



ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

Матроницкий Р. Б., Мельников М. В., Чупрынин В. Д., Аскольская С. И., Хабас Г. Н., Хилькевич Е. Г., Саииданеш Ш. Ф.

ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздравсоцразвития России, г. Москва.

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Изучить и систематизировать эндоскопические признаки колоректального эндометриоза, оценить роль колоноскопии в его диагностике.

Материал и методы. Проведен анализ 320 диагностических колоноскопий, выполненных пациенткам в период с марта 2011 года по ноябрь 2012 года и поступивших в клинику с диагнозом «инфильтративная форма наружного генитального эндометриоза».

Результаты. Из всех случаев выявленного кишечного эндометриоза ($n = 67$) чаще всего патологический процесс локализовался в верхнеампулярном отделе прямой кишки — 38 (56,7%), реже других было выявлено поражение нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала у 5 (7,4%). В 6 (8,9%) наблюдениях было выявлено мультифокальное поражение кишечника. Достоверные признаки колоректального эндометриоза выявляются при поражении слизистой оболочки. К ним относятся: полиповидные разрастания над очагом эндометриоза (15 (22,4%)), эндометриоидные гетеротопии на слизистой оболочке толстой кишки (7 (10,4%)), наличие изъязвлений слизистой оболочки в проекции очага эндометриоза (4 (5,9%)), ундуляции слизистой оболочки (3 (4,5%)). Колоректальный эндометриоз может быть систематизирован по следующим эндоскопическим признакам: локализация патологического очага, характер роста, наличие поражения слизистой оболочки.

SUMMARY

The purpose of the study is to explore and systematize the endoscopic features of colorectal endometriosis and to evaluate the role of colonoscopy in its diagnosis. Material and methods. Were analyzed 320 diagnostic colonoscopies performed during the period from March 2011 till November 2012 in patients admitted to the hospital with a diagnosis of "infiltrative form of external endometriosis".

Results. Among all the identified cases of intestinal endometriosis ($n = 67$) pathological process was localized more often in the upper section of the rectum ampullar - 38 (56.7%), less often were revealed lesions of lower ampullar section of rectum and anal canal in 5 (7.4 %). In 6 (8.9%) cases were detected multifocal lesions of the intestine. Authentic signs of colorectal endometriosis were detected in lesions of the mucous membrane. These include: polypoid growths above the endometriosis lesion (15 (22.4%)), endometrioid heterotopias in the colon mucosa (7 (10.4%)), the presence of ulceration of the mucous membrane in the projection of endometriosis (4 (5.9 %)) geoidal mucosa (3 (4.5%)). Colorectal endometriosis can be systematized according to the following endoscopic criteria: localization of the pathological focus, growth, the presence of mucosal lesions.

В последнее время возрос интерес к эндометриозу не только акушеров-гинекологов, но и хирургов, онкологов, рентгенологов, врачей-эндоскопистов, морфологов. Важность диагностики и лечения эндометриоза толстой кишки связана с тем, что из года в год наблюдается рост заболеваемости

эндометриозом. Колоректальный эндометриоз — это форма инфильтративного эндометриоза, исходом которого является выраженный фиброз, деформирующий и стенозирующий ее просвет, что в свою очередь приводит к нарушению эвакуаторной функции. Именно эти изменения в основном определяют

клиническую картину эндометриозного поражения толстой кишки [1; 2]. Инфильтративный эндометриоз диагностируется у 20% женщин с эндометриозом. Колоректальный эндометриоз встречается у 5–20% женщин с эндометриозом [2]. Диагностика колоректального эндометриоза сложна. Выполнение эндоскопического исследования толстой кишки может способствовать своевременному выявлению этой формы заболевания.

Основной задачей колоноскопии является определение степени инвазии кишечной стенки эндометриозом и его распространения, а также проведение дифференциальной диагностики эндометриоза с другими заболеваниями толстой кишки, в том числе со злокачественными новообразованиями. От получения такой информации во многом зависят лечебная тактика и объем хирургического вмешательства.

Поражение прямой кишки эндометриозом чаще развивается вторично, в результате распространения очага ретроцервикального эндометриоза на стенку кишки. Первичное поражение кишечника происходит крайне редко и возникает, по мнению ряда исследователей, в результате гематогенного занесения элементов эндометрия в стенку кишки (В.П. Баскаков, 1981). Возможно именно таков механизм развития кишечного эндометриоза в сигмовидной, слепой и тонкой кишке. Однако в настоящее время рассматривается возможность развития первичного эндометриоза кишечника из целомического эпителия, что требует дополнительных подтверждений на молекулярном и гистологическом уровнях (M. Ballester et al., 2012; J. Donnez, 1991, 1993; А.И. Ищенко, 1993; В.П. Баскаков и соавт., 2002; А.И. Ищенко, Е.Ф. Кудрина, 2009; G. Conzo et al., 2012; С. Nezhat et al., 2011). Не исключено, что доказательство такого патогенетического механизма развития кишечного эндометриоза может привести к пересмотру лечебно-диагностической тактики у этой группы пациенток.

Эндометриоз кишки может локализоваться в одном или нескольких участках толстой кишки и в первую очередь требует дифференциальной диагностики со злокачественными новообразованиями. В отличие от карциномы, первично развивающейся из железистого эпителия слизистой оболочки кишки, эндометриоз поражает стенку кишки со стороны серозной оболочки, постепенно вращаясь в толщу кишки в радиальном направлении либо охватывая ее по окружности. Обе разновидности роста сопровождаются утолщением стенки кишки, образованием узла, деформацией и сужением просвета. При прорастании всех слоев стенки кишки на слизистой оболочке образуются ундуляции, полиповидные разрастания, эндометриоидные гетеротопии, в ряде случаев изъязвления.

Клинические проявления колоректального эндометриоза зависят от локализации эндометриоидного очага, глубины поражения стенки кишки

и степени ее сужения, обусловлены циклическими превращениями эктопического эндометрия.

Нами проведен анализ 320 диагностических колоноскопий, выполненных пациенткам в период с марта 2011 года по ноябрь 2012 года и поступивших в клинику с диагнозом «инфильтративная форма наружного генитального эндометриоза». Длительность заболевания в среднем составила 4,5 года, клинические проявления варьировали от дисхезии и циклических ректальных кровотечений до клинической картины интермиттирующей кишечной непроходимости в период менструаций. Всем пациенткам колоноскопия проводилась впервые и во всех случаях сочеталась с диагностической щипцовой и глубокой пункционной биопсией и осмотром терминального отдела тонкой кишки. При этом у 67 (20,9%) пациенток были выявлены косвенные и явные признаки кишечного эндометриоза. В 12 (3,75%) случаях была диагностирована аденокарцинома толстой кишки, в 2 (0,6%) случаях — лейомиома сигмовидной кишки, у 27 (8,4%) пациенток был диагностирован дивертикулез сигмовидной кишки, в 38 (11,9%) случаях выявлены полипы различных отделов толстой кишки. В остальных случаях патологических изменений толстой кишки выявлено не было.

Из всех случаев выявленного кишечного эндометриоза ($n = 67$) в 38 (56,7%) случаях патологический очаг локализовался в верхнеампулярном отделе прямой кишки, в 11 (16,4%) наблюдениях — в ректосигмоидном отделе толстой кишки, в 7 (10,4%) — в сигмовидной кишке, а у 5 (7,4%) пациенток был диагностирован эндометриоз нижнеампулярного отдела прямой кишки и анального канала. В 6 (8,9%) наблюдениях было выявлено мультифокальное поражение кишечника. Из них у 3 (4,5%) пациенток имелось одновременное поражение сигмовидной и прямой кишки, в 2 (2,9%) наблюдениях было выявлено поражение ректосигмоидного отдела толстой кишки в сочетании с поражением купола слепой кишки (рис. 4 В см. на цветной вклейке), в 1 (1,4%) наблюдении диагностировано одновременное поражение толстой и тонкой кишки.

Достоверные признаки кишечного эндометриоза были выявлены в 29 (43,3%) случаях. К ним были отнесены наличие полиповидных разрастаний (овальной, цилиндрической, грибовидной формы) над очагом эндометриоза (15 (22,4%)), эндометриоидные гетеротопии (втяжения с синюшным дном, иногда с подтеканием алой крови) на слизистой оболочке толстой кишки (7 (10,4%)), наличие изъязвлений слизистой оболочки в проекции очага эндометриоза (4 (5,9%)), ундуляции слизистой оболочки в очаге эндометриоза (3 (4,5%)) (рис. 1–3 А, Б см. на цветной вклейке). Достоверность указанных эндоскопических признаков во всех случаях была подтверждена морфологическим методом при исследовании



биопсийного материала. Косвенные признаки кишечного эндометриоза разнообразны и не столь специфичны, однако они были выявлены во всех наблюдениях. К таким признакам нами были отнесены наличие подслизистого образования в стенке кишки с деформацией и/или стенозированием ее просвета, обеднение или отсутствие сосудистого рисунка слизистой оболочки над образованием, наличие разницы окрашивания слизистой оболочки над образованием и вне его при проведении электронной хромоколоноскопии, боль и повышенная контактная кровоточивость над образованием, изменение подвижности слизистой оболочки над ним.

На основании совокупности эндоскопических признаков, по нашему мнению, возможна систематизация полученных данных по следующим критериям.

1. По локализации патологического очага:
 - эндометриоз сигмовидной кишки;
 - эндометриоз прямой кишки;
 - эндометриоз слепой кишки;
 - эндометриоз тонкой кишки;
 - многоочаговая форма.
2. По характеру роста эндометриоидного инфильтрата:
 - инфильтративно-стенозирующая форма;
 - опухолевидная форма;
 - смешанная форма;
3. По глубине инвазии стенки кишки (по данным колоноскопии):
 - без прорастания слизистой оболочки кишки;
 - с прорастанием слизистой оболочки кишки;

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 1

Пациентка А., 1971 г.р., обратилась с жалобами на болезненные, обильные менструации со сгустками, циклические ректальные кровотечения. Больна с 2007 года. В январе 2011 года по месту жительства установлен диагноз: рак прямой кишки, по поводу которого проведено 5 курсов химиотерапии, без эффекта. В РОНЦ им. Н. Н. Блохина 12.10.11 выполнена расширенная биопсия опухоли влагалища. Гистологическое заключение: эндометриоз влагалища. В ФГБУ «НЦАГиП им. академика В. И. Кулакова Минздравсоцразвития» по результатам исследования (УЗИ, МРТ, колоноскопии, результатами гистологического исследования) диагноз эндометриоза был подтвержден. По данным МРТ и УЗИ были выявлены признаки ретроцервикального эндометриоза с прорастанием в задний свод влагалища. При колоноскопии в верхнеампулярном отделе прямой кишки выявлено подслизистое опухолевидное образование размерами 4–5 см, с множественными полиповидными образованиями на слизистой оболочки над ним (рис. 5). Диагноз подтвержден гистологически (биопсия) — глубокий активный эндометриоз.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 2

Пациентка В., 1977 г.р., обратилась с жалобами на выраженную боль в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку и ректальные кровотечения в течение первых трех дней менструации, болезненный половой акт, бесплодие.

Анамнез заболевания: больная с 2008 года. В том же году была оперирована в экстренном порядке в связи с разрывом эндометриоидной кисты левого яичника — выполнена лапароскопия, субтотальная резекция левого яичника и тубэктомия слева. В 2011 году — повторная лапароскопия, резекция правого яичника по поводу эндометриоидной кисты. В течение 6 месяцев больная получала лечение аналогами РГ (диферелин 3,75). После окончания курса лечения и восстановления менструальной функции (2-й месяц после отмены препарата) ректальные кровотечения возобновились. Несмотря на это, колоноскопия не выполнялась. При обращении в НЦАГиП по данным УЗИ выявлен эндометриоз стенки прямой кишки с эхографическими признаками прорастания в просвет кишки, эндометриоидная киста левого яичника. Проведена колоноскопия. Выявлено экзоректальное образование верхнеампулярного прямой кишки (рис. 6 А, Б см. на цветной вклейке). Гистологическое заключение биоптата: слизистая прямой кишки с мелкими очагами эндометриоидных гетеротопий в слизистой оболочки.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ № 3

Пациентка Д., 1981 г.р., обратилась с жалобами на боль в левой подвздошной области, тенезмы, выделение крови из прямой кишки в первые дни менструации, вздутие живота и затрудненное отхождение газов, сменяющееся обильной диареей к концу менструаций.

Анамнез: больна с 2009 года. С 2010-го появились выделения крови из прямой кишки в первый день менструаций. В 2011 году в экстренном порядке оперирована по поводу острой обтурационной толстокишечной непроходимости: проведена лапаротомия, интраоперационный диагноз: местно-распространенный рак верхне-среднего ампулярного отдела прямой кишки с прорастанием в кости таза, выполнена паллиативная операция — трансверзостомия. Направлена на лечение РОНЦ им. Блохина. При обследовании данных за злокачественное образование не выявлено. С подозрением на эндометриоз переведена в НЦАГ им. В. И. Кулакова. По данным осмотра, УЗИ, МРТ установлен диагноз: эндометриоз ректовагинальной перегородки, с прорастанием в прямую кишку, параметрий кости таза, множественная миома матки. По данным колоноскопии: двустольная трансверзостомия, эндометриоз прямой кишки, осложненный декомпенсированным стенозом (рис. 7 см. на цветной вклейке). Диагноз подтвержден

гистологически: полиповидный эндометриоз толстой кишки, хронический обструктивный колит.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Диагностика колоректального затруднительна и должна проводиться с применением современных методов лечения, а по объему и характеру получаемой информации при этой патологии МРТ, УЗИ и колоноскопия являются взаимодополняющими методами. Так как абсолютные эндоскопические признаки колоректального эндометриоза выявляются редко, для уменьшения количества диагностических ошибок перед выполнением колоноскопии у пациенток с инфильтративной формой эндометриоза врачом-эндоскопистом должен проводиться тщательный сбор анамнеза.

Диагностическая фиброколоноскопия, дополненная щипцовой или пункционной биопсией тканей из патологического очага у пациенток с предполагаемым колоректальным эндометриозом, является высокоинформативным методом, позволяющим во всех случаях производить достоверную диагностику заболевания. Поражение эндометриозом слизистой оболочки кишечника с возможностью выявления достоверных признаков в виде наличия очагов эктопического эндометриоза,

локального полипоза, ундуляций или изъязвлений, как и получение положительного морфологического ответа при биопсии, возникает только в запущенных клинических случаях. Однако правильная оценка клинических симптомов и косвенных эндоскопических признаков колоректального эндометриоза позволяет осуществить своевременную и достоверную диагностику заболевания, что особенно важно в выборе объема хирургического лечения.

Ценность колоноскопии при колоректальном эндометриозе заключается в возможности достоверной оценке локализации и степени поражения кишки, а также проведения дифференциальной диагностики эндометриоза с опухолью толстой кишки.

Наш опыт выполнения колоноскопии при колоректальном эндометриозе подтвердил данные литературы о том, что эндометриоз наиболее часто поражает прямую и сигмовидную кишку, реже — терминальный отдел подвздошной кишки.

Приведенная оригинальная классификация колоректального эндометриоза по эндоскопическим признакам требует дальнейшего изучения и доработки, однако уже на данном этапе может быть использована в клинической практике для разработки правильной тактики ведения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л. В. Современный взгляд на проблему эндометриоза / Л. В. Адамян, В. Д. Чупрынин, Е. Л. Яроцкая // *Болезни органов репродуктивной системы*. — 2004. — № 3.
2. Cirillo, F. Endometriosis of the caecum and ileo-caecal valve. A case report and review of the literature / F. Cirillo, M. Vismarra, M. Buononato, E. Magnani, F. Vergoni, M. Martinotti // *Chir. Ital.* — 2008. — Vol. 60, No. 4. — P. 603–606.
3. Fujimoto, A. Successful laparoscopic treatment of ileo-cecal endometriosis producing bowel obstruction / A Fujimoto., Y. Osuga, O. Tsutsumi, T. Fujii, R. Okagaki, Y. Taketani // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* — 2001. — Vol. 27, No. 4. — P. 221–223.
4. Indraccolo, U. Cecal Endometriosis as a Cause of Ileocolic Intussusception / U. Indraccolo, P. Trevisan, P. Gasparin, F. Barbieri // *J. List. JSL.S.* — 2010. — Vol. 14, No. 1.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КОЛОРЕКТАЛЬНОГО ЭНДОМЕТРИОЗА

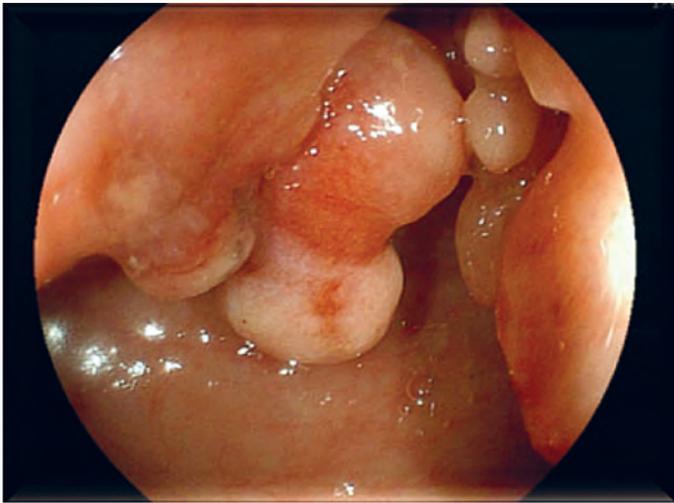


Рис. 1. Диагностическая колоноскопия. Инфильтративно-стенозирующая форма эндометриоза прямой кишки с прорастанием слизистой оболочки.

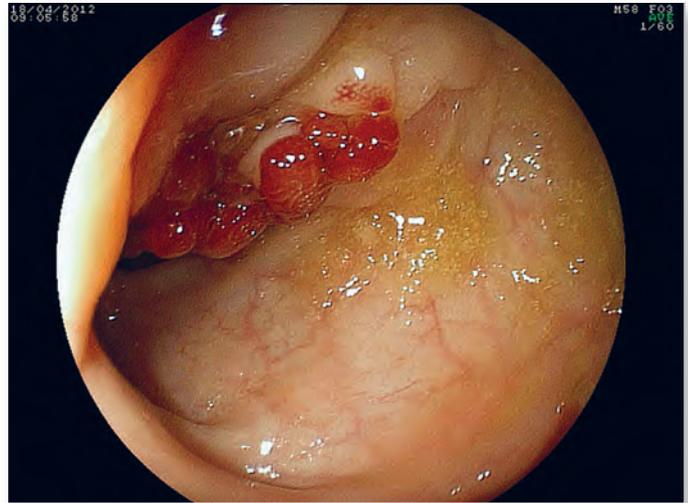


Рис. 2. Диагностическая колоноскопия. Опухолевидная форма кишечного эндометриоза с гетеротопиями эктопического эндометриоза на слизистой оболочке толстой кишки.

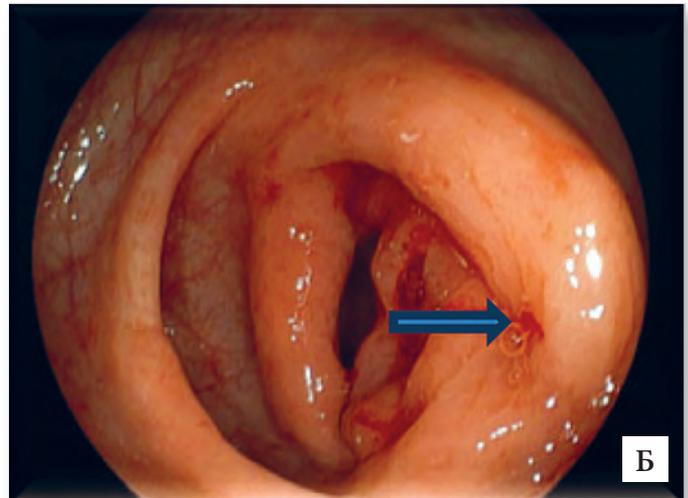
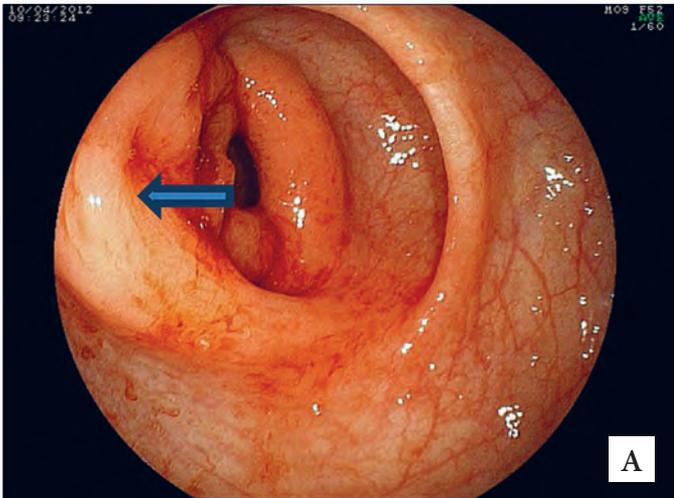


Рис. 3. Диагностическая колоноскопия. Инфильтративно-стенозирующая форма кишечного эндометриоза с А — ундуляцией и Б — изъязвлением слизистой кишки в области эндометриодного инфильтрата.

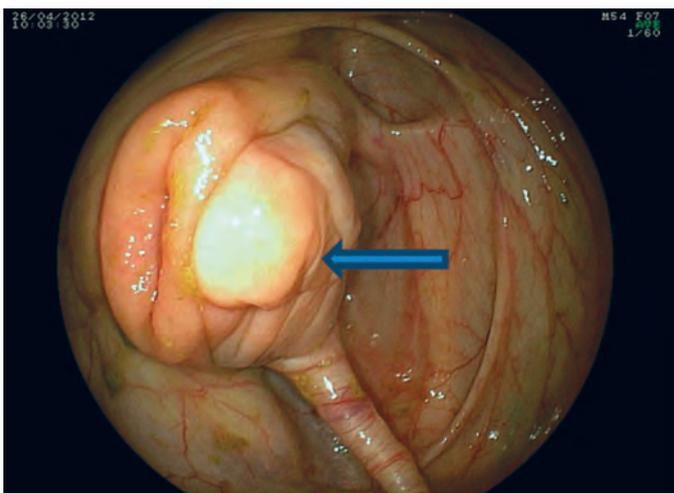


Рис. 4. Диагностическая колоноскопия. Опухолевидная форма кишечного эндометриоза купола слепой кишки.

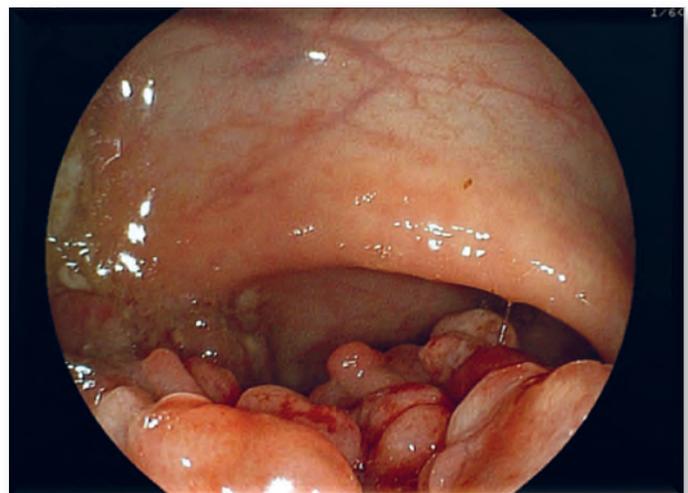


Рис. 5. Диагностическая колоноскопия. Инфильтративно-стенозирующая форма эндометриоза прямой кишки с прорастанием слизистой оболочки.

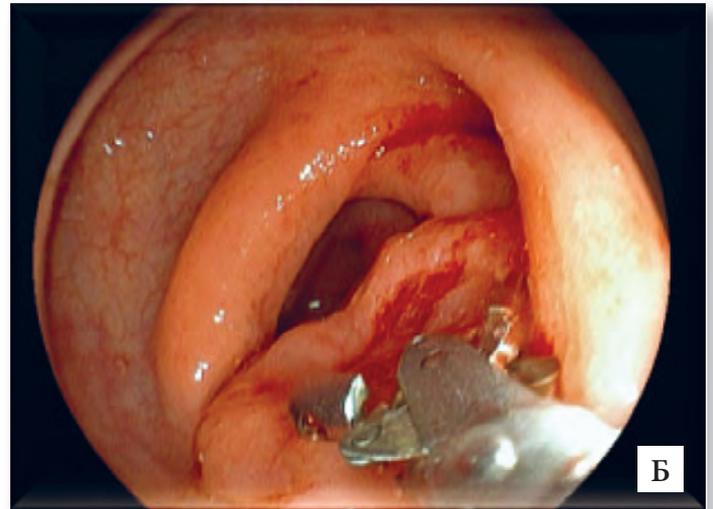
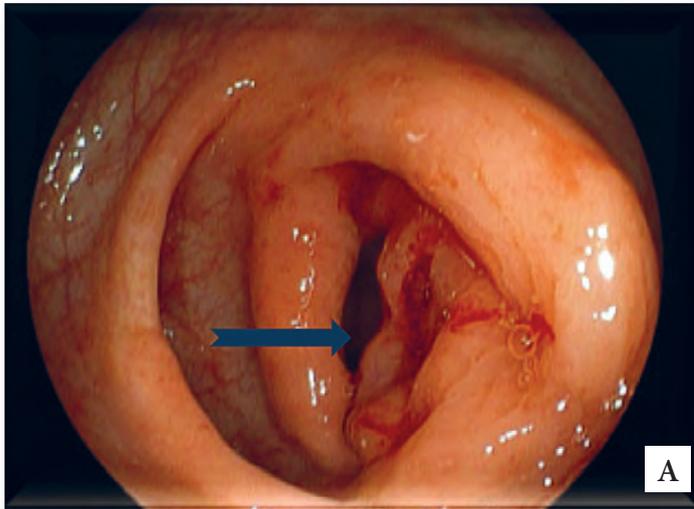


Рис. 6. Диагностическая колоноскопия. Инфильтративно-стенозирующая форма кишечного эндометроза: А — с поражением и изъязвлением слизистой оболочки; Б — щипцовая биопсия эндометриоидного инфильтрата прямой кишки.

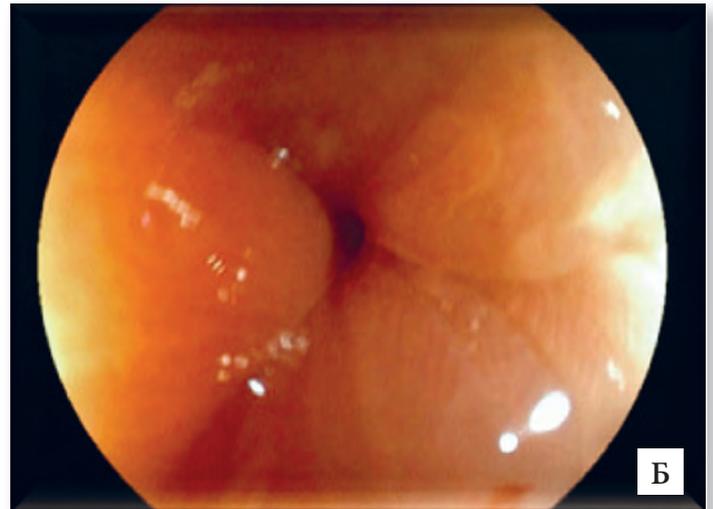
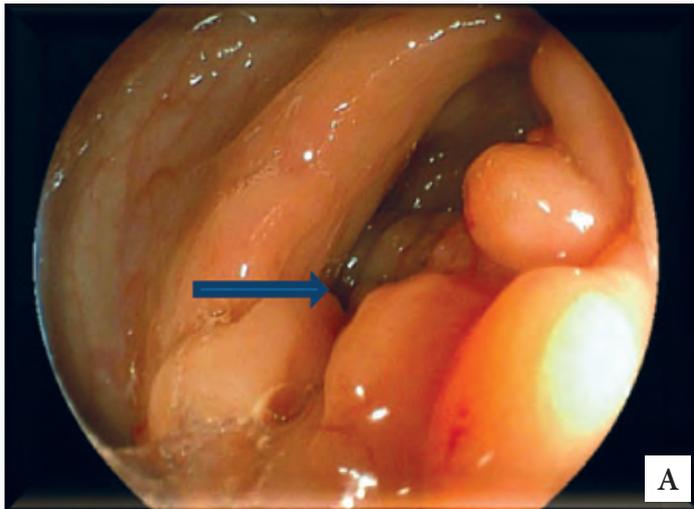


Рис. 7. Диагностическая колоноскопия. Инфильтративно-стенозирующая форма кишечного эндометроза: А — с прорастанием слизистой оболочки, Б — декомпенсированный стеноз верхнеампулярного отдела прямой кишки.