

Rycina 83.2. Endometrioza III stopnia w ASRM: a – torbiel endometrialna jajnika lewego; b – wyluszczenie torbieli jajnika lewego; c – stan po wyluszczeniu torbieli i zeszcyciu jajnika (materiał własny).

i najczęściej pęka podczas uwalniania zrostów. Typowa torbiel endometrialna ma gładką torebkę i jest wypełniona czekoladową, gęstą treścią. Zgodnie z zaleceniami ESHRE dopuszczalne jest wyluszczenie torbieli lub zniszczenie torebki za pomocą technik termoablacji. Ze względu na brak dostatecznej kontroli nad głębokością termoablacji i ewentualnym uszkodzeniem prawidłowej tkanki jajnika autor zaleca wyluszczenie torbieli oraz zeszcycie jajnika z dbałością o jego ukrwienie. Wyluszczenie torbieli należy wykonać w odpowiedniej warstwie, aby uniknąć niepotrzebnego rozdzierania jajnika. Torbiele mniejszych rozmiarów można usunąć bezpośrednio przez trokar, większe usuwa się z jamy brzusznej w endobagu. Przy zastosowaniu technik termoablacji należy bezwzględnie pobrać fragment torbieli do badania histopatologicznego.

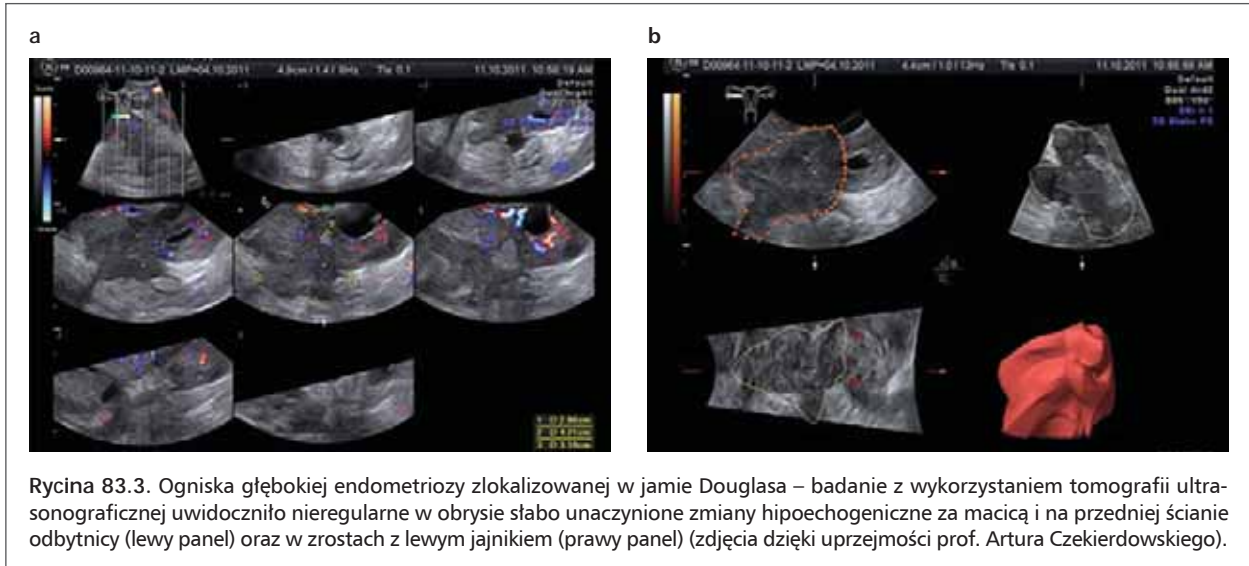
#### 83.2.4. Endometrioza głęboko naciekająca

Rozpoznanie endometriozy głęboko naciekającej (DIE – *deep infiltrating endometriosis*) oparte jest na badaniu palpacyjnym i wywiadzie, a uzupełnione badaniem

ultrasonograficznych przezpochwowym i przezodbytniczym i/lub badaniem MRI miednicy mniejszej. Najczęstsza lokalizacja DIE to więzadła krzyżowo-maciczne, przegroda odbytniczo-pochwowa, dystalna część esicy i odbytnica oraz ściana pochwy. Zaawansowanie DIE można oceniać według skali ENZIAN 2012.

Leczenie chirurgiczne polega na wycięciu guza w granicach zdrowych tkanek. W przypadku naciekania jelita należy spróbować usunąć zmianę, nie otwierając światła jelita (tzw. *shaving*). W przypadku naciekania całego przekroju ściany jelita zaleca się wycięcie zmiany i zeszcycie jelita. Jeżeli zmiana jest rozległa i powoduje przewężenie jelita, należy wykonać jego odcinkową resekcję z następowym zespoleniem.

Szczególną postacią endometriozy/adenomiozy głęboko naciekającej są wszczepy powstałe jako jatrogenne odległe powikłanie morcelacji laparoskopowej po wyluszczeniu adenomiozy lub nadszyjkowej amputacji trzonu macicy z adenomiozą. Morcelacja polega na rozkawałkowywaniu tkanki, np. mięśniaka lub macicy w celu usunięcia preparatu przez trokar laparoskopowy średnicy 10–15 mm, nie powiększając nacięcia skóry. Ryzyko powstania wszczepów



Rycina 83.3. Ogniska głębokiej endometriozy zlokalizowanej w jamie Douglasa – badanie z wykorzystaniem tomografii ultrasonograficznej uwidocznilo nieregularne w obrysie słabo unaczynione zmiany hipoechogeniczne za macicą i na przedniej ścianie odbytnicy (lewy panel) oraz w zrostach z lewym jajnikiem (prawy panel) (zdjęcia dzięki uprzejmości prof. Artura Czekierdowskiego).

ocenia się na około 0,16%. Ogniska endometriozy mogą wszczepiać się w ścianę jelit, gdzie proliferują. W skrajnych przypadkach mogą przewęzać światło jelita, doprowadzając do niedrożności.

### 83.2.5. Endometrioza w bliźnie

Ognisko endometriozy w bliźnie najczęściej zlokalizowane jest w bliźnie po cięciu cesarskim lub po nacięciu krocza. Do rozpoznania najczęściej wystarcza wywiad i badanie palpacyjne. W powłokach badalny jest lity guz, bolesny przy palpacji. Może być zlokalizowany w skórze, tkance podskórnej, powięzi lub mięśniach prostych. Czasem obejmuje wszystkie warstwy powłok, a naciekając skórę, powoduje cykliczne krwawienia. W wywiadzie pacjentki zgłaszają dolegliwości bólowe w okolicy blizny po cięciu cesarskim, mogące nasilać się przed miesiączką. W piśmiennictwie wskazywane są przypadki pierwotnej endometriozy w pępku bez uprzednich zabiegów operacyjnych.

Endometrioza jest chorobą przewlekłą i nawracającą. Często leczenie farmakologiczne i oszczędzające leczenie chirurgiczne jest nieskuteczne. Całkowite wyleczenie endometriozy i ustąpienie objawów można uzyskać, wycinając macicę lub usuwając macicę z przydatkami. Do obustronnego wycięcia przydatków w celu leczenia endometriozy przed 50. rokiem życia należy podchodzić bardzo ostrożnie, gdyż wprowadzenie kobiety w jatrogenną menopauzę w 40.–45. roku życia skraca przewidywaną długość życia o około 10 lat.

## 83.3. Stany naglące w ginekologii

### 83.3.1. Ciąża ektopowa

Ciąża pozamaciczna to zagnieżdżenie się zarodka w innym miejscu niż jama macicy. Dotyczy 1–2% wszystkich ciąż. Najczęstszą lokalizacją ciąży ektopowej jest część bańkowa jajowodu. Od 30 lat obserwuje się spadek śmiertelności kobiet z powodu ciąży ektopowej, jednak nadal jest ona przyczyną 4–10% zgonów związanych z ciążą. Należy podkreślić, że około 85% kobiet ma obecnie diagnozowaną ciążę pozamaciczną przed pęknięciem jajowodu, co prowadzi do planowego leczenia farmakologicznego lub chirurgicznego. Związane jest to z rozpowszechnieniem badań ultrasonograficznych.

Objawy ciąży ektopowej to: zatrzymanie miesiączki, dodatni test ciążowy, podwyższony poziom beta-HCG we krwi, brak pęcherzyka ciążowego w jamie macicy w USG, krwawienie z narządu płciowego (obecność ciąży w jamie macicy nie wyklucza ciąży ektopowej!). Taką ciążę należy różnicować z zapaleniem przydatków, pękniętą torbielą jajnika, poronieniem, skrętem jajnika, infekcją układu moczowego czy zapaleniem wyrostka robaczkowego. Czynniki ryzyka to przebyte ciąża ektopowa, wkładka wewnątrzmaciczna, przebyte operacje w obrębie miednicy mniejszej, zapalenia miednicy mniejszej, poronienia, wiek powyżej 35. roku życia, niepłodność w wywiadzie.

Klasyczna triada objawów ciąży pozamacicznej to zatrzymanie miesiączki, ból podbrzusza i krwawienie z narządu płciowego. Dotyczy ona jednak tylko 50% kobiet