

## FIBROM UTERIN GIGANT ASOCIAT CU POLICITEMIE SECUNDARĂ. PREZENTARE DE CAZ.

Demetra Socolov, D. Andronic\*, A. Cărăuleanu, C. Lupașcu\*, Maria Magdalena Cărăuleanu  
Clinica a II-a Obstetrică-Ginecologie

\* Clinica I Chirurgie „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu” Iași  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

**GIANT UTERINE FIBROMYOMA ASSOCIATED WITH SECONDARY POLYCYTHEMIA. CASE REPORT (Abstract):** *Background:* Giant uterine fibromyomas are very rare; there are difficulties in diagnosis and surgical treatment. There is a known association between large uterine fibromyomas and polycythemia. *Case:* A 46-year old woman presented with a large lower abdominal mass. Laboratory evaluation revealed a haemoglobin of 18.3 g/dl and a hematocrit of 51.7%. The ultrasound scan showed a large abdominal mass arising in the pelvis and with the upper pole at the xiphoid appendix, compressing both ureters. A complex team of gynecologists and general surgeons performed a total abdominal hysterectomy. Pathology confirmed a uterine leiomyoma weighing 17.8 kg. Two and six months after operation, the patient was asymptomatic and the haematological values within normal range.

KEY WORDS: GIANT UTERINE FIBROMYOMA, POLYCYTHEMIA, HYSTERECTOMY

Correspondență: Dr. D. Andronic, Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași, Bd. Independenței, nr. 1, 700111

### PREZENTAREA CAZULUI:

Pacienta M.E., în vârstă de 46 ani, nefumătoare, s-a internat în Clinica a II-a Obstetrică Ginecologie Iași cu o tumoră voluminoasă ce ocupa pelvisul și abdomenul în totalitate, ajungând până sub rebordul costal (Fig. 1).



Fig. 1: Aspect preoperator

Pacienta declară că a remarcat creșterea în volum a abdomenului de aproximativ 4 ani, iar de 2 luni fenomenele de compresie tumorală au devenit mai evidente: dispnee cu polipnee, polakiurie, constipație. Antecedentele personale fiziologice au fost fără elemente de reamintire, cu cicluri menstruale normale ca flux și durată, dar cu dismenoree.

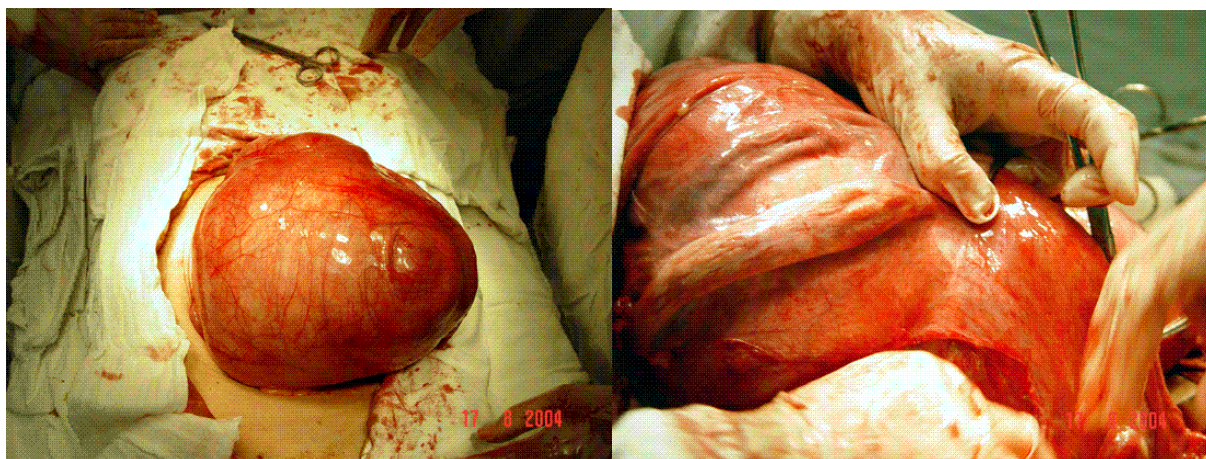
Tumora găsită la palparea abdominală era dură, cu contur boselat și relativ fixă. La examenul vaginal digital s-a evidențiat ascensionarea colului spre anterior, greu abordabil, iar

fundurile de sac posterior și cele laterale erau ocupate de formațiunea care se mobiliza la deplasarea colului.

Ecografia abdominală a indicat o formațiune tumorală hipoecogenă, neomogenă, relativ bine delimitată, de foarte mari dimensiuni, cu zone hiperecogene cu semnal Doppler slab în interior. Formațiunea tumorală se proiecta de imediat sub stern până în hipogastru, iar în lateral dintr-un flanc în altul. Anexele erau dificil de vizualizat. S-a constatat absența lichidului liber în cavitatea peritoneală, iar diagnosticul final ecografic a fost cel de fibrom uterin gigant. Ecografic, ficatul, splina și colecistul erau normale, iar rinichii prezentau imagini de hidronefroză grad I bilaterală prin compresie.

Explorările de laborator au arătat un grad de policitemie, cu Hb = 18,3g/dl, Ht = 51,7%; constantele eritrocitare (VEM, CHEM și HEM) au fost în limite normale. Coagulograma a prezentat valori normale, ca și restul analizelor biochimice.

Dat fiind volumul tumoral și posibilele alte diagnostice diferențiale (tumori de ovar, de intestin sau mezenter, retroperitoneale, leiomiosarcom uterin), s-a solicitat formarea unei echipe mixte operatorii incluzând ginecologi și chirurg generalist. S-a intervenit chirurgical practicându-se histerectomie totală (Fig. 2).



**Fig. 2 Aspectul intraoperator al formațiunii**

Cantitatea de sânge pierdută intraoperator a fost de circa 1000 ml, necesitând efectuarea unor transfuzii primele 2 zile postoperator.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, la 2 luni postoperator valorile Hb și Ht revenind la normal, menținându-se la fel și la controlul la 6 luni după intervenție.

Diagnosticul anatomo-patologic al piesei operatorii a fost: nodul fibromatos de 24/20/18 cm, cântărind 17,8 kg, endometru în fază peroliferativă precoce, exocervicită cronică nespecifică, endocervicită cronică micropapilară, anexe fără modificări.

## DISCUȚII

Am prezentat un caz de fibrom uterin gigant care a ridicat probleme de diagnostic diferențial clinic și ecografic datorită volumului tumoral, tumoră asociată cu policitemie secundară.

Fibroamele uterine gigante sunt cele cu greutatea de peste 11,4 kg, conform definiției citate de Evans și colab.[1]. Un asemenea fibrom poate apărea ca o tumoră solitară sau ca un conglomerat de fibroame uterine. În cazul nostru, fibromul a avut dimensiuni de 24 x 20 x 18 cm și a cântărit 17,8 kg, fiind o formațiune unică.

Conduita în aceste cazuri constă într-un tratament chirurgical adecvat. Numeroase dificultăți tehnice pot apare în evaluarea și extirparea acestor tumori. Mortalitatea combinată pre- și post-operatorie este de aproximativ 15% [1]. O echipă mixtă formată din chirurgi

ginecologi și generaliști, la nevoie și un plastician, este necesară pentru buna rezolvare a cazului.

Numărul extrem de mic al cazurilor, cu atât mai mult lipsa raportărilor în literatura recentă, reflectă și raritatea acestei patologii.

În cazul prezentat, o altă particularitate o constituie asocierea fibromului cu o policitemie secundară. Faptul că policitemia a fost indusă de prezența fibromului a fost dovedită de revenirea și menținerea hemoglobinei și a hematocritului la valori normale la scurt timp după extirparea sa.

În literatură se citează mai multe mecanisme prin care un fibrom gigant ar putea induce o policitemie secundară:

- Horwitz și colab. au postulat că eritrocitoza rezultată dintr-un șunt arterio-venos în interiorul fibromului poate produce hipoxie și indirect policitemie [2];
- Hertko a sugerat că producția ectopică de eritropoietină de către tumoră determină policitemie [3];
- Paranjothy și colab. au sugerat că tumorile de mari dimensiuni pot compromite ventilația pulmonară, conducând astfel la hipoxie și creșterea numărului de globule roșii [4];
- altă ipoteză este că un fibrom uterin voluminos comprimă unul sau ambele uretere, obstruând fluxul urinar și crescând astfel producția renală de eritropoietină. Această explicație este amintită și de Clark și colab.[5].

În cazul prezentat, fenomenele de compresie pulmonară și ureterală au fost evidente, pacienta internându-se cu dispnee cu polipnee și cu hidronefroză gradul I bilaterală, care s-au remis după intervenția chirurgicală. În ceea ce privește eventuala producție intratumorală de eritropoietină, această nu a putut fi verificată, neexistând posibilitatea dozării eritropoietinei circulante înainte și după operație.

## CONCLUZII

Fibroamele uterine gigante sunt tumori rare; ele ridică atât probleme de diagnostic diferențial în cursul evaluării, cât și dificultăți tehnice în cursul extirpării, mortalitatea pre- și postoperatorie în literatură fiind de 15%. De aceea, o echipă mixtă cuprinzând chirurghi generaliști și ginecologi este necesară.

Fibromul poate induce policitemie secundară prin unul sau mai multe mecanisme:

- șunturi arterio/venoase intratumorale determinând hipoxie;
- producția intratumorală de eritropoietină;
- compresia pe uretere cu afectarea drenajului urinar și creșterea producției de eritropoietină;
- compresia pulmonară inducând hipoxie și deci policitemie.

## BIBLIOGRAFIE

1. Evans A.T., Pratt J.H.: A giant fibroid uterus. *Obstet Gynecol* 1979;54: 385-386.
2. Horwitz A., McKelway W.: Polycythemia associated with uterine myomas. *JAMA* 1955;158: 1360-1361.
3. Hertko E.: Polycythemia (erythrocytosis) associated with uterine fibroids. A case report with erythropoietic activity demonstrated in the tumor. *Ann Intern Med* 1968;68: 1169.
4. Paranjothy E., Vaish S.: Polycythemia associated with leiomyoma of the uterus. *J Obstet Gynaecol Brit Commonw* 1967;74: 600-605.
5. Clark C.L., Wilson T.O., Witzig T.E.: Giant uterine fibromyoma producing secondary polycythemia. *Obstet Gynecol* 1994;84: 722-724.