

Klinika za ženske bolesti i porode KBC-a Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

USPJEŠNA MIOMEKTOMIJA ZA VRIJEME TRUDNOĆE: PRIKAZ SLUČAJA

SUCCESSFUL MYOMECTOMY DURING PREGNANCY: A CASE REPORT

Miro Kasum, Slavko Orešković, Josip Đelmiš

Prikaz bolesnice

Ključne riječi: miom, trudnoća, miomektomija

SAŽETAK. Prikazan je slučaj 42-godišnje bolesnice s trudnoćom od 15 tjedana koja se javila zbog bolova u donjem dijelu trbuha, s hemodinamskom nestabilnošću, sa slikom akutnog abdomena pod sumnjom na intraabdominalno krvarenje. Nekoliko sati ranije bila je na pregledu kod ginekologa i od tada osjeća bolove u trbuhu. Ubrzo po primitku je uslijedio premještanje u operacijsku dvoranu i donja medijana laparotomija. Kod zahvata je u trbuhu nađena oko 1,5 litra krvi i ugrušaka, a na fundusu maternice supserozan miom promjera 8,5 cm. Na vrhu mioma nalazila se rupturirana krvna žila odakle je krvarila. Nakon enukleacije mioma evakuirani su krv i ugrušci. Da bi se isključila dodatna mjesta krvarenja, otvoren je i gornji dio trbuha no nalaz je bio uredan. Zahvat i postoperacijski tijek bili su uredni. Patohistološki utvrđena su manja žarišta krvarenja s hijalinom i nekrotičnom degeneracijom mioma. S 19 tjedana uslijedila je rana amniocenteza pri čemu je utvrđen uredan muški kariotip, a u 25. tjednu trudnoće cerclage zbog prohodnosti cervikalnog kanala. S navršenih 38⁴ tjedana trudnoće uslijedio je vaginalni porod zdravog muškog djeteta, 3400/50, Apgara 10, 10. Prikaz bolesnice podržava stav da je miomektomija opravdana u trudnoći kod težih komplikacija, a naročito u slučajevima životne ugroženosti.

Case report

Key words: leiomyoma, pregnancy, myomectomy

SUMMARY. A case of 42 years old woman at 15 weeks of gestation with lower abdominal pain and hemodynamical instability with signs of acute abdomen due to intraabdominal bleeding is presented. There was a history of gynaecological examination several hours earlier, and the complaints started following palpation. Soon after admission the patient underwent immediately to exploratory laparotomy which revealed massive hemoperitoneum. A subserosal uterine leiomyoma of 8,5 cm in size was found in the fundal area, with an actively bleeding ruptured vessel on its dome. Myomectomy was successfully performed and 1,5 liter of blood and blood clots were evacuated from the peritoneal cavity. The operation continued by dissection of the upper part of abdominal wall to explore the upper abdomen. No additional sources of bleeding were found. The histology report showed sections of interlacing bundles of smooth muscles with areas of bleeding and hyaline and necrotic degeneration. The subsequent antenatal period was uneventful. The early amniocentesis was performed at 19 week of gestation and the finding was a normal male karyotype. At 25 weeks of gestation cervical cerclage was performed due to cervical incompetence. The woman went into spontaneous labour at 38⁴ weeks of gestation and delivered vaginally a healthy male baby weighing 3,4 kg with Apgar score 10,10. This paper supports other studies and case series that have demonstrated the safety of myomectomy during pregnancy in selected patients and especially in the situations of vital danger.

Uvod

Miomi maternice ili fibroidi su benigni tumori i predstavljaju relativno čestu pojavu jer se opažaju kod 20%–50% žena reproduktivske dobi, a čak u 70%–80% slučajeva bjelačke i crnačke američke populacije do menopauze.^{1,2} Međutim, pojavnost mioma u trudnoći znatno je rjeđa i kreće se od 2,7%–12,6%.³ Premda postoji tradicionalno shvaćanje da se miomi tijekom trudnoće povećavaju pod utjecajem povišenih koncentracija steroidnih hormona žutog tijela i posteljice, ultrazvučnim mjerenjima je utvrđeno da miomi obično rastu samo do prvog tromjesečja trudnoće. Štoviše, opaženo je da se mnogi miomi i to naročito oni većeg promjera često smanjuju u kasnijoj fazi trudnoće.⁴ Premda je nazočnost mioma u trudnoći u većini slučajeva asimptomatična, vrlo se rijetko (2,1%) zbog povećanja ili degeneracije

mioma mogu javiti komplikacije sa simptomima nelagodnosti i oštih bolova u trbuhu.⁵ Pored toga, moguće su i dodatne komplikacije zbog povećanog rizika spontanog pobačaja, prijevremenog rađanja, anomalija stava djeteta, prijevremenog prsnuća ovoja, distocije, prepartalnog krvarenja, onemogućavanja vaginalnog poroda, retencije posteljice, češćeg operacijskog dovršenja trudnoće carskim rezom i postpartalnog krvarenja.⁶ U terapijskom pristupu kod mioma u trudnoći u većini slučajeva se koristi ekspektativni postupak, a kod pojave prvih ili blažih nelagodnosti i bolova zbog povećanja mioma primjenjuje se konzervativno liječenje lijekovima protiv upale i bolova prema potrebi. U slučajevima kod izostanka poboljšanja uz medikamentozno liječenje, primjena miomektomije u odabranoj skupini trudnica pokazala se uspješnom omogućivši nesmetano napredo-

vanje trudnoće do ročnog poroda.⁵ S druge strane, smatra se da miomektomija kod pojačane vaskularizacije maternice i mioma u trudnoći predstavlja rizik za krvarenje i druge postoperacijske komplikacije te bi stoga bilo sigurnije kirurški zahvat odgoditi do poroda carskim rezom.⁷

Prikaz bolesnice

L.V. je bila 42–godišnja trudnica s amenorejom od 15 tjedana i s urednim dosadašnjim tijekom trudnoće. Ranije je u 28. godini vaginalno rodila živo i zdravo žensko dijete. Nije posebno bolovala osim infekcijskog hepatitisa u 22. godini, a od operacija učinjena joj je u 32. godini kolecistektomija.

Oko 22 sata dovezena je u kliniku sanitetskim vozilom zbog slabosti i malaksalosti te jakih bolova u trbuhu. Anamnestički bolesnica je navela da su tegobe počele ubrzo nakon ginekološkog pregleda pri palpaciji trbuha unatrag nekoliko sati. Kod dolaska je pored slabosti povremeno osjećala nesvjestice i probadanja s napetošću u donjem dijelu trbuha, što je bilo intenzivnije izraženo pri pomicanju donjeg tijela. Zbog malaksalosti nije se mogla kretati, koža i sluzce su bile blijede, djelovala je prestrašeno, što je sve upućivalo na ozbiljno stanje i sumnju na intraabdominalno krvarenje. RR=110/85, puls=95/min. Ginekološkim pregledom u speculima cerviks je bio l članak, zatvoren, bez vidljivog vanjskog krvarenja, uz napetost i osjetljivost stražnjeg svoda rodnice. Veličina maternice bila je nešto veća od amenoreje, a palpacija je bila otežana i osjetljiva. Ultrazvučnim pregledom potvrđena je vitalnost ploda, a u zdjelištu i trbuhu nađeno je dosta tekućine. Zbog hemodinamske nestabilnosti i izražene sumnje na akutni abdomen uslijedile su ubrzane pripreme za operaciju i premještanje u operacijsku dvoranu. Početni nalazi krvne slike s padom hematokrita i hemoglobina upućivali su na krvarenje zbog čega je učinjena donja uzdužna laparotomija. Neposredno po otvaranju trbušne stijenke nađe se u trbuhu oko 1500 mL tekuće krvi i ugrušaka. Maternica je bila mekane i dobro prokrvljene stijenke s trudnoćom veličine od četiri lunarna mjeseca, sa supseroznim miomom sprijeda u fundusu veličine ženske šake, s insercijom promjera oko 3–4 cm. Na vrhu mioma vidjela se proširena i lacerirana krvna žila odakle je oskudno krvarilo. Adneksi su bili obostrano potpuno urednog izgleda. Da bi se zaustavilo krvarenje učinjena je enukleacija mioma, a nakon toga je ležište peritonizirano. Uslijedila je zatim evakuacija krvi i ugrušaka. S obzirom na oskudno krvarenje iz lacerirane krvne žile mioma i veliku količinu krvi i ugrušaka, posumnjalo se na dodatni razlog krvarenja te je stoga pozvan kirurg da bi pretražili gornji dio trbušne šupljine. Donji uzdužni infraumbilikalni rez je proširen prema gore do epigastrija da bi se pregledalo crijeva, jetra i slezena. Organi gornjeg dijela abdomena bili su potpuno uredni osim što je oko slezene nađeno nešto priraslica koje su razriješene. Pri adheziolizi došlo je do povrede manje krvne žile, koja je uredno podvezana. Dodatno je učinjena apendektomija makroskopski urednog crvuljka. Nakon ispi-

ranja cijelog abdomena i zdjelišta, postavljana drena, uslijedilo je zatvaranje trbuha. Operacijski zahvat bolesnica je dobro podnijela uz adekvatnu transfuziju krvi, a poslijeoperacijski tijek je pod zaštitom antibiotika bio potpuno uredan. Patohistološkom analizom potvrđen je miom promjera 8,5 cm s manjim žarištima krvarenja na presjeku. Na više mjesta nađena su žarišta hijaline i koagulacijske nekroze apopleptičnog tipa koja su bila okružena polimorfonuklearima. U daljnjem tijeku je s 19 tjedana trudnoće zbog dobi učinjena rana amniocenteza, a kariotip je bio uredan (46, XY). U 25. tjednu trudnoće je zbog prohodnosti cervikalnog kanala učinjena cerclage. Slijedio je nastavak mirovanja uz uredan tijek trudnoće do poroda. Uz spontane trudove s navršenih 38⁺⁴ tjedana vaginalno je rodila muško dijete 3400/50, Apgar 10,10.

Rasprava

Postoji opće uvjerenje da je trudnoća s miomom visoko rizična pri čemu tradicionalno postoji pasivan stav u svezi kirurškog zahvata i odstranjenja tumora, iz straha da bi operacija mogla dovesti do poremećaja trudnoće kao i poslijeoperacijskih komplikacija. Zbog toga se preporuča enukleaciju mioma odgoditi do poroda carskim rezom ili za kasnije pri zahvatu izvan trudnoće.⁷ No u slučajevima pojave težih komplikacija od strane mioma, koje perzistiraju unatoč ekspektativnog stava i primijenjenih konzervativnih mjera, a naročito kada postoji životna ugroženost trudnice, opravdan je aktivniji pristup i primjena kirurškog zahvata pri čemu je indicirana enukleacija mioma.⁵ Na sreću, teže komplikacije uzrokovane od strane mioma koje bi zahtijevale neodgodivi kirurški zahvat nisu tako česte, tako da je miomektomija u trudnoći još uvijek rijetka pojava. Prema literaturnim navodima većina operiranih bolesnica s miomom^{9–11} imala je jake bolove i osjećaj pritiska u trbuhu, zbog veličine mioma koja se kretala od 1,6 kg do 7,7 kg s trajanjem trudnoće između 12 i 19 tjedana. U svih je trudnica kod laparotomije uspješno enukleiran veliki miom s degenerativnim promjenama. Smatralo se da su bolovi uzrokovani veličinom mioma i degenerativnim promjenama, jer su sve tegobe kod trudnica nakon operacije prestale. Kasniji tijek trudnoće bio je uredan, a porodi su dovršeni rođenjem živog i zdravog djeteta u terminu spontano ili carskim rezom. Pored izraženije veličine mioma opaženo je i nepovoljno djelovanje tumora na plod, zastoj u rastu s posturalnom deformacijom djeteta uz oligohidramnion, kao dodatne komplikacije koje indiciraju miomektomiju. Nakon uspješnog odstranjenja nekrotizirajućeg mioma u 25. tjednu trudnoće, kasniji tijek trudnoće bio je uredan, a porod zdravog djeteta uslijedio je u terminu carskim rezom.¹²

Kako su bolovi kod naše bolesnice počeli tek nakon palpacije pri ginekološkom pregledu, za pretpostaviti je da je pri tome nastala ruptura krvne žile na površini mioma, odakle je počela krvariti. Zbog krvarenja u trbušnu šupljinu nastupila je hemodinamska nestabilnost i slika

akutnog abdomena, što je sve neodgodivo indiciralo eksplorativnu laparotomiju. Uspješno učinjena miomektomija spriječila je daljnje krvarenje, a eksploracija trbušnih organa isključila je eventualne dodatne izvore krvarenja. Zahvat je omogućio uredan daljnji tijek trudnoće i vaginalni porod zdravog djeteta u terminu. Slično tome, i ranije se u svega par slučajeva enukleacija mioma pokazala uspješnom u situacijama vitalne ugroženosti s intraabdominalnim krvarenjem iz spontano rupturirane krvne žile mioma u trudnoći ili izvan nje.^{13,14}

Zaključak

Premda se trudnoća s miomom ne javlja često i prolazi uglavnom asimptomatski, ona je visoko rizična zbog ozbiljnosti rijetkih popratnih komplikacija. Postupak nadzora takvih trudnoća je uglavnom ekspektativan, a kod pojave blažih simptoma konzervativan uz primjenu lijekova. U takvim okolnostima kirurško odstranjenje mioma odgađa se do poroda carskim rezom ili izvan trudnoće. Kad izostane povoljni učinak konzervativnog postupka, ako se pojave teže komplikacije, kao na primjer povećanje mioma uz intenzivnije bolove i intraabdominalno krvarenje koje trudnicu životno ugrožava, indicirana je laparotomija i enukleacija mioma. Kod takvih komplikacija miomektomija se pokazala kao uspješan zahvat koji omogućuje nesmetan nastavak trudnoće do poroda.

Literatura

1. Yerkant BS. Myomectomy for fertility enhancement and preservation. *Fertil Steril* 1992;58:1–15.
2. Day Baird D, Dunson DB, Hill MC, Cousins D, Schectman JM. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in

black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:100–7.

3. Klatsky PJ, Tran ND, Caughev AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systemic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:357–66.
4. Neiger R, Sonek JD, Ventolini G. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyoma. *J Reprod Med* 2006;51:671–4.
5. Lolis DE, Kalantaridou SN, Makrydimas G et al. Successful myomectomy during pregnancy. 2003;18:1699–702.
6. American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. *Fertil Steril* 2008;90:S125–30.
7. Roman AS, Tabsh KM. Myomectomy at time of cesarean delivery: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and childbirth* 2004;4:14–7.
8. Umezurike C, Feyi-Faboso P. Successful myomectomy during pregnancy: A case report. *Reprod Health* 2005;2:6–8.
9. Hasbargen U, Strauss A, Summerer-Moustaki M et al. Myomectomy as a pregnancy-preserving option in carefully selected patients. *Fetal Diagn Ther* 2002;17:101–3.
10. Adeyemi AS, Akinola SE, Isawumi AI. Antepartum myomectomy with a live term delivery – a case report. *Niger J Clin Pract* 2007;10:346–8.

11. Wittich AC, Salminen ER, Yancey MK, Markenson GR. Myomectomy during early pregnancy. *Mil Med* 2000;165:162–4.

12. Joo JG, Inovay J, Silhavy M, Papp Z. Successful enucleation of a necrotizing myoma causing oligohydramnios and fetal postural deformity in the 25th week of gestation. A case report. *J Reprod Med* 2001;46:923–5.

13. Wong L, Chinq TW, Kok TL, Koon TH. Spontaneous hemoperitoneum from a uterine leiomyoma in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005;84:1208–9.

14. Dahan MH, Ahmadi R. Spontaneous subserosal rupture overlying a uterine leiomyoma. A case report. *J Reprod Med* 2002;47:419–20.

Članak primljen: 23. 02. 2009.; prihvaćen: 25. 03. 2009.

Adresa autora: Doc. dr. sc. Miro Kasum, Klinika za ženske bolesti i porode KBC-a, Petrova 13, 10000 Zagreb