

Bölüm 45

Abdominal Histerektomi

Dr. Ömür ERDEN

Histerektominin uzun ve farklı bir tarihi vardır. Bazı kaynaklarda histerektominin Hipokrat döneminde yapıldığı yazmakta olup 19. Yüzyıla kadar histerektomi tekniğinde önemli bir gelişme olmamıştır. İlk tanımlanan abdominal histerektomi 1825’ te Lagenbeck tarafından yapıldı. İlerleyen servikal kanser nedeniyle 7 dakika süren yaptığı bu operasyon hastanın birkaç saat içinde ölümüyle sonuçlandı (Jones III HW, 2003, p.799).

“Histerektomi (uterusun cerrahi olarak çıkarılması) abdominal, vajinal ya da laparoskopik olarak yapılabilir. Abdominal histerektomi laparotomi vasıtasıyla uterusun çıkartılması demektir. Ya total histerektomi (serviks dahil uterusun çıkartılması) subtotal histerektomi (serviks hariç uterusun çıkartılması, supravescikal) yapılabilir. Overler histerektomi sırasında çıkarılabilir ya da çıkarılmayabilir. Bu durum hasta tercihine, cerrahın yaklaşımına - teknik uzmanlığına ve bazı klinik durumlara bağlıdır.

Histerektomi vajinal, abdominal, laparoskopik olarak ya da robotik cerrahi ile yapılabilir. Bu dört yaklaşımdan ikisi kombine edilerek te yapılabilir. Örneğin laparoskopik asiste vajinal histerektomi ya da laparoskopik histerektomi ile mini laparotominin kombine edilmesiyle peritoneal kaviteden uterin dokuların çıkarılması şeklinde olabilir. Histerektomi endikasyonlarını 5 geniş kategoride belirleyebiliriz.

1. Uterin myomlar
2. Anormal uterin kanama
3. Pelvik organ prolapsus
4. Pelvik ağrı ya da enfeksiyon (örneğin endometriozis, pelvik enflamatuvar hastalık)
5. Malign ve premalign hastalık (Stovall TG, Up To Date 2019).

Daha ayrıntılı baktığımızda histerektomi için endikasyonlar benign ve malign hastalıklar ayrımı ile tablo 1’ de görülmektedir.

Tablo 1. histerektomi için endikasyonlar

Benign Hastalıklar	Malign Hastalıklar
Anormal kanama	Servikal intraepitelial neoplazi
Leiomyoma	İnvaziv servikal kanser
Endometriozis	Atipikal endometrial hiperplazi
Pelvik organ prolapsus	Endometrial kanser
Pelvik inflamatuvar hastalık	Ovarian kanser
Kronik pelvik ağrı	Fallop tüpü kanseri
Gebelikle ilişkili durumlar	Gestasyonal trofoblastik tümörler
Karışık birlikte olan durumlar	

(Jones III HW, 2003, p.801).

küçük barsak obstrüksiyonların oranı çok merkezli bir hasta popülasyonunda abdominal histerektomiden sonra 13.6/1000 idi(Al-Sunaidi, 2006). Hastaların çoğunda, fizik muayene ve anamnez ile tanı koyulabilir. Tanıyı doğrulamak için abdominal radyografi kullanılabilir, çoğu hastada daha ileri radyolojik testlere ihtiyaç yoktur.

Vajinal kaf açılması, ince barsakların vajen içine doğru çıkması seyrek bir komplikasyondur, çıkan bu barsak boğulmuş olabilir. Geniş geriye dönük çalışmalarda abdominal histerektomiden sonra vajinal kaf açılması oranı yüzde 0.12 idi(Hur, 2007).

Adezyonlar, postoperatif adezyon oluşması sıklıkla küçük barsak obstrüksiyonlarının nedenidir ve pelvik ya da karın ağrısına sebep olabilir. Fakat, adezyonları açmak semptomatik hastalar için efektif bir tedavi gibi görünmemektedir. Önlemek için, adezyon oluşumuna karşı ilk defans titiz dikkatli bir cerrahi tekniktir. Laparotomi ile ilişkili olan adezyon oluşumunu engellemede ayrıca fiziksel bariyerler kullanılabilir.

Erken menapoz: histerektomi uzun dönemde ovaryan fonksiyonları bozabilir, en azından bazı kadınlarda menapoz erken ortaya çıkabilir.

Fallopian tüp prolapsusu: histerektomi sonrası fallop tüp prolapsusu sık görülmeyen bir komplikasyondur, sıklıkla vajinal apeksteki granülasyon dokusu ile karışabilir. Vajinal apeksteki hematoma ya da apse için yatkınlık oluşturur. Tubal prolapsusu olan bir hasta, genellikle aşağıdaki bir ve ya birkaç bulgu bulundurulabilir: vajenden kan gelebilir ve/veya lökore olabilir, ağrılı ilişki ve pelvik ağrı da eşlik edebilir(-Hernandez, 1998). Bu semptomlar genellikle operasyondan 2-6 ay sonra ortaya çıkmaktadır, fakat cerrahiden birkaç yıl sonra da ortaya çıkabilmektedir.

Eğer vajinal kaf apeksindeki bu doku gümüş nitrat uygulaması ya da kriyoterapi gibi konservatif tedavilere cevap vermezse bu alanda tubal epitelemu tanımlamak için biopsi yapılabilir. Tedavi cerrahidir: vajinal epitelyum çepeçevre açılır ve genişçe kazınır ve tüp çıkarılır. Eş zamanlı laparoskopi faydalı olabilir(Hernandez, 1998).

Kardiovasküler hastalık, kanser ve diğer tüm mortalite nedenlerini artırma riski açısından histerektominin ilişkili olmadığı geniş kohort çalışmalarında bulunmuştur(Iversen, 2005). Ooferektomi için bu bulgu geçerli değildir.

Mortalite, İngiltere’de 61000 elektif histerektomi kapsayan retrospektif bir çalışmada mortalite oranı 0.5/1000 idi(Cole, 1997). Amerika Birleşik Devletleri’nde abdominal histerektomiden sonra hastanede kalış süresi 3 gündür(Wu, 2003). Hasta günlük aktivitelerine gücü yerinde ve hareketlerinde kısıtlılık yoksa dönebilir. Fasya iyileşmesinde 4-6 hafta stresi minimize etmesi için yaklaşık 13 paund (13x0,46=6 kg) dan fazla ağırlığı yerden kaldırmaktan kaçınılmalı. Vajinal kaftaki tamamen iyileşmeye olanak tanımak ve enfeksiyon oluşumunu engellemek için 6 hafta sonra cinsel ilişki önerilmelidir(Iaco, 2006).

Postoperatif visit, 1-2 hafta içinde yapılmalıdır. Bu visit potansiyel komplikasyonları da içeren bir değerlendirmedir ve muayeneyi kapsamalıdır. Karın, yara yeri ve vajinal kaf değerlendirilmeli ve de gerekliyse cilt sütürleri alınmalıdır. Hastaların patoloji sonuçları ve gereklilik halinde cerrahi hakkında detaylı verilmelidir(Stovall TG ,Up To Date 2019).

Kaynaklar

1. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. Obstet Gynecol 2018; 131:e172.
2. Al-Sunaidi M, Tulandi T. Adhesion-related bowel obstruction after hysterectomy for benign conditions. Obstet Gynecol 2006; 108:1162.
3. Bartzen PJ, Hafferty FW. Pelvic laparotomy without an indwelling catheter. A retrospective review of 949 cases. Am J Obstet Gynecol 1987; 156:1426.
4. Berek JS, Chalas E, Edelson M, et al. Prophylactic and risk-reducing bilateral salpingo-oophorectomy: recommendations based on risk of ovarian cancer. Obstet Gynecol 2010; 116:733.
5. Berman ML, Grosen EA. A new method of continuous vaginal cuff closure at abdominal hysterectomy. Obstet Gynecol 1994; 84:478.
6. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surg 2017; 152:784.
7. CGP. Committee on Gynecologic Practice. Committee opinion no. 619: Gynecologic surgery in the obese woman. Obstet Gynecol 2015; 125:274. Reaffirmed 2019.
8. Cole P, Berlin J. Elective hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1977; 129:117.
9. Colombo M, Maggioni A, Zanini A, et al. A randomized trial of open versus closed vaginal vault in the prevention of postoperative morbidity after abdominal hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1995; 173:1807.

10. Fanning J, Valea FA. Perioperative bowel management for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205:309.
11. Greer IA. Epidemiology, risk factors and prophylaxis of venous thrombo-embolism in obstetrics and gynaecology. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1997; 11:403.
12. Hagen B, Eriksson N, Sundset M. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy. *BJOG* 2005; 112:968.
13. Härkki-Sirén P, Sjöberg J, Tiitinen A. Urinary tract injuries after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1998; 92:113.
14. Hernandez CR, Howard FM. Management of tubal prolapse after hysterectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5:59.
15. Hur HC, Guido RS, Mansuria SM, et al. Incidence and patient characteristics of vaginal cuff dehiscence after different modes of hysterectomies. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14:311.
16. Iaco PD, Ceccaroni M, Alboni C, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy: is vaginal cuff closure associated with a reduced risk? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006; 125:134.
17. Ibeanu OA, Chesson RR, Echols KT, et al. Urinary tract injury during hysterectomy based on universal cystoscopy. *Obstet Gynecol* 2009; 113:6.
18. Iversen L, Hannaford PC, Elliott AM, Lee AJ. Long term effects of hysterectomy on mortality: nested cohort study. *BMJ* 2005; 330:1482.
19. Jacobs VR, Morrison JE Jr, Paepke S, Kiechle M. Body piercing affecting laparoscopy: perioperative precautions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11:537.
20. Jaszczak SE, Evans TN. Intrafascial abdominal and vaginal hysterectomy: a reappraisal. *Obstet Gynecol* 1982; 59:435.
21. Jenkins TR. It's time to challenge surgical dogma with evidence-based data. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:423.
22. Jones III HW, Rock JA: Hysterectomy. (In:) *Te Linde's Operative Gynecology*, 9 nd ed, Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins. 2003, p.801.
23. Jones III HW, Rock JA: Hysterectomy. (In:) *Te Linde's Operative Gynecology*, 9 nd ed, Philadelphia, Lippincott Williams Wilkins. 2003, p.799.
24. Kaya H, Sezik M, Ozbasar D, et al. Intrafascial versus extrafascial abdominal hysterectomy: effects on urinary urge incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004; 15:171.
25. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002; 183:630.
26. Kilkku P, Grönroos M, Rauramo L. Supravaginal uterine amputation with preoperative electrocoagulation of endocervical mucosa. Description of the method. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1985; 64:175.
27. Lakeman M, Kruitwagen RF, Vos MC, Roovers JP. Electrosurgical bipolar vessel sealing versus conventional clamping and suturing for total abdominal hysterectomy: a randomized trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:547.
28. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; :CD004993.
29. Mäkinen J, Johansson J, Tomás C, et al. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001; 16:1473.
30. Manley S, de Kelaia G, Joseph NJ, et al. Preoperative pregnancy testing in ambulatory surgery. Incidence and impact of positive results. *Anesthesiology* 1995; 83:690.
31. Mishriki SF, Law DJ, Jeffery PJ. Factors affecting the incidence of postoperative wound infection. *J Hosp Infect* 1990; 16:223.
32. NCHS. National Center for Health Statistics. www.cdc.gov/nchs/data/abus/tables/2003/03hus027.pdf. (Accessed on March 08, 2005).
33. Nick AM, Schmeler KM, Frumovitz MM, et al. Risk of thromboembolic disease in patients undergoing laparoscopic gynecologic surgery. *Obstet Gynecol* 2010; 116:956.
34. Neuman M, Beller U, Ben Chetrit A, et al. Prophylactic effect of the open vaginal vault method in reducing febrile morbidity in abdominal hysterectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176:591.
35. Nugent EK, Hoff JT, Gao F, et al. Wound complications after gynecologic cancer surgery. *Gynecol Oncol* 2011; 121:347.
36. Olsen MA, Higham-Kessler J, Yokoe DS, et al. Developing a risk stratification model for surgical site infection after abdominal hysterectomy. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30:1077.
37. Parkin L, Sweetland S, Balkwill A, et al. Body mass index, surgery, and risk of venous thromboembolism in middle-aged women: a cohort study. *Circulation* 2012; 125:1897.
38. Ramm O, Gleason JL, Segal S, et al. Utility of preoperative endometrial assessment in asymptomatic women undergoing hysterectomy for pelvic floor dysfunction. *Int Urogynecol J* 2012; 23:913.
39. Stovall TG, Sharp HT, Eckler K: *Abdominal Hysterectomy*, Oct 2019; www.uptodate.com. 2019 Up To Date.(15 Kasım 2019).
40. Thakar R, Ayers S, Clarkson P, et al. Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy. *N Engl J Med* 2002; 347:1318.
41. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, et al. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol* 2007; 110:1091.