

CHISTURILE EPIDERMOIDE ALE VULVEI ȘI PERINEULUI

¹Ana Mișina – dr. în șt. med., conf. cercet.,

⁴Gheorghe Rojnovanu – dr. hab. în șt. med., prof. univ.,

⁴Igor Mișin – dr. hab. în șt. med., prof. cercet.,

²Virgil Petrovici – dr. în șt. med.,

³Liliana Fuior-Bulhac – dr. în șt. med.,

¹Secția Ginecologie Chirurgică,

²Departamentul de Patomorfologie,

³Departamentul de Imagistică, Instituția Medico-Sanitară Publică

Institutul Mamei și Copilului,

⁴Catedra Chirurgie nr.1 “Nicolae Anestiadi” și Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică, IP USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Republica Moldova

E-mail: anna_mishina@mail.ru, GSM: + 37379456357

Rezumat

Autorii prezintă particularitățile manifestărilor clinice, diagnosticul și tratamentul chirurgical ale unei serii de pacienți cu chisturi epidermoide ale vulvei și perineului. Sunt prezentate datele literaturii referitor la chisturile epidermoide ale organelor genitale externe.

Cuvinte-cheie: chisturi epidermoide, perineu, vulva, diagnosticul, tratamentul chirurgical

Summary. Epidermoid inclusion cyst of the vulva and perineum

The authors have presented particular clinical manifestation, diagnosis and surgical treatment of a series of patients with epidermoid cysts of the vulva and perineum. The review of the literature on the epidermoid cysts of the external genitalia was presented.

Key words: epidermoid cyst, perineum, vulva, diagnosis, surgical treatment

Резюме. Эпидермоидные кисты вульвы и промежности

Авторами представлены особенности клинического проявления, диагностики и хирургического лечения серии пациенток с эпидермоидными кистами вульвы и промежности. Представлены данные литературы по эпидермоидным кистам наружных половых органов.

Ключевые слова: эпидермальные кисты, промежность, вульва, диагностика, хирургическое лечение

Introducere

Chistul epidermoid (din histologie: epidermis + din greacă eidos (aparență); sinonimul – chist epidermoid) – formațiune cavitară, partea internă a căreia este acoperită cu epiteliu scuamos stratificat, iar conținutul este prezentat de scumă epitelială. Chisturile epidermoide (CE) sunt localizate preponderent pe față, scalp, gât și corp.

CE în regiunea organelor genitale externe feminine este un fenomen destul de rar și în literatura de specialitate se întâlnesc doar publicații sporadice sau cazuri clinice separate, privind această patologie [1-26] sau serii mici de cazuri [27, 28]. Diagnosticul preoperator precis ale CE prezintă unele dificultăți, iar diagnosticul final în toate cazurile este bazat pe rezultatele examenului morfopatologic al pieselor înlăturate [1-28]. Având în vedere raritatea CE în re-

giunea organelor genitale externe feminine, studiile suplimentare ale acestei patologii sunt relevante.

Scopul acestui studiu – de a elucida particularitățile manifestărilor clinice, diagnosticul și rezultatele tratamentului chirurgical al CE ale vulvei și perineului.

Material și metode

A fost efectuat un studiu retrospectiv a bazei de date a chisturilor vulvei și perineului operate în două clinici din a.a. 1990 până în 2016. Criteriul principal de selectare a pacientelor au fost datele confirmate morfopatologic ale chisturilor epidermoide și au fost considerați următorii indicatori: (1) vârsta; (2) manifestările clinice; (3) durata bolii; (4) localizarea tumorii; (5) datele ultrasonografice; (6) caracteristicile morfologice.

În același timp a fost efectuată căutarea compute-

rizată a surselor de literatură prin sistemul PubMed din aa. 1969 până în 2016 cu folosirea cuvintelor-cheie (MeSH Terms): “epidermal cyst”, ”epidermoid inclusion cyst”, “perineum”, “vulva”, “clitoris”.

Ultrasonografia a fost efectuată predominant cu aparatele Esaote MyLab 15 și Sono Scape 8000 (China) cu aplicarea transductorilor: pentru examinare transabdominală 3-5 MHz și transvaginală (rectal) – 5 – 7.5 MHz.

Cu scopul *examinării histologice* porțiunile de țesut se fixau în soluție de formalină neutră 10%, alcool absolut și fixatorul Kornua. Seriile de secțiuni erau colorate cu hematoxină și eozină, picrofuxină după Van-Gieson. La etapa de colorație au fost utilizată metoda cu investigare la microscopia în lumină (ML), utilizând microscopul optic (firma ZEISS), obiectivele x 2,5; 10, 20, 40, 100.

Prelucrarea statistică a valorilor cantitative a fost efectuată prin metoda analizei variaționale. Se calculau media aritmetică (M), eroarea mediei aritmetice (m) și intervalul de încredere (95% CI).

Rezultate

La analiza bazei de date au fost stabilite trei cazuri, care corespundeau criteriului de selecție – chisturi epidermoide confirmate morfologic. Caracteristica generală a pacientelor cu chisturi epidermoide ale vulvei și perineului sunt prezentate în tabelul 1. Vârsta medie a pacientelor a constituit 23.7 ± 1.8 ani (95% CI: 16.08-31.26).

Manifestarea clinică principală a chisturilor epidermale – prezența în regiunea organelor genitale externe a unei formațiuni de volum, dureroase la palpare. Durata medie a bolii a constituit – 33.7 ± 4.1 luni (95% CI: 16.22–51.11). În majoritatea cazurilor (2:1) în anamneză au fost stabilite intervenții chirurgicale la organele genitale externe.

Tabelul 1

Caracteristica pacientelor cu chisturi epidermoide ale vulvei și perineului

Nr. d/o	Vârsta, ani	Localizarea	Dimensiunile chistului, mm	Intervenții în antecedente
1	21	Perineu, sinistra	110 x 79	nu (spontan)
2	27	Vulva+perineu, dextra	107 x 87	epiziotomie
3	23	Perineu, dextra	83 x 67	Suturarea rupturilor vaginului și perineului

La palparea CE se determinau ca formațiuni elastice moi, relativ mobile și puțin dureroase la palpare (Fig. 1). A fost stabilit că predomina localizarea CE din dreapta (2:1) în regiunea perineului și numai într-un singur caz cu implicarea vulvei.

La examenul ultrasonografic CE ale perineului se vizualizau ca formațiuni chistice hipocogene cu incluziuni hiperecogene (Fig. 2). Dimensiunile maxime ale CE a constituit în medie 100.1 ± 8.5 mm (95% CI:63.24–136.8), iar minimal – 77.7 ± 5.8 mm (95% CI:52.66–102.7). Grosimea peretelui CE a variat de la 5 până la 7 mm.

În toate cazurile au fost efectuate intervenții chirurgicale programate cu folosirea diferitor metode de anestezie (anestezie peridurală, endotraheală). În toate cazurile, ca o etapă necesară se efectua cateterizarea vezicii urinare cu cateterul Foley. În calitate de acces chirurgical s-a folosit incizia verticală în partea proeminentă a chistului. Formațiunea chistică se exciza din țesuturile adiacente moi (Fig. 3) cu păstrarea integrității pereților chistului (chistectomie ideală) (Fig. 4) și garantarea unei hemostaze stabile cu coagulare mono- sau bipolară. Loja chisturilor se sutura



Fig. 1. Chist epidermoid gigant al perineului



Fig. 2. Ultrasonografia perineului: chist epidermoid (107x87 mm) al perineului (*)

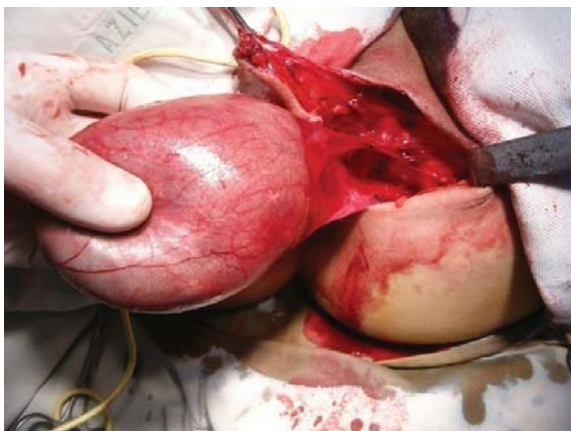


Fig. 3. Enuclearea chistului epidermoid al perineului



Fig. 4. Macropreparatul chistului epidermoid al perineului

pe straturi cu folosirea materialelor de sutură sintetice (vicryl, dexion) și se finaliza cu sutură intradermală.

La secționarea preparatelor înlăturate, conținutul lor constituiau mase cazeoase (a.n. gunoi – debris) (Fig. 5).

Examenul histologic al formațiunii a atestat prezența unui chist epidermoid (Fig. 6), caracterizat prin prezența tegumentului epidermic scuamos pe suprafața căruia în diverse zone fiind prezente aglomerări de scoamă epitelială și din exterior circumscris de țesut conjunctiv lax dotat cu o rețea vasculară de calibru mic în lipsa anexelor cutanate.

În zona țesutului conjunctiv subiacent tegumentului epitelial pe unele arii fiind observată o proliferare a fibroblaștilor cu neoformarea unei fibre conjunctive fine secundate de o infiltrație discretă limfocitară, de asemenea fiind întâlniți și unii siderofagi, precum și impregnare cu hemosiderină a celulelor epiteliale bazale.

În toate cazurile perioada postoperatorie a evaluat fără particularități, pacientele fiind externate din sta-

ționar peste 5.3 ± 0.3 zile. Termenul de supraveghere a pacienților a constituit de la 37 până la 126 luni, recidive ale CE nu s-au constatat (zero).

Discuții

Mecanismul principal al apariției chisturilor epidermoide (CE) – este invaginarea epiteliului scuamos în profunzimea țesuturilor moi în rezultatul intervențiilor chirurgicale sau traumei organelor genitale externe [8, 13–16]. A fost observat că majoritatea CE din regiunea organelor genitale externe sunt descrise după circumcizia feminină (din engleză - female genital mutilation – FGM), care constă în înlăturarea sau traumarea părților genitalelor feminine externe (Tip I FGM – înlăturarea clitorului; Tip II FGM – înlăturarea clitorului și labiilor; Tip III FGM – infibulație după clasificarea OMS, 2007), petrecută fără indicații medicale [5, 6, 8, 12, 13]. Cu toate acestea, în literatura de specialitate se întâlnesc publicații unice despre CE spontane, apărute fără intervenții chirurgicale sau trauma în regiunea genitalelor în antecedente [7, 18, 20–26].



Fig. 5. Conținutul chistului epidermoid al perineului

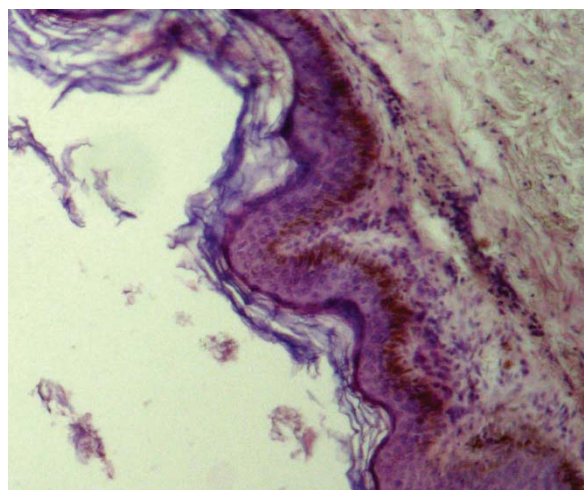


Fig. 6. Chist epidermoid: (1) hemosiderofagi; (2) zona bazală epitelială cu celule impregnate cu hemosiderină (colorație H&E $\times 25$)

Frecvența CE în diferite regiuni ale organelor genitale externe este destul de variabilă, iar cel mai mare număr al acestei patologii se situează în regiunea clitorului [1–7, 9–12, 27]. A doua după localizare a CE este regiunea vulvei [8, 13–17, 21–25, 28]. Iar cea mai rar întâlnită localizare este cea a perineului, și trebuie de menționat că CE ale acestei regiuni sunt descrise nu numai la femei [19, 20], dar și la bărbați [18, 26]. Caracteristica generală a pacienților cu CE ale vulvei și perineului sunt prezentate în tabelul 2.

CE se referă la formațiuni chistice care cresc foarte încet și în majoritatea cazurilor nu depășesc 5 cm [8, 17, 26]. Cu toate acestea, analiza literaturii a demonstrat că sunt publicate și CE gigante care ating 10–12 cm în diametru [22, 23, 25].

De regulă, CE ale organelor genitale externe sunt prezentate printr-o singură formațiune chistică [1–20, 22–28] și în literatura de specialitate se întâlnește numai o singură publicație despre CE multiple, situate în regiunea vulvei [21].

NR - nu este raportat

În majoritatea cazurilor diagnosticul preoperator precis al CE cu localizarea în regiunea vulvei și perineului este dificil și aceste paciente se operează cu diagnosticul preventiv de chist al glandei Bartoline, chist al ductului Gartner, endometriom [8, 13–17, 19–21, 23–25].

În literatura de specialitate s-au schițat tendințe în studierea rolului metodelor radiologice în diagnosticul preoperator al CE din regiunea organelor genitale externe [18, 20, 22, 25]. Așa, la ultrasonografie, CE se vizualizează ca formațiuni chistice bine delimitate, relativ mobile, formațiuni lichidiene hipocogene cu incluziuni hiperecogene, mai ales în prezența „deșeurilor” semisolid (debris) în interiorul formațiunii [20].

La tomografia computerizată (TC), CE ale vulvei și perineului se caracterizează ca formațiuni chistice, lichidiene (<10 H.U.) [22]. În cazul folosirii imagisticii prin rezonanță magnetică (IRM) CE se prezentau

Tabelul 2

Caracteristica generală a pacienților cu CE ale vulvei și perineului publicate în literatura din străinătate (aa. 2000-2016)

Autorul, anul	Sexul, vârsta (ani)	Localizarea	Dimensiunile (cm), numărul CE	Etiologia CE
Kroll GL, Miller L. (2000) ¹⁶	F, 19	vulva	8x4 solitar	circumcizie
Al-Maghrabi J. et al. (2005) ⁸	F, 31	vulva	4x3.8x3.5 solitar	circumcizie
Ali SA. et al. (2009) ²⁶	B, 50	perineul	4x3 solitar	spontan
Hamoudi A., Shier M. (2010) ¹⁵	F, 36	vulva	NR solitar	circumcizie
Goldberg Y. et al. (2012) ²⁰	F, 34	perineul	8x8 solitar	spontan
Apostolis C.A. et al. (2012) ²²	F, 21	vaginul	10x8x7.5 solitar	spontan
Pereira N., Guilfoil D.S. (2012) ¹⁷	F, 28	vaginul	4x3.5 solitar	NR
Yang W.C. et al. (2012) ²⁵	F, 33	labia mare	12x9x6 solitar	spontan
Gudu W. (2014) ¹⁴	F, 21	vulva	4x3 solitar	circumcizie (Tip III)
Karaman E. et al. (2015) ²³	F, 17	vulva	11x8x10 solitar	spontan
Pehlivan M. et al. (2015) ²⁴	F, 47	labia mică	6x4x3.5 solitar	spontan
Turkay R. et al. (2015) ¹⁸	B, 35	perineul	3x4 solitar	spontan
Calderón-Castrat X. et al. (2016) ²¹	F, 47	vulva	0.2-0.5 multipli	spontan
Victoria-Martínez A.M. et al. (2016) ¹³	F, 39	vulva	3x2 solitar	circumcizie

ca formațiuni chistice cu o intensitate înaltă al semnalului (T2W) și lipsa acumulării contrastului [11, 23, 25]. Utilizarea TC și IRM în perioada preoperatorie în chisturile gigante ale vulvei și perineului este recomandată, deoarece permite de a stabili relațiile cu organele adiacente, ceea ce în mare măsură influențează aprecierea intervenției chirurgicale planate corect [20, 22, 25].

Tratamentul chirurgical, care constă în excizia totală a CE fără lezarea pereților chistului (chistectomie ideală) este metoda de elecție în această patologie [1-28]. În cazul CE gigante ale vulvei și perineului, un șir de autori accentuează atenția asupra potențialei posibilități de hemoragii intraoperatorii și necesitatea efectuării unei hemostaze minuțioase [25]. După părerea mai multor autori, folosirea abordurilor chirurgicale raționale (traumatizarea minimală a țesuturilor, aplicarea suturilor fără tensiune etc.) permit de a obține un efect cosmetic satisfăcător [20, 22, 25]. Trebuie de menționat faptul, că până în prezent n-a fost descris nici un caz de recidivă a CE după tratamentul chirurgical.

La secțiune chisturile epidermoide ca regulă conțin a.n. „deșeuri” (debris) [1-7, 9-13, 15-28] și în cazuri rare conținutul lor este alcătuit din pietre cu diametrul de la 2-7 mm [8] până la 3-4 cm [14]. Apariția calcinatelor în conținutul CE indică faptul despre durata procesului patologic și se întâlnește numai în a.n. chisturile „bătrâne” [8, 14].

La examenul morfologic al CE a fost stabilit că, partea internă a chistului este acoperită de epiteliu scuamos matur, iar lumenul este completat cu celule descumate, care conțin keratină [1-28]. Potențialul malignizării CE nu este stabilit definitiv, totodată Sumi Y. și coaut. (2012) au descris dezvoltarea cancerului pavimentos la o pacientă de 76 de ani cu un chist epidermoid gigant al perineului [19].

Concluzie

Așadar, CE din regiunea organelor genitale externe feminine se referă la o patologie foarte rar întâlnită. În majoritatea cazurilor CE se dezvoltă după intervențiile chirurgicale (sau traume) din această regiune. Tratamentul chirurgical (chistectomie ideală) este metoda de elecție al acestei patologii.

Bibliografie

1. Al-Ojaimi EH, Abdulla MM. Giant epidermoid inclusion cyst of the clitoris mimicking clitoromegaly. *J Low Genit Tract Dis.* 2013;17(1):58-60.
2. Lambert B. Epidermoid cyst of the clitoris: a case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2011;15(2):161-2.
3. Paulus YM, Wong AE, Chen B, Jacobson MT. Preputial epidermoid cyst: an atypical case of acquired pseudoclitoromegaly. *J Low Genit Tract Dis.* 2010;14(4):382-6.

4. Johnson LT, Lara-Torre E, Murchison A, Garcia EM. Large epidermal cyst of the clitoris: a novel diagnostic approach to assist in surgical removal. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013;26(2):e33-5.
5. Yoong WC, Shakya R, Sanders BT, Lind J. Clitoral inclusion cyst: a complication of type I female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24(1):98-9.
6. Osifo OD. Post genital mutilation giant clitoral epidermoid inclusion cyst in Benin City, Nigeria. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(6):336-40.
7. Masson V, Fiquet François C, Rausky J, Mazouz Dorval S, Revol M. Clitoral epidermoid cyst causing clitoromegaly. A rare case report. *Ann Chir Plast Esthet.* 2014;59(2):140-3.
8. Al-Maghrabi J, Kanaan H, Bondagji N. Postcircumcision epidermoid inclusion cyst of the vulva containing multiple stones. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;90(2):155-6.
9. Schober MS, Hendrickson BW, Alpert SA. Spontaneous clitoral hood epidermal inclusion cyst mimicking clitoromegaly in a pediatric patient. *Urology.* 2014;84(1):206-8.
10. Asante A, Omurtag K, Roberts C. Epidermal inclusion cyst of the clitoris 30 years after female genital mutilation. *Fertil Steril.* 2010;94(3):1097.e1-3.
11. Beurdeley M, Cellier C, Lemoine F, Dacher JN, Vivier PH. Imaging of a primitive clitoral epidermoid cyst. *Pediatr Radiol.* 2012;42(6):764-7.
12. Dun EC, Ackerman C, Cutler A, Lakhi NA. Excision of an epidermal inclusion cyst: Correction of a long-term complication of female genital circumcision. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(6):758.e1-2.
13. Victoria-Martínez AM, Cubells-Sánchez L, Martínez-Leborans L, Sánchez-Carazo JL, de Miquel VA. Vulvar epidermal inclusion cyst as a long-term complication of female genital mutilation. *Indian J Dermatol.* 2016;61(1):119.
14. Gudu W. Acute vulvar pain in a lady with post circumcision inclusion cyst of the vulva containing stones: a case report. *BMC Womens Health.* 2014;14:2.
15. Hamoudi A, Shier M. Late complications of childhood female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol Can.* 2010;32(6):587-9.
16. Kroll GL, Miller L. Vulvar epithelial inclusion cyst as a late complication of childhood female traditional genital surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;183(2):509-10.
17. Pereira N, Guilfoil DS. Excision of an enlarging vaginal epidermal inclusion cyst during pregnancy: a case report. *J Low Genit Tract Dis.* 2012;16(3):322-4.
18. Turkay R, Caymaz I, Yildiz B, Livaoglu A, Turkey B, Bakir B. A rare case of epidermoid cyst of perineum: Diffusion-weighted MRI and ultrasonography findings. *Radiol Case Rep.* 2015;8(1):593.
19. Sumi Y, Yamamoto N, Kiyosawa T. Squamous cell carcinoma arising in a giant epidermal cyst of the perineum: a case report and literature review. *J Plast Surg Hand Surg.* 2012;46(3-4):209-11.
20. Goldberg Y, Lavie O, Mandel R, Auslender R.

Imaging of an atypical large perineal cyst diagnosed during pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40(6):721-3.

21. Calderón-Castrat X, Santos-Durán JC, Román-Curto C, Fernández-López E. Carbon Dioxide Laser: A therapeutic approach for multiple vulvar epidermoid cysts. *Dermatol Surg.* 2016;42(2):264-7.

22. Apostolis CA, Von Barga EC, DiSciullo AJ. Atypical presentation of a vaginal epithelial inclusion cyst. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012;19(5):654-7.

23. Karaman E, Çim N, Akdemir Z, Elçi E, Akdeniz H. Giant vulvar epidermoid cyst in an adolescent girl. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2015;2015:942190.

24. Pehlivan M, Özbay PÖ, Temur M, Yılmaz Ö, Gümüş Z, Güzel A. Epidermal cyst in an unusual site: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2015;8C:114-6.

25. Yang WC, Huang WC, Yang JM, Lee FK. Successful management of a giant primary epidermoid cyst arising in the labia majora. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2012;51(1):112-4.

26. Ali SA, Tahir SM, Memon AS, Dahri AA. Epidermoid inclusion cyst of the perineum--a rare case report in a 50 years old male. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2009;21(3):179-80.

27. Rouzi AA. Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rare complication of female genital mutilation. *Hum Reprod.* 2010;25(7):1672-4.

28. Moreira PM, Moreira IV, Faye EH, Cisse L, Mendes V, Diadhiou F. 3 cases of vulvar epidermal cysts after female genital mutilation. *Gynecol Obstet Fertil.* 2002;30(12):958-60.