

Guz w kikucie moczowodu po trzynastu latach od wykonania nefrektomii – rzadka postać endometriozy

Tumour in the ureter stump 13 years after nephrectomy – a rare case of endometriosis

Bortnowski Leszek, Ząbkowski Tomasz, Syryło Tomasz, Piotrowicz Grzegorz, Zieliński Henryk

Klinika Urologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

Streszczenie

Endometriozę narządów układu moczowego rozpoznaje się u 1-2% kobiet chorych na tę chorobę. Zwykle dotyczy ona pęcherza moczowego (81%). Występowanie endometrium w obrębie moczowodu zdarza się znacznie rzadziej (15%) i głównie dotyczy odcinka przebiegającego w obrębie miednicy.

Autorzy przedstawiają przypadek 49-letniej chorej, u której po upływie 13 lat od nefrektomii lewostronnej z powodu wodonercza i braku czynności wydzielniczej nerki potwierdzonej badaniem scyntygraficznym, rozpoznano guz w kikucie moczowodu, będący ogniskiem endometriozy.

Laserowa ablacja patologicznej tkanki w połączeniu z zastosowanym leczeniem farmakologicznym spowodowała zmniejszenie masy guza i ustąpienie krwimoczu.

Słowa kluczowe: **moczowód / krwimocz / endometrioza / laserowa ablacja / farmatoterapia /**

Abstract

Endometriosis is found in the urinary tract in 1-2 % of women suffering from this disease. The most common site is urinary bladder (81%). In the ureter it is found in only 15% of cases and it mainly involves the pelvic part.

The authors present a case of 49-year old woman who was diagnosed with an endometriotic tumour in the stump of the ureter, 13 years after left nephrectomy performed for hydronephrosis and lack of the kidney's function confirmed in renal scintigraphy.

After laser ablation and hormonal therapy the tumour burden was diminished and symptoms resolved.

Key words: **ureter / hematuria / endometriosis / laser ablation / drug therapy /**

Adres do korespondencji:

Leszek Bortnowski
Klinika Urologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie
00-909 Warszawa, ul. Szaserów 128
tel. 604 667 279
e-mail: l.bortnowski@wp.pl

Otrzymano: **25.02.2009**

Zaakceptowano do druku: **10.05.2009**

Wstęp

Endometrioza (gruczolistość wewnątrzmaciczna) jest chorobą polegającą na występowaniu tkanki *endometrium* poza jamą macicy. Najczęściej rozpoznaje się ją u kobiet pomiędzy 25 a 40 rokiem życia, ale może również występować po menopauzie. Ogniska endometriozy występują w jajnikach, jajowodach, szyjce macicy, pochwie, zatoce Douglasa, więzadłach krzyżowo-macicznym, więzadłach obłych. Rzadziej zlokalizowane są w narządach układu moczowego, pępku, kanale pachwinowym czy zatokach nosowych [1].

Takie umiejscowienie tkanki endometrialnej związane jest często z przebytem zabiegiem ginekologicznym [2]. Tworzenie się ognisk endometriozy tłumaczy również teoria migracyjna i embriologiczna [3]. Objawy choroby uzależnione są od miejsca lokalizacji. U pacjentek z endometriozą pęcherza moczowego dominuje ból za spojeniem łonowym zwykle ustępujący po mikcji. Cyklicznie, zależnie od miesiączki występuje krwimocz, parcia naglące, dysuria, częstomocz dzienny i nocny. Często w badaniu przedmiotowym wyczuwa się guz.

Endometrioza moczowodu manifestować się może bólem okolicy lędźwiowej, bólami brzucha, krwimoczem, dysurią, wyczuwalnym guzem w miednicy mniejszej [4].

Diagnostyka obrazowa obejmuje takie badania jak usg jamy brzusznej, cystoskopia z ewentualną pielografią wstępującą, ureteroskopia, urografię, tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy. Rozpoznanie stawia się na podstawie cykliczności objawów, obrazu endoskopowego i badania histopatologicznego.

Leczenie uzależnione jest od nasilenia dolegliwości bólowych, lokalizacji i rozległości zmian oraz ewentualnych powikłań. Czas trwania choroby, wiek i oczekiwania pacjentki również mają wpływ na zastosowany sposób terapii. U części pacjentek skuteczna może się okazać jedynie hormonoterapia mająca na celu zahamowanie cyklu miesięcznego. Jednak leczenie chirurgiczne nadal obowiązuje u chorych z powikłaniami związanymi z zastojem moczu.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie rzadkiego przypadku endometriozy w kikucie moczowodu u chorej poddanej nefrektomii przed 13 laty.

Opis przypadku

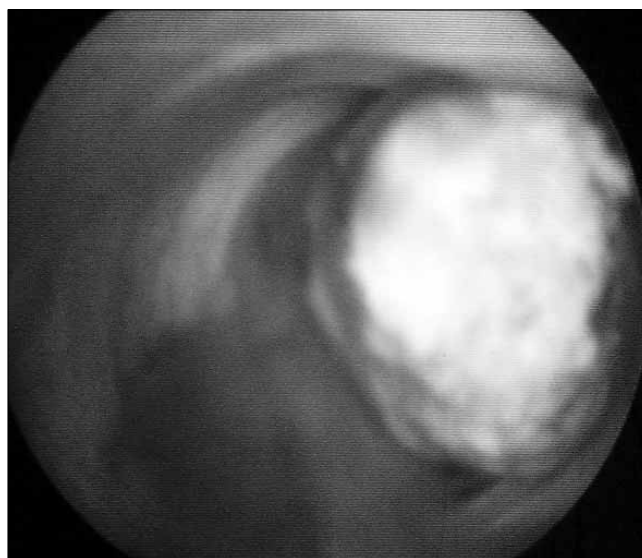
49-letnia chora, została przyjęta do Kliniki Urologii z powodu krwimocz. W 1992 roku pacjentka została poddana nefrektomii z powodu wodonercza lewostronnego i braku czynności wydzielniczej nerki potwierdzonej badaniem scyntygraficznym.

W 2005 roku z powodu krwimocz i stwierdzonej badaniem ultrasonograficznym nieprawidłowej masy w przypęcherzowym odcinku kikuta moczowodu lewego została zakwalifikowana do operacji. Wykonano ureteroskopia, która potwierdziła obecność nieprawidłowej masy w świetle kikuta moczowodu. (Fotografia 1).

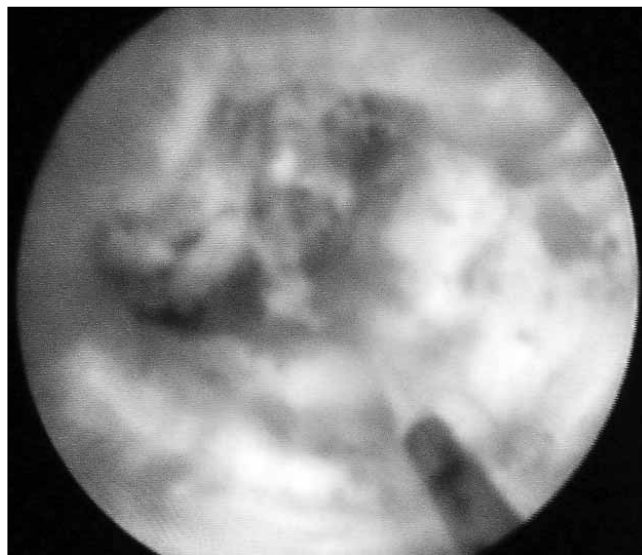
Z pobranego do badania histopatologicznego materiału tkankowym stwierdzono obecność *endometrium*. Po konsultacji ginekologicznej zdecydowano o rozpoczęciu terapii hormonalnej medroksyprogesteronem. Krwimocz ustąpił.

Po 6-miesięcznym okresie leczenia chorą ponownie hospitalizowano z powodu zgłaszanego przez pacjentkę jednorazowego krwimocz. W badaniach podstawowych krwi, moczu i ultrasonografii nie stwierdzono odchyśleń od stanu prawidłowego. Zdecydowano o ponownej ureteroskopii. Wykorzystując laser holmowy dokonano ablacji pozostałej tkanki *endometrium* i zakwalifikowano chorą do kontynuacji leczenia hormonalnego. (Fotografia 2).

Pacjentka pozostaje w obserwacji ambulatoryjnej. Nie zgłasza żadnych dolegliwości bólowych ani występowania krwimocz.



Fotografia 1. Nieprawidłowa masa w świetle kikuta moczowodu.



Fotografia 2. Ablacja pozostałej tkanki *endometrium*.

Dyskusja

Endometrioza moczowodu może występować jednostronnie lub obustronnie i dotyczy przede wszystkim dolnego odcinka [5]. W dostępnym piśmiennictwie opisano zaledwie jeden przypadek występowania tego schorzenia w górnym odcinku moczowodu [6]. Rzadkość tego schorzenia stwarza niejednokrotnie trudności diagnostyczne. Niekiedy pierwszym objawem jest wodonercze w następstwie zwężenia moczowodu. U 40% chorych dochodzi do nieodwracalnej dysfunkcji nerki wymagającej nefrektomii [7, 8]. Cykliczność występowania dolegliwości bólowych i krwimoczu może naprowadzić na prawidłowe rozpoznanie. W różnicowaniu należy uwzględnić pourazowe i popromienne zwężenia moczowodu oraz nowotwory i gruczłację [9].

Zasadniczo leczeniem z wyboru u pacjentek ze stwierdzoną endometriozą moczowodu jest zabieg operacyjny [5, 10, 11]. Zakres operacji uzależniony jest od stopnia uszkodzenia nerki oraz od umiejscowienia i rozległości patologicznego ogniska [12]. Rozległe, otwarte zabiegi chirurgiczne są uzasadnione w nielicznych przypadkach endometriozy. Przewagę zdobywają techniki minimalnie inwazyjne, w tym laparoscopia czy waporyzacja zmian poprzez zastosowanie elektrochirurgii lub światła laserowego [13, 14, 15].

Leczenie zachowawcze endometriozy moczowodu jest uzasadnione jedynie u nielicznych chorych. Warunkiem, który usprawiedliwia zastosowanie hormonoterapii (medroksyprogesteronu lub analogów LHRH) jest prawidłowa wydolność nerek i niezmieniony obraz ultrasonograficzny górnych dróg moczowych.

W prezentowanym przez nas przypadku z powodzeniem zastosowano skojarzone leczenie farmakologiczne z mało inwazyjną endoskopową techniką laserowej ablacji patologicznej zmiany. Obecność ogniska endometriozy w kikucie moczowodu u chorej poddanej nefrektomii przed kilkunastoma laty, skłoniła nas do zaprezentowania powyższego przypadku.

Wniosek

Endometrioza moczowodu jest rzadko występującą chorobą. Należy jednak pamiętać o możliwości jej istnienia zwłaszcza u kobiet, które w okresie miesiączki skarżą się na obecność krwi w moczu z towarzyszącymi często dolegliwościami bólowymi podbrzusza.

Piśmiennictwo

1. Shook T, Nyberg L. Endometriosis of the urinary tract. *Urology*. 1988, 31, 1-6.
2. Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawecka, [i wsp.]. Adenocarcinoma w guzie endometrialnym w bliźnie po cięciu cesarskim leczony operacyjnie z zastosowaniem siatki polipropylenowej. *Ginekol Pol*. 2004, 75, 797-801.
3. Oral E, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997, 24, 219-233.
4. Pypno W, Zbrzeźniak M, Gajda A, [i wsp.]. Endometrioza pęcherza moczowego i moczowodu – opis przypadku. *Urol Pol*. 2002, 2, 66-68.
5. Laube D, Calderwood G, Benda J. Endometriosis causing ureteral obstruction. *Obstet Gynecol*. 1985, 65, 695-715.
6. Rosenberg S, Jacobs H. Endometriosis of the upper ureter. *J Urol*. 1979, 121, 512-513.
7. Kiely E, Grainger R, Kay E, [et al.]. Post-menopausal uretric endometriosis. *Br J Urol*. 1988, 62, 91-94.
8. Klein R, Cattolica E. Ureteral endometriosis. *Urology*. 1979, 13, 477-482.
9. Appel R. Bilateral ureteral obstruction secondary to endometriosis. *Urology*. 1988, 32, 151-154.
10. Jepsen J, Hansen K. Danazol in the treatment of ureteral endometriosis. *J Urol*. 1988, 139, 1045-1046.
11. Kane C, Drouin P. Obstructive uropathy associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1985, 151, 207-211.
12. Pych K, Borówka A, Gołębiowski J, [i wsp.]. Endometrioza śródściennego odcinka moczowodu. *Urol Pol*. 1990, 43, 3.
13. Garry R. The effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2004, 16, 299-303.
14. Vitagliano G, Vileta M, Castillo O. Laparoscopic partial cystectomy in the management of bladder endometriosis: report of two cases. *J Endourol*. 2006, 20, 1072-1074.
15. Zanetta G, Webb M J, Segura J W. Ureteral endometriosis diagnosed at ureteroscopy. *Obstet Gynecol*. 1998, 91, 857-859.