

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΕΙΣ**ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΗ ΚΑΙ ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ****Ε. Ζιώγος, Α. Καμπούρογλου, Γ. Κουμαντάκης, Ι. Ματαλλιωτάκης***ΠΕΡΙΛΗΨΗ*

Η ενδομητρίωση ορίζεται ως ο πολλαπλασιασμός και η διαφοροποίηση ιστού παρόμοιου με το ενδομήτριο εκτός της κοιλότητας της μήτρας. Συνήθως πρόκειται για ενδοπυελική ενδομητρίωση. Η ενδομητρίωση είναι μια δύσκολη, από άποψη θεραπευτικής αντιμετώπισης, πάθηση, ενώ θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι στην πράξη η αντιμετώπισή της είναι εξατομικευμένη.

Η εξωπυελική ενδομητρίωση είναι αρκετά σπάνια. Πρόκειται για έκτοπο ιστό, προερχόμενο από το ενδομήτριο, με εντόπιση εκτός της πυελικής κοιλότητας. Εξωπυελική ενδομητρίωση έχει αναφερθεί σχεδόν σε κάθε σύστημα του γυναικείου οργανισμού. Οι εστίες εύρεσης εξωπυελικής ενδομητρίωσης είναι το γαστρεντερικό, το ουροποιητικό (ουρητήρας και ουροδόχος κύστη), οι χειρουργικές ουλές και σπάνια το αναπνευστικό. Στην παρούσα ανασκόπηση δίνεται έμφαση στην εξωπυελική ενδομητρίωση και παρουσιάζονται στοιχεία που αφορούν την επιδημιολογία, την ιστολογική εικόνα, τη συμπτωματολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Όροι ευρετηρίου: Ενδομητρίωση, ενδοπυελική, εξωπυελική.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ενδοπυελική ενδομητρίωση είναι η δεύτερη σε συχνότητα γυναικολογική πάθηση με 7-10% επίπτωση στο συνολικό πληθυσμό. Η διαφοροδιάγνωσή της είναι πολύ σημαντική, καθώς και η έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπισή της.

Η εξωπυελική ενδομητρίωση συχνά αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα, ενώ συχνά η αντιμετώπισή της είναι εξίσου δύσκολη.

Είναι σημαντική λοιπόν η αναγνώριση των πιθανών περιστατικών ενδομητρίωσης και η διερεύνηση προς αυτή την κατεύθυνση.

ΕΝΔΟΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Το εσωτερικό της μήτρας, το ενδομήτριο, αποτελείται από κύτταρα που σε φυσιολογικές συνθήκες υπάρχουν μόνο μέσα στην κοιλότητα της μήτρας. Όταν όμως με κάποιο τρόπο, κυρίως μέσω των σαλπίνγων, τα κύτταρα του ενδομητρίου μεταφερθούν έξω από την κοιλότητα της μήτρας, τότε μπορεί να προσκολληθούν σε άλλες περιοχές, να αναπτυχθούν και να εξελιχθούν σε ενδομητρίωση.

Έτσι η ενδομητρίωση ορίζεται ως ο πολλαπλασιασμός και η διαφοροποίηση ιστού παρόμοιου με το ενδομήτριο εκτός της κοιλότητας της μήτρας.

Η ενδομητρίωση είναι η δεύτερη σε συχνότητα γυναικολογική πάθηση που προκαλεί πολλά προβλήματα (7-10% επίπτωση στο συνολικό πληθυσμό).

Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι η δυσμηνόρροια συνδέεται άμεσα με τον αριθμό των εστιών ενδομητρίωσης.

Ο πόνος της ενδομητρίωσης περιγράφεται ως ένας βαθύς πόνος στην πύελο που αντανακλά χαμηλά στην οσφυϊκή χώρα και αρκετά συχνά επεκτείνεται στην περιοχή του ορθού. Επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και διαρκεί περισσότερες μέρες κατά τη διάρκεια του έμμηνου κύκλου. Η ενδομητρίωση και η διάμεση κυστίτιδα/σύνδρομο επίπονης κύστης, παρουσιάζουν κοινά συμπτώματα. Είναι λοιπόν απαραίτητη η σωστή διαφοροδιάγνωση σε περιπτώσεις χρόνιου πόνου στην πύελο, καθώς η ενδιάμεση κυστίτιδα δεν είναι τόσο σπάνια όσο θεωρείτο παλαιότερα.

Σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν τη δυσμενή επίπτωση της ενδομητρίωσης στην αναπαραγωγή τόσο στο αρχικό όσο και στο προχωρημένο στάδιο της νόσου. Στα αρχικά στάδια της νόσου, ενδέχεται να μην έχουν ακόμη «μπλοκαριστεί» ανατομικά οι σάλπιγγες, όμως αυτό δεν αποκλείει την αποτυχία της αναπαραγωγικής διαδικασίας. Αυτό συμβαίνει γιατί λόγω της ενδομητρίωσης παράγονται τοξικές ουσίες που επηρεάζουν είτε τα ωάρια είτε το σπέρμα. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου, η εμφάνιση συμφύσεων παίζει έναν επιπλέον ρόλο στην αποτυχία της αναπαραγωγικής διαδικασίας, εμποδίζοντας την ομαλή διακίνηση τόσο του ωαρίου όσο και του σπερματοζωαρίου.

Πίνακας 1. Συχνά συμπτώματα ενδομητρίωσης

Σύμπτωμα	Ποσοστό (%)
Δυσμηνόρροια	60-80
Πνελικός πόνος	30-50
Υπογονιμότητα	30-40
Δυσπαρεύνια	25-40
Διαταραχές εμμήνου ρύσεως	10-20
Περιοδική δυσουρία/Αιματουρία	1-2
Δυσχεσία (περιοδική)	1-2
Αιμορραγία από το ορθό (περιοδική)	<1
Αίσθημα κόπωσης	

Με βάση τις μελέτες που έχουν γίνει ως τώρα, η ενδομητρίωση δε θα πρέπει να θεωρείται ως κλινική οντότητα που σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης οποιουδήποτε καρκίνου^{1,2}.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Η παθοφυσιολογία της ενδομητρίωσης δεν έχει πλήρως διερευνηθεί. Η ανεύρεση πολλαπλών ενδομητρικών εστιών υποδηλώνει μια πολυπαραγοντική, υβριδική θεωρία για την ανάπτυξη της νόσου.

Στην προουπάθεια ανεύρεσης της αιτίας της ενδομητρίωσης, διατυπώθηκαν πολλές θεωρίες.

Τρεις θεωρίες ιστογένεσης έχουν τη μεγαλύτερη αποδοχή:

1. Η πλέον αποδεκτή θεωρία είναι η μεταναστευτική, κατά την οποία ενδομητρικός ιστός μεταναστεύει από τον ενδομήτριο βλεννογόνο και φτάνει σε έκτοπες θέσεις, τόσο μέσω αιμοφόρων ή λεμφικών αγγείων, όσο και δια της ανιούσης οδού, μέσω των σαλπίγγων, ενώ πιθανή είναι και η μετανάστευση με άμεση διήθηση.
2. Κατά τη μεταπλαστική θεωρία, το επιθήλιο της γενετικής οδού προέρχεται από το μεσοθήλιο του σπλαχνικού κοιλώματος. Έτσι, μετά από διέγερσή του, το σπλαχνικό περιτόναιο μπορεί να παράγει ενδομήτριους αδένες.
3. Κατά την εμβρυϊκή θεωρία, εμβρυϊκά υπολείμματα των πόρων του Wolff και του Müller, όταν διεγερθούν, μπορούν και παράγουν ενδομητρικό ιστό. Η θεωρία αυτή προσφέρει την καλύτερη εξήγηση της ενδομητρίωσης της ουροδόχου κύστης σε άνδρες, που για μεγάλο χρονικό διάστημα πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων ελάμβαναν οιστρογόνα.

Εκτός από τις παραπάνω θεωρίες που δεν καλύπτουν την παθογένεση της πάθησης, φαίνεται ότι επιπρόσθετοι παράγοντες είναι απαραίτητοι για την δημιουργία της παθολογικής αυτής κατάστασης. Η πλέον πρόσφατη υπόθεση είναι ότι η εμφάνιση και εξέλιξη της ενδομητρίωσης σχετίζεται με διαταραχές της λειτουργίας του συστήματος τόσο της κυτταρικής όσο και της χημικής ανοσίας, με αποτέλεσμα ανεπαρκή απάντηση του αμυντικού συστήματος του περιτοναίου στον ενδομητρικό ιστό που παλινδρομεί. Η εμπλοκή του ανοσοποιητικού συστήματος στην παθογένεση της ενδομητρίωσης ενισχύεται από την εναπόθεση συμπληρώματος γύρω από ενδομητρωτικές εστίες, την ανεύρεση αντισωμάτων κατά αντιγόνων του ενδομητρίου, την αύξηση των συγκεντρώσεων στοιχείων του συμπληρώματος στον ορό και στο ελεύθερο περιτοναϊκό υγρό, την αύξηση ανοσοσφαιρίνων και αυτοαντισωμάτων, την αυξημένη ενεργοποίηση των περιτοναϊκών μακροφάγων και τις αυξημένες συγκεντρώσεις ιντερλευκινών και αυξητικών παραγόντων στο περιτοναϊκό υγρό. Έτσι, η ανεπαρκής απάντηση του αμυντικού συστήματος του περιτοναίου επιτρέπει ή ακόμη και διευκολύνει την εμφύτευση των υπολειμμάτων ενδομητρίου, που με το μηχανισμό της παλίνδρομης διασποράς φθάνουν στην περιτοναϊκή κοιλότητα.

Ακόμη, φαίνεται ότι υπάρχουν διαφορετικοί μηχανισμοί παθογένεσης για διαφορετικές εντοπίσεις της πάθησης και πιο συγκεκριμένα για τις εντοπίσεις στο τοιχωματικό περιτόναιο, στις ωθήκες και στο ορθοκολικό διάφραγμα. Τέλος είναι πιθανόν και ο παράγοντας της κληρονομικότητας να παίζει ρόλο στην εμφάνιση της πάθησης, καθώς γυναίκες με βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν ενδομητρίωση και μάλιστα σε νεαρότερη ηλικία και μεγαλύτερης βαρύτητας³.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Γυναίκες με ενδομητρίωση ενδέχεται κατά τη γυναικολογική εξέταση να μην παρουσιάσουν κανένα κλινικό εύρημα. Συχνά όμως παρουσιάζουν:

- 1) πόνο κατά τη μετατόπιση της μήτρας και των ωοθηκών.
- 2) έντονο πόνο κατά την ψηλάφηση στο σημείο που συνδέεται η μήτρα με την πύελο (ιερομητρικοί σύνδεσμοι).
- 3) πόνο στα εξαρτήματα (ωοθήκες, σάλπιγγες).
- 4) οπίσθια κλίση της μήτρας.
- 5) μειωμένη κινητικότητα μήτρας ή/και εξαρτημάτων.
- 6) μικρές συμπαγείς μάζες.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Επειδή η κλινική εικόνα της ενδομητρίωσης ποικίλλει, δεν είναι παράξενο ότι αρκετές φορές διαφεύγει της προσοχής του γιατρού ή ακόμη τίθεται διάγνωση άλλων παθολογικών καταστάσεων όπως πυελικής φλεγμονώδους νόσου, συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου ή ψυχοσωματικών προβλημάτων, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η αντιμετώπιση της πάθησης. Συχνότερα η διάγνωση γίνεται βάσει των συμπτωμάτων και κλινικών ευρημάτων.

Από το ιστορικό θα εκτιμηθεί ιδιαίτερα η ύπαρξη δυσμηνόρροιας, δυσπαρεύνειας, υπογονιμότητας και το βεβαρημένο οικογενειακό ιστορικό, ενώ σε προχωρημένες καταστάσεις η υποψία είναι δυνατόν να τεθεί απλά και μόνο από την κλινική εξέταση.

Επίσης χρησιμοποιούνται και οι παρακάτω τεχνικές:

- Διαγνωστική λαπαροσκοπηση με βιοψία ιστού: Παραμένει η πιο αξιόπιστη διαγνωστική μέθοδος καθώς ο σύγχρονος λαπαροσκοπικός εξοπλισμός εξετάζει όλη την πύελο. Δυστυχώς όμως πολλές φορές η λήψη βιοψιών δεν είναι εφικτή. Επιπλέον, υπάρχουν μορφές ενδομητρίωσης που δύσκολα μπορούν να διαγνωστούν ακόμη και από έμπειρους γιατρούς.
- Πυελικό υπερηχογράφημα: Από τις διαθέσιμες απεικονιστικές τεχνικές, το πυελικό υπερηχογράφημα έχει αποδειχτεί χρήσιμο στη διάγνωση πυελικής ενδομητρίωσης, κυρίως σε σοβαρές μορφές της νόσου στις οποίες συνυπάρχουν κύστες ενδομητρίωσης στις ωοθήκες.
- Μαγνητική τομογραφία: Σε αμφιλεγόμενες περιπτώσεις μπορεί να επιβεβαιώσει τη διάγνωση της ενδομητρίωσης, βοηθώντας στον αποκλεισμό άλλων παθήσεων των γεννητικών οργάνων.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η διάγνωση της ενδομητρίωσης γίνεται νωρίτερα στις γυναίκες που εξετάζονται για στειρότητα απ' ότι σε αυτές που παρουσιάζουν πυελικό πόνο, στις οποίες η νόσος διαγιγνώσκεται σε πιο προχωρημένα στάδια, κυρίως λόγω της καθυστερημένης επίσκεψης στο γυναικολόγο¹.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗΣ

Η ενδομητρίωση είναι μια δύσκολη, από άποψη θεραπευτικής αντιμετώπισης, πάθηση. Αρκετές φαρμακευτικές ουσίες και αρκετοί τρόποι χειρουργικής αντιμετώπισης έχουν χρησιμοποιηθεί και χρησιμοποιούνται.

Για την εκλογή του καταλλήλου θεραπευτικού σχήματος λαμβάνονται υπόψη η ηλικία της ασθενούς, η επιθυμία τεκνοποίησης, το στάδιο της πάθησης, η ένταση και το είδος των συμπτωμάτων, ο τύπος και τα χαρακτηριστικά των ενδομητριοτικών εστιών αλλά και η εμπειρία του θεράποντος ιατρού. Θα μπορούσε λοιπόν να υποστηριχθεί ότι στην πράξη η αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης είναι εξατομικευμένη.

Για ασθενείς με ενδομητρίωση σταδίου I ή που πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση μπορεί να συσταθεί αναμονή και παρακολούθηση.

Συμπληρωματικά, η άσκηση βοηθά σημαντικά και αυτό γιατί προκαλεί μια σημαντική πηγή οιστρογόνων, κάτι που εμποδίζει την επανεμφάνιση των συμπτωμάτων ή αν υπάρχουν αυτά εξασθένηση τους. Αλλά πανοίσιμα ή αντιφλεγμονώδη μπορούν να βοηθήσουν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ή μη φαρμακευτικές ομοιοπαθητικές θεραπείες έχουν αναφερθεί ότι μπορούν να χρησιμοποιηθούν χωρίς ωστόσο να υπάρχει καμία επιστημονική ένδειξη.

Η δίαιτα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης. Καθώς η ενδομητρίωση σχετίζεται με το ανοσοποιητικό σύστημα, η αποφυγή τροφίμων που μπορεί να προκαλέσουν δυσανεξία (κυρίως σιτάρι και γαλακτοκομικά) μπορεί να αμβλύνει τα συμπτώματα. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η συχνή κατανάλωση κρέατος αυξάνει σημαντικά την ανάπτυξη και την εξέλιξη της νόσου όπως και η λήψη μεγάλων ποσοτήτων σιδήρου είτε μέσω της τροφής είτε μέσω συμπληρωμάτων. Αντιθέτως αποδείχτηκε ότι τα φρούτα και τα λαχανικά όπως και η βιταμίνη E και C βοηθούν στην ελάττωση τους. Τέλος η ελάττωση της καφεΐνης βοηθά σημαντικά προς αυτήν την κατεύθυνση.

Είναι ενδιαφέρον ότι σε έρευνα, στο ένα τρίτο των γυναικών, η ενδομητρίωση υποχώρησε χωρίς καμία θεραπευτική αντιμετώπιση^{4,5,6}.

Πίνακας 2. Κατάταξη Εξωπυελικής ενδομητρίωσης

Τάξη I (Γ)	Ενδομητρίωση που προσβάλλει το γαστρεντερικό
Τάξη U(O)	Ενδομητρίωση που προσβάλλει το ουροποιητικό
Τάξη L(Π)	Ενδομητρίωση που προσβάλλει πνεύμονες και θωρακική κοιλότητα
Τάξη O (Δ)	Ενδομητρίωση που προσβάλλει περιοχές εκτός κοιλιακής κοιλότητας

ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ

Πρόκειται για έκτοπο ιστό, προερχόμενο από το ενδομήτριο, με εντόπιση εκτός της πυελικής κοιλότητας. Σπάνια παρατηρείται εντόπιση στον ομφαλό ή το διάφραγμα. Εξωπυελική ενδομητρίωση έχει αναφερθεί σχεδόν σε κάθε σύστημα του γυναικείου οργανισμού, αν και είναι πιο σπάνια από την ενδοπυελική. Επίσης, συχνά είναι πιο δύσκολη η διάγνωσή της καθώς και η αντιμετώπισή της. Η εξωπυελική ενδομητρίωση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση όλων των γυναικών, που βρίσκονται σε εμμηνορρουσία με συμπτώματα κοιλιακού άλγους που έχει κυκλικό χαρακτήρα και σχετίζεται με δυσπαρεύνια, δυσμηνόρροια, ή υπογονιμότητα¹.

ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟΥ

Αποτελεί την πιο συχνή θέση εξωπυελικής ενδομητρίωσης, με συχνότητα 5% όλων των περιπτώσεων ενδομητρίωσης. Η μέση ηλικία των ασθενών είναι τα 39 έτη, με συνυπάρχουσα ενδοπυελική ενδομητρίωση στην πλειονότητα των περιπτώσεων (80%). Ο επιπολασμός της εξωπυελικής ενδομητρίωσης στη σκωληκοειδή απόφυση υπολογίζεται κατά προσέγγιση σε 0,8%, ενώ εξαιρετικά σπάνια είναι οι περιτοναϊκές εστίες, όπως το εγκάρσιο κόλο και η χοληδόχος κύστη και οι ενδομητριοειδείς κύστες του ήπατος και του παγκρέατος. Οι περιοχές που επηρεάζονται συνήθως βρίσκονται κοντά στα γεννητικά όργανα (ορθοσιγμοειδές, σκωληκοειδής απόφυση, περιφερικός ειλεός, τυφλό).

Πρόκειται για μικροσκοπικές βλάβες, που περιτριγυρίζονται από αραιό ινώδη ιστό και συνήθως περιορίζονται στις ορογόνες επιφάνειες. Παρατηρείται πολλαπλασιασμός των λείων μυικών ινών και ίνωση γύρω από τις ενδομητριοειδείς εστίες, οδηγώντας στις σοβαρότερες εστίες της ενδομητρίωσης, που επιμένουν και μετά την εμμηνοπαυση. Μπορεί να δημιουργηθεί εν τω βάθει ίνωση και πάχυνση του γαστρεντερικού τοιχώματος, προκαλώντας στένωση ή απόφραξη του αυλού. Έχουν αναφερθεί και περιπτώσεις συστροφής, εγκολεασμού, οξείας σκωληκοειδίτιδας και διάτρησης των ενδομητριοειδών βλαβών. Τέλος έχει αναφερθεί διάτρηση του κόλου στο τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης, με εικόνα οξείας κοιλίας, η οποία είναι εξαιρετικά σπάνια.

Οι περισσότερες γαστρεντερικές βλάβες είναι γενικά ασυμπτωματικές. Τα συνήθη συμπτώματα (δυσμηνόρροια, δυσπαρεύνια, υπογονιμότητα) εμφανίζονται ως αποτέλεσμα της συχνά συνυπάρχουσας πυελικής νόσου. Τοπικά συμπτώματα προκαλούνται από την παραμόρφωση ή λειτουργική δυσλειτουργία του γαστρεντερικού αυλού, που προκαλούνται από τις εξελισσόμενες ενδομητριοειδείς βλάβες. Συχνή είναι η εμφάνιση μεσοκοιλιακού άλγους, μετεωρισμού και οξείας απόφραξης του λεπτού ή παχέος εντέρου, η δυσκοιλιότητα (σε βλάβη του περιφερικού κόλου) ή η διάρροια (σε βλάβη του λεπτού εντέρου), ενώ σπάνια εμφανίζεται διάτρηση του κόλου στο τρίτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης. Τα συμπτώματα αρχικά έχουν κυκλικό χαρακτήρα, τον οποίο χάνουν, καθώς οι βλάβες εξελίσσονται και γίνονται ορμονικά ανεξάρτητες.

Η διάγνωση είναι δύσκολη και καθυστερεί, λόγω μίμησης στην κλινική εικόνα γαστρεντερικών παθήσεων. Πρέπει να διαφοροδιαγνωστεί από το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου, τη νόσο του Crohn, την ελκώδη κολίτιδα, τη γαστρεντερίτιδα, την οξεία σκωληκοειδίτιδα και τις νεοπλασματικές εξεργασίες.

Τα ακτινολογικά ευρήματα είναι συνήθως μη ειδικά, με μικρή διαγνωστική αξία. Τα ευρήματα της υπολογιστικής τομογραφίας (CT) περιλαμβάνουν εστιακές βλάβες στο εντερικό τοίχωμα, ή βλάβες που συμπίπτουν με το κόλο. Η ενδοσκοπική ή λαπαροσκοπική μπορεί να βοηθήσει στον αποκλεισμό φλεγμονώδους εντερικής νόσου, αλλά δε μπορεί να θέσει διάγνωση. Η χρήση ενδοκολπικού υπερήχου μπορεί να βοηθήσει για την εκτίμηση του ορθοσιγμοειδούς διαφράγματος και τον προσδιορισμό του μεγέθους, της μορφής και της θέσης της ενδομητριοειδούς μάζας. Συχνά, η διενέργεια βιοψίας είναι απαραίτητη για να τεθεί η διάγνωση.

Η ορμονική θεραπεία και η ταυτόχρονη χειρουργική αντιμετώπιση αποτελούν το θεραπευτικό σχήμα εκλογής

Πίνακας 3. Σταδιοποίηση Εξωπυελικής ενδομητρίωσης

<i>Στάδιο I</i>	<i>Μη οργανική ανωμαλία</i>
1.	<i>Εξωτερικά: επιφάνεια του οργάνου (ορογόνος, υπεζωκότας)</i> <i>(α) μέγεθος βλάβης < 1cm</i> <i>(β) μέγεθος βλάβης 1-4cm</i> <i>(γ) μέγεθος βλάβης > 4cm</i>
2.	<i>Εσωτερικά: βλεννογόνος, μυς, παρέγχυμα</i> <i>(α) μέγεθος βλάβης < 1cm</i> <i>(β) μέγεθος βλάβης 1-4cm</i> <i>(γ) μέγεθος βλάβης > 4cm</i>
<i>Στάδιο II</i>	<i>Οργανική ανωμαλία</i>
1.	<i>Εξωτερικά: επιφάνεια του οργάνου (ορογόνος υπεζωκότας)</i> <i>(α) μέγεθος βλάβης < 1cm</i> <i>(β) μέγεθος βλάβης 1-4cm</i> <i>(γ) μέγεθος βλάβης > 4cm</i>
2.	<i>Εσωτερικά: βλεννογόνος, μυς, παρέγχυμα</i> <i>(α) μέγεθος βλάβης < 1cm</i> <i>(β) μέγεθος βλάβης 1-4cm</i> <i>(γ) μέγεθος βλάβης > 4cm</i>

για τη γαστρεντερική ενδομητρίωση. Σε απουσία απόφραξης, η θεραπεία μπορεί να αρχίσει με προγεστεροειδή, αντισυλληπτικά δισκία, νταναζόλη ή αγωνιστές του εκλυτικού παράγοντα των γοναδοτροπινών (GnRH-ανάλογα). Τα φάρμακα αυτά αντιγράφουν τη λειτουργία της φυσιολογικής ορμόνης GnRH που εκκρίνεται στον υποθάλαμο και διακόπτουν την παραγωγή ορμονών από τις ωοθήκες. Η θεραπεία διαρκεί τρεις με έξι μήνες και μειώνει το μέγεθος των ενδομητρικών εστιών. Σε αποφρακτικά συμπτώματα ή υποψία κακοήθειας ενδείκνυται χειρουργική αντιμετώπιση. Συχνά, ο χειρουργός βρίσκεται σε δίλημμα σχετικά με τη χειρουργική αντιμετώπιση, η οποία μπορεί να μη φαίνεται απαραίτητη, αν τα συμπτώματα δεν είναι οξεία, κυρίως σε νεαρές γυναίκες, σε αναπαραγωγική ηλικία. Γι' αυτό το λόγο είναι πολύ σημαντική η συνεργασία του χειρουργού που θα ασχοληθεί με το γαστρεντερικό και του γυναικολόγου και η από κοινού λήψη της απόφασης σχετικά με την αναγκαιότητα της χειρουργικής αντιμετώπισης^{1,7,8}.

ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ

Το ουροποιητικό σύστημα προσβάλλεται στο 1% των περιπτώσεων, με συχνότερη εντόπιση την ουροδόχο κύστη, σπανιότερα τον ουρητήρα και ακόμα πιο σπάνια το νεφρό (κύστη:ουρητήρας:νεφρός = 40:5:1).

Η ουροδόχος κύστη αποτελεί τη συχνότερη θέση εντόπισης εκτόπου ενδομητρικού ιστού στο ουροποιητικό σύστημα. Η πρώτη περίπτωση περιγράφηκε το 1921.

Η ενδομητρίωση του ουρητήρα δε σχετίζεται με ταυτόχρονη ενδομητρίωση της ουροδόχου, αν και σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ASRM και με ορθοκολπικές και ορθοσιγμοειδικές βλάβες, σύμφωνα με λαπαροσκοπική και ιστολογική εξέταση σε 690 ασθενείς.

Η κυστική ενδομητρίωση κατατάσσεται σε δύο κατηγορίες: την αυτόματη και την ιατρογενή και παρουσιάζουν διαφορετική παθογένεια. Η πρώτη εμφανίζεται στα πλαίσια γενικευμένης νόσου, με αντίστοιχες ενδομητρικές αλλοιώσεις και σε άλλα όργανα. Στην ιατρογενή έχουμε εμφύτευση ενδομητρικών στοιχείων στην ουροδόχο κύστη κατά τη διάρκεια καισαρικής τομής ή χειρουργικών επεμβάσεων στην πύελο. Εμφανίζονται στην ηλικία των 20-45 ετών και οι δύο κατηγορίες κυστικής ενδομητρίωσης παρουσιάζοντας τα ίδια συμπτώματα, που συχνά δεν είναι παθολογιομονικά.

Το κύριο ιστολογικό κριτήριο για τη διάγνωση της κυστικής ενδομητρίωσης είναι η εμφάνιση εκτός του στρώματος και ενδομητρίων αδένων. Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει αίσθηση υπερηβικού βάρους, το οποίο υποχωρεί με την σύρση. Είναι πιθανό να υπάρχει πυελικό άλγος, δυσμηνόρροια, δυσπαρευνία και μη περιοδική αιματουρία. Είναι πιθανό να εμφανίζονται περιοδικά συμπτώματα, όπως η υποτροπιάζουσα κυστίτιδα ή η μικροσκοπική αιματουρία, λίγες ημέρες πριν από την εμφάνιση της εμμήνου ρύσης. Ωστόσο πιθανολογείται ότι μόνον το 33% των ασθενών παρουσιάζει μικροσκοπική αιματουρία καθώς ο ενδομητρίκος ιστός εμφανίζεται κάτω από το ανέπαφο ουροθήλιο.

Κατά την κλινική εξέταση είναι πιθανό να αποκαλύπτεται ψηλαφητή μάζα, επώδυνος, η οποία εντοπίζεται κατά κανόνα στο οπίσθιο κυστικό τοίχωμα, στο θόλο της ουροδόχου κύστης και στην περιοχή των έσω γεννητικών οργάνων. Αντίθετα, στην ιατρογενή μορφή της πάθησης, η κλινική εξέταση δεν αποδίδει, καθώς συνήθως είναι φυσιολογική, ενώ με μια καλή λήψη ιστορικού είναι εύκολη η συσχέτιση της εμφάνισης των συμπτωμάτων με προηγηθείσα καισαρική τομή ή κάποια άλλη επέμβαση στην περιοχή.

Ο έλεγχος με υπερήχους ή ενδοφλέβιο πυελογραφία μπορεί να είναι βοηθητικός για τη διάγνωση, καθώς μπορεί να αποκαλύψει υδρονέφρωση σε προσβολή των ουρητηρικών στομιών, ενώ η κυστεογραφία μπορεί να αποκαλύψει κάποιο έλλειμμα πλήρωσης, το οποίο ωστόσο δεν είναι δυνατόν να διαφοροδιαγνωστεί με αυτό τον τρόπο από πιθανό καρκίνο στην ουροδόχο κύστη. Η αξονική τομογραφία είναι χρήσιμη καθώς μπορεί να καθορίσει με σχετική ακρίβεια την έκταση και τα όρια της εξεργασίας. Με τη χρήση της λαπαροσκοπικής τεχνικής μπορούμε σχετικά εύκολα να διαφοροδιαγνώσουμε τις δύο κατηγορίες ενδομητρίωσης, καθώς στην αυτόματη, αποκαλύπτονται ενδοπεριτοναϊκές εντοπίσεις. Στην κυστεοσκόπηση είναι πιθανό να παρατηρηθούν καστανόφαιες ή κυανές κύστες, σε περιοχές όπου ο βλεννογόνος παρουσιάζεται οιδηματώδης, ωστόσο δε θεωρείται εξέταση επιλογής.

Σύμφωνα με τους Aberhouse B και Aberhouse G, τα ευρήματα της κυστεοσκόπησης σχετίζονται με τον καταμήνιο κύκλο:

1. Προεμμηνορροιακά, το ουροθήλιο είναι οιδηματώδες, με πτυχές και κυστικούς σχηματισμούς.
2. Κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, το ουροθήλιο εμφανίζει οιδηματώδεις διογκώσεις, με κυανές περιοχές, αιμορραγία και επιθηλιακές διαβρώσεις.
3. Μετεμμηνοπαυσιακά, υποχωρεί το οίδημα, ενώ το χρώμα των κύστεων γίνεται λιγότερο έντονο.
4. Στο ενδιάμεσο χρονικό διάστημα, υποχωρεί η αγγειακή συμφόρηση και ελαττώνεται ο αριθμός των κύστεων.

Η θεραπεία της κυστικής ενδομητρίωσης είναι φαρμακευτική ή χειρουργική. Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας γίνεται με βάση την ηλικία, την επιθυμία για μελλοντική τεκνοποίηση, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων καθώς και την έκταση της νόσου, για παράδειγμα η χειρουργική θεραπεία ενδείκνυται σε νεαρές ασθενείς, που επιθυμούν να τεκνοποιήσουν ή παρουσιάζουν εκτεταμένη νόσο. Για πληρέστερη διερεύνηση της πυέλου, προτείνεται η διαπεριτοναϊκή προσπέλαση. Επιχειρείται η διατήρηση της μήτρας και η απελευθέρωση των ωοθηκών και των σαλπίνγων από το συνδετικό ιστό που τις περιβάλλει, η λύση των υπαρχουσών συμφύσεων και η μερική κυστεκτομή. Η διουρηθρική εκτομή δεν προτιμάται στη θεραπεία της κυστικής ενδομητρίωσης, επειδή η νόσος είναι διατοχωματική. Επομένως, σε πιθανή επέμβαση με διουρηθρική προσπέλαση, η εκτομή θα γίνει ατελώς, με συνέπεια μια γρήγορη υποτροπή, ενώ ελοχεύει σοβαρός κίνδυνος διάτρησης της ουροδόχου κύστης. Η λαπαροσκοπική προσπέλαση προτείνεται ως μια ενδιαφέρουσα προοπτική σε εντοπισμένη νόσο. Εναλλακτικά για ασθενείς με υπολειπόμενη συμπτωματική ενδομητρίωση χορηγείται ορμονική θεραπεία, για να ακολουθήσει τη χειρουργική θεραπεία. Πρόκειται για συνεχή χορήγηση προγεστερόνης για διάστημα 4-6 μηνών, ή χορήγηση Danazol και GnRH-αναλόγων.

Δεύτερη σε συχνότητα ενδομητρίωση του ουροποιητικού είναι η ενδομητρίωση του ουρητήρα, που αναπτύσσεται κυρίως σε έδαφος εκτεταμένης ενδομητρίωσης της πυέλου, συνήθως είναι μονόπλευρη (η αμφοτερόπλευρη είναι πολύ σπάνια), με συνηθέστερη εντόπιση το κατώτερο τριτημόριό του.

Η ενδομητρίωση του ουρητήρα χωρίζεται στην εξωγενή και την ενδογενή. Στην εξωγενή, που είναι συχνότερη (80% των περιπτώσεων), οι εστίες ενδομητρίωσης βρίσκονται στον ορογόνο χιτώνα του ουρητήρα και τον περιβάλλοντα αυτού συνδετικό ιστό, ενώ στην ενδογενή μορφή εντοπίζονται στον υποβλεννογόνο και το μυϊκό χιτώνα. Οι ενδομητρίκες εστίες, στην εξωγενή μορφή εμφανίζονται ως ερυθρόφαιες ή λευκόφαιες εστίες και δίνουν την όψη πολυποειδούς όγκου, που μακροσκοπικά είναι δύσκολο να διακριθεί από εξωφυτικά θηλώδη νεοπλασμάτα.

Η εικόνα αυτή των ενδομητρίων εστιών οφείλεται σε υποτροπιάζουσες αιμορραγίες και στην επακολουθούσα ανάπτυξη ινώδους συνδετικού ιστού. Η ανάπτυξη αυτή του ινώδους συνδετικού ιστού μπορεί να οδηγήσει σε απόφραξη. Και στις δύο μορφές ενδομητρίωσης, αλλά κυρίως στην εξωγενή, είναι δυνατόν να αναπτυχθεί συνοδός υδρονέφρωση, η οποία είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή (μπορεί να είναι ασυμπτωματική ή να εμφανίζεται ως οσφυαλγία) και μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή του νεφρού. Η εμφάνισή της γίνεται συνήθως στα πλαίσια ενδομητρίωσης του γεννητικού συστήματος, της οποίας τα συμπτώματα καθορίζουν την κλινική εικόνα. Αιματουρία, που συχνά εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως (χωρίς να αποκλείεται πριν ή μετά) αφορά μόνο την ενδογενή μορφή, αν και μόνο σε ποσοστό 15%, σε επικοινωνία των εστιών με τον αυλό του ουρητήρα.

Η ενδογενής μορφή αποτελεί διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Συμπτώματα που θα οδηγήσουν στη διερεύνηση όπως υδρονέφρωση, αιματουρία, άλγος στην οσφυϊκή χώρα, δεν είναι παθογνωμονικά, καθώς πολλές παθήσεις όπως η λιθίαση, η φυματίωση, η αμυλοείδωση, οι καλοήθεις εξεργασίες και τα νεοπλάσματα του ουρητήρα, είναι δυνατόν να εμφανίζονται με τα ίδια συμπτώματα. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι σε γυναίκες υψηλού κινδύνου (με άτυπα άλγη στην οσφυϊκή χώρα και ιστορικό ενδομητρίωσης, όπως επίσης και πριν την εμμηνόπαυση και αποφρακτικού τύπου συμπτωματολογία αγνώστου αιτιολογίας) η ενδομητρίωση του ουρητήρα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπ' όψη για σωστή διαφορική διάγνωση.

Η διάγνωση της ενδομητρίωσης του ουρητήρα βασιίζεται καταρχάς στον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο, που αποτελεί την εξέταση επιλογής και πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες με ιστορικό ενδομητρίωσης ή σε γυναίκες με σχετικά συμπτώματα ύποπτα ενδομητρίωσης. Η ενδοφλέβιος πυελογραφία δρά βοηθητικά παρέχοντας πληροφορίες για πιθανή στένωση του ουρητήρα (θέση στένωσης και μήκος) καθώς και για τη λειτουργικότητα των νεφρών. Η αξονική τομογραφία είναι δυνατόν να απεικονίζει πάχυνση του τοιχώματος του ουρητήρα, δεν είναι διαγνωστική όμως, ενώ έχει μεγάλη σημασία σε ποια φάση του καταμήνιου κύκλου θα διενεργηθεί η εξέταση. Η ουρητηροσκόπηση έχει το σημαντικό μειονέκτημα ότι σε στένωση του ουρητήρα είναι αδύνατη η προσπέλαση. Ωστόσο η ουρητηροσκόπηση παρέχει τη δυνατότητα της άμεσης επισκόπησης του ουρητήρα, την προσέγγιση της βλάβης, καθώς και τη λήψη ιστού για ιστολογική εξέταση.

Η ενδομητρίωση του ουρητήρα είναι δυνατόν να έχει ως επιπλοκή την υπερκυστική διάταση, η οποία αντιμετωπίζεται με τοποθέτηση αυτοσυγκρατούμενου καθετήρα Double-J ή με τοποθέτηση διαδερμικής νεφροστομίας, ώστε να περιωσθεί η νεφρική λειτουργία.

Η θεραπεία εκλογής της εξωπεριτοναϊκής ενδομητρίωσης είναι η χειρουργική. Ωστόσο είναι πιθανό να προκύπτουν τεχνικά προβλήματα, λόγω συμφύσεων ή εκτεταμένης νόσου, με αποτέλεσμα την ατελή αφαίρεση του έκτοπου ενδομητρικού ιστού. Γι αυτό σε σύγχρονη διάγνωση και όταν δεν απαιτείται άμεση χειρουργική παρέμβαση συνιστάται να προηγείται ορμονική θεραπεία, ώστε να περιοριστεί η έκταση αλλά και να μειωθεί η αιμάτωση του ενδομητρικού ιστού. Στην ενδογενή μορφή της ενδομητρίωσης του ουρητήρα, συνιστάται μερική εκτομή του παθολογικού τμήματος και αποκατάσταση της συνέχειας με ουρητηροκυστεονεοστομία. Επί απώλειας της νεφρικής λειτουργίας, συνιστάται η νεφροουρητηρεκτομή. Συνήθως, τη χειρουργική θεραπεία ακολουθεί συμπληρωματική ορμονική θεραπεία, για την υποτροπή τυχόν εναπομείναντων εστιών. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η ορμονική θεραπεία από μόνη της δεν περιορίζει τη νόσο, διότι ο αντιδραστικός ιστός που περιβάλλει το ενδομητρίωμα δεν είναι ορμονοευαίσθητος, με αποτέλεσμα ακόμα και εάν οι ορμονοευαίσθητοι ιστοί υποστρέφουν να εξακολουθεί να υπάρχει το πρόβλημα της απόφραξης.

Συνεπώς, η ενδομητρίωση είναι μία σπάνια νόσος, η οποία όμως πρέπει να περιλαμβάνεται πάντοτε στη διαφορική διάγνωση ασθενειών του ουροποιητικού συστήματος γυναικών, που βρίσκονται πριν την εμμηνόπαυση^{1,9,10,11,12}.

ΕΞΩΠΥΛΑΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΟΥΛΕΣ

Η ιατρογενής ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος, με συχνότητα εμφάνισης λιγότερη από 1%, χαρακτηρίζεται από μια επώδυνη μάζα μέσα σε ουλή του κοιλιακού τοιχώματος, που σχετίζεται με κυκλικό άλγος και διόγκωση. Κυρίαρχα συμπτώματα είναι ο πόνος και η δυσπαρέυνια, ενώ σπάνια αναφέρεται κνησμός.

Τα συμπτώματα τείνουν να εμφανίζονται ανάμεσα στις ηλικίες των 21 και 40 ετών, κατά μέσο όρο 4,5 έτη ύστερα από την ημερομηνία της επέμβασης. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες, που αυξάνουν τον ενοφθαλμισμό στο κοιλιακό τραύμα, περιλαμβάνουν την εμφύτευση του ενδομητρίου, όπως συμβαίνει στον επιπωματικό πλακούντα, ή και το βίαιο καθαρισμό της ενδομήτριας κοιλότητας με τολύπιο.

Η ενδομητρίωση του περινέου σχεδόν πάντα σχετίζεται με προηγούμενη περινεοτομή, ενώ σπάνια είναι η ενδομητρίωση του περινέου χωρίς την παρουσία τραύματος. Σε αυτή την περίπτωση, είναι πιθανό η μετανάστευση των κυττάρων του ενδομητρίου στο περινέο να έγινε μέσω της λεμφικής οδού. Η δακτυλική αποκόλληση του πλακούντα και η σπάνια επιπλοκή της εκστοφής της μήτρας μετά τον τοκετό φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο ενδομητρίωσης του περινέου. Το 1971 οι Paull και συν., σε μελέτη 2.028 τοκετών με απόξεση του ενδομητρίου ανέφεραν συσχέτιση ανάμεσα στην απόξεση μετά την υστεροτομία και την περινεϊκή ενδομητρίωση. Κατά την ίδια περίοδο 13.800 γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό με περινεοτομή, χωρίς μαιευτική απόξεση, χωρίς να εμφανιστεί καμία περίπτωση ενδομητρίωσης του περινέου. Συμπεραίνεται ότι με τη μαιευτική απόξεση περισσότερα βιώσιμα κύτταρα από τη βασική ζώνη του ενδομητρίου εμφυτεύονται στο σημείο της ανοιχτής περινεοτομής. Φαίνεται πως η καθυστέρηση της συρραφής της περινεοτομής μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη της ενδομητρίωσης, παρατείνοντας το χρόνο επαφής του ανοιχτού τραύματος με τα λόγια. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο λανθάνων χρόνος από τον τοκετό μέχρι την εμφάνιση των συμπτωμάτων κυμαίνεται από 6 μήνες μέχρι και 17 έτη, με το χρονικό αυτό διάστημα να οφείλεται στο γεγονός ότι μικροσκοπικές εμφυτεύσεις κυττάρων του ενδομητρίου απαιτούν αρκετό χρόνο μέχρι να

αποκτήσουν μέγεθος ικανό να προκαλέσει συμπτώματα.

Παρόλο που η ενδομητρίωση των χειρουργικών ουλών έχει αναφερθεί ύστερα από χειρουργικές επεμβάσεις σε μη κνοφορούσες γυναίκες, ένας προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου είναι η προηγηθείσα υστεροτομή. Ο φθαρτός, κατά την έναρξη της κύησης, φαίνεται να έχει μια προτίμηση για τις κοιλιακές ουλές. Πέρα από τη θεωρία της άμεσης εμφύτευσης, η ενδομητρίωση των χειρουργικών ουλών, έχει επίσης ερμηνευθεί και από τη θεωρία της μετάπλασης του κοιλωματικού επιθηλίου. Ορισμένοι συγγραφείς πιστεύουν μάλιστα ότι δεν ευθύνεται ο πολλαπλασιασμός των κυττάρων του φθαρτού, αλλά ότι η εμφύτευση διεγείρει μια παρόμοια «μεταπλασία» στον περινεϊκό ιστό. Ένας ακόμη προδιαθεσικός παράγοντας κινδύνου για την ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος, φαίνεται να είναι και οι επαναλαμβανόμενες εισαγωγές της σύριγγας κατά την αμνιοπαρακέντηση.

Η ενδομητρίωση του περινέου συνήθως παρουσιάζεται σαν ψηλαφητό, επώδυνο οζίδιο επάνω στην ουλή παλιάς περινεοτομής. Το μέγεθος του οζιδίου είναι δυνατό να αυξομειώνεται με την έμμηνο ρύση, ενώ σπάνια αναφέρεται κνησμός στο περίνεο και το αιδούο. Αν η επούλωση του τραύματος της περινεοτομής είναι καθυστερημένη, μπορεί να συμβεί διάνοιξη του τραύματος. Αιμορραγία από την ουλή της περινεοτομής μπορεί να αναφερθεί πριν από την εμμηνορροσία, ενώ αιμορραγία από το ορθό αναφέρεται σπάνια σε εμπλοκή του έξω σφιγκτήρα του πρωκτού. Σε αυτή την περίπτωση είναι απαραίτητη η δακτυλική εξέταση από το ορθό.

Η κλινική διάγνωση βασίζεται αποκλειστικά στο ιστορικό και την κλινική εξέταση κατά τη διάρκεια της εμμηνορροσίας. Το υπερηχογράφημα μπορεί να δείξει αν μια μάζα είναι συμπαγής ή κυστική και την επέκτασή της. Η αξονική τομογραφία μπορεί και αυτή να δράσει βοηθητικά, αλλά σε καμία περίπτωση διαγνωστικά. Η κυτταρολογική εξέταση με τη χρήση FNA (αναρρόφιση με λεπτή βελόνα) μπορεί να βοηθήσει, αποκλείοντας την κακοήθεια. Κατά την κλινική εξέταση η ενδομητρίωση του περινέου φαίνεται σαν ένα επώδυνο οζίδιο στην ουλή της περινεοτομής, με μέγεθος που μπορεί να κυμαίνεται από μερικά χιλιοστά μέχρι 2-3 εκατοστά, χρώματος ερυθρού ή κωανού ανάλογα με το βάθος της διήθησης.

Είναι σημαντική η διαφοροδιάγνωση της ενδομητρίωσης του περινέου από συρίγγια, αποστήματα από εναπομείναντα ράμματα, θρομβωμένες αιμορροΐδες, σηψιματιγόνες κύστες και νεοπλασματικές βλάβες συμπεριλαμβανομένου του κακοήθους μελανώματος. Η ορθή διάγνωση πολλές φορές τίθεται καθυστερημένα, επειδή λόγω της σπανιότητας της κατάστασης η διαγνωστική προσπάθεια στρέφεται προς λάθος κατευθύνσεις.

Η ευρεία τοπική χειρουργική εκτομή είναι η θεραπεία εκλογής και είναι συνήθως θεραπευτική, καθώς αποκλείει ταυτόχρονα διαφορετική παθολογία, καθώς και τη σπάνια περίπτωση της κακοήθειας. Συμπληρωματικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ορμονική θεραπεία. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει μόνο μία περίπτωση υποστροφής χωρίς θεραπεία μετά από εγκυμοσύνη, προφανώς λόγω των ορμονικών μεταβολών που αυτή προκάλεσε. Η φαρμακευτική θεραπεία φαίνεται ότι μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα αλλά μονάχα για βραχεία χρονική περίοδο^{1,13,14,15,16,17}.

ΕΞΩΠΥΕΛΙΚΗ ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΩΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Η ενδοθωρακική ενδομητρίωση είναι σπάνια με λιγότερες από 200 περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Εντούτοις, η υπεζωκοτική και η παρεγχυματική ενδομητρίωση παρατηρούνται στο 51% των εξωκοιλιακών εντοπίσεων της νόσου.

Ο καταμηνιαίος πνευμοθώρακας είναι το συχνότερο πνευμονικό εύρημα που σχετίζεται με την ενδομητρίωση. Έχει ηλικία έναρξης τις δεκαετίες των 30 και 40 χρονών. Συνυπάρχουσα πυελική ενδομητρίωση ανευρίσκεται στο 22% έως 37% των περιπτώσεων. Ως σημεία και συμπτώματα αναφέρονται ακόμα ο αιμοθώρακας και η αιμόπτυση σχετιζόμενα με την εμμηνορροσία, καθώς και τα ασυμπτωματικά πνευμονικά οζίδια, τα οποία μπορεί να είναι ένα διαγνωστικό εύρημα. Ενδομητρωτικές εστίες στον υπεζωκότα ή στο διάφραγμα παρατηρούνται στο 23% με 35% των περιπτώσεων, με διαφραγματικές θυρίδες στο 19% με 33% και με πνευμονικές κύστες στο 33%. Η ενδομητρίωση του αναπνευστικού χαρακτηρίζεται από ρηχή αναπνοή συνοδευόμενη από άλγος στο δεξιό ημιθώρακιο, με έναρξη μέσα σε 72 ώρες από την έμμηνο ρύση, και τάση για υποτροπή. Υπάρχει απουσία συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια των ανωθυλακιορρηκτικών κύκλων. Η κλινική εικόνα καθορίζεται από την εντόπιση των ενδομητρωτικών εστιών. Όταν οι βλάβες εντοπίζονται στους βρόγχους, το κύριο σύμπτωμα είναι η αιμόπτυση. Όταν οι βλάβες βρίσκονται στον υπεζωκότα και στο διάφραγμα, το κύριο σύμπτωμα είναι ο αιμοθώρακας. Η παρουσία πνευμονικών οζιδίων σχετίζεται με προηγηθείσα γυναικολογική επέμβαση ή μαιευτικό ιστορικό. Τα ευρήματα αυτά στηρίζουν τη θεωρία εμφύτευσης και αιματογενούς διασποράς ενδομητρίου ιστού στους πνεύμονες με τη νόσο στο παρεγχύμα. Η παρουσία ενδομητρωτικών εστιών στο δεξιό πνεύμονα σε 11 από τις 12 περιπτώσεις ιστολογικά αποδεδειγμένης παρεγχυματικής πνευμονικής ενδομητρίωσης, υποδηλώνει ότι η παρεγχυματική ενδομητρίωση μπορεί, ορισμένες φορές, να εξηγηθεί και με τη θεωρία της μετάπλασης σπλαχνικού επιθηλίου.

Μπορούμε να υποπτευθούμε αυτή τη διάγνωση με βάση το ιστορικό και τη φυσική εξέταση και να την επιβεβαιώσουμε με την ακτινογραφία θώρακος, τη βρογχοσκόπηση, τη βιοψία του υπεζωκότα, ή τη θωρακοτομή. Η βιοψία από αναρρόφιση έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία για την κυτταρολογική ανάλυση και την ιστολογική επιβεβαίωση της

ενδοθωρακικής ενδομητρίωσης, αφού αποτρέπει τη χειρουργική προσπέλαση για βιοψία πνευμονικού παρεγχύματος σε γυναίκα παραπονούμενη για διαξιφιστικό θωρακικό άλγος. Οι ακτινογραφίες θώρακος με τα σπινθηρογραφήματα αερισμού-αιμάτωσης, μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση ελλείμματος στον πνεύμονα ή πνευμοθώρακα, αλλά δεν μπορούν να θέσουν τη διάγνωση της ενδομητρίωσης. Το καρκίωμα, καθώς και οι αρτηριοφλεβικές ανωμαλίες, πρέπει, επίσης, να συμπεριληφθούν στη διαφορική διάγνωση.

Η αντιμετώπιση του πνευμοθώρακα, που είναι αποτέλεσμα της ενδομητρίωσης, είναι η ίδια, όπως ενός πνευμοθώρακα άλλης αιτιολογίας. Οι περιπτώσεις με ήπια συμπτωματολογία μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά με υποστηρικτική θεραπεία, όπως αναλγητικά, αντιβηχικά και παροχή οξυγόνου, ενώ οι σοβαρότερες περιπτώσεις μπορεί να απαιτήσουν επανέκπτυξη των πνευμόνων με αναπνευστήρα και κυτταρολογική εξέταση της παροχέτευσης για ενδομητρωτικά κύτταρα. Οι θεραπευτικές επιλογές περιλαμβάνουν φάρμακα για την καταστολή της ωοθυλακιορρηξίας ή πιο ριζική αντιμετώπιση, εάν η μελλοντική εγκυμοσύνη δεν είναι επιθυμητή. Έχουν, επίσης, αναφερθεί περιπτώσεις, όπου η καταμηνιαία αιμόπτυση αντιμετωπίστηκε με νταναζόλη, με επιτυχή υποχώρηση των συμπτωμάτων. Η υποτροπιάζουσα ή η παραμόνοσα νόσος, ίσως, χρεαστεί θωρακοτομή και πιθανή υπεζωκοτομή ή πλευροδεσία με ερεθιστικές ουσίες, που προκαλούν καταστολή των μεσοθηλιακών κυττάρων. Ωστόσο, φαίνεται πως είναι πολύ σημαντικό η θεραπεία να εξατομικεύεται στην κάθε ασθενή.

Γενικά, η εξωπυελική ενδομητρίωση είναι μια σπάνια περίπτωση που μπορεί να προσβάλλει κάθε όργανο ή σύστημα ή ιστό του ανθρώπινου σώματος, ενώ η ανάμιξη πολλαπλών και απομακρυσμένων περιοχών είναι εξαιρετικά σπάνια. Σε τέτοιες περίπλοκες και σπάνιες περιπτώσεις είναι πολύ σημαντική η σωστή προσέγγιση από το θεράποντα ιατρό, η σωστή και έγκαιρη αναγνώριση της^{1,18,19,20}.

SUMMARY

Endometriosis is defined as the multiplication and differentiation of tissue similar to the endometrial, outside the uterus. Most of the cases concern endopelvic endometriosis. Endometriosis is difficult to cure and it could be claimed that in everyday practice the treatment provided depends on the patient.

Extrapelvic endometriosis, an ectopic tissue derived from the endometrium, is rather rare, localized outside the pelvic cavity. Reports of extrapelvic endometriosis exist for almost every system of the female body. Extrapelvic endometriosis can be found in the gastrointestinal system, in the urinary (ureter and urinary bladder), at surgical lesions and rarely in the respiratory system. In this review, extrapelvic endometriosis is emphasized and data concerning epidemiology, the pathoanatomical profile, the symptoms, diagnosis and cure are presented.

Keywords: Endometriosis, endopelvic, extrapelvic.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. I. Ματαλλωτάκης, Δ. Πανίδης, Γ. Κουμαντάκης, Α. Γούμενου, Ε. Κουμαντάκης. Εξειδικευμένα Θέματα, Ενδομητρίωση-Αδενομύωση. Εκδόσεις Τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης
2. Somigliana E, Viganò P, Parazzini F, Stoppelli S, Giambattista E, Vercellini P. Association between endometriosis and cancer: a comprehensive review and a critical analysis of clinical and epidemiological evidence. *Gynecol Oncol* 2006 May; 101(2):331-41. Epub 2006 Feb 13.
3. Baldi A, Campioni M, Signorelli PG. Endometriosis: Pathogenesis, diagnosis, therapy and association with cancer. *Oncol Rep* 2008 Apr; 19(4):843-6.
4. Farquhar CM. Extracts from *Clinical Evidence, Endometriosis*. *BMJ* 2000 May 27; 320(7247):1449-1452.
5. Mills DS, Vernon M. *Endometriosis: A key to healing through nutrition*. ISBN-10: 0007133103.
6. Harrison RF, Bary-Kinsella C. Efficacy of medroxyprogesterone treatment in infertile women with endometriosis: a prospective, randomized, placebo controlled study. *Fertil Steril* Jul 2000; 74 (1):24-30.
7. Dimoulis P, Koutroubakis IE, Tzardi M, Antoniou P, Matalliotakis IM, Kouroumalis EA. A case of sigmoid endometriosis difficult to differentiate from colon cancer. *BMC Gastroenterol* 2003 Aug 7; 3:18.
8. Houtmeyers P, Ceelen W, Gillardin JM, Dhondt M, Pattyn P. Surgery for gastrointestinal endometriosis: indications and results. *Acta Chir Belg*. 2006 Jul-Aug; 106(4):413-6.
9. Ε. Αραβαντινός, Κ. Σκριάπας. Ενδομητρίωση του ουροποιητικού συστήματος. *INFO UROLOGY*, Τεύχος 30, Απρίλιος, Μάιος, Ιούνιος 2003.
10. Gustilo-Ashby AM, Paraiso MF. Treatment of urinary tract endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2006 Nov-Dec; 13(6):559-65
11. Butrick J. CW. Patients with chronic pelvic pain: endometriosis or interstitial cystitis/painful bladder syndrome? *SLS* 2007 Apr-Jun; 11(2):182-9.
12. Abrao MS, Dias JA Jr, Belleli P, Podgaec S, Bautzer CR, Gromatsky C. Endometriosis of the ureter and bladder are not associated diseases. *Fertil Steril* 2008 Apr 12
13. Hashim Hashim, Shukri Shami. Abdominal Wall Endometriosis In General Surgery. *The Internet Journal of Surgery TM*, ISSN: 1528-8242
14. Α. Τολιζας, Clerk N. Amso N. Ενδομητρίωση στην ουλή περινεοτομής. *Ελληνική Μαιευτική & Γυναικολογία*, Τόμος 16, Τεύχος 1, 2004
15. Coeman V, Sciort R, Van Breuseghem I. Case report : Rectus abdominis endometriosis: a report of two cases. *The British Journal of Radiology*,

- 78 (2005); 68–71 E 2005, *The British Institute of Radiology* DOI: 10.1259/bjr/28183033.
16. Villalta J, Custardoya AL, Carrasquera JA, Pujalab M, Gamboc P. Endometriosis en la cicatriz de una cesarean. *Cirurgia Espaniola*, Lunes 1 Mayo 2006. Volumen 79- Nimer 05 p. 313-315.
17. Teng CC, Yang HM, Chen KF, Yang CJ, Chen LS, Kuo CL. "Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication." *Taiwan J Obstet Gynecol* 2008 Mar; 47(1):42-8.
18. Augoulea A, Lambrinouadaki I, Christodoulakos G. Thoracic Endometriosis Syndrome. *Respiration* 2008; 75:113- 119 (DOI : 10.1159/000105102).
19. Johnson MM. Catamenial Pneumothorax and other thoracic manifestations of endometriosis. *Clinics in Chest Medicine* 2004; Vol 25, Issue 2, p. 311-319, DOI:10.1016/j.ccm.2004.01.005.
20. Jubanyik KI, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstetrics and Gynecology clinics of North America*, Vol 24, Issue 2, 1 June 1997, p.411-440, DOI: 10.1016/S0889-8545(05)70311-9.