

Pielęgniarstwo operacyjne w ginekologii i położnictwie

dr n. med. Urszula Mantaj

Rak jajnika

Nowotwór złośliwy kobiet występujący głównie w okresie około- i pomenopauzalnym. Wywodzi się z komórek nabłonka pokrywającego jajnik. Ponad 95% nowotworów złośliwych jajnika ma pochodzenie nabłonkowe.

PODZIAŁ HISTOGENETYCZNY WHO

PIERWOTNE NOWOTWORY NABŁONKOWE

- Nowotwory nabłonkowe niezłośliwe (torbielakogruczolak - torbiel, gruczolakowłókniak - lity)
- Nowotwory nabłonkowe graniczne
- Nowotwory nabłonkowe złośliwe: RAKI (surowicze 50%, niezróżnicowane 20%, śluzowe 13%, endometrialne, mezonefroidalne, guz Brennera, mieszane)

NOWOTWORY GONADALNE (ziarniszczyk, otoczkowiak, włókniak, androblastoma, gynandroblastoma)

NOWOTWORY Z KOMÓREK LIPIDOWYCH

NOWOTWORY GERMINALNE (rozrodczyk, nowotwór pęcherzyka żółtkowego, potworniak niedojrzały/dojrzały)

GONADOBLASTOMA

NOWOTWORY Z TKANKI ŁĄCZNEJ NIESWOISTEJ DLA GONAD

NOWOTWORY NIE SKLASYFIKOWANE

NOWOTWORY PRZERZUTOWE (rak endometrium, guz Krukenberga)

ZMIANY NOWOTWOROPODOBNE

Rak jajnika

Do najważniejszych czynników ryzyka występowania raka jajnika należą:

- nosicielstwo mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2* (dotyczy do 13% wszystkich przypadków raka jajnika);
- zespoły dziedzicznego raka piersi i jajnika;
- rodzinne występowanie dziedzicznego niepolipowatego raka jelita grubego (zespół Lyncha) — niepolipowaty rak jelita grubego, rak endometrium, rak górnego odcinka układu pokarmowego, rak urotelialny moczowodu);
- bezdzietność, długotrwała stymulacja owulacji, nieskuteczne próby IVF.

Ryzyko wystąpienia raka jajnika zmniejszają:

- stosowanie antykoncepcji hormonalnej
- okluzja jajowodów
- wycięcie jajników i jajowodów
- wycięcie macicy
- karmienie piersią

Rak jajnika – profilaktyka

- Przesiewowe badania w kierunku raka jajnika nie mają obecnie zastosowania, co dotyczy również chorych pozostających pod kontrolą ze względu na rozpoznaną mutację w genach *BRCA*. Wykrycie raka jajnika we wczesnych postaciach nadal dotyczy niewielkiego odsetka kobiet (20-30%). W pozostałej grupie (ok. 70%) nowotwór rozpoznaje się w wyższych stopniach zaawansowania (III i IV).
- Ze względu na znaczne ryzyko zachorowania na raka jajnika nosicielki mutacji genów *BRCA1* i *BRCA2* oraz kobiet z zespołem Lyncha w tych grupach zaleca się profilaktyczne obustronne wycięcie przydatków po zakończeniu planów rozrodczych (nie później niż na początku 5. dekadzie życia).

Rak jajnika – diagnostyka

Diagnostyka przedoperacyjna obejmuje następujące badania:

- podmiotowe i przedmiotowe;
- ginekologiczne (*per vaginam* i *per rectum*) wraz z badaniem przy użyciu wzierników pochwowych;
- USG przezpochwowe i USG jamy brzusznej;
- podstawowe badania krwi i moczu;
- stężenia antygenów surowiczych (CA125, HE4, CA15.3, CA19.9, CEA);
- RTG lub KT klatki piersiowej;
- KT miednicy i jamy brzusznej.

W określonych sytuacjach (głównie w diagnostyce różnicowej z guzami przerzutowymi) mają zastosowanie gastroskopia, kolonoskopia oraz mammografia.

Rozpoznanie raka jajnika jest ustalane na podstawie patomorfologicznej oceny materiału uzyskanego w trakcie pierwotnego zabiegu operacyjnego. W wyjątkowych sytuacjach możliwe jest ustalenie rozpoznania na podstawie materiału uzyskanego drogą biopsji płynu z jamy otrzewnej lub opłucnej, węzłów chłonnych lub przerzutu w wątrobie.

Rak jajnika – diagnostyka

Badanie ultrasonograficzne guza jajnika

- Należy wykluczyć zmianę fizjologiczną zależną od:
 - dnia cyklu miesięczkowego
 - wieku
 - okresu postmenopauzalnego
- Konieczność wykonania dwóch badań USG w celu wykluczenia zmiany o charakterze przejściowym
- Badanie przepływów w guzie z użyciem funkcji Dopplera
- Ocena obrazu uzyskanego w USG 3D

Rak jajnika – leczenie chirurgiczne

Celami leczenia chirurgicznego są: potwierdzenie rozpoznania raka jajnika, określenie stopnia zaawansowania oraz maksymalna cytoredukcja nowotworu. Zakres pierwotnego zabiegu cytoredukcyjnego oraz terapia uzupełniająca zależą głównie od stopnia zaawansowania. Dostęp do jamy brzusznej uzyskuje się poprzez cięcie proste od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego, umożliwiające dokładną penetrację brzucha. Metody małoinwazyjnego dostępu - laparoscopia i chirurgia z zastosowaniem systemu robotowego - nie odgrywają obecnie istotnej roli w leczeniu operacyjnym.

W niskich stopniach zaawansowania (I-IIA) leczenie chirurgiczne obejmuje:

- obustronne usunięcie przydatków;
- całkowite wycięcie macicy;
- wycięcie sieci większej;
- pobranie płynu i popłuczyn do badania cytologicznego;
- pobranie rozmazów oraz losowe pobranie wycinków z otrzewnej;
- wykonanie limfadenektomii miedniczej i aortalnej.

Rak jajnika – leczenie chirurgiczne

- U młodych kobiet w stopniu IA, które chcą zachować płodność, można pozostawić macicę i drugi jajnik (w przypadku zmian morfologicznych w drugim jajniku wskazana jest biopsja klinowa).
- W przypadku nowotworu o wyższym stopniu zaawansowania (IIB–IV) celem zabiegu jest całkowita cytoredukcja (brak makroskopowych resztek w jamie brzusznej). Pojęcie optymalnej cytoredukcji (wielkość pozostawionych zmian < 1 cm) ma znaczenie w przypadku kwalifikacji do CTH dootrzewnowej (IP, *intraperitoneal*).
- Należy dążyć do usunięcia wszystkich widocznych zmian nowotworowych. Zakres resekcji obejmuje procedury analogiczne do wykonywanych w niskich stopniach zaawansowania oraz często resekcje odcinkowe jelita grubego lub cienkiego, otrzewnej pokrywającej przeponę i zmian w wątrobie.

Rak jajnika – leczenie chirurgiczne

- W przypadku braku całkowitej cytoredukcji należy rozważyć po 3 cyklach CTH operację odroczoną (IDS, *interval debulking surgery/interval cytoreductive surgery*), a następnie kontynuować CTH (ogółem 6 cykli).
- Skuteczność wtórnej operacji cytoredukcyjnej, wykonywanej po zakończeniu pierwszej linii CTH, nie została potwierdzona w randomizowanych badaniach klinicznych.
- Wykonywanie operacji weryfikujących uzyskanie odpowiedzi na leczenie, czyli tak zwanych zabiegów drugiego wglądu (*second-look operations*), nie wpływa na wydłużenie czasu przeżycia i nie jest obecnie zalecane w praktyce klinicznej.

Torbiele jajnika

Torbiel jajnika (ang. *ovarian cyst*) - choroba polegająca na występowaniu w obrębie jajnika patologicznej przestrzeni otoczonej ścianą.

Wśród torbieli wyróżnia się m.in.:

- surowicze (torbiele proste)
- endometrialne (w przebiegu endometriozy)
- dermoidalne (tzw. skórzaste)
- wypełnione śluzem
- zawierające elementy lite

Torbiele jajnika - objawy

Większość cyst nie daje żadnych objawów i znika samoistnie. Jednak duże torbiele mogą powodować dyskomfort w rejonie podbrzusza.

- nieregularne miesiączki
- ból brzucha w okolicy miednicy – tępy ból o charakterze stałym lub sporadycznym, który może promieniować również na okolice krzyża i ud
- ból brzucha w okolicy miednicy na krótko przed pojawieniem się miesiączki lub tuż przed jej zakończeniem
- ból w okolicy miednicy podczas stosunku (dyspareunia)
- ból podczas wypróżnień lub przy nacisku na jelita
- nudności, wymioty, ból i wrażliwość piersi podobne do objawów doświadczanych w trakcie ciąży
- uczucie pełności lub ciężkości w podbrzuszu
- nacisk na odbytnicę lub pęcherz powodujący, że częściej, niż zwykle oddajesz mocz lub masz trudność z całkowitym opróżnieniem pęcherza.

Ropień jajnika - etiologia

Powstaje na skutek zakażeń bakteryjnych, stanów zapalnych obejmujących przydatki czy zakażeń przenoszonych drogą płciową.

- Najczęstszą przyczyną powstania ropnia jajnika są stany zapalne toczące się w obrębie miednicy mniejszej. Etiologia tych zaburzeń to głównie choroby przenoszone drogą płciową – chlamydia czy rzeżączka. Bakterie odpowiedzialne za choroby weneryczne mogą przedostawać się do miednicy mniejszej bezpośrednio poprzez szyjkę macicy czy endometrium.
- Ponadto mogą to być bakterie jelitowe, bakterie beztlenowe, których przykładem są szczepy *Bacteroides* czy tlenowe z reprezentantem pod postacią *E.coli*. Bakterie jelitowe mogą przemieszczać się przez ściany jelita, które są zmienione zapalnie, mają perforację, co ułatwia im ten proces.

Ropień jajnika - objawy

Ropień jajnika, lokalizuje się zazwyczaj jednostronnie. Obraz kliniczny jest tożsamy dla wielu stanów chorobowych, w związku z tym może symulować wiele procesów chorobowych. Do najbardziej charakterystycznych objawów zalicza się:

- zmiana guzowata wyczuwalna podczas badania palpacyjnego
- silne dolegliwości bólowe, dolegliwości odczuwane także podczas badania palpacyjnego
- objawy ogólne: podwyższona temperatura ciała, tachykardia, w badaniach laboratoryjnych wzrost stężenia wykładników zapalenia – białko CRP, leukocytoza.

Ropień jajnika poza wyżej wymienionymi objawami może manifestować się jako typowy kliniczny obraz ostrego brzucha:

- deskowaty brzuch
- dodatkowo objawy otrzewnowe, w tym objaw Blumberga
- zaburzenia perystaltyki jelit
- podwyższona temperatura ciała

Ropień jajnika - leczenie

Rozpoznanie ropnia jajnika należy postawić na podstawie obrazu klinicznego pacjentki, a także badania ultrasonograficznego.

W przypadku braku uszkodzenia ściany ropnia i ewakuacji patologicznej treści do jamy otrzewnej można zastosować leczenie zachowawcze. Wówczas zupełnie wystarczająca jest antybiotykoterapia.

W przypadku rozlania treści ropnia, jedynym rozwiązaniem jest zabieg operacyjny, który polega na usunięciu chorobowo zmienionych przydatków i wykonanie drenażu jamy otrzewnej.

Metody operacyjne w ginekologii

- Operacje drogą brzuszną (laparotomia)
- Operacje drogą pochwową (vaginalne)
- Operacje endoskopowe: laparoscopia i hysteroscopia
- Operacje sromu: proste i radykalne wycięcie sromu (vulvectomy)

Metody operacyjne w ginekologii

Laparotomia (przez otwarcie jamy brzusznej)

- Nowotwory złośliwe macicy i jajników
- Guzy przydatków
- Mięśniaki macicy
- Korekcja wad wrodzonych narządu rodneho
- Uwalnianie zrostów pozapalnych, plastyki jajowodów

Laparoskopia (operacja z użyciem endoskopu, ze specjalnym układem optycznym)

- Niepłodność
- Zespół bólów miednicy mniejszej
- Podejrzenie ciąży ektopowej
- Różnicowanie guzów przydatków
- Endometrioza

Per vaginam (przezpochwowo)

- Plastyka szyjki macicy
- Plastyka przedniej i tylnej ściany pochwy
- Wycięcie macicy

Laparoskopia -przeciwwskazania

Bezwzględne

- Znaczna niewydolność krążeniowo- oddechowa
- Wstrząs hypowolemiczny
- Niedrożność jelit
- Zapalenie otrzewnej
- Rozległa przepuklina brzuszna lub przeponowa
- Duże guzy w jamie brzusznej

Względne

- Nadmierna masa ciała
- Cięża wewnątrzmaciczna (duże ryzyko urazu macicy > 16 Hbd, ograniczone możliwości wizualizacji pozostałych narządów)
- Przebyte zapalenie otrzewnej
- Poprzedzająca laparoskopię laparotomia
- Nietolerancja pozycji Trendelenburga
- Ciężkie choroby serca i płuc

Laparoskopia -powikłania

1. Powikłania anestezyjologiczne
2. Nieudana próba laparoskopii lub wytworzenia odmy otrzewnowej
3. Bezpośredni uraz:
 - ✓ Narządów miednicy
 - ✓ Jelita
 - ✓ Dróg moczowych
4. Krwotok
 - ✓ Z naczyń miednicy i krezki jajowodu
 - ✓ Ze ściany brzucha
 - ✓ Z krezki jelita
 - ✓ Ze ścian bocznych miednicy i naczyń jajnika
5. Zakażenie
 - ✓ Rany w powłokach brzusznych
 - ✓ W miednicy
 - ✓ Dróg moczowych

Laparotomia - wskazania

Laparotomia ma na celu dokładną, bezpośrednią diagnostykę jamy brzusznej w przypadku np. nowotworów narządów jamy brzusznej, endometriozy, perforacji żołądka, dwunastnicy czy jelit, zapalenia wyrostka robaczkowego, zapalenia narządów rodnych, ciąży pozamaciczej, zrostów w jamie brzusznej, a także zaawansowanego stanu zapalnego trzustki.

Większą część dolegliwości związanych z jamą brzuszną można zdiagnozować poprzez USG, prześwietlenie RTG czy też tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny. Laparotomia jest jednak znacznie dokładniejsza i zazwyczaj rozstrzygająca diagnostycznie w powyższych przypadkach.

Laparotomia - przebieg

- Przebieg laparotomii poprzedzają badania jamy brzusznej, na przykład USG, RTG, TK i NMR.
- Laparotomię zazwyczaj wykonuje się w znieczuleniu ogólnym.
- Zadaniem chirurga jest przecięcie warstw powłok brzusznych celem dokładnego wglądu we wnętrze jamy brzusznej i obejrzenia znajdujących się tam narządów.
- Podczas tej procedury chirurg może wykonać biopsję otwartą narządową z następowym badaniem histopatologicznym czy też zlecić diagnostykę mikrobiologiczną lub cytologiczną materiału pobranego w czasie operacji.

Laparotomia - powikłania

bliznowiec

ból pooperacyjny

bóle blizny pooperacyjnej

infekcja dróg moczowych

krwiak w ranie pooperacyjnej

obrzęk, zaczerwienienie, ropienie rany

ograniczenie ruchomości operowanej okolicy

przepukliny pooperacyjne

rozejście się rany

wydzielanie z rany płynu surowiczego

zakrzepy i zatory naczyń krwionośnych

zapalenie żył

żółtaczka zakaźna

zrosty pooperacyjne

Laparotomia - powikłania

Powikłania wczesne – do 30 dni po zabiegu operacyjnym

ból pooperacyjny
krwiał w ranie pooperacyjnej
obrzęk, zaczerwienienie, ropienie rany
rozejście się rany
wydzielanie z rany płynu surowiczego
infekcja dróg moczowych
zapalenie żył
zakrzepy i zatory naczyń krwionośnych

Powikłania późne – powyżej 30 dni do dwóch lat

bóle blizny pooperacyjnej
ograniczenie ruchomości operowanej okolicy
bliznowiec
zrosty pooperacyjne
przepukliny pooperacyjne
żółtaczka zakaźna

Resekcja klinowa jajników

Operacja, której celem jest zmniejszenie masy i objętości jajników.

Aż do końca lat sześćdziesiątych, kiedy wprowadzono do leczenia cytrynian klomifenu, była to najbardziej rozpowszechniona metoda operacyjnego leczenia zespołu PCO. Później wykonywano ten zabieg jedynie u pacjentek nie poddających się leczeniu klomifenem, na co być może wpływ miały niektóre doniesienia o nieskuteczności resekcji klinowej

Do wad tej metody należą częste nawroty nieregularnych cykli miesięczkowych, występowanie zrostów otrzewnej i zwiększone zagrożenie ciążą pozamaciczną.

Wiele uwagi poświęca się wyjaśnieniu mechanizmów związanych z zabiegiem resekcji klinowej jajników. Usunięcie torebki likwiduje mechaniczną przeszkodę jajeczkowania. Niewątpliwą rolę odgrywa redukcja tkanki podścieliska, wytwarzającej androgeny, oraz liczby atrezyjnych pęcherzyków, wytwarzających estrogeny. Nie bez znaczenia jest również lepsze ukrwienie zmniejszonego w wyniku zabiegu narządu.

Wpływ zabiegu na gospodarkę hormonalną nie budzi takich wątpliwości: resekcja klinowa jajników powoduje trwałe obniżenie stężenia LH i androgenów w osoczu. Niektórzy autorzy donoszą również o zmniejszeniu amplitudy i częstości wyrzutów LH

Wycięcie torbieli jajnika

Nawet znacznej wielkości torbiele jajników mogą być skutecznie usuwane laparoskopowo. W razie potrzeby, po wyłuszczeniu torbieli jajnik jest rekonstruowany szwem wewnątrztrzewnowym bez rozcięcia brzucha.

- Zabieg laparoskopowego usunięcia torbieli jajnika można wykonać, kiedy torbiele są małe i nie ma niebezpieczeństwa, że zmiana może okazać się nowotworowa.
- Laparoskopię wykonuje się u młodych kobiet, które jeszcze mogą mieć dzieci.
- Nie przeprowadza się tego zabiegu, gdy w jamie brzusznej występują jakieś zrosty, np. po operacjach wycięcia wyrostka robaczkowego czy cesarskim cięciu.
- Laparoskopii nie stosuje się do usunięcia torbieli jajnika w przypadku kobiet po 45 roku życia. Istnieje u nich bowiem większe niebezpieczeństwo, że torbiel może być zmianą złośliwą. A w przypadku takiego podejrzenia preferowana jest operacja klasyczna usunięcia torbieli jajnika.

Wycięcie torbieli jajnika

Tradycyjna metoda operacji torbieli jajnika Stosuje się w przypadku podejrzenia nowotworu oraz u kobiet, które zbliżają się do menopauzy lub są już po menopauzie.

Metoda ta wydłuża powrót kobiety do formy po zabiegu usunięcia torbieli jajnika.

Jest też obarczona większym ryzykiem powikłań, np. zrostów, bliznowców, infekcji czy przepukliny. Jednak jest bezpieczniejsza gdy zachodzi jakiegokolwiek ryzyko raka, bo w trakcie operacji otwartej można zdecydować np. o wycięciu całego jajnika, jeśli zachodzi taka potrzeba

Ovariectomy

Owariektomia to zabieg, polegający na usunięciu jajników razem z jajowodami. Oznacza on dla kobiety szereg konsekwencji, m.in. brak posiadania potomstwa oraz przejście przez hormonalną terapię zastępczą, która wywołuje m.in. przyspieszoną menopauzę.

Głównym wskazaniem do usunięcia jajników jest nosicielstwo mutacji w genie BRCA1 lub BRCA2. To właśnie one zwiększają ryzyko zachorowania na raka jajników aż do 45 procent. Z badań wynika, że podwyższają również ryzyko zachorowania na raka piersi.

Wykonuje się go najczęściej między 35. a 40. rokiem życia, kiedy kobieta już wie, że nie będzie chciała mieć więcej dzieci. W przypadku późniejszego wykrycia mutacji w genie BRCA1 lub BRCA2 owariektomię przeprowadza się jak najszybciej.

Rak jajowodu

Rzadki nowotwór złośliwy wywodzący się z nabłonka jajowodu. Częściej niż pierwotny nowotwór jajowodu występuje naciek jajowodu przez raka jajnika lub proces nowotworowy błony śluzowej trzonu macicy.

Pierwotny rak jajowodu należy do najrzadszych i źle rokujących nowotworów żeńskich narządów płciowych. Szczyt zachorowań przypada na 6. dekadę życia. Częstość jego występowania wynosi 0,18–1,8% wszystkich nowotworów złośliwych narządu rodnych kobiet, zachorowalność ocenia się na około 3,6 przypadków/ 1 mln kobiet/rok.

Najczęstszym typem raka jajowodu jest rak gruczołowy brodawkowaty (*adenocarcinoma papilare*). Inne typy raków: rak endometrioidalny, jasnokomórkowy, z nabłonka przejściowego, śluzowy, mieszany występują bardzo rzadko.

Rak jajowodu - objawy

- Objawy w pierwotnym raku jajowodu są nieswoiste.
- Najczęściej pierwszym objawem jest patologiczne krwawienie z jamy macicy.
- W mniej niż 5-10% przypadków występuje klasyczna triada Latzki:
 - ból o charakterze kolkowym
 - wydzielanie obfitej, wodnistej treści z dróg rodnych
 - wyczuwalny guz w badaniu ginekologicznym.
- U 70% pacjentek z nowotworem złośliwym jajowodu stwierdza się pierwotną niepłodność.

Rak jajowodu – leczenie operacyjne

Leczenie operacyjne obejmuje:

- całkowitą przezbrzuszną histerektomię
- obustronną salpingoophorektomię
- limfadenektomię węzłów chłonnych miednicznych i okołoaortalnych
- omentektomię
- biopsję otrzewnej

Radykalność postępowania operacyjnego ma znaczenie dla przeżywalności pacjentek.

Rak jajowodu rozprzestrzenia się w obrębie jamy brzusznej w sposób podobny do raka jajnika poprzez naciekanie sąsiednich narządów, ponadto drogą limfatyczną oraz rzadziej przez naczynia krwionośne. Radykalna limfadenektomia zwiększa prawdopodobieństwo właściwej oceny zajęcia węzłów chłonnych oraz wiąże się ze zwiększoną całkowitą przeżywalnością.

Wodniak jajowodu

- Wodniak jajowodu powstaje w skutek obecności choroby zapalnej miednicy mniejszej, endometriozy czy zapalenia przydatków. Istnieją dwie drogi zakażenia prowadzące do zajęcia przydatków: wstępująca i zstępująca. Najczęściej dochodzi do infekcji poprzez pochwę, jamę macicy do przydatków (jest to droga wstępująca). Natomiast infekcje szerzące się od wyrostka robaczkowego czy poprzez krew są rzadsze (droga zstępująca).
- Stany zapalne miednicy mniejszej mogą być wywoływane różnymi patogenami, najczęściej jednak są to dwoinki rzeżączki i chlamydie. Zrosty, miejscowy stan zapalny doprowadzają do zablokowania odpływu płynu z części brzusznej jajowodu. Zatkane ujście brzuszne uniemożliwia normalną drogę transportu płynu w obrębie jajowodu. Zablokowany jajowód staje się poszerzony i wypełniony treścią surowiczą.
- W sytuacji gdy światło jajowodu zajęte jest przez ropę - mówimy o ropniaku jajowodu, natomiast kiedy krew – o krwiaku jajowodu. Patologia ta nie jest groźna, jednak może stanowić problem w przypadku prób zajścia w ciążę lub stanowić źródło dokuczliwych objawów.

Wodniak jajowodu - objawy

Część pacjentek nie doświadcza żadnych objawów z powodu wodniaka jajowodu. Patologia ta może zostać wykryta podczas rutynowej kontroli ginekologicznej lub ultrasonografii przezpochwowej.

Niektóre jednak kobiety z wodniakiem jajowodu cierpią na uporczywe bóle w obrębie miednicy mniejszej. Zbierający się płyn w obrębie jajowodu może ulec dodatkowemu zakażeniu i być przyczyną ostrego stanu zapalnego, wraz z gorączką, silnymi dolegliwościami bólowymi i wymiotami.

Z racji etiologii i patogenez, stan zapalny, który inicjuje powstanie wodniaka jajowodu, często dotyka przydatki obustronnie. Zatem wodniaki jajowodu mogą występować parzyście, po obu stronach.

Wodniak jajowodu - leczenie

W przypadku stwierdzenia wodniaka jajowodu, szczególnie w razie obecności objawów czy niepłodności, konieczna może być operacja laparoskopowa.

W zależności od stanu jajowodu wykonywane są dwie procedury operacyjne.

1. Jeśli jest to możliwe, a pacjentka życzy sobie zająć jeszcze w ciążę, wtedy wykonuje się plastykę jajowodu. Polega ona na uwolnieniu zrostów w okolicy przydatków oraz odblokowaniu ujścia brzuszego jajowodu, by znajdująca się w jego świetle treść płynna mogła zostać ewakuowana.
2. W razie znacznego poszerzenia jajowodu, często okazuje się, iż szansa na jego uratowanie jest bardzo mała. Wówczas dokonuje się usunięcia patologicznie zmienionego jajowodu.

Jajowód po przeprowadzonej plastyce jest wyjątkowo podatny na kolejne zaburzenia swojej funkcji. Często dochodzi do ponownego zablokowania ujścia brzuszego jajowodu i powstania wodniaka. Ponadto, jajowód po plastyce nie jest całkowicie funkcjonalny. Jego nabłonek jest patologicznie zmieniony i bywa, iż nie jest w stanie skutecznie transportować komórki jajowej.

Ropień jajnikowo-jajowodowy

Jeden z wielu możliwych przyczyn tzw. ostrego brzucha u kobiety. Diagnostyka jest dość trudna, ponieważ podobne objawy może wywołać szereg innych schorzeń, zarówno ginekologicznych, jak i chirurgicznych, urologicznych czy internistycznych. Jeszcze trudniej postawić rozpoznanie w przypadku postaci przewlekłej ropnia. Rzadko występuje jako prosty ropień samego jajnika czy jajowodu; najczęściej przebiega w postaci ropnia jajnikowo-jajowodowego.

Ropień przydatków, który najczęściej przebiega jako wspólny ropień jajnikowo-jajowodowy, zlokalizowany jest przeważnie jednostronnie. Najczęściej występujące objawy to:

- wyczuwalny guz w podbrzuszu,
- w postaci ostrej – silny, dokuczliwy ból,
- ból w czasie badania ginekologicznego,
- podwyższona temperatura ciała,
- czasem inne objawy ogólne – wzrost tętna, tachykardia,
- w badaniach laboratoryjnych leukocytoza i wzrost wykładników zapalenia – przede wszystkim CRP.

Ropień jajnikowo-jajowodowy

Jeden z wielu możliwych przyczyn tzw. ostrego brzucha u kobiety. Diagnostyka jest dość trudna, ponieważ podobne objawy może wywołać szereg innych schorzeń, zarówno ginekologicznych, jak i chirurgicznych, urologicznych czy internistycznych. Jeszcze trudniej postawić rozpoznanie w przypadku postaci przewlekłej ropnia. Rzadko występuje jako prosty ropień samego jajnika czy jajowodu; najczęściej przebiega w postaci ropnia jajnikowo-jajowodowego.

Ropień przydatków, który najczęściej przebiega jako wspólny ropień jajnikowo-jajowodowy, zlokalizowany jest przeważnie jednostronnie. Najczęściej występujące objawy to:

- wyczuwalny guz w podbrzuszu,
- w postaci ostrej – silny, dokuczliwy ból,
- ból w czasie badania ginekologicznego,
- podwyższona temperatura ciała,
- czasem inne objawy ogólne – wzrost tętna, tachykardia,
- w badaniach laboratoryjnych leukocytoza i wzrost wykładników zapalenia – przede wszystkim CRP.

Adnektomia

Adnektomia to zabieg polegający na usunięciu jajników i jajowodów.

Usunięcie jajników i jajowodów, poza wyeliminowaniem ryzyka wystąpienia raka jajnika, przyczynia się także do obniżenia ryzyka zachorowania na raka piersi.

Jak wynika z 10-letnich badań specjalistów z Międzynarodowego Centrum Nowotworów Dziedzicznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, ryzyko zachorowania na ten najczęściej diagnozowany u kobiet nowotwór zmniejsza się aż o 70 proc.

Salpingektomia

Salpingektomia polega na usunięciu jednego bądź dwóch jajowodów w przypadku, gdy są one na tyle uszkodzone, że nie ma możliwości ich rekonstrukcji, np. w wyniku rozwijającej się w ich obrębie ciąży ektopowej.

Operacje w czasie których jajowody są przecinane i podwiązywane, koagulowane lub zaklipsowane dają bardzo wysoką skuteczność zapobiegania ciąży, która szacowana jest na około 99,5%.

Celem chirurgicznej sterylizacji jest zablokowanie jajowodów i dzięki temu uniemożliwienie plemnikom dotarcie do komórki jajowej i jej zapłodnienie. Po operacji jajniki funkcjonują prawidłowo, tzn. uwalniają komórkę jajową, która nie ma jednak możliwości dotarcia do światła macicy.

Pomimo tak wysokiej skuteczności należy pamiętać, iż z założenia podwiązanie jajowodów jest metodą trwałą i nieodwracalną. Podejmowane są próby przywracania drożności jajowodów, jednak są to zabiegi bardzo trudne i kosztowne, niedające pewności powodzenia.

Stany przednowotworowe sromu

Do roku 1987 za stany przedrakowe sromu uważano:

- kraurosis vulvae
- vulvitis atrofica
- vulvitis atrofica

W 1976 Międzynarodowe Towarzystwo do Badań Chorób Sromu (International Society for the study of Vulvar Disease /ISSVD/) zaproponowało określenie tych zmian jako dystrofie sromu, wyróżniając 3 rodzaje dystrofii:

- Dystrofię rozrostową
- liszaj twardzinowy
- dystrofię mieszaną.

Ostatecznie w 1987 r. dwa Towarzystwa Międzynarodowe: Towarzystwo Patologów Ginekologicznych /International Society of Gynecological Pathologists - ISGYP/ oraz ISSVD zaproponowały nową klasyfikację chorób sromu wprowadzając pojęcie VIN (vulvar intraepithelial neoplasia) śródnabłonkowa neoplazja sromu, oddzielając nabłonkowe nienowotworowe choroby sromu od zmian przednowotworowych, tj. śródnabłonkowej neoplazji.

Stany przednowotworowe sromu

Do roku 1987 za stany przedrakowe sromu uważano:

- kraurosis vulvae
- leukoplakia
- vulvitis atrofica
- vulvitis atrofica

W 1976 Międzynarodowe Towarzystwo do Badań Chorób Sromu (International Society for the study of Vulvar Disease /ISSVD/) zaproponowało określenie tych zmian jako dystrofie sromu, wyróżniając 3 rodzaje dystrofii:

- Dystrofię rozrostową
- liszaj twardzinowy
- dystrofię mieszaną.

Ostatecznie w 1987 r. dwa Towarzystwa Międzynarodowe: Towarzystwo Patologów Ginekologicznych /International Society of Gynecological Pathologists - ISGYP/ oraz ISSVD zaproponowały nową klasyfikację chorób sromu wprowadzając pojęcie VIN (vulvar intraepithelial neoplasma) śródnabłonkowa neoplazja sromu, oddzielając nabłonkowe nienowotworowe choroby sromu od zmian przednowotworowych, tj. śródnabłonkowej neoplazji.

Rak pierwotny sromu

Największe znaczenie kliniczne ma rak płaskonabłonkowy (squamous cell carcinoma - SCC), który rozpoznawany jest najczęściej. W swej historii naturalnej rak płaskonabłonkowy sromu (squamous cell carcinoma - SCC) poprzedzony jest stanami przedrakowymi określanymi mianem śródnabłonkowej neoplazji sromu (vulvar intraepithelial neoplasia – VIN),

Rak sromu jest rzadką chorobą i stanowi 2,5–5% wszystkich złośliwych nowotworów narządów płciowych u kobiet.

Ostatnio odnotowywano w Polsce około 500 nowych zachorowań rocznie (standaryzowany współczynnik zachorowalności ok. 1/100 000) oraz zgłaszano około 270 zgonów (standaryzowany współczynnik umieralności ok. 0,5/100 000).

Rak sromu występuje najczęściej u kobiet po 60. roku życia.

Z uwagi na niewielką częstość występowania oraz złożoność postępowania leczenie raka sromu powinno być prowadzone jedynie w wysokospecjalistycznych ośrodkach.

Rak sromu – czynniki ryzyka

- Wiek: średni wiek chorych 67,5 lat
- Immunosupresja: warunki immunosupresyjne predysponujące do raka sromu: cukrzyca, ciąża, choroba autoimmunologiczna, przeszczep nerk.
- Choroby infekcyjne okolicy genitalnej: Chlamydia Trachomatis, Wirus opryszczki, HPV
- Warunki socjodemograficzne: ryzyko jest odwrotnie proporcjonalne do poziomu edukacji.
- Palenie papierosów: ryzyko jest 4-krotnie większe u palaczek
- Liszaj Twardzinowy (lichen sclerosus): zwiększa ryzyko 10-100 krotnie

Rak sromu – etiopatogeneza

Współcześnie wyróżniamy dwie główne grupy raka płaskonabłonkowego sromu (SCC) różniące się zasadniczo: etiologią, modelem epidemiologicznym, patogenezą i obrazem morfologiczno-klinicznym:

- **Rak sromu związany z infekcją HPV (SCC-HPV linked)**
 - żadsza postać, występuje w około 1/3 przypadków, dotyczy względnie młodych kobiet
 - postać raka sromu poprzedzona infekcją dolnego odcinka narządu płciowego - głównie HPV16, HPV 18.
- **Rak sromu niezwiązany z infekcją HPV (SCC- none HPV linked).**
 - częstsza postać, występuje w około 2/3 przypadków, rozwija się u starszych kobiet głównie na podłożu VIN zróżnicowanego z towarzyszącą hyperplazją płaskonabłonkową i/lub liszajem twardzinowym
 - nie jest związana z infekcją HPV. Wykazuje natomiast mutacje p 53 i/lub zwiększenie ekspresji p 53 oraz ekspresję genu cytokiny TGF 2-alfa.

Rak sromu – leczenie chirurgiczne

Leczenie chirurgiczne jest w dalszym ciągu metodą z wyboru w stanach przedrakowych, jak też w raku sromu.

Obecnie w leczeniu chirurgicznym obowiązuje zasada jednoczesnego usunięcia zmian nowotworowych na sromie oraz regionalnych węzłów chłonnych. Dzięki radykalności zwiększyła się przeżywalność kobiet z rakiem sromu z 8% do 60%-70%, oraz zmniejszono do 2% uprzednio bardzo wysoką śmiertelność. Radykalizm postępowania chirurgicznego jest obarczony znaczącą liczbą wczesnych powikłań związanych przede wszystkim z gojeniem rany pooperacyjnej i długą hospitalizacją oraz powikłań późnych takich jak obrzęk kończyn dolnych, poczucie okaleczenia, czy zaburzenia psychoseksualne.

W związku z tym, w nowoczesnym leczeniu chirurgicznym raka sromu, powstał kierunek bardziej zachowawczego postępowania. Najważniejszym czynnikiem prognostycznym wpływającym na 5-letnie przeżycie chorych z rakiem sromu po leczeniu chirurgicznym jest potwierdzone histologicznie zajęcie regionalnych węzłów chłonnych przez komórki nowotworowe. Wykazano że obecność przerzutów w węzłach chłonnych zmniejsza szansę przeżycia 5-letniego o około 30%. Dlatego niezwykle ważna w określeniu zakresu operacji u kobiet z rakiem sromu jest ocena ryzyka zajęcia regionalnych węzłów chłonnych.

Rak sromu – leczenie chirurgiczne

- Zabieg radykalnego usunięcia sromu wykonuje się w celu leczenia raka sromu. Zabieg operacyjny obejmuje usunięcie sromu i pachwinowych węzłów chłonnych. Cewka moczowa i pochwa pozostają nieruszone. Czasami, aby pokryć powstałą ranę, wykonuje się transplantację skóry.
- Jeżeli nowotwór nie przechodzi na drugą stronę sromu, nie nacieka łechtaczki i obszaru między pochwą i odbytem, zabieg operacyjny można ograniczyć do usunięcia samej zmiany nowotworowej, wraz z zapasem zdrowej skóry, oraz pachwinowych węzłów chłonnych.

Rak sromu – leczenie chirurgiczne

- Zabieg operacyjny wykonuje się w znieczuleniu ogólnym; trwa on 2-3 godziny.
- Podczas zabiegu do pęcherza moczowego wprowadza się cewnik w celu odprowadzania moczu. Cewnik wprowadza się do pęcherza moczowego raczej przez powłoki brzuszne niż przez cewkę moczową, gdyż zapobiega to podrażnieniu cewki moczowej przez szwy. Dwie plastikowe rurki zakłada się do ran po usunięciu węzłów chłonnych, aby odprowadzić nagromadzoną chłonkę. Rurki usuwa się po 72 godzinach po zabiegu operacyjnym.

Operacja wytrzewienia miednicy

Jest ona obecnie wykonywana w zaawansowanych postaciach raka sromu, kiedy proces nowotworowy obejmuje odbytnicę, pochwę, cewkę moczową, pęcherz moczowy. Wykonywany w raku sromu zabieg jest najbardziej rozległą wersją wytrzewienia ze względu na poszerzenie operacji o radykalne usunięcie sromu oraz usunięcie węzłów chłonnych pachwinowych.

Warunkiem wykonania wytrzewienia miedniczego jest brak przerzutów odległych oraz taka lokalizacja guza, która pozwala na jego usunięcie z marginesem tkanek niezmienionych. Do tego typu zabiegu kwalifikacja chorych powinna być bardzo starannie przeprowadzona z uwagi na rozległość jak i drastyczność operacji.

Do tego typu zabiegu można zakwalifikować chore:

1. W dobrym stanie ogólnym.
2. Bez przerzutów do węzłów chłonnych okołoaortalnych (ocena laparoskopowa).
3. Bez przerzutów odległych (TK klatki piersiowej i j. brzusznej).
4. Z nowotworem ograniczonym do miednicy mniejszej, bez naciekania jej ścian.
5. Wyrażające zgodę na zabieg operacyjny.

Szyjka macicy - epidemiologia

- Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce jest na średnim poziomie w stosunku do innych krajów na świecie.
- Współczynniki zachorowalności i umieralności związanej z rakiem szyjki macicy w Polsce obniżają się od lat 80. XX wieku. W 2011 roku stwierdzono 3078 zachorowań (standaryzowany współczynnik — 10,3/100 000) oraz 1735 zgonów (standaryzowany współczynnik — 5,1/100 000).
- Polska należy do krajów europejskich o jednym z najniższych odsetków 5-letnich przeżyć względnych w raku szyjki macicy (ok. 54% v. 67% dla Europy).

Szyjka macicy - etiologia

- W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie HPV (wykrywany w niemal wszystkich przypadkach).
- Częstość zakażeń HPV w krajach o wysokiej zachorowalności na raka szyjki macicy mieści się w granicach 10–20%, a w krajach o niskiej zachorowalności wynosi 5–10%.
- Zakażenie HPV stanowi najistotniejszy czynnik zachorowania na raka szyjki macicy. Głównymi typami onkogennymi są:
 - typ HPV 16 (53% przypadków raka i nabłonkowej neoplazji — CIN1–CIN3).
 - typ 18 (15% przypadków).

Wirus brodawczaka ludzkiego - HPV

- Znanych jest ponad 100 typów wirusa.
- Wirus HPV przenoszony jest zwykle podczas kontaktu seksualnego, a także w wyniku kontaktu ze skórą okolicy narządów płciowych partnera.
- Większość zakażeń HPV jest bezobjawowa i ustępuje samoistnie, ale niektóre z nich mogą doprowadzić do powstania raka.
- Raka wywołują typy onkogenne.
- Za ponad 70% zakażeń, które prowadzą do rozwoju nieprawidłowych komórek i w konsekwencji do rozwoju nowotworu odpowiada typ 16 i 18.

Wyniki cytologii - system Bethesda

- Skala Papanicolau, chociaż najpopularniejsza w Polsce, przez lekarzy uważana jest jednak za niewystarczającą, gdyż nie dostarcza wszystkich niezbędnych informacji.
- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne jako lepszy sposób opisu wyniku cytologii rekomenduje więc system Bethesda, którego przewaga nad systemem Papanicolau wynika z faktu, iż dostarcza on dokładnego opisu stwierdzonych zmian.
- Opis zawiera informacje na temat rodzaju zakażenia, obecności nieprawidłowych komórek innych niż komórki nabłonkowe a także stwierdza, czy materiał do oceny był odpowiedni i czy oprócz komórek z tarczy części pochwowej obecne w nim były komórki z kanału szyjki macicy.

Wyniki cytologii - system Bethesda

cytologia prawidłowa – wynik ten odpowiada grupie I w skali Papanicolau i oznacza, że w rozmazie obecne są jedynie prawidłowe komórki nabłonka płaskiego i gruczołowatego

cytologia prawidłowa z łagodnym stanem zapalnym – oprócz komórek prawidłowych rozmaz zawiera nieliczne komórki, które wskazują na stan zapalny; istnieje duże prawdopodobieństwo, że ustąpi on samoistnie

cytologia prawidłowa ze stanem zapalnym – wynik ten odpowiada grupie II Papanicolau i stwierdza komórki prawidłowe, komórki wskazujące na stan zapalny i nieliczne leukocyty w rozmazie

AGUS/ASCUS – wynik nieprawidłowy – w rozmazie nieprawidłowe komórki nabłonka gruczołowego lub płaskiego, których nie da się jednoznacznie zakwalifikować, w takich przypadkach zazwyczaj zalecana jest kontrola cytologiczna za 6 miesięcy

Bethesda LSIL – wynik nieprawidłowy – obecność pojedynczych komórek, co do których istnieje ryzyko przekształcenia w nowotwory; wynik odpowiada III grupie i zazwyczaj oznacza ostry stan zapalny

Bethesda HSIL – wynik nieprawidłowy – rozmaz zawiera liczne komórki, z podejrzanymi zmianami wysokiego stopnia, wskazuje na konieczność wykonania badania histopatologicznego

Kolposkopia

Ocena cz. pochwowej szyjki macicy, pochwy i sromu za pomocą kolposkopu (takiego mikroskopu)

Wskazanie:

- wszelkie zmiany szyjki macicy, pochwy i sromu
- metoda polega na oglądaniu w powiększeniu 4-50x tarczy części pochwowej szyjki macicy, ścian pochwy oraz sromu w celu wykrycie prze klinicznych postaci raka
- można stosować odczynniki poprawiające możliwości oceny: kwas octowy, mlekowy, roztwór Lugola

Kolposkopia – próba z płynem Lugola

- Próba z płynem Lugola wykrywa obecność glikogenu w komórkach nabłonka płaskiego, która zależy od obecności estrogenów w organizmie kobiety.
- U kobiet w okresie rozrodczym komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego zawierają glikogen i nabłonek barwi się na kolor ciemnobrązowy.
- Brak takiego zabarwienia niekoniecznie jest związany z patologią. Fizjologicznie występuje po menopauzie, podczas połogu, pod wpływem leków antyestrogenowych, a także w wyniku bliznowacenia lub infekcji. Nabłonek gruczołowy kanału szyjki macicy nie zawiera glikogenu i nie zmienia zabarwienia pod wpływem płynu Lugola.

Kolposkopia – próba z kwasem octowym/mlekowym

- Próba ta nazywana potocznie próbą z kwasem octowym, pozwala na różnicowanie prawidłowych nabłoneków szyjki macicy, prawidłowości przebiegu obecnych praktycznie u każdej kobiety, tak istotnych procesów przemiany nabłonkowej, wstępne rozpoznawanie nienowotworowych, „łagodnych” procesów rozrostowych tkanki /brodawczak, doczesna/, a zwłaszcza rozpoznawanie zmian przedrakowych i wczesnego raka szyjki macicy.
- Efekty działania kwasu octowego zależą od stopnia przenikania tego odczynnika w głąb nabłonka, co powoduje zmniejszenie przejrzystości (zbielenie) powierzchni nabłonkowej, w wyniku przejściowej, odwracalnej denaturacji białek komórkowych.
- Zbielenie praktycznie nie pojawia się w przypadku dojrzałego nabłonka płaskiego, krótko i płytko występuje w powierzchni z prawidłowym nabłonkiem. Im nabłonek płaski jest bardziej atypowy tym stopień jego zbielenia, grubość pokładu i czas trwania tego zjawiska są intensywniejsze.

Kolposkopia – próba z kwasem octowym/mlekowym

- Kwas mlekowy jest bardziej fizjologiczny odczynnikiem diagnostycznym, gdyż jest stałym składnikiem środowiska pochwy. Efekty testu są podobne jak w próbie octowej, a kwas mlekowy poprawia równocześnie biologię pochwy. Niemniej jednak czas badania przy zastosowaniu tej próby trochę się wydłuża gdyż wolniej występuje zjawisko zbielenia, a samo zbielenie ma nieco inny odcień, co powoduje, że interpretacja obrazu wymaga większego doświadczenia od badającego.

Kolposkopia – proces nowotworowy

- nieregularna powierzchnia, nadżerka lub owrzodzenie
- intensywne zbielenie po kwasie octowym
- szerokie nieregularne punkcikowanie i mozaika
- atypowe naczynia

Konizacja szyjki macicy

Zabieg wykonywany jest od strony pochwy. Wykorzystuje się do tego celu nóż chirurgiczny, elektryczny, pętle czy laser. Użycie wybranego instrumentarium uzależnione jest od wskazań medycznych do zabiegu, indywidualnie dla każdego pacjenta. Zabieg może ograniczyć płodność u pacjentki, zwłaszcza donoszenie ciąży.

Zaleceniem do wykonania zabiegu konizacji jest:

- zły, nieprawidłowy wynik cytologiczny
- patologiczny obraz histopatologiczny materiału pobranego w badaniu kolposkopowym lub dysplazja nabłonka płaskiego
- stany przedrakowe szyjki macicy CIN1 CIN2, a także stany po usunięciu rozległych nadżerek mogą być wskazaniem do leczenia.

Trzon macicy

CHOROBY TRZONU MACICY

ZŁOŚLIWE

- NABŁONKOWE – rak endometrium
- MEZENCHYMALNE – mięsak podścieliskowy, mięsak gładkokomórkowy, guz mezodermalny mieszany, mięsako-rak
- NOWOTWORY TROFOBLASTU

NIEZŁOŚLIWE

- MEZENCHYMALNE – mięśniaki macicy

Rak trzonu macicy

Rak trzonu macicy (rak endometrium) jest najczęściej występującym ginekologicznym i jednocześnie najlepiej rokującym nowotworem złośliwym narządu płciowego kobiety (przeżycie 5-letnie wynosi ogółem ok. 80%).

W 2011 roku w Polsce:

- 4. pod względem częstości nowotworem u kobiet
- zarejestrowano 5125 zachorowań
- (standaryzowany współczynnik — 14,8/100 000)
- zgłoszono 1042 zgony

Rak trzonu macicy stanowi 12. w kolejności przyczynę zgonów z powodu nowotworów u kobiet, o czym świadczy stabilna liczba zgonów przy wzroście liczby Obserwowany od 2 dekad wzrost zachorowalności prawdopodobnie się utrzyma. Większość zachorowań występuje po 50. roku życia.

Rak trzonu macicy

W etiologii podstawowe znaczenie ma nadmierne pobudzenie endometrium przez estrogeny, bez przeciwnastawnego działania progestagenów.

Do czynników podwyższonego ryzyka zachorowania należą:

- otyłość
- nadciśnienie tętnicze
- cukrzyca
- niepłodność lub urodzenie tylko jednego dziecka
- zaburzenia hormonalne spowodowane hormonalnie czynnymi guzami jajnika
- długi okres miesiączkowania
- leczenie tamoksyfenem oraz zespół Lyncha (w zespole tym ryzyko wynosi 30–60% w ciągu całego życia).

Doustna antykoncepcja hormonalna preparatami 2-składnikowymi zmniejsza ryzyko zachorowania.

Rak trzonu macicy

- U większości chorych rak trzonu macicy jest rozpoznawany we wczesnym stopniu zaawansowania z uwagi na częste występowanie krwawienia z dróg rodnych (główny objaw).
- Rozpoznanie patomorfologiczne jest stawiane na podstawie materiału uzyskanego w trakcie biopsji endometrium, biopsji celowanej przeprowadzonej w trakcie histeroskopii lub klasycznego diagnostycznego łyżeczkowania jamy macicy poprzedzonego oceną USG macicy z pomiarem grubości błony śluzowej.
- Wynik histopatologiczny powinien dostarczać informacji o typie histopatologicznym, obecności lub braku cech zajęcia szyjki macicy oraz stopniu zróżnicowania histologicznego. Stopień zróżnicowania określa się na podstawie odsetka utkania litego w stosunku do komponentu zróżnicowanego gruczołowo (tworzącego cewki).

Histerektomia

Wśród wskazań do usunięcia wymienia się najczęściej:

- mięśniaki macicy
- bardzo obfite miesiączki, nie poddające się leczeniu zachowawczemu
- bolesne miesiączki
- uciskanie innych narządów przez powiększony trzon macicy i związane z tym dolegliwości, w tym nietrzymanie moczu
- stany przednowotworowe i nowotwory narządu rodneho

Hysterektomia nie oznacza konieczności usuwania jajników. U młodych kobiet ważne jest pozostawienie jajników celem zachowania naturalnej produkcji żeńskich hormonów płciowych, aby po operacji Pacjentki nie odczuwały przedwcześnie dolegliwości okresu przekwitania. Gdy występują wskazania medyczne podczas tej operacji oczywiście możliwe jest usunięcie jednego lub obu jajników.

Histerektomia

- częściowa – usunięcie tylko trzonu narządu z pozostawieniem szyjki
- całkowita – usunięcie całego organu (zarówno trzonu, jak i szyjki)
- całkowita z usunięciem jajników i jajowodów – oprócz trzonu i szyjki usuwane są jajowody i jajniki,
- radykalna – usunięcie organu (całkowite) oraz tkanek sąsiednich (tzw. przymaciczy), górnej części pochwy i okolicznych węzłów chłonnych. Ten zabieg wykonuje się w przypadku schorzeń nowotworowych takich, jak rak szyjki macicy.

Histerekтомia

Wykonanie histerekтомii wiąże się z zaprzestaniem miesiączkowania z powodu braku błony śluzowej, która jest zlokalizowana w trzonie narządu. W przypadku równoczesnego usunięcia jajników, u kobiet przed menopauzą powstaje stan chirurgicznie wywołanej menopauzy z typowymi dla menopauzy objawami.

Powikłania histerekтомii.

- Obfite krwawienie podczas operacji
- Krwiak w obrębie powłok skórnych
- Złe gojenie rany
- Uszkodzenie moczowodu, pęcherza moczowego lub jelita
- Uszkodzenie jelita i kałowe zapalenie otrzewnej (choroba bardzo ciężka i potencjalnie śmiertelna)
- Nieprawidłowe połączenie pęcherza z pochwą (przetoka pooperacyjna)
- Zapalenie płuc
- Niedrożność jelit
- Wypadanie pochwy

Histerektomia

Jednym z najczęstszych skutków ubocznych tej techniki jest utrata przyjemności seksualnej lub obniżenie popędu płciowego, który skutkuje brakiem zainteresowania w czynnościach seksualnych. Istnieje wiele różnych powodów, dla których te efekty uboczne mogą wystąpić.

Czasami brak popędu płciowego lub przyjemności mogą być tymczasowe i może być spowodowane przez zmiany fizyczne, które organizm przeszedł niedawno. Ból w okresie zdrowienia może zakłócać przyjemności seksualnej, a zmiany w poziomie hormonów mogą również zmniejszać nawilżanie i ograniczać satysfakcję seksualną.

Psychologiczne obawy o utratę "kobiecości" równoważonej z narządem - macicą - mogą również spowodować spadek przyjemności z pożycia.

Histerektomia

W zależności od rodzaju zmian, wieku pacjentki i i stanu zdrowia możliwe są operacje:

- **LASH** (*laparoscopic supracervical hysterectomy*) - laparoskopowa hysterektomia nadszyjkowa
- **TLH** (*total laparoscopic hysterectomy*) - całkowita hysterektomia laparoskopowa
- **LAVH** (*laparoscopically assisted vaginal hysterectomy*) - wspomagana laparoskopowo hysterektomia przezpochwowa
- **hysterektomia przezpochwowa**, czyli waginalna

Myomektomia

Myomektomia - chirurgiczne usunięcie mięśniaków z macicy, zwane wyłuszczeniem. Wyróżnia się trzy podstawowe procedury zabiegowe:

- brzuszna, usunięcie zmian następuje poprzez nacięcia powłok brzusznych
- laparaskopowa wykorzystuje kilka małych nacięć w brzuchu do usunięcia zmian
- histeroskopowa wymaga narzędzia nazywanego resektoskopem, który wprowadzany jest przez pochwę do macicy (używa prądu elektrycznego do wycięcia tkanki)

Leczenie mięśniaków macicy polega na usunięciu samych zmian, nie całego narządu. Jest to oczywista zaleta tego zabiegu dla kobiety, pragnącej zachować płodność. Jednakże, problemy związane z miomektomią obejmują często:

- znaczną utratę krwi (częsty problem, gdy usuwane są duże zmiany)
- okaleczenie narządu
- w przypadku gdy mięśniaków jest dużo i jest dość znaczny odsetek nawrotów dolegliwości

Embolizacja

- Embolizacja tętnic macicznych jest nieinwazyjną, niechirurgiczną metodą leczenia, wymagającą, krótkiego 24/48 h pobytu w szpitalu.
- Jest wykonywana przy zastosowaniu znieczulenia miejscowego (ewentualnie znieczulenie nadoponowe) i charakteryzuje się bardzo szybkim czasem powrotu do zdrowia. Większość pacjentek powraca do pracy po paru dniach.
- W okolicy prawej pachwiny wykonywane jest nacięcie wielkości piega (2mm). Poprzez to nacięcie do tętnicy udowej wprowadzany jest cieniutki cewnik.
- Dzięki wskazówkom uzyskanym za pomocą fluoroskopii, w czasie rzeczywistym, wykwalifikowany lekarz cewnikuje tętnice, które odpowiedzialne są za dostarczanie krwi do mięśniaka/ów. Do tych naczyń wstrzykiwane są mikroskopijne cząsteczki, w celu zablokowania napływu krwi, która dostarcza "pożywienie" dla mięśniaków. Bez stałego zaopatrzenia w krew mięśniak zaczyna "obumierać" i kurczyć się.

Embolizacja

- Warunkiem koniecznym kwalifikującym do zabiegu embolizacji jest stwierdzenie obecności objawowych mięśniaków macicy.
- Wszystkie wielkości mięśniaków macicy są z powodzeniem poddawane embolizacji. Kurczenie się będzie bardziej odczuwalne w przypadku mięśniaków macicy o średnicy mniejszej niż 10/12 cm.
- W czasie embolizacji leczymy wszystkie mięśniaki macicy, bez względu na ilość i lokalizację.

Przeciwwskazania do zabiegu embolizacji mięśniaków macicy to:

- mięśniaki uszypułowane, o bardzo wąskiej szypule,
- ciąża,
- zakażenie narządów miednicy lub ogólne,
- nowotwór złośliwy
- ciężka reakcja alergiczna na środek cieniujący (kontrast)
- niewydolność nerek
- choroba psychiczna
- wkładka wewnątrzmaciczna (względne).

Poronienia

Poronienie zagrażające (*abortus imminens*, ang. threatened abortion) – oddzielenie się jaja płodowego na niewielkim odcinku, objawia się zwykle bezbolesnym krwawieniem z macicy i czynnością skurczową o niewielkim nasileniu. Rozpoznaje się je przy każdym krwawieniu pochwowym w okresie określonym w definicji poronienia. Przy leczeniu zachowawczym objawy niekiedy przechodzą, jednak możliwości leczenia są ograniczone. Jeśli objawy nasilają się, rokowanie dla ciąży jest złe.

Poronienie w toku, nieodwracalne (*abortus in tractu*, ang. inevitable abortion) – oddzielenie się jaja płodowego na większym odcinku, któremu towarzyszy skracanie się szyjki i rozwarcie jej ujścia wewnętrznego. Poronienie w toku rozpoznawane jest w każdym przypadku pęknięcia błon płodowych przed 22. tygodniem ciąży. Objawia się obfitym krwawieniem i bólem o różnym nasileniu. Postępowaniem z wyboru jest wyłyżeczkowanie jamy macicy.

Poronienie zatrzymane, chybione (*abortus internus*, ang. missed abortion) – obumarcie jaja płodowego, po którym nie nastąpiło wydalenie obumarłego płodu w okresie 8 tygodni. Jedynym objawem jest brak powiększania się macicy przez kilka tygodni. Postępowaniem z wyboru jest farmakologiczne indukowanie czynności skurczowej i łyżeczkowanie jamy macicy.

Poronienia

Poronienie niezupełne, niekompletne (*abortus incompletus*, ang. incomplete abortion) – obumarcie jaja płodowego, po którym w jamie macicy pozostały resztki utkania łożyskowego.

Poronienie septyczne (*abortus septicus*) – poronienie przebiegające z wykładnikami stanu zapalnego narządu rodniego. Stwierdzenie gorączki towarzyszącej poronieniu jest wskazaniem do zastosowania antybiotykoterapii empirycznej szerokospektralnej, zasady postępowania są podobne jak przy leczeniu ostrego zapalenia przydatków.

Poronienie szyjkowe – roniące się jajo płodowe znajduje się w szyjce macicy, ponieważ zamknięte jest jej ujście zewnętrzne.

Puste jajo płodowe.

Poronienie nawykowe, nawracające – trzecie i każde następne kolejne poronienie

.

Poronienie zupełne – postać poronienia w której wydaleniu z jamy macicy uległo całe jajo płodowe (płód i kosmówka).

Łyżeczkowanie jamy macicy – przebieg zabiegu

Łyżeczkowanie macicy polega on na rozszerzeniu szyjki macicy (przy pomocy leków farmaceutycznych, lub narzędzi zwanych hegarami) i wprowadzeniu przez kanał rodny specjalnej łyżki ginekologicznej i opróżnieniu ruchami skrobiącymi zawartości macicy.

W przypadku, gdy wskazaniem do zabiegu są cele diagnostyczne pobierane są fragmenty śluzówki macicy.

Zabieg może być wykonywany w znieczuleniu ogólnym dożylnym, lub w znieczuleniu miejscowym. Przed operacją pacjentka powinna pozostać przez kilka godzin na czczo.

Łyżeczkowanie jamy macicy – powikłania

Do najczęstszych powikłań pooperacyjnych należą:

- niepełne opróżnienie jamy macicy
- wprowadzenie zakażenia bakteryjnego
- lub przebicie ściany macicy
- może też wystąpić Zespół Ashermana – w wyniku zbyt głębokiego wyłyżeczkowania macicy. Powstają wówczas w jej wnętrzu bliznowate zrosty, które zamykają częściowo lub całkowicie światło narządu. Chorobie tej towarzyszą dolegliwości takie, jak: brak krwawienia miesięcznego lub silne bóle podczas krwawienia, poronienia i niepłodność. Leczenie tego schorzenia wiąże się niestety z koniecznością przeprowadzenia histeroskopii, w celu usunięcia zrostów.

Ropień gruczołu Bartholina

Zapalenie gruczołu Bartholina najczęściej występuje u aktywnych seksualnie kobiet w wieku 20-30 lat.

Charakterystycznym objawem ostrego zapalenia gruczołu Bartholina jest szybko narastający silny ból okolicy sromu, który dokucza szczególnie przy siadaniu i zmianie pozycji.

Zapaleniu gruczołu Bartholina często towarzyszy zaczerwienienie, obrzmienie lub pojawienie się guza w przedsionku pochwy.

Gruczoły Bartholina mają rozmiar ziarnka grochu i leżą po obu stronach przedsionka. Nielezione zapalenie gruczołu Bartholina może doprowadzić do zapalenia narządów miednicy mniejszej.

Ropień gruczołu Bartholina

Przyczyną zapalenia gruczołu Bartholina jest najczęściej zakażenie bakteryjne. Na skutek infekcji dochodzi do obrzęku i zatkania ujścia przewodów wyprowadzających - produkowana wydzielina zaczyna zalegać w gruczole (tworzy się tzw. torbiel zastoinowa).

Jeżeli dojdzie do zakażenia zalegającej w torbieli zastoinowej wydzieliny, tworzy się ropień.

Zapobieganie:

- stosowaniu prezerwatyw, zwłaszcza jeśli ma się kilku partnerów seksualnych
- dbaniu o higienę okolic intymnych (np. stosując żele do higieny intymnej o odpowiednim pH)
- stosowaniu przewiewnej, bawełnianej bielizny
- stosowaniu preparatów zawierających kultury bakterii *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* (doustnie lub miejscowo, dopochwowo) podczas i kilka dni po zakończeniu antybiotykoterapii.

Marsupializacja (leczenie zabiegowe ropnia gruczołu Bartholina)

Zabieg stosowany w tym przypadku nazywa się marsupializacją i wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym.

Polega on na dość szerokim nacięciu ropnia, najlepiej dwoma cięciami pod kątem prostym, i obszyciu brzegów rany celem kontaktu wnętrza gruczołu ze środowiskiem zewnętrznym.

Rana powstała po nacięciu najczęściej jest drenowana. Dren powinien pozostać przez kilka dni celem dobrego opróżnienia ropnia.

Próbka wydzieliny ropnej pobierana jest zawsze na badanie bakteriologiczne, celem identyfikacji drobnoustrojów, które spowodowały zapalenie oraz określenia antybiotykowrażliwości tychże bakterii. Ułatwia to dobór antybiotyku w sytuacji, gdy takie leczenie jest konieczne (objawy uogólnionej infekcji).

Zabieg ten ma takie zalety jak zachowanie funkcji pozostałej części gruczołu Bartholina oraz dobry efekt kosmetyczny. Usuwanie całego gruczołu jest nie wskazane ponieważ jego brak upośledza funkcję narządów płciowych.

Nietrzymanie moczu

- Nietrzymanie moczu to każdy niekontrolowany wyciek moczu przez cewkę moczową.
- Dolegliwość, jaką jest nietrzymanie moczu, dotyka osoby obu płci, jednak aż dwukrotnie częściej cierpią na nią kobiety niż mężczyźni.
- Największe narażenie na wystąpienie u kobiety powyższych objawów to okres okołomenopauzalny oraz okres starości. Niepokojącym jest jednak fakt, że pierwsze objawy choroby diagnozowane są coraz częściej u kobiet coraz młodszych.
- Według Międzynarodowej Organizacji Zdrowia (WHO) problem nietrzymania moczu jest jednym z ważniejszych ogólnoswiatowych problemów zdrowotnych XXI wieku.
- Wyniki badań przeprowadzonych w krajach rozwiniętych oraz rozwijających się wykazały, że prawdopodobnie 200 mln osób cierpi na nietrzymanie moczu.
- Szacunkowe dane z wielu badań wykazują, że ok. 10-25% kobiet po 30. roku życia ma problemy z nietrzymaniem moczu występujący stale bądź okresowo.
- Po 50. roku życia liczba kobiet, których dotyka to schorzenie, wzrasta aż do 1/3.

Nietrzymanie moczu

Operacyjne

Metody zachowawcze

- ćwiczenia mięśni dna miednicy (Kegla)
- stożki dopochwowe
- elektrostymulacja
- biofeedback
- redukcja masy ciała, czynników ryzyka

Farmakologiczne

- estrogeny
- agoniści rec.alfa1→wzrost napięcia zwieracza wewnętrznego cewki→wzrost oporu cewkowego
- FENYLOPROPALAMINA
- PSEUDOEFEEDRYNA

Nietrzymanie moczu – leczenie operacyjne

- Metoda TVT /tension-free-vaginal tape/ została wprowadzona przez Ulmstena 1995r.
- Taśmę podwieszającą cewkę przeprowadza się za pomocą specjalnej igły od strony pochwy za spojeniem łonowym przez przeponę miedniczną, przestrzeń załonową, powłoki do skóry.

Nietrzymanie moczu – leczenie operacyjne

Technika zabiegu taśmowego

1. Zabieg małoinwazyjny
2. Znieczulenie miejscowe lub zewnątrzoponowe
3. Pełna współpraca lekarza z pacjentem
4. Ułożenie ginekologiczne
5. Dostęp przezpochwowy
6. Konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego
7. Umieszczenie taśmy polipropylenowej załonowo lub przez otwory zasłonowe
8. Proba kaszlowa

Skuteczność około 95% po roku, 85% po czterech latach.

Powikłania 5-15%