

P R A C E K A Z U I S T Y C Z N E  
*onkologia ginekologiczna*

# Przebieg ciąży i porodu u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika – opis przypadku

Course of pregnancy and delivery in a patient with ovarian cancer after conservative surgical treatment – case report

Kuś Ewa, Świerczewski Aarkadiusz, Estemberg Dorota, Kowalska-Koprek Urszula, Brzozowska Maria, Berner-Trąbska Marlena, Grabicka Alicja, Karowicz-Bilińska Agata

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

## Streszczenie

*Rak jajnika rozpoznawany jest najczęściej u kobiet w wieku okołomenopauzalnym.*

*U kobiet młodych występuje rzadko, natomiast może wtedy współistnieć z ciążą lub nawet poprzedzać aktywność rozrodczą kobiety. Istnieje zatem ryzyko, że zaawansowanie choroby lub sposób leczenia uniemożliwi jej posiadanie dziecka.*

*Celem pracy jest opis przebiegu ciąży i sposobu jej ukończenia u 30-letniej pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika.*

Słowa kluczowe: **rak jajnika / leczenie operacyjne / ciąża / poród /**

## Abstract

*Ovarian cancer is most often recognized in women at a menopausal age.*

*It rarely appears in young women, however it can coexist with pregnancy or even precede their reproductive activity. Therefore, there exists a risk that the advancement of the illness or the course of treatment will prevent them from having children.*

*The aim of the study is to describe and present the case of a 30-year-old patient treated conservatively for the cancer of the ovary, the course of pregnancy and the way of delivery.*

Key words: **ovarian cancer / surgery / pregnancy / obstetricsdelivery /**

## Adres do korespondencji:

Ewa Kuś  
Klinika Patologii Ciąży, I Katedra Ginekologii i Położnictwa UM  
94-029 Łódź, ul. Wileńska 37  
tel./fax.: 42 6804725;  
e-mail: ewakadr@interia.pl

Otrzymano: **30.08.2009**  
Zaakceptowano do druku: **01.12.2009**

## Wstęp

Rak jajnika rozwija się głównie u kobiet w wieku około i pomenopauzalnym, natomiast niezwykle rzadko występuje u młodych kobiet i dziewczynek. Sytuacja odwrotna występuje w przypadku zmian o charakterze łagodnym, które znacznie częściej rozpoznawane są u kobiet w młodym wieku [1, 2, 3, 4]. Współistnienie procesu nowotworowego jajnika z ciążą jest również rzadkie – szacuje się je na 1-2% ciąż [5, 6, 7, 8]. Zarówno ciąża, jak i antykoncepcja hormonalna zmniejszają ryzyko wystąpienia raka jajnika w późniejszym wieku kobiety. Wśród czynników predysponujących wymienia się: czynniki genetyczne (np. mutacje genów BRCA1 i BRCA2, zespół Lynch II), wiek, dużą liczbę owulacji w życiu kobiety (bezdzielnosc), endometriozę, stany zapalne miednicy mniejszej i wiele innych [1, 2, 5].

Niestety we wczesnym stadium zaawansowania choroby nowotworowej nie ma uchwytnych, charakterystycznych objawów klinicznych. Zwykle pierwsze objawy raka jajnika pojawiają się dość późno. Są to najczęściej: powiększenie obwodu brzucha, wodobrzusze, ból podbrzusza, nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych, uczucie zmęczenia i spadek masy ciała oraz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego (np. wzdęcia, uczucie „pełności”) [1, 2, 3, 4, 7, 9].

Diagnostyka raka jajnika obejmuje przede wszystkim badanie ginekologiczne, ultrasonografię, tomografię komputerową oraz oznaczenie stężenia CA 125 w surowicy krwi. Jednak ostateczne rozpoznanie można postawić dopiero w oparciu o badanie histopatologiczne materiału pobranego w trakcie zabiegu operacyjnego. Pozwala to określić stopień zaawansowania klinicznego i histologicznego nowotworu, co ma zasadnicze znaczenie prognostyczne i terapeutyczne. Wyższy stopień zaawansowania klinicznego i histologicznego wiąże się z gorszym rokowaniem, a możliwość skutecznego leczenia jest wyraźnie mniejsza [1, 2, 4, 5, 7].

Podstawowym sposobem leczenia raka jajnika jest – w miarę możliwości – radykalny zabieg chirurgiczny. Doszczędność zabiegu decyduje o dalszym rokowaniu, a uzależniona jest ona od umiejętności operatora i rozległości nowotworu. Jako uzupełniająca dla leczenia chirurgicznego oraz po zabiegach cytoredukcyjnych (nieradykalnych) stosowana jest chemioterapia oparta głównie o analog platyny (np. karboplatyna w połączeniu z paklitaksemem) [2, 3, 9, 10, 11, 12, 13]. Czasem też wdraża się chemioterapię neoadjuwantową, a dopiero po niej – po uzyskaniu zmniejszenia rozmiarów guza – leczenie operacyjne [1, 3, 12]. Większość zabiegów operacyjnych w przypadku raka jajnika nie ma charakteru radykalnego. Spowodowane jest to głównie wysokim stopniem zaawansowania klinicznego choroby nowotworowej (około 75% przypadków raka jajnika rozpoznawanych jest w III i IV stopniu wg FIGO).

Natomiast niezbyt częstą przyczyną nieradykalnego leczenia chirurgicznego jest chęć zachowania płodności i funkcji wewnątrzwydzielniczej jajników u kobiety [2, 5, 9, 10, 11, 12, 14]. Takie postępowanie jest możliwe w zasadzie u kobiet młodych (poniżej 40 r.ż.) z nowotworem we wczesnym stadium (zaawansowanie kliniczne IA, IB, IC według FIGO, zróżnicowanie histologiczne G1, rzadziej G2, głównie z rakiem śluzowym lub typu *borderline*), pragnących mieć w przyszłości potomstwo. Zabieg oszczędzający polega w takim przypadku na jednostronnym wycięciu przydatków, biopsji drugiego jajnika i pobraniu płynu lub popłuczyn z jamy otrzewnej [2, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20].

Leczenie oszczędzające daje w przyszłości szansę na sukces rozrodczy kobiety (szacowany na 50-88%) [9, 10, 11, 21]. Ocenia się, że ryzyko poronień i porodów przedwczesnych jest wyższe w przypadku ciąży po leczeniu raka jajnika w porównaniu do ryzyka występującego w populacji ogólnej [10, 22]. W niektórych sytuacjach konieczne bywa też zastosowanie metod wspomaganego rozrodu [9, 15, 22].

Nie stwierdzono do tej pory, by nieradykalne leczenie operacyjne i uzupełniająca chemioterapia powodowały istotne zwiększenie ryzyka wad wrodzonych u płodu [11, 23].

Niezwykle ważnym elementem procesu terapeutycznego w przypadku choroby nowotworowej jest nadzór po leczeniu. Badania kontrolne w raku jajnika (obejmujące badanie ginekologiczne, oznaczanie CA 125 i USG przezpochwowe) powinny być wykonywane co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata po leczeniu, w trzecim roku co 4 miesiące, następnie co 6 miesięcy [1, 2, 4, 5, 9, 12]. Ocenia się, że ryzyko wznowy procesu nowotworowego po leczeniu oszczędzającym wynosi przeciętnie 5-10% [2, 10, 11, 12, 20, 24].

Doniesienia dotyczące przebiegu ciąży u pacjentek po przebytym leczeniu raka jajnika z powodu ich rzadkiego występowania są nadal nieliczne. Zdania badaczy dotyczące warunków klinicznych do zastosowania leczenia oszczędzającego są podzielone. Celem pracy jest opis przypadku przebiegu ciąży i sposobu jej ukończenia u 30-letniej pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika.

## Opis przypadku

Dnia 25 maja 2009 roku do Kliniki Patologii Ciąży Uniwersytetu Medycznego w Łodzi przyjęto 30-letnią wieloródkę w 38 tygodniu ciąży (ciąża II, poród II) celem jej ukończenia. W wywiadzie – niedoczynność tarczycy w stanie eutyreozy.

W 1998 roku została wykonana u pacjentki laparotomia sposobem Pfannenstiela z powodu guza prawego jajnika. W wykonanym doraźnym badaniu histopatologicznym stwierdzono – *cystadenocarcinoma mucinosum* w stopniu klinicznym IA wg FIGO i stopniu zróżnicowania histologicznego G1. Z uwagi na młody wiek pacjentki w chwili zabiegu (19 lat), chęć zachowania przez nią płodności oraz niski stopień zaawansowania nowotworu wykonano ooforektomię prawostronną z uzupełniającą chemioterapią (4 cykle). Pobrano również wycinki z jajnika lewego oraz popłuczyny z jamy otrzewnej, w których nie stwierdzono utkania atypowego.

W roku 2007 pacjentka urodziła pierwsze dziecko drogą cięcia cesarskiego z powodu zagrażającego niedotlenienia wewnątrzmacicznego płodu oraz zagrażającej infekcji wewnątrzmacicznej. Urodził się noworodek płci żeńskiej, żywy, donoszony o masie 3550g, w stanie ogólnym dobrym. W trakcie cięcia cesarskiego pobrano wycinek z jajnika lewego i sieci większej oraz popłuczyny z jamy otrzewnej, w których nie stwierdzono zmian patologicznych.

Przebieg obecnej ciąży bez powikłań. Przy przyjęciu stwierdzono w badaniu klinicznym: stan ogólny ciężarnej dobry, macica miękka, wielkością odpowiadająca ciąży donoszonej, zachowany pęcherz płodowy, FHR – 140/min, skrócona i zamknięta szyjka macicy, główka płodu nisko nad wchodem. Ciężarna nie zgłaszała żadnych dolegliwości, ruchy płodu czuła dobrze.

Wykonano rutynowe badania laboratoryjne. Stwierdzono nieznaczny leukocytozę (13,6k/μl) oraz podwyższone stężenie

Przebieg ciąży i porodu u pacjentki po leczeniu oszczędzającym z powodu raka jajnika...

białka C-reaktywnego (10,0mg/l). Ze względu na przeszłość onkologiczną oceniono stężenie antygenu CA 125, którego wynik mieścił się w zakresie wartości prawidłowych (13,1U/ml).

W badaniu ultrasonograficznym z dnia 12 maja 2009 roku wykonanym przed przyjęciem do szpitala stwierdzono płód w położeniu główkowym o szacunkowej masie ciała według Hadlocka 3430g, łożysko na ścianie tylnej o II stopniu dojrzałości według Grannuma oraz prawidłową ilość płynu owodniowego. Z powodu przebytego leczenia raka jajnika oraz cięcia cesarskiego zakwalifikowano pacjentkę do ponownego rozwiązania ciąży cięciem cesarskim w trybie planowym.

W dniu 28 maja 2009 roku w znieczuleniu przewodowym podpajęczynówkowym cięciem poprzecznym nadłonowym otwarto jamę brzuszną. Pobrano popłuczyny z jamy otrzewnowej do badania cytologicznego. Mięsień macicy wraz z załamkiem pęcherzowo-macicznym nacięto poprzecznie w dolnym odcinku, załamek zsunięto ku dołowi i za główkę urodzono płód płci żeńskiej w stanie ogólnym dobrym (Apgar 10) o masie 3750g, który po odśluzowaniu i odpępleniu przekazano pediatrze. Wydobyto kompletne łożysko wraz z błonami płodowymi. Dożylnie podano 1 ampulkę karboplatyny. Mięsień macicy zszyto szwem ciągłym przekładanym. Pobrano wycinek z jajnika lewego i z sieci większej celem wykonania doraźnego badania histopatologicznego – uzyskując wynik „zmiana łagodna”. (Fot. 1).

Stwierdzono, że przydatki lewe, sieć większa, wyrostek robaczkowy oraz miejsce po prawostronnej ooforektomii makroskopowo były niezmienione. (Fot. 2, 3).

Wątroba w badaniu palpacyjnym bez zmian. Przebieg zabiegu był bez powikłań, całkowita utrata krwi wyniosła 350ml.

Położnica wypisana została do domu w stanie ogólnym dobrym, z raną pooperacyjną zagojoną przez rychłozrost, zachowaną perystaltyką, bez patologicznych oporów w obrębie miednicy mniejszej. Pacjentka znajduje się pod opieką ambulatoryjną poradni przyszpitalnej.

## Dyskusja

Nowotwory złośliwe dróg rodnych dość rzadko występują u kobiet młodych. Mimo tego są one poważnym problemem medycznym i społecznym. Z jednej strony mamy konsekwencje choroby nowotworowej dla zdrowia i życia samej kobiety, z drugiej strony możliwy brak w przyszłości własnego potomstwa [1, 2, 4, 5, 7, 9, 12].

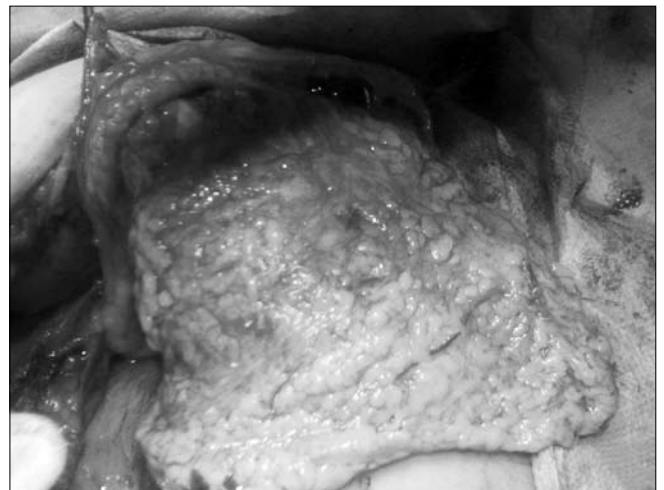
Istotnym problemem wczesnej diagnostyki raka jajnika jest brak specyficznych dla tej choroby objawów. Jak już wspomniano we wstępie, ostateczne rozpoznanie stawia zawsze patomorfolog [1, 2, 3, 5, 7].

Ponieważ zasadniczym sposobem leczenia raka jajnika jest radykalny zabieg chirurgiczny, problematyczne są wszystkie przypadki raka jajnika stwierdzane u kobiet w wieku rozrodczym, a szczególnie tych niemających jeszcze dzieci [2, 4, 11, 12, 14, 16, 19, 20, 21]. W opisanym przez nas przypadku rozpoznanie raka jajnika postawiono u 19-letniej dziewczyny.

Warunkiem posiadania w przyszłości własnego dziecka przez kobietę, u której rozpoznano raka jajnika jest wyłącznie leczenie oszczędzające. Takie leczenie jest możliwe do zaproponowania jedynie pacjentkom, u których rozpoznano nowotwór w niskim stopniu zaawansowania klinicznego ze zróżnicowaniem histologicznym G1, sporadycznie G2 – głównie z rakiem śluzowym lub typu *borderline* [2, 7, 9, 10, 12, 14, 19, 20, 24].



Fot. 1.



Fot. 2.



Fot. 3.



Nieliczni badacze twierdzą, że w przypadku rozpoznania nowotworu typu granicznego można leczyć nieradykalnie praktycznie wszystkie pacjentki (bez względu na zaawansowanie choroby) [11, 14, 15, 25]. W opisanym przypadku rozpoznanie patomorfologiczne brzmiało: *cystadenocarcinoma mucinosum* w stopniu IA i zróżnicowaniu histologicznym G1.

Częste jest niepomyślne rokowanie dotyczące przyszłej płodności pacjentek [1, 3, 7, 9, 12]. W naszym przypadku młody wiek pacjentki oraz wczesne stadium zaawansowania choroby nowotworowej pozwoliły na przeprowadzenie u niej zabiegu oszczędzającego z uzupełniającą chemioterapią. Umożliwiło to pacjentce dwukrotne pomyślne zajście w ciążę, donoszenie i urodzenie dwójki zdrowych dzieci drogą cięcia cesarskiego.

Liczni autorzy podają, że leczenie nieradykalne z uzupełniającą chemioterapią nie powoduje istotnego zwiększenia ryzyka wystąpienia wad wrodzonych płodu [2, 11, 23].

Nasza pacjentka urodziła dwoje zdrowych dzieci. Sama kwestia uzupełniającej chemioterapii w leczeniu oszczędzającym raka jajnika jest wciąż przedmiotem sporów. Według niektórych badaczy chemioterapię należy wdrożyć tylko u pacjentek z grupy podwyższonego ryzyka onkologicznego [11, 18, 26]. Natomiast inni uważają ją za nieodzowną w każdym przypadku raka jajnika, a rezygnują z niej przy leczeniu guzów o niskiej złośliwości pochodzenia nienabłonkowego [12, 14, 16, 22].

Ważnym zagadnieniem w przypadku raka jajnika jest nadzór po leczeniu. Nadzór nabiera szczególnego znaczenia w przypadku pacjentek poddanych leczeniu oszczędzającemu [2, 5, 9, 12, 20, 27]. Elektywne cięcia cesarskie u tych pacjentek może stanowić element nadzoru po leczeniu onkologicznym. Daje bowiem możliwość wglądu w jamę otrzewnową, makroskopowej oceny narządów jamy brzusznej i miednicy mniejszej oraz pobrania wycinków i popłuczyn do badania cytologicznego i histopatologicznego [11, 14, 17, 18, 26].

Opisana pacjentka była pod stałym nadzorem poradni onkologicznej. Przy obu cięciach cesarskich pobrano wycinki z jajnika lewego, sieci większej oraz popłuczyny z jamy otrzewnej zgodnie z obowiązującymi w takich przypadkach zasadami.

## Podsumowanie

1. Leczenie oszczędzające u młodych kobiet z rakiem jajnika we wczesnym stadium zaawansowania klinicznego i w niskim stopniu zróżnicowania histologicznego daje tym pacjentkom szansę na pomyślne zajście w ciążę i urodzenie zdrowego dziecka.
2. Rozwiązanie ciąży u pacjentki po oszczędzającym leczeniu raka jajnika cięciem cesarskim można uznać za element nadzoru onkologicznego.

## Piśmiennictwo

1. Stempczyńska J, Potemski P. Nowotwory jajnika. W: Onkologia. Red. Kordek R. Gdańsk: Via Medica. 2007, 244-249.
2. Markowska J, Mądry R, Markowska A, Rak jajnika. W: Ginekologia onkologiczna. Red. Markowska J, Mądry R. Wrocław: Med. Pharm Polska. 2008, 175-205.
3. Strauss G, Dubrauszy V. Nowotwory i inne guzy jajnika. W: Ginekologia praktyczna. Red. Pshyrembel W, Strauss G, Petri E. Warszawa: PZWL, 1994. 386-445.
4. Tsikouras P, Liberis V, Galazios G, [et al.]. A retrospective analysis of twenty-eight borderline ovarian tumours in adolescent girls. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2009, 30, 49-53.
5. Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markwitz E. Nowotwory jajnika. W: Płodność i ginekologia. Red. Bręborowicz G. Warszawa: PZWL, 2005. 845-855.
6. Palmer J, Vatish M, Tidy J. Epithelial ovarian cancer in pregnancy: a review of the literature. *BJOG.* 2009, 116, 480-491.
7. Tsikouras P, Liberis V, Galazios G, [et al.]. A 15-year report of pathological and benign ovarian tumors in teenagers. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2008, 29, 602-607.
8. Nowak M, Szpakowski M, Wilczyński J. Ovarian tumors in pregnancy – proposals of diagnosis and treatment. *Ginekol Pol.* 2004, 75, 242-249.
9. Demeter A, Csapó Z, Szánthó A, [et al.]. A retrospective study of 27 ovarian tumors of low malignant potential. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2002, 23, 415-418.
10. Schilder J, Thompson A, DePriest P, [et al.]. Outcome of reproductive age women with stage IA or IC invasive epithelial ovarian cancer treated with fertility-sparing therapy. *Gynecol Oncol.* 2002, 87, 1-7.
11. Ayhan A, Ceilik H, Taskiran C, [et al.]. Oncologic and reproductive outcome after fertility-saving surgery in ovarian cancer. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2003, 24, 223-232.
12. Kleine W. Results of fertility preserving operations in malignant ovarian tumors. *Zentralbl Gynäkol.* 1996, 118, 317-321.
13. Gurgan T, Salman C, Demiroglu A. Pregnancy and assisted reproduction techniques in men and women after cancer treatment. *Placenta.* 2008, 29, 152-159.
14. Gershenson D. Fertility-sparing surgery for malignancies in women. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2005, 34, 43-47.
15. Laurent I, Uzan C, Gouy S, [et al.]. Results after conservative treatment of serous borderline tumours of the ovary with stromal microinvasion but without micropapillary pattern. *BJOG.* 2009, 116, 860-862.
16. Shah J, Bryant C, Kumar S, [et al.]. Successful pregnancy after fertility-sparing surgery for peritoneal psammocarcinoma: a case report. *J Reprod Med.* 2009, 54, 179-183.
17. Munkarah A, Jacques S, Qureshi F, [et al.]. Conservative surgery in young patient with peritoneal psammocarcinoma. *Gynecol Oncol.* 1999, 73, 312-314.
18. Maltaris T, Beckmann M, Dilttrich R. Review. Fertility preservation for young female cancer patients. *In Vivo.* 2009, 23, 123-130.
19. Park J, Kim D, Suh D, [et al.]. Outcomes of fertility-sparing surgery for invasive epithelial ovarian cancer: oncologic safety and reproductive outcomes. *Gynecol Oncol.* 2008, 110, 345-353.
20. Olszewska H, Lapińska-Szumczyk S, Kobierski J, [et al.]. Fertility of women after conservative operation for borderline ovarian tumors. *Ginekol Pol.* 2004, 75, 533-537. Polish.
21. Niewolin M, Wasielewski A. Pregnancy and delivery in a woman after treatment for ovarian cancer. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 1476-1480. Polish.
22. Kesic V. Fertility after the treatment of gynecologic tumors. *Recent Results Cancer Res.* 2008, 178, 79-95.
23. Green D, Sklar C, Boice J, [et al.]. Ovarian failure and reproductive outcomes after childhood cancer treatment: results from the Childhood Cancer Survivor Study. *J Clin Oncol.* 2009, 27, 2374-2381.
24. Olszewska H, Stukan M, Emerich J. Clinical analysis of patients with recurrences of borderline ovarian tumors including surgical treatment. *Ginekol Pol.* 2005, 76, 782-787. Polish.
25. Tinelli R, Tinelli A, Tinelli F, [et al.]. Conservative surgery for borderline ovarian tumors: a review. *Gynecol Oncol.* 2006, 100, 185-191.
26. Anchezar J, Sardi J, Soderini A. Long-term follow-up results of fertility sparing surgery in patients with epithelial ovarian cancer. *J Surg Oncol.* 2009, 100, 55-58.
27. Cheng B, Wan X, Qian X, [et al.]. Results of conservative surgery for recurrent borderline ovarian tumors. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2009, 30, 75-78.