

Tumorile benigne de ovar. Aspecte comparative anatomo-clinice, diagnostice și terapeutice

Benign ovarian tumors. Anatomico-clinical, diagnostic, and therapeutical aspects

Anca Daniela Brăila¹, M.G. Brăila¹, F. Cornișescu², Gilda Cazacu³, Elena Vârcan⁴,
Virginia Semen Marin⁵, Luminița Mihaela Trițoiu¹, D. Enache⁶

1. UMF Craiova, Spitalul Clinic de Urgență Craiova, Clinica II Obstetrică-Ginecologie,
Laboratorul de Anatomie Patologică

2. UMF Craiova, Spitalul Clinic de Urgență Craiova, Clinica I Obstetrică-Ginecologie

3. Spitalul Clinic de Urgență Craiova, UPU-SMURD

4. Alergologie și Imunologie Clinică - Spitalul Clinic Fundeni București

5. "Dr. Mansour Alorf Medical Center", Kuwait

6. UMF Craiova, Spitalul Clinic de Urgență Craiova, Laboratorul de Anatomie Patologică

Abstract

The benign tumors and ovarian dystrophical lesions (pseudo-tumors) have an important place in gynecological pathology as follows: high incidence regardless of the age; the lack of clinical findings in early stages, and in the same time, the difficulties of early diagnosis; the multitude of anatomo-clinical and microscopical varieties; the possibilities of malignancy no matter what is the embriogenetical origin and histological variety; the therapeutic and prognostic implications, by different biological behavior, impossible to anticipate; a

relapse in the last three decades in all geo-climatical areas and, unfortunately, especially of severe types, in spite of medical achievements and technological progress.

The ovarian tumoral pathology is difficult to approach clinical and especially therapeutical. The knowledge of anatomo-clinical types, benign in the beginning, with a vary potential of malignisation, is a peremptorial argument in decreasing their incidence for the patients and society benefit.

Keywords: benign ovarian tumors, histology

1. Introducere

Tumorile benigne și leziunile distrofice (pseudo-tumori) de ovar ocupă un loc important în patologia ginecologică prin:

✗ incidența crescută, indiferent de vârstă;

✗ sărăcia manifestărilor clinice din fazele inițiale și consecutive dificultăților de depistare precoce;

✗ posibilitățile de malignizare, indiferent de originea embriogenetică și variația histologică;

✗ implicațiile terapeutice și prognos-

tice datorită comportamentului biologic diferențiat, imposibil de anticipat;

✗ recrudescența din ultimele trei decenii în toate zonele geo-climaterice ale lumii și din nefericire mai ales a formelor grave, contrar achizițiilor medicale incontestabile și a progreselor tehnologice.

Polimorfismul distrofic/pseudotumoral și tumoral derutant are ca substrat mozaicul embriologic și histologic ce caracterizează originea și structura gonadelor. Dimensiunile și localizarea topografică a gonadelor la femeie fac destul

de dificilă accesibilitatea lor la examinarea clinică, dar și paraclinică uzuală. Acuratețea și eficacitatea diagnostică în corelație cu cea terapeutică rămâne și în prezent apanajul deciziei histo-patologului, cu implicații prognostice nemijlocite. Toate acestea relevă doar parțial complexitatea patologiei tumorale ovariene, necesitatea muncii în echipă fiind singura garanție în reducerea morbidității și a mortalității prin patologia tumorală de ovar.

Până în 1970, peste 80 de clasificări aveau drept obiectiv încadrarea pe di-

Tabelul 1. Clasificarea OMS a tumorilor ovariene (1997/2005)

GRUPA	DENUMIRE	PROCENTE
I	Tumori epiteliale comune	65-70%
II	Tumori din mezenchin și cordoanele sexuale	10-12%
III	Tumori cu celule lipidice	Rare
IV	Tumori cu celule germinale	15-20%
V	Gonadoblastoame	Rare
VI	Tumori cu țesuturi moi nespecifice ovarului	Rare
VII	Tumori neclasificate	Rare
VIII	Tumori secundare (metastatice)	
IX	Leziuni distrofice/pseudotumorale	

verse criterii a patologiei distrofice și tumorale ovariene. Consensusul a fost stabilit de OMS în 1973, clasificarea propusă de Serov, Scully și Sobin fiind unanim acceptată și aplicată pretutindeni și astăzi. Criteriul histo-patologic, sprijinit mai mult sau mai puțin pe argumentele embriologice, cât mai ales tipul de leziune (benignă, la limită – "borderline", malignă) constituie avantajele acestei clasificări, chiar dacă este foarte complexă, corelațiile histo-patologice cu tipul de leziune fiind elementele de bază în stabilirea atitudinii terapeutice și în consecință estimarea șanselor de supraviețuire pe criteriul oncologic (tabelul 1).

Din cele 9 categorii se remarcă tumorile din prima grupă (tumori epiteliale comune) circa 2/3 din ansamblul tumorilor de ovar la adult ce regroupează aproximativ 90% dintre cancerurile ovariene. Este categoria cu cele mai mari riscuri atât prin prisma incidenței, cât și al malignității, al prognosticului funcțional și vital. Aceste tipuri de tumori de ovar au fost intens studiate în ultimele decenii tocmai datorită pretării lor la analizele epidemiologice analitice și descriptive pe toți parametrii posibili cu actualele mijloace. Clinicianul când se confruntă cu o patologie tumorală pelvi-genitală ce pare a ține de ovar trebuie să se gândească în primul rând la această categorie și să acționeze în consecință. După aceeași clasificare, la copii (în primele două decade ale vieții) predomină tumorile din grupa IV - tumori cu celule germinale (15-20% din toate tumorile ovariene; 60% din tumorile de ovar ale copilului și adolescentei; mai puțin de 5% din

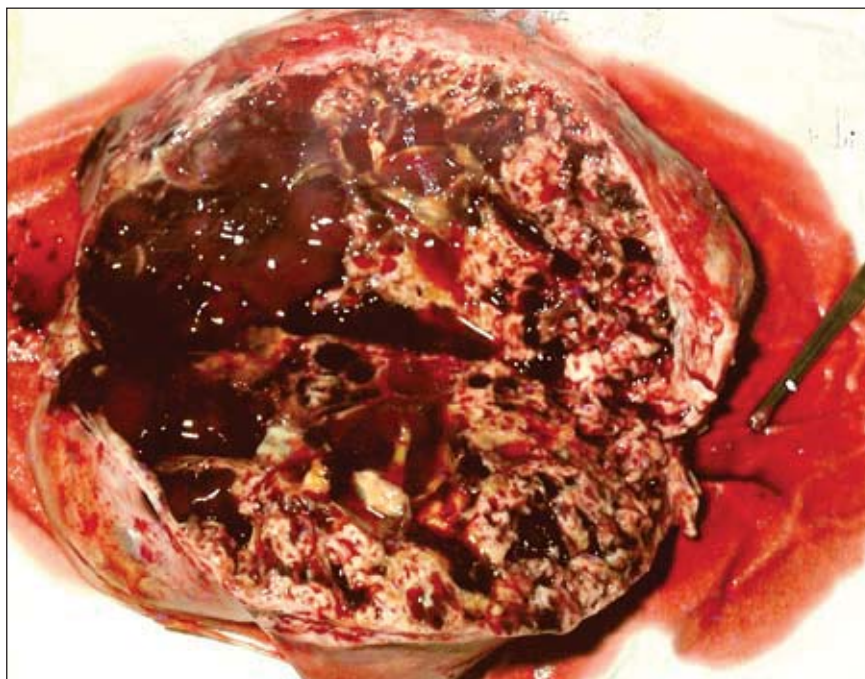


Figura 1. Chist pseudomucinos de ovar pe secțiune cu focare hemoragice endochistice

totalul cancerelor de ovar). În prima categorie OMS distinge 8 subgrupe histologice, pentru fiecare subgrupă, exceptând ultimele două, fiind individualizate tipurile de leziuni-benign, "borderline", malign (a se vedea clasificarea OMS 1997/2005 - tipuri histologice de tumori epiteliale comune de cele 8 subgrupe; 1-10).

2. Considerații anatomico-clinice generale

Din punct de vedere anatomico-clinic, tumorile de ovar și leziunile distrofice

au o simptomatologie săracă, cu excepția celoracompaniate de anumite manifestări: sindroame hormonale (tumori cu funcție endocrină); tumori-gigant; tumori complicate cu torsiune și necrobioză, hemoragii, compresiuni și sindroame subocluzive sau ocluzie intestinală, uretero-hidronefroză, ascită/hidrotorax, spaniomenoree și sterilitate, degenerescență malignă în special în stadiile avansate III/IV.

Din simptome, pot fi menționate:

✘ tulburări menstruale (meno- sau menometroragii fără a fi semnificative;

Tabelul 2. Posibilitatea malignizării tumorilor benigne de ovar^(1,10)

NR.	Tumori benigne ovariene	Risc de malignizare
1	Chisturi seroase	30-50%
2	Chisturi pseudomucinoase	8-10%
3	Tumori vegetante și papilare	28-45%
4	Teratoame ovariene	3-10%
5	Tumori de granuloasă	40-50%
6	Arenoblastomul	20-30%

pot fi bănuite tumori estrogeno-secre-tante de ovar la femeia adultă, care pro-duc hiperplazii de endometru cu descua-mări prelungite și sporite cantitativ);

✗ în perioada de silentium genital și în cea peripuberală, tumorile estrogeno-secre-tante pot determina menarhă precoce;

✗ prin hiperplaziile de endometru menometroragii sau metroragii juve-nile;

✗ tumorile masculinizante de ovar pot introduce amenoreea;

✗ în Sd. Stein-Leventhal sau "sindromul ovarelor de fildeș sau de porțelan" - spaniomenoreea și sterilitatea prin anovulație;

✗ la menopauză, astfel de tumori estrogeno-secre-tante pot induce după o perioadă variabilă de amenoree apariția ciclurilor menstruale, a metroragiilor, a hiperplaziilor adenomatoase sau a adenocarcinomului de endometru;

✗ aceste tumori mai pot induce distrofii mamare, leziuni displazice și cancer de sân;

✗ durerile sunt necaracteristice în tumorile de ovar, exceptând pe cele com-

plicate cu torsiuni, necrobiză, eclatări, compresiuni, ce pot conduce la fenomene de abdomen acut chirurgical;

✗ jena pelvi-abdominală apare mai ales la formele anatomo-clinice voluminoase, însoțindu-se cu senzație de disconfort, de greutate, apăsare, iradiere spre vezica urinară, anus, lombe, coapse;

✗ polakiuria, disuria, constipația, tenesmele rectale, jena hemoroidală pot să apară mai ales în cazul tumorilor voluminoase de ovar ce induc compresiunea organelor din vecinătate.

3. Examenul obiectiv

Semnele obiective sunt rare cu excepția tumorilor de ovar voluminoase sau gigant care pot deforma abdomenul, mai ales la femeile slabe, însoțite de meteorism și uneori matitate pe flancuri datorită și ascitei în contextul sindromului Demon-Meigs, asociată cu hidrotorax (am exclus din lucrare cancerule de ovar, acestea constituind obiectiv de studiu în alta expunere). Tumorile voluminoase pot determina prin compresiune circulația abdominală colaterală ectaziată (capul de meduză), hemoroizi, edeme și varice ale membrelor inferioare. Prin eventuala ascensionare a diafragmului din cauza volumului tumorii de ovar, pot determina dificultăți respiratorii, dispnee, tulburări de ritm cardiac. Tumorile de ovar virilizante se însoțesc de sindroame clinice de defeminizare sau de masculinizare (instalarea amenoreei, hipertrofia clitoridiană, îngroșarea vocii, hirsutism, atrofia sânilor).

În gușa ovariană pot apărea semne de tireotoxicoză (exoftalmie, tulburări de ritm cardiac, tremurături, agitație, insomnii, scădere în greutate).

Examenul genital

Clinic, o tumoare de ovar nu se poate evidenția la tușeul vaginal combinat cu palparea abdominală dacă este sub 5 cm, iar tumoarea din pelvis devine palpabilă abdominal când depășește 16 cm diametru. Formațiunea anexială poate fi uni- sau bilaterală, formă variabilă (rotundă, ovalară, netedă sau neregulată, boselată). Consistența poate fi inegală, heterogenă, chistică, renitentă sau dură, contur dificil de delimitat mai ales în contextul unor mase anexiale neregulate. Consistența depinde de natura formațiunii tumorale (elastică în cele chistice, dură în cele solide, inegală în cele multiloculare). Mobilitatea este prezentă în formațiunile chistice sau solide benigne. Între formațiunea tumorală ovariană și corpul uterin se interpune un "șanț" de delimitare, cu atât mai evident cu cât tumoarea este mai mobilă, mai bine individualizată. Mișcările imprimare uterului la mobilizare nu se transmit formațiunii tumorale ovariene. În general, tumorile ovariene sunt indolore, cu excepția celor torsionate, necrobiozate, eclatate.

4. Complicațiile tumorilor ovariene

Diverse complicații ale tumorilor ovariene pot constitui adeseori primul element de apelare la consultul specialistului, diagnosticul de tumoare ovariană în anumite circumstanțe fiind o surpriză intraoperatorie. Complicațiile mai frecvent constatate sunt: *torsiunea (supraacut/iritația peritoneală, șocogenă, brusc instalată, stare generală alterată, hipertoxică; acut/

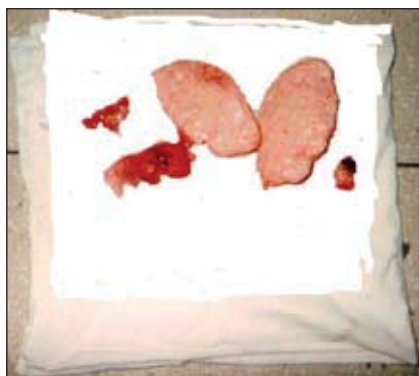


Figura 2. Fibrom de ovar pe secțiune

durere violentă, tahicardie, iritație peritoneală, stare de șoc; subacut/mai puțin zgomotoasă, durere abdominală surdă, continuă, cu sediul în etajul inferior; cronic (asimptomatică) fiind descoperită mai mult intraoperator; torsiunea constă în răsucirea pediculului tumoral în jurul axei sale și în funcție de numărul de ture efectuate poate fi completă (depășește 360 de grade) sau incompletă (sub 360 de grade); în torsiunea completă, circulația pediculului este integral interceptată antrenând ischemia, necroza, sfacelarea; în torsiunea incompletă este blocată circulația de întoarcere venoasă, tumoarea crescând în volum datorită stazei se congestionează, devine violacee (prin suprapresiune și fragilizarea vasculară se produc hemoragii intrachistice, epanșamente peritoneale sero-sangvinolente);

*ruptura tumorilor chistice ovariene (destul de rară, ea poate surveni ca o consecință a unei torsiuni, a hemoragiei intrachistice, a sfacelării peretelui tumoral, a traumatismului pelvi-abdominal; fenomenele de iritație peritoneală sunt cele dominante și abdomenul acut chirurgical impune intervenția operatorie de urgență;

*hemoragia survine în urma eclatării unui chist de ovar hemoragic (mimea-ză o sarcină ectopică ruptă), torsiune cu hemoragie intrachistică importantă, ruptură prin hiperpresiune, după punționarea unui chist ovarian, după un traumatism pelvi-abdominal; abdomenul acut chirurgical se instalează în funcție de bruschețea eclatării, a cantității de sânge în peritoneu, putând evolua rapid spre inundație peritoneală cu stare de șoc hipovolemic ce impune reechilibrare hemodinamică și hidroelectrolitică, eventual transfuzii de sânge și plasmă izo-grup, izo-Rh, intervenție operatorie de urgență;

*compresiunea: simptomatologia diferă în funcție de dimensiunile tumorii, localizarea topografică și organele din vecinătate afectate (au fost menționate la simptomatologie/acuze subiective);

*infecția este rară; poate să survină prin grefarea germenilor pe cale hematogenă, limfatică, canaliculară, exogenă/transvaginală prin punționarea chistului, determinând apariția unui pioovar, a unui abces mixt tubo-ovari-

an, a unui piosalpinx, eventual a unei pelviperitonite sau peritonite acute difuze; simptomatologia este zgomotoasă, impune tratament cu antibiotice și antiinflamatorii, intervenție chirurgicală; de cele mai multe ori se constată intraoperator multiple aderențe groase, vascularizate, sângerande la adezioliză/visceroliză, aderențe extinse la organele vecine ce necesită prudență și experiență din partea operatorilor în scopul rezolvării cu minimum de riscuri, mai ales la femeile tinere care își doresc maternitatea;

*malignizarea reprezintă complicația infaustă, cea mai gravă în tumorile de ovar, inițial benigne; se consideră că oricare tumoare de ovar are un potențial de cancerizare mai mare sau mai mic; prin incidență - categoria I (tumori epiteliale comune) furnizează numărul cel mai mare de cancere ovariene - 90% (tabelul 2).

Pe lângă faptul că degenerescența malignă a crescut în incidență, depistarea foarte precoce este practic imposibilă, prognosticul sumbru fiind consecința acestei evoluții "mute" în cel puțin 80% din cancerele de ovar. Una dintre problemele cele mai importante în profilaxia acestor cancere este cunoașterea cât mai precisă a epidemiologiei și caracteristicilor lor biologice, ginecologul avertizat și vigilent gândindu-se în primul rând la o degenerescență malignă și apoi la celelalte tipuri de tumori benigne de ovar (leziuni distrofice, chist funcțional, tumori inflamatorii, chisturi ovariene benigne, ovare polichistice, endometrioame etc.), mai ales când la tușeul vaginal combinat cu palpeul abdominal se decelează infiltrarea nodulară a pereților, a Douglas-ului, a ligamentelor utero-sacrate, mărimea și o fixitate relativă a tumorii anexiale. O tumoare de ovar la o femeie în climax (gino-pauză) trebuie să ne facă să ne gândim la un cancer de ovar, idee care nu trebuie să ne părăsească nici în afara acestei perioade de vârstă, femeia în perioada adultă, cunoscută fiind recrudescența în ultimele trei decenii a cancerelor de ovar la vârste tot mai tinere. Din experiența noastră, am relatat adeseori importanța complexității în cazul tumorilor benigne de ovar și a cancerelor ovarie-



Figura 3. Tumoare chistică benignă de ovar

ne, ginecologul avizat trebuind să se autoverifice în stabilirea corectă a unui diagnostic de benignitate sau malignitate cu evoluție "mută" în stadiile incipiente. Am întâlnit situații în care paciente tinere și foarte tinere examinate în mod repetat de mai mulți medici specialiști au fost etichetate ca având tumori benigne de ovar sau pseudotumori/leziuni distrofice și care în scurt timp (sub 1 an) prin laparotomie s-au dovedit a fi chistadenocarcinoame ovariene. În cazul tumorilor anexiale, probele terapeutice nu trebuie prelungite la mai mult de două cicluri. Tratamentele de probă prelungite nejustificate (antiinflamatorii, punții repetate pentru secarea conținutului și sclerozarea formațiunii, produse hormonale de inhibiție etc.) nu duc decât la pierdere de timp, cancerele de ovar fiind extrem de agresive prin malignitate și extensivitate/invazivitate în foarte scurt timp. În plus, acolo unde există formațiuni cu vegetații endochistice (adeseori malignitatea rămâne cantonată endochistic), punția transvaginală sau tușee repetate pot conduce la ruperea acestor formațiuni cu posibilitatea diseminării rapide a cancerelor de ovar (în acest sens, există "școli" în lume care contraindică punționarea tumorilor de ovar evidente clinic/peste 6 centimetri în diametru și confirmate prin alte investigații paraclinice). Este mai bine ca după vârsta de 40 de ani orice tumoare de ovar să fie susținută drept cancer, iar sub vârsta de 40 de ani orice tumoare care nu cedează la un tratament de probă de maximum 2 luni să fie tratată co-

respunzător fie per-laparoscopic, fie prin laparotomie mediană. După unii practicieni malignizarea este secundară/survine în timp pe fondul unei patologii tumorale benigne (20-80% din totalul chistadenomelor suferă un proces de degenerescență malignă în chistadenocarcinoame). După alții, malignizarea este primitivă, prezentă anterior momentului decelării tumorii ovariene (protooncogenele pot fi activate în oncogene de diverși inductori încă din viața intra-uterină a fetei sau perpubertar, cât și în adolescență).

5. Explorări paraclinice

Confirmarea paraclinică este esențială pentru a preciza natura anexială a tumorii, existența eventualelor leziuni asociate pelvi-genitale și abdominale, hepato-renale, prezența complicațiilor, încadrarea stadială în cazul cancerelor de ovar. Intră în discuție, în acest sens, explorările paraclinice nespecifice și specifice:

✗ investigații hematologice uzuale (hemogramă/anemie adeseori; glicemie, uree, creatinină, acid uric; timp Quick, timp Howell, trombocite, fibrinogen; nu au legătură directă cu prezența tumorii de ovar, dar sunt necesare în contextul intervenției

chirurgicale; leucocitoza și VSH-ul sunt crescute de obicei în afecțiunile inflamatorii, dar pot fi crescute și în cancerule de ovar);

✗ testul imunologic de sarcină (TIS) pentru a exclude o sarcină;

✗ histerometria (obligatorie deoarece atunci când depășește 15 cm poate exclude originea anexială a tumorii);

✗ histerosalpinogografia (practicată în absența inflamațiilor sau a infecțiilor pelvi-genitale arată cavitate uterină conservată, uter laterodeviat pe partea opusă tumorii anexiale);

✗ radiografia abdominală pe gol (identifică adeseori imagini radiologice specifice/fragmente osoase, dinți, în teratoame/chistul dermoid);

✗ ecografia convențională transabdominală și endovaginală, ecografia 3D sau 4D, asociate cu Doppler pulsant, Doppler color, Power-Doppler - minim invazive - pun în evidență, prezența formațiunilor tumorale pelvi-genitale/chisturi simple foliculare sau luteinice, chisturi multiloculare, ovare polichistice, septuri mai mult sau mai puțin groase, hiperechogene, vegetații endofitice, sediment în cavitățile foliculare, hiperecogenitate în tumorile solide, alternanță hiperecogenitate cu zone anecogene, conturul formațiunii-

lor, dimensiunile, prezența vegetațiilor exofitice, lichid de ascită, aspectul uterului, al cavității uterine, grosimea endometrului, index de rezistență prin efectul Doppler, prezența unor vase de neoformație la nivelul tumorii, aspectul imagistic al ficatului, splinei, rinichilor etc.;

✗ urografia (exclue un eventual rinichi ectopic pelvin; pune în evidență compresiunea extrinsecă sau infiltrația neoplazică uni- sau bilaterală a ureterelor pelvine);

✗ irigografia (exclue prezența unei tumori rectosigmoidiene);

✗ limfografia (utilizată în scop diagnostic permite depistarea metastazelor ganglionare, utilizată și în scop terapeutic prin iodul radioactiv);

✗ dozările hormonale în tumorile cu funcție endocrină (estrogenemia plasmatică crescută în tumorile de granulosa, testosteronul plasmatic și 17-CS în arenoblastoame, pregnandioluria în tumorile tecale, progesteronemia scăzută și creșterea de FSH și LH în ovare polichistice, dar mai ales în sindromul Stein-Leventhal, conversia periferică a testosteronului în estrogeni);

✗ markerii tumorali de tipul CA-125, CA-19.9, CA-15.3, ACE, HCG întotdeauna crescuți în tumorile de ovar, dar mai ales în cancerul ovarian;

✗ markerii biochimici/enzimatici (catepsinele B și D, adeseori crescute în cancerul de ovar);

✗ imagistica performantă (tomografia computerizată/scanner corp complet; rezonanța magnetică nucleară; pe lângă evidențierea tumorii, pot pune în evidență extensivitatea continuă sau discontinuă, la distanță, eventuale metastaze);

✗ laparoscopia cu efectuarea chistoscopiei, atât în scop diagnostic, terapeutic, cât și operator;

✗ puncția ecoghidată (examenul lichidului de puncție/citologic, biochimic - estradiol, progesteron, testosteron, markeri tumorali - CA 125, catepsinele, interleukine 6 și 8);

✗ culdocenteza (examenul citologic al lichidului peritoneal în caz de ascită sau după puncție-lavaj; cu 100 ml ser fiziologic, aspirație/citologia poate da în 35% din cazuri rezultate fals-negative);

✗ citologia vaginală exfoliativă (frotiurile Babeș-Papanicolau pot fi une-



Figura 4 a, b. Disgenezie ovariană cu sindrom de virilizare și sterilitate

ori pozitive în cancerile de ovar în stadii avansate, nu există comunicări în privința testărilor cervico-vaginale pe sistemul Bethesda în tumorile de ovar);

✗ laparotomia și examenul histopatologic extemporaneu, suverane atunci când cu mare probabilitate se suspicionează o tumoră de ovar ce poate fi un cancer, indiferent de vârstă; ea are avantajul că în același timp operator permite intervenția chirurgicală radicală sau ultraradicală^(4,5,8).

6. Diagnosticul pozitiv al tumorilor de ovar

Prin examenul clinic și explorările paraclinice țintite amintite anterior, se stabilește:

✗ natura anexială a tumorii pelvine sau pelvi-abdominale;

✗ originea ovariană a formațiunii;

✗ caracterul predominant chistic sau solid al tumorii de ovar;

✗ natura benignă sau malignă, examenul histo-patologic fiind suveran (prin laparoscopie sau laparotomie).

7. Diagnosticul diferențial în tumorile de ovar

Intră în discuție:

✗ tumorile cu sediul pelvin: fibromiomul uterin pediculat sau subseros; uterul malformat; sarcina ectopică tubară; piosalpinxul; abcesul tubo-ovarian; boala inflamatorie pelvină; pelvipertonita; abcesul rece tubar/la fete tinere cu primoinfecție TBC; hidrosalpinxul; apendicita; tumorile intraligamentare; rinichiul ectopic pelvin; sigmoidita diverticulară; endometrioză; cancerul simoidian; limfangiomul chistic al mezenterului; schwanomul malign cu localizare pelvină;

✗ tumorile cu sediul pelvi-abdominal: sarcina intrauterină după primul trimestru; sarcina ectopică abdominală; ascita în contextul bolilor hepatice; chistul hidatic hepatic; tumorile mezenterice; tumorile-gigant retroperitoneale; splina ptozată cu pedicul lung; rinichiul polichistic; fibromul uterin voluminos, pediculat, torsionat, cu necrobioză^(6,7,9).

8. Consemnare selectivă și nu exhaustivă a unor varietăți de tumori benigne de ovar și leziuni distrofice/pseudotumori mai frecvent întâlnite în practică

Această trecere în revistă nu are scopul de a evalua fiecare tip histopatologic de tumoră benignă de ovar, obiectivele lucrării, fiind predominant cele clinice și de strategie terapeutică. Ne-am propus numai consemnarea anumitor date despre formațiunile tumorale benigne de ovar mai frecvent întâlnite în practică.

Grupa I - tumori epiteliale comune

I-1 Tumori seroase benigne:

✗ chistadenomul seros și chistadenomul seros papilar - reprezintă circa 25% din totalitatea tumorilor benigne de ovar; apare între 20 și 50 de ani; în circa 50-80% din cazuri este bilateral; chisturile papilare prezintă vegetații sesile pe suprafața lor internă/vegetații endochistice care se pot impregna calcar; vegetațiile au o structură benignă, dar malignizarea lor este estimată în 20-80% din cazuri; vegetațiile pot deveni extrachistice, invadează seroasa peritoneală, determină ascita și au o evoluție severă/fatală dacă nu se intervine chirurgical în timp util; în funcție de context, se pot practica per-laparoscopic sau prin laparotomie operații conservatoare/la vârste tinere - anexectomia, dar cel mai sigur operații radicale sau, dacă este cazul, ultraradicală/histerectomia totală cu anexectomie bilaterală și omentectomie, eventual peritonectomie, hemicolectomie, enterectomie segmentară cu entero-anastomoză în cancerile de ovar verificate intraoperator prin estimarea extensivității în cavitatea peritoneală și la nivelul organelor vecine, pe examenul histo-patologic extemporaneu;

✗ papilomul de suprafață - se caracterizează prin existența vegetațiilor exochistice, având uneori aspect macroscopic conopidiform; de obicei, sunt bilaterale fie cu predominanța chistică, fie solidă; metastazează în contextul cancerizării în proporție de 10-15%; în climax când apar au cea mai mare tendință de malignizare dintre tumorile ovariene; în stadiile inițiale au evoluție asimptomatică; prin operații radicale se poate obține vindecarea; sunt radiorezistente, dar

răspund la tratament polichimioterapic după exereza largă chirurgicală;

✗ adenofibromul și chistadenofibromul - sunt tumori benigne, malignizarea lor fiind destul de rară; se pretează la anexectomie, dar în funcție de vârstă, pentru o mai mare siguranță se practică operația radicală/histerectomia totală cu anexectomie bilaterală; unii practicieni pe un col uterin curat clinic, citologic și endoscopic practică histerectomia subtotală în scopul conservării staticii pelvi-genitale;

I-2 Tumori mucinoase benigne: chistul mucoid (mai este cunoscut și ca un chistadenom mucinos sau pseudomucinos sau enteroid; reprezintă circa 25% din tumorile ovariene benigne; se întâlnește în special între 20 și 35 de ani, în 17-20% dintre cazuri fiind bilateral, are volum variabil de la dimensiunile unei nuci uscate până la mărirea unui cap de adult; dacă acestor chisturi li se adaugă prezența de vegetații endo- și exofitice, riscul malignizării este de 6-12%; bilateralitatea este un indiciu de malignizare în circa 50% dintre cazuri, tratamentul este chirurgical ca și în cazul chistadenoamelor seroase; ruperea chistadenoamelor mucinoase în cavitatea peritoneală se complică cu pseudomixomul peritoneal sau maladia gelatinoasă a peritoneului ce determină aglutinări de anse intestinale, aderențe multiple, ocluzii intestinale, intervenții chirurgicale laborioase adeseori succesive, reintervenții; evoluția chistadenomului mucinos benign este lungă în 5-10 ani; dacă nu este descoperit la timp și survine malignizarea, bolnava se emaciază - facies ovarica, devine cașectică.

I-3 Tumori endometrioid de ovar: sunt denumite astfel deoarece elementele celulare din componența lor reproduc structura endometrului; în această subgrupă sunt incluse: adenomul și chistadenomul endometrioid, adenofibromul și chistadenofibromul endometrioid; în cazul malignizării, tumoră ia aspectul cancerului de endometru/adenocarcinom, adenoacantom, adenofibrom și chist adenofibrom malign; tratamentul este chirurgical, mai rar conservator, cel mai frecvent radical.

I-4 Tumori cu celule benigne (mezonefroide): adenofibromul ovarian este o tumoră rară care apare cel mai probabil în parenchimul ovarian din

elementele vestigiale wolffiene/rete ovarii; malignizarea adenofibromului (forma "borderline" - adenofibromul malign, forma malignă propriu-zisă/carcinomul cu celule clare și adenocarcinomul mezonefroid sau mezonefroidul au determinat o serie de controverse, fiind autori ce le încadrează separat; OMS le consideră ca făcând parte din aceeași categorie alături de adenofibrom cu structură benignă și tumoarea la limită/borderline cu slab potențial de malignizare - low malignancy potential).

I-5 Tumoarea Brenner benignă: - este denumită oophoron folicular, fibroepiteliom benign mucigen, mezoteliom fibrom; este o tumoare ovariană solidă, cu incidență destul de rară, circa 4/1.000 din totalul tumorilor de ovar; este diagnosticată între 50 și 60 de ani, este benignă cu evoluție lentă, malignizarea survenind extrem de rar; de obicei este unilaterală, nu se manifestă clinic, fiind adeseori descoperită accidental; macroscopic, dimensiunile acesteia sunt mici, 3-4 cm, dar poate ajunge și la dimensiunile unui cap de făt. Intervenția chirurgicală se poate practica în funcție de context, la această vârstă putându-se asocia și o altă patologie pelvi-genitală, ce indică histerectomia totală sau subtotală cu anexectomie bilaterală.

Grupa II - Tumori din mezenchim și cordoanele sexuale

În general, sunt tumori ovariene cu activitate hormonală. Au origine disemбриoplazică, histogenetic fiind explicate prin persistența unor celule mezenchimale primitive, capabile să se diferențieze în tumori înrudite embriologic care produc fie hormoni feminizanți/estrogeni-tumori de granuloasă și tecoame, fie hormoni masculinizanți (arenoblastomul).

II-1 Tumori feminizante. Cele mai importante tumori din această grupă sunt: tumorile de granuloasă (5-7% din totalul tumorilor de ovar; se întâlnesc la toate vârstele; în 90% dintre cazuri sunt unilaterale; în 5-15% dintre cazuri se malignizează fiind tumori cu malignitate redusă; după extirpare, recidivele pot apărea, dar tardiv);

✗ tecoamele (sunt mult mai rare, dar au o acțiune feminizantă mult mai in-

tensă; apar mai ales în menopauză între 50 și 70 de ani; în general, sunt benigne dar se pot și maligniza);

✗ fibromul ovarian (este o tumoare solidă benignă ce face parte din grupa tecom-fibrom cu structură conjunctivă, dar lipsită de activitate endocrină; are o incidență de 2-5% din totalul tumorilor de ovar; este de obicei unilaterală, iar bilateralitatea se întâlnește în 20% dintre cazuri; apare de cele mai multe ori la vârsta de peste 40 de ani; are dimensiunile mici de 5-8 cm și numai în cazuri excepționale poate atinge dimensiunile unui cap de făt sau poate atinge câteva kilograme; în circa 36% din cazuri se poate complica cu sindromul Demon-Meigs descris de Meigs în 1940 și Demon în 1970, caracterizat prin triada fibrom de ovar, ascită, hidrotorax homolateral; tabloul clinic se conturează progresiv, mai întâi apare hidrotoraxul cu tuse, dispnee, matitate la baza hemitoracelui homolateral sau bilateral; ascita survine ceva mai târziu pentru a domina apoi tabloul clinic; tumoarea ovariană este solidă, mobilă, nu prea mare de volum; ablația tumorii se însoțește de dispariția completă, definitivă a epanșamentelor pleurale și peritoneale; degenerescența malignă este posibilă, dar excepțională.

II-2 Tumori virilizante de ovar. Aceste tumori sunt reprezentate de androblastom, arenoblastom, androblastomul cu celule Sertoli și Leydig. Sunt tumori histologic masculine care produc androgeni, determinând modificări somatice și psihice de tip virilizant. Tumori sunt excepțional întâlnite înainte de pubertate, 75% din cazuri fiind diagnosticate între 20 și 40 de ani, restul de 25% după menopauză. Incidența lor este extrem de redusă (0,4% din totalul tumorilor de ovar). Rareori sunt bilaterale (5%), incidența maximă fiind atinsă spre vârsta de 30 de ani. Clinic se constată sindromul de defeminizare (amenoree, regresia caracterelor sexuale secundare feminine, atrofierea sânilor, atenuarea distribuției de tip ginoid a paniculului adipos) și sindromul de masculinizare (hirsutism, hipertrofie clitoridiană, îngroșarea vocii, psihicul capătă o amprentă de virilizare). Virilizarea cedează după extirparea chirurgicală a formațiunii tumorale.

II-3 Tumori cu celule lipidice. Această categorie grupează tumori care conțin numeroase incluziuni lipidice și care în plus pot avea activitate hormonală virilizantă. Sunt tumori extrem de rare, fiind cunoscute și ca luteoame sau corticosuprarenaloame, hipernefroame ovariene. Macroscopic, tumoarea este solidă, netedă de dimensiuni care nu depășesc mărimea unei cireșe sau a unei nuci. Excepțional diametrul lor poate atinge 12 cm. Clinic, la fetiță se antrenează fenomene de pseudo-pubertate precoce cu apariția de mici metroragii, la femeia adultă fenomene de defeminizare și virilizare de diferite grade. Se pot maligniza în proporție de 10-30%. Tratamentul este chirurgical conservator sau radical în funcție de examenul histo-patologic extemporaneu.

II-4 Tumori cu celule germinale. Această subgrupă reprezintă 15-20% din totalul tumorilor de ovar, fiind apanajul vârstelor tinere (60% dintre tumorile de ovar în primele două decenii de viață). Degenerescența malignă este de circa 5%. Cele mai importante forme anatomo-clinice sunt:

✗ disgerminomul (are ca simptome: seminomul ovarian, gonocitomul disgenetic, carcinomul embrionar cu stroma limfoidă, carcinomul cu celule mari, carcinomul alveolar); incidența este estimată la 2% din totalul tumorilor de ovar; este bilateral în mod succesiv în 10-40% dintre cazuri; apare la fetițe cu vârsta cuprinsă între 10 și 15 ani; macroscopic, măsoară câțiva centimetri în diametru, dar poate atinge și dimensiuni importante; apare excepțional peste vârsta de 30 de ani; evoluția disgerminomului este cea a unei tumori maligne; atâta timp cât tumoarea nu a spart capsula ovariană, operația are un rol prognostic bun (motiv pentru care unii practică numai anexectomia și nu intervenții radicale); când capsula ovariană a fost spartă, prognosticul este grav, disgerminomul metastazând la nivel peritoneal, epiploon, peritoneul parietal, ganglionii limfatici locali și loco-regionali, retroperitoneali, dând și metastaze la distanță (ficat, plămâni, oase): este radiosensibil, iar supraviețuirea la 5 ani nu depășește 12-27%, dată fiind malignitatea disgerminomului, majoritatea practicienilor recomandă intervenția

radicală și nu conservatoare; de obicei este unilateral cu pedicul destul de lung, ceea ce poate duce la torsiune; microscopic, structura celulelor seamănă cu spermatogoniile testiculare embrionare; se dezvoltă dintr-un rest celular primitiv; ca particularitate terapeutică chirurgicală, când tumoarea ovariană unilaterală este extirpată chirurgical, tumoarea din ovarul contralateral nu mai apare^(2,3,10);

✗ tumori ale sinusului endodermal;

✗ carcinomul embrionar;

✗ poliembriomale sunt tumori maligne rare, foarte grave, care provin din vestigiile embrionare;

✗ choriocarcinomul ovarian (mai este denumit și chorioepiteliom primitiv al ovarului, deciduom malign, teratocarcinom ovarian, choriocarcinom "de novo" pentru a fi diferențiat de choriocarcinomul gestațional după mola hidatiformă și mola invazivă, după un avort, naștere prematură sau naștere la termen); de obicei, este unilateral, interesând în aproape 100% din cazuri ovarul drept; se caracterizează prin secreție excesivă de gonadotrofine; dimensiunile sunt variabile, uneori crește foarte rapid, deformând abdomenul; este o tumoare malignă rapid metastazantă, cu un prognostic infaust; tratamentul de o eficacitate efemeră este histerectomia totală cu anexectomie bilaterală și polichimioterapie (monochimioterapie cu Metotrexat nu este suficientă);

✗ teratoamele solide și polichistice (teratocarcinoamele) sunt maligne și foarte metastazante; operate în fazele incipiente (înainte de a sparge capsula) pot fi radical curabile; teratomul malign este predominant solid cu o creștere foarte rapidă; poate fi întâlnit la toate vârstele, dar interesează în mod deosebit femeile tinere;

are o incidență mică de 1,5-2%; are o malignitate deosebită, mult mai mare decât a chistului dermoid degenerat malign; dă frecvent metastaze la distanță, prognosticul fiind extrem de grav; tratamentul se rezumă efectiv la intervenția chirurgicală, radioterapia și chimioterapia fiind ineficiente;

✗ chistul dermoid este un teratom matur benign, conținând structuri provenite din cele trei foițe embrionare; reprezintă 10% din totalul tumorilor de ovar; în 18-25% din cazuri este bilateral; la fetele tinere circa 50% din tumorile de ovar sunt teratoame; mărimea lor este variabilă; de la dimensiuni microscopice până la dimensiunea unui cap de făt; pereții sunt netezi, lucioși; pe fața internă a tumorii predomină "polipul chistului/burjonul" de dimensiuni variabile ce conține structuri de proveniență heterogenă în proporții diferite (de natură ectodermică/țesut nervos, dinți, păr; mezenchimatoasă/oase, cartilaje; endodermică/țesut intestinal, hepatic etc.; conținutul chistului este reprezentat de o substanță sebacee, pastoasă, gălbuie ce conține smocuri de păr); malignizarea lui este relativ rară (1,5-3% din cazuri); tratamentul este chirurgical (ovarectomie sau anexectomie);

✗ struma ovarii/gușa ovariană (este un teratom ovarian monodermic; tumoare benignă alcătuită din țesut tiroidian; poate atinge dimensiunile unui cap de făt; în 5-6% din cazuri este funcțională și poate produce manifestări de tireotoxicoză; microscopic aspectul este caracteristic/vezicule ce au conținut coloid, delimitate de celule cubice dispuse într-un singur strat; malignizarea este posibilă, dar rară (4-5%); poate da metastaze similare celor din can-

cerale tiroidiene; tratamentul este chirurgical și constă în ablația tumorii.

II-5 Gonadoblastomul. În această categorie sunt incluse: forma pură; forma mixtă cu disgerminomul sau alte forme de tumori cu celule germinale; în 30% din cazuri interesează ambele ovare; s-ar dezvolta aproape exclusiv la persoane cu anomalii somato-sexuale (fenotip feminin; ovare sau testicul disgenetic; sex cromatinian și genetic masculin/cromatină sexuală negativă; cariotip 46 XY); microscopic, sunt evidențiate celule mari germinale, asemănătoare celor întâlnite în disgerminom sau celule mici imature care se aseamănă cu celulele granuloase, cât și celule interstițiale de tip Leydig; poate secreta androgeni în cantități variabile, cât și estrogeni; tratamentul chirurgical în fazele inițiale are un prognostic relativ bun; sunt citate cazuri rare la care după 12 ani de intervenție chirurgicală s-au constatat metastaze retroperitoneale la nivelul ganglionilor lombo-aortici sau pericavi.

Urmează alte trei grupe de tumori ovariene asupra cărora nu este cazul să insistăm:

- grupa VI: tumori cu țesuturi moi ne-specifice ovarului (melanoame, leiomiomasarcoame, neurinoame, limfoame);

- grupa VII: tumori neclasificate;

- grupa VIII: tumori secundare, metastatice).

Incontestabil, patologia tumorală ovariană este dificil de abordat atât clinic și paraclinic, cât mai ales terapeutic, cunoașterea formelor anatomoclinice inițial benigne cu potențialul lor variat de malignizare, constituind un argument în reducerea incidenței acestora atât în beneficiul bolnavilor, cât și al societății.

Bibliografie selectivă

1. Fayeze I.A.M.H "Patologia tumorală ovariană benignă și abordul laparoscopic", Teză de doctorat, Craiova, 2007
2. Alessandrescu D., Maria Bedivan - "Considerații în legătură cu teratoamele ovariene", Obst. Ginecol., 1983, vol. XXXI, nr.1. 29 - 39,
3. Butureanu St., Chisleg FL., Pricop Florentina - "Microlaparoscopia diagnostică și terapeutică", Rev. Med. Chir. Soc. Med. Naț. Iași, 2001, 2, 105 - 229
4. Georgescu Brăila M., Sabina Berceanu, Opreșcu S., Horhoianu V., - "Tratamentul chirurgical în ginecologie", Editura Medicală, București, 2002, cap. 8, 248-252
5. Konincks P.H.R. - "Laser surgery for endometriosis" in: Wattiez et al (Eds) "Advanced Techniques in Operative Gynecological Endoscopy, Strassbourg, Ircad/ Eits, 2004, 126-153,
6. D. Pelinescu- Onciul, Maria Bari - "Ecografia în obstetrică și ginecologie" Ed. Didactică și Pedagogică R.A. București, 2005, 60- 99
7. Mathieu G. - "Les formes rares de tumeurs de l'ovaire" La Revue du Praticien, No.26, p.2329-2333, 1989
8. Manhes H., Mageg, Pouly J.L., Robert J.F., Bruhat M.A.- "Traitement coelioscopique de la grossesse tubaire: amelioration technique", Presse Med., 12, 1421, 1983
9. Virteș P. - "Ginecologie", Ed. All, București, 1997, 116- 127
10. M.G. Brăila, Sabina Berceanu, Lucia Cornea, Anca Patrașcu - "Ginecologia", vol. II, Ed. Didactică și Pedagogică R.A., București, 2003, 29, 165-186