

Olbrzymi łagodny guz jajnika współistniejący z zaawansowaną ciążą – opis przypadku

Giant benign ovarian tumor coexisting with late pregnancy – a case report

Torbé Andrzej¹, Gutowska-Czajka Danuta¹, Chudecka-Głaz Anita², Czajka Ryszard¹

¹ Klinika Położnictwa i Ginekologii Katedry Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

² Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii Ginekologicznej Dorosłych i Dziewcząt

Streszczenie

Przedstawiono rzadki przypadek współistniejącego z ciążą olbrzymiego guza jajnika, który z powodu braku opieki medycznej rozpoznany został dopiero w 27 tygodniu jej trwania.

Do momentu rozpoznania przebieg ciąży bez dolegliwości. W badaniach laboratoryjnych stwierdzono znacznego stopnia niedokrwistość. Podczas operacji usunięto prawe przydatki wraz z mierzącym 40cm średnicy guzem, którego liczne komory wypełnione były krwistą treścią. Obraz histologiczny guza odpowiadał torbieldi surowiczej.

Zastosowane postępowanie operacyjne umożliwiło dalszy niepowikłany przebieg ciąży i urodzenie drogami natury zdrowego noworodka w terminie porodu.

Słowa kluczowe: **olbrzymi guz jajnika / zaawansowana ciąża /**

Abstract

We have reported a rare case of a giant ovarian tumor which, due to the lack of proper health care on the side of the patient, had not been diagnosed until 27 weeks of pregnancy.

The patient did not demonstrate any clinical symptoms till the moment of the diagnosis. Peripheral blood analysis showed severe anemia at the admission. The right adnex with the multilocular cystic tumor containing bloody fluid and measuring 40 cm in diameter, was removed in the course of the surgical procedure. The histological diagnosis of the tumor was: serous cyst.

Surgical removal of the giant tumor allowed for further development of pregnancy and enabled vaginal delivery of healthy newborn at term.

Key words: **giant ovarian tumor / advanced pregnancy /**

Adres do korespondencji:

Andrzej Torbé
Klinika Położnictwa i Ginekologii Katedry Położnictwa, Ginekologii i Neonatologii PAM
70-111 Szczecin
al. Powstańców Wielkopolskich 72
e-mail: torbea@wp.pl

Otrzymano: 15.11.2007
Zaakceptowano do druku: 29.05.2008

Torbé A, et al.

Guzy jajnika u kobiet ciężarnych są zjawiskiem stosunkowo rzadkim, występującym z częstością 1–2/1000 porodów [1–4]. Szerokie upowszechnienie w ostatnich latach badań ultrasonograficznych powoduje, że ich wykrywalność już w pierwszym trymestrze ciąży jest bardzo wysoka [5]. W związku z tym rozpoznawanie olbrzymich guzów jajnika w ciąży zaawansowanej lub dopiero w czasie porodu stało się zupełną rzadkością. Celem pracy jest przedstawienie przypadku współistnienia z ciążą olbrzymiego łagodnego guza jajnika rozpoznanego dopiero w 27 tygodniu jej trwania.

Opis przypadku

Ciężarna B.D., lat 32, w szóstej ciąży, wszystkie dotychczasowe pięć porodów odbyła w terminie drogami natury. Skierowana do Kliniki Położnictwa i Ginekologii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie przez lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 27 tygodniu ciąży z podejrzeniem ciąży bliźniaczej powikłanej obumarciem jednego z płodów lub współistnieniem z ciążą dużego torbielowatego guza w obrębie jamy brzusznej. W dotychczasowym przebiegu ciąży brak opieki lekarskiej. W chwili przyjęcia bez dolegliwości klinicznych.

W wyniku wziernikowania pochwy i badania palpacyjnego stwierdzono: część pochwowa szyjki macicy z ektopią, w osi pochwy, długości około 1,5cm, ujście zewnętrzne szyjki drożne na 1,5cm, wewnętrzne zamknięte, wysokość dna macicy trudna do ustalenia – wydaje się sięgać łuków żebrowych. Czynność serca płodu miarowa o częstości około 140 uderzeń na minutę. Zapisy kardiologiczne reaktywne, bez czynności skurczowej macicy.

W badaniu ultrasonograficznym stwierdzono: w jamie macicy płód pojedynczy w położeniu podłużnym główkowym, BPD 73mm, FL 47mm, HC 253mm, AC 234mm, co odpowiada 27/28 tygodni ciąży, przewidywana masa płodu 1007g, łożysko na przedniej ścianie w 1° dojrzałości, indeks płynu owodniowego 120mm, profil biofizyczny 8 punktów. Całą jamę brzuszną wypełnia wielokomorowy twór guzowaty, wypełniony hiperechogennym płynem, o wymiarach 200x350x240mm, wychodzący prawdopodobnie z prawych przydatków. Wartości dopplerowskich badań przepływowych w tętnicy środkowej mózgu i w tętnicy pępowinowej prawidłowe.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono znacznego stopnia niedokrwistość: HGB 4,16mmol/L, HTC 0,209L/L, RBC 2,70T/L, WBC 17,7G/L, PLT 231G/L; wysoki poziom CRP w surowicy krwi – 129,8mg/L; wysoką wartość Ca 125 – 242,36U/L; zmiany w badaniu ogólnym moczu: białko (-), cukier (-), leukocyty 40-50 wpw, bardzo liczne bakterie; wysoki poziom fibrynogenu – 11,4g/L. Wyniki pozostałych badań laboratoryjnych (jonogram, koagulogram, poziom białka całkowitego, enzymy wątrobowe, reszta azotowa) nie odbiegały od normy.

Po analizie obrazu klinicznego, ze względu na nieznaną charakter guza oraz ucisk na ciężarną macicę i narządy jamy brzusznej, zaproponowano pacjentce leczenie operacyjne, na które wyraziła zgodę.

W okresie przedoperacyjnym wykonano transfuzję 4 jednostek koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) oraz 3 jednostek świeżo mrożonego osocza (FFP). Po otwarciu jamy brzusznej, cięciem środkowym z ominięciem pępka po stronie

lewej, stwierdzono trzon macicy odpowiadający wielkością ciąży około 26 tygodniowej, uciśnięty przez guz średnicy około 40cm wychodzący z prawych przydatków, będący w luźnych zrostach z otoczeniem oraz przyklejony do niego siecią. Jajnik lewy niezmienny, sieć pogrubiała bez widocznych zmian makroskopowych. Otrzewna zmieniona odczynowo, pogrubiała, bez zmian ogniskowych. W jamie otrzewnej niewielka ilość płynu, który pobrano do badania cytologicznego. Guz wydobyto w całości, bez uszkodzenia torebki. (Rycina 1).

W sposób typowy usunięto przydatki prawe wraz z guzem oraz wykonano resekcję sieci większej. Przeprowadzono inspekcję drugich przydatków, które okazały się niezmiennione. Dokończono kontrolę jamy otrzewnowej: wątroba gładka, węzły chłonne pozaotrzewnowe niepowiększone, pozostałe narządy jamy brzusznej palpacyjnie prawidłowe. Jamę brzuszną zamknięto warstwowo. Makroskopowo guz składał się z licznych komór wypełnionych krwistą treścią.

W okresie pooperacyjnym, który przebiegał bez powikłań wykonano transfuzję 2 jednostek KKCz oraz 2 jednostek FFP. Ponadto stosowano: cefuroksym, metronidazol, enoksaparynę, diazepam, ketoprofen oraz wlewy dożylnie z siarczanu magnezowego. Zapisy kardiologiczne reaktywne. Ciężarna opuściła szpital w 8 dobie po zabiegu.

Wynik badania histopatologicznego:

1. Obrzęknięta ściana torbieli nafaszerowana krwotocznie z naciekiem zapalnym z neutrofilów. Cech rozrostu złośliwego nie stwierdzono. Obraz mikroskopowy przemawia za torbielą surowiczą jajnika w skręcie.
Cystis serosa.
2. *Tela adiposa.*

Dalszy przebieg ciąży niepowikłany. Ciężarna odbyła 5 wizyt ambulatoryjnych. W 39 tygodniu ciąży skierowana do kliniki. W chwili przyjęcia nie stwierdzono czynności skurczowej macicy, zapis kardiologiczny reaktywny, część pochwowa szyjki macicy długości 2cm, kanał szyjki macicy drożny na 1,5cm, główka płodu balotuje nad wchodem. W dniu następnym rozwinęła się samoistnie czynność skurczowa macicy, w wyniku której po godzinie urodził się noworodek płci żeńskiej, o masie 3720g, w stanie ogólnym dobrym. Przebieg położu bez powikłań.

Dyskusja

Nowotwory wywodzące się z nabłonka pokrywającego jajnik i z jego podścieliska są najliczniejszą grupą pierwotnych nowotworów tego narządu [6]. Spośród nowotworów nabłonkowych najczęstsze są torbiele surowicze, które stanowią około 60% wszystkich niezłośliwych guzów jajnika [7]. Mogą one osiągać duże rozmiary nie dając żadnych dolegliwości bólowych [8]. O ile nie nastąpi skręcenie szypuły guza lub jego pęknięcie jedynym powodem zgłoszenia się pacjentki do lekarza poza okresem ciąży jest powiększanie się obwodu brzucha [9].

Natomiast w przebiegu ciąży rozwój guza jest maskowany poprzez naturalny przyrost masy ciała i zmianę kształtu brzucha. Objawy kliniczne u ciężarnej z guzem jajnika zazwyczaj są niespecyficzne. Na ogół przypominają typowe dolegliwości ciążowe, takie jak dyskomfort w jamie brzusznej, uczucie ucisku czy pobolewania podbrzusza. Większość zmian przebiega zupełnie bezobjawowo, a szczególnie małe guzy, o średnicy poniżej 5cm, najczęściej nie dają żadnych dolegliwości [1, 10].

Olbrzymi łagodny guz jajnika współistniejący z zaawansowaną ciążą.



Ryc. 1. Wygląd torbieli w stanie nienaruszonym.

W wyniku działania, produkowanych w czasie ciąży w olbrzymich ilościach estrogenów, progesteronu i beta-choriongonadotropiny, wzrost niektórych typów guzów jajnika w tym okresie staje się bardzo dynamiczny. W związku z tym początkowo niewielkie guzy mogą pod koniec ciąży osiągnąć znaczne rozmiary [11, 12].

Olbrzymie guzy jamy brzusznej w przebiegu ciąży mogą być przyczyną wewnątrzmacicznego opóźnienia wzrastania płodu [11, 13]. Przepływ krwi matczynej przez macicę i łożysko zależy nie tylko od jej przepływu przez tętnice maciczne, ale również przez tętnice jajnikowe. Postępujący wzrost guza, któremu towarzyszy zwiększenie ilości i średnicy jego naczyń krwionośnych, będących odgałęzieniami tętnicy jajnikowej, może w konsekwencji powodować zmniejszenie przepływu krwi przez łożysko i w ten sposób powodować wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodu [11]. Innym możliwym wytłumaczeniem ograniczenia wzrastania płodu może być ucisk naczyń krwionośnych przez olbrzymią masę guza, powodujący redukcję przepływu krwi przez macicę i łożysko [11].

Jeszcze do niedawna, przed szerokim upowszechnieniem badań ultrasonograficznych w opiece przedporodowej, duży problem dla położników stanowiły olbrzymie guzy jamy brzusznej zwłaszcza, gdy towarzyszyły ciąży zaawansowanej lub rozpoznawane były dopiero na sali porodowej. Mogły być one przyczyną warunkującą poprzeczne położenie płodu lub zaburzającą postęp porodu [11], co stwarzało konieczność zakończenia ciąży/porodu cięciem cesarskim.

Jednakże w piśmiennictwie istnieją doniesienia o ciążach zakończonych urodzeniem drogami natury zdrowego dziecka u kobiet z olbrzymimi guzami jamy brzusznej [9, 14-16], nawet o masie powyżej 10 kilogramów [17].

Obecnie stwierdzenie dużego guza w zaawansowanej ciąży jest dużą rzadkością kliniczną. W takich przypadkach cięcie cesarskie ze wskazań pozapołożniczych nie jest bezwzględnie konieczne, a operację guza, jeżeli nie uniemożliwia on porodu, przeprowadza się następowo [18].

W opisanym przypadku zaciekawia fakt osiągnięcia tak dużych rozmiarów przez guz rozwijający się w obrębie jamy brzusznej przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych. Podstawowym objawem laboratoryjnym była znacznego stopnia niedokrwistość, spowodowana najprawdopodobniej pękaniem rozciągniętych naczyń krwionośnych torbieli i wylewami krwi do światła jej komór. Do pogarszających się stopniowo wartości morfologicznych krwi prawdopodobnie powoli adaptował się organizm ciężarnej.

Pomimo niewątpliwego ucisku guza na macicę i łożysko do momentu operacji nie ujawniły się cechy wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrastania płodu, ani objawy zagrożenia porodem przedwczesnym. Jednakże nie można przewidzieć dalszego rozwoju ciąży w warunkach postępującego rozwoju guza w obrębie jamy brzusznej.

Podsumowanie

Optymalizacja opieki nad kobietą ciężarną w Polsce w ostatnich latach, polegająca między innymi na zwiększeniu dostępności usług położniczo-ginekologicznych oraz na upowszechnieniu badań ultrasonograficznych, spowodowała, że współistnienie dużych guzów jajników z zaawansowaną ciążą jest obecnie rzadkością kliniczną. Opisany przypadek nie był związany z błędem diagnostycznym, ale z późnym zgłoszeniem się ciężarnej do lekarza.

Torbé A, et al.

Wskazuje to na konieczność uświadamiania kobietom potrzeby wczesnego objęcia opieką położniczą, co stwarza szanse szybkiego rozpoznania choroby i odpowiedniego leczenia, umożliwiając w ten sposób prawidłowy rozwój i donoszenie ciąży.

Piśmiennictwo

1. Stachowicz R, Obrzut B, Skręt A. Złośliwy nowotwór jajnika typu dysgerminoma współistniejący z ciążą zaawansowaną – opis przypadku. *Ginek Prakt.* 2004, 12, 28-30.
2. Dudkiewicz J, Kowalski T, Grzonka D. Guzy jajnika współistniejące z ciążą. *Ginekol Pol.* 1994, supl. 1, 241-243.
3. White K. Ovarian tumors in pregnancy. A private hospital ten year survey. *Am J Obstet Gynecol.* 1973, 116, 544-550.
4. Stabryła G, Pająk A, Bałon B, [i wsp.]. Rzadki guz jajnika współistniejący z ciążą – opis przypadku. *Ginek Prakt.* 2005, 84, 27-30.
5. Caspi B, Ben-Arie A, Appelman Z, [et al.]. Aspiration of simple pelvic cysts during pregnancy. *Gynecol Obstet Invest.* 2000, 49, 102-105.
6. Gajewska M, Ziółkowska K, Kamiński P, [et al.]. Olbrzymie łagodne nabłonkowe nowotwory jajnika u kobiet - opis trzech przypadków. *Prz Ginek Położ.* 2007, 7, 25-28.
7. Banaczek Z, Nowocień E, Lewandowska-Andruszuk I, [et al.]. Operacyjne leczenie niezłośliwych guzów jajnika u kobiet hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu w okresie 1.01.2000 r.-26.09.2002 r. *Ginek Prakt.* 2004, 76, 29-33.
8. Jones D, Vasilakis A, Pillai L, [et al.]. Giant, benign, mucinous cystadenoma of the ovary: case study and literature review. *Am Surg.* 1992, 58, 400-403.
9. Banaś T, Klimek M, Skotniczny K, [et al.]. Olbrzymi, stanowiący 40 proc. masy ciała guz jamy brzusznej rozpoznany jako gruczolako-torbielak śluzowaty. *Ginek Prakt.* 2004, 12, 11-14.
10. Wang P, Chao H, Yuan C, [et al.]. Ovarian tumors complicating pregnancy. Emergency and elective surgery. *J Reprod Med.* 1999, 44, 279-287.
11. Qublan H, Al-Ghoweri A, Al-Kaisi N, [et al.]. Benign mucinous cystadenoma with stromal luteinization during pregnancy: A hormonally responsive tumor and a rare cause of fetal intrauterine growth restriction. *J Obstet Gynaecol Res.* 2002, 28, 104-107.
12. Pascal R, Grecco L. Mucinous cystadenoma of the ovary with stromal luteinization and hilar cell hyperplasia during pregnancy. *Hum Pathol.* 1988, 19, 179-180.
13. Choudhury T, Sen A. Periapillary carcinoma with bilateral ovarian cystadenoma in pregnancy. *Indian J Gastroenterol.* 1998, 17, 65-66.
14. Gryszkiewicz M. Dwa przypadki olbrzymiej torbieli jajnika operowane na oddziale chirurgicznym. *Pol Merkur Lek.* 2000, 8, 145-150.
15. Kotzbach R, Ryć K. 2 cases of giant tumors in the course of advanced pregnancy. *Wiad Lek.* 1973, 26, 1177-1181.
16. Mazurek W, Rzepa H, Zienkiewicz B. Coexistence of giant ovarian tumor with full-term pregnancy. *Ginekol Pol.* 1984, 55, 293-294.
17. Tinkanen H, Kuoppala T. Virilization during pregnancy caused by ovarian mucinous cystadenocarcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 476-477.
18. Dessole S, Capobianco G, Milia L, [et al.]. Giant ovarian tumor complicating late pregnancy: A case report. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 665-667.