

## ХИСТЕРЕКТОМИЈА И ГЕСТАЦИЈСКА ТРОФОБЛАСТНА БОЛЕСТ

Релић Г.<sup>1</sup>, Богавац М.<sup>2</sup>, Влашковић Р.<sup>3</sup>, Јакшић З.<sup>3</sup>, Закић С.<sup>3</sup>, Рајовић Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Гинеколошко-акушерска клиника, Медицински факултет Приштина, Косовска Митровица

<sup>2</sup>Клинички центар Нови Сад, Клиника за гинекологију и акушерство, Нови Сад

<sup>3</sup>Одељење за гинекологију и акушерство, Здравствени центар Косовска Митровица

## HYSTERECTOMY AND GESTATIONAL TROPHOBLAST DISEASE

Релић Г.<sup>1</sup>, Богавац М.<sup>2</sup>, Влашковић Р.<sup>3</sup>, Јакшић З.<sup>3</sup>, Закић С.<sup>3</sup>, Рајовић Б.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Gynecology and Obstetrics, Medical faculty Priština, Kosovska Mitrovica

<sup>2</sup>Clinical Center Novi Sad, Department of Obstetrics and Gynecology, Novi Sad

<sup>3</sup>Department of Gynecology and obstetrics, Health centre Kosovska Mitrovica

### SUMMARY

Although nowadays is importance of surgery as primary method of gestational trophoblast disease treatment smaller than earlier, appliance of the surgical procedure is still valuable addition to the modern therapy of these diseases. We present a patient with mola hydatidosa where hysterectomy had been done as operative way of this disease treatment.

**Key words:** Hysterctomy, Gestational trophoblast disease.

### САЖЕТАК

Иако је значај хирургије као примарног метода лечења гестаацијских трофобласних болести у данашње време мањи него раније, примена хируршких поступака остала је вредна допуна модерној терапији ових обољења. Приказујемо болесницу са молем хидатидозом код које је урађена хистеректомија као оперативни начин лечења обољења.

**Кључне речи:** Хистеректомија, Гестаацијска трофобластна болест.

### УВОД

Хистеректомија као метода у лечењу гестаацијских трофобласних болести (моле хидатидозе, инвазивне моле, хориокарцинома, тумора плацентног лежишта) је индикована у појединим посебним случајевима код старијих жена (изнад 40 година), које не желе сачувати своју репродуктивну способност, посебно уколико нема одговора на хемотерапију и ако је тумор ограничен само на материцу (2,3,4).

Хируршки третман метастатских жаришта резистентних на хемотерапију, обично код хориокарцинома подразумева:

1. торакотомију која је обично ограничена на ресекцију плућних лезија резистентних на хемотерапију;

2. краниотомију која се изводи једино ради смањивања интракранијалног притиска, комбинована са хемотерапијом, операција отклањања ограничене лезије, спроводи се само код пацијенткиња са прогресивном неуролошким погоршањем;

3. хируршки третман уретралних опструкција;

4. ресекцију танког или дебелог црева, ради контроле тешког крварења;

5. изузетно ретко отклањање некротичних маса метастаза у јетри ради спречавања, крварења, али се избегава.

Оперативни третман задржава примарну улогу једино у случају трофобласног тумора плацентног лежишта, као ентитета резистентног на терапију. Осим тога, оперативни третман има важну улогу код трофобласних болести резистентних на хемотерапију (4,5,6,7).

### ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

Пацијенткиња Б.А 1950. г., радница из Грачанице, примљена на гинеколошко одељење Здравственог центра у Косовској Митровици 2001. г. под дијагнозом: Metrorrhagia prolongata recidivans, uterus myomatousus. Пацијенткиња се жалила на болове у доњем делу трбуха и на продужено крварење, дуже од десет дана. Ординирајући лекар гинеколог из дома здравља је прописао терапију утеротоничима, али се крварење и даље наставило.

Анамнестички наводи слабост, маласкалост, губитак радне способности као и изостанак менструације.

Лична анамнеза: менарха у 15 години, менструације неуредне, јављају се у задњих неколико година на сваких 22-29 дана, обилније и трају по десетак дана.

У анамнези наводи пет порођаја и петеро деце од којих је троје хендикепирано (ментално ретардирано). Имала је два спонтана побачаја у петом и седмом месецу гестације. Негира алергију на лекове, претходна обољења и оперативне захвате. На пријему свесна оријентисана у простору времену и према личностима, афебрилна, еупноична, грацилније конституције и слабије ухрањена. Абдомен у равни грудног коша слабије респираторно покретан, осетљив на дубоку палпацију.

Гинеколошки налаз: грлић дужине око 1,5 цм, затворен, утерус величине веће мушке песнице. Аднекса обостарно палпаторно болно осетљива. Крвари из утеруса.

Ултразвучни налаз: утерус увећан. У шупљинама материце типичне везикуларне текстуре које се из-



**Слика 1.** - Уздужни пресек мајерице са тийичним моларним ткивом.



**Слика 2.** - Моларно ткиво испуњава кавум мајерице у целини. Видљива местиа у кавуму утеруса са јаче израженим крварењем

мењују са анехогеним зонама, вероватно због кумулиране крви и дегенеративних промена у тумору. Урађен бета HCG, Rtg-снимак срца, плућа и главе.

Будући да се крварење наставља и поред ординираних утеротоничке и антибиотске терапије а с обзиром на претходни позитиван налаз бета HCG-а и чињеницу да пацијенткиња не планира трудноће одлучује се за оперативно одстрањење материце.

Оперативни налаз: након увођења у општу анестезију, уради се рез у медијалној линији у дужини од 10 цм. Абдомен се отвара по анатомским слојевима. Црева се изолују стерилном меком компресом. Наилази се на увећану материцу, која је величине мушке песнице, модра, мекше конзистенције, прожета крвљу, глатка. На пресеку (који је урађен на препарату постоперативно), постоји издашно моларно ткиво карактеристичног изгледа. Приступа се оперативном одстрањењу материце. Постоперативан ток протиче уредно. Скинути конци, рана зарасла пер примам. Пацијенткиња отпуштена десетог дана уз савет за периодичне контроле посебно праћење бета HCG као и осталих анализа.

Патохистолошки налаз је одговарао инвазивној хидатидној моли (плитка инфилтрација миометријума без малигне алтерације.

## ДИСКУСИЈА

Данас се класична клиничка слика моле ређе среће, јер се поремећаји у развоју оплођене јајне ћелије откривају знатно раније захваљујући широкој примени ултразвука.

Међутим, гестациске трофобласне болести, као и сва малигна обољења се налазе, према извештајима бројних аутора у сталној експанзији. Ово је нарочито изражено у средини која је последњих година била изложена већим и значајним дозама зрачења (остећење озонског омотача, контаминација земљишта и вода радиоактивним материјама), посебно присутно на подручју наше покрајине (7,8,9).

Оперативне технике за евакуацију моларне трудноће укључују киретажу, хистеректомију и ретко хис-

теротомију. Сукциона киретажа се спроводи ради евакуације интактне моле или инкомплетног абортуса, док се хистеректомија врши у интактне моле у пацијенткиња старијих од 40 година, трофобласног тумора плацентног лежишта, због перфорације утеруса, када није потребно очувати репродукцијску способност, код неконтролисаног крварења, у случајевима перзистентног трофобласног тумора резистентног на хемотерапију. Хистеректомија се спроводи истовремено са хемотерапијом или након хемотерапије (1,2,8,9).

Треба имати у виду да је Здравствени центар у Косовској Митровици референтна установа за читав преостали српски живаљ са подручја покрајине. Ово се односи и на становништво, са оних подручја, које је и међународна заједница означила да су била највише изложена дејству радиоактивних материја. Зато већи број случајева трофобласних тумора регистрована у нашем центру у овом кратком временском периоду у односу на укупан број порођаја имају свој значај. Напомињемо, да је укупно током 2001 године било 422 порођаја у нашем здравственом центру. У уводном делу смо већ навели да се учесталост моле у Европи креће 1:1500 до 1:2000 новорођенчади (8,9,11).

Основни циљ рада био приказивање оперативног третмана гестациских трофобласних болести, које спадају у групу релативно ретких обољења у нашој земљи и свету. Поред тога, имајући у виду да је инциденција појављивања ових релативно ретких обољења на нашем подручју велика (у односу на укупан број порођаја) и временски период њиховог дешавања (период након НАТО бомбардовања), узели смо обавезу да извршимо даље праћење ових обољења на нашем терену.

## ЗАКЉУЧАК

Хистеректомија је индикована у лечењу трофобласних болести у појединим посебним случајевима, код старијих жена (изнад 40 година), које не желе сачувати своју репродуктивну способност. Посебно уколико нема одговора на хемотерапију и ако је тумор ограничен само на материцу.

Ова интервенција је понекад ипак нужна због перфорације материце и интраперитонеалног крварења. Хистеректомија није индикована као примарна терапија гестациских трофобласних тумора (посебно хориокарцинома) јер постоји опасност од дисеминације процеса.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Szulman EA, Buchsbaum JH. Gestational Trophoblastic Disease, Clinical Perspectives in Obstetrics and Gynecology, Spinger-Verlag New York 1987.g.
2. Petronijević A., Kesić V., Petronijević M. Gestacijske trofoblastne bolesti drugo izmenjeno i dopunjeno izdanje, Univerzitet u Beogradu., Medicinski fakultet, 1995.g.
3. Lindor NM, Ney JA, gaffez Ta, Jeniks RB, Thibodeau SN, dewald G W.A genetic rev. of complete and partial hydatiform moles and nonmolar triploidy. Mazo Clin Proc 1992, 791-799.
4. Dinulović DS, Opstetricija, Beograd, 1996, 522-540.
5. Šimunić V. i sar: Ginekologija med. bibl. Sveuciliste Zagreb, 2001, 388-395.
6. Heller DS, Gestational trophoblastic disease. U: Lewis SH, Perrin E, ur.pathology of the placenta. Churchill Livingstone, New York, 1999;
7. Prokić-Rudić N.: Molarna trudnoća u Petković S.. Ginekologija, elit Medica, Beograd 2004; 464-468.
8. Berkowitz RS, Goldstein DP. Gestational Trophoblastic Disease. Cancer 1995; 76 (10 suppl).
9. Altaras MM, Rosen DJ, Ben Nun I, Aviram R, Bernheim J, Beyth Y. Hydatiphorm mole coegsisting with a fetus in twin gestation following gonadotrophin induction of ovulation. Human Reprod 1992; 7(3).
10. Lurain JR, Casanova LA, Miller DS, rademaker AW. Prognostic factors in gestational trophoblastic tumors: aproposed new scoring system based on multivariate analysi. Am J. Obstet Gynecol. 1991; 164 (2).
11. Smith DB Holden L, Newlands ES, bagshawe KD. Correlation between clinical stagnering (Figo) and prognostic groups with gestational trophoblastic disease. Br J Obstet Gynecol 1993; 100 (2).
12. Kohorn Ei. Revised combined staging and scoring system for trophoblastic tumor. In.J.Obstet Gynecol 200.