

LEIOMIOMUL PARAZITAR

Ana Mişina, dr. în med.,

Secția Ginecologie Chirurgicală, Institutul de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Ocrotirii Sănătăţii Mamei şi Copilului, Chişinău, Moldova

Introducere

Leiomiomul parazitar (LP) sau leiomiom extra-uterin, „pribeg” pentru prima dată a fost publicat de Kelly H.A. şi Cullen T.S. în 1909 ca “miom care parţial sau totalmente este separat de uter şi se vascularizează din alte surse a organelor cavităţii abdominale şi spaţiului retroperitoneal”. LP este o maladie destul de rară şi în literatura anglo-saxonă sunt descrise numai cazuri rare sau serii mici de pacienţi [1,2].

Ca regulă în patogeneza apariţiei LP sunt prezente două mecanisme. În primul rând LP poate fi analizat ca o variantă rară a miomului subseros pe picioruş, care treptat îşi pierde legătura cu uterul şi se alimentează cu sânge din alte surse. În al doilea rând, rata apariţiei LP în literatura anglo-saxonă este datorată faptului efectuării miomectomiilor sau histerectomiilor laparoscopice cu aplicarea marcelatoarelor [3,4,5,6,7,8,9]. Luând în vedere acest fapt unii autori [2,7] consideră LP ca un moment de implantare sau “iatrogenie”. Există şi un al treilea mecanism potenţial de apariţie a LP – ca rezultat a metaplasziei celulelor mezenchimale a peritoneului [10,11]. Deosebirea caracteristică a LP este prezenţa, ca regulă, a nodulului solitar de dimensiuni mari, iar în cazurile de diseminare a leiomiomatozei peritoneale se observă o multitudine de noduli mici care se aseamănă cu canceromatoza peritoneală [11].

Este stabilit faptul că LP apare în diferit timp după prima intervenţie chirurgicală care poate fi de la câteva luni până la câţva ani, aşa în studiile efectuate de Kho K.A., Nezhat C. (2009) durata medie de apariţie a LP a constituit 75 (de la 2 până 204) luni [1].

Majoritatea cazurilor de apariţie a LP este la femeile de vârstă reproductivă [12,13], dar totuşi sunt publicate cazuri sporadice de apariţie a LP la pacienţele în postmenopauză [14].

Manifestări clinice

Tabloul clinic a LP nu este caracteristic şi ocupă un diapazon destul de larg, de la manifestări asimptomatice până la cele complicate [7,15].

Cel mai des se întâlnesc durerile abdominale [1], mărirea abdomenului şi disconfort [16], prezenţa unei mase palpabile, dizurie [13]. Printre complicaţiile LP sunt descrise: sindromul pseudo-Meig’s [17], torsiunea tumorii [18], compresia ureterelor [15], hemoragii în tractul digestiv [19].

În literatura de specialitate este descris un caz de LP asociat cu creşterea nivelului de CA-125, ceea ce necesită o diferenţiere cu tumorile maligne [16].

Localizarea

După datele literaturii localizarea LP poate fi destul de variabilă, ea poate fi situată în diferite regiuni a cavităţii abdominale, spaţiului retroperitoneal şi peretelui abdominal anterior. Cea mai mare serie de pacienţi cu LP (n=12) a fost descrisă în literatură de Kho K.A., Nezhat C. (2009) care au menţionat faptul că în majoritatea cazurilor (93%) tumorile au fost localizate în bazinul mic, inclusiv spaţiul retroperitoneal, aproape jumătate din tumori erau localizate de-a lungul tractului digestiv (fig. 1) şi numai într-un caz leiomiomul se situa în regiunea superioară a abdomenului. Actualmente sunt descrise diverse localizări a LP: în spaţiul subdiafragmal [20], spaţiul subhepatic [21], omentul mare [5], ileon [19], mezoul sigmei [1,5,22], apendicele vermicular [1], spaţiul retroperitoneal [1,15], spaţiul paravezical [1], spaţiul Douglas [1,7], ligamentul lat şi rotund al uterului, suprafaţa ovarelor [23], septul recto-vaginal [1], bontul vaginal [7], canalul inghinal [1,24].

În cazul situaţiei LP în peretele abdominal anterior se menţionează plasarea lor în locurile caracteristice inciziilor troacarelor [3,21,25] şi miniparotomiilor [6]. Totodată în literatură sunt descrise cazuri unice de apariţie a LP fără intervenţii chirurgicale în anamneză [1,12].

Dimensiunile LP sunt destul de variabile şi constituie de la 1 cm până la 18 săptămâni graviditate [13,26].

Diagnosticul

Cele mai utile şi informative metode de diagnosticare a LP sunt ultrasonografia, tomografia computerizată (fig. 2) şi rezonanţa magnetică [6,27].

Metode de tratament

Tratamentul LP depinde de localizare, dimensiunile tumorii, implicarea organelor adiacente în proces şi volumul intervenţiei chirurgicale suportate în antecedente. În majoritatea cazurilor LP se înlăturau prin laparoscopie repetată [5,12,14,21,22,28,29] sau laparotomie [4,13]. Ca regulă, volumul intervenţiei chirurgicale este limitat prin înlăturarea LP şi efectuarea histerectomiei în caz de miom uterin [26], şi numai în cazuri de excepţie se efectuau rezecţii de intestine cu anastomoză [8,19].

Diagnosticarea corectă a LP este bazată pe studiul histologic standard şi examen imunohistochimic (desmin, actin a fibrelor musculare netede) [22,23]. În cazul localizării LP în peretele abdominal anterior este necesară diferenţierea acestuia cu desmoidele (fibromatoză agresivă) cu aplicarea studiului imunohistochimic la b-catenin [6].

În cazurile reviziei intraoperatorii au fost stabilite următoarele surse de vascularizare a LP inclusiv vasele mezoului, parametruului, spațiului retroperitoneal și vasele iliace [13].

În cazul înlăturării LP situate în peretele abdominal anterior se utilizează materiale sintetice de restaurare a fasciei [6].

Actualmente, principala sursă de profilaxie a LP este revizia adecvată a cavității abdominale cu înlăturarea tuturor fragmentelor de tumoră (inclusiv lavajul masiv a cavității abdominale) după marcelare [1].

Concluzii. Analiza datelor literaturii demonstrează că LP apare cel mai des la pacientele de vârstă fertilă, dar totuși sunt descrise cazuri de apariție a acestei maladii la pacientele în postmenopauză. Cel mai des LP apare în cazul efectuării intervențiilor chirurgicale în legătură cu miomul uterin (miomectomii, histerectomii) însă sunt descrise și cazuri de apariție a LP spontane. LP poate fi situat în toate locurile cavității abdominale și spațiului retroperitoneal. Metoda de elecție în tratamentul LP este cel chirurgical – înlăturarea deplină a tumorii. Recidivarea LP este un fapt destul de rar.



Fig. 1. Leiomiom parazită a mezoului intestinului subțire (caz propriu).

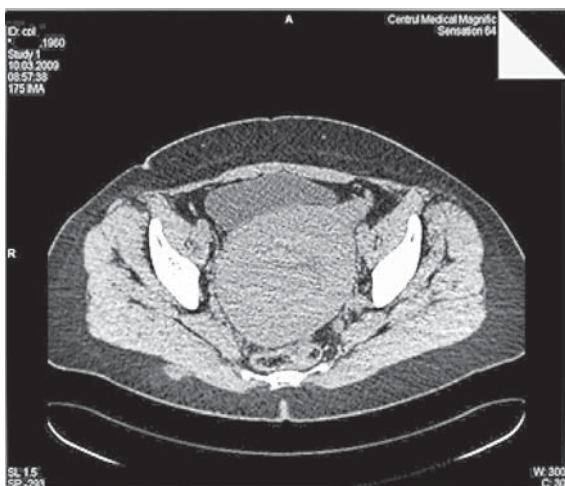


Fig. 2. Tomografie computerizată: În cavitatea abdominală formațiune solidă (caz propriu).

Bibliografie

1. Kho K.A., Nezhat C. *Parasitic myomas*. *Obstet Gynecol.* 2009; 114(3):611-5.
2. Nezhat C., Kho K. *Iatrogenic myomas: new class of myomas?* *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(5):544-50.
3. Moon H.S., Koo J.S., Park S.H., Park G.S., Choi J.G., Kim S.G. *Parasitic leiomyoma in the abdominal wall after laparoscopic myomectomy*. *Fertil Steril.* 2008;90(4):1201.e1-2.
4. Kumar S., Sharma J.B., Verma D., Gupta P., Roy K.K., Malhotra N. *Disseminated peritoneal leiomyomatosis: an unusual complication of laparoscopic myomectomy*. *Arch Gynecol Obstet.* 2008 ;278(1):93-5.
5. Epstein J.H., Nejat E.J., Tsai T. *Parasitic myomas after laparoscopic myomectomy: case report*. *Fertil Steril.* 2009;91(3):932.e13-4.
6. Wada-Hiraike O., Yamamoto N., Osuga Y., Yano T., Kozuma S., Taketani Y. *Aberrant implantation and growth of uterine leiomyoma in the abdominal wall after laparoscopically assisted myomectomy*. *Fertil Steril.* 2009;92(5):1747.e13-5.
7. Larrain D., Rabischong B., Khoo C.K., Botchorishvili R., Canis M., Mage G. *“Iatrogenic” parasitic myomas: unusual late complication of laparoscopic morcellation procedures*. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17(6):719-24.
8. Aust T., Gale P., Cario G., Robertson G. *Bowel resection for iatrogenic parasitic fibroids with preoperative investigations suggestive of malignancy*. *Fertil Steril.* 2011 Jul;96(1):e1-3.
9. Cucinella G., Granese R., Calagna G., Somigliana E., Perino A. *Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? Description of four cases*. *Fertil Steril.* 2011;96(2):e90-6.
10. Vaquero M.E., Magrina J.F., Leslie K.O. *Uterine smooth-muscle tumors with unusual growth patterns*. *J Minim Invasive Gynecol.* 2009 May-Jun;16(3):263-8.
11. Al-Talib A., Tulandi T. *Pathophysiology and possible iatrogenic cause of leiomyomatosis peritonealis disseminata*. *Gynecol Obstet Invest.* 2010;69(4):239-44.
12. Ono M., Inoue Y., Yokota M., Uehara I., Kamijo S., Hattori Y., Kurahashi T., Shimada T., Nakagawa H. *Abdominal wall leiomyoma in a reproductive age woman without antecedent pelvic surgery*. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010;151(2):225-6.
13. Phupong V., Darojn D., Ultchaswadi P. *Parasitic leiomyoma: a case report of an unusual tumor and literature review*. *J Med Assoc Thai.* 2003;86(10):986-90.
14. Hwang J.H., Modi G.V., Jeong Oh. M., Lee N.W., Hur J.Y., Lee K.W., Lee J.K. *An unusual presentation of a severely calcified parasitic leiomyoma in a postmenopausal woman*. *JSLs.* 2010;14(2):299-302.
15. Zaitoon M.M. *Retroperitoneal parasitic le-*

leiomyoma causing unilateral ureteral obstruction. J Urol. 1986;135(1):130-1.

16. Ghamande S.A., Eleonu B., Hamid A.M. *High levels of CA-125 in a case of a parasitic leiomyoma presenting as an abdominal mass*. Gynecol Oncol. 1996;61(2):297-8.

17. Berhan Y., Isehak A., Legesso S., Tsegaye B. *Pseudo-Meig's syndrome: parasitic leiomyoma with ascites in a 52-year old lady*. Ethiop Med J. 2003;41(4):363-6.

18. Brieger G.M., MacGibbon A.L., Peat B.P. *Torsion of a parasitic fibroid*. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1995;35(2):224-5.

19. Rader J.S., Binette S.P., Brandt T.D., Sreekanth S., Chhablani A. *Ileal hemorrhage caused by a parasitic uterine leiomyoma*. Obstet Gynecol. 1990;76(3 Pt 2):531-4.

20. Sinha R., Sundaram M., Mahajan C., Sambhus A. *Multiple leiomyomas after laparoscopic hysterectomy: report of two cases*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(1):123-7.

21. Paul P.G., Koshy A.K. *Multiple peritoneal parasitic myomas after laparoscopic myomectomy and morcellation*. Fertil Steril. 2006;85(2):492-3.

22. Odofin O., Nasir N., Satyadas T., Lower A.M., Akle C. *An unusual case of ectopic or "parasitic" leiomyoma excised by laparoscopic surgery*. Int Surg. 2004;89(3):161-3.

23. Roue A., Laboisie C., Winer N., Darnis E., Bouquin R., Lopes P., Philippe H.J. *Extra-uterine pelvic leiomyoma: diagnosis and practical management*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2007;36(4):403-8.

24. Al Manasra A.R., Malkawi A.S., Khammash M.R. *Parasitic leiomyoma. A rare cause of inguinal mass in females*. Saudi Med J. 2011;32(6):633-5.

25. Thian Y.L., Tan K.H., Kwek J.W., Wang J., Chern B., Yam K.L. *Leiomyomatosis peritonealis disseminata and subcutaneous myoma--a rare complication of laparoscopic myomectomy*. Abdom Imaging. 2009;34(2):235-8.

26. Kang W.D., Kim S.M., Kim Y.H., Choi H.S. *Three isolated, large retroperitoneal leiomyomas*. Arch Gynecol Obstet. 2009;280(3):499-501.

27. Fasih N., Prasad Shanbhogue A.K., Macdonald D.B., Fraser-Hill M.A., Papadatos D., Kielar A.Z., Doherty G.P., Walsh C., McInnes M., Atri M. *Leiomyomas beyond the uterus: unusual locations, rare manifestations*. Radiographics. 2008;28(7):1931-48.

28. Sinha R., Hegde A., Mahajan C. *Parasitic myoma under the diaphragm*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(1):1.

29. Takeda A., Mori M., Sakai K., Mitsui T., Nakamura H. *Parasitic peritoneal leiomyomatosis diagnosed 6 years after laparoscopic myomectomy with electric tissue morcellation: report of a case and review of the literature*. J Minim Invasive Gynecol. 2007;14(6):770-5.

Rezumat

În acest articol este descrisă o maladie rară ginecologică – leiomiomul parazitar. Autorul prezintă datele literaturii despre patogeneză, localizare și metodele de tratament a patologiei date.

Summary

This article is dedicated to a rare gynecologic pathology – parasitic leiomyoma. Author gives literatures data about pathogenesis, locations, methods of diagnostic and treatment of this pathology.

Резюме

В статье описана редкая гинекологическая патология – паразитарная лейомиома. Автор приводит данные литературы о патогенезе, локализации, методах диагностики и лечения данной патологии.

EVOLUȚIA CLINICĂ, DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SARCINII EXTRAUTERINE

Ludmila Tihon, medic-ginecolog IMSP CNȘPMU, Catedra Obstetrică Ginecologie, FEMCMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Actualitatea temei

Sarcina extrauterină reprezintă una din urgențele obstetrico-ginecologice, care impune medicinei contemporane probleme complexe de diagnostic precoce și tratament oportun al acestei stări patologice. Sarcina ectopică este una dintre cauzele principale de deces matern în multe țări dezvoltate, riscul fiind de 10 ori mai mare decât prin avort [1,3,6].

În ultimul deceniu în literatura de specialitate se menționează o ascensiune bruscă a morbidității în urgențele ginecologice și o incidență crescută a sarcinii extrauterine. Aceasta se datorează atât majorării numărului factorilor etiopatogenetici cât și ameliorării posibilităților de diagnostic. Sarcina ectopică marchează primul loc în morbiditatea patologiilor urgente ginecologice constituind până la 47% din acestea. Incidența în general este variabilă în dependență de zona geografică, factorii climaterici, factorii economico-sociali etc. și reprezintă 0,5-1% din totalul nașterilor [1].

Creșterea gradului de urbanizare, scăderea vârstei de debut a vieții sexuale, incidența sporită a infecțiilor specifice și clamidiozei are un impact nefavorabil