

УДК 617.55-007.415-032:611.664]-089

<https://doi.org/10.23888/HMJ2024123429-437>

Эндометриоз передней брюшной стенки. Хирургическое лечение сложного клинического случая

А. А. Григорьянц [✉], В. А. Аксененко, Д. В. Аксененко

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Российская Федерация

Автор, ответственный за переписку: Григорьянц Армен Александрович, mr.vanhelsink@mail.ru

АННОТАЦИЯ

Актуальность. Эндометриоз передней брюшной стенки (ЭПБС) является достаточно редкой патологией, поэтому все случаи наблюдения за результатами лечения несомненно представляют интерес для хирургического сообщества. У большинства пациенток во время операций, связанных со вскрытием полости матки, происходит попадание клеток эндометрия в края операционной раны, что и вызывает, в ряде случаев, развитие ЭПБС.

В описанном клиническом случае, хирургическое лечение в объеме удаления эндометриоидного очага в пределах здоровых тканей, выполнило роль радикального лечебного вмешательства, а назначение в послеоперационном периоде прогестагенов четвертого поколения способствовало профилактике рецидива заболевания в дальнейшем. Так по данным оценки клинических симптомов, отмечен регресс болей, с полным их исчезновением в течение первых месяцев после операции. Согласно данным картины ультразвукового исследования достигнуто восстановление анатомической целостности передней брюшной стенки без формирования дефектов. Вторичных очагов эндометриоза выявлено не было.

Заключение. Приведенный клинический случай наглядно показал допущенные ошибки при консервативном лечении пациентки с ЭПБС. Это повлекло за собой усугубление тяжести течения заболевания, технические сложности при проведении оперативного вмешательства (в том числе невозможность аутопластики), что потребовало замещения дефекта синтетическим сетчатым имплантом.

Ключевые слова: эндометриоз; передняя брюшная стенка; кесарево сечение

Для цитирования:

Григорьянц А. А., Аксененко В. А., Аксененко Д. В. Эндометриоз передней брюшной стенки. Хирургическое лечение сложного клинического случая // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2024. Т. 12, № 3. С. 429–437. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123429-437>.

<https://doi.org/10.23888/HMJ2024123429-437>

Anterior Abdominal Wall Endometriosis. Surgical Treatment of a Complicated Clinical Case

Armen A. Grigor'yants , Viktor A. Aksenenko, Denis V. Aksenenko

Stavropol State Medical University, Stavropol, Russian Federation

Corresponding author: Armen A. Grigor'yants, mr.vanhelsink@mail.ru

ABSTRACT

INTRODUCTION: Endometriosis of the anterior abdominal wall (EAW) is a rare pathology, so all cases of monitoring the results of treatment are undoubtedly of interest to the surgical community. In most patients, during operations involving the opening of the uterine cavity, endometrial cells enter the edges of the surgical wound, which in some cases causes the development of EAW.

In the described clinical case, surgical treatment in the amount of removal of the endometrioid focus within healthy tissues served as a radical therapeutic intervention, and the appointment of fourth-generation progestogens in the postoperative period helped preventing relapse of the disease in the future. Thus, according to the assessment of clinical symptoms, regression of pain was noted, with its complete disappearance during the first months after surgery. According to the ultrasound examination data, restoration of the anatomical integrity of the anterior abdominal wall was achieved without the formation of defects. Secondary foci of endometriosis were not detected.

CONCLUSION: The presented clinical case clearly demonstrated the mistakes made in the conservative treatment of a patient with EAW. This led to an aggravation of the severity of the disease, technical difficulties during the surgical intervention (including the impossibility of autoplasty), which required closure of the defect with a synthetic mesh implant.

Keywords: *endometriosis; anterior abdominal wall; caesarean section*

For citation:

Grigor'yants A. A., Aksenenko V. A., Aksenenko D. V. Anterior Abdominal Wall Endometriosis. Surgical Treatment of a Complicated Clinical Case. *Science of the young (Eruditio Juvenium)*. 2024;12(3):429–437. <https://doi.org/10.23888/HMJ2024123429-437>.

Актуальность

Эндометриоз передней брюшной стенки (ЭПБС) — это достаточно редкая патология, которая встречается в основном после проведенных акушерско-гинекологических оперативных вмешательств [1–4]. Эндометриоз — это прогрессирующее, гормонально зависимое заболевание с частым рецидивированием, характеризующееся ростом ткани, схожей с эндометрием локализованной вне полости матки [5].

По данным различных авторов частота эндометриоза у женщин репродуктивного возраста во всем мире составляет от 2% до 10% [6].

ЭПБС — это редкая форма экстрагенитального эндометриоза, которой страдают от 0,03% до 0,47% женщин [7, 8].

ЭПБС является отдаленным послеоперационным осложнением, которое невозможно прогнозировать в хирургической практике [9].

Клинические проявления при этой патологии манифестируют в среднем через 3–4 года после оперативного родоразрешения или вмешательства. I. Djaković (2017) [10] описал случай эндометриоза послеоперационного рубца у женщины через одиннадцать лет после кесарева сечения.

Истинный патогенез эндометриоза остается загадкой. Предложены теории, включающие метаплазию и миграцию клеток в сочетании с их прямой имплантацией [11].

У большинства пациенток во время операций, связанных со вскрытием полости матки, происходит попадание клеток эндометрия в края операционной раны, что и вызывает, в ряде случаев, развитие эндометриоза передней брюшной стенки.

Как правило, это происходит при выполнении акушерских и гинекологических операций, требующих вскрытия полости матки (миомэктомия, кесарево сечение), а также при выполнении операций по поводу эндометриоза тазовых органов [12].

При постановке диагноза ЭПБС, необходимо исходить из взаимосвязи болей с менструальным циклом и ранее проведенным хирургическим вмешательством.

Дифференциальный диагноз проводится с опухолями брюшной стенки другой этиологии (десмоидные опухоли), с послеоперационной или паховой грыжами [13].

Ультразвуковая диагностика, компьютерная томография и магниторезонансная томография являются одними из основных методов, позволяющих уточнить локализацию, распространенность и вовлечение в патологический процесс окружающих тканей [13].

Клинический случай

Особенностью данного случая явилось неэффективное консервативное лечение ЭПБС, приведшее к прогрессированию заболевания, и как следствие, ухудшению качества жизни.

Пациентка Н., 34 лет поступила на плановое оперативное лечение с жалобами на выраженные боли в области послеоперационного рубца, усиливающиеся при менструации.

Анамнез: 2 операции кесарева сечения.

Через 4 года после проведенного второго кесарева сечения, пациентка стала отмечать тянущие боли в области послеоперационного рубца, усиливающиеся при менструации. Обратилась к акушеру-гинекологу по месту жительства, выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза, на котором был выявлен очаг эндометриоза в области послеоперационного рубца (медицинская документация не была предоставлена), выставлен диагноз эндометриоз послеоперационного рубца.

Назначено лечение препаратом «Жанин» на 6 месяцев. На фоне приема данного препарата отмечалось сохранение симптоматики, болевой синдром стал более выраженным.

Пациентка вновь консультирована врачом акушером-гинекологом, произведена отмена этого препарата с назначением приема следующих лекарств: «Трипто-релин-Лонг», «Вобензим», «Лонгидаза» в течении 3 месяцев. Однако жалобы сохранялись, в связи с чем пациентка обратилась в отделение гинекологии, являющееся

ся клинической базой кафедры акушерства и гинекологии Ставропольского государственного медицинского университета, где произведен осмотр пациентки.

Локальный статус. Над лоном поперечный рубец 10 см, заживший первичным натяжением, в левой трети рубца в глубине подкожно-жировой клетчатки под апоневрозом пальпируется образование 6×7 см, спаянное с тканями, неподвижное, болезненное.

Выполнено УЗИ передней брюшной стенки, по данным которого в области шва на глубине 0,53 см под апоневрозом определяется неправильной формы участок неоднородной ткани в виде вытянутой цифры 8, размерами $4,2 \times 6,6 \times 5,6$ см.

Назначено оперативное лечение в плановом порядке.

Из протокола операции: под эндотрахеальным наркозом по старому рубцу, с иссечением последнего, на передней брюшной стенке — по средней линии живота выполнен поперечный разрез кожи длиной 5 см. Рассечена подкожно-жировая клетчатка.

Очаг эндометриоза частично располагается в подкожной жировой клетчатке, уходя сагиттально вверх на 5 см (рис. 1). Выделен острым путем с точечной коагуляцией сосудов. Узел эндометриоза прорастает в апоневроз, с поражением последнего на участке 5×4 см, иссечен с участком апоневроза.

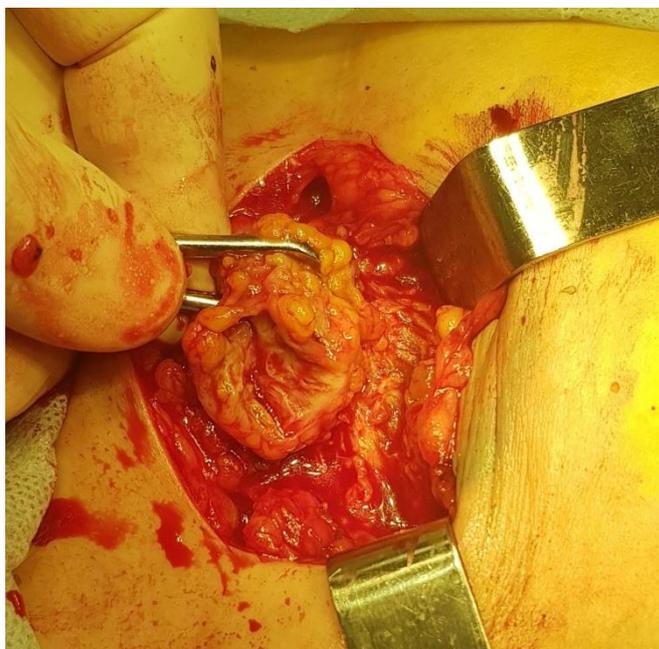


Рис. 1. Проращение апоневроза.

Выявлено проращение прямых мышц живота, узел эндометриоза уходит к лонному сочленению. Образование суммарными размерами 8×5 см, плотной консистенции, бугристое; интимно спаянное с окружающими тканями (рис. 2).

Отмечается выраженная васкуляризация образования и окружающих тканей. С техническими сложностями ввиду грубых рубцовых сращений, выраженной сети сосудов при помощи ультразвукового

скальпеля, выполнено поэтапное разъединение сращений с иссечением вышеописанного образования.

При выделении очага эндометриоза от прямых мышц живота выявлено проращение в брюшину на участке 3×3 см, брюшина рассечена, выполнено вхождение в брюшную полость (рис. 3), со стороны брюшной полости на данном участке подпаяны пряди большого сальника (рис. 4).

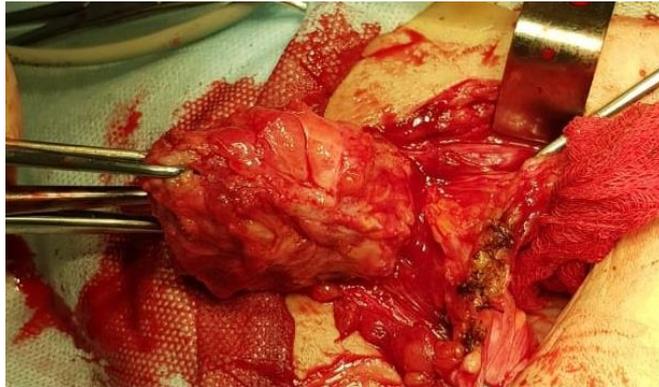


Рис. 2. Эндометриоидный узел.

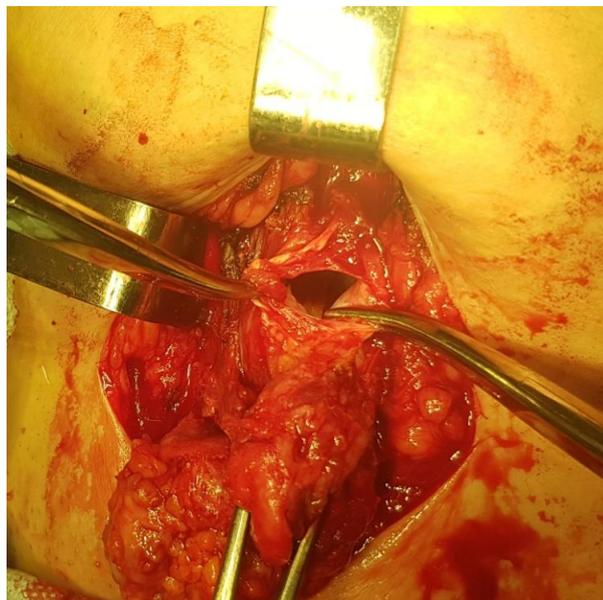


Рис. 3. Вскрытие брюшной полости.

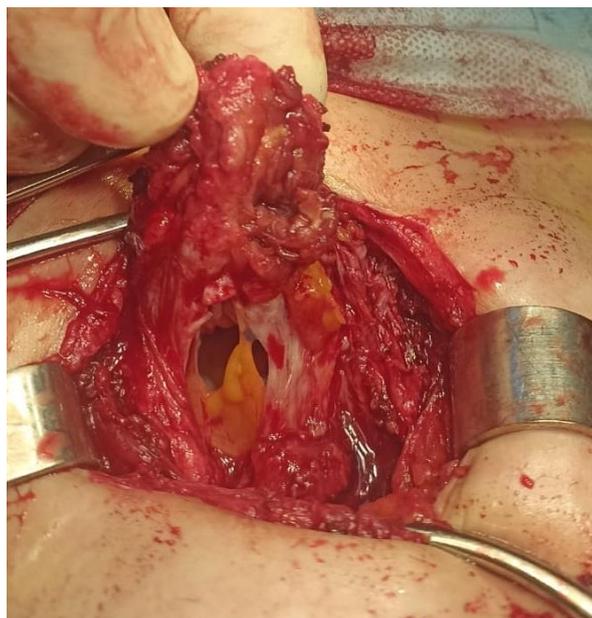


Рис. 4. Припаянные пряди большого сальника.

Проведено разъединение спаек, брюшина в участке прорастания эндометриозом с множественными очагами синюшно-багрового цвета от 0,2 см до 0,4 см, под контролем зрения выполнено иссечение брюшины вместе с очагом эндометриоза.

Брюшина ушита непрерывным швом. Мышцы сведены отдельными П-

образными викриловыми швами. Гемостаз подапоневротического пространства аргон-плазменной коагуляцией.

Учитывая выраженный дефект листов апоневроза (рис. 5), выполнено его ушивание с замещением дефекта сетчатым имплантом (рис. 6).

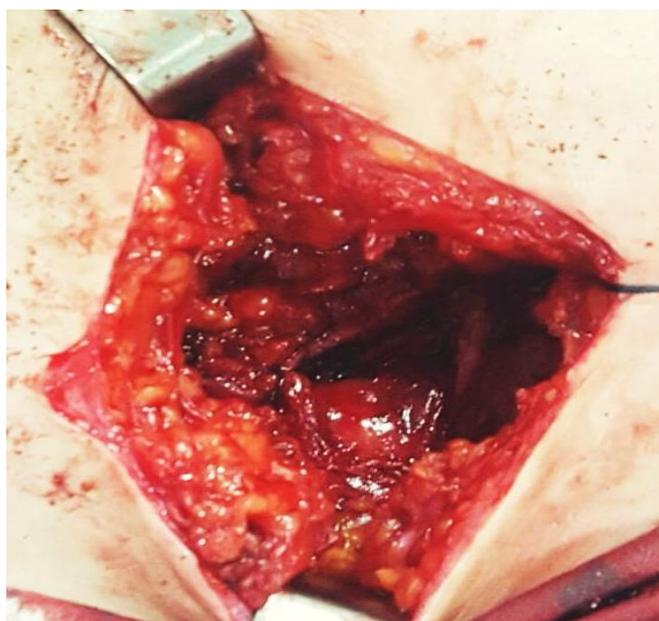


Рис. 5. Дефект апоневроза.



Рис. 6. Установка сетчатого импланта.

Подкожно-жировая клетчатка обработана аргон-плазменной коагуляцией, ушита отдельными викриловыми швами, предварительно ушит дефект подкожно-жировой клетчатки в месте удаления очага эндометриоза отдельными швами.

Макропрепарат: плотно-эластичное образование неправильной формы, размерами 8 × 5 см. На разрезе имеются фрагменты с коричневыми участками (рис. 7).



Рис. 7. Макропрепарат иссеченного участка эндометриоза.

Диагноз был подтвержден гистологически: в удаленном материале участок рубцовой ткани в обрывках жировой, где обнаружены фокусы разрастания желез эндометриоидного типа с густой круглоклеточной стромой, а также с густой лимфомакрофагальной инфильтрацией и гемосидероз. Заключение: очаг эндометриоза в рубцовой ткани.

Пациентка выписана из стационара на третьи сутки в удовлетворительном состоянии. С противорецидивной целью назначен «Диеногест» по схеме на 6 месяцев.

Через 3 и 6 месяцев после проведенного хирургического лечения выполнена оценка динамики клинических симптомов и качества жизни, а также выполнено динамическое ультразвуковое исследование области зоны хирургического вмешательства. По данным оценки клинических симптомов, отмечен регресс болей, с полным их исчезновением в течение первых месяцев после операции. По данным УЗИ, имелось полное восстановление анатомической целостности передней брюшной стенки без формирования дефектов. Вторичных очагов эндометриоза выявлено не было.

Обсуждение

ЭПБС является редкой патологией [1, 3, 4].

С 2020 по 2023 гг. из 84 прооперированных нами пациенток с диагнозом эндометриоз ЭПБС диагностирован у 10 пациенток, что составило 12% от общего числа случаев эндометриоза.

Во всех случаях ЭПБС был ассоциирован с выполненными ранее операциями кесарева сечения, что обусловлено ростом патологического очага в период восстановления менструальной функции после родоразрешения и периода лактации и выработкой эстрогенов в женском организме [12].

Манифестация клинических проявлений от момента кесарева сечения в среднем составила 4 года.

Диагноз был выставлен на основании жалоб, данных анамнеза и результатов ультразвукового исследования (УЗИ) передней брюшной стенки.

Эндометриоз иссекался в пределах здоровых тканей с использованием ультразвукового скальпеля. В последующем проводилась аутопластика собственными

тканями с использованием рассасывающего шовного материала.

Ультразвуковое исследование является информативным методом для постановки диагноза. УЗИ помогает уточнить локализацию очага эндометриоза, его распространенность и определить взаимодействие с окружающими тканями, что позволит правильно спланировать объем оперативного вмешательства [14].

Правильное сопоставление клинических проявлений, своевременное назначение дополнительных методов обследования, позволит на более раннем этапе заболевания провести хирургическое лечение с минимальной травматизацией тканей.

На сегодняшний день основным и единственным методом лечения эндометриоза передней брюшной стенки остается хирургический и заключается он в полном удалении очага [3]. На примере представ-

ленного клинического случая, хирургическое лечение в объеме удаление эндометриозного очага в пределах здоровых тканей, выполнило роль радикального лечебного вмешательства.

В послеоперационном периоде с целью профилактики рецидива заболевания возможно назначение прогестагенов четвертого поколения.

Заключение

Таким образом, клинический случай наглядно показал допущенные ошибки при консервативном лечении пациенток с эндометриозом передней брюшной стенки, что повлекло за собой усугубление тяжести течения заболевания, технические сложности при проведении оперативного вмешательства, в том числе невозможность аутопластики, потребовав замещения дефекта синтетическим сетчатым имплантом.

Список источников

1. Matalliotakis M., Matalliotaki C., Zervou M.I., et al. Abdominal and perineal scar endometriosis: Retrospective study on 40 cases // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2020. Vol. 252. P. 225–227. doi: [10.1016/j.ejogrb.2020.06.054](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.054)
2. Carsote M., Terzea D.C., Valea A., et al. Abdominal wall endometriosis (a narrative review) // *Int. J. Med. Sci.* 2020. Vol. 17, No. 4. P. 536–542. doi: [10.7150/ijms.38679](https://doi.org/10.7150/ijms.38679)
3. Zhang P., Sun Y., Zhang C., et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review // *BMC Womens Health.* 2019. Vol. 19, No. 1. P. 14. doi: [10.1186/s12905-019-0711-8](https://doi.org/10.1186/s12905-019-0711-8)
4. Баклыгина Е.А., Пчелинцев В.В., Маркин А.В. Эндометриоз передней брюшной стенки: серия клинических случаев // *Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова.* 2024. Т. 32, № 1. С. 93–102. doi: [10.17816/PAVLOVJ109638](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ109638)
5. Parazzini F., Esposito G., Tozzi L., et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2017. Vol. 209. P. 3–7. doi: [10.1016/j.ejogrb.2016.04.021](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.021)
6. Адамьян Л.В., Кулаков В.И., Андреева Е.Н. Эндометриозы. Руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина; 2006.
7. Ozel L., Sagirolu J., Unal A., et al. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall // *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2012. Vol. 38, No. 3. P. 526–530. doi: [10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x)
8. Horton J.D., Dezee K.J., Ahnfeldt E.P., et al. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases // *Am. J. Surg.* 2008. Vol. 196, No. 2. P. 207–212. doi: [10.1016/j.amjsurg.2007.07.035](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.035)
9. Hocaoglu M., Turgut A., Ozdamar O., et al. Abdominal wall endometriosis in patients with a history of cesarian section // *Ann. Ital. Chir.* 2018. Vol. 89. P. 425–430.
10. Djaković I., Vuković A., Bolanča I., et al. Abdominal Wall Endometriosis Eleven Years After Cesarean Section: Case Report // *Acta Clin. Croat.* 2017. Vol. 56, No. 1. P. 162–165. doi: [10.20471/acc.2017.56.01.22](https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.01.22)
11. Vellido-Cotelo R., Muñoz-González J.L., Oliver-Pérez M.R., et al. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center // *BMC Womens Health.* 2015. Vol. 15. P. 13. doi: [10.1186/s12905-015-0170-9](https://doi.org/10.1186/s12905-015-0170-9)
12. Петухов А.А., Флоренсов В.В., Рудая В.В. Эндометриоз послеоперационного рубца // *Acta Biomedica Scientifica.* 2016. Т. 1, № 2. С. 20–24. doi: [10.12737/20609](https://doi.org/10.12737/20609)
13. Wolf Y., Haddad R., Werbin N., et al. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall // *Am. Surg.* 1996. Vol. 62, No. 12. P. 1042–1044.
14. Van den Bosch T., Van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art // *Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol.* 2018. Vol. 51. P. 16–24. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013)

References

1. Matalliotakis M, Matalliotaki C, Zervou MI, et al. Abdominal and perineal scar endometriosis: Retrospective study on 40 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:225–7. doi: [10.1016/j.ejogrb.2020.06.054](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.06.054)
2. Carsote M, Terzea DC, Valea A, et al. Abdominal wall endometriosis (a narrative review). *Int J Med Sci.* 2020;17(4):536–42. doi: [10.7150/ijms.38679](https://doi.org/10.7150/ijms.38679)
3. Zhang P, Sun Y, Zhang C, et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC Womens Health.* 2019; 19(1):14. doi: [10.1186/s12905-019-0711-8](https://doi.org/10.1186/s12905-019-0711-8)
4. Baklygina EA, Pchelintsev VV, Markin AV. Anterior Abdominal Wall Endometriosis: A Series of Case Reports. *I. P. Pavlov Russian Medical Biological Herald.* 2024;32(1):93–102. doi: [10.17816/PAVLOVJ109638](https://doi.org/10.17816/PAVLOVJ109638)
5. Parazzini F, Esposito G, Tozzi L, et al. Epidemiology of endometriosis and its comorbidities. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;209:3–7. doi: [10.1016/j.ejogrb.2016.04.021](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.021)
6. Adamyan LV, Kulakov VI, Andreyeva EN. *Endometriozy. Rukovodstvo dlya vrachey.* 2nd ed. Moscow: Meditsina; 2006. (In Russ).
7. Ozel L, Sagiroglu J, Unal A, et al. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(3):526–30. doi: [10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x](https://doi.org/10.1111/j.1447-0756.2011.01739.x)
8. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, et al. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008; 196(2):207–12. doi: [10.1016/j.amjsurg.2007.07.035](https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.035)
9. Hocaoglu M, Turgut A, Ozdamar O, et al. Abdominal wall endometriosis in patients with a history of cesarian section. *Ann Ital Chir.* 2018; 89:425–30.
10. Djaković I, Vuković A, Bolanča I, et al. Abdominal Wall Endometriosis Eleven Years After Cesarean Section: Case Report. *Acta Clin Croat.* 2017;56(1):162–5. doi: [10.20471/acc.2017.56.01.22](https://doi.org/10.20471/acc.2017.56.01.22)
11. Vellido-Cotelo R, Muñoz-González JL, Oliver-Pérez MR, et al. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Womens Health.* 2015;15:13. doi: [10.1186/s12905-015-0170-9](https://doi.org/10.1186/s12905-015-0170-9)
12. Petukhov AA, Florensov VV, Rudaya VV. Endometriosis of postoperative cicatrix. *Acta Biomedica Scientifica.* 2016;1(2):20–4. (In Russ). doi: [10.12737/20609](https://doi.org/10.12737/20609)
13. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, et al. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg.* 1996;62(12):1042–4.
14. Van den Bosch T, van Schoubroeck D. Ultrasound diagnosis of endometriosis and adenomyosis: State of the art. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:16–24. doi: [10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013](https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2018.01.013)

Дополнительная информация

Финансирование. Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

Этика. Использованы данные пациента в соответствии с письменным информированным согласием.

Согласие на публикацию. В статье использованы обезличенные клинические данные пациента в соответствии с подписанным им информированным согласием.

Информация об авторах:

✉ Григорьянц Армен Александрович — канд. мед. наук, SPIN: 6945-4464, <https://orcid.org/0000-0002-9333-2578>, e-mail: mr.vanhelsink@mail.ru

Аксененко Виктор Алексеевич — д-р мед. наук, профессор, SPIN: 3927-5491, <https://orcid.org/0000-0001-5209-6524>, e-mail: aksenenko@mail.ru

Аксененко Денис Викторович — канд. мед. наук, SPIN: 3948-2147, <https://orcid.org/0000-0003-2820-3160>, e-mail: Dr.aksenenko@gmail.com

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Funding. The authors declare no funding for the study.

Ethics. The data is used in accordance with the informed consent of patient.

Consent to publication. The article uses depersonalized clinical data of the patient in accordance with the informed consent signed by him.

Information about the authors:

✉ Armen A. Grigoryants — MD, Cand. Sci. (Med.), SPIN: 6945-4464, <https://orcid.org/0000-0002-9333-2578>, e-mail: mr.vanhelsink@mail.ru

Viktor A. Aksenenko — MD, Dr. Sci. (Med.), Professor, SPIN: 3927-5491, <https://orcid.org/0000-0001-5209-6524>, e-mail: aksenenko@mail.ru

Denis V. Aksenenko — MD, Cand. Sci. (Med.), SPIN: 3948-2147, <https://orcid.org/0000-0003-2820-3160>, e-mail: Dr.aksenenko@gmail.com

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.