

Analizând masa feților în funcție de rezultatele neonatale, am constatat că masa nou-născuților care au supraviețuit a constituit în medie 925,6 g, deci în toate cazurile a depășit 850 g, a celor decedați – 716,6 g, fiind cuprinsă între 550 și 920 g, majoritatea având masa sub 800 g la naștere.

Concluzii

1. Progresul tehnico-științific din obstetrică, deși nu a reușit să reducă incidența prematurității, a contribuit la o ameliorare considerabilă a indicilor mortalității și morbidității printre prematuri.
2. În cadrul studiului s-a observat o conduită antenatală insuficientă a gravidelor care au născut prematur, în special a celor cu anamneză obstetricală agravată prin pierderi reproductive anterioare (avorturi spontane, nașteri premature).
3. Rezultatele studiului au evidențiat o pondere înaltă a mortalității antenatale (49,7%) care, de fapt, este similară cu același indice în nașterile la termen.
4. Atrage atenția nivelul net major al mortalității neonatale precoce (714‰) printre nou-născuții cu masa extrem de mică la naștere, majoritatea cazurilor fiind înregistrate în primele 48 ore de viață.
5. Cel mai important factor de risc al mortalității neonatale îl putem considera masa la naștere, fiecare zi de viață intrauterină mărinș șansele prematurului la supraviețuire.

Bibliografie

1. Baud O., Zupan V., Lacaze-Masmonteil T., Audibert F., Shojaei T., Thebaud B., Ville Y. The relationships between antenatal management, the cause of delivery and neonatal outcome in a large cohort of very preterm singleton infants. Br.J.Obstet.Gynecol., 2000, 107: 877-884
2. Bibby E., Stewart A. The epidemiology of preterm birth. Neuro.Endocrinol.Lett., 2004, 25: 43-47
3. Crowley p. Prophylactic corticosteroids for preterm birth. Database of systematic reviews. The Cochrane Library, issue 1, 2001
4. Drife J., Magowan B. Clinical obstetrics and gynecology. Saunders, pp. 291-471, 2004
5. Krymko H., Bashiri A., Smolin A., Scheiner E., Bar-David J. Et al. Risk factors for recurrent preterm delivery. Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol., 2004, 113 (2): 160-163
6. Maupin R. Lyman R., Fatsis J et al. Characteristics of women who deliver with no prenatal care. J. Matern.Fetal.Neonatal.Med., 2004, 16 (1): 45-50
7. Supliment la Ghidul C Național de Perinatologie. Protocoale de îngrijire și tratament în obstetrică și neonatologie (destinat medicilor obstetricieni, neonatologi și medicilor de familie). Vol. 3, Chișinău, 2007

FOLOSIREA AMNIOINFUZIEI TRANSABDOMINALE ÎN CAZ DE RUPERE PREMATURĂ A MEMBRANELOR PRETERMEN

Gheorghe Paladi, Liudmila Stavinskaia, Uliana Tabuica

Catedra Obstetrică-Ginecologie (rezidențiat)

Summary

Transabdominal amnioinfusion for the management of premature rupture of membranes

Premature rupture of membranes between 22-34 weeks is associated with high level of neonatal mortality and morbidity. During 2005 year in obstetrical-gynecological hospital clinic of Chisinau were performed a series of transabdominal amnioinfusions in 9 women with PROM (gestational ages: two patients – 22 weeks, the others – 29-30 weeks). In the amniotic cavity was

inserted a permanent catheter (epidural catheter) and intermittent amnioinfusions with warm saline fluid were made daily in the first week of treatment. Then procedures were repeated with 1-3 day interval in the volume according to the ultrasound data. This procedure was associated with bed rest, tocolysis, antibiotic prophylaxis and fetal pulmonary maturation therapy. The pregnancy was prolonged for 5-10 weeks, the labor occurred at 31-37 weeks. The indication for labor induction was the appearance of the signs of infection. All the babies were in the breech presentation and were delivered vaginally. During the first year of life in these children we haven't revealed any physical and psychic abnormalities.

Rezumat

Nasterea prematura este o problema clasica a obstetricii moderne și are un impact social deosebit, fiind, alături de malformațiile congenitale, cea mai importantă sursă de morbiditate și mortalitate neonatală, cu consecințe tardive invalidizante. Cea mai frecventă cauză a nașterilor premature este ruperea prematură a membranelor amniotice (RPPA), incidența căreia în patologia dată constituie până la 35%. Noi am executat amnioinfuzii transabdominale fracționate la 9 gravide cu RPPA. Într-un 2 cazuri RPPA a survenit la termenul sarcinii de 21-22 săptămâni, la altele – la 29-30 săptămâni de sarcină. S-au indicat și tratamente tocolitice cu β - adrenomimetice, antibacteriene, spasmolitice și vitaminoterapia cu antioxidante. Indicațiile pentru declanșarea travaliului au fost apariția semnelor de infecție și convingerea că astfel se diminuează riscul diferitor incidențe. Nașterea a urmat per vias naturalis, pentru inducție fiind utilizate prostoglandine și/sau oxitocina, a evoluat fără particularități, născându-se feți cu masa de 1900- 2700 g. fără semne de hipoplazie pulmonară, deformații scheletice sau septicemie neonatală.

Actualitatea temei

Nasterea prematură este o problemă clasică a obstetricii moderne și are un impact social deosebit, fiind, alături de malformațiile congenitale, cea mai importantă sursă de morbiditate și mortalitate neonatală, cu consecințe tardive invalidizante. Ameliorarea prognosticului fetal în cadrul acestei patologii constituie piatra de încercare a oricărui obstetrician.

În structura cauzelor de morbiditate și mortalitate perinatală prematuritatea deține ferm treapta supremă. Frecvența ei constituie 10-25% din numărul total de sarcini, inclusiv 6-8% sunt nașterile premature, din care rezultă evident și un copil prematur. Astfel, prin cauze definite de prematuritate survin 70-80% din cazurile neonatale precoce și 60-70% din decesele infantile. Frecvența mortalității perinatale s-a dedus a fi invers proporțională termenului de gestație. Dintre prematurii cu masa de sub 1500 g decedează fiecare al doilea, iar restul prezintă suferințe neurologice, retardează în dezvoltarea fizică și psihică. De menționat, că indiferent de progresele medicale procentul nașterilor premature nu a putut fi influențat spre diminuare și rămâne la un nivel stabil pe parcursul ultimilor 30-40 ani. Una din căile de diminuare a acestui fenomen ar fi crearea condițiilor care favorizează prelungirea sarcinii la pacientele cu riscuri crescute de prematuritate. Este un adevăr demonstrat, că fiecare zi în plus de viață intrauterină sporește considerabil vitalitatea fătului și diminuează riscul mortalității lui neonatale.

Nașterea prematură sub 28 săptămâni este cauza a 49-58% din decesele neonatale, iar sub 37 săptămâni - a 7%. În afara riscului decesului neonatal, feții născuți prematur au morbiditate crescută și un risc crescut pe termen lung de a dezvolta sechele (paralizie cerebrală, boală pulmonară cronică, afecțiuni gastrointestinale, retardare mentală, deficiențe vizuale și auditive). În ciuda eforturilor clinice menite de a reduce incidența nașterilor premature, rata lor (în particular în SUA) a atins cel mai înalt nivel din ultimele două decenii în 2001, când a fost 11,9% (unul din opt feți a fost prematur). Față de anul 1981, rata nașterilor premature a crescut cu 27%. O mare parte din această creștere se datorează creșterii procentului de sarcini multiple obținute prin tehnici de reproducere asistată. Oricum, rata nașterilor premature la sarcinile cu feți unici a crescut, de asemenea, în această perioadă.

Similar situației pe plan mondial, în Moldova se remarcă nivelul înalt (circa 3%) a numărului de nașteri premature datorată în principal progreselor obținute în reproducerea asistată, creșterii numărului primiparelor în vârstă și lipsei unor protocoale bine definite în teritoriu pentru urmărirea sarcinilor cu risc. Din 1990, când mortalitatea perinatală datorată prematurității a fost de 18,1%, de la anul 2003 până la 2008 se remarcă menținerea ei la nivelul 11-13%. Aceste modificări pot fi explicate prin progresele în terapia intensivă și reanimarea neonatală, cu scăderea mortalității la distrofici, creșterea numărului de prematuri mici.

Nașterea prematură reprezintă principala cauză de morbiditate și mortalitate neonatală: costurile pentru tratamentul și îngrijirile prematurilor este foarte ridicat, astfel că un număr de aproximativ 15% din nou-născuții prematuri consumă peste 70% din bugetele secțiilor de neonatologie. Incidența nașterii premature variază între 5%- 25% (în țările dezvoltate, respectiv în curs de dezvoltare). În Moldova incidența este de aproximativ 2,8% (din anul 2003-2008 se menține sub 3%).

În prezent, probleme grave pune, în mod real, nașterea înainte de 34 de săptămâni de gestație; acest subgrup de nașteri reprezintă principala sursă a mortalității perinatale și a morbidității perinatale severe, pe termen scurt, precum și a dizabilității grave, pe termen lung. Datorită progreselor în terapia intensivă neonatală, limita inferioară a viabilității, din punct de vedere al greutății la naștere, a fost împinsă până la de 500 grame, dar în aceste cazuri, aparentul succes este pus în discuție din cauza problemei sechelelor neurologice (“paralizie cerebrală”); acestea au o prevalență de 75% la feții născuți înainte de 32 săptămâni de gestație.

Feții născuți cu 3 săptămâni înainte de termen prezintă semne fizice de prematuritate și pot dezvolta complicații. Cele mai frecvente apar la feți cu prematuritate moderată-severă (28 – 34 săptămâni) și includ icter sever postnatal, hipoglicemie, hipocalcemie, sindrom de detresă respiratorie neonatală, displazie bronho-pulmonară, hemoragie intracraniană, retinopatie de prematuritate, enterocolită necrotică, anemie, susceptibilitate mare la infecții, septicemie. Cea mai mică vârstă gestațională la care fătul poate supraviețui se numește limita de viabilitate. În SUA, pe măsura creșterii performanțelor secțiilor de terapie intensivă neonatală, limita a scăzut spre 21 săptămâni (greutate de 400-500 grame). Cum riscul afectării cerebrale și al retardului neuropsihic este semnificativ la această limită, chiar dacă supraviețuiește, există controverse etice asupra agresivității tratamentului la acești feți. După 34 de săptămâni de gestație, fătul se consideră a fi suficient de maturizat, astfel încât consecințele expunerii la mediul extrauterin să fie limitate.

În 75% din cazuri, apariția contracțiilor uterine și inițierea travaliului urmează imediat ruperii membranelor. Intervalul de timp de la ruptura membranelor până la apariția travaliului tinde să fie invers proporțional cu vârsta gestațională. Astfel, cu cât ruperea membranelor se produce la o vârstă gestațională mai mică, cu atât perioada de latență până la instalarea travaliului este mai mare.

Dovezile prezentate constituie baza conceptului conform căruia nașterea prematură este o afecțiune complexă, un sindrom. Forma de prezentare clinică a acestui sindrom (contracții uterine, maturare cervicală prematură fără contracții sau PROM) va varia în funcție de tipul agresiunii și de timpul cât a acționat. Acest concept are implicații în înțelegerea mecanismelor responsabile de inițierea nașterii premature, cât și pentru diagnosticul, tratamentul și prevenirea acesteia. Întrucât nașterea prematură este un sindrom heterogen, este puțin probabil ca un singur algoritm diagnostic sau un singur tip de intervenție terapeutică să prevină totalitatea nașterilor premature. În viitor este necesară o revizuire sistematică a taxonomiei travaliului prematur, care este acum posibilă folosind tehnici genomice, proteomice și metabolomice.

Scopul studiului a fost elaborarea metodei și aprecierea eficacității în prelungirea sarcinii prin folosirea amniotomiei transabdominale în caz de rupere prematură a pungii amniotice pretermen.

Materiale și metode

În lucrare sunt prezentate rezultatele prelungirii sarcinii la 9 paciente cu ruperea prematură a pungii amniotice prin amnioinfuzii fracționate de lungă durată.

Amnioinfuzia transabdominală fracționată s-a efectuat cu cateter uniluminal la pacientele cu sarcină monofetală ce s-a complicat cu RPPA la termenii gestaționali de 28 -34 săptămâni.

La suspectarea scurgerii lichidului amniotic a fost indicată o examinare minuțioasă a pacientei, care includea: examen în valve pentru depistarea lichidului amniotic în vagin; examen ultrasonografic pentru excluderea malformațiilor fetale, pentru aprecierea tipului de inserție placentară, a prezentației fetale, aprecierea gradului oligoamniozei și determinarea indicelui lichidului amniotic (ILA). Pentru excluderea infecției s-a recurs la investigații de laborator (hemoleucograma, proteina C-reactivă, latex-testul etc), termometria, cardiocitograma pentru evaluarea stării intrauterine a fătului.

Considerând faptul că amnioinfuzia este o intervenție invazivă, au fost evaluate comparativ riscurile și beneficiile ei. Conduita pacientei s-a decis cu avizul gravidei și al rudelor ei, care au fost avertizați despre complicațiile eventual posibile ale prematurității (boala membranelor hialine, hemoragii intracraniene), riscul infecției și al altor complicații ce pot afecta fertilitatea ulterioară a femeii, despre necesitatea respectării unui regim strict la pat și a tuturor indicațiilor prescrise.

Nemijlocit înainte de efectuarea amniocentezei s-a efectuat USG cu aprecierea spațiilor maxime de lichid, localizarea placentei, a anșelor cordonului ombilical. Pe aria decisă, respectând regulile asepticii, s-a efectuat amniocenteza transabdominală cu ac lung (14 cm), apoi prin ac s-a introdus soluție izotonică de NaCl caldă (37⁰C) în volum de 250 ml (dacă ILA conține 5-10 cm) sau 500 ml dacă ILA este < de 5 cm, cu viteza de 15-20 ml/min. În scopul profilaxiei complicațiilor infecțioase în această soluție se dizolva un antibiotic cu spectru larg de acțiune – de preferință cefalosporine – în doză unică medie. După majorarea volumului de fluid amniotic, prin ac în cavitatea amniotică se introducea cateter peridural ecopozitiv. Pacienta era poziționată cu partea pelviană ridicată și se stabilea o evidență strictă a volumului de lichide eliminate.

Amnioinfuziile fracționate se efectuau prin cateter în volum de 150-250 ml cu viteza de 3-5 ml/min la intervale de 2-3 zile. Volumul lichidului introdus și frecvența procedurilor depindea de tempourile excreției de fluide și se defineau de ILA, care se determina de cel puțin 2 ori pe săptămână. Zilnic, pentru spălarea cateterului se introduceau 30-40 ml soluție izotonică caldă.

Durata aflării cateterului în cavitatea amniotică depindea de starea gravidei, lipsa semnelor de infecție. Cateterul funcțional se poate afla în cavitatea amniotică de la 3 până la 5 săptămâni. Declanșarea travaliului se efectua în momentul, când medicul era convins de viabilitatea fătului și maturitatea lui pulmonară, până să se profileze semnele de infecție. Preferința s-a dat nașterii pe căile naturale, deoarece, nașterea prin cezariană este riscantă prin complicațiile infecțioase la mamă fără să le scadă pe cele ce vizează fătul.

Rezultate și discuții

Cea mai frecventă cauză a nașterilor premature este ruperea prematură a membranelor amniotice (RPPA), incidența căreia în patologia dată constituie, conform datelor literaturii, până la 35%. Conform statisticilor clinicii noastre, RPPA complică peste 62% din nașterile premature. Travaliul se dezvoltă în 24 ore doar la 60-80%, în restul cazurilor perioada latentă poate dura câteva zile și chiar săptămâni. Cu cât mai mic este termenul gestației la momentul RPPA, cu atât mai îndelungată este perioada latentă.

Riscul complicațiilor prin RPPA depinde de termenul sarcinii, volumul lichidului amniotic pierdut și de intervalul alichidian.

Pronosticul RPPA produs până la 27 săptămâni în majoritatea cazurilor este incert. Însă aceasta nu este un argument pentru refuzul de a accepta o conduită de supraveghere expectativă a sarcinii și de profilaxie a complicațiilor la făt. Recent în literatura de domeniu au apărut relatări

despre aplicarea amniotinfuziei ca metodă de prelungire a sarcinii și de profilaxie a complicațiilor la făt în caz de oligoamnioză de diversă etiologie, inclusiv cea cauzată de RPPA.

Însă în relatările la acest capitol nu găsim informații exhaustive despre această metodă de tratament, astfel că este greu să decidem exact despre beneficiile oferite de această metodă. În plus, nu există o opinie unică despre tactica de conduită a acestor paciente, despre oportunitatea tratamentului tocolitic, antibacterian și, în special, a terapiei cu glucocorticoizi. Nu sunt punctate orarele și succesivitatea procedurilor.

Reeșind din aceasta, în clinica noastră am încercat pe baza unei experiențe (foarte restrânse) de aplicare a amniotinfuziei transabdominale cu soluție 0,9% de Na Cl, să formulăm câteva indicații uzuale vizând:

- indicațiile și condițiile pentru utilizarea metodei;
- tehnica amniocentezei cu aplicarea unui cateter transabdominal permanent;
- volumul și frecvența amniotinfuziei fracționate;
- durata aflării cateterului în cavitatea amniotică;
- terapia de întreținere a sarcinii, inclusiv perfuzională și antimicrobiană paralelă;
- accelerarea maturizării pulmonare cu doze fracționate de glucocorticoizi;
- momentul optimal pentru declanșarea travaliului.

Opiniile despre utilitatea tratamentului tocolitic în caz de RPPA sunt controversate, la fel ca și despre eficiența tratamentului antibacterian profilactic. Cel mai frecvent se indică adrenomimetice și sulfat de magneziu, care, administrate pe fond de RPPA în termenii de 24-34 săptămâni de gestație reușesc prelungirea perioadei latente și, respectiv, diminuarea gradului de prematuritate a fătului.

Deși s-au efectuat numeroase cercetări vizavi de indicarea corticosteroizilor în scopul profilaxiei maladiilor membranelor hialine în caz de RPPA, opiniile sunt discipante totuși. Prima rezervă ar fi determinată de faptul că RPPA favorizează accelerarea maturizării plămânilor fetali chiar în lipsa intervențiilor curative. Altă serie de savanți susțin eficiența tratamentului cu glucocorticoizi, fără a reuși să dovedească univoc acest fapt. Pentru prevenirea hipoplaziei pulmonare în caz de RPPA în termenele sarcinii de 24-34 săptămâni, noi am administrat Dexametazon câte 12 mg/nictemeral timp de 3 zile, reluând cura peste 7-10 zile. În plus, am considerat binevenită introducerea intraamniotală prin cateter a aceluiași preparat în doza totală de 12 mg pentru termenii sarcinii de 29-30 săptămâni. Conform recomandărilor Institutului Național al Sănătății din SUA, corticosteroizii se pot indica în lipsa corioamniotitei până la termenul de 34 săptămâni gestaționale. Ultimele investigații în acest sens au demonstrat, că și mai efectivă este asocierea glucocorticoizilor cu protirelina. În plus, indicarea lor pe fond de antibioticoterapie diminuează riscul corioamniotitei. Studii recente, în servicii de obstetrică de mare performanță, au arătat că, dintre gravidele cu sarcini între 24 și 34 de săptămâni (perioada de risc maxim, în care nașterea prematură are cele mai grave consecințe) care au fost considerate ca având în mod real amenințare de naștere înainte de termen și cărora li s-au administrat, prin urmare, glucocorticoizi, doar 20% au născut în interval de 3 zile. Această ineficiență în a diferenția între amenințare de naștere prematură fără consecințe imediate și declanșarea travaliului înainte de termen duce, frecvent, la repetarea dozei de glucocorticoizi, la gravidele simptomatice care sfârșesc prin a naște prematur, fapt care are consecințe defavorabile asupra prognosticului neuropsihic, pe termen lung, al copilului.

Noi am executat amniotinfuzii transabdominale fracționate la 9 gravide cu RPPA. Toate aveau vârsta de 20-27 ani, 2 – primipare și altele – secundipare. În toate cazurile s-au elucidat antecedente obstetricale agravante, inclusiv pe pematritate. În 2 cazuri RPPA a survenit la termenul sarcinii de 21-22 săptămâni, la altele – la 29-30 săptămâni de sarcină. La internare pacientele nu prezentau semne de debut al travaliului, bătăile cordului fetal clare, ritmice; se scurge lichid amniotic curat, colul uterin este distinct, iar orificiul intern al canalului cervical – închis. Pentru aprecierea stării intrauterine a fătului, a prezentației lui, localizării placentei și gradului de oligoamnioză am efectuat USG. În toate cazurile ILA era mai mic de 5 cm. Până la inițierea procedurii pacientele au fost investigate la prezența infecției, care fiind sesizată, s-au

administrat antibiotice – Cefazolină. S-au indicat și tratamente tocolitice cu β -adrenomimetice, spasmolitice și sulfat de magneziu.

Amnioinstilațiile cu soluție izotonică caldă în volum de 150-250 ml se efectuau zilnic timp de 1 săptămână, apoi la intervale de 1-3 zile în volum adaptat conform pierderilor lichidiene.

Am reușit, prin asemenea îngrijiri active să prelungim perioada latentă cu 5-10 săptămâni (6, 10, 7 și, respectiv, 5 săptămâni, nașterea survenind la termenii gestaționali de 34, 31, 37 și 34 săptămâni. În cadrul acestei conduite, fiecărei femei i s-au introdus intraamniotice de la 3 până la 5 litri soluții curative care au prevenit efectiv complicațiile oligoamniozei de durată. Indicațiile pentru declanșarea travaliului au fost apariția semnelor de infecție și convingerea că astfel se diminuează riscul diferitor incidente. La toate pacientele nașterea a urmat per vias naturalis, pentru inducție fiind utilizate prostoglandine și/sau oxitocina. De remarcat faza activă de dilatare de sub 2 ore și nașterea tuturor copiilor în prezentație pelvină. La ultima pacientă nașterea s-a complicat cu procidența ansei cordonului ombilical, ce a avut loc noaptea. Activitatea cardiacă a dispărut intranatal. La restul pacientelor nașterea a evoluat fără particularități, născându-se feți cu masa de 1900, 1600 și, respectiv 2700 g și talia de 40-47 cm, ei fiind apreciați după scorul Apgar cu 4-7 puncte. Nici unul din nou-născuți nu a prezentat semne de hipoplazie pulmonară, deformații scheletice sau septicemie neonatală. Pe parcursul primului an de viață copiii s-au dezvoltat fără retardări psihice sau fizice și doar la o femeie din cele asistate astfel perioada de lăuzie s-a complicat cu endometrită.

Concluzii

1. Metoda amnioinfuziei transabdominale este o intervenție invazivă ce asociază și riscuri care trebuie contrapuse beneficiilor următoare ei.
2. Procedura se poate efectua doar de un specialist calificat sub control ecografic.
3. Intervalul de 4-5 săptămâni de inserție a cateterului în cavitatea amniotică nu este obligatoriu un factor generator de infecții intrauterine.
4. Metoda amnioinfuziei transabdominale este practicabilă doar în clinici specializate pentru prelungirea sarcinii în caz de RPPA în termeni de 28-34 săptămâni. Astfel se poate prelungi sarcina cu 5-7 săptămâni, beneficiu decisiv pentru diminuarea mortalității și morbidității neonatale cauzate de prematuritate.

Bibliografie

1. Collaborative group on antenatal steroid therapy, *Effects of antenatal dexamethasone administration on the prevention of respiratory distress syndrome*. Am. J. Obstet. Gynecol, 141: 276, 1981.
2. Hueston W.J., Knox M.A., Eilers G., Pamwels J., Lonsdorf D. *The effectiveness of preterm-birth prevention educational program for high-risk women: A meta-analysis*. Obstet Gynecol 86:705, 1995.
3. E. Tsoi, S. Akmal, S. Rane, C. Otigbah, K.H. Nicolaides, *Ultrasound assessment of cervical length in threatened preterm labor*, Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 2003: 21, 552- 555.
4. Daya S. *Efficacy of progesterone support for pregnancy in women with recurrent miscarriage. A meta analysis of controlled trials*. Br. J. Obstet gynecol. 1989; 96: 275-280.
5. Goldenberg R.L., Hauth J.C., Andrews W.W. Intrauterine infection and preterm delivery, NEJM 2000; 342(20):1.500-1.507.
6. G.Paladi, L.Stavinschi, Amnioinfuzia transabdominală – metodă de prelungire a sarcinii în caz de ruperea prematură a membranelor pungi amniotice în termenii de 24 -34 săptămâni. Materialele conferinței practico-științifice consacrate jubileului a 40 ani de activitate a SCM Nr.1.
7. Gomez R.L., Ghezzi F., Romero R., Munoy H. *Prematur e labor and intramniotic infection : clinical aspects and role of cytokines in diagnosis and pathophysiology*, Clin Perinatol., 1995; 22:281-342.

8. Gomez R.L., Romero R., Ghezzi F. *The fetal inflammatory syndrome*, Am J Obst Gynec, 1998, Jul,179(1):194-202.
9. Romero R. *Fetal inflammatory syndrome and its link to preterm delivery*, 1.st International Symposium in hot topics and controversies in perinatal medicine, Rhodes Island, Greece, 2005.
10. Stanculescu R. *Inflamatiia si infectia sistemului paracrin la nivel de amnios, chorion si decidua*. Edit. Univ. Carol Davila Bucuresti, 2000.
11. Yoon B.H., Zoung O.H., Romero R. *An elevated amniotic fluid MMP-8 at the time of mid trimester genetic amniocentesis identifies patients at risk for spontaneous preterm delivery*, Am J Obst Gynec, 182:525-528.

EVOLUȚIA ȘI MODIFICĂRILE VOLUMETRICE ALE MIOMULUI UTERIN ÎN TIMPUL SARCINII.

**Olga Domentii, Valentin Friptu, Corina Cardaniuc, Mihail Surguci,
Constantin Burnusus, Natalia Prodan**

Catedra de Obstetrică și Ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Natural history and volumetric changes of uterine myomas in pregnancy

The aim of the study was to estimate the evolution of the tumor and changes in uterine myoma volume during pregnancy. The study included 70 pregnant women diagnosed with uterine myomas during pregnancy and who had three or more obstetrical ultrasounds in different periods of pregnancy. We analyzed the change in volume of uterine myomas between the first trimester of pregnancy (up until 12 weeks), second trimester (20-22 weeks), and last trimester of pregnancy (37-38 weeks). **CONCLUSION:** The findings of our study didn't show a significant enlargement of the uterine myoma during pregnancy. The tumor myomas had not a significant increase in volume in 59,1 % cases and presented a rapid growth only in 9,1% cases.

Rezumat

Scopul prezentului studiu a fost evaluarea evoluției și modificărilor de volum a miomului uterin în timpul sarcinii. Studiul a inclus 70 gravide cu miom uterin care au fost supuse examenului ecografic de cel puțin 3 ori în decursul sarcinii. Modificările de volum ale tumorii au fost analizate comparând datele ecografice obținute în primul trimestru al sarcinii (până la 12 s.a.), în al doilea trimestru al sarcinii (20-22 s.a.) și în al treilea trimestru al sarcinii (37-38 s.a.). Rezultatele studiului prezintă o creștere semnificativă a miomului uterin în timpul sarcinii, în 59,1% tumora fiind staționară și doar în 9,1% prezentând un ritm rapid al creșterii.

Introducere

Conform datelor existente în literatura de specialitate, miomul uterin se constată la 0,3-2,6% din femeile gravide. Conform datelor lui Exacoustos și Rosatti (1993), aproximativ 1-4% din sarcini sunt asociate cu fibroizi uterini. Într-un caz din 10 aceste tumori cauzează complicații [3]. Sarcina care survine la o pacientă cu un uter fibromatos implică mai multe riscuri determinate, pe de-o parte, de modificări ale fibromului induse de sarcină, iar pe de alta - de complicațiile sarcinii determinate de fibrom. Mioamele împart câteva caracteristici cu miometrul normal în timpul sarcinii, inclusiv producția crescută de matrice extracelulară și expresia mărită a receptorilor pentru hormonii peptidici și steroizi.

Miometrul în postpartum revine la greutatea, fluxul sanguin și dimensiunile celulare normale, prin intermediul apoptozei și dediferențierii. Această remodelare poate fi responsabilă de involuția miomaleor. Altă teorie postulează că vasele care suplimentează mioamele regresează în timpul involuției uterine, deprivând miomul de sursa lor nutritivă. Sarcina are un