

Amniopunkcja u 47-letniej ciężarnej z mięśniakami macicy

Trudności techniczne i profilaktyka powikłań Ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej

Amniocentesis in 47-year old woman with uterine leiomyomas. Technical problems and failures prevention. Risk of cancer incidence

Letter to the Editors

Jerzy Korczyński

(Przegląd Menopauzalny 2005; 2: 65–66)

Z zainteresowaniem przeczytałem artykuł autorów: U. Kowalska-Koprek, E. Kuś, M. Berner-Trąbska i wsp.: *Duże mięśniaki macicy wiktające ciążę u 47-letniej wieloródki. Opis przypadku i przegląd piśmiennictwa*. Niektóre dane kliniczne wymagają uzupełnienia i komentarza. Częstość występowania mięśniaków w ciąży szacuje się na 0,1 do 3,9% [1]. Do najważniejszych powikłań ciąży związanych z mięśniakami należy zaliczyć poronienie, ciążę ektopową, poród przedwczesny, przedwczesne oddzielenie łożyska, nieprawidłowe położenie płodu, hipotrofię wewnątrzmaciczną, zaburzenia czynności skurczowej macicy w porodzie i połogu. Wśród kobiet poddanych diagnostyce prenatalnej notuje się niemal 3-krotnie większą liczbę ciężarnych z mięśniakami macicy [2, 3].

Wiązać to należy ze szczególnym doбором badanych w ramach diagnostyki prenatalnej kobiet oraz ze średnią wieku. Mięśniakom towarzyszą powikłania amniopunkcji: fala skurczowa mięśnia macicy, trudności w aspiracji płynu, krwawienie i odpływanie płynu owodniowego po zabiegu [4].

W opisanym przypadku klinicznym zastosowałem profilaktykę powikłań, wg schematu opracowanego wcześniej przez autora [5]. Schemat ten powstał dzięki

analizie powikłań obserwowanych w badaniu klinicznym i ultrasonograficznym w grupie 68 ciężarnych po wykonaniu amniopunkcji genetycznej. Profilaktykę poronienia prowadzono przy zastosowaniu dydrogesteronu w dawce 20 mg/dobę. Zanotowano zmniejszoną częstość skurczów macicy i krwawienia po amniopunkcji, w porównaniu do ciężarnych z grupy kontrolnej (3,6 i 5,0%).

Istotne znaczenie dla zmniejszenia ryzyka powikłań ma wybór techniki pobierania płynu owodniowego. Zdaniem autora, szczególnie w przypadkach trudności anatomicznych, biopsje należy wykonywać metodą *wolnej ręki* wg Hansona w ciągłym nadzorze ultrasonografu, stosując igłę punkcyjną o średnicy 22 G [6]. Taką technikę zastosowano w omawianym przypadku i nie odnotowano powikłań.

Obecność mięśniaków znacznie utrudnia diagnostykę ultrasonograficzną pierwszego trymestru ciąży, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z badaniami o charakterze przesiewowym, w poszukiwaniu zagrożenia wystąpieniem wady rozwojowej płodu [7, 8, 9].

Obecność mięśniaków, nieprawidłowości trofoblastu lub blizny w obrębie macicy mogą być przyczyną fałszywie dodatnich wyników testu potrójnego, stoso-



wanego w badaniach przesiewowych niektórych aberracji chromosomowych i wad centralnego układu nerwowego. Mięśniaki wpływają na wynik testu w przeszło 13% przypadków [10]. U podstaw tego zjawiska leży zaburzenie funkcji cyto- i syncytiotrofoblastu, w efekcie podwyższenie stężeń ludzkiej gonadotropiny kosmówkowej w surowicy [11]. Badania ultrasonograficzne z zastosowaniem techniki dopplerowskiej udokumentowały zaburzenia przepływu w obrębie jednostki płodowo-łożyskowej oraz tętnic macicznych w przypadkach mięśniaków w ciąży pierwszego trymestru [8].

Autorzy słusznie zauważyli wzrost liczby ciężarnych i rodzących w zaawansowanym wieku. Fakt zakwalifikowania tych kobiet do grupy wysokiego ryzyka położniczego jest oczywisty, podczas gdy problematyka późnego okresu poporodowego pozostaje najczęściej nieznana. Szczególnego znaczenia nabiera związane z wiekiem ryzyko zachorowania na nowotwory złośliwe piersi i przewodu pokarmowego w tej grupie kobiet.

Rozpoznanie raka piersi w ciągu 2 lat po porodzie skraca 5-letnie przeżycie z 78 do 58%. [12]. W przedziale wieku 45–49 lat częstość zachorowań na raka jelita grubego jest 3-krotnie wyższa niż u osób w wieku do 39 lat [13].

W omawianym przypadku chorej L.Z. rozpoznano raka jelita grubego w 8 mies. po porodzie. Wykonano częściową resekcję esicy z zespoleniem koniec do końca. Przebieg pooperacyjny był zadowalający. W ostatecznym badaniu patomorfologicznym potwierdzono obecność raka gruczołowego.

Postępowanie z ciężarną i położnicą po 45. roku życia wymaga szczególnego nadzoru. Musimy również pamiętać o zwiększonym ryzyku zachorowania na nowotwory w tej grupie kobiet. Należy również poddać pod rozwagę potrzebę stworzenia krajowego rejestru ciężarnych w zaawansowanym wieku, ze szczególnym uwzględnieniem odległych wyników położniczych i wystąpienia nowotworów złośliwych.

Piśmiennictwo

1. Coronado G, Marshall L, Schwartz S. *Complications in pregnancy, labor and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study*. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 764-9.
2. Korczyński J, Perenc M. *False positive maternal serum triple test results. An analysis of the reasons*. *Gynecol Endocrin* 1998, Vol. 12, Suppl. 2.
3. Korczyński J. *Uterine operations vs. myomas as risk factors during genetic amniocentesis*. 2nd PECO-EUCROMIC Conference on Prenatal Diagnosis, Budapest, Hungary, June 1-4, 1997.
4. Korczyński J, Kałużewski B. *Uterine myomas – clinical and technical problems during ultrasound guided amniocentesis*. 7th Int. Congress on Interventional Ultrasound, Copenhagen, Denmark, Sept. 1996; Abstracts: 45.
5. Korczyński J. *Dydrogesteron (Duphaston®) w profilaktyce powikłań w przypadkach amniopunkcji genetycznej*. *Gin Pol* 2000, 71, 8; 709-13.
6. Hanson FW, Happ R, Tennant F, et al. *Ultrasonography-guided early amniocentesis in singleton pregnancies*. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1376-83.

7. Davis JL, Ray Mazumder S, Hobel CJ, et al. *Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study*. *Obstet Gynecol* 1990; 75/1: 41-4.
8. Kurjak A, Kupesic, Urek S, et al. *Transvaginal color Doppler assessment of uteroplacental circulation in normal and abnormal early pregnancy*. *Early Hum Dev* 1992; 29: 385-9.
9. Rosati P, Bellati U, et al. *Uterine myoma in pregnancy: ultrasound study*. *Int J Gynecol Obstet* 1989; 28: 109-17.
10. Kałużewski B, Perenc M. *Prenatalna diagnostyka cytogenetyczna aberracji chromosomowych*. *Diagn Lab* 1997; 33: Supl. 1, 1-5.
11. Morssink LP, de Wolf BTHM, Kornman LH, et al. *The relation between serum markers in the second trimester and placental pathology. A study on extremely small for gestational age fetuses*. *Br J Obstet Gynaecol*, Aug 1996, Vol. 103: 779-83.
12. Kroman N, Wohlfart J, West Andersen K, et al. *Time since childbirth and prognosis in primary breast cancer: population based study*. *BMJ* 1997; 315: 851-5.
13. Nowacki M. *Rak jelita grubego. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych u dorosłych*. Krzakowski M (red). PUN, Warszawa 2003; 195-214.

Adres do korespondencji

dr n. med. **Jerzy Korczyński**
Klinika Ginekologii Onkologicznej,
Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ul. Paderewskiego 4
93-509 Łódź
tel. +48 42 689 54 41

