

Ureteral endometriose som årsag til septisk shock og ensidigt nyresvigt

Mariam Hult¹, Anette Pedersen Pilt² & Thomas Peter Norus¹

KASUISTIK

Urologisk Afdeling,
Roskilde Sygehus
Patologifdelingen,
Roskilde Sygehus

Ugeskr Læger
2015;177:V12140687

Endometriose er en lidelse, der rammer 6-10% af alle kvinder [1]. Tilstanden er karakteriseret af ektopisk endometrievæv, hvilket medfører symptomer, der er betinget af østrogenafhængige cykliske blødninger. Prædilektionsstedet er peritoneum i det lille bækken [1].

Forekomsten af ureteral endometriose er estimeret til 0,1-1% af samtlige tilfælde af endometriose [2]. Symptomerne spænder fra ingen over flanke-/abdominalsmærter, dysuri, makroskopisk hæmaturi, uræmi til tumormistanke [3]. Vi beskriver en sygehistorie, som demonstrerer, hvordan ureteral endometriose kan vise sig, og hvor alvorlige følgevirkninger tilstanden kan i form af livstruende infektion og have tab af organ.

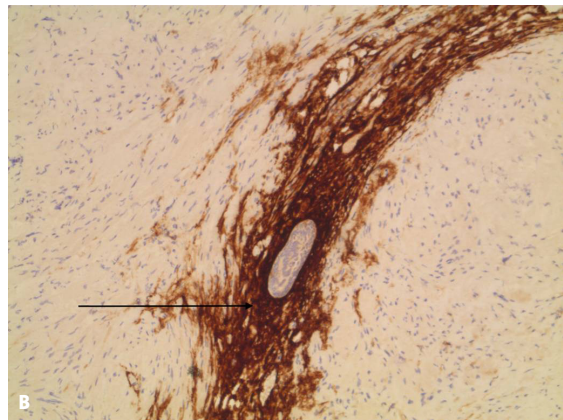
SYGEHISTORIE

En 42-årig kvinde med komorbiditet i form af hypertension og adipositas blev indlagt på en urologisk afdeling pga. venstresidige flanksmerter, febrilia, dysuri, pollakisuri og makroskopisk hæmaturi. Anamnesen inkluderede tre tidligere tilfælde af venstresidig ascenderende urinvejsinfektion, som var blevet behandlet med perorale antibiotika. Hun havde en hormonspiral, som var anlagt mere end fem år tidligere, men ingen gynækologiske gener. Ved indlæggelsen var hun septisk med udtalt palpationsømhed i venstre flanke. Paraklinisk fandtes der et forhøjet leukocytniveau på $11,6 \times 10^9/l$, et C-reaktivt proteinniveau på 328 mg/l, et laktatniveau på 3 mmol/l og et kreatininniveau på 176 mmol/l. Ved urinstiks påviste man maksimalt udslag for leukocytter, erythrocytter og nitrit. Der blev foretaget blod- og urindyrkning og iværksat empirisk antibiotisk behandling. På mistanke om pyonefrose blev der anlagt akut venstresidig nefrostomi, som fungerede med svært purulent urin. Pga. septisk shock blev patienten overflyttet til et intensiv terapi-afsnit.

Da infektionen var under kontrol, blev der foretaget antegrad pyelografi, hvor man fandt en 2 cm distal venstresidig ureterstriktur lige før ureters indløb i blæren (Figur 1A). CT af abdomen viste atrofisk venstre nyre. Der blev foretaget forsøg på diagnostisk ureteroskopi med biopsi, men denne kunne ikke gennemføres pga. den udtalte ureterstriktur.

FIGUR 1

A. Antegrad pyelografi via venstresidig nefrostomikateter. Der ses en venstresidig distal ureterstriktur med manglende nedløb af kontrast i blæren (rød pil). Der ses en hormonspiral in situ (hvid pil). B. Mikroskopi af distale venstre ureter. Kirtelstruktur beliggende i cytotent stroma. CD10-positivt (sort pil). 100 × forstørret.



Fire uger efter indlæggelsen blev det ved renografi påvist, at venstre nyres funktionsandel udgjorde 23% af den samlede nyrefunktion. Trods relevant sy-

stemisk antibiotika var patientens almene tilstand i den følgende måned svingende med fluktuerende temperaturer, infektionstal og kreatininniveauer, intermitterende makroskopisk hæmaturi og anæmi samt svingende produktion i nefrostomien. Årsagen til ureterstrikturen forblev ukendt trods såvel gynækologisk som organkirurgisk udredning. Efter otte ugers insufficient behandlingsrespons på infektionen og svær distal ureterstriktur blev der foretaget venstresidig nefroureterektomi. Operationen forløb ukompliceret, og patienten blev udskrevet efter få dage. Patologisvaret viste, at venstre nyre havde kronisk inflammation og akut abscederende inflammation. I den distale del af ureter fandtes inflammatoriske forandringer, fibrose og små øer af endometroidt væv, hvilket er diagnostisk for ureteral endometriose.

DISKUSSION

Endometriose i urinvejene en relativt sjælden tilstand og ses primært hos præmenopausale kvinder i alderen 30-35 år [4]. Hyppigst involveret er blære (85%), ureter (10%), nyre (4%) og uretra (2%) [4]. Prædiaktionsstedet for ureteral endometriose er den distale venstre ureter [4]. Der findes to typer af ureteral endometriose: ekstern og intern. Den interne type er et resultat af direkte infiltration af ektopisk endometrievæv i ureters væg via lumen. Den eksterne type involverer kun adventitia eller det omgivende bindevæv, forekommer hyppigere (80% vs. 20%) og forårsager hyppigere obstruktion [2, 4]. Ureteral endometriose varierer fra en asymptomatisk tilstand til hypertension (evt. på obstruktiv base), makroskopisk hæmaturi ± anæmi, flanke-/abdominalsmærter, dysuri, tab af nyrefunktion ± uræmi eller tumor i pelvis/ureter [2, 3]. Behandlingsmulighederne for ureteral endometriose indbefatter kontinuerlig antikonceptiva samt aflastende kirurgisk intervention afhængigt af graden af sygdom og lokalisation [2, 5]. Hos kvinden i sygehistorien var hormonspiralen for gammel. Medicinsk behandling i kombination med tidlig kirurgisk intervention kunne muligvis have ændret sygdomsforløbet.

Ureteral endometriose er en sjælden form af en ellers relativt hyppig lidelse. Tilstanden kan som vist medføre striktur kompliceret af livstruende infektion og organtab. Findes tilstanden hos præmenopausale kvinder, bør gynækologer involveres med henblik på diagnostik og medicinsk behandling evt. i kombination med kirurgisk aflastende indgreb.

SUMMARY

Mariam Hult, Anette Pedersen Pilt & Thomas Peter Norus:
Ureteral endometriosis as the cause of septic shock and single-sided renal failure
Ugeskr Læger 2015;177:V12140687

Ureteral endometriosis is a rare variant of an otherwise common condition, which is primarily seen among premenopausal women. The symptoms and the clinical findings include silent loss of kidney function, gross haematuria, abdominal pain, hypertension and tumour suspicion. We present a rare case of intrinsic ureteral endometriosis resulting in a life-threatening infection and loss of a kidney. Involvement of gynaecologists for early diagnosis and medical treatment in combination with surgical intervention could be of importance in order to prevent the serious consequences as described in this case.

KORRESPONDANCE: *Mariam Hult*, Urologisk Afdeling, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: mariamhulth@gmail.com.

ANTAGET: 3. februar 2015

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 18. maj 2015

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatternes ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004;364:1789-99.
2. Maccagnano C, Pellucchi F, Rocchini L et al. Ureteral endometriosis: proposal for a diagnostic and therapeutic algorithm with a review of the literature. *Urol Int* 2013;91:1-9.
3. Comiter CV. Endometriosis of the urinary tract. *Urol Clin North Am* 2002;29:625-35.
4. Yohannes P. Ureteral endometriosis. *J Urol* 2003;170:20-5.
5. Ponticelli C, Graziani G, Montanari E. Ureteral endometriosis: a rare and under-diagnosed cause of kidney dysfunction. *Nephron Clin Pract* 2010;114:c89-93.