

## Prológus

**Szeretettel köszöntöm a 70 éves Herczeg János professzort.  
 Régóta tiszteljük egymás munkásságát, és ezt a  
 kiegyensúlyozott, baráti kapcsolatot az sem zavarta meg,  
 hogy 1990-ben mindketten pályáztunk  
 a Baross utcai Női Klinika igazgatói állására,  
 de azt én kaptam meg.  
 Ha lehet mondani, ezt követően elmélyültebb lett a  
 kapcsolatunk, több szakmai társaságban, bizottságban,  
 kongresszuson  
 számíthattunk egymás támogatására.  
 Kívánom János, hogy további jó egészségben szolgálj  
 a szülészeti és az orvosjogi tudományt  
 még nagyon sokáig mindnyájunk örömére.**

**Barátsággal Papp Zoltán**

## Szervkímélő és szervmegőrző műtétek az uterus sebészetében. Gondolatok az elmúlt évtizedekben bekövetkezett szemléletváltozásról

**Prof.Dr. Papp Zoltán**

Maternity Szülészeti és Nőgyógyászati Magánklinika, Budapest

A szülészeti-nőgyógyászat fontosnak tartja és igyekszik fenntartani a nő reproduktív képességét és lelki integritását [31]. Nemcsak a műtéti technikai feltételek bővülése, de a nőgyógyászati pszichológia és pszichiátia eredményei is ötvöződnek, amikor a női élet kiteljesedését biztosító, vagy teljességét visszaállító nőgyógyászati műtéti megoldások előtérbe kerülésének lehetünk tanúi. Ez az újító munka a műtétes megoldások több területén érvényesülhet: a jóindulatú nőgyógyászati daganatos megbetegedések (elsősorban a myoma) műtéti gyógyításában, a fejlődési rendellenességek rekonstrukciós megoldásaiban, a petefészkek szervmegtartó műtéti kezelésében.

Az orvos-beteg kapcsolat szemléleti kerete is jelentősen megváltozott. Köztudott, hogy már a műtéti beavatkozás szükségességének tudata is jelentős pszichés terhet jelent nemcsak a beteg, de sok esetben a családja számára is. A műtéti megterhelés elviselését, a műtét utáni feldolgozó képesség erejét a beteg lelkiállapota jelentősen befolyásolja. Ezért fontos, hogy már a műtét előtt foglalkozzunk a lelki tényezőkkel. A lelki megterhelés csökkentésére, oldására több út együttes alkalmazása kínálkozik: az orvos-beteg kapcsolat elengedhetetlen része a korrekt **betegtájékoztatás**, melynek ki kell terjednie a műtét szükségességére, a műtéttől várható anatómiai változásokra és pszichofiziológiára (testséma, nemi identitás, szexualitás, reprodukció), a kockázatokra, a műtét elmaradása esetén várható fejleményekre [23]. Figyelmet kell fordítani a tájékoztatás körülményein túl arra is, hogy a betegnek alkalma legyen a hallottakat feldolgozni, döntését meghozni, melyet a kérelem és beleegyező nyilatkozat aláírásával hitelesít. Nem rutinszerűen, de adott esetben, a témában jártas pszichológus vagy pszichiáter bevonását is biztosítani kell. Ugyancsak nőgyógyászati pszichológiai szempontok is érvényesülnek, amikor az akut és krónikus félelemfájdalom csökkentésére egyénre szabott anesztéziát alkalmazunk.

Az utóbbi évtizedek orvostudományát, különösen a műtétes terápiát egyre inkább a technológiai forradalom irányítja. A műszaki konstruktőrök mind tökéletesebb és „minimálisan invazív” beavatkozások végzésére alkalmas eszközökkel lepik el és meg a piacot, a fejlődéssel lépést tartani akaró orvosok pedig nehezen tudnak ellenállni az egyre nagyobb bravúrnak számító operatív kihívásoknak. Manapság már minden nőgyógyászati műtétet el lehet végezni **laparoscopos** úton is, ugyanakkor a beteg iránt felelősséget érző gyakorló orvosnak tudnia kell, hogy azért mert valamit el lehet végezni, az nem jelenti azt, hogy azt el is kell végezni. A laparoscopia előnyének szoktuk felhozni a hasfalon végzett kis metszéseket, ugyanakkor a műtét órákkal tovább tarthat, mint a laparotomia. A technika diktálta laparoscopia térhódításának lázában égő operatőrök lassan elfelejtik, hogy a laparotomiát döntő többségében ma már nem alsó median, hanem suprapubicus haránt (Pfannenstiel-) behatolásból végezzük. Vajon mi jelent a beteg számára nagyobb megterhelést, illetve veszélyt, a több órás intratrachealis narcosis vagy a hasán 1 cm-es incisiók helyett egy 7 cm hosszúságú, a műtét után a mons pubis szőrzete

által elfedett Pfannenstiel-metszés? Nem egy nőbeteggel találkoztam már, aki kozmetikai szempontból ezt előnyösebbnek ítélte, mint a köldök és a mons pubis közötti hasfelület különböző pontjain gyógyuló hegeket. Ne akkor érezzünk büntudatot, amikor valamit nem laparoscoppal oldottunk meg, hanem akkor, ha nem adtuk meg a betegnek a választás lehetőségét, hogy megfelelő felvilágosítás után dönthessen a laparotomia és a laparoscopia kérdésében. A szakmai szempontok és a beteg érdekeinek szem előtt tartásával a beteg kérését mindig tiszteletben kell tartani, és ha képességünket és lehetőségünket meghaladó igényről van szó, akkor mások szakmai segítségét kell kérnünk.

Amennyiben **laparotomia** mellett döntünk, nagyon fontos a metszés irányának és hosszának a meghatározása. Különböző jelöléseket célszerű alkalmazni, hogy a metszés eleve egyenes, és a test fő vonalaival párhuzamos vagy azokra merőleges legyen. A legtöbb nőgyógyászati műtétet, beleértve a császármetszéseket is, a symphysis felett 2 harántujjal vezetett, a Pfannenstiel által leírtnál hosszabb suprapubicus haránt metszésből végezzük. Nem íveljük a metszést, hanem a median vonalára merőlegesen vezetett egyenes behatolást részesítjük előnyben. A sebzés legalább olyan fontos, mint a behatolás. Ennek lényege, hogy rétegenként történjék, az eredeti szövetszélek lehetőleg ismét találkozzanak. A bőrszéleket finom fonalakkal kell egyesíteni, különösen szép kozmetikailag az intracutan tova futó varrat utáni heg. A beteg hasfalát látva, sok sebészeti osztályon hazánkban nem törődnek a női test szépségének megőrzésével. „Megnézem a heget és megmondom, hogy milyen ember operálta a beteget”. Kivétel a keloid.

Különösen igaz ez, ha valakinek a gátját és a hüvelyét vizsgáljuk. Az igénytelenül varrt episiotomia vagy ruptura hegesen torzult gátat eredményezhet, mely nemcsak esztétikailag visszatetsző, hanem a hímvessző teljes értékű és mértékű befogadását sem teszi lehetővé, így a szexuális örömszerzést megrontja és nem egy meglazult, vagy tönkrement szerelmi kapcsolatnak a forrása. Ha igénytelenül gyógyult gáttal találkozunk, szakmai kötelességünk a **gátplasztika** (hátsó hüvelyfali plasztika) felajánlása és igény szerint annak elvégzése. Egy megfelelő nőgyógyász által gondozott nő a szülései után is teljesértékű nő marad, s ennek része a vonzó hüvelybemenet és a jól funkcionáló hüvely is.

## **Leiomyoma uteri: hysterectomy vagy myomectomy?**

A reproduktív éveikben levő nők 25-30 %-ában találkozhatunk myomával, melyek 80 %-a tünetet nem okoz, ugyanakkor gyakran a meddőség vagy a habitualis vetélés okai lehetnek, ezért kezelésük indokolt [2, 19]. Ezen kívül akkor jön szóba sebészi megoldás, ha azt menorrhagia, kismedencei fájdalom (többnyire myomanecrosis vagy subserosus myoma kocsánycsavarodása következtében), a környező szervek (húgyhólyag, bél stb.) kompressziója vagy a myoma gyors növekedése indokolja. A megoldás hysterectomy vagy myomectomy (myomaenucleatio) lehet [1]. A kettő aránya jelenleg az USA-ban 10:1, ott évente 175000 hysterectomiát végeznek [3, 29]. Magyarországon a helyzet még rosszabbnak ítéltető, mivel alig történnek myomectomiák, illetve sok osztályon még mindig az a régi szemlélet uralkodik, hogy amennyiben a myomectomy során a méhűr megnyílik, akkor hysterectomiát kell végezni. Pedig a myomectomy révén a méh és ezáltal a reproduktív képesség megmenthető, sőt nem egy esetben ez ad esélyt a korábban infertilis nőnek, hogy gyermeke születhessék. A myomectomiát követően igen jó mind a fogamzási, mind a terhesség kiviselési arány [25]. Az előbbi 50-70 %, az utóbbi 40-50 %. Az is előfordul, hogy bár terhességet a beteg már nem kíván, mégis ragaszkodik a méhéhez, mert lelkiileg megviselné a csonkolás tudata [30].

A császármetszéssel egyidejűleg végzett myomectomiát illetően az a szakmai álláspont, hogy csak a metszés vonalába eső, az eltávolítás szempontjából kedvező helyzetű gócot vagy a necrosis veszélyével fenyegető myomákat javasolt kiágyazni, az intramuralis myomagócokat néhány hónappal később, a gyermekágyi involutio befejezése után újabb laparotomia során célszerű eltávolítani [31].

Egyre inkább terjed a nők körében az az igény, hogy a leiomyoma uteri esetén – ha lehetséges – akkor hysterectomy helyett csak myomectomiára kerüljön sor. Ezért az utóbbi években minden igyekezetünkkel azon vagyunk, hogy a nők számára leiomyoma diagnózisa esetén megadjuk a választás lehetőségét a hysterectomy és a myomectomy között. Akár akar a nőbeteg terhességet, akár nem, ha kéri, megpróbáljuk kizárólag myomectomiával orvosolni problémáját, ha egyéb elváltozás a

hysterectomiát nem indokolja. Saját gyakorlatomban **laparotomiás myomectomia** végzésében szereztem a legnagyobb tapasztalatot [16, 17, 18, 30]. Ennek során a külső kozmetikai szempontokat és a rövid műtéti időtartam előnyeit kihasználva, amennyiben a méhűr megnyílik, a metroplastica során alkalmazott technikával végezzük a myomectomiát [25, 33]. A postoperatív transcervicalis drainage-t klinikánkon minden esetben 10 napig alkalmazzuk, megelőzve a haematometrát, a postoperatív uterinalis adhaesiókat, az infectiót (lázat) és a sebdehiscentiát, biztosítva a per primam gyógyulást [30].

Ha a beteg fiatal és szeretne terhességet vállalni, vagy egyszerűen érzelmi okok miatt ragaszkodik a méhéhez, részletes felvilágosításban kell részesíteni, melynek ki kell térnie a hysterectomia lényegére, a következményekre és az esetleges szövődményekre, valamint a myomectomia realitására és a myoma kiújulási esélyére. A beteg a felvilágosítás birtokában dönt és kérheti az operatórt, hogy kísérelje meg a myomaenucleatiót, illetve írásban is hozzájárul, hogy amennyiben ez a nyitott hasnál látott kép alapján szakmailag nem lehetséges vagy ha rosszindulatúságra van gyanú, akkor hozzájárul a hysterectomia végzéséhez. Ha a nőgyógyász úgy ítéli meg, hogy a myomectomiát nagy valószínűséggel nem fogja tudni elvégezni, akkor köteles a beteg figyelmét felhívni olyan intézményre, illetve operátorra, aki a myomectomia végzésében nagy tapasztalattal rendelkezik. Sajnos nem egy esetben végeztem myomectomiát olyan betegen, akiket más kórházban operáltak (nyitották meg a hasát), de érdemi műtétet nem tudtak végezni.

### **Myomectomia laparotomia útján**

A myomectomia az uterus megőrzése céljából az 1930-as években Bonney munkásságával kapott lendületet, és valószínűleg ma is igaz a megállapítása, miszerint a myomectomia elvégzése nagyobb sebészi teljesítmény, mint a hysterectomiáé, továbbá, hogy sem a myomák száma, sem nagysága nem lehet akadály egy tapasztalt operátor számára [4].

A myomás uteruson általában verticalis incisio a legmegfelelőbb, hogy a tubasérülést és az a. uterina átvágását elkerüljük. Egy metszésből gyakran több góc is kiágyazható. Ha a myoma lateralis irányban helyezkedik el, akkor az oldalirányból futó

ereződéssel párhuzamosan kell metszeni. Az uterus hátsó falát tanácsos elkerülni, az adhaesioképződés megelőzése céljából. Az a lényeges, hogy minél kevesebb legyen a serosametszés. A myoma kihámozása során fontos, hogy a pseudocapsulán a metszésnek át kell hatolnia, egyébként értékes izomszövetet is eltávolíthatunk és nagy vérzést kaphatunk. Az intraoperatív vérzést lokális készítménnyel (pl. POR-8, vasopressin) lehet mérsékelni. A myometriumot lehetőség szerint meg kell kímélni. A myoma környezetében látott izomhypertrophia a myomectomy után 3-6 hónap után visszafejlődik. Ez ultrahangvizsgálattal nyomonkövethető.

Intraoperatív nehéz megítélni és kizárni a leiomyosarcoma lehetőségét, a fagyasztott metszet értékelése nehéz. A GnRH-agonista kezelés mindenesetre nincs befolyással a myoma anatómiai szerkezetére (fibrosis, sejttypia, mitoticus aktivitás), ezért a szövettani értékelést nem befolyásolja [21].

A myomák eltávolítását követően előbb csomós 4-0 vagy 5-0 felszívódó öltésekkel az endometriumot kell zárni, hogy ne evertálódhasson. (Az endometrium azonosítását elősegíti a méhűrbe fecskendezett festékoldat pl. metilénkék vagy indigókarmin, amely szelektíven színezi a méhnyálkahártyát). A myomaágyakat 2-0 vagy 3-0 felszívódó fonallal pl. Vicryl vagy Deson), szükség esetén több rétegben csomós vagy dohányzacskó öltéssel zárjuk. A fő metszésvonal ellátására tova futó varratsort használunk, hogy csökkentjük a posztoperatív adhaesiók kialakulásának lehetőségét. Fontos a serosa megfelelő összefektetése. Szükség esetén a kimaradt részeket 4-0 vagy 5-0 öltésekkel zárhatjuk. A sebet Surgical (Interceed) hálóval (felszívódó haemostaticus cellulózmembrán) fedjük. A megfelelő zárás előfeltétele annak, hogy ne keletkezzék uteroperitonealis fistula vagy méhfalruptura [9, 20, 22]. Ha a méhűr megnyílt, érdemes perioperatív antibiotikus kezelést alkalmazni.

Jóllehet, kisebb metszéssel járó myomectomy után fotant terhességben a dehiscentia veszélye miatt nem feltétlenül indokolt császármetszés, mégis függetlenül attól, hogy a myomectomy során megnyílt-e a méhűr vagy sem, a többnyire terhelő anamnézis miatt császármetszés végzése részesítendő előnyben [11].

A myomectomy szövődményei közé tartozik a nagyobb vérvesztés és a posztoperatív adhaesioképződés, amely

bélobstructióhoz is vezethet [40]. Ezért a beteget műtét előtt tájékoztatni kell a nagyobb vérvesztés és az esetleg szükségessé váló vértranszfúzió, illetve a hysterectomia lehetőségéről, valamint az intraabdominalis adhaesioképződés esetleges szövődményeiről. Az abdominalis myomectomiák 20 %-ában van szükség transzfúzióra [27]. Hysterectomiára akkor kell áttérni, ha nincs mód funkcióképes uterusreconstructióra, vagy ha nagy a vérvesztés, bár ez utóbbi kétoldali a. hypogastrica ligaturával uralható [32].

*Tulandi és mtsai* [41] hat héttel a myomectomia után laparoscoppal ellenőrizték az összenövések gyakoriságát, és azt találták, hogy az uterus hátsó falán ejtett metszés után 94 %-ban, a mellső fal suturájával összefüggésben pedig 55 %-ban fordult elő adnexumadhaesio. A hyaluronsavtartalmú membránnal történő sebfedés felére csökkentette a mellső uterusfali összenövések számát, de nem befolyásolta a hátsó faliakét [8].

Myomectomia után 10-50 %-ban lehet számítani a myoma ismételt megjelenésére [1]. Érdekes módon a recurrens myomák csaknem mindig tünetmentesek. Figyelemreméltó, hogy a myoma gyakrabban újul ki, ha a sebészi beavatkozás előtt a beteg GnRH-agonista kezelést kapott [14].

## **Myoma és myomectomia terhességben**

Az esetek többségében a terhesség és a szülés lefolyása a myomás uterus mellett is zavartalan. Gyakran függetlenül a myomák eredeti méretétől, a magas oestrogenszint ellenére a myomás méretükben csökkennek, degenerálódnak és fájdalmassá válhatnak. Ultrahanggal echoszegény foltok láthatók bennük. Terhesség alatt tehát a myoma elsősorban nem hormonális, hanem vérellátási befolyás alatt áll.

Myomával szövődött terhességben gyakoribb a korai lepényleválás, a kismencedei fájdalom, a koraszülés és a fenyegető vetélés [13]. A terhesség alatti myomectomia régebbi tanulmányokban 30-40 %-ban vetéléshez vezetett [6, 15]. Ma már jobbák az eredmények [5], de továbbra is komoly vérzéssel vagy fertőzéssel járhat a császármetszéssel egyidejűleg végzett myomectomia [13]. Nemrégiben egy terhesség 24. hetében oligohydramniont, kényszertartást és kezdődő keringéscentralisatiót okozó ökölnyi, necrotizáló intramuralis myomást hámoztunk ki a

terhes méh falából. Ennek hatására az intrauterin magzat állapota normalizálódott és terminusban érett súlyú magzat született.

A császármetszéssel egyidejűleg végzett myomectomiát illetően az a szakmai álláspont, hogy csak a metszés vonalába eső, az eltávolítás szempontjából kedvező helyzetű gócot vagy a necrosis veszélyével fenyegető myomákat javasolt kiágyazni, az intramuralis myomagácokat néhány hónappal később, a gyermekágyi involutio befejeződése után újabb laparotomia során célszerű eltávolítani [30, 31].

### **Transcervicalis myomectomia**

Régóta ismert, hogy submucosus peduncularis myomák vaginalis myomectomia révén könnyen eltávolíthatók, az „in statu nascendi” myomák könnyen lecsavarhatók. A még nem mutatkozó myomák esetén cervixtágítás ajánlott. Ezt követően fogóval és ollóval a művelet befejezhető. Szövődményei a vérzés, a méhnyaksérülés következményes cervicalis incompetenciával, méhfalperforatio, postoperatív infectio, igen ritkán uterusinversio.

A kocsányon függő (*peduncularis*) myomával szemben megkülönböztetünk széles alapon ülő (*sessilis*) submucosus myomát. Ezeket általában nem ép endometrium fedi, ezért a superficialis vékonyfalú erek igen sérülékenyek, vérzést okozhatnak. Az aszimmetrikus uterusüreg miatt a méhizomzat contractiója nem képes haemostasist biztosítani, ezért elhúzódó vérzéssel járhat. Ezenkívül kismencedei fájdalmat, dysmenorrhoeát okozhat és az implantatio akadályozottságához vezethet. Ezek miatt a submucosus myomák eltávolítása mindig tanácsos.

**Hysteroscopos úton** olló, resectoscop (unipolaris cauterhurok) és fiberlaser (Nd:YAG) alkalmazása jön szóba [42]. Az operatív hysteroscopia során fellépő szövődmények: méhnyaksérülés, méhfalruptura, distendáló folyadékkal való túltöltés. A myomaresectio után a méhüreg repithelisatiója érdekében hormonális stimuláció mérlegelendő.

*Wamsteker és mtsai* [42] 51 esetben kezeltek vérzést okozó submucosus myomát hysteroscopos úton és 48 esetben a resectióval sikeresen szüntették meg a vérzés forrását. *Derman és mtsai* [7] anyagában 94 esetben végzett resectoscopos megoldás után évekkel 25 %-ban lépett fel ismét vérzészavar és ezek fele



igényelt ismételt sebészi megoldást. Az inkomplett resectio után természetesen nagyobb eséllyel kell számolni a panaszok kiújulására.

Submucosus myoma hasi műtét során metroplasticaszerűen is eltávolítható [30].

### **Laparoscopos myomectomia**

A subserosus és intramuralis myomák nemcsak laparotomiával, hanem laparoscopos úton is eltávolíthatók [34]. Ennek lépései a haemostaticus oldat (vasopressin) lokális injekciója, monopolaris electrocoagulatio révén enucleatio, vérzéscsillapítás, laparoscopos sutura, a szövetdarab eltávolítása a hasüregből, az adhaesiók megelőzésére a sebfelszín beborítása cellulose vagy politetrafluoroethylene hálóval.

Az elvékonyodott méhfal érdemi reconstructiója jelenleg laparoscopia útján többnyire nem lehetséges, ezért előnyösebb laparotomia útján végezni az intramuralis myomectomiát. Laparoscopos úton végzett salpingectomia után az uterus falának dehiscentiájával terhesség alatt már magam is találkoztam [24].

A laparoscopia veszélyei: légembolia, vérzés, uterusfal-dehiscentia, fistulaképződés, méhfalruptura, műtét utáni adhaesioképződés [9, 20, 22]. A sarcoma lehetősége 0,1-1 %, ezért a szövettani feldolgozással nem járó beavatkozások során ezek időben történő kezelése késedelmet szenvedhet.

A myomectomia alternatívájaként javasolják újabban az arteria uterinák bilateralis embolisatióját [36]. A hatékonyság megítéléséhez további tanulmányokra van szükség.

### **Chrobak-féle supravaginalis amputatio**

A méhtestre lokalizálódó, benignus elváltozások operatív kezelésére a *Chrobak* által leírt műtét lényege a méhtest hasüregi részének eltávolítása a cervicalis csomó megőrzésével [31]. Kidolgozásának fő motivációja bevallottan a műtét legigényesebb, szövődmények szempontjából legfenyegetettebb részének elkerülése és időnyereség volt egy olyan korban, amikor a műtét objektív feltételei (anesztézia, transzfúzió, antibiotikumok) a mainál

lényegesen szerényebb szinten vagy egyáltalán nem álltak rendelkezésre.

Mivel egyes nézetek szerint a méhnyak a női orgazmus zavartalanságához szükséges, különösen a szervkímélő/megtartó szemlélet korában a supravaginalis uterusamputatio a nyugati államokban reneszánszát éli [26, 37]. Mivel a műtét nem jár a vagina megnyitásával, előnyként szokták felhozni a hüvelyboltozat struktúrájának megőrzését.

Tekintettel a műtét lényegesen egyszerűbb (igénytelenebb) voltára, érthető, hogy laparoscopos úton történő végzésének is akadnak hívei. A Semm-féle „klasszikus” laparoscopos hysterectomia tulajdonképpen supravaginalis amputatio, melynek egyetlen pozitívuma, hogy a portiocsonk malignomáinak megelőzése érdekében henger formájában eltávolítja a cervicalis csatornát és az azt környező szövetet [38].

A szexuális működés megőrzésében játszott előnyös szerepe mellett szóló érvek nem meggyőzőek, sőt vannak arra utaló közlemények, melyek szerint megfelelő pszichés felkészítéssel a teljes hasi méhkiirtás vélt hátrányos pszichés következményei teljes egészében kivédhetők [12].

Ugyanakkor a portiocsonk visszahagyása miatt a cervixcsonkban később fellépő malignus elváltozások gyakorisága megfelel az intact uterusban előfordulókének, kezelésük azonban az előrement hasműtét miatt technikailag eleve nehezebb [35]. Ez önmagában nem meglepő, helyesen értelmezve azonban annyit jelent, hogy műtét történt egy benignus eltérés kezelése érdekében, nem csökkentve, sőt rontva egy későbbi malignus folyamat kilátásait!

A Chrobak-féle operáció egyetlen nyilvánvaló előnye gyorsabb végrehajthatósága, ami a mai műtéti időtartamok mellett azonban csak csekély időnyereséget jelent [37].

Mindezek alapján elfogadható ugyan, hogy egy olyan egészségügyi kultúrájú társadalomban, ahol a „consumer driven” – azaz a fogyasztó (!) által preferált – indikációk [28] létjogosultságot nyertek, a supravaginalis hysterectomiának szerepelnie kell minden nőgyógyászati intézet műtéti „kínálatának” palettáján, nehéz azonban eltagadni azt az érzést, hogy választásában a totalis hysterectomiában kevésbé jártas operatőrök fognak élen járni.

A méhtest amputációját teljes méhkiirtás helyett abban a ritka esetben tanácsoljuk, ha a beteg súlyos általános állapota miatt a daganatos vagy gyulladós szövetben történő tájékozódás és preparálás nehézségeiből adódó időveszteség elkerülése perdöntő lehet. Minden egyéb javallat felállítása esetén a supravaginalis amputatio elengedhetetlen feltétele a cervix pathológiás elváltozásainak biztos kizárása (praeoperatív colposcopia, citológia, cervixcurettage).

Meggyőződésem szerint a Chrobak-műtét, bármennyire is szeretnék egyesek, különösen a postpartalis hysterectomia végzésében kevésbé tapasztalt operatórok a hysterectomia alternatívájaként „elfogadtatni”, csak a korábban ismertetett ritka esetekben jön szóba. A szakszerűen végzett hysterectomia során a függesztőszalagok felhasználásával végzett csonkfixatio nem zavarja meg a hüvelyboltozat architektúráját, és csak igen ritkán fordul elő postoperatív csonkgennyedés. Saját tapasztalataim szerint megfelelő praeoperatív pszichés felkészítés esetén a hysterectomia nem okoz zavart a szexualitásban.

A beteg lelkiállapotát és önértékelését a műtét szükségessége mindenképpen megzavarja. Ennek súlyosságát nem az határozza meg, hogy az egész méhet, vagy csak annak a testét távolítjuk el, hanem az, hogy hogyan beszélünk a beteggel, hogyan ismertetjük vele a műtét részleteit és főleg az ettől várható előnyöket, és hogy milyen meggyőző az érvelésünk a műtétnek a szexualitásra gyakorolt hatását illetően. Ha jól tudunk operálni, és sok gyógyult beteg kedvező tapasztalatát bírjuk, akkor nyugodtan állíthatjuk, hogy a műtét nem lesz hatással a szerelmi kapcsolatra, a férfitárs partner „semmi változást nem fog tapasztalni”, sőt ha sikerül a beteget megnyernünk, aggodalmát oldanunk, akkor ő sem fog hátrányokat elszenvedni. Az évenkénti ellenőrző vizsgálatok során módunk van a szexuális életre is rákérdezni, s az esetleges panaszokat orvosolni. Ha a beteg eleve nem jár hozzánk vissza „kontrollra”, lehet, hogy rosszul sikerült műtétjét időközben máshol korrigálták. A nem sikerült hysterectomia után a betegnek tényleg rosszabb, sőt elviselhetetlenné válhat a házasesete. Aki nem képes szépen és jól operálni, az könnyen tönkretelheti a betege életét.

Ha a méhtest teljes egészének az eltávolítása indokolt, nem támogatjuk a méhnyaknak, mint a gyulladásra és daganatképződésre egyik leginkább hajlamos szervnek (vírus

reservoir-nak) a konzerválását. Álláspontunkat a legújabb közlések is alátámasztják, miszerint a cervix nem szükséges a szexualitás zavartalanságához [10, 43].

Összefoglalva megállapítható, hogy a méhtestre lokalizálódó, benignus elváltozások esetén is előnyösebb a teljes méhkiirtás választása a supravaginalis csonkolás helyett, hiszen

- a funkcionális anatómiai szituáció kifogástalanul helyreállítható;
- nincs bizonyíték a szexuális működések műtétet követő károsodására;
- definitív módon megelőzi a cervixcarcinoma kialakulását;
- megszűnik a fertőző ágensek számára jó táptalajt nyújtó cervicalis hámmal bélelt csonk.

### **A méh fejlődési zavarai**

A méh fejlődési zavarainak a felismerésére sok esetben a vágyott anyaság traumatizációja (infertilitás, vagy vetélés) után derül fény. Bizonyos esetekben az asszony uterus bicornis mellett is képes a reprodukcióra, azonban más esetekben, más rendellenesség (uterus septus vagy subseptus) fennálltakor vagy nem esik teherbe, vagy lehetetlen a terhesség kiviselése, arról nem beszélve, hogy az állapot méhrepedéshez is vezethet.

A habitualis vetélést okozó, hysterosalpinographiával és/vagy ultrahangvizsgálattal igazolt uterus septus, vagy subseptus műtéti megoldása a metroplastica. A műtéttel kialakított méhállapot lehetővé teszi a terhességet és annak kiviselését. A teherbeesés a műtétet követő harmadik menstruációs ciklus után javasolt, a terhességet a terminus előtt 1-2 héttel császármetszéssel tanácsos befejezni [33].

### **A petefészekszövet megőrzése**

Még az onkológiában is tért hódít a szervkímélő sebészet, hiszen minél nagyobb a visszahagyott ép szerv/szövet és annak funkciója, annál inkább segíti a fizikális és a lelki felépülést és rehabilitációt, pedig az onkológiában ez a gyakorlat bizonyos mértékű kockázattal jár. A jóindulatú ovariumtömlők és daganatok miatt végzett resectiók (és nem ovariectomiák!) a szervmegőrző nőgyógyászati

sebészet legszebb példái. Ennek széleskörű bevezetéséhez szemléletváltásra és a műtéti felkészültség javítására van szükség. Szerencsére mára már a legtöbb gyermeksebész is megértette, hogy az újszülött petefészektümlőjét nem szabad adnexectomiával eltávolítani.

Az ovarium jóindulatú daganatainak műtéti megoldásában laparoscopos vagy laparotomiás módon a daganat kihámozása, a legkisebb szövetroncsolás mellett a ma elvárható rutin műtéti gyakorlat. Erre nemcsak a reprodukciós képesség, de a hormonháztartás biztosítása szempontjából is szükség van.

Amennyire az ovarium erre alkalmas, magasra helyezése és fixálása (a postoperatív sugárkezelés okozta károsodás elkerülése miatt) a reprodukciós korban lévő, rosszindulatú cervixcarcinoma műtéte, a kiterjesztett méheltávolítás (Wertheim műtét) során is kívánatos a hormonegyensúly megtartása céljából [39].

Az ovarium működése a hormonháztartás egyensúlyán keresztül befolyásolja az idegrendszer működését és a libidót. A műtéti megoldásoknál cél, hogy ne csak betegségmentességet, de teljes értékű női élet folytatását segítsük elő.

\*

Témaválasztásommal az volt a célom, hogy a *szervkímélő és szervmegőrző* nőgyógyászati sebészet lehetőségeiről írjak. A myomectomy a hysterectomy alternatívájaként megkíméli az uterust és biztosítja annak funkcióját. Még az onkológiában is tért hódít a szervkímélő sebészet, hiszen minél nagyobb a visszahagyott (szövet) és annak funkciója, annál inkább segíti a fizikális és psychés felépülést és rehabilitációt, pedig az onkológiában ez a gyakorlat bizonyos mértékű kockázattal jár. A myoma solitaer eltávolítása a hysterectomiával szemben – a jóindulatú ovariumtümlők és -daganatok miatt végzett resectiók (és nem ovariectomiák!) esetei mellett – a szervmegőrző nőgyógyászati sebészet legszebb példája. Ennek széleskörű bevezetéséhez szemléletváltásra és a műtéti felkészültség javítására van szükség. A myomectomiát szükség esetén metroplasticával kiegészítve napjainkban a legtöbb szülész-nőgyógyász szakorvosnak el kell tudnia végezni.

Minden szülész-nőgyógyász „rémálma”, ha szülés, vagy műtét kapcsán váratlan, heves vérzés lép fel. A shockos állapothoz vezető

kismedencei vérzés csillapításában az egyik vagy mindkét oldali arteria hypogastrica lekötése rendkívül hasznos, ezért ennek technikáját minden önálló felelősséggel dolgozó nőgyógyásznak ismernie kell. A hypogastrica ligaturája nemcsak a beteg életét, hanem az egyébként eltávolításra ítélt méhet is gyakran megmentheti. Sőt az így megmentett méhben fogant terhesség zavartalanul kiviselhető, és a ligaturát követő vérellátási átrendeződés a szülés folyamatát sem befolyásolja [32].

## Irodalomjegyzék

1. Acien P, Quereda R (1966): Abdominal myomectomy: results of a simple operative technique. *Fertil Steril* 65, 41-51.
2. Berkeley AS, DeCherney AH, Polan ML (1993): Abdominal myomectomy and subsequent fertility. *Surg Gynecol Obstet* 156, 319-322.
3. Bieber EJ, Maclin VM (ed): *Myomectomy*. Blackwell Science, Malden, 1998.
4. Bonney V (1931): The technique and result of myomectomy. *Lancet* 1, 171-177.
5. Burton CA, Grimes DA, March CM (1989): Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol* 74, 707-709.
6. Davids AM (1952): Myomectomy: surgical technique and results and a series of 1150 cases. *Am J Obstet Gynecol* 63, 592-604.
7. Derman SG, Rehnstrom J, Neuwirth RSRS (1991): The long-term effectiveness of hysteroscopic treatment of menorrhagia and leiomyomas. *Obstet Gynecol* 77, 591-594.
8. Diamond MP (1996): Reduction of adhesions after uterine myomectomy by Seprafilm membrane (HAL-F): a blinded, prospective, randomized, multicenter clinical study. *Fertil Steril* 66, 904-910.
9. Dubuisson JB, Chavet X, Chapron C, Gregorakis SS, Moricc P (1995): Uterine rupture during pregnancy after laparoscopic myomectomy. *Hum Reprod* 10, 1475-1477.
10. Editorial (2004): Female sexuality does not need an uterine cervix: no need for subtotal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 83, 119-120.

11. Egwuatu VE (1989): Fertility and fetal salvage among women with uterine leiomyomas in Nigerian teaching hospital. *Int J Fertil* 34, 341-346.
12. Eicher W (1994): Total and subtotal hysterectomy . Psychosexual aspects. *Arch Gynecol Obstet* 25, 359-366.
13. Exacoustos C, Rosati P (1993): Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 82, 97-101.
14. Fedele L, Parazzini F, Luchini L, Mezzopane R, Tozzi L, Villa R (1995): Recurrence of fibroids after myomectomy: a transvaginal ultrasonographic study. *Hum Reprod* 10, 1795-1796.
15. Finn WF, Muller PF (1950): Abdominal myomectomy special reference to subsequent pregnancy and reappearance of fibromyomas of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 60, 109-116.
16. Gávai M, Berkes E, Lázár L, Fekete T, Takács F.Z, Urbancsek J, Papp Z (2007): Factors affecting reproductive outcome following abdominal myomectomy. *J Assist Reprod Genet* 24, 525-531.
17. Gávai M, Berkes E, Fekete T, Lázár L, Takács F.Z, Papp Z (2008): Analysis of perioperative morbidity according to whether the uterine cavity is opened or remains closed during abdominal myomectomy. Results of 423 abdominal myomectomy cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 35, 107-112.
18. Gávai M, Hargitai B, Váradi V, Belics Z, Csapó Zs, Hajdú J, Hauzman E, Berkes E, Papp Z (2008): Perinatally diagnosed fetal brain injuries with known antenatal etiologies. *Fetal Diagn Ther* 23, 18-22.
19. Gehlbach DL, Sonsa RC, Carpenter SE, Rock JA (1993): Abdominal myomectomy in the treatment of infertility. *Int J Gynecol Obstet* 40, 45-50.
20. Golan D, Aharoni A, Goncn R, Boss Y, Sharf M (1990): Early spontaneous rupture of the post myomectomy gravid uterus. *Int J Gynecol Obstet* 31, 167-170.



21. Gutman JN, Thoruton KL, Diamond MP, Carcangiu ML (1994): Evaluation of leuprolide acetate treatment on histopathology of uterine myomata. *Fertil Steril* 61, 622-626.
22. Harris WJ (1992): Uterine dehiscence following laparoscopic myomectomy. *Obstet Gynecol*, 80, 545-546.
23. Herczeg J (1997): High-risk obstetrics, medicolegal problems. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 71, 181-185.
24. Inovay J, Marton T, Urbancsek J, Kádár Z, Altdorfer K, Papp Z (1999): Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester after bilateral laparoscopic salpingectomy and in vitro fertilization. *Hum Reprod*, 14, 2471-2473.
25. Inovay J, Papp Cs, Tóth-Pál E, Urbancsek J, Papp Z (1999): Twin delivery after myomectomy, in vitro fertilization, and embryo reduction in an infertile woman. *J. Maternal- Fetal Med* 8, 200-202.
26. Kikku P, Gronroos M, Hirvonen T, Rauramo L (1983): Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 62, 147-152.
27. LaMorte A, Lalwani S, Diamond MP (1993): Morbidity associated with abdominal myomectomy. *Obstet Gynecol* 82, 897-900.
28. Nathorst-Boos J, Fuchs T, Von Schoultz B (1992): Consumer's attitude to hysterectomy: The experience of 678 women. *Acta Obstet Gynecol Scand* 71, 230-234.
29. Nowak RA (1999): Fibroids pathophysiology and current medical treatment. *Baillière's Clin Obstet Gynecol*, 13, 223-238.
30. Papp Z (2001): Leiomyoma uteri: hysterectomia vagy myomectomia? *Orvosképzés*, 76, 20-26.
31. Papp Z (szerk) (2009): A szülészet-nőgyógyászat tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest.

32. Papp Z, Sztanyik L, Szabó I, Inovay J (1996): Successful pregnancy after bilateral internal iliac ligation monitored by color Doppler imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol* 7, 211-212.
33. Papp Z, Tóth Z, Csécsei K (1986): Ultrasound surveillance of pregnancies after metroplasty for septate uterus. *Zbl Gynaekol* 108, 1307-1311.
34. Parker WH (1995): Myomectomy: laparoscopy or laparotomy. *Clin Obstet Gynecol* 38, 392-400.
35. Petersen LKY, Mamsen A, Jakobsen A (1992): Carcinoma of the cervical stum. *Gynecol Oncol* 46, 199-202.
36. Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru-Vgneron N, Bouret JM, Houdart E, Aymard A, Merland JJ (1995): Arterial embolization to treat uterine myomata. *Lancet* 346, 671-672.
37. Ruoss CF (1995): Supravaginal hysterectomy – a less invasive procedure. *J. Obstet Gynaecol* 15, 406-409.
38. Semm K (1991): Hysterectomy via laparotomy or pelviscopy. A new cash method without colpotomy. *Geburtshilfe Frauenheilk* 51, 996-1003.
39. Sipos N, Szánthó A, Csapó Zs, Bálega J, Demeter A, Papp Z (2002): A petefészkek transzpozíciója méhnyakrák miatt végzett radikális méheltávolítás során. *Orv Hetil* 143, 189-192.
40. Stricker B, Blanco J, Fox HE (1994): The gynecologic contribution to intestinal obstruction in females. *J Am Coll Surg* 178, 617-620.
41. Tulandi T, Murray C, Guralnick M ((1993): Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second-look laparoscopy. *Obstet Gynecol* 82, 213-215.

42. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruif JH (1993):  
Transcervical hysteroscopic resection submucous fibroids  
for abnormal uterine bleeding:  
results regarding the drainage of intramural extension.  
Obstet Gynecol 82, 736-740.
43. Zobbe V, Gimbel H, Andersen BH, Filtenborg T, Jakobsen K,  
Sorensen HC, Toftager-Larsen K, Sidenius K, Moller N,  
Madsen EM, Vejtorp M, Clausen H, Rosgaard A, Gluud C, S.  
OttesenB, Tabor A. (2004):  
Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy.  
Acta Obstet Gynecol Scand 83, 191-196.