

МИОМЕКТОМИЈА КРОЗ ВАГИНУ

Загорка МИЛОВАНОВИЋ, Душан СТАНОЈЕВИЋ

Гинеколошко-акушерска клиника „Народни фронт”, Београд

КРАТАК САДРЖАЈ

Последњих година развој нових хируршких техника у лечењу миома материце знатно је смањио операциону трауму. У циљу приказивања операционе технике миомектомије кроз вагину, рађена је проспективна клиничка студија у којој је након пажљиве дијагностике праћен операциони и постоперациони ток. Резултати нашег истраживања указују на то да је, користећи традиционалне хируршке инструменте, могуће урадити миомектомију кроз задњи вагинални свод без трауме реза на предњем трбушном зиду, уз минимални губитак крви, скраћење времена операције и дужине опоравка. Сматрамо да је миомектомија кроз вагину метода избора у терапији миома локализованих на задњем зиду и у фундусу.

Кључне речи: миомектомија, колпотомија.

УВОД

Миоми материце су најчешћи бенигни тумори код жена. Представљају 95% бенигну тумора материце, са најбројнијим јављањем у трећој и четвртој деценији, и узрокују од 10% до 15% свих гинеколошких проблема. Могу бити појединачни или вишеструки, различито постављени (субсерозни, интрамурални и субмукозни), као и различитих величина. Лечење је потребно само уколико постоји неки од симптома: продужено или неуредно менструално крвавање, бол у карлици, симптом притиска на околне органе или инфертилитет. Описани су и примењивани различити начини лечења [1, 2]. Данас је најприхваћеније хируршко лечење различитим операционим техникама [3]. Миоми се најчешће одстрањују резом кроз трбух, лапароскопски и кроз вагину уколико су у питању субмукозни рађајући миоми [2]. У савременим уџбеницима гинекологије није описана миомектомија кроз вагину миома локализованих субсерозно или интрамурално.

ЦИЉ РАДА

Циљ рада је приказ операционе технике одстрањења миома кроз задњи вагинални свод, као и предности оваквог начина лечења.

МЕТОД РАДА

У периоду од јануара 2000. до децембра 2002. године спроведена је проспективна клиничка студија на Гинеколошко-акушерској клиници „Народни фронт” у Београду којом је обухваћено 15 пацијенткиња. Испитивану групу чиниле су пацијенткиње старости од 20 до 39 година, од којих четири нису рађале, а 11 пацијенткиња је имало један порођај или више њих у анамнези. Код ових пацијенткиња је бимануелним и ултразвучним прегледом најпре дијагностиковано постојање миома на задњем зиду или у фундусу, затим је урађена операција и праћен

постоперациони ток. Испитивали смо трајање операције, губитак крви у току операције, дужину опоравка, односно боравка у болници и компликације.



СЛИКА 1. Задњи свод вагине засечен електрокаутером.

FIGURE 1. Incising the posterior vaginal fornix by electrocauter (needle tip electrode).



СЛИКА 2. Рез на задњем своду вагине и перитонеуму Дугласовог простора.

FIGURE 2. Posterior colpotomy and opening the cul-de-sac of Douglas.

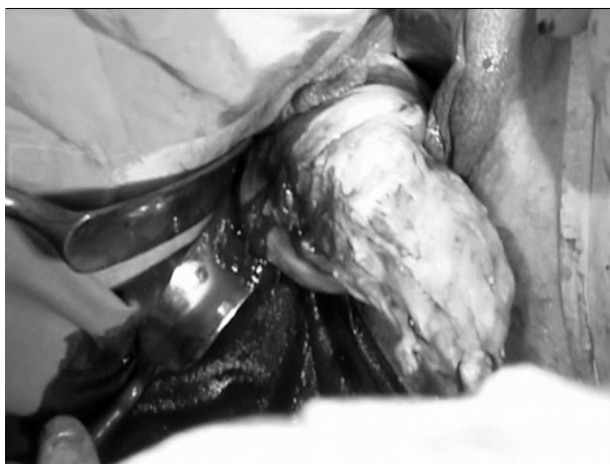
Операциона техника

Пацијенткиња се постави у гинеколошки положај и припреми као за сваку операцију вагине. Вагина се екартира са два екартера, затим се зупчастим клештима хвата грлић и повлачи према интроитусу и симфизи, чиме се задњи вагинални свод чини доступним. Потом се електрокаутером пажљиво направи рез кроз задњи вагинални свод и уђе интраперитонеално у Дугласов (*Douglas*) простор. Кроз направљени рез се пажљиво, уз контролу прстом, зупчастим клештима хвата материца са миомом на задњем зиду или у фундусу. Полако се повлачи према отвору задњег вагиналног свода уз истовремено савијање тела материце, чиме се материца доводи у ретроверзију и ретрофлексiju, а затим и извлачи у вагину. Ако су у питању субсерозни миоми на петељци, петељка се подвезе и пресеке. У већини случајева наилази се на интрамуралне миоме, те се на месту где тумор највише испупчава зид материце – изнад миома – направи рез. Испрепарише се миоматозни чвор, те се клештима или миомбореором, повлачећи према резу на материци, одстри миом. Након пресецања и подвезивања васкуларне петељке ушије се миометријум поје-



СЛИКА 3. Хватање утеруса са миомом помоћу инструмента и повлачење кроз отвор на задњем своду вагине.

FIGURE 3. Pulling the myomatous uterus through the peritoneal wound edge.



СЛИКА 4. Одвајање миома од зида материце.

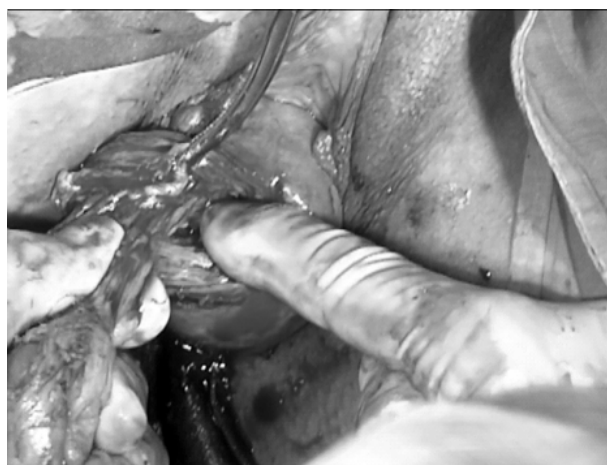
FIGURE 4. Dissection the myomatous nodule from the uterine wall.

диначним шавовима, а затим се уради перитонизација. Након одстрањења миома материца се врати у првобитни положај. Стави се дрен у Дугласов простор, што се изводи кроз вагину, и ушије рез на задњем вагиналном своду са неколико појединачних шавова, уз фиксирање дрена у близини интроитуса.

РЕЗУЛТАТИ

Резултати нашег рада показују да је, користећи традиционалне хируршке инструменте, кроз задњи вагинални свод могуће урадити миомектомију без трауме лапаротомије. Анализирајући успешност ове операционе технике, према постављеним параметрима, утврдили смо следеће:

- губитак крви у току операције је минималан,
- операција просечно траје 40 минута,
- није било пацијенткиња са озбиљнијим компликацијама,
- брз опоравак након операције, односно дужина боравка у болници од три-четири дана,
- у свим случајевима операција је завршена вагиналним путем, јер није било потребе за конверзијом у абдоминалну операцију.



СЛИКА 5. Одвајање миома и клемовање васкуларне петељке.

FIGURE 5. Extirpating the myomatous nodule and ligation of the vascular bundle.



СЛИКА 6. Ушивање ложе миома.

FIGURE 6. Closing the myomatous cavity.



СЛИКА 7. Ушивени зид материце.
FIGURE 7. Suturing the myometrium.



СЛИКА 9. Стављање дрена у трбушну дупљу.
FIGURE 9. Plasing the drain into the Douglas space.



СЛИКА 8. Враћање материце у трбушну дупљу.
FIGURE 8. Replacing the uterus in the abdominal cavity.



СЛИКА 10. Дрен стављен у Дугласов простор и ушивени рез задњег свода вагине.
FIGURE 10. View at the end of the procedure. Drain is placed into the Douglas space and colpotomy wound closed.

ДИСКУСИЈА

У циљу проналажења што мање инвазивне операционе технике уведена је лапароскопска, а затим и лапароскопски асистирана вагинална миомектомија [4-7]. Само мали број објављених радова приказује миомектомију кроз вагину, која је најмање инвазивна метода одстрањења миома [8-10].

Миомектомија је операција која је праћена крвављењем јер се у току операције не подвезују велики крвни судови који васкуларизују материцу (утерусна и оваријумска артерија). Користећи технику миомектомије кроз вагину, губитак крви је смањен због одсуства реза лапаротомије и специфичног положаја материце при операцији – екстремна ретроверзија и ретрофлексција – који узрокује смањење протока крви кроз утерусне артерије. Просечан интраоперациони губитак крви у току наше студије је око 300 ml, док су код класичне миомектомије губици крви од 500 до 1000 ml, у зависности од броја, величине и локализације миома.

Компликације операционог лечења потенцијално су многобројне, а најчешће су крвављење, инфекције, фебрилност и тромбоемболије. У нашој студији све оперисане пацијенткиње су имале постоперациони

губитак крви од 30 до 50 ml у току нултог и првог постоперационог дана, што се сматра уобичајеним за овакву врсту операције. Од 15 оперисаних пацијенткиња само једна је била субфебрилна у току првог и другог постоперационог дана. Фебрилних пацијенткиња није било, за разлику од контролне групе, које су оперисане абдоминалним путем, где је било око 13% фебрилних пацијенткиња. Није било пацијенткиња са знацима инфекције у малој карлици или са тромбоемболијом. Овакви резултати се тумаче, поред добре операционе технике, изузетно пажљивом преоперационом припремом пацијенткиња, која подразумева обавезну интернистичку контролу и сапрофитну флору цервикалног и вагиналног бриса, уз добру дезинфекцију операционог поља приликом операције.

Брз постоперациони опоравак је нормалан след догађаја као резултат свих горепомнутих чињеница, те је дужина хоспитализације била свега три-четири дана, за разлику од пацијенткиња које су оперисане класичним путем, где је просечна дужина боравка у болници након операције трајала шест-седам дана.

ЗАКЉУЧАК

Приступ кроз вагину је ефикасан и користан за лечење одабраних случајева јер значајно смањује хируршку трауму, губитак крви и дужину боравка пацијенткиња у болници. За разлику од абдоминалне миомектомије, миомектомија кроз вагину оставља интактан предњи трбушни зид, а за разлику од лапароскопске миомектомије, може се користити и код пацијенткиња које имају релативно велике и интрамуралне миоме.

Миомектомија кроз вагину је операција избора код пацијенткиња са миомима који су локализовани у фундусу и на задњем зиду утеруса.

Миомектомија кроз вагину пружа интересантну алтернативу абдоминалној и лапароскопској хирургији.

ЛИТЕРАТУРА

1. Davies A, Hart R, Magos AL. The excision of uterine fibroids by vaginal myomectomy a prospective study. *Fertil steril* 1999; 71(5):961-4.
2. Pelosi MA, Pelosi MA. Laparoscopic-assisted transvaginal myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997; 4(2):241-6.
3. Montemagno U, De Placido G, Colacurci N, Zullo F, Locci M. Uterine fibroids: protocols of integrated medical/surgical treatment. *Gynaecology and Obstetrics. Clin Exp Obstet Gynecol* 1993; 20(3):167-72.
4. Barau G, Larue L, Riyk K, Bertault D. Myomectomy using laparoscopy. *Contracept Fertil Sex* 1993; 21(1):45-8.
5. Canestrelli M, Canni M, Mori R, Trompeo P. Celio-assisted vaginal surgery. *Minerva Ginecol* 1998; 50(9):359-65.
6. Goldfarb HA, Fanarjian NJ. Laparoscopic-assisted vaginal myomectomy: a case report and literature review. *JLS* 2002; 5(1):81-5.
7. Wang CJ, Yen CF, Lee CL, Soong YK. Laparoscopic-assisted vaginal myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7(4):510-4.
8. Bessenay F, Cravello L, Roger V, Cohen D, Blanc B. Vaginal myomectomy. *Contracept Fertil Sex* 1998; 26(6):448-51.
9. Flint E, Jon LC. Chain removal of myomata by colpotomy. *Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6(3):337-8.
10. Magos AL, Bournas N, Sinha R, Richardson RE, O'Connor H. Vaginal myomectomy. *J Obstet Gynaecol* 1994; 101(12):1092-4.

MYOMECTOMY BY VAGINAL ROUTE

Zagorka MILOVANOVIC, Dusan STANOJEVIC

Clinic for Gynecology and Obstetrics „Narodni front“, Belgrade

ABSTRACT

In recent years, the development of new surgical techniques in uterus myoma treatment have reduced operative trauma significantly. Our objective was to present operative technique - vaginal myomectomy, making a prospective clinical study where we have evaluated the operative and postoperative period after tentative diagnosis. The result of our study shows the feasibility of myomectomy by entering the peritoneum through the posterior vaginal fornix, using traditional and cheap surgical instruments and thus avoiding the trauma of laparotomy, minimal operative blood loss, reduced operating time and postoperative recovery. In

our opinion, vaginal myomectomy could be useful for the treatment of selected cases with fundal or posterior wall uterine myomas.

Key words: myomectomy, colpotomy.

Zagorka MILOVANOVIC
Matice srpske 60/32, 11160 Beograd
Tel: 011 342 00 24
E-mail: zagam@eunet.yu