

# Przewlekły wysięk dootrzewnowy – jako powikłanie po operacyjnym usunięciu torbieli olbrzymiej jajnika u 76 letniej kobiety. Opis przypadku

Intraperitoneal chronic exudation as a complication after giant ovarian cyst removal in a 76-year-old woman.  
A case report

Raba Grzegorz, Chamuła Witold

Oddział Ginekologii i Położnictwa, Wojewódzki Szpital w Przemyślu

## Streszczenie

*W pracy przedstawiono opis kliniczny przebiegu leczenia 76-letniej kobiety, u której usunięto operacyjnie torbiel olbrzymią jajnika, w wyniku czego doszło do przewlekłego wysięku dootrzewnowego w ilościach powyżej 1 litra na dobę przez okres 22 dni od zabiegu. Przewlekły wysięk powodował znaczące zaburzenia wodno-elektrolitowe i niedobór białka. Stwierdzono, że przy prawidłowym uzupełnianiu niedoborów białka i elektrolitów, zjawisko masywnego wysięku nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla pacjenta, aczkolwiek znacząco wydłuża przebieg leczenia pooperacyjnego.*

Słowa kluczowe: **przewlekły wysięk / torbiel olbrzymia / zaburzenia wodno-elektrolitowe / niedobór białka /**

## Abstract

*The article offers a description of a clinical course of treatment of a 76-year-old woman who had undergone a giant ovarian cyst removal. After the surgery, a chronic intraperitoneal exudation occurred in the quantity of over one liter per day for twenty two days after the intervention. The chronic exudation caused significant electrolyte disturbance and protein deficiency. It was confirmed that in the event of proper electrolytes and proteins supplementation, the phenomenon of the massive exudation does not present a direct threat to the patient, although the course of the treatment lengthens significantly.*

Key words: **exudate – chronic / giant cyst / water – electrolyte imbalance / protein deficiency /**

## Adres do korespondencji:

Raba Grzegorz  
Wojewódzki Szpital w Przemyślu Oddział Ginekologii i Położnictwa  
tel. 605 03 83 95  
e-mail: g.raba@plusnet.pl

Otrzymano: 05.04.2007

Zaakceptowano do druku: 27.06.2008

## Opis przypadku

76-letnią pacjentkę przyjęto do szpitala w ramach ostrego dyżuru. Kobieta była w stanie skrajnego wycieńczenia fizycznego, nie chodząca od kilku miesięcy, przytomna. Skarżyła się na przewlekły ból brzucha, trudności z odżywianiem (od dwóch miesięcy przyjmuje wyłącznie dietę półpłynną), ogólne osłabienie.

Badaniem wstępnym stwierdzono wyniszczenie organizmu dużego stopnia, brzuch wysklepiony znacznie powyżej mostka, palpacyjnie badalny nieruchomy guz wypełniający jamę brzuszną.

Wykonano badania laboratoryjne oraz USG i TK jamy brzusznej – stwierdzono obecność torbieli olbrzymiej w jamie brzusznej wychodzącej prawdopodobnie z miednicy mniejszej, uciskającej narządy wewnętrzne, przeponę oraz duże naczynia. Badanie TK wykazało znaczne przemieszczenie dogłowe i boczne jelit oraz narządów mięsaszowych jamy brzusznej.

Wyniki laboratoryjne były następujące: Hb 8,1mg%; Ht 28; glukoza 76mg%; elektrolity – w normie, poziom markerów: CA 125 58,30U/ml; CA 19-9 3,93U/ml; CA 15-3 40,1U/ml. Pacjentkę przygotowano do laparotomii. Cięciem pośrodkowym od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, otwarto jamę brzuszną.

Stwierdzono torbiel olbrzymią w jamie otrzewnej będącą w szczelnym zroście płaszczynowym z:

1. otrzewną ścienną - od przodu i boków,
2. wątrobę, pęcherzykiem żółciowym, poprzecnicą i przeponą - od góry,
3. żołądkiem, jelitem cienkim, krezką i częściowo otrzewną pokrywającą duże naczynia – od tyłu.

Jelita wraz z krezką były przemieszczone dogłowo, odsłaniając aortę i żyłę główną dolną. Stwierdzono całkowity brak przestrzeni jamy otrzewnej.

Preparując „na ostro” i „na tępo” uwolniono stopniowo torbiel ze zrostu z otrzewną ścienną przedniej ściany i ścian bocznych, następnie preparując od góry, po uprzednim odesaniu jej zawartości, oddzielono stopniowo przeponę, wątrobę z pęcherzykiem żółciowym i poprzecnicę, przechodząc na tylną powierzchnię torbieli, uzyskując stopniowo uruchomienie jej od żołądka, uciśniętych jelit oraz otrzewnej pokrywającej duże naczynia jamy brzusznej.

Po osiągnięciu poziomu miednicy mniejszej i uwolnieniu kątnicy, esicy i odbytnicy, stwierdzono punkt wyjścia torbieli – jajnik lewy.

Macica i jajnik prawy były atroficzne, bez zmian. Torbiel odcięto wraz z przydatkiem lewym – całkowita jej waga: 23 kilogramy!

W wykonanym śródoperacyjnie badaniu histopatologicznym nie uwidoczniło komórek nowotworowych o cechach złośliwych. Jednak z uwagi na stwierdzane rozległe wieloogniskowe łite zmiany martwicze, wymiary preparatu uniemożliwiające dokładną ocenę w warunkach śródoperacyjnych (ciężki stan ogólny chorej nie pozwalał na dłuższe oczekiwanie na wyniki następnych wycinków) oraz kliniczne podejrzenie procesu złośliwego, zdecydowano o usunięciu macicy wraz z drugim przydatkiem, pobraniem węzłów chłonnych miednicznych i wycinków z pozostałości sieci. Zabieg ten przeprowadzono w sposób typowy.

Wynik ostatecznego badania histopatologicznego torbieli: *cystis permagna benigna in statu necrosae, suppuratione et calcificatione* (w licznych przebadanych wycinkach ze ściany torbieli brak elementów pochodzenia nabłonkowego w martwiczo zmienionej wyściółce oraz obszary o utkaniu włókniaka z cechami zwyrodnienia torbielowatego). Do jamy otrzewnej założono cztery dreny nr 22, zeszyto powłoki. Przebieg pooperacyjny w pierwszych 2 dobach powikłany był dużymi zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, niedoborem białka, głównie albumin. Prowadzono aktywne wyrównywanie deficytów preparatami dożylnymi. Pacjentce podano łącznie: 800ml albumin, 400mEq potasu (w ciągu 10 dni), 4 jednostki osocza krwi, 2 jednostki masy erythrocytarnej i ponad 20 litrów płynów infuzyjnych.

Chora od 2 doby zaczęła przyjmować doustnie pokarmy, czynność fizjologiczna przewodu pokarmowego powróciła do normy. W 6 dobie, po uprzedniej rehabilitacji ruchowej, pacjentka po kilkumiesięcznym unieruchomieniu, rozpoczęła samodzielne chodzenie. Od drugiej doby pooperacyjnej drenowany płyn z jamy brzusznej przyjął barwę żółtawą, opalizującą, klarowną, utrzymując się przez 22 dni w ilości 1200-1500ml na dobę (w pierwszej dobie miał zabarwienie krwiste). Duża ilość wydzieliny z drenów (laboratoryjnie określonej jako wysięk) wzbudziła podejrzenie powstania przetoki moczowodowo-otrzewnowej.

Wykonano urografię i dodatkowe, obrazowe badania w oddziale urologicznym, co ostatecznie wykluczyło zacieki moczku do jamy otrzewnej. Utrzymujący się drenaż płynu wysiękowego powyżej 1 litra na dobę budził niepokój, wywoływał stałe zaburzenia wodno-elektrolitowe, wymagające wyrównywania drogą dożylną i doustną. Po upływie 22 dni od zabiegu, dobowy wysięk do jamy otrzewnej zaczął ulegać stopniowo zmniejszaniu. Przy wartości 300ml na dobę usunięto dreny. Wykonywane w kolejnych dobach badania USG nie wykazały narastania wodobrzusza u chorej. Pacjentkę wypisano do domu w 26 dobie pooperacyjnej w stanie ogólnym dobrym.

## Dyskusja

Wysięk – jako zjawisko, jest powszechnie spotykany po zabiegach operacyjnych i stanowi nieodłączną część procesu gojenia tkanek [1, 2, 3, 4]. W przypadku zabiegów prowadzonych w jamie otrzewnej jego ilość jest na ogół niewielka i rzadko przekracza 200ml na dobę, nie stanowiąc problemu klinicznego. Nieco większe ilości wysięku obserwuje się po zabiegach wykonywanych w przestrzeni zaotrzewnowej, co czasami nabiera większego znaczenia klinicznego – głównie potrzeby różnicowania z limfotokiem lub uszkodzeniem ciągłości układu moczowego.

Warto wspomnieć, że zbierający się w jamie ciała wysięk, będąc płynem bogatobiałkowym (powyżej 3g/100ml), zwiększa ryzyko rozwoju infekcji pooperacyjnej [5, 6, 7, 8].

U prezentowanej chorej spotkaliśmy się z problemem pooperacyjnego wysięku do jamy otrzewnej w ilości do 1,5 litra na dobę, utrzymującym się przez okres 22 dni. Tak masywna produkcja płynu wywoływała znaczną utratę białka i elektrolitów z organizmu już wcześniej wyniszczonego chorobą, stanowiąc w początkowym etapie bezpośrednie zagrożenie życia chorej. Możliwości terapeutyczne ograniczały się jedynie do

## Przewlekły wysięk dootrzewnowy...

parenteralnego uzupełniania niedoborów w surowicy i stałego drenażu produkowanego wysięku celem zapobiegania wtórnemu wodobrzuszu i zakażeniu. Istnieją doniesienia o skuteczności podawania sterydów w dużych dawkach celem zmniejszenia wytwarzania płynu wysiękowego [9, 10, 11], co jednak u naszej chorej, przy niepewnej skuteczności metody, groziło dalszym rozchwianiem gospodarki wodno-elektrolitowej i metabolizmu glukozy, a co najistotniejsze zwiększyłyby i tak duże ryzyko choroby zakrzepowo-zatorowej [12, 13].

Inną alternatywą, rozważaną w przebiegu leczenia pooperacyjnego, była ponowna laparotomia celem wykonania całkowitej resekcji zmienionej chorobowo otrzewnej – dla zatrzymania produkcji płynu wysiękowego [14].

Metoda ta była jednak obciążona dużym ryzykiem dla chorej wynikającym z jej złego stanu ogólnego i po konsultacji anestezjologicznej pozostawiono ją jako metodę ostateczną. Po wykluczeniu przetoki moczowodowo-otrzewnowej, pojawiło się pytanie: dlaczego drenowana objętość wysięku jest tak duża?

Jedynym wytłumaczalnym zjawiskiem był wcześniejszy szczelny, płaszczynowy zrost usuniętej torbieli z otrzewną, jelitami, wątrobą i przeponą, co w wyniku odreparowania przylegających tkanek wytworzyło rozległą powierzchnię z uszkodzonym nabłonkiem pokrywającym wspomniane narządy [3, 15, 16]. Proces regeneracji nabłonka trwał jednak dość długo (spadek drenażu poniżej 1 litr na dobę zaobserwowano w 22 dobie pooperacyjnej), a więc znacznie dłużej niż fizjologiczny czas proliferacji nabłonka [4, 5]. Jednak należy pamiętać, że operowana kobieta była w stanie dużego wyniszczenia, będącego następstwem długotrwałego ucisku jelit przez torbiel i połączonego z tym niedożywienia. Dodatkowo masywny wysięk zwiększał niedobór albumin, utrudniając gojenie i procesy regeneracyjne.

## Wnioski

1. Analizując doświadczenie uzyskane w przedstawionej sytuacji klinicznej trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi, czy wysięk pooperacyjny, utrzymujący się przez dłuższy czas po zabiegu należy traktować jako powikłanie, czy też zjawisko fizjologiczne, które nie powinno wzbudzać niepokoju – a jeśli tak, to w jakich granicach norm ilościowych i czasowych?
2. W oparciu o przeprowadzoną obserwację można stwierdzić, że przewlekły wysięk pooperacyjny nie stanowi poważnego problemu klinicznego tak długo, dokąd nie wywołuje zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i niezrównoważonej utraty białka z surowicy krwi. Zaburzenia te, występuwać mogą osobniczo zmiennie przy znacznie różniących się od siebie wielkością wartościami bezwzględnych wysięku, zależnie od stanu ogólnego pacjenta oraz sposobów prowadzenia pooperacyjnego.

## Piśmiennictwo

1. Bakhariev Z. A case of a giant ovarian cyst. *Khirurgiia*. 1990, 43, 59-62.
2. Lastra Lastra A, Diaz Garcia C, Sernas Ruiz S. Giant cyst of the ovary. Report of case. *Ginecol Obstet Mex*. 1983, 51, 335-337.
3. Andreassen E, Hald F. Gigantic ovarian cyst. *Ugeskr Laeger*. 1980, 142, 1620-1621.
4. Chao A, Chao A, Yen Y, [et al.]. Abdominal compartment syndrome secondary to ovarian mucinous cystadenoma. *Obstet Gynecol*. 2004, 104, 1180-1182.
5. Tay S, Tan Y. Risk factors and a risk scoring system for the prediction of malignancy in ovarian cyst. *Aust NZJ Obstet Gynaecol*. 1992, 32, 341-345.
6. Demirkiran F, Kumbak B, Beset, [et al.]. Vascular endothelial growth factor in adnexal masses. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003, 83, 53-58.
7. Fan L, Zang Y, Zhang X. Ovarian epidermoid cyst: report of eight cases. *Int J Gynecol Pathol*. 1996, 15, 69-71.
8. Tait D, Miller D. Multicystic ovarian tumor weighing 156 lbs: the second largest tumor in Texas. *Tex Med*. 1997, 93, 89-91.
9. Szpurrek D, Sajdak S, Obrębowska A, [et al.]. Wartość prognostyczna ultrasonografii dopochwowej z kolorowym Dopplerem w różnicowaniu charakteru złośliwości guzów jajnika. *Ginekol Pol*. 1995, 66, 97-102.
10. Czekierdowski A, Szymański M, Szumiło J, [et al.]. Ocena angiogenezy nowotworowej guzów jajnika przy wykorzystaniu ultrasonografii z kolorowym Dopplerem oraz immunohistochemicznego badania gęstości mikrokapilar. *Ginekol Pol*. 2003, 74, 695-700.
11. Aslam M, Bedford N, Sissons M, [et al.]. Halving of body weight: a case of an ovarian mucinous cystadenoma. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2006, 27, 88-89.
12. Lefebvre B, Philippart P, Brandelet B, [et al.]. Giant cystadenoma of the ovary in an adolescent: clinical case and review of the literature. *Rev Med Brux*. 2000, 21, 157-159.
13. Menahem S, Shvartzman P. Giant ovarian cyst mimicking ascites. *J Fam Pract*. 1994, 39, 479-481.
14. Poliakov N. Gigantic ovarian cyst with mucus production into the free abdominal cavity. *Klin Khir*. 1977, 1, 71-73.
15. Ravindran J. Massive ovarian cysts-successful management of two cases. *Med J Malaysia*. 1994, 49, 303-305.
16. Bernal Martinez S, Luna Benitez I, Olivares Valencia C, [et al.]. Giant cyst of the ovary. Report of a case. *Ginecol Obstet Mex*. 2001, 69, 259-261.