

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος: περιγραφή περίπτωσης με πρόωμη διάγνωση μιας σπάνιας ιατρογενούς επιπλοκής μετά από καισαρική τομή

Α. Θανασά¹, Ε. Θανασά¹, Ι. Ρ. Αντωνίου², Ε. Σιμοπούλου³, Μ. Μούσια³, Ι. Θανασάς²

¹ Τμήμα Επιστημών Υγείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, ² Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ³ Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Ελλάδα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος είναι σπάνια μορφή εξωπυελικής ενδομητρίωσης, η διάγνωση της οποίας στις περισσότερες περιπτώσεις γίνεται καθυστερημένα. Συνήθως είναι ιατρογενής και σχετίζεται κυρίως με την καισαρική τομή ή άλλες γυναικολογικές επεμβάσεις. Στη δική μας ασθενή η ενδομητρίωση στην ουλή λαπαροτομίας διαγνώσθηκε έγκαιρα, 2 μήνες περίπου μετά από την έναρξη των συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίστηκαν 10 μήνες μετά από την τελευταία καισαρική τομή. Η ασθενής, με τρεις καισαρικές τομές στο μαιευτικό ιστορικό προσήλθε στο γυναικολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, αναφέροντας κυκλικό πόνο στη μεσότητα του υπογαστρίου, πλησίον της χειρουργικής ουλής. Με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα τέθηκε η υποψία της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος και αποφασίστηκε η ευρεία εκτομή της ενδομητρωσικής βλάβης. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Τρεις μήνες μετά το χειρουργείο η ασθενής ανέφερε πλήρη απαλλαγή από τα συμπτώματα. Στην παρόν άρθρο τονίζεται η αναγκαιότητα της χρήσης των σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων που πρέπει να πλαισιώνουν τα κλασικά κλινικά ευρήματα της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος και η συμβολή της χειρουργικής θεραπείας με ευρεία εκτομή της ενδομητρωσικής εστίας, σκοπός των οποίων είναι η έγκαιρη διάγνωση, η πλήρης ίαση και η ελαχιστοποίηση του κινδύνου μελλοντικής υποτροπής της νόσου.

Λέξεις ευρετηρίου: ενδομητρίωση, κοιλιακό τοίχωμα, ουλή λαπαροτομίας, υπερηχογράφημα, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία, χειρουργική θεραπεία, πρόγνωση, περιγραφή περίπτωσης

Α. Θανασά, Ε. Θανασά, Ι. Ρ. Αντωνίου, Ε. Σιμοπούλου, Μ. Μούσια, Ι. Θανασάς. Ενδομητρίωση κοιλιακού τοιχώματος: περιγραφή περίπτωσης με πρόωμη διάγνωση μιας σπάνιας ιατρογενούς επιπλοκής μετά από καισαρική τομή . Επιστημονικά Χρονικά 2024; 29(2): 282-293

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδομητρίωση είναι μια χρόνια κοινή γυναικολογική πάθηση που χαρακτηρίζεται από την παρουσία και ανάπτυξη ενδομήτριων

αδένων ή στρώματος σε ανατομικές θέσεις και όργανα έξω από την κοιλότητα της μήτρας. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί με ακρίβεια. Ο

εκτιμώμενος επιπολασμός υπολογίζεται ότι αφορά στο 5-10% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας παγκοσμίως [1]. Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας τα τελευταία χρόνια, η παθογένεση της ενδομητρίωσης μέχρι σήμερα δεν έχει διευκρινισθεί απόλυτα [2]. Η ενδομητρίωση θεωρείται πλέον μια συστηματική νόσος που επηρεάζει κυρίως την πύελο και το περιτόναιο. Τα ωοθηκικά ενδομητρίωματα, οι επιφανειακές περιτοναϊκές εμφυτεύσεις και η διηθητική ενδομητρίωση είναι κλινικές μορφές της ενδομητρίωσης νόσου, οι οποίες μπορεί να συνυπάρχουν [3]. Σπανιότερα, η επίδραση της νόσου μπορεί να επεκτείνεται πέρα από την πύελο και να εντοπίζεται σε απομακρυσμένα σημεία και όργανα του γυναικείου οργανισμού (εξωπυελική ενδομητρίωση). Οι πιο συχνές εξωπυελικές εντοπίσεις της ενδομητρίωσης είναι στο γαστρεντερικό σύστημα, στο ουροποιητικό σύστημα, στο ανώτερο και κατώτερο αναπνευστικό σύστημα, στον ομφαλό, στη βουβωνική περιοχή και στις χειρουργικές ουλές του κοιλιακού τοιχώματος [4-6].

Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος είναι σπάνια μορφή εξωπυελικής ενδομητρίωσης, στην οποία οι έκτοποι ενδομήτριοι αδένες ή το στρώμα βρίσκονται εντός του κοιλιακού τοιχώματος [7]. Ο έκτοπος ενδομητρίωσικός ιστός συνήθως εντοπίζεται στο υποδόριο στρώμα και σπανιότερα είναι δυνατόν να εντοπισθεί κάτω από την περιτονία, στους ορθούς κοιλιακούς μύες [8]. Η ακολουθούμενη από καισαρική τομή και γυναικολογικές επεμβάσεις επίπτωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος δεν μπορεί να προσδιορισθεί με ακρίβεια.

Εκτιμάται ότι ο αυξανόμενος αριθμός των καισαρικών τομών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια αναμένεται να συμβάλει σημαντικά στην αύξηση του ποσοστού της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [9]. Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος συνήθως είναι ιατρογενής και σχετίζεται με καισαρική τομή ή άλλες ανοικτές ή λαπαροσκοπικές γυναικολογικές επεμβάσεις που προϋποθέτουν τη διάνοιξη της μητριάας κοιλότητας [10]. Η αυτόματη ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος, χωρίς ιστορικό προηγούμενης καισαρικής τομής ή κοιλιακής ολικής υστερεκτομής αποτελεί μια εξαιρετικά σπάνια μορφή εξωπυελικής ενδομητρίωσης [11].

Στην παρούσα εργασία δίδεται έμφαση στην σπανιότητα της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Επίσης, τονίζεται η αναγκαιότητα της χρήσης των σύγχρονων διαγνωστικών μεθόδων που πρέπει να πλαισιώνουν τα κλασικά κλινικά ευρήματα, με σκοπό την επίτευξη της έγκαιρης και ορθής προεγχειρητικής διάγνωσης. Επίσης, τονίζεται η συμβολή της χειρουργικής θεραπείας με ευρεία εκτομή της ενδομητρίωσης εστίας, σκοπός της οποίας είναι η πλήρης ίαση και η ελαχιστοποίηση του κινδύνου υποτροπής της νόσου.

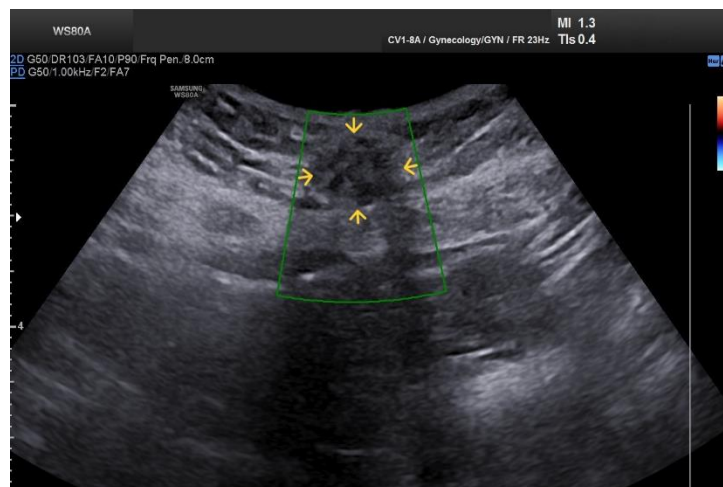
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής σε ηλικία 29 ετών, με αυξημένο δείκτη μάζας σώματος (BMI=30) και με μαιευτικό ιστορικό τριών καισαρικών τομών με τομή Pfannenstiel, ένα χρόνο περίπου μετά από την τελευταία καισαρική τομή προσήλθε στο

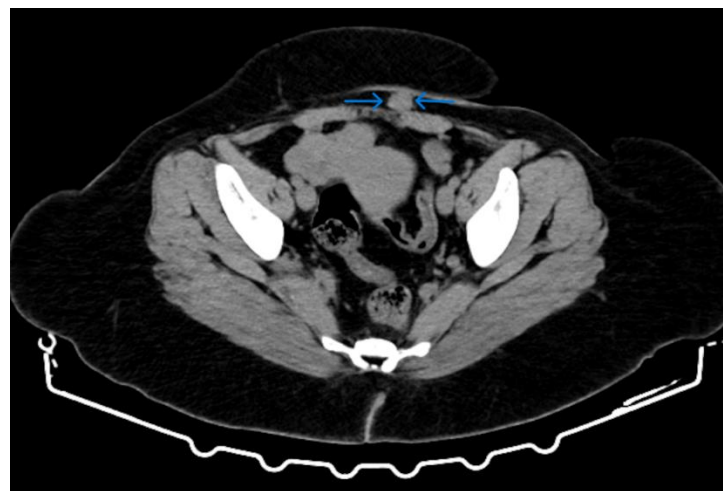
γυναικολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων, αναφέροντας επώδυνη διόγκωση στη μεσότητα του υπογαστρίου, ένα εκατοστό περίπου κάτωθεν της χειρουργικής ουλής. Ο πόνος, ο οποίος ήταν μεγαλύτερης έντασης κατά τις ημέρες της εμμήνου ρύσεως αναφέρεται από την ασθενή ότι ξεκίνησε 10 μήνες περίπου μετά από την τελευταία καισαρική τομή. Η ασθενής μας θήλαζε το μωρό της από την πρώτη μέρα της γέννησής του μέχρι τη στιγμή της εξέτασης. Από τη λήψη του ιστορικού δεν αναφέρθηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές από τις καισαρικές τομές. Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρθηκε υποθυρεοειδισμός, πάθηση η οποία ήταν καλά ανταποκρινόμενη στη φαρμακευτική αγωγή.

Κατά την κλινική εξέταση του κοιλιακού τοιχώματος διαπιστώθηκε διόγκωση σκληρής σύστασης, η οποία ήταν εξαιρετικά επώδυνη κατά την ψηλάφηση της ουλής των καισαρικών τομών. Το διακοιλιακό υπερηχογράφημα ανέδειξε στην περιοχή του υποδορίου ιστού μεικτής υχογένειας εστία με μέγιστη διάμετρο περίπου 3 εκατοστά, χωρίς εμφανή αιμάτωση κατά την Doppler εξέταση (Εικόνα 1). Με την αξονική τομογραφία στην περιοχή του υποδορίου ιστού και σε επαφή με την περιτονια των ορθών κοιλιακών μυών διαπιστώθηκε στρογγυλό ισόπυκνο με τους μύες μόρφωμα, μέγιστης διαμέτρου περίπου 3 εκατοστά, με έντονο και ομοιογενή εμπλουτισμό (Εικόνα 2). Η μαγνητική τομογραφία επιπολής του κοιλιακού τοιχώματος στο υποδόριο στρώμα έδειξε συμπαγή αλλοίωση σφαιρικού σχήματος, με παρουσία αγγείωσης (Εικόνα 3). Από τον απεικονιστικό έλεγχο της μήτρας και των

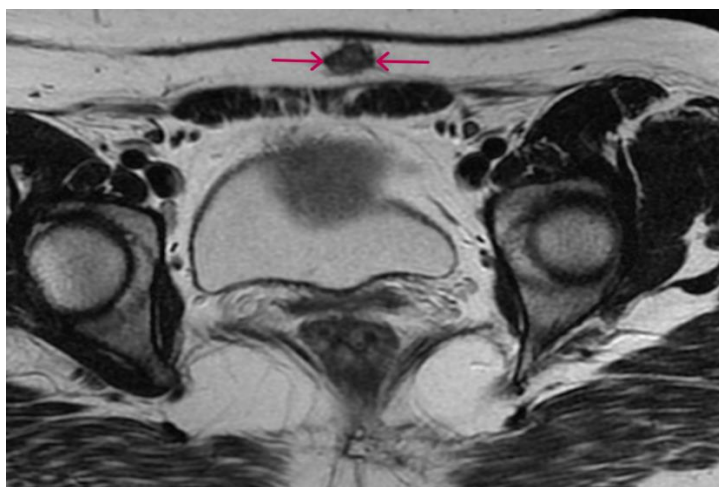
εξαρτημάτων δεν υπήρχαν παθολογικά ευρήματα.



Εικόνα 1. Υπερηχογραφική απεικόνιση ενδομητρίωσης κοιλιακού τοιχώματος: Στην περιοχή του υποδορίου ιστού απεικονίζεται μεικτής ηχογένειας μόρφωμα (κίτρινα βέλη), χωρίς εμφανή αιμάτωση κατά τον Doppler έλεγχο.



Εικόνα 2. Απεικόνιση με αξονική τομογραφία ενδομητρίωσης κοιλιακού τοιχώματος: Στην περιοχή του υποδορίου ιστού και σε επαφή με την περιτονια του ορθού κοιλιακού μύος απεικονίζεται στρογγυλό ισόπυκνο με τους μύες μόρφωμα (μπλε βέλη), με έντονο και ομοιογενή εμπλουτισμό.



Εικόνα 3. Απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία ενδομητρίωσης κοιλιακού τοιχώματος: Στην περιοχή του υποδορίου ιστού απεικονίζεται συμπαγής αλλοίωση σφαιρικού σχήματος (κόκκινα βέλη), με παρουσία αγγείωσης.

Οι δείκτες φλεγμονής και οι δείκτες κακοήθειας ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων (Πίνακας 1).

Με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα η προεγχειρητική διάγνωση ήταν ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος. Αποφασίσθηκε η ευρεία χειρουργική αφαίρεση της ενδομητρωσικής εστίας. Αφαιρέθηκε ινολιπώδες ιστοτεμάχιο διαστάσεων 5x4x4 εκατοστά (Εικόνα 4), το οποίο ήταν ελαφρά προσκολλημένο στην περιτονια των ορθών κοιλιακών μυών.

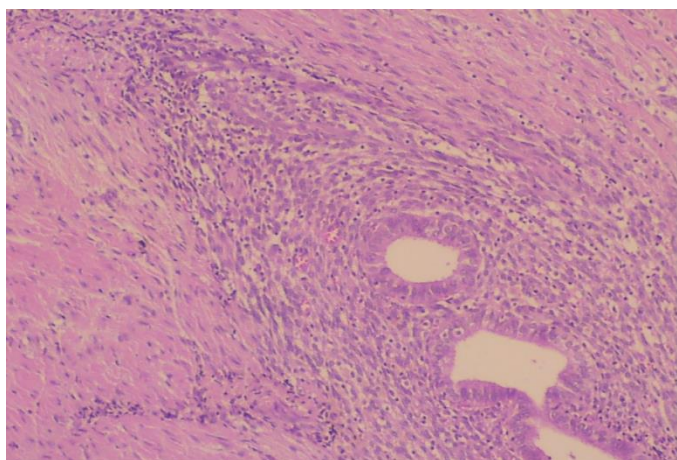


Εικόνα 4. Χειρουργικό παρασκεύασμα ενδομητρίωσης κοιλιακού τοιχώματος: Ινολιπώδες ιστοτεμάχιο, κατά τη διατομή του οποίου απεικονίζεται με ευκρίνεια η παρουσία έκτοπων εστιών ενδομητρίωσης (κίτρινα βέλη).

Πίνακας 1. Εργαστηριακός έλεγχος της ασθενούς.

Laboratory Tests	Preoperative Values
Ht	37%
Hb	12.8 gr/dl
PLT	231x10 ³ /ml
WBC	7.41x40 ³ /ml
NEUT	59.6%
APTT	30.3 sec
INR	1.05
CRP	0.3 mg/dL
Glu	87 mg/dL
Cr	0.68 mg/dl
CEA	3.39 ng/mL
CA125	15.6 U/mL
CA15-3	13.8 U/mL
CA15-9	12.1 U/mL

Για την αποκατάσταση της βλάβης στην περιτονία δεν κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση πλέγματος από την ομάδα των χειρουργών. Η μικρή σε έκταση βλάβη της περιτονίας αποκαταστάθηκε πλήρως μετά από την διεκβολή δύο ραμμάτων. Η ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος επιβεβαίωσε τη διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Κατά την μικροσκοπική εξέταση αναγνωρίστηκαν ενδομητρικά αδένια ποικίλου μεγέθους με κυλινδρικό επιθήλιο και ενδομητρικό στρώμα (Εικόνα 5).



Εικόνα 5. Ιστολογική εικόνα ενδομητρίωσης κοιλιακού τοιχώματος: Είναι εμφανής η παρουσία ενδομήτριων αδένων και στρώματος.

Η μετεγχειρητική πορεία ήταν ομαλή. Η ασθενής εξήλθε από την κλινική την πρώτη μετεγχειρητική ημέρα, μετά από την αφαίρεση της παροχέτευσης αρνητικής πίεσης, η οποία είχε τοποθετηθεί διεγχειρητικά στο σημείο εκτομής της ενδομητριωσικής εστίας. Τρεις μήνες μετά από το χειρουργείο η ασθενής ανέφερε πλήρη απαλλαγή από τα συμπτώματα. Δόθηκε οδηγία για τακτική παρακολούθηση

ανά 6 μήνες στο γυναικολογικό ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διάγνωση της ενδομητρίωσης στο κοιλιακό τοίχωμα δεν είναι εύκολη και συχνά εμφανίζεται καθυστερημένα [12]. Η προσεκτική λήψη του ιστορικού, τα κλινικά ευρήματα και οι απεικονιστικές μέθοδοι αποτελούν τη βάση για την ορθή και έγκαιρη προεγχειρητική διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Η αύξηση του δείκτη μάζας σώματος και κυρίως η προηγούμενη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιά, ιδιαίτερα όταν αυτή απαιτεί τη διάνοιξη της μητριαίας κοιλότητας (δική μας περίπτωση), εξακολουθούν να αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ενδομητρίωσης στο κοιλιακό τοίχωμα [13,14]. Το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη χειρουργική επέμβαση μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων δεν είναι εύκολο να προσδιορισθεί με ακρίβεια. Εκτιμάται ότι κυμαίνεται από έναν χρόνο έως 20 χρόνια, με μέσο όρο τα 4.8 χρόνια [15]. Στις περισσότερες ασθενείς η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος εμφανίζεται ως μια ψηλαφητή υποδόρια μάζα κοντά στην περιοχή της χειρουργικής ουλής, η οποία σχετίζεται με πόνο και οίδημα, συμπτώματα που γίνονται περισσότερο έντονα κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Ο κυκλικός πόνος αποτελεί κυρίαρχο σύμπτωμα σε αυτές τις ασθενείς. Ο κυκλικός πόνος σε συνδυασμό με την παρουσία ψηλαφητής μάζας σε χειρουργικές ουλές ασθενών με ιστορικό καισαρικής τομής συνηγορεί υπέρ της προεγχειρητικής διάγνωσης

της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [16]. Σε αντίθεση με την πλειονότητα των περιπτώσεων, στη δική μας ασθενή η διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος δεν καθυστέρησε. Ο πόνος στην περιοχή του υπογαστρίου, ο οποίος πρωτοεμφανίστηκε 10 μήνες μετά από την τελευταία καισαρική τομή και συνοδευόταν από διόγκωση της χειρουργικής ουλής, σωστά δεν αποδόθηκε στην ίδια την επέμβαση. Επίσης, ο πόνος σωστά δεν αποδόθηκε σε συσπάσεις της μήτρας που φυσιολογικά μπορούν να προκληθούν κατά τον θηλασμό σε όλη την περίοδο της γαλουχίας.

Πέρα από το ιστορικό και τα κλασικά κλινικά ευρήματα, στην προεγχειρητική διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος σημαντικός είναι ο ρόλος των σύγχρονων απεικονιστικών μεθόδων. Η υπερηχογραφία αποτελεί τη διαγνωστική απεικόνιση πρώτης επιλογής για την αξιολόγηση των διαταραχών του κοιλιακού τοιχώματος [17]. Με το διακοιλιακό υπερηχογράφημα μπορεί να διαπιστωθεί μια καλά καθορισμένη υποηχοική μάζα στους επιφανειακούς ιστούς του κοιλιακού τοιχώματος, με πιθανή την παρουσία εντός της μάζας απεικονιζόμενων αγγειακών κηλίδων κατά την Doppler υπερηχογραφία [18]. Η μαγνητική τομογραφία είναι η απεικονιστική μέθοδος εκλογής σε ασθενείς με υποψία ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Ευρήματα, όπως η ανίχνευση υπερέντονων αιμορραγικών εστιών σε αλληλουχίες κορεσμένων με λίπος T1 υποστηρίζουν με μεγάλη πιθανότητα τη διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [19]. Η αξονική τομογραφία εκτιμάται ότι μπορεί να φανεί χρήσιμη στη διαφοροποίηση της

ενδομητρίωσης στο κοιλιακό τοίχωμα από άλλες μάζες του κοιλιακού τοιχώματος. Έτσι, πέρα από τη βοήθεια που προσφέρει στη διάγνωση εκτιμάται ότι μπορεί να συμβάλλει ταυτόχρονα στη λήψη αποφάσεων σχετικά με πιθανή βιοψία του όγκου και στον σχεδιασμό της θεραπείας [20]. Στη δική μας ασθενή η διάγνωση βασίστηκε κυρίως στο ιστορικό και τα κλινικά ευρήματα. Ο εντοπισμός επώδυνης ιστικής διόγκωσης κατά μήκος της καισαρικής ουλής, ειδικά εάν επανεμφανίζεται και είναι μεγαλύτερης έντασης κατά την έμμηνο ρύση, πρέπει να αποτελεί ενδεικτικό σημάδι στους ιατρούς για την παρουσία έκτοπου ενδομητριοειδούς ιστού στο κοιλιακό τοίχωμα. Ο απεικονιστικός έλεγχος βοήθησε σημαντικά στη διαφορική διάγνωση της ενδομητριοειδούς εστίας από άλλες βλάβες του κοιλιακού τοιχώματος. Η κήλη, το απόστημα, το αιμάτωμα, το λίπωμα, η ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού στην ουλή, ο δεσμοειδής όγκος, το σάρκωμα και η μεταστατική κακοήθεια είναι κλινικές οντότητες που πρέπει να περιλαμβάνονται στη διαφορική διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [21-23].

Επιπλέον, η κυτταρολογική αναρρόφηση με λεπτή βελόνα ως μια απλή, μη επεμβατική διαγνωστική μέθοδος μπορεί να πραγματοποιηθεί με ευκολία σε επιφανειακές ψηλαφητές βλάβες του κοιλιακού τοιχώματος, με σκοπό την κατάλληλη διαχείριση της ασθενούς και την αποφυγή άσκοπων διαγνωστικών δοκιμασιών [24]. Με την κυτταρολογική αναρρόφηση με λεπτή βελόνα, αν και είναι δυνατή η έγκαιρη και ακριβή προεγχειρητική διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος πριν από την

ιστολογική εξέταση του χειρουργικού παρασκευάσματος, ο κίνδυνος διασποράς της ενδομητριοειδούς εστίας και υποτροπής της νόσου πρέπει να θεωρείται υπαρκτός [25]. Επίσης, διάφοροι ορολογικοί δείκτες, ο κυριότερος των οποίων είναι το καρκινικό αντιγόνο 125, πέρα από την διαγνωστική αξία εκτιμάται ότι συμβάλλουν σημαντικά στη σωστή μετεγχειρητική παρακολούθηση, στην παρακολούθηση της ανταπόκρισης της νόσου στη φαρμακευτική αγωγή και στην πρόληψη πιθανής υποτροπής ή κακοήθειας της ενδομητριοειδούς εστίας. Αύξηση του καρκινικού αντιγόνου 125 περισσότερο από 1000 UI/ml μπορεί να υποδηλώνει την ύπαρξη διηθητικής νόσου [26]. Στη δική μας ασθενή η τιμή του καρκινικού αντιγόνου 125 ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων. Η καλά τεκμηριωμένη με βάση τα κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος απέτρεψε την προσπάθεια κυτταρολογικής αναρρόφησης με λεπτή βελόνα. Με αυτόν τον τρόπο αποφεύχθηκε ο κίνδυνος διασποράς ενδομητριοειδούς ιστού και μελλοντικής υποτροπής της νόσου. Στη δική μας ασθενή η διάγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος επιβεβαιώθηκε με την ιστολογική εξέταση του εγχειρητικού παρασκευάσματος.

Η ευρεία χειρουργική αφαίρεση της ενδομητριοειδούς εστίας με ανοικτή προσπέλαση αποτελεί επί του παρόντος την καλύτερη διαχείριση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [9]. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση μπορεί να συστήνεται σε υποπεριτονιακές βλάβες με εντόπιση στους ορθούς κοιλιακούς μύες [7]. Σε αυτές τις περιπτώσεις κυρίως, όπως και σε ασθενείς με

μεγάλους ενδομητριοειδικούς όγκους του κοιλιακού τοιχώματος, για την αποκατάσταση του οποίου πρέπει να γίνει τοποθέτηση πλέγματος, η πολυεπιστημονική προσέγγιση της νόσου με συνεργασία των γενικών χειρουργών κρίνεται απαραίτητη [27]. Για την αποφυγή εμφύτευσης πλέγματος σε ασθενείς με μεγάλη ενδομητριοειδική βλάβη στο κοιλιακό τοίχωμα, στις οποίες απαιτείται εκτομή του μυός και της περιτονίας, εξετάζεται σήμερα το ενδεχόμενο εστιασμένης θεραπείας με υπερήχους υψηλής έντασης [28]. Διεγχειρητικά, και ιδιαίτερα όταν η επέμβαση αφορά σε εκτέλεση καισαρικής τομής, ο επιμελής και σχολαστικός καθαρισμός του υποδόριου στρώματος, ιδιαίτερα των γωνιακών σημείων, κρίνεται απαραίτητος για την πρόληψη της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [29]. Στη δική μας ασθενή για την αποκατάσταση της βλάβης στην περιτονία δεν κρίθηκε απαραίτητη η τοποθέτηση πλέγματος από την ομάδα των χειρουργών. Για την πλήρη αποκατάσταση της μικρής σε έκταση βλάβης της περιτονίας κρίθηκε επαρκής η διεκβολή δύο ραμμάτων.

Σε αντίθεση με την χειρουργική θεραπεία, η χορήγηση φαρμάκων ως μονοθεραπεία για την αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος φαίνεται ότι δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ριζικά τη νόσο. Η προσφορά της φαρμακευτικής θεραπείας συνίσταται μόνο σε προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα. Η χορήγηση αντισυλληπτικών φαρμάκων, προγεσταγόνων ή φαρμάκων ορμονικής καταστολής είναι χρήσιμη σε ασθενείς που δεν επιθυμούν χειρουργική αφαίρεση της ενδομητριοειδούς εστίας ή σε ασθενείς με μεγάλους ενδομητριοειδικούς όγκους, με σκοπό

τη μείωση του μεγέθους του όγκου πριν από τη χειρουργική επέμβαση. Επιπλέον, η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να έχει ρόλο σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αφαίρεση από το κοιλιακό τοίχωμα ενδομητριωσικής μάζας επί μη υγιών ορίων, προκειμένου να αποφευχθεί ο αυξημένος κίνδυνος υποτροπής [30]. Επίσης, η υπό υπερηχογραφικό έλεγχο καθοδηγούμενη αφαίρεση με μικροκύματα της ενδομητριωσικής εστίας αποτελεί μια νέα θεραπευτική τεχνική, η οποία είναι πολλά υποσχόμενη στην αποτελεσματική θεραπεία της συμπτωματικής ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος [31]. Τέλος, πρόσφατα έχει περιγραφεί στη διεθνή βιβλιογραφία κλινική περίπτωση, όπου διαπιστώνεται ότι με τον βελονισμό η ασθενής ανακουφίζεται αποτελεσματικά από τον πόνο που προκαλείται από την ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος και ταυτόχρονα μειώνεται σημαντικά το μέγεθος της κοιλιακής μάζας [32].

Η πρόγνωση της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος συνήθως είναι καλή. Μετά από τη χειρουργική εκτομή, περισσότερο από το 90% των ασθενών αναφέρουν πλήρη ανακούφιση από τα συμπτώματα [7]. Στις περιπτώσεις εκείνες που η ενδομητριωσική εστία δεν αφαιρεθεί πλήρως από το κοιλιακό τοίχωμα, ο κίνδυνος υποτροπής κυμαίνεται μεταξύ 12.5% και 28.6% [33]. Η κακοήθης εξαλλαγή της ενδομητρίωσης του κοιλιακού

τοιχώματος, η οποία έχει κακή πρόγνωση, είναι σπάνια. Συνήθως εμφανίζεται μετά από καισαρικές τομές. Ο διαυγής κυτταρικός καρκίνος αποτελεί τον πιο συχνά εμφανιζόμενο τύπο και ακολουθεί το ενδομητριοειδές αδενοκαρκίνωμα [34].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος είναι μια σπάνια εξωπυελική εντόπιση της ενδομητριωσικής νόσου, η οποία συνήθως είναι ιατρογενής και σχετίζεται με μαιευτικές ή γυναικολογικές επεμβάσεις. Σε κάθε ασθενή, ιδιαίτερα όταν αυτή έχει ιστορικό καισαρικής τομής, για την παρουσία πλησίον της χειρουργικής ουλής επώδυνης ψηλαφητής μάζας, η οποία χαρακτηρίζεται από κυκλικές αλλαγές και προοδευτική αύξηση του μεγέθους της, πρέπει να αποκλεισθεί η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος, πριν τα κλινικά ευρήματα εσφαλμένα αποδοθούν στην ίδια τη χειρουργική επέμβαση. Η λανθασμένη εκτίμηση της κλινικής συμπτωματολογίας μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση της ορθής προεγχειρητικής διάγνωσης της ενδομητρίωσης του κοιλιακού τοιχώματος. Η ευρεία χειρουργική εκτομή με ανοικτή προσπέλαση εξακολουθεί επί του παρόντος να αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στην ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Taylor HS, Kotlyar AM, Flores VA. Endometriosis is a chronic systemic disease: clinical challenges and novel innovations. *Lancet*. 2021; 397(10276): 839-852.

2. Donnez J, Stratopoulou CA, Dolmans MM. Endometriosis and adenomyosis: Similarities and differences. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2024; 92: 102432.
3. International working group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES; Tomassetti C, Johnson NP, Petrozza J, Abrao MS, Einarsson JI, Horne AW, Lee TTM, Missmer S, Vermeulen N, Zondervan KT, Grimbizis G, De Wilde RL. An International Terminology for Endometriosis, 2021. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021; 28(11): 1849-1859.
4. Lameira P, Abecasis M, Palma S, Leitão J. Catamenial pneumothorax: a rare manifestation of endometriosis. *Radiol Case Rep.* 2022; 17(9): 3119-3125.
5. Charatsi D, Koukoura O, Ntavela IG, Chintziou F, Gkorila G, Tsagkoulis M, Mikos T, Pistofidis G, Hajjioannou J, Daponte A. Gastrointestinal and Urinary Tract Endometriosis: A Review on the Commonest Locations of Extrapelvic Endometriosis. *Adv Med.* 2018; 2018: 3461209.
6. Chamié LP, Ribeiro DMFR, Tiferes DA, Macedo Neto AC, Serafini PC. Atypical Sites of Deeply Infiltrative Endometriosis: Clinical Characteristics and Imaging Findings. *Radiographics.* 2018; 38(1): 309-328.
7. Foley CE, Ayers PG, Lee TT. Abdominal Wall Endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2022; 49(2): 369-380.
8. Thanasa A, Thanasa E, Kamaretsos E, Gerokostas EE, Thanasas I. Extrapelvic endometriosis located individually in the rectus abdominis muscle: a rare cause of chronic pelvic pain (a case report). *Pan Afr Med J.* 2022; 42: 242.
9. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci.* 2020; 17(4): 536-542.
10. Benedetto C, Cacoza D, de Sousa Costa D, Coloma Cruz A, Tessmann Zomer M, Cosma S, Trippia CH, Santos Cavalcanti TC, Alves Castro GR, Kondo W. Abdominal wall endometriosis: Report of 83 cases. *Int J Gynaecol Obstet.* 2022; 159(2): 530-536.
11. Yang E, Chen GD, Liao YH. Spontaneous abdominal wall endometriosis: A Case Report and review of the literature. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2023; 62(1): 155-157.
12. Sharmila V, Kamatham V, Shankaralingappa A. Abdominal scar endometriosis: A case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol.* 2023; 66(4): 871-873.
13. Ramdani A, Rais K, Rockson O, Serji B, El Harroudi T. Parietal Mass: Two Case Reports of Rare Cesarean Scar Endometriosis. *Cureus.* 2020; 12(2): e6918.
14. Allen SE, Rindos NB, Mansuria S. Abdominal wall endometriosis: an update in diagnosis, perioperative considerations and management. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2021; 33(4): 288-295.

15. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet.* 1993; 177(3): 243-246.
16. Grigore M, Socolov D, Pavaleanu I, Scripcariu I, Grigore AM, Micu R. Abdominal wall endometriosis: an update in clinical, imagistic features, and management options. *Med Ultrason.* 2017; 19(4): 430-437.
17. Draghi F, Cocco G, Richelmi FM, Schiavone C. Abdominal wall sonography: a pictorial review. *J Ultrasound.* 2020; 23(3): 265-278.
18. Cocco G, Ricci V, Boccatonda A, Schiavone C. Focused ultrasound for the diagnosis of non-palpable endometriotic lesions of the abdominal wall: a not-uncommon surgical complication. *J Ultrasound.* 2020; 23(2): 183-187.
19. Arkoudis NA, Moschovaki-Zeiger O, Prountzos S, Spiliopoulos S, Kelekis N. Cesarean-section scar endometriosis (CSSE): clinical and imaging fundamentals of an underestimated entity. *Clin Radiol.* 2023; 78(9): 644-654.
20. Yarmish G, Sala E, Goldman DA, Lakhman Y, Soslow RA, Hricak H, Gardner GJ, Vargas HA. Abdominal wall endometriosis: differentiation from other masses using CT features. *Abdom Radiol (NY).* 2017; 42(5): 1517-1523.
21. Kang J, Baek JH, Lee WS, Cho TH, Lee JN, Lee WK, Chung M. Clinical manifestations of abdominal wall endometriosis: a single center experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(2): 301-305.
22. Stefanou SK, Tepelenis K, Stefanou CK, Gogos-Pappas G, Tsalikidis C, Vlachos K. Abdominal wall endometriosis: a case report. *J Surg Case Rep.* 2021; 2021(4): rjab055.
23. Hasan A, Deyab A, Monazea K, Salem A, Futooh Z, Mostafa MA, Youssef A, Nasr M, Omar N, Rabaan AA, Taie DM. Clinico-pathological assessment of surgically removed abdominal wall endometriomas following cesarean section. *Ann Med Surg (Lond).* 2021; 62: 219-224.
24. Ail DA, Joshi AR, Manzoor I, Patil S, Kulkarni M. Fine-needle Aspiration Cytology of Abdominal Wall Endometriosis: A Meaningful Adjunct to Diagnosis. *Oman Med J.* 2018; 33(1): 72-75.
25. Vagholkar K, Vagholkar S. Abdominal Wall Endometrioma: A Diagnostic Enigma-A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2019; 2019: 6831545.
26. Ghaemmaghami F, Karimi Zarchi M, Hamedi B. High levels of CA125 (over 1,000 IU/ml) in patients with gynecologic disease and no malignant conditions: three cases and literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2007; 276(5): 559-561.

27. Li J, Jiang H, Liang Y, Yao S, Zhu Q, Chen S. Multidisciplinary treatment of abdominal wall endometriosis: A case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020; 250: 9-16.
28. Dai Y, Luo HJ, Peng Y, Liu BG, Jin P. High intensity focused ultrasound for large abdominal wall endometriosis: a case report. *Int J Hyperthermia.* 2022; 39(1): 1276-1282.
29. 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 Womens Health.* 2019; 19(1): 14.
30. Touleimat S, Darwish B, Vassilieff M, Stochino Loi E, Hennetier C, Roman H. Abdominal wall endometriosis following cesarean section: a study of the growth rate of parietal endometriosis implants. *Minerva Ginecol.* 2017; 69(5): 440-446.
31. Li JX, Li XL, Zhu JE, Zhang HL, Yu SY, Xu HX. Ultrasound-guided microwave ablation for symptomatic abdominal wall endometriosis and treatment response evaluation with contrast-enhanced imaging: The first experience. *Clin Hemorheol Microcirc.* 2022; 82(1): 63-73.
32. Du X, Tang J, Zhang L, Yi W. Acupuncture for abdominal wall endometriosis: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2023; 102(50): e36572.
33. Fatnassi R, Mkhinini I, Khlifi A, Kaabia O, Khairi H. Parietal Endometriosis a Caesarian Section Complication. *EC Gynaecol.* 2015; 1: 7-13.
34. Liu G, Wang Y, Chen Y, Ren F. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: A systematic review of the epidemiology, diagnosis, treatment, and outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021; 264: 363-367.

CASE REPORT

Abdominal wall endometriosis: early diagnosis a rare iatrogenic complication following cesarean section

A. Thanasa¹, E. Thanasa¹, I.R. Antoniou², E. Simopoulou³, M. Mousia³, I. Thanasas²

¹Department of Health Sciences, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece, ²Department of Obstetrics and Gynecology, and ³Department of Pathology, General Hospital of Trikala, Trikala, Greece

ABSTRACT

Abdominal wall endometriosis is a rare form of extrapelvic endometriosis, frequently diagnosed with delay in most cases. It is typically iatrogenic and primarily associated with procedures such as caesarean sections or other gynecological surgeries. In our patient, endometriosis at the laparotomy scar was diagnosed relatively early, approximately 2 months after the onset of symptoms, which manifested 10 months following the last caesarean section. The patient, who had an obstetric history of three caesarean sections, presented at the Gynaecology outpatient clinic of the General Hospital of Trikala, complaining of pain associated with menstruation located in the lower abdomen, near the surgical scar. Based on clinical and imaging findings, abdominal wall endometriosis was suspected, leading to a decision for wide excision of the endometriotic lesion. Histological examination of the surgical specimen confirmed the diagnosis. The postoperative course was uneventful, and three months after the surgery, the patient reported complete resolution of symptoms. This case report emphasizes the importance of integrating advanced diagnostic methods alongside classic clinical findings for the accurate diagnosis of abdominal wall endometriosis. It also highlights the contribution of surgical treatment through wide excision of the endometriotic lesion, in facilitating early diagnosis, achieving cure, and minimizing the risk of disease recurrence in the future.

Keywords: endometriosis, abdominal wall, laparotomy scar, ultrasound, computed tomography, magnetic resonance, surgical treatment, prognosis, case report

A. Thanasa, E. Thanasa, I.R. Antoniou, E. Simopoulou, M. Mousia, I. Thanasas. Abdominal wall endometriosis: early diagnosis a rare iatrogenic complication following cesarean section. *Scientific Chronicles* 2024; 29(2): 282-293
