

Az első trimeszterben felismert 15 cm-es myomás góc sikeres eltávolítása. Esetismertetés



Szőke Judit dr., Lukács János dr., Orosz László dr., Póka Róbert dr.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen (Intézetvezető: Prof. dr. Póka Róbert)

Háttér: A leiomyoma a méh jóindulatú daganata. Növeli a koraszülés, a császármetszés és a magzati fekvési rendelleneségek gyakoriságát. A várandósság alatt diagnosztizált leiomyomák esetében fokozott anyai és magzati ellenőrzés szükséges.

Esetismertetés: Egy 31 éves primigravida igazolt graviditás (Grav. s. 7) és myomás uterus miatt került felvételre, klinikánkra. Az elvégzett MR-vizsgálat során az uterus fundusa jelentősen deformált, jobbra tolt volt, a torzító góc mérete nagyobb volt, mint 15 cm. Az MR-kép alapján felmerült leiomyosarcoma lehetősége is. Alsó-felső medián laparotomiát végezve a myomagócot sikeresen kiágyasztuk. A beavatkozás során az uterus ürege nem nyílt meg. Az elvégzett kórszövetteni vizsgálatok malignitás lehetőségét kizárták. Szoros utánkövetés, majd a várandósság 34. hetétől kezdve intézeti obszerváció mellett a grvida panaszmentes volt. A 34. héttől a fokozott intrauterin patológiák kockázata miatt a magzati érettség határán, a 37. héten elektív császármetszés végzését javasoltuk. Végül a betöltött 38. héten végzett profilaktikus császármetszés során előemeltük az egészséges újszülöttet, a műtét zavartalan volt.

Következtetés: Esetünkből arra következtethetünk, hogy extrém méretű myoma esetén is érdemes mérlegelni a myomaenucleatiot, amely ez esetben kisebb kockázatot jelent, mint ha nem végeznénk el a műtétet. Figyelembe véve a myoma méretét, helyét és növekedési ütemét kell meghozni a szakmailag megalapozott releváns döntést.

Kulcsszavak: myomaenucleatio várandósság alatt

Successful enucleation of one fibroid of 15 cm diameter diagnosed in the first trimester

Background: Leiomyoma is a common benign tumour of the uterus. Cases diagnosed during pregnancy increase the risk of preterm delivery, abnormal lie and caesarean section therefore increased maternal and fetal surveillance is indicated.

Case report: The 31 years old primigravida presented with fibroid uterus at 7 weeks gestation. In a view to assess exact localisation and relation to the gestational sac we performed MRI scanning which confirmed distortion of the uterine body by the presence of one fibroid of 15 cm diameter. The possibility of sarcomatoid transformation could not be excluded. In agreement with the patient median laparotomy was performed and the large fibroid was enucleated. During the procedure vitality of the gestation was checked intermittently, the uterine cavity was not opened. Histopathological assessment of the tumour excluded the presence of malignancy. Postoperative recovery was uneventful and the pregnancy progressed uneventfully with close monitoring. At 38 weeks gestation the delivery was performed by an uncomplicated elective caesarean section.

Conclusion: Despite general guidelines of textbooks uterine fibroid of extreme size may not be a contraindication to conservative surgical treatment in early pregnancy. The risk of miscarriage in association with both the operation and with delaying the operation is high.

Keywords: myomaenucleation during pregnancy

Bevezetés

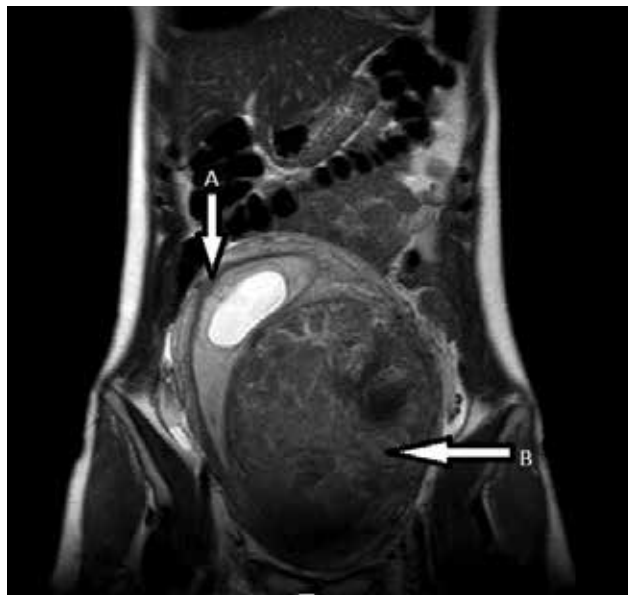
A méh leiomyomájának prevalenciája 5 és 65% között változik, függően az életkortól, az etnikumtól, a földrajzi elhelyezkedéstől és a képalkotó technikák minőségétől [1]. A várandós nők esetében vizsgált prevalencia függ az adott ultrahangos tanulmánytól, a rassztól és a tanulmányba bevont nők életkorától [2]. A fibrómák lehetnek önállóak, multifokálisak vagy diffúzak. A fibroidhoz kapcsolódó tünetek közé tartozik a szabálytalan menzesz, ilyen a nagy mennyiségű, elhúzódó irreguláris vérzés, aminek a következménye lehet a vashiány, anémia, meddőség, koraszülés [1]. De komplikációként előfordulhat első trimeszterbeli magzati veszteség is [3]. Az uterus leiomyomájának kezelésében szülőképes korú nőknél sok sebészi és gyógyszeres eljárást kipróbáltak már, de a laparotomia útján végzett myomectomy, illetve a laparoszkopos myomectomy maradt a legszélesebb körben elterjedt eljárás [4]. Az általános akut sebészi megközelítés meglehetősen ritka a várandósság során, 500 nőtől körülbelül 1 esetben hajtanak végre beavatkozást [5]. A kialakuló komplikációk okozata nemcsak a műtéti technikával hozható összefüggésbe, hanem a myomák számával, méretével, elhelyezkedésével is [6]. Esetünkben egy primigravidánál a 9. gesztációs héten egy 15 cm-es myomagócot távolítottunk el sikeresen.

Esetbemutató

A 31 éves primigravida igazolt graviditás (Grav. s. 7) és nyomás uterus miatt került felvételre a DE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikára. Anamnézisében terhességmegszakítás, nagyobb betegség és műtét nem szerepelt. A fogamzás előtt 1-2 hónappal a hátfogat hirtelen növekedését észlelte. A felvételét megelőző transvaginalis ultrahangvizsgálattal köldökig érő nyomás uterus volt látható, az uterus ürege egyértelműen nem volt azonosítható. Sem intrauterin, sem extrauterin graviditásra utaló jelet nem láttunk. A transabdominalis ultrahangvizsgálattal viszont azonosítottuk a köldökmagasságban lévő uterus üregében a szabályos petezsákot, benne a szikhólyagot és a 7 mm-es élő embriót. Láttuk, hogy a myoma a cervix hátsó ajkából indul ki, pontos mérete 158×129×134 mm. A várandósság további időszaka önmagában a myoma mérete miatt is kockázatos lett volna. A hirtelen növekedés miatt gondolhattunk a malignizálódás lehetőségére is. Fentiek miatt laparotomiát javasoltunk lehetőség szerint myomaenucleatioval és intraoperatív szövettannal. Felmerült a terhességmegszakítás és a hysterectomia lehetőségére is. A műtéti stratégia tervezéséhez MR-vizsgálat volt szükséges a konzervatív myomaműtét lehetősége, mint legkedvezőbb megoldás érdekében.

MR-vizsgálat

Az MR vizsgálat igazolta, hogy az uterus jelentősen megnagyobbodott, a köldök szintjét elérte. A cervix szintjében kez-

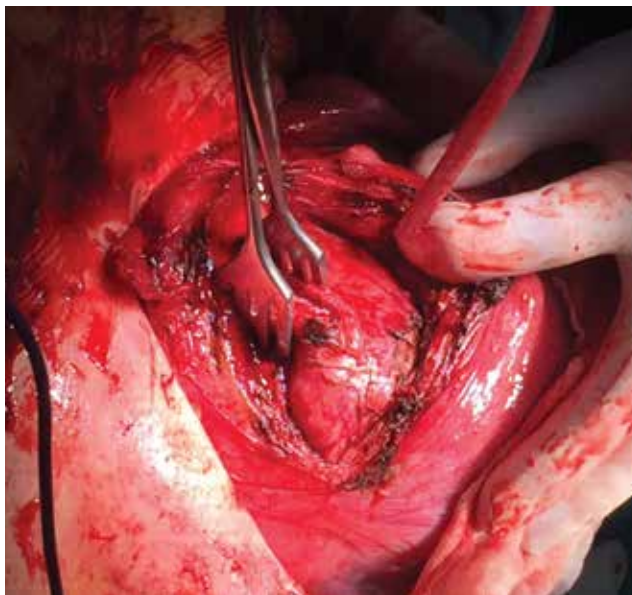


1. ábra. T2 súlyozott MR-felvétel nyíl: uterus fundusa erősen jobbra diszlokálva benne a petezsák, B-nyíl: több, mint 15 cm-es myomagóc

dődően, bal oldalon, kissé ventralisan, az uterus falában elhelyezkedő, tokkal határolt inhomogén szerkezetű terime volt, amelyben cranialisan két kisebb területen bevérzést is gyaníhattunk, az elváltozás a széli részein inhomogén kontraszthalmozást mutatott. Az uterus ürege jelentősen deformált, jobbra tolt volt. Az uterus fundusában kb. 50×24 mm-es petezsák ábrázolódott. Mindkét adnexum laterálisan helyezkedett el, az ováriumok szabályos megjelenésűek voltak (1. ábra). A felvételek alapján a góc mérete nagyobb volt, mint 15 cm, leiomyosarcoma lehetősége is felmerült. A góc és a petezsák közötti méhfal vastagsága megtartott volt, ezért laparotomiát javasoltunk myomaenucleatioval és intraoperatív szövettani vizsgálattal a fejlődő magzat és a méh megtartásának szándékával, felvilágosítva az édesanyát a lehetséges következményekről és kockázatokról, mint magzatelhalás, vérzés, méheltávolítás.

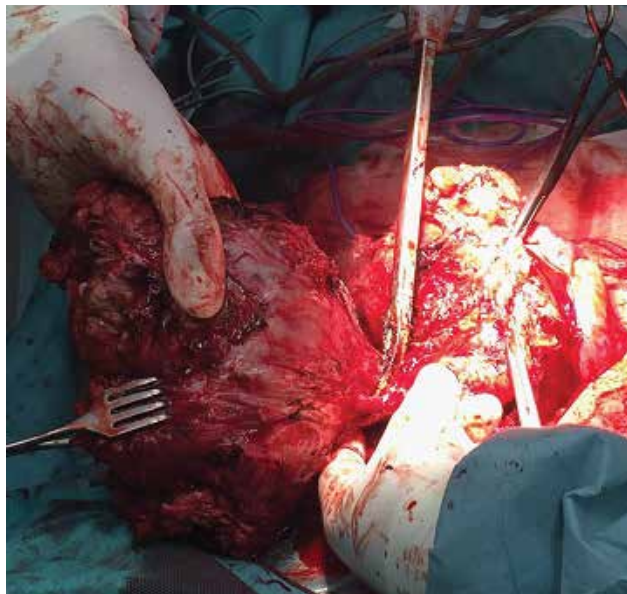
Műtéti technika

A véralvadási paraméterek laborkontrollja után spinális anesztéziában alsó-felső medián laparotomiát végeztünk. Láttuk, hogy a kismedencéből egy terimeként előemelkedve, egy kb. 10-15 cm átmérőjű myomagóctól torzított gravid uterus helyezkedik el. Hüvelyi vizsgálat során a cervix nem volt elérhető, a myomagóc alsó pólusa ledomborította a hüvelyboltozatot, így a korábban esetlegesen felmerülő terhességmegszakítást sem tudtuk volna elvégezni. Az elváltozást előemelve azonosítottuk a sarokképleteket és az ép uterusfal valamint a myoma elválasztó vonalát behatároltuk. A myoma a cervixből balra, illetve hátul-elöl indult ki, magára húzta a bal oldali adnexumot. Az uterus fundusa a myomagóc jobb oldalán és tetején sapkaszerűen helyezkedett el. Ventralisan az összetett terime myomatosus részén a legnagyobb görbületnek megfelelően haránt irányú metszést ejtettünk, a zsigeri peritoneumot mobilizáltuk, majd a metszés mélyítésével



2. ábra. A myomagóc és tokja

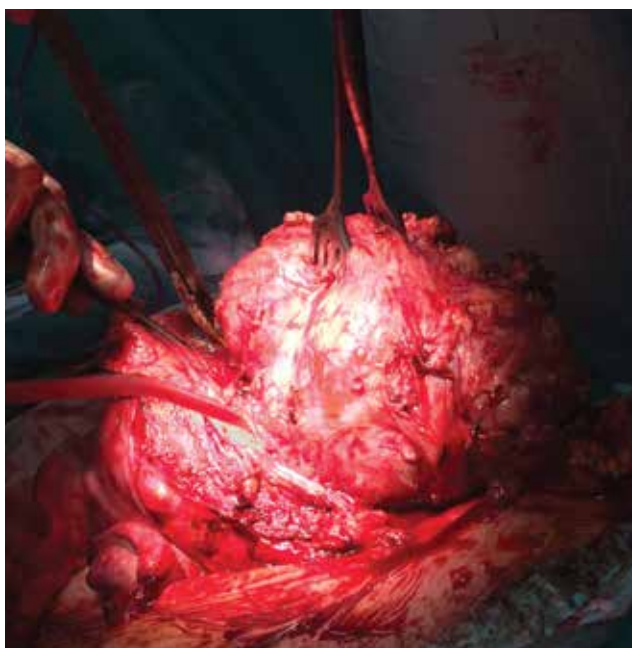
párhuzamosan azonosítottuk a myomagóc lehetséges tokját (2. ábra). Liga sure segítségével tokon belül haladva a myomagócot a tokjától elválasztottuk a sebszéleknél gondos vérzéscsillapítást végeztünk. A liga sure segítségével végzett preparálás, illetve tompa preparálás során a myomagócot körbejártuk, respektálva a szomszédos uterusfalat és sarokképleteket (3. ábra). A myomagócot kiágyasztuk. Az uterus ürege nem nyílt meg (4–5. ábra). A myomagóc kiágyazása után a sebágyban – amely a cervix bal oldalát, elülső és hátsó felszínét is érintette – gondos vérzéscsillapítást végeztünk, majd a sebágyat több rétegben csomós öltésekkel zártuk (6. ábra). Külön csomós öltéssor segítségével egyesítettük a perimetriumot, majd a peritoneumszéleket tova futó öltéssor segítségével zártuk. Revízió során vérzést nem tapasztaltunk. A visszamaradó uterus korábban sapszzerűen



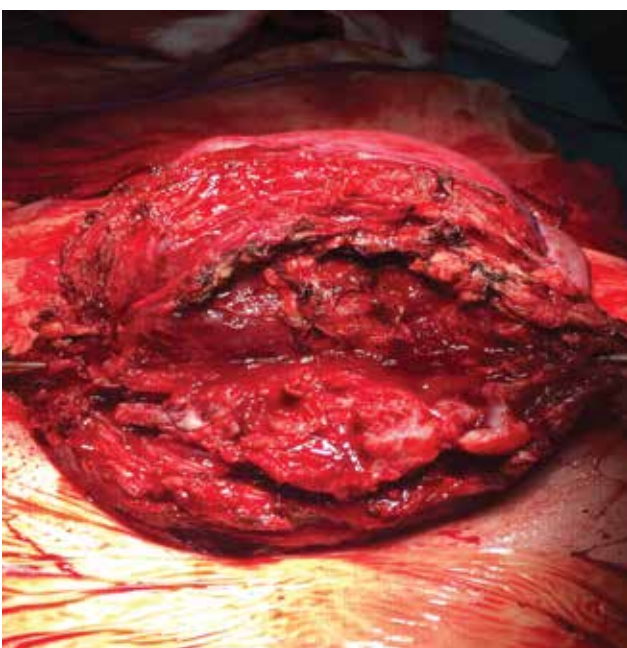
4. ábra. A myomagóc kiágyazása

Az 1108 gramm tömegű, több mint 15 cm-es myomagóc kiágyazása

a myoma jobb oldalára feszülő fundusa anatómiai alakját visszanyerte. A cervix az összezárt sebágynak megfelelően hipertrófiás, ödémás volt. Az ismételt hüvelyi vizsgálat során a hüvelyboltozatot ledomborító korábbi terime már nem volt tapintható. A korábban előemelt uterust a hasüregbe visszahelyeztük. A hasüreget drenáltuk. A hasfal zárása során a fasciát és a peritoneumot egyben csomós öltésekkel egyesítettük, majd csomós Donáthi-féle bőrvarratokat helyeztünk be. A műtét során a vérvesztés 250-300 ml volt, transfúzió adására nem volt szükség. A posztoperatív időszakban 500 mg etamszilátot kapott a páciens, amelyet 4 óra múlva megismételtünk. A műtétet követően hemosztázis kontroll, másnap reggel elektrolit kontroll és korai mobilizálás történt. Profilaxisként 0,3 ml subcutan Fraxiparine injekciót rendeltünk naponta.



3. ábra. A myomagóc preparálása



5. ábra. Az uterus ürege a műtét során nem nyílt meg



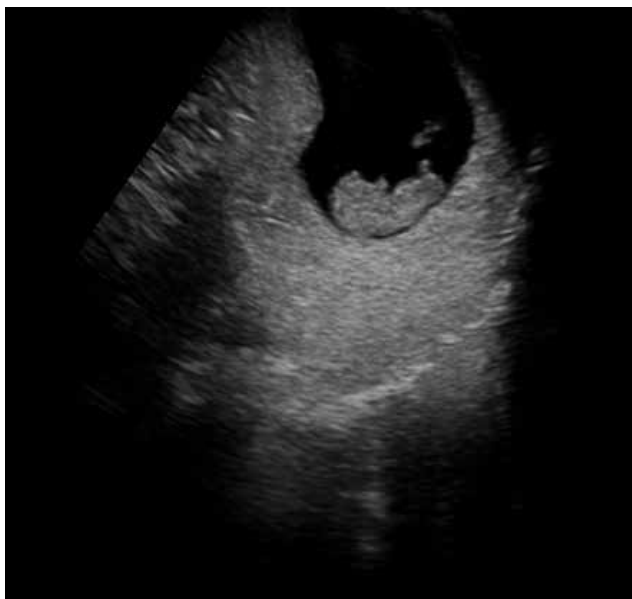
6. ábra. Sebzés több rétegben

Intraoperatív ultrahangvizsgálat

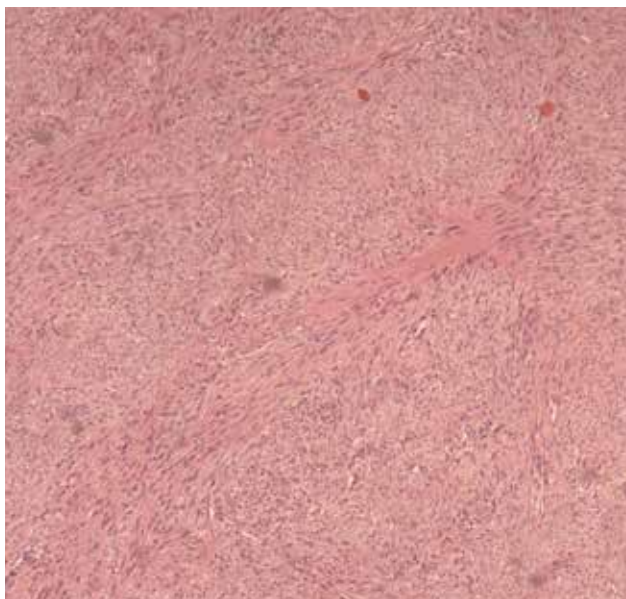
Egy élő embrió volt látható intakt petezsákban az intraoperatív ultrahangvizsgálat során (7. ábra).

Kórszövettani lelet

A kórszövettani lelet malignitásra utaló szöveti jelet nem igazolt. A DE KK Patológia Intézetbe több darabban érkezett, 1108 gramm tömegű sebészi preparátum mikroszkópos vizsgálata során a mintában vizenyős, helyenként fibrotikusan degenerált, örvénylő-köteges szerkezetű SMA-pozitív simaizomsejtekből felépülő növedék volt látható, amelyben atípiá fokozott cellularitás, fokozott osztódás nem volt megfigyelhető. Malignitásra utaló szöveti jeleket sem azonosítottak (8. ábra). Mib-1 proliferációs markerrel,



7. ábra. UH-felvétel. Egy élő embrió intakt petezsákban az intraoperatív UH-vizsgálat során

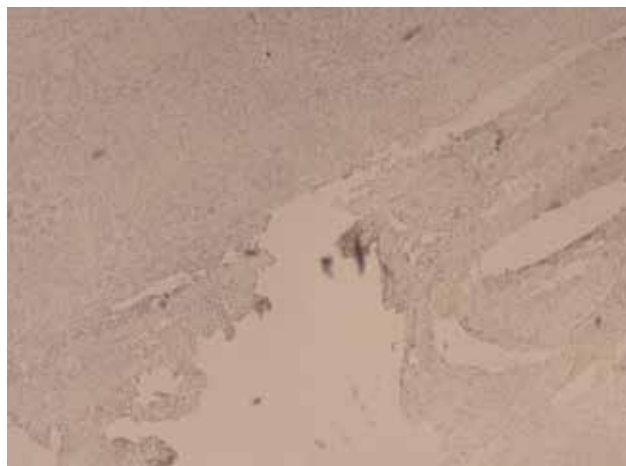


8. ábra. SMA-pozitív simaizomsejtek, atípiá, fokozott cellularitás, fokozott osztódás nem látható

amely egy Ki-67 ellenanyag, a sejtek kevesebb, mint 1%-a jelölődött. A Ki-67 sejtproliferációs antigén expressziójának kimutatását széles körben alkalmazzák a daganatok hisztopatológiájában. A sejtciklusból kilépve igen alacsony az expressziója, míg a teljesen nyugalomban lévő differenciált és öregedő sejtekben ki sem mutatható [7]. Tehát az MR-vizsgálattal felvetődött szarkóma lehetőségét kizárhattuk (9. ábra). CD31 immunhisztokémiai reakcióval számos ér-átmetszet volt látható (10. ábra). A hisztológiai diagnózis leiomyoma corporis uteri volt.

Eredmény

A posztoperatív időszak zavartalan volt, két hét elteltével jó anyai és magzati általános állapotban emittáltuk a gravidát. Súlyos anémia nem alakult ki. Gyógyszeres terápiaként LMWH-t, per os vasat és magnéziumot javasoltunk. Sorozatos ambuláns UH-ellenőrzéssel normál fejlődési ütemet észleltünk. A 34. hétig 3-4 hetente végeztünk UH-



9. ábra. Mib-1 proliferációs markerrel a sejtek kevesebb, mint 1%-a jelölődött



**10. ábra. CD 31 immunhisztokémiai reakcióval számos ér-
átmetszet látható**

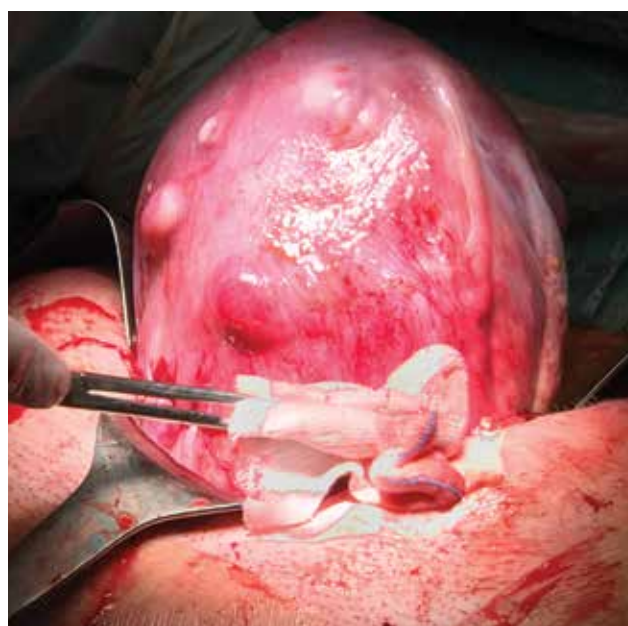
vizsgálatot. Majd intézeti obszervációt kezdtünk heti UH-ellenőrzéssel és kétnaponta végzett NST-vizsgálatokkal. Igen fontosnak tartottuk a fokozott szülészeti utánkövetést, majd a magzati érettség határán, a 37. héten elektív császármetszés végzését javasoltuk, mivel az intrauterin patológiák lehetősége a graviditás 34. hete után az előzmények miatt igen fokozott volt. Bár a placenta a hátsó falon tapadt, de vérellátottsága kapcsolatban volt az elülső fal, corpus-cervix határon lévő heges területtel, amely csökkenthette a III. trimeszterben a lepény megfelelő vérellátottságát. Ez idővel a lepényi funkció beszűkülését eredményezhette volna, amelynek következtében a keringés redisztribúciója és oligohydramnion alakulhatott volna ki. A burokkal összefekvő nagyméretű heges terület idő előtti burokrepedés és intrauterin infekció forrása lehetett volna. A betöltött 38. héten végzett elektív császármetszés során az előzményi műtét hegében alsó medián laparotomiát és hegkímetszést végeztünk. Az uterust haránt irányban élesen megnyitottuk, majd előemeltük az élő, érett fiú magzatot 3130 grammal, 10/1-10/5-10/10 Apgar-státuszban. Az uterus elülső falában és a fundus környezetében néhány 1-2 cm körüli myomagóc volt körvonalazható, amelynek műtéti megoldását ebben a státuszban kockázatosnak tartottuk, így ettől eltekintettünk (11. ábra). A műtét zavartalan volt, transzfúzió adására nem volt szükség.

Megbeszélés

Jóllehet a leiomyoma gyakran tünetmentes a várandósság során, ugyanakkor komplikálhatják is a folyamatot [3]. Számos, várandós nőkről szóló retrospektív ultrahangos és orvosi dokumentáció alapján készült tanulmány számolt be a myoma hatásáról a várandósság kimenetelére vonatkozva. Egy 2008-as metaanalízis emelkedett kockázatát találta a fekvési rendellenességnek, a császármetszés szükségességének, és a koraszülésnek. 2010-ben egy tanulmány 72 000

várandós nő bevonásával számolt be klinikailag ugyan nem releváns, de gyakoribb előfordulásáról a placenta praevianak, abruptio placentae-nek, idő előtti burokrepedésnek, 34. hét előtti koraszülésnek és a magzati elhalásnak [2]. Továbbá a méhen végzett korábbi myomectomia növeli a kockázatát az uterusruptúrának, amely majdnem minden esetben a 3. trimeszterben, illetve a tágulási szakban következik be [8]. További komplikáció lehet még a placentaretenció, az uterus torziója és a postpartum haemorrhagia [3]. Mindezek alátámasztották a 38. héten végzett elektív császármetszés szükségességét.

A császármetszés esetén elvégzendő myomectomia sokáig vita tárgyát képezte és évekig relatív kontraindikációt jelentett. Azonban Sparic és munkatársai 2015-ben egy 5 éves periódust figyelembe véve, 185 ismert myomás és császármetszésen átesett nő bevonásával igyekeztek meghatározni, hogy milyen tényezők befolyásolják a császármetszés során elvégzendő myomectomia szükségességét. A tanulmányba bevont 185 nóből 102-nél végeztek császármetszés során myomaenucleatiot, míg 83 nő esetében a myoma eltávolítása nélkül történt a császármetszés. Szignifikáns eltérést észleltek a myomák típusa és lokalizációja esetén, míg a myomák száma és mérete esetén nem volt szignifikáns a különbség. Mindezekből arra a következtetésre jutottak, hogy a császármetszés során végzendő myomectomia esetén a legfontosabb tényezők az életkor, a sebészi tapasztalat és a myoma típusa. Általánosságban véve a tapasztalt sebészek fiatal nőbetegeken elvégzik a beavatkozást. Az is elmondható, hogy kocsányos vagy subserosus myomák esetében gyakoribb a császármetszés során történő enucleatio, mint az intramuralis vagy többszörös góccok esetében [9]. Dedes és mtsai 2017-ben pedig arra a következtetésre jutottak, hogy az 5 cm-nél nagyobb myomák eltávolítása már jelentős (≥ 500 ml) vérvesztéssel jár, illetve a 40 év feletti nők esetében is nagyobb haemorrhagia kockázata császármetszés során történő myomectomia esetében [10].



11. ábra. Az uterus elülső falában és a fundus környezetében néhány 1-2 cm körüli myomagóc

Jelenleg az irodalomban nincs egységes álláspont a tekintetben, hogy mekkora, milyen típusú és lokalizációjú myomagöb operálandó a várandósság alatt. Az irodalmi ajánlások szerint myomectomia a tünetekkel járó kocsányos leiomyomától eltekintve, várandósság során relatíve ellenjavallt, a csillapíthatatlan vérzés emelkedett kockázata miatt [2]. A kezelés legtöbbször csupán várakozó álláspont, a sebészi eltávolítást a szülés utáni időre halasztják [3]. A várandósság során felfedezett leiomyoma esetében fokozott anyai és magzati követés szükséges [2]. Ugyanakkor egy jól időzített és megtervezett myomectomia is lehet egy lehetőség, hogy elkerüljük a sürgősséggel történő beavatkozásból eredő halálozást és kóros állapotokat [3]. Figyelembe véve a myoma méretét, helyét és növekedési ütemét kell meghozni a szakmailag megalapozott releváns döntést, megelőzve az esetleges közelgő kedvezőtlen eseményeket, valamint csökkentve a morbiditást és a mortalitást [3].

Köszönetnyilvánítás

Köszönet a DE KK Patológia Intézet munkatársának, dr. Csonka Tamásnak a szövettani minták elemzéséért.

A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

IRODALOM

1. Gurusamy KS, Vaughan J, Fraser IS, Best LMJ, Richards T. Medical therapies for uterine fibroids – A systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS ONE* 2016 Febr 11(2): e0149631.
2. Vilos GA, Allaire C, Laberge PY, Leyland N, Murji A, Chen I. The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; 37(2): 157–178.
3. Jhalta P, Negi SG, Sharma V. Successful myomectomy in early pregnancy for a large asymptomatic uterine myoma: case report. *Pan African Medical Journal*. 2016; 24: 228.
4. Kim HS, Oh SY, Choi SJ, Park HS, Cho GJ, Chung JH, Seo YS, Jung SY, Kim JE, Chae SH, Hwang HS. Uterine rupture in pregnancy following myomectomy: A multi-center case series. *Obstet Gynecol Sci* 2016; 59(6): 454–462.
5. Christophoros Kosmidis C, Pantos G, Efthimiadis C, Gkoutziomitrou I, Georgakoudi E, Anthimidis G. Laparoscopic excision of a pedunculated uterine leiomyoma in torsion as a cause of acute abdomen at 10 weeks of pregnancy. *Am J Case Rep* 2015; 16: 505–508.
6. Torbé A, Mikołajek-Bedner W, Kałużyrski W, Gutowska-Czajka D, Kwiatkowski S, Błogowski W, Rzepka R, Czajka R. Uterine rupture in the Second trimester of pregnancy as an iatrogenic complication of laparoscopic myomectomy. *Medicina (Kaunas)* 2012; 48(4): 182–5.
7. Sobacki M, Mrouj K, Colinge J, Gerbe F, Jay P, Krasinka L, Dulic V, Fisher D. Cell cycle regulation accounts for variability in Ki-67 expression levels. *Amercian Association for Cancer Research* 2017. Jan
8. Pakniat H, Soofizadeh N, Khezri MB. Spontaneous uterine rupture after abdominal myomectomy at the gestational age of 20 weeks in pregnancy: A case report. *Int J Reprod BioMed* 2016 July; 14(7): 483–486.
9. Sparic R, Malvasi A, Tinelli A. Analysis of clinical, biological and obstetric factors influencing the decision to perform caesarean myomectomy. *Ginekol Pol* 2015. Jan; 86(1): 40–5.
10. Dedes I, Schaffer L, Zimmermann R, Burkhardt T, Haslinger C. Outcome and risk factors of cesarean delivery with and without cesarean myomectomy in women with uterine myomas. *Arch Gynecol Obstet* 2017. Jan; 295(1): 27–32.