

ILEUS UZROKOVAN VELIKIM CISTADENOMOM JAJNIKA

¹Koji} S., ²Bubanovi} I.,³Bo`i} P.,⁴Pop-Trajkovi} Z.

¹Ginekolo{ko-aku{esko odeljenje-Zdravstveni centar Para}in, ²Ginekolo{ko-aku{ersko odeljenje-Zdravstveni centar Gnjlane, ³Odsek za patologiju-Zdravstveni centar]uprija, ⁴Ginekolo{ko-aku{erska klinika-KBC Ni{

SA@ETAK

Benigni tumori jajnika su relativno ~esta indikacija za operativno le~enje. Prikaz na{eg slu~aja se odnosi na, u dana{nje vreme neobi~no veliki cisti~ni, obostrani tumor jajnika koji je zbog svoje veli~ine i pritiska na creva proizveo relativno retku komplikaciju u smislu subokluzije creva koja je ubrzo prerasla u ileusno stanje {to je zahtevalo neodlo`nu hirur{ku intervenciju.

UVOD

Tumori kao {to su serozni i mucinozni cistadenomi spadaju u epitelne tumore jajnika. Postoji mi{ljenje da epitelni tumori jajnika spadaju u istu histogenetsku grupu kao i epitelni tumori jajovoda i endometrijuma, ali ova mogu}nost je nedovoljno dokazana. Osim mogu}nosti da cistadenomi jajnika poti~u od germinalnog epitela jajnika, jedan broj autora zastupa mi{ljenje da ovi tumori mogu poticati od epitela usa|enog u stromu jajnika posle rupture folikula. U svakom slu~aju, za formiranje cistadenomatoznog tumora jajnika neophodna je metaplasti~na transformacija epitelnih }elija i po~etak sekrecije serozne i/ili mucinozne te~nosti (1,2,3).

Cistadenomi ~ine oko 25% benignih tumora jajnika. Ovi tumori se mogu dijagnostikovati u svakom uzrastu ali su naj~e{}i u ~etvrtoj i petoj deceniji `ivota, dok se u svega 15% slu~ajeva mo`e sresti obostrani cistadenom jajnika. Makroskopski se klasifikuju kao cisti~ni, papilarni i adenofibromatozni. [upljina benignih cistadenoma jajnika mo`e biti ispunjena seroznom, sero-hemoragi~nom ili mucinoznom te~no{}u. Serozni cistaednomi su naj~e{}e unilokularne ciste, dok mucinozni cistadenomi mogu biti manje ili vi{e septirani. Maligni serozni tumori jajnika ~ine oko 40-50% svih malignih tumora jajnika i u 65% slu~ajeva su bilateralni. Od svih mucinoznih cisti~nih tumora jajnika oko 80% je benignog, 15% grani~nog i 5% malignog histolo{kog gradusa (1,2,4).

Mikroskopska slika seroznih cistaednoma je tipi~na i karakteri{e se papilarnim i `lezdanim formacijama u fibroznoj stromi. Epitel je jednoredni, spljo{ten, ponekad kubi~an, tubarnog tipa sa bazalno postavljenim jedrima (slika 1). Mikroskopski nalaz mucinoznih cistadenoma je karakteristi~an po tome {to epitel zida ciste ~ini jedan sloj stubi~atih }elija ispunjenih mucinom, sa bazalno postavljeni jedrima. Peharaste }elije su ~este, dok se Panetove }elije mogu videti relativno retko (slika 2) (2,5).

Serozni i mucinozni cistadenomi mogu da narastu do enormnih razmera bez razvijanja zna~ajnije simpotomatologije osim ose}aja te`ine i nelagodnog unutra{njeg pritiska pri te`em fizi~kom radu u pognutom polo`aju, br`em kretanju ili pri le`anju na

le|a. Me|utim, cistadenomi jajnika se mogu komplikovati u nekoliko pravaca i u zavisnosti od vrste komplikacije i veli-ine tumora mogu proizvesti i te`e oblike klini-ke slike, pa ~ak i urgentna stanja sa neodlo`nom hirur{kom intervencijom (2).

Naj-e{}e komplikacije cisti-nih tumora jajnika su:

1. Torkvacija peteljke tumora ili ~itavog adneksalnog kompleksa, {to je pra}eno razvijanjem akutnog abdomena.

2. Ruptura kapsule cisti-nog tumora pra}ena krvarenjem i izlivanjem sadr`aja u trbu{nu duplju. U slu~aju izlivanja muciniznog sadr`aja vremenom se razvija pseudo-miksom peritoneuma.

3. Inficiranje sadr`ine cisti-nog tumora, sa abscesnom transformacijom.

4. Maligna alteracija tumora i razvijanje seroznog ili mucinoznog cistadeno-karcinoma.

5. Razvijanje priraslica i vaskularnih anastomoza sa okolnim organima zbog hipotrofi-nih procesa na kapsuli tumora, naj-e{}e sa omentumom i crevima.

6. Pritisak na creva i razvijanje subileusnih kriza i ileusa.

PRIKAZ SLU^AJA

Pacijentkinja se javila na pregled kod hirurga zbog bolova u stomaku, ose}aja nadutosti, mu~nine, povra}anja i opstipacije koja traje 4-5 dana. Na hirur{ko odeljenje je primljena pod dijagnozom *TU abdominis per magnus, Ileus*, zatra`ena je konsultacija i pregled ginekologa, posle ~ega je pacijentkinja prevedena na ginekolo{ko odeljenje.

Pedesetogodi{nja pacijentkinja navodi period amenoreje od 5 godina, prvu menstruaciju dobila u 14. godini. Menstruacije su uglavnom bile uredne po trajanju, ritmi~nosti i obilnosti krvarenja. Navodi 2 vaginalna poro|aja i 1 namerni prekid trudno}e. Veli-inu stomaka tuma-i dobrim apetitom i pove}inim unosom hrane u zadnjih 6 meseci.

Ginekolo{kim pregledom nalazi se vulva pluripare, porcija ba~vastog oblika sa popre~no razvu~enim spolja{njem u{}em, vagina prolazna za dva prsta. Materica u retroverziji-fleksiji, pipa se samo unutra{njom rukom kroz svod vagine. Malu karlicu ispunjava tumorska masa koja dose`e do sredine rastojanja pupak-ksifoideus, sa nekoliko oblih kontura koje postepeno prelaze jedna u drugu, tvrdo-elasti~ne konzistencije. Tumor je pokretan u svim pravcima, bolno neosetljiv na palpaciju i pokretanje. Polazi{te tumora nije mogu}e jasno izdiferencirati.

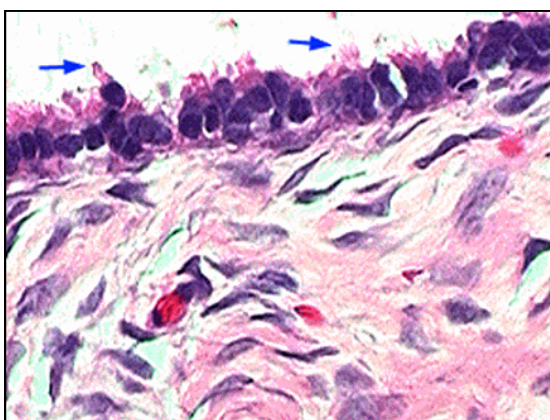
Pacijentkinja je subfebrilna, blede ko`e i suvih sluzoko`a, ose}a stalnu mu~ninu i nagon na povra}anje, upla{ena je i zabrinuta. TA=100/60, puls ubrzan i filiforman, disanje eupnoi~no, temperatura 37,7C°.

Ultrazvu~nim pregledom (vaginalnom sondom) prikazuje se multilokularni tumor, hiperehogenih zidova i hipoehogene sadr`ine, sa pojedinim poljima hiperehogene unutra{njusti. Zbog veli-ine tumora nije bilo mogu}e precizno izmeriti njegove dimenzije niti odrediti njegovo polazi{te (slika 3). U trbuhu i Douglasovom prostoru nema slobodne te~nosti.

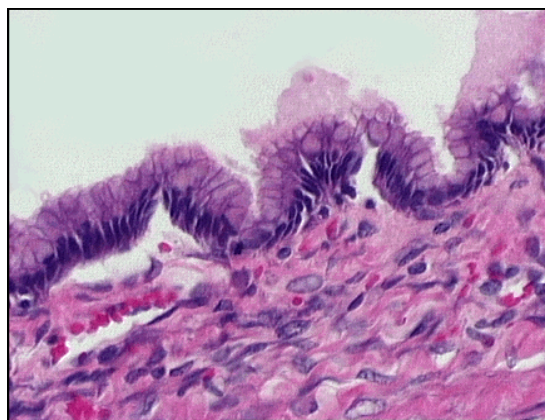
Zbog ileusnog stanja koje se razvijalo kod pacijentkinje postavljena je indikacija za hitnu laparotomiju i operativno le~enje.

Operativni nalaz: Trbuh je otvoren donjom srednjom laparotomijom koja je produ`ena paraumbilikalno. Nakon otvaranja trbu{nog zida nailazi se na tumor, sjajne, napete svetle kapsule kroz koju se nazire tamni sadr`aj. Ulazi se rukom u trbuh, izvr{i eksploracija okoline tumora i nakon {to je utvr}eno da nema priraslica tumor se luksira

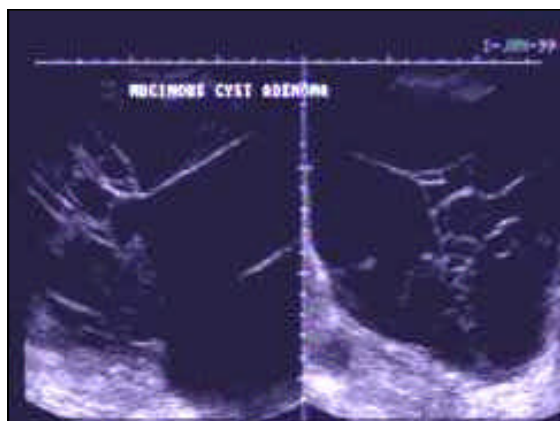
prema napred i rodi na prednji trbušni zid. Nakon toga se klemuje peteljka lig. susp. ovarii, preseca i podvezuje. Desni jajnik transformisan u unilokularnu seroznu cistu, glatke i prozirne kapsule, bistrog žutkastog sadržaja. Lig. susp. ovarii se takođe klemuje, preseca i podvezuje. S obzirom da je pacijentkinja bila u menopauzi i da je na ostacima tkiva levog jajnika nađeno još nekoliko cistićine od 0,5 do 1 cm, odlučili smo se da operaciju završimo totalnom histerektomijom sa obostranom adnektomijom. Tanko crevo hiperemično i distendirano gasovitim sadržajem. Za vreme operacije aplikuje se nazo-gastrična sonda, eksploriše peritoneum, omentum, palpiraju para-aortalne i ilijalne limfne čvorove. Uzme se bris za citološki pregled sa peritoneuma Douglasa i dijafragme, kao i bris sa fimbrijalnog aparata levog jajovoda. Na kraju, trbušna duplja se zatvori po slojevima.



Slika 1. Cistadenoma serosum ovarii (HE, 100X)



Slika 2. Cystadenoma mucinosum ovarii (HE, 100X)



Slika 3. Ultrazvučni prikaz cističnog tumora male karlice kod naše pacijentkinje



Slika 4. a) Sero-mucinozni cistadenom, b) uterus, c) serozni cistadenom

Postoperativni tok uredan, pacijentkinja je svo vreme afebrilna, peristaltiku dobila drugog postoperativnog dana, a stolicu četvrtog. Rana zarasla per primam int., konci skinuti sedmog i osmog postoperativnog dana.

Makroskopskim pregledom preparata sa levog jajnika nalazimo trokomorni cisti-ni tumor tankih zidova, elipsastog oblika domenzija 20x30 cm, te`ine 5,5 kg. Dve komore tumora ispunjene sero-hemoragi-nim sadr`ajem, dok je jedna komora ispunjena bistrim mucinoznim sadr`ajem. Unutra{nja povr{ina kapsule mestimi~no naborana papilarnim ekrescijama i fibromatoznim zadebljanjima, narao~ito u sero-hemoragi-nim komorama. Cisti~ni tumor sa desnog jajnika je ovalnog oblika, prozirne kapsule, promera oko 8 cm, ispunjen seroznima sadr`ajem (slika 4).

Histopatolo{kim pregledom: *Cystadenoma sero-mucinosum papillare ovarii lat. sin., Cystadenoma serosum ovarii lat. dex.* (slika 1 i 2). Citolo{kim pregledom uzetih briseva sa peritoneuma i jajovoda nisu na|ene maligne }elije.

DISKUSIJA I ZAKLJU^AK

U starijim radovima nije bilo neobi~no sresti prikaze slu~ajeva benignih tumora jajnika koji su po dimenzijama i te`ini prema{ivali tumor prikazan u ovom radu. Faktori koji su doprineli smanjenju incidence velikih benignih tumora i njihovih komplikacija su relativno ~esti ultrazvu~ni pregledi, kao i blagovremena farmakolo{ka i hirur{ka terapija.

Komplikacije benignih tumora jajnika poput ileusa su skoro isklju~ivo rezervisane za tumore ve}ih dimenzija ili benigne tumore koji su razvili priraslice sa okolnim organima. Komplikacije benignih tumora manjih dimenzija su uglavnom u smislu torkvacije peteljke tumora ili celog adneksalnog kompleksa. Maligna alteracija, ruptura tumora ili infekcija i abscediranje tumora mogu zahvatiti tumore svih dimenzija (2).

I pored ~injenice da svaki tumor jajnika treba, u dijagnosti~kom smislu, tretirati kao maligni tumor ({to podrazumeva dopler ehografiju vaginalnom sondom, skrining tumor markera, citolo{ki pregled }elija pertonealnog ispirka, ascita, brisa peritoneuma Douglasovog {paga, dijafragme, ostijuma tube i sl.), benigni tumori jajnika mogu biti predmet hitne hirur{ke intervencije, bez vremenskog prostora koji bi omogu}io protokolarni skrining na mogu}i malignitet tumora jajnika (6).

LITERATURA

1. Opri} M., Petkovi} S. Ginekolo{ka onkologija. Zavod za ud`benike i nastavna sredstva, Beograd, 1996, 158-165.
2. Cotran R.S., Kumar V., Robbins S.L. In: Robbins Pathologic Basis of Disease. 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1994, 1066-1068.
3. Martinez-Onsurbe P., Ruiz Villaespesa A., Sanz Anquela J.M., Valenzuela Ruiz P.L. Aspiration cytology of 147 adnexal cysts with histologic correlation. Acta Cytol 2001; 45(6):941-947.
4. Dietl J., Buchholz F., Stoll P. Ovarian surface epithelium and its histogenic relation to ovarian cancer Geburtshilfe Frauenheilkd 1986; 46(9):561-566.
5. Rouanet J.P., Maubon A., Juhan V., Meny R., Salanon A.P., Daclin P.Y. Imaging of benign ovarian tumors. J Radiol 2000; 81(12):1823-1830.
6. Protokoli le~enja malignih bolesti i organizacija zdravstvene slu`be. 09.11.2001. Beograd.