

Histerektomia położnicza u pacjentki z mięśniakiem macicy podwójnej – opis przypadku

Obstetric hysterectomy in a patient with uterine myoma of uterus duplex – case report

Kuś Ewa¹, Świerczewski Arkadiusz¹, Orłowska Katarzyna¹, Brzozowska Maria¹, Estemberg Dorota², Berner-Trąbska Marlena¹, Kowalska-Koprek Urszula¹, Karowicz-Bilińska Agata²

¹ Klinika Patologii Ciąży I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytet Medyczny w Łodzi

² Klinika Ciąży Wysokiego Ryzyka i Rehabilitacji Ginekologiczno-Położniczej, Katedra Położnictwa i Ginekologii Operacyjnej Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Przedstawiono przypadek 43-letniej wieloródki w 36 tygodniu ciąży z macicą podwójną jednoszyjkową i obecnością mięśniaka macicy o średnicy 15cm.

Opisano jej przeszłość położniczą, przebieg obecnej ciąży i sposób jej ukończenia.

Słowa kluczowe: **macica – wada rozwojowa / ciąża / mięśniak macicy /**

Abstract

A case of a 43-year-old multipara in 36th week of pregnancy with a duplicate uterus and uterine myoma with 15 centimeters diameter has been presented in the article.

The aim of the study was to present her obstetric history, course of pregnancy and delivery mode.

Key words: **uterus – malformations / pregnancy / myoma /**

Adres do korespondencji:

Ewa Kuś
Klinika Patologii Ciąży, I Katedra Ginekologii i Położnictwa UM
94-029 Łódź
ul. Wileńska 37
e-mail: ewakadr@interia.pl

Otrzymano: 30.12.2008

Zaakceptowano do druku: 30.01.2009

Wstęp

Malformacje macicy są grupą wad wrodzonych, które powstają wskutek zaburzenia rozwoju przewodów Müllera w czasie embriogenezy przed 20 tygodniem ciąży, często współistnieją one z innymi wadami układu moczowo-płciowego np. jednostronną agenezją nerki [1, 2, 3].

Bezpośrednie przyczyny powodujące zaburzenia rozwojowe narządu rodniego nie są do końca poznane. Częstość wystąpienia wad wywodzących się z przewodów Müllera szacuje się na około 0,5-1% populacji, chociaż wielu badaczy uważa, że ich częstość jest niedoszacowana z powodu często bezobjawowego przebiegu [3, 4, 5, 6]. Zdarza się, że wada macicy nie daje żadnych objawów i jest wykrywana przypadkowo np. podczas badania ultrasonograficznego wykonywanego z innego powodu [3, 4, 7]. Bywa jednak, że wady te są przyczyną wielu schorzeń ginekologicznych np.: zaburzeń lub bolesnego miesiączkowania, niepłodności, trudności lub niemożności donoszenia ciąży, bólu w czasie stosunków płciowych, powikłań w czasie porodu i innych [4, 5, 8, 9, 10].

Wady budowy macicy stwierdza się u około 12% pacjentek z poronieniami nawykowymi [3, 7]. Do tej pory zaproponowano wiele klasyfikacji wad wrodzonych narządu rodniego kobiety, np.: klasyfikacja wg Musseta popularna we Francji czy klasyfikacja wg Buttrama i Gibbsona w modyfikacji *The American Society for Reproductive Medicine*. Ta ostatnia, coraz chętniej stosowana w Polsce, obejmuje: agenezję lub hipoplazję struktur wywodzących się z przewodów Müllera, macicę jednoróżną, podwójną, dwurożną, podzieloną, łukowatą oraz wady macicy związane z wewnątrzmaciczną ekspozycją na dietylostilbestrol [3, 4, 5].

Macicę podwójną zalicza się do klasy III zaś macica dwurożna zaliczana do klasy IV należy do grupy zdwojeń macicy. Może występować w formie postaci całkowitej – macica dwurożna z dwoma szyjkami lub częściowej – macica dwurożna z jedną szyjką.

W postaci całkowitej dwie szyjki widoczne są w rutynowym badaniu ginekologicznym, w postaci z jedną szyjką rozpoznanie dwurożności macicy jest bardzo trudne. Jeśli obie jamy macicy mają ujście i nie dochodzi do zatrzymania krwi miesięczkowej. Wady macicy mogą być przyczyną problemów z zajściem w ciążę lub donoszeniem ciąży (np.: poronień, porodów przedwczesnych, niewydolności cieśniowo-szyjkowej, nieprawidłowych położeń płodu, wewnątrzmacicznego zahamowania wzrostu płodu), a także powikłań śródporodowych (np.: krwawienia, zaburzenia czynności skurczowej mięśnia macicy, zatrzymanie łożyska) [3, 10, 12, 13, 14, 15, 16].

Istotne znaczenie dla oceny możliwości interwencji chirurgicznej oraz rokowania co do płodności pacjentki ma dokładne rozpoznanie wady macicy. Wśród najczęściej stosowanych metod diagnostycznych wymienić należy: ultrasonografię, histerosalpingografię, histeroskopię, laparoskopię i magnetyczny rezonans jądrowy [3, 7, 14, 17, 18, 19].

Leczenie poszczególnych postaci wad macicy jest różne. Na ogół jest ono operacyjne, a w ciężkich przypadkach, wieloetapowe. Wyniki leczenia operacyjnego również uzależnione są od rodzaju wady – od całkowitego wyleczenia do efektów jedynie kosmetycznych i psychologicznych [3, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 16].

Opis przypadku

Dnia 8 września 2008 roku do Kliniki Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przyjęto 43-letnią wieloródkę w 36 tygodniu ciąży celem jej ukończenia.

Ciężarna rodziła wcześniej dwukrotnie drogami natury w terminie okołoporodowym. W efekcie pierwszej ciąży urodził się noworodek płci żeńskiej, żywy, donoszony o masie 2650g w stanie ogólnym dobrym. Z drugiej ciąży również urodził się noworodek płci żeńskiej, żywy, donoszony o masie 2750g w stanie ogólnym dobrym. Pacjentka trzykrotnie poroniła – ostatnie poronienie w 1990 roku – a rok wcześniej usunięto u niej ciążę pozamaciczną drogą laparotomii.

W obecnej ciąży ciężarna przebywała pod opieką ginekologa-położnika od trzeciego miesiąca. Ciąża do szóstego miesiąca przebiegała bez powikłań. Pomimo zaawansowanego wieku ciężarnej nie wykonano u niej genetycznych badań prenatalnych. Na przełomie 25/26 tygodnia ciąży została hospitalizowana z powodu nadciśnienia tętniczego leczonego metyldopą oraz żyłaków podudzia leczonych enoksaparyną.

Przy przyjęciu w badaniu klinicznym stwierdzono – stan ogólny dobry, macica miękka dnem sięgająca łuków żebrowych, pochwa miernie długa i szeroka, srom i krocze kobiety, która rodziła, szyjka macicy skrócona i zamknięta, główka płodu wysoko nad wchodem. Ruchy płodu ciężarna odczuwała prawidłowo. Pęcherz płodowy był zachowany. Tętno płodu około 140 uderzeń/min., ciśnienie tętnicze wynosiło krwi 140/90mmHg. Wykonano badanie morfologii krwi z liczbą płytek, stężenia elektrolitów, stężenia białka całkowitego i białka c-reaktywnego w surowicy krwi, koagulogram oraz badanie ogólne moczu. Ze względu na cechy stanu zapalnego dróg moczowych zlecono furagin.

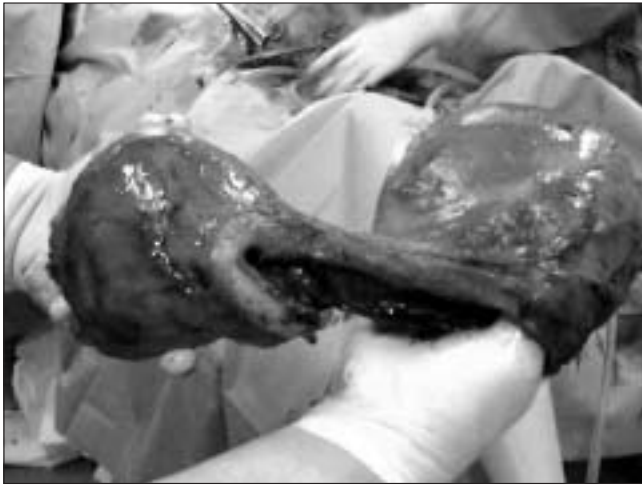
Pobrano posiew mikrobiologiczny z kanału szyjki macicy, z którego wyhodowano *Streptococcus agalactiae* grupy B wrażliwy na: ampicylinę, erytromycynę, ofloksacynę, aminopenicyliny, cefalosporyny I, II, III generacji oraz karbapenemy.

W badaniu ultrasonograficznym uwidocznił się pojedynczy, żywy płód w położeniu podłużnym główkowym, w ustawieniu I. Cechy biometryczne płodu (BPD, AC, FL, OCF) odpowiadały ciąży 36-tygodniowej. Szacunkowa masa płodu wg Sheparda wynosiła 2884g, natomiast wg Hadlocka 3032g. Łożysko znajdowało się na ścianie przedniej, o dojrzałości I° wg Grannuma. Oceniona ilość płynu owodniowego była prawidłowa. Nisko po stronie lewej uwidocznił się mięśniak macicy średnicy około 10cm. Zapisy kardiokograficzne potwierdzały dobrostan płodu.

Ze względu na obecność dużego mięśniaka, zlokalizowanego w dolnej części trzonu macicy, ciężarną zakwalifikowano do rozwiązania drogą cięcia cesarskiego w terminie okołoporodowym.

12 września 2008 roku ciężarna zgłosiła odpływanie wód płodowych. W badaniu klinicznym stwierdzono – kurczliwą macicę, wielkości 9-miesięcznej ciąży, krótką i miękką szyjkę rozwartą na 2-3cm, główkę przypartą do wchodu miednicy oraz sączenie się czystych wód płodowych o pH=7,0. Z uwagi na rozpoczynający się poród zdecydowano ukończyć ciążę cięciem cesarskim w trybie pilnym zgodnie z wcześniejszymi wskazaniami.

Histerektomia położnicza u pacjentki z mięśniakiem macicy podwójnej.



Fot. 1.



Fot. 2.

Pacjentka wyraziła zgodę na operacyjne ukończenie ciąży oraz usunięcie mięśniaka macicy z ewentualnym rozszerzeniem operacji w przypadku wystąpienia powikłań. Po przygotowaniu pola operacyjnego i wycięciu starej blizny cięciem poprzecznym nadłonowym otwarto jamę brzuszną. Nacięto poprzecznie załamek pęcherzowo-maciczy i wraz z pęcherzem moczowym zsunięto ku dołowi. Mięsień macicy nacięto poprzecznie w dolnym odcinku. Nacięcie poszerzono na tępo i za główkę urodzono płód płci męskiej w stanie ogólnym dobrym (Apgar 10) o masie ciała 3040g i długości 56cm, który po odsluzowaniu i odpepnieniu został przekazany pediatrze. Podano 1 ampułkę karbetocyny dożylnie. Ze ściany przedniej wydobyto kompletne łożysko. Następnie stwierdzono drugą macicę po stronie lewej z mięśniakiem o średnicy 15x15cm, wychodzącym ze ściany tylnej drugiej macicy, obie ze wspólną szyjką [fotografie 1, 2].

Ze względu na obfite krwawienie i niecałkowite obkurczenie się macicy mimo podania karbetocyny podano dodatkowo 1 ampułkę prostaglandyn bezpośrednio do mięśnia macicy (Enzaprost). Wobec braku uzyskania hemostazy zdecydowano o usunięciu obu trzonów macic wraz z szyjką. Obustronnie podklemowano, podkłuto i przecięto tętnice maciczne oraz tkanki przymacicza i przy pochwiu. Odcięto obydwie trzony wraz z szyjką [fotografie 3, 4, 5, 6, 7, 8].

Założono szwy hemostatyczne na kikut pochwy. Dokonano kontroli hemostazy i toalety jamy brzusznej. Skontrolowano wyrostek robaczkowy, w którym nie stwierdzono zmian. Założono dren do jamy otrzewnej. Wykonano peritonizację. Warstwowo zszyto powłoki jamy brzusznej. Założono na skórę szew ciągły wchłaniający i jałowy opatrunek. Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu przewodowym podpajęczynówkowym i zewnątrzoponowym ciągłym, które przebiegały bez powikłań. Utrata krwi wyniosła 1500ml. Przetoczono 2 jednostki koncentratu krwinek czerwonych zgodnej grupy. Stan pacjentki po zabiegu był dobry – przytomna, wydolna krążeniowo i oddechowo, tętno 76/minutę, ciśnienie tętnicze krwi 150/80mmHg, nie gorączkowała. Mocz cewnikowany czysty. Dren z rany odebrał w pierwszej dobie po zabiegu 100ml treści surowiczo-krwistej. Pacjentce podano antybiotyki – cefuroksym i ampicylinę dożylnie.

Wypisana została w 6 dobie po operacji do domu, w stanie ogólnym dobrym, z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost, z zachowaną perystaltyką. W przebiegu połoгу stwierdzono laboratoryjne cechy niedokrwistości, którą leczono preparatami żelaza.

Dyskusja

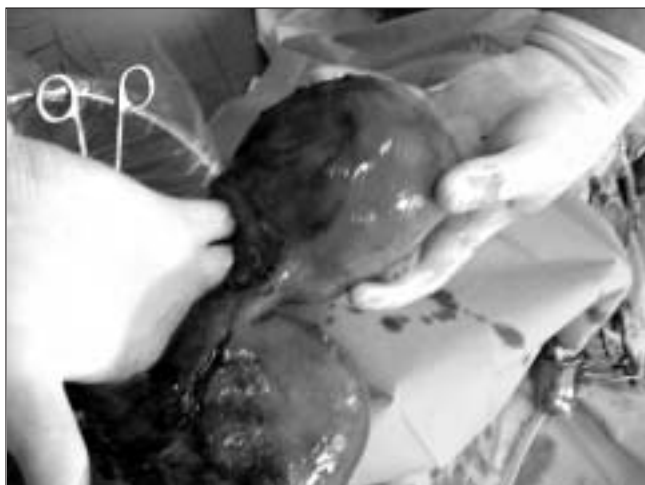
Opisany przypadek ciężarnej obrazuje współwystępowanie wrodzonej wady macicy z najczęściej występującym nowotworem niezłośliwym tkanki mięśniowej gładkiej. Wrodzone wady rozwojowe żeńskich narządów płciowych polegające na zdwojeniu macicy wynikają z nieprawidłowości scalania się przewodów okołoródniczych w okresie organogenezy [5, 11]. Ze względu na fakt, że wraz z organogenezą narządów płciowych następuje również rozwój innych narządów, u pacjentek z wykrytymi wadami narządów płciowych konieczna jest wielokierunkowa diagnostyka celem wykluczenia współwystępujących wad układu moczowego, układu krążenia, czy układu kostnego [1, 2, 4, 7, 14, 17].

W diagnostyce wykorzystuje się badanie ginekologiczne, ultrasonografię, histerosalpingografię, histeroskopię, laparoskopię i magnetyczny rezonans jądrowy [3, 7, 14, 17, 18, 19].

W opisywanym przypadku nie potwierdzono obecności innych wad rozwojowych.

Liczni autorzy opisują problemy towarzyszące ciąży u pacjentek z macicą podwójną lub dwurozną [8, 10, 11, 18, 20, 21]. Pierwotna niepłodność z powodu wad macicy jest rzadka i wynika z pogorszenia warunków do implantacji zarodka. Częściej natomiast zdarzają się zaburzenia w przebiegu ciąży, głównie z powodów anatomicznych. Zauważono częstsze występowanie poronień, ciąży ektopowych i porodów przedwczesnych, a tym samym niemożność donoszenia ciąży. Powikłania wiążą się ze zbyt małą objętością jamy macicy, gorszym ukrwieniem oraz zwiększoną pobudliwością i kurczliwością jej mięśnia.

Kuś E, et al.



Fot. 3.



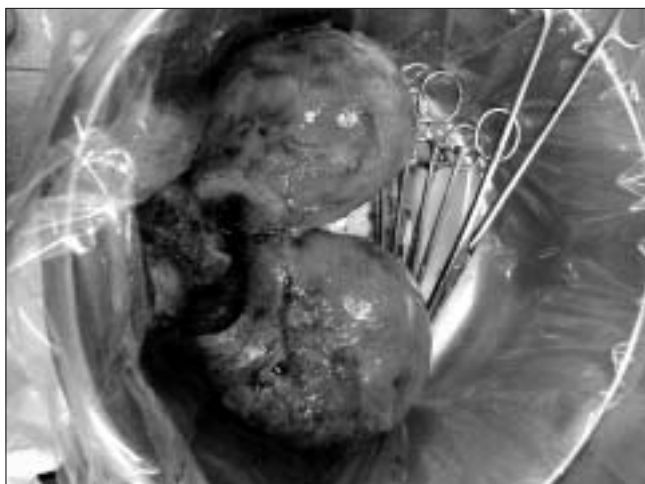
Fot. 6.



Fot. 4.



Fot. 7.



Fot. 5.



Fot. 8.

Histerektomia położnicza u pacjentki z mięśniakiem macicy podwójnej.

Potwierdza to opisany przypadek pacjentki, której wywiad obciążony był czterokrotnymi niepowodzeniami położniczymi – trzykrotnym poronieniem i ciążą ektopową. Dane z piśmiennictwa wskazują, że u około 1/3 ciężarnych z wadami macicy dochodzi do niewydolności cieśniowo-szyjkowej. U kobiet tych częściej stwierdza się wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrostu płodu oraz nieprawidłowe położenia płodu. Możliwe jest także wystąpienie niewydolności łożyska [3, 9]. W opisywanym przypadku ciężarnej nie zaobserwowano tych powikłań.

Warto nadmienić, że mimo licznych niepowodzeń położniczych u kobiet z wadami macicy, opisywane są ciąże poczęte i pomyślnie zakończone bez interwencji chirurgicznej czy leczenia niepłodności [22]. Potwierdza to opisywany przypadek. Autorzy opisują również przypadki ciąż mnogich u kobiet z wadami macicy w postaci macicy podwójnej lub dwurożnej [14, 15, 23, 24, 25, 26, 27].

Ważne jest, aby ciąże u pacjentek z wrodzonymi wadami macicy były wnikliwie monitorowane, bowiem opisywane są liczne przypadki, w których doszło do pęknięcia macicy wraz ze wzrostem masy płodu [16, 25, 26]. Według niektórych badaczy ryzyko pęknięcia macicy wzrasta szczególnie po 20 tygodniu ciąży [19, 27].

Pomimo licznych mogących wystąpić powikłań opisywane są liczne przypadki donoszenia ciąży przez ciężarne z wadą macicy i urodzenia donoszonego noworodka w dobrym stanie ogólnym [28, 29, 30, 31]. Nasza pacjentka urodziła w sumie trójkę dzieci, z czego dwoje po zakończonym 37 tygodniu ciąży, drogami natury.

Liczni autorzy zastanawiają się nad najlepszym sposobem rozwiązania ciąży u tych pacjentek ze względu na częste zaburzenia czynności skurczowej macicy w trakcie porodu wymagające interwencji położniczej [3, 9, 12].

Potwierdził to opisany powyżej przypadek, w którym w trakcie cięcia cesarskiego ze względu na obfite krwawienie i niecałkowite obkurczenie się mięśnia macicy mimo podania leków zdecydowano o usunięciu obu macic wraz z szyjką. W literaturze podkreślono zwiększony odsetek cięć cesarskich u tych pacjentek [10, 12, 18, 20, 21], choć opisywane są również przypadki porodów fizjologicznych [24, 30].

Wniosek

1. Współistnienie wady rozwojowej mięśnia trzonu macicy oraz mięśniaków zwiększa ryzyko powikłań krwotocznych podczas cięcia cesarskiego.

Piśmiennictwo

1. Hanzer M, Riccabona M, Kerbl R. Uterus duplex with hematometrocolpos and ipsilateral agenesis of the kidney. *Klin Pediatr.* 2007, 219, 292-295.
2. Chen F, Ng K. Term pregnancy at the site of atresia following vaginal canalization in a case of uterus didelphys with hemivaginal atresia and ipsilateral renal agenesis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2006, 45, 366-368.
3. Friebe Z, Kapczuk K. Wady wrodzone żeńskich narządów płciowych. W: *Położnictwo i ginekologia.* Red. Bręborowicz G. Warszawa: PZWL, 2006, 593-600.
4. Wróbel A, Stępnik D, Bar K, [i wsp.]. Macica podwójna współistniejąca z wyciowaniem pęcherza moczowego. *Ginekol Pol* 2005, 76, 902-905.
5. Blanc B, Boubli L. *Ginekologia.* Wrocław: Ossolineum, 1995, 363-379.
6. Komorowska A. *Ginekologia wieku rozwojowego.* Warszawa: PZWL, 1991, 316-332.
7. Kluge W, Mau H. Duplication and extrophy of the bladder with clitoris and vagina duplex as well as uterus bicornis. *Urology.* 2007, 70, 591-592.
8. Khodareva T. Characteristics of the course and outcome of pregnancy in developmental anomalies of the uterus. *Akush Ginekol.* 1990, 3, 30-32.
9. Pshyrembel W, Strauss G, Petri E. *Ginekologia praktyczna.* Warszawa: PZWL, 1994, 721-724.
10. Ma S, Bian X, Lang J. Pregnancy and its outcome in women with malformed uterus. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2001, 81, 415-417.
11. N'gbesso R, Ouedraogo S, Quenum G, [et al.]. A rare etiology of praevia barrier by the non gravid uterus in a duplex uterus (didelphys): ultrasound findings. *J Radiol.* 2004, 85, 655-657.
12. Pozowski J, Poreba R, Buchacz P. Przebieg ciąży i porodu po operacjach na macicy. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 98-101.
13. Rechberger T, Wróbel A. Klasyfikacja oraz leczenie operacyjne anomalii rozwojowych narządu rodowego. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 921-925.
14. Mor E, Saadat P, Sokol R, [et al.]. Spontaneous twin gestation after vaginal dilation in a woman with uterus didelphys and bladder exstrophy. *Obstet Gynecol.* 2002, 100, 1138-1141.
15. Demaria F, Goffinet F, Jouannic J, [et al.]. Preterm torsion of a gravid uterus didelphys horn of a twin pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2005, 106, 1186-1187.
16. Karowicz-Bilińska A, Kowalska-Koprek U, Suzin J, [i wsp.]. Rozwój ciąży w szczątkowym rogu macicy. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 549-552.
17. Golan A, Langer R, Bukovsky I, [et al.]. Congenital anomalies of the mullerian system. *Fertil Steril.* 1989, 51, 747-755.
18. Golan A, Langer R, Neuman M, [et al.]. Obstetric outcome in women with congenital uterine malformations. *J Reprod Med.* 1992, 37, 233-236.
19. Bartkowiak R, Kamiński P, Wielgoś M, [i wsp.]. Ocena skuteczności ultrasonografii przezpochwowej, sonohisterografii i histeroskopii w diagnostyce patologii jamy macicy. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 203-209.
20. Heinonen P, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. An evaluation of 182 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1982, 61, 157-162.
21. Michalas S. Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 1991, 35, 215-219.
22. Konar H, Mallick J. Pregnancy and childbirth in uterus didelphys. *J Indian Med Assoc.* 1993, 91, 106.
23. Ahmad F, Sherman S, Hagglund K. Twin gestation in a woman with a uterus didelphys. A case report. *J Reprod Med.* 2000, 45, 357-359.
24. Nahum G. Rudimentary uterine horn pregnancy. A case report on surviving twins delivered eight days apart. *J Reprod Med.* 1997, 42, 525-532.
25. Ejn_s L, Desprez B, Bongain A, [et al.]. Twin pregnancy in a unicornuate uterus with a rudimentary horn. *Gynecol Obstet Fertil.* 2003, 31, 627-628.
26. Celliloglu M, Issever D, Posaci C, [et al.]. A twin pregnancy in a bicornuate uterus. *Rev Fr Gynecol Obstet.* 1991, 86, 613-614.
27. Opinel P, Opinel M, Boubli L, [et al.]. Unusual twin pregnancy: one in the pseudo-unicornate uterus and the other in the rudimentary uterine horn. Discussion on the diagnosis and management during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1995, 24, 549-552.
28. Rajčić D, Litschgi M. Uterus didelphys and vagina duplex with pregnancy to full term. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1987, 47, 501-502.
29. Brown D, Nelson R. Uterus didelphys and double vagina with delivery of a normal infant from each uterus. *Can Med Assoc J.* 1967, 96, 675-677.
30. Hanzlik H. Double uterus with vaginal delivery of term pregnancy. Review of the literature and report of a case. *Obstet Gynecol.* 1966, 27, 214-216.
31. Duffy DA, Nulsen J, Maier D, [et al.]. Septate uterus with cervical duplication: a full-term delivery after resection of a vaginal septum. *Fertil Steril.* 2004, 81, 1125-1126.