

# Profilaktyczny laparoskopowy okrężny szew szyjki macicy: recepta na sukces

SARAH GLORIA OBICAN, MD, GABY MOAWAD, MD, JAMES K ROBINSON, MD, MS

Szew szyjkowy zakładany z dostępu brzuszego jest skuteczną metodą zapobiegania stracie ciąży w wybranej grupie chorych. Autorzy opisują własny sposób wykonywania tego zabiegu.

**T**radycyjną metodą leczenia niewydolności szyjki macicy jest założenie szwu okrężnego z dostępu przez pochwę w pierwszym trymestrze ciąży lub na początku drugiego. Niestety, postępowanie to nie jest skuteczne u około 13% pacjentek.<sup>1</sup>

Benson i Durfee jako pierwsi w 1965 r. opisali wykorzystanie dostępu przezbrzuszego w celu obszycia szyjki macicy.<sup>2</sup> Umieszczenie taśmy na wysokości połączenia szyjki macicy z jej cieśnią może skutecznie zmniejszyć częstość występowania poronień u niektórych kobiet z niewydolnością szyjki. Przyjętymi wskazaniami do wyboru dostępu przezbrzuszego w celu przeprowadzenia tego zabiegu są:

1. Wrodzona krótka szyjka macicy lub stan po amputacji szyjki
2. Zbliżnowacenie szyjki macicy utrudniające wykonanie zabiegu z dostępu przezpochwowego
3. Nieskuteczność wcześniejszego zabiegu z dostępu przez pochwę<sup>3</sup>

Przewaga dostępu przezbrzuszego nad dostępem przezpochwowym polega na umieszczeniu taśmy nieco bliżej ujścia wewnętrznego. Ponadto unika się przeprowadzania

ciała obcego przez ścianę pochwy i powstania w niej ogniska zakażenia. Davis i wsp. stwierdzili, że w ocenianej przez nich grupie chorych z niewydolnością szyjki macicy przedwczesne pęknięcie błon płodowych następowało rzadziej u kobiet, u których wykonano zeszywanie szyjki z dostępu przezbrzuszego, niż po operacji przezpochwowej (8 vs 29%,  $p=0,03$ ).<sup>3</sup> Ponadto szwy przezbrzuszne można wykorzystać również podczas kolejnych ciąż u kobiet, które po porodzie dziecka planują kolejne.

Zastosowanie dostępu przezbrzuszego ma również pewne wady. Przede wszystkim zabieg wykonuje się u ciężarnej, co stwarza większe zagrożenie związane m.in. z możliwością większej utraty krwi i powikłaniami ze strony płodu. Konieczne jest dwukrotne wykonanie laparotomii: w celu założenia taśmy i w celu przeprowadzenia cięcia cesarskiego. Ponadto przeciwwskazania do zastosowania dostępu przez pochwę, takie jak zakażenie wewnątrzmaciczne, wady płodu lub zespoły genetyczne zagrażające życiu, czynne krwawienie oraz poronienie zagrażające, są również przeciwwskazaniami do zaopatrzenia szyjki macicy z dostępu przezbrzuszego.<sup>2</sup>

Uważamy, że profilaktyczne wykonanie zabiegu metodą laparoskopową u wybranych pacjentek jest korzystniejsze niż metoda operacji otwartej. Z uwagi na konieczność ograniczonego manipulowania macicą u ciężarnych lepiej przeprowadzić zabieg, zanim kobieta zajdzie w ciążę lub między kolejnymi ciążami. Korzyści wykonywania operacji poprzedzającej ciążę wynikają z: mniejszych rozmiarów macicy, mniejszego przepływu krwi przez macicę, braku zagrożeń dla płodu oraz przewagi operowania w trybie planowym nad wzbudzającym emocje operowaniem w trybie pilnym. U kobiet, u których rozważa się takie postępowanie, należy wcześniej udokumentować niewydolność

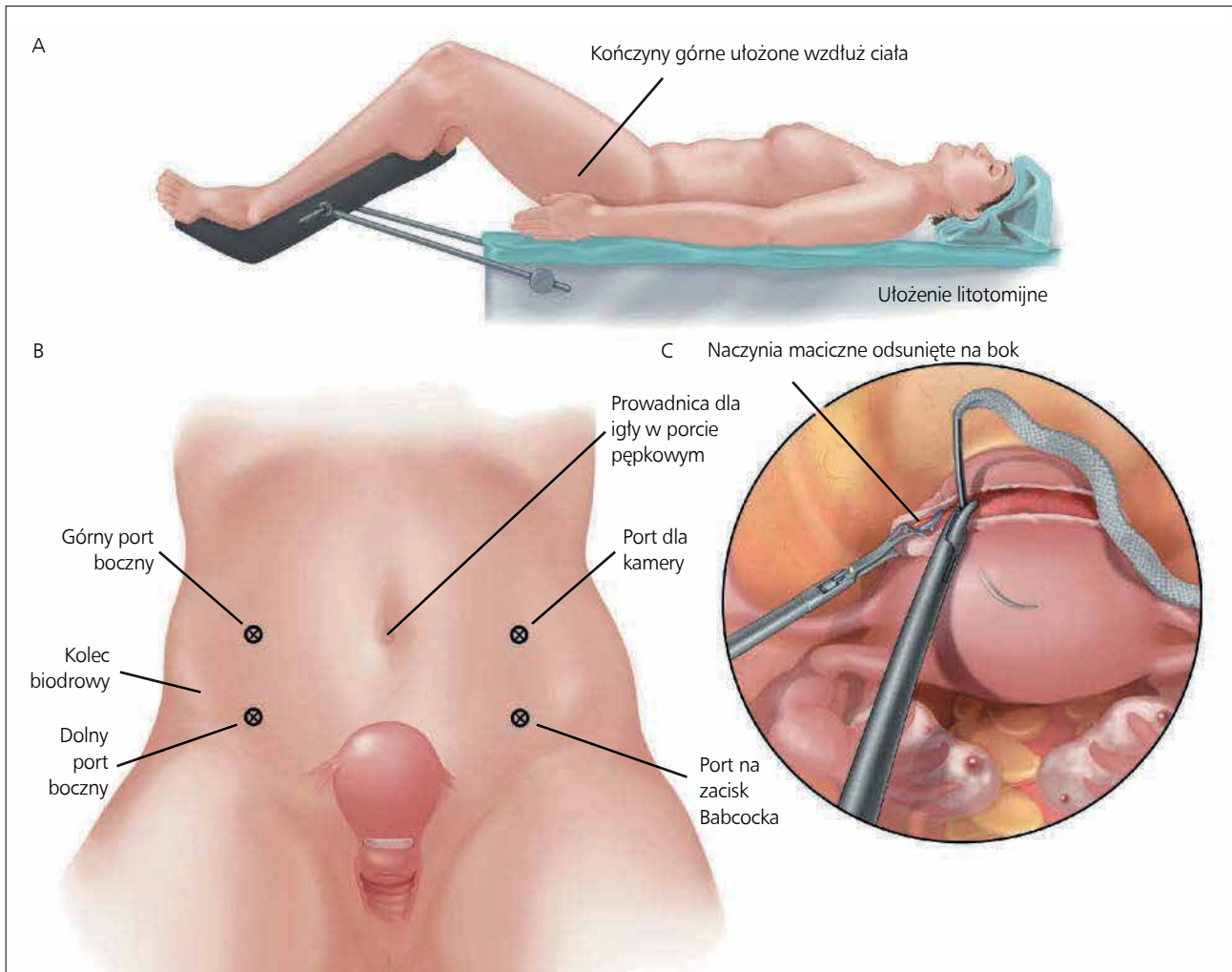
Dr Obican, Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Department of Obstetrics and Gynecology, George Washington University Medical Center, Washington, DC.

Dr Moawad, AAGL/SRS Fellow in Minimally Invasive Gynecologic Surgery, George Washington University Medical Center.

Dr Robinson, Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Director of the AAGL/SRS, Fellowship in Minimally Invasive Gynecologic Surgery, George Washington University Medical Center.

Dr Obican i dr Moawad nie zgłaszają konfliktu interesów związanego z niniejszym artykułem.

Dr Robinson zgłasza przeprowadzenie szkoleń klinicznych dla firm Ethicon Endo-Surgical, Gyrus ACMI i Intuitive Surgical, za które otrzymał wynagrodzenie.



**RYCINA 1** Laparoskopowy okrężny szew szyjki macicy z dostępu przez jamę brzuszną

1A. Chora jest ułożona w pozycji litotomijnej, z rękoma wyciągniętymi wzdłuż ciała, po czym stół ustawia się w pozycji Trendelenburga. 1B. Umieszczenie dolnych portów bocznych pozwala na odsunięcie tętnic macicznych na bok na czas przeprowadzania igły z taśmą. Górne porty boczne po obu stronach pępka ułatwiają wprowadzenie laparoskopu z optyką 30° po przemieszczeniu igły przez prowadnicę dla igły, znajdującą się w porcie pępkowym. 1C. Za pomocą manipulatora pochwowego unosi się trzon macicy, uwidaczniając wyreparowane tętnice maciczne i tylną ścianę dolnej ściany macicy oraz zagłębienie odbytniczo-maciczne.

szyjki macicy, łatwo zatem wyodrębnić tą grupę jeszcze przed poczęciem.

Prezentujemy własną metodę profilaktycznego zaopatrzenia szyjki macicy z dostępu laparoskopowego. (Patrz: ramka).

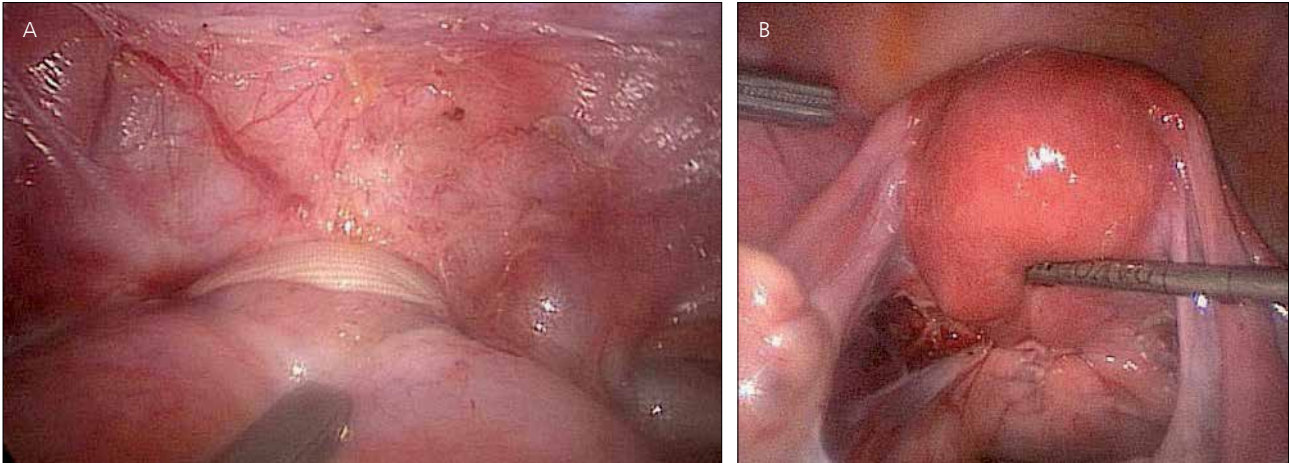
### Kolejność postępowania

Po ułożeniu chorej w pozycji litotomijnej z kończynami górnymi wyciągniętymi wzdłuż ciała, przygotowaniu i obłożeniu pola operacyjnego (ryc. 1A) do pęcherza moczowego wprowadzamy cewnik, aby odprowadzić mocz. W jamie macicy umieszczamy manipulator pochwy, np. VCare (Conmed Corp., Utica, Nowy Jork).

Wziernik z optyką 30° wprowadzamy do jamy brzusznej przez pępek, po czym układamy chorą w pozycji

Trendelenburga. Zalecamy wykorzystanie czterech 5-milimetrowych portów pomocniczych, które ułatwią założenie taśmy. Dolne porty boczne, znajdujące się na wysokości kolca biodrowego przedniego, służą odsunięciu na boki tętnic macicznych w trakcie zakładania taśmy. Górne porty boczne na wysokości pępka zapewniają znakomite warunki do obserwacji przy wprowadzeniu laparoskopu przez port umieszczony w pępku (ryc. 1B).

Po poprzecznym przecięciu otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznym za pomocą zakrzywionego noża harmonicznego (Ethicon EndoSurgery, Inc., Cincinnati, Ohio) na tępo oddzielamy pęcherz moczowy od dolnej części macicy. W tylnej blaszce więzadła szerokiego macicy, 2 cm bocznie od połączenia szyjki z cięśnią i przyśrodkowo w stosunku do moczowodu, obustronnie wytwarzamy otwór. Następnie odnajdujemy i przygotowujemy tętnice maciczne.



**RYCINA 2** Laparoskopowy okrężny szew szyjki macicy z dostępu przez jamę brzuszną: czynności końcowe

Taśmę przeprowadza się bezpiecznie od przedniej ściany cieśni macicy ku tyłowi (A), po czym obcina końcówki i wiąże oba końce na ścianie tylnej (B).

Dużą igłę RS-21 wprowadzamy w miejsce 5-milimetrowego portu po jego usunięciu wokół prowadnicy dla igły laparoskopowej. Taśmę Mersilene chwytną prowadnicą dla igły 1-2 cm powyżej jej końcówki i wraz z igłą wprowadzamy atraumatycznie przez nacięcie powłok długości 5 mm. Po umieszczeniu w jamie otrzewnej całej taśmy i obu igieł wzdłuż prowadnicy ponownie wprowadzamy port. Podczas usuwania igły wykonujemy te czynności w odwrotnej kolejności.

W celu delikatnego uniesienia trzonu macicy i dobrego uwidocznienia wypreparowanych tętnic macicznych, dolnej części tylnej ściany macicy oraz zagłębienia maciczno-odbytniczego wykorzystujemy manipulator pochwy (ryc. 1C).

Następnie przy bocznej ścianie cieśni macicy, przyśrodkowo w stosunku do pęczka naczyniowego, umieszczamy igłę służącą do założenia taśmy. Staje się to prostsze dzięki odsunięciu na bok wypreparowanej szypuły naczyniowej macicy zaciskiem Babcocka, wprowadzonymi przez boczny port po stronie szypuły. Następnie przemieszczamy igłę wprowadzoną przez port pępkowy w kierunku od przodu ku tyłowi i bocznie od zacisku Babcocka. Manewr ten jest najlepiej widoczny wtedy, gdy przez górny boczny port po tej samej stronie wprowadzi się zagięty przyśrodkowo laparoskop z optyką 30° (ryc. 1). Igłę wyciągamy od strony bocznej, po czym przeciągamy opaskę.

Te same czynności wykonujemy po przeciwnej stronie. Końcówki taśmy obcinamy, aby uwolnić igłę wyprowadzaną przez nacięcie skóry długości 5 mm. Taśmę bezpiecznie przeciągamy za przednią ścianę cieśni macicy (ryc. 2A), po czym zawiązujemy jej końcówki od tyłu techniką wiązania węzła w jamie otrzewnej (ryc. 2B). Umieszczenie węzła na ścianie tylnej teoretycznie umożliwia rozluźnienie taśmy z dostępu uzyskanego po nacięciu zagłębienia odbytniczno-macicznego. Operację laparoskopową kończymy typowo.

Jeśli są wskazania do założenia taśmy z dostępu przez jamę brzuszną, korzyści wynikające z zastosowania techniki

#### **Pięć prostych czynności pozwalających na skuteczne laparoskopowe założenie taśmy między kolejnymi ciążami**

1. Zastosuj dobry manipulator pochwy, umożliwiający uwidocznienie sklepienia pochwy.
2. Wykonaj otwory w więzadle szerokim macicy 2 cm od linii pośrodkowej ciała na wysokości cieśni macicy i wypreparuj szypuły naczyniowe macicy.
3. Wykorzystaj dolne porty boczne do wyłonienia i odsunięcia szypuły naczyniowych macicy za pomocą wprowadzonego przez nie atraumatycznego laparoskopowego zacisku Babcocka.
4. Przemieść zakrzywione igły od przodu ku tyłowi, wykorzystując port pępkowy, aby osiągnąć optymalny kąt.
5. Zawiąż węzeł na tylnej ścianie macicy. Pozwoli to na rozluźnienie taśmy z dostępu przez nacięcie zagłębienia odbytniczno-macicznego, jeśli dojdzie do przedwczesnej utraty płodu lub taśma okaże się nieskuteczna.

laparoskopowej polegają na zminimalizowaniu dolegliwości bólowych po operacji i szybkim powrocie operowanej do zdrowia.<sup>4</sup> U wybranych pacjentek laparoskopowe przez-brzusne założenie taśmy można bezpiecznie i skutecznie wykonać w warunkach ambulatorium.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 5, May 2012, p. 60. Prophylactic laparoscopic abdominal cerclage: Tips for success.

#### **Piśmiennictwo**

1. Harger JH. Cerclage and cervical insufficiency: an evidence-based analysis. *Obstet Gynecol.* 2002;100(6):1313-1327. Erratum in: *Obstet Gynecol.* 2003;101(1):205.
2. Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervicouterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetence. *Obstet Gynecol.* 1965;25(2):145-155.
3. Davis G, Berghella V, Talucci M, Wapner RJ. Patients with a prior failed transvaginal cerclage: a comparison of obstetric outcomes with either transabdominal or transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(4):836-839.
4. Jackson H, Granger S, Price R. Diagnosis and laparoscopic treatment of surgical diseases during pregnancy: an evidence-based review. *Surg Endosc.* 2008;22(9):1917-1927.