

Czy histerektomia przezbrzuszną jest metodą przestarzałą?

JON I. EINARSSON, MD, MPH

Pierwszą skuteczną próbą usunięcia macicy była histerektomia przezpochwowa, którą dr Conrad Langenbeck przeprowadził w 1813 r. w salonie swego mieszkania.¹ W trakcie tej operacji podczas zakładania szwów koniec nici chirurgicznej trzymał w zębach. Chora przeżyła, mimo opisywanego przez autora obfitego krwotoku.² Od tamtej pory histerektomia przezpochwowa stała się najefektywniejszą kosztowo metodą operacyjnego usuwania macicy.³

W badaniu ankietowym przeprowadzonym niedawno w Stanach Zjednoczonych⁴ zapytano ginekologów, jaki dostęp wybraliby w celu wykonania histerektomii u siebie lub małżonki. Tylko 8% z nich wybrało operację z dostępu brzuszno, natomiast znakomita większość opowiedziała się za dostępem pochwowym lub laparoskopowym. Wyniki te budzą tym większe zdziwienie, że większość histerektomii wykonywano w tym czasie z dostępu brzuszno. Można zatem uznać, że chociaż ginekolodzy zdają sobie sprawę z zalet metod minimalnie inwazyjnych, nie polecają ich powszechnie swoim pacjentkom. Zagadnienie to staje się bardziej złożone, ponieważ są one coraz bardziej świadome istnienia alternatywnych metod wykonywania histerektomii oraz postępu w chirurgii ginekologicznej.

Powszechnie uważa się, że przebieg pooperacyjny jest korzystniejszy u kobiet operowanych z dostępu pochwowego niż po operacji brzusznej. Odczuwają one mniej dolegliwości bólowych i szybciej powracają do codziennej aktywności.³ Histerektomia przezpochwowa nigdy nie przyjęła się jednak całkowicie i dostęp ten wykorzystywano podczas zaledwie 20% operacji.⁵ Przyczyną jest być może to, że niewielu ginekologów wykonuje rocznie więcej niż 30 histerektomii przezpochwowych.⁴

Chociaż standardowa histerektomia przezpochwowa jest stosunkowo prostym zabiegiem, wykonanie go może być dość trudne w takich warunkach, jak wąski przedsionek pochwy, nieznaczna ruchomość sklepień pochwy oraz zwłóknienie macicy. Entuzjastycznie nastawieni mistrzowie w wykonywaniu operacji przezpochwowych są w stanie usunąć tą drogą praktycznie każdą macicę,⁶ dla większości ginekologów jest to jednak nierealne.

Dodatkową trudność sprawia fakt, że obecnie wyróżnia się pięć technik usuwania macicy: z dostępu brzuszno, pochwowego, laparoskopowego, za pomocą robota oraz przez pojedynczy port (metodą NOTES, tj. przez naturalny otwór ciała – przyp. tłum.). Większość ginekologów nie jest w stanie wystarczająco biegle operować każdą z tych metod. Wielu z nich woli się wyspecjalizować w stosowaniu zaledwie jednej lub dwóch metod minimalnie inwazyjnych, którymi najczęściej są histerektomia laparoskopowa lub wykonywana za pomocą robota.

Według danych Intuitive Surgical w 2010 r. w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono 120 000 histerektomii za pomocą robota. Odpowiada to około 20% spośród 600 000 histerektomii wykonywanych rocznie.⁵ Brakuje niestety aktualnych informacji dotyczących liczby zabiegów wykonywanych innymi metodami, ponieważ dane ogólnokrajowe opublikowano ostatnio w 2005 r.,⁶ a od tego czasu prawdopodobnie nastąpiły znaczne zmiany. Na przykład w Brigham and Women's Hospital częstość wykonywania histerektomii z dostępu brzuszno zmniejszyła się z 64,7% w 2006 r. do 35,8% w 2009 r., a od 2009 r. większość tych operacji wykonuje się laparoskopowo.⁷ Budzi to szczególne zainteresowanie, ponieważ każdego roku ponad 40 operatorów doświadczonych w wykorzystaniu różnych technik wykonuje około 1100 histerektomii. Obecnie w tym szpitalu prowadzącym szkolenia lekarze kończący rezydenturę szukają możliwości wykonania operacji usunięcia macicy z dostępu brzuszno, podczas gdy histerektomia laparoskopowa jest dla nich codziennością.

Dlaczego tak się dzieje? Prawdopodobnie odegrało tu rolę wiele czynników. Wydaje się, że łatwiej nauczyć się operacji laparoskopowej lub wykonywanej za pomocą robota z uwagi na lepsze uwidocznienie wszystkich wykonywanych czynności. Ponadto zabiegi te znajdują szersze zastosowanie w różnych sytuacjach klinicznych, w tym u chorych po operacji, ze zrostami w jamie otrzewnej, z bólem miednicy, endometriozą, guzami przydatków oraz wymagających planowego usunięcia przydatków. Firmy wytwarzające narzędzia wykorzystywane podczas operacji laparoskopowych lub wykonywanych za pomocą robota przywiązują coraz większą wagę do wspierania warsztatów, kursów i seminariów poświęconych usuwaniu macicy tymi metodami, natomiast histerektomia przezpochwowa nie posiada takiego wsparcia. Chociaż nadal zachwala się ją jako najmniej inwazyjną technikę usuwania macicy,

Dr Einarsson, zastępca redaktora naczelnego Contemporary OB/GYN, Chief of the Division of Minimally Invasive Gynecology, Brigham and Women's Hospital, assistant professor, department of obstetrics and gynecology, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

w ostatnich randomizowanych badaniach wykazano, że chore nieco szybciej wracają do zdrowia po histerektomii laparoskopowej.⁸

Niezależnie od przyczyny wprowadzenie histerektomii laparoskopowej i wykonywanej za pomocą robota sprawiło, że – w porównaniu z dostępem przez pochwę – dostęp brzuszny jest wykorzystywany w celu usunięcia macicy tak rzadko, jak nigdy dotąd. Moim zdaniem w 2011 r. blisko 50% histerektomii przeprowadzono laparoskopowo lub za pomocą robota, tylko 30-35% drogą laparotomii, a pozostałe przez pochwę. Przypuszczam, że tendencja ta utrzyma się i ginekolodzy doświadczeni w operowaniu przez pochwę nadal będą wykorzystywali ten dostęp, podczas gdy coraz więcej histerektomii brzusznych będzie wykonywanych przez roboty lub techniką laparoskopową.

Chociaż koszty wykorzystania sali operacyjnej podczas zabiegów laparoskopowych lub wykonywanych za pomocą robota są większe w porównaniu z kosztami histerektomii przezbrzuszej, koszty społeczne są mniejsze dzięki skróceniu pobytu w szpitalu i czasu powrotu do codziennej aktywności.⁹ Dotyczy to zwłaszcza zabiegów laparoskopowych, ponieważ koszty operacji wykonywanych za pomocą robota równoważą oszczędności uzyskane dzięki krótszemu pobytowi w szpitalu i szybszemu powrotowi do zdrowia. W ośrodku, w którym pracuję, koszt histerektomii przeprowadzonej za pomocą robota przekracza o 3000 dolarów koszt histerektomii laparoskopowej. Dlatego w naszym ośrodku chętniej wykonuje się zabiegi laparoskopowe, a chorym można oferować metodę minimalnie inwazyjną, której zastosowanie nie zagraża ich bezpieczeństwu. Dzięki zmianie dostępu brzuszno-laparoskopowego w naszym ośrodku stwierdzono znaczne zmniejszenie częstości powikłań okołoperacyjnych.⁷

Co powinien uwzględnić ginekolog wybierający metodę wykonania histerektomii? Jeśli rutynowo przeprowadza tę operację z dostępu pochwowego lub laparoskopowego, powinien nadal proponować je chorym. Jeśli natomiast stosuje głównie dostęp brzuszny, musi brać pod uwagę przede wszystkim liczbę wykonywanych przez siebie operacji. Ponieważ typowa krzywa uczenia się usuwania macicy wynosi około 30 zabiegów,¹⁰ wydaje się mało prawdopodobne, aby doświadczenie niektórych ginekologów było wystarczające do skutecznego i bezpiecznego przeprowadzenia operacji metodą minimalnie inwazyjną. Moim zdaniem ginekolodzy wykonujący mniej niż dwie histerektomie miesięcznie dostrzegają znacznie więcej przeszkód w proponowaniu chorym operacji minimalnie inwazyjnej.⁴ Skoro zatem obecnie najchętniej wykorzystuje się dostęp brzuszny, a ginekolog wykonuje rocznie mniej niż 30 histerektomii, najwłaściwsze byłoby skierowanie chorej do ośrodka, w którym przeprowadza się więcej takich zabiegów. Tam mogłaby przebyć konsultację, operację i okres pooperacyjny. Następnie pozostawałaby pod dalszą coroczną opieką lekarza kierującego. Taki model zapewni przeprowadzenie operacji przez doświadczonego chirurga,

co zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań i poprawia wyniki leczenia.¹¹

Alternatywą mogącą znaleźć zastosowanie w praktyce klinicznej jest dołączenie do zespołu jednego lub dwóch lekarzy, którzy chcieliby rozwijać swoje umiejętności w wykonywaniu minimalnie inwazyjnej histerektomii. Początkowo pracowaliby wraz z doświadczonym operatorem, pod kierunkiem którego mogliby przeprowadzić odpowiednio dużo operacji usunięcia macicy, aby uzyskać wprawę w technice jej wykonywania, niezbędną do bezpiecznego podejmowania takich zabiegów samodzielnie. Chore, u których operacja mogłaby być trudniejsza, byłyby kierowane bezpośrednio do ginekologa wykonującego rocznie co najmniej 50 minimalnie inwazyjnych histerektomii.

Czy histerektomia z dostępu brzuszno-laparoskopowego jest przestarzała? Jeszcze nie. W pewnych sytuacjach nadal jest najwłaściwszą metodą, np. u chorej z macicą znacznie powiększoną w przebiegu choroby nowotworowej, gdy w grę nie wchodzi rozkawkowanie narządu. Ponadto, jeśli ginekolog pracuje w odległym zakątku kraju, nie ma doświadczenia ani możliwości szybkiego skierowania chorej do ośrodka referencyjnego, dostęp przezbrzuszy może się okazać najbezpieczniejszy. Większy zakres szkoleń, dostępność specjalistów w wykonywaniu określonych zabiegów, a także coraz większa świadomość chorych mogą jednak sprawić, że celem do osiągnięcia w niedalekiej przyszłości będzie przeprowadzanie 90% histerektomii metodami minimalnie inwazyjnymi. Ich właściwe zastosowanie i wykonanie znacząco poprawią przebieg okołoperacyjny i bezpieczeństwo chorych, zmniejszając przy tym całkowity koszt leczenia ponoszony przez społeczeństwo – taka sytuacja jest naprawdę korzystna dla obu stron.

Contemporary OB/GYN, Vol. 57, No. 11, November 2011, p. 6. Is abdominal hysterectomy obsolete?

PIŚMIENNICTWO

1. Baskett TF. Hysterectomy: evolution and trends. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19(3):295-305.
2. Senn N. The early history of vaginal hysterectomy. *JAMA.* 1895;25(12):476-482.
3. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2006;19(2):CD003677.
4. Einarsson JI, Matteson KA, Schulkin J, Chavan NR, Sangi-Haghpeykar H. Minimally invasive hysterectomies—a survey on attitudes and barriers among practicing gynecologists. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(2):167-175.
5. Jacoby VL, Autry A, Jacobson G, Domush R, Nakagawa S, Jacoby A. Nationwide use of laparoscopic hysterectomy compared with abdominal and vaginal approaches. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5):1041-1048.
6. Kovac SR. Transvaginal hysterectomy: rationale and surgical approach. *Obstet Gynecol.* 2004;103(6):1321-1325.
7. Jonsdottir GM, Jorgensen S, Cohen SL, et al. Increasing minimally invasive hysterectomy: effect on cost and complications. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1142-1149.
8. Gendy R, Walsh CA, Walsh SR, Karantanis E. Vaginal hysterectomy versus total laparoscopic hysterectomy for benign disease: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(5):388.e1-388.e8.
9. Wright KN, Jonsdottir GM, Jorgensen S, Shah NT, Einarsson JI. A comparison of abdominal, laparoscopic, vaginal, and robotic hysterectomies: surgical outcomes and operative cost in a single institution. *J Minim Invasive Gynecol.* In press.
10. Ghomi A, Littman P, Prasad A, Einarsson JI. Assessing the learning curve for laparoscopic supracervical hysterectomy. *JLS.* 2007;11(2):190-194.
11. Boyd LR, Novetsky AP, Curtin JP. Effect of surgical volume on route of hysterectomy and short-term morbidity. *Obstet Gynecol.* 2010;116(4):909-915.