

Olga Cernetchi, Irina Sagaidac, Silvia Agop

ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ALE SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU MIOM UTERIN

Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Obstetrică Ginecologie Nr.2

SUMMARY

CLINICAL ASPECTS OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA

Uterine myoma is the most common benign tumor of female genital organs. Pregnant women with uterine fibroids constitute a high-risk group, requiring thorough pregravid preparation. A retrospective analysis of the course of pregnancy, childbirth and the postnatal period was performed in 85 patients with uterine myoma. Pregnancy proceeded with the development of complications in 70% of cases. In 42 cases (49.5%) women delivered per vias naturalis, in 43 cases (50.5%) – by cesarean section, and in 11 cases during the surgery, myomectomy was performed.

РЕЗЮМЕ

КЛИНИКО-ЭВОЛЮЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ

Миома матки - самая распространенная доброкачественная опухоль женских половых органов. Беременные с миомой тела матки составляют группу высокого риска, требующие тщательной прегравидарной подготовки. Проведен ретроспективный анализ течения беременности, родов и послеродового периода у 85 пациенток с миомой матки. Беременность протекала с развитием осложнений в 70 % случаев. У 42(49,5%) женщин произошли вагинальные роды, 43(50,5%) - родоразрешены оперативным путём, при этом в 11 случаях во время операции касарева сечения была произведена миомэктомия.

Introducere. Miomul uterin reprezintă cea mai frecventă și comună tumoare benignă a femeilor de vârstă reproductivă. Frecvența asocierii sarcinii cu miomul uterin se estimează, după datele mai multor cercetători, în limitele 0,5-10,3% [2,4,7,8].

În ultimii ani, se înregistrează o frecvență sporită a asocierii sarcinii cu miomul uterin, dat fiind faptul că s-a mărit vârsta primiparelor la naștere, iar tot mai multe femei aplică la tehnologiile de fertilizare pentru realizarea potențialului reproductiv după ani de infertilitate.

Localizarea și dimensiunile nodulilor miomatoși, durata procesului, asocierea cu alte maladii genitale și extragenitale, vârsta femeii determină gradul de risc în sarcină și naștere pentru mamă și făt. Evoluția sarcinii la gestantele cu miom uterin este în mare măsură determinată de funcționalitatea sistemului fetoplacentar, vascularizarea adecvată în sistemul mamă – făt – placentă, caracterul hemostazei, dimensiunile și numărul nodulilor miomatoși și starea anatomică și funcțională a complexului placentar. Dezvoltarea fătului este condiționată de multiplele procese din organismul feminin, printre care cele mai importante sunt procesele de adaptare, relațiile morfologice și fiziopatologice dintre tumoarea benignă vizată și uter [1,5].

La gravidele cu miom uterin, în timpul sarcinii există schimbări în sistemul de hemostază, caracterizate prin hipercoagulare, hiperagregare plachetară, fibrinogeneză, ceea ce conduce la tulburări ale microcirculației în zona utero-placentară [8].

Tactica de conduită a nașterii este determinată de dimensiunile și localizarea nodulilor miomatoși. Frecvența intervențiilor chirurgicale în naștere este destul de înaltă și poate atinge 60 – 80% [3]. Cele menționate denotă un risc sporit de pierderi reproductive la gestantele cu miom uterin. Pe de altă parte, rezultatele unui studiu recent efectuat denotă că frecvența complicațiilor în sarcină și naștere la gestantele cu miom nu este mai mare decât în populația de femei cu evoluția fiziologică a sarcinii și nașterii[1].

Scopul studiului constă în evaluarea sarcinii, nașterii și aprecierea rezultatelor perinatale la gestantele cu miom uterin.

Material și metode. În prezentul studiu au fost incluse 85 gravide cu miom uterin (lotul de studiu), care au născut în secțiile obstetricale ale Institutului Mamei și Copilului și IMSP SCM nr.1 (mun. Chișinău) pe parcursul aa. 2016-2017. Lotul de control a fost constituit din 85 gestante cu evoluția fiziologică a sarcinii și nașterii. Examinarea pacientelor a inclus colectarea anamnezei: vârsta, debutul menarhe, datele despre ciclul menstrual, întreruperile de sarcină, patologia extragenitală etc. Cu referire la miomul uterin au fost examinate anumite particularități, cum ar fi localizarea nodulilor miomatoși structura lor, localizarea placentei, tonusul miometrului.

În cadrul studiului morfologic au fost examinate 22 de complexe placentare și nodulii miomatoși, înlățurați în timpul operațiilor cezariene.

Rezultate și discuții. Vârsta pacientelor incluse în cercetare a fost cuprinsă între 19 și 44 ani ($32,14 \pm 1,6$), fără diferențe semnificative în lotul de control – $29,54 \pm 3,6$ ani ($p > 0,05$). Termenele de naștere s-au repartizat după cum urmează: 29-34 săptămâni – 8 (9,5%) cazuri, 35 - 37 săptămâni – 12 (14,1%) cazuri, mai mare de 37 săptămâni – 65 (76,4%) cazuri.

Debutul menarhei, atât în lotul de bază cât și în cel de control a avut loc la vârsta de 13-17 ani. În lotul femeilor cu miom uterin a fost constatată o frecvență înaltă a avorturilor spontane și medicale în antecedente – de la 1 (12 % cazuri) la 4 (5% cazuri).

După cum menționează Mriganka M.et al.(2016), iminența de întrerupere a sarcinii, în special în trimestrul I, dar și avorturile spontane reprezintă o complicație frecventă înregistrată la gravidele cu miom uterin. Ea este condiționată de deformarea cavității uterului și endometriului, implantarea oului fetal în porțiunea inferioară a peretelui uterin sau în zona localizării nodulilor miomatosi, adică în zonele patologic modificate ale uterului [4].

Analiza anamnezei ginecologice a pacientelor incluse în studiu a pus în evidență prezența, în lotul de bază a 16 (18,2%) cazuri de colpită nespecifică, a 14 (18,2%) cazuri de patologie a colului uterin, 12 (13,6%) cazuri de procese inflamatoare ale anexelor. De menționat, că la 15 % din numărul gravidelor examinate din lotul de bază au fost diagnosticate infecțiile chlamidioza – 10,2% și ureaplasmoza – 5,8% cazuri. În lotul de control s-a constat prezența bolilor ginecologice în antecedente la doar 4 gravide (4,7%).

În lotul de femei gravide cu miom uterin s-a estimat o rată înaltă de sterilitate în căsnicie: cu sterilitate primară au fost diagnosticate 3 gravide (3,53%), iar 8 (9,41%) gestante cu miom au suferit de sterilitate secundară. În cadrul lotului de control nu s-a evidențiat nici un caz de sterilitate în antecedente.

În lotul de studiu au fost atestate 9 (10,59%) cazuri de hipertensiune indusă de sarcină și 5 (5,88%) cazuri de preeclampsie vs. 2 (2,35%), cazuri de hipertensiune indusă de sarcină depistate în lotul de control. Datele obținute sunt confirmate și de rezultatele raportate de Levy G et al. (2012), care susține că gestația definește modificările funcționale la nivelul vascularizării nodulului miomatos, care constituie baza pentru dezvoltarea sindromului hipertensiunii arteriale. Totodată, în condiții patogenetice similare, nu toate gravidele cu miom uterin dezvoltă stări hipertensive în sarcină, care sunt asociate și depind de potențialul vasodilatator și anti-constrictor al endotelului [2]. Restricția de creștere intrauterină a fătului a fost diagnosticată în 2 (2,35%) cazuri, ambele sarcini terminate prin operație cezariană.

La gravidele cu miom uterin a fost determinată o frecvență relativ mare a patologiilor extragenitale, cum ar fi: pielonefrita cronică – la 7 (8,23%) gravide, patologia glandei tiroide – la 2 femei, boala varicoasă – 4 (4,70%), maladii cardiovasculare – 5 (5,88%). În lotul de control au fost diagnosticate maladii extragenitale unice.

Din numărul total de paciente incluse în studiu, miomul uterin a fost diagnosticat până la sarcină în 50 (58,8%) cazuri, iar durata evoluției bolii a variat de la 2 până la 18 ani. 15 % gravide au beneficiat de tratament până la debutul sarcinii. Astfel, tratamentul conservator a fost aplicat la 4 (4,70%) femei, iar miomectomia conservatoare s-a efectuat în 11 (12,9 %) cazuri. Miomectomia s-a executat prin intermediul laparoscopiei în 9 cazuri, iar în 2 cazuri – prin laparotomie. Miomul uterin a fost diagnosticat în timpul sarcinii în 35 (41,2 %) cazuri.

În cadrul examenului ultrasonografic au fost cercetate mărimea, numărul, localizarea și structura nodulilor miomatoși în uterul gravid. Astfel, nodulii au fost vizualizați sub formă de formațiuni ovale, cu prezența unei pseudocapsule având forma unui contur hipoecogenic. Caracteristica ecografică a nodulului miomatos a fost determinată de ponderea în structura sa a țesutului muscular și conjunctiv. Diametrul nodulilor la gravidele examinate a variat între 0,9 mm și 81 mm ($31,4 \pm 12,2$ mm). La majoritatea femeilor însărcinate (73,6%) au fost diagnosticați noduli miomatoși unici, în 31 (36,4%) cazuri – noduli multipli.

Aprecierea modului de creștere a nodulilor miomatoși s-a bazat pe clasificarea general acceptată a fibroamelor uterine. Variantele de localizare a nodulilor la femeile gravide examinate au fost, după cum urmează: în 33 % dintre cazuri noduli subseroși, 18% – interstițial-subseroși, în 47% – interstițiali, iar în 2 % din cazuri au fost diagnosticați noduli miomatoși submucoși. Localizarea nodulilor în uter a fost mai frecvent înregistrată pe pereții anteriori (57%) și posteriori (26%), mai puțin în peretele lateral al uterului (7 % și 5 %, respectiv, din dreapta și din stânga), precum și în uter – 5 % dintre cazuri.

În 20 (23,5%) de cazuri a fost posibilă evaluarea dinamică a stării nodulilor miomatoși pe parcursul perioadei de gestație. Astfel, la 14 paciente nu au fost înregistrate modificări ale nodulilor miomatoși, în 4 cazuri s-a constat o creștere moderată a dimensiunii nodulilor (cu 2-3 cm în diametru). Numai la 2 primipare s-a înregistrat o creștere rapidă a nodulilor miomatoși: de la 3-4 cm în diametru la debutul sarcinii până la 6 cm, și respectiv, 8 cm la sarcina la termen.

La 42 paciente din numărul total de gestante incluse în cercetare nașterea s-a finalizat per vias naturalis. Analiza duratei travaliului a constat că diferențe statistice semnificative între loturile studiate de paciente nu s-au înregistrat. Astfel, durata perioadei I de naștere în lotul de studiu a constituit $467,12 \pm 12,66$ min comparativ cu lotul de control – $412,03 \pm 21,6$ min ($p > 0,05$). Același lucru este valabil și pentru perioadele II și III ale nașterii ($p > 0,05$).

Volumul sângelui pierdut la pacientele din lotul I a fost apreciat la $410,74 \pm 45,6$ ml, iar în lotul de control – la $264,22 \pm 44,16$ ml, respectiv. Astfel, hemoragia în travaliu în lotul cu miom uterin este semnificativ mai mare ($p < 0,05$) decât în lotul de control.

Analizând evoluția clinică a nașterii în loturile studiate, am estimat că prezența nodulilor miomatoși sporește semnificativ ($p < 0,05$) frecvența anomaliilor forțelor de contracție (perioada preliminară patologică, distociile dinamice uterine, dar și discoordonarea forțelor de contracție în travaliu). Astfel, acest indicator în lotul I de studiu era de circa 5 ori mai mare decât în lotul de control (16,4% vs. 3,52 %) ($p < 0,05$). În prezența miomului uterin statistic semnificativ ($p < 0,05$) se înregistrează o frecvență sporită a ruperii premature a membranelor amniotice. În lotul I ruperea prematură a pungii amniotice a fost atestată în 15,2% cazuri, iar în lotul de control – în 4,70 % cazuri.

Din numărul total de 85 gravide cu miom uterin, sarcina s-a finalizat prin operație cezariană în 43(50,5%) cazuri. Dintre acestea 60% cazuri au constituit operații cezariene electivă și 40% cazuri operații cezariene de urgență. La stabilirea indicațiilor pentru intervenția chirurgicală vizată a fost luată în considerare asocierea miomului uterin cu mai mulți factori patologici, cum ar fi vârsta, infertilitatea în anamneză, prezența patologiei obstetricale și extragenitale. Indicațiile pentru operația cezariană sunt prezentate în tabelul 1. În 9 cazuri, în timpul operației cezariene, a fost efectuată și miomectomia conservatoare a nodulilor miomatoși cu dimensiunea 5 – 7 cm subseroși-interstițiali, localizați în 4 cazuri în segmentul inferior al uterului, iar în 5 cazuri pe pereții uterini. Datele obținute în prezentul studiu sunt confirmate de cele relatate de Michels K. (2014), care atestă că la femeile cu miom uterin este sporit riscul de a termina sarcina prin operația cezariană, care este direct proporțional cu dimensiunea și localizarea nodulilor miomatoși [4].

La 2 paciente s-au înregistrat complicații obstetricale majore, ca decolarea prematură de placentă normal inserată și placenta previa. Astfel, într-un caz la o gravidă cu termenul de gestație 29 săptămâni cu placenta previa și hemoragie avansată sarcina s-a finalizat prin laparotomie cu histerectomie supravaginală, iar la o gravidă cu termenul de sarcină 31 săptămâni cu localizarea cervicală a nodulului miomatos și decolarea prematură de placentă s-a efectuat laparotomie cu histerectomie fără anexe.

Tabelul 1.

Indicații pentru operația cezariană

Indicații	Nr de cazuri	%
Miom uterin nodular	9	10,6
Uter cicatricial după operația cezariană	5	5,9
Uter cicatricial după miomectomie	11	12,9
Prezența pelviană	4	4,7
Prolabarea cordonului ombilical	1	1,2
Restricție de creștere intrauterină a fătului	2	2,3
Anamneză obstetricală complicată	8	9,4

La termene de sarcină cuprinse între 29-37 săptămâni, femeile cu miom uterin au născut 20 copii cu masa corpului de la 1450 g până la 2950 g. La termenul de sarcină mai mare de 37 săptămâni masa nou-născuților varia în limitele 2850-3750 grame. Din numărul total de copii născuți de la gestantele cu miom, 62 (72,9%) au fost în stare satisfăcătoare, iar la ceilalți 23 starea generală era determinată de afecțiuni hipoxice de divers grad, ei necesitând îngrijiri postnatale. Dimensiunile medii ale placentei au constituit 22,0-24,3 cm, iar grosimea ei – 1,5-3 cm.

Examenul morfologic a 22 de complexe placentare prelevate de la femeile cu miom uterin a pus în evidență procese marcante de distrofie, conglomerate de cheaguri sanguine și depuneri fibrinoide în spațiile intravilozitare. Concomitent, au fost determinate hiperplazii ale capilarelor în vilozitățile terminale.

Astfel, rezultatele prezentei cercetări denotă actualitatea problemei asocierii sarcinii și nașterii la femeile cu miom uterin. Antecedentele de maladii ginecologice suportate, infertilitatea, patologia extragenitală, precum și vârsta la care a survenit sarcina la paciențele cu miom pun în fața specialiștilor probleme de diagnostic oportun, monitorizare eficientă nu numai a evoluției sarcinii, dar și a stării nodulilor miomatoși, elaborarea unei strategii corecte de finalizare a nașterii.

Concluzii

1. Femeile cu miom uterin trebuie incluse în grupul de risc sporit pentru patologii obstetricale, care trebuie luate în considerare la planificarea sarcinii și necesită o examinare detaliată cu aplicarea tratamentului hormonal respectiv, iar în unele cazuri și a tratamentului chirurgical prin miomectomie conservatoare.

2. Modul de terminare a sarcinii la gestantele cu miom uterin este determinat de localizarea, dimensiunea nodulilor miomatoși, starea intrauterină a fătului, antecedentele obstetricale și ginecologice.

Bibliografie

1. Levast F, Legendre G, Bouet PE, Sentilhes L. Management of uterine myomas during pregnancy. Gynecol Obstet Fertil. 2016 Jun;44(6):350-4.

2. Levy G, Hill M, Beall S, Zarek S, Segars J, Catharino W. Leiomyoma: genetics, assisted reproduction, pregnancy and therapeutic advances. J Assist Reprod Genet 2012; 29:703-12.

3. Michels K, Velez Edwards D, Baird D, Savitz D. Uterine fibroids and cesarean birth risk: a prospective cohort with standardized imaging. Ann Epidemiol, 2014, 24:122–126.

4. Mriganka Mouli Saha, Debasmita Mondal. Pregnancy with leiomyoma uteri and fetomaternal outcomes. Al Ameen J Med Sci. 2016; 9(2):96-100.

5. Parazzini Fabio, Tozzi Luca, Bianchi Stefano. Pregnancy outcome and uterine fibroids. Gynaecology. Volume 34, July 2016, Pages 74-84.

6. Vitale S. G., Tropea A., Rossetti D. et al. Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature. *Updates in Surgery*, vol. 65, no. 3, pp. 179–182, 2013.

7. Краснопольский В. И., Буянова С. Н., Логутова Л. С., Щукина Н. А. Миома матки вне и во время

беременности. – М.: Клиника. ФУВ им. М. Ф. Владимирского, 2014. – 19 с.

8. Михалевич С. И., Капуста А. В. Беременность, роды и послеродовой период у женщин с миомой матки. // *Медицинские новости*. – 2011. – № 2. – С. 18–25.

© Natalia Corolcova, Iurie Dondiuc

Natalia Corolcova¹, Iurie Dondiuc²
**DISFUNȚIILE MENSTRUALE ȘI TULBURĂRILE PSIHOEMOȚIONALE
LA PACIENTELE ÎN PERIOADA REPRODUCTIVĂ**

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

¹ *Catedra de obstetrică și ginecologie nr.1*

² *Catedra de obstetrică și ginecologie nr.2*

SUMMARY

MENSTRUAL DYSFUNCTIONS AND PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN REPRODUCTIVE PERIOD

Keywords: menstrual dysfunctions, anxiety, depression, reproductive period.

Introduction. *Anxiety disorders are the most common psychological dysfunctions, manifested in the reproductive age with a frequency of 30-40%. Current studies indicate that there is a relationship between sex hormones and the systems of emotional brain.*

Material and methods. *The study involves 130 patients with normal menstrual cycle and menstrual disorders. The collection of materials was conducted using questionnaires. Processing of the data were performed using the application package software SPSS 20 and Microsoft Excel 2010.*

Results. *The analysis of the age structure revealed that in the most cases cycle dysfunction occurred at the age of 18-41 years old, on average 26,7±0,6. Studying the relationship between menstrual disorders and psychoemotional state, it was found that there is a significant correlation between menstrual dysfunction and anxiety ($p<0.05$), but absence of any correlation with depressive disorders ($p>0.05$).*

Conclusion. *Menstrual disorders constitute an important unmet area of reproductive health services for women and more attention should be given to study the relationship with psychoemotional dysfunctions.*

РЕЗЮМЕ

МЕНСТРУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Ключевые слова: менструальная дисфункция, тревожность, депрессия, репродуктивный период.

Введение. *Тревожные расстройства относятся к наиболее распространённым психическим нарушениям, проявляющиеся в репродуктивном возрасте с частотой 30–40%. Современные исследования указывают на имеющуюся связь между женскими половыми гормонами и системами эмоциональной регуляции головного мозга.*

Материал и методы: *В исследование включены 130 пациенток с и без нарушения менструального цикла. Сбор материала осуществлялся методом анкетирования. Обработка полученных данных производилась с использованием пакета прикладных компьютерных программ SPSS 20 и Microsoft Excel 2010.*

Результаты: *При анализе возрастной структуры установлено, что пациентки были в возрасте 18-41 года, что в среднем составило 26,7±0,6 лет. Изучая взаимосвязь нарушения менструального цикла с психоэмоциональными расстройствами было установлено, что существует значительная корреляция между менструальными дисфункциями и уровнем тревоги ($p<0,05$), но отсутствие какой-либо связи с депрессией ($p>0,05$).*