

Guzy endometrialne w bliznach po cięciu cesarskim

Abdominal wall endometrioma in the cesarean section scar

Olejek Anita¹, Zamłyński Jacek¹, Podwińska Ewa², Horak Stanisław¹,
Paliga-Żytniewska Marta¹, Kellas-Ślęczka Sylwia^{1,3}

¹ Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

² Oddział Kliniczny Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Bytomiu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

³ Zakład Brachyterapii, Instytut Onkologii w Gliwicach

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była analiza przypadków guzów endometrialnych występujących w bliznach po cięciu cesarskim u pacjentek operowanych w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu w latach 2001-2006.

Materiał i metody: W pracy omówiono 34 przypadki guzów endometrialnych występujących w bliznach po cięciach cesarskich u pacjentek, które zostały poddane leczeniu operacyjnemu w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii onkologicznej w Bytomiu w latach 2001-2006.

Analizie poddano wiek pacjentek, wielkość guza, czas pojawienia się objawów od cięcia cesarskiego, rodzaj oraz wyniki zastosowanego leczenia.

Wyniki: W latach 2001-2006 leczeniu operacyjnemu poddano 34 kobiety, u których stwierdzono występowanie guza w bliźnie po cięciu cesarskim będącego źródłem dolegliwości bólowych.

U 33 kobiet w materiale pooperacyjnym rozpoznano guzy endometrialne, a u jednej chorej stwierdzono adenocarcinoma papillare. Mimo usunięcia zmiany z marginesem tkanek zdrowych u 8 chorych stwierdzono średnio po 19 miesiącach nawrót choroby.

Wnioski: Endometrioza w bliźnie po cięciu cesarskim jest rzadko obserwowana, jednak wraz ze wzrastającą liczbą cięć cesarskich, częstość występowania tego powikłania zwiększa się. Leczeniem z wyboru pozostaje radykalne chirurgiczne usunięcie guza.

Słowa kluczowe: **endometrioza / cięcie cesarskie / cięcie cesarskie – blizna /**

Adres do korespondencji:

Anita Olejek
Katedra i Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej
41-902 Bytom, ul. Batorego 15
e-mail: bytomobstgyn@slam.katowice.pl
tel. 032-7861540

Otrzymano: 30.09.2007

Zaakceptowano do druku: 11.08.2008

Olejek A, et al.

Summary

Objectives: The study presents a retrospective review of patients diagnosed with abdominal wall endometrioma in the cesarean section scar between the years 2001-2006.

Material and methods: The study presented age, symptoms, size of tumor, time between cesarean section and symptoms, results of treatment.

Results: Between 2001-2006, 34 patients, all of which suffered from abdominal pain and palpable mass, were diagnosed and treated in our hospital. In 8 cases the disease returned and reoperation was necessary. In one case we observed adenocarcinoma papillare.

Conclusions: Endometriosis in postoperative abdominal wall scar after cesarean section is rarely observed. Because to the fact that the number of cesarean sections is constantly increasing, this complication becomes more frequent. The treatment of choice is surgical resection.

Key words: **endometrioma / endometriosis / cesarean section – scar /**

Wstęp

Endometrioza jest dość często spotykaną chorobą związaną z rozrostem *endometrium* poza jamą macicy. Szacuje się, że występuje u ok. 10% kobiet [1]. Najczęściej endometrioze stwierdza się w jajnikach, mięśniu macicy, jajowodach, w więzadłach oraz w obrębie otrzewnej. Opisywano także pojawianie się endometriozy niemal we wszystkich jamach i narządach ciała m.in.: w nerkach, płucach, jelitach, w ośrodkowym układzie nerwowym, oraz w obrębie kończyn [2].

Robert Mayer w 1903 roku jako pierwszy opisał endometriozę w bliźnie pooperacyjnej [3], od tej pory liczba doniesień dotyczących tej lokalizacji ciągle rośnie. Endometrioza w bliźnie pooperacyjnej powłok jamy brzusznej występuje najczęściej po operacjach przeprowadzanych z otwarciem jamy macicy oraz po zabiegach wykonywanych w obrębie jajowodów. W literaturze występują także doniesienia o pojawieniu się guzów endometrialnych w bliznach po operacjach m.in. usunięcia wyrostka robaczkowego lub przepukliny pachwinowej, punkcji owodni [4] oraz po zabiegach laparoskopowych [5]. Występowanie ognisk endometriozy w bliźnie po cięciu cesarskim określa się na 0,03-0,4% przypadków [2].

Cel pracy

Celem pracy była analiza przebiegu klinicznego guzów endometrialnych w bliźnie po cięciu cesarskim pod kątem występujących dolegliwości, czasu pojawienia się guza, rodzaju i wyników leczenia oraz częstości nawrotów choroby na podstawie analizy dokumentacji medycznej.

Materiał i metody

W latach 2001-2006 w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu operowano 34 pacjentki z powodu guza w bliźnie po cięciu cesarskim. Analizie poddano grupę 33 kobiet, ich wiek, czas jaki upłynął od ostatniego cięcia cesarskiego do pojawienia się guza w powłokach, jego wielkość oraz rodzaj zastosowanego leczenia, a także częstość nawrotów choroby.

Z analizy statystycznej wyłączono jedną chorą, u której w badaniu pooperacyjnym stwierdzono *adenocarcinoma papillare*.

U 6 kobiet (18,1%) współwystępowała potwierdzona histopatologicznie endometrioza miednicy małej.

Wyniki

Analizie poddano grupę 33 chorych, u których w materiale pooperacyjnym stwierdzono guzy endometrialne w bliźnie po cięciu cesarskim. Wiek badanych kobiet wahał się od 19 do 37 lat. Średnia wieku wyniosła 27,3 lat. Czas pojawienia się guza po cięciu cesarskim wynosił od 7 do 35 miesięcy, średnio 16 miesięcy. (Tabela I).

U 16 kobiet (48,5%) guz pojawił się po pierwszym cięciu cesarskim, u 15 po drugim cięciu (45,4%), a u 2 po trzecim cięciu (6,1%). W badanej grupie chorych u 30 kobiet wykonano operację z cięcia poprzecznego (91%), a u 3 kobiet (9%) z cięcia prostego dolnego. Wszystkie chore podawały nasilające się bóle w okolicy i w bliźnie po cięciu cesarskim, poza tym u 22 kobiet bóle miały wyraźny związek z miesiączką i nasilały się podczas jej trwania, u 11 trwały przez cały cykl. Dolegliwości bólowe pojawiały się średnio po 11 miesiącach od cięcia cesarskiego (8-17 miesięcy) i ulegały stopniowemu, ciągłemu nasileniu w ciągu czasu trwania choroby. Nie stwierdzono zależności pomiędzy stopniem nasilenia dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentki, a wielkością guza endometrialnego i jego ewentualnym naciekaniem powięzi, chociaż chore z guzem naciekającym mięśnie i powięź częściej zgłaszały dolegliwości.

Najczęstszą przyczyną zgłaszania się do leczenia była obecność wyczuwalnego palpacyjnie guza powłok. U wszystkich pacjentek kwalifikowanych do zabiegu wyczuwalny był palpacyjnie guz powłok jamy brzusznej w linii lub najbliższym sąsiedztwie blizny po cięciu cesarskim. Wielkość guza wynosiła od 2 do 6cm, średnio ok. 3,6cm. U wszystkich chorych wykonano badanie ultrasonograficzne, podczas którego ustalono wielkość zmiany i jej zasięg.

Guzy były usuwane z marginesem zdrowych tkanek. U 10 kobiet guz naciekał powięź (30,3%), w 5 przypadkach ubytki powięzi wymagały rekonstrukcji z użyciem siatek polipropylenowych. W grupie chorych, u których występowało naciekanie powięzi średnia wielkość guza wynosiła 4,9cm, a w grupie bez naciekania 3,1cm ($p < 0,0001$).

W badaniu histopatologicznym w 33 przypadkach uzyskano wynik: *endometrioma*.

U 8 chorych, średnio po 19 miesiącach (12-29 miesięcy), pojawił się nawrót choroby w okolicy blizny pooperacyjnej. Wielkość guza wynosiła średnio 3cm (2-5cm).

Guzy endometrialne w bliźnach po cięciu cesarskim.

Tabela I. Charakterystyka kliniczna pacjentek poddanych zabiegowi usunięcia guza endometrialnego z bliźny po cięciu cesarskim (n=33).

Parametr	Liczba
Liczba pacjentek	33
Średnia wieku	27,3 (19-37)
Liczba kobiet po pierwszym cięciu cesarskim	16
Liczba kobiet po drugim cięciu cesarskim	15
Liczba kobiet po trzecim cięciu cesarskim	2
Cięcie poprzeczne	30
Cięcie proste	3
Średnia liczba m-cy od ostatniego cięcia do pojawienia się dolegliwości	11 (8-17)
Średnia liczba miesięcy od ostatniego cięcia do pojawienia się guza	16 (7-35)
Liczba kobiet z dolegliwościami związanymi z miesiączką	22
Liczba kobiet z dolegliwościami obecnymi przez cały cykl	11
Średnia wielkość guza (cm)	3,6 (2-6)
Liczba kobiet z naciekaniami powięzi	10
Liczba chorych z rekonstrukcją powięzi	5
Liczba chorych z nawrotem choroby w bliźnie	8
Średnia liczba m-cy od zabiegu do ponownego pojawienia się guza	19 (12-29)

Chore zostały poddane ponownemu zabiegowi usunięcia zmiany, a badanie histopatologiczne potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie. U wszystkich pacjentek nawrót wystąpił w miejscu uprzednio operowanym, mimo usunięcia zmiany z marginesem zdrowych tkanek. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności wskazujących na zwiększone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. U chorych nie stosowano w okresie pooperacyjnym leczenia hormonalnego. Wszystkie 33 chore pozostają w obserwacji. Do chwili obecnej nie stwierdza się w badanej grupie cech kolejnego nawrotu endometriozy w obrębie bliźny.

Z analizy statystycznej wyłączono jedną chorą (45 lat), u której w badaniu pooperacyjnym stwierdzono *adenocarcinoma papillare*. W 1981 roku pacjentka przeżyła cięcie cesarskie, a w latach 1983 i 1990 dwukrotne usunięcie guza endometrialnego z bliźny pooperacyjnej (cięcie cesarskie oraz dwukrotne usuwanie guza z bliźny odbyło się poza naszym ośrodkiem). W obu wynikach badania histopatologicznego uzyskano – *endometrioma*. Od 2002 roku chora zaobserwowała ponowne narastanie guza (do wielkości 20x20cm). Do naszego ośrodka trafiła po nieskutecznym leczeniu hormonalnym Danazolem oraz Zoladexem Depot 3,6mg (przeprowadzonym w rejonie).

U pacjentki usunięto zmianę wraz z marginesem zdrowych tkanek. Guz obejmował tkankę podskórną, powięź i mięśnie proste. Otrzewna nie była nacieczona. Po doszczętnym wycięciu guza, ubytek powłok – dolnej części mięśni prostych brzucha i pokrywającej je powięzi – uzupełniono wszczepiając siatkę polipropylenową.

W materiale pooperacyjnym rozpoznano *adenocarcinoma papillare*. Rana powłok, mimo dużego ubytku tkanek, zagoiła się prawidłowo nie upośledzając ruchomości tułowia. Chora została wypisana do domu w 8 dobie po zabiegu z zaleceniem dalszego leczenia uzupełniającego w Instytucie Onkologii w Gliwicach, gdzie została poddana chemioterapii.

Mimo zastosowanego leczenia uzupełniającego chora zmarła po 2 latach na skutek rozsiewu [6].

Dyskusja

Endometrioza powłok jest chorobą jatrogenną i wiąże się ze śródoperacyjnym wszczepieniem elementów *endometrium* w ranę powłok. Powstawanie guzów po cięciu cesarskim może dokonywać się przez ciągłość lub wszczepianie [21]. Błona śluzowa jamy macicy rozrastając się w bliźnie przedniej ściany macicy może przez ciągłość zająć wszystkie warstwy powłok brzusznych [6]. Także przez przeniesienie ręką operatora lub narzędziem chirurgicznym fragmentów błony śluzowej jamy macicy w okolicę powłok brzusznych może dojść do rozwoju endometriozy w bliźnie pooperacyjnej [7].

W związku z tym, iż dokładna patogeneza endometriozy nie jest do końca poznana, istnieją różne teorie na ten temat. Jedną z nich jest teoria implantacji przedstawiona przez Samsona zakładająca, że endometrioza powstaje na skutek implantacji komórek złuszczonego *endometrium*, rozsiewanego drogą refluku jajowodowego w czasie miesiączki w jamie otrzewnowej. Inną jest teoria metaplastyczna Meyera, mówiąca o różnicowaniu się komórek otrzewnej w komórki *endometrium* pod wpływem bodźców zapalnych i hormonalnych.

W ostatnich latach coraz większą rolę w patogenezie endometriozy dopatruje się w zaburzeniach układu immunologicznego, zarówno w odporności naturalnej jak i nabytej odpowiadzi humoralnej (synteza swoistych autooprzeciwciał) i komórkowej (nieprawidłowa transformacja blastyczna limfocytów B, zmiany odsetkowej zawartości CD4 i CD8 oraz zmniejszona aktywność cytotoksyczna komórek NK) [8].

Obraz kliniczny endometriozy powłok jamy brzusznej jest dobrze poznany. Najbardziej charakterystycznym objawem jest ból w okresie okołomiesiączkowym, czasem trwający cały cykl, bolesne, guzowate czasem krwawiące zgrubienia w okolicy bliźny pooperacyjnej [3, 9]. Bóle często ulegają nasileniu przy skurczach mięśni brzucha; podczas ruchów tułowia, zmian pozycji ciała bądź podczas kaszlu.

W badanej grupie wszystkie chore podawały nasilające się bóle w okolicy i w samej bliźnie po cięciu cesarskim, poza tym u większości kobiet bóle miały wyraźny związek z miesiączką i nasilały się podczas jej trwania. Dolegliwości bólowe pojawiały się średnio po 5 miesiącach od cięcia cesarskiego ulegając stopniowemu nasileniu. U wszystkich guz był wyczuwalny palpacyjnie.

Rozpoznanie guza endometrialnego po cięciu cesarskim jest oparte głównie na wywiadzie i badaniu lekarskim. Pomocne w określeniu głębokości i wielkości zmiany jest badanie ultrasonograficzne, tomografia komputerowa oraz biopsja cienkoigłowa [3, 10]. Zdaniem wielu autorów także rezonans magnetyczny może być pomocny w różnicowaniu guza z tłuszczakiem [11, 12]. Część autorów uważa punkcję cienkoigłową za przeciwwskazaną w przypadku podejrzenia endometriozy w bliźnie pooperacyjnej z powodu potencjalnej możliwości

Olejek A, et al.

rozszewienia aktywnych komórek *endometrium* wzdłuż drogi igły. Diagnostyka różnicowa obejmuje m.in. ziarninę, krwiaki, tłuszczaki, mięsaki, włókniaki, nerwiaki, przepukliny, przerzuty, ropnie a także miejscowe nagromadzenie płynu [13, 14, 15].

Rozpoznanie ostateczne oparte jest na badaniu patomorfologicznym guza. Histologicznie stwierdza się w nim gruczolę podścieliska błony śluzowej jamy macicy, elementy łącznotkankowe oraz skupiska makrofagów.

W różnicowaniu elementami przemawiającymi za *endometrioma* są: wiek chorej, stan po przebytym cięciu cesarskim lub operacji w obrębie macicy, nawracające dolegliwości bólowe skojarzone z cyklem, często współistniejąca endometrioza narządów wewnętrznych i zespół objawów związanych z tą chorobą, korzystna reakcja na leczenie hormonalne lub antykoncepcję w przeszłości [13].

Trudności diagnostyczne mogą dotyczyć pojedynczych przypadków, szczególnie wtedy, gdy penetracja zmiany do mięśni prostych może przyjmować postać „ostrego brzucha” [10]. Najczęściej kobiety są kwalifikowane do leczenia z powodu przepukliny pachwinowej, podejrzenia przerzutów nowotworowych lub zmian ziarniniakowych w bliźnie pooperacyjnej, jako reakcja na szwy chirurgiczne [16].

Farmakologiczne leczenie zmian endometrialnych w powłokach jest nieskuteczne [3, 9] i może być traktowane jako terapia uzupełniająca [13].

Radykalne wycięcie zmiany jest leczeniem z wyboru, gdy endometrioza w bliźnie szerzy się naciekająco, a dokładne ustalenie granic zmiany jest trudne. Występuje ona najczęściej w tkance podskórnej, ale również może zajmować mięśnie proste brzucha i ich rozciągno oraz otrzewną ścienną i skórę [17], przyczyniając się do uszkodzenia tych tkanek, czego konsekwencją może być konieczność częściowego ich usunięcia.

Zakres operacji powinien obejmować duży margines zdrowych tkanek [9], co często jest trudne do spełnienia ze względu na sąsiedztwo naczyń lub układu moczowego [13].

W badanej grupie w ok. 1/4 chorych, mimo usunięcia pierwotnej zmiany z marginesem zdrowych tkanek, średnio po 19 miesiącach, stwierdzono nawrót choroby w bliźnie. Chore ponownie zostały poddane zabiegowi usunięcia zmiany, a badanie histopatologiczne potwierdziło wcześniejsze rozpoznanie.

Endometrioza w bliźnie po cięciu cesarskim z reguły szerzy się naciekająco, a dokładne ustalenie jej granic stwarza dość duże trudności [3]. Zdaniem wielu autorów powodzenie leczenia zależy od radykalności wycięcia ognisk endometriozy [9], niemniej przy znacznym zaawansowaniu choroby może to wiązać się z dużym okaleczeniem chorej, a powstające ubytki w powłokach brzusznych mogą wymagać np. wszczepienia siatki z tworzywa sztucznego [3, 18].

Wyłuszczenie guzów z użyciem koagulacji zwiększa doświadczenie zabiegu, ograniczając jednocześnie krwawienie śródoperacyjne, co ma duże znaczenie ze względu na dobre unaczynienie guzów endometrialnych [13].

Istotna jest koagulacja tkanek otaczających, zapobiegająca pozostawieniu fragmentu aktywnego *endometrium* w miejscu operacji.

W piśmiennictwie pojawiają się doniesienia o pojedynczych przypadkach transformacji nowotworowej endometriozy w bliźnie po cięciu cesarskim m.in. po raz pierwszy opisał

ją Sampson w 1925 roku, a według danych literaturowych występuje w ok. 4% przypadków. Najczęstszym nowotworem rozwijającym się na podłożu endometriozy jest gruczolakorak endometrialny (69%) [6], rak jasnokomórkowy (24%), rak płaskonabłonkowy (4%) oraz mięsaki (2%) [19]. Terapia estrogenami może zwiększać ryzyko transformacji nowotworowej [20].

W latach 2001-2006 w Katedrze i Oddziale Klinicznym Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej w Bytomiu spośród 34 pacjentek operowanych z powodu guza w bliźnie po cięciu cesarskim u jednej chorej rozpoznano *adenocarcinoma papillare*. Przebyła ona dwukrotnie usunięcie guza endometrialnego z blizny pooperacyjnej, podczas trzeciej operacji rozpoznano zmianę złośliwą. Przypadek ten został dokładnie opisany w innej publikacji [6].

Wnioski

1. Endometrioza w bliźnie po cięciu cesarskim jest rzadko obserwowana, jednak wraz ze wzrastającą liczbą cięć cesarskich, częstość występowania tego powikłania się zwiększa.
2. Leczeniem z wyboru pozostaje radykalne chirurgiczne usunięcie guza.

Piśmiennictwo

1. Radomski D, Marcyniak M, Milewicz P, [et al.]. Immunologiczne i genetyczne aspekty patofizjologii endometriozy. *Ginekol Pol.* 2002, 73, 68-73.
2. Paszkowiak J, Dudrick S, Dardik A. Guz gruczolisty (endometrioma) ściany jamy brzusznej. *Pol Prz Chir.* 2006, 78, 225-229.
3. Gwóźdź M. Endometrioza w bliźnach pooperacyjnych powłoki brzusznej po cięciach cesarskich. *Ginekol Pol.* 1996, 67, 290-295.
4. Kaunitz A, Di Sant'Agnese P. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1979, 54, 753-755.
5. Healy J, Wilkinson N, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg.* 1995, 61, 962-963.
6. Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawecka B, [et al.]. Adenocarcinoma w guzie endometrialnym w bliźnie po cięciu cesarskim leczony operacyjnie z zastosowaniem siatki polipropylenowej. *Ginekol Pol.* 2004, 75, 797-801.
7. Welfel J, Gruszczyńska J, Bińkiewicz A, [et al.]. Endometrioza w bliźnie po cięciu cesarskim. *Klin Perinatol Ginekol.* 1996, supl. 12, 234-237.
8. Kamek-Bartosńska A, Szyłło K, Tchórzewski H, [et al.]. Udział odporności naturalnej w patogenezie endometriozy. *Ginekol Pol.* 2003, 74, 959-967.
9. Palatyńska A, Gruszczyńska J. Endometrioza w bliźnach pooperacyjnych po cięciach cesarskich. Sposób operowania. *Ginekol Pol.* 2001, 72, 313-316.
10. Roberge R, Kantor W, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma. *Am J Emerg Med.* 1999, 17, 675-677.
11. Baileygier C, Chapron Z, Chopin N, [et al.]. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest.* 2003, 55, 220-224.
12. Chin Y, Perez-Reyes M, Brown J. MR appearance of umbilical endometriosis. *J Comput Assisted Tomogr.* 1994, 18, 269-271.
13. Korczyński J, Sobkiewicz S. Diagnostyka i postępowanie lecznicze w przypadkach endometriozy powłok brzusznych. *Ginekol Pol.* 2001, 73, 368-372.
14. Matthes G, Zabel D, Nastala C, [et al.]. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 1998, 40, 672-675.
15. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, [et al.]. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg.* 1996, 62, 1042-1044.
16. Sienkiewicz E, Starczewski A, Szydłowska I, [et al.]. Zastosowanie siatki poliesterowej w rekonstrukcji powłok jamy brzusznej u kobiet z rozległą endometriozą w bliźnie po cięciu cesarskim. *Klin Perinatol Ginekol.* 2005, 41, 48-50.
17. Palatyńska A. Endometrioza. Warszawa: PZWL, 1990, 34-39.
18. Buekers T, Sorosky J, Buller R. A novel technique for gynecologic oncology surgery in the presence of abdominal wall mesh prosthesis. *Gynecol Oncol.* 1998, 70, 87-89.
19. Panek G, Zieliński J. Pozagónadalna endometrioza a ryzyko transformacji nowotworowej- analiza dwóch przypadków. *Ginekol Pol.* 2002, 73, 454-459.
20. Debus G, Schuhmacher J. Endometrial adenocarcinoma arising during estrogenic treatment 17 years after abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy: a case report. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001, 80, 589-590.
21. Palatyńska A, Tyliński W, Mikaszewska-Pietraszun J. Endometrioza w bliźnie powłok brzusznych po cięciu cesarskim. *Wiad Lek.* 1988, 12, 818-820.