

## Operacje ginekologiczne u kobiet powyżej 70. roku życia

### *Gynaecological surgery in women over 70*

Anna Borsuk, Joanna Skręt-Magierło, Tomasz Kluz, Andrzej Skręt

Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. F. Chopina w Rzeszowie, Uniwersytet Rzeszowski;  
ordynator Oddziału: prof. dr hab. med. Andrzej Skręt

Przeгляд Menopauzalny 2008; 6: 308–313

#### Streszczenie

**Cel pracy:** Zestawienie danych dotyczących operacji ginekologicznych i okresu okołoperacyjnego w grupie kobiet powyżej 70. roku życia.

**Materiał i metody:** Prospektywnym badaniem objęto grupę 326 pacjentek operowanych na Klinicznym Oddziale Ginekologii i Położnictwa w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie od maja do sierpnia 2008 r. Z grupy tej wyodrębniono 30 kobiet powyżej 70. roku życia wstępnie zakwalifikowanych do operacji. Przeanalizowano wskazania do operacji, schorzenia ogólnoustrojowe, okres przedoperacyjny, badania dodatkowe, konsultacje specjalistyczne oraz dane dotyczące okresu okołoperacyjnego.

**Wyniki:** U 8 z 30 wstępnie zakwalifikowanych do zabiegu chirurgicznego kobiet odstąpiono od leczenia operacyjnego. W badanej grupie najczęstszymi wskazaniami do operacji były: rak endometrium, jajnika, sromu i zaburzenia statyki narządów płciowych. Najczęstsze zabiegi operacyjne to usunięcie macicy z przydatkami, stągnięcie w raku jajnika i korekcja zaburzeń statyki narządu płciowego. Najczęstsze schorzenia ogólnoustrojowe to: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca i żylaki kończyn dolnych. Oczekiwanie na operację trwało najczęściej 8 lub więcej dni. Większość kobiet zakwalifikowano do III klasy ryzyka wg ASA (*American Society of Anesthesiologists*). Hospitalizacja pooperacyjna trwała przeważnie od 5 do 6 dni. Spadek hemoglobiny u większości pacjentek wynosił 1 g%.

**Wnioski:** Zaawansowany wiek pacjentek jest wyzwaniem dla operatora. Dobór operacji i leczenia musi być indywidualny.

**Słowa kluczowe:** operacje ginekologiczne, zaawansowany wiek

#### Summary

**Objective:** The aim of the study was to report clinical characteristics, risk factors for perioperative complications, types of surgery performed, and perioperative morbidity in women over 70 years old who underwent gynaecologic surgery.

**Material and methods:** Among 326 women operated on in the Clinical Department of Obstetrics and Gynaecology in Rzeszów from May to August 2008 a group of 30 patients over 70 years old was selected. 8 of them were disqualified from surgery because of high risk.

**Results:** In this group of patients the most common indications were endometrial, ovarian and vulvar cancer and pelvic organ prolapse. The most common coexisting general diseases were arterial hypertension, myocardial ischaemic disease, diabetes and varicosis. The usual preoperative time of hospitalization was 8 days and postoperative 5-6 days. In almost all patients the postoperative decrease of haemoglobin concentration was 1 g%.

**Conclusions:** Advanced age of patients is a challenge to the gynaecological surgeon. The surgery and perioperative care must be individualized.

**Key words:** gynaecological surgery, advanced age

## Wstęp

Wzrost liczby osób starszych jest cechą społeczeństw rozwiniętych. Według Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na koniec 2004 r. Polskę zamieszkiwało 38,2 mln ludzi [1]. Osób w wieku poprodukcyjnym było 13%, tj. 191 243 mężczyzn i 310 826 kobiet – o 3% więcej niż w 1990 r., co świadczy o wydłużeniu długości życia [1, 2]. W 2004 r. oczekiwana długość życia mężczyzn i kobiet wynosiła odpowiednio 70,71 i 79,03 roku [1]. W związku z powyższym rośnie liczba operacji wykonywanych u pacjentów w tym wieku, chorób towarzyszących, zmienia się rodzaj schorzeń, występują względne i bezwzględne przeciwwskazania do operacji, zwiększa się liczba powikłań pooperacyjnych. Odrębności operacji ginekologicznych u kobiet starszych oceniono jedynie w nielicznych pracach dotyczących leczenia zaburzeń statyki narządu rodowego i schorzeń onkologicznych [3–6]. Nie ma natomiast takich opracowań dotyczących całej populacji pacjentek operowanych na oddziale ginekologicznym.

## Cel pracy

Celem jest przedstawienie danych dotyczących operacji ginekologicznych i okresu okołoperacyjnego w grupie pacjentek powyżej 70. roku życia, a także odrębności, wskazań do operacji, schorzeń towarzyszących i powikłań okołoperacyjnych u kobiet z tej grupy.

## Materiał i metody

Prospektywnym badaniem objęto grupę 326 pacjentek hospitalizowanych z powodu różnych zaburzeń ginekologicznych na Klinicznym Oddziale Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. F. Chopina w Rzeszowie od 6 maja 2008 r. do 19 sierpnia 2008 r. Warunkami włączenia do badania były wiek powyżej 70. roku życia i wstępna kwalifikacja do operacji; spełniło je 30 z 326 kobiet. Dwadzieścia dwie z nich operowano. U 8 kobiet odstąpiono od leczenia operacyjnego. Przyczyną dyskwalifikacji 2 pacjentek było głównie zbyt duże ryzyko okołoperacyjne spowodowane chorobami ogólnoustrojowymi. Kobiety te zostały zakwalifikowane do V klasy ryzyka wg ASA (tab. I). U 1 pacjentki zrezygnowano z leczenia operacyjnego ze względu na zaawansowanie procesu nowotworowego. Jedną pacjentkę zdyskwalifikowano ze względu na choroby ogólnoustrojowe, jak również zaawansowanie procesu nowotworowego. U 1 pacjentki zastosowano leczenie alternatywne, tj. krążek dopochwowy w zaburzeniach statyki narządu rodowego. U pozostałych 3 pacjentek (38%) odroczone leczenie operacyjne do czasu wyrównania zaburzeń metabolicznych (tab. II).

W grupie zakwalifikowanych do operacji większość pacjentek należała do grup wiekowych 70–75 lat i 75–80

lat. Jedynie 4 pacjentki (18%) były w wieku powyżej 80. roku życia. Większość pacjentek – 14 (64%) – miała nadwagę lub była otyła. Dwanaście pacjentek mieszkało w mieście, a 10 na wsi (tab. III).

Wśród schorzeń ogólnoustrojowych najczęściej występowały: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca i żylaki kończyn dolnych, migotanie przedsionków i niedoczynność tarczycy. Pozostałe schorzenia były sporadyczne (ryc. 1).

## Wyniki

Kobiety powyżej 70. roku życia kwalifikowano do operacji po uprzednich konsultacjach i badaniach specjalistycznych. Wszystkie wymagały konsultacji internistycznej (tab. IV). Najczęściej wykonywanym badaniem dodatkowym była tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (tab. V). Wskazaniem do operacji najczęściej był rak endometrium, jajnika, sromu i zaburzenia statyki narządu rodowego (tab. VI).

Hospitalizacja przedoperacyjna trwała 8 dni i więcej u 10 pacjentek (45%). Profilaktykę przeciwzakrzepową stosowano u wszystkich kobiet, przy czym 8 (36%) otrzymywało wyższą dawkę. Tylko 1 (5%) pacjentka była w dobrym stanie zdrowia, 5 (23%) pacjentek z chorobą układową o niewielkim nasileniu, 15 (67%) pacjentek z ciężką chorobą układową niepowodującą inwalidztwa i 1 (5%) pacjentka z chorobą układową powodującą inwalidztwo i stanowiącą ciągłe zagrożenie życia (tab. VII). Z grupy 22 pacjentek u 10 (45%) usunięto macicę z przydatkami z powodu raka endometrium (9 pacjentek) i przerostu endometrium z atypią (1 pacjentka). U 3 (14%) pobrano dodatkowo do oceny węzły chłonne biodrowe, a u 1 (5%) wycinki z sieci (tab. VIII). U 3 (14%) pacjentek wykonano korekcję wypadania pochwy z zastosowaniem materiałów syntetycznych (ang. *total vaginal mesh*). Jednej (5%) amputowano dodatkowo szyjkę macicy z powodu jej elongacji (tab. IX). U 3 (14%) przeprowadzono staging z powodu raka jajnika. U 2 z 3 chorych na raka sromu wykonano radykalne wycięcie sromu, a u 1 (stan po usunięciu sromu) pobrano do oceny węzły chłonne pachwinowe. Jednej (5%) usunięto przydatki jednostronne i pobrano węzły chłonne do oceny histopatologicznej. Dwóm (10%) pacjentkom usunięto przydatki obustronne (tab. VIII). Opieka pooperacyjna została przedłużona (powyżej 7 dni) u 3 (14%) pacjentek. Większość chorych (17 pacjentek, tj. 77%) przebywała w szpitalu po operacji od 5 do 6 dni.

Wzrost temperatury powyżej 37°C zaobserwowano u 5 (23%) pacjentek, głównie w 3. dobie po operacji. Delta hemoglobiny powyżej 2 g% wystąpiła u 2 (9%) kobiet. U większości (13 pacjentek, tj. 59%)  $\Delta$ Hgb nie przekraczała 1 g%. U wszystkich operowanych kobiet stosowano profilaktyczną antybiotykoterapię podczas operacji,

Tab. I. Schorzenia ogólnoustrojowe w grupie kobiet niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego po 70. roku życia (n=8)

Pacjentki (nr)	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Schorzenia</b>								
nadciśnienie tętnicze	×	×	×	×	×		×	×
choroba wieńcowa	×	×					×	
cukrzyca typu 2	×	×						
choroby tarczycy			×				×	
udar niedokrwienny mózgu				×			×	
niewydolność krążenia	×							
zespół WPW		×						
astma oskrzelowa			×					
wrzodziejące zapalenie jelit			×					
miażdżycy tętnic szyjnych				×				
niedowład połowiczny				×				
RZS					×			
uchyłki esicy							×	
uchyłki pęcherza moczowego							×	
niedokrwistość						×		
obustronny zastój moczu						×		

a u 13 pacjentek (59%) przedłużono ją w okresie pooperacyjnym. U 1 (5%) kobiety wystąpiły powikłania kardjologiczne (tab. X).

## Dyskusja

Wskazaniami do operacji u kobiet po 70. roku życia są najczęściej nowotwory *zależne od wieku* – rak błony śluzowej macicy, sromu oraz zaburzenia statyki narządu

rodnego, zwykle zaawansowane. Operacje ze względu na wskazania to najczęściej usunięcie macicy z przydatkami z powodu nowotworów i korekcje zaburzeń statyki narządu rodnego z zastosowaniem materiałów syntetycznych (meshu). U kobiet po 70. roku życia występują schorzenia, takie jak otyłość, cukrzyca i nadciśnienie [7], które wraz z samym starzeniem ogólnym organizmu powodują wzrost ryzyka operacyjnego [3, 4]. Ryzyko operacyjne w skali wg ASA u 16 z 22 pacjentek (72%) ocenio-

Tab. II. Pacjentki niezakwalifikowane do leczenia operacyjnego w grupie kobiet powyżej 70. roku życia (n=8)

Pacjentki (nr)	Dyskwalifikacja z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej	Dyskwalifikacja z powodu obciążenia chorobami ogólnoustrojowymi	Alternatywny sposób leczenia	Odroczone leczenie operacyjne
1				×
2			×	
3		×		
4	×	×		
5		×		
6				×
7				×
8	×			

no na III i IV stopień. Ryzyko operacyjne musi być zestawione z efektami zabiegu. Gdy ryzyko jest duże, a operacja bez wskazań życiowych lub zaawansowanie nowotworu tak duże, że operacja nie rokuje dobrych efektów, pacjentki nie są kwalifikowane do operacji. Tak stało się u 8 z 30 pacjentek (27%). Na podkreślenie zasługuje fakt, że sam wiek absolutnie nie decyduje o odstąpieniu od operacji, zwłaszcza onkologicznych [5], nie jest on również wskazaniem do ograniczenia operacji onkologicznej [6]. Kobiety powyżej 70. roku życia bardzo często

**Tab. III.** Charakterystyka grupy operowanych kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

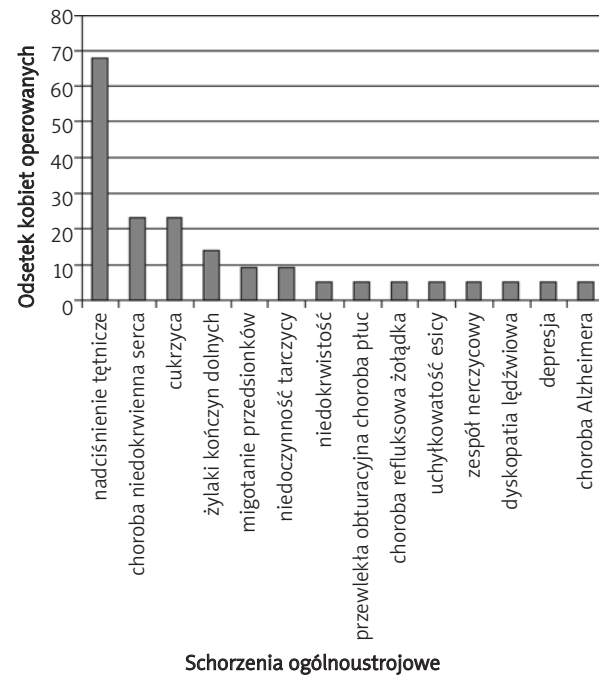
Podstawowe dane		Liczba kobiet (%)
wiek (lata)	70–75	11 (50%)
	75–80	7 (32%)
	>80	4 (18%)
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	18,5–24,9 (norma)	8 (36%)
	25–29,9 (nadwaga)	8 (36%)
	>30 (otyłość)	6 (28%)
miejsce zamieszkania	wieś	10 (45%)
	miasto	12 (55%)

**Tab. IV.** Konsultacje specjalistyczne w grupie operowanych kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

Konsultacje specjalistyczne	Liczba kobiet (%)
internistyczna	22 (100%)
chirurgiczna	2 (9%)
onkologiczna	1 (5%)
nefrologiczna	1 (5%)
psychiatryczna	1 (5%)

**Tab. V.** Badania dodatkowe w grupie operowanych kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

Badania dodatkowe	Liczba kobiet (%)
tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy	4 (18%)
holter	1 (5%)
gastroskopia	1 (5%)
kolonoskopia	1 (5%)



**Ryc. 1.** Schorzenia ogólnoustrojowe w grupie kobiet operowanych powyżej 70. roku życia (n=22)

**Tab. VI.** Wskazania do operacji w grupie kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

Schorzenia ginekologiczne	Liczba kobiet (%)
rak endometrium	10 (45%)
rak jajnika	3 (14%)
rak sromu	3 (14%)
zaburzenia statyki	3 (14%)
rak szyjki macicy III B	1 (5%)
przerost endometrium z atypią	1 (5%)
cysta jajnika	1 (5%)

**Tab. VII.** Dane dotyczące okresu okołoperacyjnego, czasu oczekiwania i ryzyka operacyjnego u kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

		Liczba kobiet (%)
czas oczekiwania na operację	<8 dni	12 (55%)
	8 dni	6 (27%)
	>8 dni	4 (18%)
profilaktyka przeciwzakrzepowa	Clexane 40 mg	8 (36%)
	Clexane 20 mg	14 (64%)
klasyfikacja przedoperacyjna – ryzyko wg ASA	I <sup>0</sup>	1 (5%)
	II <sup>0</sup>	5 (23%)
	III <sup>0</sup>	15 (67%)
	IV <sup>0</sup>	1 (5%)

**Tab. VIII.** Rodzaj operacji u kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

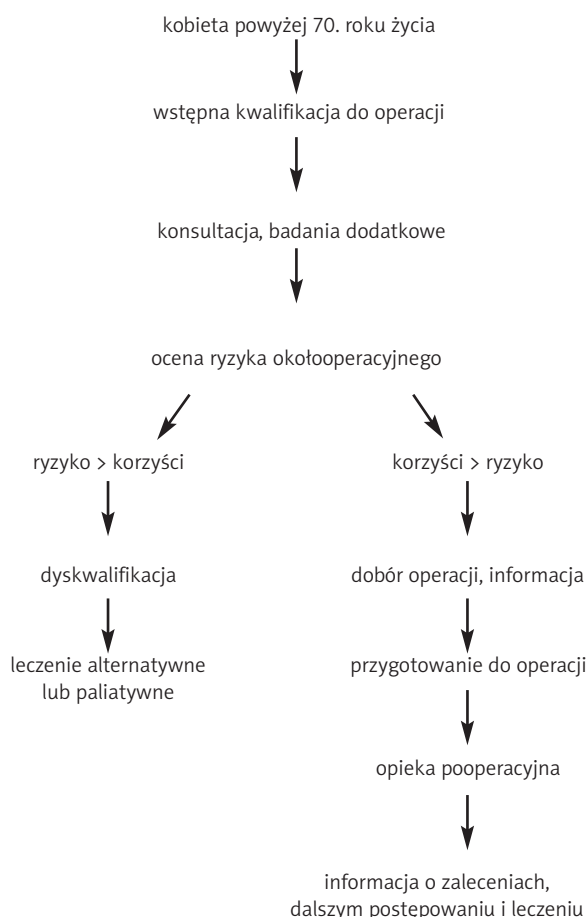
Zabieg operacyjny	Liczba (%) kobiet
usunięcie macicy z przydatkami	10 (45%)
całkowita korekcja wypadania pochwy z użyciem materiału syntetycznego (TVM)	3 (14%)
staging w raku jajnika	3 (14%)
radykałne wycięcie sromu	2 (10%)
obustronne usunięcie przydatków	2 (10%)
jednostronne usunięcie przydatków	1 (5%)
pobranie węzłów pachwinowych	1 (5%)

**Tab. IX.** Rodzaj zaburzeń statyki i rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego u kobiet powyżej 70. roku życia (n=3)

Rodzaj zaburzenia statyki	Wykonany zabieg operacyjny
<i>cystocele, rectocele</i>	<i>anterior et posterior vaginal mesh</i>
całkowite wypadanie macicy i pochwy	<i>anterior et posterior vaginal mesh</i>
<i>cystocele</i> , elongacja szyjki macicy	<i>double TOT. Amputatio colli uteri</i>

**Tab. X.** Okres pooperacyjny u kobiet powyżej 70. roku życia (n=22)

		Liczba kobiet (%)
czas hospitalizacji pooperacyjnej (dni)	2–3	2 (9%)
	5	8 (36%)
	6	9 (41%)
	7 i więcej	3 (14%)
temperatura (°C)	<37	17 (77%)
	>37	5 (23%)
ΔHb (g%)	<1	13 (59%)
	1–2	7 (32%)
	>2	2 (9%)
antybiotykoterapia w okresie pooperacyjnym	stosowana	13 (59%)
	niestosowana	9 (41%)
zaburzenia rytmu serca (napadowy blok II <sup>o</sup> )	obecny	1 (5%)
	nieobecny	21 (21%)



**Ryc. 2.** Algorytm postępowania u kobiet powyżej 70. roku życia zakwalifikowanych wstępnie do leczenia operacyjnego

z ograniczeniem aktywności. W materiale autorów opracowania wszystkie pacjentki otrzymywały profilaktykę przeciwzakrzepową, w tym u 8 (36%) stosowano zwiększoną dawkę. Należy podkreślić, że długotrwałe podawanie Clexane zmniejsza krzepliwość krwi i powoduje zwiększone ryzyko krwotoków i krwiaków. Dodatkowo część kobiet powyżej 70. roku życia ze względu na zniechęcenie ma ograniczoną możliwość zachowania higieny i stąd większe ryzyko infekcji. Jeśli chodzi o zaburzenia statyki narządu płciowego, to w prezentowanym materiale wykonywano korekcję *total vaginal mesh* (TVM), ponieważ kobiety te wyrażały chęć współżycia. U kobiet w tym wieku bierze się pod uwagę ewentualną kolpokleję. Na podstawie prezentowanego materiału przedstawiono algorytm postępowania u kobiet powyżej 70. roku życia wstępnie zakwalifikowanych do operacji (ryc. 2.). Kluczowym działaniem jest ocena ryzyka okołoperacyjnego i zestawienie go z korzyściami wynikającymi z zabiegu. Ryzyko ocenia się na podstawie badań dodatkowych i konsultacji. Jeśli ryzyko jest większe od korzyści – odstępuje się od operacji i stosuje leczenie alternatywne (np. krążki dopochwowe w zaburzeniach statyki narządu rodowego) lub paliatywne (w opera-

muszą być dłużej przygotowywane do zabiegu operacyjnego. W prezentowanym materiale okres przedoperacyjny u 10 z 22 kobiet wynosił 8 lub więcej dni. Oczywiście, długotrwała hospitalizacja przedoperacyjna stwarza ryzyko infekcji i choroby zakrzepowo-zatorowej związanej

cjach onkologicznych). Gdy korzyści są większe niż ryzyko, wybiera się operację, w której uwzględnia się zmiany związane ze starzeniem. Przykładem jest zastosowanie materiałów syntetycznych w zaburzeniach statyki narządu rodowego. U kobiet powyżej 70. roku życia szczególnie ważna jest informacja, jak również przygotowanie przedoperacyjne, w tym profilaktyka przeciwzakrzepowa, monitorowanie i leczenie zakażeń oraz leczenie internistyczne.

### Piśmiennictwo

1. Biuletyn Głównego Urzędu Statystycznego 2004 r.
2. Biuletyn Głównego Urzędu Statystycznego 1990 r.
3. Stepp KJ, Barber MD, Yoo EH, et al. Incidence of perioperative complications of urogynecologic surgery in elderly women. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1630-6.
4. Sung VW, Weitzen S, Sokol ER, et al. Effect of patient age on increasing morbidity and mortality following urogynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1411-7.
5. Togli MR, Nolan TE. Morbidity and mortality rates of elective gynecologic surgery in the elderly woman. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189: 1584-9.
6. Sharma S, Driscoll D, Odunsi K, et al. Safety and efficacy of cytoreductive surgery for epithelial ovarian cancer in elderly and high-risk surgical patients. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 2077-82.
7. von Gruenigen VE, Gil KM, Frasure HE, et al. The impact of obesity and age on quality of life in gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1369-75.