

4

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

Indokolt-e a profilaktikus ovariectomia?

Írta: HERNÁDI ZOLTÁN dr., BORSOS ANTAL dr., LAMPÉ LÁSZLÓ dr.

Világszerte növekszik azon asszonyok száma, akiknek egyik, vagy mindkét oldali ovariuma eltávolításra kerül 45 éves kor előtt, tehát a fertilis korban. Az esetek zömében rutin kasztrációról beszélhetünk, amelynek indikációja profilaktikus, célja a visszahagyott ovariumokból kiinduló benignus, esetleg malignus tumorok megelőzése. Az ilyen profilaktikus ovariectomia gyakorisága *Randall* és *mtsai* (1968) adatai szerint az USA-ban 39 évnél fiatalabb nők esetében 8%, 40–49 év között 24%, 50 év felett 29%. *Arvay* és *mtsai* (1961) 28 év anyagát elemezték, vizsgálva a hysterektomiák során végzett ovariectomiák gyakoriságát. Megállapítják, hogy 5412 hysterektomia kapcsán 1144 esetben került sor makroszkóposan kóros ovariumok eltávolítására. A fennmaradó 4268 esetből 23.6%-ban végeztek bilaterális ovariectomiát profilaktikus szemlélet alapján – tehát ép ovariumok kerültek eltávolításra –. Az 1973-as évben végzett ovariectomiák megoszlását intézeti anyagunkban az I. táblázatban mutatjuk be.

I. táblázat

A DOTE Női Klinikán végzett ovariectomiák megoszlása az 1973-as évben

DOTE Női Klinika	Laparotomiák száma		Hüvelyi méheltávolítások száma	
	Egyoldali	Kétoldali	Egyoldali	Kétoldali
	ovariectomiák száma			
45 év alatt	113	61	16	15
45 év felett	27	228	26	124
Összesen	140	289	42	139
	429		181	
	610			

A profilaktikus elv követése alapján, az elmúlt években a menopausa előtt elvégzett nagyszámú kétoldali ovariectomia következtében jelentős női populáció áll rendelkezésre az ovariumok időelőtti eltávolítása késői szövödményeinek tanulmányozására. Egyre több irodalmi közlés hívja fel figyelmünket azokra a problémákra, amelyekért a korai ovariectomia, illetve az ezáltal bekövetkező ösztrogénszint csökkenés a felelős. Elsősorban a cardiovascularis rendszer megbetegedéseit említik, ezen belül is a hypertonia, illetve az arteriosclerosisra való hajlam fokozódását. Beszámolnak a myocardialis infarctus és az agyvérzések gyakoribb előfordulásáról is. Az említett betegségekkel minden valószínűség szerint oki kapcsolatban van a szérum-lipidek szintjének megemelkedése. *Oliver* és *mtsai* (1959) úgy találták, hogy a 35. életév előtt kasztrált nők szérum-lipidjeinek koncentrációja szignifikánsan magasabb volt mint a normál populációban. Az arteriosclerotikus elváltozások annál súlyosabbak, minél fiatalabb korban – a várható menopausától minél távolabb – történik a kasztráció. Az ösztrogének jelentőségét ebben a vonatkozásban az is alátámasztja, hogy szubsztitúcióként, kívülről bevitt formában is kifejtik protektív

hatásukat, ha nem is az endogén ösztrogénekkel azonos effektivitással (Manchester és mtsai 1971, Novák és Williams 1960, Utian 1972, Takács, 1976).

Az ovariectomiát követő ösztrogén-hiány következtében fellépő osteoporosisra számos szerző felhívja a figyelmet. Caldwell (1962), Orino és mtsai (1972), Novák, (1965) elsősorban a csontok corticalis állományának, illetve trabecularis rendszerének redukcióját emelik ki. A gyakorlatban a már jelentéktelen traumákra is bekövetkező fracturák hívják fel a figyelmet a fenti elváltozásra. Az ovariumok működésének kiesését követő hypophysis hiperaktivitás a felelős a pajzsmirigy működészavaraiért a megnövekedett TSH elválasztás révén. Az ACTH szint növekedésének megfelelő mellékvesekéreg hypertrophia szintén jellemzője lehet ennek a betegcsoportnak. Említést kell tennünk a különböző neurovegetatív zavarokról is. Az inditéksegenység, apátia és depresszió vagy hiperaktivitás, nyugtalanság, valamint a különböző pszicho-szexuális aberrációk említhetők, mint a leggyakoribb szövődmények. Jelentősnek kell mondanunk azokat a megállapításokat, amelyek a különböző pszichológiai tesztekkel, a szellemi képességek beszűkülését bizonyítják az ovariumok korai elvesztése után (Kullander és mtsai 1976). Mindezen tényezők az életkor csökkenését eredményezik. A fent említett komplex tünetcsoportot kell tehát az operáló orvosnak mérlegelnie, illetve egybevetni azoknak a benignus és malignus tumoroknak a veszélyével, amelyek a benthagyott ovariumokból kiindulhatnak. Valóban olyan jelentős a malignus elváltozások veszélye, hogy ennek elkerülése érdekében ki kell tennünk a fiatal nőket az ovariumok elvesztésével járó problémáknak? Randall és Paloucek (1968) adatai szerint a visszahagyott ovariumok 2–7%-át távolítjuk el a későbbiek során. Ezek közül 100–300 műtetre esik egy malignus tumor.

Mattingly (1969) adatai szerint abban a női populációban, ahol az anamnézisben hysterectomia szerepel, az ovarium carcinoma gyakorisága 0,15%. Kofler (1972) malignus ovarium tumor miatt operált 556 nőbeteg adatait feldolgozva 45 esetben (8,1%) talált az előzményben hysterectomiát, 21 esetben (3,8%) egyoldali ovariectomiát. Klinikánk 13 éves anyagának áttekintésével ebben a vitában igyekszünk állást foglalni. Azt vizsgáljuk, hogy jelent-e a visszahagyott ovarium olyan reális veszélyt a betegre, amely indoka lehet a profilaktikus kasztrációnak. Igyekszünk a továbbiakban kronológikusan is állást foglalni az ovariumok eltávolítását illetően.

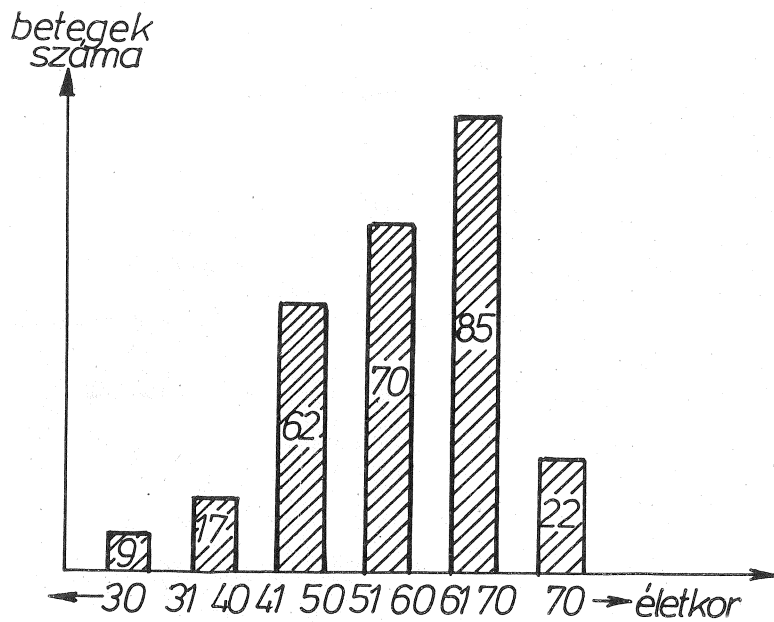
Anyag és módszer

A problémát két oldalról igyekeztünk megközelíteni. Vizsgáltuk egyrészt, hogy klinikánk 13 éves – 1962–75 közötti – ovarium carcinomás anyagában milyen arányban szerepel a betegek anamnézisében olyan műtét, amelynek során alkalom nyílt az ovariumok megtekintésére, illetve eltávolítására. Itt természetesen a vaginalis hysterectomiák, illetve a különböző okból végzett laparotomiák jöttek számításba.

Vizsgáltuk továbbá, hogy egyáltalán milyen számban kerülnek visszahagyásra ovariumok a korábban említett műtétek során, illetve azt, hogy milyen arányban kell ismételt laparotomiát végezni a visszahagyott ovariumokból kiinduló malignus, illetve benignus tumor miatt. Az ovariumok eltávolításának, illetve visszahagyásának kérdése leggyakrabban hysterectomiák végzésekor merül fel. Ezért vizsgálatainkat erre a betegcsoportra igyekeztünk koncentrálni, tehát a hysterectomiák alkalmával visszahagyott ovariumokból kiinduló carcinomák előfordulási gyakoriságát vizsgáltuk. Mivel klinikánk a Tiszántúl nagy részének nőgyógyászati-onkológiai centruma, sok esetben már diagnosztizált, esetleg operált beteget veszünk fel más intézetből, ahol a diagnosztikus és terápiás elvek némileg különbözőek. Anyagunk ebből a szempontból inhomogénnek tekinthető.

Eredményeink

Klinikánkon 1962–74 között 265 ovarium-carcinomás beteget kezeltünk. A kormegoszlást az I. ábrán mutatjuk be. 265 beteg közül 7 esetben (2,64%) szerepel az előzményben laparotomia, illetve vaginalis hysterectomia. A 7 beteg fontosabb adatait a II. táblázatban részletezzük. A táblázatban felsoroltak közül az első 3 esetben történt az első műtét klinikánkon, a további 4 esetben a beteg diagnosztizált ovarium carcinomával



1. ábra

Ovarium carcinomás esetek előzetes laparotómia, ill. hysterektómia után
a DOTE Női Klinika anyagában 1962–75. között

II. táblázat

Név	I., ill. II. műtétnél		Az ov. ca. felismerésekor		Az I–II. műtét helye
	A beteg kora	A műtét típusa	A beteg kora	A ca. stádiuma	
T. Gy.-né	44 é.	Exst. ut. p. vag. sine adn. pp. myoma	47 é.	Std. IV.	Kl.
G. M.-né	45 é.	Exst. ut. p. lap. sine adn. pp. myoma	54 é.	Std. IV.	Kl.
Cs. L.-né	47 é.	Amp. ut. supravag. pp. myoma	58 é.	Std. II.	Kl.
S. J.-né I.	47 é.	Adnexekt. l. d. pp. cysta ov.	50 é.	Std. III.	Int. kiv.
S. J.-né II.	49 é.	Adnexekt. l. s. pp. tu. ov.			
Cs. J.-né	58 é.	Exst. ut. p. lap.	62 é.	Std. I.	Int. kiv.
B. J.-né	62 é.	Exst. ut. p. lap. sine adnex. pp. myoma	66 é.	Std. IV.	Int. kiv.
E. J.-né	66 é.	Exst. ut. p. vag. sine adnex. pp. myoma	74 é.	Std. IV.	Int. kiv.

jelentkezett intézetünkben. Az első két esetben szándékosan visszahagyott ovariumokból alakult ki carcinoma, míg a 3. esetben a myoma miatt végzett vaginalis hysterektómia során a sokszoros összenövések miatt lehetetlen volt az ovariumok eltávolítása. Külön említést érdemel az a beteg S. J.-né, akinél két ízben történt ovarialis cysta miatt laparotómia, mindkét esetben salpingo-oophorektómia. Szokatlan, hogy az uterus még a második műtét alatt sem távolították el. Harmadik laparotómiára is sor került – már intézetünkben –, s a hisztológia az uterusban ovarium carcinoma metastasisait mutatta ki.

Vizsgáltuk továbbá, hogy hány esetben vált szükségessé ismételt laparotomia a visszahagyott ovariumokból kiinduló benignus tumor miatt. Az 1961–74 közötti kórtörténeteket áttekintve úgy találtuk, hogy 18 esetben fordult elő benignus cysta vagy adnex tumor az előzményben szereplő laparotomia, illetve vaginalis hysterektomia után.

Mindezeket a szövödményeket csak akkor tudjuk megfelelően értékelni, ha ismerjük, hogy a vizsgált intervallumban végzett abdominalis és vaginalis hysterektomiák során hány esetben került sor az ovariumok visszahagyására (III. táblázat). Klinikánkon 1961–75 között 2940 abdominalis, illetve 1546 hüvelyi méheltávolítás történt. Az ovariumok visszahagyásának kérdésében két fő szempont alapján döntöttünk:

a) ovariumok épsége (ha makroszkópos vizsgálattal malignitás gyanúja merült fel, fagyasztott metszetet készítettünk).

b) Az asszony kora (a vizsgált intervallumban 45 év alatt ép ovarium nem került eltávolításra).

III. táblázat

Az 1962–75. között végzett hysterektomiák száma és azok megoszlása

DOTE Női Klinika	Méheltávolítások száma: 4486	
	abdominalis 2940	vaginalis 1546
Adnexumokkal	2212	840
Adnexumok nélkül	728	706
Visszahagyott adnexumok összesen	1434	

A fenti elveket követve a hasi méheltávolítások során 728 esetben, míg hüvelyi méheltávolítások alkalmával 706 (összesen 1434) esetben hagytuk vissza az épnek látszó ovariumokat. Ezen utóbbi adathoz kell viszonyítanunk az adott intervallumban intézetünkben előforduló, a visszahagyott ovariumokból kiinduló ovarium carcinomás eseteket. Ezt a viszonyítást az „Anyag és módszer” c. fejezetben említett okok miatt, a szorosabban vett intézeti anyagban belül kell elvégeznünk, tehát azokban az esetekben, amelyekben az első műtét is intézetünkben történt. Az így adódó 3 ovarium-carcinoma az 1434 eset 0,21%-a.

A benignus tumorok számát ugyanilyen módon hasonlítva, azok gyakorisága 1,25%-nak adódik.

Eredményeink értékelése

Ismertetett eredményeinkből kitűnik, hogy hysterektomiák során visszahagyott ovariumokból kiinduló carcinomák gyakorisága mindössze 0,21%. A talán kevésbé jelentős benignus tumorok gyakorisága szintén alacsony – 1,25% –. Az irodalomban is hasonló eredményeket találtunk. *Mattingly* (1969) 0,5%-ban adja meg a visszahagyott ovariumokból kiinduló carcinomák gyakoriságát. *Randall és Paloucek* (1968) a fenti körülmények között vizsgálva a benignus ovarium tumorok gyakoriságát, azt 2–4%-nak találta.

Eredményeink az irodalmi adatokkal egyezően bizonyítják, hogy az ovariumok visszahagyásával vállalt kockázat nem jelentős. Ezzel szemben az ovariumok korai eltávolítása esetén jelentkező cardiovascularis és egyéb pszichoszomatikus megbetegedések igen gyakoriak (*Borsos*, 1976). *Kullander és mtsai* (1976) szerint a cardiovascularis problémák

a korai életkorban kasztrált nők 52%-ában jelentkeznek. A pszichés zavarok pedig olyan fokot érhetnek el, mely öngyilkossághoz vezethet. Anyagában 14% volt az öngyilkosság aránya.

Jelenleg ehhez hasonló kvantitatív kiértékelés saját anyagunkban nem történt. Az ovariectomiák pedig zömmel a későbbi életkorban történtek, mint az idézett szerző anyagában. Klinikai gyakorlatunkban azonban nap mint nap találkozunk ezekkel a betegekkel és meg kell oldanunk problémáikat.

Kezelésükben egyaránt jelentős a kellő időben és megfelelő módon elkezdett hormonális szubsztitúció, valamint a pszichológiai kezelés. Mindkét kezelési módot célszerű gondozás formájában alkalmazni. A lelkiismeretes gondozói munkával is csak részsikereket lehet elérni. A megoldás tehát nem ez, hanem az ép ovariumok konzerválása. Véleményünk szerint indokolt az ép ovariumok eltávolításának korhatárát 45 évről 50 évre módosítani, illetve azt kell mondanunk, hogy az illető népességsoporra jellemző természetes menopausa kora az optimalis időpont. Hangsúlyozzuk azonban – mivel ebben a korban a legnagyobb az ovarium carcinomák gyakorisága – az ép ovariumok diagnózisát minden gyanus esetben intraoperatív fagyasztott metszet hisztológiával kell alátámasztani.

Összefoglalás

Szerzők 13 évet felölelő klinikai anyagukban vizsgálták a visszahagyott ovariumokból kiinduló malignus és benignus tumorok előfordulását. Megállapítják, hogy azok gyakorisága elhanyagolható (ovarium carcinoma 0,21%; benignus ovarium tumorok 1,25%). Felhívják a figyelmet azokra a késői szövődményekre, amelyeket az ovarium idő előtti eltávolítása okozhat. Konklúzióként leszögezik, hogy a visszahagyott ovariumokból kiinduló csekély számú szövődmény nem indokolja a profilaktikus „rutin kasztráció”-t. Állást foglalnak az ép ovariumok konzerválása mellett az 50. életévig.

Irodalom

1. Albright, E., Smith, G.: Amer. Med. Ass. 116, 2456 (1941). – 2. Árvay, S., Nyiri, L., Buris, L.: Acta Chir. Hung. 4, 381 (1961). – 3. Borsos A. és mtsai: In: Climacterium Femininum. (Szerk.: Takács I.) Budapest 1976. Medicina, 195. old. – 4. Caldwell, R. A.: Brit. J. Exp. Path. 43, 103 (1962). – 5. Kotler, E.: Geburtsh. Frauenheilk. 32, 873 (1972). – 6. Kullander, S., Swanberg, L., Åstedt, S.: Triangel 15, 19 (1976). – 7. Manchester, J. H.: Amer. J. Cardiol. 28, 33 (1971). – 8. Mattingly, R. F., Huang, W. Y.: Amer. J. Obstet. Gynec. 102, 679 (1963). – 9. Novak, E. R., Jones, G. S., Jones, H. W.: Novak's Textbook of Gynecology. 7. ed. Williams-Wilkins Co., Baltimore 1965. – 10. Novak, E. R., Williams, T. J.: Amer. J. Obstet. Gynec. 80, 863 (1960). – 11. Oliver, H. F., Boyd, G. S.: Lancet 2, 691 (1959). – 12. Orino, H., Fujita, T., Yosikawa, H.: Endocrinol 90, 760 (1972). – 13. Randall, C. L., Paloucek, F. D.: Amer. J. Obstet. Gynec. 100, 716 (1968). – 14. Takács, I.: Climacterium Femininum, Medicina, 1976. – 15. Utian, W. H.: Int. J. Gynec. Obstet. 10, 35 (1972). –

3. Хернади, А. Боршош, Л. Лампэ: Обоснована ли профилактическая овариэктомия?

Hernádi, Z., Borsos, A., Lampé, L.: On the indication of prophylactic ovariectomy