

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, prioritățile, 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].

Ceea ce privește etiologia miomului uterin se poate afirma cu certitudine că este o pataologie polietiologică. Dezvoltarea miomului este influențată de estrogeni și din ultimele cercetări și de nivelul de progesteron [3]. Nu în ultimul rând ocupă și alți factori implicați în apariția și progresia nodulului așa cum sunt: factorul traumatic, endometrioza, infecția și dereglări cromozomiale [12].

Tratamentul actual, chirurgical cât și medicamentos al fibromului uterin s-a dovedit a fi eficient dar cu multiple sechele și inconveniențe din partea pacientelor. Cele mai utilizate metode de tratament practicate în miom uterin sunt histerectomia, miomectomia cu variațiile lor precum și tratament hormonal [5,8].

O metodă nouă în tratamentul femeilor cu miom uterin simptomatic este embolizarea arterelor uterine. Actualmente se introduce și tratamentul cu unde ultrasunet de intensitate înaltă-MRgFUS (Magnetic Resonance guided Ultrasound Focused Surgery). O reducere până la 98% în volum și în simptomele clinice s-au raportat la tratarea miomului uterin simptomatic cu această tehnică nouă neinvazivă, care prin undele ultrasunet încălzesc țintit țesutul producând denaturarea proteinelor și perturbarea celulară ireversibilă [5,9,10,11].

Odată cu progresul științific se schimbă și tratamentul patologiei, metodele noi se implementează sau se combină cu cele practicate deja prezentând rezultate mai performante și o anumită inofensivitate, păstrând organul comparativ cu metodele chirurgicale radicale.

Scopul lucrării

Analiza metodelor utilizate în tratamentul miomului uterin în practica medicală autohtonă vis-à-vis de practica internațională modernă. Evaluarea avantajelor, riscurilor și rezervelor fiecărei metode, cu implementarea unui management optimal.

Obiective

1. Evaluarea indicațiilor și metodelor de tratament operator al miomului uterin în baza studiului retrospectiv a fișelor pacientelor tratate în cadrul secției de ginecologie SCM nr. 2 ani 2010-2012.

2. Studiul comparativ al ponderii operațiilor conservatoare față de cele radicale în miom uterin în baza datelor proprii și datelor de referință din literatura medicală mondială.

3. Evaluare căilor de optimizare în tratamentul miomului uterin în diminuarea complicațiilor posibile.

4. DIU Mirena în managementul contemporan al miomului uterin.

Materiale și metode de cercetare

Studiul personal constituie o analiză de tip retrospectiv, efectuată pe un număr de 1268 de operații pe miom uterin, suportate în perioada anilor 2010-2012 în cadrul SCM nr. 2, secția ginecologie Chisinau. Pentru acest studiu a fost folosită informația din fișele medicale a pacientelor din arhiva institutiei date. S-a colectat informația în baza unei anchete detaliate ce cuprinde 25 de indici. În studiu au fost incluse paciente tratate cu miom uterin: histerectomii totale (vaginale și abdominale), histerectomii subtotale cu și fără anexe, miomectomii abdominale, miomectomii laparoscopice, tratate cu DIU Mirena după chiuretaj. S-a consultat literatura străină în domeniul diferitor tehnici de tratament al miomului uterin precum și tehnicile moderne de profilaxie a complicațiilor diferitor proceduri chirurgicale atât radicale cât și conservatoare. Rezultatele studiului au fost supuse unei analize matematice computerizate cu ajutorul pachetului de programe Excell. Rezultatele anchetelor erau prelucrate de programe informaționale computerizate.

Rezultatele studiului

Schemă

Intervenții pe uter (2010-2012) 1268 paciente

1. Miomectomii 4,4%	2. DIU Mirena+chiuretaj 2,0%	3. Histerectomii 93,6%
a) Abdominale 2,4%		a) Totale 12,77%
b) Laparoscopic 2,0%		b) Subtotale 80,83%

93,6±0,69% (CI 95%:92,25-94,95) Histerectomii totale
 6,4 ±0,69% (CI95%:5,05-7,75) Operatii conservatoare
 2.0 ±0,39% (CI95%:1.24-2,76) Chiuretaj+Mirena
 4,4 ±0,57% (CI95%:3.3-5.5) Miomectomii

Fig. 1. Interventii radicale/conservatoare

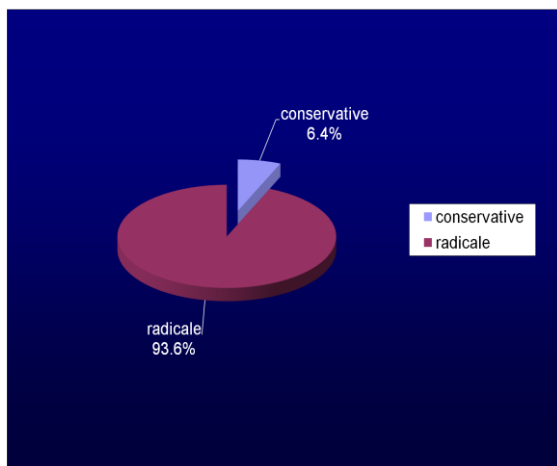
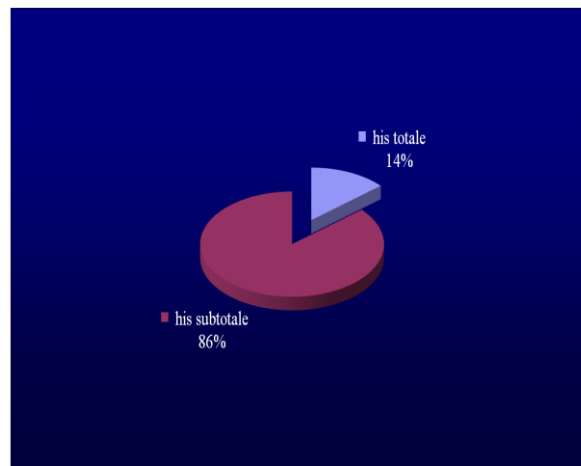
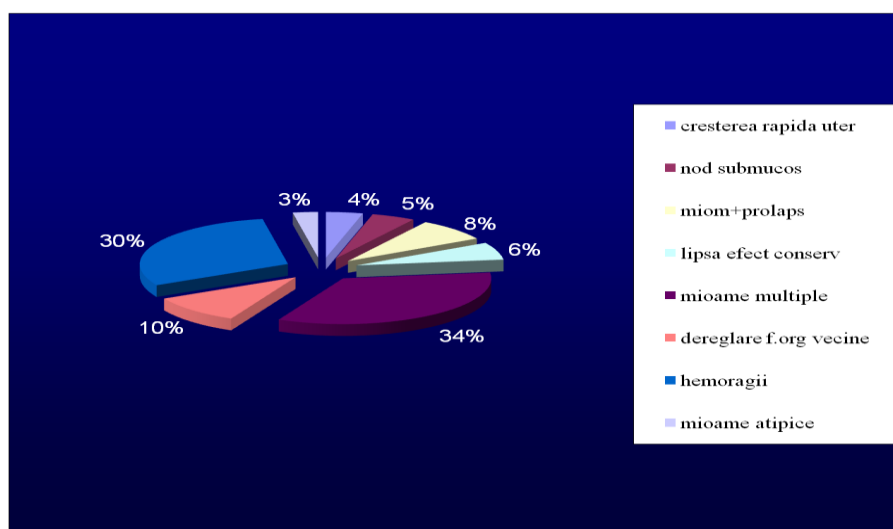


Fig. 2. Histerectomiile felurile



În marea lor majoritate operațiile pe miom erau efectuate prin procedeu radical 93,6%. Din numărul total de histerectomii efectuate pe miom în perioada anilor 2010-2012 (1187): histerectomii totale 162 (12,77%), histerectomii subtotale 1025 (80,83%).

Fig.3. Indicațiile către histerectomii



Din datele literaturii 85% din hemoragiile uterine acompaniate cu miom uterin ce urmează histerectomia pot fi jugulate cu Diu Mirena (Shoki O.A.2007) [19]. Nodul submucos histeroscopic se enuclează. Mioamele multiple puteau fi supuse miomectomiilor Fig. 3 ne demonstrează rezerva pentru miomectomia conservatoare care putea să fie efectuată în special la indicații ca: mioame multiple 34%, dereglările funcției organelor vecine 10%, noduli submucoși 5%.

Datele arătate în tab. 1. ne demonstrează că miomectomia laparoscopică prezintă hemoragie intraoperatorie neînsemnată, pe cînd cea abdominală și histerectomia au pierderi sanguine destul de pronunțate. Unii autori (Iverson 1998) afirmă chiar și pierderi sanguine intraoperatorii mai puține în miomectomia convențională în comparație cu histerectomie, alți

autori (Sawin 2000) sunt de părerea că complicațiile intraoperatorii sunt identice la ambele tipuri de intervenții chirurgicale.

Tab.1. Hemoragia intraoperatorie: miomectomii și histerectomii

Miomect. Abdominala <500ml-19% >500ml-78% >1000ml-3%	Miomect. Laparoscopica <100ml-92% <300ml-8%	Histerectomia <500 ml -87% >500 ml-13 % (vag)
--	--	--

Tactica modernă de conduită în profilaxia hemoragiilor intraoperatorii:

1. Clame, tourniquets (bandaj de compresie provizorie).
2. Ligaturarea arterelor uterine.
3. Embolizarea arterelor uterine pre-miomectomie.
4. GnRh (agonistii) - DA in mioame unice mari.
5. Vasopresin intramiometrial.
6. Acid tranexamic i/v.
7. Misoprostol intravaginal 400 micrograme, Oxitocin i.v.

Recurente a miomului - inlaturarea tuturor nodulilor.

NU agonști GnRh în cazul nodulilor multipli mici.

Aderențe: seprafilm, dextran, abord anterior.

DIU Mirena

Chiuretaj+DIU Mirena cu 2.0% din lotul întreg de operații efectuate pe miom uterin 2010-2012 SCM nr. 2. Indicațiile de bază:miom+adenomatoza, polipoza. Rezultatul peste un an: amenoree și scaderea volumului uterin. Asadar indicațiile de bază în chiuretaj cu Diu Mirena au fost polipoza endometrială 92% și adenomatoza 8% (25 paciente). In SUA se efectueaza anual 600.000 histerectomii, 85% din care pot fi evitate prin DIU Mirena (Shoki O.A 2007). In asa fel Mirena este o alternativa eficienta a histerectomiei.

Discuții asupra rezultatelor obținute în cadrul studiului

Studiul dat a demonstrat că în SCM nr. 2 secția Ginecologie pe parcursul anilor 2010-2012 sau efectuat 1268 intervenții pe uter, din care 93,6% histerectomii iar restul tratament conservator ca miomectomia și chiuretaj cu Mirena. Astfel locul dominant este ocupat de intervenții radicale în pofida tendinței în lume de a păstra uterul, mai ales la pacientele tinere-efectele adverse ale histerectomiei: apropiie menopauza cu aproximativ 4 ani, 20-30% incontinența urinară, dereglari de tranzit intestinal, prolaps genital, enterocele, depresia, disfuncții sexuale, creste riscul IM cu 33%, AVC, osteoporoza (Michael E.Toaf) [13].

La rindul lor histerectomiile efectuate în mare lor majoritate erau subtotale 86% și restul totale, cele totale erau indicate în miom+prolaps vaginal și în creșterea rapidă a uterului (4%)-suspiciune la sarcoma uterină, cu toate că literatura mondială afirmă o indicență de sarcoame uterine 1-1,7:100.000 femei (Rahi Victory, Walter Romano 2003). Din aceasta rezulta că riscul este moderat exagerat în frica de sarcomizare, astfel acest lot de paciente putea fi supus doar miomectomiei conservative.

Analizînd studiul nostru am ajuns la concluzia că majoritatea histerectomiilor efectuate la femei de vîrsta reproductivă cu mioame multiple 34%, dereglările funcțiilor organelor vecine 10%, noduli submucosi 5%, pot fi considerate ca rezervă catre miomectomie conservatoare. Intrucît studiile arată pe cazuri multiple și documentate că se poate de enucleat pîna la 90 și mai

mulți noduli (Paul Indman 2010). Alt aspect al înlăturării uterului a fost frica de hemoragii masive.

În cazul a 30% de femei hysterctomiate pentru miom și menometroragie s-ar fi putut menaja prin aplicarea Diu Mirena, care după datele literaturii contemporane susține că reprezintă o alternativă a histerectomiilor și în jur de 85% de histerectomii pot fi evitate prin acest procedeu [12].

În ceea ce privește complicațiile intraoperatorii ale miomectomiei și histerectomiei (hemoragia) în general se aplică numeroase procedee cum ar fi ligăturarea arterelor uterine, clamele, tourniquets, oxitocina, embolizarea arterelor, miomectomie, agonistii GnRh, acid tranexamic și vasopresin [7].

Studiul nostru a demonstrat că aceste procedee, în deosebi cele ce nu necesită cheltuieli mari nu se folosesc, dar necesită implementare. Literatura contemporană afirmă că la utilizarea acestor proceduri hemoragia intraoperatorie în miomectomie este chiar mai joasă decât în histerectomie (Neelanjana Mukhopadhaya 2008). De asemenea profilaxia hemoragiei intraoperatorii permite de a enuclea în cadrul miomectomiei a nodulilor multipli și de dimensiuni variate fără teama de hemoragii masive [7].

Studiul de asemenea a precizat rolul factorilor de risc în apariția miomului uterin, așa ca menarha precoce, aborturile, nuliparitatea sau nașterea după 30 ani, IMC, stresul iar fumatul ca posibil factor protector [4,6].

Miomectomia laparoscopică utilizată în 2% cazuri este limitată doar la nodulii subseroși, din lipsa instrumentariului pentru suturarea plăgii utilizată în practica mondială.

Metodele contemporane de tratament al miomului uterin așa ca Fus, Mioliza, Miomectomia robotizată da Vinci nu se efectuează în RM din cauza lipsei dotărilor cu astfel de aparatură costisitoare iar EAU practică în cadrul Spitalului Clinic Republican este efectuată la un contingent redus de pacinete din cauza costului înalt și nu intră în programul de asigurări medicale. Studiul a relevat multe rezerve în ameliorarea și optimizarea managementului miomului uterin pe seama operațiilor radicale.

Concluzii

1. Studiul a demonstrat incidența înaltă a intervențiilor radicale 93,6% față de cele conservatoare 6,4 %, o treime din ele fiind efectuate la femeile în perioada reproductivă.

2. Practica medicală bazată pe dovezi pledează pentru tratamentul conservator al miomului uterin. Numărul nodulilor miomatoși, creșterea rapidă, riscul malignizării sunt neargumentat exagerate în alegerea tacticii radicale, ce compromite atât calitatea vieții femeii ca fiind riscante, cât și contravin experienței moderne.

3. Rezervele evaluate în studiu pentru diminuarea histerectomiilor în favoarea miomectomiei conservatorii sunt paciențele cu noduli multipli 34%, dereglările funcțiilor organelor vecine 10%, noduli submucosi 5%.

4. În cazul miomelor multiple se efectuează prioritar histerectomia în scopul diminuirii hemoragiilor intraoperatorii, cu toate că literatura mondială afirmă hemoragia comparabilă în ambele procedee.

5. Histerectomia totală efectuată în 12,7% este argumentată doar în prolaps vaginal și este moderat exagerată (peste 4%) cu indicația “suspiciu la malignizare” ce contravine datelor literaturii, sarcomul fiind (1:100.000 femei).

6. Miomectomia laparoscopică efectuată doar în 2% de cazuri este limitată în posibilitățile tehnice (lipsa instrumentariului p/u suturarea plăgii) iar chirurgia histeroscopică lipsește totalmente.

7. Tratamentul miomului cu Diu Mirena s-a efectuat doar în 2% de cazuri, în schimb 30 % de pacinete fertile hysterctomiate (miom și menometroragii în lipsa deformării cavității uterine) este contingentul pentru tratamentul conservator cu utilizarea Diu Mirena.

Bibliografie

1. Paladi Gh. Ginecologie. Chisinau 1997. pag. 373-391
2. Surcel V. Fibromiomul Uterin, 1990. pag. 19-29.
3. Elizabeth Stewart. A Benign Uterine Disorders. //Chapter 25, Part II. page 597-608.
4. Faerstein E., Szklo M, Rosenshein NB. Am J. Risk factors for uterine leiomyoma. African-American heritage, reproductive history, body size ,and smoking. Epidemiol. 2001.
5. Henri Marret, Xavier Fritel, Lobna Ouldamer. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive biology, therapeutic management of uterine fibroid tumors, updated french guidelines. France 2012. page 157-163.
6. Malcolm G. Munro. Uterine Leiomyomas, Current Concepts, Pathogenesis, Impact on Reproductive Health and Medical, Procedural and Surgical Management. //USA. 2011. page. 704-723.
7. Neelanjana Mukhopadhaya, Chaminda De Silva, Isaac T. Manyonda Conventional myomectomy. //UK 2008. page 677-702.
8. Rahi Victory, MD, Walter Romano MD, John Bennett MD, Michael P. Diamond Uterine Leiomyomas //Chapter 14. 2003 page 179-200.
9. William H. Parker. Uterine Myomas Management, Fertility and Sterility //MD. USA California., vol 88, No 2, august 2007. page 255-267.
10. Williams Gynecology (Malestrom) Leiomyomas //Section 1. Chapter 9.
11. Савельева, В.Г. Бреусенко. Гинекология. Миома матки //Г.. Москва 2004. ст. 187-202.
12. Тихомиров А.Л., Д.М. Лубнин. Практическая гинекология. //Руководство для врачей, Москва ,2009, ст. 67-99, 259-281.
13. www.whcillinois.com/patient-education-uterine-fibroids.html

BENEFICIILE TERAPIEI HORMONALE DE SUBSTITUȚIE ÎN PROFILAXIA MALADIILOR CARDIOVASCULARE, CĂILE DE CONSENS ÎNTRE GINECOLOGI ȘI CARDIOLOGI

Nadejda Codreanu, Aurica Morari, Igor Codreanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu“

Summary

HTS beneficials in cardiovascular diseases therapy, contrary points of view between gynecologists and cardiologists

This article represents that hormonal therapy of substitution initiated in the first years of the menopause has a positive impact on the women's quality of life improving psychological symptoms in more about 50% of the patients, somatic vegetative in 29,6%, urological 63,69% in only 6 months of the THS use.

The study demonstrates that THS watched in women that were in menopause for half a year didn't change the glycemie, lipidic status, body mass index, the procoagulant index did not modify in 86% of patients, thereby reducing the risk of cardiovascular diseases.

Rezumat

În articolul dat este reprezentat că terapia hormonală de substituție inițiată în primii ani de menopauză are un impact pozitiv major asupra calității vieții femeilor ameliorând simptomele psihologice la peste 50% de paciente, somato-vegetative în 29,6%, iar cele urogenitale 63,69% la doar 6 luni de utilizare a THS.

Studiul a demonstrat că THS urmărită la femeile aflate în menopauză timp de jumătate de an n-a modificat statutul glicemic, lipidic, indicele masei corporale, iar cel procoagulant n-a modificat în 86% de paciente, astfel minimalizând riscul apariției maladiilor cardiovasculare.