

Неожиданный исход эмболизации маточных артерий (клиническое наблюдение)

Профессор Ю.Э. Доброхотова¹, профессор И.И. Гришин¹, к.м.н. Д.М. Ибрагимова¹, В.А. Рощина¹, О.И. Каусева², Т.Н. Сотникова¹, О.В. Борисова², Д.А. Пастухова¹

¹ ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

² ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва

РЕЗЮМЕ

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) является одним из современных направлений безоперационного лечения миомы матки, позволяющим сохранить репродуктивный орган. Данная операция является эффективной альтернативой хирургическим методам лечения. Однако ЭМА может привести к развитию побочных эффектов. В данной статье рассматривается неожиданный исход ЭМА. Несмотря на неудачи, частота серьезных побочных реакций и осложнений после ЭМА значительно ниже, чем при выполнении традиционных хирургических вмешательств. Предупреждение пациентки об этом потенциальном риске, своевременное выявление особенностей кровоснабжения матки с помощью УЗИ и ангиографии, адаптация к этим особенностям методики и тактики проведения ЭМА, рациональное ведение постэмболизационного периода, раннее распознавание инфекционных осложнений и необходимый контроль в отдаленных периодах имеют решающее значение для практически полного устранения риска осложнения после ЭМА.

В статье описан клинический случай возникновения свищевого хода между миоматозным узлом и полостью матки у пациентки, ранее перенесшей ЭМА артериальных ветвей перифиброидного сплетения. По нашему клиническому наблюдению можно сделать вывод, что иссечение свищевых ходов с последующей повторной реконструктивной операцией позволяет сохранить орган и репродуктивную функцию пациенток.

Ключевые слова: эмболизация маточных артерий, миома матки, ЭМА, исходы эмболизации маточных артерий, осложнения эмболизации маточных артерий, свищевой ход.

Для цитирования: Доброхотова Ю.Э., Гришин И.И., Ибрагимова Д.М. и др. Неожиданный исход эмболизации маточных артерий (клиническое наблюдение) // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 10. С. 26–28.

ABSTRACT

Unexpected outcome of uterine artery embolization (Clinical observation)

Yu.E. Dobrokhotova¹, I.I. Grishin¹, D.M. Ibragimova¹, V.A. Roshchina¹, O.I. Causewa², T.N. Sotnikova¹, O.V. Borisova², D.A. Pastukhova¹

¹ Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

² Pirogov City Clinical Hospital No.1, Moscow

Uterine Artery Embolisation (UAE) is one of the new directions of non-invasive treatment of uterine fibroid, allowing to save the reproductive organ. This operation is an effective alternative to surgical methods of treatment. However, UAE can lead to adverse events. This article discusses an unexpected outcome of UAE. Despite the failures, the incidence of serious adverse events and complications after UAE is significantly lower than after traditional surgical procedures. Patient warning of this potential risk, timely detection of uterus blood supply features using ultrasound and angiography, an adaptation of these methods and techniques of UAE, rational management of the postembolization period, early recognition of infectious complications and necessary control in long-term periods are crucial for almost complete elimination of the risk of complications after UAE.

This article describes a clinical case of a fistulous passage occurrence between the myomatous nodule and the uterine cavity in a patient who had previously undergone UAE of the arterial branches of the perfibroid plexus. According to our clinical observation, it can be concluded that excision of the fistulous passages, with subsequent repeated reconstructive surgery, allows preserving the organ and the reproductive function of patients.

Key words: uterine artery embolization, uterine fibroid, UAE, uterine artery embolization outcomes, uterine artery embolization complications, fistulous passage.

For citation: Dobrokhotova Yu.E., Grishin I.I., Ibragimova D.M. et al. Unexpected outcome of uterine artery embolization (Clinical observation) // RMJ. Medical Review. 2018. № 10. P. 26–28.

ВВЕДЕНИЕ

Эмболизация маточных артерий (ЭМА) — одно из современных направлений безоперационного лечения миомы матки, позволяющее сохранить репродуктивный орган [1–3]. Данная операция является эффективной альтернативой хирургическим методам лечения.

Однако при применении ЭМА отмечаются и неудачи, которые условно могут быть разделены на сосудистые и клинические. Причинами неудач ЭМА могут быть: резкий изгиб сосуда в противоположном направлении; в близости от устья сосуда возможно отхождение маточной артерии в нетипичном месте; двусторонние и односто-

ронные маточно-яичниковые анастомозы; изолированное кровоснабжение из яичниковой артерии; развитие стойкого спазма маточной артерии при болевом синдроме; перфорация маточных артерий, а также недостаточный опыт эндovasкулярного хирурга. В отдаленном постэмболизационном периоде возможна реканализация маточных артерий [4]. Немаловажную роль играют адекватный выбор диаметра эмболов при проведении манипуляции и техника их введения.

Осложненные результаты этой операции представлены в незначительном числе исследований в отечественной и зарубежной литературе [5–7].

Так, осложнениями ЭМА могут быть непреднамеренная эмболизация яичниковой артерии, некроз мочевого пузыря и кишечника, тромбоэмболия легочной артерии, некроз миоматозного узла, развитие пиометры и профузное кровотечение [8–10]. При расположении миоматозного узла на ножке возможно отхождение его в брюшную полость, при его субмукозном расположении — частичное или полное «рождение», что часто воспринимается как осложнение, хотя, по нашему мнению, является положительным результатом данного лечения. Одним из грозных осложнений ЭМА является попадание эмболизирующих частиц в другие сосудистые бассейны, что недопустимо и может угрожать жизни пациентки.

В единичных случаях возможно образование гематомы на бедре в месте пункции артерии. Это осложнение обычно не требует дополнительного лечения и проходит в течение 1–2 нед.

Мы представляем клинический случай возникновения свищевого хода между миоматозным узлом и полостью матки у пациентки, перенесшей ЭМА.

Клиническое наблюдение

Пациентка К., 40 лет, поступила 09.01.2017 в гинекологическое отделение ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова в плановом порядке с диагнозом: «Миома матки с субмукозным расположением узла. Состояние после ЭМА от 2014 г. Менометроррагия». При поступлении предъявляла жалобы на скудные темно-коричневые выделения из половых путей до менструации, в середине менструального цикла, периодические выделения после менструации до 10 дней.

Из анамнеза: менструации с 12 лет, установились сразу, по 5 дней, через 22 дня, регулярные, безболезненные, умеренные. Последняя нормальная менструация с 06.01.2017 по 10.01.2017. Беременностей не было. Половая жизнь с 20 лет, не в браке.

В 2006 г. пациентке были проведены оперативная лапароскопия, миомэктомия, удаление и коагуляция очагов наружного эндометриоза, санация брюшной полости. Диагноз: «Миома матки с субсерозным расположением узла. Наружный эндометриоз. Эндометриоз тазовой брюшины». Интраоперационно визуализировались два интерстициально-субсерозных узла до 3 см по правой и левой боковым стенкам, один субсерозный узел 3 см на тонком основании, исходящий из передней стенки матки. В послеоперационном периоде гормональная терапия не проводилась.

Через 1 год в связи с появлением болевого синдрома пациентке были проведены повторная лапароскопия, коагуляция очагов эндометриоза по поводу наружного

эндометриоза, эндометриоза тазовой брюшины, миомы матки. Интраоперационно: интерстициально-субсерозный узел II типа по левой боковой стенке матки 3×2 см. Очаги эндометриоза на крестцово-маточных связках. Миоматозный узел не удален.

В послеоперационном периоде проводилась терапия агонистами рилизинг-гормонов в течение 6 мес. После отмены терапии агонистами пациентка жалоб не предъявляла. С 2009 г. по 2013 г. отмечались рост узла и появление нового узла. В 2014 г. выполнена ЭМА артериальных ветвей перифиброидного сплетения частицами поливинилалкоголя. В отдаленном послеоперационном периоде пациентка предъявляла жалобы на ациклические кровяные выделения из половых путей, временами с неприятным запахом.

В 2015 г. были проведены гистероскопия, раздельное диагностическое выскабливание. В полости матки были обнаружены значительное количество детрита, деформация полости матки по левой боковой стенке за счет интерстициального узла с центрипетальным ростом. Диагноз: «Миома матки с центрипетальным ростом узла. Состояние после ЭМА. Менометроррагия». Патоморфологическое заключение: мелкие фрагменты лейомиомы с прилежащим слоем эндометрия.

При поступлении в гинекологическое отделение ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова в 2017 г. общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Рост — 167 см, масса тела — 63 кг. ИМТ — 22,59 кг/м², телосложение нормостеническое. По органам и системам — без особенностей. Осмотр наружных половых органов: оволосение по женскому типу, наружные половые органы развиты правильно. При двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании: влагалище узкое; тело матки увеличено до 8 нед. беременности, ограниченно подвижное, плотное, безболезненное. По левому ребру матки пальпируется плотное образование до 5 см. Своды безболезненны. Ампула прямой кишки свободна.

Данные УЗ-исследования: по правому ребру, ближе ко дну матки визуализируется интерстициально-субсерозный миоматозный узел размерами 2,4×2,3×2,2 см, по левому ребру в нижней трети — интерстициально-субсерозный-субмукозный миоматозный узел размерами 4,5×4,7×5,0 см. Все узлы аваскулярны, наибольший — с гиперэхогенной капсулой (кальцинат). Диагноз: «Миома матки. Состояние после ЭМА от 2014 г.». Показано проведение диагностической гистероскопии с последующим решением вопроса о проведении оперативного лечения.

Результаты и обсуждение

10.01.2017 была проведена диагностическая гистероскопия. Интраоперационно: полость матки деформирована по левой боковой стенке за счет узла с центрипетальным расположением, в нижней трети — свищевой ход между узлом и стенкой матки, миоматозный узел предстает множественными кальцинатами (рис. 1).

Рекомендована повторная госпитализация для оперативного лечения (лапаротомия, миомэктомия). 09.02.2017 была проведена лапаротомия по Пфанненштилю, миомэктомия, иссечение и ушивание свищевого хода. Интраоперационно: матка увеличена до 8 нед. беременно-

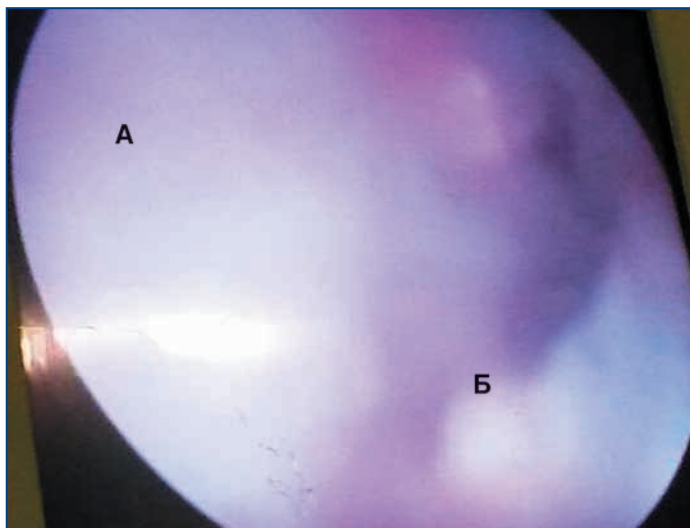


Рис. 1. А – стенка матки, Б – свищевой ход

сти за счет множественных узлов, наибольший узел располагается интерстициально-субсерозно-субмукозно, по левому ребру матки, размерами до 5 см. Была вскрыта капсула наибольшего узла по левому ребру матки — узел плотный, спаян с подлежащими тканями, удален. В дне ложа узла визуализировался свищевой ход, сообщающийся с полостью матки, диаметром до 1 см, стенки свищевого хода были плотными, склерозированными, до 4–5 мм. Стенки были иссечены в пределах здоровой ткани, ушиты послойно. Оставшиеся миоматозные узлы были вылущены.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

При патоморфологическом исследовании был выявлен кальцинированный миоматозный узел с дистрофическими изменениями, местами до асептических некрозов, свищевой ход был представлен тканевым детритом.

При проведении контрольного УЗИ через 3 мес. рубец состоятелен, миоматозных узлов не выявлено. Менструальная функция восстановилась.

В литературе последних лет имеются единичные указания на формирование свищевых ходов после проведения ЭМА. В. Vural et al. (2007) описали случай формирования цервикального свища после самопроизвольной экспульсии некротизированного миоматозного узла шейечной локализации [11]. N. Price et al. (2007) сообщили о выявлении пузырно-маточного свища через 12 мес. после выполнения ЭМА [12]. O. Donnez et al. (2008) привели данные о формировании маточно-перитонеального свища у пациентки после ЭМА и последующей лапароскопической миомэктомии [13].

За период с 2003 по 2011 г. нами было проведено 1500 ЭМА, ни в одном случае свищевой ход не формировался. Такое грозное осложнение ЭМА, как перфорация маточных артерий, отмечалось в 0,67% случаев. Гистерэктомия при возобновлении кровотечения была выполнена в 0,02% случаев [14].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Стоит учитывать, что возможными причинами нарушения репаративных процессов в миометрии и образования свищевых ходов могут быть хронический эндометрит, неоднократные выскабливания стенок полости матки, расположенные близко к эндометрию миоматозные узлы. Кальцинаты миоматозных узлов, располагающиеся вблизи базального слоя, могут приводить к ишемизации и нарушению трофики тканей. По нашему клиническому наблюдению можно сделать вывод о том, что иссечение свищевых ходов с последующей повторной реконструктивной операцией позволяет сохранить орган и репродуктивную функцию пациенток, способствуя сохранению фертильности. При этом проведение гистерэктомии не требуется.

Литература

1. Доброхотова Ю.Э., Капранов С.А., Алиева А.А. и др. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки // Сборник научных трудов, посвященный первому выпуску Московского факультета РГМУ. М., 2004. С. 129–135 [Dobrokhotova Yu.E., Kapranov S.A., Aliyeva A.A. et al. Embolizatsiya matochnykh arteriy v lechenii miomy матки // Sbornik nauchnykh trudov, posvyashchenny pervomu vypusku Moskovskogo fakul'teta RGMU. M. 2004. S. 129–135 (in Russ.)].
2. Ravina J.N., Merland J.J., Ciraru-Vigneron N. et al. Arterial embolization: a new treatment of menorrhagia in uterine fibroma // Presse Med. 1995. Vol. 37(24). P. 1754.
3. Spies J., Ascher S., Roth A. et al. Uterine artery embolization for leiomyomata // Obstet. Gynecol. 2001. Vol. 98(1). P. 29–34.
4. Доброхотова Ю.Э., Кнышева И.Г., Гришин И.И. и др. Эмболизация маточных артерий в акушерстве и гинекологии // Российский медицинский журнал. 2014. № 1. С. 42–47 [Dobrokhotova Yu.E., Knysheva I.G., Grishin I.I. et al. Embolizatsiya matochnykh arteriy v akusherstve i ginekologii // Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal. 2014. № 1. S. 42–47 (in Russian)].
5. [No authors listed]. Fatal nontarget embolization via an intrafibroid arterial venous fistula during uterine fibroid embolization // J. Vasc. Interv. Radiol. 2009. Vol. 20(3). P. 419–420. DOI: 10.1016/j.jvir.2008.12.412.
6. Gavrilescu T., Sherer D.M., Temkin S. et al. Small bowel volvulus after uterine artery embolization requiring bowel resection: a case report // J. Reprod. Med. 2006. Vol. 51(9). P. 739–741.
7. Dewdney S.B., Mani N.B., Zuckerman D.A. et al. Uteroenteric fistula after uterine artery embolization // Gynecol. Obstet. 2011. Vol. 118(2 Pt, 2). P. 434–436. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31821082a3.
8. Marin-Sánchez P., Sánchez-Ferrer M.L. Conservative management of vesical-vaginal fistula after uterine and partial bladder necrosis due to embolization as a treatment for postpartum hemorrhage. // Int. Urogynecol. J. 2015. Vol. 26(5). P. 773–774. DOI: 10.1007/s00192-014-2617-1.
9. Pillai A.K., Kovoor J.M., Reis S.P. et al. Expulsion of a Uterine Fibroid into the Small Bowel through Uteroenteric Fistula Presenting with Bowel Obstruction after Uterine Fibroid Embolization: Case Report with Histopathologic Correlation // J. Vasc. Interv. Radiol. 2016. Vol. 27(5). P. 762–764. DOI: 10.1016/j.jvir.2015.11.047.
10. Ogliari K.S., Mohallem S.V., Barrozo P. et al. A uterine cavity-myoma communication after uterine artery embolization: two case reports // J. Fertil. Steril. 2005. Vol. 83(1). P. 220–222. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2004.08.019.
11. Vural B., Ozkan S., Ciftci E. et al. Spontaneous vaginal expulsion of an infected necrotic cervical fibroid through a cervical fistula after uterine artery embolization: a case report // J. Reprod. Ved. 2007. Vol. 52(6). P. 536–566. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
12. Price N., Golding S., Slack R.A. et al. Delayed presentation of vesicouterine fistula 12 months after uterine artery embolization for uterine fibroids // J. Obstet. Gynaecol. 2007. Vol. 27(2). P. 205–207. DOI: 10.1080/01443610601157273.
13. Donnez O., Jadoul P., Squifflet J. et al. Unusual complication after uterine artery embolization and laparoscopic myomectomy in a woman wishing to preserve future fertility // Fertil. Steril. 2008. Vol. 90(5). P. 2007.e5–9. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.05.091.
14. Хачатрян Д.М. Анализ ошибок и осложнений лечения миомы матки методом эмболизации маточных артерий: Автореф. дисс. ... к.м.н. М., 2013 [Khachatryan D.M. Analiz oshibok i oslozhneniy lecheniya miomy матки metodom embolizatsii matochnykh arteriy: Avtoref. diss. ... k.m.n. M., 2013 (in Russ.)].