

9. Lu Y, Weng X, Gu Z., *Human cytomegalovirus infection and congenital malformation*, Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi. 1998 Mar;33(3):132-5.
10. Prisacari V., *Rolul diagnosticului bacteriologic în supravegherea infecțiilor septico-purulente nasocomiale*, Materialele simpozionului Sanofi Diagnostics Paster, Chișinău, 1999, p. 39-40.
11. Rusu Violeta, Vahrameev A., Danilov Tatiana, Boian V., Bacalim M., Marcoci Adriana, *Profilul statutului imunobiologic al nou-născuților operați cu malformații congenitale*, Buletin de perinatologie, Nr.3, 2007, pag. 75-77.
12. Гисак С., Земсков А., Тищенко А., *Актуальные вопросы хирургической инфекции у детей*, Материалы Всероссийского симпозиума детских хирургов. Воронеж, 2004, стр. 3-7.
13. Григорович И., Пяттоев Ю., Аникина И., *Актуальные вопросы хирургической инфекции у детей*, Материалы Всероссийского симпозиума детских хирургов. Воронеж, 2004, стр. 22.
14. Красовская Т. В., Баиров В. Г., Немилова Т. К., *Оптимизация диагностических и лечебных программ в хирургии новорожденных*, Неотложные состояния у детей (Материалы 6-го конгресса педиатров России). Москва 2000, стр. 11-13.

Rezumat

În studiul dat sunt prezentate datele examenului clinico-morfologic de cohortă a 164 nou-născuți cu MC de diferită localizare care au evaluat pe fundalul infecției intrauterine și traumei perinatale. S-a stabilit că combinarea MC cu infecție intrauterină și trauma perinatală prezintă un risc avansat pentru asistența anestezico-chirurgicală. Infecția agresivă, rezistentă la preparate antibacteriene pe fundalul imunocompetenței diminuate și traumelor SNC condiționează dezvoltarea complicațiilor postoperatorii cu exod letal, care pot fi prevenite prin profilaxia traumatismului perinatal și infecției intrauterine.

Summary

The analysis of data of the clinico-morphological research of 164 newborns with congenital malformations of various localization which proceeded on a background of a fetal infection and perinatal traumas is presented. It is established, that the combination of congenital malformations with fetal infection and perinatal trauma represents special risk for anesthesiology maintenance and surgical correction. Aggression of an infection, its resistance to antibiotics on a background of the lowered imunobiological protection of an organism and serious traumas of the central nervous system, leads to development of postsurgery complications with a letal outcome which can be prevented by prophylaxis of the perinatal traumas and a fetal infection.

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI ȘI CONDUITEI SARCINII ȘI NAȘTERII LA GRAVIDELE CU MIOM UTERIN (Revista literaturii)

Olga Cernetchi, dr. h. în medicină, prof. univ., **Viorelia Grosu**, doctorandă,
USMF „Nicolae Testemițanu”, **Viorica Varodi**, medic primar, obstetrician ginecolog,
Spitalul Municipal Satul Mare (România).

Miomul uterin este cea mai frecventă tumoră genitală feminină, cunoscută mai ales datorită incidenței impresionante, care se soluționează în special prin modalitatea chirurgiei clasice și mai rar prin tratament conservativ [Gladun E., Ciobanu V., 1999]. În structura morbidității ginecologice, miomul uterin ocupă circa 10-27% [3, 6, 9, 18, 19]. În Republica Moldova frecvența miomului uterin reprezintă 44,8 la 1000 de femei [Paladi Gh., 1999].

Datele existente în literatura de specialitate indică o asociere între miomul uterin și sarcină, care variază de la 0,3% până la 7,5% [Munteanu I., 2000]. Conform datelor unor autori [Sidorova I. S., 2003; Culacov I. V., 2001; Savițkii G. A., 2000], asocierea sarcinii cu miomul uterin se întâlnește în 0,5-6%. Rasmussen K. L. et al. (1994) raportează o asociere a miomului uterin cu sarcina între 0,1 și 5%, iar conform datelor expuse de Ștemberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N. (2002), prevalența miomului uterin în sarcină constituie 0,5-3%.

Miomul uterin este o tumoră benignă, hormono-dependentă, constituită din elemente histologi-

ce similare mușchiului uterin. Predominanța elementelor structurale conturează aspectul miomatos sau fibros [3, 4, 15]. Totodată, este numit fibrom, fibromiom sau leiomiom uterin, pentru precizarea structurii histologice și a raportului dintre elementele conjunctive și musculare în tumoră [14, 17, 24]. Miomul apare numai în etapa de nubilitate a femeii, mai frecvent după vârsta de 35 de ani, foarte rar sub 25 de ani, diminuează ca volum în menopauză, dar se dezvoltă exuberant în sarcină, ca să regreseze în lăuzie [1, 2, 3]. Se întâlnește mai frecvent la nulipare [5, 14]. Cu toate că manifestările clinice apar mai frecvent în perioada de vârstă reproductivă tardivă și în premenopauză, se poate presupune că tumora se dezvoltă mai devreme, cu mult timp înainte de depistarea ei. În literatură există date care atestă că vârsta medie de depistare a miomului uterin este de $32,8 \pm 0,47$ ani, iar indicațiile pentru intervenție chirurgicală apar mai târziu, la $44,4 \pm 0,29$ ani [2, 7].

Contrar faptului că fibrozii uterini apar cu o frecvență net superioară oricărui alt tip de neoplasm, nu se cunoaște deplin de ce o serie de tumori rămân timp îndelungat staționare și asimptomatice, în timp ce altele cresc în volum, se manifestă și dau complicații [1, 2, 3, 6].

În ultimul timp se revede opinia conform căreia dezvoltarea fibroizilor uterini este rezultatul unei hiperestrogenii [10, 12, 14, 15]. În momentul actual se poate vorbi despre o patogeneză multifactorială a miomului uterin și despre faptul că dereglările hormonale nu constituie cauza de bază care determină apariția și creșterea acestor tumori. Din toate teoriile și ipotezele formulate, un singur lucru rămâne cert: dezvoltarea fibromiomului uterin este influențată de estrogeni, acceptându-se doar atributul de factor necesar, dar nicidecum determinant [10, 12]. O astfel de poziție a permis, în final, aprecierea procesului de dezvoltare a miomului uterin drept unul nespecific, iar a factorilor patogenerici implicați în apariția și creșterea acestuia – drept foarte diverși [8, 9, 11, 17, 23, 24].

Datele epidemiologice existente reflectă faptul că nașterile anterioare sunt factori protectori și se asociază cu un risc redus pentru fibroizi [17, 23, 25, 26]. Zsigmond I. susține că riscul dezvoltării fibromiomului uterin scade odată cu numărul nașterilor la termen [17]. Conform opiniei unor autori, modularea mediului hormonal, care are loc de obicei în timpul sarcinii, poate contribui la efectul protector al acesteia [10, 14, 17].

Atenția multor cliniciști a fost atrasă de asocierea miomului uterin cu diverse afecțiuni extragenitale și ginecologice, variate modificări sistemice în organismul pacientelor. Conform datelor literaturii, cele mai frecvente patologii prezente la aceste bolnave sunt: obezitatea (64%), afecțiuni ale sistemului cardiovascular (60%), afecțiuni gastrointestinale și hepatobiliare (40%), hipertensiunea arterială (19%), afecțiuni endocrino-metabolice (4,5%) [4, 12, 13].

Relația dintre miomul uterin și sarcină. Unii autori consideră că astăzi coexistența „miom uterin-sarcină” este o entitate mai puțin întâlnită, datorită adresabilității crescute a populației feminine la medic, care are drept consecință tratamentul precoce al afecțiunii.

Alți autori, dimpotrivă, consideră că în ultimul timp se constată o creștere a frecvenței asocierii dintre miomul uterin și sarcină, acest fapt fiind determinat de creșterea vârstei femeilor primipare [25, 26]. Conform opiniei lui Baloniak B. et al. (2002), odată cu creșterea vârstei populației fertile și lărgirea utilizării ultrasonografiei, miomul uterin este mai frecvent depistat în timpul sarcinii.

Sarcina asociată cu miomul uterin este considerată o sarcină cu risc înalt din cauza unui număr mare de complicații posibile [Kulikowska-Ciecielag K. et al., 2002]. Complicațiile majore sunt determinate de contactul dintre placentă și tumoră.

Miomul uterin reprezintă o tumoră benignă limitată a uterului, formată din fibre musculare și țesut conjunctiv; poate fi localizată intramural (noduli incapsulați de diferite dimensiuni ce se dezvoltă în grosimea peretelui uterin), submucos (nodulii miomatoși sunt localizați sub endometriu; deseori pot avea un picioruș prin care se fixează de miometriu, pot apare prin canalul cervical: nașterea nodulilor submucoși), subseros (nodulii miomatoși sunt localizați sub seroasă, pot avea un picioruș care le permite să crească până la dimensiuni destul de mari fără cauzarea deranjului, se pot fixa de mezou sau de mezenteriu, de unde se pot alimenta suplimentar).

Din punct de vedere *anatomic-patologic*, tumorile fibromatoase sunt formațiuni rotunde sau lobulate, consistente din cauza țesutului conjunctiv abundent. La periferia fibromului, condensarea țesutului conjunctiv formează o capsulă. Fibromul uterin este constituit din fibre musculare netede tipice și din țesut conjunctiv. Fibrele musculare sunt așezate ca vârtejuri, în toate sensurile, în jurul

unui vas capilar. Divizarea fibrelor musculare netede este primară, țesutul conjunctiv pătrunde în mod secundar în spațiile interfasciculare, înconjurând fibrele musculare. Fibroamele se remarcă prin abundența țesutului conjunctiv.

Conform datelor literaturii, fibromiomul uterin are o corelație cu funcția ovariană. S-a constatat că fibrele musculare din miometriu reacționează la stimulul estrogen, mărindu-și volumul atât în timpul sarcinii, cât și al ciclului menstrual. Variația funcției hormonale a ovarelor denotă cu multă probabilitate degenerescența sarcomatoasă a fibromiomului uterin, a unor transformări secundare benigne [17, 22].

Focarul tumoral tinde să se dezvolte spre suprafață, din cauza rezistenței reduse a musculaturii. Dacă fibromiomul este localizat în apropierea seroasei, el se va dezvolta spre suprafața peritoneală. Dacă nodulul miomatos este situat mai aproape de mucoasa uterină, el va tinde spre cavitatea uterină, spre endometriu, cu evoluție submucoasă.

Din punct de vedere microscopic nodulul miomatos are următoarea caracteristică: este uniform, format din fibre conjunctive de diferită grosime, dispuse în fascicule care se intersectează în diverse direcții, cu celule cu citoplasma fusiformă și nucleu alungit, în zonele edematoase celulele sunt stelate, puține macrofage vasculare cu picături lipidice.

La electromicroscopie, la tumorile intens collagenizate se observă celule subțiri, alungite, comprimate de stroma collagenă, citoplasma este săracă, conține fibule osmiofile, fine, puține mitocondrii și cisterne de reticul endoplasmic, corpi osmiofili legați de membrană și ocazional figuri mielinice, nucleul este subțire, alungit, cu un contur neregulat, o condensare accentuată a heterocromatinei la periferie.

Luând în considerație faptul că fibromul uterin apare în mod obișnuit la femeile de vârstă reproductivă, pacientele cu fibrom sunt deseori preocupate de reușita unei sarcini. Fibromul nu împiedică în mod normal concepția și sarcina, dar poate ocazional să afecteze fertilitatea. Tumorile pot deforma sau bloca trompele uterine, pot împiedica înaintarea spermatozoizilor prin trompe sau implantarea și dezvoltarea embrionului.

Fibromul uterin nu este considerat o cauză directă a sterilității în cuplu, dar acest lucru este valabil în special dacă nu se identifică alte cauze (Слепцова, С. 2003) [26].

Studiile demonstrează că gravidele cu fibrom uterin prezintă un risc crescut de avort spontan, naștere prematură, prezentații fetale anormale, apoplexie utero-placentară (placenta abruptio) [12, 20, 21]. Mai frecvent, complicațiile sarcinii și nașterii variază în funcție de numărul, dimensiunile și localizarea fibroamelor [20, 21, 25, 26]. Fibroamele multiple și submucoase de dimensiuni mari, care pot provoca deformarea cavității uterine, generează cele mai multe probleme. După datele altor autori, în majoritatea cazurilor, fibroamele nu afectează sarcina și nu necesită tratament.

Un aspect controversat are evoluția și creșterea miomului uterin în timpul sarcinii. Astfel, anterior se menționa că fibromul se dezvoltă mai repede în timpul sarcinii, dar studiile recente demonstrează contrariul. Majoritatea fibroamelor își păstrează dimensiunile, prin variații neînsemnate de majorare sau micșorare în dimensiuni în primul trimestru. Aceste modificări sunt dictate de reorganizarea hormonală, îndreptată spre menținerea sarcinii.

Primul trimestru de sarcină se poate complica mai frecvent în cazurile de implantare și contact al placentei cu zona nodulului miomatos. Cu o incidență destul de mare au loc avorturile spontane [20, 21, 25, 26]. Ca argumentare se prezintă sensibilizarea miometriului ca urmare a apariției contactelor uterine, dereglărilor microcirculatorii, precum și tulburărilor neuroendocrine și vasculare la nivelul endometriului (hiperplazie, polipoză).

În trimestrele doi și trei, de asemenea, persistă riscul întreruperii sarcinii și nașterii premature. Explicația constă în acțiunea factorului mecanic provocat de nodulul miomatos, sensibilizarea miometriului cu apariția contactelor uterine. După unii autori, cu cât sunt mai mari dimensiunile nodulului miomatos, cu atât incidența de întrerupere a sarcinii crește [20, 21, 25, 26]. Consecințele asupra fătului se manifestă mai frecvent prin retardul de dezvoltare intrauterină a fătului, prezentați patologice (transversală, pelvină, facială), insuficiență fetoplacentară și circulatorie.

Nu în ultimul rând, menționăm unele consecințe la naștere. Astfel, practic în 50% de cazuri au loc nașteri îndelungate, cu distocii și insuficiență a forțelor de contracție. Specificul prezenței mio-

mului uterin poate fi o cauză a finisării sarcinii prin operație cezariană. De asemenea, mai frecvent în cazul localizării nodulului miomatos retroplacentar, are loc decolarea placentei și/sau hemoragii la naștere sau în trimestrele doi și trei de sarcină.

În perioada de lăuzie precoce mai frecvent au loc hemoragii hipotone, dereglări de decolare și eliminare a placentei (defectele de țesut placentar, placenta acreta, percreta). În perioada de lăuzie tardivă mai frecvent pot avea loc dereglări ale involuției uterine (subinvoluția uterului), complicații septico-purulente.

În pofida progresului semnificativ în obstetrica modernă, problema privind evoluția, conduita și complicațiile sarcinii ca rezultat al miomului uterin rămân actuale, existând o mulțime de controverse referitoare la acest subiect.

Efectul fibroizilor uterini asupra rezultatului sarcinii este dificil de apreciat cu exactitate. Acest fapt se datorează în mare parte lipsei studiilor clinice mari, iar literatura tinde să subestimeze prevalența fibroizilor în sarcină și să supraestimeze complicațiile care le sunt atribuite. În plus, până în prezent nu există o opinie unanimă asupra măsurilor și căilor terapeutice de conduită a sarcinii și nașterii complicate de prezența miomului uterin (Blok R. et al., 2002).

Un subiect foarte contradictoriu rămâne influența sarcinii și nașterii asupra dimensiunilor nodulilor miomatoși. Majoritatea autorilor consideră că sarcina favorizează accelerarea creșterii miomului uterin, în special în primul trimestru de sarcină.

Toate cele expuse impun necesitatea studierii mai profunde a specificului evoluției și conduitei sarcinii și nașterii la gravidele cu miom uterin, ceea ce ar putea permite prevenirea complicațiilor asociate tumorii și îmbunătățirea metodelor de tratament aplicat.

Concluzii

1. Sarcina asociată cu miomul uterin este considerată o sarcină cu risc înalt, datorită incidenței înalte a complicațiilor posibile: avort spontan, naștere prematură, prezentații fetale anormale, apoplexie utero-placentară.

2. Complicațiile sarcinii și nașterii variază în funcție de numărul, dimensiunile și localizarea nodulilor miomatoși.

3. Asocierea miomului uterin cu sarcina, în dependență de localizarea nodulilor miomatoși, poate servi ca indicație pentru finisarea nașterii prin operație cezariană.

4. Perioada de lăuzie la pacientele cu miom uterin se complică frecvent cu hemoragii hipotone, tulburări de decolare și eliminare a placentei, dereglări ale involuției uterine și complicații septico-purulente.

Bibliografie selectivă

1. Amiel C., Mollard J., Cravello L. et al., *Treatment of uterine fibroids*. Ann. Chir., 1996, 50(1), p. 40-50.

2. Andersen J., Barbieri R.L., *Abnormal gene expression in uterine leiomyomas*, J. Soc. Gynecol. Investig., 1995, 2(5), p. 663-72.

3. Buttram V.C. Jr., Reiter R.C., *Uterine leiomyomata: etiology, symptomatology, and management*. Fertil. Steril., 1981, 36(4), p. 433-45.

4. Cardaniuc C., *Particularitățile clinico-experimentale ale modificărilor fluxului sanguin regional în miomul uterin simptomatic*. Autoreferat al tezei de doctor în științe medicale. USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, 2005, 23 p.

5. Cesen-Cummings K., Copland J.A., Barrett J.C. et al., *Pregnancy, parturition and prostaglandins: defining uterine leiomyomas*. Environ. Health. Perspect., 2000, 108(5), p. 817- 20.

6. Chen C.R., Buck G.M., Courey N. G. et al., *Risc factors for uterine fibroids among women undergoing tubal sterilization*. Am. J. Epidemiol., 2001, 153 (1), p. 20 - 6.

7. Grabo T.N., Fahs P.S., Nataupsky L.G. et al., *Uterine myomas: treatment options*. J. Obstet. Gynecol. Neonatal. Nurs., 1999, 28(1), p. 23-31.

8. Hart R., *Unexplained infertility, endometriosis, and fibroids*. B. M. J., 2003, 327, p. 721 - 724.

9. Lefebvre G., Vilos G., Allaire C. et al., *The management of uterine leiomyomas*. J. Obstet. Gynaecol. Can., 2003, 25(5), p. 396-418.

10. Magness R.R., Shaw C.E., Phernetton T.M. et al., *Endothelial vasodilator production by uteri-*

ne and systemic arteries. II. Pregnancy effects on NO synthase expression. Am. J. Physiol., 1997, 272, H1-730-H1740.

11. Nowak R.A., *Novel therapeutic strategies for leiomyomas: targeting growth factors and their receptors*. Environ. Health Perspect., 2000, 108(5), p. 849-53.

12. Paladi Gh., *Ginecologie endocrinologică*, Chişinău, 1999, p. 201-16.

13. Paladi Gh., *Ginecologie*, Editura ARC, Chişinău, 1997. Subcapitolul 16.2., *Miomul uterin*, p. 392-415.

14. Rein M.S., *Advances in uterine leiomyoma research: the progesterone hypothesis*. Environ Health Perspect., 2000, 108(5), p. 791-3.

15. Stewart E.A., *Uterine fibroids*. Lancet, 2001, 357 (9252), p. 293-8.

16. Vollenhoven B., *Introduction: the epidemiology of uterine leiomyomas*. Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol., 1998, 12(2), p. 169-76.

17. Zsigmond I., *Actualităţi în etiopatogenia fibromiomului uterin*. Caietele Clinicii Obstetrică-Ginecologie I. Editura Universitară Iuliu Haţieganu, Cluj-Napoca, 2003, no. 2, p. 102-111.

18. Вихляева Е. М., Василевская Л. Н., *Миома матки*, Москва, „Медицина”, 1981, 159 с.

19. Вихляева Е.М., Палади Г.А., *Патогенез, клиника и лечение миомы матки*. Кишинёв, „Штиинца”, 1982, 300 с.

20. Иванова Н.В., Бугеренко А.Е., Азиев О.В., Штыров С.В., *Ведение беременных с миомой матки*. Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов, 1996, № 4, с. 58 - 59.

21. Логутова Л. С., Буянова С. Н., Левашова И. И., Сенчакова Т. Н. *Акушерская тактика при ведении беременных с миомой матки*. Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов, № 3, 1999, с. 10.

22. Пёстрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Безруков Н.И., Юрасова Е.А., *Дифференцированный подход к ведению больных с миомой матки и патологией эндометрия*. Материалы V Российского Форума „Мать и дитя”. Москва, 6-10 октября 2003, с. 417-8.

23. Радзинский В.Е., *Генетические детерминанты гиперпластических заболеваний репродуктивной системы*. Материалы IV Российского Форума „Мать и дитя”. Москва, 21-25 окт., 2002, с. 317-22.

24. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г., *Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии)*, Издательство „ЭЛБИ-СПб”, 2000, 235 с.

25. Смицкий Г.А., *Ведение беременных с миомой матки*. Вестник Российской Ассоциации Акушеров-Гинекологов, 1997, N 3, с. 84-86.

26. Слепцова С., *Миома матки и беременность*. Материалы V Российского Форума „Мать и дитя”. Москва, 6-10 октября 2003, с. 98-103.

27. Тихомиров А.Л., Серов В.Н., *Современные принципы диагностики лечения и профилактики лейомиомы матки*. Р.М.Ж., 2000, Том 8, № 11, с. 473.

Rezumat

Lucrarea prezintă o sinteză a datelor literaturii de specialitate, care se referă la asocierea miomului uterin cu sarcina. În articol sunt elucidate particularităţile evoluţiei sarcinii şi naşterii la gravidele cu miom uterin, complicaţiile posibile, influenţa sarcinii asupra evoluţiei tumorii.

Summary

The paper includes a speciality literature data synthesis which refer to uterine myoma and pregnancy association. The study consists of the evolution and conduit particularities of pregnancy and delivery in pregnant women with uterine myoma, possible complications, pregnancy influence on tumor evolution.