

Műtéti preparátum eltávolítása a hüvelyen keresztül a vastagbelet érintő mélyen infiltráló endometriosis laparoszkópos műtéte során

Bokor Attila dr.¹ ■ Pohl Ákos dr.¹
Lukovich Péter dr.² ■ Rigó János Jr. dr.¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
¹I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, ²I. Sebészeti Klinika, Budapest

Esettanulmányukban a szerzők egy 27 éves beteg rectumot, szigmabelet és a spatium rectovaginalét érintő mélyen infiltráló endometriosisának laparoszkópos műtéti kezeléséről számolnak be. A műtét során eltávolították az érintett vastagbélszakaszt, majd end-to-end anastomosist készítettek. Ezt követően a spatium rectovaginale és a hátulsó hüvelyboltozat mélyen infiltráló endometriosisomóját CO₂-lézer alkalmazásával excindálták. A kimetszett 12 cm hosszú bélszakaszt transvaginalisan úgynevezett „natural orifice specimen extraction” technikával távolították el a hasüregből. Az első posztoperatív napon a rectumból utóvérzést észleltek, amit szintén laparoszkópia útján láttak el. Az irodalmi adatok áttekintése alapján megállapítják, hogy a „natural orifice specimen extraction” technika széles körben alkalmazható mélyen infiltráló endometriosis miatt végzett műtétek során, és az általuk végzett laparoszkópos szegmentális bélreszekció vérzéses szövődménye laparoszkópia útján is biztonságosan ellátható. Orv. Hetil., 2014, 155(11), 420–423.

Kulcsszavak: mélyen infiltráló endometriosis, multidiszciplináris laparoszkópia, NOSE

Transvaginal specimen extraction after laparoscopic bowel resection in deeply infiltrating endometriosis

The authors report a case of a 27-year-old patient who had deeply infiltrating endometriosis involving the rectum, sigmoid colon and the rectovaginal septum, which was removed by laparoscopic surgery. During surgery the affected bowel segment, the deeply infiltrating nodule of the rectovaginal septum and the posterior vaginal wall were resected and the 12 cm long specimen was removed transvaginally. Postoperative bleeding was noted in the first postoperative day, which was treated laparoscopically, as well. This case history confirms data from the literature showing that the natural orifice specimen extraction procedure can widely be applied during operations for deeply infiltrating endometriosis and that laparoscopic anterior resection is a safe and feasible method for the treatment of colorectal deeply infiltrating endometriosis. Moreover, perioperative complications can be treated by means of laparoscopic surgery.

Keywords: deeply infiltrating endometriosis, multidisciplinary laparoscopic surgery, NOSE

Bokor, A., Pohl, Á., Lukovich, P., Rigó, J. Jr. [Transvaginal specimen extraction after laparoscopic bowel resection in deeply infiltrating endometriosis]. Orv. Hetil., 2014, 155(11), 420–423.

(Beérkezett: 2013. december 21.; elfogadva: 2014. január 16.)

Rövidítések

DIE = mélyen infiltráló endometriosis; NOSE = natural orifice specimen extraction

Az endometriosis az egyik leggyakrabban előforduló nőgyógyászati kórkép, amely a reprodukzív korú női populáció közel 10%-át érinti. Endometriosisról beszélünk

akkor, ha méhnyálkahártyához hasonló szövet található a méhüregben kívül, ez leggyakrabban a kismedencei szerveken figyelhető meg, de egyéb lokalizációban is előfordulhat. Elsősorban fertilis korú nők betegsége, súlyos kismedencei és hasi fájdalmat okoz, ezzel a betegek életminőségét nagymértékben rontja [1].

Amennyiben az endometriosis több mint 5 mm mélyen terjed a peritonealis felszín alá, mélyen infiltráló endometriosisról beszélünk, amely az endometriosisban szenvedők 2%-ában figyelhető meg [2, 3].

Colorectalis érintettség az esetek 3–37%-ában igazolható, ebből a leggyakoribb előfordulási hely a rectum és a szigmabél. Az esetek többi részét a rectovaginalis septumon, a caecumon és az appendixen előforduló endometriosis teszi ki [3, 4, 5].

Napjainkban egyre szélesebb körben alkalmazzák a NOSE (natural orifice specimen extraction) műtéti technikáját, amely során laparoszkópos sebészeti beavatkozások műtéti preparátumait természetes testnyílásokon keresztül távolítják el, elkerülve ezzel a laparoszkópos metszések megnagyobbításának szükségességét [6, 7].

Esetismertetésünkben a rectumot, szigmabelet és a spatium rectovaginalét érintő mélyen infiltráló endometriosisban szenvedő betegünk laparoszkópos műtétjéről számolunk be, amely során az érintett reszekált bélszakaszt a hüvelyboltozaton keresztül távolítottuk el és a műtétet követően jelentkező szövődmenyt laparoszkópia útján oldottuk meg.

Esetismertetés

A 27 éves nőbeteg anamnézisében szülészeti esemény nem szerepel, 2010-ben laparoszkópos műtét során bal oldali endometriomát távolítottak el és további endometriosisos elváltozásokat elektrokoaguláltak.

A beteg 2012 novemberében krónikus kismedencei fájdalom és catamenialisan jelentkező véres széklet miatt kereste fel klinikánkat. A preoperatíván elvégzett laboratóriumi vizsgálatok kóros elváltozást nem mutattak.

A hasi ultrahangvizsgálat a rectum és szigmabél mélyen infiltráló endometriosisát (DIE: deep infiltrating endometriosis) és a bal ovariumban egy 37×15 mm-es sűrű bennéki képletet írt le.

A hasi és kismedencei MR-vizsgálat az előzőekben leírt petefészekciszta mellett a spatium rectovaginale területén 3 cm nagyságú DIE-csomót mutatott.

Kolonoszkópia során az anustól 15 cm távolságra 50%-ot meghaladó lumenszűkület, valamint a rectum-sigma átmenetben mélyen infiltráló endometriosisnak megfelelő elváltozás ábrázolódott.

Laparoszkópia során a bal oldali endometriomát strippingtechnikával eltávolítottuk, a hátsó hüvelyboltozat, a rectum és a spatium rectovaginale DIE-csomóját CO₂-lézerrel az épben haladva excindáltuk. A plexus hypogastricus inferior ágait megőriztük. A szigmabél mobilizációját követően Endo Gia 60 mm-es laparoszkópos bélvarrógép segítségével a mélyen infiltráló endometri-



1. ábra | A mélyen infiltráló endometriosiszt tartalmazó eltávolított bélszakasz előemelése a hüvelyboltozaton és a hüvelyen keresztül

osiscsomótól aboralisan az épben haladva reszekciót végeztünk, az érintett 12 cm-es bélszakaszt a hüvelyboltozaton ejtett nyíláson keresztül távolítottuk el a hasüregből (1. ábra), majd 28 mm-es körvarrógép segítségével endo-end anastomosist hoztunk létre.

A beavatkozást követő napon a betegnél a végbélnyíláson keresztül szivárgó vérzést észleltünk. Relaparoszkópiát végeztünk, amely során a hasüregben észlelt közel 30 ml mennyiségű vér mellett a rectosigmoidealis anastomosis antimesenterialis részén az anastomosis vonalában egy megnagyobbodott, bevérzett appendix epiploicát észleltünk, amelyet 3.0-ás csomós PDS-öltéssel láttunk el. Tekintettel a 8,3 g/dL-es hemoglobinszintre, a beteget 2 egység választott vörösvértest-koncentrátum és 3 egység friss fagyasztott plazma transzfúziójában részesítettük. A műtétet követően a beteg panaszmentessé vált. A relaparoszkópia utáni időszak zavartalanul telt, a beteget a negyedik posztoperatív napon otthonába bocsátottuk. Négy héttel a műtét utáni kontrollvizsgálaton a beteg panaszmentes volt.

Megbeszélés

A NOSE-technika a sebészeti laparoszkópos bélműtétek kapcsán egyre gyakrabban alkalmazott eljárás. A laparoszkópos műtéti technika az elmúlt 30 évben bizonyította előnyét a hagyományos műtétekkel szemben. A kisebb műtéti metszés okozta előnyök (kisebb hasi fájdalom, a posztoperatív hasfali sérv esélyének elkerülése, a jobb kozmetikai eredmény) nem érvényesülnek akkor, amikor az eltávolítandó műtéti preparátum mérete nagyobb, mint a trokár mérete. Erre jelent megoldást a NOSE-technika alkalmazása, amelynek során a nagyméretű műtéti preparátum eltávolítása természetes testnyílásokon keresztül történik, DIE esetében leggyakrabban hüvelyen vagy a rectumon keresztül.

Franklin Jr. és mtsai [8] colorectalis laparoszkópos műtétek során vizsgálták a kimetszett bélszakasz transanalis és transvaginalis eltávolításának módszerét. Összesen 277 transanalis és 26 transvaginalis műtéti prepará-

tum extrakcióját végezték el. Vizsgálataik alapján megállapították, hogy a NOSE-technika alkalmazása nem hosszabbítja meg a műteti időt és nem növeli a vérvesztés mennyiségét. A transanalis technika alkalmazása után 2 esetben (0,7%) sebfertőzés, 7 esetben (2,5%) ileus, 6 esetben (2,2%) húgyúti fertőzés, 1 esetben (0,4%) bélobstrukció, 6 esetben (2,2%) faecalis incontinentia és 3 esetben (1,1%) anastomosiselégtelenség fordult elő, míg transvaginalis béleltávolítás során nem fordult elő posztoperatív szövődmény. Hüvelyen keresztüli reszekált bélszakasz-extrakció módszerének alkalmazása kapcsán két esetben észleltek intraoperatív szövődményt. Egy-egy esetben történt rectum-, illetve szigmabélsérülés. Vizsgálataik azt igazolják, hogy a hüvelyen keresztül történő műteti preparátumeltávolítás biztonságosabb a végbélen keresztül történőtől.

A NOSE további előnyei közé tartozik, hogy a hasi behatolások és az ezeken keresztüli műteti preparátum eltávolításának helyén előforduló, a behatolási metszés területén kialakuló sérv a NOSE-technika alkalmazásával teljesen kiküszöbölhető [9].

Vastagabb hasfállal rendelkező betegek esetében a műteti preparátum extrakciója nehézségekbe ütközhet, amely a NOSE-technika használatával könnyebben kivitelezhető [10].

A NOSE módszerének alkalmazásával nemcsak az incisio területén fellépő esetleges ér- és idegsérüléseket kerülhetjük el, hanem a műtétet követő fájdalom mértéke is kisebb.

Nőgyógyászati kórképek során a szigma és a rectum mélyen infiltráló endometriosis esetén végzünk bélreszekciót, amennyiben az endometriosis 50%-ot meghaladó lumenszűkületet okoz vagy ha transluminaris terjedés áll fenn [11, 12]. A bélreszekciót követően esetünkben transvaginalisan távolítottuk el az érintett bélszakaszt. A hüvely megnyitása kizárólag a műteti preparátum eltávolítására nem tanácsos – az egyidejű bél-anastomosis-készítés növeli a rectovaginalis fistula kialakulásának esélyét. A kimetszett vastagbélszakasz eltávolítására akkor érdemes a colpotomiás nyílást felhasználni, amikor a DIE-csomó eltávolítása közben a hüvely megnyitására kényszerülünk.

A sebészeti szövődmények laparoszkópia útján történő ellátása korábban nem volt általános gyakorlat. Azonban a laparoszkópia fejlődése és egyre kiterjedtebb alkalmazása révén ma már megfelelő felkészültség mellett többen beszámoltak a műtét utáni szövődmények laparoszkópos ellátásáról.

Kyung és mtsai [13] által végzett retrospektív vizsgálat során 2668 nőgyógyászati laparoszkópos beavatkozás után fellépett szövődményeket tanulmányozták. Összesen 33 betegnél észleltek szövődményt, 18 esetben (0,67%) húgyhólyagsérülés, 6 esetben (0,22%) nagyérsérülés, 3 esetben (0,11%) bélsérülés, 3 (0,11%) esetben húgyvezeték-sérülés, 2 esetben (0,07%) rekeszizom-sérülés történt és 1 esetben (0,04%) intravesicalis idegen testet találtak. A 33 szövődményből 32 esetben ismételt

laparoszkópia útján sikeresen látták el a sérülést, egy esetben három nappal a műtétet követően rectumperforatio miatt Hartmann-műtétet végeztek.

A korai posztoperatív szövődmények ellátása laparoszkópia útján a sebészeti műtéteket követően is egyre szélesebb körben alkalmazott eljárás.

Khadzhibajev és mtsai [14] által végzett retrospektív vizsgálat során 318 laparoszkópia után fellépő szövődmények előfordulását és műteti ellátásának módját elemezték. A reoperáció típusától függően két csoportra osztották a betegeket. Az első csoport betegeinél (212 fő) tradicionális relaparotomiát végeztek, a második csoportban (106 fő) azonban diagnosztikus laparoszkópiát alkalmaztak. Azoknál a betegeknél, akiknél relaparotomia mellett döntöttek (21 fő, 6,5%), nem tartottak indokoltnak további sebészeti beavatkozást. A laparoszkópiával reoperált betegeknél 55%-ban (58 fő) sikerült a szövődmény ellátása, 33%-ban (35 fő) laparotomiára való konverzióra került sor és 12%-ban (13 fő) kizárták a komplikációt.

Esetünkben a műtétet követően fellépő szövődmény ellátása laparoszkópia útján történt, így elkerülhetővé vált a beteg számára lényegesen nagyobb megterhelést jelentő laparotomia.

Közleményünkben bemutatott esetünk és az irodalmi adatok alapján a rectumot és szigmabelet érintő mélyen infiltráló endometriosis, valamint az utóvérzéssel járó műteti szövődmények is sikeresen kezelhetők laparoszkópia útján.

Irodalom

- [1] *Giudice, L. C., Kao, L. C.*: Endometriosis. *Lancet*, 2004, 364(9447), 1789–1799.
- [2] *Chapron, C., Jacob, S., Dubuisson, J. B., et al.*: Laparoscopically assisted vaginal management of deep endometriosis infiltrating the rectovaginal septum. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2001, 80(4), 349–354.
- [3] *Meuleman, C., Tomassetti, C., Gaspar Da Vitoria Magro, M., et al.*: Laparoscopic treatment of endometriosis. *Minerva Ginecol.*, 2013, 65(2), 125–142.
- [4] *Kavallaris, A., Köhler, C., Kühne-Heid, R., et al.*: Histopathological extent of rectal invasion by rectovaginal endometriosis. *Hum. Reprod.*, 2003, 18(6), 1323–1327.
- [5] *Kavallaris, A., Chalvatzas, N., Hornemann, A., et al.*: 94 months follow-up after laparoscopic assisted vaginal resection of septum rectovaginale and rectosigmoid in women with deep infiltrating endometriosis. *Arch. Gynecol. Obstet.*, 2011, 283(5), 1059–1064.
- [6] *Darai, E., Ackerman, G., Bazot, M., et al.*: Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg. Endosc.*, 2007, 21(9), 1572–1577.
- [7] *Franklin, M. E. Jr., Liang, S., Russek, K.*: Natural orifice specimen extraction in laparoscopic colorectal surgery: transanal and transvaginal approaches. *Tech. Coloproctol.*, 2011, 17(Suppl. 1), S63–S67.
- [8] *Franklin, M. E. Jr., Ramos, R., Rosenthal, D., et al.*: Laparoscopic colonic procedures. *World J. Surg.*, 1993, 17(1), 51–56.
- [9] *Singh, R., Omiccioli, A., Hegge, S., et al.*: Does the extraction-site location in laparoscopic colorectal surgery have an impact on incisional hernia rates? *Surg. Endosc.*, 2008, 22(12), 2596–2600.

- [10] *Senagore, A. J., Delaney, C. P., Madboulay, K., et al.*: Laparoscopic colectomy in obese and nonobese patients. *J. Gastrointest. Surg.*, 2003, 7(4), 558–561.
- [11] *Duepre, H. J., Senagore, A. J., Delaney, C. P., et al.*: Laparoscopic resection of deep pelvic endometriosis with rectosigmoid involvement. *J. Am. Coll. Surg.*, 2002, 195(6), 754–758.
- [12] *Fleisch, M. C., Xafis, D., De Bruyne, F., et al.*: Radical resection of invasive endometriosis with bowel or bladder involvement – long-term results. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 2005, 123(2), 224–229.
- [13] *Kyung, M. S., Choi, J. S., Lee, J. H., et al.*: Laparoscopic management of complications in gynecologic laparoscopic surgery: a 5-year experience in a single center. *J. Minim. Invasive Gynecol.*, 2008, 15(6), 689–694.
- [14] *Khadzhibayev, A. M., Atadzhanov, Sh. K., Ermetov, A. T., et al.*: Laparoscopic procedures at diagnosis and treatment of early postoperative intraabdominal complications in urgent surgery. *Khirurgiia (Mosk.)*, 2007, 8, 48–51.

(Pohl Ákos dr.,
Budapest, Baross u. 27., 1088
e-mail: akos.pohldr@gmail.com)

FIZESSEN ELŐ AZ ORVOSI HETILAPRA 2014-BEN IS!



Szeretne hozzájutni a legújabb orvosi ismeretekhez?
Szeretne hiteles forrásból tájékozódni?
Elvárja, hogy értéket kapjon a pénzéért?

Fizessen elő az Orvosi Hetilap 2014-es évfolyamára!

Éves előfizetési díjak:

- nyomtatott + online előfizetés: 24 700 Ft/év
- csak online hozzáférés: 15 560 Ft/év

Előfizetési szándékát a journals@akkrt.hu e-mail címen,
az (1) 464 8200 telefonszámon vagy a www.orvosihetilap.com
honlapon jelezheti.

HA MÁR ELŐFIZETŐNK, NE FELEDJE EL MEGHOSSZABBÍTANI ELŐFIZETÉSÉT!