

5. Langer B., David E., Ancel P.Y., Treisser A. «Critères d'extraction foetale lors de retard de croissance in utero», CNGOF (Ed) : Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Paris, Vigot, 2002: 35-66;
6. Paladi Gh., Iliadi C. «Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului și influența lui asupra indicilor perinatali», Buletin de perinatologie 1.2005, Chișinău; 61-66;
7. Thiebaugeorges O., Droullé P. «Retard de croissance intra-utérin: diagnostic anténatal - valeur de l'échographie.» J Reprod. Hum. et Horm. 2004; n° 8, 585 – 594
8. Gladun E, Ștenberg M, Stratulat P., Friptu V, Petrov V, Corolcova N. Complexul fetoplacentar (aspecte perinatale), Chisinau 2000, 51-62,123-128.
9. Бурлев В.А., Задиева З.С., Тютюнник В.Л., Кравченко Н.Ф., Павлович С.В. Коноводова Е.Н. Роль факторов роста развития плацентарной недостаточности (обзор литературы), Москва, "Проблемы репродукции", 1999, №6
10. Мурашко Л.Е., Бадоева Ф.С., Асымбекова Г.У., Павлович С.В. Перинатальные исходы при хронической плацентарной недостаточности. Акуш и гин 1996;4:43–45.
11. Орджоникидзе Н.В. Хроническая плацентарная недостаточность и немедикаментозные методы ее терапии: Дис. ... д-ра мед. наук. М 1994.
12. Радзинский В.Е. Фармакокинетика плацентарной недостаточности. Клиническая фармакология и терапия 1998; 3: 91–96.
13. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Плацентарная недостаточность при гестозе. Акуш и гин 1999; 1: 11–16.
14. Савельева Г.М., Федорова М.В., Клименко П.А., Сичинава Л.Г. Плацентарная недостаточность. М: Медицина 1991; 272.
15. Сидорова И.С., Макаров И.О. Акушерские факторы гипоксических повреждений плода и тактика родоразрешения. Российский вестник перинатологии и педиатрии 1995; 40: 2: 25–31
16. Тютюнник В.Л. Плацентарная недостаточность при вирусной инфекции (клинико-морфологические параллели). «Актуальные вопросы диагностики, лечения и профилактики гестоза»: Материалы симпозиума, Москва, 19-20 ноября, 1998; 221
17. Федорова М.В. Плацентарная недостаточность. Акуш и гин 1997; 5: 40–4
18. Чернуха Г.Е., Сметник В.П. Роль факторов роста в функции репродуктивной системы. Пробл репрод 1996; 2: 8–12.

**STAREA ORGANELOR ȚINTĂ (GLANDE MAMARE, OVARE ȘI COL UTERIN)
DUPĂ HISTERECTOMIE LA PACIENTELE OPERATE PENTRU MIOM UTERIN**
Olga Andreev, Inga Pasat, Corina Cardaniuc, M. Surguci, V. Mămăligă, C. Burnusus
Catedra Obstetrică și Ginecologie a USMF "N. Testemițanu"

Summary

The state of target organs (ovaries, cervix and breasts) in women after hysterectomy for uterine myoma

The aim of the study was to evaluate the state of target organs (ovaries, cervix and breasts) in women after hysterectomy for uterine myoma. Our results showed that women after hysterectomy for uterine myoma without ablation of cervix and ovaries are at high risk to develop further oncological pathology of reproductive organs.

Rezumat

Scopul studiului prezent a fost evaluarea stării organelor țintă (ovare, col uterin și glande mamare) la pacientele după histerectomie efectuată pentru miom uterin. Rezultatele studiului indică faptul, că femeile după histerectomie fără ablația colului și a ovarelor aparțin grupului de risc pentru dezvoltarea ulterioară a patologiilor oncologice a organelor reproductive.

Introducere

Miomul uterin rămâne una din cauzele principale ale operațiilor radicale în practica ginecologică contemporană și continuă să fie în centrul atenției cercetătorilor [1,2,9]. Conform datelor lui Савицкий Г.А. și Савицкий А.Г. (2001), 8 din 10 femei cu miom uterin sunt supuse tratamentului chirurgical, frecvent radical [9]. Фальянц А.Г. relatează că intervenția chirurgicală este efectuată la 50-75% din totalitatea bolnavelor cu miom uterin, 85% dintre acestea fiind radicale [7]. Operația radicală înlătură simptomele legate de miomul uterin, dar nu rezolvă problemele reproductive și nu reprezintă soluția preferată pentru femeile care vor să-și păstreze uterul. În plus, posthisterectomia crește riscul de boli cardio-vasculare, depresie sau modificări ale funcției sexuale [3].

Rămâne discutată necesitatea păstrării sau ablației ovarelor la femeile de vârstă reproductivă tardivă și premenopauzală, în legătură cu posibilitatea dezvoltării în anexele rămase și în glandele mamare a modificărilor benigne și maligne. O serie de autori susțin că anexele uterine rămase asigură păstrarea îndelungată a influențelor hormonale în organism și reprezintă o așa-numită „garanție” pentru evoluția mai favorabilă a perioadei de tranziție, evitând apariția acceselor în perioada postoperatorie imediată sau la distanță. [5,6,10]. Alți autori [4], din contra, consideră că ovarele trebuie să fie păstrate total sau parțial numai până la vârsta de 50 ani.

În ciuda lucrărilor existente despre influența ovalectomiei asupra organelor și sistemelor, efectul ei asupra glandelor mamare este insuficient studiat. Procentul înalt al asocierii patologiei glandelor mamare cu diferite afecțiuni ginecologice, în special cu miomul uterin, indică necesitatea studierii mai profunde a influenței ovarelor asupra glandelor mamare după operațiile efectuate în legătură cu această tumoră [4,6,7,8].

Scopul studiului

Evaluarea stării organelor țintă (ovare, col și glande mamare) după histerectomie, la pacientele operate pentru miom uterin.

Material și metode

În studiu au fost incluse 100 femei cu vârsta cuprinsă între 43 și 54 ani, care cu 5-8 ani anterior au fost supuse intervenției chirurgicale pentru miom uterin în cadrul Institutului Oncologic din Moldova. Principalele indicații pentru intervenția chirurgicală au fost: creșterea rapidă a tumorii în 25 de cazuri (25%), dimensiunile mari ale tumorii (peste 16 s.a.) – 22 cazuri (22%), hemoragia uterină patologică asociată miomului în 53 cazuri (53%).

A fost efectuată analiza retrospectivă a fișelor de observație, de unde au fost obținute date referitor la antecedentele personale patologice (afecțiuni concomitente extragenitale și ginecologice), acuzele pacientelor și istoricul bolii: dinamica creșterii tumorii, debutul și evoluția principalelor manifestări ale miomului uterin.

Analiza antecedentelor personale fiziologice a inclus vârsta la menarhă, caracterul ciclului menstrual (durata, intervalul, abundența, dismenoreea), eventuale dereglări de ciclu (hipermenoree, hipomenoree, polimenoree, oligomenoree, etc.). Studiul funcției reproductive a cuprins numărul de sarcini, nașteri, avorturi (spontane și artificiale). Prin examen USG s-au apreciat dimensiunile uterului și ale miomului, numărul și localizarea nodulilor, starea endometrului și a anexelor uterine. Pentru concretizarea stării glandelor mamare, preoperator, în toate cazurile incluse în studiu s-a efectuat examen palpator și ecografic al acestora.

Pacientele incluse în studiu au fost divizate în două loturi:

Lotul I – 33 femei care au fost supuse histerectomiei subtotale fără înlăturarea ovarelor.

Lotul II – 67 femei, la care o dată cu histerectomia s-a efectuat ovalectomie bilaterală.

Tuturor pacientelor li s-a efectuat un examen clinic și de laborator complex, inclusiv examen ecografic al organelor bazinului mic și al glandelor mamare, colposcopie simplă și lărgită, cervicoscopie. La indicații (în caz de depistare a mastopatiei nodulare, chisturilor, fibroadenoamelor sau în cazuri dubioase) s-a efectuat mamografie și puncție-bipsie a glandelor mamare sub ghidaj ecografic, cu examen citologic ulterior al materialului obținut.

Rezultate

Sintetizând datele despre instalarea și particularitățile funcției menstruale, s-a constatat că la pacientele incluse în studiu, vârsta medie la menarhă a constituit $13,5 \pm 0,14$ ani. Menarha instalată la vârsta de 10-12 ani s-a constatat în 12 cazuri (12%); între 13-14 ani – 69 cazuri (69%); 15-16 ani - 14 cazuri (14%). Menarha tardivă (peste 16 ani) s-a constatat în 5 cazuri (5%).

Majoritatea pacientelor incluse în studiu, până la depistarea tumorii, au avut un ciclu menstrual normal ca interval și durată a sângerării menstruale. 90% până la depistarea miomului, au prezentat un ciclu normal, cu durata de 21-35 de zile și o sângerare menstruală normală, timp de 3-7 zile. O sângerare menstruală cu durata de peste 7 zile (polimenoree) s-a constatat la 4 paciente (4%). Un exces cantitativ al pierderii de sânge menstrual (hipermenoree), la intervale normale, s-a stabilit la 4 paciente (4%). Cicluri neregulate de la bun început, din momentul instalării funcției menstruale, au avut 2 paciente (2%).

Din analiza funcției generative s-a constatat că 2 paciente (2%) n-au avut nici o sarcină în antecedente, 15 paciente (15%) au avut 1-2 sarcini, iar 83 paciente (83%) au avut cel puțin 3 sarcini în anamneză. 71 paciente (71%) au născut o singură dată, iar 26 bolnave (26%) au avut cel puțin 2 nașteri în antecedente. 3 femei (3%) nu au avut nașteri în anamneză.

În același timp, s-a constatat prezența unui număr mare de avorturi în antecedentele pacientelor cu miom uterin. Astfel, 74 paciente (74%) au suportat în anamneza cel puțin un avort artificial. Avorturi spontane au fost semnalate la 11 paciente (11%): 1-2 avorturi spontane - în 7 cazuri (7%); 3-4 avorturi spontane – în 4 cazuri (4%).

Studierea antecedentelor personale patologice, a evidențiat un procent relativ înalt de depistare a patologiei extragenitale. Patologie hepato-biliară a fost evidențiată în 24% cazuri, inclusiv litiaza biliară - la 7 paciente (7%), colecistită cronică - la 13 paciente (13%). Asocierea patologiei gastro-intestinale a fost remarcată în 11% cazuri. Patologia cardio-vasculară a fost depistată la 18 femei, ceea ce a constituit 18%. HTA asociată miomului uterin s-a constatat la 17 paciente (17%), obezitate - la 15 paciente (15%). Patologia glandei tiroide a fost evidențiată în 4 cazuri (4%), diabetul zaharat - la 2 paciente (2%). Varice la nivelul membrelor inferioare au fost prezente în 18 cazuri (18%).

În ceea ce privește antecedentele ginecologice, 31 paciente (31%) au avut în anamneză afecțiuni inflamatorii cronice ale anexelor uterine. La 15 paciente (15%) s-au constatat procese hiperplastice ale endometrului.

Dezvoltarea miomului uterin a dus la apariția dereglărilor de ciclu menstrual la 64 paciente (64%). Acestea s-au manifestat sub formă de menoragii în 20 cazuri (20%), metroragii în 40 cazuri (40%), menometroragii în 4 cazuri (4%). Simptomul algic, de intensitate variabilă, a fost prezent la 58 paciente (58%). În majoritatea cazurilor (55%), localizarea durerii a fost în regiunea abdominală inferioară, uneori cu iradiere lombară (3%).

Conform datelor examenului ecografic, dimensiunile uterului au fost următoarele: sub 12 s.a. – 37 cazuri (37%); între 12 și 16 s.a. – 41 cazuri (41%); peste 16 s.a. - 22 cazuri (22%). Noduli multipli au fost evidențiați la 42 paciente (42%); noduli solitari – 58 paciente (58%). La examenul USG s-a stabilit localizarea interstitială a nodulilor miomatosi în 68 cazuri (68%); noduli cu localizare subseroasă – 18 cazuri (18%); noduli cu localizare submucoasă – 12 cazuri (12%); intraligamentară – 2 cazuri (2%).

Pacientele incluse în studiu au fost divizate în două loturi:

Lotul I – 33 femei care au fost supuse histerectomiei subtotale fără înlăturarea ovarelor.

Lotul II – 67 femei, la care o dată cu histerectomia s-a efectuat owerectomie bilaterală.

Vârsta medie a pacientelor din primul lot a fost de $45 \pm 1,3$ ani, cu limite între 44 și 53 ani. În lotul al II-lea, vârsta medie a pacientelor a constituit $48 \pm 0,8$ ani, cu limite între 43 și 54 ani.

În primul grup de paciente, ovarele au fost nemodificate și s-a efectuat histerectomie subtotală fără anexe.

În al doilea lot, s-a efectuat histerectomie subtotală cu ovariectomie bilaterală, în legătură cu prezența chisturilor ovariene seroase în 39 cazuri (58,2%), chisturi dermoide în 3 cazuri (4,5%), chisturi endometrioide în 2 cazuri (3%), fibrom ovarian – 1 caz (1,5%), tecom ovarian – 1 caz (1,5%), chistademon ovarian seros – 2 cazuri (3%), atrofie sau scleroză ovariană – 14 cazuri (21%), chist ovarian mucinos- 5 cazuri (7,5%).

Studiind starea glandelor mamare la pacientele din lotul I (peste 5-8 ani după intervenția chirurgicală), s-au constatat modificări patologice în 91% cazuri (30 femei). Mastopatie fibroasă chistică difuză s-a constatat în 14 cazuri (43,3%), forme nodulare – în 8 cazuri (26,7%), fibroadenom – în 4 cazuri (13,3%), cancer mamar – în 2 cazuri (6,7%).

Studiind starea glandelor mamare la pacientele din lotul II, supuse histerectomiei cu ablația ovarelor (peste 5-8 ani după intervenție), s-au constatat modificări patologice doar în 5 cazuri (7,5%). Datele despre starea glandelor mamare la pacientele operate în legătură cu miom uterin sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Starea glandelor mamare după histerectomie la pacientele operate pentru miom uterin

	n	Norma		Patologia mamară								Total patologii	
				Mastopati e fibro-chistică		Fibroade nom		Chist		Cancer			
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Lotul I (histerectomie fără ovariectomie)	33	3	9	14	43,3	4	13,3	8	26,7	2	6,7	30	91%
Lotul II (histerectomie cu ovariectomie)	67	62	92,5	3	4,5	1	1,5	1	1,5	-	-	5	7,5

Astfel, rezultatele studiului au constatat o incidență semnificativ mai mică a modificărilor patologice ale glandelor mamare la pacientele din lotul II, supuse histerectomiei cu ovariectomie bilaterală, comparativ cu pacientele din lotul I, supuse histerectomiei fără ovariectomie.

Studiind starea colului uterin la pacientele din lotul I, s-a constatat prezența modificărilor de fond în 8% cazuri, displazie în 4% cazuri, cancer de col uterin – în 6% cazuri. Cancer ovarian s-a depistat la 2% cazuri, chisturi ovariene seroase sau mucinoase borderline – în 4% cazuri. Durata de timp de la intervenția chirurgicală până la apariția patologiei depistate a constituit circa 3-8 ani.

Nici una din modificările menționate la nivelul colului uterin nu a fost constatată la pacientele din lotul al II-lea, pe fond de ovariectomie bilaterală.

Discuții

Conform rezultatelor studiului prezent, în cazul intervențiilor chirurgicale cu păstrarea ovarelor, efectuate pentru miom uterin, incidența dezvoltării patologiei hormonal-dependente în organele țintă restante este semnificativ mai mare comparativ cu pacientele supuse histerectomiei cu ovariectomie bilaterală.

O serie de autori susțin, că înlăturarea miometrului hormonal dependent exclude fenomenul de „stimulare a consumului” [3,8]. În același timp, alte organe-țintă, ca glandele mamare, sunt la fel supuse influențelor hormonale continue, ceea ce poate explica frecvența mai mare a patologiei glandelor mamare, ovarelor și colului uterin la pacientele din lotul I.

Datele descrise demonstrează faptul, că scurtarea duratei vârstei reproductive prin intermediul ovariectomiei, reduce riscul dezvoltării cancerului mamar, ceea ce coincide cu rezultatele altor autori. [8,9]. Ținând cont de cele menționate, considerăm că la pacientele cu vârsta de peste 45-50 ani, în special la cele cu miom uterin și patologie mamară asociată, în caz de histerectomie, este rațională efectuarea ovariectomiei totale sau subtotale. În cazul păstrării

ovarelor, este necesară supravegherea minuțioasă a stării glandelor mamare, și efectuarea măsurilor de reabilitare, care să includă corecția hormonală a dereglărilor survenite [6,8,9].

Femeile supuse histerectomiei pentru miom uterin fără ablația ovarelor și a colului uterin aparțin grupului de risc pentru dezvoltarea ulterioară a patologiei oncologice a organelor reproductive.

Rezultatele obținute confirmă conceptul teoretic despre afectarea poliorganică sincronă a organelor reproductive, despre existența „atacului hormonal” (a hormonilor steroizi și gonadotropi) asupra receptorilor hormonal ai glandei mamare, colului și canalului cervical în cazul înlăturării uterului.

Concluzii

1. Femeile supuse histerectomiei pentru miom uterin fără ablația ovarelor și a colului uterin aparțin grupului de risc pentru dezvoltarea ulterioară a patologiei oncologice a organelor reproductive.
2. La pacientele cu vârsta de peste 45-50 ani, în special la cele cu miom uterin și patologie mamară asociată, în caz de histerectomie, este rațională efectuarea ovariectomiei totale sau subtotale.
3. În cazul păstrării ovarelor, este necesară supravegherea minuțioasă a stării glandelor mamare, și efectuarea măsurilor de reabilitare, care să includă corecția hormonală a dereglărilor survenite.

Bibliografie

1. Christiansen J.K. „The facts about fibroids. Presentation and latest management options” Postgrad Med 1993 Sep1; 94(3):129-34,137. (3)
2. Ciatto S. Diagnosi dell neoplasi non palpabili della mammeila // Acta chir. ital. -1991. -vol. 47. -P.257-761. (10)
3. Бодяжина В.И., Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. -М., 1990. (1)
4. Бохман Я.В., Ткелашвили В.Т., Вишневикий А.С. и др. Миома матки в пре- и постменопаузе, как маркер онкологической патологии // Акуш. и гин.-1987. N-7. -С. 12-16. (2)
5. Гладун Е.В., Дюг В.М., Корчмару В.И., Попович М.И. Особенности гормональных соотношений после оперативного лечения больных миомой матки // Акуш. и гин. 1988. М-5.-С.17-19. (3)
6. Дуда И.В., Герасимова Л.Н. Сочетанные гормонально-зависимые заболевания матки и молочных желез // Клиническая медицина. 1996. N12. С3-4. (4)
7. Фальянц, Ф.Г. Оптимизация лечения вегетоневротического синдрома (ВНС) после операций по поводу миомы матки. Материалы V Российского Форума „Мать и дитя”. Москва, 6-10 октября, 2003, с. 482. (241)
8. Пиддубный М.И. Сочетание миомы матки с дисгормональной патологией молочных желез. Дисс... канд. мед. наук. -М. 1994. (7)
9. Савицкий, Г.А.; Савицкий, А.Г. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). Издательство „ЭЛБИ- СПб”, 2000, 235 с. (229)
10. Сидорова И.С., Пидоубный М.И., Гуриев Т.Д., Унанян А.Л. Состояние органов репродуктивной системы после удаления матки с сохранением яичников // Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. Сборник научных статей и тезисов докладов, посвященных 50-летнему юбилею республиканского гематологического центра. Ереван. -1998. С-343-356. (10)