

**INFORMATOR DLA PACJENTKI na temat
LAPAROSKOPOWEGO I HISTEROSKOPOWEGO
LECZENIA MIĘŚNIAKÓW MACICY**

Mięśniaki macicy są najczęstszą chorobą narządu rodnej kobiety. Dotyczą prawie 30% kobiet w każdym wieku, ale częściej występują w okresie miesiączkowania kobiety. Istnieje zależność pomiędzy latami miesiączkowania a częstością rozwoju mięśniaków. Nie stwierdzono mięśniaków u dziewcząt przed pokwitaniem i rozwoju nowych mięśniaków u kobiety po menopauzie. Występowanie mięśniaków jest zależne od wielu czynników: genetycznych, rasowych, współistnienia nadwagi i otyłości, płodności, zaburzeń hormonalnych. Rozwój mięśniaków jest estrogenozależny, tzn naturalne lub wywołane lekami wysokie stężenie hormonów żeńskich estrogenów stymuluje wzrost mięśniaków. Mięśniaki macicy są łagodnymi guzami, nowotworami macicy powstającymi z mięśni gładkich macicy. Ryzyko transformacji nowotworowej złośliwej wynosi 0,7%-1,7% i jest proporcjonalne do wieku kobiety. Czym starsza jest kobieta, która ma mięśniaki to ryzyko transformacji złośliwej wzrasta. Obraz histologiczny mięśniaków najczęściej jest typowy, ale istnieją także nietypowe warianty mięśniaków lub nietypowe wzrosty mięśniaków, które zaliczane są do nowotworów złośliwych macicy (mięsaki, guzy podścieliskowe, nowotwory mesenchymalne). Powyższe argumenty przemawiają za koniecznością leczenia wszelkich guzów macicy, nawet tych które wydają się być łagodnymi mięśniakami, nie dającymi żadnych objawów klinicznych.

Mięśniaki macicy często nie wywołują żadnych objawów chorobowych. Jest to głównie uzależnione od wielkości, umiejscowienia i liczby mięśniaków. Do typowych objawów klinicznych mięśniaków macicy należy wymienić:

- ♣ ból, uczucie dyskomfortu, rozpierania i bólów w podbrzuszu
- ♣ nieprawidłowe krwawienia z macicy międzymiesiączkowe
- ♣ obfite, bolesne, krwotoczne miesiączki, przedłużające się (skrzepy w czasie miesiączki)

- ✦ wtórna anemia, która objawia się osłabieniem, bladością powłok, niskim ciśnieniem krwi, omdleniami, zaburzeniami rytmu serca, w skrajnych przypadkach może dojść do niewydolności krążenia
- ✦ ucisk na pęcherz moczowy (parcie na pęcherz moczowy nagłące lub wysiłkowe) , zaleganie moczu, nietrzymanie moczu wysiłkowe lub nagłące, moczenie nocne, częste stany zapalne pęcherza moczowego (pieczenie przy oddawaniu moczu, częstomocz), zatrzymania moczu
- ✦ ucisk na jelito grube (parcie na stolec, zespół jelita drażliwego powodujące naprzemiennie biegunki i zaparcia, krwawienia z żyłaków odbytu)
- ✦ częste stany zapalne pochwy – ropne upławy, swędzenie, pieczenia
- ✦ zaburzenia rozrodu (niepłodność, nawykowe poronienia, porody przedwczesne)

Powyższe zestawienie objawów klinicznych może występować razem lub jako pojedynczy objaw, ich nasilenie głównie zależy od umiejscowienia mięśniaka, wielkości i ich liczby. Umiejscowienie mięśniaków może być: podśluzówkowe, śródścienne lub podsurowicówkowe. Początkowo wszystkie mięśniaki rozwijają się w mięśniu macicy, ale ich dalszy rozwój może następować w kierunku zewnętrznym czyli do błony surowiczej (otrzewnej) lub wewnątrznie do błony śluzowej macicy. Czasami mięśniaki ulegają uszypułowaniu. Jeżeli jest to mięśniak podsurowicówkowy to może nastręczać trudności diagnostyczne, może dojść także do skręcenia szypuły co wywołuje silny ból i podrażnienie otrzewnej. Mięśniak podśluzówkowy, także może być uszypułowany, wypełnia jamę macicy, rozszerza szyjkę macicy i wpukła się do pochwy (mięśniak rodzący się). Rozpoznanie mięśniaków jest współcześnie łatwe i pewne dzięki badaniu ultrasonograficznemu. Użycie standardowej sondy dopochwowej pozwala precyzyjnie na zobrazowanie całej macicy, wykrywa mięśniaki dzięki charakterystycznemu ich obrazowi, pozwala zmierzyć wielkość guza i określić dokładną lokalizację. Klasyczne badanie ginekologiczne pozwala ocenić ruchomość macicy, bolesność, topografię do innych narządów miednicy mniejszej. Dodatkowym nowoczesnym badaniem obrazowym w ginekologii jest rezonans magnetyczny (MRI). Badanie MRI także pozwala na precyzyjne rozpoznanie mięśniaków macicy. Podsumowując powyższe informacje należy stwierdzić, że mięśniaki macicy są epidemiologicznie najczęstszą chorobą ginekologiczną u kobiet po 30 roku życia, która początkowo jest bezobjawowa, ale w

miarę rozrostu guza i postępu choroby, powodującą szereg dokuczliwych objawów, istotnie pogarszających jakość życia aktywnej kobiety.

WSKAZANIA DO OPERACJI

Postawienie rozpoznania mięśniaków macicy powinno zaproponować adekwatne postępowanie i leczenie uwzględniające wiek kobiety, wywiad położniczy, stan zdrowia, nasilenie i rodzaj objawów. Współczesne poglądy na leczenie mięśniaków macicy są następujące. Dzięki postępowi technologicznego rozpoznajemy mięśniaki już bardzo małych rozmiarów, kiedy najczęściej nie dają jeszcze żadnych objawów klinicznych. Z drugiej zaś strony rozwój małoinwazyjnych metod leczenia ginekologicznego spowodował, że leczenie chirurgiczne oszczędzające macicę jest coraz częściej preferowane i to bez względu na wiek kobiety i jej plany rozrodcze. Należy jednak w tym miejscu zanotować fakt, że mięśniaki macicy są w świecie najczęstszą chorobą, której skutkiem jest usunięcie całej macicy bądź amputacji trzonu macicy. Duży odsetek takich operacji wykonywane jest metodą tradycyjnej chirurgii czyli przez rozcięcie powłok brzusznych (laparotomia). Jednakże rozwój technik laparoskopowych pozwala obecnie na małoinwazyjne wycięcie macicy drogą laparoskopową. Technikę laparoskopowego wycięcia macicy opisano w oddzielnym informatorze. Dzięki wiedzy na temat wzrostu mięśniaków i konsekwencji rozwoju tej choroby (bóle, krwawienia, niepłodność) powinniśmy sięgać po techniki operacyjne oszczędzające narządy płciowe. Laparoskopowe wyluszczenie mięśniaków z następowym wielowarstwowym zeszcieniem łoża mięśnia macicy oraz morcelacją (rozdrobnieniem) mięśniaka celem wydobycia go z jamy brzusznej, jest współcześnie najbardziej polecaną metodą leczenia operacyjnego mięśniaków macicy. W przypadku mięśniaków podśluzówkowych czyli wpuklających się do światła jamy macicy, małoinwazyjną metodą operacji jest histeroskopowa elektroresekcja mięśniaka, od strony pochwy. Czasami możemy te dwie metody łączyć w jeden zabieg operacyjny: laparoskopowo- histeroskopowy.

Decyzję o operacji winna pacjenta podjąć wspólnie ze swoim zaufanym ginekologiem rozpatrując wszystkie za- i przeciw-. Szczególnie kiedy brak objawów klinicznych to taka decyzja wydaje się trudna. Przyjęto, że jeżeli największy wymiar guza przekracza 4 cm lub suma wymiarów kilku mięśniaków przekracza 5 cm, przy braku objawów klinicznych,

należy rozważyć leczenie operacyjne. W leczeniu zabiegowym mięśniaków macicy mają zastosowanie inne techniki, które jednak mają liczne swoje ograniczenia i działania niepożądane, nie są szeroko rekomendowane. Należy wymienić takie zabiegi jak: embolizacja tętnic macicznych celem wywołania niedokrwienia macicy i zabiegi destrukcyjne mięśniaków (metoda elektromyolizy, koagulacji, laseroterapii, krioterapii, ogniskowania ultradźwiękowego).

PRZYGOTOWANIE DO OPERACJI

Przygotowanie do operacji laparoskopowych i histeroskopowych zostało dokładnie opisane w Informatorze ogólnym. Laparoskopowe leczenie mięśniaków macicy 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, szczególnie dotyczy to raka endometrium, czynny stan zapalny i zaburzenia układu krzepnięcia.

ZNIECZULENIE DO OPERACJI

Laparoskopowe leczenie mięśniaków macicy wykonuje się w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym złożonym, które zostało opisane w Informatorze ogólnym, natomiast histeroskopię operacyjną wykonuje się w znieczuleniu dożylnym ogólnym lub przewodowym regionalnym.

PRZEBIEG OPERACJI LAPAROSKOPOWEJ

Pierwszym etapem jest wykonanie rutynowej laparoskopii diagnostycznej, która została opisana w informatorze ogólnym. 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. Najważniejszym elementem jest lokalizacja mięśniaków, ich wielkości, stopień uwypuklenia do jamy otrzewnowej, topografia guza względem naczyń krwionośnych zaopatrujących macicę w krew oraz względem narządów miednicy mniejszej, t.j. pęcherza moczowego, moczowodu, odbytnicy i jelita grubego (esicy). Ocena tzw operacyjności mięśniaków jest bardzo istotna, gdyż alternatywą dla zabiegów oszczędzających macicę jest decyzja o usunięciu macicy w całości lub tylko trzonu. Nadmierne śródoperacyjne krwawienie z łoży po mięśniaku może być także powodem podjęcia decyzji o radykalnej operacji wycięcia macicy. Współistnienie zrostów

otrzewnowych, endometriozy lub innej patologii miednicy mniejszej dodatkowo komplikuje przebieg operacji. Pierwszym etapem operacji jest odpowiednie unieruchomienie macicy. Dokonuje się tego przy użyciu specjalnych manipulatorów macicznych zakładanych od strony pochwy lub odpowiednimi kleszczykami laparoskopowymi. Następnie nacina się ścianę macicy w miejscu najbliższym do mięśniaka, w oddaleniu od pęczków naczyniowych zaopatrujących macicę w krew. Kiedy dochodzi się do struktury mięśniaka to bardzo ważną czynnością jest mocne uchwycenie guza za pomocą ostrych kleszczyków laparoskopowych (kulociąg, świder). Pociągając za guz, innym narzędziem oddzielamy torebkę guza od struktury macicy a krwawiące naczynia zamykamy bipolarnymi kleszczykami elektrochirurgicznymi. Delikatne preparowanie mięśniaka pozwala go wyłuszczyć ze ściany macicy. Po wyłuszczonej mięśniaku pozostaje ubytek, wgłębienie, łoża, która często mimo dokładnego zamykania naczyń, krwawi. Dlatego bardzo ważną kolejną czynnością jest zeszywanie chirurgiczne łoża. Używamy szwy laparoskopowe wewnątrzbrzuszne, zakładamy co najmniej trzy warstwy szwów. Takie dokładne i szczelne zeszywanie ubytku mięśnia macicy (łoża) zapewnia silny zrost, który gwarantuje wytrzymałość blizny np. w czasie rozciągania macicy przez rozwijającą się ciążę. Kontrola krwawienia, płukanie miejsca operowanego jest następnym etapem operacji. Mięśniaki po operacji wymagają rozkwalenia, aby można byłoby wydobyć tkanki chorobowe z jamy brzusznej. Wykorzystujemy do tego urządzenia elektromechaniczne lub elektromagnetyczne, które nazywane są morcelatorami. Czasami używamy specjalnych nożyczek gilotynowych do rozcinania mięśniaka. Ostatnim etapem operacji jest ponowna kontrola miejsca operowanego i zastosowanie na ranę operacyjną substancji przeciwzrostowych. Najgroźniejszym powikłaniem przy tego typu operacjach jest nadmierne krwawienie w czasie wyłuszczenia mięśniaków. Aby temu zapobiec, czasami, decydujemy się na klipsowanie na czas operacji głównych tętnic zaopatrujących macicę. Pozwala to na niemal bezkrwawą operację a po zeszywanu macicy, klipsy zdejmujemy, aby przywrócić prawidłowe ukrwienie. Operacje laparoskopowe wyłuszczenia mięśniaków mogą być łatwe lub bardzo trudne, wymagające od operatora wysokiego kunsztu zawodowego. Głównie zależy to od wielkości, lokalizacji i topografii mięśniaków macicy co czasami jest trudno przewidzieć w badaniu klinicznym przedoperacyjnym.

PRZEBIEG OPERACJI HISTEROSKOPOWEJ

Decyzję o wycięciu mięśniaka drogą histeroskopową podejmuje się po wykonaniu uprzednio histeroskopii diagnostycznej w czasie której dokładnie uwidacznia się wnętrze jamy macicy i ocenia się stopień wypuklenia mięśniaka do światła jamy macicy. Jeżeli więcej niż 50% objętości mięśniaka uwypukla się do światła jamy macicy (tzw. mięśniak podśluzówkowy) to możemy podjąć decyzję o operacji histeroskopowej nazywanej elektroresekcją mięśniaka macicy. Najważniejszym urządzeniem w tego rodzaju zabiegach jest elektroresektoskop histeroskopowy. Jest to urządzenie elektromechaniczne, które pozwala pętlą elektryczną, bezkrawowo wycinać kawałki mięśniaków, aby później bezpiecznie wydobyć je z jamy macicy. Czynność tę wykonuje się pod kontrolą obrazu histeroskopowego. Zabieg elektroresekcji mięśniaków macicy można rozszerzyć o zabieg ablacji endometrium, czyli elektrokoagulacji błony śluzowej macicy. Efektem takiej operacji jest całkowite zarośnięcie macicy i ustanie krwawień macicznych. Nowym rozwiązaniem jest zastosowanie morcelatora histeroskopowego. Jest urządzenie elektromechaniczne, którym można usunąć mięśniaki metodą swoistego "wiórkowania" tkanek mięśniaka.

POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

Po tego typu operacjach utrata krwi zależy głównie od stopnia trudności operacyjnych. 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 lub histeroskopową, ze względu na nieprzewidziane trudności w czasie operacji, można kontynuować tylko z dostępu brzuszego. Mimo największej staranności operatora nie zawsze można uniknąć zranienia macicy, jajników, jajowodów, narządów sąsiednich, jak np. pęcherz moczowy, moczowody, jelita, duże naczynia krwionośne. Występujące powikłania mogą powodować konieczność przerwania laparoskopii czy histeroskopii i wykonania natychmiast laparotomii – otwarcia chirurgicznego jamy brzusznej oraz 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, 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.

***Po dalsze informacje zapraszam na stronę internetową –
www.laparoskopia-neuberg.pl***