

Histerektomilere retrospektif bakış

Necdet SÜER (*), Halenur BOZDAĞ (**), Hacer KAVAK (***)

ÖZET

Amaç: Benign endikasyonlarla yapılan histerektomilerde, cerrahi yaklaşımın operatif ve postoperatif sonuçlar üzerine etkisini araştırmak ve histerektomi yaklaşımlarını bu sonuçlar eşliğinde değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda Ocak 2011-Aralık 2011 tarihleri arasında kliniğimizde histerektomi yapılan 312 olgu retrospektif olarak incelendi. Olgular abdominal total, abdominal subtotal, vajinal ve laparoskopik histerektomi olarak gruplandırıldı. Komplikasyonlar mesane, üreter, bağırsak yaralanması ve yara yeri enfeksiyonu olarak sınıflandırıldı. Olguların demografik bulguları ve preoperatif tromboz profilaksisi, salpingoofektomi uygulanması, postoperatif hematokrit değerleri ve eritrosit transfüzyonu, hospitalizasyon süresi kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 312 olgunun 222'sine abdominal total histerektomi (% 71.2), 54'üne vajinal histerektomi (% 17.3), 24'üne abdominal subtotal histerektomi (% 7.7) ve 12 olguya laparoskopik histerektomi (% 3.8) yapılmıştır. Vajinal histerektomilerde en sık endikasyon desensus uteri (% 93) olarak saptandı. Abdominal total histerektomide % 63, abdominal subtotal histerektomide % 79 ve laparoskopik histerektomilerde % 68 olgunun histerektomi endikasyonunu myoma uteri oluşturuyordu. Vajinal histerektomiler post menapozal dönemdeki kadınlara, abdominal total histerektomi, abdominal subtotal histerektomi ve laparoskopik histerektomi perimenapozal dönemdeki kadınlara uygulanmıştır. Salpingoofektomi oranı abdominal total, subtotal ve laparoskopik histerektomilerde sırasıyla % 84 (n:187), % 54 (n:13) ve % 67 (n:8) olarak bulundu. Vajinal histerektomilerde bu oran % 6 (n:3) olup, diğer gruplardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha az bulundu. Eritrosit transfüzyon ihtiyacı, hematokrit değerlerinde düşüş, yatış süreleri, preoperatif tromboz profilaksisi ve diğer postoperatif komplikasyon oranları, gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi. Vajinal histerektomi grubunda ortalama yaş (57 yıl±12), gravida (5±3) ve parite (4±2) değerleri, diğer gruplara kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (p<0.5).

Sonuç: Histerektomi yapılmış yollarının postoperatif sonuçlarını karşılaştıran çalışmalarda vaginal yoldan yapılan histerektomilerde daha az komplikasyon veyatış süresi bildirilmektedir. Ancak, bizim çalışmamızda gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu sonucun olgu sayısının azlığından kaynaklandığı ve daha geniş hasta popülasyonunda parametrelerin değerlendirilmesi gerektiği görüşündeyiz.

Anahtar kelimeler: Histerektomiler, ameliyat sonrası komplikasyonlar

SUMMARY

Retrospective approach to hysterectomies

Objectives: To evaluate operative and postoperative outcomes of hysterectomies for benign condition.

Material and Methods: A retrospective analysis of 312 hysterectomies between January 2011-December 2011. All cases were grouped as abdominal total, abdominal subtotal, vaginal and laparoscopic hysterectomies. Complications were classified, such as bladder, ureter, intestine injuries and wound infections. For all patients, demographic findings, preoperative thromboprophylaxis, salpingo oophorectomy application, postoperative hematocrite values, erythrocyte transfusions, hospitalization and other complications were registered.

Results: In 312 cases, hysterectomies were performed with four main approaches: 222 abdominal total hysterectomies (% 71.2), 54 vaginal hysterectomies (% 17.3), 24 abdominal subtotal hysterectomies (% 7.7) and 12 laparoscopic hysterectomies (% 3.8). Most common indication for vaginal hysterectomy was determined as desensus uteri (% 93). % 63 of total abdominal hysterectomies, % 79 of abdominal subtotal hysterectomies, % 68 of laparoscopic hysterectomies were performed for myoma uteri indication. Although vaginal hysterectomies were at post menapausal period, abdominal total, abdominal subtotal and laparoscopic hysterectomies were at perimenapausal period. Compared with other type of hysterectomies, vaginal hysterectomies had significantly higher average of age and gravida. Salpingo oophorectomy rate is % 84 (n:187) in abdominal total hysterectomies, % 54 (n:13) in abdominal subtotal hysterectomies, and % 67 (n:8) in laparoscopic hysterectomies. In vaginal hysterectomies this ratio is % 6 (n:3) and significantly less than the other groups. There was no evidence of a difference in the rates of erythrocyte transfusion, decrease in hematocrite value, hospitalization time, perioperative thromboprophylaxis and other post operative complications.

Conclusion: According to the reviews vaginal hysterectomies has less complications and hospitalization time. But we didn't find any difference between the groups. For us the reason of that is minority of cases and more analysis in extended patient populations are needed.

Key words: Hysterectomies, post op complications

Geliş tarihi: 31.08.2012

Kabul tarihi: 17.01.2013

* Medeniyet Üniversitesi İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Günümüzde minimal invaziv cerrahi tekniklerin gelişmesi, yeni tedavi modalitelerinin gelişmesi ile histerektomi prevelansı azalmış olarak bildirilmektedir ⁽¹⁾. Bu düşüğe rağmen, histerektomi jinekoloji pratiğinde en yaygın uygulanan major prosedürlerden birisidir. Benign nedenli histerektomi endikasyonu en sık uterin leiomyomatosistir ve histerektominin yapılış yoluna göre değişmemektedir ⁽²⁾. Histerektomilerin yapılış yollarını değerlendiren derlemeler uzun hospitalizasyon süresine, artan komplikasyon oranlarına ve yüksek maliyetine rağmen, olguların % 75'ine abdominal yaklaşım uygulandığını göstermekte, vajinal (% 22) ve laparoskopik (% 14) yaklaşım sıra ile takip etmektedir. Subtotal histerektomi oranı başka bir çalışmada % 6 olarak bildirilmektedir ⁽³⁻⁵⁾.

Yakın yıllarda vajinal histerektomi daha sık tercih edilir hale gelmiştir ve en yaygın endikasyon pelvik relaksasyondur. Ancak büyük uterus, desensus ve uterin mobilite azlığı ve önceden geçirilmiş cerrahi öyküsü varlığı vajinal yaklaşımı kısıtlamakta abdominal histerektomi öne çıkmaktadır ^(6,7).

Benign endikasyonlarla planlanan histerektomilerde en az tercih edilen prosedür laparoskopik yaklaşımdır. Bu sonucun en önemlisi nedeni öğrenme eğrisinin uzun olması ve klasik yaklaşımların sürdürülmesi geleneği olarak bildirilmektedir ^(8,9).

AMAÇ

Bu çalışma ile benign endikasyonlarla yapılan abdominal total, subtotal, vajinal ve laparoskopik histerektomiler arasındaki preoperatif ve postoperatif sonuçları karşılaştırıp, histerektomi yapılış yollarını bu sonuçlar eşliğinde değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu retrospektif çalışma Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 01.01.2011-31.12.2011 tarihleri arasında benign endikasyonlarla yapılan histerektomileri kapsamaktadır. Çalışmaya benign

endikasyonlarla (myoma uteri, anormal uterin kanama, desensus uteri, endometriozis ve postmenopozal kanama) yapılan 312 histerektomi olgusu dâhil edilmiştir. Yapılan ameliyatlarda abdominal total, abdominal subtotal, vajinal ve laparoskopik histerektomi olarak gruplandırıldı. Olguların yaş, gravida, parite, tromboz profilaksisi gibi preoperatif verileri ve salpingooferektomi uygulanması, hastanede yatış süresi, postoperatif hematokrit değerleri, eritrosit transfüzyon gereksinimi retrospektif olarak tarandı. Komplikasyonlar mesane, ureter, bağırsak yaralanması ve yara yeri infeksiyonu olarak alt başlıklara bölündü sonuçlar kaydedildi.

Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma, ortanca ve oran olarak sunuldu. Gruplar arasındaki farkı bulmak için ki-kare uygunluk testi, gruplar arasındaki oranları karşılaştırmak için non-parametrik testlerden Kruskal-wallis H testi ve hangi gruplar arasında fark olduğunu bulmak için Mann-Whitney U test kullanıldı. P<0,05 anlamlı olarak kabul edildi. Veriler SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 312 histerektomi olgusundan % 71.2'sine (n:222) abdominal total, % 17.3'üne (n:54) vajinal, % 3.8'ine (n:12) laparoskopik, % 7.7'sine (n:24) subtotal histerektomi yapılmıştır. Literatürde de en yaygın histerektomi prosedürü abdominal histerektomi olup, laparoskopik histerektomi en az uygulanan prosedürdür.

Olgulara ait demografik özellikler (yaş, gravida, parite, menapoz durumu) Tablo 1'de gösterilmiştir. Vajinal histerektomi grubunda diğer gruplara kıyasla yaş (57 yıl±12), gravida (5±3) ve parite ortalama (4±2) (p<0.5) değerleri istatistiksel açıdan anlamlı fark oluşturacak düzeyde diğer gruplardan yüksek bulundu.

Menapoz durumu değerlendirildiğinde; abdominal histerektomilerin % 54'ü perimenopozal dönemdeki kadınlara, Vajinal histerektomilerin ise % 50'si

Tablo 1. Demografik özellikler.

	Yaş*		Gravida**		Parite**		Menapozal Durum					
							Premenapoz		Perimenapoz		Postmenapoz	
	n	ort.	n	ort.	n	ort.	n	%	n	%	n	%
Abdominal-Histerektomi	222	48.7	4±2		3±2		69	31	119	54	34	15
Vajinal histerektomi	54	57.1	5±3		4±2		5	10	22	40	27	50
Laparoskopik histerektomi	12	48.8	3±1		2±1		2	17	9	75	1	8
Subtotal histerektomi	24	47.9	4±2		3±2		10	42	12	50	2	8

* İstatistiksel açıdan ileri derecede anlamlıdır.

** İstatistiksel açıdan anlamlıdır.

Tablo 2. Histerektomi endikasyonları dağılımı.

Ameliyat	Endikasyon											
	Myoma Üteri		Meno Metroraji		Endometriozis		Uterin Prolapsus		Adneksial Kitle		Postmenopozal Kanama	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Abdominal Histerektomi	140	63	42	19	2	1	4	2	25	11	6	2.5
Vajinal Histerektomi	4	7	0	0	0	0	50	93	0	0	0	0
Vajinal asisted L/S Histerektomi	8	68	1	8	1	8	0	0	1	8	1	8
Subtotal Histerektomi	19	79	0	0	2	8	0	0	3	13	0	0

Tablo 3. Histerektomilerde göre salpingooferektomi uygulaması.

Salpingooferektomi	Abdominal Histerektomi n: 222		Vajinal Histerektomi n: 54		Laparoskopik Histerektomi n: 12		Subtotal Histerektomi n: 24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Var	187	84	3	6	8	67	33	54
Yok	35	16	51	94	4	33	11	46

Tablo 4. Komplikasyon oranları.

Komplikasyon	Abdominal Histerektomi n: 222		Vajinal Histerektomi n: 54		Laparoskopik Histerektomi n: 12		Subtotal Histerektomi n: 24	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mesane yaralanması	3	1.5	1	2	0	0	0	0
Yara enfeksiyonu	3	1.5	0	0	0	0	0	0

postmenapozal dönemdeki kadınlara uygulanmıştır. Ancak, istatistiksel anlamlılık göstermemektedir.

Endikasyonlar açısından gruplar arasındaki farklılıklar değerlendirildiğinde (Tablo 2); abdominal histerektomilerde en sık myoma uteri (% 63) ve anormal uterin kanama (% 19), vajinal histerektomilerde ise

en sık desensus uteri (% 93) tanısı ile ameliyat kararı alındığı görülmekte. Histerektomilerde salpingooferektomi uygulaması Tablo 3'te sunulmuştur. Vajinal histerektomi olgularının % 6'sına salpingooferektomi yapılmış olup, diğer histerektomi gruplarına kıyasla istatistiksel açıdan anlamlılık oluşturacak düzeyde azdır.

Tablo 4'te histerektomi grupları ve komplikasyon ilişkisi sunulmuştur. Daha önce geçirilmiş batin operasyonu, intraoperatif adezyolizis ile komplikasyonların ilişkisi araştırıldı. Abdominal histerektomi uygulanan olgulardan 34'ü önceden sezaryen operasyonu geçirmiş olup, bunlardan bir tanesinde mesane yaralanması gözlemlenmiştir. Abdominal Histerektomiyle beraber adezyolizis yapılan 42 olgunun birinde ve başka nedenlerle laparotomi yapılan 40 olgunun birinde yine mesane yaralanması gözlemlenmiştir. Vajinal histerektomi yapılan 1 olguda görülen mesane yaralanmasının önceki operasyon veya adezyolizis ile ilişkisi saptanmadı.

Olgularının eritrosit süspansiyonu transfüzyon gereksinimi değerlendirildi. Abdominal histerektomi olgularında 9 (% 4), vaginal histerektomi olgularında 2 (% 4) laparoskopik histerektomi olgularında 1 (% 8), subtotal histerektomilerde 4 olguda (% 17) eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldığı tespit edildi. Gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Eritrosit transfüzyon gereksinimi gibi olguların hematokrit değerleri, yatış süreleri ve preoperatif tromboz profilaksisi gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi

TARTIŞMA

Histerektomi jinekoloji pratiğinde en sık yapılan cerrahi tedavi olup, endikasyon alanı oldukça geniştir. Endikasyonlarda çok fazla değişiklik olmamakla birlikte yaklaşımlar konusunda gelişen teknoloji ile çeşitlilik artmaktadır. Hangi yaklaşımın tercih edileceği endikasyona, ek patolojiye, hastanın diğer medikal sorunlarının varlığına ve cerrahın klinik tecrübesine göre değişmektedir. Belirli endikasyon gruplarında histerektomi yaklaşımları arasındaki farkları karşılaştıran çalışmalar hangi yaklaşım en iyi ve en doğru sorularına yanıt aramaktadır.

Kovac SR, tarafından 2000 yılında yayınlanan 1427 olguluk çalışmada hastanede kalış süresi abdominal histerektomide en uzun, vajinal histerektomide ise en kısa olarak bildirilmektedir. Bir veya daha fazla

komplikasyon görülme sıklığı abdominal histerektomi sonrası % 9.3, laparoskopik asiste vajinal histerektomi sonrası % 3.6, vajinal histerektomi sonrası % 5.3 olarak bildirilmektedir. Postoperatif infeksiyon ve febril morbidite vajinal histerektomilerde abdominal histerektomilerde daha yüksek olarak tespit edilmiş⁽¹⁰⁾.

Finlandiyadan Mäkinen J 2001 yılında 10 110 olgunun dâhil edildiği çalışmanın sonuçlarını yayınlamışlardır. Bu sonuçlara göre en düşük komplikasyon oranı % 17.2 ile abdominal histerektomilerde bildirilmekte, % 23.3 oranı ile en yüksek oran vajinal histerektomilerde bulunmaktadır. İnfeksiyon en sık olarak karşılaşılan komplikasyon olup % 13 oranı ile en sık vajinal histerektomilerde bildirilmektedir⁽¹¹⁾.

Benign hastalıklarda histerektomi yaklaşımlarını inceleyen 27 çalışmanın 2006 yılı cochrane veri tabanında yayınlanan meta analiz sonuçları farklı kaynaklardan ve farklı uygulamalardan elde edilen verilerin değerlendirilmesine olanak sağlamaktadır. Bu sonuçlara göre vajinal histerektomide, abdominal histerektomiye göre daha kısa hastanede kalış süresi, normal aktiviteye daha hızlı dönüş ve daha az febril morbidite bildirilmekte ve bu vajinal histerektominin yararı olarak sunulmaktadır. Laparoskopik histerektominin abdominal histerektomiye göre faydası daha az kan kaybı, daha kısa hastanede kalış süresi normal aktivitelere hızlı dönüş, daha az febril morbidite ve yara yeri infeksiyonu olarak bildirilmektedir. Laparoskopik histerektomi sonuçları daha uzun ameliyat süresi haricinde vajinal histerektomi ile benzer bulunmuştur. Total laparoskopik histerektominin daha uzun operasyon süresi haricinde vajinal asiste laparoskopik histerektomi ile aynı sonuçlara sahip olduğu bildirilmiştir⁽¹²⁾.

Cochrane veri tabanında sunulan başka bir derlemede histerektomi yapılış yolları ile operasyon sonrası inkontinans, konstipasyon veya seksüel fonksiyon bozukluğu arasında ilişki saptanmamıştır. Ameliyat süresi ve kan kaybı subtotal histerektomide total histerektomiye kıyasla daha az bulunmuş, diğer

komplikasyon oranları ve cerrahi sonrası iyileşme süreleri açısından fark bulunmamıştır⁽¹³⁾.

SONUÇ

Her cerrahın amacı en az invaziv en hızlı, en az komplikasyonlu ve en efektif operatif tekniği kullanmaktır. Bu nedenle histerektomi yapılış yollarını karşılaştıran birçok çalışma ve sonuçları bildiren yayın vardır. Çalışmamızda, bildirilen diğer yayınlarla uyumlu olarak vajinal ve laparoskopik yaklaşımın oranını az bulduk. Bu durum jinekolojik cerrahların yeterli deneyimleri olmamasından ve vajinal yoldan işlemin yapılmasını kısıtlayan ek patolojilerden ileri gelebilir⁽⁵⁾. Postoperatif hastanede yatış süresi literatürde en uzun abdominal histerektomi olgularında gösterilirken, vajinal histerektomi operasyonunun daha az postop ağrı, daha az komplikasyon, daha kısa hospitalizasyon süresi ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ancak, çalışmamızda histerektomi tipleri arasında hastanede yatış süreleri açısından anlamlı farklılık görülmedi. Bu durum vaginal histerektomi ve laparoskopik histerektomi olgu sayılarının düştüklüğü ile açıklanabilir.

Amerikan Pelvik Rekonstruktif Cerrahi Derneği 1999 yılında yayınladıkları klavuzlarında, uterusun mobilitesinin uygun olduğu, uterus ağırlığının 280 gramı geçmediği, uterus boyutunun 12 haftalık gebelik üzerine çıkmadığı, myoma, adenomyozis, anormal uterin kanama ve desensus uteri gibi patolojinin uterus dışına çıkmadığı durumlarda histerektomi yaklaşımı olarak vajinal yolun tercih edilebileceğini bildirmektedir. ACOG jinekolog cerrahlara mümkün olan durumlarda vajinal yaklaşımı kullanmayı önermektedir⁽¹⁴⁾.

KAYNAKLAR

1. Babalola EO, Bharucha AE, Schleck CD, et al. Decreasing utilization of hysterectomy: a population-based study in Olmsted County, Minnesota, 1965-2002. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196:214.e1.
2. Brummer THI, Jalkanen J, Fraser J, Heikkinen AM, Kauko M, et al. FINHYST, a prospektif study of 5279 hysterectomies complications and their risk factors.
3. Wu JM, Wechter ME, Geller EJ, et al. Hysterectomy rates in the United States, 2003. *Obstet Gynecol* 2007;110:1091. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000285997.38553.4b> PMID:17978124
4. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 1982;144:841-848. PMID:7148906
5. Donnez O, Jadoul P, Squifflet J. A series of 3190 laparoscopic hysterectomies for benign disease from 1990 to 2006: evaluation of complications compared with vaginal and abdominal procedures. *Br J Obstet Gynaecol* 2009;116:492-500. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01966.x> PMID:19016683
6. Taylor S, Romero AA, Kammerer-Doak DN. Abdominal hysterectomy for the enlarged myomatous uterus compared with vaginal hysterectomy with morcellation. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 1579-1582.
7. Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. Uterin size and risk of complications among women undergoing abdominal hysterectomy for leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1996;87:539-43. [http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844\(95\)00478-5](http://dx.doi.org/10.1016/0029-7844(95)00478-5)
8. Garry R, Fountain J, Mason S. The evaluate study: two parallel randomized trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy. *Br Med J* 2004;328:129-136. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.37984.623889.F6> PMID:14711749 PMCID:314503
9. Wattiez A, Soriano D, Cohen SB. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:339-345. [http://dx.doi.org/10.1016/S1074-3804\(05\)60414-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1074-3804(05)60414-8)
10. Kovac SR. Hysterectomy outcomes in patients with similar indications. *Obstet Gynecol* 2000;95(6 Pt 1):787. [http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844\(99\)00641-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0029-7844(99)00641-9)
11. Mäkinen J, Johansson J, Tomás C. Morbidity of 10 110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001;16(7):1473. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/16.7.1473>
12. Johnson N, Barlow D, Lethaby A. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006.
13. Lethaby A, Ivanova V, Johnson NP. Total versus subtotal hysterectomy for benign gynaecological conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004993.pub2>
14. Choosing the route of hysterectomy for benign disease. ACOG Committee Opinion No. 444. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2009;114:1156. <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181c33c72> PMID:20168127