

Katedra i I Klinika Położnictwa i Chorób Kobięcych. Wydział Lekarski.  
Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: prof. dr med. Stanisław Liebhart

Jerzy KRYSOSIK, Wiesław SZYMAŃSKI

**Guzy jajnika wikłające ciążę**  
(Analiza kliniczna 38 przypadków)

**Туморы яичника осложняющие беременность**  
(Клинический анализ 38 случаев)

**Ovarian Tumours Complicating Pregnancy**  
(A Clinical Analysis of 38 Cases)

Guzy jajnikowe spotykane są u kobiet ciężarnych i rodzących stosunkowo rzadko, niemniej stanowią niekiedy poważny problem w praktyce klinicznej. Częstość ich występowania określana jest przez jednych autorów (20) na 0,05 %, przez innych (13) na 0,1 % wśród ogólnej liczby obserwowanych ciąży. I tak np. Mathew i Holman (14) znaleźli 1 guz na 102 ciąży, zaś w statystyce Gustafsona (8) częstość ta kształtowała się odpowiednio jak 1 do 8 000. W statystyce pochodzącej z Indii, podanej przez Chowdhurego (17) jeden guz jajnikowy stwierdzono na 2 200 porodów. W naszym materiale obejmującym 17 lat (1947—1963) na ogólną liczbę 31 120 porodów stwierdzono i operowano guzy jajników u 38 ciężarnych, co stanowi częstość 1 guz wśród 819 ciąż. Tab. 1 ilustruje częstość występowania różnych guzów jajnikowych w materiale różnych autorów.

W dostępnych w obecnej chwili statystykach nie stwierdzono żadnej zależności pomiędzy wiekiem ciężarnej i kolejnością ciąży a częstością występowania guzów jajnika. W naszym materiale rozłożenie liczby ciężarnych w poszczególnych grupach wieku i w zależności od kolejności ciąży, wraz z odsetkami liczby ogólnej ilustrują tab. 2 i 3.

W przeciwieństwie do mięśniaków procentowy udział guzów jajnika wikłających ciążę jest znacznie wyższy. Rodzaje guzów jajnika, podzielo-

ne w oparciu o wynik badania histopatologicznego, przedstawiono w tab. 1. Wśród operowanych 38 guzów w 13 przypadkach (34,3 %) stwierdzono utkanie torbieli zwykłej (*Cystis simplex*), zaś 12 guzów (31,6 %) rozpoznanych zostało jako torbiel skórzasta (*Cystis dermoidalis*). W 7 przypadkach (18,4 %) rozpoznanie histopatologiczne nie zostało ustalone i być może dlatego odsetek torbieli skórzastych w naszym materiale jest niższy od odsetka wymienianego powszechnie (około 60 %). Zdaniem Caverley'a (2) torbiele skórzaste występują częściej w ciąży, gdzie średni ich odsetek wynosi 48,5 %, niż u kobiet nie ciężarnych, gdzie stanowią one tylko 10—12 % wszystkich guzów jajnikowych. W 3 przypadkach (7,9 %) rozpoznano torbiel ciała żółtego (*Cystis lutealis*), a w 2 przypadkach (5,2 %) torbiel pseudomucynową (*Cystadenoma pseudomucinosum*). W jednym tylko guzie (2,6%) badanie histopatologiczne pozwalało podejrzewać cechy złośliwego utkania nowotworowego (*Cystadenoma papillare pseudomucinosum in carcinoma vertens*). Guz ten operowano w piątym miesiącu drugiej ciąży u 32-letniej ciężarnej;

Tabela 1

Autor	Rodzaj guza jajnikowego									
	Liczba chorych	Torbiel skórzasta	Torbiel zwykła	Torbiel pseudomucynowa	Torbiel endometrialna	Torbiel paraowarialna	Torbiel rakowa	Torbiel lutealna	Torbiel lita	
Caverley (1931)	69	33	22	5	—	4	1	4	—	
%	100,0	47,8	32,0	7,2	—	5,8	1,4	5,8	—	
Child, Douglas (1944)	23	7	7	2	—	1	2	4	—	
%	100,0	30,4	30,4	8,7	—	4,4	8,7	17,4	—	
Gustafson (1954)	45	18	11	4	2	2	—	5	3	
%	100,0	40,0	24,5	8,9	4,5	4,5	—	11,0	6,6	
Hamilton i Higgins (1949)	21	5	6	—	2	1	4	2	1*	
%	100,0	23,3	28,6	—	9,5	4,8	19,0	9,5	4,8	
Hass (1949)	25	13	3	1	2	1	2	3	—	
%	100,0	52,0	12,0	4,0	8,0	4,0	8,0	12,0	—	
Howdhury (1962)	24	14	5	4	—	—	1	—	—	
%	100,0	58,4	20,8	16,7	—	—	4,1	—	—	
Krystosik, Szymański	38	12	13	2	—	—	1	3	7*	
%	100,0	31,6	34,3	5,2	—	—	2,6	7,9	18,4	
Razem	245	102	67	18	6	9	11	21	11	
%	100,0	41,6	27,4	7,4	2,5	3,7	4,4	8,6	4,4	

\* Rozpoznanie histopatologiczne nieustalone.

wychodził on z lewego jajnika i objętość jego wynosiła 15 litrów. Do wielkości tej guz urósł w okresie ostatnich 6 tygodni ciąży.

W naszym materiale w 15 przypadkach (39,5 %) guz wychodził z prawego jajnika, zaś w 23 przypadkach (60,5%) z jajnika lewego. Umieszczenie guza, uwarunkowane w dużej mierze jego wielkością i długością szypuły oraz stosunkami anatomicznymi w podbrzuszu w zależności od zaawansowania ciąży, przyjęto określać w stosunku do krawędzi miednicy. Większość autorów (7, 15, 17, 18) wyraża pogląd, że około 60% guzów jajnikowych w ciąży umiejscowiona jest ponad krawędzią miednicy. Inni podają, że połowa guzów znajduje się poniżej krawędzi miednicy a druga połowa powyżej niej (1, 11, 16). Wielkości guzów spotykane w naszym materiale przedstawiono zgodnie z danymi protokółów operacyjnych w tab. 4. Najwięcej guzów było wielkości główki noworodka — 11 przypadków (28,8 %). Najmniejsze, wielkości kurzego jaja, były tylko 3 (8%), najprawdopodobniej były to trzy torbiele luteinowe; natomiast w 4 przypadkach (10,5 %) objętość guza, przeważnie wielokomorowego, sięgała 15 litrów. Najczęściej rozpoznawane były guzy jajników w pierwszym trymestrze ciąży — 27 przypadków (71 %), a następnie w drugim trymestrze — 7 przypadków (18,4 %). Tylko w dwu przypadkach rozpoznano obecność guza jajnikowego podczas porodu (5,3 %) oraz dwa razy stwierdzono jego obecność dopiero po położeniu (5,3 %). W obu przypadkach, gdzie torbiel rozpoznano podczas porodu, gdyż stanowiła ona przeszkodę porodową, wykonano cięcie cesarskie z jednoczesnym usunięciem torbieli. Na ogólną liczbę 38 guzów jajnika wikłających ciążę, siedem z nich (18,4 %) uległo skręceniu wokół własnej szypuły. Okres ciąży w jakim rozpoznano i operowano guzy jajnika przedstawia tab. 5.

Tabela 2

Wiek ciężarnych — lat	Liczba ciężarnych	% liczby ogólnej
16 — 20	5	13,2
21 — 25	8	21,0
26 — 30	11	28,8
31 — 35	8	21,0
36 — 40	3	8,0
powyżej 40	3	8,0
Razem	38	100,0

Tabela 3

Kolejność ciąży	Liczba ciężarnych	% liczby ogólnej
1	9	23,6
2	14	36,7
3	5	13,2
4	3	8,0
5	2	5,3
6	5	13,2
Razem	38	100,0

Torbiele i guzy jajnikowe nie dają, jak powszechnie wiadomo, żadnych objawów, w szczególności we wczesnych okresach ciąży. U większości kobiet są one rozpoznawane przypadkowo podczas rutynowego badania ginekologicznego, tak jak to miało miejsce w naszym materiale (71%). Pozostałe są rozpoznawane w momencie wystąpienia takich powikłań, jak: skręcenie szypuły, pęknięcie torbieli, zakażenie, krwotok czy też wklinowanie podczas porodu. Niekiedy guzy jajnika powodują tylko nieznaczne objawy uciskowe z powodu zalegania moczu w pęcherzu, zaparć stolca względnie upośledzenia ukrwienia samego guza (23). W naszym materiale tylko w 4, spośród 27 rozpoznanych w pierwszym trymestrze ciąży guzów, doszło do skręcenia szypuły i wystąpienia ostrych objawów otrzewnowych. Pozostałe 3 przypadki skręcenia szypuły torbieli obserwowano w drugim trymestrze ciąży. Rodzaj występującego powikłania zależy w dużej mierze od wielkości guza, jego ruchomości, długości szypuły i umiejscowienia. W przypadkach wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej bardzo pomocne są dane z wywiadu, potwierdzające obecność ruchomego guza w jamie brzusznej stwierdzonego jeszcze w okresie przedciążowym. W przeciwnym wypadku może być rzeczą trudną odróżnienie skręconego wokół własnej szypuły guza jajnikowego od ciąży pozamacicznej (24), krwistka ciała żółtego, ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, ciąży w rogu szczątkowym (21, 22), włókniaka macicy (6) a niekiedy nawet skręconych przydatków (4) lub wodniaka woreczka żółciowego (19). Jeżeli guz jajnikowy stanowi przeszkodę porodową, wówczas winien być różnicowany z włókniakiem macicy (12, 23). W końcowych okresach ciąży rozpoznanie guza jajnika utrudnione jest powiększeniem ciężarnej macicy. Natomiast najłatwiej jest stwierdzić obecność takich guzów

Tabela 4

Wielkość guza stwierdzona śródooperacyjnie	Liczba ciężarnych	% liczby ogólnej
Jajo kurze	3	8,0
Pomarańcz	4	10,5
Pięć dorosłego człowieka	5	13,2
Dwie pięści dorosłego człowieka	7	18,5
Główka noworodka	11	28,8
Głowa dorosłego człowieka	4	10,5
Objętość 15 litrów	4	10,5
R a z e m	38	100,0

w czasie porożu, kiedy macica jest zwinięta, a powłoki jamy brzusznej są wiotkie. Badanie radiologiczne może ułatwić rozpoznanie w przypadkach torbieli skórzastych, zawierających niekiedy zęby lub kości.

Tabela 5

Okres ciąży	Liczba ciężarnych	% liczby ogólnej
1 trymestr ciąży	27	71,0
2 trymestr ciąży	7	18,4
3 trymestr ciąży	—	—
Poród	2	5,3
Półóg	2	5,3
Razem	38	100,0

Wszyscy autorzy są zgodni co do tego, że guzy jajnikowe wikłające ciążę winny być usuwane jak najwcześniej przy najbliższej sposobności (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 20). Pozwala to uniknąć wielu niebezpiecznych w skutkach powikłań. Z drugiej jednak strony zabieg operacyjny może wywołać poronienie we wczesnych okresach ciąży, względnie wystąpienie przedwczesnego porodu w miesiącach późniejszych. Co więcej, sam poród następujący w okresie gojenia może uszkodzić ranę pooperacyjną, prowadząc do dalszych poważnych powikłań. Z powyższych względów wydaje się rzeczą celową ustalić pewne zasadnicze wytyczne dla postępowania leczniczego w przypadkach guzów jajnikowych wikłających ciążę. Naszym zdaniem po stwierdzeniu guza jajnikowego w okresie wczesnej ciąży do zabiegu operacyjnego powinno się przystąpić po 16 tygodniu ciąży, kiedy łożysko wykształciło się całkowicie zarówno w sensie anatomicznym, jak i czynnościowym. Szanse wystąpienia poronienia są już wówczas znacznie mniejsze. Jeżeli ciąża ma być usunięta, wówczas zabieg ten należy wykonać jednocześnie z usunięciem torbieli, lecz w okresie pomiędzy 7 a 12 tygodniem ciąży.

W wypadku, kiedy obecność guza jajnikowego stwierdzono po 28 tygodniu ciąży, nie należy go natychmiast usuwać, chyba że wystąpią jakieś powikłania. Guzy rozpoznane podczas porodu, lecz nie stanowiące przeszkody porodowej, winny być operowane we wczesnym porożu, tak jak to tylko jest najwcześniej możliwe. Jeżeli w czasie porodu guz stanowił przeszkodę porodową dla odbycia porodu drogą naturalną, wówczas jedyną metodą z wyboru jest jednoczesne cięcie cesarskie z usunięciem guza. Oszczędzające operowanie guza, z pozostawieniem skrawków utkania jajnika, jest z reguły w tych przypadkach niemożliwe

ze względu na rozciągnięcie i zcieńczenie tkanki właściwej jajnika. Niekiedy, zresztą niezmiernie rzadko, zachodzi konieczność bardziej radykalnego i rozszerzonego operowania, ze względu na złośliwy charakter toczącego się w jajniku procesu.

Niemale znaczenie dla dalszego przebiegu ciąży ma postępowanie lecznicze w okresie pooperacyjnym. Operowana winna mieć przedłużony okres podawania środków sedatywnych (do 48 godz.), nie powinna wcześniej wstawać, otrzymywać środków pobudzających perystaltykę jelit i mieć wykonywanych lewatyw. Podawanie progesteronu w okresie pooperacyjnym nie jest ani konieczne, ani uzasadnione, jak to potwierdzają badania laboratoryjne i obserwacje kliniczne Chowdhurego (17). Na zakończenie należy przestrzec przed zalecanym przez niektórych autorów zachowawczym postępowaniem z guzami wklajającymi sam poród. Proponują oni bowiem, aby próbować drogą przez pochwę odepchnąć guz ku górze i usunąć w ten sposób przeszkodę porodową, lub starać się zmniejszyć jego objętość nakłuciem przez powłoki brzuszne i wypuszczeniem płynnej zawartości. Obie te metody obarczone są dużym ryzykiem wystąpienia powikłań i nie załatwiają istoty procesu chorobowego definitywnie do końca.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Browne F. J.: Antenatal and Post-natal Care. J. A. Churchill Ltd. London 1951.
2. Caverley C. F.: Amer. J. Obstetr. & Gynec. 21, 566—572, 1931.
3. Child C., Douglas R.: Amer. J. Obstetr. & Gynec. 47, 213—219, 1944.
4. Chmielecki A.: Pol. Tyg. Lek. 31—32, 1173—1175, 1950.
5. Dzierżanowski M.: Problemy Lek. 3, 302—308, 1954.
6. Gray L. A.: South Med. Journ. 54, 632—635, 1961.
7. Greenhill J. P.: The Year Book of Obstetrics and Gynecology. Year book series 1962—1963. Year Book Medical Publishers Incorp. Chicago 1962.
8. Gustafson G., Gardiner S., Stout F.: Amer. Journ. Obstetr. & Gynec. 67, 1210—1223, 1954.
9. Hamilton H., Higgins R.: Abstr. Surg. 89, 525—531, 1949.
10. Haas R. L.: Amer. Journ. Obstetr. & Gynec. 58, 283—290, 1949.
11. Lesiński J.: Pamiętnik XI Zjazdu Tow. Ginek. Pol., Warszawa 1951.
12. Lesiński J.: Ginekol. Polska 5, 337—344, 1952.
13. Martius H.: Podręcznik Położnictwa. PZWL, W-wa 1961.
14. Mathew A., Holman A.: Northwest. Med. 30, 529—535, 1931.
15. Mikulicz-Radecki F.: Geburtshilfe des praktischen Arztes. J. A. Barth-Verlag, Leipzig 1959.
16. Philipp E.: Obstetrics and Gynecology. H. K. Lewis & Co. Ltd. London 1962.
17. Roy Chowdhury N. N.: Amer. J. Obstetr. & Gynec. 83, 615—618, 1962.

18. Rubin I. C., Novak J.: *Integrated Gynecology*. — McGraw Hill Book Company Inc. New York 1956.
19. Ryll-Nardzewska J.: *Ginekol. Polska* 21, 127—135, 1950.
20. Stoeckel W.: *Lehrbuch der Geburtshilfe*. — VEB Gustav Fischer Verlag. Jena 1961.
21. Tatzky J.: *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska (Lublin) Sec. D.* 4, 383—389, 1949.
22. Wońkowski A.: *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska (Lublin) Sec. D.* 2, 117—127, 1947.
23. Zachwiej E.: *Ginekol. Polska* 21, 206—210, 1950.
24. Zosel T.: *Ann. Univ. M. Curie-Skłodowska (Lublin) Sec. D.* 2, 107—115, 1947.

---

### РЕЗЮМЕ

На протяжении 17 лет (1947—1963) оперировано 38 опухолей яичников диагностированных в разных периодах беременности (34 случая = 89,4%), во время родов (2 случая = 5,3%), а также в послеродовой период (2 случая = 5,3%).

На основании гистопатологических исследований авторы демонстрируют яичниковые опухоли, появляющиеся во время беременности и сравнивают материал собственных наблюдений со статистическими данными других авторов. Авторами проанализирована периодичность появления опухолей яичника у беременных с учетом возраста (для отдельных групп возраста), а также в зависимости от очередности беременности.

В зависимости от величины опухолей яичника и от периода беременности, в которых они были диагностированы, авторы разделили их на соответствующие группы, определили основные положения лечебного действия в случаях яичниковых опухолей, осложняющих беременность. В двух случаях, родоразрешение произведено путем кесарева сечения с одновременным удалением опухоли яичника, затрудняющего роды.

---

### SUMMARY

In the first Clinic of Obstetrics & Gynaecology in Lublin, the total number of cases of ovarian tumours complicating pregnancy was 38 during the period from 1947 to 1963. During that time the total number of pregnant patients attended was 31 120. We found no definite relation-

ship to the age and parity of the patients. In our series there were 12 dermoid cysts (32%), serous cysts in 13 cases (34%), luteal cysts in 3 cases (8%), and 7 tumours (18%) were undiagnosed. 27 tumours were diagnosed in early pregnancy (71%), 2 during labour and 2 in puerperium. The two tumours diagnosed in labour caused obstruction and cesarean section was performed with removal of the tumour. The principles of management of the ovarian tumours complicating pregnancy were discussed.

Pracę otrzymano 8 IV 1964.