

Revista e Shkencave Mjekësore e Kosovës Journal of Medical Sciences of Kosova



Laparoscopic and Transvaginal ovarial cystectomy

Arben Haxhihyseni¹, Daniela Haxhihyseni¹, Migena Prifti¹.

¹Regional Durrës Hospital, Albania

ARTICLE INFO

Article history:

Received 08 January 2014

Accepted 03 February 2014

Keywords:

Laparoscopic,
Transvaginal ovarial
Cystectomy

1 Corresponding author at:

Arben Haxhihyseni,
Obs&Gyn Department,
Regional Durrës
Hospital, Republic of
Albania

ABSTRACT

Background: Teknika kirurgjikale e cistektomisë transvaginale dhe laparoskopike janë teknika të reja në Shqipëri. Cistektomia transvaginale është aplikuar për herë të parë në Maternitetin e Durrësit në vitin 2007. **Objektivi:** Studimi i realizueshmërisë së cistektomisë ovariale transvaginale, sigurisë së kuldotomisë dhe prezantimi i avantazheve të saj në pacientë të përzgjedhur me masa ovariale cistike jo malinje me madhësi të ndryshme dhe krahasimi me cistektominë laparoskopike. **Materiali dhe metodat:** Të gjitha rastet me cistektomi transvaginale u realizuan në gra në moshën e aktivitetit seksual. 20 prej tyre kishin diagnozën cist ovarial, 3 me diagnozë cist ovarial magna, dhe 6 me cist ovarial i torsionuar. Nëpërmjet kuldotomisë u arrit cisti dhe u punktua, pasi u zbraz u tërhoq në vaginë dhe u krye cistektomia tipike- enukleimi i kapsulës së cistit. U suturua ovari dhe u sigurua që nuk kishte hemoragji. U bë suturimi i kuldotomisë. 21 rastet me cistektomi laparoskopike u përzgjedhën me të njëjtat kritere dhe u monitoruan në të njëjtën mënyrë.

Rrezultatet: Për teknikën transvaginale në krahasim me atë laparoskopike madhësia mesatare e cistit ovarial ishte 68 mm ndaj 73 mm. Koha operative mesatare ishte 29 min (14-38) ndaj 37 minuta (29-57). Ditë qëndrimi në spital ishte 1.5 ditë (1-3) ndaj 2 ditë. Nuk kishte asnjë rast me konvertim të teknikës operatore, asnjë rast me hemotransfuzion për të dy teknikat. Sasia mesatare e hemoragjisë intraoperatore ishte 130 cc ndaj 110 cc. Për teknikën transvaginale 1 paciente kishte temperaturë deri 38 gradë celsius për 2 ditë, e cila u dominua me antibioterapi orale që vazhdoi 5 ditë.

Konkluzioni: Cistektomia vaginale nëpërmjet kuldotomisë në raste të përzgjedhura është një teknikë operatore e sigurtë dhe e saktë dhe një alternativë e shkëlqyer e laparoskopisë.

HYRJE

Historiku: Njerëzimi vazhdimisht është përpjekur që të paksojë pasojat e kirurgjisë laparotomike. Kirurgjia vaginale është teknikë kirurgjikale shumë më e hershme se laparoscopia. Kjo kirurgji është përdorur që në lashtësi për histerektominë vaginale. Një nga hapat e histerektomisë vaginale është dhe Kuldotomia.

Kuldotomia është një prerje transversale në fornixit posterior vaginal në nivelin e cul-de-sac (kavititetit të Dugllasit) dhe realizon hyrjen direkt në kavitetin peritoneal pelvik. Kolpotomia e vetme, jo si hap i histerektomisë vaginale, është përshkruar për herë të parë në 1835 dhe është përdorur për të drenuar një abses tubo-ovarial nga Hofmeister e Peleton¹. Në 1894, Kelly² raportoi 10 raste të barrës ektope dhe kështu ishte i pari që sugjeroi përdorimin e kuldotomisë si një rrugë për trajtimin e patollogjive adneksiale.

Vazhdimi i përpjekjeve njerëzore për minimizimin e pasojave të laparotomisë u kurorëzua me futjen në praktikën kirurgjikale të laparoskopisë, si teknikë kirurgjikale mini-invazive, dhe më pas të laparoskopisë me një portë hyrëse dhe laparoskopisë robotike. Këto zhvillime revolucionarizuan praktikën kirurgjikale dhe tani këto metoda janë futur në rutinën kirurgjikale me shumë sukses për trajtimin kirurgjikal të një sërë patollogjive si kolecistektomia, ooforektomia, cistektomia, histerektomia në pacientë të përzgjedhur.

Kuldoscopia u përdor për herë të parë nga Dimitri Oscarovich Ott³ në 1901. Ai futi një endoskop në kavitetin abdominal nëpërmjet një shpimi në fornixin posterior për egzaminimin vizual të viscerave femrore. Dimitri ishte gjinekolog nga St Petersburgu. Ai u ndoq nga Decker dhe Cherry në 1944.

Kuldotomia u bë popullore në vitet 1970, por meqë laparoscopia u pranua më gjërësisht, kuldotomia u la mënjanë megjithë meritat e saj. Sidoqoftë, në vitet e fundit, interesi për eksplorimin e teknikave akoma më pak invazive rivlerësoi kirurgjinë vaginale nga kirurgët gjinekologë por dhe nga kirurgët e përgjithshëm. Kirurgët gjinekologë nëpërmjet kuldotomisë kryejnë salpingektomi, cistektomi, ooforektomi, miomektomi dhe histerektomi⁴⁻¹⁶, ndërsa kirurgët e përgjithshëm e përdorin kuldotominë gjatë laparoskopisë¹⁷⁻²¹ për të nxjerrë nga kaviteti abdominal masa të mëdha, me qëllim që të mos i nxjerrin duke prerë paretin abdominal.

Siguria dhe efikasiteti i kuldotomisë çuan që kohët e fundit kuldotomia të paraqesë një interes më të madh, duke u përdorur tek NOTES^{22 23}. Kjo teknikë ka potencialin të shmangë komplikacionet që vijnë nga prerja abdominale^{24 25}. Raportimi i parë për kolecistektominë transvaginale humane, të kryer gjatë histerektomisë vaginale u publikua në 2003 nga Tsin dhe bashkp²⁶, ndërsa Marescaux dhe bashkp²⁷ raportoi në 2007 të parën kolecistektomi transvaginale të kryer tek njeriu.

Kuldotomia , shmang komplikacionet që ka prerja abdominale (laparotomia), si infeksioni i plagës abdominale dhe formimi i hernies së paretit abdominal, pakëson dhimbjet postoperative dhe pakson mundësinë e krijimit të aderencave peritoneale, ul ditëqëndrimin spitalor dhe kohën e rekonvaleshencës, përmirëson morbiditetin e përgjithëshëm dhe kozmetik më shumë se laparoscopia, pakson traumat kirurgjikale dhe humbjen e gjakut, stresin neuroendokrin, dhimbjet postoperative dhe kohën e qëndrimit intrahospitalor (ka kostoeftektivitet të shkëlqyer). Siç përshkruhet dhe në literaturë kuldotomia ka vështirësi teknike për tu realizuar prandaj shumica e gjinekologëve nuk e aplikojnë. Por eksperinca e gjerë në kirurgjinë vaginale dhe kirurgjinë e dyshemesë pelvike krijon një bazë të fuqishme dhe eksperiencë të mjaftueshme për realizimin e kësaj teknike operatore me saktësi dhe profesionalizëm. Rruga vaginale e cistektomisë ka rezultate shumë të mira për pacientet sepse kjo teknikë plotëson kriteret e teknikave mini-invazive por njëkohësisht ka shpenzime më të ulta se çdo teknikë tjetër operatore që realizon cistektominë.

Ndërsa cistektomia laparoskopike realizohet nëpërmjet laparoskopisë standarte të nivelit të parë. Në Maternitetin tonë u realizua me një kollonë laparoskopike Storz, me instrumenta laparoskopike bipolare. Të gjitha rastet u realizuan me tre porta hyrje, e para umbilikale inferiore dhe dy të tjerat laterale inferiore. Në të gjitha rastet u realizua cistektomia nëpërmjet teknikës striping, u nxorr kapsula dhe u sigurua hemostaze e llozhës nga ku u ekstirpua cisti. Në 13 raste nuk kishte nevojë për elektrokoagulim. Në 8 raste u realizua elektrokoagulacioni për të siguruar hemostazën e plotë.

Duke parë interesin e sotëm për kuldotominë, **qëllimi i këtij studimi** është që të raportohet eksperienca e shërbimit tonë gjinekologjik në efikasitetin dhe sigurinë e kuldotomisë në një grup pacientesh me theksimin e veçantë në cistektominë transvaginale dhe krahasimi i rezultateve të kësaj teknike me cistektominë laparoskopik.

Cisti ovarial është një patollogji e shpeshtë gjinekologjike. Hapi i parë në diagnostikimin e cistit ovarial është përjashtimi i natyrës malinje sepse në rastet kur cisti ovarial është me natyrë malinje ka një protokoll tjetër trajtimi që përjashton kuldotominë.

Vlerësimi klinik për kancerin e ovarit përfshin anamnezën familjare dhe mjeksore individuale, egzaminimin fizik dhe CA 125 e cila, në kombinim me ekografinë, përcakton indeksin e dyshimit dhe nëse ka dyshime për kancer ovarial, pacientja do drejtohet për tek gjinekologu onkolog. As rrezultati i ekos dhe as CA-125 të vetme nuk janë të mjaftueshme për diagnostikim e Ca ovarit. CA-125 është e rritur në 90% të grave me kancer ovarial të avancuar por vetëm në 50% të atyre të diagnostikuara me kancer ovarial të stadi të parë. Përveç kësaj, rritja e CA-125 shoqëron shumë gjendje të tjera si barra, lejomioma, sëmundje të mëlcisë ose të veshkave, sëmundja pelvike kronike, endometrioza dhe tumoret ovariale beninje. Për arsye të kohës së shpejtë të dyfishimit të kancerit të ovarit, nëse imazhi^{28 29 30} nuk karakterizon shpejt një lezion beninj ovarial, ose nëse indikatorët klinikë (e. g. CA-125 levels) ose faktorët e riskut (si anamneza

familjare ose markerat genetike) të bëjnë të mendosh për kancer, rekomandimi bashkëkohor është që lezioni duhet hequr më mirë se sa të ndiqet. Meqenëse indikatorët e mësipërm edhe në kombinim nuk janë specifik, heqja kirurgjikale rrit më shumë se tre herë mundësinë të heqë një masë beninje se sa një kancer.

Masat adneksiale rastësore përfaqsojnë një patollogji me ndryshueshmëri të madhe ku përfshihen cistet funksionale, sekuela të infeksioneve të mëparshme, endometriozat, neoplazmat beninje ose malinje dhe ato që fillojnë nga organet pelvike përreth. Qëllimi i imazherisë^{28 29 30} është të diferencojë sëmundjet beninje nga malinje. **Ekografia transvaginale është metoda e preferuar për vlerësimin fillestar.** Zakonisht kombinohet me ekografinë abdominale, që mund të jetë e nevojshme për të dalluar të dy ovaret dhe mund të dallojë karakteristikat ndihmëse të malinjitetit si hidronefroza, asciti dhe likidi pleural.

Karakteristikat ekografike të një mase beninje janë një cist unilocular i thjeshtë me një paret të hollë të lëmuar. Cistet komplekse me zona hiperekogenike tregojnë një dermoid, dhe cistet me përmbajtje hipoekogenike uniforme mund të bëjnë të mendosh për endometriozë. Ka leziona beninje që kur dyshohen me ekografi, shpesh i rekomandohet karakterizimi definitiv me MRI. Meqenëse karakteristikat ekografike që të bëjnë të mendosh për një lezion beninj kuptohen lehtë, vlerësimi paraprak negativ ekografik për malinjitet është 98%. Karakteristikat që dyshojnë malinjitetin përfshijnë cistet komplekse. Cistet tumorale beninje kanë karakteristika të ngjashme me ato malinje dhe specifikiteti i ekografisë për kancerin ovarial është i ulët.

Anamneza, dekursi i patollogjisë, vizita vaginale dhe egzaminimi ekografik konfirmuan që cistet ovariale të përfshira në studimin tonë ishin beninj. Në të dhënat ekografike për të përjashtuar mundësinë e një procesi malinj u shqyrtua forma e cistit, likidi i pastër, mungesa e septumeve të shumta dhe masave polipoide në brendësi të cistit^{1 2 3 4}. Madhësia mesatare e cistit ovarial ishte 68 mm (45-106).

Në rutinën kirurgjikale gjinekologjike në Shqipëri për të realizuar cistektominë aplikohet laparotomia. Së fundi ka filluar të përdoret dhe cistektomia laparoskopike por në raste të rralla dhe kryesisht në Klinikat private. Në Maternitetin e Durrësit cistektomia laparoskopike përdoret në rutinë që nga viti 2007. Nga viti 2007 e deri në vitin 2013 janë kryer gjithsej 21 raste me cistektomi laparoskopike.

Një rrugë tjetër kirurgjikale për realizimin e cistektomisë është dhe **kuldotomia**. Cistektomia e realizuar nëpërmjet kuldotomisë quhet cistektomia transvaginale, cistektomia kuldotomike, cistektomia ovariale transvaginale. Cistektomia transvaginale është aplikuar për herë të parë në Shqipëri në 2007 në Maternitetin e Durrësit, si dhe tubektomia vaginale dhe gravidanca tubare e trajtuar me tubektomi. Cistektomia ovariale transvaginale është një teknikë operatore që kryhet me instrumenta kirurgjikale të thjeshta që gjenden në të gjitha sallat operatore të Shqipërisë. Kuldotomia ka vështirësi teknike për tu realizuar prandaj shumica e gjinekologëve nuk e aplikojnë. Por

eksperinca e gjerë në kirurgjinë vaginale dhe kirurgjinë e dyshemesë pelvike krijon një bazë të fuqishme dhe eksperiencë të mjaftueshme për realizimin e kësaj teknike operatore me saktësi dhe profesionalizëm. Rruga vaginale e cistektomisë ovariale ka rrezultate shumë të mira për pacientet sepse kjo teknikë plotëson kriteret e teknikave mini-invazive, ka epërsi ndaj cistektomisë laparoskopike dhe epërsi të padiskutueshme ndaj cistektomisë laparotomike, dhe njëkohësisht ka shpenzime më të ulta se çdo teknikë tjetër operatore që realizon cistektominë.

QËLLIMI

Studimi i realizueshmërisë së cistektomisë ovariale transvaginale, sigurisë së kuldotomisë dhe prezantimi i avantazheve të saj në pacientë të përzgjedhur me masa ovariale cistike jo malinje me madhësi të ndryshme dhe krahasimi me cistektominë laparoskopike.

MATERIALI DHE METODAT

Në studimin tonë u shqyrtuan 29 rastet që kryen cistektomi vaginale ovariale nëpërmjet kuldotomisë ose kolpotomisë posteriore dhe 21 raste që kryen cistektominë me rrugë laparoskopike.

Teknika operatore laparoskopike kërkon një ekip operator të kualifikuar me një kurbë të gjatë kualifikimi. Gjithashtu kjo teknikë kërkon pajisje dhe instrumenta të shtrenjta. Këto dy elementë e vështirësojnë përdorimin në praktikën e përditshme shqiptare të teknikës së laparoskopisë. Laparoscopia gjinekologjike ka filluar të përdoret në rutinë për herë të parë në vitin 2007 në Maternitetin e Durrësit me kualifikim e ekipit tonë. Gjithashtu janë realizuar dhe 21 cistektomi laparoskopike. Meqenëse teknika laparoskopike e cistektomisë është e njohur nuk është përshkruar me hollësi. Në të gjitha rastet u përdor anestezia e përgjithshme gjenerale me intubim.

Teknika operatore transvaginale është e thjeshtë për tu realizuar kur operatori ka eksperiencë të gjerë në kirurgjinë vaginale, kërkon vetëm instrumenta kirurgjikale që ndodhen në të gjitha kompletet e operacionit të sallave kirurgjikale gjinekologjike të Shqipërisë. Instrumentat kryesore që përdoren janë, valvul gjinekologjike vaginale, divarikator vaginal, klampe anatomike me gjatësi mesatare përafërsisht 6 copë, myzo me dy ose katër dhëmbë, Terie' rreth 8 copë, një divarikator vaginal të gjatë për ekspozimin e adneksëve uterine, solucion fiziologjik 20 cc në shiringë sterile 20 cc me lidokainë 5 cc dhe adrenalinë 0.1%.



FIG 1 Instrumentat operatore që përdoren në kirurgjinë vaginale

Anestezia më e përshtatëshme, e përdorur për realizimin e kësaj teknikë operatore, është anestezia spinale. Por me kërkesën e pacientes ose kur ka kundraindikacione për përdorimin e anestezisë spinale përdoret dhe anestezia gjenerale me intubim. Nga 29 raste gjithsej, u përdor anestezia spinale në 18 raste dhe anestezia gjenerale me intubim në 5 raste. Asnjë rast nuk çfaqti komplikacione nga anestezia. Pasi vendoset pacientja në pozicion Trendelenburg, dezinfektohen organet genitale të jashtme sipas procedurës standarte. Solucioni dezinfektues i përdorur është povidon jod 100 mg/ml, e cila disponohet në sallat tona operatore.

Dezinfektohet vagina dhe vendoset valvula vaginale e madhe. Injektohet solucioni i pregatitur si më sipër në fornixsin posterior për të dominuar hemoragjinë gjatë kuldotomisë. Bëhet kolpotomia posteriore 1 deri 2 cm nën vendin e bashkimit të ligamenteve sakrouterine. Pritet mukoza vaginale rreth 3-4 cm, kapet peritoneumi i kavititetit të Dugllasit dhe pritët. Në këtë mënyrë arrihet kaviteti peritoneal. Kaviteti peritoneal arrihet dhe me një prerje të vetme, të njëkohëshme, të vaginës dhe peritoneumit. Por kaviteti peritoneal mund të arrihet edhe duke prerë fillimisht vaginën dhe më pas peritoneumin, pra me dy faza ose me dy shtresa. Mendohet që teknika e dytë jep më shumë hemoragji.

Vendoset një valvulë gjinekologjike në kavitetin e Dugllasit dhe futet një garzë e gjatë e njomur me solucion fiziologjik. Hiqet valvula normale dhe vendoset një valvulë e gjatë (Fig 1) për të realizuar ekspozimin e cistit. Duke u orientuar nga ekografia paraprake gjindet cisti, punktohet me një shiringë me age të gjatë dhe aspirohet sa më shumë likid që të jetë e mundur²³, me qëllim që të zvogëlohet madhësia e cistit ovarial, në rastet kur ai është i madh (zakonisht më i madh se 5 cm). Pasi zvogëlohet cisti, kapet ai me abortcang të drejtë e të gjatë dhe tërhiqet për tu ekspozuar në vaginë. Në tre rastet kur cisti ovarial unikameral ishte më i madh se 8 cm, u aplikua punkcioni transabdominal me age punkcioni. Pasi aspirohej likidi cistik sa më shumë të ishte e mundur, vetë cisti flashkej dhe mundësohej kapja dhe ekspozimi vaginal i tij.

Pasi ekspozohej qartë, pritej indi ovarial mbi kapsul rreth 3 cm dhe çkolitej me tërheqje kapsula e cistit gradualisht deri sa hiqej plotësisht e gjithë kapsula e cistit.



FIG 2 Interventi i cistektomisë vaginale - Fazat kryesore

Zgavra e mbetur pas heqjes së kapsulës së cistit zakonisht nuk gjakoste ose gjakoste shumë pak. Pritej pjesa e ovarit të ndodhur mbi kapsulën e cistit, por pritej ajo pjesë që ishte shumë e hollë dhe me probabilitet shumë të ulët për tu rigjeneruar. Suturohej me suturë 1-0 absorbabël ovari derisa të rivendosej integriteti indor ovarial. Sigurohej të mos kishte hemoragji, pritej sutura dhe lihej ovari i lirë në kavitetin peritoneal pasi kontrollohej dhe një herë për gjakosje. Në 6 raste kur u mendua se mund të kishte pak hemoragji pas mbylljes së kuldotomisë u la dren intraperitoneal.

Suturimi i kuldotomisë u realizua me dy teknika. Teknika e parë ishte suturimi kontinua i peritoneumit me suturë absorbabël 1-0. Pas peritonizimit suturohej kontinua me suturë 1-0 mukoza e vaginës. Me këtë teknikë u trajtuan 21 raste. Teknika e dytë u realizua duke suturuar kontinua në mënyrë të njëkohëshme dhe peritoneumin dhe vaginën²⁴. Pasi suturohej kuldotomia, kontrollohej për hemoragji. Hiqej valvula dhe vendosej një garzë e madhe në vaginë që shërbente për të kryer hemostazë të plagës operatore (kuldotomisë). Kjo garzë hiqej pas rreth 6 orësh pas operacionit.

Ne jemi të mendimit se aktivizimi sa më i hershëm i pacientes në periudhën postoperative ndihmon regjenerimin e shpejtë të plagës operatore dhe shkurton riaftësimin e pacientes për jetë normale. Prandaj pacientja ngrihej në këmbë dhe lëvizte në mënyrë aktive që 6 orë postoperator. Në të gjitha rastet në të cilat u aplikua anestezia spinale u la kateter vezikal deri në 6 orë pas interventit, pra deri sa përfundoi plotësisht efekti i anestezisë spinale. Në të gjitha rastet ku u aplikua anestezia gjenerale me intubim kateteri vezikal u hoq menjëherë pas interventit. Garza vaginale kompresive hiqej pas 6 orësh në të gjitha rastet. Pacientja zakonisht dilte nga spitali në darkë ose të nesërmen e ditës së interventit.



FIG 3a Cisti ovarial në vaginë FIG 3b Cistektomia FIG 3c- kapsula e cistit

Teknika operatore e cistektomisë laparoskopike ka si hap të parë futjen në kavitetin abdominal. Në të gjitha interventet tona për cistektominë laparoskopike u përdorën 3 porta hyrje. E para, porta subumbilikale ose umbilikale. U krye një prerje rreth 1 cm direkt nën umbilikus dhe u arrit fascia. U kap me klem në dy pika me distancë 1 cm larg njëra tjetrës. U fut agja Verres dhe u krye pneumoperitonemi me CO₂ të pastër me presion deri në 140-150 mm Hg. Pasi u fut teleskopi nëpërmjet një trokari me diametër 10 mm, nën orientimin e tij u vendosën dhe dy portat e tjera laterale, mbi dhe lateralisht spinës iliake të çdo ane, ku u futën trokarë me diametër 5 mm. U krye cistektomia tipike me metodën striping, u hoq kapsula dhe në të gjitha rastet nuk kishte nevojë për suturim të kavitetit të mbetur pas heqjes së kapsulës. Në 17 raste kapsula u hoq nëpërmjet trokarit 10 mm. Vetëm në 4 raste u zgjerua njëra portë hyrëse 5 mm për të nxjerrë kapsulën e cistit. Në 12 raste u bë koagulim shumë i kujdesëshëm në ovar në vendet ku kishte hemoragji. U përdor koagulim i shkurtër për të ruajtur sa më shumë ind ovarial funksional. U monitoruan koha e hyrjes në kavitet, koha e cistektomisë, sasia e gjakut të humbur.

Indikacionet e përzgjedhjes së rasteve për cistektomi vaginale: Ciste pa septume ose me një septum, me likid të pastër ekografikisht¹⁻⁴, me indikatorë tumorale negative¹ (CA 125, CEA DHE CE). Gjatë vizitës vaginale cisti duhet të ishte i lirë, i pafiksuar, me mungesë të endometrioze sidomos asaj të Dugllasit, mungesë të simptomave të SIP akut ose kronik që shkaktojnë aderenca. Për të përjashtuar natyrën malinje të cistit na ndihmi dhe MRI³. Nga 29 rastet tona u mundësua MRI në 4 raste.

Përzgjedhja e rasteve për cistektomi laparoskopike ishte e njejtë me atë të mësipërme.

U konsideruan kundraindikacione: operacionet e mëparshme abdominale kirurgjikale kur gjatë vizitës vaginale konstatohej kufizim i lëvizjes së uterusit dhe adneksëve, SIP sidomos ai kronik, endometrioza sidomos ajo retrouterine dhe adneksiale, që gjatë vizitës vaginale të linin përshtypjen e egzistencës së adrencave. Kudraindikacionet ishin të njejtat për të dy teknikat operatore

REZULTATET

Në 29 rastet e studimit tonë 13 raste dolën nga spitali ditën e operacionit pasdite, 12 paciente dolën nga spitali të nesërmen dhe vetëm 4 paciente dolën të pasnesërmen. Pacientet e fundit ishin nga fshati dhe mendonin se në banesë nuk kishin shërbimin shëndetsor të përshtatshëm për ditën e dytë postoperative.

Në 21 rastet e cistektomisë laparoskopike, 6 raste dolën nga spitali ditën e parë, 3 raste ditën e dytë dhe 12 raste ditën e tretë.

Periudha postoperative: Për teknikën transvaginale kanalizimi intestinal postoperator ishte i hershëm. Pacientet u rekomanduan nga ana jonë të fillonin të pinin lëngje që 6 orë pas operacionit dhe të ushqeheshin 12 orë pas operacionit me dietë hidrike, supëra etj. Përsa i përket profilaksisë së një infeksioni të mundshëm postoperator, të gjitha rasteve ju aplikua antibiotik, cefazolinë 2 gr 2 orë preoperator intramuskular. Në 28 raste kjo profilaksi ishte e mjaftueshme. Vetëm një rast kishte temperaturë deri 38.2 pasdite pas operacionit që zgjati vetëm një ditë dhe u trajtua me ampicilinë orale 1.5 gram në ditë për 5 ditë. Gjendja u dominua pa komplikacione të tjera. Kohëzgjatja mesatare e operacionit të cistektomisë vaginale ishte 22 minuta (14 deri 37). U konstatua një rast me hematomë (3 cm) të kuldotomisë që u trajtua në mënyrë konservative dhe u shërua pa ndërhyrje kirurgjikale.

Për teknikën laparoskopike kanalizimi intestinal postoperator ishte i hershëm. Pacientet u rekomanduan të pinin lëngje që 8-10 orë pas interventit dhe u rekomanduan të ushqeheshin që 14 orë pas interventit. Të 21 rasteve ju aplikua antibiotik, cefazolinë 2 gr 2 orë para interventit. Në të gjitha rastet profilaksia rezultoi e mjaftueshme. Asnjë rast nuk kishte komplikacione infeksioze. Portat hyrëse nuk dhanë komplikacione përveçse në një rast pati infiltrim të portës hyrëse umbilikale, e cila u trajtua me ampicilinë orale për 5 ditë me nga 1.5 në ditë me tre marrje. Hyrja në abdomen dhe realizimi i pneumoperitoneumit u realizua për 14-20 minuta. Përcaktimi i pozicionit të cistit ishte në të gjitha rastet i thjeshtë. Ekstirpimi i kapsulës së cistit u realizua me teknikën striping siç shihet dhe në figurë (Fig 4). Sasia mesatare e gjakut të humbur ishte 110 cc. Egzaminimi histopatologjik i kapsulës së cistit u realizua në 16 raste. Prej tyre rezultoi; 11 ciste ovariale simplex, 4 endometrioma dhe 1 cistadenoma seroze.

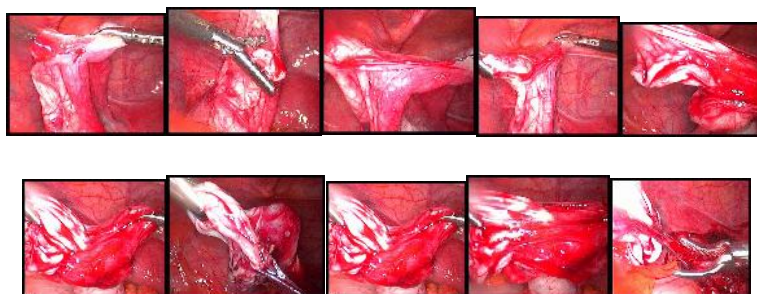


Figura 4: fazat e çkolitjes së kapsulës me teknikën striping-çkolitje me tërheqje

Kuldotomia u realizua në të gjitha rastet pa vështirësi. Koha mesatare e kuldotomisë ishte 4 minuta (3 – 11). Përpara prerjes së vaginës, në vëndin e prerjes u injektua deri 4-5 cc solucion fiziologjik me 1% adrenalinë. Sipas eksperiencës tonë ky injektim ndihmon në paksimin e hemoragjisë nga kuldotomia dhe ndihmon në lehtësimin e prerjes. Prerja në fornixsin posterior të vaginës, për të realizuar kuldotominë, u bë 1-2 cm nën vëndin e bashkimit të ligamenteve sakrouterine që përgjithësisht janë të dukshme në fornixsin posterior. Prerja u realizua në 14 raste në dy hapa. Në hapin e parë u pre fillimisht pari vaginal, në hapin e dytë u ekspozua dhe u pre peritoneumi. Në të gjitha rastet në momentin e prerjes së peritoneumit rrodhi një sasi e pakët likidi seroz, që ne e konsideruam dhe si shenjë e hyrjes në kavitetin peritoneal. Pasi u siguroam që u futëm në kavitetin peritoneal u vendos një valvul e gjatë e prodhuar posaçërisht për këtë qëllim. Vërejtëm se në 21 nga 29 rastet kishte hemoragji në këndët e prerjes së kuldotomisë. Në të dy këndët u bë hemostazë me pincë bipolare.

Përcaktimi i pozicionit të cistit, ekspozimi, kapja e tij dhe tërheqja dhe ekspozimi në vaginë ishin pjesa më e veçantë e interventit. Madhësitë e cisteve ishte nga 5 deri 13 cm. Prej tyre 4 raste u punktuat dhe aspiruan transabdominal shtatë me madhësi 8 deri 13 cm. Aspirimi i likidit të cistit zvogëloi madhësinë dhe e flashku atë, gjë që mundësoi kapjen e cistit dhe lejoi tërheqjen e tij në vaginë dhe ekspozimin për të realizuar cistektominë. Në të gjitha rastet u realizua cistektomia nëpërmjet heqjes së plotë të kapsulës së cistit. Për të realizuar këtë procedurë u përdor metoda me tërheqje, çkolitje të kapsulës nga indi ovarial duke kapur kapsulën dhe me një mjet tjetër duke kapur indin ovarial dhe duke i tërhequr në anë të kundërta. Çkolitja u bë e plotë në të gjitha rastet. Kur cistet ishin të vogla me dimensionin maksimal nga 5 deri 8 çkolitja e kapsulës nuk shkaktoi hemoragji që të detyronte suturimin e ovarit. Prandaj ovari nuk u suturua dhe u la që të cikatrizohej spontanisht (22 raste). Ndërsa kur ovari ishte i madh, u suturua me suturë vikril 01 dhe u siguroa që nuk kishte hemoragji. Kuldotomia u suturua me një shtresë kontinua pa lënë dren intra-abdominal.

Sasia e gjakut të humbur gjatë operacionit ishte mesatarisht 130 cc (35 deri 270 cc). Kuldotomia dhe Cistektomia transvaginale me heqje të kapsulës së cistit u realizua në të gjitha rastet (realizueshmëria 100%). Nuk kishte asnjë konvertim të teknikës operatore.

Mendojmë se mungesa e konvertimit ndodhi nga eksperiencia e gjatë e ekipit operator në kirurgjinë vaginale dhe nga për zgjedhja e kujdesëshme e rasteve.

Prej tyre, 21 kishin diagnozën cist ovarial i subtorsionuar, 5 me diagnozë cist ovarial magna, dhe 2 me cist ovarial i torsionuar. Në të gjitha rastet u përjashtua natyra kanceroze nëpërmjet anamnezës, egzaminimit gjinekologjik, ekografisë abdominale dhe vaginale dhe analizave CA 125, CEA dhe CE. Në të gjitha rastet pacientet u ngritën në këmbë pas 6 orësh nga interventi. Ditë qëndrimi në spital ishte 2 ditë (1-3). Në 23 rastet e studimit tonë 13 raste dolën nga spitali ditën e operacionit pasdite, 7 paciente dolën nga spitali të nesërmen dhe vetëm 3 paciente dolën të pasnesërmen. Pacientet e fundit ishin nga fshati dhe mendonin se në banesë nuk kishin shërbimin shëndetsor të përshtatshëm për ditën e dytë postoperatore. Kanalizimi intestinal postoperator është i hershëm. Nuk kishte asnjë rast me hemotransfuzion. Sasia mesatare e hemoragjisë intraoperatore ishte 130 cc. 1 paciente kishte temperaturë deri 38 gradë celsius për 2 ditë, e cila u dominua me antibioterapi orale që vazhdoi 5 ditë. Në të gjitha rastet u krye dhe kuldonomia dhe cistektomia nëpërmjet enukleimit. Egzaminimi histologjik i cisteve u krye në 9 raste dhe rezultoi; 7 ciste ovariale, 1 endometriomë dhe 1 cistadenoma seroze.

Gjatë studimit tonë u realizuan 21 cistektomi laparoskopike me tre porta hyrje, me ekstirpimin e kapsulës me teknikën striping, shkëputje nëpërmjet tërheqjes. Në 8 raste u bë elektrokoagulacion bipolar për të siguruar hemostazë të plotë në llozhën nga ku u hoq kapsula duke patur kujdes që indi ovarial të dëmtohej nga koagulimi bipolar sa më pak të ishte e mundur. Ditë qëndrimi spitalor mesatar ishte 2 ditë. Këtu duhet të kihej parasysh se u respektua dhe dëshira e pacientes për të dalë nga spitali. Në 8 raste pacientet dolën ditën e tretë sepse mendonin se nuk kishin kushtet e përshtatshme në shtëpi për të ndjekur periudhën postoperatore.

Diskutimi

Pacientet e reja me ciste beninje ovariale dëshirojnë procedura mini-invazive për përparësitë që kanë këto procedura, por gjithashtu duan dhe mungesën e çdo plaje operatore të dukshme. Cistektomia transvaginale i plotëson këto kërkesa plotësisht kur mjeku mund ta realizojë. Ndërsa cistektomia laparoskopike ka tre plagë operatore abdominale por përgjithësisht shumë pak të dukshme. Sidoqoftë, një studim i randomizuar raporton se rreth 30% e procedurave transvaginale duhet të konvertohen në laparotomi për shkak të vështirësive teknike⁹. Megjithatë mendimi ynë është se në rastet e për zgjedhura me kujdes dhe kur ekipi operator ka eksperiencë, cistektomia vaginale kryhet në 100% të rasteve. Cistektomia ovariale vaginale konsiston në kuldominë dhe cistektominë dhe vështirësi teknike ka në secilin hap. Por është shumë e rëndësishme eksperiencia në kirurgjinë vaginale dhe pelvike. Duke patur parasysh se

kirurgjia vaginale sot nuk ka vendin që meriton, kirurgët gjinekologë ekspertë janë të pakët, prandaj një pjesë e madhe e mjekëve kanë vështirësi në kirurgjinë vaginale bile edhe për të bërë kuldotominë. Ka autorë që mendojnë se kuldotomia kryhet në mënyrë intuitive (Sagaëa) të cilët shprehimisht mendojnë se nëse kuldotomia bëhet afër uterusit nuk arrihet Douglasi, dhe nëse bëhet larg nga uterusit rrezikon dëmtimin e rektumit. Duke u bazuar në eksperiencën tonë, për kirurgët gjinekologë me eksperiencë në kirurgjinë vaginale kuldotomia nuk është intuitive dhe duhet gjithmonë të përfundojë në Douglas. Prandaj kuldotomia kërkon eksperiencë në kirurgjinë vaginale. Në histerektominë vaginale kuldotomia është një hap i rëndësishëm por sidoqoftë kur ka vështirësi zëvendësohet me hyrjen anteriore në kavitetin peritoneal ndërsa kur duhet të bëhet cistektomia ovariale transvaginale, kuldotomia nuk mund të zëvendësohet, prandaj duhet realizuar me saktësi dhe siguri. Një kuldotomi e kujdesëshme nga një kirurg gjinekolog ekspert në kirurgjinë vaginale zgjat mesatarisht 4 minuta dhe lehtëson procedurën duke shkurtuar kohën e realizimit të saj dhe duke minimizuar komplikacionet. Një rol të rëndësishëm për realizimin e kuldotomisë luan dhe përzgjedhja e rasteve, duke përjashtuar rastet kur ka aderenca që pamundësojnë kuldotominë. Në eksperiencën tonë këto raste janë të rralla dhe për këtë arsye janë përjashtuar nga studimi vetëm dy raste.

Në eksperiencën tonë ne përdorim kuldotominë si hap të parë dhe më pas punktojmë cistin që në rastet e përzgjedhura saktë realizohet gjithmonë. Për ekspozimin e cisteve ovariale të mëdha ne përdorim një lugë të gjatë të prodhuar në mënyrë artizanale. Kjo valvul ose divarikator është kaq e gjatë sa ti afrohet promontoriumit, kaq e gjërë sa të lejojë hyrjen në kuldotomi, i prodhuar në mënyrë artizanale prej materiali inoksidabël. Ky divarikator lejon ekspozimin e cistit, që në raste të rralla afrohet dhe me një manovër mbi paretin abdominal.

Për zvogëlimin e volumit të cisteve shumë të mëdha ne kemi përdorur dhe punkcionin transabdominal në tre raste. Nëpërmjet tij arrihet flashkja e cistit, gjë që lejon nxjerrjen e cistit në vaginë për të mundësuar cistektominë. Ndërsa për cistet me madhësi mesatare nuk është domosdoshmëri përdorimi i këtij divarikatori. Kur cisti është i madh, afërsisht mbi 6-7 cm, veçanërisht në gratë me peshë mesatare ose nën peshën mesatare, cisti palpohet nëpërmjet paretit abdominal kur gruaja është e liruar nga anestezia. Nëpërmjet dorës jodominante operatori mund ta afrojë cistin drejt kuldotomisë për të lehtësuar punktimin e cistit. Procedura e cistektomisë vaginale është veçanërisht e lehtë kur cisti ndodhet në Dugllas.

Mendojmë se cistektomia vaginale realizohet nga shumë pak kirurgë gjinekologë sepse ka vështirësi teknike prej mungesës së eksperiencës. Nëse për kualifikim e gjinekologëve në laparoskopji-histeroskopji firmat prodhuese të pajisjeve dhe instrumentave laparo-histeroskopike investojnë shumë për trajnimin e gjinekologëve, për kirurgjinë vaginale nuk investon askush, prandaj numuri i kirurgëve vaginalë është

shumë i pakët. Një rrol të rëndësishëm për përhapjen e teknikave vaginale ka luajtur dhe Shoqata e Endoskopisë Gjinekologjike nëpërmjet organizimit të kurseve trajnuese për kirurgjinë vaginale dhe perienale në Maternitetin e Durrësit.

Gjithashtu cistektomia laparoskopike është shumë pak e përdur në Shqipëri në dhe kryesisht në sektorin privat të Shëndetshisë Shqiptare.

Në eksperiencën tonë cistektomia laparoskopike u realizua në rastet e përzgjedhura me të njejtën metodikë si dhe rastet që u realizuan me cistektomi transvaginale, e cila ishte një teknikë e sigurtë, me kohë operative më të gjatë se cistektomia transvaginale, me humbje gjaku të përafërt, me ditëqëndrim të krahasueshëm, me komplikacione të krahasueshme. Por, siç dihet kirurgjia laparoskopike kërkon pajisje dhe instrumenta të kushtueshme dhe kërkon një ekip me kualifikim të veçantë në laparoskopji, me një kurbë të gjatë të përvetësimit të kualifikimit, faktorë këto që vështirësojnë përdorimin e laparoskopisë në gjinekologjinë Shqiptare.

Konkluzion

Cistektomia ovariale transvaginale është një teknikë operatore e sigurtë për një ekip me eksperiencë në kirurgjinë vaginale dhe kur rastet përzgjidhen me kujdes. Nëpërmjet kësaj teknike realizohet enukleimi i saktë i cistit ovarial dhe suturimi i plotë i ovarit, kur është i nevojshëm. E nukleimi i cistit nga rruga transvaginale zotëron të gjitha përparësitë e sipërpërmendura të teknikave kirurgjikale mini-invazive. Cistektomia ovariale transvaginale është teknikë operatore me kosto minimale dhe duhet të jetë teknikë e përzgjedhur në Shqipëri, për nivelin ekonomik që kanë spitalet tona. Rekomandohet që të kualifikohen gjinekologët për realizimin e kësaj teknike operatore që rrit cilësinë e jetës së pacientjes, familjarëve duke ulur në mënyrë të ndjeshme shpenzimet hospitalore.

Ndërsa nga studimi ynë, ne mendojmë se cistektomia transvaginale dhe ajo laparoskopike kanë rezultate të përafërta. Por cistektomia laparoskopike kërkon pajisje dhe instrumenta të kushtueshme, të cilat nuk disponohen në shumicën e Materniteteve të Shqipërisë. Gjithashtu cistektomia laparoskopike kërkon një ekip operator specifikisht të kualifikuar, kualifikim që ka një kurbë relativisht të gjatë përvetësimi. Këto janë faktorët që vështirësojnë përhapjen e cistektomisë laparoskopike në Shqipëri. Ndërsa cistektomia transvaginale realizohet me instrumentat që ndodhen në të gjitha sallat operatore shqiptare. Pra nuk kërkon asnjë shpenzim, prandaj ka përparësi ndaj cistektomisë laparoskopike. Njëkohësisht cistektomia transvaginale kërkon dhe një kualifikim profesional, por është shumë më e realizueshme për ekipet që kanë eksperiencë në kirurgjinë vaginale.

Rekomandojmë përdorimin në rutinë të cistektomisë transvaginale për rezultatet shumë të mira që ofron dhe për mundësinë që ajo ka për tu aplikuar në të gjitha sallat operatore gjinekologjike në Shqipëri.

Referencat:

1. Vitale GC, Davis BR, Tran TC. The advancing art and science of endoscopy. *Am J Surg.* 2005;190:228-33.
2. Sauerland S, Lefering R, Neugebauer EA. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(4):CD001546. doi:10.1002/14651858.CD001546.pub3.
3. Flora ED, Wilson TG, Martin IJ, O'Rourke NA, Maddern GJ. A review of natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) for intra-abdominal surgery: experimental models, techniques, and applicability to the clinical setting. *Ann Surg.* 2008;247:583-602.
4. Newton J, McCormack J. Female sterilization: a review of methods, morbidity, failure rates and medicolegal aspects. *Contemp Rev Obstet Gynaecol.* 1990;2(3):176 –182.
5. Abrao MS, Sagae UE, Gonzales M, Podgaec S, Dias JA, Jr. Treatment of rectosigmoid endometriosis by laparoscopically assisted vaginal rectosigmoidectomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;91(1):27–31.
6. Yoong W, Pillai R. Posterior colpotomy-a retrieval route for solid ovarian tumours. *BJOG.* 2009;116(3):465– 466.
7. Ayhan A, Boynukalin K, Salman MC. Tubal ligation via posterior colpotomy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2006;93(3):254 – 255.
8. Chang WH, Liu JY, Yeh YC, et al. Tubal ligation via colpotomy or laparoscopy: a retrospective comparative study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;283(4):805– 808.
9. Faivre E, Surroca MM, Deffieux X, Pages F, Gervaise A, Fernandez H. Vaginal myomectomy: literature review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(2):154 –160.
10. Ferrari MM, Mezzopane R, Bulfoni A, et al. Surgical treatment of ovarian dermoid cysts: a comparison between laparoscopic and vaginal removal. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003; 109(1):88 –91.
11. Hoffman MS, Lynch C, Lockhart J, Knapp R. Injury of the rectum during vaginal surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 1999; 181(2):274 –277.
12. Kondo W, Noda RW, Branco AW, Rangel M, Branco Filho AJ. Transvaginal endoscopic tubal sterilization. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2009;19(1):59–61.
13. Massi GB, Savino L, Lena A, Susini T. Management of benign adnexal masses by vaginal route. *Front Biosci.* 1996; 1:g8 –11.
14. Tanaka M, Sagawa T, Hashimoto M, et al. Ultrasoundguided culdotomy for vaginal ovarian cystectomy using a renal balloon dilator catheter. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2008;31(3):342–345.
15. Tsin DA, Colombero LT, Mahmood D, Padouvas J, Manolas P. Operative culdolaparoscopy: a new approach combining operative culdoscopy and minilaparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8(3):438–441.

16. Wang PH, Lee WL, Juang CM, Tsai WY, Chao HT, Yuan CC. Excision of mature teratoma using culdotomy, with and without laparoscopy: a prospective randomised trial. *BJOG*. 2001;108(1):91–94.
17. Delvaux G, Devroey P, De Waele B, Willems G. Transvaginal removal of gallbladders with large stones after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc*. 1993;3(4): 307–309.
18. Gill IS, Cherullo EE, Meraney AM, Borsuk F, Murphy DP, Falcone T. Vaginal extraction of the intact specimen following laparoscopic radical nephrectomy. *J Urol*. 2002;167(1):238 – 241.
19. Pillai R, Yoong W. Posterior colpotomy revisited: a forgotten route for retrieving larger benign ovarian lesions following laparoscopic excision. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 281(4):609 – 611.
20. Sanchez JE, Rasheid SH, Krieger BR, Frattini JC, Marcet JE. Laparoscopic-assisted transvaginal approach for sigmoidectomy and rectocolpopexy. *JSLs*. 2009;13(2):217–220.
21. Dozois EJ, Larson DW, Dowdy SC, Poola VP, Holubar SD, Cima RR. Transvaginal colonic extraction following combined hysterectomy and laparoscopic total colectomy: a natural orifice approach. *Tech Coloproctol*. 2008;12(3):251–254.
22. Bessler M, Stevens PD, Milone L, Parikh M, Fowler D. Transvaginal laparoscopically assisted endoscopic cholecystectomy: a hybrid approach to natural orifice surgery. *Gastrointest Endosc*. 2007;66(6):1243–1245.
23. Tsin DA, Sequeria RJ, Giannikas G. Culdolaparoscopic cholecystectomy during vagin hysterectomy. *JSLs*. 2003;7(2):171–172.
24. Smorgick N, Barel O, Halperin R, Schneider D, Pansky M. Laparoscopic removal of adnexal cysts: is it possible to decrease inadvertent intraoperative rupture rate? *Am J Obstet Gynecol*. 2009;200:237.e1-237.e3.
25. McGee MF, Rosen MJ, Marks J, et al. Primer on natural orifice transluminal endoscopic surgery: building a new paradigm. *Surg Innov*. 2006;13:86-93.
26. Boni L, Benevento A, Rovera F, et al. Infective complications in laparoscopic surgery. *Surg Infect (Larchmt)*. 2006;7(suppl 2):S109-S111.
27. Thele F, Zygumt M, Glitsch A, Heidecke CD, Schreiber A. How do gynecologists feel about transvaginal NOTES surgery? *Endoscopy*. 2008;40:576-580.
28. Fishman, DA, Cohen, L, Blank, SV, Shulman, L, Singh, D, Bozorgi, K, Tamura, R, Timor-Tritsch, I and Schwartz, PE. (2005) *The role of ultrasound evaluation in the detection of early-stage epithelial ovarian cancer*. *Am J Obstet Gynecol* **192**: 1214-21
29. Kinkel, K, Lu, Y, Mehdizade, A, Pelte, MF and Hricak, H. (2005) *Indeterminate ovarian mass at US: incremental value of second imaging test for characterization--meta-analysis and Bayesian analysis*. *Radiology* **236**: 85-94
30. Sohaib, SA, Mills, TD, Sahdev,A, Webb, JA, Vantrappen, PO, Jacobs, IJ and Reznik, RH. (2005) *The role of magnetic resonance imaging and ultrasound in patients with adnexal masses*. *Clin Radiol* **60**: 340-8
31. Yamashita, Y, Torashima, M, Hatanaka, Y, Harada, M, Higashida, Y, Takahashi, M, Mizutani, H, Tashiro, H, Iwamasa, J and Miyazaki, K. (1995) *Adnexal masses: accuracy of characterization with transvaginal US and precontrast and postcontrast MR imaging*. *Radiology* **194**: 557-565