

INFORMATOR DLA PACJENTKI na temat HISTEROSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ z biopsją

TECHNIKA ZABIEGU

Histeroskopia to nowoczesna i małoinwazyjna metoda diagnostyczno-lecznicza, która w ostatnich latach wyparła tradycyjne metody diagnozowania i leczenia stosowane w ginekologii. Postęp techniczny ostatnich lat spowodował dynamiczny rozwój metod endoskopowych w diagnozowaniu i leczeniu wielu chorób. Miniaturyzacja kamer wizyjnych, układów optycznych, rozwój elektroniki pozwoliły na badanie struktur organów ludzkich do tej pory niedostępnych dla oka ludzkiego. Zmiany chorobowe wewnątrz macicy są zawsze trudne do diagnozowania. Histeroskopia to endoskopowa metoda diagnostyczna, pozwalająca na obrazowanie wnętrza kanału szyjki i jamy macicy oraz ocenę ujść macicznych jajowodów. W ostatnich latach do użycia weszły cienkie histeroskopy o owalnym profilu. Histeroskopy owalne, ze względu na małą średnicę, kształt przekroju, miniaturyzację pozwalają na oglądanie pod powiększeniem optycznym pochwy, ujścia zewnętrznego, kanału szyjki macicy, ocenę ujścia wewnętrznego i jamy macicy. Wprowadzanie cienkiego histeroskopu owalnego wgłąb narządów płciowych kobiety **nie wymaga** wżerników, kulociągów ściągających szyjkę macicy do wejścia do pochwy i przede wszystkim nie ma potrzeby bolesnego hegarowania, czyli rozszerzania kanału szyjki macicy. Zabieg trwa około 10min, co sprawia, że zabieg staje się w pełni ambulatoryjny. Stąd wzięta się nazwa, przyjęta na całym świecie – **histeroskopia office**, „**no touch**”, która podkreśla z jednej strony priorytetową wartość diagnostyczną tej procedury, z drugiej zaś, ambulatoryjne bezpieczeństwo i szybkość jej wykonania. Minihisteroskopia diagnostyczna wykonywana bardzo cienkim narzędziem, o średnicy około 3,8 mm, nie wymaga żadnego znieczulenia i uśpienia przez anestezjologa. Nieznaczne doznania bólowe związane są bardziej ze strachem przed nieznanym niż z faktycznym odczuwaniem bólu. Często zwykłe badanie ginekologiczne i wżernikowanie pochwy daje większy dyskomfort niż histeroskopia office. Histeroskop składa się z dwóch płaszczy i teleskopu optycznego. Płaszcz zewnętrzny histeroskopu zapewnia ciągły przepływ płynu rozszerzającego jamę macicy, dzięki temu obraz jest wyraźny i przejrzysty. Płaszcz wewnętrzny histeroskopu zawiera kanał instrumentowy, dzięki któremu wprowadza się półsztywne cienkie instrumenty operacyjne, takie jak kleszczyki i nożyczki. Do optyki histeroskopu podłączony jest światłowód, który przewodzi światło z odpowiedniej lampy ksenonowej, co gwarantuje silne oświetlenie wnętrza macicy. Bardzo

ważnym urządzeniem jest pompa histeroskopowa. Jest to pompa tłocząco-ssąca sterowana elektronicznie, która podaje pod odpowiednim ciśnieniem płyn rozszerzający jamę macicy i odbiera jego nadmiar. Wytworzone ciśnienie wewnątrzmaciczne jest automatycznie kontrolowane i stale utrzymywane przez to urządzenie. Na teleskop optyczny zakłada się za pomocą specjalnego adaptera kamerę wizyjną podłączoną do kolorowego monitora, na którym operator ogląda obraz z wnętrza macicy. Pierwszym etapem zabiegu jest waginoskopia, czyli oglądanie błony śluzowej pochwy oraz lokalizacja ujścia zewnętrznego szyjki macicy. Po wejściu do kanału szyjki dokonywania jest cerwikoskopia, czyli oglądanie i ocena błony śluzowej kanału szyjki oraz przebiegu kanału, zagięcia, obecność polipów pozapalnych, zrostów po przebytych zabiegach, itp. Kolejny etap to lokalizacja ujścia wewnętrznego z opisem „zegarowym” kierunku wejścia do macicy. Następnym etapem jest właściwa ocena histeroskopowa jamy macicy obejmująca ocenę ujść macicznych jajowodów z ruchem zastawkowym, błony śluzowej macicy, kształtu jamy macicy, ocenę patologii wewnątrzmacicznej. Niewielkie zmiany chorobowe można usunąć z macicy przy użyciu wprowadzonych przez kanał instrumentów. W uzasadnionych przypadkach w celu oceny drożności jajowodów, po zwiększeniu ciśnienia podawanej soli fizjologicznej, po wycofaniu histeroskopu, wykonujemy ultrasonografię dopochwową w celu oceny przecieku wewnątrzbrzusznego (potwierdza to lub wyklucza drożność jajowodów). Na każdym etapie zabiegu można pobrać wycinek do badania histopatologicznego lub usunąć zmianę chorobową (zrosty, polip, mięśniak). Wskazaniem do histeroskopii diagnostycznej są: nieprawidłowe krwawienia maciczne niezwiązane z cyklem menstruacyjnym, obfite lub skąpe miesiączki, nieregularne miesiączki, plamienia i upławy przed- i po -miesiączkowe. A także: nieprawidłowe struktury uwidocznione w czasie badania ultrasonograficznego wykonywanego sondą dopochwową, niepłodność lub niepowodzenia położnicze (poronienia, straty ciąży). W czasie histeroskopii diagnostycznej wykonywanej przed stosowaniem technik wspomaganego rozrodu oprócz oceny ujść jajowodowych, wykrywamy wady rozwojowe (np. przegroda, macica jednoróżna, -dwuróżna), a ponadto możemy ocenić stan endometrium odpowiedzialnego za proces zagnieżdżenia zarodka. Rozwój nowych technologii medycznych znacznie poszerza możliwości współczesnej medycyny, daje nadzieje na szybkie zdiagnozowanie i wyleczenie chorób kobiecych, które do niedawna prowadziły najczęściej do chirurgicznego usuwania całej macicy. Mała inwazyjność zabiegów histeroskopowych, minimalna ingerencja w narządy kobiece, szybki powrót do zdrowia to niepodważalne zalety i osiągnięcia nowoczesnej ginekologii.

MOŻLIWOŚĆ WYSTĄPIENIA POWIKŁAŃ

Zabiegi histeroskopowe są zabiegami małoinwazyjnymi i bardzo rzadko występują po nich powikłania. Żaden lekarz nie jest jednak w stanie zagwarantować pełnego sukcesu zastosowanego leczenia oraz całkowitego braku ryzyka związanego z zabiegiem operacyjnym. Histeroskopia jest obecnie standardową metodą diagnostyczno-terapeutyczną w ginekologii, praktycznie bardzo rzadko kończy się powikłaniami. Wymienia się jednak powikłania urazowe i krwawienia z uszkodzonych struktur, zakażenia. Bardzo rzadko zdarza się pęknięcie macicy, którego następstwem jest konieczność skontrolowania miejsca pęknięcia od strony jamy brzusznej drogą laparoskopii lub otwarcia jamy brzusznej drogą laparotomii (przecięcie powłok brzusznych).

PRZYGOTOWANIE DO HISTEROSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ

Histeroskopia diagnostyczna, która jest zabiegiem bezbolesnym, o bardzo małej inwazyjności, nie wymaga specjalnego przygotowania. Wykonujemy taki zabieg między 7-12 dniem cyklu miesięczkowego. Nie jest używany ani wziernik, ani kulociąg. Nie jest także rozszerzany kanał szyjki macicy. W czasie kwalifikacji do zabiegu w uzasadnionych przypadkach wykonujemy badanie cytologiczne i ocenę biocenozy pochwy. Czasami zalecane jest stosowanie kilka dni przed zabiegiem globulek dopochwowych w celu redukcji zanieczyszczenia bakteriologicznego pochwy.

ZNIECZULENIE DO HISTEROSKOPII DIAGNOSTYCZNEJ

Histeroskopia diagnostyczna wykonywana cienkim histeroskopoem jest zabiegiem całkowicie bezbolesnym i zwykle nie wymaga działań anestetycznych. Czasami zalecamy połknięcie tabletki przeciwbólowej i uspakajającej, na godzinę przed zabiegiem (Paracetamol, Relanium). Znieczulenie do histeroskopii diagnostycznej stosowane jest wtedy gdy nie dysponujemy cienkim histeroskopem lub gdy spodziewamy się trudności z wejściem do jamy macicy (np. zrosty wewnątrzszyjkowe). Gdy strach przed zabiegiem jest bardzo silny to także może mieć zastosowanie znieczulenie ogólne dożylnie. Histeroskopia diagnostyczna wykonywana jest w tzw. analgosedacji. Anestezjolog podaje dożylnie leki przeciwbólowe i usypiające na krótko, a pacjent oddycha samodzielnie. Lekarz

anestezjolog na wizycie przedoperacyjnej kwalifikuje pacjentki do rodzaju znieczulenia, bada pacjenta, zapoznaje się z badaniami laboratoryjnymi, które należy wykonać przed planowaną operacją. Badania laboratoryjne wskazują na stan zdrowia, wykluczają ogniska zakażenia, niedokrwistość lub inne schorzenia metaboliczne. Czasami będzie konieczność konsultacji lekarza specjalisty np. endokrynologa, kardiologa. W czasie zabiegu, przez cały czas monitorowane są czynności życiowe: ciśnienie krwi, tętno, EKG, wysycenie krwi tlenem, częstość oddechów, itp. W okresie pooperacyjnym, do całkowitego wybudzenia także monitorowane są czynności życiowe organizmu. Lekarz anestezjolog wraz z pielęgniarką przez cały okres okołoperacyjny sprawuje troskliwą opiekę medyczną nad pacjentką. Proszę pamiętać, że bezwzględnym zaleceniem przed znieczuleniem ogólnym dożylnym jest wstrzymanie się od jedzenia i picia przed operacją przynajmniej 6 godzin.

Szanowna Pani!

Wszystkie prezentowane tutaj zalecenia służą do tego, aby planowany zabieg operacyjny mogła Pani przejść bezpiecznie, pozwala uniknąć wielu komplikacjom, zapewnia szybki powrót do zdrowia i gwarantuje sukces leczenia operacyjnego.

opracował: Dr nauk med Marek Neuberg

<http://www.laparoskopia-neuberg.pl>