

Wpływ doustnych środków antykoncepcyjnych na wątrobę.

*dr med. Iwona Śliwińska
Zakład Patomorfologii Szpitala
im. Św. Wojciecha w Gdańsku*

Doustne środki antykoncepcyjne (Oral Contraceptives) mogą wpływać zarówno na czynność jak i strukturę tkanki wątrobowej. Zastanawia znaczenie predyspozycji genetycznych – wrażliwość na powikłania różni się zależnie od rejonu świata. Od dawna wiadomo, że wyraźnie większa niż w Europie jest w Skandynawii, Argentynie i Chile.

Wykładnikiem zmian czynnościowych jest najczęściej umiarkowane podwyższenie poziomu transaminaz, także GGTP, fosfatazy alkalicznej i bilirubiny jako wyraz wewnątrzwątrobowego zastoju żółci. Objawy kliniczne pojawiają się zazwyczaj pomiędzy 1 a 6 miesiącem od rozpoczęcia przyjmowania OC, mogą manifestować się złym samopoczuciem, nudnościami, brakiem apetytu, a także świądem i żółtaczką (bilirubinemia 3-13 mg/dl). Syntetyczne estrogeny mają wpływać na zaburzenie transportu kwasów i soli żółciowych przez ściany kanalików żółciowych, zwłaszcza u kobiet, które wcześniej przeżyły żółtaczkę ciężarnych.

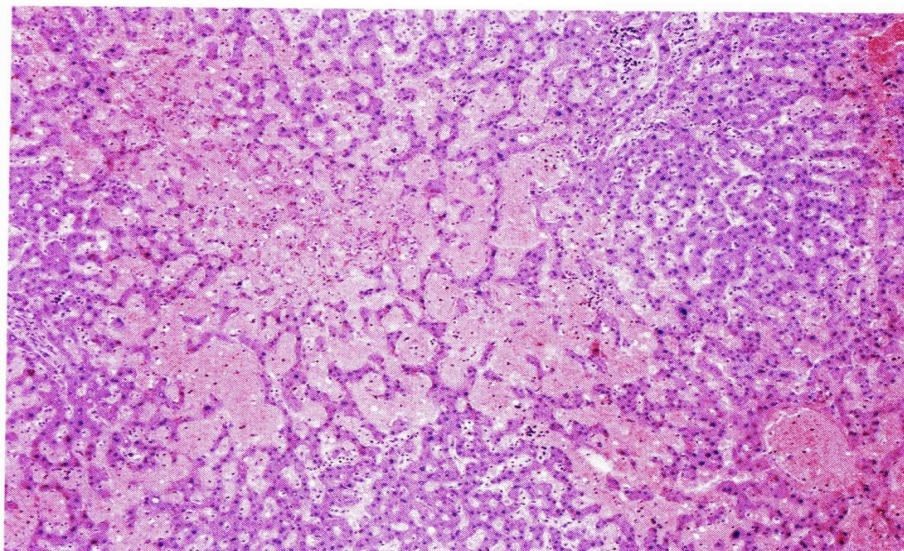
Lżejsze zmiany mogą ustępować w trakcie przyjmowania OC (np. poziom aminotransferaz może obniżyć się po miesiącu), poważniejsze ustępują z reguły w ciągu kilku tygodni lub miesięcy po ich odstawieniu.

Morfologicznym odpowiednikiem wewnątrzwątrobowego zastoju żółci jest poszerzenie kanalików żółciowych, któremu mogą towarzyszyć zmiany zwyrodnieniowe w hepatocytach. Wzrasta też stężenie cholesterolu w wydzielanej żółci, co sprzyja powstawaniu kamicy żółciowej.



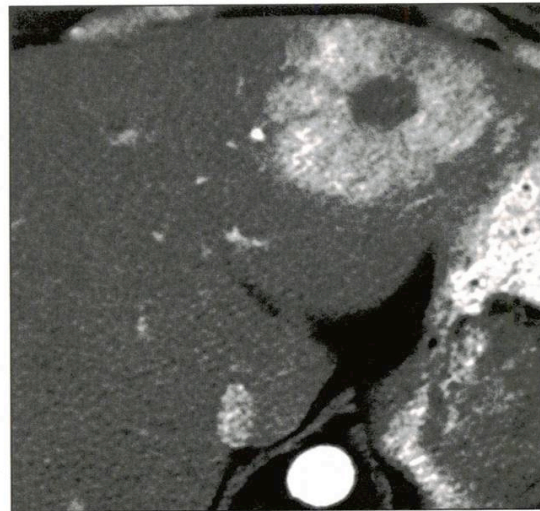
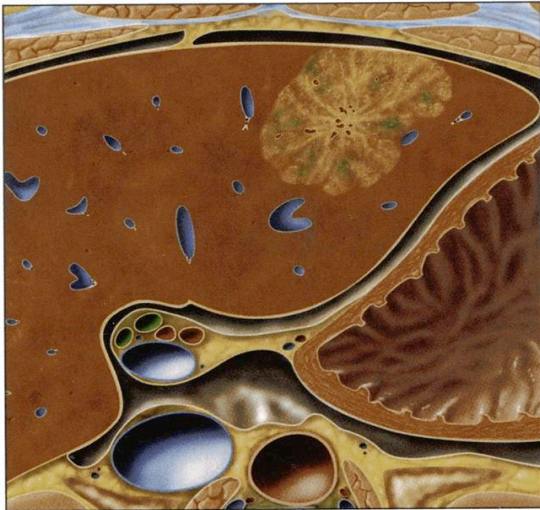
Kolejną zmianą strukturalną związaną z OC jest peliosis hepatis - w postaci ogniskowych, jeziorkowatych poszerzeń zatok wątrobowych, które częściowo tracą swoją wyściółkę śródbłonkową. Zmiany są widoczne mikro- i makroskopowo, cofają się po zaprzestaniu przyjmowania tych preparatów.

Peliosis hepatis



Ogniskowy rozrost guzkowy (FNH), z charakterystyczną blizną centralną, rozwijający się w miąższu, najczęściej podtorebkowo, lub na powierzchni wątroby, nie ma charakteru nowotworowego, niemniej bywa trudny do odróżnienia od nowotworu. W USG dopplerowskim zwracają uwagę liczne naczynia tętnicze biegnące od środka zmiany ku jej obwodowi. Guzy te zwykle nie przekraczają 5 cm, wiążą się jednak z ryzykiem spontanicznego krwawienia. Występować mogą w każdym wieku i u obu płci, najczęściej jednak są wykrywane u młodych kobiet przyjmujących OC. Wydaje się, że środki te nie tyle wywołują rozrost, co go stymulują. Po zaprzestaniu ich przyjmowania wzrost guza może się zatrzymać. Jego wielkość > 10 cm obliuguje do leczenia.

FOCAL NODULAR HYPERPLASIA

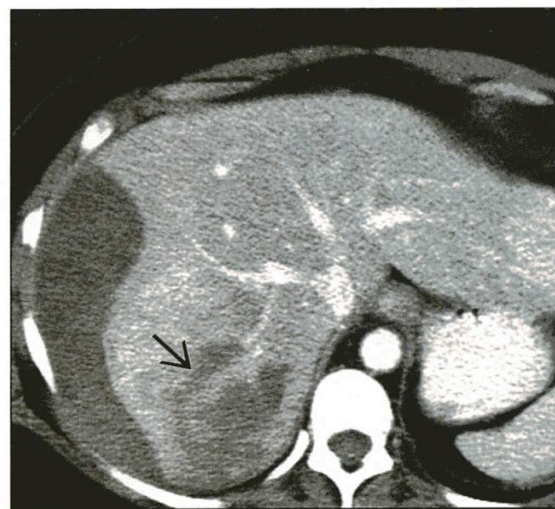


Powyżej widoczne nieograniczone torebką guz z blizną centralną, od której promieniście rozchodzą się dzielące go pasma łącznotkankowe. Obok obraz TK w fazie tętniczej po podaniu kontrastu.



Zmianą najbardziej związaną z długotrwałym przyjmowaniem OC jest gruczolak wątrobowokomórkowy (Hepatocellular adenoma), który niezwykle rzadko zdarza się w innej sytuacji, ewentualnie u mężczyzn po preparatach anabolicznych. Aż 98 % przypadków dotyczy młodych kobiet, które używały OC ponad 5 lat, zwłaszcza zawierające mestranol. Częstość występowania tego nowotworu wyraźnie wzrosła po 1965 roku, obecnie spada. Guz jest otoczony torebką włóknistą, umiejscawia się najczęściej (w 75%) w płacie prawym pod torebką narządu, może sięgać wym. 30 cm. Odróżnienie tej postaci pierwotnego nowotworu wątroby od raka wątrobowokomórkowego stwarza często istotne trudności. Gruczolak w USG bywa różnej echogeniczności, obraz dopplerowski w 40-60% uwidacznia typowy sygnał żylny. W badaniu TK zmiana jest hipodensyjna, szybko wysycająca się we wczesnej fazie tętniczej. Jej bogate unaczynienie stwarza istotne zagrożenie spontanicznym krwawieniem do jamy otrzewnowej, szczególnie w czasie ciąży i jeśli wielkość guza przekracza 5 cm. Rzadko ulega przemianie złośliwej, wg WHO udowodniono to w 7%, czego wyrazem może być wzrost poziomu AFP surowicy krwi, zwłaszcza > 200 ng/ml.

HEPATIC ADENOMA



Widoczny bogato unaczyniony, ograniczony torebką guz, który spowodował powstanie krwiaka podtorebkowego wątroby. Obok obraz TK w fazie żylny po podaniu kontrastu.

Literatura:

- „WHO Classification of Tumours of digestive System, 4th Ed.
- „Atlas of liver pathology” G.C.Kanel, J. Korula, 2nd Ed.
- „Diagnostic Imaging Abdomen” M.P.Federle, R.B.Jeffrey, T S. Desser.
- „Patologia – Słowo o chorobie” J.Stachura, W. Domagała, 2 wyd.
- „Ginekologia w praktyce klinicznej – Antykoncepcja” R.Dębski, 1 wyd. polskie.
- „Interna Szczeklika” 2012r.