

## Momentul optim de clampare a cordonului ombilical - actualizarea datelor din literatură

Ruxandra Stănculescu, Diana Comandașu, Vasilica Bausic, Cătălin Coroleucă, Elvira Brătîlă

Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

**Introducere.** De-a lungul timpului, asistăm la modificarea anumitor proceduri standard în privința fie a nașterii la termen, fie premature, fie pe cale vaginală, fie prin operație cezariană. Alegerea momentului clampării cordonului ombilical este influențată de starea la naștere a nou-născutului și influențează major evoluția ulterioară a acestuia. **Scop.** Actualizarea datelor de fiziopatologie în beneficiul nou-născutului privind justificarea momentului optim de clampare a cordonului ombilical. **Material și metodă.** Analiza bazelor de date Cochrane și PubMed privind clamparea cordonului ombilical raportat la momentul optim, impactul asupra nou-născutului și mamei. **Rezultate.** Clamparea cordonului ombilical la 180 de secunde după naștere permite transfuzia unui volum sangvin de 100 ml, previne deficiența de fier, asigură un aport suplimentar de imunoglobuli-

ne și celule stem. În situațiile în care nu se impun manevre de resuscitare a nou-născutului, amânarea clampării cordonului ombilical cu 30-180 de secunde reduce incidența hemoragiei intraventriculare și a enterocolitei necrozante la nașterile premature. **Concluzii.** Expulzia nou-născutului trebuie urmată de acordarea primelor îngrijiri de către medicul obstetrician, plasarea nou-născutului pe abdomenul mamei sau menținerea acestuia la același nivel cu perineul și favorizarea respirațiilor, știut fiind faptul că primele respirații ale nou-născutului favorizează un transfer crescut de sânge placentar, datorită presiunii intratoracice negative generate de inflația plămânilor. Clamparea cordonului ombilical trebuie amănată între 30 și 180 de secunde după naștere, ori de câte ori starea nou-născutului creează această oportunitate.

## Impactul obezității materne asupra funcției placentare și a dezvoltării fetale

Ruxandra Stănculescu, Elvira Brătîlă, Diana Comandașu, Vasilica Bausic

Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

**Scop.** Actualizarea informațiilor privind corelația dintre obezitatea maternă, disfuncțiile placentare și dezvoltarea fetală. **Material și metodă.** Analiza publicațiilor online apărute în bazele de date PubMed și Cochrane în ultimii 5 ani cu privire la impactul obezității asupra evoluției sarcinii și a dezvoltării fătului și nou-născutului. **Rezultate.** Există o strânsă legătură între statusul nutrițional matern, metabolismul țesutului adipos, funcția placentară și transferul nutrienților către făt. Obezitatea maternă este corelată cu un proces inflamator indus de adipokine, care intervin asupra intoleranței materne la glucoză, asupra rezistenței la insulină, asupra modelării neuroendocrine și cardiovasculare asociate cu modificări ale indexului de masă corporală. La gravidele obeze, printre citokinele proinflamatorii cu niveluri circulatorii materne mai ridicate se numără TNF-alpha, IL-6, alături de leptine, în timp ce nivelurile de adiponectin sunt mai reduse. Acești factori amplifică transportul nutrienților de la placentă la făt, determinând dezvoltarea feților macrosomi.

Expresia mult mai mare la nivelul placentei a toll-like receptorilor (TLR4), mai mare de trei până la nouă ori în rândul gravidelor obeze, se corelează cu creșterea expresiei IL-6, a hiperglicemiei și rezistenței materne la insulină. Gravidele obeze asociază risc crescut de apariție a diabetului gestațional, a nașterii premature, a preeclampsiei și disfuncție endotelială placentară. Disfuncțiile placentare manifestate prin reducerea atât a PIGF, cât și raportului VEGF/Flt1, alături de limitarea angiogenezei generează reducerea transportului de nutrienți către făt și, în consecință, duc la apariția nou-născuților cu greutate mică la naștere sau a nou-născuților cu restricție de creștere intrauterină. **Concluzii.** Obezitatea maternă poate determina nașterea unor feți cu largă variabilitate a greutății corporale, având impact major asupra dezvoltării neurocomportamentale a copilului. Refacerea nivelului matern de adiponectin la gravidele obeze ar putea fi considerată o metodă de prevenire a obezității și a bolilor metabolice la nou-născut.

## Aspecte ultrasonografice și morfologice în placentă anormală

Costin Berceanu<sup>1</sup>, Monica M. Cîrstoiu<sup>2</sup>, Simona Vlădăreanu<sup>2</sup>, Elvira Brătilă<sup>2</sup>, Claudia Mehedințu<sup>2</sup>, Răzvan Ciortea<sup>3</sup>, Sabina Berceanu<sup>1</sup>, Loredana Ciurea<sup>1</sup>, Ioana A. Gheonea<sup>4</sup>

1. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova  
2. Departamentul Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, UMF „Carol Davila” București  
3. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca  
4. Departamentul Radiologie-Imagistică Medicală, UMF Craiova

**Introducere.** Rutina practicii clinice obstetricale și materno-fetale presupune evaluarea ultrasonografică a structurii placentare pe toată durata gestației, prin tehnica standard 2D, dar și prin tehnici 3D și Doppler avansate. Scopul studiului este de a realiza corelații sistematice între placentă anormală evaluată ultrasonografic și diagnosticul morfopatologic al acestei structuri gestaționale. **Material și metodă.** Cercetare multicentrică terțiară ce include un număr de 734 de sarcini neselectate, diagnosticate ultrasonografic cu anomalii placentare sau ale membranelor fetale, în intervalul 2012-2017. Evaluarea ultrasonografică a fost urmată de studiul morfopatologic al acestor structuri. Intervalul de examinare a variat între 11 (+4) și 38 (+5) săptămâni gestaționale. Studiul include 722 de sarcini unice și 12 sarcini multiple. Diagnosticul ultrasonografic a inclus evaluare transabdominală, transvaginală sau mixtă. **Rezultate.** Corelații ultrasonografice și morfopatologice au fost observate pentru: infarcte placentare - 75 de cazuri (10,21%), necrogenități placentare - 17 (2,31%), *placenta circummarginata* - 42 (5,72%),

tumori placentare - 7 (0,95%), *placenta praevia* - 24 (3,26%), hematom retroplacentar - 51 (6,94%), benzi amniotice - 31 (4,22%), placentă hiperadrență (*accreta*, *incretta*, *percreta*) - 28 (3,81%), placentă molară - 27 (3,67%), lobulație anormală - 42 (5,72%), *abruptio placentae* - 9 (1,22%). **Concluzii.** Un număr semnificativ de anomalii placentare pot fi detectate ultrasonografic chiar din primul trimestru de sarcină. Examinarea 2D standard este esențială pentru diagnostic, dar tehnicile 3D și Doppler avansat completează și susțin evaluarea ultrasonografică. Anumite structuri anatomice macroscopice ale placentei au expresie ultrasonografică evidentă și bine definită, aducând detalii pentru prognosticul materno-fetal. Există un număr semnificativ de anomalii fetale, structurale sau funcționale, unele cu implicare sindromică, a căror identificare ultrasonografică trebuie să conducă spre examinarea morfopatologică a structurii placentare. Anumite anomalii de placentă detectate ultrasonografic pot atrage atenția asupra necesității diagnosticului prenatal invaziv.

## Corelații ultrasonografice și morfopatologice în adenocarcinomul endometrial endometrioid

Costin Berceanu<sup>1</sup>, Monica M. Cîrstoiu<sup>2</sup>, Elvira Brătilă<sup>2</sup>, Claudia Mehedințu<sup>2</sup>, Răzvan Ciortea<sup>3</sup>, Sabina Berceanu<sup>1</sup>, Ioana A. Gheonea<sup>4</sup>

1. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova  
2. Departamentul Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, UMF „Carol Davila” București  
3. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca  
4. Departamentul Radiologie-Imagistică Medicală, UMF Craiova

Este unanim recunoscut la ora actuală faptul că studiile epidemiologice, clinice și moleculare converg spre ideea clasificării adenocarcinoamelor endometriale în cel puțin două subclase: tipul I - în care tumorile sunt adenocarcinoame endometrioide și probabil mucinoase, în timp ce tipul II include formele de carcinoame seroase sau cu celule clare. Patologia malignă a endometrului reprezintă cea mai frecventă neoplazie invazivă a tractului genital feminin. Majoritatea acestor cazuri sunt reprezentate de adenocarcinomul endometrioid (sau de tip I), care este cel mai comun tip histologic. În cazul tipului I de carcinoame, gradul histopatologic este de mare importanță în stabilirea prognosticului și, în multe cazuri, a conduitei terapeutice. Majoritatea pacienților solicită consultul de specialitate în momentul apariției hemoragiei pe cale vaginală, cel mai important simptom al acestei patologii, iar tumoarea este de obicei limitată la corpul uterin la momentul diagnosticului. Factorii de risc ai cancerului endometrial includ, în mare, obezitatea și vârsta avansată. Alți factori care influențează riscul

sunt: sindromul ovarelor polichistice, terapia estrogenică, în special la menopauză, menarha devreme, menopauza precoce, istoric de infertilitate, nuliparitatea, neregularitățile menstruale, rasa albă, tratamentul cu tamoxifen, diabetul, hipertensiunea arterială, boli ale vezicii urinare, contracepție orală combinată pe termen lung și fumatul. Există numeroase studii, în ultimele două decenii, cu privire la carcinomul endometrial, însă la fel de adevărat este și faptul că s-au înregistrat modificări semnificative în modelele de distribuție a caracteristicilor patologice, în cadrul acestor entități cu variabilitate destul de amplă. Carcinomul endometrioid de tip mucinos reprezintă 1-2% dintre cancerurile endometriale, având un aspect mucinos ce cuprinde mai mult de jumătate din tumoare și fiind denumit generic aspect focal. Scopul acestui studiu este de a stabili corelații imagistice, morfologice și de patologie chirurgicală privind diagnosticul, conduita terapeutică și prognosticul tumorilor uterine din categoria adenocarcinomului endometrial endometrioid.

## Diagnosticul prenatal avansat în osteocondrodizplaziile fetale

Costin Berceanu<sup>1</sup>, Elvira Brătîlă<sup>2</sup>, Monica M. Cîrstoiu<sup>2</sup>, Simona Vlădăreanu<sup>2</sup>, Claudia Mehedințu<sup>2</sup>, Roxana Bohilțea<sup>2</sup>, Sabina Berceanu<sup>1</sup>, Ioana A. Gheonea<sup>3</sup>

1. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova  
2. Departamentul Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, UMF „Carol Davila” București  
3. Departamentul Radiologie-Imagistică Medicală, UMF Craiova

Osteocondrodizplaziile fetale sunt condiții uneori foarte dificil de diagnosticat sau de clasificat cu exactitate, atât prenatal, cât și postnatal, din cauza variabilității extrem de largi a manifestărilor clinice. Din punct de vedere fenotipic, aceste tulburări sunt caracterizate prin talia redusă a acestor indivizi și grade diferite de deformare a structurilor osoase sau articulare, musculare sau disfuncții mixte. Acest grup extins de condiții include în diferite clasificări aproximativ 456 de entități patologice, distribuite în 40 de subgrupuri, conform unor criterii moleculare, biochimice sau imagistice. Din cauza variabilității mari a acestor anomalii, multe dintre acestea fiind asociate sau parte a unor sindroame, incidența exactă este dificil de cuantificat, dar, luate individual, acestea sunt, pe de o parte, entități rare, iar pe de altă parte, luate la nivel global, incidența este estimată la 1: 5000 de nou-născuți vii. Chiar dacă progresele din medicina materno-fetală, genetică sau din morfopatologie sunt remarcabile, diagnosticul prenatal precis

al displaziilor scheletale rămâne o provocare pentru practicieni. Ultrasonografia este, fără îndoială, examinarea de referință pentru aceste entități, aducând adesea informații relevante pentru diagnostic, însă datorită marii variabilități de exprimare a semiologiei ultrasonografice contribuția unor explorări complementare pentru stabilirea corectă a diagnosticului prenatal poate fi esențială. Imagistica prin rezonanță magnetică fetală are acum peste 30 de indicații fetale și materno-fetale, iar în cazul displaziilor scheletale, și ca explorare complementară ultrasonografiei, aduce detalii pentru diagnosticul prenatal și prognosticul perinatal. Diagnosticul prenatal al displaziilor scheletale are la bază ultrasonografia fetală de rutină sau detaliată, iar aportul complementar al imagisticii prin rezonanță magnetică fetală conduce spre diagnosticul avansat al acestor anomalii. Diagnosticul acestor condiții nu poate fi exact și complet fără aportul geneticii, medicinei materno-fetale sau uneori al radiologiei.

## Diabetul gestațional și obezitatea în sarcină - algoritm de evaluare a riscurilor și urmărire a sarcinii

Iuliana Ceașu

UMF „Carol Davila” București, Spital Clinic „Dr. I. Cantacuzino” București

Atât în Europa, cât și în Statele Unite ale Americii se constată în mod îngrijorător ponderea crescută a femeilor obeze în rândul femeilor de vârstă fertilă, având ca rezultat o creștere de 50-70% a obezității preexistente sarcinii la femeile gravide. Pe de altă parte, obezitatea în rândul copiilor și apariția precoce a sindromului metabolic au ca urmare existența unui și mai mare număr de tulburări ale metabolismului lipic și glucidic la femeile de vârstă fertilă și la femeile gravide. Și în România se observă aceste modificări ale vârstei de apariție a diabetului de tip 2 și a obezității, și numai lipsa unor programe de screening în sarcină ne împiedică să apreciem corect incidența diabetului gestațional. Deși obezitatea ar putea fi mai ușor de cuantificat la începutul sarcinii, statisticile nu cuprind toate diagnosticele asociate sarcinii. În sarcină sunt destul de bine cunoscute efectele negative ale obezității materne, diabetului gestațional, dietei bogate în grăsimi și ale câștigului ponderal

excesiv asupra fătului și dezvoltării lui ulterioare. Concluziile sunt însă și mai îngrijorătoare după analiza rezultatelor unor studii epidemiologice recente care au demonstrat existența unei relații între obezitatea maternă și modificări ale dezvoltării neuropsihice a fătului, nou-născutului și copilului de vârstă preșcolară și școlară. Câteva intervenții simple - cum ar fi sfatul preconcepțional pentru femeile obeze și supraponderale, testarea metabolismului glucidic în acest grup de risc, atât preconcepțional, cât și în primul trimestru de sarcină, schimbarea dietei și a stilului de viață, scăderea în greutate - s-au dovedit a avea efecte benefice prin scăderea riscului de preeclampsie și de diabet gestațional, dar și indirect prin prevenirea unor tulburări asociate spectrului autismului sau a altor tulburări de dezvoltare neuropsihică asociate tulburărilor metabolice în sarcina femeilor obeze și/sau cu diabet preexistent sarcinii ori cu diabet gestațional.

## Actualități în evaluarea și tratamentul insuficienței ovariane primare

Iuliana Ceașu

UMF „Carol Davila” București, Spital Clinic „Dr. I. Cantacuzino” București

În ultimii ani, investigațiile și tratamentul insuficienței ovariene primare au căpătat noi dimensiuni, datorită existenței unui diagnostic pus cu acuratețe, uneori la vârste tinere, dar și datorită aprecierii riscurilor familiale și tratamentului necesar pentru a evita complicațiile posibile, mai ales progresia sau apariția afecțiunilor cardiovasculare. Semnele și simptomele sunt similare celor ale menopauzei și sunt tipice deficienței de estrogeni, predominând amenoreea, bufeurile, uscăciunea vaginală, iritabilitatea și dificultățile de concentrare. Factorii de risc principali sunt vârsta între 35 și 40 de ani (deși poate apărea la orice vârstă), multiple

intervenții chirurgicale care afectează ovarele - pentru endometrioame sau ovare polichistice, patologii pentru care în prezent se recomandă mai ales terapii non-chirurgicale - și, nu în cele din urmă, factorul ereditar. Riscurile principale ale menopauzei precoce sunt legate atât de cauza insuficienței primare, dacă aceasta este cunoscută, dar și de complicațiile asociate, care constau, alături de infertilitate, și în osteoporoză, creșterea incidenței depresiei, anxietății și demenței, dar mai ales riscuri cardiovasculare. Pornind de la cazuri clinice, se va analiza protocolul de evaluare și tratament.

## Trombembolismul pulmonar asociat sarcinii

George Alexandru Filipescu<sup>1,2</sup>, Oana Alina Solomon (Coț)¹, Nicoleta Clim¹, Andreea Grațiana Boiangiu¹, Oana Baltă¹, Iulia Nicolescu Veselu²

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București  
2. UMF „Carol Davila”, București

Trombembolismul pulmonar (TEP) reprezintă una din principalele cauze de mortalitate maternă și fetală în țările dezvoltate. Managementul TEP asociat sarcinii este dificil de realizat, din cauza sub-/supradiagnosticării și a investigațiilor paraclinice ce includ doze de radiații nepermise în sarcină. Sarcina reprezintă o stare de hipercoagulabilitate, din cauza modificărilor proteinelor de coagulare. Factorii de risc pot fi antenatali (fertilizare *in vitro*, diabet gestațional, vârsta maternă peste 35 de ani, multiparitatea) și postnatali (fertilizare *in vitro*, nașterea prin operație cezariană, preeclampsie, dezlipire prematură de placenta, *placenta praevia*). Standardul de aur pentru diagnosticul TEP este reprezentat de scintigrafia V/Q, la gravidele cu Rx normal, fără istoric de astm sau BPCO, iar tratamentul este reprezentat de heparină cu greutate mole-

culară mică (LMWH), cu profil de siguranță bun atât matern, cât și fetal. Managementul tratamentului cu anticoagulante peripartum este reprezentat de stabilirea modalității de naștere: naștere vaginală vs. naștere prin operație cezariană în cazul unei indicații obstetricale. Analiza celor mai relevante serii de cazuri clinice propune un protocol adaptat în funcție de calea de naștere și severitatea TEP. Astfel, pentru calea de naștere vaginală, managementul TEP asociat sarcinii presupune heparină nefracționată ca tratament, datorită timpului scurt de înjumătățire, iar pentru nașterea prin operație cezariană, este recomandat tratamentul cu LMWH, care se oprește cu 12 ore înainte de intervenția chirurgicală. În concluzie, în practica medicală, protocolul se modifică în funcție de vârsta de gestație și severitatea TEP.

## Actualități în terapia cu antibiotice la gravidele cu membrane rupte prematur

Crîngu Ionescu, M. Dimitriu, M. Banacu, I. Popescu, R. Viezuină

UMF „Carol Davila”, Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București

**Introducere.** Ruptura prematură pretravaliu a membranelor (RPPM) complică 2% din sarcini și reprezintă 40% din cauzele de naștere prematură. Gravidele cu corioamniotită nasc mai devreme decât cele fără infecție, iar nou-născuții cu sepsis au o rată a mortalității de 4 ori mai mare decât cei fără sepsis. Amniocenteza realizată chiar în condițiile RPPM are potențialul de a depista infecția subclinică înainte instalării semnelor de corioamniotită. **Material și metodă.** Metaanaliza literaturii de specialitate din ultimii 8 ani evidențiază că terapia profilactică cu antibiotice este indicată în cazul RPPM, asocierea între clindamicină, cefalosporină și metronidazol având în ultimii ani rezultatele cele mai favorabile. Cei care sunt adepții efectuării amniocentezei în cazul RPPM subliniază că tratamentul cu antibiotice trebuie adresat gravidelor numai în anumite circumstanțe clinice tocmai pentru a anula potențialele efecte negative

ale terapiei antibiotice prelungite, care sunt reprezentate de suprainfecția cu germeni foarte virulenți. Care este regimul antibiotic optim? În prezent, este o corelație între amniocenteză ca metodă de diagnostic al infecției subclinice și un nou regim antibiotic care constă în asocierea între clindamicină, cefalosporină și metronidazol, acest regim reducând semnificativ incidența infecției/inflamației corioamniotice la pacientele cu RPPM. În perioada 1993-2003, ampicilina și/sau cefalosporina, sau asocierea între ele, au fost folosite pe scară largă în diferitele țări europene (regimul 1). **Rezultate și concluzii.** În prezent, acest nou regim antibiotic (regimul 2: clindamicină, cefalosporină, metronidazol) este propus pentru a fi folosit în cazurile cu membrane rupte prematur, iar rezultatele obținute cu acesta sunt superioare în ceea ce privește scăderea incidenței inflamației corioamniotice.

## Evaluarea riscului de ruptură uterină la pacientele cu uter cicatricial prin examinare ecografică în trimestrul al treilea

Ciprian-Andrei Coroleucă, Crîngu Antoniu Ionescu, Cătălin-Bogdan Coroleucă, Elvira Brătilă, Mihai Dimitriu, Irina Pacu

UMF „Carol Davila”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, București

**Introducere.** Numărul nașterilor prin operație cezariană se află pe un trend ascendent atât la nivel național, cât și la nivel global. Ruptura uterină este o complicație rară dar frecvent catastrofală, cu o morbiditate crescută maternă și fetală. Lucrarea își propune să stabilească utilitatea examinării ecografice a segmentului uterin inferior în trimestrul al treilea de sarcină la pacientele cu uter cicatricial ca factor de predicție pentru ruptura uterină. **Material și metodă.** Am efectuat un studiu retrospectiv în perioada ianuarie 2015 - decembrie 2016, care a inclus 275 de paciente

cu uter cicatricial care au născut în cadrul Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București. La nivelul lotului selectat am evaluat riscul de ruptură uterină prin examinarea ecografică a segmentului uterin inferior în trimestrul al treilea de sarcină. **Rezultate.** Examenul ecografic trebuie să cuprindă investigarea aspectului segmentului uterin inferior, prin evaluarea integrității miometrice și a grosimii acestuia. **Concluzii.** Evaluarea ultrasonografică în trimestrul al treilea reprezintă o investigație utilă pentru predicția rupturii uterine la pacientele cu uter cicatricial.

## Speciile de *Ureaplasma* și morbiditatea neonatală și maternă

C. Ionescu, I. Pacu, M. Dimitriu, I. Popescu, I. Hanganu, I. Tircornicu

UMF „Carol Davila” București, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București

**Obiective.** *Ureaplasma urealyticum* și *Mycoplasma hominis* sunt microorganismele printre cel mai frecvent izolate de la nivelul lichidului amniotic sau de la nivelul membranelor, la gravidele cu corioamniotită clinică sau histologică. Aceste microorganisme sunt depistate în uter și asociate cu ruperea prematură a membranelor sau cu travaliu prematur. Spre deosebire de infecțiile joase ale tractului genital cu *Ureaplasma urealyticum* și *Mycoplasma hominis*, infecția membranelor sau a lichidului amniotic a fost asociată cu corioamniotită, naștere prematură și efecte adverse neonatale. **Material și metodă.** Infecția fetală și neonatală cu *Ureaplasma* și *Mycoplasma* a fost asociată cu o serie de efecte adverse neonatale: displazie bronhopulmonară, pneumonii, leziuni ale substanței albe corticale, paralizie cerebrală, moarte neonatală. Metaanaliza literaturii de specia-

litate din ultimii 10 ani evidențiază studii care au demonstrat efectele speciilor de *Mycoplasma* asupra nașterii premature și asupra fătului/nou-născutului. Totodată, studiile au arătat și corelația între culturile pozitive din cordonul ombilical sau lichidul amniotic, între 25 și 32 de săptămâni vârstă gestațională, cu diagnosticul histologic placentar, cu nivelul de IL-6, cu diagnosticul obstetrical și cu efectele negative fetale. **Concluzii.** Cauza cea mai frecventă a nașterii premature este corioamniotita bacteriană, corioamniotita histologică fiind un marker important. Asocierea infecției cu *Ureaplasma urealyticum* și *Mycoplasma hominis* cu displazia bronhopulmonară și cu sindromul de detresă respiratorie impune diagnosticarea cât mai precoce a acestor infecții și introducerea unui regim antibiotic eficient la gravida cu membrane rupte și cu risc de naștere prematură.

## Contracepția în situații particulare

Cristina Neagu<sup>1</sup>, Natalia Pătrașcu<sup>2</sup>, Manuela Neagu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> SCOG „Prof. Dr. Panait Sârbu” București, UMF „Carol Davila” București

<sup>2</sup> Spitalul Universitar de Urgență București, Clinica de Cardiologie, UMF „Carol Davila” București

Cea mai bună metodă contraceptivă pentru o femeie este cea contracepție care este sigură, eficientă și ușor de utilizat corect. Alegerea se face după o consiliere din partea clinicianului, care va lămurii toate aspectele legate de indicații, contraindicații, efecte secundare și adverse, siguranța și eficiența metodei, având drept obiective maximizarea complianței, minimizarea riscurilor, optimizarea toleranței, precum și obținerea de efecte benefice noncontraceptive. Din punctul de vedere al criteriilor de eligibilitate pentru utilizarea unei anumite metode contraceptive, au fost stabilite următoarele 4 categorii:

1. situația în care nu sunt restricții pentru utilizarea metodei contraceptive;
2. situația în care avantajele folosirii metodei contraceptive depășesc riscurile teoretice sau documentate ale acesteia;
3. situația în care riscurile teoretice sau documentate ale metodei contraceptive depășesc avantajele acesteia (utilizarea acestei metode nu este în general recomandată decât în cazul în care nu sunt disponibile sau acceptate alte metode contraceptive mai potrivite);
4. situația în care utilizarea metodei contraceptive prezintă un risc inacceptabil pentru starea de sănătate.

Există o varietate mare de metode contraceptive. Acestea pot fi metode naturale, de barieră, hormonale, pot fi reversibile sau definitive, pot implica sau nu partenerul, iar alegerea va ține cont și de următoarele variabile:

vârstă (adolescență, premenopauză), complianță, statusul marital, scop (spațierea sarcinilor, încheierea planificării familiale, amânarea obținerii unei sarcini), status socioeconomic, restricții culturale. Situațiile particulare pe care le întâlnim în practica de zi cu zi în contracepție și planificare familială sunt reprezentate de femeile de vârstă fertilă, active sexual, care se prezintă cu următoarea patologie: hipertensiune, obezitate, cardiopatii diverse, diabet zaharat, endocriopatii diverse, boală migrenoasă, lupus eritematos sistemic și alte boli reumatice, epilepsie, afecțiuni hematologice, afecțiuni psihiatrice, boală neoplazică, post-transplant de organe sau post-chirurgie bariatrică. Dintre aceste femei, se remarcă o categorie aparte, și anume: pacientele prezentând patologie cu risc cert de agravare în situația apariției unei sarcini (neoplasm mamar, ovarian, endometrial, hepatic, diabet zaharat insulinodependent complicat, boală valvulară cardiacă complicată, accident ischemic recent, lupus eritematos sistemic activ, insuficiență renală, hipertensiune arterială stadiul III, insuficiență cardiacă, tuberculoză activă). În toate aceste cazuri, metoda contraceptivă trebuie aleasă cu mult discernământ, aceasta netrebuind să interfereze cu tratamentul curent al afecțiunii și netrebuind să amplifice mecanismul fiziopatologic al bolii de bază. În plus, urmărirea terapiei contraceptive recomandate se va face în echipă multidisciplinară, având în vedere posibilele interacțiuni medicamentoase.

# Avortul terapeutic - indicații și context psihosomatic în experiența clinicii noastre

Liana Pleș<sup>1</sup>, Anca Ricu<sup>2</sup>, Sima Romina<sup>1</sup>, G.O. Olaru<sup>1</sup>, Anca Daniela Stănescu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București, Clinica „Bucur”  
2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan” București, Maternitatea „Bucur”

**Introducere.** Avortul electiv este permis din motive medicale în multe țări, printre care și România (conform art. 201 din Codul penal). Date statistice naționale cu privire la avortul terapeutic nu sunt însă disponibile. Indicațiile avortului terapeutic, precum și modalitățile de efectuare nu fac obiectul reglementărilor prin ghiduri de practică în România. În aceste condiții, este de interes un studiu care să identifice cele mai frecvente indicații ale avortului terapeutic, precum și modalitățile de abordare. **Material și metodă.** Am efectuat un studiu retrospectiv în Maternitatea „Bucur”, în perioada 2015-2016, care a avut ca obiect întreruperile de sarcină din motive medicale în trimestrul al doilea de sarcină. Am luat în discuție doar acest trimestru, deoarece până la 14 săptămâni avortul poate fi efectuat la cererea femeii și se efectuează chirurgical. Variabilele studiate au fost: vârsta mamei, vârsta gestațională, BMI, paritate/gestație, indicația de avort, metoda de întrerupere a sarcinii, durata de la declanșarea sarcinii până la avort. **Rezultate și discuții.** În studiul nostru am identificat un număr de 28 de cazuri (1,4% din nașteri), dintre care 21 de avorturi (75%) au fost efectuate pentru indicații fetale - aici menționăm trei cazuri de malformații incompatibile cu viața și de alte malformații precum omfalocel, hidrocefalie, mielomeningocel, la care părinții au decis întreruperea sarcinii, după consiliere prenatală și psihologică. S-au înregistrat: un caz de sindrom Down la o sarcină gemelară cu vârsta gestațională de 14 săptămâni; trei cazuri de sarcină cu sindrom Down la care s-a indus avortul,

iar pacientele au revenit pentru monitorizarea unei sarcini ulterioare care era normală; restul întreruperilor de sarcină (25%) au prezentat indicații maternelle precum afecțiuni psihiatrice sau boli neoplazice. Vârsta medie maternă a fost 34,5 ani, iar vârsta medie de gestație a fost 18,2 săptămâni. Într-un caz în care avortul a fost indicat pentru malformație cardiacă complexă, s-a realizat examen genetic din produsul de concepție, care a confirmat existența T21. În toate cazurile, terminarea sarcinii a fost efectuată prin inducerea travaliului. Nu s-au înregistrat complicații ulterioare ale întreruperii de sarcină. **Concluzii.** Diagnosticul prenatal al condițiilor fetale severe, care sunt susceptibile de a fi letale la naștere sau care provoacă invaliditate severă, este un motiv pentru a pune în discuție alternativa întreruperii sarcinii. Problemele de etică sunt legate în mod specific de tranziția dintre experimentare, inovație terapeutică și standardul de îngrijire. Legitimitatea pentru întreruperea sarcinii nu trebuie omisă din consiliere. Diagnosticul precoce, constrângerile legale referitoare la limita de vârstă gestațională pentru întreruperea de sarcină, împreună cu dezvoltarea medicinei defensive pot duce la un număr tot mai mare de femei care optează pentru avortul terapeutic. Studiul nostru a confirmat că, în situațiile care pun în pericol sănătatea maternă sau pentru anomalii fetale severe, întreruperea sarcinii este justificată, dar nu poate fi impusă, iar furnizarea îngrijirilor complexe necesare femeilor cu diferite boli este o activitate esențială în cadrul spitalelor obstetricale.

# Corelații colposcopice la pacientele cu rezultate citologice LSIL - experiența de 3 ani a Clinicii „Bucur”

Liana Pleș<sup>1,2</sup>, Anca Ricu<sup>2</sup>, Romina-Marina Sima<sup>1,2</sup>, M.O. Poenaru<sup>1,2</sup>, G.O. Olaru<sup>1,2</sup>, Anca-Daniela Stănescu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București, Clinica „Bucur”  
2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan” București, Maternitatea „Bucur”

**Introducere.** Ghidurile internaționale (ASCCP) recomandă evaluarea colposcopică pentru rezultatele citologice LSIL (low-squamous intraepithelial lesion) și conduită specifică în funcție de vârsta pacientei și prezența infecției cu HPV (Human Papillomavirus). **Material și metodă.** Am realizat un studiu retrospectiv în Maternitatea „Bucur” care a presupus evaluarea registrelor de colposcopii efectuate în perioada 2014-2016. Din totalul pacientelor care au efectuat această investigație, am selectat pacientele la care diagnosticul citologic inițial a fost LSIL. **Rezultate.** În studiul nostru au fost incluse 48 de paciente care au respectat criteriile de includere. Vârsta medie a fost de 38,7 ani (între 22 și 46 de ani), cu o preponderență a pacientelor în intervalul 25-35 de ani. Majoritatea au prezentat primul

rezultat LSIL la o evaluare citologică de rutină, dar 18,75% au prezentat LSIL persistent. Genotiparea pentru tulpinile HPV a fost efectuată la 72% dintre paciente. Dintre acestea, 47,91% au avut tulpini HPV cu risc crescut. Examenul colposcopic a evidențiat aspect colposcopic sugestiv pentru leziune de grad scăzut în 93,75% din cazuri și aspect colposcopic sugestiv pentru leziune de grad înalt în 6,2% din cazuri (3 cazuri). Verificarea histopatologică a confirmat leziuni cervicale preneoplazice de tip CIN2 (două cazuri) sau CIN3 (un caz). **Concluzii.** Pacientele care s-au prezentat în clinica noastră cu rezultate citologice de tip LSIL au avut tipaj HPV cu risc scăzut în majoritatea cazurilor. Rezultatele colposcopice au fost preponderent sugestive pentru leziuni colposcopice de grad scăzut.

## Sindromul Mirror - prezentare de caz și aspecte din literatura de specialitate

Liana Pleș<sup>1,2</sup>, Denise Diaconescu<sup>2</sup>, Romina-Marina Sima<sup>1,2</sup>, Anca-Daniela Stănescu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București, Clinica „Bucur”  
2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan”, Maternitatea „Bucur”

**Introducere.** Sindromul Mirror (sindromul Ballantynes) se referă la prezența edemelor maternelor (incluzând anasarcă și poliserozite) care reflectă „în oglindă” prezența hidropsului fetal și placentar. De obicei este asociat cu hidropsul fetal nonimun, dar este descris și în cel mediat imun. Patogenia este necunoscută. O ipoteză este că placentă hidropică cauzează răspuns inflamator sistemic, ca rezultat al eliberării moleculelor placentare în torrentul sangvin matern. **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul pacientei B.C., în vârstă de 22 de ani, care s-a prezentat de urgență la Camera de gardă a Maternității „Bucur” pentru contracții uterine sistematizate. Din anamneză, a rezultat diagnosticul de IIP, sarcină la termen, fără dispensarizare prenatală. Examenul clinic matern a

evidențiat edeme gambiere. La 30 de minute de la internare, pacienta a născut spontan un făt de sex feminin, 3710 g, IA-1. Examinarea clinică a fătului a evidențiat prezența edemelor generalizate fetale. Evoluția fătului a fost nefavorabilă, cu exitus la 45 de minute post-partum. Evaluarea anatomopatologică a confirmat prezența poliserozitei fetale. Evoluția maternă a fost lent favorabilă, cu instalarea sindromului HELLP, care a necesitat terapie intensivă. Titrul de anticorpi antiD, efectuat la 12 ore post-partum, a fost de D1/2156. Externarea s-a realizat la 10 zile de la naștere. **Concluzii.** Particularitatea acestui caz este prezența unei sarcini neinvestigate, complicată cu sindrom HELLP, cu nașterea unui făt cu anasarcă, în contextul sindromului Mirror mediat imun.

## Agensis of the corpus callosum - long-term outcomes

Simona Vlădăreanu, Andrei Trăistaru, Simona Popescu, Adriana Tecuci, Eliza Damian

Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București

Agensis of the *corpus callosum* (ACC) is the most frequent malformation of the central nervous system that is diagnosed postnatally. ACC may be isolated or associated to other anomalies in the development of the central nervous system (CNS). Prognosis, according to recent data, varies from minimal neurologic deficit to severe mental retardation and it depends mostly on the etiologic element, rather than on the agensis of the *corpus callosum* itself. Apparently, identification of an isolated CC agensis, especially if it is partial, might suggest a good prognosis for neurological development. Studies show that most cases of isolated ACC (75%) are associated with normal neurodevelopment. CNS and extra-CNS abnormalities play a significant role in determining long-term prognosis of patients with ACC. When ACC is associated with CNS abnormalities/syndromes and chromosomal anomalies, the outcome is poor in most patients. This

information should be relayed to the parents to help them make an informed choice about the continuation of pregnancy. If the parents decide to continue with the pregnancy, the baby needs to be evaluated after birth by a multidisciplinary team including neonatologists, neuroradiologists, neurologists and geneticists. Three clinical neuropsychological patterns are relatively common in patients with agensis of the *corpus callosum*:

1. severe neuropsychiatric deficit (complex brain malformative diseases)
2. other neurodevelopmental diseases, including autism
3. apparently benign conditions, with IQ in the normal range but relevant neuropsychological deficits.

An important rehabilitative target is therefore the possibility to exploit the CNS plasticity. The treatment should be started as soon as possible, in order to prevent secondary complications (as social exclusion).

## Endometrioza - localizări neobișnuite

Cristina Vasiliu<sup>1,2</sup>, Simona Elena Albu<sup>1,2</sup>, Mara Cârșote<sup>1,3</sup>, Corina Gorgoi<sup>2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul Universitar de Urgență București  
3. Institutul Național de Endocrinologie „I.C. Parhon” București, UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Endometrioza (prezența de țesut endometrial în afara uterului) este o afecțiune benignă care are încă multe necunoscute în ceea ce privește patogenia. Endometrioza extrapelviană este rară, are localizări multiple (vezică, rinichi, intestin, plămân, pleură, extremități, ombilic) și de aceea diagnosticul poate fi dificil. **Obiectiv.** Diagnosticarea corectă a cazurilor de endometrioza cu localizări neobișnuite și efectuarea unui tratament eficient care să prevină recidivele. **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul unei paciente de 34 de ani la care, la un an de la operația cezariană, la nivelul plăgii operatorii, subcutanat, a apărut o formațiune tumorală de 2,5 cm asociată cu dureri intermitente în timpul menstruelor. Examenul histopatologic efectuat în urma extirpării formațiunii tumorale a pus diagnosticul de endometrioza. Prezența endometriei la nivelul plăgii abdominale

se explică prin inocularea directă la nivelul țesutului subcutanat în timpul operației a celulelor endometriale. Al doilea caz este al unei paciente de 37 de ani care se prezintă cu o formațiune tumorală vulvară cu diametrul aproximativ de 3 cm, situată la nivelul labiei mari drepte, ușor sensibilă la palpare. Ecografia nu a oferit aspecte specifice: formațiune heterogenă, cu margini neregulate, fără vascularizație. Și în acest caz diagnosticul s-a pus în urma examenului histopatologic al piesei. În endometrioza vulvară, mecanismul de producere ar putea fi explicat prin persistența permeabilității canalului Nuck, care permite migrarea celulelor endometriale la acest nivel. **Concluzie.** Incidența acestor localizări este foarte rară, ceea ce face ca diagnosticul să fie uneori dificil. Tratamentul constă în extirparea endometrioamelor și vizează și prevenirea posibilelor recidive.

# Detecția incidentalomului tiroidian în postmenopauză

Simona Elena Albu<sup>1</sup>, Nicolae Bacalbașa<sup>2</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Andrei Goldstein<sup>2</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București  
2. UMF „Carol Davila” București, Spitalul „Cantacuzino” București  
3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București  
4. UMF „I. Hatieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Noțiunea de incidentalom se aplică pentru tumorile/masele/nodulii decelate accidental sau în cadrul unor investigații nelegate de incidentalom propriu-zis, prin prisma proximității lor anatomice. Detecția prin această ultimă metodă menționată este relativ frecventă în societatea modernă, dat fiind accesul relativ facil la investigații performante. Chiar dacă este asimptomatic, incidentalomul tiroidian (IT) obligă la un panel de investigații similar formelor asociate cu fenomenele compressive sau alte acuze ale pacientului ori modificări evidente în aria cervicală anterioară. **Obiectiv.** Să introducem un caz în care acuzele prezente la menopauză din sfera patologiei metabolismului calcic au dus la identificarea unui IT. **Prezentare de caz.** O pacientă de 59 de ani, cu menopauză de 9 ani, prezintă rar bufeuri, dureri osoase nespecifice și un istoric de litiază renală simptomatică. Examenul ginecologic este în limitele vârstei, iar cel general nu a decelat anomalii specifice (indicele de masă corporală de 29 kg/mp). Evaluarea endocrină s-a impus ca necesară în acest context: calciul total seric de 9,66 mg/dL (normal: 8,4-10,3 mg/dL), fosfor seric de 2,91 mg/dL (normal: 2,5-4,5 mg/dL), markeri osoși de resorbție - CrossLaps seric de 0,245 ng/mL (normal: 0,33-0,782 ng/mL), respectiv de formare - fosfataza alacalină totală de 72 U/L (normal:

38-105 U/L), osteocalcina de 20,32 ng/mL (normal: 15-46 ng/mL), P1NP de 32,49 ng/mL (normal: 15-74 ng/mL), cu hipovitamină D (25-hidroxitamina D de 24 ng/mL, normal: >30 ng/mL) și hiperparatiroidism secundar (PTH de 86,77 pg/mL, normal: 15-65 ng/mL). DXA L1-4 a confirmat osteopenie (densitate minerală osoasă =1,03 g/cm<sup>3</sup>, scor T=-1,3 DS, scor Z=-0,2DS, TBS=1316). Investigațiile care au relevat anomalii ale PTH au fost completate cu imagistica glandulară: ecografia cervicală anterioară nu a decelat paratiroide evidente, doar un nodul tiroidian de lob drept, hipoecogen, neomogen, cu arii de ramoliție, macrocalcificări, de 17,9/19,7 mm. TSH și ATPO în limite normale, adăugat la puncția cu ac fin ce nu a indicat elemente care să concure la indicația de tiroidectomie imediată, dar au impus monitorizarea ultrasonografică seriată. Creșterea ulterioară în dimensiuni sau modificarea trăsăturilor ecografice vor reprezenta indicația de abord chirurgical. **Discuții.** Tipic pentru tiroidă, noțiunea de nodul tiroidian (chiar și cel incidental decelat) este mult mai folosită, dar, respectând scenariul de detecție, ca în acest caz, vorbim despre un IT. **Concluzie.** IT la o pacientă în menopauză cu hiperparatiroidism secundar necesită investigații colaterale ce pot duce la indicația radicală într-un număr limitat de cazuri.

# Impactul sarcinii asupra evoluției gușii polinodulare

Simona Elena Albu<sup>1</sup>, Nicolae Bacalbașa<sup>2</sup>, Elena Ermina Gheorghiu<sup>3</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București  
2. UMF „Carol Davila” București, Spitalul „Cantacuzino”, București  
3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București  
4. UMF „I. Hatieganu”, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Patologia tiroidiană nodulară, inclusiv GPN (gușa polinodulară), este la interferența unor factori genetici, epigenetici, de mediu (deficitul de iod), comportamentali (fumat) sau hormonal, iar paritatea ar putea juca un rol în acest sens, prin influențarea iodurii, prin acțiunea TSH-like a hCG-ului sau prin acțiunea hiperestrogenismului pe hiperplazia adenomatoasă preexistentă. Predispoziția familială și preexpunerea în zonele endemice sunt factori adiționali pentru evoluția agravată a nodulilor tiroidieni post-partum, deși nu toate studiile confirmă *sine qua non* rolul negativ al sarcinii asupra GPN. **Obiectiv.** Descrierea unui caz la care sarcina a avut un rol agravant al unei GPN. **Prezentare de caz.** O pacientă de 26 de ani, nefumătoare, din zonă non-endemică, având următorul istoric medical: alăptează de circa 14 luni, a născut prin cezariană, iar anterior sarcinii a fost cunoscută cu GPN (noduli de maximum 10 mm), fără alt tratament. A dezvoltat progresiv încă din perioada sarcinii acuze compressive locale tiroidiene. Evaluarea curentă indică funcție tiroidiană normală (TSH de 1,2 μUI/mL, normal între 5-4,5

μUI/mL), fără autoimunitate (ATPO sau anticorpi anti-tireoperoxidază de 10 UI/mL, normal: <35 UI/mL, respectiv anticorpi anti-tireoglobulină de 20 UI/L, normal: 30-70 UI/L), cu modificări semnificative ultrasonografice față de prepartum: conglomerat pe lobul stâng de 44/34 mm, hipoecogen, neomogen, neregulat, iar pe lobul drept un conglomerat de 20/20 mm, hipoecogen, discret vascularizat. După sistarea alăptării, s-a efectuat scintigrama cu Iod131 (RIC sau radioiodocaptarea la 2, respectiv 24 de ore a fost de 9%, respectiv 27%), care a reliefat o tiroidă asimetrică în favoarea lobului stâng, captare neomogenă, cu multipli noduli reci bilaterali, din care cel din stânga deplasează lobul peste linia mediană. Puncția cu ac fin a confirmat aspecte foliculare, iar fenomenele compressive au indicat tiroidectomia; postoperator s-au identificat aspecte adenomatoase foliculare. **Concluzie.** Sarcina poate agrava o GPN preexistentă, ducând la fenomene compressive care să necesite metode radicale; monitorizarea atentă și colaborarea ginecolog - endocrinolog îmbunătățesc managementul fiecărui caz.



## Implicațiile osteoarticulare ale sindromului Turner: există un loc pentru Trabecular Bone Score?

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>, Mara Cârșote<sup>2</sup>, Anda Dumitrașcu<sup>2</sup>, Ana Valea<sup>3</sup>, Olga Scaletchi<sup>4</sup>, Georgeta Badea<sup>4</sup>

1. UMF „Carol Davila”, Spitalul Universitar de Urgență București

2. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

3. UMF „I. Hațieganu”, Spitalul Județean Cluj-Napoca

4. Spitalul Universitar de Urgență București

**Introducere.** Sindromul Turner (ST) implică morbidități din sfera osteoarticulară cu nuanțare în funcție de vârstă, de exemplu: amenoreea secundară netratată duce la pierderea de masă osoasă, există un risc de hipovitaminoză D (cu sau fără celiachie), iar prin prisma potențialului exces ponderal apar acuze din sfera poliartrozelor. Trabecular Bone Score (TBS) este cel mai nou instrument de evaluare osoasă, derivat din DXA central (lombar), marker clinic surogat pentru calitatea scheletală. Utilizarea sa la nivel mondial este în dinamică, pe măsură ce se strâng date statistice ample. Privind populația română, datele sunt limitate până în prezent. **Obiectiv.** Să introducem un caz de ST prin prisma profilului osteoarticular. **Datele cazului.** O pacientă de 22 de ani, confirmată cu ST la 11 ani (45 XO), când s-au indus menstrre sub estro-progestativ, terapie pe care a urmat-o cu intermitențe, având până în prezent cel puțin un episod anual de amenoree de 3-6 luni. Pacienta asociază nanism (înălțime =135 cm), obezitate de grad I, rinichi în potcoavă, tiroidită Hashimoto cu

eutiroidism. La internare acuză dureri osteoarticulare difuze, parțial corelate cu episoadele amenoreice. Evaluarea metabolismului fosfo-calcic a reliefat parametri biochimici uzuali normali, dar cu deficit de vitamină D (21,5 ng/mL, normal: >30ng/mL; cu PTH de 47,15 ng/mL, normal: 15-65 pg/mL), profil de markeri osoși modificat pentru P1NP=77,15 ng/mL (normal: 15-74 ng/mL), CrossLaps =0,73 ng/mL (normal: 0,162-0,436 ng/mL). Radiografia de profil toraco-lombară a exclus tasări vertebrale, în timp ce DMO (Densitatea Minerală Osoasă) L1-4 a asociat un scor Z de -0,5 DS. TBS pentru L1-4 a fost de 1,499 (structură arhitectonică deteriorată la <1200). Au fost necesare recomandări privind suplimentarea vitaminei D, alături de controlul greutateii, exercițiu fizic, eventual fizioterapie pentru acuzele articulare și reluarea estro-progestativelor. **Concluzie.** La pacienta cu ST, hipovitaminoza D și nivelul crescut al markerilor de turnover osos, în contextul lipsei substituției estro-progestative, ar putea să își găsească un corespondent și în DMO-TBS.

## Menopauza și tumorile endocrine: un studiu retrospectiv privind profilul cardio-metabolic

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Olga Scaletchi<sup>2</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Georgeta Badea<sup>2</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Otilia Radu<sup>5</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

2. Spitalul Universitar de Urgență București

3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București

4. UMF „I. Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

5. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Tumorile adrenale la femeile în menopauză (TAM) pot influența profilul de risc cardio-metabolic chiar și în cazul formelor complet asimptomatice prin secreția frustră intermitentă sau persistentă de cortizol. **Obiectiv.** Să introducem datele unui lot de paciente diagnosticate cu TAM. **Material și metodă.** Acesta este un studiu retrospectiv, observațional, non-controlat, pe paciente confirmate cu status menopauzal, respectiv TAM nesecretante, la care s-au analizat parametrii metabolici. Vârsta de includere a fost între 40 și 80 de ani. Datele provin din trei centre terțiare de endocrinologie, respectiv ginecologie. **Rezultate.** 21 de paciente, cu vârsta medie de 58 de ani, au avut vârsta medie de intrarea la menopauză de 46 de ani (media perioadei în menopauză de 14 ani). Diametrul tumoral a fost între 1 și 5 cm la examenul computer-tomografic. Profilul cardio-metabolic este relevat de valoarea indicelui mediu de masă corporală în limita obezității de grad I (30 kg/m<sup>2</sup>), 75% din paciente fiind confirmate cu hipertensiune arterială (responsivă la terapia uzuală hipotensoare), 65% au fost cu dislipidemie (fie modificări pe HDL-colesterol, fie pe colesterolul total,

fie pe trigliceride), iar 31% au avut forme diverse de profil glicemic alterat (diabet zaharat de tip 2, hiperglicemie à jeun sau toleranță alterată la glucoză). În ansamblu, diagnosticul de sindrom metabolic a fost confirmat în 40% din cazuri (criteriile ATA2016). Valorile ACTH, respectiv ale cortizolului plasmatic bazal matinal au fost (media) de 13 pg/mL (normal: 3-66 pg/mL), respectiv 14 μg/dL (normal: 11-21 μg/dL), în timp ce la testul dinamic cu dexametazonă în doză mică (1 mg sau 2X2 mg) cortizolul plasmatic a fost de 2,31 μg/dL (normal: sub 1,8 μg/dL). Nu s-au găsit corelații între prezența elementelor cardio-metabolice și parametrii dozărilor hormonale. **Discuții.** Menționăm ca limite nevoia de a suprapune datele cardio-metabolice ale populației generale în menopauză la lotul cu TAM. **Concluzie.** TAM sunt rare în populația generală, iar identificarea poate fi stabilită de către medicul ginecolog, imagist etc., în timp ce confirmarea și monitorizarea lor se adresează transdisciplinar către endocrinologie. Valorile cortizolului plasmatic după testul de screening confirmă o secreție reziduală implicată potențial în riscul cardio-metabolic.

## Microcalcificări intra- și perileiomiom uterin post-histerectomie subtotală la o pacientă cu hipovitaminoză D

Simona Elena Albu<sup>1</sup>, Nicolae Bacalbașa<sup>2</sup>, Elena Ermina Gheorghiu<sup>3</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

2. UMF „Carol Davila” București, Spitalul „Cantacuzino” București

3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București

4. UMF „I. Hatieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Microcalcificarea la nivelul unui organ poate fi cauzată de modificări biochimice locale precum cele de pH sau cele legate de stresul oxidativ, ocazional urmând unor fenomene de inflamație, necroză etc. Aceste mecanisme nu sunt întotdeauna corelate cu un echivalent clinic franc manifest pentru practician, iar metabolismul fosfo-calcic poate să nu fie alterat. O parte din calcificări se regăsesc ca elemente integrante în diverse tipuri de tumori precum leiomiomul uterin sau cancerul ovarian. **Obiectiv.** Să introducem un caz de microcalcificare uterină apărută la o pacientă cu hipovitaminoză D. **Raportare de caz.** O pacientă de 47 de ani, fumătoare, cu menarhă de la 14 ani, având o naștere în antecedente, este în amenoree secundară chirurgicală de la 37 de ani, când s-a practicat histerectomie subtotală cu anexectomie unilaterală pentru fibrom uterin (cu funcție gonadică conservată contralateral prin FSH de 3 mUI/mL). Pacienta asociază gușă micronoplinodulară cu eutiroidism, displazie mamară, hipovitaminoză tratată intermitent cu diverse tipuri de vitamină D. Evaluarea ultrasonografică utero-ovariană a

decelat un fibrom de 12 mm, cu endometru de 4 mm, cu microcalcificări uterine dispuse peri- și intramiom, un ovar drept de 37 mm (ovarul stâng atrofie), ecografie care cu un an în urmă nu identifica microcalcificările menționate. Metabolismul calcic a fost evaluat și s-a confirmat hipovitaminoza D printr-un nivel al 25-hidroxitaminei D de 16 ng/mL (normal: >30 ng/mL), fără hiperparatiroidism secundar (PTH de 27 ng/mL, normal între 15 și 65 pg/mL), cu hipercalcemie frustă de 0,37 g/24 de ore (normal între 0,07 și 0,3 g/24 de ore), fără afectarea nivelului seric: calciu total/ionic de 9,66/4,4 mg/dL (normal între 8,4-10,3/ 3,9-4,9 mg/dL). Pacienta a refuzat reintervenția; monitorizarea imagistică și dozimetrică a fost recomandată. **Concluzie.** Densitățile heterogene intraleiomiom, precum microcalcificările, pot apărea post-necroză sau aparent spontan; intervenția chirurgicală strict pentru acest aspect este controversată, dar se impune în funcție de elementele clinice și imagistice legate de masa tumorală adiacentă; alterările metabolismului calcic pot fi factori de risc, prin modificarea produsul fosfo-calcic intratisular.

## Multiple fracturi de fragilitate în menopauză - ce soluții terapeutice avem?

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Mara Cârșote<sup>2</sup>, Ana Valea<sup>3</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

2. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București

3. UMF „I. Hatieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Osteoporoza severă are câteva opțiuni limitate terapeutice, mai ales dacă fracturile de fragilitate osteoporotice s-au instalat în timp ce pacientul se afla sub o anume medicație specifică anti-resorbțivă (pacientul putând fi considerat non-responder). **Obiectiv.** Să introducem un caz cu istoric îndelungat de multiple fracturi de traumatism minim diagnosticate în anii de menopauză. **Prezentare de caz.** O pacientă de 79 de ani care prezenta în iunie 2016 un istoric de peste 10 ani de fracturi osteoporotice, mai precis: în 2008 s-au identificat tasări vertebrale decelate radiologic, plecând de la lombalgii; în 2009 a suferit o fractură de olecran care a necesitat intervenție chirurgicală; în aprilie 2016 a fost diagnosticată cu fractură atipică de femur, iar 2 luni mai târziu la rezonanța magnetică de coloană se identificau vertebre tasate de la nivel toracic 5, 6, 7, 8, 12 și o microtasare la nivel vertebrei lombare L4. Ca terapie din ultimul deceniu, menționăm 7 ani de acid ibandronic (oral, respectiv injectabil), urmat de 3 ani de risendronat p.o. Pacienta asociază istoric de infarct miocardic cu leziuni triconariene. La internarea curentă s-au exclus cauze de osteoporoză secundară, cu excepția hipovitaminozei D

(6 ng/mL, nivel optim: >30 ng/mL), cu ușor hiperparatiroidism secundar (parathormon de 81 pg/mL, normal fiind între 15 și 65 pg/mL). Marke-rii de turnover osos au relevat niveluri normale, precum cei de formare: osteocalcină - 19,72 pg/mL (normal: 15-46 pg/mL), P1NP - 39,34 ng/mL (normal: 15-74 pg/mL) sau de resorbție CrossLaps - 0,474 ng/mL (normal: 0,33-0,782 ng/mL). DXA la nivel lombar L2-2 a decelat o densitate minerală osoasă de 0,82 g/cmp, scor T de -3,2 DS, scor Z de -1,4 DS. S-a suplimentat intens cu vitamină D, cu corecția PTH urmată de administrarea de teriparatid 20 μg/zi într-o injecție subcutană. Până în prezent nu s-au decelat noi fracturi clinice. **Discuții.** Având în vedere perioada îndelungată de bifosfonat, alternativele terapeutice ar fi inclus, de asemenea, denosumab. **Concluzie.** Hipovitaminoza D este un contributor important la îmbunătățirea submaximală a densității minerale osoase și un element important asociat cu riscul de cădere, implicat direct în apariția fracturilor de la o înălțime egală cu propria înălțime. Un subset de pacienți cu osteoporoză dezvoltă fracturi în cascadă, în ciuda terapiei, iar aceștia devin candidați la medicația osteoformatoare.

## Prematuritatea indusă iatrogen - cauze, conduită, prognostic

Cristina Vasiliu<sup>1,2</sup>, Mara Cârșote<sup>1,3</sup>, Corina Gorgoi<sup>2</sup>, Simona Elena Albu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București

2. Spitalul Universitar de Urgență București

3. Institutul Național de Endocrinologie „I.C. Parhon” București, UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Nașterea prematură reprezintă principala cauză de mortalitate și morbiditate neonatală. În ultimii ani, în special în țările dezvoltate, s-a constatat o creștere a prematurității datorată în principal nașterilor premature induse medical. Scopul lucrării noastre a fost să identifice ponderea nașterilor premature iatrogene din totalul nașterilor premature și să analizeze prognosticul nou-născuților proveniți din aceste nașteri. **Material și metodă.** Lucrarea este un studiu retrospectiv pe o perioadă de 2 ani (1.08.2013 - 1.08.2015) care analizează cazurile de prematuritate iatrogenă înregistrate în Clinica de Obstetrică și Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București. Nașterile premature au fost împărțite în spontane și induse iatrogen. Din totalul de 6788 de nașteri înregistrate în perioada studiată, 676 au fost nașteri premature. Din acestea, 156 au fost nașteri premature induse iatrogen, mai mult de jumătate dintre ele datorându-se preeclampsiei. Un procent important din nou-născuți au avut vârste gestaționale între 34 și 36 de săptămâni

și au cântărit peste 1500 g la naștere. Cazurile de prematuritate extremă au fost puține. Se constată un procent redus de cazuri cu indice Apgar la 1 minut de la naștere sub 5. Majoritatea nou-născuților nu au avut patologie. Patologia cea mai frecventă a fost cea respiratorie. **Concluzii.** Nașterile premature induse reprezintă o treime din totalul nașterilor premature. Mai mult de jumătate din nașterile premature induse se datorează preeclampsiei. Primiparele au reprezentat mai mult de jumătate din cazuri. În majoritatea cazurilor, nașterea a fost indusă la peste 34 de săptămâni de sarcină, iar greutatea fetală a fost peste 1500 g, ceea ce a făcut ca prognosticul să fie favorabil în cele mai multe cazuri. Există încă puține date în literatură care să ne ghideze timingul și conduita optimă în aceste cazuri de prematuritate indusă iatrogen. De aceea, este necesară o evaluare individuală a fiecărui caz pentru a pune în balanță riscurile pe care le are continuarea sarcinii comparativ cu riscurile prematurității și ale morbidităților asociate.

## Recuperare parțială a funcției gonadotrope sau sursă non-pituitară de estrogeni?

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Elena Ermina Gheorghiu<sup>2</sup>, Mara Cârșote<sup>2</sup>, Anda Dumitrașcu<sup>2</sup>, Ana Valea<sup>3</sup>, Emilia Gudovan<sup>2</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

2. Institutul Național de Endocrinologie „I.C. Parhon” București

3. UMF „I. Hatieganu”, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Sindromul Sheehan (SSH) reprezintă o complicație a unei nașteri traumatice pe fondul unei sensibilități endoteliale pituitare care epuizează rezerva hormonilor hipofizari cel puțin pe linia gonadotropilor. Există discuții privind recuperarea parțială a funcționalității celulelor producătoare de hormoni tropici, în esență neconfirmată. **Obiectiv.** Să detaliem un caz de SSH care, la peste un deceniu de la diagnostic, a prezentat semne clinice de hiperestrogenism, ulterior confirmate dozimetric, cu dificultăți privind etiologia sursei de estradiol. **Prezentare de caz.** O pacientă de 37 de ani a fost diagnosticată cu SSH la vârsta de 26 de ani după o histerectomie subtotală post-partum pentru un hematom retroplacentar care a fost urmată de bradi-spaniomenoree pentru câteva luni, apoi de instalarea amenoreei secundare definitive. În următorii 5 ani, pacienta nu a urmat niciun fel de medicație, cu instalarea progresivă a asteniei, anorexiei, cu tendință la scădere ponderală. Ulterior, imagistic s-a confirmat hipoplazia pituitară în asociere cu un „empty sella” parțial în paralel cu insuficiența corticosuprarenală centrală (cortizol plasmatic maximal la momentul hipoglicemiei în testul toleranței la insulină de 7,74 μg/dL, asociat cu ACTH de 6 pg/mL). Panhipopituitarismul a nece-

sitat substituție pe linie tiroidiană, corticosuprarenală, iar pentru cea gonadică s-a optat pentru estradiol (plăsture de 3,9 mg pe săptămână, 3 săptămâni pe lună), tratament urmat câțiva ani. De aproximativ 3 ani, s-au decelat episoade de mastodinie non-traumatică ce s-au ameliorat parțial la înjumătățirea dozei de estradiol. Aceasta a trebuit să fie sistată după aproximativ 18 luni, din cauza aceluiași acuze. Având în vedere suspiciunea de recuperare parțială a funcției gonadotrope, s-a reluat testul de stimulare la Triptoreline (LH bazal, la 4 ore, respectiv la 24 de ore, cu valori de 5, 16, 8 mUI/mL, respectiv estradiol de 5, 5, 19 pg/mL), ceea ce a indicat o rezervă minimă de origine centrală. Valorile bazale ale estradiolului au fost dozate la intervale întâmplătoare, fiind între 10 pg/mL și 500 pg/mL, astfel încât s-a căutat o sursă alternativă de estrogeni. Aspectul ovarian la rezonanța magnetică nucleară a confirmat un chist ovarian stâng de 25/23 mm, cel mai probabil sursa creșterii intermitente a estradiolului, cu recomandare de rezecție și monitorizare ulterioară, fără terapie substituțivă estrogenică până la soluționare. **Concluzie.** Chisturile ovariene producătoare de estrogeni apar excepțional la pacienții cu supresie centrală în contextul SSH.

## Sarcina la pacienta cu tiroidectomie totală și adrenalectomie bilaterală

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Olga Scalețchi<sup>2</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Vasile Răzvan Stoian<sup>1</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Georgeta Badea<sup>2</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București  
2. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București  
3. UMF „I. Hatieganu”, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Sindromul MEN2A, ce include asocierea patologiei tiroidiene, precum carcinomul medular tiroidian (CMT), adrenale - cum este feocromocitomul bilateral (PHEO) etc., necesită o abordare chirurgicală radicală, mai ales la cazurile cu mutația RET confirmată relativ târziu, în viața de adult, când dezvoltarea și confirmarea patologiei tumorale sunt foarte probabile. **Obiectiv.** Să prezentăm cazul unei tinere paciente cu sarcină confirmată anterior cu CMT și PHEO. **Datele cazului.** Pacienta de 36 de ani este evaluată în contextul ultimei menstrue în urmă cu 11 săptămâni. Clinic, este normoponderală, acuză ocazional acroparestezii, iar ecografia utero-ovariană transvaginală a decelat un sac ovular cu activitate cardiacă ritmică, corp progestional de 21/15 mm. Din istoric reținem o naștere prin cezariană cu 6 ani în urmă și, de asemenea, faptul că înainte cu 7 luni a suferit o intervenție de adrenalectomie bilaterală laparoscopică „one time” pentru PHEO RET-linkat (tumoare suprarenală dreaptă de 7 cm, respectiv stângă de 1 cm), cu dozări preoperatorii înalt sugestive, precum: cromogranină A=466 ng/mL (normal: 20-125 ng/

mL), metanefrine plasmatic =332 pg/mL (normal: 10-90 pg/mL), nor-metanefrine plasmatic =552 pg/mL (normal: 20-200 pg/mL), iar după 3 luni s-a practicat tiroidectomie totală pentru CMT (calcitonină =475 pg/mL, normal: 1-4,8 pg/mL). Pe parcursul sarcinii s-au ajustat dozele de hidrocortizon, fludrocortizon și levotiroxină în funcție de valorile tensionale, ionogramă și TSH, astfel că pacienta a născut la 35 de săptămâni prin cezariană un făt masculin (scor APGAR=9), cu TSH în limitele vârstei și evoluție adecvată până în prezent (2 ani mai târziu). Actualmente, pacienta prezintă: TSH=4,518 μU/mL (normal: 0,35-4,94), sub 125 μg LT 4/zi, sodiu seric=4 mmol/L (normal: 3,5-5,3) și valori tensionale în jur de 110/70 mmHg sub hidrocortizon 30 mg/zi și fludrocortizon 0,1 mg/zi, calciu ionic seric spontan de 1,13 mmo/L (normal: 1,1-1,35) fără dezvoltarea de hiperparatiroidism primar RET-dependent. **Concluzie.** Sarcina și evoluția bună post-partum, ca și cea perinatală sunt posibile la o pacientă care necesită substituție pe termen lung pe linie tiroidiană și adenală doar în contextul unei echipe multidisciplinare.

## Sindrom de virilizare după instalarea menopauzei

Cristina Vasiliu<sup>1</sup>, Olga Scalețchi<sup>2</sup>, Mara Cârșote<sup>3</sup>, Ana Valea<sup>4</sup>, Georgeta Badea<sup>2</sup>, Simona Elena Albu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București  
2. Spitalul Universitar de Urgență București  
3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București  
4. UMF „I. Hatieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Sindromul de virilizare în postmenopauză poate avea o sursă ovariană sau adrenală. Datele hormonale trebuie corelate cu cele imagistice pentru un diagnostic adecvat. **Obiectiv.** Să introducem raportarea unui caz de tumoră ovariană cu celule Leydig (TOL) diagnosticat după ce s-a instalat menopauza în mod fiziologic. **Raportare de caz.** O pacientă de 61 de ani are o istorie de câțiva ani de hipertensiune arterială, parțial controlată sub medicație hipotensivă, facies pletoric, supraponderalitate, alopecie frontală, hirsutism - fără a se preciza un diagnostic exact, cu atitudine terapeutică necesară. Pacienta este în menopauză de 14 ani. Recent, investigațiile au decelat poliglobulie, față de parametrii unei persoane nefumătoare (hemoglobina are un nivel de 17 g/dL, cu valori normale între 12 și 16 g/dL), toleranță alterată la glucoză și hipercolesterolemie. Consultul ginecologic a identificat o masă anexială dreaptă, iar acesta a fost completat cu teste endocrine care au exclus o sursă adrenală precum hipercorticismul endogen și au relevat o producție excesivă de testosteron (nivel seric total de 16 ng/mL, normal de sub 0,75 ng/mL) în asociere cu supresia LH/FSH, fără markeri neuroendocrini anormali. Imagistic s-a efectuat o ecografie

utero-ovariană cu sondă transvaginală care a identificat o masă anexială dreaptă de 5 cm, hiperecogenă, neregulată, cu hiperplazie endometrială de 0,8 cm, tumoarea fiind confirmată la tomografie computerizată, fără evidența altor anomalii precum ascită sau determinări secundare. Scorul ROMA asociat a fost normal. Din cauza suspiciunii de invazie endometrială, s-a practicat histerectomie totală cu ane-xectomie bilaterală. Examenul histopatologic a confirmat leiomatoza uterină, hiperplazie endometrială și TOL dreaptă. Având în vedere profilul scăzut de agresivitate, nu s-a introdus medicație adjuvantă, ci doar recomandarea de monitorizare. Nivelul testosteronului s-a normalizat în câteva săptămâni postoperator, cu regresia lentă a excesului de pilozitate corporală. **Concluzie.** TOL sunt tumori excepționale, reprezentând o cauză rară de virilizare în postmenopauză. Diferențierea etiologiei ovariene de cea adrenală este necesar să fie completată de un examen imagistic, pentru identificarea sursei androgenice care necesită chirurgie ulterioară. Regresia virilizării are loc mult mai lent comparativ cu nivelul androgenilor serici, din cauza interferențelor de internalizare receptorială.

## Fibroadenomatoză mamară bilaterală - decizia de intervenție radicală

Simona Elena Albu<sup>1</sup>, Nicolae Bacalbașa<sup>2</sup>, Dana Terzea<sup>3</sup>, Mara Cârșote<sup>4</sup>, Ana Valea<sup>5</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București  
2. UMF „Carol Davila” București, Spitalul „Cantacuzino” București  
3. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București, Monza Oncoteam, București  
4. Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon” București  
5. UMF „J. Hațieganu”, Spitalul Județean Cluj-Napoca

**Introducere.** Fibroadenoamele multiple, sau fibroadenomatoza, mai ales cea cu debut juvenil sau în adolescență, respectiv în perioada de tranziție spre adult, reprezintă o entitate extrem de rară care pune probleme de diagnostic diferențial și de management. Deși masele sunt uzual benigne, ocazional se pot asocia cu un potențial de transformare malignă. De regulă, terapia este chirurgicală și variază de la excizia locală la mastectomie bilaterală. **Obiectiv.** Să prezentăm un caz în care masele mamare bilaterale multiple decelate inițial în adolescență au impus mastectomie bilaterală. **Datele cazului.** O pacientă de 37 de ani, nefumătoare, se prezintă pentru mase tumorale decelate prin autopalparea sânelor bilaterale. Din antecedentele personale fiziologice reținem menarha de la 13 ani, două nașteri pe cale naturală în urmă cu 8, respectiv 6 ani, fără utilizare de estro-progestative până în prezent. Istoricul familial este irelevant. Din antecedentele personale patologice reținem că la vârsta de 18 ani s-au decelat ecografic multiple fibroadenoame de maximum 1-1,5 cm bilateral, dar pacienta a refuzat orice fel de investigații suplimentare sau intervenție. În prezent, acuză mastalgii ocazionale, prezente de câteva

luni și nelegate de menstră. Dozările hormonale, precum prolactina sau TSH-ul, sunt normale. Ecografia mamară a decelat noduli hipoeogeni de 4/4,2 cm, 1,8/1,1 cm, 0,7/0,4 cm, 1/0,8 cm, 0,7/0,5 cm (sânul drept), respectiv de 2/1,7 cm, 3/0,8 cm, 0,6/0,6 cm, 0,9/1,1 cm (sânul stâng). RMN-ul mamar a identificat aspecte similare, iar bilanțul oncologic (inclusiv scintigrama osoasă whole body) nu a identificat semne de diseminare. S-a decis mastectomie totală bilaterală, care pe baza examenului extemporaneu a permis implant bilateral în cadrul aceleiași intervenții. Examenul histopatologic postoperator a confirmat hiperplazia ductală de tip cribriform și solid, fără atipii, cu elemente de tip mastopatie fibrochistică cu ectazii ductale, metaplazie apocrină, hiperplazie papilară, adenoză simplă și sclerozantă, mici papiloame intraductale, respectiv un fibroadenom cu pattern intra- și pericanalicular. Imunohistochimia a decelat p63 pozitiv în celulele mioepiteliale, CK5/6 în epiteliul ductal, ER 35% pozitiv în epiteliul ductal. **Concluzie.** Există extrem de puține cazuri non-sindromice, non-Phylodes publicate până în acest moment și având o asemenea încărcătură histologică.

## Noi concepte în stadializarea vieții reproductive și a menopauzei

Mihaela Nicoleta Plotogea<sup>1,2</sup>, Marina Rodica Antonovici<sup>1,2</sup>, Ana Maria Rotaru<sup>2</sup>, Elvira Brătîlă<sup>1</sup>, Roxana Elena Bohîlțea<sup>1</sup>, Claudia Mehedințu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa” București

Menopauza este un proces biologic natural, caracteristic decadelor a șasea de viață, asociindu-se cu modificări hormonale, fiziologice și psihice. Stadializarea STRAW (Stages of Reproductive Aging Workshop), apărută în 2001, revizuită în 2011 și finalizată cu apariția STRAW+10, este considerată în prezent standardul de aur în ceea ce privește caracterizarea vârstei reproductive a femeii până la menopauză. Modelul STRAW propune o divizare a vieții femeii adulte în trei stadii principale: reproductiv, de tranziție menopauzală și postmenopauzală. Acestea includ un număr total de 7 stadii centrate în jurul ultimului ciclu menstrual. În evaluarea fiecărui stadiu au fost utilizați o serie de parametri, și anume: FSH, estradiol, AMH, Inhibina B, simptomatologia, fertilitatea și imagistica ovariană. O limitare a modelului original este faptul că era recomandat femeilor sănătoase,

aplicarea lui nefiind destinată unor anumite subgrupuri de paciente: fumătoare, cu indice de masă corporală mai mare de 30 kg/m<sup>2</sup>, femeilor hysterectomizate total, celor cu o activitate fizică intensă, cu neregularități cronice ale ciclurilor menstruale, anomalii uterine sau ovariene. În prezent, se consideră că stadializarea STRAW+10 are aplicabilitate la majoritatea femeilor, indiferent de vârstă, zona geografică, IMC sau caracteristici ale stilului de viață. O atenție particulară în 2011 a fost atribuită unor grupuri populaționale aparte. Evaluarea declinului funcției ovariene și a fertilității nu se supune aceluiași reguli generale când este vorba despre tratamente agresive în contextul cancerelor, bolilor cronice, al HIV-SIDA, al tulburărilor endocrine (inclusiv sindromul ovarului polichistic) și în insuficiența ovariană prematură.

## Managementul infecției cu citomegalovirus în sarcină

Claudia Mehedințu<sup>1,2</sup>, Sorin Ionescu<sup>2</sup>, Marina Rodica Antonovici<sup>1,2</sup>, Ana Maria Rotaru<sup>2</sup>, Mihaela Nicoleta Plotogea<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa” București

Infecția congenitală cu citomegalovirus (CMV) apare la 0,6-0,7% dintre nou-născuți și este cea mai frecventă cauză infecțioasă de handicap neurologic congenital. Transmiterea verticală se produce în aproximativ 30% din cazuri, dar fătul nu este întotdeauna afectat. Nou-născuții simptomatici la naștere au risc mult mai crescut să prezinte sechele neurologice severe. Detecția IgG și IgM specifice și aviditatea IgG par să fie cele mai de încredere teste pentru identificarea unei infecții primare, totuși interpretarea acestora în context clinic poate fi dificilă. Dacă se documentează seroconversia sau dacă markerii ultrasonografici ridică suspiciunea unei infectări a fătului, ar trebui efectuată amniocenteza pentru a confirma transmiterea verticală. În absența confirmării infecției fetale cu evidențierea anomaliilor

structurale fetale, întreruperea sarcinii ar trebui descurajată. Prognosticul fetal este în primul rând corelat cu prezența afectării cerebrale. În ciuda obținerii de rezultate promițătoare la administrarea medicației antivirale și a globulinei hiperimune (HIG), rezultatele trebuie interpretate cu grijă. Screeningul pentru CMV ar trebui rezervat gravidelor la care se suspectează o infecție primară sau pentru femeile din categoriile cu risc crescut, deci indicațiile sunt foarte largi. Magnitudinea infecției congenitale cu CMV și valoarea intervențiilor pentru prevenirea transmiterii sau pentru diminuarea sechelelor trebuie stabilite anterior implementării măsurilor de sănătate publică. În această lucrare sunt revizuite aspecte ale infecției cu CMV la femeia gravidă și la copilul acesteia.

## Dubla marcarea imunocitochimică p16/ki67 utilizată pentru detecția precancerului de col uterin

Alexandru Baroș<sup>1,2</sup>, Mihaela Badea, Roxana Bohilțea<sup>1,2</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul Universitar de Urgență București, Departamentul Obstetrică-Ginecologie

**Objective.** Evidențierea eficacității colorației imunocitochimice duale p16/ki67, care reprezintă soluția ce s-a dezvoltat în ultimii ani pentru acuratețea depistării precancerului de col uterin și care combină o sensibilitate înaltă cu o specificitate înaltă. **Metodă.** Analiza unui lot de 551 de paciente, cu vârsta cuprinsă între 19 și 72 de ani, privind utilitatea dublei marcări imunocitochimice p16/ki67. **Rezultate.** Criteriile de excludere au fost reprezentate de citologiile cu leziuni de grad înalt, lipsa datelor anamnestice și clinice, lipsa analizei HPV. Indicațiile testului imunocitochimic CINtec PLUS au fost reprezentate de citologie ASC-US și L-SIL<30 de ani, citologie negativă/test

HPV pozitiv indiferent de vârstă. Pentru 307 paciente incluse în lot, testarea imunocitochimică p16/ki67 a fost negativă, iar pentru restul de 244 de paciente, colorația imunocitochimică a ieșit pozitivă. **Concluzii.** Prin utilizarea testării imunocitochimice p16/ki67 se eficientizează conduita medicală în trierea sau supravegherea pacientelor tinere cu rezultate citologice LSIL sau ASC-US cu HPV risc înalt pozitiv, se evită colposcopiile care nu sunt necesare (indicațiile de colposcopie se restrâng la cazurile CINtec PLUS pozitive), în felul acesta limitându-se gesturile invazive la nulipare, iar rezultatele CINtec PLUS negative se supraveghează citologic și viral la 12 luni.

## Endometrioza extrapelviană - incidență, importanța problemei, prezentarea unor cazuri rare

Andreea Grațiana Boiangiu<sup>1</sup>, Iulia Nicolescu<sup>2</sup>, Nicoleta Clim<sup>1</sup>, Oana Alina Solomon (Coț)<sup>1</sup>, George Alexandru Filipescu<sup>1,3</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București  
2. Secția de Pneumologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București  
3. UMF „Carol Davila”, București

Endometrioza a fost descrisă prima dată în anii 1800. Până în prezent au fost elaborate mai multe teorii ale genezei de leziuni endometrioze. Au fost demonstrate corelații între severitatea durerii și gradul de invazie a endometriozei în țesuturi, precum și privind statusul imunoinflamator. Sistemul nervos, prin implicarea filelor nervoase nociceptive, este direct implicat în patogeneza durerii din endometrioza, iar leziunile de endometrioza profundă sunt considerate singurele asociate constant cu durerea cronică pelviană. Printre sediile endometriozei extrapelviene se

numără: peretele abdominal cicatriceal sau indemn, tractul urinar, tractul gastrointestinal, cavitatea toracică, sistemul nervos central. Dintre sediile extrapelviene, endometrioza toracică reprezintă un caz frecvent, sindromul de endometrioza toracică fiind descris prima dată de Barnes în 1953, iar endometrioza peretelui abdominal este cea mai frecventă formă extrapelviană. Vom prezenta o serie de cazuri rare de endometrioza extrapelviană ce vor ilustra importanța problemei, precum și necesitatea abordului pluridisciplinar al acestei patologii complexe.

## Conduita terapeutică în cazul parturientei cu sifilis

Elena Alina Bordea, Manuela Neagu, Ciprian Cristescu

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

**Introducere.** Sifilisul este o boală curabilă încă din 1928, după descoperirea penicilinei. Cu toate acestea, sifilisul rămâne o problemă majoră de sănătate, de aceea toate femeile gravide ar trebui testate încă de la prima consultație antenatală. În România există un număr mare de gravide care se prezintă la camera de gardă în travaliu având serologie necunoscută. Conduita terapeutică a parturientei cu sifilis este provocată prin faptul că mama poate transmite infecția fătului în timpul nașterii. **Material și metodă.** În acest studiu retrospectiv, observațional, au fost incluse toate gravidele care s-au prezentat la camera de gardă a Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” între 1 ianuarie 2015 și 31 decembrie 2016 cu serologie pentru sifilis necunoscută. Din cele 391 de paciente cu serologie necunoscută, 19 paciente s-au dovedit a fi cu serologie TPHA pozitivă în urma testelor rapide anti-TP efectuate la internare. Obiectivul primar a fost să se determine conduita terapeutică optimă atunci când se primește la camera de gardă o gravidă în travaliu cu serologie TPHA pozitivă. **Rezultate.** Pe o perioadă de 2 ani, în Spitalul Clinic de Obstetrică-Gi-

necologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” s-au născut 7272 de copii. 391 de paciente (5,4%) s-au prezentat la camera de gardă în travaliu, cu serologie necunoscută pentru sifilis. Dintre acestea, 19 paciente (4,9%) au avut serologie TPHA pozitivă. Pentru 16 paciente (84,2%) sarcina a fost finalizată prin naștere pe cale vaginală, iar restul de 3 paciente (15,8%) au necesitat operație cezariană pentru debut de suferință fetală. Toate cele 19 paciente cu serologie TPHA pozitivă au avut și serologie VDRL pozitivă. În urma acestui rezultat, pacientele au primit tratament cu penicilină G, 2,4 milioane unități i.m., cu repetarea dozei la 7 zile. **Concluzii.** Toate parturientele cu serologie necunoscută pentru sifilis ar trebui testate la internare. Toate gravidele în travaliu care se dovedesc a avea serologie pozitivă pentru sifilis necesită monitorizare cardiocografică continuă, pentru că ar putea avea un risc mai mare de anomalii cardiace fetale. Gravidele cu serologie pozitivă pentru sifilis ar putea avea o incidență mai mare de terminare a nașterii prin operație cezariană. Operația cezariană reprezintă o cale de naștere mai bună, prin evitarea contactului nou-născutului cu leziunile genitale maternale.

## Factori de risc ante- și perinatali implicați în dezvoltarea tulburărilor din spectrul autismului la copii

M. Boț<sup>1,2</sup>, S. Vlădăreanu<sup>1,2</sup>, A. Burnei-Rusu<sup>1,2</sup>, A. Tecuci<sup>1,2</sup>, M. Zvâncă<sup>1,2</sup>, A. Petca<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

Etiologia autismului este necunoscută, deși cercetări multiple în ceea ce privește identificarea unor factori implicați în anumite perioade ale gestației au fost efectuate în centre de cercetare epidemiologică în ultimii 40 de ani. În prezent, se crede că mecanismul care stă la baza dezvoltării tulburărilor din spectrul autismului este cel mai probabil poligenic și că factorii de mediu pot interacționa cu factori genetici pentru a crește riscul. Cu toate că mecanismele neuropatologice sunt descrise evaziv, studiile au arătat că există anomalii macroscopice, microscopice și funcționale ale creierului acestor copii. Aceste anomalii cerebrale diferite sugerează că etiologia relevantă poate fi în perioada ante- și peripartum sau în copilăria timpurie. O metaanaliză recentă a centralizat 60 de studii

care au analizat asocierea dintre factorii perinatali, neonatali și autism. Factorii identificați ca având un risc crescut de autism sunt: deficitul de acid folic în primul trimestru al sarcinii, infecția cu *Rubella* în cursul sarcinii, tabagismul, gravidele cu indice de masă corporală crescut, tiroidita autoimună a gravidei, prezența anomalii anormale, suferința fetală, traumatismele obstetricale, nașterile multiple, hemoragiile maternale, nașterea în timpul verii, feți cu greutate mică la naștere, feți mici pentru vârsta gestațională, feți cu malformații congenitale, aspirație de meconium, scorul APGAR scăzut la 5 minute, dificultățile de hrănire în perioada neonatală, anemia neonatală, incompatibilitatea în sistem Rh și ABO cu izoimunizare și hiperbilirubinemia.

## HTA gestațională asociată cu sindrom HELLP și decolare severă bilaterală de retină - prezentare de caz

M. Boț<sup>1,2</sup>, C. Oprescu<sup>1</sup>, S. Vlădăreanu<sup>1,2</sup>, A. Burnei-Rusu<sup>1,2</sup>, A. Petca<sup>1,2</sup>, M. Zvâncă<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

Preeclampsia este complicația obstetricală care afectează 5% din femeile gravide. Sindromul HELLP este un sindrom clinic, dar mai ales de laborator, care complică 20% din cazurile de preeclampsie severă. Decolarea de retină este o complicație foarte rar întâlnită, la 0,2-2% dintre pacientele cu preeclampsie și la 0,9% dintre cele care dezvoltă sindrom HELLP. Sistemul vizual poate fi afectat în diferite grade concomitent cu decolarea de retină ca o complicație majoră, însă aceste cazuri sunt rar întâlnite. Decolarea de retină ca o complicație a sindromului HELLP este de obicei bilaterală și cu un grad înalt de severitate, iar explicația patologică este ischemia coroidală secundară unui vasospasm arterial intens. Vom prezenta cazul unei gravide de 22 de ani, primigestă, primipară, cu sarcină de 33 de săptămâni în evoluție, care s-a prezentat la UPU „Elias” pentru pierdere de lichid amniotic, contracții uterine dureroase rare, nesistematizate, sângerare vaginală indolentă redusă (anamnestic, la domiciliu) și TA 145/80 mm Hg. La 2 ore de la internare, gravida pierde sânge roșu în cantitate moderată pe

cale vaginală, iar ecografic se vizualizează o arie de decolare placentară. Se decide și se practică operație cezariană în urgență, cu extragerea unui făt viu, IA - 9. La 4 ore postoperator, pacienta prezintă stare generală alterată, cu fosfene, scotoame, somnolență și cefalee și TA 155/90 mmHg, cu parametri biochimici sugestivi pentru diagnosticul de sindrom HELLP, HLG modificată cu leucocitoză marcată, fiind transferată în secția ATI. Conform examenului oftalmologic și al CT-ului ocular bilateral, se stabilește diagnosticul de decolare severă bilaterală de retină, cu zone extinse de hemoragie retiniană. Se instituie tratament antibiotic, antihipertensiv și corticoterapie sistemică. Evoluția ulterioară a fost lent favorabilă, cu îmbunătățirea acuității vizuale și reducerea dimensiunilor hemoragiilor retinienne. Leucocitoza marcată s-a menținut timp de 3 săptămâni post-partum, fiind considerată posibil reactivă de sarcină, iar acuitatea vizuală a fost mult îmbunătățită la externare. La 2 luni post-partum, acuitatea vizuală este recuperată în proporție de 70-80% la ambii ochi.

## Evaluarea riscului de apariție a istmocelului în funcție de tipul de sutură a tranșei uterine în operația de cezariană

Bogdan Botezatu, Elisa Nică, Dan Buzoianu

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București

**Introducere.** Operația de cezariană este din ce în ce mai folosită în obstetrica modernă, sutura tranșei uterine fiind efectuată prin surje sau fire separate, neexistând un standard. **Objective.** Una din complicațiile tardive este reprezentată de apariția istmocelului uterin, secundar cicatrizării vicioase a peretelui uterin anterior. Ne propunem să aflăm dacă există diferențe semnificative în ceea ce privește riscul apariției acestei complicații, în funcție de tipul de sutură folosit, surjet/fire separate. **Metodă.** Au fost examinate 100 de paciente, cu cezariană în antecedente, 50 cu

sutura tranșei uterine cu surjet, iar la 50 s-a efectuat sutura cu fire separate, ce menajează vascularizația istmului. Toate pacientele au fost evaluate la 8 săptămâni postoperator. **Rezultate.** La pacientele având sutura cu fire separate, rata de apariție a istmocelului este cu aproximativ 42% mai redusă decât la cele cu surjet, cu mențiunea că durata intervenției se prelungește cu circa 16%. **Concluzii.** Studiul nostru evidențiază că sutura tranșei uterine prin fire separate predispozează semnificativ statistic mai puțin la apariția istmocelului decât sutura prin surjet.

## Prevenția sindromului de hiperstimulare ovariană

Anca Burnei-Rusu, Carmen Cristea, Vlad Zamfirescu, Mihaela Boț, Alina Marin, Simona Vlădăreanu

Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București

Sindromul de hiperstimulare ovariană (OHSS) este cea mai gravă complicație a stimulării ovariene controlate în cadrul tehnicilor de reproducere asistată și este asociat cu morbiditate ridicată și potențială mortalitate. A fost raportată o frecvență de 20-33% pentru cazurile ușoare, de 3-6% pentru cazurile moderate și de 0,1-2% pentru cazurile severe. Managementul acestei situații pune accentul pe identificarea pacientelor cu risc pentru dezvoltarea sindromului de hiperstimulare ovariană: un episod precedent, răspuns ovarian exagerat la gonadotropine și sindromul ovarelor polichistice (PCOS). Pentru a minimiza incidența OHSS sunt discutate utilizarea protocolului GnRH antagonist/agonist și segmentarea tratamentului din fertilizarea *in vitro*. Astfel, a fost demonstrat beneficiul utilizării protocolului GnRH antagonist, prin reducerea ratei de OHSS, neinfluențând numărul sarcinilor și al

născuților vii, alături de un trigger GnRH agonist. Acesta din urmă reduce apariția timpurie a OHSS, dar va scădea rata sarcinilor dacă nu va fi administrat simultan cu o doză scăzută de hCG, cu scopul de a modifica faza luteală. A fost evidențiat faptul că, la femeile cu stimulare ovariană cu CFA sau rFSH, în cadrul unui protocol GnRH antagonist, rata de OHSS moderat sau sever a fost semnificativ mai mare la grupul cu risc. Administrarea unei doze duble de GnRH antagonist, în ziua precedentă administrării de hCG, coroborată cu reducerea dozei de rFSH, la pacientele cu risc, reprezintă o strategie preventivă sigură și eficientă pentru OHSS, fără a compromite rezultatele reproducerii. Regimuri individualizate de stimulare ovariană, folosind doza și durata minimă de terapie cu gonadotropine necesare dezvoltării foliculare și a sarcinii, asigură evitarea riscului de OHSS.

## Analgezia în travaliu - experiența clinicii noastre

Alina Bușan<sup>1</sup>, Manuela Neagu<sup>1,2</sup>, Oana Podașcă<sup>1</sup>, Dana Predescu<sup>1</sup>, Alina Frangulea<sup>1</sup>, Corina Moisa<sup>1</sup>

1. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Managementul durerii în travaliu reprezintă o problemă importantă a obstetricii moderne, căutându-se mereu noi mijloace de obținere a unui travaliu nedureros. Analgezia regională peridurală reprezintă în acest moment standardul de aur pentru analgezia în travaliu. Aceasta se montează de către medicul anestezișt la debutul travaliului și asigură o analgezie pe toată perioada lui. Entonoxul - o combinație de N<sub>2</sub>O și O<sub>2</sub> în raport 1:1, un gaz inodor, incolor și insipid - reprezintă o metodă nouă de analgezie de scurtă durată. Aceasta se autoadministrează de către pacientă în timpul travaliului. **Objective.** Scopul acestui studiu a fost cercetarea complianței pacientelor la utilizarea acestor două metode de analgezie, a avantajelor și dezavantajelor fiecăreia dintre metode, precum și a efectelor secundare ale acestora. **Materiale și metode.** Am selectat un lot de 350 de parturiente care au născut pe cale vaginală în clinica noastră în cursul anului 2016 și care au primit una din cele două metode de analgezie. Dintre acestea, aproximativ o treime au benefi-

ciat de administrarea de Entonox. **Rezultate.** Am observat că în lotul cu administrare de analgezie peridurală s-a obținut analgezie de durată în cele mai multe cazuri, complianța pacientelor a fost crescută, însă dezavantajele sunt necesitatea personalului medical specializat pentru montarea periduralei și un număr mai mare de nașteri asistate instrumental decât în cazul administrării Entonoxului. Pe de altă parte, Entonoxul, deși eficient în majoritatea cazurilor, prezintă o complianță mai scăzută din partea pacientelor. Această metodă nu necesită personal medical specializat pentru administrare, dar implică o bună cooperare a pacientei. Printre dezavantajele metodei, se numără lipsa sincronizării parturientei, rezultând astfel o analgezie mai slabă decât în cazul periduralei. **Concluzii.** Ambele metode sunt eficiente în asigurarea analgeziei, având atât avantaje, cât și dezavantaje. Faptul că amândouă pot fi utilizate în clinica noastră, în funcție de profilul pacientei, este un bonus în managementul travaliului.



## High-intensity focused ultrasound - new nonsurgical approach for the treatment of uterine fibroids

Nicoleta Clim<sup>1</sup>, Horațiu Haradja<sup>3</sup>, Amelia Milulescu<sup>1,2</sup>, Oana Solomon<sup>1</sup>, George Alexandru Filipescu<sup>1,2</sup>

1. Obstetrics and Gynaecology Department, "Elias" Emergency University Hospital, Bucharest, Romania

2. "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

3. Obstetrics and Gynaecology Department, Ilfov County Emergency Hospital, Romania

High-Intensity Focused Ultrasound (HIFU) represents the therapeutic applications of ultrasound used in order to destroy tumors by delivering localized hyperthermia and tissue necrosis. This procedure uses lower frequencies than medical diagnostic ultrasound (from 0.250 to 2 MHz), but significantly higher energies. Guided by ultrasound or magnetic resonance imaging (MRI), HIFU has been successfully applied in the treatment of cancer to destroy solid tumors of the bone, brain, breast, liver, pancreas, rectum, kidney, testicles, prostate. In gynaecology, HIFU is used in fibroids as a relatively new nonsurgical procedure, and is the subject of research in adenomyosis. Several absolute contraindications should be considered before planning this procedure: pregnancy, cervical myoma, subserous/submucous myoma, posterior

wall myoma diameter  $\leq 3.5$  cm, fast-growing myoma, uterine cancers, thick lower-abdominal scar, and previous radiotherapy on lower-abdomen over the dosage of 45 Gy. The ideal candidate for uterine fibroid HIFU treatment should meet the following criteria: intramural myoma, single, located in anterior uterine wall, diameter between 4-10 cm, with subcutaneous fat thickness  $< 4$  cm, no lower-abdominal surgery history, no pelvic inflammation, no IUD and no induced abortion history. With required preparation and sedation, under ultrasound guidance, 60-80% ablation can be obtained. Control ultrasound should be performed at 1, 3, 6, and 12 months after procedure, as well as pelvic MRI at 6, 12, and 24 months. Myoma volume reduction to 25% at 1 year is considered to be a successful treatment.

## Sindrom Poland atipic la un nou-născut de sex feminin - prezentare de caz

Gheorghita Sardescu<sup>1</sup>, Adelina Loredana Dan<sup>2</sup>, Diana-Elena Comandașu<sup>2</sup>, Ciprian-Andrei Coroleucă<sup>2</sup>, Cătălin-Bogdan Coroleucă<sup>2</sup>, Elvira Brătilă<sup>2</sup>

1. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București, Departamentul de Neonatologie

2. UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie

Sindromul Poland reprezintă o boală congenitală rară, definită ca agenezia sau hipotrofia unilaterală a mușchiului pectoral asociată cu diferite malformații ale toracelui sau membrilor superioare ipsilaterale. Boala are o incidență scăzută, de 1-3 la 100.000 de copii, afectând predominant pacienții de sex masculin, cu un raport de 3:1. Ca o caracteristică a bolii, în 75% din cazuri anomalile sunt prezente pe partea dreaptă a corpului. Ipoteza etiopatogeniei include perturbarea fluxului sangvin de la nivelul arterei subclavii proximal de originea arterei toracice și distal de originea arterei vertebrale în jurul celei de-a șasea săptămâni de dezvoltare fetală. Prezentăm cazul atipic al unui nou-născut de sex feminin, după operație cezariană efectuată la Spitalul de Urgență „Sf. Pantelimon” din București la 39 de săptămâni de gestație, care a prezentat asimetrie importantă a peretelui toracic asociată cu malformații ale membrilor superioare pe partea stângă. Parametrii respiratori și cardiovasculari la naștere au fost în limite normale, însă examenul clinic a decelat asimetrie stângă-dreaptă, cu absența congenitală a mușchiului pectoral mare pe par-

tea stângă, agenezie costală și athelie. Nou-născutul a prezentat, de asemenea, sindactilie parțială cutanată la degetele trei și patru de la mâna stângă. Radiografia toracică a confirmat absența arcurilor costale anterioare de la nivel vertebral T3 la T10. În ciuda unor studii genetice recente care prezintă modele de transmitere ereditară, cazul nostru a apărut ca eveniment sporadic. Aspectele particulare ale cazului sunt reprezentate de sexul feminin al nou-născutului și localizarea anomaliilor pe partea stângă, care apar în aproximativ un sfert din toate cazurile. Acestea îi conferă caracterul atipic și în același timp foarte rar, fiind raportate în literatură doar câteva sute de asemenea cazuri. Având în vedere că parametrii vitali post-partum au prezentat valori normale, managementul terapeutic în cazul prezentat este reprezentat de un follow-up regulat, apariția manifestărilor clinice, inclusiv complicații hematologice, impunând tratamentul chirurgical. Reconstrucția peretelui toracic presupune o planificare multidisciplinară riguroasă, planificarea intervenției necesitănd anticiparea atât a riscurilor, cât și a beneficiilor postoperatorii.

## Variații morfologice ale tumorilor mucinoase ovariene

Maria Comănescu<sup>1</sup>, Anca Potecă<sup>1</sup>, Alexandru Comănescu<sup>2</sup>, Teodor Potecă<sup>1</sup>, Mihai Mitran<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București

2. UMF Craiova

Tumorile mucinoase ovariene reprezintă un spectru amplu de neoplazii, de la cele benigne până la cele maligne, fiind diferite de celelalte subtipuri de tumori epiteliale ovariene, atât din punct de vedere histologic, cât și molecular. Evaluarea tumorilor mucinoase ovariene necesită corelarea datelor clinice, a aspectelor imagistice, cu statusul ovarului contralateral, prezența sau absența mucinei intraperitoneale și aspectul macroscopic al apendicelui. Deși în cele mai multe cazuri diagnosticul pozitiv al unei leziuni benigne nu pune probleme, diagnosticul dife-

rențial între o tumoră primară ovariană și o metastază este dificil de realizat intraoperator sau în examenul histologic clasic. La jumătatea spectrului între benign și malign se găsesc tumorile proliferative atipice mucinoase, foarte heterogene din punct de vedere histologic, ce pot prezenta aspecte combinate de leziuni benigne și borderline și uneori arii de carcinom intraepitelial sau chiar microinvazie. Prognosticul și managementul terapeutic sunt diferite pentru fiecare entitate histologică, de aceea diagnosticul pozitiv este esențial.

## Tehnica operației cezariene „în 3 fire” - avantaje și rezultate pe termen scurt, mediu și lung

Oana Alina Solomon (Coț)¹, Andreea Grațiana Boiangiu¹, Nicoleta Clim¹, Mihaela Ichim¹, George Alexandru Filipescu¹²

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Operația cezariană rămâne cea mai frecventă intervenție chirurgicală din domeniul obstetricii și ginecologiei, dar și cea mai veche, iar ultimii ani au dovedit o creștere la nivel global a folosirii ei. Cu toate acestea, încă nu există un consens în ceea ce privește tehnica chirurgicală. **Obiective.** Propunem prezentarea tehnicii „în 3 fire” Misgav-Ladach, a avantajelor acesteia și a rezultatelor pe termen scurt, mediu și lung, comparativ cu tehnica operației cezariene clasice Pfannenstiel-Kerr. **Material și metodă.** Studiu comparativ retrospectiv efectuat de-a lungul a 5 ani în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Universi-

tar de Urgență „Elias” și evaluarea bazelor de date medicale Cochrane și Medline. **Rezultate.** Timpul operator, cantitatea de analgezice folosite postoperator, complicațiile infecțioase ale plăgii și apariția sindromului aderențial s-au dovedit mai scăzute în cazul operației cezariene folosind tehnica Misgav-Ladach („în 3 fire”), comparativ cu tehnica clasică Pfannenstiel-Kerr. **Concluzii.** Tehnica „în 3 fire” este mai rapidă, mai bună din punct de vedere al raportului cost/eficiență și al rezultatelor pe termen scurt și lung, motiv pentru care aceasta trebuie implementată pe o scară cât mai largă.

## Modalități de identificare a ganglionului santinelă în cadrul chirurgiei minim invazive pentru cancerul de col uterin

C.B. Coroleucă¹, C.P. Brătilă², C.A. Coroleucă¹, D. Comandașu¹, Ruxandra Stănculescu¹, Costin Berceanu³, M. Mitran³, E. Brătilă¹

1. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București, UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul de Chirurgie Minim Invazivă Euroclinic, UMF „Carol Davila”, București  
3. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panaît Sârbu” București

**Obiectiv.** Scopul acestei lucrări este de a prezenta experiența autorilor privind rata de detecție a ganglionului santinelă în cazurile operate utilizând tehnica de injectare cu colorant intravital și de a le compara cu datele din literatură privind tehnica de fluorescență cu verde de indocianină sub spectru infraroșu. **Material și metodă.** În lotul studiat au fost incluse 55 de paciente cu cancer cervical incipient. Am analizat rata de detecție pentru identificarea ganglionului santinelă. Aceste date au fost comparate cu date din literatură privind tehnica de fluorescență cu verde de indocianină sub spectru infraroșu. **Rezultate.** Tehnica de identificare laparoscopică a ganglionului santinelă cu injectare de ver-

de de indocianină sub spectru infraroșu are o rată de detecție bilaterală ridicată, comparabilă cu tehnica de injectare cu albastru intravital. Datele recente din literatura de specialitate subliniază importanța navigării moleculare în timp real în identificarea ganglionului santinelă. **Concluzii.** Tehnica de identificare a ganglionului santinelă utilizând tehnica cu injectare cu verde de indocianină și examinarea în spectru infraroșu poate să fie considerată o alternativă în identificarea ganglionului santinelă în cancerul de col uterin. Navigarea moleculară în timp real poate să aibă un impact pozitiv asupra supraviețuirii pe termen lung, ducând la scăderea mortalității.

## Procedee de refacere a inelului pericervical în funcție de defectul anatomic asociat

Ciprian-Andrei Coroleucă¹, Elvira Brătilă¹, Mihai Mitran¹, Cătălin-Bogdan Coroleucă¹, Diana Comandașu¹, Ruxandra Stănculescu¹, Claudia Mehedințu¹, Petre Brătilă³

1. UMF „Carol Davila”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, București  
2. UMF „Carol Davila”, Departamentul de Chirurgie Minim Invazivă - Spitalul „Euroclinic” București

**Introducere.** Prolapsul organelor pelviene afectează compartimentul pelvian anterior, posterior și apical și determină o afectare marcantă a calității vieții pacientelor. Lucrarea își propune o schematizare a tehnicilor chirurgicale utilizate în tratamentul tulburărilor de statică pelviană în funcție de defectul anatomic asociat. **Material și metodă.** În perioada ianuarie 2014 - decembrie 2016 am realizat un studiu retrospectiv care a inclus 250 de paciente cu prolaps genital. Tratamentul chirurgical aplicat a avut ca obiectiv stabilizarea inelului pericervical și s-a realizat

prin următoarele tehnici (singulare sau combinate): cura cistocelului prin procedeul ATOM (anterior trans-obturator mesh) cu 2 și 4 brațe, culdoplastie McCall și colposuspensie la ligamentul sacrospinous. **Rezultate.** Sunt prezentate tipul defectului anatomic pelvian, procedura chirurgicală utilizată, complicațiile intra-/postoperatorii, precum și rezultatele (anatomice și funcționale) la distanță. **Concluzii.** Chirurgia reconstructivă a perineului trebuie individualizată fiecărui caz în parte, scopul final fiind reprezentat de restabilirea anatomiei pelviperieneale.

## Importanța vaccinării împotriva HPV

Reli Cotman<sup>1</sup>, Anca Burnei-Rusu<sup>1,2</sup>, Simona Vlădăreanu<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

HPV este cea mai comună cauză de infecție cu transmitere sexuală la nivel mondial, devenind astfel o problemă majoră de sănătate publică. Temă de mare actualitate, vaccinarea împotriva HPV a dus la numeroase controverse legate de raportul risc/beneficiu. Vaccinarea împotriva HPV reprezintă cea mai sigură metodă de prevenție a apariției cancerului de col uterin, precum și a altor afecțiuni generate de HPV. Se cunosc deja două tipuri de vaccinuri aprobate pe piață: vaccinul tetravalent recombinat împotriva HPV Gardasil (Silgard) (ti-

purile 6,11,16,18) și un vaccin bivalent Cervarix (tipurile 16 și 18), ce pot preveni infecția și reduce substanțial apariția cancerului. FDA relatează actualmente despre o nouă versiune a vaccinului Gardasil care protejează tinerii de 9 tulpini HPV. Numeroase studii efectuate pe eșantioane de pacienți au demonstrat eficacitatea și siguranța vaccinului. Cu toate acestea, au fost raportate și cazuri în care au existat reacții adverse postvaccinare, ceea ce îngreunează susținerea campaniei la nivel mondial.

## Malrotație cu volvulus intrauterin

Simona Vlădăreanu<sup>1,2</sup>, Eliza Damian<sup>1</sup>, Iulia Petrescu<sup>1</sup>, Mihaela Boț<sup>1,2</sup>, Claudiu Ionescu<sup>1</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

Volvulusul fetal intestinal este o patologie obstetricală foarte rară, care poate duce la decesul fătului. Întârzierea diagnosticării corecte poate duce la o rată crescută de morbiditate și mortalitate. Stabilirea unui astfel de diagnostic necesită intervenție chirurgicală imediată. Au fost descrise variate etiologii pentru volvulusul intestinal în perioada neonatală, incluzând peritonită meconială și defecte ale mezenterului intestinal (malrotație intestinală, bandă Leads). Malrotația intestinală are o incidență de 1/6000 de nașteri. Volvulusul intestinal este o afecțiune în care intestinul subțire și colonul ascendent se învârt în jurul arterei mezen-terice superioare, ducând la necroză și obstrucția intestinului prin compromiterea vasculară adiacentă. Volvulusul intestinal apare rar antenatal și de obicei nu este letal *in utero*. Au fost raportate în literatură, până în

2013, 7 cazuri de deces fetal prin volvulus intestinal. Volvulusul intestinal intrauterin poate fi suspionat la ecografia prenatală, dar diagnosticul de certitudine se pune postnatal. Prezența semnelor de suferință fetală acută la un făt diagnosticat cu volvulus implică un prognostic foarte prost, rata de supraviețuire fiind foarte mică. Am revizuit din literatura de specialitate cazurile raportate cu suspiciune de volvulus antenatal soldate cu supraviețuirea ori decesul fătului sau al nou-născutului. Raportăm cazul unui nou-născut prematur (36 de săptămâni gestaționale), extras prin operație cezariană de urgență în clinica noastră, diagnosticat la naștere cu abdomen acut, confirmat anatomopatologic post-mortem ca fiind volvulus prin malrotație intestinală, decedat la 2 ore de viață din cauza șocului și a insuficienței cardiovasculare.

## Terapia non-chirurgicală a fibromului uterin

Mihai Dumitrașcu, Adina Afloarea, Ruxandra Albu, Cătălin Nenciu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București

Aproximativ 24 milioane de femei din Europa, cu vârsta preponderentă între 35 și 55 de ani, sunt diagnosticate cu fibrom uterin. Având în vedere tabloul caracteristic acestei patologii - menometroragii abundente, anemie, durere pelviană și infertilitate -, este evidentă afectarea calității vieții pacientelor, a cărei preservare reprezintă în prezent dezideratul medicinei moderne. Datorită naturii benigne a mioamelor, trebuie luate în considerare opțiunile terapeutice conservative, cu minimizarea morbidității și optimizarea rezultatelor. În cazul pacientelor asimptomatice,

cu un volum tumoral redus, se poate avea în vedere o conduită expectativă. În cazurile simptomatice avem în vedere îmbunătățirea calității vieții prin reducerea sângerărilor, scăderea volumului tumoral și conservarea sau îmbunătățirea fertilității. Scopul lucrării de față este o trecere în revistă a literaturii de specialitate, alături de experiența clinicii noastre privind metodele non-chirurgicale de tratament al fibromului uterin, reprezentate de tratamentul medicamentos cu ulipristal acetat, precum și embolizarea arterelor uterine.

## Miometrectomia multiplă - beneficiu sau hazard (prezentare de caz)

Antoine Edu, Cristian Popescu, Alexandru Matei, Marie-Jeanne Gardescu, Cristina Teodorescu, Radu Mateescu

Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa” București

Prezentăm cazul pacientei I.G., în vârstă de 38 de ani, fără sarcină în antecedente, cu uter polifibromatos, gigant, 30/20 cm. Tratament cu Esmya în antecedente, în urma căruia nodulii fibromatoși au crescut în dimensiuni, fapt comunicat firmei producătoare. Se practică miometrectomie multiplă, cu evoluție postoperatorie favorabilă - 3 noduli fibromatoși reștanți cu localizare istmică. La 9 luni de la ope-

rație, pacienta rămâne gravidă și duce sarcina la 37 de săptămâni. Sarcina se finalizează cu operație cezariană, urmată de histerectomie subtotală, cu conservarea anexelor. **Discuții.** Deși s-au asumat o serie de riscuri în practicarea miometrectomiei multiple la o femeie de 38 de ani, rezultatul obținut ulterior denotă că raportul beneficii/riscuri este pozitiv.

# Particularități în declanșarea travaliului medicamentos la gravidele hipertensive

Manuela Neagu<sup>1</sup>, Natalia Pătrașcu<sup>2</sup>, Alina Dătu<sup>1</sup>, Ciprian Cristescu<sup>1</sup>, Corina Moisa<sup>1</sup>, Oana Podașcă<sup>1</sup>, Dana Predescu<sup>1</sup>, Alina Frangulea<sup>1</sup>, Cristina Neagu<sup>1</sup>

1. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București, UMF „Carol Davila” București  
2. Spitalul Univeritar de Urgență București, Clinica de Cardiologie, UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Hipertensiunea gestațională este cauza principală de morbiditate și mortalitate maternă, fetală și neonatală, aceasta fiind cea mai frecventă afecțiune medicală care complică sarcina. În ceea ce privește opțiunile terapeutice, în cazul hipertensiunii gestaționale, în cursul sarcinii administrăm tratament medicamentos antihipertensiv cu rol de tratament patogenic, tratamentul etiologic fiind reprezentat de naștere. **Scop.** Evaluarea terapiei de declanșare a travaliului în cazul gravidelor cu hipertensiune gestațională. **Material și metodă.** Am realizat un studiu retrospectiv în cadrul SCOG „Prof. Dr. Panait Sârbu” București pe un lot de 45 de gravide cu vârsta cuprinsă între 24 și 33 de ani, normoponderale, primipare, cu sarcină monofetală mai mare de 37 de săptămâni, cu hipertensiune gestațională sau preeclampsie ușoară, la care s-a efectuat declanșarea travaliului. În toate cazurile, pentru declanșarea medicamentoasă s-a administrat misoprostol, intravaginal, sub formă de comprimate. Pacientele au fost internate la sala de travaliu și monitorizate cardiotocografic continuu până la naștere. La debut de

travaliu a fost montat cateter peridural și s-a început injectarea de analgezic la dilatația de 4 cm a colului. **Rezultate.** Rata de naștere vaginală în lotul de studiu a fost de 80%, două paciente au născut prin aplicație de vidextractor și patru prin aplicație de forceps Tarnier. Rata de eșec în lotul de studiu a fost de 13%, iar rata de complicații, decolare de placenta și de suferință fetală acută a fost de 7%. Rata de naștere prin operație cezariană la paciențele din lotul de studiu a fost de 20%. **Concluzii.** În lotul de studiu, rata de succes a declanșării travaliului cu misoprostol a fost ușor superioară ratei globale de declanșare a travaliului întâlnite în clinica noastră. Rata de eșec și de complicații a declanșării travaliului a fost redusă. Anestezia peridurală este recomandată în cazul parturientei cu hipertensiune gestațională, având și efect antihipertensiv. În cazul hipertensiunii gestaționale, alegerea metodei de declanșare a travaliului se va face ținând cont ca aceasta să nu interfereze cu medicația antihipertensivă, să nu agraveze hipertensiunea, să asigure un interval scurt până la debutul travaliului și un travaliu cât mai fiziologic.

## Managementul sinechiei uterine la pacientele cu infertilitate

Manuela Neagu, Bogdan Luchian, Lucia Luchian, Ioan Boleac, Ciprian Cristescu

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

**Introducere.** Anual, în clinica noastră, se efectuează un număr de peste 850 de histeroscopii, dintre care în jur de 300 diagnostice și 550 de histeroscopii operatorii. Histerosopiile operatorii au ca indicații, în ordinea frecvenței: polipul endometrial, nodulul fibromatos endocavită, sinechia uterină, septul uterin, hiperplazia de endometru, istmocelul. **Scop.** Evaluarea posibilităților terapeutice în cazul sinechiei uterine la pacienta cu infertilitate. **Material și metodă.** Am realizat un studiu clinic retrospectiv asupra unui lot de 21 de paciente cu sinechie uterină și infertilitate care au fost tratate în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București. Din punct de vedere anatomic, toate cazurile din lot au fost sinechii corporeale, 18 sinechii corporeale parțiale și trei cazuri cu sinechii corporeale extinse. În 19 cazuri, factorul etiologic a fost reprezentat de chiuretajul instrumental al cavității uterine în vederea întreruperii la cerere a sarcinii, iar două cazuri au avut drept cauză embolizarea arterelor uterine pentru terapia fibromatozei uterine. Vârsta pacientelor din lot a fost cuprinsă între 28 și 36 de ani. Diagnosticul de sinechie uterină a fost sugestiv în urma anamnezei și a examenului ultrasonografic și a fost confirmat prin histerosalpingo-

grafie. **Rezultate.** Conduita terapeutică în cazul pacientelor din lot a fost efectuarea histeroscopiei operatorii, urmată de montarea unui dispozitiv intrauterin de tip Cooper T pentru 3-4 luni. Rezechția perhisteroscopică a sinechiilor s-a efectuat cu foarfeca în 11 cazuri și cu acul în 10 cazuri; în nicio situație nu au apărut complicații hemoragice sau accidente (perforație uterină). Cele trei cazuri cu sinechii corporeale extinse au beneficiat și de terapie hormonală timp de 2 luni (plăsture cu estrogeni și progesteron natural micronizat). După extragerea steriletului, 6 paciente au obținut o sarcină în primele 3 luni, 8 paciente au obținut o sarcină prin tehnici de reproducere umană asistată în primele 6 luni, iar 7 paciente nu au rămas gravide în anul următor. Din cele 14 paciente cu sinechie rezecată perhisteroscopic, 7 au născut la termen, 4 au născut prematur și 3 au avut avorturi spontane la 6 și 7 săptămâni, respectiv la 18 săptămâni (o singură pacientă cu sinechie corporeală extinsă care a obținut spontan sarcina în prima lună după extragerea steriletului). **Concluzii.** Tratamentul sinechiei uterine la pacienta cu infertilitate este multimodal, deoarece are ca scop nu numai refacerea funcției menstruale, ci și refacerea fertilității sau cel puțin obținerea unui endometru de calitate.

## Medicație utilizată off-label în obstetrică

Manuela Neagu, Alina Bușan, Alina Dacșu, Bogdan Luchian, Cristina Neagu

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

**Introducere.** Medicația off-label reprezintă acea terapie care este administrată în situații patologice care nu apar enunțate în prospectul medicamentului sau la categorii de pacienți ce nu sunt enumerați în prospect ori la care apare contraindicată respectiva terapie, precum și în doze sau pe căi de administrare ce nu sunt descrise în prospect. Administrarea de medicație off-label este o practică obișnuită și nu este considerată o ilegalitate - la nivel mondial se consideră că una din 10 recomandări terapeutice este off-label. **Scop.** Analizarea medicației utilizate off-label în patologia obstetricală. **Material și metodă.** Am realizat un studiu retrospectiv desfășurat în Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București pe o perioadă de 12 luni (ianuarie - decembrie 2016) pe un lot de paciente gravide la care s-a administrat medicație off-label. Prospectele medicamentelor utilizate au fost cele publicate pe site-ul Agenției

Naționale a Medicamentului. **Rezultate.** Medicația off-label utilizată în practica obstetricală în clinica noastră a fost următoarea: Aspirin cardio tablete 100 mg (231 de paciente), Aspenter tablete 75 mg (211 paciente), Arthrotec tablete 75 mg/0,2 mg (14 paciente), Cytotec tablete de 200 mcg (355 de paciente), Metformin tablete de 500 mg/1000 mg (44 de paciente), Nifedipin retard tablete de 20 mg (15 paciente), Tramadol fiole 1 ml (83 de paciente), Atropină fiole 1 ml (46 de paciente), Ursfolk tablete 250 mg (26 de paciente), Maciror complex ovule vaginale, precum și o serie de medicamente antivirale și antibiotice. Nu s-au întâlnit efecte secundare asupra gravidei sau asupra fătului, nici reacții alergice sau accidente ori complicații obstetricale. **Concluzii.** Putem concluziona că și la noi, în practica obișnuită, prescrierea medicației off-label este o rutină și ar trebui susținută prin alcătuirea de protocoale terapeutice interne.

## Polifibromatoza uterină voluminoasă complicată - cazuri clinice

Manuela Neagu, Elena Nada, Alina Bușan, Ciprian Cristescu, Corina Moisa, Oana Podașcă, Dana Predescu, Alina Frangulea, Cristina Neagu

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

**Introducere.** Fibromul uterin este cea mai frecventă tumoare benignă întâlnită la nivelul tractului genital feminin. Simptomatologia depinde în principal de localizarea fibromului, de complicațiile acestuia, și mai puțin de dimensiuni. Se poate aprecia că aproape 35% dintre femei vor fi diagnosticate cu fibromatoză uterină la menopauză. Conduita terapeutică în cazul fibromatozei uterine depinde de simptomatologie, complicații, vârstă, planificare familială, dorința de a prezerva funcția menstruală. În cazul polifibromatozei uterine voluminoase complicate, tratamentul este chirurgical. **Prezentarea cazurilor.** Primul caz este reprezentat de o pacientă de 36 de ani, nuligestă, care se prezintă la un control ginecologic de rutină, fără acuze. Din anamneză reținem cicluri menstruale regulate, dar cu hipermenoree și o anemie feriprivă neinvestigată ce necesită suplimente cu fier. La examenul clinic se constată paloare intensă și abdomenul mărit în volum. La examenul ginecologic se constată uterul mărit în volum, cât și o sarcină în luna a șaptea, cu consistență fermă, lemoasă, suprafață netedă, contur regulat, fără mobilitate, nedureroasă. Examenul ecografic decelează un fibrom uterin gigant localizat posterior corporeal, care se confirmă la examenul computer-tomografic. Paraclinic se constată o anemie feriprivă microcitară severă cronică (6,1 gr/dl Hgb), care este corectată prin administrarea de carboximaltoză ferică. Se practică laparotomie mediană prelungită paraombilical stânga și se constată fibrom intramural fundic și corporeal posterior gigant. Se practică miomectomie prin hemisecție, cu deschiderea cavității uterine. Evoluția postoperatorie este favorabilă. Al doilea caz este al unei paciente de 44 de ani care se prezintă de urgență la camera de gardă pentru apariția unei leucorei fetide. Din anamneză aflăm că,

de o lună, pacienta are dureri extrem de intense în abdomenul inferior, cu iradiere la nivelul perineului, care o împiedică să stea așezată, simptomatologie pentru care nu a solicitat consult ginecologic, presupunând că durerile se datorează fibromului uterin mic diagnosticat în urmă cu 2 ani. La examenul ginecologic se constată fibrom voluminos acusat în vagin și nu se pot decela marginile colului. Se practică laparotomie Pfannenstiel și se constată inversiune uterină completă prin fibrom fundic endocavitar, pentru care se practică histerectomie totală. Evoluția postoperatorie este favorabilă. Al treilea caz este al unei paciente de 60 de ani, care se prezintă pentru polifibromatoză uterină gigantică diagnosticată cu ocazia unei ecografii abdominale. După efectuarea computerului tomograf și a consultului cardiologic, se practică laparotomie mediană și se constată polifibromatoză uterină gigantică formată din 6 noduli subseroși și intramurali, având fiecare diametrul de 10-15 cm, unul dintre aceștia fiind pediculat și plastronat. Se practică histerectomie totală, cu anexectomie bilaterala. Evoluția postoperatorie este favorabilă. **Concluzii.** Particularitatea primului caz este reprezentată de dimensiunea foarte mare a fibromului, complicat cu anemie feriprivă severă, precum și de faptul că pacienta, o femeie tânără, cu studii superioare, nu a sesizat creșterea în dimensiuni a abdomenului și nici modificarea consistenței acestuia. Al doilea caz este particular deoarece fibromul voluminos fundic endocavitar a evoluat cu o complicație rară, și anume inversiunea uterină completă. Al treilea caz este reprezentat de polifibromatoză uterină gigantică veche la o femeie aflată la menopauză, cu manifestări clinice minore în comparație cu decelarea intraoperatorie a unui fibrom pediculat cu necrobioză septică plastronat.

## Importanța vitaminei D în patologia obstetricală și ginecologică

**Manuela Neagu, Marjan Onabi, Alina Bușan, Alina Bordea, Corina Moisa, Oana Podașcă,  
Dana Predescu, Alina Frangulea, Cristina Neagu**

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

Vitamina D, o vitamină liposolubilă, responsabilă în principal de homeostazia calciului și de metabolismul osos, s-a dovedit recent a avea multiple implicații metabolice și hormonale. Astfel, vitamina D modulează răspunsul imun al limfocitelor T și B și producția acestora de citokine și imunoglobuline, influențează producția și secreția de insulină și de hormoni steroizi sexuală și este implicată în proliferarea și diferențierea celulară. Studiile clinice au decelat deficit de vitamină D la pacientele cu insuficiență ovariană prematură, la majoritatea pacientelor cu sindromul ovarelor polichistice și la pacientele cu obezitate, precum și la un procent important dintre femeile cu cancer ovarian și de sân. La femeia gravidă, vitamina D reglează producția și secreția de HCG de la nivelul sincițiotrofoblastului, iar la nivelul placentei reglează sinteza de hormoni steroizi, modulează răspunsul imun și inflamator, precum și funcția de angiogeneză de la acest nivel. Deficiența de vitamină D la gravide determină risc crescut de preeclampsie, de insuficiență placentară, naștere prematură și de restricție de creștere intrauterină. 80-90% din vitamina D provine din sinteza de la nivelul pielii realizată sub acțiunea razelor ultraviolete; astfel, provitamina D<sub>3</sub> va fi transformată în previtamină D<sub>3</sub> (colecalciferol), urmând a fi metabolizată în organism în două substanțe diferite, calcidiol - 25(OH)D<sub>3</sub> și calcitriol - 1,25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>, sub acțiunea secvențială a hidroxilazelor hepatice și respectiv renale. Aceasta devine activă odată ce s-a legat de receptorul nuclear specific (VDR), prezent în majoritatea țesuturilor și la nivelul celulelor imune.

Pentru evaluarea inițială a statusului vitaminei D, se va doza calcidiolul; deși acesta este metabolitul mai puțin activ, el reflectă mai corect rezervele de vitamină D. Valorile de referință sunt: carență <10 ng/dl, insuficiență 10-30 ng/dl, normal >30 ng/dl, hipervitaminoză >100 ng/dl. La femeie, prevenția deficienței de vitamină D se face prin administrare de vitamină D<sub>3</sub> și/sau prin expunerea la raze ultraviolete. Astfel, o expunere zilnică la soare de 15 minute a membrilor superioare și inferioare, fără a utiliza protecție solară, în intervalul orar 10:00-15:00, asigură necesarul zilnic. În cazul expunerii insuficiente a femeii adulte și la toate femeile cu vârsta de peste 65 de ani, se recomandă vitamina D<sub>3</sub> în doză de 800-1000 UI/zi. Doza terapeutică în deficiența de vitamină D este de 2000 UI/zi, până la atingerea nivelului seric de 30 ng/dl. În situația gravidei, se recomandă o doză zilnică de 400-800 UI. Dacă gravida face parte din grupa de risc pentru deficiență de vitamină D, atunci doza zilnică crește la 1000 UI, iar în cazul gravidelor cu deficiență de vitamină D, doza zilnică va fi de 2000-4000 UI. În concluzie, numeroase studii clinice recente demonstrează importanța vitaminei D în patologia ginecologică și obstetricală, propunând corecția și suplimentarea dietei cu vitamină D<sub>3</sub> în diverse scheme terapeutice. De aceea, considerăm ca oportună determinarea statusului vitaminei D la pacientele cu sindromul ovarelor polichistice, insuficiență ovariană prematură sau infertilitate, precum și la gravide, recomandând administrarea profilactică și terapeutică în aceste situații a vitaminei D.

## Impactul malformațiilor tractului genital asupra prognosticului reproductiv

**Octavian Munteanu<sup>1,2</sup>, Alexandra Munteanu<sup>3</sup>, Luiza Rădulescu<sup>4</sup>, Oana Maria Bodean<sup>2</sup>, Diana Voicu<sup>2</sup>,  
Luciana Arsene<sup>2</sup>, Roxana Bohilțea<sup>2</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>2</sup>**

*1. Disciplina Anatomie, Departamentul II Științe Morfologice, UMF „Carol Davila”, București*

*2. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, UMF „Carol Davila” București, Secția de Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Universitar de Urgență București*

*3. Secția de Chirurgie Pediatrică a Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Marie Curie”, București*

*4. Secția de Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență București*

Malformațiile tractului genital feminin apar prin defecte de fuziune și/sau resorbție ale ductelor paramezonefrotice Müller, ale membranei cloacale, septului urorectal și ale sinusului urogenital în cursul organogenezei. Anumite clase de malformații ale tractului genital inferior, precum anomaliile inelului himenal și septurile vaginale, au prognostic reproductiv favorabil dacă diagnosticul este stabilit rapid și sunt corect tratate. Ageneziile tractului genital au însă prognostic reproductiv nefavorabil și sunt însoțite frecvent de anomalii complexe ale aparatului

renourinar și digestiv. Malformațiile uterine, cele mai frecvente defecte de fuziune și/sau absorbție a ductelor paramezonefrotice, au prognostic variat, în funcție de subtipul de anomalie. În acest sens, diagnosticul diferențial între uterul septat și cel bicorporeal parțial/nefuzionat parțial este esențial. Uterul septat este un defect parțial sau total de resorbție a septului median dintre cele două canale mülleriene normal fuzionate și are cel mai rezervat prognostic reproductiv, având cel mai mare risc de avort spontan.

## Modificări ale miometrului post-embolizare arterială pentru fibrom uterin

Octavian Gabriel Olaru, Anca Daniela Stănescu, Liana Pleș

Maternitatea „Bucur”, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Embolizarea arterelor uterine (EAU), sau embolizarea fibroamelor uterine (EFM), tehnică folosită în tratamentul fibroamelor uterine de câteva decenii, cunoaște și la noi în țară o utilizare din ce în ce mai frecventă. Deși se practică, încă, într-un număr relativ mic de unități medicale de stat sau private, numărul de cazuri tratate prin această metodă a crescut semnificativ în ultimii ani, astfel încât acest lucru a permis acumularea de date, pe baza experienței proprii. Aici se înscrie și cazul pe care îl vom prezenta în continuare. **Prezentare de caz.** O pacientă în vârstă de 41 de ani s-a prezentat în clinică pentru dureri pelviabdominale debutate în urmă ca aproximativ 4 ani și accentuate progresiv. Din antecedentele pacientei am reținut că în urmă cu aproximativ 8 ani a fost diagnosticată cu fibrom uterin și a fost operată, practicându-se miomectomie, iar în urmă cu 4 ani s-a practicat embolizarea arterelor uterine tot pentru fibrom. Examenle clinice și paraclinice au condus la diagnosticul de chist ovarian stâng, endometrioză, uter fibromiomasos. S-a intervenit chirurgical, practicându-se histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. Intraoperator s-au constatat: sindrom

aderențial cu pelvis blocat prin aderențe (între epiploon, ileon, colonul sigmoid, rect și organele genitale); uter mărit de volum, neregulat; chist endometrioic la nivelul ovarului stâng de aproximativ 9 cm diametru; multiple focare de endometrioză la nivelul ovarului și salpingei drepte, precum și diseminate în pelvis. Pe lângă confirmarea endometriozei, examenul histopatologic al pieselor operatorii a relevat „fibroză difuză în grosimea peretelui, structuri vasculare cu perete îngroșat și material amorf intraluminal, perivascular, infiltrat inflamator cu histiocite gigante multinucleate de corp străin. Aspect histologic de inflamație granulomatoasă nespecifică gigantocelulară”. **Concluzii.** Embolizarea arterelor uterine poate determina o inflamație granulomatoasă gigantocelulară la nivelul miometrului. Cu toate că tehnica a evoluat și materialul emboligen s-a diversificat, afectarea accidentală a miometrului este posibilă și poate avea consecințe semnificative în ceea ce privește simptomatologia și capacitatea funcțională a acestuia. Acest tip de modificare pot fi cauza unui prognostic mai prost în cazul femeilor care își doresc o viitoare sarcină.

## Retenția de urină post-partum

Octavian Gabriel Olaru

Maternitatea „Bucur”, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, UMF „Carol Davila” București

Retenția de urină post-partum este o situație care încă nu este bine definită în literatura de specialitate și care adesea rămâne nedagnosticată. Testele de urodinamică și urografia postmicțională au arătat că tulburările micționale apar la un procent semnificativ de paciente în post-partum. Atenția lumii medicale este focalizată mai mult pe fenomenele de incontinență sau retenție acută de urină (overt retention) și mai puțin pe situația în care pacienta, deși urinează, nu își golește complet vezica (covert retention). Incidența reală a acestor probleme este greu de precizat. Sunt studii care arată că aproximativ 50% dintre paciente au tulburări micționale simptomatice după naștere și că la 20-40% dintre parturiente pot fi obiectivate disfuncții micționale prin investigații urodinamice. Etiologia exactă a retenției de urină post-partum rămâne de multe ori neclară, deși au fost identificați anumiți factori de risc, cum ar fi: anestezia epidurală sau regională, prelungirea fazei 1 sau 2 a travaliului, nașterea instrumentală, primiparitatea sau greutatea copilului peste 3800 g. Patogeneza ar implica procese fiziologice, neurologice și mecanice. În ceea ce privește managementul acestei probleme, recomandările variază de la un autor la altul. Se recomandă urmărirea și înregistrarea aportului de lichide și al diurezei, micțiunilor și al volumului urinat, măsurarea volumelor urinare postmicționale, ritmarea micțiunilor la 3-4 ore în post-partum. Se subliniază, de asemenea, că nicio pacientă nu trebuie lăsată neinvestigată dacă nu urinează spontan în 6

ore după nașterea pe cale vaginală sau după înlăturarea sondei urinare. În diagnosticul retenției de urină post-partum, majoritatea autorilor includ acest element de probabilitate (absența micțiunilor spontane la 6 ore după nașterea pe cale vaginală sau după înlăturarea sondei urinare), confirmat de prezența globului vezical, precum și de evidențierea unui volum rezidual postmicțional mai mare de 150 ml de urină în cazul retenției „incomplete” de urină. Evoluția nu este atât de ușor de anticipat pe cât se credea inițial. Deși unii autori au susținut că simptomele s-au remis în toate cazurile, alții au arătat că, nedagnosticată și netratată la timp, retenția de urină post-partum poate necesita sondaj urinar timp de mai multe săptămâni și persistența pe perioade nedefinite a unui volum rezidual semnificativ. Persistența fenomenelor urinare poate fi datorată unor stări patologice anterioare încă neevidențiate sau nedagnosticate, cum ar fi sindromul Fowler, malformații sau boli neurologice, sau consecințelor traumatismului obstetrical. **În concluzie**, în ceea ce privește retenția de urină post-partum, rămân multe lucruri de elucidat. Incidența exactă nu este cunoscută, patogeneza este neclară, iar mecanismul de recuperare este incert. Ceea ce este cunoscut este faptul că este necesară o atență supraveghere în post-partum axată și pe această problemă potențială. În mod clar, diagnosticul cât mai precoce, alături de gestionarea promptă și adecvată sunt cheia recuperării, contribuind la revenirea rapidă a funcției vezicii urinare la normal.

## Managementul displaziilor cervicale în contextul sarcinii

A. Petca<sup>1,2</sup>, C. Oprescu<sup>1</sup>, D. Radu<sup>1</sup>, A. Burnei-Rusu<sup>1,2</sup>, M. Zvâncă<sup>1,2</sup>, M. Boț<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Neoplazia cervicală intraepitelială și cancerul cervical sunt cele mai frecvente diagnostice citologice întâlnite în populația pacienților gravide și sunt o problemă globală de sănătate. Cel mai important factor de risc al cancerului sau al neoplaziei cervicale intraepiteliale (CIN) este persistența infecției cu Virusul Papiloma Uman, tulpini oncogene. 8-12% din pacientele gravide au examen citologic modificat la începutul sarcinii. În aceste condiții, devine o problemă delicată interpretarea unui examen Papanicolau la pacientele aflate la începutul sarcinii, câtă vreme nu este standardizat un algoritm de practică. Protocoalele actuale în cazul gravidelor cu displazie cervicală nu sunt bine definite și de cele mai multe ori sunt bazate pe date legate de paciente negravidе sau pe analizarea retrospectivă pe serii de paciente gravide. **Material și metodă.** Raportăm cazurile a șase paciente care prezintă citologie Papanicolau anormală la examenul de rutină de la debutul sarcinii. S-a practicat electrorezeecție cu ansă diatermică și cerclaj profilactic al colului uterin, cu scopul de a menține sarcina, cu viză hemostatică, dar și în scop curativ. **Rezultate.** La 3 din 6 paciente s-a obținut vindecare

post-electrorezeecție cu ansă diatermică și cerclaj profilactic al colului uterin, cu sarcinile ajunse cu succes la termen, cu fertilitatea păstrată, examenul PAP la 6 săptămâni post-partum având rezultat negativ pentru leziune intraepitelială sau malignă. În 1 din 6 cazuri s-a aplicat protocolul menționat; la 16 săptămâni de gestație sarcina s-a oprit în evoluție și citologia PAP a avut rezultatul ASC-H la 2 săptămâni post-abortum, necesitând completarea rezeecției. La una din cele 6 paciente raportate s-a practicat biopsie diagnostică la 15 săptămâni de sarcină (carcinom *in situ*), cu excizia cu ansă diatermică la 6 săptămâni post-partum. Cea de-a șasea pacientă are sarcina în evoluție, cu cerclaj profilactic efectuat post-rezeecție și rezultat HP cu marginile piesei de rezeecție libere. **Concluzii.** Modificările citologice anormale ale examenului Papanicolau la începutul sarcinii pentru cele 6 cazuri au fost: H-SIL și ASC-H, cu rezultatele histopatologice CIN de grad mediu sau înalt. Identificarea precoce a acestor leziuni și abordarea unor tratamente individualizate pot duce la reducerea numărului de proceduri chirurgicale radicale și la menținerea sarcinilor până la termen, cu feți vii, fără restricție de creștere intrauterină.

## Miomectomia laparoscopică după terapia cu Ulipristal acetat

A. Petca<sup>1,2</sup>, D. Radu<sup>1</sup>, R. Petca<sup>2</sup>, M. Zvâncă<sup>1,2</sup>, M. Boț<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Fibroamele uterine sunt tumori benigne ale musculaturii netede ce afectează 20-40% din femeile de vârstă fertilă, având ca simptomatologie menoragia și, consecutiv, anemia feriprivă, durerea pelviană, dismenoreea și senzația de presiune pelviană, simptome care au impact asupra calității vieții și a fertilității. Abordul laparoscopic a câștigat un loc important în ultimii ani în tratamentul chirurgical al mioamelor uterine, din dorința de a asigura recuperarea cât mai rapidă postoperatorie, dar și din considerente estetice, multe paciente fiind tinere la momentul stabilirii diagnosticului. În ultimii ani, datorită extinderii indicației terapeutice a Ulipristal acetatului și la administrarea preoperatorie, în vederea reducerii dimensiunilor, dar și a vascularizației tumorale, chirurgia laparoscopică a devenit posibilă și pentru mioame de mari dimensiuni (10-15 cm). **Material și metodă.** Raportăm cazurile a 56 de paciente care s-au prezentat în Clinica de Obstetrică și Ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență „Elias” București în perioada ianuarie 2011 - decembrie 2016 pentru simptomatologie legată de prezența unor mioame uterine unice sau multiple. La toate pacientele s-a inter-

venit chirurgical laparoscopic, practicându-se miomectomie simplă sau multiplă, conform diagnosticului. Începând cu anul 2014, la 17 din 56 de paciente s-a administrat preoperator o cură de 3 luni de Ulipristal acetat (UPA). **Rezultate.** Sângerarea intraoperatorie a fost mai redusă în grupul la care s-a administrat UPA, modificarea valorilor hemoglobinei măsurate postoperator fiind cu 0,63 mg/dl mai mică față de grupul fără UPA. Durata intervențiilor chirurgicale a fost de 117,4±28,8 minute în grupul UPA, față de 143,2±26,4 în grupul fără administrare UPA; nu s-au observat diferențe semnificative în ceea ce privește timpul operator corelat cu sutura peretelui uterin. În grupul UPA nu s-au administrat transfuzii sangvine niciunei paciente, față de lotul-martor, la care a fost necesară transfuzia sanguină la 3 dintre paciente. Complicațiile postoperatorii au survenit în procente similare în cele două grupuri. **Concluzii.** O cură de tratament de 3 luni cu UPA înainte de cura chirurgicală laparoscopică pentru mioame uterine voluminoase duce la scăderea sângerării intraoperatorii și a duratei intervențiilor chirurgicale și reduce riscul administrării de transfuzii sangvine postoperatorii.



## Bloc atrioventricular congenital la nou-născutul din mamă cu lupus eritematos - prezentare de caz

Simona Vlădăreanu<sup>1</sup>, Iulia Petrescu<sup>2</sup>, Aurora Popa<sup>3</sup>

1. Conferențiar dr., UMF „Carol Davila” București, medic primar neonatolog, șef Clinica de Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. Medic primar neonatolog, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
3. Medic primar neonatolog, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București

**Introducere.** Blocul atrioventricular congenital (BAVC) în absența unor malformații cardiace sau anomalii cardiace majore structurale este datorat, în cele mai multe cazuri, transferului transplacentar al autoanticorpilor imuni materni, în special Ac anti-Ro (SSA) și/sau anti-La (SSB), prezenți la mamele cu lupus eritematos sistemic sau sindrom Sjögren, cu sau fără manifestări de boală autoimună. Doar în 1-2% din cazuri acești anticorpi pot afecta țesutul de conducere miocardic fetal, producând inflamație și fibroză și, în final, ducând la blocarea conducerii în nodul atrioventricular. Afectarea țesutului de conducere se poate manifesta prin BAV de grad I, II sau III (complet). BAV complet este ireversibil. BAV poate fi diagnosticat *in utero*, dar și la naștere sau în perioada neonatală. Nou-născuții afectați pot dezvolta cardiomiopatie.

**Prezentare de caz.** Vă prezentăm un caz de bradiaritmie neonatală, obiectivată pe EKG prin BAV de grad II, tip Mobitz II, cu debut în primele 48 ore de viață, apărută la un nou-născut de sex masculin, la termen, a cărei mamă a prezentat anticorpi lupici, dar nu și manifestări sistemice de boală. **Particularitatea cazului.** Afectarea cardiacă s-a asociat cu manifestări digestive, și anume hemoragie digestivă superioară și semne de enterocolită ulcero-necrotică la debut. Pe lângă tratamentul cu atropină, administrarea de imunoglobuline nespecifice s-a dovedit eficientă în acest caz, ducând la dispariția treptată a tulburării de ritm cardiac. **Concluzii.** Diagnosticul precoce și managementul prompt în acest caz sunt importante pentru un prognostic bun și pentru prevenirea apariției complicațiilor.

## Leziunile polipoide ale endometriului

Anca Potecă<sup>1</sup>, Maria Comănescu<sup>1</sup>, Alexandru Comănescu<sup>2</sup>, Teodor Potecă<sup>1</sup>, Mihai Mitran<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București  
2. UMF Craiova

Leziunile polipoide endometriale reprezintă o patologie frecvent întâlnită în diagnosticul de rutină. În majoritatea cazurilor, ele reprezintă neoplazii benigne, dar există numeroase date în literatură ce asociază polipii cu leziuni preneoplazice și neoplazice. Polipii endometriali reprezintă formațiuni tumorale localizate la nivelul mucoasei endometriale, în special fundic, prezentând din punct de vedere histologic numeroase structuri glandulare cu contur neregulat, dispuse într-o stromă densă, cu prezența de vase cu perete îngroșat. În general, diversitatea

histologică a acestor leziuni reflectă morfologia endometriului adiacent. Am clasificat leziunile în funcție de aspectul histologic, corelat cu aspectele clinice și imagistice. În studiul nostru am investigat prevalența leziunilor benigne, preneoplazice și maligne, factorii asociați cu malignitatea, categoriile de vârstă la care această patologie apare mai frecvent și mai ales împărțirea pe grupe de vârstă a leziunilor maligne. Prevalența leziunilor maligne a fost mai mare la pacientele cu sângerări în postmenopauză și la vârstă avansată.

## Proteinuria în sarcină - diagnosticul și conduita actuală conform ghidurilor internaționale

Romina-Marina Sima<sup>1,2</sup>, Liana Pleș<sup>1,2</sup>, M.O. Poenaru, Anca-Daniela Stănescu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București, Clinica „Bucur”  
2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan”, Maternitatea „Bucur”

**Introducere.** La femeile negravidе, excreția anormală de proteine este considerată la peste 150 mg/24 ore. În sarcină, excreția urinară a proteinelor crește substanțial și se consideră patologică la valori de peste 300 mg pe zi. **Material și metodă.** Am evaluat bazele de date și ghidurile internaționale relevante din perioada 2010-2017 cu privire la prezența proteinuriei și la conduita actuală la gravidele care prezintă proteinurie. Au fost luate în calcul gravidele cu preeclampsie, dar și cele cu patologii renale. **Rezultate.** Diagnosticul de rutină al proteinuriei în sarcină se face prin teste rapide calitative. Acestea pot avea rezultate fals-pozitive în: prezența hematuriei macroscopice, urină alcalină, prezența compușilor amoniacali, a detergentilor, dezinfectanților, drogurilor sau substanțelor de contrast. Rezultatele fals-negative se datorează următoarelor: urină acidă, teste cu

specificitate scăzută, concentrație salină urinară crescută sau proteinurie nonalbuminică. Atitudinea standard în sarcină este realizarea diagnosticului diferențial între proteinuria datorată preeclampsiei sau sindromelor renale. În 2013, Societatea Americană de Obstetrică și Ginecologie a recomandat ca proteinuria să nu mai fie criteriu de diagnostic obligatoriu în preeclampsie dacă sunt prezente celelalte manifestări severe ale bolii. Debutul proteinuriei la peste 20 de săptămâni de gestație poate fi predictor pentru preeclampsie, dar s-a dovedit că doar la 20% dintre acestea progresaază către preeclampsie. **Concluzii.** Vârsta gestațională este esențială pentru stabilirea etiologiei proteinuriei. Deși există multiple cauze de proteinurie, precum boala renală preexistentă sarcinii sau sindromul nefrotic, cauza cea mai frecventă de proteinurie o reprezintă preeclampsia.

## Hemoragia feto-maternă - consecințele clinice asupra nou-născutului

A. Tecuci<sup>1</sup>, S. Vlădăreanu<sup>1,2</sup>, M. Boț<sup>1,2</sup>

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București  
2. UMF „Carol Davila” București

Hemoragia feto-maternă (FMH) reprezintă transferul sângelui fetal în circulația maternă înainte sau în timpul nașterii. Deși sunt descrise mai multe etiologii implicate, majoritatea cazurilor de hemoragie feto-maternă rămân neidentificate. Incidența FMH este raportată între 1/300 și 1/1500 de sarcini, dar majoritatea cazurilor rămân neidentificate. Asociate anemiei neonatale, situațiile considerate cel mai frecvent implicate în această patologie pot fi: nașterea prematură, diminuarea mișcărilor fetale percepute de mamă, hidropsul, activitate Doppler crescută pe artera cerebrală medie la făt. Hemoragia feto-maternă antenatală este o

condiție patologică cu o variabilitate clinică largă. Anemia poate să aibă consecințe severe asupra fătului, de la sechele neurologice grave până la deces neonatal. Standardul în diagnosticarea FMH este testul Kleihauer-Betke, care are însă limitările lui; astfel, managementul acestei patologii rămâne o provocare atât pentru medicii obstetricieni, cât și pentru medicii neonatologi. Vom descrie cazul unui nou-născut cu anemie severă secundară unei hemoragii feto-materne, nemanifestă clinic în perioada sarcinii, fără modificări evidente la nivelul placentei și cu absența simptomelor materne.

## Conduita preoperatorie în nașterea prin operație cezariană

Vlad Andrei Trăistaru<sup>1</sup>, Theodora Mardale<sup>2</sup>, Simona Vlădăreanu<sup>3</sup>

1. Medic rezident Obstetrică-Ginecologie, Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie a Spitalului Universitar de Urgență „Elias” București, doctorand, asistent universitar, UMF „Carol Davila” București  
2. Medic rezident Obstetrică-Ginecologie, Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie a Spitalului Universitar de Urgență „Elias” București  
3. Conferențiar universitar la UMF „Carol Davila”, șeful Departamentului de Neonatologie din cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie a Spitalului Universitar de Urgență „Elias” București

Nașterea prin operație cezariană reprezintă extragerea fătului prin incizarea peretelui abdominal matern și a uterului. Indicația care justifică o astfel de intervenție poate fi apariția bruscă a unei complicații în cursul sarcinii sau travaliului ce amenință viața fătului sau a mamei, cum ar fi debutul suferinței fetale, distociile, dar și prezența pelviană și uterul cicatricial. Această modalitate de naștere este din ce în ce mai mult utilizată la momentul actual, indicele de cezariană în SUA în 2014 fiind aproximativ 30% și este în continuă creștere. Pregătirea preoperatorie are o importanță extrem de mare pentru efectuarea în deplină siguranță a acestui act medical. Trebuie acordată o atenție suplimentară antibio-

profilaxiei, mai ales în contextul actual în care lumea medicală se confruntă cu apariția unor microorganisme ce dezvoltă din ce în ce mai ușor rezistență la acest tip de tratament. La fel de importante sunt alegerea tipului de anestezie, profilaxia trombolismului, precum și protocolul de asepzie și antisepsie, ce trebuie urmat cu strictețe în sala de operații. O analiză atentă și o comparație între ghidurile clinice existente în țara noastră cu privire la pregătirea preoperatorie pentru nașterea prin operație cezariană și cele existente în Statele Unite ale Americii și Marea Britanie sunt prin urmare utile și le vor permite obstetricienilor formarea unei imagini de ansamblu asupra acestei probleme de interes global.

## Abordul terapeutic în insuficiența cervico-istmică

Sorin Vasilescu<sup>1</sup>, Ioniță Ducu<sup>1</sup>, Diana Voicu<sup>2</sup>, Octavian Munteanu<sup>3</sup>, Elvira Brătilă<sup>3</sup>, Oana Bodean<sup>2</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>3</sup>

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București  
2. Secția de Obstetrică-Ginecologie I a Spitalului Universitar de Urgență București  
3. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Insuficiența cervico-istmică se caracterizează prin scurta colului uterin sub 25 mm, dilatarea orificiului cervical intern sau a colului în totalitate în sarcină, urmate, în lipsa tratamentului, de avort spontan. Cauzele cele mai frecvente sunt: leziunile post-intervenționale (electroresecție cu ansă diatermică, conizație), leziuni traumatice la naștere sau în timpul avorturilor din trimestrul al doilea și infecții ascensionate din vagin, cu inflamație consecutivă. Alți factori sunt sarcinile multiple și lungimea neobișnuit de scurtă a colului uterin din primul trimestru de sarcină. **Material și metodă.** Am efectuat un studiu retrospectiv în perioada 1 ianuarie 2014 - 31 decembrie 2016 la

Spitalul Universitar de Urgență București, în care am evaluat etiologia incompetenței cervico-istmice, precum și modalitățile de tratament al acestei patologii. **Rezultate.** Leziunile colului uterin reprezintă cea mai frecventă cauză a incompetenței cervico-istmice întâlnite în clinica noastră. Dintre pacientele incluse în studiu, majoritatea au beneficiat de cerclaj profilactic al colului uterin sau a fost utilizat pesar cervical. Terapia cu progesteron are un rol esențial în tratamentul acestei patologii. **Concluzii.** Insuficiența cervico-istmică este o patologie frecvent întâlnită în practica obstetricală, însă managementul acestor paciente trebuie strict individualizat.

## Managementul gravidei cu hidronefroză fetală de grad IV - prezentare de caz

Sorin Vasilescu<sup>1</sup>, Dana Meca<sup>1</sup>, Diana Voicu<sup>2</sup>, Octavian Munteanu<sup>3</sup>, Oana Bodean<sup>2</sup>, Claudia Mehedințu<sup>3</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>3</sup>

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București

2. Secția de Obstetrică-Ginecologie I a Spitalului Universitar de Urgență București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

**Introducere.** Hidronefroza fetală este una dintre cele mai comune anomalii fetale decelate în trimestrul al doilea de sarcină și se definește printr-o dilatație a sistemului pielo-caliceal al fătului. Diagnosticul de hidronefroză fetală se stabilește ecografic, de obicei la sfârșitul trimestrului al doilea sau începutul trimestrului al treilea de sarcină. Hidronefroza de gradul IV este definită ca distensia majoră a sistemului pielo-caliceal, cu subțierea importantă a parenchimului renal fetal. **Prezentare de caz.** Raportăm evaluarea unei gravide primipare, în vârstă de 29 de ani, la care a fost stabilit diagnosticul de

hidronefroză fetală stângă de grad IV. Vom prezenta managementul ante- și perinatal al acestei paciente, precum și datele din literatura de specialitate, punctând în special elementele de diagnostic esențiale în diferențierea hidronefrozei clinic semnificative de cea care are potențial să se rezolve spontan. **Concluzii.** Diagnosticul de ureterohidronefroză poate fi stabilit antepartum ecografic. Evaluarea ultrasonografică joacă un rol esențial în monitorizarea gradului de afectare renală a fătului, în funcție de care se decide managementul intra- și post-partum.

## Stimularea ovariană în faza luteală la femeile cu rezervă ovariană scăzută

Andreea Carp Velișcu, B. Marinescu

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

**Introducere.** Din păcate, în ultima perioadă, femeile care se adresează pentru proceduri de reproducere umană asistată au vârste din ce în ce mai înaintate și implicit o rezervă ovariană scăzută. Devine dificil pentru clinician să obțină prin stimularea ovariană rezultatul scontat (sarcina) la această categorie de femei. Se încearcă depășirea limitelor în stimularea ovariană. **Material și metodă.** La începutul unei stimulări, un marker important care ne dă o idee despre numărul de ovocite pe care le putem recolta în cadrul unei fertilizări *in vitro* este AFC (Antral Follicle Count). De multe ori, numărul acestora este simțitor

mai mare postovulator. La aceste paciente am comparat rezultatul stimulării clasice la începutul ciclului menstrual și începutul stimulării în faza luteală (postovulator). **Rezultate.** Un număr mai mare de ovocite recoltate în stimularea în faza luteală, comparativ cu cele stimulate clasice. Numărul de zile de stimulare este mai mare, în medie, cu 2 zile la pacientele cu stimularea postovulatorie. **Concluzie.** Putem să creștem rata de sarcini la pacientele cu rezervă ovariană scăzută prin creșterea numărului de ovocite printr-o stimulare atipică care nu respectă fiziologia perioadei ciclului ovarian.

## Analgezia inhalatorie cu protoxid de azot - evidențe și provocări

A. Voichițoiu, N. Suci, A. Costin, O. Toader

IOMC Polizu, UMF „Carol Davila” București

Analgezia inhalatorie este o metodă de analgezie în travaliu cu avantaje certe, demonstrate în zeci de ani de experiență în țări cu sisteme de sănătate dezvoltate cum ar fi Suedia, Norvegia, Danemarca sau Anglia, și cu efecte secundare minime asupra mamei și fătului. Metoda constă în administrarea în concentrații mici a anestezicelor inhalatorii în monoterapie sau ca supliment la anestezia regională și locală pentru reducerea durerii în timpul travaliului. **Metode.** Rezultatele preliminarilor ale studiului clinic realizat în cadrul Spitalului Clinic Polizu, în perioada 2016-2017, pe un lot de 63 de paciente, care s-au încadrat în indicațiile stabilite în protocolul de administrare discontinuă: vârsta gestațională mai mare de 37 de săptămâni de amenoree, făt viu, travaliu instalat cu D>3 cm, prezența craniană ș.a. **Rezultate.** Pentru cele 63 de paciente incluse în studiu, indicația administrării de protoxid de azot

(entonox) a fost preferința pentru această metodă minim invazivă - 51 de cazuri (81%); contraindicații administrare anestezie de conducere - 7 cazuri (11%); insuficiența eficienței a analgeziei peridurale - 5 cazuri (8%). Durerea înregistrată pe scara numerică a durerii (Visual Analog Scale) înaintea administrării a fost cuprinsă între 5 și 10 (mediană: 9), iar după administrarea de entonox, între 2 și 10 (mediană: 6),  $p < 0,0001$ . **Concluzii.** Analgezia în travaliu se poate realiza în prezent prin diferite tehnici și metode, farmacologice și psihologice, care interferează cu perceperea durerii (la diferite niveluri ale căii de transmitere a sensibilității dureroase), dar și cu elemente care țin de factorii psihici, cum ar fi anxietatea, care o potențează. Analgezia inhalatorie, corect indicată, poate fi soluția minim invazivă cu costuri reduse, efecte secundare minime și beneficii semnificative pentru gravida în travaliu.

## Artera ombilicală unică - implicații clinice

Diana Voicu<sup>1</sup>, Sorin Vasilescu<sup>1</sup>, Luciana Arsene<sup>1</sup>, Octavian Munteanu<sup>2</sup>, Oana Bodean<sup>1</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>2</sup>

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Reprezentând cea mai frecventă malformație anatomică a cordonului ombilical, artera ombilicală unică se întâlnește într-o proporție de 0,2-2%. Produsul de concepție poate prezenta anomalii cromozomiale, însă se poate întâlni și ca malformație de sine stătătoare ce este în mod independent asociată cu o greutate mai mică a fătului la naștere, restricție de creștere intrauterină sau naștere prematură. **Material și metodă.** Am efectuat un studiu retrospectiv în perioada 1 ianuarie 2012 - 31 decembrie 2014 la Spitalul Universitar de Urgență București, în care am evaluat incidența arterei ombilicale unice. Diagnosticul a fost stabilit ecografic antepartum. Au fost incluse în studiu 700 de gravide în trimes-

trul al treilea de sarcină. **Rezultate.** Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost 29,3 ani. 20 de gravide erau gemelare. Incidența absenței unei artere ombilicale raportată la cazurile de sarcini incluse în studiu a fost de 1% (n=7). Dintre acestea, 4 gravide erau diagnosticate cu sarcină gemelară. De asemenea, la 45 (6,42%) dintre pacientele incluse în studiu a fost stabilit diagnosticul de placenta praevia. **Concluzii.** Cazurile de arteră ombilicală unică pot fi depistate ecografic antepartum. Această patologie asociază și o incidență mai crescută a anomaliilor placentare, cum ar fi placenta praevia, inserție marginală sau vilamentoasă a cordonului ombilical.

## Placenta praevia și uterul cicatriceal

Diana Voicu<sup>1</sup>, Sorin Vasilescu<sup>1</sup>, Luciana Arsene<sup>1</sup>, Octavian Munteanu<sup>2</sup>, Oana Bodean<sup>1</sup>, Monica Cîrstoiu<sup>2</sup>

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București  
2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Una dintre cele mai de temut complicații în obstetrică - placenta praevia -, cu etiologie neprecizată până la momentul actual, prezintă o incidență cu tendință crescătoare. Cei mai importanți factori de risc ai acestei afecțiuni sunt: vârsta maternă avansată, fumatul și cicatricea uterină. **Material și metodă.** Am efectuat un studiu retrospectiv în perioada 1 ianuarie 2012 - 31 decembrie 2014 la Spitalul Universitar de Urgență București, prin care am evaluat incidența diagnosticului de placenta praevia. Diagnosticul a fost stabilit ecografic antepartum. Au fost incluse în studiu 500 de gravide în trimestrul al treilea de sarcină. **Rezultate.** Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost 31 de ani. Dintre acestea, 90 afirmă că sunt fumătoare,

inclusiv în perioada sarcinii, iar 200 de gravide aveau uter cicatriceal post-operație cezariană în antecedente. Incidența diagnosticului de placenta praevia la pacientele incluse în studiul nostru a fost de 6% (n=30). Dintre pacientele diagnosticate cu placenta praevia, 20 prezentau o cicatrice uterină. De asemenea, incidența fumătoarelor în lotul analizat a fost de 18%. **Concluzii.** Incidența placentei praevia crește dacă pacienta a avut o intervenție chirurgicală pe uter în antecedente. În fața unei paciente cu placenta praevia, atitudinea trebuie să fie una de colaborare interdisciplinară, care să includă un medic obstetrician experimentat, cât și un medic anestezist și neonatolog, pentru a îmbunătăți prognosticul matern și fetal.

## Meningoencefalită limbică de etiologie autoimună secundară unui teratom ovarian - prezentare de caz

Vlad Zamfirescu, Alina Marin, Anca Burnei-Rusu, Simona Vlădăreanu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias” București

Teratomul matur chistic este cea mai frecventă tumoră benignă din grupul teratoamelor. Teratomul este o tumoră disembrioplazică, având punct de plecare în toate cele trei foițe embrionare (endoderm, mezoderm, ectoderm) și poate fi descoperită la orice vârstă, cu vârful de incidență între 20 și 40 de ani. Microscopic, se întâlnește o mare varietate de țesuturi - cel mai frecvent se găsesc structuri care în mod normal se află deasupra diafragmului: piele, păr, dinți, epitelii respiratorii, cartilaj, glande salivare, pilo-sebacee, țesut nervos. În anul 2005 a fost descris un sindrom caracterizat prin manifestări psihice zgomotoase, tulburări de memorie, alterarea stării de conștiență și hipoventilație centrală la paciente tinere cu teratoame ovariene și având anticorpi față de un antigen înalt exprimat la nivelul hipocampusului (autoanticorpi specifici împotriva receptorului N-metil D-aspartat; NMDAR). Afecțiunea este întâlnită preponderent la sexul feminin (80% din cazuri), predominant de rasă neagră, aproximativ 50% dintre femeile cu encefalită anti-NMDAR prezentând teratom ovarian. Raportăm cazul unei paciente în vârstă de 20 de

ani, având în antecedente apendicectomie, care se prezintă pentru cefalee, grețuri, vărsături, amețeli însoțite de episoade de pierdere de memorie, confuzie, diplopie și migralgii. În urma corelării tabloului clinic cu datele de laborator, se stabilește diagnosticul de meningită virală. Evoluția pacientei este gravă, sub tratament asociind convulsii tonico-clonice și necesitând analgezie. Tabloul clinic-imagistic este compatibil cu encefalita limbică, iar serologia privind potențiala autoimunitate confirmă diagnosticul de meningoencefalită limbică de etiologie autoimună (anticorpi serici anti-receptor NDMA și anti-AMPA pozitivi). În continuare, bilanțul imagistic decelează prezența unei imagini chistice ovariene drepte sugestive pentru teratom. În acest context, în urma consulturilor multidisciplinare, se indică intervenția chirurgicală, cu excizia formațiunii și stabilirea diagnosticului histopatologic. În urma datelor de laborator și imagistice, coroborate cu diagnosticul histopatologic de teratom ovarian chistic matur, se stabilește diagnosticul de meningoencefalită limbică de etiologie autoimună secundară unui teratom ovarian.

## Îngrijiri de sănătate bazate pe dovezi. Tranziția de la știință la practică

Doina Carmen Mazilu<sup>1</sup>, Daniela Stan<sup>2</sup>, Corina Gagiu<sup>3</sup>

1. Asistent medical generalist licențiat, asistent universitar Facultatea de Moașe și Asistență Medicală din cadrul UMF „Carol Davila” București

2. Moașă licențiată, asistent-șef Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sărbu” București

3. Asistent medical licențiat, asistent-șef Spitalul Clinic de Psihiatrie „Prof. Dr. Alexandru Obregia” București

În ultimele decenii suntem martorii unor noi dimensiuni ale practicii medicale, incluzând: schimbări demografice, scăderea natalității, o populație într-un continuu proces de îmbătrânire, creșterea continuă a ratei bolilor non-transmisibile (BNT), riscuri legate de noi agenți infecțioși, de mediu și de stilul de viață modern. Indicațiile strategice europene vizând consolidarea asistenței medicale și obstetricii, pentru îndeplinirea obiectivelor sănătății până în 2020, subliniază rolul-cheie pe care moașele și asistenții medicali îl au în eforturile societății de a face față provocărilor din sănătatea publică și în asigurarea accesului la serviciile de sănătate, precum și în respectarea drepturilor omului și în acoperirea nevoilor în schimbare. Moașele, alături de asistenții medicali

sunt recunoscuți la nivel global ca membri esențiali ai echipelor medicale multidisciplinare și formează cel mai mare grup de profesioniști din domeniul sănătății din lume. Practicile bazate pe dovezi sunt grija fiecărei moașe și a fiecărui asistent medical. Aceste practici ar trebui să fie facilitate prin mijloace educaționale, de cercetare, de leadership și de acces la surse de dovezi. Înființarea și dezvoltarea cercetării în obstetrică și asistență medicală reprezintă un mod important de înțelegere și îmbunătățire a acordării îngrijirii medicale. Cercetarea reprezintă principala modalitate prin care noi cunoștințe sunt descoperite și aduse în practică pentru a îmbunătăți îngrijirile medicale oferite de către moașe și asistenți medicali.

## Actualități în managementul infecției cu HPV la adolescentă și femeia în menopauză

Monica Cîrstoiu<sup>1</sup>, Elvira Brătilă<sup>2</sup>, Costin Berceanu<sup>3</sup>, Oana Maria Bodean<sup>1</sup>, Diana Voicu<sup>1</sup>,  
Luciana Arsene<sup>1</sup>, Roxana Bohilțea<sup>1</sup>, Octavian Munteanu<sup>1,4</sup>

1. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, UMF „Carol Davila” București, Secția de Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Universitar de Urgență București

2. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, UMF „Carol Davila”, Secția de Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”

3. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova

4. Disciplina Anatomie, Departamentul II Științe Morfologice, UMF „Carol Davila” București

Adolescentele reprezintă un grup vulnerabil pentru bolile cu transmitere sexuală, inclusiv HPV, atât din cauza comportamentului mai liber, dar și a imaturității tractului genital. Managementul infecției cu HPV în cadrul acestui grup de pacienți trebuie individualizat în funcție de severitatea leziunilor induse, însă având în vedere că majoritatea sunt tranzitorii. Totuși, persistența infecției poate duce la morbiditate și mortalitate semnificati-

ve. La femeile la menopauză, infecția cu HPV este rezultatul persistenței factorilor de risc și al consecințelor acestora. La pacientele cu citologie cervico-vaginală persistent modificată și istoric de infecție cu HPV, s-a observat o incidență crescută a leziunilor cervicale preinvazive. În vederea unui management adecvat trebuie avut în vedere că reactivarea la menopauză a unei infecții latente este mai frecventă decât apariția unei noi infecții.

## Avantajele chirurgiei laparoscopice în tratamentul radical al cancerului de col uterin

Elvira Brătilă<sup>1</sup>, Ciprian Coroleucă<sup>1</sup>, Cătălin-Bogdan Coroleucă<sup>1</sup>, Diana Comandașu<sup>1</sup>, Petre Brătilă<sup>2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, București

2. UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Chirurgie Minim Invasivă, Spitalul „Euroclinic” București

**Scop.** De a demonstra rolul chirurgiei laparoscopice în tratamentul radical al cancerului de col uterin. **Material și metodă.** Am inclus în studiu pacienți operate pentru cancer de col, stadiul IB1-IB2, în perioada 2015-2016, la care s-a practicat histerectomie radicală totală laparoscopică clasa B1, B2 și C1 (conform clasificării Querleu) sau trachelectomie radicală totală laparoscopică. Limfadenectomia pelvică laparoscopică a fost realizată în toate cazurile, iar în cazurile de trachelectomie s-au realizat inițial identificarea și analiza ganglionului sentinelă. **Rezultate.** Timpul de realizare a histerectomiei radicale laparoscopice a fost, în medie, de 125 de minute, iar pentru trachelectomia

laparoscopică a fost, în medie, de 145 de minute. Pierderea de sânge intraoperatorie în cazul trachelectomiei radicale laparoscopice a fost, în medie, de 647 ml, iar în cazurile de histerectomie radicală laparoscopică a fost, în medie, de 575 ml. **Concluzii.** Chirurgia laparoscopică în tratamentul cancerului de col uterin permite identificarea mult mai facilă a structurilor nervoase pelvice, oferind posibilitatea de a realiza chirurgia radicală în acord cu conceptul de „nerv sparing”. Laparoscopia oferă accesul mult mai facil pentru chirurg la structurile anatomice situate sub nivelul nervului obturator sau în spațiul lombosacrat, permițând astfel realizarea unei limfadenectomii pelvice corecte.

# Abordarea terapeutică a fistulelor rectovaginale recidivante - experiența personală

Diana-Elena Comandașu<sup>1</sup>, Petre Brătilă<sup>1</sup>, Ciprian-Andrei Coroleucă<sup>1</sup>, Cătălin-Bogdan Coroleucă<sup>1</sup>, Mihai Mitran<sup>2</sup>, Elvira Brătilă<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București

2. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București

**Scop.** Scopul studiului este de a prezenta experiența personală în ceea ce privește abordarea chirurgicală a fistulelor rectovaginale recurente de etiologie obstetricală. **Material și metodă.** În perioada 2015-2016 am tratat un număr de 4 paciente diagnosticate cu fistule rectovaginale operate anterior folosind tehnici chirurgicale convenționale. Toate pacientele au dezvoltat fistule după nașteri vaginale de nou-născuți normoponderali (cu greutate cuprinsă între 3200 g și 3800 g). Toate au prezentat epiziotomie profilactică la naștere, care s-a prelungit, fiind diagnosticate lacerării perineale de gradul trei și respectiv patru în câte două cazuri. Două paciente au prezentat un travaliu precipitat, iar celelalte două au avut o expulzie dificilă și lungă. Scurgerea conținutului intestinal și a gazelor prin vagin a fost observată de către paciente într-un interval de timp mediu de o lună de la naștere. Pacientele au suferit intervenții perineale multiple, care au implicat excizia tractului fistulos și sutura separată a peretelui rectal și vaginal. Repermeabilizarea fistulei a fost observa-

tă în toate cazurile, la aproximativ 2-3 luni postoperator. Numărul de intervenții vaginale înregistrate de paciente a fost între 2 și 8, într-un interval de timp de 6 luni până la 12 ani de la naștere. Într-un caz s-a practicat, de asemenea, anus iliac de protecție pentru o perioadă de 8 luni, dar fistula s-a repermeabilizat la 3 zile post-reintegrare. Pentru aceste cazuri cu alterare majoră a reginilor vulvovaginală și anoperineală cauzată de multiplele intervenții anterioare, am ales tehnica de epiziotomie, cu reconstrucția sfincterului anal, prin interpoziția unei grefe aceluare de generația a doua. Poziționarea grefei biologice între pereții rectali și vaginali a împiedicat astfel repermeabilizarea fistulei. **Rezultate și concluzii.** Au fost înregistrate rezultate postoperatorii favorabile în toate cazurile, cu absența reparației fistulei rectovaginale la 6 luni postoperator. Interpunerea de greafă biologică după tehnica de epiziotomie și reconstrucție sfincteriană s-a dovedit a fi eficientă și sigură în tratamentul chirurgical al fistulelor rectovaginale recidivante.

## Boala Lyme în sarcină - prezentare de caz

Monica M. Cirstoiu<sup>1,2</sup>, Octavian Munteanu<sup>1,2</sup>, Diana Voicu<sup>1</sup>, Luciana Arsene<sup>1</sup>, Costin Berceanu<sup>2</sup>, Maria Sajin<sup>2,4</sup>, Adrian Dumitru<sup>4</sup>, Roxana Bohilțea<sup>1,2</sup>, Oana Săndulescu<sup>2,5</sup>, Oana Bodean<sup>1</sup>

1. Secția de Obstetrică-Ginecologie III a Spitalului Universitar de Urgență București

2. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, UMF Craiova

3. UMF „Carol Davila” București

4. Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Universitar de Urgență București

5. Departamentul de Boli Infecțioase, Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș”, București

**Introducere.** Boala Lyme (borelioza) este o patologie infecțioasă multisisemică produsă de spirochete din genul *Borrelia* spp., care sunt transmise de la animal la om prin înțepătura de căpușe. România se regăsește în aria de răspândire a acestei boli, existând zone cu caracter endemic, infecția apărând în anumite perioade de vârf pe parcursul anului. Borelioza nu se manifestă imediat și nu apare la toți cei înțepați de căpușe, astfel încât foarte multe cazuri rămân nedescoperite sau, din cauza faptului că aceasta poate mima simptomatologia altor boli, diagnosticul este dificil de efectuat. La gravide, boala Lyme este destul de rară, dar transmiterea transplacentară, deși controversată și nedemonstrată pe deplin, se pare că este posibilă în cazul în care pacienta nu este tratată. Complicațiile fetale sunt redutabile, de la malformații cardiace complexe până la avort sau moarte intrauterină. Cu toate acestea, sunt puține cazuri descrise în lume de boală Lyme în sarcină și lucrări despre consecințele ei asupra fătului. De aceea, considerăm utile prezentarea unui astfel de caz și atenta urmărire a sarcinilor cu borelioza. **Material și metodă.** Raportăm cazul unei gravide, IIG, IIP, care se prezintă la medicul ginecolog în săptămâna a 22-a de sarcină, având o leziune eritematoasă suspectă în context epidemiologic sugestiv pentru borelioza. În continuare, se efectuează consulturi de specialitate (dermatologie și boli infecțioase) pentru realizarea unor diagnostice de excludere. Ulterior, testele serologice relevă rezultat echivoc al Ac IgM anti-*Borrelia* spp.,

ceea ce complică și mai mult diagnosticul. Gravida este tratată în același timp pentru infecție de tract urinar, sarcina fiind atent monitorizată atât ecografic, cât și clinic și paraclinic, pentru depistarea posibilităților complicații materno-fetale. **Rezultate.** Contextul clinic și epidemiologic sugestiv pentru borelioza, rezultatele serologice controversate ale testelor ELISA și confirmate prin PCR, asociate cu prezența concomitentă a unor infecții de tract urinar, au determinat specialiștii să recomande gravidei tratament antibiotic. În aceste condiții, evoluția sarcinii este favorabilă, cu atenta supraveghere a mamei și a fătului. Pacienta naște prin operație cezariană, la termen, un făt viu, normoponderal, sănătos. Lăuza și nou-născutul au fost testați imediat după naștere pentru borelioza, fătul neprezentând răspuns imun. Placenta a fost atent analizată prin examen histopatologic, fără a se decela modificări, excluzându-se astfel transmiterea transplacentară a spirochetelor. **Concluzii.** Diagnosticul diferențial al bolii Lyme la gravida trebuie făcut cu mare atenție, ținând cont de particularitățile imunologice și de reacțiile fals-negative și fals-pozitive datorate altor patologii. În general, pacientele primesc antibioterapie pentru alte infecții genitourinare, care de cele mai multe ori tratează și infecția transmisă de căpușă. Cu toate acestea, anamneza corectă, identificarea eritemului migrator și informarea pacienților asupra riscurilor bolii Lyme sunt esențiale pentru identificarea și tratarea la timp a unei infecții cu potențial malformativ și consecințe nefaste în sarcină.

## Strategii terapeutice actuale referitoare la ovariectomia asociată histerectomiei pentru patologii benigne

Anca-Daniela Stănescu<sup>1,2</sup>, Romina-Marina Sima<sup>1,2</sup>, Denisa Bălălaşu<sup>2</sup>, Andrei-Casimir Dumitrescu<sup>2</sup>, Liana Pleş<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” Bucureşti, Clinica „Bucur”  
2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan” Bucureşti, Maternitatea „Bucur”

**Introducere.** Pacientele care sunt supuse unei histerectomii totale pentru patologii benigne uterine se află în faţa unei decizii controversate de ovariectomie bilaterală. Studiile arată că majoritatea pacientelor se simt incomplet informate cu privire la opţiunile terapeutice. **Material şi metode.** Am verificat baze de date medicale internaţionale cu studii randomizate şi metaanalize cu privire la recomandările şi tendinţele actuale referitoare la ovariectomia asociată histerectomiei pentru patologia uterină benignă. **Rezultate.** Studiile randomizate care au inclus paciente din ultimii 15 ani cărora li s-a efectuat histerectomie totală pentru patologii benigne au evidenţiat o abordare distinctă în ceea ce priveşte conservarea anexelor. O serie de metaanalize din Statele Unite ale Americii au raportat un declin anual de 3,6% al anexectomiei bilaterale de la 49,7% în 2001 la 33,4%

în 2011. A fost standardizat ca pacientele cu histerectomie totală să beneficieze de salpingectomie bilaterală în premenopauză, pentru profilaxia neoplasmului ovarian. De asemenea, pacientele cu risc familial de neoplasm mamar sau ovarian necesită anexectomie bilaterală în premenopauză. Atitudinea terapeutică este individualizată la pacientele din menopauză fără risc asociat de neoplasm genital. **Concluzii.** Se recomandă conservarea ovarelor la pacientele în premenopauză cu risc scăzut pentru neoplasm ovarian sau mamar, pentru evitarea consecinţelor cardiovasculare şi a disfuncţiilor sexuale. Pentru pacientele la menopauză, de peste 65 de ani, ovariectomia bilaterală nu are beneficii asupra bolii cardiovasculare, fracturii de şold sau a funcţiei sexuale, motiv pentru care aceasta se impune în asociere cu histerectomia totală.

## Conduita în placentă cu inserţie anormală

Gheorghe Peltecu, Anca Maria Panaitescu, Radu Botezatu, Nicolae Gică, George Iancu

Spitalul Clinic de Obstetrică şi Ginecologie Filantropia Bucureşti

Placenta anormală este una din cele mai importante cauze de hemoragii peripartum şi este o cauză majoră de morbiditate şi mortalitate maternă. Ea include placenta accreta, increta şi percreta. Creşterea incidenţei placentărilor anormale este strâns legată de creşterea incidenţei operaţiei cezariene. Suspiciunea de placentaţie anormală trebuie să apară la orice gravidă cu uter cicatriceal şi inserţie anterioară a placentei. Diagnosticul prenatal este stabilit prin ecografie, rareori fiind necesar a se recurge la imagistică prin rezonanţă magnetică nucleară. Când suspiciunea de placentaţie anormală este mare, se recomandă naşterea prin operaţie cezariană planificată, într-un centru medical terţiar, sub supravegherea unei echipe multidisciplinare. După extragerea fătului se recomandă aşteptarea delivrenţei

naturale, iar în cazul în care aceasta nu se produce, se consideră diagnosticul de placenta accreta/percreta confirmat şi se procedează la efectuarea histerectomiei de hemostază. În cazuri atent selecţionate şi acolo unde există suspiciunea documentată imagistic a unei penetraţii vezicale a placentei, se poate decide abandonarea placentei în uter şi supravegherea atentă a pacientei până când vor fi întrunite condiţii favorabile pentru reintervenţie planificată, într-o echipă multidisciplinară, pentru realizarea histerectomiei de hemostază. Această abordare scade semnificativ riscul complicaţiilor asociate unei intervenţii efectuate în urgenţă. În cazuri extrem de rare, liza placentară este completă în decurs de câteva luni, fără nicio intervenţie medicală.

## Concepte noi în fiziopatologia endometriozei: celulele stem/progenitoare/regenerative endometriale şi metilarea aberantă a ADN-ului

Manuela Russu

UMF „Carol Davila” Bucureşti, Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I. Cantacuzino”

Boală cronică, invazivă şi metastazantă, asemănătoare bolilor maligne prin invazivitate şi metastazare, dar deosebită de ele prin lipsa atipiiilor nucleare, endometrioza este diagnosticată prin prezenţa glandelor şi stromei endometriale în afara cavităţii uterine. Fiziopatologia actuală combină multiple ipoteze şi teorii: flux menstrual retrograd, metaplasie coelomică, rest embrionar sau metastază limfovaculară, implant direct iatrogenic, celule stem. Endometrioza este un endpoint al combinării unor procese biologice aberante, unele din viaţa intrauterină – celulele endometriale sunt dislocate în afara uterului din timpul organogenezei, sau fluxul menstrual retrograd la femei cu o predispoziţie genetică şi cu răspuns imun impropriu, posibil în condiţiile unei expuneri la anumiţi factori de mediu înconjurător, care permit acţiunea mai multor mecanisme moleculare necesare pentru stabilirea şi supravieţuirea implantelor endometriale: ataşarea celulelor endometriale la peritoneu, invazia în mezoteliu, supravieţu-

irea şi proliferarea celulelor endometriale ectopice. Se descriu mai multe origini: ale celulelor endometriale ectopice (celule stem endometriale: epiteliale, mezenchimale/ stromale, endoteliale; celule nişă şi „side population cells”), celule stem regenerative care se pot izola/cultiva din sângele menstrual (MenSCs), cu proprietăţi complet deosebite de ale altor tipuri de celule stem adulte şi cu plasticitate deosebită, sau un fel de celule stem („stem-like cells”) din partea distală a oviductului, care există nediferenţiate din viaţa embrionară şi au capacitatea de autoreînnoire şi diferenţiere în structurile derivate din canalele Müller, sau celule stem mezenchimale derivate din măduva osoasă (MSCs), toate având receptori pentru hormonii steroizi, factori de creştere şi fenotip şi specificitate genetică deosebite de ale endometrului eutropic, care este diferit genotipic de endometrul femeilor fără endometrioză, sau metilarea aberantă a ADN-ului face deosebirea, elemente dovedite prin analizele micromoleculare.

# Umbilical cord thrombosis: a meticulous culprit of intrauterine fetal demise

Samantha Stancu<sup>1</sup>, Cristian Poalelungi<sup>1,2</sup>, Bogdan Carabaș<sup>3</sup>, Manuela Russu<sup>1,2</sup>

1. "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

2. "Dr. I. Cantacuzino" Clinical Hospital, Bucharest, "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Discipline of Obstetrics and Gynaecology

3. "Dr. I. Cantacuzino" Clinical Hospital, Bucharest, Laboratory of Anatomical Pathology

**Introduction.** Intrauterine fetal demise (IUFD) is the most dramatic and often unpredictable pregnancy complication. Sixty percent of cases remain idiopathic, despite numerous pathophysiological entities described in literature. The objective of this study was to identify potential risk factors and causes of IUFD. **Materials and methods.** A retrospective, observational study conducted on pregnant women, who experienced a fetal loss at gestational age  $\geq 24$  weeks, and birth weight  $\geq 500$  grams, at the "Dr. I. Cantacuzino" Clinical Hospital, Discipline of Obstetrics. Data concerning demographics, maternal-associated pathology, delivery, fetal gender and birth weight, as well as autopsy findings were procured for the period between January 1, 2013 and December 31. Statistical analysis was carried out using GraphPad Prism with statistical significance set at  $p \leq 0.05$ . **Results and discussion.** Forty-three fetal losses were recorded

in women aged 16-42 (average age:  $28.2 \pm 6.4$  years). Twelve mothers (27.9%) consented to fetal autopsy, which revealed the following causes of death: umbilical cord thrombosis ( $n=7$ ; 63.9%), subchorionic thrombosis ( $n=2$ ; 18.2%) and *vasa praevia* ( $n=2$ ; 18.2%). Negative Docimasia tests preceded time of death as antepartum in all autopsied fetuses. Cerebral hemorrhage was the most frequent autopsy finding ( $n=8$ ; 72.7%). The following risk factors for umbilical cord thrombosis were identified: previous caesarean section ( $p=0.0006$ ), lack of pregnancy monitoring ( $p=0.0006$ ), and excessive gestational weight gain ( $p=0.003$ ). **Conclusion.** Umbilical cord thrombosis is an increasingly frequent cause of spontaneous IUFD. Multi-centric randomized controlled trials are needed to establish guidelines for anticoagulation in pregnancy. All pregnant women with abnormal coagulation parameters should be screened for thrombophilia.

## Recomandări recente ale pensării cordonului ombilical la prematur

Silvia-Maria Stoicescu<sup>1,2</sup>, Ramona Mohora<sup>1,2</sup>, Decebal Hudiță<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila” București

2. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, Clinica de Neonatologie, București

**Scop.** Standardizarea momentului pensării cordonului ombilical la nou-născuții prematuri și aplicarea uniformă a acestor recomandări. **Material și metodă.** Studiu analitic cu o durată de 3 ani, în Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu” (INSMC), Clinica de Neonatologie, pe categoria nou-născuți prematuri. La două loturi de nou-născuți sub 36 de săptămâni, s-a analizat momentul clampării cordonului ombilical. În primul lot - sub 30 de secunde, iar în doilea lot - între 31 și 45 de secunde de la expulzie sau extracție. S-au monitorizat scorul Apgar, reanimarea invazivă la naștere (oxigenoterapie - ventilație cu presiune pozitivă, realizarea PEEP cu resuscitatorului cu piesă în T), adaptarea la viața extrauterină a nou-născuților (prezența hipotensiunii și nevoia de tratament cu volum expander), hemoragia intraventriculară diagnosticată ecografic conform clasificării Volpe. **Rezultate.** În baza de date Cochrane se definește în 2012 întârzierea pensării cordonului ombilical ca fiind efectuarea acestei

manevre între 30 și 180 de secunde. Rezultatul la prematuri a fost reducerea numărului de transfuzii de sânge (7 studii, 392 de copii; RR: 0,61; 95% CI) și incidența scăzută a hemoragiilor intraventriculare (10 studii, 539 de copii; RR: 0,59, 95% CI). În lotul studiat din INSMC, scorul Apgar la 1 minut a fost între 5 și 7 în 50% din cazuri în lotul pensării precoce și 10,2% în lotul pensării întârziate. Clamarea ombilicală întârziată s-a asociat cu un număr mai mic de cazuri la care reanimarea la naștere s-a făcut în mod invaziv, 3,7% față de 18,7% în celălalt lot. Hipotensiunea în primele 3 ore de la naștere s-a înregistrat în proporție de 79,4% în lotul clampării precoce vs. 18,7%. Incidența hemoragiei intraventriculare a fost de 11,2% la prematurii în cazul cărora clamparea a fost efectuată la peste 30 de secunde de la naștere, față de 56% în celălalt lot. **Concluzii.** Considerăm utilă întârzierea clampării cordonului ombilical la prematurii fără asfixie, deoarece adaptarea la viața extrauterină este îmbunătățită și patologia este diminuată.

## Prezervare a rezervei ovariene - principiu de bază în chirurgia ovarului

N. Suciu<sup>1</sup>, D. Opreșcu<sup>1</sup>, A. Voichițoiu<sup>1</sup>, L. Tigoianu<sup>2</sup>, O. Toader<sup>1</sup>

1. UMF „Carol Davila”, București

2. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, Clinica de Neonatologie, București

Prezervarea rezervei ovariene este de o importanță majoră în timpul operațiilor de la acest nivel și trebuie să reprezinte un principiu de bază al chirurgiei ginecologice. Totuși, siguranța chistectomiei ovariene a fost pusă la îndoială din cauza afectării țesutului ovarian normal în urma tratamentului chirurgical. De aceea, după tehnica de stripping ovarian (cel mai des folosită în chirurgia laparoscopică), alegerea opțiunii de control al hemostazei patului ovarian este extrem de importantă pentru viitorul fertilității pacientei. Pentru a avea o bună hemostază la nivelul ovarului, putem folosi metodele de combustie (cele mai la îndemână și mai rapide): combustionale (monopolar, bipolar), cu energie ultrasonică (Harmonic™, Thunderbeat™) sau plasmă de argon (Plasmajet™). **Metode.** Revizuirea literaturii de specialita-

te. **Rezultate.** Metodele de coagulare clasice monopolară și bipolară sunt cele mai distructive, deoarece energia electrică pătrunde adânc și uneori necontrolat în țesutul ovarian sănătos. Răspândirea efectului termic al dispozitivelor ce degajă căldură prin energie ultrasonică este mult mai mică, iar căldura degajată este controlată. Unele studii înregistrează temperaturi de 40 de grade Celsius la 1 mm distanță de lamele dispozitivului, iar la 5 mm de acestea efectul termic este deja anulat de perfuzia tisulară. Alte studii arată că efectul termic al dispozitivelor cu plasmă de argon folosite este minim asupra țesutului ovarian la 126-321  $\mu\text{m}$ . **Concluzii.** Cea mai sigură metodă este folosirea dispozitivelor cu plasmă, care respectă structura normală a țesutului ovarian, cu un efect negativ minim asupra rezervei ovariene.



## Agenesis of the *corpus callosum* - imaging advances and prenatal diagnosis

Radu Vlădăreanu, Anca Burnei-Rusu, Mihaela Boț, Vlad Zamfirescu, Alina Marin

"Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, SUU „Elias”

Agenesis of the *corpus callosum* is the most frequent malformation of the central nervous system that is diagnosed postnatally. Its incidence is difficult to accurately estimate, but it is certain that this anomaly is found a hundred times more frequently in patients with neurodevelopmental disorders. From this point of view, the diagnosis of agenesis of the *corpus callosum* was strictly associated with a poor outcome. Gaining experience, with detailed investigation of these cases, both in long-term neurodevelopmental evolution, as well as histopathological and imaging based diagnosis, it has been contoured a category of patients with a higher prognosis. In these conditions, parents counseling becomes even more difficult. The main purpose of this study was to assess the criteria of severity, as well as the criteria that determine a

good outcome of the individuals diagnosed with agenesis of the *corpus callosum*. Identification of certain predictive imaging elements for neurodevelopment, either ultrasound or MRI, would ease both the burden of the maternal-fetal medicine specialist, as well as the medical decision in these cases. Furthermore, early diagnosis stands as a desideratum, given the fact that ultrasound elements can be described since the first trimester. Finally, we superpose literature data over our own experience, taking into account that between 2007 and 2016 we diagnosed via prenatal ultrasound 11 cases of agenesis of the *corpus callosum*, 3 of them with partial forms. **Conclusion.** A good selection from the cases with isolated agenesis of the *corpus callosum* and their long-term follow-up determined that 75% of them had normal neurodevelopment.

## Actualități în diagnosticul precoce al cancerului de endometru

Roxana Elena Bohilțea, Monica Mihaela Cîrstoiu

UMF „Carol Davila” București, Spitalul Universitar de Urgență București

Simptomul cardinal al cancerului de endometru este sângerarea uterină anormală; pe baza lui, 35% dintre cazuri sunt diagnosticate în stadii avansate, cu speranță de viață semnificativ redusă. Diagnosticul precoce al cancerului endometrial trebuie bazat pe 4 elemente: investigarea sângerării uterine anormale apărută în pre-/postmenopauză, investigarea particularităților/anomaliilor examenului de citologie cervicală, diagnosticarea, tratarea și monitorizarea adecvată a leziunilor endometriale precursore/asociate cancerului endometrial și screeningul populației cu risc crescut (sindrom Lynch, sindrom Cowden). Ecografia transvaginală reprezintă metoda principală de selectare a sângerărilor uterine anormale în postmenopauză care trebuie supuse biopsiei endometriale, reducând pe criterii certe numărul manevrelor invazive

inutile cu 40%, dirijează modalitatea optimă de investigare ulterioară și exclude celelalte cauze structurale de sângerare uterină anormală și patologia anexială. Prima linie de explorare biopsică ar trebui să fie biopsia prin aspirație. Screeningul cancerului de endometru nu este recomandat populației generale, cu excepția sindromului Lynch; metoda de screening este biopsia endometrială. Standardizarea etapelor de diagnostic trebuie să se realizeze în scopul scăderii timpului și costurilor necesare obținerii unui diagnostic în stadiul incipient al bolii și în scopul începerii cât mai precoce a tratamentului. Diagnosticul precoce al cancerului de endometru depinde esențial de îmbunătățirea adresabilității femeilor în stadii incipiente de boală, prin creșterea nivelului de educație sanitară al populației.

## Tumora cu celule de granuloasă - prezentare de caz

A. Moldoveanu, D. Median, C. Herghelegiu, D. Oprescu

IOMC „Alessandrescu-Rusescu” Spitalul Polizu București

Tumora cu celule de granuloasă (TCG) este un neoplasm mai puțin frecvent, care reprezintă 2% până la 5% din toate cazurile de cancer ovarian. TCG sunt caracterizate printr-o istorie naturală lungă și tendința de a se repeta după ani de la diagnosticul inițial. Se manifestă cu simptome și semne datorate secreției de estradiol, inclusiv hemoragii vaginale și pubertate precoce. Valoarea tratamentului adjuvant postoperator pentru pacientele cu risc ridicat nu a fost investigată prin studii clinice prospective randomizate, care sunt dificil de efectuat din cauza rarității acestei tumori. Cu toate acestea, utilizarea chimioterapiei adjuvante sau a radiatiilor a fost uneori asociată cu supraviețuirea prelungită fără semne de boală a pacientelor cu caracteristici de risc ridicat. Din cauza tendinței TCG de a recidiva după ani de la diagnosticul inițial, supravegherea prelungită, cu examinare fizică și markeri serici, cum ar fi estradiol și inhibină, este rezonabilă. Vom prezenta cazul unei paciente în vârstă de 40 de ani, cunoscută cu tumoră ovariană stângă, pentru care se practică anexectomie stângă (abord laparoscopic în 2010, examen histopatologic: tumoră granuloasă ovariană - nu a efectuat tratament adjuvant -, recidivată la 4 ani distanță de intervenție: tumoră granuloasă ovariană dreaptă și diseminări peritoneale - histerectomie totală cu anexecto-

mie dreaptă - omentectomie - biopsii peritoneale multiple - limfadenectomie pelviană bilaterală), chimio-tratată cu 6 cicluri cu paclitaxel/carboplatin. La un an distanță, la examenul RMN abdomino-pelvic se constată proces expansiv la nivel iliac drept, multipli noduli peritoneali, valoarea inhibinei B este crescută, rezultând faptul că pacienta nu a avut un răspuns favorabil la terapie. Se reintervine: abord laparoscopic - excizie implanturi tumorale pelviene. Se schimbă terapia adjuvantă - Exemestan 3 luni, înlocuit de Megestrol timp de 2 luni; valori normale ale inhibinei. În 2016 se constată valori crescute ale inhibinei - recidivă peritoneală (resecție bont vaginal); se reîncepe tratamentul cu carboplatin/doxorubicină lipozomală pegilată (PLD). La reevaluarea după două luni, se constată valori crescute ale inhibinei și se revine la tratamentul cu Exemestan. Pacienta încă trăiește, urmând reevaluarea inhibinei B în vederea conduitei terapeutice ulterioare. **Concluzii.** Cazul confirmă faptul că tumorile cu celule de granuloasă sunt tumori cu evoluție lentă, pacientele necesitând monitorizare în vederea recidivelor. Inhibina B este un marker atât prognostic, cât și diagnostic, iar în privința tratamentului sistemic, încă nu s-a stabilit o schemă terapeutică țintită a bolii, cu efecte stabilizatoare.

## Obstetrica pediatică - o realitate modernă a societății românești

Mihai Dimitriu<sup>1,2</sup>, Crîngu Ionescu<sup>1,2</sup>, Roxana Viezuină<sup>2</sup>, Mihail Bănanu<sup>1,2</sup>, Ina Popescu<sup>2</sup>, Alla Al-Azawi<sup>2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Facultatea de Medicină, Departamentul 13 Obstetrică-Ginecologie  
2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București

**Introducere.** Sarcina la adolescente prezintă complicații obstetricale adiționale, întrucât dezvoltarea fizică poate fi un impediment în menținerea unei sarcini până la termen și al nașterii propriu-zise. Aferenți riscurilor biologice ale vârstei sunt și factorii socioeconomi, care influențează atât dezvoltarea sarcinii, cât și starea de sănătate a nou-născutului. Vârsta mamei este importantă în evaluarea riscului de naștere prematură, preeclampsie, anemie gestațională, hipotrofie a nou-născutului etc. În țările în curs de dezvoltare, sarcinile la vârste din ce în ce mai mici sunt în creștere, cel mai frecvent neasociate cu îngrijiri prenatale sau dispensarizare medicală, iar consecințele la nivel național sunt reflectate în costurile crescute ale sistemului sanitar, serviciilor sociale și sistemului educațional, cu scăderea șanselor la educație atât pentru viitoarele mame (prin abandon școlar), cât și pentru copiii născuți în mediul respectiv. **Material și metodă.** Studiul retrospectiv din cadrul Clinicii de

Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” se focalizează pe pacientele gravide care au născut la vârste cuprinse între 13 și 18 ani, în perioada 1.01.2015-1.10.2016. Printre elementele urmărite se numără greutatea la naștere a nou-născutului, vârsta gestațională și modalitatea nașterii. **Rezultate și concluzii.** Într-un cadru internațional de scădere a natalității, de creștere a vârstei la care femeile nasc primul copil, din cauza unei educații sexuale precare, a nerespectării valorilor tradiționale și fără teamă de stigmatizare socială, ne confruntăm cu un nou grup social: „copiii care fac copii”. Printre rezultatele studiului se evidențiază incidența crescută a gravidelor adolescente care aparțin mediului rural, din familii numeroase, cu statut socioeconomic scăzut, fără acces la educație, la informații legate de metodele convenționale de prevenire a sarcinilor nedorite, recurgând frecvent la întreruperi de sarcini până la vârsta de 20 de ani.

## Cum putem modula anxietatea pacientelor în demersul diagnostic-terapeutic pentru leziuni preneoplazice cervicale?

Corina Grigoriu<sup>1,2</sup>, Andreea Vasilescu<sup>2</sup>, Dana Ilie<sup>2</sup>, Irina Horhoianu<sup>1,2</sup>, Mirela Nicolae<sup>1</sup>, Corina Pârâu<sup>2</sup>,  
Simona Albu<sup>1,2</sup>, Vlad Drăgoi<sup>2</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie  
2. Spitalul Universitar de Urgență București

**Introducere.** Momentul actual al practicii ginecologice oferă multiple posibilități de rafinare a diagnosticului în patologia preneoplazică cervicală (test Papanicolaou, teste HPV, imunocitologie, colposcopie). Din acest motiv, emoțiile negative și nivelul ridicat de anxietate la pacientele care se prezintă la un examen colposcopic trebuie corect identificate și modulate, pentru a ne asigura că pacienta înțelege informația medicală și pașii de urmat în demersul terapeutic. **Material și metodă.** Examinăm colposcopic, în medie, 800 de paciente pe an. Două treimi dintre acestea efectuează prima lor colposcopie. Nivelul de anxietate a fost evaluat de către psihologul clinician prin testul de anxietate STAI. **Rezultate.** Nivelul de anxietate este considerat crescut. El este rezultatul mai multor factori: lipsa de cunoștințe privind semnificația screeningului citologic cervical, a procedurilor și intervențiilor la acest nivel, lipsa unor cunoștințe anatomice elementare și dificultatea de a înțelege tipul și localizarea lezi-

unilor, teama de diagnostic, teama de durere și de consecințele privind viața sexuală și viitorul obstetrical. Padoxal, deși în general pacientele au în prezent mai multe surse de informare (Internet), nivelul cunoștințelor este în scădere. **Discuții.** Considerăm important ca pacientele să fie informate încă de la recoltarea unui test Papanicolaou că există posibilitatea ca rezultatul testului să indice o anomalie. De asemenea, este importantă explicarea unor minime reperi anatomice. Videocolposcopia reprezintă un moment în care, dacă se depășește anxietatea pacientei, se pot oferi detalii importante, ce vor fi folositoare și în eventuala supraveghere ulterioară postterapeutică. Cu toate că materialele scrise sunt utile, comunicarea directă cu pacienta, atât a medicului curant, cât și a colposcopistului, este esențială. **Concluzii.** Impactul psihologic al colposcopiei nu este de neglijat. O abordare individualizată permite o mai bună comunicare și o complianță superioară a pacientelor.

## Depresia și sarcina - putem face mai mult?

Corina Grigoriu

UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București

Tulburările de anxietate și depresia manifestate pe parcursul sarcinii și în cele 12 luni care urmează sarcinii sunt denumite, generic, depresie perinatală. Nediagnosticate și netratate, pot să aibă implicații importante pentru starea de sănătate a femeii. Incidența lor este semnificativă, considerându-se că aproximativ 15% dintre femei au o tulburare de dispoziție postpartum, iar 12% au o tulburare anxioasă. În timpul sarcinii, procentele sunt asemănătoare (9% tulburări ale dispoziției și 12% tulburări anxioase). Identificarea posibilităților de risc este importantă (stresul familial și social, violența domestică, sarcina la adolescente, istoricul familial etc.). Multe tulburări anxioase și depresive nu sunt diagnosticate la timp, fie pentru că pacienta nu relatează modificările, fie deoarece medicul obstetrician sau familia nu sesizează eventualele tulburări ale gravidei. De altfel, simptomele sunt foarte variate (modificări ale apetitului, ale som-

nului, oboseală, iritabilitate, tristețe, pierderea interesului în desfășurarea unor activități considerate plăcute, anxietate, concentrare dificilă etc.). Se descriu, de asemenea, somatizări (cefalee, dureri toracice, palpitații, amețeală, transpirații masive etc.). Unele paciente verbalizează aceste stări, altele nu. Din acest motiv, se consideră important ca pe tot parcursul sarcinii și apoi postpartum (la vizitele de șase săptămâni și de trei luni) obstetricianul să facă un screening sistematic pentru a identifica gravidele cu risc pentru depresie perinatală. Acest screening este dorit să se bazeze pe teste validate, majoritatea specialiștilor recomandând testul Edinburgh pentru depresie postnatală. Trebuie subliniat că aceste teste de screening nu sunt diagnostice, ele evaluând riscul de instalare a depresiei sau a tulburărilor anxioase. Etapa obligatorie ulterioară este, evident, consilierea de specialitate psihologică și psihiatrică.

## Să nu cădem în capcana frotiurilor citologice repetat inflamatorii!

Corina Grigoriu<sup>1,2</sup>, Irina Horhoianu<sup>1,2</sup>, Lucica Vișan<sup>2</sup>, Simona Albu<sup>1,2</sup>, Cristina Vasiliu<sup>1,2</sup>, Andreea Mihart<sup>2</sup>, Silvia Nedelcu<sup>2</sup>, Mircea Ichim<sup>2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie  
2. Spitalul Universitar de Urgență București

**Introducere.** Consecință directă a lipsei unui program național de screening cervical eficient, practicienii din țara noastră întâlnesc frecvent paciente cu frotiuri citologice repetat inflamatorii. Cele mai multe dintre aceste paciente (dar și o parte din medicii curanți) au un fals sentiment de liniște, deoarece au făcut numeroase examinări și frotiuri, niciunul nearătând prezența unui cancer de col uterin. **Material și metodă.** Am evaluat retrospectiv o serie de 782 de paciente, examinate colposcopic în ultimii 5 ani (1 ianuarie 2012 - 31 decembrie 2016). Majoritatea (693) au avut recomandarea de efectuare a colposcopiei pe baza examenului clinic, iar 89 au venit din proprie inițiativă. Toate pacientele aveau un test Papanicolau recent inflamator. **Rezultate.** 196 de paciente aveau un test Papanicolau recent inflamator. În 164 dintre acestea, figura recomandarea de repetare a frotiului după tratament, la interval de 3 luni. Doar 74 dintre

pacientele care aveau această recomandare au efectuat un tratament corect. 124 dintre pacientele cu frotiu inflamator aveau în ultimele 18 luni cel puțin încă un frotiu interpretat tot inflamator. Examenul colposcopic a fost programat după efectuarea unui tratament general și local individualizat. Am identificat 6 cancere cervicale invazive, 31 de leziuni cervicale de grad înalt și 45 de leziuni cervicale de grad scăzut. **Discuții.** Pacientele cu teste Papanicolau inflamatorii, având recomandarea laboratorului de repetare după tratament, trebuie monitorizate cu atenție. Tratamentul trebuie să fie corect, individualizat, iar în marea majoritatea a cazurilor este necesară și tratarea partenerului. **Concluzii.** Citologiile repetate inflamatorii pot ascunde leziuni de grad major sau chiar cancere cervicale, ceea ce impune creșterea vigilenței practicianului ginecolog.

## Managementul infertilității la pacientele de peste 40 de ani

Irina Pacu, C. Ionescu, Irina Hanganu, M. Dimitriu, Roxana Viezuină

Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon” București

**Introducere.** Potențialul fertil al femeii scade odată cu vârsta, din cauza numeroșilor factori intrinseci și extrinseci cum sunt stilul de viață, stresul oxidativ, factorii endocrini etc., toți aceștia reducând șansele de a concepe pe cale naturală, pe măsura înaintării în vârstă. Aceste cazuri sunt în creștere în ultimii ani, ducând la încercări multiple de a elabora strategii care să îmbunătățească perspectivele pentru aceste cupluri. **Material și metodă.** Au fost evaluate în perioada ianuarie 2016 - septembrie 2016, în cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie „Sf. Pantelimon” București, 48 de cupluri infertile cu vârsta pacientei de peste 40 de ani și care nu urmaseră niciun tratament al infertilității până la acel moment. Protocolul investigării tuturor cuplurilor a fost cel specific infertilității. Am comparat rezultatele obținute folosind inseminarea intrauterină (IUI), stimularea medicamentoasă de ovulație și proceduri de reproducere umană asistată. **Rezultate.** În toate cazurile, hormonul anti-müllerian (AMH) a fost determinat, iar media valorii din lotul inclus în studiu fost 1,25 ng/

ml. S-a realizat IUI pentru 11 cupluri, obținând o sarcină (rata sarcinii: 9%), vârsta maternă fiind de 40 de ani în acest caz. Stimularea medicamentoasă a ovulației a fost folosită în 29 de cazuri, obținând sarcina în 8 cazuri, pentru o medie de 3 cicluri de stimulare (rata sarcinii: 27,59%), toate aceste paciente având vârsta mai mică de 43 de ani și AMH mediu de 1,56 ng/ml. În 25 de cazuri s-au folosit tehnici de reproducere umană asistată, folosind propriile ovocite, obținând 6 sarcini (rata sarcinii: 24%), pentru un număr de 32 de proceduri; în 10 cazuri s-a folosit donor de ovocite, obținând 5 sarcini (rata sarcinii: 50%). **Concluzii.** IUI se asociază cu cea mai mică rată a sarcinii, ceea ce face ca procedura să nu poată fi considerată o opțiune de primă intenție pentru aceste paciente. Stimularea ovariană medicamentoasă este o opțiune doar pentru pacientele cu AMH>1 ng/ml. Tehnicile de reproducere umană asistată, inclusiv donatorul de ovocite, devin procedura de primă intenție pentru pacientele cu vârsta peste 43 de ani și cu AMH<1 ng/ml.

## Implicarea HPV în displazia vulvară

Mihai Mitran<sup>1,2</sup>, Carmen Georgescu<sup>1</sup>, Sorin Puia<sup>1</sup>, Călina Maier<sup>1</sup>, Octavia Velicu<sup>1</sup>, Elvira Brătîlă<sup>1,2</sup>

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București  
2. UMF „Carol Davila” București

Cancerul vulvar reprezintă circa 4% din metaplaziile întâlnite la femei în decada de vârstă 6-7. De regulă, este o tumoră solitară, care apare pe leziuni ulcerative exofitice sau endofitice. Carcinogeneza este legată de infecția cu HPV, inflamația cronică și statusul imunodeficient. Prognosticul și tratamentul sunt determinate de profunzimea, și nu de diametrul tumorii. **Material și metodă.** În perioada 2011-2016, în Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București, au fost diagnosticate un număr de 15 neoplazii vulvare, care după confirmarea diagnosticului

de carcinom scuamos au fost tratate chirurgical în servicii de specialitate. Toate pacientele au fost testate pentru HPV. A fost prezentă infecția cu HPV în 11 cazuri, fiind semnalate tulpinile high-risk 16, 18, 31, 35 și 51. **Rezultate.** Tratamentul chirurgical a fost efectuat în servicii de oncologie și s-a soldat cu rezultate bune funcționale și fără recidive locale. **Concluzii.** Cu toate că neoplazia vulvară nu este frecventă, având în vedere dezvoltarea pe leziuni ulcerative sau de distrofie vulvară, trebuie căutat sistematic factorul de carcinogeneză, și anume infecția cu HPV, cu tulpini high-risk.

## Conduita în infecția cu HPV persistentă după ERAD

Mihai Mitran<sup>1,2</sup>, Sorin Puia<sup>2</sup>, Carmen Georgescu<sup>2</sup>, Elvira Brătîlă<sup>1,2</sup>, Maria Comănescu<sup>1,2</sup>, Anca Potecă<sup>1,2</sup>

1. UMF „Carol Davila” București

2. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București

În situația colului lezional persistent, cu infecție HPV prezentă (în special cu tulpini high-risk), se impune electrorezeecția cu ansă diatermică (ERAD), ca soluție de eradicare a leziunii. Studiul efectuat în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București, între anii 2014 și 2016, își propune monitorizarea și managementul infecției persistente la pacientele care au suferit o ERAD. Recurența sau persistența infecției HPV este citată în literatură ca fiind 5-21%. În studiul nostru se insistă asupra situației marginilor de rezecție, după interpretarea histo-

patologică și confirmarea CIN. Se efectuează examen colposcopic după 5 săptămâni postoperator și retestarea pentru HPV la 4-6 luni. În situația unei sarcini apărute după ERAD, există riscul nașterii premature, prin afectarea sfincterului cervical intern, motiv pentru care este necesară examinarea sistematică ultrasonografică a colului uterin. Se are în vedere starea colului uterin, afectat de intervenția anterioară, cu aprecierea lungimii și formei orificiului cervical intern. Considerăm oportună efectuarea precoce a cerclajului colului, în cazul unor date ecografice sugestive.

## Tratament antitrombotic în sarcină. Antiagregante sau anticoagulante?

Carmen Georgescu<sup>1</sup>, Mihai Mitran<sup>1,2</sup>, Elvira Brătîlă<sup>1,2</sup>

1. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu” București

2. UMF „Carol Davila” București

**Introducere.** Sarcina constituie un model ipotetic al sumării și interacțiunii factorilor predispozanți ai trombozei, cu consecințe în realizarea hemostazei post-partum, dar și în inițierea lanțului patogenetic al tulburărilor de coagulare și accidentului trombotic. Acesta se poate produce în oricare dintre teritoriile vasculare ale mamei, produsului de concepție sau în placentă. Tratamentul bolii tromboembolice în sarcină implică folosirea tratamentului antitrombotic, cu cele două verigi ale sale: tratament anticoagulant și antiagregant. În sarcină se folosește tratamentul anticoagulant, atât în scop profilactic, cât și terapeutic. Se folosește heparina cu greutate moleculară mică (HGMM), care oferă profil bun de siguranță, prin acțiunea anticoagulantă de tip fiziologic. Tratamentul antiagregant cu acid acetilsalicilic se folosește înaintea procedurilor de fertilizare *in vitro* și se menține până la 6-9 săptămâni de gestație, ca și în cazurile cu patologie hematologică cunoscută pregestațional. Dubla

terapie, cu medicație antitrombotică și anticoagulantă, este rar indicată în sarcină. **Material și metodă.** Studiul a fost realizat în Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sârbu”, în perioada 2010-2016, și a cuprins un număr de 260 de gravide, care au primit tratament profilactic cu HGMM. În 203 cazuri, sarcina a evoluat până în trimestrul al treilea, iar în 57 de cazuri s-a produs avortul spontan. S-a înregistrat un număr de 154 de nașteri cu feți vii (76%), iar restricția de creștere intrauterină medie și severă a fost prezentă în 21 de cazuri (13%). **Concluzii.** Utilizarea profilactică justificată clinic și biologic a tromboprofilaxiei în sarcină conduce la rezultate obstetricale favorabile. În sarcină, cu profil de siguranță bun clinic și biologic, sunt folosite HGMM. Tromboprofilaxia cu antiagregante plachetare se folosește limitat, cu prudență și justificare clinică. Este necesară definirea exactă a condițiilor folosirii dublei terapii în sarcină.

## Substanțele endocrine-like - influențe asupra densității mamare

Șerban Nastasia

UMF „Carol Davila” București, Spitalul Clinic „Dr Ion Cantacuzino” București

Majoritatea pacientelor la menopauză aleg să nu utilizeze terapie de substituție hormonală (THS), din cauza fricii de cancer mamar. În rândul femeilor, există percepția că administrarea de estrogeni duce la apariția cancerului mamar, cu toate că există dovezi științifice care susțin contrariul. Pentru detecția precoce a cancerului mamar, metoda de screening acreditată este mamografia. Abilitatea mamografiei de a detecta un cancer mamar incipient este dependentă de absorbția diferită a razelor X în structuri diferite din interiorul sânelui, deci de densitatea mamară. Deoarece influențează densitatea mamară, tratamentele hormonale sunt un factor de interferență în screening, constituindu-se în factor de risc pentru cancerul mamar. De asemenea, fiind influențată de medicația hormonală-like administrată, densitatea mamară este utilizată ca biomarker de răspuns în studiile clinice de prevenție primară și secundară. Scăderea nivelurilor de estrogeni și progesteron în menopauză conduce la scăderea densității mamare, făcând mai ușoară examinarea mamografică a sânelui. THS crește densitatea mamară prin componenta glandulară, care apare

albă la mamografie, obținând focarele de microcalcificări și tumorile mici, ceea ce conduce la întârzierea diagnosticului. Contraceptivele orale combinate (COC) sunt utilizate de femeile tinere, de obicei înainte de 40 de ani, adică înainte de inițierea screeningului mamografic, de aceea studiile riguroase care să evalueze impactul COC asupra densității mamare lipsesc. Agoniștii GnRH, prin supresie ovariană, scad nivelurile circulante de estrogeni și conduc la scăderea densității mamare. Tibolonul, regulator selectiv al activității tisulare a estrogenilor, este utilizat ca alternativă de tratament al sindromului climacteric și pentru prevenirea osteoporozei la femeile în postmenopauză. Studiile arată că tibolonul are un efect minim asupra densității mamare și asupra mamografiilor. Modulatorii selectivi ai receptorilor de estrogeni, de tipul tamoxifenului, au efect antiestrogenic asupra sânelui, fiind asociați cu reducerea densității mamare la femeile în pre- și postmenopauză. Inhibitorii de aromatază reduc nivelurile circulante și intratisulare de estrogeni la femeile în postmenopauză și pot determina scăderea densității mamare.

## Influența dispensarizării prenatale a gravidei asupra necesității ventilației mecanice și asupra parametrilor nou-născutului în nașterea la termen

Șerban Nastasia, M. Russu

UMF „Carol Davila” București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic „Dr. Ion Cantacuzino” București

**Obiectiv.** Scopul studiului este de a identifica impactul dispensarizării gravidelor asupra necesității ventilației mecanice și asupra parametrilor nou-născuților la termen. **Material și metodă.** După identificarea retrospectivă a nou-născuților la termen, proveniți din sarcini unice, care au necesitat ventilație mecanică la naștere, s-a evaluat impactul dispensarizării incorecte (sau absente) asupra parametrilor la naștere, în special asupra necesității ventilației mecanice și a complicațiilor neonatale grave. **Rezultate.** Studiul retrospectiv a permis identificarea a 150 de nou-născuți, dintre care 13 nou-născuți la termen (vârsta gestațională de peste 37 de săptămâni; 8,66%) au necesitat ventilație mecanică la naștere. Acești nou-născuți au constituit lotul de studiu. Lotul-martor a fost alcătuit de nou-născuții din nașterile la termen succesive (vârsta gestațională de peste 37 de săptămâni) care nu au necesitat ventilație mecanică, din luna ianuarie 2013, rezultând un lot-martor alcătuit din 137 de nou-născuți (91,33%). Scorurile Apgar medii la 1 și la 5 minute sunt 7,15, respectiv 7,87, la nou-născuții din mame nedispensarizate, comparativ cu 8,24 și respectiv 8,7 la nou-născuții din mame dispensarizate ( $p=0,0039$ , respectiv  $p=0,0038$ ). Ventilația cu intubație orotraheală a fost necesară la 18,18% dintre nou-născuții din mame nedispensarizate, comparativ cu 6,03% la sarcinile dispensarizate ( $p=0,0291$ ). pH-ul la

naștere a avut o valoare medie de 6,95 la copiii din mame nedispensarizate, semnificativ mai mic față de 7,17 la copiii din mame dispensarizate ( $p=0,0153$ ). Infecția amniotică intrauterină, demonstrată prin culturi din lichidul amniotic, a apărut mai frecvent la sarcinile nedispensarizate (12,9% versus 8,85%), fără a se atinge semnificația statistică ( $p=0,4998$ ). Apariția sepsisului neonatal, a hemoragiei digestive superioare și a hemoragiei pulmonare neonatale, ca semne de evoluție gravă a stării nou-născutului, nu se corelează cu starea de dispensarizare a mamei în cursul sarcinii. Afectarea cerebrală la externare a fost prezentă la 12,12% dintre nou-născuții din mame nedispensarizate (4 cazuri din 33), comparativ cu 2,63% la nou-născuții din mame dispensarizate (3 cazuri din 114); diferența are semnificație statistică ( $p=0,0242$ ). Decesul nou-născutului a apărut la sarcinile nedispensarizate - două cazuri (6,06%) versus niciunul ( $p=0,0076$ ). Durata medie a spitalizării nou-născutului este mai mare la copiii din mame nedispensarizate (8,87 zile versus 5,69 zile); diferența nu are, la limită, semnificație statistică ( $p=0,05$ ). **Concluzii.** Lipsa dispensarizării afectează defavorabil și semnificativ scorul Apgar, necesitatea ventilației mecanice a nou-născutului la termen și apariția complicațiilor neonatale grave, trădând, probabil, un substrat patologic subclinic, neinvestigat, care este relevat de un efort consumptiv al travaliului.

## Valoarea semnelor ecografice de malignitate în tumorile mamare

Șerban Nastasia<sup>1</sup>, Manuela Russu<sup>1</sup>, Alexandru Blidaru<sup>2</sup>

1. Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino” București  
2. Institutul Oncologic „Prof. Dr. A. Trestioreanu” București

Studiul efectuat este unul retrospectiv, care își propune să analizeze valoarea diferitelor semne ecografice pentru stabilirea diagnosticului de malignitate. **Material și metodă.** Studiul a fost efectuat pe 51 de paciente, care s-au prezentat la medic pentru acuze mamare sau anomalii mamografice (mamografie de screening sau de diagnostic). Toate pacientele au fost examinate clinic, ecografic și mamografic. Rezultatele examenelor clinice și imagistice au fost corelate, în toate cazurile, cu examenul histopatologic. Examenul ecografic s-a efectuat în modul B și în modulurile Doppler color, power Doppler și Doppler pulsatil. Semnele ecografice urmărite în modul B au fost: marginile angulare, spiculațiile marginale, umbra posterioară, dimensiunea verticală mai mare decât cea orizontală („taller than wide”), extensia intraductală, microlobulația, calcificările și hipocogenitatea marcată. În modulurile Doppler color și power Doppler a fost evaluată prezența vascularizației intratumorale, iar în modul Doppler pulsatil au fost evaluați parametrii hemodinamici în centrul și la periferia leziunii. **Rezultate.** Dintre cele 51 de paciente, 32 au fost diagnosticate cu carcinom mamar invaziv, iar 19 au prezentat afecțiuni benigne. Vârsta medie a pacientelor examinate a fost de 49,96 ani, în lotul tumorilor maligne fiind de 55,29

ani, iar în lotul tumorilor benigne, de 39,88 ani. Dimensiunea medie a tumorilor maligne a fost 2,78 cm, cu o medie de 1,92 cm pentru tumorile cu diametrul sub 2,5 cm și o medie de 4,19 cm pentru tumorile cu diametrul de peste 2,5 cm. Dimensiunea medie a tumorilor maligne a fost de 2,23 cm. Pentru fiecare din semnele ecografice urmărite au fost evaluate sensibilitatea, specificitatea, valoarea predictivă pozitivă (VPP) și valoarea predictivă negativă (VPN), iar rezultatele au fost comparate cu valoarea mamografiei de diagnostic. **Concluzii.** Prezența unui semn de suspiciune a malignității implică încadrarea leziunii cel puțin în categoria BIRADS 4a și indică biopsia. Semnele ecografice de malignitate nu au toate aceeași valoare diagnostică, ele putând fi clasificate în semne cu valoare mare, intermediară și mică. Niciunul dintre semnele evaluate nu prezintă, luat izolat, o sensibilitate suficient de mare (>98%) pentru a pune singur diagnosticul de malignitate, cancelul mamar fiind o entitate heterogenă. Combinarea tuturor criteriilor ecografice crește sensibilitatea la peste 98%, deoarece, în medie, o leziune malignă are 4-5 semne de malignitate prezente. Utilitatea ei devine mai mare odată cu creșterea densității mamare, exact atunci când sensibilitatea mamografiei scade.

## Diagnostic și tratament în mamela sângerândă

Șerban Nastasia, Adriana Ghelmen, Ruxandra Dumitrescu, Manuela Russu

Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino” București, UMF „Carol Davila” București

**Obiectiv.** Evaluarea semnului mamelă secretantă ca factor de risc pentru cancerul mamar. **Material și metodă.** Studiul este retrospectiv, evaluând corelațiile dintre examenele clinico-paraclinice și examenul histopatologic. Au fost identificate pacientele cu mamelă secretantă, fără tumoră mamară subiacentă, la care s-a intervenit chirurgical, practicându-se excizia unui sector mamar care conține lobul mamar deservit de canalul secretant și la care s-a efectuat examen histopatologic. **Rezultate.** Au fost identificate 15 cazuri de mamelă secretantă, la care s-a intervenit chirurgical, excizându-se cadranel central, cu excizia cât mai distală a lobului deservit de canalul secretant. Examenul clinic a constituit baza diagnosticului, în toate cazurile secreția fiind sangvinolentă. Examenul citologic al secreției mamelonare a sugerat

papilom intraductal în trei cazuri, confirmate la examenul histopatologic. Mamografia a fost negativă în toate cazurile. Galactografia a fost efectuată într-un caz, în care a fost negativă. Ecografia a identificat canalul secretor în porțiunea sa retroareolară și a ghidat direcția exciziei chirurgicale. În niciunul din cazuri, ecografia nu a identificat mase intraductale. Examenul histopatologic a identificat un caz de carcinom lobular invaziv, un caz de carcinom ductal *in situ*, papilom intraductal în 6 cazuri, iar în restul cazurilor - hiperplazie ductală fără atipii și *adenosis sclerosis*, izolate sau asociate între ele. **Concluzii.** În cazurile de mamelă secretantă, în care investigațiile paraclinice sunt negative, excizia chirurgicală cu examen histopatologic permite un diagnostic definitiv.

## Cancerul de sân metastatic în sarcină - prezentare de caz

C. Herghelegiu<sup>1</sup>, A. Moldoveanu<sup>1</sup>, M. Mogoș<sup>1</sup>, N. Bacalbașa<sup>2</sup>, D. Opreșcu<sup>1</sup>

1. IOMC „Alessandrescu-Rusescu” Spitalul Polizu București  
2. Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”

**Introducere.** Cancerul de sân este cel mai frecvent cancer la femei, având o incidență de 94,2/100.000 și reprezintă a doua cauză de mortalitate la femei. În peste 75% din cazuri apare după 50 de ani și doar în 5% din cazuri apare sub 40 de ani. Cancerul de sân gestațional este definit ca orice neoplasm de sân diagnosticat în timpul sarcinii sau în primul an post-partum. **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul unei gravide IV gesta, III para, cu o sarcină în luna a cincea și placentă jos inserată, care se prezintă la spital pentru un consult senologic. În urma examenului clinic, ecografic și RMN, se ridică suspiciunea de neoplasm mamar stadiul IV, fiind prezentă o formațiune tumorală de aproximativ 10 cm la nivelul sânelui stâng, cu multiple metastaze la nivelul coloanei și bazinului, diagnostic confirmat prin puncție biopsie. Pacienta nu dorește să efectueze chimioterapie în cursul sarcinii, din cauza posibilității afectării fetale. Pacientei i se explică că, în absența tratamentului, prognosticul este sumbru, existând posibilitatea decesului în mai puțin de 6 luni. Având în vedere opțiunile terapeutice și stadiul avansat, pacienta decide terminarea sarcinii și se efectuează histerectomie cu anexectomie bilaterală.

Sub tratament sistemic, boala neoplazică se află în regresie la aproximativ un an de la diagnostic. **Discuții.** Diagnosticarea în sarcină a cancerului de sân este mult mai dificilă, din cauza transformărilor induse de gestație, și anume: creșterea densității sânelui, hipervascularizație, creșterea edemului interstițial. Astfel, diagnosticul se face mai tardiv, cazurile cu stadialitate avansată fiind de 2,5 ori mai frecvente. Deși boala în sine nu afectează fătul, sarcina întunecă mult prognosticul, neoplasmul de sân având frecvent în sarcină o evoluție mult mai agresivă, din cauza nivelurilor crescute de estrogen și progesteron. Cancerul de sân metastatic în sarcină reprezintă o problemă dificilă atât terapeutică, din cauza lipsei ghidurilor, cât și etică, deoarece evoluția fulminantă a bolii în lipsa tratamentului reprezintă un risc vital pentru mamă, dar pe de altă parte nimeni nu poate garanta siguranța folosirii chimioterapiei în sarcină. În cazul prezentat, în deciderea conduitei terapeutice s-au avut în vedere refuzul mamei de a urma chimioterapie în sarcină, faptul că mai avea doi copii sănătoși acasă și prognosticul extrem de rezervat cu risc vital pe care îl reprezenta stadiul avansat al bolii.

## Sarcina gemelară monocorială monoamniotică - complicațiile fetale și managementul acestora

Anca A. Simionescu

UMF „Carol Davila”, Spitalul Clinic „Filantropia”, București

Incidența sarcinilor gemelare este crescută, prevalența raportată fiind constantă din 2006, de 32 la 1000 de nașteri în SUA. Sarcinile gemelare monocorionice monoamniotice sunt rarissime, incidența raportată fiind de 1 la 10000 de sarcini; ele sunt considerate sarcini cu risc crescut matern și risc crescut de mortalitate fetală. Diagnosticul ecografic și monitorizarea prenatală sunt efectuate în cadrul departamentului de medicină materno-fetală. Ne propunem să revedem criteriile de diagnostic ecografic, monitorizarea sarcinii și a nașterii și principalele complicații fetale specifice (restricția de creștere intrauterină selectivă, malformația unuia dintre feți, „twin to twin transfusion syndrome”).

Vom discuta conduita în caz de moarte fetală intrauterină în trimesrele 1, 2 și 3 și modalitatea de evacuare medicamentoasă a sarcinii. La sarcina neocompată, nu se cunoaște cu exactitate termenul optim de naștere. Din cauza riscului de înnodare a cordonelor ombilicale, majoritatea studiilor recomandă nașterea prin operație cezariană spre 32-34 de săptămâni de gestație sau în cazul modificărilor velocimetrice. O analiză americană recentă (Khandelwal M. și colab.) raportează nașterea vaginală în caz de sarcină gemelară monoamniotică monocorială: din 29 de cazuri raportate, 28 aveau cordonul înrulat și în 10 cazuri nașterea a fost pe cale vaginală.

## Monitorizarea fetală prin cardiocografie în timpul sarcinii - cui, când și de ce?

Anca A. Simionescu

UMF „Carol Davila”, Spitalul Clinic „Filantropia”, București

Monitorizarea fetală prin cardiocografie, utilizând electrozi externi (testul de non-stres; CTG), este folosită clinic pe scară largă, în special pentru sarcinile cu risc crescut, începând cu 25-26 de săptămâni de gestație, cu scopul de a evalua obiectiv starea de bine a fătului și de a prelungi sarcina. Valoarea sa predictivă în timp este scăzută, fiind cunoscut faptul că, în travaliu, corelarea cu starea fătului extras prin cezariană pentru status fetal incert este inexactă. Interpretările computerizate sunt folosite în evaluarea obiectivă a stării de bine fetale, prin variabilitatea traseului înregistrat. Pornind de la interpretarea CTG în cazul sarcinilor fără risc la diverse termene de gestație, pe baza datelor existente în literatură, scopul studiului este de a revedea indicațiile monitorizării cardiocografice antepartum, interpretarea cu acuratețe a acestuia, frecvența recomandată a înregistrărilor și valoarea acestuia în timp. Ne propunem

să discutăm analizarea CTG-ului antepartum, a variabilității pe termen lung și scurt, a accelerațiilor și decelerațiilor și a ritmului cardiac fetal de bază și a variabilității acestuia. Vom prezenta interpretarea CTG-ului în caz de restricție de creștere intrauterină, feți mici pentru vârsta de gestație și sarcină prelungită cronologic. Proporția traseelor fără accelerații scade de la 30,1% la 24-25 de săptămâni la sub 0,5% la 39 de săptămâni. Pentru feții fără suferință fetală, antepartum, există diferențe între traseele CTG în funcție de sexul fătului. Variabilitatea pe termen lung și scurt trebuie interpretată diferit în sarcina cu feți cu greutatea estimată sub 10 percentile. În concluzie, utilizarea antepartum a cardiocografiei externe, interpretarea standardizată computerizată și integrarea acesteia în algoritmul de supraveghere permit prelungirea sarcinilor cu risc crescut aflate la limita viabilității.

## Cazuri atipice de coagulare intravasculară diseminată produse la domiciliu în al treilea trimestru al sarcinii: importanța evaluării clinice

Anca A. Simionescu<sup>1</sup>, Sabrina Stoica<sup>2</sup>, Andreea Hetea<sup>2</sup>

1. UMF „Carol Davila”, Spitalul Clinic „Filantropia”, București  
2. Spitalul Clinic „Filantropia”, București

Apariția coagulării intravasculare diseminate (CID) în sarcină crește riscul de mortalitate și morbiditate maternă și fetală. S-a raportat o asociere a CID cu sarcină de 0,03% până la 0,35%. Mortalitatea și morbiditatea depind de boala de bază și de severitatea coagulopatiei. În cazul unei hemoragii masive, prezența coagulopatiei de consum dublează rata de mortalitate maternă. În sarcină, riscul de CID este crescut în caz de moarte fetală intrauterină, embolism cu lichid amniotic, preeclampsie și eclampsie severe, dezlipire de placenta normal inserată, avort și retenția produsului de concepție. Scopul nostru este să prezentăm două cazuri de sarcini înainte de termen, în trimestrul al treilea, venite de la domiciliu, la care s-a diagnosticat rapid, pe baza simptomatologiei clinice, cu confirmare ulterioară de laborator, coagularea intravasculară diseminată. Primul caz, o VIIIIG, VIP, de 32 de ani, cu sarcină de 34 de săptămâni, acuză la domiciliu dureri pelviabdominale pentru care solicită serviciul de urgențe 112. Parametrii tensiune, puls, auscultație fetală sunt în limite obișnuite; se administrează antispastice, pacienta refuzând deplasarea la spital împreună cu echipajul medical. Imediat după plecarea echipajului medical, gravida prezintă stare lipotimică, tensiune arterială în limite normale, debutul hemoragiei pe cale vaginală și se prezintă la camera

de gardă cu făt mort, uter de lemn „Couvlaire”, fiind diagnosticată pe baza semnelor clinice cu coagulare intravasculară diseminată, confirmată ulterior prin analizele de laborator. Al doilea caz, o VG IIIIP, de 30 de ani, cu sarcină de 34 de săptămâni în evoluție, nedispensarizată, se prezintă pentru hipertensiune arterială, 140/90 mmHg. Fătul este în prezență transversală, estimat ecografic de aproximativ 34 de săptămâni și 2600 de grame, placenta normal inserată, uterul ușor contractil. Pacienta este examinată clinic și, nefiind în travaliu, se trimite pentru monitorizare cardiocografică și tensională pe secția de sarcini patologice. În următoarele 30 de minute, la monitorizarea cardiocografică nu se mai percep bătăile cordului fetal, tonusul uterin devine crescut, cu hemoragie masivă pe cale vaginală. Coagularea diseminată intravasculară este diagnosticată pe baza semnelor clinice, cu confirmare ulterioară de laborator. Pacientele au fost tratate obstetrical și echilibrate hemodinamic, cardiac și respirator, evoluția lor fiind favorabilă. În concluzie, semnele clinice de debut al CID în sarcină apar în a doua fază și se caracterizează prin hemoragii, de obicei bruscate instalate. Nu există niciun test de laborator suficient de sensibil pentru a diagnostica CID, coroborarea cu semnele clinice ridicând suspiciunea diagnosticului.