

GRAVIDITA A MYÓMY

Mikuláš Redecha, Karol Holomáň

Výskyt myómov maternice počas tehotnosti nie je presne známy - odhaduje sa na 2% všetkých tehotností. Pôrodník sa čoraz častejšie stretáva s tehotnou s myómom maternice, pretože sa priemerný vek rodiacich žien zvyšuje. Na základe súčasných poznatkov vieme žene s myómom maternice poskytnúť adekvátnu starostlivosť pred otehotnením a počas tehotnosti a vyhnúť sa možným komplikáciám, prípadne ich adekvátne liečiť. Článok podáva prehľad o vplyve myómov na fertilitu a graviditu a odporúčané postupy pri manažovaní ženy s myómom maternice pred graviditou a počas nej.

Kľúčové slová: myóm maternice, tehotnosť, komplikácie, prenatálna starostlivosť

PREGNANCY AND MYOMA

Exact incidence of uterine myoma in pregnancy is unknown - it is estimated around 2% of all pregnancies. Obstetrician faces myoma in pregnancy more often since the average age of the pregnant women rises. According to present knowledge we are now able to offer the patient with myoma adequate therapy before and during pregnancy, and avoid the possible complication resulting from myoma, and in case treat them properly. The article presents an overview of myoma influence on fertility and pregnancy, and guidelines in management of women with uterine myoma before and during pregnancy.

Key words: uterine myoma, pregnancy, complications, prenatal management

Gynekol. prax 2010; 8 (3): 135-137

Úvod

Myómy sú najčastejšími benígnymi nádormi tela maternice. Incidencia myómov maternice v populácii nie je presne známa, no so stúpajúcim vekom sa ich výskyt zvyšuje. Myóm maternice sa vyskytuje približne v 2% tehotností. Pôrodník sa bude čoraz častejšie stretávať s tehotnou pacientkou s myómom maternice a so všetkými komplikáciami s tým súvisiacimi⁽¹⁾.

Palpačné vyšetrenie v tehotnosti odhalí len 30% z celkového počtu myómov maternice. Efektívnosť palpačného vyšetrenia počas tehotnosti pritom závisí najmä od veľkosti myómu. Pri myómoch menších než 5 cm je záchytnosť menej ako 12,5%. Myómy nad 5 cm sa dajú palpačne zistiť vo viac ako 42%^(2,3). Pomocné vyšetrovacie techniky, najmä ultrazvukové vyšetrenie, sú preto dnes už nevyhnutnou súčasťou pri pátraní po myómoch maternice^(4,5).

Myóm a sterilita

Asi 40% žien s myomatózou maternice udáva problémy s fertilitou. Naproti tomu len 5% infertilných žien má diagnostikovaný myóm. V 2-3% prípadov je potom myóm dokázateľnou príčinou sterility. Samotný myóm je teda príčinou sterility len výnimočne. Za faktor sterility sa považujú myómy väčšie než 5 cm. Z hľadiska fertility je najzávažnejšia lokalizácia v oblasti cervixu a tubárneho ústia⁽⁴⁾. Existujú viaceré mechanizmy, ktorými myóm ovplyvňuje fertilitu. Väčšie submukózne uložené myómy deformujú dutinu maternice a znemožňujú fyziologický transport spermií a implantáciu vajíčka. Tá môže byť ovplyvnená aj zmenou štruktúry endometria v dôsledku tlaku a zmien prekrvenia maternice. Porušené endometrium nad myómom, jeho nepravidelný

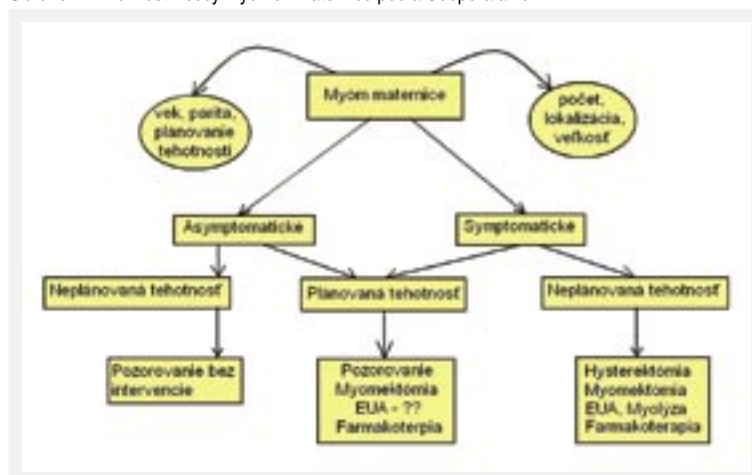
rast a porucha zrenia v proliferačnej fáze zhoršujú úspešnosť implantácie. Zmeny v miestnych parakrinných faktoroch zhoršujú podmienky pre spermie a embryo. Vývoj embrya po implantácii oplodneného vajíčka nad myómom môže byť v dôsledku poruchy prekrvenia narušený^(4,5).

Manažment pred otehotnením

Nie je presne jasné, ako postupovať pri liečbe myómu u pacientky, ktorá ešte plánuje tehotnosť. V literatúre sa neobjavujú randomizované štúdie zaoberajúce sa touto otázkou. Bolo navrhnutých viacero spôsobov, ako postupovať u pacientky s myómom maternice, plánujúcej tehotnosť (obrázok 1).

U sterilných žien bez inej verifikovanej príčiny sterility sa odporúča odstrániť myóm väčší než 4 cm. U pacientok s multifaktoriálnou príčinou sterility sa odstraňuje myóm veľkosti nad 7 cm alebo pri klinickej symptomatológii.

Obrázok 1. Možnosti liečby myómov maternice podľa Coopera a kol.⁽¹⁾



EUA - Embolizácia uterinných artérií

Metódou voľby je hysteroskopická resekcia myómu pri jeho submukózne lokalizácii. Po nej je zaznamenaný signifikantný nárast „live birth rate“. V prípade ponechania intramurálnych myómov sa tieto výsledky zhoršujú^(3,6).

Ak je myóm lokalizovaný v oblasti tela maternice je zvýšené riziko samovoľného potratu. Vzťah myómu a spontánneho potratu je však neistý. Platí to najmä pri solitárnom myóme. Ako podstatné sa zdá miesto nidácie plodového vajíčka vo vzťahu k uloženiu myómu. Hodnota potratového indexu u žien s myómom maternice je 7%. Pri mnohopočetnej myomatóze stúpa táto hodnota na 15%⁽⁷⁾.

Myomektómia znižuje riziko samovoľných potratov a zlepšuje pôrodnické výsledky. Platí to najmä pre myómy uložené subserózne a intramurálne. Po myomektómii potom klesá potratový index zo 41% na 19%⁽⁸⁾.

Správanie myómov počas tehotnosti

Myóm počas tehotnosti podlieha zmenám. Príčiny týchto zmien nie sú presne známe. V ultrazukovom obraze vidieť heterogénne a cystické štruktúry v myóme. Ich vznik pritom nie je podmienený rastom myómu. V I. trimestri tehotnosti sa tieto zmeny objavujú v 23% myómov a v II. trimestri v 32%. 70% žien so zmenenou echogenicitou myómu maternice následne zaznamenáva rozvoj abdominálnej bolesti v tehotnosti. Bolesť sa najčastejšie objavuje koncom II. a začiatkom III. trimestra. 11% tehotných s myómom maternice však pociťuje bolesť aj bez ultrasonografických zmien echogenity tumoru⁽⁹⁾.

Najčastejšou komplikáciou tehotnosti s myómom maternice sú degeneratívne zmeny myómu. Ich incidencia v tehotnosti je 10-25%. Vo väčšine prípadov ide o tzv. červenú nekrozu (hemoragický infarkt) myómu. Klinicky sa prejavuje náhle vzniknutou bolesťou v oblasti malej panvy, nauzeou, vracaním, zvýšenou teplotou. V laboratórnych vyšetreniach pozorovať leukocytózu. Predčasným pôrodom následne končí 13% týchto stavov. Pri takejto komplikácii postupujeme maximálne konzervatívne. Pri farmakologickej nevládnutelnom stave opisujú niektorí autori možnosť

myomektómie, ale len keď je myóm stopkatý a hrúbka stopky nepresahuje 5 cm⁽¹⁰⁾.

Vo všeobecnosti sa predpokladalo, že veľkosť myómu v tehotnosti narastá. Viacerí autori však dokázali, že to tak nie je. V I. a II. trimestri sa zmenšil objem myómu u 55,1% žien o 35%. Nárast objemu v priemere o 69% sa zaznamenáva u 44,9% žien. V II. a III. trimestri sa u väčšiny žien (75%) zmenšil objem myómu o 30%. U 25% žien sa však myóm zväčšil o 102%^(10,11).

Vplyv myómu na polohu plodu nie je jasný. Riziko malprezentácie plodu je 4-krát vyššie. Niektorí autori uvádzajú zvýšené riziko pri myómoch uložených retroplacentárne a v oblasti dolného segmentu maternice. Nie je však jasné, pri akej veľkosti myómu je toto riziko zvýšené^(10,12).

Manažment tehotnosti s myómom maternice

Tehotnosť s myómom treba považovať za rizikovú podľa veľkosti, počtu a umiestnenia myómov v maternici. Celkový výskyt myómov v tehotnosti sa odhaduje na 2%, z toho 10-30% tehotností je komplikovaných. Z hľadiska akútnych komplikácií predstavujú najväčšie riziko retroplacentárne uložené myómy (**obrázok 2**). Pri takejto lokalizácii myómu je zvýšené riziko predčasného odtoku plodovej vody, predčasného pôrodu a abrupcie placenty^(1,5,13).

Bolesť sa vyskytuje v 10-25% tehotností s myómom maternice. Pri tejto komplikácii je vhodné podávať v prvom rade nesteroidné antiflogistiká do 34. týždňa tehotnosti (t. t.). Pri neúspechu liečby sa odporúča podávanie opiátov.

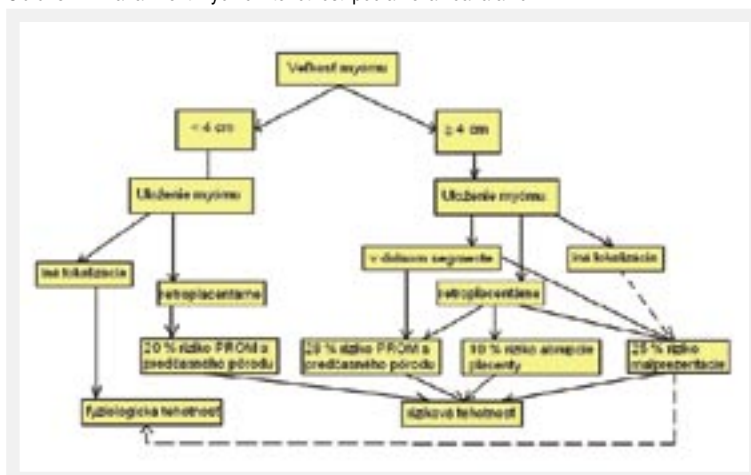
Myóm a pôrod

Tehotnosť komplikovaná prítomnosťou myómu maternice nesie so sebou zvýšené riziko predčasného pôrodu. Myóm s veľkosťou pod 3 cm nemá vplyv na riziko predčasného pôrodu. Pri myóme s veľkosťou pod 5 cm je 20% riziko predčasného pôrodu oproti tehotnej bez myómu. Riziko predčasného pôrodu pri myóme s veľkosťou nad 5 cm je 28%^(5,13).

Predčasný odtok plodovej vody a abrupcia placenty sa vyskytujú v tehotnosti s myómom maternice v 7,5-10,8%. Pri retroplacentárne uložených myómoch je toto riziko až 57% v porovnaní s 2,5% rizikom pri inej lokalizácii. Potrebne sú ďalšie štúdie na presné stanovenie rizika predčasného odtoku plodovej vody a abrupcie placenty v tehotnosti s myómom, pretože niektorí autori tieto súvislosti nepotvrdili^(7,14).

Tehotnosť s myómom maternice sa v termíne pôrodu častejšie ukončuje cisárskym rezom ako fyziologická tehotnosť. Súvisí to s abnormálnou polohou plodu, poruchou kontrakčnej činnosti maternice, predčasným odlučovaním placenty a so stavom po predchádzajúcej myomektómii. Pri myóme uloženom v dolnom segmente je 53% tehotností ukončených cisárskym rezom v porovnaní s 30,8% pri uložení v tele maternice^(15,16).

Obrázok 2. Manažment myómu v tehotnosti podľa Leva-Toaffa a kol.⁽⁷⁾



*možné degeneratívne zmeny

Pre riziko vzniku ruptúry maternice po myomektómii nie sú k dispozícii relevantné údaje, zdá sa však, že je veľmi nízke (do 1 %). Predstavuje asi 2 % zo všetkých ruptúr maternice bez ohľadu na to, či došlo pri myomektómii k prieniku do dutiny maternice. Pre relatívne nízke riziko ruptúry sa odporúča pristupovať k pôrodu po myomektómii tak ako k tehotnosti po predchádzajúcom cisárskom reze - snažiť sa viesť pôrod per vias naturales^(16,17).

Manažment pôrodu a šestonedelia

Pôrodné komplikácie sú v tehotnosti s myómom častejšie ako vo fyziologickej gravidite. K najčastejším patrí placenta accreta v mieste uloženia myómu alebo v jazve po myomektómii. Nepoznaná ruptúra maternice v mieste po myomektómii nie je veľmi častou, no o to závažnejšou komplikáciou. V šestonedelí hrozí zvýšené riziko nekrózy myómu maternice pre celkovo znížený krvný prietok maternicou⁽¹⁸⁾. To vytvára vhodné podmienky na anaeróbnu infekciu. Šestonedielka s myómom má 4 % riziko vzniku popôrodnej sepsy v porovnaní s 0,4 % rizikom u ostatných rodičiek. U týchto žien je preto vhodné zvážiť profylaktické podávanie antibiotík^(13,14,18).

Odporúčané postupy u žien s myómom maternice pred tehotnosťou a počas nej

1. U sterilných žien, bez inej verifikovanej príčiny sterility, treba odstrániť myóm väčší než 4 cm. U pacientok s multifaktoriálnou príčinou sterility odstrániť myóm väčší ako 7 cm alebo symptomatický myóm. Operačný prístup a technika je metódou voľby.

Literatúra

1. Cooper NP, Okolo S. Fibroids in pregnancy - common but poorly understood. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60 (2): 132-138.
2. Rein MS, Friedman AJ, Barbieri RI, et al. Cytogenetic abnormalities in uterine leiomyomata. *Obstet Gynecol* 1991; 77 (6): 923-936.
3. Muram D, Gilleson M, Walters JH. Myoma of the uterus in pregnancy: ultrasonographic follow-up. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138 (1): 16-19.
4. Gago A, Diamond MP. Myomas in pregnancy. In Tulandi T. *Uterine fibroids: Embolization and Other Treatments*. Cambridge University Press 2003; 57-64.
5. Mára M, Holub Z. *Ďeložní myomy*. 1. vyd. Praha: Grada 2009. 236 s.
6. Stovall DW, Parrish SB, Van Voorhis BJ, et al. Uterine leiomyomas reduce the efficacy of assisted reproduction cycles: results of matched follow-up study. *Hum Reprod* 1998; 13 (1): 192-197.
7. Lev-Toaff AS, Coleman BC, Arger PH, et al. Leiomyoma in pregnancy: sonographic study. *Radiology* 1987; 164 (2): 375-380.
8. Campo S, Campo V, Gambadauro P. Reproductive outcome before and after laparoscopic or abdominal myomectomy for subserous or intramural myomas. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 110 (2): 215-219.
9. Exacoutos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82 (5): 97-101.

2. Vplyv embolizácie uterinných artérií na fertilitu nie je presne známy (odporúčame prísne individuálne posudzovať každý prípad).
3. Tehotné s myómom možno sledovať ako fyziologickú graviditu do 36. týždňa (riziko komplikácií je nízke).
4. Tehotné s myómom nad 4 cm treba odoslať na vyššie pracovisko, a to najmä ak je myóm s touto veľkosťou lokalizovaný retroplacentárne alebo v oblasti dolného segmentu (riziko komplikácií je 10-30 %).
5. Spôsob pôrodu zvážiť podľa lokalizácie myómu, uloženia a stavu plodu v maternici.
6. U pacientky po myomektómii treba k spôsobu vedenia pôrodu pristupovať podobným spôsobom ako u pacientky po cisárskom reze.
7. Zvážiť profylaktické podanie antibiotík po pôrode (prevencia infekcie).

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Mikuláš Redecha
 II. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB
 Ružinovská 6, 826 06 Bratislava
 e-mail: mikulasredecha@yahoo.com

prof. MUDr. Karol Holomáň, CSc.
 II. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB

10. Katz V, Dotters DJ, Droegmueller W. Complications of uterine leiomyomata in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73 (4): 593.
11. Hammond AO, Asaad R, Berman J, et al. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? *J Minim Invasive Gynecol* 2006; 13 (5): 386-390.
12. Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM. Complications in pregnancy, labor and delivery with uterine leiomyomas: a population based study. *Obstet Gynecol* 2002; 95 (5): 764-769.
13. Rice JP, Kay, HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyoma in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160 (5): 1212-1216.
14. Davis JL, Ray-Mazumbder S, Hobel CJ, et al. Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1990; 75 (1): 41.
15. Neiger R, Sonek JD, Croom CS, et al. Pregnancy related changes in the size of uterine leiomyomas. *J. Reprod Med* 2006; 51 (9): 671-674.
16. Parker WH, Iacampo K, Long T. Uterine rupture after laparoscopic removal of a pedunculated myoma. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14 (3): 362-364.
17. Lieng M, Istre O, Langerbrekke A. Uterine rupture after laparoscopic myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11 (1): 92-93.
18. Plank K, Rusňák I, Gerincová K, a spol. Myómy a tehotnosť. *Gynekol prax* 2010; 8 (1): 15-18.