

Vaginální hysterektomie po abdominoperineální amputaci rekta

František Zábranský, Milan Švach, Helena Grossmannová, Zuzana Málková

Vaginal Hysterectomy after Abdominoperineal Amputation of Rectum

Souhrn

Gynekolog může být postaven před úkol odstranit u pacientky po abdominoperineální operaci rekta dělohu nebo adnexa. Lze téměř s jistotou předpokládat, že laparoskopický nebo laparoskopii asistovaný přístup k vynucené operaci bude obtížný nebo komplikovaný. Autoři popisují řešení bolestí, vzniklých po chirurgické operaci při níž byla děloha fixována na mesocolon sigmoideum, intrafasciální vaginální hysterektomií. V rámci mezioborové spolupráce by byla vhodná změna strategie primární chirurgické léčby postmenopauzálních žen (*obr. 1, cit. 2*).

Klíčová slova: abdominoperineální amputace rekta, karcinom rekta, fixace dělohy, pooperační bolesti, vaginální hysterektomie.

Summary

Gynecologist may be in the position when he must remove the uterus or the ovaries after abdominoperineal amputation of the rectum. One can be certain that laparotomy or laparoscopic approach will be complicated. Authors describe solution of pain developed after surgical operation when the uterus was fixed to mesocolon sigmoideum by intrafascial vaginal hysterectomy. From the view of interdisciplinary cooperation among surgeons would be suitable to change the strategy of postmenopausal women treatment (*Fig. 1, Ref. 2*).

Key words: abdominoperineal amputation of rectum, carcinoma of rectum, fixation of uterus, afteroperation pain, colpohysterectomy.

Prakt. Gynek., 5, 1998, č. 3.

Úvod

Abdominoperineální amputace rekta je chirurgy prováděna nejčastěji při nízké nasedající karcinomu a to kombinovaným přístupem. Z břišního přístupu je mobilizováno rektosigmoideum a úpon mesocolon, po protnutí sigmoidea je proximální pahýl vyústěn jako terminální stomie. Při perineální fázi je odstraněn anus, uvolněno rektum a rektosigmoideum odstraněno. Tato operace je nejčastěji spojována se jménem Milese, jenž ji zavedl do praxe v roce 1908. Základy navržené operační techniky zůstaly až do dnešních dnů nezměněny, v posledních dvou desetiletích se doporučuje jako přídatný výkon odstranění dělohy a adnex – je zde totiž značné riziko nádorových metastáz. Originální postup je na mnoha chirurgických pracovištích doposud používán, uterus je při něm ponecháván in situ a používán k reperitonealizaci sutu-

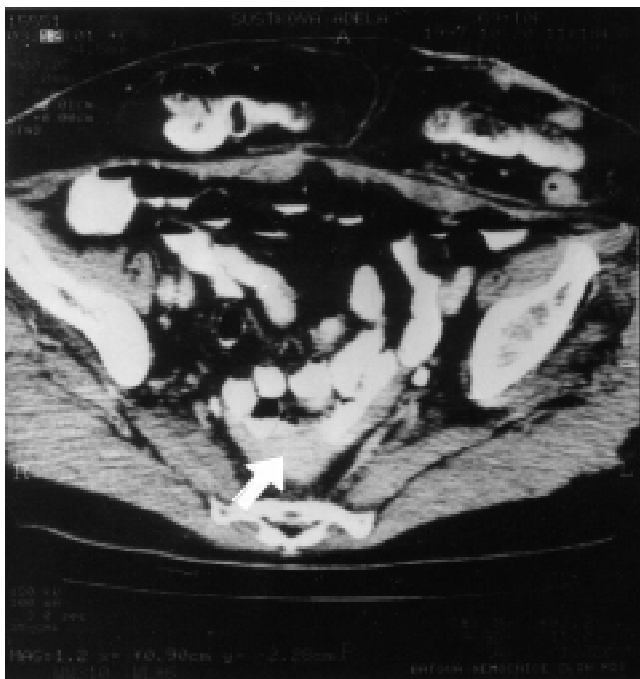
rou jeho zadní stěny ke kosti křížové. Je-li gynekolog konfrontován s touto situací a je-li postaven před úkol odstranit dělohu nebo adnexa, může si být téměř jist, že abdominální přístup k operaci bude velmi obtížný.

Kazuistika

V prosinci 1997 nám byla poukázána 70 letá pacientka pro bolesti vyzařující od kosti křížové přes hýždě do stehenních oblastí, více vlevo. Její anamnéza byla následující: v roce 1995 byla provedena pro exulcerovaný karcinom rekta, který byl lokalizován asi 5 cm nad análním otvorem, abdominoperineální amputace rekta. Pro údajný sestup dělohy připojil operující chirurg pexi uteru na mesocolon sigmoideum. Pacientka se dobře zhojila. V posledních měsících se objevily již zmiňované bolesti. Byla léčena sériemi infuzí analgetické směsi, fyzioterapií, bylo pátráno po recidivě onemocnění. Vyšetření tumorových markerů, sonografie, kolonoskopie, rtg páteře – byla nesuspektní. Neurolog vyloučil vertebrogenní či diskogenní původ bolestí, ty totiž neměly charakter

Gynekologicko-porodnické oddělení Baťovy nemocnice, Zlín
Address: MUDr. F. Zábranský, Váchova 494, 760 01 Zlín, Česká republika

kořenový, ale spíše ligamentózní. Gynekologické vyšetření nachází trofické změny poševní sliznice, velkou cystokelu, drobný čípek děložní vytažený vysoko dozadu, malou dělohu fixovanou na kost křížovou, palpačně velmi bolestivou. Po paracervikálním obstríku mesocainem došlo k přechodné úlevě. Na CT vyšetření malé pánve nebyly zobrazeny zřetelné známky ložiskového poškození. Těsně před os sacrum a poměrně vysoko (až do výše promontoria) se zobrazuje solidní útvar tvarem i morfologií odpovídající děloze. Rentgenolog situaci hodnotí takto – uterus s abnormálním uložením po fixaci na mesocolon (obr. 1).



Obrázek 1. CT vyšetření malé pánve – řez ve výši promontoria. Před ním je vrchol abnormálně fixované dělohy (označeno šipkou).

Gynekolog se k dalšímu postupu vyjadřuje takto: Je otázkou, zda etiologie bolestí souvisí pouze s fixovanou dělohou anebo zde hraje roli i jizevnatý proces po extenzivním chirurgickém zákroku. Soudí, že abdominální revize s následnou abdominální hysterektomií by mohla být velmi riskantní, laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie s uvolněním těla děložního od kosti křížové (endoskopicky) neméně tak. Vedle rizika poranění střevních kliček je i značné riziko infekce.

Po prodiskutování situace s pacientkou i s její rodinou jsme se rozhodli pro pokus o vaginální hysterektomií či alespoň amputaci hrdla a dosažitelné části dělohy. Operaci jsme

započali v celkové anestézii. Infiltrace cervixu a subcervikální tkáně ředěným supracainem, jeho cirkumcize, po vysunutí poševních stěn snadno pronikáme do Douglasova prostoru, který je zcela volný. Palpujeme mimořádně elongované hrdlo a vysoko fixovanou dělohu ve vazivovém sevření. Podvázány děložní cévy, chabá parametria, čípek je exstirpován a protnuta vesikouterinní plika. Digitálně lze vcelku snadno uvolnit dělohu od okolí a po hemisekci ji následně odstranit. Atrofická adnexa jsou fixována extrémně vysoko, proto jsme nuceni je ponechat. Ve vyhloubení kosti křížové palpujeme podélný vazivový pruh. Vrchol pochvy jsme uzavřeli vicrylovými stehy, a zavěsili na jediné vhodné struktury – zkřížené oblé vazy. Připojili jsme přední poševní plastiku se zanořením močového měchýře a dva Kellyho stehy. Odhadovaná ztráta byla 300 ml, perioperační zajištění třemi i.v. dávkami aplikovaného Kefzolu, miniheparinizace.

Atrofická děloha vážila 43 g. Pooperační průběh byl zcela klidný, kromě prolongovaného rozmočování. Pacientka byla devátý pooperační den propuštěna domů, zhojena, při kontrolách ordinována lokální estrogenizace. Lancinující bolesti vymizely, mikce, na níž se nepochybně negativně projevila předchozí tkáňová devastace po rozsáhlém chirurgickém zákroku, se upravila. Pacientka je v současné době s výsledkem gynekologického zákroku spokojena.

Diskuse

Zajímavé a ojedinělé údaje v souvislosti s abdominoperineální resekcí a následnou gynekologickou operací najde čtenář v práci Caspersena (1973). V jeho sestavě je analyzováno 10 pacientek, kterým byla v intervalu 14 měsíců až 9 roků od střední operace provedena jako vynucený výkon abdominální hysterektomie a bilaterální adnexektomie (krvácení, cervikální prolaps, bolesti, rezistence). Všechny operace byly komplikované, trvaly od 2 do 4,5 hodiny. Dominovaly dva aspekty- masivní adheze tenkého střeva k peritoneu a k pánevním orgánům a extrémní fixace dělohy a horní části pochvy s mimořádnou vaskularizací. Ve třech případech (27 %) bylo možno provést pouze subtotalní hysterektomii (z toho u jednoho případu ca endometria!). 9 pacientek obdrželo pooperačně krev, 4 pacientky měly krevní ztrátu nad 1000 ml. V pooperačním průběhu se vyskytl jedenkrát infikovaný hematoma v pánvi, dvakrát pooperační ileus a jedenkrát subileus, který byl zvládnut konzervativně.

V porovnání s abdominální hysterektomií je vaginální obecně spojena s nižší invazivitou. Téměř celý postup je extraperitoneální, je redukován operační i anesteziologický čas, operace je vhodná u rizikových pacientek, často multimorbidních. Je vyloučen břišní řez, je minimální manipulace se střevy, je registrována menší krevní ztráta, jsou redukována antibiotika, parenterální výživa, pacientku možno

velmi časně mobilizovat, je redukována perioperační morbidita a v neposlední míře je zkrácená doba hospitalizace a rekonvalescence. Hlavními nevýhodami vaginální hysterektomie může být chybějící pohled na pánevní a břišní struktury a nejistá garance odstranění ovárií, je-li ovarektomie indikována. Kontraindikace nebo možné zpochybnění vaginálního přístupu jsou mnohdy vágní – není přítomen sestup, děloha je omezeně pohyblivá nebo nadměrně velká, existuje podezření na přítomnost patologie v pánvi, pacientka trpí chronickou pánevní bolestí, má úzkou pochvu nebo je nuliparitní. Mnohdy se preferuje břišní přístup u stavů po opakovaných laparotomiích nebo císařských řezech. U mnoha případů je možno v rámci rozhodovacího algoritmu využít laparoskopie (Zábranský, 1998).

Uvedená kazuistika je o to zajímavější, že se operatér rozhodl pokusit se provést hysterektomii vaginálně i přes přítomnost klasických kontraindikací k ní. Naděje na úspěch vaginálního přístupu převážily nad riziky laparotomie nebo laparoskopie, což se nakonec potvrdilo zcela jednoduchým operačním i pooperačním průběhem a ústupem potíží pacientky.

Závěr

Jelikož maligní tumory kolorekta patří mezi nejčastěji se vyskytující, vzrůstá pravděpodobnost, že se gynekologové dříve nebo později budou s těmito pacientkami častěji setkávat. Bylo by velmi žádoucí, aby chirurgové přizpůsobili svoji operační strategii u postmenopauzálních žen, což by bylo ku prospěchu nejenom oběma oborům, nýbrž především postiženým pacientkám.

Literatura

Caspersen L.S.: Complications of pelvic operation following abdominalperitoneal resection. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 116, 1973, s. 564–568.

Zábranský F.: Význam laparoskopie u vaginálního přístupu k hysterektomii. *Čes. Gynek.*, 63, 1998, s. 84–86.

Do redakcie došlo 2.5.1998.

ODBORNÉ A VEDECKÉ INFORMÁCIE

Cena prof. Slunského pro mladé gynekology

Česká gynekologická a porodnická společnost a Slovenská gynekologická a pôrodnická spoločnosť vypisujú Cenu prof. Slunského na podporu vedecké a vzdelávacie činnosti mladých lekárek a lekárov v oboru gynekologie a porodnictví. Cena je dotovaná částkou 1000 USD.

1. Cena bude udělena českým a slovenským lékařům do 35 let za práce publikované v r. 1998.

2. Práce přihlášené k ocenění budou hodnoceny podle míry původnosti, teoretického i praktického přínosu a významnosti pro obor porodnictví a gynekologie.

3. Nebudou hodnoceny práce habilitační, dizertační, publikace již oceněné, práce primářů, docentů, profesorů aj. pracovníků ve vedoucím postavení.

4. K hodnocení prací je společností zřízena komise, která s konečnou platností rozhoduje prostou většinou.

5. Práce přihlašované k ocenění musí uchazeči zaslat do 30. dubna 1999 na adresu prof. Slunského (A 1200 Wien,

Vorgartenstrasse 27/7/4). Pokud budou přihlášeny publikace v jiných jazycích než v češtině, slovenštině, ruštině, němčině či angličtině, bude nutné předložit jejich překlad.

6. Pokud bude práce pocházet z kliniky členů komise, vyžádáme posudek náhradního, neutrálního vědeckého pracovníka, který se probematikou publikace již zabýval.

7. V případě, že nedojde k jednoznačnému rozhodnutí komise, může prof. Slunský konzultovat mínění zahraničních odborníků, kteří se problematikou přihlášené práce zabývají.

8. Cena bude udělována - pokud možno - na společné odborné schůzi České a Slovenské gynekologické a porodnické společnosti a vyhlášená zveřejněním v odborném tisku se stručnými údaji o vítězi soutěže. Taktéž podáme přehled prací přihlášených do soutěže.

Předseda ČGPS

Předseda SGPS