



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

TUMORILE ANEXIALE UTERINE LA COPIL

Protocol clinic național
(ediția I)

PCN-411

Chișinău, 2022

**Aprobat la ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății,
proces verbal nr.3 din 20.05.2022
Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.783 din 15.08.2022 cu privire la
aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile anexiale uterine la copil”**

CUPRINS

Sumarul recomandărilor	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatori.....	4
A.4. Scopurile Protocolului	4
A.5. Data elaborării Protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului	4
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informație epidemiologică	5
A.10. Patogeneza	6
B. PARTEA GENERALĂ	
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator	7
B.3. Nivel de asistență medicală.....	8
C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ	
C. 1.1. Algoritmul de diagnostic și tratament	10
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	
C.2.1. Clasificarea	11
C.2.2. Factorii de risc	13
C.2.3. Conduita pacientului	14
C.2.3.1. Anamneza	14
C.2.3.2. Tabloul clinic	14
C.2.3.3. Examenul fizic.....	15
C.2.3.4. Investigațiile paraclinice	15
C.2.3.5. Diagnosticul diferențial	16
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare	18
C.2.3.7. Complicații	18
C.2.3.8. Tratamentul	21
C.2.3.9. Supravegherea pacienților postoperator	24
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară și AMU	24
D.2. Instituțiile / secțiile de asistență medicală specializate de ambulator	24
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale ale spitalelor raionale, municipale, republicane	24
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții reanimare, TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane	25
E. Indicatorii de monitorizare a implementării protocolului	
Anexa 1. Ghid pacientului cu formațiuni tumorale anexiene uterine	28
Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru peritonita la copii	30
Anexa 3. Tipurile formațiunilor tumorale ale anexelor uterine.....	32
Anexa 4. Clase de dovezi și scala de evoluare pentru recomandări	33

SUMARUL RECOMANDARILOR:

Tumorile și chisturile ovariene constituie 40% din toate formațiunile solide ale cavității abdominale și ocupă locul doi după tumorile hepatice. Pentru copii un fenomen caracteristic este legătura a procesului tumoral cu anomaliile congenitale sau dezvoltarea tumorilor din elementele embrionale nediferențiate în care s-au păstrat capabilitatea potențială spre creștere.

Tumorile ovariene sunt formațiuni de volum, care cresc din țesutul ovarian.

Describe metodologia evoluțiilor manifestărilor clinice, investigațiilor de laborator, care include hemoleucograma, sumarul de urină și imagistice necesare (ecografia abdominală,

TC sau RMN organelor abdomino-pelviene cu angiografie, laparoscopic) inclusive date imagistice ale diferitor formațiuni tumorale ale anexelor uterine.

Acest document descrie factori de risc pentru dezvoltarea abceselor intraperitoneale la care trebuie să fie trasă atenția în timpul culegerii anamnesticii bolii, factorii etiologice și cauzali pentru dezvoltarea formațiunilor tumorale ale anexelor uterine la fete

În documentul dat este elucidate faptul că deseori fetele se adresează sau sunt internați cu clinica de abdomen acut ginecologic atunci când tabloul clinic este legat cu dezvoltarea complicațiilor cum sunt torsiunea formațiunei tumorale ale anexelor uterine, ruperea etc.

Este detaliat descries scopul tratamentului chirurgical al formațiunilor tumorale ale anexelor uterine este prevenirea dezvoltării complicațiilor și păstrarea fertilității.

Tot o dată este acordată o atenție deosebită problemei organizării supravegherii în dinamica copiilor tratați cu abcesele intraperitoneale de diferită localizare.

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

CEA	Antigen carcinoembrionar
TPA	Antigen peptidic tisular
LDG	Lactat dehidrogenază
TTPA	Timpul de tromboplastină activată
PA	Presiune arterială
USG	Ultrasonografie
Ro"-grafia	Radiografie
ECG	Electrocardiogramă
TI	Terapie intensivă
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Național „Tumorile anexiale uterine la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori științifici ai catedrei de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu” a USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academecian Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘiC, sub conducerea D-nei Eva Gudumac, dr. hab. în medicină, prof. univ., Academician al AȘM, Om Emerit

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința Catedrei de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”, șef catedră Jana Bernic, dr.hab. în medicină, prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de diagnostic clinic: Chist ovarian torsionat pe dreapta
Tumoarea ovarului drept
Chist paraovarian pe stânga

A.2. Codul bolii (CIM 10)

D27 Formațiuni benigne ovariene
D 28.2 Formațiuni benigne ale trompei uterine și aparatului ligamentar
D 39 Formațiuni ovariene de tip nedeterminat
C56 Formațiuni maligne ovariene
C57.4 Formațiuni maligne ovariene nedeterminate

A.3. Utilizatori

- Prestatorii serviciilor de AMP (medicii de familie, asistentele medicale de familie)
- Prestatorii serviciilor de AMSA (medicii chirurgi-pediatri, chirurgii de adulți, pediatrii)
- Secțiile de pediatrie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medicii pediatri)
- Secțiile de perinatologie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (neonatologii)
- Centrele de chirurgie pediatrică, de reanimare și terapie intensivă ale spitalelor municipale și republicane (medicii chirurgi-pediatri și reanimatologii)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile Protocolului

1. A ameliora situația ținând cont de depistarea tardivă a formațiunilor tumorale ale anexelor uterine prin optimizarea diagnosticului precoce.
2. A ameliora calitatea examinărilor clinice, paraclinice și a tratamentului copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine
3. A îmbunătăți diagnosticul și acordarea asistenței medicale necesare la etapa primară spitalicească la pacienții minori formațiuni tumorale ale anexelor uterine
4. Crearea condițiilor favorabile și argumentarea internării copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine în secții specializate
5. Ameliorarea calității tratamentului chirurgical acordat copiilor formațiuni tumorale ale anexelor uterine
6. Reducerea maximală a complicațiilor precoce și tardive după tratamentul copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine
7. A ameliora rezultatele imediate și la distanță ale tratamentului chirurgical la bolnavii minori cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine

A.5. Data elaborării Protocolului: 2022

A.6. Data următoarei revizuirii : 2027

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului

Numele	Funcția deținută
Eva Gudumac	dr. hab. șt., med., prof. univ., Academician al AȘM, Om Emerit, Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologia pediatrică „Natalia Gheorghiu” al USMF „Nicolae Testemițanu”, CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC
Jana Bernic	dr.hab. șt. med., prof. univ., șef catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” USMF „Nicolae Testemițanu”, CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu”, IMSP IMȘIC
Irina Livșiț	medic ordinator, chirurg-pediatru, cercetător științific
Ana Mișina	dr. hab. șt. med., conf., cercet., șef secție ginecologie chirurgicală, IMSP IMȘIC

Lista responsabililor /structurilor care au examinat și avizat PCN

Denumirea structurii/instituției	Persoana responsabilă (nume, prenume, funcție)
Catedra de chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Jana Bernic</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef catedră
Comisia științifico-metodică de profil Chirurgie USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Evghenii Guțu</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de familie	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Farmacologie și farmacologie clinică.	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Comisia de specialitatea a MS în Medicina de laborator	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experți al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr. hab. șt. med., prof.univ., președinte

A.8. Definițiile folosite în document

Copil: persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

Formațiuni tumorale ale anexelor uterine sunt toate formațiunile ce provin din ovare, trompele uterine și aparatul ligamentar.

Tumorile ovariene sunt formațiuni voluminoase care cresc din țesutul ovarian și se formează prin proliferarea elementelor celulare ale ovarului.

Tumora falsă, sau chisturile ovariene, sunt formațiuni care se dezvoltă prin retenția de lichid în cavitatea foliculului, corpului luteinic, anexei supraovariene etc.

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic, individual pentru fiecare caz.

A.9. Informație epidemiologică

Majoritatea maselor tumorale ale organelor genitale la copii nu sunt maligne. Cancerele ginecologice la această vârstă constituie 2% din toate tipurile de cancer la copii și 60-70% din ele își au originea în ovar. Totodată, tumorile și chisturile ovariene constituie 40% din toate formațiunile solide ale cavității abdominale și ocupă locul doi după tumorile hepatice. Pentru copii este caracteristică o legătură a procesului tumoral cu anomalii congenitale sau dezvoltarea tumorilor din elementele embrionare nediferențiate în care s-a păstrat capacitatea potențială spre creștere. Tumorile ovariene sunt formațiuni de volum, care cresc din țesutul ovarian. Formațiunile tumorale, tumorile false sau chisturile ovariene nu sunt neoplasme adevărate fiind formate prin acumularea (retenția) de lichid în cavități. Cel puțin o treime din toate formațiunile ovariene sunt chisturi retențiale. Tumorile organelor genitale la fete constituie aproximativ 1% din toate tumorile. Tumorile ovariene maligne reprezintă 10-25% din toate formațiunile tumorale ovariene la copii și adolescenți și numai 1-2% din toate tumorile maligne la copii. Formațiunile ovariene benigne se înregistrează de 5 ori mai des decât cele maligne. Riscul dezvoltării neoplasmelor maligne la copii mici este mai înalt, decât la adolescenți. Pentru tumori la copii sunt caracteristice două vârfuri ale morbidității: între 4 și 6 ani, pe fundalul formării rapide a sistemului imun, și între 10 și 14 ani – în timpul formării sistemului endocrin. Frecvența tumorilor și formațiunilor tumorale ale ovarelor în structura morbidității ginecologice la copii și adolescenți, după datele diferitor autori, constituie între 1% și 4,6%. Astfel, tumorile și formațiunile tumorale ale organelor genitale la copii ocupă, după frecvența, locul 4, după tumorile sistemului nervos central, sistemului osos și ale rinichilor. Mai frecvent se depistează formațiuni tumorale ale anexelor uterine (40-50%), fiind prezente în special la copii sub 6 ani, precum și în pubertate. Menționăm că deși frecvența lor este

mai mică decât la femeile adulte și manifestările clinice sunt mai reduse, rata mortalității prin această patologie este mai mare la copii. Tumorile de toate tipurile au la fete o creștere mai rapidă, decât la femei. Cele mai multe dintre formațiunile voluminoase care apar în perioada copilăriei au origine germinală sau foliculară. În timpul pubertății, fiecare a treia tumoare a ovarelor este reprezentată de o formațiune tumorală (chisturi foliculare, chisturi paraovariene și chisturi de corp luteinic) și tumori germinale. Printre tumorile maligne ale organelor genitale la fete, prevalează cele ovariene (86%). Dintre tumorile ovariene cele mai des întâlnite sunt cele germinogene (82%), formațiunile maligne ale stromei germinale constituind 9%. Ovarul drept este afectat de 1,5-3 ori mai des, decât ovarul stâng, ținând cont de faptul că ovarul drept prevalează asupra celui stâng în context anatomic și funcțional.

Studiile raportează asocieri ale tumorilor ovariene cu sindroamele Peutz-Ieghers, în boala Ollier, sindromul Maffucci, McCune-Albright, Cediak-Higashi etc.

A.10. Patogeneză

Mecanismul dezvoltării neoplasmelor ovariene (В.Ф. Коколин)

1. Reducerea funcției ovarelor, însoțită cu hipoestrogenemie
2. Hipergonadotropinemie compensatorie, reducerea funcției glandelor pineală și tiroidă
3. Hiperplazia difuză, apoi locală, proliferarea elementelor celulare ale ovarelor, cu formarea de tumori false sau adevărate.

B. PARTEA GENERALĂ

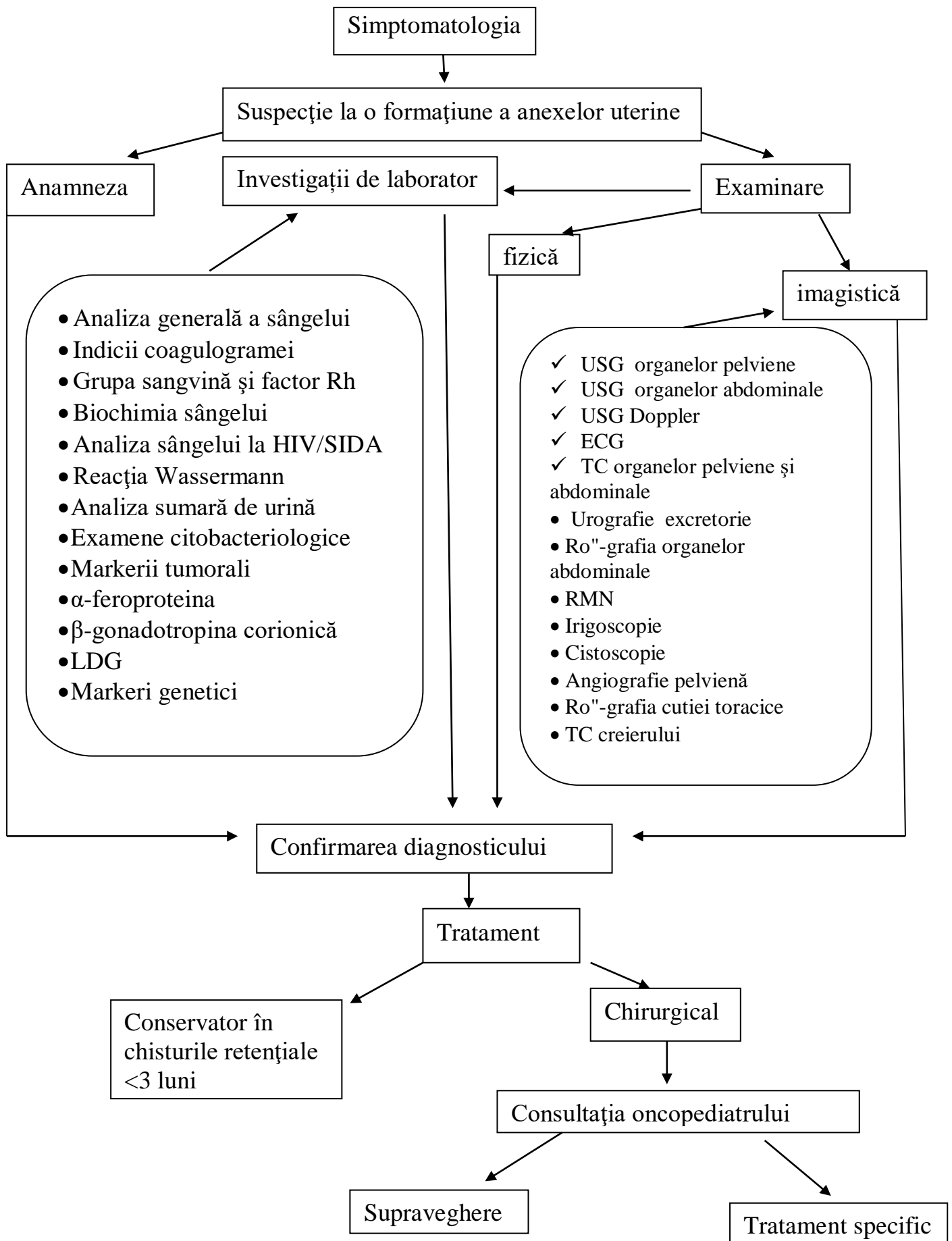
B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Scringul	Scringul condiționează depistarea precoce a copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă 1) • Manifestările clinice
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul de prezumție al tumorii anexiale la copil	Diagnosticarea precoce a formațiunilor anexelor uterine permite inițierea tratamentului, prevenirea evoluției nefavorabile (dizabilității sau a decesului)	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă 2) • Examenul obiectiv (casetele 3,4,5) • Investigațiile de laborator (casetă 6) • Diagnosticul diferențial (casetă 8)
Decizia: consultația specialiștilor și/sau spitalizare	• Consultul medicului chirurg-pediatru, ginecologului-pediatru are ca scop confirmarea diagnosticului de tumoare anexială la copil	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Toți copiii cu suspecție la tumoare anexială uterină la copil necesită consultația chirurgului-pediatru • Evaluarea criteriilor de spitalizare
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic	Tratamentul se va efectua în colaborare cu chirurgul-pediatru	• Tratamentul conservator la pacienții minori cu tumori anexiale uterine se va efectua la etapa dată
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru, ginecolog-pediatru)		
Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Screeningul	Screeningul permite depistarea precoce a tumorilor anexiale uterine la copil	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • USG organelor abdominale și pelviene • Ecografia Doppler • TC/RMN abdominală și pelvienă cu angiografie
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea prezenței la copil a unei tumori anexiale uterine	Diagnosticarea precoce a unei tumori anexiale uterine la copil permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile (dizabilității sau	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă 2) • Examenul obiectiv (casetele 3,4,5,6,7,8)

	dereglări de fertilitate) a bolii (<i>caseta 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Investigații de laborator (<i>caseta 9</i>) • USG abdominală și pelvienă (<i>caseta 11</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>casetele 13,14</i>) Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultul altor specialiști (la necesitate)
2.Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic	Tratamentul simptomatic are ca scop stabilizarea stării generale, combaterea sindromului algic pentru transportarea pacientei la etapa următoare	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul conservator la pacienții minori cu tumori anexiale uterine
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească		
Descriere (<i>măsur</i> i) <i>I</i>	Motive (<i>reper</i> e) <i>II</i>	Pași (<i>modalități și condiții de realizare</i>) <i>III</i>
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de tumoare anexială uterină la copil	Diagnosticarea cât mai precoce a tumorilor anexiale uterine la copil permite inițierea la timp a tratamentului adecvat și reducerea ratei complicațiilor	Obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (<i>caseta 2</i>) • Examenul clinic general și local (<i>casetele 3, 4,5</i>) • Examenul imagistic (<i>caseta 7</i>) • Investigațiile de laborator (<i>caseta 5</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>casetele 8,9</i>) • Evaluarea riscului complicațiilor (<i>casetele 11,14</i>) Recomandabil: Consultul altor specialiști (anesteziolog, cardiolog și alt.)
3. Tratamentul		
3.1 Selectarea metodei de tratament	Tratamentul tumorilor anexiale uterine la copil	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea tehnicii de tratament (indicațiile pentru tratamentul chirurgical) (<i>casetele 17,18,19</i>) • Pregătirea preoperatorie (<i>casetele 20,21,22,24</i>) • Intervenția chirurgicală sub anestezie orotraheală • Conduita postoperatorie (<i>casetele 22, 24</i>)

4. Externarea, tratament continuu și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none">• Diagnosticul definitiv și cel diferențial• Rezultatele investigațiilor efectuate.• Descrierea detilă a tratamentului efectuat.• Recomandările explicite pentru pacient și părinți.• Recomandările pentru medicul de familie (<i>caseta 15</i>)• Programul de supraveghere și tratament ulterior
--	--	--

C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritm de diagnostic și tratament



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Tipurile formațiunilor tumorale anexiale uterine

- I. chisturi de retenție;
- II. tumori benigne;
- III. tumori maligne

Caseta 2. Clasificarea TNM și FIGO a Cancerului Ovarian și Primar Peritoneal (ediția a 8-a, 2017).

Tumoare primară (T) TNM FIGO

Tx Tumoarea primară nu a putut fi stabilită

To Nu se evidențiază tumoare primară

T1 I Tumoare limitată la ovare (unul sau ambele) sau a trompei uterine (uni sau bilateral)

T1a IA Tumoare limitată la un ovar (capsula intactă) sau trompă uterină; fără tumoare la suprafața ovarului sau a trompei. Lipsesc celule maligne în ascită sau lavajul peritoneal.

T1b IB Tumoare limitată la ambele ovare (capsula intactă) sau trompe uterine; fără tumoare la suprafața ovarului sau a trompei. Lipsesc celule maligne în ascită sau lavajul peritoneal.

T1c IC Tumoare limitată la unul sau ambele ovare, sau trompe uterine, cu una din următoarele caracteristici:

T1c1 IC1 Revărsat chirurgical

T1c2 IC2 Capsula ruptă anterior operației sau tumoare pe suprafața ovarului sau trompei uterine, T1c3 IC3 Celule maligne în ascită sau lavajul peritoneal.

T2 II Tumoarea implică unul sau ambele ovare sau trompe uterine, cu extensie pelvină sub hotarul pelvin sau cancer primar peritoneal.

T2a IIA Extensia și/sau implantarea la nivelul uterului și/sau trompei (trompelor) uterine și/sau a ovarului (ovarelor).

T2b IIB Extensia către și/sau implantate în alte țesuturi pelvine.

T3 III Tumoarea implică unul sau ambele ovare sau trompe uterine, sau cancer primar peritoneal, cu metastaze peritoneale în afara pelvisului, confirmate microscopic, și/sau metastaze ale ggl.limfatici retroperitoneali (pelvini și paraaortali)

T3a IIIA2 Metastaze peritoneale microscopice în afara pelvisului (deasupra hotarului pelvin), implicare peritoneala cu/fără ggl. limfatici retroperitoneali pozitivi.

T3b IIIB Metastaze peritoneale macroscopice în afara pelvisului, cu dimensiunea maximă ≤ 2 cm, cu/fără metastaze în ggl.limfatici retroperitoneali.

T3C IIIC Metastaze peritoneale în afara pelvisului cu dimensiune >2 cm și/sau metastaze în ganglionii limfatici regionali (inclusive extensia tumorii la capsula hepatica și splenică, fără implicarea parenchimului oricarui dintre aceste organe)

Ganglionii limfatici regionali (N)

Nx Ganglionii limfatici regionali nu pot fi determinați

N0 Nu sunt metastaze în ganglionii limfatici regionali

N0 (i+) Celule tumorale izolate în ganglionii limfatici regionali $\leq 0,2$ mm

N1 IIIA1 Metastaze numai în ganglionii limfatici retroperitoneali (histologic confirmate)

N1a IIIA1i Metastaze cu dimensiunea maximă ≤ 10 mm

N1b IIIA1ii Metastaze > 10 mm Metastaze la distanță (M)

M0 Nu sunt metastaze la distanță

M1 IV Metastaze la distanță, inclusiv efuziune pleurală cu citologie pozitivă, metastaze ale parenchimului hepatic sau splenic; metastaze ale organelor extraabdominale (inclusiv ggl.

limfatici inghinali și ggl.limfatici din afara cavității abdominale); implicarea transmurală a intestinului.

M1a IVA Efuziune pleurală cu citologie pozitivă

M1b IVB Metastaze ale parenchimului hepatic sau splenic; metastaze ale organelor extraabdominale (inclusiv ggl. limfatici inghinali și ggl.limfatici din afara cavității abdominale); implicarea transmurală a intestinului.

Caseta 3. Clasificarea AJCC din 2017

Tumorile ovariene pot apărea din orice celulă din componența țesuturilor sau din celulele precursoare ale acestora. Rezultând un număr de 68 de tipuri de tumori ovariene.

A. Tumori seroase

a) Benigne și border-line (la limita malignității)

- Chistadenom și chistadenomul papilar
- Papilom de suprafață
- Adenofibrom și chistadenofibrom

b) Maligne

- Adenocarcinom
- Adenocarcinom papilar și chistadenocarcinom papilar
- Carcinom papilar de suprafață
- Adenofibrom malign și chistadenofibrom malign

B. Tumori mucinoase

a) Benigne și border-line

- Chistadenom
- Adenofibrom și chistadenofibrom

b) Maligne

- Adenocarcinom
- Adenofibrom malign

C. Tumori endometrioide

a) Benigne și border-line

- Adenom și chistadenom
- Adenofibrom și chistadenofibrom

b) Maligne

- Carcinom
- Adenocarcinom
- Adenocantom
- Adenochistadenofibrom malign și chistadenofibrom
- Sarcom endometroid de tip stromal
- Tumoare mixtă mezodermică homologă și heterologă
- Tumoare mixtă mulleriană.

D. Tumori de celule clare (mezonefroide)

a) Benigne • (adenofibrom)

b) Border-line

- (carcinom cu potențial slab de malignizare).

c) Maligne

- Adenocarcinom

E. Tumori Brenner:

- a) Benigne
- b) La limita malignității
- c) Maligne
- F. Tumori mixte epiteliale
- G. Carcinoame nediferențiate
- H. Tumori epiteliale neclasificabile
- I. Clasificarea tumorilor stromale de cordoane sexuale și a tumorilor cu celule steroidiene
- a) Tumori stromale ovariene cu elemente din cordoanele sexuale
 - Tumoră cu celule granuloasă de tip adult
 - Tumoră cu celule de granuloasă de tip juvenil
 - Tumoră cu celule Sertoli-Leydig
 - Tumoră cu cordoane sexuale cu tubuli inelari
 - Ginandroblastom
 - Alte tipuri
- b) Tumori stromale pure
 - Fibrom și tecom, tipice, celulare și cu mitoze active
 - Tumori maligne (fibrosarcom)
- c) Alte tumori ovariene stromale
 - Tumoră ovariană stromală cu elemente minore din cordoanele sexuale
 - Tumoră stromală sclerozantă
 - Tumoră stromală cu celule “în inel cu pecete”
 - Tumoră stromală microchistică
 - Mixom ovarian
 - Tumoră stromală cu celule Leydig
- d) Tumoră cu celule steroidiene
 - Luteom stromal, tumoră cu celule Leydig
 - Tumoră cu celule steroidiene, neprecizate

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 4. Factorii de risc

- folosirea de către mamă a preparatelor hormonale înainte și în perioada sarcinii
- toxicoza gravidei la etapa tardivă a sarcinii
- tumori ovariene la mama
- grupa de sânge O(I) sau A(II)
- lipsa sau apariția tardivă a menarhei
- ciclul menstrual mai scurt de 24 de zile
- dereglări repetate de ciclu menstrual
- proces inflamator al organelor genitale
- dereglări hormonale
- metabolism influențat de luarea vitaminelor din grupele A,C,E
- avort cu complicații
- proceduri diagnostice sau curative intrauterine în anamneză
- factori de ereditate
- sindrom algic abdominal recidivant
- stres cronic

C.2.3. Conduita pacientei

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 5. Recomandări pentru culegerea anamnezei

- ✓ Debutul bolii
- ✓ Semnele și simptomele:
 - localizarea, iradierea, persistența, intensitatea, caracterul durerii
 - prezența văomei, caracterul ei (incoercibilă apare la toxiinfecții alimentare, chinuitoare – la pancreatită acută)
 - diareea poate provoca torsiunea piciorului tumorii, poate apărea în apendicita acută sau în dizenterie și colită etc.
- ✓ Durata și evoluția semnelor și simptomelor
- ✓ Tratamentul precedent
- ✓ Maladii suferite
- ✓ Date despre viața sexuală
- ✓ Factorii de risc

Caseta 6. Anamneza

- dereglări urologice (polachiurie, disurie, urinare dureroasă)
- dereglări de defecație
- dereglări ale ciclului menstrual
- procese inflamatorii ale organelor genitale
- dereglări hormonale
- intervenții chirurgicale suportate pe abdomen

C.2.3.2. Tabloul clinic

Caseta 6. Tabloul clinic

Formațiunile tumorale ale anexelor uterine sunt afecțiuni cu evoluție lentă sau chiar asimptomatică. Manifestări clinice apar în stadiile tardive, la atingerea unui volum mare al formațiunii și la apariția complicațiilor

~durerea abdominală de caracter și intensitate diversă (apare ca rezultat al dereglărilor circulației sangvine a ovarului, al compresiunii organelor învecinate, la creșterea rapidă a formațiunii) prezintă în 57% de cazuri următoarele particularități la copii:

- ✓ în perioada prepubertății, durerile abdominale sunt localizate paraombilical și se explică prin localizarea anatomotopografică a anexelor uterine în această perioadă a vieții
- ✓ durerile pelviene sunt legate de distensia peritoneului, apariția complicațiilor, cum sunt: torsiunea formațiunii tumorale a anexelor uterine, eruperea formațiunii tumorale, hemoragia
- ✓ distensia abdominală este caracteristică pentru fete în vârsta sub 10 ani
 - ~dereglări ale ciclului menstrual (amenoreea, menstrre neregulate, hemoragii uterine)
 - ~eliminări ciclice din vagin la copii în perioada prepubertală
 - ~virilizarea și îngroșarea vocii
 - ~dereglări de micțiune (polachiurie, disurie, parurie, micțiune spontană prin picături, micțiuni involuntare, dereglări de volum)
 - ~modificări ale tranzitului intestinal (coprostază sau chiar ocluzie intestinală)
 - ~mărirea și asimetria abdomenului în etagul său inferior
 - ~scăderea în greutate
 - ~grețuri, pierderea poftei de mâncare
 - ~formațiunea este palpabilă intraabdominal (prezentă în 60% din cazuri)
 - ~tumora este mobilă, dureroasă sau nu

C. 2.3.3. Examenul fizic

Caseta 7. Examenul fizic

- ~tipul constituțional (statura, lățimea umerilor și a bazinului)
- ~sindromul viril
- ~gradul de dezvoltare al țesutului subcutanat
- ~caracterul pilozității
- ~starea ganglionilor limfatici periferici
- ~forma abdomenului
- ~circumferința abdomenului la nivelul ombilicului
- ~palpația abdomenului – depistarea formațiunii patologice: mărimea, consistența, conturul și mobilitatea ei
- ~tușeul rectal bimanual pentru aprecierea stării spațiului Douglas și depistarea formațiunii patologice sau examenul vaginal
- ~examen rectoabdominal bilateral (ovar mărit, formațiuni în proiecția anexelor uterine)

C.2.3.4. Investigațiile paraclinice

Caseta 8. Investigații de laborator

- Analiza generală a sângelui
- Indicii coagulogramei (timpul de coagulare, protrombina, fibrinogenă, TTPA)
- Grupa sangvină și factorul Rh
- Biochimia serică
 - Proteina totală
 - Ureea
 - Creatinina
 - Bilirubina
 - ALT, AST
 - Electroliții (K,Na,Ca)
 - Glucoza
 - Fosfotaza alcalină
 - Proteina C- reactivă
 - Feritina
 - LDG (lactat dehidrogenază)
- analiza sângelui la HIV/SIDA
- reacția Wassermann
- Analiza sumară de urină
- Examene citobacteriologice
- Markerii tumorali:
 - antigenici: α -fetoproteina, CA 125, CEA, TPA, gonadotrofina β -corionică
 - enzimatici: fosfataza alcalină, LDG
 - hormonal: HCG, testosteronul, estradiola
- Markerii genetici:
 - anomalii ale cromozomilor sexuali
 - modificări alcromozomilor 1 și 12: izocromul 12p (cu deleția brațului q și duplicația aberantă a brațului p), trisomia 12 și deleții ale cromozomului 1 brațul p
 - tumorile sinusului endodermal arată deleții și anomalii 3q și 6q
 - oncogena-c-myc etc.
- Examenul histopatologic al pieselor obținute în urma intervenției chirurgicale

Caseta 9. Examinări imagistice

- ✓ Ecografia Doppler a organelor pelviene

- ✓ Ecografia organelor abdominale
- ✓ ECG
- ✓ CT/RMN organelor pelviene și abdominale
- ✓ La necesitate
 - Urografie excretorie
 - Ro"-grafia organelor abdominale
 - FGDS
 - Irigoscopie, colonoscopie
 - Cistoscopie
 - Angiografie pelviană
 - Ro"-grafia cutiei toracice
 - TC creierului
 - Laparoscopie diagnostică

Tabelul 1. Examinările imagistice

Denumirea	Scopul
Ecografia	Servește pentru a determina dimensiunile ovarului și ale formațiunii tumorale, structura, ecogenitatea, consistența, grosimea peretelui, prezența septurilor; starea organelor învecinate.
Ro"-grafia abdominală	Efectuată în poziția ortostatică evidențiază prezența sau lipsa ocluziei intestinale, a ascitei, a calcificatelor intratumorale (determinarea teratoamelor, chisturilor dermoide)
Ro"-grafia toracică	Are scop aprecierea prezenței sau lipsei metastazelor pulmonare în tumorilor ovariene maligne sau a lichidului liber pleural, simptomele specifice pentru sindromul Demons-Meigs, care este caracteristic pentru tumorile benigne
CT	Determină formațiunea tumorală, dimensiunile, consistența, conturul ei, organul din care provine formațiunea, afectarea organelor învecinate, starea ganglionilor limfatici și prezența sau lipsa metastazelor. Permite diferențierea între formațiunile ovariene și retroperitoneale.
CT cu substanță de contrast	Este diagnostică prin aspectul distinct al leziunii dat de întreruperile în fluxul sangvin și de edemul ischemic
Urografie excretorie	Indică deplasarea, flexura și torsiunea ureterelor; răspândirea tumorii și prezența metastazelor în ganglionii limfatici; ajută în diagnosticul diferențial între tumorile ovariene și formațiunile retroperitoneale.
RMN	Este valoroasă în aprecierea originii ovariene sau uterine, permite a stabili caracterul și localizarea procesului patologic, corelația sa cu organele învecinate, starea anatomică a cavității pelvine. De asemenea își dovedește utilitatea în monitorizarea tratamentelor, cu mențiunea că timpul lung de examinare necesită sedare la copii mici și costuri crescute
Laparoscopia diagnostică	Este agravată sau chiar imposibilă la prezența procesului aderențial după infecțiile organelor genitale interne sau în intervenții chirurgicale precedente.

C.2.3.5. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnostic diferențial

1. Formațiunile de volum de genă extragenitală (în legătură cu caracteristicile anatomice ale formațiunilor ovariene la copii sunt adesea situate în afara bazinului mic)

Ganglioneurom	<ul style="list-style-type: none"> –localizarea retroperitoneală de-a lungul coloanei vertebrale –se dezvoltă din glanda suprarenală și ganglionii simpatici –formațiunile sunt încapsulate, delimitate
---------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> -în tumoră pot fi depistate degenerații chistice, edem, hemoragie, calcinate etc. -crize de hipertermie, tahicardie, cefalee -la TC cavității abdominale se determină deplasarea intestinului anterior 	
Neuroblastom	<ul style="list-style-type: none"> - palpator se determină o formațiune dură și ușor dureroasă (în deosebi dacă în extinde după linia medie a abdomenului, dureri - dureri în articulație sau oase - diaree profuză, legată cu secretarea tumorii peptidei intestinal vasoactiv - proptoza orbitei (în cazul metastazării) - sindrom mioclonus-opsoclonus: polimioclonie, ataxie cerebelară, dereglări de m 	
Hidronefroză	<ul style="list-style-type: none"> - agitație - scăderea poftei de mâncare - febră - dispepsie: grețuri, vome recidivante, meteorism, coprostază, rar diaree - întârzierea în dezvoltarea fizică - simptomul dominant este durerea, de intensitate și caracter diferit, cu senzație - o formațiune tumorală palpabilă în regiunea laterală a abdomenului (proiecția - rinichiul la palpare de consistență elastică, uneori balotează - hipertonie provocată de ischemia parenchimului renal - micro- și macrohematurie în fazele incipiente, care apare la efort fizic sau traum 	
Chist renal	<ul style="list-style-type: none"> -durere surdă în abdomen, preponderent în proiecția rinichiului afectat - formațiune intraabdominală palpabilă -hematurie tranzitorie -în cazul supurației durerea se agravează și crește temperatura corpului 	
Chistul pancreasului	<ul style="list-style-type: none"> -un timp îndelungat este asimptomatic -în anamneză – trauma abdomenului (în chisturi posttraumatice) -se determină compresiunea și deplasarea stomacului și colonului transvers anter 	
Angiomixom agresiv	<ul style="list-style-type: none"> -se dezvoltă din țesut muscular, conjunctiv sau neurogen -nu apar metastaze, dar tumora frecvent recidivează -apare în peretele vulvei și al vaginului și se extinde asupra țesuturilor moi ale ba 	
Formațiuni ale omentului și mezoului	<ul style="list-style-type: none"> -un timp îndelungat sunt asimptomatice -contur net, suprafața netedă, mobilă, se localizează în proiecția ombilicului -mărirea lentă în volum a abdomenului 	
Limfangiom abdominal	<ul style="list-style-type: none"> -90% sunt diagnosticate în primii 2 ani de viață -palpator se determină o formațiune chistică moale intraabdominală -mărimile mari ale formațiunii pot duce la dezvoltarea ocluziei intestinale, deplas -poate simula simptomatologia abdomenului acut chirurgical, în caz de hemoragie 	
Duplicatura chistică a intestinului	<ul style="list-style-type: none"> -poate provoca coprostază cronică progresantă -semne de ocluzie intestinală acută sau cronică recidivantă -la prezența complicațiilor se determină semne de hemoragie a tractului digestiv s -palpator se determină o formațiune elastică, mobilă -pentru concretizarea diagnozei sunt necesare Ro"-grafia tractului digestiv cu mas 	

Se face cu alte formațiuni pelviene cum ar fi:

2. chisturile paraovariene,
3. salpingiene,
4. sarcina ectopică falopiană,
5. sarcina normal poziționată,
6. miomul și malformațiile organelor reproductive cu stoparea fluxului sangvin menstrual (hematometrie, hematocolpos la aplazia părții distale a vaginului cu uter funcțional, dublarea uterului și a vaginului în combinație cu atrezia părții inferioare a vaginului și hipoplazia ovarului

7. bolile gastrointestinale,
8. diverticul al vezicii urinare,
9. neoplasmul (sarcoame, limfoame, teratom, hemangiom)
10. serozitele pe fundalul procesului aderențial după o intervenție chirurgicală sau în procesele inflamatorii cronice;
11. apendicita acută, plastronul apendicular, ocluzia intestinală, la pubertatea precoce de tip heterosexual cu disfuncție congenitală a suprarenalelor, tumorile suprarenale;
12. la pubertate precoce de tip izosexual, cu o formațiune tumorală a creierului;
13. rinichul pelvic
14. retenția acută de urină

C.2.3.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 11. Criterii de spitalizare a copiilor cu tumori primare maligne ale organelor genitale interne

- Toți copiii cu creșterea în volum și deformarea abdomenului
- Toți copiii cu formațiuni palpabile intraabdominale localizate în regiunea pelviană
- Toți copiii cu date ultrasonografice, radiologice concludente pentru o formațiune a anexelor uterine
- Prezența semnelor de complicații

C.2.3.7. Complicații

Se dezvoltă în 9,2-29% de cazuri de tumori anexiale uterine, cu cât copilul este mai mic cu atât mai des se dezvoltă complicațiile.

Torsiunea piciorului tumorilor anexiale uterine se atestă de 9,4 ori mai des, decât la femei. La nou-născuți torsiunea piciorului tumorilor anexiale uterine constituie 35-50% din cazuri: torsiunea se dezvoltă frecvent în perioada dezvoltării intrauterine și duce la autoamputare. Incidența torsiunii după apariția menarhei scade de 2 ori.

După datele unor autori, torsiunea se dezvoltă în formațiunile mai mari de 5-7cm.

Caseta 12. Clasificarea torsiunii formațiunii anexiale, după A.B. Чайка și E.H. Носенко (2005)

- completă (360°),
- incompletă (90-180°)
- multiplă ($\geq 720^\circ$),

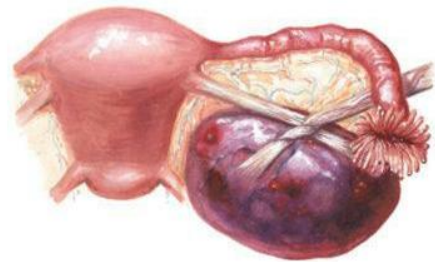
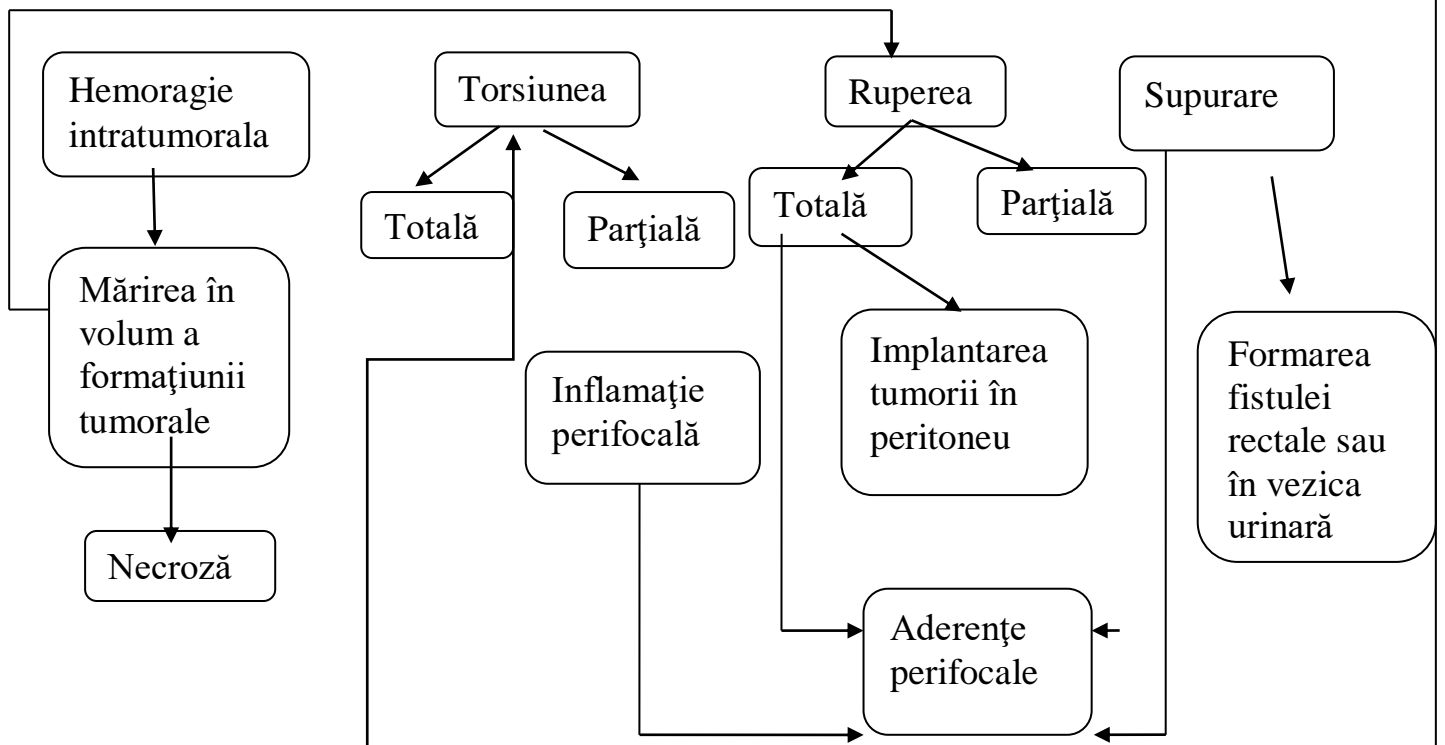
după viteza apariției:

- acută
- lentă

după gradul de strângere:

- strânsă
- nestrânsă.

Tabelul 2.



Tabelul 3. Complicații			
Complicație	Cauza	Tabloul clinic	
		Parțială	Totală
Torsiunea	~ Mișcare intensă ~ Schimbarea poziției corpului ~ Efort fizic	✓ Dureri abdominale neînsemnate, periodice	✓ Durere acută bruscă ✓ Grețuri, vome ✓ Semne de iritare a peritoneului ✓ Pareză intestinală ✓ Tegumentele palide ✓ Transpirații reci ✓ Temperatură ridicată ✓ Tahicardie ✓ Puls frecvent ✓ ↓ PA
Ruptura	~ Traumă ~ Examen ginecologic ~ Schimbări degenerative în peretele tumorii	✓ Durere abdominală bruscă ✓ Șoc determinat de hemoragia intraperitoneală	
Supurarea	~ Asocierea infecției pe cale limfatică sau sangvină	✓ Febră ✓ Durere abdominală ✓ Simptome de iritare a peritoneului	
Hemoragie în peretele tumorii sau în tumoră		✓ Durerea abdominală se va intensifica	

C.2.3.8. Tratamentul

Scopul tratamentului – păstrarea funcției menstruale și reproductive la femei.

Caseta 13 Indicații pentru tratamentul chirurgical:

1. Orice formațiune a anexei uterine, în special cu diametrul mai mare de 7 cm
2. Majorarea insidioasă a formațiunii tumorale, apariția formațiunii tumorale a anexelor uterine pe fundalul utilizării preparatelor contraceptive
3. Prezența complicațiilor

Caseta 14a Etapele intervențiilor chirurgicale tipice:

- ✓ Incizia peretelui abdominal
- ✓ Aprecierea tipului formațiunii, prezenței piciorului
- ✓ Determinarea corelației cu peretele bazinului mic, organele învecinate, extensie extracapsulară
- ✓ Adezioliza - la prezența aderențelor
- ✓ Degajarea formațiunii în plagă cu sau fără puncția preventivă (în formațiunile gigantice cu component lichid)
- ✓ Înlăturarea tumorii
- ✓ Refacerea anatomică a ovarului / peritonizarea
- ✓ Hemostază
- ✓ Revizia organelor pelviene
- ✓ Lavajul cavității bazinului
- ✓ Drenarea bazinului mic
- ✓ Suturarea plăgii postoperatorii și pansament aseptice
- ✓ Tratament prin abord laparoscopic – în situații speciale.

În situații speciale rămâne actuală laparotomia clasică

Tabelul. 4. Cauzele dezvoltării aderențelor în jurul formațiunilor tumorale ale anexelor uterine:

- a. Proces inflamator înainte și după apariția formațiunii tumorale a anexelor uterine
- b. Supurarea formațiunii tumorale a anexelor uterine
- c. Torsiunea piciorului formațiunii tumorale a anexelor uterine
- d. Malignizarea formațiunii anexelor uterine
- e. Ruperea incompletă minoră a formațiunii anexelor uterine

Structurile anatomice la care aderă formațiunea anexelor uterine:

- Organele bazinului mic
- Peretele bazinului mic
- Oment
- Ansele intestinului subțire
- Colonul sigmoid
- Cec, apendicele vermiform
- Peretele abdominal anterior
- Cele maligne nediferențiate aderă la rinichi, la ficat, prezintă metastaze (oase, plămân)

Caseta 14b Tratamentul chirurgical	
Conservativ <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enuclearea chistului paraovarian ➤ Rezecția cuneiformă a ovarului (înlăturarea ½ sau ⅔ din țesutul ovarian) ➤ Rezecția parțială a ovarului – enuclearea chistului ovarian 	Radical <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ovarectomie ➤ Ovaranexectomie

Caseta 14c Contraindicații pentru tratamentul chirurgical conservativ:
<ul style="list-style-type: none"> • Torsiunea piciorului tumoral • Supurarea sau infectarea formațiunii • Aderențe masive în cavitatea bazinului mic • Localizarea interligamentară a formațiunii

NB: După rezecarea parțială a ovarului funcția menstruală și cea reproductivă suferă mai puțin.

Caseta 14d Tratamentul pre- și postoperator medicamentos			
Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine generațiile I-IV: Cefazolinum 25-50mg/kg divizată în 3-4 prize i/m, i/v, 7-10 zile, Cefalexinum vârsta sub 10 ani (m<40kg) 25-100mg/kg x 4 prize, Mai mare de 10 ani 250-500mgx4 ori/zi i/m, peroral, 10 zile Cefuroximum 30-60mg/kg/zi divizate în 3-4 prize, i/m, i/v, 5-10 zile, Ceftazidimum 30-50 mg/kg/zi, divizate în 3 prize, i/v, i/m, 7-14 zile Ceftriaxonum 20-80 mg/kg/zi, divizate în 2 prize ; masa corporală >50kg 1-2g/zi devizate în 2 prize, i/v, i/m, 7-14 zile Cefaperazonum 50-200 mg/kg/zi, divizate în 2-3 prize, i/v, i/m, 7-14 zile Cefepimum 50-280 mg/kg/zi, divizate în 2-3 prize, i/v, i/m, 7-14 zile etc.			
Grupa penicinelor semisintetice: Ampicillinum 50-100 mg/kg/zi – copii cu masa corporală > 20 kg; 12,5-2 mg/kg/zi – copii cu masa corporală < 20 kg , i/v, i/m, 5-10 zile Amoxicillinum 50 mg/kg/zi, i/m, devizată în 2 prize sau 100-200 mg/kg/zi, i/v, 5-10 zile			
<ul style="list-style-type: none"> • Preparate antipiretice: Paracetamolom per oral, până la 3 zile 			
Vârsta	Doza pentru o priză	Frecvanța administrării	Nr. maxim de prize pe zi
1-2 luni	30-60 mg	Fiecare 8 ore. Doza nictimerală maximă este de 60 mg/kg. Doza maximă nictimetală va fi administrată în doze divizate (pentru o priză).	3
3-5 luni	60 mg	ficare 4-6 ore	4
6-23 luni	120 mg	ficare 4-6 ore	4
2-3 ani	180 mg	ficare 4-6 ore	4
4-5 ani	240 mg	ficare 4-6 ore	4
6-7 ani	240-250 mg	ficare 4-6 ore	4
8-9 ani	360-375 mg	ficare 4-6 ore	4
10-11 ani	480-500 mg	ficare 4-6 ore	4
12-15 ani	480-750 mg	ficare 4-6 ore	4
16-17 ani	500-100 mg	ficare 4-6 ore	4
<ul style="list-style-type: none"> • Preparatele sângelui: plasmă congelată, eritrocite spălate, albuminum 10-20% 			

- Sol. Natrii chloridum 0,9% 20-100 ml/kg/zi prin perfuzie
- Sol. Glucosum 5-10 % 10 - 20 ml/kg/zi, prin perfuzie
- Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5% (125 mg/ml) 125-250 mg, doză unică, i/m
- Acidum ascorbicum 50 mg/ 1 ml 50-100mg /zi (1-2 ml /zi)
- Sol. Drotaverinum 2% 2 ml sub 6 ani 0,01-0,02 gr, 6-12 ani 0,02gr x 2 ori/zi i/m
- Sol. Kalii chloridum 4% 2 mmoli/kg/zi, prin perfuzie
- Sol. Calcii chloridum (CaCl₂) 2- 4 mekv/kg, prin perfuzie
- Sol. Magnesii sulfas 25% 0,3 – 0,5 mekv/kg/zi, prin perfuzie
- Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % = 0,5mg/ml, Sol. Procainum 0,5% - 5 mg/ 1 ml 0,5- 1,0 ml/kg, prin perfuzie
- Prokinetik și antivomitiv: Sol. Metoclopramidum copii > 6 ani 5 mg x 1-3 ori/zi, i/m
- Analgezice : analgezice neopioide: Sol. Metamisoli natrium 50% 2ml/1amp. Administrat maxim 4 ori/zi, i/m conform tabelului

Vârsta (masa corporal)	Doza unică
3-11 luni (5-8kg)	0,1-0,2ml (50-100mg)
1-3 ani (9-15 kg)	0,2-0,5 ml (100-250 mg)
4-6 ani (16-23 kg)	0,3-0,8 ml (150-400 mg)
7-9 ani (24-30 kg)	0,4-1,0 ml (200-500mg)
10-12 ani (31-45 kg)	0,5-1,0 ml (250-500mg)
13-14 ani (46-53 kg)	0,8-1,8 ml (400-900 mg)
Mai mare de 15 ani (>53 kg)	1-2 ml (500-1000 mg)

Dexketoprofenum (50mg x 2-3 ori/zi i/m, doza adultului)

Analgezice opioide: Morphinum 1% 0,1-0,2 mg/kg x2 ori/zi i/m, Trimeperidinum 2% 0,1-0,5 mg/kgx4 ori/zi i/m;

Analgezice mixte: Tramadolium 50-100mg (1-2 ml) i/m, la copii mai mari de 14 ani;

- Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% (10mg/1ml) de 1-3 ori/zi i/m,

Vârsta	Doza unică
< 1 an	1-5 mg (0,1-0,5 ml)
2-5 ani	5-15 mg (0,5-1,5 ml)
6-12 ani	15-30 mg (1,5-3,0 ml)
>12 ani	10-50 mg (1,0 -5,0 ml)

Sol.Chloropyraminum 1ml / 20mg 2% 1-12 luni – 0,25 ml, 1-6 ani – 0,5 ml, 6-14 ani – 0,5-1,0 ml i.m., de 2-3 ori/zi i/m,

Clemastinum 2 ml/ 2mg 0,025mg/kg/zi în 2 prize i/m,

Quifenadinum 1ml/10mg 3-7 ani 5-10 mg x 2 ori/zi, 7-12 ani 10-15 mg x 2 ori/zi, mai mare de 12 ani 25 mg x2-3 ori/zi i/m, per oral,

Desloratadinum 1-5 ani 1,25 mg o dată în zi, 6-11 ani 2,5 mg o dată în zi, mai mare de 12 ani 5mg/zi per oral etc.

- Antifungice: Fluconazolium 50 mg, 100 mg, 150 mg 3-12 mg/kg/zi, o dată în zi, sau în perfuzie, timp de 60 cel mai 400 mg/zi
- Antiflatulente: Simethiconum 40mg caps, 40mg/1ml, sugari per oral

vârsta	doza
Sub 1 an	1ml (25 pic)x 5-6 ori/zi
1-6 ani	1ml (25 pic) x 3-5 ori/zi
6-14 ani	1-2 ml (25-50 pic)x 3-5 ori/zi sau 1-2 caps
>14 ani	2ml (50 pic) x 3-5 ori/zi sau 2 caps

- Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium ≤ 2 ani 1 caps x 3 ori/ zi,

2– 12 ani 1 – 2 caps x 3 ori / zi

≥ 12 ani 2 caps x 3 ori / zi per oral,

Lactobacillus rhamnosus+lactobacillus acidophilus per oral cu 2 ore înainte sau după administrarea antibioticului

vârsta	doza

1 lună – 1 an	1 caps pe zi
1-3 ani	1 caps x 2 ori/zi
3-12 ani	1 caps x 3 ori/zi
> 12 ani	1-2 caps x 3 ori/zi

- Valerianae radice extractum siccum tinctură* flac. 25 ml
- Tratament local (sol. Povidoni iodidum, spirt etilic 70%, sol. Verde de briliant, tifon steril)
- Manușă nesterile și sterile
- Pară
- Postoperator: Regim: primele 24 ore – întoarcere în pat
Peste 24-48 ore – așezarea în pat și scularea din pat

Dietă: primele 2 zile – dieta №0 (zeamă de carne, ou, apă), zilele 3-4 – dieta №2 (ciorbă de perișoare, terci semilichid, ou, apă), zilele 4-5 – dieta №15

Poziția în pat după Fowler (capul, toracele puțin ridicate, picioarele în flexie în articulațiile genunchilor și coxofemorale)

Bandajarea

C.2.3.9. Supravegherea pacienților

Caseta 15 Supravegherea fetelor după tratamentul chirurgical

- În primul an control medical o dată la 6 săptămâni
- În al 2-lea an o dată la 3 luni
- La al 3-lea an o dată la 6 luni
- La al 4-5-a an o dată pe an

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal:
	<ul style="list-style-type: none"> • Medic de familie. • Asistenta medicului de familie.
D.2. Instituțiile /secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu	Aparate, utilaj:
	<ul style="list-style-type: none"> • Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și a urinei sumare.
D.3. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții chirurgicale ale spitalelor raionale, municipale, republicane	Personal:
	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medic chirurg-pediatru ➤ Asistentă medicală ➤ Medic de laborator ➤ Medic funcționalist ➤ Medic radioimagist ➤ Medic anesteziolog ➤ Medic morfopatolog ➤ Medic citolog

	<p>Dispozitive medicale</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cabinet USG -Cabinet ECG -Cabinet CT, RMN -Cabinet radioimagistic -Laborator clinic -Laborator biochimic -Laborator citologic -Laborator morfopatologic -Bloc chirurgical cu tot aparatajul necesar -Sală de laparoscopie cu aparataj necesar -Sală de reanimare, TI <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine generațiile I-IV: Cefazolinum, Cefalexinum, Cefuroximum, Ceftazidimum, Ceftriaxonum, Cefaperazonum, Cefepimum etc. Grupa penicilinelor semisintetice: Ampicillinum, Amoxicillinum • Preparate antipiretice: Paracetamolum • Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Deslorotodinum etc. • Sol. Natrii chloridum 0,9% • Sol. Glucosum 5-10 % • Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5% (125 mg/ml) • Acidum ascorbicum • Sol. Drotaverinum 2% • Sol. Kalii chloridum 4% • Sol. Calcii chloridum • Sol. Magnesii sulfas 25% 0,3 • Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % = 0,5mg/ml, Sol. Procainum 0,5% - 5 mg/ 1 ml • Prokinetik și antivomitiv: Sol. Metoclopramidum • Analgezice : analgezice neopioide: Sol. Metamisoli natrium 50% Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% (10mg/1ml), Sol.Chloropyraminum 1ml / 20mg 2% • Antiflatulente: Simethiconum • Antifungice: Fluconazolum 50 mg, 100 mg, 150 mg • Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterinum infantis+Enterococcus faecium, lactobacillus rhamnosus+lactobacillus acidophilus) • Valerianae radices extractum siccum tinctură* flac. 25 ml • Tratament local (sol. Povidoni iodidum, spirt etilic 70%, sol.Povidoni iodidum10%, sol. Verde de briliant, tifon steril) • Manuși nesterile și sterile • Pară
<p>D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secții reanimare, TI ale spitalelor raionale, municipale, republicane</p>	<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medic reanimatolog ➤ Medic chirurg-pediatru ➤ Asistentă medicală ➤ Medic de laborator ➤ Medic funcționalist ➤ Medic radioimagist ➤ Medic imagist ➤ Medic anesteziolog

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Medic morfopatolog ➤ Medic citolog <p>Dispozitive medicale</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aparat USG -Aparat ECG -Cabinet CT -aparate radiologice -Laborator clinic -Laborator biochimic -Laborator citologic -Laborator morfopatologic -Bloc chirurgical cu tot aparatul necesar -Sală de laparoscopie cu aparatul necesar <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antibacteriene: Antibiotice: Cefalosporine generațiile I-IV: Cefazolinum, Cefalexinum, Cefuroxim, Cefotaxim, Ceftriaxonum, Cefepim etc. Grupa penicilinelor semisintetice: Ampicillinum, Amoxicillinum • Preparate antipiretice: Paracetamol • Preparatele sângelui: plasmă congelată, eritrocite spălate, albumin 10-20% • Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% (10mg/1ml), Sol.Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Desloratadinum etc. • Sol. Natrii chloridum 0,9% • Sol. Glucosum 5-10 % • Hemostatice: Sol. Etamsylatum 12.5% (125 mg/ml) • Acidum ascorbicum • Sol. Drotaverinum 2% • Sol. Kalii chloridum 4% • Sol. Calcii chloridum • Sol. Magnesii sulfas 25% 0,3 • Sol. Neostigmini methylsulphas 0,05 % = 0,5mg/ml, Sol. Procainum 0,5% - 5 mg/ 1 ml • Pentru stimularea intestinului: Sol. Metoclopramidum • Antalgice : analgezice nonnarcotice: Sol. Metamisole sodium 50% • Preparate H1-antihistaminice: Diphenhydraminum 1% (10mg/1ml), Sol.Chloropyraminum 1ml / 20mg 2%, Clemastinum, Quifenadinum 1ml/10mg, Desloratadinum • Antiflatulente: Simethiconum • Antifungice: Fluconazolum 50 mg, 100 mg, 150 mg • Prebiotice, probiotice: Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium, lactobacillus rhamnosus+lactobacillus acidophilus) • Valerianae radices extractum siccum tinctură* flac. 25 ml • Tratament local (sol. Povidoni iodidum, spirit etilic 70%, sol. Verde de brilliant, tifon steril) • Manuși nesterile și sterile • Pară
--	--

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea examinărilor clinice, paraclinice și a tratamentului copiilor cu tumori anexiale uterine	Ponderea copiilor care au fost diagnosticați cu formațiuni tumorale pelvene și tratați în condiții de staționar conform recomandărilor Protocolului clinic național „Tumorile anexiene uterine la copii”, pe parcursul unui an (în %)	Numărul copiilor care au fost diagnosticați cu tumori anexiale uterine la copil și tratați în condiții de staționar conform recomandărilor Protocolului clinic național "Tumorile anexiene uterine la copii", pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii care au fost diagnosticați cu tumori anexiene uterine și au urmat tratament în condiții de staționar, pe parcursul ultimului an
2.	A reduce complicațiile precoce și tardive la copiii cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine	Ponderea copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine care au dezvoltat complicații tardive pe parcursul unui an (în %)	Numărul copiilor cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine care au dezvoltat complicații tardive pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii cu formațiuni tumorale ale anexelor uterine care se află în evidența medicului chirurg-pediatru pe parcursul ultimului an

Ghidul pacientului cu Formațiuni tumorale ale anexelor uterine (Ghid pentru pacienți, părinți)

Introducere

Ghidul de față descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu tumori anexiale uterine în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se elucidează indicațiile adresate pacienților cu suspecție la tumori ale organelor genitale interne. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire, diagnosticare și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Lucrarea nu conține prezentarea maladiei în detaliu, date despre analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul chirurg-pediatru sau cu oncopediatru de profil.

Indicațiile din Ghidul pentru pacient (părinți, reprezentatorul legal), cuprind:

- modul în care medicul trebuie să stabilească dacă copilul are o tumoră a organelor genitale interne;
- modul în care pacientul sau părintele (în cazul în care copilul este prea mic și nu poate lămuri schimbările în organism) poate evita, suspecta tumorile organelor genitale interne sau poate facilita stabilirea precoce a diagnosticului de tumoră;
- factorii de risc pentru dezvoltarea tumorii anexelor uterine, manifestările clinice ale maladiei;
- variantele de tratament modern în tumorile anexelor uterine.

Indicațiile din Ghid conțin:

- criteriile după care medicii trebuie să stabilească semnele concludente pentru o tumoră a anexelor uterine la copil
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu tumori ale anexelor uterine.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informați și să luați decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră. În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea copilului Dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul DVS cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar esența bolii, de ce geneză este tumora și care este tratamentul cel mai potrivit pentru copilul Dvs.

Formațiunile anexiale uterine

Formațiunile tumorale ale anexelor uterine se dezvoltă în ovare, trompele uterine și aparatul ligamentar

Tabloul clinic:

Stadiile incipiente ale tumorilor anexelor uterine evoluează fără manifestări clinice concludente, de cele mai multe ori prezentarea clinic nu reușește să diferențieze tumorile maligne de cele benigne. Simptomele tipice pentru tumorile maligne: paloare a pielii, scăderea poftei de mâncare, copilul refuză să ia sânul, reducerea ratei de greutate corporală, subfebrilitate sau febră permanentă, dispnee. Durerea abdominală este prezentă cu o frecvență mare, poate îmbrăca forme acute, în funcție de severitatea leziunilor supraadăugate: hemoragie, torsiune, ruptură, când durerea se însoțește de vărsături, poate mima o apendicită acută.

Alt tablou clinic poate avea un caracter insidios, cronic, cu dureri suportabile, stare de rău, distensie abdominală, vărsături nesistematizate. Ulterior se instalează anorexia, greața, semne de suferință urinară (polakiurie, foarte rar disurie).

Când trebuie să consultați un medic: trebuie să faceți o programare la medicul dumneavoastră dacă copilul prezintă unele semne sau simptome care vă îngrijorează din cele enumerate mai sus.

Tratament: Scopul tratamentului – păstrarea funcției menstruale și reproductive, ameliorarea statutului social și psihologic.

Indicații pentru tratamentul chirurgical:

1. Orice formațiune a anexei uterine, în special cu diametrul mai mare de 7 cm
2. Majorarea insidioasă a formațiunii tumorale, de asemenea apariția formațiunii tumorale a anexelor uterine pe fundalul administrării preparatelor contraceptive
3. Prezența complicațiilor

Tratament chirurgical

Conservativ

- Enuclearea chistului paraovarian
- Rezecția cuneiformă a ovarului, constă din înlăturarea 1/2 sau a 2/3 din țesutul ovarian
- Rezecția parțială a ovarului – enuclearea chistului ovarian

Radiaci

- Ovarectomie
- Ovaranexectomie

Tratamentul tumorilor ovariene cuprinde o varietate mare de posibilități, dar se va ține cont în primul rând de caracterele posibil maligne ale acestora. Monitorizarea atentă și deciziile clare pot fi calea spre o rezolvare favorabilă a acestor boli.

Contraindicații pentru tratamentul chirurgical conservativ:

- Torsiunea piciorului tumoral
- Supurarea sau infectarea formațiunii
- Aderențe masive în cavitatea bazinului mic
- Localizarea interligamentară a formațiunii

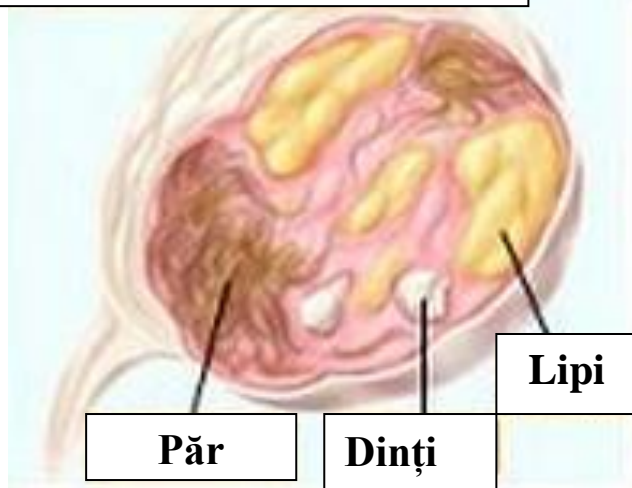
**Fișa standardizată de audit bazată pe criterii pentru tumorile anexiale
uterine la copii**

FIȘA MEDICALĂ DE AUDIT BAZATĂ PE CRITERII, PENTRU TUMORILE ANEXIALE UTERINE LA COPII		
Domeniul prompt		Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Numele, prenumele, telefon de contact
3.	Perioada de audit	DD.LL.AAAA
4.	№ FM a bolnavului	
5.	Mediul de reședință al pacientului	1 – urban; 2 - rural
6.	Data de naștere a pacientului	DD.LL.AAAA sau 9 –nu-i cunoscută
7.	Numele medicului curant	
8.	Patologia	Tumor ovarian...
INTERNAREA		
9.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar	AMP=1, AMU=2, secția consultativă=3, spital=4, instituția medicală privată=6, alte instituții =7, necunoscută = 9
10.	Data adresării primare după ajutor	DD.LL.AAAA, necunoscută = 9
11.	Data internării în spital	DD.LL.AAAA sau 9 –necunoscută
12.	Ora internării în spital	HH:MM sau 9 –necunoscută
13.	Secția de internare	DMU – 1; secția de profil pediatrie – 1; secția de profil chirurgical – 2; secția reanimare -3
14.	Timpul până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute – 0; 30 minute - 1 oră - 1; ≥1 oră - 2; nu se cunoaște – 9
15.	Data și ora internării în reanimare, TI	DD.LL.AAAA, ora (00:00); nu a fost necesar=5; 9 –necunoscută
16.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar = 5; necunoscută = 9
17.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscută = 9
18.	Transferul în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar = 5; necunoscut = 9
19.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
20.	Tratamentul administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
21.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
22.	Ro" cavității abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
23.	Ecografia organelor abdominale	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	CT/RMN organelor abdomino-pelviene cu substanță de contrast fără substanță de contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	Ro" toracică	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ, indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
26.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
27.	Starea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte

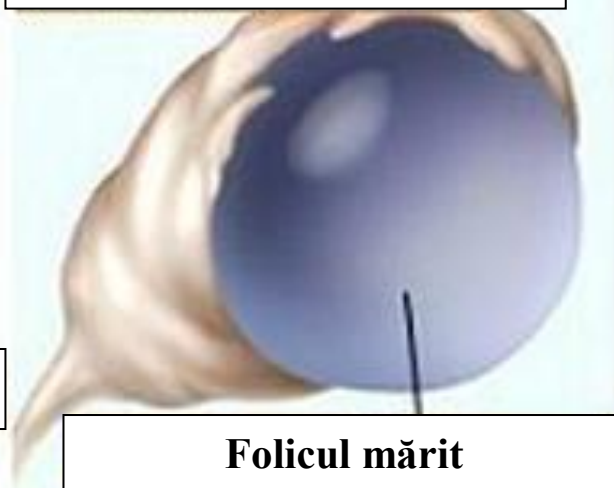
		gravă=5; extrem de gravă=6
28.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
29.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; nu se cunoaște=9
TRATAMENTUL		
30.	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
31.	Tratamentul chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
32.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale	OO:MM
33.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la debutul maladiei	OO:MM
34.	Timpul efectuării intervenției chirurgicale de la momentul internării	OO:MM
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
35.	Data externării sau a transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
36.	Complicații înregistrate pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscute=9
37.	Implementarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
38.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
DECESUL PACIENTULUI		
39.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații ale peritonitei; 2 – alte cauze; 9 – cauzele nu se cunosc

Tipurile formațiunilor tumorale ale anexelor uterine

Chist dermoid



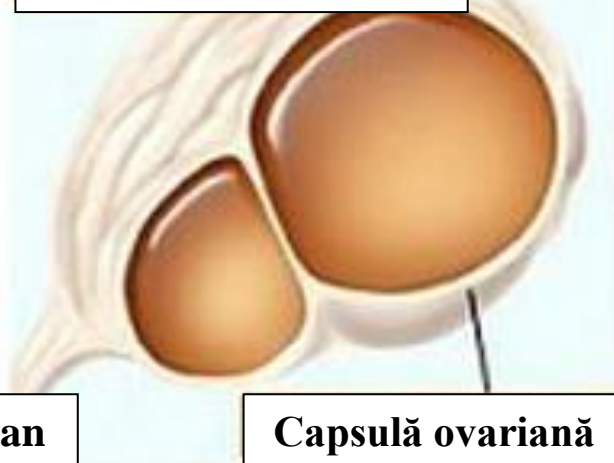
Chist folicular



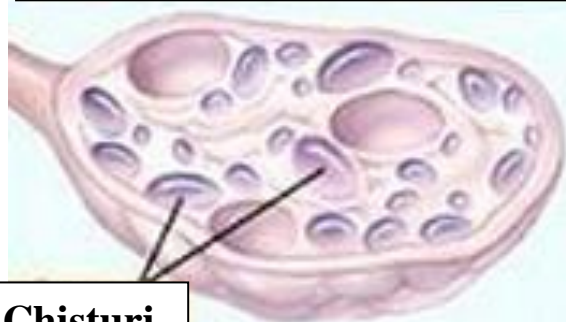
Chist endometrial



Chistadenom



Ovar polichistic



Clase de dovezi și scala de evaluare pentru recomandări

Clase de dovezi

Clasa A	Dovezi cu valoare înaltă	Dovada a fost inițial obținută prin studii randomizate controlate, meta-analiza acestor studii sau studii epidemiologice metodologic argumentate.
Clasa B	Dovezi cu valoare moderată	Dovada a fost obținută din studii prospective de valoare mai joasă, studii restrospective de caz-control și studii mari de tip observațional, de cohortă sau de prevalență, și era bazată pe informație clar fiabilă.
Clasa C	Dovezi cu valoare joasă	Dovada a fost obținută din studii mai mici de tip observațional, studii bazate pe informație retrospectivă sau mai puțin sigură, opinii autoritare exprimate în recenzii, sau opinii ale experților membrilor grupului de lucru.
Nici una	Dovezi insuficiente	Puține dovezi sau dovezi irelevante pentru soluționarea problemei, sau dovezile revizuite au fost extrem de contradictorii.

Scala de evaluare pentru recomandări

1	Recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare necesară pentru tratamentul acelor pacienți cărora li se atribuie problema în cauză. Acest nivel este, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între moderat și înalt. Concluzia este puțin probabil să fie schimbată în urma cercetărilor ulterioare. De asemenea, amploarea impactului este suficientă pentru a justifica recomandarea. Noțiunea de Recomandat a fost, de asemenea, utilizată pentru a descrie intervențiile care sunt probabile de a avea un efect semnificativ asupra evoluției pacientului, chiar dacă sunt bazate pe dovezi cu valoare joasă.
2	Puțin recomandat	Grupul de lucru a concluzionat că intervenirea este o abordare rațională pentru tratamentul pacienților. Totuși, nu toți pacienții și clinicienii ar dori să urmeze în mod necesar recomandarea. Decizia de a nu urma recomandarea este puțin probabil să ducă la o evoluție nefavorabilă majoră. Acest nivel a fost, în general, bazat pe dovezi cu valori cuprinse între jos și moderat. Amploarea efectului tratamentului, precum și direcția acestuia pot fi schimbate în urma cercetărilor ulterioare.
3	Nu este recomandat	Dovezile au fost considerate inadecvate sau prea contradictorii pentru a ajunge la o concluzie semnificativă.

BIBLIOGRAFIE

1. James L. Breen, Thad R. Denehy, Robert R. Taylor Pediatric Ovarian Malignancies// The Global Library of Women's (ISSN: 1756-2228) 2008
2. Suk Hee Heo, Jin Woong Kim, Sang Soo Shin, Seo In Jeong, Hyo Soon Lim, Yoo Duk Choi, Kyoung Hwa Lee, Woo Dae Kang, Yong Yeon Jeong, Heoung Keun Kang, Review of Ovarian Tumors in Children and Adolescents// Radiologic-Pathologic Correlation RadioGraphics 2014; 34:2039–2055
3. Mantoni, M. and Lausten-Thomsen, U. Ovarian torsion—A course for severe abdominal pain in children. *Open Journal of Pediatrics*, 2013 V. 3, N. 4, 403-405.
4. Mihaela Grigore, Mara Murarasu, Loredana Maria Himiniuc, Bogdan Florin Toma, Odetta Duma, Razvan Popovici Large ovarian tumors in adolescents, a systematic review of reported cases, diagnostic findings and surgical management //Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology V.60, July 2021, p. 602-608
5. Shailee V.Lala, Naomi Strubel Ovarian neoplasms of childhood, *Pediatric Radiology* 49, 1463-1475 (2019)
6. Amy E. Lawrence, Dani O. Gonzalez, Mary E. Fallat, Jennifer H. Aldrink, Geri D. Hewitt, S. Paige Hertweck, Amanda Onwuka, Christina Bence, Robert C. Burns, Patrick A. Dillon, Peter F. Ehrlich, Jason D. Fraser, Julia E. Grabowski, Ronald B. Hirschl, Rashmi Kabre, Jonathan E. Kohler, Dave R. Lal, Matthew P. Landman, Charles M. Leys, Grace Z. Mak, Thomas T. Sato, Madeline Scannell, Joseph A. Sujka, Peter C. Minneci, Katherine J. Deans Factors Associated With Management of Pediatric Ovarian Neoplasms// *PEDIATRICS* Volume 144, number 1, July 2019, p.1-9
7. Țîbîrna Gheorghe Ghid clinic oncologic, 2009
8. Protocol clinic național „Cancerul ovarian, cancerul trompei uterine și cancerul primar peritoneal”, Chișinău, 2011
9. Адамян Л.В., Колтунов И.Е., Сибирская Елена Викторовна, Шарков С.М., Короткова С.А., Моксякова Е.Г., Мовсесян Э.Х. Особенности дифференциальной диагностики опухолей яичников у девочек // *Детская хирургия*, 2018, №4.
10. Уварова Е.В., Немченко О.И. Опухоли и опухолевидные образования яичников у детей и подростков. *Гинекология*, Т.9, №5
11. Гуркин Ю.А. *Гинекология подростков*, Санкт-Петербург, 1998
12. Бохман Я.В. *Руководство по онкогинекологии*, Ленинград, 1989
13. Нечушкина И.В. Опухоли женских половых органов у детей (клиника, диагностика, лечение). Автореферат на соискание учёной степени доктора медицинских наук, Москва, 2009
14. Вишневская Е. Экстрагенитальные заболевания, симулирующие новообразования гениталий у девочек//*МВ*, №42, 43, 44, Белорусь, 2010
15. Вишневская Е. *Детская онкогинекология*, Минск, 1997
16. Коровин С.А., Дзядчик А.В., Галкина Я.А., Соколов Ю.Ю. Лапароскопические вмешательства у девочек с перекрутами придатков матки // *Российский Вестник детской хирургии, анестезиологии и реанимации* Т.VI, N.2, 2016, с. 73-79
17. Чайка А.В., Носенко Е.Н., Матыцина Л.А., Яценко В.Ю. Органосохраняющее лапароскопическое лечение тугого многократного перекрута интактных яичников и яичниковых образований у девочек // *Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней (гинекология, акушерство, урогинекология, онкогинекология)* / Под. ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. - М. 2001. - С. 160-162.