

รายงานผู้ป่วย

A Case Report

เยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะ Bladder Endometriosis

เกรียงศักดิ์ คำอิม พ.บ.

กลุ่มงานสูติ - นรีเวชกรรม

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

ธีรพล หงษ์ทอง พ.บ.

กลุ่มงานศัลยกรรม สาขาศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ

โรงพยาบาลบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี

Kriangsak Kham-im M.D.

Department of Obstetrics and Gynecology

Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand

Terapol Hongtong M.D.

Department of surgery, Urology Surgery

Banpong Hospital, Ratchaburi, Thailand

บทคัดย่อ

รายงานผู้ป่วยเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะ มีอาการปวดปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ชัด ปวดท้องน้อยเรื้อรัง อาการเป็นมากขึ้นเมื่อมีประจำเดือน ผลการตรวจปัสสาวะปกติ อัลตราซาวด์หน้าท้องพบก้อนที่ผนังด้านหลังในกระเพาะปัสสาวะ ส่งกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะพบก้อนมีลักษณะเฉพาะของเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่เป็นก้อนสีน้ำเงินอมแดง ที่ผนังด้านหลังในกระเพาะปัสสาวะ ผลการตรวจชิ้นเนื้อทางพยาธิวิทยาวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะ ได้รับการรักษาผ่าตัดด้วยกล้องผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าไปตัดชิ้นเนื้อในกระเพาะปัสสาวะและจี้ด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการรักษาด้วยฮอร์โมน MPA เป็นเวลานาน 6 เดือน ผลการรักษาดี ตรวจติดตามไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ

ABSTRACT

A case report of bladder endometriosis presented with urinary frequency, urgency, pain at micturition and chronic pelvic pain that symptoms are exacerbated during menstruation. Urine examination was normal finding. Pelvic ultrasound showed hyperechogenic endo-luminal conical vegetation in posterior wall of bladder. Cystoscopy demonstrated typical bluish endometriosis nodules. Pathological section confirmed bladder endometriosis. She was treated by transurethral resection with electrocoagulation of the bed and complementary hormone therapy MPA for 6 months. The result was good, no complication and no recurrent of disease.

บทนำ

โรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะ (Bladder endometriosis) เป็นโรคที่พบบได้น้อยมาก น้อยกว่าร้อยละ 1¹ ของผู้ป่วยโรคเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ (Endometriosis) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากเยื่อบุมดลูกที่เป็นทั้งส่วน glands และ stroma ไปเจริญนอกมดลูก ส่วนใหญ่พบในอุ้งเชิงกราน^{1,2} โรคนี้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเป็นปัญหาเรื้อรัง ยากแก่การวินิจฉัย และทำให้วินิจฉัยล่าช้า

สาเหตุพยาธิกำเนิด ของการเกิดเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะนั้น อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่เกิดขึ้นเอง (Spontaneous) หรือปฐมภูมิและกลุ่มที่เกิดตามหลังการผ่าตัด หรือทุติยภูมิ³ พยาธิกำเนิดของกลุ่ม Spontaneous นั้นมีหลายทฤษฎี มีทฤษฎีความเชื่อที่น่าจะเป็นไปได้ 3 ทฤษฎี⁴ คือ 1) Transtubal menstrual reflux of endometrial cells with implantation on the peritoneal covering the bladder dome⁵ 2) Extension of adenomyosis from the anterior uterine wall to the bladder^{3,6} 3) Metaplasia of subperitoneal mullerian remnant that is located in the vesicovaginal septum^{6,7} ซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็น Bladder adenomyosis⁷ สำหรับพยาธิกำเนิดของกลุ่มที่เกิดภายหลังได้รับการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดคลอด อาจเกิดจาก iatrogenic implantation of decidual

อาการนำในผู้ป่วยนั้นมีอาการ ทางระบบทางเดินปัสสาวะได้แก่ urgency, frequency, Subpubic pain, urge incontinence และ dyspareuria โดยพบร้อยละ 78, 71, 43, 21 และ 7 ตามลำดับ⁸ ส่วนใหญ่จะมีประวัติ interstitial cystitis คือกลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะที่มี urinary urgency and frequency and/ or pelvic pain โดยไม่พบสาเหตุชัดเจน โดยอาการต่าง ๆ เหล่านี้มักจะมีควมรุนแรงมากขึ้นในช่วงมีระดู^{5,9} การวินิจฉัยจากประวัติและอาการแสดงดังกล่าว การตรวจภายในอาจคลำได้ก้อนกดเจ็บบริเวณ anterior fornix บริเวณกระเพาะปัสสาวะ 5,7 การตรวจโดยใช้อัลตราซาวด์ (ultrasound),^{5,10} computer

tomography scan (CT scan),⁴ magnetic resonant imaging (MRI)^{5,11} ช่วยในการวินิจฉัยเป็นอย่างมาก การตรวจโดยการส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) เป็นการตรวจที่ให้ความแม่นยำและได้ชิ้นเนื้อมาตรวจซึ่งเป็นเกณฑ์มาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา¹² ในการรักษานั้นมีวิธีคือ การรักษาทางยา การรักษาด้วยการผ่าตัด และการรักษาร่วมกันทั้งสองวิธี จึงขอเสนอรายงานผู้ป่วยเยื่อบุมดลูกเจริญผิดที่ที่กระเพาะปัสสาวะ เพื่อเป็นตัวอย่างในการวินิจฉัย และการรักษาต่อไป

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยหญิงไทยคู่ อายุ 33 ปี อาชีพรับจ้าง ภูมิลำเนาอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี มารับการตรวจที่คลินิกนรีเวช โรงพยาบาลบ้านโป่ง เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2545 ด้วยอาการสำคัญ ปวดปัสสาวะบ่อย ปวดท้องน้อยเรื้อรัง เป็น ๆ หาย ๆ มาประมาณ 1 ปี โดยประมาณ 1 ปีก่อน ผู้ป่วยมีอาการปวดขัดท่อปัสสาวะ ปัสสาวะลำบาก และปัสสาวะบ่อย ร่วมกับมีอาการปวดท้องน้อยเป็น ๆ หาย ๆ โดยเฉพาะช่วงมีประจำเดือนจะมีอาการมากขึ้น ผู้ป่วยได้ไปรับการรักษาตามคลินิกทั่วไปและโรงพยาบาลหลายแห่ง อาการไม่ดีขึ้น 1 เดือนก่อนได้ มารับการตรวจที่โรงพยาบาลบ้านโป่ง ผลการตรวจปัสสาวะ ไม่พบการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ ได้ยาไปรับประทานไม่ดีขึ้น จึงมาตรวจที่คลินิกนรีเวชโรงพยาบาลบ้านโป่ง

ผู้ป่วยมีบุตร 2 คน ได้รับการผ่าตัดคลอดทั้งสองคน คนสุดท้ายเมื่อ 2 ปีก่อน พร้อมทำหมัน ผู้ป่วยไม่เคยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์มาก่อน

การตรวจร่างกาย ส่วนสูง 162 เซนติเมตร น้ำหนัก 55 กิโลกรัม อุนหนุมี 37.2 องศาเซลเซียส ชีพจร 79 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท อัตราการหายใจ 20 ครั้งต่อนาที ลักษณะทั่วไป รูปร่างสมส่วน ผิวดำแดง ไม่ซีด ไม่เหลือง ตรวจร่างกายระบบอื่นอยู่ในเกณฑ์ปกติ คลำ ไม่พบก้อนในท้อง หรือบริเวณท้องน้อย

การตรวจภายใน ผังช่องคลอดปกติ ไม่มีตกขาว

ปากมดลูกปกติ มดลูกขนาดปกติ คอหน้าผิวเรียบ เคลื่อนไหวได้เล็กน้อย ปีกมดลูกคล้ายไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ทั้งสองข้าง ตรวจบริเวณ cul de sac ปกติ

ตรวจทางทวารหนัก ไม่พบก้อนที่ผิดปกติ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

CBC : Hb = 12.7 gm% ; Hct = 38% ; WBC = 6,510 cells/mm³, N = 60%, L = 30%, Mo = 6%, Eo = 2%, Ba = 2% ; Plt = 226,000 cells/mm³, FBS = 100 mg%, BUN = 11.3 mg%, Cr = 0.8 mg% U/A : Albumin = Negative, Sugar = Negative, pH 7.0, SpGr = 1.012, Epithelial cells 3- 5 /HP, WBC 0 - 1 /HP, RBC 0 /HP

ภาพถ่ายรังสีทรวงอก ปกติ

การตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง พบเป็นลักษณะ Hyperechogenic endo - luminal conical vegetation with small transsonic formation ขนาด 16.1 x 19.1 มิลลิเมตร ที่บริเวณ posterior wall of bladder (ดังรูปที่ 1 และ 2) ส่วนอวัยวะอื่น ๆ ในอุ้งเชิงกราน ไม่พบก้อนหรือความผิดปกติ

การส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) พบ endoluminal mass ขนาด 1.5 x 2 เซนติเมตร มีลักษณะ Typical bluish endometriotic nodules บริเวณ posterior bladder wall

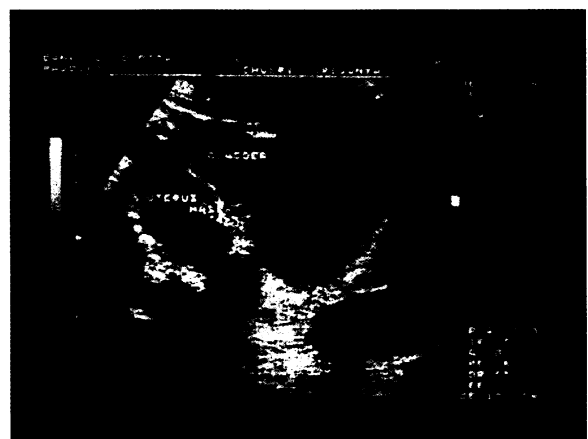
หัตถการ Transurethral resection (TUR) with electrocoagulation of the bed

ผลทางพยาธิวิทยา (รูปที่ 3, 4)

Microscopic findings : Section reveals tissue showing hemorrhagic cell and mucinous epithelial cells with focal endometrial cell lining ; Endometrial glands surrounded by scant stroma infiltrated the bladder mucosa

Pathological Diagnosis :

Mass at urinary bladder mucosa ; TUR - biopsy



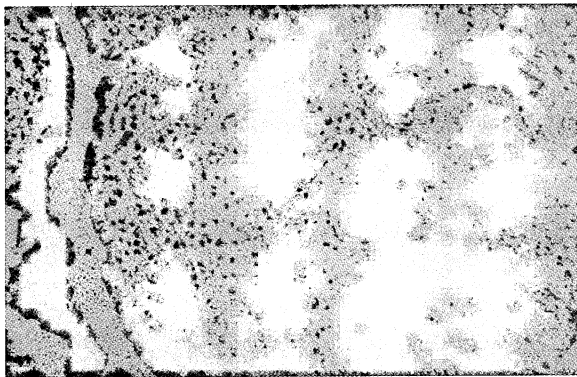
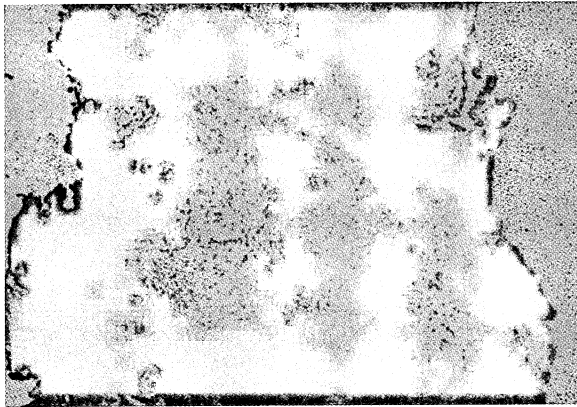
รูปที่ 1, 2 Transabdominal median longitudinal ultrasound scan of pelvic with 3.5 MHz. prob. Hyperechogenic endo - luminal conical vegetation with small transsonic formation diameter 16.1 x 19.1 mm. is seen at posterior wall of bladder

- Consistent with endometriosis of bladder

การวินิจฉัย Bladder endometriosis

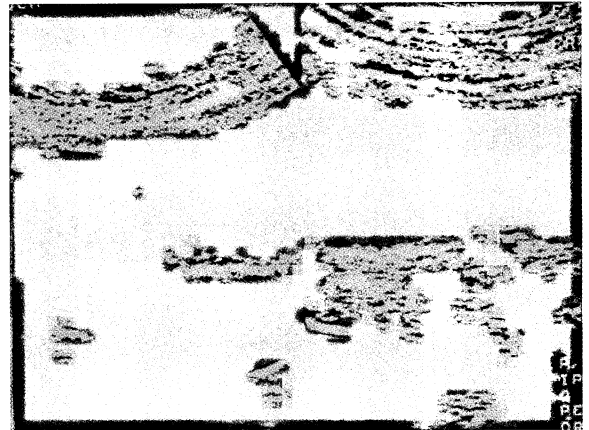
การรักษา และการตรวจติดตามผลการรักษา

หลังจากได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทำ Transurethral resection (TUR) with electrocoagulation of the bed แล้ว ได้ให้การรักษาร่วมกับการให้ยาฮอร์โมน คือ ยา medroxy-progesterone acetate (DMPA) 150 mg



รูปที่ 3, 4 Histologic examination demonstrated endometrial glands surrounded by scant stroma infiltrate the bladder mucosa.

เข้ากล้ำม เดือนละครั้งเป็นเวลา 6 เดือน พบว่าผู้ป่วยไม่มีประจำเดือน ไม่มีเลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด สำหรับอาการผิดปกติเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ปวดเสียวเวลาปัสสาวะ ปัสสาวะบ่อย ไม่สุด และอาการปวดท้องน้อยนั้นอาการดีขึ้นเป็นลำดับ จนหายเป็นปกติ หลังจากให้ยาครบ ได้ตรวจปัสสาวะผลปกติ ตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง ไม่พบความผิดปกติ (รูปที่ 5) และการส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (Cystoscopy) ไม่พบพยาธิสภาพที่ผิดปกติใด ๆ จากผลการตรวจติดตามการรักษาผู้ป่วย หลังผ่าตัด 16 เดือน ไม่พบภาวะแทรกซ้อนอาการผิดปกติ หรือการกลับเป็นซ้ำของโรค



รูปที่ 5 Transabdominal median longitudinal and transverse ultrasound scan of pelvis with 3.5 MHz. prob. Normal finding

วิจารณ์

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 33 ปี มีบุตร 2 คน ผ่าตัดคลอดทั้งสองคนและทำหมันแล้ว 2 ปี หลังจากนั้นประมาณ 1 ปี ผู้ป่วยมีอาการของระบบทางเดินปัสสาวะคือ ปัสสาวะบ่อย ปวดแสบขัด ปวดท้องน้อยตลอดเวลา จากอาการแสดงของผู้ป่วยรายนี้สาเหตุที่น่านึกถึงลำดับแรกคือระบบทางเดินปัสสาวะโดยเฉพาะ โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบจากการติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยต้องไปรับการรักษาที่คลินิกต่าง ๆ และโรงพยาบาลหลายครั้ง แต่อาการไม่ทุเลาลง ดังนั้นผู้ป่วยที่มาตรวจด้วยอาการปวดฉุ่ยเชิงกรานเรื้อรังร่วมด้วย จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงการวินิจฉัยแยกโรค โดยเฉพาะจากระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (lower urinary tract) ระบบอวัยวะสืบพันธุ์ (reproductive organs) และลำไส้ (intestines) ซึ่งผู้ป่วยรายนี้เป็นลักษณะของกลุ่มอาการที่เรียกว่า interstitial cystitis ซึ่งหมายถึงกลุ่มอาการที่มีลักษณะ urinary urgency, frequency and low pelvic pain โดยไม่พบสาเหตุชัดเจน ตรวจปัสสาวะไม่พบความผิดปกติ การวินิจฉัยแยกโรค interstitial cystitis จากกลุ่มอาการระบบอวัยวะสืบพันธุ์

เช่น endometriosis หรือ vulvar vesiculitis แยกได้ยาก เพราะทั้งหมดดังกล่าวจะมีอาการ dyspareunia และ menstrual cycle variation of symptoms⁹ ในผู้ป่วยรายนี้ ซึ่งมีลักษณะกลุ่มอาการทางเดินปัสสาวะแบบ cyclic irritable bladder symptom และ pelvic pain และมีอาการมากขึ้นเมื่อมีประจำเดือน ทำให้นึกถึงโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบสืบพันธุ์ ส่วนอาการผิดปกติทางลำไส้ ไม่มี ผู้ป่วยรายนี้ ตรวจปัสสาวะและตรวจภายในอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตรวจอัลตราซาวด์ทางหน้าท้อง (abdominal ultrasound) มีลักษณะ hyperechogenic endoluminal conical vegetation with small transonic formation บริเวณ posterior wall of bladder ซึ่งก็ช่วยวินิจฉัยโรค endometriosis of bladder^{5,13} สำหรับ computerization tomography scan (CT) และ magnetic resonance imaging (MRI) นั้นจะช่วยวินิจฉัยอย่างมาก ซึ่งค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยรายนี้ได้พิจารณาทำการส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) และทำ TUR with electrocoagulation of the bed เพราะได้ประโยชน์มาก เนื่องจากจะเห็นพยาธิสภาพชัดเจน แล้วยังได้ชิ้นเนื้อมาตรวจ ซึ่งเป็นมาตรฐานในการวินิจฉัย ยังช่วยวินิจฉัยแยกโรค นิ่ว และ ก้อนท่อนในปัสสาวะโดยเฉพาะก้อนมะเร็ง^{5,13} จากการส่องกล้องตรวจในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) พบ endo-luminal mass of the posterior bladder wall เป็นลักษณะ bluish endometriotic nodules และทำ TUR ผลการตรวจทางพยาธิวิทยาพบ endometrial gland และ stroma จึงให้การวินิจฉัยเป็น endometriosis of bladder ซึ่งการวินิจฉัยนี้เป็นไปตามเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคเยื่อโพรงมดลูกเจริญผิดที่ ที่เป็นมาตรฐานการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยา The American Collage of Obstetricians and Gynecologists (AGOG) ได้แนะนำเกณฑ์การวินิจฉัยโดยถือการตรวจพบเท่ากับ 2 หรือมากกว่า จาก 4 ข้อต่อไปนี้¹⁴

1. เซลล์ epithelium ของเยื่อโพรงมดลูก
2. ต่อมของเยื่อโพรงมดลูก

3. stroma ของเยื่อโพรงมดลูก

4. เม็ดเลือดขาว macrophage ที่มี hemosiderin จากพยาธิสภาพของผู้ป่วยรายนี้และประวัติได้รับการ

การผ่าตัดคลอดมาก่อน สาเหตุพยาธิกำเนิดอาจใช้ทฤษฎีความเชื่อชนิดทุติยภูมิที่เกิดจากหลังการผ่าตัดเป็น iatrogenic⁵ มีการ implantation of decidual

การรักษา bladder endometriosis มีวิธีการ คือ การรักษาทางยาหรือฮอร์โมน การผ่าตัด และการรักษา ร่วมกันทั้งยาและการผ่าตัด การรักษาด้วยยาหรือฮอร์โมน ที่ใช้ได้แก่ androgen (danazol), progesterones (medroxyprogesterone acetate, norethindrone acetate) combined oral contraceptive pills และ gonadotropin releasing hormone agonists (GnRH agonists)¹⁵ ซึ่งในโรค Bladder endometriosis นั้นการรักษาโดยการให้ ยาฮอร์โมน มีรายงานว่าได้ผลดี และแนะนำให้ในกลุ่ม ผู้ป่วยอายุน้อยและยังต้องการมีบุตร⁸ แต่อย่างไรก็ตามบาง รายงานพบการกลับเป็นโรคซึ่งเกิดได้บ่อยหลังหยุดยา^{5,7} สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดนั้นนิยมแบบ conservative โดยเฉพาะ Partial cystectomy นั้นเป็นทางเลือกอันดับแรกในการให้การรักษา bladder endometriosis ในกรณี ที่เป็นมากและมีอาการรุนแรง โดยการผ่าตัดด้วยกล้อง (laparoscopy partial cystectomy) นั้นนับว่าได้ผลดีมาก ไม่พบการกลับเป็นซ้ำเลย^{7,13,16} สำหรับการรักษา ร่วมกันทั้งสองวิธี ผ่าตัดแบบ conservative ร่วมกับการ ให้ยาฮอร์โมนได้ผลดีมาก และในการรักษาโดยใช้วิธี TUR ร่วมกับการให้ยาฮอร์โมน ก็เป็นทางเลือกที่ได้ผลดี¹⁷ สำหรับในผู้ป่วยรายนี้ ได้ให้การรักษาโดยการผ่าตัด TUR with electrocoagulation of the bed ร่วมกับ medroxyprogesterone acetate (MPA) 150 มิลลิกรัมเข้ากล้ามเนื้อ ทุกเดือน เป็นเวลา 6 เดือน ระหว่างการรักษา หลังผ่าตัด และให้ยา ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ไม่พบภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดและการให้ยา เมื่อรักษาด้วยยาครบ 6 เดือน ผลการตรวจภายในปกติ ผลการตรวจปัสสาวะปกติ อัลตราซาวด์หน้าท้องปกติ ส่องกล้องตรวจ

ในกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) ไม่พบพยาธิสภาพที่ผิดปกติใด ๆ และหลังจากการตรวจติดตามการรักษา หลังผ่าตัดครบ 16 เดือน และยาครบ 10 เดือน ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรค แต่อย่างไรก็ตามยังคงต้องตรวจติดตามอาการและอาการแสดง และพิจารณาการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นระยะ ๆ ต่อไป เพื่อเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำอีก

สรุป

รายงานผู้ป่วย Bladder endometriosis ซึ่งเป็นโรคที่พบได้น้อยมาก และก่อให้เกิดปัญหาที่ยากแก่การวินิจฉัยและล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ซึ่งผู้ป่วยรายนี้มาพบแพทย์ด้วยกลุ่มอาการ Interstitial cystitis และมีอาการมากขึ้นในระหว่างมีประจำเดือน ผู้ป่วยรายนี้วินิจฉัยเป็น Bladder endometriosis ซึ่งเกิดภายหลังการผ่าตัดคลอด ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุให้เกิดโรคนี้ได้ การตรวจโดยอัลตราซาวด์ มีส่วนช่วยในการวินิจฉัยอย่างมาก การส่องกล้องตรวจกระเพาะปัสสาวะ (cystoscopy) และทำ TUR นั้นมีประโยชน์อย่างยิ่ง นอกจากจะเห็นพยาธิสภาพที่ชัดเจนแล้ว ยังได้ชิ้นเนื้อมาตรวจทางพยาธิวิทยา พร้อมทั้งเป็นการรักษา ดังนั้นในการรักษาผ่าตัด TUR ร่วมกับให้ยาฮอร์โมน MPA จึงเป็นทางเลือกที่ดีและเหมาะสม ซึ่งได้ผลดีมาก หลังตรวจติดตามไม่พบภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

1. Shook TE, Nyberg LM. Endometriosis of the urinary tract. *Urology*. 1988 ; 31 : 1-6.
2. Robert S. Schenken. Endometriosis. In : James R. Scoot, Philip J. Di Saia, Charles B. Hammond, William N Spellacy, editors. *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 8th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins ; 1999 : 669-75.
3. Fedele L, Piazzola E, Raffaelli R, Bianchi S. Bladder endometriosis : deep infiltrating endometriosis or adenomyosis ?. *Fertil Steril*. 1998 ; 69 : 972-5.
4. Vercellini P, Frontino G, Pisacreta A, De Giorgi O, Cattaneo M, Crosignani PG. The pathogenesis of bladder detrusor endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 ; 187 : 538-42.
5. Vercellini P, Meschia M, De Giorgi O, Cortesi I, Panazza S, Crosignani PG. Bladder detrusor endometriosis : clinical and pathogenetic implication. *J Urol*. 1996 ; 155 : 84-6.
6. Chapron C, Boucher E, Fauconnier A, Vieira M, Dubuisson JB, Vacher-Lavenu MC. Anatomopathological lesions of bladder endometriosis are heterogeneous. *Fertil Steril*. 2002 ; 78 : 740-2.
7. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M. Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril*. 2000 ; 74 : 1175-81.
8. Westney OL, Amundsen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis : conservative management. *J Urol*. 2000 ; 163 : 1814-7.
9. Lentz GM, Bavendam T, Stenchever MA, Miller JL, Smallldridge J. Hormonal manipulation in women with chronic, cyclic irritable bladder symptoms and pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol*. 2002 ; 186 : 1268-71.
10. Chen CP, Chang HK, Sheu CY, Chen BF, Chang SJ, Wang W. Sonographic detection of previously unsuspected vesical endometriosis in a woman with dysmenorrhea. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001 ; 18 : 183-4.
11. Umara N, Olliff JF. MRI appearances of bladder endometriosis. *Br J Radiol*. 2000 ; 73 : 733-6.
12. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical. gynecologic endocrinology and infertility, 6th ed. Baltimore : Lippincott Williams & Winkins, 1999 : 1057-73.

13. Nezhat CH, Malik S, Osias J, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenosarcoma. *Fertil Steril.* 2002 ; 78 : 872-5.
14. The American College of Obstetrician and Gynecologists. Clinical management guidelines for Obstetrician-gynecologists. *ACOG Practice Bulletin*, number II ; 1999 : 1-13.
15. Rice VM. Conventional medical therapies for endometriosis. *Amn NY Acad Sci Lool* ; 955 : 343-52.
16. Chapron C, Dubuisson JB, Jacob S, Fauconnier A, Da Costa Vieira M. Laparoscopy and bladder endometriosis. *Gynecol Obstet Fertil.* 2000 ; 28 : 232-7.
17. Cruz Guerra NA, Linares Quevedo A, Cuesta Roca C, Clemente Ramos L, Castaneda Casanova A. Bladder endometriosis in a patient with cesarean history. *Arch Esp Urol.* 2002 ; 55 : 194-7.