



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Miomul uterin

Protocol clinic național

PCN - 375

Chișinău, 2020

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
al Republicii Moldova din 03.07.2020, proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova
nr. 888 din 28.09.2020 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Miomul uterin”**

Cuprins

Abrevierile folosite în document	3
Prefață	3
A. Partea introductivă	3
A.1. Definiție	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Obiectivele protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data revizuirii protocolului	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	4
A.8. Informația epidemiologică	5
B. Partea generală	6
B.1. Nivelul de asistență medicală primară (medicul de familie)	6
B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească	7
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (obstetrică și ginecologie)	7
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească	9
C.1 Algoritmi de conduită	13
C.1.1. Algoritmul conduitei ambulatorii a pacientei cu miom uterin în perioada reproductivă	13
C.1.1.2. Algoritmul de luare a deciziilor cu privire la alegerea opțiunilor de observație și tratament pentru pacientele cu miom uterin.	14
C.2 Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor	15
C.2.1. Clasificarea miomului uterin	15
C.2.2. Conduita pacientelor (obligatoriu)	16
C.2.2.1. Screening și prevenirea	16
C.2.2.2. Anamneza	17
C.2.2.3. Examenul clinic	17
C.2.2.4. Investigații paraclinice	18
C.2.2.5. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)	18
C.2.2.6. Criteriile de spitalizare (obligatoriu)	20
C.2.2.7. Tratament/conduită	20
C.2.2.7.1. Tratament conservator	20
C.2.2.7.2. Tratament chirurgical	25
C.2.2.7.3. Tratament de alternativă	28
C.2.3. Tactica de conduită	30
C.2.3.1. Managementul pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină	31
C.2.3.2. Managementul pacientelor cu miom uterin în perimenopauză	32
C.2.3.3. Managementul pacientelor cu miom uterin în postmenopauză	32
C.2.3.4. Managementul pacientelor cu miom uterin și sarcină	32
C.2.4. Monitorizarea pacientelor cu miom uterin	34
D. Resursele umane și materiale necesare pentru respectarea prevederilor protocolului	35
E. Indicatori de monitorizare a implementării protocolului	37
Anexa 1 Fișa standardizată de audit medical	37
Anexa 2 Ghidul pentru paciente	39
Anexa 3 Gradele de recomandare și nivele ale dovezilor	40
Bibliografie	42

Abrevierile folosite în document

aGn-RH	Agoniști de gonadotropin-releasing hormon
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
AMH	Hormonul anti-Mullerian
ALAT	Alaninaminotransferaza
ASAT	Aspartataminotransferaza
BIP	Boala inflamatorie pelvină
CA 125	Antigenul carbohidrat 125 asociat cancerului
COC	Contraceptive orale combinate
CT	Tomografia computerizată
DHEA	Dehidroepiandrosteron
DIU	Dispozitiv intrauterin
E₂	Estradiol
EAU	Embolizarea arteriilor uterine
ESGE	Societatea europeană de ginecologie endoscopică
FIV	Fertilizare in vitro
FR	Frecvența respiratorie
FSH	Hormon de stimulare foliculară
IMC	Indexul masei corporale
LNG-DIU	Levonorgestrel (dispozitiv intrauterin)
LH	Hormon luteinizant
mg	Miligrame
MRgFUS	Magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery
MRPS	Modulatori selectivi ai receptorilor de progesteron
Prl	Prolactina
Ps	Puls
ROMA	Risk of Ovarian malignancy Algorithm
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
t⁰C	Temperatura corpului
SOP	Sindromul ovarelor polichistice
TA	Tensiunea arterială
TGI	Tractul gastrointestinal
TSH	Hormon de stimulare tiroidiană
USG	Ultrasonografie

Prefață

Protocolul clinic național „Miomul uterin” este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și cu experiența autorilor lui, acumulată în domeniul dat. Acest protocol va servi la elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi utilizate formulare suplimentare, care nu sunt incluse în acest protocol clinic național.

Protocolul vine în ajutor medicului de a alege conduita corectă a miomului uterin, și nu poate dicta o conduită exclusivă a cazurilor. Conduita în fiecare caz va depinde de circumstanțele clinice specifice și necesitățile /dorințele pacientei.

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

Exemple de diagnostic clinic:

- *Miom uterin subseros pediculat cu localizarea nodulului în regiunea istmică. Dispareunie.*
- *Miom uterin multinodular. Sângerări uterine abundente și prelungite. Anemie gr. II.*
- *Miom uterin submucos în naștere. Sindrom algic.*
- *Miom uterin submucos. Avort spontan în evoluție la 9-10 s.a.*
- *Miom uterin subseros. Torsiunea nodulului miomatos. Abdomen acut.*

A.1 Definiție

Miomul uterin (*leiomiom, fibromiom, miofibrom, fibrom uterin*) este o tumoare benignă proliferativă, hormonal dependentă, bine delimitată, pseudoincapsulată, compusă din fibre musculare și elemente de țesut conjunctiv fibros [20,22].

A.2. Codul bolii (CIM–10):

D25 Leiomiomul uterului:

D25.0 Leiomiom submucos al uterului

D25.1 Leiomiom intramural al uterului

D25.2 Leiomiom subseros al uterului

D25.9 Leiomiom nespecificat

D26 Alte tumori benigne ale uterului:

D26.0 Tumori benigne ale colului uterin

D26.1 Tumori benigne ale corpului uterin

D26.7 Tumori benigne altor părți ale uterului

D26.9 Tumori benigne ale uterului nespecificate

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (medici de familie)
- Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (obstetricieni-ginecologi).
- Echipele AMU (medici și felceri de urgență, asistente medicale de urgență).
- Centrele consultative raionale (medici obstetricieni-ginecologi)

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

A.4. Obiectivele protocolului:

Scopul protocolului: Sporirea calității managementului clinic (conduitei clinice), diagnosticului precoce, tratamentului medicamentos eficient și calității vieții pacientelor cu miom uterin.

Obiectivele protocolului:

- diagnosticarea precoce a miomului uterin;
- creșterea calității acordării serviciilor medicale, care au un mare impact asupra stării ulterioare de sănătate a pacientei;
- reducerea unui risc sau eliminarea unei incertitudini terapeutice;
- aplicarea evidențelor în practica medicală, diseminarea unor noutăți științifice bazate pe dovezi;
- reducerea complicațiilor cauzate de miom uterin;
- creșterea încrederii personalului medical în rezultatul unui act medical;
- integrarea unor servicii sau proceduri medicale;
- structurarea documentației medicale;
- oferirea unei baze de informații pentru analize și comparații;
- armonizarea practicii medicale naționale cu principiile medicale internaționale acceptate.

A.5. Data elaborării protocolului: 2020

A.6. Data revizuirii protocolului: 2025

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

<i>Numele</i>	<i>Funcția</i>
Cernețchi Olga	d.h.ș.m., profesor universitar, Șef de Departament Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.
Dondiuc Iurie	d.h.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Sârbu Zinaida	d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Corolcova Natalia	d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF

	„Nicolae Testemițanu”
Rotaru Marin	d.h.ș.m., profesor universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Profire Liliana	d.ș.m., conferențiar universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Cotelea Veronica	asistent universitar, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Burac Mihaela	doctorandă, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alsatou Alina	doctorandă, Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/Instituția	Persoana responsabilă
Departamentul Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	Cernețchi Olga, șef Departament
Comisia științifico-metodică de profil „Obstetrică și ginecologie”	Cernețchi Olga, președinte
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	Eremei Priseajniuc, director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Iurie Osoianu, vicedirector
Catedra de medicină de laborator USMF „Nicolae Testemițanu”	Valentin Gudumac, d.h.ș.m., profesor universitar
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică USMF „Nicolae Testemițanu”	Nicolae Bacinschi, Șef catedră
Catedra de medicină de familie USMF „Nicolae Testemițanu”	Ghenadie Curocichin, dr. hab.șt.med, profesor universitar, președintele asociației
Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească	Tatiana Bicic, vicedirector
Consiliul de Experți al MSMPS	Aurel Grosu, dr. hab.șt.med, profesor universitar, președintele consiliului

A.8 Informația epidemiologică

Miomul uterin este cea mai frecventă tumoare benignă, neinflamatorie, hormonal dependent, în rândul femeilor din majoritatea țărilor ale lumii, fiind diagnosticată la 30-35% dintre femeile cu vârsta reproductivă iar la 1/3 dintre paciente devine simptomatică. Prevalența acestei patologii în rândul femeilor cu vârsta reproductivă târzie (35-45 ani) și premenopauză (46-55 ani) este în creștere și conform datelor diferitor autori este cuprinsă între 50 și 80% [1,13,20].

Aceasta neoplazie uterină afectează, în principal, femeile sub două aspecte esențiale: pe de o parte poate afecta fertilitatea acesteia, iar pe de altă parte – desfășurarea activităților cotidiene și profesionale, scăderea semnificativă calității vieții datorită simptomelor provocate de această patologie [3].

Manifestările clinice ale tumorii sunt asociate cu sângerare uterină, durere, compresia organelor adiacente, deseori influențează fertilitatea, provocând infertilitatea și avortul [22]. La pacientele cu miom uterin infertilitatea primară apare în 20–25 % cazuri iar cea secundară în 35–50%. În plus, incidența avortului spontan în acest grup de paciente este de 2-3 ori mai mare comparativ cu femeile ce suferă de infertilitate de altă genă [12]. Aproximativ 70% dintre pacientele cu infertilitate feminină cauzată de miom uterin au nevoie de tratament chirurgical, prin urmare intervențiile chirurgicale conservative sunt extrem de relevante la această grupă de paciente [18]. Miomul uterin reprezintă indicație de baza a operațiilor de histerectomie în toată lume, ajungând până la 30% [3,14,21].

Problema alegerii unei metode de tratament pentru pacientele cu miom uterin rămâne actuală până în prezent, atât la nivel local cât și cel mondial.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară (medicina de familie)

Descrierea activității	Motivele	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia Propagarea regimului de viață sănătos, planificarea funcției reproductive. C.1, C.2.2.	Control profilactic, previne creșterea și respectiv complicațiile miomului uterin (1b, A⁴).	Obligatoriu: 1. Consultația medicului ginecolog o dată pe an. 2. Tratamentul maladiilor cronice.
2. Screening 2.1 Miom asimptomatic C.2.3.	Necesitatea corijării patologiilor asociate care pot contribui la creșterea miomului sau provoca apariția complicațiilor lui.	Obligatoriu: 1. Referirea la medicul ginecolog care evaluează anamneza generală și ginecologică: (<i>caseta 2,4,5.B</i>) <ul style="list-style-type: none"> • îndreaptă pacienta la USG; • apreciază prezența factorilor de risc oncologici; (<i>Tabelul 1</i>) • stabilește diagnosticul definitiv (caseta 1) și tactica de conduită ulterioară în funcție de vârsta și necesitățile pacientei (caseta 20);
2.2 Miom simptomatic C.2.3. C.2.2.6	Hemoragii uterine, indiferent de vârsta pacientei. Excluderea unui avort spontan incipient (nu în menopauza) și aprecierea gradului de anemie.	Obligatoriu: Medicul de familie urgent apreciază: 1. Testului la sarcină, în afara de vârsta menopauzala; 2. Hemograma, Ht; 3. USG; 4. Cu rezultatele din pp.1,2,3 referire la medicul ginecolog, dacă Hb este mai mare de 90 mg/l, sau îndrepta pacienta în staționar, dacă Hb este mai mică de 90 mg/l (<i>caseta 9</i>); 5. Dacă sunt semne de abdomen acut și antecedente cu miom îndreptare în staționar. (<i>caseta 9</i>)
Excluderea torsiunii sau necrozei a nodulului miomatos uterin.		
2.3 Miom uterin și sarcina C.2.3.4.	Aprecierea influenței miomului asupra sarcinii și a gravitației asupra miomului. Aceasta v-a permite să evitam apariția complicațiilor.	Obligatoriu: Referirea la medicul ginecolog pentru aprecierea riscului apariției complicațiilor sarcinii (caseta 24) și elaborarea tacticii de conduită a sarcinii (<i>caseta 25</i>).
3. Diagnostic Confirmarea miomului C.1., C.2., C.2.3	Stabilirea unui diagnostic cert care este foarte important pentru tactica de conduită, fiind direct proporțională cu tipul și forma miomului, vârsta, funcția reproductivă.	Obligatoriu: Referirea la medicul ginecolog care evaluează: <ul style="list-style-type: none"> • anamneza generală și ginecologică: (<i>caseta 2,4,5.B</i>) • direcționează pacienta la USG cu competențe în ginecologie, • apreciază prezența factorilor de risc oncologici. (<i>Tabelul 1</i>)

		<ul style="list-style-type: none"> • stabilește diagnosticul definitiv și elaborează tactica de conduită ulterioară. (<i>Algoritm C1.1., C.1.2.</i>) • stabilește criteriile de supraveghere a pacientei (<i>caseta 20</i>)
4. Tratament/ conduită C.1 C.2.2.7.1 C.2.2.7.2 C.2.2.7.3	Pacienta cu miom uterin (asimptomatic și simptomatic) necesită evaluare a medicului specialist obstetrician-ginecolog și este dependent de vârsta și necesitățile pacientei.	Obligatoriu: 1. Medicul ginecolog indică tratamentul conservator sau chirurgical în funcție de situația clinică și necesitățile pacientei și stabilește criteriile de supraveghere a pacientei. (<i>Algoritm C1.1., C.1.2</i>)
4.1 Referirea/internarea	Hb mai mic de 90 g/l Semne de abdomen acut cauzat de necroza nodulului miomatos.	Obligatoriu: Internarea imediată în secția de ginecologie chirurgicala
4.2 Tratament medicamentos nespecific în condițiile de ambulator C.2.2.6.1.	Menometroragii cu Hb mai mare de 90g/l; Polimenoree cu dismenoree (<i>caseta 11</i>).	Obligatoriu: Consultatia urgenta a ginecologului din unitatea medicala pentru: 1. Administrarea imediată a preparatelor antifibrinolitice, antianemice (<i>caseta 11</i>). 2. Stabilirea și monitorizarea volumului de sânge pierdut (<i>caseta 11</i>). 3. Stabilirea termenului oportun pentru îndreptarea la tratament chirurgical (<i>caseta 9,14,15</i>). Recomandabil: Aprecierea Hb o dată la 24-48 ore.
B.2. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească		
Descrierea activității	Motivele	Pașii
Diagnostic C 2.2.5.	Hemoragii uterine care nu se stopează pe fundalul tratamentului medicamentos și/sau abdomen acut ginecologic.	Obligatoriu: • Examenul primar și secundar • Aprecierea volumului de sânge presupus pierdut (<i>caseta 3</i>);
2. Monitorizarea / supravegherea/transparțare	Aprecierea volumului de sânge pierdut, prin monitorizarea după numărului de salfete folosite în ultimele ore (<i>caseta 3</i>)	Obligatoriu: 1. controlul TA, Ps, t ⁰ C, respirația pulsoximetrie 2. aprecierea volumului de sânge pierdut (<i>caseta 3, 6</i>). 3. Transportarea în staționar pentru tratament conservativ/chirurgical urgent.
3. Asistența medicală de urgență	Hemoragie abundentă Prezența semnelor de șoc hipovolemic	Obligatoriu: Stabilizare ABC Pungă de gheață în regiunea abdominală inferioară. Oxygenoterapie cu flux crescut 8-10 l/min La necesitate • Hemostaza medicamentoasă Sol. Etamzilatum 12,5%-2,0 Sol. Acidum Tranexamicum 1g i/v timp de 10 min sau 20-25 mg/kg corp

		iv. • Cristaloizi: Sol.Natrii chloridum (SN) 0,9% - 500 ml • Substituenți macromoleculari: Sol. Hydroxyethylamidonum 6%- 400 ml sau (opțiune secundară) Sol. Dextranum 70 - 400 ml Vazopresoare (doar după restabilirea volumului de sânge circulant) Sol.Dopaminum 4%-5 ml (200 mg)
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (obstetrică și ginecologie)		
Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxie Recomandarea regimului de viață sănătos, planificarea funcției reproductive și tratamentul tuturor maladiilor endocrine. C.2.1 C.2.2	Miomul uterin asimptomatic se complică după toate tipurile de avort și maladii endocrine-metabolice necompensate.	Recomandabil: 1. Planificarea familiei; 2. Examen profilactic la medicul ginecolog o dată pe an pentru aprecierea factorilor de risc oncogeni. (<i>Tabelul 1</i>)
2. Diagnostic C.2.1 C.2.2.3. C.2.2.4.	Diagnosticul stabilit permite individualizarea tratamentului în funcție de tipul, dimensiunile miomului uterin, vârstă, realizarea funcției reproductive și situația clinică existentă.	Obligatoriu: 1. Evaluarea tabloului clinic (caseta 3); 2. Evaluarea anamnezei generale și ginecologice (<i>caseta 4</i>); 3. Evaluarea datelor USG (<i>caseta 7</i>);; 4. Aprecierea prezenței factorilor de risc oncologici; (<i>Tabelul 1</i>) 5. Diagnostic diferenciat (<i>caseta 8</i>); 6. Stabilirea diagnosticului definitiv (<i>caseta 1</i>) Recomandabil: Biochimia (<i>caseta 7</i>) Investigații hormonale (<i>caseta 7</i>)
3. Decizia asupra tacticii conservative de conduită clinică versus chirurgicală	Spitalizarea nu are nici o prioritate în managementul miomului asimptomatic (1a, A⁵). Este posibilă conduita în condiții de ambulator a pacienților cu miom asociat și forme ușoare de complicații. Tactica depinde de: - riscul de dezvoltare a cancerului uterin; - vârstă; - paritate; - decizia de a păstra uterul.	Obligatoriu: Condiții pentru tratamentul conservativ: 1. Miom asimptomatic <i>fără risc</i> de dezvoltare a cancerului uterin (cu excepția dimensiunilor mari ale nodulului, cât și cel cu creștere rapidă) (1a, A^{13,22}). 2. Miom simptomatic cu anemie forma ușoară și medie <i>cu risc moderat</i> de dezvoltare a cancerului uterin. 3. Miom simptomatic cu anemie forma ușoară și medie <i>în perioada de vârstă perimenopauzală (C.2.3.2.)</i> . 4. Respectarea de către pacienți cu miom uterin asimptomatic a

		<p>indicațiilor recomandate.</p> <p>5. Posibilitatea unui acces rapid la instituția medicală în caz de apariție semnelor de hemoragie severă sau altor complicații.</p>
	Gravidele cu miom uterin complicat	Spitalizare în mod obligator (1a, A²¹).
4. Conduita / supravegherea în condiții de ambulator C 2.2.7.1	<p>Prezența hemoragiei ușoare și moderate la pacienți cu miom uterin este posibil de dirijat în condiții de ambulator ce reduce considerabil costul îngrijirilor, precum și numărul de intervenții medicale (1a, A⁵).</p> <p>Miom asociat cu hiperpolimenoree, algodismenoree, necesită o conduită expectativă cu monitorizarea stării pacientei în funcție de tratamentul administrat. (<i>caseta 11, 12</i>)</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Supravegherea minuțioasă după volumul de sânge pierdut (numărul de absorbante), stării generale a pacientei, micșorarea sau dispariția semnelor clinice, aprecierea nivelului de Hb o dată la 7 zile (<i>caseta 14</i>). - Consilierea pacientelor și membrilor familiei pentru aprecierea semnelor de pericol.
5. Tratament 5.1 Tratamentul nespecific C.2.2.7.1	Este necesară stoparea menometroragiei astfel prevenind anemizarea severă (Hb) a pacientei în scopul prevenirii complicațiilor grave (II, B^{20,23}).	<p>Obligatoriu:</p> <p>Administrarea imediată a antifibrinolicilor cu/fără AINS (<i>caseta 11</i>).</p> <p>Recomandabil:</p> <p>Nu se administrează preparate contractile împreună cu antifibrinolitice.</p>
5.2 Tratamentul hormonal C.2.2.7.1	<p>Administrarea preparatelor hormonale reduce gradul anemiei și nu influențează modificarea volumului miomului (1a, A¹⁰).</p> <p>Preparatul de elecție depinde de vârsta pacientei, necesitatea contracepției, contraindicațiile și reacțiile adverse a preparatelor hormonale (1a, A^{16,17}).</p>	<p>Obligatoriu:</p> <p>Administrarea preparatelor hormonale este individualizată (<i>caseta 12, 13</i>), (<i>Tabelul 2</i>)</p>
5.3 Tratamentul cu Modulatorii selectivi ai receptorilor de progesteron C.2.2.3. C.2.2.4.	<ul style="list-style-type: none"> - Preparatul de elecție depinde de scopul tratamentului, vârstă, contraindicațiile și reacțiile adverse. - Se indică cu scopul: <ul style="list-style-type: none"> · micșorării volumului nodului preoperator; · perioada perimenopauzală; · contraindicații pentru tratament chirurgical. 	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pentru micșorarea în volum a tumorii și a volumului de sânge pierdut administrat cu/fără TSH (<i>caseta 12, 13</i>), (<i>Tabelul 2</i>). - Aprecierea funcției ficatului înainte de administrarea preparatelor. <p>Recomandabil:</p> <p>Femeilor în vârstă perimenopauzală tardivă miom uterin asociat cu adenomioză, localizarea submucoasă a nodulului administrarea în regim continuu sau intermitent până la menopauză (C, IV^{13,22}).</p>
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească		
Descrierea activității	Motivele	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea de urgență	Miom asociat cu complicații severe: Expulzia/„nașterea” spontană a	Obligatoriu: 1. Spitalizare în secția de ginecologie;

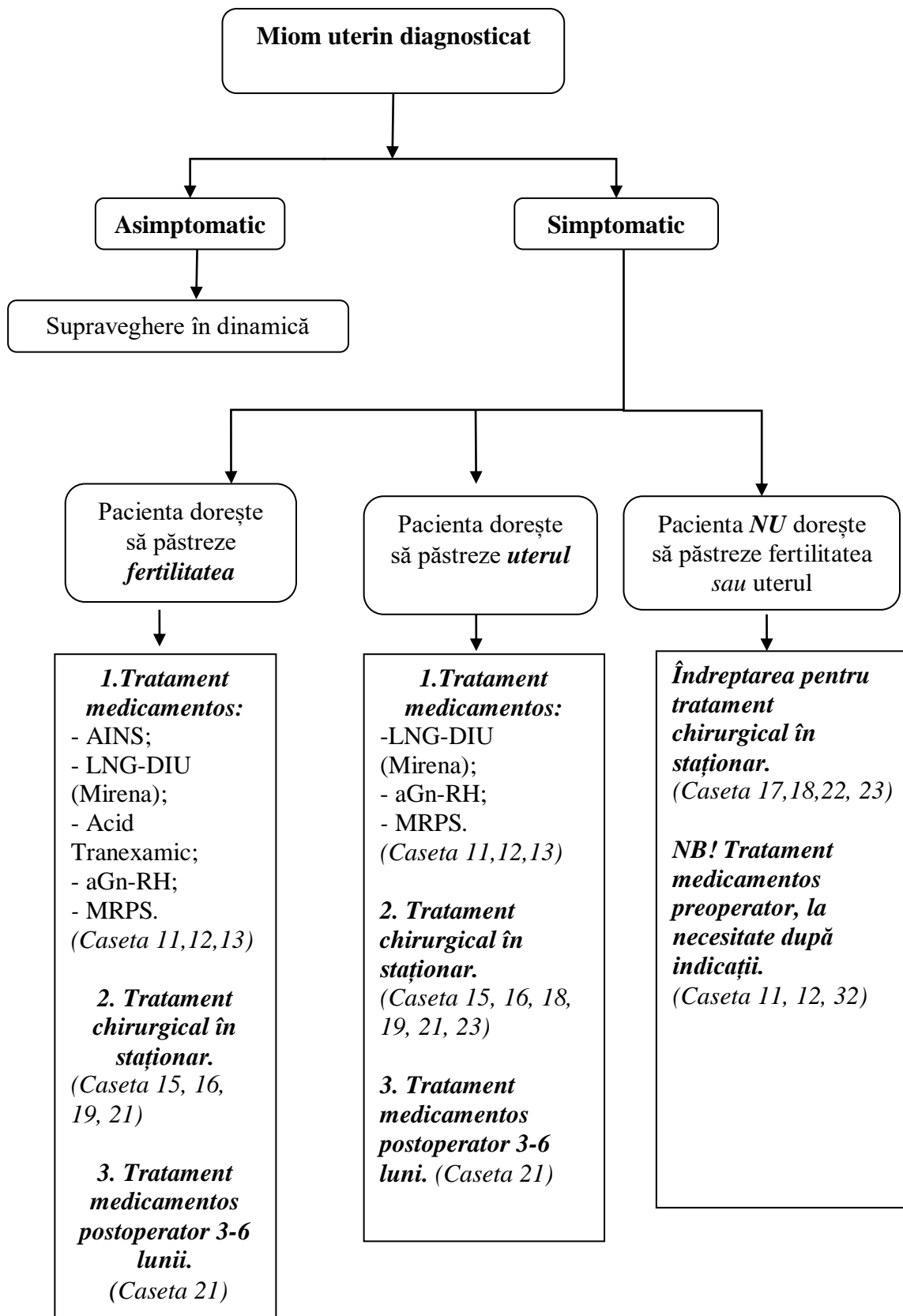
	<p>nodulului miomatos submucos, cu semne de abdomen acut. Miom asociat cu hemoragii severe.</p>	<p>2. Pregătire pentru intervenție chirurgicală:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupa de sânge și rezus factor • Coagulograma • Hemoleucograma • Urograma • ECG • USG
<p>2. Diagnostic C.2.2.3. C.2.2.4.</p>	<p>Severitatea se apreciază pe baza semnelor și simptomelor clinice și datelor de laborator.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluarea tabloului clinic; 2. Evaluarea anamnezei generale și ginecologice (<i>caseta 4</i>); 3. Evaluarea datelor USG (<i>caseta 7</i>); 4. Aprecierea prezenței factorilor de risc oncologici. (<i>Tabelul 1</i>) 5. Diagnostic diferențiat (<i>caseta 8</i>); 6. Stabilirea diagnosticului definitiv.
<p>3. Tratament 3.1 Tratamentul de urgență majoră</p>	<p>Este necesar de a stopa hemoragia (II, B^{20,23}). Alegerea tipului de tratament chirurgical depinde de gradul de compensare, vârsta, realizarea funcției reproductive, mărimea și forma miomului (1a, A^{26,29}).</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dacă a fost folosit tratamentul conservator, Hb este mai mică de 80 g/l se indică tratamentul chirurgical miomectomie sau histerectomie. (<i>caseta 16, 17</i>) 2. În cazul Hb mai mare de 100 g/l ca etapă preoperatorie pentru corijarea anemiei se va indica Acid Tranexamic. (<i>caseta 11</i>)
	<p>Expulzia/„nașterea” spontană a nodulului miomatos submucos.</p>	<p>Miomectomie prin abord vaginal. (<i>caseta 16</i>)</p>
<p>3.2 Tratamentul chirurgical planic – miomectomia C.2.2.6.2.</p>	<p>Pacientele cu miom asociat cu infertilitate (IIb, B^{13,22,23}); Există dovezi că <i>Miomectomia clasică</i> la pacientele cu infertilitate feminină este preferențială metodelor chirurgicale alternative (embolizarea arterelor uterine, ablația extracorporală cu ultrasunete) și a celor medicamentoase.</p> <p>Există dovezi că miomul uterin localizat subseros de dimensiuni mici (< 5 cm) asociat cu infertilitate feminină nu prezintă cauza acesteia și nu necesită un tratament chirurgical. În acest caz este necesar de a elucida alte cauze ale infertilității feminine (IV, C^{22,23}).</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miomectomia nodulului miomatos submucos cu dimensiuni < 5 cm prin abord histeroscopic. (<i>caseta 21</i>) 2. Miomectomia nodulului miomatos submucos de dimensiuni mari > 5cm prin abord laparoscopic + histeroscopic. (<i>caseta 21</i>) 3. Miomectomia nodulului miomatos intramural de dimensiuni > 5cm cu creștere centrală ca etapă a reproducerii asistate prin abord laparoscopic + histeroscopic (IV, C^{13,22,23}). (<i>caseta 21</i>) <p>Recomandabil: Modulatori selectivi ai receptorilor de progesteron (MRPS) pentru pacientele care planifică sarcina peste 1-2 ani; - paciente de vârstă reproductivă (> 18 ani) precum și perimenopauzală. (<i>caseta 13</i>) - tratamentul preoperator pentru micșorarea dimensiunilor nodulilor miomatoși.</p>

		Agoniști Gn-RH pentru pacientele care planifică sarcina în timp apropiat, se indică înainte de intervenția chirurgicală pentru micșorarea volumului miomei și corecția anemiei preoperatorie (hemoglobina ≤ 80 g/l). (caseta 13)
	Miom uterin submucos (tip 0-2) cu dimensiunile ce nu depășesc 5-6 cm în diametru (B, 2b; II-3A ^{13,22}); - dorința pacientei de a păstra funcția reproductivă; - vârsta de perimenopauză și postmenopauză. (caseta 22,23)	Tratament chirurgical – de primă linie – Miomectomie prin Histerorezectoscopia . (rezectoscop uni/bipolar sau morcelator intracavitar). (caseta 16)
	Nodul miomatos unic cu localizare subseroasă sau intramurală cu dimensiunile până la 20 cm (A, 1b ²¹); Nodul miomatos multiplu subseros;	Tratament chirurgical – de primă linie – Laparoscopie. Miomectomie . (caseta 16)
	Prezența nodulilor miomatoși cu localizare subseroasă și submucoasă.	Tratament chirurgical – de primă linie Laparoscopie + Histerorezectoscopia . (caseta 16)
	Noduli miomatoși multipli cu localizare intramurală sau în asociere cu alte localizări.	Tratament chirurgical – de primă linie - Histerectomie (totală, subtotală) . (caseta 17)
	Nodul miomatos submucos în naștere (B, 2a ^{13,22}) sau/și nodul miomatos localizat în regiunea vaginală a colului uterin.	Tratament chirurgical – de primă linie – Miomectomie Vaginală (caseta 16).
	Sângerări menstruale abundente și de lungă durată (masive și/sau pentru o perioadă îndelungată) în asociere cu lipsa dorinței pacientei de a păstra uterul sau fertilitatea (II, 2A ^{13,22}). Prolaps al organelor genitale; Alte metode sunt neefective sau contraindicate; Creșterea în dimensiuni a nodulului miomatos în postmenopauză (caseta 23)	Tratament chirurgical – de primă linie - Histerectomie (totală, subtotală) . (caseta 17)
3.3 Tratamentul chirurgical alternativ Miom complicat cu risc chirurgical înalt pentru intervenție chirurgicală (B,2b ^{13,22}).	Hemoragii uterine recurente sau abundente	<ul style="list-style-type: none"> • Ablajie endometrială. (caseta 16) • Embolizarea arterelor uterine. (caseta 18) • MRgFUS ca metodă de tratament cu scop de păstrare a uterului, fiind neinvaziv, nu necesită perioadă de reabilitare (A, 1b^{13,22}). (caseta 19)
4. Externarea pacientelor după intervenție chirurgicală	Prevenirea complicațiilor postoperatorii și depistarea precoce a recidivelor posibile.	<p>Eliberarea extrasului cu conținutul obligatoriu a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticului precizat cu confirmarea histologică; • Tratamentul efectuat; • Recomandări de monitorizare continue. (caseta 26, 27) • Citologie cervico-vaginală Babeș-

		<p>Papanicolau la pacientele cu histerectomie subtotală peste 6 luni postoperator;</p> <ul style="list-style-type: none"> · USG organelor bazinului mic peste 6 luni postoperator; · Contracepție de 6-12 luni la pacientele cu miomectomie conservativă; <p>Recomandabil: Tratament antianemic, antiinflamator la necesitate; Abținerea de la efort fizic și relații sexuale timp de 1,5-2 luni.</p>
<p>5. Monitorizarea / supravegherea C.2.4.</p>	<p>Conduita expectativă cu monitorizarea stării la pacientele cu miom asociat cu infertilitate.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. După tratamentul chirurgical se indică contracepție pe parcursul a 6 luni; (<i>caseta 26</i>) 2. Dacă timp de 6-12 luni după sistarea administrării contraceptivelor nu survine sarcina se recurge la reproducere asistată. <p>Citologie cervico-vaginală Babeș–Papanicolau la pacientele cu histerectomie subtotală peste 6 luni postoperator și ulterior conform standardelor naționale.</p>

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1 Algoritmul conduitei ambulatorii a pacientei cu miom uterin



C.1.2 Algoritm de luare a deciziilor cu privire la alegerea opțiunilor de observație și tratament pentru pacientele cu miom uterin.

Nr.	Situația clinică	Conduita medicală
1.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” asimptomatic, fără <i>un risc sporit</i> de dezvoltare a cancerului uterin.	Excluderea patologiei endocrine-metabolice. Conduita expectativă de către obstetrician-ginecolog de ambulator: USG fiecare 12 luni sau la apariția simptomatologiei.
2.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” asimptomatic, care <i>au un risc mărit</i> de dezvoltare a cancerului uterin.	Tratamentul patologiei depistate – gl. tiroide, ficatului, excluderea endometriozei și a SOP. USG fiecare 12 luni sau la apariția simptomatologiei.
3.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin submucos” (de tip 0 sau 1) <i>caseta 15</i> .	Histeroscopie, înlăturarea fibromului prin histeroscopie (miomectomie histeroscopică). Ambulator de către medicul ginecolog.
4.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” care intenționează să nască un copil în viitor și sângerări abundente.	Miomectomie prin una dintre modalitățile care permit păstrarea uterului: COC – 6 luni; aGn-RH – 3 luni; Dacă nu survine sarcina pe parcursul a 6 luni – FIV.
5.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” intramural sau mixt, care <i>planifică sarcina în timpul apropiat</i> .	În caz de miom până la < 5 cm și simptome nepronunțate se recomandă conceperea în decurs a 6 luni.
6.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” intramural sau mixt, care nu intenționează să devină gravide, <i>fără risc</i> de dezvoltare a cancerului uterin și prezența sângerărilor abundente.	Miom până la 5 cm: <ul style="list-style-type: none"> • Administrarea contraceptivelor combinate până la instalarea menopauzei; • Utilizarea unui DIU cu Levonorgestrel până la instalarea menopauzei; • Administrarea medicamentelor pe bază de Acid tranexamic și/sau a medicamentelor cu acțiune antiinflamatoare, până la instalarea menopauzei; • Ablația endometrială până la înlăturarea chirurgicală a uterului (histerectomie).
7.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” și simptome de presiune (indiferent de prezența sau lipsa de sângerări excesive).	Miom mai mult de 5 cm: <ul style="list-style-type: none"> • Miomectomie prin laparotomie; • Miomectomie prin laparoscopie; • Histerectomie.
8.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” și simptome de presiune, care ar dori să conceapă un copil în timpul apropiat.	Miomectomie prin una dintre modalitățile care permit păstrarea uterului: COC – 6 luni; aGn-RH – 3 luni; Dacă nu survine sarcina pe parcursul a 6 luni – FIV.
9.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” în momentul investigațiilor în legătură cu dificultățile de concepere a unui copil nu vor fi detectate alte cauze posibile ale infertilității.	<ul style="list-style-type: none"> • Miomectomie prin laparotomie; • Miomectomie prin laparoscopie.
10.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin”, care <i>planifică sarcină peste 2-5 ani</i> .	Se recomandă tratament medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> • medicamente din grupul de modulatori selectivi ai receptorilor progesteronici, <i>sau</i> • medicamente din grupul agoniștilor de aGn-RH (cu tratament hormonal de susținere).

11.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin”, care planifică sarcină peste mai mult de 5 ani.	<ul style="list-style-type: none"> • Înlăturarea chirurgicală a fibromului prin laparoscopie, • Ablația fibromului cu ultrasunete, • Embolizarea arterelor uterine, • Ablația fibromului prin radiofrecvență.
12.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” perimenopauzal, <i>fără un risc sporit</i> de dezvoltare a cancerului uterin și menstruații abundente.	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomie. <p>Dacă ultima este contraindicată poate fi o altă opțiune de tratament chirurgical: embolizarea arterelor uterine, ablația fibromului cu ultrasunete, ablația fibromului cu radiofrecvență.</p>
13.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” perimenopauzal, <i>cu un risc mărit</i> de dezvoltare a cancerului uterin.	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomia (înlăturarea uterului).
14.	Paciente cu diagnosticul de „miom uterin” cu eliminări sangvinolente postmenopauzale.	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomia (înlăturarea uterului).

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea miomului uterin

Caseta 1. Clasificarea miomului uterin după localizarea

(adaptată după clasificarea FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics (2010) și SOGC Clinical Practice Guidelines, Canada (2015) [13].

Miom uterin submucos		0	Miomul pediculat cu localizare în cavitatea uterului
		1	< 50% din volumul miomului se află în interiorul peretelui uterin
		2	> 50% din volumul miomului se află în interiorul peretelui uterin
O - alte	Miom uterin intramural	3	Miomul este situat în întregime în peretele uterului, dar contactează cu mucoasa uterină
		4	Miom complet intramural
	Miom subseros	5	Miom subseros, > 50% din volumul căruia se află în peretele uterin
		6	Miom subseros, < 50% din volumul căruia se află în peretele uterin
		7	Miom subseros pediculat
		8	Un alt tip de miom (de exemplu, miom al colului uterin, intraligamentar, etc.)
Leiomiomul hybrid (mixt)		2-5	Miomul uterin submucos și subseros – este localizat cu < 50% din diametru atât în cavitatea endometrială cât și în cea peritoneală.

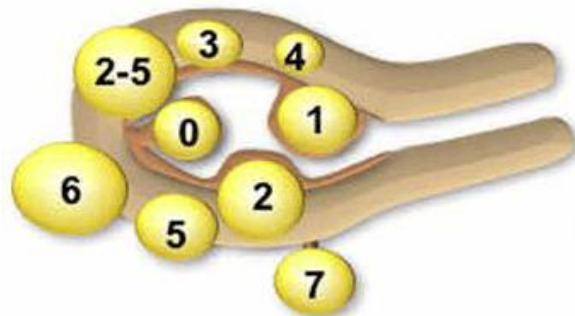


Fig.1 Clasificarea miomului uterin după localizarea.

C.2.2 Conduita pacientei (*obligatoriu*)

C.2.2.1 Screening și prevenire

Caseta 2. Factori ce măresc probabilitatea apariției miomului uterin [7,13,21,22]:

- Vârsta 30-50 ani
- Menarha precoce;
- Nuliparitatea;
- Avorturi medicale în anamneză;
- Antecedente familiale de miom uterin;
- Dereglări ale ciclului menstrual cauzate de patologii endocrin-ginecologice;
- Infantilism somatic și genital, asociat cu dereglarea funcției menstruale;
- Obezitate;
- Boala hipertonică;
- Diabetul Zaharat;
- Stresul psihoemoțional de lungă durată;
- Iradiere cu raze ultraviolete;
- Chistul și chistomul ovarian;
- Etnia (femeile din rasa neagră au predispoziție mai mare față de cele cauziene);
- Folosirea în exces a cărnii roșii;
- Folosirea în exces a alcoolului;
- Nașterile multiple: femeile care au avut sarcini multiple sunt mult mai predispuse riscului de a dezvolta fibrom uterin;
- Administrarea îndelungată a tratamentului hormonal cu estrogeni: studiile au demonstrat că hiperestrogenemia favorizează creșterea și dezvoltarea țesutului tumoral;
- Fumatul.

În scopul prevenirii creșterii miomului și a complicațiilor lui se recomandă:

1. Tratamentul patologiei extragenitale la pacientele cu miom asimptomatic asociat cu obezitate, boala hipertonică, diabetul zaharat, etc.
2. Respectarea regimului de odihnă, somn și alimentație rațională, eliminarea stresului cronic.
3. Planificarea familială, evitarea avorturilor la dorință.
4. Corijarea dereglărilor de ciclul menstrual.

Caseta 3. Criteriile clinice pentru exprimarea hemoragiei (scara Mansfield-Vodă-Iorghens).

- Eliminari hemoragice **scunde** – cateva picături pe salfete sau vârful tamponului.
- Eliminari hemoragice **neînsemnate** – absorbție slabă a salfetei din seria normal, care protejază 4-6 ore.
- Eliminari hemoragice **moderate** – necesită obligator schimbul salfetei peste 4-6 ore.
- Eliminari hemoragice **abundente** – necesită obligator schimbul salfetei cu 4 picături, mai frecvent de 4 ore.

- Eliminări hemoragice **intense**–necită obligator schimbul salfetei cu 4 picături, fiecare 2 ore și mai des.

NB!! Hemoragie uterina la pacienta care necită obligator schimbul salfetei cu 4 picături, fiecare 2 ore și mai des, pe fundal de tratament conservator, asociate cu amețeli, vertijuri, lipotemii, cu sau fara dureri insuportabile, care lipseau în momentul inițierii tratamentului este indicatie pentru internare în stationar ginecologic cu profil chirurgical.

C 2.2.2. Anamneza

Caseta 4.

- Aprecierea factorilor de risc ce măresc probabilitatea apariției miomului uterin (*caseta.1*).
- Aprecierea funcției menstruale, sexuale, secretorii și reproductive.
- Determinarea patologiei ginecologice.
- Aprecierea maladiilor concomitente, extragenitale.
- Determinarea prezenței sau lipsei antecedentelor alergologice, chirurgicale.
- Aprecierea factorilor de risc asociați cu o probabilitate mărită de apariție a cancerului uterin.

C.2.2.3. Examenul clinic

Caseta 5. Simptomele ce pot fi asociate cu prezența unui miom în uter și evoluția lor în timp

A. **Miom simptomatic** se întâlnește la 20-50% dintre femei, sunt prezente unul sau câteva dintre următoarele simptome:

1. **Sângerări abundente în timpul menstruației, menstruații îndelungate, sau sângerări vaginale neregulate:**

- menstruații care durează mai mult de 7 zile – menoragii; sângerări prelungite (FIGO)
- mărirea volumului de sânge eliminat în timpul menstruațiilor – polimenoree;
- sângerări vaginale neregulate în perioada dintre menstruații – metroragii;
- reducerea nivelului de hemoglobină în sânge și alte semne de anemie feriprivă.

2. **Simptomele asociate cu creșterea în volum a uterului și cu presiunea acestuia asupra altor organe pelviene includ:**

- mărirea circumferinței abdominale;
- dureri severe în timpul menstruației;
- dureri abdominale în timpul contactului sexual;
- dureri de spate;
- senzație de presiune în abdomen;
- impulsuri prea frecvente la urinare;
- constipație, care nu se rezolvă prin tratament convențional;
- dureri în timpul defecării.

3. **Dificultăți în conceperea unui copil sau avorturi spontane repetate (2a, B^{1,8,9,13,20}).**

B. **Miom asimptomatic** (nu cauzează simptome specifice sau acestea se pot instala treptat și pacientele nu prezintă aceste manifestări ca acuze);

Caseta 6. Examenul fizic

1. Examen fizic general cu aprecierea Ps, TA, t⁰, FR;
2. Examen ginecologic. Tușeul vaginal poate oferi informații cu privire la forma și dimensiunea formațiunii tumorale precum și apariția eventualelor tumori anexiale.
3. Examenul în valve permite identificarea leziunilor prezente la nivel cervical.
4. La examinarea clinică a regiunii pelvine, la palparea regiunii abdominale medicul poate constata prezența formațiunii tumorale în regiunea pelvină [1,2,3,4].

C.2.2.4. Investigații paraclinice

Caseta 7.

A. Investigații paraclinice obligatorii:

• **Ecografia** pentru diferențierea fibromului uterin de chisturile ovariene. Miomul uterin prezintă aspectul unei formațiuni tumorale heterogene, bine delimitate, cu numeroase ecouri de intensitate scăzută. Chistul ovarian pe ecografie îmbracă aspectul unei tumori omogene lipsită de ecouri.

Examen ultrasonografic (USG transvaginal, transabdominal cu/fără Doppler, 3D și 4D) metoda de bază în diagnosticul și screeningul primar al miomului uterin (**Ia, A^{13,22}**), monitorizarea în dinamică a nodulilor cât și selectarea pacientelor și aprecierea efectivității diferitor metode de tratament (medicamentos și/sau chirurgical). Tehnologiile moderne 3D/4D sunt utilizate cu scop de obținere a unei imagini complexe a localizării nodulului miomatos în raport cu cavitatea uterină, seroasa cât și stratul muscular. Pentru a aprecia structura nodulului miomatos se recomandă aplicarea Doppler color (**IIIb, B^{1, 13, 22}**). În cazul conduitei conservative USG se efectuează o dată la 6 luni.

• **Chiuretajul uterin** este recomandat în caz de apariție a sângerărilor anormale pentru excluderea diagnosticului de neoplasm endometrial sau cervical, mai ales în perimenopauză, dar nu mai frecvent de o dată la 6 luni.

B. Investigații paraclinice opționale:

- **Histerografia** poate indica prezența fibroamelor localizate în interiorul cavității uterine. Aceștia îmbracă aspectul unor imagini lacunare bine delimitate.
- **Urografia** este recomandată în cazul în care există suspiciunea prezenței sindromului de compresiune la nivel uretral.
- **Radiografia** abdominală pe gol permite vizualizarea mai amănunțită a fibroamelor uterine calcificate.
- **Urocultura** poate confirma prezența unei infecții urinare.
- **Rezonanța magnetică nucleară (RMN)** permite vizualizarea mai amănunțită a formațiunii tumorale, oferind date precise cu privire la forma, localizarea, dimensiunile și vascularizația tumorală.
- **Biopsia și examenul histopatologic** pot confirma diagnosticul de tumoră benignă uterină, excluzând astfel diagnosticul de neoplasm endometrial sau cervical [1,2,3,4].
- **Histerosonografia**. Pentru a definitiva prezența și localizarea nodulilor miomatoși submucoși sau intramurali – submucoși. (**Ia, A^{1,13, 14, 22}**).
- **Histerosalpingografia** (opțional – pentru diagnosticul nodulilor miomatoși submucoși cu deformarea cavității uterine, precum și în caz de implicarea în proces a endometrului);
- **Tomografia computerizată (CT) a bazinului mic (sau spiralată multisețională cu contrast)** – diagnosticarea și aprecierea dimensiunilor nodulului miomatos și acțiunea asupra organelor adiacente, vascularizarea micului bazin, planificarea tratamentului chirurgical (embolizarea arterelor uterine).

C. Investigații de laborator obligatorii pentru pacientele cu miom simptomatic:

- Hemoleucograma cu VSH + numărul de trombocite și calitatea lor (pentru confirmarea anemiei);
- Testele de coagulare (protrombina, fibrinogen, timpul de coagulare), grupa de sânge și Rh-factor;
- Biochimia, ALAT, ASAT, bilirubina, glucoza, colesterolul.

D. Investigații de laborator opționale:

- CA -125 - pentru a exclude endometrioza;
- Scorul ROMA – pentru excluderea cancerului ovarian;
- Prl, LH, FSH, E₂, testosteron, TSH, DHEA, AMH.

C.2.2.5. Diagnosticul diferențiat (obligatoriu)

Caseta 8. În perioada reproductivă fibroamele se formează la 70-80% dintre toate femeile.

- **A. La femei de vârstă reproductivă diagnosticul diferențiat se v-a efectua cu:**
 - ❖ polipi endometriali;

- ❖ adenomioză;
- ❖ tulburări de ovulație;
- ❖ hiperplazie endometrială;
- ❖ cistită interstițială;
- ❖ sindrom de vezică urinară hiperactivă, etc.;
- ❖ cancerului endometrial;
- ❖ leiomiosarcomului.

N.B.!! Probabilitatea medie de dezvoltare a cancerului endometrial la o femeie constituie 2,8% în decursul întregii vieți. Aproximativ 10-20% din toate cazurile acestei boli se depistează la femei mai tinere de 50 de ani. Probabilitatea dezvoltării acestei boli crește după vârsta de 45-50 de ani.

La femeile mai tinere de 40 de ani la care la ecografie a fost stabilit diagnosticul de „fibrom uterin” și s-a făcut intervenția chirurgicală de înlăturare a formațiunii detectate, leiomiosarcomul a fost găsit doar în 1 din 1500 de cazuri. În rândul femeilor cu vârsta cuprinsă între 40 și 44 de ani, leiomiosarcomul a fost găsit în 1 din 1100 de cazuri.

- **B. După instalarea menopauzei** (în această perioadă concentrația hormonilor sexuali feminini în sânge scade în rezultatul reducerii fiziologice a funcției ovarelor), la majoritatea femeilor, sângerările abundente sau neregulate asociate cu fibroamele uterine încetează.

- ❖ Leiomiosarcomul;

- ❖ Cancerul endometrial (adică cancerul dezvoltat în învelișul interior al uterului) este al 4-lea cel mai răspândit tip de cancer în rândul femeilor care trăiesc în țările din Europa și America de Nord. Acesta reprezintă aproximativ 6% dintre toate cazurile de maladii oncologice și cauzează aproximativ 3% din toate cazurile de deces de maladii oncologice printre femei.

- **C. Postmenopauzal** peste câteva luni sau ani după instalarea menopauzei, miomul se reduce în dimensiuni, iar simptomele legate de presiunea uterului asupra altor organe pelviene pot să dispară sau să se amelioreze.

- ❖ riscul de apariție a cancerului endometrial sau a leiomiosarcomului ajunge la un nivel maxim între 60 și 74 de ani.

- ❖ La femeile mai în vârstă de 70 de ani, la care apar sângerări vaginale, probabilitatea depistării cancerului endometrial este de 50%.

- ❖ În rândul femeilor mai în vârstă de 60 de ani, la care a fost înlăturat chirurgical uterul din diverse motive, la analiza histologică ulterioară a țesuturilor înlăturate, leiomiosarcomul a fost găsit în 1 din 100 de cazuri.

N.B!!! În prezent, diferențierea definitivă a fibromului de cancer al uterului este posibilă doar în urma înlăturării chirurgicale și a analizei histologice a țesuturilor modificate.

Majoritatea cazurilor de cancer uterin se înregistrează la femeile care au unul sau mai mulți factori de risc de dezvoltare a acestei maladii (*Tabelul 1*).

Din acest motiv, în cazul femeilor cu diagnosticul de „miom uterin”, dar fără risc mărit de dezvoltare a cancerului uterin, înlăturarea chirurgicală și analiza histologică a modificărilor depistate cu scop de diagnostic precoce al unui eventual cancer uterin nu este argumentată.

Pentru aceste femei, riscul mediu de complicații în timpul intervenției chirurgicale este mai mare decât riscul de a avea cancer.

Pe de altă parte, la femeile cu un risc crescut de cancer uterin, în caz de identificare a unui „miom” la ecografie se consideră argumentată efectuarea unor investigații sau tratamente suplimentare, pentru diagnosticul precoce al unui eventual cancer uterin.

Diagnosticul diferențial al fibromului uterin trebuie realizat cu următoarele afecțiuni:

- formațiunile tumorale ovariene;
- masele anexiale inflamatorii reziduale;
- tumorile rectosigmoidiene;
- rinichiul ectopic pelvian;
- tumorile vezicale;
- sarcina.

Principalii factori de risc asociați cu o probabilitatea crescută de apariție a cancerului uterin

Nr.	Factori de risc de cancer	Probabilitatea de apariție a cancerului endometrial crește:
1.	Tratament prelungit de substituție cu preparate hormonale în comprimate orale, inele vaginale sau plasturi, care conțin doar analogi de estrogen	de 2-10 ori.
2.	Administrarea Tamoxifenului	de 6-8 ori
3.	Excesul de greutate (IMC mai mare de 30)	de 10 ori
4.	Diabetul zaharat de tip 2	de 3 ori
5.	Sindromul ovarelor polichistice (SOP)	+
6.	Perioada premenopauză	+
7.	„Miomul” a apărut pentru prima dată după instalarea menopauzei	+
8.	„Miomul” a început să se mărească în dimensiuni după menopauză	+
9.	„Miomul” + dureri abdominale sau sângerări din vagin, care au început după menopauză	+
10.	Hipo- sau hiperfuncția glandei tiroide	+
11.	Supunerea zonei pelviene iradierii, în trecut.	+
12.	Predispoziție genetică crescută. La femeile cu sindromul Lynch probabilitatea dezvoltării cancerului endometrial în decursul întregii vieți constituie aproximativ 50-60%.	50-60%.

C.2.2.6. Criteriile de spitalizare (obligatoriu)

Caseta 9. Indicații pentru tratament spitalicesc (1a, A^{5,12,13,22})

Urgente:

- sângerări menstruale abundente și prelungite persistente, ce nu pot fi controlate prin alte mijloace terapeutice și/sau provoacă anemie (Hb mai mic de 90 g/l);
- Abdomen acut cauzat de necroza sau torsiunea nodulului miomatos.

Planice:

- dimensiunile uterului ≥ 12 săptămâni;
- durerea pelvină cronică;
- localizarea interligamentară sau joasă a nodulilor (cervicală, istmică);
- compresiuni de vecinătate cu iradiere asupra tractului urinar și digestiv;
- creștere rapidă a miomului uterin (≥ 4 săptămâni pe an);
- nodul miomatos submucos;
- dereglarea funcției reproductive (infertilitatea sau avorturi spontane recurente, în absența altor cauze);

C.2.2.7. Tratament/conduită

C.2.2.7.1. Tratamentul conservator

Caseta 10. Tipurile de tratament medicamentos

* înainte de intervenție chirurgicală: nespecific, hormonal (**Agoniștii GnRH, MSRP**)

* după intervenție chirurgicală: nespecific, hormonal

* în loc de intervenție chirurgicală MSRP

Caseta 11. Tratamentul conservator nespecific al miomului uterin asociat cu hemoragie:

- *Acidum tranexamicum*
- *Anti-inflamatoarele nesteroidiene (AINS)*

Preparatele respective:

1. Nu au un efect contraceptiv.
2. Pot fi o soluție pentru femeile care nu pot/ nu vor să administreze preparate hormonale.

3. Reduc volumul de sângerării în timpul menstruației cu 33-59%.
4. Comparativ cu preparatele hormonale, Acidum tranexamicum și AINS nu modifică regularitatea și frecvența menstruațiilor.
5. Medicamentele din grupul AINS pot reduce în mod semnificativ durerile abdominale din timpul menstruației.
6. Acidum tranexamicum și AINS nu reduc dimensiunile fibroamelor și, prin urmare, nu ameliorează simptomele asociate cu presiunea uterului asupra altor organe pelviene.

Antiinflamatoare nesteroidiene (Ibuprofenum, Diclofenacum, Ketoprofenum, Celecoxibum etc.)

Indicații:

- miom uterin asociat cu dismenoree sau sângerări uterine abundente și prelungite repetate.

Acidum tranexamicum, este medicamentul de prima linie în tratamentul hemoragiilor

- efect antifibrinolic (7-8 ore în sânge și 17 ore în țesut) fiind de 10-20 ori mai activ decât Acidum aminocaproicum.
- efect antialergic, antiinflamator antiproliferativ (inhibă activitatea colagenazei), analgetic, nu este dependent de masa, se elimină prin rinichi neschimbat.
- Mecanismul de acțiune a Acidum tranexamicum constă în inhibarea fibrinolizei prin blocarea locurilor de legare a lizinei în plasminogen ca rezultat fibrina rămâne în componența cheagului.

Indicații:

- hemoragii uterine abundente și prelungite persistente și nivel de Hb mai mare 100 g/l.

Mod de administrare:

- câte 1 g x 4 ori pe zi (doza maximală 4 g) per os sau i/v până la stoparea hemoragiei, dar nu mai mult de 3-5 zile.

Studiile comparative au demonstrat o superioritate în efectul hemostatic a tranexamului față de a COC, etamzilat și placebo și lipsa diferențelor între reacțiile adverse, de aceea tranexamul este de **prima linie în tratamentul hemoragiilor**.

Eficacitatea tratamentului medicamentos nespecific:

1. micșorarea volumului de sange pierdut cu cel puțin ½ în primele 2-24 ore de tratament.
2. menținerea nivelului de Hb mai sus de 95 g/l pe parcursul a 6-12-24 ore de tratament
3. trombocite – norma
4. coagulograma - norma

Caseta 12. Tratamentul hormonal al miomului uterin asociat cu hemoragie:

- *contraceptive combinate;*
- *preparate de progesteron;*
- *dispozitiv intrauterin cu Levonorgestrelum.*

Cele mai importante particularități ale preparatelor hormonale sunt:

1. Oferă un efect contraceptiv foarte înalt, fiind o soluție bună pentru femeile care au nevoie de contracepție, dar nu se potrivesc în cazul când se planifică conceperea unui copil în perioada tratamentului.
2. Obținerea intervalor îndelungate de timp fără menstruație (de la câteva luni până la câțiva ani), cu ajutorul administrării contraceptivelor combinate sau a preparatelor de progesteron în formă de cicluri extinse sau cu ajutorul steriletului cu Levonorgestrelum.
3. Toate medicamentele hormonale ameliorează durerile și sângerările vaginale asociate cu adenomioza (acesta este un efect important, deoarece, la multe femei cu miom, în pereții uterului se găsesc și focare de adenomioză).
4. Utilizarea medicamentelor hormonale reduce în mod semnificativ probabilitatea de dezvoltare a hiperplaziei endometriale (probabilitatea de apariție a acestei afecțiuni este mărită la femeile care se apropie de menopauză).

Contraceptivele combinate (COC) și preparatele de progesteron sunt disponibile în formă de:

- comprimate pentru administrare zilnică,

- plasturi (care se schimbă o dată pe săptămână) sau inele vaginale (care se schimbă o dată la 3 săptămâni),
- injecții intramusculare (se face câte o injecție la fiecare 3 luni).

Administrarea contraceptivelor orale, plasturi hormonale sau inele vaginale continuă (fără întrerupere) reduce atât volumul de sânge eliminat în timpul unui episod de sângerări menstruale, cât și numărul total al episoadelor (și frecvența). „Menstruația” începe doar în momentul în care femeia întrerupe administrarea preparatului hormonal.

Pacienta împreună cu medicul alege câte menstruații pe an dorește: la intervale de la o dată în lună, o dată în 3 luni, sau o dată pe an. În ultimul caz, femeia va avea o singură „menstruație” pe an.

Rezultatele cercetărilor indică asupra faptului că contraceptivele orale combinate nu contribuie la creșterea în dimensiuni a fibroamelor, dar nici nu contribuie la reducerea volumului acestora.

Din acest motiv, ele *sunt inutile în ceea ce privește ameliorarea simptomelor asociate cu presiunea uterului asupra organelor adiacente.*

Eficacitatea preparatelor de progesteron în formă de comprimate sau injecții intramusculare în tratamentul femeilor cu miom uterin a fost studiată insuficient. Până în prezent încă nu au fost efectuate studii care să prezinte dovezi convingătoare în privința raționalității utilizării acestor remedii la femeile cu miom uterin.

Administrarea contraceptivelor pe bază de progesteron (de exemplu, **Norethisteronum* 5 mg**, de 3 ori pe zi, timp de 21 zile, din ziua a 5-a până în ziua a 26-a a ciclului menstrual) reduce volumul sângerărilor, în medie, cu 86%.

Injecțiile intramusculare cu **Medroxyprogesteronum*** se utilizează frecvent în tratamentul hemoragiilor uterine severe. În cadrul câtorva studii s-a constatat că la 1 an de utilizare regulată (injecțiile se fac o dată la 3 luni) se instalează amenoree la mai mult de jumătate dintre femei.

Totodată în primele luni de tratament, unele femei observă apariția unor secreții vaginale maronii neregulate.

Dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrelum (este un recipient care conține Levonorgestrelum **52 mg** analog sintetic al progesteronului, care se elimină a câte 20 μg/24 ore timp de 5 ani.

Indicații: (**IIb, B**^{13,22})

- sângerări uterine abundente și prelungite;
- profilaxia proceselor hiperplastice ale endometriului asociate cu miom uterin;
- cavitatea uterină nedeformată;
- dimensiunile uterului < 12 săpt.;

Mod de utilizare: se introduce în cavitatea uterină pe timp de 5 ani.

Sub acțiunea Levonorgestrelm mucoasa uterină devine mai subțire. La majoritatea femeilor, în rezultat, se observă fie reducerea semnificativă a volumului sângerărilor în timpul menstruației, fie încetarea completă a sângerărilor menstruale.

La dorință, femeia poate continua utilizarea dispozitivului până la menopauză (acesta trebuie schimbat o dată la 5 ani).

Conform rezultatelor unui studiu, dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrelum este mai eficace decât contraceptivele combinate în ceea ce privește controlul sângerărilor.

DIU cu Levonorgestrelum nu reduce dimensiunea fibroamelor, și, prin urmare, nu este eficace în ceea ce privește ameliorarea simptomelor asociate cu presiunea fibromului asupra organelor pelviene.

Implanturile - sunt niște capsule sau bețe mici din plastic, fiecare de mărime similară unui băț de chibrit, care eliberează un progestativ similar hormonului natural progesteron din corpul femeii. Nu conțin estrogene, deci pot fi utilizate pe toată durata alăptării și de femeile care nu pot să utilizeze metode cu estrogene.

Există diferite tipuri de implantate:

- **Jadelle***: 2 bețișoare, eficient timp de 5 ani
- **Implanon***: 1 bețișoare, eficient timp de 3 ani (sunt studii în derulare pentru a vedea dacă eficiența durează 4 ani)
- **Sinoplast**: 2 bețișoare, eficient timp de 5 ani

Mecanism de acțiune: Progestativul din implantate inhibă ovulația și îngroașă mucusul cervical, astfel împiedică întâlnirea spermatozoidului cu ovulul.

Toate femeile pot utiliza implantate în siguranță și eficient, inclusiv femeile care nu pot utiliza cu regularitate metode contraceptive hormonale.

Implantate pot fi administrate în multe situații:

- Dacă nu are o ciroză hepatică gravă, o infecție hepatică, sau o tumoră hepatică;
- Dacă are sau nu antecedente de tromboză venoasă sau arterială;
- Prezența sau lipsa sângerărilor vaginale neobișnuite;
- Antecedente de cancer de sân.

* Produsele medicamentoase și Dispozitivele medicale nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor/Dispozitivelor medicale, dar recomandate de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

Caseta 13. Tratamentul cu preparate ce reduc volumul nodurilor.

1. Modulatorilor selectivi ai receptorilor de progesteron – MRPS

2. Agoniștii GnRH

Actualmente aceste grupe de medicamente se recomandă în două situații:

- În cure cu durata de câteva luni, pentru reducerea în dimensiuni a miomului și corecția anemiei înainte de tratamentul chirurgical al miomului.
- În cure mai îndelungate de tratament (până la câțiva ani), la femeile care planifică sarcină în viitor (peste câțiva ani), sau care se apropie de menopauză.

Rezultatele studiilor demonstrează că atât *modulatorii receptorilor de progesteron*, cât și *agoniștii GnRH* reduc volumul fibroamelor, ameliorează sângerările (pe toată perioada de administrare a acestor medicamente menstruațiile lipsesc), și astfel ușurează simptomele legate de presiunea fibromului asupra organelor pelviene.

Agoniștii Gonadotropin-Releasing Hormoni (aGn-RH – leuprolid acetat, triptorelin, gozerelin) sunt efective în reducerea simptomelor asociate cu miomul uterin, dar și diminuarea în volum a nodurilor miomatoși;

Mecanismul de acțiune a Agoniștilor GnRH blochează producerea de estrogen și progesteron în ovare. Efectul deplin al tratamentului se dezvoltă în decursul a 3 luni. La majoritatea femeilor, administrarea unuia dintre aceste medicamente duce la încetarea completă a menstruațiilor și a sângerărilor vaginale, și la reducerea în dimensiuni a fibroamelor cu 35-50%.

Indicații: (Ia, A^{7,13,22})

- tratament preoperator cu scop de micșorare a dimensiunilor miomului înainte de intervenția chirurgicală;
- anemia preoperatorie (hemoglobina ≤ 80 g/l);
- terapie supresivă la pacientele de vârstă perimenopauzală pentru evitarea tratamentului chirurgical (caseta 2);

Mod de administrare: injecții forme-depo 3,75 mg lunar.

Durata terapiei – 3-6 luni.

Reacții adverse: hipoestrogenism, pierderea densității osoase.

Totodată, rezultatele studiilor *evidențiază că efectul se menține pe toată durata administrării medicamentului. După încetarea tratamentului, fibromul revine la dimensiunile anterioare în decursul a 3-6 luni.*

Administrarea îndelungată a *agoniștilor GnRH* poate fi dificilă din cauza costului ridicat al medicamentelor și, de asemenea, din cauza efectelor adverse asociate cu insuficiența de estrogen.

La 78% dintre femei în timpul tratamentului apar bufeuri de căldură, similare cu cele care apar la instalarea menopauzei. La 32% dintre femei apare senzația de “uscăciune vaginală”.

Alte reacții adverse pot fi dureri de cap, dureri în mușchi și articulații, insomnie, schimbări de dispoziție, etc. La unele femei, administrarea acestor medicamente pentru o perioadă îndelungată de timp provoacă reducerea densității minerale osoase și crește riscul de fracturi.

În cazul femeilor care au nevoie de un tratament îndelungat cu *agoniști ai GnRH*, peste câteva luni de la inițierea tratamentului se recomandă administrarea suplimentară a unor doze mici de estrogen și progesteron, și, de asemenea, măsurarea regulată a densității minerale osoase.

Modulatori selective ai receptorilor de progesteron (MRPS) manifestă efecte antiproliferative asupra celulelor miomului cât și asupra endometriului.

Mecanismul de acțiune a MRPS nu reduce producerea de estrogen și progesteron (spre deosebire de agoniștii GnRH), ci doar blochează acțiunea progesteronului asupra țesutului uterin. Comparativ cu agoniștii GnRH, modulatorii receptorilor de progesteron mult mai rar provoacă bufeuri de căldură sau senzația de uscăciune în vagin. Conform datelor literaturii de specialitate în decursul întregii perioade de tratament, modulatorii receptorilor de progesteron reduc volumul fibroamelor și duc la încetarea deplină a sângerărilor la majoritatea femeilor.

Modulator selectiv ai receptorilor de progesteron *Ulipristal acetat* conform datelor literaturii de specialitate din cauza complicației severe – NECROZA FICATULUI – pentru următorii ani se stopează folosirea lor!!!!

N.B.! Femeile tratate cu *Ulipristal acetat* care au fost examinate pentru riscul de insuficiență hepatică înainte de începerea terapiei și monitorizarea enzimelor hepatice lunar în timpul cursurilor de tratament și la 2 până la 4 săptămâni după finalizarea tratamentului. Medicii trebuie să fie conștienți de semnele și simptomele insuficienței hepatice, iar pacienții trebuie să fie informați despre simptomele insuficienței hepatice (**III, C^{1,4}**). Securitatea administrării îndelungate a modulatorilor receptorilor progesteronici a fost studiată insuficient.

Modulator selectiv ai receptorilor de progesteron *Mifepristonum*

Indicații

- paciente de vârstă reproductivă, perimenopauzală;
- tratamentul preoperator (micșorează dimensiunile nodulilor miomatoși) postoperator, și în loc de intervenție chirurgicală;
- hemoragii uterine abundente și prelungite (controlează și le diminuează la a 4-5 zi de tratament);
- anemie preoperatorie;
- sindromul dolo.

Mod de administrare: comprimate 50 mg per os o dată pe zi.

Durata terapiei: ca monoterapie 12 săptămâni (3 luni), la necesitatea terapia se poate repeta după 6 luni de pauză, deoarece atât este efectivă prima cură de tratament [15].

Tabelul 2

Eficacitatea modulatorilor selectivi ai receptorilor de progesteron.

Criterii medicali	<i>Mifepriston RU- 480 (ginestrol)</i>
<i>Mod de administrare</i>	50 per os o dată pe zi. <i>Durata terapiei:</i> ca monoterapie 12 săptămâni (3 luni)
<i>Indicații</i>	<ul style="list-style-type: none"> • preoperator; • postoperator după miomectomii; • profilaxia recidivelor; • în loc de intervenție chirurgicală; • hemoragii uterine abundente și prelungite anemie preoperatorie.
Stopează hemoragia	La a 4-5 zi de tratament
Micșorează volumul uterului peste 3 luni	26 până la 57%

Micșorează nodulul miomatos	Cu 25% pe parcursul primei luni și cu 46% la luna a 3 de tratament.
Efectul medicamentului sa pastrat	3 luni după finisarea tratamentului
După miomectomie + 1 curs de tratament pentru prevenirea recidivului	Reapărut 0% pe parcursul 1 an, 12,5% pe parcursul a 2ani, 12,5% pe parcursul a 3 ani 30,7% după – 6 ani.
Indicile volumului de sânge pierdut	Micșorează cu 94,8% după 3 luni de tratament
Nivelul de Hb	Normalizează după 3 luni în mediu cu + 29 g/l (89 la 118 g/l).
Modificări ale structurii endometriului	Este complet reversibil, și nu crește riscul de dezvoltare a cancerului endometrial, nu necesită tratament, dar trebuie efectuat diagnosticul preoperator la stări precanceroase, în prezența ultimelor –tratament contraindicate.
Poate preveni histerectomia	9 din 10
Reacții adverse	Rare – dereglări neuro-vegetale, insomnii, vertijuri, greață, cefalee. Foarte rare: bufeuri de căldură, transpirații, osteoporoză.
Miom submucos	Contraindicat
După finisarea tratamentului Ciclul menstrual apare peste	21-28 zile

Caseta 14. Controlul eficacității tratamentului conservator.

- Stoparea hemoragiei după prima lună, începând cu 3-4-7 zi de tratament;
- Micșorarea dimensiunii miomului – USG cu măsurarea volumului nodulului = 0,523 x (AxBxC), o dată la 3 luni, aprecierea circulației arteriale în nodul;
- Mărirea Hemoglobinei peste 3 luni cu 20-30 g/l;
- Lipsa reacțiilor adverse.

C.2.2.7.2. Tratamentul Chirurgical

Caseta 15. Indicații pentru tratament chirurgical:

- Creștere rapidă a miomului;
- Polimenoree, menometroragii care conduc la anemizarea pacientei;
- Miom de dimensiuni mari;
- Sindrom dolo pronunțat;
- Miom submucos sau a colului uterin;
- Necroza nodulului sau torsiunea nodului miomatos;
- Miom intraligamentar;
- Asocierea miomului uterin cu tumoare ovariană, endometrioză sau stări precanceroase de col;
- Infertilitate cu nodul localizat atipic;
- Suspiciu la malignizare;
- Creștere centripetă a nodulului miomatos.

Caseta 16. Miomectomia

În prezent sunt disponibile câteva tehnici chirurgicale de înlăturare a nodulilor miomatoși:

- Miomectomia histeroscopică;
- Miomectomia laparoscopică;
- Miomectomia prin laparotomie.

Alegerea tehnicii de miomectomie se face în funcție de localizarea și dimensiunile miomului și a

obiectivelor tratamentului.

- ***Miomectomia histeroscopică***

Histeroscopia este o procedură ginecologică, în cadrul căreia medicul examinează cavitatea uterului cu ajutorul unei sonde optice speciale, dotate cu o cameră video (histeroscop). Histeroscoapele moderne au canale subțiri pentru introducerea instrumentelor microchirurgicale și permit îndepărtarea formațiunilor mici (inclusiv a mioamelor), care proemină în cavitatea uterului sau care sunt situate în apropiere de mucoasa uterină.

Indicații:

- miom submucos;
- înlăturarea nodurilor mari, amplasate în grosimea peretelui uterin sau aproape de suprafața exterioară a uterului.

Complicațiile se înregistrează foarte rar:

- sângerări în timpul sau după operație;
- perforația uterului;
- lezarea colului uterin;
- formarea aderențelor în cavitatea uterină.

Principalele avantaje ale miomectomiei histeroscopice sunt: intervenția se încadrează în chirurgia de o zi, deoarece recuperarea este rapidă. Femeia poate fi externată în scurt timp după operație, chiar în aceeași zi și poate relua activitățile obișnuite deja peste câteva zile.

La analiza rezultatelor mai multor cercetări, la care au participat peste 1400 de femei cărora le-au fost înlăturate fibroamele pe cale histeroscopică, s-a determinat la 14-30% femei, în decursul a 3-4 ani postoperator reapariția sângerărilor abundente din vagin, iar pentru controlul lor a fost nevoie de tratament suplimentar (înlăturarea uterului).

Cea mai înaltă probabilitate de persistare a sângerărilor, în pofida înlăturării fibroamelor, se observă:

- la femeile cu fibroame multiple;
- la femeile cu fibrom mare în interiorul peretelui uterului (mai mare de 4 cm);
- la femeile cu semne de adenomioză;
- la femeile mai tinere de 40 de ani.

Din acest motiv, **în cazul femeilor care nu intenționează să mai nască copii în viitor**, concomitent cu miomectomia histeroscopică, poate fi argumentată efectuarea ablației endometriale.

Ablația endometrială este o procedură care presupune distrugerea mucoasei uterine prin raclaj, înghețare sau cu ajutorul temperaturilor înalte, poate fi efectuată în timpul histeroscopiei sau ca o procedură separată.

În cadrul unui studiu s-a constatat că îndepărtarea fibromului și ablația endometrială în cadrul aceleiași intervenții nu mărește riscul de complicații sau durata recuperării după tratament, dar crește eficacitatea tratamentului în ceea ce privește controlul sângerărilor vaginale.

Ablația endometrială nu se recomandă:

- în cazul femeilor cu fibrom sau adenomioză, care, pe lângă sângerările abundente/prelungite, au și alte simptome, precum dureri persistente în regiunea pelviană, și altele.
- în cazul femeilor cu un risc crescut de dezvoltare a cancerului sau a hiperplaziei endometriale.

Având în vedere faptul că ablația nu elimină riscul de dezvoltare a cancerului endometrial, dar și faptul că la femeile care au trecut această procedură estimarea stării endometrului poate fi dificilă, în caz de reapariție a sângerărilor după ablație se **recomandă histerectomia**.

- ***Miomectomia laparoscopică sau laparotomică***

Principala modalități de tratament al femeilor, la care simptomele asociate cu prezența unui miom (sângerări vaginale abundente/îndelungate, dureri, etc.) nu pot fi controlate cu alte tratamente, mai

puțin invazive.

În cazul femeilor cu mioame mari sau cu un grad avansat de anemie, cauzată de sângerări vaginale excesive, cu 3-4 luni înainte de intervenția chirurgicală se recomandă administrarea unui preparat din grupul *modulatorilor receptorilor de progesteron* sau al *agoniștilor GnRH (caseta 13)*, pentru reducerea dimensiunilor fibromului și pentru corecția anemiei.

Ambele tipuri de operație sunt asociate cu un risc:

- Hemoragie;
- Lezarea vezicii urinare;
- Lezarea intestinului.

Mai ales la femeile cu dimensiunea uterului echivalentă cu „20 de săptămâni de sarcină” sau mai mare, cu 10 sau mai mulți noduli uterini.

Principalul avantaj al operației laparoscopice comparativ cu laparotomia:

- Pierdere mai mică de sânge;
- Persoanele supuse intervenției chirurgicale laparoscopice se recuperează mai repede;
- Mai puține dureri în perioada post-operatorie;
- Aspectul estetic al cicatriciului.

Alegerea finală a tehnicii chirurgicale depinde de localizarea fibroamelor.

În caz de fibroame multiple sau de dimensiuni mari (mai mult de 10 cm în diametru), sau în caz de noduli situați în partea inferioară a uterului, laparotomia este mai potrivită decât laparoscopia.

În medie, la 3-4% dintre femei, în timpul operației au loc complicații, din cauza cărora poate surveni necesitatea înlăturării complete a uterului. În acest caz femeia pierde complet capacitatea de a concepe un copil în viitor, totodată, după operație (indiferent de calea de acces), în regiunea pelviană se pot forma aderențe, care pot împiedica conceperea.

N.B.!!! Se recomandă ca de la efectuarea operației și până la inițierea încercărilor de concepere să treacă nu mai puțin de 6 luni, deoarece, după 6 luni riscul unei rupturi uterine în timpul unei sarcini ulterioare este foarte mic, astfel încât femeile care au fost supuse acestei intervenții chirurgicale, de obicei, pot naște pe cale naturală.

Rezultatele cercetarilor au evidențiat că după miomectomie cu scop de tratament al infertilității, ambele proceduri (laparoscopie și laparotomie), femeile au avut aproximativ aceeași șansă de concepere.

Rezultatele cercetarilor au evidențiat că după miomectomie prin laparoscopie sau laparotomie cu scop de rezolvare a sângerărilor abundente/îndelungate, a durerilor sau a altor simptome, asociate cu presiunea uterului asupra organelor pelviene, trebuie să țină cont de următoarele date:

- Peste 5 ani de la înlăturarea miomului, probabilitatea medie de reapariție a simptomelor constituie aproximativ 42-55% (din cauza formării unui fibrom nou sau din cauza creșterii în dimensiuni a țesuturilor rămase ale fibromului înlăturat).
- Din punctul de vedere al siguranței (adică al probabilității de apariție a unor complicații serioase în timpul sau după operație), înlăturarea miomului prin laparoscopie sau prin laparotomie nu diferă de histerectomia totală.
- În următorii 5-10 ani după tratament, la 10-25% dintre femeile la care fibroamele au fost înlăturate prin laparoscopie sau laparotomie devine necesară înlăturarea uterului din cauza persistenței sau a reapariției simptomelor.

Din acest motiv, în cazul femeilor care nu intenționează să nască copii în viitor poate fi mai argumentată efectuarea din start a histerectomiei (înlăturarea uterului).

Înlăturarea fibroamelor prin laparoscopie (dar nu și prin laparotomie) necesită fragmentarea miomului.

De aceea, în cazul leiomiiosarcomului există riscul teoretic că fragmentarea tumorii poate duce la

răspândirea acesteia în cavitatea abdominală.

Printre femeile mai tinere de 40 de ani, după înlăturarea chirurgicală a formațiunii, leiomiosarcomul se depistează în 1 din 1500 de cazuri. Printre femeile cu vârsta cuprinsă între 40 și 44 de ani, leiomiosarcomul se depistează în 1 din 1100 de cazuri. Printre femeile cu vârsta de peste 60 de ani, leiomiosarcomul se depistează în 1 din 100 de cazuri.

Caseta 17. Histerectomia (totală, subtotală)

Indicații:

- sângerări menstruale abundente și prelungite (masive și/sau pentru o perioadă îndelungată) în asociere cu lipsa dorinței pacientei de a păstra uterul sau fertilitatea (**II, 2A**^{13,22}).
- prolaps al organelor genitale;
- alte metode sunt neefective sau contraindicate;
- creșterea în dimensiuni a nodulului miomatos în postmenopauză. (caseta 23)

Abordul chirurgical: vaginal, laparoscopic, laparotomic.

Vaginal (este preferabil de primă linie (**B,2a**^{13, 22}).

- mobilitatea uterului;
- dimensiunile uterului până la 16 săpt;
- lipsa procesului aderențial pronunțat în pelvis;
- asocierea prolapsului vaginal.

Laparoscopie

- este preferabilă în lipsa condițiilor pentru abordul vaginal (**B, 2b**^{13,22}).

Laparotomie

- uterul de dimensiuni mai mari de 24 săptămâni;
- lipsa condițiilor tehnice și de personal pentru efectuarea abordului endoscopic.

* Nu exist date care au demonstrat că colul uterin lăsat după histerectomie subtotală îmbunătățește calitatea vieții (**A**).

C.2.2.7.3. Tratamentul de alternativă

Caseta 18. Embolizarea arterelor uterine (EAU) în tratamentul simptomelor asociate cu miomul uterin.

EAU reprezintă o alternativa tratamentului chirurgical care se recomandă pacienților ce prezintă un risc chirurgical înalt (**B, 2b**) și nu se recomandă pacienților care doresc să-și păstreze fertilitatea sau planifică o sarcină (**II, 3A**^{1,6,12,13,20}).

Embolizarea arterelor uterine se efectuează sub anestezie locală.

Tehnica EAU – printr-un mic orificiu în regiunea coapsei, medicul introduce o sondă specială în artera femurală, și o împinge (cu vizualizare radiografică) până la vasele sangvine care alimentează uterul.

Apoi, prin sondă, în vasele ce alimentează uterul se introduc niște microgranule, care blochează circulația sangvină în vasele mici din interiorul uterului. Aceasta provoacă reducerea semnificativă a fluxului de sânge în vasele care alimentează nodulii miomatoși, distruge parțial țesutul, astfel acesta se reduce în dimensiuni. Imediat după efectuarea procedurii pot apărea dureri moderate sau severe în regiunea pelviană, care persistă timp de 8-12 ore (durerile sunt legate de reducerea fluxului sangvin în țesuturile uterului).

Restabilirea completă a capacității de muncă după embolizare durează aproximativ 8-14 zile.

Indicații:

- miom uterin clinic simptomatic;
- păstrarea funcției reproductive;
- refuz categoric a pacientei de la tratamentul chirurgical.

Contraindicații:

- sarcina;

- boala inflamatorie pelvină în acutizare;
- reacția alergică la contrast;
- vicii arteriovenoase;
- formațiune tumorală neidentificată în bazinul mic.

Pregătire preoperatorie:

- bacterioscopia microflorei vaginale (tratamentul proceselor inflamatorii preoperator);
- citologie cervico-vaginală Babeș–Papanicolau;
- examen ecografic al organelor și vaselor (aa. uterine, aa.ovariene) bazinului mic;
- efectuarea arteriografiei (pelvină, selectivă);
- consultația radiologului.

Complicații:

- Sindromul postembolizare (dureri pelvine, eliminări vaginale, febră persistentă, leucocitoză, dizurie, dereglări ale TGI, tahicardie);

N.B! Se recomandă efectuarea embolizării arterelor uterine în caz de nod miomatos de dimensiuni mari cu localizare intramurală și intramural-subseroasă în **2 etape**:

I etapa – embolizarea arterelor uterine;

II etapa – tratament chirurgical.

Decizia de a efectua a II etapă de tratament chirurgical se va stabili individual.

Monitorizare postoperatorie:

- tratament antiagregant;
- tratament spasmolitic;
- administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene;
- tratament analgetic.

În medie, la 10% dintre femei, după embolizare, prin vagin se elimină unul sau câteva fibroame. La mai puțin de 1% dintre femei, după embolizare, se dezvoltă infecții uterine, pentru rezolvarea cărora este nevoie de administrarea antibioticelor.

Rezultatele acestor cercetări au arătat că, cu timpul, la aproximativ 32% dintre femeile care au efectuat această procedură apare necesitatea unui nou tratament (repetarea procedurii de embolizare sau înlăturarea uterului).

La femeile cu un volum foarte mare al uterului (peste „20 de săptămâni de sarcină”) eficacitatea embolizării poate fi redusă.

Embolizarea arterelor uterine poate fi o opțiune potrivită pentru femeile care ar vrea să evite înlăturarea uterului. Pe de altă parte, pentru femeile pentru care păstrarea uterului nu este deosebit de importantă, histerectomia este o opțiune mai argumentată, decât embolizarea arterelor uterine, sau decât înlăturarea chirurgicală a fibroamelor.

Neajunsul embolizării arterelor uterine:

- Nu permite excluderea prezenței cancerului uterin.
La femeile care au un risc redus de dezvoltare a cancerului uterin acest dezavantaj nu prezintă prea mare importanță.
- La femeile care planifică sarcină în viitor nu se recomandă.

La analiza rezultatelor unei serii de studii s-a determinat că efectuarea embolizării se asociază cu o probabilitate mai mică de concepere și cu o probabilitate mai înaltă de avort spontan și de alte complicații în sarcină (comparativ cu înlăturarea mioamelor prin laparoscopie sau prin laparotomie).

În plus, embolizarea se poate asocia cu reducerea capacității ovarelor de a produce ovule. Nu s-a stabilit dacă fenomenul respectiv este legat de embolizarea în sine, sau de faptul că majoritatea femeilor care au participat la studii erau la vârsta la care capacitatea ovarelor de a produce ovule se reduce în mod fiziologic.

Caseta 19. Ablatia extracorporală cu ultrasunete (MRgFUS)

Ablatia fibromului cu ultrasunet presupune încălzirea și, respectiv, distrugerea țesutului fibromului cu ajutorul ultrasunetului focalizat. Este recomandă ca metodă alternativă de tratament al miomului uterin cu păstrarea uterului (A, 1b^{13, 15, 17, 19, 20}).

Indicații:

- localizarea nodulilor miomatoși în grosimea peretelui uterin;
- lipsa procesului aderentțial în bazinul mic;
- noduli miomatoși tipici (fără destrucție);

Contraindicații:

- nod miomatos cu modificări degenerative;
- nod miomatos cu predominarea componentului celular;
- procese inflamatorii acute și cronice ale organelor genitale;
- tumori benigne sau formațiuni tumorale ovariene;
- miomul uterin și sarcina;
- patologii extragenitale: ciroză hepatică, hepatitele virale;
- patologii renale;
- patologii ale ritmului cardiac, insuficiență cardiacă;
- patologii alergice;
- prezența cardiostimulatorului, implanturilor metalice/magnetice în corp;
- obezitatea pacientei (masa corporală ≥ 110 kg, circumferința abdominală ≥ 110 cm);
- embolizarea arterelor uterine în anamneză.

Complicații:

- neuropatia nervului ischiatic;
- afectarea termică a organelor bazinului mic;
- fistulă între nodulul miomatos și cavitatea uterină.

În cadrul mai multor cercetări s-a stabilit că, peste 5 ani de la ablația fibromului cu ultrasunet, la multe paciente se menține un control bun al simptomelor asociate. Cu toate acestea, la etapa actuală, nu există studii în care este comparată eficacitatea ablației cu ultrasunet versus altor metode de tratament. Actualmente procedura de ablație a fibromului cu ultrasunet se recomandă, în principal, în cazul localizării nodului în grosimea peretelui uterin (în cazul miomului subseros/pedunculat această metodă nu se recomandă).

Neajunsul ablației cu ultrasunete:

- nu permite excluderea prezenței cancerului uterin;
- după tratament, simptomele asociate cu fibromul pot reapărea;
- este o tehnică relativ nouă de tratament, ceea ce înseamnă că eficacitatea și siguranța procedurii pe termen lung a fost studiată insuficient.

Avantajul ablației cu ultrasunete focalizate:

- caracterul invaziv redus al procedurii;
Procedura se efectuează fără incizie, în ambulatoriu, și nu necesită analgezie sau anestezie.
- Recuperarea deplină durează 1-2 zile.

Efecte secundare ale ablației cu ultrasunete:

- combustii ale pielii;
- dureri temporare în regiunea pelviană, cu iradiere în membrele inferioare și regiunea feselor.

Rezultatele unei cercetări în cadrul căreia s-au dus observații asupra stării a 51 de femei care au devenit însărcinate după ablația fibromului cu ultrasunet au arătat că la toate pacientele incluse în studiu sarcina a decurs fără particularități. Probabil în viitor, după ce vor fi acumulate suficiente date cu privire la siguranța acesteia, ablația cu ultrasunete va deveni metoda de elecție de distrugere a fibromului uterin intramural la femeile care intenționează să conceapă un copil în viitor.

C.2.3. Tactica de conduită

Caseta 20. Tactica expectativă

Indicații: miomul uterin asimptomatic clinic (în lipsa indicațiilor pentru tratament medicamentos/chirurgical) (**1a, A²²**);

Monitorizarea clinică și paraclinică (USG) a pacientelor o dată la 12 luni și prelungirea investigațiilor și/sau tratamentului patologiilor din grupul factorilor de risc.

N.B! În cazul apariției manifestărilor clinice sau paraclinice (*caseta 5, 6, 7*), tactica expectativă se modifică în favoarea tratamentului medicamentos și/sau chirurgical.

C.2.3.1. Managementul pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină

Caseta 21. Conduita pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină

Tactica de conduită depinde de:

- Localizarea miomului;
- Dimensiunile miomului;
- Numărul nodulilor miomatoși;
- Acces la tratament;
- Experiența personalului medical.

Comentariu: Evaluarea preoperatorie a nodulilor miomatoși submucoși include, în afară de aprecierea localizării, dimensiunilor și numărul nodulilor, aprecierea gradului de extindere în cavitatea uterină cât și grosimea miometrului rezidual până la seroasă.

Pentru fiecare pacientă se elaborează tactica de conduită individuală (abord personalizat).

Tactica expectativă:

- Pentru nodulul miomatos solitar de dimensiuni mici (< 5 cm) localizat intramural sau subseros;

Comentariu: Miomul uterin localizat subseros de dimensiuni mici (< 5 cm) asociat cu infertilitate feminină nu prezintă cauza acesteia, de aceea nu necesită a fi tratat. În acest caz este necesar de a elucida alte cauze ale infertilității feminine. (IV, C)^{22,23}

Tratamentul medicamentos:

- Tratamentul medicamentos se recomandă pacientelor preoperator cu durata de până la 3 luni, cu scop diminuării dimensiunilor nodulilor miomatoși precum și ameliorarea situației clinice existente (la pacientele cu anemii severe).
- Nu se recomandă ca metodă independentă de tratament la femei cu miom uterin și infertilitate (C-IV^{13,22,23}).

Indicații:

- Miomul uterin multinodular localizat intramural cu creștere centrală și subseros de dimensiuni mici (<5 cm);
- Miomul uterin de dimensiuni mari (>5 cm) localizat intramural cu creștere centrală în cadrul tratamentului combinat;

Agoniștii Gonadotropin-Releasing Hormoni (aGn-RH – Leuprorelinum, Triptorelinum, Goserelinum*)

Mod de administrare: injecții forme-depo 3,75 mg lunar.

Durata terapiei: 3 luni.

Tratamentul chirurgical (motive pentru spitalizare în staționar):

Se indică înlăturarea nodulului submucos până la planificarea sarcinii ca etapă de tratament a infertilității feminine (IIb, B^{13,22,23}).

Comentariu:

- La pacientele cu localizarea submucoasă a nodulului miomatos scade frecvența implantării și crește probabilitatea avorturilor spontane și complicațiilor gestaționale;

Indicații:

- Nodul miomatos submucos cu dimensiuni < 5cm prin abord histeroscopic (IIb, B^{13,22,23});
- Nodul miomatos submucos de dimensiuni mari > 5cm prin abord laparoscopic + histeroscopic (IIb, B^{13,22,23});
- Nodul miomatos intramural de dimensiuni > 5cm cu creștere centrală ca etapă a reproducerii asistate prin abord laparoscopic + histeroscopic (IV, C^{13,22,23}).

Comentariu: Miomectomia clasică la pacientele cu infertilitate feminină este preferențială metodelor chirurgicale alternative (embolizarea arterelor uterine, ablația extracorporală cu ultrasunete) și a celor medicamentoase.

N.B! Intervenția chirurgicală se efectuează în I fază a ciclului menstrual (5-14 zi). Abordul chirurgical se decide în dependență de localizarea și dimensiunile nodulului miomatos (vezi: Caseta 15, 16).

* Produsele medicamentoase nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandată de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

C.2.3.2. Managementul pacientelor cu miom uterin în perimenopauză

Caseta 22. Conduita clinică a miomului uterin în perimenopauză

- Pacientelor cu miom uterin asimptomatic se recomandă tactica expectativă (C^{1,13});
- Se recomandă tratamentul medicamentos specific al miomului uterin la pacientele la care lipsesc indicațiile absolute către tratament chirurgical (B, III²²). Pentru tratamentul medicamentos conservator se administrează MSRP sau aGnRH.
- Pacientelor de vârstă perimenopauzală tardivă care se prezintă cu nodul miomatos submucos și sângerări uterine anormale și prelungite se recomandă terapia supresivă cu MSRP sau cu aGnRH care poate fi administrată în regim continuu sau intermitent până la menopauză.
- Se recomandă tratamentul chirurgical al miomului uterin în premenopauză în caz de: sângerări uterine abundente și prelungite cu anemizarea pacientelor, miom uterin asociat cu adenomioză, localizarea submucoasă a nodulului (C, IV^{13,22}).
- Nodul miomatos submucos simptomatic tratamentul de primă linie este miomectomia histeroscopică (B^{1,13}).
- Nodul miomatos intramural sau subseros solitar cu diametrul mai mic de 8 cm se recomandă miomectomie laparoscopică (C¹).
- Nodulii miomatoși multipli (> 3) sau cei cu dimensiunile mai mari de 9 cm necesită miomectomie prin abord laparatomic (C¹).

N.B!!! Este indicată o vigență oncologică sporită.

C.2.3.3. Managementul pacientelor cu miom uterin în postmenopauză

Caseta 23. Conduita clinică a miomului uterin în postmenopauză

- În postmenopauză de obicei dimensiunile nodulilor miomatoși se diminuează, cu excepția pacientelor ce administrează tratament hormonal. În caz de depistare a miomului uterin la examen ultrasonografic sau notificarea creșterii dimensiunilor acestuia sau debutul simptomelor legate de miomul uterin impune necesitatea investigațiilor suplimentare (RMN și biopsia endometrială) (C^{1,13});
- Se recomandă efectuarea histerectomiei în cazul creșterii miomului în postmenopauză (A, 1a^{13,22});
- Se recomandă efectuarea histerorezectoscopiei în cazul nodulului miomatos submucos solitar, în prezența condițiilor tehnice necesare și lipsa patologiei endometriale, cervicale și ovariene (C, IV^{1,13,22});
- Nu se recomandă efectuarea tratamentului chirurgical în cazul nodulului miomatos intramural – submucos în perioada de postmenopauză, în lipsa modificărilor patologice ale endometrului și ovarelor.
- Se recomandă efectuarea USG cu Doppler în dinamică o dată la 6 luni pacientelor care au 2-3 noduli miomatoși cu diametrul mai mic de 3 cm și administrează TSH (B, III²²).

N.B!!! Este indicată o vigență oncologică sporită.

Creșterea miomului – indicații pentru histerectomie!!!

C.2.3.4. Managementul pacientelor cu miom uterin și sarcina

Caseta 24. Complicațiile sarcinii asociate cu miom uterin

Tabelul 3

Riscul complicațiilor sarcinii asociate cu miom uterin

<i>Factor de risc</i>	<i>Risc scăzut</i>	<i>Risc înalt</i>
Anamnestical	Neagravat	Agravat
Vârsta	Până la 30 ani	30-35 ani și mai mult
Uter cicatricial	Absent	Prezent
Localizarea nodulilor miomatoși	Subseros, intramural, localizat fundic sau corporal	Intramural cu creștere centripetă, localizat cervical sau paracervical
Diametrul nodulului miomatos	Mai mic de 7cm	Mai mare de 7cm
Numărul nodulilor miomatoși	1-4	> 5
Localizarea placentei în raport cu nodul miomatos	În depărtare față de nodulul miomatos	În proiecția nodului miomatos
Prezența modificărilor structurale	Absente sau neînsemnate	Pronunțate

în nodulul miomatos		
Histotipul tumorii	Simplu	Proliferator

Complicațiile sarcinii asociate cu miom uterin:

- Complicații specifice:

- Schimbări trofice și/sau degenerative în nodul miomatos;
- Insuficiență istmico-cervicală asociată cu nod miomatos situat cervical sau paracervical;
- Creștere rapidă a miomului uterin (caracteristic pentru tumoarea proliferativă);
- Insuficiența placentară ca rezultat al localizării placentei în proiecția nodului miomatos;
- Tromboza venelor bazinului mic;
- Ruptura uterină pe traiectul cicatriciului postmiomectomic.

- Complicații nespecifice:

- Întreruperea cursului sarcinii (avort spontan, naștere prematură);
- Placentație joasă;
- Decolarea prematură a placentei;
- Placenta acreta, percreta;
- Preeclampsie;
- Sindrom anemic.

Caseta 25. Tactica de conduită a miomului uterin și sarcina

- Tratament conservator în cazul **sindromului dolo**r ca consecință a modificărilor degenerative în nodul miomatos în trimestru II al sarcinii prin: regim la pat, analgetice; (C-IV^{21,22,23})

Comentariu: Inhibitorii prostaglandin-sintetazei (AINS) se indică cu precauție în trimestrul III al sarcinii, în cazul progresării sindromului dolo

r se indică analgetice, anestezie regională (epidurală). În lipsa efectului se indică miomectomia.

Conduita terapeutică a sindromului dolor:

- Administrarea AINS, de preferință Tab. Indometacinum 25-50 mg fiecare 6 h, timp de 48 de ore;
- În cazul diminuării sindromului dolor, terapia se continue 2-3 zile;
- În cazul lipsei efectului de la administrarea Tab. Indometacinum primele 48 de ore se recurege la administrarea analgeticelor generale sau locale;
- În cazul lipsei efectului la analgetice se va discuta oportunitatea efectuării miomectomiei!!!

Miomectomia: se recomandă de efectuat în trimestrul I-II de sarcină în cazul: (C-IV^{21,22,23})

- nodulului miomatos de dimensiuni mari (mai mare de 10 cm);
- torsiunea pedunculului miomatos;
- creșterea rapidă tumorii;
- necroza nodulului cu semne de abdomen acut;
- lipsa efectului tratamentului în caz de sindrom dolor;
- sindrom dolor progresant.

N.B.! Miomectomia este inofensivă sarcinii în cazul poziționării nodulului cu 5 cm și mai mult de la cavitatea uterină. Tactica de abord chirurgical se va decide în dependență de accesibilitate și experiența chirurgului. (vezi: Caseta 16)

- Se indică efectuarea **miomectomiei în cadrul operației cezariene** în cazul: (B-2b^{13,21,22,23})
- nodul subseros pe peduncul fin;
- nodul subseros pe peduncul gros;

Contraindicații:

- nodul poziționat pe traiectul vascular;
- nodul miomatos poziționat în segmentul inferior uterin;
- nodul poziționat în regiunea inciziei uterine în cadrul operației cezariene.

Comentariu: Majoritatea specialiștilor au convenit asupra tacticii nonmiomectomice în timpul Operației Cezariene ca rezultat al riscului sporit de hemoragie.

- **Finisarea sarcinii prin Operație Cezariană în cazul (B-2b^{13,21,22,23}):**

- nodulilor miomatoși de dimensiuni mari care blochează trecerea fătului prin canalul de naștere;

- torsiunea nodului subseros;
- miom uterin asociat cu miomectomie în anamneză;
- prezența indicațiilor obstetricale pentru finisarea sarcinii pe cale abdominală.

Indicații pentru întreruperea sarcinii la pacientele cu miom uterin:

- Suspecția la sarcom uterin;
- Localizare submucoasă a nodului miomatos;
- Necroza nodulului miomatos;
- Nod miomatos de dimensiuni mari localizat în regiunea colului uterin;
- Miom uterin de dimensiuni foarte mari (mai mult de 15 cm) cu localizare joasă;
- Vârsta reproductivă târzie (mai mare de 43-45 ani).

C.2.4. Monitorizare pacientei cu miom uterin

Caseta 26. Monitorizarea postoperatorie a pacientelor [22,23]

- Citologie cervico-vaginală Babeș-Papanicolau la pacientele cu histerectomie subtotală peste 6 luni postoperator;
- USG organelor bazinului mic peste 6 luni postoperator;
- Contracepție de 6-12 luni la pacientele cu miomectomie conservativă;
- Tratament antianemic, antiinflamator la necesitate;
- Abținerea de la efort fizic și relații sexuale timp de 1,5-2 luni.

Caseta 27. Monitorizarea postoperatorie a pacientelor cu infertilitate

- După tratamentul chirurgical se indică contracepție pe parcursul a 6 luni;
- Dacă timp de 6-12 luni după sistarea administrării contraceptivelor nu survine sarcina se recurge la reproducere asistată.

Survenirea sarcinii:

- Sarcina survenită spontan după tratament chirurgical se va finisa prin operație cezariană planică;
- Sarcina survenită spontan după tratament conservator se va finisa per vias naturalis;
- În cazul lipsei survenirii sarcinii în 6-12 luni după tratament chirurgical se recurge la reproducere asistată (FIV);

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA
PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

<p>D1. Instituțiile de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicală a medicului de familie <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic: • Seturi ginecologice: specul vaginal Cusco, valve vaginale Kristeller sau Sims sterile, mănuși de unică folosință, sursă de lumină, spirt, iodonat, tifon de bumbac, set pentru prelevarea testului Babeș-Papanicolau, soluție fiziologică sterilă, tub steril. <p>Dispozitive medicale, aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fotoliu ginecologic • panglica – centimetru; • cântar; • tonometru; • fonendoscop.
<p>D.2 Instituțiile de asistență medicală urgentă prespitalicească</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medic de urgență • Felcer (asistent medical) din cadrul echipei asistență medicală urgentă • Șofer autoambulanță <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Echipament pentru transportare • Echipament pentru resuscitare-respirație • Echipament monitorizare-defibrilare-evaluare/administrarea medicamentelor soluțiilor • Trusă de medicamente pentru asistență medicală urgentă pentru etapa prespital • Trusa cu soluții pentru perfuzii • Trusă sondaj urinar • Materiale parafarmaceutice <p>Medicamente :</p> <ul style="list-style-type: none"> •
<p>Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic obstetrician-ginecolog • medic laborant • medic imagist-ecografist • laborant <p>Consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trusă de medicamente pentru resuscitarea pacientelor • Trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic • Trusă cateterizarea venelor centrale și periferice • Trusă perfuzii • Trusă cateterizarea vezicii urinare • Seturi ginecologice: specul vaginal Cusco, valve vaginale Kristeller sau Sims sterile, mănuși de unică folosință, sursă de lumină, spirt, iodonat, tifon de bumbac, set pentru prelevarea testului Babeș-Papanicolau, soluție fiziologică sterilă, tub steril. <p>Dispozitive medicale, aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic

	<ul style="list-style-type: none"> • panglica – centimetru; • cântar; • tonometru; • fonendoscop; • cabinet pentru USG, dotat cu ultrasonograf transvaginal/transabdominal; • laborator clinic standardizat pentru determinarea: analizei generale a sângelui, testele de coagulare (protrombina, fibrinogen, timpul de coagulare), grupa de sânge și Rh-factor, citologiei cervico-vaginală Babeș-Papanicolau, biopsia endometrului. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antianemice pe baza de Fe, comprimate. • Antiinflamatoare nesteroidiene (AINS) (Ibuprofenum, Diclofenacum, Ketoprofenum, Celecoxibum etc.), comprimate. • Antifibrinolitice (Acidum tranexamicum), comprimate sau soluție injectabilă, fiole, 1 g. • Progestagene: <ul style="list-style-type: none"> - Levonorgestrelum 52 mg – 20 µg/24 ore, dispozitiv intrauterin; - Preparate combinate minidozate: Ethinylestradiolum 0,03mg +Dienogestum* 2 mg; Ethinylestradiolum 0,03 mg – Gestodenum 0,075 mg; Ethinylestradiolum 0,02 mg – Gestodenum 0,075 mg; Ethinylestradiolum 0,03 mg – Desogestrelum 0,150 mg; Ethinylestradiolum 0,03 mg – Levonorgestrelum 0,15 mg, comprimate. • MRPS: <ul style="list-style-type: none"> - Mifepristonum, comprimate, 50 mg. • aGn-RH (Leuprorelinum, Triptorelinum, Goserelinum*), soluție injectabilă, forme-depo 3,75 mg.
<p>D.2 Instituțiile de asistență medicală spitalicească</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic obstetrician-ginecolog • asistente medicale • medic de laborator • medic anesteziolog-reanimatolog • medici chirurgi • ehografiști cu competențe ginecologice • la necesitate – alți specialiști. <p>Departamente / secții specializate:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Secție de ginecologie operative; - Departament de terapie intensivă și reanimare ginecologie; - Anestezie și terapie intensive; - Bloc chirurgical; - Laborator clinic. <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cristaloide - Plasmă proaspăt congelată - Masă eritrocitară - Acidum tranexamicum - Heparini natrium - Oxytocini <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabinet ginecologic cu fotoliu ginecologic - Aparat USG - Histerorezectoscop - Aparat laparoscopie, morcelator - Laborator clinic standardizat pentru determinarea: Grupa de

	sânge și Rh-factor, analiza generală a sângelui + trombocite, Ht, indicii coagulogramei – protrombina, fibrinogen, INR, TTPA, proba Lee-White).
--	---

* Produsele medicamentoase nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandată de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul protocolului	Indicatorul – măsura atingerii scopului	Metoda de calcul al indicatorului		Frecvența raportului
			Numărător	Numitor	
1.	Reducerea mortalității materne prin hemoragie cauzată de mioamele complicate	Ponderea hemoragiei care a provocat decesul (în %)	Numărul de decese a femeilor cauzat de hemoragii uterine	1000 de nașteri.	anual
2.	Creșterea calității serviciului medical ginecologic în acordarea asistenței medicale pacientelor cu miom uterin	Rata pacientelor care au beneficiat de îngrijiri conform recomandărilor protocolului (în %)	Numărul pacientelor care au beneficiat de îngrijiri conform recomandărilor protocolului	Numărul de paciente diservite	anual

ANEXE
Anexa 1

Fișa standardizată de audit medical

FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII din PCN		
	<i>Domeniul Prompt</i>	<i>Definiții și note</i>
1	Denumirea instituției medico-sanitare evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea Fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
4	Data, luna, anul nașterii a pacientei	Data DD-LL-AAAA
5	Mediul de reședință a pacientei	0 = urban, 1 = rural, 9 = nu se cunoaște
6	Numele medicului curant	Nume, prenume
	<i>Nivelul de asistență medicală specializată</i>	
7	Momentul instalării complicației miomului	0 = sarcină, 1 = vârsta reproductivă, 2 = perimenopauzală, 3 = postmenopauzală
8	Cauza complicației în vârsta reproductivă	1=avort, 2=lipsa tratamentului, 3= complicația tratamentului conservator

9	Cauza complicației perimenopauzal	1= asociere cu patologie endocrină, 2=lipsa tratamentului, 3= complicația tratamentului conservator
10	Cauza complicației în sarcină	1= sarcina multiplă, 2=insertie patologică a placentei, 3= insuficiența cicatricii
11	Cauza complicației postmenopauzal	1= asociere cu patologie endocrină, 2=lipsa tratamentului, 3= complicația tratamentului conservator
10	Timpul de la suspectarea complicației până la internare	1= 1 ora, 0 = 2 ore, 3= nu se cunoaște
11	Timpul stabilirii diagnosticului definitiv	1= 1 ora, 0 = 2 ore, 2=3 ore, 3 = mai mult de 6 ore, 4= mai mult de 24 ore, 9 = nu se cunoaște
12	Interpretarea datelor de laborator	0= neefectuat, 1= suspect, 2= patologic
13	Managementul medicamentos ❖ Început cu tratament conservator ❖ Începutul tratament chirurgical	0=conform protocolului, 1= acțiuni corective conform protocolului, 2= neadecvat
14	Managementul Chirurgical	0= nu efectuat, 1= efectuat la timp, 2= efectuat cu întârziere

Criteriile aprecierii calității ajutorului medical acordat pacientelor cu Miom uterin

Criteriile de calitate legate de prevenirea complicațiilor

- ❖ Diagnostic precoce a miomului asimptomatic
- ❖ Aprecierea factorilor de risc oncologici
- ❖ Diagnostic diferenciat
- ❖ Conduită consultativă
- ❖ Tratament complex
- ❖ Monitoring clinic și de laborator adecvat
- ❖ Folosirea metodelor contemporane de conduită și tratament

Criteriile de calitate ce țin de timp:

- ❖ Diagnosticarea și tratamentul miomului asociat cu urgențe în primele 12 ore după dezvoltarea tabloului clinic
- ❖ Inițierea terapiei nespecifice a complicațiilor miomului pe parcursul a primei ore după stabilirea diagnosticului
- ❖ Inițierea tratamentului chirurgical urgent pe parcursul a primei ore după stabilirea diagnosticului

Criteriile de calitate rezultative:

- ❖ Miomectomia ca metoda de tratament a miomului submucos cu hemoragie
- ❖ Micșorarea, în timp de 3-4 zile înlăturarea semnelor clinice
- ❖ Normalizarea indicilor hemodinamici(T/A, Ps)
- Fiecare unitate medicală care efectuează tratamentul Miomului Uterin își va redacta protocoale proprii bazate pe prezentele standarde.

- Unitățile medicale trebuie să aibă la dispoziție protocoale de tratament și monitorizare după tratament.
- Hemoragia și abdomenul acut asociat cu miom trebuie considerate ca fiind o urgență medico-chirurgicală.
- Se recomandă ca medicul curant împreună cu șef de secție, iar la necesitate și consultantul secției să elaboreze un plan de conduită.
- Medicul trebuie să consilieze pacienta referitor la necesitatea monitorizării tratamentului, prognosticul, riscurile, beneficiile așteptate.
- Medicul trebuie să consemneze opțiunea pacientei (rudelor), în documentele medicale (foaia de observație, registrul de consultații), sub semnătura acesteia.
- Consimțământul informat trebuie obținut de medic, înaintea elaborării planului de tratament.

Anexa 2

Ghidul pentru paciente

Educația pacientelor ar putea reduce complicațiile severe a miomului. Totodată introducerea în practică a criteriilor de adresare la medic în caz de complicații ar permite stabilirea precoce a diagnosticului, aprecierea nivelului de internare a pacientei cu determinarea managementului ulterior. Așadar, toate pacientele la prezența următoarelor semne clinice, solicita ajutor medicului.

Tabelul 1

Când și unde trebuie să se adreseze pacientele cu complicații ale miomului uterin

<i>Semne clinice</i>	<i>Apelați urgent AMU 112</i>	<i>Sector primar</i>
1. Menstruații care impun folosirea a mai mult de 6 absorbante pe zi	1+2+4	<i>Diferite combinații ale semnelor clinice</i>
2. Hemoragii însoțite cu amețeli, somnolență, o stare de indiferență, reacții neadecvate.	Sau 1+3+4 Sau 1+2+3+4+5+7	
3. Frecvența Respirației > 20 /min		
4. Tensiunea mai puțin de 90/50 mm Hg		
5. Lipsa urinării, sau 1-2 micțiuni în 24 ore		
6. Pierderea cunoștinții		
7. Apariția durerilor în regiunea inferioară a abdomenului cu creștere în intensitate		

Medicii de la serviciul AMU și cei de la sectorul primar, vor transporta pacientele cu miom complicat cu anemie severă sau abdomen acut în staționar care dispune de secții cu profil ginecologic.

Grade de recomandare și nivele ale dovezilor

Tabelul 1

Clasificarea puterii aplicative a gradelor de recomandare

Puterea aplicativă	Cerințe
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict și trebuie urmate în totalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabelul 2

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul	Cerințe	Corespundere
Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi Ia sau Ib
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi IIa, IIb sau III
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau din opinii ale unor comitete de experți, sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu. Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.	Nivel de dovezi IV
Grad E	Recomandări de bună practică, bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.	-

Tabelul 3

Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel de dovezi	Cerințe pentru corespundere
Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.

BIBLIOGRAFIE

1. AAGL practice report: practice guidelines for the diagnosis and management of submucous leiomyomas. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012 Mar-Apr;19(2):152-71.
2. Atkinson D. Hormonal Therapy Before Surgery for Uterine Fibroids. *Am J Nurs.* 2018 Nov;118(11):19.
3. Cardozo E.R., Clark A.D., Banks N.K., et al. The estimated annual cost of uterine leiomyomata in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:211.e1-9.
4. Ferrero S., Vellone V.G., Barra F., Scala C. Ulipristal Acetate before Hysteroscopic and Laparoscopic Surgery for Uterine Myomas: Help or Hindrance?. *Gynecol Obstet Invest.*2019;84(4):313-325.
5. Gingold J.A., Chichura A., Harnegie M.P., Kho R.M. Perioperative Interventions to Minimize Blood Loss at the Time of Hysterectomy for Uterine Leiomyomas: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Nov - Dec;26(7):1234-1252.e1.
6. Kubik-Huch R.A., Weston M., Nougaret S., et al. European Society of Urogenital Radiology (ESUR) Guidelines: MR Imaging of Leiomyomas. *Eur Radiol.* 2018 Aug;28(8):3125-3137.
7. Laberge, Philippe-YvesMurji, AllyVilos, et al. Guideline No. 389-Medical Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas – An Addendum. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* , 2019, Volume 41, Issue 10, 1521 – 1524.
8. Laganà A.S., Alonso Pacheco L., Tinelli A., et al. Management of Asymptomatic Submucous Myomas in Women of Reproductive Age: A Consensus Statement from the Global Congress on Hysteroscopy Scientific Committee. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar - Apr;26(3):381-383.
9. NICE guideline. Heavy menstrual bleeding: assessment and management. NG88, 14 March 2018.
10. Sandberg E.M., Tummers FHMP, Cohen S.L., et al. Reintervention risk and quality of life outcomes after uterine-sparing interventions for fibroids: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 2018 Apr;109(4):698-707.e1.
11. Singh S., Best C., Dunn S., et al. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. No. 292, May 2018. *J Obstet Gynaecol* 40(5):e391-e415.
12. SOGC Clinical practice guideline. The Management of Uterine Fibroids in Women With Otherwise Unexplained Infertility. No. 321, March 2015.
13. SOGC Clinical practice guideline. The Management of Uterine Leiomyomas. No. 318, February 2015. *Pub in J Obstet Gynaecol Can* 2015;37(2):157–178.
14. SOGC clinical practice guidelines. Uterine fibroid embolization (UFE). Number 150, October 2004. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 89 3 (2005): 305-18 .
15. Taheri M., Galo L., Potts C., et al. Nonresective treatments for uterine fibroids: a systematic review of uterine and fibroid volume reductions. *Int J Hyperthermia.* 2019;36(1):295-301.
16. Tranoulis A., Georgiou D., Alazzam M., Borley J. Combined Laparoscopic Uterine Artery Occlusion and Myomectomy versus Laparoscopic Myomectomy: A Direct-Comparison Meta-Analysis of Short and Long Term Outcomes in Women with Symptomatic Leiomyomas. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Jul - Aug;26(5):826-837.
17. Verpalen I.M., Anneveldt K.J., Nijholt I.M., et al. Magnetic resonance-high intensity focused ultrasound (MR-HIFU) therapy of symptomatic uterine fibroids with unrestrictive treatment protocols: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Radiol.* 2019 Nov;120:108700.
18. Whynott R.M., Vaught K.C.C., Segars J.H. The Effect of Uterine Fibroids on Infertility: A Systematic Review. *Semin Reprod Med.* 2017 Nov;35(6):523-532.
19. Yang Y., Hao Y., Zhang J., et al. Ultrasound-Guided Percutaneous Microwave Ablation for Subserosal Uterine Myomas. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Mar - Apr;26(3):544-550.
20. Faustino R. Pérez-López, Lía Ornat, Iuliana Ceausu, Herman Depypere, C. Tamer Erel, Irene Lambrinoudaki, Karin Schenck-Gustafsson, Tommaso Simoncini, Florence Tremollieres, Margaret Rees, *et al.* EMAS position statement: management of uterine fibroids. *Maturitas.* 2014 Sep; 79(1): 106–116. Published online 2014 Jun 9. doi: 10.1016/j.maturitas.2014.06.002
21. Salvatore G. Vitale, Francesco Padula, Ferdinando A. Management of uterin fibroids in pregnancy: recent trends. Published online in *Curr Opin Obstet Gynecol* 2015, 27:432-437
22. Российская ассоциация гинекологов-эндоскопистов Российское общество акушеров-гинекологов. Миома матки. Клинические рекомендации. Москва, 2016. 49 с.

23. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации (протокол лечения). Москва, 2015. 50 с.
24. Карахалис Л.Ю. , Фармакоэкономические аспекты ведения пациенток с миомой матки.
<https://openmedcom.ru/lections/982>
25. Карева Е.Н., Горенкова О.С Персонализированный подход в фармакотерапии миомы матки.
<https://openmedcom.ru/lections/249>