

29. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, Ferguson D, D'Agostino R. Jr. *The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function*. J. Sex. Marital. Ther., 2000; 26(2):191-208.

30. Oppelt P., Renner S.P., Kellermann A., Brucker S., Hauser G.A., Ludwig K.S., Strissel P.L., Strick R., Wallwiener D., Beckmann M.W. *Clinical aspects of Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome: recommendations for clinical diagnosis and staging*. Hum Reprod. 2006;21(3):792-7.

31. Oppelt P.G., Lermann J., Strick R., Dittrich R., Strissel P., Rettig I., Schulze C., Renner S.P., Beckmann

M.W., Brucker S., Rall K., Mueller A. *Malformations in a cohort of 284 women with Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKH)*. Reprod. Biol. Endocrinol., 2012; 10:57.

32. Davydov S.N., Zhvitiashvili O.D. *Formation of vagina (colpopoiesis) from peritoneum of Douglas pouch*. Acta Chir. Plast., 1974; 16(1):35-41.

33. Brännström M., Johannesson L., Bokström H., Kvarnström N., Mölne J., Dahm-Kähler P., Enskog A., Milenkovic M., Ekberg J., Diaz-Garcia C., Gäbel M., Hanafy A., Hagberg H., Olausson M., Nilsson L. *Livebirth after uterus transplantation*. Lancet., 2015; 385(9968):607-16.

## TRANSFORMAREA MALIGNĂ A ENDOMETRIOZEI CICATRICEI POSTOPERATORII

**Sergiu Zaharia – medic-chirurg,  
IMSP Institutul de Medicină Urgentă, Chișinău, Moldova**  
E-mail: zaharia71@mail.ru GSM: 079434937

### Rezumat

Endometrioza cicatricii postoperatorii (ECP) este definită ca prezența țesutului endometrial glandular și stromal în afara cavității uterine. Incidența endometriomului cicatricii postoperatorii după operații cezariene fiind de la 0.03% până la 0.45%, transformarea malignă a ECP constituie 0,3-1% cazuri. În majoritatea cazurilor ECP se dezvoltă după operațiile obstetrico-ginecologice, cel mai frecvent fiind condiționată de operație cezariană. Transformarea malignă a ECP e reprezentată de carcinomul cu celule clare și carcinomul endometrioid.

**Cuvinte-cheie:** endometrioza malignă, endometrioza cicatricii postoperatorii, carcinom cu celule clare, transformare malignă

### Summary. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis

Abdominal wall endometriosis (AWE) is the presence of endometrial stroma and tissue outside of uterine cavity. The probability of developing endometriosis in a surgical scar is 0.03-0,45%, and malignant transformations is likely to occur 0.3-1% of the cases. The majority of endometriosis scar following obstetric and gynecologic procedures, but cesarean section scar endometriosis is the most common form. The majority cases of malignant transformation developed as clear cell carcinoma and endometrioid carcinoma.

**Key words:** malignant endometriosis, abdominal wall endometriosis, clear cell carcinoma, malignant transformation

### Резюме. Злокачественная эндометриоза послеоперационного рубца

Эндометриоз послеоперационного рубца (ЭПР) характеризуется наличием эндометриальной железистой и стромальной ткани за пределами полости матки. Заболеваемость ЭПР варьирует от 0,03% до 0,45%, злокачественная трансформация отмечается в 0,3-1% случаев. В большинстве случаев ЭПР развивается после перенесенных акушерских и гинекологических операций, наиболее чаще – после кесарево сечения. В большинстве случаев злокачественная трансформация ЭПР представлена светлоклеточной и эндометриодной карциномой.

**Ключевые слова:** злокачественный эндометриоз, эндометриоз послеоперационного рубца, светлоклеточная карцинома, злокачественная трансформация

Endometrioza cicatricii postoperatorii (ECP) este o subcategorie a endometriozei extrapelvine [1]. Conform datelor literaturii incidența ECP după operație cezariană variază de la 0.03% până la 0.45% [2]. Cu toate că ECP este o patologie benignă, există riscul malignizării [3]. Transformarea malignă a endometriomului cicatricii postoperatorii în literatura de speci-

alitate este descrisă în 0,3-1% și, aproximativ în 20% din cazuri manifestându-se în regiunile extrapelvine [1-3]. Tematica abordată are un impact major în contextul actual privind creșterea operațiilor cezariene, ce poate favoriza mărirea cazurilor de transformare malignă [1,4].

Primul caz de transformare malignă a endometri-

ozei a fost raportat în literatură de către Sampson în anul 1925, care a propus trei criterii pentru determinarea diagnosticului de malignizare a țesutului endometrial:

1. confirmarea prezenței țesutului endometrial benign sau malign în limitele tumorii;
2. corespunderea rezultatelor examenului morfologic cu originea țesutului endometrial;
3. absența altor celule primare în limitele tumorii [1-4].

Scot a propus în 1953 al patrulea criteriu - examinarea histologică a țesutului endometrial benign adiacent celui malign, fiind un criteriu de confirmare a originii maligne în endometrioză [1-3, 5]. Endometrioma se dezvoltă în limitele cicatricei după 7-35 luni de la cezariană, dar poate fi depistată și mai târziu până la 20 de ani. Contrar, țesutul malign se dezvoltă mai lent, datorită faptului că transformarea malignă este un proces de lungă durată [3]. Hensen și coaut. au raportat în anul 2006, că perioada transformării maligne a ECP se poate manifesta după 18 ani [4].

Etiologia și patogeneză transformării maligne nu este cunoscută [5]. Printre factorii de risc ce favorizează transformarea malignă a ECP sunt: vârsta înaintată, perioada postmenopauză, formațiunea tumorală endometrială (> 9 cm.), hiperestrogenemia și unele anomalii genetice (absența heterozigotei pe cromosomul 5q) [2, 4]. Tumorile care pot apărea în endometrioză includ în ordine descrescătoare: carcinom endometrioid (75.9-69.1%), sarcom (25-11.6%), carcinom cu celule clare (13.5 la 4.5%), carcinomul seros (4,6% -1%) [6, 7]. În cazul localizării extrapelvice în cicatricea postoperatorie, carcinomul cu celule clare este cel mai frecvent subtip histologic, urmat de carcinomul endometrioid, carcinosarcom și adenocarcinomul seros [1, 6]. Conform datelor literaturii de specialitate până în prezent au fost descrise 21 cazuri de malignizare a ECP în regiunea peretelui abdominal și 3 în zona perineală (Tab. 1) [1,7]. Majoritatea cazurilor prezentate în tabelul 1 s-au dezvoltat după operația cezariană.

Simptomatologia formelor maligne a endometriozei cicatricei postoperatorii nu diferă de cele benigne, prezentând: formațiune în proiecția cicatricei postoperatorii cu tendința de a se mări în perioada menstruației, dureri sincrone cu ciclul menstrual [7, 8]. La examenul obiectiv în regiunea cicatricei postoperatorii se determină o formațiune dură, dureroasă, imobilă. Diagnosticul clinic este dificil din considerentele că în multe cazuri patologia dată decurge asimptomatic [9]. Spre deosebire de formele benigne, cele maligne sunt de dimensiuni mai mari [10]. Markerii specifici pentru diagnosticarea transformării maligne a ECP nu există [2, 11]. Metodele imagistice

nu ne permit de a stabili cu certitudine malignizarea endometriomului cicatricei postoperatorii, dar ne evidențiază mărimile și gradul de extindere a procesului în țesut [7, 12]. Ultrasonografia în caz de ECP malign nu este specifică, rezultatele se pot modifica în dependență de perioada ciclului menstrual [2, 13-15]. Apariția metodelor imagistice 2D-3D ultrasonografia permite efectuarea diagnosticului diferențial dintre endometriomul cicatricei postoperatorii și carcinom [16]. Tabloul ecografic caracteristic pentru carcinom al cicatricei postoperatorii este: componentă solidă, ecogenitate heterogenă, margini infiltrate [2,16-18]. Tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară sunt mai eficiente în stabilirea diagnosticului, prin depistarea creșterii rapide a endometriomei și posibilitatea investigării formațiunii suspecte așa ca tumoarea cu diametru mai mare de 10 cm, cu componentă solidă sau mixtă [17, 19, 20]. În caz de transformare malignă a ECP biopsia de aspirație cu un ac fin este o metodă controversată, deoarece poate fi asociată cu un risc major de recidivă [21, 23]. Examinarea imunomarkerilor implicați în carcinogeneza endometrială și stabilirea posibilităților corelării între parametrii studiați poate influența major detectarea precoce și tratamentul, cu impact direct asupra prognosticului, prin creșterea speranței de viață și a calității vieții [24]. Diagnosticul definitiv este stabilit histologic [1, 3, 4, 7, 10, 14].

Datele din literatura de specialitate cu privire la tratamentul optim a ECP malign nu sunt bine definite, din cauza rarității lor [1, 2, 4, 8, 15]. Intervențiile chirurgicale radicale, ca excizie largă asociată cu chimioterapia și radioterapia este tratamentul de elecție [1-4, 26]. Excizia largă este tratamentul primar al acestei maladii [9, 27]. Excizia poate fi atât de radicală, încât să necesite plastia peretelui abdominal cu material sintetic [2, 7, 16]. În unele cazuri tratamentul chirurgical, la fel, a inclus histerectomia totală cu anexectomie bilaterală și omentectomia [1-5, 15]. Chimioterapia sau radioterapia au fost propuse în protocolul de tratament, dar nu există dovezi ce ar sugera ameliorarea prognosticului [1, 2, 6]. S-au raportat cazuri fără tratamentul respectiv, dar la majoritatea pacienților, a fost efectuat. Terapia adjuvantă constă în radioterapia regiunii pelvine, chimioterapia (diferite protocoale includ carboplatina, ciclofosfamide, paclitaxel, cisplatin, doxorubicin) și hormonoterapia (progesteron, medroxiprogesteron) [3, 28].

Nu se cunoaște cert prognosticul în caz de transformarea malignă a țesutului endometrial extraovarian, din cauza numărului redus de cazuri clinice raportate [1, 29]. Deși, tumorile ce se dezvoltă în regiunile extragonadale au un pronostic mai favorabil decât tumorile ce apar în regiunea pelvină, carcinoma cu celule

Tabelul 1

**Caracteristica pacienților cu transformarea malignă a ECP, publicată în literatura anglo-saxonă**

Nr.	Autor	Vârsta	Intervenția premărgătoare	Durata (ani)	Histologia	Coexistența endometriozii histologice	Tratamentul chirurgical	TC	RMIN	Supraviețuire postoperator (luni)	Rezultatul
1	Schnieber and Wagnier-Kolb <sup>29</sup>	40	OC	15	CCC	DA	RL+HT+SOB	NR	Da	18	Deces
2	Hitti I.F et al.	46	OC	14	CCC	DA	RL+HT+SOB	NR	NR	30	NR
3	Marrkopoulos C et al. <sup>21</sup>	50	OC	25	CE	NU	RL	NR	NR	24	NR
4	Gucer F et al. <sup>30</sup>	45	OC	8	CE	NR	RL	NR	NR	20	Deces
5	Miller D.M et al. <sup>22</sup>	38	OC	9	CCC	DA	RL+HT+SOB	NR	Da	60	NR
6	Park S.W et al. <sup>8</sup>	54	OC	26	CCC	DA	RL	NR	Da	6 s	NR
7	Ishida G.M et al. <sup>23</sup>	56	OC	24	CCC	NU	RL	NR	Da	48	Deces
8	Matte rM et al.	60	OC	41	CE	DA	RL	NR	NR	18	NR
9	Li J-Y et al. <sup>16</sup>	38	OC	10	AS	NU	RL+HT+SOB+OMT	NR	NR	14	NR
10	Leng J et al. <sup>5</sup>	41	OC	16	CS	DA	RL	NR	NR	15	Deces
11	Sergent F et al. <sup>9</sup>	45	OC	28	CCC	NU	RL+SOB	Da	NR	6	Deces
12	Harry V.N et al. <sup>25</sup>	55	OC	30	CCC	DA	RL	NR	Da	18	NR
13	Bats A.S et al. <sup>2</sup>	38	OC	13	CCC	DA	RL+HT+SOB	Da	NR	2	NR
14	Williams C et al. <sup>26</sup>	53	OC	17	CCC	NU	RL+HT+SOB	Da	Da	11	Deces
15	Matsuo K et al. <sup>27</sup>	37	CL	10	CCC	NU	RL+HT+SOB+OMT	Da	NR	18	Recediv
16	Omrani pour R și Najafi M <sup>28</sup>	59	CH	20	AS	NU	RL	Da	NR	12	NR
17	Bourdel N et al.	43	OC	NR	CCC	NR	RL+HT+SOB	Da	Da	22	Deces
18	Shalin S.C et al. <sup>24</sup>	47	OC	NR	CCC	DA	RL	Da	Da	7	NR
19	Mert I et al. <sup>6</sup>	42	OC	NR	CCC	DA	RL+HT+SOB	Da	NR	1	NR
20	Mert I et al. <sup>6</sup>	51	OC	NR	CCC	DA	RL RL+H-T+SOB+OMT	NR	Da	31	NR
21	Ijichi S et al. <sup>1</sup>	60	OC	35	CCC	DA	RL	NR	NR	8	Recediv
22	Hitti I.F et al. <sup>29</sup>	43	EP	7	CCC	DA	RT+CH	NR	NR	30	Deces
23	Todd RW et al. <sup>7</sup>	54	EP	25	CCC	DA	RL+RT	NR	NR	6	Recediv
24	Chene G et al. <sup>7</sup>	50	EP	24	AS	DA	RL+RT+CH	NR	NR	6	Recediv

OC-operatie cezariană, EP-epistomie, CL-chistectomia laparoscopică, CH-chiuretaj, RL-rezecția lărgită, HT-histerectomia totală, salpingooproctomia bilaterală, OMT-omentectomia, RT-ra-dioterapie, CH-chimioterapie CCC-carcinom cu celule clare, CE-carcinoma endometrioidă, AS-adenocarcinoma seroasă, CS-carcinosarcoma, NR-ne raportat

clare este o formă agresivă cu un pronostic nefavorabil în comparație cu carcinoma endometrioidă. Conform datelor literaturii recidiva în caz de ECP malignă a fost depistată la 4 paciente (16,6%), iar 8 paciente (33,3%) au decedat de această patologie [1-30].

**Concluzii:** Important de menționat, că orice formațiune în creștere într-o cicatrice postoperatorie pot fi considerată potențial secundară malignizat. Formațiunile în cicatricile chirurgicale, chiar și în absența patologiei intra-abdominale, nu trebuie ignorate. În cazul unei tumori maligne, conduita optimă este nedefinită deoarece datele publicate sunt limitate. În caz de transformare malignă a ECP subtipul morfologic predominant este carcinomul cu celule clare. Metoda de elecție în tratamentul ECP malignă constă în operația chirurgicală radicală, chimioterapie și radioterapie.

### Bibliografie

- Ijichi S., Mori T., Suganuma I., Yamamoto T., Matsushima H., Ito F., Akiyama M., Kusuki I., Kitawaki J. *Clear cell carcinoma arising from cesarean section scar endometriosis: case report and review of the literature*. Case Rep Obstet Gynecol. 2014;2014:642483.
- Bats AS., Zafrani Y., Pautier P., Duvillard P., Morice P. *Malignant transformation of abdominal wall endometriosis to clear cell carcinoma: case report and review of the literature*. Fertil Steril. 2008 ;90(4):1197.
- Giordano G., Bersiga A., Marchetti G., Melpignano M. *Primary adenocarcinoma of the rectovaginal septum arising in pregnancy in the absence of endometriosis*. Eur J Gynaecol Oncol. 2010;31(2):211-3.
- Fargas Fábregas F., Cusidó Guimferrer M, Tresserra Casas F., Baulies Caballero S., Fábregas Xauradó R. *Malignant transformation of abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis: Case report and review of literature*. Gynecol Oncol Case Rep. 2014;8:10-3.
- Leng J., Lang J., Guo L., Li H., Liu Z. *Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar*. Int J Gynecol Cancer. 2006;16(1):432-5.
- Mert I., Semaan A., Kim S., Ali-Fehmi R., Morris RT. *Clear cell carcinoma arising in the abdominal wall: two case reports and literature review*. Am J Obstet Gynecol. 2012 ; 207(2):e7-9.
- Chene G., Darcha C., Dechelotte P., Mage G., Canis M. *Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature*. Int J Gynecol Cancer. 2007;17(3):709-14.
- Park SW., Hong SM., Wu HG., Ha SW. *Clear cell carcinoma arising in a Cesarean section scar endometriosis: a case report*. J Korean Med Sci. 1999;14(2):217-9.
- Sergent F., Baron M., Le Cornec JB., Scotté M., Mace P., Marpeau L. *Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: a new case report*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2006;35(2):186-90.
- Liu H., Leng J., Lang J., Cui Q. *Clear cell carcinoma arising from abdominal wall endometriosis: a unique case with bladder and lymph node metastasis*. World J Surg Oncol. 2014 5;12:51.
- Sawazaki H., Goto H., Takao N., Taki Y., Takeuchi H. *Clear cell Adenocarcinoma arising from abdominal wall endometriosis mimicking urachal tumor*. Urology. 2012;79(6):e84-5.
- Olejek A., Bichalski W., Rembielak-Stawecka B., Ziółkowski A. *Adenocarcinoma arising from endometriosis in scar from a cesarean section treated with the use of plastic mesh*. Ginekol Pol. 2004;75(10):797-801.
- Dobrosz Z., Paleń P., Stojko R., Właszczyk P., Niesłuchowska-Hoxha A, Piechuta-Kośmider I. *Clear cell carcinoma derived from an endometriosis focus in a scar after a caesarean section--a case report and literature review*. Ginekol Pol. 2014;85(10):792-5.
- Da Ines D., Bourdel N., Charpy C., Montoriol P.F., Petitcolin V., Canis M, Garcier JM. *Mixed endometrioid and serous carcinoma developing in abdominal wall endometriosis following Cesarean section*. Acta Radiol. 2011 1;52(5):587-90.
- Drukała Z., Ciborowska-Zielińska B., Kubrak J., Rogowska D. *Outcome of a multimodal therapy of a recurrent adenocarcinoma arising from Cesarean section scar endometriosis-A case report*. Rep Pract Oncol Radiother. 2010 20;15(3):75-7.
- Li J.Y., Chen Y.J., Wu Y.C., Hung J.H., Yuan C.C., Shu L.P., Wang P.H. *Two- and three-dimensional Doppler ultrasound analysis of abdominal wall clear cell carcinoma*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003;22(1):98-100.
- Vinchant M., Poncelet C., Ziol M., Vons C., Bricou A. *Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: case report and literature review*. Tumori. 2013;99(2):e49-54.
- Stevens E.E., Pradhan T.S., Chak Y., Lee Y.C. *Malignant transformation of endometriosis in a cesarean section abdominal wall scar: a case report*. J Reprod Med. 2013;58(5-6):264-6.
- Matter M., Schneider N., McKee T. *Cystadenocarcinoma of the abdominal wall following caesarean section: case report and review of the literature*. Gynecol Oncol. 2003;91(2):438-43
- Markopoulos C., Gogas H., Eleftheriou G., Floros D. *Endometrioid carcinoma arising in a scar of caesarean section. Case report*. Eur J Gynaecol Oncol. 1996;17(6):520-1.
- Miller DM., Schouls JJ., Ehlen TG. *Clear cell carcinoma arising in extragonadal endometriosis in a caesarean section scar during pregnancy*. Gynecol Oncol. 1998;70(1):127-30.
- Ishida GM., Motoyama T., Watanabe T., Emura I. *Clear cell carcinoma arising in a cesarean section scar. Report of a case with fine needle aspiration cytology*. Acta Cytol. 2003;47(6):1095-8.
- Shalin S.C., Haws A.L., Carter D.G., Zarrin-Khameh N. *Clear cell adenocarcinoma arising from endometriosis in abdominal wall cesarean section scar: a case report and review of the literature*. J Cutan Pathol. 2012;39(11):1035-41.
- Harry V.N., Shanbhag S., Lyall M., Narayansingh G.V., Parkin DE. *Isolated clear cell adenocarcinoma in scar endometriosis mimicking an incisional hernia*. Obstet Gynecol. 2007;110(2 Pt 2):469-71.
- Williams C., Petignat P., Belisle A., Drouin P. *Pri-*



mary abdominal wall clear cell carcinoma: case report and review of literature. *Anticancer Res.* 2009;29(5):1591-3.

26. Matsuo K., Alonsozana EL., Eno ML., Rosenshein NB., Im DD. *Primary peritoneal clear cell adenocarcinoma arising in previous abdominal scar for endometriosis surgery.* *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(4):637-41.

27. Omranipour R., Najafi M. *Papillary serous carcinoma arising in abdominal wall endometriosis treated with*

*neoadjuvant chemotherapy and surgery.* *Fertil Steril.* 2010 1;93(4):1347.e17-8.

28. Schnieber D., Wagner-Kolb D. *Malignant transformation of extragenital endometriosis.* *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1986;46(9):658-9.

29. Gücer F., Reich O., Kömetter R., Pieber D. *Endometroid carcinoma arising with a scar endometriosis.* *Eur J Gynaecol Oncol.* 1997;18(1):42-3.

## CHISTURILE PARATUBARE: REVIUL LITERATURII ȘI PREZENTARE DE CAZ CLINIC

Ana Mișina – dr. șt. med., Diana Madan – colab. șt. stagiar,  
Liliana Fuior – doctorand, Virgil Petrovici – dr. șt. med.,  
IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova  
E-mail: [anna\\_mishina@mail.ru](mailto:anna_mishina@mail.ru) Tel: 079456357

### Rezumat

Chisturile paraovariene sau paratubare constituie aproximativ 10% din patologiile anexelor. Aceste formațiuni rare-ori prezintă simptome și, de obicei, sunt depistate întâmplător. Incidența reală nu este cunoscută. Simptomele apar atunci când cresc excesiv, sau în caz de hemoragie, ruptură sau torsiune. Având în vedere evoluția clinică insidioasă a chisturilor paraovariene, diagnosticul este de obicei stabilit accidental, în timpul examinărilor radiologice sau intervențiilor chirurgicale pelvine.

**Cuvinte-cheie:** chist paratubar, chist paraovarian, torsiune, detorsiune

### Summary. Paratubal cysts: Review of the literature and case report

Paraovarian or paratubal cysts constitute about 10% of adnexial masses. Although they are not uncommon; they rarely cause symptoms and are usually incidentally found. Actual incidence is not known. The symptoms occur when they grow excessively, or in case of hemorrhage, rupture or torsion. Given that the clinical course of paraovarian cyst is usually silent, diagnosis is usually made incidentally during radiological examination or pelvic surgery.

**Key words:** paratubal cyst, paraovarian cyst, torsion, de-torsion

### Резюме. Параовариальные кисты: Обзор литературы и клинический случай

Параовариальные или паратубарные кисты составляют около 10% из всех образований придатков. Данные опухоли редко являются симптомными и как правило обнаруживаются случайно. Реальная частота заболевания неизвестна. Симптомы появляются в случае их избыточного роста, в случае кровотечения, разрыва или перекрута. Учитывая своеобразное клиническое течение параовариальных кист, диагноз устанавливается случайно во время радиологических исследований или хирургических вмешательствах на органах малого таза.

**Ключевые слова:** паратубарная киста, параовариальная киста, перекрут, деторсия

### Introducere

Chisturile paratubare (CPT) sunt situate în ligamentul larg între ovar și trompa uterină și constituie aproximativ 10% din formațiunile anexiale [1, 2].

Originea acestor chisturi provin din mezoteliu și sunt considerate ca fiind structuri derivate ale ductului Mullerian (paramezonefric) și a celui Wolffian (mezonefric). Rudimentele ducturilor paramezonefric tind să apară mai frecvent în cadrul ligamentului larg, decât în regiunea infundibulă a trompii uterine [3]. Dimensiunile chistului paratubar depistat în ligamentul larg ar putea varia de la 1 la 8 cm în diametru [3]. Mai mult decât atât, sub influența factorilor hormonalți pot ajunge la dimensiuni mai mari [4]. Atunci, când un chist paratubar este pedunculat și

situat în apropiere de fimbriile trompelor uterine, este menționat ca un chist hidatic Morgagni, care este de obicei mai mic de 2 cm.

Chisturile paraovariene și chisturile paratubare sunt de obicei folosite ca sinonime. Incidența chisturilor paraovariene nu este evident cunoscută, dar într-o populație italiană a fost raportată o incidență de 29 la 1.000 (3%), cu o vârstă de apariție la al treilea și al patrulea deceniu de viață [5]. În populația pediatrică și adolescentă, a fost raportată o incidență mult mai mare a chisturilor paratubare fiind de 7.3% [6]. Chisturile paraovariene au fost raportate în toate grupurile de vârstă, începând din perioada premenarhală și până la menopauză.

Având în vedere evoluția clinică insidioasă a chis-