

# Rodící se myom jako příčina močové retence

## Nascent myoma as a cause of urinary retention

M. Tomanová, I. Semerádová, I. Lukáčová

Gynekologicko-porodnické oddělení, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.

**Souhrn:** Prezentujeme případ 47leté ženy s objemným, rodícím se nekrotickým myomem, který při prvozáchytu imitoval maligní proces v oblasti děložního čípku. Způsoboval výraznou retenci moče z důvodu komprese močového měchýře a močodů, hydronefrózu a zhoršení renálních funkcí. V klinickém nálezu byl plně rozvinutý obraz „bulky syndromu“ – lymfédem dolních končetin a podbřišku, bolesti v podbřišku, obstipace, sekundární močová infekce, paradoxní ischurie. Při gynekologickém vyšetření v zrcadlech byl vizualizován silně páchnoucí nekrotický tumor dosahující do poloviny pochvy, který způsoboval krvavý výtok, jenž pacientku přivedl k vyšetření. Z tumoru byla odebrána biopsie. Pacientce byl zaveden permanentní močový katétr s postupnou úpravou renálních funkcí. Vzhledem k obtížím a benignímu histologickému nálezu z biopsie byla indikována prostá abdominální hysterektomie s bilaterální salpingektomií z dolní střední laparotomie. Operace byla komplikovaná rozsáhlým adhesivním procesem v dutině břišní a krvní ztrátou 1 200 ml, s poklesem hemoglobinu v krevním obraze z 128 g/l na 79 g/l a s nutností korekce anémie podáním krevních transfuzí. V pooperačním období došlo k promptní obnově spontánní mikce s normalizací funkce močového měchýře, ústupu lymfédému a subjektivních potíží pacientky.

**Klíčová slova:** myom – bulky syndrom – rodící se myom – hysterektomie – retence moči

**Summary:** We present the case of a 47-year-old woman with a bulky, nascent necrotic myoma, which at first glance appeared to be a malignant process in the cervix. It caused significant retention of urine due to compression of the bladder and ureters, hydronephrosis and deterioration of renal function. A fully developed picture of the “bulge syndrome” dominated – lymphedema of the lower limbs and lower abdomen, pain in the lower abdomen, constipation, secondary secondary urinary infection, and paradoxical ischuria. During a gynecological examination in a specula, a strong-smelling, necrotic tumour was visualized reaching half of the vagina, which was causing a bloody discharge, which brought the patient to the examination. A biopsy was taken from the tumour. A permanent urinary catheter was inserted into the urinary bladder with gradual adjustment of renal functions. Due to the difficulties and the benign histological findings from the biopsy, a simple abdominal hysterectomy with bilateral salpingectomy from a lower midline incision was indicated. The operation was complicated by an extensive adhesive process and blood loss of 1,200 mL, with a decrease in hemoglobin in the blood count from 128 g/L to 79 g/L and the need for three blood transfusions. In the postoperative period, there is a prompt recovery of spontaneous micturition with normalization of bladder function, subsidence of lymphedema and subjective complaints of the patient.

**Key words:** myoma – bulky diseases – nascent uterine myoma – hysterectomy – urinary retention

### Úvod

Myomy jsou benigní nádory z hladkosvalových buněk myometriu. U žen ve fertilním věku je incidence 40 % s vrcholem výskytu mezi 35. a 50. rokem věku. Jedná se o nejčastěji se vyskytující nádory pohlavních orgánů ženy [1]. Symptomatické myomy se nejčastěji projevují hypermenoreou a menometroragii. Mezi další příznaky patří pelipatie, dyspareunie, dysmenorea, polakisurie, dysurie, sterilita, habituální potracení, „bulky syndrom“ – syndrom z útlaku, lymfédem, obstipace a inkontinence [2]. V diagnostice se vedle palpačního vy-

šetření uplatňuje sonografie se zaměřením na zhodnocení morfologie myomu a jeho vaskularizaci, velikost myomu a dynamiku jeho růstu.

Obvyklým doporučeným postupem u asymptomatických pacientek bez přítomnosti rizikových známek, které by mohly svědčit pro nález atypického leiomyomu nebo sarkomu, je observace. V ostatních případech je doporučováno operační řešení. Studium genetických rozdílů mezi leiomyomy a leiomyosarkomy prokazuje, že jejich původ je pravděpodobně rozdílný a že se nejedná o maligní transformaci leiomyomu [3].

### Vlastní pozorování

Žena, 47 let, byla vyšetřena na ambulanci našeho pracoviště pro bolesti v podbřišku, zapáchající výtok z pochvy s příměsí krve, masivní otoky do třísel a bolesti nohou. Pacientka pochází z nižších socioekonomických poměrů. Anamnesticky byla pacientka po dvou spontánních předčasných porodech a jednom císařském řezu. V minulosti udávala abúzus pervitinu. V dokumentaci byl nalezen výsledek cytologického vyšetření (HSIL – high grade intraepithelial lesions) z roku 2019, který dále nebyl řešen. Na první pohled u pacientky ob-



**Obr. 1. Ultrazvukový nález – zobrazený nekrotický myom velikosti 129 × 74 × 110 mm (transverzální zobrazení).**

Fig. 1. Ultrasound image with myoma uteri 129 × 74 × 110 mm (transversal view).



**Obr. 2. Vaginální předoperační nález – myom zasahuje do poloviny pochvy.**

Fig. 2. Vaginal preoperative findings – myoma extends to half of the vagina.

ektivně dominovala kachexie (body mass index – BMI 16 kg/m<sup>2</sup>), lymfédem dolních končetin, který byl výraznější na levé dolní končetině – noha byla indurovaná a zarudlá až do třísla.

Při gynekologickém vyšetření byl zjištěn solidní, tuhý, nekrotizovaný, še-

řavý tumor s ulceracemi velikosti 12 cm v průměru, který se z oblasti děložního hrdla vyklenoval do poloviny pochvy. Byla odebrána biopsie z tumoru. Při ultrazvukovém vyšetření byl zobrazen v dutině břišní přeplněný močový měchýř kranálně dosahující 5 cm nad úro-

veň pupku. Zavedeným permanentním močovým katétreem bylo evakuováno 6 500 ml čiré moči.

Ultrazvukový nález po vyprázdnění močového měchýře: děloha napřímená, vyplňuje malou pánev, vel. 180 × 84 × 120 mm, endometrium 8 mm, hrdlo dilatováno hyperechogenním, solidním, po obvodu vaskularizovaným útvarem 129 × 74 × 110 mm (obr. 1), color score (CS) 3, s patrnými ložisky nekróz, parametria se jeví intaktní. Pravé ovarium – velikost 39 × 21 mm, morfologie v normě, v oblasti levých adnex jednodukomorový cystický útvar velikosti 42 × 52 mm, výstelka pravidelná, obsah hypoechogenní, CS 1, nesuspektivního vzhledu, Douglas bez volné tekutiny, ledviny oboustranně s dilatací kalichopánvičkového systému II. stupně. Bylo doplněno dopplerometrické vyšetření cév dolních končetin, které vyloučilo hlubokou žilní trombózu. Pro podezření na maligní proces z hrdla děložního byla pacientka referována do onkogynekologického centra. Z biopsie byl následně potvrzen zánět a nekróza, proto bylo provedeno kontrolní histologické vyšetření. V obdržení výsledku histologie byly popsány pyogenní granulární tkáňové fragmenty leiomyomu bez průkazu malignity. Odebrané tumor markery byly negativní. Při kontrolním laboratorním vyšetření došlo k úpravě renálních funkcí. Hodnota kreatininu poklesla z 148 μmol/l na 48 μmol/l, urea z 13,2 mmol/l na 4,1 mmol/l. Při kontrolním ultrazvukovém vyšetření byla zobrazena kompletní regrese dilatace kalichopánvičkového systému. Pacientka požadovala řešení na našem pracovišti, proto byla indikována prostá abdominální hysterektomie s oboustrannou salpingektomií z dolní střední laparotomie v celkové anestezii.

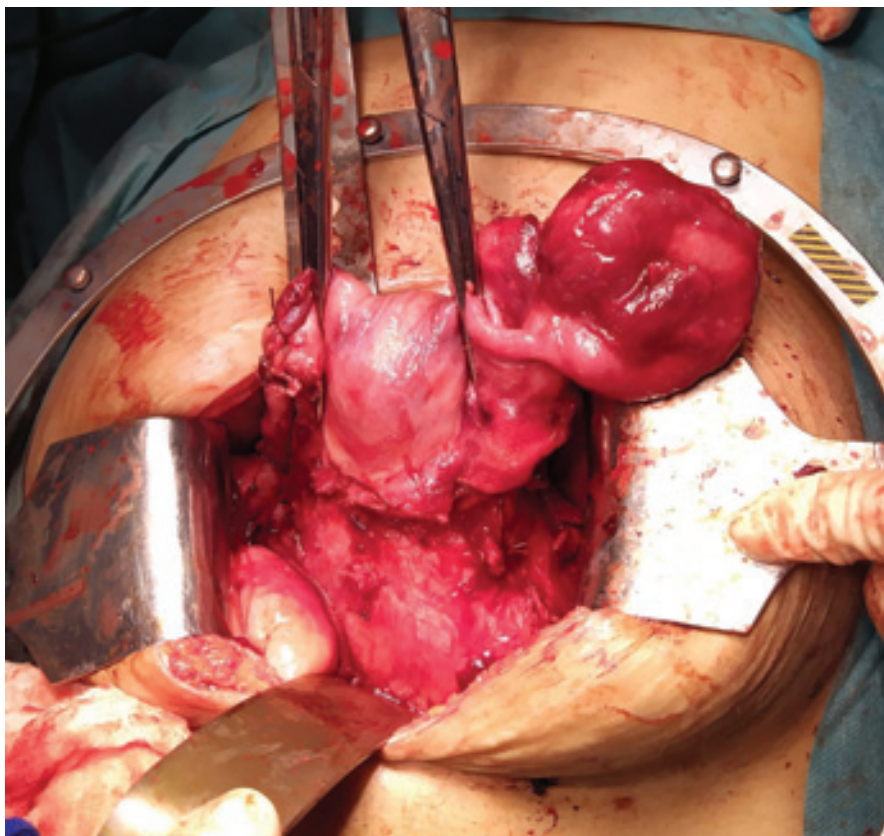
Perioperačně bylo nalezeno: tělo děložní normálního vzhledu i velikosti, děložní hrdlo dilatováno objemným rodícím se myomem velikosti cca 12 cm v průměru, který prolabuje do pochvy, celková délka dělohy byla 22 cm (obr. 2).

Pravé ovarium bylo normálního vzhledu, pravá tuba změněna v sacosalpinx, levá tuba byla v adhezích k ovariu v obraze až tuboovariálního abscesu, přítomné pevné adheze k sigmoideu. Sigmoideum adherovalo k zadní stěně děložní, nalezené mnohočetné blanité adheze mezi střevními kličkami a k omentu. Močový měchýř měl rozšířenou stěnu a pevně adheroval k přední stěně děložní v místě jizvy po císařském řezu. Stěna pochvy šíře 10 mm. V tlustém střevě až po hepatickou flexuru byla přítomna mnohočetná tuhá skybala.

Vzhledem k perioperačnímu nálezu bylo rozhodnuto o provedení i levostrané adnexektomie spolu s hysterektomií (obr. 3). Operace byla komplikována krvavou ztrátou s odhadem 1 200 ml, s poklesem hemoglobinu v krevním obraze z 128 g/l na 79 g/l a s nutností podání tří krevních transfuzí. Pacientka byla po celou dobu operace kardiopulmonálně stabilní. Sutura kůže byla provedena svorkami a celkový čas operace dosahoval 4,5 hod. Pooperační období bylo klidné. Rána se hojila primárně. Pacientka byla zajištěna dvojkombinací antibiotik – Augmentin 1,2 g i.v. + Metronidazol 500 mg i.v. po dobu 6 dnů, poté pokračovala v perorální formě do 10. dne. Laboratorně byla uspokojivá úprava zánětlivých parametrů – hodnota C-reaktivního proteinu (CRP) poklesla z 75 mg/l na 53 mg/l, leukocyty z 25,6 na  $6,7 \times 10^9/l$ , hemoglobin 100 g/l. Obnovila se spontánní mikce bez přítomnosti postmikčních reziduí nebo inkontinence. Celková doba hospitalizace byla 7 dní. V definitivní histologii byl potvrzen nálezi leiomyomu v terénu rozsáhlých reaktivních změn, chronická salpingitida vpravo a akutní hnisavá salpingitida vlevo (obr. 4). Za 2,5 měsíce po výkonu byla pacientka zcela bez obtíží, ve velmi dobrém stavu. Otok obou dolních končetin kompletně ustoupil.

### Diskuze

Leiomyom, bez ohledu na lokalizaci, je podle literatury uváděn jako nejčastější



**Obr. 3. Perioperační nálezi – tuboovariální absces levostranných adnex.**  
Fig. 3. Perioperative findings – tuboovarian abscess of the left adnexa.



**Obr. 4. Děloha s myomem a s tuboovariálním abscesem levých adnex.**  
Fig. 4. Uterus with myoma and tuboovarian abscess of the left adnexa.

indikace k provedení hysterektomie. Hlavní výhodou hysterektomie je rychlá eliminace symptomů bez rizika recidivy

a zlepšení fyziologických funkcí a kvality života. Všeobecně je možné provést operaci laparoskopicky, abdominál-

ním nebo vaginálním přístupem. Přístupy je možné kombinovat a myom nejprve enukleovat vaginální cestou a potom výkon dokončit laparoskopicky nebo z abdominálního přístupu.

Proces enukleace stopkatého myomu zahrnuje jeho devaskularizaci, oddělení a odstranění. Pohyblivost myomu v pochvě je zásadním faktorem. Tato pohyblivost je určena velikostí myomu, délkou a tloušťkou jeho stopky a vaginální laxitou a vyjadřuje šanci na přístup ke stopce myomu nebo k uterinním arteriím, které jsou pro bezpečnost a úspěch operace klíčové [4].

Při nálezu rodícího se myomu se širokou stopkou, s nevizualizovatelnou stopkou, při myomu > 4 cm a myomu vyklenujícím se z oblasti děložního hrdla je vhodnější provést abdominální hysterektomii [5]. Naopak někdy i velmi velké leiomyomy, až 10 cm v průměru, lze úspěšně odstranit vaginálně a operaci dokončit bez jakýchkoli komplikací [6]. Objemné myomy lze vaginální cestou odstranit většinou za cenu morselace, avšak je zde riziko diseminace případného maligního procesu, který je většinou popsán až při definitivním histologickém vyšetření. Při rozhodování, zda zvolit vaginální, laparoskopickou nebo abdominální cestu operace, je nutný – dle našeho názoru – individuální přístup. Je vhodné zvážit především následující faktory: věk, fertilitní plány, habitus, předchozí operace v anamnéze, prostornost pochvy, tvar a lokalizaci myomu, jeho morfologii a vaskularizaci v ultrazvukovém obraze.

V našem případě byl myom velikosti 12 cm, který zcela obturoval pánevní vchod a způsoboval plně vyvinutý bulky syndrom. Vzhledem k velikosti myomu, stavu po císařském řezu a nedostatečné prostornosti pochvy při nízkém BMI pa-

cientky nebyl vaginální operační přístup ani zvažován.

Perioperační rizika souvisí primárně s polohou myomu. V případě uložení myomu v istmické části dělohy mění jeho poloha již tak úzké anatomické poměry v malé pánvi a myom může k těmto strukturám patologicky adherovat. Nejvíce jsou ohroženy: vpředu uložený močový měchýř, vzadu uložený konečník, bilaterálně probíhající močovody a uterinní arterie a vény. Anatomická dislokace těchto struktur je spojována se zvýšeným rizikem krvácení a zároveň s poraněním těchto struktur [7].

Naše operace byla komplikována pro obtížný přístup k uterinním cévám, rozsáhlým adhezivním procesem na podkladě zánětlivých změn a stavem po císařském řezu, který značně technicky komplikoval výkon, prodloužil čas operace a zvýšil krvetní ztrátu.

Retence moči u žen v reprodukčním věku bez předchozí operace je vzácná. Jako příčina akutní retence byly popsány případy způsobené inkancerovanou dělohou v těhotenství, traumata pánve a hráze a v neposlední řadě děložní myomy. Pokud je děložní myom pravděpodobnou příčinou retence moči a pacientka má naplněné fertilitní plány, je provedení hysterektomie hlavní léčebnou modalitou [8].

## Závěr

Myomy představují nejčastěji se vyskytující benigní léze na děloze. V klinickém obraze mohou být zcela asymptomatické nebo mohou dominovat potíže výrazně ovlivňující morbiditu pacientek. Výběr vhodné terapie je proto individuální. Perioperačně zvýšené krvetní ztráty a poranění okolních struktur jsou přímo úměrné anatomické dislokaci, které mohou myomy způsobovat.

U symptomatických pacientek je zlatým standardem operační léčba.

## Literatura

1. Bajekal N, Li TC. Fibroids, infertility and pregnancy wastage. *Hum Reprod Update* 2000; 6(6): 614–620. doi: 10.1093/humupd/6.6.614.
2. Mára M, Holub Z. Děložní myomy: moderní diagnostika a léčba. Praha: Grada 2009.
3. Veselý K. Prognostická imunohistochemie u sarkomů měkkých tkání. Dizertační práce. Brno 2008: 12–64. Více na: www.muni.cz.
4. Al-Shukri M, Al-Ghafri W, Al-Dhuhli H et al. Vaginal myomectomy for prolapsed submucous fibroid: it is not only about size. *Oman Med J* 2019; 34(6): 556–559. doi: 10.5001/omj.2019.100.
5. Golan A, Zachalka N, Lurie S et al. Vaginal removal of prolapsed pedunculated submucous myoma: a short, simple, and definitive procedure with minimal morbidity. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271(1): 11–13. doi: 10.1007/s00404-003-0590-x.
6. Aydın S, Göksever Çelik H, Maraşlı M et al. Clinical predictors of successful vaginal myomectomy for prolapsed pedunculated uterine leiomyoma. *J Turk Ger Gynecol Assoc* 2018; 19(3): 146–150. doi: 10.4274/jtgga.2017.0135.
7. Ferrari F, Forte S, Valenti G et al. Current treatment options for cervical leiomyomas: a systematic review of literature. *Medicina (Kaunas)* 2021; 57(2): 92. doi: 10.3390/medicina57020092.
8. Hwang KS, Ding DC. Female acute urinary retention caused by anterior deflection of the cervix which was augmented by a uterine myoma. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008; 47(3): 350–351. doi: 10.1016/S1028-4559(08)60141-2.

## ORCID autorů

M. Tomanová 0000-0001-8110-3375  
I. Semerádová 0000-0001-9102-5075  
I. Lukáčová 0000-0001-9102-5075

*Doručeno/Submitted: 25. 11. 2022*

*Přijato/Accepted: 26. 5. 2023*

*MUDr. Michaela Tomanová  
Gynekologicko-porodnické oddělení  
Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice a.s.  
Zalužanského 1192/15  
703 00 Ostrava-Vítkovice  
toman.michaela@gmail.com*

**Publikační etika:** Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

**Publication ethics:** The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE uniform requirements for biomedical papers.

**Konflikt zájmů:** Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie/práce nemají žádný konflikt zájmů.

**Conflict of interests:** The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning the drugs, products or services used in the study.