

A mióma kezelésének katéteres alternatívája

Dr. Harmat Zoltán, Dr. Rostás Tamás, Dr. Battyány István,
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ

A női nemi szervek egyik leggyakoribb, a nőket több, mint 30%-ban érintő benignus daganata, a leiomyoma uteri. A betegek egy része panaszmentes és nem igényel kezelést. A tünetekkel rendelkező betegeknél a leggyakrabban alkalmazott kezelési módszer az uterus eltávolítása vagy a myomectomy. A méheltávolításba nem beleegyező, nagy hasi műtétet nem kívánó nők kezelésének alternatívája az a. uterina intervenció radiológiai szuperszelektív embolizációja. Ez egy világszerte alkalmazott terápiás eljárás, melynek során minimálisan invazív módon elzárjuk a miómát ellátó artériákat, minek következtében a képlet elhal. Ezt követően a betegek panaszai megszűnnek, terhességet is vállalhatnak. A módszer immár hazánkban is elérhető a napi rutinban.

Leiomyoma is the benign tumour of the uterus. It presents in an estimated 30% of women older than 30 years of age. Most patients with myomas are symptom free and can be followed conservatively. Patients with symptomatic myomas are most commonly treated with hysterectomy or myomectomy. Many women, however, desire uterine preservation. Uterine artery embolization is a worldwide used approach to the treatment of fibroids. Embolization is a minimally invasive method of blocking the arteries supplying blood to the fibroids. This technique is already available in Hungary in the daily routine.

BEVEZETÉS

A mióma (leiomyoma uteri, fibroma) az uterus leggyakoribb benignus daganata, amely a fogamzóképes nők 30%-át érinti. A menopauza előtti időszakban ez a hysterectomia leggyakoribb oka.

TÜNETEK

A mióma sok esetben tünetmentes. Gyakran infertilitás miatti kivizsgálás során diagnosztizálják. Tüneteket egyrészt térfoglaló jellege miatt okoz, így székelési és vizeleti problémák, alhasi diszkomfort érzés gyakran alakul ki, valamint dysmenorrhea, menorrhagia; a gyakori és nagymennyiségű vérzés miatt anémia okoz panaszokat.

KEZELÉSI LEHETŐSÉGEK

A mióma kezelésében gyógyszeres (hormonális) és műtéti beavatkozások játszanak szerepet. Minden kezelési módnak ismertek az előnyei és hátrányai egyaránt. A meg-

felelő terápia kiválasztásában fontos az alternatívák teljes körű ismertetése és a beteggel történő együttes konszenzus kialakítása.

UTERUS ELTÁVOLÍTÁS

A mióma kezelésének tradicionális módja az uterus műtéti eltávolítása, mely történhet nyílt hasi feltárásból, hüvelyen keresztül vagy laparoscopiával egyaránt. Az uterus eltávolításának legnagyobb előnye, hogy a mióma okozta tüneteket véglegesen megszünteti. Hátrány magából a sebészi beavatkozásból származhat, így vérzés, infekció, más hasi szerv sérülése, tromboembóliás szövődmény alakulhat ki. A betegek egy része pszichésen is sérül a méh elvesztése miatt. Természetesen a későbbi gyermekvállalás lehetősége is megszűnik ezáltal. A műtétet követően a teljes körű munkaképesség visszanyerése átlagosan 38 nap [1].

UTERUS MEGTARTÁS

Az uterus megtartásos terápia hagyományos módja egyrészt a gyógyszeres kezelésen, másrészt a myomectomiás műtéti beavatkozáson alapul. A hormonális kezeléssel (ösztrógen és progeszteron származékok, GnRH agonisták, aromatáz gátlók, progeszteron receptor blokkolók) meggátolható a mióma további növekedése, illetve részleges méretcsökkenés érhető el, mely alkalmassá teheti az egyébként nem eltávolítható fibrómákat a rezekcióra.

Myomectomy (legyen akár laparoscopos, akár nyílt hasi feltárással) általános aneszteziában történik. A műtétet követően adhéziók okozhatnak késői szövődményeket, valamint a mióma kiújulásának lehetősége 20-30%. A hysteroscopos myomectomy vagy az endometrium abráziója következtében amenorrhoea léphet fel. A teljes felépülés a műtétet követően néhány nap. Ezen beavatkozások után kb. 50%-ban fordulhat elő adenomyosis, ami a későbbi fertilitást csökkentheti [2].

A. UTERINA EMBOLIZÁCIÓ

Az a. uterina embolizációja intervenció radiológiai beavatkozás, mellyel az uterus megtartásával hatékonyan kezelhető a miómák jelentős többsége. Az intravaszkularis embolizáció terápiás használatának gondolata először az idegsebészeti irodalomban 1904-ben jelent meg, nőgyógyászati területen akut kismencedei vérzés kezelésére 1979-ben írták le ezt a technikát [3,4]. Az intervenció radiológiai irodalomból ismerten számos területen alkalmazható az intravaszkularis embolizáció. Egyrészt vérzések katéteres

kezelésére, másrészt daganatok terápiájára, preoperatív vérzés csillapításra, arteriovenosus malformációk kezelésére használható.

Az uterina embolizációt elsőként 1991-ben Ravina Párizsban, majd 1995-ben Goodwin az Egyesült Államokban végzett, majd publikált [5,6]. Azóta világszerte közel 30 ezer mióma embolizációt végeztek. Magyarországon elsőként 2001-ben a szegedi Radiológiai Klinikán történt ilyen beavatkozás [7]. Az indikációs körbe azok a nőgyógyászatiilag kivizsgált, egy vagy több miómával rendelkező betegek tartoznak, akik hormonkezelésre nem reagálnak, további terhességet nem kívánnak vagy a műtéti ellátásba nem egyeznek bele. Az elmúlt években született több multicentrikus tanulmány alapján azonban igazolható, hogy az embolizáció önmagában nem zárja ki egy későbbi, egészségesen kihordott terhesség lehetőségét. Az embolizációt követő fertilitási arány megegyezik a myomectomián átesett betegekével. [8,9]. Kontraindikációt fennálló terhesség, akut kismencedei gyulladás, pontosan nem diagnosztizált kismencedei térfoglaló képlet, kontrasztanyag allergia, ismert kismencedei arteriovenosus malformáció jelent. Relatív kontraindikációt jelent a subserosus peduncularis mióma illetve a 15cm-t meghaladó méret.

Az a. uterina embolizáció előnyeit és hátrányait a sebészi kezeléssel szemben az 1. táblázat tartalmazza.

A beavatkozás során antibiotikus profilaxist követően femoralis vagy brachiális behatolásból medencei angiográfia történik. Ezután mindkét a. uterina szuperszelektív katéterezése, majd PVA szemcsék befecskendezésével az embolizáció következik. A kontroll angiográfia a miómára jellemző kanyargós, dugóhúzó szerű erek elzáródását mutatja.

Előnyök	Hátrányok
Minimálisan invazív	A beavatkozás után jelentkező fájdalom
Többször ismételhető	Peduncularis mióma esetén nem alkalmazható
Mindenyik mióma elhalását eredményezi	Ovarialis elégtelenséget infertilitást okozhat
Uterus minden esetben megtartott	Viszonylag hosszú regresszió
Későbbi terhesség lehetősége megmarad	Szövődményes esetben műtét szükséges
Bizonyított hosszú távú eredmények	
Helyi érzéstelenítésben végezhető	
High-risk betegeknél is végezhető	
Minimális vérvesztés	
Egynapos kórházi ellátás szükséges	

1. táblázat

Az a. uterina embolizáció előnyei és hátrányai a sebészi kezeléssel összehasonlítva

EREDMÉNYEK

Az embolizáció technikai sikeressége 88-98% közötti. Az a. uterina embolizációját követően a mióma nekrozisa következik be, ezáltal jelentős méretbeli csökkenés tapasztalható. A különböző tanulmányok alapján a beavatkozást követően 3 hónappal a miómák mérete 35-48%-kal, 6 hónap múlva 67-75%-kal csökkent, a betegek szubjektív pa-

naszai (kismencedei fájdalom, vizelési panaszok) jelentősen javultak, részben megszűntek. Az erőteljes, görcsös menstruáció mértéke 92%-ban csökkent vagy megszűnt a myomectomia után tapasztalható 64%-hoz képest. A felmérések szerint a betegek 97%-a elégedett volt az embolizációval és másoknak is ajánlotta azt. A kórházban tartózkodási idő 1 nap, mely kevesebb a myomectomia ápolási idejénél és messze alatta marad a hysterectomiát követő hospitalizációnak. Általában a betegek 7 napon belül visszatérhetnek munkájukhoz.

Komplikációként a 48 órán belül megszűnő „post-embolizációs” syndroma, 1-1,5%-ban előforduló kismencedei fertőzés, 5-10%-ban 2-4 hétig fennálló kismencedei diszkomfort, 10% alatti ovarialis diszfunkció jön szóba [9,10,11]. Az embolizáció során a beteget ért röntgen besugárzás mértéke megegyezik egy kontrasztanyag hasi röntgenvizsgálat alatti sugárterheléssel.

SAJÁT EREDMÉNYEK

Klinikánkon 2007. áprilisában végeztük az első a. uterina embolizációt uterus leiomyoma miatt. 2009. január 31-ig 105 betegnél történt embolizáció. A betegek előzetesen nőgyógyászatiilag kivizsgáltak, többségében már évek óta kontrolláltak voltak. A beavatkozás előtti kivizsgálás a nőgyógyászati vizsgálaton túl a nemzetközi ajánlásoknak megfelelően ultrahang és/vagy MR vizsgálatból és a vér paramétereinek laborvizsgálatából állt. A betegek átlagos életkora 38 (24-53) év volt. A kezelt miómák többségében egy gócot, néhány esetben 2-3-4 mióma göböt találtunk. A göbök átlagos mérete 55 mm (19-130 mm) volt. Egy esetben (0,95%) találtunk az uterusból kifelé növekvő, peduncularis, 50 mm-es miómát, melyet embolizációval kezelni nem lehetett a kismencedei abscessus képződés fokozott veszélye miatt. Eseteinkben eddig a leghosszabb követési idő 341 nap volt. (A beteg miómája teljesen regrediált, ismételt kontrollra idén tavasszal várjuk). A kezelt miómák mérete átlagosan az eredeti méret 53%-ára csökkent a vizsgált periódusban, bár az adatok statisztikai elemzése nehéz, mivel a kezelt 105 betegünk közül 48 (45,7%) embolizációjára az utóbbi 5 hónapban került sor, így megfelelő követési időintervallum még nem áll rendelkezésre.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az uterus artériájának intervenciós radiológiai szuperszelektív embolizációja a miómák kezelésének hatékony módja. A katéteres eljárás szövödmény aránya alatta marad a hysterectomia és a myomectomia szövödmény lehetőségének. Lényegesen kevesebb a hospitalizációs idő is. Ezen kevés ápolási nap, a rövid munkából kimaradási idő, valamint a beavatkozás relatíve alacsony költség vonzata miatt az embolizáció lényegesen olcsóbb, mint az egyéb terápiás eljárások. A módszert az Amerikai Szülészeti és Nőgyógyászati Társaság 2008 augusztusában kiadott módszertani levelében elfogadta, mint „biztonságos és hatásos teräpi-

ás lehetőség” a miómák kezelésében [1]. Az Egyesült Királyságban több, mint 1000 beteg adatainak retrospektív elemzésével bizonyították az a. uterina embolizációjának „first-line” alkalmazhatóságát a sebészi beavatkozások helyett [11].

A nemzetközi és a saját, egyre növekvő tapasztalatunkra alapozva a módszer hazánkban is a nőgyógyászatilag kivizsgált, követett miómás betegek valós és hozzáférhető terápiás alternatívájának tekinthető.

IRODALOMJEGYZÉK

- [1] SOGC: Clinical Practice Guidelines Uterine Artery Embolization J Obstet Gynaecol Can 2004;26(10): 899–911.
- [2] The REST Investigators: Uterine-Artery Embolization versus Surgery for Symptomatic Uterine Fibroids N Engl J Med 2007;356:360-70.
- [3] Dawbain RHM.: The starvation operation for malignancy in the external carotid area. JAMA. 1904;17:792-795.
- [4] Athanasoulis CA, Waltman AC, Barnes AB, et al.: Angiographic control of pelvic bleeding from treated carcinoma of the cervix. Gynecol Oncol. 1976;4:144-150.
- [5] Ravina JH, Bouret JM, Fried D, et al.: Value of preoperative embolization of uterine fibroma: report of a multi-center series of 31 cases. Contracept Fertil Sex. 1995; 23:45-49.
- [6] Goodwin SC, Vedantham S, McLucas B, et al.: Uterine artery embolization for uterine fibroids: results of a pilot study. J Vasc Interv Radiol. 1997;8:517-526.
- [7] Szabó E., Nagy E., Morvay Z., Palkó A., Csernay L.: Myoma konzervatív kezelése az arteria uterina embolisatiójával Orvosi Hetilap 2001;142(13), 675–680.
- [8] Goldberg J, Pereira L, Berghella V.: Pregnancy after uterine artery embolization. Obstet Gynecol 2002; 100:869–72.
- [9] Pron G, Mocarski E, Vilos GA, Bennett JD, Common A, Vanderburg L, for the Ontario UFE Collaborative Group: Pregnancy after fibroid uterine artery embolization: the Ontario UFE trial. J Obstet Gynaecol Can 2003;25:S32–33.
- [10] SM Lyon: Uterine artery embolization Australian Family Physician Vol. 35, No. 5, May 2006
- [11] Hirst A, Dutton S, Wu O: A multi-centre retrospective cohort study comparing the efficacy, safety and cost-effectiveness of hysterectomy and uterine artery embolisation for the treatment of symptomatic uterine fibroids. The HOPEFUL study Health Technol Assess. 2008 Mar;12(5):1-248

A SZERZŐK BEMUTATÁSA



Dr. Harmat Zoltán 1995-ben a POTE Általános Orvostudományi Karán végzett Pécsen. 1995-1999 között a POTE ÁOK Radiológiai Klinikán klinikai orvosként, majd 1999-2004 között a PTE OEC Radiológiai Klinikán egyetemi tanársegédként dolgozott és 2004-től a PTE OEC Radiológiai Klinika egyetemi adjunktusa. 2003-tól a PTE OEC Radiológiai Klinika Nonvascularis Intervenciók Laborjának

Dr. Rostás Tamás a Pécsi Orvostudományi Egyetemet 1993-ban végezte el. Radiológiából 1997-ben szakvizsgázott. Először a Dombóvári Városi Kórházban, majd 1996-tól a POTE Radiológiai Klinikáján dolgozott, ahol ma klinikai adjunktusként tevékenykedik. Otthon van a diagnosztikus és intervenciók radiológia minden területén. Kedvelt tudományos témakörei: vaszkuláris és epeúti diagnosztikus és intervenciók radiológia, hasi orvosi képalkotó diagnosztika és minimálisan invazív terápia.

vezetője. A laborban diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat végeznek igen széles palettán (mély- és felületes biopsziák, punkciók, drenázsok, alkoholos és rádiófrekvenciás ablációk, percután epeúti drenázsok, stent beültetések). 2003-tól PTE OEC Radiológiai Klinika Vascularis Intervenciók Műtőjének tagja. A műtőben az érpályán belüli diagnosztikus és terápiás beavatkozásokat végzik (angiográfiák, percután értágítások, stent beültetések, szelektív intravaszkuláris daganatterápiák, trombolízisek, katéteres embolisációk).



Dr. Battyány István egyetemi docens a Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ Radiológiai Klinika igazgatója, Baranya Megye radiológus szakfőorvosa. A Pécsi Orvostudományi Egyetemen szerzett diplomát, majd radiológus szakorvosi képesítést, később PhD minősítést. A Magyar Radiológus Társaság jelenlegi elnöke, a Magyar Cardiovascularis és Intervenciók Radiológiai Társaság (MACIRT) volt elnöke. Számos tudományos társaság tagja és vezetőségi tagja, volt miniszteri szakértő, számos közlemény és több könyvfejezet szerzője. Az IME Képzőközpontjában a vezetője.