

Niedrożność mechaniczna jelita grubego w przebiegu endometriozy – opis przypadku

Mechanical ileus of large bowel in course of endometriosis – a case report

Marcin Radoch¹, Waldemar Pawłowski², Tomasz Guzel²

¹ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, PL,

² Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny, ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, PL

Streszczenie

Wstęp: *Endometrioza* jest chorobą, w której komórki endometrium znajdują się poza jamą macicy. Dotyczy kobiet w wieku rozrodczym. Rzadko ogniska *endometriozy* lokalizują się w przewodzie pokarmowym. *Endometrioza* jelitowa najczęściej występuje w jelicie grubym, czasami powodując niedrożność mechaniczną.

Opis przypadku: Autorzy przedstawiają 31-letnią kobietę, która zgłosiła się do szpitala z powodu bólów brzucha, wzdęcia oraz zatrzymania gazów i stolca. W przeszłości była dwukrotnie operowana z powodu *endometriozy* zlokalizowanej w jajnikach w 2007 i 2010 r. W tomografii komputerowej jamy brzusznej uwidoczniło guz zgięcia esiczo-odbytniczego. Wykonano operację Hartmanna. Badanie histopatologiczne wyciętego jelita wykazało, iż guz zamknięty światło jelita spowodowany był przez *endometriozę*. Po 15 dniach chora została wypisana w stanie ogólnym dobrym. Po 12 miesiącach odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego.

Wnioski: *Endometrioza* jest rzadką przyczyną niedrożności mechanicznej, musi być jednak brana pod uwagę, szczególnie u pacjentek z chorobami ginekologicznymi.

Słowa kluczowe: niedrożność mechaniczna, endometrioza, guz esicy

Abstract

Background: Endometriosis is characterized by presence of endometrium cells out of uterine cavity. It affects women in reproductive age. Endometriosis' focuses are rarely present in the gastrointestinal tract. In bowel endometriosis they mostly occur in the large bowel, rarely causing ileus.

Case Report: Authors present a 31-year old female, who was admitted to the Surgical Department with abdominal pain, flatulence and retention of gases and stool. In past, she was operated twice in 2007 and in 2010 because of ovarian endometriosis. The computer tomography scan revealed a tumor in the sigmoido-rectal flexure and massive enlargement of large bowel. Hartmann procedure was performed. The histopathological examination of resected bowel showed the reason of tumor which was endometriosis. After 15 days patient was discharged in good clinical condition. 12 months later continuity of the gastrointestinal tract was restored.

Conclusions: Endometriosis is a very rare, though important cause of mechanical ileus in young female patients and must be considered during differential diagnostics.

Key words: mechanical ileus, endometriosis, sigmoid tumor

Otrzymano: 9-04-2015 → Zaakceptowano: 23-06-2015 → Opublikowano: 11-07-2015

✉ Marcin Radoch, ul. Dereniowa 4 m 103, 02-776 Warszawa, e-mail: marcin.radoch@gmail.com, tel. 791939341

Wstęp

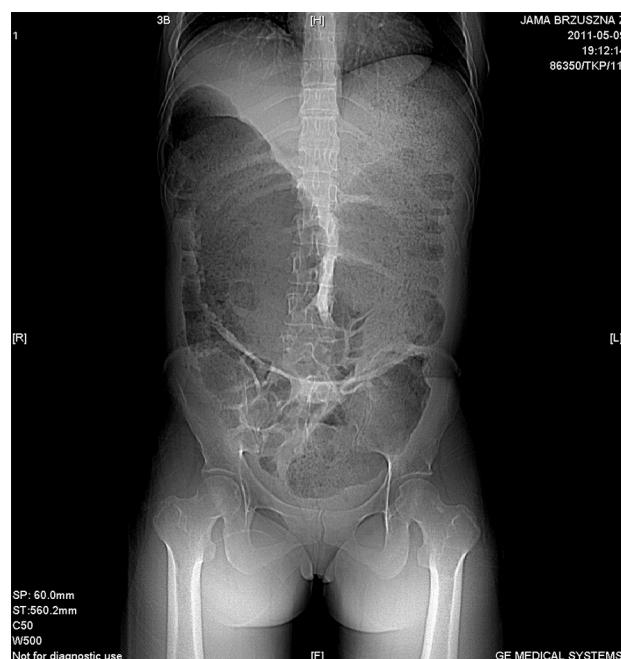
Endometrioza jest to rozrost błony śluzowej macicy (endometrium) poza jej jamą. Najczęściej ogniska endometriozy zlokalizowane są w obrębie narządu rodnego, czyli w jajnikach, jajowodach czy błonie mięśniowej macicy [1, 2]. Sporadycznie obserwuje się endometriozę poza układem płciowym [1, 3, 4]. Choroba ta dotyczy kobiet w wieku rozrodczym i stanowi 10–15% wszystkich chorób układu płciowego [1–3, 5]. Głównymi objawami endometriozy są bóle brzucha, szczególnie w podbrzuszu, dyspareunia, zaburzenia cyklu miesięczkowego oraz niepłodność [3, 5]. Wszczypty endometrium są aktywne hormonalnie; reagują na zmiany stężenia estrogenów i progesteronu tak, jak prawidłowa błona śluzowa macicy. Stąd tendencja do powstawania tak zwanych torbieli czekoladowych — torbieli wypełnionych krwią miesięczną [1, 3]. Próba wyjaśnienia patogeny tej choroby pozostaje dyskusyjna. Istnieje wiele teorii, które próbują wytłumaczyć powstawanie ognisk endometriozy, natomiast najpowszechniej uznawana jest teoria Sampsona, która zakłada, iż w trakcie menstruacji dochodzi do wstecznego zarzucania złuszczonej komórki endometrium, które wydostając się z jajowodów wszczepiają się w niefizjologiczne dla nich miejsce, a układ odpornościowy nie zapobiega implantacji [1, 6, 7]. Celem pracy jest przedstawienie kazuistycznego przypadku niedrożności mechanicznej w przebiegu endometriozy.

Opis przypadku

31-letnia kobieta zgłosiła się do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z powodu bólów brzucha trwających od 3 miesięcy, które znacznie się nasiliły w dniu przyjęcia. Objawom towarzyszyły wzdęcie brzucha oraz trudności w oddawaniu stolca; wg relacji pacjentki wypróżnienie było możliwe jedynie w pozycji stojącej oraz po podaniu wlewki doodbytniczej. W przeszłości chora przeżyła usunięcie torbieli jajnika prawego w 2007 r. oraz resekcję klinową jajnika lewego w 2010 r. Po tej operacji stwierdzono u chorej *endometriozę* na podstawie badania histopatologicznego usuniętej części jajnika. Pół roku przed przyjęciem do Kliniki chora była hospitalizowana z powodu podniedrożności w innym szpitalu, gdzie była leczona zachowawczo. W badaniu przedmiotowym stwierdzono widoczne przez powłoki poszerzone pętle jelitowe oraz tklliwość w podbrzuszu. U chorej nie stwierdzono obecności objawów otrzewnowych czy patologicznych oporów. Perystaltyka była cicha i leniwa. W badaniu *per rectum* stwierdzono pustą bańkę odbytnicy.

W wykonanym przy przyjęciu chorej do Kliniki badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej stwierdzono liczne artefakty gazowe uniemożliwiające miarodajną ocenę jamy brzusznej. W przeglądowym badaniu rentgenowskim jamy brzusznej uwidoczniono długie poziomy płynów w znacznie poszerzonych pętlach jelita grubego. Wykazano cechy znacznego upośledzenia drożności przewodu pokarmowego na odcinku esiczo-odbytniczym. W badaniu tomografii komputerowej ja-

my brzusznej stwierdzono cechy niedrożności mechanicznej jelita grubego. W okolicy przedkrzyżowej uwidoczniono znaczne zwężenie światła esicy i odbytnicy na odcinku długości ok 35 mm utworzone przez naciek, który prawdopodobnie pochodził z narządu rodnego. Pętle jelita grubego były bardzo rozdęte, z długimi poziomymi płynnej treści, wypełnione masami kałowymi. Opisano poszerzenie wstępnicy do 71 mm szerokości, poprzecznicy do 105 mm szerokości, zstępnicy do 70 mm. Stwierdzono obecność wolnego płynu w miednicy małej oraz obecności pęcherzyków gazu na poziomie kręgu L5. Opisano również zatarte zarysy macicy oraz w rzucie przydatków po stronie prawej strukturę torbielowatą o średnicy około 30 mm. W badaniach laboratoryjnych krwi z odchyłami zwróciły uwagę podwyższenie stężenia białka C – reaktywnego do 65,8 mg/l, nieznacznie obniżony hematokryt, MCV oraz MCH, podwyższone stężenie fibrynogenu do 465 mg/dl, bez leukocytozy.



Rysunek 1: TK jamy brzusznej - uwidoczniono masywne poszerzenie jelita grubego

Chora została zakwalifikowana do leczenia operacyjnego w trybie doraźnym. Wykonano operację Hartmanna. Śródoperacyjnie stwierdzono rozdęte jelito grube do średnicy 15 centymetrów od wchodu miednicy do zastawki Bauchina. Podjęto próbę dekompresji jelita przy użyciu cewnika Hegara, nieudaną ze względu na brak światła w jelicie. Wykonano resekcję 14 centymetrów jelita grubego wraz z guzem, usunięto około 3 litrów zalegającej treści kałowej oraz wyłonił sztuczny odbyt.

W kolejnych dobach hospitalizacji wystąpiło u chorej narastanie wskaźników stanu zapalnego – stężenie CRP do 445 mg/l, WBC do 16 tys./ul, stężenie fibrynogenu do 678 mg/dl oraz obniżona zawartość białka i niedokrwistość (Hb do 7,8 g/dl). W 8 dobie pobytu w Klinice podjęto decyzję o relaparotomii. Stwierdzono martwicę brzezną sztucznego odbytu, a śródoperacyjnie niedrożność kałową. Rozpreparowano jelita, usunięto zalegające zbita masy kałowe z jelita, ponownie wyłonił sztuczny odbyt. Przebieg pooperacyjny powikłany był ropie-

niem rany, które ustąpiło po leczeniu zachowawczym. W ramach hospitalizacji uzyskano wynik badania histopatologicznego, które opisywało w obrazie mikroskopowym w warstwach mięśniowej i podśluzowej liczne ogniska endometrium z wylewami krwi, poza tym ściana jelita opisywana była jako silnie przekrwiona, co potwierdziło rozpoznanie *endometriozy* jelitowej. Chora po 15 dniach hospitalizacji została wypisana w stanie ogólnym dobrym.

Po hormonalnym leczeniu farmakologicznym w badaniu ginekologicznym przeprowadzonym 9 miesięcy po hospitalizacji nie stwierdzono aktualnego procesu *endometrialnego*. Chora nie zgłaszała żadnych dolegliwości.

Po 10 miesiącach od hospitalizacji w Klinice chora została ponownie przyjęta w trybie planowym w celu odtworzenia ciągłości przewodu. Śródoperacyjnie uwolniono masywne zrosty międzypętłowe jelita cienkiego, usunięto torbiel czekoladową jajnika lewego oraz odtworzono ciągłość przewodu pokarmowego.

Dyskusja

Niedrożność mechaniczna jelita grubego najczęściej spowodowana jest przez guz nowotworowy, uchyłki jelita grubego oraz ich zapalenie, uwięźnięcie jelita w przepuklinie, ale także zadzierżnięcie przez obecność zrostów w jamie otrzewnej [8].

Jak wcześniej wspomniano rzadko obserwuje się *endometriozę* poza układem płciowym. Postać jelitowa stanowi od 3,8 do 37% przypadków *endometriozy* [3, 4, 9], zależnie od źródeł. W tym przypadku ogniska endometrium przeważnie lokalizują się w jelicie grubym (ponad 90% przypadków *endometriozy* jelitowej), powodując wytworzenie guza, który upośledza pasaż jelitowy [1, 3, 5].

Według ostatnich doniesień najczęściej zmiany są pojedyncze i nie przekraczają 2,5 cm średnicy; ekstremalną rzadkością są zmiany wieloogniskowe powyżej 3–3,5 cm [10]. Często pierwszym objawem jest wystąpienie niedrożności lub epizodu podniedrożności przewodu pokarmowego. Zmiany *endometrialne* w większości znajdują się pod błoną surowiczą jelita; towarzyszy temu nasilony stan zapalny, mogą powstawać torbiele czekoladowe [1–3, 11].

Jedynym potwierdzeniem *endometriozy* jest badanie histopatologiczne, natomiast do rozpoznania przybliżyć może szczególne nasilenie się objawów zależnie od fazy cyklu miesięcznego [3, 12].

Obecnie nie zaleca się operacji radykalnych w przypadku *endometriozy* jelitowej z wyjątkiem ognisk zlokalizowanych w esicy, ze względu na powikłania po tych zabiegach [10, 13, 14]. W pozostałych przypadkach zaleca się operacje zaoszczędzające jelita oraz leczenie hormonalne. Rzadko obserwuje się nawroty [10, 15, 16].

Wnioski

Autorzy przedstawili rzadką postać *endometriozy*, która spowodowała niedrożność mechaniczną jelita grubego. W opisanym przypadku ostateczne rozpoznanie postawiono na podstawie badania histopatologicznego.

Podsumowując, leczenie chirurgiczne z powodu *endometriozy* jelitowej wymaga wdrożenia długotrwałego leczenia hormonalnego w celu uniknięcia nawrotu choroby.

Bibliografia

1. Markowska–Woyciechowska A., Dwojak S. i Szczepański S. *Endometrioza jelita cienkiego jako przyczyna niedrożności mechanicznej – opis przypadku*. Gastroenterologia Polska, 1998. 5(2):191–193. ISSN 1232-9886.
2. Marianowski L. i Kamiński P. *Znaczenie laparoskopii w rozpoznawaniu i leczeniu endometriozy*. Nowa Klinika, 1994. 1:17–18.
3. Tong Y.L., Chen Y. i Zhu S.Y. *Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: A case report and literature review*. World Journal of Gastroenterology, czerwiec 2013. 19(23):3707–10. doi: 10.3748/wjg.v19.i23.3707.
4. Popoutchi P., dos Reis Lemos C.R., Silva J.C. et al. *Postmenopausal intestinal obstructive endometriosis: case report and review of the literature*. Sao Paulo Med J., 2008. 126:190–3.
5. Darai E., Bazot M. i Ballester M. *Endometriosis*. La Revue du praticien, maj 2010. 60(5):603–9.
6. Podgaec S., Abrao M.S., Dias J.A. et al. *Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component*. Human Reproduction, maj 2007. 22(5):1373–9.
7. Chapron C., Chopin N., Borghese B. et al. *Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution*. Human Reproduction, 2006. 21(7):1839–45.
8. Szmidt J., Kuźdżał J., Gruca Z. et al. *Podstawy chirurgii*. Medycyna Praktyczna, Kraków, 2. wydanie, 2010. ISBN 978-83-7430-270-8.
9. Collin G.R. i Russel J.C. *Endometriosis of the colon. Its diagnosis and management*. Am Surg., 1990. 56(5):275–9.
10. Koninckx P.R., Ussia A., Adamyan L. et al. *Deep endometriosis: definition, diagnosis and treatment*. Fertility and Sterility, wrzesień 2012. 98(3):15–282.
11. Ozumba B., Ojukwu J., Anyaeze C. et al. *Endometriosis of the rectum*. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1993. 100:963–4.
12. Scarmato V.J., Levine M.S., Herlinger H. et al. *Ileal endometriosis: radiographic findings in five cases*. Radiology, 2000. 214:509–12.
13. Gong Y. i Tempfer C.B. *Regional lymphatic spread in women with pelvic endometriosis*. Med Hypotheses, 2011. 76:560–3.
14. Ret Davalos M.L., De Cicco C., D'Hoore A. et al. *Outcome after rectum or sigmoid resection: a review for gynecologists*. J. Minim Invasive Gynecol., 2007. 14:33–8.
15. Roman H., Vassilief M., Gourcerol G. et al. *Surgical management of deep infiltrating endometriosis of the rectum: pleading for a symptom-guided approach*. Human Reproduction, 2011. 26:274–81.
16. De Cicco C., Corona R., Schonman R. et al. *Bowel resection for deep endometriosis: a systematic review*. Br. J. Obstet. Gynaecol., 2011. 118:285–91.

Wkład autorów/authors' contribution: Marcin Radoch – główny autor, analityk bibliografii, przygotowujący dane, koncepcja pracy, zebranie materiału, wstęp, opis przypadku, analiza przypadku, redakcja dyskusji; Waldemar Pawłowski – współautor, redakcja artykułu, wnioski, nadzór merytoryczny, redaktor ilustracji, korekta artykułu; Tomasz Guzel – współautor, redakcja artykułu, korekta artykułu

Komentarz:

Artykuł porusza niezwykle ważny problem z pogranicza ginekologii i chirurgii. Doprowadzenie do opisywanych powikłań jest efektem niewłaściwej diagnostyki stopnia zaawansowania endometriozy. U pacjentek ze stwierdzonymi torbielami endometrialnymi zawsze należy pamiętać o możliwości występowania ognisk głęboko naciekającej endometriozy (deep infiltrating endometriosis) umiejscawiającymi się min. w dolnym odcinku przewodu pokarmowego. W tym celu należy wykorzystać badanie ultrasonograficzne szczególnie z użyciem głowicy rektalnej, która pozwala na ocenę głębokości naciekania endometriozy w ścianie jelita, a także tomografię rezonansu magnetycznego (MRI) umożliwiającą jednoczesną ocenę przedniego i tylnego kompartmentu miednicy. Pamiętajmy że ogniska endometriozy mogą również występować w układzie moczowym min. w pęcherzu i moczowodach. Rzetelna diagnostyka przedoperacyjna, oparta również na wykorzystaniu metod diagnostyki obrazowej ułatwi w przyszłości unikać podobnych powikłań.

Prof. dr hab. n med. Krzysztof Szyłło