

ЭНДОМЕТРИОЗ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ МАТКИ. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

К.А. Тониян^{1,2}, Е.Ю. Горбачева^{1,2*}, Д.С. Белков¹, И.В. Огнева², В.В. Бояринцев³¹ ФГБУ КБ № 1 (Волынская) Управления делами Президента РФ, Москва² ФГБУН ГНЦ РФ «Институт медико-биологических проблем РАН», Москва³ ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, Москва

ENDOMETRIOSIS OF THE UTERUS ROUND LIGAMENT. A RARE CLINICAL CASE

K.A. Toniyan^{1,2}, E.Yu. Gorbacheva^{1,2*}, D.S. Belkov¹, I.V. Ogneva², V.V. Boyarintsev³¹ Volynskaya Clinical Hospital of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia² Institute of Biomedical Problems of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia³ Central State Medical Academy of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

* E-mail: elenagorbacheva22@gmail.com

Аннотация

Эндометриоз – хроническое заболевание, характеризующееся распространением ткани, схожей с эндометрием, за пределы полости матки. В статье рассмотрен редкий клинический случай эндометриоза круглой связки матки у пациентки 36 лет, которая прошла хирургическое лечение по иссечению эндометриоидного инфильтрата в пределах здоровых тканей с одномоментной пластикой пахового канала сетчатым имплантом.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, эндометриоз круглой связки матки, паховая грыжа.

Abstract

Endometriosis is a chronic disease characterized with the spread of endometrial-like tissue outside the uterine cavity. The article describes a rare clinical case of endometriosis in the uterus round ligament in a 36-y.o. patient. The patient was operated on with the excision of endometrioid infiltrate within healthy tissues and simultaneous plastic surgery of the inguinal canal with a mesh implant.

Key words: extragenital endometriosis, endometriosis, uterus round ligament, inguinal hernia.

Ссылка для цитирования: Тониян К.А., Горбачева Е.Ю., Белков Д.С., Огнева И.В., Бояринцев В.В. Эндометриоз круглой связки матки. Редкий клинический случай. *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. 2023; 2: 69–71.

Этиология и патогенез эндометриоза на сегодняшний день изучены недостаточно, хотя в структуре гинекологических заболеваний данная патология занимает одно из ведущих мест. Основным патологическим признаком развития данного заболевания является формирование эктопического очага эндометрийподобной ткани [1]. Локализация таких очагов чаще всего является генитальной [2], а в случае экстрагенитальной локализации преимущественно встречаются очаги, сформировавшиеся на мезотелии [3]. Поэтому эндометриоз круглой связки матки является одной из крайне редких форм экстрагенитального эндометриоза, возникающей у 0.6% женщин [4]. Заболеванию подвержены в основном женщины репродуктивного периода, что связано с имплантацией эндометриоидной ткани после гинекологических или акушерских операций [5]. Эндометриоз круглой связки матки чаще возникает в правой паховой области (90–94%) [4], представляет собой образование в паховой области, сопровождающееся болью до и во время менструации [6, 7].

Следует отметить, что при локализации эндометриоидного очага в круглой связке матки основную трудность в постановке диагноза представляет дифференциальная диагностика между паховой грыжей,

липомой, лимфаденопатией, злокачественными заболеваниями и, наконец, эндометриозом [5]. На данный момент времени золотым стандартом для верификации диагноза является ультразвуковое исследование (УЗИ) и проведение магнитно-резонансной томографии (МРТ) [8].

Клинический случай

Пациентка Б., 36 лет, обратилась в стационар с жалобами на боль в правой подвздошной области, которую она ощущает в течение года, причем в последние шесть месяцев появилось плотное пальпируемое образование. В семейном анамнезе отмечены у матери рак маточной трубы, у бабушки рак яичников, у сестер обнаружена BRCA-мутация, что вызывает высокую онконастороженность. Однако боль в области образования усиливалась накануне и во время менструации, что дало основания предполагать эндометриоидный характер образования и требовало дифференциальной диагностики.

Для исключения злокачественного заболевания на этапе диагностики были сданы онкомаркеры: HE4 – 46.3 пмоль/л, СА 125 – 45.1 ед/моль, СА 19-9 – 11.4 ед/мл, индекс ROMA – 6.7%, BRCA-мутация не обнаружена.

Из гинекологического анамнеза было известно, что менструации установились поздно – с 18 лет, длительностью пять-шесть дней в среднем через каждые 28 дней, обильные, умеренно болезненные. У пациентки было три беременности, две из которых разрешились самопроизвольными родами на доношенном сроке беременности, первая – самопроизвольный выкидыш до 12 недель. Пациентка перенесла семь лет назад лапароскопическую резекцию левого яичника по поводу эндометриoidной кисты, а также был диагностирован аденомиоз.

Показатели клинического анализа крови на момент обследования были в пределах нормы, за исключением незначительной лейкопении (лейкоциты снижены до 3.87×10^9 Ед/л). Показатели биохимического анализа крови и системы гемостаза не выходили за пределы возрастной нормы, кроме некоторого снижения содержания фибриногена до 1.74 г/л (норма 2–4 г/л).

При физикальном осмотре определялось плотное образование в правой подвздошной области, размерами 5×4 см, при пальпации несмещаемое, умеренно болезненное. По результатам УЗИ мягких тканей правой паховой области в области пахового кольца имел место грыжевой дефект с ущемленным и подпаянным листком брюшины (в виде грыжевого мешка) толщиной до 1.4 см, длиной до 7–8 см. С учетом данных анамнеза об усилении болевого синдрома до и во время менструации было решено провести повторное УЗИ для уточнения диагноза и/или исключения эндометриоза. Результаты повторного УЗИ той же области, по данным которого был описан гипоехогенный инфильтрат длиной 10.0 см, толщиной 1.7 см, вовлекавший в себя мышцы и близко подходивший к сосудам пахово-подвздошной области, противоречили первоначальному описанию.

В связи с отсутствием единого мнения по результатам УЗИ, для постановки дифференциального диагноза была выполнена МРТ малого таза, по результатам которой в правой подвздошной области определялось мультикистозное образование размерами $5.5 \times 3.7 \times 5.5$ см, включающее в себя круглую связку матки и накапливающее контрастный препарат (рис. 1).

Таким образом, результаты обследования позволили установить направительный диагноз «эндометриоз круглой связки матки», с которым пациентка была планово госпитализирована для проведения хирургического лечения.

При поступлении в гинекологическое отделение Клинической больницы № 1 (Воынская) УД Президента РФ пациентка дала информированное согласие на хирургическое вмешательство и ей была оказана медицинская помощь согласно приказу Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» с изменениями и дополнениями от 17 января 2014 г., 11 июня 2015 г., 12 января 2016 г.

В ходе хирургического лечения была проведена диагностическая лапароскопия, во время которой были обнаружены и скоагулированы очаги эндометриоза

на брюшине переднематочного пространства. Далее провели иссечение эндометриoidного инфильтрата круглой связки матки справа в пределах здоровых тканей (рис. 2) с помощью лапаротомического доступа с одномоментной пластикой правого пахового канала сетчатым имплантатом. Удаленный инфильтрат (рис. 3) был направлен на гистологическое исследование, которое подтвердило установленный диагноз.

Заключение

Эндометриоз круглой связки матки является редким заболеванием, представляющим сложность для дифференциальной диагностики, которую применяют при паховых грыжах и нередко при злокачественных опухолях. Тщательный сбор анамнеза, предоперационное обследование и диагностическая лапароскопия играют основную роль в постановке диагноза. Хирургический метод лечения является методом выбора при лечении эндометриоза круглой связки матки и включает в себя иссечение эндометриoidного инфильтрата в пределах здоровых тканей. Возрастание риска возникновения грыжи после иссечения круглой связки матки может быть снижено проведением одномоментной пластики пахового канала сетчатым имплантатом.

Литература

- Kennedy S. et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis // Hum. Reprod. – 2005. – V. 20. – № 10. – P. 2698–2704. DOI: 10.1093/humrep/dei135.
- Bulun S.E. Endometriosis // N. Engl. J. Med. – 2009. – V. 360. – P. 268–279. DOI: 10.1056/NEJMra0804690.
- Toniyan K.A. et al. Organization of the cytoskeleton in ectopic foci of the endometrium with rare localization // Biomedicines. – 2021. – V. 9. – P. 998. DOI: 10.3390/biomedicines9080998.
- Mehdizadeh A. et al. Right-side inguinal canal endometriosis at ultrasound: a case report // Int. J. Reprod. Biomed. – 2022. – V. 20. – № 1. – P. 59–64. DOI: 10.18502/ijrm.v20i1.10409.
- AlSinan F.M. et al. Inguinal endometriosis in a nulliparous woman mimicking an inguinal hernia: a case report with literature review // Am. J. Case Rep. – 2021. – V. 22. – P. e934564. DOI: 10.12659/AJCR.934564.
- Ayuste E.C. Jr. et al. Primary bilateral inguinal endometriosis: a case report // Int. J. Surg. Case Rep. – 2022. – V. 93. – P. 106953. DOI: 10.1016/j.ijscr.2022.106953.
- Hoffbeck A. et al. Endometriosis of the round ligament revealed by an intermittent hernia // Gynecol. Surg. – 2006. – V. 3. – P. 295–297. DOI: 10.1007/s10397-006-0217-x.
- Niitsu H. et al. Clinical characteristics and surgical treatment for inguinal endometriosis in young women of reproductive age // Digestive Surgery. – 2019. – V. 36. – № 2. – P. 166–172. DOI: 10.1159/000489827.

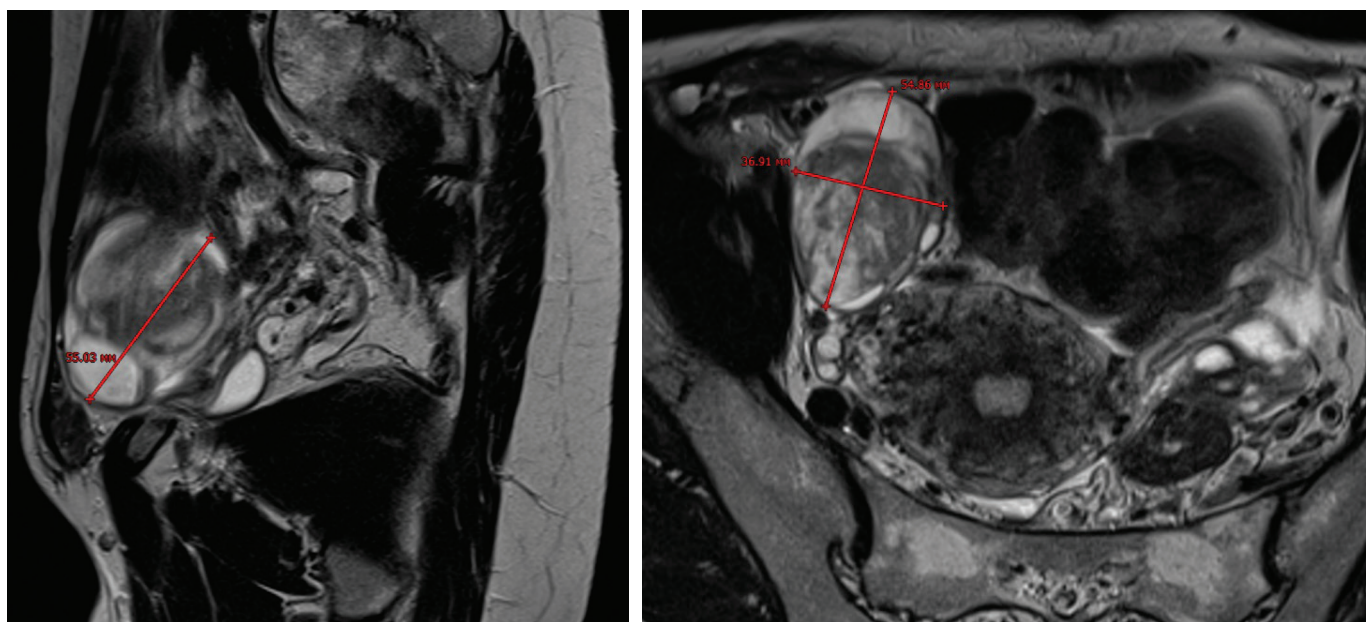


Рис. 1. МРТ-картина образования в правой подвздошной области: А – сагиттальный срез; Б – аксиальный срез. Мультикистозное образование $5.5 \times 3.7 \times 5.5$ см, накапливающее контрастный препарат, с толстой оболочкой, прикрывает собой глубокое паховое кольцо. Круглая связка матки сливается с образованием

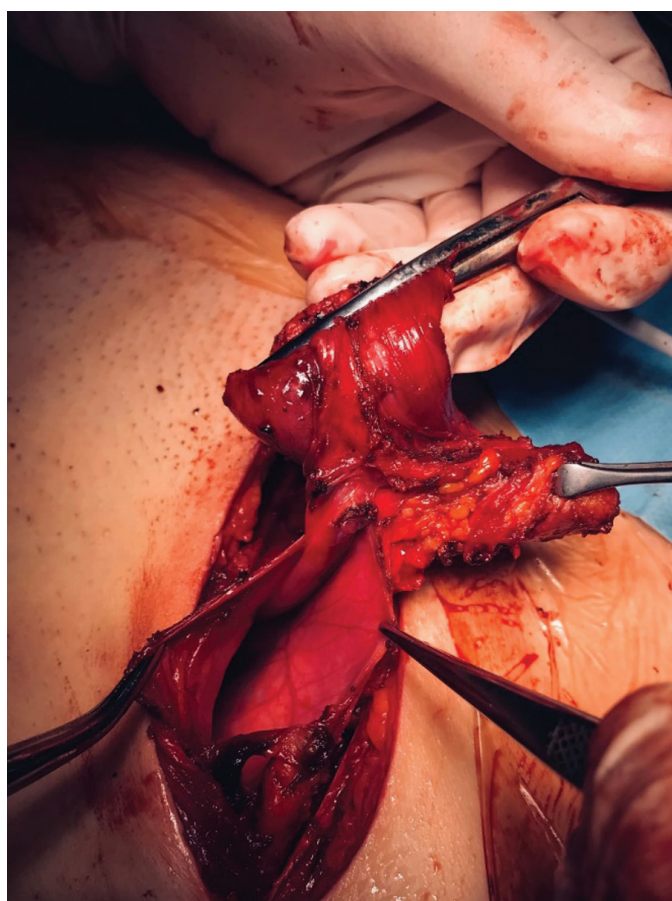


Рис. 2. Выделенная из окружающих тканей правая круглая связка матки (интраоперационная фотография)

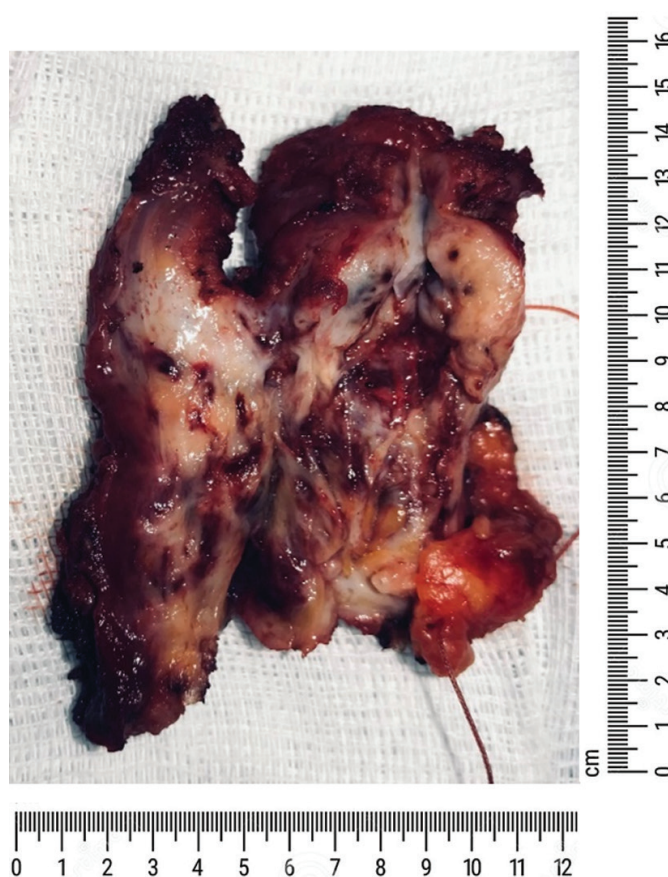


Рис. 3. Макропрепарат удаленной круглой связки матки, пораженной эндометриозом