

DEGENERAȚIA CHISTICĂ A LEIOMIOMULUI UTERIN

Maria Poclitaru – conf. univ., dr. șt. med.¹,

Ana Mișina – dr. șt. med., medic obstetrician-ginecolog²,

Victoria Ghimpu – doctorand, medic obstetrician-ginecolog¹,

¹Catedra FECMF Obstetrică și ginecologie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”,

²IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: anna_mishina@mail.ru Tel: 079456357

Rezumat

În acest articol este discutat un caz clinic de leiomiom uterin cu degenerație chistică în contextul literaturii contemporane.

Cuvinte-cheie: leiomiom uterin, leiomiom gigant, degenerație chistică

Summary. Cystic degeneration of uterine leiomyoma

In this article is discussed a clinical case of uterine leiomyoma with cystic degeneration in the context of contemporary literature.

Key words: uterine leiomyoma, giant leiomyoma, cystic degeneration

Резюме. Кистозная дегенерация лейомиомы матки

В данной статье приводится клинический случай кистозной дегенерации лейомиомы матки в контексте современной литературы.

Ключевые слова: миома матки, кистозная дегенерация, гигантская лейомиома

Introducere

Leiomiomul este cea mai frecventă tumoare benignă la femeile de vârstă reproductivă care își are origine în mușchii netezi uterini [1]. Așa tumori se întâlnesc la aproape jumătate din femei cu vârsta peste 35 ani, prevalența crește în timpul perioadei reproductive și descrește după menopauză [1, 2]. Mărimea leiomiomului variază de la microscopică până la gigantă. Leiomiomul gigant este extrem de rar [3]. Dar, el poate amenința viața femeii dacă exercită presiune excesivă asupra organelor adiacente. Cel mai frecvent, fiind simplu în prezentare și management, el poate suferi variate forme de degenerații asimptomatice care fac diagnosticul dificil.

Totuși, leiomiomul gigant se întâlnește rar în practica ginecologică și această raritate el face un incident neașteptat, care imită preoperator o formațiune chistică [3, 4].

Un management chirurgical adecvat și asistență perioperatorie atentă este necesar pentru a obține rezultate bune după înlăturarea tumorii. Prezentăm un caz de leiomiom gigant chistic intraligamentar interpretat ca un chistom ovarian.

Caz clinic

Pacienta D. 57 de ani, internată în secția ginecologie chirurgicală, cu un anamnezic de distensie abdominală, fatigabilitate, senzație de greutate în abdomen, dureri moderate periodice în regiunea hipogastrică timp de 6 luni. De 5 ani era în menopauză. În antecedente a suportat o intervenție chirurgicală în legătură cu chist ovarian pe dreapta. Examinarea fizică a dezvăluit o formațiune abdominală imensă semi-mobilă care cauza extinderea abdominală. Nu

era prezentă nici o sensibilitate. Uterul și anexele bilateral nu puteau fi palpate din cauza formațiunii. Semnele vitale erau normale. O ecografie abdominală a atestat o formațiune chistică mare cu multiple septuri care ocupa întregul abdomen (**Fig. 1, 2**).

Era dificil de înțeles originea formațiunii și natura sa. Uterul și endometrul erau normale, dar ovarele bilateral nu puteau fi detectate.

Tomografia computerizată (TC) abdominală a arătat în cavitatea peritoneală o formațiune chistică masivă, multicamerală, septată (septurile acumulează substanță de contrast), de formă neregulată, conturul bine delimitat, cu d. 17 x 11 x 15 cm în dimensiune, care aderă intim cu ansele intestinului subțire (cu semne de compresie ușoară), colon sigmoid și fundul uterului pe stânga (**Fig. 3**). Limitrof cu formațiunea chistică sus-menționată, infraomebelical aproximativ pe linia mediană se determină o formațiune solidă, vascularizată, cu d. 13 x 11 x 15 cm, cu conturul neregulat, bine delimitat, inferior aderă cu fundul uterului, la acest nivel se determină vascularizare arterială abundentă. În spațiul Douglas se determină 2 formațiuni nodulare, cu d. aproximativ 2,3 x 1,5 cm fiecare, densitatea inițială + 30 UH, acumulează substanța de contrast până la + 50 UH. Testele de laborator inclusiv nivelul electroliților serici, testele hepatice și funcțiile renale erau normale; hemoglobina 106 g/l și hematocritul 0,32. Markerii tumorali (CA-125, CA 19-9, CA 15-3, CEA și AFP) erau, la fel, în limitele normei. Pacienta a fost informată, consiliată și a fost obținut acordul pentru intervenție chirurgicală și pentru raport.



Fig. 1. USG formațiunii chistice cu multiple septuri

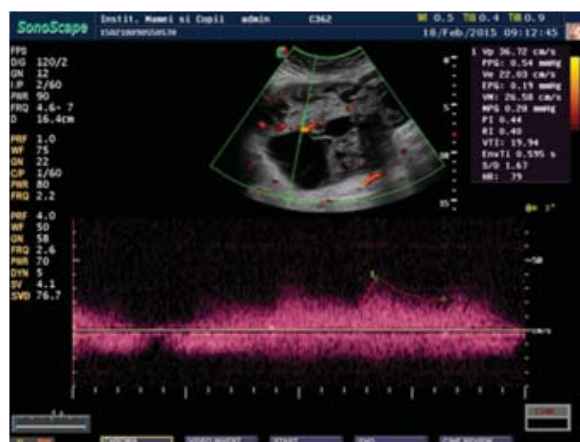


Fig. 2. USG + Doppler color

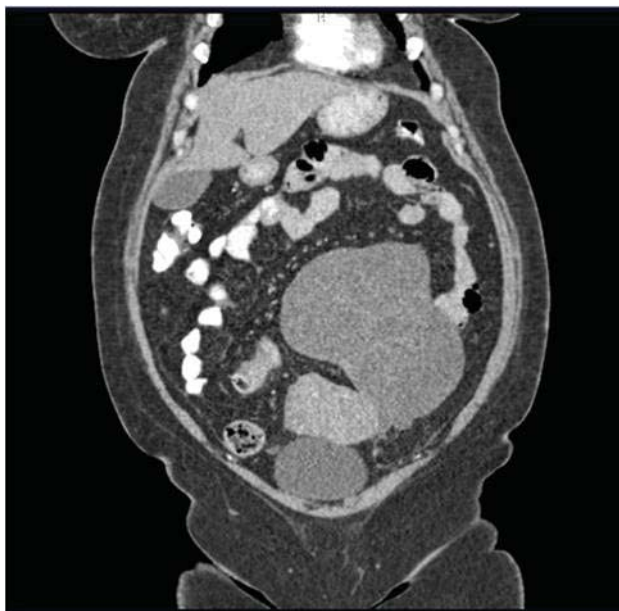


Fig. 3. Tomografia computerizată (TC) a leiomiomului giganta cu degenerație chistică

S-a efectuat laparotomie mediană inferioară cu excizia cicatricelui vechi la piele. În timpul laparotomiei, a fost depistată o tumoare masivă, polilobată, predominant chistică, care își avea originea în ligamentul lat și se întindea până la xifoid, ocupând întregul pelvis, cu d. 30 x 22 x 30 cm (**Fig. 4**). S-au observat aderențe între formațiune, oment, peritoneu și colonul transvers. Uterul era de dimensiuni normale, dar deplasat superior în partea dreaptă a pelvisului și ovarele bilaterale erau normale. S-a efectuat histerectomie totală abdominală cu anexectomie bilaterală după rezecția în bloc a tumorii. Nu a fost hemoragie semnificativă. Un dren a fost plasat în pelvis după efectuarea hemostazei. Drenul a fost extras la a treia zi postoperatorie și pacienta a fost externată la a 5-a zi după intervenție în stare satisfăcătoare. Pacienta a fost supravegheată timp de o lună postoperator, complicații nu au survenit. Formațiunea perianexială rezectată care era adiacentă suprafeței posterioare a uterului (14 x 8 x 5 cm) și ovarele normale, a fost respectiv de dimensiunea 30 x 22 x 30 cm. Era compusă din component solid în mare parte chistică. Porțiunea chistică conținea lichid seros. Examinarea microscopică a determinat leiomiom uterin multilobat cu degenerație chistică. Histopatologic, a fost observat că ariile chistice erau înconjurată de celule musculare netede. Semne histologice de malignitate nu au fost găsite. Diagnosticul final a fost leiomiom uterin giganta cu o pronunțată degenerare chistică.

Discuții

Leiomiomul uterin este o tumoare benignă extrem de răspândită ce afectează 25% din femeile de vârstă reproductivă [5, 6]. Tradițional, leiomiomul

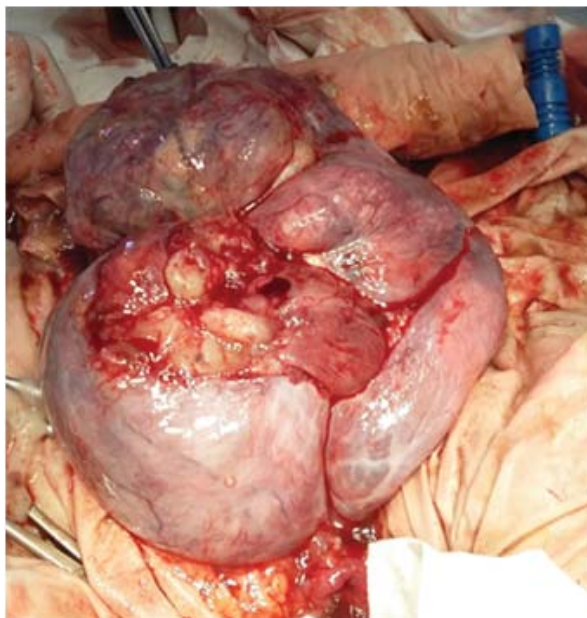


Fig. 4. Macropreparatul tumorii înălțurare (poză intraoperatorie)

crește în uter și este clasificat în submucos, intramural și subseros în dependență de localizarea sa [6, 7]. Leiomiomul poate fi asimptomatic sau poate cauza o varietate de simptome, inclusiv sângerare anormală, durere, infertilitate, avort spontan și simptome asociate de compresiunea tumorii asupra organelor vecine. Totuși, unele formațiuni extrauterine neobișnuite sunt menționate în literatură ca: metastazarea leiomiomului benign, leiomiomatoză peritoneală diseminată, leiomiomatoză intravenoasă, leiomiom parazitar și creștere retroperitoneală [8]. Tumorile gigante sunt rare și cele mai multe din ele sunt maligne [7].

Diagnosticul de tumoare benignă include: leiomiomul, teratomul matur, schwannomul, lipomul, limfangiomul și neurofibromul. Incidența leiomiomului printre ele este de 0.5-1.2% [1, 9]. Leiomiomul subseros uneori crește lateral între foițele ligamentului lat și apoi se extinde în bazinul mic [3,6,10]. Aceste tumori sunt relativ asimptomatice, ele pot deveni foarte masive până pacienta își va da seama de existența lor. În ce privește leiomiomul, în 73% din cazuri va fi localizat în pelvis [5,6]. În timp ce leiomiomul se mărește, el poate deveni prea mare pentru aportul sangvin existent și va manifesta variate tipuri de degenerație, așa ca hialinică, chistică, calcară, mixoidă sau degenerație roșie, în dependență de localizarea și mărimea sa [9,11]. Hialinizarea este cel mai frecvent tip de degenerație, întâlnită până la 60% din cazuri. Miomul uterin cu degenerescență calcară în perioada de postmenopauză se întâlnește extrem de rar [12]. Dereglarea circulației sanguine în tumora cauzată de creșterea acesteia, duce la schimbări ischemice, hialinizare și depozitari calcare care pot fi difuze sau

periferice ceea ce denotă și duritatea excesivă a fibromului. Pe parcursul timpului, odată cu diminuarea fluxului sanguin în tumoră, necroza ischemică a țesuturilor, în miom se depun fosfați de calciu și carbonat. Calciul se depozitează în diferite cantități, atunci când se situează la periferie se aseamănă cu chisturi calcificate. În alte cazuri în aceste tumori calciul se distribuie neregulat sau difuz [12].

Degenerațiile chistice, constatate în aproximativ 4% cazuri de leiomiom, pot fi considerate sechele extreme ale edemului [1]. Totuși, 11.8% de degenerații chistice au fost raportate ca leiomiom uterin extins în toată cavitatea abdominală [5,6]. Există câteva teorii în ce privește originea leiomiomului giganta așa ca având origine parazitară sau origine iatrogenă [11]. Pe de altă parte, reziduurile de celule Mulleriene sau de celule netede musculare în peretele vaselor sugerează originea acestei creșteri [1,11]. Doar câteva cazuri de tumori uterine gigante au fost raportate în literatura recentă. Cel mai mare nodul uterin descris cândva a cântărit 63.3 kg și a fost depistat postmortem în 1888 [7]. Se remarcă posibilitatea de creștere a leiomiomului uterin către o dimensiune extremă fără a cauza simptome. Aceasta se întâmplă datorită volumului relativ mare al cavității abdominale, elasticitatea peretelui abdominal și rata de creștere înceată a acestor tumori.

Mai multe investigații sunt necesare pentru a identifica etiologia exactă. În general, leiomiomul uterin are un aspect tipic la ecografie. Totuși, aspectele atipice urmate de modificări degenerative pot cauza greutăți în stabilirea diagnosticului. Când leiomiomul uterin cu degenerație chistică prezintă o creștere giganta, este dificil de a-l diagnostica preoperator cu tehnici de vizualizare ca USG, TC și RMN. În cele mai multe raportări de cazuri publicate, aceste tumori erau clinic diagnosticate ca formațiuni cu suspjecție la malignități ale anexelor fără a fi suspectat leiomiomul [13,14].

Modalitatea preferată de vizualizare pentru evaluarea inițială este ultrasonografia deoarece este cea mai puțin invazivă și cea mai cost-efectivă. Ecogenitatea relativă a leiomiomului depinde de corelația țesutului fibros cu mușchiul neted uterin, extinderea degenerării și prezența calcificării distrofice [14]. Un examen TC poate fi necesar; totuși, leiomiomul nu poate fi distins de miometrul sănătos în afară de cazul când este calcificat sau necrozat. Abordarea chirurgicală este cea mai frecvent preferată pentru managementul leiomiomului giganta. Intraoperator, pacienta ar trebui poziționată așa în cât să permită o ventilație adecvată și să reducă compresia venei cavă. Abordul

chirurgical trebuie să permită manipularea ușoară a formațiunii și explorarea abdomenului superior.

Concluzii

Diagnosticul preoperator al leiomiomului cu degenerație chistică poate fi dificil datorită rarității și aspectului ecografic neobișnuit al tumorii. Leiomiomul trebuie luat în considerație pentru diagnosticul diferențial al formațiunii chistice gigante abdominale.

Bibliografie

1. Nayki Ü., Nayki C., Uluğ P., Yılmaz I., Cetin Z., Yıldırım Y. *A rare case of a giant cystic leiomyoma presenting as a retroperitoneal mass*. Iran. J. Reprod. Med. 2014;12(12):831-4.
2. Omori M., Ogawa T., Nara M., Hashi A., Hirata S. *Umbilical endometriosis with giant degenerated uterine leiomyomas: A case report*. Gynecol. Oncol. Case Rep. 2014;9:18-20.
3. Bansal P., Garg D. *A case of massive broad ligament leiomyoma imitating an ovarian tumour*. J Clin Diagn Res. 2014;8(3):136-7.
4. Hacivelioglu S., Erkanli S. *A large pedunculated leiomyoma with two-sided cystic degenerations mimicking a bilateral ovarian malignancy: a case report*. Eur. J. Gynaecol. Oncol. 2014;35(2):192-4.
5. Funaki K., Fukunishi H., Tsuji Y., Maeda T., Takahashi T. *Giant cystic leiomyoma of the uterus occupying the retroperitoneal space*. J. Radiol. Case Rep. 2013;7(12):35-40.
6. Aydin C., Eriş S., Yalçın Y., Sen Selim H. *A giant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy*. Int. J. Surg. Case Rep. 2013;4(11):1010-2.
7. Gajewska M., Kosińska-Kaczyńska K., Marczevska J., Kamiński P. *Huge uterine leiomyoma with degenerative changes mimicking ovarian carcinoma--a case report*. Ginekol. Pol. 2013;84(2):147-50.
8. Arafa M., El-Esawy B. *Extensive cystic degeneration of leiomyoma mimicking ovarian cystic neoplasm*. Malays J Pathol. 2012;34(2):165-6.
9. Ramalakshmi Pullela V.B., Das S., Chunduru B. Dua S. *A case of ovarian leiomyoma with cystic degeneration*. Indian. J. Pathol. Microbiol. 2009;52(4):592-4.
10. Dancz C.E., Macdonald H.R. *Massive cystic degeneration of a pedunculated leiomyoma*. Fertil. Steril. 2008;90(4):1180-1.
11. Protopapas A., Milingos S., Markaki S., Loutradis D., Haidopoulos D., Sotiropoulou M., Antsaklis A. *Cystic uterine tumors*. Gynecol Obstet Invest. 2008;65(4):275-80.
12. Mișina A., Harea P., Petrovici V. *Miom uterin cu degenerescență calcară*. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale). 2014;3(44):130-2.
13. Fogata M.L., Jain K.A. *Degenerating cystic uterine fibroid mimics an ovarian cyst in a pregnant patient*. J. Ultrasound. Med. 2006;25(5):671-4.
14. Reddy N.M., Jain K.A., Gerscovich E.O. *A degenerating cystic uterine fibroid mimicking an endometrioma on sonography*. J. Ultrasound. Med. 2003;22(9):973-6.