



Ana Mișina¹, I. Mișin², S. Zaharia², Inga Chemencedji³
ENDOMETRIOZA CICATRICEI POSTOPERATORII DUPĂ MIOMECTOMIE

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, Secția ginecologie chirurgicală,

²Universitatea de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", Laboratorul de Chirurgie Hepato-Bilio-Pancreatică,
 IMSP Institutul de Medicină Urgentă,

³IMSP Institutul Oncologic, Secția patomorfologie,

SUMMARY

SCAR ENDOMETRISIS AFTER MYOMECTOMY

Key words: Endometrioma, abdominal wall, myomectomy

Introduction: Abdominal wall endometriosis (AWE) is a rare condition, which usually develops in a surgical scar after Caesarean section. AWE following abdominal myomectomy for uterine myomas is extremely rare.

Case presentation: A 27-year-old woman was referred to our clinic for atypical cyclic pain and mass at the left edge of a Pfannenstiel incision scar four years after abdominal myomectomy. Computerized tomographic (CT) scanning of the pelvis with contrast revealed an enhancing mass in the abdominal wall extending from the skin to the muscle layer. The mass was removed completely (R0 resection) and histopathology (with immunohistochemical analysis) of the surgical specimen revealed endometriosis.

Conclusion: AWE needs to be considered in the differential diagnosis of any woman of reproductive age presenting with a painful abdominal wall mass and a history of uterine surgery via an abdominal incision.

РЕЗЮМЕ

ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ

Ключевые слова: эндометриома, передняя брюшная стенка, миомэктомия

Введение: Эндометриоз передней брюшной стенки (ЭПБС) достаточно редкая патология и обычно наблюдается после кесарева сечения. ЭПБС после абдоминальной миомэктомии чрезвычайно редкая ситуация.

Клиническое наблюдение: Пациентка 27 лет направлена с циклическими болями и наличием объемного образования в левом углу разреза по Пфannenштилю после трансабдоминальной миомэктомии. Компьютерная томография с контрастированием выявила образование в передней брюшной стенке от подкожной клетчатки до прямой мышцы живота. Образование иссечено радикально (R0 резекция) и гистологическое исследование с иммуногистохимией подтвердило наличие эндометриоза.

Вывод: ЭПБС должен рассматриваться в дифференциальном диагнозе у женщин репродуктивного возраста при наличии болезненного опухолевидного образования в области послеоперационного рубца после оперативных вмешательств на матке.

Introducere. Endometrioza cicatricei postoperatorii (ECP) cauzat de intervențiile obstetricale și ginecologice este o nosologie extrem de rară. Endometrioza cicatricei postoperatorii reprezintă 1-2% din totalitatea leziunilor endometriale, care de obicei se dezvoltă după operația cezariană [1, 17, 18]. ECP după intervenții ginecologice (histerectomie transabdominală, miomectomie) este un fenomen extrem de rar întâlnit și până în prezent în literatura de specialitate anglosaxonă au fost raportate doar cazuri sporadice [1, 8, 10, 12]. Cunoașterea unor particularități ale tabloului clinic și imagistic al acestei patologii ne favorizează

în stabilirea diagnosticului și tratamentului corect [2, 3]. Prezentăm un caz clinic de ECP înregistrat la o pacientă la patru ani după operația de miomectomie.

Caz clinic

Pacienta, în vârstă de 27 ani, a fost internată programat în secția de ginecologie chirurgicală a Institutului Mamei și Copilului cu diagnosticul: Endometrioza cicatricei postoperatorii. Din antecedentele personale : pacienta a suportat, în urmă cu 4 ani o intervenție ginecologică pentru miomectomie. Din relatările ei afecțiunea a debutat la aproximativ trei ani după intervenție cu apariția unei formațiuni în

proiecția cicatricei postoperatorii, caracterizată prin dureri ce se manifestau în perioada ciclului menstrual. Examenul obiectiv local: în regiunea cicatricei postoperatorii pe stânga se determină o tumoră de 2x1 cm,

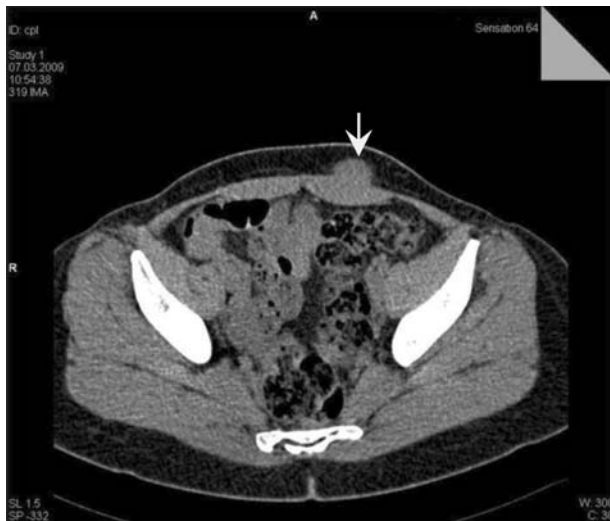


Fig.1. Tomografia computerizată (proiecție axială): endometrioza peretelui abdominal (®).

Tomografia computerizată abdominală ne relevă o formațiune de volum (22x20x10 mm) la nivelul lojei postoperatorii localizată subcutan până la stratul muscular (Fig.1, 2). Suspectând un endometriom al plăgii postoperatorii, s-a intervenit chirurgical cu anestezie epidurală și s-a înlăturat cicatricea veche, cu excizia



Fig.3. Macropreparat în secțiune – formațiune solidă cu incluziuni chistice ce conțin lichid de culoare cafenie închisă.

La examenul imunohistochimic au fost stabilite următoarele particularități. La utilizarea anticorpilor monoclonali la CD10 (clone 56C6, DAKO®, Denmark) a fost remarcată colorație difuză a membranei stromei citogene în jurul glandei (m+++)**(Fig.5)** . În

fără o delimitare netă, dureroasă la palpare. Ecografia abdominală a evidențiat în regiunea unghiului stâng al cicatricei i o formațiune subcutană neomogenă, heterogenă, hipocogenă de dimensiuni 20x10mm.



Fig.2. Tomografia computerizată (proiecție sagitală): endometrioza peretelui abdominal până la nivelul stratului aponeurotic al mușchiului rect abdominal.

în bloc a formațiunii endometriale subcutane 2x2x1 cm. Aponevroza restabilită cu 5 fire separate de polipropilene 2-0. Examenul histopatologic al piesei a determinat prezența țesutului muscular striat, țesutului fibros și adipos cu focare funcționale de endometrioză**(Fig.3, 4)**.

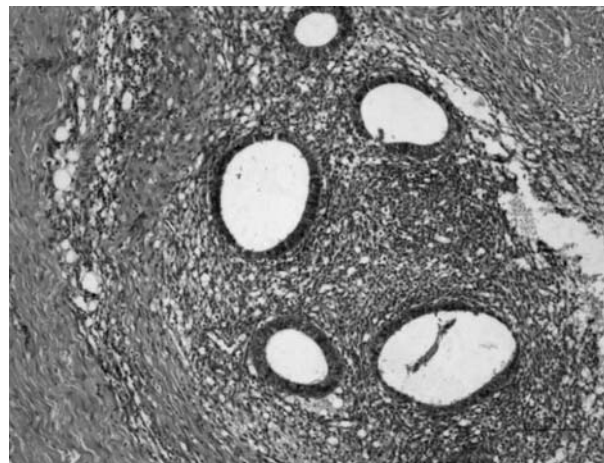


Fig.4. Macropreparat: tabloul clasic al endometriozei (hematoxilinel-eozină, x 20).

plus, s-a determinat colorație intensă a stromei citogene la utilizarea anticorpilor la desmin (Clone D33, Dako®, Denmark).

La utilizarea anticorpilor monoclonali la CK7 (clone OV-TL 12/30, DAKO®, Denmark) – colorație



Fig.5. Examenul imunohistochimic (CD10): colorație difuză a membranei (m +++) stromei citogene în jurul glandei.

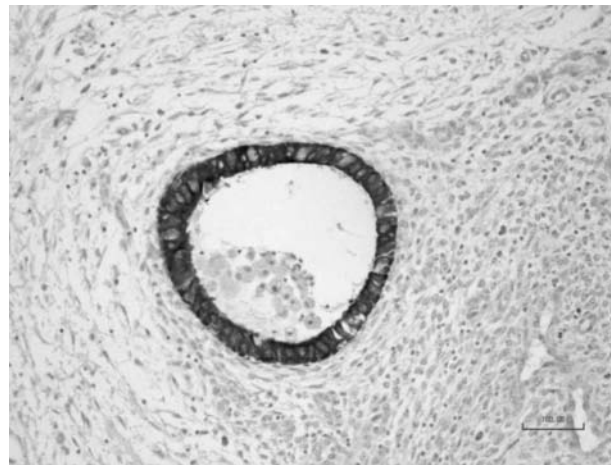


Fig.6. CK7- colorație intensă a membranei și citoplasmei (m +++ , cy +++) celulelor epiteliale.

intensă a glandelor endometriale (Fig.6). De asemenea, utilizarea anticorpilor monoclonali la receptorii de progesteron PrR (clone PgR636, DAKO®, Denmark) – colorație nucleară intensă a nucleului glandei endometriale și a celulelor stromale. Determinarea expresiei la receptorii de estrogen ER α (clone 1D5, DAKO®, Denmark) – colorație difuză pozitivă a celulelor stromale și a celulelor glandelor endometriale. Diagnosticul patomorfologic definitiv: endometrioza peretelui abdominal anterior. Evoluție postoperatorie favorabilă, pacienta externată în stare satisfăcătoare la a 4-a zi postoperator. Supravegherea pe parcursul a șase ani postoperator - recidiva ECP nu a fost constatată, pacienta este asimptomatică.

Discuții. Endometrioza peretelui abdominal este o afecțiune cauzată de apariția focarelor ectopice de țesut endometrial în afara uterului la nivelul peretelui abdominal extraperitoneal, îndeosebi în zona cicatricei postoperatorii după operația cezariană, chirurgia uterină și a trompei uterine [4]. Incidența endometriozei cicatricei postoperatorii a peretelui abdominal la femei cu antecedente de intervenții obstetrico-ginecologice constituie 0.03-1.8% [5]. Patogeneza endometriozei cutanate nu este încă clară și mai multe teorii au fost invocate pentru a explica dezvoltarea acesteia: implantarea mecanică, transplantare metaplastică prin celule celomice, răspândire exogenă, genetică și imunologică [6]. În cazul ECP, majoritatea autorilor susțin teoria prin implantare, descrisă de J. F. Sampson în 1921 [7]. Simptomul cel mai caracteristic este durerea, care în majoritatea cazurilor, poartă un caracter ciclic, fiind asociată de prezența unei formațiuni tumorale în proiecția cicatricei postoperatorii [8-11]. Prezența formațiunii tumorale palpabile adiacente sau la nivelul cicatricei postoperatorii facilitează stabilirea unui diagnostic corect preoperator. Multe rapoarte din literatura de specialitate descriu absența diagnosticului clinic preoperator, chiar și la prezența datelor

imagistice [8]. Prezentând un diagnostic dificil, ECP se diferențiază cu orice formațiune de volum palpabilă localizată în zona cicatricei postoperatorii: serom, hematom, granulom, abces, fasciită nodulară, hernie ventrală ireductibilă, tumori benigne și maligne [9]. Actualmente, un rol important în stabilirea diagnosticului preoperator le revine metodelor imagistice: ultrasonografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, în funcție de disponibilitate a acestora [10]. Tabloul ecografic al endometriomului cicatricei postoperatorii reprezintă o formațiune rotundă sau ovoidă hipoecogenă, cu contur neregulat hiperecogen, cu incluziuni chistice și o vascularizare avansată [11,12]. Caracteristicile descrise pot fi patognomonice în stabilirea diagnosticului, având o semnificație sporită în endometrioamele de dimensiuni mari. Superioritatea tomografiei computerizate și a rezonanței magnetico-nucleare constă în sensibilitatea majoră în depistarea tumorilor de dimensiuni mici, stabilirea gradului de extindere al procesului în țesuturi [13]. Un rol esențial în confirmarea diagnosticului de ECP revine examenului imunohistochimic cu determinarea expresiei CD10, receptorilor de progesteron (PrR), receptorilor de estrogen (ER α) și cytokeratin 7 [8, 14, 15]. La examenul imunohistochimic se determină o expresie difuză a membranei stromei citogene în jurul glandei endometriale la CD 10, colorație nucleară intensă a nucleului glandei endometriale și a celulelor stromale ale receptorilor de progesteron (PrR), expresie nucleară a celulelor glandelor epiteliale și a celulelor stromale a receptorilor de estrogen (ER α) și colorație intensă a membranei și citoplasmei celulelor epiteliale în cazul determinării cytokeratin 7 (CK7) [15]. Diagnosticul definitiv de ECP este confirmat prin examen histologic [7, 11, 14]. În endometrioza peretelui abdominal este recomandat tratamentul chirurgical, care constă în excizia *en bloc* depășind 5-10 mm în limitele țesuturilor sănătoase, cu păstra-

rea integrității tumorii [16]. Cu toate că ECP este o patologie benignă, există riscul malignizării [1, 4]. Transformarea malignă a endometriomului cicatricei postoperatorii în literatura de specialitate e descrisă în 0,3-1% cazuri. În aproximativ 20% cazuri ea apare în regiunile extrapelviene [1, 9].

Concluzii

Evaluarea clinică în combinație cu prezența în anamneză a intervenției cezariene, durerilor ciclice și formațiunii în regiunea cicatricei postoperatorii stau la baza corectitudinii stabilirii diagnosticului. Tratatamentul chirurgical prin excizia *en bloc* cu 5-10 mm în limitele țesutului sănătos (rezeecția R0) se consideră metoda optimă în tratamentul ECP și prevenirea recidivei.

Bibliografie

- 1. Achach T, Rammeh S, Trabelsi A, Ltaief R, Ben Abdelkrim S, Mokni M, Korbi S.** Clear cell adenocarcinoma arising from abdominal wall endometriosis. *J Oncol.* 2008;2008:478325.
- 2. Aydin O.** Scar endometriosis - a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg.* 2007;392(1):105-9.
- 3. Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, Boran B, Huq GE.** Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res.* 2010;164(1):e77-81.
- 4. Erkan N, Hacıyanli M, Sayhan H.** Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet.* 2005;89(1):59-60.
- 5. Goel P, Devi L, Tandon R, Saha PK, Dalal A.** Scar endometriosis - a series of six patients. *Int J Surg.* 2011;9(1):39-40.
- 6. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A.** Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005;31(5):471-5.
- 7. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M.** Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg.* 2008;196(2):207-12.
- 8. Medeiros FC, Cavalcante DI, Medeiros MA, Eleutério J Jr.** Fine-needle aspiration cytology of scar endometriosis: study of seven cases and literature review. *Diagn Cytopathol.* 2011;39(1):18-21.
- 9. Matsuo K, Alonsozana EL, Eno ML, Rosenshein NB, Im DD.** Primary peritoneal clear cell adenocarcinoma arising in previous abdominal scar for endometriosis surgery. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(4):637-41.
- 10. McKenna P, Wade-Evans T.** Anterior abdominal wall endometriosis. *J Obstet Gynaecol.* 1985; 6:114-6.
- 11. Nominato NS, Prates LF, 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.
- 12. Ostrzenski A.** Extensive iatrogenic adenomyosis after laparoscopic myomectomy. *Fertil Steril.* 1998;69(1):143-5.
- 13. Teng CC, Yang HM, Chen KF, Yang CJ, Chen LS, Kuo CL.** Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008;47(1):42-8.
- 14. Wicherek L, Klimek M, Skret-Magierlo J, Czekierdowski A, Banas T, Popiela TJ, Kraczkowski J, Sikora J, Oplawski M, Nowak A, Skret A, Basta A.** The obstetrical history in patients with Pfannenstiel scar endometriomas-an analysis of 81 patients. *Gynecol Obstet Invest.* 2007;63(2):107-13.
- 15. Kim JY, Kwon JE, Kim HJ, Park K.** Fine-needle aspiration cytology of abdominal wall endometriosis: a study of 10 cases. *Diagn Cytopathol.* 2013;41(2):115-9.
- 16. Zhu Z, Al-Beiti MA, Tang L, Liu X, Lu X.** Clinical characteristic analysis of 32 patients with abdominal incision endometriosis. *J Obstet Gynaecol.* 2008;28(7):742-5.
- 17. Mișina A., Zaharia S., Mișin I., Fuior L., Petrovici V.** Endometrioza cicatricei postoperatorii după operație cezariană. *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (Științe Medicale).* 2014, no.3(44), p.122-126.
- 18. Мишина А.Е., Гладун С.Е., Заставницкий Г.М., Мишин И.В.** Эндометриоз послеоперационного рубца. *Новости хирургии.* 2013. №3, с.116-119.