

Ενδομητρίωση στην ουλή περινεοτομίας. Περιγραφή περίπτωσης

Ιωάννης Κ. Θανασάς, Μαρία Μπουρσιάνη
Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρουσίαση του περιστατικού αφορά στην εμφάνιση ενδομητρίωσης στο περίνεο μετά από φυσιολογικό τοκετό και επούλωση του τραύματος της περινεοτομίας κατά δεύτερο σκοπό λόγω μερικής διάσπασης. Η ασθενής μας έξι μήνες μετά από τον φυσιολογικό τοκετό του δεύτερου παιδιού της προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο, δυσπαρέυνεια, αίσθημα καύσου στην περιοχή του περινέου, καθώς και την παρουσία ενός επώδυνου οζιδίου στο σημείο της ουλής της περινεοτομίας. Μετά τη χειρουργική εξαίρεση της βλάβης η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος ανέδειξε σημεία ενδεικτικά ενδομητρίωσης. Μετεγχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή από τα συμπτώματα. Δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, καθόσον θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητρωσικής εστίας από το περίνεο. Στην παρούσα εργασία γίνεται παρουσίαση του περιστατικού και με βάση τα σύγχρονα βιβλιογραφικά δεδομένα επιχειρείται η ανασκόπηση της σπάνιας αυτής εξωπυελικής εντόπισης της νόσου, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Ενδομητρίωση, ουλή περινεοτομίας, αιτιοπαθογένεια, διάγνωση, αντιμετώπιση



Παραπομπή

Ι. Κ. Θανασάς, Μ. Μπουρσιάνη. Ενδομητρίωση στην ουλή περινεοτομίας. Περιγραφή περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2015; 20(3): 281 - 285

Εισαγωγή

Η ενδομητρίωση είναι μια διηθητική μη νεοπλασματική πάθηση της αναπαραγωγικής ηλικίας της γυναίκας η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία και ανάπτυξη λειτουργικού ιστού παρόμοιου με το ενδομήτριο εκτός της φυσιολογικής κοιλότητας της μήτρας. Η συχνότητα

εμφάνισης της νόσου δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί με ακρίβεια, λόγω της ανομοιογένειας των διαφόρων στατιστικών που οφείλεται κυρίως στις διαφορές των υπό εξέταση πληθυσμών. Γενικά, υπολογίζεται ότι αφορά περίπου στο 2% - 6% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας, σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 60% των γυναικών

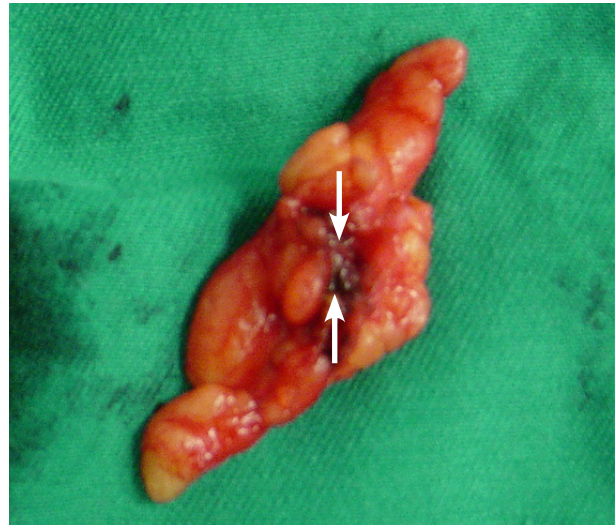
Συγγραφέας επικοινωνίας: Ιωάννης Κ. Θανασάς, E - Mail: thanasag@hotmail.com

με δυσμηνόρροια και στο 30% και πλέον των υπογόνιμων γυναικών. [1]

Για την αιτιοπαθγένεση της ενδομητρίωσης από το 1919 μέχρι σήμερα έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες, χωρίς όμως καμία να μπορεί να ερμηνεύσει πλήρως και ικανοποιητικά τους μηχανισμούς εκδήλωσης της νόσου. Οι παλαιότερες και οι πιο επικρατέστερες κλασικές αιτιοπαθογενετικές θεωρίες, όπως της μεταπλασίας του ορογόνου πετάλου του περιτοναίου, της διασποράς και εμφύτευσης ενδομητρωσικού ιστού στην περιτοναϊκή κοιλότητα και της επαγωγής, αν και εξηγούν πολλές μορφές ενδομητρίωσης δεν μπορούν ωστόσο να διαφωτίσουν πλήρως την αιτιοπαθγένεια της νόσου. [2] Η ενδομητρίωση συνήθως εντοπίζεται στα σπλάχνα της πυέλου και το περιτόναιο. Σπανιότερα, είναι δυνατό να βρεθούν και εξωπυελικές εντοπίσεις σε κάθε ιστό και όργανο του γυναικείου οργανισμού, συμπεριλαμβανομένων την ουλή περινεοτομίας, την ουλή λαπαροτομίας, το αιδοίο, το ουροποιητικό σύστημα κ.ά. [3] Η ενδομητρίωση του περινέου θεωρείται μία από τις σπανιότερες εξωπυελικές εντοπίσεις της νόσου και υπολογίζεται ότι αφορά στο 0.3% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων ενδομητρίωσης. [4]

Περιγραφή περίπτωσης

Η περιγραφή της περίπτωσης αφορά σε ασθενή αναπαραγωγικής ηλικίας 29 ετών η οποία προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο της κλινικής μας αιτιώμενη πόνο, δυσπαρέυνεια και αίσθημα καύσου στην ουρογεννητική περιοχή. Τα συμπτώματα χρονολογήθηκαν από πέντε μήνες περίπου, ένα μήνα μετά από τη γέννηση του δεύτερου παιδιού της με φυσιολογικό τοκετό. Με την πάροδο του χρόνου ανέφερε προοδευτική επιδείνωση της κατάστασής της, χωρίς να περιγράφει κνησμό ή κολπική υπερέκκριση. Οι πληροφορίες που ελήφθησαν από το ιστορικό πιστοποίησαν την εκτέλεση φυσιολογικού τοκετού προ εξαμήνου με αριστερή μεσοπλάγια περινεοτομία και τη μερική διάσπαση του τραύματος τέσσερις ημέρες αργότερα, για την οποία αποφασίσθηκε η επούλωση κατά δεύτερο σκοπό υπό αντιβιοτική κάλυψη. Κατά την κλινική εξέταση του γεννητικού συστήματος το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν ένα μικρό οζίδιο μέγιστης διαμέτρου μικρότερης του μισού εκατοστού στα όρια του προδρόμου του κόλπου και του περινέου, χρώματος ερυθρού, σκληρής σύστασης και επώδυνο κατά την ψηλάφηση. Η εξέταση του κολπικού εκκρίματος ήταν αρνητική για παθογόνους μικροοργανισμούς. Η βλάβη αρχικά αποδόθηκε



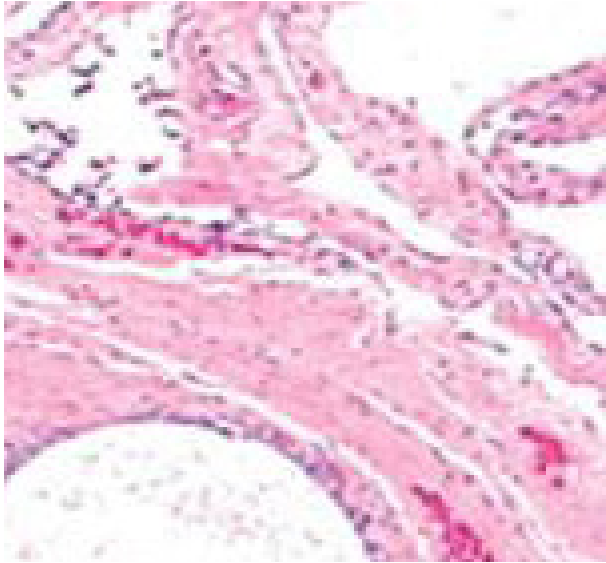
Εικόνα 1. Μακροσκοπική όψη έκτοπου ενδομητρωσικού ιστού (άσπρα βέλη) στην ουλή περινεοτομίας μετά από κολπικό τοκετό (δικό μας περιστατικό)

στην ανάπτυξη κοκκιωματώδους ιστού, λόγω του ιστορικού της επούλωσης του τραύματος και δόθηκε τοπική αντιβιοτική θεραπεία, σύσταση για τη χορήγηση ήπιας αναλγητικής αγωγής, αποφυγή σεξουαλικών επαφών και οδηγία για επανεξέταση σε μία εβδομάδα. Δέκα ημέρες αργότερα η μη βελτίωση της κατάστασης της ασθενούς οδήγησε στην απόφαση για την χειρουργική εξαίρεση της βλάβης **(εικόνα 1)**. Η ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος ανέδειξε την παρουσία κοκκιωματώδους ιστού με στοιχεία ενδεικτικά ενδομητρίωσης **(εικόνα 2)**.

Μετεχειρητικά η ασθενής ανέφερε απαλλαγή των συμπτωμάτων της. Η επούλωση του τραύματος της περινεοτομίας ήταν άριστη. Τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 στον ορό του αίματος ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Ο υπερηχογραφικός έλεγχος της πυέλου δεν ανέδειξε σημεία συνυπάρχουσας πυελικής νόσου. Δεν συστήθηκε περαιτέρω θεραπευτική παρέμβαση, καθώς θεωρήθηκε ότι έγινε πλήρης εκτομή της ενδομητρωσικής εστίας από το περίνεο.

Συζήτηση

Η ενδομητρίωση του περινέου αποτελεί μία από τις σπανιότερες εξωπυελικές εντοπίσεις της νόσου και σχεδόν πάντα σχετίζεται με προηγούμενη περινεοτομία. Εκτός από μια περίπτωση αυτόματης εκδήλωσης περινεϊκής ενδομητρίωσης που περιγράφηκε στην διεθνή βιβλιογραφία, σε όλες τις άλλες περιπτώσεις η ενδομητρίωση στο περίνεο φαίνε-



Εικόνα 2. Μικροσκοπική εικόνα έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού στην ουλή περινεοτομίας (δικό μας περιστατικό).

ται να είναι ιατρογενούς προέλευσης, καθώς εντοπίζεται στην ουλή της περινεοτομίας μετά από φυσιολογικό τοκετό. [5] Ο Zhu και οι συνεργάτες του στη μελέτη τους που περιελάμβανε το σύνολο των γεννήσεων για μια περίοδο 18 ετών (1983 - 2000) διαπίστωσαν ότι μετά από περινεοτομία για την αποπεράτωση του τοκετού η περινεϊκή ενδομητρίωση αφορά στο 0.0087% των περιπτώσεων και στο 0.37% του συνολικού αριθμού των περιπτώσεων ενδομητρίωσης. [6] Η διάσπαση του τραύματος της περινεοτομίας (όπως και στη δική μας περίπτωση) και η συνεχής έκθεση του ανοικτού τραύματος με τα λόγια είναι δυνατόν να εξηγήσουν την ανάπτυξη ενδομητρίωσης στο περίνεο με τη θεωρία της διασποράς και εμφύτευσης των κυττάρων του ενδομητρίου που βρίσκονται στα λόγια. Επιπλέον, θεραπευτικοί χειρουργικοί χειρισμοί που είναι δυνατό να συνοδεύουν τον κοιλικό τοκετό με επισιοτομία, όπως είναι η μαιευτική απόξεση και η δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα φαίνεται να προδιαθέτουν στην εμφάνιση της νόσου. Σε παλαιότερη μελέτη ο Paull και οι συνεργάτες του σε μια σειρά 2028 φυσιολογικών τοκετών ανέφεραν 15 περιπτώσεις περινεϊκής ενδομητρίωσης σε γυναίκες που υποβλήθηκαν σε περινεοτομία και μαιευτική απόξεση. Η αυξημένη επίπτωση της νόσου μετά από μαιευτική απόξεση πιθανότατα ερμηνεύεται από το γεγονός ότι περισσότερα βιώσιμα κύτταρα από τη βασική ζώνη του ενδομητρίου εμφυτεύονται στο σημείο της ανοικτής περινεοτομίας. [7]

Η διάγνωση δεν είναι εύκολη και πολλές φορές τίθεται καθυστερημένα. Τα συμπτώματα στην ενδομητρίωση του περινέου δεν είναι ειδικά και συχνά εμφανίζονται μετά από μήνες (δική μας περίπτωση) ή και χρόνια από τον τοκετό. Τα κυρίαρχα συμπτώματα είναι ο πόνος στο περίνεο και η δυσπαρέυνεια, η ένταση και η διάρκεια των οποίων ποικίλει σημαντικά από περίπτωση σε περίπτωση. Ο πόνος μπορεί να είναι περιοδικός και σπανιότερα συνοδεύεται από κνησμό στην περιοχή του περινέου. Η αιμορραγία από το σημείο της βλάβης ή η αιμορραγία από το ορθό σε περίπτωση συμμετοχής του σφιγκτήρα του πρωκτού αποτελούν σπανιότερες εκδηλώσεις της νόσου. [8,9] Η βλάβη αναπτύσσεται αργά με τη μορφή ψηλαφητής επώδυνης μάζας, ερυθρού χρώματος στο σημείο της ουλής της περινεοτομίας, το μέγεθος της οποίας κυμαίνεται από λίγα χιλιοστά μέχρι 2 - 3 εκατοστά. Σε σπάνιες περιπτώσεις η νόσος είναι δυνατόν να εκδηλωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. [10]

Παρόλο που η διάγνωση της περινεϊκής ενδομητρίωσης προεχειρητικά βασίζεται αυστηρά στο γυναικολογικό/μαιευτικό ιστορικό και την κλινική εξέταση [11] δεν αμφισβητείται η χρησιμότητα των απεικονιστικών διαγνωστικών μεθόδων. Το διορθικό υπερηχογράφημα κυρίως, και ο διακολπικός/διακοιλιακός υπερηχογραφικός έλεγχος της πυέλου συμπληρωματικά, αλλά και η αξονική τομογραφία και η μαγνητική τομογραφία αποτελούν χρήσιμα εργαλεία στη διαγνωστική διερεύνηση της νόσου. [12] Με το διορθικό υπερηχογράφημα είναι δυνατόν να διαπιστωθεί η παρουσία μάζας μικτής ηχογένειας που αντιστοιχεί στον σχηματισμό ενδομητρίωματος, όταν η νόσος αφορά στην περιπερικτική περιοχή μετά από τη ρήξη του σφιγκτηριακού μηχανισμού κατά τον τοκετό. [13] Παρά το γεγονός ότι ο υπερηχογραφικός έλεγχος δεν μπορεί να ανιχνεύσει τις περιτοναϊκές ενδομητριοειδείς εμφυτεύσεις, η χρήση της διακολπικής υπερηχογραφίας σήμερα είναι χρήσιμη στην διερεύνηση των δομών της πυέλου για τη διαπίστωση της συνύπαρξης πυελικής νόσου. [14] Επιπλέον, τα υπερηχογραφικά ευρήματα ενδομητρίωσης μη συχνής εντόπισης, όπως είναι του κοιλιακού τοιχώματος, της σκληροκοειδούς απόφυσης, του περινέου και της ουροδόχου κύστης μπορούν να βοηθήσουν στη δύσκολη διαγνωστική προσέγγιση της νόσου και στον σχεδιασμό της καταλληλότερης θεραπευτικής αντιμετώπισης. [15]

Η ευρεία χειρουργική εκτομή της ενδομητριοειδούς εστίας του περινέου στην πλειονότητα των περιπτώσεων είναι αποτελεσματική και αποτελεί τη θεραπεία εκλογής. Επιπλέον,

ον, εξασφαλίζει την επιβεβαίωση της διάγνωσης (δική μας περίπτωση) και αποκλείει τον κίνδυνο κακοήθους εξαλλαγής της βλάβης. [16, 17] Τα αποτελέσματα από τη θεραπεία με ορμονικά σκευάσματα (νταναζόλη) που κατά καιρούς έχουν χρησιμοποιηθεί δεν είναι ενθαρρυντικά. Η συντηρητική θεραπεία φαίνεται να προσφέρει μόνο προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα της νόσου. [18] Σε περίπτωση εκτεταμένης βλάβης με επέκταση στο ορθό και τον σφιγκτηριακό μηχανισμό η ανατομική αποκατάσταση του σφιγκτήρα μετά την εξαίρεση του ενδομητρίωματος από ειδική χειρουργική ομάδα κρίνεται απαραίτητη και φαίνεται να έχει πολύ καλά λειτουργικά αποτελέσματα. [19, 20] Ο προσδιορισμός των επιπέδων του καρκινικού αντιγόνου 125 (Ca₁₂₅) δεν φαίνεται να βοηθάει στη διάγνωση ή την μετεχειρητική παρακολούθηση της νόσου. Πρόσφατα, ο

Wang και οι συνεργάτες του στη μελέτη τους που περιελάμβανε 30 ασθενείς με περινεϊκή ενδομητρίωση για μια περίοδο 25 ετών (1983 - 2006) δεν διαπίστωσαν σε καμία περίπτωση αύξηση των επιπέδων του Ca₁₂₅ προ ή μετά της θεραπείας. [4] Παρόλα αυτά όμως, τα αυξημένα επίπεδα του Ca₁₂₅ πρέπει να αποτελούν δείκτη κακοήθειας της νόσου που χρήζει άμεσης διερεύνησης, καθώς έχουν αναφερθεί στην βιβλιογραφία περιπτώσεις κακοήθους εξαλλαγής εκτοπικών ενδομητρίων ιστών στο περίνεο. [21, 22]

Τέλος, νέες θεραπευτικές τεχνικές που σκοπεύουν στη μείωση της αγγείωσης του έκτοπου ενδομητρικού ιστού έχουν προταθεί και αναμένεται μελλοντικά να διευρύνουν τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές ως προς την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης, και ειδικότερα της πυελικής μορφής της νόσου. [23] ■

ABSTRACT

Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. Case report

Ioannis K. Thanasas, Maria Boursiani

Department of Obstetrics & Gynecology of General Hospital in Trikala

This is a case report of an incident perineal endometriosis after normal vaginal delivery and episiotomy scarring secondary to partial scar tissue disruption. Our patient presented to the outpatient department of our clinic 6 months after the normal delivery of her second child, complaining of pain, dyspareunia, a burning sensation in the perineal area and with a painfull nodule over the episiotomy scar. Following the surgical excision of the lesion the histological examination of the surgical specimen provided evidence of endometriosis. The patient reported relief of symptoms after surgery. No additional therapeutic intervention was performed as the excision of the focal endometriosis was considered complete. The present study demonstrates this case report and a review of this unusual non - pelvic localization of the disease regarding the causes, pathogenesis, diagnosis and management, on the basis of the current literature evidence.

KEY WORDS: Endometriosis, episiotomy scar, etiopathogeny, diagnosis, management.



Citation

IK. Thanasas, M. Boursiani. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. Case report. *Scientific Chronicles* 2015; 20(3): 281 - 285

1. Ferrero S, Remorgida V, Venturini PL, Bizzarri N. Endometriosis: the effects of dienogest. *BMJ Clin Evid.* 2015 Jun 9; 2015. pii: 0802.
2. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 566 - 585.
3. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol.* 2013; 8: 194.
4. Wang HB, Zhu L, Lang JH, et al. Clinical analysis of 30 patients with perineal endometriosis. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2007; 87: 1181 - 1183.
5. Pollack R, Gordon PH, Ferenczy A, Tulandi T. Perineal endometriosis. A case report. *J Reprod Med* 1990; 35: 109 - 112.
6. Zhu L, Lang J, Xin F, et al. Clinical analysis of 11 cases with perineal endometriosis. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2002; 37: 80 - 81.
7. Paull T, Tedeschi LG. Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. *Obstet Gynecol* 1972; 40: 28 - 34.
8. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013; 39: 1095 - 1097.
9. González - Longoria G, Mejia - Ovalle RR, Salinas - Aragon E, et al. Perineal endometriosis with anal external sphincter involvement: a case - report]. *Rev Gastroenterol Mex.* 2011; 76: 173 - 177.
10. McCarthy - Keith DM, Coggins A. Perineal endometrioma occurring during pregnancy: a case report. *J Reprod Med* 2008; 53: 57 - 58.
11. Nisolle M, Alvarez ML, Colombo M, Foidart JM. Endometriosis: from research to clinical practice. *Bull Mem Acad R Med Belg* 2007; 162: 263 - 272.
12. Odobasic A, Pasic A, Iljazovic - Latifagic E, et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. *Tech Coloproctol.* 2010; Suppl 1: S25 - 27.
13. McCormick JT, Read TE, Akbari KP, et al. Occult perineal endometrioma diagnosed by endoanal ultrasound and treated by excision: a report of 3 cases. *J Reprod Med* 2007; 52: 733 - 736.
14. Brosens J, Timmerman D, Starzinski - Powitz A, Brosens I. Noninvasive diagnosis of endometriosis: the role of imaging and markers. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 95 - 114.
15. Sung Bin Park, Jeong Kon Kim, Kyoung - Sik Cho. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *Inc J Clin Ultrasound* 2008; 36: 91 - 97.
16. Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2015 (in press).
17. Cai SQ, Zheng M, Man XY. Perineal endometriosis: a case report. *Int J Clin Exp Med.* 2014; 7: 2939 - 2940.
18. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an under appreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 404 - 407.
19. Barisic GI, Krivokapic ZV, Jovanovic DR. Perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement: report of two cases and review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006; 17: 646 - 649.
20. Chen N, Zhu L, Lang J, et al. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Hum Reprod.* 2012; 27: 1624 - 1627.
21. Kwon YS, Nam JH, Choi G. Clear cell adenocarcinoma arising in endometriosis of a previous episiotomy site. *Obstet Gynecol* 2008; 112: 475 - 477.
22. Chene G, Darcha C, Dechelotte P, et al. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007; 17: 709 - 714.
23. Nisolle M, Alvarez ML, Clombo M, Foidart JM. Pathogenesis of endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil* 2007; 35: 898 - 903.