

## Concluzii

1. Cancerul de col uterin reprezintă o importantă problemă de sănătate publică, Republica Moldova fiind printre locurile de vîrf atît la incidența, cît și la mortalitatea prin această patologie, dar, în pofida acestui fapt vaccinarea cu Cervarix rămîne a fi joasă.
2. Studiul a fost realizat pe un eșantion de 331 de femei cu vîrsta cuprinsă între 12 și 57 de ani ce au fost vaccinate cu Cervarix în perioada 01.04.2008 - 12.10.2011. Ponderea femeilor vaccinate în această perioadă s-a majorat constant, cele mai multe vaccinîndu-se în anul 2010. Majoritatea femeilor (44,1 %) ce au utilizat vaccinul Cervarix au între 26 și 35 ani, și sunt căsătorite (56%), ceea ce denotă despre informarea joasă în școli și licee, cît și despre absența unor programe naționale, standartizate de vaccinare.
3. Sursa de infomare primordială în Republica Moldova despre cancerul de col uterin și profilaxia acestuia prin vaccinarea cu Cervarix este medicul (ginecolog și oncolog) în 63%.
4. Cea mai importantă barieră în implementarea pe larg a vaccinării cu Cervarix în Republica Moldova este costul înalt și inaccesibil al acestei proceduri.

## Bibliografie

1. Bosch F.X., Burchell A.N., Schiffmann M. Epidemiology and natural history of human papillomavirus infection and type-specific implications in cervical neoplasia. // Vaccine, 2008, №26, p. 16.
2. Bosch F.X., Lorinez A., Munoz N., Meijer C.J., Shah K.V. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. // J. Clin. Pathol., 2002, № 55, p. 244-265.
3. Bratu M., Pricop F., Toma O., Crauciuc E., Crauciuc D. Epidemiological factors, risk factors and screening elements in the cervical neoplasia. // Genetica și Biologie moleculară, 2010, №XI, p.95-100.
4. Codreanu N.P., Friptu V.G., Strătilă M., Cernat V. Ghidul practic de profilaxie al cancerului de col uterin. // Chișinău, 2009, p.31-36.
5. Ferlay J., Bray F., Pisani D.M. Globocan 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base, 2004, №5, p.112-154.
6. Franco E.L., Duarte-Franco E., Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and role of human papillomavirus infection. Can. Med. Assoc. J., 2001, №164, p.1017-1025.
7. Guidance For The Introduction of HPV Vaccines in EU Countries. // Stockholm, January, 2008, №1, p.5-35

## MANAGEMENTUL ENDOMETRIOZEI LA ADOLESCENTE

Nadejda Codreanu, Igor Codreanu, Ecaterina Chiriac

Catedra Ginecologie și Obstetrică USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Endometriosis management in adolescents*

Endometriosis is a cause of chronic pelvic pain in adolescents. It is a syndrome that starts around the prepuberal age, with symptoms progressing in intensity throughout the years. The main symptoms are progressive dysmenorrhea, premenstrual syndrome, changes in basal body temperature during menstruation and dyspareunia. The most used diagnostic methods are ultrasonography and laparoscopy. The goal of therapy is to minimize the pelvic pain. It is surgical and physical.

## **Rezumat**

Endometrioza este un sindrom care debutează în jurul vârstei prepubertale, cu simptome care cresc în intensitate de-a lungul anilor, cele mai importante fiind dismenoreea progresivă, sindromul premenstrual, modificarea temperaturii bazale în timpul menstruației și dispareunia. Cele mai folosite metode de diagnostic sînt ecografia și laparoscopia. Scopul tratamentului este de a diminua durerea pelvină. Tratamentul endometriozei este chirurgical și medicamentos.

## **Actualitatea**

Endometrioza este localizarea heterotipică a endometrului. Implanturile endometriale care conțin glande și stromă au evoluție ciclică, hormono-dependentă [3]. S-a constatat că heterotipia endometrială poate fi găsită oriunde în organismul femeii, cu o singură excepție – splina reprezintă singurul organ unde nu au fost evidențiate, pînă în prezent, focare de endometrioză. Endometrioza este o afecțiune care evoluează în limitele unei tumori benigne, dar ca agresivitate evolutivă se poate încadra în sfera malignității. În plus, boala poate evolua cu infertilitate, chiar dacă pacienta este diagnosticată la timp și beneficiază de un tratament corect [3,5].

Endometrioza reprezintă o afecțiune care afectează toate categoriile de vîrstă de la 10.5 ani pînă la 78 de ani, prezentînd, totuși unele particularități clinico-evolutive la adolescente. Debutul se înregistrează de obicei la 3-4 ani de la menarhă [4]. Simptomatologia endometriozei a fost mult timp etichetată ca fiind centrată pe dismenoree, conform definiției, durere care apare în timpul menstruației [6,7,8]. În realitate simptomatologia este mult mai complexă și considerăm că este mai corect să analizăm durerea cronică pelvină, cu maxim de intensitate în perioada menstruației. Durerea pelvină apare de obicei de la primul flux menstrual. Numeroase lucrări cu privire la durerea pelvină și rezultatele laparoscopiilor efectuate la adolescente (Reese, Vercellini, grupo Emory, Kontoradvis, Chatman, Creatsas, Laufer & others), raportează o prevalență a endometriozei de la 32 la 73 %. Totuși, procedurile invazive ar trebui evitate la adolescentele cu dismenoree severă dacă temperatura lor bazală, așa-numitul Symptom Benjamin nu a fost depistat [3].

Endometrioza micșorează calitatea vieții tinerelor fete, avînd efecte distructive, datorită implicațiilor în viața lor socială, sportivă. Astfel, se impune cunoașterea tuturor factorilor etiopatogenici ai endometriozei la adolescente pentru un diagnostic corect și o atitudine terapeutică adecvată, impunîndu-se gesturi minim invazive, atît în stabilirea diagnosticului, cît și în instituirea tratamentului [1,2].

**Scopul** studiului a fost de a diagnostica și a realiza managementul endometriozei la adolescente.

## **Materiale și metode**

Studiul prezentat este un studiu analitic, realizat în două etape. Prima etapă a studiului constă din analiza fișelor de observație a 24 adolescente, cu vîrste între 16 și 25 ani, internate pe parcursul lunilor septembrie 2010 – iunie 2011, în Secția Ginecologie Nr. 3 a Spitalului Clinic Municipal Nr. 1, Chișinău. Pacientele au fost internate de urgență, toate prezentînd dureri acute localizate în hipogastru. În etapa a doua au fost incluse 30 paciente cu dismenoree, cu vîrste cuprinse între 15 și 23 ani, consultate la Policlinica Nr.12, Rîșcani și 28 femei sănătoase cu vîrste cuprinse între 15 și 25 ani, care alcătuiesc grupul de control.

În prima etapă au fost analizate fișele de observație ale pacientelor, datele cu privire la anamneză, examenele clinic și paraclinic, tratamentul aplicat au fost incluse într-un formular. Pentru a doua etapă au fost utilizate următoarele metode de diagnostic:

### **Examenul clinic:**

- anamneza (scorul OLDCART în dismenoree; scorul durerii în dismenoree);

- tușeul vaginal bimanual, examenul în valve, examenul recto-abdominal.

#### **Examenle paraclinice:**

- analiza generală a sîngelui;
- ultrasonografia ;
- aprecierea semnului Benjamin – dacă temperatura bazală a corpului la o adolescentă cu simptomatologie de endometrioză rămîne crescută pe durata menstruației sau are valori oscilante, dar descrește doar după încetarea fluxului menstrual, diagnosticul de endometrioză este foarte probabil și se impune laparoscopia.

Pentru a aprecia gradul de gravitate a endometriozei a fost utilizată clasificarea endometriozei revizuită de Societatea Americană pentru Sterilitate.

#### **Rezultate și discuții**

În cadrul primei etape a studiului, au fost obținute următoarele date din **anamneza ginecologică**.

Majoritatea adolescentelor (10 - 41.66 %) incluse în studiu aveau vârsta cuprinsă între 22-24 ani, ceea ce demonstrează depistarea tardivă a endometriozei, aceasta debutînd în adolescență și evoluînd progresiv pînă în momentul internării, cînd deja au apărut complicații. 7 (29.16 %) dintre adolescente aveau între 20 și 22 ani, 4 (16,66 %) – 16-18 ani, iar 3 (12.5 %) – 18-20 ani.

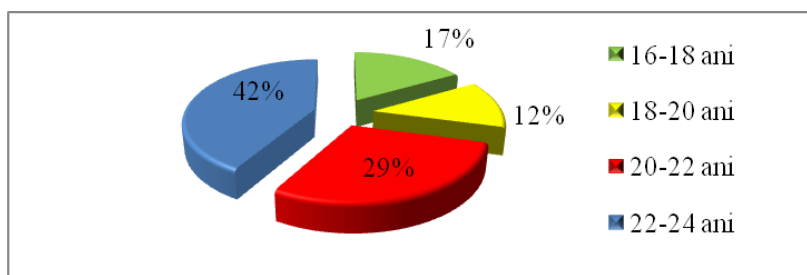


Figura 1. Repartizarea pacienților în funcție de vîrstă

#### **Din acuzele la internare**

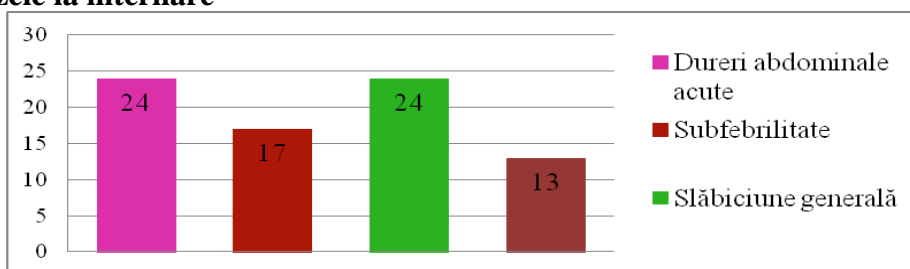


Figura 2. Repartizarea numerică a pacienților conform acuzelor la internare

Toate adolescentele internate au prezentat dureri abdominale acute, sub formă de crampe, în hipogastru, localizate preponderent în zona mediană, fosele iliace dreaptă și stîngă, în dependență de localizarea focarelor endometrioze. 70.83 % dintre paciente au prezentat subfebrilitate în ziua internării și cîteva zile înainte de internare, iar 54.16 % paciente aveau eliminări vaginale cu caracter purulent și sanguinolent, ceea ce sugerează faptul că leziunile endometrioze s-au complicat cu supurare și pelvioperitonită.

#### **Din istoricul bolii**

La majoritatea pacienților (58.33 %) simptomele bolii au debutat cu aproximativ 3 ani în urmă, iar la doar 16.66 % - cu 1 an și mai mult de 3 ani anterior. Algodismenoreea și durerea cronică pelvină, de asemenea a fost prezentă la majoritatea (79.16 %) pacienților incluse în

studiu. Durerea pelvină a debutat după menarhă și a crescut progresiv în intensitate pe parcursul timpului. Aceasta survine cu 1-2 săptămâni înainte de menstruație, intensificându-se și persistând în timpul menstruației. Dispareunie au prezentat 8 (33.3 %) dintre adolescente, acestea acuzând durere în timpul și după actul sexual de la începerea vieții sexuale, pînă în momentul internării. Tenesmele rectale în timpul menstruației au fost acuzate de către 29.16 % dintre paciente. Dispareunia și tenesmele rectale sînt caracteristice localizărilor focarelor endometrioze în fundul de sac Douglas și retrocervical. Semnul Benjamin (temperatura bazală a corpului crescută pe durata menstruației) a fost prezent la majoritatea pacientelor (70.83 %), acesta acompunind celelalte simptome sus-numite pe parcursul evoluției patologiei timp îndelungat anterior internării. Sindromul premenstrual (tensionarea sînilor, mastodinie, meteorism, insomnie, cefalee, indispoziție) a fost prezent la (58.33 %) paciente. Majoritatea pacientelor (75 %) au prezentat menometroragii. Jumătate dintre paciente au tratat durerile pelviene cu AINS, doar 3 (12.5 %) – cu COC, iar 4 (16.66 %) – cu metode netradiționale. În ciuda acestor tratamente, durerea a persistat pe parcursul timpului, intensificându-se și micșorînd calitatea vieții pacientelor.

După efectuarea examenului clinic și examenelor paraclinice, la pacientele internate s-au stabilit următoarele diagnostice:

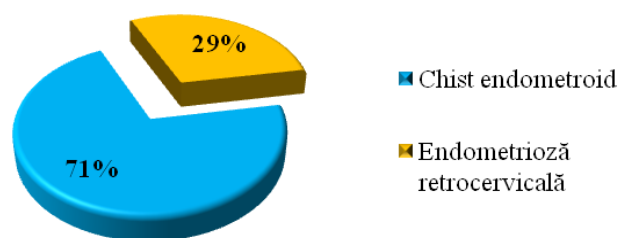


Figura 3. Repartizarea procentuală a pacientelor conform diagnosticului final stabilit

17 (70.83 %) dintre paciente au prezentat chisturi endometroide, iar 7 (29.17 %) – endometrioză retrocervicală.

Concluzionînd, la majoritatea pacientelor internate de urgență cu dureri acute în hipogastru și febră în secția Ginecologie nr.3, dismenoreea, durerea pelvină cronică, dispareunia, menometroragiile, asociate cu prezența constantă a semnelor Benjamin, au debutat cu cel puțin 2-3 ani înainte de a fi diagnosticate cu endometrioză pelvină. Îngrijorător pentru medici este faptul că această patologie debutează timpuriu la adolescente și este confundată cu dismenoreea primară, astfel nefiind depistată și tratată la timp, precum în cazurile celor 24 adolescente, expuse mai sus. Endometrioza în timp duce la sterilitate și infertilitate, prin distrugerea progresivă a ovarelor (în cazul prezenței focarelor ovariene), formarea aderențelor în micul bazin și apariția sterilității tubare, avorturi spontane, iar în cazul intervențiilor chirurgicale radicale – la pierderea ireversibilă a capacității de reproducere.

Luînd în considerație aceste fapte, s-a propus punerea în practică a unor metode efective de diagnostic și evaluare în dinamică a algiei menstruale, precum scorul durerii menstruale și OLD CART, și a unor protocoale de management a dismenoreei la adolescente, cu scopul tratării acesteia și diagnosticării precoce a dismenoreei secundare cauzate de endometrioză. În acest scop, s-a efectuat partea a doua a studiului, în care cele 30 paciente, au fost examinate clinic și paraclinic, durerea menstruală a fost evaluată în dinamică conform scorului durerii și OLD CART, și au fost tratate conform acestor protocoalelor de management al dismenoreei.

Comparînd scorul durerii la femeile cu dismenoree și cele sănătoase am determinat faptul că durerea hipogastrică este prezentă la toate pacientele cu dismenoree, pe cînd doar 25% (7) dintre adolescentele din grupul-control prezintă dureri hipogastrice. Scorul durerii este mai înalt

în prima zi a ciclului menstrual la femeile cu dismenoree, 20 % (6) prezentînd dureri severe, ce nu pot fi sau sunt dificil cupate cu agenți analgezici cu potențial înalt, 30 % (9) prezintă dureri severe cupate cu agenți analgezici cu potențial înalt, 36.6 % (11) - dureri moderate și doar 13.33 % (4) - dureri ușoare. Toate femeile din grupul-control prezintă dureri de intensitate mică.

Comparînd rezultatele algoritmului OLD CART la femeile dismenoreice și cele sănătoase, am observat că la toate femeile cu dismenoree durerea apare cu 1 - cîteva zile înainte de menstruație, pe cînd la cele din grupul-control – în prima zi. Aceasta se explică prin faptul că la sfîrșitul fazei luteale tîrzii scade nivelul progesteronului, ceea ce cauzează instabilitatea membranei lizozomilor, eliberarea și activarea fosfolipazelor, cu generarea acidului arahidonic - precursor al prostaglandinelor, care la femeile cu dismenoree este în exces.

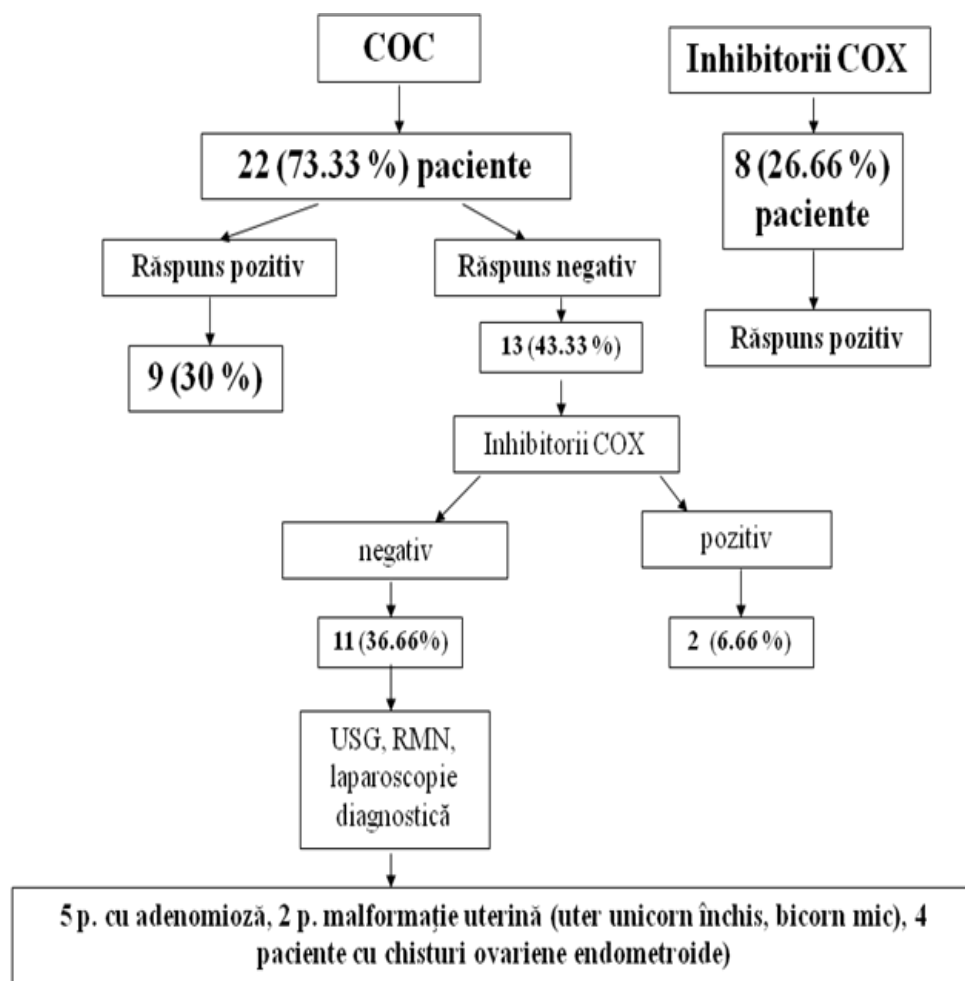


Figura 4. Managementul dismenoreei cu contraceptive orale combinate și inhibitorii COCS

La majoritatea pacientelor cu dismenoree 21 (70%) durerea este localizată în hipogastru, pe linia mediană, doar 8 (26.6 %) - în toată zona hipogastrică și 1 (3.33) – în fosele iliace. La toate adolescentele din grupul-control care prezintă durere, aceasta este localizată în hipogastru pe linia mediană și nu iriază, pe cînd la majoritatea adolescentelor cu dismenoree (73.33% - 22) iriază pe fața anterioară și medială a coapsei, iar la 50 % (15) - în vagin, rect și zona lombară. Aceste fapte demonstrează polimorfismul durerilor menstruale la adolescentele dismenoreice [3]. Durata durerii la majoritatea pacientelor cu dismenoree (73.33 % - 22) este de 3 zile sau mai mult, pe cînd la majoritatea pacientelor din grupul-control care prezintă durere (21.42 % - 6) acesta durează doar 1 zi. Durerea la majoritatea adolescentelor cu dismenoree (90 % - 27) este sub formă de crampe ciclice, pe cînd la toate adolescentele din grupul control – sub

formă de discomfort abdominal. Aceasta se explică prin contractibilitatea anormală a miometrului la adolescentele dismenoreice. Algia menstruală la toate femeile din grupul-control a fost cupată prin metode nemedicamentoase, pe cînd doar la 5 (16.66 %) dintre femeile dismenoreice a fost cupată prin aplicarea locală a căldurii. 19 (63.33 %) dintre adolescentele dismenoreice răspund pozitiv la tratamentul cu analgezice neopioide.

Pentru a evalua dinamica manifestărilor clinice și a diferenția dismenoreea primară de cea secundară la adolescentele incluse în studiu, acestea au fost tratate conform protocoalelor de management al dismenoreei cu AINS și COC timp de 6 luni. 22 (73.33 %) dintre paciente au fost tratate conform protocolului de management cu COC, iar 8 (26.66 %) – cu AINS.

Toate pacientele tratate cu AINS și 9 (30 %) dintre cele tratate cu COC au răspuns pozitiv la tratament. Cele 13 (43.33 %) paciente la care durerea pelvină nu a dispărut la administrarea COC au inițiat protocolul de tratament cu AINS. 2 (6.66 %) dintre ele au răspuns pozitiv la tratament, iar la celelalte 11 (36.66 %) simptomatologia nu a dispărut nici ca urmare a tratamentului cu analgezice neopioide, ele fiind examinate ultrasonografic și laparoscopic. La 2 dintre ele ultrasonografic s-a determinat uter bicorn închis și bicorn mic, la altele 4 – mărirea ovarelor, formațiuni chistice ovariene, cu ecogenitate sporită, iar la altele 5 - uter global mărit, cu zone hipoecogenice, neregulate, chistice, în structura stratului miometrial mijlociu. Astfel, au fost stabilite următoarele diagnostice: la primele 2 paciente - malformație uterină (uter unicorn închis, bicorn mic), la următoarele 4 - chist ovarian endometroid, iar la ultimile 5 paciente – adenomioză.

Pacientele cu malformații uterine și chisturi ovariene endometroide au fost tratate chirurgical.

### **Concluzii**

1. Majoritatea adolescentelor (10 - 41.66 %) incluse în studiu aveau vîrsta cuprinsă între 22-24 ani, ceea ce demonstrează depistarea tardivă a endometriozei, aceasta debutînd în adolescență și evoluînd progresiv pînă în momentul internării, cînd deja au apărut complicații.
2. La 58.33 % pacientelor internate de urgență cu dureri acute în hipogastru și febră, dismenoreea, durerea pelvină cronică, dispareunia, menometroragiile, asociate cu prezența constantă a semnelor Benjamin, au debutat cu cel puțin 2-3 ani înainte de a fi diagnosticate cu endometrioză pelvină.
3. Îngrijorător pentru medici este faptul că această patologie debutează timpuriu, la adolescente și este confundată cu dismenoreea primară, astfel nefiind depistată și tratată la timp, precum în cazurile celor 24 femei, expuse mai sus.
4. O metodă efectivă de diagnostic și evaluare în dinamică a algiei menstruale este utilizarea scorului durerii și algoritmului de caracterizare a durerilor menstruale OLD CART. S-a observat că adolescentele dismenoreice prezintă un polimorfism al durerilor menstruale în ceea ce privește localizarea și iradierea, comparativ cu femeile sănătoase.
5. În scop de tratament și diagnostic diferențial al endometriozei cu dismenoreea primară pot fi utilizate protocoalele de management cu COC și inhibitori ai COX. În lotul de paciente inclus în studiu s-au depistat 11 (36.66%) cu dismenoreea secundară: 2 paciente cu malformație uterină (uter unicorn închis, bicorn mic), 4 paciente cu chist ovarian endometroid și 5 paciente cu adenomioză.

### **Bibliografie**

1. Anca Pătrașcu. 10 ponturi în endometrioza, vol. V, nr. 4(20), pag. 200.
2. Attaran A. Adolescent endometriosis. Obst et Gynecol Clin North Am, 2003, 30(2), p 379-90.
3. Bai SW, Cho HJ. Endometriosis in adolescent population, the severance hospital in Korean experience. Yonsei Med J, 2002, 43(1), p. 48-52.

4. Batt RE, Mitwally MF. Endometriosis from thelarche to midteens: pathogenesis and prognosis, prevention and pedagogy, J Pediatr Adolesc Gynecol, 2003; 16 (6), p. 337-47.
5. Black AY, Janneson MA. Adolescent endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol, 2002; 14(5), p 167-74.
6. Lauter MR, Sanfilippo I. Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. J Pediatr Adolesc Gynecol, 2003, 16(3), p. 3-11.
7. Sabina Beceanu, Anca Pătrașcu. Manual de Obstetrică-Ginecologie-Editura Didactică și Pedagogică, București; pag. 490.
8. Sugmami H. Natural history of endometriosis. Nippon Rinsho, 2001, p.21.

## **PATOLOGIA TUBARĂ ȘI INFERTILITATEA** (revista literaturii)

**Maxim Calaraș**

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***Tubal disease and infertility***

There is a wide spectrum of tubal diseases ranging from peritubal adhesions, damaged fimbria or distorted fallopian tubes to tubal occlusion or hydrosalpinx. Tubal-peritoneal pathology is the result of pelvic infection, endometriosis or previous pelvic surgery. There are several methods of diagnosing tubal infertility including laparoscopy, which is considered the "gold standard". The decision on the treatment method of patients with tubal infertility involves surgical, medical, emotional and economic factors. An assessment of the tubal mucosa damage degree is essential for determining prognosis fertility rate for tubal surgery.

### **Rezumat**

Spectrul de afecțiuni tubare variază de la aderențe peritubare, fimbrii lezate sau distorsionarea trompelor până la obturare tubară sau hidrosalpinx. Patologia tubo-peritoneală este rezultatul infecției pelviene, endometriozei sau intervențiilor chirurgicale anterioare în bazinul mic. Există mai multe metode de diagnosticare a infertilității tubare, printre care laparoscopia este considerată "standardul de aur". Decizia referitoare la metoda de tratament a pacientelor cu infertilitate tubară implică factori chirurgicali, medicali, emoționali și economici. O evaluare a gradului de afectare a mucoasei tubare este esențială în stabilirea prognosticului ratei de fertilitate pentru chirurgia tubară.

### **Introducere**

Actualmente, la scară globală, milioane de cupluri suferă de infertilitate, fenomen ce are un impact medico-social semnificativ, inclusiv și pentru Republica Moldova.

Societatea Americană de Medicină Reproductivă a remarcat că 10-15% dintre cuplurile de vârstă reproductivă sunt infertile [1, 19]. Aproape jumătate dintre cauzele infertilității rezidă în afecțiunile femeilor, dintre care factorii tubari și peritoneali alcătuiesc circa 40 %, patologia tubo-peritoneală fiind ca rezultat al infecției pelviene, endometriozei sau intervențiilor chirurgicale anterioare în bazinul mic [19].

### **Etiologie**

Cercetările din ultimii ani au demonstrat că principala cauză a infertilității tubar-peritoneale constituie boala inflamatorie pelvină – consecință a infecțiilor cu transmitere sexuală. Se consideră că peste 50% dintre cazurile de afectare a organelor genitale interne sunt condiționate de *Chlamydia trachomatis* și *Neisseria gonorrhoeae*. Rolul altor infecții ca