

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Μεμονωμένη ενδομητρίωση ορθού κοιλιακού μυός μετά καισαρική τομή: περιγραφή περίπτωσης

Αννα Θανασά,¹ Ευθυμία Θανασά,¹ Ευάγγελος Καμαρέτσος,² Ευάγγελος-Έκτορας Γεροκώστας,² Χριστίνα Δασταμάνη,³ Μαρία Μούσια,⁴ Ιωάννης Κ. Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ² Μαιευτική & Γυναικολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ³ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Καρδίτσας, ⁴ Εργαστήριο Παθολογικής Ανατομικής, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενδομητρίωση του ορθού κοιλιακού μυός αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια εντόπιση εξωπυελικής νόσου. Η προεγχειρητική διάγνωση είναι πολύ δύσκολη. Αναφέρουμε περίπτωση μεμονωμένης ενδομητρίωσης στους ορθούς κοιλιακούς μύες σε 46χρονη ασθενή με προηγούμενη καισαρική τομή, η διάγνωση της οποίας έγινε ιστολογικά. Μετά την περιγραφή του περιστατικού με βάση τη συστηματική παράθεση και επεξεργασία της βιβλιογραφίας επιχειρείται μια συνοπτική ανασκόπηση της σπάνιας αυτής εντόπισης της νόσου, αναφορικά κυρίως με την διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών.

Λέξεις ευρετηρίου: Ορθός κοιλιακός μυς, καισαρική τομή, εξωπυελική ενδομητρίωση, διάγνωση, αντιμετώπιση

Α. Θανασά, Ε. Θανασά, Ε. Καμαρέτσος, Ε. Γεροκώστας, Χ. Δασταμάνη, Μ. Μούσια, Ι.Κ. Θανασάς. Μεμονωμένη ενδομητρίωση ορθού κοιλιακού μυός μετά καισαρική τομή: περιγραφή περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(2): 332-338

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδομητρίωση είναι διηθητική φλεγμονώδης μη νεοπλασματική οιστρογονο-εξαρτώμενη παθολογική κατάσταση, το κύριο χαρακτηριστικό της οποίας είναι η παρουσία και ανάπτυξη έκτοπου λειτουργικού ενδομητρικού ιστού σε περιοχές εκτός των φυσιολογικών ανατομικών ορίων της μήτρας [1]. Περιγράφηκε για πρώτη φορά πιθανότατα από τον Rokitansky στα μέσα του 19ου αιώνα [2]. Η ενδομητρίωση υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 10% έως 15% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας [3] και είναι

συχνότερη σε γυναίκες με δυσμηνόρροια, δυσπαρευνία και υπογονιμότητα [4]. Συνήθως εντοπίζεται στα σπλάχνα της πυέλου και το περιτόναιο. Σπανιότερα, είναι δυνατόν να βρεθούν και εξωπυελικές εντοπίσεις της νόσου, όπως στο κοιλιακό τοίχωμα, στη βουβωνική χώρα, στο αιδοίο, στον ομφαλό, στην ουλή περινεοτομίας, στο ουροποιητικό, το γαστρεντερικό, το αναπνευστικό σύστημα [5].

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

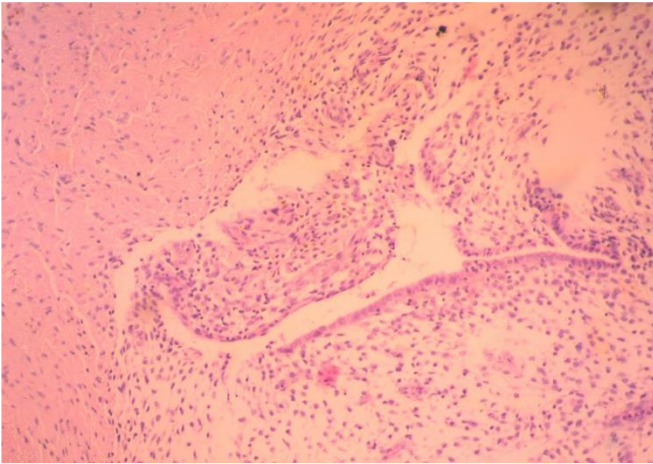
Ασθενής αναπαραγωγικής ηλικίας 46 ετών, με γνωστό ιστορικό ινομυωματώδους μήτρας, προσήλθε στο τακτικό εξωτερικό ιατρείο αιτιώμενη πόνο στο υπογάστριο από δεκαετίας. Η έναρξη του πόνου διαπιστώθηκε 7 μήνες περίπου μετά από την εκτέλεση καισαρικής με τομή Pfannenstiel. Με την πάροδο του χρόνου ανέφερε μικρή επιδείνωση της κατάστασής της κατά τις ημέρες της εμμήνου ρύσεως, κυρίως όμως περιέγραφε τον πόνο αισθητό και ίδιας περίπου έντασης κάθε μέρα. Οι επιπλέον πληροφορίες που ελήφθησαν από το ατομικό αναμνηστικό πιστοποιούσαν τη χειρουργική επέμβαση προ πενταετίας σε άλλο θεραπευτικό κέντρο και την αφαίρεση υποδόριου όγκου από την προηγούμενη ουλή. Η αφαιρεθείσα βλάβη από το κοιλιακό τοίχωμα αναφέρθηκε από την ίδια ως «ενδομητρίωση». Δεν υπήρχαν ιατρικές πληροφορίες, ούτε ιστολογική εξέταση της βλάβης. Η ασθενής δεν ανέφερε ανακούφιση από τα συμπτώματα μετεγχειρητικά. Με την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε ψηλαφητή μάζα στο κοιλιακό τοίχωμα. Τα ευρήματα από τον υπερηχογραφικό έλεγχο, την αξονική τομογραφία και τη μαγνητική τομογραφία ήταν συμβατά με παρουσία λειομωμάτων της μήτρας. Τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων.

Με βάση τον προεγχειρητικό έλεγχο το χρόνιο πυελικό άλγος αποδόθηκε στην παρουσία των ινομυωμάτων της μήτρας. Μετά από την λεπτομερέστερη ενημέρωση της ασθενούς και του περιβάλλοντός της αναφορικά με την θεραπευτική προσέγγιση της νόσου, αποφασίσθηκε με τη συγκατάθεσή της ίδιας η εκτέλεση κοιλιακής ολικής

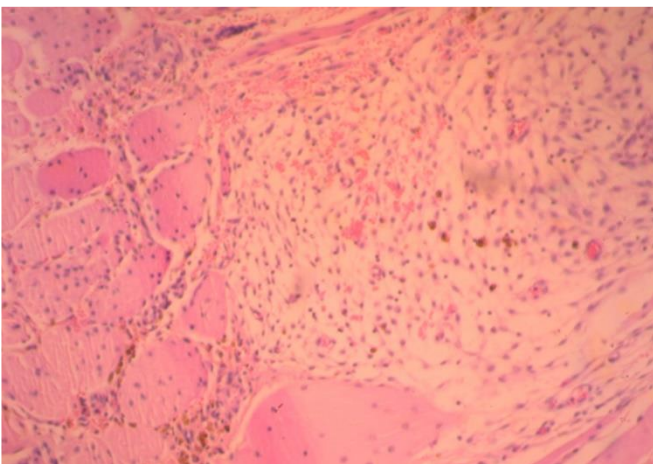


Εικόνα 1. Ινομυώδη ιστοτεμάχια ορθού κοιλιακού μυός με εστίες ενδομητρίωσης (δική μας περίπτωση).

υστερεκτομίας. Διεγχειρητικά, στους ορθούς κοιλιακούς μύες και λίγο πάνω από το επίπεδο της ηβικής σύμφυσης διαπιστώθηκε διήθηση του μυϊκού τοιχώματος από σκληρής σύστασης επίπεδη μάζα, διαμέτρου περίπου 4 - 5 εκατοστά, η επιφάνεια της οποίας ήταν στερεά προσφύομενη στο πρόσθιο περιτόναιο. Εκτελέσθηκε ευρεία εκτομή της βλάβης, συμπεριλαμβανομένων αμφοτερόπλευρα σημαντικού μέρους του τοιχώματος των ορθών κοιλιακών μυών και του συμφυόμενου περιτοναίου (Εικόνα 1). Η τοποθέτηση πλέγματος κρίθηκε αναγκαία από ομάδα γενικών χειρουργών. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση της ενδομητρίωσης των ορθών κοιλιακών μυών (Εικόνες 2 και 3). Ιστολογικά το εγχειρητικό παρασκεύασμα της μήτρας και των ωθηθικών ήταν ελεύθερα ενδομητριοειδούς νόσου. Μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, καθώς θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητριοειδούς εστίας από το μυϊκό κοιλιακό τοίχωμα.



Εικόνα 2. Παρουσία τμήματος ενδομητρίου (αδένια και στρώμα) μέσα σε ινολιπώδη ιστό (δική μας περίπτωση).



Εικόνα 3. Παρουσία στρώματος ενδομητρίου με αιμοσιδηρινοφάγα ιστοκύτταρα εντός γραμμωτού μυϊκού ιστού (δική μας περίπτωση).

ΣΧΟΛΙΟ

Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος αποτελεί μία από τις σπανιότερες εξωπυελικές μορφές ενδομητρίωσης και κυρίως αναπτύσσεται μετά από καισαρική τομή, αλλά και γυναικολογικά χειρουργεία με ανοικτή ή λαπαροσκοπική προσπέλαση [6]. Η

βλάβη συνήθως αφορά στον υποδόριο ιστό. Σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις (δική μας περίπτωση) η ενδομητρίωση μπορεί να περιλαμβάνει τον ορθό κοιλιακό μυ [7]. Λίγες τέτοιες περιπτώσεις έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία από τότε που για πρώτη φορά περιγράφηκε το 1984 από τους Amato και Levitt [8]. Η μεταστατική θεωρία, βάσει της οποίας τα ενδομητρία κύτταρα φθάνουν σε εξωπυελικές περιοχές μέσω των αιμοφόρων αγγείων ή του λεμφικού συστήματος φαίνεται να μπορεί να εξηγήσει σε μεγάλο βαθμό την ανάπτυξη ενδομητριοειδούς εστίας στο επίπεδο του ορθού κοιλιακού μυός [9]. Ο χρόνος εμφάνισης της νόσου ποικίλει. Στην περίπτωση μας ήταν 7 μήνες μετά την καισαρική τομή. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 1 έως 24 έτη με μέσο όρο τα 4.8 χρόνια [10].

Παρά τη μεγάλη εξέλιξη που έχει επιτευχθεί τα τελευταία χρόνια στις τεχνικές απεικόνισης, η προεγχειρητική διάγνωση είναι δύσκολη. Η διάγνωση συνήθως τίθεται καθυστερημένα και επιβεβαιώνεται μετά την ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος [11]. Ο κυκλικός ανάλογα με την έμμηνο ρύση κοιλιακός πόνος και το ιστορικό καισαρικής τομής ή γυναικολογικής χειρουργικής επέμβασης σε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας θέτουν σοβαρή υποψία για την ύπαρξη ενδομητρίωσης στους ορθούς κοιλιακούς μύες [9,12]. Σε σπάνιες περιπτώσεις σχηματισμού ενδομητρώματος ο κοιλιακός πόνος είναι δυνατό να πάρει τη μορφή οξείας κοιλίας [13]. Η δυσκολία και η καθυστέρηση της διάγνωσης αποδίδονται κυρίως στη σπανιότητα της νόσου, αλλά και σε ένα ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων (Πίνακας 1) που πρέπει να

Πίνακας 1. Παθολογικές καταστάσεις που χρήζουν διαφορικής διάγνωσης από την ενδομητρίωση του ορθού κοιλιακού μυός.

- αιμάτωμα
- κοκκίωμα
- απόστημα
- λίπωμα
- λεμφαδενοπάθεια
- νεύρωμα
- σμηγματογόνος κύστη
- δερμοειδής κύστη
- βουβωνοκήλη
- μετεγχειρητική κοιλιοκήλη
- σάρκωμα

συμπεριλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της ενδομητρίωσης του πρόσθιου κοιλιακού τοιχώματος [1].

Ο υπερηχογραφικός έλεγχος αποτελεί εργαλείο πρώτης γραμμής στη διαγνωστική προσέγγιση της εξωπυελικής ενδομητρίωσης [14]. Με το κοιλιακό υπερηχογράφημα είναι δυνατή η ανίχνευση της ενδομυϊκής ενδομητρίωσης στο πρόσθιο κοιλιακό τοίχωμα, τα χαρακτηριστικά της οποίας είναι δυνατό να ποικίλουν από μια εντελώς συμπαγή μάζα ή μια μάζα μικτής ηχογένειας με στερεά και κυστικά στοιχεία [15]. Επίσης, η διακολλητική υπερηχογραφία είναι χρήσιμη στη διερεύνηση των δομών της πυέλου, αφού εκτιμάται ότι στο 25% των γυναικών με εξωπυελική ενδομητρίωση συνυπάρχει πυελική νόσος [16]. Επιπλέον, η αξονική τομογραφία, και η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού είναι σε θέση να εξασφαλίσουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την εντόπιση, το βάθος, την έκταση και την

επέκταση της βλάβης στους παρακείμενους ιστούς [17]. Τέλος, η βιοψία αναρρόφησης με λεπτή βελόνη (Fine Needle Aspiration - FNA) μπορεί να επιβεβαιώσει εύκολα την κυτταρολογική διάγνωση του έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού και να συμβάλει στον καταλληλότερο σχεδιασμό θεραπευτικής αντιμετώπισης της νόσου [18].

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στην ενδομητρίωση του ορθού κοιλιακού μυός είναι χειρουργική. Η θεραπεία εκλογής συνίσταται στην ευρεία τοπική εκτομή της βλάβης επί υγιών ορίων. Η τοπική εξαίρεση της βλάβης που μπορεί να γίνει και υπό υπερηχογραφική παρακολούθηση [19] είναι συνήθως θεραπευτική και ταυτόχρονα εξασφαλίζει την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Διεγχειρητικά, πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή ιστικής κακοποίησης της ενδομητριοειδούς μάζας και για τον προσεκτικό καθαρισμό των παρακείμενων στη βλάβη ιστών, προκειμένου να αποφευχθεί η επανεμφύτευση μικροσκοπικών υπολειμμάτων νόσου και να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα υποτροπής [20]. Στις περιπτώσεις εκείνες που το χάσμα είναι μεγάλο και οι συμπλησίαση των μυών είναι αδύνατη κρίνεται απαραίτητη η χρήση πλέγματος [1]. Εφαρμογή πλέγματος έγινε και στη δική μας περίπτωση. Η φαρμακευτική θεραπεία με αγωνιστές LH - RH, προγεστογόνα ή αναστολείς της αρωματάσης φαίνεται να προσφέρει μόνο προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα [1]. Η χρήσης της σε συνδυασμό με το χειρουργείο αφορά σε περιπτώσεις υποψίας εκτομής επί μη υγιών ορίων για την αποφυγή υποτροπής της νόσου [21-23]. Η πρόγνωση συνήθως είναι καλή. Η κακοήθης εξαλλαγή είναι πολύ σπάνια [24].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος συνήθως είναι ιατρογενής. Αποτελεί μια σπάνια εξωπυελική μορφή ενδομητρίωσης, στην διαφορική διάγνωση της οποίας θα πρέπει να περιλαμβάνονται όλες οι επώδυνες μάζες του κοιλιακού τοιχώματος.

Όπως και στη δική μας περίπτωση η προεγχειρητική διάγνωση είναι πολύ δύσκολη. Η έγκαιρη διάγνωση και η επιλογή των καταλληλότερων θεραπευτικών χειρισμών κρίνονται απαραίτητες, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος υποτροπής και να αποφευχθεί το ενδεχόμενο κακοήθους εξαλλαγής της νόσου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Zondervan KT, Becker CM, Koga K, Missmer SA, Taylor RN, Viganò P. Endometriosis. *Nat Rev Dis Primers*. 2018; 4(1): 9.
2. Benagiano G, Brosens I, Lippi D. The history of endometriosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2014; 78(1): 1-9.
3. Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *J Med Life*. 2014; 7(3): 349-357.
4. Greene AD, Lang SA, Kendzierski JA, Sroga-Rios JM, Herzog TJ, Burns KA. Endometriosis: where are we and where are we going? *Reproduction*. 2016; 152(3): R63-78.
5. Andres MP, Arcoverde FVL, Souza CCC, Fernandes LFC, Abrão MS, Kho RM. Extrapelvic Endometriosis: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2020; 27(2): 373-389.
6. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci*. 2020; 17(4): 536-542.
7. Toullalan O, Baqué P, Benchimol D, Bernard JL, Rahili A, Gillet JY, et al. Endométrie des muscles grands droits de l'abdomen. [/data/revues/00033944/v0125i09/00000146/](https://www.em-consulte.com/en/article/5139). <https://www.em-consulte.com/en/article/5139> (accessed on 16 February 2020).
8. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr*. 1984; 8(6): 1213-1214.
9. Karaman H, Bulut F, Özaşlamacı A. Endometriosis externa within the rectus abdominis muscle. *Ulus Cerrahi Derg*. 2014; 30(3): 165-168.
10. Pados G, Tympanidis J, Zafrakas M, Athanatos D, Bontis JN. Ultrasound and MR-imaging in preoperative evaluation of two rare cases of scar endometriosis. *Cases J*. 2008; 1(1): 97.
11. Mishin I, Mishina A, Zaharia S, Zastavitsky G. Rectus Abdominis Endometrioma after Caesarean Section. *Case Rep Surg*. 2016; 2016: 4312753.

12. Vukšić T, Rastović P, Dragišić V. Abdominal Wall Endometrioma after Laparoscopic Operation of Uterine Endometriosis. *Case Rep Surg.* 2016; 2016: 5843179.
13. Roberge RJ, Kantor W J, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma. *Am J Emerg Med.* 1999; 17(7): 675-677.
14. Marques C, Silva TS, Dias MF. Clear cell carcinoma arising from abdominal wall endometriosis - Brief report and review of the literature. *Gynecol Oncol Rep.* 2017; 20: 78-80.
15. Guerriero S, Conway F, Pascual MA, Graupera B, Ajossa S, Neri M, Musa E, Pedrassani M, Alcazar JL. Ultrasonography and Atypical Sites of Endometriosis. *Diagnostics (Basel).* 2020; 10(6): 345.
16. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg.* 1996; 62(12): 1042-1044.
17. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, Hines JJ, Alexeeva V, Donovan V, Katz DS. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. *Radiographics.* 2012; 32(7): 2031-2043.
18. Tamiolakis D, Antoniou C, Mygdakos N, Tsiminikakis N, Economou C, Nikolaidou S, Georgiou G, Costopoulou A. Endometriosis involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissues: fine needle aspiration appearances. *Chirurgia (Bucur).* 2008; 103(5): 587-590.
19. Coccia ME, Rizzello F, Nannini S, Cozzolino M, Capezzuoli T, Castiglione F. Ultrasound-guided excision of rectus abdominis muscle endometriosis. *J Obstet Gynaecol Res.* 2015; 41(1): 149-152.
20. Gupta P, Gupta S. Scar Endometriosis: a Case Report with Literature Review. *Acta Med Iran.* 2015; 53(12): 793-795.
21. Zhang J, Ding D, Liu X. Clinicopathological Features of Endometriosis in Abdominal Wall - Clinical Analysis of 151 Cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2015; 22(6S): S174.
22. Marras S, Pluchino N, Petignat P, Wenger JM, Ris F, Buchs NC, Dubuisson J. Abdominal wall endometriosis: An 11-year retrospective observational cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2019; 4: 100096.
23. Garzon S, Laganà AS, Barra F, Casarin J, Cromi A, Raffaelli R, Uccella S, Franchi M, Ghezzi F, Ferrero S. Aromatase inhibitors for the treatment of endometriosis: a systematic review about efficacy, safety and early clinical development. *Expert Opin Investig Drugs.* 2020; 29(12): 1377-1388.
24. Mihailovici A, Rottenstreich M, Kovel S, Wassermann I, Smorgick N, Vaknin Z. Endometriosis-associated malignant transformation in abdominal surgical scar: A PRISMA-compliant systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(49): e9136.

CASE REPORT

Individual rectus abdominis muscle endometriosis after cesarean section: a case report

Anna I. Thanasa,¹ Efthymia I. Thanasa,¹ Evangelos Kamaretsos,² Evangelos-Ektoros Gerokostas,² Christina Dastamani,³ Maria Mousia,⁴ Ioannis K. Thanasas²

¹ Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, ² Department of Obstetrics and Gynecology of General Hospital in Trikala, ³ Department of Pathology of General Hospital in Karditsa, ⁴ Department of Pathology of General Hospital in Trikala, Greece

ABSTRACT

Rectus abdominis muscle Endometriosis is an extremely rare finding of extrapelvic disease. Preoperative diagnosis is very difficult. We report a case of individual endometriosis in the rectus abdominis muscles in a 46-year-old patient with a previous caesarean section, whose diagnosis was made histologically. After the description of the case based on the systematic citation and processing of the literature, a brief review of this rare localization of the disease is attempted, mainly with regard to the diagnostic and therapeutic approach of these patients.

Keywords: Rectus abdominis, cesarean section, extragenital endometriosis, diagnosis, management

A. Thanasa, E. Thanasa, E. Kamaretsos, E. Gerokostas, C. Dastamani, M. Mousia, I.K. Thanasas. Individual rectus abdominis muscle endometriosis after cesarean section: a case report. *Scientific Chronicles* 2022; 27(2): 332-338
