

ADENOMIOZA, PATOLOGIE CHIRURGICALĂ*Adenomioza, surgical pathology***Conf. Dr. Antoine Edu^{1,2}, Dr. M. Brăila^{3,4}, Șef Lucr. Dr. Anca Brăila^{3,4}**¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București²Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București³Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova⁴SCJU, Craiova**REZUMAT**

Adenomioza sau endometrioza intramiometrială reprezintă patologia caracterizată prin prezența țesutului endometrial, glande și stromă, în miometru. Poate fi reprezentată prin forme difuze și forme circumscrie intracapsulare sau pseudocapsulare. Din studiul nostru rezultă că adenomioza este o patologie mult mai frecventă în practică, prezența ei fiind mascată de cele mai multe ori de patologia utero-anexială asociată. În studiul nostru, pacientele s-au internat pentru menometroragii, ce au avut ca substrat polifibromatoză uterină, hiperplaziile de endometru și tumorile chistice de ovar. Conduita terapeutică la toate cele 76 de cazuri a constat în tratamentul medical de reechilibrare preoperator, consimțământul pacientei pentru intervenția chirurgicală și procedeul chirurgical efectuat, histerectomie totală cu sau fără anexectomie bilaterală. Obiectivul lucrării noastre a constat în depistarea și tratamentul adenomiozei, manifestată prin menometroragii la femeia peste 35 de ani. Conduita terapeutică este cea chirurgicală, histerectomie totală cu sau fără anexectomie, celelalte mijloace terapeutice medicale fiind ineficiente. Examenul histopatologic este suveran, fiind singurul care poate preciza diagnosticul de adenomioză.

Cuvinte cheie: adenomioză, menometroragii, histerectomie**ABSTRACT**

Intramymetric adenomyosis or endometriosis is the pathology characterized by the presence of endometrial tissue, glands and stroma in myometrium. It can be represented by diffuse shapes and intracapsular or pseudocapsular circumscribed forms. From our study, adenomyosis is a more common pathology in practice, and its presence is often masked by the associated utero-anatomical pathology. In our study, patients were admitted for menometrorrhagies, which had as substrate: uterine polyphenomyelosis, endometrial hyperplasia and ovarian cyst tumors. The therapeutic conduct in all 76 cases consisted of the medical treatment of preoperative rebalancing, the patient's consent for the surgery and the surgical procedure performed, total hysterectomy with or without bilateral anexectomy. The objective of our work was to detect and treat adenomyosis manifested by menometroragii in women over 35 years of age. Therapeutic conduction is surgical, total hysterectomy with or without anexectomy, the other medical therapeutical means being ineffective. The histopathological examination is sovereign being the only one that can diagnose the diagnosis of adenomyosis.

Keywords: adenomyosis, menometrorrhagies, hysterectomy**INTRODUCERE**

Adenomioza sau endometrioza intramiometrială reprezintă patologia caracterizată prin prezența țesutului endometrial, glande și stromă, în miometru. Poate fi reprezentată prin formele difuze și formele circumscrie intracapsulare sau pseudocapsu-

lare. În anumite situații, poate lua forma unor canalicule intramiometriale tapetate cu pseudoendometru (1).

Paritatea și vârstă sunt factori de risc important în apariția adenomiozei. În peste 80% dintre cazuri, femeile au vârsta cuprinsă între 40 și 50 de ani, iar în peste 90% dintre cazuri, apare la multipare (2).

Autor corespondentă:

Șef Lucr. Dr. Anca Daniela Brăila, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova,

Str. Petru Rareș nr. 2, Craiova

E-mail: ancabrailla@yahoo.com

La examinarea clinică, uterul este mărit de volum, fără să depășească dimensiunile unui uter gravid de 12 săptămâni. Suprafața externă poate fi netedă și regulată sau boselată, cu o scădere a consistenței. Pe secțiune, piesele de histerectomie prezintă un aspect spongios, cu zone focale de hemoragie.

Aproximativ o treime dintre femeile cu adenomioza prezintă ca simptomatologie dominantă menometroragia și dismenoreea (3-5). Dismenoreea este cauzată de creșterea producției de prostaglandine de la nivelul țesutului adenomiozic (6-8).

În adenomioză, s-au constatat niveluri serice crescute de CA125. Acest marker, fiind prezent și în leiomiome, infecții pelvine sau neoplasm pelvin, nu poate fi considerat un indicator specific pentru adenomioză (9). Ecografia decelează prezența unor noduli hipocogenici care se diferențiază de leiomiom prin margini slab definite, formă eliptică, prezența unor chisturi anecogene de diferite mărimi (10).

Obiectivul lucrării noastre a constat în depistarea și tratamentul adenomiozei, manifestată prin menometroragii la femeia peste 35 de ani. Conduita terapeutică este cea chirurgicală, histerectomie totală cu sau fără anexectomie, celelalte mijloace terapeutice medicale fiind ineficiente. Examenul histopatologic este suveran, fiind singurul care poate preciza diagnosticul de adenomioză.

MATERIAL ȘI METODĂ

Am luat în studiu un număr de 76 de cazuri operate, în perioada 2015-2017, la care s-a practicat histerectomia totală. Pacientele cu vârsta cuprinsă între 35 și 52 de ani au fost internate pentru menometroragii, substratul anatomopatologic al acestora fiind polifibromatoza uterină, hiperplazii de endometru și tumori chistice de ovar. Pe grupe de vârstă, am sectorizat 2 loturi: 35-44 de ani, 42 de cazuri, și 45-52 de ani, 34 de cazuri (Tabelul 1).

TABELUL 1. Repartiția cazurilor în funcție de vârstă

| Vârstă pacienți (ani) | 35-44 | 45-52 | Total pacienți |
|-----------------------|-------|-------|----------------|
| Nr. cazuri | 42 | 34 | 76 |
| % | 55% | 45% | 100% |

După numărul de nașteri, am constatat că 52 de pacienți au avut între una și trei nașteri, restul de 24 având peste 4 nașteri (Tabelul 2).

TABELUL 2. Repartiția cazurilor în funcție de paritate

| Nr. nașteri | 1-3 | >4 |
|-------------|-----|-----|
| Nr. cazuri | 52 | 24 |
| % | 68% | 32% |

Din datele anamnestice, am reținut că pacientele au mai fost internate pentru metroragii; au făcut tratament cu medicație hormonală și hemostatică, dar fără ameliorarea simptomatologiei. În 29 de cazuri, fiind pacienți cu vârstă sub 44 de ani, am recurs la administrarea de contraceptive orale hormonale, iar în 6 cazuri s-a montat DIU tip Mirena. Am administrat acest tratament medical pentru inducerea hipotrofiei endometrului, reducerea fluxului menstrual și a atenuării dismenoreei.

Examenul clinic a evidențiat col uterin fără leziuni evidente macroscopice, sângerare mai mult sau mai puțin abundentă, uter mărit de volum, de dimensiuni variabile, neregulat, boselat, dureros spontan și la presiune, cu mobilitate mai mult sau mai puțin limitată. În 6 cazuri, au fost puse în evidență formațiuni chistice ovariene de peste 6 cm diametru.

Paciențele au prezentat anemie secundară, uneori severă, pierderile de sânge fiind în majoritatea cazurilor foarte abundente la menstră. Anemia secundară a fost evaluată prin valorile hemoglobinei cuprinse între 7 și 9,6 mg/dl în 62 de cazuri, restul de 14 cazuri având o hemoglobină de peste 9,7 mg/dl (Tabelul 3, Fig. 1).

TABELUL 3. Repartiția cazurilor în funcție de patologie

| Patologia | Polifibromatoză | Hiperplazie de endometru | Tumori chistice de ovar |
|------------|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| Nr. cazuri | 18 | 52 | 6 |
| % | 24% | 68% | 8% |

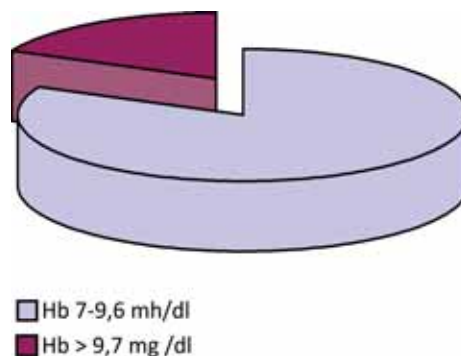


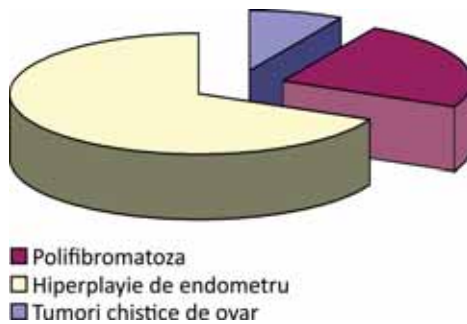
FIGURA 1. Repartiția cazurilor în funcție de valoarea hemoglobinei

În toate cazurile, s-au efectuat explorări imagistice de tipul ecografie abdominală și endovaginală, în 18 cazuri tomografie computerizată și 8 cazuri RMN pentru excluderea proceselor cariokinetice la nivel uterin și anexial.

În urma examinărilor clinice și paraclinice, diagnosticul preoperator a fost stabilit: în 18 cazuri polifibromatoză uterină, în 52 de cazuri hiperplazie de endometru și în 6 cazuri tumori chistice de ovar (Tabelul 4, Fig. 2).

TABELUL 4. Repartiția cazurilor în funcție de valoarea hemoglobinei

| Hb (mg/dl) | 7-9,6 | Peste 9,7 |
|------------|-------|-----------|
| Nr. cazuri | 62 | 14 |
| % | 82% | 18% |

**FIGURA 2.** Repartiția cazurilor în funcție de patologie

În toate cazurile, s-a practicat chiuretaj hemostatic și biopsic, fragmentele extrase fiind trimise pentru examen histopatologic. Pe aceste rezultate, nu au fost puse în evidență leziunile de adenomioză.

Conduita terapeutică la toate cele 76 de cazuri a constat în tratamentul medical de reechilibrare preoperator, consimțământul pacientei pentru intervenția chirurgicală și procedeul chirurgical efectuat, histerectomie totală cu sau fără anexectomie bilaterală. Diagnosticul de adenomioză s-a stabilit pe piesele extirpate chirurgical la examenul histopatologic.

REZULTATE

Pe baza diagnosticului clinic completat cu explorările paraclinice preoperatorii și a examenului histopatologic postoperator, rezultatele constatate au fost concludente în privința adenomiozei. Din analiza celor 2 loturi pe grupele de vârstă, am constatat o incidență mai mare la pacientele din primul lot, de 55%, comparativ cu cel de al doilea lot, 45% (Tabelul 1).

În funcție de numărul de nașteri, am remarcat o frecvență de 68% la pacientele cu 1-3 nașteri în antecedente și 32% la cele peste 4 nașteri. Acest aspect relevă faptul că, spre deosebire de endometrioza externă, ca apanaj al sterilității și infertilității, adenomioza am întâlnit-o la paciente cu nașteri în antecedente, fiind manifestă după vârstă de 35 de ani (tabelul 2).

Anemia secundară între 7 mg/dl și 9,6 mg/dl a fost constatată la 82% dintre paciente, 18% au prezentat valori peste 9,6 mg/dl. Anemia secundară a fost un semn patognomic pentru aceste paciente, hemoragiile abundente fiind considerate ca fiind o consecință a hiperplaziilor de endometru și mai puțin pe seama adenomiozei (Fig. 1).

La examenul ecografic, am constatat noduli hipocogenici și prezența unor chisturi de diferite mărimi.

Chiuretajul uterin hemostatic și biopsic a fost manopera obligatorie în toate cazurile. La cazurile studiate, nu am întâlnit clinic și histopatologic cazuri de adenocarcinom de endometru.

Din studiul nostru rezultă că adenomioza este o patologie mult mai frecventă în practică, prezența ei fiind mascată, de cele mai multe ori, de patologia utero-anexială asociată. Am constatat pe cazuistică noastră, în 24% dintre cazuri, prezența polifibromatozei uterine, la 68% dintre paciente prezența hiperplaziilor de endometru și în 8% dintre cazuri prezența tumorilor chistice de ovar (Fig. 2).

Atât tratamentul hormonal contraceptiv, cât și cel local, prin dispozitiv intrauterin, nu au ameliorat intensitatea fenomenelor acuzate de paciente (menometroragii, dismenoree).

În nici unul dintre aceste cazuri internate, la care s-a intervenit chirurgical, nu s-a stabilit diagnosticul preoperator de adenomioză, aspect constat numai histopatologic.

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacientele fiind externate la 5-8 zile, vindecate chirurgical, cu prognostic vital bun.

DISCUȚII

Adenomioza se caracterizează prin mărirea de volum a uterului cauzată de resturi endometriale ectopice, atât glandulare, cât și stromale, localizate profund în miometru. Aceste localizări pot fi difuze sau circumscrise, sub formă de noduli. Incidența ei pe piesele de histerectomie variază între 20 și 60% (11,12).

Pe cazuistica noastră, am remarcat prezența adenomiozei la paciente peste 35 de ani, multipare, ceea ce corespunde datelor din literatura de specialitate (2).

S-a constatat că adenomioza este asociată cu alte patologii în care este afectată expresia aromatazei citocromului P450, în care sunt prezente nivele crescute de estrogeni. Aceste patologii includ: leiomiomele, endometrioza și adenocarcinomul de endometru (13-16).

În studiul nostru, pacientele s-au internat pentru menometroragii, ce au avut ca substrat: polifibromatoza uterină, hiperplaziile de endometru și tumorile chistice de ovar. Nu am întâlnit pe cazuistica noastră adenocarcinomul de endometru asociat adenomiozei. Fibromiomul uterin nu se caracterizează prin menometroragii, exceptând formele endocavitare, fiind o tumoră de țesut conjunctiv.

Menționăm că, în toate aceste cazuri, principalul obiectiv a fost stoparea hemoragiei. Inițial, am recurs la tratamentul de urgență, respectiv chiuretajul uterin hemostatic și biopsic.

Până la rezultatul histopatologic, cât și ulterior, am recurs la tratamentul contraceptiv oral și dispozitive uterine de tip Mirena în scopul inducerii hipotrofiei endometriale, pentru ameliorarea menoragiilor și a dismenoreei. Nu am utilizat, în aceste cazuri, tratament hormonal cu agoniști de GnRH. Aceste tratamente nu au dat rezultatele așteptate, fapt care corespunde cu datele furnizate de alți autori (17,18). Aceste constatări verifică ipoteza că nodulii de adenomioză nu prezintă receptori hormonal estro-progesteronici, tratamentul hormonal în astfel de situații fiind o utopie.

În toate cazurile, după eșecul tratamentului medical contraceptiv și antiprostaglandinic, s-a decis practicarea intervenției chirurgicale, respectiv histerectomia totală cu sau fără anexectomie bilaterala, în funcție de starea intraperitoneală a gonadelor și vârsta femeii. În literatură, unii practicieni au descris că au recurs la ablația endometrului pe cale histeroscopică, în scopul tratării dismenoreei și a

metroragiei. Acest procedeu nu a dus însă la eradicarea adenomiozei, care rămâne o boală reziduală, responsabilă de eșec (19,20).

Alți autori au utilizat pentru stoparea menometroragiilor embolizarea arterei uterine. Ratele de succes au variat între 25 și 85%, la peste 50% dintre paciente fiind necesară ulterior operația radicală, histerectomia totală (21,22).

CONCLUZII

Adenomioza coexistă în practică cu alte patologii uteroanexiale, cum sunt: hiperplaziile de endometru, polifibromatoza uterină și tumorile chistice benigne de ovar.

Afectează frecvent pacientele de peste 35 de ani, simptomul dominant fiind menometroragia. Toate pacientele au prezentat anemie secundară mai mult sau mai puțin severă.

Tratamentul medical hormonal și hemostatic este inefficient, adenomioza fiind lipsită de receptori pentru hormonii steroizi. Tratamentul eficient în adenomioză este cel chirurgical, histerectomia totală cu sau fără anexectomie.

BIBLIOGRAFIE

- Schorge J.O., Schaffer J.I., Halvorson Lisa M., Hoffman Barbara L., Bradshaw Karen D., F. Gary Cunningham – Williams *Gynecology*, 208-210, 2008
- Lee N.C., Dicker R.C., Rubin G.L. – Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 150(3):283, 1984
- Levgur M., Abadi M.A., Tucker A. – Adenomyosis: symptoms, histology and pregnancy terminations. *Obstet Gynecol* 95(5):688, 2000
- Nishida M. Relationship between the onset of dysmenorrhea and histologic findings in adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol*, 165(1):229, 1991
- Sammour A., Pirwany I., Usbutun A. – Correlations between extent and spread of adenomyosis and clinical symptoms. *Gynecol Obstet Invest* 54(4):213, 2002
- Koike H., Egawa H., Ohtsuka T. – Correlation between dysmenorrheic severity and prostaglandin production in women with endometriosis. *Prostaglandins Leucot Essent Fatty Acids* 46(2):133, 1992
- Brăila M., Brăila A., Neacsu A., Gogănu A. – Treatment of Dysmenorrhea in Adenomyosis. Clinical Study for a Period of 3 Years. Proceedings of The National Conference of the Romanian Association for the Study of Pain, p. 325-327, 2017
- Brăila M., Brăila A., Neacsu A., Gogănu A. – Treatment of Pelvigenital Pain Syndrome in External Endometriosis. Clinical Study for a Period of 3 Years. Proceedings of The National Conference of the Romanian Association for the Study of Pain, p. 328-330, 2017
- Menon U., Talaat A., Jeyarajah A.R. – Ultrasound assessment of ovarian cancer risk in postmenopausal women with CA125 elevation. *Br J Cancer* 80(10):1644, 1999
- Reinhold C., Tafazoli F., Mehio A. – Uterine adenomyosis: Endovaginal US and MR imaging features with histopatologic correlation. *Radiographics* 19:S147-60, 1999
- Bird C.C., McElin T.W., Manalo-Estrella P. The elusive adenomyosis of the uterus-revisited. *Am J Obstet Gynecol* 112(5):583, 1972
- Parazzini F., Vercellini P., Panazza S. Risk factors for adenomyosis, *Hum Reprod* 12(6):1275, 1997
- Azziz R. Adenomyosis: Current perspectives. *Obstet Gynecol Clin North Am* 16(1):221, 1989
- Zaloudek C., Hendrickson M. Mesenchymal tumors of the uterus. In Kurman RJ (eds): *blausteins Pathology of the Female Genital Tract*, New York Springer, p 577, 2002
- Brăila A.D., Klimentova D.V., Damian C.M., Brăila M. Endometrial proliferative lesions associated with uterine fibromatosis. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 56 (3):743-747, Sup, 2012
- Klimentova D.V., Brăila A.D., Simionescu C., Ilie I., Brăila M. – Clinical and paraclinical study regarding the macro and microscopic diagnosis of various anatomo-clinical forms of operated uterine fibromyoma. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 53 (2):369 – 373, 2012
- Bragheto A.M., Caserta N., Bahamondes L. – Effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of adenomyosis diagnosed and monitored by magnetic resonance imaging. *Contraception* 76(3):195, 2007
- Sheng J., Zhang W.Y., Zhang J.P. The LNG-IUS study on adenomyosis: A 3-year follow up study on the efficacy and side effects of the use of levonorgestrel intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with adenomyosis. *Contraception* 79(3):189, 2009
- Molnar B.G., Baumann R., Magos A.L. Does endometrial resection help dysmenorrhea? *Acta Obstet Gynecol Scand* 76(3):261, 1997
- Wortman M., Daggett A. Hysteroscopic endomyometrial resection, *J Soc Laparoendosc Surg* 4 (3):197, 2000
- Kim M.D., Kim S., Kim N.K. Long-term results of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis, *AJR Am J Roentgenol* 188:176, 2007
- Stokes L.S., Wallace M.J., Godwin R.B. – Quality improvement guidelines for uterine artery embolization for symptomatic leiomyomas, *J Vasc Interv Radiol* 21:1153, 2010