

Grzegorz Raba

## Zmiany w macicy obserwowane w przebiegu operacyjnego leczenia wypadania narządów płciowych IV stopnia

Z Oddziału Ginekologii i Położnictwa Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu

*Z chwilą wprowadzenia do leczenia wypadania narządu płciowego IV stopnia POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification) nowoczesnych technik beznapięciowych, pojawiły się możliwości korekcji POP bez konieczności usunięcia macicy. Warunkiem zachowania macicy podczas operacji jest brak wskazań medycznych do jej usunięcia.*

*W artykule przedstawiono wyniki analizy częstości występowania i rodzaju zmian patologicznych w obrębie macicy u kobiet operowanych z powodu POP-Q IV'. Zwrócono uwagę na trudności w podejmowaniu decyzji o pozostawieniu bądź jednoczesnym usunięciu macicy podczas operacji naprawczej, w przypadku istnienia łagodnych, bezobjawowych procesów chorobowych macicy towarzyszących wypadaniu.*

Słowa kluczowe: wypadanie narządów płciowych, patologia macicy, zabiegi naprawcze

### *The uterus lesions during surgical treatment of pelvic organ prolapse IV*

*As soon as modern tensionfree techniques were introduced into the treatment of pelvic organ prolapse (POP), a possibility of correction of POP without uterus removal became feasible. The absence of medical indications for uterus removal is the main condition for its maintenance. The article discusses the outcomes of analysis of the frequency of pathological uterus abnormalities in women operated for POP-Q IV'. The attention was paid to decision making process concerning removing or maintaining the uterus during reconstructive operations in the case of benign, POP-related, non-symptomatic pathological lesions accompanying uterus prolapse.*

Key words: pelvic organ prolapse, uterus lesions, reconstructive techniques.

### WSTĘP

Problem wypadania narządu rodnego u kobiet, jak również jego leczenie, posiada w chwili obecnej bardzo szerokie piśmiennictwo. Wydaje się, że z biomechanicznego punktu widzenia, odtworzenie prawidłowej statyki narządów płciowych nie wymaga usunięcia wypadającej macicy. Aktualnie brakuje randomizowanych prac porównujących odległe wyniki leczenia operacyjnego zaburzeń statyki z zachowaniem macicy lub jej usunięciem, jednak wiele publikacji sugeruje porównywalne, bądź lepsze odległe wyniki leczenia w przypadku zastosowania technik z zachowaniem macicy [13]. Pomimo to, z różnych względów, w pewnych przy-

padkach leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych wykonuje się jednoczasowo histerektomię.

Według Dorsey i wsp. [12] częstość zaburzeń statyki narządów płciowych jako wskazanie do histerektomii przezpochwowej wynosi 84,3%.

Według Heit i wsp. [15] histerektomię należy wykonywać jedynie przy współistnieniu zmian chorobowych macicy będących wskazaniem do jej usunięcia.

Sytuacje kliniczne często tworzą dylemat: czy obserwowane u chorej zmiany należy uznać za wskazanie do histerektomii czy też nie? W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie poddano analizie wyniki pooperacyjne badań histopatologicznych macic, usuniętych u kobiet w przebiegu leczenia

wypadania narządu rodno IV stopnia, z zastosowaniem technik połączonych z histerektomią.

### CEL

Ocena częstości występowania i rodzaju zmian histopatologicznych w obrębie macicy w przebiegu wypadania narządów płciowych IV stopnia.

### MATERIAŁ I METODA

Grupa badana: 35 kobiet, u których zastosowano techniki operacyjne połączone z histerektomią w przebiegu leczenia wypadania narządu rodno w Oddziale Ginekologii Wojewódzkiego Szpitala w Przemyślu w roku 2005. W analizowanym okresie wykonano łącznie 161 zabiegów naprawczych obniżenia narządu rodno, stosując 11 odmiennych rodzajów zabiegów, w tym 4 techniki połączone z histerektomią:

1. Histerektomia z plastyką pochwy;
  2. Histerektomia + MESH (siatka polipropylenowa) anterior;
  3. Histerektomia + SSLF (Sacro Spinal Ligament Fixation);
  4. Histerektomia + D-TOT (Double Trans Obturator Tape) + SSLF
- oraz 7 technik bez wykonania histerektomii.

W okresie objętym badaniem obniżenie narządu rodno IV<sup>o</sup> POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification system) kwalifikowano jako wskazanie do histerektomii.

### CHARAKTERYSTYKA KLINICZNA

Przewidywana masa własna macic kobiet w badanej grupie określona przedoperacyjnie za pomocą USG wahała się od 85 do 280 gramów (średnio: 146 g).

Zmiany kliniczne stwierdzone przedoperacyjnie w obrębie macicy u kobiet w badanej grupie:

1. Przerost szyjki macicy – 14 kobiet (40%)
2. Mięśniaki trzonu macicy (wielkość od 12 mm do 46 mm) – 11 kobiet (31,4%)
3. Odleżyna szyjki macicy – 6 kobiet (17,1%)
4. Przerost endometrium (powyżej 5 mm) – 2 kobiety (5,7%)

Średni wiek pacjentek w badanej grupie: od 53 do 86 lat (średnio 68)

Choroby współistniejące:

1. Nadciśnienie tętnicze – 8 kobiet (22,8%)
2. Cukrzyca – 5 kobiet (14,3%)
3. Żylaki kończyn dolnych – 5 kobiet (14,3%)
4. Otyłość (BMI >30) – 6 kobiet (17,1%)
5. Choroba wieńcowa – 2 kobiety (5,7%)

6. Schizofrenia – 1 kobieta (2,9%)

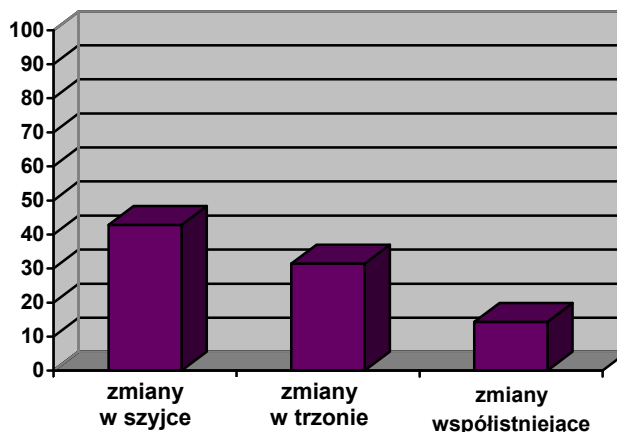
Badanie nie obejmowało chorych, u których w analizowanym okresie histerektomię przeprowadzono ze wskazań innych niż wypadanie narządu rodno IV<sup>o</sup>.

Analizie poddano pooperacyjne wyniki histopatologiczne, następnie porównano je z klinicznym obrazem przedoperacyjnym, oceniając zasadność stosowania histerektomii.

### WYNIKI

Ogółem spośród 35 badanych, zmiany patomorfologiczne w obrębie macicy w przebiegu wypadania narządu rodno, potwierdzono histopatologicznie u 31 kobiet:

1. Zmiany chorobowe ograniczone do szyjki macicy – 15 kobiet (42,8%).
2. Zmiany chorobowe ograniczone do trzonu macicy – 11 kobiet (31,4%).
3. Zmiany chorobowe współistniejące w szyjce i trzonie macicy – 5 kobiet (14,3%).



RYCINA 1. Lokalizacja zmian histopatologicznych macicy w przebiegu obniżenia narządu rodno IV<sup>o</sup> POP-Q wyrażona w procentach

FIG 1. The localisation of pathological uterus lesions in case of IV<sup>o</sup> POP-Q in percentages

Rodzaje zmian chorobowych macicy stwierdzone pooperacyjnie badaniem histopatologicznym u 35 kobiet:

1. Fibroleiomyoma – 11 kobiet (31,4%)
2. Erosio vera colli uteri – 9 kobiet (25,7%)
3. Dysplasia colli uteri (CIN I- II) – 4 kobiety
4. Polypus endometrialis – 4 kobiety
5. Erosio glandularis colli uteri – 3 kobiety
6. Adenomyosis corporis uteri – 3 kobiety
7. Hyperplasia endometrium simplex – 1 kobieta

### DYSKUSJA

W przeszłości panowało przekonanie o konieczności usuwania macicy podczas korekcji wyna-

dania narządu rodnego. Technika ta zakładała skrócenie więzadeł krzyżowo-maciczych i podwieszenie pochwy na ich kikutach. Doprowadziło to do powstania strategii utożsamiania zabiegu usunięcia wypadającej macicy, z korekcją zaburzenia statyki narządów płciowych. Według Rechberger T. [7] w przypadku IV' POP, z uwagi na duże rozciągnięcie więzadeł i powięzi łonowszyjkowej, możliwość skrócenia więzadeł krzyżowo-maciczych w sposób umożliwiający trwałe zawieszenie pochwy jest wątpliwa. Takie postępowanie w przypadku niedostatecznego zaopatrzenia defektów powodujących utratę prawidłowej statyki doprowadza w rezultacie do jatrogennego wypadania kikuta pochwy [1, 2, 3, 4, 5]. Obecnie większość autorów skłania się do pozostawienia macicy ewentualnie wykonania histerektomii (jeżeli istnieją ku temu wskazania) jedynie przy równoczesnej identyfikacji i korekcji wszystkich defektów powodujących zaburzenie statyki narządów płciowych [6, 7, 14]. Jednoczesne usunięcie macicy podczas operacji naprawczej POP z zastosowaniem technik beznapięciowych znacznie utrudnia wykonanie zabiegu, ponieważ wykonując histerektomię usuwa się anatomiczne punkty przydatne do właściwego umiejscowienia materiału protezującego. Dzięki rozwojowi technik operacyjnych pojawiła się tendencja do ograniczania szerokich i okaleczających zabiegów mogących upośledzać seksualność kobiety nawet w podeszłym wieku [8, 9, 10].

Analizując otrzymane wyniki, zaskakujący wydaje się fakt, że aż u 31 spośród 35 kobiet (88,5%) z obniżeniem narządu rodnego IV' POP-Q, stwierdzono histopatologicznie zmiany w macicy stanowiące względne wskazania do leczenia chirurgicznego. Blisko połowa spośród nich ograniczona była jedynie do szyjki macicy, co daje możliwość pełnego wyleczenia poprzez usunięcie samej szyjki macicy i pozostawienie trzonu wraz z aparatem więzadłowym [11], jednak u 45,7% badanych potwierdzono zmiany w obrębie trzonu. Większość z nich była identyfikowana klinicznie przed zabiegiem, jednak nie wszystkie. Nie stwierdzono przed operacją istnienia np. adenomyozy czy dysplazji małego stopnia szyjki macicy (pomimo prawidłowego wyniku badania cytologicznego). Powstaje pytanie: które ze stwierdzonych zmian chorobowych trzonu macicy u kobiet z wypadaniem narządów płciowych wymagają radykalnego leczenia chirurgicznego? Jakie zmiany można pozostawić do dalszej obserwacji, nie narażając pacjentki na niepotrzebne usunięcie macicy

podczas zabiegu naprawczego wypadania narządów płciowych? Czy na przykład: stwierdzony w badaniu histopatologicznym u jednej chorej w wieku 72 lat przerost gruczołowy błony śluzowej macicy bez cech atypii, przy współistnieniu całkowitego wypadania macicy stanowił wskazanie do histerektomii czy też nie? W chwili zabiegu nie stwarzał on zagrożenia onkologicznego, jednak wybór techniki operacyjnej z zachowaniem macicy w przypadku tej kobiety naraża ją na wystąpienie nieprawidłowych krwawień macicznych i być może kolejną interwencję chirurgiczną w przyszłości.

W przypadku patologii ograniczonej jedynie do szyjki macicy alternatywą histerektomii przezpochwowej może być wycięcie szyjki, która przy współistniejącej elongacji może imitować wypadanie całej macicy [11, 7]. Według Skręta i wsp. [2] w zabiegowym leczeniu zaburzeń statyki narządów płciowych nastąpiła ewolucja opinii, że podczas korekcji wykonuje się histerektomię, poprzez pogląd, że macicę można pozostawić, gdy pacjentka wyraża taką wolę, do aktualnej opinii, że histerektomię wykonuje się jedynie, gdy są do tego wskazania, a wyjątek stanowią przypadki wycięcia macicy jedynie na skutek wyraźnej woli kobiety.

Mówiąc o wskazaniach do histerektomii w przebiegu leczenia zaburzeń statyki narządów płciowych wymienia się jednostki chorobowe, lecz ocena ich stopnia zaawansowania nadal pozostaje domeną operatora. Klasycznym przykładem jest tu ocena wielkości i znaczenia klinicznego bezobjawowych mięśniaków trzonu macicy. Czy zawsze wymagają usunięcia?

Decydując się na pozostawienie macicy przy operacji naprawczej należy pamiętać o potrzebie dalszej obserwacji klinicznej zmian w obrębie narządu, występujących często przy zaawansowanym stopniu wypadania, jednak zastosowanie skojarzonych technik beznapięciowych jest łatwiejsze i skuteczniejsze, z punktu widzenia przywrócenia prawidłowej statyki, przy zachowanej macicy.

## WNIOSKI

1. W przebiegu obniżenia narządów płciowych IV' POP-Q, u większości chorych współistnieją łagodne zmiany patologiczne w obrębie wypadającej macicy.
2. Wprowadzenie nowoczesnych technik operacyjnych pozwala na przywrócenie prawidłowych stosunków anatomicznych w obrębie miednicy mniejszej z zachowaniem macicy. Z uwagi na częste występowanie patomorfologicznych zmian

w macicy w przebiegu wypadania, należy zapewnić właściwy nadzór pooperacyjny każdej kobiecie po zabiegu naprawczym z zachowaniem narządu.

### PIŚMIENNICTWO

1. Skręt A., Skręt-Magierło J.: *Zaburzenia statyki żeńskich narządów płciowych. Położnictwo i ginekologia*. Red. Bręborowicz G., PZWL, Warszawa 2006, 601–621.
2. Skręt A., Madera M., Skręt-Magierło J., et al.: *Hysterektomia przezpochwowa – kiedy rozważyć jej wykonanie w zaburzeniach statyki narządu płciowego. Uroginekologia praktyczna*. Red. Rechberger T. Wydawnictwo BiFolium Lublin 2007, 275–278.
3. Jacquelin B.: *Advances in the surgical management of genital prolapse*. 13. Internationalen Seminar Gynaekologische Urologie Mainz 2005.
4. Suzin J., Surkont G., Właźlak E.: *Operacyjne leczenie zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet – wybór techniki zabiegowej: operacje klasyczne czy z użyciem implantów? Uroginekologia praktyczna*. Red. Rechberger T. Wydawnictwo BiFolium Lublin 2007, 257–263.
5. Gauruder-Burmester A., Koutouzidou P., Rohne J. et al.: *Follow-up after polypropylene MESH repair of anterior and posterior compartments in patients with recurrent prolapse*. *Int. Urogynecol.* 2007, 12, 287–292.
6. Nichols D.H.: *Vaginal Hysterectomy*, *Gynecologic and Obstetric Surgery*. Red. Nichols D.H. 1993, 297–333.
7. Rechberger T.: *Theoretical backgrounds, prostheses and current surgical trends in modern urogynecology*, *“Ginekolog Pol.”* 2007, 78, 274–279.
8. Burch J.: *Urethrovaginal fixation to Cooper’s ligaments for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse*, *“Ani. J. Obstet Gynecol.”* 1961, 81, 559–561.
9. Mant J., Painter R., Vessey M.: *Epidemiology of genital prolapse: observations from the Oxford family Planning Association study*. *“Br. J. Obstet Gynaecol.”* 1997, 104, 579–583.
10. Ridder D., Deprest J.: *TVT-erosion: one-step partial excision and replacement by Pelvicol*. *Int Urogynecol J.* 2001, 12, 238–243.
11. Kornacki Z., Brodziński W., Wilczyński Z.: *Wyniki leczenia obniżenia i wypadania macicy przy pomocy operacji manczesterskiej*. *Ginekolog Pol.* 1971, 42, 1037–1040.
12. Dorsey J.H., Steinberg E.P., Holtz P.M.: *Clinical indications for hysterectomy router: Patients characteristic or physician preference?* *“Am.J.Obstet.Gynecol.”* 1995, 173, 1452–1460.
13. Menard J.P., Mulfinger C., Estrade J.P. et al.: *Pelvic organ prolapse surgery in women aged more than 70 years: A literature review*, *“Gynecol Obstet Fertil.”* 2008, 1, 8–?.
14. Surkont G., Właźlak E., Kowalski A., et al.: *Kolpopeksja krzyżowo-kolcowa w leczeniu zaburzeń statyki narządu płciowego u kobiet – analiza przebiegu operacji oraz powikłań na podstawie doświadczeń własnych*, *„Ginekolog Pol.”* 2007, 78, 199–203.
15. Heit M., Rosenquist C., Culligan P., et al.: *Predicting treatment choice for patients with pelvic organ prolapse*, *“Obstet Gynecol”* 2003, 101, 1279–84.

Grzegorz Raba  
Wojewódzki Szpital w Przemyślu  
ul. Monte Cassino 18  
37-700 Przemyśl  
tel. 605-03-83-95  
e-mail: raba@plusnet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.05.2008  
Zaakceptowano do druku: 13.06.2008