

Ocena porównawcza metod operacyjnych stosowanych w profilaktyce obniżenia narządu płciowego u kobiet

Comparison of operative methods performed in prophylaxis of female reproductive organs descensus

Joanna Grzeško, Marek Elias, Marian Stanisław Gabryś, Magdalena Tłaczała

Klinika Ginekologii II Katedry Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu;
kierownik Katedry i Kliniki: dr hab. med. Marian Stanisław Gabryś, profesor nadzwyczajny

Przeгляд Menopauzalny 2006; 5: 286–291

Streszczenie

Wstęp: Obniżenie narządu płciowego jest jedną z głównych przyczyn dyskomfortu i dolegliwości bólowych u kobiet z uszkodzeniami aparatu zawieszającego narząd płciowy, a istotny udział mają w tym operacje amputacyjne w miednicy mniejszej. Zapobieganie zaburzeniom statyki po brzusznych zabiegach usunięcia macicy ma kluczowe znaczenie w utrzymaniu jakości życia operowanych pacjentek.

Cel pracy: Celem pracy jest analiza metod profilaktycznych, stosowanych podczas operacji ginekologicznych, zapobiegających obniżeniu czy wypadaniu pozostawionych po zabiegach części narządu płciowego, jak i późniejszemu nietrzymaniu moczu.

Materiał i metody: Przeanalizowano 189 zabiegów amputacji i ekstirpacji macicy wykonywanych w latach 1999–2002 w Klinice Ginekologii II Katedry Ginekologii i Położnictwa AM we Wrocławiu. Wśród nich wyodrębniono: 77 zabiegów amputacji macicy i 112 zabiegów ekstirpacji macicy. Każdą pacjentkę poproszono o telefoniczną odpowiedź na trzy pytania dotyczące trzymywania moczu przed i po operacji, uczucia obniżenia kikutu szyjki/pochwy potwierdzonego przez lekarza prowadzącego, oraz bólu i dyskomfortu w miednicy mniejszej.

Wyniki: Na podstawie analizy statystycznej nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w trzymaniu moczu po zabiegu operacyjnym w zależności od rodzaju przeprowadzonej operacji. Podobne wyniki dotyczyły dolegliwości bólowych miednicy mniejszej. Stwierdzono istotną statystycznie różnicę w obniżeniu kikutu szyjki macicy po zabiegu amputacji macicy bez podwieszenia jej na więzadłach obtych w porównaniu z całkowitym usunięciem macicy bez dodatkowego podwieszenia kikutu pochwy.

Wnioski: Amputacja nadszyjkowa macicy bez zawieszenia kikutu szyjki skutkuje zwiększeniem częstotliwości obniżenia kikutu szyjki, czego nie obserwuje się w odniesieniu do kikutu pochwy. Pozwala na postawienie tezy o niepozostawianiu szyjki macicy w przypadku konieczności usunięcia macicy bez jej podwieszenia lub wykonywaniu operacji całkowitego usunięcia macicy.

Słowa kluczowe: amputacja macicy, ekstirpacja macicy, nietrzymanie moczu

Summary

Objective: Descensus of female reproductive tract is one of the main reasons of discomfort and pain among women after such gynaecological operations like total abdominal hysterectomy and supracervical hysterectomy which are the most common gynecologic operations performed in the world.

The aim of our study was the analysis of prophylactic methods performed during subtotal and total hysterectomies to decrease potential risk of descensus of these parts of female genital tract which are left after the operation.

Methods: We analysed 189 descriptions of total and supracervical hysterectomies performed in the 2nd Department of Gynaecology and Obstetrics, Medical University of Wrocław from 1999 to 2002. We include 77 patients who underwent supracervical hysterectomies and 112 who were treated with total abdominal hysterectomies. We had phone contact with each of these patients and three questions were asked to each of them. Questions deals with

Adres do korespondencji:

Joanna Grzeško (e-mail: joannagrzesko@interia.pl), Klinika Ginekologii, II Katedra Ginekologii i Położnictwa, AM, ul. Dyrekcyjna 5/7, 50-528 Wrocław, tel. +48 71 334 41 39, e-mail: gin2@gin2.am.wroc.pl

urine continence before and after operation, pelvis pain or discomfort and the descensus of vagina vault or cervix stump, confirmed by gynecological examination performed by their gynecologists.

Results: After performing statistical analysis we stayed that there were no statistical significant differences in urinary continence and pelvis pain in observed group of patients. We found that there is a difference in descensus of cervix stump left after supracervical hysterectomy without the bilateral suspension of the cervix on the round ligament of uterus, which was not observed among the patient who underwent total hysterectomy.

Conclusions: Supracervical hysterectomy without cervix bilateral suspension on the round ligament may lead to higher risk of cervix stump descensus or prolapse.

Key words: supracervical hysterectomy, total abdominal hysterectomy, urine incontinence

Wstęp

Obniżenie narządu płciowego jest jedną z głównych przyczyn dyskomfortu i dolegliwości u kobiet z uszkodzeniami aparatu zawieszającego narząd płciowy, w których swój udział mają operacje amputacyjne w zakresie narządu płciowego. Zapobieganie zaburzeniom statyki po brzusznych zabiegach usunięcia macicy ma kluczowe znaczenie w utrzymaniu jakości życia operowanych pacjentek.

Histerektomia jest najczęściej wykonywanym zabiegiem w ginekologii operacyjnej [1]. Według danych, do 65. roku życia 1 na 3 kobiety przejdzie zabieg usunięcia macicy z różnych wskazań [2]. Dotychczasowa praktyka wskazuje na istotną liczebną przewagę zabiegów całkowitego brzuszego usunięcia macicy nad zabiegami nadszyjkowej amputacji, jakkolwiek niektórzy autorzy donoszą o powolnym, ale stałym wzroście liczby zabiegów amputacji nadszyjkowej trzonu macicy [3]. Ma to najprawdopodobniej związek z panującą obecnie w ginekologii operacyjnej tendencją do odchodzenia od operacji radykalnych w stronę procedur oszczędzających. Według danych z Danii [4] liczba operacji całkowitego usunięcia macicy zmniejszyła się w ostatnim dziesięcioleciu o ok. 38% i o tyle samo wzrosła liczba wykonywanych zabiegów nadszyjkowej amputacji macicy.

Zwolennicy całkowitego brzuszego usunięcia macicy z powodu łagodnych schorzeń narządu płciowego kobiety stoją na stanowisku, że usunięcie szyjki macicy podczas zabiegu operacyjnego wiąże się z wyeliminowaniem ryzyka rozwoju raka szyjki macicy u operowanej pacjentki. Jednak wobec ciągle wzrastającej świadomości pacjentek, powszechnej dostępności badania cytologicznego oraz rozwoju nowych metod diagnozowania i leczenia wczesnych postaci raka szyjki macicy, argument ten nie powinien być czynnikiem warunkującym przeprowadzanie tego rodzaju zabiegu. Obecnie uważa się, że ryzyko wystąpienia raka szyjki macicy u żyjącej w związku monogamicznym kobiety, bez współistniejącej infekcji wysoko onkogennym typem wirusa HPV i co najmniej trzema prawidłowymi wynikami badania cytologicznego wynosi 0,05% [5]. Dane z piśmiennictwa wskazują, że z całkowitą histerektomią brzuszną wiąże się nieco większe ryzyko uszkodzenia układu moczowego, co zdarza się dotychczas u ok. 1–3%

operowanych i jest najczęstszym powikłaniem tego typu zabiegów [6], dłuższy jest czas trwania tego typu zabiegów, częściej też dochodzi po histerektomiach do infekcji przyrannych, krwiaków, czy powstawania nieprawidłowej ziarniny w pochwie [4]. Sądzi się też, że większa ingerencja w aparat więzadłowy odpowiedzialny za statykę narządów miednicy mniejszej, powoduje większe ryzyko obniżenia i wypadania pozostawionych po zabiegu części narządu płciowego kobiety.

Z kolei główną zaletą niecałkowitej histerektomii nadszyjkowej jest mniejsze ryzyko operacyjnego uszkodzenia moczowodów, mniejszy odsetek dysfunkcji seksualnej u pacjentek po zabiegu operacyjnym [1], krótszy czas hospitalizacji i mniejszy odsetek występowania gorączki i innych powikłań pooperacyjnych [7]. Najistotniejsze wydaje się jednak mniejsze ryzyko zaburzeń statyki pozostawionej po zabiegu części narządu płciowego, co może mieć związek z mniejszą ingerencją w struktury zawieszające macicę i obwodowe sploty nerwowe unerwiające miednicę mniejszą.

Dodatkowym elementem chroniącym pacjentki przed dyskomfortem związanym z obniżeniem lub wypadaniem kikuta szyjki lub pochwy są procedury podwieszania pozostawionych elementów narządu płciowego do odpowiednich struktur aparatu więzadłowego miednicy mniejszej kobiety.

Cel pracy

Celem pracy jest analiza metod profilaktycznych, stosowanych podczas operacji ginekologicznych, zapobiegających obniżeniu czy wypadaniu pozostawionych po zabiegach części narządu płciowego oraz późniejszemu nietrzymaniu moczu.

Materiał i metody

Przeanalizowano 351 opisów zabiegów amputacji i ekstyrpacji macicy wykonywanych w latach 1999–2002 w Klinice Ginekologii II Katedry Ginekologii i Położnictwa AM we Wrocławiu. Z analizy wykluczono pacjentki operowane z powodu choroby nowotworowej, a także te

chore, z którymi kontakt telefoniczny okazał się niemożliwy z powodu braku pełnych danych.

Do ostatecznej analizy włączono 189 opisów z zabiegów operacyjnych. Wśród nich wyodrębniono: 77 zabiegów amputacji macicy i 112 zabiegów ekstyrpacji macicy. W obu grupach zabiegów wyodrębniono trzy podgrupy:

1. W pierwszej podgrupie zostało wykonane podwieszenie kikuta szyjki lub pochwy na więzadłach obłych (AP – amputacja macicy z podwieszeniem kikuta szyjki, EP – ekstyrpacja macicy z podwieszeniem kikuta pochwy).
2. W drugiej podgrupie wykonywano otrzewnowanie kikuta, tj. połączenia kikutów więzadeł krzyżowo-macicznym z przednią, okołopęcherzową częścią łącznotkankowego aparatu zawieszającego (AZ – amputacja z otrzewnowaniem, EZ – ekstyrpacja z otrzewnowaniem).
3. W trzeciej podgrupie nie wykonywano żadnych dodatkowych czynności (AN – amputacja bez podwieszenia i otrzewnowania, EN – ekstyrpacja bez podwieszenia i otrzewnowania).

Każdą pacjentkę poproszono o telefoniczną odpowiedź na pytania stawiane przez autorów pracy. Wszystkie ankietowane kobiety zgodziły się wziąć udział w badaniu.

Pierwsze pytanie dotyczyło trzymania moczu przed i po zabiegu operacyjnym; drugie – dolegliwości bólowych istniejących przed zabiegiem i tych, które pojawiły się po operacji; trzecie – dotyczyło statyki kikuta szyjki lub pochwy ocenianej subiektywnie przez pacjentkę oraz przez jej lekarza prowadzącego.

Wyniki uzyskanych badań poddano opracowaniu statystycznemu. Częstości występowania cechy w grupach porównywano testem χ^2 lub, gdy wartość oczekiwana w komórce była mniejsza od 5, testem Fishera. $P \leq 0,05$ uznawano za znaczące statystycznie, rr (relative risk) – względne ryzyko wystąpienia, w nawiasach kwadratowych podano przedział ufności [CI] dla rr.

Analizę statystyczną przeprowadzono, wykorzystując komputerowy pakiet programów statystycznych EPIINFO Ver. 3.2.

Wyniki

Przeanalizowano 189 zabiegów operacyjnych. Czas jaki upłynął od zabiegu operacyjnego do rozmowy telefonicznej z pacjentką wynosił od 1,5 do 5 lat.

Zabiegi podzielono na: 77 zabiegów amputacji macicy i 112 zabiegów ekstyrpacji macicy.

W obydwu grupach zabiegów pacjentki przydzielono do jednej z trzech podgrup, w zależności od modyfikacji zabiegu zasadniczego.

W pierwszej kolejności analizowano odpowiedź na pytanie dotyczące trzymania moczu przed i po zabiegu operacyjnym. Po opracowaniu odpowiedzi udziela-

nych przez pacjentki wyróżniono 4 sytuacje: prawidłowego trzymania moczu przed i po zabiegu operacyjnym, prawidłowego trzymania moczu przed zabiegiem operacyjnym i pojawienia się nietrzymania moczu po operacji, obecność nietrzymania moczu przed zabiegiem operacyjnym i nasilenie lub zmniejszenie nietrzymania moczu po operacji.

Wśród pacjentek poddanych obserwacji odsetek nietrzymania moczu po zabiegu operacyjnym wynosił łącznie 41,6% w grupie amputacji i 38,4% w grupie ekstyrpacji. Na uwagę zasługuje fakt, że u większości pacjentek, które zgłaszały nietrzymanie moczu przed zabiegiem operacyjnym, po zabiegu wystąpiła subiektywna poprawa zgłaszanych dolegliwości – 18,2% w grupie amputacji i 12,5% w grupie ekstyrpacji. Z drugiej strony u pacjentek, które przed zabiegiem nie miały kłopotów z utrzymaniem moczu, po zabiegu nietrzymanie wystąpiło w 22,1% w grupie amputacji i 22,3% w grupie ekstyrpacji.

Za każdym razem porównywano grupy pacjentek po amputacji i po ekstyrpacji, odpowiadające sobie podgrupy (AN do EN, AZ do EZ, AP do EP) oraz poszczególne podgrupy w grupie (AZ do AN do AP). Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy pacjentkami z wyróżnionych w tabeli podgrup ($\chi^2_3=1,96$; $p=0,580$).

Można zatem stwierdzić, że zarówno zabieg nadszykowej amputacji, jak i całkowite usunięcie macicy wpływają negatywnie na trzymanie moczu przez pacjentki, bez względu na to, czy zastosowano dodatkowe procedury podwieszające kikut czy też nie.

Następnie analizowano odpowiedź na pytanie dotyczące dolegliwości bólowych w obrębie miednicy mniejszej u pacjentek po zabiegu operacyjnym. Pytano szczegółowo o charakter, nasilenie i czas trwania dolegliwości bólowych. Z analizy wykluczano dolegliwości bólowe miednicy mniejszej, których pacjentki doświadczały w ciągu miesiąca po zabiegu operacyjnym.

Stwierdzono, że dolegliwości bólowe i dyskomfort w miednicy mniejszej dotyczą równie często pacjentek po zabiegach amputacji trzonu macicy – 15,6%, jak i po zabiegach ekstyrpacji macicy – 16,1%. Tu również nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy pacjentkami w żadnej z wyróżnionych w tabeli podgrup ($\chi^2=0,01$; $p=0,910$).

Na końcu pytano o subiektywnie odczuwane przez pacjentkę obniżenie pozostawionego po zabiegu operacyjnym kikuta pochwy lub szyjki. Ankietowane, które taki objaw zgłaszały, pytane były o to, czy prowadzący je lekarz ginekolog potwierdził w trakcie badania ginekologicznego istnienie tej nieprawidłowości. Część pacjentek podawała, że nie odczuwa z tego powodu żadnych dolegliwości i dowiedziały się o istnieniu obniżenia w trakcie badania lekarskiego, dla części obniżenie kikuta szyjki lub pochwy było źródłem dużego dyskomfortu.

Stwierdzono, że w grupie pacjentek, które przeszły amputację macicy na odczuwalne obniżenie kikuta szyj-

Tab. I. Grupy pacjentek

Grupy pacjentek	Liczba pacjentek w grupie	Rodzaj zabiegu	Liczba pacjentek w grupie
amputacja	77	AN	26
		AZ	21
		AP	30
ekstirpacja	112	EN	47
		EZ	18
		EP	47

Tab. II. Trzymanie moczu przed i po zabiegu operacyjnym

	Prawidłowe trzymanie moczu przed i po operacji		Nietrzymanie moczu przed zabiegiem, pogorszenie po zabiegu			Nietrzymanie moczu przed zabiegiem, poprawa po zabiegu			Nietrzymanie moczu po zabiegu operacyjnym			Nietrzymanie moczu ogółem		
45	AN	58,4%	1	0	1,3%	14	5	18,2%	17	5	22,1%	32	AN	41,6%
	16-62 %												10-	38,5%
	AZ			0			5			5			AZ	
	12-57%												9-	42,9%
	AP			1			4			7			AP	
	17-57%												13-	43,3%
69	EN	61,6%	4	2	3,6%	14	5	12,5%	25	10	22,3%	43	EN	38,4%
	30-64%												17-	36,2%
	EZ			1			0			5			EZ	
	12-67%												6-	33,3%
	EP			1			9			10			EP	
	27-57%												20-	42,6%

Tab. III. Dolegliwości bólowe po zabiegu operacyjnym

Grupy pacjentek	Dolegliwości bólowe			Brak dolegliwości bólowych		
amputacja trzonu – 77	12	AN 3–11,5%	15,6%	65	23–88,5%	84,4%
		AZ 3–14,3%			18–85,7%	
		AP 6–20,0%			24–80,0%	
ekstirpacja – 112	18	EN 8–17,0%	16,1%	94	39–83,0%	83,9%
		EZ 3–16,7%			15–83,3%	
		EP 7–14,9%			40–85,1%	

ki skarży się 15,6% pytanym kobiet, podczas gdy w grupie kobiet, które zostały poddane ekstirpacji macicy podobne objawy zgłasza tylko 9,8%.

Porównując poszczególne grupy i podgrupy względem siebie stwierdzono, że pacjentki, u których wykonano amputację macicy bez dodatkowego podwieszenia kikuta i je-

go otrzewnowania cztery razy częściej zgłaszały odczuwalne obniżenie pozostawionego kikuta szyjki macicy niż pacjentki po ekstirpacji macicy bez podwieszenia i otrzewnowania kikuta, co było zależnością istotną statystycznie ($p_f=0,0285$ $rr=4,22$ [1,19÷ 14,9]).

Tab. IV. Obniżenie kikuta pochwy lub szyjki po zabiegu

Grupy pacjentek	Obniżenie kikuta szyjki lub pochwy			Brak obniżenia kikuta szyjki lub pochwy		
amputacja trzonu – 77	12	AN 7–26,9% AZ 3–14,3% AP 2–6,7%	15,6%	65	19–73,1% 18–85,7% 24–93,3%	84,4%
ekstyrpacja – 112	11	EN 3–6,4% EZ 2–11,1% EP 6–12,8%	9,8%	101	44–93,6% 16–88,9% 41–87,2%	90,2%

Tab. V. Obniżenie kikuta pochwy/szyjki po zabiegu amputacji i ekstyrpacji macicy bez dodatkowego podwieszenia pozostawionego kikuta

Grupy pacjentek	Liczba pacjentek w grupie	Obniżenie kikuta		Prawidłowa statyka kikuta	
AN	26	7	26,9%	19	73,1%
EN	47	3	6,4%	44	93,6%

$pF=0,0285$; $rr=4,22$ [1,19÷14,9]

Omówienie

Zabieg usunięcia macicy to najczęściej przeprowadzana operacja ginekologiczna na świecie, dlatego niezwykle ważna jest obserwacja najczęściej występujących powikłań u operowanych pacjentek oraz ich subiektywne odczucia dotyczące stanu zdrowia i jakości życia po zabiegu [1, 6].

Panuje pogląd, że histerektomia ma wpływ na wystąpienie nietrzymania moczu w okresie pooperacyjnym u pacjentek niezgłaszających tej dolegliwości przed zabiegiem. Ma to prawdopodobnie związek ze zniszczeniem jedności, jaką stanowią tkanka łączna i mięśnie dna miednicy, a także z naruszeniem gałązek nerwowych zaopatrujących te struktury oraz pęcherz moczowy. Z kolei amputacja nadszyjkowa macicy, z mniejszą ingerencją w struktury nerwowe unerwiające szyjkę, pochwę oraz pęcherz moczowy (splot Frankenhausera), prawdopodobnie chroni pacjentki przed zwiększonym ryzykiem wystąpienia nietrzymania moczu po zabiegu [8]. Doniesienia na ten temat nie są jednoznaczne. Część autorów podaje, że u pacjentek, które cierpiały z powodu nietrzymania moczu przed zabiegiem, po operacji następuje poprawa trzymania moczu i zmniejszenie uczucia niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego po mikcji, bez względu na to czy przeprowadzano zabieg oszczędzający szyjkę macicy, czy totalną histerektomię brzuszną [6, 7, 9, 10]. Potwierdzają to również wyniki naszej pracy. Gimbel i wsp., badając pacjentki rok po zabiegach operacyjnych, stwierdzili istotnie częstsze nietrzymanie moczu wśród kobiet po amputacji macicy niż w grupie po całkowitym wycięciu macicy [4]. Wyniki naszych badań wskazują na tak samo częste pooperacyjne nietrzymanie moczu u pacjentek w obu grupach zabiegów.

Wobec tak niejednoznacznych doniesień i wyników własnych prac, konieczne wydaje się prowadzenie dalszych badań.

Podobnie niejednoznacznie wyglądają doniesienia badające dolegliwości bólowe przed i po zabiegu operacyjnym. Panuje pogląd, że operacja polegająca na usunięciu zmiany zniekształcającej macicę i często zaburzającej stosunki anatomiczne w miednicy mniejszej (najczęściej są to mięśniaki macicy) powoduje zmniejszenie dolegliwości bólowych u pacjentki [11]. Poprawia też zwykle komfort współżycia zmniejszając dolegliwości bólowe podczas stosunku, co – choć nie było to przedmiotem naszej oceny – potwierdziło wiele badanych pacjentek. Również i w tym przypadku piśmiennictwo nie podaje przewagi żadnej z metod operacyjnych [1, 9, 10]. Poprawa jakości życia i zmniejszenie bólu występuje również u kobiet, które przed zabiegiem cierpiały na depresję i silne dolegliwości bólowe, choć u tych chorych poprawa była nieco mniejsza niż u pacjentek bez depresji, bez względu na rodzaj zabiegu [12].

Dotychczasowe obserwacje nie pozwalają również na wykazanie przewagi którejkolwiek z zastosowanych metod w przeciwdziałaniu pooperacyjnemu obniżaniu i wypadaniu narządu płciowego, a ich zastosowanie należy indywidualizować w zależności od operowanych schorzeń i istniejących warunków anatomicznych.

Teoretyczna przewaga amputacji nad ekstyrpacją macicy w profilaktyce obniżenia i wypadania kikuta wynika z mniejszej ingerencji w struktury anatomiczne (np. więzadła krzyżowo-maciczne) utrzymujące szyjkę i górną część pochwy w odpowiedniej pozycji. W trakcie amputacji mniejsze jest też ryzyko zniszczenia splotów nerwowych unerwiających szyjkę i górną część pochwy [8]. W trakcie ekstyrpacji macicy więzadła te są przecinane

i kikut pochwy jest pozbawiony połączeń ze ścianą miednicy mniejszej, niszczone jest też większa część pierwotnego unerwienia.

Według danych amerykańskich ocenia się, że po zabiegu całkowitego brzuszego usunięcia macicy wypadanie kikuta pochwy wystąpi u 3,6 pacjentek na 1000 osobo-lat [13]. Jest niewiele doniesień oceniających wpływ operacji podwieszających na statykę pooperacyjnego kikuta szyjki i pochwy w długofalowej obserwacji.

W swojej pracy Thakar i wsp. [6] podają, że podczas rocznej obserwacji pacjentek po zabiegach amputacji i ekstyrpacji macicy wypadanie kikuta szyjki odnotowali u 1,5% pacjentek objętych obserwacją, nie stwierdzając ani jednego przypadku wypadania kikuta pochwy. Nie wiemy jednak, czy zastosowano w tych przypadkach operacyjne podwieszenie kikuta, czy też nie. Podobne obserwacje mają Gimbel i wsp. [4], którzy w trakcie takiego samego czasu obserwacji nie odnotowali ani jednego przypadku wypadania kikuta pochwy i 3 przypadki wypadania kikuta szyjki (1,8%). Wyniki te zgodne są z naszymi. Stwierdziliśmy istotnie częściej występujące obniżenie/wypadanie kikuta szyjki w stosunku do kikuta pochwy, w podgrupach pacjentek, u których podczas zabiegów nie wykonywano żadnej z procedur podwieszających kikut. Naszym zdaniem potwierdza to istotną rolę podwieszania kikuta szyjki i pochwy w zachowaniu ich prawidłowej statyki.

Wynik ten może wydawać się zaskakujący, bo przecież więzadła obłe, na których podwiesza się kikut szyjki, nie stanowią istotnego elementu w statyce narządu płciowego wewnętrznego, jednak twierdzenie to jest słuszne w odniesieniu do zachowanego narządu płciowego wewnętrznego. W sytuacji, w której go nie ma (w mniejszej lub większej części), zawieszenie części pochwowej lub szczytu pochwy na więzadłach obłych pozwala przeciwdziałać wypadaniu wspomnianych powyżej, poamputacyjnych części macicy i pochwy. Pozwala także postawić tezę o niepozostawianiu szyjki macicy podczas zabiegu usunięcia macicy bez jej podwieszenia lub o wykonywaniu operacji całkowitego usunięcia macicy.

W świetle przedstawionych wyników badań, na podstawie których nie można jednoznacznie potwierdzić wyższości żadnej z prezentowanych metod operacyjnych przeprowadzanych z powodu łagodnych schorzeń kobiecych narządów płciowych, warto przytoczyć ciekawą pracę Zakama i wsp. [14], w której badaniem ankietowym objęto praktykujących lekarzy ginekologów z trzech amerykańskich stanów. Ponad połowa respondentów odpowiedziała, że zawsze wykonuje totalną histerektomię brzuszną (odstępując od ekstyrpacji jedynie w przypadku dużych trudności w usunięciu szyjki), a jej usunięcie traktuje jako profilaktykę raka szyjki macicy. Zaskakujące jest, że 63% ankietowanych nigdy lub bardzo rzadko rozmawia z kobietami o wadach i zaletach każdej z metod operacyjnych, a jedynie 19% responden-

tów zawsze daje swoim pacjentkom możliwość dokonania wyboru danego rodzaju operacji.

Wnioski

1. Amputacja nadszyjkowa macicy bez zawieszenia kikuta szyjki powoduje wzrost częstości obniżenia kikuta szyjki, co nie dotyczy kikuta pochwy po całkowitym wycięciu macicy.
2. Amputacja i ekstyrpacja macicy u 20% operowanych pacjentek skutkują nietrzymaniem moczu po zabiegu, bez względu na modyfikację przeprowadzonego zabiegu.
3. U pacjentek z objawami nietrzymania moczu przed zabiegiem, zarówno amputacja, jak i ekstyrpacja macicy poprawiają subiektywne odczucie trzymania moczu.
4. Wniosek pierwszy pozwala na postawienie tezy o słuszności wykonywania całkowitej histerektomii brzusznej w sytuacji, gdy nie planuje się wykonania dodatkowych zabiegów zawieszających kikut pooperacyjny.

Piśmiennictwo

1. Saini J, Kuczynski E, Gretz HF, et al. Supracervical hysterectomy versus total abdominal hysterectomy: perceived effects on sexual function. Praca opublikowana na stronach internetowych <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/2/1>
2. Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, et al. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 549-55.
3. Sills ES, Saini J, Steiner CA, et al. Abdominal hysterectomy practice patterns in the United States. *Int J Gynecol Obstet* 1998; 63: 277-83.
4. Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, et al. Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results. *Br J Obstet Gynecol* 2003; 110: 1088-98.
5. Scott JR, Sharp HT, Dodson MK, et al. Subtotal hysterectomy in modern gynecology: a decision analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1186-92.
6. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, et al. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002; 347: 1318-25.
7. Munro MG. Supracervical hysterectomy: a time for reappraisal. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 133-9.
8. Mundy AR. An anatomical explanation for bladder dysfunction following rectal and uterine surgery. *Br J Urol* 1982; 54: 501.
9. Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, et al. A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 453-62.
10. Kilku P. Supravaginal uterine amputation versus hysterectomy with reference to subjective bladder symptoms and incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64: 375-9.
11. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, et al. Hysterectomy and sexual functioning. *JAMA* 1999; 282: 1934-41.
12. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, et al. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 701-9.
13. Mant J, Painter R, Vessey M. Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford Family Planning Association Study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 579-85.
14. Zekam N, Oyelese Y, Goodwin K, et al. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 301-5.