

ENDOMETRIOZA CICATRICEI POSTOPERATORII DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ

¹Ana Mișina – dr. în med.,

⁴Sergiu Zaharia – medic chirurg,

⁴Igor Mișin – dr. hab. în med., conf. cercet.,

²Liliana Fuior – doctorand,

³Vergil Petrovici – dr. în med.,

¹Secția Ginecologie Chirurgicală, ²Departamentul de Imagistică,

³Secția Patomorfologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului,

⁴Catedra Chirurgie nr. 1 “Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie

Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

„Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență,

Chișinău, Moldova

GSM: 079456357, E-mail: anna_mishina@mail.ru

Rezumat

Endometrioza cicatricei postoperatorii (ECP) este o formă rar întâlnită a endometriozei extragenitale, descrisă în literatură prin cazuri clinice unice. În ultimii ani se manifestă o creștere semnificativă a acestei patologii. Incidența fiind cea mai mare după operația cezariană. Autorii descriu un caz clinic de diagnostic preoperator și tratament chirurgical a ECP peste 45 de luni după operația cezariană. Diagnosticul confirmat la examenul histologic. În perioada postoperatorie

tardivă fără date de recidivă. E prezentată revista succintă a literaturii, istoria, patogeniza, tabloul clinic, diagnosticul, tratamentul ECP.

Cuvinte-cheie: endometrioza cicatricii postoperatorii, operație cezariană

Summary. Scar endometriosis after cesarean section

Scar endometriosis (SE) is a rare entity of extragenital endometriosis, which is describe in literature by rare case reports. Recently where observed the increase of SE, especial after cesarian section. Authors present a case report of preoperative diagnosis and surgical treatment of SE during 45 months after cesarian section. Final diagnosis were detected by histopathological report. During follow up recurrence where not detected. During case report is present review of the literature, history, pathogenesis, clinical manifestation, diagnosis and methods of treatment of SE.

Key words: scar endometriosis, cesarean section

Резюме. Эндометриоз послеоперационного рубца после кесарева сечения

Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) редкая форма экстрагенитального эндометриоза, описанная в литературе в виде клинических случаев. В последние годы отмечается рост ЭПР, связанный с увеличением числа кесаревых сечений. Авторами представлено собственное клиническое наблюдение предоперационной диагностики ЭПР спустя 45 месяцев после кесарева сечения. Окончательный диагноз был подтвержден гистологически. В отдаленном периоде рецидив не выявлен. В работе представлен обзор литературы, история, патогенез, клинические манифестации, диагностика и методы лечения.

Ключевые слова: эндометриоз послеоперационного рубца, кесарево сечение

Introducere

Endometrioza este o afecțiune cauzată de apariția focarelor ectopice de țesut endometrial în afara uterului. Termenul endometrioza pentru prima dată a fost definit de Rokitansky în 1861 ca prezența și proliferarea endometriului în afara cavității uterine. În anul 1903 Robert Mayer primul a descris endometrioza în cicatricea postoperatorie (ECP) [1]. După datele literaturii de specialitate endometrioza afectează de la 5 până la 70% femei de vârstă fertilă, ocupând locul III în structura afecțiunilor ginecologice [2, 3].

Endometrioza cicatricii postoperatorii reprezintă 1-2% din totalitatea leziunilor endometriale [4, 5]. Leite și al. [6] au raportat o incidență de 0,03-3,5% de ECP la femei ce au avut în anamneză intervenții obstetrico-ginecologice. Dar totuși mulți autori consideră că frecvența ECP este subestimată și nu relevă realitatea [7]. Prezentăm cazul clinic rar de endometrioza cicatricii postoperatorii.

Caz clinic

Pacienta 38 de ani s-a adresat peste 45 de luni de la intervenție cezariană, cu acuze, prezența unei formațiuni dolore în regiunea plăgii postoperatorii, care s-au manifestat cu 2 luni înainte de spitalizare. Durerile purtând un caracter ciclic ce se acutizează înaintea și în timpul ciclului menstrual. Anamneza ginecologică- obstetricală: Menzis de la 13 ani regulat, dolor, eliminări moderate, durată 6 zile/30 zile. Sarcini două, nașteri 2, avorturi 0. Operația cezariană în 2009. La examenul obiectiv în proiecția plăgii postoperatorii (Incizie mediană inferioară) se determină o formațiune tumorară 3x5 cm situată în țesutul subcutan, la palpare consistență dur-elastică, mobili-

tate redusă (**Fig. 2**). Examen paraclinic: An. generală a sângelui: Hb-112 g/L, er-4,77x10¹²/L, leucocite-5,2x10⁹/L, trombocite 297x10⁹/L, neutrofil-52,6%, limfocite 36,7%, eozinofili-2,1 %, monocite-8%. Indicile neutrofil/limfocitar este egal cu 1,43% (norma 2-3%). La examenul USG: la nivelul cicatricii postoperatorii pe linia albă se determină o formațiune hipoeogenă 38,6x25 cm cu contur neregulat hiperecogen, cu peduncul vascular (**Fig. 1**).

Cu diagnoza preoperatorie ECP, efectuată intervenția chirurgicală în mod programat, înlăturarea formațiunii din regiunea cicatricii postoperatorii. La revizie s-a depistat o formațiune de culoare gălbuie, situată în limitele țesutului subcutan, excizată *et bloc* (+1cm) în limitele țesuturilor sănătoase fără secționarea aponevrozei (**Fig. 3-4**).

La examenarea histologică se determină în paralel cu structurile stromale și glandulare endometriale, prezența heterotopiei nodulare endometriale inclusiv și în țesuturile adipoase manifestând o activitate moderată proliferativă celulară, în unele zone fiind observate prezența unor mici structuri glandulare (**Fig. 5, 6**). Perioada postoperatorie fără complicații. Plaga cicatrizată per prima. La controlul repetat peste 6 luni date de recidivă lipsesc.

Discuții

Endometrioza cicatricii postoperatorii este o formă rar întâlnită a endometriozei extragenitale, descrisă în literatură prin cazuri clinice unice, prezentând interes științific și medical prin multitudinea problemelor nerezolvate [3, 4, 6-10]. Diagnosticul fiind stabilit în multe cazuri postoperator la examenul histologic. Incidența exactă a endometriozei cicatricii



Fig. 1. Examenul ultrasonor: formațiune solidă al peretelui abdominal anterior



Fig. 2. Formațiunea de volum din regiunea plăgii postoperatorii



Fig. 3. Excizia endometriozei cicatricei postoperatorii în limitele ţesuturilor sănătoase (aspect intraoperator)



Fig. 4. Piesa postoperatorie în secțiune - endometrioza cicatricei postoperatorii

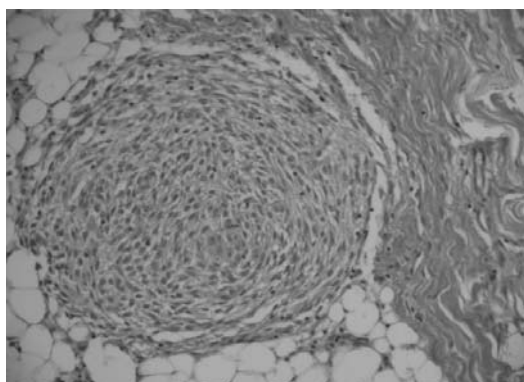


Fig. 5. Heterotopie a stromei endometriale în aspect nodular cu manifestări moderate proliferative celulare (colorație Van Gizon x 200)

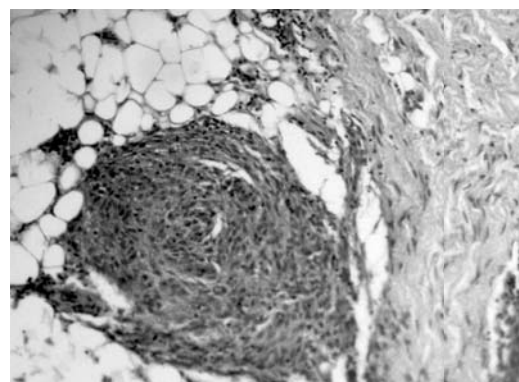


Fig. 4. Insule heterogene de stromă endometrială în ţesutul adipos cu mici structuri glandulare (colorație hematoxilin-eozin x 100)

postoperatorii până în prezent e necunoscută [7]. În **tabelul nr. 1** prezentăm datele literaturii privind incidența ECP la femei care au suportat intervenție cezariană, rata medie constituind 0,50% [7].

Conform datelor prezentate în tabelul 1 se observă tendința creșterii incidenței cauzate cu sporirea numărului de intervenții cezariene. Cel mai frecvent ECP este condiționată de operație cezariană [2, 3, 6-

8, 10, 11]. Vârsta medie a femeilor afectate de această maladie este cuprinsă în limitele 20-40 de ani, manifestările clinice apar la 2-5 ani postoperator [8, 12]. În literatură sunt descrise cazuri de ECP după intervenții chirurgicale herniotomii, apendectomii, colecistectomii, intervenții laparoscopice [11-13]. Sunt prezentate cazuri sporadice de endometrioza a ombilicului [14]. Localizarea variată a endometriozei a determinat apariția unui șir de ipoteze în patogeniza maladii.

Tabelul 1

Incidența ECP la femei [7]

Autori	Anul de studiu	Lotul (n)	ECP (n)	Incidența, (%)
Nominato și al.	2010	18083	46	0,25
Leite și al.	2009	10533	31	0,29
Minaglia și al.	2007	46250	37	0,08
Sngn și al.	1995	3330	6	0,18
Bottino și al.	1990	200	2	1,00
Wolf și al.	1989	289	5	1,73
Chaterjee	1980	3736	1	0,03
Field și al.	1962	425	2	0,47

Patogenza endometriozei cicatricei postoperatorii poate fi elucidată prin următoarele teorii: implantarea mecanică J. F. Sampson în 1921, metaplasie prin celule celomice – descrisă de R. Meyer în 1919, metastazarea prin fuxul venos sau limfatic, „imunologică” propusă de M. Jonesco și C. Popesco în 1975, la etapa actuală cel mai mare interes prezintă concepția înaintată de W.P. Damowski și al. (1988), ulterior perfectată de R.W. Shaw (1993) ce prezintă combinația teoriei de implantare prin fuxul menstrual retrograd și teoria imunologică [2-11]. Conform datelor literaturii în apariția EPC majoritatea autorilor pledează pentru teoria mecanică prin implantare [2, 4, 8-10].

Simptomul cel mai tipic este durerea (87%), prezența formațiunii în proiecția cicatricei postoperatorii (96%), caracterul ciclic în simptomatologie caracterizată prin dureri ce se intensifică înaintea și în timpul ciclului menstrual (50-80%), cu prezența unei formațiuni în proiecția cicatricei postoperatorii ce are tendința de a se mări în perioada menstruației (57%) [2, 4, 8].

După poziționarea anatomică endometrioma poate implica: țesuturile subcutane, fascia superficială, aponeuroza mușchiului rect abdominal, mușchii peretelui abdominal anterior, peritoneul [2, 8, 11, 18]. Dimensiunile formațiunii variază de la 1-3,5 cm [2, 12]. Liu H., Stevens E.E. și al. în studiul lor descriu cazuri de malignizare în regiunea ECP [5, 15].

Având în arsenal metode sofisticate de diagnos-

tic, până în prezent diagnosticarea preoperatorie este dificilă, deseori fiind confundată cu următoarele patologii: infiltrat a cicatricei postoperatorii, abces ligatural, hernie postoperatorie, granulom. După unii cercetători, metodele imagistice fiind nespecifice, ne pot fi de ajutor în determinarea răspândirii procesului și aprecierea volumului operator [16, 17]. Examenul ultrasonor ne arată dimensiunile formațiunii, conturul neregulat, ecogenitate medie sau scăzută, prezența conturului hiperecogen [18, 19]. Dopplerografia ne relevă vizualizarea vasului cu vascularizare maximă a formațiunii de volum [19]. După datele Francica și al. dimensiunile imagistice variază de la 0,7 până la 3-6 cm, s-a demonstrat că vizualizarea vasului depinde de dimensiunile formațiunii manifestându-se la diametrul mai mare sau egal cu 3 cm, și nu se determină în caz când formațiunea e mai mică de 1,5 cm [18]. Tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară arată gradul de extindere a procesului în țesut [19]. Diagnosticul definitiv e stabilit prin examen histologic [2, 20].

Metoda de elecție în tratamentul ECP este intervenția chirurgicală cu excizia *et bloc* depășind 0,5-1,0 cm în limitele țesuturilor sănătoase [4, 8, 10, 12, 19, 21, 22]. Dacă procesul se extinde adânc în țesuturi implicând aponeuroza, se efectuează excizia, în caz de defecte mari se aplică plasa sintetică [9, 16, 21]. În literatură se descrie o rată mică de recidivă în urma tratamentului chirurgical, drept factori ce facilitează apariția recidivii fiind dimensiunile endometriomei peste 5cm [12]. În caz de recidivă se recurge la tratament chirurgical repetat [2, 23]. În literatura de specialitate sunt elucidate mai multe metode de profilaxie, eficacitatea cărora până în prezent nu este demonstrată [2, 8].

Concluzii

Din cauza că ECP este o patologie rar întâlnită, fără o clinică bine definită și criterii diagnostice specifice, adesea e confundată cu așa patologii ca: infiltrat a cicatricei postoperatorii, abces ligatural, hernie postoperatorie, granulom. Cazul clinic prezentat a avut scopul de a crește vigilența medicilor practici în depistarea preoperatorie a ECP, având în anamneză intervenție cezariană, dureri ciclice, formațiune în regiunea cicatricei postoperatorii.

Bibliografie

- Olejek A., Zamłyński J., Podwińska E., Horak S., Paliga-Zytniewska M., Kellas-Slecza S. *Abdominal wall endometrioma in the cesarean section scar*. Ginekol Pol. 2008; 79(9):612-5.
- Mişin I., Gladun E., Mişina A. *Endometrioza peretelui abdominal anterior*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale). 2010; 3(26):99-105.
- Кублинский К.С., Евтушенко И.Д., Ткачев В.Н.,

Наследникова И.О., Меньшикова Н.С., Юрченко А.С. Эндометриоз послеоперационного рубца - клинический случай. Проблемы репродукции. 2011; 3:89-90.

4. Mistrangelo M., Gilbo N., Cassoni P., Micallef S., Faletti R., Miglietta C., Brustia R., Bonnet G., Gregori G., Morino M. *Surgical scar endometriosis*. Surg Today. 2014;44(4):767-72.

5. Liu H., Leng J., Lang J., Cui Q. *Clear cell carcinoma arising from abdominal wall endometriosis: a unique case with bladder and lymph node metastasis*. World J Surg Oncol. 2014;12(1):51.

6. Leite G.K., Carvalho L.F., Korkes H., Guazzelli T.F., Kenj G., Viana Ade T. *G.&de Toledo V\$ Scar endometrioma following obstetric surgical incisions:retrospective study 33 cases and review of the literature*. Sao Paulo Med. J 2009;127(5):270-7.

7. Adriaanse B. M. E., Natté R., Hellebrekers B. W. J. *Scar endometriosis after a caesarean section:a perhaps underestimated complication* Gynecol Surg,2013;10(4):279-284.

8. Мишина А.Е., Гладун С.Е., Заставницкий Г.М., Мишин И.В. Эндометриоз послеоперационного рубца. Новости хирургии. 2013; 21(3):116-119.

9. Uysal A., Mun S., Taner C.E. *Endometrioma in abdominal scars: case reports of four cases and review of the literature*. Arch Gynecol Obstet. 2012; 286(3):805-8.

10. Heller D.S., Fitzhugh V.A. *Abdominal wall endometriosis: a rarely anticipated diagnosis: a 16-year experience and brief literature review*. J Reprod Med. 2014; 59(3-4):110-2.

11. Печеникова В.А., Костючек Д.Ф. Экстрагенитальный эндометриоз: клинко-морфологический и иммуногистохимический анализ 45 наблюдений различной органной локализации. Журнал акушерства и женских болезней. 2010; 2: 69-77.

12. Ozel L., Sagioglu J., Unal A., Unal E., Gunes P., Baskent E., Aka N., Titiz M.I., Tufekci E.C. *Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall*. J Obstet Gynaecol Res. 2012; 38(3):526-30.

13. Emre A., Akbulut S., Yilmaz M., Bozdag Z. *Laparoscopic trocar port site endometriosis: a case report and brief literature review* Int Surg 2012; 97(2):135-139.

14. Efremidou E.I., Kouklakis G., Mitakas A., Liratzopoulos N., Polychronidis Ach. *Primary umbilical endometrioma: a rare case of spontaneous abdominal wall endometriosis*. Int J Gen Med. 2012; 5:999-1002.

15. Stevens E.E., Pradhan T.S., Chak Y., Lee Y.C. *Malignant transformation of endometriosis in a cesarean section abdominal wall scar: a case report*. J Reprod Med. 2013; 58(5-6):264-6.

16. Erkan N., Hacıyanlı M., Sayhan H. *Abdominal wall endometriomas*. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89(1):59-60.

17. Blanco R.G., Parithivel V.S., Shah A.K., Gumbs M.A., Schein M., Gerst P.H. *Abdominal wall endometriomas*. Am J Surg. 2003; 185(6):596-8.

18. Francica G. *Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar*. World J Radiol. 2012; 4(4):135-40.

19. Savelli L., Manuzzi L., Di Donato N., Salvi N., Trivella G., Ceccaroni M., Seracchioli R. *Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012; 39(3):336-40.

20. Zhu Z., Al-Beiti M.A., Tang L., Liu X., Lu X. *Clinical characteristic analysis of 32 patients with abdominal incision endometriosis*. J Obstet Gynaecol. 2008; 28(7):742-5.

21. Zhao R., Wang X.J., Song K.X., Zhu L., Li B. *Mini-abdominoplasty combined with mesh used for abdominal wall endometriosis*. Chin Med J (Engl). 2012; 125(9):1614-7.

22. Horton J.D., Dezee K.J., Ahnfeldt E.P., Wagner M. *Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases*. Am J Surg. 2008; 196(2):207-12.

23. Sahin L., Dinçel O., Türk B.A. *Rectus abdominal muscle endometriosis in a patient with cesarian scar: case report*. Clin Exp Obstet Gynecol. 2013; 40(4):599-600.