Zaawansowana endometrioza z naciekaniem ściany pęcherza moczowego u młodej kobiety

Advanced endometriosis with infiltration of urinary bladder in young women

Andrzej Malinowski[1], Krzysztof Szram[1,2], Jarosław Cieślak[1], Grażyna Blewniewska[1], Tomasz Augustyniak[1], Tadeusz Pawłowski[1]

Przedstawiono przypadek endometriozy u 26-letniej pacjentki z utrzymującymi się ponad pół roku dolegliwościami dysurycznymi, niepoddającymi się leczeniu zachowawczemu, u której pomimo braku istotnych zmian cystoskopowych występował lity naciek endometriozy na ścianę pęcherza moczowego, wymagający usunięcia zmiany i plastyki ściany pęcherza moczowego.

Słowa kluczowe: *endometiroza, pęcherz moczowy, laparoskopia*

(Przegląd Menopauzalny 2004; 3: 39–40)

Wstęp

Endometrioza jest schorzeniem szeroko rozpowszechnionym u kobiet. Ocenia się, że występuje u ok. 7% kobiet w wieku rozrodczym [1, 2]. Ektopowe występowanie endometrium wiąże się najczęściej z szeregiem objawów, z których na pierwsze miejsce wysuwa się nawracający ból w terminie miesiączki, skłaniający chore do konsultacji ginekologicznej [3].

Najczęściej zmiany chorobowe lokalizują się w obrębie zatoki Douglasa, na powierzchni macicy, na więzadłach krzyżowo-macicznych i jajnikach. Możliwa jest także obecność ognisk ektopowego endometrium w innych narządach jamy brzusznej: na ścianie odbytnicy, esicy, wyrostka robaczkowego, w sieci lub na więzadłach obłych. Pozaotrzewnowe występowanie ognisk endometriozy jest zdecydowanie rzadsze, jednak opisywane są przypadki umiejscowienia zmian w obrębie krocza, pochwy, przegrody pochwowo-odbytniczej, a nawet w obrębie płuc czy drzewa oskrzelowego [3, 4]. Rozległość i zaawansowanie zmian endometriotycznych, zlokalizowanych wewnątrzotrzewnowo a ocenionych laparoskopowo, klasyfikuje się w oparciu o 4-stopniowy podział, zaproponowany przez Amerykańskie Towarzystwo Płodności (AFS). Jednak dla endometriozy występującej pozaotrzewnowo bardziej przydatna jest klasyfikacja wg Semma [2].

Endometrioza zlokalizowana w układzie moczowym stanowi ok. 1% wszystkich przypadków tej choroby. Może dotyczyć zarówno nerek, moczowodów, jak i pęcherza moczowego [5]. Nietypowość objawów endometriozy w obrębie układu moczowego przedstawia przypadek chorej leczonej w Klinice Ginekologii ICZMP w Łodzi.

Opis przypadku

Chora S.D., lat 26, nr historii choroby 02–7502 raz rodziła drogami siłami natury, nie roniła, dotychczas nie była operowana. Od pół roku zgłaszała występowanie dolegliwości bólowych w trakcie mikcji. Objawy chorobowe nasilały się szczególnie wyraźnie w terminie miesiączki. Pomimo stosowanego leczenia przeciwzapalnego oraz antybiotykoterapii dolegliwości nie ustępowały. Wielokrotnie wykonywane badania ogólne

[1] Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi; kierownik Kliniki: prof. dr hab. med. Andrzej Malinowski

[2] Oddział Ginekologiczny Szpitala Ministerstwa Spraw Wewtętrznych i Administracji w Łodzi; ordynator Oddziału: dr n. med. Krzysztof Szram

moczu oraz posiewy nie wykazywały patologii w obrębie układu moczowego.

Z uwagi na współistnienie silnie bolesnych i obfitych miesiączek chora zgłosiła się na konsultację ginekologiczną. Podczas badania stwierdzono tkliwą zmianę pomiędzy pęcherzem moczowym a przednią ścianą pochwy oraz napięte więzadła krzyżowo maciczne. Pacjentkę skierowano na konsultację urologiczną, w czasie której nie stwierdzono istotnych przyczyn choroby ze strony układu moczowego.

W badaniu ultrasonograficznym sondą waginalną stwierdzono natomiast obecność litej zmiany usytuowanej za pęcherzem moczowym. Zlecono dodatkowo wykonanie badania cystoskopowego, które wykazało jedynie niewielkie krwawienie ze ściany rozpulchnionej cewki moczowej bez jakichkolwiek zmian w ścianie pęcherza. Pacjentkę zakwalifikowano do laparoskopii i penetracji przestrzeni pęcherzowo-pochwowej pod kontrolą laparoskopu.

W trakcie operacji stwierdzono: jajniki obustronnie pokryte drobnymi ogniskami endometriozy, otrzewna zatoki Douglasa ze zmianami endometrioidalnymi, natomiast w załamku pęcherzowo-macicznym widoczne guzowate uwypuklenie, o wymiarach ok. 3 x 2 cm. Nacięto i odpreparowano otrzewną załamka, dochodząc do powyżej opisywanego guzka, jednakże próba oddzielenia guzka od ściany pęcherza na drodze laparoskopowej nie powiodła się. Wobec podejrzenia objęcia całej grubości ściany pęcherza przez zmianę zdecydowano o odstąpieniu od zabiegu laparoskopowego i otwarciu jamy brzusznej sposobem Pfannenstiela. Wycięto zmianę, która obejmowała wszystkie warstwy ściany pęcherza. Pęcherz moczowy zeszyto dwuwarstwowo. Rozpoznano IV stopień nasilenia endometriozy wg AFS. Po wypisaniu ze szpitala pacjentkę poddano leczeniu analogami GnRH. Aktualnie czuje się dobrze i nie zgłasza poprzednio występujących dolegliwości.

Dyskusja

Endometrioza zlokalizowana w obrębie narządów miednicy mniejszej i dróg moczowych jest rzadko współwystępującą patologią, dlatego też jej rozpoznanie sprawia wielokrotnie duże problemy diagnostyczne. Najczęściej zmiany endometriotyczne w układzie moczowym lokalizują się w pęcherzu moczowym i mają charakter drobnoguzkowych zmian rozsianych na powierzchni otrzewnowej pęcherza [3, 5]. Rzadziej dochodzi do zajęcia warstw ściany pęcherza. Występują wtedy objawy podrażnienia pęcherza (częstomocz, parcia naglące) oraz krwiomocz w terminie miesiączki. W różnicowaniu należy uwzględnić nowotwory i stany zapalne układu moczowego. Koniecznym jest wykonanie badania cystoskopowego, jednak jego obraz bywa wielokrotnie niecharakterystyczny i może sugerować występowanie obrzęku groniastego błony śluzowej lub rozrostu nowotworowego [5]. Rzadko obserwuje się zmiany o innym charakterze i stąd też wynika konieczność ustalenia właściwej terapii. Znany i trudny jest problem leczenia pozaotrzewnowych ognisk endometriozy. Występuje często oporność tak zlokalizowanych ognisk endometriozy na działanie gestagenów, Danazolu jak i analogów gonadoliberyn [2]. W przypadku stwierdzenia małych zmian w układzie moczowym w początkowym stadium choroby, można liczyć na efekty leczenia zachowawczego [5]. Natomiast w stadium zaawansowanym, z naciekaniem wszystkich warstw ściany pęcherza guzem endometrialnym, konieczne jest pierwotne leczenie operacyjne, a następnie uzupełniająca farmakoterapia.

Summary

We described a case of endometriosis in 26 years old woman who complains from over half a year lasting disuric symptoms, which has not subjected conservative therapy. In cystosocopic examination there were no abnormalities detected. During operation we found and removed a solid endometic infiltration of the urinary bladder wall and cystoplasty was performed.

Key words: *endometriosis, urinary bladder, laparoscopy*

Piśmiennictwo

1. Bartodziej U, Szyłło K, Dobrowolski Z. *Zastosowanie analogów Gn-RH w skojarzonym leczeniu endometriozy narządów rodnych*. Gin Pol 1997; (suppl. 1): 163.
2. Lipiński M. *Trudności diagnostyczne endometriozy dotyczącej moczowodu oraz pęcherza moczowego*. Gin Pol 1997; (suppl. 1): 93.
3. Palatyński A. *Endometrioza*. PZWL, Warszawa 1990.
4. Popiela A. *Ocena skuteczności analogów gonadoliberyny w leczeniu rzadkich lokalizacji endometriozy*. Gin Pol 1997; (suppl. 1): 151.
5. Sangi-Haghpeykar H, Poindexter III AN. *Epidemiology of endometriosis among parrous women*. Obstet Gynecol 1995; 6: 983-92.

Adres do korespondencji

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Endoskopowej
Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki
ul. Rzgowska 281/289
93-338 Łódź
tel. +48 42 271 14 01