

DOI: 10.31636/prmd.v8i2.4

Лікування ятрогенної паразитарної лейоміоми як рідкісного ускладнення міомектомії з використанням морцелятора: клінічний випадок

Ліщук В. Д., Вошкулат Я. В., Савіна З. О.

Медичний центр «Універсальна клініка "Оберіг"»

Вступ: Паразитарні лейоміоми (ПЛ) є рідкісним ятрогенним ускладненням, що найчастіше виникає після лапароскопічної міомектомії або гістеректомії з використанням електромеханічного морцелятора без застосування ендоконтейнера. Дисперсія фрагментів міометрія під час морцеляції може призвести до їх імплантації та росту на очеревині, створюючи діагностичні та лікувальні труднощі.

Презентація випадку: Ми представляємо випадок 41-річної пацієнтки, яка через 10 років після лапароскопічної міомектомії з морцеляцією звернулася для подальшого лікування. В анамнезі пацієнтка мала анемію на тлі росту міоми. Передопераційна діагностика у 2025 році за допомогою МРТ підтвердила наявність множинних інтрамуральних та субсерозних лейоміом матки (FIGO 4, 5, 6), а також близько 15 позаорганичних солідних утворень, характерних для екстраутеринних паразитарних лейоміом (FIGO 8). Було виконано комбіноване хірургічне втручання: лапароскопічне висічення паразитарних міом з подальшою конверсією в лапаротомію для виконання консервативної міомектомії. Гістологічне дослідження підтвердило діагноз лейоміоми.

Висновки: Цей випадок підкреслює важливість ретельної діагностики у пацієнток з тазовими утвореннями в анамнезі, особливо після операцій з використанням морцеляції. МРТ є високоінформативним методом для диференційної діагностики. Комбінований лапароскопічний та лапаротомний доступ може бути ефективною стратегією для лікування таких складних випадків. Основний акцент має бути зроблений на профілактиці шляхом суворого дотримання технік безпечної морцеляції в ендоконтейнерах.

Ключові слова: паразитарна міома, лейоміома, лапароскопія, лапаротомія, морцеляція, тазовий біль, ятрогенне ускладнення, безпека пацієнта.

Вступ

Міома матки є найпоширенішою доброякісною пухлиною у жінок репродуктивного віку. З розвитком

мінімально інвазивної хірургії лапароскопічна міомектомія стала «золотим стандартом» лікування для

багатьох пацієнток. Однак використання електро-механічних морцеляторів для видалення великих вузлів породило нову проблему — ятрогенні паразитарні лейоміоми (ЯПЛ).

ЯПЛ визначаються як лейоміоми, що імплантуються та ростуть поза маткою, отримуючи кровопостачання з навколишніх структур, таких як сальник або брижа. Їхня частота після лапароскопічних операцій з морцеляцією оцінюється в діапазоні від 0.07% до 1.25%. Патогенез полягає в ненавмисній дисемінації життєздатних фрагментів міоми в черевній порожнині під час морцеляції, особливо якщо процедура виконується без захисного ендоконтейнера. Ці гормонально-чутливі фрагменти здатні до імплантації, проліферації та формування нових судинних зв'язків. ЯПЛ є пізнім ускладненням, що може проявитися через кілька років після первинної операції, імітуючи злоякісні новоутворення або спричиняючи клінічну симптоматику. У цій статті ми описуємо клінічний випадок успішного хірургічного лікування множинних ЯПЛ та рецидивної міоми матки через 10 років після первинної операції.

Презентація клінічного випадку

Анамнез та скарги

Пацієнтка, 1984 року народження. Міома матки вперше діагностована у 2013 році розміром 1 см. У серпні 2015 року, у віці 31 року, пацієнтка звернулася до клініки зі скаргами на ясні та болісні менструації. При огляді було виявлено матку, збільшену відповідно до 11–12 тижнів вагітності за рахунок міоматозних вузлів діаметром 6 та 9 см. У зв'язку з наявними ознаками анемії було заплановано дообстеження (МРТ органів малого таза, загальний аналіз крові) та антианемічну терапію.

У грудні 2015 року було проведено планове оперативне лікування — лапароскопічна консервативна міомектомія. На момент операції рівень гемоглобіну після проведеної терапії становив 95 г/л. Для видалення вузлів використовувався морцелятор.

Після операції пацієнтка приймала комбінований оральний контрацептив (КОК) «Ригевідон» протягом 12 місяців, після чого відмінила препарат у зв'язку з плануванням вагітності. Однак згодом, через сімейні обставини, прийом КОК був поновлений. Пацієнтка приймала КОК до 2024 року, не реалізувавши репродуктивні плани. У 2024 році вона

припинила прийом КОК через ріст міоми та для планування оперативного лікування, у зв'язку з чим звернулася до клініки у 2025 році.

Передопераційна діагностика

Для уточнення діагнозу було проведено МРТ органів малого таза з внутрішньовенним контрастуванням (24.04.2025). Дослідження підтвердило наявність:

- **інтрамуральних та субсерозних лейоміом тіла матки** (FIGO 4, 5, 6), зокрема великого вузла інтрамурально-субсерозної локалізації розміром до 57 мм;
- **множинних (близько 15) позаорганих солідних утворень**, розташованих у малому тазі та інфрагастральній ділянці черевної порожнини. Розміри утворень варіювали від 5 до 58 мм. Вони мали МР-характеристики, типові для лейоміом (ізоінтенсивний сигнал на T1-WI, злегка гіперінтенсивний на T2-WI, інтенсивне контрастне підсилення, відсутність обмеження дифузії), що дозволило діагностувати їх як **екстраутеринні паразитарні лейоміоми (FIGO 8)**;
- невеликої кількості вільної рідини в малому тазі (малий асцит).

Хірургічне втручання та інтраопераційні знахідки (06.06.2025)

Пацієнтці було виконано операцію. Ревізія черевної порожнини під час лапароскопії виявила хаотично розташовані на передній черевній стінці паразитарні міоми розмірами від 5 мм до 6 см. Матка була збільшена за рахунок інтрамурально-субсерозного вузла розміром ~6 см та інших, менших вузлів. Також візуалізувався рубець на матці після попередньої операції.

Операція проходила у два етапи:

1. **Лапароскопічний етап:** проведено вилучення паразитарних міом з передньої черевної стінки. Видалені вузли були поміщені в ендоконтейнер (Endobag) для безпечного видалення та запобігання подальшій дисемінації.
2. **Лапаротомний етап:** враховуючи репродуктивні плани пацієнтки та розмір інтрамурального вузла, було прийнято рішення про конверсію в лапаротомію за Пфанненштїлем. Виконано консервативну міомектомію з ушиванням ложа вузла.

Післяопераційний період та результати. Післяопераційний період проходив без ускладнень на тлі стандартної антибактеріальної та знеболювальної терапії. Пацієнтку було виписано зі стаціонару.

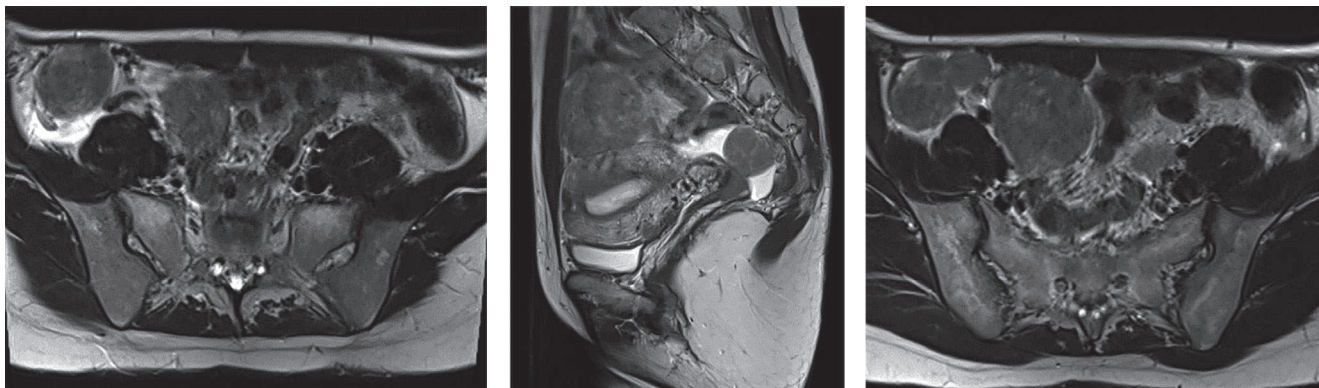
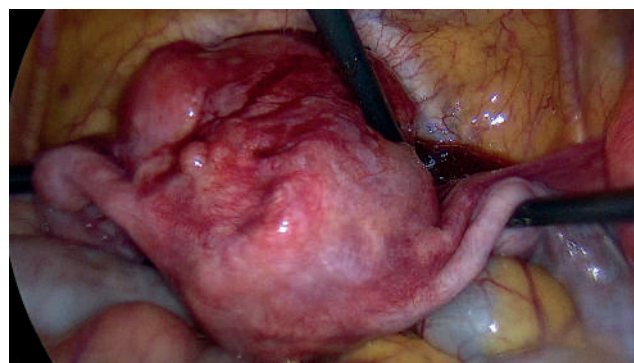


Рис. 1. МРТ-діагностика (квітень 2025). Зліва: аксіальне Т2-зважене зображення, що демонструє множинні паразитарні лейоміоми в черевній порожнині та великий інтрамуральний вузол у матці. Справа: сагітальне Т2-зважене зображення, що візуалізує великий міоматозний вузол у тілі матки, а також паразитарні вузли, розташовані в дугласовому просторі



1-й лапароскопічний етап



2-й лапаротомний етап

Гістологічне дослідження всіх видалених утворень підтвердило діагноз лейоміоми.

Обговорення

Цей клінічний випадок ілюструє класичний, хоча й віддалений у часі, сценарій розвитку ятрогенної паразитарної лейоміоми. Десятирічний інтервал між первинною операцією та діагностикою ускладнення підкреслює здатність дисемінованих фрагментів до тривалого росту.

Патогенез та діагностика

Патогенез ЯПЛ пов'язують із двома основними механізмами: відривом субсерозної міоми на ніжці або, що значно частіше останнім часом, ятрогенною дисемінацією тканин під час морцеляції. Життєздатні клітини гладких м'язів, розпорошені під час процедури, імплантуються на добре васкуляризовані поверхні (очеревина, сальник) і, під впливом стероїдних гормонів, починають рости. Диференційна

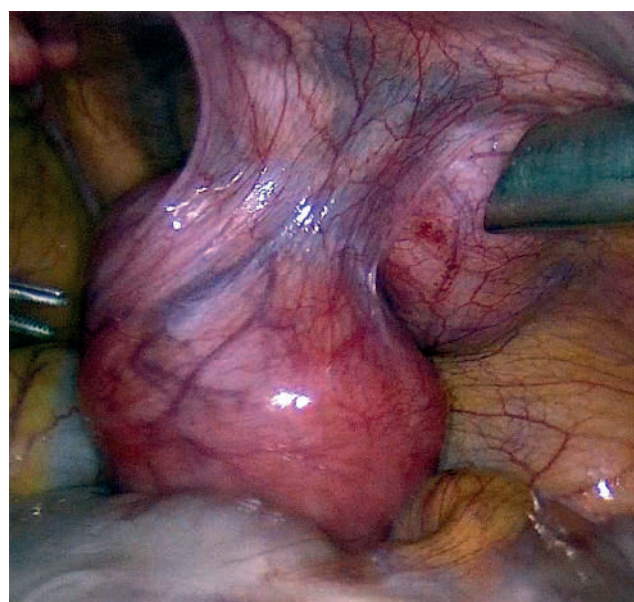


Рис. 2. Інтраопераційне фото (червень 2025). Лапароскопічний етап операції: висічення паразитарної лейоміоми з очеревини передньої черевної стінки

діагностика ЯПЛ включає широкий спектр патологій: субсерозну міому, пухлини яєчників, ендометріоз і навіть злоякісні новоутворення, такі як саркома або метастази. Як показано в нашому випадку, МРТ є методом вибору, оскільки дозволяє з високою точністю припустити міоматозну природу утворення на основі його типових сигнальних характеристик, що було ключовим для правильного передопераційного планування. Характеристики на МРТ у нашому випадку повністю збігалися з описаними в літературі.

Стратегії лікування та запобігання

Лікування ЯПЛ зазвичай хірургічне і полягає у висіченні утворень. Доступ (лапароскопічний чи лапаротомний) обирається індивідуально, залежно від розміру, кількості та локалізації вузлів. У нашому випадку комбінований підхід був виправданим: лапароскопія дозволила ефективно видалити дисеміновані вузли з черевної стінки, тоді як лапаротомія забезпечила оптимальні умови для реконструктивної операції на матці з урахуванням репродуктивних планів пацієнтки.

Однак головний висновок для хірургічної практики — необхідність запобігання цьому ускладненню. Рекомендації FDA та інших професійних асоціацій наголошують на обов'язковому використанні систем закритої морцеляції («in-bag morcellation»). Цей підхід мінімізує ризик розсіювання тканини в черевній порожнині та має стати стандартом практики. У нашому випадку використання ендоконтейнера на другій операції було спрямоване саме на запобігання повторній дисемінації.

Висновки

Паразитарна лейоміома є рідкісним, але важливим ускладненням, про яке слід пам'ятати при веденні пацієнток з тазовими утвореннями в анамнезі після операцій з морцеляцією. Своєчасна і точна діагностика, де МРТ відіграє провідну роль, є критично важливою для полегшення симптомів та збереження якості життя. Хірургічне лікування може вимагати комбінованого підходу, але основний акцент має бути зроблений на профілактиці шляхом суворого дотримання технік безпечної морцеляції.

References

1. Roh C.K., Kwon H.J., Jung M.J. Parasitic leiomyoma in the trocar site after laparoscopic myomectomy: A case report. *World J Clin Cases*. 2022;10(9):2895–2900.
2. Cucinella G., Calagna G., Brancato G., et al. Parasitic myomas after laparoscopic surgery: an emerging complication in the use of morcellator? A systematic review. *Fertil Steril*. 2011;96(3):e90–e96.
3. Salih A.M., Al-Aubaidy B. Parasitic fibroid: a diagnostic dilemma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of Barpeta*. 2016;3(1):47–49.
4. Thakur S., Jha R., Rai S., et al. Parasitic Myomas: An Unusual Risk after Morcellation. *J Obstet Gynaecol India*. 2018;68(5):408–411.
5. Van der Meulen F., Pijnenborg J., Boomsma C., et al. Parasitic myoma after laparoscopic morcellation: a systematic review of the literature. *BJOG*. 2016;123(1):69–75.

Treatment of Iatrogenic Parasitic Leiomyoma as a Rare Complication of Myomectomy Using a Morcellator: A Clinical Case

Lishchuk V. D., Voshkulat Ya. V., Savina Z. O.

Medical Center «Universal Clinic «Oberig»

Abstract

Introduction: Parasitic leiomyomas (PL) are a rare iatrogenic complication that most commonly occurs after laparoscopic myomectomy or hysterectomy using an electromechanical morcellator without the use of an endocontainer. Dispersion of myometrial fragments during morcellation can lead to their implantation and growth on the peritoneum, creating diagnostic and therapeutic challenges.

Case Presentation: We present the case of a 41-year-old patient who sought further treatment 10 years after laparoscopic myomectomy with morcellation. The patient's history included anemia due to myoma growth. Preoperative diagnosis in 2025 using MRI confirmed the presence of multiple intramural and subserous uterine leiomyomas (FIGO 4, 5, 6), as well as approximately 15 extra-organ solid formations characteristic of extrauterine parasitic leiomyomas (FIGO 8). A combined surgical intervention was performed: laparoscopic excision of parasitic myomas followed by conversion to laparotomy for conservative myomectomy. Histological examination confirmed the diagnosis of leiomyoma.

Conclusions: This case highlights the importance of thorough diagnosis in patients with pelvic masses in their history, especially after surgeries involving morcellation. MRI is a highly informative method for differential diagnosis. Combined laparoscopic and laparotomic access may be an effective strategy for treating such complex cases. The main emphasis should be on prevention through strict adherence to safe morcellation techniques in endocontainers.

Keywords: parasitic myoma, leiomyoma, laparoscopy, laparotomy, morcellation, pelvic pain, iatrogenic complication, patient safety.