

Managementul gravidelor cu malformații uterine congenitale - prezentare de cazuri -

Octavian Munteanu¹,
Luiza Rădulescu²,
Oana M. Bodean¹,
Diana C. Secară¹,
Irina A. Horhoianu¹,
Monica M. Cîrstoiu¹

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie al Spitalului Universitar de Urgență București
2. Disciplina Biochimie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Carol Davila", București

Correspondență:
Octavian Munteanu
e-mail: octav_munteanu@yahoo.com

Abstract

Introduction. Congenital malformations of the uterus appear due to fusion and/or resorption defects of the Mullerian paramesonephric ducts, throughout the organogenesis. The incidence of uterine malformations is difficult to appreciate because of the asymptomatic or paucisymptomatic evolution which involves most of the cases. From a reproductive point of view, the most frequent complications in patients with congenital uterine malformations are: infertility, spontaneous abortion, premature delivery or dystocic labor. **Case reports.** We report and discuss the ante-, peri- and postpartum management of five patients diagnosed with congenital uterine malformations. **Conclusions.** There is no established follow-up protocol for pregnant patients diagnosed with congenital uterine malformations; therefore the peri-, intra- and postnatal management must be individualized, in order to minimize the risk of spontaneous abortion, dystocia and premature labor. **Keywords:** congenital uterine malformations, individualized management

Rezumat

Introducere. Malformațiile congenitale ale uterului apar prin defecte de fuziune și/sau resorbție ale ductelor paramezonefrotrice Muller, în cursul organogenezei. Incidența malformațiilor uterine este greu de apreciat din cauza evoluției asimptomatice sau paucisimptomatice în cele mai multe cazuri. Din punctul de vedere al reproducerii, cele mai frecvente complicații ale pacientelor cu malformații uterine congenitale sunt: infertilitatea, avortul spontan, nașterea prematură sau travaliul distocic. **Prezentarea cazurilor.** Prezentăm managementul ante-, peri- și postpartum a 5 gravide diagnosticate cu malformații uterine congenitale. **Concluzii.** Nu există un protocol de urmărire a gravidelor cu malformații uterine congenitale, managementul peri-, intra- și postnatal trebuie individualizat, în vederea minimalizării riscului de avort spontan, distocie și naștere prematură. **Cuvinte-cheie:** malformații uterine congenitale, management individualizat

Introducere

Malformațiile congenitale ale uterului apar prin defecte de fuziune și/sau resorbție ale ductelor paramezonefrotrice Muller, în cursul organogenezei^(1,2,3,4). American Society of Reproductive Medicine clasifică aceste anomalii în șapte clase⁽⁵⁾:

Clasa I - hipoplazie/agenzie mulleriană completă sau segmentară (vaginală, cervicală, uterină, tubară sau combinații)

Clasa II - uter unicorn - cu următoarele subclase:

- Corn uterin rudimentar cu endometru hormosensibil ce comunică cu cavitatea uterină
- Corn uterin rudimentar cu endometru hormosensibil ce nu comunică cu cavitatea uterină
- Corn uterin rudimentar fără endometru, care nu comunică cu cavitatea uterină
- Uter unicorn prin agenzie cornuală contralaterală

Clasa III - uter didelf

Clasa IV - uter bicorn (complet sau parțial)

- complet bifurcat (bicollis)
- parțial bifurcat (unicollis)

Clasa V - uter septat

- sept complet (extins și în interiorul cervixului compartimentându-l)

■ sept parțial (localizat doar la nivelul corpului uterin și care permite comunicarea între cele două cavități astfel formate)

Clasa VI - uter arcuat

Clasa VII - anomalii după expunerea la dietilstilbestrol - cavitate uterină în formă de T cu sau fără coarne dilatate

Deoarece dezvoltarea aparatului genital este comună cu cea a aparatului urinar (origine mezodermală comună) în 25% din cazuri, malformațiile congenitale ale uterului sunt însoțite de anomalii ale sistemului excretor^(6,7).

Totuși incidența reală a malformațiilor uterine este greu de apreciat, din cauza evoluției asimptomatice sau paucisimptomatice în cele mai multe cazuri. Chan și colaboratorii au reevaluat 90 de studii observaționale și au concluzionat că prevalența malformațiilor uterine este de 5,5% în populația generală, de 8% la pacientele diagnosticate cu infertilitate și chiar de 13% la cele cu avorturi spontane în antecedente^(8,9).

Din punctul de vedere al reproducerii, cele mai frecvente complicații ale pacientelor cu malformații uterine congenitale sunt: infertilitatea, avortul spontan, nașterea prematură sau travaliul distocic în situațiile în care sarcina a evoluat până la termen^(10,11,12,13,14).

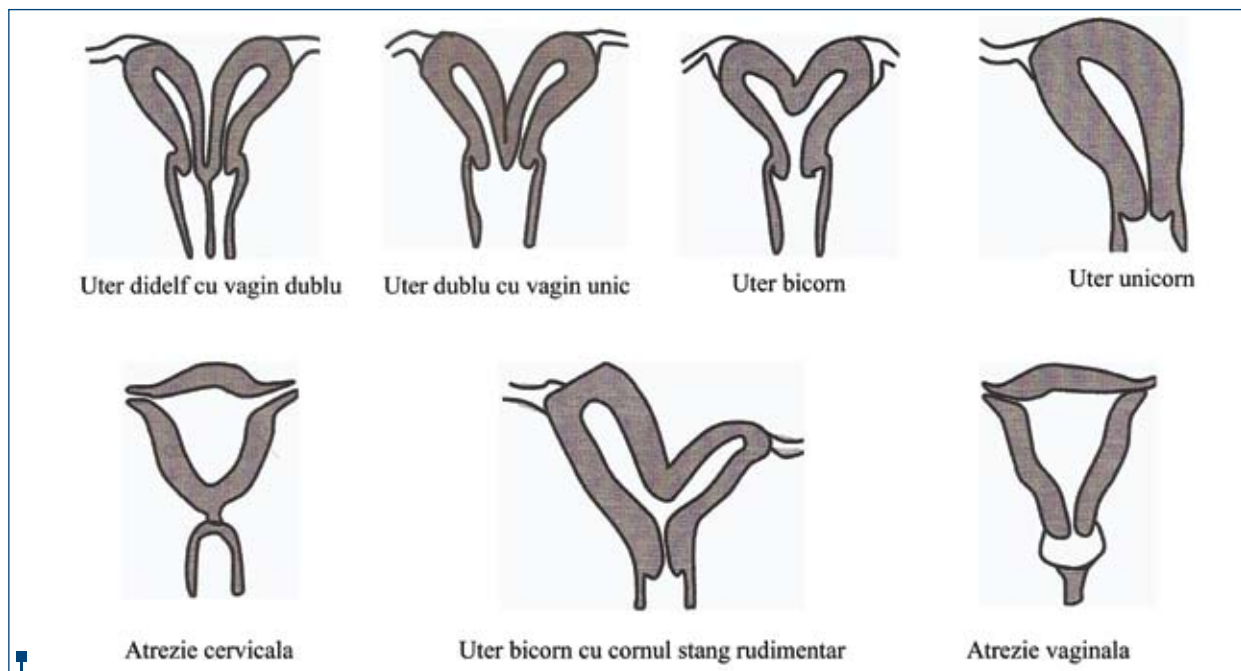


Figura 1. Principalele tipuri de malformații uterine (modificat după Sadler T. W. - Langman's Medical Embriology, 2008)

Prezentarea cazurilor

Prezentăm managementul ante-, peri- și postpartum a 5 gravide diagnosticate cu malformații uterine congenitale:

Cazul I: Pacienta în vârstă de 32 de ani, V.I.G., I.P., fără antecedente heredocolaterale semnificative și fără istoric de expunere la radiații sau droguri cu potențial malformativ, este luată în evidență la 7 săptămâni de amenoree. Antecedentele personale relevă patru avorturi spontane în primul trimestru de sarcină și un avort terapeutic la 7 săptămâni de gestație din cauza diagnosticului de toxoplasmoză acută (cu ocazia controlului instrumental practicat este diagnosticată cu uter didelf). Pacienta este supusă testelor de screening de prim trimestru și screening trombofilie - este diagnosticată cu trombofilie ereditară prin mutații pe gena MTHFR și astfel primește indicație de anticoagulare cu viză profilactică. În cadrul examenului obstetrical a fost evidențiat cervix dublu. Diagnosticul de uter didelf, cu sac gestațional dezvoltat în cavitatea dreaptă, a fost stabilit în baza examenului ultrasonografic (vezi figurile 2 și 3). Sarcina a avut o evoluție normală (grevată doar de contracții uterine nesistemizate, dar care au cedat la tratament tocolitic corespunzător) până în săptămâna 34, atunci când pacienta fost internată în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București pentru membrane rupte spontan. La 14 ore după internare a fost extras prin operație cezariană pentru proba de travaliu negativ - distocie dinamică făt viu, masculin, G = 2.510 g, L - 48 cm și un scor Apgar 8.

Cazul II: Pacienta în vârstă de 29 de ani, I.V.G., I.P., fără antecedente heredocolaterale semnificative și fără istoric de expunere la radiații sau droguri cu potențial malformativ, este luată în evidență la 12



Figura 2. Aspect ecografic de uter dublu, cu sac gestațional în cavitatea dreaptă și decidualizarea cavității stângi în trimestrul I de sarcină (cazul I)



Figura 3. Aspect ecografic la aceeași pacientă în trimestrul II (cazul I)



Figura 4. Aspect ecografic de uter unicorn - cazul II



Figura 5. Aspectul intraoperator al uterului la aceeași pacientă

săptămâni de amenoree. Din istoricul ei medical subliniem: 3 avorturi spontane înaintea vârstei de 11 săptămâni de gestație și diagnostic de uter unicorn (vezi figurile 4 și 5) chiar de la prima sarcină. Pacienta este supusă testelor uzuale de screening, dar și pentru trombofilie. Este diagnosticată cu trombofilie ereditară prin mutație pe genele MTHFR și PAI - astfel pacienta primește tratament antiagregant profilactic până în săptămâna 25 și ulterior anticoagulant cu aceeași viză. În săptămâna 32, ecografic este evidențiată restricția de creștere fetală intrauterină (2 săptămâni) și oligohidramnios. În săptămâna 37, fătul este extras prin operație cezariană pentru suferință fetală acută la debut de travaliu (feminin, G = 2.200 g, L - 47 cm, IA - 7, evoluție postpartum favorabilă).

Cazul III: Pacienta în vârstă de 36 de ani, V.G, I.P, diagnosticată cu uter didelf de la prima sarcină, este luată în evidență și supusă testelor de screening la 6 săptămâni de amenoree. Diagnosticul pozitiv de endometrioză pelvină

este singurul element notabil din antecedentele personale patologice ale acesteia. Din antecedentele personale fiziologice reținem istoric de 4 avorturi spontane în primul trimestru de sarcină. Evoluția sarcinii s-a complicat cu contracții uterine începând cu săptămâna 19, însă datorită tratamentului tocolitic eficient, sarcina a ajuns la 33 de săptămâni, atunci când, din cauza ruperii premature a membranelor amniotice și a prezenței transverse, se decide extragerea fătului prin operație cezariană (făt viu, masculin, G = 2.350 g, L - 47,5 cm, IA - 8, evoluție postpartum favorabilă).

Cazul IV: Pacienta în vârstă de 26 de ani, I.G., I.P., diagnosticată cu duplicație pielocaliceală bilaterală, este luată în evidență la 8 săptămâni de amenoree. În cadrul examenului obstetrical se decelează cervix dublu. În urma evaluării sonografice se stabilește diagnosticul de uter didelf (figurile 8, 9 și 10), cu sac gestațional dezvoltat în cavitatea dreaptă. Sarcina a avut o evoluție normală (grevată doar de contracții uterine nesistematizate, dar care au cedat la tratament tocolitic



Figura 6. Aspect ecografic de uter dublu - cazul III



Figura 7. Aspect ecografic la aceeași pacientă la 8 săptămâni de amenoree - se observă sac gestațional în uterul stâng



Figura 8. Aspect ecografic sugestiv de uter dublu - cazul IV

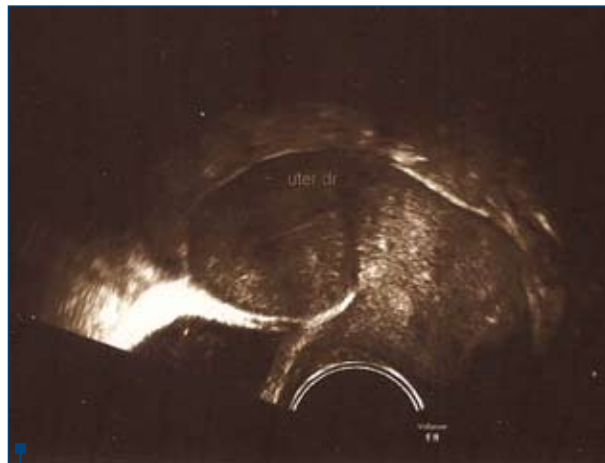


Figura 9. Aspect ecografic sugestiv de uter dublu în cazul IV

corespunzător) până în săptămâna 37. Se extrage prin operație cezariană pentru prezență transversă făt viu, masculin, G = 2.850 g, L - 49 cm și scor Apgar 9.

Cazul V: Pacienta în vârstă de 33 de ani, diagnosticată cu uter unicorn (figurile 11 și 12) și sterilitate primară, obține spontan sarcină după 5 ani. Pacienta este supusă protocolului standard de urmărire a gravidei - sarcina prezintă o evoluție normală până în săptămâna 35,

când, în ciuda tratamentului tocolitic, intră în travaliu. Se extrage prin operație cezariană pentru suferință fetală acută la debut de travaliu făt viu, masculin, cu G = 2.550 g, L - 47,5 cm și scor Apgar 7.

Discuții

Cazurile prezentate relevă importanța diagnosticului precoce al malformațiilor uterine, încă de la prima vizită, în



Figura 10. Aspect ecografic sugestiv de uter dublu, cu sac gestational decelabil în cavitatea uterină dreaptă - cazul IV



Figura 11. Imagine de sac gestațional în uter unicorn - cazul V



Figura 12. Imagine sugestivă de uter unicorn și corn uterin rudimentar deciduatizat - cazul V

vederea unei conduite corespunzătoare ante-, peri- și chiar postnatale a gravidei cu malformații uterine congenitale.

Istoricul de avorturi spontane în primul trimestru de sarcină a fost întâlnit la trei paciente din cele prezentate. La aceste paciente a fost, de asemenea, investigată o altă posibilă cauză a antecedentelor, două dintre acestea fiind diagnosticate cu trombofilie ereditară și s-a decis anticoagulare cu viza profilactică; astfel este dificil de determinat cauza exactă a acestor antecedente, mecanismul fiind probabil multifactorial.

Istoricul de malformație congenitală de aparat urinar a fost întâlnit în cazul IV și cel de infertilitate în cazul V - acestea fiind complicații asociate la pacientele cu malformații uterine congenitale^(6,7,8,9).

Examenul ultrasonografic, și mai ales examinarea transvaginală, efectuat de un medic cu experiență în domeniu, a fost decisiv în stabilirea diagnosticului de malformație uterină congenitală și sarcină, așa cum a fost postulat în mai multe studii și tratate de specialitate^(14,15,16). Cu toate că a fost demonstrat că ecografia 3D crește sensibilitatea și specificitatea diagnosticului^(16,17), aceste paciente nu au fost evaluate ecografic 3D decât în cadrul morfologiilor fetale.

La toate pacientele, sarcina a avut o evoluție normală, complicată cu contracții uterine nesistematizate încă

din trimestrul II, dar care au cedat la tratament tocolitic corespunzător, probabil datorită și anomaliilor uterine structurale din acest lot evaluat. Cu toate că ritmul vizitelor din cadrul protocolului de urmărire a gravidei a fost mai mare în cazul acestor paciente, mai ales în trimestrul III, patru din cele cinci femei au născut prematur; aceasta fiind o complicație demonstrată în cadrul a numeroase studii^(10,11,12,13,14). Totuși, pacienta din cazul IV a născut la termen.

În cazul tuturor pacientelor, fătul a fost extras prin operație cezariană, în trei cazuri pentru distocie - o altă complicație demonstrată a pacientelor cu malformații uterine congenitale^(10,11,12,13,14), însă în două cazuri pentru suferință fetală acută la debut de travaliu.

Evoluția feților a fost favorabilă datorită colaborării complexe, dar eficiente între echipa de obstetrică-ginecologie și echipa de neonatologie.

Concluzii

Nu există un protocol de urmărire a gravidelor cu malformații uterine congenitale, managementul peri-, intra- și postnatal trebuie individualizat, în vederea minimalizării riscului de avort spontan, distocie și naștere prematură. ■

Bibliografie

- Sadler T.W. - Langman's Medical Embryology; 10th Edition; Lippincott Williams & Wilkins; 2005; 229:256.
- Moore K.L. - The Developing Human - Clinically Oriented Embryology; 8th Edition; Saunders Company; 2008; 243:284.
- Andronescu A. - "Anatomia dezvoltării omului - Embriologie Medicală"; Editura Medicală; București; 1987.
- Zanoschi Ch. - Embriologie generală, Editura UMF; Iași; 1997.
- The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, müllerian anomalies and intrauterine adhesions; Fertil Steril; 1988; 49(6): 944-955.
- Golan A., Langer R., Bukovsky I., Caspi E. - Congenital anomalies of the müllerian system; Fertil Steril; 1989; 51(5): 747-755.
- Li S., Qayyum A., Coakley F. V., Hricak H. - Association of renal agenesis and müllerian duct anomalies; J Comput Assist Tomogr; 2000; 24(6): 829-834.
- Saravelos S.H., Cocksedg K.A., Li T.C. - Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal; Hum Reprod Update. 2008, 14(5): 415-429 .
- Chan Y.Y., Jayaprakasan K., Zamora J. et al. - The prevalence of congenital uterine anomalies in unselected and high-risk populations: a systematic review; Hum Reprod Update. 2011; 17(6):761-771.
- Lin P.C. - Reproductive outcomes in women with uterine anomalies; J Womens Health (Larchmt); 2004; 13(1):33-9.
- Fatum M., Rojansky N., Shushan A. Septate uterus with cervical duplication: rethinking the development of müllerian anomalies. Gynecol Obstet Invest. 2003;55(3):186-188.
- Michala L., Cutner A., Creighton S.M. - Surgical approaches to treating vaginal agenesis; BJOG; 2007; 114(12):1455-1459.
- Rock J.A. - Surgery for anomalies of the müllerian ducts. In: Tompson J.D., Rock J.A., eds. - Te Linde's Operative Gynecology; 9th edition; Lippincott Williams & Wilkins; 2003: 705.
- Ribeiro S.C., Tormena R.A., Thais Villela Peterson, et al - Mullerian duct anomalies: review of current management Sao Paulo, Med J; 2009; 127(2):92-6.
- Pellerito J.S., McCarthy S.M., Doyle M.B., Glickman M.G., DeCherney A.H. Diagnosis of uterine anomalies: relative accuracy of MR imaging, endovaginal sonography, and hysterosalpingography; Radiology; 1992; 183(3):795-800.
- Kurjak A., Chervenak F.A., Vlădăreanu R., - Tratat de ultrasonografie în Obstetrică Ginecologie, Donald School, A treia ediție, Editura Medicală Amaltea, București, 2012, 746-806.
- Ferreira A.C., Mauad Filho F., Nicolau L.G., Gallarreta F.M.P., Paula W.M., Gomes D.C. - Three-dimensional ultrasound in gynecology: uterine malformations; Radiol Bras; 2007; 40(2):131-136.