


Forum Ginecologia +ro

Eveniment
creditat
EMC

Ediția a V-a | 23-24 martie 2018
Hotel Ramada Parc, București



 031 425 40 49

 evenimente@medichub.ro

 facebook.com/medichub.ro

Eveniment organizat de:



Eveniment susținut de:



Edem pulmonar acut la gravida cu obezitate morbidă. Prezentare de caz

Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Corina Ioana Gorgoi², Cătălin Nenciu², Ana Uzunov², George Ilie², Sevim Baubec², Alina Toma², Mohammed Khattab², Mirela Urucu², Monica Cîrstoiu^{1,2}

1. UMF „Carol Davila” București

2. Spitalul Universitar de Urgență București

Edemul pulmonar acut (EPA) este un eveniment rar întâlnit, dar amenințător de viață la femeia gravidă. Preeclampsia rămâne o cauză importantă de EPA hipertensiv la gravidă. Prezentăm factorii de risc pentru dezvoltarea edemului pulmonar acut în sarcină, diagnosticul și tratamentul acestei patologii pornind de la cazul unei paciente în vârstă de 30 de ani, aflată în stare gravă, care a fost îndreptată către Clinica de Obstetrică-Gine-

colegie a SUUB, cu sarcină de 36 de săptămâni, obezitate morbidă, preeclampsie și edem pulmonar acut. Conduita terapeutică a fost stabilită de urgență în echipă multidisciplinară: cardiologie, ATI, obstetrică, având ca rezultat supraviețuirea mamei și a fătului, care a fost extras prin operație cezariană de urgență.

Cuvinte-cheie: edem pulmonar acut, gravidă, obezitate

The association of pituitary adenoma with non-secreting adrenal tumor. A case report

Diana Badiu¹, Simona Vlădăreanu², Lucian Șerbănescu¹, Tony L. Hangan¹, Radu Vlădăreanu³, Dan Navolan⁴

1. Faculty of Medicine, "Ovidius" University of Constanța

2. Department of Neonatology, "Elias" University Hospital, "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

3. Department of Obstetrics and Gynecology, "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, "Elias" University Hospital, Bucharest

4. Department of Obstetrics-Gynecology and Neonatology, "Victor Babeș" University of Medicine and Pharmacy Timișoara, Emergency Clinical Municipal Hospital of Timișoara

Hyperprolactinemia, a frequent cause of amenorrhea and galactorrhea, may be secondary to physiologic or pathophysiologic causes. We present the case of a 30-year-old woman diagnosed with bradimenorrhea and galactorrhea syndrome which presented a high moderate levels of prolactin and estradiol. The association of high moderate cortisol level with low levels of follicle-stimulating hormone (FSH) and luteinizing hormone (LH) suggests the involving of hypercorticism, which is known to increase circulating androgens produced by adrenal gland and cortisol, suppressing FSH and LH. Transvaginal echography of the ovaries showed a ho-

mogenous ecostructure with small areas of fibrosis in the capsule, and the magnetic resonance imaging with or without gadolinium showed normal aspects of the pituitary fossa. In this case, we suspected a combination of prolactinoma with non-secreting adrenal tumor considering the hormonal features. There are many potential causes of pituitary-associated amenorrhea and galactorrhea. The monitoring of the patient for both prolactinoma and corticotropinoma will lead to the correct diagnosis and treatment.

Keywords: hyperprolactinemia, hypercortisolism, pituitary gland, treatment

Tumorile peretelui abdominal la pacienta gravidă

Elvira Brătilă^{1,2}, Cătălin-Bogdan Coroleucă¹, Diana Comandașu^{1,2}, Ana Nastas¹, Diana Mihai^{1,2}, Ciprian-Andrei Coroleucă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Obiective. Tumorile peretelui abdominal constituie o patologie rar întâlnită la pacienta gravidă. Cel mai frecvent, acestea sunt tumori desmoide (fibromatoză agresivă) și se dezvoltă la nivelul musculaturii peretelui abdominal (preponderent la nivelul mușchilor dreپți abdominali). **Materiale și metodă.** Scopul lucrării este de a prezenta cazul unei paciente gravide diagnosticate cu o tumoră de perete abdominal, precum și o analiză a literaturii de specialitate. **Rezultate.** Evaluarea peroperatorie s-a efectuat prin examinări

ecografice seriate în timpul sarcinii, completate de un examen RMN după naștere. Tumora a fost excizată chirurgical la 6 săptămâni după naștere, iar examenul histopatologic a evidențiat prezența unui leiomiom. **Concluzii.** Identificarea unei tumori a peretelui abdominal în timpul sarcinii asociază opțiuni de diagnostic limitate, precum și o conduită terapeutică insuficient standardizată.

Cuvinte-cheie: tumoră, perete abdominal, sarcină, tumoră desmoidă

Sarcină ectopică la nivelul cicatricei post-operatie cezariană. Prezentare de caz

Anca Burnei-Rusu, Carmen Cristea, Mihaela Boț, Vlad Zamfirescu, Radu Vlădăreanu

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

Introducere. Uterul cicatricial, post-operatie cezariană în cazul de față, implică unele complicații la distanță; dintre acestea, cele mai importante sunt reprezentate de localizarea anormală a unei viitoare sarcini, respectiv, la nivelul cicatricei de histerorafie, apariția placentelor localizate *praevia* și a celor cu aderență uterină anormală. De aceea, la pacientele cu uter cicatricial, se indică verificarea imagistică a localizării sarcinii, a inserției placentare și a riscului de placentare anormală. **Prezentare de caz.** Raportăm cazul unei paciente de 42 de ani, în antecedente cu o naștere prin operație cezariană (în urmă cu 9 ani), tiroidectomie totală, ERAD și conizație (rezultat HP: CIN 1), în prezent cu sarcină de șase săptămâni implantată la nivelul cicatricei de histerorafie post-operatie cezariană. Ecografia decelează sac gestațional, intrauterin, localizat istmic, la nivelul cicatricei de histerorafie, cu CRL corespunzător șase săptămâni, embrion cu activitate

cardiacă prezentă. Se inițiază tratament cu metotrexat 60 mg i.m. (zilele 1, 3, 5), asociat cu folinat de calciu 6 mg i.m. (zilele 2, 4, 6). Ecografia efectuată ulterior tratamentului decelează embrion fără activitate cardiacă prezentă. BHCG-ul este în scădere de la 9226 mUI/ml la 107 mUI/ml la o lună. **Discuții.** Conduita medicală este de expectativă. Cinci săptămâni mai târziu, sarcina este situată intrauterin, cu sac gestațional ratatinat, situat istmic, la nivelul cicatricei de histerorafie, embrion cu CRL 0,4 mm, fără activitate cardiacă; pacienta relatează sângerare moderată, că la menstruație. **Concluzii.** Sarcină ectopică situată la nivelul cicatricei post-operatie cezariană este o condiție rară, dar care trebuie luată în considerare, deoarece pune în pericol viața pacientei, prin riscul de sângerare și ruptura uterină.

Cuvinte-cheie: sarcină ectopică, uter cicatricial, methotrexat

Pregnancy in a patient with acromegaly

Cristina Vasiliu¹, Mara Cârșote², Ana Valea³, Constantin Dumitrache², Simona Elena Albu¹

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

2. "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, "C.I. Parhon" National Institute of Endocrinology, Bucharest

3. "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Clinical County Hospital, Cluj-Napoca

Introduction. Acromegaly is a rare disease caused by a growth hormone (GH) producing adenoma. Due to recent advance of therapy, a good prognosis is expected. Fertility issues are caused by potential association with central hypogonadism and hyperprolactinemia. Limited safety data are reported in relationship to pregnancy under somatostatin analogues (SSA). **Aim.** This is a general presentation focused on patients priory diagnosed with acromegaly and later confirmed with spontaneous pregnancy. Method. A research of literature is provided based on PubMed database. **General data.** Acromegaly is caused in 80% of cases by a pituitary macroadenoma which mostly associates hypogonadotropic hypogonadism. Ten percent of cases are co-secretor of prolactin. Equal distribution between sexes is associated with a median of clinical diagnosis around 40-45 years. Females of reproductive age may have the

biochemical confirmation of the disease regardless the phenotype. Menses are disturbed, as well as fertility rate. However, a few reports involve pregnancy after pituitary removal of the tumour with continued exposure to higher levels of GH. Moreover, some series of cases involve subjects under specific therapy with SSA (class C of risk). Recently, it has been proven that successful pregnancy may be achieved under these specific circumstances. On the other hand, a related risk is due to the presence of a large pituitary mass itself (not to GH hyperproduction), knowing the fact that hypophyseal mass increases 2-3 times upper the normal limit during pregnancy. **Conclusion.** A multidisciplinary team is essential to decide in cases of spontaneous pregnancy in acromegalic patients.

Keywords: acromegaly, spontaneous pregnancy, multidisciplinary team

Efectele hiperglicemiei materne asupra dezvoltării embrionare

Iuliana Ceaușu

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

Diagnosticarea diabetului zaharat (DZ) gestațional și măsurile terapeutice ce urmăresc atingerea țintelor glicemice sunt importante, deoarece valorile glicemice crescute peste normal pot avea consecințe nefavorabile atât pentru mamă, cât și pentru embrion și apoi făt. Importanța controlului glicemic înaintea sarcinii, la momentul concepției și pe toată durata sarcinii trebuie să fie permanent accentuată. Încă de la debutul diabetului și ulterior, pe parcursul îngrijirii unei femei cu DZ, în cadrul controalelor de rutină sau al sesiunilor de educație terapeutică specifică se vor furniza informații despre necesitatea planificării unei eventuale sarcini și necesitatea obținerii unui control glicemic optim anterior concepției. Controlul glicemic precar pe durata organogenezei fetale poate afecta dezvoltarea fetală

incipientă. Femeile cu diabet pregestațional și cu un nivel crescut al HbA1c în prima perioadă a sarcinii prezintă o incidență crescută a complicațiilor cum ar fi avortul spontan sau anomalii congenitale. Aceste femei prezintă, de asemenea, risc de a avea copii cu malformații multiple, nu doar unul izolat. Controlul glicemic precar în timpul evoluției sarcinii duce la creșterea în exces a fătului și la risc mai mare de apariție a preeclampsiei. Un alt aspect important este momentul testării pentru pacientele cu risc de a avea tulburări glicemice deoarece sarcina este un status prodiabetogen. În acest context se vor discuta cele mai importante aspecte diagnostice, atitudinea profilactică și terapeutică.

Cuvinte-cheie: sarcină, diabet zaharat gestațional, preeclampsie, malformații congenitale

Restricția de creștere intrauterină de etiologie non-vasculară – provocări de diagnostic și conduită terapeutică

Diana-Elena Comandașu¹, Claudia Mehedințu², Costin Berceanu³, Diana Mihai¹, Ciprian-Andrei Coroleucă¹, Cătălin-Bogdan Coroleucă¹, Elvira Brătilă¹

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

2. UMF „Carol Davila”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București

3. UMF Craiova, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Județean de Urgență Craiova

Restricția de creștere intrauterină (IUGR) se definește ca eșecul fătului de a-și atinge potențialul intrinsec de creștere. Acesta diferă de la un caz la altul și este influențat de numeroși factori, dintre care menționăm: înălțimea maternă și într-o mai mică măsură cea paternă, greutatea maternală în trimestrul I, paritatea, originea etnică, sexul fetal. Curbele de creștere cu ajutorul cărora raportăm greutate fetală (Shepard, Hadlock 1-4) nu pot fi aplicate cu aceeași acuratețe pentru toate populațiile, de aceea individualizarea acestora a devenit o necesitate. Mai mult, identificarea feților mici pentru vârsta de gestație (SGA), fără patologie asociată, rămâne o provocare, la fel ca și în cazul feților cu greutate aparent normală, care însă nu și-au atins potențialul de creștere și se comportă ca IUGR. Etiologia vasculară este des incriminată în apariția restricției de creștere intrauterină, cel mai frecvent fiind implicată insuficiența utero-placentară, care conduce la apariția unei restricții de obicei tardive și asimetrice, ce necesită monitorizare fetală Doppler regulată. Aceasta apare secundar unei invazii trofoblastice anormale, ca în cazul preeclampsiei sau al placentei accreta, al unei morfologii sau localizări anormale care împiedică schimburile optime materno-fetale, al infarctelor sau tumorilor placentare. Pe de altă parte, celelalte cauze de restricție, materne (boli cronice, abuz de alcool sau droguri, fumat, boli genetice, autoimune, status nutrițional și socioeconomic scăzut) și fetal (anomalii genetice, malformații congenitale, infecții congenitale, sarcină multiplă), deși mult mai numeroase,

sunt incriminate într-o proporție mai mică la nivel global. Dificultatea identificării acestora constă tocmai în cercetarea cauzei vasculare în prima intenție, având în vedere frecvența sa, ceea ce uneori poate amâna diagnosticul etiologic. Prezentăm în continuare cazul unei gravide în vârstă de 29 de ani, primigestă, primipară, pentru prima dată în clinică la un control de rutină la vârsta de gestație de 36 de săptămâni și 5 zile. Examinarea ultrasonografică stabilește un făt cu greutate sub percentila 1 pentru vârsta de gestație, aceasta fiind confirmată printr-o ecografie de prim trimestru. Examinarea morfologică fetală pune în evidență boselarea oaselor parietale bilateral, examenul Doppler, flux diastolic absent pe artera ombilicală, iar monitorizarea cardiocografică arată absența variabilității. Se decide nașterea imediată prin operație cezariană, fiind extras un făt de sex feminin, de 1.500 de grame, cu indice Apgar 7 și facies dismorfic. După aproximativ trei săptămâni de spitalizare, având în vedere alimentația orală cu succes și atingerea unei greutăți de 2.000 de grame, nou-născutul a fost externat. Examinarea neurologică, infecțioasă și genetică în vederea stabilirii etiologiei nu a relevat date semnificative. Consultul neurogenetic a descoperit însă prezența consangvinității, genitorii fiind rude de gradul II. În concluzie, deși etiologia placentară este cea mai frecventă cauză de IUGR, toate celelalte posibile implicații necesită investigare în fața unui caz atipic.

Cuvinte-cheie: restricție de creștere intrauterină, etiologie non-vasculară, evaluare ultrasonografică

Abordarea multidisciplinară în șocul hemoragic din post-partum – review

Ruxandra Viorica Stănculescu¹, Laura Daciana Constantinescu²

1. Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”, Secția Obstetrică Patologică, UMF „Carol Davila”, București

2. Spitalul Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”, Secția ATI

Scop. Evidențierea semnificației echipei multidisciplinare și a atribuțiilor fiecărei specialități în abordarea sincronizată și energetică a terapiei de corecție a șocului hemoragic din post-partum. **Materiale și metodă.** Realizarea studiului are la bază accesarea on-line a review-urilor și ghidurilor publicate în bazele de date Cochrane, MedScope, PubMed, Medline, cu privire la atitudinea actuală privind corecția șocului hemoragic din hemoragia primară din post-partum (HPPP). Criteriile urmărite vizează atribuțiile care le revin medicilor obstetricieni, de anestezie și terapie intensivă (ATI), medicului hematolog, asistentelor și personalului auxiliar de îngrijire în tratarea șocului hemoragic. Identificarea celor mai eficiente scheme terapeutice pe baza argumentelor furnizate de rezultatele cercetărilor în domeniu constituie un criteriu de analiză semnificativ pentru triajul procedurilor și tratamentelor optime de corecție a HPPP. **Rezultate.** Studiile demonstrează faptul că atribuțiile obstetricianului constau în identificarea precoce a factorilor de risc ai HPPP (antepartum, intrapartum sau imediat post-partum), în formarea echipei multidisciplinare în scopul intervenției terapeutice sincrone și energice și în realizarea proceduri-

lor medicale și chirurgicale de corecție a HPPP. Atribuțiile medicului ATI constau în principal în susținerea funcțiilor vitale la parametrii optimi de saturație a oxigenului, în resuscitarea volemică, hematologică și reechilibrarea metabolismului acido-bazic, prevenind insuficiența multiplă de organ în formă ireversibilă. Ori de câte ori este posibil, intervenția specialistului hematolog este benefică pentru corecția anemiei posthemoragice, pierderii factorilor de coagulare, prevenirii instalării sindromului de coagulare vasculară diseminată și tratării acestuia conform regulilor hemotransfuzionale. **Concluzii.** Tratamentul corect al șocului hemoragic în post-partum permite corecția sindromului de coagulare vasculară diseminată, oferind pacientei șanse crescute de supraviețuire. Analiza studiilor publicate evidențiază faptul că, din cauza modificărilor adaptive ale organismului în sarcină, nici semnele clinice ce definesc șocul hemoragic, nici schema de tratament din șocul hemoragic cauzat de traumă nu corespund în totalitate schemei de tratament al șocului hemoragic din post-partum.

Cuvinte-cheie: șoc hemoragic, hemoragie primară post-partum, HPPP, coagulare vasculară diseminată

Metroplastia Jones în tratamentul infertilității. Prezentare de caz

A. Edu^{1,2}, Cristian Popescu¹, Maximilian Doroftei¹, Marie-Jeanne Gardescu¹, Radu Nicolae Mateescu¹

1. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, București

2. UMF „Carol Davila”, București

Prezentare de caz. S-a prezentat în clinica noastră, în cursul anului 2010, pacienta M.C., în vârstă de 28 de ani, cu istoric de opt ani de infertilitate primară. În urma consultului clinic și ecografic s-a pus diagnosticul de infertilitate primară, prin uter dublu. Ecografic s-a constatat că ambele utere se continuă printr-un singur col într-un vagin neseptat. Se decide și se practică metroplastie

de tip Jones. Evoluția postoperatorie este favorabilă. La un an distanță, pacienta obține o sarcină, finalizată la termen prin operație cezariană. La aproximativ trei ani se obține o a doua sarcină, finalizată tot la termen prin operație cezariană, urmată de ligatură tubară.

Cuvinte-cheie: uter dublu, infertilitate primară, metroplastie Jones, sarcină

The role of laparoscopic myomectomy in the modern management of uterine fibroids

Liana Pleș^{1,2}, Anca Rîcu², Bogdana Bănescu³, Romina Sima^{1,2}, Anca-Daniela Stănescu^{1,2}

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

2. "St. John" Emergency Clinical Hospital, "Bucur" Maternity, Bucharest

3. "Ponderas" Academic Hospital, Bucharest

Uterine fibroids are the most common benign tumors of the genital female tract and the leading indication for hysterectomies in the USA. The prevalence rates quoted in literature range from 20-50%, based on postmortem studies. Since the beginning of 1990s, laparoscopic myomectomy (LM) has provided an alternative to laparotomy when intramural and subserous myomas are to be managed surgically. However, this technique is still the subject of debate. Based on their own experience, together with data from literature, the authors report on the condition today regarding the operative technique for LM and the risks and benefits of the technique as compared with myomectomy by laparotomy. LM procedures include excision of the myoma, repair of myometrium, and removal of the myoma from the abdomen. A consensus gradually emerges that the maximal size of myoma must be 8-10 cm and the total number of fibroids should not exceed 4 cm. When conducted by experienced surgeons, the risk of periop-

erative complications is no higher using this technique. The use of the laparoscopic approach could reduce the hemorrhagic risk associated with myomectomy. LM could also reduce the risk of post-operative adhesions as compared with laparotomy. Spontaneous uterine rupture seems to be rare after LM, but further studies are required before it can be said whether the strength of the hysterotomy scars after laparoscopic myomectomy is equivalent to that obtained after laparotomy. Some studies showed that the risk of recurrence seems to be higher after LM than after myomectomy performed by laparotomy. Laparoscopic myomectomy cases may become difficult if bleeding problems occur. Extended operative times may be necessary for morcellation and extensive laparoscopic suturing. Gynecologists need to improve their laparoscopic skills, as minimally invasive surgery is becoming the sine qua non condition of a modern surgeon.

Keywords: fibroid, laparoscopy, myomectomy

Statutul actual și indicațiile chirurgiei robotice în cadrul intervențiilor ginecologice benigne și maligne

C.B. Coroleucă, E. Brătilă

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Obiectiv. Chirurgia robotică a câștigat teren în ultimii ani în cadrul intervențiilor ginecologice benigne și maligne. Scopul acestui articol este de a prezenta principalele indicații ale chirurgiei robotice, de a identifica avantajele și dezavantajele acestei tehnici chirurgicale și de a prezenta experiența noastră în acest domeniu. **Materiale și metodă.** Analiza articolelor publicate în literatura de specialitate pentru a observa indicațiile chirurgiei robotice în domeniul ginecologiei, atât pentru intervențiile benigne, cât și pentru cele maligne. Compararea datelor din literatură cu principalele indicații chirurgicale întâlnite în lotul de pacienți selectat de către noi care au beneficiat de intervenție chirurgicală robotică. **Rezultate.** Integrarea tehnologiei robotice reprezintă un progres semnificativ în cadrul tehnicilor minim invazive de tratament al patologiei ginecologice utilizate pentru a trata atât afecțiunile benigne, cât și cele maligne. Avantajele chirurgiei robotice sunt: vizualizare 3D a câmpului op-

erator, dexteritate superioară, șapte grade de libertate pentru mișcarea penselor, capabilitate superioară de a efectua suturi și noduri, ergonomie superioară, eliminarea efectului fulcrum, scalarea mișcărilor și reducerea tremorului. Dezavantajele chirurgiei sunt: costul ridicat al intervenției chirurgicale, absența unui feedback tactil și dimensiunile crescute ale aparatului. **Concluzii.** Chirurgia robotică reprezintă o metodă eficientă, sigură și fezabilă pentru tratamentul afecțiunilor ginecologice benigne și maligne. Cunoașterea optimă a modului de amplasare a trocarelor (adaptat pentru indicele de masă corporală al fiecărei paciente) este importantă pentru a putea beneficia de toate avantajele chirurgiei robotice. Fezabilitatea acestei proceduri a fost observată în următoarele situații: intervenții oncologice, endometrioasă, în cadrul medicinei reproductive și la pacientele obeze.

Cuvinte-cheie: chirurgie robotică, chirurgie minim invazivă, chirurgie oncologică, endometrioasă

Adenocarcinomul endometrioid – asocierea cu endometriomul ovarian atipic

Alexandra Pavelescu¹, Daniela Oprescu^{1,2}, Amira Moldoveanu¹, Nicolae Suciu^{1,2}

1. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București

2. UMF „Carol Davila”, București

Introducere. Adenocarcinomul endometrioid și cel cu celule clare se dezvoltă din leziuni precursore endometriozice din ovar. În această lucrare, am raportat un caz de adenocarcinom endometrioid ovarian tratat în clinica noastră. **Materiale și metodă.** O pacientă în vârstă de 46 de ani, în observație pentru endometriom ovarian din 2012, s-a prezentat în clinica noastră în octombrie 2017 pentru dureri pelvi-abdominale intermitente, debutate în urmă cu 6 luni. Ecografia transvaginală și examenul IRM abdominopelvic cu substanță de contrast decelează prezența unei formațiuni tumorale neomogene localizate la nivelul ovarului stâng, cu structură solidă/chistică, cu diametrul de 116/103 mm, neinvazivă loco-regional, fără leziuni cu aspect de carcinomatoză peritoneală sau ascită. S-a practicat histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală, limfadenectomie ilio-obturatorie

bilaterală și omentectomie infracolică. Stadializarea chirurgicală a fost completată de biopsii peritoneale randomizate multiple și citologie din lavaj peritoneal. **Rezultate.** Examenul histopatologic postoperator a relevat adenocarcinom endometrioid cu arii de tumoră borderline, tip tumoră proliferativă atipică endometrioidă stadiu FIGO 1b; pT1bpN0Mx G1, cu margini de rezecție negative. Nu au fost înregistrate complicații peri- și postoperatorii. **Concluzii.** Particularitatea cazului este reprezentată de asocierea dintre endometrioza atipică și carcinomul ovarian endometrioid pur. Sunt necesare studii prospective robuste ce ar trebui să se concentreze pe validarea de noi markeri biologici și moleculari pentru identificarea pacientelor cu endometrioza cu risc crescut.

Cuvinte-cheie: adenocarcinom endometrioid, endometrioza, histerectomie, histopatologie

Rata de sarcini după ET fresh și crioprezervat la pacientele cu AMH<1,1 ng/mL

Diana Mihai^{1,2}, Andreea Velișcu^{1,2}, Diana Comandașu^{1,2}, Cătălin Coroleucă^{1,2}, Ciprian Coroleucă^{1,2}, Claudia Mehedintșu³, Costin Berceanu⁴, Elvira Brătîlă^{1,2}

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

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

3. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, București

4. UMF Craiova, Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Craiova

Obiective. Obiectivul acestei lucrări este de a evalua dacă protocolul de tratament sau modalitatea de embriotransfer influențează prognosticul FIV în cazul pacienților cu rezervă ovariană scăzută. **Materiale și metodă.** Lucrarea de față reprezintă o metaanaliză a unor studii de cohortă retrospective cu un total de 8556 de cicluri de stimulare pentru aproximativ 3.000 de paciente cu AMH<1,1 ng/mL. **Rezultate.** Protocoalele de stimulare au fost de tip lung sau scurt, cu antagoniști GnRH, FSH și hMG, agoniști GnRH, au inclus embriotransfer fresh (ET) sau decongețați (FET), ratele de implantare, precum și CPR fiind similare (aproximativ 17%). În funcție de vârsta pacientei, s-a observat că, sub 35 de ani, chiar și un singur embrion transferat a dus la o CPR de 33%, indiferent de AMH, această rată însă scăzând cu vârsta și necesitând un număr din ce în ce mai mare de embriotransferuri. Astfel, după trei cicluri de embriotransfer, la pacientele <40 de ani, incluzând și cele cu AMH foarte scăzut, s-a observat o CPR de 25,7%, în timp ce la pacientele ≥40 de ani, rata de CRP a fost de 17,6%, iar la pacientele de peste 42 ani, de 7,4%. Împărțind pacientele

în două grupuri cu medie de vârstă asemănătoare, doar în funcție de AMH (AMH 0,2-1 ng/mL și AMH<0,2 ng/mL) CPR a fost de 20% după cinci cicluri de stimulare în ambele grupuri. În ceea ce privește numărul de LB (life births), s-a observat că până la 35 de ani nu s-a evidențiat o diferență statistică între nivelurile AMH între grupul cu și fără LB, dar peste 35 de ani AMH-ul a fost semnificativ mai mare în grupul cu LB. **Concluzii.** AMH-ul nu poate fi folosit ca marker independent; la pacientele sub 35 de ani acesta nu este un factor predictor, astfel chiar și pacientele cu AMH<0,2 ng/mL au o CBR bună. Vârsta pacientei influențează semnificativ rata de sarcini, la pacientele POR ≥40ani, o valoare AMH superioară arată un prognostic net mai bun. Numărul de cicluri crește șansele de sarcină la aceste paciente, fiind recomandate măcar 3 cicluri cu embriotransfer. În ceea ce privește utilizarea unui anumit protocol de tratament, a tehnicii FIV sau ICSI, a ET sau FET și a patologiei ce cauzează scăderea rezervei ovariene, nu s-au observat diferențe.

Cuvinte-cheie: poor-responders, AMH, freeze-all, embriotransfer, rezervă ovariană scăzută

Bolile inflamatorii intestinale în sarcină

Andreea Grațiana Boiangiu^{1,2}, Cristian Tiereanu³, Nicoale Tudor^{1,3}, Cristina Maria Miron^{1,2}, Alexandru George Filipescu^{1,2}, Radu Vlădăreanu^{1,2}, Simona Vlădăreanu^{1,2}

1. UMF „Carol Davila” București

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

3. Clinica de Gastroenterologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

Bolile inflamatorii intestinale (rectocolita ulcerohemoragică, boala Crohn) afectează femeile tinere de vârstă fertilă, ducând la o provocare a obținerii unei sarcini sănătoase. Elementul central al managementului acestui tip de patologie în sarcină constă în obținerea unui bun control al bolii înainte de concepție și planificarea atentă a sarcinii sub strictă supraveghere combinată, gastroenterolog-obstetrician-neonatolog. Continuarea tratamentului bolii pe parcursul sarcinii a dus la optimizarea outcome-ului materno-fetal. Controlul slab al bolii se corelează cu complicații specifice, precum: avorturi recurente, naștere prematură, restricție de creștere intrauterină, preeclampsie, creșterea numărului

de nașteri prin operație cezariană, scor Apgar scăzut la naștere. Asocierea dintre boala inflamatorie intestinală, tratamentul acesteia și apariția de malformații fetale rămâne controversată, deși au fost derulate numeroase studii pentru a verifica acest aspect. Introducerea terapiei biologice în tratamentul bolii inflamatorii intestinale în sarcină a dus la un mai bun control al bolii de bază, dar a adus noi provocări pentru obstetricieni și neonatologi. Prezentăm o serie de cazuri de gravide cu boala inflamatorie intestinală ce s-au adresat clinicii noastre și corelația bolii cu prognosticul materno-fetal.

Cuvinte-cheie: sarcină, medicație, boală inflamatorie intestinală, complicații

Importanța testelor imunohistochimice în diagnosticul diferențial între adenocarcinomul endometrioid endometrial și cel endocervical

Maria Comănescu^{1,2}, Anca Potecă^{1,2}, Alexandru Comănescu³, Mihai Mitran^{1,2}, Elvira Brătîlă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București

2. UMF „Carol Davila”, București

3. UMF Craiova

Deși adenocarcinomul endocervical și cel endometrial reprezintă entități diferite histologic, cu etiologie diferite și, mai ales, conduită terapeutică și progresie diferită, diagnosticul pozitiv poate fi dificil în secțiunile colorate de rutină hematoxilina-eozină, din cauza similarităților morfologice. Aceste dificultăți se întâlnesc mai ales în cazul fragmentelor tisulare mici, de tip biopsic, sau în cazul în care tumora infiltrează atât colul, cât și corpul uterin, fără a putea permite identificarea originii primare. Abordarea terapeutică diferită a celor două patologii impune efectuarea de teste imunohistochimice

preoperator și corelarea rezultatelor obținute cu aspectul imagistic și histeroscopic. Trebuie reținut însă faptul că originea primară nu poate fi stabilită cu certitudine decât pe piesa de intervenție chirurgicală, uneori fragmentele biopsice prezentând un profil heterogen. Adenocarcinoamele endometriale endometrioid sunt pozitive la vimentină și hormoni (ER, PR) și negative la CEA (antigen carcinoembrionar), iar cele endocervicale endometrioid prezintă o imagine în oglindă.

Cuvinte-cheie: adenocarcinom endocervical, adenocarcinom endometrial, imunohistochimie

Implanturile epiteliale în tumorile ovariene – diagnostic pozitiv și diferențial

Maria Comănescu^{1,2}, Anca Potecă^{1,2}, Alexandru Comănescu³, Mihai Mitran^{1,2}, Elvira Brătilă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București

2. UMF „Carol Davila”, București

3. UMF Craiova

Implanturile epiteliale reprezintă depozite de celule tumorale la nivelul peritoneului, identificabile intraoperator ca mici formațiuni nodulare, albicioase, cel mai frecvent în asociere cu o patologie ovariană. Tumorile proliferative atipice ovariene reprezintă un subtip de proliferări neoplazice la granița dintre benign și malign. Prezența implanturilor epiteliale poate nu doar să pună probleme de diagnostic, dar are și o importanță majoră în conduita terapeutică ulterioară, în funcție de aspectele histologice. Secțiunile histologice ale cazurilor incluse în studiu au fost revizuite, atât cele din tumora primară, cât și implanturile epiteliale. Acestea au fost clasificate în invazive și

neinvazive, în funcție de aspectul citologic, patternul arhitectural și infiltrarea stromei. Deși uneori aspectul macroscopic este spectaculos, aspectul histologic poate ghida medicul curant către o terapie mai conservatoare, mai ales la pacientele tinere, la care se dorește preservarea funcției reproductive. Totuși, deoarece tumorile asociate cu implanturi epiteliale au risc mai mare de recidivă, uneori, cu creșterea gradului histologic, comunicarea cu anatomopatologul este esențială, precum și punerea în balanță a avantajelor unor terapii conservatoare.

Cuvinte-cheie: tumoră proliferativă atipică, implanturi epiteliale, noninvaziv, borderline

Modalități de reconstrucție a rezervorului vezical după exenterație pelviană

C.B. Coroleucă¹, C.P. Brătilă², C.A. Coroleucă¹, D. Comandașu¹, E. Brătilă¹

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

2. Spitalul de Chirurgie Minim Invazivă „Euroclinic”, UMF „Carol Davila”

Introducere. În momentul de față există patru opțiuni fezabile pentru reconstrucția tractului urinar inferior în cadrul intervențiilor radicale pentru neoplasme ginecologice: o formă incontinență care presupune devierea cutanată, rezervor cutanat continent, care necesită cateterizare prin stomă cutanată, rezervor rectal continent cu stocarea și eliminarea urinei prin intermediul rectului și o formă incontinență de neovezică. **Materiale și metodă.** Vom prezenta cazul unei paciente cu recidivă tumorală la nivelul uretrei după histerectomie totală cu anexectomie bilaterală pentru neoplasm de endometru moderat diferențiat și conduită chirurgicală pentru reconstrucția vezicală și menținerea continenței pacientei. **Rezultate.** Există mai multe aspecte ce trebuie luate în calcul în momentul în care se efectuează o reconstrucție vezicală: capacitatea de a dezvolta un rezervor de presiune scăzută

cu un mecanism antireflux eficient care să protejeze tractul urinar superior, un mecanism adecvat pentru a depozita urina și asigurarea vascularizației necesare pentru a preveni complicațiile. Beneficiile acestei intervenții chirurgicale la pacientele cu intervenții radicale pentru indicație oncologică sunt legate de menținerea continenței și păstrarea calității vieții. **Concluzii.** Există metode care nu sunt real continente, cum ar fi pungea Bricker sau ureterostomia, și metode ce prezervă continența: rezervor apendicular și metode de reconstrucție cu ansă ileală și stomă ombilicală. Neovezica cu ansă ileală și sistem T antireflux prin interpunerea unui segment de ansă ileală reprezintă o variantă fezabilă de menținere a continenței la pacientele cu reconstrucție vezicală.

Cuvinte-cheie: chirurgie reconstructivă, reconstrucție vezicală, neovezică, rezervor ileal, neoplasm genital

Nașterea la adolescente – o problemă de sănătate publică în România

Mihai Dimitriu, Mihail Bănuț, Ina Popescu, Roxana Viezuină, Alexandra Matei, Crîngu Ionescu

UMF „Carol Davila”, Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Sfântul Pantelimon”, București

România este cotate de OMS ca fiind statul din Europa (și din UE) cu cea mai mare rată de nașteri în rândul adolescentelor (parturiente care nasc înainte de a împlini vârsta de 21 de ani). Într-un studiu observațional prospectiv desfășurat în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon” din București (maternitate terțiară) în perioada 19.06.2017 – 18.09.2017, am înregistrat 74 de adolescente care au născut (sau a căror naștere s-a finalizat în clinică), ceea ce a corespuns unei rate de 21,02% nașteri în rândul adolescentelor (rată calculată față de totalul de 352 de nașteri din clinică înregistrate în perioada de trei luni luată în studiu). 25 dintre aceste 74 de adolescente nu aveau împlinită vârsta de 18 ani, care definește majoratul în legislația României (7,1% minore, cu vârste cuprinse între 14 și 17 ani). 51,4% dintre aceste adolescente provin din mediul urban, iar 79,5% dintre familiile acestora nu sunt ceea ce numim în mod uzual familii dezorganizate. 23% dintre adolescentele studiate de noi au mai fost gravide și înaintea sarcinii analizate de noi. 73% dintre adolescentele incluse în studiu au afirmat că

și-au dispensarizat sarcina actuală, iar 44,6% dintre ele au fost la mai mult de 6 vizite medicale pentru dispensarizarea sarcinii studiate de noi. 17,6% dintre ele au consumat alcool, deși știau că sunt gravide, iar 45,9% dintre ele au fumat în timpul sarcinii studiate de noi. Au existat în lotul studiat chiar și adolescente care au afirmat că au consumat droguri în timpul sarcinii (5,4%). 97,3% dintre adolescentele incluse în studiul nostru consideră că au suportul familiei pentru a duce sarcina la bun sfârșit. Rata de cezariană în lotul adolescentelor a fost de 71,6% (comparabilă cu cea mator, de 71,3%), vârsta gestațională medie la care adolescentele au născut a fost de 37,79 săptămâni, greutatea medie a nou-născuților la naștere a fost de 2989,19 grame, iar scorul APGAR mediu a fost 8,87. Gestitatea medie în lotul de adolescente studiat de noi a fost de 1,67 (gestitate cuprinsă între 1 și 7), iar paritatea medie, de 1,25 (paritate cuprinsă între 1 și 3). 97,3% dintre nou-născuții studiați au fost vii, iar 58,1% dintre copiii născuți de adolescente au fost băieți. Două din cele 74 de nașteri s-au soldat cu gemeni.

Cuvinte-cheie: naștere, adolescență, sănătate publică

Ruptura uterină, complicație severă și de actualitate în obstetrica modernă

Mihai Cristian Dumitrașcu^{1,2}, Adina Elena Afloarea¹, Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Cătălin George Nenciu¹

1. Secția Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență, București

2. UMF „Carol Davila”, București

Ruptura uterină spontană reprezintă o urgență obstetricală amenințătoare de viață atât pentru mamă, cât și pentru făt. Cel mai frecvent, ruptura uterină are loc în timpul travaliului, pe un uter cu cicatrice consecutivă unei intervenții chirurgicale anterioare. Există o corelație puternică între ruptura uterină, intervențiile chirurgicale la nivelul uterului, anomaliile congenitale ale acestuia, miomectomia în antecedente, traumatisme sau anomalii de placentatie, deși în literatură sunt descrise cazuri de ruptură uterină la primipara cu uter indemn. Ruptura uterină se definește ca separarea completă a tuturor straturilor uterine, inclusiv a seroasei. Rata totală a rupturii uterine a fost raportată la 0,07%, cu incidența rupturii pe uter indemn de 0,012%. Semnele și simptomele sunt nespecifice, ducând la di-

agnostic dificil. Semnele clasice sunt reprezentate de suferință fetală, scăderea tonusului uterin însoțit de dispariția contracțiilor, durere abdominală, sângerare masivă și șoc, ducând la transfuzie de sânge, histerectomie sau chiar deces matern, acesta având loc în aproximativ un caz din 500 de rupturi uterine. Mortalitatea perinatală variază, fiind cuprinsă între 74% și 92% în țările în curs de dezvoltare. În această prezentare vom arăta noutățile literaturii de specialitate privind ruptura uterină, alături de experiența clinicii noastre, mai ales cazul unei paciente cu ruptură uterină pe uter cicatricial la 28 de săptămâni, localizată la nivelul peretelui uterin posterior, această particularitate fiind rară și atipică.

Cuvinte-cheie: ruptură uterină, uter cicatricial, uter indemn

Semnificația biomarkerilor rezervei ovariene privind infertilitatea la femeile de vârstă reproductivă înaintată

Irina Pacu, M. Dimitriu, M. Bănac, Alexandra Matei, Andra Ionescu, Irina Hanganu, C. Ionescu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sfântul Pantelimon”, București

Obiectiv. Scopul studiului este de a stabili dacă există o asociere semnificativă între biomarkerii rezervei ovariene și potențialul reproductiv la femeile de vârstă reproductivă înaintată, pornind de la întrebarea dacă rezerva ovariană diminuată (AMH) se asociază cu infertilitatea la acest grup de vârstă. **Material și metodă.** Este un studiu prospectiv realizat în Clinica de Obstetrică-Ginecologie pe o perioadă de 12 luni (august 2016 - august 2017) și care include un număr de 56 de femei fără istoric de infertilitate, cu vârsta între 35 și 44 de ani și care încearcă să conceapă de maximum trei luni. S-au analizat FSH și AMH la debutul fazei foliculare și s-a urmărit probabilitatea cumulativă de concepție în 6-12 cicluri, concepția fiind stabilită la primul test de sarcină pozitiv. **Rezultate.** În lotul de studiu am identificat 17 paciente cu AMH redus (<0,7 ng/ml), iar rata de concepție în decurs de 6 luni a fost

de 54% (la 12 luni – 82%), față de 57% pentru pacientele cu AMH>0,7 ng/ml (la 12 luni – 85%). 19 dintre pacientele analizate au avut FSH>10 mUI/ml în ziua a treia a ciclului menstrual față de 37 de paciente cu FSH<10 mUI/ml. Rata de concepție la 6 luni, respectiv 12 luni, pentru primul grup, a fost de 61%, respectiv 91%, față de 63%, respectiv 89% în grupul al doilea. **Concluzii.** Pentru pacientele între 35 și 44 de ani fără istoric de infertilitate care au încercat să conceapă de maximum 3 luni, biomarkerii care indică rezervă ovariană diminuată, comparativ cu o rezervă ovariană normală, nu se asociază cu o rată redusă a fertilității. Datele susțin că valorile serice ale AMH și FSH la începutul fazei foliculare nu pot fi folosite ca markeri privind fertilitatea pe cale naturală a acestor paciente.

Cuvinte-cheie: infertilitate, rezervă ovariană, biomarkeri, AMH

Is placental growth factor (PlGF) the key agent for intrauterine fetal growth restriction?

Romina-Marina Sima^{1,2}, Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Mircea-Octavian Poenaru^{1,2}, Octavian-Gabriel Olaru^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

2. "Saint John" Emergency Clinical Hospital, "Bucur" Maternity, Bucharest

Introduction. Placental growth factor (PlGF) is a biomarker involved in major placenta-related disorders such as preeclampsia and intrauterine growth restriction. Recent experimental findings support that maternal PlGF concentrations may be influenced by other factors than placenta. **Materials and method.** We realized a literature review in which we identified angiogenic factors, vascular endothelial growth factor (VEGF), placental growth factor (PlGF), and their receptors – FMS-like tyrosine kinase receptor (Flt-1) and kinase insert domain receptor (KDR) – and their implication in intrauterine fetal growth restriction (IUGR). **Results.** Our evaluation considered meta-analyses, systematic reviews and experimental studies. It was observed that PlGF and KDR

are significantly reduced in expression in the placentas from pregnancies complicated by IUGR compared with normal and preeclamptic pregnancies. High sFlt-1 concentrations may account for diminished maternal serum PlGF levels. The lack of PlGF and KDR may be a cause for the development of IUGR, and may explain the loss of vasculature and villous architecture in IUGR. Automated digital image analysis software is a viable method to the manual reading of placental immunohistochemical staining. **Conclusion.** PlGF and KDR are reduced in placentas complicated by IUGR. They can be a key in understanding the IUGR mechanism and future treatment was already experienced in animal models.

Keywords: PlGF, IUGR, KDR

Corecția histeroscopică a uterului în „T”

Andreea Carp-Velișcu^{1,2}, Alina Bordea¹, Mihaela Cosma¹, Bogdan Marinescu^{1,2}, Elvira Brătilă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București

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

Malformațiile congenitale ale tractului genital feminin sunt modificări anatomice care au loc în urma dezvoltării embriologice anormale a ductelor mülleriene. Uterul în „T” este caracterizat de îngustarea cavității uterine prin îngroșarea pereților laterali. Pacientele diagnosticate cu uter în „T” în urma histerosalpingografiei, având istoric de infertilitate, avorturi recurente sau naștere prematură, pot beneficia de corecție histeroscopică.

Corecția histeroscopică la pacientele cu uter în „T” se face prin incizii cu acul monopolar la nivelul canturilor uterine, sub anestezie generală. Această procedură poate crește șansa de a obține o sarcină la femeile cu infertilitate și șansa de a duce o sarcină la termen la femeile cu avorturi recurente.

Cuvinte-cheie: uter în „T”, corecția uterului în „T”, histeroscopie, infertilitate

Complicațiile mecanice ale dispozitivelor intrauterine. Prezentare de caz

Vlad Zamfirescu^{1,2}, Alina Marin¹, Anca Burnei^{1,2}, Andrei Trăistaru^{1,2}, Radu Vlădăreanu^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

2. UMF „Carol Davila”, București

Introducere. Dispozitivul intrauterin câștigă din ce în ce mai multă popularitate ca metodă contraceptivă reversibilă. Complicațiile secundare purtării acestui tip de dispozitiv sunt fie imediate, fie tardive, perforația uterină și infecțiile fiind, de altfel, cele mai severe complicații asociate acestuia. **Prezentare de caz.** Vă vom prezenta cazul unei multipare în vârstă de 50 de ani, fără antecedente personale patologice ginecologice semnificative, cu dispozitiv tip Copper T 380A inserat în urmă cu aproximativ 15 ani, care se prezintă în clinica noastră pentru dureri pelviene de intensitate minimă. Ultrasonografic, se constată un traiect anormal al dispozitivului contraceptiv ce pare să perforoze peretele uterin posterior. Se decide intervenția chirurgicală, intraoperator constatându-se uterul mărit

în dimensiuni și cu consistență crescută, cu un miom dezvoltat în baza ligamentului larg stâng, cu punct de plecare latero-cervical stâng, fără semne de perforație uterină. Se practică histerectomie totală cu anexectomie bilaterală. La disecția piesei se observă o cale falsă creată la nivelul miomului uterin, în interiorul căruia se afla dispozitivul de tip Copper T. Recuperarea postoperatorie a pacientei a fost favorabilă, fără incidente. **Concluzii.** Ultrasonografia rămâne metoda de elecție pentru localizarea dispozitivului intrauterin. Complicațiile mecanice care pot să survină necesită un management cât mai rapid și minim invaziv adaptat fiecărui caz.

Cuvinte-cheie: dispozitiv contraceptiv, fibrom uterin, complicații mecanice

Dorsalgia joasă la gravide și lăuze. Principii de reabilitare medicală

Iulia Filipescu², Mihai Berteanu^{2,3}, G.A. Filipescu^{1,3}, Radu Vlădăreanu^{1,3}

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

2. Clinica de Recuperare, Medicină fizică și Balneologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

3. UMF „Carol Davila”, București

Dorsalgia joasă asociată sarcinii reprezintă o patologie importantă, dar deseori neglijată, care poate avea un potențial impact negativ asupra calității vieții, fiind estimată la aproximativ 60-70%. Dorsalgiile apărute pe parcursul sarcinii și în perioada lăuziei au fost cunoscute și recunoscute de multe secole, fiind descrise de Hipocrate, Vesalius, Pinean și Hunter. În 1962, Walde a fost primul care a recunoscut și diferențiat durerile pelviene de durerile lombare. Prevalența sarcinii, asociată cu dorsalgia inferioară, este mai crescută în trimestrul

al treilea, când apar modificările posturale și greutatea crescută. Exercițiile materne submaximale nu afectează în mod negativ frecvența cardiacă fetală. Niciun studiu la gravide nu a demonstrat că exercițiile fizice ușoare ar produce deteriorarea funcțiilor fetale. Beneficiile reabilitării medicale sunt diferite în funcție de vârsta sarcinii, de perioada de lăuzie și vizează reducerea durerii, creșterea funcționalității și limitarea dizabilității.

Cuvinte-cheie: dorsalgie, reabilitare medicală, kinezoterapie, sarcină, lăuzie

Urgențele chirurgicale în sarcină

Corina Grigoriu

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

Incidența complicațiilor medicale în sarcină este de aproximativ 15-20%, iar cea a complicațiilor chirurgicale majore este de 1-2%. Din punctul de vedere al entităților patologice, complicațiile chirurgicale în sarcină sunt similare celor de la femeia negravidă, corespunzător grupelor de vârstă. Se consideră că sarcina în sine nu predispozează la anumite complicații chirurgicale, dar nici nu reprezintă un factor protector pentru acestea. Totuși, din perspectivă terapeutică, apar unele nuanțări: sarcina induce anumite modificări generale (hormonale, biochimice și mecanice) care pot duce la întârzieri sau confuzii diagnostice; frecvent apare tendința de a temporiza investigațiile sau intervenția chirurgicală, din teama, de cele mai multe ori nejustificată, de a nu afecta fătul. Modificările adaptative materne din timpul sarcinii pot face ca, în contextul asocierii unei afecțiuni chirurgicale, atât tabloul clinic, cât și cel paraclinic să fie mai dificil de recunoscut și interpretat. Acest feno-

men, asociat coloraturii emoționale deosebite impuse de prezența și a unui al doilea pacient – fătul, poate duce uneori la întârzieri de diagnostic sau la ezitări terapeutice, cu consecințe imprevizibile. De aceea, cunoașterea variabilității manifestărilor clinice în complicațiile chirurgicale din sarcină, precum și a standardelor de atitudine este obligatorie pentru specialistul obstetrician, care poate colabora astfel mai bine cu specialistul chirurg, anestezist sau imagist. Intervențiile chirurgicale în sine, efectuate în urgență sau programat, nu grevează în mod semnificativ prognosticul materno-fetal, atâta timp cât nu se însoțesc de complicații (mai ales septice, trombotice etc.). Prezentăm atitudinea diagnosticoterapeutică în urgențele chirurgicale din sarcină, din perspectiva obstetricienilor care lucrează într-un mare spital de urgență bucureștean.

Cuvinte-cheie: sarcină, urgențe chirurgicale, complicații

Leziunile reziduale și recurente după electrorezeția sau electroconizația leziunilor CIN2/3

Laura Leonte, Sorin Puia

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

Obiectiv. Tratamentul electrochirurgical este o variantă comună de terapie a displaziilor cervicale moderate sau severe (CIN2/3). Scopul studiului este de a analiza factorii de risc pentru o leziune reziduală sau recurentă după proceduri de electrorezeție/electroconizație efectuate la paciente cu CIN2/3. **Metodă.** Studiul include o analiză retrospectivă efectuată pe un lot de 173 de paciente diagnosticate cu CIN2/3, tratate prin electrorezeție sau electroconizație, studiu desfășurat în perioada iunie 2014 - ianuarie 2018. Primul control post-intervenție a fost efectuat la 3-4 luni, cu testare citologică și, ulterior, genotipare HPV și colposcopie la 6 luni; monitorizările ulterioare pentru o perioadă de urmărire de 24-36 de luni au inclus teste citologice efectuate din 6 în 6 luni, iar genotiparea a fost repetată după 12-18 luni post-intervenție. Anomaliile citologice, persistența infecției HPV și leziunile colposcopice au fost indicații pentru reevaluarea histopatologică. **Rezultate.** În 69% din cazuri s-a practicat excizia largă cu ansă diatermică a zonei de transformare, iar în 31% din cazuri s-a practicat electroconizație; vârsta medie a pacientelor cu electrorezeție a fost de 32 de ani și respectiv 43 de ani în cazul pacientelor cu electroconizație. În 29% din cazuri, excizia a fost incompletă sau statusul marginilor a fost imposibil de apreciat din cauza efectu-

lui termic, majoritatea cazurilor având leziuni CIN3. Anomaliile citologice persistente au fost identificate la 17% dintre paciente (29 de cazuri), majoritatea de tip ASC-US și LSIL, dar, dintre acestea, doar la 14 paciente modificările citologice au fost prezente în intervalul de urmărire 3-6 luni, toate având excizie incompletă. 30 de paciente au avut infecții cu HPV persistente și 25 (14,4% din cazuri) leziuni reziduale sau recurente de orice grad; 18 paciente au fost depistate cu CIN1; CIN 2/3 a fost depistat doar în 4,6% din cazuri (8 paciente), respectiv în cazul infecției persistente cu tulpinile 16 (5 cazuri), 18, 45, 52 (câte un caz), iar 75% din paciente (6 cazuri) au avut excizii incomplete. **Concluzii.** Toate pacientele cu CIN rezidual/recurent de orice grad au prezentat infecții persistente cu HR-HPV, confirmând eficiența și siguranța testării HPV ca „test of cure”. Gradul de CIN, persistența infecției cu HPV, oncogenitatea tulpinii HPV, modificările citologice prezente în intervalul de urmărire 3-6 luni și statusul pozitiv al marginilor au fost principalii factori de risc pentru CIN2/3 recurent sau rezidual. Riscul pentru CIN2/3 a fost mai mare în cazul exciziei incomplete, dar persistența infecției HR-HPV a fost un factor de predicție mai bun, având valoare predictivă negativă pentru leziunile CIN2/3.

Cuvinte-cheie: factori predictivi, infecția cu HPV, leziuni reziduale/recurente

Adenomioza și infertilitatea

Claudia Mehedințu^{1,2}, Elvira Brătîlă¹, Costin Berceanu³, Monica Cîrstoiu¹, Mihaela Plotogea^{1,2}, Marina Antonovici^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

2. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Adenomioza este o afecțiune uterină benignă caracterizată prin prezența heterotopică a glandelor endometriale și a stromei în miometru, precum și prin fibroza reactivă a fibrelor musculare netede. Până recent, adenomioza a fost asociată cu multiparitatea, fără afectarea fertilității. În prezent, adenomioza este diagnosticată cu o frecvență crescândă la paciențele infertile, deoarece femeile întârzie momentul concepției până la vârsta de 30 de ani sau chiar 40 de ani. Odată cu dezvoltarea tehnicilor imagistice, precum ecografia transvaginală și imagistica prin rezonanță magnetică, rolul adenomiozei în etiopatogenia infertilității și avortului spontan a fost recunos-

cut. Deși asocierea între adenomioză și infertilitate nu a fost pe deplin stabilită, pe baza informațiilor disponibile în literatura de specialitate, studii recente au sugerat că adenomioza are un impact negativ asupra fertilității feminine. Mai multe studii cu date limitate sugerează, de asemenea, că tratamentul adenomiozei poate îmbunătăți fertilitatea. Lucrarea de față își propune să abordeze această patologie din punctul de vedere al posibilităților diagnostice, al legăturii cu infertilitatea și al opțiunile noi terapeutice, precum și expunerea concisă a studiilor recente pe această temă din literatura de specialitate.

Cuvinte-cheie: adenomioză, infertilitate

Managementul infecției acute cu *Toxoplasma gondii* în sarcină

Mihai Mitran^{1,2}, Octavia Velicu¹, Roberta Ciobanu¹, Bogdan Botezatu^{1,2}, Diana Comandașu^{1,2}, Elvira Brătîlă^{1,2}

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

2. UMF „Carol Davila”, București

Toxoplasmoza este o infecție parazitară cauzată de *Toxoplasma gondii*. Atunci când infecția primară acută are loc în timpul sarcinii, aceasta poate să fie asimptomatică pentru mamă, dar poate să producă o infecție congenitală severă, cu sechele neurologice și oculare fetale. Prevalența infecției toxoplasmice congenitale este de 1-2 cazuri la 10.000 de nou-născuți. Lucrarea de față își dorește să prezinte un protocol complet de diagnostic și tratament al infecției acute cu *Toxoplasma gondii* în sarcină. Pentru atingerea scopului s-au revizuit articole și ghiduri din literatura internațională de specialitate de dată recentă. Principalele concluzii atestă, ca prim pas în diagnosticarea infecției, realizarea unui

profil serologic cuprinzând IgG, IgM, IgA și IgE. În cazul suspectării unei infecții acute, testarea trebuie repetată, până la sosirea rezultatelor instituindu-se un tratament medicamentos cu spiramicină. La sarcinile de peste 18 săptămâni se va indica efectuarea unei amniocenteze, pentru confirmarea transmiterii fetale. Tratamentul infecției fetale constă în administrarea unei combinații de pirimetamină, sulfadiazină și acid folinic. Principalele studii despre afectarea fetală, în cazul infecției acute, în primul trimestru de sarcină, au concluzionat că avortul terapeutic nu este indicat.

Cuvinte-cheie: infecție congenitală, afectare fetală, profil serologic, tratament

Conduita terapeutică în tumorile ovariene borderline la paciențele de vârstă fertilă – review al literaturii

Mihai Mitran^{1,2}, Octavia Velicu¹, Maria Comănescu^{1,2}, Anca Potecă^{1,2}, Roberta Ciobanu¹, Diana Comandașu^{1,2}, Bogdan Botezatu^{1,2}, Elvira Brătîlă^{1,2}

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

2. UMF „Carol Davila”, București

Tumorile ovariene borderline au fost descrise ca tumori cu potențial malign redus, de către FIGO, încă din 1971. Acestea fac parte din clasa tumorilor ovariene epiteliale maligne, constituind 10-20%. Se întâlnesc specific la femeile tinere, de vârstă fertilă, prezervarea rezervei ovariene și implicit a fertilității reprezentând și principalul scop al conduitei terapeutice. Articolul de față își propune să prezinte un standard protocolar de conduită terapeutică în tratamentul tumorilor ovariene borderline la paciențele de vârstă fertilă. Principalele concluzii sunt

reprezentate de încurajarea operațiilor conservative, atât timp cât paciențele nu prezintă implanturi invazive și acestea asigură complianța asupra follow-up-ului. Nu există, totuși, un consens internațional asupra completării conduitei terapeutice cu operație radicală post-partum. La momentul actual, nu a fost demonstrat că tratamentele adjuvante ar îmbunătăți ratele de supraviețuire sau de recidivă la paciențele fără implanturi invazive.

Cuvinte-cheie: tumori borderline, vârstă fertilă, prezervarea fertilității

Managementul gravidei adolescente

Monica Cîrstoiu¹, Octavian Munteanu^{2,3}

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

2. Disciplina Anatomie, UMF „Carol Davila”, București

3. Secția de Obstetrică-Ginecologie III, Spitalul Universitar de Urgență București

Adolescența este o perioadă de tranziție de la copilărie la viața de adult. Începe odată cu instalarea pubertății – proces de dezvoltare fizică, psihică și emoțională cauzat de o serie de modificări, în special endocrine. Numărul sarcinilor în rândul adolescentelor este în continuă creștere, ca urmare a schimbărilor sociale. Din păcate, multe sarcini la vârsta adolescenței sunt de multe ori cauza abuzului și violenței sexuale, riscul fiind mai mare pentru tinerele crescute într-un mediu social vulnerabil. Ratele ridicate ale sarcinii la vârsta

adolescenței sunt determinate de gradul scăzut de informare a tinerelor cu privire la sexualitate și planificarea familială și de un nivel redus de implementare a programelor de educație sexuală. Sarcinile la adolescente sunt însoțite de o incidență crescută a preeclampsiei, nașterii premature sau restricției de creștere intrauterină. În acest context, consultația prenatală și dispensarizarea gravidei adolescente reprezintă o provocare pentru obstetricieni.

Cuvinte-cheie: management, sarcină, adolescență

Management in case of pathological changes of the uterine cervix during pregnancy

Octavian Gabriel Olaru, Anca Daniela Stănescu, Liana Pleș

“Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest; “Saint John” Emergency Clinical Hospital, “Bucur” Maternity, Bucharest

Introduction. Cervico-isthmic insufficiency is one of the causes of second-trimester abortion and premature birth. This term is used to denote a pathological condition characterized by shortening of the cervix (shorter than 25 mm), dilation of the cervical internal opening (“funneling” – from the English term “funnel”, which refers to the “funnel” shape of a tube wide to one end and narrow to the other) or the entire uterine cervix, apparently spontaneous, initially without painful uterine contractions, followed by abortion or premature birth. In the past, the diagnosis was made either by “testing” the uterine cervix outside of pregnancy (if it was permeable directly to Hegar no. 8), or after the patient had lost some pregnancies after the first trimester, without contractions, in the absence of other apparent causes. Repeated pregnancy losses in the second trimester or premature births without contractions or bleeding eventually led to the diagnosis, but unfortunately, often too late. Ultrasound for cervical evaluation – even though controversies still exist – has made tremendous progress in diagnosis by allowing cervical length assessment and the assessment of internal orifice status, as well as tracking the evolution of these parameters in dynamics. Once the diagnosis is established, the problem of therapeutic intervention is raised. As for the attitude to be followed, there is no consensus, especially since new methods or new variants of older methods have emerged, which generates a continuous evaluation and reevaluation

process. The classic triad bed rest, lithic treatment, cerclage is currently being challenged by followers of some newer methods. **Objective.** The aim of this paper is to formulate a therapeutic algorithm related to the problem of cervico-isthmic insufficiency. **Method.** The method used is the meta-analysis of the data from literature and of the ones from our own experience and the statistical processing. **Discussions.** Systematizing the attitude to be followed, data on the bed rest and limitation of activity, drug treatment (lithic, progesterone, antibiotic, use of indomethacin), use of the pessary or cerclage (alone or combined) were analyzed. **Conclusions.** If in the prevention of abortion and premature birth, cerclage has a clear advantage, the cervical pessary is under discussion (despite controversial data) to prevent premature births. Although initially blamed, the association of cervical cerclage with cervical pessary seems to offer some advantages; however, this will be considered in larger (significant) studies. In terms of drug treatment, progesterone appears to be advantageous, and indirectly, the use of lithic or antibiotic therapy for associated pathology or complications. Lifestyle changes and bed rest do not seem to be adequately assessed through well-designed studies, although it is considered, regarding the bed rest, that risks (e.g., venous thrombosis) outweigh the potential benefits.

Keywords: cervico-isthmic insufficiency, ultrasound, therapeutic algorithm

Obezitatea asociată cu PCOS – cauză de carcinom endometrial la femeia foarte tânără. Prezentare de caz

Șerban Nastasia, Roxana Bohilțea, Elvira Brătîlă, Monica Cîrstoiu

UMF „Carol Davila”, București

Introducere. Cancerul endometrial reprezintă o etiologie rară a metroragiilor disfuncționale la femeile tinere. Obezitatea asociată cu sindromul ovarelor polichistice poate genera anomalii menstruale și metroragii disfuncționale. **Prezentarea cazului.** O pacientă de 23 de ani, obeză (BMI=49,9 kg/m²), prezintă un istoric lung de sângerări uterine neregulate. Ecografia transvaginală, frecvent repetată, a arătat constant un endometru gros. În cursul evoluției bolii, au fost efectuate mai multe biopsii de endometru, care au arătat progresia de la hiperplazia endometrială complexă fără

atipii la adenocarcinom endometrial. La tratamentul conservator, prescris în repetate rânduri, pacienta a fost total necompliantă. Tratamentul definitiv a constat în histerectomie totală, cu anexectomie bilaterală și limfadenectomie pelviană. Examenul histopatologic a evidențiat adenocarcinom endometrial moderat diferențiat, fără afectare ganglionară. La pacientele tinere, obeze, cu metroragii disfuncționale, adenocarcinomul endometrial tinde să fie o etiologie cu frecvență în creștere.

Cuvinte-cheie: obezitate, sindrom de ovare polichistice, carcinom endometrial, metroragie

Colpo-cervicosuspensia la ligamentele sacrospinoase în tratamentul prolapsului genital – experiența Clinicii „Dr. Ion Cantacuzino”

Șerban Nastasia, Manuela Cristina Russu

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

Obiective. Analiza procedeelelor de refacere a anatomiei compartimentului perineal posterior în cazurile de prolaps genital de gradul 2-3 sau 4. **Materiale și metodă.** Studiul retrospectiv, efectuat în perioada 1 ianuarie 2010 – 31 mai 2017, a analizat cazurile de prolaps genital de grad 2-3 sau 4, operate în Clinica de Obstetrică-Ginecologie a Spitalului „Dr. Ion Cantacuzino”. Analiza a fost efectuată asupra datelor demografice, tipului de intervenție chirurgicală, complicațiilor și evoluției postoperatorii, cu precădere asupra intervențiilor de consolidare a compartimentului posterior perineal. **Rezultate.** În perioada amintită au fost identificate 124 de cazuri de prolaps genital de gradul 2-3 sau 4, dintre care în 44 de cazuri au fost efectuate procedurile specifice adresate compartimentului posterior perineal, dintre care 7 cazuri de colposacrosuspensie și 37 de cazuri de colpo-cervicosuspensie la ligamentele sacrospinoase, cu/fără proceduri asociate. Patologia uterină asociată a fost prezentă la 42,86% din cazurile de colposacrosuspensie, comparativ cu

prezența în 5,41% dintre fixările la ligamentele sacrospinoase (Prob>ChiSq LR=0,0140; Pearson=0,0042). Patologia sistemică gravă a fost prezentă în 27,03% din cazurile la care s-a efectuat o procedură de suspenție la ligamentele sacrospinoase, respectiv în 14,29% din cazurile de colposacrosuspensie. Numărul de zile de spitalizare a fost semnificativ statistic mai mic în cazul fixării la ligamentele sacrospinoase, comparativ cu colposacrosuspensia (4,64 zile față de 7,00 zile; Prob>F=0,0052). **Concluzii.** Colpo-cervicosuspensia la ligamentele sacrospinoase, cu/fără proceduri asociate, reprezintă o intervenție de elecție la pacientele cu prolaps genital de grad 2-3 sau 4, cu patologie sistemică asociată severă sau cu antecedente chirurgicale abdominale importante. Colposacrosuspensia reprezintă o alternativă de tratament al prolapsului genital de grad 2-3 sau 4, la paciente nulipare, cu patologie uterină asociată, la care eventual se impune histerectomia.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, suspenție, ligamente sacrospinoase

Anomalii fetale în afecțiunile materne autoimune

Anca Panaitescu

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

Afecțiunile materne autoimune sunt caracterizate prin prezența autoanticorpilor anormali. În sarcină, autoanticorpii de tip IgG pot traversa placentă utilizând mecanismele fiziologice de pasaj transplacentar și pot acționa la nivelul fătului, cauzând uneori afecțiuni fetale. Această prezentare conține informații despre gușa fetală cauzată de boala Graves sau despre tratamentul

acesteia (cu antitirodine de sinteză), blocul atrioventricular fetal cauzat de prezența anticorpilor anti-Ro și La materni, artrogripoza fetală în asociere cu *miastenia gravis* maternă și hemoragia intracraniană fetală din trombocitopenia maternă autoimună.

Cuvinte-cheie: anomalie fetală, sarcină, boli autoimune

Cancerul vulvar invaziv incipient

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

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

Cancerul vulvar (CV) reprezintă una din cele mai rare afecțiuni ginecologice maligne, reprezentând 4% din totalul cancerelor ginecologice. Din cauza rarității, s-au realizat puține studii clinice prospective randomizate care să stabilească o conduită clinică pe principii similare celorlalte cancere ginecologice. Conduita clinică este bazată pe studii clinico-patologice retrospective. CV este o boală a femeii în postmenopauză. Leziunile vulvare intraepiteliale (VIN) apar la femeile tinere și sunt corelate cu infecția HPV. În noua clasificare a CV (2009) sunt descrise două tipuri de leziuni: comune (basaloide, condilomatoase), legate de infecția HPV; diferențiate, care apar la femeile bătrâne pe fond de leziuni displazice. Cel mai frecvent tip histologic este carcinomul scuamos (80%). Diagnosticul se stabilește prin biopsie. Clasificarea FIGO utilizată este din 2009. Conduita CV

trebuie individualizată. Ca principiu general, trebuie luată în considerație cea mai conservatoare operație cu viză curativă. Tratamentul este chirurgical și se adresează tumorii primare (excizie locală radicală) și ganglionilor limfatici inghinali (ganglion santinelă, limfadenectomie). Identificarea ganglionului santinelă este o practică în continuă expansiune, efectuându-se cu tehniciu radioactiv și albastru de isosulfan. Riscul de recidivă ganglionară după identificarea unor ganglioni santinelă negativi este de 2,3%. În caz de recidivă, riscul de deces este mare. Radioterapia inghinală și pelviană este benefică în cazul ganglionilor inghinali metastatici. Ea se mai poate aplica local în cazul în care nu poate fi asigurată excizia chirurgicală a tumorii cu limite de siguranță de cel puțin 1 cm.

Cuvinte-cheie: cancer vulvar, invazie, menopauză, VIN

Indicațiile moderne ale allogrefelor sintetice în tratamentul prolapsului genital

Octavian Mircea Poenaru, Ionuț Sterie, Liana Pleș, Flavia Braicu, Anca Daniela Stănescu

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

Apariția în anii '90 a „teoriei integrale” a lui Petros și a lui Ulmstem, conform căreia tulburările de statică pelviană și cele de conținție urinară sunt datorate alterării unor structuri fasciale și ligamentare care intră în componența diafragmei pelviene, a condus la dezvoltarea tehnicilor chirurgicale vaginale și endoscopice care utilizează allogrefe sintetice. După o perioadă de utilizare aproape excesivă datorată eficienței superioare pe termen lung, indicațiile utilizării allogrefelor sintetice s-au mai redus, fiind rezervate pacienților cu defecte mari de statică pelviană, cazurilor recidivate și femeilor în perimenopauză. Un criteriu important în alegerea tehnicii chirurgicale este cel al conservării funcției sexuale. În perioada ianuarie 2010 – decembrie 2017, în Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Bucur” s-au practicat 67 de cistopexii directe cu allogrefă de polipropilenă, procedeu TOT, iar pentru tratamentul chirurgical al IUE manifeste

sau mascate s-a utilizat sistematic tehnica Kelly. Cazurile de IUE izolată au fost rezolvate prin aplicarea bandetei suburetrale, tot prin procedeu TOT (61 de cazuri). Cura chirurgicală a defectului peretelui posterior vaginal a constat, de regulă, în colporafie posterioară cu miografia ridicătorilor anali (73 de cazuri). În cazurile asociate cu descensus uterin important, tehnica standard a constat în histerosacropexie cu sau fără întărirea fasciei rectovaginale cu plasă sintetică (14/3). S-au înregistrat 7 colpocleisisuri exclusiv în cazuri de paciente vârstnice la care intervenția chirurgicală era contraindicată sau care au declarat absența vieții sexuale. Articolul discută avantajele, dezavantajele și complicațiile utilizării allogrefelor sintetice în tratamentul prolapsului genital comparativ cu experiența Clinicii de Obstetrică și Ginecologie „Bucur”.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, allogrefă, incontinență urinară de efort

Tehnici conservatoare ca alternativă la histerectomia din post-partum

Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Romina-Marina Sima^{1,2}, Denisa-Oana Bălălaşu², Liana Pleș^{1,2}

1. UMF „Carol Davila”, București, Clinica „Bucur”, București

2. Spitalul Clinic „Sf. Ioan”, Maternitatea „Bucur”, București

Introducere. Hemoragia din post-partum reprezintă o cauză importantă de morbiditate și mortalitate maternă. Cauzele cele mai frecvente sunt: atonia uterină, soluțiile de continuitate, aderențele anormale ale placentei și coagulopatia. **Materiale și metodă.** Am revizuit baze de date medicale internaționale cu studii randomizate, metaanalize referitoare la tendințele actuale despre histerectomia post-partum și tehnicile alternative în hemoragia din post-partum. **Rezultate.** Incidența hemoragiei din post-partum este de 1% în condițiile unei atitudini terapeutice rapide. Tratamentul este direcționat de cauză. Astfel, pentru atonie uterină, inițial se tentează mijloace farmacologice și ulterior gesturi chirurgicale precum ligatura arterei uterine – O’Leary sau ligatura arterei hipogastrice. Sutura B-Lynch și variantele acesteia sunt concepute pentru a realiza compresia uterului prin forță mecanică. Baloanele uter-

ine sunt proiectate pentru a realiza tamponarea zonelor de sângerare placentară. Aceasta este cea mai eficientă metodă deoarece cateterul aplică presiune directă la locul de sângerare. Dispozitivele cu balon uterin concepute special pentru tamponada uterină după naștere vaginală sau cezariană includ: cateterul Foley, balonul Bakri, dispozitivul B-T Cath și dispozitivul dublu-balon Ebb, care este, de asemenea, proiectat și pentru hemostaza cervicală. Radiologia intervențională impune gestionarea avansată, minim invazivă, a hemoragiei în post-partum. **Concluzii.** Utilizarea uterotonicelor, ligaturilor vasculare pelviene și tamponadelor cu baloane sunt primii pași în abordarea terapeutică a hemoragiei din post-partum. Conduita adecvată constă într-o atitudine promptă, deseori în echipă multidisciplinară.

Cuvinte-cheie: balon Bakri, sutură B-Lynch, ligatură O’Leary

Nașterea la femeia cu epilepsie

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

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

Epilepsia este suferința cronică cerebrală manifestată prin crize epileptice recurente, spontane și nu reprezintă o contraindicație pentru sarcină. Majoritatea femeilor cu epilepsie pot avea o sarcină normală și un copil sănătos. În acest scop, gravidele cu epilepsie necesită tratament continuu pe parcursul sarcinii. Obiectivul principal al terapiei antiepileptice (AE) în sarcină este evitarea totală a crizelor. Astfel, este indicată ajustarea terapeutică a medicației în sarcină ținând cont de balanța fină între riscul teratogen fetal și controlul crizelor materne. Se recomandă monoterapie în doză minimă eficientă și evitarea administrării de valproat. Nașterea în cazul pacienților cu epilepsie este indicat să aibă loc într-un centru pluridisciplinar, având în vedere că în timpul nașterii există riscul crescut de a dezvolta o criză epileptică.

De aceea, medicația epileptică nu se oprește în travaliu. Nașterea poate avea loc pe cale vaginală sau prin cezariană, în cazurile în care apare zilnic o criză minoră sau cel puțin o criză majoră tonico-clonică pe săptămână. Având în vedere că tratamentul antiepileptic induce deficit de folat și alterarea factorilor de coagulare dependenți de vitamina K, este indicată administrarea profilactică a vitaminei K pentru a reduce riscul de hemoragie la nou-născut. În lăuzie este necesară ajustarea dozei de AE în contextul redresării volemică și al riscului crescut de crize epileptice induse de privarea de somn, extenuare, durere. Deși se pot naște controverse privind alăptatul la femeile cu epilepsie, recomandăm tuturor să alăpteze, indiferent de medicația AE administrată.

Cuvinte-cheie: epilepsie, sarcină, naștere

Pregnancy outcome in the dual endocrinopathy diabetes mellitus and hypothyroidism – a 5-year retrospective study

Șerban Nastasia, Adriana Ghelmen, Manuela Russu

“Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, “Dr. I. Cantacuzino” Clinical Hospital, Bucharest

Objectives. The assessment of pregnancy outcomes in the dual endocrinopathy diabetes mellitus and hypothyroidism. **Materials and method.** A 5-year retrospective analysis of maternal and newborn outcomes in four groups: A – dual endocrinopathy diabetes mellitus and hypothyroidism; B – overt DM; C – hypothyroidism; D – control. There are analyzed: demographical data; primary outcomes (birth gestational age, Apgar score, composite neonatal morbidity); secondary outcomes (specific gestational complications – maternal weight gain, hypertension/preeclampsia, maternal/neonatal hospitalization). The statistical analysis was performed using JMP IN software. Correlations reached statistical significance for $p < 0.05$. **Results.** Out of a total of 199 patients, 19 were from group A (9.54%), 50 from group B (25.1%), 31 from group C (15.57%), and 99 were from group D (49.74%). The patients were evaluated according to the following characteristics: age (A – 30.2; B – 31.6;

C – 31.3; D – 28.3; $p = 0.001$), parity (A – 1.68; B – 1.72; C – 1.38; D – 1.59; NS), associated preeclampsia (A – 42.11%; B – 32%; C – 16.13%; D – 7.07%; $p < 0.0001$), gestational age at delivery (A – 36.47; B – 37.48; C – 38.03; D – 38.49; $p = 0.0003$), route of delivery (caesarean section rate: A – 78.95%; B – 78%; C – 58.06%; D – 51.52%; $p = 0.0057$), birthweight (A – 3298 g; B – 3362 g; C – 3149 g; D – 3180; NS), Apgar score at 5 minutes less than 7 (A – 15.79%; B – 12%; C – 9.68%; D – 5.05%; NS), ventilatory maneuvers (A – 5.56%; B – 14.29%; C – 12.90%; D – 7.07%; NS), surfactant usage (A – 5.56%; B – 2%; C – 0; D – 0; NS), orotracheal intubation (A – 5.56%; B – 2%; C – 0; D – 1.01%; NS). **Conclusions.** The dual endocrinopathy diabetes mellitus and hypothyroidism in pregnancy further increases the morbidity burden and severity on both mother and fetus, more than each one separately.

Keywords: pregnancy, diabetes mellitus, hypothyroidism

Restricția de creștere selectivă în sarcina gemelară – diagnostic și monitorizare

Anca A. Simionescu

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

Restricția de creștere intrauterină precoce este o patologie obstetricală interesantă și complexă, etiologia placentară fiind descifrată în ultimii 10 ani. În sarcina multiplă, diagnosticul prenatal al corionicității devine obligatoriu din cauza complicațiilor specifice sarcinilor gemelare monocoriale monozigote, a căror incidență este în creștere. Restricția de creștere intrauterină selectivă se definește prin greutatea feților sub 10 percentile sau diferențe între greutățile fetale de peste 25%. Apare la 10-15% din sarcinile monocoriale, dar și la sarcinile bicoriale, contribuind la creșterea morbidității, mortalității și apariției sechelelor neurologice fetale. Prognosticul este diferit în funcție de corionicitate și de termenul de gestație la care se produce decompensarea vasculară cu risc de moarte intrauterină. Ne propunem să prezentăm istoria naturală a acestei pa-

tologii pentru sarcina monocorială, diagnosticul, stadializarea și monitorizarea feților, diferențele între sarcina mono- și bicorială. Scopul echipei este să pună indicația, să efectueze tratament intrauterin și să stabilească momentul optim al nașterii. Vom prezenta statistica din literatură, dar și managementul unui caz clinic din spitalul nostru, la care s-au născut doi feți vii de 1000 g și 1700 g, subliniind încă o dată importanța corionicității și confirmarea postnatală. Aceste sarcini trebuie supravegheate în centre specializate în diagnosticul prenatal, nașterea organizată în maternități de nivel III, placenta analizată anatomopatologic după injectarea cu produse colorimetrice și gemenii supravegheați în continuare.

Cuvinte-cheie: sarcină gemelară, restricție de creștere intrauterină, selectivă, precoce

Patologiile tiroidiene asociate sarcinii

Anca A. Simionescu

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

Dozarea hormonilor tiroidieni în sarcină nu se recomandă de rutină, în ciuda faptului că în timpul sarcinii se produc modificări fiziologice ale tiroidei materne și se pot diagnostica o serie de patologii tiroidiene care necesită terapie adecvată. Hipo- sau hipertiroidia în sarcină se asociază cu riscuri crescute de patologii materne și fetale, dezvoltate pe parcursul vieții. Una din cinci gravide prezintă anticorpi antitiroidieni prezenți, ATPO trecând bariera placentară. Un nivel corespunzător al iodului matern asigură o dezvoltare tiroidiană normală a fătului, iar valorile normale ale hormonilor tiroidieni în sarcină asigură dezvoltarea neurocognitivă fetală normală. Suplimentarea cu iod în regiunile geografice deficitare (250 μg/zi în sarcină și 290 μg/zi în lăuzie) poate asigura un nivel optim al hormonilor tiroidieni.

Hipotiroidismul (chiar dacă nu se manifestă întotdeauna clinic) poate determina cretinism, deficit de dezvoltare motorie la făt și maladii materne. Tratamentul cu tiroxină și medicația antihipertiroidiană în sarcină sunt autorizate, dozele fiind adaptate în cele trei trimestre ale sarcinii. Ne propunem să prezentăm adaptarea organismului matern la nivel tiroidian în sarcină, interpretarea și valorile optime ale hormonilor tiroidieni în sarcină și post-partum, ca și principalele situații de hipo- și hipertiroidie ce pot apărea fiziologic sau patologic în sarcină și lăuzie. Vom prezenta și o serie personală de paciente la care s-au descoperit prin testare de rutină patologii tiroidiene și consecințele acestora pe termen scurt (un an în lăuzie) în sarcină.

Cuvinte-cheie: sarcină, patologie tiroidiană, hormoni

3D ultrasound diagnosis of umbilical cord anomalies

Roxana Elena Bohilțea^{1,2}, Octavian Munteanu^{1,2}, Diana Voicu², Oana Bodean², Ioniță Ducu², Monica Cîrstoiu^{1,2}

1. „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

2. Department of Obstetrics and Gynecology, University Emergency Hospital, Bucharest

Umbilical cord abnormalities have an increased incidence and are often associated with structural or chromosomal abnormalities or deficient placentation. The persistent right umbilical vein is frequently associated with other life-threatening malformations. A four-vessel cord has been noted in normal neonates, but also in neonates with multiple congenital anomalies, and it is a common finding in conjoined twins. Single umbilical artery is associated with other fetal malformations and with growth restriction or abnormal karyotype. Excessive spiraling of a very long umbilical cord is often present in cases of unexplained fetal demise. Umbilical artery aneurysm is highly associated with trisomy 18, single umbilical artery, cardiac anomalies and intrauterine fetal death. Fetal intraabdominal umbilical vein varix has been associated with a high incidence of fetal anomalies and obstetric complications. More than 20%

of umbilical cord cysts are associated with fetal chromosomal or structural defects. Velamentous umbilical cord insertion occurs in approximately 1% of singleton gestations, but it is more common in monochorionic twin gestations, in placenta praevia and in stillbirth cases, particularly from multiple pregnancies. True knot of the umbilical cord is a rare occurrence, which is difficult to diagnose antenatally; the constriction of the umbilical cord may lead to obstruction of the fetal circulation and subsequent intrauterine death. This paper reviews the most important aspects of the structural abnormalities of the umbilical cord, as determined by prenatal ultrasound, highlighting the experience of a very important obstetrics and gynecology department of Romania over the past five years.

Keywords: umbilical cord anomalies, placentation anomalies, 3D ultrasound diagnosis

Făt de 21 de săptămâni cu trisomie 18 (sindrom Edwards) – malformații osoase evidențiate ecografic

Bogdan Botezatu, Mihai Mitran

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

Sindromul Edwards, cunoscut ca trisomia 18, este o anomalie genetică produsă de prezența unui extracromozom 18. Unele malformații fizice se asociază cu sindromul Edwards, cum ar fi: microcefalie, asociată cu un occiput proeminent, urechi mici, malformate, mandibulă mică, anomalii ale palatului, nas de mici dimensiuni, hipertelorism, torace îngustat, absența radiusului, chisturi ale plexului cororid, anomalii ale degetelor mâinii și ale

picioarelor, testicule necoborâte în scrot la feții de sex masculin. Diagnosticul acestei anomalii genetice se face prin examenul ecografic și prin amniocenteză; astfel, ADN-ul fetal este examinat prin cariotipare. Avortul terapeutic se indică în asemenea cazuri.

Cuvinte-cheie: micrognație, malformații ale mâinii, ecografie, diagnostic, malformații craniene, omfalocel, avort terapeutic

Restricția de creștere intrauterină la paciențele HIV-pozitive

Octavia Velicu², Roberta Ciobanu², Diana Comandașu², Mariana Mărdărescu³, Elvira Brătilă^{1,2}, Mihai Mitran^{1,2}

1. UMF „Carol Davila”, București

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

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

România este unică în Europa, prin existența unei cohorte uniforme de paciențe infectate cu HIV în perioada 1989-1990. Acest aspect face ca, la momentul actual, în România să existe 2971 de paciențe seropozitive care aparțin grupei de vârstă 25-29 de ani. Ne aflăm, astfel, în fața unei perioade probabil de încă 10 ani cu un număr crescut de nașteri din mame HIV-pozitive. Lucrarea de față are ca scop observarea prevalenței fenomenului de restricție de creștere intrauterină la paciențele cu HIV și definirea principalelor cauze – efectul medicației antiretrovirale, patologie placentară, efect al imunosupresiei. În vederea îndeplinirii scopului s-a revizuit literatura internațională

de specialitate de dată recentă și s-a realizat o statistică a cazurilor de sarcini la paciențe HIV-pozitive urmărite în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sirbu” în ultimii 20 ani. Principalele concluzii vin să contureze un grad ridicat de restricție de creștere intrauterină în cadrul paciențelor HIV-pozitive (32% vs. 16% la paciențe HIV-negative). O cauză principală nu este unanim acceptată în literatură, în special din cauza numărului mic de paciențe studiate și a neomogenității loturilor de studiu. Se susține astfel necesitatea unui studiu extins al efectelor HIV asupra fătului și anexelor acestuia.

Cuvinte-cheie: HIV, placentă, hipotrofie fetală

Restricția de creștere *in utero* – eșec al biologiei. Ce arme avem?

Ștefania Tudorache, Ciprian Pătru, Ștefan Degeratu, Dominic Gabriel Iliescu, Alin Stoica

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Restricția de creștere intrauterină (RCIU) reprezintă o problemă majoră de sănătate publică – cea de-a doua cauză de mortalitate și morbiditate perinatală în lume. Datorită progreselor continuu înregistrate în ceea ce privește managementul în viața fetală, ratele de supraviețuire au crescut și RCIU contribuie în prezent într-o mai mare măsură la morbiditatea în perioada neonatală și în copilărie. RCIU se asociază cu deficite în dezvoltarea neurologică pe termen lung, acestea depinzând de momentul debutului, de durata și severitatea restricției. Contribuția fiecărui tip de injurie biologică (potențiali factori de influență) ce se asociază cu RCIU – redistribuția circulației fetale, momentul nașterii (în special prematuritatea) și tipul de îngrijire neonatală – este deosebit de dificil de stabilit. GRIT (Growth Restriction Intervention Trial) nu a identificat diferențe clinic semnifi-

cative în ceea ce privește prognosticul neurologic între cele două grupuri de feți: cei la care nașterea electivă s-a practicat imediat, față de cei la care nașterea a fost temporizată. Prognosticul feților la care restricția apare precoce în sarcină pare să fie și mai sumbru. Cea mai importantă ipoteză emisă este malnutriția intrauterină, ce pare a avea efecte mai importante decât hipoxia. Managementul activ al RCIU la limita viabilității are rezultate suboptimale. Nu există tratament specific pentru RCIU, dar există speranțe în ceea ce privește prevenția formei cu apariție precoce și a preeclampsiei. Noi raportăm rezultatele pe termen scurt și lung într-o serie de cazuri de feți cu RCIU. Îngrijirea intensivă neonatală și managementul au impus munca în echipe mari, multidisciplinare.

Cuvinte-cheie: RCIU, GRIT, prognostic fetal

Tumorile de ovar – importanța diagnosticului ecografic în managementul de caz

Ștefania Tudorache, Roxana Drăgușin, Maria Șorop Florea, Ștefan Degeratu, Dominic Gabriel Iliescu

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Descrierea ecografică a maselor ovariene și diferențierea dintre patologia benignă și malignă sunt foarte importante. Acestea permit atât scăderea intensității supravegherii medicale (crescând astfel cost-eficiența), cât și a anxietății pacientei. Pe de altă parte, optimizează fenomenul de referire a cazurilor de tumori borderline/tumori ovariene maligne în instituții de rang superior, în vederea unui tratament optim. Raportăm rezultatele unui studiu prospectiv realizat în unitatea noastră de diagnostic. Au fost folosite modelul descrierii tumorilor ovariene, conform IOTA (International Ovarian Tumor Analysis), și regulile simple de caracterizare a tumorilor ovariene (bazate pe prezența sau absența caracterelor tipice ecografice de malignitate: ascită, vascularizație intensă, prezența componentei solide, dimensiunile tumorii, prezența proiecțiilor papilare și a conturilor neregulate parietale). Au fost evaluate 3246 de cazuri de tumori ovariene. 2369 (73%) au fost tumori benigne, 269 (8,28%) tumori borderline și

608 (18,73%) tumori invazive. În niciun caz de tumoră lichidiană unilaterală, uniloculată nu a fost precizat diagnosticul de malignitate. Toate cazurile de tumori invazive au prezentat componentă solidă. 88% din tumorile borderline au prezentat proiecții papilare. Am confirmat rezultatele anterioare: deși majoritatea tumorilor invazive prezintă un grad de vascularizație la examinarea color/power Doppler, prevalența tumorilor intens vascularizate a fost mai mică decât cea raportată anterior. Sensibilitatea și specificitatea clasificării ecografice pe criterii subiective în cazul tumorilor maligne au fost înalte (97%, respectiv 86%). Au fost întâlnite dificultăți în cazul tumorilor de dimensiuni reduse și al varietăților histologice rare. În concluzie, deși neoplasmul ovarian invaziv este ușor de recunoscut datorită semnelor ecografice de malignitate în majoritatea cazurilor, se pot întâlni dificultăți, în special în cazul tumorilor solide de dimensiuni mici.

Cuvinte-cheie: tumori ovariene, clasificare ecografică

Management of heroin addiction and infectious diseases in pregnancy

Alina Popescu, Corina Moisa, Mihai Mitran

"Prof. Dr. Panait Sirbu" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Bucharest

Introduction. Abusive drug use represents a public health and social issue relatively little-studied in Romania. **Objectives.** This paper presents the risk of heroin use by pregnant women – direct and indirect effects on fetus and mother, monitoring, postpartum complications and risks. **Materials and method.** We present a statistic, on a four-year period, of cases of pregnant women consuming heroin, admitted in "Prof. Dr. Panait Sirbu" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, and their postpartum management. These women were immunologically depressed, presented abstinence syndrome (hypotension, tachycardia, anxiety, muscle aches), severe electrolyte imbalance, cachexia, and had associated infectious diseases (hepatitis C, hepatitis B, HIV) or systemic diseases (cirrhosis, anemia, coagulopathy, organ failure, severe hypoglycemia). Their overall condition was severe, altered, most of the time the fetus dying during pregnancy. Many women didn't make any prenatal checkup, some having a quick evolution towards sepsis in postpartum. The management in the postpartum period was difficult. Many cases had seri-

ous complications, required careful monitoring, had a long hospitalization and needed a multidisciplinary approach. **Conclusions.** Today we talk about an increasing number of drug users even during pregnancy. It's about patients with severe diseases who require interdisciplinary consult, many days of hospitalization, and in some cases the evolution is towards death. Many of these women are social cases, uninvestigated, and require entrance counseling programs and social reintegration. These patients are immunologically depressed, and have viral (HIV, VHC, VHB, herpes) or bacterial infections and STDs (herpes, AIDS, syphilis). Unfortunately, the incidence of this phenomenon is unknown and is not reported properly, due to the lack of drug abuse recognition and of a clear legislative framework, and also of the small possibility of recovery of these patients. The phenomenon is growing exponentially, and has been found in recent years lowering the age at which there is a danger of heroin consumption in pregnant women.

Keywords: abuse, monitoring, postpartum management

Bioethical challenges of assisted reproduction technology

Diana Badiu¹, Lucian Șerbănescu¹, Tony L. Hangan¹, Radu Vlădăreanu², Simona Vlădăreanu³, Dan Navolan⁴

1. Faculty of Medicine, "Ovidius" University of Constanța

2. Department of Obstetrics and Gynecology, "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, "Elias" University Emergency Hospital, Bucharest

3. Department of Neonatology, "Elias" University Emergency Hospital, "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, Bucharest

4. Department of Obstetrics-Gynecology and Neonatology, "Victor Babeș" University of Medicine and Pharmacy Timișoara, Municipal Emergency Clinical Hospital of Timișoara

Progress in the area of new technology requires more insight into bioethical regulation, especially when it comes to apply it to assisted reproductive technology (ART). In such cases, sterility and its treatment continue to be a cause of suffering, and in recent years there has been a challenge in bioethical regulations. In the present paper we analyze the modern ART in treating infertility with

different techniques. Such situations like status of embryo, surrogate motherhood, religious aspects, resources for patients, and legal solutions represent a bioethical challenge. The ethical and legal regulation need to be in concordance with human rights regulations.

Keywords: assisted reproduction, sterility, regulations, bioethics, legal

Leiomiom uterin gigant complicat cu IRA obstructivă – dificultăți diagnostice și riscuri terapeutice

Denisa-Oana Bălălău, Romina-Marina Sima, Liana Pleș, Anca Daniela Stănescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Maternitatea „Bucur”, Spitalul „Sf. Ioan” București

Tumorile pelviabdominale benigne voluminoase reprezintă o patologie ginecologică grevată de dificultăți diagnostice și riscuri intraoperatorii crescute, abordarea acestora implicând o experiență operatorie deosebită a chirurgului ginecolog. Fibromul uterin reprezintă cel mai frecvent tip de tumoră benignă pelviabdominală la femeie. Vă prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 44 de ani, cu un istoric chirurgical reprezentat de apendicetomie și operație cezariană în antecedent, care se prezintă în urgență la camera de gardă de urologie a Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Ioan” pentru retenție acută de urină, debutată în urmă cu aproximativ 12 ore. Din anamneză rezultă apariția în urmă cu 6 luni a unei simptomatologii constând în menoragii importante și tulburări micționale de tipul disuriei și polakiuriei. Examenul clinic relevă o formațiune pseudotumorală pelviabdominală, inițial diagnosticată ca glob vezical, pentru care se efectuează un cateterismul vezical ce evacuează doar o cantitate de aproximativ 50 ml de urină. Examenul CT cu substanță

de contrast descrie un uter polifibromatos de 18/14 cm, cu aspect sugestiv de leiomiom uterin, care exercită compresie la nivelul vezicii urinare și al ureterelor bilateral, cu uretero-hidronefroză consecutivă de gradul III și fără adenopatii loco-regionale. După transferul în Maternitatea „Bucur”, se decide intervenția chirurgicală, practicându-se laparotomie exploratorie, în cursul căreia se constată uter polifibromatos cu dimensiuni de circa 20/14 cm, de consistență fermă, contur neregulat, cu noduli fibromatoși situați atât intramural, cât și subseros, cel mai mare având 10 cm diametru, pediculat, cu dispoziție fundică. Se practică histerectomie totală cu anexectomie bilaterală, dificultatea intervenției chirurgicale fiind dată, în acest caz, de raporturile intime cu ureterele și vezica urinară, precum și cu vasele iliace bilaterale. Particularitatea cazului este dată de diagnosticarea unei formațiuni benigne gigante uterine în urgență printr-o complicație rară – retenția acută de urină.

Cuvinte-cheie: leiomiom, hidronefroză, histerectomie

Diagnosticul tardiv al obstrucției intestinale fetale

Alexandra Bruja¹, Elvira Brătilă^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Dilatarea intestinului fetal se caracterizează prin anse intestinale fetale pline cu lichid, care măsoară cel puțin 15 mm în lungime sau 7 mm în diametru, reprezentând un semn ecografic indirect al obstrucției intestinale fetale de tip mecanic, respectiv funcțional. Etiologia intestinului fetal dilatat cuprinde mai multe cauze, printre care: atrezia intestinală, în special cea distală (atrezia anală, atrezia jejunală, atrezia ileală, atrezia jejuno-ileală), boala Hirschprung, sindromul Berdon, diareea congenitală cu pierdere de cloruri sau gastroschizisul. Majoritatea tulburărilor obstructive intestinale fetale nu apar până în trimestrul al treilea, ecografia din trimestrul al doilea de sarcină având de cele mai multe ori un aspect nor-

mal. Posibilitatea diagnosticării ecografice antenatale a unei atreziei gastrointestinale fetale este influențată de vârsta gestațională, locul obstrucției și de asocierea altor anomalii fetale. În primele 24 de săptămâni de sarcină, ansele intestinale nu sunt recunoscute pentru că peristaltismul gastric nu este eficient, însă din săptămâna a 25-a de sarcină intestinul capătă ecogenitatea similară ficatului adiacent, facilitând diagnosticul prenatal al patologiei intestinale obstructive fetale. Pot apărea diverse complicații, precum necroza ischemică, din cauza compromiterii vasculare, și perforația intestinală.

Cuvinte-cheie: anse intestinale, obstrucție intestinală, atrezie, diagnostic ecografic antenatal

Fotocoagularea cu laser a anastomozelor placentare în sindromul transfuzor-transfuzat

Reli Cotman, Anca Burnei-Rusu, Vlad Zamfirescu, Andrei Trăistaru, Simona Vlădăreanu

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

Sindromul transfuzor-transfuzat (STT) este o complicație rară și extrem de severă ce apare exclusiv în sarcinile gemelare monocoriale. În mod obișnuit, cu toate că au în comun aceeași placenta, circulația fiecărui gemăn este separată. În STT, din cauza apariției anastomozelor vasculare placentare, se va realiza un schimb inegal al transfuziei sangvine intrauterine de la un făt („donor”) la celălalt făt („acceptor”). Fiind o afecțiune progresivă cu potențial sever, în ultimul deceniu s-au studiat diferite metode de diagnostic și tratament, tehnicile îmbunătățind considerabil ratele de supraviețuire fetală. Tehnica fotocoagulării selective cu laser a anastomozelor placentare reprezintă singurul tratament care se

adresează patologiei sindromului transfuzor-transfuzat, realizându-se de obicei în săptămânile 16-26 de gestație. Fotocoagularea laser a anastomozelor placentare este o metodă de tratament care are ca scop întreruperea vaselor de sânge comune dintre gemeni prin direcționarea cu atenție a fasciculului laser ce coagulează selectiv vasele comunicante, blocând astfel schimbul anormal sangvin. Deși s-au realizat progrese importante în diagnosticul și tratamentul sindromului transfuzor-transfuzat, multe întrebări nu au încă un răspuns, multe idei inovatoare de diagnostic și tratament fiind în studiu.

Cuvinte-cheie: sindrom transfuzor-transfuzat, fotocoagulare

Terapia nutrițională în diabetul gestațional

Cristina Teodorescu¹, Costin Berceanu², Elvira Brătilă³, Claudia Mehedintu^{1,3}

1. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa”, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova; 3. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

În ultimii ani am asistat la o creștere exponențială a interesului pentru studiul patologiei femeii gravide, nu doar datorită implicării mamei, dar și datorită apariției concomitente a patologiei fetale, precum și a conceptului „făt ca pacient”. Tulburările de glicoreglare apărute la femeia gravidă constituie o redutabilă patologie, cu o creștere considerabilă a consecințelor metabolice nedorite. Din cauza incidenței și prevalenței ridicate a diabetului zaharat gestațional, în condițiile alimentației dezechilibrate și dată fiind asocierea acestuia cu patologia materno-fetală, apare necesitatea diagnosticării precoce și încercării de a corecta cât mai timpuriu modificările

apărute. O dietă optimă trebuie să furnizeze energiile și nutrienții necesari pentru o dezvoltare fetală normală, fără a afecta sănătatea mamei, și să poată asigura atingerea nivelului glicemic propus, în absența cetozei. Suplimentarea cu vitamine și săruri minerale se va lua în considerare atunci când acestea nu pot fi asigurate prin alimentație. Schimbarea stilului de viață, tratamentul complex și monitorizarea riguroasă a gravidelor diagnosticate ar putea reprezenta un algoritm de succes în prevenirea complicațiilor importante ce pot apărea.

Cuvinte-cheie: diabet zaharat gestațional, sarcină, nutriție, metabolism

From metrorrhagia to compressive polynodular goitre

Cristina Vasiliu¹, Simona Elena Albu¹, Ana Valea², Adina Ghemigian³, Mara Cârșote³

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

2. "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Clinical County Hospital, Cluj-Napoca

3. "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, "C.I. Parhon" National Institute of Endocrinology, Bucharest

Introduction. Compressive symptoms related to a large goitre may mimic dyspnoea caused by different co-morbidities, including anaemia which may be produced by a repetitive uterine bleeding. **Aim.** We aim to introduce a female case which was diagnosed with metrorrhagia and later an endocrine assessment was considered and identified a large goitre with local compression. **Materials and method.** This is a case report. **Case presentation.** A 50-year-old smoking female was admitted for intermittent metrorrhagia for the last 6 months. The family medical history was unrevealing. Transvaginal ultrasound revealed an uterus of 77 by 42 mm with irregular shape, inhomogeneous myometrium with multiple fibromas, the largest of 26 by 23 mm, respective of 29 by 23 mm. Secondary anaemia was diagnosed (a haemoglobin of 9-10 g/dL, normal levels above 12 g/dL), and the patient accused difficulties of breathing, asthenia

and fatigue. Intermittent dyspnoea required a thyroid check-up. Ultrasound identified a right thyroid lobe which was displaced by a multinodular conglomerate with mix structure of 27 by 25 mm, respective 27 by 24 mm; the background pattern was micronodular. The patient had normal thyroid function (TSH of 0.6 μ UI/mL, normal levels between 0.4 and 4.5 μ UI/mL), negative anti-thyroperoxidase antibodies and normal calcitonin. After anaemia correction, the patient was referred to total thyroidectomy. Pathological report confirmed a follicular adenoma. Clinical improvement also included the resumption of uterine bleeding in association with spontaneous increasing levels of FSH (to 28 mUI/mL). **Conclusion.** Dyspnoea may be caused by anaemia secondary to metrorrhagia, but also by a thyroid enlargement.

Keywords: metrorrhagia, polynodular goitre, secondary anaemia, dyspnoea

25-hydroxyvitamin D levels during pregnancy

Cristina Vasiliu¹, Simona Elena Albu¹, Ana Valea², Diana Păun², Mara Cârșote²

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

2. "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, "C.I. Parhon" National Institute of Endocrinology, Bucharest,

3. "Iuliu Hațieganu" University of Medicine and Pharmacy, Clinical County Hospital, Cluj-Napoca

Introduction. Vitamin D levels change during pregnancy due to a higher necessity to sustain future foetus's skeleton. Routine supplementation may not be enough, especially in highly deficient areas as seen in our country. **Aim.** Our purpose is to introduce a female case who was followed during her third pregnancy regarding 25-hydroxyvitamin D levels (25OHD). **Method.** This is a case report. **Case presentation.** A 31-year-old female had two prior spontaneous normal pregnancies with vaginal delivery, and currently she is confirmed with a third pregnancy. Her medical family history is negative. Her personal medical history includes a total thyroidectomy performed 3 years ago for suspected thyroid malignancy which was not confirmed by pathological report (a follicular adenoma with hyperplasia of epithelium and sclerothialinosis was identified). She started levothyroxine (LT4) substitution and no damage

of parathyroid glands was identified after the procedure. During pregnancy, an escalate of LT4 doses was necessary (from 100 μ g per day to 125 μ g/day). At pregnancy age of 10 weeks, 25OHD was 22 ng/mL (normal levels above 30 ng/mL). She started maternal supplements, including vitamin D and calcium. Two months later, 25OHD had a small increase to 26 ng/mL. At six months of pregnancy, 25OHD normalized to 34 ng/mL, but dramatically decreased to 15 ng/mL during last trimester despite supplementation. **Conclusion.** Large variations of 25OHD may be expected during pregnancy related to several factors such as sun exposure, seasonal changes, weight variation, oral supplementation, foetus development etc. However, routine follow-up of 25OHD before, during and after pregnancy is not implemented in most medical centres.

Keywords: vitamin D, pregnancy, pathology

Atitudinea clinică în neoplazmele ginecologice ereditare

Mihai Banacu, Irina Pacu, Ina Popescu, Alexandra Matei, Adelina Dan, Crîngu Ionescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”

Introducere. În ultimul deceniu au fost recunoscute mai multe sindroame neoplazice ereditare ce pot determina cancer în sfera ginecologică. Medicii specialiști ginecologi sunt primii care iau contact cu aceste paciente cu risc crescut și sunt nevoiți să recunoască și să trateze specific aceste cazuri prin măsuri de reducere a riscului bolii și prin screening. **Metode.** Deși majoritatea neoplasmelor sunt caracterizate prin apariția sporadică, la pacientele care au mutații genetice specifice crește incidența apariției acestora. Astfel, identificarea acestor paciente cu antecedente familiale sau personale de sindroame neoplazice trebuie să ridice suspiciunea unei mutații genetice și trebuie să conducă la investigații suplimentare. O situație aparte o reprezintă pacientele cu antecedente semnificative, dar cu screening genetic negativ, acestea putând fi încadrate în categoria de risc crescut și vor beneficia de consiliere individualizată. Beneficiul screeningului în cancerul mamar pentru pacientele cu risc crescut este bine cunoscut, dar în cazul cancerului de ovar și de endometru, ghidurile naționale de screening nu sunt

la fel de eficiente, cu toate acestea fiind obligatorie respectarea acestora. După identificarea pacientelor ce pot beneficia de pe urma tratamentului specific, se poate opta pentru terapie medicamentoasă, chirurgicală sau ambele. Este esențial de luat în calcul raportul risc/beneficiu al tratamentului ales. **Discuții.** Standardul de aur pentru reducerea riscului de neoplazie al pacientelor aflate în grupa de risc crescut pentru sindroame neoplazice este managementul chirurgical. Astfel, mastectomia profilactică bilaterală și salpingo-ooforectomia profilactică bilaterală, salpingectomia profilactică bilaterală, asociate sau nu cu histerectomia, sunt opțiuni terapeutice acceptate pentru pacientele cu risc crescut de a dezvolta cancer mamar, ovarian sau uterin și ulterior pentru a facilita terapia de substituție hormonală. **Concluzii.** Identificarea pacientelor cu risc crescut pentru dezvoltarea neoplasmelor cu caracter ereditar în sfera ginecologică poate salva viața acestora, prin reducerea specifică a factorilor de risc.

Cuvinte-cheie: neoplasm, ginecologie, screening, ereditar

Tipuri de stimulare ovariană la pacientele cu răspuns ovarian scăzut

Alina Bordea¹, Mihaela Cosma¹, Andreea Carp-Velișcu^{1,2}, Elvira Brătilă²

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Există în literatura de specialitate numeroase studii referitoare la doza de gonadotropine necesară stimulării ovariene la pacientele cu răspuns ovarian scăzut (poor responders – PR). Protocoalele de stimulare ovariană actuale sunt clasificate în practica clinică astfel: fertilizare *in vitro* (FIV) pe ciclu natural, stimulare ovariană pe ciclu natural modificat, stimulare ovariană ușoară (doze mici de gonadotropine) și stimulare ovariană convențională (protocoale standard cu doze crescute). Grupul POSEIDON (2016) propune împărțirea pacienților PR în patru subgrupuri, în funcție de parametrii calitativi și cantitativi. Am selectat 184 de paciente, conform stratificării POSEIDON, care au făcut una sau două proceduri de FIV între ianuarie 2015 și decem-

brie 2017 în Departamentul de FIV al Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”. Principalul obiectiv a fost evaluarea numărului de ovocite obținute în urma stimulării ovariene ușoare în comparație cu stimularea ovariană convențională la pacientele PR. Printre obiectivele secundare se numără: numărul embrionilor de ziua a treia, numărul de blastocști obținuți, numărul de sarcini biochimice și clinice. Rezultatele obținute sunt conforme cu literatura de specialitate și arată că în practica clinică raportul cost-eficiență este superior în cazul stimulării ovariene ușoare la pacientele PR.

Cuvinte-cheie: poor responders, stimulare moderată, stimulare convențională, răspuns ovarian scăzut



The Fetus
As Patient

14th INTERNATIONAL
ACADEMY OF PERINATAL
MEDICINE CONFERENCE

34th FETUS AS A PATIENT
INTERNATIONAL CONGRESS

17-19 May
Bucharest
ROMANIA

2018



Congress President: Radu Vlădăreanu

Vice-president: Simona Vlădăreanu

Honorary President: Florin Stamatian

www.fetus2018.eu

Paracetamolul în sarcină – update

Mihaela Boț^{1,2}, Andreea Borislavschi¹, Adriana Tecuci¹, Mona Zvanca^{1,2}, Anca Burnei^{1,2}, Claudia Mehedintu^{1,3}, Simona Vlădăreanu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București; 2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București; 3. Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa” București

Acetaminofenul este disponibil pe piața farmaceutică și se eliberează fără prescripție medicală. Paracetamolul este un derivat de para-aminofenol din clasa anilidelor, cu acțiune analgezică și antipiretică. Acțiunea sa antiinflamatoare este practic inexistentă, dar poate fi utilizat împotriva durerilor cauzate de inflamații. Paracetamolul reprezintă unul dintre cele mai utilizate medicamente în timpul sarcinii, fiind folosit de peste 50 de ani, fără a fi efectuate studii care să urmărească efectul acestuia asupra fătului. Însă în ultimii ani s-au observat anumite corelații între apariția unor tulburări neuropsihice în copilăria mică (cum ar fi

ADHD) și folosirea paracetamolului pe timpul sarcinii. Alte studii recente descriu asocierea malformațiilor fetale masculine urogenitale cu expunerea fătului la acetaminofen. Cu toate că paracetamolul este unul din cele mai comune și aparent sigure antialgice și antipiretice permise în sarcină, recent, preocuparea este tot mai mare în privința reacțiilor adverse ale acestuia asupra fătului. Recomandările recente sunt legate de doza totală de acetaminofen administrată la nevoie pe parcursul primului trimestru al sarcinii, de 2500 mg (5 comprimate).

Cuvinte-cheie: sarcină, paracetamol, afectare fetală

Laterosuspensia bontului vaginal cu meșă de polipropilenă în prolapsul uterin

Ioana Gabriela Calo¹, Denise Diaconescu¹, Camelia Constantinescu^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, Maternitatea „Bucur”, București

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

O femeie are un risc de 11% pe parcursul vieții de a suferi o intervenție chirurgicală pentru prolaps. Printre factorii de risc asociați cu prolapsul organelor pelviene se numără nașterea vaginală, hipoestrogenismul, tulburările de țesut conjunctiv, presiunea intrabdominală crescută și histerectomia. O pacientă în vârstă de 50 de ani, cu incontinență urinară de efort, pentru care s-a practicat operația Burch în 2005, s-a internat în clinica noastră cu prolaps genital de gradul II. Clinic și ecografic s-au decelat un uter polifibromatos de circa 12-13 cm diametru și existența unei elongații hipertrofice a colului. S-a decis practicarea histerectomiei totale cu anexectomie bilaterală, pe cale abdominală, evitându-se calea vaginală pentru a păstra beneficiile uretrocolposuspensiei indirecte. Întrucât s-a anticipat un risc crescut de prolaps al boltei vaginale post-histerectomie, s-a decis

practicarea laterosuspensiei bontului vaginal, cu meșă de polipropilenă în formă de cruce, cu evoluție postoperatorie favorabilă, fără complicații. Particularitatea cazului constă în profilaxia prolapsului de boltă vaginală, prin suspensia laterală a bontului vaginal cu meșă, în același timp operator cu histerectomia totală, la o femeie cu un suport conjunctiv alterat, la care folosirea complexului cardinal-uterosacrate, în menținerea boltei vaginale, nu ar fi fost eficientă. Suspensia laterală a bontului vaginal cu meșă este o tehnică sigură și eficientă pentru tratamentul prolapsului de boltă vaginală. Această abordare reprezintă o procedură alternativă la sacrocolpopexie, prezentând însă mai puține riscuri vasculare, nervoase sau de leziuni intestinale.

Cuvinte-cheie: prolaps genital, suspensia bontului vaginal, meșă de polipropilenă

Conduita chirurgicală a malformațiilor uterine congenitale

Amira Moldoveanu¹, Daniela Opreșcu^{1,2}, Alexandra Pavelescu¹, Nicolae Suci^{1,2}

1. Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și Copilului „Alessandrescu-Rusescu”, București

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Malformațiile tractului genital intern feminin rezultă prin defecte de fuziune ale ductelor paramezonefrice Müller. Prevalența acestor anomalii variază de la 0,001% la 10% în populația generală. Cele mai multe anomalii ale ductului müllerian (MDA) sunt asociate cu ovare funcționale și organe genitale externe adecvate vârstei. Aceste anomalii sunt adesea recunoscute după apariția pubertății. După apariția pubertății, femeile tinere se prezintă adesea la ginecolog cu tulburări menstruale și dureri pelviabdominale. Prezentrările târzii includ infertilitatea și complicațiile obstetricale. Vom prezenta o

pacientă în vârstă de 13 ani, cu sindrom algic pelvian cu preponderență în perioada menstruației. În urma ecografiei transabdominale, se suspicionează o malformație uterină izolată, investigația RMN confirmând diagnosticul de malformație uterină izolată – corn drept rudimentar. Se practică metroplastie, cu secționarea septului interuterin, realizându-se comunicarea celor două cavități. În urma reevaluării, se constată cavitate uterină uniformă, cu endometru trilaminar, cu dispariția simptomatologiei.

Cuvinte-cheie: malformații congenitale, ducte Müller, malformații uterine, metroplastie

Scăderea în greutate și schimbarea stilului de viață – tratament de primă linie în SOPC

Ina Popescu, Mihail Bănac, Irina Pacu, Mihai Dimitriu, Mihail Popescu, Roxana Viezuină, Crîngu Ionescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Sf. Pantelimon” București

Introducere. Sindromul ovarelor polichistice (SOPC) este caracterizat de un tablou clinic complex, a cărui trăsătură principală, din punctul nostru de vedere, este afectarea multisistemică. Deși este o patologie relativ frecventă și reprezintă subiectul numeroaselor studii, aceasta este în continuare o sursă inepuizabilă de controverse. Atât timp cât etiologia și etiopatogenia acestui sindrom nu sunt determinate cu exactitate, tratamentul va fi empiric și, mai mult decât atât, doar simptomatic. **Materiale și metodă.** Realizarea acestui articol are la bază o metaanaliză a articolelor de specialitate și a studiilor clinice publicate în ultimii 5 ani care au ca temă tratamentul SOPC. **Discuții.** Cu toate că avem la dispoziție o gamă largă de formule terapeutice, acestea se adresează fiecărui simptom

în parte, nefiind un tratament *per se* al sindromului. Majoritatea studiilor efectuate până în momentul de față pun accentul pe necesitatea adoptării unui stil de viață adecvat și a scăderii în greutate, singura terapie care oferă o abordare holistică a sindromului. Scăderea în greutate asociată schimbării stilului de viață în cazul pacienților cu SOPC îmbunătățește sensibilitatea la insulină, scade incidența sindromului metabolic și a diabetului zaharat de tip 2, îmbunătățește fertilitatea și simptomele asociate hiperandrogenismului. **Concluzii.** Schimbarea stilului de viață și scăderea în greutate reprezintă principala metodă de tratament în cazul femeilor supraponderale și obeze cu SOPC.

Cuvinte-cheie: SOPC, scădere în greutate, stil de viață, fertilitate

Autologous platelet-rich plasma in endometrial growth – our clinical experience

Andreea Carp-Velișcu^{1,2}, Alina Bordea¹, Mihaela Cosma¹, Bogdan Marinescu^{1,2}, Elvira Brătilă^{1,2}

1. “Prof. Dr. Panait Sîrbu” Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Bucharest

2. “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Department of Obstetrics and Gynecology

Introduction. Platelet-rich plasma (PRP) therapies are being used increasingly in various fields of medicine. These therapies can be also used in the therapy of infertile women with thin endometrium (≤ 7 mm). Platelets are a natural source of growth factors that stimulate endometrial regeneration. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of PRP in the therapy of infertile women with thin endometrium (≤ 7 mm). **Methods.** There are many cases when the clinician cannot attain a reasonable endometrial thickness (≥ 7 mm) following standard hormone replacement therapy (HRT) in women before embryo transfer (ET). This poster reports the cases of 6 women with poor endometrial response (PER) who performed intrauterine infusion of PRP, and compares the results of standard HRT with the results of PRP intrauterine infusion. PRP was obtained from autologous blood by

centrifugation, and 0.5 ml of PRP was infused into the uterine cavity on the 9th day of previous menstrual cycle before ET. **Results.** Out of six cases, four women (66%) had a better endometrial thickness. The average endometrial thickness increased from 4 mm after HRT to 6 mm after PRP intrauterine infusion. The average number of PRP intrauterine infusion per woman was 1.5. Out of six women, two had biochemical pregnancies and one had clinical pregnancy. **Conclusions.** PRP intrauterine infusion is a promising therapy for women with PER in terms of improving endometrial thickness, implantation rate and clinical pregnancies. There is a need to rate the clinical benefits of PRP in managing a thin endometrial lining or an intrauterine scarring in a randomized controlled trial.

Keywords: PRP, platelet-rich plasma, poor endometrial response

Placentă *praevia* centrală *percreta*, cu invazia vezicii urinare

Manuela Neagu, Ciprian Cristescu, Nicolae Rusu, Alina Mihaela Bușan, Elena Nada, Cristina Neagu

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”, București

Placenta *percreta* este o patologie de sarcină cauzată de decidualizarea anormală. Este caracterizată de invazia corionului dincolo de miometru și seroasă la nivelul organelor urogenitale. Există puține informații în literatura de specialitate pentru a putea formula un protocol de conduită. Este o patologie cu morbiditate și mortalitate crescute. Incidența a crescut în ultimii ani, prin creșterea numărului de operații cezariene. În timpul gestației nu există adesea semne sau simptome, însă odată cu delivrența apare sângerarea masivă, pacienta putând ajunge la o pierdere de sânge de până la 5000 ml, aceasta necesitând transfuzie. Frecvent, nașterea este urmată de histerectomie de necesitate. Diagnosticul antenatal se pune pe baza imagisticii – ecografie sau RMN – și este ulterior confirmat histopatologic. Cea mai bună evaluare este cea de la 28-34 de săptămâni, care confirmă suspiciunea din trimestrul I prin vizualizarea lacunelor vasculare și măsurarea grosimii miometrului. **Prezentare de caz.** O pacientă în vârstă de 30 de ani, cu sarcină de 16 săptămâni, este diagnosticată cu placentă *praevia* centrală, cu ocazia ecografiei obstetricale din cadrul consultului prenatal programat. De menționat din antecedentele obstetricale: o naștere la termen prin operație cezariană pentru DPPNI în urmă cu 7 ani și o sarcină oprită în evoluție cu localizare ectopică la nivelul cicatricii uterine în urmă

cu 3 ani. Sarcina prezentă evoluează până în trimestrul al III-lea fără evenimente, pacienta fiind trecută de la 22 de săptămâni în concediu de risc maternal. Evaluarea ecografică ridică suspiciunea de inserție placentară *percreta* începând de la 18 săptămâni; mai mult, la ecografia transvaginală se constată inserție centrală a cordonului ombilical, chiar la nivelul orificiului intern al colului uterin. La 30 de săptămâni, pacienta se internează pentru metroragie cu sânge roșu, în cantitate moderată, care se remite, și rămâne internată până la naștere. În perioada internării primește tratament cu suplimente de fier și efectuează două cure de corticoterapie. La 35,5 săptămâni naște prin operație cezariană de urgență, pentru metroragie importantă, un făt viu, de 2900 g, IA 9. Se practică histerectomie de necesitate, precum și rezecție de vezică urinară la nivelul invaziei placentare, urmate de montarea unei cistostome și drenajul spațiului Retzius și al Douglasului. Evoluția postoperatorie este favorabilă. **Concluzii.** Placenta *percreta* este un diagnostic ce poate fi suspiciat prenatal și care impune atenta urmărire a pacientei. Este asociată uterului cicatricial și are morbiditate și mortalitate crescute, din cauza hemoragiei intrapartum și a invaziei în organele vecine.

Cuvinte-cheie: placentă *praevia*, placentă *percreta*, histerectomie de necesitate

Avantajele administrării de ulipristal acetat anterior histeroscopiei operatorii în fibromioamele submucoase

Bogdan Botezatu, Mihai Mitran

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu” București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Introducere. Fibromioamele submucoase prezintă o simptomatologie importantă, fiind adesea cauza menometroragiilor, dismenoreei și a infertilității. Abordul operator, prin histeroscopie, al acestei patologii, prezintă multiple avantaje: intervenție minim invazivă, recuperare rapidă, cicatrice redusă la nivelul miometrului. Dimensiunile crescute ale fibromiomului îngreunează operația și, de aceea, un tratament medicamentos, prin care se pot micșora dimensiunile acestuia, este benefic. **Obiective.** Ne propunem să aflăm dacă există avantaje în administrarea de ulipristal acetat anterior ablației histeroscopice a fibromiomului submucos. **Metodă.** Au

fost examinate 30 de femei care au avut fibromioame submucoase operate histeroscopic, 15 dintre acestea beneficiind de tratament, timp de 3 luni, cu ulipristal acetat. **Rezultate.** La pacientele cu ulipristal acetat administrat, dimensiunile fibromiomului s-au redus semnificativ (în medie, între 30% și 60%), abordul a fost mult mai ușor, iar sângerarea intra- și postoperatorie a fost redusă. **Concluzii.** Studiul nostru evidențiază că administrarea de ulipristal acetat pentru acest tip de fibromiom poate fi benefică.

Cuvinte-cheie: fibromioame submucoase, ulipristal acetat, histeroscopie