

C.Z.U.: 618.15-006.2-089

DOI: <https://doi.org/10.52692/1857-0011.2024.2-79.53>

CHISTUL DUCTULUI GARTNER

¹Ana MIȘINA, dr. hab. în șt. med.,¹Patricia HAREA, dr. în șt. med.,¹Liliana FUIOR-BULHAC, dr. în șt. med.,²Ala SUMAN, dr. în șt. med., conf. cercet.¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova²IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”,
Chișinău, Republica Moldovae-mail: anna_mishina@mail.ru

Rezumat.

Autorii descriu o observație clinică a unei patologii destul de rare – chistul ductului Gartner (CDG). Este prezentată o scurtă trecere în revistă a literaturii de specialitate privind etiologia, diagnosticul și tacticile de tratament ale CDG.

Cuvinte cheie: rămășițe Wolffian • chistul Gartner • managementul chirurgical.

Summary. Gartner duct cyst.

The authors describe a clinical observation of a rather rare pathology – Gartner’s duct cyst (GDC). A brief review of the literature on the etiology, diagnosis and treatment tactics of GDC is presented.

Keywords: Wolffian remnants, Gartner’s cyst, surgical management.

Резюме. Киста протока Гартнера.

Авторами описано клиническое наблюдение достаточно редкой патологии – кисты протока Гартнера (КПГ). Представлен краткий обзор специализированной литературы по этиологии, диагностике и тактике лечения КПГ.

Ключевые слова: остатки Wolffian, киста Гартнера, хирургическое лечение.

Introducere.

Chisturile vaginale benigne sunt o patologie destul de rară, iar incidența estimată este de 1/200 la femeile adulte [1]. Chisturile ductului Gartner (CDG) sunt rămășițe embrionare ale ducturilor mezonefrice (Wolffian) care regresează de obicei la embrionul feminin din cauza lipsei de testosteron [1-3]. CDG apar la 0.1-0.2% dintre femei și reprezintă aproximativ 10% din formațiunile chistice benigne ale vaginului la femeile adulte [1, 4].

Într-un număr semnificativ de cazuri, CDG sunt asimptomatice și detectate incidental [2, 4, 5]. În literatura anglo-saxonă, datele despre CDG sunt prezentate destul de sporadic, iar până în prezent au fost publicate mai puțin de o sută de observații ale acestei patologii [6]. Datorită rarității CDG, vă prezentăm propria noastră observație clinică.

Descrierea cazului clinic.

O pacientă de 25 de ani (G0, P0) a fost internată în secția de ginecologie chirurgicală cu plângeri de disconfort vaginal. Durata bolii a fost de aproximativ trei luni cu progresie în ultimele două săptămâni. Plângeri din partea sistemului urinar nu prezintă.

Anamneza obstetrical - ginecologică: menarha de la vârsta de 13 ani, s-a stabilit imediat, cu durata de

3 - 4 zile, regulată, moderată ca volum de pierderi de sânge, nedureroasă.

Pacienta este de complexitate normală (indicele masei corporale – 23.3 kg/m²), fără patologie la nivelul organelor și sistemelor. Datele de laborator se încadrează în valorile de referință. Examenul bimanual: pe peretele anterior-lateral al treimii superioare a vaginului din stânga se determină o formațiune chistică ~3x4 cm, nedureroasă, elastică, fluctuantă, acoperită cu mucoasa vaginală nemodificată.

La ultrasonografia transvaginală (Fig. 1. A, B): în zona peretelui anterior-lateral al treimii superioare a vaginului, se vizualizează o formațiune chistică hipogenă, rotundă cu pereții subțiri (1-2 mm), cu dimensiunile 39.5x37.7 mm.

Sub anestezie generală, în poziția de litotomie, s-a vizualizat o formațiune vaginală chistică (Fig. 2A). S-a efectuat excizia pereților anterolaterali ai chistului (Fig. 2B), urmată de marsupilizare.

Cavitatea chistului rezidual a fost prelucrată cu nitrat de argint de 30%. Capsula chistului s-a detașat la a 3 zi postoperator. Examinarea peste 6 luni, pacienta este asimptomatică.

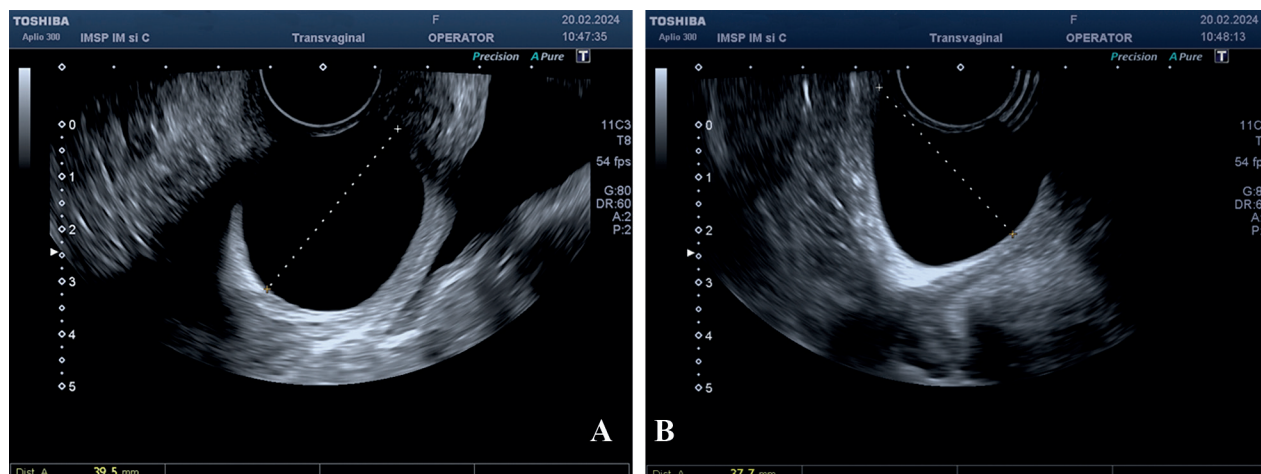


Figura 1 (A, B). Ultrasonografie transvaginală: formațiune chistică cu pereții subțiri pe peretele lateral stâng a vaginului (*) cu dimensiunile 39.5x37.7 mm.

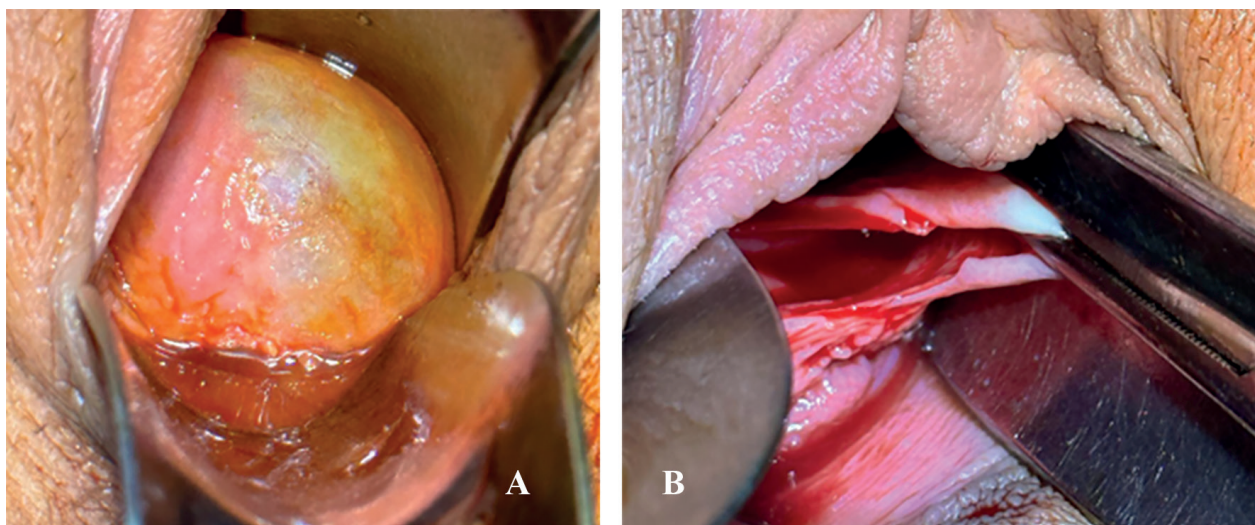


Figura 2. (A). CDG pe peretele antero-lateral a vaginului. (B) Excizia pereților antero-laterali a CDG (poză intraoperatorie).

Discuții.

Până în prezent, cea mai mare serie de CDG a fost publicată de la Clinica Mayo (Rochester, Minnesota, SUA) de peste 20 de ani și incluzând 29 de paciente cu vârsta cuprinsă între 19 și 74 de ani [2]. Principalele manifestări clinice ale CDG au inclus dispareunia sau durerea la introducerea tampoanelor sanitare (37.9%) și durerea pelvină sau senzația de greutate în regiunea inferioară a abdomenului (24.1%) [2]. În cazuri rare, CDG contribuie la incontinența urinară sau la retenția acută de urină [5-7]. Trebuie subliniat că în 10%-21% din cazuri, CDG sunt asociate cu malformații urogenitale așa ca ureter ectopic, agenezie renală unilaterală și hipoplazie renală [6, 8].

De regulă, dimensiunea CDG este mai mică de 2 cm și pacientele sunt asimptomatice pentru o lungă perioadă de timp [1, 4, 5, 9]. Frecvența pacientelor asimptomatice la momentul diagnosticului de CDG este de 37.9% [2]. O creștere progresivă a CDG

favorizează dezvoltarea formațiunilor chistice mari (6-8 cm) [10, 11] și gigantice (14-15 cm) [8, 12]. CDG mari pot simula cistocelul și prolapsul genital [3, 9, 10].

La examinare, CDG sunt formațiuni chistice fluctuante, în formă de cupolă, situate pe peretele anterolateral al treimii superioare a vaginului în poziția de la ora 11 până la ora 1 pe cadran [4, 6, 9]. Ca excepție, în literatura de specialitate a fost publicată o observație despre localizarea CDG pe peretele posterior al vaginului [9, 10] și în fornixul vaginal posterior [11].

Conform unei analize a literaturii prezentate de Niu S. et al. (2020), metodele imagistice (ultrasonografie – USG, tomografia computerizată - TC și imagistica prin rezonanță magnetică - IRM) sunt cruciale în algoritmul de diagnostic pentru CDG [6]. La ultrasonografie, CDG sunt definite ca formațiuni chistice, hipogenice sau hiperecogene - dacă sunt

prezente resturi sau hemoragie intracavitară [2, 5, 6, 11]. Conform datelor TC, CDG sunt o formațiune chistică cu conținut lichid de densitate variabilă [2]. IRM are avantaje față de ultrasunete și TC prin capacitatea sa de a delimita cu precizie planurile tisulare, de a determina localizarea chistului și de a identifica anomaliile urologice asociate [2, 3, 11, 12].

Pentru pacientele asimptomatice cu CDG, se recomandă tactica expectativă cu monitorizarea anuală [1, 4]. Incidența scăzută a CDG care necesită intervenție chirurgicală a condus la lipsa tehnicilor chirurgicale standard [4, 6]. Abordul principal pentru CDG este cel transvaginal și opțiunile chirurgicale includ: excizia totală a chistului, excizia parțială, marsupilizarea, aspirația și scleroterapia [3, 4, 6, 9]. Genovese F. și coaut. (2022) au exprimat opinia că, dacă excizia totală a CDG este potențial asociată cu sângerări necontrolate sau leziuni ale organelor adiacente, atunci este mai recomandabil să se efectueze fenestrarea formațiunii chistice [11]. Lin P.H. și coaut. (2022) au descris excizia laparoscopică a CDG prolabat în cavitatea abdominală și cred că această metodă creează o mai bună vizualizare a formațiunii chistice și a organelor adiacente și, de asemenea, facilitează disecția în comparație cu abordul transvaginal [12]. Recidivele după tratamentul chirurgical al CDG sunt destul de rare și variază de la 3,4% la 6,5% din cazuri [2, 6].

La examenul histopatologic al CDG, peretele interior al chistului este căptușit cu epiteliu cuboidal sau columnar, celule fără vilozități și neproducătoare de mucină [3, 5, 9-11]. În pofida naturii benigne a CDG, există publicații sporadice în literatura anglo-saxonă despre transformarea lor malignă [13].

Concluzii.

CDG sunt o patologie rară și sunt în mare parte asimptomatice. CDG sunt localizate în majoritatea cazurilor pe peretele vaginal anterolateral. Pentru a clarifica natura patologiei și caracteristicile relației cu organele adiacente, este recomandabil să se includă metode de vizualizare în algoritmul de diagnostic. Accesul transvaginal ar trebui considerat ca fiind principalul pentru chisturile mici.

Bibliografie.

1. Aldrich E.R., Pauls R.N. *Benign cysts of the vulva and vagina: A comprehensive review for the gynecologic surgeon*. Obstet Gynecol Surv. 2021;76(2):101-107.
2. Cope A.G., Laughlin-Tommaso S.K., Famuyide A.O., Gebhart J.B., Hopkins M.R., Breitkopf D.M. *Clinical manifestations and outcomes in surgically managed Gartner duct cysts*. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(3):473-477.
3. Davidson E.R.W., Barber M.D. *A Gartner duct cyst masquerading as anterior vaginal prolapse*. Obstet Gynecol. 2017;130(5):1039-1041.
4. De Bortoli J., Chowdary P., Nikpoor P., Readman E. *Clinical approach to vulvovaginal cysts and abscesses, a review*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2018;58(4):388-396.
5. Gupta A., Acharya N., Pajai S., Mishra P., Joshi J.S. *Unveiling the enigma: A rare case of a massive Gartner's cyst inducing acute urinary retention*. Cureus. 2024;16(1):e52476.
6. Niu S., Didde R.D., Schuchmann J.K., Zoorob D. *Gartner's duct cysts: a review of surgical management and a new technique using fluorescein dye*. Int Urogynecol J. 2020;31(1):55-61.
7. Quinto L., Huff C.W., Page-Ramsey S.M. *Acute pelvic pain due to spontaneous hemorrhage of a Gartner duct cyst*. Obstet Gynecol. 2022;140(3):387-390.
8. Mikos T., Finitis S., Gereade A., Grimbizis G.F. *Vaginal excision of a large Gartner duct cyst*. J Minim Invasive Gynecol. 2018;25(7):1132-1133.
9. Memon S.I., Acharya N. *A rare case of posterior vaginal wall Gartner's duct cyst mimicking as genital prolapse*. Cureus. 2022;14(11):e31507.
10. Thapa B.D., Regmi M.C. *Gartner's duct cyst of the vagina: A case report*. JNMA J Nepal Med Assoc. 2020;58(227):505-507.
11. Genovese F., Distefano R.E.C., Piana M., Palumbo M. *Large Gartner cyst of the posterior vaginal fornix*. BMJ Case Rep. 2022;15(7):e249458.
12. Lin P.H., Liu K.H., Lo L.M. *Laparoscopic excision of a large Gartner's duct cyst*. J Minim Invasive Gynecol. 2022;29(12):1285-1286.
13. Bats A.S., Metzger U., Le Frere-Belda M.A., Brisa M., Lecuru F. *Malignant transformation of Gartner cyst*. Int J Gynecol Cancer. 2009;19(9):1655-7.