

3. Guylaine Lefebvre, Odette Pinsonneault. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. No 169, 2005
4. Khalid K. Abdul-Razzak¹, Nehad M. Ayoub¹. Influence of dietary intake of dairy products on dysmenorrhea. J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 36, No. 2: 377–383, 2010
5. K.K. Chu, EP. Chen. Laparoscopic Presacral Neurectomy in the Treatment of Primary Dysmenorrhea. Diagnostic and Therapeutic Endoscopy, Vol. 1, pp. 223-225, 1995
6. Mei-Chuan Wang, M.N., R.N. Effects of Auricular Acupressure on Menstrual Symptoms and Nitric Oxide for Women with Primary Dysmenorrhea. The Journal of alternative and complementary medicine Vol. 15, Number 3, pp. 235–242, 2009
7. M. Yusoff Dawood. Primary Dysmenorrhea. Advances in Pathogenesis and Management. Obstetrics and gynecology, vol. No 2, 2006
8. Roger P. Smith. Dysmenorrhea: etiology, diagnosis and therapy. February 12-16, 2003
9. Y. Osugaa, K. Hayashic. Dysmenorrhea in Japanese women. International Journal of Gynecology and Obstetrics 88, 82—83, 2005
10. Zeev Harel. Dysmenorrhea in Adolescents and Young Adults: Etiology and Management. J Pediatr Adolesc Gynecol 19:363-371, 2006

SARCINA CERVICALĂ

Ludmila Fonariuc *, Alexandru Țușco **

*Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”,

**IMSP SCM Nr.1

Summary

Cervical pregnancy

This article is concerning a rarely encountered pathology – cervical pregnancy . Here are highlighted the predisposing factors , contemporary ways of diagnosis and treatment, focused basely on the preservation of the reproductive function. The author analyzes 16 cases with cervical pregnancies, 5 of this being solved with the help of Metotrexate.

Rezumat

Articolul dat este consacrat unei entități nozologice rar întâlnite – sarcina cervicală. Sunt subliniați factorii predispozanți, mijloacele contemporane de diagnostic și tacticile de tratament, axate în special pe păstrarea funcției reproductive. Autorul analizează 16 cazuri de sarcină cervicală, 5 din ele fiind rezolvate prin administrarea preparatului Metotrexat.

Sarcina cervicală , după diferiți autori, are o incidență estimată de la una la 2500, la 1 la 18 000 (5-7). Factorii predispozanți pentru dezvoltarea sarcinii cervicale includ intervenții instrumentale asupra canalului cervical, anomalii uterine, afecțiuni ale cavității uterine(miomul uterin submucos, sinechii), utilizarea dispozitivelor intrauterine (DIU), utilizarea tehnicilor de fertilizare in vitro (FIV). (8,9).

Pînă nu demult, diagnosticul de sarcină cervicală era stabilit în urma efectuării analizei histologice a uterului după histerectomie. Semnele caracteristice ale sarcinii cervicale includ așa numitul uter în formă de clepsidră sau colul uterin dilatat în formă de „butoiaș”(5). În ultimele decenii, examenul ultrasonografic prezintă una dintre cele mai precise metode de diagnostic. Sarcina cervicală se poate prezenta drept : 1. masă hemoragică; 2. sac gestațional; 3. prezența produsului de concepție (cu sau fără activitate cardiacă) (6,7). Mai mulți autori au încercat de a defini criteriile care ar ajuta la diferențierea sarcinii cervicale de sarcinile uterine cu implantare joasă sau în mijlocul expulziei spontane. Aprecierea fluxului Doppler ajută pentru diferențierea avortului în evoluție de sarcinile cu implantare vasculară în colul uterin. Semnul „sacului care

alunecă” a fost menționat drept un simptom al sarcinii cervicale care ajută la diferențierea ei de alte nozologii.

În trecut, sarcina ectopică cervicală, asociată cu o hemoragie semnificativă, era tratată prin histerectomie. Îmbunătățirea rezoluției ultrasonografiei și detectarea timpurie a acestor sarcini, a dus la dezvoltarea unor tactici mai conservative de tratament care au drept scop păstrarea funcției reproductive. Măsurile conservative de tratament au devenit din ce în ce mai des folosite în conduita femeilor care își doresc conservarea funcției reproductive.

După Spitzer și Cosin, succesul terapiei conservative este mai relevant în cazurile sarcinilor cervicale până la 12 săptămâni, fără activitate cardiacă fetală și nivele mai scăzute ale gonadotropinei corionice serice (8, 13). Majoritatea publicațiilor ce țin de terapia conservativă de succes implică utilizarea combinată a terapiei medicamentoase sistemice cu evacuarea conținutului colului uterin și utilizarea tehnicilor hemostatice (tamponada cu balon, ligaturarea arterei uterine, cerclajul, aplicarea suturilor circulare cervicale). Injectarea locală a diferitor preparate medicamentoase citostatice, inclusiv metotrexatului, etoposidului, actinomicinei D și ciclofosfamidei au fost soldate de divers grad de succes (8,12). Spitzer și coaut. în 2004 au raportat rezultate referitor la folosirea chiuretajului urmat de utilizarea prostaglandinei F2. Aceste preparate se consideră drept uterocontractile, induc vasoconstricția și astfel, reduc hemoragia. Injectarea în sacul gestațional a metotrexatului, glucozei hiperosmolare și KCl au fost utilizate drept tratamente adjuvante, când se înregistra activitatea cardiacă a fătului.

Utilizarea chiuretajului urmată de administrarea unor agenți hemostatici locali reprezintă o altă alternativă a tratamentului. Flystra și coaut. în 2001 au raportat 2 cazuri în care vasoconstricția anterior de chiuretaj a fost obținută prin administrarea locală a vasopresinei urmată de introducerea unui cateter Folley cu scop de tamponadă locală a cîmpului de implantare a produsului de concepție.

Unii autori recomandă embolizarea arterei uterine (EAU) în calitate de tehnică adjuvantă pentru a controla hemoragia după chiuretaj.(21) Kung și coaut. în 2004 au raportat un grup de 6 pacienți tratați prin ligatura laparoscopică a arterei uterine și rezecția histeroscopică. Honey și coaut. (1999) au raportat cazul unei paciente cu sarcină cervicală tratată prin injectarea locală de KCl (clorură de kaliu)și EAU (embolizarea arterei uterine) care ulterior a devenit septică și a necesitat histerectomie. Rezultate pozitive în stoparea hemoragiei masive condiționate de sarcina cervicală, drept urmare a EAU au fost publicate de Trambert, Cosin, Suzumori (23, 13, 24).

Pe parcursul ultimelor decenii, în literatura de specialitate au apărut tot mai multe publicații, demonstrînd eficacitatea Metotrexatului în tratamentul sarcinii ectopice tubare, fiind utilizat după diverse protocoale, fie în doză unică, fie în doză multiplă (15, 16). Eficacitatea metotrexatului (un antagonist al acidului folic bine studiat în tratamentul sarcinii ectopice cervicale) a fost examinată de Kung și coaut. (1998). Acești autori au efectuat o analiză a 62 de cazuri de sarcini cervicale tratate cu metotrexat. Cu toate că nu a fost utilizat un protocol standard de tratament cu MTX a sarcinilor cervicale, cazurile soldate cu succes au necesitat și intervenție chirurgicală – dilatarea canalului cervical și evacuarea, rezecție histeroscopică sau injectare locală a metotrexatului(50mg MTX în sacul gestațional), în paralel cu terapia sistemică (administrarea metotrexatului intramuscular în doze de 1 mg/kg/corp). Acest studiu a estimat eficacitatea administrării sistemice a metotrexatului la aproximativ 91% în tratamentul sarcinii ectopice cervicale (11). Într-o meta-analiză similară, Hung și coaut. (1998) au analizat 42 cazuri de sarcini cervicale tratate cu metotrexat. Rezultatele studiului au arătat că vîrsta gestațională mai mare de 9 săptămîni, nivelurile hCG mai înalte de 10 000 mIU/mL, CRL -lungimea cranio-caudală a produsului de concepție mai mare de 10 mm și prezența activității cardiace fetale la examenul USG au avut în final o rată mai înaltă a eșecului. Injectarea în sacul embrionar a metotrexatului, în combinație cu administrarea sistemică, crește probabilitatea obținerii succesului în tratament.

Conduita conservativă a sarcinilor cervicale este axată pe prevenirea hemoragiei și evitarea histerectomiei, însă în literatura de specialitate sunt puține cercetări în ceea ce privește apariția și evoluția sarcinilor ulterioare. Într-un reviu a 120 de cazuri de sarcină cervicală tratate

conservativ, Ushakov și coaut. (1997) au constatat la 34 de femei sarcini uterine, dar în majoritatea cazurilor a fost diagnosticată insuficiența istmico-cervicală, care a necesitat cerclaj.

Noi am analizat 22 de cazuri cu diagnosticul prezumtiv de Sarcină cervicală, care au fost internate în secțiile de ginecologie din clinicile din municipiul Chișinău în perioada anilor 2000 – 2010 . După examinare complexă, inclusiv după efectuarea examenului ultrasonor, 6 din ele au fost excluse, în 2 cazuri la examen USG repetat stabilindu-se Sarcina uterină cu implantare joasă, iar în 4 cazuri a fost stabilit diagnosticul de Avort spontan în evoluție.

Așa dar, din 22 de cazuri, au fost confirmate 16 sarcini cervicale, ceea ce constituie aproximativ 1 sarcină cervicală la 5200 de nașteri. Vârsta medie a pacientelor a fost 28,4 ani, 4 din ele fiind primipare, și 8 multipare. 10 din paciente prezentau în anamneză cel puțin un avort medical. Termenul mediu de gestație apreciat la momentul adresării a fost de 9,7 săptămâni.

Dintre 16 sarcini cervicale, 8 au fost finisate prin Histerectomie totală, din cauza prezenței hemoragiei masive la momentul adresării .

Din celelalte 8 cazuri, în 3 cazuri pacientele s-au prezentat primar hemodinamic stabile, cu sarcini cervicale stopate în evoluție. S-a efectuat Chiuretajul canalului cervical și cavității uterine, cu stabilirea suturilor provizorii hemostatice pe colul uterin , intervențiile fiind soldate cu succes.

În 5 cazuri pacientele s-a stabilit diagnosticul de Sarcina cervicală în evoluție, apreciindu-se activitatea cardiacă fetală la examenul USG. În aceste cazuri s-a recurs la administrarea metotrexatului în sacul embrionar, cu scop citostatic. Doza metotrexatului administrat a fost de 50 mg, în priză unică, cu efectuarea ulterioară a examenului USG peste 24 ore. În toate cazurile peste 24 de ore s-a apreciat decesul produsului de concepție. În 2 cazuri din aceste 5 s-a întreprins tentativa de a evacua produsul de concepție prin intermediul administrării Misoprostolului (50 mg s/l în 2 prize), cu scop de a evita intervenția instrumentală asupra canalului cervical și cavității uterine, însă ambele tentative au eșuat. În aceste cazuri, fiind atestată lipsa activității cardiace fetale, s-a recurs la chiuretajul canalului cervical, cu stabilirea suturilor hemostatice provizorii pe colul uterin.

Concluzii

Implementarea tehnologiilor noi în practica serviciului obstetrical-ginecologic, în special a examenului ultrasonografic și a laparoscopiei, au contribuit la diagnosticarea precoce a sarcinii cervicale și a permis evitarea , în unele cazuri a histerectomiei de urgență. Publicațiile apărute în ultimii ani în literatura contemporană de specialitate, precum și experiența noastră, orientează medicii ginecologi, dependent de evoluția clinică a sarcinii ectopice, de a revedea tactica tradițională de tratament a acestei patologii.

Problema conduitei sarcinii cervicale necesită studii ulterioare mai profunde, în special în ceea ce privește utilizarea terapiei conservative.

Bibliografie

1. Centers for Disease Control. Pregnancy-related mortality ratios. United States 1991-1999. MMWR CDC Surveill Summ 2003; 52: ss-2
2. Speroff L, Fritztz M. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 7th ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2004
3. Lau S, Tulandi T. Conservative medical and surgical management of interstitial ectopic pregnancy. Fertil Steril 1999; 72: 207-215
4. Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly J L. Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum Reprod 2002; 17(12): 3224-3230
5. Cepni I, Ocal P, Erkan S, Erzik B. Conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with transvaginal ultrasound guided aspiration and single-dose methotrexate. Fertil Steril 2004; 81(4): 1130-1132
6. Benson C B. Doubilet P M. Strategies for conservative treatment of cervical ectopic pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 8: 371-372

7. Ushakov F B, Elchalal U, Aceman P J, Schenker J G. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52: 45-59
8. Spitzer D, Steiner H, Graf A, Zajc M, Staudach A. Conservative treatment of cervical pregnancy by curettage and local prostaglandin injection. *Hum Reprod* 1997; 12(4): 860-866
9. Fylstra D L, Coffey M D. Treatment of cervical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade. *J Reprod Med* 2001; 46(1): 71-74
10. Kung F-T, Chang S-Y. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cervical pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181(6): 1438-1444
11. Kung F T, Lin H, Hsu T Y et al. Differential diagnosis of suspected cervical pregnancy and conservative treatment with the combination of laparoscopy-assisted uterine artery ligation and hysteroscopic endocervical resection. *Fertil Steril* 2004; 81(6): 1642-1649
12. Monteagudo A, Tarricone N, Timor-Tritsch I, Lenner J. Successful transvaginal ultrasound-guided puncture and injection of a cervical pregnancy in a patient with simultaneous intrauterine pregnancy and history of a previous cervical pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8: 381-386
13. Cosin J A, Bean M, Grow D, Wiczyn H. The use of methotrexate and arterial embolization to avoid surgery in a case of cervical pregnancy. *Fertil Steril* 1997; 67(6): 1169-1171
14. Jurkovic D, Hackett E, Campbell S. Diagnosis and treatment of early cervical pregnancy: a review and report of 2 cases treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996; 8: 373-380
15. Stovall T G, Ling F, Gray L. Methotrexate treatment of unruptured ectopic pregnancy: a report of 100 cases. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 749-755
16. Stovall T G, Ling F. Single dose methotrexate: an expanded clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1759-1762
17. Hung T H, Shau W Y, Hsieh T T, Hsu J J, Soong Y K, Jeng C J. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Hum Reprod* 1998; 13(9): 2636-2642
18. Bagga R, Jain V, Kalra J, Gopalan S, Kumari S. Cervical pregnancy and therapeutic options. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 663-664
19. Ash S, Farrel S A. Hysteroscopic resection of a cervical pregnancy. *Fertil Steril* 1996; 66: 842-844
20. Jozwiak E A, Ulug A U, Akman M A, Bahceci M. Successful resection of a heterotopic cervical pregnancy resulting from intracytoplasmic sperm injection. *Fertil Steril* 2003; 79(2): 428-430
21. Frates M C, Benson C B, Doubilet P M, Disalvo D N, Brown D C, Laing F C. Cervical ectopic pregnancy: results of conservative treatment. *Radiology* 1994; 191: 773-775
22. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Hum Reprod* 1999; 14(2): 553-555
23. Trambert J J, Einstein M, Banks E, Frost A, Goldberg G. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy. *J Reprod Med* 2005; 50(11): 844-850
24. Suzumori N, Katano A, Sato B T et al. Conservative treatment by angiographic artery embolization of an 11-week cervical pregnancy after a period of heavy bleeding. *Fertil Steril* 2003; 80(3): 617-619
25. Chapman K. Cervical pregnancy with hydatidiform mole. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 657-658