

## MIOM UTERIN CU DEGENERESCENTĂ CALCARĂ

<sup>1</sup> Ana Mişina – dr. în medicină,

<sup>1</sup> Patricia Harea – medic ginecolog,

<sup>2</sup> Vergil Petrovici – dr. în medicină,

<sup>1</sup>Secția ginecologie chirurgicală, <sup>2</sup>Secția patomorfologie, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chişinău, Republica Moldova

GSM: 079456357, E-mail: [anna\\_mishina@mail.ru](mailto:anna_mishina@mail.ru)

### Rezumat

Miomul uterin este cea mai frecventă tumoră benignă uterină și, una dintre cele mai comune afecțiuni din sfera genitală feminină. Miomele cu degenerescență calcară se referă la schimbări degenerative rare legate de dereglarea fluxului sanguin. Autorii prezintă caz clinic propriu, metodele de diagnostic și tratament, în context cu reviu literaturii.

**Cuvinte-cheie:** miom uterin, postmenopauză, degenerescență hialină, degenerescență calcară

### Summary. Calcifying uterine myoma

Uterine myoma is the most common benign tumor of the uterus, and one of the most common disorders of the female genital tract. Calcifying uterine myoma is rare condition which is caused by hemodynamic changes in nodules. Authors present personal case report, methods of diagnosis and treatment in context with review of literature.

**Key words:** uterine myomas, postmenopause, hialin degeneration, calcifying degeneration

### Резюме. Миома матки с кальцификацией

Миома наиболее часто встречаемая доброкачественная опухоль матки. Кальцифицированные миомы относятся к редким дегенеративным изменениям миоматозных узлов связанных с нарушением кровообращения. Авторы представляют собственное наблюдение, методы диагностики и лечения в контексте с обзором литературы.

**Ключевые слова:** миома матки, постменопауза, гиалиновая дегенерация, дегенерация с кальцификацией

### Introducere

Miomul grevează uterul femeii adulte, între 20 și 50 de ani, tumoarea fiind atât de benignă, încât în circa 50% din cazuri evoluează asimptomatic. Miomul uterin este cea mai frecventă tumoare benignă a organelor genitale feminine [1,2,3].

Statistic, cel mai frecvent se întâlnește în perioada reproductivă activă și tardivă, excepțional sub vârsta de 20 de ani și, foarte puține cazuri sunt descrise de miom uterin depistat în perioada postmenopauzală [4,5].

Prezentăm un caz clinic de fibromiom uterin cu degenerescență calcară depistat la o pacientă în perioada postmenopauzală.

### Caz clinic

Pacienta D., cu vârsta de 67 de ani, s-a adresat cu acuze de dureri moderate în regiunea hipogastrică dreaptă, disconfort abdominal. Până la vârsta de 52 de ani a prezentat ciclul menstrual regulat, cu menarhe de la 14 ani, la moment în menopauză de 12 ani, nulipară, fără intervenții chirurgicale ginecologice în anamneză. Nu a administrat careva terapie hormonală pe parcursul vieții.

Examenul clinic ginecologic a pus în evidență prezența uterului miomatos mărit la 12 săptămâni de sarcină, multinodular, cu un nodul subseros din re-

bordul uterin drept cu creștere în parametru, de dimensiuni 6x9 cm, de o mobilitate redusă și o duritate marcată palpator.

Examenul ecografic transvaginal efectuat a depistat uterul miomatos multinodular, cu multipli noduli miomatoși transmurali, de dimensiuni de la 2,5 cm până la 4,5 cm și un nodul miomatos subseros de dimensiuni 8x10 cm cu multiple calcinate.

Tomografia computerizată (TC) a indicat prezența unei formațiuni tumorale solide în cavitatea pelvină compus din multiple calcificări dispuse difuz preponderent periferic, localizată în regiunea parametrului drept (**Fig. 1,2**). Această formațiune a fost descrisă ca un nod miomatos subseros cu degenerescență calcară.

S-a efectuat laparotomie Pfannenstiel, histerectomie subtotală cu anexe. Intraoperator s-a depistat uter miomatos de 12 săptămâni cu multipli noduli miomatoși intramurali și, un nodul subseros intraligamentar 10x8 cm foarte dur la palpare și de o mobilitate redusă (**Fig. 3**). Perioada postoperatorie a decurs fără complicații, pacienta fiind externată la a 6-a zi.

Examenul histopatologic a preparatului înlăturat (**Fig. 4**) a determinat țesut osteogen reticulo-fibros cu aspect pseudotrăbicular pseudolamelar cu proces de ostioliză și mineralizarea matricei osoase în aria nodulului miomatos uterin.



Fig. 1. Tomografia computerizată



Fig. 2. Tomografia computerizată proiecția axială: formațiune tumorală a bazinului mic cu multiple calcinate



Fig. 3. Nod miomatos cu degenerescență calcară

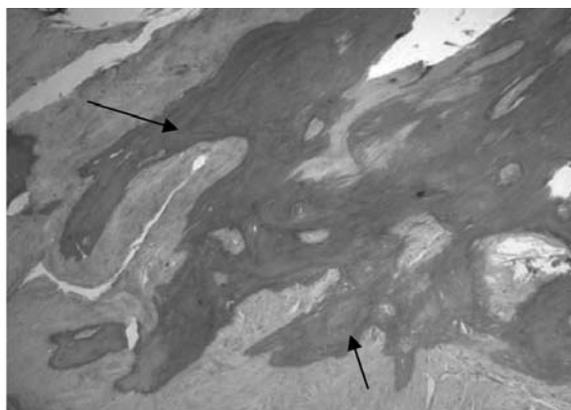


Fig. 4. Examen histologic. Țesut osteogen. H&E

### Discuții

Miomele uterine sunt tumori benigne și se întâlnesc la 20-30% din populația feminină și se manifestă la o vârstă de peste 30 de ani [1,6,7]. Aceste tumori sunt prezentate de țesut muscular neted și conțin o cantitate diversă de țesut conjunctiv [2,3,8]. Majoritatea miomelor regresează după menopauză. Miomul uterin cu degenerescență calcară în perioada de postmenopauză se întâlnește extrem de rar, în astfel de cazuri este foarte dificil de prezis simptomele clinice și descoperirile intraoperatorii [4,5,9,10].

Actualmente sunt descrise diferite forme de degenerescență a țesutului miomatos care este ca o consecință a creșterii rapide a tumorii și reducerii suficiente a circulației sanguine în ea. Acestea includ degenerescență hialinică, chistică, mixomatoasă, calcificare distrofică sau degenerescență roșie [11,12]. Dacă degenerarea hialinică se întâlnește în mai mult de 60% cazuri, atunci degenerescența mixomatoasă se manifestă în 13%, calcificarea în 8%, schimbările mucoide în 6%, degenerarea chistică 4%, degenerescența roșie 3% cazuri [3,6]. Dereglarea circulației sanguine în tumoră cauzată de creșterea acesteia, duce la schimbări

ischemice, hialinizare și depozitari calcare care pot fi difuze sau periferice ceea ce denotă și duritatea excesivă a fibromului. Pe parcursul timpului, odată cu diminuarea fluxului sanguin în tumoră necroza ischemică a țesuturilor în miom se depun fosfat de calciu și carbonat. Calciul se depozitează în diferite cantități, atunci când se situează la periferie se aseamănă cu chisturi calcificate. În alte cazuri în aceste tumori calciul se distribuie neregulat sau difuz [9].

În literatură sunt descrise rare cazuri de fibrom uterin în perioada menopauzală, deoarece creșterea tumorii este considerată hormonal dependentă [6]. Kawamura și coaut. [3] sugerează implicarea altor factori decât cei estrogeni în creșterea fibromului uterin, așa ca “Insulin like growth factor” (IGF), factorul de creștere epidermal. În caz de obezitate în perioada postmenopauzală are loc aromatizarea și conversia androstendionei adrenale în estron care se prezintă ca un trigger în creșterea tumorii [2].

Metoda tradițională de tratament a miomului cu degenerescență calcară este cel chirurgical. Ca regulă, se efectuează laparotomie, histerectomie subtotală sau totală cu anexe. Ultimele decenii, odată cu per-

fecționarea metodelor endoscopice se promovează pe scară largă metoda de înlăturare laparoscopică a acestor tumori [9].

### Concluzii

Miomul uterin este o tumoare cel mai frecvent întâlnită la femeile de vârstă fertilă. După menopauză, în mod obișnuit, mioamele uterine regresează spontan, însă o parte dintre acestea pot să evalueze în continuare, punând problemele de diagnostic diferențial, mai ales, cu cancerul uterin. Prezența miomului uterin în perioada de postmenopauză impune diagnosticul diferențial cu cancerul uterin sau ovarian, iar efectuarea tomografiei computerizate sau rezonanței magnetice și testarea markerilor tumorali va permite individualizarea tratamentului.

### Bibliografie

1. Okamoto T., Koshiyama M., Yamamoto K. *Rapidly growing leiomyoma in a postmenopausal woman*. J Obstet Gynaecol Res. 2004; 30:316–18.
2. Buttram V.C., Jr., Reiter R.C. *Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management*. Fertil Steril. 1981; 36:433–45.
3. Kawamura N., Ito F., Ichimura T., et al. *Transient rapid growth of uterine leiomyoma in a postmenopausal woman*. Oncol Rep. 1999; 6:1289–92.
4. Vollenhoven B.J., Lawrence A.S., Healy D.L. *Uterine fibroids: a clinical review*. Br J Obstet Gynaecol. 1990; 97:285–98.
5. Ueda H., Togashi K., Konishi I. et al. *Unusual appearances of uterine leiomyomas: MR imaging findings and their histopathologic backgrounds*. Radiographics 1999; 19:131-45.
6. Szu-Ying Ho., Kuan-Gen Huang., Kee-Min Yeow1., Shang-Gwo Horng. *Uterine fibroid with calcified rim formation mimicking a fetal head after uterine artery embolization*. Taiwanese J Obstet Gynecol. 2007; 46: 1.
7. Hudelist G., Fouad A., English J. et al. *Calcifying uterine leiomyoma invading the urinary bladder*. Gynecol Surg. 2007; 4:295-97.
8. Persaud V., Arjoon P.D. *Uterine leiomyoma. Incidence of degenerative change and a correlation of associated symptoms*. Obstet Gynecol. 1970; 35:432–36.
9. Jong Ha Hwang, Gazatri V. Modi, Min Jeong Oh. et al. *An unusual presentation of a severely calcified parasitic leiomyoma in a postmenopausal woman*. JSLS. 2010; 14:299-302.
10. Szklaruk J., Tamm EP, Choi H., Varavithya V. *MR imaging of common and uncommon large pelvic masses*. Radiographics 2003; 23:403-24.
11. Prayson R.A., Hart W.R. *Pathologic considerations of uterine smooth muscle tumors*. Obstet Gynecol Clin North Am. 1995; 22:637-57.
12. Murase E., Siegelman E.S., Outwater E.K. et al. *Uterine leiomyomas: histopathologic features, MR imaging findings, differential diagnosis, and treatment*. Radiographics. 1999; 19:1179-97.