

ENDOMETRIOZA DE PERETE ABDOMINAL - PREZENTARE DE CAZ**ABDOMINAL WALL ENDOMETRIOSIS – A CASE REPORT**

*dr Nicolae Buvnariu¹, as.univ.dr. Nicolae Bîgiu², dr. Adrian Maier¹
dr. Călin Cobelschi¹, dr. Lucian Boieriu¹, dr. Radu Cârstocea¹*
Secția Chirurgie II, Spitalul Clinic Județean de Urgență Brașov
Facultatea de Medicină, Universitatea „Transilvania” din Brașov,
Autor corespondent: Nicușor Bîgiu, e-mail: nicusorbgiu@yahoo.com

Abstract:

Abdominal wall endometriosis is a rare clinical entity defined by the existence of endometrial tissue located at the abdominal wall, outside of the peritoneum, especially at the level of the postoperative scars. Preoperative diagnosis is difficult and positive diagnosis is made commonly by histopathological examination. Because the differential diagnosis of this disease includes a wide range of conditions it is important to have in mind some simple directions in order to deal with patients that undergo caesarean sections.

Key-words: wall endometriosis, case report, differential diagnosis

Introducere

Endometrioza este definită de prezența de țesut endometrial glandular și stromal în afara cavității uterine: ovar – cel mai frecvent, peritoneu pelvin, intestin gros, ureter, vezica urinară, etc [2, 11, 12].

Este cea mai comună afecțiune benignă ginecologică asociată cu subfertilitatea sau sterilitatea, putând afecta până la 15% din femeile care prezintă menstruație [11, 12]. Dificultățile și controversile privind etiologia, patogenia, diagnosticul și terapia endometriozei, au atras asupra acesteia termenul de „boală teoriilor” [11].

Localizarea focarelor endometrioze la nivelul țesuturilor moi extraperitoneale și la nivelul peretelui abdominal corespunzător cicatricii postoperatorii (după operație cezariană sau intervenții chirurgicale ginecologice) sunt rare și dificil de diagnosticat preoperator [1, 8, 12, 13, 14].

Operația cezariană este intervenția chirurgicală care implică incizia peretelui uterin anterior pentru extragerea fătului [7], fiind cel mai sigur procedeu capabil să salveze mama și fătul atunci când intervin factori care complică actul nașterii [6]. Frecvența cezarienelor a crescut în timp, atât în țările vestice cât și în

România (12,39% din nașteri în 1998 față de 4,72% din nașteri în 1988) [7]. Operația cezariană reprezintă un progres incontestabil în managementul binomului mamă-făt, dar, în același timp, a deschis un nou capitol de obstetrică modernă și nu numai [7], inclusiv prin prezenta complicațiilor specifice, din care menționăm endometrioza de perete abdominal.

Prezentarea cazului

Pacienta C.F., în vârstă de 31 de ani, din mediul urban, se internează în serviciul nostru (F.O. 6805/27.02.12) pentru: formațiune tumorală dureroasă, la nivelul 1/3 superioare a liniei pubo-ombilicale.

Din antecedentele personale patologice menționăm o operație cezariană efectuată în urmă cu 3 ani.

Pacienta relatează că suferința a debutat în urmă cu aproximativ 2 ani (la aproximativ 1 an de la operația cezariană) cu durere moderată subombilicală, pe linia mediană, unde se percepe palpatoric o formațiune tumorală. Durerile se accentuează în perioada sângerărilor menstruale. Nu se poate stabili o relație între boala actuală și un traumatism sau un efort fizic intens.

Cu suspiciunea clinică de endometrioza de perete abdominal, pacientei i s-a indicat de,

către medicul ginecolog, un tratament hormonal cu Microginon, pe care l-a urmat timp de 1 an, fără întrerupere. Deși nu a anulat simptomatologia, se observă, în acest interval, o reducere a volumului tumorii și o scădere a intensității durerilor. Dar, în această perioadă, pacienta a prezentat irascibilitate, fapt care a interferat cu relațiile interpersonale și a tranșat hotărârea de a urma un tratament chirurgical – extirparea tumorii.

Examenul obiectiv general la internare relevă o pacientă cu stare generală bună, afebrilă, normoponderală. Examenul obiectiv local relevă: în 1/3 superioară a liniei pubo-ombilicale, o tumoră de 6/7 cm, ovoidală, elastică, fără o delimitare netă, dureroasă spontan, durere accentuate de palpare, relativ fixate de structurile musculo-aponevrotice; tegumentele de acoperire apar normale.

Examinările de laborator, EKG-ul și radiosopia pulmonară nu evidențiază modificări patologice.

Ecografia abdominală furnizează următoarele date: uter normal, cu structură omogenă, fără formațiuni chistice ovariene; fără lichid peritoneal. La nivelul peretelui abdominal, pe linia mediană, se evidențiază leziune heterogenă, ovalară, de 4,5/1,9 cm, ce prezintă septuri groase în interior, care delimitează porțiuni solide de porțiuni lichidiene, cu semnal vascular discret periferic în porțiunile solide și la nivelul pseudocapsulei. Concluzia examenului ecografic este de hematom vechi, parțial fibrosat de perete abdominal.

După o pregătire preoperatorie corespunzătoare, se intervine chirurgical în anestezie generală cu intubație orotraheală, prin abord median subombilical. La explorare: subaponevrotic, formațiune tumorală de 5/6 cm, ovoidală, de consistență moale, strâns aderență de mușchiul drept abdominal, respectând peritoneul și grăsimea properitoneală. La incizia tumorii se evacuează o cantitate mică de lichid negricios ciocolatiu. Se practică excizia tumorii, controlul hemostazei, parietorafie anatomică.

Evoluția postoperatorie a fost simplă sub tratament antibiotic, antialgic și local, cu externare a 3-a zi postoperator.

Examenul histopatologic al piesei de exereza arată (macroscopic) un fragment de țesut brun-cenușiu, pe secțiuni de aspect neomogen, cu puncte hemoragice. Examenul

microscopic relevă țesut muscular striat, țesut fibros și adipos cu focare funcționale de endometrioza, cu “fantome” vilozitare, sincițiotrofoblaste și infiltrat hemoragic. Diagnosticul histopatologic este următorul: focare de endometrioza funcționale de sarcină.

Discuții

Endometrioza de perete abdominal este definită de prezența țesutului endometrial la nivelul peretelui abdominal extraperitoneal, mai ales la nivelul cicatricilor postoperatorii (după cezariană, chirurgie uterină, chirurgia trompei uterine) [1, 12, 13, 14].

Peretele abdominal extraperitoneal este o localizare rară, neobișnuită, a endometriozei, apariția sa după operația cezariană și după chirurgia organelor genital interne (la femei), fiind explicate de teoria implantației [11]. Pentru a sublinia legătura strânsă între endometrioza de perete abdominal și intervențiile chirurgicale amintite anterior, unii autori au lansat termenul de endometrioza incizională [14].

Sistemul imun joacă un rol important în patogenia endometriozei și există o similaritate între endometrioza și bolile autoimune. Caracteristicile imune ale celulei endometriozei ectopice pe de o parte și creșterea titrului de autoanticorpi alături de augmentarea funcției celulelor B pe de altă parte, susțin faptul că endometrioza ar fi o suferință autoimună [2, 11].

Endometrioza peretelui abdominal se prezintă clinic ca o formațiune tumorală dureroasă, palpabilă la nivelul său adiacent cicatricii postoperatorii. Durerea are, uneori, evoluție ciclică, asociată cu menstruația [1, 3, 12, 14]. Caracterul ciclic al durerii este prezent la 40% - 73,3% din paciente [1, 9, 14].

Între 0,03% și 1% dintre femeile care au suferit intervenții chirurgicale ginecologice sau obstetricale pot dezvolta endometrioza de perete abdominal, operația cezariană fiind cel mai frecvent implicată [10, 12]. Dificultatea diagnosticului clinic a dus la încercarea de algoritmizare a acestuia, cum ar fi triada descrisă de Esquivel: durere la nivelul cicatricii postoperatorii asociată cu menstrele, istoric de operație cezariană și tumoră la nivelul cicatricii postoperatorii [3].

Vârsta pacientelor diagnosticate cu această afecțiune este cuprinsă între 27,1 și 43 de ani [1, 14]. Intervalul de timp scurs de la

apariția simptomatologiei și prezentarea la medic variază în limite largi: între 8 săptămâni și 6 ani [1, 14]. Dimensiunile tumorilor endometrioze la prezentare variază între 1,94 și 9 cm [4, 9, 14].

Diagnosticul diferențial al endometriozei de perete abdominal este dificil, acesta făcându-se, practic, cu orice formațiune palpabilă cu această localizare: serom, hematom, abces, granulom de corp străin, necroza grăsoasă aseptică, fasceita nodulară, fasceita proliferativă, miozita proliferativă, eventrație ireductibilă, tumori benigne (lipom, mixom, tumori desmoide), tumori maligne (sarcom, liposarcom) tumori metastatice (adenocarcinoame, sarcoame) [1, 5, 9, 10, 12, 13].

Dintre investigațiile imagistice aplicate pacientelor, cel mai frecvent se folosește ecografia de perete abdominal, dar și CT și IRM [4, 9, 10, 12]. Din punct de vedere ecografic, endometrioamele au forma rotundă sau ovalară, conțin chiste sau traiecte fistuloase și prezintă vascularizație crescută. Aceste caracteristici sunt înalt sugestive pentru diagnostic, mai ales când endometrioamele au dimensiuni mai mari sau egale cu 3 mm [4].

Diagnosticul pozitiv poate fi stabilit preoperator prin puncție aspirativă cu ac fin [10, 12], examenul microscopic arătând celule stromale (cu nuclei fusiformi) și celule epiteliale (aranjate în "fagure de miere" sau în palisade) [12].

Tratamentul endometriozei de perete abdominal este medical și chirurgical. Tratamentul medical se bazează pe dependența hormonală a focarelor endometrioze ectopice. Acest tratament nu poate eradica focarele de endometrioză, putând doar să prevină hemoragiile ciclice. Arsenalul terapeutic este reprezentat de estro-progestative, de antiinflamatorii nesteroidiene (AINS), Pentoxifilin, etc [11].

Tratamentul chirurgical este cel mai adecvat atât pentru vindecarea bolii cât și pentru tranșarea diagnosticului prin examenul histopatologic al piesei de exereza. Este recomandată excizia completă până în țesut sănătos [1, 3, 9, 12, 13, 14, 15]. Sacrificiul musculo-fascial poate necesita plastia peretelui abdominal utilizând material protetic [15].

Din punct de vedere anatomopatologic, tumorile endometrioze se prezintă ca și tumori încapsulate, cu țesut endometrial conținând glande de tip uterin, care participă la ciclul

menstrual (sânge negru, ca drojdia de cafea) [8]. Când examenul histopatologic este echivoc, examenul imunohistochemic poate ajusta diagnosticul stabilind prezența de cytokeratin 7 – pozitivă pentru celulele epiteliale, CD10 – pozitivă în celulele stromale, vimentin – pozitivă în ambele [12].

La pacienta prezentată, tabloul clinic a fost cel comun pentru endometrioza de perete abdominal. Suspiciunea clinică de endometrioză a impus tratamentul hormonal, dar cu rezultate mediocre. Tratamentul chirurgical (excizia completă a tumorii de perete abdominal) a dus la vindecare – pacienta nu a prezentat recidiva locală până în prezent. Examenul histopatologic a tranșat diagnosticul.

Menționăm că atât caracterele ecografice (leziune heterogenă cu septuri și zone lichidiene) cât și aspectul macroscopic al piesei de exereză (fragment brun-cenușiu, cu puncte hemoragice) sunt sugestive pentru diagnosticul de endometrioză, fiind necesară avizarea suplimentară a medicilor implicați în diagnosticul și tratamentul acestei afecțiuni.

Concluzii

Pe marginea acestui caz și în concordanță cu alți autori, concluzionăm următoarele:

- în indicația de operație cezariană trebuie luată în calcul și posibilitatea apariției endometriozei de perete abdominal.
- în diagnosticul diferențial al tumorilor de perete abdominal la femei, este necesar să avem în vedere și endometrioza, mai ales în context sugestiv – operație cezariană în antecedente, durere ciclică.

Efortul conjugat al diverșilor specialiști (medici specialist de obstetrică-ginecologie, chirurghi generaliști, medici specialiști în imagistică, medici specialiști de laborator, anatomopatologi) în achiziția și răspândirea cunoștințelor despre această entitate patologică, va permite stabilirea mai frecventă a unui diagnostic corect preoperator și aplicarea unei terapii adecvate, standardizate.

Bibliografie:

- [1] Bektas H., Bilsel Y., Sari YS., Ersoz F., Koc O., Deniz M., Boran B., Huq GE. - Abdominal wall endometrioma; a10-year experience and brief review of the literature, J Surg Res. 2010 Nov; 164(1):e 77-81. Epub 2010 Aug 15.

- [2] Cojocaru M. - Endometrioza, o boala autoimuna?, *Viața Medicală* Nr 46. 19 Nov 2010, pg 7.
- [3] Esquiel-Estrada V., Briones-Garduno JC., Mondragon-Ballesteros R. - Endometriosis implant in cesarean section surgical scar, *Cir Cir.* 2004 Mar-Apr; 72(2):113-5.
- [4] Francica G. - Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar, *World J Radiol.* 2012 Apr 28; 4(4):135-40.
- [5] Krentel H., Tchatchian G., De Wilde R.L. - Desmoid tumor of the anterior abdominal wall in female patients: comparison with endometriosis, *Case Raport Med.* 2012; 2012: 725498.
- [6] Munteanu I. - Uterul cicatriceal după cezariană, *Timișoara. Ed. Facla*; 1985. pg:5-14, 72, 80-117.
- [7] Munteanu I. - Operația cezariană în *Tratat de obstetrică*, sub redacția prof. dr. Ioan Munteanu, București, Ed. Academiei Române; 2000; pg 590-622.
- [8] Negrut I., Rusu O. - Endometrioza în *Ginecologie și obstetrică*, București, Ed. Didactică și pedagogică; 1981; vol I; pag 199-202.
- [9] Ozel L., Sagioglu J., Unal A., Unal E., Gunes P., Baskent E., Aka N., Titiz MI., Tufekci EC. - Abdominal wall endometriosis in the cesarean scar: a potential diagnostic pitfall, *J Obstet Gynecol Res.* 2012 Mar; 38(3): 526-30.
- [10] Simoglou C., Zaragoulidis P., Machairiotis N., Porpodis K., Simoglou L., Mitrakas A., Esebidis A., Sarika E., Kouklakis G., Iordanidis A., Katsikogiannis N. - Abdominal wall endometrioma mimicking an incarcerated hernia: a case report, *Int J Gen Med.* 2012; 5:569-571.
- [11] Surcel M. - Endometrioza în "Obstetrică și ginecologie, sub redacția Ioan Vasile Surcel, Mihai Surcel. Cluj-Napoca; Ed. Dacia; 2005; pg 866-880.
- [12] Tamiolakis D., Antoniou Ch., Mygdakos N., Tsiminkakis N., Economou C., Nicolaidou S., Georgiou G., Costopoulou A. - Endometriosis involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissues: fine needle aspiration appearances, *Chirurgia, Bucuresti.* Nr 5; Sept-Oct; 103: 587-590; 2008
- [13] Upadhyaya P., Karaka AK., Sinha A.K., Kumar B., Karkis S., Agarwal C.S. - Abdominal wall endometriosis, (*JNMA*) *J Nepal Med Assoc.* 2010 Apr-Jun; 49(178): 158-60.
- [14] Vintila D., Neacsu C.N., Vlad N., Popa P., Tarcoveanu E., Georgescu St.O., Danila N. - Endometrioza peretelui abdominal după intervenții ginecologice: un diagnostic subapreciat, *Chirurgia, număr special – rezumate*; vol 101/2006; nr 2(S). pg: 332-333.
- [15] Zhao R., Wang X.J., Song K.X., Zhu L., Li B. - Miniabdominoplasty combined with mesh used for abdominal wall endometriosis, *Chin Med j (Engl).* 2012 May; 125(9):1614-7.