

## DIAGNOSTICUL PREOPERATOR AL ENDOMETRIOMEI CICATRICEI POSTOPERATORII

<sup>1</sup>Ana Mişina – dr. med., <sup>2</sup>Sergiu Zaharia – medic chirurg,

<sup>2</sup>Igor Mişin – dr. hab. med. prof. cercet., <sup>1</sup>Adriana Pochin – medic obstetrician-ginecolog,

<sup>3</sup>Liliana Fuior-Bulhac – dr. med.,

<sup>1</sup>Secţia Ginecologie Chirurgică, IMSP Institutul Mamei şi Copilului,

<sup>2</sup>Catedra Chirurgie Nr.1 “Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu”, Institutul de Medicină Urgentă, <sup>3</sup>Secţia imagistică IMSP Institutul Mamei şi Copilului, Chişinău, Moldova

E-mail: [anna\\_mishina@mail.ru](mailto:anna_mishina@mail.ru) Tel: 0794356357

### Rezumat

În acest articol este discutat un caz clinic de diagnostic preoperator şi tratament chirurgical de endometriom al cicatricii postoperatorii după operaţie cezariană în contextul literaturii actuale. Autorii prezintă o scurtă trecere în revista literaturii de specialitate cu privire la frecvenţa manifestărilor clinice, diagnostic şi tratament de endometriomă a peretelui abdominal anterior.

**Cuvinte-cheie:** perete abdominal anterior, operaţie cezariană, endometriomă

### Summary. Preoperative diagnosis of postoperative scar endometrioma

Authors discuss herein a clinical case of preoperatively diagnosed postoperative scar endometrioma after cesarian section and surgical treatment of this condition in the context of the actual literature. Authors present a brief literature review addressing the incidence of clinical signs, diagnosis and treatment of the abdominal wall endometrioma.

**Key words:** abdominal wall, cesarian section, endometrioma

### Резюме. Предоперационная диагностика эндометриомы передней брюшной стенки

Описано клиническое наблюдение предоперационной диагностики и хирургического лечения эндометриомы послеоперационного рубца после кесарева сечения. Авторами представлен краткий обзор литературы по частоте, клинической манифестации, диагностике и лечению эндометриом передней брюшной стенки.

**Ключевые слова:** передняя брюшная стенка, кесарево сечение, эндометриома

### Introducere

În literatura de specialitate endometrioma cicatricii postoperatorii (ECP) e descrisă, prin cazuri clinice unice sau serii mici [1]. Localizarea endometriomului la nivelul peretelui abdominal în proiecţia cicatricii postoperatorii e rară şi dificilă în diagnosticarea preoperatorie [2]. Incidenţa constituie 0,03-1,8% de ECP la femei ce au avut în anamneză intervenţii obstetrico-ginecologice [1, 2]. În multe cazuri ECP este confundată cu alte patologii chirurgicale a peretelui abdominal anterior [3]. În ultimii ani este tot mai frecvent depistată ECP, fapt condiţionat de mărirea numărului operaţiilor cezariene [4].

### Caz clinic

Pacienta 30 de ani (graviditate -1, naşteri -1) s-a adresat cu acuze la prezenţa unei formaţiuni dolore în regiunea plăgii postoperatorii. Din antecedente în 2009 a suportat operaţie cezariană. Pacienta relatează că formaţiunea tumorală a apărut în zona cicatricii postoperatorii la 6 luni după operaţie, manifestată prin dureri sincrone cu ciclul menstrual. Pe parcursul perioadei de 38 luni la medic nu s-a adresat. La examenul obiectiv în proiecţia plăgii postoperatorii

în unghiul stâng a cicatricii postoperatorii (incizie Pfannenstiel) se determină o tumoră ovoidală de 3x2 cm, dură, imobilă, la palpare dureroasă, ţesuturile cutanate de asupra formaţiunii neschimbate. La examenul USG în regiunea cicatricii postoperatorii la 4 cm de suprafaţa cutanată se determină o formaţiune neomogenă, heterogenă, hipoeogenă de dimensiuni 19.3x13.2 mm cu contur hipoeogen, cu prezenţa unui vas arterial aferent cu diametru 2 mm din ţesutul subcutan adiacent (**Fig. 1, 2**).

Tomografia computerizată depistează o formaţiune rotundă solidă, localizată subcutan pe stânga de dimensiuni 16x16x23 mm, omogenă cu margini clare, neregulate adiacentă cu aponevroza (**Fig. 3, 4**).

Tratament chirurgical: intraoperator se determină o formaţiune rotundă de 1.9x1.8 cm amplasată subcutan. S-a efectuat excizia *en bloc* în limitele ţesuturilor sănătoase (7-10 mm), cu suturarea aponevrozei „*tensor free*” s-au aplicat suturi separate de material sintetic (polypropylene). Macropreparatul înlăturat la secţiune prezintă ţesut conjunctiv cu focare mici de culoare violace (**Fig. 5, 6**).

La examenul histologic se determină structuri



Fig. 1. USG peretelui abdominal anterior: nodul hipoeogen în regiunea cicatricei postoperatorii

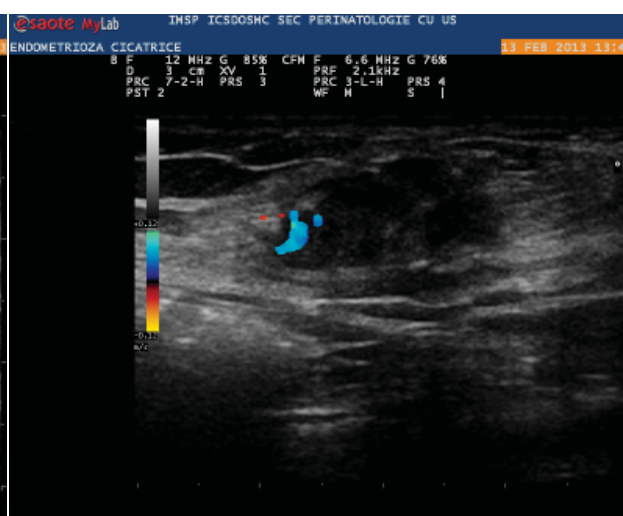


Fig. 2. Dopplerografia: vascularizare la periferie

glandulare endometriale și stromale active. Perioada postoperatorie fără complicații. Plaga cicatrizată per prima. La controlul repetat peste 18 luni date de recidivă nu-s.

### Discuții

Endometrioza cicatricei postoperatorii a peretelui abdominal anterior este definită de prezența celulelor endometriale și stromale în afara cavității uterine la



Fig. 3. TC – formațiune tumorală solidă a peretelui abdominal (marcată cu săgeată) (↓)



Fig. 4. TC – formațiune solidă (marcată cu săgeată) (→)



Fig. 5. Macropreparatul ECP excizat



Fig. 6. Macropreparatul ECP în secțiune

nivelul peretelui abdominal extraperitoneal [5]. Până în prezent etiopatogenia endometriozei este nedefinită prezentând mai multe ipoteze și teorii: implantație mecanică, transplantare metaplastică prin celule celomice, răspândire exogenă, genetică, imunologică [6].

Simptomul de bază reprezintă durerea sincronă cu ciclul menstrual localizată în regiunea cicatricei postoperatorii [7]. Prezența formațiunii în regiunea cicatricei care are proprietatea de a crește în perioada menstruației devenind vizibile și ușor palpabile cu regresie postmenstrual [8]. În anul 2004 Esquivel descrie triada clasică: formațiune tumorală în proiecția cicatricei postoperatorii, durere sincronă cu ciclul menstrual, antecedentele unei intervenții obstetrico-ginecologice [9]. În majoritatea lucrărilor din literatura de specialitate se descrie absența simptomatologiei clasice, ceea ce conduce la dificultăți în stabilirea diagnosticului preoperator [2, 10]. Un prim pas în evaluarea formațiunilor tumorale a peretelui abdominal anterior este efectuarea examenului ultrasonografic [11].

Ultrasonografia (USG) confirmă prezența unei leziuni în regiunea peretelui abdominal anterior, și oferă informații cu privire la dimensiunea, localizarea, marginile și, structura internă [11]. Mai mult ca atât, examenul ecografic poate diferenția cu ușurință mase solide de cele fluide, care sunt frecvent benigne sau posttraumatice [12]. Aspectul ecografic al endometriomei peretelui abdominal poate fi chistică, multichistică, mixtă sau solidă [11, 13]. Examenul imagistic USG + Doppler, împreună cu corelarea corectă cu datele clinice, poate contribui în mod substanțial la diagnosticul preoperator corect de endometriom a cicatricei postoperatorii [11, 14]. Imaginea ecografică a ECP reprezintă o formațiune rotundă s-au ovoidă hipoeogenă, cu contur neregulat hiperecogen [8, 10, 11]. Dopplerografia evidențiază prezența vascularizării formațiunii. Cercetările de ultimă oră au demonstrat că vizualizarea vasului periferic s-au central e în strictă dependență de dimensiunea nodului endometrial, la cele mici vascularizarea lipsește s-au e slabă la periferie, la cele mai mari vascularizări medie s-au maximă periferică și centrală [8, 10, 11, 15].

Tomografia computerizată (TC) și rezonanța magnetică nucleară (RMN) ne relevă cel mai bine anatomia formațiunii tumorale din țesuturile moi și structurile adiacente, evidențiind gradul de invazie, astfel ajutând în aprecierea tacticii chirurgicale corecte [8, 17].

Tratamentul chirurgical constă în excizia *en bloc* depășind 5-10 mm în limitele țesuturilor sănătoase,

cu păstrarea integrității formațiunii [4, 8, 12]. Pentru obținerea (R0) există două metode potențiale de rezecție: cu excizia limitată a segmentului aponevrotic sau excizia lărgită a segmentului de aponevroză și mușchi. În dependență de dimensiunile defectului aponevrozei se propun următoarele două opțiuni: în defecte mici- suturarea aponevrozei cu suturi sintetice polypropylene, în defectele ce nu este posibil de aplicat principiul dat, se efectuează reconstrucția folosind materialul sintetic [8, 16, 17]. Transformarea malignă a endometriomului cicatricei postoperatorii în literatura de specialitate e descrisă în 0,3-1%[16]. Prezentând următoarele forme morfologice: carcinom endometrioid, sarcom, carcinom cu celule clare, carcinomul seros [6, 7, 16].

### Concluzii

Metodele imagistice (USG+dopplerografia, TC, RMN) dețin un rol important în confirmarea diagnosticului ECP preoperator și stabilirii tacticii chirurgicale. Tratamentul chirurgical prin excizia *en bloc* cu 5-10 mm în limitetle țesutului sănătos (rezecția R0), se consideră metoda optimă în tratamentul ECP și prevenirea recidivei.

### Bibliografie

1. Mistrangelo M., Gilbo N., Cassoni P., Micalef S., Faletti R., Miglietta C., Brustia R., Bonnet G., Gregori G., Morino M. *Surgical scar endometriosis*. Surg Today. 2014;44(4):767-72.
2. Nominato N.S., Prates L.F., Lauar I., Morais J., Maia L., Geber S. *Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010;152(1):83-5.
3. Bektaş H., Bilsel Y., Sari Y.S., Ersöz F., Koç O., Deniz M., Boran B., Huq G.E. *Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature*. J Surg Res. 2010;164(1):e77-81.
4. Ecker A.M., Donnellan N.M., Shepherd J.P., Lee T.T. *Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution*. Am J Obstet Gynecol. 2014;211(4):363.e1-5.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. Мишина А.Е., Гладун С.Е., Заставницкий Г.М., Мишин И.В. *Эндометриоз послеоперационного рубца*. Новости хирургии. 2013. Т. 21. № 3. С. 116-119.

9. Esquivel-Estrada V., Briones-Garduño J.C., Mondragón-Ballesteros R. *Endometriosis implant in cesarean section surgical scar*. Cir Cir. 2004;72(2):113-5.
10. 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.
11. Solak A., Genç B., Yalaz S., Sahin N., Sezer T.Ö., Solak I. *Abdominal wall endometrioma: ultrasonographic features and correlation with clinical findings*. Balkan Med J. 2013;30(2):155-60.
12. 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.
13. Demir B., Senerbahce Z., Guzel A.I., Demir S., Kilinc N. *Abdominal wall endometriosis following cesarean section: report of five cases*. Clin Exp Obstet Gynecol. 2011;38(3):288-90.
14. Fernández-Aceñero M.J., Córdova S. *Cutaneous endometriosis: review of 15 cases diagnosed at a single institution*. Arch Gynecol Obstet. 2011;283(5):1041-4.
15. 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.
16. Heller D.S., Houck K., Lee E.S., Granick M.S. *Clear cell adenocarcinoma of the abdominal wall: a case report*. J Reprod Med. 2014;59(5-6):330-2.
17. Ozel L., Sagiroglu 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.