

## MANAGEMENTUL DISMENOREEI PRIMARE

**Ecaterina Chiriac, Igor Codreanu**

(Conducător științific – Nadejda Codreanu, doctor în medicină, conferențiar universitar)

Catedra Obstetrică și Ginecologie

### Summary

#### *Dysmenorrhea management*

Dysmenorrhea is the most common gynecologic complaint among adolescent and young adult females. It is usually primary and is associated with normal ovulatory cycles and with no pelvic pathology. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs are the most common pharmacologic treatment for dysmenorrhea. Adolescents and young adults with symptoms that do not respond to treatment with NSAIDs for 3 menstrual periods should be offered combined estrogen/progestin oral contraceptive pills for 3 menstrual cycles. In this review, we briefly describe the pathogenesis and management of dysmenorrhea.

### Rezumat

Dismenoreea este cea mai frecventă problemă ginecologică a adolescentelor și femeilor tinere. Ea este de obicei primară, fiind asociată cu cicluri ovulatorii normale, patologia pelviană lipsind. Antiinflamatoarele nesteroidiene sînt cel mai des folosite în scopul tratării dismenoreei. În cazul lipsei răspunsului la tratamentul cu antiinflamatoare nesteroidiene timp de 3 cicluri menstruale, se vor administra contraceptive orale combinate, de asemenea timp de 3 cicluri menstruale. În acest review al literaturii, descriem succint patogeneza și managementul dismenoreei.

### Actualitatea

**Dismenoreea reprezintă** menstruația însoțită de durere; cuvîntul derivă de la grecescul „dys” – dureros, „meno” – luna și „rrhea” – flux. **Dismenoreea primară** tipică se caracterizează prin dureri recurente sub forme de crampe în timpul menstruației, își are debutul în adolescență odată cu apariția ciclurilor ovulatorii și nu este cauzată de patologii pelviene. **Dismenoreea secundară** nu apare odată cu ciclurile ovulatorii și este cauzată de patologii pelviene (adenomioza, miomul uterin, polipii endometriali, infecțiile, endometrioza, tumorile, procesele inflamatorii pelviene, adeziunile ș.a.).

### Epidemiologie

Dismenoreea este una din patologiiile cele mai frecvente caracteristice adolescenței – 60-93%. Deoarece dismenoreea apare odată cu ciclurile ovulatorii, iar sistemul hipotalamo-hipofizar se maturizează în timp, incidența dismenoreei crește odată cu vîrsta. O treime din adolescente prezintă cicluri anovulatorii timp de 5 ani după menarhă. Astfel, prevalența dismenoreei este mai înaltă la fetele cu vîrsta de 20-24 ani și descrește progresiv după această vîrstă. Statistic, dismenoreea este caracteristică preponderent adolescentelor cu menarha timpurie, polimenoree și anamneză eredocolaterală de dismenoree. 15 % dintre femeile cu dismenoree prezintă dureri severe, iar 30 % - forme de gravitate medie, suprimate ocazional cu analgezice neopioide (8).

### Dismenoreea primară

#### Fiziopatologia

Baza fiziopatologică a dismenoreei o constituie alterarea echilibrului prostaglandinelor și leucotrienelor endometriale. După ovulație, ca răspuns la creșterea nivelului de progesteron acizii grași sînt încorporați în componența fosfolipidelor membranare. Cînd nu survine sarcina, către sfîrșitul fazei luteale tîrzii scade nivelul progesteronului, ceea ce cauzează instabilitatea membranei lizozomilor, eliberarea și activarea fosfolipazelor, cu generarea acidului arahidonic, care este precursorul PG. PGF<sub>2</sub>-alfa este un metabolit format cu ajutorul COX 2 din acidul arahidonic; ea cauzează hipertonusul miometrului și vasoconstricția, ceea ce duce la ischemia peretelui uterin și apariția durerii. Intensitatea durerilor menstruale este direct proporțională cu

nivelul PGF2-alfa. Leucotrienele măresc sensibilitatea fibrelor nervoase algice uterine. Totodată, sînt substanțe vasoconstrictorii și mediatori ai inflamației (2).

Creșterea secreției de prostaglandine ca și cauză a dismenoreei primare este argumentată de:

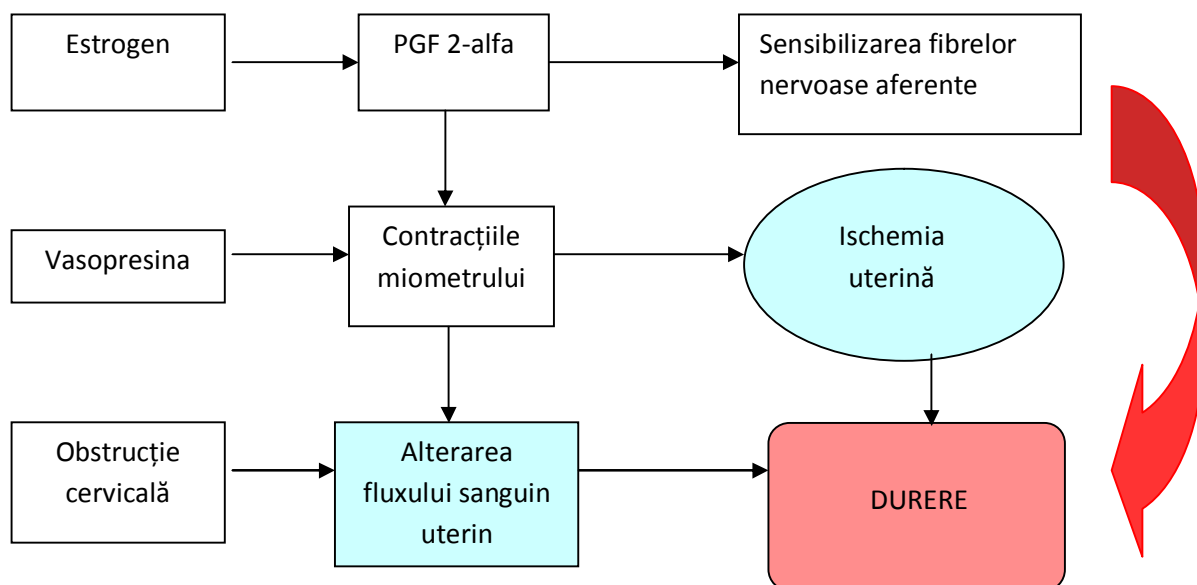
- Similitudinea simptomelor clinice ale dismenoreei cu contracțiile uterine și efectele adverse observate la inducerea avortului cu prostaglandine;
- Nivelul înalt al prostaglandinelor la femeile cu dismenoree comparativ cu cele eumenoreice;
- Eficiența inhibitorilor COX în scopul micșorării durerii în caz de dismenoree primară (9).

Implicarea vasopresinei în etiologia dismenoreei primare este controversată. Se presupune că nivelul crescut al vasopresinei circulante la femeile cu dismenoree primară reduce fluxul sanguin uterin, cauzînd hipoxia acestuia. Studiile au demonstrat că antagoniștii vasopresinei neutralizează efectul endogen al acesteia (3).

#### *Contracțiile uterine*

La femeile eumenoreice uterul prezintă contracții regulate influențate de hormonii sexuali, PG și alte uterotonice eliberate pe parcursul ciclului menstrual. În timpul menstruației, la femeile eumenoreice tonusul uterin bazal este de 10 mm Hg, contracția maximă fiind de 120 mm Hg, prezintă 3-4 contracții ritmice și sincrone în intervalul de 10 min, cu durata de 15-30 secunde. La pacientele cu dismenoree primară tonusul bazal este mai mare de 10 mm Hg, contracția maximă fiind de 400 mm Hg și mai mult, frecvența contracțiilor este mai mare de 5 timp de 10 min și contracțiile sînt aritmice și asincrone, și durează mai mult de 90 sec. La femeile eumenoreice contracțiile uterine nu afectează fluxul sanguin către uter, însă la femeile cu dismenoree primară micșorează asigurarea uterului cu sînge cauzînd hipoxia acestuia. S-a constatat că administrarea uteroliticelor, precum blocanții canalelor de Ca sau analgezicele nesteroidiene micșorează contractilitatea uterului. Aceste fapte sînt demonstrate cu ajutorului examenului Doppler. Indicele pulsatil și de rezistență la nivelul arterei uterine sînt mai înalți în prima zi a menstruației la femeile cu dismenoree primară, demonstrînd că vasoconstricția este cauza durerilor în dismenoreea primară (7).

**Figura 1.** Fiziopatologia dismenoreei primare



*Factori de risc:* fumatul, schimbările frecvente ale modului de viață, nivel socio-economic jos, stresul, obezitatea, activitatea intelectuală intensivă, alcoolul, depresia, nuliparitatea, consumul redus de pește (4).

## Examenul clinic

### Simptome:

- Dureri abdominale sub formă de crampe ciclice în hipogastru, pe linia mediană, care debutează odată cu menstruația sau cu câteva ore înainte. Durerile sînt mai intense în primele 2 zile ale menstruației. Pot iradia în zona lombară sau pe fața anterioară a coapselor. Pentru a micșora intensitatea durerilor, pacientele ocupă poziția fetală;
- Greața și voma – efecte adverse ale prostaglandinelor;
- Scaunele lichide – efect mediat de prostaglandine;
- Meteorismul – datorită acțiunii progesteronului, care relaxează miocitele netede, inclusiv cele ale peretelui intestinal;
- Migrena – cauzată de nivelul jos de estrogen în faza premenstruală;
- Labilitatea emoțională – cauzată de dezechilibrul hormonal;
- Vertijul, sincopa;
- Sensibilitatea crescută a sînilor;
- Crampele musculare;
- Insomnia; depresia; nervozitatea.

### Examenul obiectiv

- Palparea abdomenului – localizarea periombilicală a durerii indică o patologie gastrointestinală, precum sindromul intestinului iritabil sau gastrita.
- Inspecția organelor genitale externe – pentru a exclude himenul imperforat sau septul uterin distal.
- Examinarea bimanuală – poate revela sensibilitate uterină difuză, în lipsa mișcării colului uterin sau anexelor. Nu se observă patologii ale uterului sau anexelor.
- Examenul în valve – nu prezintă patologii (2).

### Diagnosticul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui – creșterea VSH-ului sugerează o afecțiune inflamatorie intestinală, este normal în dismenoree;
- Recto-romanoscopia, colonoscopia, irigografia – diagnosticul diferențial cu patologiiile micului bazin și abdomenului;
- USG – în scopul diagnosticării patologiilor organelor genitale interne;
- RMN – în scopul depistării adenomiozei, tumorilor;
- Histeroscopia și histerografia – în scopul depistării polipilor endometriali și leiomioameor submucoase;
- Laparoscopia – în scopul depistării definitive a endometriozei, patologiilor inflamatorii și adeziunilor pelviene (10).

### Managementul dismenoreei

#### Tratamentul nemedicamentos:

- **Exercițiile fizice** – studii recente au demonstrat că exercițiile efectuate de 3 ori pe săptămîină diminuează durerile menstruale.
- **Stimularea electrică nervoasă transcutană** – include utilizarea electrozilor în scopul stimulării receptorilor pielii la diferite frecvențe pentru a diminua perceperea durerii. Frecvența stimulării poate fi joasă – 1-4 Hz și înaltă – 50-120 Hz. S-a demonstrat că frecvența înaltă a stimulării este mai efektivă. Mecanisme de acțiune: 1. transmite o salvă de impulsuri prin fibrele aferente senzitive A, blocînd astfel poarta de recepție a semnalelor ce vin pe aceiași cale de la uterul hipoxiat, mărind astfel pragul de durere; 2. stimulează eliberarea endorfinelor în zona nervilor periferici și măduvei spinării.
- **Acopunctura** – studiile arată că acopunctura diminuează cu 41 % medicația analgezică, reduce recidivele timp de 2 ani după tratament la 93 % din femeile cu dismenoree. Mecanisme de acțiune: 1. stimulează producția endogenă de endorfine; 2. intensifică circulația sanguină; 3. normalizează conexiunea dintre creier și nervii organului afectat.

- **Încălzirea topică** – induce vasodilatația și micșorează ischemia.
- **Ablația nervoasă** – se excizează nervii uterosacrali și presacrali, întrerupând astfel căile nervoase responsabile de durere din zona pelviană. Cu timpul, însă, există posibilitatea regenerării acestor fibre, durerea recidivând (5).

**Tabelul 1.** Antiinflamatoarele nesteroidiene

<b>Grupul</b>	<b>Medicamentul</b>	<b>Eficiența %</b>
<i>Derivații acidului indol acetic</i>	Indometacina	73-90
	Acidul flufenamic	77-82
	Acidul mefenamic	93
	Acidul tolfenamic	88
<i>Derivații acidului arilpropionic</i>	Ibuprofen	66-100
	Naproxen	79-90
	ketoprofen	90
<i>Diferite grupe</i>	Suprofen	60-80
	Piroxicam	70-80
	Nimesulide	78-83
<i>Inhibitorii specifici ai COX II</i>	Rofecoxib	
	Valdecoxib	
	Lumiracoxib	

- **Tratament comportamental** – sînt utilizate următoarele metode: biofeedback-ul, autorelaxarea, hipnoterapia, exercițiile Lamaze etc (3).

#### **Terapia medicamentoasă:**

- **Antiinflamatoarele nesteroidiene și inhibitorii specifici ai COX II**
- **Contraceptivele orale combinate** – micșorează fluxul sanguin menstrual, astfel diminuînd nivelul prostaglandinelor, blochează ovulația și diminuează nivelul vasopresinei.
- **Nitroglicerina** – reprezintă o sursă de NO, ce este un miorelaxant, mișcorînd astfel contractibilitatea mușchilor uterini (6). Într-un studiu pilot au fost obținute rezultate pozitive în 90 % de cazuri la administrarea nitroglicerinei (1).
- **Magneziul** – diminuează nivelul PGF 2-alfa cu 45 %.
- **Antagoniștii de Ca** – nifedipina micșorează contractibilitatea mușchilor uterini.
- **Vitamina B, Vitamina E** – cresc producția prostaciclinelor vasodilatatoare și inhibă activitatea COX și fosfolipazei A.
- **Ceaiurile din ieburi** – de trandafir, foeniculum vulgare etc (7).

#### **Concluzii**

- Dismenoreea primară tipică se caracterizează prin dureri recurente sub forme de crampe în timpul menstruației, își are debutul în adolescență odată cu apariția ciclurilor ovulatorii și nu este cauzată de patologii pelviene.
- Baza fiziopatologică a dismenoreei o constituie alterarea echilibrului prostaglandinelor și leucotrienelor endometriale.
- Tratamentul dismenoreei este nemedicamentos și medicamentos, preparatele de bază utilizate fiind antiinflamatoarele nesteroidiene și contraceptivele orale combinate.

#### **Bibliografie**

1. Ebru Dikensoy, Ozcan Balat. Malondialdehyde, nitric oxide and adrenomedullin levels in patients with primary dysmenorrhea. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 34, No. 6: 1049–1053, 2008
2. Felix P. Heald, Jr., Robert P. Masland. Dysmenorrhea in adolescence. Pediatrics 20;121-127, 1957

3. Guylaine Lefebvre, Odette Pinsonneault. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. No 169, 2005
4. Khalid K. Abdul-Razzak<sup>1</sup>, Nehad M. Ayoub<sup>1</sup>. Influence of dietary intake of dairy products on dysmenorrhea. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 36, No. 2: 377–383, 2010
5. K.K. Chu, EP. Chen. Laparoscopic Presacral Neurectomy in the Treatment of Primary Dysmenorrhea. Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Vol. 1, pp. 223-225, 1995
6. Mei-Chuan Wang, M.N., R.N. Effects of Auricular Acupressure on Menstrual Symptoms and Nitric Oxide for Women with Primary Dysmenorrhea. The Journal of alternative and complementary medicine Vol. 15, Number 3, pp. 235–242, 2009
7. M. Yusoff Dawood. Primary Dysmenorrhea. Advances in Pathogenesis and Management. Obstetrics and gynecology, vol. No 2, 2006
8. Roger P. Smith. Dysmenorrhea: etiology, diagnosis and therapy. February 12-16, 2003
9. Y. Osugaa, K. Hayashic. Dysmenorrhea in Japanese women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 88, 82—83, 2005
10. Zeev Harel. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. J Pediatr Adolesc Gynecol 19:363-371, 2006

### **SARCINA CERVICALĂ**

**Ludmila Fonariuc \*, Alexandru Țușco \*\***

\*Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”,

\*\*IMSP SCM Nr.1

#### **Summary**

#### *Cervical pregnancy*

This article is concerning a rarely encountered pathology – cervical pregnancy . Here are highlighted the predisposing factors , contemporary ways of diagnosis and treatment, focused basely on the preservation of the reproductive function. The author analyzes 16 cases with cervical pregnancies, 5 of this being solved with the help of Metotrexate.

#### **Rezumat**

Articolul dat este consacrat unei entități nozologice rar întâlnite – sarcina cervicală. Sunt subliniați factorii predispozanți, mijloacele contemporane de diagnostic și tacticile de tratament, axate în special pe păstrarea funcției reproductive. Autorul analizează 16 cazuri de sarcină cervicală, 5 din ele fiind rezolvate prin administrarea preparatului Metotrexat.

Sarcina cervicală , după diferiți autori, are o incidență estimată de la una la 2500, la 1 la 18 000 (5-7). Factorii predispozanți pentru dezvoltarea sarcinii cervicale includ intervenții instrumentale asupra canalului cervical, anomalii uterine, afecțiuni ale cavității uterine(miomul uterin submucos, sinechii), utilizarea dispozitivelor intrauterine ( DIU ), utilizarea tehnicilor de fertilizare in vitro ( FIV). ( 8,9).

Pînă nu demult, diagnosticul de sarcină cervicală era stabilit în urma efectuării analizei histologice a uterului după histerectomie. Semnele caracteristice ale sarcinii cervicale includ așa numitul uter în formă de clepsidră sau colul uterin dilatat în formă de „butoiaș”( 5). În ultimele decenii, examenul ultrasonografic prezintă una dintre cele mai precise metode de diagnostic. Sarcina cervicală se poate prezenta drept : 1. masă hemoragică; 2. sac gestațional; 3. prezența produsului de concepție (cu sau fără activitate cardiacă) (6,7). Mai mulți autori au încercat de a defini criteriile care ar ajuta la diferențierea sarcinii cervicale de sarcinile uterine cu implantare joasă sau în mijlocul expulziei spontane. Aprecierea fluxului Doppler ajută pentru diferențierea avortului în evoluție de sarcinile cu implantare vasculară în colul uterin. Semnul „sacului care