

# Endometrioza extragenitală - cicatrice post-miomectomie. Prezentare de caz

*Extragenital endometriosis - post-myomectomy scar. Case report*

## Abstract

Extragenital endometriosis is a rare condition. Possible locations are, in order of frequency, abdominal wall, bowel, peritoneum, omentum, umbilicum, hernia sacs, bladder, kidney and lung<sup>(1,3,4)</sup>. Abdominal wall endometriosis is most often developed on old surgical scars from obstetric or gynecological procedure. Cicatricial endometriosis presents clinically as a chronic painful mass, palpable subcutaneously, rhythmized by the menstrual cycle. Differential diagnosis is with disorders such as keloid, hematoma, wire granuloma, abscess and inguinal hernia<sup>(5)</sup>.

**Keywords:** endometriosis, scar, chronic pain, differential diagnosis

## Rezumat

Endometrioza extragenitală este o afecțiune rară. Posibilele localizări sunt, în ordinea frecvenței, la nivelul peretelui abdominal, al intestinului, peritoneului, omentului, ombilicului, sacilor herniari, vezicii urinare, rinichilor și pulmonului<sup>(1,3,4)</sup>. Endometrioza peretelui abdominal se dezvoltă cel mai frecvent pe vechi cicatrice chirurgicale din proceduri obstetricale sau ginecologice. Endometrioza cicatriceală se prezintă clinic ca o masă dureroasă cronică, palpabilă subcutanat, ritmată de ciclul menstrual.

Diagnosticul diferențial este cu afecțiuni cum ar fi cheloidul, hematomul, granulomul de fir, abscesul și hernia inghinală<sup>(5)</sup>.

**Cuvinte-cheie:** endometrioză, cicatrice, durere cronică, diagnostic diferențial.

## Introducere

Endometrioza (gr. endon = înăuntru; metra = uter) este caracterizată prin prezența țesutului endometrial în afara sediului normal (mucoasa uterină). Țesutul ectopic prezintă caracteristici identice, atât din punct de vedere morfologic, cât și funcțional, cu endometrul. Prevalența în rândul femeilor fertile variază între 5% și 10%. Chiar dacă localizarea ei cea mai frecventă este genitală, ca de exemplu uterină, tubară, ovariană, intra- și extraperitoneală, aceasta poate fi și extragenitală. Dintre localizările extragenitale, cea mai frecventă este cea de la nivelul peretelui abdominal, urmată de ombilic, vulvă, apendice, jejunu-ileon, sac herniar, colon și pulmon. Au fost sugerate două mari teorii în spatele patogenezei endometriozei peretelui abdominal<sup>(6)</sup>. Una postulează că, în condițiile potrivite, celulele mezenchimale pluripotente primitive pot fi supuse unei diferențieri de specialitate, pentru a forma endometrioamele. O teorie alternativă sugerează că celulele endometriale pot fi transportate pe situsuri ectopice - în special în timpul procedurilor chirurgicale în care se deschide uterul. Endometrioza cicatriceală este o patologie rară și de cele mai multe ori dificil de diagnosticat. Diagnosticul endometriozei cicatriceale exclusiv pe baza datelor din istoricul medical și examenul clinic este dificil. Confirmarea acestei boli este posibilă doar prin analiza histopatologică a unui fragment obținut printr-o procedura invazivă.

## Prezentare de caz

Pacienta N.I., în vârstă de 32 de ani, din mediul rural, se internează în serviciul nostru (F.O. 4921/12.06.2014) pentru: durere cronică la nivelul cicatricei de tip Pfannenstiel și apariția unei formațiuni tumorale dure, sângerânde, ritmată de ciclul menstrual. Din antecedentele personale patologice menționăm în 2008 miomectomie prin incizie Pfannenstiel. Pacienta relatează că suferința a debutat în urmă cu aproximativ 2 ani (la aproximativ 4 ani de la miomectomie), cu durere moderată la nivelul cicatricei, unde la palpate se percep 4 formațiuni tumorale. 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 endometrioză de perete abdominal, pacientei i s-a indicat efectuarea unei operații excizionale în scop diagnostic și curativ.

Examenul obiectiv general la internare relevă o pacientă cu stare generală bună, afebrilă, normoponderală. Examenul obiectiv local relevă: în jumătatea inciziei Pfannenstiel, 4 formațiuni tumorale de 2/1,5 cm până la 4/1,5 cm, ovoidale, de consistență fermă, fără o delimitare netă, dureroase spontan, durere accentuată de palpate, relativ fixate de structurile musculo-aponevrotice; tegumentele de acoperire cu zonă de fibroză și două focare hemoragice (figura 1).

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

Antoine Edu<sup>1</sup>,  
Andreea  
Leontescu<sup>1</sup>,  
Corina  
Rădulescu<sup>1</sup>,  
Anamaria  
Cârstea<sup>1</sup>,  
Mihai Mitran<sup>2</sup>,  
Cristina  
Teodorescu<sup>1</sup>,  
Radu  
Mateescu<sup>1</sup>

1. Secția  
de Obstetrică-Ginecologie  
a Spitalului Clinic  
„Nicolae Malaxa”  
2. Secția  
de Obstetrică-Ginecologie  
a Spitalului Clinic  
„Prof. Dr. Panait Sirbu”



Figura 1

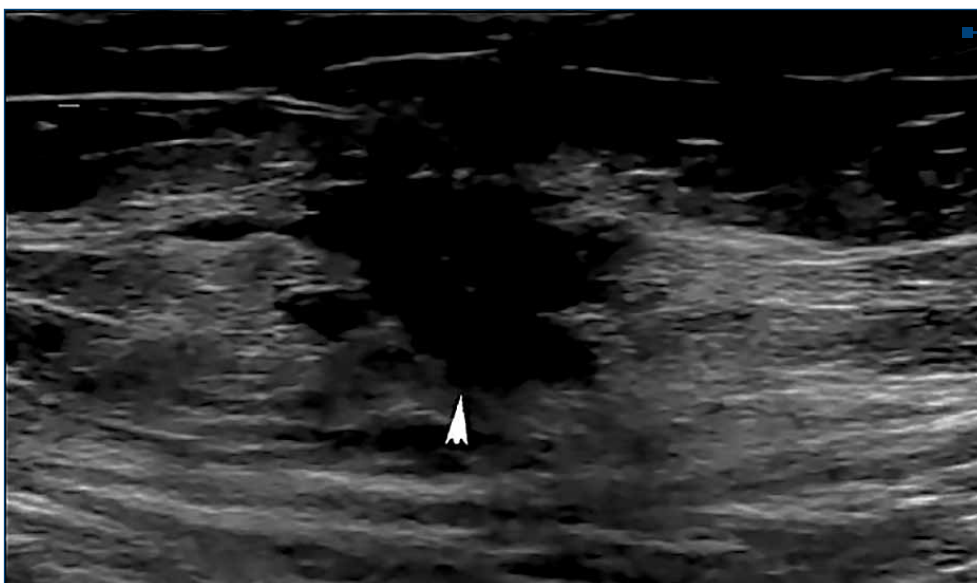


Figura 2

abdominală evidențiază la nivelul peretelui abdominal (figura 2) o leziune heterogenă, ovalară, de 2,5/3 cm.

După o pregătire preoperatorie corespunzătoare, se intervine chirurgical în anestezie generală, cu intubație orotraheală. La explorare: supraaponevrotic, 4 formațiuni tumorale ovalare de dimensiuni variabile de la 2/1,5 până la 4/1,5 cm, cu țesut adipos, albicioase, la incizie se evacuează o cantitate mică de lichid negricios-ciocolatiu, formațiunile sunt strâns aderente de aponevroză, respectând mușchii, peritoneul și grăsimea peritoneală. Se practică excizia tumorii și a vechii cicatrice, controlul hemostazei, parietorafie anatomică. Evoluția postoperatorie a fost simplă sub tratament antibiotic, antialgic și local, cu externare

a opta zi postoperator. Examenul histopatologic al piesei de exereză arată (macroscopic) 4 formațiuni tumorale noduloase, solide, de dimensiuni variabile de la 2/1,5 până la 4/1,5 cm, cu țesut adipos, albicioase, cenușii, cu zone de fibroză difuză și focare hemoragice de consistență fermă, lambou cutanat de 11/1,5 cm cu cicatrice postoperatorie, fibroză difuză subcutanată cu focare hemoragice, de consistență fermă. Examenul microscopic (figura 3): fragmente de țesut fibromusculo-adipos cu focare de endometrioză, cu unele glande dilatate chistic, infiltrat inflamator cronic, extravazări hemetice și arii mixoide focale, lambou cutanat cu focare de endometrioză interesând dermul, hipodermul și țesutul fibromusculo-adipos subcutanat. Diagnosticul

histopatologic este următorul: endometrioză cutanată, subcutanată și aponevrotică.

## Discuții

Diagnosticul endometriozei cicatriceale exclusiv pe baza datelor din istoricul medical și a examenului clinic este dificil de realizat. De obicei, simptomele apar în momentul menstruației și sunt reprezentate de dureri la nivelul peretelui abdominal sau pelvian; simptomele sunt mai puțin frecvente între ciclurile menstruale<sup>(7)</sup>. Cu toate acestea, pacientele pot fi asimptomatice, iar endometrioza peretelui abdominal și pelvian, asociată cu cicatrice chirurgicale, poate fi descoperită la un interval cuprins între 6 luni și 20 de ani<sup>(8,9)</sup>. În cazul nostru, leziunea a apărut după 6 ani de cicatrice post-miometomie, o perioadă foarte lungă. Acest lucru ne conduce la ipoteza că teoria implantației a jucat un rol important în dezvoltarea bolii.

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

Managementul endometriozei cicatriceale include tratament medical - terapie hormonală, AINS, Pentoxifilin - și tratament chirurgical: excizie largă. Tratamentul chirurgical este cel mai adecvat atât pentru vindecarea bolii, cât și pentru stabilirea diagnosticului prin examenul histopatologic al piesei.

La pacienta prezentată, tabloul clinic a fost cel comun pentru endometrioza de perete abdominal. Suspiciu-

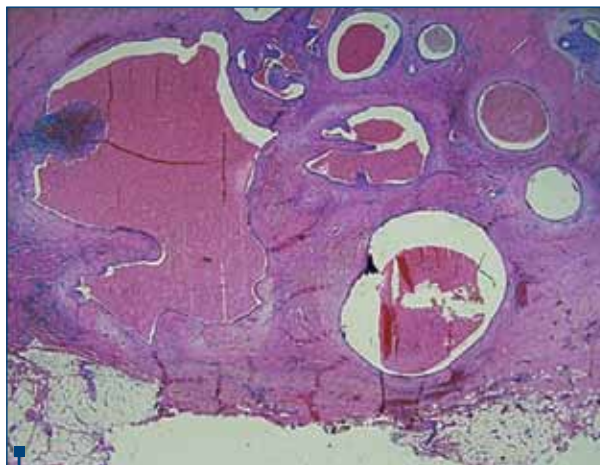


Figura 3

nea clinică de endometrioză și ecografia, similară cu alte cazuri raportate în specialitate<sup>(10)</sup>, ne-au ajutat în formularea diagnosticului. Tratamentul chirurgical (excizia completă a tumorii de perete abdominal) a dus la vindecare; pacienta nu a prezentat recidivă locală până în prezent. Examenul histopatologic a tranșat diagnosticul.

## Concluzii

Endometrioza peretelui abdominal după o intervenție chirurgicală de sferă genitală este mai frecventă decât se presupune în general. Clinic, este de multe ori confundată cu alte patologii, deoarece poate să apară la mai mulți ani după intervenția chirurgicală; durerea este de multe ori neciclică și nu există întotdeauna o masă palpabilă. Tratamentul curativ este reprezentat de excizia largă a leziunii. ■

## Bibliografie

- Goel P, Sood SS, Romilla Dalal A. Cesarean scar endometriosis. Report of two cases. *Indian J Med Sci*, 2005; 59:495-8.
- Luisi S, Gabbanini M, Sollazzi S, Colataci F, Razzi S, Petraglia F. Surgical scar endometriosis after cesarean section: a case report. *Gynecol Endocrinol*, 2006; 22:284-5.
- Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, epistomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res*, 2005; 31:471-5.
- Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer*, 2006; 16:432-5.
- Adamo V, Di Natale W, Meola C, Gilio M, Cavalli S, Ferrari L, et al. Endometriosis in an epistomy scar: a case report. *Chirurg Ital*, 2004; 56:735-8.
- Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. *Clin Obstet Gynecol*, 1966; 9(2):373-83 CrossRef, Medline.
- Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol*, 2006; 186(3):616-20. CrossRef, Medline.
- Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg*, 2003; 185(6):596-8. CrossRef, Medline.
- Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg*, 1999; 65(1):36-9. Medline.
- Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristaino S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color Doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med*, 2003; 22:1041-7.