

Dr. Csécsei Károly : fejezetek az „Endoscopos és minimálisan invazív nőgyógyászati sebészet” c. orvosi szakkönyvből,
Szerk.: Dr. Bódis József
Print 2000 Nyomda Kft., Kecskemét, 2009.

Perioperative teendők (Dr. Csécsei Károly)

A laparoszkopos nőgyógyászati műtetre váró beteg biztonsága függ a beteg előkészítésétől és a potenciális szövődmények megelőzésétől. A sebész és anaesthesiológus közötti konzultáció meghatározóan fontos, különösen valamely ok miatt fokozott kockázatú esetben. A beteget műtét előtt részletesen felvilágosítjuk a betegségről, a műtėti javallatról, a beavatkozásról valamint a várható komplikációkról. Jól előkészített műtét várhatóan sikeres lesz mind a beteg, mind a műtėti team számára. A legtöbb laparoszkopos beavatkozás előtt álló nőbeteg fiatal és alapvetően egészséges. A fejezet a laparoszkopos műtetre kerülő beteg kivizsgálásával, előkészítésével, utókezelésével, a műtėti indikáció és kontraindikáció kérdésével, a műtėti kockázati tényezőkkel foglalkozik.

Laparoscopia

a beteg felkészítése, kivizsgálása, előkészítése és utókezelése

A laparoscopos sebészeti beavatkozást, bár „minimal invasive” sebészeti eljárásnak nevezzük, minden esetben „nagy, nyitott „ hasi sebészeti műtétként kell kezelni. Ezért a műtét sikere érdekében a laparoscopiára kerülő beteg fizikális és pszichológiai kiválasztása és előkészítése egyaránt fontos. A beteg előkészítése azzal az elhatározással kezdődik, hogy rajta laparoszkopos műtétet végzünk. A kismencedei szervek a diagnosztikus és operatív endoszkopos műtétek számára jól megközelíthetők, így manapság a nyílt műtėti technikával operálható nőgyógyászati kórképek, kismencedei szervek rendellenességei, beugeségei laparoszkopos műtėti technikával is kezelhetők. Az egyre szélesedő laparoszkopos műtėti paletta megköveteli, hogy a műtétet végző sebész legyen megfelelően képzett és gyakorlott a laparoszkopos technika, műtėti eljárások terén. Bár a legtöbb nőgyógyászati beavatkozás elvégezhető „minimal invasive” módon is, legyen tisztában azzal, hogy az adott esetben, az adott betegen a laparoszkopos megoldás várhatóan eredményes lesz-e, és hogy mi a beteg érdeke.

A sebész kritikus szemmel, őszintén ítélje meg saját képességét, gyakorlatát és tudását, mielőtt egy műtét elvégzésére vállalkozik. Amennyiben kétséges, hogy minden szempontból eleget tud tenni a műtét elvégzését, a szövődmények elkerülését ill. ellátását illetően, válassza az asszisztens szerepét, s a műtétet végezze tapasztaltabb operatőr. A műtėti beavatkozásban való járatlanság illetve a kézi műszerek és a torony állóeszközeinek pontos ismeretének hiánya a műtét abszolút ellenjavallatát képezik.

A beteg kiválasztása

Első lépés a laparoszkopos műtét tervezésénél az indikáció és kontraindikáció helyes mérlegelése. Nincsenek szigorúan meghúzott határok, s még az abszolút

kontraindikációk közé sorolt állapotok is inkább útmutatásként szolgálnak, melyet tanácsos figyelembe venni (nem pedig szigorú rendelkezésként, végzésként kezelni). A laparoszkópia leggyakoribb indikációi: méhenkívüli terhesség, kismedencei fájdalom, kismedencei-hasi összenövések, kismedencei endometriosis, sterilitás, a kürt átjárhatóságának vizsgálata, petefészek cysták, cystomák, parovarialis tömlők, petefészek daganatok, méh fejlődési rendellenességei, myoma uteri, kismedencei gyulladások, rendellenes méhvérzés, inkontinencia urinae, aplasia, hypoplasia vaginae, a méh helyzeti rendellenességei, cervix carcinoma válogatott esetei, de a műtéti skála napról napra nő.

Abszolút kontraindikációk

A laparoszkópos műtéteknek kevés abszolút ellenjavallatát tartjuk számon. Tendenciának tekinthető, hogy az anesztézia és intenzív betegellátás fejlődése következtében ezen, jelenleg az „abszolút” csoportba sorolt állapotok a relatív ellenjavallatok sorába kerülnek.

1/ Súlyos szívelégtelenség, IV. stadium (severe cardiac disease)

ezen betegek nem képesek kompenzálni (tolerálni) a mély Trendelenburg helyzetet, mely a legtöbb operatív laparoszkópos műtét elvégzéséhez nélkülözhetetlen. Hasonlóképpen nem tolerálják a műtét során kielégítő látási viszonyokat teremtő és a műszerekkel történő manipulációhoz elengedhetetlen pneumoperitoneum létesítését.

2/ A nőgyógyászati gyakorlatban a leggyakrabban haemodinamikai szempontból instabil (erősen vérző, vagy kivérzett) beteg esetében tarthatjuk ellenjavalltnak a laparoszkópos technikát, s kevésbé gyakorlott operatőr számára a nyitott, hasi műtét (laparotomia) jelenti a beteg és a sebész számára a legbiztonságosabb megoldást. Számos, nagy gyakorlattal rendelkező laparoszkópos nőgyógyász/sebész véleménye szerint gyorsan, és biztonságosan le lehet végezni a laparoscopos műtétet még rupturált méhenkívüli terhesség esetén is.

3) Intestinalis elzáródás (ileus), tágult belek esetén előnyösebb műtéti eljárás a laparotomia, azonban a nyitott laparoscopia némely technikája lehetővé teheti, hogy ezen állapotokban is elvégezhető legyen a műtét laparoscopos úton.

S bár a laparoszkópiának csak kevés ellenjavallatát ismerjük, egyes állapotok vagy kórképek a laparoszkópos műtét fokozott kockázatával járnak, melyek relatív kontraindikációként kell a műtét sikere érdekében értékelnünk.

Relatív kontraindikációk

1/ Előző hasi műtétek, hegek a hasfalán

A beteg kórelőzményében szereplő nagy hasi műtét/ek a behatolást valamint a sebész gyakorlatát tekintve relatív ellenjavallatnak tekinthetők. Baloldali felső hasi inszufflációs technika vagy nyitott laparoszkópia alkalmazása azonban lehetővé teszi a biztonságos behatolást még többszörös, a kórelőzményben szereplő műtét esetén is.

2/ Elhízás

Az obesitas/elhízás a hasi műtétek végzése szempontjából fokozott kockázati tényezőt jelent, de laparoszkópos műtétek esetén különös jelentőséggel bír. 25 kg/m² BMI (body mass index) túlsúlyról, 30 kg/m² BMI elhízásról beszélünk, mely 160 cm. átlagos testmagasságú nő esetén 73 kg. illetve 91 kg. testsúlynak felel meg.

S bár a hasfal vastagsága többnyire korrelál (párhuzamos) a beteg testsúlyával, alacsony termet és a törzs fokozott elhízása a várhatónál vastagabb hasfallal társulhat.

Túlsúlyos, de méginkább az elhízott, vagy kórosan kövér nőbetegek esetén a laparoszkópos műtét fokozott kockázattal jár. A laparoszkópos trokárok és műszerek bevezetése, nehezebb és különleges technikát igényel. Hasfali vérzés is gyakoribb, mivel az erek nehezebben azonosíthatók. Elhízott betegeken számos operatív lépés nehezebben kivitelezhető, az intraabdominalis kismedencei és retroperitonealis zsírszövet felszaporodása, valamint a belek műtéti területbe történő előboltosulása nehezíti a műtéti terület áttekinthetőségét, a szokásos méretű insufflációval nehezebb a mellső hasfal előemelése, s a mély Trendelenburg helyzet sem kivitelezhető, mivel megnehezíti a beteg ventilációját.

Érthető tehát, hogy kóros obesitas, vastag hasfal riasztó lehet kevésbé gyakorlott laparoscopos sebész számára, az 5. fejezetben részletezett behatolási technikák azonban lehetővé teszik kórosan elhízott betegeken is laparoszkópos műtétek végzését. Elhízott betegek fogyókúrával csökkenthetik testsúlyukat elektív laparoszkópos műtét előtt, bár szignifikáns súlycsökkenés ritkán várható. 136 kg. (300 lb) feletti testtömeg esetén azonban a laparoszkópos beavatkozás megfontolandó.

A hasfal gondos vizsgálata minden laparoszkópos műtét előtt indokolt, ennek alapján lehet döntést hozni az insufflációs és behatolási technikát illetően.

A hasfal mellett a köldökgyűrű vizsgálata is elvégzendő, köldöksérv esetén külön figyelem illeti a trokár bevezetését és a köldökseb zárását. Amennyiben a köldöksérvben nem tapintható fixált, kizáródott bél vagy cseplesz, a sérv fölött ejtett bőrmetszést, majd a peritoneum megnyitását követően nyílt laparoszkópos technikát alkalmazhatunk. Kis köldöksérvet a laparoszkópos műtét után csomós öltésekkel zárhatunk. Ideális kozmetikai eredmény érdekében nagyobb köldöksérv műtétjét hasfali rekonstrukcióban jártas operatőr vagy sebész végezze.

3/ Terhesség

A laparoszkópia tradicionális relatív ellenjavallata, általában 5 hónaposnál nagyobb terhességben nem ajánlották. Az elmúlt évek nagy esetszámú tanulmányai szerint azonban a laparoszkópos műtétek terhességben is biztonsággal kivitelezhetők. A CO₂ insuffláció feltételezett káros hatása miatt korábban terhesség során egyes sebészek gáz-mentes laparoszkópiát alkalmaztak, utóbbi években azonban bebizonyosodott, hogy a CO₂ insuffláció nem jár az intruterin magzatot veszélyeztetésével.

4/ Életkor

A társadalom előregedésével egyre több nőbetegesetében merül fel a laparoszkópos műtét javallata. A beteg előrehaladott életkora is műtéti kockázati tényező lehet, elsősorban társuló betegségek megnövekedett gyakorisága miatt, melyek kedvezőtlenül befolyásolhatják a perioperatív morbiditást és mortalitást. A szív-

érrendszeri betegségek gyakorisága a kor előrehaladtával nő, s az anaesthesia és sebészi beavatkozás arrythmián, ischaemián ill. infarctuson alapuló hirtelen cardialis dekompenzációhoz vezethet.

Sajátos kockázati tényező a laparoszkópia során is elszenvedett lehűlés (hypothermia). Idős betegek műtét alatti lehűlése a cardialis arrythmia valamint elhúzódó gyógyulás kockázatával járhatnak.

5/ Súlyos krónikus betegségek

A leggyakrabban észlelhető szív és érrendszeri, valamint idült kardio-respiratorikus kórképek elsősorban anaestheziológiai problémát jelentenek, de laparoszkópos sebészi szempontjai is vannak. Ezen betegek kezelésében törekedjünk a lehető legrövidebb műtéti időtartam betartására, és a kedvezőbb respiratio érdekében kisebb nyomású pneumoperitoneum létesítésével vagy „gaseless” laparoszkópia módszerével operáljunk.

Bár a könyv önálló fejezete foglalkozik a beteg műtéti érzéstelenítésével, altatásával, ezen helyen is indokoltnak tartom aláhúzni a műtét sikere érdekében az altató orvos szerepét. Az anaestheziológus nem csak a beteg altatását és érzéstelenítését végző felelős szakember, hanem konzultáns, az operáló sebész nélkülözhetetlen társa. Minden műtét, így laparoszkópia előtt kötelező módon vegyük igénybe az altató/intenzív betegellátó szakorvos konzíliárus vizsgálatát. Ezen konzílium feltárja a beteg anamnézisét, betegségeit, egészségi problémáit, ellenőrzi jelen állapotát, laboratóriumi leleteit, ellenőrzi gyógyszereit, további vizsgálatokat és kezelést ír elő, s elvégzi a beteg optimális altatás/érezéstelenítés és műtéti előkészítését.

6/ Malignus folyamatok.

Malignus daganatok laparoszkópos kezelése különös körültekintést kíván. Amennyiben az eltávolításra váró tumort a klinikai jelek és kivizsgálás alapján malignusnak tartjuk, és a sebész nem rendelkezik olyan gyakorlattal, hogy a daganatot maradéktalanul és egészben - a cisztikus tumor rupturája nélkül - képes eltávolítani, nem a laparoszkópos hanem nyílt műtéti megoldást kell választani.

Néhány gyakorlott nőgyógyász-onkológus sebész azonban képes a tumor egészben történő eltávolítása mellett a regionalis nyirokcsomó disszekciójára is. Ezen sebészek kezében a laparoszkópia elfogadható, teljes értékű operációs módszer.

Laparoszkópos műtétre kerülő betegek kivizsgálása

1/ részletes anamnesis felvétele indokolt

- családi anamnesis,
- belgyógyászati betegségek (thrombophiliák, cardiopulmonalis rendszer, hypertonia, diabetes, krónikus betegségek)
- rendszeresen szedett gyógyszerek, gyógyszerérzékenység (antikoagulánsok, Aspirin, steroid készítmények, antitenzív szerek, antidiabetikumok)
- menstruációs anamnesis szülészeti- nőgyógyászati események,
- előzményben szereplő sebészeti/nőgyógyászati műtétek, műtéti szövődmények
- vércsoport, Rh csoport, transfúziós anamnesis

2/ fizikális vizsgálat:

-a preoperatív rutin vizsgálatok közé tartozik a testsúly, a testtömeg index, vérnyomás és pulzus mérés.

-nőgyógyászati vizsgálat

-hasfal, köldök vizsgálata, mely kiterjed a has áttapintására (organomegalia), a hasfal állapotára (obesitas), a köldök rendellenességeire (hernia), valamint a bőr elváltozásaira (sérülés, heggek) különös tekintettel a bőr fertőzéseire.

3/ laboratóriumi vizsgálatok

Számos kórházban laboratóriumi vizsgálatok végeznek a műtét előtt 7-14 nappal. A legtöbb laparoszkópos beavatkozás csak minimum laboratóriumi vizsgálatot igényel, a legtöbb (zömében fiatal és egészséges műtétre váró nő) nem igényel részletes kivizsgálást. Azon beteg, pedig akinek kórtörténetében előző megbetegedések szerepelnek, műtét előtti részletes kivizsgálása indokolt.

-komplett vérkép (vérkémia) vizsgálatot minden műtétre váró beteg - egészségesnek tartott páciens - esetében is indokolt elvégezni (anaemia, infectio).

-terhességi teszt

méhen kívüli terhesség gyanúja esetén rutinszerűen végezzük, s bár az anaesthesia és műtét nem jelenti a vetélés vagy magzati károsodás komoly kockázatát, a jogi felelősség elkerülése érdekében fertilis nőbetegeken tanácsos terhességi tesztet végezni.

-béta HCG vizsgálat (méhenkívüli terhesség/gyanúja, bizonytalan terhességi teszt)

-vizelet vizsgálat

diabetes, nem várt szisztémás megbetegedések felismerhetőek

vizelet kiválasztó és elvezető rendszer szubklinikai infekciója (műtét során végzett húgycső katéter felhelyezését követően kiújulhat)

-egyéb laboratóriumi vizsgálatok:

ismert betegségek esetén indokolt máj, vesefunkció, serum-elektrolit szintek ellenőrzése.

4/ képalkotó eljárások

-mellkas röntgen vizsgálat, amennyiben kockázati tényezők nem ismertek, rutinszerűen nem indokolt.

-bronchopulmonalis, cardialis betegségek vagy kóros cardiopulmonalis klinikai lelet, COPD (chronic obstructive pulmonary disease) asthma, nehézlégzés, dohányzás esetén a mellkasi radiográfiás vizsgálatot elvégezzük. Rutinszerű mellkas röntgen indokolt malignus kórképek, kismencedei malignomák esetében is.

-kismedencei ultrahang vizsgálat

manapság rutinszerűen preoperatív kismedencei ultrahang vizsgálatot végzünk mely a kismedencei kórkép azonosítása és leírása mellett segít a terhesség megállapításában vagy kizárásában. Az UH jelek malignitásra utalhatnak.

-intravénás pyelographia

uterus fejlődési rendellenességek esetén indokolt (MRKH szindróma, méh fejlődési zavarai). A módszer a vesék helyzetét, ureterek lefutását hivatott leírni. Kismedencei rezisztenciák, kiterjedt endometriosis ritka eseteiben az uterer helyzetét, lefutását, hydronephrosist, ureter elzáródást segít tisztázni.

-Barium kontrasztos colonoscopia

kiterjedt endometriotikus kismedencei tumor és vastagbél viszonyát segít meghatározni.

-EKG

fiatal panaszmentes (egészségesnek ismert) nőknél a rutin EKG vizsgálat végzését nem tartjuk szükségesnek. Panaszmentes beteg esetében is elvégezzük a mellkas EKG vizsgálatot 50 éves életkor felett.

Anaesthesiológus konzílium

Minden műtét előtt elvégzendő az altató orvosi szakorvosi vizsgálat, mely indokolt esetben további vizsgálatokat ill. kivizsgálást javasolhat. A beteg műtét előtti kivizsgálását így végül is a beteg általános állapota, a kórkép, anamnesztikus adatok, előző és jelenleg fennálló betegségek, valamint anaesthesiológus konzílium alapján végzünk.

A műtét napjának meghatározása, a műtét időpontjának megválasztása

Magyarországon manapság a laparoszkópos műtéteket fekvőbeteg intézetekben, nem egynapos műtéti beavatkozásként végezzük. Ettől egyes országok gyakorlata eltér (USA, Nagy Britannia, észak-európai államok), ahol ambuláns, egynapos ellátásként végzik a legtöbb laparoszkópos műtétet.

A hazai gyakorlat szerint a beteget előző nap, járóbetegként kivizsgálva vesszük fel a fekvőbeteg osztályra. Anaesthesiológus konzílium, laboratóriumi vizsgálat, vércsoport, kismedencei ultrahangvizsgálat, szükség esetén EKG, mellkas röntgen vizsgálatok történnek, valamint elvégezzük a kórlap felvételét. A beteg előző nap déltől nem fogyaszt szilárd táplálékot, folyadékot pedig 6 órával a műtét előtt fogyaszthat.

Laparoszkópos műtétek előtti napon már csak könnyen emészthető ételeket fogyasztása javasolt, 24 órával a sebészeti beavatkozás előtt pedig NPO (nil per os), azaz szilárd táplálékot ne vegyen magához a beteg. Ez nem csak az aspirációs szövődményt csökkenti, de a belek distenziójának csökkenése miatt a műtéti terület áttekinthetőségét, a műtéti preparálást is kedvezően befolyásolja. 6 órával a műtét előtt már folyadékot sem fogyaszthat a beteg. A belek distenzióját csökkentő szerek (Espumisan) kedvezőbb operatív viszonyokat teremtenek.

Perioperatív -posztoperatív gondozás

1/ Vénás thrombo-embolia

A vénás thrombo-embólia a gyakoribb posztoperatív szövődmények egyike. Thrombo-embolia a megnövekedett vénás pangás, érfal és szövetkárosodás, valamint fokozott coagulabilitás (véralvadás) esetén alakul ki (Virchow triász), melynek kockázatát számos tényező pl. terhesség, immobilitás, malignus betegségek, kismedencei/kiterjesztett műtét, sepsis, Leiden mutatio, megnöveli. Anamnesztikusan figyelemre méltó a családban előforduló mélyvénás thrombosis, thrombophiliák (antiphospholipid syndroma).

Oestrogen tartalmú gyógyszerek (contraceptív tabletták) fokozzák a műtét utáni thrombo-embolia kockázatát. Elektív/tervezett műtét előtt tanácsos lehet az oestrogen kezelés szüneteltetése, bár a terhesség is rizikó tényező a thrombo-embolia kialakulásában.

Laparoszkópos műtétet általában nem jelentenek olyan mértékű szöveti károsodást, mely jelentősen fokozná a thrombo-emboliás szövődmény kockázatát, az utóbbi időben azonban malignus kismedencei tumorok kezelésére laparoszkópia útján végzett kiterjesztett műtétek már komolyabb kockázatot jelent a posztoperatív thrombo-embólia szempontjából.

Kifejezett elhízás (az obesitas a periferiás keringéssel szembeni resistenciát növelő tényező), trombophiliák eseteiben indokolt a thrombosis profilaxis. Ennek módja enyhébb esetekben korai mobilizálás és hydrálás, rugalmas pólya az alszárakra, nagyobb kockázatú esetekben alacsony molekulatömegű heparin készítmények (LMWH) pre- és posztoperatív profilaktikus anticoaguláció alkalmazása. A thrombosis profilaxist az anaesthesiológus is véleményezi.

2/ Fájdalomcsillapítás

A posztoperatív az analgesia az utóbbi években jelentős fejlődést mutatott (posztoperatív regionalis blokádnak, páciens kontrollált módszerek, nonsteroid anti-inflammatorikus gyógyszerek, fájdalomcsillapító drogok széles skálája). A laparoszkópos műtétek zöme azonban a kisebb műtétek kategóriájába tartozik, s mivel a behatolás is lényeges kisebb területet érint a nyílt hasi műtétekhez viszonyítva, a posztoperatív fájdalom várhatóan nem jelentős. Amennyiben a posztoperatív fájdalom a műtétet követően jelentős, vagy fokozódik, úgy műtéti szövődményre kell gondolni. Az insufflatio következtében a hasúrbn rekedt Co.2 gáz, vállövi fájdalmat okozhat, melyet posztoperative indokolt csillapítani. Gyakran a tradicionális fájdalomcsillapítók (pethidine, morphine, opiatok sora) mellett salicilátok alkalmazhatók posztoperatív fájdalomcsillapításra. A nonsteroid – antiinflammatorikus gyógyszerek mellékhatása lehet a gasterointestinalis vérzés, ezért körültekintéssel alkalmazhatók.

3/ Posztoperatív hányinger és hányás.

Gyakori szövődmény a laparoszkópos műtéteket követően 52 %-ban fordul elő. Nők körében egyéb műtétek során is gyakrabban fordul elő, mint férfiakéban. A posztoperatív nausea és vomitus csökkenthető a preoperatív éhezés időtartamának csökkentésével. A gyomor distenzióját az éhezési gyomornedv mennyisége, és az intubatio körüli manipuláció fokozhatja. Egyes analgetikus gyógyszerek is csökkenthetik a hányingert, egyebek között a nem opiat összetételű analgetikumok. Metoklopramide alkalmazása csökkenthetik a hányingert.

4/ Posztoperatív infekció

A hasfali sebzés, illetve műtéti terület következményes infekciója laparoszkópos beavatkozások során igen ritka szövődmény. Megelőzésére a gondos sebészi technika, vérzéscsillapítás, szövétkímélő operáció mellett a műtéti terület gondos desinfekciója szolgál. A hasfal szőrtelenítését, borotválását közvetlen a műtét előtt tanácsos végezni, hogy a felületes abrasió, felszíni bőrsérülések infekcióját elkerüljük. A köldökgyűrű gondos deszficiálása kiemelt fontosságú. A laparoszkópos kismencedei műtétek zöme nem jár együtt üreges szervek megnyitásával, így sterilítási foka magas. Preoperatív antibiotikum profilaxis ezen műtétek esetében nem indokolt. Kismencedei gyulladás, tubo-ovariális tályogok műtete esetén Betadine-es hasúri öblítés mellett therápiás antibiotikum kezelés lehet indokolt.

5/ Hypothermia

Hosszan tartó műtét a beteg lehűlésével járhat, különösen idős betegek veszélyeztetettek. Perioperatív hypothermia adverz hatása a cardiopulmonális kockázat emelkedése. A hypothermia az enzimatis aktivitást csökkenti, növeli a coagulopathia esélyét. Alacsony testhőmérséklet az immun reakciókat is kedvezőtlenül befolyásolja, a hőreguláció zavart szenvedhet, a reszketés energiát fogyaszt.

A műtét alatti lehűlés számos módon csökkenthető

- légkondicionált műtőket 37 0 C hőmérsékleten kell műtét alatt tartani
- infúziókat, vérkészítményeket, hasúri mosófolyadékot testhőmérsékletűre indokolt melegíteni
- a beteg bőrét a műtéti terület kivételével takarjuk
- műtét után a beteget testhőmérsékletű kórteremben helyezzük el, testét takarjuk

A beteget műtét előtt olyan kényelmes helyzetbe kell hozni, hogy nem alakuljanak ki testén, végtagjain nyomási károsodások (sacralis, peroneus neuropathiák, plexus brachialis károsodás), decubitusok. Kialakulásuk főleg idős, daganatos vagy rendszerbetegségben, krónikus megbetegedésekben szenvedő betegeket veszélyeztet, szövődmény esetén konzultáljunk szakorvossal, specialistával.

Hysteroscopia

A hysteroscopia minden olyan esetben indokolt – mikor a méhűr és nyakcsatorna eszközös áttekintése elsőegíti a diagnózis pontos felállítását, és az eredményes kezelést.

A diagnosztikus hysteroscopia legfőbb javallata (indikációja) a rendellenes uterinalis vérzés okának keresése az elmúlt 136 évben nem változott, mióta Pantaleoni 1869-ben egy 60 éves nőnél, terápia rezisztens vérzészavar okát kutatva kezdetleges, gyertya világítású, homorú tükrös, 12 mm tubusátmérőjű hysteroscopjával a méhürben észlelt szederszerű, polypoid szövetet ezüstnitrát pálcával koagulált.

A hysteroscopia indikációs köre az elmúlt évtizedek során gyarapodott, s várhatóan tovább bővül a diagnosztikus és therapiás javallatok skálája, a manapság leginkább elfogadott javallatok a következők:

Diagnosztikus hysteroscopia:

- rendellenes uterinalis vérzés (metrorrhagia, menorrhagia)
- ultrahang vizsgálattal a méhnyálkahártya, uterus üreg szabálytalan kontúrja, submucosus myoma, polypus endometrialis gyanúja
- sterilitás, infertilitás (rendellenes hysteroogramm, IVF előtti vizsgálat, ismétlődő spontán vetélések)
- uterus veleszületett fejlődési rendellenességei (septum, uterus arcuatus, bicornis) amenorrhoea (Asherman syndroma, intrauterin synechiák)
- IUD és intrauterin idegen test lokalizációja
- terhességi vizsgálatok (IUD és terhesség, az implantatio hely vizsgálata, embryoscopia, cervicalis vagy interstitialis, tubaszájadékban elhelyezkedő méhenkívüli terhesség, sikertelen terhesség megszakítás, residuum post abortum, post partum, postpartalis haemorrhagia) megjegyzendő, hogy panaszmentes, kiviselésre váró terhességben a hysteroscopia ellenjavallt.
- cervix vizsgálatok (polypus endocervicalis, Hamou microhysteroscopia)
- postoperatív second look vizsgálatok (hysteroscopos myomectomy, abdominalis myomectomy, endometrium resectio-ablatio, septum uteri műtéti eltávolításának ellenőrzése, sectio caesarea hegvonala vizsgálat, synechiolysis ellenőrző vizsgálata)
- endometrium carcinoma (staging, nem sebészi kezelés utáni ellenőrző vizsgálat)

Operatív hysteroscopia (cervix/endometrium polypus, submucosus myoma góc, septum uteri resectiója, synechiolysis, endometrium resectio-ablatio, intrauterin idegen test eltávolítás – az egyes beavatkozásokat is. Későbbi fejezetekben).

Contraindicatiók: abszolút kontraindikáció

- az operáló orvos elégtelen jártassága
- elégtelen műszerezettség
- cervix carcinoma
- akut kismencedei gyulladás

relatív ellenjavallatot képeznek

- a cervix és hüvely gyulladása (cervicitis és/vagy colpitis)
- terhesség
- excessiv uterinalis vérzés
- súlyos cervicalis stenosis
- súlyos cardiovascularis betegség, tüdő-oedema, kis és nagyvérköri cardialis eredetű pangás, metabolikus acidosisal járó kórképek.

Míg a diagnosztikus hysteroscopia többnyire nem jelent nagyobb megterhelést a beteg számára mint a dilatatio+curettagé műtét, sőt a két módszer előnyét gyakran kapcsoljuk össze hysteroscopia + curettagé (vagy hysteroscopia + cervicalis polypectomia + curettagé) műtét formájában, s a beavatkozás gyakorlott kézben mindössze néhány percig tart, addig az operatív, hystero-resectoscopos műtéteket a nőgyógyászati nagyműtétek közé soroljuk. Az endometrium ablatio, myoma, endometrium polypus, uterus septum resectio, synechiolysis, az uterus úr rekonstrukciója esetén mindig számolnunk kell vérzéssel szövődménnyel, az uterus perforációjával, vagy a műtét elhúzódása miatt folyadék túltöltés (TUR syndroma) veszélyével, s a beteg kiválasztását, preoperatív előkészítését ennek megfelelően kell végeznünk. Az elektróddal végzett műtétek során készülünk fel vértranszfúzió adására is. Fenti műtétek kockázatának csökkentésére laparoszkópos kontrollt is alkalmazhatunk (hystero-laparoscopia).

Az operatív, hystero-resectoscopos műtéti kivizsgálást a nőgyógyászati operatív laparoszkópos műtétek kivizsgálásának ill. előkészítésének megfelelően – a fejezet korábbi leírásának megfelelően –végezzük.

- ismerjük meg a beteg pontos kórelőzményét
- a beteg műtét előtt legyen stabil cardio-respiratorikus állapotban
- otthoni gyógyszeres kezelését folytassa, hypertonia, diabetes legyen egyensúlyban
- műtét előtt ne kapjon antikoaguláns kezelést, aspirint, metformint
- műtét előtt a beteget lássa anaesthesziológus, aki indokolt esetben további kivizsgálást és konzíliumot javasol

Hysteroscopos műtét előtt javasolt laboratóriumi vizsgálatok: vérkép, vizelet, máj-vesefunkció, elektrolit profil, coagulogramm.

Mellkas rtg. aktív pulmonalis megbetegedés esetén

Kismencedei ultrahang vizsgálat a rutin nőgyógyászati vizsgálat része

Terhességi teszt

Korábbi cervix-onkocytológia és hüvelyváladék vizsgálat

A hysteroscopos műtétek előtt a beteg 6 órán belül ne fogyasszon szilárd táplálékot, 3 órán belül pedig tiszta folyadékot (víz, tea). A műtét előtti napon megterhelő, nagyobb mennyiségű étel fogyasztása nem ajánlott.

A beavatkozást korábban végzett negatív cervix-onkocytológiai vizsgálat, és negatív hüvelyváladék birtokában végezzük. Amennyiben a hüvelykenet colpitisre utal, hysteroscopia előtt célzott kezelést tanácsos alkalmazni, melyet a műtét előtti időszakban –a túlérzékenység figyelembe vételével - jódtartalmú hüvelyi kezeléssel (hüvelykúp) egészíthetünk ki.

Közvetlenül a műtét előtt a hüvelyt feltárva víz alapú fertőtlenítő szerrel (PVP jód, chlorhexidine) dezinficiáljuk a műtéti területet, hüvelyt, portio vaginalis uteri-t.

Nem szült nőknél, ill. postmenopausában, vagy láthatóan szűk külső méhszáj esetén (előzményben méhszáj-plasztika, conisatio), gyógyszeres méhszáj érlelés alkalmazásával –intracervicalis prosztoglandin tartalmú zselé (Prepidil) vagy Laminaria pálca - tehetjük könnyebbé a hysteroscopos eszköz felvezetését.

A hysteroscopia műtéti időpontját időzítsük a menstruációs ciklus korai proliferatív időszakára. A vékony méhnyálkahártya kedvező látási viszonyokat teremt, emellett a tájékozódást megnehezítő vérzés kockázata is kisebb mint magas, secretios vagy premenstrualis nyálkahártya esetén.

Perioperatív teendők

A hysteroscopos műtét során a méhszáj kifogása, az eszköz felvezetése és az uterus disztenziója fájdalom érzéssel járhat, melyet indokolt csillapítani. Preoperatív fájdalomcsillapító szerként opiát, vagy enyhébb hatású fájdalom csillapítók, non-steroid gyulladásgátló és fájdalomcsökkentő szerek alkalmazhatók. A diagnosztikus hysteroscopia jól kooperáló beteg esetében végezhető enyhe hatású fájdalom csillapítókkal, vagy local alangesiában, míg operatív beavatkozások általános narcosisban vagy regionalis fájdalomcsillapításban végezhetők. Posztoperatív fájdalomcsillapítás a beteg panaszától függ, endometrium ablatio, myoma, septum resectio, synechiolysis esetén az első 24 órában indokolt.

Antibiotikum profilaxisra általában nincs szükség, szövődmények esetén (hosszabb manipulatio, perforatio) adható.

Thrombosis profilaxist csak magas kockázatú esetekben (obesitas, carcinoma, előzményben thrombo-emboliás kórkép, immobilitas) alkalmazunk.

A diagnosztikus hysteroscopia után stabil állapotú, nem altatott beteg néhány órával a műtét után hazatávozhat, altatott beteg másnap. Resectoscopos beavatkozást követően a beteget néhány napig hospitalizáljuk.