie wykonywali jej wcale [8]. Inni odpowiednio w 13,9 i 6,7% [7, 16].

Powikłania związane z patologią lokalizacji i zagnieżdżenia łożyska – siedem (46,7%) przypadków – stanowiły najczęstszą przyczynę usunięcia macicy. Zbliżony odsetek odnotowali autorzy holenderscy (50,0%) [19]. Jednak jest on wyższy od prezentowanego przez innych autorów (11,0–39,0%) [1, 4, 12, 20, 21]. Natomiast Awan i wsp. oraz Christopoulos i wsp. odnotowali wyższy udział tego rodzaju patologii łożyska – odpowiednio w 74,2 i 73,3% – jako wskazania do wykonania zabiegu oom [10, 17].

Patologia lokalizacji i zagnieżdżenia łożyska może mieć związek z wysokim odsetkiem w tej grupie pacjentek (4 pacjentki – 57,1%) przebytych uprzednio cięć cesarskich i wielokrotnymi porodami drogami natury (3 pacjentki – 42,9%).

W piśmiennictwie odnotowano, że ryzyko histerektomii okołoporodowej jest jedenastokrotnie większe u pacjentek po wcześniej wykonanym cięciu cesarskim [16].

Również wielokrotne porody (cztery lub więcej) stanowiły czynnik ryzyka w grupach pacjentek, u których zaszła konieczność wykonania zabiegu oom [22, 23].

Wśród pacjentek tej grupy – zasadniczej patologii będącej przyczyną oom – w czterech przypadkach stwierdzono również niewielkie pęknięcie macicy (jeden przypadek w bliźnie po cc i trzy przypadki pęknięcia powierzchownego zewnętrznego trzonu macicy).

Drugą pod względem częstości grupą wskazań do usunięcia macicy były stany zapalne wewnętrznych narządów płciowych. Powikłania te stwierdzono u 3 (20,0%) pacjentek; w okresie połogu (w 18, 28 i 38 dniu połogu).

Odsetek usunięcia macicy – z powodu stanów zapalnych wewnętrznych narządów płciowych – mieścił się w przedziałach podawanych przez innych autorów [2, 11, 14]. Powikłania te wystąpiły u pacjentek po porodach ukończonych cięciem cesarskim i po wielokrotnych porodach drogami natury.

Niektórzy z autorów publikacji nie odnotowali wskazań septycznych wśród przyczyn histerektomii okołoporodowej i w okresie połogu [4, 7, 9].

Poporodowa atonia macicy w dwóch (13,3%) przypadkach – jako samodzielne wskazanie – była trzecią z kolei przyczyną wykonywania oum. Rabenda-Łącka i wsp. oraz Awan i wsp. odnotowali podobny odsetek – odpowiednio 13,9 i 12,9% tej patologii – będącej przyczyną oum [7, 10]. Jest on znamienne niższy od prezentowanego przez innych autorów od 37,3% do 56,4% [4, 9, 11, 17].

Wskazaniami do oum u 2 (13,4%) pacjentek były urazy narządów płciowych powstałe podczas porodu drogami natury.

Pacjentka M. K. l. 29 po IV porodzie miednicowym – 12 lipca 1985 roku – w czwartym okresie porodu stwierdzono objawy krwawienia do jamy otrzewnowej i rozpoczynającego się wstrząsu hipowolemicznego. Pęknięcie macicy powierzchowne zewnętrzne nastąpiło wzdłuż lewej krawędzi macicy. Zabieg wycięcia macicy bez przydatków wykonano w sposób typowy [6].

U pacjentki T. T. l. 31 po porodzie III, drogami natury i przebytych wcześniej dwóch cięciach cesarskich, w piątej dobie połogu – 31 lipca 1988 roku – stwierdzono obecność przetoki pęcherzowo-maciczej. Amputację trzonu macicy bez przydatków i operację przetoki wykonano 31 lipca 1988 roku. Stwierdzona – w tym przypadku – w badaniu histopatologicznym patologia trzonu macicy (*Leiomyomata intramuralia partim cellularia partim cum necrosi haemorrhagica*) mogła mieć również wpływ na wystąpienie tego rodzaju powikłania.

Przetoka pęcherzowo-macicza po porodzie drogami natury i uszkodzenie pęcherza moczowego w czasie cięcia cesarskiego stanowią łącznie 13,3% powikłań odnotowanych w czasie operacji okołoporodowej usunięcia macicy. Powikłania te stanowiły o konieczności wykonania operacji dodatkowych.

W piśmiennictwie uszkodzenia dróg moczowych odnotowano w 4,07 i 18,8% [4, 11]. Natomiast uszkodzenia samego pęcherza moczowego w 8,8% [23].

Histerektomia okołoporodowa u 1 pacjentki (6,7%) – po przebytych wcześniej oszczędzającym

leczeniu operacyjnym z powodu nowotworu złośliwego jajnika – jest rzadkim wskazaniem elektynnym [5].

Niski – jak w naszym materiale (6,7%) – odsetek pęknięcia macicy jako zasadniczej przyczyny histerektomii okołoporodowej, odnotował również Poręba i wsp. oraz Bachanek i wsp. odpowiednio 2,6 i 11,1% [4, 9]. Wysokie odsetki (23–49%) pęknięć macicy obserwowali autorzy w krajach rozwijających się [12, 20, 24]. W tych krajach pęknięcie macicy było najczęstszym wskazaniem oum [22].

Pacjentki po cięciach cesarskich i wielokrotnych porodach, również drogami natury – 10 przypadków – stanowiły 66,7% badanej grupy, u których wykonano zabieg oum.

Objawy kliniczne wstrząsu hipowolemicznego o różnym stopniu nasilenia odnotowano u 6 (40%) pacjentek poddanych histerektomii okołoporodowej. Tego typu powikłanie Rabenda-Łącka i wsp. odnotowali w 5,6% [7]. U 2 (13,3%) pacjentek stwierdzono objawy macicy Couvelaire'a.

Dostateczne zaopatrzenie i możliwości szybkiego pozyskania krwi – również w trybie awaryjnym, od dawców honorowych – było jedną z zasadniczych procedur ratowniczych umożliwiających następnie bezpieczne wykonanie zabiegu operacyjnego.

W piśmiennictwie konieczność przetoczenia krwi pacjentkom poddanym oum jest określana na około 80–90% przypadków [7, 14, 25]. Niektórzy z autorów odnotowali fakt przetaczania krwi u wszystkich pacjentek tej grupy [4, 9, 10, 22].

Podobny do naszego – jeśli chodzi o czas obserwacji i liczbę przypadków oum – materiał przedstawił Christopoulos i wsp. Autorzy ci – wśród tej samej liczby przypadków – odnotowali patologie łożyska na pierwszym miejscu (73,3%) wśród przyczyn wykonywania zabiegu oum [17].

W okresie pooperacyjnym po oum nie zaistniała konieczność relaparotomii. Nie odnotowano również przypadków takich powikłań, jak uszkodzenia moczowodów, niedrożności jelit, ropnia powłok i zapalenia otrzewnej wymienianych w piśmiennictwie [9].

WNIOSKI

1. Najczęstszymi przyczynami histerektomii wykonanymi w okresie okołoporodowym i w połogu były powikłania związane z patologią lokalizacji i zagnieżdżenia łożyska (46,7%) oraz stany zapalne wewnętrznych narządów płciowych (20,0%).
2. Amputacja trzonu macicy okazała się w 46,7% zabiegiem wystarczającym w przypadku konieczności wykonania zabiegu oum.

3. Pacjentki po cięciach cesarskich i wielokrotnych porodach – 10 przypadków – stanowiły 66,7% badanej grupy, u których wykonano zabieg oum.

PIŚMIENNICTWO

- [1] Glaze S, Ekwalańska P, Roberts G et al. Peripartum hysterectomy: 1999 to 2006. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 732–738.
- [2] Yamamoto H, Sagae S, Nishikawa S et al. Emergency postpartum hysterectomy in obstetric practice. *J Obstet Gynecol Res* 2000; 26: 341–345.
- [3] Taylor AA, Sanusi FA, Riddle AF. Expectant management of placenta accreta following stillbirth at term: a case report. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001; 96(2): 220–222.
- [4] Poreba R, Jastrzębski A, Obcowska-Lech M i wsp. Okołoporodowe wycięcie macicy w nagłych przypadkach położniczych. *Klin Perinat Gin* 2007; 43(4): 29–31.
- [5] Sikora-Szczeńniak DL, Sikora W. Oszczędzające leczenie operacyjne nowotworów złośliwych jajnika u kobiet w wieku rozrodczym. *Ginekolog* 2012; 83(1): 27–32.
- [6] Sikora-Szczeńniak DL. Powierzchnowe pęknięcie macicy po porodzie miednicowym – opis przypadku. *Ginekolog* 2012; 83(5): 380–383.
- [7] Rabenda-Łącka K, Wilczyński J, Radoch Z i wsp. Okołoporodowe wycięcie macicy. *Ginekolog* 2003; 74: 1521–1525.
- [8] Reroń A, Trojnar-Podlesny K, Jaworowski A i wsp. Okołoporodowe wycięcie macicy. *Prz Ginekolog* 2003; 3: 207–212.
- [9] Bachanek M, Sawicki W, Cendrowski K i wsp. Okołoporodowe wycięcie macicy. W: *Reoperacje w ginekologii*. Red. JA Jakowicki. BiFolium, Lublin 2004: 185.
- [10] Awan N, Bennett MJ, Walters WA. Emergency peripartum hysterectomy: a 10-year review at the Royal Hospital for Women, Sydney. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 2011; 51(3): 210–215.
- [11] Szpejankowski K, Obrzut B, Kluz T i wsp. Retrospektywna analiza operacji okołoporodowego wycięcia macicy. *Ginekolog* 2007; 15(1): 11–14.
- [12] Rahman J, Al.-Ali M, Qutub H et al. Emergency obstetric hysterectomy in a university hospital: A 25-year review. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 69–72.
- [13] Knight M, Kurinczuk JJ, Spark P et al. Cesarean delivery and peripartum hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2008; 111: 97–105.
- [14] Engelsen I, Albrechtsen S, Iversen O. Peripartum hysterectomy-incidence and maternal morbidity. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 409–412.
- [15] Yamani Zamzami TY. Indication of emergency peripartum hysterectomy: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2003; 268: 131–135.
- [16] Tapisiz OL, Altinbas SK, Yirci B et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Ankara, Turkey: a 5-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 286(5): 1131–1134.
- [17] Christopoulos P, Hassiakos D, Tsitoura A et al. Obstetric hysterectomy: a review of cases over 16 years. *J Obstet Gynaecol* 2011; 31(2): 139–141.
- [18] Chanrachakul B, Chaturachinda K, Phuspradit W et al. Cesarean and post partum hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 54(2): 109–113.
- [19] Kwee A, Bots M, Visser G et al. Emergency peripartum hysterectomy: a prospective study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 124: 187–192.
- [20] Kwame-Aryee R, Kwakye A, Seffah J. Peripartum hysterectomies at the korle-bu teaching hospital: a review of 182 consecutive cases. *Ghana AI J* 2007; 41: 133–138.
- [21] Smith J, Mousa H. Peripartum hysterectomy for primary postpartum haemorrhage: incidence and maternal morbidity. *J Obstet Gynecol* 2007; 27: 44–47.
- [22] Fatima M, Kasi PM, Baloch SN et al. Experience of emergency peripartum hysterectomies at a tertiary care Hospital in Quetta, Pakistan. *ISRN Obstet Gynecol* 2011; 854202.
- [23] Machado LSM. Emergency peripartum hysterectomy: Incidence, indications, risk factors and outcome. *N Am J Med Sci* 2011; 3(8): 358–361.
- [24] Yucel O, Ozdemir I, Yucel N et al. Emergency peripartum hysterectomy: a 9-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2006; 274: 84–87.
- [25] Fornal F, Miles A, Jamieson D. Emergency peripartum hysterectomy: a comparison of cesarean and postpartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190: 1440–1444.

Adres do korespondencji:

Dobrosława L. Sikora-Szczeńniak
26-600 Radom, ul. S. Perzanowskiej 37 L
e-mail: dosiass@wp.pl
tel. 602 539 543