

ЭНДОМЕТРИОЗ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

¹Мишина А.Е., ²Захария С.Л., ^{2,3}Щербатюк-Кондур К.А., ^{2,3}Мишин И.В.

¹Институт матери и ребенка, ²Институт ургентной
медицины, ³Государственный Университет медицины и фармации им.
Н.А.Тестемицану, г. Кишинев, Молдова

Актуальность. Эндометриоз передней брюшной стенки (ЭПБС) относится к достаточно редкой патологии и встречается преимущественно после акушерско-гинекологических оперативных вмешательств [1-3].

Цель. Изучить особенности диагностики и лечения, а так же морфологические характеристики и иммуногистохимический профиль ЭПБС.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ базы данных 31 случаев ЭПБС. Для диагностики ЭПБС использовались ультрасонография с доплерографией (УСГ+Д), компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Для иммуногистохимического (ИГХ) исследования использовались моноклональные антитела (ДАКО®, Denmark) для определения экспрессии: CD10 (clone 56C6), цитокератин 7 (СК 7, clone OV-TL 12/30), прогестероновых рецепторов (PR, clone PgR636), эстрогеновых рецепторов (ER α , clone 1D5).

Результаты. Средний возраст пациенток с ЭПБС составил 30.8 \pm 0.9 лет (95% CI:28.76–32.78). Основные клинические манифестации ЭПБС: (1) наличие объемного образования в области передней брюшной стенки; (2) катамениальные (n=20, 64.5%, p=0.0413) или постоянные боли (n=11, 35.5%) в области образования; и (3) увеличение образования (n=23, 74.2%, p=0.0003) накануне и во время *mensis*. Во всех случаях ЭПБС в анамнезе отмечались хирургические вмешательства в т.ч. кесарево сечение (n=28, 90.4%), лапароскопические вмешательства (n=2, 6.4%) и миомэктомия (n=1, 3.2%). Средний срок с момента первичной операции составил 46.9 \pm 3.8 мес. (95% CI:39.06–54.81).

При пальпации ЭПБС определялись как плотные, относительно подвижные образования и болезненные при компрессии. В подавляющем большинстве случаев ЭПБС отмечались единичные эндометриомы (n=29, 93.5%) и только в двух – множественные эктопии. ЭПБС локализовались в области рубца после лапаротомии по Пфанненштиль – 27(87.1%), срединной лапаротомии – 2(6.4%) и мест введения троакаров – 2(6.4%). После поперечной лапаротомии ЭПБС локализовался преимущественно в левом углу (n=20, 74.1%, p=0.0009). При УСГ+Д эндометриальные эктопии визуализировались в виде гипогенных образований, с гиперэхогенными контурами и различной степенью периферической и центральной васкуляризации. При КТ эндометриальные эктопии визуализировались как солидные образования с нативной плотностью +44 U.H. с увеличением данного показателя до +62 U.H.

после контрастирования. При МРТ – образования с кистозно-геморрагическими участками.

Во всех случаях выполнено иссечение ЭПБС (R0 резекция) в пределах неизмененных тканей (+5–10мм) и не нарушая целостности эндометриом. ЭПБС локализовались: подкожная клетчатка – 12(35.3%), подкожная клетчатка + апоневроз – 13(38.2%), подкожная клетчатка + апоневроз + мышца – 5(14.7%) и мышца – 4(11.8%). После иссечения эндометриом с вовлечением мышечно-апоневротических структур передней брюшной стенки (ПБС), дефект апоневроза ликвидировался с использованием *tension free* ушивания (n=18) синтетическими шовными материалами или пластикой полипропиленовой сеткой (n=4).

При патоморфологическом исследовании во всех случаях подтвержден диагноз (эндометриальные железы и цитогенная строма вокруг). При ИГХ: CD10 – диффузная (+++) мембранная экспрессия в цитогенной строме; CK 7 – интенсивная цитоплазматическая экспрессия в эндометриальных железах; PR – интенсивная ядерная экспрессия в клетках эндометрия и цитогенной стромы (92–99%, индекс Allred 7,8); ER α – экспрессия в ядрах эндометриальных желез и цитогенной стромы (95%, индекс Allred 3). Сроки наблюдения за пациентками составили в среднем 27.8 \pm 1.9 мес. (95% CI:23.99–31.56), рецидивов ЭПБС не выявлено (*zero*).

Выводы. Таким образом, ЭПБС относятся к достаточно редкой патологии. В большинстве случаев ЭПБС развиваются после кесарева сечения. КТ и МРТ являются информативными методами в диагностике ЭПБС и определении степени распространенности процесса, а так же в предоперационном планировании объема резекционного этапа и метода реконструкции ПБС. Хирургическое лечение с R0 резекцией является методом выбора при ЭПБС.

Литература.

1. Matalliotakis M, Matalliotaki C, Zervou MI, Krithinakis K, Goulielmos GN, Kalogiannidis I. Abdominal and perineal scar endometriosis: Retrospective study on 40 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;252:225-227.
2. Carsote M, Terzea DC, Valea A, Gheorghisan-Galateanu AA. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). Int J Med Sci. 2020;17(4):536-542.
3. Zhang P, Sun Y, Zhang C, Yang Y, Zhang L, Wang N, Xu H. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. BMC Womens Health. 2019;19(1):14.