

Majoritatea femeilor care au decedat la domiciliu în această perioadă de timp (6 din 9 femei) au decedat din cauze obstetricale care puteau fi prevenite. Dar și în celelalte 3 cazuri, de cauze indirecte, adresarea timpurie după asistență medicală ar fi prevenit cu mare probabilitate decesul matern.

Mortalitatea maternă la domiciliu a survenit preponderent la femei din localitățile rurale, din grupuri social-dezavantajate, fără evidența sarcinii la medicul de familie și în cazul unor persoane cu responsabilitate redusă față de propria sănătate și evoluția sarcinii.

Prin urmare, ca și în anii precedenți, rămâne actuală problema femeilor gravide din grupul de risc, social și comportamental vulnerabile, care necesită o atenție sporită, atât din partea factorilor de asistență medicală, cât și a comunității, asistenței sociale, ceea ce ar contribui la prevenirea complicațiilor în sarcină și naștere și, respectiv, la evitarea deceselor materne.

Bibliografie

1. Maternal deaths fell 44% since 1990 – UN Report from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division highlights progress // <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/maternal-mortality/en/>

2. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division//

<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

3. Conde-Agudelo A., Belizan J. M., Lammers C. Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. // American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2004. 192: pag. 342–349.

4. Patton G. C., Coffey C., Sawyer S. M., Viner R. M., Haller D. M., Bose K., Vos T., Ferguson J., Mathers C. D. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. // Lancet, 2009. 374:881–892.

5. Say L. et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. // Lancet, 2014.

6. Global Goals for Sustainable Development. 17 Goals to Transform Our World // <http://www.un.org/sustainabledevelopment/>

7. Maternal mortality Fact sheet N°348 – Updated: November, 2015 // <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>

8. www.cnms

© Ana Mișina

Ana Mișina

CORECȚIA CHIRURGICALĂ UNIMOMENTANĂ A STENOZEI TOTALE A CANALULUI CERVICAL ÎN COMBINARE CU UTER SEPTAT

IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

SINGLE-STAGE SURGICAL CORRECTION OF COMPLETE CERVICAL STENOSIS IN THE COMBINATION WITH SEPTATE UTERUS

Key words: septate uterus, cervical stenosis, diagnosis, surgery

The author presented a documented clinical observation of septate uterus in combination with stenosis of the cervical canal. A brief review of the literature of the pathogenesis, classification, diagnosis and treatment of congenital and acquired complete obstructions of the cervical canal was presented.

РЕЗЮМЕ

ОДНОМОМЕНТНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЛНОГО СТЕНОЗА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В КОМБИНАЦИИ С СЕПТАТНОЙ МАТКОЙ

Ключевые слова: септатная матка, стеноз цервикального канала, диагноз, хирургия

Автором представлено документированное клиническое наблюдение сочетания септатной матки с полным стенозом цервикального канала. Представлен краткий обзор литературы по вопросам патогенеза, классификации, диагностики и лечения полных врожденных и приобретенных обструкций цервикального канала.

Introducere. Obstrucțiile totale ale canalului cervical se referă la o patologie destul de rar întâlnită a tractului genital feminin și sunt cauzate de malformațiile congenitale (atrezia/agenzia colului uterin) sau apar după intervenții chirurgicale pe colul uterin (stenoze, obstrucții) [6, 13, 14, 18, 20].

Greutatea specifică a hipoplaziilor/agenziilor congenitale (tip IB după clasificarea The American Fertility Society/ The American Society for Reproductive Medicine) în structura anomaliilor ductului Mullerian este destul de joasă și constituie »3% din malformațiile uterului și »0.1% din populația generală [5]. Frecvența stenozelor (obstrucțiilor) dobândite variază în limite destul de largi și în mare parte depinde de tipul intervenției chirurgicale pe colul uterin [10, 12].

Principalele manifestări clinice ale stenozelor cervicale sunt: amenoreea, dureri pelviene ciclice, dezvoltarea hematometrei, endometrioza pelviană, procese inflamatorii precum și dezvoltarea procesului aderențial masiv în bazinul mic (*frozen pelvis*) [5, 20, 21].

Metodele corecției obstrucțiilor congenitale și dobândite ale canalului cervical sunt destul de diverse și până în prezent nu sunt standardizate [5, 18]. La alegerea metodei intervenției chirurgicale influențează în mare măsură factorii: cauza stenozei cervicale, varianta anatomică a obstrucțiilor congenitale, prezența complicațiilor [9, 14].

Din literatura de specialitate este bine cunoscut faptul că obstrucțiile canalului cervical pot să se combine cu anomaliile uterului (uter bicorn, uter unicorn, uterus didelphys) [9, 20]. În același timp la efectuarea căutării computerizate în baza de date PubMed, MedLine și Google Scholar cu cuvintele-cheie (MeSH Terms: “septate uterus”, “cervical atresia” și “cervical stenosis”) am stabilit lipsa datelor despre combinarea uterului septat cu stenoza totală dobândită a canalului cervical anterior în literatura de specialitate nu s-a întâlnit.

Ținând cont de lipsa datelor de diagnostic și corecție chirurgicală a uterului septat și a stenozei ob-

structive dobândite a canalului cervical, prezentăm următorul caz clinic.

Caz clinic. Pacienta C., 27 ani, s-a adresat ambulatoriu cu acuze la amenoreea secundară timp de doi ani după chiuretaje multiple ale uterului efectuate după operația cezariană, care s-a complicat cu resturi placentare și endometrită. În același timp pacienta prezenta dureri ciclice lunare în regiunea inferioară a abdomenului. La examenul ginecologic în valve se vizualiza colul uterin obstrucționat, introducerea dilatatorului Hegar nr. 2 a fost imposibilă. La examenul USG se vizualiza hematosalpinx bilateral, chist ovarian stâng. A fost indicată imagistica prin rezonanță magnetică (IRM) în urma căreia s-a determinat sept intrauterin total – clasa U2b după clasificarea ESHRE/ESGE (2013), chist endometrial al ovarului stâng și hematosalpinx bilateral (**Fig.1**). Pacienta a fost internată în secția ginecologie chirurgicală a Institutului Mamei și Copilului pentru tratament chirurgical planificat. Sub anestezie generală, cu incizie transversală după Pfannenstiel pe straturi, a fost deschisă cavitatea abdominală. La revizia organelor bazinului mic (**Fig.2**) s-a stabilit prezența hematosalpinxului bilateral și a chistului endometrial al ovarului stâng (fapt ce a corespuns întocmai cu datele IRM).

La prima etapă a operației Bret-Guillet s-a executat histerotomie antero-posterioară și s-a excizat septul uterin longitudinal (**Fig.3**), apoi s-a efectuat recanalizarea etapată a canalului cervical cu introducerea unui dren de silicon în formă de „T” (**Fig.4**).

Integritatea uterului a fost restabilită prin suturarea lui cu fir neîntrerupt cu folosirea materialelor sintetice resorbabile (vicryl - polyglactin 910). La etapa finală din ambele părți au fost deschise și drenate hematosalpinxurile prin deschiderea părții ampulare a trompelor (neosalpingostomia), rezectarea și coagularea monopolară a chistului endometrial al ovarului stâng. S-a efectuat drenarea cavității abdominale. Laparografie pe straturi anatomice. Perioada postoperatorie a

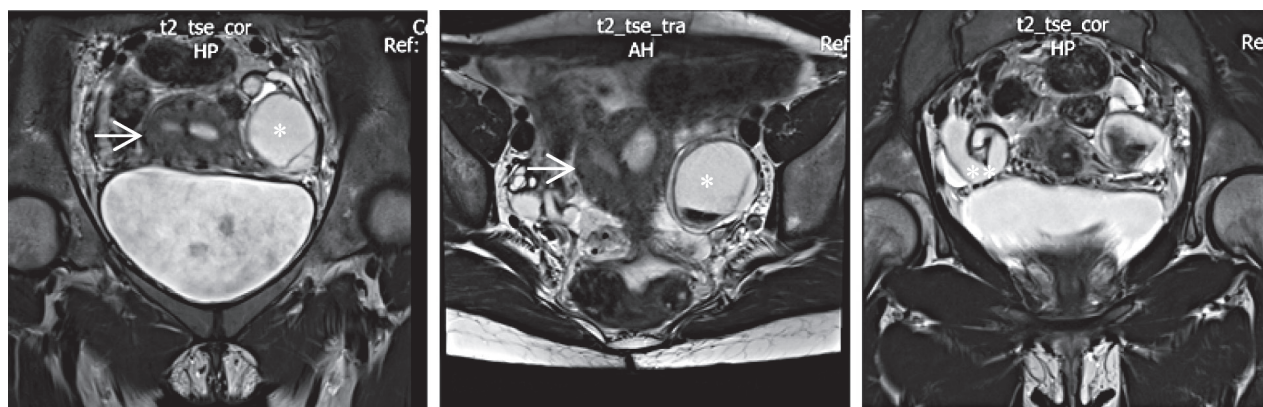


Fig.1. Imagistica prin rezonanță magnetică (proiecție frontală): uter septat (®), endometriomul ovarului stâng (*), hematosalpinx (**).



Fig.2. Uter septat, hematosalpinx bilateral () și endometriomul ovarului stâng (**).*

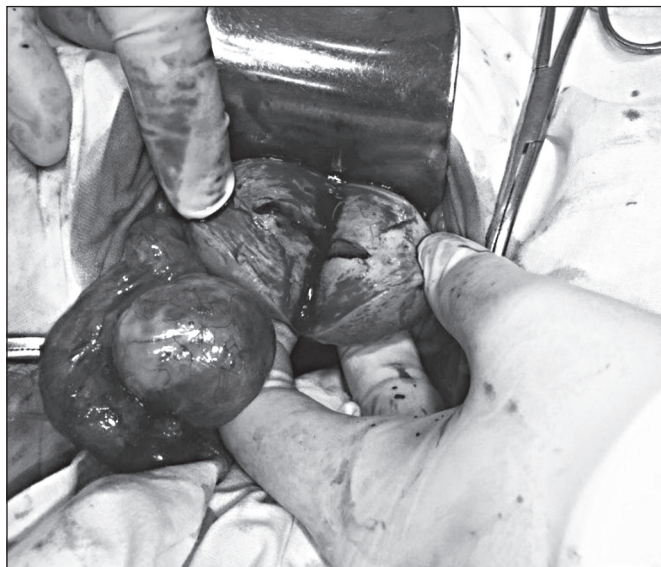


Fig.3. Histerotomie – prima etapă a metroplastiei după Bret – Guillet.

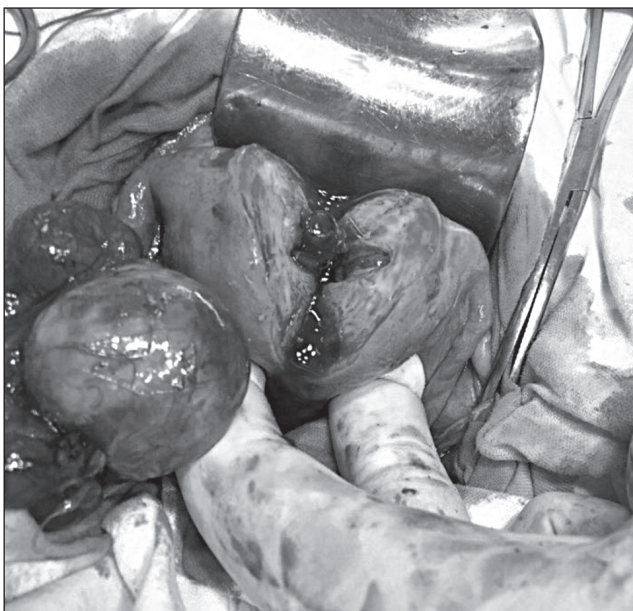


Fig.4. Drenaj intrauterin in situ după dezobstrucția canalului cervical.

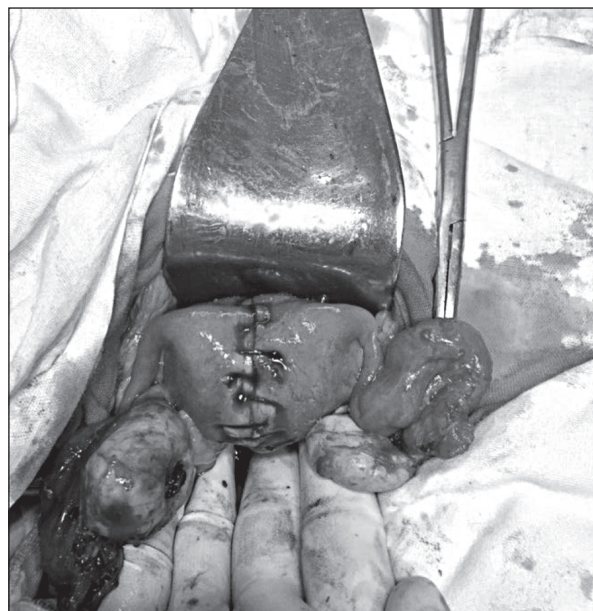


Fig.5. Etapa finală: Metroplastie finisată, evacuarea hematosalpinxului, rezecția și coagularea endometriozei ovariene.

decurs fără complicații. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare cu păstrarea drenului intrauterin pe parcursul a două săptămâni. Drenul a fost extras în condiții de ambulatoriu.

La examenul de control efectuat la trei luni – pacienta este asimptomatică.

Discuții. Stenozele colului uterin – este o situație clinică în care se determină obstrucție parțială sau totală a canalului cervical [21]. În literatura de specialitate definiția unanim acceptată de stenoză cervicală este criteriul de imposibilitatea introdu-

cerii dilatatorului Hegar cu Æ 2.5mm în canalul cervical [1].

Ocluziile cervicale pot fi rezultatul anomaliilor Mulleriene, infiltrațiilor proceselor neoplastice, atrofiei postmenopauzale și al intervențiilor chirurgicale [21]. Defectele cervicale transversale congenitale (atrezia/aplazia sau disgenezia/displazia) se referă la anomaliile Mülleriene foarte rare astfel încât în literatura mondială din 1990 până 2004 au fost descrise numai 116 cazuri [5]. Conform clasificării lui Rock JA și colab. (1995) ageneziile congenitale (sau aplaziile) și

disgeneziile (sau displaziile) colului uterin este rațional a fi împărțite în patru categorii: (1) agenezia colului uterin; (2) fragmentație cervicală; (3) cordon cervical fibros; și (4) obstrucții cervicale. În 52% cazuri atreziile colului uterin se combină cu atrezia vaginului și în 17.8% cu anomalii ale uterului [3].

Printre intervențiile chirurgicale care potențial contribuie la formarea obstrucțiilor cervicale sunt conicizarea colului uterin, înlăturarea tumorilor benigne și maligne ale colului, trahelectomia [21]. Frecvența stenozelor cervicale variază în limite destul de largi și se întâlnește după conicizarea colului de la 4% până la 17% [1, 15]. Conform datelor unei analize sistematice, stenozele cervicale după trahelectomie se întâlnesc în medie în 10.5% cazuri și variază de la 0 la 73.3% [12]. Apariția stenozelor colului uterin după chiuretajul uterului este o complicație destul de rară, și în literatura de specialitate fiind descrise doar cazuri unice [8, 19]. Factorii predispozanți pentru dezvoltarea stenozelor cervicale după intervențiile chirurgicale sunt considerați următorii: (1) intervenții transcervicale multiple; (2) excizia țesutului colului uterin mai mult de 20 mm; (3) hemoragii intraoperatorii dificil controlate; și (4) aplicarea suturilor pe colul uterin [1, 10, 21].

Manifestările clinice ale stenozelor cervicale includ: amenoree, dureri pelviene ciclice, dezvoltarea hematometrei, endometrioza pelviană, procese inflamatorii, dezvoltarea procesului aderențial masiv (*frozen pelvis*) [5, 20, 21]. Apariția amenoreei după raclajul uterului necesită un diagnostic diferențial cu sindromul Asherman [4].

La ultrasonografia transvaginală și/sau transabdominală, IRM în cazul stenozelor cervicale în perioada menstruațiilor, ca regulă, se determină semne de retenție și pătrundere retrogradă a sângelui menstrual (hematometră, hematosalpinx, lichid liber în cavitatea abdominală) [2, 6, 20, 22]. Aplicarea IRM în perioada preoperatorie permite de a stabili foarte precis nivelul obstrucției și malformațiile satelite în cazul ageneziei (sau aplaziei) congenitale și disgeneziei (sau displaziei) colului uterin [9].

Pentru corecția stenozelor cervicale dobândite se folosește un set destul de larg al intervențiilor chirurgicale miniinvasive, inclusiv dilatări repetate ale canalului cervical, utilizarea dilatatoarelor osmotice (laminarii), recanalizarea stenozelor și amplasarea sterilului intrauterin cu levonorgestrel [16] sau stenturilor din masă plastică, cateterelor urinare [6, 19], excizia colului cu folosirea electrozilor electrochirurgicali buclăți sau a rectoscopului [13, 14], folosirea stenturilor metalice autoexpansive [6, 21]. În pofida faptului că recanalizarea canalului endocervical este adecvată, totuși riscul dezvoltării restenozelor este foarte înalt [6]. Una din problemele contradictorii este termenul optim de plasare a stenturilor *in situ*. În literatură de domeniu se raportează că acest interval de timp este

de la 2 săptămâni [19] până la 5 luni [21]. Mai mult ca atât, primele experiențe de folosire a stenturilor metalice neacoperite au demonstrat că amplasarea lor pe o durată îndelungată în canalul cervical se soldează cu concreșterea lor cu țesuturile adiacente, ceea ce împiedică procesul de înlăturare a stenturilor sau chiar duce la fragmentarea lor [21].

Corecția chirurgicală a atreziilor cervicale congenitale prevede efectuarea unor intervenții mai complexe și depinde de forma anomaliilor [3, 5, 18]. Recanalizarea canalului cervical și aplicarea stentului se referă la cea mai simplă corecție a obstrucției, efectuându-se în cazul ageneziei cervicale și a cordonului fibros [5]. Cu toate acestea, experiența acumulată a demonstrat un procent destul de înalt al recidivelor și rezultate funcționale negative [3, 18]. A doua variantă de reconstrucție în cazul ageneziei colului uterin sau al disgeneziei cervicale (lipsa colului uterin sau fragmentat/cordon fibros) se ia în calculul pentru reconstrucția cervicală (formarea neocervixului) și/sau formarea anastomozelor uterovaginale [5, 9, 18]. În cazul fragmentării cervicale cu prezența segmentelor anatomofuncționale intacte ale colului, reconstrucția canalului cervical se efectuează prin formarea anastomozelor cervico-cervicale (end-to-end) cu drenare carcasă și este cea mai funcțional justificată [5]. În cazul imposibilității restabilirii lumenului canalului cervical și stenozelor refractare recidivante ale colului uterin, unica metodă de tratament rămâne histerectomia [7, 11, 17, 18, 21]. După datele literaturii, frecvența histerectomiilor în cazul atreziilor congenitale și fragmentărilor colului uterin a constituit 32% (37/116) [5].

Funcția reproductivă după recanalizarea stenozelor dobândite ale colului uterin nu este afectată, și în literatura de specialitate fiind descrise sarcini spontane în majoritatea cazurilor [19]. În cazul atreziilor congenitale ale colului uterin, după intervențiile reconstructive apariția sarcinii este posibilă, însă șansele sunt destul de joase [9]. La survenirea sarcinii în asemenea cazuri graviditatea se termină prin operație cezariană [20].

Concluzii. Intervențiile transcervicale multiple trebuie considerate ca un factor potențial al dezvoltării stenozelor colului uterin. Stenozarea canalului cervical trebuie să se considere în diagnosticul diferențiat în apariția amenoreei după raclajul uterului. Imagistica prin rezonanță magnetică este o metodă obligatorie de investigație, care permite precizarea gradului de obstrucție, formei anomaliilor satelite ale uterului și a stabili caracterul complicațiilor. Recanalizarea canalului endocervical trebuie finalizată prin aplicarea unui drenaj carcasă pentru formarea canalului cervical.

Bibliografie

1. Baldauf JJ, Dreyfus M, Ritter J, Meyer P, Philippe E. Risk of cervical stenosis after large loop excision or laser conization. *Obstet Gynecol.* 1996;88(6):933-8.

2. Bermejo C, Martínez-Ten P, Recio M, Ruiz-Ló-

- pez L, Díaz D, Illescas T. Three-dimensional ultrasound and magnetic resonance imaging assessment of cervix and vagina in women with uterine malformations. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2014;43(3):336-45.
3. Fujimoto VY, Miller JH, Klein NA, Soules MR. Congenital cervical atresia: report of seven cases and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(6):1419-25.
 4. Gilman Barber AR, Rhone SA, Fluker MR. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *J Obstet Gynaecol Can.* 2014;36(11):997-1001.
 5. Grimbizis GF, Tsalikis T, Mikos T, Papadopoulos N, Tarlatzis BC, Bontis JN. Successful end-to-end cervico-cervical anastomosis in a patient with congenital cervical fragmentation: case report. *Hum Reprod.* 2004;19(5):1204-10.
 6. Grund D, Köhler C, Krauel H, Schneider A. A new approach to preserve fertility by using a coated nitinol stent in a patient with recurrent cervical stenosis. *Fertil Steril.* 2007;87(5):1212.e13-6.
 7. Gudipudi D, Montemarano N, Del Priore G. Alternative approaches to cervical stenosis. *Fertil Steril.* 2007;88(3):763-4.
 8. Hakim-Elahi E. Postabortal amenorrhea due to cervical stenosis. *Obstet Gynecol.* 1976;48(6):723-4.
 9. He H, Guo H, Han J, Wu Y, Zhu F. An atresia cervix removal, lower uterine segment substitute for cervix and uterovaginal anastomosis: a case report and literature review. *Arch Gynecol Obstet.* 2015;291(1):93-7.
 10. Houlard S, Perrotin F, Fourquet F, Marret H, Lanasac J, Body G. Risk factors for cervical stenosis after laser cone biopsy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2002;104(2):144-7.
 11. Kumar S, Singh SK, Mavuduru R, Naveen A, Agarwal MM, Vanita J, Mandal AK. Bicornuate uterine horns with complete cervical-vaginal agenesis and congenital vesicouterine fistula. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19(5):739-41.
 12. Li X, Li J, Wu X. Incidence, risk factors and treatment of cervical stenosis after radical trachelectomy: A systematic review. *Eur J Cancer.* 2015;51(13):1751-9.
 13. Lin YH, Hwang JL, Huang LW, Seow KM, Chen HJ, Tzeng CR. Efficacy of hysteroscopic cervical resection for cervical stenosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20(6):836-41.
 14. Lunde B, Paul M, Treszezamsky A, Popot J, Dean G, Jacobs A. Loop electrosurgical excision procedure to treat cervical stenosis at the time of surgical abortion. *Contraception.* 2010;81(1):86-7.
 15. Mathevet P, Chemali E, Roy M, Dargent D. Long-term outcome of a randomized study comparing three techniques of conization: cold knife, laser, and LEEP. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;106(2):214-8.
 16. Motegi E, Hasegawa K, Kawai S, Kiuchi K, Kosaka N, Mochizuki Y, Fukasawa I. Levonorgestrel-releasing intrauterine system placement for severe uterine cervical stenosis after conization: two case reports. *J Med Case Rep.* 2016;10(1):56.
 17. Newman C, Finan MA. Hysterectomy in women with cervical stenosis. Surgical indications and pathology. *J Reprod Med.* 2003;48(9):672-6.
 18. Rock JA, Roberts CP, Jones HW Jr. Congenital anomalies of the uterine cervix: lessons from 30 cases managed clinically by a common protocol. *Fertil Steril.* 2010;94(5):1858-63.
 19. Tan Y, Bennett MJ. Urinary catheter stent placement for treatment of cervical stenosis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2007;47(5):406-9.
 20. Xie Z, Zhang X, Liu J, Zhang N, Xiao H, Liu Y, Li L, Liu X. Clinical characteristics of congenital cervical atresia based on anatomy and ultrasound: a retrospective study of 32 cases. *Eur J Med Res.* 2014;19:10.
 21. Yang J, Zhu L, Lang J. Vascular stent as a treatment for refractory cervical stenosis. *Chin Med J (Engl).* 2014;127(5):986-7.
 22. Yoo RE, Cho JY, Kim SY, Kim SH. A systematic approach to the magnetic resonance imaging-based differential diagnosis of congenital Müllerian duct anomalies and their mimics. *Abdom Imaging.* 2015;40(1):192-206.