

cardiaca CF III-IV NYHA, hipertensiunea indusă de sarcină, influența asupra indicilor materno-fetali) și necesită o evaluare corectă în vederea conduitei ulterioare.

Bibliografie

1. Anjli Maroo Russell Raymond "Pregnancy and Heart Disease" 2009
2. Barker D, Lewis N, Mason G et al; Towards Better Care for Pregnant Women with Heart Disease; Br J Cardiol. 2006;13(6):399-404
3. Deans CL, Uebing A, Steer PJ. Cardiac disease in pregnancy. In: Progress in Obstetrics and Gynaecology, (Studd Edi J, Tan S.L, Chervenak FA.), Vol 17, Livingstone 2007, 164-182
4. Deans CL, Uebing A, Steer PJ. Cardiac disease in pregnancy. In: Progress in Obstetrics and Gynaecology, (Studd Edi J, Tan S.L, Chervenak FA.), Vol 17, Livingstone 2007, 164-182
5. Joshua L.Weiss, MD; Fergal D. Malone, MD et al. Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate—a population-based screening study. Am J Obstet Gynecol. 190: 2004; 1091-1097.
6. Lippincott Williams & Wilkins. Professional Guide to Diseases (Eighth Edition), Copyright © 2005
7. Lupton M, Oteng-Ntim E, Ayida G, et al; Cardiac disease in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol. 2002 Apr;14(2):137-43. [abstract]
8. Pieper PG, Balci A, Van Dijk AP; Pregnancy in women with prosthetic heart valves. Neth Heart J. 2008 Dec;16(12):406-11. [abstract]
9. Pieper PG; Expected and unexpected cardiac problems during pregnancy. Neth Heart J. 2008 Dec;16(12):403-5.
10. Prasad AK, Ventura HO. Valvular heart disease and pregnancy. A high index of suspicion is important to reduce risks. Postgrad Med. 2001 Aug;110(2):69-72, 75-6, 82-3, passim. [abstract]
11. Ray P, Murphy GJ, Shutt LE; Recognition and management of maternal cardiac disease in pregnancy. Br J Anaesth. 2004 Sep;93(3):428-39. Epub 2004 Jun 11. [abstract]
12. Samuel C. Siu SM, MD; Mathew Sermer, MD et al. Risk and predictors for pregnancy-related complications in women with heart disease. Circulation. 96: 1997; 2789-2794.
13. Samuel C. Siu, MD, SM; Mathew Sermer, MD et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation. 104: 2001; 515-521.
14. Talano JV; Aortic stenosis; *emedicine. updated* 2007.
15. Беременность и роды у женщин с пороками сердца - Иванян А.Н., Бельская Г.Д., Гордиловская А.П. и др. А.Н.Иванян, Г.Д.Бельская, А.П.Гордиловская – 1998
16. <http://knowledge-storage.com/medicine/37-medicine/91-pregnancy-and-cardiovascular-disease>
17. <http://my.clevelandclinic.org/heart/services/surgery/roboticallyassistedhasd.aspx> (DSA)
18. http://www.marvistavet.com/html/pulmonic_stenosis.html (pulmonary stenosis)
19. [http://www.mercyangiography.co.nz/PatientInfo/OurProcedures/PAVR.aspx\(aortic stenosis\)](http://www.mercyangiography.co.nz/PatientInfo/OurProcedures/PAVR.aspx(aortic_stenosis))
20. http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/pda/pda_what.html (Patent ductus arteriosus)
21. http://www.nhlbi.nih.gov/health/dci/Diseases/tof/tof_what.html (Tetralogy of Fallot)
22. <http://www.nmtmedical.com/heartrepair.aspx?id=68> (DSV)

LAPAROSCOPIA ÎN DIAGNOSTICUL ȘI MANAGEMENTUL ENDOMETRIOZEI

Nadejda Codreanu, Denis Țurcanu, Igor Codreanu

Catedra de Obstetrică și Ginecologie, U.S.M.F."Nicolae Testemițanu "

Summary

Laparoscopy for diagnosis and treatment of endometriosis

Background. Endometriosis, one of the most common gynecological problems, affects women in reproductive age and is exceeded only by the uterine fibroids as argument for surgery

in women of premenopausal period. The clinical diagnosis of endometriosis is established mainly during laparoscopy.

Material and methods. This is a retrospective study, which included a group of 69 patients hospitalised in the Gynecology Service of PMSI MCH NO.1 during the 2008-2009 with the diagnosis of endometriosis and have undergone laparoscopic surgery. Data were assessed as a whole and we determined the degree of the disease according to American Fertility Society.

Results. According to AFS classification 28.98% of the patients included in our study had the 1st. degree endometriosis, 37.68% - the 2nd. degree, 30.43% - 3rd. degree and, finally, 2.90% had 4th. degree of the disease.

Conclusions. Laparoscopy remains the gold standard in the diagnosis and treatment of endometriosis and a timely performed intervention would avoid errors of diagnosis, would decrease the incidence of advanced stages, the gynecological and surgical emergencies with preserving the reproductive function and quality of life.

Rezumat

Introducere. Endometrioza este una dintre cele mai frecvent întâlnite probleme din ginecologie, afectează femeile în perioada reproductivă și este depășită doar de către fibromiomul uterin ca argument pentru intervenție chirurgicală la femeile din perioada premenopauzală. Diagnosticul clinic al endometriozei este stabilit în principal în timpul laparoscopiei.

Materiale și metode. Studiul de față este unul retrospectiv, efectuat pe un lot de 69 de paciente internate în serviciul de Ginecologie a IMSP SCM NR.1 pe parcursul anilor 2008 și 2009 având diagnosticul de endometrioza și care au fost supuse intervenției laparoscopice. Datele obținute au fost apreciate în ansamblu și s-a stabilit gradul procesului în conformitate cu Clasificarea Societății Americane de Fertilitate.

Rezultate. Conform clasificării SAF, în studiul nostru 28,98% dintre paciente au avut endometrioza de gradul I, 37,68% - de gradul II, 30,43% - de gradul III și 2,90% - de gradul IV.

Concluzii. Laparoscopia rămâne a fi standard „de aur” în diagnosticul și tratamentul endometriozei, iar intervenția realizată în timp util ar permite evitarea erorilor de diagnostic, scăderea incidenței stadiilor avansate, a urgențelor ginecologice și chirurgicale, păstrarea funcției reproductive și creșterea calității vieții.

Introducere

Endometrioza este una dintre cele mai frecvent întâlnite probleme din ginecologie, afectează femeile în perioada reproductivă și este depășită doar de către fibromiomul uterin ca argument pentru intervenție chirurgicală la femeile din perioada premenopauzală. Incidența reală este necunoscută, dar se estimează a fi de 6%. Endometrioza reprezintă prezența, în afara cavității endometrului, de țesut morfologic și biologic similar cu cel al endometrului. Acest țesut endometrial ectopic se supune modificărilor ciclice induse de hormonii ovarieni similar țesutului endometrial eutopic. Endometrioza afectează 45-70% dintre adolescentele cu durere pelvină cronică. În ciuda identificării simptomelor, deseori există o întârziere în procesul de stabilire a diagnosticului de endometrioza și respectiv, o întârziere în procesul de instituire a tratamentului, în medie de 6 - 7 ani. Cel mai avansat proces patologic poate fi asimptomatic și poate fi descoperit accidental, și viceversa - leziunile mici pot determina simptome marcate. Durerea pelvină ciclică, dismenoreea și infertilitatea reprezintă plângerile majore ale femeilor cu endometrioza, în timp ce dereglările de ciclu și dispareunia reprezintă manifestări obișnuite ale endometriozei. Diagnosticul clinic al endometriozei este stabilit în primul rând în timpul laparoscopiei. Imaginea clasică este de leziuni albastre-negre, dar în prezent sunt descrise și alt fel de leziuni mai subtile.

Materiale și metode

Studiul de față este unul retrospectiv, efectuat pe un lot de 69 de paciente internate în serviciul de Ginecologie a IMSP SCM NR.1 pe parcursul anilor 2008 și 2009 având diagnosticul de endometrioză și care au fost supuse intervenției laparoscopice. Studiul se bazează pe analiza datelor din foile de observație a pacientelor respective în baza unui chestionar elaborat pentru realizarea scopului lucrării.

În secțiunea consacrată datelor generale despre paciente au fost incluse datele referitoare la: vârsta pacientelor, domiciliul, starea civilă, ocupația, studiile și starea socială; datele anamnestice cuprind plângerile care au fost prezente la internarea pacientelor, istoricul actualei boli, anamneza ginecologică (vârsta de debut a menarhei, durata ciclului menstrual, durata menarhei și eventualele dereglări de ciclu), anamneza obstetricală (numărul de sarcini, numărul de nașteri, numărul de avorturi) și anamneza patologică (afecțiunile extragenitale și genitale concomitente și anterioare); datele clinice au inclus datele examenului obiectiv general (starea generală, tipul constituțional, caracterul pilozității și a depunerilor de țesut celulo – adipos subcutanat) și a examenului ginecologic (gradul de dezvoltare al organelor genitale externe, datele tușeului vaginal: starea vaginului, colului uterin, a uterului și anexelor, sau a tușeului rectal); datele de laborator și instrumentale au cuprins datele analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, analizei eliminărilor din căile genitale, analizei biochimice a sângelui, electrocardiografiei și ultrasonografiei (la pacientele care au fost supuse investigației respective). Un loc aparte în studiu îl au datele obținute în cadrul laparoscopiei, care își merită pe deplin titlul de standard de aur în diagnosticul și managementul endometriozei. Astfel, au fost punctați următorii parametri: localizarea procesului, numărul de focare (unice sau multiple), prezența aderențelor, prezența complicațiilor, eventualul tratament laparoscopic, iar în final aceste date au fost apreciate în ansamblu și stabilit gradul procesului în conformitate cu Clasificarea Societății Americane de Fertilitate.

Rezultate și discuții

Endometrioza reprezintă o patologie caracterizată prin prezența țesutului endometrial în afara cavității uterine, una din cauzele principale ale durerii pelvine, algodismenoreei și infertilității la femeile de vârsta reproductivă.

Studiul reprezintă analiza retrospectivă a 69 de paciente care au satisfăcut două criterii: diagnosticul de endometrioză externă figurând în cadrul diagnosticului clinic și efectuarea intervenției chirurgicale laparoscopice, efectuată cu sau fără scopul de a diagnostica și trata endometrioza. Astfel, în studiu au fost incluse și paciente care au fost supuse intervenției laparoscopice din alte motive, diagnosticul de endometrioză fiind confirmat sau chiar stabilit accidental la laparoscopie.

Vârsta medie a pacientelor a constituit $28,72 \pm 0,72$ ani. Majoritatea covârșitoare a pacientelor ($79,71 \pm 4,84\%$ sau 55 de paciente) provin din mediu urban, comparativ cu $20,29\%$ (14 paciente) din mediu rural.

Analizând ocupația pacientelor, am stabilit că cea mai mare parte ($39,13 \pm 5,87\%$, adică 27 de paciente) sunt intelectuale, urmate de $33,33 \pm 5,67\%$ (23 paciente) fără o ocupație, apoi $15,94 \pm 4,40\%$ (11 paciente) având un loc de muncă instabil sau îndeplinind o muncă primară, $10,14 \pm 3,63\%$ (7 paciente) fiind studente sau eleve și o pacientă ($1,54\%$) invalidă.

În dependență de modalitatea de internare, am constatat că cea mai mare parte ($46,37\%$ sau 32 de paciente) a fost internată în regim de urgență, urmând ca frecvența internărilor la cererea pacientelor ($33,33\%$ sau 23 de paciente) și, pe ultimul loc sunt pacientele trimise de serviciul de Asistență Medicală Teritorială ($20,29\%$ sau 14 paciente).

Spectrul plângerilor prezentate de paciente la internare este unul vast și include acuzele legate de patologia principală (tabelul 1).

Se observă că durerea este un simptom quasi constant și este necesar de a specifica faptul că cele 4 paciente la care acesta nu a fost prezent s-au prezentat cu plângerea la infertilitate.

În ceea ce privește infertilitatea, cel mai frecvent întâlnită a fost cea primară (19 paciente sau $63,33 \pm 5,80\%$ din totalul de 30 de paciente cu infertilitate).

Analiza datelor anamnestice a arătat un o vârstă medie de debut a menstruațiilor de $13,49 \pm 0,15$ ani, cu extreme de 11 și 17 ani. La majoritatea (78,26% sau 54 de paciente) acesta s-a stabilit de la debut, iar la restul (21,74% sau 15 paciente) în decurs de 6 – 12 luni. Vârsta medie a debutului vieții sexuale este de $19,55 \pm 0,2$ de ani, cu extremele de 17 și 24 de ani. Durata medie a ciclului menstrual este de $27,88 \pm 0,24$ de zile, cu extreme de 21 și 33 de zile.

Tabelul 1. Lista acuzelor prezentate de paciente la internare

PLÂNGERILE LA INTERNARE	Frecvența
Algodismenoree progresivă sau dureri abdominale	$94,20 \pm 2,89\%$ (65 p)
Subfebrilitate (semnul Benjamin) sau febră	$52,17 \pm 6,01\%$ (36 p)
Pelviałgii cronice	$46,37 \pm 6\%$ (32 p)
Slăbiciune generală	$44,92 \pm 5,98\%$ (31 p)
Manifestări de intoxicație (greață, vomă, cefalee)	$42,02 \pm 5,94\%$ (29 p)
Infertilitate	28,98% (20 p)
Eliminări din vagin (purulente sau sangvinolente)	$20,29 \pm 4,84\%$ (14 p)
Eliminări brune perimenstruale din vagin	$1,45 \pm 1,43\%$ (1 p)

Analizând funcția reproductivă, am stabilit că 41 ($59,42 \pm 5,91\%$) dintre paciente nu au avut sarcini niciodată, fie sau nu din cauza infertilității primare.

În ceea ce privește numărul de copii născuți vii, aici datele sunt diferite, 50 dintre paciente (72,46%), adică aproximativ trei sferturi nu au dat naștere nici unui copil, la fel, fie sau nu din cauza infertilității.

Analizând numărul de avorturi la paciente am stabilit că 20 (28,98%) dintre acestea au avut cel puțin un avort spontan sau medical în anamneză. Din numărul total de avorturi (28), cele spontane au constituit 8 sau 28,57%.

Am remarcat că o mare parte (42,02%) dintre pacientele incluse în studiu suferă de patologii cronice ale organelor genitale, iar 7,24% sau 5 paciente au fost supuse intervențiilor chirurgicale pe anexe anterior. Anamneza alergologică a relevat prezența de alergii la medicamente sau alimente la 8 paciente (11,59%).

Pacientele au fost examinate obiectiv, în urma acestuia diagnosticul de endometrioză fiind suspectat la 27,53% dintre acestea (19 paciente). Am remarcat faptul că, la examenul obiectiv (tușeul vaginal sau rectal), doar la 31 dintre paciente (44,92%) au fost puse în evidență modificări care pot fi corelate cu diagnosticul de endometrioză ($p < 0,001$). În totalitate acestea au fost modificări depistate la nivelul anexelor, în caz de chisturi endometriode. S-au descris formațiuni de dimensiuni medii (< 7 cm), dureroase, mobile sau limitate în mobilitate, tensionate sau nu, cu contur clar sau neclar, tumori tuboovariene sau pur și simplu s-a depistat îngroșarea și tensionarea anexelor.

Rezultatele froțiului vaginal au fost în limitele normei la 43 paciente (62,31%), la 20 de paciente (28,98%) au fost depistate celule levurice, iar la 6 dintre ele (8,7%) – celule „în cheie” ($p < 0,001$).

Examenul Ultrasonografic transvaginal al organelor bazinului mic, efectuat la 27,53% (19 paciente) din cazuri a stabilit diagnosticul de endometrioză la 73,68% (14 paciente) dintre acestea ($p < 0,001$). La fel, diagnosticul a fost stabilit doar pentru chisturile ovariene. Au fost descrise formațiuni hipocogene de dimensiuni relativ medii (2 - 7 cm) cu contur neregulat, dublu, pereți în îngroșați (2 – 5 mm) situate posterior și lateral de uter, pe ovare, cu incluziuni de ecogenitate medie și mare.

Ultima etapă de diagnostic a fost, la toate pacientele, laparoscopia. Actualmente acest examen rămâne a fi „standard de aur” în diagnosticul și managementul endometriozei. Analizând

diagnosticul preoperator, am constatat că endometrioza figurează în acesta la 19 paciente (27,53% din cazuri). Putem astfel considera că, în restul cazurilor incluse în studiul respectiv (72,46%), această patologie este depistată întâmplător în cadrul laparoscopiei. Totuși nu putem afirma că această cifră este valabilă pentru tot lotul de paciente, atât timp cât acestea au fost examinate incomplet, examenul ultrasonografic fiind dezirabil de realizat la toate pacientele pentru a obține niște date mai credibile. Necesitatea de confirmare a diagnosticului prin examen morfologic a apărut la 22 de paciente sau 31,88% ($p < 0,001$).

Tabelul 2. Localizarea laparoscopică a endometriozei ($p < 0,001$).

LOCALIZAREA PROCESULUI	Frecvență
Chist sau focare la nivelul ovarelor	62,31%
Retrocervical (spațiul Douglas)	34,78%
Trompele uterine	7,24%
Retrovezical	4,34%
Foița posterioară a ligamentului lat	4,34%
Pereții bazinului mic	2,90%
Uter	1,45%
Epiploonul mare	1,45%
Fața abdominală a diafragmului	1,45%

În plan diagnostic, examenul laparoscopic a permis de a stabili atât diagnosticul pozitiv de endometrioza, cât și de a descrie exact localizarea, gradul de extindere și aspectul leziunilor endometrioide. În tabelul 2 sunt prezentate datele despre localizarea procesului. Specificăm că, la una și aceeași pacientă au putut fi depistate mai multe focare, în situsuri diferite. La fel, în cadrul laparoscopiei s-a stabilit și numărul de focare, cel mai frecvent acestea fiind multiple (53,62% sau 37 de paciente), localizate sau nu în aceeași regiune anatomic. Analizând localizarea predilectă în raport cu linia mediană a chisturilor și focarelor de endometrioza, în cazurile în care acestea s-a depistat la nivelul ovarelor și ligamentului lat (în total 47 de cazuri), s-a stabilit că în 48,93% cazuri (23 de paciente) acestea sunt localizate unilateral în partea stângă, apoi unilateral în partea dreaptă (34,04% sau 16 paciente) și bilateral în 17,02% (8 paciente).

Analizând datele examenului laparoscopic, am stabilit, în concordanță cu clasificarea SAF, gradul procesului, și am obținut datele următoare: 28,98% (20 de paciente) au avut gradul I, 37,68% (26 de paciente) au avut gradul II, 30,43% (21 de paciente) – gradul III și 2,90% (2 paciente) – gradul IV (figura 1). Am remarcat faptul că, la pacientele cu endometrioza severă, de gradul IV, această patologie a fost depistată primar în cadrul laparoscopiei, fără a figura în diagnosticul prezumtiv.

Durata medie de spitalizare a pacientelor a fost de $6,27 \pm 0,32$ de zile, cu extreme de 2 și 13 zile.

Spectrul manevrelor laparoscopice este unul relativ variat și diferit de la caz la caz în funcție de gradul procesului, afecțiunile concomitente și obiectivele intervenției laparoscopice (tabelul 3)

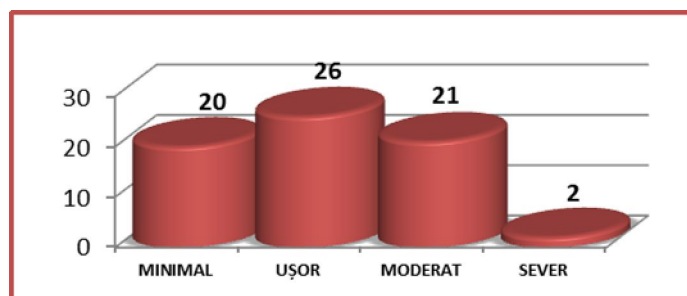


Fig. 1. Gradele de dezvoltare a procesului conform SAF ($p < 0,001$).

Tabelul 3. Spectrul manevrelor efectuate în cadrul laparoscopiei

Denumirea manevrei efectuate	Frecvența
Adezioliză	24,63%
Rezecția parțială a ovarului	24,63%
Rezecția parțială a chistului	13,04%
Chistectomie	10,14%
Diatermocoagulare	7,24%
Enuclearea chistului	5,80%
Anexectomie	5,80%
Aspirarea conținutului	4,34%
Electrocoagularea	2,90%
Punctarea chistului	2,90%
Ovarectomie	2,90%
Coagularea focarelor	1,45%

Nu au fost înregistrate complicații ale intervenției chirurgicale. Spectrul recomandărilor obișnuite a inclus evidența la medicul de familie, reabilitarea și, după caz, continuarea tratamentului antibacterian și antiinflamator. Recomandările referitoare la endometrioza au fost la 17,39% (12 paciente) - tratament cu contraceptive orale combinate monofazice în regim continuu și danazol la 5,80% (4 paciente). Este ușor de remarcat că tratamentul postoperator medicamentos nu i se acordă atenția cuvenită.

Concluzii

1. Studiul a demonstrat că diagnosticul clinic de endometrioza este subestimat la mai mult de 2/3 din paciente, astfel încât diagnosticul preoperatoriu corect a fost stabilit doar la 27% din paciente, care au fost supuse examenului USG 3D transvaginal, accesibil preponderent populației urbane.
2. Efectuarea tardivă a laparoscopiei la pacientele care au prezentat infertilitate sau/și prezența maselor anexiale suspecte la endometrioza s-a soldat cu apariția situațiilor de urgență în 46,3% cazuri, focare multiple de endometrioza în 53,62% cazuri, depistarea stadiilor avansate la mai mult de 2/3 din cazuri.
3. Localizarea endometriomelor pe dreapta în 34,4%, simptomul Benjamin pozitiv, prezența simptomelor ce mimează peritonita sau apendicita a condiționat spitalizarea acestora în serviciul de ginecologie septică și chirurgie.
4. Volumul intervențiilor laparoscopice efectuate în clinica SCM Nr.1 este comparabil cu cel din literatura de referință, doar că nu sunt folosite tehnici endoscopice mai performante (ex. electrocoagulare bipolară cu L.A.S.E.R.), care au avantajul de a păstra rezerva ovariană.
5. Așadar studiul a demonstrat că laparoscopia rămâne a fi standard „de aur” în diagnosticul și tratamentul endometriozei, la 72,46% din paciente fiind unica metodă de diagnostic, iar intervenția realizată în timp util ar permite evitarea erorilor de diagnostic, scăderea incidenței stadiilor avansate, a urgențelor ginecologice și chirurgicale, păstrarea funcției reproductive și creșterea calității vieții.

Bibliografie

1. Davies L, Gangar KF, Drummond M, Saunders D, Beard RW. The economic burden of intractable gynecological pain. J ObstetGynecol 1992; 12 (Supl 2): s54-6.
2. Donnez J, Nisolle M. CO₂ laser laparoscopic surgery: adhesiolysis, salpingostomy, laser uterine nerve ablation and tubal pregnancy. Baillieres Clin Obstet Gynaecol 1989;3:525.

3. Halme J, Hammond MG, Hulka JF, Raj SG, Talbert LM. Retrograde menstruation in healthy women and in women with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 151–4.
4. Husby GK, Haugen RS, Moen MH. Diagnostic delay in women with pain and endometriosis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003;82: 649–53.
5. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986;67:335.
6. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55: 759–65.
7. Liu DTY, Hitchcock A. Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 859–62.
8. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997; 337:217–22.
9. Mettler L, Schollmeyer T, Lehmann-Willenbrock E, Schuppler U, Schmutzler A, Shukla D, et al. Accuracy of laparoscopic diagnosis of endometriosis. *JSLs* 2003;7:15-8.
10. Rock JA, Markham SM. Extrapelvic endometriosis. In: Wilson EA, ed. *Endometriosis*. New York: Alan R Liss, 1987: 185.
11. Sampson JA. The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1940; 40: 549–57.
12. Schattman GL. Treatment of chronic pelvic pain in patients with endometriosis. *Hum Reprod* 2002; 17: 1128–9.

TROMBOFILIIILE EREDITARE - CAUZE ALE PIERDERILOR RECURENTE DE SARCINĂ

Irina Sagaidac, Mariana Drogan

Catedra Obstetrică Ginecologie FECMF USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Hereditary thrombophilia as cause of recurrent pregnancy loss

Thrombophilia includes all conditions associated with increased susceptibility to thrombosis (both arterial and venous). During pregnancy a number of hereditary thrombophilia causes recurrent pregnancy loss: antithrombin III deficiency, deficiency of protein C and S, mutation of factor V Leiden, and gene mutations G20210A and MTHFR C677T (Hyperhomocysteinemia).

Rezumat

Trombofilia include totalitatea afecțiunilor asociate cu o susceptibilitate crescută la tromboze (atât arteriale, cât și venoase). În timpul sarcinii un șir de trombofilii ereditare condiționează pierderile recurente de sarcină : deficitul antitrombinei III, deficitul proteinei C, deficitul proteinei S, mutația factorului V Leiden și mutația G20210A, mutația genei MTHFR C677T (Hiperhomocisteinemia).

Trombofilia include totalitatea maladiilor cu o susceptibilitate crescută la tromboze. Ea poate fi primară (ereditară) sau secundară (dobândită). Statusul hipercoagulant din trombofilie este consecința unui dezechilibru între factorii stimulatori și inhibitori ai hemostazei și fibrinolizei [63,68,69]. Manifestările clinice acestei patologii sunt în strictă dependență cu vârsta, sexul, factorii mediului ambiant etc. Totodată, ele pot apărea în anumite circumstanțe legate de sarcină, naștere, intervenții chirurgicale, tumori, administrare de preparate hormonale etc.

În obstetrică trombofiliile reprezintă una dintre cauzele de bază ale pierderilor reproductive sau a stărilor patologice ale fătului. Așa trombofilii ca hiperhomocisteinemia sau