

Cisti ovarica in età neonatale: a proposito di un caso clinico

Ovarian cyst in a newborn: a case report

V. A. Caiulo,¹ S. Caiulo,² C. Gargasole,³ G. Latini^{1,4}

Key words: *Gastroesophageal Reflux Disease; Ovarian Cyst, Ultrasound*

Riassunto

La presenza di cisti ovariche in età neonatale è spesso segno di una accentuazione del processo fisiologico di produzione ormonale. Nel nostro caso una voluminosa cisti ovarica si è manifestata con sintomi correlati al reflusso gastroesofageo: vomito, scarso incremento ponderale e crisi di apnea. L'esame ecografico ha consentito un corretto inquadramento diagnostico.

Abstract

The presence of ovarian cysts in the newborn is often a sign of an abnormal exacerbation of the physiologic process. In our case a large cyst caused symptoms related to gastroesophageal reflux: vomiting, poor weight gain, and respiratory disorders. Ultrasound examination enabled a correct diagnosis.

Introduzione

Le patologie dell'ovaio in età pediatrica costituiscono spesso un dilemma diagnostico e terapeutico: i sintomi di esordio sono talora eterogenei e aspecifici e una diagnosi certa di natura non sempre può essere posta sulla base di indagini ultrasonografiche e tomogra-

fiche, ma spesso richiede l'esplorazione chirurgica.¹ Il quadro clinico di presentazione più frequente è caratterizzato da dolore addominale acuto e segni di peritonite, con un esordio che può simulare un quadro di appendicite acuta. Altre volte una lesione ovarica può rappresentare un reperto occasionale in corso di un esame ecografico, oppure può provocare alterazioni endocrine (pubertà precoce o virilizzazione). In alcuni casi, a causa dell'effetto massa, si possono avere idroureteronefrosi, occlusione intestinale o insufficienza respiratoria.²⁻⁵ In ogni caso le patologie dell'ovaio devono essere tenute in considerazione nella diagnosi differenziale in ogni paziente pediatrica che presenti dolore addominale, una massa addominale/pelvica o una disfunzione endocrina.⁶⁻⁷ Le cisti funzionali possono essere diagnosticate ad ogni età; tuttavia, data la loro natura, esse sono rare prima dell'adolescenza, eccezion fatta per le cisti follicolari, frequenti durante il periodo neonatale.⁸ Le cisti follicolari nel primo mese di vita generalmente tendono alla riduzione progressiva e spontanea fino alla completa regressione, soprattutto se di diametro inferiore a 5 cm. Tali cisti sono il risultato dell'esacerbazione di un fenomeno fisiologico correlato all'elevata attività delle gonadotropine fetali; la regressione è una conseguenza della riduzione delle concentrazioni ormonali dopo la nascita.⁹ Anche le cisti di dimensioni maggiori di 5 cm possono evolvere verso la risoluzione spontanea, ma in percentuale nettamente inferiore. Esse possono essere monitorate con uno stretto follow-up ecografico riservando l'intervento chirurgico ai casi in cui non si osservano riduzioni delle dimensioni dopo il primo mese di vita.¹⁰

Descriviamo il caso di una neonata con voluminosa cisti ovarica a sintomatologia d'esordio atipica.

Caso clinico

Neonata di 13 giorni, nata a termine da parto eutocico, peso alla nascita 3.340 grammi, dimessa dal nido in buone condizioni generali. Giunge alla nostra osservazione per sospetto reflusso gastroesofageo (RGE). Nell'anamnesi due episodi di apnea con cianosi secondari ad episodi di rigurgito. La paziente presentava scarso accrescimento, inappetenza e frequenti episodi di rigurgito fin dalla nascita.

¹ U.O. Neonatologia - Ospedale Perrino, Brindisi

² Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

³ Facoltà di Medicina e Chirurgia, Polo San Paolo Humanitas, Università degli Studi, Milano

⁴ Istituto di Fisiologia Clinica del CNR, Divisione di Lecce

Indirizzo per la corrispondenza (Corresponding author):

Vito Antonio Caiulo

Piazza Angeli, 3 - 72100 Brindisi

Tel.: +39 0831 537471; fax: +39 0831 537861

E-mail: antoniocaiulo@inwind.it

L'esame clinico evidenziava un addome teso, non dolente. Gli esami ematochimici di routine sono risultati nella norma, veniva quindi programmata la pH-metria/24ore. In attesa di tale esame, la presenza di addome teso all'esame clinico ci ha indotto ad eseguire l'esame ecografico dell'addome in toto. L'ecografia ha confermato la presenza di RGE, ma ha anche evidenziato la possibile causa della sintomatologia: una voluminosa formazione cistica semplice, di 14 centimetri di diametro massimo, che occupava l'emiaddome di destra, comprimendo in basso la vescica, ed in alto il fegato e dislocando verso sinistra lo stomaco e l'intestino. Veniva ipotizzata l'origine ovarica di tale cisti e la piccola paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico. La laparotomia esplorativa evidenziava una voluminosa formazione cistica che originava dall'ovaia destra. La rimozione della cisti ha consentito la decompressione degli organi addominali, soprattutto stomaco ed intestino, che apparivano dislocati verso sinistra dalla cisti ovarica. L'esame istologico ha consentito di porre la diagnosi di cisti follicolare. Il decorso post operatorio non ha presentato complicanze e la piccola paziente ha potuto finalmente alimentarsi adeguatamente. L'incremento ponderale nelle settimane successive è stato regolare e non si sono più verificati episodi di apnea con cianosi, né altri segni o sintomi da riferire a reflusso gastro esofageo.

Conclusioni

Le cisti ovariche neonatali sono spesso benigne ed autolimitanti, e probabilmente in molti casi non vengono individuate.¹¹ Nel primo mese di vita le cisti ovariche rappresentano il 5% delle masse addominali nel sesso femminile.¹² Una volta individuate si rende necessario un follow-up ecografico, sia per individuare eventuali complicanze (p. es. torsione), che per porre diagnosi differenziali. Cisti mesenteriche, omentali, duplicazioni intestinali, strutture da riferire ad ostruzioni urinarie o intestinali (p.es. atresia duodenale) devono essere considerate nella diagnosi differenziale.

Abbiamo ritenuto interessante segnalare questo caso per sottolineare come un quadro sintomatologico apparentemente attribuibile a malattia da reflusso gastro esofageo possa avere tutt'altra patogenesi. Questo caso clinico offre lo spunto per alcune considerazioni. La North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition, pubblicando le linee guida per la valutazione e il trattamento del reflusso gastroesofageo nei lattanti e nei bambini,¹³ ha distinto il RGE fisiologico, che non richiede accertamenti e/o terapia, dalla Malattia da RGE (MRGE), definita come "sintomatologia e complicazioni da reflusso, con diversi tipi di manifestazioni cliniche associate a vomito ricorrente: riduzione della curva di crescita ponderale, irritabilità o equivalenti critici con "stretching" ripetuto o crisi atipiche "Sandifer sindrome", disfagia, dolore addominale o retrosternale, esofagite, apnea o apparent life-threatening events (ALTE), tosse cronica, stridore laringeo, asma e polmonite ricorrente". Secondo le suddette linee guida, nella maggior parte dei casi un'anamnesi accurata e un approfondito esame clinico sono sufficienti per diagnosticare un RGE, riconoscere le complicanze ed iniziare la terapia. Nel nostro

caso, la presenza di episodi di apnea secondari a rigurgito, l'inappetenza e lo scarso accrescimento giustificavano la diagnosi clinica di MRGE e il ricovero per gli accertamenti del caso.

Seguendo le linee guida, era stata programmata una pH-metria delle 24 ore. L'ecografia esofagea, in relazione alla pH-metria/24h, presenta una sensibilità del 84% e una specificità del 10%,¹⁴ un valore predittivo positivo dell'80% e un valore predittivo negativo del 50%.¹⁵ Inoltre tale metodica è altamente operatore-dipendente.¹⁶ Per tali motivi l'ecografia non rappresenta una valida alternativa alla pH metria/24ore nella diagnosi della MRGE, pertanto il suo uso non è consigliato. Nel nostro caso, tuttavia, la presenza di addome teso all'esame clinico ci ha indotto ad eseguire l'esame ecografico. E' ben noto che le cisti addominali voluminose possano determinare i sintomi più vari per effetto massa: da infezioni delle vie urinarie per stasi urinaria secondaria a compressione dell'uretere a quadri di occlusione intestinale.¹⁷ Nel nostro caso l'esame ecografico ha modificato l'iter diagnostico della piccola paziente, rendendo superflua l'esecuzione della pH-metria/24ore. Il successivo intervento chirurgico ha portato alla risoluzione della sintomatologia, che era stata attribuita in prima battuta ad un quadro di MRGE.

In conclusione, attualmente le cisti ovariche neonatali vengono individuate più frequentemente rispetto al passato. Spesso sono ad evoluzione benigna e richiedono un semplice follow-up ecografico. Se le dimensioni sono maggiori di 5 cm, si riducono le possibilità di regressione spontanea e aumenta il rischio di complanze, prima fra tutte la torsione della cisti. In queste circostanze si rende necessario il trattamento chirurgico, allo scopo di preservare la fertilità.¹⁸

Bibliografia

- Hayes-Jordan A. Surgical management of the incidentally identified ovarian mass. *Semin Pediatr Surg* 2005; 14:106-110
- Monnery-Noché ME, Auber F, Jouannic JM, Bénifla JL, Carbone B, Dommergues M, Lenoir M, Lepointe HD, Larroquet M, Grapin C, Audry G, Hélarlot PG. Fetal and neonatal ovarian cysts: is surgery indicated? *Prenat Diagn.* 2008;28:15-20
- Galinier P, Carfagna L, Juricic M, Lemasson F, Moscovici J, Guitard J, Baunin C, Menendez M, Cartault A, Pienkowski C, Kessler S, Sarraon MF, Vaysse P. Fetal ovarian cysts management and ovarian prognosis: a report of 82 cases. *J Pediatr Surg.* 2008;43:2004-2009
- Zampieri N, Borruto F, Zamboni C, Camoglio FS. Foetal and neonatal ovarian cysts: a 5-year experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;277:303-306
- Shimada T, Miura K, Gotoh H, Nakayama D, Masuzaki H. Management of prenatal ovarian cysts. *Early Hum Develop.* 2008;84:417-420
- Cass DL, Hawkins E, Brandt ML, Chintagumpala M, Bloss RS, Milewicz AL, Minifee PK, Wesson DE, Nuchtern JG. Surgery for ovarian masses in infants, children, and adolescents: 102 consecutive patients treated in a 15-year period. *J Pediatr Surg* 2001; 36:693-699,.
- De Silva KS, Kanumakala S, Grover SR, Chow CW, Warne GL. Ovarian lesions in children and adolescents: an 11-year review. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2004; 17:951-97,
- Valla JS. Gonadal tumors. In Stringer MD, Oldham KT, Mouriquand PDE (ed). *Pediatric Surgery and Urology: long-term outcomes*, Cambridge University Press 2006; 707-722

- ⁹ Chiamonte C, Piscopo A, Cataliotti F. Ovarian cysts in newborns. *Pediatr Surg Int* 2001; 17:171-174
- ¹⁰ Luzzatto C, Midrio P, Toffolutti T, Suma V. Neonatal ovarian cysts: management and follow-up. *Pediatr Surg Int* 2000; 16:56-59
- ¹¹ Arena F, Romeo C, Castagnetti M, Scalfari GF, Cimador M, Impellizzeri P, Villari D, Zimbaro F, DeGrazia E. Is the stripping technique a tissue-sparing procedure in large simple ovarian cysts in children? *J Pediatr Surg*. 2008;43:1353-1357.
- ¹² Enríquez G, Durán C, Torán N, Piquera J, Gratacós E, Aso C, Lloret J, Castellote A, Lucaya J. Conservative versus surgical treatment for complex neonatal ovarian Cysts: outcomes study. *AJR Am J Roentgenol*. 2005;185:501-508
- ¹³ Guidelines for Evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in children Recommendations of the North American Society for pediatric gastroenterology and nutrition JPGN 2001 vol 32 suppl 2
- ¹⁴ Ponticelli A, Guarino N, Bergami GL, Marchetti P, Iacobelli BD, Vecchioli Scaldazza A. E' utile l'ecografia esofagea nello screening del reflusso gastroesofageo in età pediatrica? *Riv Ital Pediatr* 1997; 23: 1036-1039
- ¹⁵ Milocco C, Slavatore CM, Torre G, et al. Sonography versus continuous 24 hours esophageal pH monitoring in the diagnosis of infant gastroesophageal reflux. *Pediatr Med Chir* 1997; 19: 245-246
- ¹⁶ Gomes H, Lallemond A, Lallemond P. Ultrasound of the gastroesophageal junction. *Ped Radiology* 1993; 23: 94-99
- ¹⁷ Ovarian Enlargements in the First Year of Life: Review of 45 Cases JOHN R. MARSHALL, M.D. *Ann Surg*. 1965 March; 161(3): 372-377
- ¹⁸ Akın MA, Akın L, Ozbek S, Tireli G, Kavuncuoğlu S, Sander S, Akçakuş M, Güneş T, Oztürk MA, Kurtoğlu S. Fetal-Neonatal Ovarian Cysts-Their Monitoring and Management: Retrospective Evaluation of 20 Cases and Review of the Literature. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2010 Mar;2(1):28-33