

Odjel ginekologije i porodništva, Opća Bolnica Zabok,¹
 Klinika za ženske bolesti i porodništvo, Klinički bolnički Centar, Ljubljana,²
 Služba za patologiju i citologiju Opće Bolnice Zabok,³

LIJEČENJE LEZIJE REKTUMA KOD DUBOKE ENDOMETRIOZE REKTOVAGINALNOG SEPTUMA LAPAROSKOPSKIM PRISTUPOM – PRIKAZ SLUČAJA

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF RECTAL LESION DURING THE REMOVAL OF REKTOVAGINAL SEPTUM ENDOMETRIOSIS – A CASE REPORT

*Rajko Fureš,¹ Martina Ribić-Pucelj,² Miroslav Kopjar,¹ Jadranka Šanjug,¹ Cvjetko Lež,³
 Mladen Zadro,¹ Martina Bračun,¹ Mladen Krajcar,¹ Bruno Grabušić¹*

Prikaz bolesnice

Ključne riječi: duboka endometrioza rektovaginalnoga septuma, lezija rektuma, laparoskopski postupak

SAŽETAK. Prikazano je laparoskopsko zbrinjavanje lezije rektuma prigodom ekscizije žarišta duboke endometrioze rektovaginalnog septuma. Prema dostupnim literaturnim izvorima, radi se o prvoj takvoj operaciji na području Republike Hrvatske, kod koje je lezija rektuma kod liječenja duboke endometrioze rektovaginalnoga septuma zbrinuta u cijelosti laparoskopskim pristupom. Spomenuti pristup mnogo je pošteniji, poboljšava kvalitetu i uspješnost liječenja, te jamči i brži oporavak.

Case report

Key words: deep endometriosis of rectovaginal septum, lesions of the rectum, laparoscopic treatment

SUMMARY. The laparoscopic treatment of rectal lesion during the excision of deep endometriotic node of rectovaginal septum is described. This was the first time that such operation was performed in the Republic of Croatia, where the rectal lesion, during the removal of deep rectovaginal septum endometriosis, was entirely treated by a laparoscopic approach. This approach is far better for the patient, and guarantees a faster recovery.

Uvod

Endometrioza je učestala benigna bolest u žena reproduktivne dobi koja se definira kao prisutnost ektopičnog endometrija koji je stanično aktivan i hormonski osjetljiv. Etiologija endometrioze nije još uvijek u potpunosti razjašnjena. Dvije najprihvaćenije teorije su *Sampsonova* implantacijska teorija, koja nastanak endometrioze tumači retrogradnim refluksom krvi i čestica endometrija tijekom menstruacije i, *Mayerova* teorija koja endometriozi pripisuje metaplaziji celomnog epitela zdjeličnog peritoneja.¹

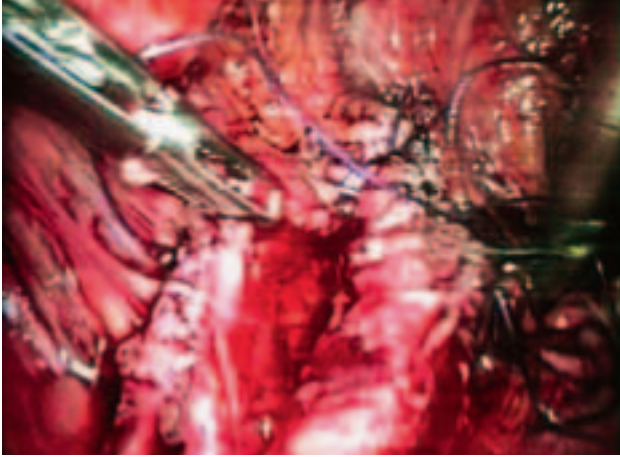
Incidencija endometrioze u žena reproduktivne dobi, koje aktivno menstruiraju, kreće se do 10%. Najčešći simptom endometrioze je zdjelična bol. Endometrioza se može manifestirati i dismenorejom, dispareunijom, bolnom peristaltikom, dizurijom, menoragijom, mučninom i povraćanjem, opstrukcijom crijeva, opstrukcijom mokraćnog sustava, promjenama menstrualnog ciklusa te neplodnošću.^{1–3}

Pri dijagnosticiranju endometrioze vrlo je važno uzimanje egzaktnih anamneze te detaljan ginekološki i UZV pregled. Nalaz palpabilnih bolnih čvorića u Douglasovu prostoru, u području sakrouterinih ligamenata i rektovaginalnog septuma, kao i posebice bol pri pomicanju maternice, uz bolno povećanje adneksa te fiksaciju adneksa i fiksacija maternice u retroverziji, upućuju na endometrioza. Dijagnostika endometrioze polazi od nezaobila-

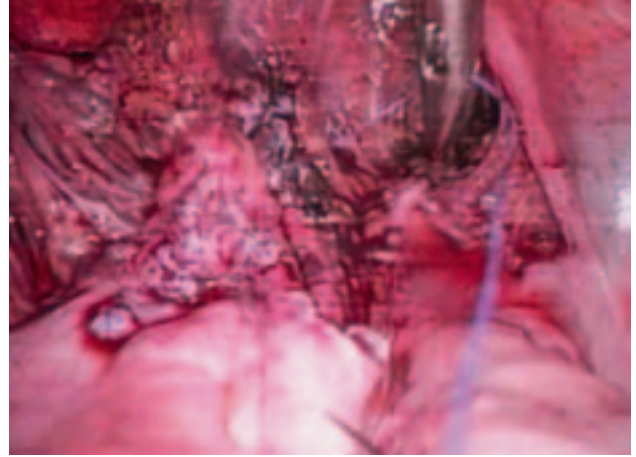
noga klasičnog ginekološkog pregleda, pri čemu palpacijski verificiramo osjetljivost i bolnost u području rektovaginalnoga septuma s endometriotskim supstratom, čija je simptomatologija ovisna o ekstenzitetu lezije. Za dijagnostiku rektovaginalne endometrioze od velike je pomoći i egzaktna ultrazvučna pretraga, poglavito kod većih lezija, uz primjenu obojenog odnosno pulsog doplera. No temeljni dijagnostički postupak je neposredna vizualizacija endometriotskih lezija laparoskopom, a nakon toga i laparoskopsko liječenje iste.^{4,5}

Endometriozi klasificiramo na 4 stadija prema klasifikaciji Američkog društva za reproduktivnu medicinu (The American Fertility Society – ASRM) iz 1985. te revidiranoj klasifikaciji iz 1997. Klasifikacija se određuje na temelju bodovnog zbroja kao: I. minimalna (1–5), II. blaga (6–15), III. umjerena (16–40) i IV. teška endometrioza (>40 bodova). Klasifikacija se temelji na lokaciji endometriotskih implantata, njihovom broju i veličini, postojanju površinskih ili dubokih lezija kao i gustoći priraslica.^{5,6}

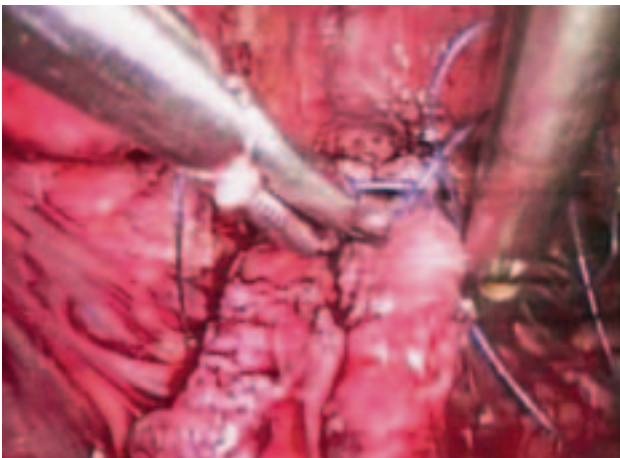
Liječenje endometrioze je individualno te ovisi o dobi pacijentice, simptomima, želji za trudnoćom te o stadiju bolesti. Blaži oblici, u žena koje žele zatrudnjati, mogu se liječiti medikamentozno ili u kombinaciji s kirurškim zahvatom, dok je kirurško liječenje terapija izbora u svim ostalim slučajevima. Posebice je zahtjevno operacijsko liječenje III. i IV. stadija endometrioze, gdje se



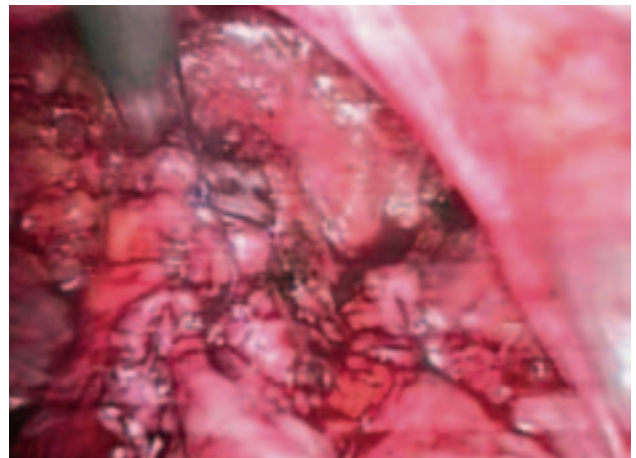
Slika – Figure 1.



Slika – Figure 3.



Slika – Figure 2.



Slika – Figure 4.

kao veliki izazov pojavljuju genitourinarna endometriotička žarišta, poglavito ona u području uretera, mokraćnog mjehura, a isto tako i ona u području crijeva, jetre i dijafragme. Udaljene ekstragenitalne lokalizacije endometrioze, posebice one na plućima i mozgu, znaju bolesnicama izazivati značajne smetnje, a zahtjevne su i pri njihovm liječenju. Duboka endometrioza, poglavito genitourinarnog trakta i crijeva, predstavlja veliki izazov u ginekološkoj laparoskopskoj kirurgiji, te iziskuje odgovoran i kompleksan multidisciplinarni pristup bolesnicama s endometriozom.^{7–10}

Prikaz bolesnice

Bolesnica dobi 41 godine upućena je u našu ustanovu od strane nadležnog ginekologa radi odstranjenja polipa endometrija. Pri histeroskopskoj ablaciji endometrijskog polipa utvrđena je sumnja na perforaciju uterusa na mjestu baze polipa, što je i verificiralo laparoskopski. Navedeni manji perforacijski otvor zbrinut je elektrokauterizacijom, revidirani su okolni organi, koji su intaktni. No prigodom laparoskopске eksploracije donjeg trbuha utvrdili smo i postojanje duboke endome-

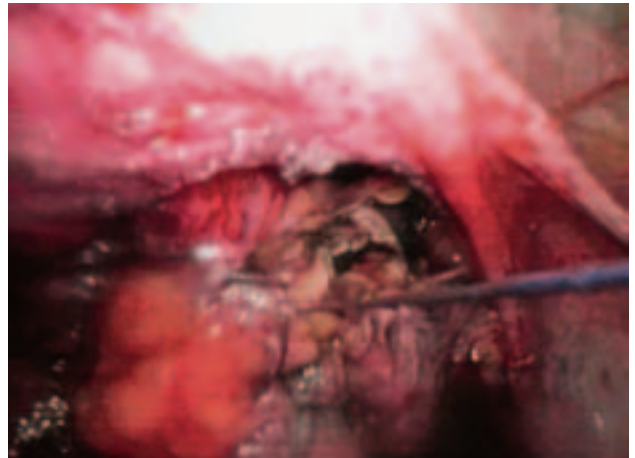
trioze u području rektovaginalnog septuma, te je, s obzirom na višegodišnje perzistiranje izrazitih bolova u donjem trbuhu i proširenost same bolesti, odlučeno po provedenoj proširenoj obradi pripremiti bolesnicu za operacijski zahvat. Poslijeoperacijski tijek protekao je uredno. Patohistološki nalaz upućuje na endometrijski polip bez patoloških abnormalnosti.

Anamnestički se doznaje da je bolesnica do sada četiri puta uredno vaginalno rodila. Navedene bolove u donjem trbuhu i u lumbalnoj regiji bolesnica navodi unatrag više godina, s tim da su smetnje posebno jakoga intenziteta unatrag pet mjeseci. U tijeku obavljanja kompletne proširene preoperacijske obrade učinjena je CT i MR pretraga zdjelice, kojima je potvrđena dijagnoza, pri čemu je u području rektovaginalnog septuma utvrđena lezija suspektna na endometriom, a koja mjeri 29x13 mm.

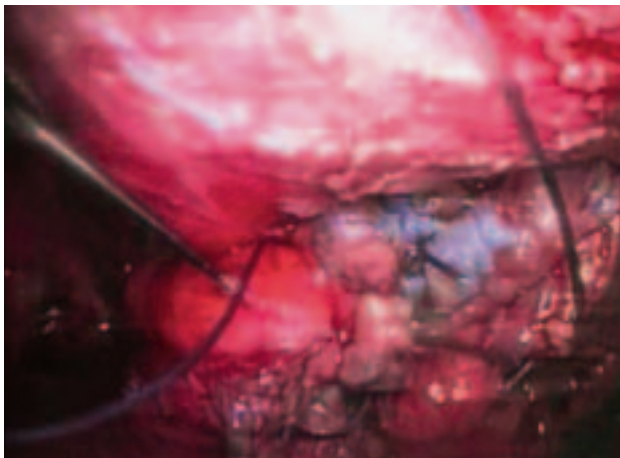
Po uredno provedenoj proširenoj preoperacijskoj obradi odlučeno je, s obzirom na ginekološki nalaz, smetnje, te obradom verificiranu endometrioza rektovaginalnog septuma, uz dogovor i pristanak bolesnice, učiniti laparoskopsku operaciju: supracervikalnu lapa-



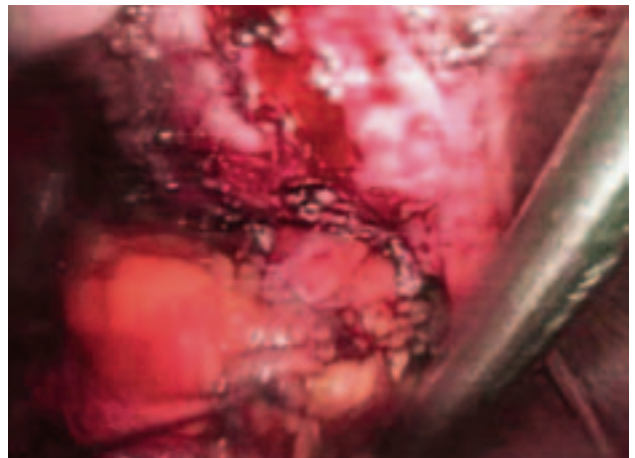
Slika – Figure 5.



Slika – Figure 7.



Slika – Figure 6.

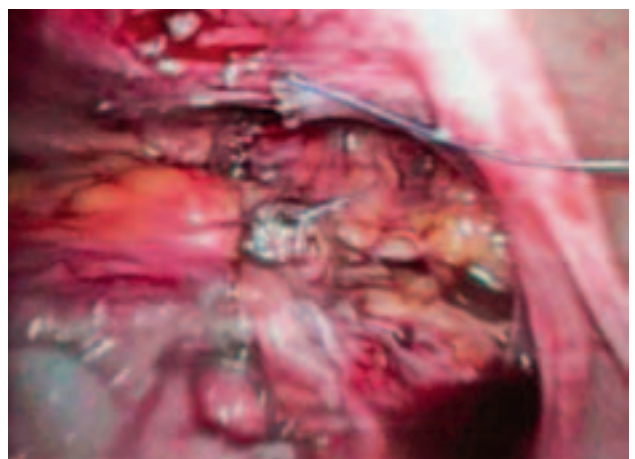


Slika – Figure 8.

roskopsku histerektomiju s ekscizijom endometriotičkog žarišta u području rektovaginalnog septuma.

S obzirom na nalaz pristupa se laparoskopiji. Prikaže se makroskopski uredan uterus u retroverziji fleksiji, tek nešto uvećan. Adneksi obostrano makroskopski uredni, bez patološkog supstrata. U području rektovaginalnog septuma verificira se područje fibroze koje odgovara prethodno opisanom endometriotičnom žarištu. U prvo dijelu operacijskoga zahvata locira se prije spomenuto endometriotičko žarište, koje mjeri oko 2 cm, te se u nastavku otpreparira rektum prema straga, a opisani se endometriotički čvor izljušti u cijelosti, dijelom oštro, a dijelom tupo. Kako je opisani čvor bio u vrlo intimnom kontaktu sa samim rektumom, nakon njegove potpune ekscizije utvrđena je na mjestu ležišta endometriotičkog žarišta perforacijska lezija crijeva u duljini od oko 2 cm. Kontinuitet rektuma provjeri se instilacijom u rektum metilenskog modrila kroz Foleyev kate-ter. Modrilo prolazi kroz rektum u trbušnu šupljinu. Perforacija se sašije laparoskopski pojedinačnim šavima u dva sloja (slike 1–4).

Nakon što se lezija rektuma zbrine šavima, instilira se metilensko modrilo kroz Foleyev kateter u rektum, te se



Slika – Figure 9.

uočava manji perzistirajući defekt crijeva (slika 5), koji se zbrine pojedinačnim šavima.

U nastavku operacije ponovno se kroz Foleyev kate-ter u rektum instilira metilensko modrilo, a nakon toga istim načinom i fiziološka otopina te se ne vidi pro-

puštanje u trbušnu šupljinu metilenskog modrila kao ni fiziološke otopine. U nastavku se operacijsko polje peritonizira pojedinačnim šavima (*slike 6 i 7*). I nakon peritonizacije operacijskog polja opetovano se kroz Foleyev kateter instilira metilensko modrilo, a nakon toga i fiziološka otopina, te se i ovaj put ne vidi propuštanje metilenskog modrila, kao ni fiziološke otopine u trbušnu šupljinu (*slike 8–9*).

U drugome dijelu operacije u bolesnice je napravljena supracervikalna histerektomija bez adneksotomije (adneksi makroskopski uredni). Zahvat je obavljen navedenim slijedom: hvata se, koagulira i reže obostrano lig. ovarii proprium, uterini kraj jajovoda i lig. rotundum. Otvori se sprijeda plika vesikouterina, mjehur se potisne prema dolje, a straga se ureže plica rectouterina i rektum potisne prema dolje. Obostrano se podvezuju, koaguliraju i režu uterine arterije te se, nakon što se ogoli istmični dio uterusa na njega postavi omča kojom se uterus u istmičnom dijelu cirkularno zareže; tako se u nastavku odstrani uterus, čime se učini supracervikalna histerektomija. U nastavku se, isto tako, bipolarnom hvataljkom koaguliraju proksimalne dvije trećine cervikalnog kanala. Provjeri se hemostaza koja je uredna. Morselira se preparat i kroz incizijski otvor od 15 mm ukloni iz trbuha. Postavi se kroz troakarski ubod dren od 5 mm, uklone se instrumenti, a ubodne rane se zašiju. Na kraju zahvata urin je bistar, bolesnica se na stolu budi iz anestezije. Odstranjeni čvor i korpus uterusa šalju se na patohistološku analizu, kojom se i potvrđi dijagnoza endometrioze rektovaginalnog septuma. Poslijeoperacijski tijek u bolesnice protekao je uredno. Prvi poslijeoperacijski dan bolesnica je pila 1 l tekućine a visokokalorični sladoled (ne smije biti voćni) za ručak («Fast trac»). Drugi postoperacijski dan bolesnica je dobila jogurt i juhu uz obilno tekućine, a nakon toga je uključena lagana prehrana do regulacije peristaltike.

Bolesnica je kući otpuštena sedmi poslijeoperacijski dan, kad su joj i odstranjeni šavi na troakarskim otvorima, a ginekološki nalaz kod otpusta je odgovarao operacijskome zahvatu, uz uredno mokrenje i stolicu te uredno opće stanje.

U daljnjem postoperacijskom tijeku, na redovitim ginekološkim kontrolama verificira se uredan nalaz PAPA testa, dok ginekološki i UZV nalaz odgovaraju učinjenom zahvatu. Poslijeoperacijski se u bolesnice ne verificira nikakvih smetnji vezanih uz sam operacijski zahvat, stolica i mokrenje su u potpunosti regulirani, bez ikakvih smetnji. Smetnje koje su bile prije operacije, u vidu bolova u donjem trbuhu te osjećaja napetosti i napuhnutosti, u potpunosti su otklonjene, te se bolesnica osjeća mnogo bolje i spominje znatno poboljšanje u odnosu na stanje prije samoga operacijskog zahvata.

Rasprava

U slučajevima kad endometrioza infiltrira rektovaginalni septum, u preko polovice bolesnica nalazi se i infiltracija rektuma, a isto tako u preko polovice bolesnica nalazimo i neplodnost. Metoda izbora u liječenju endo-

metrioze rektovaginalnoga septuma u svakome je slučaju operacijska, poglavito iz razloga što medikamentozno liječenje ima izrazito reverzibilni učinak. Poželjno je da se bolesnicama primijeni laparoskopski pristup u liječenju endometrioze rektovaginalnoga septuma, poglavito radi izrazitije pošteditosti.^{9,10}

Laparoskopsko liječenje crijevne endometrioze, u ovome slučaju rektuma, s obzirom na svoje pozitivne strane, prvenstveno radi pošteditosti samog zahvata, ima znatne prednosti u odnosu na klasičan kirurški pristup. Za spomenuto je izuzetno važan multidisciplinarni pristup, jer je liječenje endometrioze rektovaginalnoga septuma iznimno kompleksno. Za izvođenje ovih, izrazito zahtjevnih operacijskih zahvata, nužno je vrhunsko vladanje laparoskopskim operacijskim tehnikama kao i besprijekorna kirurška izvježbanost operatera. Navedeno nije moguće bez dugogodišnjeg i predanog stručnog usavršavanja, a uspješnost spomenutih laparoskopskih operacijskih zahvata povećava se i korištenjem najsuvremenijeg endoskopskog instrumentarija. Prednost laparoskopskog pristupa liječenju lezija crijeva kod duboke endometrioze rektovaginalnoga septuma nemjerljiva je u odnosu na klasični kirurški pristup, jer bolesnicama donosi brži i lakši poslijeoperacijski oporavak te u postavu i stabilizaciju normalnih fizioloških funkcija. Takav pristup mnogo je pošteditiji, poboljšava kvalitetu i uspješnost liječenja te jamči i brži oporavak.^{9,10}

Kod prikazane bolesnice, s obzirom na raširenost same bolesti (duboka endometrioza rektovaginalnoga septuma), jake te dugotrajne bolove, kao i anamnestičke podatke o četiri prethodna vaginalna poroda, odlučilo se u liječenju za laparoskopski kirurški pristup kao primarni. Za liječenje bolesnica u kojih je utvrđena endometrioza rektovaginalnog septuma uvidom u literaturne izvore nismo našli objavljenih radova koji bi na području Republike Hrvatske opisivali zbrinjavanje lezije rektuma laparoskopskim pristupom.

Nadamo se da će prikaz ovoga slučaja biti podstrek hrvatskim ginekolozima za daljnje usavršavanje te unapređivanje operacijskih tehnika, kako bi suvereno mogli zbrinjavati spomenutu problematiku. Veliki broj ginekoloških bolesnica susreće se dubokom endometriozom rektovaginalnoga septuma pa je naša obveza i prema njima primijeniti najpošteditnije metode liječenja te zbrinjavati bolesnice s tom bolesti najsuvremenijim operacijskim tehnikama. Time bi se, isto tako, našim bolesnicama, uz značajne dobrobiti koje spomenuti pristup donosi, izbjeglo njihovo dodatno traumatiziranje te odlazak u strane centre, koji vladaju opisanim operacijskim tehnikama.

Zaključak

Laparoskopski pristup jamči vrlo dobre i brze rezultate u poslijeoperacijskom oporavku te znatno kraći i uspješniji oporavak u odnosu na klasične operacijske tehnike, što samo po sebi garantira daleko bolje i kvalitetnije rezultate liječenja kao i praćenje bolesnica.

S obzirom na složenost i zahtjevnost laparoskopskih zahvata, za obavljanje tih zahvata potrebno je ustrojiti

specijalizirane centre izvrsnosti po uzoru na slične centre u svijetu, kako bi se usmjeravanjem i koncentriranjem bolesnica mogli postići rezultati koji su na razini svjetskih, a sve to u interesu naših bolesnica.

Literatura

1. Smuc T, Hevir N, Ribic-Pucelj M, Husen B, Thole H, Rizner TL. Disturbed estrogen and progesterone action in ovarian endometriosis. *Mol Cell Endocrinol* 2009;25;301(1–2):59–64.
2. Signorile PG, Campioni M, Vincenzi B, D'Avino A, Baldi A. Rectovaginal septum endometriosis: an immunohistochemical analysis of 62 cases. *In Vivo* 2009;23(3):459–64.
3. Leyden J, Winter DC, Clarke E, O'Keane C. Endoscopic ultrasound and EUS-guided FNA in the diagnosis of rectal endometriosis. *Ir Med J* 2009;102(9):301.
4. Wang G, Tokushige N, Russell P, Dubinovsky S, Markham R, Fraser IS. Hyper innervation in intestinal deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invas Gynecol* 2009;16(6):713–9.

5. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. *Fertil Steril* 1985;43(3):351–2.

6. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67(5):817–21.

7. Berker B, Hsu TSH, Lee KL, Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic treatment of endometriosis. U: Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. (eds.). *Nazhat's operative gynecologic laparoscopy and hysteroscopy – 3rd ed.* Cambridge University Press. 2008:263–303.

8. Acien P. Deeply infiltrating endometriosis and transvaginal ultrasonography. *Hum Reprod* 2009;24(9):2385.

9. Vashisht A, Gulumser C, Pandis G, Saridogan E, Cutner A. Voiding dysfunction in women undergoing laparoscopic treatment for moderate to severe endometriosis. *Fertil Steril* 2009;92(6):2113–5.

10. Pereira RM, Zanatta A, Preti CD, de Paula FJ, da Motta EL, Serafini PC. Should the gynecologist perform laparoscopic bowel resection to treat endometriosis? Results over 7 years in 168 patients. *J Minim Invas Gynecol* 2009;16(4):472–9.

Članak primljen: 24. 03. 2010.; prihvaćen: 27. 07. 2010.

Adresa autora: Prim. mr. sc. Rajko Fureš, Opća bolnica Zabok, Bračak 8, 49 210 Zabok; e-mail: rajko.fures@krt-com.hr



**VIJESTI
NEWS**

SLJEDEĆI SASTANCI – NEXT MEETINGS

Mjesto i datum Place and date	Naziv sastanka Name of the meeting	Informacije na adresu Informations to address
September 22–26 2010. Barcelona, Spain	Global Congress of Maternal and Infant's Health	Scientific Secretariat: MatresMundi, Barcelona, Calle Londres 6, p.8. E-mail: barcelona.2010matres-mundi.org; www.globalcongress2010.com
31. IX. – 3. X. 2010. Split, Solin Hotel »President«	XXV. Perinatalni dani »Ante Dražančić«	Anita Pavković, Klinika za ženske bolesti i porode, Spinčićeva 1, 21 000 Split; Tel. 021 556 451; E-mail: apavkovic@kbsplit.hr; damir@kbsplit.hr;
14.–15. October 2010 Bassano del Grappa	XXXII Alpe Adria Meeting of Perinatal medicine	E-mail: yoram.meir@aslbassano.it
23–26 October 2010 Copenhagen, Denmark	3 rd Congress of European Academy of Paediatric Societies	Kenes International, Geneve, Switzerland; E-mail: paediatrics@kenes.com; www.kenes.co/paediatrics
November 8–11, 2011 Punta del Este, Uruguay	10 th World Congress of Perinatal Medicine	E-mail: 10wcpm@personas.com.uy www.10wcpm.org
May 5–6, 2011 Dubrovnik, Inter-University Centre	»IanDonald« School Global Congress Recent Advances in Ultrasound in Obstetrics and Gynecology	http://wapm.info/Links Resources/WAPM Sister
May, 7 th Dubrovnik Inter-University Centre	»Erich Saling« School of Perinatal Medicine	Societies / Ian Donald School / tabid / 57 / Default