

GACON, Ewa, ZEMBALA, Julita, KUCHARSKI, Jakub, ZĄBER, Aldona & ZAPAŁA, Brygida. Long way to diagnosis – case report of 23-year old patient with multifocal abdominal endometriosis. Journal of Education, Health and Sport. 2023;27(1):71-75. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.27.01.007>  
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/43412>  
<https://zenodo.org/record/7915565>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2023; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 04.04.2023. Revised: 20.04.2023. Accepted: 09.05.2023. Published: 09.05.2023.

## Long way to diagnosis – case report of 23-year-old patient with multifocal abdominal endometriosis

Ewa Gacoń  
Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie  
<https://orcid.org/0009-0009-8080-2655>  
Julita Zembala  
Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus w Warszawie  
<https://orcid.org/0000-0002-5709-5691>  
Jakub Kucharski  
Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie  
<https://orcid.org/0009-0002-2517-7243>  
Aldona Ząber  
Wojskowy Instytut Medyczny Państwowego Instytutu Badawczego  
<https://orcid.org/0009-0004-3577-3203>  
Brygida Zapała  
Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego w Warszawie  
<https://orcid.org/0009-0002-1579-5697>

### Streszczenie:

Endometrioza jest to przewlekła choroba ginekologiczna polegająca na występowaniu błony śluzowej trzonu macicy wykazującej czynność zgodną z cyklem miesięczkowym poza jej typowym umiejscowieniem. Schorzenie to w istotny sposób obniża jakość życia kobiet mierzących się z licznymi dolegliwościami, najczęściej bólowymi oraz może doprowadzić do ograniczenia płodności.

Częstość występowania endometriozy jest trudna do określenia ze względu na złożoną i długotrwałą diagnostykę. Szacuje się, że choroba ta występuje u 3-8% kobiet w wieku rozrodczym, a objawy mogą pojawiać się również po menopauzie. Na uwagę zasługuje fakt, że niejednokrotnie związek pomiędzy stopniem zaawansowania choroby

a nasileniem objawów endometriozy nie jest proporcjonalny.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku 23-letniej pacjentki chorej na endometriozę, różnicowanie choroby z zespołem jelita drażliwego oraz zwrócenie uwagi na trudny i długotrwały proces diagnostyki ze względu na mnogość objawów z różnych narządów.

Materiał i metody: Studium indywidualnego przypadku pacjentki oraz przegląd artykułów naukowych dostępnych w Google Scholar oraz przegląd ogólnodostępnych podręczników z zakresu medycyny.

Praca podkreśla konieczność poszerzenia wiedzy na temat endometriozy przez specjalistów wielu dziedzin medycyny oraz wskazuje na brak szybkich, małoinwazyjnych badań umożliwiających sprawną diagnostykę choroby.

Zwiększenie świadomości lekarzy - w tym innych specjalności niż ginekologia, organizowanie kampanii na rzecz zwiększenia świadomości istnienia choroby wśród kobiet może przyczynić się do wcześniejszego diagnozowania, wcześniejszego zastosowania skutecznego leczenia oraz poprawy komfortu życia pacjentek.

**Słowa kluczowe:** endometrioza; endometrium; choroba przewlekła

**Abstract:**

Endometriosis is a chronic gynaecological disease characterized by the presence of the uterine mucosa that functions in accordance with the menstrual cycle outside of its usual location. This disease significantly reduces the quality of life of women facing numerous ailments, most often pain, and may lead to reduced fertility.

The prevalence of endometriosis is difficult to determine due to the complexity and lengthy diagnosis. It is estimated that this disease occurs in 3-8% of women of reproductive age, and symptoms may also appear after menopause. It is worth noting that the relationship between the disease's severity and endometriosis symptoms is often not proportional.

The aim of the paper is to present a case report of a 23-year-old female patient with endometriosis, to differentiate the disease from irritable bowel syndrome and to draw attention to the problematic and lengthy diagnostic process due to the multitude of symptoms from various organs.

Material and method: Study of an individual case of a patient and a review of scientific articles available in Google Scholar and a review of publicly available textbooks in the field of medicine.

The paper emphasizes the need to broaden the knowledge about endometriosis by specialists in many fields of medicine and points to the lack of quick, minimally invasive tests enabling efficient diagnosis of the disease.

Increasing the awareness of doctors including other specializations than gynaecology, organizing campaigns to increase awareness of the disease among women, which may contribute to earlier diagnosis of patients, earlier application of an effective treatment, and improvement of patients' quality of life.

**Keywords:** endometriosis; endometrium; chronic disease

**Wprowadzenie:**

Endometrioza jest przewlekłą chorobą ginekologiczną charakteryzującą się występowaniem błony śluzowej macicy poza jej typowym umiejscowieniem, naciekającej zarówno okoliczne tkanki jak i odległe narządy powodując ich dysfunkcje, jak również doprowadzając do powstania przewlekłego stanu zapalnego. Ektopowo występującą błonę śluzową cechuje podobieństwo zarówno anatomiczne jak i czynnościowe z tkanką zlokalizowaną prawidłowo [1]. Choroba ta stanowi 50% rozpoznań w przypadku kobiet z niepłodnością współistniejącą z przewlekłym zespołem bólowym miednicy mniejszej [2].

Dokładna patogeneza endometriozy nie została nadal określona, istnieją na ten temat liczne teorie biorące pod uwagę m.in. czynniki dziedziczne czy wpływ środowiska [3]. Kluczową rolę odgrywać mogą zaburzenia immunologiczne, przez które nieprawidłowa tkanka nie zostaje zwalczona przez układ immunologiczny [4]. Istnieje też teoria Sampsona mówiąca o wydostaniu się komórek endometrium z macicy poprzez jajowody wraz z krwią podczas miesiączki [3]. Znane czynniki ryzyka endometriozy to: krótkie cykle menstruacyjne, wczesna menarche, wysoki wzrost, wywiad rodzinnego występowania choroby oraz ekspozycja na szkodliwe substancje m.in. polichlorowane bifenyle (PCB) czy dioksyny i używki: alkohol, kofeinę [5].

Wykazano natomiast odwrotnie proporcjonalną zależność między wysoką masą ciała, paleniem papierosów oraz podwiązaniem jajowodów a występowaniem endometriozy [5].

Najbardziej typowym objawem endometriozy jest przewlekły ból zlokalizowany w podbrzuszu, najczęściej występujący okołomiesiączkowo, jak również podczas współżycia. U chorych menstruacja trwa dłużej, mogą występować obfite jak i nieregularne krwawienia [6].

Ze względu na mnogość możliwych lokalizacji pacjentki mogą skarżyć się na różne dolegliwości. W przypadku zajęcia pęcherza moczowego może pojawić się krew w moczu, częstomocz czy bolesne oddawanie moczu; objęcie chorobą jelita grubego objawia się zaburzeniem perystaltyki, zaparciami, biegunką, wzdęciami czy krwawieniem. Bóle mogą występować w różnej lokalizacji odpowiadającej obszarowi objętemu przez nerwy, wokół przebiegu których lokalizują się ogniska endometriozy. Występują doniesienia o endometriozie zlokalizowanej w mózgu czy płucach [6]. Dodatkowo chore mogą zgłaszać uczucie zmęczenia [7], często leczą się z powodu zaburzeń lękowych czy depresji, wtórnych do życia z przewlekłym bólem, braku zrozumienia w otoczeniu jak również będących konsekwencją długotrwałego i skomplikowanego procesu diagnostycznego [6]. Endometrioza może również mieć bezobjawowy przebieg, a pacjentki niejednokrotnie dowiadują się o niej dopiero w przypadku diagnostyki niepłodności będącej jej następstwem [8].

Badania wykazały zwiększoną zapadalność na choroby autoimmunologiczne u chorych na endometriozę, jednocześnie choroba ta częściej jest rozpoznawana u pacjentek z przewlekłymi zaburzeniami immunologicznymi [4].

Rozpoznanie endometriozy zajmuje najczęściej wiele lat, przez co diagnoza bywa stawiana przy znacznym stopniu zaawansowania choroby. Rozpoczęcie diagnostyki polega na badaniu fizykalnym, które często ujawnia

tyłozgięcie macicy, ograniczoną ruchomość narządów miednicy mniejszej jak również bolesność palpacyjną, czy zwiększone napięcie mięśni dna miednicy.

Najważniejszym i najłatwiej dostępnym badaniem jest ultrasonografia przezbrzuszną i przezpochwową, natomiast wyższą swoistością cechuje się rezonans magnetyczny [9]. W ramach diagnostyki nieinwazyjnej można zastosować oznaczenie stężenia glikoproteiny Ca-125, jednakże jest ono wysoko nieswoiste i może być tylko narzędziem uzupełniającym diagnostykę pozwalając jedynie na wstępne rozpoznanie [10].

Złotym standardem jest laparoscopia, warto jednak zaznaczyć, że zabieg ten powinien mieć z założenia charakter diagnostyczno-leczniczy. Stanowi on podstawę do rozpoznania histopatologicznego choroby jednocześnie pozwalając na możliwie najszerszy zakres usunięcia ognisk chorobowych i ich następstw, zmniejszając tym samym potrzebę kolejnych operacji, które same w sobie mogą skutkować dalszym rozsiewem choroby.

Nie istnieje jeden skuteczny sposób leczenia endometriozy. Terapia opiera się na leczeniu farmakologicznym bazującym na progestagenach, lekach antykoncepcyjnych, agonistach i antagonistach gonadoliberyn jak i niesteroidowych lekach przeciwzapalnych. Zastosowanie w leczeniu endometriozy ma też kształtka wewnątrzmaciczna uwalniająca lewonorgestrel, której skuteczność została potwierdzona badaniami [11]. Ostateczną opcją często jest leczenie operacyjne polegające na usunięciu wszczepów endometrialnych jak i zrostów powstałych wskutek przewlekłego stanu zapalnego. W celu zwiększenia szansy zajścia w ciążę u chorych możliwe jest zastosowanie technik rozrodu wspomaganego [7]. W leczeniu stosuje się też dietę przeciwzapalną oraz terapię manualną.

Celem pracy jest przedstawienie opisu przypadku 23-letniej pacjentki chorej na endometriozę, procesu diagnostyki oraz różnicowania z innymi jednostkami chorobowymi mogącymi mieć podobny obraz kliniczny.

#### **Opis przypadku:**

23-letnia pacjentka z wywiadem wieloletniego bolesnego miesiączkowania, od dwóch lat zgłaszająca coraz częstsze i silniejsze bóle brzucha, zaburzenia czynnościowe jelit (zaparcia oraz biegunki) jak również codzienne wzdęcia. Chora początkowo trafiała kolejno do kilku gastroenterologów, gdzie zgłaszane dolegliwości zostały rozpoznane jako zespół jelita drażliwego. Podstawą tego rozpoznania było wykluczenie choroby organicznej przewodu pokarmowego na podstawie licznych badań takich jak USG, kolonoskopia, gastroskopia, test wodorowo-metanowy w kierunku zespołu rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego (SIBO). Wykonano również badania w kierunku celiakii oraz alergii pokarmowych wykluczając te jednostki chorobowe.

Jednocześnie pacjentka nigdy nie została skierowana do ginekologa z powodu niepowiązania zgłaszanych dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego z możliwością powodowania ich przez ogniska endometriozy w jamie brzusznej.

W międzyczasie z powodu pogorszenia codziennego funkcjonowania oraz stresu spowodowanego zarówno bólem jak i brakiem możliwości poznania prawdziwej diagnozy chora wymagała pomocy psychologicznej a także konsultacji psychiatrycznej zakończonej włączeniem leczenia przeciwłękowego (również jako terapii wspomagającej leczenie zespołu jelita drażliwego).

Po około roku nieskutecznego leczenia zgodnego z zaleceniami, polegającego na zastosowaniu m.in. trimebutyny, probiotyków, hioscyny, drotaweryny, diety low FODMAP, olejku miętowego pacjentka zdecydowała się na wizytę u ginekologa, który z powodu nasilających się dolegliwości bólowych w trakcie krwawienia miesiączkowego zalecił stosowanie antykoncepcyjnego systemu transdermalnego, zawierającego 6 mg norelgestrominu i 600 mcg etynyloestradiolu, ponieważ zgłaszane dolegliwości potraktowane zostały jako pierwotna dysmenorrhea. Warto zaznaczyć, że przy kolejnych wizytach ginekologicznych kilkakrotnie sugerowano infekcyjną etiologię dolegliwości z koniecznością leczenia antybiotykiem.

Z powodu złej tolerancji rozpoczętego leczenia (pojawienia się refluksu żołądkowo-przełykowego, nudności, mastodynii jak i tachyarytmii) po 3 miesiącach zmieniono plastry na dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne. Nasilający się ból w okolicy miednicy mniejszej, jak i w okolicach krzyżowo-biodrowych doprowadził do powstania podejrzenia seronegatywnego zapalenia stawów. Na podstawie rezonansu magnetycznego stawów krzyżowo-biodrowych i po konsultacji reumatologiczno-immunologicznej wykluczono tę jednostkę chorobową. Diagnostykę rozszerzono również o rezonans magnetyczny jamy brzusznej oraz miednicy mniejszej z kontrastem, jednakże nie wykazały one zmian chorobowych.

Ze względu na słabą tolerancję leczenia kilkakrotnie zmienianymi lekami dwuskładnikowymi, narastanie bólu już nie tylko podczas krwawienia, ale również przez większą część cyklu jak i wynik kolejnego badania ginekologicznego, w czasie, którego po raz pierwszy w USG wykryto zrosty w miednicy mniejszej (których uwidocznienie zostało ułatwione przez obecność płynu w zatoce Douglasa), mogące sugerować endometriozę, zdecydowano o zmianie leczenia na lek zawierający dienogest w dawce dobowej 2 mg.

Po około 2 miesiącach uzyskano zauważalną poprawę samopoczucia chorej. Przez kolejne miesiące dolegliwości wielokrotnie powracały, jednakże słabsze niż w przeszłości. Po upływie roku od wstępnego rozpoznania

ze względu na utrzymujący się brak komfortu życia codziennego z powodu wciąż uciążliwych objawów bólowych podjęto decyzję o przeprowadzeniu operacji laparoskopowej jamy brzusznej.

Wykazała ona liczne zrosty o dominującej lokalizacji w okolicy wstępnicy, ogniska endometrialne zlokalizowane na otrzewnej miednicy mniejszej jak i powierzchniową zmianę na lewym jajniku histopatologicznie również odpowiadającą endometriozie. Podczas zabiegu uwolniono zrosty, usunięto zmienioną chorobowo otrzewną miednicy mniejszej oraz zmianę z jajnika przy pomocy noża plazmowego. Po zabiegu operacyjnym utrzymano rozpoczęte wcześniej leczenie gestagenem. Po pół roku od laparoskopii pacjentka czuła się lepiej i pozostawała pod opieką ginekologa i psychologa, kontynuując uczęszczanie na terapię manualną.

### **Dyskusja:**

Endometrioza jest często mylona z innymi chorobami mogącymi mieć podobny przebieg kliniczny. Oprócz zespołu jelita drażliwego objawy choroby mogą przypominać m.in. zapalenie pęcherza moczowego, zapalenie narządów miednicy mniejszej, depresję [8]. Ze względu na brak wystandaryzowanej metody diagnostycznej chore przez wiele lat szukają pomocy u różnych specjalistów, czując się niezrozumiane przez otoczenie jak i lekarzy oraz przytłoczone dolegliwościami bólowymi niejednokrotnie upośledzającymi normalne funkcjonowanie

w rodzinie, pracy czy szkole, będąc wielokrotnie odsyłane z błędnym rozpoznaniem.

Kobiety często zbyt późno zgłaszają się do właściwego lekarza a czas jaki upływa od pierwszych objawów choroby do rozpoznania może trwać nawet do 10 lat [7]. Tak długi proces diagnostyczny doprowadza do licznych oraz zaawansowanych zmian chorobowych niejednokrotnie poważnie upośledzających płodność również bardzo młodych kobiet.

W powyższym przypadku endometrioza została zakwalifikowana jako zespół jelita drażliwego, który niewątpliwie mógł z nią współistnieć, jednakże nie był główną przyczyną dolegliwości chorej, co potwierdził brak poprawy stanu zdrowia po zastosowanym leczeniu. Co więcej, błędne rozpoznanie opóźniło rozpoczęcie skutecznej terapii endometriozy.

### **Wnioski:**

Przedstawiony opis przypadku wskazuje na konieczność poszerzenia wiedzy na temat endometriozy u specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Wynika to z niezwykle szerokiego spektrum objawów tej choroby, przez co pacjentki mogą zgłaszać się m.in. do gastroenterologa, urologa, czy nawet neurologa i reumatologa przed objęciem właściwą opieką ginekologiczną i postawieniem prawidłowej diagnozy, koniecznej do rozpoczęcia odpowiedniego leczenia. Warto również zaznaczyć, że ze względu na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia często pierwszy kontakt z kobietami chorymi na endometriozę mogą mieć lekarze rodzinni.

Na podstawie opisanego przypadku widać, że szybkie rozpoznanie tej jednostki chorobowej bywa wyzwaniem również dla specjalistów ginekologii.

Wprawdzie nieustannie trwają prace nad wprowadzeniem małoinwazyjnych badań w kierunku endometriozy, co zwiększa nadzieję na sprawną diagnostykę w niedalekiej przyszłości, jednakże będą one skuteczną metodą rozpoznania i w konsekwencji walki z chorobą dopiero wtedy, gdy świadomość szerokiego spektrum jej objawów stanie się udziałem specjalistów wielu dziedzin medycyny.

### **Piśmiennictwo:**

1. Suszczyk D, Pawłowska A, Okła K, Parafiniuk K, Polak G, Kotarski J, Wertel I. Rola wybranych populacji komórek układu immunologicznego w patogenezie endometriozy. *Current Gynecologic Oncology*. 2018;16(3):167-176. DOI: 10.15557/CGO.2018.0020.
2. Cramer D, Missmer S. The epidemiology of endometriosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2002;955(1):11-22. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2002.tb02761.x.
3. Mehedintu C, Plotogea MN, Ionescu S, Antonovici M. Endometriosis still a challenge. *Journal of medicine and life*. 2014;7(3):349-357.
4. Skibińska M, Maksym RB. Podłoże autoimmunologiczne rozwoju endometriozy. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*. 2020;43(3):373-378.
5. Sznurkowski J. Wieloczynnikowa analiza przebiegu endometriozy u kobiet leczonych w klinice ginekologii instytutu położnictwa i chorób kobiecych AMG, Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych, Klinika Ginekologii Instytutu Położnictwa i Chorób Kobięcych Akademii Medycznej w Gdańsku; Gdańsk 2005.
6. Zwierzyńska A, Gruszka J, Adamczyk-Gruszka O. The influence of nutrients on the increased risk of developing endometriosis. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;13(4):306-310.
7. O'Sullivan M, Overton C. Symptom recognition key to diagnosing endometriosis. *The Practitioner*. 2018;262(1813):13-18.
8. Kotarski J, Szyłło K. Endometrioza. W: Bręborowicz G, (red.). *Położnictwo i Ginekologia*. Wyd. 3. Warszawa: PZWL; 2021:121-129.

9. Basta A, (red.). Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące diagnostyki i metod leczenia endometriozy. [The statement of Polish Society's Experts Group concerning diagnostics and methods of endometriosis treatment]. Ginekologia Polska. 2012;83:871-876.
10. Bal J, Sieradzka U, Pająk J, Gabryś MS. Obraz ultrasonograficzny oraz stężenie antygenu CA-125 a zaawansowanie endometriozy wg American Fertility Society – ocena zależności na podstawie materiału II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu. Ginekologia Praktyczna. 2008;2:34-37.
11. Drews K, Barlik M, Łukaszewski T. Leczenie zachowawcze endometriozy-praca pogładowa. Ginekologia Polska. 2012;83:209-2013.