

INFORMATOR DLA PACJENTKI na temat LAPAROSKOPOWEGO LECZENIA ENDOMETRIOZY

Endometrioza (gruczolistość) to najczęściej spotykana choroba u kobiet w wieku rozrodczym. Szacuje się, że występuje nawet u 10% miesiączkujących kobiet. Endometrioza to przewlekła choroba zapalna spowodowana wszczepianiem się do różnych narządów miednicy mniejszej elementów błony śluzowej macicy (endometrium). Współczesny stan wiedzy medycznej nie odpowiada jednoznacznie na pytanie dlaczego endometrium, które fizjologicznie powinno się znajdować tylko jamie macicy wszczepia się w tkanki innych narządów. Błona śluzowa macicy przedostaje się do jamy otrzewnowej przez jajowody w czasie miesiączki. Wszystkie utrudnienia odpływu krwi miesiączkowej (np. pozapalne zwężenia kanału szyjki macicy, tyłozgięcie macicy, przebyte zabiegi usuwania nadżerki szyjki macicy) sprzyjają powstawaniu wszczepów endometriozy. Elementy endometrium po wpływie czynników predysponujących wszczepiają się do otrzewnej (endometrioza śródtrzewnowa), do jajników (torbiele smołowe), do błony mięśniowej macicy (adenomyoza), do ściany pęcherza moczowego lub jelita (endometrioza pozagenitalna). Wokół wszczepów endometriozy powstaje przewlekły stan zapalny na wskutek reakcji układu odpornościowego. Pojawiają się w tych miejscach komórki odpowiedzi immunologicznej, które wytwarzają substancje (cytokiny, prostaglandyny) odpowiadające za charakterystyczne objawy tej choroby – różnego rodzaju dolegliwości bólowe i niepłodność. Najczęściej ogniska endometriozy pojawiają się na powierzchni otrzewnej zagłębienia odbytniczo- macicznego, w jajnikach oraz w załamku pęcherzowo-macicznym otrzewnej. Dolegliwości bólowe są głównymi objawami tej choroby. Bolesne miesiączkowanie wymagające stosowania leków przeciwbólowych, bolesna penetracja przy stosunkach płciowych, bóle przy oddawaniu moczu i stolca, nieumiejscowione bóle całego brzucha, bóle okolicy krzyżowej. Niepłodność występuje niezależnie od nasilenia dolegliwości bólowych. Także nie ma zależności pomiędzy umiejscowieniem zmian i stopniem zaawansowania tej choroby a zgłaszanymi dolegliwościami. Rozpoznanie endometriozy nie jest czasami proste. Badanie ginekologiczne zestawione z badaniem ultrasonograficznym posiada swoją udowodnioną wartość diagnostyczną ale jedynym

pewnym dowodem na istnienie endometriozy jest wykonanie laparoskopii. W czasie laparoskopii widoczne są charakterystyczne ogniska, które można usunąć i ocenić histologicznie. Rozpoznanie histopatologiczne stawiane jest po stwierdzeniu następujących kryteriów: obecności komórek gruczołowych endometrium, podścieliska łącznotkankowego oraz makrofagów wypełnionych hemosyderyną. Dobór odpowiedniego leczenia endometriozy powinno uwzględniać cel postępowania medycznego, to znaczy ustalić, czy celem jest zniesienie bólu czy leczenie niepłodności oraz wybór metody leczenia : farmakologiczną czy chirurgiczną. Endometrioza jest choroba przewlekłą, postępującą, pogarszającą jakość życia młodej kobiety, w dużym odsetku odpowiadającą za zaburzenia rozrodu.

WSKAZANIA DO OPERACJI

Podstawowym narzędziem diagnostyczno -lecznicznym w rozpoznawaniu endometriozy jest operacja laparoskopowa, której celem jest rozpoznanie choroby, ocena stopnia jej zaawansowania oraz zniszczenie wszczepów endometriozy w możliwie jak najszerszym zakresie, z maksymalnym oszczędzeniem zaatakowanych przez chorobę narządów.

PRZYGOTOWANIE DO OPERACJI

Przygotowanie do operacji laparoskopowych zostało dokładnie opisane w Informatorze ogólnym. Laparoskopowe leczenie endometriozy wymaga dokładnej diagnostyki stanu ogólnego zdrowia, która szczególnie zwraca uwagę na stan jelita grubego, pęcherza moczowego i dróg moczowych. Przed operacją należy także wykluczyć złośliwy proces nowotworowy, czynny stan zapalny i zaburzenia układu krzepnięcia.

ZNIECZULENIE DO OPERACJI

Laparoskopowe leczenie endometriozy wykonuje się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym złożonym, które zostało opisane w Informatorze ogólnym

PRZEBIEG OPERACJI

Pierwszym etapem jest wykonanie rutynowej laparoskopii diagnostycznej, która została opisana w informatorze ogólnym. Zwraca się jednak uwagę na dokładne obejrzenie powierzchni narządów miednicy mniejszej pod większym niż rutynowe powiększeniu optycznym. Na wstępie ocenia się wielkość, budowę, kształt macicy, jajników, jajowodów ze strzępkami, ogląda się jelito grube, cienkie, wyrostek robaczkowy, powierzchnię wątroby, pęcherzyk żółciowy, żołądek, sieć większą otrzewnej. Ogląda się

po większym powiększeniu optycznym otrzewną ścienną, szczególnie w miejscach typowych dla wszczepów endometriozy, tj. okolica więzadeł krzyżowo-macicznych, zagłębienia odbytniczo- macicznego (tzw zatoka Douglasa) oraz załamka otrzewnej pęcherzowo- macicznego. Szukamy wszczepów endometriozy śródtrzewnej, które wyglądają jak drobne skupiska grudek czerwonych, brunatnych, czarnych, bądź białawych. Endometrioza jajnikowa ma postać torbieli i, pęcherzyków wypełnionych smolistą treścią (torbiele smołowe), czasami przyjmuje postać guzów lito – torbielowatych, wypełnionych krwistą treścią o średnicy kilku lub nawet kilkunastu centymetrów. Zawansowana postać endometriozy powoduje zrosty otrzewnowe. Są to patologiczne połączenia pomiędzy np. jajnikiem a otrzewną, jelitem, siecią a jajowodem lub jajnikiem. Czasem miednica mniejsza zarasta, tworząc konglomerat jelit i narządów płciowych, w którym rozróżnienie granic anatomicznych nie jest możliwe. Cel i taktyka operacyjna, laparoskopowa w endometriozie polega na wycięciu lub destrukcji termicznej maksymalnej ilości stwierdzonych wszczepów endometriozy, uwolnieniu zrostów, usunięciu torbieli i guzów, przywróceniu prawidłowych stosunków anatomicznych. Operujemy tak aby wycięcie wszczepów nie zniszczyło narządów. Szczególnie zwracamy uwagę na wyłuszczenie torbieli smołowych w taki sposób aby maksymalnie zachować tkankę jajnikową, w której są komórki rozrodcze (komórki jajowe). Używamy do takich operacji mikronożyczek, narzędzi elektrochirurgicznych, noża harmonicznego, urządzeń laserowych. Przestrzegamy zasady, aby energia termiczna tych narzędzi nie spowodowała oparzeń i destrukcji tkanek prawidłowych. W leczeniu endometriozy polecane jest zeszywanie jajnika szwem wewnątrzbrzusznym, gdyż taki szew nie zaburza ukrwienia w operowanym narządzie. Operacje laparoskopowe w endometriozie mogą być łatwe lub bardzo trudne, wymagające od operatora wysokiego kunsztu zawodowego. Głównie zależy to od stopnia zaawansowania choroby, który trudny jest do przewidzenia w badaniu klinicznym przedoperacyjnym.

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Po tego typu operacjach utrata krwi jest minimalna, ale zależy to głównie od stopnia trudności operacyjnych i zaawansowania endometriozy. Podobnie ból pooperacyjny, albo jest niewielki, albo wymaga silnych leków narkotycznych. Uruchomienie pacjenta

winno nastąpić bardzo szybko, już po 8 godzinach pacjentka wstaje z łóżka. Jest to element profilaktyki przeciwzakrzepowej, oprócz podawanych leków przeciwzakrzepowych. Prowadzona jest także profilaktyka antybiotykowa okołoperacyjna przyjęta po leczeniu zabiegowym w danym szpitalu. W dobę po operacji pacjentka może dowolnie dużo pić, dopuszczalny jest lekki posiłek. Najczęściej wtedy nie ma już potrzeby podawania leków przeciwbólowych. Po dobie po operacji pacjentka może udać się do domu, aby tam prowadzić dalszą rekonwalescencję. Po tygodniu od operacji zdejmowane są szwy z powłok skórnych i także wtedy przeprowadza się badanie kontrolne ginekologiczne.

POWIKŁANIA

Żaden lekarz nie może zagwarantować skuteczności leczenia i uniknięcia powikłań. Ogólne powikłania tego zabiegu, jak np. zakrzepica i zatory żyłne, krwawienia podczas i po operacji, niedrożność jelit, zakażenia występują, dzięki postępom w medycynie, coraz rzadziej. Możemy im także zapobiegać. Czasami leczenie rozpoczęte drogą laparoskopową, ze względu na nieprzewidziane trudności w czasie operacji, można kontynuować tylko z dostępu brzuszego. Mimo największej staranności operatora nie zawsze można uniknąć zranienia narządów sąsiednich, jak np. pęcherz moczowy, moczowody, jelita, duże naczynia krwionośne. Występujące powikłania mogą powodować konieczność przerwania laparoskopii i wykonania natychmiast laparotomii – otwarcia chirurgicznego jamy brzusznej i kolejnych zabiegów np. urologicznych, chirurgicznych.

ROZMOWA OBJAŚNIAJĄCA

Niniejszy Informator zawiera tylko ogólne informacje o chorobie i najczęściej występujących powikłaniach. Bardziej szczegółowe informacje może Pani uzyskać w rozmowie objaśniającej (np. rzadsze powikłania, dodatkowe leczenie). Najważniejsze powikłania zostały powyżej opisane. Poza nimi istnieją powikłania rzadziej występujące i związane z mniejszym ryzykiem. Także badania wstępne, wstępna terapia i zabiegi dodatkowe (np. zastrzyki lub transfuzje krwi, cewnikowanie pęcherza moczowego) oraz terapia po zabiegu mogą być związane z ryzykiem (antybiotyki, leki przeciwzakrzepowe i przeciwbólowe), np. reakcja alergiczna. Leczenie operacyjne wiąże się z ryzykiem

zakażenia szpitalnego, w tym także zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B i C. Ryzyko takie jest minimalizowane poprzez przestrzeganie odpowiednich procedur szpitalnych zapobiegających zakażeniom. Proszę pytać się o wszystko, co wydaje się Pani istotne, np. czy należy rozważyć możliwość dodatkowych badań, zabiegów. Prosimy o podjęcie decyzji czy wyraża Pani zgodę na proponowane leczenie operacyjne na odpowiednim formularzu świadomej zgody na zabieg operacyjny.

Dr nauk med Marek Neuberg

www.laparoskopia-neuberg.pl