

Endometrioza imitująca guz esicy, naciekająca lewy moczowód

Endometriosis imitating bleeding sigma tumor, infiltrating left ureter

Bogusław Kędra, Konrad Zaręba, Bogna Okulczyk, Zbigniew Kamocki, Marta Garbowska

II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

Przegląd Gastroenterologiczny 2010; 5 (1): 57–59

Słowa kluczowe: endometrioza, guz, krwawienie, przewód pokarmowy.

Key words: endometriosis, tumour, bleeding, digestive tract.

Adres do korespondencji: lek. Konrad Zaręba, II Klinika Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej, Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24a, 15-276 Białystok, tel./faks +48 85 746 86 22, e-mail: nikt00@gazeta.pl

Streszczenie

Endometriozę definiuje się jako obecność endometrialnych gruczołów i podścieliska macicy poza jamą macicy. Ektopowe ogniska endometriozy w obrębie przewodu pokarmowego występują u 3–37% pacjentek z endometriozą miednicy. Zwykle umiejscawia się ona na zewnątrz jelita, obejmując błonę surowiczą, mięśniową oraz podśluzową. Rzadko spotyka się zajęcie błony śluzowej jelita. Chore uskarżają się najczęściej na bóle jamy brzusznej i miednicy, nasilone i bolesne krwawienia miesięczne, bolesne stosunki płciowe, zaparcia, niedrożność lub biegunki. Do nasilenia dolegliwości dochodzi przed krwawieniem miesięcznym i w jego trakcie. Autorzy przedstawiają 44-letnią chorą zakwalifikowaną do zabiegu operacyjnego z powodu zmian polipowatych podejrzanych o rozrost nowotworowy, powodujący objawy krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W badaniu histopatologicznym wyciętej zmiany w esicy wykazano obecność endometriozy.

Wstęp

Według definicji gruczolistość (*endometriosis*) to obecność czynnej błony śluzowej macicy lub tkanki endometrialnej poza prawidłową warstwą błony śluzowej jamy macicy w pozostałych narządach płciowych, a także ektopicznie w innych narządach [1, 2]. Do zajęcia przewodu pokarmowego dochodzi u 3–37% pacjentek z endometriozą macicy. W przypadku zajęcia jelita zmiany umiejscawiają się w odbytnicy i esicy (72% lokalizacji jelitowej), jelicie cienkim (7%), kątnicy (4%) oraz wyrostku robaczkowym (3%) [1–6]. Najbardziej charakterystycznym obrazem endometriozy przewodu pokarmowego jest naciek – masa guzowata obejmująca jelito od zewnątrz. Gruczolistość w postaci polipowatego guza rosnącego do światła jelita należy do rzadkości [4, 7].

Abstract

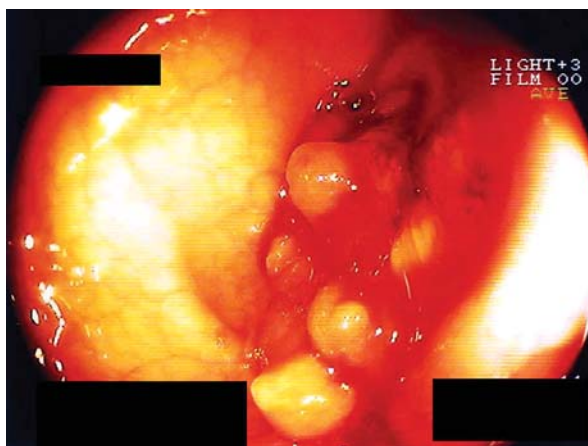
Endometriosis is defined as a condition in which endometrial like cells appear and flourish in areas outside the uterine cavity. It is known that 3–37% of patients with pelvic localisation of endometriosis the digestive tract is engaged. Intestinal foci of endometriosis are usually situated on the external side of a bowel. Endometriosis localized in mucous membrane is very rare. The most common symptoms are abdominal and pelvic pains, painful menstruation, dyspareunia. In our report we examine the case of a 44 years old female who was operated because of a bleeding sigma tumor. In histopathological examination – endometriosis.

W niniejszej publikacji autorzy przedstawiają operacyjne leczenie endometriozy jelita, imitującej krwawiący rak esicy, która wystąpiła u 44-letniej pacjentki.

Opis przypadku

Chora, lat 44, została przekazana do Kliniki w celu operacyjnego leczenia dużej polipowatej zmiany w esicy podejrzanej o rozrost nowotworowy. Pacjentkę pierwotnie diagnozowano na Oddziale Chorób Wewnętrznych z powodu powtarzających się dolegliwości bólowych o charakterze skurczowym, zlokalizowanych w lewym śródbrzuszu z okresowymi objawami krwawienia z dolnego odcinka przewodu pokarmowego. W wywiadzie stwierdzono przebytą elektrokoagulację nadżerki szyjki macicy. Od 1,5 roku z powodu afunkcji nerki lewej chora pozostawała pod kontrolą poradni

urologicznej. Przedmiotowo stwierdzono bolesność palpacyjną w nadbrzuszu i rzucie esicy. W badaniach laboratoryjnych z odchyłen wykazano zmniejszone wartości hemoglobiny i żelaza. Markery nowotworowe były w normie – Ca 19-9 35,96 U/ml, CEA 0,64 ng/ml. Wykonano diagnostykę endoskopową przewodu pokarmowego (gastroskopia i kolonoskopia) oraz badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej. W badaniu kolonoskopowym stwierdzono kalafiorowaty naciek (ryc. 1.) w odległości 30–35 cm od zwieraczy, wypełniający światło jelita, krwawiący kontaktowo przy badaniu, uniemożliwiający badanie dalszej części jelita. Pobrano wycinki do badania histopatologicznego. W badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej wykazano zmienioną torbielowato nerkę lewą. W badaniu USG doppler stwierdzono cechy marskości z brakiem przepływu



Ryc. 1. Kolonoskopia – obraz zmiany w esicy
Fig. 1. Colonoscopy – tumour of simge



Ryc. 2. Nerka lewa z moczowodem – preparat pooperacyjny
Fig. 2. Left kidney with ureter

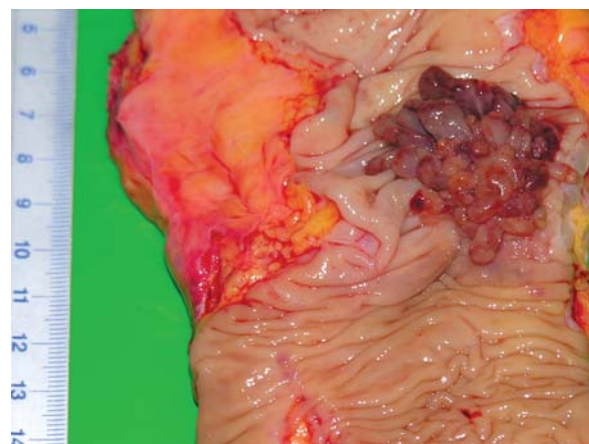
przez miąższ nerki. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego zmiany w jelicie oraz jednoczesnej nefrektomii. Śródoperacyjnie zaobserwowano guz jajnika lewego naciekający esicę, ścianę miednicy małej oraz moczowód lewy tuż przy ujściu do pęcherza moczowego. Naciek powodował wtórne wodonercze (ryc. 2.). W przypadku pozostałych narządów jamy brzusznej nie stwierdzono uchwytanych zmian. Wykonano kolonoskopię śródoperacyjną, w której wykazano guz jelita grubego 35 cm od zwieraczy odbytu. Wycięto esicę oraz górną część odbytnicy w granicach zdrowych i usunięto regionalne węzły chłonne. Po podkłuciu naczyń jajnikowych, jajowodu oraz więzadła własnego jajnika usunięto przydatki lewe. Wypreparowano moczowód lewy. Po śródoperacyjnej konsultacji urologicznej zdecydowano o usunięciu nerki lewej. W badaniu śródoperacyjnym nacieku ze ściany miednicy stwierdzono endometriozę.

W badaniu histopatologicznym usuniętych zmian wykazano obecność endometriozy – *endometrium multifocalis*, natomiast w usuniętych węzłach chłonnych – *lymphonodulitis reactiva*.

Przebieg pooperacyjny nie był powikłany. Chorą w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu w 10. dobie po zabiegu.

Omówienie

Problem występowania endometriozy dotyczy 7–50% miesięczkujących kobiet. Najczęstszą jej lokalizacją jest miednica mała, głównie jajniki oraz zatoka Douglasa. Może też być stwierdzona w bliźnach po laparotomii, w układzie moczowym i narządach jamy brzusznej. Opisano pojedyncze przypadki lokalizacji w trzustce, sutku oraz przeponie [1–5, 8, 9].



Ryc. 3. Zmiana w esicy – preparat pooperacyjny
Fig. 3. Sigmoid colon with tumour

Patogeneza endometriozy nie jest jednoznacznie znana. Dyskutowane są dwie teorie jej powstawania:

- 1) błona śluzowa macicy powstaje w nietypowym miejscu z nabłonka pochodzącego z przewodów okołosrdnierzowych Müllera albo przyśrdnierzowego nabłonka pierwotnej jamy ciała,
- 2) błona śluzowa macicy zostaje wtórnie przemieszczona z jej światła do innych miejsc i tam zagnieżdża się – teoria wstecznej menstruacji.

Endometriozę przewodu pokarmowego po raz pierwszy opisał John Sampson w 1922 r. [8, 9]. Może się ona manifestować bólami brzucha i miednicy, bolesnym parciem na stolec, zaparciami naprzemiennie z biegunkami czy krwawieniem z odbytnicy. Niekiedy może powodować niedrożność. Najczęściej zmiana ta występuje w postaci masy guzowatej na zewnątrz jelita, zwężającej jego światło. Znacznie rzadziej spotyka się endometriozę w postaci owrzodzenia bądź polipowatości jelita [1–9].

Autorzy zdecydowali się na przedstawienie powyższego przypadku ze względu na nietypowy przebieg kliniczny. Nietypowe objawy kliniczne manifestujące się krwawieniem z przewodu pokarmowego oraz cechy wodonercza lewej nerki sugerowały rozrost nowotworowy w obrębie esicy. Dodatkowo potwierdzały to wyniki badań podmiotowych, przedmiotowych oraz wizualizacyjnych. Należy zaznaczyć, że chora od 1,5 roku pozostawała pod kontrolą urologa z powodu wodonercza, które podejrzewano o zmianę o charakterze torbielowatości wrodzonej. Śródoperacyjnie stwierdzono natomiast, że wodonercze zostało spowodowane wtórnym nacieczeniem moczowodu lewego.

Na podstawie opisanego przypadku autorzy sugerują, że w podobnych przypadkach o nieznanym etiologii jednostronnej torbielowatości nerki należy poszerzyć przedoperacyjną diagnostykę przewodu pokarmowego, mimo *niemego* obrazu klinicznego.

Piśmiennictwo

1. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 335-8.
2. Redwine DB. Diaphragmatic endometriosis: diagnosis, surgical management, and long-term results of treatment. *Fertil Steril* 2002; 77: 288-96.
3. Gupta J, Shepherd NA. Colorectal mass lesions masquerading as chronic inflammatory bowel disease on mucosal biopsy. *Histopathology* 2003; 42: 476-81.
4. Athey PA, Diment DD. The spectrum of sonographic findings in endometriomas. *J Ultrasound Med* 1989; 8: 487-91.
5. Pishvaian AC, Ahlawat SK, Garvin D, Haddad NG. Role of EUS and EUS-guided FNA in the diagnosis of symptomatic rectosigmoid endometriosis. *Gastrointest Endosc* 2006; 63: 331-5.
6. Nezhat F, Nezhat C, Pennington E, Ambroze Q. Laparoscopic segmental resection for infiltrating endometriosis of the rec-

tosigmoid colon: a preliminary report. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11: 67-8.

7. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, et al. Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc* 2005; 19: 662-4.
8. Cavaliere D, Schirru A, Parodi A, et al. Successful laparoscopic treatment of ileocecal appendicular endometriosis. *J Laparosc Adv Surg Tech* 2004; 14: 395-8.
9. Nezhat C, Kazerooni T, Berker B, et al. Laparoscopic management of hepatic endometriosis: report of two cases and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2005; 12: 196-200.