

Indicațiile tratamentului chirurgical conservator în adenomioză la pacientele cu infertilitate

Conservative surgical treatment indications of adenomyosis in patients with infertility

Abstract	Rezumat
<p>Introduction. Adenomyosis is a benign gynecologic disease affecting women of reproductive age. It is characterized by the ectopic presence of endometrial tissue (endometrial glands and stroma) in the myometrium. The incidence of adenomyosis is considered to be 1% in the female population, and is found mainly in patients aged between 35 and 50 years old. Although it may be asymptomatic, clinical presentation of adenomyosis is composed of pelvic pain, dysmenorrhea, menometrorrhagia and infertility.</p> <p>Materials and methods. This paper presents an analysis of adenomyosis surgical treatment options based on personal experience and a literature review.</p> <p>Results and discussions. Surgery in adenomyosis associated with infertility is reserved to symptomatic adenomyosis and in cases of failure of assisted human reproduction techniques. For patients with adenomyosis and infertility, the "uterine sparing" principle is recommended, with the excision of the adenomyotic lesions. This surgical technique is preferred than hysterectomy, considering a future pregnancy in patients with infertility.</p> <p>Conclusions. Classical surgical treatment for symptomatic adenomyosis is hysterectomy. Considering that a high proportion of patients with adenomyosis wish to preserve the reproductive function for a future pregnancy, the optimal surgical treatment is conservative, represented by abdominal or laparoscopic adenomyomectomy.</p> <p>Keywords: adenomyosis, conservative surgical treatment, adenomyomectomy, laparoscopic adenomyomectomy, hysterectomy</p>	<p>Introducere. Adenomioza este o afecțiune ginecologică benignă, care afectează femeile aflate în perioada reproductivă. Se caracterizează prin prezența ectopică a țesutului endometrial (glande endometriale și stromă) la nivelul miometrului. Incidența adenomiozei este de aproximativ 1% din populația feminină și se întâlnește cu precădere la pacientele cu vârsta cuprinsă între 35 și 50 de ani. Deși poate fi și asimptomatică, tabloul clinic al adenomiozei este compus din dureri pelviene, dismenoree, menometroragii și infertilitate.</p> <p>Material și metodă. Lucrarea prezintă o analiză a opțiunilor de tratament chirurgical al adenomiozei bazate pe experiența personală și pe analiza literaturii de specialitate.</p> <p>Rezultate. Tratamentul chirurgical al adenomiozei se impune în cazurile simptomatice, precum și în caz de eșec al tehnicilor de reproducere umană asistată. La pacientele cu adenomioză și infertilitate, se recomandă tehnici chirurgicale care excizează doar leziunea adenomyotică și conservă uterul în scopul obținerii unei sarcini.</p> <p>Concluzii. Histerectomia reprezintă opțiunea clasică de tratament pentru adenomioză. Având în vedere că o mare parte din pacientele cu adenomioză doresc să își conserve funcția reproductivă pentru o sarcină viitoare, considerăm că tratamentul chirurgical optim este cel conservativ, reprezentat de adenomiomectomia pe cale abdominală sau laparoscopică.</p> <p>Cuvinte-cheie: adenomioză, tratament chirurgical conservator, adenomiomectomie, adenomiomectomie laparoscopică, histerectomie</p>

Introducere

Adenomioza, cunoscută și sub denumirea de „endometrioza uterului”, reprezintă o afecțiune ginecologică benignă, caracterizată prin prezența ectopică a țesutului endometrial (glande endometriale și stromă) la nivelul miometrului hipertrofic și hiperplazic⁽¹⁾.

Adenomioza afectează în general femeile aflate în perioada reproductivă, cu un vârf de incidență între 35 și 50 de ani. Chiar dacă cel mai frecvent adenomioza apare la paciente multipare, au fost descrise cazuri rare de adeno-

mioză la femei nulipare^(2,3). Incidența exactă a afecțiunii nu este clar cunoscută, cu toate că mai multe studii au căutat răspunsul la această întrebare. Studiul publicat de Kunz și colab.⁽⁴⁾ raportează o incidență a adenomiozei de 70% din pacientele cu endometrioza, față de 9% la pacientele din grupul de control. Bazot și colab.⁽⁵⁾ au obținut o prevalență a adenomiozei de 27% din pacientele cu endometrioza pelviană, pe când De Souza și colab.⁽⁶⁾ au indicat o prezență a adenomiozei de 54% la femeile tinere cu infertilitate, dismenoree și hipermenoree.

Ciprian-Andrei Coroleucă¹,
Monica Cîrstoiu²,
Costin Berceanu³,
Decebal Hudiță⁴,
Crîngu-Antoniu Ionescu¹,
Mihai Mitran⁵,
Elvira Brătilă¹

1. UMF „Carol Davila”,
Departamentul de Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București,
România

2. UMF „Carol Davila”,
Departamentul de Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Universitar de Urgență București,
România

3. Universitatea de Medicină și Farmacie
Craiova, România,
Departamentul de Obstetrică-Ginecologie

4. UMF „Carol Davila”
București, România,
Departamentul de Obstetrică-Ginecologie

5. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie,
Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sîrbu”
București

Correspondență:
Dr. Elvira Brătilă
e-mail: elvirabarbuta@gmail.com

Mențiuni:
Toți autorii au contribuit în mod egal la elaborarea acestui articol.

Cauzele adenomiozei sunt incomplet elucidate. Dintre factorii etiologici care predispun la un risc crescut de apariție a adenomiozei, enumerăm: vârsta⁽⁷⁾ (incidența crescută în decada a patra și în decada a cincea a vieții), multiparitatea⁽⁸⁾, intervenții chirurgicale la nivelul uterului^(9,10) - chiuretaje uterine, cezariană, miomectomie, ablație de endometru (datele publicate în literatura de specialitate acreditează ipoteza conform căreia adenomioza apare când are loc o întrerupere chirurgicală a graniței dintre miometru și endometru, permițând astfel glandelor endometriale să invadeze stratul miometrial), endometrioza^(4,5), fumatul⁽¹¹⁾, istoricul de depresie și de utilizare a medicației antidepressivă⁽⁸⁾.

Adenomioza se poate clasifica în două categorii mari⁽²⁾: focală și difuză. Formele focale, cu leziuni localizate la nivelul peretelui uterin anterior și posterior, se pot împărți la rândul lor în forme nodulare, chistice (cu două forme: juvenilă și adultă), sclerotice (formațiune neregulată care poate conține forme chistice). Adenomioza difuză se caracterizează prin leziuni adenomiotice care cuprind întregul uter. Alte forme speciale, rar întâlnite, sunt: adenomioza glandelor endocervicale⁽¹²⁾ și adenomioza retroperitoneală⁽¹³⁾.

Din punct de vedere clinic, simptomatologia tipică incriminată de pacientele cu adenomioză este relativ nespecifică, incluzând durere pelviană ciclică, dismenoree, menometroragii și infertilitate. Cu toate acestea, o treime dintre paciente sunt asimptomatice. Rolul adenomiozei în infertilitate nu este pe deplin înțeles. Diverse studii arată o asociere între 1% și 14% între adenomioză și sterilitate⁽¹⁴⁾. Teoria fiziopatologică cel mai des adusă în discuție în sprijinul apariției infertilității este cea a unei hipermobilități uterine neregulate și necontrolate, consecință a afectării arhitecturii miometriale, care împiedică transferul spermatozoizilor de la nivelul uterului către trompele uterine, afectează mobilitatea ovocitelor fertilizate, împiedică implantarea normală a embrionului și scade capacitatea trofoblastului de a penetra miometru. În sprijinul relației dintre adenomioză și infertilitate⁽¹⁵⁾ vine și asocierea recunoscută dintre adenomioză și endometrioza profund infiltrativă^(4,5). O altă teorie care încearcă să explice relația dintre adenomioză și infertilitate este cea care descrie afectarea zonei joncționale⁽¹⁶⁾ (zona joncțională este o zonă uterină funcțională situată între endometru și miometru, cu grosimea normală mai mică de 5 mm și care nu se modifică în timpul ciclului menstrual); disfuncția zonei joncționale afectează receptivitatea și funcționalitatea endometrului, modifică vascularizarea endometrială și alterează răspunsul imun endometrial.

Pe lângă istoricul pacientei și examenul clinic, diagnosticul imagistic se impune în detectarea adenomiozei. Ecografia transvaginală⁽¹⁷⁾ diagnostichează leziunile adenomiotice cu o sensibilitate cuprinsă între 50% și 87% și cu o specificitate de 65%. În completarea investigațiilor imagistice, imagistica prin rezonanță magnetică^(17,18) identifică adenomioza cu o sensibilitate mai mare față de examenul ecografic, cuprinsă între 73% și 96%, oferind în plus și o specificitate crescută, de

92%; rezonanța magnetică este utilă și în diagnosticul diferențial, putând diferenția adenomioza de fibromul uterin. În final, diagnosticul de certitudine al adenomiozei este cel histopatologic.

Până la ora actuală, nu există un consens cu privire la tratamentul adenomiozei. În cazul pacientelor asimptomatice, tratamentul nu este indicat. În cazurile simptomatice, opțiunile sunt tratamentul medicamentos (progesteron, analogi de gnRH) sau cel chirurgical (radical sau conservativ - cu prezervarea uterului).

Material și metodă

Lucrarea își propune o analiză a opțiunilor de tratament chirurgical conservator al adenomiozei, evidențiind tehnica operatorie și rezultatul postoperator al fiecărei metode în parte, bazată pe revizuirea literaturii de specialitate și pe experiența personală.

Au fost selectate lucrări de specialitate care au prezentat paciente cu adenomioză tratate chirurgical printr-o altă tehnică decât histerectomia. Diagnosticul preoperator al leziunilor a fost stabilit în majoritatea studiilor pe baza examenului ecografic și/sau prin imagistică prin rezonanță magnetică (RM), iar studiul realizat de Hyams⁽¹⁹⁾ în 1952 a diagnosticat adenomioza pe baza examenului clinic; studiul publicat de Sun⁽²⁰⁾ nu oferă date despre metoda de diagnostic al leziunilor. Diagnosticul final de adenomioză a fost certificat prin examinarea histopatologică a pieselor operatorii.

Rezultatul postoperator a fost cuantificat prin evaluarea reducerii simptomatologiei (scăderea intensității durerii pelviene și a menometroragiilor), precum și a numărului de sarcini obținute în urma tratamentului.

Am inclus în analiză nouă lucrări care au cercetat tratamentul chirurgical conservativ al adenomiozei. În evaluare au fost incluse 411 cazuri, distribuite în cinci studii retrospective, trei studii prospective și un studiu prospectiv bazat pe cazuistica personală.

Fiecare studiu revizuit a fost analizat pe baza următoarelor criterii: modalitatea de rezecție a leziunilor adenomiotice, tipul studiului, numărul de paciente incluse, metoda de diagnostic, forma de adenomioză, tipul de intervenție chirurgicală. Datele obținute sunt prezentate în Tabelul 1.

În scopul evaluării celor mai bune metode de tratament chirurgical al adenomiozei, am condus un studiu prospectiv, desfășurat în perioada ianuarie 2012 - iunie 2015, în cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București. În cadrul studiului au fost incluse 12 paciente cu adenomioză focală. Vârsta medie a pacientelor a fost de 32 de ani. Dintre acestea, 7 paciente (58%) au fost nulipare, iar 5 paciente (42%) au fost multipare.

Toate pacientele înrolate au simptomatologie înalt sugestivă pentru adenomioză.

Din antecedentele personale patologice ale lotului studiat, reținem prezența endometriozei asociate în 42% din cazuri, prezența infertilității în 58% din cazuri și existența unui istoric de intervenții chirurgicale în 58% din cazuri.

Tabelul 1 Caracteristicile studiilor analizate

Modalitatea de rezecție a leziunilor; autor, anul	Tipul studiului	Numărul de paciente	Metoda de diagnostic	Forma de adenomioză	Tipul de abord al intervenției chirurgicale
EXCIZIE COMPLETĂ					
Hyams ⁽¹⁹⁾ (1952)	retrospectiv	2	clinic	difuză	abdominal
Grimbizis ⁽²¹⁾ (2008)	retrospectiv	6	ecografie	focală	laparoscopic
Wang ⁽²²⁾ (2009)	prospectiv	165	ecografie	focală	abdominal/ laparoscopic
Sun ⁽²⁰⁾ (2011)	retrospectiv	40	necomunicat	focală	abdominal/ laparoscopic
Takeuchi ⁽²³⁾ (2006)	prospectiv	14	RM	focală	laparoscopic
Osada ⁽²⁴⁾ (2011)	prospectiv	104	ecografie, RM	difuză/ focală	abdominal
Studiul propriu	prospectiv	12	ecografie	focală	abdominal/ laparoscopic
EXCIZIE PARȚIALĂ					
Fujishita ⁽²⁵⁾ (2004)	retrospectiv	11	Ecografie, RM	difuză	abdominal
Sun ⁽²⁰⁾ (2011)	retrospectiv	13	necomunicat	difuză	laparoscopic
Nishida ⁽²⁾ (2010)	retrospectiv	44	RM	difuză	abdominal

Legendă: RM = imagistică prin rezonanță magnetică

Metoda de diagnostic a leziunilor adenomiotice a fost ultrasonografia. Examinarea ecografică a fost realizată de către un ecografist experimentat, cu ajutorul unui ecograf Medison Sonoace X6 (Samsung), cu transductor transvaginal de 7,5 MHz.

Toate pacientele au fost supuse intervenției chirurgicale. Indicația pentru intervenția chirurgicală a fost stabilită în toate cazurile de prezența simptomatologiei: dismenoree severă și menometroragii. Intervențiile au fost realizate în 7 cazuri (58%) pe cale deschisă (abdominală), iar în 5 cazuri (42%) prin abord laparoscopic. Modalitatea de rezecție a leziunilor a fost prin adenomiectomie totală. După excizia leziunilor suspecte, prezența adenomiozei a fost confirmată histologic.

Postoperator, pacientele au fost urmărite inițial la o lună și apoi o dată la 3 luni. Evaluarea postoperatorie s-a realizat prin completarea de către paciente a unor chestionare care conțineau o scală analog vizuală de evaluare a durerii și a sângerării.

De asemenea, la cele 7 paciente cu infertilitate care își doreau o sarcină s-a urmărit apariția sau absența sarcinii.

Rezultate și discuții

Analiza studiilor sus amintite evidențiază două mari categorii de tratament chirurgical conservativ al adenomiozei: excizia completă a leziunilor adenomiotice - adenomiectomia totală și excizia parțială a leziunilor

Tabelul 2 Clasificarea tehnicilor de tratament chirurgical conservativ al adenomiozei

Tehnica chirurgicală	Varianta de tehnică chirurgicală			
Adenomiectomia totală	Tehnica clasică		Hyams ⁽¹⁹⁾ (1952)	
			Grimbizis ⁽²¹⁾ (2008)	
			Wang ⁽²²⁾ (2009)	
			Studiul propriu	
	Tehnici modificate	Sutură în formă de „U”	Sun ⁽²⁰⁾ (2011)	
		Metoda marginilor suprapuse	Takeuchi ⁽²³⁾ (2006)	
		Metoda celor trei straturi	Osada ⁽²⁴⁾ (2011)	
Adenomiectomia parțială	Tehnica clasică		Fujishita ⁽²⁵⁾ (2004)	
		Tehnici modificate	Incizia transversală în „H”	Fujishita ⁽²⁵⁾ (2004)
			Rezecția în formă de „pană” a uterului	Sun ⁽²⁰⁾ (2011)
			Disecția asimetrică a uterului	Nishida ⁽²⁾ (2010)

adenomiotice - adenomiectomia parțială (utilizată în formele de adenomioză difuză), fiecare cu diferite variante de tehnici chirurgicale (tabelul 2).

Adenomiectomia totală

Tehnica clasică

Tehnica clasică de excizie totală a adenomiomului, utilizată de noi atât pe cale abdominală, cât și laparoscopică (cu câteva diferențe care vor fi prezentate ulterior), este similară cu tehnicile folosite de ceilalți autori evaluați și include pași asemănători miectomiei. Această tehnică presupune următoarele etape:

1. Recunoașterea leziunii și a rapoartelor ei anatomice prin inspecție și/sau palpare.
2. Incizia peretelui uterin centrată pe leziune.
3. Disecția leziunii adenomiotice cu ajutorul unui foarfece de disecție, al penselor de tracțiune prin mișcări de tracțiune și contratracțiune și/sau al bisturiului electric, finalizată cu excizia adenomiomului.

4. Sutura peretelui uterin de la nivelul cavității restante într-un singur strat sau în două straturi, utilizând fire resorbabile (acid poliglicolic 2-0) separate sau în „surjet”.

Tehnica modificată - sutura în formă de „U” a peretelui uterin

Tehnica propusă de Sun⁽²⁰⁾ presupune o modificare a tehnicii laparoscopice de închidere a cavității restante obținute după excizia adenomiomului în două straturi: primul strat se realizează prin plasarea unor fire separate în forma literei „U”, cu rol de apropiere a pereților uterini; al doilea strat suturează seroasa musculară cu fire separate în forma cifrei 8.

Tehnica modificată - metoda marginilor suprapuse de sutură a peretelui uterin

Tehnica imaginată de Takeuchi⁽²³⁾ propune o modificare a adenomiectomiei pe cale laparoscopică. Se practică o incizie transversală centrată pe leziune, iar adenomiomul este excizat cu ajutorul cârligului monopolar. Cava-



Figura 1 a. Incizia peretelui uterin (abord abdominal)



Figura 1 b. Injectarea de soluție vasoconstrictoare și incizia peretelui uterin (abord laparoscopic)

tea restantă se desființează prin suprapunerea celor doi pereți miometriali obținuți după excizia piesei și sutura lor în bloc la peretele uterin, suplinind astfel defectul de substanță uterină.

Tehnica modificată - metoda celor trei straturi de închidere a peretelui uterin

Osada⁽²⁴⁾ propune o metodă radicală de excizie a adenomiozei, lăsând pe loc doar o margine de 1 cm de miometru deasupra endometrului și sub seroasă după excizia adenomiomului. Intervenția se realizează prin intermediul unei incizii transversale abdominale, la nivelul căreia uterul este ridicat și exteriorizat din cavitatea peritoneală. Sângerarea intraoperatorie este redusă prin plasarea unui tub din cauciuc prin ligamentele largi la nivelul cervixului, cu rol de compresie a vaselor uterine, și a unor pense vasculare la nivelul arterelor ovariene. Uterul este apoi secționat în plan sagital, pe linie mediană, de la nivelul fundului uterin până la nivelul adenomiomului, cu deschiderea cavității uterine. Adenomiomul este fixat cu o pensă de tracțiune și este excizat cu miometrul adiacent, cu limite de 1 cm față de endometru și seroasa uterină. Sutura cavității restante debutează cu sutura endometrului cu fire separate resorbabile 3-0. O parte a uterului hemiseccionat se reface prin aproximarea miometrului și a seroasei în plan antero-posterior cu fire separate resorbabile 2-0. Cealaltă parte a uterului hemiseccionat se suturează în plan transversal, pe linie mediană, la peretele uterin suturat în timpul anterior.

Tehnica personală

În studiul condus de noi, am utilizat tehnica clasică de adenomiectomie totală, similară celei prezentate de alți autori. Tehnica chirurgicală a presupus inspecția cavității peritoneale și identificarea leziunii adenomiotice, incizia peretelui uterin centrată pe leziune (Figurile 1 a, b), disecția și excizia adenomiomului (Figurile 2 a, b) și sutura peretelui uterin de la nivelul cavității restante (Figurile 3 a, b).

În cazurile operate laparoscopic am injectat la nivelul leziunii soluție vasoconstrictoare în scopul reducerii sângerării. Sutura cavității restante am efectuat-o în două straturi. Sutura stratului profund am realizat-o cu fire separate resorbabile 0, trecute în toată grosimea miometrului, cu scopul de a evita formarea unor spații cavitate restante care au risc crescut de hematom la nivelul cicatricei uterine. În chirurgia abdominală, stratul superficial a fost suturat cu fir continuu resorbabil 2-0 care a invaginat marginile tranșei („baseball suture”). În cazurile operate pe cale laparoscopică, stratul superficial a fost suturat cu fire separate resorbabile 2-0. Extragerea piesei în intervențiile laparoscopice a fost făcută prin morcelare.

Adenomiectomia parțială

Tehnica clasică

Citoreducția chirurgicală folosită pentru excizia leziunilor de adenomioză difuză include următorii pași:

1. Incizia mediană (longitudinală sau transversală) la nivelul peretelui uterin anterior sau posterior.
2. Identificarea leziunilor adenomiotice macroscopice și excizia lor, cu prezervarea unei suprafețe cât mai mari

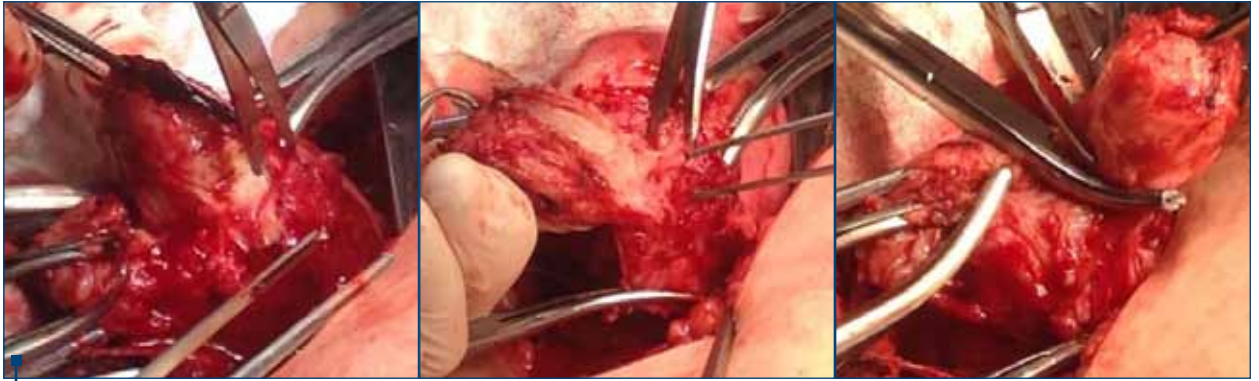


Figura 2 a. Disecția și excizia adenomiomului (abord abdominal)



Figura 2 b. Disecția și excizia adenomiomului (abord laparoscopic)

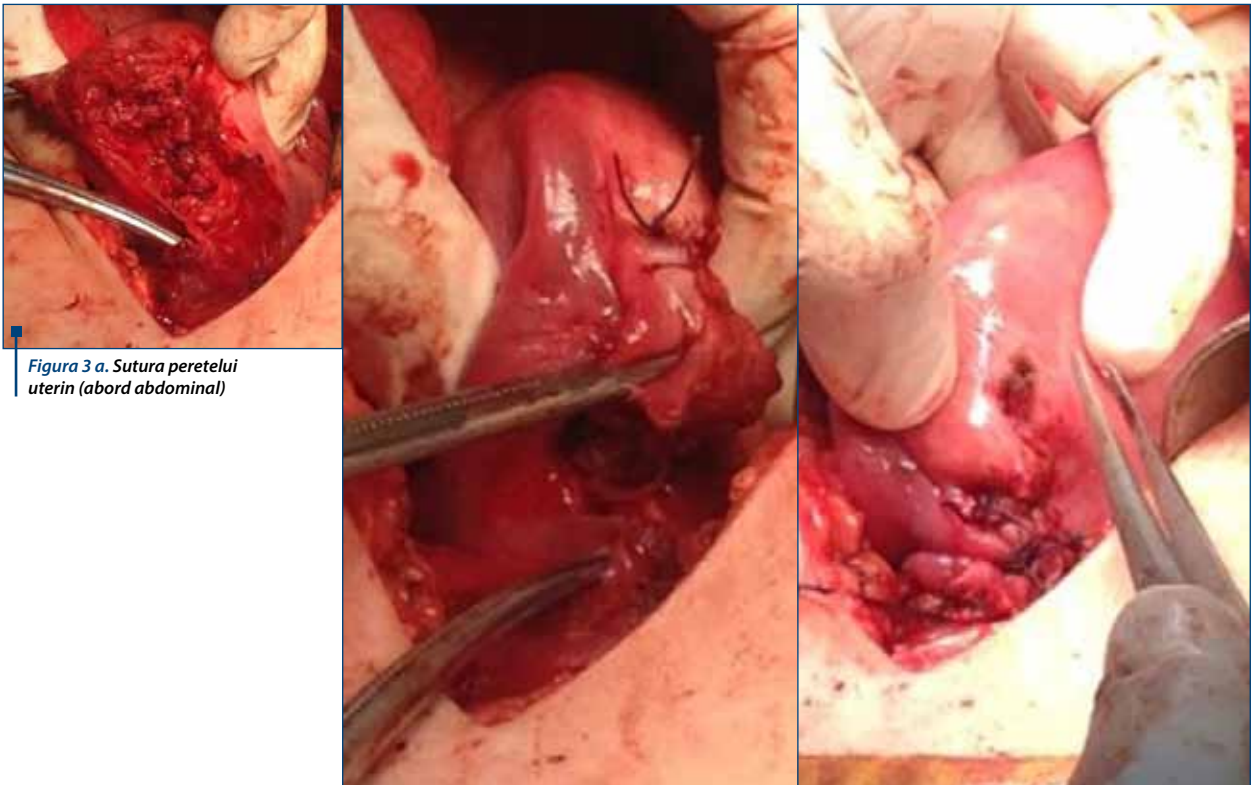


Figura 3 a. Sutura peretelui uterin (abord abdominal)



Figura 3 b. Sutura peretelui uterin (abord laparoscopic)

de miometru neafectat. Dacă leziunile sunt extinse și la celălalt perete uterin, incizia inițială este extinsă către acesta peste fundul uterin.

3. Sutura miometrului în unul sau două straturi și sutura seroasei cu fir continuu întrerupt.

Tehnică modificată - incizia transversală în forma literei „H”

Tehnică comunicată de Fujishita⁽²⁵⁾, efectuată pe cale abdominală în general pentru adenomioza difuză a peretelui uterin anterior, utilizează metode pentru reducerea sângerării (injectarea de soluții vasoconstrictoare și ligatura cervixului prin ligamentele largi). Se practică o incizie verticală mediană la nivelul peretelui uterin și două incizii transversale localizate la polul superior și cel inferior al peretelui uterin, perpendiculare pe incizia inițială verticală (incizie în forma literei „H”). Cu peretele uterin astfel deschis, se practică excizia leziunilor adenomiotice. Sutura miometrului se face similar cu tehnica clasică.

Tehnică modificată - rezecția în formă de „pană” a peretelui uterin

Tehnică propusă de Sun⁽²⁰⁾ constă în rezecția în formă de „pană” a unei zone de perete uterin care conține leziunea adenomiotică. Sutura miometrului restant se face în aceeași manieră cu tehnica clasică.

Rezultatele obținute după adenomiectomia totală

Au fost analizate 6 studii care au inclus 331 de paciente tratate prin tehnica adenomiectomiei totale. Rata de reducere a intensității durerii pelviene a fost de 81,2%, iar rata de reducere a sângerărilor vaginale a fost de 67,4%. Rata de concepție printre pacientele care și-au dorit ulterior o sarcină a fost de 60,2%.

Rezultatele obținute după adenomiectomia parțială

Au fost evaluate 3 studii care au inclus 68 de paciente tratate prin tehnica adenomiectomiei parțiale. Rata de reducere a intensității durerii pelviene a fost de 81%, iar rata de reducere a sângerărilor vaginale a fost de 48,6%. Rata de concepție printre pacientele care și-au dorit ulterior o sarcină a fost de 49,3%.

Rezultatele obținute după studiul propriu

Studiul nostru a cuprins un număr de 12 paciente, cu vârsta medie de 32 de ani, care au fost diagnosticate cu adenomioză focală și tratate prin tehnica adenomiectomiei

totale prin abord abdominal sau laparoscopic. Rata de reducere a intensității durerii pelviene a fost de 79,5%, iar rata de reducere a sângerărilor vaginale a fost de 68,1%. În grupul celor 7 paciente cu infertilitate care și-au dorit o sarcină, s-au obținut un număr de 4 sarcini, adică o rată de concepție de 57,1%, similară cu rata de obținere a sarcinilor după miomectomie - 56,5%⁽²⁶⁾, precum și cu rata obținută de alți autori.

Discuții

Rezultatele obținute de studiul nostru sunt în concordanță cu cele raportate de ceilalți autori analizați în cadrul prezentei lucrări. Studiul prezentat demonstrează că tratamentul chirurgical conservator al adenomiozei este eficient și trebuie luat în considerare în antiteză cu histerectomia.

Având în vedere momentul intervenției operatorii, considerăm că indicația intervenției chirurgicale la pacientele cu adenomioză este constituită de apariția simptomatologiei (durere pelviană, dismenoree, menometroragii și infertilitate) și în caz de eșec al tehnicilor de reproducere umană asistată.

Etapile adenomiectomiei totale sunt asemănătoare cu cele ale miomectomiei, atât în intervențiile realizate pe cale abdominală, cât și în cele realizate laparoscopic. Sunt descrise mai multe modalități de limitare a sângerării, care sunt de mare ajutor mai ales în chirurgia laparoscopică: infiltrarea zonei de lucru cu soluții vasoconstrictoare, ligatura sau clipirea temporară a arterelor uterine și/sau a arterelor ovariene. Incizia uterului trebuie să evite interesarea cornului tubar și trebuie să fie facilă ca orientare pentru realizarea suturii cavității restante. După enuclearea adenomiomului cu ajutorul unui foarfecă de disecție și al unor mișcări de tracțiune - contractacțiune, trebuie acordată o atenție sporită utilizării electrocauterului pentru a evita coagularea excesivă și implicit distrucția suplimentară a miometrului indemn.

Considerăm că sutura tranșei reziduale trebuie făcută în două straturi. Sutura stratului profund trebuie să cuprindă toată grosimea miometrului pentru a evita apariția unor spații cavitare la nivelul cărora se pot forma hematoame. Recomandăm sutura stratului superficial cu fir continuu resorbabil 2-0 prin sutură de tip „baseball”, care realizează o invaginare

a marginilor tranșei; această sutură se poate realiza și pe cale laparoscopică utilizând fire monofilament autostactice. Atragem atenția asupra tehnicii de sutură pe cale laparoscopică, care poate fi uneori dificilă, dar reprezintă un timp operator care trebuie executat cu maximă atenție pentru a obține o tranșă uterină solidă în eventualitatea unei viitoare sarcini.

Prin comparație cu miomectomia, adenomiectomia are câteva particularități. Dificultățile tehnicii se datorează faptului că nu se evidențiază spațiu de clivaj, iar nodulul adenomiectomic este intim aderent la miometrul adiacent. Țesutul intens vascularizat impune luarea unor măsuri de limitare a sângerării, precum și o hemostază minuțioasă.

Adenomiectomia parțială, practică în cazul formelor de adenomioză difuză, trebuie să păstreze un echilibru între cantitatea de țesut excizat și cantitatea

și calitatea miometrului restant, care trebuie să fie capabil să mențină o viitoare sarcină. Nu trebuie neglijat riscul de ruptură uterină mai mare în cazul adenomiectomiei parțiale. Rata de concepție obținută după adenomiectomia parțială este mai redusă decât cea obținută după adenomiectomia totală.

Concluzii

Intervenția chirurgicală în cazurile de adenomioză este rezervată formelor simptomatice și în caz de eșec al tehnicilor de reproducere umană asistată. Având în vedere reducerea simptomatologiei și procentul de sarcini obținute, considerăm că tratamentul chirurgical optim al adenomiozei la pacientele care doresc să își păstreze funcția reproductivă este cel conservativ, care excizează doar leziunea adenomiectomică și păstrează uterul în scopul obținerii unei sarcini. ■

Bibliografie

- Bird, C.C., McElin, T.W., Manalo-Estrella, P., 1972. The elusive adenomyosis of the uterus. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 112, 583-593.
- Nishida M, Takano K, Arai Y, Ozono H, Ichikawa R. Conservative surgical management of diffuse uterine adenomyosis. *Fertil Steril* 2010; 94:715-9.
- Wang CJ, Yuen LT, Chang SD, Lee CL, Soong YK. Use of laparoscopic cytoreductive surgery to treat infertile women with localized adenomyosis. *Fertil Steril* 2006; 86(2):462.e5-e8.
- Kunz G, Beil D, Huppert P et al. Adenomyosis in endometriosis – prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. *Hum. Reprod.* 20, 2309-2316 (2005).
- Bazot M, Darai E, Hourani R et al. Deep pelvic endometriosis: MR imaging for diagnosis and prediction of extension of disease. *Radiology* 232, 379-389 (2004).
- de Souza NM, Brosens JJ, Schwieso JE, Paraschos T, Winston RM: The potential value of magnetic resonance imaging in infertility. *Clin. Radiol.* 50, 75-79 (1995).
- Vercellini P, Viganò P, Somigliana E. et al. Adenomyosis: epidemiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2006; 20:465-477.
- Taran F A, Weaver A L, Coddington C C. et al. Understanding adenomyosis: a case control study. *Fertil Steril.* 2010; 94:1223-1228.
- Levgur M, Abadi M A, Tucker A. Adenomyosis: symptoms, histology, and pregnancy terminations. *Obstet Gynecol.* 2000; 95:688-691.
- Panganamamula U R, Harmanli O H, Isik-Akbay E F. et al. Is prior uterine surgery a risk factor for adenomyosis? *Obstet Gynecol.* 2004; 104:1034-1038.
- Parazzini F VP, Panazza S, Chatenoud L. et al. Risk factors for adenomyosis. *Hum Reprod.* 1997; 12:1275-1279.
- Gilks CB, Young RH, Clement PB, Hart WR, Scully RE. Adenomyomas of the uterine cervix of endocervical type: a report of ten cases of a benign cervical tumor that may be confused with adenoma malignum [corrected]. *ModPathol* 1996; 9:220-4.
- Farquhar C, Brosens I. Medical and surgical management of adenomyosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:603-16.
- Madelenat P, Sureau C, le Groupe d'étude de l'endométriose. Résultats de l'enquête d'épidémiologie descriptive en milieu hospitalier: 172 cas. *Année 1983.* In: *Actualités gynécologiques.* 16e série. Paris: Masson; 1985, p. 115-24.
- Wang PH, Su WH, Sheu BC, Liu WM. Adenomyosis and its variance: adenomyoma and female fertility. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2009; 48(3):232-8.
- Tomassetti C, et al. Adenomyosis and subfertility: evidence of association and causation. *Semin Reprod Med* 2013; 31:101
- Levgur M. Diagnosis of adenomyosis: a review. *J Reprod Med.* 2007; 52:177-193.
- Fusi L. The uterine junctional zone. *Best Pract Res Clin Ob Gyn.* 2006; 20:479-491.
- Hyams LL. Adenomyosis, its conservative surgical treatment (hysteroplasty) in young women. *NY State J Med* 1952; 52:2778-84.
- Sun AJ, Luo M, Wang W, Chen R, Lang JH. Characteristics and efficacy of modified adenomyomectomy in the treatment of uterine adenomyoma. *Chin Med J (Engl)* 2011; 124:1322-6.
- Grimbizis GF, Mikos T, Zepiridis L, Theodoridis T, Miliaras D, Tarlatzis BC, et al. Laparoscopic excision of uterine adenomyomas. *Fertil Steril* 2008; 89:953-61.
- Wang PH, Fuh JL, Chao HT, Liu WM, Cheng MH, Chao KC. Is the surgical approach beneficial to subfertile women with symptomatic extensive adenomyosis? *J Obstet Gynaecol Res* 2009; 35:495-502.
- Takeuchi H, Kitade M, Kikuchi I, Shimanuki H, Kumakiri J, Kitano T, et al. Laparoscopic adenomyomectomy and hysteroplasty: a novel method. *J Minim Invasive Gynecol* 2006; 13:150-4.
- Osada H, Silber S, Kakinuma T, Nagaishi M, Kato K, Kato O. Surgical procedure to conserve the uterus for future pregnancy in patients suffering from massive adenomyosis. *Reprod Biomed Online* 2011; 22:94-9.
- Fujishita A, Masuzaki H, Khan KN, Kitajima M, Ishimaru T. Modified reduction surgery for adenomyosis: a preliminary report of the transverse H incision technique. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 57:132-8.
- Casini ML, Rossi F, Agostini R et al. Effects of the position of fibroids on fertility. *Gynecol. Endocrinol.* 22, 106-109 (2006).