

Czy powinno się proponować wykonanie histerektomii w warunkach ambulatoryjnych?

BRUCE S. KAHN, MD, FACOG, LILY J. TSAI, MD

Wykonywanie histerektomii metodami minimalnie inwazyjnymi – drogą przezpochwową, techniką laparoskopową lub z użyciem robotów operacyjnych – przyspiesza powrót do zdrowia po operacji i zmniejsza koszty opieki medycznej. Wypisywanie do domu niektórych kobiet w dniu operacji mogłoby przynieść dodatkowe korzyści.

Doktor W. jest ginekologiem i położnikiem od 10 lat. Przed trzema laty uczestniczyła w szkoleniu dotyczącym wykonywania histerektomii laparoskopowej (laparoscopic hysterectomy, LH). Korzystając z pomocy bardziej doświadczonych kolegów, zaczęła wprowadzać tę technikę do swej praktyki. Uzyskiwała dobre wyniki leczenia, zaczęła zatem rozważać rutynowe wykonywanie histerektomii metodą laparoskopową w wybranej grupie chorych. Obecnie dr W. pozostawia chore w szpitalu na noc i wypisuje je w pierwszej dobie po LH. Przeczytała, że niektórzy ginekolodzy wypisują chore w dniu operacji, inni zaś wykonują minimalnie inwazyjną histerektomię całkowicie w warunkach ambulatorium. Pomyśl wypisywania chorych do domu w dniu operacji wzbudził zainteresowanie dr W., nie jest jednak pewna, jak wprowadzić tę zasadę do swej praktyki.

Opisana sytuacja staje się coraz częstsza w praktyce położniczo-ginekologicznej. W niniejszym artykule oceniono bezpieczeństwo i możliwość wypisania w dniu operacji po minimalnie inwazyjnej histerektomii wykonanej z powodu choroby niezłośliwej. Przeanalizowano też dotychczasowe obserwacje, które lekarz może wykorzystać, oferując chorym opuszczenie szpitala w dniu operacji.

Historia minimalnie inwazyjnej histerektomii

Histerektomia nadal jest najczęściej wykonywaną dużą operacją ginekologiczną. Każdego roku w Stanach Zjednoczonych przeprowadza się ją u około 600 000 kobiet.¹ Ogólnokrajowy przegląd histerektomii wykonanych w latach 1997-2005 ujawnił, że około 2/3 z nich przeprowadzono techniką laparoskopową.²

W 2011 roku American Academy of Gynecologic Laparoscopists opublikowała oświadczenie, w którym uznano zabiegi minimalnie inwazyjne za metodę z wyboru przy usuwaniu macicy z powodu niezłośliwego schorzenia.³ W dokumencie opublikowanym w 2009 r. American College of Obstetricians and Gynecologists (Committee Opinion nr 444) wyraźnie wskazało na histerektomię pochwową (vaginal hysterectomy, VH) jako najbardziej zalecaną metodę, jeśli tylko jej zastosowanie jest możliwe.⁴ Inni autorzy sugerowali, że technika LH przy użyciu robota może uprościć krzywą uczenia się, dzięki czemu minimalnie inwazyjne sposoby wykonywania histerektomii staną się dostępne większej liczbie operujących ginekologów.⁵ Stanowiska te są prawdopodobnie wyrazem zapoczątkowania fundamentalnych zmian w metodach wykonywania histerektomii w Stanach Zjednoczonych i innych krajach.

Minimalnie inwazyjna histerektomia polega na całkowitym usunięciu macicy przez pochwę (VH), laparoskopowo (LH) lub metodą laparoskopową wspomaganą przez robota. Wykorzystuje się również skojarzenia tych technik, np. VH wspomaganą laparoskopowo. Wyniki ankiety przeprowadzonej ostatnio wśród ginekologów w Stanach Zjednoczonych sugerują, że chociaż przeważająca większość z nich wybrałaby operację techniką LH albo VH dla siebie lub dla żony, wiele barier powstrzymuje ich przed proponowaniem takiego postępowania chorym. Należą do

Dr Kahn, director, Scripps fellowship in minimally invasive gynecologic surgery, Department of Obstetrics and Gynecology, Scripps Clinic Medical Group, La Jolla, Kalifornia.

Dr Tsai zakończyła ostatnio szkolenie w minimalnie inwazyjnej chirurgii ginekologicznej i praktykuje w Scripps Clinic w San Diego w Kalifornii.

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów, faktycznego ani możliwego, w związku z treścią powyższego artykułu.

nich dostrzegalne trudności techniczne oraz niedostateczne szkolenie w trakcie rezydentury, zwłaszcza w chirurgii laparoskopowej.⁶

Minimalnie inwazyjna histerektomia ma kilka zalet. Wyniki ostatnich badań oceniających zabiegi laparoskopowe i wykonywane przy wykorzystaniu robotów, przeprowadzane z powodu chorób łagodnych lub nowotworów złośliwych, dowodzą, że powodują one mniej dolegliwości bólowych, mniejszą utratę krwi, mniej powikłań, skracają czas pobytu w szpitalu, umożliwiając szybszy powrót do zdrowia i codziennej aktywności, a także uzyskanie lepszego wyniku kosmetycznego niż histerektomia z dostępu brzuszno-⁷⁻¹²

Krótszy pobyt w szpitalu po mniej inwazyjnym zabiegu zmniejsza również koszty leczenia.^{13,14} W doniesieniu opublikowanym w 2005 r. wykazano, że koszty wykonywania VH w warunkach ambulatorium były o 20-25% mniejsze niż koszty wykonywania tego zbiegu w szpitalu.¹⁵ W Danii obliczono, że wykonywanie plastyki przedniej ściany pochwy w warunkach ambulatorium zmniejsza ogólny koszt leczenia o ponad jedną trzecią w porównaniu z kosztami ponoszonymi wtedy, gdy chore pozostają na noc w szpitalu.¹⁶ Krótko mówiąc, pobyt w szpitalu znacznie zwiększa koszty opieki zdrowotnej w porównaniu z wypisaniem w dniu operacji. Biorąc pod uwagę coraz staranniejsze liczenie wydatków ponoszonych na opiekę zdrowotną, skrócenie pobytu w szpitalu, jeśli tylko okaże się bezpieczne i możliwe, będzie nabierało prawdopodobnie coraz większego znaczenia.

Dane przemawiające za ambulatoryjnym wykonywaniem histerektomii

Pojawia się coraz więcej danych świadczących o bezpieczeństwie i skuteczności histerektomii wykonywanej w warunkach ambulatorium. Pierwsze doniesienie opisujące taką operację pojawiło się w 1992 r. Stovall i wsp. przedstawili wstępne wyniki uzyskane u 35 chorych poddanych VH w warunkach ambulatorium.¹⁷ Dwie chore wymagały ponownego przyjęcia – jedna z powodu uporczywego bólu głowy w następstwie znieczulenia przewodowego, druga z powodu wytworzenia się ropnia w kikucie pochwy.

W 2000 r. Leuken i wsp. przedstawili dane, z których wynikało, że wykonywana w warunkach ambulatorium nadszyjkowa LH jest bezpieczna. W badaniu tym uczestniczyło 140 chorych operowanych z powodu mięśniaków, nieprawidłowych krwawień z macicy, bolesnego miesiączkowania lub nieskuteczności wcześniejszego zabiegu ablacji endometriozy. Jedna z tych chorych wymagała pozostawienia w szpitalu na noc na obserwacji, u jednej uszkodzono moczowód, który od razu zaopatrzono, u jednej zaś wykonano konwersję do laparotomii z powodu krwawienia z tętnicy macicznej.¹⁸

Thiel i Gamelin oceniali następnie bezpieczeństwo i zadowolenie 66 kobiet poddanych LH w warunkach ambulatorium z powodu różnych chorób łagodnych. Pięć

Do zapamiętania

- Minimalnie inwazyjna histerektomia zmniejsza koszty leczenia dzięki skróceniu pobytu chorej w szpitalu, jest przy tym bezpieczna i wykonalna.
- Wczesne jasne przedstawienie ryzyka i korzyści zastosowania chirurgii minimalnie inwazyjnej sprawia, że oczekiwania chorej są realistyczne.
- Należy pokrótce przedstawić plan postępowania przy wypisie w dniu operacji wszystkim członkom zespołu zajmującego się chorą w okresie okołoperacyjnym.

z nich (7,5%) wymagało pozostawienia na noc w szpitalu, nadal jednak zadowolenie chorych było duże, a 63 kobiety (95%) stwierdziły, że są bardzo zadowolone i mogłyby polecić takie leczenie innym.¹⁴

Również Morrison i Jacobs przedstawili dobre wyniki leczenia 52 kobiet, które przebyły LH w warunkach ambulatorium wiejskiego ośrodka chirurgicznego. Pięć z nich (9,6%) spędziło w szpitalu noc, w tym trzy z powodów medycznych, a dwie z przyczyn społecznych.¹⁹ Nie obserwowano żadnych powikłań, ani jedna chora nie wymagała też ponownego przyjęcia do szpitala.

W 2005 r. Levy i wsp. przeprowadzili badanie z udziałem 412 chorych poddanych VH. Wśród nich 93% wypisano do domu w ciągu 12 h po przyjęciu.¹⁵ Żadna z nich nie zgłosiła się ponownie na oddział ratunkowy z powodu krwawienia, nudności, wymiotów, uporczywego bólu ani zatrzymania moczu. Trzy chore (0,73%) przyjęto ponownie w ciągu 30 dni od operacji: dwie wymagały podania antybiotyków dożylnie z powodu bólu brzucha i gorączki, trzecią poddano operacji z powodu przetoki pęcherzowo-pochwowej.

W doniesieniu opublikowanym w 2005 r. Hoffman i wsp. przedstawili wyniki całkowitej i nadszyjkowej LH, w porównaniu z całkowitą histerektomią brzuszną, wykonywanych z powodu schorzeń łagodnych. Chore mogły wrócić do domu w dniu operacji, jeśli spełniały kryteria wypisania. Powrót do domu w dniu operacji był możliwy u 17% spośród 108 chorych po całkowitej LH i 25% spośród 251 po nadszyjkowej LH.²⁰ Wskaźniki poważnych powikłań w grupie wypisania w dniu operacji i pozostawionej w szpitalu wyniosły odpowiednio 3,6 i 2,5%, zaś ponownego przyjęcia do szpitala odpowiednio 4,9 i 2,2%. Między grupami nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w porównywanych wynikach.

W 2011 r. Perron-Budrick i wsp. opisali możliwość wypisania w dniu operacji u 52% spośród 1015 chorych poddanych całkowitej lub nadszyjkowej LH.²¹ Bezpośrednio po operacji odnotowali minimalną liczbę zgłoszeń na oddział ratunkowy, a po 12 miesiącach niewiele ponownych przyjęć do szpitala (oba zdarzenia dotyczyły mniej niż 4% chorych).

Uzyskane ostatnio dane przemawiają również za bezpieczeństwem wypisania w tym samym dniu po operacjach wykonywanych z powodu nowotworu narządu rodno-

tradycyjnie uznawanych za wymagające przyjęcia chorych do szpitala. Gien i wsp. oceniali 303 chore poddane radykalnej operacji ginekologicznej, z których 147 (48,5%) wypisano w dniu operacji.²² W tej grupie 7 (4,8%) chorych ponownie przyjęto do szpitala w ciągu trzech tygodni po operacji z powodu gorączki, powikłań ze strony rany pooperacyjnej lub układu moczowego. U żadnej nie obserwowano poważnych powikłań pooperacyjnych.

Wiele chorych chętnie akceptowało możliwość wypisania w dniu operacji, gdy miały decydować o długości czasu spędzonego w szpitalu. W niewielkim badaniu przeprowadzonym z udziałem 49 chorych Kisic-Trope i wsp.²³ oceniali wypisanie w dniu operacji w porównaniu z pozostawianiem w szpitalu do pierwszej doby po nadszykowej LH. Zadowolone kobiety, które wypisano w dniu operacji, było podobne do obserwowanego wśród kobiet wypisywanych w następnym dniu po operacji. Punktacja w skali oceniającej jakość życia była jednak mniejsza wśród kobiet po wypisaniu w dniu operacji, a różnice w porównaniu z chorymi pozostawionymi w szpitalu były istotne w 2 i 4 dniu po operacji. Tę różnicę może tłumaczyć odmiennym postrzeganiem przez kobiety z obu grup tego, jak powinny się czuć po opuszczeniu szpitala. Kobiety wypisane w dniu operacji mogły oczekiwać, że powrót do domu oznacza szybszy powrót do zdrowia i pełnej aktywności. Trzeba dodać, że 4 spośród 23 kobiet (17%) wypisane w dniu operacji okazywały wyraźne niezadowolenie ze zbyt krótkiego pobytu w szpitalu. Ponadto 6 spośród 22 kobiet (27%) przydzielonych do grupy pozostawionej w szpitalu prosiło o wypisanie do domu w dniu operacji. Około jedna czwarta kobiet w każdej z grup była niezadowolona z czasu pozostawiania w szpitalu, co świadczy o konieczności indywidualnego decydowania o zakładanej długości hospitalizacji.

Przedstawione dane wskazują, że wykonywanie histerektomii w warunkach ambulatoryjnych jest bezpieczne i dobrze przyjmowane przez wiele chorych, a przy tym ogranicza koszty leczenia. Naszym zdaniem wypisanie w dniu operacji jest bezpiecznym i praktycznym rozwiązaniem dla połowy do dwóch trzecich chorych poddawanych minimalnie inwazyjnej histerektomii. Ponadto planowanie wypisu w dniu operacji po histerektomii wymaga zaledwie kilku dodatkowych działań w porównaniu z podejmowanymi po innych operacjach przeprowadzanych w warunkach ambulatorium.

Planowanie przed operacją w kontekście wypisania chorej tego samego dnia

OMÓWIENIE WARUNKÓW WYPISANIA W DNIU OPERACJI Z PACJENTKĄ

Najważniejszym krokiem przygotowania do wypisania w dniu operacji jest wczesne jasne przedstawienie chorej zagrożeń i korzyści wynikających z takiego postępowania. Omawianie tych zagadnień najlepiej byłoby zacząć z chwilą

podjęcia decyzji o konieczności przeprowadzenia operacji. Taką rozmowę powinno się powtórzyć w trakcie wizyty poprzedzającej operację oraz w dniu operacji.

Levy i wsp. przyjęli zasadę umawiania się z chorą na dodatkową wizytę przed operacją, poświęconą wyłącznie omówieniu wypisania w dniu operacji.¹⁵ Nie uważamy takiego postępowania za niezbędne, uznajemy jednak znaczenie oceny warunków domowych chorej oraz pomocy, na jaką może ona liczyć. Idealnie, gdy chora ma zapewnione dobre warunki w zaciszu domowym i opiekę odpowiedzialnej osoby dorosłej. Trzeba się dowiedzieć, czy np. chora mająca małe dzieci może liczyć na pomoc innych dorosłych w opiece nad nimi. Dla chorych mieszkających daleko od ośrodka medycznego lub mających trudności z dotarciem do niego korzystniejsze może być spędzenie nocy po operacji w szpitalu. Względne przeciwwskazania do wypisania w dniu operacji wymagają starannego rozważenia (patrz: „Względne przeciwwskazania do wypisania chorej w dniu wykonania histerektomii w warunkach ambulatorium”).

Umożliwienie chorym udziału w podejmowaniu decyzji o wypisaniu zwiększa ich komfort i zadowolenie. Po omówieniu z chorą zagadnienia przed, a następnie po operacji, lekarz pozostawia jej ostateczną decyzję o czasie powrotu do domu. Oto przykład takiej rozmowy: „Planujemy wypisanie pani do domu w dniu operacji. Jeśli jednak po zabiegu ból będzie zbyt silny lub pojawią się nudności, może pani zdecydować o pozostaniu na noc w szpitalu”. Lekarzy ciągle zadziwia to, jak wiele chorych z radością wita możliwość wyjścia do domu w dniu operacji.

Korzyści wynikające z wypisania w dniu operacji można przedstawić chorej w trakcie rozmowy o minimalnie inwazyjnej histerektomii. Skupiamy się wówczas na trzech zagadnieniach. Po pierwsze, pobyt w domu jest bardziej komfortowy niż w szpitalu. W szpitalach panuje hałas. Czynności wykonywane przez pielęgniarki, chore leżące w tym samym pokoju oraz nieustanne pikanie pomp infuzyjnych to tylko niektóre niedogodności utrudniające sen podczas pobytu szpitalu. Po drugie, skrócenie pobytu w szpitalu zmniejsza ryzyko zakażenia drobnoustrojami szpitalnymi. Po trzecie, w domu unika się ryzyka przedawkowania narkotycznych leków przeciwbólowych, ponieważ chora przyjmuje ich mniej niż w szpitalu. Nadmiar zażywanych leków narkotycznych zwalnia proces powrotu do zdrowia, ponieważ wywołuje nudności i opóźnia powrót prawidłowej czynności jelit.

OMÓWIENIE ZAŁOŻEŃ WYPISANIA W DNIU OPERACJI Z PERSONELEM

Członkowie zespołu opiekującego się chorą w okresie okołoperacyjnym muszą wiedzieć o planowanym wypisie w dniu operacji i znać jego plan. Dotyczy to anestezjologów i pielęgniarek stykających się z chorą przy przyjęciu i przed zabiegiem, a także personelu sali pooperacyjnej, sali obserwacyjnej na oddziale chirurgicznym oraz biura

Względne przeciwwskazania do wypisania chorej w dniu wykonania histerektomii w warunkach ambulatorium

- Współistnienie poważnych chorób
- Konieczność przeprowadzenia w tym samym czasie kilku zabiegów chirurgicznych
- Duże ryzyko wystąpienia bólu i nudności po operacji (należy rozważyć wykorzystanie narzędzi oceny ryzyka pojawienia się nudności i wymiotów)
- Ograniczenia w szybkim dostępie do opieki medycznej (np. z uwagi na dużą odległość lub trudności w przywiezieniu chorej)
- Brak odpowiedzialnej osoby dorosłej, która mogłaby pomóc chorej w domu
- Brak możliwości odpoczynku w domu (np. gdy chora musi się opiekować dziećmi)
- Chora lub jej rodzina byłyby niezadowolone z wcześniejszego opuszczenia przez nią szpitala

przygotowującego dokumenty wypisu ze szpitala. Dzięki temu pacjentka uzyskuje te same informacje od różnych pracowników opieki zdrowotnej spotykanych w różnych miejscach w szpitalu. Autorzy zalecili pielęgniarkom z sali pooperacyjnej, aby u chorych, u których planowane jest wypisanie w dniu operacji, w pierwszej linii terapii przeciwbólowej, jeśli to tylko możliwe, stosowały leki doustne.

DECYDOWANIE O WYPISANIU CHOREJ NA PODSTAWIE INDYWIDUALNYCH KRYTERIÓW

W początkowym okresie stosowania procedury wypisywania w dniu operacji planowaliśmy przyjmowanie chorych wczesnym rankiem i rutynowo pozostawialiśmy je w szpitalu na obserwacji. Chore niewymagające podawania leków dożylnie lub domięśniowo w zwalczaniu bólu i wymiotów mogły opuścić szpital w pierwszej dobie po zabiegu.

Po uzyskaniu doświadczenia w stosowaniu procedury wypisu w dniu operacji u kobiet nieobciążonych poważnymi chorobami współistniejącymi, u których przebieg operacji był niepowikłany, wszelkie czynności związane z LH zaczęto wykonywać wyłącznie w warunkach ambulatorium. Obecnie planujemy przeprowadzanie w ambulatorium większości LH i przyjmowanie do szpitala jedynie chorych wymagających podawania dożylnie leków przeciwbólowych lub przeciwwymiotnych oraz obciążonych współistniejącymi schorzeniami albo wymagających opieki pielęgniarskiej.

Chore poddawane dodatkowym zabiegom są przyjmowane do szpitala w celu obserwacji w zależności od indywidualnych wskazań.

Działania podejmowane w dniu operacji**ZNIECZULENIE OKOŁOOPERACYJNE**

Znieczulenie wyprzedzające ból jest stosunkowo nową metodą powodującą złagodzenie bólu po operacji. Polega ona na podaniu leków przeciwbólowych przed zadziałaniem bodźców bólowych, aby zapobiec podrażnieniu układu nerwowego, a przez to narastaniu bólu.²⁴ W tym

celu rutynowo podajemy przed operacją niesteroidowy lek przeciwzapalny, np. celekoksyb 400 mg doustnie lub ketorolak 30 mg dożylnie, jeśli chora jest uczulona na sulfonamidy. Uważamy, że stosowanie tych leków w operacjach ginekologicznych nie zwiększa znacząco ryzyka krwawienia.

Chociaż w przeprowadzonej ostatnio metaanalizie 26 badań nie wykazano wyraźnej korzyści z zastosowania miejscowego znieczulenia wyprzedzającego w porównaniu z obserwowaną po podaniu leków po nacięciu powłok w trakcie operacji laparoskopowej,²⁵ wiele dowodów potwierdza przydatność znieczulenia wyprzedzającego.²⁴

Najchętniej stosujemy duże dawki leków miejscowo znieczulających (0,25% roztwór bupiwakainy z epinefryną), wstrzykiwane w tkankę podskórną w miejscach, w których zaplanowano wprowadzenie portów laparoskopowych. Zgodnie z założeniem znieczulenia wyprzedzającego leki podajemy przed wykonaniem każdego z nacięć powłok.

ŚRÓDOPERACYJNE PODAWANIE LEKÓW PRZECIWWYMIOTNYCH I INNE UDOGODNIENIA

Stwierdzono, że podawanie w skojarzeniu leków przeciwwymiotnych o różnych mechanizmach działania ogranicza częstość występowania nudności i wymiotów po operacji.

W badaniu przeprowadzonym z udziałem 5161 chorych (82% z nich to kobiety) poddanych różnym operacjom każdy zastosowany dodatkowo lek przeciwwymiotny stopniowo zmniejszał częstość występowania nudności i wymiotów (obserwowano je u 52, 37, 28 i 22% po podaniu odpowiednio 0, 1, 2 i 3 leków przeciwwymiotnych).²⁶ Po naradzie z anesteziologami próbowaliśmy stosować co najmniej trzy leki przeciwwymiotne w trakcie operacji. Najczęściej wykorzystywaliśmy ondansetron w dawce 4-8 mg, deksametazon w dawce 10 mg i metoklopramid w dawce 10 mg, wszystkie podawane dożylnie. U chorych, u których wymioty występowały przed operacją, stosujemy aprepitant w dawce 40 mg, podawany doustnie przed operacją.

W piśmiennictwie anesteziologicznym opisano kilka metod oceny ryzyka wystąpienia nudności i wymiotów po operacji. Udowodniono przydatność uproszczonej skali

ryzyka w zapewnieniu odpowiednich działań zapobiegawczych, zmniejszaniu częstości występowania nudności i wymiotów po operacji oraz skróceniu czasu pobytu chorych na oddziale pooperacyjnym.²⁷

Na uwagę zasługują inne drobne kroki podejmowane przed i po operacji, a pomagające w uzyskaniu dobrego wyniku. Po pierwsze, zapewnienie chorem ciepła przed operacją nie tylko pozwala na utrzymanie temperatury ciała w prawidłowych granicach, ale również zwiększa ich komfort i zmniejsza niepokój.²⁸ Po drugie, należy unikać stosowania leków narkotycznych o przedłużonym działaniu, ponieważ powodują one senność i mogą się przyczynić do zatrzymania moczu. Po trzecie, zastosowanie tzw. manewru rekrutacyjnego ogranicza ból barków po operacji i stosowanie leków przeciwbólowych. Podczas badania oceniającego operacje laparoskopowe w ginekologii ten manewr wykonywano pod koniec operacji, przed usunięciem trokarów. Polega on na wykonaniu 5 oddechów, w trakcie których w klatce piersiowej panuje dodatnie ciśnienie wynoszące 40 cm H₂O, przy czym ostatni z wdechów utrzymuje się na szczycie przez 5 sekund.²⁹

OPIEKA PO OPERACJI

Chorem należy zapisać niesteroidowe leki przeciwzapalne i pouczyć je, jak powinny je przyjmować przez kilka kolejnych dni. Leki narkotyczne wykorzystuje się w razie potrzeby jako dodatkowe leki przeciwbólowe. Warto zapisać również leki zmiękczające stolec i ułatwiające wypróżnienie.

Bezpośrednio po operacji chore powinny kontaktować się z lekarzem każdego dnia, aby informować go o stanie zdrowia. W razie podejrzenia jakiegokolwiek powikłania powinny móc niezwłocznie zgłosić się do ambulatorium.

Podsumowanie

Po starannym rozważeniu zagadnienia dr W. zaczęła rozmawiać z chorymi o wypisywaniu w dniu operacji. Zapewniała wszystkim chorem otrzymywanie właściwych dawek leków przeciwwymiotnych i przeciwbólowych w okresie okołoperacyjnym. Omawiała też plan postępowania z personelem uczestniczącym w opiece okołoperacyjnej.

Dr W. zaczęła przyjmować chore do szpitala na obserwację i wypisywać je w późniejszych godzinach w dniu operacji, jeśli opanowano ból oraz nudności. Obecnie wiele operowanych przez nią chorych, u których zabieg przebiegł bez powikłań, a stan ich zdrowia jest dobry, jest leczonych wyłącznie w warunkach ambulatorium.

Chore leczone przez dr W., u których operacja trwa długo, wymagają kilku zabiegów lub są obciążone kilkoma czynnikami ryzyka wystąpienia powikłań, pozostają w szpitalu na noc na obserwacji. Wobec każdej z nich dr W. podejmuje decyzję indywidualnie. Wiele operowa-

Kluczowe zagadnienia

- Histerektomia jest najczęstszą wśród dużych operacji ginekologicznych wykonywanych u Amerykanek.
- Krótszy pobyt w szpitalu po minimalnie inwazyjnej histerektomii zmniejsza koszty ponoszone przez opiekę zdrowotną.
- Uzyskiwane dane coraz mocniej potwierdzają bezpieczeństwo histerektomii wykonywanej w warunkach ambulatorium.
- Wiele chorych jest zadowolonych z możliwości wyboru opcji opuszczenia szpitala w dniu operacji.
- Wypisanie do domu w dniu operacji jest bezpieczne u 75% chorych.
- Wyniki badań wskazują, że wypisanie do domu w dniu operacji jest bezpieczne nawet po zabiegach onkologicznych.
- Należy przygotować chore do wypisania do domu w dniu operacji, omawiając z nimi zagrożenia i korzyści wynikające z takiego postępowania.
- Chore uczestniczące w podejmowaniu decyzji są bardziej zadowolone z możliwości wyboru takiego postępowania.
- Zespół opiekujący się chorą w okresie okołoperacyjnym również musi znać plan działań zmierzających do wypisania chorej do domu w dniu zabiegu.
- Zastosowanie znieczulenia wyprzedzającego ból może zmniejszyć dolegliwości bólowe po operacji.
- Zapewnienie chorej ciepła w okresie okołoperacyjnym zmniejsza jej niepokój.
- Skojarzone leczenie przeciwwymiotne zmniejsza częstość występowania nudności i wymiotów po operacji.

nych przez nią chorych naprawdę docenia korzyści wynikające z wypisania w dniu operacji.

Contemporary OB/GYN, Vol. 56, No. 10, October 2011, p. 49. Should you offer outpatient hysterectomy?

PIŚMIENNICTWO

1. Centers for Disease Control and Prevention. Women's Reproductive health: Hysterectomy fact sheet. Hysterectomy In the United States, 2000-2004. Cdc web site. http://www.Cdc.Gov/reproductivehealth/womensrh/00-04-Fs_hysterectomy.Htm. Reviewed May 7, 2009. Accessed August 12, 2011.
2. Merrill RM. Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Med Sci Monit.* 2008;14(1):Cr24-cr31.
3. American Academy of Gynecologic Laparoscopists (AAGL) Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. AAGL position statement: route of hysterectomy To treat benign uterine disease. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18(1):1-3.
4. ACOG Committee Opinion No. 444: Choosing the Route of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2009;114(5):1156-1158.
5. Advincula AP, Wang K. Evolving role and current state of Robotics in minimally invasive gynecologic surgery. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(3):291-301.
6. 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.
7. Ko EM, Muto MG, Berkowitz RS, Feltmate CM. Robotic Versus open radical hysterectomy: a comparative study at a Single institution. *Gynecol Oncol.* 2008;111(3):425-430.
8. Piquion-Joseph JM, Nayar A, Ghazaryan A, Papanna R, Klimek W, Laroia R. Robot-assisted gynecological surgery in A community setting. *J Robot Surg.* 2009;3(2):61-64.
9. Denardis SA, Holloway RW, Bigsby GE 4th, Pikaart DP, Ahmad S, Finkler NJ. Robotically assisted laparoscopic hysterectomy versus total abdominal hysterectomy and lymphadenectomy for endometrial cancer. *Gynecol Oncol.* 2008;111(3):412-417.

10. Payne TN, Dauterive FR. A comparison of total Laparoscopic hysterectomy to robotically assisted Hysterectomy: surgical outcomes in a community practice. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15(3):286-291.
11. Boggess JF, Gehrig PA, Cantrell L, et al. A comparative Study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging For endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, Laparotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(4):360.E1-360.E9.
12. Bell MC, Torgerson J, Seshadri-Kreaden U, Suttle AW, Hunt S. Comparison of outcomes and cost for endometrial Cancer staging via traditional laparotomy, standard laparoscopy and robotic techniques. *Gynecol Oncol.* 2008;111(3):407-411.
13. Warren L, Ladapo JA, Borah BJ, Gunnarsson CL. Open Abdominal versus laparoscopic and vaginal hysterectomy: Analysis of a large United States payer measuring quality and Cost of care. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(5):581-588.
14. Thiel J, Gamelin A. Outpatient total laparoscopic Hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003;10(4):481-483.
15. Levy BS, Luciano DE, Emery II. Outpatient vaginal Hysterectomy is safe for patients and reduces institutional Cost. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12(6):494-501.
16. Sørensen J, Axelsen SM. Cost-minimisation analysis of Vaginal wall repair in an inpatient or outpatient regimen. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86(4):473-479.
17. Stovall TG, Summitt RL Jr, Bran DF, Ling FW. Outpatient Vaginal hysterectomy: a pilot study. *Obstet Gynecol.* 1992;80(1):145-149.
18. Lueken RP, Salfelder A, Busche D. Laparoscopic supracervical hysterectomy in a day clinic. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000;7(3 Suppl):s33. Abstract 115.
19. Morrison JE Jr, Jacobs VR. Outpatient laparoscopic Hysterectomy in a rural ambulatory surgery center. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2004;11(3):359-364.
20. Hoffman CP, Kennedy J, Borschel L, Burchette R, Kidd A. Laparoscopic hysterectomy: the Kaiser Permanente San Diego experience. *J Minim Invasive Gynecol.* 2005;12(1):16-24.
21. Perron-Burdick m, Yamamoto M, Zaritsky E. Same-day discharge after laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2011;117(5):1136-1141.
22. Gien IT, Kupets R, Covens A. Feasibility of sameday Discharge after laparoscopic surgery in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol.* 2011;121(2):339-343.
23. Kistic-Trope J, Qvigstad E, Ballard K. A randomized Trial of day-case vs inpatient laparoscopic supracervical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(4): 307.E1-307.E8.
24. Gottschalk A, Smith DS. New concepts in acute pain therapy: preemptive analgesia. *Am Fam Physician.* 2001;63(10):1979-1984.
25. Coughlin SM, Karanicolas PJ, Emmerton-Coughlin HM, Kanbur B, Kanbur S, Colquhoun PH. Better late than never? Impact of local analgesia timing on postoperative pain in laparoscopic surgery: a systematic review and metaanalysis. *Surg Endosc.* 2010;24(12):3167-3176.
26. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M, et al; IMPACT Investigators. A factorial trial of six interventions for the Prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med.* 2004;350(24):2441-2451.
27. Pierre S, Corno G, Benais H, Apfel CC. A risk scoredependent Antiemetic approach effectively reduces Postoperative nausea and vomiting—a continuous quality Improvement initiative. *Can J Anaesth.* 2004;51(4):320-325.
28. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of comfort Warming on preoperative patients. *AORN J.* 2006;84(3): 427-448.
29. Sharami SH, Sharami MB, Abdollahzadeh M, Keyvan A. Randomised clinical trial of the influence of pulmonary recruitment manoeuvre on reducing shoulder pain after laparoscopy. *J Obstet Gynaecol.* 2010;30(5):505-510.