

Skuteczność termicznej ablacji endometrium w leczeniu obfitych krwawień miesięcznych w opinii pacjentek poddanych temu zabiegowi

Efficiency of thermal endometrial ablation in cases of menorrhagia in the opinion of treated patients

Sławomir Sobkiewicz¹, Waldemar Lech²

Ocenę skuteczności zastosowanego leczenia można rozpatrywać z punktu widzenia pacjentki, jak również leczącego ją lekarza. Jest ona subiektywna i nierzadko różna w odniesieniu do efektów leczenia dla obu stron. Celem pracy była ocena satysfakcji z leczenia u 32 pacjentek poddanych termicznej ablacji endometrium z powodu wydłużonych i nadmiernie obfitych miesiączek. Stwierdzono, że skuteczność zabiegu jest wysoko oceniana przez pacjentki. Z tego względu, a także z powodu relatywnie niskiego kosztu zabiegu może on stanowić alternatywę dla leczenia operacyjnego u kobiet pragnących zachować macicę.

Słowa kluczowe: krwawienia z macicy, termiczna ablacja endometrium, ocena pacjentki

(Przegląd Menopauzalny 2004; 1: 23–26)

Satysfakcję z zastosowanego leczenia można rozpatrywać z punktu widzenia pacjentki, jak również lekarza. Ocena efektów leczenia przez pacjentkę jest bardzo ważnym elementem procesu leczniczego. Świadczy o wyeliminowaniu lub ograniczeniu problemu, z którym pacjentka zgłosiła się do lekarza. Możliwość wykonania mierzalnej, standaryzowanej oceny przez pacjentkę zmian jej stanu zdrowia na skutek terapii daje lekarzowi dobrą kontrolę procesu leczenia.

W przypadku kobiet z nadmiernymi krwawieniami z macicy sukcesem leczniczym jest skrócenie i zmniejszenie obfitych krwawień w wyniku zastosowania jak

najmniej obciążającej terapii. Za prawidłowe krwawienie miesięczne uznaje się krwawienie trwające nie dłużej niż 5–7 dni, nie bardziej obfite niż 6 wkładek dziennie i niepowodujące utraty większej od 80 ml objętości krwi [1]. Taka ocena krwawienia jest bardzo subiektywna, nie uwzględnia zmienności krwawienia w jego trakcie, różnic stanu zdrowia, wieku, wykształcenia, nawyków higienicznych i innych indywidualnych czynników. Próby obrazkowego określenia wielkości krwawienia uwzględniające stopień zabrudzenia wkładki krwią są również jedynie przybliżone i dają tylko orientacyjną informację o wielkości krwawienia.

¹II Klinika Ginekologii Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Pałatyński

²Oddział Ginekologii I Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Madurowicza w Łodzi, ordynator Oddziału i dyrektor Szpitala: prof. dr hab. med. Jacek Suzin



Charakterystyka krwawień miesięcznych przed i po leczeniu musi więc uwzględniać oba czynniki: mierzalny – oceniający możliwie jak najbardziej dokładnie wielkość miesiączki oraz subiektywny – zależny od odbierania czasu i obfitości krwawienia przez pacjentkę.

Chociaż rzeczywistym odzwierciedleniem skuteczności leczenia jest czynnik obiektywny, to jednak zdanie pacjentki na temat skuteczności stosowanego leczenia ma decydujące znaczenie dla oceny lekarza i całego procesu leczniczego, ze względu na fakt, że pacjentka jest podmiotem i beneficjentką procesu leczenia [2, 3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena skuteczności leczenia przez pacjentki poddane termicznej ablacji endometrium z powodu nadmiernie obfitych miesiączek.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto 32 pacjentki w wieku od 41 lat do 53 lat, diagnozowane i leczone w II Klinice Ginekologii Instytutu Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w latach 1998–2002, u których wykonano termiczną ablację endometrium. Na wykonanie tych zabiegów posiadano zgodę wszystkich chorych oraz zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi nr RNN/272/95.

Do zabiegu kwalifikowano pacjentki po 40. roku życia z nadmiernie obfitymi (więcej niż 8–10 wkładek dziennie) i przeciągającymi się powyżej 8 dni krwawieniami miesięcznymi, które nie wyrażały zgody na bardziej inwazyjną metodę leczenia (leczenie operacyjne).

U wszystkich pacjentek w ramach diagnostyki przed zabiegiem termoablacji endometrium wykonano za pomocą aparatu Hitachi EUB 515 C badanie ultrasonograficzne głowicą przezbrzuszną typu convex o częstotliwości 3,5 MHz po wypełnieniu pęcherza moczowego oraz przezpochwowe badanie ultrasonograficzne głowicą sektorową (140°) o częstotliwości 7,5 MHz po opróżnieniu pęcherza. Oceniano macicę, przydatki oraz przepływ krwi metodą Dopplera w naczyniach macicznych, w endometrium i w mięśniu macicy. Następnie wykonywano histeroskopię, w trakcie której pobierano materiał tkankowy do badania histopatologicznego. Po wykluczeniu patologii błony śluzowej macicy pacjentki otrzymywały Danazol celem uzyskania atrofii endometrium.

Termiczną ablację endometrium wykonywano urządzeniem firmy MEDCOM o mocy maksymalnej do 30 W. Elektroda aktywna pozostawała w macicy, a elektroda bierna umieszczona była pod poślądkami pacjentki. Stosowano temperaturę w jamie macicy 48–50°C przez 40 min, kolejno po 10 min w czterech różnych położeniach sondy. Temperaturę wewnątrz macicy mierzono

automatycznie. Jako znieczulenie do zabiegu stosowano miejscowo Xylocainę, ostrzykując szyjkę macicy 3% roztworem. Dodatkowo dożylnie podawano 1 mg Atropiny, 100 g Fentanylu i 2,5 mg Midanium. Chore przebywały w szpitalu 24–48 godz. po zabiegu. W tym okresie oceniano oprócz stanu ogólnego także dolegliwości bólowe w 10-stopniowej skali oceny nasilenia bólu przez pacjentkę wg Dobrogowskiego i Sedlaka [4].

W 3. i 6. mies. po ablacji endometrium analizowano oceny pacjentek dotyczące obfitości krwawień miesięcznych w 10-stopniowej skali oraz w skali ocen od braku poprawy do satysfakcjonującej (brak poprawy, nieznaczna, średnia, dość znaczna, satysfakcjonująca). Pacjentki oceniały również czas trwania krwawienia miesięcznego, liczbę zużytych podpasek higienicznych, a także stan zakrwawienia podpasek w 3-stopniowej skali (lekkie, średnio i bardzo zabrudzona).

Uzyskane dane poddano opracowaniu statystycznemu. Zastosowano test Chi² oraz test T-Studenta. Obliczenia wykonano przy pomocy programu CSS Statistica (Statsoft Inc., Tulsa, OK., USA), numer licencji SP7025487510D51. Poziom istotności statystycznej przyjęto jako $p < 0,05$.

Wyniki

Spośród 32 pacjentek leczonych termiczną ablacją endometrium sprawozdanie z czasu trwania krwawień miesięcznych i orientacyjnej obfitości krwawień uzyskano od 31 kobiet.

U 29 kobiet (93,5%) uzyskano ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia dolegliwości, a u 2 chorych (6,5%) nie zanotowano poprawy ($p < 0,001$). U 8 kobiet (27,6%) spośród chorych z poprawą, po zastosowanym leczeniu nie występowały krwawienia miesięczne, a 21 pozostałych kobiet (72,4%) w dalszym ciągu miesiączkowało. Brak krwawień po zabiegach termicznej ablacji endometrium dotyczył 7 kobiet po 45. roku życia i 1 chorej w wieku 41 lat.

Średnia długość krwawienia u kobiet w dalszym ciągu miesiączkujących skróciła się z $11,2 \pm 2,6$ dnia do $4,8 \pm 3,1$ dnia w 3. mies. ($p < 0,001$), a następnie nieznacznie wydłużyła się do $5,3 \pm 1,8$ dnia w 6. mies. od wykonania termicznej ablacji endometrium (odpowiednio: $p < 0,001$; ns). Średnia obfitość krwawienia zmniejszyła się z $33,4 \pm 2,7$ znacznie przesiąkniętych wkładek na cykl do średnio $13,6 \pm 3,9$ wkładek po 3 mies. ($p < 0,001$) i $15,5 \pm 3,5$ wkładek po 6 mies. (odpowiednio: $p < 0,001$; ns), znacznie mniej zakrwawionych, bez konieczności używania innych środków higienicznych.

Według 10-stopniowej subiektywnej skali oceny satysfakcji z wykonanej termoablacji endometrium po 3 mies. pacjentki średnio wykazały $7,2 \pm 2,5$ punktu zadowolenia, a po 6 mies. $6,6$ ($2,9$ punktu (ns)).

Brak poprawy deklarowały po 3 mies. 2 pacjentki.



Jako średnią poprawę w krwawieniu miesięcznym określiły kolejne 2 pacjentki, znaczną poprawę zaobserwowano u 15 kobiet, a w pełni satysfakcjonującą – w 12 przypadkach. Po 6 mies. od zabiegu brak poprawy dotyczył 2 chorych, nieznaczna poprawa miała miejsce u 1 pacjentki, średnia poprawa u 4 pacjentek, dobra u 14 kobiet, a w pełni satysfakcjonująca u 10 pacjentek (ns).

Dyskusja

Na możliwość wykonywania zabiegów wewnątrz macicy po raz pierwszy zwrócił uwagę już w XIX wieku lekarz z Frankfurtu nad Menem Filip Bozzini [5]. Musiało jednak minąć ponad sto lat, aby endoskopowe leczenie obfitych i wydłużonych krwawień miesięcznych w przypadkach niereagujących na hormonoterapię mogło stanowić alternatywę dla operacyjnego usunięcia macicy [5–11]. Obecnie skuteczność stosowanych metod endoskopowych uważana jest przez większość badaczy za porównywalną do tradycyjnego postępowania chirurgicznego, jednak niektórzy autorzy, np. Unger i Meeks uważają, że znaczny odsetek kobiet leczonych różnymi sposobami resekcji endometrium wobec braku trwałego efektu terapeutycznego kwalifikowanych jest następnie do usunięcia macicy [12].

W chwili obecnej resekcję endometrium można wykonywać poprzez zastosowanie pętli elektrycznej, kulki koagulacyjnej, światła lasera, lub też wykorzystując opisywaną w pracy metodę termicznej ablacji błony śluzowej macicy [5, 8, 13–16].

Kilkuletnie doświadczenia z zastosowania metody termicznej ablacji endometrium w II Klinice Ginekolo-

gii są zachęcające, co pokazują prezentowane wyniki. Uzyskano bowiem znaczne skrócenie średniego czasu miesiączki z 11,2 dni do 5,3 dni. Na podstawie ilościowej oceny wkładek zużywanych przez pacjentkę potwierdzono także znaczne ograniczenie ich zużycia do liczb porównywalnych z liczbą wkładek zużywanych w trakcie prawidłowej miesiączki. Te cechy, oraz parametry jakościowe, jak brak skrzepów i okresów bardzo obfitego krwawienia, spowodowały wysoką ocenę zastosowanego leczenia wśród pacjentek. Wyniki te są podobne do uzyskanych przez Jarell i Olsena oraz Nagela i współpracowników [2, 3]. Wpływ na to mogła mieć także krótkotrwała hospitalizacja oraz uniknięcie konieczności zabiegu operacyjnego usunięcia macicy, co sugerują O'Connor i Magos [16].

Subiektywna, a więc zupełnie indywidualna ocena przeprowadzonego urządzeniem firmy MEDCOM zabiegu przez pacjentkę jest jednocześnie jej odpowiedzią na pytanie o zasadność leczenia nadmiernych i długich krwawień miesięcznych metodą niehisteroskopowej termicznej ablacji endometrium jako postępowania z wyboru.

Wnioski

1. Skuteczność termicznej ablacji endometrium w leczeniu nadmiernie obfitych i wydłużonych krwawień miesięcznych jest wysoko oceniana przez pacjentki poddane temu zabiegowi.
2. Z uwagi na powyższe oraz na relatywnie niski koszt zabiegu może on stanowić alternatywę dla postępowania operacyjnego u kobiet pragnących zachować macicę.

Summary

Objectives: To assess the efficiency of thermal endometrial ablation in the management of menorrhagia based on questionnaires completed by patients.

Material and methods: 32 women aged 41–53 who underwent thermal endometrial ablation due to menorrhagia in 1998–2002 were included into the study. All patients had undergone first diagnostic procedures, and then thermal endometrial ablation using the catheter by MEDCOM was done. Observational study based on completed questionnaires assessed the intensity of symptoms before, 3 and 6 months after therapy.

Results: The questionnaires completed by 31 patients were returned and analysed. 29 women reported a significant reduction in bleeding after therapy, and in 2 patients bleeding persisted or became more severe. The average length of menstruation as well as the intensity of uterine bleeding decreased significantly after treatment. The average satisfaction from treatment in patients was 7.2 ± 2.5 points after 3 months, and 6.6 ± 2.9 points after 6 months on a ten-point scale.

Conclusions: Efficiency of thermal endometrial ablation in the treatment of menorrhagia was well estimated by treated patients. These data and relatively low costs make the method an alternative to hysterectomy in the treatment of menorrhagia, especially in women who would like to keep uterus.

Key words: uterine bleeding, thermal endometrial ablation, patient opinion



Piśmiennictwo

1. Skalba P. *Endokrynologia ginekologiczna*. PZWL Warszawa 1993: 44.
2. Jarrell A, Olsen ME *Patient satisfaction with thermal balloon endometrial ablation. A retrospective review*. J Reprod Med 2003; 48 (8): 635-6.
3. Nagele F, Rubinger T, Magos A. *Why do women choose endometrial ablation rather than hysterectomy?* Fertil Steril 1998; 69 (6): 1063-6.
4. Dobrogowski J, Sedlak K. *Kliniczna ocena chorego z bólem*. W: Dobrogowski J, Wodliczek J. *Ból przewlekły*. Wydawnictwo MCKP UJ, Kraków 2003: 83-93.
5. Sajdak S. *Wartość kliniczna elektroresekcji endometrium*. Menopauza. Wydawnictwo ADI 1999: 126-31.
6. Feitoza SS, Gebhart JB, Gostout BS, et al. *Efficacy of thermal balloon ablation in patients with abnormal uterine bleeding*. Am J Obstet Gynecol 2003; 189 (2): 453-7.
7. Grainger DA, Tjaden BL, Rowland C, et al. *Thermal balloon and rollerball ablation to treat menorrhagia: two-year results of a multicenter, prospective, randomized, clinical trial*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2000; 7 (2): 175-9.
8. Sajdak S, Obrębowska A. *Postępowanie terapeutyczne w rozrostach błony śluzowej macicy*. Menopauza. Wydawnictwo ADI 2000: 163-6.
9. van Zon-Rabelink IA, Vleugels MP, Merkus HM, et al. *Endometrial ablation by rollerball electrocoagulation compared to uterine balloon thermal ablation. Technical and safety aspects*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 110 (2): 220-3.
10. Vilos GA, Pispidikis JT, Botz CK. *Economic Evaluation of Hysteroscopic Endometrial Ablation versus Vaginal Hysterectomy for Menorrhagia*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996; 3 (Suppl. 4): S54.
11. Wingfield M, McClure N, Mammers PM, et al. *Endometrial ablation: an option for the management of menstrual problems in the intellectually disabled*. Med J Aust. 1994; 160 (9): 533-6.
12. Unger JB, Meeks GR. *Hysterectomy after endometrial ablation*. Am J Obstet Gynecol. 1996; 175 (6): 1432-6.
13. Bain C, Cooper KG, Parkin DE. *Microwave endometrial ablation versus endometrial resection: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol 2002; 99 (6): 983-7.
14. Chullapram T, Song JY, Fraser IS. *Medium-term follow-up of women with menorrhagia treated by rollerball endometrial ablation*. Obstet Gynecol 1996; 88 (1): 71-6.
15. el Senoun GS, Mousa HA, Mahmood TA. *Medium-term follow-up of women with menorrhagia treated by rollerball endometrial ablation*. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79 (10): 879-83.
16. O'Connor H, Magos A. *Endometrial resection for the treatment of menorrhagia*. N Engl J Med 1996; 335 (3): 151-6.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Sławomir Sobkiewicz**
ul. św. Anny 62
95-060 Brzeziny
e-mail: ssobkiewicz@wp.pl

