

MIȘINA A.

## LEIOMIOM AL COLULUI UTERIN CU RETENȚIE ACUTĂ DE URINĂ

*Secția ginecologie chirurgicală, IMSP Institutul Mamei și Copilului,  
or. Chișinău, Moldova*

### РЕЗЮМЕ

#### ЛЕЙОМИОМА ШЕЙКИ МАТКИ С ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКОЙ МОЧИ

**Ключевые слова:** лейомиома шейки матки, острая задержка мочи, трансвагинальная миомэктомия

Автором описано редкое клиническое наблюдение – лейомиома шейки матки, осложненная острой задержкой мочи. Представлен обзор литературы по частоте, диагностике и особенностям хирургического лечения лейомиом шейки матки.

### SUMMARY

#### CERVICAL LEIOMYOMA WITH ACUTE URINARY RETENTION

**Key words:** cervical leiomyoma, acute urinary retention, transvaginal myomectomy

The authors describe a rare clinical observation - cervical leiomyoma, complicated by acute urinary retention. A review of the literature on the frequency, diagnosis, and features of surgical treatment for cervical leiomyomas is presented.

### **Introducere**

Miomul uterin (MU) – este cea mai frecventă tumoră benignă la femeile de vârstă fertilă și în majoritatea cazurilor ( $\approx 95\%$ ) se localizează în corpul uterin [1]. Miomele colului uterin (MCU) se referă la o patologie destul de rară și în structura MU constituie  $<1\%$  [2-4].

În marea majoritate MU sunt asimptomatice, iar de la 25% până la 50% cazuri se combină cu complicații printre care cele mai frecvente sunt metroragiile, disconfort pelvin și durerile pelvine, sterilitatea, avorturi spontane etc. [1, 5]. Spre deosebire de miomele corpului uterin în cazul MCU în 50% din cazuri se determină dismenoree, hemoragii (25%), sindromul de compresie (29-36%) și sterilitatea (11%) [4, 6].

Cele mai frecvente complicații urologice în cazul MU se determină: polachiurie, nicturie, incontinență urinară etc. [5]. Indiferent de localizarea sa, MU este o cauză foarte rară de dezvoltare a retenției acute de urină (RAU) [7-9]. În literatura de specialitate din străinătate sunt descrise doar cazuri documentate unice de MCU complicate cu RAU [8-14]. Luând în considerație raritatea acestei asociații, prezentăm un caz clinic propriu a MCU complicat cu RAU și regresiei complete a simptomelor după miomectomia intracapsulară transvaginală.

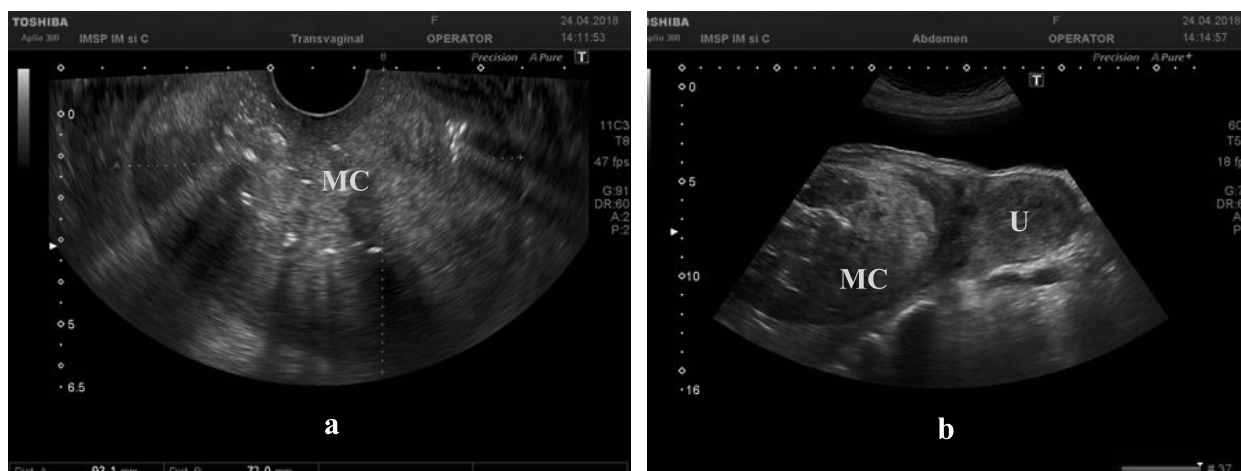
### **Descrierea cazului clinic**

Pacienta Ț.S., 47 de ani (G5, P2), a fost transferată din spitalul raional cu dureri în regiunea inferioară a abdomenului și vagin, eliminări sangvinolente moderate, retenție de urină timp de două zile. Din spusele pacientei la internarea în spitalul raional a avut retenție de urină, la cateterizarea vezicii s-au evacuat 2 l de urină. Starea pacientei la internare grav-medie. Tegumentele palide. PS 96 bătăi pe 1 min. T/A – 110/70 mm Hg. Abdomenul moale, participă la respirație, sensibil în hipogastru. S-a instalat cateter urinar, prin care s-au evacuat  $\approx 1.5$  l urină curată, transparentă. La examenul bimanual se depistează o formațiune dură, dureroasă la palpate care se afla practic pe planșeul perineal, de dimensiuni 10x15x10 cm, ce era originară din colul uterin sau nod miomatos în naștere. Marginile colului uterin nu se depistează. Eliminări sero-sangvinolente, neînsemnate. Din anamneza ginecologică: menses de la 13 ani, câte 3-4 zile, regulate, moderate.

Pentru precizarea diagnosticului a fost efectuat examenul ultrasonografic (Fig. 1 a, b): uterul – 65x50x59 mm, volum – 103 cm<sup>3</sup>. M-ecoul 11 mm. Anterior în miometru focare de adenomioză. Colul uterin neomogen. Ovarele de dimensiuni normale, cu foliculi mici. Noduli intramurali – 9 mm. Colul uterin neomogen. Din colul

uterin se vizualizează o formațiune ovoidă, heterogenă, bine conturată cu dimensiunile 15x12.5x9.5 cm care

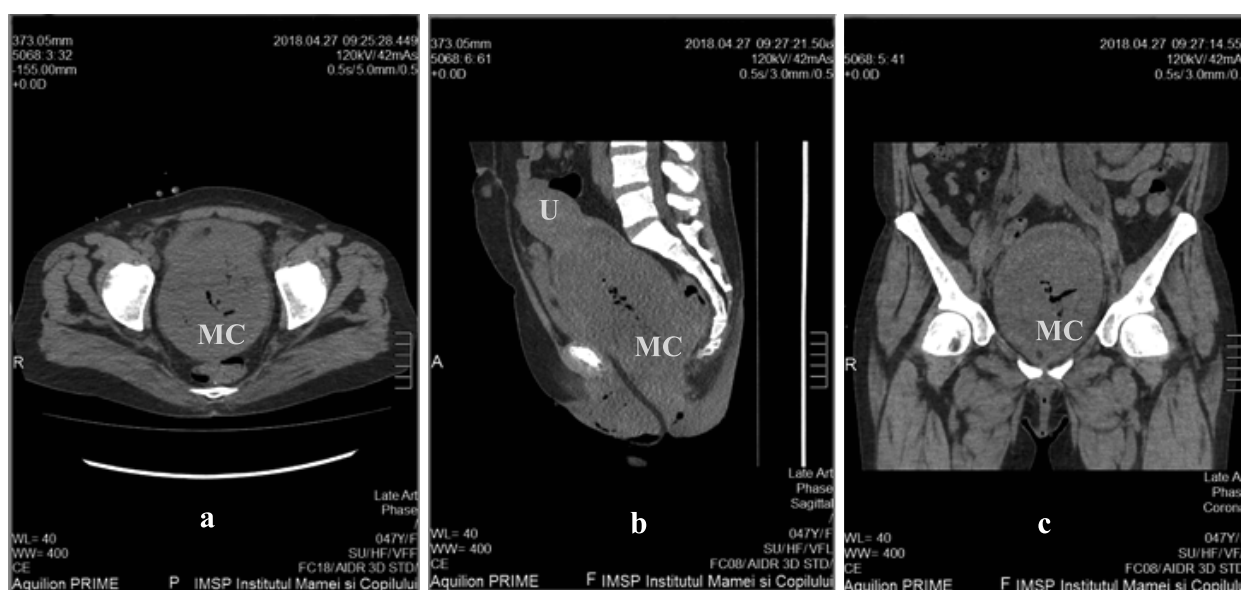
comprimă vezica urinară și prolabează până în treimea inferioară a vaginului.



**Fig.1 (a,b). USG transvaginală: formațiune heterogenă ovală (MCU) din colul uterin (U) ce prolabează până la treimea inferioară a vaginului cu compresia vezicii urinare**

Tomografie computerizată (Fig.2 a, b, c): în compartimentul mediu al bazinului mic, extraperitoneal, în regiunea colului uterin, se determină o formațiune de volum solidă, de configurație ovoidă, bine conturată, cu conținut heterogen, cu multiple incluziuni aerice, densitatea nativă +36 UH, de dimensiuni 12.7x11.2x7.8 cm, fără calcifieri intrastromale, fără semne de invazie a țesuturilor adiacente, efect de masă exercitat prin comprimarea și deplasarea anterioară a vezicii urinare, deplasarea posterioară a rectosigmei.

Uterul: corpul este deplasat cranian, cavitatea corpului uterin nedilatată, omogenă, miometrul este omogen. Noduli limfatici locoregionali supracentimetrice nu se determină. Concluzie: date imagistice TC sugestive pentru prezența formațiunii de volum solide în compartimentul mediu al bazinului mic, în proiecția colului uterin – probabil fibrom degenerat? Pacientei i s-a efectuat intervenție chirurgicală sub anestezie generală: Miomectomie intracapsulară vaginală. S-a extras un nodul miomatos 15x15 cm cu semne de

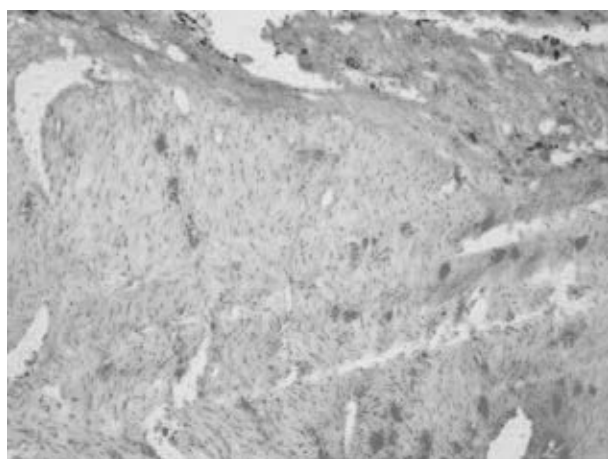


**Fig.2. Tomografie computerizată (a) proiecție axială (b) sgitală și (c) frontală: în regiunea colului uterin (U) o formațiune solidă (MCU) - 12.7x11.2x7.8 cm, densitatea nativă +36 UH**

degenerație inflamatorie (Fig.3). Rezultatul histologic: Leiomiom cu zone proliferative fără displazie, la periferie în focar cu modificări circulatorii, edem și particularități ischemice degenerescente, reacție inflamatorie discretă moderată în focar (Fig.4).



**Fig.3. Macropreparatul leiomiomului colului uterin înălăturat**



**Fig.4. Examen microscopic: leiomiom (H&E, x100)**

Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. Cateterul din vezica urinară a fost înălăturat la a treia zi postoperator cu restabilirea urinării sinestătătoare. Externată la domiciliu a 6 zi postoperator. Examinată peste 14 luni – acuze și date referitor la recidivarea tumorii lipsesc.

#### Discuții

RAU la femei se întâlnește destul de rar și poate fi constatat de la 3 până la 7 cazuri la 100.000/an și este datorat la patru cazuri etiologice principale: neurologic, obstructiv, farmacologic și psihogen [12]. În marea majoritate a cazurilor din practica ginecologică se întâlnesc RAU în perioada postoperatorie, dar totuși sunt descrise cazuri de astfel de complicații în cazul tumorilor benigne și maligne a bazinului mic, prolabare de vagin, edeme a vulvei post-partum, adeziile labiale, himen imperforat [7].

Wu CQ. și coaut. (2015) au publicat un reviu sistemic a literaturii, folosind recomandările PRISMA și bazate pe analiza datelor din MEDLINE, EMBASE și Cochrane Library. Autorii au stabilit 31 de cazuri de RAU la paciențele cu MU în literatura de specialitate și au prezentat 6 cazuri proprii al acestei asocieri [7]. Vârsta pacientelor cu MU complicat cu RAU a variat într-un diapazon destul de larg (de la 25 până la 53 de ani) și a inclus femeile de vârstă reproductivă până la postmenopauză [7]. Ulterior în literatura anglo-saxonă au fost publicate date de RAU la paciențele cu MU care au inclus cazuri unice [9-13] sau serii mici de cazuri cu astfel de patologie [8, 14].

Până în prezent au fost înaintate diverse ipoteze referitor la mecanismul apariției RAU în MU, inclusiv și în MCU și includ: (1) obstrucția mecanică a porțiunii proximale a uretrei și colului vezicii urinare; (2) congestie pelvină premenstruală și sindromul de furt a fluxului sangvin; (3) compresia și neiropatia nervilor genitali și sacrali [5, 7, 9]. RAU necorectată duce la deteriorarea ireversibilă a sfincterului detruzorului, trabeculării vezicii urinare, dezvoltarea diverticului urinar, refluxului vezicouretral etc. [5].

MCU sunt o variantă foarte rară a miomului uterin și după datele reviuului literaturii a lui Ferrari F. și coaut. (2021) efectuat în căutarea bazei de date Scopus, PubMed/MEDLINE, ScienceDirect și Cochrane Library (până în august 2020) în literatura de specialitate au fost prezentate 214 de cazuri documentate de astfel de localizare a MU [4]. Conform clasificării (PALM-COEN) elaborată de International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) toate MU în dependență de localizare și implicării peretelui uterin sau a cavității uterine sunt subclasate în opt variante. Mai mult ca atât, MCU și MU parazitare sunt atribuite la ultimul – al optulea tip [1].

Din punct de vedere anatomic se determină două tipuri de MCU: extracervicale (78%) și intracervicale (22%) [4, 6]. În plus există 5 tipuri de MCU: (1) anterioare (43%); (2) MCU posterioare (32%); (3) MCU centrale (4%); (4) laterale (14%); (5) și miom cu creștere profundă în vagin (7%) [6].

Tradițional, pentru diagnosticul inițial al MCU se folosește USG, însă pentru obținerea unei descrieri mai detaliate al anatomiei radiologice (dimensiunile și localizarea tumorii, relația cu organele adiacente din bazinul mic, caracterul complicațiilor, etc.) se folosește pe scară largă imagistica prin rezonanța magnetică (IRM) [3, 13, 15-19] și tomografia computerizată (TC) [8, 9, 12, 20]. După datele metodelor radiologice în cazul RAU pe fon de MU, inclusiv și MCU s-a constatat prezența hidroureterului și hidronefrozei de diferit grad [8, 9, 12, 13]. Simon V. și coaut. (2021) au publicat un caz clinic de hidronefroză pe dreapta pe fon de MCU (12x8x10 cm) cu o rezoluție completă pe fon de administrare preoperatorie a agoniștilor GnRH [18].

Până în prezent în literatură lipsește un consens și recomandări stricte în tratamentul MU, inclusiv a MCU asociate cu retenție acută de urină [7-9]. Totodată,

în marea majoritate din publicații ca prima etapă se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu examinarea radiologică ulterioară (IRM, TC) pentru aprecierea cauzei RAU și pentru stabilirea unei informații ample referitor la raportul dintre organele pelviene și la etapa finală – intervenția chirurgicală pentru MCU [8-14].

Intervenția chirurgicală este metoda de elecție în tratamentul MCU și alegerea abordului chirurgical depinde de localizarea tumorii și dimensiunile ei [4, 6]. Tratamentul operativ în cazul MCU se efectuează prin abord transvaginal [2, 21, 22], transabdominal (laparotomie) [8, 11, 13, 15, 16, 20, 23], și cu aplicarea tehnologiilor laparoscopice [6, 17, 18, 24, 25] sau laparoscopiei robotic-asistate [9]. Variantele tratamentului chirurgical al MCU au inclus: miomectomie (ME) [8, 13-16, 20-23], histerectomie (HE) [10, 12, 16, 24] și trahelectomie [3]. La pacientele de vârstă reproductivă în cazul ME laparoscopice cu leziuni semnificative a colului uterin se recomandă aplicarea suturii circulare pentru profilaxia insuficienței istmico-cervicale [18].

Din punct de vedere tehnic efectuarea intervențiilor chirurgicale în cazul MCU de dimensiuni avansate prezintă dificultăți semnificative în legătură cu câmpul operator îngust, probabilitatea înaltă de lizare a structurilor pelviene (uretere, vezica urinară, rectul), hemoragiei și cavității restante semnificative după înlăturarea tumorii [6, 11, 13, 15, 16]. Cu scopul profilaxiei lizării ureterelor se utilizează cateterizarea preoperatorie a ureterelor [15], intraoperator se efectuează ureteroliza [17, 18, 24].

Pentru micșorarea hemoragiei intraoperatorii în cazul operațiilor transabdominale (HE și ME) pentru MCU se efectua: indicarea preoperatorie a agoniștilor GnRH [6, 16-18], ocluzia preoperatorie cu balon a arterelor iliace interne [16, 19], ligaturarea arterelor hipogastrice [11], embolizarea endovasculară cu două ore înainte de operație folosind particule de gelatină (GelFoam™, Pfizer) [18] sau ligaturarea intraoperatorie [6] a arterelor uterine, introducerea vasopresinei diluate în miom și în peretele uterin la nivelul graniței cu tumoarea [6, 16, 18], disecția țesuturilor cu bisturiul armonic [25] și aplicarea hemostaticelor locale (Spongostan™) [25]. În plus au fost utilizate preparate farmacologice îndreptate pentru micșorarea hemoragiei - 800μg de misoprostol și acid tranexamic (1000 mg) [18].

Pentru siguranța efectuării ME în MCU, Abu Hashim H. și coaut. (2020) au propus termenul mnemonic „MUSIC” în calitate de ghid pentru o strategie secvențială, în care: **M** (IRM preoperator), **U** (cateterizarea profilactică a ureterelor), **S** (înlăturarea miomelor folosind principiile lui Victor Bonney – începerea și finisarea ME intracapsular), **I** (aspirație imediată din loja tumorii și determinarea configurației și dimensiunii acesteia) și **C** (închiderea cavității reziduale cu o sutură continuă în spirală) [15]. Despre raționalitatea ME intracapsulară în MCU pentru reducerea hemoragiei intraoperatorii și prevenirea lizării vezicii urinare și a ureterelor a fost subliniat și în alte publicații [4, 13].

În toate cazurile dimensiunile MCU înlăturate care au provocat RAU au variat de la 5 până la 20 cm [2, 3, 8, 10-13, 15, 17, 18, 21, 23-25]. Și numai în publicația lui Takeda S. și coaut. (2019) a fost prezentat un caz clinic de miomectomie de succes a MCU (Ø 35 cm și o greutate de 10 kg 500 g) și cu o hemoragie intraoperatorie de 505 g pe fon de ocluzie preoperatorie a arterelor iliace interne cu balon [19]. Trebuie remarcat faptul că examinarea histologică a macro-preparatelor îndepărtate a relevat: leiomiom fără mitoză și atipie celulară [2, 6, 12, 15, 17, 21, 23-25], leiomiom cu modificări degenerative [13, 17, 20, 22] și leiomiomfibrom [11].

În toate studiile, după înlăturarea MCU s-a observat restabilirea completă a urinării spontane și în paralel regresarea hidroureterului și hidronefrozei, ceea ce indică în favoarea necesității diagnosticului la timp și a tratamentului chirurgical definitiv a MCU complicat cu RAU [8, 9, 12, 13].

Așa dar, ținând cont de raritatea MCU și mai ales a combinării cu RAU în literatura de specialitate lipsesc recomandări clare referitor la tratamentul optimal al acestei patologii și fiecare caz concret se bazează pe părerea unor experți. Cazurile clinice sporadice nu permit de a obține date certe și de a formula standarde în diagnosticul și tratamentul MCU complicat cu RAU.

#### Concluzii

RAU este un fenomen rar la femei și MCU ar trebui luat în considerare în diagnosticul diferențial al cauzelor acestei situații. În MCU complicat cu RAU, este recomandabil să se includă metode de cercetare radiologică (IRM, TC) pentru a determina relația tumorii cu organele pelvine și pentru a determina accesul pentru intervenția chirurgicală. ME intracapsulară cu utilizarea abordului transvaginal poate fi considerată ca o alternativă acceptabilă pentru MCU.

#### BIBLIOGRAFIE

1. Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;113(1):3-13.
2. González González V, Herráez Moreta A, Mayoral Triana A, Riobos Sierra L, Cristóbal García I, Izquierdo Méndez N. Prolapsed cervical myoma during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:150-154.
3. Wong J, Tan GHC, Nadarajah R, Teo M. Novel management of a giant cervical myoma in a premenopausal patient. *BMJ Case Rep.* 2017;2017:bcr2017221408.
4. Ferrari F, Forte S, Valenti G, Ardighieri L, Barra F, Esposito V, Sartori E, Odicino F. Current treatment options for cervical leiomyomas: A systematic review of literature. *Medicina (Kaunas).* 2021;57(2):92.

5. Dagur G, Suh Y, Warren K, Singh N, Fitzgerald J, Khan SA. Urological complications of uterine leiomyoma: a review of literature. *Int Urol Nephrol*. 2016;48(6):941-8.
6. Chang WC, Chen SY, Huang SC, Chang DY, Chou LY, Sheu BC. Strategy of cervical myomectomy under laparoscopy. *Fertil Steril*. 2010;94(7):2710-5.
7. Wu CQ, Lefebvre G, Frecker H, Husslein H. Urinary retention and uterine leiomyomas: a case series and systematic review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2015;26(9):1277-84.
8. Singh S, Jena SK, Naik M, Ray L, Behera S. Uterine fibroid (leiomyoma) with acute urinary retention: a case series. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(4):QR01-3.
9. Sini I, Birowo P, Hapsari K, Handayani N, Indra BD. Robotic myomectomy for a non-pregnant reproductive age woman with severe acute urinary retention: A case report. *Urol Case Rep*. 2020;33:101423.
10. Hernández-Ojeda H, Torres-Hernández MR, Rivera-Secchi A, Altamirano-Hueto DG, Cruz-Cano PA. Urinary retention secondary to cervical myoma large items. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(12):803-6.
11. Bidziński M, Siergiej M, Radkiewicz J, Surynt E, Sikora S. Acute urinary retention due to cervical myoma--a case report and a review of the literature. *Ginekol Pol*. 2015;86(1):77-9.
12. Swartzberg K, Adam A, Motara F, Laher AE. A case of female acute urinary retention presenting to the ED. *Case Rep Emerg Med*. 2017;2017:4598314.
13. Gupta A, Gupta P, Manaktala U. Varied clinical presentations, the role of magnetic resonance imaging in the diagnosis, and successful management of cervical leiomyomas: A case-series and review of literature. *Cureus*. 2018;10(5):e2653.
14. Kansu-Celik H, Evliyaoglu O, Karakaya BK, Tarlan N, Ozel S, Engin-Ustun Y. Two cases of acute urinary retention caused by large cervical leiomyoma with review of literature. *J Exp Ther Oncol*. 2019;13(1):41-43.
15. Abu Hashim H, Al Khiary M, El Rakhawy M. Laparotomic myomectomy for a huge cervical myoma in a young nulligravida woman: A case report and review of the literature. *Int J Reprod Biomed*. 2020;18(2):135-144.
16. Kaneda H, Terao Y, Matsuda Y, Fujino K, Ujihira T, Kusunoki S, Kimura M, Shiraishi A, Kuwatsuru R, Takeda S. The utility and effectiveness of an internal iliac artery balloon occlusion catheter in surgery for large cervical uterine fibroids. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017;56(4):502-507.
17. Ishidera Y, Furugori M, Hirata G, Wakabayashi R, Shigeta H, Yoshida H. Total laparoscopic hysterectomy for anterior cervical myoma: possible significance of presurgical assessment by magnetic resonance imaging. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2021;10(1):61-64.
18. Simon V, Bergeron MÈ, Lamarre A, Laberge P, Maheux-Lacroix S. Is an abdominal cerclage indicated with a cervical myomectomy? A case report. *Case Rep Womens Health*. 2021;32:e00345.
19. Takeda S, Ota T, Kaneda H, Terao Y, Kuwatsuru R. Abdominal myomectomy for huge uterine myomas with intra-arterial balloon occlusion: Approach to reduce blood loss. *Surg J (N Y)*. 2019;6(Suppl 1):S11-S21.
20. Peng K, Jiang LY, Teng SW, Wang PH. Degenerative leiomyoma of the cervix: Atypical clinical presentation and an unusual finding. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2016;55(2):293-5.
21. Taingson MC, Adze JA, Bature SB, Amina DM, Caleb M, Amina A. Vaginal myomectomy of a huge prolapsed cervical leiomyoma. *Arch Int Surg*. 2016;6:127-9.
22. Zhang J, Zou B, Wang K. Spontaneous expulsion of a huge cervical leiomyoma from the vagina after cesarean: A case report with literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2018;97(33):e11766.
23. Gundabattula SR, Bayyrapu VB, Pochiraju M, Pawar S, Gala AR. Caesarean myomectomy of a large cervical fibroid. *Arch Gynecol Obstet*. 2020;301(3):859-861.
24. Chen M, Li J, Yin X, Yao L. Laparoscopic radical pelvic dissection for safely removing a large cervical myoma. *Int J Gynecol Cancer*. 2021;31(4):633-634.
25. Peker N, Gündoğan S, Şendağ F. Laparoscopic management of huge cervical myoma. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017;24(3):345-346.