

ТРОМБОЗ КЛУБОВИХ СУДИН – РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Сулов О.С.

Міжнародний гуманітарний університет, Одеса, Україна

УДК 533.9.08

DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.21.2-2>

ТРОМБОЗ КЛУБОВИХ СУДИН – РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ ЕНДОМЕТРІОЗУ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Сулов О.С.

У статті розглядається клінічний випадок тромбозу клубової вени як ускладнення позатазового ендометріозу у молодій жінки. Ендометріозне утворення мало субфасціальне положення на рівні зовнішнього косоного м'яза і поширювалося на клубову вену. У цій статті також наведено огляд літератури стосовно випадків ендометріозу, локалізованого в поперечно-смугастих м'язах, і випадки тромбозу глибоких вен внаслідок цього захворювання. Діагностична роль ультразвуку в отриманні остаточного діагнозу до гістологічного підтвердження може бути більш значною у разі використання методів візуалізації еластичності та біопсії під контролем ультразвуку.

Ключові слова: НПТЕГ, гемостаз, ендометріоз, гінекологія, тромбоз.

UDK 533.9.08

DOI <https://doi.org/10.32782/2411-9164.21.2-2>

THROMBOSIS OF ILLUMINAL VESSELS – A RARE COMPLICATION OF ENDOMETRIOSIS: A CLINICAL CASE AND LITERATURE REVIEW

Suslov O.S.

The article deals with a clinical case of iliac vein thrombosis as a complication of extrapelvic endometriosis in a young woman. The endometrial mass had a subfascial position at the level of the external oblique muscle and spread to the iliac vein. This article also reviews the literature on striated endometriosis and cases of deep vein thrombosis due to this disease. The diagnostic role of ultrasound in obtaining a final diagnosis prior to histological confirmation may be more significant when using methods of elasticity imaging and ultrasound-guided biopsy.

Key words: LPTEG, hemostasis, endometriosis, gynecology, thrombosis.

Вступ. Ендометріоз – це складна патологія, яка залежить від рівня естрогену. Циклічні зміни в гормонах викликають різні симптоми залежно від розташування імплантованої тканини ендометрію. Хоча тазовий ендометріоз зазвичай вражає яєчники, тазову очеревину, матково-крижові зв'язки, дугласову сумку, піхву, пряму кишку та сечовий міхур, є також рідкісні місця, де він може виникати. Щоб точно діагностувати та лікувати цей стан, важливо розглянути історію хвороби

пацієнта та провести ультразвукове дослідження (УЗД). Однак коли ендометріальна тканина виявляється за межами тазової ділянки, стає складніше діагностувати такий стан за допомогою радіологічних методів.

У статті наведені дані клінічного випадку, описаного Rita Chiamonte et al., стосовно клінічного перебігу такого рідкісного ускладнення ендометріозу, як тромбоз клубової вени.

Мета цього дослідження – оцінити ефективність ультразвукового дослідження у виявленні специфічних ознак ендометріозу та виявлення будь-яких супутніх ускладнень. Результати цього дослідження підкреслюють точність і корисність біопсії під ультразвуковим контролем для отримання остаточного гістологічного діагнозу цього незвичайного захворювання. У цій статті ми розглядаємо різні випадки ендометріозу, наголошуючи на важливості ультразвукового дослідження для діагностики стану поперечно-смугастих м'язів і моніторингу потенційних ускладнень, таких як тромбоз глибоких вен (ТГВ). Зокрема, ми повідомляємо про випадки ендометріозу зовнішнього косоного м'яза, які раніше не були задокументовані в медичній літературі.

Опис клінічного випадку

Інституційні та/або національні дослідницькі комітети та Гельсінська декларація 1964 року, а також наступні поправки чи еквівалентні етичні стандарти дотримувалися в усіх процедурах, проведених у нашому дослідженні за участю людей. Учасниця, включена у дослідження, надала інформовану згоду.

Гострий біль у правому паху привів до лікарні 38-річну білу жінку, яка раніше ніколи не була вагітною. Вона описала свою менструацію як регулярну та безболісну, без менорагії, метрорагії, диспареунії, дисменореї або спазмів у животі та тазу в анамнезі. На нижній кінцівці пацієнтки спостерігалися ознаки набряку, підвищення температури та еритематозного висипу на шкірі. Змін пульсу, чутливості та сили не було. Симптоми не були пов'язані з менструацією, і пацієнтка не повідомила про будь-які попередні випадки.

Результати досліджень. Ультразвукове дослідження з використанням конвексного багаточастотного датчика в діапазоні 1,0–6,0 МГц показало нормальну анатомічну конфігурацію черевної порожнини. Виявлена розташована біля клубових судин у правій пахвинній ділянці тверда веретеноподібна маса розміром 4,45 × 2,18 см. Це утворення, розташоване субфасціалью в правому зовнішньому косому м'язі, що прилягає до підшкірної жирової клітковини, демонструвало неоднорідну ехотекстуру з низьким рівнем внутрішніх ізогіпоехогенних ехосигналів і нерівними межами, без ознак ендометріюми (рис. 1а). Воно було досить значним і чинило тиск на клубову вену, але без будь-яких ознак тромбозу глибоких вен після первинної оцінки. Доплерівське дослідження виявило дифузну периферичну васкуляризацію (рис. 1b). Оцінка за допомогою зсувної хвилі (методи Elasticity Imaging Techniques) показала підвищену жорсткість на периферії ураження, при цьому центральна частина має рівномірний блакитний відтінок, що вказує на тверду жорсткість (рис. 1c). Внутрішньовенна комп'ютерна томографія з контрастним підсиленням виявила нерівномірне потовщення 22 мм з різкими краями, розташоване у субфасціальюму відділі зовнішнього косоного м'яза (рис. 2а). Він проявлявся як потовщенням, так і гетерогенністю і супроводжувався регіонарною лімфаденопатією (рис. 1).

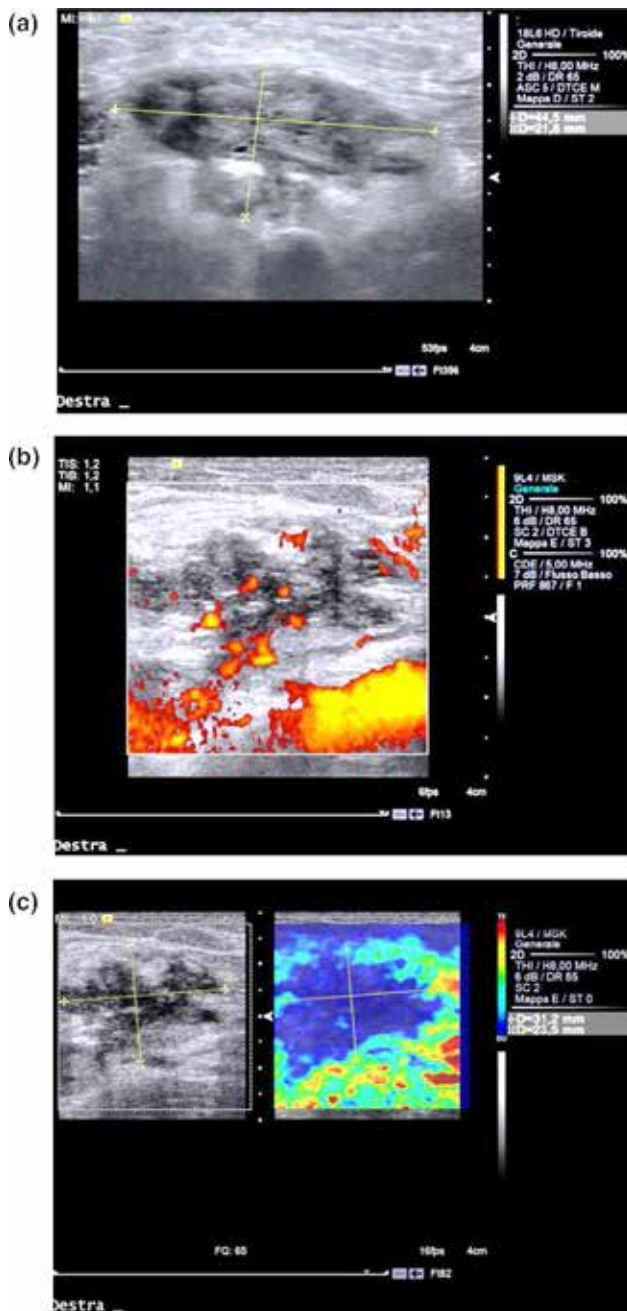


Рис. 1. (а) Суцільна веретеноподібна гіпоехогенна маса з неоднорідною ехотекстурою та нерівними межами (діаметр 4,4 × 2,18 см). Локалізація: в правій паховій ділянці, прилягає до підшкірно-жирової клітковини, під фасцією зовнішнього косого м'яза, поширюється на клубову вену. (б) Доплерівське ультразвукове дослідження: дифузна периферична васкуляризація. (с) Еластографічна оцінка зсувної хвилі: більша еластичність периферійних ділянок ураження (жовто-зелена). Однорідний синій розподіл (тверда жорсткість) центральної частини ураження

Можливі діагнози включали гематому, абсцес, збільшений лімфатичний вузол, десмоїдну пухлину та злоякісні захворювання, такі як злоякісна меланома, саркома або метастатична карцинома. Для підтвердження діагнозу була проведена черезшкірна біопсія під контролем УЗД за допомогою системи голок Tru-cut 16-го калібру. Патогістологічне дослідження підтвердило наявність вузлика ендометрію в м'язовому шарі зовнішнього косоного м'яза. Через великий розмір і розташування утворення перешкоджало кровообігу, що призвело до ТГВ. Незважаючи на початкове лікування антикоагулянтами (еноксапарин 4000 МО 1 раз на добу) та еластичними панчохами, протягом наступних 3 днів стан хворої погіршився, що призвело до ТГВ клубової вени (рис. 2б). З метою профілактики посттромботичного синдрому хворій проведено транскатетерний тромболізис, який успішно відновив кровотік через 24 години. Пухлина була видалена хірургічним шляхом, хоча пацієнтка відмовилася від гормональної терапії, щоб зберегти фертильність. Під час 6-місячного спостереження пацієнтка повідомила про відсутність болю та значне покращення рухливості та якості життя (рис. 2).



Рис. 2. (а) Маса 22 мм нерівномірного потовщення з гострими краями розташована у субфасціальній частині зовнішнього косоного м'яза. (б) ТГВ клубової вени внаслідок зовнішнього стиснення правих судин

Обговорення. Комплексне електронне дослідження було проведено в PubMed, Scopus, Web of Science і Google. Відповідними були дослідження, які задокументували існування ендометріозу в ділянці поперечно-смугастих м'язів.

Позатазовий ендометріоз є рідкісним захворюванням, але він потенційно може пошкодити майже будь-який орган, що призводить до різноманітних клінічних симптомів. Здебільшого ці симптоми є неспецифічними і не відповідають тяжкості чи поширеності захворювання [2; 3; 4; 5; 6]. У хворої, яка представлена в цьому випадку, була вкрай рідкісна локалізація ендометріозу, що доповнювалося рідкісним ускладненням – тромбозом клубової судини. Ці атипові клінічні та рентгенологічні прояви позатазового ендометріозу ще не задокументовані в наявній літературі, що ускладнює діагностику.

Крім того, ультразвук дає змогу оцінити жорсткість тканин методом еластографії. Вимірювання еластичності тканин виявилось ефективним для точної діагностики та розрізнення пухлин, які демонструють підвищену жорсткість порівняно з нормальною тканиною.

Численні дослідження задокументували наявність ендометріозу в черевній стінці, зокрема в межах прямого м'яза живота та хірургічного рубця в результаті попереднього кесаревого розтину [2; 7; 8; 9; 10; 11]. Однак залучення інших поперечно-смугастих м'язів трапляється рідше. Дивно, але в літературі описано лише шість випадків ендометріозу, що спричиняє пошкодження поперечно-смугастих м'язів. До них належать поперечний м'яз живота, привідний м'яз, камбаловидний і литковий м'язи, грушоподібний м'яз, трапецієподібний м'яз і дельтоподібний м'яз [7; 12; 13; 14; 15; 16]. У цій статті ми представляємо раніше незареєстрований випадок ендометріозу в унікальній локалізації – підфасціальному шарі зовнішнього косоного м'яза, який призвів до несподіваного ускладнення – тромбозу клубової вени.

Зв'язок між локалізацією ендометріозу та ускладненнями не завжди легко зрозуміти. Огляд літератури щодо екстраперитонеального ендометріозу виявив різні прояви захворювання [2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16]. Тим не менш лише в дуже обмеженій кількості випадків виявлено ураження клубових судин [4; 5; 6] і лише два з них мали супутнє судинне ускладнення [5; 6]. Раптова поява симптомів без попереднього пов'язаного нездужання, поширення та супутніх ускладнень описаного випадку була різною. У 1977 році автори Recalde і Majmudar [4] повідомили про перший випадок ендометріозу, що вразив адвентиціальний шар лівої стегнової вени. У пацієнтки спостерігалось незмінне утворення в паху, яке з кожним менструальним циклом болить і збільшується. Випадок Rosengarten et al. [5] був першим описом ТГВ внаслідок ендометріозу, що оточує праву зовнішню клубову вену. У випадку, описаному Sharma et al. [6], захворювання мало заочеревинну локалізацію та виник ТГВ правої загальної стегнової вени, зовнішньої клубової та дистальної внутрішньої клубових вен. Ці три пацієнтки не мали в анамнезі ТГВ і мали типову циклічну симптоматику ендометріозу, але не мали попередніх загальних симптомів, таких як епізоди абдомінального та тазового болю, менорагії, метрорагії, диспареунії та дисменореї. Вони скаржилися на прогресуючий набряк ноги та обмеження функції, що супроводжується менструацією. Натомість у описаній пацієнтки раптово виникла симптоматика, яка відрізняється від циклічного катаменіального набряку інших пацієнтів. У випадку, описаному Sharma et al. [6], пацієнтка не приймала жодної антикоагулянтної

терапії, та розвинувся ТГВ. Rosengarten та ін. [5] повідомили про розвиток ТГВ, незважаючи на призначення відповідної медикаментозної терапії, подібно до того, що спостерігалось в цьому випадку.

У цьому випадку була відзначена відсутність симптомів під час менструально-го періоду, що зазвичай свідчить про ендометріоз. Отже, слід визнати, що такий випадок не був задокументований у попередній літературі.

З огляду на те, що ураження ендометрія можуть проявлятися як масові ураження, видається вірогідним досліджувати їх за допомогою менш інвазивної методики тонкоіголкової аспіраційної цитології (FNAC). Крім того, як засвідчила біопсія під контролем УЗД, цей метод виявився ефективним, швидким і безпечним.

Висновки. Позатазовий ендометріоз є рідкісним захворюванням, яке може вражати будь-яку частину тіла, що призводить до великої кількості клінічних показань. Коли він проявляється в менш поширеній ділянці, діагностика стає дедалі складнішою, і УЗД органів черевної порожнини може бути основним інструментом ідентифікації.

Клініцисти спостерігали досить нетрадиційне виникнення захворювання у зовнішньому косому м'язі пацієнтки, згаданої у цьому дослідженні. Крім того, у пацієнтки був ТГВ, або тромбоз глибоких вен клубової судини, що є рідкісним ускладненням ендометріозу. Слід зазначити, що прояв захворювання був аномальним: з раптовим початком і відсутністю циклічних симптомів, що нетипово для ендометріозу. На сьогодні такий випадок у науковій літературі не зафіксований. Було проведено ретельне вивчення наявної літератури про ендометріоз поперечно-смугастих м'язів, приділяючи особливу увагу супутнім судинним ускладненням. Крім того, ультразвук виявився важливим інструментом як для виявлення та локалізації ендометріозу, так і для полегшення остаточного гістологічного діагнозу за допомогою біопсії під контролем ультразвуку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Chiamonte R., Castorina S., Castorina E.G., Panarello A., Antoci S.A.M. Thrombosis of iliac vessels, a rare complication of endometriosis: Case report and review of literature. *J Adv Res*. 2017 Jan; 8(1): 1–5. 2016 Nov 1. doi: 10.1016/j.jare.2016.10.007.
2. Mostafa H.A., Saad J.H., Nadeem Z., Alharbi F. Rectus abdominis endometriosis. A descriptive analysis of 10 cases concerning this rare occurrence. *Saudi Med J*. 2013;34(10):1035–1042. [PubMed] [Google Scholar].
3. A Hodnett P., McSweeney S.E., Bogue C., Kelly D., Redmond H.P., Maher M.M. Subcutaneous endometrial deposit: an unusual cause of right iliac fossa pain. *Br J Hosp Med (Lond)* 2009;70(3):170–171. [PubMed] [Google Scholar].
4. Recalde A.L., Majmudar B. Endometriosis involving the femoral vein. *South Med J*. 1977;70: 69–74. [PubMed] [Google Scholar].
5. Rosengarten A.M., Wong J., Gibbons S. Endometriosis causing cyclic compression of the right external iliac vein with cyclic edema of the right leg and thigh. *J Obstet Gynaecol Can*. 2002;24(1):33–35. [PubMed] [Google Scholar].
6. Sharma R.P., Delly F., Marin H., Sturza S. Endometriosis causing lower extremity deep vein thrombosis – case report and review of the literature. *Int J Angiol*. 2009;18(4):199–202. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
7. Picod G., Boulanger L., Bounoua F., Leduc F., Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34(1):8–13. [PubMed] [Google Scholar].

8. Toullalan O, Baqué P, Benchimol D., Bernard J.L., Rahili A., Gillet J.Y. Endometriosis of the rectus abdominis muscles. *Ann Chir.* 2000;125(9):880–883. [PubMed] [Google Scholar].
9. Wiesner W, Knespova L, Hauser M. What is your diagnosis? Extragenital endometriosis in the left rectus abdominis muscle. *Praxis.* 2000;89(4):121–123. (Bern 1994) [PubMed] [Google Scholar].
10. Crespo R., Puig F, Marquina I. Pyramidalis muscle endometriosis in absence of previous surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(2):148–149. [PubMed] [Google Scholar].
11. Granese R., Cucinella G., Barresi V., Navarra G., Candiani M., Triolo O. Isolated endometriosis on the rectus abdominis muscle in women without a history of abdominal surgery: a rare and intriguing finding. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009;16(6):798–801. [PubMed] [Google Scholar].
12. Fambrini M., Andersson K.L., Campanacci D.A., Vanzi E., Bruni V., Buccoliero A.M. Large-muscle endometriosis involving the adductor tight compartment: case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(2):258–261. [PubMed] [Google Scholar].
13. Poli-Neto O.B. Endometriosis of the soleus and gastrocnemius muscles. *Fertil Steril.* 2009;91(4):1294. [PubMed] [Google Scholar].
14. Hickey N.A., Murphy J.P., Bloom C., Hamilton P. Magnetic resonance imaging of endometriosis of the piriform muscle causing sciatica: case report. *Can Assoc Radiol J.* 1999;50(1):33–36. [PubMed] [Google Scholar].
15. Gennari L., Luciani L. A case of endometriosis of the trapezius muscle. *Tumori.* 1965;51(5):361–365. [PubMed] [Google Scholar].
16. Aron Se. Endometriosis in the region of the deltoid muscle. *Arkh Patol.* 1957;19(7):67–68. [PubMed] [Google Scholar].

REFERENCES

1. Chiamonte, R., Castorina, S., Castorina, E.G., Panarello, A., & Antoci, S.A.M. (2016). Thrombosis of iliac vessels, a rare complication of endometriosis: Case report and review of literature. *J Adv Res.* 2017 Jan; 8(1): 1–5. Nov 1. doi: 10.1016/j.jare..10.007.
2. Mostafa, H.A., Saad, J.H., Nadeem, Z., & Alharbi, F. (2013). Rectus abdominis endometriosis. A descriptive analysis of 10 cases concerning this rare occurrence. *Saudi Med J.* 34(10):1035–1042. [PubMed] [Google Scholar].
3. A. Hodnett, P., McSweeney, S.E., Bogue, C., Kelly, D., Redmond, H.P., & Maher, M.M. (2009). Subcutaneous endometrial deposit: an unusual cause of right iliac fossa pain. *Br J Hosp Med (Lond);*70(3):170–171. [PubMed] [Google Scholar].
4. Recalde, A.L., & Majmudar, B. (1977). Endometriosis involving the femoral vein. *South Med J.* 70:69–74. [PubMed] [Google Scholar].
5. Rosengarten, A.M., Wong, J., & Gibbons, S. (2002). Endometriosis causing cyclic compression of the right external iliac vein with cyclic edema of the right leg and thigh. *J Obstet Gynaecol Can.* 24(1):33–35. [PubMed] [Google Scholar].
6. Sharma, R.P., Delly, F., Marin, H., & Sturza, S. (2009). Endometriosis causing lower extremity deep vein thrombosis – case report and review of the literature. *Int J Angiol.* 18(4):199–202. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
7. Picod, G., Boulanger, L., Bounoua, F., Leduc, F., Duval, G. (2006). Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil.* 34(1):8–13. [PubMed] [Google Scholar].
8. Toullalan, O., Baqué, P., Benchimol, D., Bernard, J.L., Rahili, A., (2000). Gillet, J.Y. Endometriosis of the rectus abdominis muscles. *Ann Chir.* 125(9):880–883. [PubMed] [Google Scholar].
9. Wiesner, W., Knespova, L., & Hauser, M. (2000). What is your diagnosis? Extragenital endometriosis in the left rectus abdominis muscle. *Praxis.* 89(4):121–123. (Bern 1994) [PubMed] [Google Scholar].
10. Crespo, R., Puig, F., & Marquina, I. (2005). Pyramidalis muscle endometriosis in absence of previous surgery. *Int J Gynaecol Obstet.* 89(2):148–149. [PubMed] [Google Scholar].

11. Granese, R., Cucinella, G., Barresi, V., Navarra, G., Candiani, M., Triolo, O. (2009). Isolated endometriosis on the rectus abdominis muscle in women without a history of abdominal surgery: a rare and intriguing finding. *J Minim Invasive Gynecol.* 16(6):798–801. [PubMed] [Google Scholar].
12. Fambrini, M., Andersson, K.L., Campanacci, D.A., Vanzi, E., Bruni, V., & Buccoliero, A.M. (2010). Large-muscle endometriosis involving the adductor tight compartment: case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 17(2):258–261. [PubMed] [Google Scholar].
13. Poli-Neto, O.B. (2009). Endometriosis of the soleus and gastrocnemius muscles. *Fertil Steril.* 91(4):1294. [PubMed] [Google Scholar].
14. Hickey, N.A., Murphy, J.P., Bloom, C., Hamilton, P. (1999). Magnetic resonance imaging of endometriosis of the piriform muscle causing sciatica: case report. *Can Assoc Radiol J.* 50(1):33–36. [PubMed] [Google Scholar].
15. Gennari, L., & Luciani, L. (1965). A case of endometriosis of the trapezius muscle. *Tumori.* 51(5):361–365. [PubMed] [Google Scholar].
16. Aron, Se. (1957). Endometriosis in the region of the deltoid muscle. *Arkh Patol.* 19(7):67–68. [PubMed] [Google Scholar].