

Maatschap gynaecologen Gelderse Vallei

Protocol therapeutische hysteroscopie

Alle hysteroscopiesystemen hebben een continuous flow systeem, met een separaat inflow en outflow kanaal.

INDICATIES

1. Klassieke endometriumablatie indien:
 - Novasure besproken is en deze behandeling gecontraïndiceerd is, dan wel patiënte er niet voor kiest.
 - géén submuceuze myomen.
 - op indicatie endometrium histologie is verricht.
 - de anticonceptie na de ingreep met patiënte is besproken.
 - voorbehandeling heeft plaatsgevonden met LHRH analogen.
 - na uitgebreide voorlichting omtrent ingreep, alternatieve behandelingsmogelijkheden, complicaties en prognose.
2. Resectie type 0 en type I subsereuze myomen; type II myomen op specifieke indicaties.
3. Resectie grotere endometrium poliepen
4. Septum uteri
5. IU adhaesies type I en II

CONTRA-INDICATIES

- Zwangerschap
- Bij therapeutische hysteroscopieën contra-indicaties samenhangend met de distentievloeistof intravasatie (lever- nier- en cardiale afwijkingen).

PRE-MEDICATIE

Poliklinisch

100 mg Diclofenac of 1000 mg Paracetamol de avond voor en 1 uur voor de ingreep

In geval dilatatie cervix

- I. Lidocaïne/Xylocaïne 1 % + adrenaline 1 : 200.000 (max 300 mg = 30 cc)
 - 3 cc intracervicaal op 10 en 2 uur
 - 5 cc op 4 en 8 uur t.p.v. sacro-uterina
- II. carpules in “tandartsspuit” met lange naald.

Klinisch

Bij therapeutische hysteroscopieën dient de patiënt nuchter te zijn; pre-operatief consult anesthesist.

TIJDSTIP HYSTEROSCOPIE

Hysteroscopie dient te worden uitgevoerd in de proliferatieve fase van de cyclus bij voorkeur in de eerste week na de menstruatie; therapeutische hysteroscopie wordt soms uitgevoerd na voorbehandeling met LH-RH analogen (endometriumablatie; grotere myomen).

Bij continue bloedverlies is het soms niet mogelijk de proliferatieve fase te herkennen.

DISTENTIEMEDIUM

Op de operatiekamer Sorbitol 5 % bij continuous flow (CF).

Een goede leverfunctie is vereist wegens de metabolisering in de lever.

De sorbitol wordt toegediend door middel van een fluid controlled pump, de fluid loss wordt exact berekend en deze is steeds op de operatiemonitor zichtbaar.

Instellingen pomp	diagnostisch	therapeutisch
--------------------------	---------------------	----------------------

druk	120 mm Hg	150 mm Hg
flow	150ml/min	450 ml/min

COAGULTOR

De **Erbe** coagulator: Het bipolaire programma is niet ingesteld en het monopolaire programma staat op: auto 7-140 W (geel) en forced 3-80 W (blauw).

VLOEISTOF INTRAVASATIE

De inflow van de spoelvloeistof in geopende uterusvenen is het grootste risico bij de therapeutische hysteroscopie. Dit is mogelijk omdat tijdens de ingreep grote vaten geopend worden. Bloedverlies treedt hierbij niet op wegens de kunstmatig opgevoerde druk in de uterus, maar door deze druk kan een snelle infusie plaats in de circulatie plaatsvinden van Sorbitol. Tijdens de ingreep is het mogelijk dat in korte tijd 1000 tot 1500 cc Sorbitol in de circulatie wordt gepompt indien diepere vaten in het endometrium/myometrium zijn geopend; 1500 cc intravasatie is de maximaal te accepteren hoeveelheid, hierna dient de ingreep te worden beëindigd. Deze intravasatie en daarmee de operatietijd is dan ook vaak de beperkende factor. Voorbehandeling met analogen maakt dat de ingreep bij bepaalde indicaties sneller kan worden uitgevoerd, alsmede de bloeddorstrooming van de uterus afneemt.

De intravasatie van spoelvloeistof en daarmee gepaard gaande ernstige hyponatraemie en hypo-osmolariteit kan gepaard gaan met beschadiging van het CZS en mortaliteit.

Het is van belang voor deze **acute** situaties een behandelingschema te hebben, waarbij de behandeling zal bestaan uit:

- I diuretica (furosemide) ter preventie van overvulling
- II hypertonisch natriumchloride 2,9 % oplossing (0,5 mMol/l) per centrale lijn, echter alleen indien het Na < 120 mMol/l met als doel de Na-concentratie binnen 24 uur terug te brengen tot waarden tussen de 125 en 135 mMol/l. Vanwege het risico op CZS schade door een te snelle toediening van hypertonisch NaCl zelf, niet corrigeren tot een normonatriaemie of hogere waarden (> 135 mMol/l) en de Na concentratie niet meer dan 25 mMol/l laten stijgen.

In de praktijk betekent dit:

NaCl 2,9 % verkrijgbaar in zakken van 500 cc.

Bij Na < 120 mMol/l NaCl 2,9 in spuitpomp **stand 1-2 ml/min** tot plasma Natrium net boven 120 mMol/l, op deze wijze maximaal 200 cc toedienen.

Daarna tragere stijging tot Natrium waarden tussen 125-130 mMol/l; NaCl 2,9 % in spuitpomp **stand 0.3-0.6 ml/min**.

Vóór de ingreep dienen de electrolyten en op indicatie de leverfuncties te worden bepaald en dient de patiënt nuchter te zijn. De anesthesist dient de patiënt niet zoals gebruikelijk voor de ingreep op te vullen.

Postoperatief wordt er - indien er een gemeten sorbitol intravasatie is van meer dan 750cc - een catheter à demeure ingebracht en cito Hb, Ht, Na en K bepaald en wordt patiënte op de recovery geobserveerd, totdat de anaesthesist zijn fiat geeft voor terugplaatsing naar de afdeling. Bij ernstige misselijkheid Zofran 4 mg (of Novaban 5 mg) overwegen.

Maatschap gynaecologen
Maart 2010