

GINEKOLOGIA

Histerektomia waginalna powinna być metodą z wyboru

Rozmawiała Monika Stelmach

Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Rafałem Stojko, kierownikiem Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Zakonu Bonifratrów w Katowicach, o stosowaniu technik małoinwazyjnych w ginekologii.



Fot. Archiwum Rafał Stojko

Wielokrotnie powtarzał pan, że operacja przezpochwowa jest najlepszą metodą histerektomii. Jakie argumenty za tym przemawiają?

Histerektomia waginalna przede wszystkim jest najbezpieczniejszą, najmniej inwazyjną metodą usunięcia macicy. Laparotomia zostawia rozległą ranę i naraża pacjentkę na cierpienie. Laparoscopia wymaga niewielkich nacięć powłok brzusznych, ale nadal są to nacięcia. W histerektomii pochwowej nie otwiera się powłok brzusznych, a jednocześnie dostęp do narządów jest zbliżony do innych metod operacyjnych. To pozwala pacjentce najszybciej wrócić do zdrowia. Większość kobiet wychodzi ze szpitala 24 godziny po zabiegu, podczas gdy w przypadku otwartej chirurgii jest to możliwe dopiero po 4–5 dobach, a do pełnej aktywności życiowej wraca się dopiero po 4 tygodniach. Dolegliwości bólowe po histerektomii waginalnej są niewielkie, dzięki czemu można ograniczyć stosowanie środków przeciwbólowych. Poza tym jest to najtańsza procedura usunięcia macicy, co ma znaczenie o tyle, że płatnik nie różnicuje stawek w zależności od sposobu przeprowadzenia zabiegu. Dlatego stosowanie tej metody leży również w interesie ekonomicznym szpitali.

Jakie są przeciwwskazania do jej zastosowania?

Metoda ta ma sporo ograniczeń w onkologii, chociaż czasami jest stosowana również w leczeniu nowotworów, np. u otyłych pacjentek z przeciwwskazaniami do znieczulenia ogólnego z rakiem

trzonu macicy przeprowadzamy zabieg metodą przezpochwową oraz stosujemy pozostałe metody leczenia, czyli chemio- i radioterapię. Generalnie metoda przezpochwowa jest lepszym rozwiązaniem dla kobiet z nadwagą i otyłością, gdyż chroni je przed częściej zdarzającymi się w tej grupie powikłaniami pooperacyjnymi, m.in. zakrzepicą żył głębokich czy infekcją ran pooperacyjnych. Drugim podstawowym przeciwwskazaniem jest wielkość macicy i dostęp operacyjny. Jeśli operator ma możliwości sprzętowe i doświadczenie, to przyjmuje się, że można operować macicę nawet wielkości ok. 20-tygodniowej ciąży, chociaż większość podręczników wskazuje, że powyżej rozmiarów 12-tygodniowej ciąży należy rozważyć inny dostęp operacyjny.

Czy jest to procedura bezpieczna?

Najbezpieczniejsza ze wszystkich dostępnych metod histerektomii. Najwięcej powikłań mamy w laparoskopii, nieco mniej w chirurgii przezbrzuszej. W przypadku metody waginalnej najczęściej są to stany zapalne. Pozostałe powikłania to krwotoki oraz zaburzenia statyki narządu rodowego, czyli obniżenie narządu rodowego, uszkodzenia układu moczowego, wreszcie uszkodzenia układu pokarmowego oraz pochwy. Te powikłania zdarzają się w każdej z metod, ale w histerektomii pochwowej stosunkowo najrzadziej. Wiele zależy od wprawy lekarza oraz używanych narzędzi, najlepiej więc sięgać po zaawansowaną elektrochirurgię. Poza tym ważna jest dobra kwalifikacja pa-

cjentek, czyli dokładnie zebrany wywiad lekarski, który pozwoli określić ryzyko wystąpienia problemów z dostępem operacyjnym w trakcie zabiegu oraz prawidłowo ocenić wielkość narządu. Zwykle obawiamy się chorób zrostowych, które uniemożliwią przeprowadzenie operacji.

Czy w takim wypadku histerektomia przezpochwowa powinna być metodą z wyboru u pacjentek ze wskazaniami do usunięcia macicy?

Absolutnie tak. Histerektomia waginalna powinna być metodą z wyboru, takie są zalecenia towarzystw naukowych. Oznacza to, że jeśli mamy jakiegokolwiek wskazania do usunięcia macicy z przyczyn nieonkologicznych, to w pierwszej kolejności powinniśmy rozważyć zabieg przezpochwowy. Dopiero kiedy istnieją przeciwwskazania do zastosowania histerektomii waginalnej, należy sięgnąć po inne metody: laparoskopię czy chirurgię otwartą.

W Polsce przeprowadza się ok. 30 tys. histerektomii rocznie, z czego 3,5 proc. drogą pochwową, 6,5 proc. laparoskopowo, a 90 proc. poprzez laparotomię. Skoro histerektomia waginalna jest metodą najbezpieczniejszą i najtańszą, to dlaczego w naszym kraju wciąż jest tak rzadko stosowana?

„Większość kobiet poddanych histerektomii przezpochwowej wychodzi ze szpitala 24 godziny po zabiegu, podczas gdy w przypadku otwartej chirurgii jest to możliwe dopiero po 4–5 dobach, a do pełnej aktywności życiowej wraca się dopiero po 4 tygodniach

My – lekarze również zadajemy sobie pytanie, dlaczego w naszym kraju tak rzadko sięga się po tę metodę. Mamy w Polsce bardzo dobrą szkołę łódzką prof. Malinowskiego. Prowadziliśmy duże badania na temat histerektomii waginalnych. Mówimy o tym na konferencjach, organizujemy szkolenia z zakresu technik małoinwazyjnych. Widać nadal trzeba szkolić lekarzy i budować świadomość w środowisku medycznym, co jest ogromnym zadaniem do wykonania. Dlatego też techniki małoinwazyjne w ginekologii znalazły swoje miejsce w programie Ogólnopolskiego Kongresu – Praktyczny Gabinet Ginekologiczny. Myślę też, że same pacjentki mogą skłonić lekarzy do wykonywania zabiegów usunięcia macicy w możliwie najbezpieczniejszy sposób. Coraz więcej kobiet ma wiedzę na ten temat i szuka placówek, które wykonują zabiegi małoinwazyjne. Do naszego, śląskiego oddziału przyjeżdżają pacjentki z oddalonych o setki kilometrów miejsc. Presja społeczna może dać do myślenia. ■

Histerektomia waginalna będzie jednym z tematów omawianych podczas Ogólnopolskiego Kongresu – Praktyczny Gabinet Ginekologiczny, który zacznie się 26 czerwca.