

30. Хамошина М.Б. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья девушек-подростков (по материалам г. Владивостока). Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997.
31. Хаджиева Э.Д., Яковлева Н.А., Гайдуква И.Р. К вопросу о родах у юных первородящих. Материалы и тезисы докладов 3-й Всероссийской научно-практической конференции "Актуальные вопросы детской и подростковой гинекологии". СПб., 1998; 180–2

ROLUL EXAMENULUI ULTRASONOGRAFIC ÎN DIAGNOSTICUL SARCINII EXTRAUTERINE

Olga Cernetchi, Ludmila Tihon

Catedra de Obstetrica si Ginecologie FECMF, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The role of the ultrasound examination in the diagnosis of ectopic pregnancy

Transvaginal sonography is now the imaging modality of choice for the diagnosis of ectopic pregnancy with overall reported sensitivities of > 90%. Specific sonographic criteria exist for the diagnosis of tubal and non-tubal pregnancies. Diagnosis is based on the visualization of an ectopic mass. This chapter discusses the specific criteria used for the diagnosis of ectopic pregnancy and examines the literature assessing the accuracy of ultrasound as a diagnostic tool.

Rezumat

Ecografie transvaginala este modalitatea imagistică de alegere pentru diagnosticul de sarcina extrauterina cu o sensibilitate raportată > 90 %. Există criterii ultrasonografice specifice pentru diagnosticul de sarcini tubară și non-tubară. Diagnosticul se bazează pe vizualizarea unei formațiuni ectopice în afara uterului. Acest articol indică la criteriile specifice utilizate pentru diagnosticul de sarcină ectopică și prezintă datele literaturii despre exactitatea examenului ultrasonografic ca instrument de diagnostic.

Actualitatea

Sarcina extrauterină (SE) este una dintre cele mai grave boli ale tractului reproductiv al femeilor tinere, deoarece deseori necesită intervenții chirurgicale de urgență, iar uneori, după indicații vitale. Această entitate nozologică se înregistrează la 2-10 de 1000 de femei de la 15 la 40 ani, dar mai frecvent în perioada de fertilitate maximă (20-35 ani).

Conform literaturii de specialitate, evaluarea reală a frecvenței acestei boli este dificilă deoarece este apreciată în raport cu indicatori diferiți – numărul de sarcini, nașteri, care sunt foarte variați de la o țară la alta.

Majoritatea autorilor sunt de acord că frecvența sarcinii extrauterine la sfârșitul secolului XX și începutul secolului XXI este în creștere și în prezent este aproximativ de 2 - 3 ori mai mare decât cea înregistrată cu 2 decenii în urmă. Creșterea gradului de urbanizare, scăderea vârstei de debut a vieții sexuale, incidența sporită a infecțiilor specifice și clamidiozei, apariția noțiunii de "poluare sexuală" are o influență nefavorabilă asupra stării funcției de reproducere a organismului feminin și determină instalarea sarcinii extrauterine [5,8].

Termenul de sarcina extrauterină sau ectopică reunește toate cazurile de implantare și dezvoltare a oului fetal în afara uterului : în trompa uterină, în istmul trompei, între foițele ligamentului lat, în cavitatea abdominală. Cea mai frecventă formă a bolii este sarcina tubară (96,5- 99,2%), de aceea această formă este, de obicei, identificată cu noțiunea de sarcină extrauterină.

Cu toate că în practica medicală în permanență sunt implementate metode noi de diagnostic și tratament, această patologie continuă să prezinte un pericol atât pentru viața pacientei, mai ales determinat de repercusiunile posthemoragice, cât și pentru dezvoltarea ulterioară a sterilității tubare și peritoneal tubare [2,8]. În ultimul deceniu se determină un progres vădit în rezolvarea problemei de diagnostic și tratament a sarcinii ectopice. El este condiționat de implementarea în practică a metodelor contemporane de diagnostic și a tehnologiilor moderne de tratament.

Necesitatea de a atrage atenția asupra problemei diagnosticului ecografic de sarcină ectopică este determinată de nivelul scăzut încă de verificare a acestei patologii prin ultrasonografie. Aceasta este deosebit de important la etapa inițială de dezvoltare a oului fetal (sarcina extrauterină intactă, neîntreruptă), formele atipice ale maladii sau cele subacute. Pe de altă parte, cele mai mari dificultăți în diagnosticul acestei patologii se înregistrează la etapa prespitalicească, deoarece majoritatea pacientelor cu implantarea ectopică a sarcinii se adresează inițial la medicul de familie sau medicul ginecolog din medicina primară [1,3,5].

Diagnosticul ultrasonografie de sarcină ectopică poate fi stabilit cu precizie în cazurile de evoluție acută sau tipică a bolii, când sacul gestațional se vizualizează în afară uterului. Concomitent, detectarea β -HG confirmă acest diagnostic. În celelalte cazuri ca sarcina tubară progresivă, varianta de întrerupere după tipul de avort tubar, formele atipice ale SE, care alcătuiesc circa 78-90% de la numărul total de sarcini ectopice, datele clinice și ultrasonografice sunt nespecifice și chiar contradictorii. De aceea în circa 50% cazuri intervențiile chirurgicale se efectuează fără a stabili un diagnostic precis, cu toate că se fac câteva examinări ultrasonografice până la intervenție [2,5,8].

Precizia ecografiei transabdominale este destul de mică în aprecierea sarcinii extrauterine, fiind de numai 25-30% []. Totodată, utilizarea în practică a ecografiei transvaginale a permis de a spori acest indicator până la 96%. Posibilitățile majore ale acestui tip de ecografie permit identificarea trompelor uterine lărgite, începând cu 8-10 mm și localizarea ectopică a blastocistului. Cu ajutorul ecografiei transvaginale sarcina poate fi diagnosticată deja peste 1,5-2 săptămâni de la fecundare. În acest context examenul ecografic transvaginal reprezintă prima etapă obligatorie în complexul diagnostic al sarcinii extrauterine [3,5,6,7].

Astfel, S. Kupesic, A. Kurjak (2000) au sistematizat semnele ultrasonografice de bază pentru sarcina ectopică: un sac gestațional dislocat ectopic cu embrion viu (sau fără el); lichid liber în micul bazin sau cavitatea abdominală cu contur ecogen și conținut hipoecogen; uterul mărit în dimensiuni cu endometru îngroșat; un pseudo sac fetal în cavitatea uterului (în 10-20%); corp galben ipsilateral; viteza mare și rezistența mică a fluxului sanguin la periferia sacului gestațional ectopic [4].

V. Demidov, B. Lichin (1990) au propus criteriile de diagnostic ultrasonografic al sarcinii ectopice [6]:

O condiție pentru determinarea sarcinii ectopice este :

- Vizualizarea ambelor ovare. În unul din ovare se va determina corpul galben (în 85% cazuri pe partea afectată, iar în 15% cazuri – în ovarul contrlateral).

Ca semne ecografice preventive pot fi apreciate:

- Lipsa sarcinii uterine. În 0,02% este posibilă dezvoltarea concomitentă a sarcinii uterine și celei extrauterine;

- Mărirea neînsemnată a dimensiunilor uterului (la 30-60% paciente);

- Hiperplasia gravidară a endometrului până la 1,2-2,0 cm;

- Pseudo sacul ovular în cavitatea uterului, care reprezintă o acumulare de lichid din cauza reacției deciduale (în 15-20% cazuri).

Totodată, apariția unui pseudo sac ovular este determinată de hipersecreția glandelor tubulare ale endometrului sau acumulările locale de sânge în uter. Diagnosticul diferențial dintre un sac ovular veridic și unul fals se bazează pe aprecierea localizării lui în raport cu cavitatea uterină, forma și dimensiunile căruia nu corespund vârstei gestaționale. Pseudo sacul

ovular este localizat la suprafața endometrului, iar sacul gestațional veridic se înserează în grosimea stratului endometrial. La 4-5 săptămâni de la data ultimei menstruații în sacul gestațional este identificat sacul vitelin și o garnitură de elemente deciduale; la 5-6 săptămâni – embrionul cu semne vitale.

Ca *semne prezumtive* ecografice ale sarcinii ectopice (precizia 20-40%) pot fi identificate:

- Prezența ecostructurilor cu contur neclar în proiecția anexelor;
- Conținut econegativ în spațiul Douglas.

O precizie de 80-90% indică *semnele ecografice probabile*:

• Determinarea în afară uterului a formațiunilor neecogene sau hipocogene cu contur ecopozitiv;

- Lichidul liber în fornixul posterior cu multiple incluziuni ecogene;

Sarcina tubară întreruptă în 60% din cazuri conduce la formarea de lichid liber în bazinul mic. La examenul ecografic lichidul hemoragic conține incluziuni ecogene de diverse dimensiuni, iar cheagurile de sânge se vizualizează ca niște formațiuni neregulate ca formă, și ecogenitate sporită. Cu toate acestea, trebuie luată în considerație posibilitatea de acumulare de lichid în fornixul posterior și în cadrul altor procese patologice (exudatul de la o inflamație a organelor genitale interne, apoplexia ovariană). Astfel, acumularea de lichid în bazinul mic are semnificație numai în combinație cu alte semne ecografice de sarcina extrauterină.

Ca *semne absolute* (precizia 100%) ale sarcinii ectopice pot fi apreciate:

• Prezența sacului gestațional cu ou fetal viu în afara uterului. Ca criteriu deosebit de precis pot fi identificate bătăile cordului fetal.

Diagnosticul ultrasonografic a unor semne absolute de dezvoltare a sarcinii ectopice se bazează pe detectarea în afara uterului a sacului fetal cu un embrion cu semne vitale: pulsație cardiacă, mișcări active. Având în vedere că în peste 90% cazuri este diagnosticată sarcina tubară, este necesar de a explora inițial cornurile uterului, trompele uterine, proiecția uterului și spațiul rectouterin. Astfel, va fi examinată localizarea posibilă a sarcinii extrauterine: interstițială, cornuală, interligamentară etc.

Totodată, în cazurile examenului ultrasonografic este necesar de a efectua diagnosticul diferențial cu corpul galben, chistul teratogen, sactosalpinx-ul, procesul inflamator al ovarelor, torsiunea anexelor, ruptura tumorii ovariene, apendicita, hemoragia intraabdominală extragenitală, patologia intestinală.

Concluzii

1. Examenul ecografic, pe lângă rolul diagnostic (evidențierea sacului gestațional în afara uterului) și în urmărirea postterapeutică, are un rol deosebit de important în alegerea tratamentului împreună cu semnele clinice și alte investigații de laborator.

2. Ecografia transvaginală trebuie să reprezinte testul diagnostic inițial la pacientele cu sângerare vaginală sau durere pelvină. Evidențierea unei mase anexiale caracteristice pentru un sac ovular, în prezența unui test de sarcină pozitiv și a unei cavități uterine fără sac ovular, este extrem de sugestivă pentru SE tubară [5,8].

Bibliografie

1. Hopp H., Schaar P., Entezami M. et al. Diagnostic reability of vaginal ultrasound in ectopic pregnancy. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1995; 55: 666-670.
2. Houry D.E, Salhi B.A. Acute complications of pregnancy. In: Marx JA, ed. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;2009:chap 176.
3. Dutta RL & Economides DL. Patient acceptance of transvaginal sonography in the early pregnancy unit setting. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 22: 503–507.

4. Kupesic S., Kurjak A. Color Doppler assessment of the ectopic pregnancy. In the book: Kurjak A., Kupesic S., (Ed.) An atlas of transvaginal color Doppler. Second edition. // The Parthenon publishing group. New York. London. 2000. P.137-147.
5. Naseen I., Bari V., Nadeen N. – Multiple parameters in the diagnosis of ectopic pregnancy. J. Pak Med Assoc. 2005., 55:74-76.
6. Демидов В.Н., Зыкин Б.И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии // М. Медицина. 1990.
7. Медведев В.М., Алтынник Н.А. Эктопическая беременность // В книге: Допплерография в гинекологии. Под редакцией Зыкина Б.И., Медведева М.В. 1-е издание. М. РАВУЗДПП, Реальное время. 2000. С. 145-149.
8. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Шахламова М.Н. Белоцерковцева Л.Д. Внематочная беременность. "Медицина". Москва. 2001.

CONTROVERSE IN TRATAMENTUL MIOMULUI UTERIN

Nadejda Codreanu, Vladimir Ipati, Igor Codreanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Controversies in the treatment of uterine myoma

There was made a study on 1268 cases of surgical interventions on uterine myoma in SCM nr 2, Chisinau during a period of time 2010-2012. This study revealed usual methods used in practice of this hospital in comparison with an international medical practice, priorities, risks and methods of avoiding complications during the medical interventions on uterine myoma and elaborating a contemporan management. The results of this study reveals a great number of radical interventions in comparison with conservative ones 21:1 (USA 6:1) and reduced laparoscopic, hysteroscopic interventions caused by poor dotation of urban hospitals.

Rezumat

A fost efectuat un studiu pe 1268 de interventii pe miom uterin în cadrul SCM nr 2, Chisinau pe parcursul anilor 2010-2012. Studiul a evaluat metodele utilizate în practica spitalului comparativ cu practica medicala internaționala, prioritatile, riscurile și metodele de diminuare a complicațiilor în cadrul operațiilor pe miom urterin cu elaborarea unui menagement contemporan. Rezultatele studiului denota o suprasolicitare a operațiilor radicale vis-vi de cele conservatoare raportat 21:1 (6:1 SUA) cit și operații laparoscopice și histeroscopice reduse din cauza dotării precare a spitalelor orășanesti.

Actualitatea temei

Fibromiomul uterin este cea mai frecventă tumoare genitală benignă [1,2]. Incidența este generală printre femei, constituind 20-25%, dar sunt dovezi că procentajul poate atinge 70-80 în urma diagnosticului ultrasonografic și a examenului histologic (Buttram 1981, Cramer 1990, Day Baird 2003) [10]. Studiul efectuat de Day Baird și colegii lui (2003) arăta că incidența cumulată către vârsta de 50 de ani e aproape 70% la rasa Caucaziana și mai mult de 80% în cea Afro-americană. După menopauza fibromul în general scade în dimensiuni și apariția de noi noduli miomatoși nu este caracteristic perioadei date [4].

În Republica Moldova frecvența miomului uterin reprezintă 44,8 la 1000 de femei. Se cunoaște faptul că multe pacinte cu miom uterin ani în șir nu își dau seama de patologie, fiind fapt că majoritatea mioamelor uterine sunt asimptomatice, cele ce totuși sunt simptomatice prezintă mai des: hemoragie, durere, leucoree, infertilitate, dispareunie, tulburări urinare și rectale, creșterea anormală a dimensiunilor abdomenului [1].