

A vizeletretenciót imitáló petefészekciszta különös esete

Nagy Noémi Dalma dr.¹, Romics Miklós dr.¹, Supák Dorina dr.²

¹Semmelweis Egyetem ÁOK, Urológiai Klinika, Budapest (igazgató: Nyírády Péter dr.)

²Semmelweis Egyetem ÁOK, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Üllői úti részleg, Budapest (igazgató: Ács Nándor dr.)

Levelezési cím:

Dr. Nagy Noémi Dalma

SE Urológiai Klinika

1082 Budapest, Üllői út 78/b

E-mail:

nagynoemidalma@gmail.com

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: Petefészekciszták korosztálytól függetlenül bármelyik életszakaszban megjelenhetnek, ám leggyakrabban a fertilis korban lévő nők esetében, nőgyógyászati rutinvizsgálat során derül fény a jelenlétükre, a nemi érést megelőzően ritkán fordulnak elő. Az esetek többségében tünetmentesek, azonban előfordul, hogy – jelentős méretükből kifolyólag – olykor panaszt okozhatnak: alhasi fájdalom, intermittáló hüvelyi vérzés, bélmotilitási zavar, vagy akár húgyúti panasz is jelentkezhet.

Esetismertetés: Esetünkben egy különös kázust mutatunk be, ahol egy nagyméretű (12 cm-es), alhasi panaszokat okozó dermoid ciszta ultrahangos képe keltette telt húgyhólyag benyomását, és jelentett ezáltal diagnosztikus és terápiás kihívást.

Megbeszélés: Nehezen karakterizálható húgyúti tünetek esetén nőknél gondolnunk kell a petefészekciszta jelenlétére.

KULCSSZAVAK

VIZELETREKEDÉS, ALSÓ HÚGYÚTI TÜNETEK, PETEFÉSZEKCSISZTA

A special case of ovarian cyst simulating urinary retention

SUMMARY

Ovarian cysts can develop at any stage of life, but they are most common in fertile women. Their presence is usually revealed during routine gynaecological examination. They rarely appear before puberty. Most of the time they are asymptomatic, however, in some cases they can reach a significant size and thus symptoms may occur. Symptoms can include lower abdominal pain, intermittent vaginal bleeding, intestinal motility disorder, and even urological complaints may appear.

Case report: We present a case of a young female patient with lower abdominal pain. The ultrasound image of the large (12 cm) dermoid ovarian cyst causing her pain gave the impression of a full bladder and caused diagnostic and therapeutic challenge.

Conclusion: Faced with difficult-to-characterize lower urinary tract symptoms in women, we must think about the presence of ovarian cyst.

KEYWORDS

URINARY RETENTION, LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS, OVARIAN CYST

Bevezetés

A petefészekben előfordulhat folyadékkal telt, hátyával vagy vastagabb fallal körülvett tömlő, amelyet petefészekcisztának nevezünk. A petefészek cisztái lehetnek funkcionálisak és organikusak. Fogamzóképes korban a petefészekben növekvő tüszők a petérés után – ha nem reped meg a tüsző fala – tovább növekedvén könnyen cisztává alakulhatnak. Az így kialakult tömlők néhány menstruációs ciklus után spontán elmúlhatnak. Tehát az ilyen funkcionális petefészekciszták a petefészek normális működéséből eredően keletkeznek, és ha nem szűnnek spontán, megfelelő gyógyszeres kezeléssel el is soraszthatók.

A sárgatest cisztái kétféleképpen lehetnek: sejtes ciszta, amely a terhesség legkésőbb 10. hetéig elsovad. A másik típusa a tükasejtes ciszta, amely a humán chorion-gonadotropin túltermelése, illetve túlادagolása során alakulhat ki.

A másik nagy csoportot az organikus ciszták alkotják, úgynevezett „valódi ciszták”, amelyek lehetnek daganatos és nem

daganatos eredetűek. Nem daganatos eredetű petefészekciszta az elmúlt endometriózis után visszamaradt endometriális ciszta, amelyet a jellegzetes barna bennéke miatt csokoládé-cisztának is szoktak nevezni.

A daganatos ciszták egyaránt lehetnek jó- és rosszindulatúak. Bennük alapján lehetnek nyákos (mucinózus) vagy savós (szerózus) cystadenomák. A nyákos petefészekciszta-daganat minden esetben jóindulatú, de képes hatalmasra megnőni. Ezzel szemben a savós daganatos petefészekciszták rosszindulatú daganattá is fajulhatnak.

A dermoid ciszta – vagy más néven érett teratoma – a leggyakoribb csírasejt-eredetű petefészek-daganat, amely az összes petefészekdaganat 10–20%-át, a csírasejtes tumorok 95%-át alkotja. A többi csírasejtes daganatok 5%-át dysgerminoma/seminoma, endodermális sinustumor, embrionális carcinoma, polyembryoma, choriocarcinoma, kevert csírasejtes tumorok teszik ki (1). A dermoid ciszták többnyire jóindulatú daganatok, jellegzetességük, hogy a többi daganattól eltérően nem egyetlen csíra-

lemezről, hanem mindháromból fejlődnek ki. Belső felszínüket elszarusodó laphám borítja, amelyen szőrszálak fejlődhetnek ki, amelyek faggyút termelnek. Ez a faggyú képezi a dermoid ciszta bennékét. Kialakulásuk bármely életkorban előfordulhat, azonban leggyakrabban a fogamzóképes életszakaszban ismerik fel. A rosszindulatú átalakulás, amely a három csíralemez bármelyikéből kiindulhat, kifejezetten ritkán fordul elő; az esetek csupán 1–2%-ában. Rosszindulatú átalakulásra hajlamosító tényezők az idősebb életkor, valamint a nagyobb tumorméret (2).

A cisztás teratomák általában tünetmentesek, véletlenszerű leletként fedezik fel a radiográfiás vizsgálatok során, fizikális vizsgálat vagy kismencedei/hasi műtét során bármilyen más kórkép miatt. Tanulmányok szerint 6–65%-uk a diagnózis idején nem okoz semmilyen panaszt (3). Azonban előfordul hogy a nagyra nőtt dermoid ciszták esetében többféle tünet is jelentkezhet: puffadás, diffúz alhasi fájdalom, hüvelyi vérzés, hasi szervek komprimálása következtében pedig székrekedés, vagy alsó húgyúti tünet is előfordulhat (4–6). Az egyik leggyakoribb szövődmény a petefészek-torzió. A beteg akut hasi fájdalom, hányinger, hányás miatt jelentkezik, amely sürgős kezelést igényel.

A dermoid ciszta terápiáját tekintve azoknál a menopauza előtti nőknél, akik terhesség előtt állnak, és 6 cm-nél kisebb petefészekcisztaük van, konzervatív kezelés javasolt mindaddig, amíg a ciszta növekedési üteme <2 cm/év. Azonban ha az 5 cm-nél kisebb ciszták is már panaszt okoznak, javasolt laparoszkópos cisztaexció. Terhesség esetén szoros obszerváció javasolt, ha a betegnek nincsenek akut tünetei. Előfordulhat, hogy az 5–6 cm-nél nagyobb ciszták nem preparálhatók le, vagy már az egész petefészeket érintik, szerkezetének eltorzulását okozzák, akkor a ciszta a petefészek egyidejű eltávolításával történik. Menopauzában lévő nők multiplex cisztái esetében megfontolandó egyidejűleg a petefészek eltávolítása is. Laparotómia akut cisztaruptura, előrehaladott stádiumú, rosszindulatú daganat gyanúja, komplex tumorok esetén jön szóba (7). Az amerikai Nemzeti Egészségügyi Intézet (National Institutes of Health, NIH; Bethesda, Maryland, USA) becslése szerint a nők 5–10%-ánál szükséges petefészekciszta miatt műtétet végrehajtani (8).

Esetünkben egy 12 cm-es, alhasi fájdalommal jelentkező, kezdetben jelentős fokú vizeletretenciónak gondolt, ám végső soron enormis petefészekcisztának diagnosztizált eltérés kezelésének lépéseit mutatjuk be.

Esetbemutató

A 28 éves nőbetegnél nőgyógyászati indikációval indult kivizsgálás, menstruáció alatt és alkalmanként vizeletürítés során jelentkező, fokozódó alhasi fájdalmak, illetve ultrahangon látott vizeletretenció gyanúja miatt. A beteg elmondása alapján vizeletürítési habitusa az utóbbi időben nem változott. Anamnézisében nem volt jelentős előzmény. A korábbi nőgyógyászati vizsgálat eltérést nem ismert fel. Nőgyógyász, valamint urológus által elvégzett akut hasi ultrahang jelentős vizeletretenciót mutatott (1. ábra), ám egyéb intraabdominális folyamatra nem utalt. A hólyag – vagy az annak gondolt üreges szerv – bal oldalfalán

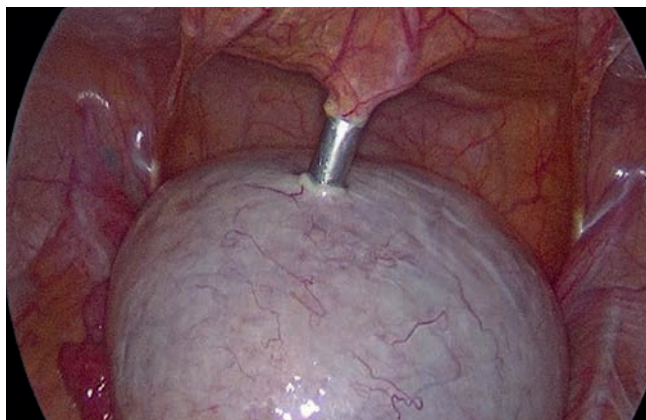


1. ÁBRA: HASI ULTRAHANG KÉP A VIZELETRETENCIÓNAK GONDOLT PETEFÉSZEKCISZTÁRÓL

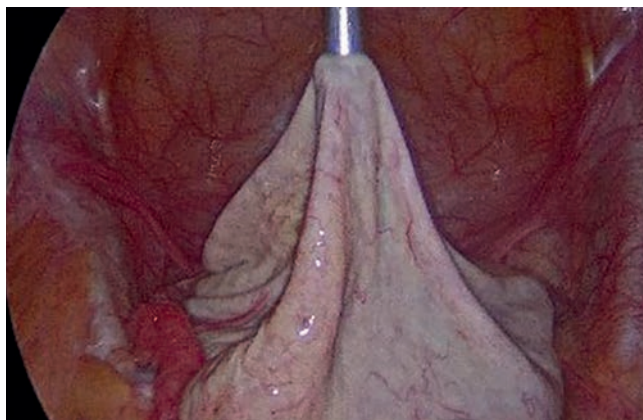


2. ÁBRA: HÜGYHÓLYAGNAK GONDOLT ÜREGES SZERV, BAL OLDALFALÁN EGY 50 MM-ES ELVÁLTOZÁSSAL

egy 50 mm-es elváltozás volt megfigyelhető (2. ábra). A vesékben üregrendszeri tágulatot vagy egyéb eltérést nem írtak le. A vérkép és a klinikai kémiai laborvizsgálatok eltérést nem igazoltak, a vizeletvizsgálat negatív volt.



3. ÁBRA: A PETEFÉSZKECISZTÁBA HATOLÁS TROKÁRRAL



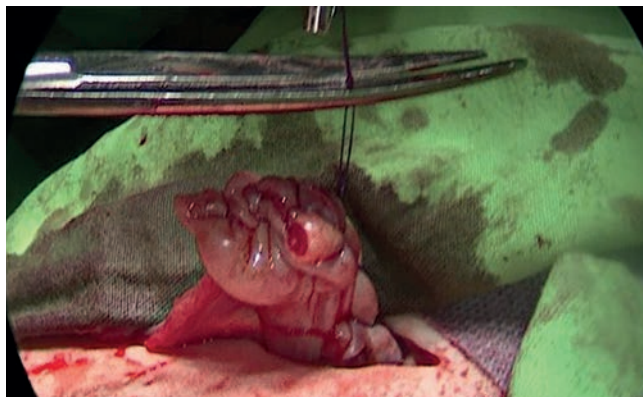
4. ÁBRA: A PETEFÉSZKECISZTA LESZÍVÁSA

Kezdetben a beteg a hólyagtükrözést elutasította, de tekintettel az ultrahangon felmerült vizeletretencióra, valamint a beteg által említett, vizeléskor jelentkező fokozódó alhasi panaszokra hólyagkatéter behelyezését (az ürített vizelet mennyiségének időszakos monitorozására) felajánlottuk, de a beteg azt is elutasította. Egy-szeri katéterezésbe, vizeletlebocsátásba sem egyezett bele. Ezért gyógyszeres, vizeletet könnyítő kezelést indítottunk (napi egyszeri 0,4 mg tamsulosint és háromszori 60 mg pyridostigmint). Másnap kontrollvizsgálatot, valamint a hólyagban felmerült patológiás eltérés lehetősége miatt hólyagtükrözést végeztünk (ezúttal a beteg beleegyezett), amely során ép hólyagképet, uréterekből tiszta akciókat találtunk, továbbá átfogó komplex hasi ultrahangvizsgálatot kértünk a Semmelweis Egyetem Orvosi Képalkotó Klinika ultrahanglaborjától.

Az ultrahang, az üres (!) hólyagtól cranialis irányban, a középvonaltól kissé balra 10×9×12 cm-es, cisztózus képletet ábrázolt a bal oldali petefészek területén. Az eltérés a középső harmadában ventralisan egy 5,2×2,5×3,5 cm-es, lobulált kontúrú belső növedéket tartalmazott, amelynek farki részétől a laterális fal felé 0,3 cm vastag septum húzódott. Egyéb hasi és urológiai szervek tekintetében eltérést nem találtak. Tekintettel az ultrahang-lelet eredményére, a tervezett CT-vizsgálatot, valamint urodinámiai kivizsgálást nem tartottuk szükségesnek. A Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikán történt konzílium után laparoszko-pos bal oldali petefészekciszta-eltávolítás történt. A műtétet megelőző tumormarker-vizsgálat alapján nem merült fel malignitás jelenléte (CA-125: 30,6 U/ml, HE4 (humán epididymis protein 4): 46 pmol/l <70, ROMA-index (risk of ovarian malignancy algorithm): 6,5%).

Tekintettel a panaszokat okozó ciszta méretére, esetünkben konzervatív terápia nem jött szóba.

A műtét endotrachealis altatásban történt. Direkt behatolással 5 mm-es trokárt helyeztek be a köldökön át, majd egy további 5 mm-es segédtrókárt vezettek a hasüregbe, és közvetlenül a cisztába (3. ábra). Ezáltal a bennék nagy részét leszívták (4. ábra). Ezt követően



5. ÁBRA: A MEGMARADT PETEFÉSZEK-ÁLLOMÁNY KÉT RÉTEGBEN VALÓ EGYESÍTÉSE

a bal oldalon egy 4 cm-es metszésből a cisztikus petefészek előhúzásával, tompa preparálás segítségével eltávolították a cisztát. A megmaradt petefészek-állományt két rétegben egyesítették, majd visszahelyezték a hasüregbe (5. ábra).

A patológiai vizsgálat eredménye szerint az elváltozás egy cisztikus érett teratoma volt.

Megbeszélés

A nagyméretű, panaszokat okozó petefészekciszták előfordulása ritkának mondható. Az irodalomban a nagyméretű petefészekciszta definíciója nem teljesen egyértelmű, egyes szerzők szerint nagy petefészekcisztáknak azokat tekintjük, amelyek átmérője meghaladja a 10 cm-t a műtét előtti vizsgálat során. Más tanulmányok szerint nagy petefészekciszta az, amely a köldök fölé ér (9). Vizeletretenció, főként fiatal, negatív anamnéziséű nőknél nagyon ritka, Klarskov és munkatársai szerint az akut vizeletretenció előfordulása ilyen esetekben 7/100 000-hez. A leggyakoribb, vizeletretenciót okozó tényezők a terhesség, a hátrahajló méh, a kismedencei szervek süllyedése, a petefészek-daganat, a mióma és a húgyúti kövesség.

Esetünkben azonban egyértelmű vizeletretencióra típusos panaszok nem álltak fent, csak az ultrahangkép alapján merült fel az alhasi fájdalom mögött telt hólyag lehetősége – hamisan. Mindazonáltal előfordulhat olyan eset is, amikor a petefészek-ciszta akut vizeletretencióhoz vezet.

Az ultrahangképen az érett dermoid ciszta általában vastag falú, echogén tartalmú, meszesedéssel rendelkező cisztás masszaként jelenik meg, hasonlóképpen az esetünkben látottakhoz. Tekintettel a páciens életkorára és anamnézisére, elsősorban a dermoid ciszta előfordulása kell hogy felmerüljön,

a hólyagretenció, valamint a hólyagtumor jelentősen ritkábban fordul elő ebben az életszakaszban.

Amikor nehezen karakterizálható húgyúti tünetekkel, alhasi fájdalommal, valamint a panaszokkal összhangban nem lévő ultrahangképpel szembesülünk, gondolnunk kell a petefészek-ciszta jelenlétére mint a háttérben lévő panaszok alapjául szolgáló dignitásra.

Alapos fizikális vizsgálattal, egyszerű diagnosztikus módszerekkel, tapasztalt szakember által végzett UH-vizsgálattal a betegség felismerhető.

Irodalom

1. Gica N, Peltescu Ghe, Chirulesc R, et al. Ovarian Germ Cell Tumors: Pictorial Essay. *Diagnostics* 2022; 12(9): 2050. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12092050>
2. Nyíri S, Máté Sz, Zalatnai A, et al. Petefészek dermoid cysztája talaján kialakuló laphámcarcinoma – két esetismertetés, *Nőgyógyászati Onkológia* 2017; 22: 17–19. ISSN: 1219-9079
3. Ayhan A, Bukulmez O, Genc C, et al. Mature cystic teratomas of the ovary: case series from one institution over 34 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2000 Feb; 88(2): 153–7. [https://doi.org/10.1016/s0301-2115\(99\)00141-4](https://doi.org/10.1016/s0301-2115(99)00141-4)
4. Kassidi F, Moukit M, Ait El Fadel F, et al. Successful management of a giant ovarian cyst: a case report. *Austin Gynecol Case Rep* 2017; 2: 1012.
5. Mehboob M, Naz S, Zubair M, et al. Giant ovarian cyst – an unusual finding. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC* 2014; 26(2): 244–5. PMID: 25603687
6. Sulb AA, El Haija MA, Muthukumar A. Incidental finding of a huge ovarian serous cystadenoma in an adolescent female with menorrhagia. *SAGE Open Med Case Rep* 2016; 4: 1. <https://doi.org/10.1177/2050313X16645755>
7. Goudeli C, Varytimiadi A, Koufopoulos N, et al. An ovarian mature cystic teratoma evolving in squamous cell carcinoma: A case report and review of the literature. *Gynecol Oncol Rep* 2017 Feb; 19: 27–30. <https://doi.org/10.1016/j.gore.2016.12.005>
8. NIH consensus conference (1995). Ovarian cancer: screening, treatment, and follow-up. NIH Consensus Development Panel on Ovarian Cancer. *JAMA* 273: 491–497. (Retrieved from 2013 article.) PMID: 7837369
9. Ou CS, Liu YH, Zabriskie V, et al. Alternate methods for laparoscopic management of adnexal masses greater than 10 cm in diameter. *J Laparoendoscopic Advanced Surgical Techniques* 2001; 11(3): 125–132. <https://doi.org/10.1089/10926420152389251>

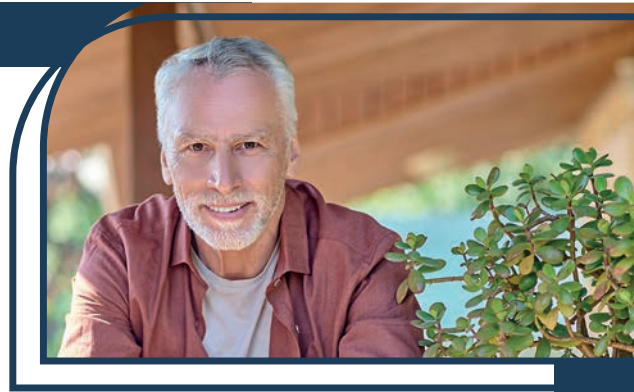
A köztudat jól ismeri a női klimaxot, annak tüneteit, de az **50. életkor körül a férfiakban is hormonhiányos állapot alakulhat ki. A tesztoszteron-hiány pszichés, szervi, valamint szexuális problémákat okozhat.** Ezek a tünetek azonban könnyedén enyhíthetőek, **a panaszokra van megoldás.**

Az **Androgarde** koncentráltan tartalmaz olyan hatóanyagokat, melyek élettani hatásuk révén fokozzák a sejtek nitrogén-monoxid szintézisét, **ezáltal segítenek megőrizni a barlangostestek sejtjeinek az egészséges működését**

JAVASOLT:

- Azoknak, **akik szeretnék megőrizni férfiasságukat közép- és időskorban is,**
- azon férfiaknak, akiknek egyéb oknál fogva fokozottabban fennáll a merevedési zavar veszélye: **pl. cukorbetegség, szívbetegség miatti kezelés, elhízás, magasvérnyomás, érzékület esetén,**
- azoknak, akiknek sok mellékhatást okoznak a potencianövelő szerek (PDE5 gátlók),
- azoknak, akik egyéb gyógyszereik szedése miatt nem szedhetnek potencianövelő (PDE5 gátló) szereket,
- fogyókúrázóknak, betegség után regenerálódóknak,
- testépítőknak tömegnövelőszerek használata esetén a nem kívánt szexuális mellékhatások megelőzésére.

Amennyiben **direct értékesítés céljából üzleti partnerünk szeretne lenni, vegye fel velünk a kapcsolatot a 06 30 4144 866 telefonszámon.**



A FÉRFI KLIMAX NE LEGYEN PROBLÉMA

További információ, tépőtömb igénylés és online megrendelés:
www.androgarde.hu

megrendelés telefonon:
06 30 414 4866



NAPI ADAG: 2X1 KAPSZULA