

Olbrzymi mięśniak macicy u ciężarnej – opis przypadku

Large uterine leiomyoma in pregnancy – case report

Bińkowska Małgorzata, Dębska Marzena, Dębski Romuald

II Klinika Położnictwa i Ginekologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie

Streszczenie

Przedstawiono opis przebiegu ciąży u 36-letniej pierwotki z olbrzymim mięśniakiem macicy. Omówiono potencjalne powikłania ciąży oraz specyfikę leczenia przeciwbólowego.

Słowa kluczowe: **mięśniaki macicy / ciąża / leczenie bólu /**

Abstract

This is a case report of a successful pregnancy outcome in a 36-year-old primigravida with an enormous leiomyoma. Potential pregnancy complications and pain treatment during pregnancy are discussed in the following work.

Key words: **uterine leiomyomata / pregnancy / analgesia /**

Wstęp

Mięśniaki macicy występują u 20-40% kobiet w wieku rozrodczym, tak więc dość często również i u kobiet ciężarnych [1].

Każdy mięśniak macicy rozwija się z pojedynczej komórki mięśniówki gładkiej, a wyniki badań cytogenetycznych i molekularnych wskazują na obecność nieprawidłowości chromosomalnych w co najmniej 40% mięśniaków, co sugeruje, że ich rozwój jest uwarunkowany genetycznie. Powstawanie i wzrost mięśniaków zależy również od stężenia estrogenów, progesteronu i miejscowych czynników wzrostowych [2].

Narastające stężenia hormonów płciowych w przebiegu ciąży mogą powodować znaczne powiększanie się mięśniaków i występowanie objawów bólowych. Obecność mięśniaków macicy zwiększa ryzyko wystąpienia poronienia, porodu przedwczesnego oraz nieprawidłowego położenia płodu. W zależności od lokalizacji i wielkości mięśniaków wzrasta częstość krwotoków okołoporodowych i porodów operacyjnych oraz ryzyko utraty narządu rodnego w przebiegu porodu.

Opis przypadku

36-letnia pierwotka zgłosiła się do poradni konsultacyjnej w ósmym tygodniu ciąży, która rozwijała się w macicy mięśniakowatej z dnem sięgającym wyrostka mieczykowatego. Pacjentka była ogólnie zdrowa i drobnej budowy ciała (wzrost 158cm, masa ciała 51kg), ostatni raz była u ginekologa cztery lata wcześniej, nie przyjmowała przewlekłe żadnych leków i co ważne, była ogromnie zdeterminowana, by donosić ciążę. W badaniu ultrasonograficznym potwierdzono obecność żywej ciąży oraz opisano mięśniak macicy wychodzący z dna, o średnicy około 18cm.

W pierwszych miesiącach ciąży pacjentka czuła się dobrze, a wyniki badań laboratoryjnych były prawidłowe. Około 18 tygodnia ciąży rozpoczęły się dolegliwości bólowe zlokalizowane w śródbrzuszu i nadbrzuszu, które łagodziło przyjmowanie paracetamolu w ilościach 0,5-1,5g dziennie. Narastanie dolegliwości bólowych było powodem przyjęcia pacjentki do oddziału patologii ciąży i zwiększenia dawki paracetamolu (do 2,0-3,0g/dobę), a następnie zmiany drogi podawania leku z doustnej na dożylną.

Adres do korespondencji:

Małgorzata Bińkowska
II Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP
00-416 Warszawa, ul. Czerniakowska 231
tel./fax. 22 6287271
e-mail: aldeq@post.pl

Otrzymano: 02.05.2009
Zaakceptowano do druku: 30.10.2009

Dolegliwości bólowe utrzymywały się ze zmiennym nasileniem, wymagały dodania przejściowo niesteroidowych leków przeciwzapalnych, a sporadycznie opioidowych leków przeciwbólowych. W tym okresie nie stwierdzano odchyień w wynikach badań laboratoryjnych, ciśnienie tętnicze było prawidłowe, a rozwój ciąży, mimo obecności dużego mięśniaka, był niezakłócony.

Od połowy ciąży obraz ultrasonograficzny ciężarnej macicy ulegał stopniowej zmianie. Mięśniak powiększał się, a w jego centralnej części zaczęły pojawiać się małe przestrzenie płynowe, które stopniowo zlewały się, sugerując powstawanie w jego obrębie niewielkich ognisk martwiczych. (Rycina 1).

W 27 tygodniu ciąży obraz kliniczny zdominowały dolegliwości związane z uciskiem ciężarnej macicy na pozostałe narządy. Zmieniona mięśniakowato ciężarna macica wypełniała całą jamę brzuszną, powodując stałe napięcie powłok oraz prowadząc do wysokiego uniesienia przepony. Ciepłota ciała była prawidłowa, wartości ciśnienia tętniczego – w normie. Pacjentka zgłaszała trudności w oddychaniu, nasilające się uczucie duszności o charakterze wysiłkowym, trudności w poruszaniu się oraz uczucie parcia na pęcherz moczowy.

W 28 tygodniu ciąży u pacjentki zaobserwowano pojawienie się nieregularnej czynności skurczowej, stanowiącej zagrożenie porodem przedwczesnym. W badaniu ultrasonograficznym potwierdzono skrócenie szyjki macicy do 1mm. Podano kortykosteroidy w celu przyspieszenia dojrzewania płuc płodu i włączono leczenie tokiolityczne, uzyskując pożądaną efekt.

W 30 tygodniu ciąży stan ogólny pacjentki był dość dobry, zgłaszała ona jednak umiarkowane bóle brzucha, narastającą duszność wysiłkową, objawy dyspeptyczne i obrzęki kończyn dolnych. Ciepłota ciała pozostawała prawidłowa. Niedokrwistość (Hb - 10,2g/dl) leczono źle tolerowanymi doustnymi preparatami żelaza. Nie obserwowano leukocytozy. Inne wyniki badań laboratoryjnych, ciśnienie tętnicze krwi oraz stan mięśnia serca ciężarnej były prawidłowe. Wielkość płodu (1800g) oceniana w badaniu ultrasonograficznym odpowiadała wiekowi ciąży, ilość płynu owodniowego oraz przepływy naczyniowe u płodu były prawidłowe.

W 34 tygodniu ciąży ze względu na pogarszający się stan ogólny pacjentki i zaawansowanie ciąży podjęto decyzję o planowym cięciu cesarskim. Pogoda ducha, dysagrawacja objawów i determinacja pacjentki, by utrzymać ciążę tak długo jak tylko się da, by urodzić zdrowe dziecko, miały duży wpływ na czas podjęcia decyzji o rozwiązaniu.

W tym okresie wielkość ciężarnej macicy uniemożliwiała praktycznie pacjentce samodzielne poruszanie się, a stała duszność zmuszała ją do przebywania w pozycji półsiedzącej. Chociaż masa ciała pacjentki w trakcie ciąży zwiększyła się o 9kg, to jej wygląd przypominał obraz wyniszczenia nowotworowego z masywnym wodobrzuszem. Masa płodu, który znajdował się w położeniu miednicowym, oceniona została w badaniu ultrasonograficznym na 2800g, wartości przepływów naczyniowych były prawidłowe. Trzon macicy był gigantycznych rozmiarów, wypełniał całą jamę brzuszną, średnica mięśniaka leżącego obok płodu i ponad nim sięgała około 30cm. Wewnątrz mięśniaka znajdowały się nieregularne przestrzenie wypełnione strukturami litymi oraz płynem o jednorodnej, niskiej echogeniczności.

Rano, w dniu zaplanowanego cięcia cesarskiego, wystąpiło krwawienie z dróg rodnych – rozpoznano przedwczesne



Rycina 1.

oddzielanie się łożyska prawidłowo usadowionego (ściana przednia, dolny brzeg 20mm powyżej ujścia wewnętrznego). Wykonano cięcie cesarskie w trybie pilnym. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono, że ciężarna macica z gigantycznym mięśniakiem w obrębie jej dna wypełniała całą jamę brzuszną i była w licznych zrostach z siecią i otrzewną ścienną. Idąc przez łożysko wydobyto za nóżki zdrowy płód płci męskiej o masie 2900g w stanie dobrym. Po uwolnieniu zrostów mięśniak średnicy około 30cm wraz z macicą wytoczono z jamy brzusznej. Tkanki mięśniaka rozpadały się, a mięsień macicy pozostawał wiotki.

Podjęto decyzję o wykonaniu nadpochwowej amputacji macicy bez przydatków. Utratę krwi oceniono na 1500ml. Pacjentka otrzymała zarezerwowane wcześniej preparaty krwiopochodne, łącznie 8 j. koncentratu krwinek czerwonych i 4 j. osocza. Przebieg pooperacyjny był niepowikłany. Pacjentkę wraz z dzieckiem wypisano do domu w 8 dobie po operacji.

W badaniu histopatologicznym trzon macicy miał masę 2,3kg, a wyrastający z jego dna zwyrodniały i zmieniony martwiczo mięśniak miał wymiary 230x260mm i ważył 4,5kg. W obrazie mikroskopowym stwierdzono rozlaną martwicę i szkliwienie, z przewlekłym odczynem zapalnym.

Dyskusja

Mięśniaki macicy mogą być przyczyną zarówno niepłodności, jak i różnorodnych powikłań ciąży. Zmniejszenie płodności wiąże się zasadniczo z obecnością mięśniaków położonych podśluzówkowo, w wyniku zaburzenia procesu transportu nasienia, zmienionej kurczliwości macicy, deformacji kanału szyjki macicy lub ujść macicznych jajowodów, a przede wszystkim utrudnionej implantacji zarodka. Po wykluczeniu innych przyczyn niepłodności, w przypadku przewlekłych krwawień lub po wczesnych stratach ciąży proponuje się kobietom myomektomię.

W ciąży, według badań populacyjnych, mięśniaki rozpoznaje się w 2,7-8,6% przypadków [3]. Jednak obserwowany trend opóźniania wieku rodzenia dzieci oraz wydłużanie czasu, w którym dzięki programom zapłodnienia pozaustrojowego można zająć w ciążę w późniejszym wieku, spowoduje wzrost częstości występowania mięśniaków w ciąży i wynikających z tego problemów położniczych [4].

Olbrymi mięśniak macicy u ciężarnej – opis przypadku.

Niejednokrotnie przebieg ciąży pozostaje niepowikłany, a mięśniaki znajduje się jedynie w badaniu ultrasonograficznym lub w trakcie inspekcji macicy przy cięciu cesarskim. Zależy to w dużym stopniu od liczby, wielkości i lokalizacji mięśniaków. Powiększanie mięśniaków obserwuje się szczególnie w pierwszej połowie ciąży. Może to wynikać ze znacznego zmniejszenia liczby receptorów estrogenowych pod wpływem utrzymujących się wysokich stężeń estrogenów oraz spadku wiązania nabłonkowego czynnika wzrostu (EGF).

Uczucie ciężkości i rozpierania oraz tępe bóle to najczęstsze dolegliwości związane z obecnością powiększających się mięśniaków macicy w ciąży. Ból wynika z rozciągania i ucisku na sąsiednie narządy jamy brzusznej. Mięśniak przedniej ściany macicy może wywierać ucisk na pęcherz moczowy, powodując częstomocz i nokturie, ułożony międzywładkowo – ucisk i przemieszczenie moczowodu, wychodzący z tylnej ściany – zaparcia, unoszący dno macicy – trudności w oddychaniu. Jednak w około 10% przypadków tępy stały ból lub narastający ostry ból jest wyrazem zmian degeneracyjnych mięśniaka, obrzęku, zawałów i powstawania ognisk martwicy (zwyrodnienie czerwone), czemu towarzyszą wzrost ciepłoty ciała i mierna leukocytoza. Do zawału mięśniaka dochodzi najczęściej około 20-22 tygodnia ciąży lub w położu. Obraz ultrasonograficzny jest niespecyficzny, bezchowe i torbielowate przestrzenie mogą być obecne również w mięśniakach bezobjawowych. W diagnostyce różnicowej (zapalenie wyrostka robaczkowego, kamica nerkowa, zapalenie odmiedniczkowe nerek) najbardziej przydatny jest rezonans magnetyczny.

Lista leków przeciwbólowych stosowanych w ciąży jest dość ograniczona [5]. Lekiem z wyboru jest paracetamol (kategoria B według FDA), charakteryzujący się też działaniem przeciwgorączkowym, a pozbawiony w zasadzie działania przeciwzapalnego. Bezpieczna dawka to 1,0-4,0g dziennie. Co ważne, paracetamol może być podawany doustnie, doodbytniczo i dożylnie.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (kategoria C) nie powinny być podawane ani w I trymestrze ciąży (wzrost ryzyka poronienia), ani w ostatnim trymestrze ciąży (zwiększone ryzyko przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego, zmniejszenia ilości płynu owodniowego, uszkodzenia nerek płodu, przedłużenia czasu trwania porodu, wystąpienia nadciśnienia płucnego u noworodka, rozwoju skazy krwotocznej w wyniku upośledzenia funkcji trombocytów). W zasadzie wolno je podawać w niewielkich dawkach (diklofenak 75mg) w II trymestrze ciąży. Ponadto uważa się, że mogą wpływać na rozwój nadciśnienia ciążowego.

Również kwas acetylosalicylowy stosowany w dawkach przeciwbólowych zwiększa ryzyko krwawień w trakcie ciąży oraz ryzyko przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego, gdy podawany jest w III trymestrze ciąży.

Uważa się, że metamizol nie powinien być w ogóle podawany w okresie ciąży i laktacji.

Opioidowe leki przeciwbólne nie wykazują działania teratogennego. Jednak petydyna zmniejsza przepływ łożyskowy, co może prowadzić do opóźnienia wzrostu wewnątrzmacicznego w wyniku powtarzanego stosowania. Stąd nasilone przewlekłe dolegliwości bólowe w ciąży powinny być uśmierzane paracetamolem w rosnących dawkach i ze zmienną drogą podawania, a uzupełniane niesteroidowymi lekami w II trymestrze ciąży oraz w ostateczności lekami opioidowymi.

Trudno oszacować prawdopodobieństwo znacznego wzrostu mięśniaka w okresie ciąży, jak i wystąpienia powikłań położniczych (poronienia, porodu przedwczesnego, przedwczesnego odplynięcia płynu owodniowego, nieprawidłowej lokalizacji łożyska, przedwczesnego oddzielenia łożyska prawidłowo usadowionego, nieprawidłowego położenia płodu, krwotoku okołoporodowego). Stąd, rozpoznając duży mięśniak lub kilka mięśniaków u kobiety planującej zajście w ciążę, powinniśmy rozważyć myomektomię histeroskopową, laparoskopową lub operację brzuszna, biorąc pod uwagę różne aspekty wpływu postępowania operacyjnego na przebieg przyszłej ciąży [6]. Embolizacja tętnicy macicznej jest względnie przeciwwskazana u kobiet planujących ciążę ze względu na niekorzystny wpływ na aktywność hormonów płciowych oraz opisywany wzrost powikłań w trakcie ciąży [7]. Z kolei możliwości interwencji chirurgicznej w ciąży są drastycznie ograniczone ze względu na duże ryzyko utraty nie tylko ciąży, ale i macicy. Literatura medyczna przynosi pojedyncze opisy myomektomii, w tym jeden przypadek izobarycznej (bezgazowej) myomektomii laparoskopowej w drugim trymestrze ciąży [8, 9]. Zabiegi te wykonywano z powodu skrętu szypuły mięśniaka i bardzo silnych dolegliwości bólowych spowodowanych martwicą mięśniaka. Bogate unaczynienie, możliwość uszkodzenia ściany macicy, a także zwiększone ryzyko pęknięcia macicy w dalszym przebiegu ciąży lub w czasie porodu powodują, że operacji tych powinni się podejmować jedynie doskonale wyszkoleni lekarze w wyjątkowych sytuacjach klinicznych.

Wnioski

1. Nie można przewidzieć dynamiki wzrostu mięśniaków w czasie ciąży.
2. Druga połowa ciąży to czas, gdy może dojść do zmian degeneracyjnych mięśniaka, które manifestują się silnymi dolegliwościami bólowymi, mogą wymagać hospitalizacji, leczenia przeciwbólowego i diagnostyki różnicowej, w której pomocne są badania ultrasonograficzne i obrazy rezonansu magnetycznego.
3. Lokalizacja łożyska w pobliżu mięśniaka zwiększa ryzyko przedwczesnego oddzielenia się łożysk
4. Świadomość potencjalnych zagrożeń, jakie spotyka się w przebiegu ciąży w macicy mięśniakowatej, powinna skłaniać do działań prewencyjnych (regularne badania w okresie przedkoncepcyjnym, rozważenie ewentualnego działania operacyjnego).

Piśmiennictwo

1. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Myomas and reproductive function. *Fertil Steril*. 2006, 86, S194-S199.
2. Wolańska M, Bańkowska-Guszczyn E, Jaworski S. Ekspresja genu czynnika wzrostowego fibroblastów w mięśniakach macicy. *Ginekol Pol*. 2008, 79, 555-559.
3. Qidwa G, Caughey AB, Jacoby AF. Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol*. 2006, 107, 376-382.
4. Klatsky P, Lane D, Ryan I, [et al.]. The effect of without cavity involvement fibroids on ART outcomes independent of ovarian age. *Hum Reprod*. 2007, 22, 521-526.
5. Zespół Ekspertów Polskiego Towarzystwa Bólu oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. Rekomendacje dotyczące postępowania przeciwbólowego w ginekologii i położnictwie. Część II. Leczenie bólu u kobiet ciężarnych, rodzących oraz w położu. *Ginekol Pol*. 2008, 79, 567-577.
6. Pozowski J, Poręba R, Buchacz P. Przebieg ciąży i porodu po operacjach na macicy. *Ginekol Pol*. 2003, 74, 98-101.
7. Walker W, McDowell S. Pregnancy after uterine embolization for leiomyomata: A series of 56 completed pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 2006, 195, 1266-1271.
8. Lolis D, Kalantaridou S, Makrydimas G, [et al.]. Successful myomectomy during pregnancy. *Hum Reprod*. 2003, 18, 1699-1702.
9. Melgrati L, Damiani A, Franzoni G, [et al.]. Isobaric (gas-less) laparoscopic myomectomy during pregnancy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005, 12, 379-381.