

Emergent hysterectomy for placenta accreta spectrum – some additional techniques

Emergentní hysterektomie pro spektrum placenta accreta – některé další techniky

Dear Editors,

I read the article by Kaba et al [1]. They reported a new technique for emergent hysterectomy in a patient with placenta accreta spectrum (PAS) in the 2nd trimester. This technique is not specific to the 2nd trimester and thus I wish to discuss some procedures of PAS-hysterectomy in general.

Kaba et al first ligated the uterine artery, then separated the bladder, and finally removed the uterus. The main reason for this is: bladder separation in the face of a thick adhesion at the bladder-uterine interface often causes i) marked bleeding and ii) bladder injury. Ligating the uterine artery before bladder separation prevents i) and ii). I wish to shortly state some other simple alternatives which prevent i) and ii).

The first is the “amputation first technique” [2]. The upper 2/3 of the uterus should be removed. This part usually occupies the pelvic cavity, preventing better visualization of the surgical field. Thus, the uterus should be amputated at the level of the lower segment cesarean incision and the upper branch of the uterine artery. The latter should be ligated at the time of the amputation. The uterine wall should be sutured or clamped, which achieves transient hemostasis until hysterectomy is completed. We can obtain good visualization of the surgical field. Passing the finger through the cervical canal enables us to grasp the vaginal fornix, the site to be transected at hysterectomy. Grasping this site prevents “too

much” bladder separation and “too deep” vaginal resection.

The second is the “filling the bladder technique” [3,4]. Before separating the bladder, the bladder should be filled with 300 mL of saline with or without methylene blue. Usually, thick adhesion of the bladder-uterine interface makes it difficult to grasp the bladder upper top (anterior end). Surgeons tend to start bladder separation at the site more anterior than the bladder top, which causes extra-bleeding. The “filling the bladder technique” makes the surgeons grasp the site of the bladder top, or the site to start the bladder separation. Leak of saline or blue dye in the surgical site makes us recognize the bladder injury when it unfortunately occurs: earlier recognition of bladder injuries provides room to better deal with the surgery thereafter.

The third is the “opening the bladder technique” [4,5]. If bladder injury is a concern and intra-surgical findings highly predict its occurrence, the bladder should be intentionally cut. An auto-suture apparatus is useful. The bladder wall “sharply cut” is much easier to repair than that “severely destroyed” during forced bladder separation. The site of the placental invasion to the posterior bladder wall (percreta site) should be considered as “endometrial cancer invading the bladder wall”. Intentional cystotomy is often employed in the surgery for advanced endometrial cancer.

These three procedures may be useful additions of PAS hysterectomy. We recommend PAS-surgeons to attempt these

techniques if the situation requires them to do so. Accumulation of the experience may improve the procedure of PAS hysterectomy, which is still a challenging surgery.

Acknowledgment

I previously described these three techniques as cited. Our team also included these techniques in other papers, which can be retrieved through the articles cited here.

References

1. Kaba M, Erkan C, Sarica MC et al. Emergency hysterectomy after 2nd trimester abortion in a patient with placenta accreta spectrum disorder who had four cesarean deliveries. *Ceska Gynekol* 2023;88(2): 110–113. doi: 10.48095/cccg2023110.
2. Matsubara S, Ohkuchi A, Suzuki H et al. Cesarean hysterectomy: amputation-first technique (Matsubara). *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; 94(5): 552–553. doi: 10.1111/aogs.12602.
3. Matsubara S, Takahashi H, Baba Y. Handling aberrant vessels located in the posterior bladder wall in surgery for abnormally invasive placenta: a non/less-touch technique. *Arch Gynecol Obstet* 2017; 296(5): 851–853. doi: 10.1007/s00404-017-4498-2.
4. Matsubara S, Kuwata T, Usui R et al. Important surgical measures and techniques at cesarean hysterectomy for placenta previa accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92(4): 372–377. doi: 10.1111/aogs.12074.
5. Matsubara S. Intentional cystotomy in surgery for placenta percreta with bladder invasion: not only for hysterectomy but also for uterus-preserving surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2023; 102(1): 122–123. doi: 10.1111/aogs.14484.

Prof. Shigeki Matsubara, MD, PhD
Department of Obstetrics and Gynecology
Jichi Medical University
3311-1 Yakushiji, Shimotsuke
Tochigi 329-0498
Japan
matsushi@jichi.ac.jp

Od 1. 10. 2023 je léčivý přípravek Ryeqo hrazen z veřejného zdravotního pojištění v indikaci léčby středně závažných až závažných příznaků děložních myomů takto:

	SÚKL kód	Maximální úhrada ze zdravotního pojištění	Orientační doplatek v lékárně *
Ryeqo 28 tbl.	0255131	1 397,978 Kč	670,27 Kč
Ryeqo 84 tbl.	0255253	4 193,94 Kč	1 442,82 Kč

* Doplatek v jednotlivých lékárnách se může lišit

Výdej přípravku Ryeqo (relugolix 40 mg, estradiol 1 mg, norethisteron 0,5 mg) je vázán na lékařský předpis.

Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění po dobu 104 týdnů.

 GEDeon RICHTER


Ryeqo®

relugolix, estradiol, norethisteron

ZKRÁCENÉ SPC PŘÍPRAVKU RYEQO ▼ Tento léčivý přípravek podléhá dalšímu sledování. **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje relugolix 40 mg, estradiol 1 mg a norethisteron 0,5 mg. **Indikace:** Ryeqo je indikován k léčbě středně závažných až závažných příznaků děložních myomů u dospělých žen v reprodukčním věku. **Dávkování:** Jedna tableta přípravku Ryeqo se užívá jednou denně přibližně ve stejnou dobu nezávisle na jídle. Při zahájení léčby je nutné užít první tabletu do 5 dnů od začátku menstruačního krvácení. Přípravek Ryeqo lze užívat bez přerušování. Po 1 roce léčby se doporučuje provést snímek DXA. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na složky přípravku. Venózní nebo arteriální tromboembolická nemoc nebo rizikové faktory pro její vznik. Známá osteoporóza. Bolesti hlavy s fokálními neurologickými příznaky nebo migrenózní bolesti hlavy s auroou. Malignity ovlivňované pohlavními steroidy. Tumor jater (benigní nebo maligní) nebo závažné onemocnění jater. Těhotenství, kojení. Genitální krvácení z neznámé příčiny. Souběžné používání hormonální antikoncepce. **Interakce:** Souběžné užívání přípravku Ryeqo s inhibitory nebo induktory P-gp a s inhibitory nebo induktory CYP3A4 se nedoporučuje. **Fertilita, těhotenství a kojení:** Před zahájením léčby je nutné vysadit jakoukoli hormonální antikoncepci. Minimálně 1 měsíc po zahájení léčby je třeba používat nehormonální metody antikoncepce. Po měsíčním užívání Ryeqo potlačuje ovulaci a poskytuje tak odpovídající antikoncepci. Přípravek Ryeqo je kontraindikován v těhotenství a při kojení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastějšími nežádoucími účinky byly návaly horka (8,3 %) a děložní krvácení (4,7 %). **Dostupná balení:** 28 nebo 84 tablet. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Gedeon Richter Plc., Gyömrői út 19-21., 1103 Budapešť, Maďarsko **Registrační číslo:** R EU/1/21/1565/001-002. **Datum schválení:** 16. 7. 2021. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z veřejného zdravotního pojištění po dobu 104 týdnů.