GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSKERTOMUS

Juha Mäkinen

15.10.2010

EGO päivät, Turku

MALLISANELU **LH** **xx/xx/xx**

41-vuotias potilas, joka tulee allekirjoittaneen lähettämänä menorragian vuoksi hysterektomiaan. Virtsaamishäiriöiden vuoksi tehty myös urodynamiikka ja kystoskopia juuri hiljan ja niissä ei olennaista poikkeavaa. Menorragiaa potilaalla hoidettu konservatiivisin yrityksin (Caprilon, Mirena) jo pitkään, mutta näistä ei apua ja näin ollen päädytty laparoskooppiseen hysterektomiaan.

LCD04 Hysterectomia per laparoscopiam
Mäkinen- Naukkarinen- sh Olkkola, anest. erill kert.

Anestesiatutkimuksessa uterus mobiili, normaalikoon ylärajoissa, sivuilla ei poikkeavaa.
Laparoskopian tekninen suoritus normaali: neljän portin tekniikka (yksi 10 mm, kolme 5 mm porttia) , Valtchev ja rakkokatetri. Inspektoiden ylävatsalla ei poikkeavaa. Ileokekaalikulmassa pieni etuseinämään tuleva kiinnike, josta ei suolen toiminnalle häiriötä. Appendix ei visualisoidu. Uterus on ympäristöstään vapaa, hieman pallomainen, normaalikoon ylärajoissa mutta mitään selviä myoomia ei todeta. Ei myöskään endometrioosia.
Molemmat ovariot kystiset mutta näissä ei mitään tuumoreihin sopivaa. Sterilisaation jälkitila nähdään ja klipsit tuubissa. Alkaen sakrouteriinoista nämä koaguloidaan molemmin puolin bipolaarilla ja katkaistaan. Saksin avataan latumin takalehdet, joissa on selvästi varikoosia, jota joudutaan jonkin verran polttelemaan. Tämän jälkeen vasemmalta erikseen ovarii proprii, tuuba uteriina ja rotundum mesoineen koaguloidaan bipolaarilla ja katkaistaan, jonka jälkeen avataan latumin etulehti rakkolamboon saakka. Sitten samat toimenpiteet oikealle. Tämän jälkeen etufornix identifioidaan akvadissektiolla ja rakko saadaan hyvin laskeutumaan alas. Sitten vasemmalta alkaen koaguloidaan vasataso bipolaarilla ja katkaistaan, samoin kuin etukardinale, samat toimenpiteet oikealle, jolloin uterus on hyvin ympäristöstään vapaa ja voidaan polttosaksin avata etufornix ja siirtyä alatievaiheeseen.

Kaariviilto pyöritetään portion ympäri ja tehdään tylpästi takakolpotomia ja yhdellä parametriumotoksella molemmat sivut saadaan ligeerattua, katkaistua ja sidottua, jonka jälkeen kohtu poistetaan. Vagina suljetaan poikittain jatkuvalla ompeleella ja
hemostaasi tällä hyvä. Virtsa kirkasta. Huuhtelun jälkeen tarkastetaan skopiassa leikkausalue ja hemostaasi on hyvä. Ovariot lateraalisesti kummallakin puolin siistinä ja mitään koagulointia ei tarvita. Poistetaan instrumentit ja kaasu vatsaontelosta ja suljetaan alhaalle tulleet pinnalliset haavat knopein ja navan alle subkutaani knoppi.

Preparaatti: Poistettu uterus avattu vasemmasta sivustaan oikeaan cornuun ja kaviteetissa ei poikkeavaa, yksi pieni intramuraali myooma todetaan takaseinämässä ja muuten mahdollisesti adenomyosia.

Dgn N92.0 Menorrhagia NUD
D25.1 Myoma parvum uteri

Juha Mäkinen, LKT, Prof.

Leikkauskertomuksen sisältö:

- lyhyt potilaan esittely
- toimenpideotsikot (latinaksi) + koodi
- ”standardoitu” sisältö
- preparaatin kuvaus
- Diagnoosit
- (ks. www.gyn.fi, www.terveysportti.fi/gks)

SGY Suomen Gynekologiyhdistys Ry

Kävijälaskuri
05716

7.10 - 11.10
17th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology
Florence, Italia

10.10 - 13.10
7th Congress of the European Society of Gynecology
Paris-France

11.10 - 12.10
Suomen Perinatologisen Seuran syyskokous
Jyväskylä

19.10
ICS/Finland koulutuspäivä (International Continence Society), Kansallismuseo
Helsinki

25.10 - 26.10
EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), gynekologinen kirurgia
Turku

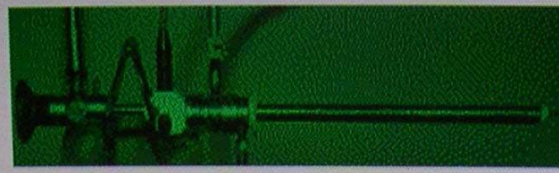
Join the Global Cancer Control Community!
NFOG Hot Topics, Helsinki
Kutsu NFOG 2008 kongressiin!

Ylläpito: web@gyn.fi

@Copyright Suomen Gynekologiyhdistys Ry

/www.terveysportti.fi/pls/gks/gks.home

Siirry Linkit



Gynekologisen Kirurgian Seura

GKS

Gynekologisen Kirurgian Seura

Esittely
Koulutus
Jäsenasiat
Hallitus
Säännöt
Linkit
Palaute

Tervetuloa GKS:n kotisivuille!

Gynekologisen Kirurgian Seuran tehtävä on järjestää kirurgista koulutusta sekä kehittää gynekologisen kirurgian ammatillista, tieteellistä ja opetuksellista tasoa

Yhdistyksen jäseneksi voivat gynekologien lisäksi liittyä alalle erikoistuvat lääkärit sekä leikkaussalihoitajat. Myös muut gynekologisesta kirurgiasta kiinnostuneet voivat anoa jäsenyyttä, josta seuran hallitus päättää erikseen.



Kirjaudu sisään

Kirjaudu sisään

Käynnistä | Saapuneet - Microsoft O... | Jutta - keskustelu | Gynekologisen Kirurgi... | Internet | 14:18 tiistai

Miten on taltioitu/taltioidaan ?

Dokumentaatiota paljon

- **epäoleellisia asioita**
- **”kuvauksen” taso vaihtelee**

Informaatio on subjektiivista

- **onko dokumentaatio tosi?**
- **tulkitaanko se yhdenmukaisesti ?**


JOULU
21
TAHMI

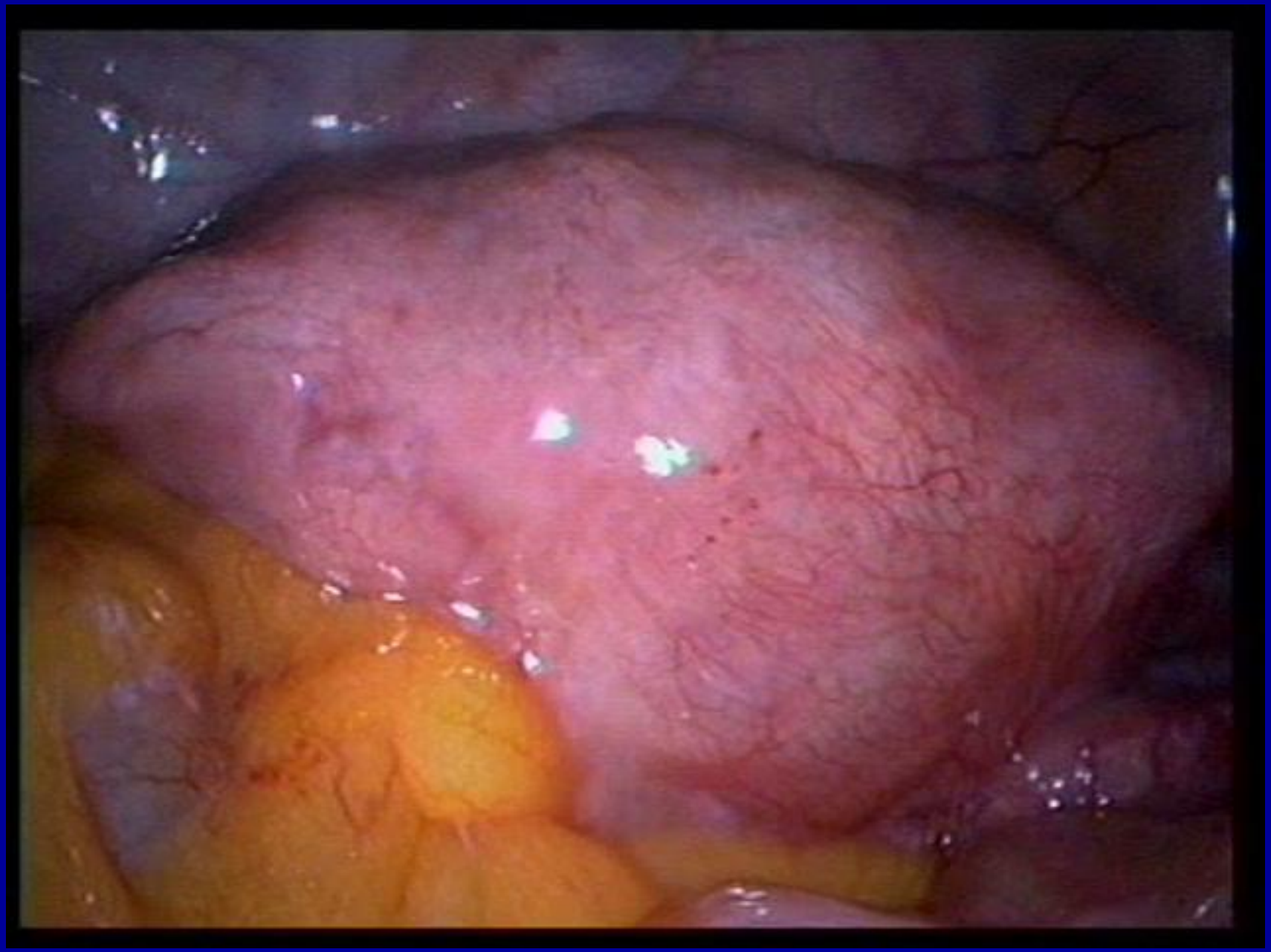
Mitä mahdollisuuksia on nyt ?

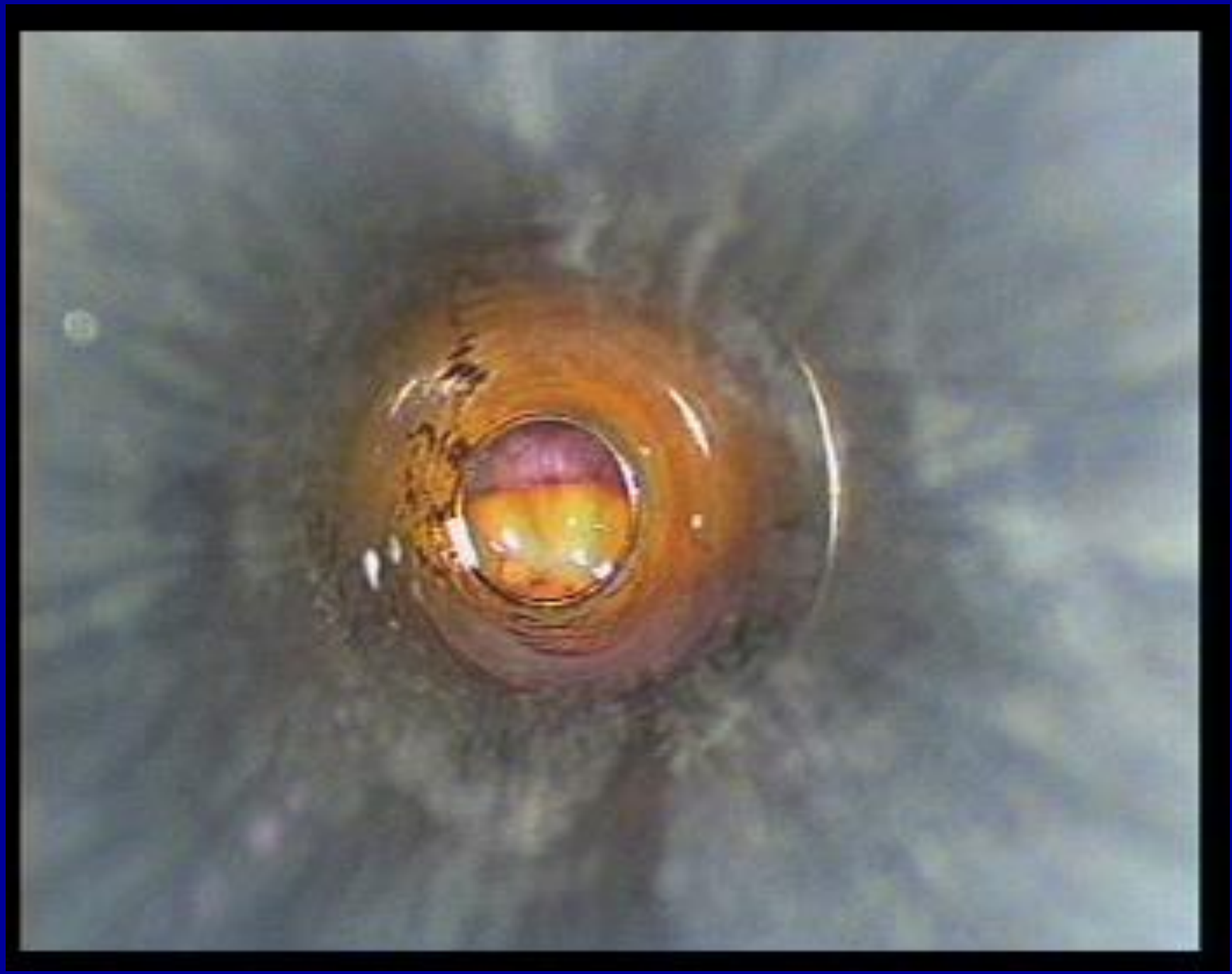
Kuvatallennus

- **”1 kuva > 1000 sanaa”**

Videotallennus

- **1 video = ”tuhat kuvaa”**
  = 25 kuvaa / sek





Tavoitteet ovat:

Näkymästä/toimenpiteestä on muodostettava objektiivinen dokumentti

---

Dokumentista on ymmärrettävä alkuperäinen näkymä tai toimenpide

Raportoi:

- status
- ”yllätykset”
- ”vaikeudet”
- konsultaatiot !
- jääleike ?
- komplikaatiot (toimenpidekoodi + diagnoosi)
- Liitännäistoimenpiteet
- keinomateriaalit (stentit, klipsit)
- ”apuvälineet” (katetri, dreeni, tamponi)

Huomioi:

- myös ”normaali” löydökset
- adnexstatus (erit. VH:ssa)
- vatsaontelon neste (erit. ca:ssa)
- appendix
- maksa-/ylävatsastatus
- sappirakko/-kivet ?
- kiinnikkeet ylävatsalla
- colon divertikuloosi ?

Gynekologisia erityishuomioita:

- kohdun koko, deformiteetit, verenkierto
- anomaliat
- tuubien kaliberi, läpikulku
- ovariot, toimivuus
- varikoosi
- endometrioosi
- kiinnikkeet
- imusolmukkeet

Miten dokumentointi pitäisi/voisi tapahtua ?

- dokumentoidaan oikeat asiat
- ei dokumentoida liikaa

- dokumentointi standardisoidaan

- tehdään objektiivinen dokumentaatio

Mitä vaikeuksia dokumentoinnissa ?

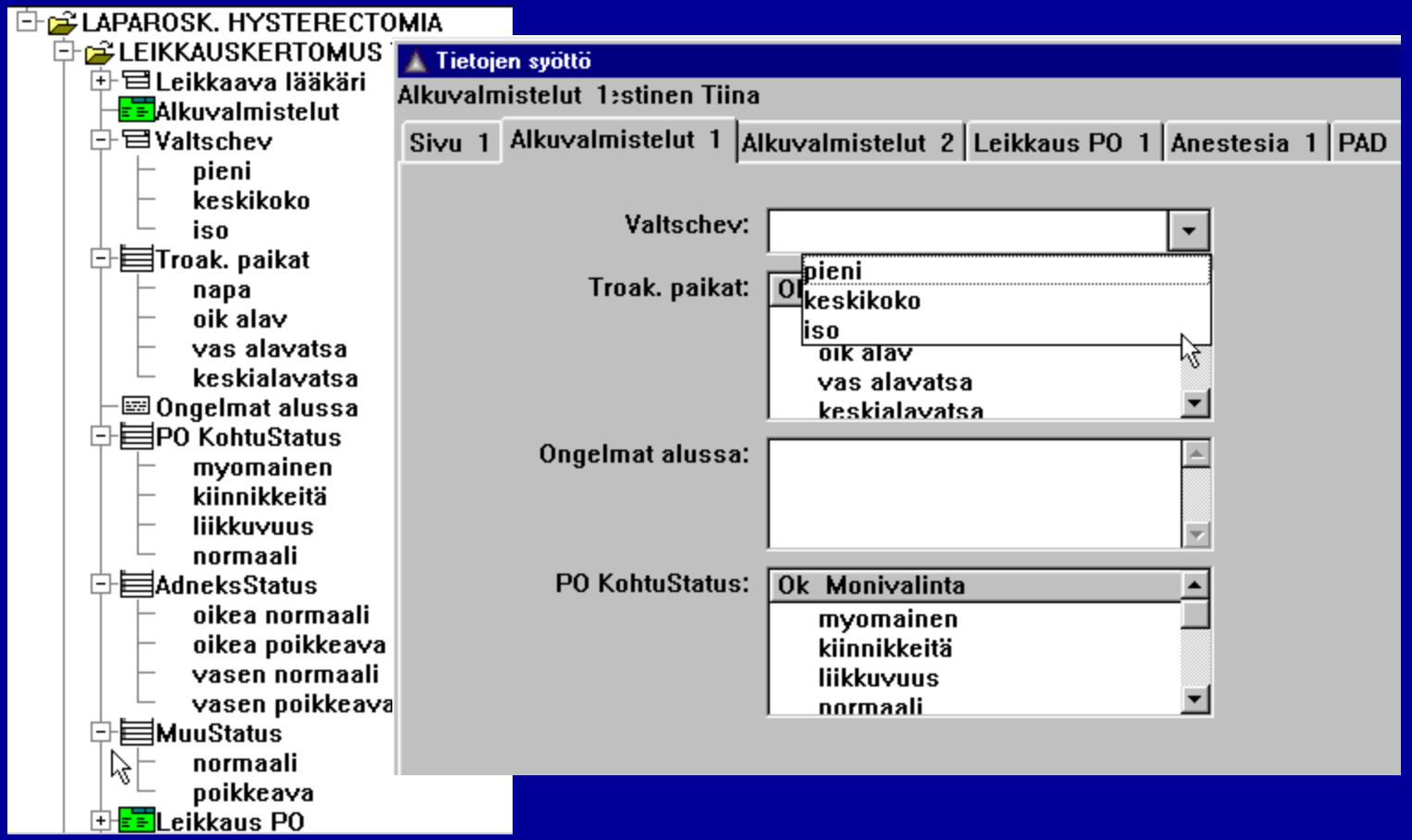
- järjestelmä työläs luoda
- useita näkökantoja
- ajan tasalla pitäminen työlästä

- tietojen täyttö vie aikaa
- lääkäreillä ei kärsivällisyyttä?
- hoitajien asenne ?

Mitä objektiiviselta dokumentaatiolta vaaditaan ?

- tyyppileikkauksille oma rakenne
- tärkeiden tietojen syöttö
- kuvatallennus
- videotallennus
- vapaan tekstin alue (puhetta ?)

Eräs ratkaisumalli



Dokumentaation paperiversio

Nimi
Testinen Tiina
Syntymäpaikka

Ammatti

Postiosoite

Henkilötunnus
010101-0101
Henkikirjoituskunta

Postitoimipaikka

06.04.1999 LEIKKAUSKERTOMUS TESTI
Testinen Tiina

Leikkaava lääkäri:	
Valtschev:	keskikoko
Troak. paikat:	napa 12 mm
	oik alav 5 mm
	vas alavatsa 5 mm
Ongelmat alussa:	-
PO KohtuStatus:	myomainen 50 mm fundaalisesti
	liikkuvuus hyvä
AdneksStatus:	oikea normaali
	vasen normaali
MuuStatus:	poikkeava myoma

Kuvan liittäminen dokumenttiin



Palaute dokumentaatiosta

Lähetteet ja palautteet aikajärjestyksessä

Tulleet | Käsittelemättä | Konsultaatio | Kuitatut | Lähetetyt | Käsittelemättä | Konsultaatio | Kuitatut

Kuitattu	Pvm Klo	Kt	Erik.	Nimi Lähetteen syy	Henkilötunnus
K	25.03.1999 00:44	ESKO	GYN	Testinen Tiina GYN-LÄHETE	010101-0101

Nimi
Testinen Tiina
Syntymäpaikka

Ammatti

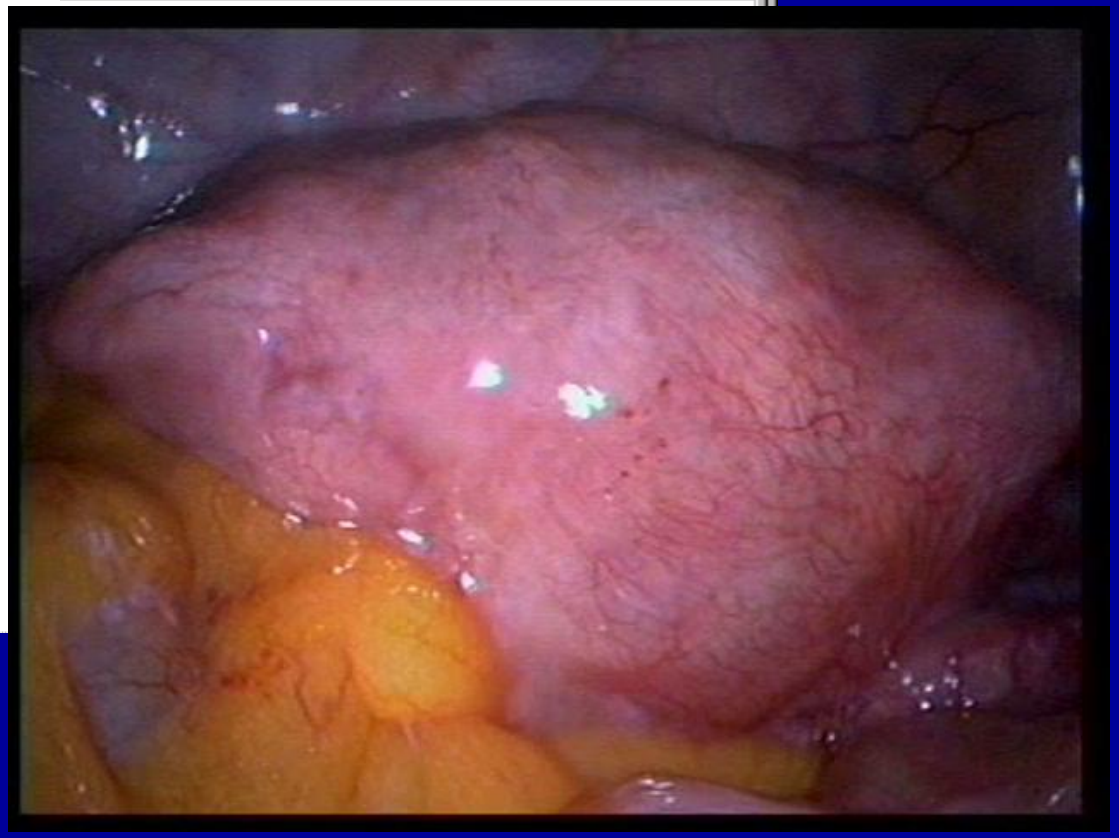
Postiosoite

Henkilötunnus
010101-0101
Henkikirjoituskunta

Postitoimipaikka

06.04.1999 LEIKKAUSKERTOMUS TESTI
Testinen Tiina

Leikkaava lääkäri:
Valtschev: keskikoko
Troak. paikat: napa 12 mm
oik alav 5 mm
vas alavatsa 5 mm
Ongelmat alussa: -
PO KohtuStatus: myomainen 50 mm fundaalisesti
liikkuvuus hyvä
AdneksStatus: oikea normaali
vasen normaali
MuuStatus: poikkeava myoma



Palaute dokumentaatiosta

Lähetteet ja palautteet aikajärjestyksessä

Tulleet | Käsittelemättä | Konsultaatio | Kuitatut | Lähetetyt | Käsittelemättä | Konsultaatio | Kuitatut

Kuitattu	Pvm Klo	Kt	Erik.	Nimi Lähetteen syy	Henkilötunnus
K	25.03.1999 00:44	ESKO	GYN	Testinen Tiina GYN-LÄHETE	010101-0101

Nimi
Testinen Tiina
Syntymäpaikka

Henkilötunnus
010101-0101
Henkikirjoituskunta

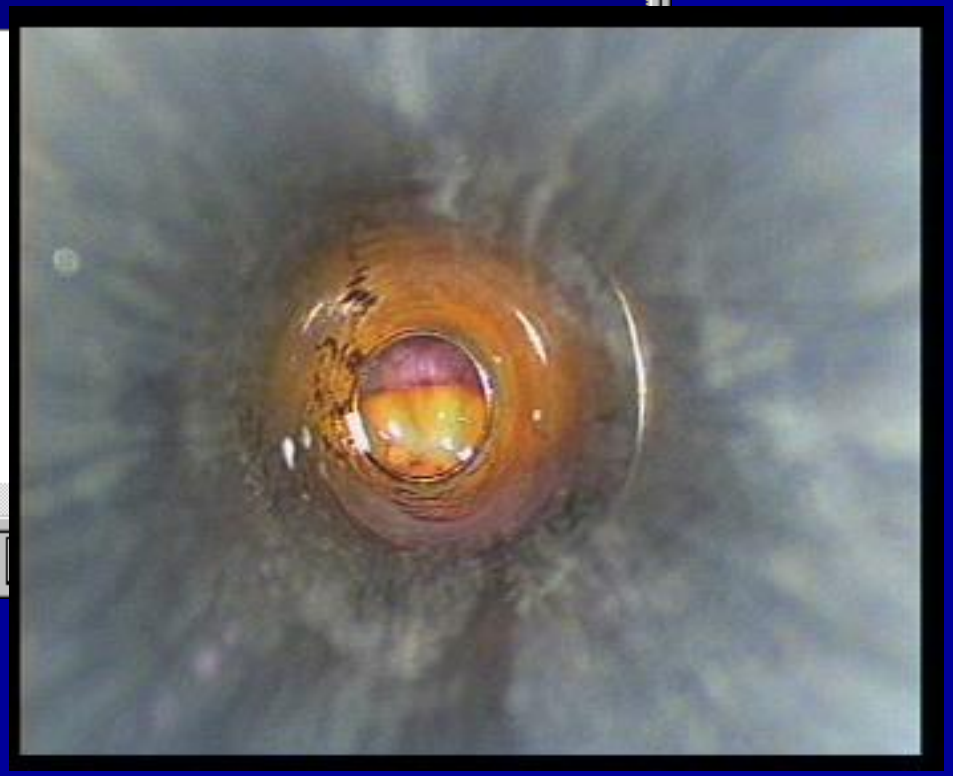
Ammatti

Postiosoite

Postitoimipaikka

06.04.1999 LEIKKAUSKERTOMUS TESTI
Testinen Tiina

Leikkaava lääkäri:
Valtschev: keskikoko
Troak. paikat: napa 12 mm
oik alav 5 mm
vas alavatsa 5 mm
Ongelmat alussa: -
PO KohtuStatus: myomainen 50 mm fundaalisesti
liikkuvuus hyvä
AdneksStatus: oikea normaali
vasen normaali
MuuStatus: poikkeava myoma



Leikkausdokumentoinnin tulevaisuus?

Sairauskertomustekstin ympärille
rakentuu objektiivinen
todellisuus
kuvista, äänistä ja videoista

Leikkauskertomuksen sisältö:

- lyhyt potilaan esittely
- toimenpideotsikot (latinaksi) + koodi
- ”standardoitu” sisältö
- preparaatin kuvaus
- Diagnoosit
- (ks. www.gyn.fi, www.terveysportti.fi/gks)

Kiitos

Turku kiittää

Turvallista kotimatkaa !

MALLISANELU **TAH**
48-vuotias potilas, jolla runsaat, konservatiiviseen hoitoon reagoimattomat pitkäkestoiset vuodot ja lisäksi kohdussa todettu useampia myoomia. Päädytty hysterektomiaan.

LCD00, LAF00 Hysterectomia abdominalis extrafascialis cum S-O:ectomia l.dx.
JEA00 Appendicectomia peroperativa
Mäkinen ym.

Alakeskiviilto. Vatsaontelossa hieman vapaata, seroosia nestettä, josta otetaan milliporenäyte. Ei kiinnikkeitä. Ylävatsan palpaatiossa maksan reuna sileä, sappirakossa yksi pieni konkrementti, munuaiset palpoiden tavalliset, samoin perna ja ventrikkeli. Para-aortaalitilassa ei poikkeavaa. Appendix viaton, selvästi yli 10 cm:n pituinen. Uterus on ympäristöstään vapaa, noin miehen nyrkin kokoinen, siinä on 2 – 3 erillistä subseroosiä myoomaa, joiden halkaisijat noin 2 - 3 cm. Ei endometrioosia, ei varikoosia. Vasen adnex täysin siisti. Oikeassa ovariossa noin 4 cm:n kysta, minkä vuoksi oikea adnex päätetään myös poistaa.

Oikea ligamentum infundibulopelvikum katkaistaan ja ligeerataan. Oikea sivutila avataan, ureterin kulku tarkastetaan, oikea rotundum katkaistaan ja ligeerataan. Vasemmalta ligeerataan erikseen rotundum ja ligamentum ovarii proprii sekä tuuba uteriina yhdessä kaksoisligatuuralla. Etuperitoneum avataan rakkolamboon seudusta ja rakko irrotellaan irti cervixistä aina vaginan yläosaa myöten. Takaperitoneum avataan cervixin takaa siten, että rectum saadaan tylpästi mobilisoitua irti vaginan yläosasta. Vasa uteriinat katkaistaan ja ligeerataan molemmin puolin kahdessa eri otoksessa. Sakrouteriinat katkaistaan ja ligeerataan molemmin puolin noin 1 cm:n etäisyydellä cervixistä. Extrafaskiaalisesti otetaan kiinni ligamentum kardinalet saksin ja ne katkaistaan ja ligeerataan. Sen jälkeen edetään terävästi veitsellä etuseinämästä vaginaan ja fornixmyötäisesti saksin leikkaamalla irrotellaan kohtu. Vagina suljetaan ristiompelein siten, että molempiin kulmiin otetaan varmistukseksi mukaan vasa uteriinan tyngät ja vaginan keskiosiin tulee ligamentum sakrouteriinat kiinni otoksella. Tarkistetaan hemostaasi, joka on hyvä. Ei peritonisointia.

Pitkä, viaton appendix poistetaan ligeeraamalla sen meso kolmessa eri otoksessa ja ligeerattu, katkaistu appendixtumppi upotetaan tupakkapussiompeleella, jonka päälle tulee yksi Z-varmistusommel.

Lasketaan leikkaustarpeet, jotka täsmäävät. Haava suljetaan kerroksittain tavalliseen tapaan: peritoneumiin jatkuva ommel, lihakseen lähentävät knopit, faskiaan ristiompeleet. Ommelaineena ollut dexon, ihoon kuitenkin tulee intrakutaani Novafil-ommel.
Näytteet: milliporenäyte, PA-näyte.

Preparaatti: Poistettu uterus avataan vasemmasta sivustaan oikeaan cornuun, sen endometriumilla ei todeta poikkeavaa. Subseroosisti todetaan 2 - 3 suurempaa, noin 3 cm:n myoomaa. Oikea adnexkysta avattu toimenpiteen aikana ja se osoittautui yksilokeroiseksi, toiminnalliseksi kystaksi sisältäen seroosia nestettä. Uterus oikean adnexin kanssa yhtenä näytteenä patologille ja toisena näytteenä appendix.

Dgn D25.9 Myomata uteri
K80.2 Cholecystolithiasis

MALLISANELU **VH**

72-vuotias potilas, jolta postmenopausaalisen vuodon pohjalta otetussa endometriumnäytteessä löytyi G1 adenocarcinoma. Levinneisyystutkimuksissa ei poikkeavaa. Obesiteetin vuoksi päädytty kohdun ja munasarjojen poistoon vaginaalisesti.

LCD10 Hysterectomia vaginalis
LAF20 S-O:ectomia l.a. per vaginam
Kiilholma ym.

Scottin levitin, painospekula ja rakkokatetri paikoilleen. Tartutaan kahdella kuulapihdillä portioon. Infiltroidaan portioepiteelin alle useaan kohtaan Xylonest-Adrenalin liuosta. Viilto portion ympäri. Edetään faskian alla kohti etuperitoneumia ja takaperitoneumia, joka avataan. Katkaistaan ja ligeerataan kardinalet ja sakrouteriinat. Molemmin puolin saadaan vasa uteriinat katkaistua ja ligeerattua kahdessa erässä. Tässä vaiheessa päästään myös etuperitoneum avaamaan. Kohtu on melko kookas joten adnexeja on vaikea saada esiin. Useassa erässä saadaan adnexpedikkelit ligeerattua irti kohdusta, jonka jälkeen kohtu kokonaisena saadaan poistettua. Pienet ja atrofiset ovariot sijaitsevat melko korkealla, mutta kun molemmin puolin ensin katkaistaan ja ligeerataan rotundat muusta pedikkelistä erilleen, niin adnexit tulevat paremmin esiin. Asetetaan useita ligeerauksia infundibulopelvikumeihin, jolloin vähitellen saadaan myös adnexit poistettua. Sakrouteriinojen seutuun vielä hemostaasiligatuurat. Peritonisaatiota ei erikseen suoriteta. Vaginaepiteeli suljetaan katko-ompeleilla poikittain. Toimenpiteen päätteeksi emättimeen asetetaan tamponi seuraavaan aamuun.

Leikkauspreparaatti: Halkaistaessa todetaan kohtuontelossa runsaasti karsinoomaa, joka jonkin verran näyttäisi infiltroivan myometriumiin, mutta ei ulotu läheskään seroosapinnalle. Leikkauksen aikana kasvainkudosta valui jonkin verran ulos
kervikaalikanavasta. Ovariot pienet ja atrofiset. Vasemmasta sivusta halkaistu kohtu ja molemmat adnexit pad-näytteeksi.

Dgn C54.11 Ca corporis uteri (adenocarcinoma endometrii G 1)
C50.19 Ca mucinosum mammae l.dx. (T2N0M0G1, ER +, Pr +)

MALLISANELU LH

22.3.2004 prof. Juha Mäkinen
314

Dec 41-vuotias potilas, joka tulee allekirj. lähettämänä menorragian vuoksi hysterektomiaan (eml). Virtsaamishäiriöiden vuoksi tehty myös urodynamiikka ja kystoskopia juuri hiljan ja niissä ei olennaista poikkeavaa. Menorragiaa potilaalla hoidettu konservatiivisin yrityksin jo pitkään, mutta näistä ei apua ja näin ollen päädytty laparoskooppiseen hysterektomiaan.

LCD04 Hysterectomia per laparoscopiam

Mäkinen - Naukkarinen anest. erill. kertomus

Anestesiatutkimuksessa uterus mobiili, normaalikoon ylärajoissa, sivuilla ei poikkeavaa.

Laparoskopian tekninen suoritus normaali: neljän portin tekniikka (yksi 10 mm, kolme 5 mm porttia) , Valtchev ja rakkokatetri. Inspektoiden ylävatsalla ei poikkeavaa. Ileokekaalikulmassa pieni etuseinämään tuleva kiinnike, josta ei suolen toiminnalle häiriötä. Uterus on ympäristöstään vapaa, hieman pallomainen, normaalin ylärajoissa mutta mitään selviä myomia ei todeta. Ei myöskään endometrioosia. Molemmat ovariot kystiset mutta näissä ei mitään tuumoreihin sopivaa. Sterilisaation jälkitila nähdään ja klipsit tuubissa. Alkaen sakrouteriinoista nämä koaguloidaan molemmin puolin bipolaarilla ja katkaistaan. Saksin avataan latumin takalehdet, joissa on selvästi varikoosia, jota joudutaan jonkin verran polttelemaan. Tämän jälkeen vasemmalta erikseen ovari propri, tuuba uteriina ja rotundum mesoineen koaguloidaan bipolaarilla ja katkaistaan, jonka jälkeen avataan latumin etulehti rakkolamboon saakka. Sitten samat toimenpiteet oikealle. Tämän jälkeen etuforniks identifioidaan aqvadissektiolla ja rakko saadaan hyvin laskeutumaan alas. Sitten alkaen vasemmalta koaguloidaan vasataso bipolaarilla ja katkaistaan, samoin kuin etukardinale ja sitten samat toimenpiteet oikealle, jolloin uterus on hyvin ympäristöstään vapaa ja voidaan polttosaksin avata etuforniks ja sitten siirtyä alatievaiheeseen.

MALLISANELU **TAH**
48-vuotias potilas, jolla runsaat, konservatiiviseen hoitoon reagoimattomat pitkäkestoiset vuodot ja lisäksi kohdussa todettu useampia myoomia. Päädytty hysterektomiaan.

LCD00, LAF00 Hysterectomia abdominalis extrafascialis cum S-O:ectomia l.dx.
JEA00 Appendicectomia peroperativa
Mäkinen ym.

Alakeskiviilto. Vatsaontelossa hieman vapaata, seroosia nestettä, josta otetaan milliporenäyte. Ei kiinnikkeitä. Ylävatsan palpaatiossa maksan reuna sileä, sappirakossa yksi pieni konkrementti, munuaiset palpoiden tavalliset, samoin perna ja ventrikkeli. Para-aortaalitilassa ei poikkeavaa. Appendix viaton, selvästi yli 10 cm:n pituinen. Uterus on ympäristöstään vapaa, noin miehen nyrkin kokoinen, siinä on 2 – 3 erillistä subseroosiä myoomaa, joiden halkaisijat noin 2 - 3 cm. Ei endometrioosia, ei varikoosia. Vasen adnex täysin siisti. Oikeassa ovariossa noin 4 cm:n kysta, minkä vuoksi oikea adnex päätetään myös poistaa.

Preparaatti: Poistettu uterus avataan vasemmasta sivustaan oikeaan cornuun, sen endometriumilla ei todeta poikkeavaa. Subseroosisti todetaan 2 - 3 suurempaa, noin 3 cm:n myoomaa.

Oikea adnexkysta avattu toimenpiteen aikana ja se osoittautui yksilokeroiseksi, toiminnalliseksi kystaksi sisältäen seroosia nestettä. Uterus oikean adnexin kanssa yhtenä näytteenä patologille ja toisena näytteenä appendix.

Dgn D25.9 Myomata uteri
K80.2 Cholecystolithiasis

MALLISANELU **VH**

72-vuotias potilas, jolta postmenopausaalisen vuodon pohjalta otetussa endometriumnäytteessä löytyi G1 adenocarcinoma. Levinneisyystutkimuksissa ei poikkeavaa. Obesiteetin vuoksi päädytty kohdun ja munasarjojen poistoon vaginaalisesti.

LCD10 Hysterectomia vaginalis
LAF20 S-O:ectomia l.a. per vaginam
Kiilholma ym.

Scottin levitin, painospekula ja rakkokatetri paikoilleen. Tartutaan kahdella kuulapihdillä portioon. Infiltroidaan portioepiteelin alle useaan kohtaan Xylonest-Adrenalin liuosta. Viilto portion ympäri. Edetään faskian alla kohti etuperitoneumia ja takaperitoneumia, joka avataan. Katkaistaan ja ligeerataan kardinalet ja sakrouteriinat. Molemmin puolin saadaan vasa uteriinat katkaistua ja ligeerattua kahdessa erässä. Tässä vaiheessa päästään myös etuperitoneum avaamaan. Kohtu on melko kookas joten adnexeja on vaikea saada esiin. Useassa erässä saadaan adnexpedikkelit ligeerattua irti kohdusta, jonka jälkeen kohtu kokonaisena saadaan poistettua.

Leikkauspreparaatti: Halkaistaessa todetaan kohtuontelossa runsaasti karsinoomaa, joka jonkin verran näyttäisi infiltroivan myometriumiin, mutta ei ulotu läheskään seroosapinnalle. Leikkauksen aikana kasvainkudosta valui jonkin verran ulos kervikaalikanavasta. Ovariot pienet ja atrofiset. Vasemmasta sivusta halkaistu kohtu ja molemmat adnexit pad-näytteeksi.

Dgn C54.11 Ca corporis uteri (adenocarcinoma endometrii G 1)
C50.19 Ca mucinosum mammae l.dx. (T2N0M0G1, ER +, Pr +)

MALLISANELU **LH**

41-vuotias potilas, joka tulee allekirjoittaneen lähettämänä menorragian vuoksi hysterektomiaan. Virtsaamishäiriöiden vuoksi tehty myös urodynamiikka ja kystoskopia juuri hiljan ja niissä ei olennaista poikkeavaa. Menorragiaa potilaalla hoidettu konservatiivisin yrityksin jo pitkään, mutta näistä ei apua ja näin ollen päädytty laparoskooppiseen hysterektomiaan.

LCD04 Hysterectomia per laparoscopiam
Mäkinen ym.

Anestesiatutkimuksessa uterus mobiili, normaalikoon ylärajoissa, sivuilla ei poikkeavaa.

Laparoskopian tekninen suoritus normaali: neljän portin tekniikka (yksi 10 mm, kolme 5 mm porttia) , Valtchev ja rakkokatetri. Inspektoiden ylävatsalla ei poikkeavaa. Ileokekaalikulmassa pieni etuseinämään tuleva kiinnike, josta ei suolen toiminnalle häiriötä. Appendix ei visualisoidu. Uterus on ympäristöstään vapaa, hieman pallomainen, normaalikoon ylärajoissa mutta mitään selviä myoomia ei todeta. Ei myöskään endometrioosia.

Preparaatti: Poistettu uterus avattu vasemmasta sivustaan oikeaan cornuun ja kaviteetissa ei poikkeavaa, yksi pieni intramuraali myooma todetaan takaseinämässä ja muuten mahdollisesti adenomyosia.

Dgn N92.0 Menorrhagia NUD
D25.1 Myoma parvum uteri

Hysterectomia totalis cum adnexectomia bil. dex.

LAPA

Anest. Jyri Myllet

Tp. Ikonen

Valtseff kohtuun. Sondi on 7 cm. Hapsan pieni [illegible] kautta ilmastetaan. Troakaari peritoneum-[illegible] fertiilikokoa oleva useampilmyomainen kohtu. [illegible] kokoinen täysin sileäpintainen ympäristöstään [illegible] tos. Oikea ovario pieni, lepotilassa tuubat tavallisia. [illegible] milli kirkasta eritettä, josta aluksi otetaan sytologinen [illegible] pi tyhjätään ensin kystan sisältö, joka hieman samea [illegible] keen bipolaaripoltolla oikealta aloittaen katkaistaan [illegible] tään kohti rotundaa, joka poltetaan ja katkaistaan. [illegible] aqualla. Sama vasemmalle. Rakko irrotetaan monopolaar [illegible] tiolla cervixin pinnasta. Tämän jälkeen ensin oikealta kohdun [illegible] riinatasoon, josta uteriina identifioitu, poltetaan ja katkaistaan. [illegible] siirrytään vasemmalle, jossa myös kohdun vieressä edeten [illegible] riina löytyy, poltetaan ja katkaistaan. stumppi vyörytetään [illegible] alaspäin. Sakrouterinaligamentit saadaan molemmin puolin [illegible] mennään monopolaaripoltolla edestä. Siirrytään alatievähennyksen [illegible] laariviilto jatketaan portion ympäri. Kolme ottoa ja preparaatti [illegible] yhtenä palana pois. Huuhdellaan vatsaontelo ja suljetaan vaginan [illegible] mastoidaan uudelleen. Hemostaasi havaitaan hyväksi. Dreeni [illegible]

Vuoto 100 ml.

PAD. Halkaistaan kohtu edestä. Sisältää useampia pieniä myom [illegible] submukoottisesti. Halkaistaan myös oikean ovarion tuumori [illegible] on syheröinen. Yksi ainoa lokero on. Neste kellertävää, [illegible] [illegible]aan musiinin näköistä.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ky
TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA

HOITOTAULUKKO

EML J. Mäkinen

Klinikka Naisten

Diagnoosi / Diagnoosit: descensus uteri; adenomyoosi? formaldehyd

LH

47 v.

Vastaanotto V	Lähetti O	24.10.	25.10.	26.10.	27.10.	28.10.	29.10.
170	42						
160	40			7	2.	9.	4.
90	39						
80	38	x					
70	37						
60	36						
50	35						

Verenpaine mmHg: 127/75, 83

Pituus 167 cm

Jalkimmet +/-

Suunnanmuutos +/-

Oksennukset ^

Virtsamäärä ml

Nesteet

Ravinto

TAHP

KV

DA

Tutkimus- ja hoitotoimenpide		
laboratorio		
röntgen		
muut tutk.		
Konsultaatiot		
Hoidot		
Potilaan ohjaus		
Jatkohoitojärjestelyt	100% x	puolt. Sacc mikro- nio

Al.	Lääkitys	Lop.	Al.	Lääkitys	Lop.	Al.	Erikoishoidot	Lop.
	24.10. Klexane 0,2 ml sc							
→	Protaphan							
→	Humalog							
→	Thyroxin 0,1 x1							
→	Verapamil 240mg x1							
→	Inspiron 4mg 1½ x1							
→	Zoladex depot 3,6 mg							
→	Neurontin							
→	Arixtra 2,5 ml							

Hoitopaikka / Potilashuone / Päätösikko / Välitösikko

Teksti

Sivun numero 12

../.
25.10.2004
314

Mäkinen - Siltanen anest. erill. kertomus

Anesteslatutkimuksessa uterus on takana, naisen nyrkin kokoinen, mobiili, sivulla ei poikkeavaa. Laparoskopian tekninen suoritus normaali: neljän portin tekniikka, Valtchev ja rakokatetri. Ylävatsan inspektio normaali. Oikeassa ovariossa hemorraginen kysta, joka avataan ja imetään tyhjäksi, koaguloidaan sen reunat, jolla vuoto asettuu. Vasen adneks täysin siisti. Uterus myös ympäristöstään vapaa, kooltaan normaaliraljoissa, pinnallisesti siinä ei poikkeavaa, ei myöskään varikoosia tai endometrioosia.

Alkaen sakrouterlinoista, nämä molemmat koaguloidaan bipolaarilla ja katkaistaan, sitten avataan latumin takalehdet ja vasemmalta ovari propri, tuuba uterlina, sen meso ja rotundum koaguloidaan ja katkaistaan, avataan latumin etulehti ja samat toimenpiteet oikealle. Tämän jälkeen rakkoperitoneum irrotellaan hyvin alas ja identifioidaan etuforniks ja sitten vasatasot molemmin puolin koaguloidaan bipolaarialla ja katkaistaan, samoin kuin etukardinalet ja näin ollaan fornikstasolla kornujen alueella ja polttosaksin avataan etuforniks ja siirytään alatievalheeseen.

Kaarivilliolla kierretään portin ympäri ja tehdään tylpästi takakolpotomia ja epiteeli irrotellaan serviksistä ja sivuille molemmin puolin tulee yhdet sivuparametriumotokset, jotka ligeerataan ja katkaistaan ja näin kohtu saadaan poistettua ja vagina suljetaan polkittain jatkuvalla ompeleella ja hemostaasi hyvä. Tamponi vaginaan. Huuhtelun jälkeen tarkastetaan leikkausalue, jossa alvan pientä vuotoa vaginan saumassa enemmän oikean sakron tyvessä ja tämä koaguloidaan. Sen jälkeen hemostaasi hyvä. Ovariot jäävät siistinä. Huuhdellaan vatsaontelo ja imetään se tyhjäksi, jonka jälkeen vasemmasta sivutroakaariaukosta dreeni vatsaontelon pohjaan ja poistetaan sitten instrumentit ja kaasu vatsaontelosta ja suljetaan alhaalle tulleet ihohaavat pinnallisin knopein niin, että dreeni fiksoidaan ihoon ja navan alle tulee subkutaani knoppi.

Preparaatti: poistettu uterus avattu vasemmasta sivustaan oikeaan kornuun ja endometriumilla ei todeta poikkeavaa, ei myöskään selvää adenomyosia. Uterus näytteeksi patologille.

dgn N81.2 Descensus uteri G 1 - 2

PÄÄOTSIKKO: Tulotilanne, Väliarvio, Loppuarvio

VÄLIOTSIKKO: Lähettäjä, Tulosyy, Esitiedot, Nykytila, Ongelmat, Suunnitelma, Hoitojakso, Hoidon tulos, Jatkohoito, Diagnoosit, Asiakirjat