

V. FRIPTU, M. BURAC

NECROZA ISCHEMICĂ A NODULULUI MIOMATOS ÎN SARCINĂ

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Catedra de Obstetrică, ginecologie și reproducere umană*

REZUMAT

Introducere: Incidența miomului uterin în sarcină este în creștere în ultimii ani ca urmare a amânării realizării funcției reproductive. Prevalența este de aproximativ 2%, variind de la 0,1% până la 12,5%.

Material și metode: Prezentarea unui caz clinic de degenerare ischemică a nodulului miomatos în sarcină la o pacientă, în vârstă de 38 ani, internată pe 8.11.2017 în SCM Nr.1.

Rezultate: Pacienta însărcinată în 14-15 săptămâni, a fost internată cu acuze la dureri pronunțate în regiunea inferioară a abdomenului care au apărut cu aproximativ 2 zile în urmă, instalate brusc, intense, însoțite de febră până la 38°C. Examenul ultrasonografic la internare a evidențiat pe peretele anterior uterin, în segmentul inferior, 1 nodul miomatos cu dimensiunile 110x100x80 mm. Placenta situată posterior. Miscările cordului fetal prezente, ritmice. Concluzie: Sarcina uterină 15 s.a. Miom uterin nodular. S-a luat decizia de a efectua tratament chirurgical – miomectomie conservativă. În timpul intervenției chirurgicale în cavitatea abdominală s-a constatat uterul mărit până la 20 săptămâni de sarcină din contul unui nodul miomatos subseros-intramural cu localizare anteroinferioară, diametrul de 10-11 cm, cu conținut seropurulent, care a fost aspirat. Postoperator pacienta a urmat tratament antibacterian, antiinflamator, anticoagulant și tocolitic.

Concluzii: Într-un caz din 10 miomul uterin în sarcină va cauza anumite complicații, cea mai frecventă fiind reprezentată de sindromul „miomului dur”, descris diferit ca degenerare roșie, necroză aseptică sau infarct hemoragic, care necesită tratament chirurgical de urgență.

Cuvinte-cheie: miom uterin, sarcină, necroză aseptică.

SUMMARY**ISCHEMIC NECROSIS OF A MYOMATOUS NODE IN PREGNANCY**

Introduction: The incidence of uterine myoma in pregnancy has been increasing in recent years as a result of delaying the reproductive function. The prevalence is about 2%, ranging from 0.1% to 12.5%.

Materials and Methods: Is related a clinical case of ischemic degeneration of the myomatous node in pregnancy in a 38 years old patient, hospitalized on 8.11.2017 in SCM No.1.

Results: The pregnant woman in 14-15 weeks was hospitalized with complains of pain in the lower abdomen that occurred about 2 days ago, suddenly installed, intense, accompanied by fever up to 38 °C. The ultrasound examination at admission distinguished on the anterior uterine wall in the lower segment one myomatous node with the dimensions 110x100x80 mm. The placenta was localized posterior. Present, rhythmic fetal heart movements. Conclusion: Uterine pregnancy 15 s.a. Uterine myoma. Was taken the decision to perform surgical treatment – conservative myomectomy. During surgery, in the abdominal cavity, was observed the increased uterus up to 20 weeks of pregnancy from the account of a subserosal-intramural myomatous node with antero-inferior localization and the diameter of 10-11 cm, with seropurulent content that was aspirated. Postoperatively, the patient received antibacterial, anti-inflammatory, anticoagulant and tocolytic treatment.

Conclusions: In a case of 10, the uterine myoma in pregnancy will cause some complications, the most common one are represented by the “syndrome of pain myoma”, described differently as red degeneration, aseptic necrosis or haemorrhagic infarction and requiring emergency surgical treatment.

Key words: uterine myoma, pregnancy, aseptic necrosis.

Incidența miomului uterin în sarcină este în creștere în ultimii ani ca urmare a amânării realizării funcției reproductive. Prevalența este de aproximativ 2%, variind de la 0,1% până la 12,5% și diferă în funcție de etnie (18% în cazul femeilor afroamericane, 8% la femeile albe și 10% la femeile hispanice) [6,14].

Factorii cei mai importanți în determinarea morbidității miomului uterin în timpul sarcinii includ numărul nodurilor, mărimea, localizarea și relația acestora cu implantarea placentei [10]. Unii autori descriu creșterea rapidă a nodurilor miomatoși în sarcină sub influența stimulării hormonale și a fluxului sangvin crescut, alții însă raportează că dimensiunile lor rămân frecvent neschimbate sau chiar se micșorează [14]. Conform datelor actuale, creșterea rapidă exponențială a gonadotropinei corionice umane (hCG) serice în primele săptămâni de sarcină (până la 12 săptămâni) și cinetica particulară a receptorilor pentru acest hormon, poate explica tendința de creștere rapidă a nodurilor miomatoși. Majorarea medie a volumului miomului uterin în sarcină este de 12%, în cazuri rare atingând mai mult de 25%, fiind susceptibili de creștere în volum nodulii care depășesc 5 cm în diametru [8]. Până în prezent este imposibil să fie prognozată creșterea nodurilor miomatoși în sarcină, deoarece aceștia răspund diferit la stimulii prezenți.

Într-un caz din 10 miomul uterin în sarcină va cauza anumite complicații, ca: avortul spontan, naștere prematură, ruptura prematură a pungii amniotice, sângerare antepartum, abrupție placentară, poziții vicioase ale fătului intrauterin și hemoragie post-partum. Cea mai frecventă complicație este reprezentată de sindromul

„miomului dolor”, descris diferit ca degenerare roșie, necroză aseptică sau infarct hemoragic [10].

Cazul clinic:

Pacienta A., în vârstă de 38 ani, sarcina 14-15 săpt., internată în mod urgent în Instituția Medico Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal nr.1, secția ginecologie aseptice nr.1, pe data de 08.11.2017 cu acuze de dureri pronunțate în regiunea inferioară a abdomenului, sensibilitate la palpare. Obiectiv: starea generală satisfăcătoare, cardio-pulmonar stabilă, FR-18 respirații/min; t – 36,8 °C; TA – 110/70, 105/70 mmHg. Abdomenul suplu, mărit din contul uterului gravid aproximativ la 18-20 săptămâni de sarcină, dolor și sensibil la palpare în hipogastru. Mictiunile libere indolore. Eliminări mucoase din căile genitale.

Istoricul bolii – pacienta se consideră bolnavă de aproximativ 2 zile, când au debutat durerile acuzate. S-au instalat brusc fiind intense, însoțite de febră până la 38°C în pusee. Pacienta a efectuat un examen ultrasonografic cu 2 ani în urmă, la care a fost diagnosticat un miom uterin cu dimensiunile de 3 cm, care ulterior nu a mai fost monitorizat. În primele două zile, pacienta nu s-a adresat pentru asistență medicală, ulterior s-a deplasat la Centrul de Perinatologie Bălți unde a fost referită în IMSP SCM nr.1. Anamneza ginecologică: menarha de la 12 ani, ciclul menstrual regulat, nedureros, cu durata 30 zile. UM 27.07.17.

Investigațiile clinice și paraclinice efectuate în staționar. Examenul ultrasonografic: pe peretele anterior uterin în segmentul inferior a fost depistat un nodul miomatos

Fig.1. A. Nodul miomatos a peretelui antero – inferior uterin în sarcină. Miomectomie conservativă. B. Nodul miomatos în secțiune. Necroza aseptică a nodulului miomatos în sarcină.



cu dimensiunile 110x100x80 mm. Placenta situată posterior. Mișcările cordului fetal prezente, ritmice – 144 b/min. Concluzie: Sarcină uterină 15 săptămâni de amenoree. Miom uterin nodular. Analiza biochimică a sângelui: Ureea 2,0 mmol/l; Creatinina 72 mmol/l; Bilirubina totală: 18,0 mcmol/l; Bilirubina conjugată 3,0 mcmol/l; Bilirubina liberă 15,0 mcmol/l; ALAT 22 u/l; ASAT 38 u/l; Protrombina 84%; INR 1,24; Fibrinogen 4,0 g/l. Gr sânge: A(II) Rh pozitiv. Analiza generală a sângelui: hemoglobina 92 g/l; eritrocite $3,08 \cdot 10^{12}/l$; hematocrit 0,27%; trombocite $213 \cdot 10^9/l$; leucocite $6,8 \cdot 10^9/l$, nesegmentate 4; segmentate 77; eozinofile 0; limfocite 13; monocite 6; VSH 25 mm/h.

În consiliu a fost stabilit diagnosticul: Sarcina 15 s.a. Sarcina I. Miom uterin nodular. Sindromul dolo. Luând în considerare diagnosticul menționat precum și prezența sindromului dolo persistent, s-a luat decizia de a efectua tratamentul chirurgical al miomului uterin în volum de miomectomie conservativă.

Intervenția chirurgicală: în timpul intervenției chirurgicale în cavitatea abdominală s-a constatat uterul mărit până la 20 săptămâni de sarcină din contul unui nodul miomatos subseros-intramural cu localizare anteroinferioară cu diametrul de 10-11 cm (Fig.1A). În interiorul nodulului miomatos s-a constatat conținut seropurulent în volum de aproximativ 200 ml – necroza aseptică a nodulului miomatos, care a fost aspirat (Fig. 1B). Loja nodulului miomatos a fost suturată cu fir continuu de vicril pe straturi. Postoperator s-a administrat tratament antibacterian, antiinflamator, anticoagulant, analgezic, pentru păstrarea sarcinii. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități, pacienta a fost externată la domiciliu peste 5 zile. Pe data de 29.04.2018 ora 4.00 pacienta s-a adresat la Spitalul Raional Fălești în legătură cu scurgerea lichidului amniotic și la ora 11.51 a născut prin operație cezariană, un copil de gen feminin cu masa 3000 g, scor Apgar 8/9 p.

Discuții

Durerea abdominală focală este o plângere frecventă în timpul sarcinii. Durerea legată de fibroame este adesea observată la femeile cu fibroame mari (> 5 cm) sau fibroame posterioare [6]. Aproximativ 5-21% vor necesita spitalizare în timpul sarcinii pentru controlul durerii: acest fenomen nu este, de obicei, corelat cu creșterea fibromului [12]. Durerea poate rezulta din torsiune, obstrucția parțială a vaselor care irigă fibromul pedunculat sau necroza ischemică a nodulului miomatos, cum a fost în cazul prezentat aici. Ultima este o complicație tipică sarcinii care apare cu o frecvență de aproximativ 10 % și constă în modificări histologice specifice infarctului tisular. De obicei, acest “sindrom” este mai des întâlnit în timpul primului și începutul celui de-al doilea trimestru de sarcină, când creșterea nodulului poate fi mai rapidă, și uneori după naștere. Durerea poate rezulta din infarctul necrotic (datorat anoxiei tisulare în

urma creșterii rapide), modificarea aportului de sânge al uterului în creștere și eliberarea prostaglandinelor din leziunea celulară. Din punct de vedere clinic, necroza ischemică se caracterizează prin durere abdominală cu debut acut, febră ușoară, greață și vomă, sensibilitate localizată asupra nodulului miomatos și leucocitoză [3]. Examinarea clinică și testele specifice de laborator confirmate de rezultatele ultrasonografice și rezonanței magnetice nucleare, pot facilita stabilirea diagnosticului și la efectuarea diagnosticului diferențial [2,5,9]. La examenul USG, prezența nodulului miomatos dureros, cu dimensiunile mai mari de 200 cm³, modificarea ecogenității cu apariția zonelor chistice interne pot sugera degenerarea roșie și infarctul acestuia. Scăderea indicilor Doppler este asociată cu procese ischemice în tumoare[4]. RMN trebuie luat în considerare în astfel de situații, cu scop de confirmare a diagnosticului și a localizării fibroamelor înainte de intervenția chirurgicală [9,13].

Miomectomia în sarcină este de obicei evitată de către chirurghi din cauza fluxului și volumului crescut de sânge, ceea ce poate duce la creșterea complicațiilor hemoragice precum și a riscului histerectomiei [7]. Aceste intervenții pe uter în timpul sarcinii au o rată de rezultate negative de 18-35%, manifestate prin: infecție, naștere prematură, dehiscentă uterină. Riscurile sunt crescute în cazul îndepărtării nodulului miomatos intramural, submucos, celui situat posterior sau multiplu [1,11]. În unele cazuri, miomectomia în timpul sarcinii este singura posibilitate de a rezolva situații clinice severe, așa ca necroza aseptică a nodulului miomatos. Incidența complicațiilor după tratamentul conservativ variază de la 3 la 38%, iar pacientele netratate cu miom uterin par să aibă un rezultat mai grav al sarcinii decât cele tratate chirurgical [1]. Cele mai frecvente indicații pentru miomectomie în timpul sarcinii sunt: durerea pelviană acută care nu răspunde la terapia medicală > 72 ore, creșterea rapidă cu suspecție la o tumoare malignă, comprimarea masivă a organelor pelviene, complicații ale sarcinii (sindrom de compresiune fetală, oligoamnios, restricție de creștere intrauterină a fătului, sângerare, anomalii de implantare) [2]. În trecut, la depistarea miomului uterin în primul trimestru al sarcinii opțiunea primară era întreruperea sarcinii, cu miomectomie ulterioară, astăzi există dovezi că miomectomia ar putea fi efectuată în oricare trimestru. Deși miomectomia laparotomică a fost raportată ca o intervenție sigură încă de la sfârșitul secolului al XIX-lea, o revizuire recentă a arătat că miomectomia laparoscopică trebuie considerată prima alegere pentru chirurgia abdominală și pelviană în timpul sarcinii, la orice vârstă gestațională, deoarece oferă o mai bună vizualizare intraabdominală, o abordare minimal invazivă și o mobilizare precoce după intervenția chirurgicală [3].

Analizând cazul descris, putem trage următoarele concluzii:

1. Apariția durerilor în timpul sarcinii și prezența miomului uterin este o indicație pentru întreprin-

- derea unor măsuri de urgență existând riscul survenirii unor complicații grave (pierderea sarcinii, hemoragii, complicații septice etc.).
2. Intervențiile pe uter gravid și miom uterin se efectuează de către specialiști bine pregătiți, care posedă un volum maximal al intervenției.
 3. Inciziile pe seroase și mușchii uterini se efectuează obligatoriu paralel vascularizării organului, pentru a micșora volumul hemoragiei, sau se efectuează ligaturarea preventivă a vaselor magistrale.
 4. În dependență de faptul cum a decurs perioada postoperatorie, în unele cazuri nașterea poate fi condusă per vias naturalis, iar la apariția complicațiilor intranatale nașterea se va termina prin operație cezariană.

Bibliografie

1. **Algara A., Rodríguez A., Vázquez A. et al.** Laparoscopic approach for fibroid removal at 18 weeks of pregnancy. *Surg Technol Int* 2015; 27: 195–197.
2. **American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL).** AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of submucous leiomyomas. *J Minim Invasive Gynecol* 2012; 19: 152–171.
3. **Buckley V., Atkinson P., Nesbitt-Hawes E. et al.** Laparoscopic myomectomy: Clinical outcomes and comparative evidence. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22: 11–25.
4. **Cook H., Ezzali M., McCarthy D., Segars J.** The impact of uterine leiomyomas on reproductive outcomes. *Minerva Ginecol* 2010; 62: 225–236.
5. **De Vivo A., Giacobbe A., Mancuso A. et al.** Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37: 361–365.
6. **Deveer M., Deveer R., Engin-Ustun Y. et al.** Comparison of pregnancy outcomes in different localizations of uterine fibroids. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2012; 39: 516–518.
7. **Kongnyuy E.J., Wiysonge C.S.** Interventions to reduce haemorrhage during myomectomy for fibroids. (CD005355) *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; 11.
8. **Milazzo GN., Badia V., Catalano A., Mallozzi M. et al.** Myoma and myomectomy: Poor evidence concern in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* 2017 Sep 11. doi: 10.1111/jog.13437.
9. **National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE).** Magnetic resonance image-guided transcutaneous focused ultrasound for uterine fibroids. NICE, London; 2014.
10. **Parazzini F., Bianchi S., Tozzi L.** Pregnancy outcome and uterine fibroids. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2016; 34: 74–84.
11. **Saccardi C., Cosmi E., Gizzo S. et al.** Uncertainties about laparoscopic myomectomy during pregnancy: A lack of evidence or an inherited misconception? A critical literature review starting from a peculiar case. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2015; 24: 189–194.
12. **Sarwar I., Bibi A., Malik N.** Clinical audit of fetomaternal outcome in pregnancies with fibroid uterus. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2012; 24: 79–82.
13. **Tower AM., Cronin B.** Myomectomy after a vaginal delivery to treat postpartum hemorrhage resulting from an intracavitary leiomyoma. *Obstet Gynecol* 2015; 125:1110–1113.
14. **Vilos GA., Allaire C., Laberge PY. et al.** The management of uterine leiomyomas. *J Obstet Gynaecol Can* 2015; 37: 157–181.