

SARCINĂ CERVICALĂ (Caz clinic)

Marian Nicolae – șeful secției ginecologie,
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă,
Cheaburu Cornel – medic, Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Urgentă,
Dogotari Lilia – medic-rezident anul 4 Obstetrică-Ginecologie
E-mail: dogotari@mail.ru, tel.mobil: 067375799

Rezumat

Sarcina cervicală este o varietate extrem de rară de sarcină extrauterină, dar consecințele ei pot fi grave prin riscul de histerectomie de hemostază și prin cel de compromitere a fertilității pacientei. Prezentăm cazul unei paciente cu sarcină cervicală la care chiuretajul evacuator s-a complicat rapid cu o hemoragie severă, care prezenta pericol nu doar pentru sănătate, dar și pentru viața pacientei, la care histerectomia a permis salvarea ei. Diagnosticul clinic precoce al unei sarcini cervicale poate fi dificil. În ciuda faptului că ecografia a devenit banală, nu este posibilă întotdeauna stabilirea diagnosticului corect înainte de intervenție. Ținând cont de faptul că sarcina cervicală este foarte rară nu există încă un consens pentru cel mai bun tratament și nici recomandări de bună practică. Cel mai bun tratament este acela care evită histerectomia și păstrează fertilitatea pacientei.

Cuvinte-cheie: sarcină cervicală

Summary. Cervical pregnancy (Case report)

Cervical pregnancy is an extremely rare variety of ectopic pregnancy, but its consequences can be of a grave risk of haemostasis hysterectomy and fertility of a patient. We present the case of a patient with cervical pregnancy in whom curettage exhausted quickly with a severe bleeding which is dangerous not only for health but for the life of the patient, which allowed saving hysterectomy patient. Early clinical diagnosis of cervical pregnancy can be difficult. Despite the fact that the ultrasound has become commonplace, it is not possible always correct diagnosis before the intervention. Taking into consideration that the cervical pregnancy is very rare that there is still no consensus on the best treatment and any recommendations of good practice. The best treatment is to avoid hysterectomy and maintain the fertility of a patient.

Key words: cervical pregnancy

Резюме. Шеечная беременность (клинический случай)

Шеечная беременность является чрезвычайно редкой разновидностью внематочной беременности, однако, ее последствия могут отразиться серьезными на сохранности детородного органа больной. Представляем для разбора случай пациентки с шеечной беременностью, выскабливание полости матки которой осложнилось опасным профузным кровотечением. Надвлагалищная ампутация матки позволило сохранить ее жизнь. Раннее клиническое диагностирование шеечной беременности представляет определенные трудности. Несмотря на широкое применение ультразвукового исследование точный диагноз устанавливается часто лишь при выскабливании полости матки. Принимая во внимание, что шеечная беременность встречается крайне редко, общие принципы диагностики и лечения до сих пор не установлены. Оптимальное лечение направлено на сохранение родоспособности пациентки.

Ключевые слова: шеечная беременность

Introducere. Sarcina cervicală este implantarea oului fertilizat în mucoasa canalului cervical sub orificiul intern [1]. Conform unor surse de literatu-

ră, incidența patologiei constituie de la 0,3-0,4% din cazurile de sarcină ectopică [1]. Prin cauzele evoluției ectopice a sarcinii în colul uterin se enumeră endo-

metrul defectuos ca rezultat al numeroaselor raclaje, procese inflamatorii sau reducerea capacității oului fertilizat către nidație [1]. În opinia altor autori, în aceste cazuri oul se implantează și începe să evolueze în canalul colului uterin [1]. În pofida diverselor opinii, până în prezent etiologia sarcinii cervicale rămâne neelucidată până la capăt, fiind considerată de mai mulți specialiști accidentală [1].

După implantarea oului, trofoblastul traversează cu ușurință mucoasa endocolului, iar prelungirile acestuia pătrund în grosimea peretelui cervical, sărac în fibre musculare, care este destins progresiv și se rupe [6].

Manifestarea clinică de bază a patologiei este hemoragia din căile genitale, care este de diferită intensitate [1]. Diagnosticul de sarcină de col de regulă se stabilește în prezența hemoragiei sau în timpul efectuării avortului medical [1]. Semnele caracteristice ale sarcinii cervicale includ așa-numitul uter în formă de clepsidră sau colul uterin dilatat în formă de „butoiaș” [2]. Examenul ultrasonografic este difinitiv pentru detectarea timpurie a sarcinii cervicale [2]. Sarcina cervicală se poate prezenta drept: 1) masă hemoragică; 2) sac gestațional; 3) prezența produsului de concepție (cu sau fără activitate cardiacă) [3,4]. Mai mulți autori au încercat de a defini criteriile care ar ajuta la diferențierea sarcinii cervicale de sarcinile uterine cu implantare joasă sau în evoluția expulsiei spontane. Utilizarea ultrasonografiei cu 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 avortul spontan în evoluție [3].

Două tehnici clasice pentru înlăturarea sarcinii cervicale sunt chiuretajul și histerectomia. În sarcinile oprite în evoluție, se poate încerca evacuarea acestora prin chiuretaj digital sau chiuretaj blând, urmat de topotament strâns. În majoritatea cazurilor, însă, histerectomia totală cu conservarea anexelor rămâne soluția cea mai sigură pentru salvarea vieții bolnavelor. Histerectomia trebuie să fie indicată drept tratament primar în caz de hemoragie intractabilă, în caz de diagnostic al sarcinii cervicale în al II-lea trimestru și pentru posibilitatea de a evita transfuzia sanguină sau intervenția chirurgicală de urgență la femeile care nu doresc păstrarea fertilității [5]. Pentru a evita însă histerectomia totală, mai ales pentru femeile tinere, diverși autori au imaginat procedee chirurgicale conservatoare, de îndepărtare a sarcinii și asigurarea hemostazei. Astfel, unii autori, recomandă cu țel de stopare a hemoragiei aplicarea primară a suturilor pe colul uterin-orele 3 și 9, apoi înlăturarea sacului sub ghidarea ultrasonografică [1]. În același context Secen

E.I și coautorii (2012), menționează că rezolvarea pozitivă în sarcina ectopică cervicală poate fi obținută prin efectuarea raclajului (cu înlăturarea sacului gestațional), ulterior cu introducerea cateterului 18F Foley pentru controlul hemoragiei. Apoi administrarea a 80 ml de metotrexat. Conform observațiilor, acestor autorii, se menționează că la 4-a zi are loc necroza țesuturilor coriale. În aceeași ordine de idei, autorii afirmă că controlul efectuat peste o lună a nivelului gonadotropină corionică a înregistrat date negative [1]. Se remarcă că după efectuarea acestora, ca și după tamponarea colului, hemoragia survine din nou peste câteva ore, ceea ce adesea conduce la un exod nefast. De aceea, intervenția de elecție este extirparea uterului, care trebuie efectuată în următoarele etape: 1) laparotomie, ligaturarea vaselor; 2) măsuri de reanimare; 3) extirparea uterului. Această, părere, corespunde cu opiniile și recomandările similare expuse în literatura de ultimă oră [1]. Prin urmare, intervenția întârziată este periculoasă prin survenirea decesului din cauza hemoragiei masive. În ultimii ani, conform unor opinii reflectate în literatura de specialitate, există date despre eficacitatea utilizării intra-amnionale și sistemice a metotrexatului în tratamentul sarcinii de col. Acest preparat poate fi utilizat în cazurile necomplicate, în lipsa hemoragiilor, mai frecvent în sarcinile cu termen mic și cu zonă de implantare superficială. De asemenea se menționează că este de perspectivă embolizarea arterelor uterine (ramurilor ascendente și descendente) [1].

Material și metode. Bolnava de 34 de ani s-a adresat cu diagnosticul de trimitere Hemoragie uterină disfuncțională. La internare prezenta acuzele: dureri slabe în regiunea suprapubiană și eliminări sangvinolente din căile genitale, slăbiciune generală, amenoree, semne indirecte de sarcină. Din anamneza bolii s-a constatat că pacienta se consideră bolnavă de 10 zile, când au apărut acuzele sus-numite. Din anamneza ginecologică-obstetricală s-a constatat că menses de la vârsta de 14 ani, ciclul menstrual regulat, menstre cu durata de 4-5 zile, în cantitate moderată, nașteri-0, avorturi-1. Data ultimei menstruații - cu 16 săptămâni în urmă când s-a efectuat chiuretaj uterin în legătură cu avort spontan la termenul de 7-8 săptămâni.

Examinarea obiectivă la internare s-a constatat că starea generală de gravitate medie. Tegumentele și mucoasele – curate, de culoare obișnuită. Limba umezită, curată. Sistemul cardiorespirator - fără particularități. Tensiunea arterială și pulsul în limitele normei. Abdomenul - moale, puțin dur la mișcare. Semnele de iritare a peritoneului negative. Ficatul și splina nu se palpează. Actele fiziologice - în limitele normei. Examenul vaginal s-a determinat că este li-

ber. Colul uterin bombat, canalul cervical este deschis. Uterul-mărit la 6-7 săptămâni de sarcină, dur, mobil, dureros la palpare. Anexele bilateral cu aspect trabecular. Fornixul posterior liber, dureros. Eliminările din vagin sunt sangvinolente, abundente. Examenul paraclinic- analiza generală de sânge, analiza generală de urină, ECG - fără particularități. Examenul ultrasonografic intrauterin s-a determinat sarcină 8-9 săptămâni stagnată în evoluție cu hematoame și cheaguri sangvine intrauterin și endocervical. Pacienta s-a internat în secția ginecologică a IMSP CNȘPMU cu diagnosticul - Avort spontan incomplet la termenul 6-7 săptămâni de sarcină; metroragie. S-a luat decizia de efectuare a chiuretajului cavității uterine cu scop hemostatic după indicații vitale, de inițiat tratament antibacterian, antiinflamator. Acordul pacientei a fost primit. În timpul chiuretajului uterin din canalul cervical s-a început o hemoragie abundentă. Tentativa de a tampona canalul cervical a eșuat. Pe peretele lateral a colului uterin din stânga a fost clemat cu 2 pense cu scop hemostatic. Hemoragia totală ajungând la 1500 ml, TA-40/20. Având în vedere hemoragia abundentă, starea gravă a pacientei, lipsa efectului tratamentului hemostatic, pacienta a fost transferată în sala de operație pentru tratament chirurgical radical în mod urgent cu diagnosticul - sarcină cervicală; metroragie; șoc hemoragic; anemie acută posthemoragică. Intervenția chirurgicală a fost efectuată sub acoperirea unei reanimări majore. S-a efectuat laparotomie mediană inferioară, histerectomie totală fără anexe. La revizie în bazinul mic s-a determinat uterul mărit la 7 săptămâni, moale, mobil, anexele bilateral fără schimbări patologice, în regiunea istmului din stânga în parametru s-a depistat o formațiune cu contur neclar 4,0 x 5,0 cm, cianotică, moale la palpare. Pe etape s-a izolat colul uterin și pe stânga, la nivelul istmului cu trecere în parametru, s-a depistat oul fetal cu țesut placentar. Hemoragia în timpul intervenției - 400 ml. Pe pacusul intervenției s-a aplicat tratament infuzional, transfuzional cu plasmă proaspătă congelată și concentrat eritrocitar cu scop hemostatic și restabi-

lirea volumului circulator. La sfârșitul intervenției paciente la VMC cu tensiunea arterială 90-100/60-70 mmHg, pulsul-84 b/min pe Adrenalin 0,1 mcg/kg/min s-a transferat în secția terapie intensivă pentru continuarea tratamentului reologic, antibacterian, analgezic, spasmolitic, hemostatic.

Rezultate obținute. Perioada postoperatorie a evoluat fără particularități. La a 3-a zi a fost transferată în secția ginecologică pentru supraveghere și continuarea tratamentului infuzional, antibacterian, spasmolitic, analgezic. La a 10-a zi a fost externată în stare satisfăcătoare (Hb-101 g/l, er-3,2 10⁹/l și L-4,2 10¹²/l) cu recomandări - supravegherea medicului de familie, tratament antianemic.

Discuții și concluzii. Evoluția sarcinii ectopice cervicale induce o patologie ginecologică frecvent asimptomatică, cu consecințe grave și severe determinate de riscul hemoragiei abundente, indolore, inclusiv la termen mic sau evaluate în avort spontan, la care tratamentul de elecție este în exclusivitate chirurgical, constând în histerectomie. În lipsa hemoragiilor și în sarcini la termen mic nu se exclude utilizarea metrotretaxului sub controlul gonadotropinei corionice.

Bibliografie

1. Cernetchi O., Ștemberg M., Petrovici V. *Sacină ectopică cervicală: particularități clinico-morfologice evolutive și aspecte de tratament.* Buletin perinatalogic, Chișinău, 2012, N1: 37-44.
2. 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.
3. Benson C.B, Doubilet P M. *Strategies for conservative treatment of cervical ectopic pregnancy.* Ultrasound Obstet Gynecol 1996;8: 371-372.
4. Ushakov F. B. Elchalal U., Aceman P. J., Schenker J. G. *Cervical pregnancy: past and future.* Obstet Gynecol Surv 1997; 52: 45-59.
5. C. Cardaniuc, M. Surguci, V. Friptu, V. Mămăligă, C. Ostrofeț *Abdomenul acut cauză ginecologică,* Chișinău, 2010:79.
6. Vîrtej P. *Ginecologie,* București 2002: 542.