

## MANAGEMENTUL LAPAROSCOPIC AL CHISTURILOR OVARIENE CU DEZVOLTARE PELVIABDOMINALĂ – PREZENTARE DE CAZ

R. Vieriu-Moțoc<sup>1</sup>, E. Târcoveanu<sup>2</sup>, C. Bradea<sup>2</sup>, A. Vasilescu<sup>2</sup>  
1. doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași  
2. Clinica I Chirurgie, „I. Tănăsescu – Vl. Buțureanu”  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

### **LAPAROSCOPIC MANAGEMENT OF LARGE OVARIAN CYSTS - CASE PRESENTATION**

**(ABSTRACT):** *Introduction:* Ovarian benign cyst are frequently managed by laparoscopy. Recently published studies advocate this approach for well-selected patients with excessive size tumors. *Case report:* We present a case of a 21 years old female who presented in First Surgical Clinic Iasi with lower abdominal pain and bowel symptoms. The ultrasound examination showed a unilocular cyst measuring 23 by 14 cm, arising from the left ovary and occupying the entire pelvis and lower abdomen, with bilateral hydronephrosis. An open laparoscopy was performed. The cyst was drained with a laparoscopic puncture needle introduced through the right accessory trocar sleeve and connected to a surgical suction system. Aspiration was followed by laparoscopic adnexectomy. Histopathological exam revealed the presence of a mucinous cystadenoma. Postoperative recovery was uneventful and was discharged 3 days after operation. *Conclusion:* Laparoscopic drainage of ovarian cyst followed by adnexectomy is feasible and may be indicated for large ovarian cyst after careful preoperative evaluation.

KEY WORDS: LAPAROSCOPY, LARGE OVARIAN CYST.

Correspondență: Dr. Răzvan Vieriu-Moțoc, doctorand Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași, medic specialist obstetrică-ginecologie, Spitalul Arcadia, str. Cicoarei, nr. 2, Iasi, e-mail: razvandoc@yahoo.com\*.

### INTRODUCERE

Tumorile chistice ale ovarului reprezintă o patologie frecventă la femeie în timpul perioadei de activitate genitală.

Deși mult timp chisturile ovariene gigante erau abordate prin laparotomie, actualmente, abordul laparoscopic tinde să devină “gold standard” în tratamentul chisturilor de ovar indiferent de dimensiunile acestora. Tratamentul minim invaziv al chisturilor ovariene de dimensiuni mari poate fi dificil punând probleme atât de tehnică chirurgicală datorită mărimii, precum și existenței riscului de malignitate. Avantajele acestui abord sunt bine cunoscute: analgezie postoperatorie redusă, sângerare minimă, incidență redusă a aderențelor postoperatorii, rezultat cosmetic superior, spitalizare de scurtă durată, recuperare rapidă, costuri scăzute, reinsertie socio-profesională rapidă.

---

\* received date: 04.04.2011

accepted date: 30.05.2011

### PREZENTARE DE CAZ

Pacientă în vârstă de 21 ani, nulipară, cu cicluri menstruale regulate, fără antecedente personale patologice sugestive, s-a internat în Clinica I Chirurgie pentru dureri la nivelul hipogastrului și fosei iliace drepte, tulburari de tranzit intestinal. La examenul clinic s-a constatat prezența în hipogastru și mezogastru a unei formațiuni tumorale cu dezvoltare pelviabdominală, diametru 18-20 cm, consistență ferm-elastică, mobilă, nedureroasă (Fig. 1). Examenul ecografic abdomino-pelvin evidențiază prezența în poziție medio-abdominală a unei formațiuni lichidiene voluminoase, uniloculare, de 231/140 mm, chist ovarian stâng. Nu au fost vizualizate septuri, vegetații, sau semnal Doppler în interiorul formațiunii. Ovarul drept și uterul au avut aspect ecografic normal. Nu a fost evidențiată prezența lichidului de ascită, iar ficatul avea ecostructură normală, dar s-a constatat ureterohidronefroză dreaptă gradul II și ureterohidronefroză stângă gradul I.

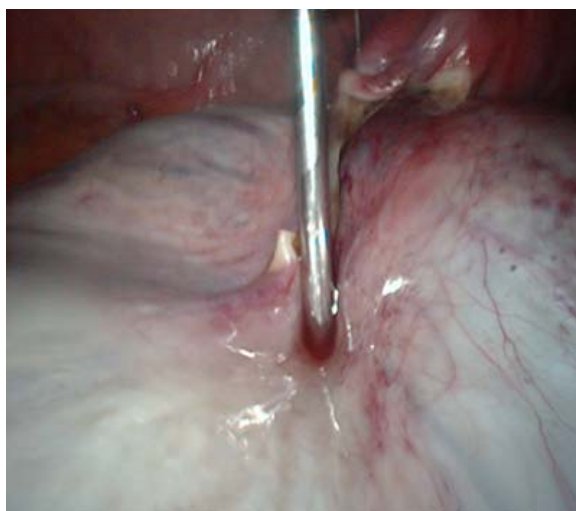
Marker-ii tumorali serici (CA 125, CEA) erau în limite normale, fără anomalii ale constantelor hematologice sau biochimice cu excepția unei ușoare hipercolesterolemii (219 mg/dL).

S-a decis abordul laparoscopic cu anestezie generală cu intubație orotraheală. S-a practicat laparoscopie deschisă supraombilicală. La explorarea cavității peritoneale s-a constatat prezența la unui chist de aproximativ 30 cm care atingea ficatul cu suprafață netedă, mobil, având originea la nivelul ovarului stâng și exercitând efect compresiv asupra anselor intestinale. Cupolele diafragmatice, ficatul, stomacul, ansele intestinale și colice, ovarul contralateral și uterul aveau aspecte normale. Nu a fost evidențiată prezența aderențelor intraabdominale și a lichidului de ascită.

S-au introdus două trocare adiționale de 10 mm în fosa iliacă stângă (FIS) și de 5 mm în fosa iliacă dreaptă (FID). S-a puncționat chistul cu acul de puncție laparoscopică de 5 mm introdus prin trocarul din FID care se etanșează perfect la peretele chistului (Fig. 2) și s-a adaptat la un aspirator chirurgical.



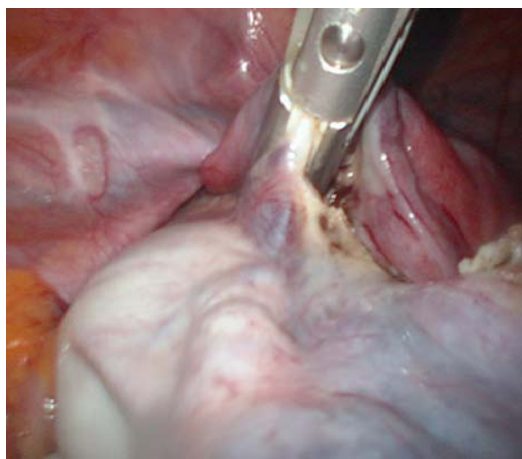
**Fig. 1** Examen clinic - prezența în hipogastru și mezogastru a unei formațiuni tumorale cu dezvoltare pelviabdominală.



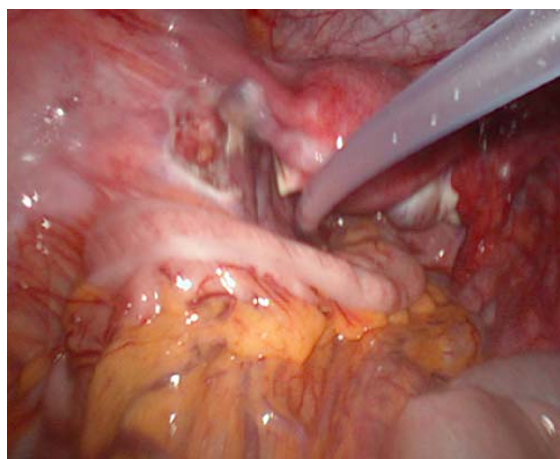
**Fig. 2** Aspecte intraoperatorii – puncționarea chistului cu acul de puncție laparoscopică de 5 mm introdus prin trocarul din FID.

S-au aspirat 3 litri de lichid serocitrin și după golirea chistului s-a practicat anexectomie stângă cu pensa Ligasure (Fig. 3). S-a extras piesa operatorie într-un endobag după lărgirea inciziei din FIS.

Intervenția a fost finalizată prin plasarea unui tub de dren în Douglas, exteriorizat prin traiecul de trocar din FID (Fig. 4).



**Fig. 3** Aspecte intraoperatorii – anexectomie stângă cu pensa Ligasure®



**Fig. 4** Aspecte intraoperatorii – drenajul cavității peritoneale

Evoluția postoperatorie a fost simplă cu externarea pacientei a treia zi postoperator. Examenul anatomopatologic microscopic a stabilit diagnosticul de chistadenom mucos de tip endocervical cu infiltrare hemoragică parietală și zone ulcerate.

Reevaluarea la 6-12 luni a demonstrat vindecare chirurgicală completă.

## DISCUȚII

Chistadenomul mucinos este o tumoră care se dezvoltă printr-o proliferare a celulelor mucosecretante. Originea sa nu este clară. La paciente peste 40 ani originea este cel mai probabil mezotelială, în timp ce la pacientele tinere chistul se dezvoltă frecvent dintr-un teratom [1]. Reprezintă 15-20% din tumorile ovariene benigne [2] și este rar întâlnit bilateral.

Tumora poate atinge dimensiuni mari, până la 50 cm diametru. La suprafață este netedă, cu perete subțire de culoare alb cenușie. În interior este frecvent multiloculată, septurile sunt subțiri și determină formarea de cavități umplute cu o substanță mucoidă, transparentă. Cavitățile pot fuziona formând un compartiment unic voluminos.

În interior, peretele chistului este tapetat de un epiteliu columnar unistratificat asemănător cu epiteliul endocervical sau intestinal [3]. Potențialul malign este redus..

Tradițional, abordul chistadenomului este prin laparotomie, dar actualmente, laparoscopia se impune în ginecologie ca și în toate ramurile chirurgicale.

Abordul laparoscopic al chisturilor ovariene reprezintă în prezent standardul de aur.

În cazul chisturilor cu dezvoltare abdominală dificultățile apar din cel puțin 2 motive:

- chisturile voluminoase care ocupă mare parte din cavitatea peritoneală fac dificilă efectuarea manevrelor chirurgicale.
- inserția acului Veress și a trocarelor pot leza peretele chistului și contaminarea cavității peritoneale cu conținutul acestuia. Situația poate avea consecințe nefavorabile pentru chistul dermoid sau mucinos prin complicație cu peritonită granulomatoasă sau respectiv, *pseudomixoma peritonei*.

Chisturile de mari dimensiuni au risc crescut de malignitate. Studiile au arătat că prognosticul acestor paciente nu este influențat negativ de contaminarea peritoneului cu celule maligne provenind din interiorul chistului [4]. Ceea ce afectează nefavorabil prognosticul sunt gradul de diferențiere a tumorii, prezența aderențelor sau a ascitei în cantitate mare [5].

Datorită acestor limitări s-a încercat aspirarea conținutului chistului urmată de evacuarea sa pe cale laparoscopică. Exceptând procedeul prezentat, golirea chistului și evacuarea sa au fost realizate prin diverse metode. Eltabbakh și Kaisar în SUA au utilizat un cateter Bonanno pentru golirea preoperatorie a chistului [6]. Nagele and Magos au imaginat o tehnică de aspirație ghidată ecografic și excizie laparoscopică [7]. Rabbani a utilizat acul Veress introdus la nivelul ombilicului pentru a aspira conținut, pneumoperitoneul fiind realizat după golirea completă [8]. Salem a raportat o serie de 16 cazuri în care calea de acces a fost punctul Palmer, aspirația făcându-se sub vizualizare directă [9]. Goh a descris o tehnică de chistectomie extracorporeală asistată laparoscopic care constă în punționarea și aspirarea chistului sub control laparoscopic urmată de exteriorizarea chistului printr-o incizie suprapubiană de 1,5-2 cm și excizia sa [10].

Multitudinea procedeelor imaginate confirmă că patologia chistică ovariană benignă poate fi abordată laparoscopic indiferent de dimensiuni [11].

## CONCLUZII

Particularitatea cazului prezentat constă în rezolvarea integral laparoscopic a unei tumori chistice ovariene de mari dimensiuni cu dezvoltare pelvi-abdominală la o pacientă tânără cu compromiterea limitată a fertilității datorită avantajelor tratamentului chirurgical minim invaziv.

Abordul laparoscopic este fezabil și se poate practica, pe cazuri selectate, chiar în situația chisturilor gigante de ovar.

## BIBLIOGRAFIE

1. Novak ER, Woodruff JD. *Novak's gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations*. Philadelphia, WB Saunders Company, 1979.
2. Duvillard P. Classification anatomo-pathologique des tumeurs de l'ovaire. *Reproduction humaine et hormones* 1998; 11(9): 619-628.
3. Scully RE, Young RH, Clement PB. *Atlas of Tumor Pathology*. 3rd series, fascicle 23. Washington DC. AFIP 1998.
4. Sevelde P, Dittrich C, Salzer H. Prognostic value of the rupture of the capsule in stage 1 epithelial ovarian carcinoma. *Gynecol Oncol* 1989; 35: 321-322.
5. Dembo A, Davy M, Stenwig A. Prognostic factors in patients with stage 1 epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 263-272.
6. Eltabbakh GH, Kaaisar JR. Laparoscopic management of a large ovarian cyst in an adolescent. *J Reprod Med* 2000; 45(3): 231-234.
7. Nagele F, Magos AL. Combined ultrasonographically guided drainage and laparoscopic excision of a large ovarian cyst. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175(5): 1377-1378.

8. Rabbani I, Wynn JS, Hickling DJ. Laparoscopic excision of a large ovarian cyst. *Gynecol Surg* 2007; 4: 225–227.
9. Salem HA. Laparoscopic excision of large ovarian cysts. *J Obstet Gynaecol Res* 2002; 28(6): 290–294.
10. Goh SM, Yam J, Loh SF, Wong A. Minimal access approach to the management of large ovarian cysts. *Surg Endosc* 2007; 21(1): 80–83.
11. Lee LC, Sheu BC, Chou LY, Huang SC, Chang DY, Chang WC. An easy new approach to the laparoscopic treatment of large adnexal cysts. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 2011; 20(3): 150-154.