

Wycięcie macicy przez pochwę wspomaganie laparoskopowo po uprzednich wielokrotnych operacjach brzusznych – opis przypadku

Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy after multiple abdominal surgeries – case study

Malinowski Andrzej, Wiecka-Plusa Monika, Mołas Justyna

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi

Streszczenie

Wycięcie macicy na drodze pochwowej wspomaganie laparoskopowo (laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy; LAVH) jest obecnie najbardziej rozpowszechnioną i coraz częściej wykonywaną odmianą laparoskopowego wycięcia macicy. Jest to skuteczna i bezpieczna alternatywa operacyjna dla tradycyjnej drogi, jaką jest wycięcie macicy na drodze brzusznej. Efekt kosmetyczny, krótki pobyt w szpitalu, a przede wszystkim bezpieczeństwo i mała inwazyjność są zarówno dla pacjentki jak i dla lekarza najważniejszymi czynnikami, warunkującymi wybór tej metody operacji.

Przedmiotem pracy jest opis przypadku 43-letniej pacjentki po licznych operacjach brzusznych, którą zakwalifikowano do wycięcia macicy na drodze pochwowej wspomaganie laparoskopowo. Powodem operacji były nawracające obustronne torbiele w przydatkach, niepoddające się leczeniu zarówno zachowawczemu, jak i operacyjnemu oraz nieprawidłowe krwawienia z macicy pod postacią przedłużonych, bardzo obfitych miesiączek na tle mięśniaków macicy.

Konieczność wykonania kolejnej operacji u pacjentki po wcześniejszych wielokrotnych laparotomiach jest zawsze związana z dużymi trudnościami operacyjnymi oraz ryzykiem wielu powikłań. W procesie decyzyjnym o drodze przeprowadzenia kolejnej operacji w takich przypadkach nie należy zapominać o drodze pochwowej i laparoskopowej lub zastosowaniu obu tych dostępów jednocześnie.

Doświadczenia innych operatorów, jak również ekstremalny opisany przypadek własny wskazują, że wcześniejsze operacje brzuszne nie stanowią przeciwwskazań ani do drogi pochwowej, ani do laparoskopii, a w niektórych przypadkach mogą być bezpieczniejsze niż kolejna laparotomia.

Słowa kluczowe: **laparoscopia / histerektomia / histerektomia pochwowa /
/ LAVH (histerektomia pochwowa wspomaganie laparoskopowo) /**

Adres do korespondencji:

Andrzej Malinowski
Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi
93-338 Łódź, ul. Rzgowska 281/289
tel/fax: 042 271-14-75
e-mail: amalinowski@kki.pl

Otrzymano: 30.08.2009
Zaakceptowano do druku: 18.10.2009

Summary

At present the laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy (LAVH) is the most widespread and most frequently executed variation of hysterectomy. It is an effective and safe operating alternative for the traditional way – abdominal hysterectomy.

Good cosmetic effects, short post-operative stay at hospital and, first of all, a small risk of intra- and postoperative complications are the major driving factors justifying the choice of this method of surgery.

In the following article we describe a case of a 43-year-old woman who underwent many interventions in the peritoneal cavity (abdominal surgery) and was shortlisted for the laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy. The cause of the operation was recurrent bilateral ovary cystitis that could not be treated neither conservatively nor surgically, as well as the uterus myoma leading to abnormal uterus bleeding and hypermenorrhoea.

Surgery in patients who have previously undergone abdominal operations is always difficult and the risk of complications is high indeed. In this case, while selecting the method of the next surgical procedure, surgeons must not exclude the vaginal and laparoscopic methods, or use them simultaneously. Experiences of other surgeons, as well as the unique case of a treated patient, show that previous abdominal surgical procedures are not a contraindication for either vaginal or laparoscopic procedures, and in some cases they might be safer than yet another laparotomy.

Key words: **laparoscopy / hysterectomy / vaginal hysterectomy / (LAVH) laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy /**

Wstęp

Rozwój laparoskopii spowodował, że stała się ona istotnym i niezastąpionym elementem współczesnej ginekologii w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Obecnie zakres operacji wykonywanych na drodze laparoskopowej jest olbrzymi i obejmuje niemal wszystkie zabiegi wykonywane na drodze laparotomii, eliminując przy tym następstwa w postaci rozległych blizn pooperacyjnych. Nabywanie doświadczeń przez operatorów oraz udoskonalanie instrumentarium laparoskopowego pozwoliło na znaczne poszerzenie wskazań do laparoskopii. Między innymi – uznawane wcześniej za znaczne ograniczenie metody – wielokrotne operacje brzuszne obecnie nie wykluczają możliwości przeprowadzenia zabiegu na tej drodze.

Wycięcie macicy na drodze pochwowej wspomagane laparoskopowo (*laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy*; LAVH) jest obecnie najbardziej rozpowszechnioną i coraz częściej wykonywaną odmianą laparoskopowego wycięcia macicy. Jest to skuteczna i bezpieczna alternatywa operacyjna dla tradycyjnej drogi, jaką jest wycięcie macicy na drodze brzusznej. Efekt kosmetyczny, krótki pobyt w szpitalu, a przede wszystkim bezpieczeństwo i mała inwazyjność są zarówno dla pacjentki, jak i dla lekarza, najważniejszymi czynnikami warunkującymi wybór tej metody operacji.

Przedmiotem pracy jest opis przypadku 43-letniej pacjentki po licznych operacjach brzusznych, którą zakwalifikowano do wycięcia macicy na drodze pochwowej wspomaganej laparoskopowo.

Opis przypadku

W lutym 2005 r. do Kliniki Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej ICZMP w Łodzi została przyjęta 43-letnia pacjentka (wzrost 168cm, masa ciała 68kg, BMI 24) z powodu nawracających obustronnych torbieli w przydatkach, niepoddających się leczeniu zarówno zachowawczemu, jak i operacyjnemu oraz nieprawidłowych krwawień z macicy pod postacią przedłużonych, bardzo obfitych miesiączek na tle mięśniaków macicy.

Pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana w oddziałach ginekologicznych i chirurgicznych. Łącznie zliczono 24 pobyty w szpitalu. Interwencje chirurgiczne związane z otwarciem jamy brzusznej przeprowadzane były 9-krotnie.

Głównymi powodami hospitalizacji były ostre i przewlekłe bóle brzucha, torbiele obu jajników, zapalenia przydatków, nieprawidłowe krwawienia z macicy i ostre stany chirurgiczne, w tym niedrożność jelit. Pacjentka nie rodziła, nie roniła. Wielokrotnie wykonywano u pacjentki zarówno punkcje torbieli jajników, jak również próby ich wyluszczenia. Interwencje chirurgiczne związane z otwarciem jamy brzusznej były głównie spowodowane ostrymi stanami chirurgicznymi oraz powikłaniami pooperacyjnymi. Pierwszą laparotomię wykonano u pacjentki w 1983 roku w wieku 21 lat, z powodu torbieli jajników. Wyluszczone torbiele z obu jajników oraz wykonano resekcję częściową lewego jajnika. W tym samym roku pacjentka przeszła wycięcie wyrostka robaczkowego. Najbardziej dramatyczny był rok 1985, kiedy to w marcu pacjentkę ponownie operowano z powodu objawów niedrożności jelit. Wykonano resekcję martwiczego odcinka jelita krętego i zespolono jelito koniec do końca. Po operacji, ze względu na ciężki stan, objawy wstrząsu, niewydolności krążeniowo-oddechowej chorą przekazano do Oddziału Reanimacji, skąd po dwóch dobach, po wyrównaniu stanu, wróciła ona do oddziału Chirurgii Gastroenterologicznej i ze względu na utrzymujące się objawy otrzewnowe chorą reoperowano, wykonując ileocaecostomię. Po kilku dniach, z powodu objawów otrzewnowych oraz niedrożności jelit pacjentka ponownie była operowana. Zdiagnozowano nieszczelność zespolenia jelitowego, które zamknięto szwami i podszyto zespolenie do otrzewnej. Ze względu na stałe pogarszanie się stanu pacjentki, w 4-tej dobie po ostatniej operacji chorą ponownie reoperowano. Stwierdzono ponowne rozejście się zespolenia jelitowego. Wykonano ileostomię, wyprowadzając dystalny odcinek pozostałej pętli jelitowej na zewnątrz, natomiast odcinek pozostały przy kątnicy zamknięto na głucho szwami kaptuchowymi. Po dwóch tygodniach pacjentka była jeszcze raz reoperowana z powodu ropni międzypętlowych.

Wycięcie macicy przez pochwę wspomagane laparoskopowo...

Z dokumentacji wynika, że nie przeprowadzono doszczętnego opróżnienia wszystkich ropni, bowiem dotarcie do niektórych z nich było niemożliwe ze względu na twarde, zbity naciek zapalny. Ze względu na zły stan ogólny pacjentki oraz utrzymujący się stan septyczny i objawy zapalenia otrzewnej chorą przekazano do Kliniki Chirurgii Gastroenterologicznej Instytutu Chirurgii Akademii Medycznej w Warszawie, gdzie wykonano kolejną laparotomię z drenażem ropni międzypętlowych. Po pół roku, w listopadzie 1985, wykonano ostatnią laparotomię – zamknięto przetokę na jelicie cienkim i wykonano zespolenie.

W badaniu przedmiotowym pacjentki zwracały uwagę liczne szerokie i głębokie blizny oraz zaciągnięcia na powłokach brzusznych po wcześniejszych operacjach. (Fot. 1, 2, 3).

W badaniu ginekologicznym stwierdzono opór w lewych przydatkach o średnicy około 6cm oraz w prawych przydatkach o średnicy około 5cm. Trzon macicy był powiększony, nierówny, zniekształcony przez liczne drobne mięśniaki macicy. Zwracała uwagę słaba ruchomość trzonu macicy oraz guzów przydatków. W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono: trzon macicy w przodozgięciu o wymiarach 83x69x57mm z licznymi mięśniakami podsurowicówkowymi i śródściennymi, modulującymi jamę macicy. Największy mięśniak miał średnicę 47mm. Echo *endometrium* miało szerokość 6mm. W lewym jajniku widoczna była zmiana o średnicy 60mm, która swą echostrukturą sugerowała zmianę typu *teratoma*. Podobną zmianę, o średnicy 48mm, stwierdzono w prawym jajniku. W miednicy mniejszej nie stwierdzono cech wolnego płynu. W obrębie narządów jamy brzusznej nie uwidoczniło zmian patologicznych.

Ze względu na tak obciążony wywiad pacjentki, związany z licznymi operacjami brzuszными, dużym ryzykiem zrostów śródtrzewnowych powstałych w wyniku tych interwencji oraz duże ryzyko następnej niedrożności jelit, zdecydowano o przeprowadzeniu operacji drogą jak najbardziej bezpieczną dla pacjentki, a jednocześnie dającą jak najmniej powikłań.

W związku z tym pacjentkę zakwalifikowano do wycięcia macicy wraz z przydatkami na drodze pochwowej wspomaganej laparoskopowo.

Opis zabiegu operacyjnego

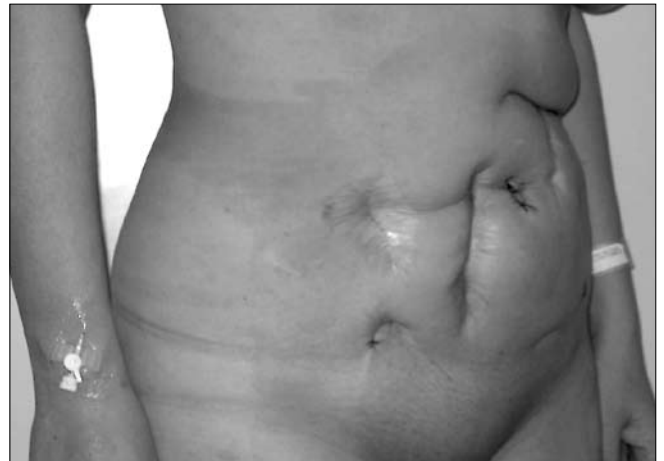
Etap laparoskopowy

Celem manipulowania macicą uchwycono szyjkę macicy kulociągami, a do jamy macicy włożono sondę Simsa. Do pęcherza moczowego założono cewnik Foleya. Wejście do jamy otrzewnej trokarem głównym przeprowadzono sposobem otwartym, Hassona, poprzez nacięcie powłok brzusznych pod pępkiem na długości ok. 2,5cm. Przed wprowadzeniem trokara do jamy otrzewnej palcem odpreparowano przylegające zrosty. Następnie wytworzono odnę otrzewnową o ciśnieniu 14mmHg. Do operacji zastosowano optykę o kącie patrzenia 30 stopni. Stwierdzono liczne, masywne zrosty sieci oraz jelit do otrzewnej przedniej i bocznych ścian jamy brzusznej oraz zrosty między pętlami jelit. Częściowo uwolniono zrosty, dając możliwość wprowadzenia bocznych, 5 milimetrowych trokarów, przyśrodkowo od kołców biodrowych przednich górnych.

Następnie dalej preparowano na tępo oraz na ostro, uwalniając stopniowo zrosty i uzyskując tym samym dostęp do narządów miednicy mniejszej. Do preparowania zrostów używano delikatnych kleszczyków bipolarnych, igły monopolarnej oraz ostro zakończonych nożyczek.



Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.

Dokładnie oceniono miednicę i całe nadbrzusze, potwierdzając torbiele w obu jajnikach i powiększony, zmieniony drobno-mięśniakowato trzon macicy. Oba jajowody były w masywnych zrostach z jajnikami, jajniki zaś były w ścisłym zroście z tylną blaszką więzadła szerokiego macicy, ponadto po stronie lewej z esicą a po stronie prawej z pętlami jelita cienkiego oraz otrzewną zatoki Douglasa. Zatoka Douglasa była niedostępna, ze względu na zrosty tylnej ściany macicy z pętlami jelit.

W następnym etapie uwolniono ze zrostów macicę oraz oba przydatki. Celem łatwiejszego i bezpieczniejszego preparowania zrostów nastrzykiwano te okolice fizjologicznym roztworem NaCl. Miejsca krwawiące koagulowano wyłącznie kleszczykami bipolarnymi stosując maksymalną moc 30W.

Następnie skoagulowano i przecięto lewe więzadło obłe macicy, otwierając przestrzeń między blaszkami więzadła szerokiego macicy. Skontrolowano przebieg moczowodu. Przy użyciu kleszczyków bipolarnych i nożyczek skoagulowano i przecięto lewe więzadło lejkowo-miedniczne oraz nacięto ku dołowi tylną blaszkę więzadła szerokiego do wysokości naczyń macicznych. To samo wykonano po stronie prawej. Po przecięciu otrzewnej załamka pęcherzowo-macicznego i uwidocznieniu naczyń macicznych zakończono etap laparoskopowy.

Etap pochwowy

Etap pochwowy histerektomii wykonano według techniki wcześniej przez nas opisanej [1, 2].

Po przygotowaniu pola operacyjnego uchwycono kulociągami część pochwową szyjki macicy i ściągnięto ku dołowi. Nastrzyknięto część pochwową roztworem 0,9% NaCl. Nożem elektrycznym nacięto śluzówkę pochwy wokół szyjki macicy – od przodu okrężnie, od tyłu w kształcie litery V [1, 2].

Pęcherz moczowy odsunięto setonem ku górze, dostając się placem do jamy otrzewnowej. Uwidoczniono i otwarto załamek odbytniczo-maciczny, dostając się do jamy otrzewnowej również od tej strony. Obustronnie podklemowano, podkłuło i przecięto kolejno więzadła krzyżowo-maciczne oraz naczynia maciczne wraz z przymaciczami.

Celem usunięcia powiększonej macicy najpierw odcięto szyjkę od trzonu macicy, a następnie pomniejszono trzon macicy, wycinając klinowe fragmenty tkanek z jego tylnej ściany aż do momentu, kiedy pomniejszony trzon macicy z przydatkami udało się wydobyć przez pochwę. Skontrolowano hemostazę, koagulując miejsca krwawiące kleszczykami bipolarnymi, a następnie kikut pochwy zeszyto w płaszczyźnie strzałkowej szwem ciągłym przekładanym. Ponownie wytworzono odnę otrzewnową i włożono optykę laparoskopu do jamy otrzewnowej celem kontroli i oceny hemostazy. W jamie otrzewnowej pozostawiono 1000ml płynu Adept (firmy Baxter International Inc). Pod kontrolą wzroku wycofano narzędzia z jamy brzusznej. Stopniowo usunięto gaz z jamy otrzewnowej. Utratę krwi oceniono na około 100ml.

Cała operacja, łącznie ze znieczuleniem, trwała 3 godziny i 25 min. Zabieg przeprowadzony był w osłonie antybiotykowej i profilaktyce przeciwzakrzepowej. Pomimo znacznych trudności technicznych w trakcie operacji, nie stwierdzono żadnych powikłań śród- ani pooperacyjnych. Pacjentkę w 4 dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu.

W badaniu histopatologicznym potwierdzono obecność w obu jajnikach torbiele skórzastych (*teratoma adultum*) oraz liczyh mięśniaków macicy.

Pacjentka znajduje się pod stałą opieką poradni ginekologicznej Instytutu CZMP (między innymi z powodu stosowania hormonalnej terapii estrogenami) i od tamtej operacji nie wymagała żadnych zabiegów operacyjnych i nie stwierdzono jakichkolwiek powikłań.

Dyskusja

Decyzja o wyborze drogi operacji u pacjentki wielokrotnie wcześniej operowanej, zwłaszcza na drodze laparotomii, nigdy nie jest łatwa. Każda z trzech metod: brzuszna, pochwowa i laparoskopowa ma swoje miejsce w ginekologii i powinna zostać rozważona w takiej sytuacji przed podjęciem ostatecznej decyzji.

Tak jak w każdym przypadku, o wyborze drogi operacji decyduje wiele czynników, wśród których należy wymienić: doświadczenie operatora w określonej metodzie wycięcia macicy, częstość powikłań śród- i pooperacyjnych, czas trwania zabiegu, okres rekonwalescencji, akceptację i satysfakcję pacjentki oraz ogólne koszty leczenia daną metodą.

W przypadku wcześniejszych operacji na drodze laparotomii należy spodziewać się: przede wszystkim zrostów w jamie otrzewnowej, które mogą obejmować narządy płciowe miednicy mniejszej; powikłań związanych z preparowaniem zrostów a zwłaszcza uszkodzeń jelita; niedrożności pooperacyjnej oraz uszkodzeń w zakresie układu moczowego (pęcherza moczowego i moczowodu).

Tradycyjne wyszkolenie chirurga-ginekologa to przede wszystkim operacje na drodze laparotomii, dlatego histerektomia drogą brzuszną w dalszym ciągu pozostaje najczęstszym rodzajem operacji wycięcia macicy.

Zaletami histerektomii brzusznej są: dobry wgląd do jamy otrzewnowej, szeroki dostęp do miejsca operacji i łatwiejsza technika usunięcia przydatków. Jednocześnie ta tradycyjna metoda wycięcia macicy posiada wiele wad związanych z nacięciem powłok brzusznych i większym urazem operacyjnym. Wymienić tu można bardzo częste powikłania rany pooperacyjnej (zakażenie, rozejście się, przepuklina), dolegliwości bólowe w okresie pooperacyjnym, późniejsze uruchomienie, dłuższy pobyt w szpitalu, wolną rekonwalescencję, dużą bliznę na skórze i wysoką częstość tworzenia się zrostów otrzewnowych [5, 6, 7].

Każdy zabieg operacyjny wiąże się z ryzykiem powstawania zrostów śródtrzewnowych, jednak największe obserwuje się po operacjach brzusznych. Według danych z piśmiennictwa ryzyko tworzenia się zrostów po zabiegach chirurgicznych z dostępu brzuszno waha się od 30% do 100% [8, 9]. Brill i wsp. wykonując laparoskopię u 360 pacjentek po wcześniejszych laparotomiach u 36% z nich (128 kobiet) stwierdzili zrosty sieci większej lub jelit z otrzewną powłok brzusznych [8]. Częstość występowania zrostów zależy głównie od liczby przebytych zabiegów i tak wykrywa się je u 60% pacjentów po jednej laparotomii i u 93% po co najmniej dwóch laparotomiach [8, 9].

W omawianym przypadku wielokrotne wcześniejsze interwencje chirurgiczne przeprowadzane u pacjentki doprowadziły do wytworzenia dużych zrostów w jamie otrzewnowej. To one prawdopodobnie były przyczyną niedrożności i innych pooperacyjnych powikłań u pacjentki.

Dlatego też w procesie decyzyjnym z niechęcią rozważano opcję kolejnej laparotomii, choć paradoksalnie w pierwszej chwili była ona, wydawałoby się, najbardziej oczywista.

Biorąc pod uwagę duże własne doświadczenie w wykonywaniu histerektomii pochwowej zaczęto poważnie rozważać tę drogę operacji u tej pacjentki [1, 2, 3, 4]. Jest to technika minimalnego dostępu, która charakteryzuje się znacznie mniejszym urazem operacyjnym w porównaniu do laparotomii. Zalety tej metody w stosunku do laparotomii to mniejsza utrata krwi, niższy odsetek zachorowalności i śmiertelności pooperacyjnej, mniejsza częstość powikłań krążeniowo-oddechowych i zakrzepowo-zatorowych, krótszy czas operacji, lepsze warunki do drenażu jamy otrzewnowej, rzadsze i mniejsze dolegliwości bólowe w okresie pooperacyjnym, szybsze uruchomienie i powrót do zdrowia, krótsza hospitalizacja, niższe koszty, małe ryzyko wytworzenia się zrostów wewnątrzotrzewnowych i powikłań związanych z raną powłok brzusznych oraz oczywiście dobry efekt kosmetyczny. W niektórych ośrodkach drogą pochwową wykonuje się nawet do 89% wszystkich histerektomii [10].

Zdawano sobie jednak sprawę, że choć droga pochwowa histerektomii posiada wiele zalet, wiąże się z gorszą widocznością pola operacyjnego i trudniejszą techniką operacyjną w obrębie przydatków. W danym przypadku wiadomo było, że przydatki są unieruchomione w zrostach oraz że w jajnikach występowały torbiele. Są to poważne ograniczenia drogi pochwowej wycięcia macicy wraz z przydatkami. Dlatego też zdecydowano się, aby etap uwolnienia zrostów wokół macicy i przydatków oraz przecięcia więzadeł obłych macicy i lejkowo-miednicznych przeprowadzić na drodze laparoskopowej, a kolejne etapy operacji wycięcia macicy dokończyć drogą pochwową. Nie rozważano w procesie decyzyjnym całkowitej laparoskopowej histerektomii, bowiem w tym okresie technika ta nie była jeszcze w klinice dostatecznie opanowana.

Laparoskopia pozwala wyeliminować ograniczenia drogi pochwowej, zwłaszcza gdy występuje patologia w obrębie przydatków. W porównaniu zaś z laparotomią, laparoskopia odznacza się niemal wszystkimi podobnymi zaletami jak droga pochwo- wa, gdzie szczególnie cenne w tym przypadku było teoretycznie małe ryzyko wytworzenia się zrostów wewnątrzotrzewnowych i ewentualnie następowej niedrożności jelit.

Decydując się u omawianej pacjentki na wycięcie macicy i przydatków przez pochwę przy wspomaganie laparoskopowym miano świadomość, że po 9 wcześniejszych laparotomiach, incydentach niedrożności jelit, zapalenia otrzewnej, ropni między- pętlowych, resekcji jelita, nie będzie to łatwy zabieg. Upřednie przebycie przynajmniej jednej laparotomii jest już czynnikiem zwiększającym ryzyko powikłań śródoperacyjnych, a także wydłuża pobyt w szpitalu po zabiegu laparoskopowym.

Wśród powikłań LAVH wykonywanej po upředniej laparotomii wymienia się: uszkodzenia pęcherza moczowego, moczowodu, jelit i dużych naczyń krwionośnych, przetoki pęcherzowo-pochwowe i moczowodowo-pochwowe, krwawienia z kikuta pochwy, pooperacyjną niedrożność jelit oraz ropniaki miednicy. Częstość tych powikłań szacuje się na 1,3-12% [11]. Niemniej jednak skuteczność laparoskopii u pacjentek po wcześniejszych operacjach w jamie otrzewnowej może wynosić nawet do 96,9% [12].

Jednym z powikłań laparoskopii jest konwersja do laparotomii, której częstość wzrasta wraz z liczbą wcześniej przebytych operacji brzusznych i stanów zapalnych w obrębie jamy brzusznej. W materiale Ballesta i wsp. obecność zrostów śród-otrzewnowych była powodem konwersji do laparotomii w 1,35%

przypadków na 240 operowanych, natomiast w materiale Sokola i wsp. w 6,3% przypadkach na 2530 operowanych pacjentek [12, 13]. Często przyczyną przejścia od laparoskopii do laparotomii jest też otyłość pacjentów z powodu złej wizualizacji pola operacyjnego i konieczności nasilenia pozycji Trendelenburga [14, 15].

Zakres konwersji i komplikacji może być ograniczony do minimum poprzez ostrożny wybór miejsca i odpowiednią technikę wprowadzenia pierwszego trokara oraz precyzyjną technikę wypreparowania jelit ze zrostów. Wraz ze wzrostem umiejętności operatora maleje odsetek konwersji do laparotomii [16].

Podsumowanie

Konieczność wykonania kolejnej operacji u pacjentki po wcześniejszych wielokrotnych laparotomiach jest zawsze związana z dużymi trudnościami operacyjnymi oraz ryzykiem wielu powikłań.

W procesie decyzyjnym o drodze przeprowadzenia kolejnej operacji w takich przypadkach nie należy zapominać o drodze pochwowej i laparoskopowej lub zastosowaniu obu tych dostępów jednocześnie. Doświadczenia innych operatorów, jak również ekstremalny opisany przypadek własny wskazują, że wcześniejsze operacje brzuszne nie stanowią przeciwwskazań ani do drogi pochwowej, ani do laparoskopii, a w niektórych przypadkach mogą być bezpieczniejsze niż kolejna laparotomia.

Piśmiennictwo

1. pochwy podczas histerektomii pochwowej. *Ginekol Pol.* 2006, 77, 117-125.
2. Malinowski A, Cieślak J. Anatomiczne aspekty pochwowej histerektomii. W: *Zaawansowane techniki operacyjne w ginekologii – histerektomia*. Red. Malinowski A. Łódź: Drukarnia LCL sp. z o.o. 2007; 47-60.
3. Malinowski A: Histerektomia pochwowa czy brzuszna – szkody jatrogenne błędnej kwalifikacji. W: *Zapobieganie szkodom jatrogennym w położnictwie i ginekologii*. Red. Paszkowski T. Lublin: Wydawnictwo IZT Sp. z o.o. 2004, 211-217.
4. Malinowski A, Bobin L, Maciołek-Blewniewska G. Znaczenie wspomaganie laparoskopowego w operacji usunięcia macicy przez pochwę. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 20-27.
5. Harris W. Early complications of abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol Surv.* 1995, 50,795-805.
6. Meikle S, Nugent E, Orleans M. Complications and recovery from laparoscopy - assisted vaginal hysterectomy compared with abdominal and vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 1997, 89, 304-311.
7. Freys S, Fuchs K, Heimbucher J, [et al.]. Laparoscopic intervention in previously operated patients. *Chirurg.* 1994, 65, 616-623. German.
8. Brill A, Nezhad F, Nezhad C, [et al.]. The incidence of adhesions after prior laparotomy: a laparoscopic appraisal. *Obstet Gynecol.* 1995, 85, 269-272.
9. Carta G, Cerrone L, Iovenitti P. Postoperative adhesion prevention in gynecologic surgery with hyaluronic acid. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004, 31, 39-41.
10. Sheth S. Vaginal or abdominal Hysterectomy? In: Vaginal hysterectomy. Ed. Sheth S, *Study J. Martin Dunitz.* 2002, 301-320.
11. Shen C, Wu M, Kung F, [et al.]. Major complications associated with laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: ten-year experience. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003, 10, 147-153.
12. Ballesta Lopez C, Ruggerio R, Poves I, [et al.]. Laparoscopic procedures in patients who have previously undergone laparotomic operations. *Minerva Chir.* 2003, 58, 53-56.
13. Sokol A, Chuang K, Milad M. Risk factors for conversion to laparotomy during gynecologic laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2003, 10, 469-473.
14. Eltabbakh G, Shamoni M, Moody J, [et al.]. Hysterectomy for obese women with endometrial cancer: laparoscopy or laparotomy? *Gynecol Oncol.* 2000, 78, 329-335.
15. Shen C, Hsu T, Huang F, [et al.]. Laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy in women of all weights and the effects of weight on complications. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002, 9, 468-473.
16. Visco A, Barber M, Myers E. Early physician experience with laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and rates of surgical complication to laparotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2002, 187,1008-1012.