

© ¹Ana Mișina, ¹Patricia Harea, ¹Diana Madan, ²V. Petrovici,
³Corina Șcerbatiuc-Condur, ^{3,4}I. Mișin

¹ANA MIȘINA, ¹PATRICIA HAREA, ¹DIANA MADAN, ²V. PETROVICI,
³CORINA ȘCERBATIUC-CONDUR, ^{3,4}I. MIȘIN

LIPOMUL VULVAR: ANALIZA A ȘAPTE CAZURI CONSECUTIVE

*Institutul Mamei și Copilului, ¹Secția Ginecologie Chirurgicală, ²Secția morfologie,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, ³Catedra de Chirurgie nr. 1 „Nicolae Anestiadi”,
⁴Institutul de Medicină Urgentă*

SUMMARY

LIPOMA OF THE VULVA: ANALYSIS OF SEVEN CONSECUTIVE CASES

The authors present the results of the diagnosis and surgical treatment of seven adult patients with vulvar lipoma - one of the largest series published in the specialist literature.

Key words: lipoma, vulva

РЕЗЮМЕ

ЛИПОМА ВУЛЬВЫ: АНАЛИЗ СЕМИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЕВ

Авторами представлены результаты диагностики и хирургического лечения семи взрослых пациенток с липомой вульвы – одной из наиболее многочисленных серий опубликованных в специализированной литературе.

Ключевые слова: липома, вульва

Introducere. Lipomul se referă la una dintre cele mai frecvente tumori ale țesuturilor moi de origine mezenchimală. El este preponderent situat în țesutul subcutanat și histologic fiind prezentat din celule grăsoase mature. Cel mai des lipomul se localizează în regiunea capului și gâtului, umerilor, spatelui, abdomenului și părților proximale ale membrilor [1].

Lipomul vulvar (LV) – este o tumoare benignă rară. În ultimul timp, în literatura de specialitate, există publicații referitoare la cazuri clinice unice [2-14] și serii mici de pacienți [15, 16].

Scopul lucrării – studierea particularităților manifestărilor clinice, diagnosticului radiologic, rezultatelor tratamentului chirurgical și caracteristicilor morfologice ale LV.

Material și metode. A fost efectuată analiza retrospectivă a bazei de date a formațiunilor de volum ale vulvei și perineului, operate în perioada 1990-2016. Criteriul principal în selectarea acestor pacienți a fost confirmarea morfologică a LV cu luarea în considerare a următorilor factori: (1) vârsta; (2) manifestările clinice; (3) durata bolii; (4) localizarea; (5) semnele ultrasonografice; (6) caracteristicile morfologice.

Ultrasonografia (USG) s-a efectuat preponderent cu aparatele Esaote MyLab 15 și Sono Scape 8000 (China) cu utilizarea transductoarelor: pentru examenul

transabdominal 3-5 MHz și transvaginal (rectal) 5–7.5 MHz.

În scopul *examinării histologice* probele s-au fixat în prealabil în sol. Formol de 10%, alcool absolut și fixatorul Cornua. Secțiunile se colorau cu *hematoxilină-eozină*, picrofulxină după Van-Gieson. La etapa de colorație a fost utilizată metoda cu investigarea la microscopia în lumină (ML), cu ajutorul microscopului optic (firma ZEISS), obiectivele x 2,5 ; 10, 20, 40, 100.

Prelucrarea statistică a valorilor cantitative s-a efectuat prin metoda analizei variaționale, calculându-se media aritmetică (M), eroarea mediei aritmetice (m) și intervalul de încredere (95% CI).

Rezultate. Analiza bazei de date a stabilit șapte cazuri, morfologic confirmate, de LV, ce corespundeau criteriilor de selectare. Caracteristica generală a pacientelor cu LV este prezentată în tabelul 1. Vârsta medie a pacientelor cu LV a constituit 43.1±2.2 ani (95% CI:37.63–48.37). Manifestarea clinică principală a LV a fost prezența unei formațiuni tumorale cu creștere lentă, indolentă în regiunea organelor genitale externe. La examenul obiectiv al LV, în toate cazurile, se determina o formațiune tumorală solitară localizată în regiunea labiilor mari și numai într-un caz (#5) tumoarea se extindea pe perineu. La palpate, LV, în majoritatea cazurilor, avea un aspect de tumoare cu contur clar, de o consistență elastică, relativ mobilă și absolut

Tabelul 1. Caracteristica generală a pacientelor cu lipom vulvar (n=7).

N d/r	Vârsta (ani)	Partea tumorii	Dimensiunile tumorii (mm)	Localizarea
#1	41	stânga	100x60	labia mare
#2	42	stânga	40x30	labia mare
#3	52	dreapta	60x50	labia mare
#4	47	dreapta	70x50	labia mare
#5	43	stânga	190x130	labia mare + perineu
#6	43	dreapta	75x60	labia mare
#7	33	dreapta	90x80	labia mare

indoloră (Fig. 1). În toate cazurile pielea supradiacent acestei formațiuni este de culoare obișnuită, mobilă. La examenul USG (#6, #7) – LV se vizualiza ca o formațiune bine delimitată, ecogenă, hipovasculară, cu o capsulă subțire și structură lobată în interior.

În toate cazurile, sub anestezie generală s-a efectuat excizia (enuclearea) LV cu păstrarea integrității tumorii în limita țesuturilor sănătoase (Fig. 2). Plaga se sutura în

rea acestor paciente a durat în medie 29.3 ± 5.4 luni (95% CI:15.87–42.71) perioada în care pacientele erau asimptomatice, semne de recidivare a LV nu s-au constatat, rezultatul cosmetic a fost stabilit drept unul pozitiv în toate cazurile.

Discuții LV se referă la tumorile benigne mezenchimale destul de rar întâlnite și după datele lui Agarwal U. și



Fig. 1. Formațiune tumorală localizată în regiunea labiei mari drepte.



Fig. 2. Aspect intraoperator: excizia lipomului vulvar.

straturi. Macropreparatul înlăturat prezenta un țesut de culoare gălbuie, lobat, cu capsula subțire, în care necroza, hemoragiile și componentul sarcomatos lipseau (Fig. 3). Dimensiunile maxime ale lipomurilor vulvare depistate au constituit 87.9 ± 18.6 mm (95% CI:42.25–133.5), iar cele minime - 65.7 ± 12.1 mm (95% CI:36.05–95.38). În toate cele 7 cazuri, la examenul histologic, s-a depistat tabloul unui țesut adipos matur cu septuri subțiri din țesut conjunctiv (lipom) (Fig. 4).

Cicatrizarea plăgilor per primam. Pacientele au fost externate în medie la 5.9 ± 0.3 zile postoperator. Supraveghe-

coat. (2004), în literatura de specialitate din străinătate, existau descrise circa 70 de cazuri [2]. Ulterior pentru stabilirea numărului de astfel de tumori s-a recurs la căutarea computerizată a surselor de literatură din aa. 2004 până 2019 după bazele de date Medline, PubMed, Embase, Scopus și Web of Science cu utilizarea cuvintelor-cheie (MeSH Terms): “benign tumors”, “lipoma”, “vulva”, “vulvar”. S-a stabilit că, în această perioadă de timp, au fost prezentate 21 surse documentate privind LV în diferite grupuri de vârstă. Caracteristica generală a pacientelor adulte cu LV este prezentată în



Fig. 3. Macropreparatul unui LV înlăturat.

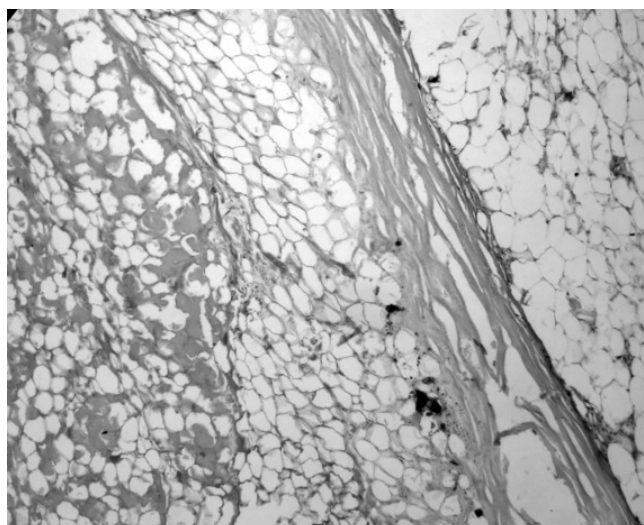


Fig. 4. Examenul histologic: adipocite mature cu septuri subțiri din țesut conjunctiv (colorație Van Gieson).

tabelul 2. Trebuie menționat faptul că LV se atestă în diferite grupuri de vârstă, însă cel mai des sunt descrise cazuri depistate la paciențele adulte, cu vârsta de la 40 până la 60 de ani [6, 14]. Vârsta medie a pacienților prezentate în tabelul 2 a constituit 43.3 ± 6.2 ani (95% CI:29.40-57.40), indice identic cu rezultatul obținut în studiul nostru. Vom menționa în acest context că acest grup de tumori ale organelor genitale feminine este descris totodată la copiii cu vârsta de la 7 până la 11 ani [15] și la adolescente [13, 14]. Mai mult ca atât Numajiri T. și coaut. (2011) au descris 2 cazuri de LV congenital [16].

Etiopatogenia formării LV până în prezent este neclară. Printre factorii etiologici, un rol destul de important se atribuie traumatismului sau traumelor cronice minimale (iritarea periodică a țesuturilor moi) [13, 17]. Aust MC și coaut. [17] au expus ipoteza că legătura dintre traumă și apariția lipomului are loc prin două mecanisme: (1) prolăbarea țesutului adipos prin defectele fasciilor ca rezultat al acțiunii traumatiche directe; și (2) formarea lipomului cu proliferarea și diferențierea preadipocitelor ca rezultat al erupției citochinelor în urma traumării țesuturilor moi și formării hematomului.

Din punct de vedere clinic LV se caracterizează ca niște formațiuni indolore, cu o creștere lentă [2-15]. Anamnezicul bolii, în cazul LV, indică o perioadă de timp destul de îndelungată ce poate dura de la 6 luni [2] până la 20 de ani [7].

Examenul fizic și palparea pun în evidență trei variante de lipoame vulvare: (1) bine delimitate (incapsulate); (2) tumori cu contur neclar (lipom difuz); și (3) tumori pediculate [7, 8]. Conform datelor literaturii, în majoritatea cazurilor lipoamele se localizau în labiile mari [3-12] și într-un număr cu mult mai mic, în labiile mici [2]. Józwik M și coaut. (2014) au analizat datele literaturii referitoare la LV la copii și adolescente și au stabilit că în 86.7% cazuri tumorile erau localizate

în dreapta [14]. Această legitate a fost era prezentă și în cazul LV depistate la paciențele adulte, inclusiv în studiul nostru.

Dimensiunile lipoamelor vulvare variază în limite destul de largi. Au fost descrise cazuri de tumori gigantice a căror dimensiuni atingeau de la 15 până la 20 cm [3, 5, 7, 11, 14]. Szanecki W. și coaut. (2017) au prezentat un caz de LV având dimensiunile și greutatea cele mai mari descrise în literatură - 23 cm și 6.6 kg [10].

Vom menționa că numai în unele publicații diagnosticul preventiv al LV a fost stabilit preoperator [2, 3, 6]. În literatură sunt prezentate doar cazuri unice de asociere a LV cu alte tumori din această zonă (angiofibrom celular, miom) [4, 10]. Este necesar de a diferenția LV de chisturile glandei Bartholin și canalului Nuck de herniile inghinale [2, 6, 9].

Există rapoarte referitoare la utilizarea USG [3, 5, 7, 9, 11, 13, 14], tomografiei computerizate (TC) [13] și imagisticii prin rezonanță magnetică (IRM) [8, 11, 12, 16] în diagnosticul preoperator al LV. La USG, lipomul vulvar se vizualizează ca o formațiune uniformă, ecogenă, lobulară [3, 5, 7, 9, 11, 13, 14], iar prin datele dopplerografiei a fost stabilită lipsa fluxului sangvin în ea [3]. La tomografia computerizată, LV apare ca o formațiune incapsulată cu densitatea caracteristică țesutului adipos [13]. Datele IRM (T2W) pentru LV indică prezența unei formațiuni omogene cu o intensitate caracteristică țesutului subcutanat. În regimul supresiei țesutului adipos se înregistrează o suprimare a formațiunii tumorale [8, 11, 12, 16]. În cazul LV, utilizarea TC și IRM după părerea unor autori permite: (1) a stabili caracteristicile țesutului tumoral; (2) a evidenția prevalența tumorii; și (3) a determina raportul dintre tumoră și țesuturile adiacente [11-13]. Reda A, Gomaa I. (2018) consideră utilă combinarea USG și IRM, care trebuie considerate metodele cele mai indicate în diagnosticul preoperator al LV [11].

Tabelul 2. Caracteristica generală a cazurilor pacientelor adulte cu LV, publicate în literatura de specialitate din străinătate (aa. 2007-2019)

№ d/o	Autorul, anul	Vârsta (ani)	Dimensiunile tumorii (cm)	Metodele imagistice de investigație	Localizarea	Unilaterala	Termenul de supraviețuire (luni), Recidivă (+/-)
#1	Sherer DM. et al. (2007)	86	15x10x3.5	USG	LM	dreapta	NR
#2	Arsenovic NN. et al. (2009)	26	8x5.5x4.5	NR	LM	dreapta	24(-)
#3	Boufettal H. et al. (2012)	36	19x8	USG	LM	stânga	18 (-)
#4	Nunes C. et al. (2013)	51	13	-	LM	dreapta	NR
#7	Coronil-Belloso P. et al. (2013)	46	18.1	USG	LM	dreapta	NR
#8	Jayi S. et al. (2014)	27	6	IRM	LM	stânga	NR
#9	Rodrigues G. et al. (2017)	30	6.2x5.6	USG	LM	stânga	24 (-)
#10	Szanecki W. et al. (2017)	64	20x31x23	TC	LM	dreapta	NR
#11	Reda A. et al. (2018)	43	15	USG + IRM	LM	dreapta	NR
#12	Li S. et al. (2019)	25	18x8.5x3	USG + IRM	LM	dreapta	3 (-)

USG – ultrasonografie, IRM – imagistică prin rezonanță magnetică, TC – tomografie computerizată, NR – nu este raportat, LM – labia mare

Tratamentul chirurgical este metoda de elecție în LV. Principiul de bază în tratamentul acestei patologii este excizia (enuclearea) tumorii în limita țesutului sănătos fără încălcarea integrității acesteia [2-15]. În acest aspect, vom menționa că enuclearea radicală nu prezintă dificultăți tehnice, date fiind particularitățile structurale ale acestor tumori.

În varianta clasică, LV macroscopic prezintă o formațiune incapsulată, în secțiune – de culoare galbenă, lobulată. La examenul histologic se determină celule adipoase mature (adipocite) care sunt separate prin țesut conjunctiv [2-16]. În opinia lui Heller DS. (2015), apariția morfologică a LV este ca și cea a țesutului lipid [1]. Într-un șir de studii în cadrul descrierilor morfologice se indică lipsa focarelor de necroză, hemoragiilor și a componentului de sarcomatoză [3, 5, 8]. La rândul lor Li S. și coaut. (2019), în cadrul unui studiu histologic al LV, au descris porțiuni de necroză și depozite de calciu [12]. Trebuie menționat că pot exista și alte variante histologice ale LV care includ: (1) adenolipom; (2) angiolipom; (3) lipom pleomorf și (4) fusiform [14]. Nu există date despre malignizarea LV, totuși, trebuie efectuată diferențierea acestora cu liposarcomul perineului [8, 14, 9]. Prognosticul tratamentului LV este satisfăcător, totodată în literatura de specialitate n-a fost publicat nici un caz de recidivă al acestei maladii după intervenția chirurgicală durată supraviețuirii de la 3 până la 24 luni [2, 4-6, 9, 12]

Concluzii

Așadar, lipomul vulvar se referă la una dintre cele mai rare tumori ale organelor genitale feminine externe. Excizia LV cu păstrarea integrității tumorii (R0 rezecție) este

metoda optimală de tratament care asigură un rezultat cosmetic eficient, fără recidivare.

Bibliografie

- Heller DS. *Benign tumors and tumor-like lesions of the vulva*. Clin Obstet Gynecol. 2015;58(3):526-35.
- Agarwal U, Dahiya P, Sangwan K. *Vulvar lipoma: a rare occurrence*. Arch Gynecol Obstet. 2004;270(1):59-60.
- Sherer DM, Gorelick C, Wagreich A, Lee YC, Serur E, Zigalo A, Abulafia O. *Sonographic findings of a large vulvar lipoma*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007;30(5):786-7.
- Arsenovic NN, Abdulla K, Terzic M, Reed M. *Synchronous presence of cellular angiofibroma and lipoma in vulvoinguinal region: a unique case report*. Am J Dermatopathol. 2009;31(5):468-71.
- Boufettal H, Hermas S, Fareh M, Mahdaoui S, Noun M, Ezzoubi M, Samouh N. *Vulvar lipoma*. Ann Dermatol Venereol. 2012;139(6-7):506-7.
- Nunes C, Oliveira V, Ribeiro J. *Vulvar lipoma: a rare diagnosis*. Acta Med Port. 2013;26(1):70.
- Coronil-Belloso P, Fariña-Pérez LA, Picurelli-Oltra L, Perán-Teruel M, Lorenzo-Lorenzo D, Ares-Rodríguez X, Rojas-Elio JD, Paniagua JC. *Large vulvar lipoma*. Actas Urol Esp. 2013;37(9):594-5.
- Jayi S, Laadioui M, El Fatemi H, Fdili FZ, Bouguern H, Chaara H, Laamarti A, Melhouf MA. *Vulvar lipoma: a case report*. J Med Case Rep. 2014;8:203.
- Rodrigues G., Chandramouli M., Tejaswy K., Shetty D. *Giant lipoma of the left labium majus: a clinical diagnostic challenge*. J Gynecol Surg. 2017;33(5):212-214.
- Szanecki W, Golonka A, Pajak J, Karcz K,

- Wróblewska-Czech A, Witek A, Marszałek A, Madry R, Markowska J. *Two unusual cases: vulvar lipoma – description of the largest case in literature. Developing myoma with the longest pedicle.* Eur J Gynaecol Oncol. 2017;38(2):286-289.
11. Reda A, Gomaa I. *Vulvar lipoma: a case report.* Rev Bras Ginecol Obstet. 2018;40(10):647-649.
 12. Li S, Haag T, McWhorter J, Ge L, Carlan SJ. *Unilateral giant vulvar lipoma with fat necrosis not visualized on magnetic resonance imaging (MRI).* Am J Case Rep. 2019;20:1760-1764.
 13. Lee JH, Chung SM. *Large vulvar lipoma in an adolescent: a case report.* J Korean Med Sci. 2008;23(4):744-6.
 14. Józwick M, Kołodziejczak M, Klonowska-Dziatkiewicz E, Józwick M. *Giant vulvar lipoma in an adolescent girl: a case study and literature review.* J Pediatr Adolesc Gynecol. 2014;27(5):e117-9.
 15. Oh JT, Choi SH, Ahn SG, Kim MJ, Yang WI, Han SJ. *Vulvar lipomas in children: an analysis of 7 cases.* J Pediatr Surg. 2009;44(10):1920-3.
 16. Numajiri T, Nishino K, Sowa Y, Konishi K. *Congenital vulvar lipoma within an accessory labioscrotal fold.* Pediatr Dermatol. 2011;28(4):424-8.
 17. Aust MC, Spies M, Kall S, Gohritz A, Boorboor P, Kolokythas P, Vogt PM. *Lipomas after blunt soft tissue trauma: are they real? Analysis of 31 cases.* Br J Dermatol. 2007;157(1):92-9.