

6. Koga T., Athayde N., Trudinger B. The fetal cardiac isovolumetric contraction time in normal pregnancy and in pregnancy with placental vascular disease: the first clinical report using a new ultrasound technique. BJOG. 2001, vol. 108, no. 2, p. 179-185.
7. Salafia C.M. Placental pathology of fetal growth restriction. Clin. Obstet. Gynecol. 1997, vol. 40, no. 4, p. 740-749.
8. Silversides C., Colman J., Sermer M. et al. Cardiac risk in pregnant women with rheumatic mitral stenosis. Am. J. Cardiol. 2003, vol. 91, no. 11, p. 1382-1385.
9. Siu S., Sermer M., Colman J. et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. Circulation. 2001, vol. 104, no. 5, p. 515-521.
10. Stout K.K., Otto C.M. Pregnancy in women with valvular heart disease. Heart. 2007, vol. 93, no. 5, p. 552-558.
11. Vedmedovska N., Rezeberga D., Teibe U. et al. Placental pathology in fetal growth restriction. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2011, vol. 155, no. 1, p. 36-40.
12. Майоров М. Фетоплацентарная недостаточность - актуальные особенности патогенеза, диагностики и терапии. Провизор. 2005, no. 3, статья no. 29. http://www.provisor.com.ua/archive/2005/N3/art_29.php.

SARCINA ȘI MIOMUL UTERIN

Iulia Dobrioglo, Elena Pavlov, Victor Ciobanu.

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Pregnancy and uterine myoma

The uterine myoma occurs in 30-35% of cases among all gynecological diseases and during pregnancy in 0.5 -6.0% of cases. The combination of uterine myoma and pregnancy is a difficult problem. On the one hand, pregnancy and childbirth of women with uterine myoma are taking their normal course, without any complications; on the other hand there was going to be situations that require an early and operative childbirth with subsequent hysterectomy. The outcome of abnormal pregnancy may be the birth of an immature, sick child with abnormalities of physical and / or neuro-psychological development during the following years. Thus, high frequency of combination of the uterine myoma and pregnancy requires an individual treatment in each case.

Rezumat

Dintre toate afecțiunile ginecologice, miomului uterin revin 30-35%, iar în timpul sarcinii se înregistrează cu o frecvență de 0,5–6,0% . Asocierea sarcinii cu miom uterin este o problema complexă. Pe de o parte, sarcina și nașterea la femeile cu miom uterin decurg fără complicații, pe de altă parte, pot apărea situații care necesită rezolvarea sarcinii înainte de termen în mod operativ cu histerectomie ulterioară. Ca consecință a complicațiilor în sarcină sunt nașterea unui copil prematur, a unui copil bolnav cu dereglări ale dezvoltării fizice și/sau neuropsihice ulterioare. Astfel rata înaltă de asociere a sarcinii cu miomul uterin dictează o atitudine individuală a medicului față de fiecare caz în parte.

Actualitatea

La momentul actual – schimbarea societății, urbanizarea, vârsta înaintată a reproducerii contribuie la apariția în timpul sarcinii a patologiei ginecologice și anume - miomul uterin, care din punct de vedere istoric se întâlnește mai des după vârsta reproductivă. Frecvența miomului uterin în timpul sarcinii variază de la 0,3% pînă la 5% [3,5,9,10,13,14,17].

Problemei influenței sarcinii asupra dezvoltării miomului uterin în literatură i se acordă o atenție minimală, cu toate că anume în această perioadă în organismul feminin au loc schimbări neuroendocrine complexe. În ultimii ani se constată o creștere a numărului pacienților cu miom uterin și sarcină. Acest fapt este determinat de mărirea numărului primiparelor de vârstă înaintată, de succesele tratamentului neoperator și de efectuarea operațiilor conservatoare pe uter. Din aceste considerente problema miomului uterin și a sarcinii este foarte actuală, iar conduita sarcinii și nașterii la pacientele date necesită o atenție deosebită [15, 16].

Printre toate maladiile ginecologice miomul uterin se întâlnește în 30-35% de cazuri, iar în timpul sarcinii, în 0,5-6.0 % cazuri din observațiile unor autori [6, 7].

Miomul uterin și sarcina se referă la o problema complexă. Pe de o parte, sarcina și nașterea la femeile cu miom uterin decurg fără complicații, pe de altă parte, pot apărea situații care necesită rezolvarea sarcinii înainte de termen în mod operativ cu histerectomie ulterioară. Ca consecință a complicațiilor în sarcină sunt nașterea unui copil prematur, a unui copil bolnav cu dereglări ale dezvoltării fizice și/sau neuropsihice ulterioare [12].

Miomul poate să fie pînă la sarcina sau poate să se manifeste și după sarcină. La gravide mai des se întâlnesc noduri subseroase sau interstițiale, deoarece când nodul este situat submucos foarte des se întâlnesc infertilitatea sau întreruperea sarcinii la termene mici [11].

Cauzele complicațiilor severe în sarcină și naștere pot fi nu numai miomul propriu zis (dimensiunea mare, localizația nefavorabilă, tulburări de vascularizare tumorei nodului), dar, și cele care au condus la apariția, creșterea și dezvoltarea acestuia. Miomul uterin nu se dezvoltă la femei sănătoase [12].

Trebuie subliniat faptul, că fonul premorbid în dezvoltarea miomului uterin în orice vârstă este mutația somatică a celulelor, apărute ca rezultat a eredității agravate, a patologiilor somatice și ginecologice suportate și dereglării corelațiilor integrative în sistemul endocrin, imun, nervos și hemostatic [12].

În timp ce păstrează proprietățile tumorii hormonal active, miomul uterin complică dezvoltarea sarcinii prin aceea că determină iminență de întrerupere a sarcinii sau de naștere prematură la fiecare a 2-a, 3-a femeie. Cauzele acestui fapt sunt legate de o implantare insuficientă în endometrul nepregătit cu schimbări vasculare sau structurale. În 10 – 12% cazuri se dezvoltă gestoze tardive. Foarte frecvent (27 – 40%) se determină insuficiența fetoplacentară și ca urmare, hipotrofia intrauterină a fătului. În cazul când nodulii sunt situați interstițial sau submucos, ei constituie un obstacol în acomodarea fetală și conduc la anomalii de așezare ale fătului [15,16].

Orice intervenție chirurgicală în timpul sarcinii poartă un caracter extraordinar, indicații pentru această trebuie să fie foarte bine cântărite și să fie iminență pentru sănătatea mamei sau fătului. Până în prezent nu există nici o părere unică pentru conduita gravidelor cu miom uterin [9,14]. Există date despre intervenții chirurgicale dese și rezultate negative [1,2,5,9].

În ultimii ani, în special în legătură cu introducerea de tehnologii endoscopice mai des sunt utilizate miomectomia înainte de sarcină [8, 18, 19]. Cu toate acestea, prezența cicatricei pe uter după operație definește o nouă gamă de probleme. Astfel, estimarea rezultatelor sarcinilor cu miom uterin și după miomectomie, precum și definirea riscurilor de păstrarea a sarcinii după caz este o problemă foarte importantă și necesită elaborarea ulterioară.

Scopul

Evaluarea influenței miomului uterin asupra evoluției gravidității, dezvoltarea complicațiilor și metoda de rezolvarea a sarcinii.

Obiectivele

1. Identificarea factorilor de risc în apariția complicațiilor pentru mamă și făt la pacientele cu miom uterin.

2. Determinarea tacticii de conduită a gravidității cu miom uterin.
3. Analiza evoluției gravidității și perioadei postnatale la femeile cu miomectomie înainte de sarcină, metoda de rezolvare a sarcinii.
4. Elucidarea celei mai frecvente complicații în timpul sarcinii la femeile cu miom uterin.
5. Specificarea tacticii de tratament la gravidele cu miom uterin și evaluarea eficacității acesteia.

Materiale și metode

Pentru realizarea obiectivelor propuse, au fost extrase din arhiva IMSP ICȘDOSM și C 43 fișe medicale, care au inclus sarcina și miomul uterin pe parcursul anului 2011. În această perioadă au fost asistate 5299 nașteri, din care 43 (0,8%) - sarcina a fost combinată cu miomul uterin, inclusiv 5 sarcini survenite după miomectomie. Metodele de cercetare s-au bazat pe: datele anamnestice (vârsta, patologia extragenitală), anamneza obstetricală și cea ginecologică complicată (sterilitatea, avorturile, dereglările funcției menstruale, operațiile pe uter și anexe), durata procesului miomatos. De asemenea, de mare importanță sunt datele ultrasonografiei uterului și nodulului (localizarea, dimensiunile, număr, atitudinea oului fetal și a placentei către nodulul miomatos ș.a.). O atenție specială merită evaluarea stării intrauterine a fătului (USG și Doppler), greutatea și Apgar a copilului după naștere.

Rezultate și discuții

Au fost analizate 43 cazuri de asociere a sarcinii cu miomul uterin în cadrul IMSP ICȘDOSM și C pe perioada anului 2011.

În ultimii ani impune o atenție deosebită prezența miomului la femeile tinere (22— 29 ani). De regulă acestea sunt frecvent cazuri ereditare. Dacă la mamă diagnosticul de miom uterin s-a stabilit în perioada reproductivă tardivă sau premenopauzal, atunci la fiică acest diagnostic se stabilește cu 10-15 ani mai devreme [12].

În studiul nostru limita de vârstă a fost cuprinsă între 25-40 de ani, în medie (32.5 ± 2). Majoritatea gravidelor – 29 cazuri (67,4%) au avut vârsta cuprinsă între 25 – 35 ani. Numărul gravidelor cu vârsta de peste 35 ani a fost de 14, respectiv 32,6%. Au prevalat nașterile la termen în 37 cazuri (86,05%), în 5 cazuri (11,63%) au fost premature și doar 1 caz (2,32%) a fost nașterea suprapurtată. S-a înregistrat o rată mai mare a miomului uterin la primipare 27 respectiv (62,8%), nașterii a 2-a 10 cazuri, respectiv (23,25%), nașterea a 3-a 6 (13,95%) cazuri.

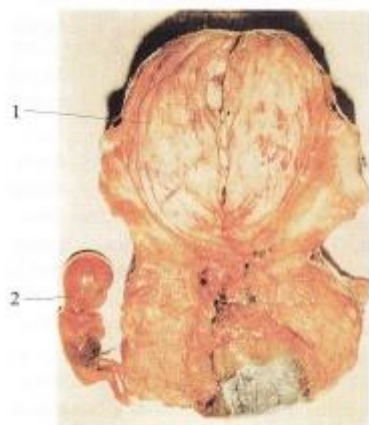


Fig. 16.35. Miom uterin și sarcină:
1 - miom uterin difuz; 2 - embrion.

Cel mai des miomul uterin apare la primiparele de vârstă reproductivă tardivă, cu o anamneză obstetricală, ginecologică și somatică complicată. Aceste femei de la debutul activității sexuale și până la prima sarcină înregistrează o perioadă de 15-20 de ani. Și în acești ani, femeia protejînduse de sarcină, folosește contraceptive pe termen lung, poartă o mulțime de infecții urogenitale, are cel puțin trei, până la cinci boli cronice somatice. Caracteristic pentru această tumoare este infertilitatea, avorturi repetate, stres, care duc la tulburări ale funcției tiroidiene și cortexului suprarenal [12].

În majoritatea cazurilor studiate, femeile au avut anamneza obstetricală complicată. La 10 gravide (23,25%) au fost înregistrate avorturi spontane, dintre care 5 femei (11,63%) au avut câte 1 avort, 4 (9,3%) câte 2 și o femeie (2,32%) - 4 avorturi spontane. La o femeie în anamneza a fost o naștere prematură cu deces perinatal, și un caz de sarcină stagnată în evoluție. La 6 femei (13,95%) a fost depistată sterilitate primară de la 2 până la 17 ani și la 3 femei (7%) – sterilitate secundară de la 11 până la 15 ani. La 5 femei (11,63%) până la naștere a fost efectuată miomectomia și

într-un caz (2,32%) - metroplastia. Factori de risc sunt efectele miomectomiei, care este aproape întotdeauna însoțită de procesul adeziv și formarea de cicatrice pe uter.

A fost observată combinarea de sarcinii nu doar cu miomul uterin, dar și cu patologia extragenitală. Una din cele mai serioase este maladia cardiovasculară, care a fost depistată la 9 gravide, respectiv 21% , din care la 3 femei (7%) a fost preeclamsie severă și la o gravidă sarcina sa complicat cu MODS și HELLP sindrom. Una din cele mai frecvente maladii este anemia, care a fost depistată la 17 gravide, respectiv 50%. La 3 femei sarcina a fost survenită prin IVF și o sarcină a fost indusă hormonal.

În prezența leiomiomului uterin evoluția sarcinii și nașterii este complicată de la natură. Factorii de risc pentru complicare sarcinii cu miom uterin sunt: noduli de mari dimensiuni, o pluralitate de noduri, localizarea lor atipică, combinația de localizare a placentei și nodul de un perete, deformarea cavității uterine de către nodul (Tabel nr. 1).

Complicații majore au fost iminența de întrerupere a sarcinii în 6 cazuri (13,95%), dezvoltarea insuficienței fetoplacentare cronice în 5 cazuri (11,63%), hipotrofia intrauterină a fătului în 4 cazuri (9,3%) și iminența de naștere prematură în 6 cazuri (13,95%). Travaliul s-a complicat cu ruperea prematură a membranelor în 12 cazuri (27,9%), insuficiența primară a forțelor de contracție în 3 cazuri(6,97%), insuficiența secundară a forțelor de contracție în 2 cazuri(4,65%) și insuficiența scremetelor într-un caz (2,32%).

Graviditatea în 23 de cazuri (53,5%) s-a finalizat prin nașterea fiziologică și în 20 de cazuri (46,5%) prin cezariană, dintre care 15 (75%) - urgente și 5 (25%) - programate. În 4 cazuri (9,3%), operația cezariană s-a asociat cu efectuarea miomectomiei conservative, care crește riscul de complicații infecțioase în perioada postpartum. Într-un caz, după o naștere fiziologică, în perioada de lăuzie precoce a fost efectuată miomectomia nodulului submucos pe picior, care a fost localizat la nivelul colului uterin.

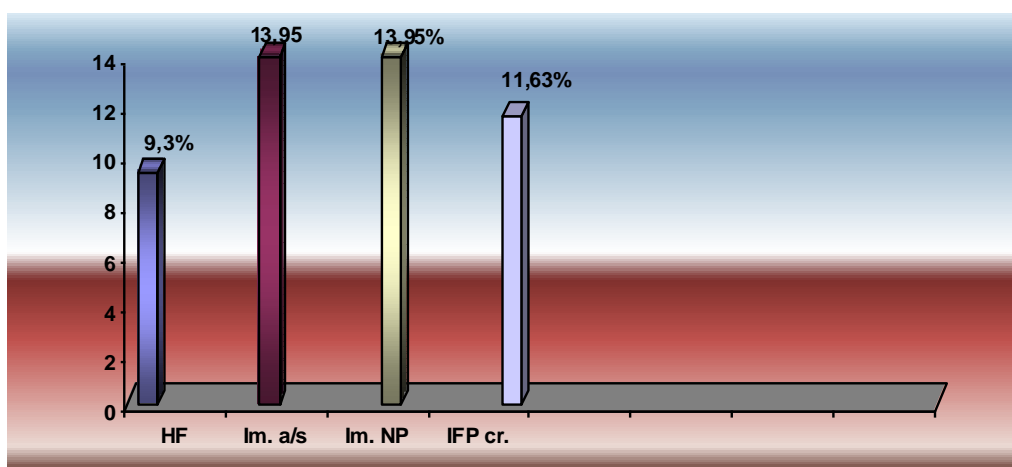


Fig.1 Complicațiile în timpul sarcinii.

La o gravidă travaliul s-a complicat cu hipoxie acută intrauterină a fătului rezolvată prin aplicarea vacuum extracției fetale, iar în perioada de lăuzie precoce a apărut hemoragie hipotonică - aproximativ 3 litri, care nu a putut fi stopată prin terapia infuzională, masaj uterin, control manual. Ca urmare a fost efectuată histerectomia subtotală fără anaxe, în timpul intervenției au fost depistați multiple noduli mici miomatoși. Copilul s-a născut grav cu 4/5puncte după Apgar în asfizie obstetricală grav – medie cu sindrom convulsiv. În 2 nașteri premature au fost înregistrate 2 cazuri de moartea neonatală precoce și într-un caz moartea a fost intranatală (mortalitatea perinatală – 3 cazuri (6,9%).

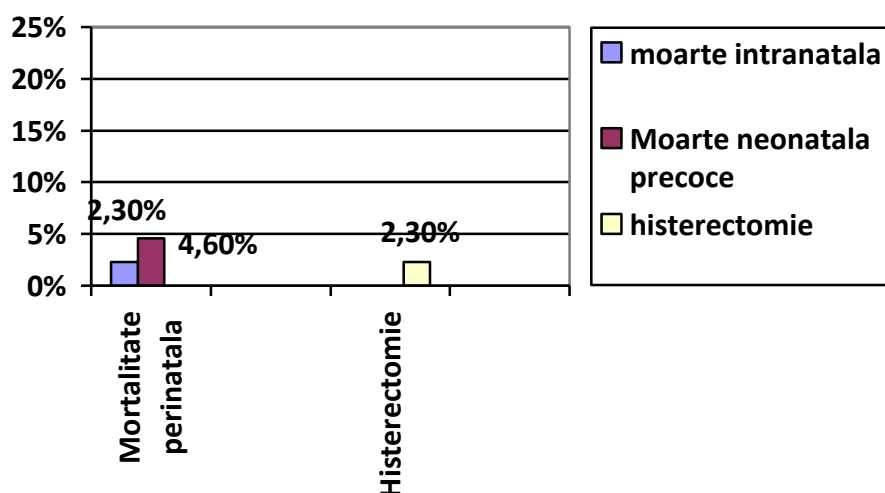


Fig.2 Consecințele materne și perinatale la gravidele cu miom uterin

Deseori în timpul sarcinii gravidele cu miom uterin au nevoie de tratament, care depinde de tabloul clinic preexistent și complicațiile sarcinii. El constă din: tratament tocolitic (ginipral), spasmolitic (no-șpa, Mg B6), antiagregant (curantil sau aspirin), metabolic (actovegin), hormonal (dufaston), antioxidant (Vit E.), antibacterian, infuzional, regim de pat și alt. Nevoia de tratament chirurgical este rară. Atunci când are loc necroza de nodul miomatos (de obicei picioarele răsucire site-ul tumorii subperitoneal) se efectuează miomectomie. Ar trebui să se evite tentația de a elimina alte noduri miomatoase, deoarece extinderea tehnicii operatorii va crește probabilitatea de avort .

Tabel 1. Gradul de risc al evoluției sarcinii și nașterii pentru mamă și făt la pacientele cu miom uterin.

Factorii de risc	Grad inferior	Grad superior
Anamneza	Neagravată esențial	Agravată
Cicatriciul pe uter	Lipsește	Prezent
Boli concomitente	Nu sunt contraindicații în sarcină	Complică evoluția sarcinii
Localizarea nodulilor	Subseroase, intramusculare, fundice sau corporale	Intramusculare, creștere centripetă cervicale, în segmentul inferior
Diametrul celui mai mare nodul, cm	Nu mari, pînă la 7 cm	Mari, 8-10 cm și mai mult
Nr. de noduli	Puțini (1—4)	Mulți (mai mult de 5)
Forma de creștere a nodulului	Spre seroasă	Centripetă, cu deformarea cavității
Localizarea placentei în raport cu nodulul	Placenta la distanță de nodul	Placenta în proiecția miomului, pe nodul
Modificări secundare în nodul	lipsesc	Pronunțate, sindrom dolo, crește tonusul
Vîrsta primiparei	Tînără	30—35 ani și mai mult
Ereditatea	Nu se referă	Prezentă
Histotipul tumorii	Simplă	Proliferativă

Concluzii

1. Drept factori de risc în apariția complicațiilor materne și fetale la pacientele cu miom uterin reprezintă – anamneza obstetrical-ginecologică complicată, bolile concomitente, vârsta mai mult de 35 de ani a primiparei, dar în deosebi localizarea, dimensiunile, forma de creștere a nodulului și raportul placentei față de nodulul miomatos.
2. Conduita femeilor însărcinate cu miom uterin depinde de tabloul clinic, dar totuși ar fi de dorit de a face tot posibilul pentru păstrarea sarcinii, din motiv că nu este cert cunoscut faptul că următoarea sarcina va evalua favorabil.
3. Efectuarea miomectomiei, a nodulilor mari înainte de sarcină, reduce frecvența complicațiilor și oferă o evoluție mai favorabilă sarcinii.
4. Cele mai dese complicații, care se întâlnesc în timpul sarcinii la gravide cu miom uterin sunt: iminența de întrerupere a sarcinii la termeni mici (13,95%), dezvoltarea insuficienței fetoplacentare cronice (11,63%), hipotrofia intrauterină a fătului (9,3%) și iminența de naștere prematură (13,95%). În 23,25% femeile au avut în anamneza avorturile spontane.
5. Tacticile dezvoltate de conduită a sarcinii cu miom uterin au redus rata avortului, nașterii premature și complicațiilor în naștere, au îmbunătățit rezultatele perinatale.

Bibliografie

1. Аксенова Т.А. Особенности течения беременности родов и послеродового периода при фибромиоме матки/ Т.А. Аксенова // Актуальные вопросы патологии беременности.- М., 1978.- С. 96-104.
2. Александров М.С. Хирургическое лечение фибромиомы матки / М.С. Александров.- М.: Медицина, 1958.- 215 с.
3. Буянова Л.Н., Сенчакова М.И., Гаспарян И.К. Хирургическое лечение беременных с миомой матки //Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов.- 1998.- № 3.- С 41- 43.
4. Василевская Л. Н.: Миома матки М.Медицина: 1979
5. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки/ Е.М. Вихляева.- М.: МЕДпресс-информ, 2004.- 400 с.
6. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н.: Миома матки. Медицина, 1981.
7. Вихляева Е. М., Палади Г. А.: Патогенез, клиника и диагностика миомы матки, 1982, Кишинёв.
8. Кондриков и др.// Тезисы пленума Межведомственного Научного совета по акушерству и гинекологии РАМН и Всероссийской научно-практической конференции «Пути развития современной гинекологии».- Москва., 1995.- С. 131.
9. Краснопольский В.И. Консервативная миомэктомия / В.И. Краснопольский // Акуш. и гин. 1985.- №3.- С.71-75.
10. Левашова И.И. Акушерская тактика при сочетании беременности с опухолями гениталий/ И.И. Левашова, Л.С. Логутова, А.А. Попов// Материалы 2ого Российского форума «Мать и дитя».- М., 2000.-С. 80.
11. Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Курцер М. А.: Акушерство. Учебник., Москва. Издательская группа „ГЭОТАР - Медиа”, 2009.
12. Сидорова И. С., Кулаков В. И., Макаров И. О.: Руководство по акушерству. Москва. „Медицина”, 2006.
13. Трушина О.И. Профилактика фетоплацентарной недостаточности у беременных с миомой матки группы высокого риска: автореф. дис. . канд. мед. наук/ О.И. Трушина.- М., 1997.-28 с.
14. Шехтман М.М. Экстрагенитальная патология и беременность / М.М. Шехтман,- JL: Медицина, 1987.- 225 с.
15. Paladi Gheorghe : Ginecologie., Editura ARC, Chişinău 1997.

16. Paladi Gheorghe : Ginecologie endocrinologică., Chișinău 1999.
17. Barton R., Cerra F. The hypermetabolism multiple organ failure syndrome // Chest. 1989. - Vol.5. - P. 1153-1160.
18. Candiani G.B. Risk of recurrence after myomectomy/ G.B. Candiani, P. Fedele// Brit. J. Obstet. Gynecol.- 1991.-Vol.98.-P. 385-389.
19. De Carolis S. Uterine myomectomy in pregnant women/ S De Carolis, G. Fatigante// Clin Exp Obstet Gynecol.- Vol.- 31.- P. 197.

DIAGNOSTICUL STĂRILOR HIPERTENSIVE ÎN SARCINĂ

Polina Bujac, Ion Bologan, Elena Mecineanu, Victoria Lazari

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnosis of hypertensive conditions in pregnancy

Hypertensive conditions in pregnancy are a current problem and of a great importance in obstetrics and gynecology. The study included 203 patients with hypertensive status, who were hospitalized for treatment in obstetric wards of the IMSP SCM no.1 and ICȘDOSM and C during the year 2010.

On the basis of the study it was established that: at 69.45% of patients the diagnosis was established according to criteria of the National Protocol, proteinuria was determined in 79.80% of patients, hypotensive therapy was administered correctly in 80.29% of patients, anticonvulsive administered therapy was to 53,02%; pregnancies finished with natural birth constitutes 59.11%.

Rezumat

Stările hipertensive în sarcină constituie o problemă actuală și de o importanță majoră în obstetrică și ginecologie. În studiu au fost incluse 203 paciente cu stări hipertensive, care au fost internate pentru tratament în secțiile obstetricale ale IMSP SCM nr.1 și ICȘDOSM și C pe perioada anului 2010.

În baza studiului efectuat am constatat că: la 69,45% din paciente diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor Protocolului Național; proteinuria s-a determinat la 79,80% din paciente; tratamentul hipotensiv a fost administrat corect la 80,29% din paciente; terapia anticonvulsivă s-a administrat la 53,02%; sarcina finisată prin naștere naturală constituie 59,11%.

Actualitatea

Prevalența și incidența hipertensiunii în sarcină constituie 7-9% de femei gravide [1,6]. De hipertensiune cronică suferă 1-2% de gravide. La majoritatea din aceste femei hemodinamica se adaptează bine la procesul de gestație, dar în aproximativ 15% cazuri (între 10 și 20%) apare preeclampsia (preeclampsie la femei cu HTA cronică) [1,11].

Hipertensiunea apărută pentru prima dată în sarcină se diagnostică în 5-8 %. HTA gestațională nonproteinurică este stabilită la 4-5% din gestante. La un număr important din aceste femei maladia se repetă în sarcinile ulterioare, iar la 20 % din ele cauzează o hipertensiune cronică în viitor [1,6,8].

Preeclampsia (asocierea HTA cu proteinurie sau simptome) se dezvoltă la circa 2% din gravide, majoritatea din ele fiind primipare [1,3,6]. Anual, de complicațiile preeclampsiei decedează circa 50.000 de gravide. Mortalitatea maternă în eclampsie variază între 1 și 20%, cea perinatală – între 1,5 și 35% [1,3,8].