

Ενδομτρίωση της ουροδόχου κύστεως

ΑΘ. ΜΠΑΝΤΗΣ, ΑΛ. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ, Α. ΜΠΟΥΣΙΩΤΟΥ*, ΑΘ. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ

Παρουσιάζεται περίπτωση ενδομτρίωσης της ουροδόχου κύστης σε ασθενή ηλικίας 35 ετών μετά από χειρουργική αφαίρεση κύστεων ωοθηκών. Η ασθενής υποβλήθηκε σε διουρηθρική αφαίρεση του έκτοπου ενδομτρίου ιστού ο οποίος όμως υποτροπίασε εντός ενός έτους. Ακολούθησε εκτομή με Laser χωρίς υποτροπή μετά 2 χρόνια. Με αφορμή το περιστατικό αυτό γίνεται ανασκόπηση του θέματος.

Λέξεις ευρετηριασμού: Ενδομτρίωση, ενδομτρίωση ουροδόχου κύστεως, αντιμετώπιση ενδομτρίωσης κύστεως με ακτίνες Laser.

Η ενδομτρίωση είναι μια κοινή γυναικολογική πάθηση κατά την οποία ο ενδομτρίος ιστός απαντάται εκτός της κοιλότητας της μήτρας. Παρουσιάζεται σε ένα ποσοστό 10% των γυναικών μετά την εμμηνόπαυση και 35% πριν την εμμηνόπαυση. Μόνο 1 έως 2% των περιπτώσεων αφορά το ουροποιητικό σύστημα και πιο συχνά την ουροδόχο κύστη^{1,2}. Ανακινώθηκε για πρώτη φορά το 1921 από τον Judd αναφέροντας τη συχνότητα της νόσου από 1% έως 2%^{3,4}. Ποσοστό 80% εντοπίζεται στην ουροδόχο κύστη ενώ το υπόλοιπο 20% στους ουρητήρες και τους νεφρούς^{5,6}. Οι Abeshouse και Abeshouse το 1960 παρουσίασαν συνολικά 127 περιστατικά με κυστική ενδομτρίωση³. Η ενδομτρίωση στο ουροποιητικό σύστημα τέλος μετά την εμμηνόπαυση είναι σπάνια^{3,8}.

Περιγραφή της περίπτωσης

Γυναίκα, ηλικίας 35 ετών, παραπονείται για άλγος της κάτω κοιλίας, ιδιαίτερα έντονο κατά την έμμηνο ρύ-

ση. Μικροσκοπική αιματοουρία ή δυσουρία δεν αναφέρθηκε. Η ασθενής 18 χρόνια προηγουμένως είχε υποβληθεί σε χειρουργική αφαίρεση κύστεων ωοθηκών και δεν είχε υποστεί οποιαδήποτε άλλη χειρουργία, ενώ από το ουρολογικό ιστορικό ανέφερε διουρηθρική αντιμετώπιση ενδομτρίωσης της ουροδόχου κύστεως προ διετίας. Θεραπευτικά χορηγήθηκαν προσωρινά LHRH ανάλογα διότι παρουσίαζε αλλεργία στο Danazol.

Το υπερηχογράφημα έδειξε: μήτρα, ωοθήκες και ενδομτρίο κατά φύση, ενώ αντίστοιχα προς την ουροδόχο κύστη παρουσιάζεται ένα μόρφωμα με διάμετρο 36-37 mm (Εικόνα 1). Η αξονική τομογραφία της κάτω κοιλίας έδειξε συμπαγείς αλλοιώσεις στο χώρο προβολής της οροφής και του δεξιού πλάγιου τοιχώματος της ουροδόχου κύστεως οπισθοπροσθίως και εγκάρσιως, διαμέτρου 4 και 2,5 cm, χωρίς να καταλαμβάνει την κυστεοουρηθρική συμβολή (Εικόνα 2). Κυστεοσκοπικά διαπιστώθηκε μόρφωμα στο δεξιό πλάγιο της κύστης με μελανές περιοχές το οποίο πρόβαλε μέσα στην κύστη χωρίς όμως να τη διηθεί.

Μετά από 5 ημέρες έγινε διουρηθρική εκτομή του όγκου για βιοψία και συμπληρώθηκε με καταστροφική του με ακτίνες Laser. Η παθολογοανατομική έκθεση

Ουρολογική Κλινική Γ.Π.Ν.Α. «Ιπποκράτειο».
* Παθολογοανατομικό Εργαστήριο Γ.Π.Ν.Α. «Ιπποκράτειο».



Εικόνα 1. Υπερηχογράφημα ουροδόκου κύστεως. Ενδομητρίωση στο δεξιό πλάγιο της κύστεως.



Εικόνα 2. Αξονική τομογραφία κάτω κοιλίας: συμπαγείς αλλοιώσεις στο χώρο προβολής της οσφίς και του δεξιού πλάγιου της ουροδόκου διαμέτρου 4 και 2,5 cm.



Εικόνα 3. Ενδομητρίωση βλεννογόνου ουροδόκου κύστεως. Δεξιά βλεννογόνου ουροδόκου κύστεως χωρίς την αλλοίωση (HE x 25).

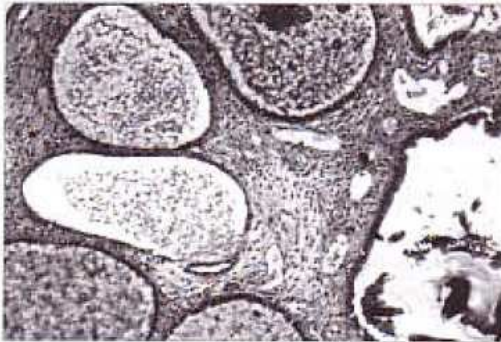
ανέφερε αλλοιώσεις χρόνιας υπερπλαστικής κυστίτιδας με σχηματισμό φαλεών του Brunner, ενώ σε βαθύτερες θέσεις μέσα στο μυϊκό περιλαμβάνοντο εστίες ενδομητρίωσης (Εικόνες 3 και 4).

Συζήτηση

Η αιτιολογία της ενδομητρίωσης δεν είναι σαφής. Μπορεί αυτή να είναι εμβρυϊκής, μεταπλαστικής ή μεταναστευτικής αιτιολογίας⁹. Σύμφωνα με την πρώτη θεωρία τα εμβρυολογικά υπολείμματα των βοθριαίων πόρων όταν διεγερθούν μπορούν να παράγουν ενδομητρίωμα¹⁰. Αυτή η θεωρία προσφέρει την καλύτερη εξήγηση της ενδομητρίωσης της ουροδόκου σε άνδρες οι οποίοι ελάμβαναν για μεγάλο διάστημα οιστρογόνα από το στόμα^{11,12}. Η μεταπλαστική θεωρία βασίζεται στο γεγονός ότι το επιθήλιο της γυναικείας γενετικής οδού προέρχεται από το μεσοθήλιο του σπλαγχνικού κοιλώματος. Έτσι το σπλαγχνικό περικόναιο μπορεί να παράγει ενδομητρίους αδένες όταν διεγερθεί¹³. Τέλος, η μεταναστευτική θεωρία βασίζεται στο γεγονός ότι οι ενδομητρίιο ιστοί μεταναστεύουν διαμέσου των αγωγών στο πυελικό περικόναιο. Η προσκόλληση και ανάπτυξη αυτών αποτελεί έναν εναλλακτικό μηχανισμό, έτσι μπορεί να ερμηνευτεί η ενδομητρίωση μετά από πυελικές επεμβάσεις ή τραυματικές κακώσεις^{14,16}.

Η κλασική συμπτωματολογία περιλαμβάνει: αίσημα πληρότητας της κύστης συνοδευόμενη από υπερηβική δυσφορία με ή χωρίς αιματουρία. Το υπερηβικό άλγος έχει περιοδικό κυκλικό χαρακτήρα που ακολουθεί την έμμηνου ρύση¹⁷. Σύμφωνα με τους Fain και Horton μόνο το ένα τρίτο των ασθενών εμφανίζει μακροσκοπική αιματουρία με κυκλική συμπτωματολογία σε συσχέτιση με την έμμηνου ρύση, επειδή το ενδομητρίωμα περιορίζεται κάτω από το ανέπαφο ουροθήλιο¹⁸. Η κυκλική συμπτωματολογία (σε συνάρτηση με την έμμηνου ρύση) καθώς και το ποσοστό των γυναικών που έχουν ιστοί γυναικολογική επέμβαση (50%) οδηγούν στη διάγνωση της ενδομητρίωσης^{15,19}.

Η κλινική εξέταση σε συνδυασμό με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους όπως υπερηχογραφία και αξονική τομογραφία οδηγούν σε επιτυχημένη διάγνωση της νόσου. Η τελική όμως διάγνωση βασίζεται στη διουρηθρική βιοψία και παθολογοανατομική εξέταση. Κυστεοσκοπικά η ενδομητρίωση παρουσιάζεται



Εικόνα 4. Η προηγούμενη εικόνα σε μεγαλύτερη μεγέθυνση: Κυστικά διατεταμένα ενδομπτρικά αδένια, που περιλαμβάνονται από ενδομπτρικό στρώμα (HE × 160).

σαν μόρφωμα με μία ή περισσότερες κυανές υποβλεννογονίες φυσαλίδες. Εμφανίζεται δε καλύτερα λίγο πριν, καθώς και κατά τη διάρκεια της εμμηνοπαύσεως²⁰.

Η διαφορική διάγνωση γίνεται από τις καλοήθεις νόσους, όπως κίρσους, αιμαγγείωμα, φλεγμονή, εξέλκωση, διάμεση κυστίτιδα, αλλά και από κακοήθεις όπως επιφανειακά, διηθητικά και μεταστατικά καρκινώματα²¹.

Η αντιμετώπιση της ενδομπτρίωσης πρέπει να εξατομικεύεται και εξαρτάται από την ηλικία της ασθενούς, από την επιθυμία της για τεκνοποίηση, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, την έκταση της νόσου καθώς και από συνοδούς παθήσεις. Έχουν αναφερθεί πολλά φαρμακευτικά σχήματα όπως: ανδρογόνα, αντισυλληπτικά, δαναζόλη, LHRH, τα οποία ανακουφίζουν προσωρινά τη δυσμινόρροια και το υπερηθικό άλγος. Αργότερα οι διηθημένοι ενδομήτριοι όσοι υποτροπιάζουν (μετά τη φαρμακευτική αγωγή) και θεραπεύονται μόνο με χειρουργική εκτομή. Η δαναζόλη είναι ένα συνθετικό αντιανδρογόνο που προκαλεί ψευδοεμμηνοπαυσιακή κατάσταση καταστέλλοντας την έκκριση LH και FSH μεταβάλλοντας τον έκτοπο ενδομήτριο ιστό ώστε να γίνει ατροφικός και αδρανής. Η τελευταία θεραπεία ήταν για πολλά χρόνια η θεραπεία εκλογής με πολλές όμως παρενέργειες λόγω

της μακροχρόνιας θεραπείας, όπως σημαντική αύξηση των λιπιδίων του ορού προκαλώντας αναπόφευκτα σημαντικές αθηρωματικές καρδιακές παθήσεις²².

Εναλλακτική θεραπεία είναι τα LHRH-ανάλογα, η οποία οδηγεί σε ύφεση των ψευδοεμμηνοπαυσιακών καταστάσεων με απελευθέρωση γοναδοτροπινών από το βλεννογόνο των αδένων. Το LHRH δεν επηρεάζει τα επίπεδα των λιπιδίων του αίματος, ενώ η υποοιστρογονική του κατάσταση σε συνδυασμό με μακροχρόνια φαρμακευτική αγωγή μεταβάλλει το μεταβολισμό του ασβεστίου (δαναζόλη-LHRH αντενδείκνυται σε μακροχρόνια θεραπεία²³).

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνιστάται σε διουρηθρική εκτομή των αλλοιώσεων με παράλληλη εκτομή των ωθηκικών ή υστερεκτομή, ανάλογα με την ηλικία και τη φυσική κατάσταση της ασθενούς. Αντιμετώπιση με Laser έχει αναφερθεί μόνο από ένα ερευνητή. Η μερική κυστεκτομή έχει απόλυτη επιτυχία²⁴. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μερική λαπαροσκοπική κυστεκτομή αφού είχε προηγηθεί αποτυχημένη φαρμακευτική θεραπεία^{25,26}. Σε ασθενείς με αυξημένο χειρουργικό κίνδυνο ή με ηλικία κοντά στην εμμηνοπαύση μπορεί να εφαρμοσθεί ακτινοβολία χωρίς όμως ικανοποιητικά αποτελέσματα και με μεγάλο κίνδυνο καρκινογένεσης στον υπολειπόμενο ωθηκικό ιστό^{10,27}. Τα τελευταία 20 χρόνια μόνο 25 περιπτώσεις ενδομπτρίωσης της κύστης έχουν αναφερθεί. Από αυτές στις 16 έχει ακολουθήσει φαρμακευτική αγωγή, ενώ στις 9 μερική κυστεκτομή. Από τις 16 πρώτες οι 12 υποβλήθηκαν αργότερα σε μερική κυστεκτομή^{5,27,16,18,21,21,25,26,28}. Στην ελληνική βιβλιογραφία έχει αναφερθεί παρόμοια περίπτωση²⁹.

Συμπερασματικά, η ενδομπτρίωση είναι μια σπάνια νόσος η οποία συνοδεύεται από ειδική συμπτωματολογία. Η διάγνωση της νόσου τίθεται μετά από κυστεοσκόπηση και ιστολογική εξέταση. Η θεραπεία είναι φαρμακευτική ή χειρουργική εκτομή. Στις προεμμηνοπαυσιακές γυναίκες ακολουθείται 3μηνη αγωγή με LHRH-ανάλογα και συχνές κυστεοσκοπήσεις. Στις εμμηνοπαυσιακές ακολουθείται εκτομή της εξωγενούς οιστρογονικής εστίας.

Summary

A. BANTIS, AL. KYRIAKIDIS, A. BOUSIOTOU, ATH. KYRIAKIDIS

Endometriosis of urinary bladder. *Hellenic Urology* 2002, 14: 195-199

Departments of Urology and Pathology, Hippocraton General Hospital.

A case of bladder endometriosis that recurred after TUR within one year is reported that was finally managed with Laser destruction. No recurrence was observed within 2 years. A review of the subject is also made

Key words: Endometriosis, endometriosis of urinary bladder, management of endometriosis with Laser.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WILLIAMS TJ, PRATT JH. Endometriosis in 1000 consecutive celiotomies: incidence and management. *Am J Obstet Gynecol* 1997, 129: 242-250.
2. RANNEY B. Etiology, prevention and inhibition of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1980, 23: 875-882.
3. ABESHOUSE BS, ABESHOUSE G. Endometriosis of the urinary tract: a review of the literature and a report of four cases of vesical endometriosis. *J Int Coll Surg* 1960, 34: 43-63.
4. KERR WS JR. Endometriosis involving the urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 1966, 9: 331-357.
5. ALBRIDGE KW, BUMS JR, SINGH B. Vesical endometriosis: a review and 2 case reports. *J Urol* 1985, 134: 539-541.
6. STILLWELL TJ, KRAMER SA, LEE RA. Endometriosis of ureter. *Urology* 1986, 28: 81-85.
7. HABUCHI T, OKAGAKI T, NELYAKAWA M. Endometriosis of bladder after menopause. *J Urol* 1991, 145: 361-363.
8. DICK AL, LANG DW, BERGINAN RT, BLIATNAGAR BNS, SELVAGGI FP. Postmenopausal endometriosis with ureteral obstruction. *Brit J Urol* 1973, 45: 153-155.
9. DRETSCHMER RL. Endometriosis of the bladder. *J Urol* 1945, 53: 459-465.
10. FEIN RL, HORTON BF. Vesical endometriosis: a case report and review of the literature. *J Urol* 1966, 95: 45-50.
11. PINDERT TC, CATLOW CE, STRAUW R. Endometriosis of the urinary bladder in a man with prostatic carcinoma. *Cancer* 1979, 43: 1562-1567.
12. SCHRODT GR, ALCORN MO, LIBANEZ J. Endometriosis of the male urinary system: a case report. *J Urol* 1980, 124: 722-723.
13. O'CONNOR VJ, GREENHILL JP. Endometriosis of the bladder and ureter. *Surg Gynec & Obst* 1945, 80: 113-119.
14. RIDLEY M. The histogenesis of endometriosis. A review of facts and fancies. *Obstet Gynecol Surv* 1968, 23: 1-35.
15. JAVERT CT. Pathogenesis of endometriosis based on endometrial homeoplasia, direct extension, exfoliation and implantation lymphatic and hematogenous metastasis. *Cancer* 1949, 2: 399-410.
16. VANNESH M, ZBELLA EA, MENCHAEA A, CONFINO E, LIPSHITZ S. Vesical endometriosis following bladder injury. *Am J Obstet Gynecol* 1985, 153: 894-895.
17. SKOR AB, WARREN MM, MUELLER EO. Endometriosis of bladder. *Urology* 1977, 9: 689-692.
18. VORSTMAN B, LYNNE C, POLITANO VA. Postmenopausal vesical endometriosis. *Urology* 1997, 9: 689-692.
19. VERSELLINI P, MERHCIA M, DE GIORGI O, PANAZZA S, CORTESI I, CROSIGNAM PG. Bladder detrusor endometriosis: clinical and pathogenic implications. *J Urol* 1995, 155: 84-86.
20. SCHWARTZWALD D, MOOPAN UMM, OHM HK, KIM H. Endometriosis of bladder. *Urology* 1992, 39: 219-222.
21. ARAP NETO W, LOPES RN, CURY M, MONTELATTO NID, ARAP S. Vesical endometriosis. *Urology* 1984, 24: 271-274.
22. VASQUEZ MA, MALLET J, BAHSA R. Danazol in the treatment of vesical endometriosis. *J Fam Pract* 1984, 19: 117-118.
23. HOWELL R, EDMONDS DK, DOWSETT M, CROOK D, LEES B, STEVENSON JC. Gonadotropin-releasing hormone analogue (goserelin) plus hormone replacement therapy for the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1995, 64: 474-481.
24. SIRCUS SI, SANT GR, UCCI AA. Bladder detrusor endometriosis mimicking interstitial cystitis. *Urology* 1998, 32: 339-342.
25. FERZLI G, WENOF M, GIANAKAKOS A, RABOY A, ALBERT P. Laparoscopic partial cystectomy for vesical endometrioma. *J Laparoendosc Surg* 1993, 3: 161-165.