

CHISTURILE PARATUBARE: REVIUL LITERATURII ȘI PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Ana Mișina – dr. șt. med., Diana Madan – colab. șt. stagiar,
Liliana Fuior – doctorand, Virgil Petrovici – dr. șt. med.,
IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova
E-mail: anna_mishina@mail.ru Tel: 079456357

Rezumat

Chisturile paraovariene sau paratubare constituie aproximativ 10% din patologiile anexelor. Aceste formațiuni rare-ori prezintă simptome și, de obicei, sunt depistate întâmplător. Incidența reală nu este cunoscută. Simptomele apar atunci când cresc excesiv, sau în caz de hemoragie, ruptură sau torsiune. Având în vedere evoluția clinică insidioasă a chisturilor paraovariene, diagnosticul este de obicei stabilit accidental, în timpul examinărilor radiologice sau intervențiilor chirurgicale pelvine.

Cuvinte-cheie: chist paratubar, chist paraovarian, torsiune, detorsiune

Summary. Paratubal cysts: Review of the literature and case report

Paraovarian or paratubal cysts constitute about 10% of adnexial masses. Although they are not uncommon; they rarely cause symptoms and are usually incidentally found. Actual incidence is not known. The symptoms occur when they grow excessively, or in case of hemorrhage, rupture or torsion. Given that the clinical course of paraovarian cyst is usually silent, diagnosis is usually made incidentally during radiological examination or pelvic surgery.

Key words: paratubal cyst, paraovarian cyst, torsion, de-torsion

Резюме. Параовариальные кисты: Обзор литературы и клинический случай

Параовариальные или паратубарные кисты составляют около 10% из всех образований придатков. Данные опухоли редко являются симптомными и как правило обнаруживаются случайно. Реальная частота заболевания неизвестна. Симптомы появляются в случае их избыточного роста, в случае кровотечения, разрыва или перекрута. Учитывая своеобразное клиническое течение параовариальных кист, диагноз устанавливается случайно во время радиологических исследований или хирургических вмешательствах на органах малого таза.

Ключевые слова: паратубарная киста, параовариальная киста, перекрут, деторсия

Introducere

Chisturile paratubare (CPT) sunt situate în ligamentul larg între ovar și trompa uterină și constituie aproximativ 10% din formațiunile anexiale [1, 2].

Originea acestor chisturi provin din mezoteliu și sunt considerate ca fiind structuri derivate ale ductului Mullerian (paramezonefric) și a celui Wolffian (mezonefric). Rudimentele ducturilor paramezonefric tind să apară mai frecvent în cadrul ligamentului larg, decât în regiunea infundibulă a trompii uterine [3]. Dimensiunile chistului paratubar depistat în ligamentul larg ar putea varia de la 1 la 8 cm în diametru [3]. Mai mult decât atât, sub influența factorilor hormonalți pot ajunge la dimensiuni mai mari [4]. Atunci, când un chist paratubar este pedunculat și

situat în apropiere de fimbriile trompelor uterine, este menționat ca un chist hidatic Morgagni, care este de obicei mai mic de 2 cm.

Chisturile paraovariene și chisturile paratubare sunt de obicei folosite ca sinonime. Incidența chisturilor paraovariene nu este evident cunoscută, dar într-o populație italiană a fost raportată o incidență de 29 la 1.000 (3%), cu o vârstă de apariție la al treilea și al patrulea deceniu de viață [5]. În populația pediatrică și adolescentă, a fost raportată o incidență mult mai mare a chisturilor paratubare fiind de 7.3% [6]. Chisturile paraovariene au fost raportate în toate grupurile de vârstă, începând din perioada premenarhală și până la menopauză.

Având în vedere evoluția clinică insidioasă a chis-

turilor paraovariene diagnosticul este de obicei stabilit accidental, în timpul examinării radiologice sau intervențiilor chirurgicale pelvine.

Barloon și colab. [7] au stabilit că aceste chisturi sunt dificil de diagnosticat înainte de intervenția chirurgicală cu ajutorul ecografiei, încât diagnosticul preoperator a fost posibil doar în 6.6% din cazuri.

Complicații ale chisturilor paratubare sunt rare și sunt raportate cazuri clinice unice.

Prezentăm două cazuri de chisturi paratubare complicate cu torsiune, diagnosticate și tratate în secția ginecologie a IM și C.

Prezentare de caz clinic

Cazul clinic 1: Pacienta B. de 19 ani a fost internată în mod urgent în secția de ginecologie al IM și C cu dureri moderate în regiunea abdominală inferioară pe dreapta ce au debutat timp de 6 h, pe parcursul supravegherii starea s-a agravat condiționată de progresarea sindromului algic însoțit cu grețuri și vomă. La examnul ginecologic s-a depistat uter mărit la 8-9 săptămâni de sarcină, la nivelul anexelor pe dreapta s-a palpat o formațiune elastică dură de dimensi-

une 5x6 cm, pe stânga anexele - fără particularități. Din analizele de laborator: leucocitele în dinamică $11,0 \times 10^9/l - 13,6 \times 10^9/l$, protrombin 91%, fibrinogenul 4,22 g/l. S-a stabilit diagnosticul clinic: Chist ovarian torsionat pe dreapta; Sarcina 8-9 s.a. în evoluție. În mod urgent s-a luat decizia la intervenție chirurgicală. S-a efectuat laparotomie Pfannenstiel. Intraoperator s-a depistat uter marit la 8-9 s.a., pe dreapta torsiunea chistului paraovarian la 720° , ovarul mărit în dimensiuni, edemat, de culoare cianotică (**Fig. 1**). S-a recurs la detorsionarea chistului paraovarian cu enuclearea lui ulterioară.

A fost efectuată ultrasonografia în primele 12 ore postoperator. Sarcină monofetală în evoluție. CRL= 22 mm, BCF +, corespunde 8^{+6} s.a. (**Fig. 2**). Ovarul drept: 54x32 mm cu foliculi mici, stâng: 31x19 mm cu foliculi mici, Doppler-flux sanguin păstrat (**Fig. 3, 4**). Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. Rezultatul histologic: chistadenom seros. Externată la a 6 zi în stare satisfăcătoare. Supravegherea peste 1 lună postoperator a stabilit progresarea sarcinii.

Cazul clinic 2: Pacienta C. de 23 ani internată în

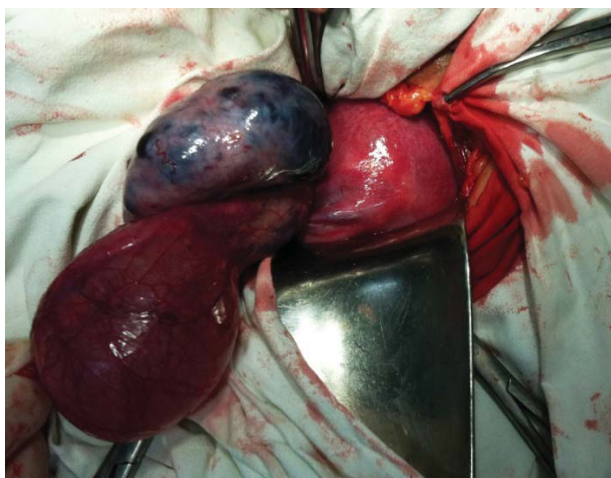


Fig. 1. Piesă intraoperatorie:
Chist paraovarian torsionat



Fig. 2. Sarcina uterină confirmată USG

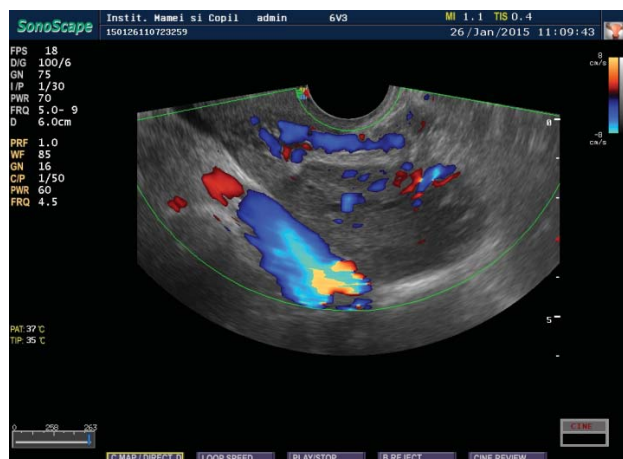


Fig. 3. USG Doppler

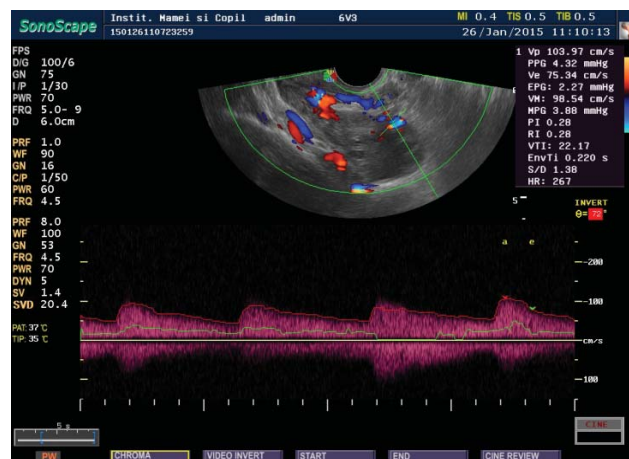


Fig. 4. Doppler-flux sanguin păstrat

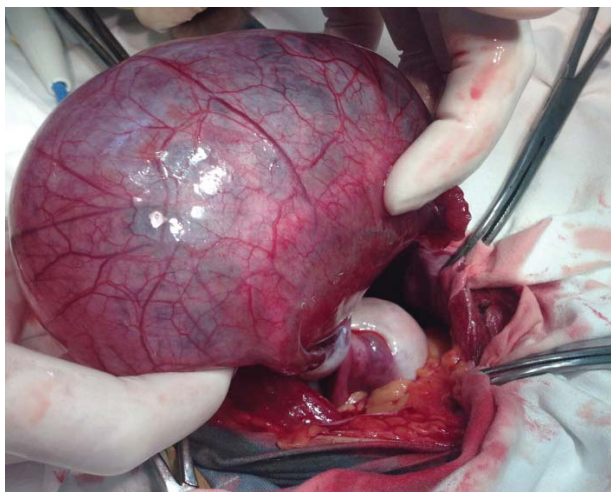


Fig. 5. Chist paratubar torsionat.
Poză intraoperatorie



Fig. 6. Enuclearea chistului paraovarian după detorsionare. Poză intraoperatorie

mod urgent cu acuze la dureri moderate în regiunea abdominală inferioară pe dreapta, ce au debutat timp de 2 zile. La examenul USG: uterul și ovarul stâng de aspect normal, chist ovarian pe dreapta dimensiuni 93x79 mm cu conținut omogen, slab vascularizat periferic. S-a efectuat laparotomie Pfannenstiel. Intraoperator depistată torsiunea chistului paraovarian la 720°, ovarul aspect normal (**Fig. 5**).

S-a recurs la detorsionarea anexei cu enuclearea chistului paraovarian pe dreapta (**Fig. 6**). Rezultatul morfopatologic a depistat chistadenom seros ovarian asociat cu multiple hemoragii în perete - torsici (**Fig. 7-10**). Histologic formațiunea chistică atestă un perete de grosime variată cu particularități sclerogene și în pliuri sau micropolipoase (**Fig. 7**), tapetat cu epiteliu unistratificat cubic sau pseudociliat. Pe diverse zone peretele manifestă prezența unei hemoragii marcante micro și/sau macrofocale cu aspecte de confluere formând platouri imense hemoragice, pe unele arii fiind

realizate în toată grosimea peretelui. De menționat că hemoragia marca și un aspect de agregatii și hemoliză pe unele arii fiind secondată de un edem discret perifocal. Rețeaua vasculară în zonele lipsite de hemoragii releva prezența de agregate eritrocitare și trombi. În aria hemoragiilor frecvent fiind prezente în paralel cu trombi intravasculari eritrocitari și fibrino-eritrocitari modificări alterative fibrinoase ale peretelui cu divers grad de reacție infiltrativă leucocitară sau leucopedeze. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. Externată la a 6 zi în stare satisfăcătoare.

Discuții

Evaluarea inițială a unei formațiuni tumorale începe cu ultrasonografie, fie transvaginală sau transabdominală. Diagnosticul diferențial al chisturilor paratubare sau paraovariene la examenul ecografic necesită o mai mare vigilență și precizie [8]. Delimitarea chistului de la ovar este un semn util, numit ca „semnul clivării” [9]. Darwish și colab. [8] din stu-

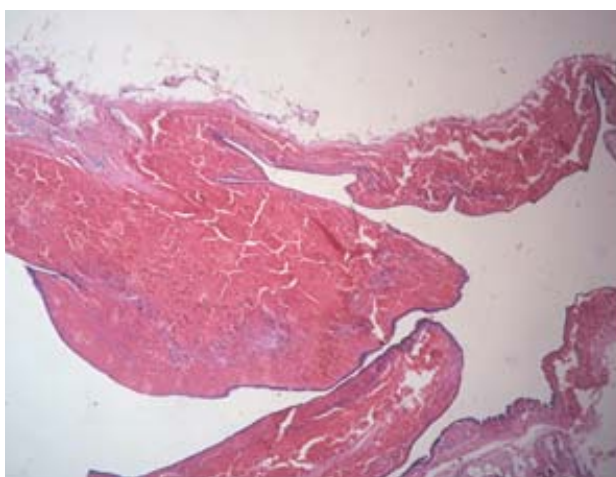


Fig. 7. Peretele chistadenomului seros în torsiune cu hemoragie marcantă în aria peretelui. ×25. Colorație H&E

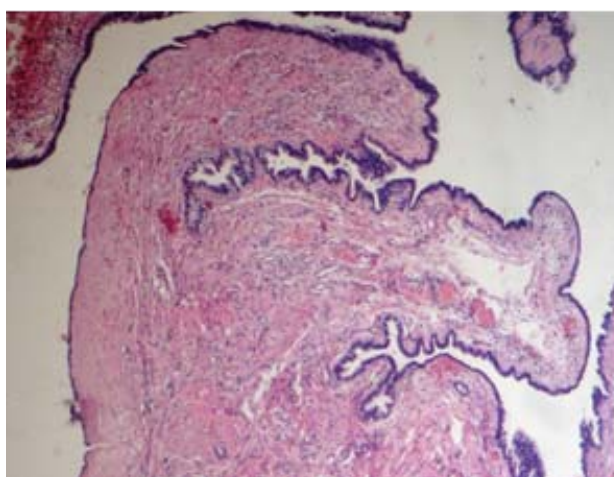


Fig. 8. Zone de diferențiere structurală a chistadenomului seros în torsiune. ×75. Colorație H&E

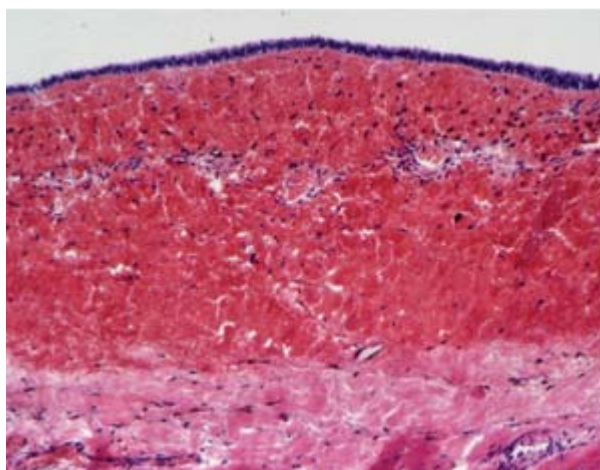


Fig. 9. Hemoragie marcantă și imbibiție hemoragică la 65% din aria peretelui chistadenomului seros cu păstrarea structural funcțională a epiteliului. $\times 100$. Colorație H&E

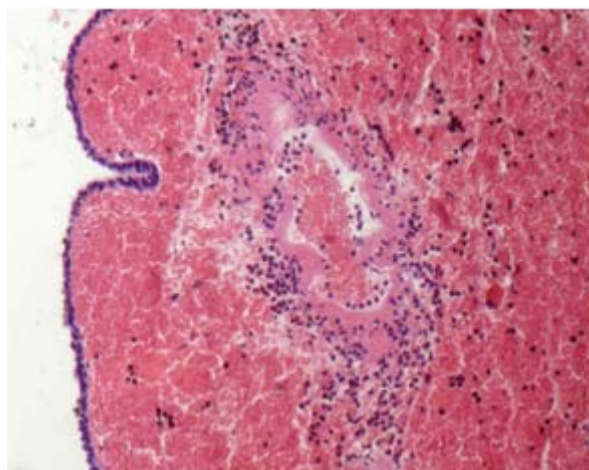


Fig. 10. Tromboză vasculară și leziuni alterative inflamatorii a peretelui vascular și zona perifocală în aria hemoragiilor. $\times 100$. Colorație H&E

diile efectuate au stabilit diagnosticul preoperator la examenul ultrasonografic transvaginal în 44% din cazuri (52/118 pacienți). Într-un alt studiu, diagnosticul preoperator al chisturilor paratubare a fost de 26.3% (29/110) bazat pe ultrasonografie sau tomografie computerizată [10]. Examenul Doppler utilizat în diagnosticarea chisturilor paraovariene sau paratubare are specificitatea 99%, dar sensibilitatea scăzută (14%) [11]. Mai mult decât atât, determinarea markerului tumoral Ca 125 nu crește precizia diagnosticului ultrasonografiei transvaginale [12]. Alte tehnici de imagistică, cum ar fi tomografia computerizată (TC) și rezonanța magnetică nucleară (RMN) pot fi de asemenea utilizate în diagnosticul diferențial. Caracteristicile RMN ale chisturilor paraovariene au fost descrise ca formațiuni chistice omogene unilaterale în apropierea ligamentului rotund și al uterului [13]. Îndeosebi prezența unui ovar normal separat de chist este o constatare importantă la RMN. Nu există nici un semn specific la TC, decât formațiunile chistice unicamerale adiacente ovarului.

Chisturile paratubare sunt în mare parte asimptomatice, dar pot ocazional provoca probleme clinice condiționate de extindere, hemoragie, torsiune, sau tumori maligne [14]. Când se instalează extinderea unui chist paraovarian sau paratubar, pacientele acuză dureri pelviene sau senzație de formațiune în abdomen. Aceste simptome au fost descrise în cazurile clinice prezentate.

În literatura de specialitate, Letourneur [15] a raportat cel mai mare chist paraovarian de dimensiuni 36 x 25 cm la o pacientă de 19 ani, care a fost înlăturat prin minilaparotomie. În 2008, Kostov și colab. au raportat o tumoare chistică hipodensă de 30x26x12 cm cu torsiune dublă la o pacientă obeză de 14 ani [16].

Incidența torsiunii în rândul pacientelor cu chisturi paraovariene variază de la 2.1 la 16% [4] comparativ cu 2.3% față de chisturile anexiale [17]. În special la pacientele cu vârstă pediatrică, torsiunea este o problemă mai frecventă datorită ligamentului infundibulo pelvic mai lung. La pacientele cu vârstă cuprinsă între 4-14 ani, operate din cauza durerilor abdominale inferioare pe dreapta, 13.6% au avut chisturi paratubare (46/338) și la două dintre ele s-a depistat torsiunea unui chist paratubar de dimensiune mare [18]. Începând din anul 2002, numai 6 cazuri de chisturi paraovariene torsionate benigne au fost raportate până la etapa actuală (**Tabelul 1**).

Chisturile paratubare simptomatice complicate cu torsiune tuboovariană acută au o manifestare clinică comună cu alte boli, cum ar fi apendicita acută, apoplexie ovariană, colică ureterală acută sau boala inflamatorie pelvină. Sensibilitatea la palparea abdominală și la examenul ginecologic sunt cele mai dese manifestări clinice. Semnele peritoneale însoțite uneori cu o formațiune palpabilă pot fi sau nu prezente [3]. Indicii de laborator sunt de obicei nespecfici, nivelul leucocitelor poate fi ridicat ca și în cazul nostru (cazul 1) [19].

Caracteristicile ultrasonografice ale torsiunii trompei include: vizualizarea pediculului vascular torsionat și trompele dilatate cu pereți îngroșați ecogenici și cu elemente interne/hemoragice [20]. Dopplerul color este de asemenea util, poate prezenta o mare undă de impedanță cu inversarea fluxului diastolic în trompa afectată [3]. Tomografia computerizată este o alternativă pentru pacientele supraponderale unde ultrasonografia are o valoare limitată. Caracteristicile TC sunt: îngroșarea trompei uterine și a peretelui neted al chistului situate excentric.

Tabelul 1

Raportul chisturilor paratubare complicate cu torsiune tuboovariană acută în literatura de specialitate

Anul	Referință	Vârsta	Prezențarea	Rezultatele imagistice	Tratamentul chirurgical	Patologia
2002	Okada (2 cazuri)	14	CPO Torsiunea trompei uterine cu CPO	TC: trompa uterină dreaptă torsionată TC: chist omogen aproape de uter	Clasic	Benign Chist paraovarian
2005	Low S-CA	12	CPT cu torsiune tuboovariană	TC: 11 x 8 x 10 cm chist cu pereți subțiri cu septuri fine interne	LSC	Benign CPT
2008	Said MR	12	CPO torsionat	USG: 9.7 x 9.1 cm formațiune chistică pelvină	LSC	Mezoteliom
2008	Kostov [16]	14	CPO gigant cu torsiune dublă	TC: 30 x 26 x 12 cm formațiune chistică mare hipodensă	Clasic	Chistadenom seros
2009	Seshadri S	12	CPT bilateral cu torsiunea trompei uterine	USG: 7.7 x 6.5 cm și 8 x 4.6 cm Chisturi ovariene bilaterale	LSC	CPT benign
2012	Kiseli M.	32	CPT torsionat de 2 ori	USG: 50 x 41 cm formațiune ovariană pe dreapta	LSC	Chist seros

TC tomografia computerizată, LSC laparoscopie, CPO chist paraovarian, CPT chist paratubal, USG ultrasonografia

Laparoscopia este standardul de aur pentru diagnosticul și tratamentul de torsiune. Detorsiunea este tratamentul de elecție. Rezultatele histologice ale formațiunilor paraovariene sau paratubare sunt de obicei chisturi seroase.

Deși, nu există o bază mare de date, rezultatele histopatologice ale leziunilor chistice paraovariene au arătat chisturi simple în 74.6% și 25.4% - leziuni neoplazice (7 chistadenoame, 8 chistadenofibroame) [21].

Chisturile paraovariene sau paratubare, de obicei, reprezintă ca chisturi simple unicamerale, cu pereți subțiri. În cazul în care sunt prezente proeminente papilare crește riscul de malignitate [9]. În literatura de specialitate au fost raportate cazuri de malignitate în special chistadenocarcinomul și carcinomul papilar al chistului, cea mai mare parte provenind din chistul paraovarian la adulți [21, 22].

Concluzie

Medicii ginecologi ar trebui întotdeauna să ia în considerare chisturile paraovariene sau paratubare în diagnosticul diferențial al formațiunilor anexiale. Complicațiile posibile au un impact nefavorabil pentru fertilitatea pe viitor. Este necesară o evaluare atentă și detaliată a chisturilor paraovariene/ paratubare înainte de intervenția chirurgicală. Prezența proiecțiilor papilare indică posibilitatea de maligni-

tate. Având în vedere complicații devastatoare ale chisturilor paraovariene se recomandă excizia lor. Dacă există incertitudini cu privire la originea chistului detectat, laparoscopia poate fi realizată în scop diagnostic și prevenirea complicațiilor posibile, în special la copii.

Bibliografie

1. Azzena A., Quintieri F., Salmaso R. *A voluminous paraovarian cyst. Case report.* Clin Exp Obstet Gynecol 1994, 21(4):249–252.
2. Barloon T.J., Brown B.P., Abu-Yousef M.M., Warnock N.G. *Paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginal sonography.* J Clin Ultrasound 1996, 24(3):117–122.
3. Perlman S., Hertweck P., Fallat M.E. *Paratubal and tubal abnormalities.* Semin Ped Surg 2005, 14(2):124–134.
4. Genadry R., Parmley T., Woodruff J.D. *The origin and clinical behavior of the paraovarian tumor.* AJOG 1977, 129:873–880.
5. Pepe F., Panella M., Pepe G., Panella P. *Paraovarian tumors.* Eur J Gynaecol Oncol 1986, 7(3):159–161.
6. Muolokwu E., Sanchez J., Bercaw J.L., Saggi-Haghpeykar H., Banszek T., Brandt M.L., Dietrich J.E. *The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population.* J Ped Surg 2011, 46(11):2161–2163.
7. Barloon T.J., Brown B.P., Abu-Yousef M.M.,

Warnock NG. *Paraovarian and paratubal cysts: preoperative diagnosis using transabdominal and transvaginal sonography*. J Clin Ultrasound 1996, 24(3):117–122.

8. Darwish A.M., Amin A.F., Mohammad S.A. *Laparoscopic management of paratubal and paraovarian cysts*. JSLS 2003 7:101–106.

9. Savelli L., Ghi T., De Iaco P., Ceccaroni M., Venturoli S., Cacciatore B. *Paraovarian/paratubal cysts: comparison of transvaginal sonographic and pathological findings to establish diagnostic criteria*. Ultrasound Obstet Gynecol 2006, 28:330–334.

10. Muolokwu E., Sanchez J., Bercaw J.L., Sangi-Hagheykar H., Banszek T., Brandt M.L., Dietrich J.E. *The incidence and surgical management of paratubal cysts in a pediatric and adolescent population*. J Ped Surg 2011, 46(11):2161–2163.

11. Sokalska A., Timmerman D., Testa A.C., Von Holsbeke C., Lissoni A.A., Leone FPG, Jurkovic D., Valentin L. *Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound examination for assigning a specific diagnosis to adnexal masses*. Ultrasound Obstet Gynecol 2009 34:462–470.

12. Guerriero S., Ajossa S., Piras S., Angiolucci M., Marisa O., Melis G.B. *Diagnosis of paraovarian cysts using transvaginal sonography combined with Cal25 determination*. Ultrasound Obstet Gynecol 2006, 28:856–858.

13. Kishimoto K., Ito K., Awaya H., Matsunaga N., Outwater E.K., Siegelman ES. *Paraovarian cyst: MR imaging features*. Abdom Imaging 2002, 27:685–689.

14. Varras M., Akrivis C.H., Polyzos D., Frakala S.,

Samara C.H. *A voluminous twisted paraovarian cyst in a 74-year-old patient: Case report and review of the literature*. Clin. Exp. Obstet. Gynecol. 2003;30: 253–6.

15. Letourneur B., Grandjean S., Richard P., Parant O. *Management of a giant paraovarian cyst*. Gynecol Obstet Fertil 2006, 34:239–241.

16. Kostov M., Mijovic Z., Mihailovic D. *Giant paraovarian cyst in a child complicated with torsion*. Vajnos Pregl 2008, 65(11):843–846.

17. Harris R.E., Daly J.W., Gibbs C.E. *The significance of the paraovarian cyst*. Virginia Med Month 1966, 93:18–21.

18. Vlahakis-Miliaras E., Miliaras D., Koutsoumis G., Miliaras S., Spyridakis I., Papadopoulos M.S. *Paratubal cysts in young females as an incidental finding in laparotomies performed for right lower quadrant abdominal pain*. Pediatr Surg Int 1998, 13:141–142.

19. Lineberry T.D., Rodriguez H. *Isolated torsion of the fallopian tube in an adolescent: a case report*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2000, 13:135–137.

20. Dietrich J.E., Heard M.J., Edwards C. *Uteroovarian ligament torsion of the due to a paratubal cyst*. J Pediatr Adolesc Gynecol 2005, 18:125–127.

21. Smorgick N., Herman A., Schneider D., Halperin R., Pansky M. *Paraovarian cysts of neoplastic origin are underreported*. JSLS 2009, 13(1):22–26.

22. Stein A.L., Koonings P.P., Schlaerth J.B., Grimes D.A., D'Ablaing G. *Relative frequency of malignant paraovarian tumors: Should paraovarian tumors be aspirated*. Obstet. Gynecol. 1990; 75: 1029–31.