

PERIURETERALNA ENDOMETRIOZA – PRIKAZ SLUČAJA

Valentina Tofiloska, Goran Dimitrov, Saša Jovčevski, Elena Džikova, Jadranka Georgievska
Univerzitetska klinika za ginekologiju i akušerstvo, Skopje, Severna Makedonija

PERIURETERAL ENDOMETRIOSIS - A CASE REPORT

Valentina Tofiloska, Goran Dimitrov, Saša Jovčevski, Elena Džikova, Jadranka Georgievska
University Clinic for Gynecology and Obstetrics, Skopje, North Macedonia

SAŽETAK

Cilj rada bio je da se prikaže redak slučaj periureteralne endometrioze kod odrasle pacijentkinje, i da se naglase značaj sumnje na endometrioze urinarnog trakta i važna uloga skenera male karlice u postavljanju tačne dijagnoze ove retke bolesti. Autori prikazuju redak slučaj periureteralne endometrioze sa simptomima koji prvenstveno potiču od endometrioze jajnika. Dijagnoza periureteralne endometrioze utvrđena je na osnovu skenera male karlice i abdomena.

Ključne reči: urogenitalni sistem; endometrioza; jajnik; ureter; prikazi slučajeva.

ABSTRACT

The aim of this paper is to present a rare case of periureteral endometriosis in an adult patient as well as to emphasize the importance of suspected urinary tract endometriosis and the important role of CT of the pelvis in making an accurate diagnosis of this rare disease. The authors present a rare case of periureteral endometriosis with symptoms primarily arising from ovarian endometriosis. The diagnosis of periureteral endometriosis was determined on the basis of CT of the small pelvis and abdomen.

Key words: urogenital system; endometriosis; ovary; ureter; case reports.

UVOD

Endometrioza urinarnog trakta javlja se kod ~1–5,5% žena sa endometriozom i zahvata bešiku u 70–85% slučajeva, a ureter u 9–23% slučajeva (1). Kod do 90% pacijenata endometrioza uretera (UE) povezana je s drugim mestima zahvaćenim endometriozom (2). Dijagnoza ureteralne endometrioze je teška, jer bolest može biti klinički nemanifestna kod 30% pacijenata, ili povezana sa nespecifičnim simptomima kao što su dismenoreja, dispareunija i nemenstrualni bol u karlici (3, 4). Ponekad progresivna opstrukcija gornjeg urinarnog trakta dovodi do tihog gubitka funkcije bubrega (1). Iako mnogi predlažu radiološke metode, trenutno ne postoji jednoglasni konsenzus o tome koju dijagnostičku tehniku treba koristiti kod ureteralne endometrioze.

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentkinja od 26 godina, nulipara, bez komorbiditeta, primljena je na kliniku u novembru 2020. godine zbog bolova lokalizovanih u donjem desnom delu stomaka. Nakon prvog dana hospitalizacije pacijentkinji su urađeni ultrazvučni, laboratorijski i dijagnostički pregled zbog utvrđivanja dijagnoze. Laboratorijske analize bile su u referentnim graničnim vrednostima, a parametri hemostaze uredni. Tumor markeri: Ca 125 = 38,14 U/ml (referentna vrednost < 35 U/ml) HE4 = 131,5 pmol/L (< 70 pmol/L). ROMA = 46% visoki rizik. Ultrazvučni nalaz: vidi se tumorska formacija koja potiče iz desnog jajnika, dimenzija 120 x 100 mm, ispunjena čistim sadržajem (slika 1). Kompjuterizovana tomografija

(CT) male karlice ukazuje na prisutnost tumorske mase sa gustim sadržajem sa d = 100 x 85 mm. Nakon preoperativne pripreme izvršena je laparotomija sa ekstirpacijom kapsule desnog jajnika. Operativni materijal poslat je za histopatološku analizu i dobijen je nalaz za endometrioidnu cistu desnog jajnika.

Nakon šest meseci, u aprilu 2021. godine, pacijentkinja se ponovno javlja na kontrolni pregled. Prvog dana nakon prijema laboratorijska ispitivanja bila su sledeća: leukociti 19,01 x 10⁹/L (4–10 x 10⁹/L), hemoglobin 107 g/L (120–180 g/L), ostale vrednosti u referentnim granicama; analize hemostaze – d-dimer 984 ng/mL (< 196 ng/mL). Ultrazvučni nalaz: iza materice vidi se tumor multikomorna formacija dimenzija 110 x 83 mm, ispunjena jasnim sadržajem. Tumorski markeri: Ca 125 = 38,43 U/mL, HE4 = 67,35 pmol/L, ROMA index = 14,8% ukazuje na visok rizik. Petog dana urađen je CT male karlice i abdomena: levi bubreg sa hidronefrozom II–III stepena sa proširenim ureterom do 6 cm od ulaza u bešiku, gde je sa stešnjenim lumenom, ali prohodan do ulaza u *vesicae urinariae* (slike 2–4).

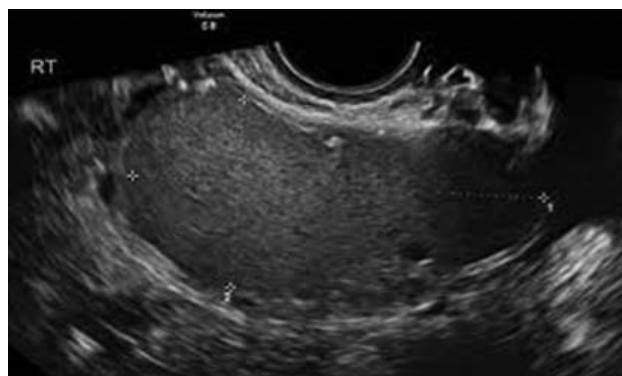
Dodatne dijagnostika je uključila cistoskopiju, a nalaz je bio sledeći: *vesica urinaria* sa normalnim lumenom, bez endomase, napravljeno je sondiranje levog uretera, ali je nađen otpor posle 2–3 cm od orifitijuma i nije mogla da se postavi sonda u levom ureteru. Konsultovan je urolog u toku hospitalizacije, koji je dao savet o postavljanju nefrostome, ali pacijentkinja to nije prihvatila. Posle završene preoperativne pripreme, bolesnica je ponovo operisana i materijal je poslat za histopatološku analizu. Histopatološki nalaz je bio *Endometriosis ovarii lat.*

sinistri et periureteralis. Mesothelioma cysticum. Nakon drugog zahvata, pacijentkinji je ordinirana terapija sa agonistima hormona koji oslobađaju gonadotropin (GnRH), i inicijalno je propisan goserelin tokom šest meseci. Postoperativni ultrazvučni nalazi nakon druge operacije bili su uredni.

DISKUSIJA

UE može biti asimptomatska ili povezana sa nespecifičnom bolešću. Simptomi koji, ako nisu pravilno dijagnostikovani, mogu dovesti do upornih hidronefroza i na kraju otkazivanja bubrega. Žene u reproduktivnom periodu, posebno one koje imaju anamnezu bolova u karlici i neplodnosti kao i druge simptome koji sugerišu na ureteralnu endometriozu, treba pažljivo pregledati i prvo uraditi transvaginalni ultrazvučni pregled, jer je on neinvazivan, ponovljiv i isplativ (5). Sada postoje dokazi da se hirurški tretman UE može bezbedno izvršiti laparoskopijom (6-9). Ureteroliza bi trebalo da bude rutinska procedura za uklanjanje UE kada nema dokaza o velikoj makroskopskoj infiltraciji endometrioze u mišićni sloj, nakon čega sledi intraoperativna procena uretera da bi se odlučilo da li su potrebne dalje radikalne procedure. Međutim, konačna dijagnoza UE i procena tipa zahvata uretera zasniva se na proceni tokom operacije i, potom, na histopatološkoj proceni (10). Hirurška tehnika zavisi od lokacije i dubine lezije. Kao oblik adjuvantnog lečenja hormonska terapija je odgovarajuća opcija.

U zaključku, endometriozu urinarnog trakta je neobičan patološki nalaz i tihi uzrok monolateralne ili bilateralne atrofije bubrega kod nedefinisanog broja pacijenata. Pacijenti sa prethodnom hirurškom intervencijom na karlici zbog duboke infiltrirajuće endometrioze pod visokim su rizikom od endometrioze uretera i treba ih pažljivo istražiti i pratiti tokom vremena. Gornje urinarnе puteve treba proceniti kod pacijenata sa teškom endometriozom, čak i kod žena u postmenopauzi. Operacija je tretman izbora. Konzervativna laparoskopjska hirurgija je siguran, izvodljiv modalitet za lečenje endometrioze uretera. Međutim, hirurška tehnika zavisi od lokacije i dubine lezije. Kao oblik pomoćnog lečenja hirurškim operacijama, hormonska terapija je odgovarajuća opcija.



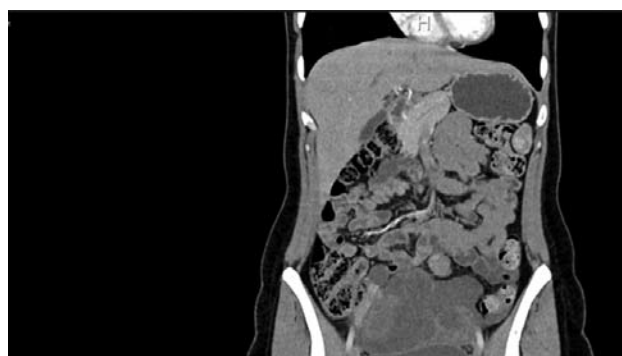
Slika 1. Inicijalni ultrazvučni nalaz tumorske formacije koja potiče iz desnog jajnika.



Slika 2. Kompjuterizovana tomografija abdomena i male karlice na kontrolnom pregledu – A.



Slika 3. Kompjuterizovana tomografija abdomena i male karlice na kontrolnom pregledu – B.



Slika 4. Kompjuterizovana tomografija abdomena i male karlice na kontrolnom pregledu – C.

LITERATURA

1. Berlanda N, Vercellini P, Carmignani L, Aimi G, Amicarelli F, Fedele L. Ureteral and vesical endometriosis. Two different clinical entities sharing the same pathogenesis. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64: 830–42.
2. Seracchioli R, Mabrouk M, Montanari G, Manuzzi L, Concetti S, Venturoli S. Conservative laparoscopic management of urinary tract endometriosis (UTE): surgical outcome and long-term follow-up. *Fertil Steril* 2010; 94: 856–61.
3. Antonelli A. Urinary tract endometriosis. *Urologia* 2012; 79: 167–70.
4. Huang JZ, Guo HL, Li JB, Chen SQ. Management of ureteral endometriosis with hydronephrosis: experience from a tertiary medical center. *J Obstet Gynaecol Res* 2017; 43: 1555–62.
5. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 48: 318–32.
6. Alves J, Puga M, Fernandes R, Pinton A, Miranda I, Kovoov E, Wattiez A. Laparoscopic management of ureteral endometriosis and hydronephrosis associated with endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2017; 24: 466–72.
7. Darwish B, Stochino-Loi E, Pasquier G, Dugardin F, Defortescu G, Abo C, Roman H. Surgical outcomes of urinary tract deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2017; 24: 998–1006.
8. Nezhat C, Falik R, McKinney S, King LP. Pathophysiology and management of urinary tract endometriosis. *Nat Rev Urol* 2017; 14: 359–72.
9. Ceccaroni M, Ceccarello M, Caleffi G, Clarizia R, Scarperi S, Pastorello M, Molinari A, Ruffo G, Cavalleri S. Total laparoscopic ureteroneocystostomy for ureteral endometriosis: a single-center experience of 160 consecutive patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2019; 26: 78-86.
10. Ceccaroni M, Clarizia R, Roviglione G, Ruffo G. Neuro-anatomy of the posterior parametrium and surgical considerations for a nerve-sparing approach in radical pelvic surgery. *Surg Endosc* 2013; 27: 4386–94.