

## ÎN AJUTORUL MEDICULUI PRACTICIAN

© Mișina A.

MIȘINA A.

# ADEZIUNEA LABIALĂ LA ADOLESCENȚĂ

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

### REZUMAT

**Cuvinte-cheie:** adeziune labială, estrogen, separare manuală, tratament.

În articol este prezentată o observație clinică a adeziunii labiale (AL) la o adolescentă. Este prezentat un scurt reviu a literaturii anglo-saxone, referitor la etiologia, clasificarea, diagnosticul și metodele de tratament medicamentos și chirurgical al AL.

### SUMMARY

#### LABIAL ADHESION IN ADOLESCENT

**Key words:** labial adhesion, oestrogen, manual separation, treatment.

The article presents a clinical observation of labial adhesions (LA) in adolescent. A brief review of the English-language literature on the etiology, classification, diagnosis, and methods of drug and surgical treatment of LA is presented.

#### **Introducere**

Adeziunea labiilor mici (sinechii), cunoscute în literatura anglo-saxonă sub denumirea de fuziune labială (adhesions, agglutination) reprezintă fuziunea lor parțială sau completă de-a lungul liniei medii prin intermediul aderențelor subțiri și/sau dense [1-6]. Adeziunea labială (AL) poate fi congenitală sau dobândită [2]. AL congenitale apar în cazul hiperplaziei glandelor suprarenale sau ca rezultat al acțiunii androgenilor exogeni [2, 7]. AL dobândite apar în perioada de prepubertate sau în postmenopauză ca urmare a deficitului de estrogeni [2-4, 8-10]. Frecvența AL la fetițe de vârstă prepubertată constituie de la 0.3% până la 3.3% cu apogeul în vârsta de 3 luni până la 6 ani [11].

În același timp, în literatura anglo-saxonă se întâlnesc cazuri destul de limitate referitor la AL la pacientele de vârstă reproductivă [1, 12-14]. După datele lui Liang Z. și coaut. (2021) în literatura anglo-saxonă au fost publicate doar 17 cazuri sporadice de AL la pacientele în vârstă de la 15 până la 35 de ani [14]. Luând în considerație raritatea AL la adolescente prezentăm caz clinic propriu.

#### **Descrierea cazului clinic**

Pacienta M., 15 ani a fost internată în secția de ginecologie chirurgicală pentru tratament operativ. Acuze la dereglări de micție (urinarea se prelungeste și după golirea vezicii urinare) pe parcursul ultimului an, eliminări maronii după menstruație timp de 7-8 zile.

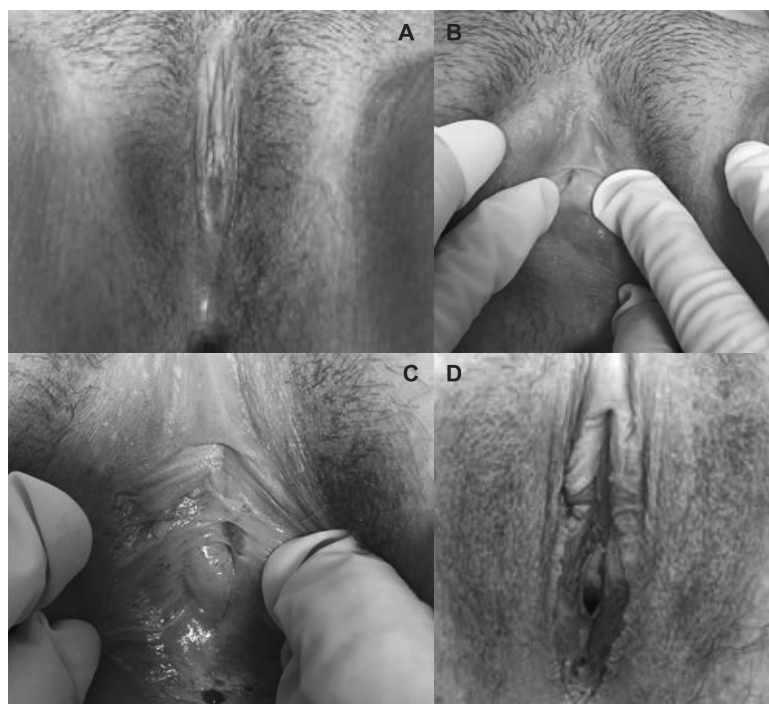
Menarha de la 14 ani, regulată, moderată, dură, timp de 4 zile, ultimul an 10-12 zile. Virgo. Ultima menstruație

– 07.07.2018. Starea generală relativ satisfăcătoare. TA 120/80 mm Hg, Pulsul – 76 b/min, t-36,6°. Masa corporală – 61 kg, înălțimea – 165 cm, IMC – 22.41 kg/m<sup>2</sup>. Status localis: Organele genitale externe dezvoltate normal. Se determină sinehii groase, netransparente care închid intrarea în vagin și se prelungesc până la orificiul extern al uretrei, acoperind o porțiune din ea (fig.1). Diagnoza: Sinehii a organelor genitale externe tip II-III (după Huseynov M, Hakalmaz AE. (2020).

În condiții aseptice și antiseptice, cu anestezie intravenoasă la respirație spontană s-a efectuat prin metodă ascuțită și contondentă tracțiune laterală manuală dozată a labiilor mici cu înlăturarea sinehiilor. Suprafața plăgii acoperită cu cremă cu estrogeni. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități, pacienta fiind externată la 3 zi postoperator cu recomandarea de a utiliza cremă cu estrogeni timp de 4-6 săptămâni. Supravegherea pacientei peste 6 luni – asimptomatică.

#### **Discuții**

Mecanismul principal în apariția AL este leziunea epitelului labiilor mici în rezultatul infecției sau traumei și în condițiile de hipoestrogenemie se petrece concreșterea lor pe linia mediană [1]. Factorii predispozanți la debutul AL includ: (1) igienă intimă inadecvată; (2) inflamație cronică; (3) traume acute; (4) dermatoze ale vulvei; (5) factor mecanic [1, 2, 5]. Printre microorganismele care provoacă apariția AL se numără: *Streptococcus grupei A*, *Neisseria gonorrhoea*, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomona vaginalis* [1].



**Fig.1 (A, B, C, D). Organele genitale externe în cazul AL totale (A); înlăturarea manuală a AL (B,C); varianta finală a organelor genitale externe după înlăturarea AL (D)**

Al doilea factor declanșator la debutul AL este trauma și include traume mecanice acute la perineu, circumcizia feminină, viol și traume cronice atunci când se utilizează scutece [1, 5]. Pentru AL la pacientele în postmenopauză este caracteristică dezvoltarea lor pe fon de probleme dermatologice (atrofia pronunțată a vaginului, lichen scleros, dermatite) [2-4, 8, 10]. În literatura anglo-saxonă se întâlnesc publicații unice referitor la apariția AL după naștere prin căile naturale [7]. În același timp, în cazurile rare AL la pacientele de vârstă fertilă poate apărea și fără de vreun factor etiologic – AL idiopatice [12].

Destul de des AL pot fi asimptomatice și să se depisteze la examenul ginecologic regulat [1, 5]. Manifestările clinice principale în cazul AL simptomatice (de la 10% până la 40%) sunt: micțiune anormală, incontinență urinară, picurarea urinei după urinare, senzație de golire incompletă a vezicii urinare, enurezis, urocolpoși, infecții în sistemul urinar și simptome ale vezicii urinare hiperactive [1, 2, 4, 5, 9, 10, 12-15].

În studiile efectuate de Granada C. și coaut. [16] care a inclus cincizeci de paciente de vârstă prepubertană (vârsta medie fiind de 19.6 luni) cu AL a fost stabilit că procentul de adeziuni simptomatice a fost de 62%, inclusiv în 31% - infecțiile căilor urinare. Într-un studiu publicat mai târziu, frecvența infecțiilor urinare a constituit 58.7%, acest fapt fiind mai frecvent observat în cazul AL totale și în cazul adeziilor îngroșate [6].

După datele USG la pacientele cu AL și închiderea orificiului extern a uretrei se determină urină restantă

în vezica urinară și dilatarea ureterului și sistemului de bazinet-calice [2, 15]. Başaranoğlu S. și coaut. (2016) au publicat un caz de dezvoltare a insuficienței renale acute postrenale la o femeie în vârstă de 92 de ani, cu AL pe fundalul lichenului scleros [17]. Simptomele vaginale au inclus: mâncărime ale vulvei, durere și/sau secreție vaginală, dispareunie sau apareunie și formarea pseudochisturilor [2, 14]. Tsianos GI. și coaut. [15] au descris dezvoltarea piosalpinxului la o pacientă de 78 de ani ca rezultat al AL căreia i s-a efectuat unimomentan anexectomie laparoscopică și separarea chirurgicală a AL. Diagnosticul de AL se stabilește în baza unui examen clinic minuțios [1, 4, 11]. Gradul AL poate fi total (pe toată lungimea labiilor mici) sau parțial (opțiunea posterioară – intrarea în vagin este închisă de sinehii, clitorisul și uretra rămân deschise; varianta frontală – orificiul extern al uretrei este închis de sinehii, intrarea în vagin – parțial închisă [1, 2, 4, 5]. În cazul AL parțiale mai frecvent este întâlnită varianta posterioară [5]. A fost observat că la pacientele pediatrice sinehiile implică numai labiile mici, pe când la pacientele postmenopauzale este posibilă implicarea și labiilor mari [2]. Pentru descrierea mai detaliată a AL la pacientele prepubertare Dowlut-McElroy T. și coaut. (2019) au propus o scală compozită pentru evaluarea AL care include prevalența aderențelor (de la 0 până la 4 puncte) și gradul de grosime a aderențelor (de la 0 până la 3) [3].

O clasificare mai detaliată a AL a fost propusă de Huseynov M, Hakalmaz AE. (2020): tip I - țesutul

aderențelor este subțire, transparent sau semitransparent prin care se prevăd structurile vestibulare și se înlătură la o tracție minimală a labiilor; tip II - țesutul aderențelor este gros și structurile vestibulare nu se prevăd; tip III - aderențele sunt groase, structurile vestibulare nu se văd și himenul este puțin concrescut cu labiile mici spre deosebire de tipul II; și tipul IV - principala caracteristică distinctivă este că zona de fuziune nu este localizată în linia mediană, ci este deplasată la dreapta sau la stânga, ca urmare a fuziunii labiilor mici la suprafața interioară a labiilor mici contralaterale. După datele autorilor din 75 de pacienți cu AL, incluse în studiu tipul I a fost observat în 48% cazuri, tipul II - 20%, tipul III - 24% și tipul IV - 8% [4].

Se exprimă opinia că pacienții asimptomatici cu AL parțială nu au nevoie de tratament chirurgical și această patologie se rezolvă singură pe măsură ce crește estrogenul endogen [1, 16, 18]. În același timp, până în prezent, arsenalul metodelor de tratament pentru AL include: utilizarea locală a cremelor cu estrogen, unguente hormonale, separarea manuală și chirurgicală a aderențelor [1, 5, 18].

Aplicarea locală a cremelor cu estrogeni în regiunea AL este un tratament patognomonic în cazul hipoestrogenemiei endogene [1, 3, 5, 11, 18]. Protocolul pentru utilizarea cremei cu estrogeni include aplicarea de una sau de două ori pe zi în zona AL timp de 2-6 săptămâni. Eficacitatea cremei cu estrogeni în AL este de la 50% la 90%, iar recidivele sunt observate în 30% din cazuri [11, 18, 19]. La pacientele prepubertale cu tratament inițial cu cremuri cu estrogeni, doar în 26% din cazuri au prezentat rezoluția AL după un singur curs de tratament. În 74% din cazuri, au fost necesare mai multe cure de tratament, inclusiv odată cu trecerea la preparate hormonale și în 38% s-au efectuat separări manuale sau chirurgicale [16]. Utilizarea locală a cremei hormonale (betametazonă, clobetasol 0,05%) este considerată ca o terapie de primă linie sau ca terapie adjuvantă pentru cremele cu estrogeni, precum și atunci când acestea sunt ineficiente [1, 4, 11]. Protocolul de tratament recomandat este de 1-2 aplicații pe zi timp de 4-6 săptămâni. Efectul pozitiv al cremelor hormonale este observat în 68-80% din cazuri, iar rata de recurență a AL este de 23% [1]. Efectele secundare potențiale ale utilizării cremurilor hormonale sunt eritemul, foliculita și atrofia pielii [5]. În plus față de utilizarea de estrogeni și cremuri hormonale, se recomandă o tracțiune laterală dozată a labiilor, care contribuie la o rezoluție mai rapidă a AL [1, 4, 11].

În cazul AL cu o anamneză scurtă și este însoțit de simptome urologice, precum și aderențe fibroase îngroșate și netransparente se recomandă efectuarea separării manuale, chirurgicale sau combinate [1, 3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14]. Conform datelor lui Wejde E. și coaut. (2018) la separarea manuală a AL la pacientele prepubertare, s-a obținut un rezultat pozitiv în 100% din cazuri, iar recidiva a fost înregistrată în 20% din cazuri [19].

În adezioliza chirurgicală a AL, se folosește disecția prin metode ascuțite și contondente [9, 10, 14, 15, 17]. Un șir de autori sunt de părerea referitor la necesitatea examinării histopatologice a țesuturilor din zona AL [9, 10, 13]. La etapa finală a separării chirurgicale a AL, un șir de autori propun suturarea pielii din mucoasa vaginală cu material de sutură sintetic absorbibil (vicryl, 3/0). [10, 12, 13, 17]. Wyman AM. și coaut. (2018) au propus utilizarea celulozei oxigenate (Interceed®) ca o barieră anti-aderențială pentru prevenirea recurenței AL după adezioliza chirurgicală [8]. Eficiența metodei chirurgicale pentru tratamentul AL este de 100%, iar recidivele în perioada postoperatorie târzie au fost înregistrate doar în 10% din cazuri [11]. Majoritatea autorilor, după separarea manuală sau chirurgicală la persoanele cu risc crescut de recurență, recomandă utilizarea aplicațiilor locale de estrogeni și/sau cremelor hormonale în perioada postoperatorie [3, 8, 9, 17]. Potrivit datelor lui Bacon JL. și coaut. (2105) procentul total de recidive după diferite metode de tratament este destul de înalt, iar metoda optimă de tratament a acestora nu a fost încă stabilită până în prezent [1]. AL pronunțate după prevalența și grosimea aderențelor recidivează mai frecvent și necesită intervenții multiple și protocoale de tratament combinate [4, 16].

### Concluzii

AL la pacientele de vârstă fertilă prezintă o patologie extrem de rar întâlnită. Alegerea metodei de tratament al AL trebuie să se determine în funcție de prevalență și grosimea sinehiilor, cât și de durata și caracterul manifestărilor clinice. Separarea chirurgicală cu aplicarea cremelor cu estrogeni în perioada postoperatorie pare a fi cea mai optimă metodă în tratamentul AL simptomatice la pacientele de vârstă reproductivă.

### BIBLIOGRAFIE

1. Bacon JL, Romano ME, Quint EH. Clinical recommendation: Labial adhesions. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(5):405-9.
2. Singh P, Han HC. Labial adhesions in postmenopausal women: presentation and management. *Int Urogynecol J.* 2019;30(9):1429-1432.
3. Dowlut-McElroy T, Higgins J, Williams KB, Strickland JL. Treatment of prepubertal labial adhesions: A randomized controlled trial. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2019;32(3):259-263.
4. Huseynov M, Hakalmaz AE. Labial adhesion: New classification and treatment protocol. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020;33(4):343-348.
5. Vilano SE, Robbins CL. Common prepubertal vulvar conditions. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2016;28(5):359-65.
6. Melek E, Kılıçbay F, Sarıkaş NG, Bayazıt AK. Labial adhesion and urinary tract problems: The importance of genital examination. *J Pediatr Urol.* 2016;12(2):111. e1-5.

7. Caglayan EK. A rare complication of vaginal delivery: labial adhesion. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2014;41(1):98-9.
8. Wyman AM, Lafranchise E, Lynch C. External use of an oxidized regenerated cellulose agent in the treatment of labial agglutination in postmenopausal women. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):1238-1240.
9. Laih CY, Huang CP, Chou EC. Labial adhesion in a postmenopausal female: A case report. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(26):e20803.
10. Lu BJ, Chin HY, Chu CY, Wang JTJ. Postmenopausal labial agglutination mimics urinary incontinence and hidden vaginal lesion. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44(4):801-805.
11. Barbosa Ardila SD, Tristancho Baró AI, Suescún Vargas JM. Labial adhesions: review of the literature. *Arch Argent Pediatr.* 2017;115(6):597-601.
12. Watanabe T, Matsubara S, Ikeda T, Kawai S, Nakamura S, Nakai H. Labial adhesion causing voiding but not sexual problems in a married woman. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(1):415-9.
13. Erdoğdu E, Demirel C, Tahaoğlu AE, Özdemir A. Labial fusion: A rare cause of urinary retention in reproductive age woman and review of literature. *Turk J Urol.* 2017;43(1):98-101.
14. Liang Z, Chen J, Yu X, Zhu L. Persistent labial minora fusion in reproductive age women: A retrospective case series of nine patients and review of literature. *Organogenesis.* 2021;17(1-2):20-25.
15. Tsianos GI, Papatheodorou SI, Michos GM, Koliopoulos G, Stefos T. Pyosalpinx as a sequela of labial fusion in a post-menopausal woman: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:546.
16. Granada C, Sokkary N, Sangi-Haghpeykar H, Dietrich JE. Labial adhesions and outcomes of office management. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2015;28(2):109-13.
17. Başaranoğlu S, Doğan F, Deregözü A. Acute renal failure due to complete labial fusion: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016;29:162-164.
18. Knudtzon S, Haugen SE, Myhre AK. Labial adhesion - diagnostics and treatment. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2017;137(1):31-35.
19. Wejde E, Ekmark AN, Stenström P. Treatment with oestrogen or manual separation for labial adhesions - initial outcome and long-term follow-up. *BMC Pediatr.* 2018;18(1):104.