

Całkowite laparoskopowe wycięcie macicy – wskazania i powikłania u 158 pacjentek

Total laparoscopic hysterectomy – indications and complications of 158 patients

Andrzej Malinowski, Justyna Makowska, Beata Antosiak

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Polska

Streszczenie

Wstęp: Histerektomia jest najczęściej wykonywaną operacją ginekologiczną. Rozwój współczesnej laparoskopii spowodował, że stała się ona istotnym i niezastąpionym elementem współczesnej ginekologii w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Nabywanie doświadczeń przez lekarzy ginekologów, udoskonalenie instrumentarium laparoskopowego pozwoliło na poszerzenie wskazań i zakresu operacji przeprowadzanych na drodze laparoskopowej.

Cel pracy: Analiza wskazań i powikłań laparoskopowego wycięcia macicy na podstawie danych operacyjnych 158 pacjentek operowanych w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi.

Materiał i metoda: W sposób retrospektywny zebrano dane kliniczne od 158 chorych operowanych w okresie od czerwca 2006 r. do września 2011 r. W badaniu poddano analizie wskazania do operacji wycięcia macicy na drodze laparoskopowej. Poddano ocenie średni czas trwania operacji, objętość usuniętej macicy, spadek Hb i Htc po operacji, średni czas pobytu pacjentki po operacji, rodzaj i liczbę powikłań.

Wyniki: Na podstawie przedstawionych wyników średni czas operacji wynosił 68 min. (58-135 min.). Na podstawie protokołów operacyjnych czas operacji był liczony od momentu rozpoczęcia operacji aż do momentu wyprowadzenia pacjentki ze znieczulenia. Nie brano pod uwagę żadnych korekt związanych czasem potrzebnym do znieczulenia pacjentki i wyprowadzeniem z niego. Orientacyjna utrata krwi w trakcie operacji wynosiła 166,6ml. Średni spadek poziomu HB po operacji wynosił 1,29g/dl (0,1-3g/dl). Objętość usuniętej macicy wynosiła średnio 108,24 cm³ (25,27cm³-440,8cm³). U 44 pacjentek wykonano obustronne wycięcie jajników i jajowodów co stanowiło 27,84%. W przedstawionym materiale 4 pacjentki (2,53%) wymagały stosowania antybiotykoterapii w okresie pooperacyjnym. Żadna pacjentka nie wymagała przetoczenia krwi. W żadnym przypadku nie było konieczności konwersji do laparotomii ani reoperacji we wczesnym okresie pooperacyjnym. Średni czas hospitalizacji po operacji wynosił 2,9 dni. Jedynym powikłaniem, które wystąpiło w późnym okresie pooperacyjnym, po 3 tygodniach, była przetoka moczowodowo-pochwowa u 2 pacjentek z powodu termicznych uszkodzeń moczowodu. Powikłanie to stanowiło 1,26%. Wystąpiły one w pierwszym roku stosowania techniki. Od 2008 r. do 2011 r. nie stwierdzono tego typu powikłań.

Adres do korespondencji:

Justyna Makowska
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej, ICZMP w Łodzi
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289
tel./fax. +48 42 271 14 32
e-mail: justynamolas@onet.eu

Otrzymano: 16.08.2012
Zaakceptowano do druku: 15.03.2013

Andrzej Malinowski, et al. Całkowite laparoskopowe wycięcie macicy – wskazania i powikłania u 158 pacjentek.

Wnioski:

1. Technika jest korzystna i bezpieczna dla pacjentki, biorąc pod uwagę krótki okres pooperacyjny, niewielką utratę krwi po operacji oraz małą liczbę powikłań oraz dodatkowo dobry efekt kosmetyczny.
2. Modyfikacja techniki zakładania manipulatora poprawiła bezpieczeństwo techniki. Po wprowadzeniu zmiany techniki założenia manipulatora nie stwierdzono powikłań pod postacią przetok moczowodowo-pochwowych.
3. Histerektomia laparoskopowa powinna być alternatywną drogą do histerektomii brzusznej wszędzie tam, gdzie może być wykonywana bezpiecznie.

Słowa kluczowe: **histerektomia / całkowite wycięcie macicy na drodze laparoskopowej / laparoskopowa histerektomia /**

Abstract

Introduction: Hysterectomy is one of the most common gynecological procedures. Development of modern laparoscopic techniques made it a crucial tool in contemporary gynecology, both in diagnosis and treatment. Increasing experience and improved laparoscopic instruments enabled gynecologists to extend indications for laparoscopic procedures as well as the range of the operation itself.

Aims: 1) to present data (particularly perioperative) of patients who underwent laparoscopic hysterectomy. 2) to analyze various information including: indication for the procedure, surgery duration, evaluation of different parameters like: volume of the excised uterus, postoperative HB and HCT drop, length of hospital stay, as well as short- and long-term complications.

Material and methods: The analysis included peri- and postoperative data of 158 patients who underwent laparoscopic hysterectomy. Indication for hysterectomy and duration of operation were analyzed. Uterine volume, postoperative HB and HCT drop, time of hospital stay and complications were evaluated. In the study, a description of the method of laparoscopic hysterectomy was presented.

Results: Mean time of procedure was 68 min. (58-135min.). Basing on operational protocols, the time of operation was measured from the moment laparoscopy started until the patient was fully awake after anesthesia. No adjustments were made for longer anesthetic recovery period. Estimated blood loss was 166.6 ml. Mean HB drop was 1.29g/dl (0,1-3 g/dl). Mean volume of the excised uterus was 108.24 cm³ (25.27-440.86 cm³). In 44 patients (27.84%) bilateral salpingo-oophorectomy was performed. In 4 cases (2.53%) there was an indication for postoperative antibiotics. None of the patients required blood transfusion or conversion to open surgery or the need to re-operate. Mean hospital stay after the surgery was 2.9 days. Overall, only 2 patients suffered long-term complications (1.26%): three weeks after the surgery urethro-vaginal fistulas occurred due to thermal injury to the ureter. That complication was noted during the first year of using this technique. Between 2008 and 2011 that type of adverse effect was not reported.

Conclusions: The analysis included perioperative and postoperative data of 158 patients who underwent laparoscopic hysterectomy. Data suggest that patients benefit from this procedure which is safe, associated with short postoperative recovery time, minimal blood loss and low complication rate, as well as good plastic result. We recommend laparoscopic hysterectomy as an alternative to open hysterectomy in cases when it can be safely performed.

Key words: **hysterectomy / laparoscopic hysterectomy /**

Wstęp

Histerektomia jest jedną z najbardziej powszechnych operacji ginekologicznych, wykonywaną u kobiet w okresie okołomenopauzalnym. Do połowy lat osiemdziesiątych, analizując wskazania do wycięcia macicy, ginekolog miał do wyboru jedną z dwóch dróg operacyjnych: brzuszna lub pochwową [1]. Za interesowanie technikami laparoskopowymi w ginekologii rozpoczęło się w drugiej połowie XX wieku. W 1984 roku Semm, a w 1985 Raatz wprowadzili kombinacje laparoskopii i histerektomii pochwowej [2]. W 1988 roku amerykański ginekolog Harry Reich jako pierwszy wykonał całkowite laparoskopowe wycięcie macicy, czyli wszystkie niezbędne etapy wymagane do wycięcia macicy wykonał laparoskopowo, łącznie z zeszcieniem pochwy [3].

Najważniejszymi czynnikami decydującymi o wyborze drogi wycięcia macicy są wskazania do histerektomii, doświadczenie i umiejętności chirurga oraz akceptacja i satysfakcja pacjentki [4,5]. W przypadkach, w których istnieją przeciwwskazania do wycięcia macicy na drodze pochwowej, takie jak: zmiany w przydatkach, endometrioza, stan po operacjach w obrębie miednicy mniejszej, przebyte stany zapalne w obrębie miednicy mniejszej, wąska pochwa u nieródek, nieruchoma macica, histerektomia laparoskopowa stanowi doskonałą alternatywę dla histerektomii brzusznej [6].

Na podstawie danych z wielu ośrodków na świecie liczba histerektomii przeprowadzanych na drodze brzusznej, pochwowej i laparoskopowej przedstawia się różnie w zależności od doświadczenia i wyszkolenia w zakresie określonej techniki

Andrzej Malinowski, et al. Całkowite laparoskopowe wycięcie macicy – wskazania i powikłania u 158 pacjentek.

operacyjnej. We Francji, Wielkiej Brytanii i USA częstość wykonywania wycięcia macicy na drodze laparoskopowej wynosi od 8,2% we Francji do 10,1% w USA oraz 13,2% w Wielkiej Brytanii [7]. W Polsce dane są nieznane, jednak w zdecydowanej większości ośrodków to histerektomia brzuszna jest podstawową metodą wycięcia macicy. W naszej Klinice na przełomie ostatnich 10 lat obserwuje się znaczny wzrost liczby wykonywanych histerektomii na drodze pochwowej oraz laparoskopowej ze znacznym zmniejszeniem liczby operacji wykonywanych drogą brzuszną [8,9].

Cel pracy

Analiza wskazań i powikłań do laparoskopowego wycięcia macicy na podstawie danych operacyjnych 158 pacjentek operowanych w Klinice Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi.

Materiały i metody

W Klinice Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi w okresie od sierpnia 2006 r. do września 2011 r. wykonano 158 operacji wycięcia macicy całkowicie na drodze laparoskopowej (TLH- Total Laparoscopic Hysterectomy) ze wskazań nieonkologicznych. (Tabela I). Najczęstszym wskazaniem do wycięcia macicy były mięśniaki i stanowiły 55% wszystkich wskazań.

W przypadku pacjentek z nieprawidłowymi krwawieniami z dróg rodnych lub z podejrzeniem rozrostów błony śluzowej macicy, przed kwalifikacją do operacji wykonywano diagnostyczne frakcjonowane wyłuszczanie jamy macicy i kanału szyjki macicy.

Charakterystyka pacjentek przedstawiona została w tabeli II.

Wycięcie macicy na drodze laparoskopowej wykonywano u pacjentek w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. W celu manipulacji macicą zawsze zakładano do jamy macicy manipulator Hohla (Karl Storz). Urządzenie to miało za zadanie zwiększenie mobilności macicy oraz ułatwienie lokalizacji sklepień pochwy, co jest niezwykle ważne w trakcie odcinania macicy od pochwy. Technika zakładania manipulatora, a w szczególności, porcelanowego pierścienia zmieniła się w czasie. Na początku porcelanowy pierścień zakładano na manipulator dopiero w trakcie odcinania macicy od sklepień pochwy. Po roku stosowaniu metody technikę zmodyfikowano i pierścień zakładano jednocześnie od początku operacji. Do pęcherza moczowego zakładano cewnik Foleya. Wejście do jamy otrzewnowej w większości przypadków wykonywano po uprzednim wytworzeniu odmy otrzewnowej przy pomocy igły Veresa wprowadzonej przez pępek. W części przypadków wprowadzano trokar bezpośrednio do jamy otrzewnowej przez pępek, a dopiero później wytwarzano odmy otrzewnową. Jamę otrzewnową wypełniano CO₂ do ciśnienia 12-14 mmHg. Posługiwano się optyką laparoskopu o kącie patrzenia 30 stopni. Zwykle wprowadzano 3 trokary o średnicy 5mm: 2 boczne przez nacięcia przyśrodkowo od kolców biodrowych przednich górnych oraz jeden w linii środkowej 4 palce poniżej pępka.

Wszystkie pacjentki do operacji układano w pozycji ginekologicznej z odwiedzionymi nogami. Po wprowadzeniu pierwszego trokara z optyką dokonywano zmiany kąta pochylenia stołu operacyjnego do pozycji Trendelenburga.

Tabela I. Wskazania do TLH (Total Laparoscopic Hysterectomy).

	Liczba pacjentek	(%)
Mięśniaki macicy	87	55,07%
Adenomioza	12	7,60 %
Torbiele jajników	20	12,66%
Nieprawidłowe krwawienia z macicy	5	3,17%
Rozrost złożony błony śluzowej macicy	19	12,02%
CIN	5	3,16%
Bóle brzucha, Zespół bólowy miednicy mniejszej	10	6,32%
Liczba wykonanych operacji	158	100%

Tabela II. Dane kliniczne chorych.

Średni wiek, lata, zakres	49 lat (39 -73)
Średni BMI (kg/m ²), zakres	25,9 (17,9-37,9)
Nieródki i porody drogą cięcia cesarskiego	17 (10,75%)
Wcześniejsze operacje w jamie brzusznej i miednicy mniejszej	29 (18,34%)

Tabela III. Dane operacyjne.

Średni czas operacji	1,08 h (0,55-2,35)
Objętość usuniętej macicy (cm ³ /zakres)	108,24 (25,27-440,86)
Usunięcia przydatków w trakcie operacji liczba	44 (27,84%)
Spadek Hb po zabiegu	1,29 g% (0,1 – 3,0g%)
Długość okresu pooperacyjnego, liczba dni	2,9 dni
Liczba pacjentek wymagających reoperacji	0 (%)
Liczba pacjentek wymagających konwersji do laparotomii	0 (%)
Liczba pacjentek wymagających przetoczenia krwi	0 (%)
Liczba pacjentek wymagających stosowania antybiotykoterapii	4 (2,53%)

Operacje wycięcia macicy na drodze laparoskopowej rozpoczynano od skoagulowania i przecięcia więzadeł obłych i rozwarstwienia blaszek więzadła szerokiego macicy. Do koagulacji i przecinania więzadeł lejkowo-miednicznych (w przypadku wycinania macicy z przydatkami) lub szyby jajnikowo-jajowodowej (w przypadku wycięcia macicy bez przydatków) posługiwano się tzw. techniką okienkową, wytwarzając otwór - okienko w tylnej blaszce więzadła szerokiego macicy powyżej moczowodu. Technika ta minimalizowała możliwość uszkodzenia moczowodu.

Wszystkie operacje przeprowadzane były przez pierwszego autora pracy.

Wyniki

Dane operacyjne pacjentek przedstawione zostały w tabeli III.

Na podstawie analizy danych operacyjnych pacjentek, w żadnym przypadku nie było konieczności konwersji do laparotomii ani reoperacji we wczesnym okresie pooperacyjnym. Jedynym powikłaniem, które wystąpiło w późnym okresie pooperacyjnym, po 3 tygodniach, były 2 przypadki przetok moczowodo-pochwowych z powodu termicznych uszkodzeń moczowodu. Powikłania te stanowiły 1,26%. (Tabela IV). Wystąpiły one w pierwszym roku stosowania techniki. Od 2008 r. do 2011 r. nie stwierdzono tego typu powikłań.

Tabela IV. Powikłania śród- i pooperacyjne.

Gorączka pooperacyjna	1 (0,63%)
Uszkodzenia naczyń nadbrzusznych	0 (%)
Krwawienia do jamy otrzewnowej	0 (%)
Przetoka moczowodowo -pochwowa	2 (1,26%)

Dyskusja

Laparoskopowa droga usunięcia macicy łączy w sobie zalety histerektomii pochwowej i brzusznej, czyli charakteryzuje się małą blizną i dobrym efektem kosmetycznym, bardzo niskim ryzykiem zakażenia i innych powikłań rany pooperacyjnej, mniejszym urazem pooperacyjnym, mniejszą częstością tworzenia się zrostów w porównaniu z operacją brzuszną, szybkim uruchomieniem i powrotem do pełnej aktywności, krótkim pobytem w szpitalu, a jednocześnie bardzo dobrym wglądem do jamy brzusznej, który jest nawet lepszy niż przy laparotomii, szczególnie w przypadku górnego piętra [10,11,12]. Dzięki użyciu optyki z powiększeniem, laparoscopia daje możliwość przeprowadzenia bardzo precyzyjnej hemostazy [13].

Wskazaniem do wykonania histerektomii laparoskopowej jest współistnienie wskazań do wycięcia macicy (m.in. mięśniaki macicy, niepoddające się leczeniu farmakologicznemu nieprawidłowe krwawienia z macicy, stany przedrakowe szyjki macicy) i przeciwwskazań do histerektomii pochwowej (zmiany w przydatkach, endometrioza, stan po operacjach w obrębie miednicy mniejszej w wywiadzie, wąska pochwa u nieródek, nieruchoma

macica). Inaczej mówiąc, histerektomia laparoskopowa jest uważana za alternatywę do histerektomii brzusznej wszędzie tam, gdzie operacja pochwowa jest przeciwwskazana [14,15]. W naszym materiale nieródkę oraz pacjentki po cięciu cesarskim stanowiły 10,75%. Na podstawie wywiadu, 29% pacjentek, u których wykonano histerektomię laparoskopowo, przebyły wcześniej operację w jamie brzusznej i miednicy mniejszej. U 20 pacjentek z powodu niezłżliwych zmian w jajnikach wykonano jednoczesne wycięcie przydatków. Wycięcie macicy na drodze laparoskopowej pozwala uniknąć laparotomii w sytuacjach związanych z bardzo wąską pochwą u nieródek i patologią przydatków bowiem w trakcie laparoskopowej histerektomii wszystkie etapy wycięcia macicy wykonywane są na drodze laparoskopowej, w tym przecięcie naczyń macicznych, więzadeł podstawowych i krzyżowo-macicznych, odcięcie macicy z szyjką od pochwy, a także zszycie pochwy.

W procesie decyzyjnym o wyborze drogi wykonania histerektomii nie powinno się pomijać wielu badań porównujących trzy podstawowe drogi wycięcia macicy: brzuszną, pochwową i laparoskopową [16]. (Tabela V).

Jak wynika z przeglądu piśmiennictwa najbardziej czasochłonną metodą histerektomii jest laparoskopowe wycięcie macicy TLH (średnio 116,6 min.), a najszybciej wykonuje się wycięcie macicy drogą pochwową (średnio 76 min.) [17,18,19]. Wyniki w naszej Klinice są bardzo zachęcające. Średni czas operacji wycięcia macicy na drodze laparoskopowej w naszym materiale to 68 min. Jest to średni czas wykonania 158 operacji laparoskopowego wycięcia macicy przez jednego operatora.

Według niektórych ośrodków powikłania są najczęstsze po wycięciu macicy na drodze brzusznej (co tłumaczy się większym urazem operacyjnym, dłuższym unieruchomieniem po zabiegu, obecnością dużej rany powłok brzusznych), według innych – po TLH (co tłumaczy się trudniejszą techniką operacyjną). Większość danych wskazuje jednak, że uniknięcie laparotomii wiąże się z większym bezpieczeństwem dla pacjentki [20].

Najczęstsze powikłania po wycięciu macicy na drodze laparoskopowej to uszkodzenia układu moczowego. Na podstawie przedstawionych danych z naszego ośrodka tego typu powikłanie wystąpiło dwukrotnie. Były to 2 przypadki przetok moczowodo-pochwowych spowodowanych termicznym uszkodzeniem moczowodu. Należy jednak zwrócić uwagę, że powikłanie to było jedynym, które miało miejsce. Innych powikłań nie stwierdzono. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, że te 2 przypadki wystąpiły w pierwszym roku, a właściwie pierwszych miesiącach wykonywania laparoskopowego wycięcia macicy. Po analizie tych przypadków stwierdziliśmy, że związane to było z bardzo ważnym elementem a mianowicie techniką założenia manipulatora Hohla a w szczególności porcelanowego pierścienia. W czasie wykonywania pierwszych operacji porcelanowy pierścień był nakładany na manipulator dopiero w momencie, kiedy odcinano macicę od sklepień pochwy. Prawdopodobnie brak widocznych sklepień pochwy (które w przypadku obecności pierścienia są napinane) powodował koagulację naczyń macicznych na zbyt niskim poziomie, a więc w zbyt bliskiej odległości od moczowodu. W obu przypadkach były bardzo trudne warunki operacyjne spowodowane głęboko naciekającą endometriozą i zrostami.

Średni czas pobytu w szpitalu u pacjentek po operacji wycięcia macicy na drodze laparoskopowej jest zdecydowanie krótszy

Tabela V. Porównanie wyników różnych typów histerektomii – zmodyfikowane wg Sheth [2].

	AH	VH	LH
Skuteczność – brak miesiączki	taka sama	taka sama	taka sama
Zachorowalność		najmniejsza	
Czas hospitalizacji	najdłuższy	krótki	krótki
Koszty	średnie	najmniejsze	największe
Inwazyjność	największa	najmniejsza	średnia
Ryzyko dla pacjenta		najmniejsze	
Uszkodzenia układu moczowego	pośrednie	najrzadsze	najczęstsze
Wymagane doświadczenie – wyszkolenie	najmniejsze	średnie	największe
Śmiertelność		najmniejsza	
Zakres wskazań	najszerzy		
Postępowanie w patologii przydatków	preferowana	nie zalecana	najlepsza
Postępowanie w chirurgicznej patologii	najlepsza		

w porównaniu do pacjentek operowanych na drodze brzusznej i wynosi jak podają dane z piśmiennictwa średnio 3,2 dnia [21].

Dane z naszej Kliniki są podobne i wynoszą średnio 2,9 dni. Krótki czas pobytu w szpitalu ma wpływ na większą satysfakcją i zadowolenie z metody jak również wiąże się z szybszym powrotem do pełnej aktywności fizycznej i zawodowej. Średni wiek pacjentek poddawanych operacjom laparoskopowego wycięcia macicy, na podstawie danych z naszego ośrodka, to 49 lat. Najmłodsza pacjentka miała 39 lata a najstarsza 73 lata. Były to w większości kobiety w pełnej aktywności zawodowej, fizycznej, seksualnej dla których szybka rekonwalescencja i powrót do pracy i codziennej aktywności był bardzo ważny. Krótki pobyt w szpitalu, szybkie gojenie się ran i kosmetyczne efekty operacji, związane z mniejszą blizną, były również nie mniej ważne dla pacjentek.

W wieloośrodkowym randomizowanym badaniu porównującym trzy drogi usunięcia macicy (EVALUATE study) histerektomią laparoskopową była związana z mniejszym bólem poporacyjnym oraz lepszą jakością życia 6 tygodni po operacji, w porównaniu z histerektomią brzuszną. Natomiast pomiędzy histerektomią pochwową a laparoskopową nie stwierdzono znaczących różnic [22]. Z kolei Loch stwierdził większą satysfakcję pacjentek po histerektomii laparoskopowej w porównaniu z histerektomią brzuszną [23].

Za główne wady histerektomii laparoskopowej, które w głównym stopniu odpowiedzialne są za stosunkowo małe rozpowszechnienie tej techniki, uważa się długą krzywą uczenia się i długi czas trwania zabiegu [24].

Trudności techniczne wycięcia macicy na drodze laparoskopowej mogą być przyczyną większej częstości powikłań, w tym zwiększonego ryzyka pęknięcia torbieli w czasie operacji, co może skutkować chemicznym zapaleniem otrzewnej (zwłaszcza przy pęknięciu guzów typu *teratoma*) i powstawaniem zrostów poporacyjnych [25, 26].

Wśród innych powikłań w piśmiennictwie wymienia się uszkodzenia pęcherza moczowego, moczowodów, jelit, naczyń jajnikowych, przetoki pęcherzowo-pochwowe, masywne krwotoki z kikuta pochwy, pooperacyjną niedrożność jelit, gorączkę, jak również powikłania charakterystyczne dla laparoskopii: odma podskórna, uszkodzenia naczyń nadbrzuszných, przepuklina po trokarach, uszkodzenia wynikające z działającego wadliwie sprzętu (szczególnie koagulacji). Częstość powikłań szacuje się na 0%-36% [27].

Problemem przy wyborze metody laparoskopowej mogą być przeciwwskazania do znieczulenia ogólnego dotchawiczego ze względu na zaburzenia krążeniowo-oddechowe u pacjentki. Istotne są również koszty związane z użyciem drogiego sprzętu.

Biorąc pod uwagę wady histerektomii laparoskopowej uważa się, że jest ona przeciwwskazana w następujących przypadkach: guzy miednicy mniejszej o dużych rozmiarach wykluczające ich usunięcie w nienaruszonym stanie przez pochwę lub w woreczku typu endobag; zły ogólny stan zdrowia: choroby układów krążenia i oddechowego, rak jajnika, małe doświadczenie w operacjach laparoskopowych oraz możliwość bezpiecznego wykonania histerektomii pochwowej.

Wnioski

1. Technika TLH jest korzystna i bezpieczna dla pacjentki, biorąc pod uwagę krótki okres pooperacyjny, niewielką utratę krwi po operacji oraz małą liczbę powikłań oraz dodatkowo dobry efekt kosmetyczny.
2. Modyfikacja techniki zakładania manipulatora poprawiła bezpieczeństwo TLH. Po wprowadzeniu zmiany techniki założenia manipulatora nie stwierdzono powikłań pod postacią przetok moczowodowo-pochwowych.
3. Histerektomia laparoskopowa powinna być alternatywną drogą do histerektomii brzusznej wszędzie tam gdzie może być wykonywana bezpiecznie.

Piśmiennictwo

- Warren L, Ladapo J, Borah B, Gunnarsson C. 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, 581–588.
- David-Montefiore E, Rouzier R, Chapron C, [et al.]. Surgical routes and complications of hysterectomy for benign disorders: a prospective observational study in French university hospitals. *Hum Reprod.* 2007, 22, 260–265.
- Brummer T, Jalkanen J, Fraser J, [et al.]. FINHYST 2006 – national prospective 1-year survey of 5279 hysterectomies. *Hum Reprod.* 2009, 10, 2515–2522.
- Chopin N, Malaret J, Lafay-Pillet M, [et al.]. Total laparoscopic hysterectomy for benign uterine pathologies: obesity does not increase the risk of complications. *Hum Reprod.* 2009, 24, 3057–3062.
- Le Tohic A, Dhainaut C, Yazbeck C, [et al.]. Hysterectomy for benign uterine pathology among women without previous vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2008, 111, 829–837.
- Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomized, prospective study of short term outcome. *BJOG.* 2000, 107, 1380–1385.
- Malinowski A, Bobin L, Maciolek-Blewniewska G. Hysterektomia przez pochwę wspomaganą laparoskopowo i brzuszna – porównanie metod. *Prz Ginekol Pol.* 2005, 5, 9-14
- Stadnicka G, Iwanowicz-Palus G, Mazurek A, Pięta B. Poczucie satysfakcji z życia pacjentek po histerektomii. *Ginekol Pol.* 2012, 83, 347-352.
- Candiani M, Izzo S. Laparoscopic versus vaginal hysterectomy for benign pathology. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2010, 22, 304–308.
- Schindlbeck C, Klausner K, Dian D, [et al.]. Comparison of total laparoscopic, vaginal and abdominal hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2008, 277, 331–337.
- Walsh C, Walsh S, Tang T, Alach M. Total abdominal hysterectomy versus laparoscopic hysterectomy for benign disease: a meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009, 144, 3–7.
- Reich H, De Caprio J, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg.* 1989, 5, 213–216.
- Johnson N, Barlow D, Lethaby A, [et al.]. Methods of hysterectomy: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ.* 2005, 330, 1478–1486.
- Nieboer T, Johnson N, Lethaby A, [et al.]. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009: CD003677.
- Clayton R. Hysterectomy; best practice and research. *Clinic Obstet Gynecol.* 2006, 20, 73-87.
- Donnez O, Jadoul P, Squifflet J, Donnez J. A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *BJOG.* 2009, 116, 492–500.
- Olive D, Parker W, Cooper J, Levine R. The AAGL classification system for laparoscopic hysterectomy. Classification committee of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2000, 7, 9–15.
- Candiani M, Izzo S, Bulfoni A, [et al.]. Laparoscopic vs vaginal hysterectomy for benign pathology. *Am J Obstet Gynecol.* 2009, 200, 368.e1–368.e7.
- Sokol A, Green I. Laparoscopic hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 2009, 52, 304–312.
- Falcone T, Walters M. Hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol.* 2008, 111, 753–767.
- Payne T, Dauterive F. A comparison of total laparoscopic hysterectomy: surgical outcomes in a community practice. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008, 15, 286–291.
- Garry R, Fonuntain J, Brown J, [et al.]. EVALUATE hysterectomy trial: multicenter randomized trial comparing abdominal, vaginal, and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess.* 2004, 26, 1-154.
- Loh F, Koa R. Laparoscopic hysterectomy versus abdominal hysterectomy: controlled study of clinical and functional outcomes. *Singapore Med J.* 2002, 43, 403-407.
- Drahonovsky J, Haakova L, Otcenasek M. A prospective randomized comparison of vaginal hysterectomy, laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, and total laparoscopic hysterectomy in women with benign uterine disease. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010, 148, 172–176.
- Garry R, Fountain J, Mason S, [et al.]. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *BMJ.* 2004, 328, 129–136.
- Vakili B, Chesson R, Kyle B, [et al.]. The incidence of urinary tract injury during hysterectomy: a prospective analyses based on universal cystoscopy. *Am J Obstet Gynecol.* 2005, 192, 1599–1604.
- Ibeanu O, Chesson R, Echols K, [et al.]. Urinary tract injury during hysterectomy based on universal cystoscopy. *Obstet Gynecol.* 2009, 113, 6–10.

XXII Naukowo-Szkoleniowe Warsztaty Operacyjne

Termin: 24.05.2013 r.

Organizator:

Katedra i Oddział Kliniczny Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Uczestnicy Konferencji otrzymują certyfikaty zaliczenia kursu specjalizacyjnego (obowiązkowego w ramach specjalizacji) CMKP oraz 6 punktów edukacyjnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 231, poz. 2326).

Koszt uczestnictwa w Konferencji Naukowej z Warsztatami Endoskopowymi wynosi 250 zł.

**Zgłoszenia przyjmujemy na adres
kikpoloz@amb.bydgoszcz.pl**

Oplatę prosimy wnieść na konto:
PTG Oddział Kujawsko-Pomorski
33 1160 2202 0000 0001 8152 9405

Sesja referatowa odbędzie się w Hotelu „Brdą” przy ul. Dworcowej 94 w Bydgoszczy.

Istnieje możliwość zakwaterowania, we własnym zakresie, w miejscu obrad.

Bliższe informacje zostaną przedstawione na stronach internetowych:

www.biziel.pl

oraz

www.cm.umk.pl