

LEIOMIOMATOZA UTERINĂ DIFUZĂ

Ana Mișina – dr. în med.

Secția ginecologie chirurgicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău,
Republica Moldova

GSM: 079456357, E-mail: anna_mishina@mail.ru

Rezumat

Leiomiomatoza uterină difuză (LUD) este o patologie benignă întâlnită foarte rar. Autorul descrie datele proprii, revista literaturii, metodele de diagnostic și tratament al acestei maladii.

Cuvinte-cheie: leiomiomatoză uterină difuză, operații organoamenajante, histerectomie

Summary. Diffuse leiomyomatosis of the uterus

Diffuse uterine leiomyomatosis (DUL) is a rare benign pathology. Author present personal data, the review of the literature, methods of diagnostic and treatment of this rare entity.

Key words: diffuse uterine leiomyomatosis, organ preserving operation, hysterectomy

Резюме. Диффузный лейомиоматоз матки

Диффузный лейомиоматоз матки (ДЛМ) относится к редким доброкачественным новообразованиям. Автор приводит свои собственные наблюдения, обзор литературы, методы диагностики и лечения данного заболевания.

Ключевые слова: диффузный лейомиоматоз матки, органосохраняющие операции, гистерэктомия

Introducere

Leiomiomatoza uterină difuză (LUD) este o patologie benignă rară care se manifestă prin mărirea simetrică a uterului ca rezultat a înlocuirii miometrului cu noduli miomatoși care se contopesc între ei [1,2,3,4]. Până în prezent în literatura de specialitate anglo-saxonă au fost descrise aproape 50 de cazuri de LUD, în majoritatea raporturilor clinice unice sau serii mici de cazuri [1-19]. Patogeneza LUD definitiv nu este stabilită, iar metodele de tratament al acestei maladii până în prezent nu este standardizată [5].

Scopul acestui studiu a fost de a analiza cazurile de LUD în caz de operații organoamenajante (miomectomii) pentru miom uterin.

Material și metode

S-a efectuat analiza retrospectivă a bazei de date la 373 operații organoamenajante (miomectomii) în caz de miom uterin simptomatic, efectuate în secția ginecologie chirurgicală al Institutului Mamei și Copilului pe parcursul aa. 1994-2012. Indicațiile principale pentru intervenția chirurgicală au fost: creștere rapidă – 74 (19,83%), dizurie – 5 (1,34%), metroragii – 118 (31,63%), pregătire pentru IVF – 3 (0,8%), sindrom dolic – 122 (32,7%), sterilitate – 51 (13,7%). Pentru determinarea LUD au fost folosite criteriile descrise recent în literatură [1,2]: (1) noduli miomatoși multipli ce se contopesc între ei de dimensiuni mici (0.5-3 cm); (2) implicarea totală a miometrului; (3) mărirea simetrică a dimensiunilor uterului.

Rezultate și discuții

În studiul nostru frecvența LUD a constituit 3/373 (0,8%). Caracteristica generală a pacientelor este pre-

zentată în **tabelul 1**. Vârsta lor a variat de la 30 până la 44 de ani, în mediu fiind de 37,1±4,1 ani (95% CI:19,61–54,39). Simptomele principale a LUD au fost: metroragii (n=3), dureri în regiunea inferioară a abdomenului (n=2) și creșterea progresivă a miomului (n=2).

Tabelul 1

Caracteristica generală a pacientelor cu LUD

#	Vârsta (ani)	Dimensiunile uterului (săptămâni)	Simptomatologia	Rezultatul histologic
# 1	44	12	metroragii	leiomiom multiplu
# 2	30	20	metroragii + sindrom dolic + creșterea miomului	leiomiom multiplu
# 3	37	22	metroragii + sindrom dolic + creșterea miomului	leiomiom multiplu

Diagnosticul radiologic preoperator (**Fig. 1**) și revizia intraoperatorie în toate cazurile a stabilit mărirea simetrică a uterului (**Fig. 2**), iar la examinarea macro-preparatelor înlăturate s-au stabilit criteriile specifice pentru LUD (**Fig. 3,4**). În toate trei cazuri a fost efectuată histerectomie subtotală fără anexe cu o perioadă postoperatorie favorabilă. Supravegherea pacientelor în perioada postoperatorie a constituit 54.7±21.7 luni (de la 19 până la 94), într-un caz s-a depistat dezvoltarea leiomiomatozei difuze a cavității abdominale, ce a necesitat intervenție chirurgicală repetată (intervenție citoreductivă).



Fig. 1. Rezonanță magnetică nucleară: uter mărit în dimensiuni cu multipli noduli miomatoși de diversă densitate (cazul #3)

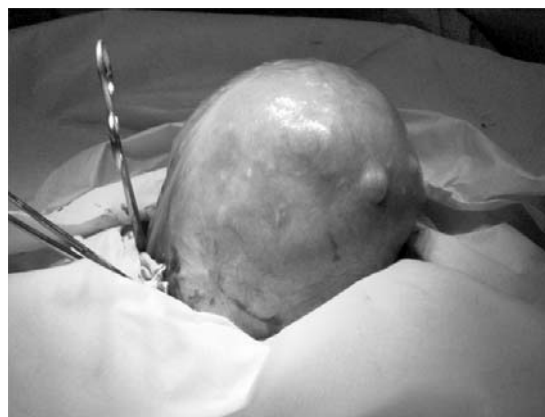


Fig. 2. Poză intraoperatorie: uter miomatos mărit difuz cu noduli unici pe seroasa uterului (cazul #2)

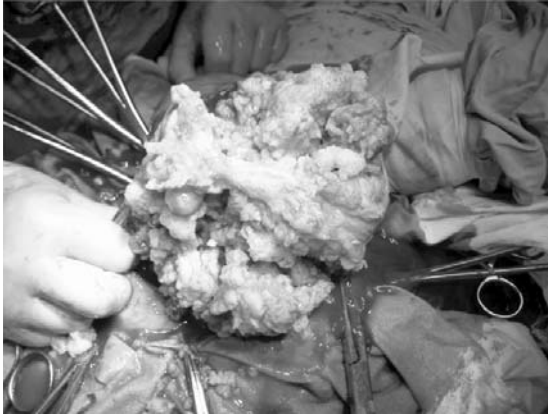


Fig. 3. Leiomiomatoză uterină difuză: poză intraoperatorie (cazul #3)

Discuții

Leiomiomul uterin este o tumoare benignă care se întâlnește cel mai des la femeile de vârstă fertilă și se caracterizează cu o creștere destul de diversă (de la noduli unici până la metastazare în pulmoni sau dezvoltarea leiomiomatozei intravenoase) [6]. În acest context LUD se referă la cele mai nefavorabile forme de leiomiom uterin, ținând cont de complicațiile expuse mai sus.

În majoritatea cazurilor acest proces se limitează cu uterul, totodată fiind descrise cazuri unice de implicare în proces a parametrelor, ligamentelor rotunde, ovarelor și mezocolonului [5,7]. În unele cazuri se dezvoltă leiomiomatoză peritoneală diseminată [6], ceea ce am întâlnit și noi în seria pacientelor cu LUD.

LUD se întâlnește la pacientele în vârstă de la 30 până la 40 ani [1,3,4,8,9,10,11], totodată sunt descrise cazuri unice ale acestei patologii întâlnită la copii (16 ani) [12].

Principalele manifestări clinice a LUD sunt: sindromul dolo, hemoragii uterine disfuncționale, dismenoree, mărirea volumului uterului, sterilitate, sindromul compresiei pelvine [3,4,12,13].

În același rând trebuie menționat faptul, că sunt descrise cazuri de sarcină la termen în LUD, însă practic la toate pacientele s-au constatat hemoragii atonice postpartum, ce au necesitat efectuarea histerectomiei subtotale [14,15].

Pentru diagnosticarea LUD sunt propuse metode radiologice de investigare – tomografie computerizată (TC) și rezonanța magnetică nucleară (RMN), deoarece examenul ultrasonografic transabdominal și transvaginal nu permite de a primi o informație amplă despre diversitatea localizării nodulilor miomatoși [6]. RMN se utilizează și pentru controlul schimbărilor în nodulii miomatoși și în miometrul restant după intervenții endovasculare – embolizarea arterelor uterine (EAU) [8,9,11].

Metodele de tratament a LUD nu sunt standardi-



Fig. 4. Macropreparatul uterului înlăturat: leiomiomatoză uterină difuză (cazul #2)

zate, fapt ce ține cont de raritatea cazurilor întâlnite al acestei maladii [4,12]. Este de menționat că LUD nu se supune tratamentului hormonal [16]. Dar totuși, Purohit R. și coaut., (2011) au descris un caz de tratament a LUD cu aplicarea analogilor GnRH (GnRHa; leuprolide acetate) 3.75 mg/lună în decurs de 6 luni cu graviditate ulterioară fiziologică, ce s-a terminat cu operație cezariană la 39 săptămâni de sarcină.

În majoritatea cazurilor descrise în literatura de specialitate, în LUD tradițional se efectuează histerectomie subtotală (prin abord laparotomic sau laparoscopic) [1,3,4,5,6,12,13,17].

Din punct de vedere tehnic efectuarea miomectomiei în caz de LUD este practic imposibilă deoarece lipsește țesut miometral normal, din cauza numărului enorm de mare a nodulilor miomatoși cu diverse dimensiuni și imposibilității înlăturării lor adecvate (R0 rezecție) [2,17]. Mai mult ca atât, LUD la secțiune foarte des se poate confunda cu o tumoră malignă (leiomiosarcoma) [6,12]. Totodată Fedele L. și coaut. (2004) au descris două cazuri de miomectomie „extremală” cu înlăturarea unei porțiuni destul de mari de miometru cu restabilirea ciclului menstrual normal.

În calitate de alternativă pentru histerectomie subtotală în caz de LUD se examinează procedura de embolizare a arterelor uterine (EAU) [8,9,11]. S-a demonstrat că după EAU se micșorează dimensiunile uterului din cauza infarctelor nodulilor miomatoși, mărirea volumului miometrului normal, lipsa sindromului dolo și a hemoragiilor disfuncționale cu păstrarea funcției ovariene normale [8,9]. Ineficacitatea EAU s-a stabilit numai într-un caz și a necesitat efectuarea histerectomiei subtotale [11]. O problemă care rămâne discutabilă este influența EAU la funcția fertilă [8], în literatură este descrisă o singură amintire despre survenirea gravidității peste 5 luni după embolizare [9].

Sunt descrise cazuri sporadice de tratament combinat a LUD cu aplicarea histeroscopiei (rezecția

maximală a nodulilor submucoși cu “modelarea” cavitații uterine) și a analogilor GnRH, ce pe parcurs a contribuit la apariția sarcinii [18,19].

Din punct de vedere a histopatologiei LUD este identic leiomiomului uterin și se prezintă prin celule musculare netede benigne cu o activitate mitotic joasă (≈ 2 mitoze/50 HPF) și lipsa necrozei, hemoragiilor și schimbărilor degenerative [1,5,6,12,13,14]. La examenul imunohistochimic celulele tumorii sunt pozitive la estrogen, progesteron, desmin, actin și vimentin [14].

Concluzii

LUD este o variantă rară a leiomiomului uterin și tratamentul ei până în prezent nu este standardizat. Mai mult ca atât LUD trebuie considerată ca o variantă de conversie din operațiile organoamenajante (miomectomii) în histerectomie subtotală din cauza imposibilității efectuării miomectomiei adecvate.

Bibliografie

- Clement P.B., Young R.H. *Diffuse leiomyomatosis of the uterus: a report of four cases*. Int J Gynecol Pathol. 1987;6(4):322-30.
- Fedele L., Zamberletti D., Carinelli S., Motta T., Candiani G.B. *Diffuse uterine leiomyomatosis*. Acta Eur Fertil. 1982;13(3):125-31.
- Mulvany N.J., Ostör A.G., Ross I. *Diffuse leiomyomatosis of the uterus*. Histopathology. 1995;27(2):175-9.
- Coskun A., Ozdemir O., Vardar M.A., Kiran G., Arıkan D., Ersoz C. *A case with diffuse uterine leiomyomatosis and review of the literature*. Clin Exp Obstet Gynecol. 2008;35(3):227-30.
- Robles-Frías A., Severín C.E., Robles-Frías M.J., Garrido J.L. *Diffuse uterine leiomyomatosis with ovarian and parametrial involvement*. Obstet Gynecol. 2001;97(5 Pt 2):834-5.
- Rosica G., Santilli G., Bucari D., Amici B., Bulletti F., Patacchiola F., Spagnoli A., Falcocchio G. *A case of disseminated peritoneal leiomyomatosis and diffuse uterine leiomyomatosis*. Clin Exp Obstet Gynecol. 2011;38(1):84-7.
- Beattie G.J., Williams A.R., Duncan A., Smart G.E. *Diffuse leiomyomatosis of the uterus with local pelvic spread*. Acta Obstet Gynecol Scand. 1993;72(6):492-4.
- Kido A., Monma C., Togashi K., Ueda H., Itoh K., Fujii S., Konishi J. *Uterine arterial embolization for the treatment of diffuse leiomyomatosis*. J Vasc Interv Radiol. 2003;14(5):643-7.
- Koh J., Kim M.D., Jung D.C., Lee M., Lee M.S., Won J.Y., Lee do Y., Park S.I., Lee K.H. *Uterine artery embolization (UAE) for diffuse leiomyomatosis of the uterus: clinical and imaging results*. Eur J Radiol. 2012;81(10):2726-9.
- Purohit R., Sharma J.G., Singh S. *A case of diffuse uterine leiomyomatosis who had two successful pregnancies after medical management*. Fertil Steril. 2011;95(7):2434.e5-6.
- Scheurig C., Islam T., Zimmermann E., Hamm B., Kroencke T.J. *Uterine artery embolization in patients with symptomatic diffuse leiomyomatosis of the uterus*. J Vasc Interv Radiol. 2008;19(2 Pt 1):279-84.
- Pai D., Coletti M.C., Elkins M., Ladino-Torres M., Caoili E. *Diffuse uterine leiomyomatosis in a child*. Pediatr Radiol. 2012;42(1):124-8.
- Lai F.M., Wong F.W., Allen P.W. *Diffuse uterine leiomyomatosis with hemorrhage*. Arch Pathol Lab Med. 1991;115(8):834-7.
- Agarwal K., Madan N.K., Pujani M. *Diffuse leiomyomatosis of the uterus diagnosed during pregnancy with successful vaginal delivery*. Indian J Pathol Microbiol. 2012;55(4):585-6.
- Grignon D.J., Carey M.R., Kirk M.E., Robinson M.L. *Diffuse uterine leiomyomatosis: a case study with pregnancy complicated by intrapartum hemorrhage*. Obstet Gynecol. 1987;69(3 Pt 2):477-80.
- Fedele L., Bianchi S., Zanconato G., Carinelli S., Berlanda N. *Conservative treatment of diffuse uterine leiomyomatosis*. Fertil Steril. 2004;82(2):450-3.
- Lapan B., Solomon L. *Diffuse leiomyomatosis of the uterus precluding myomectomy*. Obstet Gynecol. 1979;53(3 Suppl):82S-84S.
- Shimizu Y., Yomo H., Kita N., Takahashi K. *Successful pregnancy after gonadotropin-releasing hormone analogue and hysteroscopic myomectomy in a woman with diffuse uterine leiomyomatosis*. Arch Gynecol Obstet. 2009;280(1):145-7.
- Yen C.F., Lee C.L., Wang C.J., Soong Y.K., Arici A. *Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management*. Fertil Steril. 2007;88(6):1667-73.