

14

KÜLÖNLENYOMAT

A

Magyar Nőorvosok Lapja

C. FOLYÓIRATBÓL

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye*

Cisztikus ovarium tumorok ultrahang diagnosztikája

Írta: TÓTH ZOLTÁN dr., KOMÁROMY BÉLA dr. és ZILAHÍ GÁBOR dr.

A belső nemi szervek cisztikus tumorainak felismerése, elkülönítése az egyéb kismedencei elváltozásoktól a tapasztalt vizsgálót is sokszor nehéz differenciáldiagnosztikai feladat elé állítja. Ezek a tumorok elsősorban a petefészekből, vagy annak közvetlen környezetéből indulnak ki. Elhízott, hájas, vagy ascitestől elődomborodott hasfalon át, bimanuális vizsgálattal sokszor nem is lehet egyértelműen a nőgyógyászati elváltozást megállapítani. A tapintáson kívül a rendelkezésre álló egyéb vizsgáló módszerek (natív röntgenfelvétel, urocisztográfia, irrigoszkópia, pneumopelvigráfia, célzott punkció) sem adnak mindig kellő felvilágosítást az esetleg tapintott elváltozás nagyságáról, eredetéről és jellegéről. Az ilyenkor szóba jöhető laparoszkópiának, laparotomiának is megvan a jól meghatározott indikációs köre.

A prenatális diagnosztikában már bevált, gyors, megbízható és nem invazív ultrahang vizsgálat jól felhasználhatónak látszik a cisztikus kismedencei tumorok felismerésére és differenciáldiagnosztikájára is. A módszert többen ajánlották [3, 5, 6, 8, 10, 12, 13, 14]. Egyes szerzők szerint az eljárás még a benignus és malignus ovariális tumorok elkülönítésére is alkalmas [3, 7, 8, 9].

Közleményünkben a cisztikus kismedencei tumorok ultrahang diagnosztikájában szerzett saját tapasztalatainkról és eredményeinkről számolunk be.

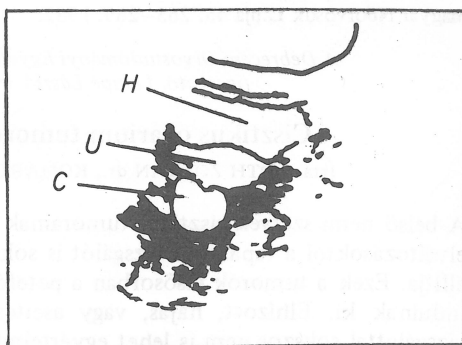
Anyag és módszer

A Debreceni Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Ultrahangdiagnosztikai Laboratóriumában 1977–1978-ban 183 beteget vizsgáltunk ovariális, illetve adnex-tumor gyanúja miatt. Vizsgálatainkat a Picker cég Echoview VI. típusú, „B” kép eljárású ún. bistabil compound készülékével, 2,5 MHz frekvenciájú vizsgálófejjel végeztük. A betegek telt húgyhólyaggal hanyattfekvő helyzetben voltak. Akusztikus kontakt anyagnak paraffinolajat használtunk. Először hossz-, majd haránt irányban pásztáztuk a hasat 1–2 cm-enként. A vizsgálatok során rögzítettük a talált elváltozás hossz-, haránt, mélységi átmérőjét, elhelyezkedését az uterusához viszonyítva, valamint szélének (elmosott, éles) és bennéinek (echomentes szeptumok, szolid részek, szétszórt echók) jellegzetességeit, illetve ascites előfordulását. A cisztikus és szolid részek közötti elkülönítést más szerzőkhöz [1, 5, 6, 9, 11] hasonlóan, a készülék szenzitivitásának változtatásával végeztük, az érdekesebb esetekről polaroid kamerával felvételeket készítettünk. A konzervatív kezelésben részesült betegeken ismételt vizsgálatokkal követtük az elváltozás növekedését, vagy regresszióját. A műtéti megoldásra került esetekben a műtéti státust, a műtéti preparátum makroszkópos és hisztológiai leletét egybevetettük echográfiás leletünkkel.

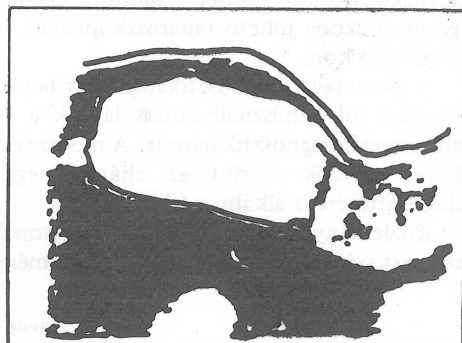
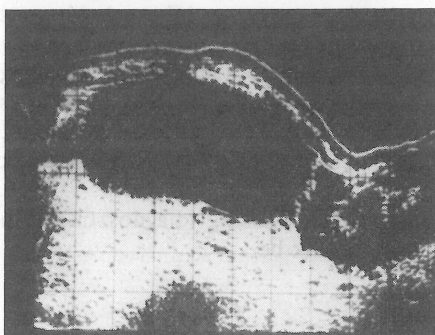
Eredmények

A vizsgálatok során az alábbi jellegzetes echográfiás képeket figyeltük meg.

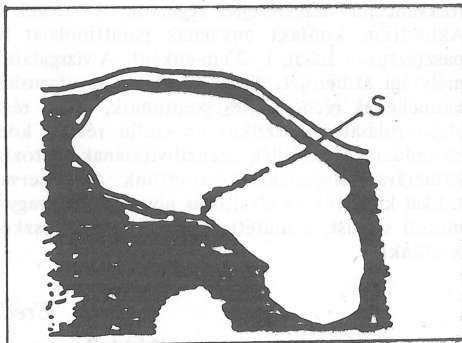
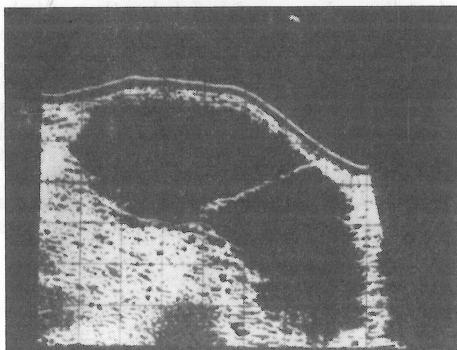
1. Normális genitális státus esetén a spontán telődött húgyhólyag mögött kirajzolódik az uterus hosszszelvényi képe, amely gyakran bedomborítja a húgyhólyag hátsó falát, szélé egyenletesen követhető. A beállított érzékenységtől függően benne szétszórt, szolid szövetre jellemző echók láthatók. Harántszelvényi képen, megfelelő síkban az uterus keresztmetszete mellett kétoldalt vagy mögötte az egyenetlenebb szélű ovariumok is kirajzolódnak, benne szétszórt echókkal, olykor echomentes, éles szélű cisztával (1. ábra). A szenzitivitás fokozásával az uterusban és az ovariumban egyre több echo ábrázolható, szélé a környezetével egybeesődik. A hólyag és a ciszta képe változatlan. Ha az uterus és az ovariumok mellett elmosott határu, szétszórt echókat tartalmazó képlet rajzolódik ki, az adnexum gyulladására, összenövésekre, inveterált extrauterin graviditásra utalhat.



1. Retrouterin ciszta keresztmetszeti képe
H. hólyag, U: uterus, C: ciszta



2. *Cystoma uniloculare permagna* (hosszmetszeti kép)

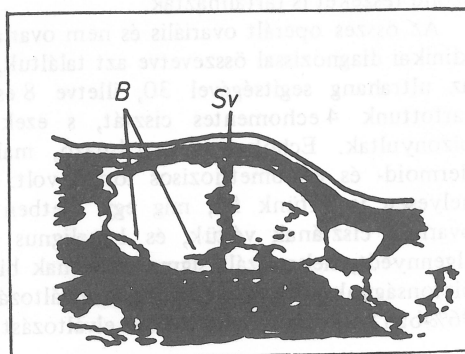
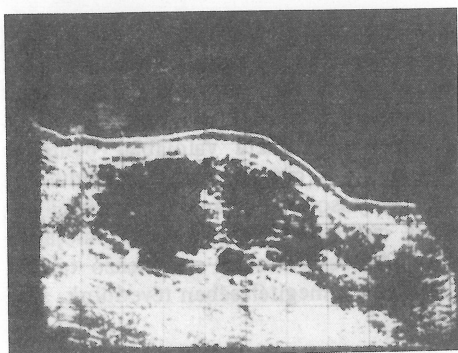


3. *Cystoma multiloculare permagna* (hosszmetszeti kép)
S: szeptum

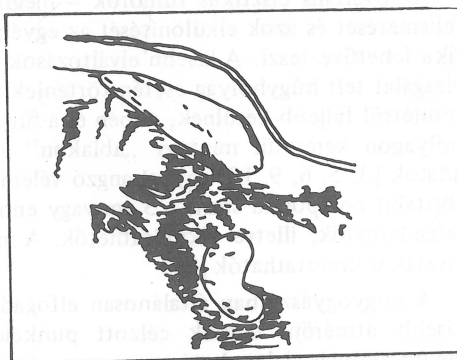
2. *Cystoma uniloculare permagna* esetén a ciszta szinte az egész hasüreget kitölti, széle éles vonal formájában rajzolódik, bennéke echomentes. A belek oldalra felnyomottan helyezkednek el, a kép az érzékenység fokozásával sem változik (2. ábra).

3. *Cystoma multiloculare permagna* esetén az előbb említett jellegzetességen kívül a cisztában szeptumok is ábrázolódnak (3. ábra). Malignus folyamatban a cisztában látható szeptumok vastagok, szolid részekre jellemző, szabálytalan furcsa echók is láthatók, olykor a ciszta falán a lumen felé burjánzó szövetszaporulat is kimutatható, vagy az egész egyenetlen felszín a környezetével is összefüggést mutat (4. ábra).

4. *Nem ovarialis cisztikus tumor* esetén az elváltozás a kismedence felett a hasüregben, retroperitoneálisan, vagy a hasfalban (5. ábra) foglal helyet, s az uteruszal és az ováriumokkal nem mutat összefüggést.



4. *Cystoma multiloculare permagna maligna* (hosszmetszeti kép)
Sv: vastag szeptum, B: lumen felé burjánzó szövet



5. *Hasfali haematoma* (hosszmetszeti kép)

A bimanuális nőgyógyászati vizsgálat során ovárium – vagy adnex-tumorra gyanús 183 betegből normális vagy kissé nagyobb ováriumokat 52, elmosott határu nem cisztikus rezisztenciát 33, nem ovarialis cisztikus tumort 95 esetben találtunk. Az utóbbi két csoportból 51 betegen végeztünk műtétet. A többi esetben az ismételt tapintási – és ultrahang lelet, valamint a klinikai kép a műtéti beavatkozást nem tette szükségessé. Mivel a műtött esetek alkalmasnak látszanak vizsgálati leleteink helyességének lemérésére, ezért részletesen ezen betegek adatait dolgoztuk fel.

I. táblázat

Az ovarialis ciszták megoszlása az echográfus kép alapján
N = 46

Ciszta átmérő, rekeszek	Ciszta tartalma	
	Echomentes	Echók láthatók
< 5 cm	6	—
> 5cm	Unilokuláris	21
	Multilokuláris	7
összesen	34	12

Az 51 operált betegből az elváltozás 46 esetben ováriális cisztának bizonyult, melyek echográfiás leleteit a ciszta átmérője, a rekeszek, valamint a ciszta tartalma szerint csoportosítottuk (I. táblázat). Az unilokuláris ciszták 10, a multilokulárisak 2 esetben szolid részeket is tartalmaztak.

Az összes operált ováriális és nem ováriális cisztikus tumor echográfiás képét a végső klinikai diagnózissal összevetve azt találtuk, hogy a benignus és malignus ováriális tumort az ultrahang segítségével 30, illetve 8 esetben helyesen ismertük fel. Benignusnak tartottunk 4 echomentes cisztát, s ezek a szövettani vizsgálat során malignusnak bizonyultak. Echókat is tartalmazó, malignusnak ítélt 4 ciszta valójában benignus dermoid- és endometriózisos tömlő volt. A nem ováriális ciszták közül 3 jóindulatút helyesen ismertünk fel, míg egy esetben a kikocsányosodott, ellágyult myomagócot ováriális cisztának véltük, és 1 malignus ováriális cisztának leletezett eset valójában elgennyedt, nekrotizált sigma tumornak bizonyult. Az összes esetre vonatkozó találati biztonságunk 80%. Két esetben az elváltozás eredetének a megítélésében tévedtünk, azaz 96%-ban helyesen lokalizáltuk az elváltozást.

Megbeszélés

Az ováriális cisztikus tumorok – megfigyeléseink szerint – közel egyértelmű, egzakt felismerését és azok elkülönítését az egyéb jellegű elváltozásoktól az ultrahang diagnosztika lehetővé teszi. A kisebb elváltozások kimutathatóságának alapvető feltétele, hogy a vizsgálat telt húgyhólyag esetén történjék [2], így a zavarólag ható gázos belek a vizsgált területről feljebb kerülnek, a méh és a függelékek a kismedence hátsó falán kiterültek, s a hólyagon keresztül mintegy „ablakon” át jól vizsgálhatók. Az idevonatkozó irodalmi adatok [3, 5, 6, 9, 10] egybehangzó véleménye szerint a hagyományos „B” kép eljárással (bistabil compound scan) a 3 cm vagy ennél nagyobb szolid és cisztikus elváltozások jól felismerhetők, illetve elkülöníthetők. A modern gray scale készülékkel már az 1 cm-es ciszták is kimutathatók [7].

A nőgyógyászatban általánosan elfogadott, hogy bizonyos életkoron túl az 5 cm-nél kisebb átmérőjű ciszták célzott punkciója során nyert punktátum jellege vagy a laparoszkópiás lelet határozza meg, hogy történjék-e műtét. Az 5 cm-nél nagyobb átmérőjű ciszta már önmagában is laparotomiát indokol [4].

Az egész hasat kitöltő ciszta vagy a hasat elődomborító ascites elkülönítése a hagyományos vizsgálatokkal nem mindig lehetséges. Olykor előfordul, hogy az ascites terápiás lebocsátása során nyert punktátum citológiai vizsgálata hívja fel a figyelmet az ováriális cisztára. Ez alatt a szurcsatomán keresztül a ciszta bennéke a hasüregbe juthat, mely malignus folyamat esetén a beteg további sorsa szempontjából egyáltalán nem közömbös. A ciszta nagyságának megítélése és elkülönítése az ascitestől ultrahang vizsgálattal lehetséges, és így nagy segítséget jelent a terápiás terv kialakulásában.

Az ultrahang készülékek fejlesztése, tökéletesítése lehetővé tette a benignus és malignus ováriális ciszták elkülönítését is. Többen [3, 5, 6, 7, 8] 60–90%-os találati eredményről számolnak be. A 90%-os, vagy afölötti eredményeket a modern gray scale készülékekkel érik el. Meire és mtsai (1978) leírását is figyelembe véve az ováriális ciszták ultrahang differenciáldiagnosztikai jeleit az alábbiakban foglalhatjuk össze: benignus elváltozás esetén a ciszta egy vagy több rekeszű, de a szeptumok vékonyak (< 3 mm) és szolid részeket nem tartalmaznak. Malignus folyamatban a ciszta többrekeszű, vékony vagy vastag szeptumokkal, szolid részekkel vagy azok nélkül. Anyagunkban az összes esetre vonatkozó találati biztonságunk 80%. Véleményünk szerint egy cisztikus elváltozás benignus vagy malignus voltának a megítélésére nem az echográfia hivatott, de bizonyos százalékban (anyagunkban 80%) előre jelezheti az elváltozás természetét. Vizsgálatainkban az elváltozás eredetének, szolid vagy cisztikus jellegének a megítélésében viszont

96%-ban helyesen nyilatkoztunk. Az ultrahang vizsgálatoknak elsősorban ebben látjuk a szerepét és jelentőségét.

Úgy véljük, hogy eredményeink alapján bizonyítottnak tekinthető a cisztikus nőgyógyászati tumorok differenciál-diagnosztikájában az echográfia jelentősége. A vizsgálat gyors, könnyen kivitelezhető, a betegnek nem jelent megterhelést és nagyban hozzájárulhat a helyes konzervatív vagy műtéti kezelés megtervezéséhez. A beteget számos, olykor nem kis megterhelést jelentő egyéb beavatkozástól is megkíméli.

Összefoglalás

A szerzők a cisztikus ovariális tumorok ultrahang diagnosztikában szerzett tapasztalataikról számolnak be. Ismertetik a vizsgálat menetét, valamint a benignus és malignus elváltozások echográfias jellemzőit. Ovariális, – illetve adnex tumor gyanúja miatt 183 beteget vizsgáltak, 95 esetben kisebb vagy nagyobb cisztikus ovariális képletet, míg 3 esetben extragenitális kiindulású tumort mutattak ki. Az ultrahang lelet és a klinikai kép alapján 51 betegen végeztek műtétet. A műtéti és a szövettani lelet alapján az echográfia találati biztonsága a tumor jellegét illetően 80%, míg kiindulási helyét tekintve 96% volt.

Irodalom

1. Cochrane, W. J., Thomas, M. A.: Radiology, 110, 649 (1974).
2. Donald, J.: Amer. J. Obstet. Gynec. 93, 935 (1965).
3. Kobayashi, M.: Cancer 38, 441 (1976).
4. Lampé, L.: in: A DOTE Női Klinikájának Kiadványai 3, 105 (1974).
5. Lawson, T. A., Albarelli, J. N.: Amer. J. Roentgenol. 128, 1003 (1977).
6. Levi, S., Delval, R.: Acta Obstet. Gynec. Scand. 55, 261 (1976).
7. Meire, H. B. és mtsai: Br. J. Obstet. Gynec. 85, 893 (1978).
8. Morlea, P., and Barnett, E.: Br. J. Radiol. 43, 602 (1970).
9. Németh J. és mtsai: Magy. Nőorv. L. 42, 583 (1979).
10. Queman, J. T. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 123, 453 (1975).
11. Rupp, Chelius: Geburtsh. u. Frauenheilk. 34, 7 (1974).
12. Szőke, B., Kiss, D.: Orv. Hetil. 119, 967 (1978).
13. Tarró S., Zsolnai B.: Magy. Nőorv. L. 37, 136 (1974).
14. Thomson, H. E. és mtsai: Amer. J. Obstet. Gynec. 98, 472 (1967).

З. Тот, Б. Комароми, Г. Зилахи: Ультразвуковая диагностика опухолей цистической матки

Tóth, Z., Komáromy, B., Zilahy, G.: Ultrasound diagnostics of the cystic ovary tumours.