

8. Gomez R.L., Romero R., Ghezzi F. *The fetal inflammatory syndrome*, Am J Obst Gynec, 1998, Jul,179(1):194-202.
9. Romero R. *Fetal inflammatory syndrome and its link to preterm delivery*, 1.st International Symposium in hot topics and controversies in perinatal medicine, Rhodes Island, Greece, 2005.
10. Stanculescu R. *Inflamatiia si infectia sistemului paracrin la nivel de amnios, chorion si decidua*. Edit. Univ. Carol Davila Bucuresti, 2000.
11. Yoon B.H., Zoung O.H., Romero R. *An elevated amniotic fluid MMP-8 at the time of mid trimester genetic amniocentesis identifies patients at risk for spontaneous preterm delivery*, Am J Obst Gynec, 182:525-528.

EVOLUȚIA ȘI MODIFICĂRILE VOLUMETRICE ALE MIOMULUI UTERIN ÎN TIMPUL SARCINII.

**Olga Domentii, Valentin Friptu, Corina Cardaniuc, Mihail Surguci,
Constantin Burnusus, Natalia Prodan**

Catedra de Obstetrică și Ginecologie a USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Natural history and volumetric changes of uterine myomas in pregnancy

The aim of the study was to estimate the evolution of the tumor and changes in uterine myoma volume during pregnancy. The study included 70 pregnant women diagnosed with uterine myomas during pregnancy and who had three or more obstetrical ultrasounds in different periods of pregnancy. We analyzed the change in volume of uterine myomas between the first trimester of pregnancy (up until 12 weeks), second trimester (20-22 weeks), and last trimester of pregnancy (37-38 weeks). **CONCLUSION:** The findings of our study didn't show a significant enlargement of the uterine myoma during pregnancy. The tumor myomas had not a significant increase in volume in 59,1 % cases and presented a rapid growth only in 9,1% cases.

Rezumat

Scopul prezentului studiu a fost evaluarea evoluției și modificărilor de volum a miomului uterin în timpul sarcinii. Studiul a inclus 70 gravide cu miom uterin care au fost supuse examenului ecografic de cel puțin 3 ori în decursul sarcinii. Modificările de volum ale tumorii au fost analizate comparând datele ecografice obținute în primul trimestru al sarcinii (până la 12 s.a.), în al doilea trimestru al sarcinii (20-22 s.a.) și în al treilea trimestru al sarcinii (37-38 s.a.). Rezultatele studiului prezintă o creștere semnificativă a miomului uterin în timpul sarcinii, în 59,1% tumora fiind staționară și doar în 9,1% prezentând un ritm rapid al creșterii.

Introducere

Conform datelor existente în literatura de specialitate, miomul uterin se constată la 0,3-2,6% din femeile gravide. Conform datelor lui Exacoustos și Rosatti (1993), aproximativ 1-4% din sarcini sunt asociate cu fibroizi uterini. Într-un caz din 10 aceste tumori cauzează complicații [3]. Sarcina care survine la o pacientă cu un uter fibromatos implică mai multe riscuri determinate, pe de-o parte, de modificări ale fibromului induse de sarcină, iar pe de alta - de complicațiile sarcinii determinate de fibrom. Mioamele împart câteva caracteristici cu miometrul normal în timpul sarcinii, inclusiv producția crescută de matrice extracelulară și expresia mărită a receptorilor pentru hormonii peptidici și steroizi.

Miometrul în postpartum revine la greutatea, fluxul sanguin și dimensiunile celulare normale, prin intermediul apoptozei și dediferențierii. Această remodelare poate fi responsabilă de involuția miomaleor. Altă teorie postulează că vasele care suplimentează mioamele regresează în timpul involuției uterine, deprivând miomul de sursa lor nutritivă. Sarcina are un

efect variabil și imprevizibil asupra creșterii miomului uterin, probabil dependent de diferențele genetice individuale, factorii de creștere circulanți și receptorii localizați la nivelul tumorii.

În trecut se credea ca fibromul se dezvoltă mai repede în timpul sarcinii. Astfel, conform numeroaselor opinii, în cursul primului trimestru de sarcină, se produce o creștere în dimensiune a fibroamelor uterine din cauza modificărilor hormonale care apar în această perioadă. Rasmussen K.L. și Knudsen H.J. susțin că majoritatea mioamelor uterine cresc în decursul primului trimestru de sarcină. Autorii consideră că creșterea tumorilor are loc din contul edemului seros, al hiperplaziei și hipertrofiei fibrelor musculare, vascularizării excesive a acestora [8].

Bosev D. și Dimitrov A. consideră că mioamele uterine care cresc în primul trimestru, continuă să crească și pe parcursul trimestrului al doilea al sarcinii. Autorii n-au constatat o descreștere a dimensiunilor tumorale în decursul trimestrului III de gestație [2].

Rosati P. et al. au constatat o modificare semnificativă a volumului mioamelor uterine între trimestrele II și III de sarcină. Cea mai mare rată a creșterii tumorilor s-a constatat până la termenul de 10 săptămâni de gestație [9].

Studiile recente, însă, demonstrează contrariul. Astfel, conform relatărilor lui Mampasy S. și Naudts P., aproximativ 80% din fibrozii uterine constatați în timpul sarcinii rămân de aceeași dimensiuni sau devin mai mici în timpul sarcinii [6].

În mod similar, Jabiry-Zieniewicz Z. și Gajewska M. n-au constatat o creștere semnificativă a miomului uterin în timpul sarcinii [5], iar Hammoud A.O. et al. susțin că mioamele uterine de obicei se micșorează pe parcursul sarcinii [4].

Scopul prezentului studiu a fost evaluarea evoluției și modificărilor de volum a miomului uterin în timpul sarcinii.

Material și metode

Studiul a inclus 70 gravide cu miom uterin care au fost internate pe parcursul sarcinii în SCM nr. 1 și au fost supuse examenului ecografic de cel puțin 3 ori în decursul acesteia. Vârsta medie a gravidelor cu miom uterin a constituit circa $35,04 \pm 1,6$ ani.

Examenul ecografic, efectuat pe parcursul sarcinii, a avut drept scop aprecierea numărului, localizării și dimensiunilor nodulilor miomatoși. Modificările de volum ale tumorii au fost analizate comparând datele ecografice obținute în primul trimestru al sarcinii (până la 12 s.a.), în al doilea trimestru al sarcinii (20-22 s.a.) și în al treilea trimestru al sarcinii (37-38 s.a.).

Datele obținute au fost prelucrate computerizat, cu aplicarea setului de programe statistice Microsoft Excel. Autentificarea diferenței valorilor studiate a fost apreciată prin determinarea criteriului t-Student (cu o probabilitate mai mare de 95% ($p < 0,05$)).

Rezultate

Miom uterin unic a fost depistat la 37 gravide ($52,86 \pm 5,97\%$), iar noduli miomatoși multipli - la 33 gravide ($47,14 \pm 5,97\%$), astfel încât rata gravidelor purtătoare de noduli miomatoși unici și a celor cu noduli multipli a fost comparabilă.

La marea majoritate a gravidelor din lotul de bază, examenul USG a evidențiat localizarea interstițială a nodulilor miomatoși - 48 cazuri ($65,75 \pm 5,55\%$). În 21 cazuri ($28,77 \pm 8,34\%$) au fost depistați noduli subseroși și doar în 4 cazuri ($5,48 \pm 2,66\%$) au fost depistați noduli miomatoși submucosi.

La o singură gravidă din lotul de bază, nodulul miomatos era localizat la nivelul colului uterin și a determinat deformarea acestuia, dimensiunile nodulului fiind de 7 cm. Conduita obstetricală adoptată pentru această pacientă a constat în finalizarea sarcinii prin operație cezariană.

La 2 gravide ($2,86 \pm 1,99\%$) la termenul sarcinii de 7-14 săptămâni s-au depistat noduli miomatoși giganti cu localizare intraligamentară, care au determinat tulburări de evoluție a sarcinii și simptome de comprimare a organelor bazinului mic. Aceste gravide au fost supuse

miomectomie conservative la termenul de 16-18 săptămâni de gestație. Cu 3-5 săptămâni înainte de intervenție a fost inițiată terapia de păstrare a sarcinii, care prevedea administrarea remediilor tocolitice.

În dependență de dimensiunile nodulilor miomatoși, depistați la examenul ecografic, s-a constatat, că în 38 cazuri ($54,28 \pm 5,95\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni mai mici sau egale cu 5 cm, în 26 cazuri ($37,14 \pm 5,77\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni cuprinse între 5,9 – 9,9 cm, iar în 6 cazuri ($8,57 \pm 3,34\%$) nodulii miomatoși aveau dimensiuni ce depășeau 10 cm (fig. 1).

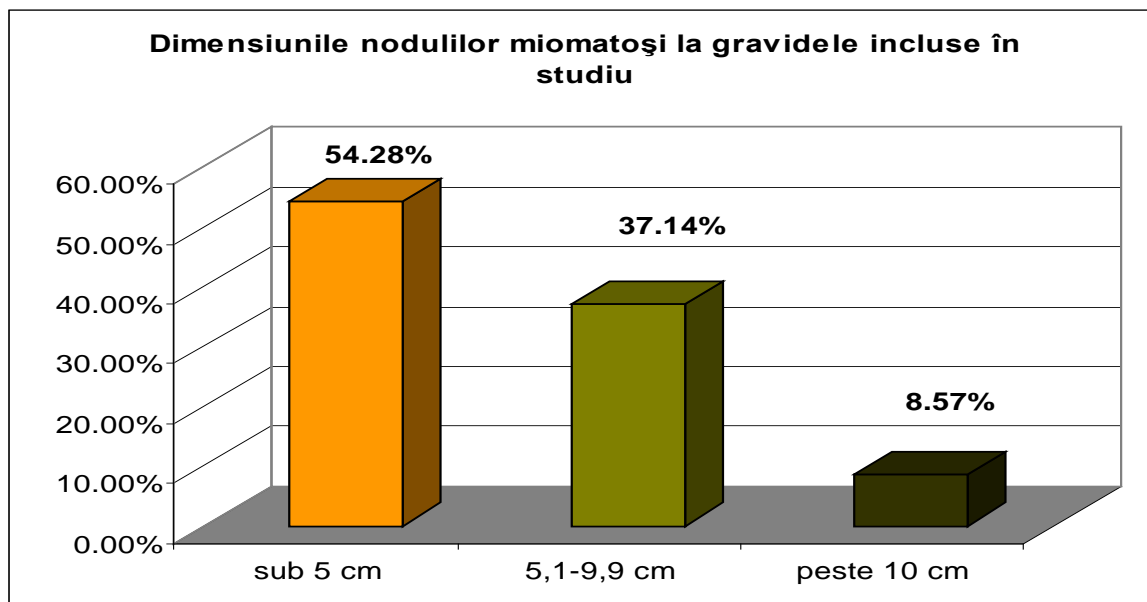


Figura 1. Dimensiunile nodulilor miomatoși la gravidele incluse în studiu

Din cele 70 gravide cu miom uterin în 41 cazuri ($58,97 \pm 5,88\%$) s-a constatat lipsa dinamicii de creștere a nodulilor miomatoși. La 23 gravide ($32,45 \pm 5,59\%$) s-a înregistrat un ritm lent de creștere a nodulilor miomatoși (cu 3-4 cm în diametru), iar în 6 cazuri ($8,57 \pm 3,35\%$) a fost depistat un ritm rapid de creștere a miomului în timpul sarcinii (cu 5-12 cm în diametru) (figura 2).

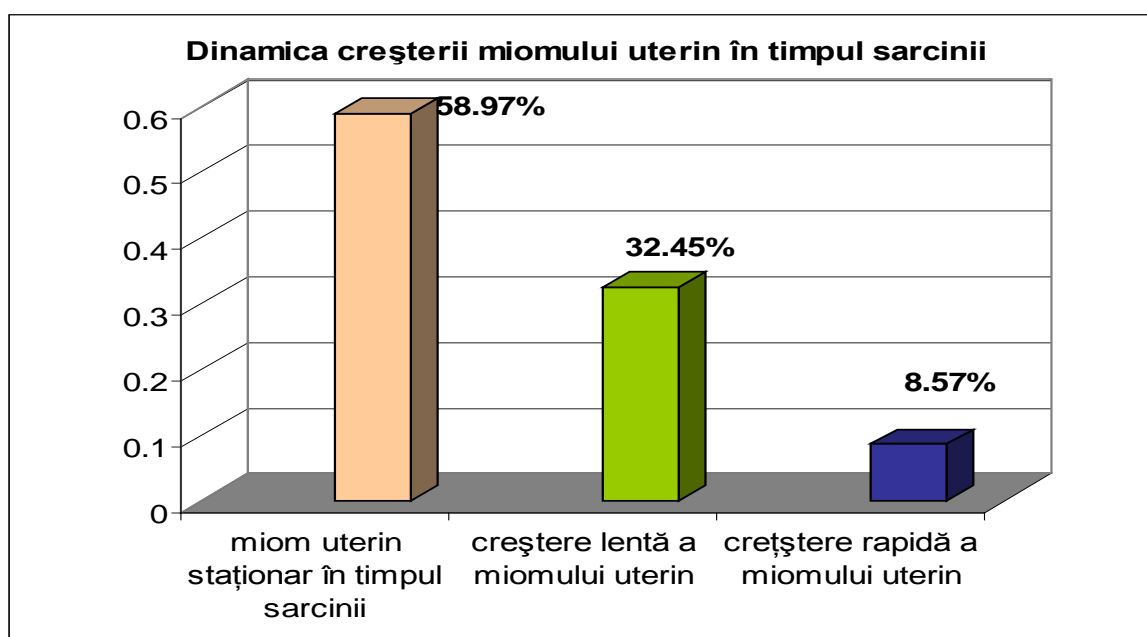


Figura 2. Dinamica creșterii nodulilor miomatoși în timpul sarcinii (n= 70).

În cadrul studiului prezent modificări degenerative ale nodulilor miomatoși au fost depistate în 17 cazuri, ceea ce constituie $24,29 \pm 5,13\%$. Necroza nodulilor s-a constatat în 2 cazuri, constituind $2,86 \pm 1,99\%$. Miomectomie în sarcină au suportat 2 gravide, reprezentând $2,86 \pm 1,99\%$.

Discuții

Problema evoluției în dinamică a nodulilor miomatoși pe parcursul sarcinii este discutabilă și pînă în prezent rămâne nesoluționată. Majoritatea autorilor consideră că în procesul progresării sarcinii apar condiții favorabile pentru creșterea nodulilor miomatoși [6,12,14,15]. Modificările neuroendocrine complexe ce se produc în organismul femeii în timpul sarcinii constituie un potențial fond de modificare a ritmului de creștere și evoluție a miomului uterin.

Unii cercetători consideră că ritmul de creștere al miomului uterin nu este constant pe parcursul întregii sarcini, un ritm maximal de creștere stabilindu-se în perioada de 15-27 săptămîni de gestație. Începînd cu 29-30 săptămîna de gestație, ritmul de creștere a nodulilor miomatoși se reduce considerabil sau în general staționează [12,14,15]. Conform datelor relatate de Стрыков B.A., o creștere mai intensă a nodulilor miomatoși se constată în caz de localizarea acestora la nivelul mucoasei, iar ritm lent de creștere se constată în cazul nodulilor miomatoși subseroși [16].

În cadrul studiului prezent, monitorizarea dinamicii de creștere a nodulilor miomatoși a fost realizată în baza examenului ecografic efectuat sistematic pe parcursul întregii sarcini.

Rezultatele studiului prezent sunt în concordanță cu datele publicate în literatura de specialitate. Astfel, conform opiniei lui Курцер M.A. et al. (2001), majoritatea a cazurilor nodulii miomatoși în timpul sarcinii nu cresc în dinamică, cu toate că dilatarea vaselor sangvine, cu intensificarea debitului sangvin la nivelul uterului, prezintă condiții favorabile pentru intensificarea creșterii tumorii [13].

În mod similar, Neiger R. et al. contestă conceptul despre creșterea nodulilor miomatoși indusă de sarcină. În cadrul unui studiu, autorii au constatat lipsa modificării dimensiunilor nodulilor miomatoși pe parcursul sarcinii în 57,1% din cazuri, înregistrînd chiar o regresie a acestora în 42,9% cazuri [7]. În mod similar, Strobelt N. et al. au constatat că majoritatea mioamelor au rămas stabile sau s-au micșorat în timpul sarcinii [10].

Blok R. et al. (2002) susțin, că dinamica mioamelor uterine este specifică pentru fiecare caz în parte și nu depinde de volumul inițial sau de localizarea tumorilor. Cercetătorii au observat o descreștere a dimensiunilor mioamelor uterine în timpul perioadei antenatale [1].

Necroza nodulilor miomatoși este una dintre complicațiile grave întîlnite în sarcina asociată cu miom uterin și se poate dezvolta la orice termen de gestație. Conform datelor obținute de Аксенова T.A., frecvența acestei complicații variază de la 6-18% [11].

În cadrul studiului prezent, necroza aseptică a nodulului miomatos s-a produs în 2 sarcini constituind $2,86 \pm 1,99\%$. Astfel, datele înregistrate de noi sunt inferioare acestor limite, constituind $2,86 \pm 1,99\%$, fiind însă comparabile cu datele obținute de Strobelt N., care afirmă că necroza nodulilor miomatoși pe parcursul sarcinii se întîlnește doar în 1,5% cazuri [10].

Concluzii

Rezultatele studiului prezent n-a evidențiat o creștere semnificativă a miomului uterin în timpul sarcinii, în 59,1% tumora fiind staționară și doar în 9,1% prezentînd un ritm rapid al creșterii.

Bibliografie

1. Block R, Tatkowski K I, Blok K. Ginekol. Pol. 2002. Apr: 73(4): 266-70.
2. Bosev D, Dimitrov A Changes in uterine myoma dimension during pregnancy. Akuch Ginecol (Soiia) 2007; 46(5): 3-6.

3. Exacoustos G; Rosati P. Materno-fetal complications in pregnancies with multiple myomas. Jurnal of Ultrasound in Medicine, Vol 11, Issue 10511-515, Copyrghht 1992 by American Institute of Ultrasound in Medicine.
4. Hammoud AO, Asaad R, Berman J, Treadwell MC, Blackwell S, Diamond MP. Volume change of uterine myomas during pregnancy: do myomas really grow? J Minim Invasive Gynecol. 2006 Sep-Oct;13(5):386-90.
5. Jabiry-Zieniewicz; Gajewska M. The pregnancy and delivery course with pregnant women with uterine myomas. Ginecol Pol. 2002 Apr; 73(4): 271- 5.
6. Mampasy S. Naudts P. Uterinaleiomyoma during pregnancy.// J. Belge. Radial.1996. V.79.- №6 P.275.
7. Neiger R, Sonek JD, Croom CS, Ventolini G. Pregnancy-related changes in the size of uterine leiomyomas. J Reprod Med. 2006 Sep;51(9):671-4.
8. Rasmussen K L, Knudsen H J. Effect of uterine fibromas and pregnancy. 1994, Dec. 19-156(51); 7668-70.
9. Rosati P., Exacoustos C., Mancuso S. Longitudinal evaluation of uterine myoma growth during pregnancy. A sonographic study.J Ultrasound Med. 1992 Oct; 11(10); 511-5.
10. Strobelt N., Ghidini A., Cavallone M. et al., Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. J. Ultrasound Med. 1994 May; 13(5); 399-401.
11. Аксенова Т. А. Особенности течения беременности , родов и послеродового периода при фибромиоме матки. - В кн.: Актуальные вопросы патологии и беременности. М.-1978-С.96-104.
12. Вихляева Е.М., Палади Г.А. Патогенез, клиника и лечение миомы матки. Кишинев. Штиинца, 1982, 300с.
13. Курцер М.А., Лукашина М. В., Тищенко Е.П. Консервативная миомектомия во время кесарева сечения. Москва. Медицина. 2007, 12с.
14. Савицкий Г.А. Миома матки. Патогенетические и терапевтические аспекты. Санкт-Петербург,1994, С24-26.
15. Савицкий Г.А., Абрамченко В.В. Изменение морфофункциональных структур миоматозных узлов в динамике беременности. //Патология беременности и родов: Тез. докл .,1997-С89-98.
16. Струков В.А. Роды при миоме матки. Акуш. и гинек., 1995, №2, С.62-64.

UNELE ASPECTE ALE MORTALITĂȚII ANTENATALE
Victoria Grejdean-Voloceai, Natalia Corolcova, Larisa Catrinici
 Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Some aspects of the antenatal death of the fetus

In this article are shown the results of a review of 65 medical records of pregnancies which evolution has finished with antenatal death of the fetus. For this kind of patients is typical the pregnancy induced hypertension, infections, fetoplacental insufficiency, restriction of intrauterine development of the fetus. The indicated particularities suggests us the necessity of a strict care under the pregnant women with antenatal death of the fetus.

Rezumat

Articolul prezintă datele analizei fișelor medicale a 65 de gravide a căror sarcină s-a finisat cu mortalitate antenatală. Acestui contingent de femei le sunt caracteristice stările hipertensive (hipertensiunea indusă de sarcină, preeclampsia, eclampsia), infecțiile, retardul de dezvoltare intrauterină a fătului. Particularitățile respective ne sugerează necesitatea unei evaluări