



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ**  
**ΠΕΡΙΝΕΟΥ»**



**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**"Η ενδομητρίωση περινέου και πυέλου μετά από μαιευτικές  
και γυναικολογικές επεμβάσεις"**

Νικόλαος Πεϊτσίδης

Ειδικευόμενος Μαιευτικής Γυναικολογίας

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μεσσήνη Χριστίνα, Λέκτορας Μαιευτικής Γυναικολογίας - Τμήμα Ιατρικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας – Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δαπόντε Αλέξανδρος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας - Τμήμα Ιατρικής  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Νταφόπουλος Κωνσταντίνος, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας - Τμήμα  
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Λάρισα, 2019**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΛΑΣΣΟΝΟΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ  
ΠΕΡΙΝΕΟΥ»**



**‘Endometriosis of perineum and pelvic floor after obstetrical and  
gynecological operations’**

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	4
Περίληψη.....	5
Θεωρητικό Μέρος .....	7
1. Ενδομητρίωση .....	7
1.1 Ορισμός μορφές και στάδια.....	7
1.2 Επιδημιολογία .....	8
1.3 Παθογένεση ενδομητρίωσης .....	8
1.4 Κλινική Εικόνα .....	8
1.5 Διάγνωση.....	9
1.6 Θεραπεία .....	10
2. Πυελική Ενδομητρίωση.....	11
3. Περινεϊκή ενδομητρίωση .....	11
4. Ενδομητρίωση και Επεμβάσεις.....	12
Σκοπός της ανασκόπησης.....	15
Μεθοδολογία .....	15
Κριτήρια ένταξης .....	16
Κριτήρια αποκλεισμού .....	16
Αποτελέσματα .....	19
Συζήτηση – Συμπεράσματα.....	27
Βιβλιογραφία .....	30

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή κ Τεπετέ για την ευκαιρία που μου έδωσε να παρακολουθήσω το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών ‘Χειρουργικής Ελάσσονος Πυέλου και Περινέου’ στο τμήμα ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Το οργανωτικό του πνεύμα, η αμέριστη συμπαράσταση και καθοδήγησή του ήταν εξαιρετικά σημαντικά για την εκπόνηση της διπλωματικής μου. Οι παρατηρήσεις, τα σχόλια και οι διαλέξεις του κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος αποτέλεσαν τον ακρογωνιαίο λίθο όλης της γνώσης που αποκομίσαμε για την χειρουργική της πυέλου και του περινέου. Γνώση που θα μας ακολουθήσει και θα βελτιώσει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο.

Ευχαριστώ επίσης θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κυρία Μεσσήνη για την καθοδήγηση που μου προσέφερε, για την τακτική παρακολούθηση της ερευνητικής μου προόδου, για την άμεση υποστήριξη σε οποιαδήποτε απορία και για τις πολύ εύστοχες παρατηρήσεις και διορθώσεις καθ’όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου. Η βοήθεια της ήταν ανεκτίμητη και χωρίς αυτή δε θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Εποικοδομητική ήταν και η συνεργασία με τον συνάδελφο και φίλο Πασχάλη Μούσιο κατά τη διάρκεια αυτού του έτους στην παρακολούθηση των μαθημάτων και στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας, τον ευχαριστώ ιδιαίτερα και ελπίζω σε συνεργασία στο μέλλον.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τη σύζυγο και συνάδελφο Αργυρώ Μουντζουρίδη για την αμέριστη υποστήριξη και βοήθεια τόσο ψυχολογικά όσο και επιστημονικά κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διπλωματικής μου.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ενδομητρίωση αποτελεί μία φλεγμονώδη νόσο που σχετίζεται με πυελικό άλγος, υπογονιμότητα και χαρακτηρίζεται από παρουσία ενδομητρικού ιστού εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας. Για την αιτιοπαθογένεια της νόσου έχουν αναπτυχθεί ποικίλες θεωρίες όπως η μηχανική μεταφορά, η λεμφική και φλεβική μετάσταση, η ματαπλασία και η παλίνδρομη ροή της εμμηνόρροιας. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας 30-45 ετών. Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική.

Σκοπός της παρούσης περιγραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της εμφάνισης ενδομητρίωσης πυέλου και περινέου μετά από μαιευτικές και γυναικολογικές επεμβάσεις όπως η υστερεκτομή, η καισαρική τομή και ο φυσιολογικός τοκετός. Για το σκοπό αυτό, μετά από αναζήτηση στο Pubmed και Google Scholar με βάση κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού, συμπεριλήφθησαν ένας συγκεκριμένος αριθμός εργασιών. Κατά την ανάλυση των μελετών αυτών συμπεραίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της εμφάνισης οποιασδήποτε μορφής ενδομητρίωσης μετά από γυναικολογικές ή μαιευτικές επεμβάσεις. Συγκεκριμένα για την περινεϊκή ενδομητρίωση, αν και εμφανίζεται σπάνια, φαίνεται ότι σχετίζεται με την πραγματοποίηση περινεοτομίας κατά τον τοκετό. Η θεραπεία αυτής της μορφής ενδομητρίωσης αποτελεί η ευρεία εκτομή της αλλοίωσης ενώ ταυτόχρονα συστήνεται και η χορήγηση GnRH αγωνιστών.

Λέξεις κλειδιά: ενδομητρίωση, υπογονιμότητα, πυελικό άλγος, παλίνδρομη ροή εμμηνόρροιας

## ABSTRACT

Endometriosis is an inflammatory disease associated with pelvic pain, infertility and characterized by lesions of endometrial like tissue outside of the uterus. Different theories have been described for the development of endometriosis such as metaplasia, venous and lymphatic metastatization, retrograde menstruation and mechanical transposition. Endometriosis affects reproductive age females 30 –45 years old. Therapy can be either conservative or surgery.

The purpose of this descriptive review is to study the occurrence of pelvic and perineal endometriosis following obstetric and gynecological procedures such as hysterectomy, caesarean section and normal delivery. Pubmed and Google Scholar were used as a search machines. Based on specific criteria, a certain number of studies were included. After analyzing these studies, it is concluded that there is a strong correlation of the occurrence of any endometriosis after gynecological or obstetric surgery. Specifically, for perinatal endometriosis, although it appears rarely, it seems to be related to the occurrence of episiotomy during normal labor. For this form of endometriosis, none relapses have been described after wide excision of the lesions, while it is also recommended to administer GnRH agonists.

Key words : endometriosis, infertility, pelvic pain, retrograde menstruation

## Θεωρητικό Μέρος

### 1. Ενδομητρίωση

#### 1.1 Ορισμός Μορφές και Στάδια Ενδομητρίωσης

Η ενδομητρίωση αποτελεί μία φλεγμονώδη νόσο που σχετίζεται με πυελικό άλγος και υπογονιμότητα και χαρακτηρίζεται από την παρουσία ενδομητρικού ιστού εκτός της ενδομήτριας κοιλότητας (18). Διακρίνεται στην εσωτερική ενδομητρίωση, τη λεγόμενη αδενομύωση όπου υπάρχει επέκταση του ενδομητρικού ιστού στο μυομήτριο και την εξωτερική ενδομητρίωση. Υπάρχουν 4 βασικές μορφές εξωτερικής ενδομητρίωσης (11):

- Η ενδομητρίωση του κοιλιακού τοιχώματος.
- Η εν τω βάθει ενδομητρίωση (deeply infiltrating endometriosis - DIE) . Πρόκειται για την εισβολή των ενδομητρικών αδένων και του στρώματος στην περιτοναϊκή επιφάνεια κατά 5 τουλάχιστον χιλιοστά.
- Το ενδομητρίωμα. Οι περισσότερες περιπτώσεις ενδομητρίωματος παρουσιάζονται ως αποτέλεσμα της ρήξης του φλοιού των ωοθηκών.
- Η επιφανειακή περιτοναϊκή ενδομητρίωση (superficial peritoneal endometriosis). Οι αλλοιώσεις της συγκεκριμένης μορφής ενδομητρίωσης μπορούν να αναγνωριστούν κατά τη διάρκεια λαπαροσκόπησης, ως κόκκινα, λευκά ή μαύρα εμφυτεύματα, ανάλογα με το βαθμό αιμορραγίας, ουλών ή ίνωσης μέσα στον ιστό, αντίστοιχα.

Η ενδομητρίωση μπορεί να διακριθεί σε 4 βασικά στάδια (18):

- Στο στάδιο 1 (minimal), το οποίο ισοδυναμεί με την ελάχιστη μορφή της ενδομητρίωσης. Πρόκειται για μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται περισσότερο ως φυσιολογική και όχι ως παθολογική, κατά την οποία, η εξέταση της γυναίκας και ο εντοπισμός τυχόν συμπτωμάτων θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πρόβλεψη της ενδομητρίωσης μεταξύ γυναικών που δεν έχουν υποβληθεί σε χειρουργική διάγνωση της νόσου (18).

- Στο στάδιο 2 (mild) , το οποίο αντιστοιχεί στην ήπια μορφή της ενδομητρίωσης.
- Στο στάδιο 3 (moderate), το οποίο αντιστοιχεί στην μέτρια μορφή της ενδομητρίωσης.
- Στο στάδιο 4 (severe), το οποίο αντιστοιχεί στη σοβαρή μορφή της ενδομητρίωσης.

## **1.2 Επιδημιολογία**

Η ενδομητρίωση είναι η πιο συχνή νόσος των γυναικών που βρίσκονται στο δεύτερο μισό της αναπαραγωγικής ζωής τους, δηλαδή κατά την ηλικία μεταξύ 30 και 45 ετών, ενώ τείνει να υποχωρεί κατά την εμμηνόπαυση. Ο επιπολασμός και η επίπτωση της ενδομητρίωσης είναι δύσκολο να υπολογιστούν με ακρίβεια εξαιτίας της έλλειψης ομοιογένειας των στατιστικών, η οποία προκύπτει από τις σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών πληθυσμών που εξετάζονται (34). Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, πρόκειται για ένα σοβαρό γυναικολογικό πρόβλημα που πλήττει ένα σημαντικό ποσοστό των προεμμηνοπαυσιακών γυναικών (8,32).

## **1.3 Παθογένεση ενδομητρίωσης**

Η ακριβής αιτιολογία και παθογένεια της ενδομητρίωσης δεν έχουν ανακαλυφθεί έως σήμερα (18). Για τον τρόπο ανάπτυξης ενδομητρίωσης, έχουν αναπτυχθεί ποικίλες θεωρίες, όπως η μηχανική μεταφορά, η λεμφική και φλεβική μετάσταση, η παλινδρόμηση της εμμήνου ρύσεως, και η μεταπλασία (8). Μια ευρέως αποδεκτή θεωρία από αυτές για την παθογένεση της ενδομητρίωσης είναι ότι ο ιστός του ενδομητρίου μεταφέρεται έξω από την ενδομητρική κοιλότητα με παλίνδρομη ροή της εμμηνόρροιας (19).

## **1.4 Κλινική Εικόνα**

Η μεγάλη ποικιλία στην κλινική εικόνα και η περιορισμένη γνώση της αιτιοπαθογένειας της νόσου προκαλούν δυσκολίες στη διάγνωση της ενδομητρίωσης, ειδικά όταν εντοπίζεται σε προηγηθείσες χειρουργικές τομές, ιδίως αν δεν υπάρχει



εξειδίκευση στην ενδομητρίωση (31). Συνήθως, η ενδομητρίωση είναι μια συμπτωματική νόσος, και τα κυριότερα συμπτώματα είναι η υπογονιμότητα, η δυσπαρευνία, το χρόνιο πυελικό άλγος και η δυσμηνόρροια. Ωστόσο, τα συμπτώματα αυτά είναι μη ειδικά, και ενδέχεται να σχετίζονται με πολλές, άλλες παθολογικές καταστάσεις (22). Για παράδειγμα, η δυσμηνόρροια σοβαρής μορφής σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας θα μπορούσε να υποτιμηθεί από τους επαγγελματίες υγείας, ενώ τα συμπτώματα της ενδομητρίωσης ενδέχεται να μιμούνται τη μετεγχειρητική κήλη (15,22). Ως εκ τούτου, υπάρχει καθυστέρηση της διάγνωσης, ανεπαρκή θεραπεία των συμπτωμάτων της νόσου με αποτέλεσμα την κακή ποιότητα ζωής των ασθενών (22).

Όσον αφορά στους βασικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα νόσησης από ενδομητρίωση, αυτοί είναι οι ακόλουθοι (1,2):

- Οι σύντομης διάρκειας καταμήνιοι κύκλοι.
- Οι κύκλοι εμμηνόρροιας με αυξημένη ροή (πολυμηνόρροια) και με διάρκεια μεγαλύτερη από 7 ημέρες (μηνορραγία).
- Η έναρξη της εμμηνόρροιας πριν την ηλικία των 11 ετών.
- Το ιστορικό ενδομητρίωσης σε συγγενή πρώτου βαθμού, όπως είναι η μητέρα, η κόρη ή η αδερφή. Στην περίπτωση αυτή, παρατηρείται αύξηση του κινδύνου ενδομητρίωσης κατά 6 φορές περίπου.

## 1.5 Διάγνωση

Εκτός από την κλινική εξέταση, οι αλλοιώσεις της ενδομητρίωσης μπορούν να διαγνωστούν με πολλές διαφορετικές μεθόδους, όπως είναι οι ακόλουθες (14):

- Το διακολπικό υπερηχογράφημα (“Transvaginal Sonography”, TVS)
- Η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (“Magnetic Resonance Imaging”, MRI)
- Η αξονική τομογραφία (“Computed Tomography”, CT)
- Η βιοψία μέσω βελόνας των οζιδίων του κοιλιακού τοιχώματος
- Η υπερηχογραφική εξέταση Doppler
- Η λαπαροσκόπηση
- Η χρήση βιοδεικτών

Οι παραπάνω μέθοδοι μπορούν να διακριθούν στις επεμβατικές, όπως είναι η λαπαροσκόπηση και η βιοψία, και στις μη επεμβατικές μεθόδους, όπως είναι η χρήση ειδικών βιοδεικτών, η τομογραφία, το διακολπικό υπερηχογράφημα και η απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού.

Η κυριότερη μέθοδος για τη διάγνωση της ενδομητρίωσης είναι το διακολπικό υπερηχογράφημα. Η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε υποψία εν τω βάθει ενδομητρίωσης (21). Είναι σημαντικό να υπάρχει εξειδίκευση των ιατρών στις τεχνικές αυτές για τη σωστή διάγνωση της νόσου. Ωστόσο ορισμένες αλλοιώσεις, όπως είναι τα επιφανειακά, περιτοναϊκά, ενδομητριοτικά εμφυτεύματα είναι δύσκολο να ανιχνευθούν (30).

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να τονιστεί πως ανεξάρτητα από τις επιμέρους τεχνικές για τον εντοπισμό των ενδομητριοτικών αλλοιώσεων, η οριστική διάγνωση τίθεται με την ιστοπαθολογική εξέταση των αλλοιώσεων αυτών (31).

## 1.6 Θεραπεία

Η ενδομητρίωση μπορεί να αντιμετωπιστεί χειρουργικά, μέσω της διεξαγωγής λαπαροσκόπησης είτε λαπαροτομίας (20).

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση του άλγους, αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ποικίλες μεθόδους, όπως είναι η εμπειρική θεραπεία του άλγους, η χορήγηση ορμονικών θεραπειών, όπως είναι οι αναστολείς της αρωματάσης, οι αγωνιστές της GnRH και τα ορμονικά αντισυλληπτικά, η χορήγηση αναλγητικών και η χειρουργική επέμβαση. Φαρμακευτική αντιμετώπιση του άλγους συστήνεται αν και δεν υπάρχει πάντα υποχώρηση των συμπτωμάτων. Για την αντιμετώπιση του άλγους που σχετίζεται με την ενδομητρίωση μέσω χειρουργικών επεμβάσεων, συνήθως επιχειρείται η εξάλειψη των ενδομητριοτικών αλλοιώσεων, η λύση των συμφύσεων και η διακοπή των νευρικών οδών. Η εξάλειψη των ενδομητριοτικών αλλοιώσεων μπορεί να πραγματοποιηθεί με διαθερμία, με εκτομή ή με αφαίρεση, η λύση των συμφύσεων αποσκοπεί στην αποκατάσταση της ανατομίας της πυέλου, ενώ η διακοπή των νευρικών οδών πραγματοποιείται με στόχο τη βελτίωση του ελέγχου του πόνου (11).

Οι γυναίκες με υπογονιμότητα η οποία σχετίζεται με ενδομητρίωση πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μονάδες υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συνεργασία με εξειδικευμένο κέντρο για την ενδομητρίωση (11).

## **2. Πυελική Ενδομητρίωση**

Η πυελική ενδομητρίωση ορίζεται ως «οι αλλοιώσεις που εντοπίζονται στις ωοθήκες, στις σάλπιγγες και στο τοπικό περιτόναιο», ενώ αντίθετα, η εξωπυελική ενδομητρίωση αναφέρεται στα ενδομητριοτικά εμφυτεύματα που εντοπίζονται σε οποιαδήποτε άλλη περιοχή του σώματος (14). Όσον αφορά στην πυελική ενδομητρίωση, πρόκειται για την πιο συχνή μορφή ενδομητρίωσης και επηρεάζει τις γυναίκες κυρίως κατά την αναπαραγωγική τους ηλικία (28).

## **3. Περινεϊκή ενδομητρίωση**

Η περινεϊκή ενδομητρίωση, δηλαδή η ενδομητρίωση που εντοπίζεται στο περίνεο, είναι μια σπάνια και εξαιρετικά επώδυνη κατάσταση. Η διάγνωση της είναι σχετικά δύσκολη και συνήθως καθυστερεί αρκετά με αποτέλεσμα να δημιουργεί άγχος στην ασθενή και να αυξάνει τη νοσηρότητα. Η καθυστέρηση αυτή στη διάγνωση της περινεϊκής ενδομητρίωσης οφείλεται ως επί το πλείστον στις ελάχιστες ορατές ενδείξεις της ύπαρξης της ενδομητρίωσης αυτού του τύπου. Η αύξηση του μεγέθους της ενδομητριοσικής κύστης, θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή αποκλειστικά και μόνο με προσεκτική ψηλάφηση, κι έτσι, η βιαστική και γρήγορη εξέταση που πραγματοποιείται πολλές φορές στους ασθενείς ενδέχεται να μην εντοπίσει τις συγκεκριμένες ενδείξεις και να μην γίνει η διάγνωση της νόσου (17).

Στη διάγνωση της περινεϊκής ενδομητρίωσης συμβάλλουν διάφοροι τύποι υπερήχων, όπως το υπερηχογράφημα κάτω κοιλίας καθώς και το κοιλιακό υπερηχογράφημα (16). Σε αυτές τις υπερηχογραφικές λήψεις, είναι δυνατόν να παρατηρηθούν πολλά διαφορετικά ευρήματα, όπως είναι η ύπαρξη μιας ετερογενούς μάζας με κυστικές περιοχές και με περιοχές μαλακών ιστών (5). Ωστόσο, όπως

συμβαίνει και σε άλλες περιπτώσεις ενδομητρίωσης, πολλοί ειδικοί στην υπερηχογραφία δεν είναι εξοικειωμένοι με τις εικόνες της περινεϊκής ενδομητρίωσης και ως εκ τούτου, αυξάνεται η πιθανότητα λανθασμένης ή διαφορετικής ερμηνείας της παρατηρούμενης αλλοίωσης (17).

Η σπανιότητα των περιπτώσεων περινεϊκής ενδομητρίωσης οφείλεται πολλές φορές στο γεγονός πως δεν υποπεύονται εξ αρχής οι κλινικοί τη συγκεκριμένη νόσο. Τα τρία βασικά, τυπικά χαρακτηριστικά της περινεϊκής ενδομητρίωσης που αναπτύσσεται στις περιοχές των χειρουργικών τομών είναι τα ακόλουθα (32):

- Η παρουσία μάζας ή οζιδίου στο σημείο της παλιάς περινεοτομής ή ρήξης περινέου).
- Ιστορικό φυσιολογικού τοκετού με περινεοτομή ή ρήξη περινέου.
- Το περινεϊκό άλγος το οποίο επιδεινώνεται κατά την έμμηνο ρύση και επαναλαμβάνεται σε κάθε κύκλο.

Στις περιπτώσεις όπου πληρούνται και τα τρία παραπάνω κριτήρια, η προγνωστική ακρίβεια της περινεϊκής ενδομητρίωσης ανέρχεται στο 100% (17)

Σε επίπεδο ιστοπαθολογίας, επίσης παρατηρείται πολλές φορές υψηλού βαθμού καθυστέρηση στον εντοπισμό της νόσου. Μεταξύ των ευρημάτων που έχουν αναφερθεί σε ιστοπαθολογικό επίπεδο, ανήκουν η ύπαρξη πυογενούς αποστήματος και η παρουσία αποκρινούς κύστης (17).

Τέλος, σε ορισμένες περιπτώσεις, έχει εντοπιστεί η συνύπαρξη περινεϊκής και πυελικής ενδομητρίωσης. Στην ομάδα αυτή των ασθενών, δεν υπάρχουν ούτε κλινικές ενδείξεις ούτε υπερηχογραφικά ευρήματα που να σχετίζονται με την πυελική ενδομητρίωση και η διάγνωση της συγκεκριμένης παθολογικής κατάστασης είναι εξαιρετικά δύσκολη (17).

#### **4. Ενδομητρίωση και Επεμβάσεις**

Η ενδομητρίωση είναι μια ασθένεια που εμφανίζεται ως επί το πλείστον ενδοπυελικά, κυρίως στον τράχηλο, τις ωοθήκες, το πυελικό περιτόναιο και τις σάλπιγγες (8). Σπάνια, η ενδομητρίωση μπορεί να εμφανιστεί και σε ανατομικές περιοχές εκτός της πύελου, όπως στις τομές χειρουργικών επεμβάσεων, στον εγκέφαλο και στον

πνεύμονα (19). Η παρουσία ενδομητρίωσης εκτός της πυέλου είναι σχετικά σπάνια και αφορά στο 12% περίπου του συνόλου των περιπτώσεων της ενδομητρίωσης (8).

Από τις απομακρυσμένες θέσεις εμφάνισης της ενδομητρίωσης, πιο συχνές είναι τα σημεία ουλών μετά από κάποια χειρουργική επέμβαση (9). Στις περιπτώσεις αυτές, πιθανόν να πραγματοποιείται μηχανική μετατόπιση κυττάρων ενδομητρίου στις τομές τη στιγμή της εγχείρισης, και με αυτόν τον τρόπο αναπτύσσεται ενδομητριοσικός ιστός στις περιοχές αυτές (15).

Η ενδομητρίωση σε τομές μπορεί να αναπτυχθεί εντός καθώς και πλησίον της τομής από προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις. Η πλειοψηφία αυτών των επεμβάσεων είναι γυναικολογικού τύπου (8). Μπορεί να εμφανιστεί σε λαπαροτομίες καθώς και σε λαπαροσκοπικές επεμβάσεις. Τα είδη των γυναικολογικών ή μαιευτικών παρεμβάσεων, οι οποίες μπορεί να συνδεθούν με την ανάπτυξη ενδομητρίωσης, είναι πολυάριθμα. Μεταξύ αυτών ανήκουν οι ακόλουθες (15):

- Η αμνιοπαρακέντηση.
- Ο φυσιολογικός τοκετός.
- Η καισαρική τομή.
- Η υστερεκτομή.
- Η περινεοτομή. Η ενδομητρίωση στην ουλή της περινεοτομής μετά από φυσιολογικό τοκετό είναι πιο σπάνια από άλλες περιπτώσεις ενδομητρίωσης, αφού παρατηρείται στο 0,00007% των τοκετών, αλλά η πραγματική επίπτωση του συγκεκριμένου τύπου ενδομητρίωσης πιθανώς υποτιμάται (8, 31).

Οι πιο συχνές περιπτώσεις ενδομητρίωσης σε τομές έχουν συσχετιστεί με τις καισαρικές τομές (31). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως ενδομητρίωση μπορεί να εντοπιστεί και σε ουλές από άλλες επεμβάσεις, μη γυναικολογικές ή μαιευτικές (31). Αυτό συμβαίνει σε διάφορα είδη επεμβάσεων, όπως είναι για παράδειγμα η λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή, η σκωληκοειδεκτομή και λαπαροσκοπική γαστρική παράκαμψη (γαστρικό bypass), ενώ η λίστα αυτή των επεμβάσεων διευρύνεται ολοένα και περισσότερο με την πάροδο των χρόνων (8).

Η ενδομητρίωση στην περιοχή της τομής ύστερα από κάποια επέμβαση μπορεί να εμφανίσει κάποιες κλινικές ενδείξεις, όπως είναι η ύπαρξη επώδυνης

μάζας κατά τη διάρκεια της έμμηνου ρύσης, αν και στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα, και σε συνδυασμό με τη σπανιότητα των περιστατικών αυτών, η διάγνωση λανθασμένα διαφεύγει από τους κλινικούς ιατρούς ή πραγματοποιείται καθυστερημένα (12).

Θα πρέπει να σημειωθεί πως η πλειοψηφία των ασθενών που αναπτύσσουν ενδομητρίωση σε αυτές τις περιπτώσεις δεν αναφέρουν προηγούμενο ιστορικό της πάθησης, γεγονός που ενισχύει την πιθανότητα η κατάσταση αυτή να οφείλεται στη μηχανική μετατόπιση του ενδομητρίου από την κοιλότητα της μήτρας στην τομή, κατά τη διάρκεια της επέμβασης (15).

## Σκοπός της ανασκόπησης

Ο κύριος σκοπός της εν λόγω περιγραφικής ανασκόπησης είναι η μελέτη της ενδομητρίωσης πυέλου και περινέου που προκύπτει ύστερα από μαιευτικές και γυναικολογικές επεμβάσεις. Στο πλαίσιο αυτό, η εν λόγω εργασία στοχεύει στη μελέτη του κινδύνου εμφάνισης ενδομητρίωσης στην πύελο ή στο περίνεο ύστερα από κάποια γυναικολογική ή μαιευτική επέμβαση, όπως είναι η υστερεκτομή, η καισαρική τομή και ο φυσιολογικός τοκετός, στη μελέτη της συσχέτισης των επεμβάσεων αυτών με τις υποκατηγορίες αυτές της ενδομητρίωσης, και την περιγραφή των χαρακτηριστικών που σχετίζονται με αυτές τις περιπτώσεις.

## Μεθοδολογία

Για τη μελέτη της ανάπτυξης ενδομητρίωσης ύστερα από γυναικολογικές ή μαιευτικές επεμβάσεις, πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση των σχετικών μελετών της τελευταίας 10ετίας. Για το σκοπό αυτό, αναζητήθηκαν όλες οι έρευνες που δημοσιεύθηκαν σε επιστημονικά περιοδικά και εντάχθηκαν στις βάσεις δεδομένων Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>) και Google Scholar (<https://scholar.google.gr/>). Κατά τη διάρκεια της αναζήτησης αυτής, χρησιμοποιήθηκαν ποικίλες λέξεις – κλειδιά, όπως είναι οι παρακάτω:

- Endometriosis
- Pelvic endometriosis
- Endometriosis of the pelvis
- Perineal endometriosis
- Endometriosis of the perineum
- Perineal scar endometriosis
- Scar endometriosis
- Gynecologic interventions
- Gynecologic procedures
- Episiotomy
- Vaginal delivery
- Caesarean delivery
- Caesarean section

Από την παραπάνω αναζήτηση, εντοπίστηκαν πολυάριθμες έρευνες, οι οποίες αξιολογήθηκαν βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού και εν τέλει, προέκυψε ο τελικός αριθμός των μελετών που θα αναλυθούν στην παρούσα ανασκόπηση.

## **Κριτήρια ένταξης**

Τα κυριότερα κριτήρια ένταξης των ερευνών στην εν λόγω συστηματική ανασκόπηση ήταν τα παρακάτω:

- Η δημοσίευση των ερευνών μέσα στην τελευταία 10ετία, δηλαδή από το 2009 έως και σήμερα.
- Η δημοσίευση των ερευνών σε έγκυρα, επιστημονικά περιοδικά.
- Οι έρευνες θα πρέπει να αφορούν αποκλειστικά σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με ιστορικό γυναικολογικών ή μαιευτικών επεμβάσεων.
- Οι έρευνες θα πρέπει να έχουν λέξεις – κλειδιά που σχετίζονται με το θέμα της παρούσας εργασίας.

## **Κριτήρια αποκλεισμού**

Βάσει των κριτηρίων ένταξης και ακολούθως, των κριτηρίων αποκλεισμού, οι έρευνες που θα πρέπει να αποκλειστούν από την παρούσα μελέτη είναι οι παρακάτω:

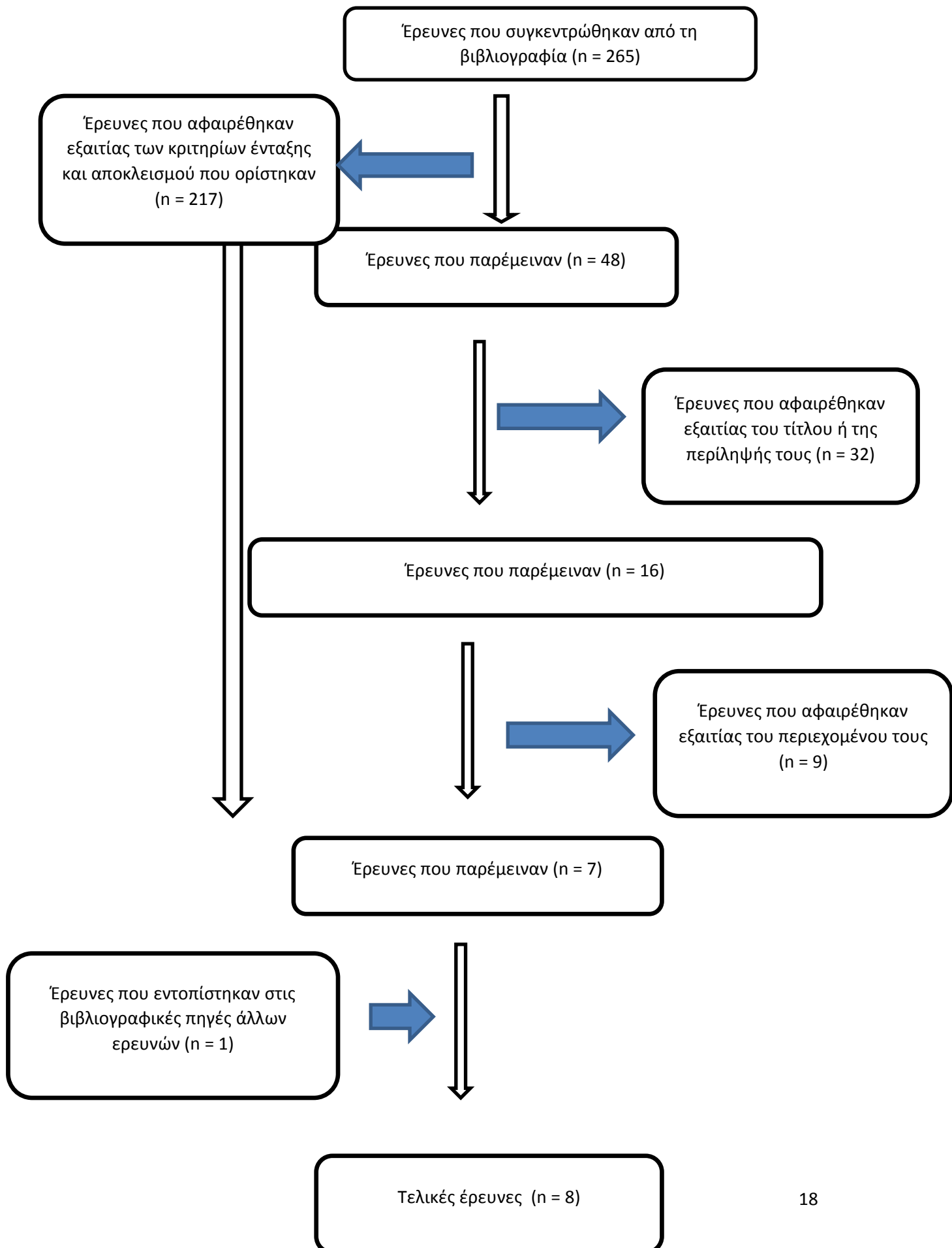
- Οι έρευνες που έχουν δημοσιευθεί πριν το έτος 2009.
- Οι έρευνες που είναι μετα – αναλύσεις ή ανασκοπήσεις.



**Πίνακας 1 Στρατηγική αναζήτησης ερευνών: Λέξεις – Κλειδιά και αριθμός ερευνών που βρέθηκαν**

	<b>Λέξεις – κλειδιά</b>	<b>Επιστημονικά Άρθρα</b>
<b>Ενδομητρίωση</b>	1. Endometriosis	26.363
	2. Pelvic endometriosis	6.129
	3. Endometriosis of the pelvis	1.097
	4. Perineal endometriosis	123
	5. Endometriosis of the perineum	94
	6. Perineal scar endometriosis	45
	7. Scar endometriosis	1.137
<b>8. #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7</b>		26.363
<b>Μαιευτικές και Γυναικολογικές επεμβάσεις</b>	9. Gynecologic interventions	138.696
	10. Gynecologic procedures	141.034
	11. Episiotomy	3.259
	12. Vaginal delivery	24.805
	13. Caesarean delivery	57.961
	14. Caesarean section	60.629
<b>15. #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14</b>		29.877
<b>16. #8 AND #15</b>		265

**Διάγραμμα 1: Στρατηγικής αναζήτησης ερευνών**



## Αποτελέσματα

Το 2009, οι Θανασάς και συν. του παρουσίασαν ένα περιστατικό μιας γυναίκας που εμφάνισε περινεϊκή ενδομητρίωση 6 μήνες μετά από φυσιολογικό τοκετό για τη γέννηση του δεύτερου παιδιού της. Τα κυριότερα συμπτώματα που εντοπίστηκαν στη συγκεκριμένη γυναίκα ήταν η δυσπαρευνία, το έντονος πυελικό άλγος, και η ύπαρξη ενός αισθήματος καύσου στο περίνεο, ενώ, ύστερα από τις κατάλληλες εξετάσεις, εντοπίστηκε ένα οζίδιο στην περιοχή της ουλής της περινεοτομίας που προκαλούσε έντονο άλγος. Το συγκεκριμένο οζίδιο αφαιρέθηκε με χειρουργική επέμβαση και η ιστολογική εξέταση έθεσε την οριστική διάγνωση της ενδομητρίωσης. Ύστερα από την ολοκλήρωση της χειρουργικής επέμβασης, τα συμπτώματα υποχώρησαν και δε πραγματοποιήθηκε κάποια επιπλέον θεραπεία, καθώς εκτιμήθηκε ότι αφαιρέθηκαν πλήρως οι ενδομητριοτικές αλλοιώσεις του περινέου (34).

Το 2010, οι Odobasic *et al* παρουσίασαν ένα περιστατικό μιας γυναίκας με ενδομητρίωση περινέου στο σημείο της περινεοτομής. Το κύριο σύμπτωμα ήταν η ύπαρξη μιας επώδυνης μάζας στην ουλή της περινεοτομής, το άλγος αυτό εμφανίστηκε 6 μήνες ύστερα από φυσιολογικό τοκετό. Τα διαγνωστικά εργαλεία που αξιοποιήθηκαν στη συγκεκριμένη περίπτωση ήταν το διακολπικό και το ενδοορθικό υπερηχογράφημα, η τομογραφία μαγνητικού συντονισμού και η βιοψία. Η ενδομητριοτική μάζα αφαιρέθηκε μαζί με την ουλή της περινεοτομής, και η ανάκαμψη ήταν επιτυχής, με εξαιρετικά αισθητικά και λειτουργικά αποτελέσματα. Μισό χρόνο αργότερα, η γυναίκα δεν ανέφερε συμπτώματα (25).

Βασικός σκοπός της μελέτης των Chen *et al.* ήταν η διερεύνηση των κατάλληλων μέτρων για τη διάγνωση και τη θεραπεία της περινεϊκής ενδομητρίωσης με προσβολή και του πρωκτικού σφιγκτήρα. Από τις 31 γυναίκες με ιστορικό φυσιολογικού τοκετού που περιλήφθηκαν στη μελέτη, στο 64,5% των ασθενών, οι ενδομητριοτικές αλλοιώσεις εντοπίστηκαν στην περιοχή της περινεοτομής. Μόλις σε δύο γυναίκες (6,5%) συνυπήρχε ιστορικό πυελικής ενδομητρίωσης και πιο συγκεκριμένα ενδομητρίωμα της ωθήκης (7). Όλες οι γυναίκες έλαβαν χειρουργική θεραπεία, η οποία περιλάμβανε για τις 30 από αυτές τοπική εκτομή, δηλαδή πλησίον της άκρης του ενδομητρίου, με σφιγκτηροπλαστική, ενώ σε μία γυναίκα έγινε

μερική εκτομή. Υπήρξε μόνο μία επανεμφάνιση περινεϊκής ενδομητρίωσης μετά από 6 χρόνια από την αρχική χειρουργική επέμβαση. Επίσης δεν παρατηρήθηκαν ούτε επεισόδια ακράτειας ούτε δυσπαρευνία σε όλες τις γυναίκες μετά την επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν. Ως εκ τούτου, η τοπική εκτομή με σφινγκτοπλαστική θα μπορούσε να συνιστάται ως θεραπεία της περινεϊκής ενδομητρίωσης με προσβολή και του πρωκτικού σφιγκτήρα (7).

Οι Tam & Huang παρουσίασαν ένα περιστατικό μιας γυναίκας 41 ετών με μια ενδομητριοσική περινεϊκή μάζα στο σημείο διενέργειας της περινεοτομής κατά τον φυσιολογικό τοκετό, της οποίας η σύσταση άλλαζε κατά την έμμηνο ρύση και γινόταν επώδυνη. Για την αντιμετώπιση της ενδομητρίωσης, πραγματοποιήθηκε πλήρης αφαίρεση της περινεϊκής μάζας, μέσω χειρουργικής επέμβασης, και η ιστολογική εξέταση επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Έκτοτε τα συμπτώματα υποχώρησαν και δεν υπήρξε επανεμφάνιση της ενδομητρίωσης στο περίνεο (29).

Οι Luterek *et al* παρουσίασαν ένα περιστατικό υποτροπής αφαιρεθείσας περινεϊκής ενδομητρίωσης (8 εκατοστά σε διάμετρο) που εντοπιζόταν στην τομή της περινεοτομής. Κατά τη χειρουργική επέμβαση, η ευμεγέθους ενδομητριοσική μάζα αφαιρέθηκε μαζί με την ουλή της παλιάς τομής της περινεοτομής. Τρία έτη μετά από την επέμβαση, δεν παρατηρήθηκαν καθόλου συμπτώματα στην ασθενή και δεν υπήρξαν ενδείξεις επανεμφάνισης της ενδομητρίωσης(20).

Βασικός σκοπός της προοπτικής μελέτης κοόρτης των Andolf *et al* ήταν η συσχέτιση μεταξύ της καισαρικής τομής και της ενδομητρίωσης που εμφανίζεται μετέπειτα. Από τις 709.090 γυναίκες, οι 3.110 διαγνώστηκαν με ενδομητρίωση ύστερα από τον πρώτο τους τοκετό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδομητρίωσης ύστερα από μια καισαρική τομή σε σύγκριση με τις γυναίκες που γεννήσανε μόνο με φυσιολογικό τοκετό είναι ίσος με 1,8. Ο κίνδυνος ενδομητρίωσης αυξάνεται με τον χρόνο, καθώς για κάθε 325 γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε καισαρική τομή, κάθε 10 χρόνια, σημειωνόταν μία επιπλέον γυναίκα με ενδομητρίωση. Αντίθετα, ο κίνδυνος δεν αυξάνεται ύστερα από τις δύο καισαρικές τομές. Βάσει των παραπάνω, λοιπόν, γίνεται σαφές ότι υπάρχει μια συσχέτιση ανάμεσα στην καισαρική τομή και στην ενδομητρίωση της πύελου (3).

Οι Moro *et al* πραγματοποίησαν μια προοπτική μελέτη παρατήρησης με σκοπό τη διερεύνηση του επιπολασμού και της θέσης των ενδομητριοσικών

εμφυτεύσεων της πυέλου μεταξύ των γυναικών με ιστορικό καισαρικής τομής, καθώς και ο προσδιορισμός των παραγόντων κινδύνου για το σχηματισμό τους και τα συμπτώματα που προκαλούν. Το δείγμα αποτελούνταν από 308 γυναίκες που είχαν υποβληθεί σε τουλάχιστον μία καισαρική τομή στο παρελθόν, εκ των οποίων οι 139 παρουσίασαν ενδομητριωσικές εμφυτεύσεις στην πύελο. Το 24% των γυναικών αυτών δείχτηκε ότι έπασχαν από πυελική ενδομητρίωση. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι υπήρχαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στη παρουσία συμφύσεων του οπισθίου πυελικού χώρου και στο χρόνιο πυελικό άλγος, και ανάμεσα στη παρουσία συμφύσεων στις ωοθήκες και στη δυσπαρεύνια. Συνολικά, λοιπόν, οι πυελικές συμφύσεις εντοπίζονται σε περισσότερο από το 1/3 των γυναικών με ιστορικό καισαρικής τομής, και σχετίζονται με το χρόνιο πυελικό άλγος, αλλά μόνο το 25% των γυναικών αυτών φαίνεται πως παρουσιάζουν ενδομητρίωση της πυέλου (23).

Οι Vellido – Coteló *et al* διεξήγαγαν μια αναδρομική, περιγραφική μελέτη παρατήρησης με σκοπό τη συγκέντρωση των χαρακτηριστικών των ασθενών που παρουσιάζουν ενδομητρίωση στις περιοχές των τομών από γυναικολογικές και μαιευτικές επεμβάσεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η μέση τιμή της ηλικίας διάγνωσης της ενδομητρίωσης ήταν ίση με 32,5 έτη, ο μέσος χρόνος εμφάνισης της ενδομητρίωσης από την εγχείρηση ήταν 4,2 χρόνια, ενώ το συχνότερο σύμπτωμα ήταν μια επώδυνη μάζα που αυξανόταν σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της εμμηνόρροιας. Οι περισσότερες διαγνώσεις πραγματοποιήθηκαν με μαγνητική τομογραφία, αξονική τομογραφία ή με λεπτή αναρρόφηση δια βελόνης, ενώ οι πιο συχνές περιοχές όπου βρέθηκε η ενδομητρίωση ήταν η καισαρική τομή (82%), η περινεοτομή (11,7%) και οι θέσεις εισόδου λαπαροσκόπησης (5,8%). Βάσει της συγκεκριμένης έρευνας, συμπεραίνεται πως απαιτείται υψηλός βαθμός υποψίας για τη διάγνωση ενδομητρίωσης σε τομές από γυναικολογικές και μαιευτικές επεμβάσεις, η οποία υπό άλλες συνθήκες θα μπορούσε να λείπει από τη διαφορική διάγνωση μαζών στην περιοχή της τομής σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (31).

Έρευνα	Χώρα	Τύπος έρευνας	Δείγμα	Σκοπός	Διάρκεια Μελέτης ή Χρονικό Διάστημα από επέμβαση μέχρι την εμφάνιση ή τη διάγνωση της ενδομητρίωσης	Αποτελέσματα
Θανασά ς και συν, 2009	Ελλάδα	Αναφορά περιστα τικού	1 γυναίκα με περινεϊκή ενδομητρίω ση	Η αναφορά ενός περιστατικού μιας γυναίκας που εμφάνισε περινεϊκή ενδομητρίωση 6 μήνες μετά από φυσιολογικό τοκετό.	6 μήνες	Τα κυριότερα συμπτώματα ήταν η δυσπαρευνία, το έντονο άλγος, και η ύπαρξη ενός αισθήματος καύσου στο περίνεο.  Εντοπίστηκε ένα επώδυνο οζίδιο στην περιοχή της ουλής της περινεοτομίας. Ύστερα από την αφαίρεση του οζιδίου με εγχείρηση, επήλθε πλήρης ίαση.

Odobasi <i>c et al</i> , 2010	Βοσνία και Ερζεγοβί νη	Αναφορά περιστα τικού	1 γυναίκα με περινεϊκή ενδομητρίω ση	Η αναφορά ενός περιστατικού μιας γυναίκας που εμφάνισε περινεϊκή ενδομητρίωση 6 μήνες ύστερα από φυσιολογικό τοκετό.	6 μήνες	Το κύριο σύμπτωμα ήταν η ύπαρξη μιας επώδυνης μάζας στην τομή της περινεοτομής. Μισό χρόνο μετά την αφαίρεση της ενδομητριοσικής μάζας η γυναίκα παρέμεινε χωρίς συμπτώματα.
Chen <i>et al</i> , 2012	Κίνα	Αναδρομ ική μελέτη	31 γυναίκες με ενδομητρίω ση περινέου	Η διερεύνηση των κατάλληλων μέτρων για τη διάγνωση και τη θεραπεία της περινεϊκής ενδομητρίωσης με εμπλοκή του πρωκτικού σφιγκτήρα.	-	Στο 64,5% των ασθενών, οι ενδομητριοτικές αλλοιώσεις εντοπίστηκαν στην περιοχή της περινεοτομίας. υπήρξε μία επανεμφάνιση της περινεϊκής ενδομητρίωσης, 6 χρόνια ύστερα από την αρχική χειρουργική επέμβαση. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν ούτε επεισόδια ακράτειας ούτε

						δυσπαρευνία σε όλες τις γυναίκες μετά την επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν.
Tam & Huang, 2012	Σικάγο	Αναφορά περιστατικού	Μια γυναίκα 41 ετών	Η αναφορά μιας γυναίκας 41 με ενδομητριωσική περινεϊκή μάζα, ύστερα από περινεοτομή κατά τον φυσιολογικό τοκετό.	-	Μετά την πλήρη αφαίρεση της περινεϊκής μάζας, μέσω χειρουργικής επέμβασης επήλθε πλήρης ίαση.
Luterek <i>et al</i> , 2013	Πολωνία	Αναφορά περιστατικού	Μια γυναίκα 33 ετών	Υποτροπή περινεϊκής ενδομητρίωσης στην τομή της περινεοτομής.	3 έτη	Μετά την αφαίρεση της ενδομητριωσικής μάζας επήλθε πλήρης ίαση.
Andolf <i>et al</i> , 2013	Σουηδία	Προοπτική μελέτη κοόρτης	3.110 γυναίκες που μετά τον πρώτο τους τοκετό εμφάνισαν αργότερα οποιαδήποτε μορφή ενδομητρίωσης	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καισαρικής τομής και της ενδομητρίωσης που εμφανίζεται μετέπειτα.	-	Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδομητρίωσης ύστερα από μια καισαρική τομή σε σύγκριση με τις γυναίκες με φυσιολογικό τοκετό είναι ίσος με 1,8.  Ο κίνδυνος ενδομητρίωσης



						<p>αυξάνεται με τον χρόνο.</p> <p>Αντίθετα, ο κίνδυνος δεν αυξάνεται ύστερα από τις δύο καισαρικές τομές.</p> <p>Τέλος ο κίνδυνος για πυελική ενδομητρίωση ήταν υψηλότερος από την εμφάνιση ενδομητρίωματος στην ουλή (οποιασδήποτε μορφής ενδομητρίωση 0,6%, ενδομητρίωση της ουλής 0,1%)</p>
Moro <i>et al</i> , 2015	Ηνωμένο Βασίλειο	Προοπτική μελέτη παρατήρησης	139 γυναίκες	Η διερεύνηση του επιπολασμού των πυελικών συμφύσεων μεταξύ των γυναικών με ιστορικό καισαρικής τομής, καθώς και ο προσδιορισμός	-	Οι πυελικές συμφύσεις εντοπίζονται σε περισσότερο από το 1/3 των γυναικών με ιστορικό καισαρικής τομής, και σχετίζονται με το χρόνιο πυελικό άλγος, αλλά μόνο το 25% των

				των παραγόντων κινδύνου για το σχηματισμό τους και τα συμπτώματα που προκαλούν.		γυναικών αυτών φαίνεται πως παρουσιάζουν ενδομητρίωση της πυέλου.
Vellido – Cotelo <i>et al</i> , 2015	Ισπανία	Αναδρομική, περιγραφική μελέτη παρατήρησης	17 ασθενείς	Η συγκέντρωση των χαρακτηριστικών των ασθενών που παρουσιάζουν ενδομητρίωση στις περιοχές των τομών από γυναικολογικές και μαιευτικές παρεμβάσεις.	12 έτη	Ο μέσος χρόνος εμφάνισης της ενδομητρίωσης από την εγχείρηση ήταν 4,2 χρόνια. Το συχνότερο σύμπτωμα ήταν επώδυνη μάζα αυξανόμενου μεγέθους κατά τη διάρκεια της εμμηνόρροιας. Οι πιο συχνές περιοχές όπου βρέθηκε ενδομητρίωση ήταν η καισαρική τομή (82%), η περινεοτομή (11,7%) και οι θέσεις τοποθέτησης εργαλείων λαπαροσκόπησης (5,8%)

## Συζήτηση – Συμπεράσματα

Η ενδομητρίωση της πυέλου αποτελεί τη συχνότερη μορφή ενδομητρίωσης. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες μελέτες, πολλές φορές η πυελική ενδομητρίωση σχετίζεται ισχυρά με την προηγούμενη διεξαγωγή γυναικολογικών ή μαιευτικών επεμβάσεων (3, 23, 31). Ο μέσος χρόνος εμφάνισης της ενδομητρίωσης ύστερα από κάποια χειρουργική επέμβαση είναι περίπου ίσος με 4 έτη, ενώ το συχνότερο σύμπτωμα είναι μια επώδυνη μάζα που αυξάνεται σε μέγεθος κατά τη διάρκεια της εμμήνου ρύσεως. Η πιο συχνή, με διαφορά, επέμβαση που σχετίζεται με την εμφάνιση ενδομητρίωσης είναι η καισαρική τομή, ενώ ακολουθούν, σε πολύ μικρότερη συχνότητα, η περινεοτομή και η λαπαροσκόπηση (31). Το 1/3 περίπου των γυναικών που υποβάλλονται σε καισαρική τομή εμφανίζουν χρόνια πυελικό άλγος και πυελικές αλλοιώσεις ή συμφύσεις, αλλά μόνο το 25% εξ αυτών εμφανίζουν πυελική ενδομητρίωση (23). Ο κίνδυνος ανάπτυξης ενδομητρίωσης ύστερα από μια καισαρική τομή είναι σχεδόν διπλάσιος από των γυναικών που γεννήσανε φυσιολογικά, επηρεάζεται από την πάροδο του χρόνου και είναι υψηλότερος για την ανάπτυξη πυελικής ενδομητρίωσης οποιασδήποτε μορφής (0,6%) και χαμηλότερος για την ανάπτυξη ενδομητρίωματος στην ουλή (0,1%). Παράλληλα, ο κίνδυνος για την ανάπτυξη ενδομητρίωσης της ουλής σε όλες τις γυναίκες μετά από καισαρική τομή είναι 0,1%, Στις γυναίκες με διαγνωσμένη οποιασδήποτε μορφής ενδομητρίωση μετά από καισαρική τομή ο κίνδυνος για ενδομητρίωση της ουλής αυξάνεται στο 9%. Προεγχειρητικά διαγνωσμένη ενδομητρίωση οποιασδήποτε μορφής έχει αναφερθεί σε ελάχιστα περιστατικά γεγονός που ενισχύει την ιατρογενή αιτιοπαθογένεια της νόσου (13). Τέλος, η εμφάνιση ενδομητρίωσης μετεγχειρητικά δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των καισαρικών τομών που έχουν διεξαχθεί σε κάθε γυναίκα (3).

Όσον αφορά στην ενδομητρίωση του περινέου, πρόκειται για μία από τις πιο σπάνιες μορφές εξωπυελικής ενδομητρίωσης και στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων, σχετίζεται με την πραγματοποίηση περινεοτομίας στο παρελθόν (34). Λόγω της υψηλής σπανιότητας της περινεϊκής ενδομητρίωσης, οι περισσότερες μελέτες που εστιάζουν στο συγκεκριμένο τύπο ενδομητρίωσης και κυρίως στην εμφάνιση ενδομητρίωσης περινέου ύστερα από γυναικολογικές και μαιευτικές επεμβάσεις, είναι αναφορές ενός ή περισσότερων περιστατικών, αφού είναι αδύνατη η συγκέντρωση πολλών περιπτώσεων ενδομητρίωσης του περινέου ως ένα

ικανοποιητικό δείγμα για τη διεξαγωγή άλλων τύπων μελετών, όπως είναι, για παράδειγμα, οι μελέτες κοόρτης και οι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες.

Βάσει όλων των παραπάνω περιστατικών, γίνεται σαφές πως υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις όπου εμφανίζεται περινεϊκή ενδομητρίωση, ύστερα από γυναικολογικές και μαιευτικές επεμβάσεις, όπως είναι η περινεοτομή κατά τον φυσιολογικό τοκετό. Η χειρουργική επέμβαση αποτελεί αναμφισβήτητα την καλύτερη θεραπευτική προσέγγιση, η οποία εξασφαλίζει μόνιμη θεραπεία ύστερα από την πλήρη εκτομή της περινεϊκής ενδομητρίωσης, αφού στις περισσότερες περιπτώσεις που έχουν αναφερθεί έως σήμερα, υποχωρούν πλήρως τα συμπτώματα και δεν επανεμφανίζεται η νόσος ύστερα από την εγχείρηση αυτή (29). Είναι σημαντικό να τονιστεί πως η πιθανότητα κακοήθους εξαλλαγής της βλάβης είναι σχεδόν αμελητέα, καθώς, υπάρχουν ελάχιστες βιβλιογραφικές αναφορές εξαλλαγής έκτοπων ενδομητρικών ιστών στο περίνεο (33). Παράλληλα, υπάρχουν ελάχιστες αναφορές για περιστατικά περινεϊκής ενδομητρίωσης μετά από φυσιολογικό τοκετό, με προσβολή του πρωκτικού σφικτήρα. Ως αποτελεσματικότερη θεραπεία συνιστάται η τοπική εκτομή σε συνδυασμό με σφικτηροπλαστική ενώ η προεγχειρητική ορμονοθεραπεία (GnRH-αγωνιστής) για μείωση του όγκου του ενδομητρίωματος επίσης συστήνεται (7). Κατά τις χειρουργικές επεμβάσεις, θα πρέπει να πραγματοποιείται ευρεία εκτομή του ενδομητρικού ιστού, ώστε να αυξάνεται η πιθανότητα καλύτερων λειτουργικών αποτελεσμάτων και πλήρους ίασης (4). Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως σε όλες τις αναφορές περιστατικών η παρακολούθηση των ασθενών γίνεται για ένα περιορισμένο αριθμό μηνών ή χρόνων ύστερα από την εγχείρηση, επομένως, δεν είναι γνωστό, εάν μετέπειτα επανεμφανίστηκε σε κάποιες γυναίκες ενδομητρίωση του περινέου.

Ο μηχανισμός μέσω του οποίου προκαλείται η ενδομητρίωση του περινέου ύστερα από κάποια χειρουργική ή μαιευτική επέμβαση θεωρείται πως είναι η εμφύτευση ενδομητρικού ιστού στο σημείο της τομής κατά τη στιγμή της επέμβασης ή του τοκετού (16). Ελάχιστα είναι τα περιστατικά στα οποία υπάρχει εντόπιση της ενδομητρίωσης στο περίνεο ενώ δεν αναφέρεται προηγηθείσα επέμβαση (24). Στις σπάνιες αυτές περιπτώσεις, ενδέχεται η ενδομητρίωση να προκαλείται από διάφορους γενετικούς και ανοσολογικούς παράγοντες, ή και από λεμφαγγειακή εξάπλωση (4, 24). Επίσης, τα επίπεδα του καρκινικού αντιγόνου 125 (Ca 125) δεν φαίνεται να βοηθούν στη διάγνωση ούτε στην μετεγχειρητική παρακολούθηση της νόσου,

αυξημένη τιμή των επιπέδων όμως, ενδέχεται να σχετίζεται με κακοήθη εξαλλαγή έκτοπων ενδομητρικών ιστών στο περίνεο (5,34).

Συνολικά, λοιπόν, συμπεραίνεται πως τόσο η ενδομητρίωση της πυέλου όσο και η ενδομητρίωση του περινέου σχετίζονται με την προηγούμενη υποβολή σε συγκεκριμένες μαιευτικές ή γυναικολογικές επεμβάσεις, αλλά παρά την ύπαρξη μελετών που αποδεικνύουν αυτήν τη συσχέτιση, δεν έχουν γίνει αποτελεσματικές προσπάθειες μέχρι σήμερα για την πρόληψη της ενδομητρίωσης. Δεδομένου, μάλιστα, ότι η θεραπεία της ενδομητρίωσης δεν είναι μια εύκολη και πάντοτε επιτυχής διαδικασία, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει στους τρόπους αποτελεσματικής πρόληψης της ενδομητρίωσης στις γυναίκες που υποβάλλονται σε επεμβάσεις υψηλού κινδύνου για εμφάνιση ενδομητρίωσης, όπως είναι η καισαρική τομή και η περινεοτομή.

## Βιβλιογραφία

- 1) American College of Obstetricians and Gynecologists. (2010). Management of endometriosis. *Obstetrics & Gynecology*, **116**(1), pp.223-236.
- 2) American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011). Endometriosis. Available at: <https://www.acog.org/-/media/For-Patients/faq013.pdf?dmc=1&ts=20190626T1028532765>.
- 3) Andolf, E., Thorsell, M., Kallen, K. (2013). Caesarean section and risk for endometriosis: a prospective cohort study of Swedish registries. *BJOG*, **120**(9), pp.1061-1065.
- 4) Cai, S.Q., Zheng, M., Man, X.Y. (2014). Perineal endometriosis: a case report. *International journal of clinical and experimental medicine*, **7**(9), pp.2939-2940.
- 5) Chaudhury, K., Chakravarty, B. (2012). *Endometriosis. Basic concepts and current research trends*. Hampshire: InTech.
- 6) Chaudhry, S.R., Chaudhry, K. (2019). *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Pelvis*. In: StatPearls (Internet). *Treasure Island: StatPearls*. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482258/>.
- 7) Chen, N., Zhu, L., Lang, J., Liu, Z., Sun, D., Leng, J., Fan, Q., Zhang, H., Cui, Q. (2012). The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Human reproduction*, **27**(6), pp.1624-1627.
- 8) Cinardi, N., Franco, S., Centonze, D., Giannone, G. (2011). Perineal scar endometriosis ten years after Miles' procedure for rectal cancer: Case report and review of the literature. *International journal of surgery case reports*, **2**(6), pp.150-153.
- 9) Douglas, C., Rotimi, O. (2004). Extragenital endometriosis – a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, **24**(7), pp.804-808.

- 10)ESHRE (2013). Management of women with endometriosis. Guideline of the European Society of Human Reproduction and Embryology. ESHRE: Endometriosis Guideline Development Group.
- 11)Espada, M., Alvarez – Moreno, Pena, M.J., Capio, V.M., Reid, S., Condous, G. (2018). Imaging techniques in endometriosis. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, **10**(3), pp.136-150.
- 12)Francica, G. (2012). Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar. *World Journal of Radiology*, **4**(4), pp.135-140.
- 13) . Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med* 2003; **22**: 1041–1047.
- 14)Guerriero, S., Ajossa, S., Comparetto, O., Ronchetti, C., Zanda, V., Piras, B., Piras, A., Mais, V. (2018). Other locations of deep endometriosis. *How to perform ultrasonography in endometriosis*, pp.121-131.
- 15)Gunes, M., Kayikcioglu, F., OZturkoglu, E., Haberal, A. (2005). Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *The Journal of obstetrics and gynaecology research*, **31**(5), pp.471-475.
- 16)Heller, D.S., Lespinasse, P., Mirani, N. (2016). Endometriosis of the perineum. *Journal of lower genital tract disease*, **20**(3), pp.e48-e49.
- 17)Jain, D. (2013). Perineal scar endometriosis: a comparison of two cases. *BMJ Case Reports*, **2013**, bcr2013010051.
- 18)Johnson, N.P., Hummelshoj, L., Adamson, G.D., Keckstein, J., Taylor, H.S., Abrao, M.S., Bush, D., Kiesel, L., Tamimi, R., Sharpe – Timms, K.L., Rombauts, L., Guidice, L.C., World Endometriosis Society Sao Paulo Consortium. (2017). World endometriosis society consensus on the classification of endometriosis. *Human Reproduction*, **32**(2), pp.315-324.
- 19)Li, J., Shi, Y., Zhou, C., Lin, J. (2015). Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Archives of gynecology and obstetrics*, **292**(6), pp.1295-1299.

- 20) Luterek, K., Barcz, E., Bablok, L., Wierzbicki, Z. (2013). Giant recurrent perineal endometriosis in an episiotomy scar – a case report. *Ginekologia Polska*, **84**(8), pp.726-729.
- 21) Manganaro, L., Anastasi, E., Vinci, V., Saldari, M., Bernardo, S., Sollazzo, P., Ballesio, L., Fuggetta, E., Giancotti, A., Porpora, M.G. (2015). Endometriosis: 10 keys points for MRI. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, **7**(1), pp.10-18.
- 22) Monteiro, C., Carneiro, M., Reis, F. (2017). Biomarkers of Pelvic Endometriosis. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*, **39**(03), pp.091-093.
- 23) Moro, F., Mavrelou, D., Pateman, K., Holland, T., Hoo, W.L., Jurkovic, D. (2015). Prevalence of pelvic adhesions on ultrasound examination in women with a history of Cesarean section. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, **45**(2), pp.223-228.
- 24) Nasu, K., Okamoto, M., Nishida, M., Narahara, H. (2013). Endometriosis of the perineum. *Journal of obstetrics and gynaecology research*, **39**(5), pp.1095-1097.
- 25) Odobasic, A., Pasic, A., Iljazovic – Latifagic, E., Arnautalic, L., Odobasic, A., Idrizovic, E., Dervisefendic, M., Dedic, L. (2010). Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. *Techniques in coloproctology*, **14**(S1), pp.S25-S27.
- 26) Ostric, S.A., Martin, W.J., Kouris, G.J. (2006). Abdominal wall endometrioma found during abdominoplasty. *Aesthetic plastic surgery*, **30**(2), pp.249-250.
- 27) Pasalega, M., Mirea, C., Vilcea, I.D., Vasile, I., Plesea, I.E., Calota, F., Mesina, C., Parvanescu, H., Baluta, M. (2011). Parietal abdominal endometriosis following Cesarean section. *Romanian Journal of Morphology & Embryology*, **52**(1), pp.503-508.
- 28) Riazi, H., Tehranian, N., Ziaei, S., Mohammadi, E., Hajizadeh, E., Montazeri, A. (2015). Clinical diagnosis of pelvic endometriosis: a scoping review. *BMC women's health*, **15**(1), pp.39.
- 29) Tam, T., Huang, S. (2012). Perineal endometriosis in an episiotomy scar: case report and review of literature. *Journal of Endometriosis and Pelvic Pain Disorders*, **4**(2), pp.93-96.



- 30)Tammaa, A., Fritzer, N., Strunk, G., Krell, A., Salzer, H., Hudelist, G. (2014). Learning curve for the detection of pouch of Douglas obliteration and deep infiltrating endometriosis of the rectum. *Human Reproduction*, **29**(06), pp.1199-1204.
- 31)Vellido – Cotelo, R., Munoz – Gonzalez, J.L., Oliver – Perez, M.R., de la Hera – Lazaro, C., Almansa – Gonzalez, C., Perez – Sagasetta, C., Jimenez – Lopez, J.S. (2015). Endometriosis node in Gynaecologic scars: A study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Women's Health*, **15**(1), pp.13.
- 32)Zhu, L., Lang, J., Wang, H., Liu, Z., Sun, D., Leng, J., Zhou, H., Cui, Q., Wong, F. (2009). Presentation and management of perineal endometriosis. *International Journal of gynaecology and obstetrics*, **105**(3), pp.230-232.
- 33)Zhu, L., Chen, N., Lang, J. (2012). *Diagnosis and treatment of perineal endometriosis*. In: Chaudhury, K. *Endometriosis – Basic Concepts and Current Research Trends*. Rijeka: Intech.
- 34)Θανασάς, Ι., Καλινδέρης, Μ., Κεσκερίδης, Π., Σταυροπούλου, Β., Αθανασίου, Α., Καλαγασίδου, Σ., Ευαγγέλου, Μ. (2009). Περινεϊκή ενδομητρίωση: Αναφορά μιας περίπτωσης και ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Θέματα Μαιευτικής – Γυναικολογίας*, **1**, pp.51-54.