Случаи из практики / Cases from practice

© ЦХАЙ В.Б., KHUDYAKOV A., TERJUNG A., ПОЛСТЯНОЙ А.М., VON WESTERNHAGEN M., AVAZASHVILI Z., FÜLLERS U., FRIEDRICH M., ПОЛСТЯНАЯ О.Ю.

УДК 618.138

DOI: 10.20333/25000136-2021-3-101-106

Оперативное лечение глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением кишечника. Клинический случай

В.Б. Цхай^{1,3}, А. Khudyakov², А. Terjung², А.М. Полстяной^{1,3}, М. von Westernhagen², Z. Avazashvili⁴, U. Füllers², М. Friedrich⁴, О.Ю. Полстяная³

¹Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск 660022, Российская Федерация

²Private clinic «GTK- Krefeld», Krefeld 47800. Germany

³Федеральный Сибирский научно-клинический центр ФМБА, Красноярск 660037, Российская Федерация

⁴Helios Klinikum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Krefeld 47805, Germany

Резюме. Глубокий инфильтративный эндометриоз остается наиболее трудной для лечения формой эндометриозной болезни и определяется как эндометриоз, расположенный более чем на 5 мм ниже уровня брюшины. Лечение тяжелых форм глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением стенок кишечника, является одной из наиболее сложных проблем в современной оперативной гинекологии. На примере собственного клинического случая продемонстрирована эффективность мультидисциплинарного подхода к оперативному лечению пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом и поражением кишечника.

Ключевые слова: глубокий инфильтративный эндометриоз, эндометриоз кишечника, лапароскопия, оперативное лечение.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Для цитирования: Цхай ВБ, Khudyakov A, Terjung A, Полстяной АМ, von Westernhagen M, Avazashvili Z, Füllers U, Friedrich M, Полстяная ОЮ. Оперативное лечение глубокого инфильтративного эндометриоза с поражением кишечника. Клинический случай. *Сибирское медицинское обозрение.* 2021;(3):101-106. DOI: 10.20333/25000136-2021-3-101-106

Operative treatment of deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. A clinical case

V.B. Tskhay^{1,3}, A. Khudyakov², A. Terjung², A.M. Polstianoy^{1,3}, M. von Westernhagen², Z. Avazashvili⁴, U. Füllers², M. Friedrich⁴, O.Y. Polstianay³

¹Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk 660022, Russian Federation

²Private clinic «GTK- Krefeld», Krefeld 47800, Germany

³Federal Siberian Research Clinical Centre FMBA of Russia, Krasnoyarsk 660037, Russian Federation

⁴Helios Medical Center Krefeld, Krefeld 47805, Germany

Abstract. Deep infiltrating endometriosis with bowel involvement remains the most difficultly treated form of the endometriosis. It is defined as endometriosis penetrating greater than 5mm beneath the peritoneum. Treatment of severe forms of deep infiltrating endometriosis with bowel wall involvement is one of the most complex issues in modern surgical gynaecology. Efficacy of the multidisciplinary approach to operative treatment of patients with deep infiltrating endometriosis and bowel involvement is demonstrated via an example of our own clinical case.

Key words: deep infiltrating endometriosis, bowel endometriosis, laparoscopy, operative treatment.

Conflict of interest. The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest associated with the publication of this article.

Citation: Tskhay VB, Khudyakov A, Terjung A, Polstianoy AM, von Westernhagen M, Avazashvili Z, Füllers U, Friedrich M, Polstianay OY. Operative treatment of deep infiltrating endometriosis with bowel involvement. A clinical case. *Siberian Medical Review.* 2021; (3):101-106. DOI: 10.20333/25000136-2021-3-101-106

Введение

К инфильтративному эндометриозу можно отнести эндометриоз ретроцервикальной локализации, поражение эндометриозом смежных органов (нижних отделов толстой кишки, мочевыводящих путей), клетчаточных пространств малого таза и тазового дна. Специалисты выделяют два типа инфильтрации распространения глубокого эндометриоза: внешний

(extrinsic type) и внутренний (intrinsic type), который требует более радикального хирургического подхода [1]. Несмотря на то, что у некоторых женщин эндометриоз с поражением кишечника может протекать бессимптомно, обычно пациентки сообщают о множестве симптомов, таких как изменение функции кишечника (запор/диарея), а также дисхезия, дисменорея, и бесплодие [2].

Клинические симптомы глубокого инфильтративного эндометриоза связаны не только с самим поражением, но и с сопутствующей фиброзной реакцией, вызывающей тазовые спайки и анатомические изменения, которые могут сохраняться даже после того, как в результате оперативного лечения эндометриоидное поражение перестало быть неактивным [1].

Несмотря на то, что было описано несколько хирургических методов лечения пациенток с эндометриоидным поражением кишечника, таких как лапароскопическая резекция кишечника, циркулярная резекция и шейвинг кишки, нет единого мнения относительно выбора метода или сроков выполнения операции [3,4]. Полное лапароскопическое удаление очагов эндометриоза кишечника, по-видимому, уменьшает болевые симптомы, повышает удовлетворенность пациенток и позволяет улучшить результаты с точки зрения послеоперационной фертильности [2,5,6].

В настоящее время мультидисциплинарное лапароскопическое лечение больных с глубоким инфильтративным эндометриозом, сопровождающимся поражением кишечника, выполняется в специализированных центрах третьего уровня и стало стандартом медицинской помощи у пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом [7-9]. По возможности максимально щадящее лапароскопическое удаление глубокого эндометриоза с резекцией кишечника приводит к улучшению качества жизни пациенток и всех аспектов, связанных с болевым синдромом [10,11].

Клинический случай

Пациентка 39 лет обратилась (гинекологическая клиника «GTK- Krefeld», Крефельд, Германия) с жалобами на умеренно выраженные циклические боли внизу живота и в пояснице, длительные и обильные менструации в течение последних двух лет. Отмечает усиление болей в течение последних 6 месяцев. Помимо этого, больная жаловалась на склонность к запорам и появление в последнее время патологических примесей (слизи, прожилок крови) в стуле, особенно во 2 фазу менструального цикла.

Акушерско-гинекологический анамнез: всего беременностей – 4, родов – 3 (все три раза пациентка была родоразрешена путем операции кесарева сечения), самопроизвольный выкидыш – 1; гинекологических заболеваний в анамнезе не отмечает. В ходе последней операции кесарева сечения была произведена хирургическая стерилизация (перевязка маточных труб).

По данным ультразвукового исследования, проведенного накануне операции, отмечены эхографические признаки диффузного аденомиоза (неоднородность миометрия с наличием гиперэхогенных включений, асимметрия стенок матки). Другие инструментальные методы исследования, включая МРТ, не проводились.

По данным вагинального статуса, у больной отмечалось резкое укорочение заднего свода. Слизистая влагалища на задней стенке была ригидной, пальпация ректовагинальной перегородки болезненна. Тело матки шарообразной формы, увеличено диффузно до 8-9 недель за счет аденомиоза, практически не подвижно, фиксировано задней стенкой к структурам малого таза. Пальпация крестцово-маточных связок болезненна. Тракции за шейку матки болезненные. В позадиматочном пространстве пальпаторно определялось объемное образование около 6 см в поперечнике спаянное с окружающими тканями с вовлечением прямой кишки, без четких границ.

Первично больной была проведена диагностическая лапароскопия, в ходе которой был подтвержден распространенный ретроцервикальный эндометриоз с вовлечением стенки прямой кишки в патологический процесс в сочетании с аденомиозом (рис.1). Диагноз был подтвержден гистологически.

В дальнейшем больная была дообследована – проведена колоноскопия, в ходе которой, подтверждено прорастания эндометриоидного инфильтрата с прободением слизистой толстой кишки (рис.2).

Высота поражения – 8 см выше ануса. Мультидисциплинарной бригадой в составе гинекологов и хирургов (многопрофильная клиника «Helios Klinikum für Frauenheilkunde und Geburtshilfe», Крефельд, Германия), учитывая все факторы больной, было проведено оперативное лечение в объеме – тотальной гистерэктомии в сочетании с сегментарной резекцией прямой кишки (уровень анастомоза 4 см выше ануса) с наложением первичного анастомоза, резекцией параметральной клетчатки, резекция стенки влагалища (рис.3,4). Учитывая низкий уровень резекции была наложена протективная илеостома (рис.5). Общее время оперативного вмешательства составило 360 минут с кровопотерей 30 мл.

По данным гистологического исследования удаленных образований, диагноз глубокого инфильтративного эндометриоза был подтвержден. При исследовании резецированного фрагмента стенки прямой кишки – узловатая форма эндометриоза с узлом 6 × 4 см и поражением всех слоев стенки кишки; в матке – железисто-стромальный диффузный аденомиоз.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 4-е сутки пациентка была выписана из стационара. На контрольном осмотре через 6 недель после операции отмечено, что культя влагалища без признаков инфильтрации и укорочения. Анастомоз прямой кишки состоятельный без обструкции. Стома функционирует нормально, не реже раза в 3 дня самостоятельное опорожнение ампулы слизистыми выделениями с примесью кала. Этап закрытия колостомы планируется в ближайшее время после операции (через 3 месяца).

Рисунок 1. Данные первичной лапароскопической ревизии органов малого таза. Отмечается значительное укорочение крестцово-маточных связок, характерные изменения тазовой брюшины. Прямая кишка подтянута к области крепления крестцово-маточных связок.

Figure 1. Data obtained from the primary laparoscopic revision of the lesser pelvis organs. Shortening of uterosacral ligaments, characteristic changes of the pelvic peritoneum are observed. The rectum is pulled to the attachment site of uterosacral ligaments.

Рисунок 2. Выполнение глубокой диссекции в области правого параректального пространства. Выделение эндометриоидного инфильтрата.

Figure 2. Deep dissection in the area of the right pararectal space. Extraction of the endometrial infiltrate.

Рисунок 3. Выполнение этапа операции – мобилизации стенки прямой кишки от задней стенки влагалища.
Figure 3. A stage of the operation: release of the rectal wall from the posterior vaginal wall.

Рисунок 4. Вид отделенной стенки прямой кишки от ректовагинальной перегородки. Вскрыт задний свод влагалища.
Figure 4. A view of the rectal wall released from the rectovaginal septum. The posterior vaginal vault is opened.

Рисунок 5. Окончательный вид анастомоза прямой кишки.

Figure 5. Final view of the rectum anastomosis.

Заключение

На данном клиническом примере мы хотели продемонстрировать, что мультидисциплинарная хирургическая команда при наличии специализированных навыков эндоскопической хирургии может выполнять объемные, технически сложные оперативные вмешательства в полном объеме с минимальной кровопотерей, что позволяет добиться быстрого восстановления у пациентов, несмотря на большую длительность операции и массивный объем хирургической агрессии.

Литература / References

1. Habib N, Centini G, Lazzeri L, Amoruso N, Khoury L El, Zupi E, Afors K. Bowel Endometriosis: Current Perspectives on Diagnosis and Treatment. *International Journal of Women's Health*. 2020; (12):35-47.
2. Kondo H, Hirano Y, Ishii T, Hara K, Obara N, Wang L, Asari M, Kato T, Yamaguchi S. Intestinal endometriosis treated by laparoscopic surgery: case series of 5 patients. *Surgical Case Reports*. 2020;6(1):49.
3. Donnez O, Roman H. Choosing the right surgical technique for deep endometriosis: shaving, disc excision, or bowel resection? *Fertility Sterility*. 2017;108(6):931-942.
4. Wolthuis AM, Tomassetti C. Multidisciplinary laparoscopic treatment for bowel endometriosis. *Best Practice and Research. Clinical Gastroenterology*. 2014;28(1):53-67.
5. Stepniowska A, Pomini P, Scioscia M, Mereu L, Ruffo G, Minelli L. Fertility and clinical outcome after bowel resection in infertile women with endometriosis. *Reproductive Biomedicine Online*. 2010;20(5):602-9.
6. Bailly E, Margulies AL, Letohic A, Fraieu-Louër B, Renouvel F, Panel P. Evolution of symptoms and quality of life of patients after surgery of digestive endometriosis. *Gynecologie Obstetrique Fertile*. 2013;41(11):627-34.
7. Чупрынин ВД, Хилькевич ЕГ, Буралкина НА, Мельников МВ, Чурсин ВВ, Вередченко АВ, Саидданеш ШФ. Взгляд общего хирурга на оперативное лечение глубокого инфильтративного эндометриоза. *Акушерство и гинекология*. 2017; (4): 45-52. [Chuprynin VD, Khilkevich EG, Buralkina NA, Melnikov MV, Chursin VV, Veredchenko AV, Saiddanesh ShF. General surgeon's view on the surgical treatment of deep infiltrative endometriosis. *Obstetrics and Gynecology*. 2017; (4): 45-52. (In Russian)]
8. Moawad GN, Tyan P, Abi Khalil ED, Samuel D, Obias V. Multidisciplinary Resection of Deeply Infiltrative Endometriosis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*. 2018;25(3):389-390.
9. Wolthuis AM, Meuleman C, Tomassetti C, D'Hooghe T, de Buck van Overstraeten A, D'Hoore A. Bowel endometriosis: colorectal surgeon's perspective in a multidisciplinary surgical team. *World Journal of Gastroenterol*. 2014;20(42):15616-23.
10. Ruffo G, Rossini R. The outcomes of laparoscopic resection of bowel endometriosis. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology*. 2013;25(4):302-7.
11. King CR, Lum D. Techniques in minimally invasive surgery for advanced endometriosis. *Current Opinion of Obstetrics and Gynecology*. 2016;28(4):316-22.

Сведения об авторах

Цхай Виталий Борисович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого; научный руководитель Центра здоровья супружеской пары ФСНКЦ ФМБА России, адрес: Российская Федерация, 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1; тел.: +7(923)2872134; e-mail: tchai@yandex.ru

Alexander Khudyakov, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: khudyakov@gtk-krefeld.de

Arne Terjung, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: terjung@gtk-krefeld.de

Полстяной Алексей Михайлович, к.м.н., директор Центра здоровья супружеской пары, заведующий гинекологическим отделением ФГБУЗ ФСНКЦ ФМБА России, ассистент кафедры перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета, Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого, адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Коломенская, д.26; тел. +79029177997; e-mail: al-polstyanoy@yandex.ru

Michael von Westernhagen, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: westernhagen@gtk-krefeld.de

Zurab Avazashvili, dr. surgeon, Head of the Department of General, Abdominal and Minimally Invasive Surgery Helios Medical Center Krefeld; Address: Germany, 47805, Krefeld, Lutherplatz 40; Phone: +4921178174440; e-mail: info.krefeld@helios-gesundheit.de

Ulrich Füllers, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: fullers@gtk-krefeld.de

Michael Friedrich, Dr. Med. Sci., Professor, Chief physician of the perinatal center, gynecological oncological center, center of operative gynecology. Helios Medical Center Krefeld; Address: Germany, 47805, Krefeld, Lutherplatz 40; Phone: +4921178174440; e-mail: michael.friedrich@helios-gesundheit.de

Полстяная Оксана Юрьевна, врач акушер-гинеколог, Центр здоровья супружеской пары ФГБУЗ ФСНКЦ ФМБА, адрес: Российская Федерация, 660037, г. Красноярск, ул. Коломенская, д.26; тел. +79135378007; e-mail: malkova_ou@mail.ru

Scientific director of the Center for the health of married couples of the Federal Siberian Research Clinical Centre FMBA of Russia; Address: 1, Partizan Zheleznyak Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660022; Phone: +7(923)2872134; e-mail: tchai@yandex.ru

Alexander Khudyakov, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: khudyakov@gtk-krefeld.de

Arne Terjung, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: terjung@gtk-krefeld.de

Alexey M. Polstyanoy, Cand. Med. Sci., Director of the married couples health center, head of the gynecological department of the Federal Siberian Research Clinical Centre FMBA of Russia; Assistant of the Department of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Professor V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University; Address: 26, Kolomenskaya Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660037; Phone: +79029177997; e-mail: al-polstyanoy@yandex.ru

Michael von Westernhagen, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: westernhagen@gtk-krefeld.de

Zurab Avazashvili, dr. surgeon, Head of the Department of General, Abdominal and Minimally Invasive Surgery Helios Medical Center Krefeld; Address: Germany, 47805, Krefeld, Lutherplatz 40; Phone: +4921178174440; e-mail: info.krefeld@helios-gesundheit.de

Ulrich Füllers, dr. obstetrician-gynecologist of Private clinic «GTK- Krefeld», Address: Germany, 47800, Krefeld, Violstraße 92; e-mail: fullers@gtk-krefeld.de

Michael Friedrich, Dr. Med. Sci., Professor, Chief physician of the perinatal center, gynecological oncological center, center of operative gynecology. Helios Medical Center Krefeld; Address: Germany, 47805, Krefeld, Lutherplatz 40; Phone: +4921178174440; e-mail: michael.friedrich@helios-gesundheit.de

Oksana Ju. Polstyanay, dr. obstetrician-gynecologist of the Federal Siberian Research Clinical Centre FMBA of Russia; Address: 26, Kolomenskaya Str., Krasnoyarsk, Russian Federation 660037; Phone: +79135378007; e-mail: malkova_ou@mail.ru

Дата поступления: 08.09.2020

Дата рецензирования: 01.02.2021

Принята к печати: 31.05.2021

Received 08 September 2020

Revision Received 01 February 2021

Accepted 31 May 2021

Author information

Vitaly B. Tskhay, Dr. Med. Sci., Professor, Head of the Department of Perinatology, Obstetrics and Gynecology, Prof. V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University;