

Operacja usunięcia macicy z przydatkami u pacjentki po transplantacji serca – opis przypadku

Abdominal hysterectomy with adnexa after heart transplantation – case report.

Michalska Magdalena, Magnowska Magdalena, Spaczyński Marek

Klinika Onkologii Ginekologicznej Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Słowa kluczowe: **histerektomia / przeszczep serca / opieka okołoperacyjna /**

Key words: **hysterectomy / heart transplantation / perioperative medical care /**

Opis sytuacji klinicznej

W marcu 2007 roku do Kliniki Onkologii Ginekologicznej w Poznaniu przyjęto z powodu mięśniaków macicy i związanej z tym anemii, 43-letnią pacjentkę. Chora zgłaszała przedłużające się i obfite krwawienia występujące od kilku miesięcy. W 2000 roku u pacjentki tej wykonano transplantację serca z powodu kardiomiopatii rozstrzeniowej.

Chorobę serca po raz pierwszy zdiagnozowano w lipcu w 1999 roku w trakcie hospitalizacji w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu w Poznaniu. Powodem hospitalizacji było wystąpienie w 36 tygodniu ciąży IV nadciśnienia tętniczego oraz napadowego częstoskurczu nadkomorowego. U ciężarnej wykonano cięcie cesarskie, urodziła córkę o masie 3260 gramów, Apgar 8. Pacjentka została zwolniona do domu w stanie ogólnym dobrym.

Cztery miesiące po porodzie kobieta została przyjęta z objawami wstrząsu kardiogenego do Kliniki Intensywnej Terapii Kardiologicznej w Poznaniu. W wyniku dalszej diagnostyki potwierdzono kardiomiopatię rozstrzeniową w stadium niewydolności krążenia NYHA III/IV. Pacjentka została zgłoszona do rejestru osób oczekujących na transplantację serca w ośrodku krakowskim. W Klinice Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie wykonano biopsję serca i uzyskano wynik histopatologiczny: kardiomiopatia rozstrzeniowa o znacznym stopniu zaawansowania. W trakcie cewnikowania serca wykluczo-

no obecność nadciśnienia płucnego, oraz potwierdzono prawidłowy obraz naczyń wieńcowych. Pacjentka została ostatecznie zakwalifikowana do przeszczepu serca, który został wykonany 4 kwietnia 2000 r. metodą Shuway-Cooley-Brock w krążeniu pozaustrojowym, w hipotermii ogólnej i miejscowej z zastosowaniem kardiopleginy Celsior.

Po operacji nie zaobserwowano żadnych powikłań, a kolejne badania echokardiograficzne potwierdziły prawidłową czynność lewej komory serca z frakcją wyrzutową 54%. Chora została wypisana do domu w stanie ogólnym dobrym z zaleceniem stałego przyjmowania leków immunosupresyjnych – cyklosporyny A, mykofenolanu mofetylu i prednizonu.

W grudniu 2000 roku, w trakcie kontroli w ośrodku krakowskim, wykonano biopsję serca i na podstawie preparatów histopatologicznych nie stwierdzono cech ostrego odrzucania przeszczepu. W badaniu echokardiograficznym potwierdzono prawidłową czynność skurczową lewej komory z frakcją wyrzutową 72%. Kolejne wizyty kontrolne w Klinice Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie w latach 2002, 2004 i 2005, nie wykazały cech odrzucania przeszczepu.

W 2006 r., podczas badania USG jamy brzusznej, rozpoznano u pacjentki mięśniaki macicy i zalecono konsultację ginekologiczną. W dniu przyjęcia, w badaniu USG sondą waginalną, stwierdzono: trzon macicy kulistego kształtu, przodocięty, znacznie powiększony z echem mięśniaka o średnicy

Adres do korespondencji:

Magdalena Michalska
Klinika Onkologii Ginekologicznej Katedry Ginekologii i Położnictwa, 60-535 Poznań, ul. Polna 33
e-mail: onko@gpsk.am.poznan.pl

Otrzymano: 15.04.2007

Zaakceptowano do druku: 7.05.2007

Michalska M, et al.

6,5 cm, który był zlokalizowany w okolicy dna macicy po stronie lewej. W obrębie mięśniaka stwierdzono ognisko martwicy oraz liczne zwapnienia. *Endometrium* wzrostowe, jednorodne, przydatki obustronnie o prawidłowej wielkości i strukturze. W badaniach dodatkowych obserwowano obniżone stężenie hemoglobiny – 5,7mmol/l.

Celem konsultacji przed planowanym zabiegiem ginekologicznym pacjentka zgłosiła się ponownie do Kliniki Chirurgii Serca i Naczyń w Krakowie, gdzie na podstawie badań dodatkowych (biopsja serca, echokardiografia, koronarografia) nie stwierdzono przeciwwskazań do znieczulenia ogólnego lub miejscowego.

Chorą zakwalifikowano do operacji usunięcia macicy wraz z przydatkami drogą brzuszną w znieczuleniu ogólnym. W trakcie premedykacji na godzinę przed operacją pacjentka otrzymała leki przyjmowane dotychczas: perindopril 5mg 1x 1 tabletkę, metoprolol 50 mg 1x 1 tabletkę, cyklosporyn A 100mg 1x 1 tabletkę, mykofenolan mofetylu 1000mg 1x 1 tabletkę, furosemid 1 tabletkę oraz profilaktycznie podano clindamycin 600mg. W trakcie znieczulenia chora otrzymała należną dawkę opioidów i krótko działające leki zwiotczające.

Czas trwania znieczulenia wynosił 40 minut, czas trwania zabiegu operacyjnego 32 minuty. Utrata krwi podczas operacji wynosiła około 250-300ml. W trakcie trwania znieczulenia oraz operacji nie wystąpiły żadne powikłania. W godzinach popołudniowych w dniu operacji powróciła prawidłowa czynność przewodu pokarmowego, co pozwoliło pacjentce przyjąć wcześniej stosowane leki immunosupresyjne w godzinach wieczornych. W przebiegu pooperacyjnym, chorej podawano środki przeciwwzapalne, paracetamol i niewielką dawkę opioidów. W trzeciej dobie po operacji wystąpiło niewielkie krwawienie z rany pooperacyjnej wymagające założenia dodatkowych szwów. Z uwagi na niedokrwistość (HB – 4,7mmol/l, RBC – 2,86 T/l, HTC – 0,23), przetoczono pacjentce 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych. Uzyskano poprawę morfologii krwi: HB 5,9mmol/l, RBC 3,62 T/l i HTC 0,28.

Pacjentka została wypisana z oddziału i zwolniona do domu w stanie ogólnym dobrym, z zaleceniem zgłoszenia się do kontroli za 2 tygodnie. W trakcie wizyty kontrolnej stwierdzono: prawidłowo zagojoną ranę pooperacyjną. Uzyskano pooperacyjne rozpoznanie histopatologiczne: *Leiomyoma corporis uteri*.

Komentarz

Michalska Magdalena, Spaczyński Marek

Według raportu International Society for Heart and Lung Transplantation, do 2003 roku przeszczepiono serce u ponad 65 tysięcy osób w ponad 300 ośrodkach na świecie. W Polsce wykonuje się rocznie około 130 transplantacji serca w czterech ośrodkach. Najczęstsze wskazania do przeprowadzenia tej operacji to: skrajna niewydolność serca wskutek kardiomiopatii (najczęściej rozstrzeniowej), skrajna postać choroby niedokrwiennej z zaawansowaną niewydolnością serca, oraz skrajna niewydolność serca w wyniku zaawansowanej wady serca. Warunkiem utrzymania prawidłowej czynności przeszczepionego serca jest regularne przyjmowanie leków immunosupresyjnych; najczęściej stosuje się cyklosporynę z azatiopryną, cyklosporynę z mykofenolanem mofetylu lub takrolimus z mykofenolanem mofetylu. Pierwszy rok po operacji przeżywa 80% chorych, 65% przeżywa 5 lat. W trakcie pierwszego roku po trans-

plantacji ponad 40% operowanych wymaga hospitalizacji głównie z powodu zakażeń lub reakcji odrzucania przeszczepu.

Okoloporodowa kardiomiopatia jest zespołem uszkodzenia serca, który pojawia się bez wyraźnej przyczyny. Występuje ona najczęściej w okresie od ostatniego miesiąca ciąży aż do sześciu miesięcy po urodzeniu dziecka. Patologia ta występuje rzadko, około 1 na 4000 ciąż, jednak śmiertelność z tego powodu waha się między 30-60%. Wydolność u większości chorych z zapaleniem mięśnia sercowego poprawia się po leczeniu immunosupresyjnym, chociaż u pacjentek z brakiem lub niewielkim nasileniem procesów zapalnych w biopsji, wyniki leczenia są złe. Już w 1987 roku opublikowano pierwsze doniesienia dotyczące sześciu przypadków kardiomiopatii okołoporodowej leczonych przeszczepem serca. Stosunkowo krótki czas choroby serca, odwracalna niewydolność płucna z niskim ryzykiem uszkodzenia prawego przedsionka, są prawdopodobnie powodem pomyślnego wyniku po takiej transplantacji. Średnio i długoterminowe prognozy są również dobre. Biorcy są względnie młodzi, nie obserwuje się degeneracyjnych zmian w innych organach i zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych. Średnia długość życia po przeszczepie sięga obecnie 10 lat. Większość pacjentów osiąga normalną aktywność życiową.

Warunkiem przeżycia z przeszczepionymi organami jest stałe przyjmowanie leków immunosupresyjnych. Wraz z wydłużeniem się życia u chorych poddanych transplantacji narządów, pojawia się zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwory związane z intensywnością ciągłej immunosupresji.

Zwiększenie populacji pacjentów po transplantacji serca, także w naszym kraju, stwarza nowe dylematy związane z pojawieniem się wskazań do operacji ginekologicznych, chirurgicznych a także ortopedycznych. Rozważenia wymaga nie tylko wybór odpowiedniej procedury operacyjnej, ale także wybór optymalnego sposobu znieczulenia, jak i odpowiedniej profilaktyki przeciwbakteryjnej. Znieczulenie może być prowadzone różnymi technikami anestezyjologicznymi, jednak część anestezjologów preferuje znieczulenie ogólne, wiążąc to z możliwością lepszej kontroli opanowania spadku ciśnienia niż w znieczuleniu dokręgowym czy zewnątrzoponowym. W planowanym znieczuleniu powinno się wziąć pod uwagę zaburzoną farmakodynamikę wielu leków na odnerwionym przeszczepie. Zarówno epinefryna jak i norepinefryna mają udokumentowaną skuteczność inotropową. Mniej skuteczna wydaje się dopamina, a isoproterenol i dobutamina działają równie aktywnie w stosunku do naturalnego serca, jak i przeszczepionego. Leki działające na drodze autonomicznej, jak antycholinergiki czy antycholinesterazy, mają minimalny wpływ na przeszczepione serce.

Istotnym problemem związanym z przeprowadzeniem znieczulenia oraz zabiegu chirurgicznego jest konieczność sprawnego i szybkiego przeprowadzenia obu procedur, aby zapewnić chorej szybki powrót do normalnego funkcjonowania przewodu pokarmowego. Umożliwia to kontynuację leczenia immunosupresyjnego zmniejszając jednocześnie ryzyko związane z odrzuceniem przeszczepu. W opisanym przypadku czynność przewodu pokarmowego powróciła kilka godzin po operacji, co pozwoliło chorej przyjąć stosowaną dawkę leków w dniu operacji wieczorem.

W profilaktyce zakażeń w trakcie operacji usunięcia macicy drogą pochwową i brzuszną rekomendowanymi przez Amerykański Narodowy Projekt Profilaktyki Zakażeń Pooperacyjnych są cefazolin, cefotetan, cefoxitin i cefuroxim. ACOG zaleca monoterapię metronidazolem. W opisanym przypadku podano pacjentce klindamycynę.

Leczenie pacjentki zakończyło się pomyślnie. Wiadomo jednak, że decyzja o operacji, oraz przeprowadzenie znieczulenia u tak obciążonej pacjentki, zawsze obarczone będą pewnymi wątpliwościami i niepewnością. Kluczowe znaczenie w tak wyjątkowych przypadkach ma przedoperacyjna dokładna ocena stanu wydolności krążenia pacjenta.