

## TRISOMIA 21 - DE CE AVEM NEVOIE DE STANDARDIZAREA ECOGRAFIEI - ARGUMENTE PRO?

A.A. Simionescu, Gh. Peltecu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Filantropia, București

Incidența sindromului Down în România, la naștere rămâne constantă, conform Organizației Mondiale a Sănătății de 1/740 sarcini în 2009 la gravidele nou luate în evidență și teoretic monitorizate. Introducerea depistării serice și ecografice cu calculul de risc din trimestrul 1 asociat cu depistarea malformațiilor ecografice din trimestrul 2 selectează o populație cu risc crescut pentru sindromul Down careia i se recomandă efectuarea cariotipului fetal. ADN-ul fetal liber din sângele matern poate fi recomandat pentru paciențele cu risc intermediar calculat. În spitalul nostru ecografia din trimestrele 1 și 2 se efectuează în

conformitate cu cerințele actuale, de către practicieni certificați FMF. Ne propunem să prezentăm semnele ecografice din trimestrele 1 și 2 care impun efectuarea cariotipului fetal și experiența noastră în cazuri incerte care s-au dovedit a avea sindromul Down: os nazal prezent, transluțența nucală sub 95 percentilă, calculul de risc în afara zonei cu risc crescut, stomac prea mic. În concluzie, sindromul Down rămâne o patologie dificil de depistat ecografic, fiind necesară standardizarea pentru efectuarea măsurătorilor în trimestrul 1 și pentru analiza coerentă în trimestrul 2.

## GEMENII MONOCORIONICI - ÎNTRE ARMONIE ȘI DIZARMONIE (MANAGEMENTUL TTTS, TAPS, TRAP)

Ilinca Gussi, Alina Ursuleanu, Hadi Rahimian

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Cantacuzino, Maternitatea Regina Maria București

**Background:** Tabloul sarcinii gemelare monocorionice este astăzi considerat complet diferit de cel al sarcinii gemelare bicorionice, diferențele între cele două entități fiind la fel de mari cu cele între o sarcină unică și o sarcină multiplă.

**Metoda:** Punerea în evidență a complicațiilor specifice sarcinii gemelare monocorionice, respectiv TTTS (sindromul transfuzor-transfuzat), TAPS (twin anemia polycythemia sequence) și TRAP (twin reversed arterial perfusion), între cazurile de sarcină monocorionică monitorizate în ultimii cinci ani în Maternitatea Cantacuzino și Regina Maria din București.

Se discută criteriile specifice de diagnostic neinvaziv al complicațiilor

specifice sarcinii gemelare monocorionice și a modalităților de supraveghere și tratament, care pentru cazurile noastre au inclus: fotocoagularea laser a anastomozelor placentare, amniodrenaje repetate, fotocoagularea de cordon.

**Concluzii:** Pe lângă de acum cunoscutul sindrom transfuzor-transfuzat, trebuie cunoscute și identificate și cazurile de sIUGR (restricție selectivă de creștere a unui geamăn), precum și celelalte complicații specifice monocorionicității ca TAPS și TRAP, pentru a le oferi o monitorizare și tratamente adecvate și pentru a facilita terapia neonatală a acestor gemeni.

## CORDUL FETAL DINCOLO DE ARHITECTURĂ - EXPLORAREA FUNCȚIEI PRIN INDICELE DE PERFORMANȚĂ MIOCARDICĂ

Cosmin Mihailescu, Ilina Gussi, Bogdan Marinescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Cantacuzino, Spitalul Clinic Panait Sârbu, București

**Background:** De la introducerea ecocardiografiei în monitorizarea sarcinii, s-a adunat experiență în detecția defectelor structurale ale cordului fetal ajungându-se de la o detecție raportată de 50% la începutul anilor 2000, la o detecție a malformațiilor cardiace fetale de peste 90% în centrele dedicate ecocardiografiei fetale.

Cu toate acestea, progresul este limitat în înțelegerea funcției cardiace fetale și mai ales a modificărilor subtile ale acesteia, fie adaptative, fie patologice.

**Metoda:** Am aplicat metodele de explorare a performanței sistolice globale a cordului care au fost validate pentru explorarea fătului, respectiv indicele de performanță miocardică Tei index, după metodele Friedman și cea rafinată de Hernandez-Andrade, pe o

populație de gravide low-risk cross-sectional.

Punem în discuție metodologia obținerii indexului Tei fetal, aplicabilitatea practică și potențialul acestor explorări ca markeri precoce de deteriorare în complicații fetale care rămân deocamdată neînțelese cum ar fi afectarea fătului în diabetul insulino-dependent matern sau în boli de sistem ca lupusul matern.

**Concluzii:** Este previzibil că, după explorarea detaliată a arhitecturii fetale, vom face pasul logic către o mai bună definiție și monitorizare a funcției acesteia. În acest sens explorarea indicelui de performanță miocardică fetală este primul pas în definirea funcției sistolice globale și o potențială cale de a anunța precoce deteriorarea fătului pentru a îi da o șansă în plus.

# ASPECTE ECOGRAFICE ALE PATOLOGIEI CORDONULUI OMBILICAL

Roxana Bohilțea, Monica Cîrstoiu, Viorica Rădoi, Alexandru Baroș, Laurențiu Camil Bohilțea

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

**Obiective:** Screening-ul fetal ultrasonografic trebuie să includă evaluarea cordonului ombilical în vederea unor posibile anomalii cum ar fi: torsiunea de cordon ombilical, circulara de cordon, anomalii de lungime și grosime ale cordonului, anomalii de inserție placentară, anomalii vasculare și tumorile primare ale cordonului. Aceste condiții pot fi asociate cu anomalii fetale, anomalii cromozomiale și restricție de creștere intrauterină. În acest studiu prezentăm o descriere și o analiză a diagnosticului ecografic și a conduitei în cazul anomaliilor majore ale cordonului ombilical, având în vedere cunoștințele actuale cu privire la aspectele fiziologice și patologice ale fiecăreia dintre acestea.

**Metode:** În cadrul Spitalului Universitar de Urgență București a fost efectuat un studiu retrospectiv, pe o perioadă de trei ani. În urma studiului s-au descoperit: 18 cazuri de arteră ombilicală unică, 6 cazuri de inserție velamentoasă a cordonului, trei dintre acestea asociindu-se cu aderență placentară anormală, placentă praevia parțială și unul cu vasa praevia, 16 cazuri cu cel puțin dublă circulară pericevicală, 7 cazuri cu noduri adevărate de cordon ombilical din care 2 cazuri nediatectate ecografic, 5 cazuri de chisturi

adevărate de cordon și trei cazuri de dilatație a venei ombilicale fetale intraabdominale. Este foarte probabil ca o sarcină care prezintă anomaniile ale cordonului ombilical să aibă complicații precum polihidramnios, naștere prematură sub 34 săptămâni, greutate mică la naștere, operația cezariană pentru suferință fetală, moarte perinatală, internare la TINN și anomalii placentare, comparativ cu o sarcină cu cordon ombilical normal.

**Concluzii:** Susținem faptul că detectarea prenatală a anomaliilor cordonului ombilical va reduce numărul de cezariene de urgență și moartea fetală intrauterină.

Nașterea unui făt în condiții de siguranță, ecocardiografia fetală și analiza cariotipului ar trebui propuse în funcție de riscul asociat fiecărei anomalii de cordon ombilical.

Ecografia Doppler are un rol important în evaluarea și diagnosticul anomaliilor vasculare ale cordonului, în timp ce ecografia Doppler 3D/4D a cordonului ombilical fetal și a vascularizației abdominale permite o acuratețe mare în ceea ce privește diagnosticul anomaliilor vasculare.

# INFECȚIA ACUTĂ CU LISTERIA MONOCYTOGENES LA GRAVIDĂ ÎN TRIMESTRUL AL III-LEA DE SARCINĂ - PREZENTARE DE CAZ

Mihaela Boț, Simona Vlădăreanu, Simona Daniela Popescu, Corneliu Petre Popescu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias București, Spitalul de Boli Infecțioase și Tropicale V. Babeș

Listeria Monocytogenes este un cocobacil Gram pozitiv, foarte răspândit în natură, pe întregul glob, în timp ce listerioza ca boală este rară. Incidența infecțiilor umane este dificil de stabilit, majoritatea evoluând inaparent. Transmiterea infecției de la animale la om se realizează în principal pe cale digestivă, prin consumul de alimente contaminate.

Gravidele se infectează cel mai frecvent în trimestrul III de sarcină, datorită scăderii imunității de tip celular înregistrată în această perioadă. Infecția se poate transmite transplacentar la făt (pe cale hematogenă) sau în cursul travaliului prin secrețiile vaginale contaminate.

Diagnosticul de certitudine al infecțiilor cu Listeria Monocytogenes se stabilește prin izolarea germenului în cultura, din sânge, lichid amniotic sau secreții vaginale.

Serologia Listeria detectează răspunsul imunologic față de Listeria Monocytogenes și poate stabili diagnosticul de infecție acută (dacă se interpretează în context clinic) și de asemenea are rolul de a monitoriza răspunsul imun în dinamică (seroconversie).

Vom prezenta cazul unei gravide primipare, 33 ani, din mediul urban,

cu status socio-economic ridicat, cu sarcină în evoluție 36 săptămâni de amenoree, dispensarizată și monitorizată pe tot parcursul acesteia, care a fost spitalizată în Clinica Obstetrică Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență Elias București pentru CUD nesistematizate. Biologic la internare s-a constatat leucocitoza marcată 31.000/mm<sup>3</sup>. S-a instituit antibioterapie i.v. cu cefalosporine generația a III-a 3g/zi și antispastice i.m.

La 24 de ore de la internare, gravida intră în travaliu, iar pe durata de 9 ore a acestuia prezintă un croșet febril. Naște un făt viu masculin 2210g, IA 6/8, care la 1 ora postnatal dezvoltă un episod febril, sindrom funcțional respirator, cu acidoză respiratorie importantă, radiologic constatându-se imagini sugestive pentru pneumonie congenitală necesitând intubație orotraheală și ventilație mecanică. Evoluția nou-născutului a fost nefavorabilă cu deces la 6 ore postnatal.

Rezultatele culturilor materne (placentară și hemocultură) și ale nou-născutului (hemocultură) au fost pozitive pentru Listeria Monocytogenes.

Lăuza a urmat tratament specific cu ampicilina 8g zi/iv 4 săptămâni în clinica de boli infecțioase V. Babeș, cu evoluție favorabilă.

## REZULTATELE EVALUĂRII FETALE COMPLEXE LA SFÂRȘITUL PRIMULUI TRIMESTRU DE SARCINĂ - EXPERIENȚA SPITALULUI CLINIC FILANTROPIA

AM Vayna, A Veduta, S. Duta, F Nedelea, A Simionescu, M Bari, G Peltecu

Spitalul UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Obstetrica si Ginecologie Filantropia, București

Prezentăm experiența echipei de la Spitalul Clinic Filantropia din București în ceea ce privește diagnosticul precoce în primul trimestru de sarcină a anomaliilor cromozomiale și a defectelor structurale fetale.

Populația noastră de screening este reprezentată de 3489 sarcini, respectiv 3558 embrioni, la care riscul pentru anomalii cromozomiale a fost calculat pe baza testului combinat de trimestru I, între octombrie 2009 și martie 2014. Testarea diagnostică invazivă a fost efectuată, după consiliere, în cazurile în care riscul calculat a fost crescut. Rezultatul sarcinii din punct de vedere genetic (euploid / aneuploid) este cunoscut pentru 3100 din aceste cazuri

Riscul calculat a fost mai mare ca 1/100 în 73 de cazuri (2.1%) din populația noastră de screening. Testare invazivă s-a efectuat în 114 de cazuri (3.25%). Am

diagnosticat prenatal 14 cazuri de trisomie 21 (sindrom Down) și alte 8 cazuri de aneuploidii (22 din cele 114 de punctii s-au efectuat la cazuri real pozitive).

În ceea ce privește anomaliile structurale, în urma evaluării detaliate a anatomiei fetale, au fost diagnosticate 44 de cazuri de defecte structurale, din totalul de 52 de cazuri ce ar fi putut fi identificate în primul trimestru de sarcină (rata de detecție de 84%).

Rezultatele noastre arată importanță aplicării consistente a unui algoritm performant complet de screening (formula de calcul de risc FMF, măsurători ecografice efectuate de către operatori certificați, dozări biochimice realizate cu ajutorul unor analizoare acreditate, precum și examinarea detaliată complexă a morfologiei fetale.).

## DIAGNOSTICUL GENETIC DE ULTIMĂ GENERAȚIE ÎN SINDROAMELE MALFORMATIVE FETALE

Florina Nedelea, Ana Maria Vayna, Alina Veduta, Maria Bari, Gheorghe Peltecu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

**Introducere.** Îmbunătățirea permanentă a metodelor de screening pentru anomalii cromozomiale a dus la creșterea ratei de detecție a sarcinilor cu risc crescut precum și la reducerea ratei de rezultate fals pozitive. Izolarea și analiza ADN-ului fetal liber din plasma maternă au deschis însă o nouă abordare în screeningul malformațiilor fetale, aceea a testării genetice noninvasive, cu acuratețe foarte ridicată a celor mai comune sindroame cromozomiale.

În cazul diagnosticului ecografic al sindroamelor plurimalformative fetale precum și familiile cu istoric de afecțiuni genetice rămân o problemă dificil de rezolvat. În astfel de cazuri sunt necesare teste genetice adecvate fiecărui caz astfel încât să poată fi stabilit un diagnostic de certitudine.

**Material și metoda.** În cazurile cu risc crescut care au asociat fie valori crescute ale translucentei nucleare sau malformații cardiace s-a recomandat analiza cariotipului molecular sau arrayCGH (comparative genomic hybridisation).

În cazul prezentei rinichiului polichistic sau în suspiciunea unei displazii scheletice opțiunea de secvențiere genomică de ultima generație, NGS (next generation sequencing), permite analiza concomitentă a mai multor gene și crește astfel rata diagnosticului.

**Rezultate.** ArrayCGH a confirmat etiologia genetică a cazurilor investigate, fiind identificate deleții sau duplicații submicroscopice, stabilind astfel diagnosticul de certitudine. De asemenea prin tehnica NGS s-a stabilit și diagnosticul de boală polichistică renală autozomal recesivă.

**Concluzii.** Investigatiile genetice de ultima generație permit diagnosticul multor sindroame genetice, unele dintre acestea fiind boli rare. Însă numai după cunoașterea diagnosticului se poate stabili cu acuratețe prognosticul fetal, conduita, riscul de recurență și posibilitățile de diagnostic prenatal sau preimplantatinal.

## LIMITELE VACCINĂRII ÎN SARCINĂ

Cătălin Bosoancă, Simona Vlădăreanu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias București

Femeile ar trebui să fie vaccinate împotriva afecțiunilor care pot fi prevenite înainte concepției, în funcție de programul recomandat de imunizare, dar există anumite situații în care este necesară imunizarea și în cursul sarcinii. Vaccinarea în cursul sarcinii, atunci când este indicată, poate preveni morbiditatea și mortalitatea gravidei și a fătului. De multe ori, recomandările anterioare s-au concentrat pe riscurile potențiale ale vaccinării asupra fătului. Sunt disponibile date recente cu privire la absența unui risc crescut de reacții adverse asociat vaccinării în cursul sarcinii și la beneficiile materne și fetale ale acestor intervenții.

Se constată, însă, o scădere a ratelor de imunizare la adulți, o cauză fiind reprezentată de concepțiile greșite cu privire la beneficiile și siguranța vaccinurilor actuale. Pericolul acestor idei neadecvate este amplificat în sarcină, medicii implicați ezitând să administreze vaccinuri în această perioadă, iar pacientele fiind reticente în acceptarea acestora.

Administrarea unui vaccin în cursul sarcinii trebuie să ia în considerare probabilitatea mare de expunere la boală, riscul matern și/sau fetal în cazul infecției și probabilitatea de apariție a reacțiilor adverse în urma imunizării. Beneficiile vaccinării în cursul sarcinii depășesc de obicei riscurile potențiale atunci când probabilitatea expunerii la o anumită afecțiune este mare, când infecția poate constitui un risc pentru mamă sau pentru făt și când vaccinul utilizat are o probabilitate redusă de reacții adverse.

Riscul pentru făt în urma administrării unui vaccin în cursul sarcinii este un risc teoretic. Nu există dovezi care să susțină existența unui risc fetal la administrarea de vaccinuri care conțin virus sau bacterie inactivată sau care au la bază anatoxine. Vaccinurile care conțin virus viu sau atenuat sunt, în general, contraindicate în cursul sarcinii, din cauza riscului teoretic de transmitere a agentului infecțios la făt. Cu privire la imunizarea pasivă în cursul sarcinii, nu s-a observat un risc fetal la administrarea de preparate imunoglobulinice.

# IMPACTUL MODULUI NAȘTERII AȘUPRA OXIGENĂRII CEREBRALE LA NOU-NĂSCUTUL APROAPE DE TERMEN

Nastase Leonard, Silvia - Maria Stoicescu, Gabriel Bănceanu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Polizu

**Obiectiv.** Determinarea saturatiei cerebrale in perioada imediat postnatala la nou-nascutii cu VG 35-37 saptamani si evidentierea diferentelor intre nasterea cezariana de electie si cea vaginala.

**Material si metoda.** Saturatia cerebrala a fost masurata cu spectroscopie cu lumina infrarosu apropiata (Invos 5100 cerebral/somatic oximeter monitor; Somanetics Corp.) in primele 10 minute la nou-nascuti cu VG cuprinsa intre 35 si 37 saptamani. Lotul studiat este format din 10 nou-nascuti extrasi prin operatie cezariana si 10 nou-nascuti pe cale naturala. Au fost exclusi nou-nascutii care au necesitat suport medical.

**Rezultate.** Saturatia cerebrala creste in perioada postnatala imediata si atinge valoarea maxima dupa aproximativ 10 minute de viata. Diferentele intre cele doua moduri de nastere sunt nesemnificative statistic.

**Concluzii.** Stabilirea unor valori de referinta ale saturatiei cerebrale poastnatale poate ghida oxigenoterapia la sala de nasteri la aceasta categorie de nou-nascuti pentru prevenirea hipoxemiei sau hiperoxemiei. Modul nasterii nu afecteaza saturatia cerebrala la nou-nascutii aproape de de termen care nu necesita reanimare neonatala.

# OPERAȚIA CEZARIANĂ ELECTIVĂ - FACTOR ÎNFLUENT ÎN CREȘTEREA INCIDENȚEI SDR LA NOU-NĂSCUȚII CU VG 34-36S

Silvia – Maria Stoicescu, Octaviana Cristea

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Polizu – Clinica Neonatologie

**Obiectivul** acestui studiu este evaluarea incidenței nou-născuților prematuri cu vârsta de gestație între 34 - 36 săptămâni și 6 zile și a sindromului de detresă respiratorie la prematurii aproape de termen extrași prin operație cezariană.

**Material și metodă.** Studiu retrospectiv în care s-au analizat nou-născuții cu vârsta de gestație între 34 săptămâni și 36 săptămâni și 6 zile în Clinica Neonatologie–Departamentul Obstetrică–Ginecologie–I.O.M.C. “Prof. Dr.Alfred Rusescu” în perioada 01 ianuarie 2013-31 decembrie 2013. S-au urmărit vârsta de gestație a nou-născuților, modul nașterii, morbiditatea respiratorie, necesitatea suportului respirator și a administrării de surfactant.

**Rezultate.** În perioada 01 ianuarie 2013–31 decembrie 2013 în Departamentul

Obstetrică-Ginecologie I.O.M.C. “Prof. Dr. Alfred Rusescu” s-a înregistrat un număr de 3094 nașteri, prematurii aproape de termen reprezentând 68,1% din numărul total de prematuri și 12,24% din numărul total de nou-născuți. Sindromul de detresă respiratorie a fost prezent la un procent important de prematuri aproape de termen extrași prin operație cezariană, majoritatea au necesitat aplicarea de CPAP, ventilație mecanică (IPPV, SIMV) și administrare de surfactant.

**Concluzii.** Rezultatele studiului atenționează asupra corelației operație cezariană-SDR. Se impune necesitatea colaborării în echipă perinatală pentru reducerea incidenței SDR la această vârstă.

# PARTICULARITĂȚILE CORDONULUI OMBILICAL LA NOU-NĂSCUȚII CU SUFERINȚĂ FETALĂ

Ramona Mohora, Decebal Hudiță, Silvia - Maria Stoicescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Polizu, Spitalul Clinic Cantacuzino

**Introducere.** Cordonul ombilical face legatura între fat și placenta și are ca rol principal transportul de substanțe nutritive și oxigen de la mama către fat. Orice alterare a caracteristicilor cordonului ombilical, ca de exemplu: lungimea-mai scurt sau mai lung fata de normal, modificari structurale-hematoame, ulceratii, varice, hemagioame, teratoame etc., malformatii arteriovenoase-o singura artera, pot induce suferinta perinatala, asfixia reprezentand cauze de mortalitate si morbiditate ale acestei perioade si pe termen lung. In acelasi timp modificarile aspectului cordonului ombilical pot fi indicatori clinici ai unei patologii cu debut intrauterin-particularitati cantitative, de culoare ale gelatinei Wharton, aspectul macroscopic al vaselor componente - turgescenț, flasc.

**Scop.** Managementul intrapartum al suferinței fetale utilizează și particularitățile cordonului ombilical. În urma hipoxiei progresive în utero rezulta acidoza și implicit asfixie. Deoarece asfixia perinatală reprezintă aprox. 15% din cauzele de mortalitate și morbiditate perinatală, ne propunem studierea cordonului ombilical la nou-nascutii cu suferinta fetala.

**Material și metoda.** Vom analiza prospectiv caracteristicile cordonului

ombilical la nou-nascutii diagnosticati antepartum cu suferinta fetala. Prezentam 2 cazuri clinice cu patologia mentionata, nascuti in I.O.M.C. “Alfred Rusescu”, Departamentul Obstetrică-Ginecologie, Clinica de Neonatologie. Se urmareste anamneza sarcinii, travaliului, expulziei, adaptarea la viata extrauterina a nou-nascutului.

**Rezultate.** Pe parcursul anului 2013, in I.O.M.C. Polizu s-a inregistrat un numar de 3094 nasteri. Dintre nou-nascutii la termen (2711), 2,3% au prezentat suferinta fetala. Nou-nascutii au provenit din sarcini cu patologie (HTA, diabet zaharat, infectii perinatale etc.) și au prezentat: afectarea creșterii (RCIU), lichid amniotic modificat. Modalitatea nasterii la nou-nascutii diagnosticati antenatal cu suferinta fetala a fost preponderant prin cezariana (>90%). Adaptarea intarziata la viata extrauterina a insotit toate aceste cazuri. Exemplificam in cazul clinic prezentate particularitatile cordonului ombilical ce au demonstrat afectarea intrauterina fetala.

**Concluzii.** Particularitatile cordonului ombilical pot orienta gradul suferinței fetale, chiar cand aceasta nu a fost diagnosticata antenatal.

## COMENTARII PRIVIND OPORTUNITATEA CORTICOTERAPIEI ÎN SITUAȚIA IMINENȚEI NAȘTERII PREMATURE ȘI OPERAȚIEI CĂZARIANE PROGRAMATE

Stănculescu Ruxandra, Coroleuca Cătălin, Coroleuca Ciprian

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Urgenta Sf. Pantelimon, București

**Introducere.** Gravidele cu de iminență de naștere prematură la vârstă gestațională cuprinsă între 24-37 săptămâni de gestație pot beneficia de terapie cu corticosteroizi. Raportul cu titlul Born Too Soon publicat de Requejo J în Reprod Health 2013 acordă deosebită atenție problematicii nașterii premature și nou-născutului prematur subliniind efectul benefic al corticoterapiei asupra stării nou-născutului la naștere cât și asupra capacității sale de adaptabilitate perinatală. Interesul pentru acest subiect rezidă în faptul că în lume 1 din 10 nou-născuți sunt născuți înainte de termen astfel încât anual se nasc 15 milioane de prematuri.

**Scop.** Diseminarea în rândul obstetricienilor români a informațiilor oferite de rezultatele ultimelor meta-analize publicate privind particularitățile terapiei cu corticosteroizi în ideea actualizării ghidului de corticoterapie în nașterea prematură conform ultimelor standarde. Material și metodă Analiza rezultatelor meta-analizelor publicate în ultimii opt ani în reviste de prestigiu cu identificarea indicatorilor de reducere a incidenței prematurității și implementarea unei conduite terapeutice profilactice standard pentru îmbunătățirea adaptabilității nou-născutului prematur.

**Rezultate.** Tratamentul cu corticosteroizi este în măsură să reducă incidența riscului de moarte perinatală, instalarea sindromului de detresă respiratorie, apariția hemoragiei intraventriculare, enterocolitei necrozante. De asemenea, corticoterapia contribuie major la scăderea duratei suportului ventilator al nou născutului prematur și perioadei de îngrijire în secția de terapie intensivă neonatală. Tratamentul nu crește riscul de corioamniotită, infecție puerperală sau moarte maternă. Corticoterapia este recomandată și gravidelor cu membrane rupte, hipertensiune arterială indusă de sarcină sau în situații de naștere prematură tardivă.

**Concluzii.** Tratamentul cu corticosteroizi trebuie recomandat sistematic atât gravidelor cu iminență de naștere prematură în intervalul dintre 24-36 săptămâni, cât și gravidelor la termen în situația operației cezariene electivă. Oportunitatea administrării corticoterapiei este acceptată și în situația nașterii sub un interval de 24ore de la inițierea corticoterapiei. Raportările existente ridică semne de întrebare cu privire la beneficiul pe termen lung a repetării periodice a corticoterapiei.

## FACTORI PREDICTIVI ÎN AMENINȚAREA DE NAȘTERE PREMATURĂ

Veronica Stanciu, Cristina Vasiliu, Oana-Maria Bodean, Gabriela Danilet

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

Nasterea prematura, inainte de 37 de saptamani ramane principala cauza de mortalitate si morbiditate neonatala. Desi progresele in terapia neonatala au imbunatatit prognosticul pe termen scurt, nu acelasi lucru se poate spune despre prognosticul pe termen lung. Nasterea prematura este in 50% din cazuri responsabila de dizabilitati neurologice majore la copiii nascuti inainte de 32-34 saptamani.

Intelegerea si cunoasterea factorilor de risc, ai etiologiei si mecanismelor nasterii premature duc la identificarea gravidelor asimptomatice cu risc crescut pentru nasterea inainte de termen.

Managementul nasterii premature, fie ca este vorba de travaliu spontan prematur cu membrane intacte, fie ca este vorba de ruperea prematura a membranelor, este acelasi: preventie, diagnostic si tratament. Include:

- Identificarea timpurie a factorilor de risc (psihosociali, conditii de viata nefavorabile, factori genetici, infectii)
- Diagnosticul nasterii premature
- Identificarea etiologiei
- Evaluarea fatului
- Terapia profilactica pentru prelungirea varstei gestationale, tocoliza cand este necesar
- Reducerea incidentei sindromului de detresa respiratorie, terapia glucocorticoida
- Reducerea incidentei infectiilor intraamniotice, antibioterapia cand este necesar

Mecanismul exact al declansarii nasterii premature nu este cunoscut dar poate include: abrubtio placentae, distensia uterina in sarcina multipla, polihidramnios, incompetenta cervico-istmica, interventii si traume la nivelul colului, malformatii uterine (anomalii muleriene, uter fibromatos), inflamatii cervicale (vaginoza bacteriana), corioamniotita,

infectii materne (infectia tractului urinar) modificari hormonale (mediate de stres matern sau fetal, cauze imunologice (sindrom antifosfolipidic), insuficienta placentara (hipertensiune, diabet insulino-dependent, fumat, consum de alcool, droguri).

Factori de risc pentru nasterea prematura includ factori demografici: varsta materna extrema (sub 17 ani, peste 35 de ani), status scazut socio-economic, greutatea redusa a mamei – BMI <20, conditii de viata (factori de stres), istoric obstetrical de nastere prematura in antecedente (factori de risc major).

Numeroase studii si-au propus identificarea factorilor predictivi pentru nasterea prematura. S-au propus mai multe metode pentru predictia nasterii premature: determinarea estriolului salivar (metoda inefficienta), determinarea fibronectinei fetale in secretia cervico-vaginala, prezenta vaginozei bacteriene, lungimea colului masurata ecografic transvaginal in trimestrul II, determinarea factorilor inflamatori in ruperea prematura de membrane (cresterea nivelului proteinei C reactive), determinarea unui nivel scazut, PAPP-A in trimestrul I (factori predictivi pentru complicatii hipertensive si pentru nasterea prematura). Dintre acestea putine s-au dovedit a fi eficiente. Identificarea gravidei asimptomatice in grupa de risc pentru nastere prematura reprezinta un pas important in incercarea de a reduce rata mortalitatii si morbiditatii perinatale. Viitorul cercetarii il reprezinta studii ce includ fatul, mama dar si interactiunea lor, care isi propun descoperirea mutatiei unei gene ce predisune la nastere prematura.

In prezent, metoda dovedita a fi cea mai eficienta ramane lungimea colului masurata ecografic transvaginal in trimestrul II de sarcina. Studiile arata ca o lungime mai mica de 25 mm, masurata la 18/23 saptamani sau 24/28 de saptamani, reprezinta un indicator al nasterii inainte de termen.

# DIABETUL GESTAȚIONAL - TESTE DE DIAGNOSTIC - CONTROVERSELE ANULUI 2014

**Dr. Iuliana Ceașu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Cantacuzino, București*

În momentul de față este unanim acceptat ca stabilirea diagnosticului de diabet gestațional (GDM) a depășit momentul discuției legate de utilitatea sa, atât din punct de vedere al mamei și a copilului, cât și din punctual de vedere al posibilelor complicații pe termen lung sau scurt. Recent, Asociația Obstetricienilor și Ginecologilor din America (ACOG), a respins criteriile de diagnostic recomandate în 2008 de International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG), criterii aflate în ghidurile din 2014 ale American Diabetes Association (ADA), Organizației Mondiale de Sănătate (OMS) și de către alte asociații și societăți internaționale și naționale. Motivul real al acestei decizii este creșterea costurilor dacă prevalența GDM va crește de la 7-10% la 18% din sarcini în general și va ajunge la 17-25% dintre femeile gravide din SUA. Costurile ridicate rezultă nu numai din diagnostic, dar și din costurile la naștere și de urmărire după naștere. Diferența de cost este dată mai ales de către formele așa numite recent de "mild GDM cases" – "cazuri de GDM moderat". GDM moderat a fost definit recent în cadrul unui studiu randomizat ca valori ale glicemiei la 2 ore după test de toleranță cu glucoză cu 75g între 140 și 198 mg/dL cu o glicemie a jeun sub 140 mg/dL (media de 86 mg/dL) – criterii de diagnostic sub cele ale IADPSG. Rezultatele acestui studiu arată o

scădere cu 66% a complicațiilor serioase realizată prin diagnostic și tratament al GDM. În grupul tratat macrosomia a fost scăzută cu 50% iar preeclampsia cu 30%. Rata de operații cezariene a fost la fel la 1000 femei incluse în cele două grupuri de intervenție și respectiv urmărire de rutină.

Studiul ACHOIS a demonstrat utilitatea identificării și tăării formelor de GDM moderate, diagnosticate folosind criteriile OMS (TTGO de 2 h cu 75g glucoză; 7.8–11.0 mmol/l [140–199 mg/dl]). A fost un studiu care a durat 10 ani, a randomizat 10,000 femei cu diabet gestațional moderat (glicemii între 7.8 și 11.0 mmol/l, 2 h după 75-g oral TTGO, și glicemii a jeun de 7.0 mmol/l) în a primii sfaturi dietetice, monitorizarea glicemiilor și tratament cu insulină pentru a atinge ținta terapeutică de 3.5–5.3 mmol/l (63–95 mg/dl) sau tratament de rutină. Rezultatul a fost o scădere a complicațiilor primare (o evaluare combinată a celor mai grave complicații incluzând distocia umerilor, traumatismul obstetrical la naștere și decesul). Numărul necesar de cazuri care au trebuit să fie tratate pentru a prevenii o complicație gravă a fost de 34. Identificarea GDM se poate realiza numai în timpul sarcinii și se consideră din ce în ce mai mult o problemă de etică medicală realizarea acestui diagnostic.

## TREI ATITUDINI NERECOMANDATE ÎN MANAGEMENTUL SARCINII

**Anca Daniela Stănescu, Liana Pleș**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur, București*

În decursul ultimilor ani, ca urmare a activității impresionante de cercetare și a diseminării rezultatelor obținute în numeroase publicații s-au născut multiple controverse cu privire la anumite atitudini, gesturi medicale sau recomandări în supravegherea sarcinii cu sau fără risc. Ca urmare a unor studii inițiale, uneori chestionabile, au apărut în exercitiul obstetrical curent "cutume" care s-au perpetuat și înradăcinat de-a lungul timpului fără a exista dovezi suficiente ca aceste practici sunt benefice iar în unele situații fără a se demonstra ca ele nu sunt și lipsite de riscuri.

Ne-am propus ca în această lucrare să abordăm trei practici frecvente în supravegherea sarcinii care nu sunt demonstrate ca fiind utile dar care sunt dificil de "eradicat" din mentalitatea curentă a obstetricienilor în România. Acestea sunt:

1. Screeningul pentru trombofilii la pacientele cu istoric de avorturi recurente, morți fetale în utero, abrupțion placentae, preeclampsie sau restricție de creștere intrauterină. În prezent investigarea hematologică pentru detectarea trombofililor congenitale (Anticorpi antifosfolipidici, deficitul de proteina C sau rezistența la proteina S activată, mutațiile genetice PAI, MTHFR etc) este o practică extrem de extinsă în România. Uneori aceste investigații sunt indicate chiar și în absența unui istoric semnificativ sau la primipare. Justificarea investigațiilor este mimetismul și are o conotație comercială importantă. Cu toate acestea în afara sindromului de anticorpi

antifosfolipidici și a deficitului de ATIII nu există studii suficiente care să susțină beneficiile screeningului pentru trombofilii și al tratamentului profilactic cu Heparina în aceste cazuri.

2. Administrarea de progesteron pentru prevenirea nasterii premature la sarcinile gemelare

Comparând rezultatele obținute de mai multe studii nu a rezultat nicio diferență semnificativă între durata sarcinii la femeile care au primit progesteron injectabil (17alfahidroxi caproat de progesteron) și la lotul placebo. Același lucru este valabil și pentru administrarea intravaginală de progesteron.

3. Cerclajul uterin la sarcinile gemelare este încă o practică curentă dar mecanismul responsabil de producerea nasterii premature nu este cel al insuficienței cervicoistimice ci supradistensia uterină. Mai mult plasarea firului de cerclaj în aceste condiții poate grăbi pierderea sarcinii.

Asa cum se încearcă și în alte țări forurile profesionale ar trebui să inițieze un program educativ care să aibă ca scop luarea de către obstetricieni a unor decizii rezonabile în conformitate cu dovezile științifice. Deși în cele mai multe cazuri aceste practici sunt justificate de obstetricieni în cadrul unei atitudini defensive-preventive combaterea lor cu argumente științifice și dovezi poate duce în final la uniformizarea unei atitudini corecte.

## PATOLOGIA ANEXELOR FETALE LA PACIENTA CU DISGRAVIDIE DE ULTIM TRIMESTRU

Anca Alexandru-Florin, Grigoriu Corina, Dumitrascu Mihai, Badiu Alexandru, Negru Alice, Mihart Andreea-Elena

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

Lucrarea prezinta o sinteza a disfuncțiilor și afecțiunilor aparute la nivelul placentei, în contextul mecanismului disgravidiei tardive. În practica medicala sunt binecunoscute anomaliile de forma ale placentei precum și cele ale cordonului ombilical. Anomaliile de forma ale placentei apar ca o consecință a tulburării procesului de formare a placentei din primele săptămâni ale sarcinii și sunt incluse în mecanismul disgravidiei tardive – acționând aici în formele grave: eclampsie, preeclampsie.

Anomaliile de placenta cât și de inserție a cordonului ombilical preced riscul real de complicații majore, deosebi moartea fătului în utero. Prin urmare, având în vedere atât mecanismul disgravidiei tardive cât și tulburările locale și sistemice, materne și fetale, se impune schimbarea atitudinii de supraveghere a sarcinii în ultimul trimestru, având ca scop evitarea complicațiilor grave și în special moartea intrauterină a fătului.

## ECOGRAFIE 2D SI 3D PENTRU DIAGNOSTICUL ANOMALIILOR DE FOSA POSTERIOARĂ - CÂT DE BUNI SUNTEM?

Oana Toader, Ioana Dragan, Daniela Nuti Opreșcu, N. Suci

UMF Carol Davila, IOMC, Spitalul Clinic Polizu, București

Anomaliile de fosa posterioară reprezintă un continuum de leziuni cistice cu punct de plecare din meninge (chisturile arahnoidice, megacisterna magna) și leziuni non-cistice ale cerebelului (Malformația Dandy-Walker și varianta Dandy Walker). Diagnosticul prenatal de certitudine și încadrarea exactă a malformațiilor fosei posterioare reprezintă o provocare pentru practicianul de ecografie de morfologie fetală și constituie la ora actuală motivele de trimitere cel mai frecvent

la departamentul de IRM. Scopul acestei lucrări este să caute care sunt cele mai recente, actuale și cel mai puțin consumatoare de timp tehnici ecografice 2D și 3D care ar putea fi accommodate în practica de zi cu zi pentru diagnosticul anomaliilor de fosa posterioară. Vom arăta că cu o bună înțelegere a structurilor anatomice normale și a unei abordări sistematice diagnosticul prenatal de certitudine poate fi obținut în marea majoritate a cazurilor.

## MONITORIZAREA GRAVIDELOR CU DIAGNOSTICUL DE RESTRICȚIE DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ

M. C. Dumitrascu, A.R. Albu, C. Nenciu, I. A. Horhoianu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

**Introducere:** Alterarea patologică a creșterii fetale - restricția de creștere intrauterină - afectează circa 10% din sarcini și se asociază cu o morbiditate și mortalitate perinatală crescută cât și cu consecințe asupra vieții adulte.

Determinarea unei circumferințe abdominale sau estimarea unei greutate fetale inferioare percentilei 10 pentru o anumită vârstă gestațională sau măsurători seriate ale parametrilor biometrici fetalii sugestive pentru restricție de creștere fetală impun supravegherea sarcinii după un algoritm care include studiul Doppler al teritoriilor vasculare arteriale și venoase și analiza ritmului cardiac fetal la intervale ce variază în funcție de gravitatea cazului în vederea gasirii momentului optim pentru naștere și încercarea diminuării complicațiilor ce deriva din această patologie.

**Material și metoda:** Prezentăm un studiu retrospectiv pe 41 de cazuri de fete care au fost diagnosticate cu restricție de creștere intrauterină în perioada 01.01.2013 – 01.03.2014 cu vârsta de sarcină cuprinsă între

26 săptămâni și 36 săptămâni și 6 zile și modalitățile în care aceștia au fost monitorizați în clinica de obstetrică-ginecologie a SUUB până la momentul nașterii, caracteristicile sarcinilor, comorbiditățile materne asociate.

**Rezultate:** S-au înregistrat consecințele acestei patologii asupra nou-născuților (mortalitate, complicații perinatale) constatându-se că vârsta gestațională și greutatea la naștere sunt parametri care se corelează cu rata de supraviețuire.

**Concluzii:** Identificarea restricției de creștere intrauterină și monitorizarea pacientelor îmbunătățește rezultatele acestor sarcini. Monitorizarea fetilor cu restricție de creștere intrauterină și decizia nașterii ar trebui bazată pe integrarea parametrilor analizei Doppler, analizei ritmului cardiac fetal și a vârstei gestaționale. Cu toate acestea însă, chiar în condițiile unei supravegheri riguroase, complicațiile prematurității suprapuse restricției de creștere intrauterină înregistrează încă un procent crescut de mortalitate perinatală.

# PARTICULARITĂȚILE NAȘTERII LA GRAVIDA HIV POZITIVĂ. EXPERIENȚA SPITALULUI CLINIC DE OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE "PROF. DR. PANAIT SÎRBU" BUCUREȘTI

Mihai Mitran, Doru Pană, Ioana Roșca, Andrei Oncescu, Bogdan Luchian

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu” București

Începând cu anul 1992, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu” este unitatea medicală care consultă, dispensarizează și tratează sarcinile, nașterile și avorturile cu maladii transmisibile, inclusiv HIV, la nivelul municipiului București, SAJ și din județele limitrofe.

În timp, în cadrul Clinicii „Prof. Dr. Panait Sîrbu” am sistematizat și implementat un Protocol obstetrical de prevenire a transmiterii verticale a HIV, care în momentul actual este perfect armonizat cu Ghidul de practică aflat în vigoare.

**Material și metodă.** Scopul acestui protocol a fost de a obține scăderea ratei de transmitere verticală a HIV de la 30-35 %, cât se înregistra până în 2000, pâna la un procent de 2-3%, cât se înregistrează în țările europene dezvoltate. Dezideratul primordial fiind scăderea ratei de

transmitere verticală, mamă-făt, am consacrat operația cezariană ca modalitate de naștere la toate gravidele HIV pozitive, la 38 de săptămâni, pe membrane intacte, în afara travaliului, având ca rezultat scăderea semnificativă a procentului de copii HIV pozitivi rezultați.

**Rezultate.** Rezultatele ultimilor 7 ani sunt cele mai încurajatoare, pe lotul de nașteri prin cezariană transmiterea verticală a fost 0, iar pentru nașterea vaginală a fost de 23,63 %.

**Concluzii.** Urmărirea atentă a evoluției sarcinii, în colaborare cu infecționistul, nașterea prin operație cezariană, terapia complexă antiretrovirală a mamei și fătului, ablactarea, reprezintă principalele mijloace prin care s-a reușit scăderea spectaculoasă a ratei de transmisie verticală a HIV.

## DIAGNOSTICUL PRECOCE DE PREECLAMPSIE - UNDE SUNTEM NOI ACUM?

Daniela Nuti Oprescu, Ioana Dragan, Oana Toader, N. Suciuc

UMF Carol Davila, IOMC, Spitalul Clinic Polizu, București

**Objective:** Preeclampsia este asociată cu rate crescute de morbiditate și mortalitate maternă și fetală și constituie la ora actuală unul dintre cele mai vizitate subiecte de cercetare în domeniul prenatal. Scopul acestei lucrări este să identifice care sunt modele și calculatoarele curente folosite în primul trimestru pentru detectia riscului de preeclampsie precoce și tardivă.

**Metode:** S-au căutat bazele de date medicale PUBMED (1990-2014) și MEDLINE pentru citate relevante, în limba engleză, folosind ca termeni "preeclampsia models", "first trimester screening", "antenatal care", "preeclampsia predictors". Am luat în considerare sensibilitatea și specificitatea diferitelor calculatoare care folosesc markeri de prim trimestru astfel încât să poată prezice preeclampsia precoce și cea tardivă.

**Rezultate:** Mai multe grupuri de cercetare au întreprins proiecte

extinse pentru a identifica strategii care să permită aprecierea riscului de preeclampsie. Cele mai promițătoare proiecte sunt cele care au abordat multiparametrică folosind markeri ecografici, profile demografice materne, măsurători ale presiunii arteriale și markeri biochimici. FMF a realizat un calculator care pentru o rată de 10% fals pozitiv are o rată de detecție pentru preeclampsia precoce și tardivă de 95% și respectiv 55%.

**Concluzii:** Dezvoltarea unui program de screening pentru preeclampsia în primul trimestru de sarcină permite intervenția precoce, o urmărire antenatală personalizată și cercetări țintite pentru prevenție. Concluzia lucrării este că markerii pentru preeclampsie din primul trimestru trebuie să fie documentați și calculatoarele existente ar trebui implementate în practica cotidiană.

## SARCINA ȘI FERTILITATEA DUPĂ CHIRURGIA BARIATRICĂ

Vlad Andrei Traistaru, Radu Vlădăreanu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

Intervențiile chirurgicale bariatrice au devenit din ce în ce mai utilizate datorită eficienței de care dau dovadă în obținerea și menținerea scaderii ponderale la pacienții obezi, precum și în reducerea morbidității asociate cu obezitatea. Peste 80% din intervențiile chirurgicale bariatrice sunt efectuate la persoane de sex feminin, din care aproximativ jumătate se află la vârsta reproductivă. A crescut astfel numărul femeilor care își doresc o sarcină și au suferit un procedeu chirurgical bariatric în antecedente. Creșterea în greutate până la depășirea unui indice de masă corporală de 30 kg/mp, definește obezitatea.

Femeile obeze asociază frecvent anovulație sau oligoovulație, precum și un răspuns nesatisfăcător la tratamentele de fertilitate.

Riscul de apariție a preeclampsiei, diabetului gestational, și macrosomiei este mai mic la femeile care au suferit o intervenție chirurgicală bariatrică înainte de obținerea sarcinii.

Este importantă cunoașterea de către medic a tehnicilor chirurgicale bariatrice, întrucât pacientele trebuie să fie informate și consiliate în legătură cu posibila apariție a complicațiilor, cu atât mai mult în cazul planificării unei sarcini.



## ASPECTE ECOGRAFICE ALE PATOLOGIEI DE CORDON OMBILICAL

**Roxana Bohaltea, Camil Bohaltea, Alexandru Baros, Viorica Radoi, Monica Cirstoiu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București*

Introducere. Cordonul ombilical face legatura între fat și placenta și are ca rol principal transportul de substanțe nutritive și oxigen de la mama către fat. Orice alterare a caracteristicilor cordonului ombilical, ca de exemplu: lungimea-mai scurt sau mai lung fata de normal, modificări structurale-hematoame, ulceratii, varice, hemagioame, teratoame etc., malformații arteriovenoase-o singura artera, pot induce suferința perinatală, asfixia reprezentând cauze de mortalitate și morbiditate ale acestei perioade și pe termen lung. În același timp modificările aspectului cordonului ombilical pot fi indicatori clinici ai unei patologii cu debut intrauterin-particularități cantitative, de culoare ale gelatinei Wharton, aspectul macroscopic al vaselor componente - turgescenț, flasc.

Scop. Managementul intrapartum al suferinței fetale utilizează și particularitățile cordonului ombilical. În urma hipoxiei progresive în utero rezultă acidoză și implicit asfixie. Deoarece asfixia perinatală reprezintă aprox. 15% din cauzele de mortalitate și morbiditate perinatală, ne propunem studierea cordonului ombilical la nou-născuții cu suferință fetală.

Material și metoda. Vom analiza prospectiv caracteristicile cordonului

ombilical la nou-născuții diagnosticați antepartum cu suferință fetală. Prezentăm 2 cazuri clinice cu patologia menționată, născuți în I.O.M.C. "Alfred Rusescu", Departamentul Obstetrică-Ginecologie, Clinica de Neonatologie. Se urmărește anamneza sarcinii, travaliului, expulziei, adaptarea la viața extrauterină a nou-născutului.

Rezultate. Pe parcursul anului 2013, în I.O.M.C. Polizu s-a înregistrat un număr de 3094 nașteri. Dintre nou-născuții la termen (2711), 2,3% au prezentat suferință fetală. Nou-născuții au provenit din sarcini cu patologii (HTA, diabet zaharat, infecții perinatale etc.) și au prezentat: afectarea creșterii (RCIU), lichid amniotic modificat. Modalitatea nașterii la nou-născuții diagnosticați antenatal cu suferință fetală a fost preponderant prin cezariană (>90%). Adaptarea întârziată la viața extrauterină a însoțit toate aceste cazuri. Exemplificăm în cazurile clinice prezentate particularitățile cordonului ombilical ce au demonstrat afectarea intrauterină fetală.

Concluzii. Particularitățile cordonului ombilical pot orienta gradul suferinței fetale, chiar când aceasta nu a fost diagnosticată antenatal.

## ANEMIA FETALĂ PRIN INFECȚIA CU PARVOVIRUS B19 - PREZENTARE DE CAZ

**Cristian Andrei, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

După alloimunizarea Rh, infecția cu Parvovirus B19 este una din cele mai importante cauze de anemie fetală severă și hidrops, datorită tropismului virusului pentru eritrocitele imature din măduva osoasă sau ficatul fetal. La femeia gravidă poate produce avort (6,5%), hidrops și moarte fetală intrauterină, deși multe femei infectate nasc nou

născuți sănătoși fără nici o intervenție. Prezentăm cazul unei gravide al cărei fat a fost diagnosticat la 27 săptămâni de sarcină cu anemie severă ecografie Doppler color la nivelul arterei cerebrale medii fetale și l-a care s-a demonstrat seroconversia pentru Parvovirus B 19 în serul matern.

## MODIFICĂRI STRUCTURALE ȘI METABOLICE DECELAȚE PRIN RM LA NIVELUL SNC AL FEȚILOR CU RCIU

**Vlad Zamfirescu, Simona Vlădăreanu, Andra Gavril, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

RM fetal castiga din ce în ce mai multă importanță în diagnosticul prenatal, fiind a doua metodă imagistică după ultrasonografie. Dezvoltarea SNC poate fi evaluată prin RM fetal cu precizie aproape histologică. Când o anomalie fetală este suspectată la un control ecografic, RM poate fi o metodă suplimentară și eficientă de examinare. RM pentru evaluarea creierului fetal nu este de obicei efectuat până la 22 săptămâni de gestație, dar maturarea normală a creierului fetal poate fi studiată din săptămâna 18. Mai mult de 50% din RM efectuate au ca indicație principală o anomalie a SNC: ventriculomegalie, agenezie de corp calos, anomalii cerebeloase, infecții congenitale, episoade hipoxice acute. RM fetal este superior neurosonografiei

în anumite patologii (hipoxie, ischemie acută, inflamație acută, acumulare de apă parenchimatosa, malformații corticale, mici leziuni de trunchi cerebral și cerebeloase). Studii imagistice de RM au demonstrat anomalii structurale și metabolice în creierul fetilor cu IUGR: scăderea volumului substanței cenușii și a hipocampusului, întârzieri majore în dezvoltarea corticală.

S-au comparat nivelurile de colina, N acetil aspartat, lactat și creatina detectate prin spectroscopie de RM în creierul fetilor normali și ai celor cu IUGR și s-a observat comparativ cu fetii normali că în creierul fetilor cu IUGR N acetil aspartatul este nedetectabil, iar lactatul este mai crescut, în timp ce colina și creatina sunt mai scăzute.

# POLIHIDROAMNIOSUL IDIOPATIC- ÎN RELAȚIE CU SEXUL FĂTULUI

**A.D. Stănescu, R. Bănică, E. Ghindă, Ș. Badea, I. Vâlcea**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur*

**Obiectiv:** Determinarea relatiei dintre polihidramniosul idiopatic și sexul fătului în absența anomaliilor fetale sau materne.

**Metode:** În studiu sunt incluse 295 de gravide cu sarcini unice complicate cu polihidramnios idiopatic (indice amniotic >24 cm), care au născut în clinica noastră din ianuarie 2002 până în decembrie 2012. Au fost incluse doar sarcini care au avut drept rezultat nou-născuți normali. S-a comparat proporția fetilor de sex masculin și de sex feminin din sarcinile complicate cu polihidramnios idiopatic, cu cea din populația generală a nou-născuților din clinica noastră în acea perioadă.

**Rezultate:** În grupul sarcinilor complicate cu polihidramnios idiopatic s-a înregistrat următoarea distribuție în funcție de sexul fătului: 72,9 % de sex masculin și 27,1% de sex feminin. Distribuția în populația generală a fost următoarea: 51,5 % de sex feminin și 48,5% de sex masculin. Indicele amniotic (AFI) mediu a fost semnificativ crescut în grupul fetilor de sex masculin ( $p < 0,001$ ). AFI crescut nu s-a corelat cu vârsta de gestație, circumferința craniană sau cu greutatea fetala estimată (EFW).

**Concluzii:** Polihidramniosul idiopatic este mult mai frecvent în sarcinile cu fete normale de sex masculin decât în cele cu fete de sex feminin.

# TESTUL GENETIC NEINVAZIV PENTRU ANEUPLOIDIILE FETALE

**Mona Zvâncă, Mihaela Boț**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Metodele curente de testare genetică fetală presupun obținerea de mostre de lichid amniotic, placenta, sânge fetal sau, mai rar, tesuturi sau alte fluide fetale. Tehnicile invazive necesare pentru obținerea acestor mostre (amniocenteza, biopsie de vilozități coriale, cordocenteza, puncție ghidată fetoscopic) sunt însoțite de un risc de lezare fetală sau avort. Ca urmare dezvoltarea unei tehnici sigure, rapide, corecte, neinvazive de testare genetică prenatală a reprezentat o preocupare semnificativă a ultimilor ani.

Faptul că materialul genetic fetal se găsește în circulația maternă, este un fapt cunoscut de mulți ani. Acest material genetic este reprezentat

de celule fetale intacte, care au fost primele identificate și utilizate pentru diagnosticul prenatal, dar ele nu reprezintă o alternativă funcțională, deoarece sunt foarte rare și pot persista mult timp după terminarea unei sarcini. În schimb, fragmentele de acizi nucleici liberi (ADN sau ARN) se găsesc din abundență și, având un timp de înjumătățire foarte scurt, sunt specifici sarcinii în curs.

Fragmentele de ADN fetal liber din sângele matern reprezintă în acest moment o opțiune promițătoare pentru diagnosticul fetal, mai ales căci a fost posibilă secvențierea întregului genom uman pe baza acestor fragmente.

# ARTERA SUBCLAVIE DREAPTĂ ABERANTĂ, MARKER ECOGRAFIC PENTRU MALFORMAȚII CARDIACE FETALE

**Mona Zvâncă, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Deși anomaliile de arc aortic sunt relativ frecvente și asocierea lor cu o serie de patologii cromozomiale este clară, mai puțin cunoscută este prezența unei variante aberante a arterei subclavii drepte. Deși o modificare minoră, discretă, lipsită de aparentă semnificație clinică, ea poate fi marker pentru aneuploidii sau malformații cardiace de amploare mai mare.

**Scop:** În primul rând, a demonstra măsura în care acest vas este accesibil vizualizării ecografice de rutină și, în al doilea rând, proporția de asociere cu anomalii cromozomiale sau alte malformații cardiace.

**Material și metodă:** Am realizat o trecere în revistă a datelor existente în literatură pe această temă, a studiilor clinice, precum și a celor anatomo-patologice. În același timp, am cercetat personal

posibilitatea de vizualizare a arterei subclavii drepte, cu depistarea cazurilor aberante la ecografiile de rutină efectuate în intervalele 11 – 14 săptămâni și 20 – 22 săptămâni de sarcină. Astfel, am creat două loturi de studiu, corespunzătoare celor două perioade investigate.

**Rezultate:** În mod surprinzător, rata de vizualizare a arterei subclavii drepte în intervalul 11 – 14 săptămâni a fost 91%, comparativ cu 85% la 20 – 22 săptămâni. Depistarea variantelor aberante și asocierea cu alte anomalii a fost comparată cu datele publicate în literatură.

**Concluzii:** Vizualizarea arterei subclavii drepte se dovedește a fi facilă, atât în varianta sa normală, cât și aberantă și poate fi utilizată precoce, la sfârșitul primului trimestru.

## IMPACTUL NEONATAL AL NASTERII INDUSE VERSUS SPONTANE IN RESTRICTIA DE CREȘTERE INTRAUTERINĂ

**Simona Vlădăreanu, Vlad Zamfirescu, Simona Popescu, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Restricția de creștere intrauterină este definită ca o greutate fetală estimată sau circumferința abdominală sub percentila 10 față de vârsta de gestație. Postnatal, nou-născuții cu greutate sub percentila 10 pe curbele de creștere sunt clasificați ca SGA, adică nou-născuți cu greutate mică la naștere.

Cei mai mulți feteți cu restricție de creștere intrauterină sunt născuți la termen. Restricția de creștere intrauterină după săptămânii 35 de gestație, deși tardivă, este asociată cu creșterea morbidității perinatale precum: suferința fetală, hipoglicemie, convulsii, probleme de adaptare, paralizie cerebrală, afecțiuni cardiovasculare, dar și cu mortalitate perinatală.

Modalitatea de naștere: indusă versus spontană, în scopul ameliorării

incidentei acestei patologii perinatale asociate deficitului de creștere intrauterină are efecte similare, așa cum arată și cele mai recente studii observaționale efectuate. Totuși, în studiul nostru am constatat un număr mai mic de nou-născuți admisi în terapie intensivă în cazul născuților spontane versus induse înainte de 38 săptămâni de gestație, în timp ce rata de admisie după VG > 38 săptămâni a fost comparabilă în cele două grupuri. Acest rezultat sugerează că dacă se decide inducția nașterii, momentul optim este în jurul vârstei de 38 săptămâni de gestație, excepție cazurile cu un risc crescut de complicații perinatale (greutate estimată sub percentila 3, prezența unor anomalii Doppler sau detresa fetală) când inducția poate fi implementată la o vârstă de gestație mai mică.

## POSSIBILITĂȚI REALE DE IMPLEMENTARE A NOII LEGI PRIVIND DECLARAREA NOU NĂSCUTULUI

**Antoine Edu Antoine, Dimitrie Nanu, Cristina Teodorescu**

*UMF Carol Davila, Sp. Clinic Malaxa, Sp. Cl. Bucur*

În urma cu 2 ani, în România, la indicațiile O.M.S., legea declarării ca nou născut a fost modificată în sensul că nou născuții au fost declarați de la o vârstă începând cu 24 de săptămâni. Aceasta lege a fost inspirată din legislația europeană și a fost recunoscută în multe țări din Uniunea Europeană.

Lucrarea vrea să arate consecințele declarării nașterii la 24 de săptămâni pe termen scurt, mediu și lung în literatură.

În România, lucrarea de față, făcută pe baza unei anchete la mai multe maternități din București și din țară, arată părerea specialiștilor privind această lege.

În același timp, prezentarea acestei lucrări în fața forumului ar putea să suscite discuții din partea neonatologilor și obstetricienilor privind modalitățile de implementare a acestei legi.

## SULFATUL DE MAGNEZIU ANTENATAL - NEUROPROTECTOR FETAL: PERSPECTIVĂ OPTIMISTĂ?

**Radu Vlădăreanu, Simona Vlădăreanu, Andrei Chilianu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Paralizia cerebrală, cu o incidență de 3-4 la 1000 de nașteri, cunoaște ca și cauze principale prematuritatea, restricția de creștere intrauterină și infecția intrauterină. Pentru că sulfatul de magneziu acționează ca neuroprotectiv la animalele expuse la injurii hipoxico-ischemice a fost postulată ipoteza că acesta ar exercita acest efect neuroprotectiv și la fetii proveniți din mame tratate cu această substanță pentru preeclampsie sau naștere prematură. În sprijinul acestei idei vin o serie de studii clinice care susțin că expunerea în utero la sulfat de magneziu se asociază cu o scădere a incidenței și severității paraliziei cerebrale la nou-născut. Mecanismul prin care se produce neuroprotecția, deși incomplet elucidat se pare că este rezultatul efectelor antioxidante, reducerea citokinelor proinflamatorii, blocarea

canalelor de calciu, efectul stabilizator de membrană cu creșterea fluxului sangvin cerebral și prevenirea astfel a fluctuațiilor de presiune sangvină. Majoritatea studiilor susțin acest efect neuroprotectiv la administrarea sa între 24 și 32 săptămâni de gestație, peste această vârstă gestațională neexistând studii de mare amploare.

Prin lucrarea de față ne dorim să prezentăm experiența clinicii noastre privind efectul neuroprotectiv al sulfatului de magneziu administrat după săptămâna 34 de gestație la gravidele cu restricție de creștere intrauterină și preeclampsie. Rezultatele pledează pentru administrarea sulfatului de magneziu la gravidele preeclampțice vizând și acest efect neuroprotectiv indirect.

# SARCINA DEPAȘITĂ

**Bogdan Chirculescu, Anca Panaitescu, Gheorghe Peltecu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Filantropia*

**Definiții:** Sarcina depășită (postterm) definește sarcina mai mare de 42 de săptămâni complete.

**Termenul de postdate** definește sarcina ce depășește data probabilă a nașterii (>40 săptămâni).

**Incidență:** Este raportată diferit în funcție de metoda de diagnostic folosită (7,5-1,1%). Ecografia de prim trimestru are cea mai mare acuratețe în diagnostic.

**Consecințe:** Risc crescut de mortalitate perinatală (de doua ori mai mare la 41 S, comparativ cu 39 S). Macrosomie fetală (incidență de până la 20%, comparativ cu 0,8-1% pentru sarcina la termen). Sindromul de postmatunitate (incidență 20% până la 44% în cadrul sarcinilor

postterm asociate cu oligoamnios).

**Risc matern:** incidență crescută a travaliului distocic, al lacerărilor perineale de grad III-IV, dublarea ratei operațiilor cezariene și anxietete. **Conduită:**

Inducerea travaliului în S 41 este asociată cu scăderea mortalității perinatale, comparativ cu managementul expectativ, crește rata de succes a declanșării, fără să modifice incidența operației cezariene.

Conduita expectativa este acceptată în urmărirea sarcinilor necomplicate postterm. Implică monitorizare fetală bisaptămanală prin non-stress test + AFI, profil biofizic, test de stres al contracțiilor + AFI.

## POSSIBILITĂȚI ACTUALE DE REDUCERE A OPERAȚIEI CEZARIENE (O.C.) FĂRĂ A MODIFICA PROGNOSTICUL MATERN SI FETAL

**Antoine Edu, Dimitrie Nanu, Cristina Teodorescu**

*UMF Carol Davila, Sp. Clinic Malaxa, Sp. Cl. Bucur*

Actualmente, procentul operatiei cezariene a crescut in toata Europa dar si in SUA. Aceasta tendinta se manifesta si in Romania, procentul O.C. ajungand in privat la 70-80% si in spitalele publice la 40-50% in functie de tipul de maternitate.

Tendinta mondiala actuala este de reducere a procentului de O.C. atat in Europa cat si in SUA.

Lucrearea de fata, inspirata de mai multe studii nationale privind O.C., cauta sa identifice modalitatile reale de reducere a O.C. fara a avea rezultate negative in prognosticul matern si fetal.

Concluziile lucrarii, inspirate din lucrarile anterioare ale autorilor dar si din literatura actuala de specialitate, pot si trebuie sa fie folosite de catre maternitati dar adaptate la specificul local.

## MOMENTUL ADECVAT INDUCERII TRAVALIULUI

**Andrei Chilianu, Simona Vlădăreanu, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Nașterea înainte de debutul travaliului este indicată atunci când riscurile materne și/sau fetale asociate continuării sarcinii par să depășească riscurile asociate nașterii precoce. În aceste situații opțiunile sunt reprezentate de inducerea travaliului sau operația cezariană.

În ultimii ani se constată o creștere a frecvenței inducției travaliului, creștere bazată pe mărirea numărului de indicații medicale și obstetricale pentru această intervenție. Există numeroase indicații pentru inducția travaliului, însă cele mai frecvente sunt reprezentate de: depășirea termenului, ruptura prematură și/sau precoce de membrane, patologia hipertensivă asociată sarcini, suspiciunea de macrosomie fetală, diabetul matern. Se constată și o creștere a inducțiilor electivă (fără indicație medicală sau obstetricală) practicate pentru a reduce durata sarcinii sau pentru a planifica nașterea.

În luarea deciziei de inducere a travaliului sunt importanți factorii materni, care includ starea de bine a gravidei, evaluarea colului

uterin, paritatea, și factorii fetali, reprezentați de vârsta gestațională, dezvoltarea fetală și starea de bine a fătului.

Beneficiile inducerii travaliului față de continuarea sarcinii nu sunt întotdeauna clare și trebuie comparate cu potențialele riscuri materne și fetale asociate acestei proceduri, iar obstetricienii trebuie să evalueze probabilitatea succesului unei nașteri pe cale vaginală. Inducția travaliului trebuie evitată în cazurile în care există contraindicații pentru travaliu sau pentru nașterea vaginală.

Atunci când este practică pentru indicații corespunzătoare și prin metode adecvate, inducția travaliului este utilă, având beneficii atât materne cât și neonatale.

Obiectivul acestei lucrări este de a prezenta informații cu privire la cele mai frecvente indicații de inducere a travaliului și momentul adecvat utilizării acestei proceduri, bazate pe studiile și evidențele actuale.

## PROGNOSTICUL SARCINII ÎN HIPOTIROIDISM ASOCIAT DIABETULUI ZAHARAT

Manuela Russu, Serban Nastasia, Maria Marțian, Camelia Duțescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Cantacuzino

Obiective: prognosticul sarcinii în asocierea hipotiroidism diabet zaharat (DZ).

Material și metode: analiza retrospectivă a 4 grupe de pacienți: A- hipotiroidism și DZ (10), B- DZ manifest (86), C- hipotiroidism (30), D-control (100); monitorizate de obstetricieni, endocrinologi (TSH, T4 liber, Anticorpi antiroidieni, terapie cu levotiroxină), nutriționiști, neonatologi.

Rezultate. Caracteristicile pacienților: vârsta ( $28,02 \pm 4,49/29,20 \pm 5,60/27,97 \pm 4,74/27,33 \pm 4,54$ ), greutate preconcepțională ( $67,53 \pm 13,73/58,59 \pm 9,27/58 \pm 8,11/55,32 \pm 7,39$ ).

Parametrii primari: vârsta gestațională ( $35,09 \pm 3,05/36,85 \pm 2,71/38,27 \pm 1,61/37,8 \pm 2,21$  săptăm), greutate la naștere ( $3,541 \pm 625/3,411 \pm 825/3,227 \pm 556/3,110 \pm 599,9g$ ), scor Apgar ( $7,48 \pm 2,49/ 8,45 \pm 1,53/8,77 \pm 1,11/8,36 \pm 1,59t$ ); inducția travaliului ( $2 - 20\%/9 -10,47\%/12-13\%/15 -15\%$ ), traseu CTG atipic/anormal:  $6/9/6/5$ ), malformații congenitale (cardiace:  $1/3/0/0$ ; talus valgus/varus:  $6- B$ ; hidrocel:  $5- B$ ); morbiditatea neonatală (SDR:  $1-A;7-B$ ; displazie

bronhopulmonară:  $2-B$ ; enterocolită necrozantă:  $1- A, 2- B$ ); mortalitate perinatală: deces in utero:  $1/4/1/0$ ; deces neonatal:  $1/5/0/4$ .

Operația cezariană (OC) semnificativ mai frecventă când cele 2 patologii endocrine s-au asociat ( $p < 0,01$ ):  $8 - 80\%/50 - 58\%/17 - 57\%/19 - 19\%$ .

Morbiditatea specifică maternă: Creștere ponderală:  $16,77 \pm 5,71/18,45 \pm 5,61/15,51 \pm 8,92/11,95 \pm 4,75kg$ ; Hipertensiune Gestațională/Pre-eclampsie:  $3-30\%/9-10,7\%/3-10\%/10\%$ ; agravarea DZ :  $3-30\%/2- 2,3\%/0/0$ ; hipertiroidism. 0. Internări pentru travaliu prematur:  $5 -50\%/30 -35,4\%/ 10 -33\%/18\%$

Concluzii: incidența hipotiroidismului asociat DZ este mai redusă decât fiecare dintre endocrinopatii (10 cazuri/4.211 nașteri), vârsta maternă, greutatea la naștere mai crescute ( $p < 0,01$ ), prematuritatea mai frecventă, scor Apgar redus ( $p < 0,01$ ); mai numeroase inducții ale travaliului, OC, morbiditatea, mortalitatea perinatală, internațiile materne/neonatale mai numeroase, creștere ponderală maternă mai mare, hipertensiune gestațională, tulburări metabolice mai numeroase, fără hipertiroidism.

## ROLUL ECOGRAFIEI 3D/4D ÎN MALFORMAȚIILE FACIALE

C. Ionescu, D. Gheorghiu, I. Pacu, H. Haradja , Ciprian Coroleuca, M. Banacu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Urgență SF Pantelimon, București

Diagnosticul ecografic al malformațiilor faciale ridică două probleme majore: sensibilitatea scăzută a detectării și dificultatea stabilirii unui diagnostic specific. Incidența diagnosticului anomaliilor fetale este de 20-30%.

Anomaliile fetale faciale constituie un motiv de stres major pentru părinți deoarece sunt foarte vizibile și au un impact emoțional ridicat. Examinarea feței și recunoașterea anomaliilor faciale este foarte importantă deoarece ridică suspiciuni cu privire la existența unor anomalii cromozomiale sau a unor sindroame genetice. Anomaliile cromozomiale sunt prezente în proporție de 32-77% la feții cu malformații faciale, în funcție de tipul malformației. De asemenea, peste 250 de sindroame asociază anomaliile faciale.

Ecografia 3D oferă o vizualizare îmbunătățită a anatomiei fetale faciale. Modul de examinare 3D reprezintă una din modalitățile de a obține volumul organului investigat. Vizualizarea în 3D facilitează înțelegerea localizării anatomice și a consecințelor.

Examinarea feței fetale cu ajutorul ecografiei 3D permite evaluarea structurilor folosind achiziția de suprafață și multiplanare. Examenul 3D oferă multe beneficii deoarece fața fetală poate fi rotită într-o orientare simetrică standard și examinată milimetru cu milimetru prin derularea imaginilor achiziționate. Acest tip de ecografie poate evidenția diferite activități și stări de spirit ale fătului.

Ecografia 4D arată diferite mișcări și expresii faciale, care pot reprezenta semne de conștiență fetală. Se pot studia astfel, din punct de vedere calitativ, anumite tipare de mișcări faciale fetale. Cele mai frecvente activități faciale surprinse de examinarea ecografică 4D între 30 și 33 de săptămâni de gestație sunt mișcările simultane ale pleoapelor și gurii. Ecografia 4D este un instrument puternic în evaluarea comportamentului fetal iar studiile arată o anumită continuitate între comportamentul fetal și cel neonatal, în special în ceea ce privește mișcările izolate de clipire, deschiderea gurii și a pleoapelor, expulzia limbii, faciesuri care exprimă încruntare, zâmbet sau mișcări ale mâinii

către față.

Malformațiile faciale fetale cuprind: anomalii ale urechii, cheilo/palatoschizis, absența/hipoplazia osului nazal, anomalii ale orbitei, anomalii ale mandibulei, protruzia limbii și tumori faciale.

Evaluarea urechilor trebuie efectuată cu precădere în condițiile existenței unor antecedente familiale cu malformații ale urechii. Malforma cum ar fi trisomia 13, trisomia 18, trisomia 214, 5.

Cheilo/palatoschizis are o incidență de 1.4 la 1000 de născuți vii și reprezintă 33% din totalitatea anomaliilor fetale. Incidența depistării ecografice este variabilă, diverse studii sugerând ca această anomalie este recunoscută cu o frecvență cuprinsă între 27% și 59%. Incidența palatoschizis-ului izolat este de 25-80%, 7, 8, iar incidența depistării este de 0-22%, 8, 9, 10. Examinarea 3D multiplanară (secțiune coronară / axială) oferă o redare fidelă a palatului dur, altfel dificil de evaluat. Recunoașterea cheilo/palatoschizisului în cursul examinării 3D permite pregătirea psihologică a cuplului precum și luarea în considerare a unei intervenții chirurgicale de reconstrucție. Cheilo/palatoschizis-ul se poate întâlni în mai multe variante clinice: cheilo/palatoschizis uni/bilateral, cheilo/palatoschizis al palatului osos primar și crestei alveolare, cheilo/palatoschizis uni/bilateral cu extensie în palatul secundar, cheilo/palatoschizis bilateral al palatului primar, palatoschizis al palatului moale. Cheilo/palatoschizis-ul median este rar și apare secundar deficienței de fuziune a proeminențelor nazale mediane; se asociază frecvent cu anomalii cromozomiale și cu holoprozencefalia. Cheilo/palatoschizisul poate apărea ca parte constitutivă a unor sindroame: trisomia 13 și 18, holoprozencefalia, sindromul Van Der Woude (autosomal dominant 1q32-41), microsomia hemifacială Goldenhar, brida amniotică, sindromul Majewsky (coasta scurtă – polidactilie), sindromul Roberts (hipertelorism, microcefalie, micrognație, hipomelie).

Absența sau hipoplazia osului nazal este asociată cu un risc crescut de sindrom Down.

Anomaliile orbitei includ: hipotelorism, hipertelorism, anoftalmia, microftalmia, tumori orbitale și periorbitale, cataracta<sup>11</sup> și coloboma retiniană. Hipotelorismul se asociază cu holoprozencefalia, defecte centrale faciale și trisomia 13. De asemenea, hipotelorismul se întâlnește în următoarele sindroame: sindrom Noonan (pliu nugal, boală coronariană, urechi joase, criptorhidism), sindrom Gorlin (macrocefalie, ventriculomegalie, prognatism, scolioză, cheilo/palatoschizis), sindrom Neu-Laxova (microcefalie, lisencefalie, absența corpului calos, hipoplazia cerebelului), displazii scheletice.

Investigarea profilului fetal este o parte fundamentală a examinării ultrasonografice 3D. Multe anomalii faciale (retrognazia mandibulară, fața plată) nu pot fi recunoscute decât cu ajutorul ecografiei 3D. Anomaliile mandibulei sunt asociate cu peste 100 de sindroame genetice<sup>12</sup> (sindromul Treacher-Collins, sindrom orofacioidigital, disostoza acrofacială). Retrognazia poate fi diagnosticată prin măsurarea unghiului inferior facial (UIF)<sup>12</sup>, atunci când valoarea este < 49,2 grade. Măsurarea indexului mandibular<sup>12</sup> (raportul dintre lățimea mandibulei și lățimea maxilarului) < 0,785 este folosită în

diagnosticarea micrognathiei. Hipoplazia maxilarului se întâlnește în sindromul Down, sindromul Apert (hipertelorism, sindactilie, agenezie de corp calos), sindrom Crouzon (contur cranian anormal, hipertelorism), consumul de alcool și droguri, acondroplazia.

Ecografia 3D s-a dovedit de un real folos în diagnosticarea tumorilor faciale (hemagioame, teratoame, tumori ale crestei alveolare) precum și în evaluarea creșterii volumului lingual, apărut în cadrul sindroamelor Beckwith-Wiedemann și Down.

Examinarea ecografică 3D/4D poate releva o anatomie facială detaliată. Oligoamniosul, poziția fătului (contactul feței cu placenta sau cu peretele uterin, suprapunerea membrului, poziția dorsoanterioară a fătului) și obezitatea maternă limitează vizualizarea detaliată a feței.

Examinarea ecografică 3D/4D are un rol important în evaluarea feței fetale deoarece permite o mai bună caracterizare a anatomiei faciale fetale și crește incidența recunoașterii anomaliilor faciale. În același timp, vine în ajutorul părinților prin stabilirea unor legături afective timpurii față de copil<sup>13, 14, 15, 16, 17</sup> precum și prin înțelegerea mai ușoară a unor posibile malformații ce pot afecta fătul, precum și a opțiunilor terapeutice.

## Bibliografie

- Nicolaides KH, Salvesen DR, Snijders RJM, Gosden CM fetal facial defects: Associated malformation and chromosomal abnormalities. *Fetal Diagn Ther* 1993;8:1-9.
- Kurjak A, Azumendi G, Vecsek N, et al. Fetal hand movements and facial expression in normal pregnancy studied by four-dimensional sonography. *J Perinat Med* 2003;31:496-508.
- Kurjak A, Stanojevic M, Andonotopo W, et al. Behavioral pattern continuity from prenatal to postnatal life: A study by four-dimensional (4D) ultrasonography. *J perinat Med* 2004;32:346-53.
- Shih J, Shyu M, Lee C, et al. Antenatal depiction of the fetal ear with three-dimensional ultrasonography. *Obstet Gynecol.* 1998;91:500-505.
- Chang C, Chang F, Yu C, et al. Fetal ear assessment and prenatal detection of aneuploidy by the quantitative three-dimensional ultrasonography. *Ultrasound Med Biol.* 2000;26:743-749.
- FitzPatrick, DR, Raine, PAM, and Boorman, JG. Facial clefts in the West of Scotland 1980-84: epidemiology and genetic diagnoses. *J Med Genet.* 1994; 31: 126-129
- Gregg T, Boyd D, Richardson A. The incidence of cleft lip and palate in Northern Ireland from 1980-1990. *Br J Orthod.* 1994 Nov;21(4):387-92.
- Clementi M, Tenconi R, Bianchi F, Stoll C. 2000. Evaluation of prenatal diagnosis of cleft lip with or without cleft palate and cleft palate by ultrasound: experience from 20 European registries. EUROSCAN study group. *Prenat Diagn* 20:870-875.
- Rotten D, Levailant JM. Two- and three-dimensional sonographic assessment of the fetal face. 2. Analysis of cleft lip, alveolus and palate. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2004 Sep;24(4):402-11.
- Cash C, Set P, Coleman N. The accuracy of antenatal ultrasound in the detection of facial clefts in a low-risk screening population. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001 Nov;18(5):432-6.
- Benacerraf B, Nyberg D. The face and neck. In: Nyberg D, McGahan J, Pretorius D, Pilu G, eds. *Diagnostic Imaging of Fetal Anomalies.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2003:335-379.
- Rotten D, Levailant J, Martinez H, et al. The fetal mandible: a 2D and 3D sonographic approach to the diagnosis of retrognathia and micrognathia. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2002;19(2):122-130.
- Ji E, Pretorius D, Newton R, et al. Effects of ultrasound on maternal-fetal bonding: a comparison of 2-dimensional vs. 3-dimensional imaging. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25:473-477.
- Pretorius D, Hearon H, Hollenbach K, et al. Parental artistic drawings of the fetus pre and post 3 / 4 dimensional ultrasound examination. *J Ultrasound Med.* 2007;26:301-308.
- Pretorius D, Gattu S, Ji E, et al. Preexamination and postexamination assessment of parental-fetal bonding in patients undergoing 3-/4-dimensional obstetric ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 2006;25(11):1411-1421.
- Rustico MAMC, Grigio M, Maggioni C, et al. Two-dimensional vs. two- plus four dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2005;25(5):468-472.
- Doubilet P. Entertainment ultrasound. *J Ultrasound Med.* 2005;24(2):251-253.

## ABORDAREA MULTIDISCIPLINARĂ A NEOPLASMULUI DE COL UTERIN. TERAPIA CHIRURGICALĂ, CHIMIOTERAPIA ȘI RADIOTERAPIA - IMPLICAȚII CLINICE

**A. Filipescu, R. Vlădăreanu, A. Boiangiu, C. Nițipir, M. Barna**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

Pe plan mondial cancerul de col uterin ocupă locul doi, după cancerul mamar, în cadrul tumorilor maligne la femei, reprezentând 6% din totalul cancerelor la femei. În România cancerul de col uterin reprezintă 15% din totalul tumorilor maligne, fiind pe primul loc în cadrul cancerelor genitale feminine (aproximativ 67% din cancerele sferei genitale) și a două cauza de deces prin cancer la femei. Întrucât cancerul colului uterin are o lungă perioadă de evoluție sub forma unor leziuni precursore, depistarea și tratarea acestora reprezintă o măsură extrem de eficientă de prevenire a cancerului de col invaziv. Aplicarea standardelor, principiilor și aspectelor fundamentale ale conduitei terapeutice va conduce la creșterea calității actului medical și reducerea variațiilor în practica medicală. Rezultatele privind

speranța de viață și rata de succes a terapiei aplicate vor putea fi atent monitorizate prin crearea unei baze de date atingându-se astfel dezideratul medicinei bazate pe dovezi cu diseminarea unor posibile noutăți științifice. Factorii prognostici cei mai importanți pentru cancerul de col sunt: stadiul bolii cu rol determinant, volumul și gradul de diferențiere tumoral, forma histologică, diseminarea limfatică și invazia vasculară. Tratamentul cancerului de col este diferit în funcție de stadializarea bolii. Propunem prezentarea terapilor chirurgicale aplicate în tratamentul cancerului de col, împreună cu abordarea din punct de vedere al oncologiei medicale și radioterapiei medicale și a rezultatelor statistice ale ratelor de supraviețuire și recidivă.

## STATINA, O NOUĂ PERSPECTIVĂ ÎN TRATAMENTUL SINDROMULUI OVARELOR POLICHISTICE

**Rodica Cristian, Claudiu Ionescu, Alexandra Munteanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

**Obiectivul studiului:** Testarea ipotezei ca statinele ameliorează statusul androgenic la paciente cu sindrom de ovar polichistic  
**Design:** au intrat în studiu 54 de femei cu SOPC, care au primit fie statina, fie contraceptiv oral timp de 12 săptămâni  
**Rezultate:** S-a observat o scădere atât a colesterolului total cât și a celui liber în grupul tratat cu statina. Deși nu s-au obținut modificări asupra FSH sau prolactinei, rezultate bune s-au obținut asupra LH-ului obținându-se o scădere semnificativă prin administrarea de statina. Așa cum era de așteptat, colesterolul a scăzut în primul

grup comparativ cu al doilea, fără a fi influențate ceilalți parametri ai profilului lipidic. Statusul inflamator evaluat prin proteina C reactivă a fost mult îmbunătățit prin administrarea de statina față de grupul care a primit contraceptiv oral.

**Concluzii:** Terapie cu statina a îmbunătățit aspectele clinice și endocrinologice ale pacientelor cu sindrom al ovarelor polichistice, de asemenea s-au observat efecte benefice pe profilul lipidic și pe markerii de inflamatie.

## MARKERI AI REZERVEI OVARIENE - PREDICTORI AI RĂSPUNSULUI OVARIAN ÎN FIV

**Anca Burnei Rusu, Mihaela Boț, Radu Vlădăreanu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București*

În domeniul infertilității au fost identificate numeroase mijloace de a prezice răspunsul ovarian la stimularea ovariană controlată. Dintre acestea, valorile bazale ale hormonului foliculostimulant (FSH) și estimările ecografice ale numărului de foliculi antrali (AFC) sunt cele mai utile. În practică, este utilă adaptarea puterii de stimulare la rezerva ovariană estimată. Cu toate acestea, rezerva ovariană este un predictor relativ slab al potențialului de a obține o sarcină, cu excepția cazului când aceasta este extrem de scăzută (caz mai rar întâlnit în practica generală). În cea mai mare parte a cazurilor, vârsta pacientei are o influență importantă asupra potențialului de a obține sarcina și acționează independent de rezerva ovariană (deși cele două se suprapun în multe cazuri). În practică, ne putem orienta astfel: FSH și AFC sunt predictori mai buni

ai rezervei ovariene decât este vârsta la o femeie, în timp ce vârsta este un predictor mai bun al potențialului de implantare a embrionilor rezultați.

În acest context, putem spune că cei mai buni predictori disponibili ai capacității de a produce ovocite sunt valorile anormale ale testelor pentru rezerva ovariană, dar nu sunt infailibili. Prin urmare, rezerva ovariană redusă nu ar trebui să fie folosită ca un criteriu de excludere în cazul femeilor tinere deoarece, în general, ele au totuși rate satisfăcătoare de obținere a sarcinii, deși riscul de anulare a ciclului de stimulare este crescut. În cazul femeilor de peste 40 de ani, rezultatele normale ale testării rezervei ovariene nu asigură succesul, deoarece calitatea slabă a ovocitelor limitează posibilitatea de a obține sarcina chiar și atunci când sunt disponibile mai multe ovocite.

# IMPACTUL ASUPRA VIEȚII ÎN INSUFICIENȚA OVARIANĂ PREMATURĂ

I Pacu, D Gheorghiu, M Dimitriu, Catalin Coroleuca, I Tircomnicu, C Ionescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Urgență Sf Pantelimon, București

Insuficiența ovariană prematură (IOP) este o condiție care afectează circa 1% din femeile peste 40 ani. Criteriile diagnostice includ: amneoree pentru minim 4 luni, hipoestrogenemie și valori crescute ale gonadotropinelor serice (două valori crescute ale FSH seric repetate la minim o lună)(1). Folosirea termenului de menopauză prematură a fost abandonat deoarece tinde să descrie o condiție permanentă care ar putea induce anxietate, reducerea încrederii în sine și îngoasa în rândul acestor paciente. Nu este vorba despre menopauză pentru că aceasta presupune întreruperea permanentă și definitivă a menstruației și în general apare după vârsta de 50 de ani. În IOP circa 50% din aceste paciente experimentează restabilirea temporară și imprevizibilă a funcției ovariene, uneori pe parcursul a mai mulți ani(2).

Din punct de vedere fiziopatologic există două forme de IOP: IOP primară în care este vorba despre lipsa de răspuns a ovarului la stimulul hormonal hipotalamic, hipofizar etc. (aceasta este forma care este uzual definită de termenul de IOP) și IOP secundară care constă în afecțiunii hipotalamice sau hipofizare care au ca rezultat nefuncționalitatea ovarelor (în prezent acestea sunt incluse în disfuncțiile ovulatorii și nu în IOP)(3).

În 90% din cazuri cauzele rămân necunoscute. Singurii factori de mediu dovedite a avea un rol în apariția IOP sunt malnutriția și fumatul(1). Factorii genetici familiali sunt cei mai frecvent identificați în istoricul acestor paciente, pe locul al doilea fiind afecțiunile autoimune(4).

Mecanismul și cauzele apariției IOP pot fi sumarizate în: disfuncție foliculară ovariană (mutații ale receptorilor de FSH sau LH, mutația la nivelul proteinei G, deficite enzimatice, afecțiuni autoimune) sau depleția foliculară ovariană (număr primordial redus de foliculi ovarieni, atrezie foliculară accelerată, depleție foliculară indusă de factori de mediu, distrucție tisulară ovariană iatrogenică, factori genetici)(5).

Din punct de vedere clinic este vorba despre paciente care au avut o pubertate, menarha și menstruații fiziologice și care prezintă o oprire a menstruațiilor fără aparent nici o cauză sau după naștere, după întreruperea contraceptivelor orale. Cel mai frecvent este vorba despre o perioadă de oligomenoree, polimenoree sau metroragii disfuncționale care preced cu un interval variabil de timp apariția amenoreei. Deprivarea estrogenică este responsabilă de simptomele vasomotorii, modificările de somn și dispariția dată de modificările mucoasei vaginale(2). Având în vedere că este vorba despre paciente tinere, în multe cazuri se pune problema fertilității. Determinarea rezervei ovariene este extrem de importantă nu numai ca factor de predicție a fertilității dar și ca orientare asupra caracterului permanent sau tranzitor al insuficienței ovariene. Cel mai important marker în acest sens este hormonul antimüllerian secretat de celulele granulose, predicția sa fiind mai bună decât a inhibinei B(1). Ecografia transvaginală și numărul foliculilor antrali sunt de asemenea parametri importanți pentru aprecierea rezervei ovariene. Testul de provocare cu progesteron este pozitiv în 50% din cazuri chiar la valori crescute de FSH (aparitia menstruației) dar aceasta nu înseamnă că este vorba despre o rezervă ovariană normală sau că nu se poate pune diagnosticul de IOP(5).

Conduita în aceste cazuri trebuie să țină cont că IOP afectează profund

calitatea vieții acestor paciente nu numai din punct de vedere fizic dar și psihic și că este obligatoriu să ne adresăm ambelor aspecte(6). Un alt aspect important de care trebuie să ținem cont este dorința pacientei de a concepe și planificarea familială. Un caz special dar cu un număr crescător de paciente este IOP iatrogenă în cadrul tratamentelor oncologice și mai ales pentru cancerul mamar, managementul în aceste situații fiind adeseori foarte dificil. Simptomele vasomotorii pot fi ameliorate cu preparate de estrogeni și progesteron, eficace în 90% din cazuri(6); ele sunt inadecvate cazurilor de cancer de sân care pot beneficia cu succes de tratamentele antidepressivă(reducerea simptomatologiei în 75% din cazuri)(7). Deoarece aceste simptome sunt direct corelate cu gradul de stres psihic, deosebit de utile sunt exercitiile de relaxare și terapia comportamentală(8). Terapia de substituție hormonală recomandată include asocierea de 100μg etinilestradiol cu 10mg pe zi medroxiprogesteron acetat 10-12 zile pe lună începând din ziua 14-16 a ciclului menstrual. Pentru pacientele care nu doresc să conceapă contraceptivele orale combinate reprezintă o opțiune dar trebuie ținut cont că ele au un aport hormonal superior celui necesar pentru aceste cazuri(6).

Administrarea de calciu și vitamina D trebuie să supună celorlalte reguli ca pentru femeile din menopauză sau perimenopauză: 1200mg Ca zilnic și menținerea unui nivel seric de 25ng/ml(4).

Funcția sexuală este afectată de modificările vaginale locale. Un caz deosebit îl reprezintă pacientele cu cancer de sân la care se adaugă stresul emoțional, îngrijorarea față de modificarea aspectului fizic, efectele adverse ale celorlalte medicamente, oboseala. În afara terapiei comportamentale sunt utile troficile vaginale locale și lubrifiantele(9).

Fertilitatea și planificarea familială este probabil cea mai frecvent menționată îngrijorare. Pacinetele trebuie să înțeleagă că adeseori nu este o condiție permanentă dar că întotdeauna rezerva ovariană este redusă. Apariția spontană a sarcinii poate exista în 5-10% din cazuri și în prezent nu există nici un tratament care să restabilească funcția ovariană și fertilitatea(1). În unele cazuri se pot folosi proceduri de reproducere umană asistată; cuplurile trebuie avizate în sensul donării de ovocite, de embrioni sau adopția. În cazul pacinetelor oncologice se pune problema crioprezervării de țesut ovarian(10). În concluzie, IOP este adeseori un diagnostic neașteptat la o pacientă sub 40 de ani care în multe cazuri se înscrie într-un istoric familial similar. Există un număr de cazuri în contextul afecțiunilor autoimune (tirodine, suprarenale) și un număr din ce în ce mai mare de IOP iatrogen (paciente cu tratamente oncologice). Calitatea vieții privind ameliorarea simptomelor vasomotorii și a efectelor pe termen lung a deprinderii estrogenice este ameliorată de terapia estroprogestativă, calciu și vitamina D și trofice vaginale. Tratatamentul infertilității este foarte dificil în majoritatea cazurilor, fiind vorba despre proceduri de reproducere umană asistată, donare de ovocite și în final, adopția. Nu există nici o dovadă că IOP devine din ce în ce mai frecventă dar devine o problemă de sănătate și de modificare a calității vieții din ce în ce mai importantă prin numărul în creștere al cuplurilor care amana conceperea primului copil la vârste înaintate și a numărului crescut de cazuri de cancer la vârste tinere.

## Bibliografie

- Shelling AN. Premature ovarian failure. Reproduction 2010; 140:633-41
- Bertini V, Viola D, Vitti P, Simi P, Valetto A. An idic(15)associated with POF(premature ovarian failure): molecular cytogenetic definition of a case and review of the literature. Gene 2012;503:123-5
- Roberts H. Manging the menopause . BMJ 334 736-741. 2007
- Goswami D, Conway GS. Premature ovarian failure. Hum Reprod Update 2005 11:391-410
- Rebar RW. Premature ovarian failure. Obstetrics and Gynecology 113 1355-1363, 2009
- Pines A, Sturdee DW, Birkhauser MH, Scneider HP, Gambacciani M, Panany N. IMS updated recommendations on postmenopausal hormone therapy.Climacteric 10: 181-94, 2007
- Gupta P, Sturdee DW, Palin SL, et al: Menopausal symptoms in women treated for breast cancer: The prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life. Climacteric 9:49-58, 2006
- Freeman EW, Sammel MD, Lini H et al. The role of anxiety and hormonal changes in menopausal hot flashes.Menopause 12:258-266, 2005
- Weisberg E, Ayton R, Darling G et al: Endometrial and vaginal effects of low dose estradiol delivered by vaginal ring or vaginal tablet. Climacteric 8:83-92, 2005
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine and Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology: Ovarian tissue and oocyte cryopreservation. Fertil Steril 86: S142-S147, 2006



## ROLUL CITOREDUCTIEI ÎN NEOPLASMUL OVARIAN ȘTADIUL IV

**N. Bacalbasa, Irina Balescu, A. Filipescu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, Spitalul Ponderas, București*

Tratamentul standard în neoplasmul ovarian include citoreducția tumorală și chimioterapia. Citoreducția tumorală s-a dovedit a îmbunătăți supraviețuirea globală chiar și în stadiul IV. Dacă în cazul metastazelor hepatice având ca punct de plecare neoplasmul colorectal sau neuroendocrin studiile clinice au demonstrat eficacitatea hepatectomiilor, în cazul metastazelor hepatice de origine ovariană rolul rezecției hepatice este încă neclar. La pacientele

cu metastaze hepatice izolate cu punct de plecare ovarian rezecția hepatică pare să îmbunătățească supraviețuirea globală, în timp ce în cazurile cu leziuni multiple localizări rolul hepatectomiei nu este încă bine stabilit. În schimb chiar și în cazurile cu metastaze hepatice nerezecabile citoreducția adresată leziunilor extrahepatice este asociată cu creșterea semnificativă a ratei de supraviețuire.

## CURA CHIRURGICALĂ A INCONTINENȚEI URINARE DE EFORT CU BANDELETĂ PLASATĂ TRANSOBTURATOR - EXPERIENȚA PE 83 DE CAZURI

**Aida Petca, Mihaela Boț, Dan Radu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență, Elias*

**Introducere:** Incontinența urinară afectează femeile de toate vârstele, cu o prevalență mai mare în decada a treia de viață. Până la 30 % din femeile peste 60 de ani pot avea incontinența urinară, afecțiune ce apare mai frecvent în contextul multiparității, carențelor estrogenice din menopauză, peste care se suprapune efortul fizic marcat.

**Material și metodă:** Studiul este retrospectiv, desfășurat pe o perioadă de 4 ani, iulie 2009 – august 2013, pe un lot de 83 de paciente care s-au prezentat cu incontinență urinară de efort în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Elias. Cura chirurgicală a incontinenței urinare a constat, în toate cazurile, din plasare transobturatorie a unei bandele de polipropilenă plasată suburetral.

**Rezultate:** Vârsta medie a pacientelor a fost de 52,3 ani, extremele de vârstă fiind reprezentate de 32,3 ani, respectiv 72,1 ani. Rata complicațiilor intra- și postoperatorii a fost redusă, fiind reprezentată de leziuni ale peretelui vezical în două cazuri, necroza de decubit a mucoasei vaginale într-un caz, jet urinar cu presiune redusă și disurie la două cazuri, respectiv, persistența incontinenței la un caz. Durata medie de spitalizare a fost de 1,4 zile.

**Concluzii:** Acest abord chirurgical modern de tratament al incontinenței urinare de efort are rezultate imediate și la distanță foarte bune, cu o durată mică de spitalizare și cu o rată scăzută a complicațiilor intra- și postoperatorii.

## ROLUL EXENTERATIEI PELVINE ÎN NEOPLASMELE PELVINE INVAZIVE LOCOREGIONAL

**N. Bacalbasa, Irina Bălescu, A. Filipescu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, Spitalul Ponderas, București*

Chiar dacă este una din cele mai agresive intervenții chirurgicale din ginecologia oncologică, exenteratia pelvina totală rămâne singura singură intervenție cu potențial curativ în neoplasmul de col uterin invaziv locoregional sau în recidivele tumorale centropelvine. În încercarea de a obține o rezecție R0 sunt necesare rezecții multiviscerale extensive; în cazul tumorilor avansate asociate cu simptomatologie severă, este necesară exenteratia paliativă, dar care se asociază cu un prognostic prost în ceea ce privește supraviețuirea

la distanță. În cazurile în care se poate face o rezecție radicală, intervenția chirurgicală continuă cu faza reconstructivă în care se restabilește continuitatea tractului digestiv, urinar, și, în funcție de dorința pacientei poate fi reconstruit și un neo-vagin din mușchiul drept abdominal; acest procedeu este eficient și în a preveni apariția sindromului de „pelvis gol” prin aducerea într-un spațiu hipoxic, preiradiat a unui țesut sănătos și bine vascularizat.

# TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL INCONTINENȚEI URINARE DE LA COLPORAFIA ANTERIOARĂ a LA BANDELETELE SUBURETRALE - EXPERIENȚA SPITALULUI CLINIC FILANTROPIA

George Iancu, Gheorghe Peltecu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

**Introducere.** Incontinenta urinara reprezinta o afectiune foarte frecventa in randul pacientelor varstnice, cu impact important asupra calitatii vietii acestora. Prevalenta incontinenței urinare in populatia generala variaza larg intre 5% si 70%, in functie de criteriile de diagnostic considerate. Tratamentul incontinenței urinare de efort (IUE) a evoluat de la colporafia anterioara practicata clasic, cu eficienta semnificativ mai redusa (50-60%), la tratamentul modern, devenit standard, cu bandelele suburetrale sintetice (eficienta 80-90%). Obiectivul prezentului studiu consta in evaluarea modalitatilor de tratament chirurgical al IUE in cadrul Spitalului Clinic Filantropia, in perioada 2011-2013.

**Material si metoda.** Studiul cu design retrospectiv a analizat interventiile chirurgicale pentru IUE, efectuate in cadrul Spitalului Clinic Filantropia, in perioada 01/2011-12/2013. Au fost revazute foile de internare ale pacientelor cu diagnosticul de incontinenta urinara de efort, corespunzatoare perioadei mentionate. S-au inregistrat tipurile de interventie chirurgicala practicata la aceste paciente, precum si

complicatiile imediate ale actului chirurgical mentionate in foile de observatie.

**Rezultate.** In perioada 01/2011-12/2013, s-au identificat 134 de proceduri pentru incontinenta urinara. Dintre acestea, la 21 de paciente (15.7%) s-au practicat proceduri chirurgicale suplimentare, in special cu scopul restaurarii integritatii planseului pelvin. Tipurile de proceduri chirurgicale de restaurare a continentei practicate au fost dominate de montarea transobturatorie de bandelele suburetrale - 113 proceduri (84.3%), urmata de 8 proceduri de tip Burch (6%), montarea retropubiana de bandeleta suburetrala - 7 cazuri (5.2%) si colporafia anterioara - 6 cazuri (4.5%). Complicatiile imediate cel mai frecvent inregistrate au fost sangerarea intraoperatorie excesiva (6.7%) si disfunctia mictionala tranzitorie (11.2%).

**Concluzii.** Tratamentul chirurgical al IUE in Spitalul Clinic Filantropia s-a aliniat standardelor internationale, fiind dominat in prezent de utilizarea bandelelele sintetice suburetrale, cu eficienta crescuta si complicatii reduce.

## INDIVIDUALIZAREA CONDUITEI CANCERULUI VULVAR INVAZIV

Gheorghe Peltecu, Dragos Median

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

Cancerul vulvar are una din cele mai reduse incidente din categoria afectiunilor ginecologice oncologice (4%). Desi vulva este un organ usor accesibil examenului clinic, depistarea cancerului vulvar este cel mai adesea tardiva. Cea mai frecventa forma histopatologica este carcinomul scuamos (80%). Depistarea precoce permite o chirurgie limitata fara a modifica semnificativ regiunea vulvara. Depistarea tardiva impune un tratament complex in care chimioterapia nu

da de obicei rezultate previzibile. Ea se incearca uneori in scopul facilitatii interventiei chirurgicale. Interventia radicala are un caracter mutilant pentru regiunea vulvara. Explorarea ganglionilor regionali este obligatorie intrucat permite stadializarea bolii si estimarea prognosticului. Morbiditatea postoperatorie infectioasa este semnificativa. Depistarea precoce prin ameliorarea educatiei sanitare ar aduce beneficii notabile.

## PUBERTATEA SI ADOLESCENȚA - PERIOADĂ A DEZECHILIBRELOR MENSTRUALE

Monica Cirstoiu, Diana Secara, Oana Bodean, Octavian Munteanu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

Pubertatea si adolescenta sunt perioade de crestere si maturizare a organismului uman, care fac trecerea de la copilarie la viata adulta si implica o intreaga serie de modificari morfologice, functionale si comportamentale. Tanara fata se confrunta cu un fenomen cu totul nou, menstruatia, care este insotit de o multitudine de schimbari. Notiunile de "menstruatie normala" sau de fenomene normale asociate acestora la pubertate si adolescenta nu sunt usor de identificat si definit. Datorita imaturitatii axului hipotalamo-hipofizo-ovarian, menstruatiile sunt neregulate, deseori anovulatorii, uneori dureroase sau abundente, aspecte care nu sunt intotdeauna anormale, ci doar fenomene tranzitorii. Ciclul menstrual normal poate varia in jurul valorii sale de 28 de zile, ajungand la 21-25 sau chiar 32-35 de zile si avand o menstruatie de 2-3 zile sau 6-8 zile. Prin schimbarea acestui pattern apar tulburarile de ciclu menstrual. O clasificare a tulburarilor menstruale la pubertate si adolescenta este urmatoarea: tulburari prin exces de flux menstrual, tulburari prin insuficienta de flux menstrual

si alгии ritmate de menstra. Tulburarile prin insuficienta de flux menstrual ocupa un loc foarte important la aceste varste. Amenoreea primara pune problema unor tulburari genetice si hormonale, fiind clasificata in functie de compartimentul interesat (uter si tract genital, ovar, hipofiza anterioara, hipotalamus). Desigur, nu trebuie neglijat faptul ca amenoreea secundara unei sarcini in adolescenta poate fi o problema frecventa. Tulburarile de ciclu menstrual in exces se impart in tulburari de ciclicitate (polimenoree, menoragie) si exces de flux (hipermenoree). Algiile pelvine ritmate de ciclul menstrual sunt reprezentate de sindromul premenstrual, sindromul intermenstrual si dismenoreea. Aceste tulburari includ manifestari somatice si functionale, dar si modificari comportamentale, ce fac din pubertate si adolescenta perioade dificile in viata tinerei fete. Evenimentele care au loc acum influenteaza marcat viata viitoarei femei din punct de vedere somatic, comportamental, psihic, sexual si social, necesitand o atentie deosebita.

## LEZIUNILE IATROGENE ALE URETERULUI ÎN OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE

Octavian Munteanu, Diana Secara, Oana Bodean, Dr. Monica Cirstoiu

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

Datorita raporturilor intime dintre ureter și structurile aparatului genital feminin lezarea iatrogenă a ureterului este mult mai frecventă în cadrul procedurilor efectuate uzual în Obstetrică-Ginecologie decât în orice altă specialitate.

Traumatismele ureterale iatrogene sunt rare. Totuși atunci când apar trebuie recunoscute și tratate prompt pentru a minimaliza riscul de apariție al complicațiilor. Astfel, majoritatea leziunilor ureterale iatrogene ar trebui detectate intraoperator, însă există și traumatisme

ureterale care se manifestă doar post-operator. Cu cât diagnosticul este stabilit mai rapid cu atât rata de succes a intervenției de reparare a ureterului este mai bună și incidența complicațiilor severe (insuficiența renală, fistula uretero-vaginală) este mai mică.

Diagnosticul și tratamentul corect al leziunilor iatrogene ale ureterului este esențial în vederea scăderii morbidității, dar și a consecințelor medico-legale ulterioare.

## FACTORI PREDICTIVI AI BOLII REZIDUALE LA PACIENTELE CU CONIZAȚIE PENTRU ADENOCARCINOM CERVICAL IN SITU

C.Dragosloveanu, M.Moisa, R.Vlădăreanu

UMF Carol Davila Spitalul Clinic Panait Sârbu, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

**Obiective:** scopul lucrării este de a realiza o imagine integrată privind datele recente din literatura de specialitate asupra factorilor de predicție a bolii reziduale în rândul pacientelor tratate conservator pentru adenocarcinom cervical in situ.

Adenocarcinomul in situ (AIS) de col uterin reprezintă un diagnostic histologic relativ rar, având o incidență de 1,25 la 100.000 de femei; în ultimii 40 de ani însă, atât rata de incidență, cât și cea de mortalitate prin adenocarcinom cervical au cunoscut creșteri substanțiale în Europa și în Statele Unite. Dacă metodele de screening, detecție și tratament al leziunilor preinvasive au avut un impact major asupra incidenței carcinomului scuamocelular cervical (CSC) pe care au scăzut-o cu cel puțin 75%, același lucru nu a fost observat și în cazul carcinomului glandular, în principal din cauza sensibilității reduse de depistare prin intermediul citologiei cervicale, a aspectelor colposcopice echivoce, dimensiunii și localizării leziunilor la nivelul canalului endocervical, a prezenței leziunilor „skip”.

Stabilirea diagnosticului histologic definitiv concomitent cu excluderea bolii invazive este realizată cu ajutorul unei tehnici excizionale (ERAD, conizație chirurgicală, conizație laser) care să permită obținerea unui fragment tisular de dimensiuni și configurație (rază, înălțime) optime. Managementul AIS constituie în continuare un subiect de controversă în literatura de specialitate. Deși histerectomia totală este de primă intenție ca tratament definitiv pentru AIS, o mare parte dintre pacientele diagnosticate cu această patologie sunt tinere (vârsta medie la momentul diagnosticului fiind de 35.8 ani) și doresc menținerea funcției reproductive, motiv pentru care terapia conservatoare rămâne o alternativă acceptabilă, cu mențiunea că riscul de boala reziduală și necesitatea unei urmăririi postterapie atente nu pot fi neglijate.

Cea mai mare parte a studiilor clinice evaluează ca principal factor predictiv pentru boala reziduală după conizație pentru AIS statusul marginilor piesei de rezecție; astfel, dacă marginile postrezecție sunt negative, riscul de persistență lezională este de 9%(prin prezența leziunilor „skip” ), iar pozitivitatea marginilor se asociază cu un risc de 46% de persistență a AIS și respectiv de 16,7% de adenocarcinom

invaziv. Mai mult, au fost raportate 5 cazuri de adenocarcinom invaziv dezvoltat după terapia conservatoare a AIS, în ciuda obținerii marginilor negative postrezecție.

Studiile recente au încercat să descrie un model predictiv al bolii reziduale după tratamentul conservator pentru AIS care să includă pe lângă statusul marginilor postrezecție și curetajul endocervical (ECC) efectuat la momentul conizației; rezultatele obținute sunt încurajatoare: riscul de boală reziduală în cazul ECC pozitiv este de 95% și de 28% atunci când ECC este negativ. Utilizarea combinată a celor doi factori de predicție are o sensibilitate foarte ridicată: 14% risc de AIS (și nici un caz de cancer invaziv) atunci când ambii sunt negativi și respectiv de 95% când ambii sunt pozitivi pentru leziune.

O preocupare majoră a clinicienilor în cazul optării pentru un management conservator al AIS în scopul menținerii fertilității pacientelor este protocolul de follow-up postterapie; în acest sens, cele mai recente date demonstrează că tipul HPV-HR este cel mai puternic factor independent atât pentru riscul de recurență a bolii, cât și pentru cel de progresie spre cancer invaziv. Astfel, urmărirea pe termen lung a pacientelor tratate conservator trebuie să includă citologia cervicală, testarea ADN-HPV, colposcopia cu curetaj endocervical efectuate la fiecare 6 luni, conform recomandărilor ASCCP și ACOG; ghidurile nu au conchis însă asupra unei definiții exacte a urmăririi „pe termen lung” : prudentă este însă obținerea a patru rezultate negative consecutive, moment în care se poate spația screeningul la un interval anual timp de 20 ani.

Concluzie: pacientele care beneficiază de terapie conservatoare pentru AIS trebuie consiliate asupra importanței deosebite atât a complianței, cât și a potențialelor riscuri de boală cervicală glandulară persistentă sau recurentă în ciuda rezultatelor negative ale screeningului postterapie; statusului marginilor postrezecție li se poate adăuga ca factor de predicție pentru boala reziduală curetajul endocervical în scopul de a stabili o conduită terapeutică ulterioară adecvată care să minimizeze riscul de dezvoltare a cancerului invaziv.

# DUREREA PELVINĂ LA ADOLESCENTE - PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

**Diana Secara, Oana Bodean, Octavian Munteanu, Dr. Monica Cirstoiu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București*

Durerea pelvina devine o acuza frecventa in randul adolescentelor pe masura ce acestea se maturizeaza din punct de vedere ginecologic. Durerea pelvina poate avea cauze genitale sau extragenitale si poate fi de tip acut sau cronic. Durerile legate de menstruatie sunt des intalnite, dismenoreea usoara sau moderata fiind o problema cu care adolescentele se confrunta si care le face sa apeleze pentru prima data la un consult ginecologic.

Dismenoreea primara, insemnand durere in absenta unei patologii pelvine, apare odata cu instalarea ciclurilor ovulatorii si se insoteste de o gama larga de simptome debutate la menstruatie sau cu putin timp inainte de aparitia acesteia. Fenomenele care o acompaniaza pot fi din cele mai diverse: varsaturi, diaree, ameteli, tulburari de comportament, cefalee, mialgii, sincope. De cele mai multe ori, tratamentul cu antiinflamatorii nesteroidiene, cu sau fara alta medicatie simptomatice, linisteste pacienta. Adaugarea de contraceptive orale combinate este benefica la adolescentele la care raspunsul la antiinflamatoarele nesteroidiene este insuficient, sau la tinerele active sexual. Dismenoreea severa impiedica de multe ori pacienta sa-si desfasoare activitatile zilnice si duce la cresterea abseteismului scolar. Daca simptomele sunt recurente, nerresponsive la terapie, durerile pelvine incapacitand pacienta perioade indelungate, sunt necesare investigatii suplimentare (ecografie, laparoscopie).

Dismenoreea secundara apare in cazul unei patologii pelvine: endometrioza, malformatii, chisturi ovariene, stenoza cervicala, tumori ovariene sau uterine, boala inflamatorie pelvina. Cauzele extragenitale cele mai frecvente de durere pelvina cronica la adolescente sunt legate de afectiuni ale tractului urinar si ale celui digestiv (infectii de tract urinar, boala inflamatorie intestinala). In ceea ce priveste durerea de tip acut, un diagnostic diferential foarte frecvent se face cu apendicita acuta, des intalnita si ea la aceasta grupa de varsta. Fiecare patologie isi are managementul corespunzator, care implica tratament medical si/sau chirurgical.

Un aspect important este legatura dintre sindromul algic pelvin si contextul psihosocial in care se gaseste adolescenta. Aparitia durerii pelvine poate fi legata de situatii stresante prin care trece tanara (la scoala, in familie, la locul de munca) si care pot exacerba unele dureri asa-numit functionale, ajungandu-se pana la simptomatologie care impiedica pacienta sa-si desfasoare activitatile zilnice normale. Din acest motiv, este necesara o abordare complexa, cu incercarea de a-i oferi adolescentei atat rezolvarea problemei-respectiv diminuarea sau disparitia durerii pelvine, cat si informatii care sa o ajute sa inteleaga mai bine schimbarile prin care trece organismul ei, si care pot avea manifestari, pana la un punct, normale.

## METODELE CONTRACEPTIVE ACTUALE - MAI MULT DECAT CONTRACEPTIVE

**Corina Grigoriu, Corina Parau, Lucica Visan, Florin Anca**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București*

Evolutia metodelor contraceptive moderne a adus, pe langa marea lor diversitatea (cale de administrare, doze, combinatii hormonale etc) si un plus in ceea ce priveste beneficiile noncontraceptive ale acestora. Pornind de la observatii ale medicinei moderne, bazate pe dovezi si individualizand mult tratamentele, metodele contraceptive actuale au numeroase indicatii noncontraceptive, cu implicatii deosebite in practica ginecologica.

Astfel, contraceptivele orale aduc urmatoarele beneficii noncontraceptive: obtinerea unui ciclu menstrual regulat, ameliorarea dismenoreei si a sindromului premenstrual, tratamentul sindromului ovarelor polichistice si al acneei, respectiv hirsutismului, tratamentul formelor usoare-medii de endometrioza, tratamentul menoragiilor, ameliorarea simptomelor induse de modificarile fibrochistice mamare,

ameliorarea migrenei menstruale, efect de protectie la distanta pentru cancerul ovarian si endometrial, precum si a celui colorectal, inducerea amenoreei (adaptare la cerintele stilului de viata modern) etc.

Dispozitivele intrauterine cu levonorgestrel (metoda contraceptiva cu eliberare hormonală de lunga durata (1,3 sau 5 ani), reprezinta, prin modificarile importante de la nivel endometrial, un tratament eficient al menoragiilor, De asemenea, amelioraza dismenoreea, inhiba cresterea fibroamelor uterine si aparitia unor noi. Constitutie o metoda terapeutica extrem de utila in hiperplaziile endometriale simple si complexe, fiind folosit si la pacientele cu cancer mamar, aflate in tratament de lunga durata cu tamoxifen. Protejeaza endometrul la pacientele cu tratament hormonal de substitutie, evitand si sangerarea de privatie (sursa important de stress emotional in perimenopauza).

## TERAPIA CONSERVATOARE MINIM INVAZIVĂ ȘI MEDICAMENTOASĂ A FIBROAMELOR UTERINE

**Irina Horhoianu, Vasile-Valerică Horhoianu, Grigoriu Corina, Bogdan Dorobăț, Monica Cîrstoiu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București*

Fibromatoza uterina reprezintă cea mai frecventă patologie ginecologică benignă la vârsta activă hormonală. Aceasta poate asocia diverse simptome datorate volumului fibromatos sau a dezechilibrului hormonal subiacent cum ar fi simptome legate de volum sau presiune, simptome legate de sangerare sau simptome dureroase asociate cu scăderea fertilității și a calității vieții. Terapia conservatoare medicamentoasă a leiomiomelor uterine include progestativele orale, dispozitivul intrauterin progestronic, analogii de gonadotropin releasing hormone, sau modulatorii de receptori progestronici.

Terapia conservatoare minim invazivă cuprinde embolizarea arterelor uterine, high intensity focussed ultrasound, magnetic resonance imaging guided focussed ultrasound, laparoscopic radiofrequency volumetric thermal ablation sau ligatura laparoscopică a arterelor uterine. Astfel, având în vedere multitudinea de opțiuni terapeutice asociate este recomandată administrarea terapiei optime în funcție de condițiile locale fibromatoase, de simptomatologia, statutul constitucional și doleanțele pacientelor.

## PATOLOGIA CERVICALĂ ÎN SARCINĂ

**Cristina Vasiliu, Gabriela Danilet, Vera Stanciu, Oana Visan**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București*

**Introducere.** Screeningul pentru cancerul cervical reprezintă o componentă importantă a îngrijirilor prenatale. Diagnosticul și conduita în cazurile de col lezional în sarcină reprezintă o provocare pentru medic datorită modificărilor colului în sarcină, precum și riscului pe care îl implică tratamentul.

**Obiectiv.** Studiul nostru își propune să identifice incidența cancerului cervical și a neoplaziilor cervicale intraepiteliale la gravidele luate în urmărire în clinica noastră și să stabilească o conduită adecvată și individualizată.

**Material și metodă.** Este un studiu retrospectiv care include toate gravidele cu citologie anormală sau formațiuni tumorale cervicale diagnosticate clinic, care s-au prezentat în Clinica de Obstetrică și Ginecologie a S.U.U.B. în perioada 01.01.2009-31.12.2013. Datele necesare au fost luate din buletinele citologice, colposcopice și histopatologice, precum și din registrul de consultații.

**Rezultate.** În perioada luată în studiu au fost urmărite în clinica noastră 21235 gravide. Dintre acestea au fost diagnosticate cu citologie anormală 743 gravide (3.5%), iar 7 gravide au fost diagnosticate cu cancer cervical în diverse stadii ale bolii. Dintre gravidele cu citologie anormală doar 64 (0.3%) au beneficiat de colposcopie în sarcină și au fost luate în studiu. Au mai fost incluse în studiu și 3 gravide fără evaluare citologică dar cu tumoră de col exofitică, la care s-a practicat biopsie de col la momentul prezentării. Restul de 679 gravide cu citologie ASC-US au fost urmărite doar citologic în postpartum. Vârsta medie a fost de 26 de ani, iar vârsta gestațională medie la creștere au fost

diagnosticate a fost de 18 săptămâni. Entitatea citologică cea mai frecvent întâlnită a fost LSIL 30 de cazuri, urmată de ASC-US 16 (25%) cazuri, HSIL 12 cazuri (18,75%) dintre care 4 cu suspiciune de invazie, ASC-H 5 cazuri (7,81%) și AGC 1 caz (1,56%). Biopsia s-a practicat odată cu colposcopia inițială în cele 12 cazuri HSIL care aveau și colposcopie sugestivă pentru leziuni de grad înalt, rezultatele histopatologice indicând: 1 caz de cancer microinvaziv, 3 cazuri de cancer invaziv, CIN3 în 6 cazuri și CIN2 în 2 cazuri. Toate cele 67 de gravide luate în studiu au fost reevaluate în postpartum, respectiv postabortum. Astfel, în cele 6 cazuri de CIN3 s-au practicat în postpartum conizație (2 cazuri) și ERAD (4 cazuri). În cazul cancerelor cervicale s-a practicat tratament în postpartum sau postabortum, în funcție de vârsta sarcinii și de severitatea bolii. Într-unul din cazurile de ASC-H s-a practicat ERAD în postpartum. Restul gravidelor la care nu s-a practicat biopsie în sarcină au fost urmărite cito-colposcopic în postpartum.

**Concluzii.** Cancerul cervical și leziunile cervicale intraepiteliale nu sunt frecvente în sarcină. Colposcopia în sarcină reprezintă o procedură sigură și eficientă care orientează diagnosticul și permite biopsia dirijată. Pacientele cu citologie HSIL necesită biopsie pentru a exclude invazia. În leziunile CIN2,3 expectativa este o conduită adecvată pe perioada sarcinii. Studiul confirmă datele din literatură care arată că în sarcină și postpartum regresia leziunilor pare să fie mai frecventă. Deși evaluarea modificărilor citologice minore poate fi amânată până în postpartum, colposcopia rămâne metoda de elecție care poate orienta conduita ulterioară.

## SARCINA ECTOPICĂ CERVICALĂ - ATITUDINI TERAPEUTICE

**Irina-Adriana Horhoianu, Vasile-Valerică Horhoianu, Daniela Joița, Bogdan Dorobăț, Monica Cîrstoiu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București, Univ. Titu Maiorescu Catedra de Informatică*

Sarcina ectopică cervicală reprezintă o patologie ce necesită diagnostic precoce și terapie promptă pentru a preveni complicațiile amenințatoare de viață asociate. Atitudinile terapeutice în absența complicațiilor prezintă o tendință conservatoare fiind reprezentate de către terapia singulară sau asocierile între terapia medicamentoasă cu metotrexat, embolizarea arterelor uterine, injecția intra-arterială

de metotrexat și KCl, ligatura de ramuri inferioare a arterelor uterine, terapia medicamentoasă cu mifepristonă și churetajul uterin. Asocierile diverse par a avea un efect aditiv fiind grevate de creșterea ratei de succes terapeutic. În cazul eșecului tratamentului conservator sau a apariției complicațiilor, sancțiunea chirurgicală radicală reprezentată de histerectomie constituie singura metodă terapeutică.

# MANAGEMENTUL ENDOMETRIOZEI ÎN FERTILIZAREA IN VITRO

Andreea Veliscu, B. Marinescu, Lucia Costoiu, Cristina Damian

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sârbu, București

**Introducere:** Endometrioza este o boala feminina cu impact social din ce in ce mai important prin numarul de paciente afectate si prin resursele folosite pentru diagnostic si tratament. Impactul maxim este disputat intre sindromul dureros si infertilitate. Exista inca viziuni diferite in privinta managementul pacientelor cu infertilitate si endometrioza in ceea ce priveste chirurgia ovariana si algoritmul de terapie in reproducerea umana asistata.

**Material si metoda:** Am analizat 1764 de cupluri care au avut o procedura de fertilizare in vitro. Dintre acestea am selectat pacientele cu endometrioza ovariana : doar 57 de cazuri in care sigura explicatie a infertilitatii era endometrioza. Lotul predominant este al pacientelor cu

patologie tubara, si patologii tubara asociata endometriozei. Pentru acurtea datelor am ales doar femeile cu endometrioza , fara afectare tubara si fara patologii masculine. Am comparat ratele de sarcini, procentul de fertilizare ovocitara, tipurile de protocoale si calitatea embrionilor.

**Discutii:** In ciuda lotului mare de paciente care au ajuns la fertilizare in vitro am regasit un numar mic de paciente doar cu endometrioza. Exista posibilitatea ca lotul cu infertilitate de cauza neexplicata sa fie datorat tot endometriozei nerecunoscute clinic.

**Rezultate:** Surprinzator rata de sarcini la pacientele cu endometrioza a fost comparativa cu cea a pacientelor cu patologii tubara.

# STIMULAREA OVARIANĂ CU INHIBITORI DE AROMATAZA

Manuela Neagu, Dorina Codreanu, Marilena Baluta, Cristina Neagu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sârbu, București

**Obiective:** Evaluarea eficientei inhibitorilor de aromataza in tratamentul infertilitatii de cauza ovulatorie.

**Material si metoda:** A fost selectat un lot de paciente diagnosticate cu infertilitate de cauza exclusiv ovariana si cu rezerva foliculara modesta avind varste cuprise intre 28 si 34 de ani. Particularitatea lotului de paciente a constat intr- o perioada medie de sterilitate primara de 5 ani cu numeroase tratamente de stimulare ovariana conventionale, precum si un profil hormonal bazal de ziua 3 in limite normale neconcordant cu cele doua metode de apreciere a rezervei foliculare care au fost aplicate acestor paciente. Au fost excluse din lot pacientele care asociau patologii tubara si/sau factori masculini de infertilitate. Inhibitorul de aromataza ales pentru terapia infertilitatii a fost Letozolul. Acesta a fost administrat cu scopul stimulării ovariene in vederea obtinerii unui folicul dominant, in doza de 2,5 mg/zi timp de 5 zile in faza foliculara precoce. Urmărirea efectelor acestei terapii s-a

facut prin monitorizarea ecografica a cresterii si dezvoltării foliculare, precum si prin aprecierea calitatii endometrului. Terapia de stimulare cu Letrozol a fost urmata de inducerea ovulatiei in vederea contactului sexual dirijat sau a inseminării artificiale cu sperma proaspata.

**Rezultate:** In urma stimulării ovariene cu inhibitori de aromataza, la toate pacientele din lot s-a obtinut ovulatie si peste jumatate dintre acestea au obtinut o sarcina. Majoritatea sarcinilor au avut o evolutie fiziologica pana la termen, iar fetii obtinuti au fost sanatosi.

**Concluzii:** Inhibitorii de aromataza reprezinta o optiune pentru tratamentul infertilitatii in special la pacientele cu rezerva ovariana relativ reduca. Avantajele acestei terapii comparativ cu schemele de stimulare ovariana consacrate (citratul de clomifen, gonadotropinrle) sunt: obtinerea unei monoovulatii, endometru de calitate, absenta riscului de sindrom de hiperstimulare ovariana.

**Cuvinte cheie:** inhibitori de aromataza, infertilitate de cauza ovulatorie

# CHIRURGIA PATOLOGIEI TUBARE – FIV SAU EXPECTATIVA?

B.Luchian, Lucia Costoiu, Adriana Constantin, Cristina Neagu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sârbu, București

**Introducere:** Infertilitatea este o problema medicala si sociala de actualitate. In prezent 15-20% din cupluri sunt infertile, iar incidenta este in continua crestere. Principalul factor feminin de infertilitate este patologia tubara, reprezentand 40% din cazuri. Principalii factori implicati in patologia tubara sunt in special infectiile tractului genital ( Chlamydia, Mycoplasma, Gonorheea). Multiple metode clinice si paraclinice sunt disponibile pentru diagnosticul afectiunilor tubare.

**Material si metoda:** Studiu retrospectiv in cadrul S.C.O.G."Prof.Dr. Panait Sarbu" care a inclus 280 de paciente cu status post reconstructie tubara per laparoscopic intre anii 2007-2009. Criteriile de includere

pentru paciente au fost: varsta intre 20-30 ani, status hormonal normal, patologii tubara bilaterala, fara alte patologii asociate, parteneri cu normospermie.

**Rezultate:** 5% dintre paciente au obtinut sarcini spontane, procentul sarcinilor obtinute dupa procedura FIV-ET fiind mai mare, in contextul in care un numar redus de paciente a acceptat procedura de reproducere umana asistata.

**Concluzii:** Chirurgia reconstructiva tubara poate avea efect benefic in obtinerea unei sarcini, insa patologia tubara este una dintre cele mai frecvente indicatiile pentru procedura FIV-ET.

## CHISTADENOM PAPILAR SEROS BORDERLINE - PREZENTARE DE CAZ

**B. Botezatu, M. Moisa, B. Lucian, Cristina Neagu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sărbu, București*

**Introducere:** Chistadenomul mucos ovarian este o tumoră în general benignă care provine de pe suprafața epitelială a ovarului și reprezintă 15% din totalul tumorilor seroase. Afectează în general femeile tinere, iar degenerarea malignă este întâlnită în decadele 4 și 5. Frecvent evoluează silentios.

**Prezentare de caz:** Pacienta în vârstă de 31 de ani cu cicluri menstruale regulate se prezintă pentru dureri pelviabdominale asociate cu simptomatologie respiratorie și digestive, acuze debutate de câteva săptămâni.

În urma investigațiilor clinice și paraclinice se decide intervenție chirurgicală. Se evidențiază trei tumori: o formațiune chistică multiloculată gigantă dezvoltată intraperitoneal, cu apartenență

ovariană dreaptă, ajungând până la marginea anterioară a ficatului și până la diafragm, exercitând efect de masă asupra marilor vase abdominale, a anșelor intestinale și a organelor parenchimatose abdominopelvine; supra și latero uterin stanga - 2 formațiuni chistice cu dimensiuni de 12/9/10cm, respectiv 9/7/7cm, bine delimitate - endometrioame.

**Concluzii:** Evoluție silențioasă a tumorii până la atingerea unei dimensiuni gigante, fără a influența fertilitatea, pacienta prezentând o naștere în antecedente. Deși ambele ovare erau complet transformate chistic și nu prezentau stromă normală, pacienta afirmă menstruale regulate.

## METODE CURENTE DE PREZERVARE A FERTILITĂȚII LA PACIENȚII ONCOLOGICI

**Marilena Baluta, Anca Moisa, Manuela Neagu, F. Badulescu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sărbu, București*

Diagnosticul de cancer reprezintă un moment de criză pentru orice pacient. Impactul asupra pacientului depinde de: forma de cancer, stadiul clinic, resursele de tratament, resursele emoționale, sociale și starea pacientului. În momentul comunicării diagnosticului, medicul trebuie să informeze pacientul despre mijloacele terapeutice existente care trebuie urmate în funcție de tipul de cancer, dar și de complicațiile imediate și tardive pe care acestea le au asupra fertilității, în special la pacienții tineri care nu au copii.

Tratamentele oncologice, radio și chimioterapic nu acționează doar la locul pentru care sunt administrate, ele acționează și pe celelalte celule, în special pe cele cu diviziune rapidă, cum sunt gonadele - ovarele și testiculele. După aceste tratamente, infertilitatea poate

fi o complicație temporară sau permanentă. În polichimioterapia care cuprinde un agent alchilant, s-a observat că infertilitatea este o complicație permanentă, amenoreea și azoospermia aparând în aproximativ 80% din cazuri.

Fertilizarea in vitro, pe lângă indicațiile clasice reprezentate de infertilitate, poate fi indicată și pacienților diagnosticați cu cancer care vor să-și preserve fertilitatea. În funcție de forma de cancer și vârsta pacientului se poate opta pentru crioconservarea spermăi, țesutului testicular, ovocite, țesut ovarian sau embrioni. Stabilirea planului de tratament și momentul optim pentru congelare presupune cooperarea între o echipă mixtă formată din oncolog, ginecolog, chirurg, urolog, embriolog.

## ABDOMENUL ACUT CHIRURGICAL DE CAUZĂ GINECOLOGICĂ

**M Panescu, S Neagu, R Costea, Cristina Neagu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sărbu, București*

Abdomenul acut chirurgical reprezintă o permanentă provocare pentru personalul spitalelor de urgență, atât prin caracterul de gravitate extremă a cazurilor prezentate, cât și prin dificultatea diagnosticului corect în faza preoperatorie. Din marea varietate de forme etiopatogenice se distinge o grupă distinctă având ca punct de plecare aparatul genital.

**Material și metoda:** Va fi prezentată analiza retrospectivă a cazurilor a 49 de pacienți internate și operați în clinică în perioada 2011-2013. Rezultate: Distribuția pe grupe de vârstă plasează marea majoritate a pacienților în decada a patra de viață, având ca vârste extreme 20 și, respectiv, 89 de ani. Toate pacientele au fost investigate în urgență: hemoleucograma, biochimie, coagulograma, grup sanguin, ecografie. Un număr de 22 pacienți au fost supuse Rx abdominală simplă. CT abdominal și pelvin au avut 8 pacienți. Consultul ginecologic a fost efectuat la 20 pacienți. În funcție de statusul biologic s-a practicat reechilibrare cu complexitate adaptată fiecărui caz. Toate pacientele au fost supuse unei intervenții chirurgicale în urgență. Au fost identificate 12 pacienți cu chiste anexiale seroase eclatate, 12 pacienți cu hemoperitoneu prin chist ovarian hematic rupt, 4 pacienți

cu torsiune de anexă, 11 pacienți cu afecțiuni inflamatorii anexiale, 1 pacientă cu hemoperitoneu prin sarcină cornuală, oprită în evoluție, 8 pacienți cu ocluzie intestinală prin compresie extrinsecă prin tumori chistice ovariene gigante, 1 pacientă cu tumoră ovariană invadantă în cec și perforație diastatică de ileon terminal și 1 pacientă cu abdomen acut prin fibrom uterin gigant cu necrobioză. Cea mai frecventă comorbiditate a fost apendicita acută secundară. Tratamentul chirurgical a asociat tratamentul cauzal cu tratamentul leziunilor de însoțire. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu 2 excepții care, în pofida tratamentului complex, datorită comorbidităților severe și a vârstei înaintate, au decedat. Complicațiile postoperatorii precoce au fost reduse și au necesitat tratament specific. Durata medie de spitalizare a fost de 11.2 zile (cu limite între 2 și 42).

**Concluzii:** Abdomenul acut chirurgical de cauză genitală este o entitate patologică severă. Cunoașterea temeinică a patologiei ginecologice ca posibilă cauză de abdomen acut și a tratamentului său trebuie să fie o preocupare constantă a medicului chirurg generalist. Cooperarea interdisciplinară este obligatorie pentru corectă diagnosticare și tratare a cazurilor de abdomen acut chirurgical de cauză genitală.

# LAPAROCOPIE VERSUS FIV ÎN STERILITĂȚILE ASOCIATE ENDOMETRIOZEI

Liana Pleș, Romina Sima

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur

Endometrioza este o cauza recunoscuta a infertilitatii iar laparoscopia reprezinta gold standardul in diagnosticul si tratamentul acestei afectiuni. Chirurgia desi are ca scop indepartarea leziunilor, ameliorarea simptomatologiei si restaurarea sau prezervarea fertilitatii nu reuseste sa asigure succesul reproductiv. Prin urmare un contingent important din aceste paciente vor recurge la reproducerea asistata. Cauzele infertilitatii sunt intricate in endometrioza fiind atat de natura tubar peritoneala cat si ovariana.

Avand in vedere ca endometrioamele ovariene sunt leziuni distructive care spoliata rezerva ovariana exista controverse cu privire la cea mai buna modalitate de a rezolva aceasta patologie. Studiile arata insa ca chirurgia excizionala are rezultate mai bune in termeni de ameliorarea a infertilitatii fata de drenaj si ablatie dupa care pot apare recidive. Studiile au indicat reducerea rezervei ovariene dupa tratarea

chirurgicala a endometrioamelor. Nu este clar daca aceasta reducere se datoreaza ablatiei chirurgicale sau afectiunii in sine.

Controverse exista si cu privire la beneficiile tratamentului medical postoperator cu analogi de gonadotrofine premergator FIV, acordul general fiind ca un tratament limitat la o durata de 3 luni ar putea fi benefic.

Un alt aspect ridicat de corelatia dintre FIV si endometrioza ar fi legat de posibilitatea ca stimularea ovariana sa aiba un efect de „flare up” asupra endometriozei. Mai multe studii in acest sens au demonstrat ca nu exista dovezi care sa sustina agravarea sau recidiva endometriozei dupa FIV.

In concluzie solutionarea infertilitatii in care este incriminata endometrioza ar beneficia de utilizarea ambele proceduri respectiv de laparoscopie pentru eradicarea lezionala si apoi de FIV.

## EVALUARE ȘI MANAGEMENT ÎN CITOLOGIA CERVICALĂ CU CELULE SCUAMOASE ATIPICE (ASCUS SI ASC-H)

Andreea Gorcea, Oana Toader, Daniela Nuti Oprescu, Nicolae Suciu

UMF Carol Davila, IOMC, Spitalul Clinic Polizu, București

**Introducere:** Terminologia ASCUS este utilizata pentru a descrie celule ce prezinta anomalii mai pronuntate decat simple modificari reactive, dar care nu evidentiaza o leziune scuamoasa intraepiteliala. Celulele scuamoase atipice de semnificatie nedeterminata reprezinta cea mai frecventa anomalie intalnita in citologiile cervicale. Riscul de cancer invaziv cervical la pacientele cu citologie ASCUS este scazut deoarece pana la 2/3 din cazuri nu asociaza o infectie cu tulpini HPV cu risc crescut. Terminologia ASC-H este utilizata pentru a descrie celule ce prezinta atat modificari caracteristice leziunilor scuamoase intraepiteliale de grad inalt, precum si alte modificari ce mimeaza aceste leziuni. ASC-H este asociat cu un risc crescut de leziuni premaligne cervicale de grad inalt sau chiar cu cancer cervical invaziv. Pentru femeile cu citologie ASCUS sunt acceptate trei strategii de evaluare initiala: colposcopie imediata, triaj HPV sau conduita conservatoare cu repetarea citologiei la interval de 6 luni. In cazurile cu citologie ASCUS triajul HPV este cea mai eficienta metoda de detectare a leziunilor CIN2/3 sau a cancerului cervical si determina scaderea numarului de evaluari colposcopice ulterioare comparativ cu conduita bazata pe colposcopie imediata in toate cazurile. Conduita conservatoare bazata pe citologii repetate este o alternativa valoroasa triajului HPV in cazurile in care testarea

HPV este limitata de factori externi (socioeconomici sau logistici). In cazul femeilor cu citologii ASC-H conduita optima este cea de colposcopie imediata, testarea HPV nefiind recomandata din cauza ratei mari a infectiei HPV la aceste paciente.

**Obiective:** Imbunatatirea evaluarii initiale si a conduitei in cazul citologiei ASCUS/ ASC-H, stabilirea unui algoritm de urmarire bazat pe o strategie cost-eficienta si evitarea testarii HPV de rutina in cazul pacientelor cu citologie ASC-H

**Materiale si metoda:** Lucrarea e bazata pe ghiduri de practica aprobate, trialuri randomizate, baze de date medicale electronice precum si pe experienta clinica a autorilor

**Concluzii:** Evaluarea initiala si conduita in cazurile de citologie ASCUS si ASC-H trebuie sa fie diferite. Triajul HPV, conduita conservatoare sau colposcopia imediata sunt cele trei instrumente utilizate pentru managementul acestor cazuri. Recomandarile de urmarire pentru citologiile cervicale anormale trebuie sa fie diferite pe grupe de varsta, in cazul segmentelor populationale specifice (gravide, femei in postmenopauza sau imunodeprimite) evaluarea si managementul urmand algoritme diferite.



## CONSECINȚELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL AL LEZIUNILOR PRECANCEROASE DE COL UTERIN ASUPRA VIITORULUI OBSTETRICAL

Maria-Cristina Miron, Andrei Chilianu, Ciprian Pop Began

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

Creșterea incidenței neoplaziilor cervicale intraepiteliale (CIN) ce necesită tratament chirurgical (CIN2,3), la femeile de vârstă reproductivă, poate avea efect asupra obținerii și mai ales asupra evoluției unei sarcini ulterioare.

Riscul de naștere prematură este crescut la gravidele la care s-a

practicat conizație sau rezeccție cu ansa diatermică anterior sarcinii, iar eficacitatea cerclajului profilactic la aceste gravide rămâne în continuare neclar.

## TUMORILE OVARIENE BORDERLINE - CONCEPT ȘI CONTROVERSE

O.G. Olaru, F.Conteanu, I. Conea, A.D.Stanescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur

**Introducere.** După unele statistici, tumorile borderline alcătuiesc aproximativ 15% din totalitatea tumorilor ovariene epiteliale. Cu cât gradul de informare asupra acestui tip de tumori este mai mare, cu atât și frecvența cu care sunt diagnosticate crește. Ele reprezintă o categorie aparte cu evoluție și prognostic diferit față de cel al cancerelor ovariene.

**Cuprins.** Howard C. Taylor a descris pentru prima dată, în 1929, o categorie de tumori ovariene care nu se încadrau în categoria tumorilor maligne, dar nici în categoria tumorilor benigne, și pe care le-a denumit „semimaligne”. De-a lungul timpului pentru acest tip de tumori au fost folosite și alte denumiri: tumori de malignitate borderline, tumori cu potențial malign scăzut, tumori proliferative atipice.

Cu toate că aceste leziuni au anumite caracteristici morfologice care le diferențiază și în primul rând, au un prognostic mai bun decât formele clasice de cancer ovarian, nu au fost considerate o entitate distinctă până în 1971, când Federația Internațională de Obstetrică Ginecologie (FIGO) a introdus, în clasificarea tumorilor ovariene, o categorie separată de tumori denumite „borderline” („de graniță” sau „la limită”), categorie adoptată mai apoi și de Organizația Mondială a Sănătății (OMS).

De atunci, controverse considerabile au însoțit definirea și gestionarea tumorilor ovariene borderline, din cauza patogenezei lor enigmatice și a comportamentului lor deosebit.

Ca și alte tumori ovariene, tumorile borderline, sunt dificil de detectat clinic. Aproape 23% dintre paciente sunt asimptomatice iar, când există, simptomele nu sunt caracteristice.

Deși modul de stadializare este chirurgical, acest lucru poate fi abordat în mod diferit, ca și tratamentul. Diagnosticul histopatologic este dificil, existând încă multe aspecte controversate. La examenul extemporaneu tumorile borderline sunt diagnosticate corect în proporție de 58-86%, astfel încât multe cazuri nu sunt abordate adecvat în primă instanță.

În ultimele decenii, managementul tumorilor ovariene borderline s-a schimbat, trecându-se de la intervențiile chirurgicale radicale la un tratament mai conservator, care vizează păstrarea fertilității pentru femeile aflate la vârste tinere și la utilizarea tot mai mare a laparoscopiei ca metodă de diagnostic și tratament.

**Concluzii.** Aceste tumori trebuie să fie în primul rând recunoscute, diagnosticate și stadializate corect, deoarece prognosticul și tratamentul lor este în mod clar diferit față de cel al carcinoamelor ovariene invazive.

## METRORAGIILE ÎN PERIMENOPAUZĂ ȘI AFECȚIUNILE MALIGNNE GENITALE

O.G.Olaru, A.D.Stanescu, M.Filip

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur

**Introducere.** Desigur că există mai multe cauze de sângerare uterină anormală în perioada de perimenopauză, dar lucrul cel mai important este de a exclude sau confirma prezența unui cancer.

**Obiectiv.** Evaluarea algoritmilor de investigație și a metodelor de diagnostic în gestionarea metroragiilor din perimenopauză, având în vedere rezultatele examenului histopatologic.

**Material și metodă.** A fost realizat un studiu retrospectiv incluzând cazurile cu hemoragii uterine anormale în perioada de perimenopauză, investigate și tratate în clinica noastră în ultimul an. Au fost luate în considerare motivele pentru recurgerea la biopsie, rezultatele examenului histopatologic, complicații și rezultate terapeutice.

**Rezultate.** Pentru studiu au fost selectate 116 paciente care au respectat criteriile de includere. Vârsta medie a fost de 44 de ani. La 6 paciente

(5,2%) a fost diagnosticat carcinom scuamos, la una adenocarcinom (0,8%), la 13 paciente (11,2%) hiperplazie simplă sau complexă dar fără citoatipii iar la 5 paciente (4,3%) hiperplazie de endometru cu citoatipii. Cea mai uzitată metodă de biopsie a fost chiuretajul biopsic fracționat care a fost practicat la 99 de paciente (85,3%).

**Concluzie.** Progresele tehnologice au permis îmbunătățiri considerabile ale instrumentelor imagistice de diagnostic ce pot permite selectarea cazurilor ce urmează a fi biopsiate și ghidarea biopsiilor.

Pentru obținerea unui eșantion de endometru pentru examenul histopatologic chiuretajul biopsic fracționat încă este tehnica cea mai folosită.

# ASPECTE TEHNICE ALE HISTERECTOMIEI LAPAROSCOPICE

A Filipescu, A. Boiangiu, C. Vladu, N. Clim

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

Histerectomia reprezintă cea mai frecventă intervenție ginecologică. Începând din 1989, o dată cu prima histerectomie pe cale laparoscopică, această tehnică își găsește din ce în ce mai mulți adepți. Cunoașterea avantajelor, dezavantajelor, incidentelor și a posibilelor complicații ale histerectomie laparoscopice duce la o mai bună abordare din punct de vedere chirurgical.

Prezentăm experiența dobândită în urmă realizării unui număr de 50 de histerectomii pe cale laparoscopică în ultimii 2 ani. Toate intervențiile s-au datorat patologiei benigne, vârsta medie a pacientelor a fost de 51 de ani, timpul operator mediu de 132 de minute iar durata spitalizării de 3 zile. Rata complicațiilor a atins un procent de 8% dintre care : 4%

reprezentând 2 paciente au suferit leziuni la nivelul vezicii urinare și alt 4% a reprezentat complicații hemoragice: un hematom parietal, respectiv o reintervenție pentru hemoperitoneu datorat unei surse de sângerare activă de la nivelul orificiului lateral de trocar.

Deși ca timp operator este mai costisitoare histerectomia laparoscopică oferă beneficiul unei spitalizări de scurtă durată cât și a unui timp de recuperare mult mai mic. Posibilele complicații scad direct proporțional cu experiența chirurgului și nu influențează morbiditatea atunci când sunt recunoscute și remediate la timp.

# CORESPONDENȚA DIAGNOSTICULUI CITOLOGIC DE ASC-H CU DIAGNOSTICUL HISTOPATOLOGIC DE NEOPLAZIE CERVICALĂ

O.G.Olaru, C.Constantinescu, I. Conea, G. Coman, M.Filip, A.D. Stanescu

UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Bucur

**Introducere.** Sistemul Bethesda a fost introdus în 1988 și revizuit în 1991 și 2001. Dacă inițial accentul era pus pe identificarea tuturor leziunilor intraepiteliale, modificările aduse în 2001 aveau scopul de a identifica în special modificările citologice asociate cu neoplazii cervicale intraepiteliale (CIN) de grad înalt. Astfel a apărut categoria ASC-H care este fondată pe prezența unor celule epiteliale atipice, dar care nu întrunesc pe deplin criteriile pentru calificarea ca HSIL.

**Obiective.** Principal:

- Evaluarea utilității acestei categorii în diagnosticul CIN la peste 10 ani de la introducerea ei.

Secundare:

- Stabilirea ponderii rezultatelor de ASC-H față de totalul examenelor citologice cervico-vaginale,

- Stabilirea valorii predictive pozitive a ASC-H în detectarea CIN de grad înalt

**Material și metodă.** Au fost incluse în studiu retrospectiv toate cazurile la care s-a efectuat examenul citologiei cervico-vaginale în clinica noastră pe o perioadă de 3 ani, 2011-2013. Dintre acestea au

fost selectate pacientele cu rezultat citologic ASC-H, care au constituit lotul de studiu. Au fost analizate datele din registrele de evidență a rezultatelor examenului citologic, examenelor colposcopice, examenelor histopatologice și foile de observație ale pacientelor internate.

**Rezultate și discuții.** În perioada analizată au fost înregistrate un număr de 8635 de examene citologice din care 30 au fost raportate ca ASC-H (3,45%). Un număr de 11 paciente nu au urmat algoritmele de investigație și diagnostic. Din cele 19 paciente ramase 3 au fost diagnosticate cu CIN de grad înalt și 3 cu CIN de grad scăzut. Valoarea predictivă pozitivă a fost de 10% pentru CIN de grad înalt, mai mică decât datele inițiale din literatura de specialitate unde se situa între 48% și 56%.

**Concluzii.** Utilitatea introducerii acestei categorii este discutabilă. Din totalul examenelor citologice rezultatele de ASC-H reprezintă (cum era de așteptat) un număr foarte mic însă valoarea predictivă pozitivă a fost mult mai mică decât cea anticipată. În plus algoritmul diagnostic este aproape similar cu cel urmat în cazul unui rezultat H-SIL.

# OSTEOPOROZA – IMPACT ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII LA FEMEIA ÎN MENOPAUZĂ

Monica Cirstoiu, Liviu Popovici, Oana Bodean, Octavian Munteanu, Diana Secară

UMF Carol Davila, Spitalul Universitar de Urgență București

Osteoporoza este o boala scheletica sistemica caracterizata prin scaderea densitatii osoase si deteriorarea arhitecturii tesutului osos, avand drept urmasi cresterea fragilitatii osoase si susceptibilitatea la fracturi.

O data cu scaderea nivelurilor concentratiei estrogenilor, la femeia in menopauza, la nivel celular apare un dezechilibru intre fenomenele de

remodelare osoasa, in favoarea celor osteolitice.

Osteoporoza poate reduce calitatea vietii femeii in menopauza, prin aparitia durerilor cronice si a incapacitatii functionale, determinata de fractura pe os patologic.

Din aceste motive managementul corect al osteoporozei la femeia in menopauza este esential pentru cresterea calitatii vietii pacientei.

## ACOLARE LABIALĂ SEVERĂ COMPLICATĂ CU PSEUDOINCONTINENTA URINARĂ ÎN POSTMENOPAUZĂ PREZENTARE DE CAZ

**Antoine Edu, Daniela Mihai**

*UMF Carol Davila, Maternitatea Nicolae Malaxa*

Acolarea labiala severa este o patologie rara in postmenopauza, fiind mai des intalnita in prepubertate. Prezentarea de caz se refera la o pacienta in varsta de 56 ani ce relateaza dificultati la urinara. La examenul clinic se constata unirea aproape in totalitate a labiilor, cu

un mic orificiu liber spre comisura posteroara vulvara. S-a intervenit chirurgical pentru dezlipirea labiilor, ulterior tratamentul fiind local estrogenic si cu vitamina A.

La 3 si 6 luni postoperator pacienta se prezinta clinic in limite normale.

## CARCINOM SCUAMOS ȘI TUBERCULOZĂ CERVICALĂ - ASOCIERE PĂTOLOGICĂ RARĂ. CAZ CLINIC ȘI IPOTEZE PATOFIZIOLOGICE

**Manuela Russu, Ruxandra Stănculescu, Serban Nastasia, Daniela Değeratu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Cantacuzino, Spitalul Clinic Sf. Pantelimon*

Pacientă caucaziană, 29 ani, sechelară de tuberculoză pulmonară, considerată vindecată (2002), este diagnosticată (2008) cu carcinom scuamos nekeratinizant stadiul IB, HPV -genotip 33, p53 pozitiv, supusă la radioterapie, chimioterapie, intervenție radicală de siguranță oncologică cu evoluție normală, fără reactivarea tuberculozei pulmonare.

Histopatologic: exocol - zone ulcerative, celule gigante multinucleare de corp străin, microcalcificări, insule cu celule maligne scuamoase non-keratinizante; endocol - inflamație granulomatoasă, necroză cazeoasă, celule gigante multinucleare Langhans; endometru atrofic; ovare -corpi albicans; endosalpinx hiperplastic; vaginul extirpat fără invazie neoplazică, 10 ganglioni extirpați -reactivi, lipodistrofici, microcalcificări.

Asocierea tuberculoză și carcinom cervical este rar raportată în ultimii 20 ani, numai în țări asiatice- China și India, nefiind complet cunoscut răspunsul gazdei împotriva infecției și factorilor tumoral Mycobacterium tuberculosis(BK) și HPV oncogen au efecte

potențatoare și/sau inhibitoare asupra celulelor cervicale infectate, prin mecanisme directe și indirecte.

Localizarea BK în glandele endocervicale secundară celei pulmonare, este descoperită post-terapeutic, fiind plauzibilă reducerea prin HPV oncogen a imunității cervicale recunoscute la BK. BK s-a evidențiat indirect - necroza cazeoasă și celule gigante multinucleare Langhans. HPV oncogen contribuie la pierderea supresorului tumoral major LKB1, sau la apariția unor mutații somatice ale acestuia, considerate similare p53, evidențiat imunohistochimic post-terapeutic.

BK reduce imunitatea gazdei la HPV oncogen. Noi speculăm că BK se asociază cu pierderea/apariția mutantelor supresorului tumoral LKB1, datorită persistenței după radio- chimioterapie a celulelor maligne scuamoase non-keratinizante.

Întrebările sunt: tuberculoza este anterioară cancerului, sau infecția virală a făcut posibilă localizarea secundară a BK. Nu s- au evidențiat reacții granulomatoase și nici metastaze maligne în restul structurilor extirpate.

## CONTRACEPȚIA LA ADOLESCENTE - O PROVOCARE

**B. Luchian, Lucia Costoiu, Adriana Constantin, Cristina Neagu**

*UMF Carol Davila, Spitalul Clinic Panait Sărbu*

Odată cu debutul vieții sexuale la vârste din ce în ce mai fragede centrele de planificare familială joacă un rol important prin consilierea adolescentelor în ceea ce privește metodele contraceptive. Contracepția poate reduce astfel riscul apariției unei sarcini nedorite, a avorturilor și a contactării unei boli cu transmitere sexuală, având astfel un impact socio-economic important. Analiza metodelor contraceptive alese de adolescente este în funcție de momentul utilizării, de debutul vieții sexuale sau de antecedentele ginecologice.

Vârsta la care adolescentele se adresează în vederea consilierii contraceptive este între 15-18 ani, majoritatea tinerelor provin din mediul urban. Metoda cea mai des aleasă este reprezentată de contraceptivul oral combinat cu concentrație mică hormonală. Îngrijorător este procentul mare (45,89%) de tinere care prezintă deja antecedente obstetricale (nașteri și avorturi) în momentul deciziei de a utiliza o metodă contraceptivă.