

Olbrzymi guz jajnika – opis przypadku i propozycja postępowania klinicznego

Giant ovarian tumor – case report and proposal for clinical management

Stukan Maciej, Dudziak Mirosław, Pawłowski Maciej

Szpital Morski im PCK w Gdyni,
Gdyńskie Centrum Onkologii, Oddział Ginekologii Onkologicznej, Polska

Streszczenie

Przedstawiono postępowanie kliniczne u chorej z guzem jajnika o masie 90 kg. Przed zabiegiem wykonywano nakłucia guza z ewakuacją płynowej zawartości oraz prowadzono żywienie pozajelitowe, w czasie operacji, po wycięciu guza w całości, zastosowano czasowy ucisk z serwet w loży po guzie, a po zabiegu kontynuowano leczenie żywieniowe oraz objawowe. Zastosowanie opisanego postępowania klinicznego pozwoliło wypisać chorą w 10 dobie po operacji, bez powikłań, w dobrym stanie ogólnym.

Słowa kluczowe: **guz jajnika / postępowanie kliniczne /**

Abstract

A case report of a woman with 90kg ovarian tumor is presented. Paracentesis and intravenous alimention was performed before operation. During the surgery, the ovarian tumor was excised and abdominal cavity packing, followed by slow pressure decreasing, was done. Intravenous together with oral alimention was continued after the operation. The patient was discharged on the 10th postoperative day, without any complications, in a good overall condition.

Key words: **ovarian tumor / clinical management / abdominal packing /**

Adres do korespondencji:

Maciej Stukan
Szpital Morski im PCK w Gdyni,
Gdyńskie Centrum Onkologii, Oddział Ginekologii Onkologicznej,
Gdynia 81-519, ul. Powstania Styczniowego 1, Polska
tel. +48 58 6998920, fax. +48 58 6998935,
e-mail: stukan@wp.pl

Otrzymano: **20.06.2010**
Zaakceptowano do druku: **15.01.2011**

Wstęp

Olbrymi guz jajnika stanowi problem kliniczny, a postępowanie z chorą powinno być zaplanowane i prowadzone we współpracy klinicystów różnych specjalności. Największy opisany w literaturze guz jajnika ważył 149 kg [1].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie postępowania klinicznego u chorej z olbrzymim guzem jajnika.

Opis przypadku

Chora lat 49, z olbrzymim guzem w jamie brzusznej, bez obciążeń internistycznych, leżąca, wydolna krążeniowo-oddechowo, z obrzękami kończyn dolnych, płynem w lewej jamie opłucnej, ważąca 140 kg, została przyjęta do naszego oddziału dnia 04.11.2009, po wcześniejszej hospitalizacji w szpitalu rejonowym, gdzie zmniejszono objętość guza jamy brzusznej ewakuując 32 litry płynu w celu umożliwienia przeprowadzenia badania obrazowego (zbyt mała bramka tomografu w stosunku do obwodu brzucha chorej). W badaniu tomografii komputerowej stwierdzono, że jamę brzuszną wypełniał torbielowaty guz o wymiarach 450x250x250mm, przemieszczający pozostałe narządy ku tyłowi, oraz policykliczną masę patologiczną, wypełniającą miednicę mniejszą, wielkości 250x180x150mm, wolny płyn w jamie opłucnowej lewej oraz w jamie otrzewnej w miernej ilości.

W badaniach laboratoryjnych z odchyłami od normy stwierdzono hipoproteinemię 5,6g/dl, hypoalbuminemię – 2,6g/dl, niedokrwistość – Hb 10,6g/dl; podwyższone stężenia CRP – 68,9mg/l, D-dimerów – 11510ug/l, CA 125 – 140,4U/ml, oraz obniżone stężenie cholesterolu – 107mg/dl, limfocytopenię – 650ul.

Nie oceniano stężenia innych markerów nowotworowych.

W okresie przedoperacyjnym, w ciągu 8 dni, wykonano kilkakrotnie przezskórne nakłucia guza, ewakuując 26 litrów płynu o gęstej, nieśluzowej konsystencji, koloru brunatnego (dodatkowo wcześniej upuszczono 32 litry). Wobec stanu klinicznego chorej, płynu nie wysyłano do badania histologicznego przed radykalnym leczeniem operacyjnym. Prowadzono również kompletne żywienie pozajelitowe, uzyskując poprawę stanu ogólnego chorej i parametrów stanu odżywienia. Przetoczono 3j. masy erytrocytarnej i 2j. osocza.

Operację przeprowadzono dnia 16.11.2009. Bezpośrednio przed rozpoczęciem zabiegu przetoczono 2000ml koloidalnych płynów infuzyjnych, zastosowano profilaktycznie antybiotykoterapię i heparyny drobnocząsteczkowe 12 godzin wcześniej. Jamę brzuszną otwarto z cięcia prostego, stwierdzono olbrzymi, torbielowaty guz jajnika lewego, zrosnięty na całej powierzchni z otrzewną, pętlami jelit i okolicą wnęki wątroby, oraz mięśniakowato zmienioną macicę. Guz jajnika, po wypreparowaniu ze zrostów, wytoczono z jamy brzusznej w całości, jednocześnie układając złożone serwety do łoża po guzie. (Rycina1).

Następnie co 5 minut zmniejszano stopniowo ucisk w jamie brzusznej, poprzez usuwanie kolejnych serwet. Wypreparowano oba moczowody, wycięto zmienioną macicę z prawymi przydatkami. W doraźnym badaniu histopatologicznym guz opisano jako gruczolak śluzowy. Zabieg operacyjny zakończono, zakładając do jamy otrzewnej 2 dreny. W czasie trwania operacji nie doszło do istotnych zmian ciśnienia tętniczego krwi.



Rycina 1. Wypełnienie jamy brzusznej serwetami, po wycięciu olbrzymiego guza jajnika.

Chorą po zabiegu przekazano na Oddział Intensywnej Terapii celem kontynuacji sztucznej wentylacji, którą prowadzono przez okres 24 godzin po operacji, wyrównania ewentualnych zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej. W 3 dobie po zabiegu chorą przekazano ponownie do Oddziału Ginekologii Onkologicznej.

W przebiegu pooperacyjnym zastosowano antybiotykoterapię, heparyny drobnocząsteczkowe w dawkach profilaktycznych, kompletne żywienie pozajelitowe, prowadzone do 4 doby po operacji włącznie, oraz leczenie objawowe. W drenach z jamy otrzewnowej ewakuowano 600ml/dobę surowiczego płynu do 4 doby po operacji, później objętość zmniejszała się aż do wartości śladowych w 9 i 10 dobie, gdy kolejno usunięto dreny. Od 3 doby po operacji zastosowano pas podtrzymujący powłoki brzuszne.

Po operacji chora przez cały czas pozostawała wydolna krążeniowo-oddechowo, zachowując prawidłowe, stabilne wartości ciśnienia tętniczego. Do domu została wypisana w 10 dobie po zabiegu, w dobrym stanie ogólnym, chodząca, w pełni samodzielna.

Wynik ostatecznego badania histopatologicznego to śluzowy guz jajnika o granicznej złośliwości. Łączna masa guza wynosiła 90kg (preparat z operacji razem z masą ewakuowanego wcześniej płynu).

W czasie 6 miesięcy obserwacji pacjentka nie zgłaszała dolegliwości, pozostawała w dobrym stanie ogólnym, podejmowała pracę.

Dyskusja

W pracy Eienkela i wsp. przedstawiono 19 chorych z guzami nabłonkowymi jajnika o masie powyżej 40kg, w 7 przypadkach rozpoznano raka jajnika lub guz o granicznej złośliwości [2]. Największy opisany nabłonkowy złośliwy guz jajnika ważył 100kg [3], natomiast jedyny olbrzymi (>40kg) guz nienabłonkowy (włókniak) o masie 54kg został opisany przez Stukana i wsp. [4].

Olbrzymi guz jajnika – opis przypadku i propozycja postępowania klinicznego.

Średnia wielkość guzów śluzowych jajnika o granicznej złośliwości to około 20cm [5]. Opisany guz w chwili operacji miał wymiary 50x45x26 cm.

Duża masa patologiczna, wypełniająca jamę brzuszną, powoduje uciśnięcie łożyska naczyniowego oraz narządów znajdujących się w jamie otrzewnej, przesunięcie przepony ku górze, doprowadzając do zmniejszenia objętości płuc i rozciągnięcia powłok brzusznych. Masa ciała chorej przed operacją zwykle przekracza normę, jednak najczęściej pacjentka jest niedożywiona. Po wycięciu guza, w bezpośrednim czasie po operacji następuje przesunięcie krwi do wcześniej uciśniętych naczyń jamy otrzewnej i powłok brzusznych, co może objawiać się hipotonią, doprowadzić do wstrząsu hipowolemicznego, krwawienia z powłok brzusznych [2, 3, 6]. Obserwuje się przesunięcia płynów do trzeciej przestrzeni – wodobrzusze, płyn w jamie opłucnowej w okresie pooperacyjnym [4]. Wycięcie guza wraz z krwią zalegającą w jego naczyniach stanowi dodatkowy czynnik ryzyka załamania się wydolności krążeniowej w trakcie zabiegu operacyjnego. W późniejszym czasie istnieje ryzyko skrętu jelita, powstania przepukliny brzusznej [2].

Naszym zdaniem, w opisanym przypadku, najważniejsze były trzy czynności kliniczne zastosowane w okresie około- i śródoperacyjnym: po pierwsze stopniowe zmniejszanie objętości guza i ucisku przez niego powodowanego poprzez przedoperacyjne nakłucia i ewakuację płynu; po drugie, po wycięciu guza, zastosowany śródoperacyjnie ucisk na łożysko naczyniowe, który był powoli zmniejszany; oraz po trzecie prowadzenie żywienia pozajelitowego.

W literaturze opisuje się śródoperacyjne lub przedoperacyjne nakłuwanie torbielowatego guza i powolne zmniejszanie jego objętości. Doniesienia na temat zapobiegania w ten sposób powikłaniom krążeniowo-oddechowym są niejednoznaczne. Jedni autorzy zalecają takie postępowanie [3, 7, 8, 9], inni podają, że nie ma ono wpływu na zmniejszenie powikłań [10], jeszcze inne prace nie zalecają takiej metody [11, 12].

Główne wątpliwości związane z procedurą nakłucia dotyczą ryzyka wszczepów nowotworowych do powłok w przypadku guzów złośliwych. W wyniku łącznej analizy 19 przypadków chorych z guzami o masie powyżej 40 kg, nie stwierdzono istotnych korzyści z rutynowego nakłuwania i drenowania światła torbieli dla przebiegu okołoperacyjnego, jeżeli nie było takiej potrzeby [2].

Innym zalecanym postępowaniem śródoperacyjnym jest rozpoczęcie zabiegu od wrzecionowatego nacięcia skóry, a następnie usunięcie nadmiaru rozciągniętych wcześniej na guzie powłok brzusznych wraz z rozbudowanym łożyskiem naczyniowym [3, 6]. Rozważa się również odstąpienie od rozdzielania zrostów torbieli z powłokami i pozostawienie części torebki guza przyrośniętej do otrzewnej ściennej. Celem takiego postępowania jest zapobieganie wystąpieniu masywnego krwawienia z dużej powierzchni otrzewnej [3].

W literaturze nie opisywano do tej pory ani śródoperacyjnego ucisku łożyska naczyniowego po wycięciu olbrzymiego guza ze stopniowym zmniejszaniem ciśnienia, ani przygotowania przedoperacyjnego w postaci żywienia pozajelitowego u takich chorych, chociaż większość z nich prezentowała objawy niedożywienia.

W podsumowaniu przedstawionego opisu przypadku można podejrzewać, że kilkukrotne nakłucia i ewakuacja płynu z torbielowatego, olbrzymiego guza jajnika przed operacją, zastosowanie wypełnienia jamy brzusznej serwetami po wycięciu torbieli w całości, z następowym powolnym zmniejszaniem ucisku, oraz prowadzenie żywienia pozajelitowego było optymalnym postępowaniem, które pozwoliło na wyleczenie chorej bez wystąpienia istotnych powikłań śród- i pooperacyjnych.

Piśmiennictwo

1. Spohn A. Multicystic ovarian tumour weighing 328 lb. *Tex Med.* 1905, 1, 273.
2. Eienkel J, Alexander H, Schotte D, [et al.]. Giant ovarian cysts: is a pre- and intraoperative drainage an advisable procedure? *Int J Gynecol Cancer.* 2006, 16, 2039-2043.
3. Yanazume Y, Yoshinaga M, Yanazume S, [et al.]. Giant ovarian cancer weighing 100 kg with poor prognosis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2007, 33, 91-94.
4. Stukan M, Wojtylak S, Pietrzak-Stukan M, [et al.]. A giant ovarian fibroma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009, 88, 860-861.
5. Makarewicz H, Emerich J, Olszewski J. Comparison of two groups of patients with serous and mucinous type of borderline ovarian tumors. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 24-29.
6. Pretorius R, Matory W, LaFontaine D. Management of massive ovarian tumors. *Surg Gynecol Obstet.* 1989, 169, 532-536.
7. Suntharasaj T, Sriwongpanich S, Sorapipat C. The largest ovarian cyst in Songklanagarind Hospital: A case report. *J Med Assoc Thai.* 1994, 77, 445-448.
8. Kim Y, Kim J, Choe B. A case of huge ovarian cyst of 21-year-old young woman. *J Obstet Gynaecol Res.* 1999, 25, 275-279.
9. Koshiba H, Kitawaki J, Fujita H, [et al.]. Giant ovarian tumor removed after preoperative drainage, with abdominoplasty. *J Reprod Med.* 2003, 48, 652-654.
10. Morrison P, Morgan G. Removal of a giant ovarian cyst. Anaesthetic and intensive care management. *Anaesthesia.* 1987, 42, 965-974.
11. Vipond M, Michie H, Hershman M, [et al.]. Management of giant ovarian cyst. *Br J Hosp Med.* 1991, 45, 313-314.
12. Hunter D. Management of a massive ovarian cyst. *J Obstet Gynaecol Res.* 1999, 25, 275-279.