

Tratamentul chirurgical laparoscopic în tumorile ovariene

Laparoscopic management of ovarian tumors

Liana Pleș^{1,2},
Romina-Marina
Sima^{1,2},
Anca Rîcu¹,
Anca-Daniela
Stănescu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină
și Farmacie „Carol Davila”,
București
2. Spitalul „Sf. Ioan”,
Maternitatea „Bucur”,
București

Correspondență:
Conf. dr. Liana Pleș
e-mail: liaples@yahoo.com

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

Abstract

For the last decades laparoscopy proved itself as valuable tool for gynecological pathology management. The objective of this paper is to highlight the advantages of laparoscopy both in the diagnosis as for therapeutic management of ovarian tumors. The choice of surgical approach depends on the suspicion of malignancy, the surgeon and patient options. According to current literature, it is the first line approach for ovarian pathology with low risk of malignancy after applying ultrasound and biochemical scores. Initial exploratory laparoscopic approach is justified also in menopause when there is an increased necessity for surgery in order to rule out malignancy. A benign anexial mass or very likely to be benign can be treated by laparoscopic cystectomy before premenopausal and through adnexectomy postmenopausal time. Whenever malignancy is very likely, a laparotomy is mandatory. In conclusion, laparoscopic surgery is the first line choice for ovarian mass, due to undeniable advantages: minimal postoperative pain, quick recovery, low infection risk, reduced postoperative complications and prognosis of ovarian optimally. Rigorous and accurate selection of cases leads to success through laparoscopic interventions.

Keywords: cystectomy, aneectomy, benign, malignant

Rezumat

În ultimii ani, laparoscopia a cunoscut o evoluție remarcabilă în domeniul chirurgiei ginecologice. Scopul lucrării este de a pune în evidență avantajele folosirii acestui tip de chirurgie în managementul diagnostic și terapeutic al tumorilor ovariene. Alegerea abordului chirurgical depinde de gradul de suspiciune al malignității, de chirurg și de opțiunile pacientei. Conform literaturii actuale, majoritatea chirurgilor folosesc abordul laparoscopic la femeile de vârstă reproductivă dacă riscul de malignitate este redus. La pacientele la menopauză, datorită faptului că în acest grup de vârstă formațiunile benigne sunt mai frecvente, abordul laparoscopic explorator inițial este justificat. O masă anexială benignă sau probabil benignă poate fi tratată laparoscopic prin chistectomie în perioada premenopauzală și prin aneectomie în postmenopauză. O masă anexială probabil malignă trebuie tratată prin aneectomie; o masă anexială malignă impune laparotomie. În concluzie, chirurgia laparoscopică prezintă avantaje incontestabile, net superioare chirurgiei clasice: durere postoperatorie minimă, recuperare rapidă, risc infecțios scăzut, complicații postoperatorii reduse și un prognostic ovarian optim. Selecția riguroasă și corectă a cazurilor conduce la succesul intervențiilor prin abord laparoscopic.

Cuvinte-cheie: chistectomie, aneectomie, malign, benign

Introducere

Patologia ovariană poate surveni la orice vârstă, începând cu viața intrauterină până la menopauză. Prevalența tumorilor ovariene variază în funcție de populația studiată⁽¹⁾. Tumorile ovariene ridică următoarele întrebări referitoare la terapie: necesită tratament chirurgical sau expectativ, formațiunile tumorale sunt benigne, maligne sau borderline, se pretează la intervenție laparoscopică, în ce situații se impun aneectomia sau/și histerectomia?

Material și metodă

Am realizat un studiu retrospectiv în care am inclus cazurile pacientelor la care s-a intervenit laparoscopic pentru formațiuni tumorale ovariene. Studiul a cuprins datele din Maternitatea „Bucur”, Spitalul „Sf. Ioan”, din perioada 1 ianuarie 2012 - 31 decembrie 2014. Au fost ex-

cluse pacientele cu patologie anexială de tip hidrosalpinx, hematosalpinx, sarcini ectopice, chisturi de incluziune peritoneală sau chisturi paraovariene.

Rezultate

Experiența clinicii noastre a evidențiat 71 de paciente la care s-a intervenit laparoscopic pentru tumori ovariene. Vârsta acestora a fost cuprinsă între 17 și 66 de ani, cu o medie de 38,4 ani. În majoritatea cazurilor, abordul a fost de tip Verres inițial, dar în ultimul an dominant prin tehnica open-acces de tip Hasson. Nu s-au înregistrat complicații la inserția troacarelor care să impună laparotomia. Intervențiile care s-au realizat au fost în majoritatea cazurilor chistectomii ovariene (63,4%), urmate de aneectomii unilaterale (23,6%), aneectomii bilaterale (12,5%), conversie în laparotomie pentru 6 cazuri și nici o reintervenție.

Conversiile în laparotomie s-au realizat în 4 cazuri, din cauza sindromului aderențial abdomino-pelvic important, și în două situații pentru imposibilitatea realizării hemostazei în condiții de siguranță absolută. Nu s-au înregistrat leziuni de tip vascular sau intestinal pe parcursul celor doi ani evaluați. Am identificat ulterior tipul histopatologic pentru fiecare tumoră ovariană (tabelul 1). Astfel, tipul histopatologic dominant, evidențiat și prin aspectul microscopic, a fost cel specific endometriozei (figura 1). Chisturile funcționale ovariene au avut, de asemenea, o pondere importantă (figura 2), dar s-au observat și asocieri între aceste tipuri la aceeași pacientă (figura 3). Am observat că durata medie de spitalizare a fost 3,2 zile. Nu s-au înregistrat complicații la nivelul plăgilor sau reintervenții.

Discuții

Durerea pelviană reprezintă cel mai frecvent simptom al pacientelor cu tumori anexiale⁽²⁾, iar investigația imagistică cea mai folosită, având acuratețe înaltă, este ecografia⁽³⁾. Toate pacientele incluse în studiul actual au fost investigate prin mijloace imagistice, în cazuri selectate investigație prin rezonanță magnetică, dar în prima etapă toate au fost supuse unei examinări ecografice.

Patologia anexială și ovariană variază în funcție de vârsta pacientei. Tumorile anexiale la femeile de vârstă fertilă sunt reprezentate de: chisturi funcționale, sindromul ovarelor polichistice, patologie inflamatorie (hidrosalpinx, piosalpinx), patologie asociată sarcinii (sarcina ectopică, corpul galben al sarcinii), chisturi paraovariene sau paratubare, tumori borderline și neoplasm ovarian⁽⁴⁾. La pacientele în postmenopauză se adaugă carcinomul ovarian, carcinomul trompei uterine, carcinomul metastatic și alte etiologii precum leiomiomele⁽⁵⁾. Tumorile anexiale la

pacientele prepubertare sunt: malformațiile ginecologice obstructive, teratoame, chisturi paratubare sau patologia gastrointestinală⁽⁶⁾. În studiul actual nu am avut cazuri prepubertare, acestea fiind abordate chirurgical în secțiile de chirurgie pediatrică.

Cele mai comune tipuri histopatologice descrise în literatură sunt: chistadenomul seros, chistadenomul mucinos, endometriomul, chistul dermoid și leiomiomul⁽⁷⁾. Pentru pacientele la care s-a intervenit laparoscopic, în clinica noastră tipul histopatologic dominant a fost endometriomul.

Conduita terapeutică în tumorile anexiale constă în: supraveghere, dacă riscul de malignitate este scăzut (evaluat prin ecografie și markeri tumorali); expectativă, dacă aspectul este benign și nu există alte indicații pentru intervenție chirurgicală; chirurgie, dacă există risc crescut de malignitate, riscuri asociate tumorii (infecție sau torsiune) sau este tumoră simptomatică.

Riscul crescut pentru malignitate este caracterizat de formațiuni tumorale ovariene la paciente prepubertare sau în postmenopauză, la paciente cu predispoziție genetică cunoscută, cu imagine complexă sau solidă la examinarea imagistică (ecografică), la pacientele cu neoplasm non-ginecologic (mamar sau gastric) și de prezența ascitei⁽⁸⁾. Cazurile neoplazice au avut o proporție cumulată sub 10% la tumorile ovariene abordate laparoscopic în acești 2 ani în clinica noastră.

Chistectomia ovariană laparoscopică este de preferat când patologia ovariană de tip chistic și condițiile locale permit conservarea țesutului ovarian restant. Aspirația nu este recomandată ca unică procedură, deoarece nu permite prelevarea tuturor tipurilor de celule pentru examenul histopatologic⁽⁹⁾. Aceasta a fost modalitatea de intervenție dominantă și pentru pacientele din studiul actual.

Tabelul 1 Rezultate histopatologice

Tipul histopatologic	Numărul	Proporția
Endometrioză ovariană	23	32,39
Chisturi funcționale ovariene	16	22,5
Chisturi seroase ovariene	15	21,16
Fibroame ovariene	5	7,04
Chisturi seroase papilifere ovariene	3	4,2
Chisturi dermoide ovariene	7	9,9
Carcinom ovarian	1	1,4
Tumora borderline	1	1,4

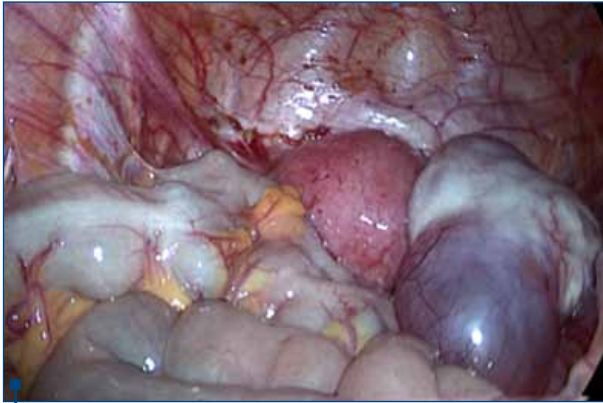


Figura 1. Endometrioză ovariană și pelviană



Figura 2. Chist ovarian funcțional

Anexectomia laparoscopică are ca indicații tumori ovariene solide sau de consistență mixtă, patologii ovariane în care, din cauza unor condiții tehnice, nu se poate efectua chistectomie, aspirație sau enucleare. Se adaugă torsiunea de anexă, tratamentul curativ pentru endometrioză, suspiciunea de neoplasm ovarian și neoplasmul gastrointestinal metastatic în ovare⁽¹⁰⁾.

Abordul laparoscopic este optim la pacientele cu evaluare preoperatorie care indică patologii ovariane benigne. Chisturile complexe trebuie îndepărtate complet, nu fenestrate. Identificarea intraoperatorie a lichidului de ascită, metastaze intestinale, multipli noduli sau excrescențe necesită conversia în laparotomie⁽¹¹⁾. S-a dovedit că îndepărtarea chisturilor într-un endobag scurtează timpul operator și răspândirea celulelor în cavitatea peritoneală. Cu toate acestea, un lavaj peritoneal adecvat scade morbiditatea postoperatorie. Formațiunile tumorale ovariene solide care nu pot fi îndepărtate prin inciziile de trocar pot fi și extrase prin minilaparotomie⁽¹²⁾.

Avantajele incontestabile ale laparoscopiei constau în: durere postoperatorie minimă, recuperare rapidă, risc infecțios scăzut, complicații postoperatorii reduse și un prognostic ovarian optim. Selecția riguroasă și corectă a cazurilor conduce la succesul intervențiilor prin abord laparoscopic^(13,14).



Figura 3. Chist ovarian funcțional stâng și chist endometriozic drept

Concluzii

Chirurgia laparoscopică prezintă avantaje incontestabile, net superioare chirurgiei clasice: durere postoperatorie minimă, recuperare rapidă, risc infecțios scăzut, complicații postoperatorii reduse și un prognostic ovarian optim. Selecția riguroasă și corectă a cazurilor conduce la succesul intervențiilor prin abord laparoscopic. ■

Bibliografie

1. Buys SS, Partridge E, Greene MH, et al. Ovarian cancer screening in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) cancer screening trial: findings from the initial screen of a randomized trial. *Am J ObstetGynecol* 2005; 193:1630.
2. Givens V, Mitchell GE, Harraway-Smith C, et al. Diagnosis and management of adnexal masses. *Am Fam Physician* 2009; 80:815.
3. Myers ER, Bastian LA, Havrilesky LJ, et al. Management of Adnexal Mass. Evidence Report/Technology Assessment No.130 (Prepared by the Duke Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-02-0025). AHRQ Publication No. 06-E004, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD February 2006.
4. Levine D, Brown DL, Andreotti RF, et al. Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference Statement. *Radiology* 2010; 256:943.
5. Jermy K, Luise C, Bourne T. The characterization of common ovarian cysts in premenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 17:140.
6. Eltabbakh GH, Kaiser JR. Laparoscopic management of a large ovarian cyst in an adolescent. A case report. *J Reprod Med* 2010; 45:231.
7. Buy JN, Ghossain MA, Hugol D, et al. Characterization of adnexal masses: combination of color Doppler and conventional sonography compared with spectral Doppler analysis alone and conventional sonography alone. *AJR Am J Roentgenol* 2012; 166:385.
8. Liu J, Xu Y, Wang J. Ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging for diagnosis of ovarian carcinoma. *Eur J Radiol* 2007; 62:328.
9. PaniciPB, Palaia I, Bellati F, et al. Laparoscopy compared with laparoscopically guided minilaparotomy for large adnexal masses: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110:241.
10. Hulka JF, Parker WH, Surrey MW, Phillips JM. Management of ovarian masses. AAGL 1990 survey. *J Reprod Med* 1992; 37:599.
11. Eltabbakh GH, Charboneau AM, Eltabbakh NG. Laparoscopic surgery for large benign ovarian cysts. *Gynecol Oncol* 2008; 108:72.
12. Kho RM, Magrina JF, Magtibay PM. Pathologic findings and outcomes of a minimally invasive approach to ovarian remnant syndrome. *FertilSteril* 2012; 87:1005.
13. Medeiros LR, Fachel JM, Garry R, et al. Laparoscopy versus laparotomy for benign ovarian tumours. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; CD004751.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion: number 280, December 2002. The role of the generalist obstetrician-gynecologist in the early detection of ovarian cancer. *ObstetGynecol* 2002; 100:1413.