

Z Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: prof. dr med. Stanisław Liebhart

Józef DANIŁOŚ

Postępowanie lecznicze w przypadkach mięśniaków macicy

Методы лечения миом матки

Therapeutic Procedure in Cases of Myoma of the Uterus

Sposoby postępowania w przypadkach mięśniaków macicy są dość różne. Szczególnie duże są rozbieżności w sprawie zachowawczego, czy też radykalnego kierunku leczenia. Ze względu na to, że mięśniaki macicy stanowią dość duży odsetek kobiet chorych ginekologicznie, jak większość autorów podaje około 10 procent, zagadnienie wyboru metody leczenia nabiera szczególnie ważnego znaczenia. Biorąc powyższe pod uwagę, chcemy podać sposób postępowania i uzyskane wyniki leczenia mięśniaków w naszej klinice. Materiał nasz obejmuje chore leczone w okresie 6 lat, od 1949 do 1954 r. włącznie.

Ilość chorych przebywających w tym czasie na leczeniu w klinice wynosiła 586, co stanowi w stosunku do całej ilości chorych ginekologicznie 9,1%. Liczba kobiet pochodzących z miasta wynosiła 288, a pozostała liczba 358 to kobiety pochodzące ze wsi.

Wiek chorych przedstawia tabela I.

Tabela I

Wiek chorych	16—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61—65	66—70
Ilość chorych	0	2	17	33	84	167	207	61	12	2	1

Przeciętny wiek chorych wynosił 44,6 lat. Większość 78,2% wszystkich ujawnionych mięśniaków przypada na okres od 35 do 50 roku życia. Przyczyna powstawania mięśniaków nie jest jeszcze dotychczas wyjaśniona. Najprawdopodobniej rozwijają się one z osobnych komórek mięśniowych, które nie wykazują wprawdzie odrębnych cech histologicznych, ale odznaczają się z natury wzmoczoną energią wzrostu. Według S c h r ö d e r a najpierw usamodzielnia się jedna komórka mięśniowa, która następnie tworzy przez podział grupę dalszych komórek obok siebie leżących, a te z kolei rosną dalej. Jest jednak dotychczas sprawą niewyjaśnioną, dlaczego następuje czynność usamodzielniania się komórki mięśniowej i jej dalszy rozwój, który staje się bezpośrednim powodem rozwoju mięśniaka. Nie ulega wątpliwości, że przyczyny są różnorodne, ale główną rolę, jak wydaje się, odgrywają tu wpływy hormonalne zarówno jajnika, jak i przedniego płata przysadki mózgowej. O zależności rozwoju wzrostu mięśniaków od czynności tych hormonów świadczy fakt, że mięśniaków macicy nie spostrzegano nigdy przed pokwitaniem, że ulegają one zmniejszeniu się po okresie przekwitania, że rosną podczas ciąży, a maleją w pólgu. Szereg autorów przez podawanie przetworów zawierających ciała rujopędne wywoływało u pewnych typów zwierząt doświadczalnych bujanie komórek mięśniowych i powstawanie mięśniaków. Nie ulega również wątpliwości, że u kobiet chorujących na mięśniaki spotyka się często wzmoczoną produkcję estrogenów. Jak twierdzi D i e t e l kobiety te mają często duże, częściowo zmienione torbielowato jajniki, a produkcja i wydalanie estrogenów jest u nich tak podwyższona, że nawet po całkowitym wycięciu macicy przy pozostawieniu jajników jeszcze dość długo stwierdza się hyperestry-nizm.

W naszym materiale operacyjnym obserwowaliśmy po otwarciu jamy brzusznej z powodu mięśniaków macicy w 11,6% przypadków zwyrodnienia drobnotorbielkowate jajników, świadczące o nadmiernej produkcji estrogenów.

Mięśniaki macicy w szeregu przypadków (wg. S c h r ö d e r a 8—10%) nie powodują żadnych dolegliwości. Wśród objawów klinicznych na plan pierwszy wysuwają się krwawienia związane przeważnie z miesiączką, która staje się obfita i przedłużona. Obok krwawień miesięczkowych mogą występować także krwawienia niecykliczne. Wśród naszych chorych 9,9% nie podawało żadnych skarg, krwawienia pierwszego typu stwierdzono u 42%, a drugiego 20,5%.

Drugi objaw kliniczny — bóle podczas miesiączki, jak i niezwiązane z miesiączką, stałe czy też napadowe, dołem brzucha i w krzyżu stwierdziliśmy u 66% chorych.

Objawy uciskowe wyrażające się trudnościami lub bólami przy oddawaniu moczu czy stolca stwierdziliśmy u 8% chorych.

W odniesieniu do dalszego z kolei objawu klinicznego występującego u chorych z mięśniakami macicy — niepłodności, zaznaczyć należy, że szereg badaczy odrzuca tezę w myśli której niepłodność można uważać za wczesny objaw tego schorzenia. Mięśniaki na ogół nie stanowią przeszkody zajściu w ciążę, a nawet, jak uważa Hoffmeyer, mięśniaki podśluzowe przez rozszerzenie szyi macicy mogą ułatwić wejście plemnikom. Nie ma pierwotnej niepłodności kobiet cierpiących na mięśniaki, twierdzi Stoeckel. Nie ulega jednak wątpliwości, że szereg kobiet z mięśniakowatą macicą pozostaje niepłodnymi. Wtórna niepłodność u kobiet w 26—29 roku życia zbiega się często z początkiem rozwoju mięśniaków. Najczęstszą przyczyną niepłodności są nie same mięśniaki a endometrioza śródmięzszowego odcinka jajowodu (Stoeckel, Schröder).

Nowoczesne poglądy odrzucają również dawne twierdzenie, że kobiety, które nie rodzą, częściej chorują na mięśniaki macicy. W naszym materiale ilość porodów u kobiet z mięśniakami macicy przedstawia tabela II.

Tabela II

Ilość porodów	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ilość chorych	133*	101	127	127	49	29	10	6	3	0	1

*) W tej liczbie 66 kobiet niezamężnych

Mimo dość dużej w naszym materiale liczby kobiet, które nie rodziły, nie można ze względu na częstość występowania mięśniaków wyciągnąć ostatecznych wniosków.

Leczenie mięśniaków

Przyjęty przez nas sposób postępowania leczniczego w przypadkach mięśniaków macicy można podzielić na:

A) Postępowanie wyczekujące,

B) Leczenie zachowawcze (naświetlanie promieniami Rtg i leczenie hormonalne),

C) Leczenie operacyjne.

A. Postępowanie wyczekujące

Sch r ö d e r twierdzi, że w przypadkach mięśniaków macicy u kobiet znajdujących się w wieku bliskim okresu przekwitania należy dążyć do doprowadzenia chorych do tego okresu, tj. do ustania wzrostu mięśniaków i ich kurczenia się, czyli do uzyskania samowyleczenia. U chorych młodych należy czekać dotąd, aż mięśniak wzrastając umiejscowi się podsurowiczo lub podśluzowo i ułatwi wykonanie zabiegu umożliwiającego zachowanie funkcji macicy i jajników.

Nasze postępowanie było wyczekujące w tych przypadkach, w których mięśniaki były małe, nie okazywały dążności do wzrostu i nie dawały żadnych objawów klinicznych. Po przeprowadzeniu badań w kierunku wykluczenia ewentualnie współistniejących zmian złośliwych (próbne wyskrobanie jamy macicy, kolposkopia, rozmazy pochwowe wg. P a p a n i c o l a u) mieliśmy chorą w stałej obserwacji poddając ją badaniom w odstępach 3—5 miesięcznych. Postępowanie wyczekujące stosowaliśmy w 41 przypadkach (70%). Jeżeli stwierdziliśmy takie objawy, jak krwawienie, bóle, objawy ze strony serca, gorączkę, objawy uciskowe, szybki wzrost, to zgodnie z ogólnie przyjętą zasadą przystępowaliśmy do właściwego leczenia zachowawczego, czy też operacyjnego.

B. Leczenie zachowawcze

a) Naświetlanie promieniami Rtg.

W naszych przypadkach leczenie napromienne stosowaliśmy rzadko. Chore, szczególnie młode, po naświetlaniach promieniami Rtg nie rzadko skarżyły się na takie dolegliwości jak poty, bóle głowy, bezsenność, uderzenia krwi do głowy itp. Niekiedy, jak podaje G u t h m a n n i A t z e r t, wcześniej wywołany okres przekwitania może powodować nadciśnienie i zaburzenia ze strony nerek. Z drugiej strony nawet w wybranych przypadkach mięśniaków (mała ilość, usadowienie śródścienne, nieznaczne objawy kliniczne) leczenie napromienne częstokroć nie daje trwałych wyników. Wyniki ujemne wypływają w głównej mierze z trudności związanych z dawkowaniem

promieni Rtg, które podane w niedostatecznej ilości nie wywołują zniszczenia wszystkich pęcherzyków G r a f a.

W naszym postępowaniu leczenie napromienne stosowaliśmy tylko w 12 przypadkach (2⁰/o) i to wyłącznie u kobiet powyżej lat 40, które wymagając leczenia nie mogły być poddane zabiegowi operacyjnemu ze względu na stan ogólny zdrowia.

b) L e c z e n i e h o r m o n a l n e.

W leczeniu zachowawczym wysuwa się obecnie na plan pierwszy leczenie hormonalne. Większość autorów, zajmujących się tym zagadnieniem podaje, że u kobiet z mięśniakami macicy stwierdza się w dużym odsetku nadczynność wydzielniczą hormonu estrogenowego jajnika, czyli hyperestrynyzm. Niektórzy autorowie, zwłaszcza ze szkoły francuskiej uważają hyperestrynyzm za jeden z czynników wyjaśniających patogenezę omawianego schorzenia. Stosowanie androgenów daje stosunkowo dobre rezultaty we wszystkich stanach wynikłych z hyperestrynyzmu, a tym samym i w mięśniakach. Mechanizm ich leczniczego działania nie polega na antagonistycznych właściwościach androgenów do estrogenów, lecz odbywa się raczej na drodze pośredniej — poprzez ich hamujące działanie na przednią płat przysadki mózgowej. Istnieją dwa zasadnicze zaburzenia u kobiet z mięśniakami macicy, które staramy się leczyć przy pomocy androgenów, a to: krwawienia najrozmaitszego typu zależnie od umiejscowienia mięśniaka, oraz bóle w obrębie miednicy małej. Wszystkie przypadki mięśniaków, które mają być poddane leczeniu hormonalnemu, winny być uprzednio dokładnie przebadane, przy czym należy wyczerpać wszystkie środki celem wykluczenia współistnienia nowotworu złośliwego, z próbnym wyłyżeczkowaniem jamy i szyjki macicy na czele. Do leczenia tego muszą być wybierane niepowikłane mięśniaki macicy o niewielkich rozmiarach. Wg zapodań autorów zagranicznych, jako też własnych wyników, leczenie hormonalne krwawień przy mięśniakach daje pomyślne rezultaty w około 60% przypadków. Bóle w miednicy małej, na które chore z mięśniakami nie rzadko się skarżą, ustępują po leczeniu androgenami bardzo często, o ile wynikają ze stanów przekrwienia miejscowego spowodowanego tym schorzeniem. Stosowanie androgenów rozpoczynamy od dawek niedużych zwłaszcza u kobiet młodych. Podajemy 5 — 10 zastrzyków testosteronu po 10 mg lub 5 zastrzyków po 25 mg w drugiej połowie cyklu miesięczkowego codziennie, względnie co 2 dzień. Leczenie to stosujemy w dwóch lub trzech seriach zależnie od potrzeby i wska-

zań. W razie konieczności przedłużenia leczenia na dalsze miesiące podajemy testosteron tylko dwa razy tygodniowo po 10 mg a w przypadkach cięższych po 25 mg. W przypadkach, w których stwierdza się niedomogę lutealną łączymy podawanie testosteronu z równoczesnym podawaniem preparatów ciała żółtego. Możemy zaznaczyć, że po podawaniu androgenów w powyższych dawkach nie obserwowaliśmy u żadnej z chorych najmniejszych objawów wirylizacji. Leczenie hormonalne stosowaliśmy u 51 chorych (8,7%). Wyniki dodatnie (ustanie krwawienia, ustąpienie bólów) uzyskaliśmy w 34 przypadkach (66,7%). W pozostałych przypadkach byliśmy zmuszeni uciec się do leczenia operacyjnego.

c. Leczenie operacyjne.

Leczenie operacyjne mięśniaków macicy stosowaliśmy najczęściej, gdyż daje ono możliwość indywidualnego wyboru postępowania: od zabiegu oszczędzającego w pełni narząd rodny, do operacji najbardziej radykalnej. W przeciwieństwie do naświetlań i leczenia hormonalnego może ono być stosowane we wszystkich przypadkach bez względu na umiejscowienie i wielkość mięśniaków. Przy zastosowaniu nadpochwowego odcięcia trzonu i całkowitego wycięcia macicy (c. w. m.) daje zupełne wyleczenie, a w przypadku wyluszczenia mięśniaków stosunkowo małą ilość nawrotów. Wytyczne postępowania operacyjnego w przypadkach mięśniaków trzonu macicy nie są jednolite. Istnieją duże rozbieżności w zapatrywaniach na tę sprawę. Zagadnienie — operacja zachowawcza (wyluszczenie, wykręcenie mięśniaków, wycięcie części ściany macicy, klinowe wycięcie dna macicy, wysokie nadpochwowe odcięcie macicy z wszyciem uszypułowanego lub luźnego płata śluzówki trzonu), nadpochwowe odcięcie trzonu macicy czy całkowite jej wycięcie, nie zostało dotąd ostatecznie rozstrzygnięte. Wiele autorów (K a e s e r, R i c h t e r, S t o e c k e l i inni) jest zwolennikami c.w.m. W e i b e l wysunął postulat przyjęcia c.w.m. jako jedyne go sposobu operowania mięśniaków. Z drugiej strony liczni autorzy, wśród nich B o n n e y, S c h r ö d e r, Z u b r z y c k i, uważają, że należy dążyć do jak najbardziej zachowawczego sposobu operowania. Zwolennicy c.w.m. uzasadniają swoje stanowisko stosunkowo dość częstym występowaniem w macicy mięśniakowatej raka lub mięsaka, jak też możliwością powstawania raka w kikucie szyjki macicy po nadpochwowym odcięciu trzonu; jak bowiem wykazują statystyki oparte na większym materiale współistnienie mięśniaków macicy z rakiem trzonu ma miejsce w 2,1%, zaś z ra-

kiem szyjki w 1,7% przypadków. Crossen na podstawie próbnego skrobienia macicy mięśniakowej przed operacją stwierdził w 4% raka trzonu. Przy analizie danych liczbowych dotyczących raka trzonu i szyi macicy mięśniakowatej obserwuje się ciekawe zjawisko, że raka trzonu spotyka się 2—2,5 razy częściej, niż raka szyi; w macicy nie dotkniętej mięśniakami stosunek ten jest, jak wiadomo, odwrotny. Związek przyczynowy mięśniaków i raka trzonu nie jest wyjaśniony. Mamy tu do czynienia z dwoma różnymi histologicznie nowotworami, nie można więc mówić o histologicznym związku między nimi (R. Mayer, Frankl). Przyczyny rozwoju sprawy złośliwej w macicy mięśniakowatej można by się dopatrywać w konstytucjonalnej gotowości ustroju do tworzenia nowej tkanki nowotworowej o dwóch różnych niezależnych od siebie typach (R. Mayer). Podłożem dla rozwoju sprawy złośliwej w macicy mięśniakowatej mogą być również zmiany przerostowe oraz zaburzenia w procesach regeneracyjnych śluzówki trzonu (Frankue). Zjawiska te obserwuje się nierzadko. W wyskrobinach z jamy macicy mięśniakowatej uzyskanych przez nas przy 251 próbnym wyłęczekowaniach stwierdziliśmy badaniem histologicznym w 13,5% przerost błony śluzowej. Przerost ten najprawdopodobniej pozostaje w związku przyczynowym ze zmianami w jajnikach, polegającymi często na drobnotorbielkowatym ich zwyrodnieniu, któremu towarzyszy nadmierna ilość wytwarzanych estrogenów.

Wśród 482 chorych operowanych z powodu mięśniaków macicy, stwierdziliśmy jednoczesne występowania raka trzonu w 5 przypadkach (1,03%), mięsaka trzonu w 8 przypadkach (1,7%), a raka szyjki w 1 przypadku (0,2%). Wymienione 14 przypadków, w których nowotwór złośliwy rozwijał się w macicy mięśniakowatej stanowi 2,9% operowanych chorych. Rak trzonu macicy został w 2 przypadkach wykryty badaniem histopatologicznym wyskrobin z jamy macicy. Raka szyjki macicy wykryto przed zabiegiem operacyjnym. Zśród 8 przypadków mięsaka dwa rozpoznano przed zabiegiem operacyjnym. Ogółem na 264 badań histopatologicznych śluzówki jamy macicy i wycinka z części pochwowej przeprowadzonych przed operacją stwierdzono w 5 przypadkach zmiany złośliwe (1,9%). Ponieważ, jak z powyższego wynika, złośliwe zmiany nowotworowe występują w macicy mięśniakowatej stosunkowo nierzadko, uważam za stosowne podać w jak największym skrócie tego rodzaju przypadki przez nas obserwowane.

Przypadek 1. Chora D. M. lat 65, zgłosiła się do kliniki z powodu krwawienia z narządu rodnegu. Stwierdzono macicę mięśniakowatą. Wynik histopatologiczny wyskrobin z jamy macicy — *adenocarcinoma*. Dokonano całkowitego wycięcia macicy wraz z przydatkami. Badanie histopatologiczne po zabiegu — *myomatosis uteri, adenocarcinoma*.

Przypadek 2. Chora S. A. lat 54, zgłosiła się z powodu krwawienia i bólów w miednicy małej. Stwierdzono macicę mięśniakowatą. Dokonano trzykrotnego próbnego skrobienia jamy macicy ze względu na podejrzenie w kierunku sprawy nowotworowej złośliwej. Wynik ostatniego badania histopatologicznego — *adenocarcinoma*. Dokonano całkowitego wycięcia macicy wraz z przydatkami. Badanie histopatologiczne pooperacyjne potwierdziło poprzednie rozpoznanie.

Przypadek 3. Chora R. M. lat 47. Badaniem ginekologicznym stwierdzono mięśniaki macicy i polip szyjki. Polip wykrecono i wykonano próbne wyskrobienie jamy macicy. Wynik badania histopatologicznego — polip w stanie zapalnym, śluzówka w stanie słabej czynności. Dokonano nadpochwowego odcięcia trzonu macicy wraz z przydatkami. Rozpoznanie histopatologiczne pooperacyjne: *adenocarcinoma corp. uteri*.

Przypadek 4. Chora W. P. lat 53. Z powodu mięśniaków dokonano nadpochwowego odcięcia trzonu macicy wraz z przydatkami. Przed zabiegiem operacyjnym nie przeprowadzono próbnego skrobienia jamy macicy wobec braku podejrzenia co do istnienia sprawy nowotworowej złośliwej. Badanie histologiczne wyciętej macicy wykazało — *adenocarcinoma*.

Przypadek 5. Chora Z. M. lat 49. Stwierdzono macicę mięśniakowatą, dokonano nadpochwowego odcięcia trzonu. Badania histopatologiczne przed zabiegiem nie przeprowadzono. Badanie pooperacyjne: *myomatosis uteri, adenocarcinoma*.

Przypadek 6. Chora W. N. lat 46. Badaniem ginekologicznym stwierdzono mięśniaki trzonu macicy i nadżerkę części pochwowej, z której pobrano wycinek do badania histopatologicznego. Badanie wykazało: *carcinoma planoepitheliale*. Ponieważ klinicznie sprawa nowotworowa ograniczała się do części pochwowej, dokonano całkowitego wycięcia macicy i następnego naświetlenia promieniami Rtg.

Przypadek 7. Chora M. H. lat 47. Rozpoznanie przedoperacyjne: *cystis ovarii dextri*. Podczas operacji stwierdzono: trzon macicy normalnej wielkości, po stronie prawej między blaszkami więzadła szerokiego mięśniak wielkości głowy dziecka łączący się szypułą z trzonem macicy. Guz wyłuszczone i trzon macicy odcięto nadpochwowo wraz z przydatkami. Badanie histopatologiczne wykonane po operacji — *leiomyoma sarcomatodes*.

Przypadek 8. Chora S. K. lat 70. Przybyła do kliniki z powodu krwawienia i bólów dołem brzucha. Stwierdzono rodzący się mięśniak wielkości dużej śliwki, wychodzący z trzonu macicy. Badanie histopatologiczne wykreconego mięśniaka wykazało obraz — *fibromyoma*. Chora zgłosiła się po trzech miesiącach z powodu ponownego krwawienia. Jamę macicy wyłyżeczkowano; w wyskrobinach histopatologicznie — *sarcoma fusocellulare*. Macicę wycięto całkowicie wraz z przydatkami.

Przypadek 9. Chora K. S. lat 45. Mięśniaki macicy. Wynik badania wyskrobin przed zabiegiem operacyjnym: fragmenty śluzówki wzrostowej z zaznaczonymi cechami nadmiernego wzrostu. Dokonano nadpochwowego odcięcia trzonu macicy bez przydatków. Wynik badania histopatologicznego po operacji — *leyomyoma sarcomatodes*.

Przypadek 10. Chora J. D. lat 47. Mięśniaki trzonu i nadzërka części pochwowej macicy. Ze względu na obecność nadzërki wykonano c.w.m. wraz z przydatkami. Pooperacyjne badanie histopatologiczne: *leyomyoma-sarcomatosum-angiomatodes*.

Przypadek 11. Chora K. S. lat 58. Mięśniaki trzonu macicy. Ze względu na powzięte podczas operacji podejrzenie współistnienia złośliwej sprawy nowotworowej, dokonano c.w.m. wraz z przydatkami. Wynik badania histopatologicznego dokonanego po operacji — *lymphoreticulosarcoma*.

Przypadek 12. Chora S. F. lat 41. Macica mięśniakowata. Przed operacją badania histopatologicznego nie przeprowadzono. Zabieg operacyjny polegał na nadpochwowym odcięciu trzonu macicy wraz z przydatkami. Badanie histopatologiczne pooperacyjne: *leyomyoma-sarcomatodes*.

Przypadek 13. Chora M. E. lat 51. Mięśniak macicy. Badanie wyskrobin jamy macicy wykazało: utkanie spójni komórek okrągłych częściowo wrzecionowatych, budowa gruczołów sprawia wrażenie niedojrzałego guza pochodzenia łącznotkankowego. Macicę wycięto całkowicie wraz z przydatkami. Wynik histopatologicznego badania pooperacyjnego: *fibrosarcoma*.

Przypadek 14. Chora W. Z. lat 54. Rozpoznanie przedoperacyjne: *myoma corporis uteri, cystis ovarii ambilateralis*. Podczas operacji stwierdzono: trzon macicy powiększony, do wielkości dwóch dużych pięści, liczne mięśniaki podsurowicze i śródścienne. W obu jajnikach duże torbiele wielokomorowe. Rozległe zrosty z otoczeniem. Ze względu na trudności techniczne spowodowane zrostami, dokonano tylko nadpochwowego odcięcia trzonu macicy wraz z przydatkami. Rozpoznanie histopatologiczne pooperacyjne: *sarcoma alveolare*.

Badania histopatologiczne przeprowadzono w Zakładzie Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej w Lublinie — kierownik: prof. dr med. Stanisław M a h r b u r g.

Jak z przytoczonych przypadków wynika c.w.m. było w siedmiu przypadkach podyktowane ustalonym rozpoznaniem przedoperacyjnym lub też podejrzeniem o jednoczesne występowanie nowotworu złośliwego. Raz jeden nie wykonano c.w.m. tylko na skutek niesprzyjających warunków. W sześciu przypadkach trzon macicy odcięto nadpochwowo, gdyż jednoczesna obecność złośliwej sprawy nowotworowej nie była przed operacją rozpoznana; brak jakichkolwiek podejrzeń w tym kierunku spowodował, że w 4 przypadkach nie przeprowadzono próbnego wyskrobania jamy macicy.

Poza stwierdzeniem częstego współistnienia nowotworów złośliwych w macicy mięśniakowatej zwolennicy c.w.m. podnoszą również niebezpieczeństwo powstawania raka w kikucie pozostałym po

nadpochwowym odcięciu trzonu. Jak wynika z piśmiennictwa światowego, odsetek raka w pozostawionej szyjce macicy wynosi około 0,4%.

Herold w statystyce zbiorowej obejmującej 12.273 wykonanych amputacji macicy przytacza 80 (0,65%) przypadków raka kikutu. Branscomb podaje w swojej statystyce 2,5% raków kikutu. Serebrow ocenia odsetek tego niebezpieczeństwa na 1,4%. Corscaden wylicza, że raki w kikucie pozostałym po odcięciu macicy stanowią 8% wszystkich raków szyjki. Inni autorowie podają jednak niższe cyfry: Albrecht 0,32%, Martius, Fährndrich — 0,4%.

Powyzsze dane statystyczne, jak i stosunkowo częste równoczesne występowania obu spraw nowotworowych (dobrotliwej i złośliwej), dostatecznie uzasadniają dążność do całkowitego usunięcia macicy mięśniakowatej, jeżeli istnieją wskazania operacyjne. Z drugiej jednak strony wydaje się, że nadmierne rozszerzenie wskazań do c.w.m. bez indywidualnego rozpatrzenia przypadku, może przynieść chorej więcej szkody niż korzyści, szczególnie gdy chodzi o kobiety będące w młodym wieku. Całkowite bowiem wycięcie macicy drogą brzuszną jest w porównaniu z nadpochwowym odcięciem trzonu zabiegiem cięższym i połączonym z trzykrotnie większą śmiertelnością pooperacyjną (Schroder), która mimo postępu w technice operacyjnej, stosowania antybiotyków, przetaczania krwi, właściwego postępowania przed- i pooperacyjnego jest jeszcze dość znaczna i waha się w granicach od 1,7 do 3,0% (Franz 2,4%, Weibel 2,75%, W. Scheidt 4,5%, Stoekel 1,79%), podczas gdy przeciętny odsetek śmiertelności po nadpochwowym odcięciu trzonu wynosi 1%.

Wycięcie całkowite macicy przez pochwę, mniej niebezpieczne i połączone z odsetkiem śmiertelności zbliżonym do śmiertelności przy amputacji, znajduje stosunkowo ograniczony zakres zastosowania. C.w.m. jest również połączone z większym niebezpieczeństwem powikłań operacyjnych (uszkodzenie moczowodów, pęcherza, jelit).

Pozostawienie części pochwowej macicy posiada niemałe znaczenie, gdyż jej usunięcie, mimo dokładnego zeszcicia brzegów pochwy, często prowadzi do jej zbliznowacenia, lejkowatego zwężenia i skrócenia; to zaś w dużym stopniu zmniejsza zdolność spółkowania. Ponad to utrzymanie szyjki macicy w znacznie mniejszym

stopniu upośledza statykę narządów miednicy małej. To też coraz więcej autorów wypowiada się w ostatnich czasach za rozszerzeniem wskazań do jak najbardziej zachowawczego postępowania operacyjnego szczególnie u kobiet w młodym wieku. *Bonney* uważa, że wycięcie mięśniaków z pozostawieniem macicy winno być u kobiet do lat 40 metodą z wyboru, a w wieku późniejszym zależnie od warunków poszczególnego przypadku. *Schröder* podaje, że wyluszczenie mięśniaków jest najidealniejszym postępowaniem w stosunku do tego schorzenia. *Zubrzycki* wyraża opinię, że wobec stojących dzisiaj do dyspozycji różnych sposobów postępowania operacyjnego zarówno c.w.m., jak i nadpochwowe odcięcie trzonu, które niszczą czynności biologiczno-fizjologiczne narządów rodnych, winny być stosowane tylko w wyjątkowych przypadkach, lub u kobiet, u których nie wchodzi w rachubę czynności biologiczne usuwanych narządów. Wycięcie całkowite, lub nadpochwowe, macicy mięśniakowatej daje wprawdzie całkowite wyleczenie, pozbawia jednak kobietę miesiączkowania, możliwości zajścia w ciążę i mimo pozostawienia jajników powoduje często zaburzenia hormonalne.

Szereg autorów podaje, i my zaobserwowaliśmy to również, że mimo pozostawienia jajników i jajowodów powstają w ustroju po usunięciu macicy dość często zmiany, które po krótszym lub dłuższym czasie po zabiegu, wywołują objawy świadczące o ustaniu czynności wydzielniczej jajników i powodują zmiany zbliżone do stanów wczesnego przekwitania. Nie bez znaczenia jest również brak miesiączkowania. Wpływa on ujemnie na stan psychiczny chorych. Praktyka codzienna, jak wiemy, dostarcza szereg przykładów kobiet młodych, które jako chore zgłaszają się do lekarza tylko dlatego, że nie miesiączkują.

Jeżeli idzie o wycięcie mięśniaków (*Myomectomy*), to dawne obawy dotyczące zakażenia pola operacyjnego, lub utraty nadmiernej ilości krwi, związanej z tym zabiegiem, obecnie utraciły już w znacznym stopniu swoje znaczenie. *Bonney* używając własnego pomysłu kleszczy uciskających tętnice maciczne usuwał podczas jednej tego rodzaju operacji do 225 mięśniaków. Wycięcie mięśniaków z pozostawieniem macicy umożliwia w wielu przypadkach zajście w ciążę. Według *Millera* — 36%, a wg *Bonney'a* — 38% kobiet będących w wieku płodności zaszło po wycięciu mięśniaków w ciążę. Jeżeli wszystkie wyczuwalne mięśniaki zostają usunięte, nawroty po tym zabiegu zdarzają się rzadko. *Bonney*

opierając się na dużym materiale podaje, że wynoszą one 2,3% i dotyczą chorych, które były operowane w bardzo młodym wieku. U chorych powyżej 33 lat możliwość powstawania nawrotów szybko maleje, a po 36 latach życia praktycznie nie wchodzi w rachubę.

Śmiertelność związana z operacją wycięcia mięśniaków wynosi około 1,0%.

W naszej klinice stosowaliśmy u kobiet młodych z mięśniakami macicy postępowanie jak najbardziej oszczędzające narząd rodny. Każda chora poniżej lat 40, po przeprowadzeniu badań mających na celu wykluczenie jednoczesnego występowania sprawy złośliwej (próbne skrobanie macicy jest od kilku lat w naszej klinice zabiegiem obowiązującym we wszystkich przypadkach mięśniaków macicy niezależnie od wieku chorej), była, jeżeli nie istniały specjalne wskazania do operacji, leczona zachowawczo (postępowanie wyczekujące, leczenie hormonalne). Gdy leczenie to nie dawało wyników staraliśmy się podejmując leczenie operacyjne, postępować w miarę możliwości jak najbardziej oszczędzająco. Najczęściej wycinaliśmy mięśniaki pozostawiając macicę i przydatki. Przy niesprzyjających warunkach do wykonania zabiegu zachowawczego (bardzo liczne mięśniaki), lub też wobec przeciwwskazań (zakażenie dróg rodnych, zmiany nekrotyczne mięśniaków, duża anemia, zmiany w jajnikach wymagające ich usunięcia) wykonaliśmy nadpochwowe odcięcie macicy i tylko wtedy, gdy istniało podejrzenie o jednoczesność nowotworu złośliwego, macicę usuwaliśmy całkowicie. Spośród 136 kobiet z mięśniakami macicy będących w wieku do lat 40, trzydzieści poddano regularnej obserwacji nie stosując żadnego leczenia; u 32 zastosowano leczenie hormonalne, u 48 wycięto mięśniaki drogą brzuszną, u 4 drogą pochwową; u 22 wykonano nadpochwowe odcięcie trzonu bez przydatków, u 8 z przydatkami po jednej stronie, u 4 z przydatkami po obu stronach, a u 5 wykonano całkowite wycięcie macicy. Tak więc w 70,6% przypadków postępowaniem wyczekującym, leczeniem hormonalnym i operacyjnym (wycięcie mięśniaków) zdołano utrzymać czynność rozrodczą i wydzielniczą narządu rodnego. Siedem kobiet po wycięciu mięśniaków z pozostawieniem macicy zaszło w ciążę. Wszystkie rodziły w klinice; poród i połóg przebiegały bez powikłań. U jednej chorej stwierdzono nawrót w cztery lata po wycięciu mięśniaków i dokonano nadpochwowej amputacji macicy.

U chorych powyżej 40 lat życia postępowanie nasze było bardziej radykalne. Wycięcie mięśniaków stosowaliśmy tylko wtedy, kiedy przydatki nie wykazywały zmian a mięśniaki były umiejscowione pcdsurowiczco, lub gdy, jako podśluzowe, rodziły się do pochwy. Często natomiast wykonywaliśmy nadpochwowe odcięcie trzonu, a w tych przypadkach gdzie istniały na części pochwowej macicy zmiany mogące stanowić w przyszłości podłoże dla rozwoju raka w pozostawionym kikucie (blizny po nadmiernych pęknięciach szyjki, niegojące się nadżerki, polipy, przewlekłe stany zapalne w przewodzie szyjki) nie mówiąc już o tych przypadkach, w których stwierdzono, lub podejrzewano jednoczesność złośliwej sprawy nowotworowej dokonywaliśmy z zasady c.w.m. Przydatki usuwano, gdy wykazywały one zmiany zapalne, zwyrodnieniowe i nowotworowe, jak również u chorych powyżej lat 50. Sposoby leczenia mięśniaków w naszej klinice przedstawia tabela III.

Tabela III

Ogółem chorych 586		
Leczenie zachowawcze 204 (34,9%)	Nadpochwowe odcięcie trzonu macicy 319 (54,4%)	Całkowite wycięcie macicy 63 (10,7%)
Leczenie wyczekujące . . . 41	Amputacja nadpochwowa bez przydatków . . . 86	
Leczenie hormonalne . . . 51	Amputacja nadpochwowa z 1 przydatkami . . . 31	
Rtg-terapia 12	Amputacja nadpochwowa z 2 przydatkami . . . 202	
Wyluszczenie mięśniaków drogą brzuszną 56		
Wyluszczenie mięśniaków drogą pochwową 44		

Zmiany w przydatkach przy mięśniakach macicy stwierdzone po otwarciu jamy brzusznej przedstawia tabela IV.

Pośród operowanych chorych zmarły 4, wszystkie po nadpochwowym odcięciu trzonu macicy. W dwu przypadkach przyczyną śmierci było zwyrodnienie mięśnia sercowego, w jednym zator naczyń wieńcowych serca i w jednym zapalenie otrzewnej. Śmiertelność wynosiła w stosunku do wszystkich operowanych chorych — 0,8%, a w odniesieniu do przypadków amputacji macicy 1,2%. Po wycięciu mięśniaków i c.w.m. nie zmarła żadna chora. Z powikłań śródoperacyjnych należy wymienić: nacięcie surowicówki i mięśniówki jelita w dwu przypadkach, a w jednym obrażenie ściany

Tabela IV

Lp.	R o d z a j z m i a n y	jedno- stronne	obu- stronne	razem	%
1.	Zwyrrodnienie drobnotorbielkowe jajnika	29	23	52	11,6
2.	Torbiel jajnika	21	13	34	7,7
3.	Zmiany zapalne przydatków	11	19	30	6,8
4.	Ropniaki jajowodu	7	3	10	2,3
5.	Wodniaki jajowodu	4	2	6	1,3
6.	Endometrioza	3	2	5	1,1
7.	Gruźlica	—	—	2	0,4
R a z e m				139	31,7

esicy powstałe przy oddzielaniu zrostów płaszczynowych pomiędzy nią a zmienionymi zapalnie przydatkami. Powikłania te miały miejsce przy nadpochwowym odcięciu trzonu. Pierwsze dwa przypadki zaopatrzone natychmiast nie dały w przebiegu pooperacyjnym powikłań, w trzecim natomiast wytworzyła się w następstwie przetoka kałowa, która zamknęła się samoistnie i kobieta wypisała się jako zdrowa. Jeżeli idzie o powikłania pooperacyjne, to stwierdzić należy, że nie było ich zupełnie przy wycięciu mięśniaków drogą brzuszną. W jednym przypadku wycięcia rodzącego się mięśniaka przez pochwę, w ciągu 27 dni utrzymywało się krwawienie, które ustało po zastosowaniu naświetlań promieniami Rtg. W trzynastu przypadkach nadpochwowego odjęcia macicy przebieg pooperacyjny był gorączkowy, w 11 przypadkach rana pooperacyjna goiła się wtórnie, w 11 wytworzył się naciek w przymaciczach, w 1 naciek w obrębie kikuta szyi, w 1 jednostronne zapalenie zakrzepowe żyły udowej, w 1 zapalenie płuc, i w dwóch zapalenie pęcherza moczowego. W jednym przypadku stwierdzono po upływie dwóch lat wypadanie kikuta szyjki.

Powikłania pooperacyjne wystąpiły w 13,1% przypadków operowanych drogą nadpochwowego odjęcia macicy. Zaznaczyć należy, że nacieki w przymaciczach występowały najczęściej po odcięciu trzonu wraz z zapalnie zmienionymi przydatkami.

Po c.w.m. w dwóch przypadkach okres pooperacyjny przebiegał z gorączką, w 1 rana goiła się wtórnie.* W jednym przypadku wytworzył się naciek w przymaciczach (u chorej operowanej z powodu mięśniaków powikłanych rakiem trzonu macicy i stanem zapalnym przydatków), w dwóch jednostronne zapalenie zakrzepowe żył udowych, w jednym zapalenie płuc, i w 6 zapalenie pęcherza moczowego. Powikłania pooperacyjne miały miejsce w 20% wszystkich c.w.m. Przeciętny pobyt w szpitalu chorych wynosił: po wycięciu mięśniaków 12,1 dnia, po amputacji 13,1 dnia, po c.w.m. 15,8 dnia.

Wnioski

1. Biorąc pod uwagę stosunkowo dość częste, jednoczesne występowanie złośliwych zmian nowotworowych (*carcinoma*, *sarcoma*) przy mięśniakach macicy, zarówno w trzonie (częściej), jak i w części pochwowej, należy w przypadku stwierdzenia mięśniaków przeprowadzić badania histopatologiczne wyskrobin z jamy i szyjki macicy. Należy również w każdym przypadku dokonać badania wg P a p a n i c o l a u rozmazu wydzieliny z przewodu szyjki i tylnego sklepienia pochwy, oraz przeprowadzić badanie kolposkopowe. Przy istniejącej na części pochwowej nadżerce należy pobrać z niej wycinek do badania histopatologicznego, nawet jeżeli badanie rozmazów i kolposkopia dały wynik ujemny.

2. W przypadkach małych mięśniaków macicy nie dających objawów klinicznych należy stosować postępowanie wyczekujące z okresowym badaniem kontrolnym, co 3—5 miesięcy.

3. Nieduże mięśniaki macicy dające niewielkie objawy kliniczne mogą być leczone hormonalnie. Leczenie to może być przeprowadzone tytułem próby, gdyż przy mięśniakach rzadko zachodzi konieczność natychmiastowego wdrożenia operacyjnego. W razie niepomyślnego wyniku takiego leczenia istnieje zawsze możliwość zastosowania sposobu bardziej radykalnego.

4. U chorych młodych należy stosować metody operacyjne jak najbardziej oszczędzające narząd rodny. W wieku poniżej 40 roku życia metodą z wyboru winno być wycięcie mięśniaków drogą brzuszną z pozostawieniem trzonu macicy oraz przydatków. U chorych powyżej tego wieku metoda ta może być zastosowana w szczególnych przypadkach. Wycinać można nie tylko mięśniaki podsurowicze, ale również śródścienne i podśluzowe nie obawiając się

otwarcia jamy macicy. Niezbyt duże, rodzące się mięśniaki podśluzowe należy usuwać przez pochwę.

Zachowawcze metody operacyjnego leczenia mięśniaków posiadają duże znaczenie, ponieważ umożliwiają zachowanie czynności fizjologicznej narządu rodnego i nie naruszają jego struktury. Czynniki te wywierają wielki, w sensie pozytywnym, wpływ na stan psychiczny operowanej kobiety w jej późniejszym życiu.

5. Nadpochwowe odcięcie macicy całkowicie wystarcza w większości przypadków do wyleczenia chorych z mięśniakami. Jako zabieg krótko trwający, technicznie stosunkowo łatwy, o małej śmiertelności i nienaruszający w większym stopniu struktury dróg rodnych nadaje się do stosowania w tych wszystkich przypadkach, w których na podstawie badań dodatkowych można wykluczyć jednocześnie występowanie nowotworów złośliwych, część zaś pochwo macicy nie wykazuje znaczniejszych zmian patologicznych. Z tymi zastrzeżeniami amputację macicy należy wykonywać u kobiet starszych lub też u młodych, u których nie ma możliwości przeprowadzenia operacji oszczędzającej.

6. Całkowite wycięcie macicy powinno być wtedy stosowane, gdy obok mięśniaków stwierdza się, czy podejrzewa, jednoczesne występowanie nowotworów złośliwych, lub też, gdy na części pochwowej macicy istnieją zmiany mogące stanowić podłoże dla rozwoju w przyszłości procesu rakowego (blizny po znacznych pęknięciach szyjki, niegojące się nadżerki, polipy, przewlekłe stany zapalne i nieżyłowe szyjki).

C.w.m. może znaleźć szersze zastosowanie u kobiet powyżej 45 roku życia, u nich bowiem złośliwe sprawy nowotworowe występują obok mięśniaków najczęściej, objawy wypadowe w tym wieku po operacjach radykalnych nie ulegają szczególnemu nasileniu, zaś życie płciowe staje się już często bardziej ograniczone. Zastosowanie c.w.m. winno być uwarunkowane dokładną oceną każdego poszczególnego przypadku, gdyż jest zabiegiem stosunkowo trudnym z możliwością poważnych okaleczeń podczas jego wykonywania i połączonym z dość znaczną śmiertelnością, trzykrotnie większą niż przy innych stosowanych przy mięśniakach zabiegach operacyjnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Albrecht H.: Pathologische Anatomie und Genese der Myome-Halban-Seitz-Biologie und Pathologie des Weibes -Urban u. Schwarzenberg Verlag Berlin 1928 T. IV. Str. 387.
2. Bonney W.: The technical minutiae of

extended myomectomy and ovarian cystectomy—London 1946 — Cassel and Company Ltd. 3. Branscomb L.: Amer. J. Obstetr. (1930) vol 20, str. 66. 4. Corscaden J. A.: cytowany przez W. Sowińskiego. 5. Crossen: cytowany przez W. Sowińskiego. 6. Dietel F. G.: Zblt. f. Gynaek. (1938) Jg. 31, str. 1727. 7. Fähndrich: Mtschr. f. Geburtsh. (1940) vol. 109. str. 382. 8. Frankl: cytowany przez A. Żółcińskiego. 9. v. Franque: cytowany przez A. Żółcińskiego. 10. Franz: cytowany przez O. Kolb'a. 11. Guthmann H. i M. Atzert: Mtschr. f. Geburtsh. (1929) vol. 98, str. 321. 12. Herold K.: Zblt. f. Gynaek. (1933) Jg. 2, str. 108. 13. Hofmeier L.: Zblt. f. Geburtsh. (1894) Jg. 30, str. 199. 14. Kaeser O.: Gynaecologia (1952) vol. 134. str. 70., 15. Kolb O.: Zblt. f. Gynaek. (1942) Jg. 66, str. 1799. 16. Martius H.: Lehrbuch der Gynaekologie — Thieme Verlag — Wiesbaden 1949, str. 267. 17. Mayer R.: Die Pathologie der Bindegewebsgeschwülste und Mischgeschwülste — W Stoeckel-Weit-Handbuch der Gynaekologie—Bergman Verlag Muenchen 1938 — T. VI/1 str. 325. 18. Miller H. E. i C. H. Tyrone: Amer. J. Obstetr. Gynec. (1933) vol. 26. str 575. 19. Richter K.: Geburtshilfe und Frauenheilkunde (1951) Jg, 11, str. 10. 20. Scheidt W.: cytowany przez O. Kolb'a. 21. Schröder R.: Gynaekologie — Karger Verlag — Berlin 1948, str. 408. 22. Serebrow J.: Rak szejki matki — Medgiz — Moskwa (1948) str. 239. 23. Sowiński W., Szamborski J., Zachwiej E.: Ginekologia Polska. (1953) t. 24. str. 337. 24. Stoeckel W.: Lehrbuch der Gynaekologie — Hirzel Verlag — Leipzig (1952) str. 392. 25. Weibel W.: cytowany przez H. Albrechta. 26. Weibel W.: cytowany przez O. Kolb'a. 27. Zubrzycki J.: Zachowawczy kierunek chirurgicznego leczenia włóknaków macicy — Lek. Inst. Nauk. Wyd. Warszawa 1947. 28. Zubrzycki J.: Ginekologia Polska (1951) t. 22, str. 242. 29. Żółciński A.: Rak macicy mięśniakowatej — Referat wygłoszony na XII Zjeździe Ginekologów Polskich w Lublinie 1955 r.

Р Е З Ю М Е

Автор на основании исследований, проведенных на 586 случаях миом матки у больных, пребывающих на излечении в Гинекологической Клинике Медицинской Академии в Люблине за время с 1949 по 1954 г., приходит к следующим заключениям:

1. Учитывая сравнительно нередко выступающие одновременно при миомах матки злокачественные опухоли (рак и саркома встречались в 2,9% оперированных случаев), следует в каждом случае распознанной миомы произвести гистопатологическое исследование оскобок из полости и шейки матки, исследование вагинальных размазов по методу Папаниколо, а также колпоскопию.

2. В случаях, когда обнаружены маленькие миомы матки, не дающие клинических симптомов, рекомендуется выжидательное поступание с применением периодических контрольных испытаний через каждые 3—5 месяцев.

3. Небольшие по размерам миомы матки, дающие мало заметные клинические симптомы, можно лечить при помощи гормонов. Такого рода лечение применялось 54 больным, получая при этом позитивные результаты в 66,7%.

4. У молодых больных, в тех случаях, когда необходимо хирургическое вмешательство, следует применять оперативные методы в максимальной степени щадящие половые органы. Методом с выбора должна быть вырезка миомов брюшным путем с оставлением тела матки и ее придатков. Этот способ оперирования был применен у 56 женщин, из которых 7 после операции забеременело.

5. В большинстве случаев для вылечения больных миомами вполне достаточным приемом является надвлагалищная вырезка матки. Ввиду того, что этот оперативный прием требует мало времени, технически является сравнительно легким, дает малую смертность и не разрушает в слишком большой степени половых путей, пригоден к применению в тех случаях, когда можно

совсем исключить наличие злокачественных новообразований и влагалищная часть матки не обнаруживает более значительных патологических изменений. Из числа 586 описываемых случаев надвлагалищная вырезка матки применялась в 319 случаях.

6. Полную вырезку матки следует применять лишь тогда, когда наряду с миомами устанавливается или даже подозревается существование злокачественных новообразований, или тогда, когда на влагалищной части матки имеются изменения, в будущем которые могут привести к развитию рака (шрамы по разрывах шейки матки, незаживающие раны и т. п.). В материале, находящимся в распоряжении автора, полное удаление матки было применено в 63 случаях.

S U M M A R Y

Observation of 586 cases of myoma of the uterus treated in the Gynaecological Clinic of the Medical Academy in Lublin in the years 1949—1954, brought the author to the following conclusions.

1. Because of the comparatively frequent simultaneous occurrence of malignant neoplastic changes and myoma of the uterus (found in 2,9 per cent of operated patients), in every case when a myoma has been found histopathological examination of scrapings from the cavity and cervix of the uterus, examination of the vaginal smear according to Papanicolau, and colposcopy should be carried out.

2. In cases of small myomas of the uterus which give no clinical signs expectant procedure is indicated, with periodical examination every 3 or 5 months.

3. Myomas of the uterus which are not very large and give only insignificant clinical symptoms will respond to a hormonal treatment. This was applied in 51 patients with 66,7 per cent of positive results.

4. In young patients who are in need of operative treatment, such surgical methods should be used which spare most the generative organ. Removal of myomas by the abdominal approach with preservation of the body of the uterus and of the adnexa should be the method of choice. Out of 56 women in whom such operation was performed, 7 became pregnant after the operation.

5. In the majority of cases supravaginal amputation of the uterus is wholly sufficient to cure patients suffering from myomas. It is a brief operation, comparatively easy from the technical point of view: it gives small mortality and little affects the structure of the genital canal. It can be used when the coexistence of malignant neoplasms can be excluded and when the vaginal part of the uterus shows no important pathological changes. In the author's material supravaginal amputation of the uterus was carried out in 319 cases.

6. Total hysterectomy should be carried out when apart from myomas malignant neoplasms are found or suspected or when the vaginal part of the uterus shows changes which later on may become the starting-point for a cancerous process (scars after rupture of the cervix, non-healing erosions etc.). In the author's material total hysterectomy was practiced in 63 cases.