

Ocena stanu klinicznego kobiet w okresie przedmenopauzy po przebytym laparoskopowym nadszyjkowym wycięciu macicy z przydatkami lub bez przydatków

Evaluation of clinical state of women in premenopausal stage after laparoscopic supracervical hysterectomy with or without adnexectomy

Dariusz Swatowski¹, Szymon Bakalczuk¹, Grzegorz Bakalczuk^{1,2}, Magdalena Wójtowicz¹, Małgorzata Sobstyl¹, Grzegorz Jakiel¹

Praca przedstawia 30 przypadków laparoskopowego nadszyjkowego wycięcia macicy u kobiet w okresie premenopauzy. Prześledzono różnice w występowaniu objawów klimakterycznych w przypadku wycięcia lub pozostawienia gonad. Autorzy wykazują korzyści dla kobiet z zabiegu z pozostawieniem gonad.

Słowa kluczowe: przedmenopauza, usunięcie przydatków, laparoskopowa histerektomia nadszyjkowa.

(Przegląd Menopauzalny 2002, 2: 39–41)

Mięśniaki macicy występują u ok. 10–20% kobiet [19]. Pomimo prób leczenia zachowawczego przy użyciu agonistów gonadoliberyny [13] czy przy pomocy embolizacji [2], wycięcie mięśniaków jest jednym z najczęstszych wskazań do leczenia chirurgicznego u kobiet. Rozwój technik laparoskopowych umożliwił efektywne wykonanie takiej operacji w całości laparoskopowo [11]. Obawa przed wystąpieniem zmian nowotworowych jajników i innych patologii zmusza do zastanowienia się nad koniecznością wycięcia hormonalnie czynnych i makroskopowo nie zmienionych gonad nawet w okresie premenopauzy [4, 5].

Celem niniejszej pracy jest próba oceny wpływu pozostawienia lub wycięcia jajników przy operacji laparoskopowego nadszyjkowego wycięcia macicy na nasilenie objawów klimakterycznych u kobiet w okresie późnej premenopauzy.

Materiał i metodyka

Do grupy badanej włączono 30 kobiet w okresie premenopauzy, u których wykonano laparoskopowo nadszyjkowe wycięcie macicy z przydatkami (n=16) – grupa I i bez przydatków (n=14) – grupa II. Zabiegi wykonywano przy użyciu jedno- i dwubiegunowej

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

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



elektrokoagulacji, nożyczek oraz usuwano macicę za pomocą morcellatora. Operacje odbyły się w latach 1999–2000. Średnia wieku pacjentek 47,4 (45–48 lat). Wskazaniem do operacji były mięśniaki macicy.

U każdej pacjentki wykonano badania USG przezpochwowe potwierdzające obecność mięśniaków macicy, jednocześnie wykluczono obecność zmian w przydatkach. Do zabiegu zakwalifikowano pacjentki z mięśniakiem śródściennym przekraczającymi średnicę 8 cm lub występujące w liczbie 3 i więcej o mniejszej średnicy.

Wykonano badania cytologiczne szyjki macicy. Wszystkie pacjentki były miesiączkujące do czasu operacji. Do badań włączono pacjentki z poziomami FSH<30U/L i E2 >30 pg/ml. W okresie roku od operacji pacjentki nie przyjmowały leków hormonalnych. Wszystkie badane wyraziły zgodę na przeprowadzenie ankiety przez psychologa klinicznego celem obliczenia nasilenia objawów klimakterycznych. Do liczbowego przedstawienia danych posłużono się skalą Greena [20]. W okresie poprzedzającym zabieg operacyjny wszystkie pacjentki odpowiedziały na ankietę i następnie po miesiącu, pół roku i jednym roku od operacji. Za wartość graniczną wystąpienia pełnoobjawowego klimakterium w kwestionariuszu Greena przyjęto wartość 30 punktów. Pacjentki zostały poinformowane o możliwości konwersji laparoskopii do laparotomii w przypadku wystąpienia powikłań śródoperacyjnych. Pośród operowanych pacjentek 3 przebyły wcześniej cięcie cesarskie, 2 wycięcie wyrostka robaczkowego.

Technikę przeprowadzenia zabiegu wycięcia laparoskopowego nadszyjkowego macicy bez przydatków przeprowadzono zgodnie z opisem przedstawionym we wcześniejszej publikacji [18].

W przypadku operacji połączonej z wycięciem przydatków do ewakuacji wyciętych tkanek z jamy brzusznej posługiwano się plastikowymi workami.

Dren usuwano po upływie 18 godz. od zakończenia zabiegu i pełnym uruchomieniu chorej.

Chore uruchamiano 6 godz. po zakończeniu zabiegu, rezygnując od tego momentu z podawania dożylnych infuzji płynów na rzecz ich doustnego przyjmowania. W pierwszej dobie normalnie odżywiano pacjentki. Kontrolne badania przeprowadzone w kolejnych dobach pobytu i 14 dni po operacji nie wykazywały zmian w mied-

nicy małej. Obserwowano dolegliwości bólowe związane z podrażnieniem przepony przez dwutlenek węgla. Pacjentki nie wymagały dodatkowo antybiotykoterapii, poza rutynowo zastosowaną profilaktyką okołoperacyjną.

Wyniki

W badaniu przed operacją w odpowiedziach na przeprowadzoną ankietę pacjentki nie przekroczyły wartości granicznej natężenia objawów klimakterycznych. Miesiąc po operacji w grupie I pełnoobjawowe klimakterium pojawiło się u 69%, a w grupie II u 7% pacjentek. Po pół roku badania wykazały wzrost odsetka pacjentek do 76% w grupie I i do 21% w grupie II. Ponowne badania po roku od operacji potwierdziły dalszy wzrost odsetka pacjentek z objawami klimakterycznymi w grupie I do 81% i w grupie II do 28% (tab. I.).

Dyskusja

Usunięcie macicy u kobiet w wieku przedmenopauzalnym przyspiesza niewydolność hormonalną jajników i nasila objawy przekwitania, w tym również suchość pochwy [6, 12, 16]. Hasson uważa, że usunięcie szyjki macicy zmniejsza doznania orgazmu wewnętrznego, spowodowanego przez pobudzenie zakończeń nerwowych splotu pochwowo-macicznego [5]. W kontekście powyższych ustaleń optymalnym postępowaniem wydaje się być nadszyjkowe wycięcie macicy. Zastosowanie rozdrabniacza tkankowego – morcellatora – umożliwiło wykonanie tego zabiegu w całości laparoskopowo bez konieczności usuwania materiału tkankowego drogą kolpotomii czy mini-laparotomii [9, 7]. Taki zabieg daje szereg korzyści, wynikających ze zmniejszenia bólu pooperacyjnego, szybkiego uruchomienia pacjentek, co wiąże się z mniejszym zużyciem leków przeciwbólowych i antybiotyków, jednocześnie umożliwia pooperacyjną ocenę histopatologiczną materiału [15]. Obserwuje się również krótszy okres rekonwalescencji i szybszy powrót do aktywności. Porównując wycięcie macicy drogą pochwową w asyście laparoskopowej z laparoskopowym nadszyjkowym wycięciem macicy ocenia się tę ostatnią metodę jako bardziej prostą i dającą mniej powikłań [8, 10, 15]. Nie bez zna-

Tab. I. Wyniki badań nasilenia objawów klimakterycznych wg skali Greena u pacjentek po nadszyjkowym wycięciu macicy z przydatkami lub bez przydatków

Okres w jakim przeprowadzono ocenę wg skali Greena	Liczba badanych kobiet z punktacją powyżej 30 wg skali Greena	
	Grupa I	Grupa II
przed operacją	0 (0%)	0 (0%)
1 mies. po operacji	11 (69 %)	1 (7%)
6 mies. po operacji	12 (76%)	3 (21%)
12 mies. po operacji	13 (81%)	4 (28%)



czenia jest fakt wpływu pozostawienia szyjki macicy na odczucia seksualne chorych opisywany przez Hassona [5], co jest zgodne z naszymi obserwacjami. Obecnie w Polsce żyje 7 mln 220 tys. kobiet po 45. roku życia, co wg kwalifikacji WHO oznacza, że w tym okresie rozpoczyna się okres przedmenopauzalny [14]. Nadal dyskutowany pozostaje problem usuwania gonad w przypadku histerektomii, jako postępowania profilaktycznego zmian przydatkowych w okresie pooperacyjnym. W świetle badania naszej grupy rozszerzenie operacji o wycięcie niezmienionych przydatków szczególnie w okresie przedmenopauzalnym wydaje się być dyskusyjne. Podobny pogląd przedstawiają Woytoń i Jagielski w badaniach wykonywanych w przypadku wycięcia macicy z przydatkami

i bez przydatków, kiedy to jednoznacznie wykazują zalety pozostawienia gonad poprzez ich wpływ na opóźnienie wystąpienia objawów klimakterycznych [21]. Zachowanie szyjki macicy, jak ma to miejsce w przypadku nadszyjkowego wycięcia macicy nie zmienia takiego stanu rzeczy, co potwierdzają nasze badania.

Wniosek

Usunięcie gonad przy laparoskopowym nadszyjkowym wycięciu macicy u kobiet w okresie przedmenopauzalnym ma wpływ na przyspieszenie występowania objawów klimakterycznych.

Summary

Objectives: In this study influence of adnexectomy of women in premenopausal stage with supracervical laparoscopic hysterectomy on occurrence of menopausal symptoms were analysed.

Materials and methods: 30 woman in age of 45–48 years in premenopausal stage who were operated because of uterine myomas (laparoscopic supracervical hysterectomy) were examined. In 16 (I group) of them ovaries were removed, in 14 patients (II group) ovaries were not removed. Intensification of menopausal symptoms were evaluated using Green score before operation, one month, six months and one year after operation.

Results: After one year from operation menopausal symptoms in 28% of group II and 81% of group I were observed.

Conclusion: Range of laparoscopic supracervical hysterectomy with adnexectomy of women in premenopausal stage has influence on acceleration of occurrence of menopausal symptoms.

Key words: premenopause, adnexectomy, laparoscopic supracervical hysterectomy.

Piśmiennictwo

- Chao AS, Chang SY, Soong, YK. Postmenopausal tuboovarian abscess. Changcheng Yi Xue Za Zhi. 1992; 15 (3): 128-33.
- De Grandi P, Chardonnens E, Gerber S. The morcellator knife: a new laparoscopic instrument for supracervical hysterectomy and morcellation. Obstetrics & Gynecology 2000; 95 (5): 777-8.
- Eisen A, Rebbeck TR, Wood WC, Weber BL. Prophylactic surgery in women with a hereditary predisposition to breast and ovarian cancer. J Clin Oncol. 2000; 18 (9): 1980-95.
- Hart R, Magos A. The alternatives to hysterectomy. Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynecology. 1999; 13 (2): 271-9.
- Hasson HM. Cervical removal at hysterectomy for benign disease. Risks and benefits. J Reprod Med 1993; 38: 781-90.
- Keiser R, Kusche M, Wurz H. Hormone levels in women after hysterectomy. Arch Gynecol Obstet 1989; 244: 169-73.
- Kresch AJ, Lyons TL, Westland AB, et al. Laparoscopic supracervical hysterectomy with a new disposable morcellator J Am Assoc Gynecol Laparosc 1998; 5 (2): 293-6.
- Lalonde CJ, Daniell JF. Early outcomes of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy versus laparoscopic supracervical hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1993 (2): 251-6.
- Law P, Gedroyc WMW, Regan L, et al. Magnetic-resonance-guided percutaneous ablation of uterine fibroids. Lancet 1999; 354 (9195): 2049-50.
- Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy. A comparison of morbidity and mortality results with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. J Reprod Med 1993; 38 (10): 763-7.
- Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy. Obstet Gynaecology Clin North Am 2000; 27 (2): 441-50.
- Oldenhave A, Jazmann LJB, Everaerd W, Haspels AA. Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. Am J Obstet Gynecol 1993; 168: 765-71.
- Parazzini F, Bortolotti A, Chiantera V, et al. Goserelin acetate to avoid hysterectomy in premenopausal women with fibroids requiring surgery. European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology 1999; 87 (1): 31-3.
- Pertyński T. Menopauzalny okres życia kobiety. Przewodnik Lekarza 2002; 1-2 (37-38): 69-72.
- Richards SR, Simpkins S. Laparoscopic supracervical hysterectomy versus laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1995; 2 (4): 431-5.
- Siddle N, Sarrel P, Whitehead M. The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. Fertil Steril 1986; 47: 94-100.
- Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillieres Clin Obstet Gynecol 1997; 11 (1): 1-22.
- Swatowski D, Perzyńska A, Jakiel G. Laparoskopowe nadszyjkowe wycięcie macicy jako propozycja leczenia nawracających, obfitych krwawień w okresie premenopauzy. Menopauza – Sympozjum Menopauza 2001, Łódź 1-3 marca 2001, Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki – Bibl Nauk Tom III, Wyd ADI 2000: 257-61.
- Szymanowski K, Skrzypczak J, Banaszewski Sz, et al. Laparoskopowe leczenie mięśniaków macicy. Gin. Pol. 2000; 71: 413-8.
- Wiklund I. How to evaluate „Quality of life” in the menopause. Menopause European Consensus Development Conference-Montreux 1996; 23-8.
- Woytoń J, Jagielski A. Stan kliniczny kobiet po przebytej operacji usunięcia macicy z przydatkami i bez przydatków. Gin Pol 1991 Supl. t. 1: 78-81.

Adres do korespondencji

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

