

КАТАМЕНИАЛЬНЫЙ ПНЕВМОТОРАКС: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Н.И. Портнова*, Е.А. Таланова, А.А. Борисов

ФГБУ «Поликлиника № 1» Управления делами Президента РФ, Москва

CATAMENIAL PNEUMOTHORAX: A RARE CLINICAL CASE

N.I. Portnova*, E.A. Talanova, A.A. Borisov

Polyclinic No 1 of Department of Presidential Affairs, Moscow, Russia

*E-mail: niportnova@yandex.ru

Аннотация

Экстрагенитальный эндометриоз характеризуется разрастанием ткани, сходной по морфологическому строению и функциональным свойствам с эндометрием, в органах и тканях, не относящихся к репродуктивной системе. Катамениальный пневмоторакс (КП) – одна из редких форм экстрагенитального эндометриоза. Представлен клинический случай КП с акцентом на проблемы диагностики и лечения, подчеркнута необходимость привлечения гинекологов для установления диагноза в случае рецидивирующих пневмотораксов у женщин детородного возраста.

Ключевые слова: экстрагенитальный эндометриоз, спонтанный пневмоторакс, катамениальный пневмоторакс.

Abstract

Extragenital endometriosis is the proliferation of tissues – similar to the endometrium in morphological structure and functional properties – in organs and tissues not related to the reproductive system. Catamenial pneumothorax (CP) is a rare form of extragenital endometriosis. The described clinical CP case draws attention to the problem of CP diagnostics and management; it also stresses the need to invite gynaecologists at the stage of diagnostics of women with recurrent pneumothorax and childbearing age.

Keywords: extragenital endometriosis, spontaneous pneumothorax, catamenial pneumothorax.

Ссылка для цитирования: Портнова Н.И., Таланова Е.А., Борисов А.А. Катамениальный пневмоторакс: редкий клинический случай. Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2025; 1: 104–106.

Введение

Эндометриоз – это хронический патологический процесс, при котором ткань, морфологически и функционально схожая с эндометрием, разрастается за пределами матки; встречается примерно у 10% женщин преимущественно репродуктивного возраста [1, 2].

Разделяют генитальный и экстрагенитальный эндометриоз; генитальный, в свою очередь, подразделяют на внутренний (эндометриоз тела матки), называемый также аденомиозом, и наружный (эндометриоз шейки матки, влагалища, ретроцервикальной области, яичников, маточных труб, брюшины, прямокишечно-маточного углубления) [3]. Экстрагенитальный эндометриоз, то есть вне половых органов, составляет 6–8% случаев эндометриоза и характеризуется локализацией очагов за пределами репродуктивной системы: может поражать мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, послеоперационные рубцы, кожу и слизистые оболочки, органы дыхания. Иногда в виде единичных клинических случаев встречаются редкие локализации – в головном мозге, костях, лимфатических узлах и других органах [4, 5].

Одна из возможных локализаций экстрагенитального эндометриоза – легкие. Эндометриоз легких сопровождается появлением эндометриоидных очагов в легочной ткани и бронхах и может проявляться катамениальным (менструальным) рецидивирующим спонтанным пневмотораксом и/или гемотораксом [6–8]. Катамениальный пневмоторакс (КП) – редкий, угрожающий жизни вариант

вторичного рецидивирующего спонтанного пневмоторакса, симптомы которого появляются у женщин репродуктивного возраста в течение 72 часов до и после начала менструации [8, 9]. Частота этого тяжелого осложнения может достигать 25–33% от всех случаев пневмоторакса у женщин репродуктивного возраста [10]. Практически в 90% случаев КП имеет правостороннюю локализацию [11, 12]. У 50–84% пациенток одновременно выявляются очаги эндометриоза в малом тазу, и КП возникает, как правило, через 5–7 лет после их обнаружения [13, 14].

Золотым стандартом диагностики эндометриоза легких является видеоторакоскопия, которая позволяет провести полное внутригрудное обследование, включая осмотр париетальной и висцеральной плевры, легкого и диафрагмы, а затем иссечь или коагулировать обнаруженные эндометриоидные очаги [11, 15, 16]. Для подтверждения эндометриоза рекомендовано выполнение патологоанатомического исследования операционного материала [17]. Окончательная верификация диагноза возможна только после гистологических и иммуногистохимических исследований операционного материала [11]. Положительный морфологический результат подтверждает диагноз эндометриоза, однако отрицательный результат не исключает его наличие [3, 17].

Диагностика катамениального пневмоторакса основывается на клинической картине заболевания и анамнестических данных [15]. Характерные клинические признаки бронхолегочного эндометриоза, связанные с менструаль-

ным циклом, в сочетании с эндометриозом иной локализации позволяют в большинстве случаев установить диагноз и определить тактику ведения пациенток [11].

При этом основной жалобой (в 90% случаев) является боль в грудной клетке, в правом плече, усиливающаяся во время менструации. Кроме того, возможными симптомами могут быть одышка, кашель, боль в руке и шее, кровохарканье. Однако отсутствие симптомов не исключает диагноз [15, 18]. Терапия катамениального пневмоторакса включает как хирургические, так и медикаментозные методы, причем комбинация хирургического вмешательства и гормональной терапии, как правило, характеризуется более низкой частотой рецидивов, чем только операция или гормональное лечение [16, 19].

Несомненно, при наличии пневмоторакса, его купирование становится первоочередной задачей. Тем не менее при возникновении предположения о возможном вкладе эндометриоза в развитие пневмоторакса выбор гинекологической тактики должен происходить одновременно с хирургическим вмешательством [19, 20].

При выборе лечебных мероприятий у пациенток с легочным эндометриозом со множественными очагами поражения при минимальных и умеренных клинических признаках следует отдавать предпочтение длительной гормональной терапии с последующим диспансерным наблюдением у торакального хирурга и акушера-гинеколога. Доказано, что микронизированный прогестаген диенгест также эффективен для лечения эндометриоза, как и агонисты гонадотропин-рилизинг гормона (аГнРГ) [7, 11]. Согласно актуальным клиническим рекомендациям Европейского общества репродукции человека и эмбриологии, при торакальном эндометриозе может быть назначена гормональная терапия, и у значительного числа пациентов она достаточно эффективна [15]. Если необходимо хирургическое вмешательство, оно должно быть выполнено мультидисциплинарной командой с привлечением торакального хирурга и/или других соответствующих специалистов. В случаях рецидивирующего пневмоторакса или гемоторакса вариантами выбора являются химический плевродез, плевральная абразия или плеврэктомию. Если пациентка отказывается от операции или предполагается проведение неполной резекции, в случае менструального пневмоторакса и при отсутствии репродуктивных планов также может быть рассмотрена двусторонняя сальпинго-офорэктомия [5, 15].

Клинический случай

Больная Б., 1975 г.р., госпитализирована в отделение торакоабдоминальной онкологии июне 2020 г. в возрасте 44 лет с жалобами на сухой кашель и боль в правой половине грудной клетки. При компьютерной томографии диагностирован пневмоторакс, произведено дренирование плевральной полости справа, после расправления правого легкого дренаж был удален. За два месяца до госпитализации пациентка находилась на стационарном лечении по поводу спонтанного правостороннего пневмоторакса неуточненного генеза, где также было проведено дренирование плевральной полости справа.

Спустя месяц после выписки из стационара пациентка была вновь госпитализирована в с рецидивом спонтанного пневмоторакса. Была выполнена торакоскопическая атипичная резекция верхней доли правого легкого с плевродезом. При гистологическом исследовании сделано

заключение, что гистологическая картина может соответствовать буллезной болезни легких.

Из гинекологического анамнеза: менструации с 12 лет по 4–5 дней через 28–29 дней, умеренные, болезненные в первый день. По поводу первичного бесплодия были выполнены лапароскопические вмешательства в 2001 и 2003 гг., выявлены эндометриoidные гетеротопии по брюшине, проведена их коагуляция. В дальнейшем самостоятельно наступили две беременности. Первые роды самопроизвольные – в 2005 г., вторые – оперативные – в 2011 г. (произведено кесарево сечение в связи с лицевым предлежанием плода); роды и оба послеродовых периода протекали без осложнений. В дальнейшем пациентка регулярно наблюдалась у гинеколога; результаты ежегодного ультразвукового исследования органов малого таза подтверждали наличие миомы матки малых размеров в сочетании с аденомиозом.

В октябре и ноябре 2020 г. имели место эпизоды спонтанного пневмоторакса с последующими госпитализацией, торакоскопией и дренированием плевральной полости. Во время ноябрьской госпитализации впервые была констатирована связь эпизодов пневмоторакса, в т.ч. наблюдавшихся ранее, с началом менструации. По результатам магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов малого таза, подтверждены признаки внутреннего и наружного генитального эндометриоза: геморрагические кисты яичников и диффузный аденомиоз. Впервые отмечено повышение уровня антигена СА-125 до 88,9 мЕд/мл. С учетом клинических данных (неоднократные спонтанные пневмотораксы в начале менструации, оперативные вмешательства с коагуляцией очагов эндометриоза в анамнезе, подтверждение наружного и внутреннего эндометриоза при МРТ органов малого таза) в рамках междисциплинарного консилиума было принято решение считать пневмоторакс катамениальным (менструальным), несмотря на отсутствие эндометриальной ткани в гистопрепарате, полученном при резекции легкого в 2020 г.

Инициирована терапия аГнРГ (гозерелин) в дозе 3,6 мг один раз в 28 дней внутримышечно с последующей оценкой клинической эффективности в отношении рецидивов пневмоторакса, динамическим контролем данных МРТ органов малого таза и уровня СА-125. Выполнено четыре инъекции аГнРГ. В феврале 2021 г. пациентка переведена на пероральный прием диенгеста в дозе 2 мг в сутки непрерывно, длительно.

В мае 2021 г. отмечен рецидив пневмоторакса с минимальной клинической картиной. Проведено амбулаторное консервативное лечение, возобновлено парентеральное введение аГнРГ (бусерелина ацетат 3,75 мг) на протяжении четырех месяцев с последующим переводом на прием диенгеста, на фоне приема которого наблюдались скудные менструации. Со слов пациентки, в сентябре 2023 г. на фоне приема диенгеста имела место более обильная менструация, сопровождавшаяся колющей болью в области правой ключицы, начиная с пятого дня на протяжении трех-четырех дней. Болевой синдром напоминал боль, возникшую ранее при пневмотораксах, но гораздо слабее по интенсивности. Пациентка за медицинской помощью не обратилась. При контрольном визите принято решение провести курс из трех инъекций аГнРГ с последующим возобновлением непрерывного приема диенгеста. При последующем наблюдении в течение полугода состояние пациентки (48 лет) было удовлетворительным: отсутствие

приливов, стабильное эмоциональное состояние; женщина была настроена на продолжение гормональной терапии.

Таким образом, положительный клинический эффект в виде отсутствия эпизодов спонтанного пневмоторакса с необходимостью стационарного лечения был достигнут на фоне лечения эндометриоза с чередованием коротких курсов аГнРГ с длительными курсами пероральной терапии диеногестом.

Заключение

Разнообразие форм и проявлений экстрагенитального эндометриоза нередко затрудняет своевременную диагностику данной патологии. Во избежание подобных ситуаций следует обращать внимание на наличие характерных для бронхолегочного эндометриоза клинических признаков, связанных с менструальным циклом, в сочетании с эндометриозом иной локализации. В связи с объективными сложностями ведения пациенток с данной патологией необходимо участие мультидисциплинарной команды специалистов с целью выбора оптимального диагностического алгоритма и патогенетически обоснованной долговременной терапии для исключения рецидивов заболевания.

Литература

- Адамян Л.В. Состояние репродуктивной системы у больных доброкачественными опухолями внутренних гениталий и принципы восстановительного лечения: докт. дисс. – Москва. – 1985. [Adamyany L.V. The state of the reproductive system in patients with benign tumors of the internal genitals and the principles of restorative treatment: MD diss. – Moscow. – 1985. In Russian].
- Parazzini F. et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* – 2017. – 209. – P. 3–7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2016.04.021.
- Эндометриоз: клинические рекомендации. М.: Российское общество акушеров-гинекологов. – 2020. [Endometriosis: clinical recommendations. M.: Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. – 2020. In Russian].
- Hirata T. et al. Efficacy of dienogest in the treatment of symptomatic adenomyosis: a pilot study // *Gynecol. Endocrinol.* – 2014. – V. 30. – No 10. – P. 726–729. DOI: 10.3109/09513590.2014.926882.
- Ярмолинская М.И. и др. Экстрагенитальный эндометриоз: сложности диагностики, современная тактика лечения // *Акушерство и гинекология.* – 2022. – № 8. – С. 154–162. [Yarmolinskaya M.I. et al. Extragenital endometriosis: diagnostic difficulties, modern treatment policy // *Obstetrics and gynecology.* – 2022. – No 8. – P. 154–162. In Russian]. DOI: 10.18565/aig.2022.8.154-162.
- Chatra P.S. Thoracic endometriosis: a case report // *J. Radiol. Case Rep.* – 2012. – V. 6. – No 1. – P. 25–30. DOI: 10.3941/jrcr.v6i1.614.
- Романов М.Д. и др. Легочный эндометриоз: лечебная тактика // *Новости хирургии.* – 2018. – Т. 26. – № 1. – С. 103–108. [Romanov M.D. et al. Pulmonary endometriosis: therapeutic tactics // *Surgery news.* – 2018. – V. 26. – No 1. – P. 103–108. In Russian].
- Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса. Под ред. М.И. Перельмана. – М.: Российское общество хирургов, Ассоциация торакальных хирургов России. – 2014. – С. 60. [National clinical guidelines for the diagnosis and treatment of spontaneous pneumothorax. Ed. by M.I. Perelman – Moscow: Russian society of surgeons, Association of thoracic surgeons of Russia. – 2014. – P. 60. In Russian].
- Lalani S. et al. Dienogest therapy as a treatment for catamenial pneumothorax: case report and review of hormonal options // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* – 2017. – V. 39. – No 9. – P. 764–768. DOI: 10.1016/j.jogc.2017.01.014.
- Härkki P. et al. Menstruation-related spontaneous pneumothorax and diaphragmatic endometriosis // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* – 2010. – V. 89 – No 9. – P. 1192–1196. DOI: 10.3109/00016349.2010.493194.
- Адамян Л.В. и др. Редкие формы эндометриоза // *Проблемы репродукции.* – 2022. – Т. 28. – № 1. – С. 45–53. [Adamyany L.V. et al. The rarest forms of endometriosis // *Russian journal of human reproduction.* – 2022. – V. 28. – No 1. – P. 45–53. In Russian]. DOI: 10.17116/repro20222801145.
- Gil Y. и др. Diagnosis and treatment of catamenial pneumothorax: a systematic review // *J. Minim Invasive Gynecol.* – 2020. – V. 27. – No 1. – P. 48–53. DOI: 10.1016/j.jmig.2019.08.005.
- Soriano D. et al. Thoracic endometriosis syndrome is strongly associated with severe pelvic endometriosis and infertility // *J. Minim. Invas. Gynecol.* – 2012. – V. 19. – No 6. – P. 742–748. DOI: 10.1016/j.jmig.2012.08.773.
- Korom S. et al. Catamenial pneumothorax revisited: clinical approach and systematic review of the literature // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 2004. – V. 128 – No 4. – P. 502–508. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2004.04.039.
- Becker C.M. et al. ESHRE Endometriosis Guidelines Group. ESHRE guideline: endometriosis // *Hum. Reprod. Open.* – 2022. – 26. – 2022 (2) – hoac 009. DOI: 10.1093/hropen/hoac009.
- Hirata T. et al. Extra-pelvic endometriosis: a review // *Reprod. Med. Biol.* – 2020. – V. 19. – No 4. – P. 323–333. DOI: 10.1002/rmb2.12340.
- Dunselman G.A. et al. European society of human reproduction and embryology. ESHRE guideline: management of women with endometriosis // *Hum. Reprod.* – 2014. – V. 29. – No 3. – P. 400–412. DOI: 10.1093/humrep/det457.
- Soares T. et al. Diaphragmatic endometriosis and thoracic endometriosis syndrome: a review on diagnosis and treatment // *Horm. Mol. Biol. Clin. Investig.* – 2021. – V. 43. – No 2. – P. 137–143. DOI: 10.1515/hmbci-2020-0066.
- Тезиков Ю.В. и др. Катамениальный пневмоторакс как проявление легочных форм эндометриоза // *Акушерство и гинекология.* – 2019. – № 6. – С. 156–162. [Tezikov Yu.V. et al. Catamenial pneumothorax as a manifestation of pulmonary forms of endometriosis // *Obstetrics and gynecology.* – 2019. – No 6. – P. 156–162. In Russian]. DOI: 10.18565/aig.2019.6.156-162.
- Maniglio P. et al. Catamenial pneumothorax caused by thoracic endometriosis // *Radiol. Case Rep.* – 2017. – V. 13. – No 1. – P. 81–85. DOI: 10.1016/j.radcr.2017.09.003.