

ARTICOLE ORIGINALE

UDC: 618.145-007.415

ENDOMETRIOZA VULVEI ȘI PERINEULUI ENDOMETRIOSIS OF THE VULVA AND PERINEUM

Ana Mișina¹, Sergiu Zaharia², Patricia Harea¹, Liliana Fuior-Bulhac¹, Virgil Petrovici¹, Elina Șor^{2,3}, Igor Mișin^{2,3}¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului;² IMSP Institutul de Medicină Urgentă;³ IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat

Introducere: Endometrioza vulvei și perineului (EVP) se referă la forme rare de endometrioză extragenitală, în literatura de specialitate fiind descrise ca observații clinice unice.

Scopul studiului – analiza particularităților privind diagnosticul, tratamentul, precum și caracteristicile morfologice și profilul imunohistochimic al EVP.

Materiale și metode: A fost efectuată o analiză retrospectivă a 38 de cazuri de endometrioză în zona cicatricei postoperatorii. Metodele de diagnostic utilizate: ultrasonografie și doppler (USG și D), metode morfologice și imunohistochimice.

Rezultate: Au fost evidențiate 8 (21.6%) cazuri de EVP, vârsta medie a pacientelor fiind de 29.4±2.1 ani (IC 95%:24.63–34.12). Principalele manifestări clinice ale EVP: (1) prezența unei formațiuni de volum la nivelul organelor genitale externe; (2) dureri catameniale (n=6) sau persistente (n=2) în zona formațiunii; precum și (3) mărirea în volum al formațiunii (n=6) în perioada pre- și/sau menstruală. În toate cazurile, în antecedente, pacientele au suportat intervenții chirurgicale la nivelul organelor genitale externe: episiotomie (n=5), suturarea rupturilor postpartum (n=2) și înlăturarea chisturilor la nivelul labiilor genitale (n=1). La palpate, EVP au fost definite ca formațiuni solide, relativ mobile, dureroase în timpul comprimării. În marea majoritate a cazurilor s-au depistat endometrioame unice și doar într-un caz – două ectopii. Endometrioamele au fost localizate la nivelul perineului (n=5), labiilor genitale (n=2) și la nivelul peretelui posterior al vaginului (n=1). În cadrul USG și D: EVP au fost vizualizate ca formațiuni hipocogene, cu contururi hiperecoice și cu grade diverse de vascularizare periferică. În toate cazurile, a fost efectuată excizia EVP în limitele țesuturilor nemodificate și fără afectarea integrității endometrioamelor.

Examenul patomorfologic a confirmat diagnosticul de EVP (glande endometriale și stroma citogenă adiacentă). La examenul imunohistochimic: CD10 – expresie membranoasă difuză (+++) în stroma citogenă; citokeratină 7 – expresie citoplasmatică intensă în glandele endometriale; receptori de progesteron – expresie nucleară intensă în celulele endometriale și în stroma citogenă (92-99%, indicele Allred 7.8); receptori de estrogen – expresie în nucleele glandelor endometriale și în stroma citogenă (95%, indicele Allred 3). Perioada de supraveghere a pacientelor a fost de 31.9±4.1 luni (IC 95%:21.86–41.85), nefiind depistată recidiva de EVP (zero).

Concluzii: EVP este o variantă rar întâlnită a endometriozei extrapelvine. În majoritatea cazurilor, EVP evaluează după intervenții chirurgicale în zona respectivă (episiotomie). Tratamentul chirurgical cu rezecție R0 este metoda de elecție pentru patologia dată.

Cuvinte cheie: endometrioză, episiotomie, perineu

Summary

Introduction: Endometriosis of the vulva and perineum (EVP) refers to rare forms of extragenital endometriosis and is described in the specialized literature as separate clinical observations or in small series.

The purpose of the study was to analyze the features of diagnosis and treatment, as well as the morphological characteristics and immunohistochemical profile of EVP.

Materials and methods: A retrospective analysis of a database of 38 cases of endometriosis in the area of postoperative scars was performed. Used: ultrasonography and Doppler (USG and D), morphological and immunohistochemical methods.

Results: 8 (21.6%) cases of EVP were found, the average age of the patients was 29.4±2.1 years (95% CI:24.63–34.12). The main clinical manifestations of EVP: (1) the presence of volumetric mass in the external genitalia field; (2) catamenial (n=6) or persistent pain (n=2) in the mass area; and (3) an increase of the mass (n=6) on the precycle or during the cycle period. In all cases, a case history of surgical interventions in the area of the external genitalia was noted: episiotomy (n=5), suturing of gaps in childbirth (n=2), and removal of the labia cyst (n=1).

On palpation, EVP were defined as a solid, relatively mobile mass, painful during compression. In the vast majority of cases, single endometriomas were noted and in only one – two ectopias. Endometriomas were localized in the perineum (n=5), in the labia (n=2) and in the posterior wall of the vagina (n=1). With USG and D: EVP were visualized in the form of hypogenic mass, with hyperechoic contours and varying degrees of peripheral vascularization. In all cases, the excision of the EVP within the unchanged tissues was performed, maintaining the integrity of the endometriomas.

A pathomorphological study, in all cases, confirmed the diagnosis of EVP (endometrial glands and adjoining cytogenic stroma). An immunohistochemical study: CD10 – diffuse (+++) membrane expression in the cytogenic stroma; cytokeratin 7 – intense cytoplasmic expression in the endometrial glands; progesterone receptors – intense nuclear expression in the cells of the endometrium and cytogenic stroma (92-99%, Allred index 7.8); estrogen receptors – expression in the nuclei of the endometrial glands and cytogenic stroma (95%, Allred 3 index). Patient follow-up periods averaged 31.9±4.1 months (95% CI:21.86–41.85), no recurrence of EVP was detected (zero).

Conclusions: EVP is a rather rare form of extrapelvic endometriosis. In most cases, EVP develop after surgical interventions in this area (episiotomy). Surgical treatment with R0 resection is the method of choice for this pathology.

Keywords: endometriosis, episiotomy, perineum

Introducere

Endometrioza este o maladie ginecologică benignă, estrogen dependentă, ce se manifestă la $\approx 10\%$ dintre femeile de vârstă reproductivă și este cauzată de implantarea țesutului endometrial ectopic în afara cavității uterine [1]. Ca regulă ectopiile endometriale sunt multiple și se localizează în pelvis cu implicarea ovarelor (31% - din dreapta și 44% - din stânga), în spațiul vezico-uterin sau vezica urinară (36%), spațiul Douglas (34%), ligamentul larg (21% - din dreapta și 25% - din stânga) și ligamentele utero-sacrate (15% - din dreapta și 20% - din stânga) [2].

O localizare destul de rar întâlnită a endometriozei este cea extrapelvină care include un diapazon destul de semnificativ de organe și sisteme, inclusiv tractul digestiv, organele cutiei toracice, tractul urinar, țesuturile moi ale peretelui abdominal anterior și perineului [3]. Este descrisă endometrioza cicatricei postoperatorii după diverse intervenții chirurgicale, inclusiv operația cezariană, histerectomia, intervenții laparoscopice, amniocenteză, epiziotomie, etc [4].

Endometriomele vulvei și perineului (EVP) se referă la o localizare destul de rară a endometriozei extrapelvine [3, 5]. În marea majoritate EVP în literatura de specialitate este prezentată în calitate de cazuri unice [6-13] sau serii mici de cazuri [5, 14-17].

Scopul lucrării – studierea particularităților diagnosticului și tratamentului EVP, inclusiv caracteristicile morfologice și profilul imunohistochimic al acesteia.

Material și metode

A fost efectuată analiza retrospectivă a bazei de date a 38 cazuri de endometrioză în regiunea cicatricei postoperatorii, supuși intervențiilor chirurgicale în perioada anilor 1991 - 2019. Prezența ectopiei endometriale în regiunea vulvei și perineului a fost criteriul de bază în selectarea pacientelor cu evaluarea următorilor indici: (1) vârsta; (2) caracterul intervenției chirurgicale din această regiune în antecedente; (3) durata maladiei; (4) manifestările clinice; (5) caracteristicile ultrasonografice și dopplerografice; (6) particularitățile morfologice și imunohistochimice ale EVP.

Ultrasonografie (USG) cu dopplerografie s-a efectuat predominant cu aparatele Esaote MyLab 15, Sono Scape 8000 (China) și Toshiba Aplio 300 (Japonia) cu folosirea transductorilor: pentru investigație transabdominală 3-5 MHz și transvaginală (rectală) – 5-7.5 MHz. La examenul USG fiecare formațiune a fost evaluată în trei diametre ortogonale cu calcularea mediei, determinarea formei (ovală, rotundă), localizării (cicatricea postoperatorie, regiunea adiacentă, perineu), profunzimii (superficial, profund), caracteristica marginilor (netedă, neregulată). Ecogenitatea a fost comparată cu cea a țesutului subcutanat normal adiacent și a țesutului înconjurător. Prin examenul dopplerografic au fost determinați parametrii cantitativi de vascularizare a endometriomului prin două calificative: (1) prezența sau absența vascularizării cu determinarea gradului, (2) localizarea. La aprecierea gradului de vascularizare s-a luat în considerație numărul de vase care alimentează formațiunea: niciun vas (vascularizare absentă), 1-3 vase (vascularizare slabă), 3-6 vase (vascularizare medie), mai mult de șapte vase (vascularizare majoră) [18]. Pe baza repartiției vaselor în cadrul formațiunii deosebit trei forme de vascularizare: periferică – cu vascularizare în jurul formațiunii

fără evidențierea ramificațiilor în interiorul endometriomului; centrală – cu vascularizare numai în interior; mixtă – cu o distribuție vasculară periferică și centrală [19].

Metodele morfologice. Studiul histologic a fost efectuat utilizând probe tisulare cu aspect deformat cicatricial, prelevate în cadrul intervențiilor chirurgicale, de la pacienți cu EVP în mostre de parafină. Prealabil materialul fiind fixat în sol. Formalină neutră tamponată – 10%, ulterior din fiecare mostră fiind prelevate în mediu câte 6 probe tisulare procesate conform standardelor histologice cu utilizarea histoprosesorului „Diapath” și a rețelei de colorație „Raffaello” (Italia). Testele histologice (câte 5-6 teste din fiecare probă) au fost efectuate cu grosimea de $\approx 3,5\text{-}4\mu$ la microtomul SLEE MAINZ-CUT 6062 (Germania). La etapa de colorație s-a utilizat metoda convențională hematoxilină-eozină (H&E), Van Gison (VG), tricrom Masson (tcM) în estimarea țesutului conjunctiv și metoda de evaluare a fibrelor elastice cu orceină. Examinarea microscopică s-a efectuat la microscopul Axiolab, Carl Zeiss (Germania) la amplificare $\times 2.5$; $\times 10$; $\times 20$; $\times 40$.

Metode imunohistochimice. Metoda imunohistochimică a fost efectuată pe secțiuni deparafinate cu grosimea de $4\mu\text{m}$. În calitate de recepție demască s-a folosit încălzirea sticlelor cu secțiuni în Tris tampon într-o baie cu apă ($t=97^\circ\text{C}$ timp de 40 min.). Peroxidaza endogenă se bloca cu ajutorul incubării secțiunilor în peroxid de hidrogen 3% (15 min). Vizualizarea reacțiilor imunohistochimice s-a efectuat cu ajutorul kitului de reactive a sistemului Envision FLEX, high pH (Dako, Danemarca). Secțiunile au fost colorate cu hematoxilină. Controale pozitive pentru fiecare anticorp erau selectate în conformitate cu specificările companiei producătoare.

Panelul de anticorpi monoclonali: (1) expresia CD 10 – cu anticorpi monoclonali de șoarece (clone 56C6, DAKO®, Danemarca); (2) expresia CK 7 – anticorpi monoclonali de șoarece (diluare 1:50, clone OV-TL 12/30, DAKO®, Danemarca); (3) expresia receptorilor de progesteron (RP) – cu anticorpi monoclonali de șoarece (clone PgR636, DAKO®, Danemarca); (4) la studierea expresiei receptorilor de estrogeni α (RE- α) au fost utilizați anticorpi monoclonali de șoarece (clone 1D5, DAKO®, Danemarca).

În scopul estimării prevalenței și intensității expresiei receptorilor progesteronici și estrogenici s-a utilizat scorul Allred DC și coaut. (1998) prin formula: Total Score (TS) = Proportion Score (PS) + Intensity Score (IS), TS=0, 2-8. Proportion Score (PS): 0 (expresia sau colorația lipsește); 1 punct (>0 până la $1/100$); 2 puncte ($>1/100$ până la $1/10$); 3 puncte ($>1/10$ până la $1/3$); 4 puncte ($1/3$ până la $2/3$); 5 puncte ($>2/3$ până la 1). Intensity Score (IS): 0 (negativ) – expresie sau colorație lipsește; 1 punct – expresie sau colorație slabă; 2 – expresie sau colorație medie; 3 – expresie sau colorație pronunțată. Expresia imunohistochimică în citoplasmă (C), membrana celulară (Mc) și nucleu (N) a fost apreciată în funcție de intensitate: C+/Mc+/N+ (expresie slabă); C++/Mc++/N++ (expresie moderată); C+++/Mc+++/ N+++ (expresie intensă).

Prelucrarea statistică a valorilor cantitative a fost efectuată prin metoda analizei variaționale. Se calculau media aritmetică (M), eroarea mediei aritmetice (m) și intervalul de încredere (95% CI). Pentru compararea valorilor relative a fost utilizat testul – Fisher's exact test.

Rezultate

Din numărul total de paciente cu endometrioză în regiunea

cicatricilor postoperatorii, EVP a fost înregistrată în 8 cazuri (21.1%) și caracteristica lor generală este prezentată în tabelul 1. Vârsta medie a pacientelor a constituit 29.4 ± 2.1 ani (95% CI:24.63–34.12). În toate cazurile funcția menstruală nu a fost dereglată, menarha s-a stabilit în mediu de la 12.9 ± 0.3 ani (95% CI:12.18–13.57), din examenul clinic și instrumental date de endometrioză pelvină nu s-au constatat. Numărul mediu de sarcini din acest grup de paciente a fost de 2.1 ± 0.4 (de la 1 până la 4), iar nașteri – 1.7 ± 0.2 (de la 1 până la 3).

Manifestările clinice principale ale EVP au inclus: (1) prezența formațiunii de volum în regiunea organelor genitale; (2) dureri catameniale (n=6) sau permanente (n=2) în regiunea formațiunii și (3) mărirea dimensiunilor formațiunii în ajunul sau în timpul menstruațiilor. Din anamneză, în toate cazurile s-au menționat intervenții chirurgicale în regiunea organelor genitale externe, iar raportul dintre intervențiile obstetricale și cele ginecologice a fost de 87.5% vs. 12.5% (p=0.0101). Durata medie de la intervenția chirurgicală până la stabilirea diagnosticului de EVP a fost în mediu de 35.9 ± 3.6 luni (95% CI:27.47–44.28).

Tabelul 1

Caracteristica generală a pacientelor cu EVP

nr. d/o	Vârsta	Anamneza obstetricală	Caracterul intervențiilor chirurgicale în anamneză	Durata după operație până la stabilirea diagnozei de EVP
#1	28	G1P1	suturarea rupturilor după naștere	25 luni
#2	35	G2P2	epiziotomie	51 luni
#3	23	G2P1	înlăturarea chistului labiei mari	37 luni
#4	22	G1P1	epiziotomie	38 luni
#5	25	G2P2	epiziotomie	21 luni
#6	37	G3P3	epiziotomie	33 luni
#7	32	G4P2	suturarea rupturilor după naștere	47 luni
#8	33	G2P2	epiziotomie	35 luni

Palpativ EVP se determinau ca formațiuni dure, relativ mobile, dureroase la palpare, pielea supradiacentă acestei formațiuni fiind de culoare obișnuită. În majoritatea cazurilor se constatau endometriome unice și numai într-un singur caz – două ectopii. Endometriomele erau localizate în regiunea perineului (n=5), în labiile genitale (n=2) și peretele posterior al vaginului (n=1). Nici într-un caz nu s-a stabilit legătura dintre ectopiile endometriale și sfincterul anal.

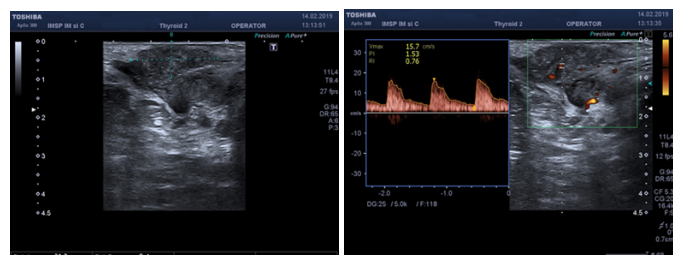


Fig. 1 (a, b). Ultrasonografia cu dopplerografie a perineului: formațiune hipocogenă de 21x9 mm cu contur hiperecogen neregulat cu flux sanguin periferic

La examenul ultrasonografic cu dopplerografie EVP se vizualizau în calitate de formațiuni hipocogene cu contur hiperecogen cu divers grad de vascularizare periferică (Fig 1 a, b). Dimensiunile maxime ale EVP au constituit 27.1 ± 5.6 mm

(de la 21 până la 38.1) și cele minimale – 16.5 ± 5.2 mm (de la 9 până la 26.4).



Fig. 2. Macropreparatul endometriozei perineale înlăturate în secțiune

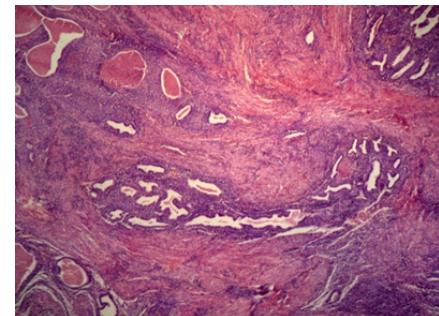


Fig. 3. Endometrioză glandulară și chistico-glandulară micro-macrofocală în țesut conjunctiv fibrilar dezorganizat (colorație H&E x 25)

În toate cazurile a fost efectuată excizia EVP în limitele țesuturilor normale cu respectarea integrității endometriomelor (en bloc). În secțiune EVP erau prezentate ca formațiuni chistice, completate cu lichid de culoare maro (Fig. 2). Examenul morfofopatologic a confirmat diagnosticul de EVP în toate cazurile (glande endometriale cu stromă citogenă în jur) (Fig. 3).

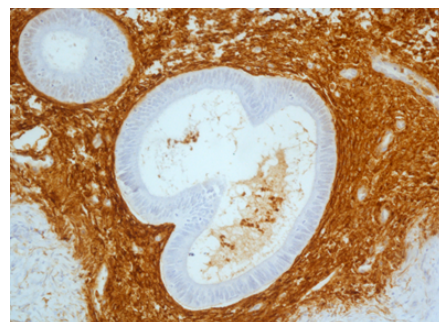


Fig. 4. Imunohistochimia: expresia membranoasă pozitivă CD 10 în stroma citogenă (DAB x 200)

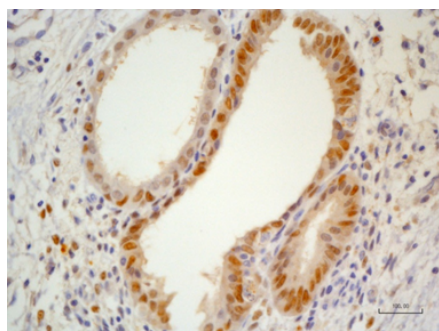


Fig. 5. Imunohistochimia: expresie nucleară pozitivă a ER-a în glandele endometriale (DAB x 400)

Examenul imunohistochimic a depistat: (1) CD 10 – expresie membranoasă difuză (+++) în stroma citogenă; (2) citokeratina 7 – expresie citoplasmatică intensivă în glandele endometriale; (3) receptorii de progesteron – expresie nucleară intensivă în celulele endometriale și stroma citogenă (92-99%, indexul Allred 7,8); și (4) receptorii de estrogen – expresie în nucleele glandelor endometriale și stroma citogenă (95%, indexul Allred 3) (Fig. 4, 5).

În toate cazurile perioada postoperatorie a decurs favorabil, cicatrizarea plăgilor *per primam*, durata medie de spitalizare a fost de 3.6±1.1 zile. Durata supravegherii la distanță a constituit în mediu 31.9±4.1 luni (95% CI:21.86-41.85), recidive de EVP nu s-au depistat (zero), toate pacientele sunt asimptomatice.

Discuții

Epiziotomia este una dintre cele mai frecvente intervenții obstetricale și experiența colectivă acumulată a demonstrat complicațiile precoce și tardive posibile ale acestei operații (aspect anatomic nesatisfăcător, hemoragie sporită și formarea hematomului, sindromul algic, inflamație, infecție și dehiscenta suturilor, dispareunie) [20]. Localizarea ectopiilor endometriale în regiunea cicatricei postepiziotomie se întâlnește în majoritatea cazurilor din structura EVP [5–13, 15–17]. În același timp, în studiul efectuat de Chen N. și coaut. (2012) EVP s-a întâlnit în 64.5% după epiziotomie și 35.5% în rezultatul rupturilor căilor de naștere [14].

Până în prezent teoria implantării mecanice în apariția EVP după intervențiile chirurgicale și traumele din regiunea perineului și vulvei este cea mai acceptabilă [15, 17]. În același timp este descrisă și EVP „spontană” fără suportarea unor intervenții chirurgicale sau traume în regiunea perineului [7, 13], fapt care poate fi explicat numai din poziția teoriei diseminării limfo-vasculare. În plus la cele expuse, după părerea unui șir de autori în patogeniza EVP pot fi incluși și factorii imunologici, genetici, etc [13, 17].

Printre pacientele operate pentru endometrioza de diversă localizare, frecvența EVP a constituit de la 0.17% până la 0.37% după datele literaturii din străinătate [5, 14, 17]. Într-o serie din 17 paciente cu EVP, vârsta medie a constituit 34.35 ani (de la 26 până la 57) [17] și acest indicator în alte serii de paciente a fost de 30.7 (23-44) [5] și 33.4 (26-43) [14]. Termenul de la intervenția chirurgicală până la adresarea pacientelor cu EVP a variat într-un diapazon destul de larg, de la 4 până la 156 luni [5-17].

Trebuie de menționat că, în majoritatea cazurilor, EVP nu era însoțită de endometrioza pelvină [6–13, 15–17]. În același timp, în studiul efectuat de Zhu L. și coaut. [5], care au prezentat 36 cazuri de EVP, numai în 13.9% cazuri erau asociate cu endometrioza pelvină. În publicația ulterioară din 31 cazuri de EVP cu implicarea sfîcterului anal, aceasta era însoțită de endometrioza pelvină (endometriom ovarian) numai în 2 (6.5%) cazuri [14].

În literatura de specialitate se expune părerea că EVP poate fi diagnosticată numai în baza datelor clinice [12, 17]. Așadar, Zhu L. și coaut. [5] consideră că pentru EVP sunt caracteristice trei momente specifice: (1) epiziotomia sau traumatismul căilor de naștere în travaliul prin căile naturale; (2) prezența unei formațiuni de volum (formațiuni nodulare) în regiunea perineului; și (3) dureri progresante și ciclice (catameniale) în regiunea formațiunii de pe perineu. În cazul prezenței acestor trei caracteristici valoarea lor prognostică în diagnosticul

EVP constituie 100%. Aceleași date au fost obținute și de alți autori care au efectuat studii analogice [7–9, 11, 12, 15, 17]. În marea majoritate a cazurilor EVP este prezentată de un singur endometriom [6-16] și numai în cazuri rare sunt descrise ectopiile endometriale multiple (de la 2 până la 6) [5, 17]. Dimensiunile EVP au variat într-un diapazon destul de larg de la 0.5 până la 6 cm [5, 14], iar în studii unice au atins 14 cm [16]. Pielea supradiacentă ectopiilor endometriale este de regulă de culoare obișnuită, fără excoriații și numai în cazuri rare se întâlnește hiperpigmentare [5, 17]. Heller DS. și coaut. (2016) au descris o manifestare clinică rară a EVP – eliminări purulente din formațiune după finisarea menstruației [10].

În câteva publicații se prezintă date despre determinarea nivelului serologic al oncomarkerului CA 125 la pacientele cu EVP [5, 13, 14, 17], însă în majoritatea cazurilor acest indice nu depășea valorile normale sau a fost ușor crescut, ceea ce a permis autorilor să considere că utilizarea acestui indicator de laborator în diagnosticul EVP este inutilă.

Recent au apărut studii referitor la caracteristicile radiologice ale EVP. Așadar, într-un șir de publicații în diagnosticul EVP a fost utilizată USG pentru determinarea: (1) dimensiunilor exacte ale formațiunii; (2) precizarea naturii de proveniență a formațiunii perineului; și (3) aprecierea gradului de invazie [5, 12, 17]. Caracteristicile USG ale EVP sunt: formațiune hipoecogenă cu contur neregulat, uneori cu formațiuni chistice mici în interior, situate nemijlocit sub cicatricea postepiziotomie [5, 12, 17]. Examenul dopplerografic al ectopiilor endometriale a constatat prezența fluxului sanguin periferic [5, 17]. După datele imagistice prin rezonanța magnetică (IRM) ectopiile endometriale se vizualizau ca formațiuni chistice multilobulare cu conținut hemoragic [7, 13, 17]. Conform Dadhwal V. și coaut. (2018), IRM permite obiectiv de evaluat relația dintre ectopia endometrială și sfîcterul anal [8]. În cazuri unice pentru diagnosticul EVP se utiliza punctia biopsie, cu examenul histopatologic ulterior [7].

EVP cu implicarea sfîcterului anal este o situație destul de rar întâlnită și dictează necesitatea efectuării ultrasonografiei endoanale și manometriei anale pentru evaluarea gradului de invazie a sfîcterului și aprecierea volumului intervenției chirurgicale [5, 14, 16]. Aceste metode permit de a micșora numărul endometriomelor reziduale (recidivante) și de a minimaliza riscul apariției encoprezei (incontinenței).

Tratamentul chirurgical este metoda de elecție în tratamentul EVP, cu principiul de bază – excizia EVP cu o indentare de 5-10 mm de ectopia endometrială cu păstrarea integrității acesteia pentru profilaxia reimplantării [5–17]. În cazul EVP cu implicarea sfîcterului anal, după rezectarea ectopiilor endometriale se efectuează sfîcteroplastia în diferite variante (*apposition, overlapping*) [5, 14, 16]. În majoritatea publicațiilor s-a raportat despre lipsa recidivelor EVP după un tratament chirurgical adecvat, însă, în seria de 36 paciente cu EVP, recidivarea a constituit 3.3% și a fost cauzată de implicarea în acest proces a sfîcterului anal [5].

Într-un șir limitat de studii au fost utilizate metode combinate de tratament ale EVP – chirurgical + hormonoterapia (analogii gonadotropin-relizing hormonilor – GnRHa, mefipriston, progesteron) în perioada pre- și postoperatorie [5,14,17]. Endometriomele masive ale perineului, cu implicarea sfîcterului anal, sunt indicații pentru utilizarea preoperatorie a GnRHa pentru micșorarea volumului formațiunii, iar în perioada postoperatorie ca o terapie adjuvantă în cazul

rezeecțiilor limitate cu un risc înalt de ectopii endometriale reziduale (profilaxia recidivelor EVP) [5].

Pentru confirmarea diagnosticului de EVP și excluderea malignizării, examenul histopatologic este obligatoriu. EVP se caracterizează prin prezența glandelor endometriale și a stromei citogene, înconjurate de țesut fibro-elastic dur [5-17]. Trebuie de menționat că malignizarea EVP este un fenomen foarte rar și după datele lui Han L. și coaut. (2016) în literatura mondială au

fost descrise numai cinci cazuri [21].

Concluzii

Așadar, EVP este o variantă foarte rară a endometriozei extrapelvine. În majoritatea cazurilor EVP se dezvoltă după intervențiile chirurgicale în această regiune (epiziotomie). Tratamentul chirurgical cu efectuarea rezeecției R0 este metoda de elecție în această patologie.

Bibliografie

1. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK, Harris HR, Kvaskoff M, Zondervan K, Missmer SA. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:1-15.
2. Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, Kohlmeier A, Yin P, Milad M, Wei J. Endometriosis. *Endocr Rev.* 2019;40(4):1048-1079.
3. Davis AC, Goldberg JM. Extrapelvic endometriosis. *Semin Reprod Med.* 2017;35(1):98-101.
4. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and management of abdominal wall endometriosis: A systematic review and clinical recommendations. *Obstet Gynecol Surv.* 2017;72(2):116-122.
5. Zhu L, Lang J, Wang H, Liu Z, Sun D, Leng J, Zhou H, Cui Q, Wong F. Presentation and management of perineal endometriosis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;105(3):230-2.
6. Aytac HO, Aytac PC, Parlakgumus HA. Scar endometriosis is a gynecological complication that general surgeons have to deal with. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(3):292-4.
7. Cai SQ, Zheng M, Man XY. Perineal endometriosis: a case report. *Int J Clin Exp Med.* 2014;7(9):2939-40.
8. Dadhwal V, Sharma A, Khoiwal K, Nakra T. Episiotomy scar endometriosis. *Med J Armed Forces India.* 2018;74(3):297-299.
9. Jeyaseelan S, Kwatra N. A rare case of episiotomy scar endometriosis. *J Obstet Gynaecol India.* 2016;66(Suppl 2):654-655.
10. Heller DS, Lespinasse P, Mirani N. Endometriosis of the perineum: a rare diagnosis usually associated with episiotomy. *J Low Genit Tract Dis.* 2016;20(3):e48-9.
11. Mihmanli V, Özkan T, Genc S, Cetinkaya N, Uctas H. Endometriosis of episiotomy scar: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2015;42(4):543-4.
12. Ravikanth R. Perineal endometriosis: a rarity. *J Med Ultrasound.* 2018;26(4):222-223.
13. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. *J Obstet Gynaecol Res.* 2013;39(5):1095-7.
14. Chen N, Zhu L, Lang J, Liu Z, Sun D, Leng J, Fan Q, Zhang H, Cui Q. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Hum Reprod.* 2012;27(6):1624-7.
15. Vellido-Cotelo R, Muñoz-González JL, Oliver-Pérez MR, de la Hera-Lázaro C, Almansa-González C, Pérez-Sagasetta C, Jiménez-López JS. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Womens Health.* 2015;15:13.
16. Cojocari N, Ciutacu L, Lupescu I, Herlea V, Vasilescu ME, Sirbu MP. Parietal endometriosis: a challenge for the general surgeon. *Chirurgia (Bucur).* 2018;113(5):695-703.
17. Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;292(6):1295-9.
18. Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, Seracchioli R. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;39(3):336-40.
19. Solak A, Genç B, Yalaz S, Sahin N, Sezer TÖ, Solak I. Abdominal wall endometrioma: ultrasonographic features and correlation with clinical findings. *Balkan Med J.* 2013;30(2):155-60.
20. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol.* 2016;13(3):144-148.
21. Han L, Zheng A, Wang H. Clear cell carcinoma arising in previous episiotomy scar: a case report and review of the literature. *J Ovarian Res.* 2016;9:1.