

AVANTAJELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LAPAROSCOPIC ÎN TUMORILE OVARIENE CHISTICE

Cristina David¹, Ivona Lupașcu¹, E. Târcoveanu²

1. Clinica a II-a Obstetrică Ginecologie, Spitalul „Cuza Vodă” Iași

2. Clinica I Chirurgie, Spitalul „Sf. Spiridon”, Iasi
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T. Popa” Iași

LAPAROSCOPIC ADVANTAGE IN MANAGEMENT OF CYSTIC OVARIAN MASSES (Abstract):

The aim of the study was to spotlight the advantages of using laparoscopic surgery in the treatment of ovarian cysts, by comparing the results obtained on two groups of patients: the first group of 165 patients treated by conventional surgery (laparotomy) and the second group of 44 patients laparoscopically treated. The patients were hospitalized and treated in the 2-nd Clinic of Obstetrics and Gynecology and in the 1-st Clinic of General Surgery in Iassy. More conservative surgical techniques were performed by laparoscopic surgery than by conventional surgery. We found a lower incidence of intra- and postlaparoscopic surgery complications than intra- and postlaparotomy. The postoperative hospitalization was shorter after laparoscopy than after laparotomy. The functional prognosis (menstrual function and fertility) was favorable in the laparoscopically treated patients. In conclusions, laparoscopic surgery has unchallenged advantages in the treatment of ovarian cysts, especially in young women.

KEY WORDS: OVARIAN CYST, LAPAROSCOPY, LAPAROTOMY

Correspondență: Dr. Cristina David, Clinica a II-a Obstetrică Ginecologie, Spitalul „Cuza Vodă” Iași, str. Cuza Vodă, nr. 34, Iași, România; tel. 0232 215468, fax 0232 215468

INTRODUCERE

Laparoscopia a cunoscut în ultimii ani o evoluție remarcabilă, atât în domeniul chirurgiei generale, cât și în chirurgia ginecologică. Acest tip de chirurgie prezintă avantaje incontestabile în comparație cu chirurgia convențională: cicatrici abdominale estetice, durere postoperatorie redusă, recuperare postoperatorie rapidă, durată redusă de spitalizare, medicație minimă, risc redus de aderențe postoperatorii, posibilitatea efectuării unor tehnici chirurgicale miniminvazive conservatoare, cu păstrarea funcției menstruale și reproductive a femeii. Intervențiile chirurgicale laparoscopice constituie, de cele mai multe ori, un succes, cu condiția selectării corecte și riguroase a cazurilor care se pretează acestui tip de chirurgie. Patologia tumorală ovariană benignă (chistul de ovar) este una dintre patologiile care beneficiază în cel mai înalt grad de avantaje chirurgiei laparoscopice.

MATERIAL ȘI METODĂ

Lotul de studiu a cuprins 44 de cazuri de tumori ovariene chistice, tratate laparoscopic, iar lotul martor a inclus 165 de cazuri cu tumori ovariene chistice tratate convențional. Aceste cazuri au fost spitalizate, diagnosticate și tratate în Clinica a II-a Obstetrică Ginecologie și în Clinica I Chirurgie Iași, în perioada 2001-2008.

Studiul realizat a respectat metodologia studiilor clinice comparative. Analiza celor două loturi s-a realizat prin compararea tehnicilor chirurgicale practicate, a

* received date: 10.10.2008

accepted date: 22.11.2008

intensității durerii postoperatorii, a ratei complicațiilor intra- și postoperatorii, a duratei medii de spitalizare postoperatorie și a prognosticului menstrual și de fertilitate al pacientelor. Au fost folosite testele de semnificație statistică Mann-Whitney și χ^2 Pearson. Au fost utilizate instrumentarul și aparatura STORZ și OLYMPUS pentru chirurgie endoscopică.

REZULTATE

Vârsta pacientelor a fost cuprinsă între 16 și 41 ani în lot de studiu, tratat laparoscopic și între 24 și 75 ani în lotul martor.

Vârsta medie a pacientelor tratate laparoscopic a fost 24,27 ani, iar a celor tratate convențional a fost de 40,56 ani. Majoritatea pacientelor din lotul martor au făcut parte din grupa de vârstă 25-29 ani, deci o grupă de vârstă apropiată de cea în care s-au situat pacientele lotului de studiu (25-29 ani și 30-34 ani). Se observă că tratamentul chirurgical laparoscopic a fost aplicat, în special, pacientelor de vârstă tânără, la care suspiciunea de tumoră ovariană malignă a fost minimă sau absentă și la care s-a dorit obținerea unui prognostic funcțional menstrual și de fertilitate favorabil (Fig. 1).

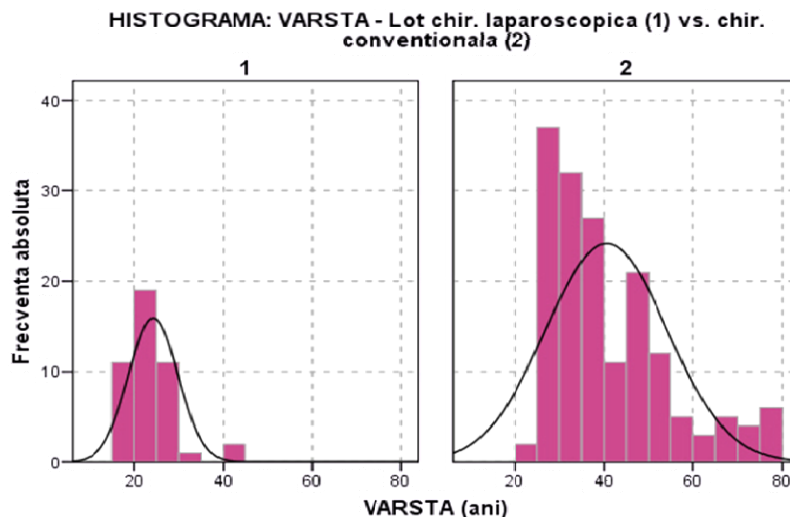


Fig. 1 Structura pe grupe de vârstă a loturilor investigate

În lotul martor au existat și paciente aflate în perioada menopauzală și postmenopauzală, în cazul cărora s-a considerat mai sigură intervenția chirurgicală convențională, chiar dacă nu au existat elemente de suspiciune de malignitate. De asemenea, prezența unor afecțiuni generale asociate a împiedicat intervenția laparoscopică (contraindicații pentru pneumoperitoneu).

Din punct de vedere al diagnosticului anatomo-clinic, loturile studiate au cuprins cazuri de tumori chistice ovariene benigne, suspecte și maligne.

În lotul martor au existat 155 cazuri (93,90%) de tumori ovariene chistice benigne, 8 cazuri (4,80%) de tumori ovariene chistice *borderline* și 2 cazuri (1,20%) de tumori ovariene maligne. În lotul de studiu toate tumorile ovariene chistice au fost benigne (Fig. 2).

Din punct de vedere al diagnosticului anatomo-patologic, loturile studiate au cuprins cazuri de: chist seros, chist hematic, chist mucinos, chist dermoid, endometriom, tumoră *borderline* și adenocarcinom.

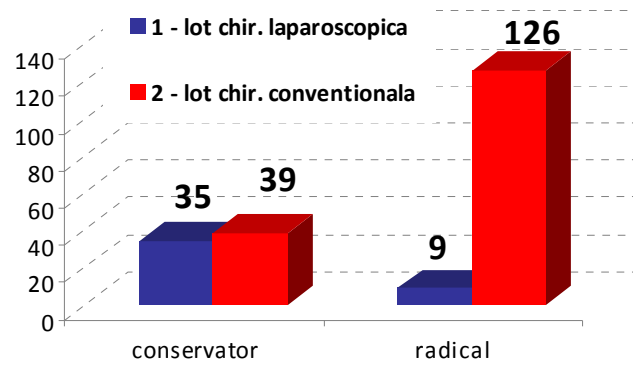


Fig. 2 Rezultatele anatomo-patologice analizate comparativ pe cele două loturi

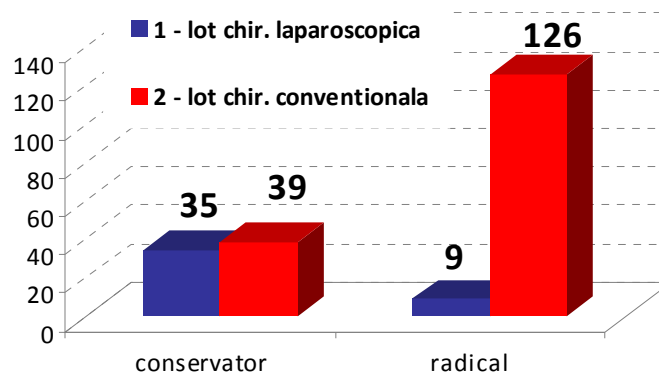


Fig. 3 Analiza comparativă a tehnicii chirurgicale pe cele două loturi

În lotul de studiu au predominat cazurile de chist seros hematic, mucinos, dermoid și endometrioic. Toate cazurile de tumori ovariene chistice au fost de natură benignă, ceea ce demonstrează o bună selectare a cazurilor prin metodele diagnostice actuale. Aplicarea testelor de semnificație statistică pentru diagnosticul anatomo-patologic pe cele două loturi studiate a arătat frecvența mai crescută a chisturilor seroase simple atât în lotul martor (59,40%), cât și în lotul de studiu (34,10%), acestea fiind urmate ca frecvență, de chistul hematic și endometriom. Rezultă, deci, că tumorile ovariene chistice benigne au predominat în ambele loturi studiate, permițând astfel evaluarea comparativă a metodelor clasice și moderne de tratament.

Analiza tipului de tehnică chirurgicală practică (conservatoare sau radicală) a demonstrat predominanța tehnicilor chirurgicale conservatoare (chistectomie) în lotul de

studiu, tratat laparoscopic (Fig. 3), în comparație cu lotul martor, tratat convențional, la care au predominat tehnicile chirurgicale radicale (ovariectomie, anexectomie).

Intervențiile radicale practicate la pacientele lotului martor au fost decise și de vârsta mai înaintată a unora dintre paciente, la care nu a fost importantă păstrarea funcției menstruale și reproductive. Intervențiile laparoscopice oferă posibilitatea unor tehnici chirurgicale miniminvasive, conservatoare, care asigură prognostic menstrual și reproductiv favorabil (Fig. 4).

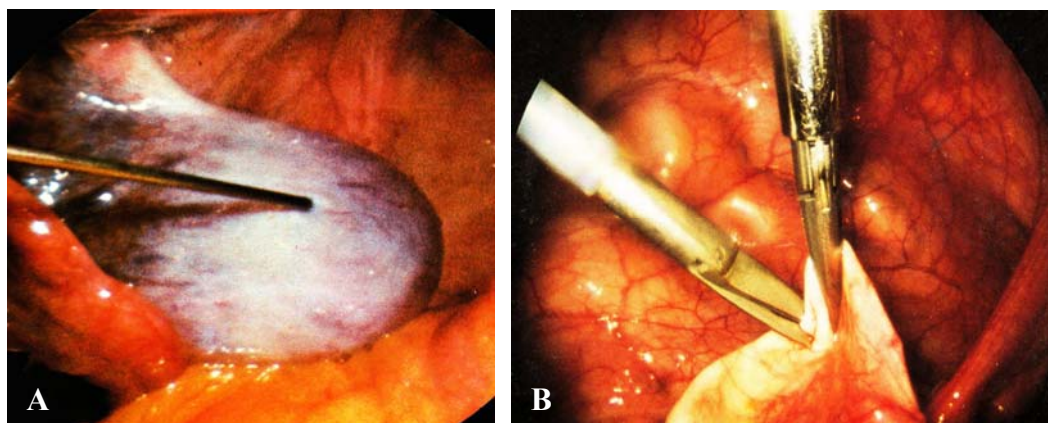


Fig. 4 Aspecte intraoperatorii

A Puncționarea chistului seros; B Fenestrarea chistului seros

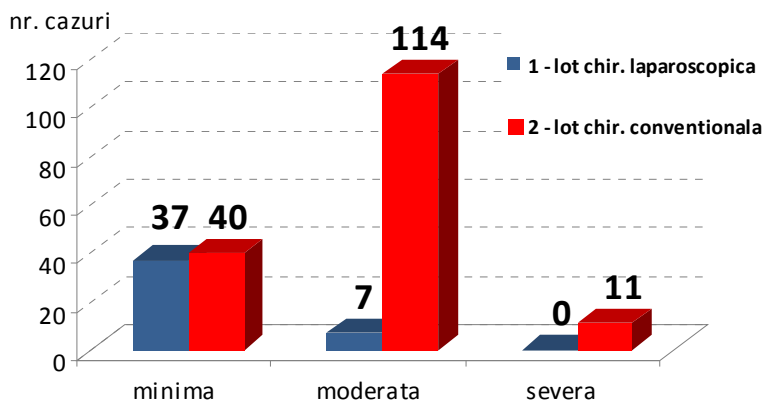


Fig. 5 Analiza comparativă a intensității durerii postoperatorii

Analiza statistică comparativă și aplicarea testelor de semnificație statistică au arătat o diferență statistic semnificativă între cele două loturi, din perspectiva intervențiilor conservatoare: în lotul de studiu, acest tip de intervenții a predominat.

Analiza comparativă a intensității durerii postoperatorii în cele două loturi a arătat o intensitate redusă a durerii postoperatorii la toate cazurile tratate laparoscopic și la doar 18% dintre cazurile tratate convențional, restul pacientelor din lotul martor resimțind durerea postoperatorie cu intensitate moderată sau severă.

De menționat că toate pacientele au beneficiat de anestezie generală prin IOT.

Intensitatea durerii posoperatorii resimțite a fost stabilită prin chestionarea pacienților, acestea fiind rugate să situeze senzația dureroasă pe o scară de la 0 la 10 (1-3 durere minimă, 4-7 durere moderată, 8-10 durere severă) (Fig. 5).

Aplicarea testelor de semnificație statistică a arătat că există diferențe semnificative statistic privind intensitatea durerii postoperatorii pentru cele două tipuri de intervenții chirurgicale (Tabel I).

Tabel I
Rezultatele aplicării testelor de semnificație statistică pentru compararea intensității durerii postoperatorii

Test de semnificație statistică	Valoare calculată	Df (grade libertate)	Semnificație statistică
Pearson Chi-pătrat	53,675	2	0,0001
Raportul de probabilitate	55,012	2	0,0001
N (Nr. cazuri)	209		SS*

*SS-semnificativ statistic

Durerea postoperatorie minimă în cazul intervențiilor laparoscopice se explică prin faptul că în cursul acestor intervenții nu se deschide larg peretele abdominal, manevrele chirurgicale sunt blânde și efectuate cu instrumente atraumatice și complicațiile intraoperatorii și postoperatorii imediate sunt rare. Durerea postoperatorie cu localizare abdominală și iradiere în umăr sau în hipocondrul drept poate fi cauzată, în cazul intervențiilor laparoscopice, de persistența intraperitoneală a CO₂. Această durere poate fi redusă sau chiar evitată prin exsufierea atentă și completă a gazului, la sfârșitul intervenției laparoscopice.

Tabel II
Complicațiile intraoperatorii comparativ pe cele două loturi

Tip chirurgie		Complicații intraoperatorii		Total
		<i>absente</i>	<i>prezente</i>	
Chirurgie convențională	N	158	7	165
	%	95,80	4,20	
Chirurgie laparoscopică	N	44	0	44
	%	100	0	
Total	N	202	7	209
	%	96,70	3,30	

În ceea ce privește aspectul complicațiilor intra- și postoperatorii, analiza comparativă a frecvenței acestora pentru cele două tipuri de intervenții chirurgicale arată o prevalență semnificativ mai scăzută a complicațiilor intra- și postoperatorii la lotul de studiu, tratat laparoscopic, comparativ cu lotul martor, tratat convențional (Fig. 6). Complicațiile intraoperatorii survenite în cazurile de tumori chistice ovariene tratate convențional au constat în depolisări accidentale ale anselor intestinale, în timpul unor adeziolize dificile. În cazurile tratate laparoscopic nu s-au înregistrat complicații intraoperatorii (Tabel II).

Complicațiile postoperatorii au predominat în cazurile tratate convențional, majoritatea fiind complicații infecțioase (la nivelul plăgii operatorii) și vasculare (tromboflebite pelvine și ale membrilor inferioare) (Fig.6).

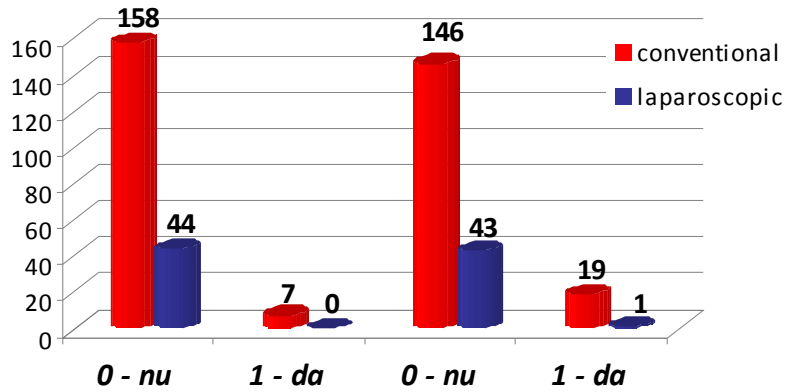


Fig. 6 Complicații intra- și postoperatorii- comparativ pe cele două loturi

Tabel III
Complicațiile postoperatorii comparativ pe cele două loturi

Tip chirurgie		Complicații postoperatorii		Total
		<i>absente</i>	<i>prezente</i>	
Chirurgie convențională	N	146	19	165
	%	88,50	11,50	100,00
Chirurgie laparoscopică	N	43	1	44
	%	97,70	2,30	100,00
Total	N	189	20	209
	%	90,40	9,60	100,00

Tabel IV
Rezultatele aplicării testelor de semnificație statistică pentru compararea complicațiilor postoperatorii

Test de semnificație statistică	Valoare calculată	Df (grade libertate)	Semnif. asimpt. (2-sided)	Semnif. exacta (1-sided)
Pearson Chi-pătrat	3,429	1	0,064	
Raportul șanselor	4,480	1	0,034	
Testul exact Fisher				0,048
N (Nr. cazuri)	209			SS*

*SS-semnificativ statistic

În cazurile tratate laparoscopic s-a înregistrat doar un caz de tromboflebită postoperatorie a membrilor inferioare (Tabel III).

Aplicarea testelor de semnificație statistică pentru complicațiile postoperatorii a arătat o diferență semnificativă statistic între cele două loturi (Tabel IV).

Durata de spitalizare postoperatorie a fost o altă variabilă analizată comparativ în cele două loturi.

Durata medie de spitalizare postoperatorie a lotului de studiu (lotul laparoscopic) a fost de 3,23 zile, fiind semnificativ mai redusă, față de cea a lotului martor, care a fost de 9,19 zile.

Durata cea mai redusă de spitalizare postoperatorie a fost întâlnită în cazuri tratate laparoscopic (2 zile), iar durata cea mai lungă de spitalizare postoperatorie a fost întâlnită în cazuri tratate chirurgical convențional (18 zile) (Tabel V).

Tabel V
Indicatorii statistici de tendință centrală- pentru durata de spitalizare

Durata de spitalizare		Lot de studiu		Lot martor	
		Valoare calculată	Eroarea standard	Valoare calculată	Eroarea standard
Nr. cazuri (N)		44		165	
Valoarea medie		3,23	0,121	9,19	0,157
CI 95%	Limita inferioară	2,98		8,88	
	Limita superioară	3,47		9,50	
Mediana		3,00		9,00	
Varianța		0,645		4,093	
Eroarea standard		±0,803		±2,023	
Minimum		2		5	
Maximum		5		18	
Percentila 25		3,00		8,00	
Percentila 50		3,00		9,00	
Percentila 75		4,00		10,00	
Asimetria		0,686	0,357	1,570	0,189
Boltirea		0,383	0,702	4,538	0,376

Aplicarea testelor de semnificație statistică pentru durata de spitalizare postoperatorie arată diferența semnificativă statistic între cele două loturi (Tabel VI).

Tabel VI
Rezultatele aplicării testului neparametric Mann-Whitney pentru durata spitalizării postoperatorii

Variabila	Loturi comparate	Nr.cazuri	Rangul mediu	Suma rangurilor	Testul aplicat	Valoarea calculată
Durata spitalizării postoperatorii	Lotul de studiu	44	2,55	92,00	Mann-Whitney U	2,000
	Lotul martor	165	26,99	0953,00	Wilcoxon W	992,000
					Z	10,303
	Total	209			Semnificație statistică	0,0001 SS*

*SS-semnificativ statistic

Durata de spitalizare postoperatorie este semnificativ mai redusă în cazul intervențiilor laparoscopice decât în cazul intervențiilor convenționale, deoarece recuperarea cazurilor tratate laparoscopic se face mai rapid: pacientele nu acuză dureri postoperatorii intense, frecvența complicațiilor intra- și postoperatorii este redusă,

medicația necesară este minimă, mobilizarea pacientei se face precoce și reluarea tranzitului intestinal este, de asemenea, mai rapidă.

Funcția menstruală postoperatorie a fost analizată comparativ la pacientele cu vârste sub 45 de ani din cele două loturi. Analiza comparativă a acestei variabile a arătat o proporție mai crescută a pacientelor cu funcție menstruală normală la 6 luni postoperator în lotul de studiu, în comparație cu pacientele lotului martor (Fig. 7).

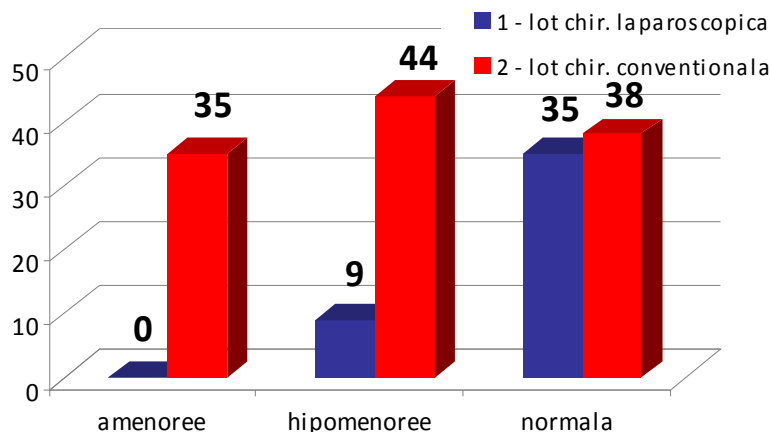


Fig. 7 Funcția menstruală analizată comparativ pe cele două loturi.

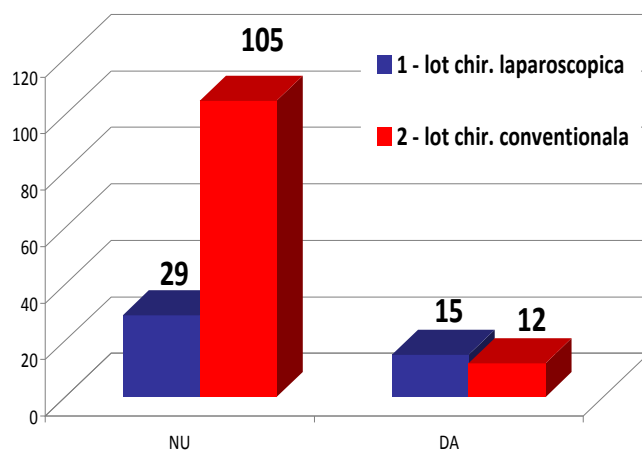


Fig. 8 Fertilitatea postoperatorie analizată comparativ pe cele două loturi

Aplicarea testelor de semnificație statistică a arătat că există diferențe semnificative statistic privind funcția menstruală postoperatorie pentru cele două tipuri de intervenții chirurgicale practicate ($p = 0,0001$).

Prognosticul menstrual mai bun la pacientele tratate laparoscopic este determinat de proporția mai mare de intervenții laparoscopice conservatoare, care permit păstrarea unor zone mai mici sau mai mari de parenchim ovarian normal, funcțional. La pacientele lotului martor, la care intervențiile radicale au fost mai frecvente, rata tulburărilor ciclului menstrual a fost mai mare, înregistrându-se amenoree, hipomenoree sau oligomenoree.

Fertilitatea postoperatorie, exprimată prin obținerea unei sarcini în primul an postoperator, a fost analizată comparativ la pacientele cu vârste sub 45 de ani din cele două loturi.

Doar 12 paciente (7,30%) din lotul martor au obținut o sarcină în primele 9 luni postoperator, în timp ce 15 paciente (34,10%) din lotul de studiu au obținut o sarcină în același interval de timp postoperator (Fig. 8). Analiza comparativă și aplicarea testelor de semnificație statistică pentru fertilitatea postoperatorie la cele două loturi investigate a arătat diferențe semnificative statistic ($p = 0,0001$).

DISCUȚII

Managementul maselor anexiale chistice de origine ovariană este în ultima vreme bine codificat și depinde de vârsta pacientei și de necesitatea păstrării funcției menstruale și/sau a fertilității, precum și de caracteristicile imagistice (scor ecografic, examinare în modul Doppler) ale tumorilor chistice ovariene sau, în unele circumstanțe (menopauză, postmenopauză), de valoarea CA125.

Riscul general de apariție a unei tumori ovariene maligne este de 13% pentru femeile aflate în perioada premenopauzală și de 45% pentru cele aflate în perioada postmenopauzală [1,2].

În fața unui caz cu masă anexială ovariană chistică, se pun două probleme: 1) necesitatea intervenției chirurgicale conservatoare sau radicale, convențională sau laparoscopică sau posibilitatea monitorizării clinice; 2) care este probabilitatea ca masa anexială să fie malignă.

Controversele majore în ceea ce privește conduita în cazurile de mase anexiale, sunt legate de momentul și modul în care acestea trebuie tratate.

În perioada peripubertară majoritatea maselor anexiale ovariene chistice au caracter funcțional și pot fi tratate expectativ sau medicamentos; ele regresează de cele mai multe ori spontan [3] Tumorile chistice complexe întâlnite în această etapă de viață sunt teratomul matur, tumori de sinus endodermal sau coriocarcinomul.

În cazul tumorilor ovariene chistice simple, cu caracter organic, cât și în cazul teratoamelor mature se indică o atitudine terapeutică minim invazivă - tratament chirurgical laparoscopic conservator (chistectomie sau cel mult ovariectomie parțială). Această atitudine terapeutică este dictată de necesitatea păstrării funcției menstruale și reproductive la aceste paciente tinere.

În cazul tumorilor chistice suspecte, laparoscopia se poate practica în scop diagnostic fiind urmată imediat, în cazurile confirmate ca fiind maligne, de tratament chirurgical convențional, cu respectarea protocolului oncologic complet.

În perioada reproductivă predomină chisturile ovariene funcționale, chistadenoamele seroase, mucinoase și endometrioamele. Atitudinea terapeutică este similară celei din perioada peripubertară, în vederea obținerii unui prognostic funcțional (menstrual și reproductiv) favorabil. Dacă se decide intervenția chirurgicală, aceasta trebuie să fie minim invazivă, conservatoare, în cazul tumorilor chistice sigur benigne.

Perioada meno- și postmenopauzală este caracterizată de frecvența crescută a tumorilor ovariene chistice maligne. Evaluarea ecografică și dozarea CA125 sunt foarte importante. Atitudinea expectativă poate fi adoptată în cazul tumorilor ovariene chistice simple, cu diametrul sub 3-5 cm [1,4]. Dacă se decide intervenția chirurgicală, de obicei ea este practică convențional radical (anexectomie uni- sau bilaterală, asociată sau nu cu histerectomie totală) [5].

În cazul tumorilor ovariene chistice fără elemente diagnostice care să sugereze malignitatea, se poate practica laparoscopia operatorie, cu o primă etapă diagnostică. Dacă apar elemente de suspiciune de malignitate, atunci cazul se convertește la chirurgie convențională [1,4].

Majoritatea autorilor proscriu intervenția laparoscopică în perioada menopauzală, din cauza riscului ridicat de malignitate și de diseminare a celulelor maligne în timpul intervenției laparoscopice [1,2,4]. Laparoscopia diagnostică care pune în evidență o tumoră ovariană malignă, trebuie să fie urmată imediat de intervenție chirurgicală convențională, cu respectarea protocolului oncologic [4,6].

Cu siguranță însă, la pacientele adolescente sau la cele de vârstă reproductivă, laparoscopia reprezintă metoda terapeutică adecvată în cazurile de mase anexiale, având în vedere riscul redus de malignitate la vârstele tinere [3].

Orice intervenție chirurgicală laparoscopică este precedată de pregătirea preoperatorie a pacientei (evacuarea tubului digestiv, cateterizarea vezicii urinare), precum și de consimțământul informat al pacientei, privind intervenția chirurgicală.

Pentru evitarea accidentelor intra-operatorii se vor practica testele de securitate la efectuarea pneumoperitoneului, se va crea o presiune intraperitoneală adecvată (14-15 mm Hg), iar introducerea trocarelor se va face conform regulilor de securitate [3,7-10]. Evaluarea intraabdominală constă în inspecția întregii cavități peritoneale. Descoperirea unei tumori maligne impune laparotomia imediată sau direcționarea pacientei către un serviciu de oncologie, după prelevarea unei biopsii și lavajul atent și abundent al cavității peritoneale și al traiectelor trocarelor [8-11]. După confirmarea originii ovariene a masei anexiale, se prelevează lichid peritoneal pentru examen citologic și bacteriologic.

Următorul timp este evaluarea masei anexiale ovariene: localizare, dimensiuni, aspectul peretelui chistic, vegetații extrachistice, conținut, aderențe peritumorale [8,11]. În cazul unui chist seros funcțional sau organic, se practică fenestrarea peretelui chistic, aspirarea conținutului acestuia, cu examen citologic, chistoscopie (examinarea feței interne a peretelui chistic pentru excluderea unor vegetații sau septuri intrachistice) și chistectomie, prin stripping-ul peretelui chistic de pe parenchimul ovarian. Peretele chistic decolat se va extrage în endobag, iar la nivelul parenchimului ovarian restant se va efectua hemostaza cu electrocauterul bipolar. Se efectuează astfel o intervenție conservatoare, minim invazivă, cu păstrarea structurii și funcției ovarului afectat. Acest tip de intervenție este posibil doar la pacientele tinere, la care nu există niciun element de suspiciune de malignitate a tumorii chistice ovariene [8,12].

Cazuri particulare de tumori ovariene chistice sunt chistul dermoid și endometriomul. În cazul chistului dermoid se va încerca decolarea și extragerea chistului intact, pentru a evita diseminarea conținutului muco-gelatinos în cavitatea peritoneală și evoluția spre peritonită chimică sau boală gelatinoasă a peritoneului [13,14]. În cazul endometriomului ovarian decolarea peretelui chistic este mai dificilă din cauza aderențelor existente între acesta și parenchimul ovarian. Din acest motiv, după aspirarea conținutului chistic (cu aspect ciocolatiu) și decolarea parțială a peretelui chistic, patul chistic va fi cauterizat cu electrodul bipolar, pentru a distruge fragmentele de perete chistic restante și pentru a efectua hemostaza. Această manevră are și efect profilactic evitând o eventuală malignizare ulterioară, deoarece este cunoscut faptul că endometriomul are potențial malign. Și într-un caz și în celălalt, toaleta cavității peritoneale și pelvine trebuie să fie riguroasă și efectuată cu soluție salină din abundență pentru evitarea diseminării celulelor endometriale [15,16].

În cazul în care nu se dorește păstrarea funcției ovariene (paciente aflate în perioada perimenopauzală sau postmenopauzală) se poate practica percelioscopic ovariectomie sau anexectomie uni- sau bilaterală, cu extragerea ovarului sau anexei în endobag [15,16].

Conform Ghidului Practic în Cazul Maselor Anexiale elaborat de Societatea Elvețiană de Ginecologie și Obstetrică (SSGO), o masă anexială benignă sau probabil benignă poate fi tratată laparoscopic prin chistectomie, în perioada premenopauzală și prin anexectomie în postmenopauză, când se poate propune chiar anexectomia bilaterală [1,5]. O masă anexială probabil malignă trebuie tratată prin anexectomie. Extragerea unei mase anexiale tratată chirurgical laparoscopic trebuie făcută în endobag.

O masă anexială malignă impune laparotomie mediană și intervenția trebuie să cuprindă lavaj peritoneal, anexectomie bilaterală, histerectomie totală, omentectomie, biopsii peritoneale, limfadenectomie pelvină și paraaortică (mai ales în stadiile incipiente) și apendicectomie. Puncționarea și/sau morcelarea unei mase anexiale nu sunt indicate pentru că expun la risc de recidivă, de diseminare malignă sau de diseminare a conținutului unui chist dermoid. Perioada de timp între ruperea capsulei unui carcinom ovarian stadiul I și laparotomie nu trebuie să depășească 8-14 zile [1,5,9,10].

Tratamentul laparoscopic permite obținerea unui prognostic funcțional (menstrual și de fertilitate) favorabil la pacientele tinere.

CONCLUZII

Chirurgia laparoscopică prezintă avantaje incontestabile pentru tratamentul maselor anexiale de natură ovariană, cu caracter benign.

Avantajele chirurgiei laparoscopice sunt: tehnici chirurgicale miniminvasive, conservatoare, risc infecțios redus, durere postoperatorie minimă, medicație minimă, durată redusă de spitalizare, recuperare rapidă, cicatrici abdominale estetice, complicații intra- și post-operatorii reduse.

Pacientele tinere beneficiază în cel mai înalt grad de aportul chirurgiei laparoscopice deoarece prin intervențiile chirurgicale laparoscopice se obține un prognostic funcțional ovarian optim.

Succesul intervențiilor laparoscopice depinde de selectarea corectă și riguroasă a cazurilor (vârsta pacientei, caracteristicile ecografice ale masei anexiale).

Abordul laparoscopic al tumorilor chistice ovariene este benefic și sigur pentru paciente, dar dacă intraoperator se decelează elemente de suspiciune de malignitate și dacă aceasta se confirmă, atunci cazul trebuie imediat convertit la chirurgie convențională, cu respectarea protocolului oncologic.

BIBLIOGRAFIE

1. Management of Adnexal Mass, *AHRQ Publications* No. 06-E004, 2006.
2. Ovarian Cysts in Postmenopausal Women. *RCOG Guideline* No 34, 2003.
3. Pfeifer SM, Gosman GG. Evaluation of adnexal masses in adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1999; 46(3): 573-592.
4. Parker W, Levine R, Howred F, Sansone B, Berek J. Laparoscopic management of cystic adnexal masses in postmenopausal women: a multicenter study. *J Am Cl Surgery.* 1999; 179: 733-737.
5. Yuen PM, Yu KM, Yip SK, Lau WC, Rogers MS, Chang A. A randomized prospective study of laparoscopy and laparotomy in the management of benign ovarian masses. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 177: 109-114.
6. Ovarian cancer– new perspectives in treatment. *Oncology Review.* 1997; 12: 11-15.

7. Lupașcu Ivona, David Cristina, Rusu Elena, Pânzaru C. Criterii de securitate în chirurgia laparoscopică. *Obstetrica și Ginecologia*. 2000; 3: 197-200.
8. Mettler L, Semm K, Shive K. Endoscopic management of adnexal masses. *J Soc Laparoendosc Surg*, 1997; 1: 103-112
9. David Cristina. *Actualități în diagnosticul și tratamentul maselor anexiale*. Teză de doctorat. UMF Iași, 2008.
10. Târcoveanu E. *Elemente de chirurgie laparoscopică*. Vol II. Iași: Editura Polirom; 1998.
11. Mettler L. *Manual of Laparoscopic and Hysteroscopic Gynecological Surgery*, Jaypee Brothers, New Delhi, 2006.
12. Bruhat MA, Mage G, Pouly JL, Manhes H, Canis M, Wattiez A. *Operative laparoscopy*. McGraw-Hill; 1992. p. 9-215.
13. Lin P, Falcone T, Tulandi T. Excision of ovarian dermoid by laparoscopy and by laparotomy. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 173: 769-771.
14. Lupașcu Ivona, David Cristina, Gemănanu Liliana, Solomițchi Valeria, Vasiliu Veronica, Vegheș Simina– Laparoscopia în tratamentul maselor anexiale. *British Medical Journal*, ediția în limba română, 2003; 9: 416-419.
15. Mencaglia L, Wattiez A. *Manual of Gynaecological Laparoscopic Surgery*. Tuttlingen: EndoPress, 2003; p. 120-123.
16. Tutunaru D, Vârtej P, Badea I, Boldea Georgeta, Ștefănescu Claudia. Concepte moderne privind diagnosticul și tratamentul endometriozei: abordul laparoscopic. *Obstetrica și Ginecologia*, 1999; 1: 6.