

# Co oznacza termin – histerektomia laparoskopowa?

## *Laparoscopic hysterectomy – what does it mean?*

Andrzej Jan Barwijuk, Grzegorz Szymczyk

*Histerektomia jest najczęściej wykonywaną operacją ginekologiczną u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. Wraz z rosnącym zainteresowaniem technikami endoskopowymi rośnie liczba zabiegów wycinania macicy z wykorzystaniem laparoskopu. Korzyści dla pacjentek są powszechnie znane, a jedna z nich, szybka rekonwalescencja, przyczynia się również do obniżenia kosztów całego procesu terapeutycznego. W szerokim pojęciu laparoskopowej histerektomii mieszczą się operacje wycinania trzonu macicy, trzonu i szyjki macicy, trzonu, szyjki i przydatków, a w niektórych przypadkach trzonu, szyjki, przydatków, a także węzłów chłonnych miedniczych i okołoaortalnych. W oparciu o dane z literatury przedmiotu podjęto próbę odpowiedzi na pytanie, co w chwili obecnej mieści się pod pojęciem histerektomii laparoskopowej?*

**Słowa kluczowe:** histerektomia, laparoscopia

(Przegląd Menopauzalny 2005; 4: 14–16)

Histerektomia jest najczęściej na świecie wykonywaną operacją ginekologiczną u kobiet w wieku okołomenopauzalnym. W roku 1989 H. Reich po raz pierwszy opisał histerektomię, wykonaną z wykorzystaniem laparoskopu [1]. Od tamtej pory pojawiło się wiele modyfikacji tego zabiegu. Obecnie pod pojęciem histerektomii laparoskopowej mieszczą się zarówno operacje pochwowego wycięcia macicy, gdzie część endoskopowa zabiegu polega na uwolnieniu zrostów lub przecięciu niektórych więzadeł i naczyń macicznych, jak również radykalne wycięcia macicy z przymaciczami, mankietem pochwy i węzłami chłonnymi, gdzie wszystkie czynności wykonywane są laparoskopowo, a wydobycie macicy odbywa się przez pochwę [2]. Wydaje się, iż jest to nomenklatura niewłaściwa, albowiem zasadniczy element zabiegu, to jest usunięcie macicy, wykonywane jest drogą pochwową. Nazwy właściwe powinny brzmieć: pochwowa histerektomia wspomagana laparoskopowo, pochwowa totalna histerektomia wspomagana laparoskopowo lub pochwowa radykalna histerektomia wspomagana laparoskopowo. Zabiegiem przepro-

wadzonym wyłącznie laparoskopowo jest histerektomia nadszyjkowa, podczas której odcięty trzon macicy wydobywany jest na zewnątrz jamy brzusznej z użyciem morcelatora [3]. Totalna histerektomia laparoskopowa może być również wykonana w całości endoskopowo, pod warunkiem odcięcia macicy od pochwy, zszycia kikutka pochwy i wydobycia macicy z jamy otrzewnowej z wykorzystaniem technik laparoskopowych.

Histerektomię pochwową w porównaniu do histerektomii brzusznej i laparoskopowej charakteryzuje najmniejsza liczba powikłań oraz najniższe koszty, w związku z czym powinna być wykonywana najczęściej [4]. Istnieje jednak wiele sytuacji klinicznych, w których droga pochwowa jest przeciwwskazana lub też występują obiektywne trudności techniczne do jej przeprowadzenia. Najczęściej wówczas wykonywaną operacją wycięcia macicy jest histerektomia brzuszna. Charakteryzuje ją największy uraz okołoperacyjny, najdłuższa hospitalizacja, najgorszy efekt kosmetyczny i najdłuższa rekonwalescencja. Alternatywą do histerektomii brzusznej jest od końca lat 90. ubiegłe-

Oddział Ginekologiczny Szpitala im. św. Rodziny w Warszawie;  
ordynator Oddziału dr n. med. Andrzej Jan Barwijuk



go wieku histerektomia laparoskopowa. Dodatkowo niewątpliwym choć niezamierzonym osiągnięciem laparoskopii jest rosnąca liczba histerektomii pochwo- wych wykonywanych w asyście laparoskopu, bądź bez niej.

Jedną z pierwszych klasyfikacji histerektomii laparoskopowych podał w 1993 r. Munro [5]. Cechą wspólną wszystkich ujętych w niej zabiegów wycięcia macicy był pochwo- wy etap wydobywania macicy z jamy brzusznej. Jednak wraz z udoskonalaniem technik operacyjnych oraz wprowadzaniem nowego instrumentarium, pojawiły się możliwości przeprowadzenia histerektomii wyłącznie drogą laparoskopową. Obecnie z użyciem laparoskopu wykonuje się następujące zabiegi wycięcia macicy:

1. laparoskopową histerektomię nadszyjkową (*Laparoscopic Supracervical Hysterectomy*)
2. pochwową histerektomię wspomaganą laparoskopowo (*Laparoscopically Assisted Vaginal Hysterectomy*) z 5 typami:
  - typ 0 – oglądanie narządu rodne- go,
  - typ 1 – adhezioliza,
  - typ 2 – odcięcie więzadeł obłych i lejkowo- miednicowych lub własnych jajnika,
  - typ 3 – odcięcie tętnic macicznych,
  - typ 4 – odcięcie więzadeł podstawowych i krzyżowo-macic- znych;
3. totalną histerektomię laparoskopową (*Laparoscopic Total Hysterectomy*);
4. totalną histerektomię pochwową wspomaganą laparoskopowo (*Laparoscopically Assisted Total Vaginal Hysterectomy*);
5. radykalną histerektomię pochwową wspomaganą laparoskopowo (*Laparoscopically Assisted Radical Vaginal Hysterectomy*):
  - 1 – typ II wg Pivera, Rutledge’a,
  - 2 – typ III wg Pivera, Rutledge’a.

Jedynie nadszyjkowa histerektomia laparoskopowa (LSH) i totalna histerektomia laparoskopowa (LTH) są operacjami wycięcia macicy drogą laparoskopową. Pozostałe to histerektomie pochwo- we wspomagane laparoskopowo. Różny zakres zabiegów wpływa na różnice w instrumentarium potrzebnym do ich przeprowadzenia, jak również powoduje, iż występują istotne różnice w technikach operacyjnych. Polegają one m.in. na ułożeniu pacjentki na stole operacyjnym. W większości przypadków pacjentki leżą w pozycji jak do litotomii, jednak podczas wykonywania LSH, bądź LTH mogą leżeć na plecach z nogami wyprostowanymi w stawach kolano- wych i przywiedzionymi w stawach biodrowych. Wykorzystanie manipulatora pochwo- wego celem ekspozycji macicy podczas pochwo- wej histerektomii wspomaganej laparoskopowo (LAVH) i pochwo- wej totalnej histerektomii wspomaganej laparoskopowo (LARVH), możliwe jest wyłącznie w przypadkach nieonkologicznych. Prze-

ciwwskazane jest zakładanie manipulatora pochwo- wego w przypadkach raka trzonu i szyjki macicy.

Niewątpliwie różne są też wskazania do poszczegól- nych rodzajów histerektomii. Wskazaniem do prze- prowadzenia LSH są objawowe mięśniaki macicy, przerost błony śluzowej jamy macicy, obfite krwawie- nia maciczne niepoddające się farmakoterapii, adeno- mioza i endometrioza, a także *pelvic pain syndrome* [6]. Technika zabiegu polega na odcięciu więzadeł obłych, lejkowo-miednicowych lub własnych jajnika, przecię- ciu obu blaszek więzadła szerokiego macicy, zamknię- ciu światła obu tętnic macicznych oraz odcięciu trzonu od szyjki macicy. W kolejnym etapie trzon macicy wy- dobywany jest z jamy otrzewnowej przy pomocy mor- celatora. Wskazania do przeprowadzenia LAVH są po- podobne, jak w przypadku LSH, ewentualnie dodatkowo rozszerzone o patologie szyjki macicy, takie jak np. dysplazja czy wczesna neoplazja [6]. Technika zabiegu polega dodatkowo na odcięciu więzadeł podstawo- wych, więzadeł krzyżowo-macic- znych z dostępu lapa-oskopowego oraz odcięciu macicy od sklepień pochwy z dostępu pochwo- wego. Lista wskazań do LTH jest zbliżona do wskazań do LAVH, a różnica polega na tym, iż podczas wykonywania LTH wszystkie etapy operacji wykonywane są laparoskopowo. Tą drogą macica jest odcinana od sklepień pochwy, kikut pochwy zszywany, a preparat wydobywany na zewnątrz jamy brzusznej z pomocą morcelatora. Istnieje grupa pacjentek, które nigdy nie rodziły drogami natury. Do- stęp pochwo- wy jest u nich znacznie utrudniony a zakres zabiegu obejmować powinien trzon i szyjkę maci- cy [7]. U tych właśnie pacjentek wskazana jest LTH, podobnie jak u tych, u których w badaniu ultrasono- graficznym stwierdzono mięśniaki macicy o średnicy więk- szej aniżeli 5 cm, z macicą ważącą ponad 300 g oraz z niezośliwymi zmianami w przydatkach, towarzyszą- cymi patologii macicy [8]. W przypadkach, gdy wszyst- kie etapy zabiegu z odcięciem macicy od sklepień pochwy wykonywane są laparoskopowo, a wydobycie pre- paratu i wszycie kikuta pochwy przeprowadza się z do- stępu pochwo- wego, ten właśnie rodzaj zabiegu nosi na- zwę LATVH. Wskazaniem do wykonania LATVH są towarzyszące chorobie zasadniczej zaburzenia statyki narządu rodne- go, wymagające operacji naprawczej krocza i pochwy. Najbardziej radykalnym rodzajem histerektomii jest LARVH, po raz pierwszy opisana przez Querleu w 1993 r. [9]. Wykonuje się ją wyłącznie ze wskazań onkologicznych, tj. we wczesnych stadiach raka jajnika [10], szyjki i trzonu macicy [11, 12, 13]. Kontrowersyjnym wskazaniem jest rak jajnika i wielu klinicystów stoi na stanowisku, iż w tym wypadku po- winno się odstąpić od procedury laparoskopowej i przeprowadzić radykalną operację brzusz- ną. Po usunięciu wszystkich piętér węzłów chłonnych, kolejnym etapem LARVH jest usunięcie macicy przez pochwę. Dargent wykonuje 2 typy zabiegu w zależności od jego



rozległości [14]. Bardziej radykalny to operacja sposobem Schauta-Amreich, podobna do histerektomii wykonywanej z dostępu brzuszego, klasyfikowany jako typ III wg Pivera, Rutledge'a. Zakłada on przecięcie więzadeł podstawowych bocznie od przebiegu moczowodu przy ścianie miednicy oraz więzadeł krzyżowo-macicznym, możliwie najbliżej kości krzyżowej. Cięcie Schucharda w etapie pochwowym zabiegu jest z reguły konieczne. Mniej radykalny jest sposób Schauta-Stoeckel, podobny do histerektomii II klasy wg Pivera, Rutledge'a [15]. W tym typie operacji więzadła podstawowe są przecinane przyśrodkowo w stosunku do moczowodu, a więzadła krzyżowo-maciczne w połowie ich długości.

Pojęcie histerektomii laparoskopowej nie jest zatem tak szerokie. Każdy zabieg, w którym macica wy-

dobywana jest z jamy brzusznej przez pochwę, jest w istocie histerektomią pochwową – wspomaganą laparoskopowo – jak w przypadku LAVH, czy totalną histerektomią pochwową wspomaganą laparoskopowo – jak w przypadku LATVH, albo też radykalną histerektomią pochwową wspomaganą laparoskopowo – jak w przypadku LAVRH.

Jedynie LSH i LTH są operacjami wycięcia macicy drogą laparoskopową, a w obu przypadkach macica wydobywana jest na drodze laparoskopowej morcelacji.

Wydaje się więc, iż uprawnionym do nazwy histerektomii laparoskopowej są jedynie LSH czyli nadszyjkowa histerektomia laparoskopowa i LTH czyli totalna histerektomia laparoskopowa.

### Summary

*Hysterectomy is the most common gynaecologic operation performed in perimenopausal women. According to increasing interest in endoscopic techniques it is also increasing number of uterus removing procedures with the use of laparoscop. The advantages of this technique are commonly known, one of them is the quick patients' recovery, which decreases the total therapeutic expenses, also. In broad meaning the term "laparoscopic hysterectomy" comprises particular operations: removing of the uterus, uterus with its cervix, uterus, cervix and adnexa and – in some cases – uterus, cervix, adnexa, with pelvic and periaortal lymph nodes. Basing on data from literature we have undertaken the trial of answer to question – what does the term "laparoscopic hysterectomy" actually mean?*

**Key words:** hysterectomy, laparoscopy

### Piśmiennictwo

1. Reich H, De Caprio J, McGlynn F. *Laparoscopic hysterectomy*. J Gynecol Surg 1989; 5: 213-6.
2. Lee CL, Huang KG. *Total laparoscopic radical hysterectomy using Lee-Huang portal and McCartney transvaginal tube*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2002; 9 (4): 536-54.
3. Lyons T, Adolph A, Winner W. *Laparoscopic supracervical hysterectomy for the large uterus*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (2): 170-4.
4. Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. *Three methods of hysterectomy: a randomised, prospective study of short-term outcome*. Br J Obstet Gynecol 2000; 107: 1380-5.
5. Munro MG, Parker WH. *A classification system for laparoscopic hysterectomy*. Obstet Gynecol 1993; 82: 624-9.
6. El-Mowafi D, Madkour W, Lall C, et al. *Laparoscopic Supracervical Hysterectomy versus Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy*. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2004; 11 (2): 175-80.
7. Chapron C, Dubuisson JB, Ansquer Y. *Hysterectomy for patients without previous vaginal delivery: results and modalities of laparoscopic surgery*. Human Reprod 1996; 11: 2122-6.
8. Parker W. *Total laparoscopic hysterectomy*. Obstet Gynecol Clin North Am 2000; 27: 431-40.
9. Querleu D. *Laparoscopically assisted radical vaginal hysterectomy*. Gynecol Oncol 1993; 51: 244-8.
10. Reich H, McGlynn F, Wilkie W. *Laparoscopic management of stage I ovarian cancer: a case report*. J Reprod Med 1990; 35: 601-604.
11. Childers JM, Surwit EA. *Combined laparoscopic and vaginal surgery for the management of two cases of stage I endometrial cancer*. Gynecol Oncol 1992; 45: 486-71.
12. Querleu D, Leblanc E, Castelain B. *Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix*. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 579-81.
13. Skręć A, Obrzut B, Kluz T i wsp. *Laparoskopowo-pochwowa histerektomia radykalna w leczeniu raka szyjki macicy*. Gin Pol 2003; 5: 377-83.
14. Dargent D. *Laparoscopic surgery in gynecologic oncology*. Surg Clin North Am 2001; 81 (4): 949-64.
15. DiSaia P, Creasman W. *Inwazyjny rak szyjki macicy*. Gin Onkol (Sikorski R, red.). Lublin: Czelej Sp. z o.o. 1997: 73-135.

### Adres do korespondencji

dr n. med. **Andrzej Jan Barwijk**  
Szpital im. św. Rodziny  
ul. Madalińskiego 25  
02-544 Warszawa

