

# VAGINALE HYSTERECTOMIE ZONDER STEUN VAN HET LAVH-TEAM

**Dr. J.E.G.M. Stoot**

gynaecoloog, Atrium Medisch Centrum, Heerlen

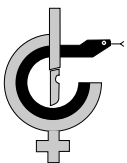
---

## INLEIDING

De hysterectomie, het verwijderen van de baarmoeder, is een ingreep die 32% van de Nederlandse vrouwen vroeg of laat ondergaat. Het is de meest uitgevoerde niet-obstetrische, grotere chirurgische ingreep die in 1998 in Nederland 16.320 keer werd uitgevoerd. Brölmann et al. melden in 2001 in de *British Journal of Obstetrics and Gynecology* de teruggang in het aantal gro-

tere gynaecologische operaties in Nederland in de periode van 1991-1998.<sup>1</sup> Ook in onze eigen kliniek is deze trend waarneembaar. De operatie kan zowel vaginaal als abdominaal worden uitgevoerd. De vaginale route is typisch het terrein van de gynaecoloog. Sinds Reich in 1989 de eerste laparoscopisch-geassisteerde vaginale hysterectomie (LAVH) beschreef is deze techniek voor een hysterectomie sterk toegenomen.<sup>2</sup> Reich heeft 6 typen van LAVH beschreven. In Nederland wordt de LAVH het meest frequent in het Maxima Medisch Centrum te Veldhoven verricht. Echter, reeds begin 1900 stelde Doyen (1859-1916):

“no man can call himself a gynecologist, until he can perform a vaginal hysterectomy”. De indicaties voor de hysterectomie zijn met name prolapsklachten, menstruatieproblematiek, uterus myomatosus en endometriumcarcinoom. Deze laatste indicatie wordt in dit betoog niet besproken. De terugloop van het aantal hysterectomieën komt voornamelijk door de toename van alternatieve behandelingsmethoden van enerzijds medicamenteus en anderzijds uterusparend door de invoering van endoscopische technieken, zoals endometriumablatie, hysteroscopische poliepverwijdering, embolisatie van de arteriae uterinae.



## EFFECTIVITEIT VAN DE HYSTERECTOMIE

Waarom is de hysterectomie de meest uitgevoerde grotere gynaecologische operatie voor benigne aandoeningen? Omdat het de ideale oplossing is voor veel ongemak van de vrouw.

De grote prospectieve Maine-studie (1994)<sup>3</sup> en Maryland-studie (2000)<sup>4</sup> bij vrouwen met benigne aandoeningen van de baarmoeder meldden een sterke vermindering van de klachten bij deze patiënten. Ook Schaffer (2002)<sup>5</sup> onderstreepte het succes van hysterectomie in zijn artikel.

## DE ROUTE VAN DE HYSTERECTOMIE

Er zijn zeer uiteenlopende verdelingen van de route van de hysterectomie per land en per centrum. De keuze wordt bepaald door de grootte en de descensus van de uterus, de ruimte van de introïtus, de noodzaak tot inspectie van de buikinhoud en de vaardigheid van de operateur. Er bestaat consensus dat de vaginale uterusextirpatie de eerste keuze is. Ten opzichte van de abdominale uterusextirpatie kent de vaginale hysterectomie een kortere operatieduur bij een vrijwel gelijk complicatierisico en een vlotter herstel. Hierdoor zijn ook de kosten lager. Bij een normaal grote tot matig vergrote uterus met enige descensus en voldoende ruimte van de introïtus vaginae wordt zodoende de vaginale weg gekozen.<sup>6</sup> In Nederland worden ongeveer evenveel vaginale als abdominale uterusextirpaties verricht. In Zweden, Groot-Brittannië en de Verenigde Staten daarentegen is het percentage vaginale uterusextirpaties respectievelijk 5%, 30% en 20%.

## COMPLICATIES

Veel aandacht is besteed aan het complicatierisico van de nieuwe techniek.<sup>7,8</sup> Meikle (1997)<sup>9</sup> publiceerde een systematische review van alle artikelen over de LAVH van 1989 tot 1995. Het risico van blaas- en ureterletsel blijkt in deze periode van

de nieuwe benadering hoger voor de LAVH dan voor de AUE. De aantallen gerandomiseerde studies zijn vanwege de geringe frequentie van de complicaties te klein om een statistisch significant verschil in complicatierisico aan te tonen ten opzichte van de vaginale uterusextirpatie. De populaties en technieken zijn te heterogeen om een goede meta-analyse uit te voeren. Een recentere, retrospectieve studie, uit Finland over 2434 LAVH's en 5875 AUE's toonde geen verschil in het totaal aantal complicaties. Nadat de operateur de leercurve doorlopen had (meer dan 30 ingrepen), bleef een klein maar significant verschil in blaas- en ureterletsels tussen de twee procedures ten nadele van de laparoscopische techniek bestaan (Mäkinen 2001).<sup>10</sup>

In het Maxima Medisch Centrum te Veldhoven toont een retrospectieve analyse van hun patiëntenmateriaal een gelijklopende verdeling (Bremer 2002).<sup>11</sup>

Recentelijk publiceerde Garry Ray in the British Medical Journal van januari jl. twee parallel gerandomiseerde trials van een vergelijking van laparoscopische met abdominale hysterectomie en de andere een vergelijking van laparoscopische met vaginale hysterectomie.<sup>12</sup> Deze multicenter studie, waarop zeker enige kritiek mogelijk is, laat duidelijk zien dat de laparoscopisch-geassisteerde hysterectomie - ook in de top van de leercurve - meer grote complicaties tot gevolg heeft dan een abdominale hysterectomie en dat de vaginale hysterectomie het meest te verkiezen is. Weliswaar worden als voordelen van de laparoscopische hysterectomie minder peroperatief bloedverlies, kortere opnameduur, minder postoperatieve pijn en sneller hervatten van de normale werkzaamheden genoemd, maar ten aanzien van de complicaties en de kosten valt deze techniek - zeker ten opzichte van de vaginale uterusextirpatie - niet te prefereren.<sup>13,14</sup>

## KOSTENASPECT

In de vele gerandomiseerde studies<sup>15,16,17</sup> blijkt de vaginale hysterectomie het meest voordelig. De directe kosten, gedefinieerd als kosten

van de operatie en opname, afschrijving van apparatuur, gebruik van disposable materialen en behandeling van complicaties zijn voor de LAVH hoger. De indirecte kosten, gedefinieerd door verlies aan productiviteit door ziekteverzuim zijn voor de LAVH lager door een vlotter herstel, maar compenseren slechts ten dele voor de hogere directe kosten ten opzichte van de abdominale uterusextirpatie.

## PSYCHOLOGISCH WELBEVINDEN EN SEKSUALITEIT

Patiënten zijn bezorgd dat een hysterectomie hun seksuele leven zal aantasten. Al in 1984 toonde Wijma<sup>18</sup> in zijn proefschrift aan dat de meeste vrouwen na een hysterectomie, die op basis van een duidelijke indicatiestelling verricht wordt, psychisch en seksueel beter functioneren. Ellström et al.<sup>19</sup> vonden in een gerandomiseerde trial vergelijkend de veranderingen in psychisch welbevinden en seksualiteit na de LAVH en abdominale hysterectomie een verbetering onafhankelijk van de techniek.

Roovers et al.<sup>20</sup> bevestigden in hun onderzoek de afname van seksuele problemen onafhankelijk van de chirurgische techniek.

Tot slot wil ik, zonder de techniek in dit korte bestek te beschrijven, enkele tips en trics belichten om de vaginale hysterectomie als gouden standaard en als meest effectieve behandeling te positioneren.

## OPERATIETECHNIEK

Door de opkomst van de LAVH zijn technieken als morcellement, bisectie en coring out in vergetelheid geraakt.<sup>21,22</sup> De methode is in 1941 door Lasch beschreven en later door Nichols en Randall verder ontwikkeld. Met behulp van de Deschamps-techniek kan ook bij een nauwe vagina een betere descensus verkregen worden. Met behulp van de Deschamps-techniek kan de uterus als een brief uit de enveloppe worden geschoven. De vaginale hysterectomie lijkt vaak moeilijk en onoverzichtelijk. Echter, bij de techniek van morcelle-

ment, bisection of coring out wordt meer overzicht gekregen en is de ingreep gemakkelijker te verrichten wanneer de arteriae uterinae links en rechts onderbonden zijn. Er wordt steeds geopereerd onder goed zicht.

Bij een nauwe vagina valt een Schuchardtse incisie te overwegen. De angst voor conversie is onnodig. Wanneer een conversie geïndiceerd is het handig om de vagina voor- en achterwand te teugelen met een lange lus, zodat deze van abdominaal

uit makkelijk te identificeren is.

Een culdoplastiek volgens Mc Call wordt in het algemeen aanbevolen om enterocèle te voorkomen.

## CONCLUSIE

Sinds de introductie van de laparoscopische hysterectomie zijn vele publicaties verschenen over de voor- en nadelen van de verschillende opera-

tietechnieken.

Het is gebleken dat de laparoscopische hysterectomie een goed en veilig alternatief is voor de abdominale uterusextirpatie. Een vaginale hysterectomie blijft, indien mogelijk, te prefereren.

De LAVH is een optie bij een immobiele uterus. Bij een verzakking, bloedings- en pijnproblematiek blijft de vaginale hysterectomie de onveranderde gouden standaard voor de gynaecologische operatietechniek.

## LITERATUUR

1. Brölmann HAM, Heineman MJ, Vervest HAM. Declining trend in major gynaecological surgery in the Netherlands during 1991-1998. Is there impact on surgical skills and innovative ability? *BJOG* 2001; 108: 743-48.
2. Reich H, De Caprio I, Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynecol Surg* 1989; 5: 213-16.
3. Carlson KJ, Mitter BA, Fowler FJ. The Maine women's health study: 1. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 556-565.
4. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 319-26.
5. Schaffer JL. Hysterectomy – still a useful operation. *N Engl J Med* 2002; 347: 1360-62.
6. Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: Patient characteristics or physicians preference? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1452-60.
7. Darai E, Soriano D, Kimata P, Laplace C, Lecuru F. Vaginal hysterectomy for enlarged uteri, with or without laparoscopic assistance: randomised study. *Obstet Gynecol* 2001; 97: 712-16.
8. Soriano D, Goldstein A, Lecuru F, Darai E. Recovery from vaginal hysterectomy compared with laparoscopy-assisted vaginal hysterectomy: a prospective randomised, multicenter study. *Acta Obstet Scand* 2001; 80: 337-41.
9. Meikle SF, Weston Nugent E, Orleans M. Complications and recovery from laparoscopy assisted vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 304-11.
10. Mäkinen J, Johansson J, Tomas C, Tomas E, Heinonen PK, Laatikainen T, Kauko M, Heikkinen AM, Sjöberg J. Morbidity of 10,110 hysterectomies by type of approach. *Hum Reprod* 2001; 16: 1473-78.
11. Bremer GL, Kluivers KK. De hysterectomie: welke route nemen we? *Med J MMC* 2002;31:104-106.
12. Ray G, Fountain I, Mason S, Napp V, Brown I, Hawe I, Clayton R, Abbott I, Phillips G, Whittaker M, Lilford R, Bridgman S. The eVALuate study: two parallel randomised trials, one comparing laparoscopic with abdominal hysterectomy, the other comparing laparoscopic with vaginal hysterectomy *BMJ* 2004; 328: 129-33.
13. Ottoson Ch, Lingman G, Ottosen L. Three methods for hysterectomy: a randomised, prospective study of short-term outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107: 1380-85.
14. Ribeiro SC, Ribeiro RM, Santos NC, Pinotti JA. A randomised study of total abdominal, vaginal and laparoscopic hysterectomy. *Int J Gynecol Obstet* 2003; 83: 37-43.
15. Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. *BMJ* 2004; 328: 134-7.
16. Hidlebaugh DA. Cost and quality-of-life issues associated with different surgical therapies for the treatment of abnormal uterine bleeding. *Obstet Gynecol Clinics North Am* 2000; 27: 451-62.
17. Salm PCM, Brölmann HAM, Notten LHJ. Hysterectomie en ablatietechnieken van het Endometrium; kostenaspecten in het St. Joseph Ziekenhuis. *Med ISJZ* 97; 26: 35-37.
18. Wijma K. Psychological functioning after hysterectomy. Thesis. Groningen, 1984.
19. Ellström MA, Aström M, Möller A, Olsson JH, Hahlin M. A randomized trial comparing changes in psychological well-being and sexuality after laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynaecol Scand* 2003; 82: 871-75.
20. Roovers J-P WR, van der Bom JG, van der Vaart CH, Heintz APM. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy and total abdominal hysterectomy. *BMJ* 2003; 327: 774-79.
21. Lash AF. A method for reducing the size of the uterus in vaginal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1941; 42: 452-59.
22. Kovac SR. Intramyometrial coring as an adjunct to vaginal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 131-35.
23. Abdel-Fattah M, Barrington J, Youssef M, Mostafa A. Effect of total abdominal hysterectomy on pelvic floor function. *Obstet Gynecol Survey* 2004; 59: 299-304.

## SUMMARY

There is a declining trend of abdominal and vaginal hysterectomies caused by the introduction of LAVH and the development of intrauterine medical and surgical treatment modalities and the arterial embolisation of fibroids. Practice style and personal preference of the surgeon may be playing a significant role in selection of the route and technique. In randomised, prospective studies the traditional vaginal hysterectomy proved to be a feasible and faster technique with less complication compared to the LAVH and abdominal hysterectomy. The vaginal hysterectomy is less costly than all other techniques. It provides a high satisfaction rate because it is a guaranteed cure for abnormal bleeding. Bisection with myomectomy, wedge resection and morcellation is fairly safe to start uterine reduction procedures once the uterine vessels have been ligated and the anterior and posterior cul-de-sac have been entered. Psychological wellbeing and sexuality after hysterectomy are not influenced by the route of the surgical technique. Vaginal surgery is the provenance of the gynecologist. A successful vaginal hysterectomy in women with a large fibroid uterus is very worthwhile for the patient and should be the treatment of choice for uterine removal.