

Klinika Ginekologii AM w Gdańsku¹;
Department of Gynaecology of Medical University of Gdańsk, Poland
Klinika Położnictwa AM w Gdańsku²
Department of Obstetrics of Medical University of Gdańsk, Poland

DARIUSZ WYDRA¹, JANUSZ EMERICH¹, KATARZYNA CIACH², SAMBOR
SAWICKI¹, PIOTR MIELCAREK¹, MARCIN LIRO¹

Laparoscopic surgery of the ovarian cystic tumours

Laparoskopowe leczenie torbielowatych guzów jajnika

W dziedzinie ginekologii zabiegi laparoskopowe mają coraz szersze zastosowanie zarówno jako metoda diagnostyczna jak i operacyjna. Oczywiście korzyści laparoskopii to zmniejszenie urazu okołooperacyjnego, niska częstość powikłań oraz skrócenie czasu hospitalizacji (8, 9). Ciągłe udoskonalanie sprzętu endoskopowego oraz technik operacyjnych spowodowało, że zabiegi endoskopowe są skuteczną i powszechną metodą leczenia torbieli jajnika o niewielkich rozmiarach i łagodnym charakterze. Zmiany łagodne stanowią zdecydowaną większość (około 80%) wszystkich guzów jajnika (9). Pomimo ciągłego rozwoju metody diagnostyka przedoperacyjna nie pozwala na 100% wykluczenie nowotworu złośliwego, zatem kwalifikacja do zabiegu powinna być przeprowadzana z dużą ostrożnością.

Celem pracy jest analiza 182 przypadków guzów jajnika operowanych drogą laparoskopową.

MATERIAŁY I METODA

W okresie 1993-2003 roku analizą objęto 182 pacjentki operowane metodą laparoskopową w Klinice Ginekologii AM w Gdańsku z powodu guzów torbielowatych jajnika. Przed laparoskopią wszystkie pacjentki miały wykonane badanie ultrasonograficzne sondą przezbrzuszną 5 MHz i dopochwową 7 MHz, jak również oznaczone stężenie CA 125. Ostateczna kwalifikacja oraz decyzja o zakresie operacji podejmowana była w trakcie zabiegu endoskopowego po dokładnej makroskopowej ocenie zmiany oraz inspekcji jamy brzusznej.

Laparoskopię wykonywano na sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym stosując sprzęt firmy Storz. Troakar z torem wizyjnym wprowadzano w obrębie pierścienia pępkowego, dwa troakary z manipulatorami umieszczane były nadłonowo, kontrolę krwawienia uzyskano przy użyciu koagulacji mono- i bipolarniej oraz zakładając szwy pętlowe Vicryl 4.0. Jamę otrzewnej przepłukiwano po operacji roztworem 0,9% NaCl, a u pacjentek w wieku rozrodczym pozostawiano około 200 ml Dextranu 70 tys. jako profilaktykę przeciwzrostową. Uzyskany podczas operacji materiał przesyłano do śródoperacyjnego badania histopatologicznego.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Średni wiek operowanych pacjentek wynosił $26,6 \pm 8,7$ lat (od 9 do 52 lat). W badaniu ultrasonograficznym zobrazowano torbiele o średnicy od 25 do 170 mm, średnio $55,9 \pm 20$ mm. Poziom CA 125 wyniósł od 1 do 139 IU/ml, średnio 23,2 jednostki. U 20 pacjentek (10,9%) stężenie CA 125 było powyżej poziomu normy (od 36 do 139 IU/ml) - średnio $76,6 \pm 40,4$ jednostki.

Średni wiek pacjentek z podwyższonym stężeniem antygenu wyniósł $26,8 \pm 6$ lat i nie różnił się statystycznie znamienne od wieku pozostałych pacjentek. W tych przypadkach u 9 z 20 (45%) rozpoznano torbiele endometrialne. Średni okres pobytu w szpitalu po operacji wyniósł 4 dni.

Powikłania śródoperacyjne dotyczyły 8 chorych (4,4%): u 4 odma, u 4 krwawienie w trakcie wyłuszczenia zmiany. Powikłania pooperacyjne dotyczyły 1 pacjentki - ropień zagłębienia odbytniczomacicznego. Antybiotykoterapię śródoperacyjną zastosowano u 45 pacjentek (24,7%). Wskazanie stanowiła duża powierzchnia koagulacji. Rodzaje zabiegów laparoskopowych przedstawiono w tabeli nr 1. (Tab. 1)

U 14 chorych (7,7%) dokonano konwersji laparoskopii w laparotomię. Najczęstszą przyczynę stanowiły zrosty w obrębie otrzewnej (7 pacjentek), krwawienia (4 pacjentki), częściowo lity charakter guza (2 pacjentki), rozmiary guza (1 pacjentka).

Wszystkie operowane przez nas zmiany jajnika w ostatecznym badaniu histopatologicznym były zmianami niezłośliwymi (Tab. 2).

DYSKUSJA

Głównym problemem w operacjach laparoskopowych guzów jajnika jest brak możliwości całkowitego wyeliminowania podejrzenia złośliwości zmiany (1, 2, 5, 10) – dotyczy to stopnia I w klasyfikacji FIGO raka jajnika oraz raka jajnika o granicznej złośliwości. W tych sytuacjach przeprowadzenie laparoskopii zwiększa ryzyko rozsiewu nowotworowego pogarszając tym samym rokowanie (3). Obecnie stosowane przedoperacyjne metody diagnostyczne umożliwiają określenie charakteru guza z dużym prawdopodobieństwem, jednak częstość występowania zmian złośliwych podczas laparoskopii podawana w literaturze waha się w granicach 0,4 – 3,9 % (1, 6).

Istotnym elementem w endoskopowym leczeniu guzów jajnika jest prawidłowa kwalifikacja pacjentek do tego rodzaju zabiegu, umożliwiającą wyeliminowanie jak największej ilości przypadków raka jajnika. Jednym z branych pod uwagę kryteriów doboru jest wiek pacjentek. W wieku przedmenopauzalnym częstość występowania raka jajnika gwałtownie rośnie. Począwszy od przedziału 40-44 lata gdzie częstość występowania raka jajnika wynosi 15,7/100000 częstość procesu nowotworowego rośnie z wiekiem – powyżej 50 roku życia wynosi już 35/100000 (9). Wykonanie laparoskopii jest wskazane u kobiet młodych – ze względu na jej walory zachowawcze oraz małe ryzyko występowania zmian o charakterze złośliwym. W analizowanym materiale tylko trzy operowane pacjentki miały więcej niż 50 lat.

Jednym z podstawowych badań w diagnostyce guzów jajnika jest ultrasonografia, głównie metoda przezpochwowa. Pozwala ona na dokładną ocenę zmiany i możliwość określenia charakteru guza z bardzo dużym prawdopodobieństwem (6, 9). Leczenie endoskopowe może być przeprowadzone u pacjentek, u których w obrazie sonograficznym występują cechy guzów łagodnych oraz brak jest wykładników procesu złośliwego (4, 6, 8).

Stężenie CA 125 ma ograniczoną wartość przy kwalifikacji pacjentek z guzem jajnika do laparoskopii. Wartość predykcyjna antygenu CA 125 potwierdzająca raka jajnika u kobiet w wieku przedmenopauzalnym jest niska i wynosi około 36%. W grupie pacjentek z rakiem jajnika w stopniu IA stężenie CA 125 może być w normie nawet w 50% przypadków (6).

Ostateczna decyzja o laparoskopowym usunięciu torbielowatego guza jajnika podejmowana zostaje zawsze po makroskopowej ocenie jajników oraz po dokładnej inspekcji pozostałych narządów jamy brzusznej. Obecnie, aby zminimalizować ryzyko rozsiewu ewentualnego procesu nowotworowego, zmianę usuwa się w całości.

Przy podejrzanym wyglądzie zmiany lub zaawansowanym wieku pacjentki wskazane jest usunięcie całego jajnika. Materiał zawsze przesyłany jest do śródoperacyjnego badania histopatologicznego. W przypadku uzyskania rozpoznania nowotworu złośliwego natychmiast powinna być przeprowadzona laparotomia i wykonana operacja odpowiednia do stopnia zaawansowania zmiany. Endoskopowe leczenie guzów jajnika powinno odbywać się w ośrodkach gdzie możliwe jest wykonanie śródoperacyjnego badania histopatologicznego oraz zabiegu onkologicznego.

W postępowaniu pooperacyjnym przyjęto zasadę włączania antybiotykoterapii u wszystkich pacjentek, u których podczas zabiegu doszło do elektrokoagulacji na znacznej powierzchni (3, 4, 7). W efekcie w analizowanych przypadkach opisaliśmy tylko jedno poważne powikłanie (objawy zapalenia otrzewnej).

WNIOSKI

1. Laparoscopia jest optymalną metodą leczenia łagodnych, torbielowatych guzów jajnika u kobiet w okresie przedmenopauzalnym, jednak w każdym przypadku konieczna jest wnikliwa diagnostyka niezbędna do wyeliminowania zmian o charakterze złośliwym.

PIŚMIENNICTWO

1. Buquet RA, Amato AR, Hung GB. Is preoperative selection of patients with cystic adnexal masses essential for laparoscopic treatment? *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6: 477-81.
2. Canis M, Manhes H. Management of adnexal masses: role and risk of laparoscopy. *Semin Surg Oncol* 2000; 19: 28-35.
3. Homa T, Zdebski Z. Operacje laparoskopowe potworków dojrzałych jajnika. *Gin Pol* 1995; 66: 80-4.
4. Kamiński P, Szymański R. Laparoskopowe leczenie torbieli jajnika. *Gin Pol* 1995; 66: 114-7.
5. Malik E, Bohm W, Stoz F. Laparoscopic management of ovarian tumours. *Surg Endosc* 1998; 12: 1326-33.
6. Marana R, Muzii L, Catalano GF et al. Laparoscopic excision of adnexal masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11: 162-6.
7. Mettler L, Jacobs V, Brandenburg K. Laparoscopic management of 641 adnexal tumors in Kiel, Germany. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001; 8: 74-82.
8. Querleu D, Leblanc E, Ferron Get al. The role of laparoscopy in ovarian carcinoma *Rev Prat*. 2004; 54: 1791-4.
9. Szyłło K, Kolasa F. Operacje laparoskopowe guzów przydatków *Gin Pol* 1995; 66: 255-8.
10. Ulrich U, Paulus W. Laparoscopic surgery for complex ovarian masses. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000; 7: 373-80.

STRESZCZENIE

Zabiegi endoskopowe są skuteczną i coraz powszechniejszą metodą leczenia torbieli jajnika o niewielkich rozmiarach i łagodnym charakterze - zmiany te stanowią zdecydowaną większość (około 80%) wszystkich guzów jajnika. Analizie poddano przypadki 182 pacjentek operowanych metodą laparoskopową w okresie od 1993 do 2003 roku w Klinice Ginekologii AM w Gdańsku z powodu guzów torbielowatych jajnika. Przed laparoskopią wszystkie pacjentki miały wykonane badanie ultrasonograficzne sondą przezbrzuszną i dopochwową oraz oznaczony stężenie markera CA 125. Ostateczna kwalifikacja oraz decyzja o zakresie operacji podejmowana była w trakcie zabiegu endoskopowego po dokładnej makroskopowej ocenie guza oraz inspekcji jamy brzusznej. Stężenie CA 125 wynosiło w badanej grupie od 1 do 139 (IU/ml) Wśród 182 operowanych pacjentek wykonano: usunięcie przydatka u 3 pacjentek (1,65%), wyluszczenie torbieli jajnika u 92 pacjentek (50,6%), wycięcie torbieli jajnika u 52 pacjentek (28,57%), wyluszczenie torbieli okołojajnikowej u 14 pacjentek (7,7%), wycięcie torbieli okołojajnikowej u 21 pacjentek (11,5%). Otrzymano rozpoznanie histopatologiczne: cystis serosa ovarii (41,8 %), cystis paraovarialis (11,5%), cystis endometrialis (21,4%), cystis dermoidalis (5,5%), cystis follicularis (9,9 %), cystis corporis lutei (9,9 %). Laparoscopia jest optymalną metodą leczenia łagodnych, torbielowatych guzów jajnika u kobiet w okresie przedmenopauzalnym, jednak w każdym przypadku konieczna jest wnikliwa diagnostyka niezbędna do wyeliminowania zmian o charakterze złośliwym.

ABSTRACT

The aim of the study was to analyse the histological type of the ovarian cysts, the kind of performed laparoscopic procedures and to evaluate the incidence of malignant lesions in laparoscopic surgery in patients with ovarian cystic tumours. We analysed 182 cases of patients with diagnosed ovarian cysts treated laparoscopically in the Department of Gynecology of Medical University of Gdańsk in the years 1993 – 2003. Preoperative assessment included the ultrasound examination and the CA 125 serum level. The ultimate qualification and decision about the extent of the operation was undertaken after macroscopic inspection of the ovarian lesion and the abdominal cavity. All removed lesions were sent to the pathological examination. The mean age of patients was $26,5 \pm 8,7$ years, the mean diameter of the cysts was $55,9 \pm 20$ mm (range 25-170 mm). The mean CA 125 serum level was 23,2 IU/ml. The cysts were removed within the limits of macroscopically unchanged tissue. Only in 3 patients we performed adnexectomy. In 20 cases (11,5%) we excised paraovarial cyst. 14 patients (7,7%) underwent subsequent laparotomy because of: multiple adhesions (7 cases), intraoperative bleeding (4 cases), large or solid tumor (3 cases). The histologic diagnosis of the treated tumors were: seroid cysts (41,8%), paraovarial cysts (11,5%), endometrial cysts (21,4%), follicular cyst (9,9%), dermoid cyst (5,5%), luteal cyst (9,9%). We did not describe any malignant ovarian tumours during laparoscopic surgery. Laparoscopic surgery is valuable method for treating premenopausal women with ovarian cysts. Because of the risk of presence of malignant lesions the qualification for the laparoscopy should be very careful, supported by ultrasound examination.

Tab. 1 Rodzaj wykonanych zabiegów

Rodzaj zabiegu	Ilość pacjentek	%
Adnexectomy	3	1,7%
Enucleatio cystis ovarii	92	50,6%
Excisio cystis ovarii	52	28,6%
Enucleatio cystis paraovarialis	14	7,7%
Excisio cystis paraovarialis	21	11,5%
Łącznie	182	100 %

Tab. 2 Rozpoznanie histopatologiczne.

Rozpoznanie histopatologiczne	Ilość	%
Cystis serosa ovarii	76	41,8 %
Cystis paraovarialis	21	11,5 %
Cystis endometrialis	39	21,4 %
Cystis dermoidalis	10	5,5 %
Cystis follicularis	18	9,9 %
Cystis corporis lutei	18	9,9 %
Łącznie	182	100 %