

DĚLOŽNÍ MYOM

M. Mára

Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

1 Epidemiologie a příčiny vzniku

Děložní myomy jsou nezhoubné nádory, které vyrůstají z hladké svaloviny děložní stěny (leiomyomy). Jsou nejčastějším gynekologickým nádorem a jedním z nejčastějších ženských onemocnění vůbec. Vyskytují se u 30–40 % žen mezi 30 a 50 lety (2). Myomy jsou jednou z nejčastějších příčin gynekologických zákroků a nejčastější benigní indikací k hysterektomii (5). Rostoucí incidence v posledních letech je patrně, podobně jako např. v případě endometriózy či mimoděložního těhotenství, pouze zdánlivá, způsobená častým užíváním moderních vyšetřovacích metod jako ultrazvuk či hysteroskopie a laparoskopie. Realitou je však, alespoň ve vyspělých zemích Evropy a severní Ameriky, stále častější výskyt myomů u žen ve fertilním věku, resp. u žen plánujících těhotenství. To je dáno zejména moderními společenskými trendy, kdy ženy často odsouvají své rodinné plány až po splnění cílů kariérních. Také metody asistované reprodukce dnes umožňují otěhotnět ženám podstatně starším než v minulosti, což přináší další nárůst výskytu myomů u koncepci plánujících a těhotných žen.

Přes velmi častý výskyt myomů je jejich *etiopatogeneze* (příčina vzniku a další vývoj) nejasná. Předpokládá se působení řady faktorů genetických (častější výskyt myomů u dcer žen operovaných pro myom nebo u sester-dvojčat, cytogenetické abnormality ve tkáni myomů, genovými mutacemi podmíněné enzymatické defekty u žen s myomy), hormonálních (u části myomů lze prokázat estrogenové i progesteronové receptory; užívání antikoncepce však rozhodně riziko vzniku myomu nezvyšuje), civilizačních (vlivy okolního prostředí), antropometrických (častější nadváha až obezita u žen s myomy) a reprodukčních (vyšší parita a nižší věk při prvním porodu u žen s myomy, gravidita jako „ochranný faktor“) či role růstových faktorů. Myomy nepostihují dívky před nástupem měsíčků; jejich výskyt je častější např. u kuřaček a u afroameričanek (3× vyšší incidence než u američanek jiných ras). Histologicky maligní variantou myomů jsou leiomyosarkomy. Dřívější představy o malignizaci již dříve existujících leiomyomů jsou však dnes překonány a převládá názor o primárně maligním růstu sarkomu (10).

Ač donedávna nebyla myomům v odborné lékařské veřejnosti věnována velká pozornost, v posledních letech se zejména v zahraniční literatuře touto problematikou zabývá množství prací. Věnují se novým poznatkům jak z oblasti základního výzkumu (molekulární genetika, etiopatogeneze), tak z oblasti klinické (nové možnosti konzervativní i operační léčby, vztah myomů k dysfertilním poruchám). Řada otázek spojených s děložními myomy však teprve čeká na definitivní objasnění.

2 Klasifikace

Bližší charakteristiky myomů významně ovlivňují jejich příznaky i léčbu. Přes 90 % těchto tumorů vychází z oblasti děložního těla a jen malá část z děložního hrdla. Myomy mohou být ojedinělé (solitární) nebo mnohočetné, spojené se specifickými obtížemi či asymptomatické, drobné (v řádu milimetrů) až obrovské, dosahující velikosti několika decimetrů a vystupující z pánve do oblasti

pupku, ve výjimečných případech i výše k bránici. Klinicky nejvýznamnější klasifikace je dána jejich lokalizací vzhledem k jednotlivým vrstvám děložní stěny. Takto se rozlišují myomy submukózní (podslizniční), intramurální (uvnitř stěny) a subserózní (pod zevním povrchem dělohy), případně některé specifické varianty uložení: myomy intraligamentózní (mezi listy široké vazy dělohy), rodící se (*myoma nascens*) či stopkaté (pendulující). Dále je důležité znát, a to zejména před plánovanou operační léčbou, zda je myom lokalizovaný na přední či zadní stěně děložní, v oblasti děložního fundu či rohu, nebo zda vychází či zasahuje do oblasti istmu (dolní děložní segment). Hysteroskopická klasifikace dělí myomy s intrakavitární komponentou (zasahující do dutiny děložní) do 3 stupňů: typ 0 (myom pendulující do dutiny), typ I (méně než 50 % objemu myomu intramurálně) a typ II (více než 50 % objemu intramurálně) (6).

Pro děložní myomy je v odborné a laické veřejnosti užívána celá řada synonym: fibroidy („*fibroids*“ v anglosaské terminologii), leiomyomy, myomatóza, adenomyomy (nejde o přesná synonyma) či „zvětšení dělohy“. Velikost solitárních myomatózních uzlů bývá udávána v centimetrech (na základě palpačního a/nebo ultrazvukového vyšetření); v případě vícečetných myomů je osvědčenou klinickou zvyklostí přirovnávat míru zvětšení dělohy k velikosti dělohy v jednotlivých měsících těhotenství. Pro stanovení závažnosti situace a vhodného diagnosticko-terapeutického postupu jsou u myomů rozhodující nejen jejich velikost, počet, uložení a vztah k okolním strukturám, ale zejména věk ženy, případné obtíže a její reprodukční anamnéza a plány na těhotenství.

3 Příznaky myomů, diagnostika

Většina žen s menšími myomy je zprvu asymptomatická. S jejich růstem a blížícím se klimakteriem příznaky často přibývají; po menopauze se myomy obvykle spontánně zmenšují (podléhají involuci) a většinou již nevyžadují léčbu. Jako klinicky signifikantní (významné) lze označit takové myomy, které způsobují obtíže, jsou objemné (u solitárních cca nad 3–4 cm, u mnohočetných zvětšují-li dělohu více než odpovídá II. měsíci gravidity) či nápadně rostou nebo vyskytují-li se u ženy mladé s neuzavřenou reprodukcí, zvláště pak u žen sterilních či infertilních.

Symptomy v příčinném vztahu k děložním myomům lze rozdělit na krvácivé, bolestivé a jiné. Mezi krvácivé projevy patří všechny typy poruch menstruačního cyklu ve smyslu +, zejména hypermenorea (nadměrné menstruační krvácení) a menoragie (prodloužená délka menses). Typickým projevem chronického krvácení u myomatózní dělohy je sekundární sideropenická anémie. Mezi bolestivé příznaky patří pelipathia (chronická bolest v pánvi, bez závislosti na cyklu – není u myomů zcela typická, spíše ji lze očekávat u endometriózy či pánevní zánětlivé nemoci), dysmenorea a dyspareunie (bolest při pohlavním styku). Dojde-li k akutní nekróze myomu nebo k torzi myomu stopkatého, může se myom projevit i akutně vzniklou bolestí a peritoneálním drážděním pod obrazem náhlé příhody břicha.

Ženy s objemnými či specificky lokalizovanými myomy někdy udávají nespecifické tlakové obtíže a pocit prosáknutí až edému podbříšku, často ve spojení s obtížným či častým močením. Tyto příznaky se někdy označují jako „*bulky symptoms*“ – obtíže vyplývající z objemné masy zvětšené dělohy. Vztah myomů k inkontinenci moči je diskutabilní, spíše přidružený než příčinný. Hysterektomie tak, přestože někdy bývá součástí urogynekologických operací, rozhodně nepatří mezi operace určené k léčbě stresové inkontinence.

Specifickým problémem je vztah myomů k ženské (ne)plodnosti. Je známo, že se myomy vyskytují u 1–4 % všech donošených gravidit a že řada žen s myomy není sterilních. Na druhé straně se,

podle výsledků četných studií, včetně prací z posledních let a z oblasti asistované reprodukce, myomy nepochybně spolupodílí na sterilitě, opakovaném potrácení i mnoha těhotenských a porodnických komplikacích. Pokud je možno tuto problematiku stručně shrnout, lze říci, že některé myomy (v závislosti na jejich lokalizaci a velikosti) negativně ovlivňují ženskou fertilitu (8).

Diagnóza myomu je většinou, na základě podezření z anamnézy a klinického vyšetření (zejména z bimanuální palpace), potvrzena ultrazvukem. Používá se většinou vaginální přístup, v případě velkého zvětšení dělohy je výhodné kombinovat sondu vaginální a abdominální. Lze tak poměrně přesně popsat počet myomů, jejich velikost a případné sekundární změny (kalcifikace, nekróza apod.), stanovit přesnou lokalizaci myomu i vztah k dutině děložní. K ještě přesnějšimu určení vztahu k děložní dutině slouží, zejména u infertilních pacientek, hysterosalpingografie (HSG). Pomocí barevné dopplerovské ultrasonografie lze zobrazit vaskularizaci myomu. Potvrzení diagnózy přinese v některých případech až operace (hysteroskopie či laparoskopie, případně laparotomie), definitivní biologickou povahu nádoru určí vyšetření histopatologem.

V nejasných situacích lze využít i podrobnějších zobrazovacích metod, jako magnetickou rezonanci nebo CT. Lze tak (ne ve všech případech) diferencovat myom od adenomyózy, sarkomu, solidního ovariálního tumoru či jiné pánevní patologie. Závěrem kapitoly je vhodné připomenout, že vyskytne-li se u pacientky některý z příznaků, který lze spojovat s myomy, je třeba vyloučit i jiné, mnohdy závažnější patologické procesy se zcela odlišnou terapií (např. karcinom cervixu či endometria u menometroragií, endometriózu u bolesti, genetické či imunologické příčiny potrácení apod.).

4 Léčba

Jak již bylo zmíněno výše, závisí zvolená léčba u pacientek s myomatózní dělohou zejména na obtížích a věku pacientky a na jejích plánech stran těhotenství. Terapii lze rozdělit na postupy expektační, symptomatické, konzervativní a radikální (9).

Expektační (vyčkávací) postup založený na pouhém sledování myomu(ů) je vhodný u žen asymptomatických. Nelze určit jednoznačnou hranici velikosti myomu, či dělohy při níž ještě lze pacientku pouze sledovat – mimo jiné je třeba zohlednit rychlost růstu myomu, a to nejlépe na základě objektivních dat ze zobrazovacích vyšetření. U žen dosud nerodivších je observace vhodná u méně objemných (do 3–4 cm) nestopkatých myomů (stopkaté hrozí akutními komplikacemi, navíc je většinou snadné je odstranit), které nedeformují děložní dutinu a nekomprimují odstupy vejcovodů. Expektace bývá, až na výjimky, metodou volby také v případě těhotenství v myomatózní děloze.

Symptomatická léčba je určena k tlumení obtíží, spojených s myomy. Patří sem analgetika a spasmolytika podávaná při pánevní bolesti nebo bolestivé menstruaci, hemostyptika, uterotonika či některé hormonální preparáty (gestageny, kontraceptiva) při krvácivých projevech, antianemika (zejména preparáty železa) při chudokrevnosti. Velice častým, akutním řešením silného děložního krvácení na podkladě myomatózy je kyretáž. Poměrně účinnou léčbou menometroragií spojených s drobnějšími myomy (s nadějí na dlouhodobý úspěch) je hysteroskopická ablace endometria, která však ženám ve většině případů vezme naději na budoucí graviditu. Symptomatická léčba myomů obecně je používána u pacientek, jejichž myomy nejsou objemné, obtíže jsou mírné nebo nahodilé, u nichž se blíží menopauza (naděje na involuci myomu v postmenopauze) či u těch, které odmítají doporučené operační řešení.

Konzervativní léčbou je míněna léčba směřující k odstranění či zmenšení myomu a ušetření dělohy pro případné těhotenství. V poslední době však roste zájem o tuto léčbu i mezi ženami v postfertilním období. Do farmakoterapie myomů (nejúčinnější formou jsou injekční depotní preparáty analog gonadoliberinu) byly vkládány velké naděje v 90. letech minulého století; její efekt je však bohužel dočasný. Dnes se užívají zejména jako „předléčba“ před plánovanou operací. Další konzervativní metody lze rozdělit na ty, které jsou cílené na samotný myom (většinou na jeho chirurgickou exstirpaci) a na metody okluzní, cílené na cévní zásobení dělohy.

Exstirpaci intramurálních a subserózních myomů lze provést klasicky – abdominálně (z laparotomie), laparoskopicky nebo kombinovaně (LAM – laparoskopicky asistovaná myomektomie) (3). V literatuře jsou popsány i myomektomie vaginální (u myomů ze zadní stěny děložní) a laparo-vaginální. Submukózní myomy lze odstranit hysteroskopickou resekci – transcervikálně (7). U intramurálních myomů (většina) rozhoduje o zvoleném přístupu velikost, počet a uložení myomů a v neposlední řadě zkušenost a schopnosti operačního týmu, zejména v případě žen mladých, které plánují po operaci otěhotnět. Alternativním laparoskopickým řešením k myomektomii je myolýza, při níž je cílem ischemizovat (a postupně zmenšit) myom pomocí elektrokoagulace. Unikátní, cílenou elektrokoagulaci cév myomu pomocí ultrazvukového vedení a laparoskopie popsali nedávno čeští autoři (1).

Okluze uterinních arterií, resp. jejich větví vyživujících myom, by měla vést k devitalizaci myomů (aseptické nekróze) a jejich postupné retrakci a fibrotizaci, tedy zmenšení. Vedlejším, většinou velmi účinným a spolehlivým, efektem této léčby je příznivé ovlivnění symptomů pacientky, zejména krvácivých. Nejrozšířenější a v zahraničí již rutinně užívanou variantou těchto metod je embolizace děložních tepen. Je vhodná především pro ženy mezi 35–50 lety věku, které sužují menometroragie, hypermenorea a anémie. Její indikace u žen plánujících graviditu je zatím sporná (riziko sepse a hysterektomie či ovariálního selhání při nešetrném výkonu). Embolizaci (okluzi děložních tepen pomocí speciálních mikročástic pod kontrolou skiaskopie) provádí intervenční radiolog; k výkonu pacientku indikuje a dále ji sleduje gynekolog. Laparoskopickou alternativou embolizace je okluze děložních tepen pomocí bipolární koagulace či disekce po předchozím použití harmonického skalpelu (4). Přerušení uterinních arterií lze využít i při laparoskopické myomektomii.

Radikální operačním řešením děložní myomatózy je hysterektomie. Zatímco ještě v 80. letech minulého století byla ve většině českých nemocnic s velkou převahou prováděna laparotomicky, dnes již jednoznačně dominuje méně invazivní přístup vaginální s či bez laparoskopické asistence (dle indikace a zvyklostí pracoviště). Totální laparoskopická hysterektomie (TLH) je prováděna zřídka a u objemných myomatóz nepřináší pro pacientku významný přínos.

Literatura

1. Břešťák, M. jr., Pohl, K.: Ultrazvukem vedená cílená laparoskopická ischemizace uterinních leiomyomů. Čes. Gynek. 68:152, 2003.
2. Citterbart, K., et al.: Gynekologie. 1. vydání. Praha, Galén 2001.
3. Holub, Z., et al.: Laparoskopicky asistovaná myomektomie – operační technika a indikace. Čes. Gynek. 66:243, 2001.

4. Holub, Z., et al.: Minimálně invazivní operační léčba symptomatických myomů pomocí LDUV (laparoskopická disekce děložních cév): klinická prospektivní studie (část I.). Čes. Gynek. 68:147, 2003.
5. Křepelka, P: Děložní leiomyom – epidemiologie a léčba. Gynekolog 8:256, 1999.
6. Kužel, D.: Gynekologická endoskopie. Praha, Galén 1996.
7. Kužel, D.: Hysteroskopie v terapii děložních myomů. Čes Gynek. 68:133, 2003.
8. Mára, M., et al.: Děložní myom a poruchy plodnosti. Moder. Gynek. Porod. 11:614, 2002.
9. Mára, M., et al.: Management děložních myomů u žen ve fertilním věku. Čes. Gynek. 68:30, 2003.
10. Pluta, M., et al.: Zhoubné nádory děložního těla. Moder. Gynek. Porod., 9: 661, 2000.

*Michal Mára
Apolinářská 18
120 00 Praha 2*