

## **APOPLEXIA OVARIANĂ LA ADOLESCENTE**

**Ina Jacotă, Constantin Burunsus, Natalia Bivol**

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF «Nicolae Testemițanu»

### **Summary**

#### ***Ovarian rupture in adolescents***

Ovarian rupture is a break of the follicle, of the follicular cyst, of the luteal cyst or of the ovarian stroma accompanied by an intracystic hemorrhage [7] or in the abdominal cavity [19]. The alikeness of the symptoms that are presented in acute appendicitis, often cause misleads within surgeons-pediatricians. Only a rigorous anamnesis and USG can affirm or infirm this diagnosis. Nowadays, the laparoscopic approach is considered to be the “golden” standard in the treatment of ovarian ruptures. Meanwhile, there is a tendency of using appendectomies by McBurney approach in the majority of cases of this pathology, which creates a need to estimate in the future the necessity of these compulsory actions.

### **Rezumat**

Apoplexia ovariana este o ruptură a foliculului, chistei foliculare, chistei luteale sau a stromei ovariene acompaniată de hemoragie intrachistică [7] sau în cavitatea abdominală [19]. Similitudinea simptomelor apoplexiei ovariene cu cea a apendicitei acute, deseori prezintă o problemă în stabilirea diagnosticului de către chirurgii pediatri. Doar o anamneză riguroasă și USG pot afirma sau infirma acest diagnostic. La moment, abordul laparoscopic se consideră standartul de aur în tratamentul apoplexiei ovariene. Totodată se evidențiază o tendința de tratament al acestei patologii prin laparotomie McBurney în asociere cu apendicectomie, fapt care impune reestimarea pe viitor a necesității acestor manevre.

### **Actualitatea și gradul de studiere a temei investigate**

Apoplexia ovariană constituie 0,5 - 2,5% din hemoragiile abdominale la femei și adolescente și ocupă locul II (17%) din toate maladiile ginecologice care provoacă abdomenul acut [18]. Un abord corect al acestei patologii va salva viața fără a lăsa sechele asupra capacităților reproductive ale organismului.

Apoplexia ovariană nu a fost suficient studiată. Tabloul clinic al maladiei este unul foarte asemănător cu cel al apendicitei acute în cazul localizării în fosa iliacă dreaptă, ce implică spitalizarea în secțiile de chirurgie pediatrică. Ținând cont de această tendință am evaluat pacientele înregistrate în ultimii 6 ani în două din spitalele din municipiul Chișinău pentru a studia particularitățile în evoluția și în strategia de tratament a apoplexiei ovariene la adolescente

### **Obiectivele lucrării**

1. Determinarea incidenței apoplexiei ovariene la adolescente cu vârsta <18 ani în perioada anilor 2007-2012 în două clinici din municipiul Chișinău.
2. Precizarea formei apoplexiei ovariene care predomină la adolescente.
3. Studiul algoritmului de diagnosticare a apoplexiei ovariene la adolescente.
4. Compararea tratamentului efectuat cu metodele moderne descrise în literatură
5. Studiul frecvenței complicațiilor survenite după apoplexie ovariană la adolescente.

### **Materiale și metode de cercetare**

Studiul retrospectiv cuprinde cazurile de apoplexie ovariană la adolescente, înregistrate în două spitale din municipiul Chișinău. Ele au fost divizate în două loturi: 1- pacientele spitalizate în Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății **Mamei și Copilului (lotul 1, n=19, pe parcursul anilor 2008 – 2011)** iar lotul 2 pacientele spitalizate în IMSP SCMC Nr.3 „V. Ignatenco” (lotul 2, n=33 pe parcursul anilor 2007 – 2012).

Criteriile pentru includere în studiu au fost:

- vârsta  $\leq$  18 ani
- diagnosticul de trimitere

- temperatura
- pulsul
- nivelul hemoglobinei
- nivelul eritrocitelor
- nivelul leucocitelor
- valorile VSH
- poziția anatomică a ovarului afectat
- rezultatele USG
- tipul intervenției chirurgicale
- complicațiile intra- și postoperatorii
- numărul zilelor de spitalizare

Datele obținute au fost prelucrate computerizat cu aplicarea setului de programe statistice: Microsoft Excel.

## Rezultate

Analizând incidența apoplexiei ovariene, observăm că în lotul 1 rata patologiei date a fost determinat în 42,11 % cazuri (2009) (media  $1,6 \pm 0,40$ ), urmat de 26,32% cazuri (2011) (media  $1,14 \pm 0,28$ ). În lotul 2 frecvența maximă a apoplexiei ovariene s-a întâlnit în 24,24% cazuri (2011) (media  $1,14 \pm 0,5$ ), urmat de anul 2008 cu 21,21% cazuri (media  $1 \pm 0,49$ ).

Remarcăm o incidență sporită pentru anii 2009, 2011 a cazurilor de apoplexie ovariană la adolescente.

Patologia dată se întâlnește mai frecvent la adolescentele cuprinse cu vârsta între 16 (fiecare a patra adolescentă cu apoplexie ovariană) și 17 ani (fiecare a doua adolescentă cu apoplexie ovariană). Aceasta se explică prin instabilitatea hormonală caracteristică acestei vârste. La 18 ani incidența apoplexiei ovariene scade, explicat prin adaptarea schimbărilor de maturizare hormonală survenite în organism. [2,12,13].

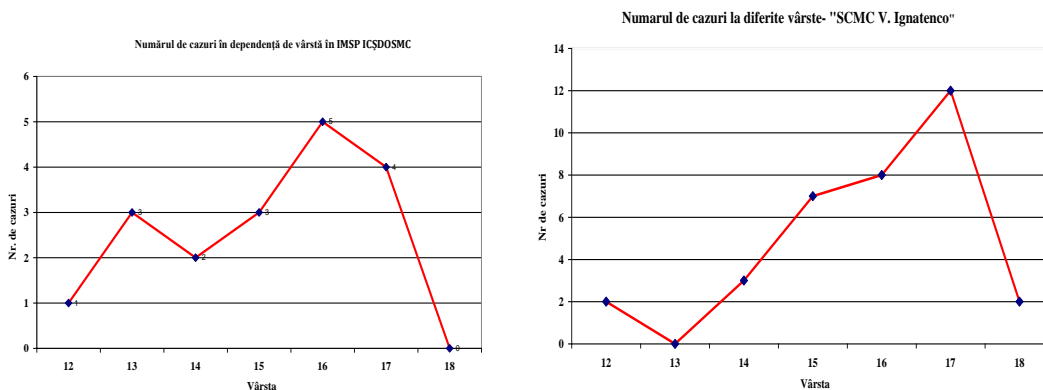


Figura 1. Corelația AO cu vârsta pacienților

Frecvent maladia debutează cu dureri puternice în flancul drept [1,16,20,21] și pacientele sunt internate cu diagnosticul de apendicită acută.

Analiza manifestărilor clinice ale apoplexiei ovariene arată predominarea durerii în fosa iliaca dreaptă în 49% cazuri în lotul 1, tendință care se păstrează și în lotul 2 cu 69%. Acest simptom fiind urmat de greață, slăbiciune generală, lipsa poftei de mâncare, vomă cu respectiv 23%, 14%, 3%, 11% în primul lot și 27%, 2%, 2%, 0% în lotul doi.

Putem deduce deci că durerea abdominală este unul din principalele simptome ale apoplexiei ovariene.

În ceea ce privește valorile hemoglobinei în majoritatea cazurilor acestea sunt cuprinse în limitele normei 120-130 g/l. În lotul 1, 63,15% cazuri valorile hemoglobinei sunt cuprinse în acest diapazon, în lotul doi – 39,39%. Aceste date ne sugerează că gradul hemoragiei cauzată de

apoplexia ovariană a fost mic, ceea ce a permis păstrarea indicilor hemodinamici în limitele normei.

Studiind valorile eritrocitelor în analiza generală a sângelui, observăm că acestea corespund limitelor normelor fiziologice.

Trebuie de remarcat faptul că în fiecare a 9-a foaie de observație din lotul 1 și fiecare a 4-a foaie de observație din lotul 2 date despre valorile hemoglobinei și eritrocitelor nu au fost găsite.

Nivelul leucocitelor este unul din criteriile de bază pentru luarea deciziei în privința intervenției chirurgicale.

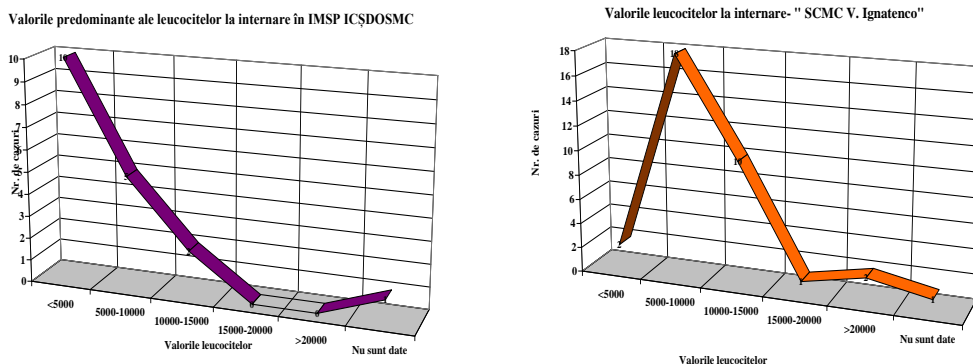


Figura 2. Valorile predominante ale leucocitelor la internare

Analizând datele acestei figuri observăm că în primul lot predomină pacientele cu leucopenie în 52.63% cazuri, urmate de cele cu leucocitoză în 15,78% cazuri; iar în lotul doi predomină pacientele cu valorile leucocitelor în limitele normei în 54.54% cazuri, urmate de pacientele cu leucocitoză în 36.36%, și doar în 6.06% cazuri s-a înregistrat leucopenie.

Studiul nostru confirmă datele din literatura mondială [5,8,19] conform cărora cel mai des afectat este ovarul drept, astfel 95% din cazurile din lotul 1 (media  $2,57 \pm 0,64$ ) și 91% (media  $4,28 \pm 1,28$ ) din cele din lotul 2 au așezate această poziție anatomică a ovarului afectat.

Pentru diagnosticul apoplexiei ovariene, este utilă efectuarea ultrasonografiei transabdominale sau ultrasonografiei transvaginale după posibilitate [11,18,22].

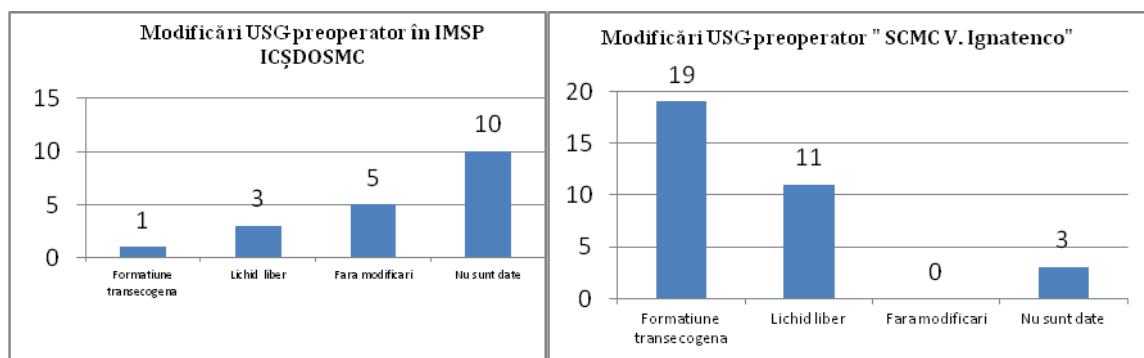


Figura 3. Modificările identificate pre-operator la USG

În 10 din 19 cazuri din lotul 1 ( 52.63%) nu a fost efectuată USG, în 26.31% cazuri – datele USG nu prezintă modificări, în 15.78% cazuri a fost depistat lichid liber în spațiul Douglas și doar în 5.26% cazuri s-a determinat o formațiune transecogena. În lotul doi avem următoarele date: la 9.09% paciente nu s-a efectuat USG, la 30.3% paciente s-a determinat lichid liber în spațiul Douglas și la 57.57% paciente – formațiune transecogena.

Pe plan mondial în cazul apoplexiei ovariene la adolescente intervenția la care se recurge este una laparoscopică cu extragerea peretelui chistului dehiscent prin endobag, suturarea laparoscopică a ovarului și drenarea cavității abdominale [3,10,14,15,17]. Acestea s-au dovedit a fi

mai puțin traumatizante, cu nivel de recidive mic și cu durata spitalizării net redusă față de abordul tradițional laparotomie medio-mediană.

Studiind manevrele chirurgicale utilizate la pacientele cu apoplexie ovariană, observăm că în ambele loturi în 100% cazuri s-a efectuat laparotomie cu incizia tip Mc'Burney.

În 94,7% cazuri a fost efectuată suturarea ovarului cu sutura tip „Z” în lotul 1 și 100% în lotul 2 și doar în 5,3% cazuri – rezecția ovarului (lotul 1).

Intervențiile chirurgicale au fost însoțite de apendicectomie în 94,7% cazuri în lotul 1 și 93,9% în lotul 2. Apendicectomia se explică prin faptul că în ambele loturi apoplexia ovariană s-a complicat cu apendicita catarală (94,7% din cazuri în lotul 1 și respectiv 93,9% în lotul 2).

În literatura de specialitate nu este specificată apendicita acută ca fiind complicație de bază a apoplexiei ovariene [6,7,9], însă este menționat faptul necesității unui diagnostic diferențial riguros între aceste două patologii care produc simptomele abdomenului acut [1,4].

Analizând rezultatele histologiei apendicelui vermiform, s-a determinat că în 94,7% cazuri din lotul 1 a fost confirmată inflamația apendicelui și în 9,09% cazuri din lotul 2.

În 4 cazuri din lotul 1 a fost confirmată ruptura chistei foliculare. În lotul 2 în două cazuri s-a stabilit diagnosticul “dehiscenta chistului ovarian”, în 2 cazuri – dehiscenta chistului folicular și într-un caz a fost depistată ruptura corpului galben.

### **Discuții**

Apoplexia ovariană la adolescente este o patologie cu incidență mică atât în Republica Moldova cât și pe plan mondial. La noi aceste cazuri sunt preluate în clinici de către secțiile de chirurgie urgentă, intervențiile fiind realizate de către chirurghi-pediatri. În fișe nu se menționează anamneza ginecologică a fetelor, nu se ține cont de perioada, ziua menstruației, regularitatea ei și nu se ia în considerație dacă acestea au început viața sexuală. De aici rezultă că un diagnostic de algodismenoree poate fi ignorat.

Cea mai afectată vârstă este de 16-17 ani, explicată prin instabilitatea hormonală caracteristică acestei vârste. Frecvent pacientele sunt internate cu diagnosticul de apendicită acută, stabilit în baza localizării durerii în fosa iliacă dreaptă. În majoritatea cazurilor pacientele au următorii indicii: puls, temperatură, nivelul hemoglobinei, eritrocitelor și leucocitelor în limetele normei.

Cel mai des afectat este ovarul drept.

Una din principalele investigații în diagnosticarea maladiei este USG transabdominală, mai obiectivă fiind cea transvaginală.

În 100% din cazuri a fost efectuată laparotomie cu incizie tip Mc'Burney, cu suturarea ovarului afectat și cu apendicectomie. Putem deduce că diagnosticul de apoplexie ovariană a fost stabilit intraoperator, preoperator cazul fiind tratat ca o apendicită acută, ceea ce ne demonstrează tipul inciziei utilizate. Faptul că în 94,7% din cazuri lotul 1 și 93,9% lotul 2 a fost efectuată apendicectomie, impune concluzia că apendicita acută este o complicație ce însoțește apoplexia ovariană. Aceste date însă nu sunt reflectate în sursele de specialitate.

Trebuie menționat faptul că deși diagnosticul definitiv a fost unul ce ține de apoplexia ovariană, doar 4 din 19 cazuri din lotul 1 și 5 din 33 cazuri din lotul 2 au rezultatele histologiei țesutului ovarian. Astfel diagnosticul de „apoplexie ovariană” rămâne neconfirmat histologic în peste jumătate din cazuri.

### **Concluzii**

1. Anii cu incidență sporită a apoplexiei ovariene au fost 2009 și 2011.
2. La adolescente predomină forma doloasă a apoplexiei ovariene, confirmată prin datele de laborator.
3. La adolescente ovarul cel mai des afectat fiind cel drept.
4. Diagnosticul de laborator și imagistic este efectuat insuficient în ambele loturi.
5. Metoda de tratament de elecție este cea chirurgicală- laparotomie cu incizie tip Mc'Burney, ceea ce nu corespunde standardelor descrise în literatura de specialitate.
6. Diagnosticul de apoplexie ovariene în ambele loturi a fost pus intra-operator.
7. Apendicita acută însoțește apoplexia ovariană conform datelor din ambelor loturi.

## **Bibliografie**

1. Akhiro Takeda, MD, Kotaro Sakai, MD, Takashi Mitsui, MD, Hiromi Nakamura, MD, Management of Ruptured Corpus Luteum Cyst of Pregnancy Occurring in a 15-Year-Old Girl by Laparoscopic Surgery with Intraoperative Autologous Blood Transfusion, *J. Pediatr Adolesc Gynecol* 2007, 20: 97-100
2. Aya Kamaya, MD, Lewis Shin, MD, Bertha Chen, MD, Terry S. Desser, MD, Emergency Gynecologic Imaging, *J. Seminars in Ultrasound CT and MRI* 2008, 29:353-368
3. Berk JE, Fridhandler L. Hyperamylasemia: interpretation and newer approaches to evaluation. *Adv Intern Med* 1980; 26:235-264
4. Broach AN, Mansuria SM, Sanfilippo, Pediatric and Adolescent gynecologic laparoscopy. *J. Clin. Obstet Gynecol* 2009;52:380
5. Carol Mattson Porth, Essentials in pathophysiology, 9: 150- 167
6. Cecilia Bottomley, MRCOG, Tom Bourne PhD, FRCOG Prof, Diagnosis and management of ovarian cyst accidents, *J. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009, 23:711-724
7. Fauzia Q. Vendermeer MD, Jade J. Wong-You-Cheong MD, Imaging of Acute Pelvic Pain, *Clinical Obs and Gynec.* 2009, Vol.52, 1:2-20
8. Green CL Identification of alpha-amylase as a secretion of the human fallopian tube and “ tubelike” epithelium of mullerian and mesonephric duct origin. *Am J. Obstet Gynecol* 1974; 73:402-408
9. Ibrahim Akkoyun MD, Saliha Gulen MD, Laparoscopic Cystectomy for the Treatment of Benign Ovarian Cysts in Children: An Analysis of 21 cases, *J. Pediatr Adolesc Gynaecol* 18 september 2012, 1-3
10. Kriss Ann P. Schultz, MD, Kirsten K. Ness, PhD, Rajaram Nagarajan, MD, MS and Marie E. Steiner, MD, MS, Adnexal Masses in Infancy and Childhood, *J. Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006, vol.49, 3:464-479
11. Nissen ED, Kent DR, Nissen SE et al., Unilateral tuboovarian autoamputation, *J. Reprod Med* 1977 Sep; 19 (3): 151-153
12. Montanari L., Saviatti C., Zara C., Aspiration of ovarian cysts: laparoscopy or echography?, *J. Akta Eur Fertil* 1987, 18:45-47
13. Muzzi L., Bianchi A., Croce C. et al. Laparoscopic excision of ovarian cyst: is the stripping technique a tissue-sparing procedure? *J. Fertil Steril* 2002; 77:609-614
14. Paternoster DM, Constantini W., Uglietti A. et al., Congenital or torsion-induced absence of Fallopian tubes. Two case reports. *J. Minerva Ginecol* 1998 May; 50(5): 191-194
15. Potter A W , and Chandrasekhar C A *Radiographics* 2008; 28:1645-1659
16. Sidharta Sinha, MA, MRCS, Hamed Khan, MBBS, Peter M. Timms, FRCPATH, Olufemi A. Olagbaiye, MBBS, FRCS, Pancreatic Hyperamylasemia and Hyperlipasemia secondary to Ruptured Ovarian Cyst: A Case Report and Review of the Literature, *The Journal of Emergency Medecine* 2010, Vol.38, 4:463-466
17. Steinkampf MP, Hammond KR, Blackwell RE., Hormonal Treatment of Ovarian Cysts: a randomized, prospective shedy. *J. Fertil Steril* 1990, 54:775-777
18. Wesley S. Kilger MD, Javier F. Magrina MD, Paul M. Magtibay MD, Laparoscopic Management of the Adnexal Mass , *J. Clinical Obstetrics and Gynecology* 2006, Lipincott Williams & Wilkins, Vol.49, 3:535-548
19. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т, Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии 2000, стр.31
20. В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин, Гинекология Национальное руководство 2009, глава 13-538
21. Г.М. Савельева, В.Г. Бреусенко, Гинекология 2007, стр. 345-353
22. Рябов Г.А., Семенов В.Н., Терентьева Л.М., Экстренная анестезиология. Москва. 1999г. гл.11