

## LAPAROSCOPIC MYOMECTOMY DURING PREGNANCY<sup>8</sup>

**Assist. Georgi Hubchev, MD**

UMHAT – RUSE

Department of Health Care; Faculty of Public Health and Health Care

University of Ruse

Phone: +359888317020

E-mail: georgihubchev@abv.bg

**Abstract:** *The purpose of this study is to monitor the development of uterine myoma during pregnancy, concomitant symptoms, possible effects on pregnancy and treatment during pregnancy. Method:* We followed 4 patients with myoma during pregnancy. Operative treatment includes laparoscopic myomectomy with or without sutures with Safil. **Results:** *The results after the surgical treatment show pregnancies in full term and birth of a viable child. Conclusion:* Every patient with myoma during pregnancy is subject to strictly individual approach to the decision for surgery, the gestational age for childbirth, complications are monitored.

**Keywords:** *myoma, pregnancy, laparoscopic myomectomy.*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Миомите (Лейомиомите) са доброкачествени тумори на гладкомускулните клетки на матката. Честотата е от 40% до 60% при 35 годишна възраст и 70% до 80% при 50-годишна възраст. Точната етиология на миома на матката остава неясна.

Маточната миома е доброкачествен тумор, развиващ се в миометриума. Тази нова формация рядко е злокачествена (0,13-0,29%), (De Vos S.1994). Въпреки факта, че миоматозните клетки показват морфологично сходство с клетките на миометриума, съвременните изследвания разкриват разлики в структурата и метаболизма на тези тъкани (De Leo V., 1996, Marinaccio M, 1994, Sadan O., 1988). Миома на матката значително увеличава заболяемостта на жените, може да причини безплодие, маточно кървене, дисфункция на тазовите органи и е една от основните причини за хистеректомия (Andersen J., 1996).

Миомите на матката са много честа находка при жени в репродуктивна възраст. По-голямата част от миомите не променят размера си по време на бременност, но една трета може да нарасне през първия триместър.

Проспективни изследвания с ултразвук за проследяване размера на фиброиди на матката по време на бременността са показали, че по-голямата част на фиброиди (60% -78%) не показват значителна промяна в обема си по време на бременност. 22% до 32% от миомите, които са увеличили обема си по време на бременност, показват, че растежът им е ограничен почти изцяло през първия триместър, особено през първите 10 седмици от бременността, с много малко (ако въобще съществува) нарастване през втория и третия триместър. Малки и големи фиброиди ( $\geq 6$  см) имат различни модели на растеж през второто тримесечие (малките фиброиди растат, докато големите фиброиди остават непроменени или намаляват размера си), но всички намаляват размера се в третия триместър.

Болката е най-честото усложнение на миома по време на бременност и се установява най-често при жени с големи фиброми ( $> 5$  см) по време на втория и третия триместър на бременността.

Три основни теории се предложени за обяснението на силната болка, свързана с червена дегенерация. Първа - бързият растеж на фиброма резултира в тъканно надрастване на неговото кръвоснабдяване, водещо до тъканна хипоксия, некроза, и инфарциране. Втората е, че нарастващата матка резултира в промяна в архитектурата (усукването) на притока на кръв към фибромата, което води до исхемия и некроза дори в отсъствието на фиброиден растеж. Третата

<sup>8</sup> Докладът е представен на пленарната сесия на 27 октомври 2016 с оригинално заглавие на български език: ЛАПАРОСКОПСКА МИОМЕКТОМИЯ ПРИ БРЕМЕННОСТ

е, че болката е в резултат на освобождаването на простагландини от клетъчното увреждане във фибромата. Това се потвърждава от наблюдението, че ибупрофен и други простагландинови синтетазни инхибитори ефективно и бързо контролира фиброидната болка.

Приблизително 10% до 30% от жените с миома на матката развиват усложнения по време на бременност. В ранна бременност това са аборт и кървене, в късна бременност – преждевременно раждане и преждевременна руптура на мембраните, отлепване на плацентата, плацентна превия.

Най-честите усложнения по време на раждане са постпартална хеморагия, задържане на плацентата и руптура на матката след миомектомия. Постпарталната хеморагия е значително по-вероятна при жени с миома в сравнение с контролните пациенти (2,5% срещу 1,4%, съответно). Миомите могат да нарушат структурата на матката и да пречат на миоетриалните контракции, водещи до маточната атония и постпартална хеморагия. Едно проучване съобщава, че задържането на плацентата е по-често при жени с миома, но само ако фибромата се намира в долния маточен сегмент. Руптура на матката след коремна миомектомия е изключително рядко. Абсолютният риск от руптура на матката след лапароскопска миомектомия остава нисък - 0,5% до 1%.

Миомектомия преди раждане може да се извършва в първото и второто тримесечие на бременността. Приемливи индикации включват неподатлива болка от деградиращ фиброид, особено ако е субсерозен или на краче, голям или бързо развиващ се фибром, или който и да е голям фибром (> 5 см), разположен в долния утеринен сегмент. Жените, които са имали миомектомия по време на бременност, са много по-вероятно да бъдат родоразрешени чрез цезарово сечение поради опасения за руптура на матката.

## ИЗЛОЖЕНИЕ

### Материали и методи

Случай 1-С.Д.-m.l.IV-субсерозен миомен възел. Оплаквания-силни бопки поради торзия на миомния възел. Лапароскопски отстранен миомен възел с диаметър около 5 см. Не се наложи шев поради наличие на краче на възела. Бременността завърши със секцио цезарей.

Случай 2 С.А. 20 г., първа бременност, m.l. III-IV, 16г.с. Интрамурален миомен възел с диаметър около 8см. Индикации за оперативна намеса-деформация на маточната кухина, дегенерация на възела и надумерени болки, клиника на остър корем. Възелът е отстранен и е наложен шев на 2 етажа-серомускуларен непрекъснат шев със Safil „0” HR 26mm и подкрепителни П-образни шевове със Saphil 1. Бременността завърши в 36 г.с. със секцио цезарей. Наложил се хоспитализация поради кървене 1м след миомектомията.

Случай 3-Я.Г.-,30г-m.l. III-интрамурален миомен възел 5-6см. Показания за миомектомия-болка, кървене. Използван материал-Safil. Родоразрешение чрез секцио цезарей 38г.с.

Случай 4-К.И.-m.l.V-, 25г. Интрамурален миомен възел с дегенерация и некроза. Клиника на остър корем, повръщане. Бременността завърши със секцио на доносна бременност 38г.с.

Бременностите са проследявани чрез ултразвуково изследване-следят се развитието на плода, вида на следоперативния цикатрикс. Прилагат се максимална гама спазмолитици и Mg препарат и по преценка токолитици.

Направени са 11 случая на отстраняване на възли с диаметър 5-6 см на небременни жени. Забременяване е настъпило 4-8 м след оперативната интервенция. Не се установява дехисценция на маточния цикатрикс по време на извършване на секцио цезарей.

Резултатите показват възможност за извършване на лапароскопска миомектомия в м.л. III-IV и завършване на бременността чрез секцио Цезарей на жив доносен плод.

Извършването на лапароскопска миомектомия по време на бременност би могло да ограничи усложненията по време на бременността, свързани с наличието на миома, както и би могло да се преоцени препоръката за периода на забременяване след извършена миомектомия.

Миома на матката е много честа при жени в репродуктивна възраст. Повечето от тях са асимптоматични; Въпреки това, силна локализирана коремна болка може да възникне, ако

фиброид претърпява така наречената "червена дегенерация," торзия. Болката е най-честото усложнение на миома по време на бременност и е най-често при жени с миома > 5 см по време на втория и третия триместър от бременността.

Приблизително 10% до 30% от жените с миома развиват усложнения по време на бременността.

В началото на бременността спонтанните аборти са увеличени при бременни жени с миома в сравнение с тези без миома (14% срещу 7,6%, съответно) и кървене е значително по-често, ако плацентата се имплантира в близост до възела. В края на бременността такива усложнения включват преждевременно раждане, отлепване на плацентата, плацента превия, и аномалии на плода.

### ИЗВОДИ

Болката е най-честото усложнение на миома по време на бременност. Симптомите обикновено могат да бъдат контролирани от консервативно лечение (почивка на легло, хидратация и аналгетици), но могат да изискват и хирургична резекция в редки случаи.

Преди бременността миомектомия може да се разглежда при жени с неизяснен стерилитет или повтарящи се загуби на плода.

Лапароскопската миомектомия при бременност изисква определен опит в лапароендоскопската хирургия съчетан със съответния опит на хирурга в акушерството и гинекологията, като има и някои специфични предпоставки. При операцията не се използват Охютосун, Methergin, което води до по-голяма кръвозагуба; работи се строго интракапсуларно. Хемостаза с Remestup е нежелателна.

Използването на биполярен форцепс и електрокоагулация не се отразява негативно върху плода.

При всяка пациентка се прилага строго индивидуален подход по отношение решението за операция, гестационната възраст за родоразрешение, проследяват се усложненията.

### REFERENCES

Andersen J. Growth factors and cytokines in uterine leiomyomas//Semin.Reprod.Endocrinol.-1996.,Vol.14,№3.P.269-282.

De Leo V., Morganite G. Uterine fibromas and the hormonal pattern: the therapeutic considerations//Minerva Ginecol., 1996, Vol.48,№12,P.533-538.

De Vos S., Wilczynski S.P., Fleischhacker M. et al.p53 alterations in uterine leiomyosarcomatosis versus leiomyomas//Gynecol. Oncol., 1994, Vol.54, №2, P.205-208.

Marinaccio M., Reshkin S., Pinto V. et al. estimation of LHRH receptors in the tissue of human leiomyoma, myometrium and endometrium// Minerva Gynecol., 1994, Vol. 46, №10, P.519-526.

Sadan O.,Lddeckinge B., Savage N., et al. Ethnic variation in estrogen and progesterone receptor concentration in leiomyoma and normal myometrium//Gynecol.Endocrinol., 1988, Vol.2, №4,P.275-282.