

А.Е. МИШИНА¹, С.Е. ГЛАДУН²,
Г.М. ЗАСТАВНИЦКИЙ², И.В. МИШИН^{2,3}

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА

НИИ охраны здоровья матери и ребенка¹,
Государственный Университет медицины и фармации им. Н.А.Тестемишану²,
Национальный научно-практический центр ургентной медицины³,
г. Кишинев,
Республика Молдова

Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) относится к достаточно редким формам экстрагенитального эндометриоза и в литературе опубликованы отдельные клинические наблюдения или небольшие серии. Чаще всего ЭПР встречается после кесарева сечения, однако описаны наблюдения данной патологии после трансабдоминальных гинекологических и хирургических вмешательств. Авторами описан случай предоперационной диагностики и хирургического лечения ЭПР через три года после кесарева сечения. Диагноз подтвержден после морфологического исследования удаленного макропрепарата. В отдаленном послеоперационном периоде рецидива ЭПР не наблюдалось. Представлен краткий обзор литературы по этиологии и патогенезу, особенностям клинической картины, информативности радиологических методов в диагностике, а также освещены основные принципы хирургического лечения ЭПР.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, передняя брюшная стенка

Postoperative scar endometriosis (PSE) is considered to be a rare form of extragenital endometriosis and some case reports or small case series are published in the literature. Most frequently PSE is diagnosed after cesarean sections although observations of the given pathology after transabdominal gynecological and surgical procedure are also described. The authors present the case of preoperatively diagnosed and surgically treated PSE three years after cesarean section. The diagnosis was confirmed after morphological research of the removed macropreparation. There was no PSE recurrence in the long-term follow up period. We propose the literature review regarding the etiology, pathogenesis, particularities of the clinical signs, sensitivity and specificity of the radiological methods of diagnosis, as well as the principles of PSE surgical management.

Keywords: extragenital endometriosis, anterior abdominal wall

Novosti Khirurgii. 2013 May-Jun; Vol 21 (3): 116-119

Endometriosis in postoperative scar

A.E. Mishina, S.E. Gladun, G.M. Zastavitsky, I.V. Mishin

Введение

Эндометриоз достаточно частое заболевание у женщин репродуктивного возраста, однако его локализация в области послеоперационного рубца (ЭПР) относится к редким формам и в литературе имеются публикации по данной патологии в виде описания отдельных клинических наблюдений или небольших серий [1-13]. В большинстве случаев ЭПР возникает после кесарева сечения и других гинекологических операций (гистерэктомии, удаления эндометриозных кист яичника) [7, 11-13] и, тем не менее, в литературе опубликованы документированные наблюдения данного вида экстрагенитального эндометриоза после хирургических операций (аппендэктомия, холецистэктомия, грыжесечение) [4, 8, 11]. Предоперационная диагностика ЭПР представляет определенные трудности т.к. зачастую напоминает послеоперационные грыжи, лигатурные абсцессы, гематомы и в большин-

стве случаев пациентки с ЭПР обращаются в хирургические клиники [4, 7, 12].

В связи с редкостью патологии приводим следующее клиническое наблюдение предоперационной диагностики и хирургического лечения ЭПР. Описание клинического случая представляется с согласия пациентки.

Клинический случай

Пациентка 33 лет обратилась с жалобами на наличие болезненного образования в области послеоперационного рубца после кесарева сечения, выполненного три года назад по акушерским показаниям. Боли в течение последних шести месяцев носят циклический характер: усиливаются накануне и в дни менструации. При пальпации в области послеоперационного рубца (разрез по Пфанненштилю) слева определяется опухолевидное образование в диаметре около 10-15 мм, расположенное в подкожной клетчатке передней брюш-

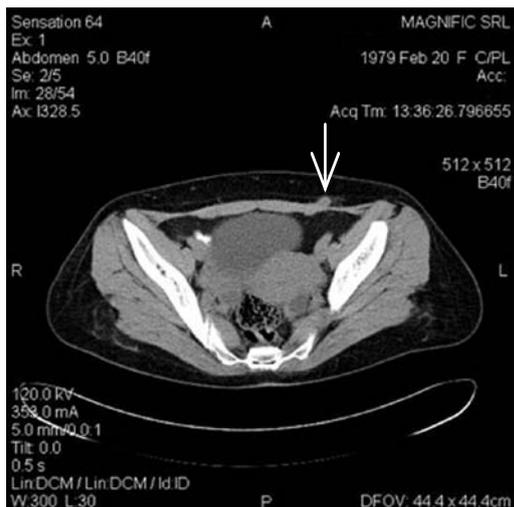


Рис. 1. Компьютерная томография: солидное образование передней брюшной стенки (указано стрелкой)

ной стенки, слабо подвижное. При компьютерной томографии — в подкожной клетчатке передней брюшной стенки, непосредственно над апоневрозом наружной косой мышцы живота визуализируется солидное образование, без вовлечения в процесс прямой мышцы живота (рис. 1). Патологии органов малого таза не установлено.

С диагнозом эндометриоз послеоперационного рубца пациентке выполнено плановое оперативное вмешательство: рассечена кожа и подкожная клетчатка в области левого угла послеоперационного рубца, при ревизии в подкожной клетчатке идентифицировано инкапсулированное образование коричневого цвета (рис. 2), иссечено en bloc в пределах здоровых тканей. При разрезе удаленного макропрепарата — густая жидкость коричневого цвета (рис. 3). Гистологическое исследование удаленного образования — эндометриоз (рис. 4). Послеоперационное течение гладкое. Рана зажила первичным натяжением. При контроль-

Рис. 3. Макропрепарат удаленного эндометриоза передней брюшной стенки

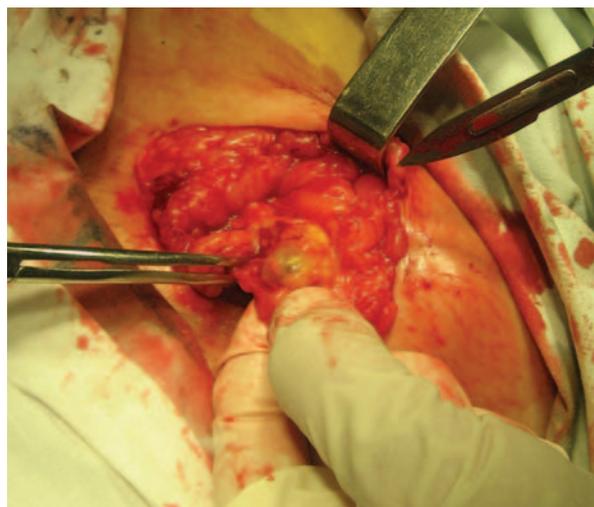


Рис. 2. Интраоперационное фото: очаг эндометриоза передней брюшной стенки

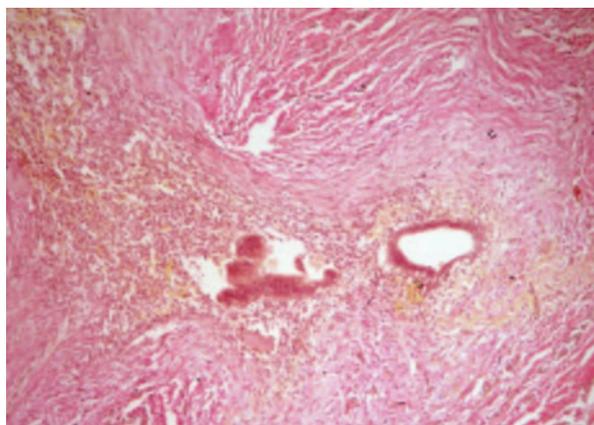
ном осмотре — данных за рецидив заболевания нет.

Обсуждение

Учитывая достаточную редкость ЭПР некоторые вопросы патогенеза, диагностики, лечения и профилактики данного вида экстрагенитального эндометриоза требуют более детального обсуждения.

По данным ряда авторов, частота ЭПР после кесарева сечения составляет 0,03-0,47%. Как правило, ЭПР наблюдается у пациенток в возрасте от 20 до 40 лет и манифестируется через 2-5 лет после кесарева сечения [4, 7, 8, 11, 12]. В настоящее время рассматривается несколько теорий в патогенезе ЭПР в т.ч. 1 — механическая имплантация эндометрия во время первичной операции; 2 — метаплазия; 3 — метастазирование по венозной или лимфатической системам; 4 — ретроградный заброс менструальной крови. Большинство

Рис. 4. Микроскопическое исследование: эндометриоз Окраска по Ван Гизон Ув .×25



авторов отдается предпочтение первой теории патогенеза ЭПР [1-13]. Подтверждением имплантационной теории в возникновении ЭПР являются описания его появления в области введения троакаров при лапароскопических вмешательствах [1, 8]. Однако справедливо следует заметить, что данная теория не может объяснить появление ЭПР и пупка без ранее проведенных оперативных вмешательств на органах брюшной полости. В то же время возникновение ЭПР после негинекологических операций связано, по всей видимости, с диссеминацией внутрибрюшного эндометриоза. В ряде исследований отмечено сочетание ЭПР и эндометриоза органов малого таза [7, 11].

ЭПР возникает как при поперечной, так и при срединной лапаротомии [7, 8, 13]. Отмечено, что при поперечном разрезе ЭПР располагается в большинстве случаев в углах послеоперационного рубца, чаще всего со стороны оперирующего акушер-гинеколога [4]. По данным большинства исследований, размеры эндометриом составляют от 1,5 до 3 см [4, 7, 12], тем не менее, описаны случаи массивных ЭПР [3, 6, 13]. Как правило, ЭПР представлен в виде одного узла, и только в редких случаях встречаются множественные эктопии [3, 7, 8, 13]. По локализации и распространенности ЭПР может располагаться: 1 – в пределах подкожной клетчатки; 2 – с захватом поверхностной фасции; 3 – в апоневротическом влагалище прямой мышцы живота; 4 – с вовлечением мышц передней брюшной стенки; 5 – с захватом брюшины [3, 13].

Основными симптомами ЭПР являются наличие опухолевидного образования в области послеоперационного рубца (96%) и боли (87%) [11]. Цикличность симптомов, т.е. увеличение в объеме образования и усиление болей при наступлении менструации относится к специфичным признакам ЭПР, однако данная закономерность наблюдается в 40-80% случаев [3, 7]. Среди достаточно редких проявлений ЭПР описываются наружные кровотечения из эктопии [3, 13].

При ультрасонографии ЭПР представлен в виде гипо- или гиперэхогенного образования, с нечетким контуром и неоднородной эхогенной структурой, разделенного перемычками, с кистозным и солидным компонентом дольчатого строения, наличие гиперэхогенной капсулы различной толщины [3]. Описаны четыре эхографические формы ЭПР: кистозная, поликистозная, смешанная и солидная. Считается общепринятым мнение, что выявление различных форм ЭПР по ультрасонографическим данным может коррелировать с мен-

струальным циклом [3, 7]. Допплерографические характеристики ЭПР включают обильное кровоснабжение над областью образования, и даже наличие кровеносного сосуда питающего имплантат. Отмечено, что появление данных признаков зависит от размеров образования, наблюдаются при диаметре ≥ 3 см, и не встречаются при $\leq 1,5$ см [3].

В литературе приводятся данные об использовании КТ и МЯР в диагностике ЭПР, которое представляет собой округлое, солидное или смешанное образование. Гетерогенность радиологических признаков зависит от фазы менструального цикла, от соотношения стромального и glandулярного элементов, количества крови, а так же выраженности воспалительного процесса вокруг ЭПР. Данные КТ и МЯР при ЭПР неспецифические, однако позволяют определить распространенность процесса, а также определить объем оперативного вмешательства, особенно при рецидиве и больших размерах образований [7].

По данным ряда исследований, правильный предоперационный диагноз эндометриомы установлен от 20 до 50% случаев [7, 11]. Основным методом окончательной диагностики ЭПР традиционно считается морфологический [7-12].

В литературе описаны документированные наблюдения малигнизации (неопластической трансформации) в области ЭПР, в т.ч. с развитием аденокарциномы, саркомы, светлоклеточной карциномы и цистаденокарциномы [2, 5].

Хирургическое лечение является методом выбора при ЭПР поскольку использование гормональной терапии при данном виде экстрагенитального эндометриоза неэффективно [4, 11, 12]. Считается общепризнанным соблюдение основных принципов при хирургическом вмешательстве – это иссечение ЭПР при отступе не менее 0,5-1 см от видимых границ и сохранение целостности образования [6-12]. При удалении ЭПР с вовлечением апоневроза выполняется его иссечение с восстановлением швами, а при образовании больших дефектов – пластическое закрытие с использованием синтетических материалов [6, 7, 12]. В литературе отмечается отсутствие или достаточно низкий процент рецидивов ЭПР после хирургического лечения [4, 12]. J.D. Horton et al. [11] обобщил результаты хирургического лечения 455 случаев ЭПР, опубликованные в англоязычной литературе с 1951 по 2006 г. и констатировали, что рецидивы заболевания после хирургического лечения отмечены в 4,3% случаев. Неблагоприятными факторами рецидива

ЭПР после хирургического лечения считаются размеры образования более 5 см, края иссеченного образования с тканью эндометриоза («позитивный хирургический край») и глубоко расположенные в передней брюшной стенке эндометриомы [7, 11]. Основным методом лечения рецидива ЭПР считается повторное хирургическое вмешательство [7].

Вопросы профилактики ЭПР достаточно скудно описаны в мировой литературе, больше носят гипотетический характер и не доказана их эффективность в проспективных исследованиях.

Заключение

Таким образом, ЭПР должен включаться в спектр заболеваний при дифференциальной диагностике опухолевидных образований передней брюшной стенки. Наличие в анамнезе кесарева сечения, пальпируемое образование в передней брюшной стенке и цикличность болей, связанная с менструальным циклом, являются специфическими признаками ЭПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review / A. Emre [et al.] // *Int Surg.* – 2012 Apr. – Vol. 97, N 2. – P. 135–39.
2. Clear cell carcinoma arising in the abdominal wall: two case reports and literature review / I. Mert [et al.] // *Am J Obstet Gynecol.* – 2012 Aug. – Vol. 207, N 2. – P. e7–9.
3. Francica G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar / G. Francica // *World J Radiol.* – 2012 Apr 28. – Vol. 4, N 4. – P. 135–40.
4. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall / L. Ozel [et al.] // *J Obstet Gynaecol Res.* – 2012 Mar. – Vol. 38, N 3. – P. 526–30.

Мишина А.Е., к.м.н., заведующая отделением оперативной гинекологии, НИИ охраны здоровья матери и ребенка Республики Молдова.

Гладун С.Е., к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии факультета постдипломного образования Государственного Университета медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану.

Заставницкий Г.М., к.м.н., научный сотрудник

5. Malignant transformation of an endometriotic lesion derived from an abdominal wall scar / Y. Yan [et al.] // *Int J Gynaecol Obstet.* – 2011 Nov. – Vol. 115, N 2. – P. 202–3.

6. Abdominal wall reconstruction with Alloderm® in a patient with a massive endometrioma / S. Rueda [et al.] // *Am Surg.* – 2010 Nov. – Vol. 76, N 11. – P. E206–7.

7. Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature / H. Bekta [et al.] // *J Surg Res.* – 2010 Nov. – Vol. 164, N 1. – P. e77–81.

8. Scar endometriosis in the abdominal wall: a predictable condition for experienced surgeons / S. Akbulut [et al.] // *Acta Chir Belg.* – 2010 May-Jun. – Vol. 110, N 3. – P. 303–7.

9. Abdominal wall endometriosis as rare differential diagnosis of a soft-tissue tumor / K. Cziupka [et al.] // *Zentralbl Chir.* – 2011 Aug. – Vol. 136, N 4. – P. 394–5.

10. Shelat V. G. Scar endometriosis / V. G. Shelat, C. H. Low // *ANZ J Surg.* – 2009 Apr. – Vol. 79, N 4. – P. 311–12.

11. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases / J. D. Horton [et al.] // *Am J Surg.* – 2008 Aug. – Vol. 196, N 2. – P. 207–12.

12. Scar endometriosis - a series of six patients / P. Goel [et al.] // *Int J Surg.* – 2011. – Vol. 9, N 1. – P. 39–40.

13. Печеникова В. А. Экстрагенитальный эндометриоз: клиничко-морфологический и иммуногистохимический анализ 45 наблюдений различной органной локализации / В. А. Печеникова, Д. Ф. Костючек // *Журн. акушерства и жен. болезней.* – 2010. – Т. LIX, № 2. – С. 69–77.

Адрес для корреспонденции

2004, Республика Молдова,
г. Кишинев, ул. Тома Чорбэ, д. 1,
Национальный научно-практический
центр ургентной медицины,
тел. раб.: +373 22 25-07-20,
e-mail: mishin_igor@mail.ru,
Мишин Игорь Валентинович

Сведения об авторах

лаборатории гепато-панкреато-билиарной хирургии Государственного Университета медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану.

Мишин И.В., д.м.н., заместитель директора по НИР Национального научно-практического центра ургентной медицины, ведущий научный сотрудник лаборатории гепато-панкреато-билиарной хирургии, Государственного Университета медицины и фармации им. Н.А.Тестемицану.

Поступила 4.03.2013 г.