

Ендометриоз післяопераційного рубця

Курочка Валентина Валеріївна

канд.мед.наук, асистент кафедри акушерства і гінекології №3
Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

Кіреєва Ірина Володимирівна

студентка 5 курсу НМУ ім. О.О. Богомольця

Актуальність. Ендометриоз - це захворювання, що характеризується появою ектопічних вогнищ ендометрію; займає третє місце серед гінекологічних захворювань [1]. Ендометриоз післяопераційного рубця (ЕПР) відноситься до екстрагенітального ендометріозу; це вторинний процес в рубці, що розвивається після хірургічних втручань на матці (кесарів розтин (КР), гістеректомія) і загальнохірургічних операцій (лапароскопія, апендектомія, холецистектомія, корекція гриж) [2,3].

Ендометриоз поширений серед жінок віком 24-47 років, ЕПР розвивається у 0,03 – 1,5% пацієнток з ендометріозом. Поширеність ЕПР достовірно оцінити складно через відсутність епідеміологічного обліку та рідкісність захворювання [1,3]. Найчастішим фактором розвитку ЕПР є КР, про що свідчить аналіз, проведений вченими з Румунії [4]. За даними літератури, 0,2-0,8% кесарських розтинів супроводжується розвитком ЕПР; у 82.3% жінок ЕПР розвивається після КР [5]. Останніми роками кількість випадків ЕПР збільшується, що можна пояснити зростанням кількості КР [6].

Мета. Провести аналіз літературних джерел та визначити фактори ризику розвитку ЕПР, методи діагностики, сучасні можливості лікування та профілактики ЕПР.

Основні результати. Існують декілька теорій патогенезу ендометріозу: лімфо- і гематогенна дисемінація ендометріюїдних клітин; імплантаційна; дизонтогенетична; метапластична. Найпоширенішою є трансплантаційна

теорія: клітини ендометрію потрапляють у суміжні тканини внаслідок ятрогенних втручань (КР, міомектомія, гістеректомія). Трансплантаційна теорія підтверджена дослідженням швейцарських вчених: пересаджені в передню черевну стінку клітини ендометрію проліферували, утворюючи вогнища ендометріозу [7].

Під час операції КР при проведенні поперечного розрізу за Пфанненштилем ризик ЕПР більший, ніж при проведенні вертикального серединного розрізу. При поперечному розрізі за Пфанненштилем тривалість латентного періоду ЕПР менша, ніж при вертикальному серединному розрізі (24 і 33 місяці відповідно). Виявлена кореляція між латентним періодом ЕПР і поширенням ендометріоми: латентний період ЕПР був тривалішим, якщо ендометріома поширювалася до очеревини чи сечового міхура [8].

Клінічні симптоми ЕПР з'являються через 1-3 роки після останнього КР, за іншими даними - через 2-4 роки (28,3 місяці) чи 4,2 роки \pm 3,4 роки після оперативного втручання. За даними авторів з Іспанії, час від операції до появи перших симптомів може корелювати від 45 днів до 20 років [2,5,8].

До основних клінічних проявів ЕПР відносять пухлиноподібне утворення в ділянці рубця (спостерігається у 82%), циклічний чи нециклічний біль (41%), кров'янисті виділення з рубця під час менструації (18%), ущільнення рубця під час менструації (47%) [5]. Часто спостерігається дисменорея, диспареунія та непліддя [9], рідше зустрічаються екхімози під час менструації чи гіперпігментації рубця [8]. За результатами дослідження американських вчених, пухлиноподібне утворення зустрічається у 96% випадків, біль у 87%, циклічність симптомів у 57%. За результатами дослідження авторів з Іспанії, пухлиноподібне утворення зустрічається у 82% випадків, біль у 41%; за даними китайських дослідників пухлиноподібне утворення - у 98,5%, циклічний біль - 86,9%, нециклічний біль - 13,1%, дисменорея - 32,3% [5,8,10]. Розміри пухлиноподібного утворення за даними різних авторів: $2,5 \pm 1,1$ см [5], $2,5 \pm 0,6$ см (1,1–3,5 см) [12], $3,9 \pm 1,4$ см [13]. Не існує кореляції між розміром рубця та віком пацієнтів чи кількістю КР в анамнезі [12].

Патогномічною ознакою ЕПР є циклічність симптомів та операції на матці в анамнезі, що дає підставу на основі анамнезу і даних фізикального обстеження поставити діагноз. Відсутність циклічності симптомів спостерігається у 25-45% випадків і потребує проведення додаткового обстеження [2]. Для підтвердження діагнозу застосовується ультрасонографія, магнітно-резонансна томографія (МРТ), комп'ютерна томографія (КТ), тонкогोलкова аспіраційна біопсія з подальшим гістологічним дослідженням, гістологічне дослідження висіченої ендометріюїдної тканини.

Типовою УЗД-картиною є наявність підшкірних гіпоехогенних вузликів з гіперехогенними тяжами та нерівними краями, перифокальне запалення, яке візуалізується у вигляді гіперехогенного кільця навколо вузлика. На УЗД розміри ендометріюїдної тканини менші, ніж при пальпації, що пояснюється наявністю перифокального запалення [2]. Описані чотири ехографічні форми ЕПР: кістозна, полікістозна, змішана та солідна. Виявлення певної форми ЕПР під час УЗД корелює з менструальним циклом [1]. КТ та МРТ є менш достовірними методиками, ніж УЗД, проте вони застосовуються для визначення розміру і локалізації утворення, його відношення до суміжних тканин [5].

Тонкогोलкова аспіраційна біопсія дозволяє з високою достовірністю поставити діагноз до операції, проте підвищується ризик утворення нових ендометріюїдних осередків у місці пункції, тому даний метод діагностики не рекомендований для рутинного проведення [5]. Характерними ознаками ЕПР при гістологічному дослідженні є ендометріюїдний епітелій, ендометріюїдні залози та строма, макрофаги із гемосидерином [1].

Серед методів лікування виділяють гормональну терапію і хірургічну резекцію ураженої ділянки. Самостійна фармакотерапія не є ефективною, після відміни препаратів швидко виникає рецидив. Призначають гормональну терапію перед операцією для зменшення симптоматичних проявів і зниження частоти рецидивів [9,10].

Найефективнішим методом лікування є хірургічне висічення ендометріюїдної тканини із суміжною здоровою тканиною в межах 1 см [1].

Частота рецидивів 1,5%-7,5% [10]. Ризик рецидивів підвищений при неповному висіченні ендометріюїдної тканини [11]. Операція має бути проведена щонайменше за декілька днів до менструації для легшого відділення тканин і попередження запальної реакції. Після операції немає потреби у призначенні гормональної терапії, можливе застосування антибіотиків і нестероїдних протизапальних препаратів [12]. Перспективним методом лікування є кріоабляція. Під контролем КТ тканина аблюється по краях рубця, що є перевагою перед хірургічним висіченням тканин, при якому висікається здорова тканини в межах 1 см [14].

Малігнізація ЕПР становить 0,3-1% [15]. Найбільш частими гістологічними видами є світлоклітинна (63%) та ендометріюїдна (22%) карцинома [15]. Середній діаметр карциноми за різними даними складає 7-10,1 см, може досягати 22 см [15,16,17]. Середній час від останньої акушерської чи гінекологічної операції до малігнізації складає 20,3 роки (від 4 до 33 років), найбільш тривалий проміжок між операцією і маніфестацією пухлини – 41 рік [16,17]. При світлоклітинній карциномі прогноз несприятливий, середня тривалість життя 30 місяців, виживання протягом 5 років становить 40% [16, 18].

Достовірних даних щодо профілактики розвитку ЕПР не існує. Так як кесарів розтин є вагомим фактором ризику розвитку ЕПР, виникає питання про профілактичні заходи під час та після проведення КР. Запропоновані заходи для запобігання розвитку ЕПР: екстеріоризація матки при накладанні швів, перитонізація матки при ушиванні, ушивання парієтальної очеревини, ретельне очищення черевної порожнини, швидке видалення тампонів, що застосовувались під час КР, ретельний контроль кровотеч під час операції, застосування окремого інструментарію для зашивання матки і черевної стінки. Проте дослідження щодо цих заходів профілактики не були проведені [6, 13, 15, 19].

Висновки. Частота ЕПР останніми роками збільшується у зв'язку зі зростанням кількості КР. До основних методів діагностики ЕПР відносять

ультрасонографію, МРТ, КТ, гістологічне дослідження висіченої тканини. Найбільш ефективний метод лікування - хірургічне висічення рубця із суміжною здоровою тканиною в межах 1 см; перспективним є метод кріоабляції. Основною причиною розвитку ЕПР є попередній КР та інші операції на матці, саме тому перспективними є рекомендації щодо особливостей проведення операцій на матці для профілактики ЕПР.

Список використаних джерел

1. О.В. Голяновський, І.В. Ключко, І.А. Губар, Д.В. Кульчицький. Ендометріоз післяопераційного рубця. 2019. doi: 10.15574/HW.2019.137.44
2. A. Plotski. Endometriosis of Postoperative Scar / *IntechOpen*. 2019. doi: 10.5772/intechopen.88246
3. Abdominal wall endometriosis (a narrative review) / M. Carsote та ін. *International Journal of Medical Sciences*. 2020. Т. 17, № 4. С. 536–542. URL: <https://doi.org/10.7150/ijms.38679>.
4. Challenges in Diagnosis and Prevention of Iatrogenic Endometriosis as a Long-Term Surgical Complication after C-Section / R. Neamtu та ін. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Т. 19, № 5. С. 2791. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph19052791>.
5. Endometriosis node in Gynaecologic scars: A study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center / R. Vellido-Cotelo та ін. *BMC Women's Health*. 2015. Т. 15, № 1.
6. Cesarean-Section Scar Endometrioma: A Case Report and Review of the Literature / M. R. Kocher та ін. *Journal of Radiology Case Reports*. 2017. Т. 11, № 12. URL: <https://doi.org/10.3941/jrcr.v11i12.3178>.
7. Abdominal wall endometriosis: An 11-year retrospective observational cohort study / S. Marras та ін. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology: X*. 2019. Т. 4. С. 100096.
8. Zhang, P.; Sun, Y.; Zhang, C.; Yang, Y.; Zhang, L.; Wang, N.; Xu, H. Cesarean scar endometriosis: Presentation of 198 cases and literature review. *BMC Women's Health* 2019, 19, 14. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0711-8>

9. Andrei Mihai Malutan, Ioan Simon, Razvan Ciortea, Radu Florin Mocan-Hognogi, Marina Dudea, Dan Miha. Surgical scar endometriosis: a series of 14 patients and brief review of literature. 2017 doi: 10.15386/cjmed-743
10. Symptomatology and Surgical Perspective of Scar Endometriosis: A Case Series of 16 Women/S. Sumathy та ін. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*. 2016. Т. 67, № 3. С. 218–223. URL: <https://doi.org/10.1007/s13224-016-0945-4>.
11. Uçar M. G., Şanlıkan F., Göçmen A. Surgical Treatment of Scar Endometriosis Following Cesarean Section, a Series of 12 Cases. *Indian Journal of Surgery*. 2013. Т. 77, S2. С. 682–686. URL: <https://doi.org/10.1007/s12262-013-0978-1>.
12. The clinical characteristics and surgical approach of scar endometriosis: A case series of 14 women / F. Tatli та ін. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. 2018. Т. 18, № 3. С. 275–278. URL: <https://doi.org/10.17305/bjbms.2018.2659>.
13. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: A potential diagnostic pitfall/L. Ozel та ін. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2012. Т. 38, № 3. С. 526–530. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x>.
14. Ince C., Wagner A., Rajakumar C. Abdominal Wall Endometriosis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2018. Т. 40, № 7. С. 859.
15. Endometriosis-associated clear cell carcinoma arising in caesarean section scar: a case report and review of the literature / G. Ferrandina та ін. *World Journal of Surgical Oncology*. 2016. Т. 14, № 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12957-016-1054-7>.
16. Endometriosis-associated malignant transformation in abdominal surgical scar / A. Mihailovici та ін. *Medicine*. 2017. Т. 96, № 49. С. e9136.
17. Clear Cell Carcinoma of the Abdominal Wall as a Rare Complication of General Obstetric and Gynecologic Surgeries: 15 Years of Experience at a Large Academic Institution / Y.-L. Lai та ін. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Т. 16, № 4. С. 552. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph16040552>.
18. Endometriosis-Associated Abdominal Wall Cancer: A Poor Prognosis? / L. Taburiaux та ін. *International Journal of Gynecologic Cancer*. 2015. Т. 25, № 9. С. 1633–1638. URL: <https://doi.org/10.1097/igc.0000000000000556>.

19. Gonzalez R. H., Singh M. S., Hamza S. A. Cutaneous Endometriosis: A Case Report and Review of the Literature. *American Journal of Case Reports*. 2021. T. 22. URL: <https://doi.org/10.12659/ajcr.932493>.