

Атипичные проявления эндометриоза шейки матки

В.Е. Гажонова, Е.Н. Андрияничева, Н.Н. Фидлер

ФГУ «ОБП» УД Президента РФ

Эндометриоз – одно из самых распространенных и многоликих гинекологических заболеваний, поражающее как внутренние, так и наружные половые органы, а также прилежащие отделы брюшины. Диагностика и лечение этого недуга представляют собой наиболее актуальные проблемы современной гинекологии [1]. Система обследования больных при подозрении на эндометриоз в литературе обсуждалась достаточно широко. Несомненно, детальное изучение клинико-анамнестических данных имеет немаловажное значение, однако в последние годы в диагностике эндометриоза существенное значение отводится применению высокоинформативных инструментальных методов исследования [2]. В связи с развитием современных лучевых методов визуализации в диагностике этого заболевания наряду с данными лапароскопии, гистеросальпингографии и гистероскопии особую значимость приобретают неинвазивные методики: ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография. В литературе широко освещены характерные УЗ- и МР-признаки типичных форм эндометриоза, которые уже на преинвазивном этапе диагностики помогают установить верный диагноз [3, 4, 5, 6]. Однако, как уже упоминалось, эндометриоз крайне многоликое и не до конца изученное заболевание, способное имитировать на томограммах и сонограммах в некоторых случаях даже раковое поражение [1].

Клиническое наблюдение

Была обследована пациентка 43 лет, которая при прохождении медицинского осмотра предъявляла жалобы на длительные болезненные месячные, а также появившееся чувство “распирания” во влагалище и тянущие неприятные ощущения в прямой кишке. В анамнезе у пациентки одна беременность, закончившаяся своевременными родами 1,5 года назад.

После этого у гинекологов не наблюдалась.Abortов не было, беременности предшествовало длительное лечение по поводу первичного бесплодия. При гинекологическом осмотре с помощью зеркал была визуализирована гиперемированная шейка с эрозированной поверхностью, легко кровоточащей при прикосновении. При кольпоскопии и микроскопическом исследовании шейки матки выявлялись признаки воспалительной реакции и, кроме того, эндометриоидные очаги точечного типа, располагающиеся вокруг маточного зева. При бимануальном исследовании отмечалась болезненность в области заднего свода. Тело матки было неподвижно; правый яичник четко не пальпировался, левый был типично расположен, нормальных размеров, безболезненный. Для уточнения состояния органов малого таза пациентка была направлена на ультразвуковое исследование.

На сонограммах в дугласовом пространстве, вдоль нижней трети задней стенки матки, определялось образование с бугристыми контурами, неправильной формы, размерами 3 × 4 см, неоднородной структуры за счет гипо- и изоэхогенных компонентов. Правый яичник не был виден, левый располагался типично, был нормальных размеров, с выраженным фолликулярным аппаратом. Отмечалось некоторое увеличение размеров тела матки (преимущественно за счет передне-заднего размера), с ячеистыми включениями повышенной эхогенности и нечеткими контурами в миометрии. Шейка матки четко не дифференцировалась. Для уточнения генеза и органной принадлежности образования пациентка направлена на МР-томографию с предварительным диагнозом: “образование в дугласовом пространстве неясного генеза”.

МР-исследование органов малого таза проводилось на аппарате Gyroscan NT фирмы Philips с напряженностью магнитного поля 0,5 Тл с использованием встроенной катушки.



Рис. 1. МРТ. T2ВИ, сагиттальная проекция. В задней губе шейки визуализируется конгломерат, инфильтрирующий тело матки, пролабирующий за пределы шейки в параметральную клетчатку. Отмечается элевация заднего свода влагалища, матки в retroflexio.



Рис. 2. МРТ. T1ВИ, поперечная проекция. В конгломерате шейки определяются гиперинтенсивные включения — геморрагический компонент в эндометриоидных кистах подпаянного правого яичника.

При исследовании было выявлено многоузловое образование в задней губе шейки матки размерами $65 \times 50 \times 45$ мм с распространением на нижнюю треть задней стенки матки (рис. 1). Структура образования была неоднородна за счет мягкотканного (гипо- или изоинтенсивного на T2ВИ) и геморрагического (гиперинтенсивный на T1 и T2ВИ) компонентов (рис. 2). Отмечалось пролабирование конгломерата за пределы шейки матки в параметрии, однако контуры его в этих отделах были достаточно четкими, отграниченными от клетчатки. Цервикальный канал, а также листки эндоцервикса имели обычную форму и размеры. В дугласовом пространстве определялось незначительное количество свободной жидкости. Полость матки не расширена, эндометрий соответствовал фазе цикла. Правый яичник не визуализировался, левый был обычной формы, размеров и локализации, с нормальным фолликулярным аппаратом. На основании полученных данных был установлен предварительный диагноз: опухоль шейки матки с распространением на тело и параметральную клетчатку.

Пациентка была госпитализирована в гинекологическое отделение для дальнейшего обследования и лечения. При цитологическом исследовании отделяемого из шейки матки и цервикального канала, а также отдельном диагностическом выскабливании атипичных клеточных элементов выявлено не было. В связи с неясным диагнозом было решено провести лапароскопическое исследование, во время которого, на фоне выраженного спаечного

процесса в малом тазу, в задней губе шейки матки определялось опухолевидное образование с достаточно четкими контурами, вдающееся в параметрий, однако без признаков инфильтрации клетчатки. К образованию были подпаяны правый яичник и маточная труба. В яичнике визуализировались два образования с плотной капсулой темно-синего оттенка и фрагментами сине-багрового цвета (эндометриоидные кисты). Кроме того, были обнаружены эндометриоидные гетеротопии на стенках малого таза. При интраоперационном цитологическом исследовании признаков клеточной атипичии в полученном материале выявлено не было. В плане дальнейшего лечения было решено выполнить надвлагалищную ампутацию матки и правых придатков. При гистологическом исследовании в шейке матки выявлялась узловатая форма эндометриоза, в теле матки — узловатая и очаговые формы аденомиоза, а также ретроцервикальный эндометриоз, в правом яичнике — эндометриомы.

Обсуждение

Эндометриоз — широко распространенное гинекологическое заболевание, формирующееся на фоне нарушения гормонального и иммунного гомеостазов [2]. Данный недуг наиболее часто (более 80% случаев) поражает женщин репродуктивного возраста, но он встречается и в постменопаузе (менее чем в 5% случаев) и в подростковом возрасте (около 10%) [3]. Заболевание характеризуется ростом и развитием ткани, идентичной по структуре



Рис. 3. МРТ. Т2ВИ, сагиттальная проекция. Гипоинтенсивная зона без четких контуров в толще передней стенки миометрия, соответствующая эндометриoidным гетеротопиям.

и функциям эндометрию, за пределами границ нормальной локализации слизистой оболочки тела матки. Гистологически и иммуногистохимически эндометриoidные железы и строма в очагах аденомиоза исходят из базального слоя эндометрия. Эктопированные железы менее подвержены циклическим изменениям, что проявляется в неполноценной секреторной трансформации, что объясняет феномен возникающих в очагах эндометриоза геморрагий [6]. Макроскопически эндометриоз может быть представлен узловыми образованиями, инфильтратами, кистами с геморрагическим содержимым. Типичными симптомами заболевания являются: дисменорея, боли внизу живота, дисфункциональные маточные кровотечения, а также бесплодие [3]. Учитывая неспецифичность симптомов, диагностику данного заболевания следует основывать на комплексном анализе данных анамнеза, гинекологического осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования [7].

Как уже упоминалось ранее, эндометриоз — полиорганное заболевание. Одними из наиболее часто встречающихся форм эндометриоза являются эндометриoidные кисты яичников и эндометриоз тела матки [3]. В связи со значительной распространенностью этих форм, описано множество эхографических и томографических признаков подобных состояний. Так, типичная ультразвуковая картина эндометриоза характеризуется увеличением размеров тела матки (преимущественно переднезаднего), асимметричным утолщением ее стенок, появлением в миометрии ячеистых включений повышенной эхогенности, поперечной исчерченности миометрия при диффузном

поражении, зазубренности контуров базального слоя эндометрия [1, 3, 5]. Для УЗ-картины эндометриoidных кист характерно наличие толстой капсулы (0,2–0,6 см) с двойным контуром, гомогенной мелкодисперсной эхогенной взвеси в структуре кисты, отсутствие кровотока по периферии кисты, а также отсутствие изменения размеров при динамическом наблюдении [1, 5, 8, 11].

Магнитно-резонансные проявления аденомиоза также хорошо известны [3, 6, 9, 10]. Типичными признаками заболевания являются диффузные или локальные зоны гипоинтенсивности на Т2-ВИ, расположенные в толще миометрия, в центре которых часто определяются точечные гиперинтенсивные включения (рис. 3). Патоморфологически гиперинтенсивные очаги являются отображением ectopированных эндометриoidных желез и стромы в миометрий, а гипоинтенсивные зоны — гипертрофированной гладкомышечной ткани вокруг ectopии [12]. Данная картина является наиболее ярким МР-признаком эндометриоза тела матки. Кроме того, диффузный аденомиоз может выглядеть как диффузное утолщение переходной зоны эндометрия, без четких контуров и границ [12]. Чувствительность и специфичность МР-томографии в выявлении подобных форм эндометриоза достаточно высока и варьирует, по данным разных авторов, от 88% до 93% и от 66% до 91% соответственно [6]. МР-признаки эндометриoidных кист описаны во многих литературных источниках. Для данной формы заболевания характерно поражение одновременно обоих яичников. При этом в яичниках определяются множественные кистозные структуры, большинство из которых содержит геморрагический компонент (гиперинтенсивный на Т1ВИ и преимущественно гипоинтенсивный на Т2ВИ) (рис. 4) [3, 13, 14].

Помимо этих широко распространенных проявлений эндометриоза, существуют и другие формы заболевания, визуализация которых вызывает определенные трудности и нечасто описывается в литературе. Так, ретроцервикальный эндометриоз составляет 10–14% случаев, уступая по частоте эндометриозу матки и яичников [1]. При данной форме заболевания в процесс вовлекаются стенка влагалища, крестцово-маточные связки, прямая и/или сигмовидная кишка, дистальные отделы мочеточников, мочевого пузыря, брюшина. Ectopированные эндометриoidные имплантаты обычно достаточно малы, чтобы можно

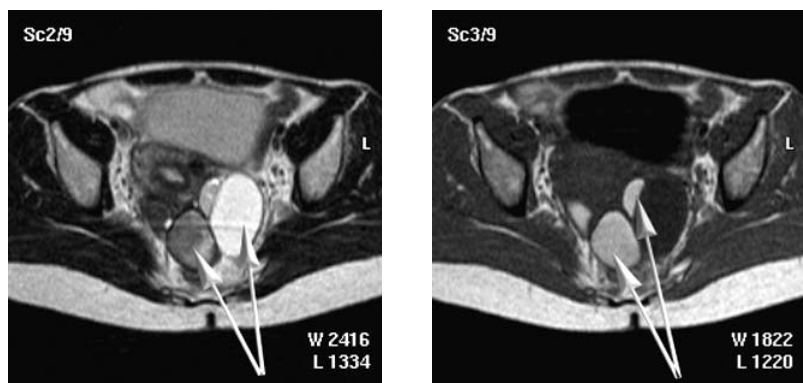


Рис. 4. МРТ. Двухстороннее поражение яичников в виде множественных кист, содержащих геморрагический компонент (гиперинтенсивный на T1ВИ) – эндометриоидные кисты. а – T2ВИ, поперечная проекция; б – T1ВИ, поперечная проекция.

было их обнаружить при УЗИ или МРТ. Однако вызываемый ими спаечный процесс может быть достаточно выражен, что и позволяет заподозрить данную форму заболевания [3]. Эхография косвенно позволяет оценить степень распространенности ретроцервикального эндометриоза по протяженности сращения задней стенки шейки матки с прямой кишкой [1]. На МР-томограммах спаечный процесс может определяться как спикурообразные низкоинтенсивные тяжи в позадиматочном пространстве. Кроме того, косвенными признаками ретроцервикального эндометриоза являются: элевация заднего влагалищного свода, ретрофлексия тела матки, деформация стенки прямой кишки, а также смещение яичников кзади [3, 15].

Эндометриоз шейки матки встречается достаточно редко и может быть подразделен на поверхностный и глубокий [3]. Поверхностные эндометриоидные гетеротопии на шейке определяются обычно на фоне предшествующей ее травматизации, и визуализация их не представляет особых сложностей уже на этапе гинекологического обследования. Глубокий же цервикальный эндометриоз является крайне редким состоянием и практически всегда ассоциируется с выраженным тазовым поражением [3, 15]. В описанном нами случае сочетание глубокого эндометриоза шейки матки, ретроцервикального эндометриоза, эндометриоидных кист правого яичника, а также выраженного спаечного процесса привело к формированию солидного образования в дугласовом пространстве и имитировало опухолевое поражение шейки матки. На основании анализа полученных данных, нами были выявлены характерные дифференциальные признаки данной формы эндометриоза:

- элевация заднего свода влагалища, ретрофлексия матки, смещение кзади яичников за счет выраженного спаечного процесса в малом тазу;

- наличие кистозных изменений с геморрагическим компонентом в выявляемом конгломерате, обусловленное эндометриоидными кистами яичников;

- наличие спикурообразных тяжей в дугласовом пространстве.

В зарубежной литературе встречаются единичные работы, посвященные изучению ретроцервикального эндометриоза, глубокого эндометриоза шейки матки, в которых отмечается еще один характерный дифференциально-диагностический признак данного заболевания – при динамическом контроле за состоянием органов малого таза на 5–7 дни менструального цикла у пациенток с подобной патологией в ряде случаев отмечалось уменьшение размеров конгломерата, а также диффузное снижение характеристик МР-сигнала от него на T2ВИ в I фазу цикла, что связано с реакцией эндометриоидных гетеротопий на изменение гормонального фона. Несмотря на достаточно характерные МР-признаки описанного глубокого цервикального эндометриоза, врач-диагност всегда должен быть крайне осторожен при визуализации подобных изменений, т.к. за фоном выраженного эндометриоза может скрываться злокачественный процесс [3, 15].

Список литературы

1. Гажонова В.Е. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. 3D. М.: МЕДпресс-информ, 2005. С. 159–173.
2. Давыдов А.И., Пашков В.М., Беленко В.Н. Генитальный эндометриоз. Избранные лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. Стрижакова А.Н., Давыдо-

- ва А.И., Белоцерковцевой Л.Д. М.: Медицина, 1996. С. 303–334.
3. *Masako Kataoka, Kaori Togashi, Junji Konishi.* Endometriosis: A Wide Variety of Imaging Features // *The Radiologist.* 2002. V. 9. N 6. P. 325–335.
 4. *Стрижаков А.Н., Давыдов А.И.* Эндометриоз. Клинические и теоретические аспекты. М.: Медицина, 1996. 330с.
 5. *Демидов В.Н., Гус А.И., Адамян Л.В., Хачатрян А.К.* Эхография органов малого таза у женщин. Эндометриоз. М.: ИИФ “Скрипто”, 1997. 60с.
 6. *Asako Nakai, Kaori Togashi, Takashi Koyama et al.* Atypical Magnetic Resonance of Adenomyosis // *J. of Women’s Imaging.* 2001. V. 3. N 4. P. 158–163.
 7. *Дуда И.В., Дуда Вл.И., Дуда В.И.* Клиническая гинекология. Мн.: Выш.шк., 1999. Т. 2. С. 246–289.
 8. *Ищенко А.И., Белоусов М.А.* Дополнительные возможности ультразвуковой диагностики распространенных форм генитального эндометриоза // *Акуш. и гин.* 1990. № 12. С. 45–47.
 9. *Outwater E.K., Siegelman E.S., Van Deerlin V.* Adenomyosis: current concepts and imaging considerations // *AJR.* 1998. V. 170. P. 437–441.
 10. *Reinhold C., Tafazoli F., Mehio A. et al.* Uterine adenomyosis: endovaginal US and MR imaging features with histopathologic correlation // *Radiographics.* 1999. V. 19. P. 147–160.
 11. *Patel M.D., Feldstein V.A. et al.* Endometriomas: diagnostic performance of US // *Radiology.* 1999. V. 210. P. 739–745.
 12. *Togashi K.* MRI of the female pelvis. Tokyo, Japan: Igaku-Shoin. 1993. P. 203–226.
 13. *Togashi K., Nishimura K., Kimura I. et al.* Endometrial cyst: diagnosis with MR imaging // *Radiology.* 1991. V. 180. P. 73–78.
 14. *Johansson J., Santala M., Kauppila A.* Explosive rise of serum CA125 following the rupture of ovarian endometrioma // *Hum. Reprod.* 1998. V. 13. P. 3503–3504.
 15. *Siegelman E.S., Outwater E., Wang T. et al.* Solid pelvic masses caused by endometriosis: MR imaging features // *AJR.* 1994. V. 163. P. 357–361.

НОВЫЕ КНИГИ

Диагностика и рентгенохирургическое лечение ревматических пороков сердца. Руководство. Под ред. Л.С.Кокова, В.К.Сухова, Б.Е.Шахова. М.: 000 “Соверопринт”, 2006. 256 с.

Календер В. Компьютерная томография: основы, техника, качество изображений и области клинического использования: Пер. с англ. М.: Техносфера, 2006. 343 с.

Каприн А.Д., Ставицкий Р.В. Визуализация в урологической практике. М.: Вече, 2006.-112 с.

Козман Ф. Остеопороз: Пер. с англ. М.: АСТ, 2006 (Владимир).- 335 с.

Меллер Т.Б., Райф Э. Карманный атлас рентгенологической анатомии. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2006. 383 с.

Руководство по ультразвуковой диагностике /Под ред. П.Е.С.Пальмера. М.: Медицина, 2006. 334 с.

Чураянц В.В., Филиппов О.Т. Атлас. Магнитно-резонансная диагностика повреждений коленного сустава. М.: Эдем, 2006. 148 с.