

Publicație indexată din 2013
în baza de date internațională



IBI Factor 2014-15 is 3.43



Din 2015 indexată

EBSCO Academic Search Ultimate &
One Belt, One Road Reference Source

Rezumatele Celui de-al 7-lea
Congres al Societății Române
de Ultrasonografie
în Obstetrică și Ginecologie
Târgu-Mureș
11-13 Aprilie 2019

SUPLIMENT



Societatea Română
de Obstetrică
și Ginecologie



Societatea Română
de Ultrasonografie
în Obstetrică și Ginecologie



Societatea
Română
de HPV



Societatea
de Uroginecologie
din România



Societatea
de Endometrioză
și Infertilitate Est-Europeană



REVISTĂ DE EDUCAȚIE MEDICALĂ CONTINUĂ

Anul VII • Nr. 23 (1) 2019, Supl. 1 • DOI: 10.26416/Gine.23.1.2019

ISSN 2457-5666

Ginecologia + ro



FOTO: SHUTTERSTOCK

REZUMATELE CELUI DE-AL 7-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE ULTRASONOGRAFIE ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE, TÂRGU-MUREȘ, 11-13 APRILIE 2019

Integrarea alfo-feto-proteinei (AFP) în screeningul biochimic	12
Mihaela Steriu	
Small data	12
Mihaela Steriu	
Aportul explorării ecografice a endometrului în practica ginecologică	12
Dan Ona, Ioana Rotar, Mariana Pușcaș, Daniel Mureșan, Andreia Preda	
Evaluarea circulației feto-placentare în cursul travaliului prin ecografie Doppler	13
Dan Mihu, Doru Diculescu, Răzvan Ciorte, Andrei Măluțan, Ligia Blaga, Carmen Bucuri, Răzvan Băltoaica, Mihaela Oancea, Cristian Iuhaș	
O provocare a diagnosticului imagistic într-un caz atipic: sarcină ectopică post-histerectomie de hemostază în urmă cu opt ani	13
Ciprian Ilea, Irina Stoian, Demetra Socolov	
Important vasodilatation in fetuses with single umbilical artery at 21-38 weeks of gestation as compensatory mechanism for diminished bloodflow section	14
Marius Vicea Calomfirescu	
Important differences between the proximal and distal MCAs (medial cerebral arteries) measurements in fetuses at 20-38 weeks of gestation	15
Marius Vicea Calomfirescu, Dominic Gabriel Iliescu, Ștefania Tudorache	
Elastografia în timp real în evaluarea leziunilor preneoplazice și neoplazice ale colului uterin – rezultate preliminare	16
Marina Ducea-Simon, Alexandru Burde, Răzvan Ciorte, Doru Diculescu, Andrei Măluțan, Dan Mihu	
Importanța evaluării ecografice a circularelor și a nodului de cordon ombilical	16
Doru Diculescu, Dan Mihu, Răzvan Ciorte, Carmen Bucuri, Andrei Măluțan, Daria Pop, Renata Nicula, Fulga Florescu, Oancea Mihaela, Ligia Blaga, Cristian Iuhaș	
Diagnosticul ecografic al ascitei fetale secundare peritonitei meconiale – prezentare de caz	17
Ioana Corina Gorgoi, Andreea Ruxandra Albu, Oana Eliza Crețu, Florina Magdalena Mihai, Adriana Mihaela Dan, Monica Mihaela Cîrstoiu	
Patologia de cordon ombilical – diagnostic, semnificație și prognostic	17
Cristina Vasiliu, Simona Elena Albu, Mara Cârșote, Adela Șerban	
Ecografia Doppler fetală în trimestrul I de sarcină	18
Răzvan Ciorte, Doru Diculescu, Andrei Măluțan, Costin Berceanu, Radu Mocan-Hognogi, Carmen Bucuri, Maria Rada, Răzvan Băltoaica, Mihaela Oancea, Cristian Iuhaș, Dan Mihu	
Cord stâng hipoplazic în asociere cu stenoză aortică severă și atrezie mitrală	18
Aurora Eugenia Ilian, Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Adrian Lăcătuș	
Izomerism atrial stâng fetal în context sindromic	19
Aurora Eugenia Ilian, Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Adrian Lăcătuș	
Elastografia cervicală în sarcină – o metodă complementară în aprecierea riscului de naștere prematură?	19
Cristian-Ioan Iuhaș, Ciorte Răzvan, Andrei Măluțan, Carmen Bucuri, Ciprian Porumb, Daria Pop, Doru Diculescu, Dan Mihu	
Importanța microcefaliei și a biometriei fetale în detectarea sindroamelor genetice congenitale	20
Aurora Eugenia Ilian, Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Daniela Veronica Chiriac, Adrian Rațiu, Simona Farcaș	

Spectrul modificărilor comportamentului psihoemoțional la copiii cu malformații cardiace congenitale operate	20
Amalia Făgărășan	
Rolul ecografiei 3D în primul trimestru de sarcină	21
Cristian-Ioan Iuhaș, Răzvan Ciortea, Andrei Măluțan, Carmen Bucuri, Mihaela Oancea, Doru Diculescu, Dan Mihu	
Aspecte ecografice în neoplaziile trofoblastice gestaționale	21
Daria Maria Pop, Renata Nicula, Ciprian Porumb, Doru Diculescu	
Sindromul absenței valvei pulmonare. Diagnostic ecografic în primul trimestru de sarcină. Prezentare a trei cazuri	22
Gheorghe Iliev, Vlad Gorduza, Violeta Martiniuc	
Evaluarea mobilității colului vezical la pacienți cu cistocel și incontinență urinară prin intermediul ecografiei transperineale	22
Maria-Patricia Rada, Răzvan Ciortea, Doru Diculescu, Andrei Măluțan, Mihaela Oancea, Cristian Iuhaș, Carmen Elena Bucuri, Dan Mihu	
Valoarea examinării ecografice a uterului post-partum	23
Octavian Gabriel Olaru, Liana Pleș	
Assessment of Doppler flow indices in pregnant women during the 11 weeks + 0 days and 13 weeks + 6 days gestational ages	23
Voicu Dașcău, Gheorghe Furău, Cristina Onel, Luminița Pilat, Maria Pușchiță	
Aspecte imagistice în <i>placenta accreta</i>	24
Ioana Rotar, Antonia Levai, Daniel Mureșan	
Circulația hepatică fetală și implicarea sa în IUGR	24
Liana Pleș, Romina Sima, Mircea Octavian Poenaru, Gabriel Octavian Olaru, Anca Stănescu	
Diagnostic și consiliere în anomaliile chistice abdominale fetale	24
Liana Pleș, Romina Sima, M. Poenaru, G.O. Olaru, Anca Stănescu	
Ultrasound evaluation of endometrial malignancy	25
Mihaela Camelia Țirnovanu, Ștefan Dragoș Țirnovanu, Sebastian Pasat, Cerasela Mucilenița, Vlad Gabriel Țirnovanu, Vasile Lucian Boiculescu	
Holoprosencephaly – cases presentation	25
Mihaela Camelia Țirnovanu, Sebastian Pasat, Vlad Gabriel Țirnovanu, Alexandra Iov, Dragoș Huțanu, Monica Holicov, Mircea Onofriescu	
Insertia velamentoasă a cordonului ombilical: insertie patologică, ramificații anormale și ramuri aberante ale vaselor ombilicale	26
Serghei Puiu, Carolina Țâmbală, Cătălin Căuș	
Arcul aortic la dreapta – anomalii cardiace și extracardiace asociate	26
Ana-Maria Petrescu, Ciprian-Laurențiu Pătru, George Lucian Zorilă, Răzvan Grigoraș Căpitănescu, Dan Ruican, Nicolae Cernea, Ștefania Tudorache, Dominic-Gabriel Iliescu	
Malformațiile fetale diagnosticate în Departamentul de medicină materno-fetală la Spitalul Clinic Filantropia – diagnostic și conduită	27
Maria Bari	
Importanța examinării ultrasonografice în post-partum	27
Ioan Sas, Dorin Grigoraș, Doru Ciprian Crișan, Laurențiu Pirtea, Denis Șerban, Nicoleta Nicolae, Larisa Copotoiu	
Incidența malformațiilor congenitale cardiace diagnosticate în secția de neonatologie a SCMUT – erori de diagnostic prenatal	28
Denis Șerban, Costela Lăcrimioara Șerban, Veronica Daniela Chiriac, Larisa Copotoiu, Ioan Sas	

Diagnosticul tumorilor abdominale chistice – de la făt la copil	28
Cristina Oana Mărginean, Claudiu Mărginean	
Transpoziția de vase mari: diagnostic antenatal și operația de tip „switch arterial”	29
Claudiu Mărginean, Horațiu Suci, Liliana Gozar, Iolanda Muntean, Rodica Togănel, Valentin Stroe	
Ecografia în endometrioza infiltrativă profundă	29
Anca-Daniela Stănescu, Romina-Marina Sima, Denisa-Oana Bălălău, Liana Pleș	
Ecografia în secolul 21 – creșterea calității și acurateții prin folosirea Internetului	30
Răzvan Socolov, Ioana Păvăleanu, Demetra Socolov, Oana Neumann, Roxana Covali, Mona Akad	
Explorarea imagistică în post-partum – recomandări și limite. Studiu clinic și analiza literaturii	30
Răzvan Socolov, Mona Akad, Tudor Butureanu, Diana Popovici, Roxana Covali	
Sonographic examination of lower uterine segment in the diagnosis of isthmocele	31
Nicolae Gică, Corina Măț, Radu Botezatu, George Iancu, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu	
Evaluarea ecografică a uterului în cadrul reproducerii umane asistate	31
Natalia Cauș, Cătălin Cauș, Valentin Friptu	
Importanța evaluării ultrasonografice a inserției placentare anterioare pe uterul cicatricial – între agonie și extaz	32
Vlad Iustin Tica, Corina Nour, Eduart Bălașa, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Iulia Postolache	
Relevanța explorării cicatricei uterine post-operație cezariană cu substanță de contrast, ecografie 2D și 3D	32
Vlad Iustin Tica, Corina Nour, Eduart Bălașa, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Irina Tica	
Screeningul pentru nou-născuții mici pentru vârsta gestațională: factorii materni, biometria fetală și biomarkeri la 35-37 de săptămâni de gestație	33
Anca Ciobanu, K. Nicolaidis	
Defectele de închidere ale peretelui abdominal fetal – diagnosticul și conduita prenatală	33
Anca A. Simionescu, Dimitrie Pelinescu Onciul	
Holoprocencefalie asociată triploidiei fetale – prezentare de caz și scurt review al literaturii de specialitate	34
Andreea Boiangiu, Andreea Ștefănescu, Alexandru Filipescu, Radu Vlădăreanu, Simona Vlădăreanu	
Factori predictivi pentru nașterea prematură	34
Maria Magdalena Manolea, Sidonia Săndulescu, Sidonia Vrabie, Simona Neamțu, Ioana Camen, Liliana Novac, Lorena Dijmărescu	
Aportul tehnicilor ecografice volumetrice în diagnosticul precoce al anomaliilor structurale faciale. Efectele psihologice asupra cuplului	35
Maria Șorop-Florea, Cristina Roxana Drăgușin, Ciprian Laurențiu Pătru, George Lucian Zorilă, Marina Dinu, Andreea Docea, Andreea Ceaușescu, Dominic Gabriel Iliescu, Ștefania Tudorache, Nicolae Cernea	
Restricția de creștere intrauterină – beneficiile și limitele protocolului de supraveghere intensivă	35
Marina Dinu, Roxana Drăgușin, Maria Șorop-Florea, N. Cernea, Ștefania Tudorache	
Evaluarea Doppler a arterei uterine în trimestrele II și III de sarcină – corelații cu restricția de creștere fetală. Studiu clinic pe 45 de cazuri	36
Mona Akad, Răzvan Socolov, Valeria Vișan, Mădălina Ciuhodaru, Demetra Socolov	
Importanța cariotipului molecular în diagnosticul pozitiv al anomaliilor fetale	36
Paul Costin Gache, Alina Mihaela Călin, Doinița Gache, Anca Stănescu	
Ventriculomegalia. Aspecte ecografice	37
Oana Alina Solomon, A.G. Boiangiu, A. Milulescu, G. Dinu, S. Ali, C. Andrei, G.A. Filipescu	

Rolul ecografiei în cadrul evaluării afectării ganglionare în neoplasmul cervical	37
Alexandru Filipescu, O.A. Solomon, A.G. Boiangiu, S. Ali	
Anomaliile coloanei vertebrale – <i>spina bifida</i>, cifoza și scolioza. Aspecte ecografice	38
Alexandru Filipescu, Andreea Boiangiu, Andreea Ștefănescu, Oana Solomon, Radu Vlădăreanu, Simona Vlădăreanu	
Hidrocefalia congenitală pe malformație arterio-venoasă: prezentare de caz	38
Mihaela Oancea, Ligia Blaga, Diana Bodean, Răzvan Ciortea, Doru Diculescu, Cezarin Todea, Cristian Iușă, Carmen Bucuri, Dan Mișu	
Diagnostic și prognostic ecografic în infecțiile cu CMV din sarcină – review	39
Oana Gabriela Dimienescu, Marius Alexandru Moga, Florina Aldea, Costin Vlad Anastasiu, Cristian Andrei Arvatescu, Andreea Bălan	
Transfuzia feto-maternă – cauză de anemie fetală severă în trimestrul al III-lea. Prezentare de caz	39
Dan Bogdan Navolan	
RCIU – aplicații clinice ale screeningului ecografic	40
Costin Vlad Anastasiu, Andreea Banciu, Flavius Gliga, Silvia Moga, Natalia Vasilachi, Stela Casap	
Managementul cazurilor cu hidronefroză fetală diagnosticate antepartum	40
Elena Bernad, Daniela Iacob, Andreea Moza, Emil Radu Iacob, Andrei Nanu, Marius Craina	
Evoluția săptămânală a unghiului de progresie la primiparele la termen înainte de debutul travaliului	41
Roxana-Cristina Drăgușin, Maria Șorop-Florea, Marina Donu, Rodica Daniela Nagy, Ciprian-Laurențiu Pătru, Lucian Zorilă, Ștefania Tudorache, Dominic Gabriel Iliescu	
Factori de prognostic în anomalii ale ductului venos fetal	41
Dan Ruican, Ana Maria Petrescu, Rodica Daniela Nagy, Ciprian Pătru, Dominic-Gabriel Iliescu	
Decolarea prematură de placentă normal inserată	42
Chadiye Oana Akl, Roxana Drăgușin, Zorilă Lucian, Maria Șorop-Florea, N. Cernea, Ștefania Tudorache	
Pot fi anomaliile scheletale detectate în primul trimestru?	42
Rodica Daniela Nagy, Nicolae Cernea, Ștefania Tudorache, Roxana Drăgușin, C. Pătru, Dominic Iliescu	
Evoluția sarcinii în sindromul Herlyn-Werner-Wunderlich – serie de cazuri	43
Andreea-Elena Ceaușescu, Maria Șorop-Florea, Cristina Roxana Drăgușin, Andreea Docea, Ștefania Tudorache	
Evaluarea ultrasonografică a tiroidei și a glandei suprarenale fetale la feții proveniți din sarcini la termen, cu RCIU și născuți prematur	43
Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Oana Maria Ionescu	
Semnificația evaluării ductului venos în restricția de creștere intrauterină	44
Eduart Bălașa, Vlad Tica	
Markeri ultrasonografici prognostici în sarcina incipientă	44
Roxana Bohîlțea, Natalia Țurcan, Ioniță Ducu, Oana Teodor, Alexandru Baroș, Monica Cîrstoiu	
Durerea pelviană cronică: importanța examinării ecografice	45
Ștefania Tudorache, Loredana Anghel, Maria Șorop-Florea, Roxana Drăgușin, Marina Dinu, N. Cernea	
Nașterea înainte de termen: ce poate face azi obstetricianul ecografist? Frontiere noi în prevenție și management	45
Ștefania Tudorache, R.G. Căpitănescu, C.M. Marinaș, C.L. Pătru, N. Cernea	
Sterilitatea de cauză feminină: locul bilanțului ecografic	46
Ștefania Tudorache, Florentina Tănase, R.C. Pană, O. Sîrbu, N. Cernea	
Asocierea bolilor genetice cu defectele cardiace congenitale – management și consiliere	46
Doru Herghelegiu, Danae Stambouli, Cătălin Gabriel Herghelegiu, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciu	

Placenta percreta – diagnostic și conduită terapeutică	47
Cătălin Gabriel Herghelegiu, Andrei Cristea, Doru Herghelegiu	
Tahiaritmiile fetale – diagnostic și management	47
Daniela Opreșcu Nuți, Cătălin Gabriel Herghelegiu, Alin Nicolescu, Nicolae Suci	
Gradul de corelație între evaluarea ecografică și histeroscopia operatorie în cazul formațiunilor intracavitare uterine benigne	47
Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Roxana Borș, Oana Maria Ionescu	
Tumori anexiale benigne – corelații între aspectele ecografice și algoritmul de apreciere a riscului de malignitate pentru diferite subtipuri histopatologice	48
Crîngu Ionescu, Alexandra Matei, M. Dimitriu	
Conduita actuală în restricția de creștere fetală precoce	48
Alina Veduță	
Screeningul combinat la 11-14 săptămâni de sarcină, în contextul analizei ADN-ului fetal din sânge matern	48
Alina Veduță	
Fetal supraventricular tachycardia – treatment options	49
Elena Mihălceanu, Roxana Gireadă, Liliana Gozar	
Limfom Hodgkin – boală evolutivă pe parcursul a două sarcini. Prezentare de caz și trecere în revistă a literaturii	49
Liana Antal, Anca Huniadi, Andrea Sorian, Mihai Lunčan	
Chisturile paraovariene la pacientele pediatrice	50
Patricia Harea, Ana Mișina, Liliana Fuior-Bulhac	
Sarcină implantată în cicatricea post-operație cezariană: conduită și rezultate	50
Andreea Ruxandra Albu, Oana Eliza Crețu, Ioana Corina Gorgoi, Bogdan Dorobăț, Adela Dimitriade, Monica Mihaela Cristoiu	
Piciorul strâmb congenital – elemente de diagnostic și tratament	51
Andreea Ruxandra Albu, Oana Eliza Crețu, Ioana Corina Gorgoi, Monica Mihaela Cîrstoiu	
Duct arterial tortuos sau anevrism – diagnostic diferențial	51
Mircea Octavian Poenaru, Flavia Braicu, Alexandra Nistor, Romina Sima, Liana Pleș	
Chilotorax fetal remis spontan – prezentare de cazuri	52
Mircea Octavian Poenaru, Flavia Braicu, Alexandra Maria Nistor, Romina Sima, Liana Pleș	
Evaluarea ecografică a cicatricei uterine după nașterea prin operație cezariană – experiența personală și review al literaturii	52
Radu Chicea, Anca Chicea, Paula Niță	
Ventriculomegalia izolată – experiența noastră și review al literaturii	53
Radu Chicea, Anca Lucia Chicea, Paula Niță	
Ectopic pregnancy. Difficulties in diagnosis and treatment	53
Ioan Ovidiu Gheorghe, Cristina Păun, Nicolae Raca	
Sarcina heterotopică	53
Adina Elena Lungu, Roxana Cercel, Vlad Munteanu, Doina Brănescu, Antoaneta Pungă, Mara Cârșote, Cristina Vasiliu	
Restricția de creștere intrauterină precoce – prezentare de caz	54
Camelia Constantinescu, Tina Bobei, Ioana Gabriela Calo	

Hipoplazia cerebeloasă unilaterală – prezentare de caz	54
Camelia Constantinescu, Tina Bobei, Ioana Gabriela Calo	
Curba de învățare a biometriei trimestrului al doilea de sarcină de către studenții la Medicină – un studiu-pilot	55
Romina-Marina Sima, Anca-Daniela Stănescu, Iulia Mărgărit, Mircea-Octavian Poenaru, Liana Pleș	
Valoarea evaluării prin ecografie transperinală a unghiului de progresare în travaliu – experiența clinicii noastre	55
Romina-Marina Sima, Anca-Daniela Stănescu, Irina Iurieț, Octavian-Olaru Gabriel, Liana Pleș	
Torsiune izolată de hidrosalpinx: prezentare de caz și review al literaturii	56
Ileana-Maria Conea, Liana Pleș, Adina Corbu, Sanda Marinescu	
Asocierea pielectaziilor fetale cu anomalii cromozomiale	56
Sidonia Cătălina Vrabie, Lorena Dijmărescu, Maria Magdalena Manolea, Sidonia Maria Săndulescu, Ioana Camen, Bogdan Voinea, Roxana Drăgușin	
Arcul aortic la dreapta – rata de detecție în primul trimestru și outcome-ul sarcinii	57
Ana-Maria Petrescu, Ciprian-Laurențiu Pătru, George Lucian Zorilă, Andreea Docea, Marina Dinu, Nicolae Cernea, Ștefania Tudorache, Dominic-Gabriel Iliescu	
Factori de risc cu impact în predicția nașterii premature	57
Ioana Camen, Lorena Dijmărescu, Maria-Magdalena Manolea, Sidonia Vrabie, Alexandru Gogănașu, Bogdan Voinea, Sidonia Săndulescu, Liliana Novac	
Leziuni cerebrale multiple asociate hipoxiei perinatale la prematur – prezentare de caz	58
Ligia Blaga, Mihaela Oancea, Melinda Matyas, Monica Hășmășanu, Doru Diculescu, Cristian Luhaș, Dan Mihiu, Gabriela Zaharie	
Moartea fetală intrauterină: evaluarea post-partum și consilierea maternă	58
Natalia Țurcan, Roxana Bohilțea, I. Ducu, A. Baroș, O. Teodor, Monica Cîrstoiu	
Utilitatea ecografiei volumetrică în diagnosticul anomaliilor faciale	59
Andreea Ruxandra Albu, Patricia Alexandra Mălușanu, Ioana Corina Gorgoi, Oana Eliza Crețu, Mihai Cristian Dumitrașcu, Monica Mihaela Cîrstoiu	
Semne ecografice ale infecției cu <i>Toxoplasma</i> în timpul sarcinii	59
Florin Gorun, Sergiu Costache, Oana Bălan, Mărioara Boia, Tudor Rareș Olariu, Dan Năvolan	
If the first ultrasound examination doesn't find the cause of chronic pelvic pain, it doesn't mean there is no cause	60
Diana Badiu, Dan Năvolan, Elvira Brătilă	
First-trimester ultrasound screening for nuchal translucency	60
Diana Badiu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Corina Nour, Vlad I. Tica	
Fetal aneuploidy detection using maternal blood DNA sequencing	60
Diana Badiu, Corina Nour, Liliana Steriu, Silvia Izvoranu, Vlad I. Tica	
Semne ecografice ale infecției fetale cu virusul <i>Rubella</i>	61
Florin Gorun, Oana Bălan, Mărioara Boia, Tudor Rareș Olariu, Sergiu Costescu, Dan Năvolan	
Rolul ecografiei în prezicerea pierderii precoce a sarcinii	61
Sergiu Costescu, Florin Gorun, Oana Costescu, Ovidiu Bontțe, Mărioara Boia, Dan Năvolan	
Particularități de consiliere în transluțența nucală crescută asociată cu cariotip normal: prezentare de caz și review al literaturii	62
Cristina Moisei, Anca Lesnic, Romina-Marina Sima, Liana Pleș	
Pseudohermafroditismul masculin: prezentare de caz și review al literaturii	63
Cristina Moisei, Anca Lesnic, Romina-Marina Sima, Liana Pleș	

Corelația dintre aspectul ecografic și diagnosticul intraoperatoriu în cadrul tumorilor ovariene. Caz clinic	63
Silvia Izvoreanu, Roxana Penciu, Liliana Steriu, Diana Mocanu, Costin Niculescu, Iulia Postolache, Corina Nour	
Utilizarea ultrasonografiei în monitorizarea postoperatorie a pacienților cu reconstrucție mamară post-mastectomie oncologică	64
Carmen Giuglea, Silviu Adrian Marinescu, Octav Ginghină, Elena Cristina Burlacu, Andreea-Antonia Gheorghe, Alice Balaceanu	
Corelații ultrasonografice în depistarea precoce a placentelor anormal invazive la sarcinile cu cicatrice uterină post-operație cezariană	64
Oana-Denisa Bălălău, Liana Pleș, Adina Teodora Corbu, Romina-Marina Sima, Anca Daniela Stănescu	
Semne ultrasonografice în diagnosticul anomaliilor de placentă: <i>placenta accreta</i> la nivelul cicatricei uterine	65
Oana-Denisa Bălălău, Liana Pleș, Adina Teodora Corbu, Romina-Marina Sima, Anca Daniela Stănescu	
Diagnosticul ultrasonografic al unui sindrom malformativ fetal la o gravidă cu diabet gestațional	65
Nicolae Gică, Corina Măț, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu	
Aspecte ecografice ale carcinomului papilar intrachistic mamar	66
Elena Cocîrță, Gheorghe Peltecu, Anca Maria Panaitescu, Corina Măț, Nicolae Gică	
Diagnosticul ecografic prenatal în cazul sarcinii cu gemeni conjuncți	66
Nicolae Gică, Nicoleta Gana, Corina Măț, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu, Ana Maria Vayna	
Vasa praevia – diagnosticul ultrasonografic	66
Sandra Nedelea, Corina Măț, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu, Nicolae Gică	
Histerectomie sau nu într-un caz de cardiomiopatie dilatativă peripartum?	67
Carmen-Ioana Silaghi, Tiberiu Pop, Petru Chitulea, Katalin Babeș	
Teratom cervical fetal	67
Alexandra Biliana Belovan, Ioana Cojocaru, Irina Zorzoana, Marius Forga, Marcela Viasu, Adrian Claudiu Rațiu	
Diagnosticul ecografic al fibroamelor ovariene	68
Alexandra Bouariu, Corina Măț, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu, Nicolae Gică	
Chist ovarian gigantic la o gravidă cu vârsta gestațională de 28 de săptămâni – prezentare de caz	68
Liliana Steriu, Dumitru Smocvin, Silvia Izvoranu, Iulia Postolache, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Corina Nour, Vlad Iustin Tica	
Excizia unui endometriom parietal în timpul unei operații cezariene	68
Liliana Steriu, Dumitru Smocvin, Silvia Izvoranu, Iulia Postolache, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Corina Nour, Vlad Iustin Tica	
Corelația (sau absența acesteia) dintre aspectul ecografic și diagnosticul histopatologic în cazul unor tumori ovariene – prezentare de caz	69
Costin Niculescu, Silvia Izvoreanu, Iulia Postolache, Liliana Steriu, Diana Mocanu, Corina Nour, Dumitru Smocvin, Vlad Iustin Tica	
Conduita terapeutică în cazul tumorilor de ovar asociate cu hiperplazie endometrială – prezentare de caz	69
Roxana-Cleopatra Penciu, Liliana Steriu, Silvia Izvoranu, Costin Niculescu, Corina Nour, Diana Mocanu, Vlad-Iustin Tica	
Valoarea explorării ecografice a grosimii peretelui uterin în cazul placentei praevia	70
Roxana-Cleopatra Penciu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Corina Nour, Costin Niculescu, Diana Mocanu, Vlad-Iustin Tica	
Diagnosticul ecografic prenatal versus explorări de laborator anormale	70
Cristian Țăroi, Alexandru Sabău, Diana Lodromănean, Andrei Damșa, D. Lodromănean	
Assessment of uterine scars throughout pregnancy – case presentation	71
Irina-Adriana Horhoianu, Adriana Klein, Corina Grigoriu, Monica Cîrstoiu, Vasile-Valerica Horhoianu	

Detecția anomaliilor structurale la feții fără aneuploidii în primul trimestru de sarcină	71
Irina Mihaela Zorzoană, Ioana Cojocaru, Biliana Belovan, Marcela Viașu, Marius Forga, Adrian Rațiu	
Sarcină multiplă (tripleți) monocorială diamniotică – prezentare de caz	72
Alexandru Radu Pintilie, Demetra Socolov	
Ultrasonografia nodulară tiroidiană: de la screening la aspecte atipice	72
Cristina Vasiliu, Simona Elena Albu, Mara Cârșote, Ana Valea, Adina Ghemigian, Ancuța Augustina Gheorghîșan-Gălățeanu	
Corelația aspectului ecografic cu rezultatul histopatologic în hematometria recidivantă inexplicată – prezentare de caz	73
Corina Mădălina Nour, Roxana Cleopatra Penciu, Constantin Viorel Cristurean, Diana Badiu, Vlad Tica	
Posibilități imagistice de diagnostic al polipilor endometriali	73
Corina Măț, Radu Botezatu, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu, Nicolae Gică	
Hidronefroză fetală unilaterală. Managementul de caz	74
Andreea Moza, Elena Bernad, Daniela Iacob, Emil Radu Iacob, Marius Craina	
Determinarea distanței craniu-perineu în estimarea prognosticului nașterii la gravidele primipare la termen	74
Rodica Daniela Nagy, Nicolae Cernea, Ștefania Tudorache, Roxana Drăgușin, C. Pătru, Dominic Iliescu	
Rolul evaluării prenatale a inserției placentare a cordonului ombilical	75
Lelia Popa, Marina Dinu, Roxana Drăgușin, Maria Șorop-Florea, Andreea Docea, Alina Dîrloagă, Akl Oana, N. Cernea, Ștefania Tudorache	
Imagina ultrasonografică – condiția unui management eficient al sarcinilor ectopice	75
Andrada Gabor, Nicu Bagiu, C. Arvatescu, Roxana Dragomir, Diana Panait, Mircea Ticușan	
Diagnosticul ultrasonografic al pentalogiei Cantrell – prezentare de caz	76
Tudor Iacovache, Antoanela Sebestyen, Anca Dumitrescu, Stela Casap, Oana Dimienescu	
De la ecografia pelviană la ultrasonografia adrenală	76
Cristina Vasiliu, Simona Elena Albu, Mara Cârșote, Ana Valea, Adina Ghemigian, Ancuța Augustina Gheorghîșan-Gălățeanu	
Evaluarea morfofuncțională a colului uterin în corelație cu riscul de naștere prematură	77
Lorena Dijmărescu, Liliana Novac, Sidonia Săceanu, Sidonia Vrabie, Simona Neamțu, Ștefania Tudorache, Dominic Iliescu, Magda Manolea	
Evaluarea absenței glandelor endocervicale ca marker în nașterea prematură	77
Sidonia Săndulescu, Ioana Camen, Sidonia Vrabie, Magdalena Manolea, Lorena Dijmărescu, Carmen Tabacu, Cristina Ștefănescu, Alexandru Gogaganau, Bogdan Voinea, Liliana Novac	
Cervicoistmic pregnancy – case presentation	78
Irina-Adriana Horhoianu, Alexandru Badiu, Mirela Moarcas, Vasile Valerică Horhoianu, Monica Cîrstoiu	
Caracteristici ultrasonografice tiroidiene la pacientele cu cancer mamar	78
Simona Elena Albu, Cristina Vasiliu, Mara Cârșote, Ana Valea, Adina Ghemigian, Ancuța Augustina Gheorghîșan-Gălățeanu	
Importanța ultrasonografiei la femeile diagnosticate cu cancer tiroidian	79
Simona Elena Albu, Cristina Vasiliu, Mara Cârșote, Ana Valea, Adina Ghemigian, Ancuța Augustina Gheorghîșan-Gălățeanu	
Chist mezenteric	79
Ioana Chiorean, Biliana Belovan, I. Zorzoana, M. Viasu, A. Rațiu	
Poate fi anticipată o evoluție nefavorabilă a sarcinii de trimestrul I?	80
Carmen Elena Bucuri, Doru Diculescu, Răzvan Ciorte, Andrei Măluțan, Costin Berceanu, Radu Mocan-Hognogi, Mihaela Oancea, Cristian Iuhaș, Maria Rada, Dan Mihiu	

Rolul esențial al ultrasonografiei în diagnosticul și managementul terapeutic al unui caz particular de sarcină ectopică	80
Manuela Neagu, Bogdan Dorobăț, Bogdan Marinescu	
Aspecte ecografice ale placentei în nașterile premature	81
Larisa Copotoiu, Denis Șerban, Daniela Veronica Chiriac, Costela Lăcrimioara Șerban, Ioan Sas	
Importanța ecografiei în diagnosticul și managementul activ al gravidelor cu sarcină gemelară	81
Nicolae Raca, Cristina Păun, Gheorghe Ion	
Ecografia – metodă de încredere în managementul sarcinilor cu diabet gestațional, în cadrul unei echipe multidisciplinare	81
Roxana-Elena Dumitru, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciu	
Ajutorul ecografiei în aprecierea complicațiilor cranio-cerebrale fetale într-o analiză comparativă forceps-ventuză	82
Roxana-Elena Dumitru, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciu	
Displazia renală multichistică. Diagnostic antenatal	82
Iulia Huluță, Nicolae Gică, George Iancu, Gheorghe Peltecu, Anca Maria Panaitescu	
Efectuarea cerclajului de urgență în sarcini unice și multiple – cazuri clinice	83
Cătălin Căuș, Natalia Căuș, Sergiu Puiu, Valentin Friptu	
Utilitatea ultrasonografiei în diagnosticul anomaliilor congenitale uterine – review	83
Cristian Andrei Arvatescu, Dana Gutu, C. Podasca, M. Moga, Nicușor Bigiu, Lorena Dima	
Uterul bicorn și sarcina	84
Iulia-Diana Mocanu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Vlad Iustin Tica	
Uterul fibromatos și sarcina	84
Iulia-Diana Mocanu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Vlad Iustin Tica	
O provocare în evaluarea Doppler a tumorilor maligne ovariene – limitări în conduita preoperatorie	85
Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Oana Maria Ionescu	
Analiza receptorului de FSH – tehnica RFLP	85
E. Tănase, K. Iacob, R. Mătășariu, M. Petică, A. Tibeică, B. Toma, M. Onofriescu	
Aportul ecografiei 3D/4D în diagnosticul prenatal al anomaliilor de cordon ombilical	86
Diana-Elena Comandașu, Cătălin Coroleucă, Ciprian Coroleucă, Diana Mihai, Elvira Brătilă	
Utilizarea lungimii colului uterin pentru a prezice nașterea prematură	86
Ali Al Delbani, Roger Helou	
Nuchal translucency in the first trimester of pregnancy	87
Ali Al Delbani, Roger Helou	
Managementul pemfigusului vulgar în sarcină	87
B. Toma, A. Tănase, M. Petică, K. Iacob, M. Onofriescu	
Molă parțială cu embrion viabil plurimalformat la 17 săptămâni de sarcină – prezentare de caz	88
M. Mocanu, E. Pavel, K. Iacob, C. Mihăilă, B. Scurtu, M. Onofriescu, A. Tănase	
Osteogenesis imperfecta: case report	89
M. Petică, A. Tănase, B. Toma, K. Iacob, M. Onofriescu	

<i>Osteogenesis imperfecta</i> – diagnostic prenatal. Prezentare de caz	89
Alina Georgiana Agache, Ana-Maria Adam, Tudor Ioan Lazăr, Elena Mihălceanu	
Implications of arterial duct constriction in pregnancy	90
K. Iacob, M. Onofriescu, M. Petică, A. Tănase, B. Toma, E. Mihălceanu	
Holoprozencefalia – prezentare de caz și review din literatură	90
Radu Chicea, Anca Lucia Chicea, Paula Niță	
Urinary and fecal incontinence repair using polypropylene sling: a case report	91
Diana Badiu, Peter Petros	
Sindromul Swyer – o provocare de diagnostic și revizuirea literaturii	91
Alexandra-Maria Tibeică, Alexandra Ursache, Adina-Elena Tănase, Mircea Onofriescu	
<i>Struma ovarii</i> bilateral: raport de caz și revizuire a literaturii	92
Alexandra-Maria Tibeică, Alexandra Ursache, Adina-Elena Tănase, Mircea Onofriescu	
Examinarea ultrasonografică a axilei în patologia mamară malignă	92
Șerban Nastasia	
Importanța morfologiei de primul trimestru în diagnosticul malformațiilor fetale	92
Mihai Mitran, Octavia Velicu, Doru Pană, Bogdan Botezatu, Elvira Brătilă	

Integrarea alfo-feto-proteinei (AFP) în screeningul biochimic

Mihaela Steriu

Medlife București

Scopul prezentării este de a readuce la suprafață aspectele predictive oferite de dozarea alfo-feto-proteinei (AFP). Pornind de la piramida de screening prenatal, care cu ajutorul markerilor biochimici predictivi din trimestrul I oferă un traseu al evoluției sarcinii pe parcursul următoarelor două trimestre și în special pentru trimestrul al treilea, am încercat să cobor unul dintre markerii specifici trimestrului al doilea în trimestrul întâi și

astfel să îi demonstrez utilitatea în predicția aneuploidiilor, a defectelor de tub neural, a restricției de creștere uterină, a nașterii premature și a morții fetale intrauterine. Dar, atunci când asocierea cu ceilalți markeri predictivi elimină prognosticul nefavorabil al sarcinii, valoarea modificată a AFP trage un semnal de alarmă asupra caracteristicilor materne subclinice.

Cuvinte-cheie: alfa-feto-proteină, screening

Small data

Mihaela Steriu

Medlife București

EUROCAT (Registrul European de Supraveghere a Anomaliilor Congenitale) raportează un procent cuprins între 39% și 90% a ratei de detecție prenatală a defectelor structurale fetale, în funcție de experiența centrelor de diagnostic prenatal. Conform ghidurilor de consens pentru supravegherea ecografică fetală, sondajul anatomic din cursul celor trei examinări morfologice stabilește:

1. Anomalii clar patogenice, incompatibile cu viața (de exemplu, anencefalia, hidrocefalia, HLHS, pentalogia Cantrell, displazia tanatoforică etc.).

2. Anomalii benigne asociate cu un prognostic bun (de exemplu, chisturile de plex coroid, focusul hiperecogen intracardiac, artera ombilicală unică).

3. Semne ecografice cu semnificație incertă, pentru care trebuie urmărită în dinamică evoluția ecografică, în vederea stabilirii prognosticului fetal (ventriculomegalia borderline, DSV muscular, insuficiență cardiacă dreaptă, pielectazia etc.).

Dar, dincolo de imaginile standard, obligatoriu de obținut, este necesar să integrăm și micile indicii care pot scoate la lumină defecte structurale și genetice fetale majore, evolutive în dinamica sarcinii și a prognosticului fetal.

Cuvinte-cheie: anomalii congenitale, ecografie fetală, defecte structurale

Aportul explorării ecografice a endometrului în practica ginecologică

Dan Ona^{1,2}, Ioana Rotar^{1,2}, Mariana Pușcaș², Daniel Mureșan^{1,2}, Andreia Preda¹

1. Catedra Obstetrică-Ginecologie I, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

Introducere. Examenul ecografic reprezintă o metodă de elecție în urmărirea modificărilor pe care le suferă endometrul în diverse perioade ale vieții, având un rol important în diagnosticul și tratamentul infertilității, în diagnosticul modificărilor anatomice locale și în depistarea precoce a stărilor precanceroase. **Materiale și metodă.** Alegerea metodei de investigare a endometrului, fie prin abord transvaginal, considerat cel mai fidel, fie prin abord transabdominal, trebuie făcută în funcție de contextul clinic ce susține oportunitatea examinării. Datele obținute permit completarea acestei metode de investigare cu explorarea histeroscopică sau cu alte metode de imagistică de tipul RMN sau al histero-

salpingografiei cu substanță de contrast, selecționând cazurile ce impun controlul biopsic al cavității uterine. Un rol important îi revine asocierii explorării standard cu ecografia 3D și 4D completată cu ultrasonografie power Doppler. **Rezultatele** obținute permit evaluarea receptivității endometrului la tratamentul infertilității. O interpretare corectă a leziunilor anatomice decelate permite stabilirea oportunității utilizării altor metode de investigare și luarea unei decizii medico-chirurgicale corecte, având un rol esențial în atitudinea față de o hemoragie atât din perioada de activitate genitală, cât și la pacientele în menopauză.

Cuvinte-cheie: endometru, ecografie, infertilitate

Evaluarea circulației fetoplacentare în cursul travaliului prin ecografie Doppler

Dan Mișu, Doru Diculescu, Răzvan Ciortea, Andrei Măluțan, Ligia Blaga, Carmen Bucuri, Răzvan Băltoaica, Mihaela Oancea, Cristian Iușă

Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Obiectivul principal al monitorizării intrapartum îl constituie identificarea momentului de apariție a hipoxiei fetale. Ecografia Doppler constituie o metodă neinvazivă de evaluare a fluxurilor sangvine fetoplacentare. Valoarea indicelui de pulsilitate (IP) la nivelul arterelor uterine crește în cursul contracțiilor uterine. Se constată o reducere cu 40-60% a vitezei fluxului de sânge pentru o presiune intrauterină de 60 mmHg. Fluxul diastolic poate deveni nul la o presiune intrauterină de 80 mmHg. Fluxurile vasculare la nivelul arterelor ombilicale nu se modifică în raport cu dinamica uterină, aspect care confirmă schimbul permanent fetoplacentar în cursul travaliului. În cazul

suferinței fetale intrapartum, valoarea IP ombilical crește. La nivelul arterei cerebrale medii se constată o creștere a IP în timpul contracțiilor uterine, creștere care este explicată prin presiunea exercitată asupra craniului fetal. În contextul suferinței fetale intrapartum, valoarea IP cerebral scade. Alte situsuri de explorare a circulației fetale în timpul travaliului care pot fi evaluate sunt: artera aortă, artera vertebrală, ductul venos. În cursul analgeziei peridurale, evaluarea fluxurilor sangvine fetoplacentare permite monitorizarea stării fetale intrauterine.

Cuvinte-cheie: ecografie Doppler, travaliu, circulație fetală

O provocare a diagnosticului imagistic într-un caz atipic: sarcină ectopică post-histerectomie de hemostază în urmă cu opt ani

Ciprian Ilea^{1,2}, Irina Stoian², Demetra Socolov^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza Vodă”, Iași

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Introducere. Sarcina ectopică post-histerectomie reprezintă o situație extrem de rară, diagnosticul imagistic reprezentând o adevărată provocare în aceste cazuri atipice. **Materiale și metodă.** Prezentăm experiența noastră în diagnosticul imagistic al unui caz atipic de sarcină ectopică post-histerectomie de hemostază efectuată în urmă cu opt ani, pacienta adresându-se serviciului nostru acuzând dureri pelviene și metrorragii de aproximativ șapte zile. Managementul diagnostic imagistic a cuprins explorare ecografică, rezonanță

magnetică și explorarea laparoscopică în corelație cu diagnosticul paraclinic. **Rezultate.** Managementul multidisciplinar a permis un diagnostic corect și la timp al acestui caz atipic, înaintea dezvoltării complicațiilor cu potențial vital. **Concluzii.** Sarcina ectopică după histerectomie este rară, dar cu posibile complicații fatale, o întârziere a diagnosticului și a tratamentului specific putând fi catastrofală.

Cuvinte-cheie: ecografie, sarcină ectopică, histerectomie

Important vasodilatation in fetuses with single umbilical artery at 21-38 weeks of gestation as compensatory mechanism for diminished bloodflow section

Marius Vicea Calomfirescu

Proxima Clinic, Bucharest

Objectives. To assess the PI through UA and MCA and to assess the CPR in fetuses with SUA after 21 weeks of gestation. To identify if differences in measurement could change the significance/interpretation and potentially the case management. **Method.** A retrospective observational study identified patients with SUA from fetuses examined between 15.11.2011 and 25.02.2018 by single operator. Fetuses with structural or chromosomal abnormalities were excluded from the study. We analyzed the measured UA's and MCA's PI and calculated CPR for fetuses examined with a gestational age between 20 and 38 weeks by transforming it to MoM and calculating the mean MoM for this group of patients. **Results.** There were 4218 distinct patients and 57 fetuses with SUA (1.35% SUA) and the gestational age at the exam was between 21 and 38 weeks. Ten fetuses were excluded for other associated abnormalities. Forty-seven cases were analyzed. UA PI was transformed into MoM. Mean MoM PI for SUA was 0.9 while mean MoM

for MCA PI was 0.93. Calculating CPR MoM resulted in a mean of 1.01. **Conclusions.** Vasodilatation in SUA is a reasoned adaptation consequence to compensate for diminished bloodflow vascular section. This is proven through the reduction in expected PI in SUA by 10%. In order to maintain the blood/bloodflow in fetal territory, a proportional response within fetal cardiovascular system is observed with reduction in expected MCA PI by 7%. Balanced vasodilatation appears to be the rule for otherwise normal fetuses with SUA. When interpreting and making clinical decision based on individual values either for SUA PI or MCA PI compared with nomograms established for normal fetuses, one should take into account the 10% bias due to adaptive balanced vasodilatation in fetuses with SUA. Only CPR should be used uncorrected for clinical interpretation and decision making in fetuses with SUA.

Keywords: fetal ultrasound, single umbilical artery, vasodilatation

Important differences between the proximal and distal MCAs (medial cerebral arteries) measurements in fetuses at 20-38 weeks of gestation

Marius Vicea Calomfirescu¹, Dominic Gabriel Iliescu², Ștefania Tudorache²

1. Private Medical Practice, Bucharest

2. University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Emergency County Hospital of Craiova

Objectives. To assess the correspondence of PI and PSV measurements between the proximal and distal MCAs relative to probe in fetuses after 20 weeks of gestation. To identify if the site measurement differences could change the significance/interpretation and potentially the case management. **Method.** A multicenter, multioperator snapshot observational study between February and May 2018 regarding MCA's PI and PSV measurements, using sonographic automated trace method, for both proximal and distal MCAs relative to the probe, in 149 consecutive fetuses with gestational age between 20-38 weeks. The difference in values and absolute percentage for each pair of proximal-distal measures, mean delta for all measures and mean percentage delta were calculated for PI and for PSV. Each fetus represents its own control for cofounders. **Results.** The gestational age distribution within study group was unbalanced, most of our patients being in 32-38 weeks of gestation. For MCA's PI, the difference range was 0-37.93%. For MCA's PSV, the difference range was 0.11-58.64%. MCA's PI mean percentage delta was 10.7% and MCA's PSV mean percentage delta was 11.47%. MCA's PI and PSV mean values delta were close to 0 (-0.00778 and -0,44) for the entire group. We consider the differences to be generated by two main particularities:

- the bony structure environment where MCA is located implies interfaces prone to change the ultrasound wave

propagation; consequently, the difference in speed evaluated by Doppler may vary with the amount of bone tissue passed by ultrasound beam;

- the spatial architecture of bones at the base of the skull results in spatial angulations not only in horizontal plane, that can't be compensated for.

We found eight cases (5.3%) where the difference in MCA's PSV could change the clinical interpretation.

Conclusions. Inferring our results at populational level, one could interpret that there is no difference since mean values delta were close to 0. Indeed, it seems that measuring systematically either proximal or distal MCA will result in the same mean/distribution across gestational age. On the other hand, substituting parts/subgroups/individual values of measurements will not lead to the same result. This is evidenced when absolute values and percentages of differences are considered as in our present study, and when both measurements of the same fetus are compared. Considering the distal MCA measurement (when addressing the proximal MCA is more difficult) will generate a bias (not accounted for clinical use in present practice), this has the potential to change the interpretation and patient management. This is why in cases with abnormal distal MCA values or for fetuses at risk, we would recommend to measure and use for clinical decision the proximal MCA Doppler.

Keywords: fetal ultrasound, medial cerebral artery

Elastografia în timp real în evaluarea leziunilor preneoplazice și neoplazice ale colului uterin – rezultate preliminare

Marina Dudea-Simon¹, Alexandru Burde², Răzvan Ciortea¹, Doru Diculescu¹, Andrei Măluțan¹, Dan Mihiu¹

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

2. Propedeutică dentară și estetică dento-facială, Departamentul Protetică și Materiale Dentare, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Introducere. Elastografia este o tehnică imagistică ce apreciază rigiditatea structurilor și care este complementară ultrasonografiei convenționale. Metoda elastografică are în prezent o largă utilizare în evaluarea leziunilor mamare, tiroidiene și prostatice. Scopul acestui studiu este de a evalua utilitatea elastografiei în timp real în analiza țesutului cervical normal, precum și a leziunilor preneoplazice și neoplazice ale colului uterin. **Materiale și metodă.** Au fost incluse în studiu 28 de paciente, repartizate în trei grupuri, după cum urmează: grupul A – fără leziuni ale colului uterin (n=10), grupul B – displazie col uterin (n=10), grupul C – neoplasm de col uterin (n=8), confirmate prin biopsie și analiză anatomopatologică. Au fost realizate 28 de dispozitive identice din silicon de adăuție, cu dimensiuni de 35/10/10 mm, care au fost considerate reper al rigidității în evaluarea colului uterin. S-a realizat ecografie bidimensională cu sondă endovaginală pentru identificarea și reperarea colului uterin și a dispozitivului

din silicon, poziționat în proximitatea colului, urmată de elastografie în timp real. S-a calculat raportul de dislocare (Strain Ratio; SR) între colul uterin și dispozitivul din silicon. Analiza datelor a fost realizată utilizând programul SPSS 16.0. Au fost comparate rezultatele SR din cele trei grupuri. Pentru fiecare pacientă, s-a considerat media a 10 determinări consecutive ale SR. **Rezultate și concluzii.** Analiza datelor a indicat diferențe semnificative ($p < 0,05$) ale SR între toate cele trei grupuri, cu cele mai mici valori ale SR în grupul A și cele mai mari valori pentru grupul C. În concluzie, elastografia în timp real, realizată cu sonda endovaginală, utilizând un dispozitiv din silicon ca reper, este o tehnică utilă în evaluarea rigidității colului uterin. Rezultatele acestui studiu sugerează capacitatea elastografiei de a diferenția, neinvaziv, între leziunile preneoplazice și neoplazice ale colului uterin.

Cuvinte-cheie: elastografie, displazie col uterin, cancer col uterin

Importanța evaluării ecografice a circulelor și a nodului de cordon ombilical

Doru Diculescu, Dan Mihiu, Răzvan Ciortea, Carmen Bucuri, Andrei Măluțan, Daria Pop, Renata Nicula, Fulga Florescu, Oancea Mihaela, Ligia Blaga, Cristian Iuhaș

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Nodul adevărat de cordon ombilical poate fi găsit la 0,3-2,1% din totalul sarcinilor. Această situație pare să se întâlnească mai frecvent în cazul multiparității, sarcinii gemelare monoamniotice, sexului bărbătesc, polihidramniosului, diabetului gestațional, fătului mic și al cordonului ombilical lung. Însă aceleași situații determină mai des apariția circulelor de cordon. Nodul adevărat de cordon pare să fie asociat cu o rată mai mare a mortalității fetale față de populația obstetricală generală și poate provoca un model de ritm cardiac anormal pe cardiocogramă, care de multe ori duce la operație cezariană. Este neobișnuit ca un nod să se strângă, mai ales înainte de debutul travaliului. În prezent, echipamentele moderne de ultrasonografie permit identificarea unui nod adevărat de cordon, chiar dacă este posibil ca acesta să treacă neobservat la scana-re de rutină. Circulele unice ale cordonului ombilical

sunt întâlnite la 20-33% din sarcinile normale, mai rare fiind circulele duble (2,5-8,3%) sau multiple (0,5%). Rezultatul nașterii nu este de obicei afectat, exceptând unele cazuri cu circule multiple. Având în vedere rezultatele nașterii, dar și frecvența crescută, circulara de cordon trebuie să fie considerată mai degrabă un eveniment fiziologic. Prezența circularii sau circulelor de cordon nu este în mod uzual asociată cu alterări ale oxigenării fetale. Tehnologia avansată oferă posibilitatea de a vizualiza tot mai detaliat structurile obstetricale. Din punctul de vedere al beneficiului, există autori care s-au întrebat dacă în unele cazuri nu vedem totuși prea multe. Se pune problema, pe lângă anxietatea pe care o aduce această cunoaștere, dacă pacienta are ceva de câștigat din această informație.

Cuvinte-cheie: nod adevărat de cordon, circulară de cordon

Diagnosticul ecografic al ascitei fetale secundare peritonitei meconiale – prezentare de caz

Ioana Corina Gorgoi¹, Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Oana Eliza Crețu¹, Florina Magdalena Mihai¹, Adriana Mihaela Dan¹, Monica Mihaela Cîrstoiu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență București

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

Volvulusul intestinal fetal reprezintă o patologie rară dar amenințătoare de viață, cu grade diferite de severitate și evoluție. Prezentăm o revizuire a literaturii de specialitate cu privire la patogeneza și diagnosticul volvulusului fetal pornind de la cazul unei paciente cu sarcină de 35 de săptămâni care s-a prezentat la camera de gardă a Spitalul Universitar de Urgență din București pentru CUD și metroragie. La evaluarea ecografică s-a evidențiat ascită fetală voluminoasă, izolată, iar nașterea s-a produs ulterior prin operație cezariană ST de urgență. Puncția abdominală a relevat lichid brun-închis, iar nou-

născutul a fost transferat într-un serviciu de chirurgie pediatrică și supus unei laparotomii exploratorii de urgență, cu rezecție intestinală secundară. Patologia fetală apărută în trimestrul al treilea de sarcină contribuie la creșterea ratei morbidității și mortalității și de aceea se recomandă ca ecografia de morfologie fetală de la 32-34 de săptămâni de amenoree să fie făcută de rutină și să includă o evaluare minuțioasă a organelor fetale, inclusiv a intestinului fetal.

Cuvinte-cheie: volvulus fetal, peritonită meconială, ecografie

Patologia de cordon ombilical – diagnostic, semnificație și prognostic

Cristina Vasiliu, Simona Elena Albu, Mara Cârșote, Adela Șerban

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. Cordonul ombilical reprezintă o componentă importantă a unității funcționale fetoplacentare, cu rol major în oxigenarea fetală. Diagnosticul prenatal al anomaliilor de cordon ombilical ajută la anticiparea unei suferințe fetale hipoxico-ischemice perinatale și poate ghida atitudinea privind continuarea sau terminarea sarcinii în funcție de gravitatea suferinței fetale. **Materiale.** Anomaliile cordonului ombilical sunt de două feluri: anomalii de inserție și anomalii morfologice. Inserția velamentoasă de cordon ombilical se asociază frecvent cu *placenta praevia* și are risc crescut de dezlipire de placentă și chiar decese fetale. *Vasa praevia* este asociată cu inserția velamentoasă de cordon ombilical. Neidentificarea prenatală a acestei entități poate evolua fatal în peste

50% din cazuri. Aceste anomalii pot fi diagnosticate ecografic. De aceea, examinarea cordonului ombilical este o componentă importantă a sonografiei obstetricale. Anomaliile cordonului ombilical pot fi izolate, dar uneori ele se asociază cu aneuploidii sau alte anomalii fetale. De aceea, în cazul în care le decelăm, este indicată ecografia țintită pentru a evalua prezența anomaliilor fetale asociate. **Concluzii.** Patologia de cordon ombilical poate fi diagnosticată prin examinare ecografică în trimestrele doi și trei de sarcină. Conduita și prognosticul în anomaliile de cordon ombilical diferă în funcție de momentul diagnosticului și de eventualele anomalii fetale asociate.

Cuvinte-cheie: cordon ombilical, suferință fetală, ultrasonografie

Ecografia Doppler fetală în trimestrul I de sarcină

Răzvan Ciortea, Doru Diculescu, Andrei Măluțan, Costin Berceanu, Radu Mocan-Hognogi, Carmen Bucuri, Maria Rada, Răzvan Băltoaica, Mihaela Oancea, Cristian Iuhaș, Dan Mișu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Pe măsură ce structurile fetale și cele placentare se dezvoltă, rețeaua lor vasculară devine mai pronunțată. Prin urmare, pe timpul sarcinii este posibilă observarea a trei unități separate și totuși unite: circulația maternă, placentară și fetală. Partea maternă a circulației placentare este reprezentată de arterele uterine și de ramurile acestora, care se ramifică până la placa deciduală a placentei. Cu ajutorul ecografiei Doppler se poate identifica și caracteriza, chiar din trimestrul I de sarcină, fluxul vascular de la nivelul arterei uterine, arterelor arcuate, radiale, precum și de la nivelul arterelor spiralate. Placenta este organul unde se întâlnesc două sisteme circulatorii perfect distincte: unul deschis – matern și altul închis – fetal. În nicio parte a placentei nu există o comunicare directă între sângele matern și cel fetal. Aceste evenimente pot fi studiate cu acuratețe prin ecografia 2D, 3D color sau power Doppler. Analiza Doppler pulsat arată două tipuri de unde obținute din spațiul intervilos: unda pulsatilă arterială și flux venos continuu. Trimestrul I

de sarcină permite evaluarea circulației fetale la diferite niveluri: circulația ombilicală, vasele arteriale periferice (aorta descendentă, vasele intracerebrale), cordul, structuri venoase (vena cavă inferioară, ductul venos). Circulația ombilicală este prezentă începând de la șase săptămâni de amenoree, când vascularizația viloză confluează cu tubul cardiac primitiv. Spectrul Doppler obținut din circulația centrală venoasă a embrionului aduce informații referitoare la aspectul fiziologic al ventriculului drept. Astfel, informații specifice legate de presarcină, complianța miocardului și de presiunea la sfârșitul diastolei pot fi obținute prin urmărirea Doppler a DV, precum și a venei cave inferioare (VCI). După șase săptămâni de gestație, pot fi detectate semnale spectrale și de culoare Doppler de flux pulsatoric de sânge în inima fetală și vasele mari. În ultima parte a primului trimestru de sarcină, ultrasonografia și înregistrarea Doppler pot fi realizate transabdominal.

Cuvinte-cheie: Doppler, trimestrul I, ultrasonografie

Cord stâng hipoplazic în asociere cu stenoză aortică severă și atrezie mitrală

Aurora Eugenia Ilian, Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Adrian Lăcătuș

Spitalul Clinic Municipal de Obstetrică-Ginecologie din Timișoara

Introducere. În prezenta lucrare, obiectivul este de a sublinia importanța de efectuării ecografiei de morfologie fetală timpurii în ceea ce privește managementul adecvat, prezentând un caz de sarcină insuficient dispensarizată care la 17 săptămâni prezintă patologii cardiace asociate, fără decelarea altor anomalii structurale fetale. **Materiale și metodă.** O pacientă primipară, în vârstă de 27 de ani, fără screening cromozomial ori morfologie fetală efectuată în cursul sarcinii, se prezintă în clinică noastră cu o vârstă gestațională de 17 săptămâni, în vederea efectuării ecografiei de morfologie fetală. Se decelează ventricul stâng hipoplazic, atrezie mitrală și stenoză aortică severă, motiv pentru care se programează o reevaluare împreună cu cardiologul pediatru. Se confirmă de către cardiologul pediatru cele suspensionate ecografic și se consiliază pacienta, oferindu-i-se date privind prognosticul și modalitățile terapeutice existente, atât tratament conservator, intervențional,

cât și terminarea sarcinii, din cauza severității stenozei aortei și a prognosticului nefavorabil. Se provoacă un avort medicamentos, iar pacienta avortează un produs de concepție care urmează să fie necropsiat. În urma necropsiei se certifică hipoplazia de cord stâng, atrezia mitrală și stenoza aortică severă asociată, patologie documentată prin poze la disecția cordului. Precizăm că anomaliile cordului au fost izolate, iar familia nu a dorit testarea genetică a produsului de concepție avortat. **Concluzii.** În urma screeningului ecografic efectuat și a colaborării interdisciplinare cu medicul cardiolog pediatru, obstetrician și cu specialistul de medicină materno-fetală, se pot decela malformații fetale care permit o consiliere adecvată atât în ceea ce privește cursul sarcinii, cât și opțiunea consilierii genetice adecvate a cuplului.

Cuvinte-cheie: cord stâng hipoplazic, stenoză aortică, atrezie mitrală

Izomerism atrial stâng fetal în context sindromic

Aurora Eugenia Ilian, Laurențiu Pirtea, Dorin Grigoraș, Adrian Lăcătuș

Spitalul Clinic Municipal de Obstetrică-Ginecologie din Timișoara

Introducere. În prezenta lucrare, obiectivul este de a prezenta un caz rar de malformație congenitală cardiacă fetală documentată ecografic. Menționăm că aceasta face parte dintr-un sindrom genetic, fătul prezentând multiple anomalii structurale fetale. **Materiale și metodă.** O pacientă primipară, în vârstă de 26 de ani, se prezintă în clinica noastră cu o vârstă gestațională de 26 de săptămâni, acuzând dureri pelviabdominale, motiv pentru care este efectuată ecografia de biometrie a sarcinii. Se decelează lipsa septului interatrial, în asociere cu atriul drept mărit, dominant. La efectuarea ecografiei de morfologie fetală detaliată, se decelează multiple anomalii fetale: micrognație ușoară, hipoplazie renală bilaterală, cu deplasare în pelvis, dolicocefalie, hipoplazie cerebeloasă și fold nucal crescut. Se programează și se efectuează un control împreună cu cardiologul pediatru, care confirmă cele găsite ecografic și ridică suspiciunea de sindrom heterotaxic. Se decide și se efectuează amniocenteza diagnostică, identificându-se prin metoda de cariotipare genetică de microarray un profil masculin

anormal ce prezintă deleție a cromozomului 18 în regiunea q și o duplicație asociată a cromozomului 20 în poziția p. Din cauza prognosticului rezervat dat se asocierea anomaliilor fetale, se hotărăște și se practică feticid și terminarea sarcinii. Se efectuează necropsia fătului la cerere, cu evidențierea aceluiași aspect ecografic menționat anterior, cu plămâni bilobați corespunzători izomerismului atrial stâng, ce poate face parte dintr-un sindrom heterotaxic (imagini ale cordului și plămânilor efectuate în cadrul necropsiei). Pacienta urmează sfatul genetic, consilierea și analiza cariotipului din sânge a ambilor parteneri. **Concluzii.** În urma screeningului ecografic efectuat și a colaborării interdisciplinare cu medicul cardiolog pediatru, genetician, obstetrician și cu specialistul de medicină materno-fetală, se pot decela malformații fetale atât letale, cât și neletale, afecțiuni ce impun o diagnosticare genetică și consiliere adecvată atât în ceea ce privește cursul sarcinii, cât și consilierea genetică adecvată a cuplului.

Cuvinte-cheie: izomerism, cariotipare, malformații

Elastografia cervicală în sarcină – o metodă complementară în aprecierea riscului de naștere prematură?

Cristian-Ioan Iuhaș, Ciortea Răzvan, Andrei Măluțan, Carmen Bucuri, Ciprian Porumb, Daria Pop, Doru Diculescu, Dan Miha

Catedra Obstetrică-Ginecologie II, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Introducere. Nașterea prematură reprezintă una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. Există o preocupare continuă pentru evaluarea factorilor de risc și a parametrilor clinici și paraclinici care anunță un risc crescut de naștere prematură. Lungimea colului nu poate fi în prezent corelată de o manieră reproductibilă și cuantificabilă cu modificările de consistență ale colului. Aceste modificări de consistență (elasticitate), la momentul evaluării clinice, sugerează că ar putea exista corelații între consistența și lungimea colului, cu implicații în evaluarea riscului de naștere prematură. Elastografia a deschis noi perspective de evaluare calitativă și cantitativă a elasticității cervicale, cu o serie de impedimente legate de reproductibilitatea măsurătorilor și de intervale de normalitate largi și imprecis stabilite. Unele dintre aceste probleme le reprezintă modificarea fiziologică a consistenței odată cu înaintarea vârstei gestaționale și lipsa unui reper tisular de vecinătate care să nu fie supus modificărilor hormonale ce apar pe parcursul sarcinii, făcând astfel dificilă evaluarea corectă a modificărilor elastografice

de-a lungul gestației la aceeași pacientă. Altfel spus, consistența și elasticitatea tisulară cervicală sunt diferite la aceeași pacientă pe parcursul sarcinii și între diferite paciente la momentul evaluării inițiale. În aceste condiții, elastografia nu poate oferi informații pertinente în legătură cu modificarea consistenței colului. **Materiale și metodă.** Pentru rezolvarea acestor impedimente am propus efectuarea elastografiei cervicale în prezența unui reper din silicon cu caractere structurale și elastografice cunoscute și care să ofere posibilitatea unor comparații pertinente la aceeași pacientă la diferite vârste gestaționale și între diferite paciente. Au fost selectate 17 paciente care au născut la termen și 9 cazuri de naștere prematură, toate urmărite din al doilea trimestru de sarcină, utilizând acest reper. **Rezultate și concluzii.** Rezultatele obținute sugerează că reperul propus ar putea fi utilizat în viitor pentru evaluarea riscului de naștere prematură (cu variații cuprinse în intervalul 27-41 Kpa).

Cuvinte-cheie: elastografie cervicală, naștere prematură

Importanța microcefaliei și a biometriei fetale în detectarea sindroamelor genetice congenitale

Aurora Eugenia Ilian¹, Laurențiu Pirtea¹, Dorin Grigoraș¹, Daniela Veronica Chiriac¹, Adrian Rațiu¹, Simona Farcaș²

1. Spitalul Clinic Municipal de Obstetrică-Ginecologie din Timișoara

2. Spitalul Clinic Municipal de Urgență din Timișoara

Introducere. În prezenta lucrare, obiectivul este de a prezenta două cazuri de sindroame genetice depistate în urma microcefaliei ca marker izolat anormal al screeningului din trimestrul al doilea de sarcină. Primul caz este o sarcină cu suspiciune de duplicație a cromozomului 22 ce a fost dusă la termen, iar al doilea caz prezintă o microcefalie severă, debutată în trimestrul al doilea, la care s-a practicat feticid. Aceste cazuri sunt documentate cu imagini ecografice 2D și 3D, cât și prin RMN fetal. **Materiale și metodă.** Pacientele se prezintă în serviciul nostru la 25 de săptămâni de gestație. Acestea prezintă antecedente obstetricale de cromozomopatii: pacienta cu circumferința craniană sub percentila 5 prezintă istoric de copil cu sindrom Wolf-Hirschhorn, iar pacienta îndrumată târziu pentru morfologia fetală de trimestru al doilea din cauza microcefaliei prezintă, de asemenea, în istoric un copil cu trisomie 21. Tesarea serologică exclude riscul infecțiilor congenitale. La cariotiparea PCR (polimer-

aise chain reaction), efectuată în urma amniocentezei diagnostice, profilurile cromozomiale sunt normale. Ca abordare, din cauza istoricului de sindrom Wolf-Hirschhorn se efectuează testarea genetică microarray și se ridică suspiciunea de duplicație a cromozomului 22, efectuându-se RMN fetal la momentul diagnosticului, cât și la 36 de săptămâni, în vederea stabilirii girației cerebelare, apoi supraveghere și naștere la termen. În ceea ce privește microcefalia persistentă severă cu debut precoce, din cauza prognosticului nefavorabil se optează pentru feticid și terminarea sarcinii. **Concluzii.** Datarea corespunzătoare a sarcinii și colaborarea interdisciplinară între medicul de medicină materno-fetală, medicul imagist, medicul genetician și medicul obstetrician pot ghida etapele necesare consilierii și managementul adecvat, acțiuni care vin în ajutorul cuplurilor în ceea ce privește opțiunile posibile și luarea deciziilor în funcție de diagnostic și prognostic.

Cuvinte-cheie: microcefalie, cariotipare, sindroame

Spectrul modificărilor comportamentului psihoemoțional la copiii cu malformații cardiace congenitale operate

Amalia Făgărășan

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie din Târgu-Mureș

Introducere. În ultimele decenii, progresele privind diagnosticul precoce al malformațiilor congenitale cardiace (MCC) încă din viața intrauterină a deschis calea perfecționării metodelor inovatoare în tratamentul intervențional și chirurgical. Consecințele sunt scăderea ratei de deces pentru malformațiile simple, creșterea ratei de supraviețuire în rândul copiilor cu malformații complexe, dar și a numărului de reintervenții în diferite etape ale copilăriei. Stresul generat de intervențiile chirurgicale este resimțit de copii și exteriorizat prin manifestări psihoemoționale care le face dificilă integrarea printre copiii de aceeași vârstă considerați sănătoși. **Materiale și metodă.** Studiul a fost prospectiv, derulat în Clinica Cardiologie III Copii Targu-Mureș, centru terțiar de diagnostic și tratament chirurgical în patologia cardiacă la nou-născuți și copii, fiind realizat în perioada 2015-2017 pe un

lot de copii cu vârste între 6 și 18 ani, cu MCC operate, fără istoric de stres psihoemoțional, la care s-a efectuat o primă evaluare psihologică. Scopul a fost de a analiza randamentul școlar, corelația între severitatea MCC, momentul la care s-a efectuat corecția și comportamentului neuropsihic al pacienților. **Rezultate și concluzii.** Vârsta medie a lotului fost de 11 ani ± 3,3 DS, iar valoarea medie a nivelului de inteligență a fost de 86,36 ± 18,83 DS. Anxietatea a fost întâlnită la 52% dintre copii, cel mai frecvent la cei la care corecția s-a efectuat în perioada 1-3 ani, comparativ cu cei operați până la 1 an (p=0,048). Corelația între tipul de MCC, clasa NYHA și anxietate a arătat că acei copii cu MCC de complexitate mare, clasa NYHA III, au avut o corelație pozitivă cu anxietatea (p=0,002).

Cuvinte-cheie: malformații cardiace congenitale, copii, modificări comportamentale

Rolul ecografiei 3D în primul trimestru de sarcină

Cristian-Ioan Iuș, Răzvan Ciorte, Andrei Mălușan, Carmen Bucuri, Mihaela Oancea, Doru Diculescu, Dan Mihai

Catedra Obstetrică-Ginecologie II, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

Introducere. Puține tehnici de investigație paraclinică au avut în medicină impactul pe care l-a avut ecografia. Aprecierea unei dezvoltări normale a embrionului și ulterior a fătului este completată de tehnici 3D care au deschis noi posibilități de cercetare a diferențierii și creșterii embrionare și fetale, oferind perspectiva unei vizualizări mai detaliate a produsului de concepție *in utero*. 3D HD Live este o tehnică de obținere a unor imagini „realiste” printr-o postprocesare a imaginilor care se bazează pe recunoașterea automată a componentelor structurale analizate cu augmentarea elementelor de suprafață și utilizarea unui spectru de culori asemănător cu cel al țesuturilor examinate. Silhouette este un algoritm de dată relativ recentă care permite vizualizarea interfețelor tisulare cu densități diferite, permițând obținerea unor imagini tridimensionale în care sunt conturate cavitățile care apar sub forma unui conținut transparent. **Material și metodă.** Au fost evaluate săptămânal, între 6 și 12 săptămâni, 31 de cazuri în 2D

și concomitent, prin diferite tehnici tridimensionale, pentru aprecierea corectă a aportului ecografiei 3D. De asemenea, au fost analizate informațiile din literatură pe această temă pentru compararea datelor. **Rezultate și concluzii.** 3D HD Live și 3D HD Live Silhouette permit constant evidențierea primelor structuri cerebrale la embrioni măsurând lungimi craniopodale de la 9,3-23,9 mm. Numeroasele tehnici tridimensionale au permis îmbunătățirea evaluării 2D, cu apariția progresivă a unor algoritmi care permit evidențierea unor aspecte inaccesibile vizualizării până nu de mult. Trebuie însă menționat că aportul ecografiei 3D este aditiv, existând în literatură un impresionant număr de articole care dezbate utilitatea reală a ecografiei 3D în primele 12 săptămâni de sarcină. Totuși, progresul constant al tehnologiei, cu îmbunătățirea periodică a imaginilor obținute, vor impune cu siguranță tot mai mult utilizarea 3D în prima parte a sarcinii.

Cuvinte-cheie: ecografie 3D, prim trimestru

Aspecte ecografice în neoplaziile trofoblastice gestaționale

Daria Maria Pop, Renata Nicula, Ciprian Porumb, Doru Diculescu

Departamentul „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Formele maligne ale bolii trofoblastice gestaționale sunt denumite neoplazii trofoblastice gestaționale (NTG). Este cunoscut faptul că trofoblastul normal are intrinsec caractere de țesut malign, astfel că trecerea de la țesutul trofoblastic din sarcina normală la cel tumoral este foarte labilă, factorul primar al acestei degenerescențe regăsindu-se la nivel vascular. NTG-urile sunt patologii rare, agresive, care metastazează precoce și au un prognostic rezervat. Se clasifică în: mola invazivă, coriocarcinomul, tumorile de sit placentar și tumorile trofoblastice epitelioidale, această diferențiere fiind posibilă doar în urma examinării histopatologice.

Deși nu reprezintă gold standard în diagnosticul acestor afecțiuni, ultrasonografia 2D este invariabil prima examinare paraclinică ce atrage atenția asupra gravității diagnosticului. Aspectul ecografic sugerează prezența unei mase ecogene/heterogene, cu arii de necroză și/sau hemoragie, iar ecografia Doppler evidențiază o vascularizație extrem de abundentă. Lucrarea de față își propune să treacă în revistă aspectele ecografice particulare din neoplaziile trofoblastice gestaționale diagnosticate și tratate în clinica noastră.

Cuvinte-cheie: neoplazii trofoblastice gestaționale, coriocarcinom, trofoblast, ultrasonografie 2D, Doppler

Sindromul absenței valvei pulmonare. Diagnostic ecografic în primul trimestru de sarcină. Prezentare a trei cazuri

Gheorghe Iliev¹, Vlad Gorduza², Violeta Martiniuc³

1. Centrul Medical „Dr. Gheorghe Iliev”, Iași

2. Disciplina de Genetică Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

3. Laboratorul de Genetică, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza Vodă”, Iași

Introducere. Sindromul absenței valvei pulmonare (SAVP) este o cardiopatie congenitală rară definită prin valve pulmonare absente sau rudimentare. Diagnosticul SAVP în primul trimestru se bazează în principal pe detectarea fluxului de „du-te-vino” prin valvele pulmonare și canalul arterial (CA). Prezentăm trei cazuri cu SAVP diagnosticate la 12-13 săptămâni de amenoree (SA). **Materiale și metodă.** Am folosit protocolul extins *The Fetal Medicine Foundation* pentru screeningul combinat din primul trimestru. Am examinat în Doppler color cordul fetal: patru camere, aorta ascendentă (AOasc), artera pulmonară (AP), CA, arcul aortic (AAO). În cazurile cu flux color de „du-te-vino” în AP am practicat Doppler pulsat pe AAO, AOasc, AODesc și artera ombilicală (AOmb). Pentru diagnosticul SAVP am identificat: AP și ramuri pulmonare cu calibru normal, fluxul de „du-te-vino” în AP și regurgitare pulmonară (RP), revers flow (RF) important în DV, AAO, AOasc, AODesc și AOmb. În cazul

ageneziei de CA nu am identificat RF în AAO și AODesc. Am practicat testele genetice de diagnostic pentru aneuploidii și microdeleția 22q11. **Rezultate.** În perioada 1.12.2009 – 31.01. 2019, am diagnosticat trei cazuri de SAVP. Primul caz a fost o sarcină de 13+1 SA, fătul cu pliu nucal (PN) >percentila 99, agenezie de CA și ambele teste genetice negative. Al doilea caz a fost o sarcină de 12+0 SA, fătul cu trisomie 18, PN >percentila 99, DSV, CA patent și omfalocel. Al treilea caz a fost o sarcină de 13+0 SA, fătul cu PN=1,7 mm, DSV larg, CA patent, megavezică și testul FISH negativ pentru microdeleția 22q11. În toate cazurile s-a practicat avortul terapeutic. **Concluzii.** Diagnosticul ecografic prenatal al SAVP este fezabil în primul trimestru de sarcină. Conduita obstetricală va fi stabilită în funcție de rezultatele testelor genetice și de forma anatomică a SAVP.

Cuvinte-cheie: sindromul absenței valvei pulmonare, trimestrul întâi, diagnostic prenatal

Evaluarea mobilității colului vezical la paciente cu cistocel și incontinență urinară prin intermediul ecografiei transperineale

Maria-Patricia Rada, Răzvan Ciortea, Doru Diculescu, Andrei Măluțan, Mihaela Oancea, Cristian Iușă, Carmen Elena Bucuri, Dan Mihai

Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Introducere. La nivelul compartimentului pelvian anterior există trei grupe de ligamente care au rol suportiv pentru uretră: ligamentele periuretrale, parauretrale și pubouretrale. Acestea împreună cu peretele vaginal anterior asigură continența urinară. O leziune a structurilor menționate poate determina apariția cistocelului, a hipermobilității uretrale sau a incontinenței urinare de efort (IUE). Cuantificarea leziunilor se poate realiza prin examinarea clinică, în asociere cu ultrasonografia transperineală. **Materiale și metodă.** A fost realizat un studiu transversal în care au fost incluse 70 de paciente cu disfuncții ale compartimentului pelvian anterior și paciente de control. Pacientele au fost evaluate clinic, utilizând sistemul de cuantificare a prolapsului organelor pelviene (POP-Q), și ultrasonografic, prin abord transperineal. Parametrii prin care s-a definit mobilitatea colului vezical au fost diferența dintre distanța simfiză pubiană (SP) – col vezical (CV) în repaus și în timpul manevrei Valsalva și deplasarea înspre posterior

a colului vezical (DPCV). În aceleași condiții s-a evaluat și modificarea unghiului uretro-vezical posterior (UVP). **Rezultate.** Din totalul pacientelor, 52% au prezentat stadiul POP-Q ≥ 2 . Cel mai frecvent simptom asociat a fost pierderea involuntară de urină. La pacientele cu POP-Q ≥ 2 care au prezentat IUE, distanța SP-CV s-a redus în medie cu 13,8 mm, PCV a crescut în medie cu 5,59 mm, iar media diferențelor UVP (repaus versus Valsalva) a crescut cu 27,69°. La pacientele cu POP-Q ≥ 2 fără IUE, distanța SP-CV s-a redus în medie cu 19,5 mm, PCV a crescut în medie cu 14 mm, iar media diferențelor UVP (repaus versus Valsalva) a crescut cu 7°. **Concluzii.** În grupul pacientelor cu IUE s-a înregistrat o creștere semnificativ mai mare a unghiului UVP, comparativ cu grupul fără IUE. În grupurile studiate comparativ, reducerea distanței SP-CV și, respectiv, creșterea DPCV nu au fost semnificative statistic.

Cuvinte-cheie: col vezical, POP-Q, ecografie transperineală

Valoarea examinării ecografice a uterului post-partum

Octavian Gabriel Olaru¹, Liana Pleș²

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

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

Introducere. Cu toate că examinarea ecografică a fost introdusă în obstetrică de mult timp, nu există încă recomandări clare în ghidurile de procedură în ceea ce privește indicațiile examinării ecografice a uterului post-partum, cât și în ceea ce privește interpretarea rezultatelor și conduita ulterioară. Din dorința de evitare a complicațiilor puerperale în Maternitatea Bucur, a fost introdusă examinarea ecografică sistematică a lăuzelor post-partum și înaintea externării. **Obiectiv.** Stabilirea utilității și a momentului optim în vederea efectuării examenului ecografic al uterului după naștere. **Materiale și metodă.** Am realizat un studiu retrospectiv analizând cazuistica din Maternitatea Bucur în ultimii doi ani. În primul lot au fost incluse toate pacientele care au născut în ultimele șase luni și care au fost examinate sistematic post-partum și înaintea externării. Cel de-al doilea lot a fost constituit din toate pacientele care au născut în șase luni corespunzătoare omonime în anul anterior, care nu au fost examinate sistematic post-partum și înaintea externării. Loturile au fost subdivizate

în funcție de modalitatea de naștere pe cale naturală sau prin operație cezariană. Au fost reținute aspectele ecografice echivoce și complicațiile depistate, precum și rata reinternărilor pentru patologie puerperală de cauză uterină din perioadele studiate. **Rezultate.** Deși imagini de mase ecogenice intracavitare au putut fi identificate la până la 21% dintre paciente, resturi membranare sau placentare au fost suspicionate la aproximativ 1% dintre paciente, la doar 0,3% fiind necesare intervenții pentru obținerea vacuității. Rata reinternărilor pentru patologie puerperală de cauză uterină din perioadele studiate a scăzut semnificativ de la 1,5% la 0,1% pentru perioadele echivalente. **Concluzii.** Examinarea ecografică sistematică a lăuzelor post-partum și înaintea externării a condus la o creștere semnificativă a diagnosticării complicațiilor uterine puerperale. Deși numărul pacienților tratați medicamentos a crescut, rata reinternărilor pentru patologie puerperală de cauză uterină a scăzut semnificativ.

Cuvinte-cheie: uter, post-partum, ecografie

Assessment of Doppler flow indices in pregnant women during the 11 weeks + 0 days and 13 weeks + 6 days gestational ages

Voicu Dașcău¹, Gheorghe Furău¹, Cristina Onel¹, Luminița Pilat², Maria Pușchiță³

1. Department of Obstetrics and Gynecology, "Vasile Goldiș" Western University, Arad

2. Department of Biochemistry, "Vasile Goldiș" Western University, Arad

3. Department of Internal Medicine, "Vasile Goldiș" Western University, Arad

Introduction. Uterine artery Doppler flow studies during the 11th and 14th weeks of pregnancy are important in the prediction of preeclampsia and IUGR in pregnant women. **Method.** Our study of the Doppler flow indices of the uterine arteries involves 310 patients, with pregnancies ranging from 11 weeks + 0 days to 13 weeks + 6 days. **Results.** There were 108 patients from 11 weeks + 0 days to 11 weeks + 6 days (34.84%), 104 from 12 weeks + 0 days to 12 weeks + 6 days (33.55%), and 98 from 13 weeks + 0 days to 13 weeks + 6 days (31.61%). The values of the Doppler indices were: PI 1.80±0.77, 1.96±0.79, 1.81±0.80, and 1.62±0.69; RI 0.73±0.13, 0.76±0.13, 0.74±0.12, and 0.71±0.13, and PI/RI 2.36±0.70, 2.49±0.72, 2.37±0.71, and 2.21±0.63 for the entire group and for the three

intervals, respectively. There were 175 (56.45%), 47 (15.16%, with 25 cases or 53.19% on the left side), and 88 (28.39%) patients with bilateral, unilateral and absent uterine artery notching, respectively. The Doppler indices for the three aforementioned groups were: 2.11±0.75, 1.55±0.67, and 1.33±0.56 for the PI; 0.78±0.10, 0.70±0.13, and 0.66±0.14 for the RI, and 2.63±0.69, 2.15±0.61, and 1.95±0.50 for the PI/RI, respectively. **Conclusions.** The mean uterine artery PI, RI and PI/RI decrease with increasing gestational age, and from pregnant patients with bilateral uterine artery notching to those without notching. Our results are similar to those from literature.

Keywords: fetal ultrasound, uterine artery Doppler, uterine artery notching

Aspecte imagistice în *placenta accreta*

Ioana Rotar, Antonia Levai, Daniel Mureșan

Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Rata crescută de nașteri prin secțiuni cezariene a dus la o creștere a incidenței placentelor cu aderențe anormale. Frecvența crescută a complicațiilor și riscurile materne importante pot fi evitate prin diagnosticarea precoce a placentei cu aderențe anormale. Ecografia permite în majoritatea cazurilor diagnosticarea *placentei percreta*. În situații neclare, RMN-ul, utilizat de un examinator

experimentat, este, de asemenea, un instrument util. Suspiciunea unei placentei cu aderențe anormale va permite o gestionare optimă a cazului, cu implicarea medicilor din specialități conexe, garantând un prognostic optim al cazului.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, *placenta accreta*, placentă anormală

Circulația hepatică fetală și implicarea sa în IUGR

Liana Pleș, Romina Sima, Mircea Octavian Poenaru, Gabriel Octavian Olaru, Anca Stănescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. Restricția de creștere intrauterină (IUGR) reprezintă o entitate multifactorială cu implicații potențial severe asupra fătului, implicarea placentății deficitare fiind unul dintre mecanismele cele mai studiate. **Materiale și metodă.** Am efectuat un studiu al literaturii cu privire la implicațiile și rolul circulației hepatice fetale în compensarea și evoluția IUGR. Au fost interogate bazele de date PUBMED, Embase și Cochrane, utilizând cuvintele-cheie: circulație hepatică fetală, IUGR, hipoxie. **Rezultate și discuții.** A fost identificat un număr de 216 publicații, dintre care au fost selectate doar publicațiile *in extenso*. După selecția relevanței, am identificat opt studii care au îndeplinit criteriile de selecție. Majoritatea studiilor sunt bazate pe evaluarea Doppler a arterei hepatice, *ductus venosus*, evaluarea Doppler tridimensională a circulației hepatice sau sunt

experimentale, pe șoareci. Studiile atribuie modificări importante ale circulației hepatice la feții afectați de IUGR, cu modificarea profilului Doppler și a volumului hepatic. De asemenea, adenosina a fost identificată ca modulator al acestor modificări. Volumul ficatului se reduce, iar profilul circulației în artera hepatică este reprezentat de o creștere a indicelui de pulsilitate. În același timp, ficatul reprezintă un rezervor important de sânge care intervine în reglarea debitului cardiac, mai ales în caz de hipoxie. **Concluzii.** Ficatul se comportă în viața intrauterină ca un veritabil „creier metabolic”, reglând metabolismul și creșterea fetală. Studiul Doppler al circulației fetale poate fi un instrument util în evaluarea și monitorizarea feților cu IUGR.

Cuvinte-cheie: IUGR, ultrasonografie fetală, circulație fetală

Diagnostic și consiliere în anomaliile chistice abdominale fetale

Liana Pleș, Romina Sima, M. Poenaru, G.O. Olaru, Anca Stănescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. Imaginile chistice abdominale fetale sunt diagnosticate cel mai adesea în trimestrul al II-lea sau al III-lea de sarcină și reprezintă o eventualitate puțin frecventă, existând dificultăți de stabilire a substratului etiologic și, prin urmare, și privind consilierea și atitudinea. **Materiale și metodă.** Am analizat retrospectiv pe o perioadă de cinci ani ecografiile efectuate în Maternitatea Bucur la gravidele aflate în trimestrele al II-lea și al III-lea de sarcină. Parametrii urmăriți au fost: vârsta de gestație, măsurătorile biometrice, sexul fătului, asocieri cu alte malformații, prezența unor anomalii similare la sarcinile precedente, evoluția imaginilor pe parcursul sarcinii și diagnosticul postnatal. **Rezultate și discuții.** Am identificat un număr de 35 de cazuri de imagini chistice abdominale fetale care au inclus: șase chisturi renale, zece chisturi ovariene, trei chisturi de duplicație intestinală, două chisturi mezenterice, patru dilatații intestinale, două anomalii vasculare, trei imagini de double bubble, două chisturi hepatice. În cinci cazuri, imaginile chistice au regresat pe parcursul sarcinii sau au fost infirmate post-partum. În două cazuri,

chisturile au fost asociate cu alte anomalii (cardiace, renale). Vârsta mediană pentru diagnostic a fost 27,4 săptămâni, iar sarcina s-a finalizat, în medie, la 36,2 săptămâni. Evoluția fătului a fost infaustă într-un caz de anomalie cardiacă fetală asociată care s-a complicat cu hidrops fetal la 31 de săptămâni. Stabilirea apartenenței structurale a imaginii chistice abdominale este cea mai importantă provocare în cazul acestor anomalii ecografice, deoarece are implicații importante asupra prognosticului, atitudinii și prognosticului fetal. Cu toate acestea, diagnosticul de certitudine în viața intrauterină este dificil și se bazează aproape exclusiv pe aspectul ecografic al leziunii. Examenul RMN al sarcinii poate fi util în unele anomalii chistice abdominale. **Concluzii.** Studiul nostru a demonstrat o corelare bună a diagnosticelor prenatale și postnatale, cu condiția unei analize amănunțite a imaginilor chistice abdominale, dar și posibilitatea ca acestea să regreseze pe parcursul sarcinii, ceea ce impune precauții în consilierea cuplului.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, anomalie chistică abdominală

Ultrasound evaluation of endometrial malignancy

Mihaela Camelia Țirnovanu¹, Ștefan Dragoș Țirnovanu³, Sebastian Pasat², Cerasela Mucilenița², Vlad Gabriel Țirnovanu³, Vasile Lucian Boiculescu¹

1. "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

2. "Cuza Vodă" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași

3. Student at "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

Aim. To investigate which endometrial morphological and vascular characteristics assessed by ultrasound are correlated with the grade of myometrial invasion. We wanted to establish which method of objective measurement of endometrial invasion is more reliable. **Method.** A total of 86 women were enrolled in a prospective study. They underwent transvaginal gray-scale and power Doppler ultrasound examination. We assessed endometrial morphology and vascularity using IETA Group criteria: endometrial uniformity, echogenicity, three-layer pattern, regularity of the endometrial-myometrial border, Doppler colour score, vascular pattern (vessel with branching, scattered vessels, color splashes). For the depth of tumor invasion we used Gordon – group 1 (47 patients) and Karlsson approaches – group 2 (39 patients). The sonographic and histopathological results were compared. **Results.** The mean age of the study population was 62.07 ± 9.17 years old (range: 36-87 years old). The mean endometrial thickness measured by transvaginal ultrasono-

graphy was found to be $20.09 \text{ mm} \pm 9 \text{ mm}$ (range: 4.3-52 mm). The cut-off of endometrial thickness for the prediction of myometrial invasion was 22.5 mm, with a sensitivity rate (Se) of 52.27%, specificity rate (Sp) of 78.79%, and a positive predictive value (PPV) of 76.67%. Sp and Se values were 50% (Gordon method) and 75% (Karlsson method), and 64.71% (Group 1) and 68.18% (Group 2), respectively. The accuracy was 68% for the depth of myometrial invasion. **Conclusions.** Endometrial thickness, tumor extension in the uterine cavity, endometrial uniformity and vascular pattern had no correlation with the depth of myometrial invasion. The best ultrasound variable to predict myometrial invasion was Doppler colour score ($p=0.042$). Both methods of evaluation for myometrial invasion were without statistical differences. This preoperative triage by ultrasound is useful for a correct patients' stratification.

Keywords: endometrial cancer, ultrasound, IETA, myometrial invasion

Holoprosencephaly – cases presentation

Mihaela Camelia Țirnovanu¹, Sebastian Pasat², Vlad Gabriel Țirnovanu³, Alexandra Iov³, Dragoș Huțanu², Monica Holicov¹, Mircea Onofriescu¹

1. First Clinic of Obstetrics and Gynecology, "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

2. "Cuza Vodă" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași

3. Student at "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

The term holoprosencephaly refers to a variety of congenital malformations of the CNS (central nervous system) deriving from failed or incomplete separation of the prosencephalon into the two telencephalic vesicles. The incidence is 1 in 6000-16000 births, but is much higher in aborted fetuses (1:250). The outcome is very poor in alobar and semilobar forms, and better in lobar form. The empiric recurrence risk is 5-6%. **Aim.** We evaluated the cases with holoprosencephaly from our clinic during 2018, and the differential diagnosis with severe hydrocephaly. **Method.** The type of holoprosencephaly was established after ultrasound evaluation (alobar, semilobar or lobar) according to the severity of malformation. All anomalies involve midline anatomic structures and can be diagnosed on the transverse view of the fetal head. **Results.** We detected three cases in the second trimester (at 15, 17, and 20 weeks of gestation)

and other three cases in the third trimester (at 30, 34, and 40 weeks). Three patients were older than 35 years old (38, 40, and 41 years old) and the others were young. Five cases had alobar holoprosencephaly and one case had lobar type. The assessment of the fetal face didn't find anomalies. Regarding associated malformation, we found only omphalocele at 17 weeks and *spina bifida* at 30 weeks. Only one woman made amniocentesis, with the detection of trisomy 13. **Conclusions.** For alobar or semilobar types the neonatal mortality rate is extremely high (the case delivered at term died during labor). Karyotyping should always be performed for all cases. The disclosure of a specific syndrome is important not only to formulate an appropriate prognosis, but also to calculate the recurrence risk.

Keywords: holoprosencephaly, ultrasound diagnosis, variants

Insertia velamentoasă a cordonului ombilical: inserție patologică, ramificații anormale și ramuri aberante ale vaselor ombilicale

Serghei Puiu¹, Carolina Țâmbală², Cătălin Căuș³

1. Cursul de Ultrasonografie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

2. Centru Medical Ana Maria, Chișinău, Republica Moldova

3. Catedra de Obstetrică-Ginecologie 2, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere/obiectiv. Inserția velamentoasă reprezintă inserția cordonului ombilical (CO) pe membrane la distanță de placa corială placentară. Inserția în furcă, definită ca ramificația CO până la inserția placentară, vasele ombilicale aberante și supranumerare, precum și *vasa praevia* sunt condiții frecvent asociate inserției velamentoase. Lipsa stratului protector de gelatină Wharton predispozează vasele ombilicale la compresie și rupere, ce pot provoca hemoragie fetală și intrapartum, deces antenatal, restricția creșterii fetale, prematuritate, dezlipire de placentă și placentă reținută. Scopul studiului a fost de a determina fezabilitatea sonografiei prenatale în detectarea inserției velamentoase a CO în sarcinile monofetale și a condițiilor asociate: inserție furcată, vase ombilicale aberante și *vasa praevia*. **Metodologie.** Studiu retrospectiv al inserției cordonului ombilical la 4732 de sarcini monofetale, examinate ecografic în trimestrele al doilea și al treilea de sarcină. În cazuri suspecte, pentru a evalua locul de inserție a CO și cartografierea vaselor, am utilizat ecografia Doppler

color, transvaginală și tridimensională (3D). **Rezultate.** Evaluarea inserției CO a fost posibilă în 4685 de cazuri (99%), cu detectarea a 13 cazuri de inserție velamentoasă a CO, dintre care două suspectate cu inserție furcată, 10 asociate cu vase aberante și *vasa praevia*. Anomalii fetale, restricție de dezvoltare a fătului sau modificări ale volumului lichidului amniotic nu au fost depistate. Diagnosticul a fost confirmat intranatal în toate cazurile (sarcinile au fost finalizate prin operație cezariană, fără complicații materne și fetale). Ecografia 3D nu a facilitat diagnosticul din cauza rezoluției reduse și a procedurii consumator de timp. **Concluzii.** Diagnosticul prenatal de inserție velamentoasă a cordonului ombilical și al condițiilor asociate poate fi obținut în mod fiabil prin ecografie, ce permite monitorizarea optimă a sarcinii și planificarea nașterii. Ecografia 3D contribuie mai puțin la diagnostic, acesta din urmă fiind ușor de realizat prin utilizarea combinată a ecografiei 2D și Doppler color.

Cuvinte-cheie: cordon ombilical, inserție velamentoasă, inserție furcată, *vasa praevia*, vase aberante

Arcul aortic la dreapta – anomalii cardiace și extracardiace asociate

Ana-Maria Petrescu¹, Ciprian-Laurențiu Pătru², George Lucian Zorilă², Răzvan Grigoraș Căpitănescu², Dan Ruican¹, Nicolae Cernea², Ștefania Tudorache², Dominic-Gabriel Iliescu²

1. Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Obiective. Detecția antenatală a anomaliilor cardiace și extracardiace asociate fetoșilor diagnosticați cu arc aortic la dreapta într-o populație neselectată de pacienți. **Materiale și metodă.** Studiu retrospectiv observațional desfășurat pe o perioadă de 7 ani (2012-2018) în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova, ce a cuprins un lot neselectat de pacienți. Au fost identificate cazurile diagnosticate cu arc aortic la dreapta asociate sau nu cu alte anomalii cardiace și extracardiace. Diagnosticul antenatal a fost corelat cu diagnosticul postnatal/anatomopatologic (în cazurile soldate cu avort terapeutic) și cu cel genetic. **Rezultate.** Au fost diagnosticate 14 cazuri cu arc aortic la dreapta/arc aortic dublu, dintre care patru cazuri au prezentat duct la dreapta (semnul V – tip 1), opt cazuri ce au prezentat duct la stânga (semnul U – tip 2) și două cazuri de arc aortic dublu. Dintre acestea, nouă cazuri au asociat alte anomalii cardiace sau extracardiace (os

nazal hipoplazic, defect de sept atrioventricular, tetralogie Fallot, higromă chistică, hernie diafragmatică, hipoplazie de oase lungi, hipoplazie de timus); cinci cazuri s-au soldat cu avort terapeutic. La restul de patru cazuri, outcome-ul a fost favorabil (naștere la termen, cu evoluție fetală pozitivă postnatal). Asocierea cu sindroame genetice (sindromul Di George/trisomii) a fost frecvent întâlnită. **Concluzii.** Diagnosticul antenatal al arcului aortic la dreapta asociat sau nu cu alte anomalii cardiace/extracardiace prezintă o importanță majoră în stabilirea prognosticului postnatal. Asocierea anomaliilor structurale atrage atenția asupra asocierii unui sindrom genetic, care este confirmat adesea prin examen genetic. Diagnosticul antenatal al acestor afecțiuni ajută la creșterea prognosticului postnatal, oferind posibilitatea întocmirii unui plan chirurgical încă din perioada prenatală.

Cuvinte-cheie: arc aortic la dreapta, anomalii cardiace, anomalii extracardiace, diagnostic antenatal

Malformațiile fetale diagnosticate în Departamentul de medicină materno-fetală la Spitalul Clinic Filantropia – diagnostic și conduită

Maria Bari

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

În anul 2018, în Departamentul de medicină materno-fetală din cadrul Spitalului Clinic Filantropia, București, au fost efectuate aproximativ 6.000 de examene ecografice la aproximativ 3.000 de gravide. Dintre acestea, în 124 de cazuri au fost diagnosticate malformații fetale; prezentăm diagnosticul și conduita în aceste cazuri. Aceste malformații au fost fie izolate, fie în cadrul unor sindroame plurimalformative sau genetice. În populația examinată, nu au fost malformații structurale semnificative nedignoscate prenatal. Marea majoritate a malformațiilor

congenitale diagnosticate au fost soluționate la Spitalul Clinic Filantropia; cazurile cu indicație de terapie medicală sau chirurgicală după naștere au fost abordate de echipe multidisciplinare (multiinstituționale) coordonate de departamentul nostru. Spre deosebire de seriile clasice, experiența noastră în anul 2018 arată că examinarea ecografică asigură diagnosticarea celor mai multe malformații fetale semnificative.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, malformații fetale

Importanța examinării ultrasonografice în post-partum

Ioan Sas¹, Dorin Grigoraș¹, Doru Ciprian Crișan¹, Laurențiu Pirtea¹, Denis Șerban¹, Nicoleta Nicolae¹, Larisa Copotioiu²

1. Departamentul XII Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Secția IV Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Municipal de Urgență din Timișoara

Introducere. În toate ghidurile și protocoalele privind screeningul prenatal și urmărirea sarcinilor cu risc, examinarea ecografică și/sau ecografia Doppler sunt astăzi larg utilizate – ecografia în general și ecografia în obstetrică-ginecologie au devenit deja o supraspecializare sau o competență obligatorie (cu jurnale și congrese consacrate). Cu toate acestea, ecografia în post-partum nu este o rutină, astfel încât unele cazuri cu posibile complicații post-partum nu sunt diagnosticate precoce. **Materiale și metodă.** Lucrarea pornește de la constatarea unor cazuri cu evoluție nefavorabilă în post-partumul imediat – situații evitabile dacă s-ar fi efectuat o examinare ecografică (resturi cotiledonare,

polipi placentari cu sângerare în post-partum), dar și din cauza faptului că în primele zile post-partum (fie după naștere naturală eutocică, fie după operații cezariene) s-au depistat hematometrii, hematoame parametricale, patologii anexială sau iatrogenă (comprese sterile în abdomen, uterine sau vaginale) toate la început asimptomatice și care apoi s-au rezolvat favorabil. **Concluzii.** Locul examinării ecografice în post-partum trebuie reconsiderat, fiind necesar a fi efectuată mai frecvent, de rutină, la orice nivel al asistenței medicale la gravide/lehuze (în secții, clinici, policlinici etc.).

Cuvinte-cheie: post-partum normal și patologic, ecografie

Incidența malformațiilor congenitale cardiace diagnosticate în secția de neonatologie a SCMUT – erori de diagnostic prenatal

Denis Șerban^{1,2}, Costela Lăcrimioara Șerban³, Veronica Daniela Chiriac^{1,2}, Larisa Copotioiu², Ioan Sas^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Clinica Obstetrică-Ginecologie IV, Spitalul Clinic Municipal de Urgență din Timișoara

3. Departamentul de Științe Funcționale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Boala congenitală cardiacă este una dintre cele mai frecvente malformații congenitale; cu toate acestea, mecanismele care stau la baza dezvoltării sale nu sunt pe deplin înțelese. La nivel mondial, între 4/1000 de nașteri și 50/1000 de nașteri sunt complicate de boala congenitală cardiacă, iar frecvența diferitelor tipuri de patologie cardiacă diferă semnificativ de la o regiune la alta. Diagnosticul prenatal al bolii cardiace congenitale s-a dovedit a reduce morbiditatea neonatală, în comparație cu diagnosticul postnatal. În acest scop, societăți profesionale precum ISUOG și FMF au elaborat ghiduri de practică și cursuri în diagnosticul prenatal ecografic. În ciuda acestor eforturi, postnatal continuă să fie raportate numeroase cazuri de boală congenitală cardiacă, nedetectate în timpul examinărilor ecografice prenatale. Obiectivul acestui studiu este raportarea ratei de incidență globală a malformațiilor cardiace la copiii născuți în Secția de obstetrică-ginecologie a Spitalului Clinic Municipal de Urgență din Timișoara (SCMUT).

Materiale și metodă. Studiul este descriptiv, iar datele au fost preluate din registrul de nașteri al secțiilor de obstetrică-ginecologie ale Spitalului Clinic Municipal de Urgență din Timișoara, pe parcursul a opt ani, între ianuarie 2011 și ianuarie 2019, cuprinzând 28700 de nașteri.

Rezultate și concluzii. În acest interval de timp au fost raportate 188 de malformații cardiace, dintre care incidența cea mai crescută o are defectul septal atrial (68/188 de cazuri), urmat de permeabilitatea canalului arterial (48/188 de cazuri) și de defectul septal ventricular (21/188 de cazuri). Proporția cazurilor diagnosticate postnatal este mai mare decât în alte studii raportate. Cu toate că în ultimii ani rata de diagnostic antenatal a crescut, prognosticul pacienților poate fi îmbunătățit atât prin diagnosticul precoce al acestor malformații, cât și prin dezvoltarea unor programe naționale de chirurgie cardiacă antenatală pentru leziunile congenitale.

Cuvinte-cheie: malformații cardiace, ecocardiografie fetală, boala congenitală cardiacă

Diagnosticul tumorilor abdominale chistice – de la făt la copil

Cristina Oana Mărginean, Claudiu Mărginean

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie din Târgu-Mureș

Introducere. Tumorile chistice la nou-născuți și sugari reprezintă un panel destul de larg de boli, de la forme benigne la forme maligne de boală, de la leziuni ce nu ridică probleme deosebite la altele ce impun terapie de urgență. **Materiale și metodă.** Diagnosticul antenatal al tumorilor abdominale constituie punctul de plecare al evoluției și supravegherii. O serie de 11 feți cu tumori abdominale au fost monitorizați postnatal. Au fost notate caracterele ecografice, evoluția și corespondența cu diagnosticul copilului. **Rezultate.** Cele mai frecvente formațiuni chistice la nou-născut și sugar sunt hidronefroza congenitală, anomaliile chistice renale, chisturi-

le de coledoc, duplicația intestinală, stenoza/atrezia duodenală, stenoza pilorică, duplicațiile intestinale, chisturile ovariene, precum și teratoamele. Schimbările de ecostructură intrauterine, dar mai ales cele din post-partum sunt frecvente, ceea ce face diagnosticul diferențial dificil. Doar 8 din 11 tumori fetale au fost corect diagnosticate antenatal. **Concluzie.** Diagnosticul ecografic antenatal al formațiunilor tumorale chistice este util la nou-născut, deoarece stabilește precoce conduita terapeutică, mărește șansele de supraviețuire și previne apariția complicațiilor.

Cuvinte-cheie: tumori abdominale, chist

Transpoziția de vase mari: diagnostic antenatal și operația de tip „switch arterial”

Claudiu Mărginean, Horațiu Suciu, Liliana Gozar, Iolanda Muntean, Rodica Togănel, Valentin Stroe

Universitatea de Medicină, Farmacie, Științe și Tehnologie din Târgu-Mureș

Eforturile susținute pentru diagnostic antenatal în România, cât și cele pentru monitorizare neonatală au dus la creșterea numărului de transpoziții adresate centrului din Târgu-Mureș. Studiul retrospectiv își propune evaluarea tipului de transpoziție diagnosticat antenatal – forma completă (dTGA), forma corectată (cTGA) – și a asocierilor de anomalii cardiace, pe o perioadă de aproape 12 ani, cu 50 de cazuri. Pentru o perioadă asemănătoare, de 13 ani, intervențiile de „switch arterial” au fost evaluate la un număr de 192 de nou-născuți. Pentru seria de 50 de cazuri cu diagnostic antenatal, doar 26 de feți au avut dTGA simple, în timp ce alți 17 feți cu dTGA au avut asociate unele anomalii cardiace: defect de sept ventricular (VSD), stenoze pulmonare sau aortice, coarctăție de aortă, tulburări de ritm cardiac, persistență de venă cavă superioară stângă. Astfel de anomalii asociate modifică prognosticul și terapia. Din cele șase cazuri cu cTGA, doar un

singur făt a avut forma neasociată, iar la cinci cazuri au coexistat: VSD, stenoza de valvă pulmonară, hipoplazia de crosă aortică, anomalia Ebstein. Din cele 192 de operații de tip switch arterial, 78% din cazuri au fost practicate pe forma dTGA simplă, cu sept ventricular intact. Vârsta neonatală la momentul intervenției a fost între 6 și 24 de zile. Cazuistica operată a fost reprezentată în 69% din cazuri de nou-născuți de sex masculin. Complicațiile notate au fost stenozele pulmonare supravalvulare (5,2%) și afectarea coronariană (2,6%), în timp ce mortalitatea generală a fost de 8,7% (5,6% pentru ultimii cinci ani). În concluzie, diagnosticul antenatal de dTGA este mai frecvent decât cTGA, iar asocierile altor anomalii cardiace sunt prezente foarte frecvent, așa cum este descris și în literatură. Complicațiile postoperatorii sunt rare la seria noastră, similar cu datele publicate.

Cuvinte-cheie: transpoziția marilor vase

Ecografia în endometrioza infiltrativă profundă

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

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

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

Introducere. Endometrioza cu diferite grade de severitate afectează aproximativ 5% dintre femei. Aceasta poate implica ovarele, peritoneul pelvian, fundul de sac Douglas (POD), rectul, rectosigmoidul, septul rectovaginal (SRV), ligamentele uterosacrate (LUS), vaginul și vezica urinară. Ecografia este tehnica imagistică de primă linie utilizată în diagnosticul endometriozei ovariene, dar recent și-a dovedit aplicabilitatea și pentru endometrioza infiltrativă profundă. **Materiale și metodă.** Am evaluat bazele de date medicale și ghidurile internaționale cu privire la evaluarea ecografică a endometriozei infiltrative profunde (EIP). **Rezultate.** Datele recente demonstrează că scopul efectuării unui examen ecografic la o femeie suspectată cu endometrioză este de a explica simptomele de bază, de a localiza leziunile și de a stabili severitatea bolii înainte de terapia medicală sau chirurgicală. Utilizând ecografia transvaginală ca instrument de imagistică de primă linie, examinatorul trebuie

să evalueze inițial uterul și anexele. Endometrioamele ovariene sunt asociate frecvent cu alte leziuni endometriotice, cum ar fi aderențele și EIP. Al doilea pas este de a căuta „soft markeri” sonografici, adică sensibilitatea zonei și mobilitatea ovarelor. Prezența acestor markeri crește probabilitatea endometriozei profunde și a aderențelor. Prin aplicarea presiunii între uter și ovar, se poate evalua dacă ovarul este fixat medial, lateral sau la LUS. Al treilea pas este evaluarea fundului de sac Douglas utilizând un „indicator de alunecare”. Al patrulea pas este identificarea nodurilor de EIP în compartimentele anterioare și posterioare. **Concluzii.** Ecografia transvaginală este metoda imagistică de primă intenție în evaluarea pacientelor cu endometrioză ovariană și EIP. Predicția formelor severe de EIP, precum și obliterarea fundului de sac Douglas sunt esențiale în planificarea unei abordări chirurgicale multidisciplinare.

Cuvinte-cheie: ecografie transvaginală, endometrioza

Ecografia în secolul 21 – creșterea calității și acurateții prin folosirea Internetului

Răzvan Socolov, Ioana Păvăleanu, Demetra Socolov, Oana Neumann, Roxana Covali, Mona Akad

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Cantitatea mare de informații în ceea ce privește utilizarea ecografiei în obstetrică și ginecologie poate crea dificultăți medicilor specialiști. Particularitatea examinării ultrasonografice solicită de multe ori decizii și analize rapide, pacienta trebuind, mai ales în cazul ecografiei obstetricale, să primească un diagnostic cât mai complet și un prognostic cât mai realist în urma unei examinări limitate în timp. **Materiale și metodă.** Am analizat în acest review site-uri și baze de date legate de ecografia în specialitatea noastră, organizate în patru categorii: informații teoretice, programe de calcul, baze de date imagistice și instrumente de analiză a imaginii. Evaluarea a constat în analiza a circa 30 de site-uri, din punctul de vedere al accesului, al conținutului și

al utilității evaluate în practica de zi cu zi. **Rezultate.** Dintre site-urile consultate, în jumătate din cazuri investigatorii au apreciat dificultăți de acces rapid, legate de găsirea informației, probleme de limbă și viteza de obținere a informației. O problemă este și limitarea accesului de abonament sau de înscrierea în baze de date. În final, s-a acordat câte o notă de la 1 la 5 pentru fiecare site de investigatori. **Concluzii.** Deși site-urile pot conține informații importante pentru practică, sunt importante accesibilitatea și rapiditatea informațiilor. Ele trebuie să suplinească situațiile în care echipamentele ecografice prezintă o eterogenitate a mijloacelor de evaluare.

Cuvinte-cheie: ecografie, internet, bază de date

Explorarea imagistică în post-partum – recomandări și limite. Studiu clinic și analiza literaturii

Răzvan Socolov, Mona Akad, Tudor Butureanu, Diana Popovici, Roxana Covali

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Ecografia și-a câștigat deja un rol fundamental în obstetrică. Dacă explorarea în timpul sarcinii oferă informații esențiale despre făt, anexe și patologia asociată sarcinii, după naștere rolul ecografiei nu este la fel de clar. Prezentăm un studiu al sensibilității ecografiei în monitorizarea uterului în post-partum și analizăm alte elemente importante de urmărit la examenul ultrasonografic post-partum. **Materiale și metodă.** Acesta este un studiu prospectiv, realizat în Spitalul „Elena Doamna” din Iași, constând în măsurarea IFU (înălțimea fundului uterin) clinic și ecografic și încadrarea într-un scor în funcție de dimensiuni și imagini ecografice, între 0 (uter fără conținut) și 4 (conținut endocavitar ocupând peste ¾ din cavitate). Examinarea s-a făcut în primele 48 de ore la paciente cu naștere cezariană și în primele 72 de ore la cele cu cezariană. În cazul în care scorul era diferit de 0 sau 1, s-a făcut urmărirea în dinamică până la atingerea acestui scor. Am analizat evoluția post-partum în funcție de mediul de proveniență, de modul de naștere, de gestație, paritate și de tratamentul cu uterotonice.

Rezultate. Au fost incluse 131 de cazuri, cu vârsta medie de 27 de ani, iar factorii de risc ai persistenței unui scor mai mare decât 1 la trei zile au fost: multiparitatea, nașterea naturală și tratamentul cu oxitocin. Nu au fost obținute diferențe semnificative pentru mediul de proveniență, utilizarea ergometului post-partum sau controlul cavității (instrumental/manual) versus fără control. Cu cât diminuarea scorului a fost mai rapidă, cu atât evoluția a fost favorabilă, fără a necesita controlul ulterior al cavității. **Discuții și concluzii.** Ecografia poate fi utilă în post-partum pentru mai multe elemente: evaluarea cicatricei post-cezariană, modificarea poziției uterului post-cezariană, inserția corectă a steriletului post-partum, modificările Dopplerului uterin post-partum și evoluția conținutului uterin. Privind acest din urmă element, studiul nostru confirmă rolul fundamental al evaluării ecografice, eventual seriate, în a decide un eventual gest chirurgical post-partum, care poate determina complicații la distanță.

Cuvinte-cheie: ecografie post-partum, cicatrice post-cezariană, Doppler uterin

Sonographic examination of lower uterine segment in the diagnosis of isthmocele

Nicolae Gică, Corina Măț, Radu Botezatu, George Iancu, Gheorghe Peltecu, Anca Panaitescu

Filantropia Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Bucharest

Objective. The aim of our study was to evaluate the accuracy of ultrasonographic evaluation techniques in the diagnosis of isthmocele. **Method.** We performed a systematic literature review. Medline and PubMed databases were searched for clinical studies reporting ultrasonographic evaluation of the uterine scar defect, in order to diagnose isthmocele, using the keywords: isthmocele, ultrasonographic examination, transvaginal ultrasound examination of the uterine scar defect. **Results.** We found a total of 26 studies and only four met

the inclusion criteria. A total number of 2851 patients were included in our study and all patients underwent transvaginal ultrasound examination at 6-24 months after caesarean section. The prevalence of isthmocele was 45.87%. All studies described the isthmocele as a myometrial defect, anechogenic area or hypoechogenic area. **Conclusions.** Transvaginal ultrasound examinations of the lower uterine segment is an acceptable method for the diagnosis of isthmocele.

Keywords: transvaginal ultrasound, isthmocele

Evaluarea ecografică a uterului în cadrul reproducerii umane asistate

Natalia Cauș^{1,2}, Cătălin Cauș^{1,2}, Valentin Friptu²

1. Clinica Familia, Chișinău, Republica Moldova

2. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Infertilitatea feminină poate fi cauzată de orice tip de anomalii: cervicale, uterine/endometriale, tubare, peritoneale, ovariene. Endometrul este o componentă a sistemului reproductiv feminin, ce se transformă sub acțiunea hormonilor și suferă modificări funcționale ritmice ca răspuns la schimbările ovariene. Modificările fiziologice ale endometrului sunt dirijate astfel încât să se creeze condiții optime pentru implantarea la momentul oportun a ovulului fecundat. Uterul este locul de creștere a sarcini în evoluție, iar factorii uterini care pot compromite fertilitatea feminină sunt: malformațiile corpului uterin, polipii endometriali, sinechiile intrauterine, corpii străini, fibromioame etc. Examenul ecografic poate evalua și diagnostica o mare majoritate din acești factori enumerați. **Materiale și metodă.** Măsurarea ecografică a endometrului reprezintă acum o componentă indispensabilă a monitorizării în cadrul tehnologiilor de reproducere umană.

Grosimea endometrului poate fi apreciată cu ajutorul ecografiei endovaginale, pe secțiune sagitală. Ecografia transvaginală este superioară ecografiei transabdominale datorită utilizării transductorului de înaltă frecvență și cu rezoluție net crescută. **Rezultate.** Leziunile uterine de tip mioame, polipi, corpi străini, malformații etc. au anumite caracteristici ultrasonografice care pot fi recunoscute la examenul ecografic cu o rată crescută de sensibilitate și specificitate, ce permite diagnosticul corect și în timp util pentru o conduită medico-chirurgicală adecvată sau pentru stabilirea cauzei infertilității feminine legate de uter. **Concluzii.** Modificările patologice ale uterului asociate cu cele endometriale pot determina performanța reproductivă scăzută. Evaluarea ecografică a endometrului și a corpului uterin a permis progresul în tratamentul infertilității.

Cuvinte-cheie: uter, endometru, reproducere umană asistată

Importanța evaluării ultrasonografice a inserției placentare anterioare pe uterul cicatricial – între agonie și extaz

Vlad Iustin Tica, Corina Nour, Eduart Bălașa, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Iulia Postolache

Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Explorarea ultrasonografică are atât baze istorice, cât și de beneficiu actual în explorarea poziției și aspectului placentar. Inserția placentară anterioară pe uter cicatricial ridică problema penetrației placentare în (și dincolo de) miometru, ceea ce are importante conotații practice. Prezentarea își propune studiul literaturii, având ca obiective identificarea incidenței acestei situații, posibilitățile de diagnostic (imagistic), consecințele posibile, precum și cea mai adecvată atitudine într-un asemenea caz. Examenul ecografic ne oferă o excelentă abordare (sau/și un bun punct de plecare) pentru adaptarea managementului clinic. Exemplificăm subiectul cercetării printr-un caz în care ecografia a identificat poziția anterioară a placentei, la o pacientă cu cicatrice uterină segmento-transversală post-operație cezariană.

În mod regretabil (dar descris în literatură), examenul ultrasonografic nu a dispus de elemente care să diagnosticheze și gradul de penetrare a placentei – placentă percreta. La această pacientă, care dorea o naștere pe cale vaginală post-operație cezariană, absența acestui diagnostic prepartum a avut consecințe importante.

Concluzie. Deși examenul ecografic este esențial în aprecierea inserției placentare și deși o asemenea explorare – detaliată – este deosebit de importantă în aprecierea penetrării placentei (în asemenea cazuri) în miometru, rezultatele ultrasonografiei nu sunt întotdeauna concordante cu situația clinică. Această informație este crucială în determinarea strategiei peripartum.

Cuvinte-cheie: placentă anterioară, percreta, uter cicatricial, ecografie, naștere

Relevanța explorării cicatricei uterine post-operație cezariană cu substanță de contrast, ecografie 2D și 3D

Vlad Iustin Tica, Corina Nour, Eduart Bălașa, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Irina Tica

Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Peste tot în lume, rata operațiilor cezariene este în continuă creștere. Odată cu această ascensiune, au apărut defectele de cicatrizare. Explorarea cicatricei uterine se poate face prin examinare ecografică în modulul 2D sau 3D sau prin examinare IRM. **Material și metodă.** În această lucrare am studiat modalitățile de explorare imagistică a cicatricei uterine post-operație cezariană folosite în literatura de specialitate. Cea mai frecventă metodă este ecografia în modul 2D. Ultrasonografia tridimensională a început să fie tot mai apreciată, deoarece permite o vizualizare controlată și detaliată a întregii adâncimi, lățimi și

lărgimi ale nișei. Mai mult, se pot obține volume ale defectului, crescând fiabilitatea măsurătorilor la paciențele cu nișă cu formă complexă. Examinarea IRM cu substanță de contrast permite vizualizarea defectelor de cicatrizare care nu se evidențiază ecografic, dar are dezavantajul costului ridicat. **Discuții și concluzii.** Ecografia tridimensională este superioară examinării bidimensionale. Explorarea IRM, în cazuri selectate, poate ajuta clinicianul în diagnosticul diferențial al sângerării uterine anormale la pacientele cu cezariană în antecedente.

Cuvinte-cheie: cicatrice uterină, IRM, ecografie 3D

Screeningul pentru nou-născuții mici pentru vârsta gestațională: factorii materni, biometria fetală și biomarkeri la 35-37 de săptămâni de gestație

Anca Ciobanu, K. Nicolaides

Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

Nou-născuții mici pentru vârsta gestațională sunt la risc crescut de mortalitate și morbiditate perinatală, dar riscurile pot fi reduse substanțial prin identificarea prenatală a condiției, prin monitorizarea atentă și prin alegerea momentului optim al nașterii în cazurile selectate. Studiile anterioare au demonstrat că screeningul prin biometrie fetală efectuat la 30-34 de săptămâni de gestație poate identifica aproximativ 80% din feții cu greutate sub percentila 10 născuți înainte de 37 de săptămâni de sarcină, dar numai 50% din cei născuți la termen. Ultimele evidențe sugerează că screeningul prin biometrie fetală efectuat la 36 de săptămâni de gestație este superior în identificarea acestor cazuri.

Obiective. De a investiga performanța screeningului folosind factorii materni, evaluarea ecografică biometrică la 35-37 de săptămâni gestație și markerii insuficienței placentare în predicția nou-născuților mici pentru vârsta gestațională. **Metodă.** Într-un studiu prospectiv, 19.209 sarcini unice evaluate la 35-37 de săptămâni de gestație au fost împărțite aleatoriu într-un grup de dezvoltare a modelului de screening (training dataset) și un grup de testare a modelului (validation dataset). În primul grup s-a utilizat metoda regresiei logistice multivariate pentru a se determina dacă integrarea indicelui de pulsilitate pe arterele uterine (PI UA), indicii de pulsilitate pe artera ombilicală (PI

UA) și artera cerebrală medie (PI MCA) sau markerii serici de insuficiență placentară – și, anume, PLGF (placental growth factor) și sFLT (soluble fms-like tyrosine kinase-1) – au îmbunătățit performanța screeningului utilizând factorii materni și estimarea ecografică a greutății fetale. Modelul obținut prin regresie multivariată a fost ulterior testat folosind cel de-al doilea grup de validare. **Rezultate.** Prin analiza regresiei multivariate, o contribuție semnificativă în predicția nou-născuților cu greutatea sub percentila 10 s-a observat pentru factorii materni, estimarea greutății fetale exprimate ca scor-Z, indicii de pulsilitate ai arterelor uterine și arterei cerebrale medii și PLGF, valori exprimate ca multipli de mediană (MoM). Predicția a 90% din nou-născuții cu greutatea sub percentila 10 se obține pentru o specificitate de 34% dacă folosim screeningul prin factorii materni, 68% în screeningul pe baza factorilor materni și biometriei fetale, respectiv 70% prin integrarea parametrilor placentari (fluxuri Doppler și factori serici antiangiogenici). **Concluzii.** Adăugarea markerilor de insuficiență placentară îmbunătățește marginal screeningul utilizând factorii materni și biometria fetală pentru predicția nou-născuților cu greutate mică la naștere.

Cuvinte-cheie: restricție de creștere fetală, evaluare ecografică fetală, factori antiangiogenici

Defectele de închidere ale peretelui abdominal fetal – diagnosticul și conduita prenatală

Anca A. Simionescu¹, Dimitrie Pelinescu Onciul²

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

2. Hyperclinica MedLife Grivița, București

Introducere. Defectele de închidere ale peretelui abdominal cuprind un spectru larg de patologii fetale. Cu o frecvență relativ stabilă, ele pot fi diagnosticate prenatal încă din primul trimestru al sarcinii. Dintre ele, gastroschizisul (incidență de 3-4 cazuri la 10.000 de nașteri) și omfalocelul (incidență de 2,5 cazuri la 10.000 de nașteri) sunt cele mai frecvente, putând fi diferențiate ecografic după semiologia specifică. Totuși, sensibilitatea diagnostică este de 95%, cu o specificitate mult mai mică. **Materiale și metodă.** A fost efectuat un studiu retrospectiv a 10 cazuri de feți cu defect de închidere al peretelui abdominal, dintre care unul asociat cu defect de închidere al peretelui toracic. Scopul studiului este precizarea criteriilor de diagnostic pozitiv și a elementelor ecografice de supraveghere pentru feții cu gastroschizis și cei cu omfalocel și cariotip normal, cu prognostic favorabil. **Rezultate.** Gastroschizisul și omfalocelul prezintă risc de restricție de creștere

intrauterină, moarte fetală intrauterină, oligoamnios și de anomalii digestive asociate. Gastroschizisul are cauze necunoscute și este sporadic. Se poate asocia cu atrezie sau stenoză intestinală. Omfalocelul se asociază frecvent cu anomalii cromozomiale, malformații cardiace și cu alte malformații. Aceste patologii fetale permit diferite opțiuni legate de avortul terapeutic sau de continuarea sarcinii cu monitorizarea prenatală și tratament chirurgical postnatal. **Concluzii.** Defectele de închidere ale peretelui abdominal au fost diagnosticate corect prenatal în toate cazurile. Consilierea familială, stabilirea conduitei pentru malformația fetală, gestionarea complicațiilor și nașterea programată într-o maternitate de nivel III prin operație cezariană (previne ruptura sau distocia) permit tratamentul optim, în colaborare cu chirurgii pediatri.

Cuvinte-cheie: omfalocel, gastroschizis, pentologia Cantrell, sindrom Beckwith-Wiedemann

Holoprozencefalie asociată triploidiei fetale – prezentare de caz și scurt review al literaturii de specialitate

Andreea Boiangiu¹, Andreea Ștefănescu², Alexandru Filipescu^{1,2}, Radu Vlădăreanu^{1,2}, Simona Vlădăreanu^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

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

Holoprozencefalia reprezintă un defect structural complex al compartimentului anterior al creierului rezultat din scindarea anormală a prozencefalului în diencefal, teleencefal și ventriculi laterali. De obicei asociază și malformații ale feței și este cea mai frecventă malformație a sistemului nervos central, având o incidență de 1:250 în timpul vieții fetale și de 1:6000 de nașterii vii. Divizarea incompletă a prozencefalului va duce la o fuziune completă sau parțială a creierului mare sau la formarea unui singur ventricul. În funcție de severitate, holoprozencefalia se împarte în: holoprozencefalie alobară, semilobară și lobară; de asemenea, este descrisă și o variantă interemisferică medie. Holoprozencefalia se poate asocia cu unele sin-

droame genetice, expunere la factori teratogeni sau poate apărea în cadrul unor sindroame cum ar fi sindromul Smith-Lemli-Opitz. Diagnosticul prenatal al holoprozencefaliei alobare sau semilobare depinde de confirmarea prezenței unui singur ventricul cerebral, iar acești copii au un prognostic nefavorabil. Prezentăm un caz de holoprozencefalie alobară diagnosticat la 12 săptămâni de gestație la o pacientă cu tuberculoză pulmonară în antecedente, cu rezecție de noduli pulmonari în urmă cu 8 luni și cu întreruperea tratamentului antituberculos cu 6 luni înainte de momentul concepției.

Cuvinte-cheie: defect de linie mediană, prognostic, triploidie

Factori predictivi pentru nașterea prematură

Maria Magdalena Manolea, Sidonia Săndulescu, Sidonia Vrabie, Simona Neamțu, Ioana Camen, Liliana Novac, Lorena Dijmărescu

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. În nașterea prematură, etiologia este complexă și multifactorială. Astfel, în majoritatea cazurilor, prevenția primară este dificil să fie pusă în aplicare, dat fiind faptul că mulți factori de risc nu pot fi modificați înaintea sau în timpul sarcinii, lăsând astfel loc prevenției secundare sau terțiare. Prevenția secundară depinde de factorii predictivi și, printre aceștia, cei mai valoroși sunt modificările clinice ale colului uterin detectate prin ecografie transvaginală și metodele biochimice. **Materiale și metodă.** Am examinat în cadrul studiului prospectiv un număr de 152 de gravide care au îndeplinit următoarele criterii: sarcină cu făt unic, vârsta gestațională cuprinsă între 22 și 28 de săptămâni, risc crescut pentru naștere prematură. Am efectuat examinări ecografice endovaginale la 22, 25, respectiv 28 de săptămâni. Colul uterin a fost clasificat în scurt (cu o lungime mai mică sau egală cu 25 mm, cu sau fără funneling, dar cu orificiul cervical extern închis), respectiv normal (peste 25 mm); a fost examinată, de asemenea, zona glandulară cervicală (prezentă/absentă), precum și fibronectina fetală (fFN) în secrețiile cervico-vaginale (test rapid calitativ – pozitiv/negativ). **Rezultate și concluzii.** Din rândul pacientelor cu lungimea colului uterin mai mică de 30 mm și prezența zonei glandulare cervicale, 81,4% au dus sarcina până la termen. În rândul celor la care zona cervicală glandulară nu a fost identificată ecografic, sarcina a evoluat până la termen într-un procent de numai 41,8%. În ceea ce privește fFN, din-

tre gravidele cu determinări negative între 22 și 25 de săptămâni gestaționale, cele cu colul scurtat au avut o rată mai mare de rezultate pozitive la 28 de săptămâni, iar cele cu o lungime cervicală normală și fFN pozitivă au prezentat într-o proporție crescută un col scurtat la determinările ulterioare. 72% dintre gravidele cu fFN pozitivă la 22-25 de săptămâni au avut rezultate negative la 28 de săptămâni, în timp ce 91% dintre gravidele cu un col scurtat la 22-25 de săptămâni au avut colul scurt și la 28 de săptămâni gestaționale. Absența zonei glandulare cervicale a fost constatată în 69% din cazuri. Sensibilitatea, specificitatea și valoarea predictivă pozitivă/negativă atât a unui col sub 25 mm, cât și a unui col cu funneling mai mare de 25 mm au fost de 75%, 68%, 35%, respectiv 90%. Un rezultat fFN pozitiv și un col scurt cu absența zonei glandulare cervicale sunt factori predictivi independenți pentru nașterea prematură (p mai mic decât 0,0001). Absența zonei glandulare cervicale evidențiate prin ecografie endovaginală, mai ales dacă se asociază cu o lungime a colului uterin mai mică de 25 mm poate fi considerată un semn predictiv pentru nașterea prematură. Utilizarea combinată a testelor rapide pentru determinarea fFN, împreună cu examinarea ultrasonografică a colului uterin cresc eficiența diagnosticării și permit identificarea femeilor cu risc pentru naștere prematură care au nevoie ulterior de intervenții profilactice sau terapeutice.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, col uterin, fibronectina fetală

Aportul tehnicilor ecografice volumetrice în diagnosticul precoce al anomaliilor structurale faciale. Efectele psihologice asupra cuplului

Maria Șorop-Florea^{1,2}, Cristina Roxana Drăgușin^{1,2}, Ciprian Laurențiu Pătru^{1,2}, George Lucian Zorilă^{1,2}, Marina Dinu², Andreea Docea², Andreea Ceaușescu¹, Dominic Gabriel Iliescu^{1,2}, Ștefania Tudorache^{1,2}, Nicolae Cernea^{1,2}

1. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

2. Unitatea de Diagnostic Antenatal, Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

Obiective. Stabilirea aportului tehnicilor ecografice 3D în diagnosticul precoce al anomaliilor structurale faciale și a efectelor psihologice ale diagnosticului asupra cuplului. **Materiale și metodă.** Am inclus sarcinile evaluate consecutiv la finalul primului trimestru în Unitatea de Diagnostic Prenatal Craiova. Toate cazurile au fost abordate inițial transabdominal (cu sonde de 4-8 MHz). Protocolul morfologic extins a inclus evaluarea feței fetale. Suspiciunea de anomalii faciale a impus reevaluarea în comisii de specialiști. Datele au fost corelate cu cele obținute în trimestrele al doilea și al treilea, post-abortum și post-partum. Au fost prelucrate datele obținute la ședințele de consiliere după precizarea diagnosticului. **Rezultate.** Au fost examinate 5964 de gravide în perioada ianuarie 2017 – ianuarie 2019. În 166 de cazuri (2,8%) nu s-au putut obține detalii despre anatomia feței. Un număr de 14 feți (0,23%) au fost diagnosticați cu defecte faciale (9,39% din totalul anomaliilor diagnosticate pe perioada studiului). Niciun caz nu a fost diagnosticat cu ajutorul ecografiei volumetrice, dar aceasta

a fost folosită în toate. S-au diagnosticat: patru cazuri de cheilognatopalatoschizis (CGPS) unilateral izolat, un caz de CGPS izolat bilateral, trei cazuri de CGPS asociat cu anomalii cardiace și șase cazuri de defecte faciale în contextul anomaliilor cromozomiale sau sindromice. Un caz (defect median de palat osos anterior) a fost diagnosticat post-partum. Reacțiile părinților au fost diferite, discordante față de severitatea anomaliilor. S-au înregistrat intensități mari de anxietate și stres, în special în cuplurile cu nivel înalt socioeconomic și educațional. **Concluzii.** Ecografia de prim trimestru este o metodă de screening eficientă în detecția anomaliilor structurale faciale. Ecografia 3D nu are valoare de diagnostic, dar creează condiții mai bune pentru procesul de consiliere. Reacția psihologică a părinților poate fi paradoxală în anomaliile faciale, iar sexul fătului este un factor important în procesul decizional. În aceste cazuri, se impune colaborarea interdisciplinară.

Cuvinte-cheie: anomalii faciale fetale, diagnostic prenatal precoce, consiliere

Restricția de creștere intrauterină – beneficiile și limitele protocolului de supraveghere intensivă

Marina Dinu¹, Roxana Drăgușin², Maria Șorop-Florea², N. Cernea², Ștefania Tudorache²

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Greutatea fătului la naștere este determinată genetic, dar este modulată de factori materni, fetal și placentari. Deși există multiple procese implicate în absența atingerii potențialului de creștere (restricția de creștere intrauterină; RCIU), disfuncția placentară rămâne cea mai relevantă, fiind implicată în morbiditatea și mortalitatea fetală și neonatală. Încetinirea procesului de creștere fetală este considerată încă semn de hipoxie cronică. Niciunul dintre criteriile propuse pentru monitorizare nu poate fi folosit drept criteriu unic în luarea deciziei de extracție. **Materiale și metodă.** Am inclus în studiu cazuri de sarcină în trimestrul al III-lea spitalizate în Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova (1640). Am selectat feții cu vârstă gestațională stabilită prin măsurarea lungimii cranio-caudale a embrionului, la 6-12 săptămâni de amenoree, și cu creștere suboptimală în trimestrul al III-lea (în percentila 10 sau sub acesta, pe nomogramele Hadlock 4). Am folosit în supraveghere: estimarea greutății fetale la două săptămâni, interogarea Doppler (artera ombilicală,

artera cerebrală medie, raportul dintre acestea, ductul venos), scorul biofizic Manning (evaluarea volumului lichidului amniotic, tonusul fetal, mișcările fetale active – MFA și respiratorii, cardiocografia). A fost luată în considerare raportarea subiectivă a MFA de către mamă. **Rezultate.** Ritmul reexaminărilor a variat între una la 14 zile și două pe zi. Toți feții sub percentila 5 au fost extrași prin operație cezariană (OC). Ratele de OC au fost de 94% în acest grup. S-a înregistrat un caz de deces *in utero*. Trei nou-născuți au fost diagnosticați cu rectocolită ulceronecrotică. Cohorta este în urmărire pe termen lung. Până în prezent, raportăm o incidență de 1,3% a deficitelor neurologice. **Concluzii.** Momentul extracției fătului rămâne o etapă critică în managementul feților cu RCIU. Aceștia necesită diagnostic de acuratețe și management personalizat. Estimarea greutății fetale este fundamentală, chiar dacă eroarea absolută medie a acestei estimări a fost de aproximativ 9%.

Cuvinte-cheie: RCIU, ultrasonografie fetală, greutate fetală

Evaluarea Doppler a arterei uterine în trimestrele II și III de sarcină – corelații cu restricția de creștere fetală. Studiu clinic pe 45 de cazuri

Mona Akad^{1,2}, Răzvan Socolov^{1,2}, Valeria Vișan¹, Mădălina Ciuhodaru^{1,2}, Demetra Socolov^{1,3}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Elena Doamna”, Iași

3. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza Vodă”, Iași

Introducere. Restricția de creștere fetală este definită ca fiind greutatea fetală estimativă sub percentila 10. Dezvoltarea fetală poate fi afectată de un mediu intrauterin neadecvat, asociat cu o reducere cronică a aportului de oxigen și nutrienți. Detectarea cât mai rapidă a acestor anomalii de aport este esențială pentru o intervenție eficientă a obstetricianului. Între elementele propuse pentru depistarea sa, indicii Doppler – și mai ales cel uterin – par a fi corelați cu greutatea fetală. Indicele de pulsilitate medie pe arterele uterine (IP-AUt) mai mare de percentila 95, măsurat în trimestrul al doilea și în trimestrul al treilea, se asociază cu restricția de creștere intrauterină, dar și cu dezlipirea de placentă, preeclampsie și cu decesul fetal intrauterin. Utilizarea IP-AUt poate constitui o metodă de screening pentru evaluarea riscului obstetrical și ajută la o selecție a pacientelor care necesită o monitorizare atentă. **Materiale și metodă.** S-a efectuat un studiu prospectiv observațional la paciente care s-au adresat pentru ecografia morfologică de trimestrul al doilea și la cea de evaluare a creșterii în trimestrul al treilea. S-au identificat 28 de gravide cu sarcini unice, cu vârsta gestațională între 19 și 26 de săptămâni, cu feți având greutatea estimată mai mică decât percentila 10, și un grup de 17 gravide, cu vârsta gestațională între 32 și 38

de săptămâni, cu feți având greutate estimată mai mică decât percentila 10. S-a efectuat examenul ecografic, cu măsurarea indicilor Doppler și a biometriei fetale. Au fost luați în considerare și factorii de risc materni, precum hipertensiunea arterială gestațională, diabetul zaharat, obezitatea și consumul de tutun. **Rezultate și concluzii.** În urma efectuării studiului, s-a observat o corelație între feții cu greutatea estimativă mică pentru vârsta gestațională și IP-AUt crescut. În cadrul efectuării indicilor Doppler, s-a remarcat că, în grupul de trimestrul al doilea, trei dintre paciente aveau IP-AUt peste valorile normale (10,7%), iar în grupul gravidelor de trimestrul al treilea, cinci paciente aveau IP-AUt crescut (29,5%). În niciun caz cu IP-AUt crescut nu s-a detectat vreă altă patologie obstetricală semnificativă (preeclampsie, hematom retroplacentar), dar un caz din cele de trimestru trei s-a soldat cu moarte fetală *in utero*. În concluzie, măsurarea IP-AUt s-a corelat mai bine cu restricția de creștere fetală în trimestrul al treilea, iar studiile viitoare pe loturi mai mari pot confirma importanța evaluării acestui indice inclusiv la ecografia de trimestru trei.

Cuvinte-cheie: restricție de creștere fetală, Doppler arteră uterină, prognostic fetal

Importanța cariotipului molecular în diagnosticul pozitiv al anomaliilor fetale

Paul Costin Gache¹, Alina Mihaela Călin¹, Doișița Gache³, Anca Stănescu¹

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

2. Universitatea Dunărea de Jos, Galați

3. Clinica Medlife, București

Screeningul integrat pentru diagnosticul aneuploidiei, efectuat precoce în trimestrul I, oferă nu de puține ori rezultate contradictorii: risc global scăzut, dar anomalii biochimice care ridică suspiciunea existenței altor aneuploidii decât T13, T18 sau T21. Valori mult peste normal ale beta-HCG sau, din contra, foarte mici, și valori foarte mici ale PAPP-A sunt întâlnite nu numai în situații corelate cu anomaliile placentei, ci și în numeroase alte situații cu manifestări tardive, importante, ce pot afecta grav fătul. Astfel de situații nu pot fi ignorate și de cele mai multe ori cariotipul clasic, din

păcate, nu poate oferi răspunsul corect. Clarificarea intervine cel mai adesea însă cu ajutorul cariotipului molecular. Prezentăm experiența noastră prin exemplificarea unor cazuri cu biochimie modificată, sugestivă pentru anomalii, dar cu risc global scăzut, însoțită în unele situații de anomalii grave multiple, iar în altele, fără traducere structurală. De aici importanța cariotipului molecular coroborat cu sfatul genetic în elucidarea diagnosticului corect în interesul pacientului.

Cuvinte-cheie: aneuploidii, cariotip molecular, risc biochimic, anomalii structurale

Ventriculomegalia. Aspecte ecografice

Oana Alina Solomon¹, A.G. Boiangiu^{1,2}, A. Milulescu^{1,2}, G. Dinu¹, S. Ali¹, C. Andrei², G.A. Filipescu^{1,2}

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

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

Introducere. Ventriculomegalia este definită ca o creștere a dimensiunii ventriculilor laterali peste 10 mm la nivelul atriumului (corn posterior al ventriculului lateral). Ventriculomegalia poate fi unilaterală sau bilaterală. Dimensiunea normală a ventriculilor prezintă o diferență fiziologică determinată de sexul fetal, fiind ușor mai crescută la feții de sex masculin în comparație cu feții de sex feminin. Feții de sex masculin prezintă o ventriculomegalie minoră fiziologică, aceasta fiind de multe ori interpretată greșit. **Materiale și metodă.** Monitorizarea ecografică a ventriculilor laterali face parte obligatoriu din screeningul pentru anomalii fetale. Aceștia pot fi monitorizați ecografic încă din săptămâna a 15-a, având o dimensiune aproape constantă până la 40 de săptămâni. Ventriculomegalia este împărțită în funcție de dimensiunea atriumului în trei grade: 10-12 mm – forma ușoară, 12-15 mm – forma moderată și >15 mm – forma severă. Aceasta

poate indica prezența unor sindroame genetice sau a diverselor anomalii structurale ale sistemului nervos central. Se recomandă completarea investigațiilor cu RMN-ul cerebral fetal, amniocenteză și bilanț biochimic complet. Cauzele apariției ventriculomegaliei pot fi structurale (stenoza apeductului Sylvius, holoproencefalie, hidranecefalie, porencefalie, schizencefalie, chist arahnoid etc.), infecțioase (toxoplasmoză, infecție cu CMV, infecție cu virusul Zika etc.) și genetice (trisomia 21, sindrom Walker-Warburg, sindrom Bardet-Biedl, sindrom Meckel, sindrom Joubert). Prognosticul fetal este influențat de cauza ventriculomegaliei, de gradul acesteia și de creșterea dimensiunii între evaluările ecografice. Trebuie stabilite cu exactitate gradul ventriculomegaliei și posibila cauză, astfel încât viitorii părinți să fie informați cât mai bine despre prognosticul fetal.

Cuvinte-cheie: ecografie, ventriculomegalie, monitorizare

Rolul ecografiei în cadrul evaluării afectării ganglionare în neoplasmul cervical

Alexandru Filipescu^{1,2}, O.A. Solomon², A.G. Boiangiu^{1,2}, S. Ali²

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

2. Spitalul Universitar de Urgență „Elias”, București

Neoplasmul de col uterin este a patra cauză de malignitate, reprezentând a doua cauză de deces prin cancer în rândul populației feminine. Cancerul de col uterin are în general un prognostic bun, din acest motiv obiectivul principal al tratamentului cancerului de col uterin este curativ. Evaluarea ecografică este o metodă imagistică de rutină și neinvazivă, care odată cu îmbunătățirea aspectelor tehnice a devenit o metodă utilizată în stadializarea neoplasmelor ginecologice, alături de CT, IRM și PET-CT. Aceasta are rol în evaluarea inițială, în diagnostic și în cadrul evaluării extensiei la nivelul paracolposului, parametrelor, rectului, colonului sigmoid, vezicii urinare și al ganglionilor limfatici. Toate neoplaziile ginecologice ar trebui evaluate ultrasonografic endocavitar utilizând o sondă transvaginală/transrectală

și cu ajutorul ecografiei transabdominale. Examinarea ultrasonografică este, de asemenea, specifică în cadrul detecției și evaluării extensiei la nivelul cavității abdominale (carcinomatoză, afectare ganglionară limfatică, omentulă sau mezenterică). Modificările la nivelul ganglionilor limfatici includ vascularizația periferică, mixtă și/sau redistribuția vasculară și reprezintă un criteriu în cadrul diagnosticului metastazelor ganglionare limfatice. Deși ecografia este o metodă limitată în evaluarea ganglionilor limfatici, există studii care raportează existența criteriilor imagistice care se corelează și contribuie la diagnosticul și evaluarea invaziei spațiului limfovacular și a metastazelor ganglionare.

Cuvinte-cheie: neoplasm de col uterin, ecografie, ganglioni

Anomaliile coloanei vertebrale – *spina bifida*, cifoza și scolioza. Aspecte ecografice

Alexandru Filipescu^{1,2}, Andreea Boiangiu^{1,2}, Andreea Ștefănescu², Oana Solomon², Radu Vlădăreanu^{1,2}, Simona Vlădăreanu^{1,2}

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

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

Defectele de tub neural reprezintă cea mai frecventă formă de malformație a coloanei vertebrale la făt. Evoluția tehnologică a ultrasonografiei permite actualmente o mai bună individualizare a malformațiilor coloanei vertebrale începând cu primul trimestru de sarcină. Din punct de vedere embriologic, coloana se dezvoltă începând cu săptămâna a doua a vieții embrionare, în săptămâna a șasea structurile vertebrale încep să fuzioneze, semnalele transmise de notocord și tubul neural inducând condriificarea, iar din săptămâna a opta începe mineralizarea coloanei. Din punct de vedere ecografic, trebuie descriși trei centri de osificare vertebrală începând cu săptămâna a 13-a a vieții intrauterine. Evaluarea atentă a coloanei vertebrale este parte a screeningului de rutină în cadrul morfologiei de

trimestru doi. Defectele de coloană vertebrală se împart în defecte de fuziune (mielomeningocel, malformația Chiari II, *spina bifida*), defecte de formare (hemivertebră, anomalii de curbura) și defecte de segmentare (agenzie sacrală, disgenezie spinală segmentară). Anomaliile coloanei vertebrale fetale diagnosticate în primul trimestru sunt de obicei severe și asociază frecvent și alte defecte majore. Diagnosticul defectelor mici este dificil, iar scanarea din al doilea trimestru este încă necesară pentru a detecta majoritatea cazurilor de *spina bifida*. Aprecierea compromiterii fetale neurologice joacă un rol crucial în consilierea și managerierea cursului sarcinii cu anomalii de coloană vertebrală.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie, coloană vertebrală, outcome fetal

Hidrocefalia congenitală pe malformație arterio-venoasă: prezentare de caz

Mihaela Oancea¹, Ligia Blaga², Diana Bodean³, Răzvan Ciortea¹, Doru Diculescu¹, Cezarin Todea¹, Cristian Iuhaș¹, Carmen Bucuri¹, Dan Mihai¹

1. Disciplina Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

2. Disciplina Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

3. Spitalul privat de Obstetrică-Ginecologie Novogyn, Cluj-Napoca

Introducere. Hidrocefalia este rezultatul dezechilibrului dintre producția și resorbția lichidului cefalorahidian, ce determină creșterea presiunii intracraniene, cu dilatarea sistemului ventricular. Criteriile de gravitate sunt: reducerea spațiului pericerebral, subțierea cortexului și caracterul progresiv. Incidența hidrocefaliei este de 1:1000 de nașteri, iar riscul asocierii cu anomalii cromozomiale este de 1,5-12%. Mecanismul fiziopatologic determinant descrie două tipuri: hidrocefalie noncomunicantă și comunicantă. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 27 de ani, secundipară, gravidă în 35 de săptămâni, cu sarcină cu evoluție fiziologică, căreia i se stabilește diagnosticul de hidrocefalie fetală. IRM-ul fetal evidențiază hemoragie la nivelul ventriculului lateral drept. Pacienta a născut la termen, prin operație cezariană, un făt viu de sex feminin, scor Apgar 9. Postnatal, ecografia transfontanelară confirmă diagnosticul, iar tomografia computerizată relevă o formațiune tumorală

la nivelul plexului coroid al ventriculului lateral drept, fără a putea exclude un hematoma subacut/cronic. În ziua a șasea de viață se intervine chirurgical, cu evacuarea hematomului ventricular și cu identificarea unei malformații arterio-venoase și a sursei de sângerare, care se ableză macroscopic. Dilatația ventriculului lateral stâng impune inserția unui drenaj ventricular extern frontal stâng. Evoluția favorabilă, cu sistarea drenajului, a făcut posibilă externarea în ziua a 44-a de viață. **Rezultate și concluzii.** Prognosticul incert, cu o probabilitate de dezvoltare psihomotorie normală după rezolvarea chirurgicală de 60-80%, depinde de severitatea, de precocitatea instalării și de caracterul progresiv. În cazul nostru, la vârsta de 1,6 ani, dezvoltarea motorie corespunde unui sugar de 3 luni, iar examenul clinic evidențiază microcefalie, hemipareză și hemianopsie stângă, cu crize epileptice focale.

Cuvinte-cheie: hidrocefalie congenitală, malformație arterio-venoasă, dilatație triventriculară

Diagnostic și prognostic ecografic în infecțiile cu CMV din sarcină – review

Oana Gabriela Dimienescu, Marius Alexandru Moga, Florina Aldea, Costin Vlad Anastasiu, Cristian Andrei Arvatescu, Andreea Bălan

Spitalul de Obstetrică-Ginecologie din Brașov

Introducere. Citomegalovirusul (CMV) este un virus ADN ce afectează indivizi de toate vârstele. În general, infecția la adulți este oligo- sau asimptomatică și nu produce modificări patologice în organism. Grupa de risc cea mai vizată, la care apar semne și simptome, este însă cea a nou-născuților care au contact cu virusul în timpul vieții intrauterine (infecție cu CMV congenitală). **Material și metodă.** S-a realizat un review al literaturii de specialitate în care s-au introdus studii din ultimii 15 ani, care atestă importanța ultrasonografiei în identificarea leziunilor fetale, cât și în prognosticul post-partum și pe termen lung al acestor feți. **Rezultate.** Infecția congenitală cu CMV este descrisă în numeroase studii ca fiind cea mai frecventă infecție la pacientele gravide, anticorpii IgM și IgG anti-CMV fiind găsiți la mai mult de jumătate din cazurile investigate pentru complexul TORCH. Citomegalovirusul este unul dintre virusurile care produc modificări fetale ce se pot observa ecografic începând, în medie, cu al doilea trimestru de sarcină.

Printre aceste modificări se numără: calcificări cerebrale periventriculare, dilatație ventriculară, hipoplazie cerebeloasă, leucomalacie, microcefalie tradusă prin diametru biparietal și circumferință craniană mai mici, ascită fetală, defect de sept ventricular (DSV), restricție de creștere intrauterină (IUGR), oligohidramnios sau chiar anhidramnios. Aceste aspecte patologice pot influența atât evoluția sarcinii – unele gravide oprind chiar evoluția fătului –, cât și viața extrauterină. Deoarece în lipsa diagnosticului prenatal majoritatea nou-născuților cu infecție congenitală cu CMV sunt asimptomatici, căutarea modificărilor ecografice este importantă și pentru prognosticul pe termen lung al acestor pacienți. **Concluzii.** Prin corelarea analizelor serice și a aspectelor ecografice în infecția din sarcină cu CMV, se pot recunoaște din timp malformații și modificări fetale care determină un prognostic negativ al sarcinii, cât și al fătului în viața extrauterină.

Cuvinte-cheie: infecție congenitală cu CMV, aspecte ecografice CMV, diagnostic ecografic prenatal

Transfuzia feto-maternă – cauză de anemie fetală severă în trimestrul al III-lea. Prezentare de caz

Dan Bogdan Navolan

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Transfuzia feto-maternă cauzatoare de anemie fetală acută severă este o complicație rară. Cauzele principale sunt traumele și intervențiile invazive, însă deseori cauza nu este cunoscută. Neidentificată și netratată, anemia fetală acută poate avea urmări dezastruoase. **Rezultate.** În această prezentare discutăm cazul unei primipare, cu vârsta gestațională de 36 de săptămâni, cu făt prezentând anemie acută severă, prin transfuzie fetomaternală. Principalul simptom a fost lipsa percepției mișcărilor fetale în ultimele 24 de ore. Consultul evidențiază o sarcină cu făt cu creștere normală, indice de lichid amniotic normal și placenta de aspect normal. Cardiocardiografia (CTG) relevă o frecvență cardiacă în limite normale, cu traseu hiporeactiv. Ecografia de monitorizare fetală efectuată la 20 de minute relevă mișcări fetale hipotone. Parametrii hemodinamici arteriali fetalii (arteră ombilicală și arteră cerebrală medie) au avut valori normale, cu excepția vitezei maxime sistolice la nivelul arterei cerebrale medii, care a avut valori crescute (120 cm/s). Se

suspicionează anemie fetală acută prin transfuzie fetomaternală, motiv pentru care se recoltează sânge matern pentru determinarea prin electroforeză a hemoglobinei fetale. Rezultatul de 4,3% a fost sugestiv pentru transfuzia feto-maternă masivă. Având în vedere traseul CTG nonreactiv, modificările hemodinamice sugestive pentru anemie fetală severă și vârsta gestațională a gravidei, se decide nașterea prin operație cezariană. Se extrage un făt palid, cu IA=5, având greutatea de 2650 g. Nou-născutul, având valoarea hemoglobinei de 3g/dl, prezintă valori crescute ale LDH-ului, care se normalizează la trei zile după transfuzia de sânge. Adaptarea neonatală a fost bună după compensarea anemiei. **Concluzie.** Prezentăm evoluția unei gravide cu făt prezentând anemie severă manageriat prin transfuzie feto-maternă, al cărui principal simptom clinic a fost hipokinezia fetală, iar paraclinic – alterarea variabilității CTG și creșterea marcantă a vitezei maxime sistolice pe artera cerebrală medie.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, transfuzie feto-maternă, anemie fetală

RCIU – aplicații clinice ale screeningului ecografic

Costin Vlad Anastasiu, Andreea Banciu, Flavius Gliga, Silvia Moga, Natalia Vasilachi, Stela Casap

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. Ioan Aurel Sbârcea”, Brașov

Introducere. RCIU (restricția de creștere intrauterină) este definită ca fiind imposibilitatea fătului de a atinge potențialul de creștere programat genetic și poate fi determinată de factori materni, fetali, placentari și externi. Diagnosticul se pune pe baza greutății fetale estimate ultrasonografic situate sub percentila 10. RCIU continuă să fie printre cele mai comune anomalii ale condițiilor fetale și, de asemenea, reprezintă astăzi 6-7% din cazurile de moarte fetală. RCIU constituie a treia cauză de risc a mortalității și participă dramatic la creșterea morbidității perinatale. **Materiale și metodă.** Studiul este unul de tip retrospectiv, pe o perioadă de un an, pe un lot de 210 gravide cu sarcină monofetală, cărora li s-au efectuat examinări ultrasonografice morfometrice, aprecieri ale volumului lichidului amniotic și înregistrări ale velocimetriei fluxului arterial. **Rezultate.** Din 210 sarcini, s-au selectat 27 de feți cu diverse grade de RCIU care mai apoi s-au născut în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. Ioan Aurel Sbârcea” Brașov. 17 feți au dezvoltat suferință fetală în timpul travaliului

și au necesitat operație cezariană, iar 10 feți s-au născut pe calea naturală, având înregistrări cardiocografice reactive antepartum și intrapartum. Valorile indicelui cerebro-placentar și ale velocimetriei Doppler pe artera uterină au stabilit, de asemenea, conduita terapeutică în cazul acestor feți. **Concluzii.** Acuratețea diagnosticului depinde de considerațiile privind morfologia fetală, de datele morfometrice și de datele funcționale derivate din examenul complex ecografic aplicat în forma unui screening în săptămâna a 27-a după definitivarea spectrului de velocimetrie în vasele fetale și reevaluat în săptămâna 34-35, în vederea surprinderii schimbărilor condițiilor materne. Acuratețea implementării unui management strategic variază în funcție de vârsta estimată, precum și de starea hipoxică a feților. Managementul selectiv poate determina o reducere semnificativă a morbidității și mortalității feților cu RCIU, precum și scăderea semnificativă a iatrogeniei create de această problemă diagnostică

Cuvinte-cheie: RCIU, screeningul sarcinii, Doppler

Managementul cazurilor cu hidronefroza fetală diagnosticate antepartum

Elena Bernad^{1,2}, Daniela Iacob^{1,2}, Andreea Moza^{1,2}, Emil Radu Iacob^{1,3}, Andrei Nanu⁴, Marius Craina^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu”, Timișoara

3. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu”, Timișoara

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

Introducere. Screeningul ecografic a permis, în ultimii ani, identificarea antenatală a unor aspecte patologice cum este și hidronefroza. În aceste cazuri, finalizarea sarcinii se recomandă să fie cât mai aproape de termen, ținând cont de toate aspectele identificate. Scopul lucrării este de a evidenția incidența hidronefrozei, comorbiditățile asociate și managementul cazurilor. **Materiale și metodă.** Studiul desfășurat este unul retrospectiv, derulat în cadrul clinicilor de obstetrică și ginecologie ale Spitalului Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu”, Timișoara, în perioada 1 ianuarie 2015 – 31 decembrie 2018. Criteriul de includere a fost prezența hidronefrozei fetale diagnosticate antepartum. **Rezultate și concluzii.** A fost identificat un număr de 24 de cazuri. Hidronefroza a fost prezentă unilateral în cele mai multe cazuri (19), iar în cinci cazuri a fost bilaterală. A fost evidențiată asocierea altor patologii, cum ar fi rinichi polichistic (un caz) și valva de uretră posterioară (două cazuri).

Analizând afectarea fetală în funcție de gen, s-a remarcat faptul că sexul masculin a fost mai afectat decât cel feminin (67% versus 33%). Numărul complicațiilor a fost, de asemenea, mai mare la sexul masculin față de cel feminin (7/16 versus 1/8). În 20 de cazuri, nașterea s-a terminat prin operație cezariană, însă patologia reno-urinară a fost într-un singur caz indicația de cezariană. În două cazuri a fost descrisă în asociere și prezența unui defect septal atrial. Postnatal, în trei cazuri a fost descrisă prezența unui hemangiom. Deși cel mai adesea hidronefroza este o condiție benignă, o evaluare atentă este obligatorie pentru identificarea comorbidităților ce pot schimba uneori conduita medicală. Este recomandată consilierea cuplului legată de patologia identificată și posibilitățile evolutive postnatal, pentru a evita posibile litigii. Existența unui protocol de management pentru aceste cazuri ar fi utilă în practica medicală.

Cuvinte-cheie: hidronefroza, screening, ecografie

Evoluția săptămânală a unghiului de progresie la primiparele la termen înainte de debutul travaliului

Roxana-Cristina Drăgușin¹, Maria Șorop-Florea¹, Marina Donu², Rodica Daniela Nagy², Ciprian-Laurențiu Pătru¹, Lucian Zorilă², Ștefania Tudorache², Dominic Gabriel Iliescu¹

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova, Departamentul Imagistică în Obstetrică și Ginecologie, SC ENDOGYN AM

2. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

3. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

Introducere și obiective. Unghiul de progresie (UdP), evaluat prin ecografie transperineală, a fost inițial propus pentru evaluarea progresiei travaliului, fiind o măsurătoare angulară ce se pretează optim la traiectul curb al canalului de naștere. Numeroase studii au încercat stabilirea valorii predictive a UdP pentru calea de naștere. În acest studiu, am propus măsurarea ultrasonografică săptămânală a UdP la primiparele la termen înainte de debutul travaliului și compararea datelor între cele două populații, respectiv primiparele care au născut pe cale vaginală spontană (NV) și primiparele care au născut prin operație cezariană (OC). **Metodă.** În studiu au fost incluse toate primiparele la termen care s-au prezentat în cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova, pe o perioadă de trei ani. Au fost excluse din studiu sarcinile cu indicație pentru naștere prin OC, sarcinile multiple, precum și sarcinile cu feți în prezentație noncefalică. Protocolul a presupus examinarea săptămânală în planul transperineal infrapubic sagital cu măsurarea UdP. După

obținerea datelor, acestea au fost prelucrate statistic și comparate între cele două populații. **Rezultate.** În grupul NV, UdP a înregistrat valori semnificativ superioare față de grupul OC la 37, 40 și 41 de săptămâni, dar acestea nu au fost semnificative la 38 și 39 de săptămâni. Global, mediana cazurilor cu NV a crescut de la 90° la 101,5°, iar în cazul grupului de nașteri prin OC, mediana a avut un trend oscilant și cu o creștere redusă, de la 84,45° la 89,7°. **Concluzii.** UdP a fost considerat un parametru ultrasonografic adecvat pentru că a prezentat un trend lent ascendent din săptămâna 37 către săptămâna 41 gestațională, indiferent de calea de naștere. Totuși, nu am reușit să demonstrăm o acuratețe satisfăcătoare pentru estimarea prognosticului căii de naștere. Probabil, studii ulterioare ce includ corelații între diferiți parametri ecografici pot stabili o combinație care să ofere o predicție solidă asupra modului de naștere.

Cuvinte-cheie: ecografie, unghi de progresie, cale de naștere

Factori de prognostic în anomaliile ale ductului venos fetal

Dan Ruican¹, Ana Maria Petrescu¹, Rodica Daniela Nagy¹, Ciprian Pătru^{1,2,3}, Dominic-Gabriel Iliescu^{1,2,3}

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Departamentul „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

3. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, SC ENDOGYN AM, Craiova

Obiectiv. Ductul venos este un canal vascular care face conexiunea dintre porțiunea intraabdominală a venei ombilicale cu vena cavă inferioară. Anomaliile ductului venos sunt rare și au un prognostic variabil, în funcție de prezența altor malformații. **Metodologie.** Lucrarea de față reprezintă un review al literaturii de specialitate privind incidența acestor anomalii și își propune evaluarea prognosticului sarcinii atât în perioada prenatală, cât și postnatal. Sunt menționate cazuri din literatură și sunt prezentate cazuri diagnosticate în Unitatea Universitară de Diagnostic Prenatal.

Concluzii. Anomaliile ductului venos, deși rare, trebuie investigate folosind un protocol extins de morfologie fetală pentru punerea în evidență a anomaliilor asociate. Prognosticul este nefavorabil atunci când sunt asociate mai multe malformații fetale. Investigațiile genetice sunt necesare pentru stabilirea unui management corect, aceste anomalii fiind deseori incluse în anumite sindroame genetice (trisomia 21, trisomia 18, monosomia X).

Cuvinte-cheie: anomalii fetale, duct venos, prognostic

Decolarea prematură de placentă normal inserată

Chadiye Oana Akl¹, Roxana Drăgușin¹, Zorilă Lucian^{1,2}, Maria Șorop-Florea^{1,2}, N. Cernea^{1,2}, Ștefania Tudorache^{1,2}

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. *Abruptio placentae* se referă la detașarea parțială/totală a placentei de la nivelul peretelui uterin. Semnele clinice sunt sângerarea vaginală, durerea abdominală, hipertonia uterină și suferința fetală. Dezlipirea prematură de placentă normal inserată (DPPNI) este o cauză importantă a creșterii mortalității și morbidității materne și fetale. Etiologia exactă nu este cunoscută, însă sunt mai mulți factori favorizanți implicați. Se pot enumera fumatul, paritatea, hipertensiunea arterială, sindromul de cordon ombilical scurt și ruptura prematură a membranelor. **Materiale și metodă.** În lucrare sunt detaliate șase situații clinice din cazuistica recentă a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova (SCJUC), în care s-a precizat diagnosticul de DPPNI. În toate cazurile, semnele clinice au fost corelate cu ultrasonografia, combinația celor două metode având o sensibilitate și o specificitate bună, superioară fiecăreia. În patru cazuri, examinarea ecografică a permis vizualizarea hematomului și estimarea volumului acestuia, precum și diagnosticul diferențial cu *placenta praevia*. În toate cazurile, examinarea ecografică de urgență a permis estimarea stării fătului. Testele para-

clinice au evidențiat în cinci cazuri trompocitopenie, prelungirea timpului Quick și Howell, hipofibrinogenemie și apariția produșilor de degradare a fibrinei. Testul Kleihauer a confirmat prezența hematiilor fetale în circulația maternă într-un caz. În cinci cazuri din cele șase, îngrijirea prenatală a fost suboptimală, iar prezentarea pacientelor pentru prima dată în instituție, în serviciul de urgență, a îngreunat culegerea datelor. În trei cazuri din cele șase, intervenția chirurgicală de urgență s-a soldat cu histerectomie totală, cu conservarea anexelor. În niciunul dintre cazuri nu s-a impus aneختomia bilaterală. Într-un caz, decesul fetal a precedat internarea în această serie. **Concluzii.** Riscurile materne (hemoragia, coagularea intravasculară diseminată) și cele fetale (nașterea înainte de termen sau decesul) pot fi diminuate considerabil dacă sunt identificați factorii de risc, dacă diagnosticul este rapid și dacă managementul este instituit precoce. Experiența noastră subliniază importanța îngrijirii prenatale și a disponibilității unui echipament ecografic în unitatea de primiri urgențe.

Cuvinte-cheie: *abruptio placentae*, ultrasonografie, diagnostic clinic

Pot fi anomalii scheletale detectate în primul trimestru?

Rodica Daniela Nagy¹, Nicolae Cernea², Ștefania Tudorache², Roxana Drăgușin², C. Pătru², Dominic Iliescu²

1. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar Județean de Urgență din Craiova

2. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar Județean de Urgență din Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. În ultimii ani, ultrasonografia a avut un impact important în practica obstetricală și perinatală, deoarece a oferit informații valoroase care au ajutat la o mai bună înțelegere a dezvoltării structurale și fiziologice a fătului încă din timpul primului trimestru de sarcină. Examenul ecografic de prim trimestru pare a avea o sensibilitate crescută în detecția anomaliilor fetale în special când se folosește un protocol extins, care este realizat folosind resurse de timp, personal și echipament rezonabile. În prezentul studiu, am propus ca examinarea ecografică de prim trimestru să folosească un protocol extins de evaluare a malformațiilor scheletale majore fetale. **Metodă.** Colectarea datelor s-a desfășurat pe o perioadă de 12 luni (ianuarie-decembrie 2018). Au fost incluse în studiu gravide cu sarcini de prim trimestru care s-au prezentat în Unitatea de diagnostic antenatal din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova. Protocolul extins de scanare a presupus

examinarea ecografică atât transabdominal, cât și transvaginal. Datele obținute au fost prelucrate statistic și comparate cu datele din studii anterioare. **Rezultate și concluzii.** Studiul a relevat că malformațiile structurale scheletale fetale pot fi detectate. S-a demonstrat faptul că folosirea unui protocol extins reprezintă cel mai important factor în modularea ratei de detecție a anomaliilor. Totodată, rata de detecție a malformațiilor severe este mai mare în primul trimestru decât în celelalte trimestre de sarcină. Un examen ecografic de prim trimestru care utilizează un protocol extins reprezintă o metodă de screening eficientă în detecția anomaliilor structurale scheletale fetale la sarcinile cu risc scăzut. Detecția precoce a malformațiilor scheletale majore oferă posibilitatea unei finalizări timpurii a sarcinii, ceea ce implică un cost emoțional și material mai mic.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, anomalii fetale

Evoluția sarcinii în sindromul Herlyn-Werner-Wunderlich – serie de cazuri

Andreea-Elena Ceaușescu^{1,2}, Maria Șorop-Florea^{1,2}, Cristina Roxana Drăgușin^{1,2}, Andreea Docea², Ștefania Tudorache^{1,2}

1. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

2. Unitatea de Diagnostic Antenatal, Clinica Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

Introducere. Sindromul Herlyn-Werner-Wunderlich (HWWS) reprezintă o malformație congenitală complexă ce asociază triada uterul didelf, obstrucție vaginală/cervicală și anomalie renală unilaterală. Sindromul este cunoscut și sub acronimul OHVIRA (obstructed hemivagina/hemicervix with ipsilateral renal anomaly). Mult timp, anomaliile congenitale uterine au fost asociate în publicațiile de specialitate cu infertilitatea, avorturile recurente, prematuritatea și cu alte complicații obstetricale. **Materiale și metodă.** În lucrare sunt prezentate două cazuri cu evoluție favorabilă a sarcinii și sunt prezintă alte date publicate recent. Ambele paciente au fost primigeste. Sunt subliniate diferențele dintre cele două cazuri și complicațiile lor. Acestea confirmă variabilitatea extremă a structurile anatomice implicate în sindromul HWW. Se detaliază un caz de uter didelf cu vagin unic cu anatomie normală și hipoplazie unilaterală izolată a hemicervixului (al șaselea caz publicat). În acest caz, sarcina a avut o evoluție normală și s-a soldat cu naștere la termen, fără complicații materne sau fetale. Imagistica este esențială în diagnosti-

cul HWWS/OHVIRA, rezonanța magnetică (RM) completând informațiile oferite de examinarea ecografică transvaginală (TVUS). În aceste două cazuri, ecografia tridimensională (3D)-TVUS, MR și laparoscopia/laparotomia au oferit informații complementare, iar examenul clinic a clarificat sediul și tipul obstrucției. În ambele cazuri s-au impus intervenții chirurgicale (punții repetate, drenaj, salpingectomie). **Concluzii.** Sindromul HWWS/OHVIRA este o anomalie congenitală rară, cu semnificații clinice importante. Evoluția clinică a cazurilor nu este standard, fiecare necesitând o conduită terapeutică adaptată. Totuși, în HWWS este posibilă evoluția favorabilă a unei sarcini, cu naștere la termen sau în apropierea termenului. În viitor se pot analiza relațiile între diferitele variante anatomice caracteristice sindromului și impactul clinic al acestora, în special în ceea ce privește prognosticul obstetrical. Acumularea de date va optimiza consilierea cuplurilor care doresc o sarcină.

Cuvinte-cheie: sindrom Herlyn-Werner-Wunderlich, ecografie 3D, naștere

Evaluarea ultrasonografică a tiroidei și a glandei suprarenale fetale la feții proveniți din sarcini la termen, cu RCIU și născuți prematur

Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Oana Maria Ionescu

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Filantropia, București; Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Obiectiv. Acest studiu urmărește evaluarea măsurătorilor ultrasonografice ale tiroidei și glandei suprarenale fetale la feții născuți prematur (între 28 și 37 de săptămâni de gestație), din sarcini cu restricție de creștere intrauterină (RCIU) și la termen. Un alt scop a fost acela de identificare a corelațiilor dintre modificările măsurătorilor de la nivelul glandelor tiroidă și suprarenală și rezultatul nefavorabil al sarcinii (naștere prematură, RCIU). **Metodă.** Am realizat un studiu prospectiv, care a inclus 39 de femei gravide (11 sarcini cu RCIU, 13 nașteri premature și 15 nașteri la termen). Am măsurat ultrasonografic volumul tiroidian și volumul glandei suprarenale al fetilor, folosind echipament de înaltă rezoluție (Voluson E8 expert). **Rezultate.** Volumul tiroidian (VT) la feții

din grupul cu RCIU a fost mai mic decât cel al fetilor născuți prematur, dar similar la feții născuți la termen sau prematur. Măsurătorile glandei suprarenale fetale sunt semnificativ mai mici la sarcinile complicate de RCIU comparativ cu sarcinile la termen. **Concluzii.** Volumul tiroidian și cel al glandei suprarenale la făt sunt dependente de severitatea RCIU și într-o proporție mai mică de prematuritate. Astfel, în apropierea termenului, evaluarea ultrasonografică a tiroidei fetale și a glandei suprarenale ar putea identifica acei feți cu prognostic nefavorabil, inclusiv pe aceia care au fost internați în NICU (unitatea de terapie intensivă neonatală).

Cuvinte-cheie: volumul tiroidian fetal, volumul glandei suprarenale fetale, ecografie

Semnificația evaluării ductului venos în restricția de creștere intrauterină

Eduart Bălașa¹, Vlad Tica²

1. Spitalul Municipal Medgidia, Constanța

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Cazuri clinice. Prezentăm patru cazuri, între 28 și 36 de săptămâni de gestație. Aceste paciente au beneficiat de un diagnostic – referitor la vârsta de gestație (VG) – realizat cu acuratețe, din primul trimestru. Urmărirea sarcinilor în cauză a arătat la un moment dat discrepanța între VG evaluată după prima zi a ultimei menstruații și VG biometrică. Cazurile studiate au fost comparate cu datele din literatură, în ideea de a demonstra importanța evaluării aspectului ductului venos (DV) în restricția de creștere. Vom discuta în

ce măsură este oportun în momentul de față să folosim evaluarea DV ca marker în evaluarea restricției de creștere și, mai mult, în evaluarea stării fătului imediat post-partum. **Concluzii.** Credem că evaluarea DV, dincolo de trimestrul I de sarcină (marker de importanță cunoscută), făcută de un ecografist cu experiență, poate deveni un criteriu important în aprecierea evoluției fetale.

Cuvinte-cheie: ecografie, sarcină, duct venos, restricție de creștere, evoluție fetală

Markeri ultrasonografici prognostici în sarcina incipientă

Roxana Bohilțea^{1,2}, Natalia Țurcan², Ioniță Ducu², Oana Teodor², Alexandru Baroș^{1,2}, Monica Cîrstoiu^{1,2}

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

2. Spitalul Universitar de Urgență București

Importanța evaluării ecografice pe parcursul sarcinii este incontestabilă, oferind informații ce direcționează managementul ulterior. Examenul ecografic în primul trimestru de sarcină oferă posibilitatea diagnosticului precoce al multiplelor anomalii fetale majore și identificarea cazurilor ce asociază un risc crescut de preeclampsie. Examenul ecografic este prima linie de investigație în contextul unei sarcini cu risc crescut sau al condițiilor asociate pe parcursul sarcinii, oferind un diagnostic prezumtiv ce poate fi stabilit în continuare prin investigații suplimentare (rezonanță magnetică nucleară, computer-tomograf, analize moleculare). Unele semne ecografice, cum ar fi o veziculă vitelină ce depășește 6 mm în stadiile incipiente ale sarcinii, sunt sugestive pentru un prognostic nefast. Screeningul de prim trimestru, prin coroborarea riscului asociat vârstei materne, valorii translučenței nu-

cale și valorilor markerilor serici placentari, a redus semnificativ necesitatea folosirii testelor invazive, respectiv la sub 3%, crescând în același timp rata de detecție a anomaliilor cromozomiale la peste 95%. Ne propunem sublinierea importanței evaluării ecografice precoce în primul trimestru prin prezentarea unei serii de cazuri clinice și, respectiv, evidențierea unor markeri ecografici atipici și a relevanței acestora în evoluția cazurilor prezentate. Pentru orice suspiciune de prognostic nefavorabil al unei sarcini bazată pe rezultatul examinării ecografice, un second-opinion ar trebui luat mereu în considerare, examinarea ecografică fiind dependentă de operator. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în ceea ce privește ultrasonografia, este mai importantă prezența resursei umane calificate, decât a echipamentului ecografic însuși.

Cuvinte-cheie: ecografie, prognostic, prim trimestru

Durerea pelviană cronică: importanța examinării ecografice

Ștefania Tudorache^{1,2}, Loredana Anghel¹, Maria Șorop-Florea^{1,2}, Roxana Drăgușin¹, Marina Dinu¹, N. Cernea^{1,2}

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Durerea pelviană cronică (DPC) este extrem de frecvent întâlnită în practică și reprezintă o provocare deosebită de diagnostic, atât pentru medicii ginecologi, cât și pentru medicii de alte specialități implicați în îngrijirea femeii în perioada fertilă. Această situație morbidă deteriorează semnificativ calitatea vieții și poate fi atât simptomul unei boli, cât și o entitate nosologică *per se*. **Materiale și metodă.** În această analiză, autorii oferă o trecere în revistă a publicațiilor recente din domeniu și prezintă câteva situații deosebite de reprezentative din cazuistica instituției. Examinarea ecografică transvaginală, cu multiplele ei avantaje (metodă ieftină, rapidă, nedureroasă, neiradiantă, repetabilă, informativă, neinvazivă și de mare acuratețe), este folosită cel mai frecvent în evaluarea inițială a cazului. Performanțele ei sunt prezentate în raport cu cele ale tomografiilor computerizate și ale rezonanței magnetice. Autorii prezintă patologia ginecologică și neginecologică ce poate duce la DPC și subliniază importanța explorării ecografice în diagnosticul pozitiv și diferențial al acesteia. Se discută insuficiența venoasă la nivel pelvian, adenomioza difuză și focală, endometrioza (cu subtipul

endometrioza profundă infiltrativă), durerea cronică de cauză neurologică (nevralgia pudentală), fibromiomele, bolile inflamatorii (genitale și intestinale), boala aderențială, torsiunea cronică anexială, perforația uterină, retroversoflexia, cistita interstițială, bolile maligne și factorii psihologici. Sunt detaliate diagnosticul și implicațiile clinice ale diferitelor anomalii congenitale uterine, ca și factorii de predicție pentru prognosticul reproductiv la această categorie. Se prezintă tehnica de scanare pentru diagnosticul optim al poziției dispozitivelor intrauterine și diagnosticul complicațiilor după montarea lor. De asemenea, se oferă date recente cu privire la performanțele examinării ecografice în trierea și centralizarea pacientelor cu DPC. Se pledează argumentat pentru un abord multidisciplinar și este subliniată importanța unei anamneze detaliate și a unui examen clinic atent. **Rezultate și concluzii.** Autorii propun o atitudine standardizată și integrată în diagnostic și management, examinarea ecografică având o importanță centrală în managementul pacientelor cu DPC.

Cuvinte-cheie: durere pelviană cronică, examinare ecografică, algoritm de diagnostic

Nașterea înainte de termen: ce poate face azi obstetricianul ecografist? Frontiere noi în prevenție și management

Ștefania Tudorache^{1,2}, R.G. Căpitanescu^{1,2}, C.M. Marinaș¹, C.L. Pătru^{1,2}, N. Cernea^{1,2}

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Nașterea înainte de termen (nașterea pretermen – NpT) este o afecțiune multifactorială ce asociază rate înalte de morbiditate și mortalitate neonatală și are o incidență în creștere. NpT complică 5-18% din sarcini (incidența globală: 9,6%). Între 66% și 75% din totalul NpT se produc spontan, restul survenind iatrogen (cel mai frecvent, pentru preeclampsie și restricție de creștere intrauterină). NpT se produce spontan, în afara oricărui factor de risc detectabil clinic, matern, fetal sau placentar, în 22% din cazuri. Predicția ei este extrem de dificilă, mai ales la primipare. **Materiale și metodă.** În această analiză, autorii realizează o trecere în revistă a celor mai recente publicații cu privire la aportul examinării ecografice în evaluarea cazurilor la risc de NpT și prezintă experiența proprie în ultimii cinci ani. Nu există o metodă de screening cu o sensibilitate suficient de mare încât să identifice cu adevărat toate cazurile ce se vor solda cu NpT și nici una cu o specificitate suficient de mare încât să împiedice măsurile nenecesare sau alocarea de fonduri importante pentru tratament. Măsurarea

lungimii canalului cervical are cel mai bun raport cost-eficiență în practica clinică. Istoricul mamei, starea ei de sănătate și factorii sociodemografici își păstrează importanța în selecția cazurilor. Sunt discutate (privind performanțele și disponibilitatea pentru testare în România) fibronectina fetală, proteina 1 de legare a factorului de creștere insulin-like (IGFBP-1), interleukina 6 și alfa-macroglobulina 1. Este prezentată utilitatea indicelui de consistență cervicală, a unghiului utero-cervical, a indicilor de pulsilitate la nivelul arterelor uterine, a arterei cerebrale medii, a sonoelastografiei placentare și a măsurării zonei centrale a glandelor adrenale fetale. **Rezultate și concluzii.** NpT rămâne cea mai importantă problemă în medicina perinatală, cu puține soluții eficiente. Cele bazate pe examinarea ecografică par să rămână importante în modularea managementului. Selectarea corectă a cazurilor cu risc real ar permite elaborarea de strategii mai eficiente de prevenire a NpT.

Cuvinte-cheie: naștere înainte de termen, ecografie, ghiduri

Sterilitatea de cauză feminină: locul bilanțului ecografic

Ștefania Tudorache^{1,2}, Florentina Tănase^{1,2}, R.C. Pană¹, O. Sîrbu^{1,2}, N. Cernea^{1,2}

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență din Craiova

2. Departamentul 8 „Mama și Copilul”, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Examinarea ultrasonografică transvaginală (USTV) este o metodă ușor de executat, este rapidă, neinvazivă și are o mare acuratețe și reproductibilitate în diagnosticul afecțiunilor organelor genitale feminine. În afara relațiilor structurale, USTV oferă informații esențiale din punct de vedere funcțional.

Materiale și metodă. În această lucrare se face o trecere în revistă a publicațiilor recente cu privire la importanța USTV în evaluarea cuplurilor infertile și se raportează experiența Clinicii I Obstetrică-Ginecologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova. Este subliniat aportul datelor obținute în ecografia convențională bidimensională (2D), al tehnicilor volumetrice (ce oferă planul coronal al corpului uterin) și informația adițională la folosirea Dopplerului color. Posibilitatea de a urmări în detaliu fenomenul ovulator, atât în ciclurile spontane, cât și în cele dirijate medicamentos, estimarea rezervei ovariene, evaluarea patenței tubare cu ajutorul sonohisterografiei, a transformărilor fiziologice la nivelul endometrului și endocolului și diagnosticul corect al proceselor focale endometriale fac din USTV o metodă indispensabilă în stabilirea conduitei optime în

tratamentul cuplurilor infertile. Sunt discutate în contextul actual entități controversate, precum diagnosticul de sindrom de ovare polichistice/multifoliculare, metroplastia perhisteroscopică, histerosalpingografia și laparoscopia în scop explorator. Evoluția recentă a tehnicilor interactive de examinare, cu „maparea” durerii evocate și corelarea ei cu imaginile ecografice, a permis atingerea unor cifre fără precedent în acuratețea evaluării pacientelor cu endometrioza externă. Aceasta are potențialul de a evita intervențiile suboptimale și de a optimiza centralizarea acestor cazuri. Adenomioza (difuză și focală) poate fi diagnosticată în stadii precoce cu ajutorul USTV. Tehnicile de reproducere umană asistată (dirijarea medicației, evitarea complicațiilor și alegerea momentului optim pentru embriotransfer) nu pot fi concepute în absența USTV. **Rezultate și concluzii.** USTV a oferit cele mai semnificative progrese în diagnosticul și managementul modern al infertilității de cuplu de cauză feminină. Ea a revoluționat practica medicală în aceste cazuri.

Cuvinte-cheie: sterilitate feminină, examinare ecografică, contrast

Asocierea bolilor genetice cu defectele cardiace congenitale – management și consiliere

Doru Hergheliegiu, Danae Stambouli, Cătălin Gabriel Hergheliegiu, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciuc

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Defectele cardiace congenitale (DCC) sunt cel mai frecvent tip de malformație, cu o incidență de 1 la 100 de nou-născuți vii, și reprezintă o treime din malformațiile congenitale majore. De asemenea, DCC pot fi identificate la până la 10% din feții morți antepartum. Deși s-a realizat un mare progres în ceea ce privește acuratețea diagnosticului și tratamentul, cunoașterea etiologiei DCC rămâne încă limitată. Ipotezele actuale despre cauzele DCC incriminează fie factori genetici, fie factori de mediu sau o combinație a celor doi. În cazul diagnosticării prenatale a DCC, testele genetice ar trebui prioritizate. Printre cauzele genetice care pot sta în spatele DCC, se numără: anomaliile cromozomiale, microdelețiile, microduplicațiile sau mutațiile monogenice. Prezentăm o serie de cazuri diagnosticate cu DCC la care s-au efectuat teste geneti-

ce. În total, peste o cincime din cazuri au avut o boală genetică dovedită. În cazurile cu multiple malformații a fost indicată consilierea genetică în vederea stabilirii unei posibile etiologii genetice și a unei transmiteri familiale. Prognosticul și eficiența metodelor terapeutice sunt mai slabe în cazurile în care există o componentă genetică asociată. De asemenea, variabilitatea clinică a sindroamelor genetice trebuie luată în considerare, astfel încât membrii aceleiași familii pot prezenta diferite fenotipuri. În concluzie, o înțelegere mai bună a cauzelor genetice care stau în spatele DCC ar putea să ducă la un management mai bun al acestor pacienți, la noi perspective în ceea ce privește diagnosticul prenatal și la noi mijloace terapeutice.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, defecte cardiace congenitale

Placenta percreta – diagnostic și conduită terapeutică

Cătălin Gabriel Herghelegiu, Andrei Cristea, Doru Herghelegiu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Placenta percreta reprezintă cea mai severă formă de placentă, cu grad crescut de aderență, vilii corionici străbătând toată grosimea miometrului și ajungând până la seroasă sau chiar depășind-o. Semnele ecografice ce pot ridica suspiciunea de placentă percreta sunt: lacunele vasculare, dispariția interfeței hipoecogene dintre placentă și miometru, întreruperea interfeței dintre uter și vezică. Adesea, examinarea RMN este utilă în cazul placentelor care se inserează posterior. Conduita terapeutică în aceste cazuri impune realizarea hister-

ectomiei după scoaterea nou-născutului prin operație cezariană. Se preferă o echipă multidisciplinară care să includă și un chirurg generalist sau eventual un urolog, pentru a putea manageria complicațiile inerente. Se poate încerca o conduită conservatoare, dar aceasta se asociază cu o morbiditate crescută maternă, fiind mai degrabă pretabilă în caz de placentă accreta/increta ce nu acoperă orificiul cervical intern.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, anomalie de placentație, placentă percreta

Tahiaritmiile fetale – diagnostic și management

Daniela Opreșcu Nuți, Cătălin Gabriel Herghelegiu, Alin Nicolescu, Nicolae Suciu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Tahiaritmiile fetale sunt definite ca un ritm cardiac mai mare de 180-200 bătăi/minut. Marea majoritate sunt diagnosticate la examinarea ecografică de rutină din trimestrul al doilea sau al treilea. Din punct de vedere etiopatologic, în funcție de nivelul la care apar, tahiaritmiile pot să aibă originea în atrii, sistemul excitoconductor sau ventriculi. Cea mai frecventă tahiaritmie la făt este tahiaritmia supraventriculară prin mecanismul de reintrare printr-o cale accesorie (70%), urmată apoi de flutterul atrial (25%), pe când tahicardia ventriculară este cel mai rar întâlnită. Folosirea Dopplerului Mod M simultan prin atriu și ventricul, în secțiunea de 4 camere, oferă informații despre transmiterea contracției

miocardului și conducerea atrio-ventriculară. Tahiaritmia fetală susținută poate să conducă în timp la insuficiență cardiacă congestivă, creșterea presiunii venoase sistemice, hidromps fetal, edem placentar și polihidramnios. Funcția cardiacă, reprezentată de fracția de ejeție a ventriculilor, poate fi evaluată utilizând Dopplerul Mod M în secțiunea de 4 camere. În concluzie, în cazul unei tahiaritmii fetale, obstetricianul trebuie să răspundă la două întrebări esențiale: „Care este mecanismul fiziopatologic și în ce tip de tulburare de ritm se încadrează tahiaritmia?” și „Care este impactul hemodinamic pe care îl are tahiaritmia?”.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie fetală, tahiaritmie fetală

Gradul de corelație între evaluarea ecografică și histeroscopia operatorie în cazul formațiunilor intracavitare uterine benigne

Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Roxana Borș, Oana Maria Ionescu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Obiectiv. Corelarea rezultatelor ecografiei transvaginale 3D (3D-ETV) cu histeroscopia în diagnosticul preoperatoriu al patologiei benigne a cavității uterine la femeile infertile. **Metodă.** Acest studiu retrospectiv a fost realizat pe o perioadă de cinci ani, incluzând șaptezeci și patru de femei investigate pentru infertilitate. 3D-ETV (inclusiv tehnica de analiză virtuală computerizată de organ) și histeroscopia operatorie au fost efectuate pentru fiecare pacientă la distanță de două sau trei zile una de cealaltă. Au fost evaluate precizia diagnosticului și gradul de corelare între ultrasonografie și histeroscopia operatorie. **Rezultate.** Histeroscopia a diagnosticat 34 de polipi endometriali, 16 mioame submucoase și 24

de mioame endocavitare. 3D-ETV a detectat de fiecare dată mioamele submucoase, cu o precizie de 87,5% în cazul mioamelor endocavitare și de 82,3% pentru polipii endometriali. În studiul nostru, ecografia transvaginală tridimensională a avut în ansamblu o precizie de diagnosticare a patologiei benigne uterine endocavitare de 87,8% în comparație cu histeroscopia. **Concluzii.** În cazul femeilor infertile, precizia diagnostică a 3D-ETV a fost de 87,8% pentru diagnosticul patologiei benigne a cavității uterine, având un grad ridicat de corelare cu rezultatele histeroscopiei operatorii.

Cuvinte-cheie: ecografie transvaginală 3D, miom, histeroscopie, diagnostic preoperatoriu

Tumori anexiale benigne – corelații între aspectele ecografice și algoritmul de apreciere a riscului de malignitate pentru diferite subtipuri histopatologice

Crîngu Ionescu, Alexandra Matei, M. Dimitriu

Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București, Departamentul de Obstetrică și Ginecologie al Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Pantelimon”, București

Introducere. Tumorile ovariene constituie aproximativ 30% din totalul tumorilor de tract genital. Diagnosticul diferențial precoce între caracterul potențial malign și cel benign constituie cheia succesului terapeutic în practica ginecologică. Investigații paraclinice precum determinări ale markerilor serologici – CA 125, alături de integrarea algoritmilor de tipul scor ROMA și criteriile IOTA –, precum și evaluarea ultrasonografică transvaginală a anexelor completează tabloul diagnostic prezumtiv, anticipând cu acuratețe semnificativă diagnosticul histopatologic de certitudine. **Materiale și metodă.** În cadrul Departamentului de obstetrică și ginecologie al Spitalului „Sf. Pantelimon” București s-au pus bazele unui studiu observațional retrospectiv aferent perioadei ianuarie 2000 – iulie 2017. Baza de date necesară studiului a fost creată prin colectarea de date clinice și paraclinice corespunzătoare pacientelor diagnosticate

cu formațiuni tumorale ovariene și tratate minim invaziv în cadrul clinicii. Analiza statistică a informațiilor obținute a vizat îndeosebi identificarea unor corelații între rezultatele investigațiilor preoperatorii și diagnosticul de certitudine histopatologic și imunohistochimic. **Rezultate și concluzii.** Rezultatele obținute au identificat endometrioza drept cea mai frecventă afecțiune ovariană benignă în grupul de studiu. Prin evaluare ultrasonografică transvaginală s-au stabilit prezumții diagnostice care ulterior au fost confirmate histopatologic în circa 50% din cazuri. La 90% dintre pacientele pentru care s-a calculat scorul ROMA, s-au obținut valori ale acestuia sub 15%. Managementul terapeutic al tumorilor ovariene benigne a constat în chistectomie laparoscopică într-o proporție majoritară, la 78,5% din pacientele investigate.

Cuvinte-cheie: tumori ovariene, scor ROMA, diagnostic histopatologic

Conduita actuală în restricția de creștere fetală precoce

Alina Veduță

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Filantropia, București

Restricția de creștere intrauterină de cauză placentară care apare devreme în sarcină (RCIU precoce) este o patologie relativ rară, dar severă. RCIU este în prezent un domeniu dinamic al obstetricii. Prezentăm experiența echipei din cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie Filantropia din București în ceea ce privește RCIU precoce și felul în care studiile recente (de exemplu, studiul TRUFFLE) au influențat atitudinea noastră în aceste cazuri. Am studiat cazurile de feți cu restricție de creștere

severă, la care sarcina s-a terminat la mai puțin de 32 de săptămâni de gestație (naștere sau moarte fetală) din 2010 până în 2018 inclusiv. Mortalitatea intrauterină și mortalitatea neonatală au fost mici în această serie. Rezultatele noastre arată că restricția de creștere intrauterină precoce este o patologie pentru care există soluție terapeutică, în centre specializate cu infrastructură performantă de medicină fetală, obstetrică și neonatologie.

Cuvinte-cheie: restricție de creștere fetală, studiu

Screeningul combinat la 11-14 săptămâni de sarcină, în contextul analizei ADN-ului fetal din sânge matern

Alina Veduță

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Filantropia, București

Evaluarea combinată, clinică, ecografică și serologică, la 11-14 săptămâni de sarcină, este folositoare pentru stabilirea prognosticului individual al sarcinii, încă din trimestrul I. Tehnica examinării ecografice a anatomiei fetale la 11-14 săptămâni de sarcină s-a dezvoltat în cadrul programului de screening combinat de trimestru I al Fundației de Medicină Fetală (Fetal Medicine Foundation; FMF) din Londra. Extinderea utilizării clinice a analizei ADN-

ului fetal liber din plasma maternă schimbă locul testului combinat de trimestru I în diagnosticul prenatal al aneuploidiilor frecvente (trisomia 21, de exemplu). Această schimbare este o oportunitate de a structura practica diagnosticului prenatal, în sensul stabilirii prognosticului individual, la începutul sarcinii. Propunem o discuție despre rolul testului combinat FMF în acest context.

Cuvinte-cheie: trimestrul I, screening combinat

Fetal supraventricular tachycardia – treatment options

Elena Mihălceanu¹, Roxana Gireadă², Liliana Gozar³

1. "Cuza Vodă" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași

2. Arcadia Hospital, Iași

3. Cardiology III Children Clinic, Târgu-Mureș

Introduction. Supraventricular tachycardia (SVT) is the most common fetal tachyarrhythmia, which can complicate up to 2% of pregnancies. Although usually isolated and benign, persistent fetal SVT leads to non-immune hydrops and ultimately fetal death in 50% of cases. The literature reports better fetal outcome through maternal antiarrhythmic treatment. Its purpose is to decrease the fetal heart rate, thus improving the myocardial performance and preventing/reversing the hydrops. **Materials and method.** A 28-year-old nulliparous patient presented at 35 weeks of gestation for reduced fetal movement, and she was diagnosed with fetal SVT (fetal heart rate 303/minute and elements of fetal hydrops). She was referred to our tertiary care hospital and, after consulting the pediatric cardiologist, therapy was started with digoxin, in order to delay the delivery. In less than 24 hours, fetal sinus rhythm was restored, but SVT relapsed and amiodarone was added to

the treatment. Cardioversion failed this time, leading to ultimately delivering the fetus via C-section two weeks after the initial diagnosis was made. After delivery, the evolution was favorable under treatment. This case motivated a thorough review of the existing literature, with an update on the approached topic. **Results and conclusions.** SVT is a serious risk for the fetal viability, and its approach must be modulated by specific maternal and fetal factors. An indirect treatment, by administering antiarrhythmics to the mother, can reverse fetal SVT. The literature on this topic is covered by studies on small case series, without controlled studies that would allow the development of concise, specific protocols. These cases should be managed by multidisciplinary teams, where the pediatric cardiologist and the fetal medicine specialist play the central role.

Keywords: fetal supraventricular tachycardia, antiarrhythmic, hydrops, fetal medicine

Limfom Hodgkin – boală evolutivă pe parcursul a două sarcini. Prezentare de caz și trecere în revistă a literaturii

Liana Antal¹, Anca Huniadi¹, Andrea Sorian², Mihai Luncan²

1. Facultatea de Medicină și Farmacie din Oradea

2. Spitalul Clinic Pelican, Oradea

În 2009, pacienta A.A., în vârstă de 21 de ani, este diagnosticată cu limfom Hodgkin în stadiul IIB. Pacienta urmează tratament cu AVBD și radioterapie, intrând în remisiune parțială. În 2014-2015: prima sarcină. RMN-ul evidențiază limfom Hodgkin de plămân stâng, mediastin posterior și anterior, grilaj costal anterior. La 18 săptămâni de sarcină, apare o tumoră de 15/13 cm la nivelul hemitoracelui drept (tumoră Hodgkin). Pacienta refuză chimioterapia intrapartum. Naște prin operație cezariană, la 37 de săptămâni, un făt masculin, de 2500 g, IA: 10. În perioada 2015-2016, apare a doua sarcină. Pacientei i se recomandă întreruperea sarcinii pentru riscul vital matern, însă aceasta refuză. Pe parcursul sarcinii, boala progresează mai mult, apărând numeroase manifestări clinice: hemoptizii, dispnee, tuse cu expectorații, dureri atroce la nivel toracic. La 26 de săptămâni, începe tratamentul cu canabis pur, care ameliorează semnificativ simptomatologia dureroasă. Examenul RMN evidențiază caracterul

evolutiv al limfomului Hodgkin, cu interesare osoasă toracică și interesarea măduvei osoase. Pacienta naște la 34/35 de săptămâni, prin operație cezariană, un făt de sex masculin, de 2380 g, IA: 8/9. Fătul se naște cu atrezie intestinală de grad 3, pentru care se intervine chirurgical. Evoluția este favorabilă, copilul fiind în momentul de față normoponderal, având o dezvoltare psihoafectivă corespunzătoare vârstei. Evoluția postpartum: în perioada lăuziei, boala progresează, iar pacienta reîncepe chimioterapia și imunoterapia. La finalul celor două cure de chimioterapie, la interval de 21 de zile, țesutul tumoral involuează până la 20% din tumora primară. Se efectuează un transfer autolog de măduvă, fiind urmat de 100 de zile libere de tratament. În 2019, RMN-ul de control evidențiază atelectazie completă a plămânului stâng, multiple mase macronodulare ale plămânului drept și aspect de infiltrare limfomatoasă și carcinomatoză peritoneală și retroperitoneală.

Cuvinte-cheie: limfom Hodgkin, sarcină, RMN

Chisturile paraovariene la pacientele pediatrice

Patricia Harea¹, Ana Mișina¹, Liliana Fuior-Bulhac²

1. Secția Ginecologie chirurgicală, Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

2. Secția Imagistică, Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Chisturile paraovariene (CP) se localizează în ligamentul lat și provin din mezoteliu sau se consideră rămășițe ale ductului paramezonefric sau mezonefric. De regulă, CP se întâlnesc în decada a treia sau a patra a vieții. În același timp, CP la copii și adolescente sunt prezentate în literatura de specialitate ca fiind cazuri unice. **Scopul studiului.** Stabilirea incidenței CP la pacientele pediatrice, particularitățile diagnosticului radiologic, ale tratamentului chirurgical și caracteristicile morfologice. **Materiale și metodă.** A fost efectuată analiza bazei de date (n=131) a pacientelor pediatrice cu chisturi ovariene. Pentru diagnostic au fost utilizate: ultrasonografia, tomografia computerizată, imagistica prin rezonanță magnetică. Indexul morfologic ultrasonografic s-a apreciat după Jeoung HY (2008). **Rezultate.** CP au fost depistate în 48 de cazuri (36,6%), vârsta medie fiind 16,6±0,2 ani (95% CI; 16,08-17,05). Media Indicelui de Masă Corporală a fost 22,3±0,6 kg/m² (95% CI; 21,13-23,39). În funcție de datele investigațiilor radiologice, dimensiunile maxime ale CP au fost de 9,1±0,5 cm (3,9-20,1); în 21 de cazuri s-au depistat chisturi mari (>8 cm), iar în cinci cazuri (10,4%) s-au depistat chisturi gigantice

(>15 cm). Indicele mediu al indexului morfologic a fost 3,5±0,2 (2-5), punctul structural în 97,9% din cazuri fiind egal cu zero. Localizarea CP: dreapta – 23 (47,9%); stânga – 19 (39,6%); în șase cazuri (12,5%) s-au combinat cu formațiuni chistice din partea contralaterală. În patru cazuri (8,3%) a fost constatată torsiunea CP. Intervențiile chirurgicale au fost efectuate prin abordul minilaparotomiei Phannenstiel (26 de cazuri; 54,2%) și utilizând tehnologiile laparoscopice (22 de cazuri; 45,8%). Volumul intervențiilor chirurgicale a fost: chistectomie – 43 (89,6%), chistectomie + tubectomie – patru cazuri (8,3%), anexectomie – un caz (2,1%). Din partea contralaterală s-au efectuat: chistectomie (n=6) și diatermocoagularea ovarului (n=6). În urma examenului morfologic, într-un singur caz (2,1%) s-a depistat cistadenom papilar proliferativ la limita malignității (tip borderline seros). **Concluzii.** CP ocupă un loc important în structura formațiunilor chistice ovariene. Aceste chisturi nu regresează spontan și în jumătate din cazuri ating dimensiuni avansate. Unica metodă de tratament este cea chirurgicală.

Cuvinte-cheie: chist paraovarian, pacient pediatric, tratament chirurgical

Sarcină implantată în cicatricea post-operație cezariană: conduită și rezultate

Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Oana Eliza Crețu¹, Ioana Corina Gorgoi¹, Bogdan Dorobăț¹, Adela Dimitriade¹, Monica Mihaela Cristoiu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență București

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

Sarcina inclavată în cicatricea post-operație cezariană este un tip de sarcină ectopică întâlnit din ce în ce mai frecvent ca urmare a creșterii numărului de operații cezariene. Implantarea anormală a placentei duce la apariția complicațiilor cum ar fi: sângerări pe parcursul sarcinii, *placenta praevia*, placenta cu aderență anormală ce poate implica histerectomie de necesitate în momentul nasterii și chiar deces matern, naștere prematură. Ecografia este cea care stabilește diagnosticul, iar tratamentul poate cuprinde mai multe atitudini terapeutice aplicate individual sau combinat: administrarea sistemică de metotrexat, chiuretajul uterin aspirativ

sau evacuator, embolizarea arterelor uterine, excizia prin laparotomie, excizia laparoscopică, histeroscopia, injectarea de metotrexat în sacul gestațional ghidată ecografic, montarea unei sonde Foley la nivel supracervical. Managementul fiecărui caz trebuie individualizat, luând în considerare multipli parametri. Prezentăm două cazuri de sarcină inclavată în cicatricea post-operație cezariană tratate în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București, managementul acestora, rezultatele, precum și o revizie a datelor din literatură.

Cuvinte-cheie: embolizare, inclavată în cicatrice

Piciorul strâmb congenital – elemente de diagnostic și tratament

Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Oana Eliza Crețu¹, Ioana Corina Gorgoi¹, Monica Mihaela Cîrstoiu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență București

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

Piciorul strâmb congenital reprezintă una din cele mai frecvente malformații ale membrelor inferioare ale nou-născutului, fiind descris de Hipocrate în anul 400 î.Hr. Etiologia piciorului strâmb congenital nu este pe deplin înțeleasă, fiind considerată multifactorială. Au fost propuse mai multe teorii menite să explice această patologie, incluzând: deficite vasculare, factori de mediu, poziția *in utero*, insertia anormală a mușchilor și factori genetici. Piciorul strâmb congenital poate fi asociat cu mielodisplazia, artrogripoza și multiple defecte congenitale, fiind considerat de obicei defect unic idiopatic. Severitatea deformărilor poate varia de la forme ușoare la forme severe, în care piciorul este extrem de rigid. În cele mai multe cazuri, diagnosticarea poate fi făcută ecografic,

antenatal, urmând să fie confirmată la naștere. De-a lungul timpului au fost încercate diverse metode de tratament: imobilizări gipsate (Kite – începutul secolului XX), chirurgie extensivă (Turco), metoda funcțională (kintoterapie și ortezare – mobilizare continuă pasivă). În ultima perioadă, metoda Ponseti a fost pe deplin acceptată în întreaga lume, fiind considerată cel mai eficient tratament pentru această patologie. Prezentăm cazul unei gravide urmărite în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București, al cărei făt a fost diagnosticat la 19 săptămâni cu picior stâmb congenital, și conduita ulterioară.

Cuvinte-cheie: picior strâmb congenital, defecte congenitale

Duct arterial tortuos sau anevrism – diagnostic diferențial

Mircea Octavian Poenaru^{1,2}, Flavia Braicu¹, Alexandra Nistor¹, Romina Sima^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Ductul arterial, format din porțiunea distală a celui de-al patrulea arc aortic, asigură pasajul a 75% din debitul ventriculului drept în circulația sistemică fetală, datorită rezistenței crescute întâlnite în circulația pulmonară. Încă din anii '90 s-a demonstrat că lungimea și forma sa sunt variabile pe parcursul sarcinii. Ductul arterial tortuos este o entitate mai mult sonografică întâlnită din ce în ce mai frecvent și care trebuie diferențiată de dilatația anevrismală, chiar dacă ultima nu este asociată frecvent cu morbiditate severă. **Materiale și metodă.** Au fost analizate cazurile a 116 paciente care au efectuat pe parcursul anului 2018 atât screeningul anomaliilor fetale din trimestrul al II-lea, cât și reevaluarea cordului fetal la 32 de săptămâni. Examinările au fost realizate de aceeași echipă de medici examinatori cu experiență în patologia malformativă fetală, pe același tip de aparat. Au fost stabilite criteriile sono-

grafice (formă, flux Doppler multidirecțional) care să diferențieze între ductul arterial tortuos și dilatația anevrismală. **Rezultate și concluzii.** Studiul a identificat în trimestrul al III-lea al sarcinii două cazuri de anevrism al ductului arterial (incidență de 1,72%). De asemenea, au fost găsite șase cazuri cu anomalii de formă și dimensiune ale ductului arterial (incidență de 5,17%), neînsoțite de perturbări ale fluxului sangvin la analiza Doppler – aliasing. Ambele anomalii au fost identificate exclusiv după 30 de săptămâni de gestație. Evoluția neonatală a tuturor celor opt copii nu a fost marcată de incidente. Totuși, complicațiile postnatale ale anevrismului ductului arterial, chiar dacă sunt rare, sunt potențial severe. Diagnosticul diferențial între cele două entități ar selecta astfel cazurile care necesită urmărire ulterioară.

Cuvinte-cheie: duct arterial, anevrism de duct arterial, duct arterial tortuos

Chilotorax fetal remis spontan – prezentare de cazuri

Mircea Octavian Poenaru^{1,2}, Flavia Braicu¹, Alexandra Maria Nistor¹, Romina Sima^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Chilotoraxul congenital are o incidență de 1/12000-15000 de sarcini. Etiopatogenia sa rămâne încă neclară. Este una dintre puținele patologii care pot beneficia de tratament *in utero*, dar și de măsuri neinvazive eficiente de tipul modificării dietei materne. Gold standardul terapeutic este considerat șuntul toracoamniotic montat sub control ecografic. De asemenea, în ultimii ani s-au dezvoltat tehnici de pleurodeză fetală prin injectarea unor agenți sclerozanți – sânge matern sau OK 432 preparat din *Streptococcus pyogenes*. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazurile a două paciente care la screeningul de trimestrul al doilea (22 de săptămâni) au fost identificate cu hidrotorax unilateral. În ambele cazuri, diagnosticul de chilotorax a fost unul de excludere, după înlăturarea etiologiilor infecțioasă, malformativă și genetică. În niciunul din cele două cazuri nu au fost constatate modificări velocimetrice sau

semne de insuficiență cardiacă cu hidrops fetal. Acesta a fost motivul pentru care nu s-a considerat toracocenteza fetală ca fiind o primă opțiune. S-a trecut, în schimb, la modificarea dietei materne, în sensul scăderii aportului de lipide și al creșterii celui de acizi grași saturați cu lanț mediu C6-C12. **Rezultate și concluzii.** Reevaluarea ecografică seriată a dovedit scăderea treptată a cantității de lichid pleural până la dispariția sa completă, în ambele cazuri, pe parcursul următoarelor 4-6 săptămâni. Ambii fetoși au fost extrași prin operație cezariană la împlinirea a 39 de săptămâni de gestație. În concluzie, tratamentul neinvaziv, conservator, prin modificarea dietei materne, ar trebui încercat înaintea toracocentezei evacuatorii, atâta timp cât afecțiunea nu are un caracter evolutiv spre complicații ce pot pune în pericol viața fătului.

Cuvinte-cheie: chilotorax, toracocenteză, pleurodeză

Evaluarea ecografică a cicatricei uterine după nașterea prin operație cezariană – experiența personală și review al literaturii

Radu Chicea, Anca Chicea, Paula Niță

Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu

Introducere. Prevalența nașterii prin operație cezariană a înregistrat o creștere importantă în ultimele decenii. Incidența operației cezariene diferă în funcție de țările studiate, precum și în funcție de sistemul serviciilor de sănătate, public sau privat. Indiferent de regiunea geografică în care s-a desfășurat studiul, incidența nașterii prin operație cezariană a fost întotdeauna mai crescută în sectorul privat. Operația cezariană a adus beneficii incontestabile sănătății materne și fetale, însă în ultimii ani gândurile specialiștilor se îndreaptă spre complicațiile materne apărute în post-partum tardiv induse de defectele de consolidare ale cicatricei uterine. Defectele de consolidare ale cicatricei uterine după operația cezariană pot provoca sângerări anormale, dismenoree, dureri abdominale, sterilitate secundară etc. **Materiale și metode.** Prin această lucrare prezentăm aspecte ale cicatricelor uterine post-operație cezariană

depistate în practica curentă și ne propunem să evaluăm lucrările publicate în literatura de specialitate privind cicatricile uterine după nașterea prin operație cezariană și impactul acestora asupra sănătății și evoluției ulterioare a sarcinilor. Am căutat în baza de date PubMed toate studiile clinice legate de prevalența, factorii de risc și simptomele induse de consolidarea vicioasă a cicatricei uterine la femeile care au născut prin operație cezariană. Nu au fost incluse în studiu prezentările de caz. **Rezultate și concluzii.** Prevalența sindromului de nișă variază în funcție de metoda de detectare și de criteriile utilizate pentru definirea sindromului de nișă și a populației studiate. Factorii de risc potențiali pot fi împărțiți în patru categorii principale. Principalul simptom asociat cu această patologie este spottingul postmenstrual.

Cuvinte-cheie: operație cezariană, cicatrice, naștere

Ventriculomegalia izolată – experiența noastră și review al literaturii

Radu Chicea, Anca Lucia Chicea, Paula Niță

Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu

Introducere. Ventriculomegalia este una dintre cele mai frecvente anomalii fetale diagnosticate ecografic pe parcursul sarcinii. În majoritatea cazurilor, aceasta se asociază cu alte malformații fetale. Prevalența ventriculomegaliei severe la naștere este de 0,3-1,5 la 1000 de sarcini. Ventriculomegalia fetală este o condiție eterogenă, cu diverse etiologii și care se poate asocia cu o gamă largă de manifestări neurologice. Aceste manifestări sunt mai degrabă dependente de prezența sau absența anomaliilor asociate și de cauza directă a ventriculomegaliei, decât de gradul acesteia. **Materiale și metodă.** Prin această lucrare ne propunem să prezentăm aspecte ale ventriculomegaliei izolate depistate în practica curentă și să evaluăm lucrările publicate în literatura de specialitate privind ventriculomegalia izolată, evoluția acesteia pe

parcursul sarcinii și a aspectelor imagistice ale acesteia. Am căutat în baza de date PubMed toate studiile clinice legate de ventriculomegalia fetală izolată, diagnosticată ecografic sau prin IRM, precum și studiile legate de dezvoltarea neurologică a nou-născuților. Nu au fost incluse cazurile la care au fost identificate și alte malformații fetale, înainte sau după identificarea ventriculomegaliei. De asemenea, nu au fost incluse în studiu lucrările care au prezentat ventriculomegalia izolată. **Rezultate și concluzii.** Întârzierea dezvoltării neurologice în cazurile cu ventriculomegalie izolată (sub 15 mm) este de 7,9%. Gradul ventriculomegaliei și progresia dilatării ventriculare sunt principalii factori care afectează rezultatele sarcinii și prognosticul.

Cuvinte-cheie: ventriculomegalie, fetal

Ectopic pregnancy. Difficulties in diagnosis and treatment

Ioan Ovidiu Gheorghe, Cristina Păun, Nicolae Raca

Filantropia Municipal Clinical Hospital, Craiova

The authors present the results of a study carried out over a period of 10 years referring to the diagnostic and treatment of angular pregnancy in the second Clinic of Obstetrics and Gynecology from Craiova. The authors emphasize the small incidence of angular pregnancy. Usually, the suspicion of angular pregnancy was determined by the impossibility of complete evacuation of the uterine cavity by uterine curettage.

Most of the cases necessitated surgical intervention that consisted usually in the resection of the uterine horn or subtotal hysterectomy. A long period of time was necessary until the patients were able to continue her work.

Keywords: ectopic, pregnancy, ectopic pregnancy complicated, angular pregnancy, immunological test in extrauterine pregnancy

Sarcina heterotopică

Adina Elena Lungu, Roxana Cercel, Vlad Munteanu, Doina Brănescu, Antoaneta Pungă, Mara Cârșote, Cristina Vasiliu

Spitalul Universitar de Urgență București

Introducere. Sarcina heterotopică reprezintă coexistența unei sarcini ectopice cu o sarcină intrauterină. Sarcina heterotopică este foarte rară, apare la 1:30000 de sarcini. În ultima perioadă, datorită dezvoltării tehnicilor de reproducere asistată, incidența sarcinii heterotopice a crescut la 1:100. În acest studiu de caz, prezentăm apariția unei sarcini intra- și extrauterine la o pacientă care a conceput sarcina pe ciclul natural. **Materiale și metodă.** O pacientă de 27 de ani, IG, IP, cu amenoree de 8 săptămâni, se prezintă la camera de gardă ginecologie cu durere pelviană acută, dispnee și hipotensiune. Sarcina a apărut spontan, fără tratament pentru infertilitate. Eco TV arată sac gestațional (SG) intrauterin cu embrion CRL – 1,18 cm (7 săptămâni și 3 zile), cu bătăi de cord embrionar, BCE – 141 bpm, precum și sac gestațional (SG) extrauterin, cu embrion CRL – 1,11cm (7 săptămâni și 3 zile), cu bătăi de cord

embrionar, BCE – 140 bpm, precum și lichid în cavitatea peritoneală. **Rezultate.** Se practică laparotomie cu AG IOT și se constată sarcină extrauterină dreaptă, hemoperitoneu, ambele ovare cu aspect normal. S-au practicat salpingectomie dreaptă, lavaj peritoneal și drenaj peritoneal. Ecografia de control în a doua zi post-operatorie arată sarcină intrauterină viabilă. Pacienta a fost spitalizată patru zile. Sarcina intrauterină a evoluat fără complicații, în prezent având 18 săptămâni. **Concluzii.** Diagnosticarea unei sarcini intrauterine la examinarea ecografică nu trebuie să omită vizualizarea anexelor uterine. Diagnosticul pus cât mai rapid limitează posibilele complicații ce pot apărea și asigură condiții optime pentru dezvoltarea sarcinii intrauterine.

Cuvinte-cheie: sarcină heterotopică, sarcină extrauterină, ecografie fetală

Restricția de creștere intrauterină precoce – prezentare de caz

Camelia Constantinescu^{1,2}, Tina Bobei¹, Ioana Gabriela Calo¹

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

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

Introducere. Restricția de creștere intrauterină (RCIU) precoce este cea instalată sub 32 de săptămâni vârstă gestațională și are trei parametri definitorii: circumferința abdominală (CA) sub a treia percentilă, estimarea greutății fetale (EFW) sub a treia percentilă și absența fluxului end-diaștolic în artera ombilicală (UA). **Materiale și metodă.** O primipară de 35 de ani, cu screening cromozomial prin testul Panorama și cu screening de risc pentru preeclampsie apreciat pe baza caracteristicilor maternale și a istoricului medical, MAP, UTPI și PAPP-A, ambele clasificate cu risc scăzut, la care începând cu săptămâna a 20-a de amenoree s-a constatat o diferență importantă în dezvoltarea fătului față de vârsta cronologică, EFW și CA plasându-se sub percentila 1, AFI=7, iar examenul Doppler în UA evidențiază, inconstant, absența fluxului end-diaștolic. Valoarea TA a început să crească progresiv de la 140/80 mmHg până la o valoare maximă de 190/120 mmHg în trei săptămâni. Începând cu săptămâna a 23-a de

sarcină, valorile proteinuriei au început să se modifice, în 10 zile îmbrăcând tabloul sindromului nefrotic (proteinurie 22 g/24 h, hipoalbuminemie 2,8 g, hiperlipidemie). La 26 de săptămâni de amenoree, starea fătului s-a deteriorat sever: lichid amniotic absent, absența fluxului diaștolic în UA, pungă gastrică absentă, arii pulmonare hipoplazice. Evoluția severă a RCIU se soldează cu decesul fetal la 27 de săptămâni de sarcină și expulzia fătului pe cale vaginală. Greutatea sa a fost de 490 g (sub percentila 1), iar cea a placentei, de 100 g (mult sub percentila 3=160 g). Evoluția ulterioară a mamei a fost favorabilă, TA la două zile după expulzia fătului menținându-se în jurul valorii de 120/80 mmHg. **Concluzii.** Particularitatea cazului constă în instalarea preeclampsiei precoce, deși rezultatele screeningului indicau un risc scăzut, care s-a complicat cu RCIU majoră și rapid progresivă.

Cuvinte-cheie: restricție de creștere intrauterină, screening, preeclampsie

Hipoplazia cerebeloasă unilaterală – prezentare de caz

Camelia Constantinescu^{1,2}, Tina Bobei¹, Ioana Gabriela Calo¹

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

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

Introducere. Dezvoltarea cerebelului este un proces complex ce se întinde de la mijlocul trimestrului I de sarcină până la aproape doi ani de viață. Având în vedere activitatea metabolică intensă în săptămânile 24-32 de viață intrauterină, cerebelul este cel mai vulnerabil, în special la infecțiile prenatale și hemoragii. Hipoplazia cerebeloasă unilaterală este o afecțiune rară, de origine prenatală, diagnosticată ultrasonografic și prin imagistică prin rezonanță magnetică, al cărei prognostic poate varia în funcție de gradul afectării și de asocierea cu alte afecțiuni, de la dezvoltare cvasinormală la afectare severă motorie și dizabilitate intelectuală. **Materiale și metodă.** Vă prezentăm

un caz din experiența clinicii noastre, cu hipoplazie cerebeloasă unilaterală diagnosticată la un făt de 25 de săptămâni, cu evaluări ecografice precedente în limite normale, la care imagistica prin rezonanță magnetică a fost sugestivă pentru etiologia de cauză vasculară a hipoplaziei, fără alte afecțiuni sau malformații asociate. **Concluzii.** Hipoplazia unilaterală împreună cu un vermis normal se asociază cu un prognostic favorabil, așa cum s-a demonstrat și în cazul de față, a cărui evoluție a fost una fără manifestări neurologice în perioada postnatală.

Cuvinte-cheie: hipoplazie cerebeloasă, imagistică prin rezonanță magnetică, ultrasonografie

Curba de învățare a biometriei trimestrului al doilea de sarcină de către studenții la Medicină – un studiu-pilot

Romina-Marina Sima^{1,2}, Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Iulia Mărgărit², Mircea-Octavian Poenaru^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Ecografia obstetricală reprezintă o metodă de bază pentru diagnosticul și managementul sarcinii normale, a celei complicate sau a conduitei în travaliu. Tehnica este aplicată la scară largă și poate fi efectuată de către examinatori experimentați sau începători în domeniu. Scopul studiului nostru a fost evaluarea curbei de învățare a biometriei trimestrului al doilea de sarcină de către studenții la Medicină. **Materiale și metodă.** Am efectuat un studiu pilot care a inclus studenți la medicină între al doilea și al cincilea an de studiu, care au fost instruiți pentru măsurarea parametrilor obstetricali pentru trimestrul al doilea de sarcină. Am efectuat două sesiuni de evaluare a aptitudinilor lor clinice: după finalizarea expunerii teoretice și la două săptămâni, după 6 ore zilnice de practică clinică. Practica în timpul evaluării de formare a presupus cel puțin 15 măsurători per student. În studiul prezent expunem rezultatele pentru DBP (diametrul biparietal) și LF (lungimea femurului). Au

fost păstrate doar măsurătorile corecte. **Rezultate.** Studiul a inclus 169 de studenți care au fost instruiți pentru a efectua măsurători obstetricale. În timpul primei sesiuni, timpul pentru măsurarea corectă a fost de 25,6 secunde pentru DBP (intervalul 5-38 secunde) și 18,5 secunde pentru LF (intervalul 5-25 secunde). Timpul nu include achiziția de imagini. A doua sesiune a relevat un timp mediu de 10,6 secunde pentru DBP (intervalul 3-17 secunde) și 9,5 secunde pentru LF (intervalul 3-12 secunde). Diferența de timp dintre cele două momente de evaluare a fost semnificativă statistic ($p \leq 0,05$). **Concluzie.** Curba de învățare a ecografiei obstetricale implică cunoștințe teoretice solide și practică îndelungată. Studiul nostru demonstrează că măsurătorile standard de biometrie pot fi obținute rapid de către studenții la Medicină și îmbunătățite după practica clinică.

Cuvinte-cheie: ecografie fetală, biometrie, studenți la Medicină

Valoarea evaluării prin ecografie transperineală a unghiului de progresare în travaliu – experiența clinicii noastre

Romina-Marina Sima^{1,2}, Anca-Daniela Stănescu^{1,2}, Irina Iurieț², Octavian-Olaru Gabriel^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Ecografia transperineală s-a dovedit a fi o metodă reproductibilă și fiabilă pentru a evalua coborârea craniului fetal în timpul fazei active a travaliului. Scopul acestui studiu a fost evaluarea tehnicii ultrasonografice transperineale pentru aprecierea unghiului de progresie a travaliului ca factor de prognostic pentru nașterea vaginală neinstrumentală. **Materiale și metodă.** Am inclus gravidele în a doua fază a travaliului, cu sarcină unică, la termen, cu făt în prezentare craniană, cu membrane rupte, care au beneficiat de monitorizare standard a travaliului și examinare suplimentară transperineală cu ultrasunete. Pentru măsurători am aplicat un protocol care a inclus următorii parametri: linia pubiană, unghiul de progresie a craniului fetal, direcția capului, distanța pube-cranium, linia infrapubică și cea ischiatică. **Rezultate.** Studiul prezent a inclus 123 de gravide care au fost evaluate conform

criteriilor noastre. Numărul mediu de imagini a fost de patru achiziții pentru fiecare pacientă, obținute de un examinator experimentat. O asociere semnificativă a fost observată între examinarea clinică și unghiul capului fetal coborât. Un unghi de cel puțin 120° în timpul celei de-a doua etape a travaliului a fost asociat cu naștere vaginală neinstrumentală în 87% din cazuri. Un total de 16 cazuri au necesitat operație cezariană cu un unghi mediu de coborâre de 107° . Grupul cu cele mai mici unghiuri ($\leq 135^\circ$) a avut un timp semnificativ mai mare până la naștere ($p \leq 0,01$). **Concluzii.** Rezultatele studiului nostru demonstrează că unghiul de progresie a capului fetal evaluat prin ecografie transperineală este o metodă fiabilă și simplă de apreciere a nașterii vaginale neinstrumentale.

Cuvinte-cheie: ecografie transperineală, unghi de progresare, travaliu

Torsiune izolată de hidrosalpinx: prezentare de caz și review al literaturii

Ileana-Maria Conea, Liana Pleș, Adina Corbu, Sanda Marinescu

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

Introducere. Torsiunea izolată de hidrosalpinx este o cauză rară a durerii pelviene acute. Diagnosticul preoperatoriu este foarte dificil, din cauza tabloului clinic nespecific. Diagnosticul pozitiv este întotdeauna stabilit în momentul intervenției chirurgicale exploratorii efectuate pentru suspiciunea de torsiune de anexă, iar în majoritatea cazurilor se practică salpingectomia. **Prezentare de caz.** O pacientă de 43 de ani a fost internată în clinică pentru durere pelviană acută însoțită de greață, vărsături și stare subfebrilă. Examenul clinic și paraclinic a decelat la nivelul zonei anexiale stângi o formațiune tumorală de circa 6/3 cm, dureroasă la palpare, aderența la peretele posterior uterin, cu conținut neomogen. Fundul de sac Douglas dureros. Pentru suspiciunea de abces tubo-

ovarian, pacientei i s-au administrat antibiotice cu spectru larg în ambulatoriu trei zile anterior internării, fără ameliorarea semnificativă a simptomatologiei. La reevaluarea ecografică, se ridică suspiciunea de torsiune de hidrosalpinx, diagnostic confirmat intraoperatoriu. Se practică salpingectomie stângă, cu evoluție postoperatorie favorabilă. Laparotomia exploratorie a avut un rol important în efectuarea unui diagnostic precis și în evitarea întârzierilor inutile în tratament. Particularitatea cazului este reprezentată de torsiunea izolată de hidrosalpinx. În literatură există un număr limitat de cazuri de torsiune izolată de hidrosalpinx.

Cuvinte-cheie: hidrosalpinx, torsiune, durere pelviană

Asocierea pielectaziilor fetale cu anomaliile cromozomiale

Sidonia Cătălina Vrabie¹, Lorena Dijmărescu¹, Maria Magdalena Manolea¹, Sidonia Maria Săndulescu¹, Ioana Camen², Bogdan Voinea¹, Roxana Drăgușin³

1. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Municipal Filantropia, Craiova

2. Spitalul Municipal Filantropia, Craiova

3. Departamentul Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

Introducere. Ultrasonografia morfofetală detaliată a permis depistarea precoce a anomaliilor structurale izolate sau în contextul unui sindrom cromozomial. Dilatarea pelvisului renal fetal reprezintă cea mai frecventă anomalie evidențiată ecografic după 14 săptămâni de sarcină, ce poate reprezenta fie un „soft marker” pentru aneuploidii, fie un precursor al unor anomalii structurale de tract urinar, fără implicare genetică. Studiul și-a propus stabilirea gradului de asociere a pielectaziilor uni-/bilaterale cu aneuploidii la un grup de paciente cu screening genetic de trimestrul I cu risc crescut. **Materiale și metodă.** Au fost incluse în studiu 128 de gravide cu risc crescut de sindrom Down la screeningul genetic din trimestrul I care au dezvoltat pielectazii uni-/bilaterale după 14 săptămâni. Ultrasonografic, pielectazia rinichiului fetal este definită printr-un diametru anteroposterior al pelvisului renal de peste 4 mm până la 28 de săptămâni și de peste 7 mm în ultimul trimestru.

La toate pacientele s-a practicat manevra invazivă la 16 săptămâni. Feții cu cariotip normal au fost monitorizați ecografic până la termen. **Rezultate.** Din analiza cariotipului, doar 11 cazuri au prezentat trisomie 21, fiind consiliate în vederea avortului terapeutic. Dintre acestea, 65% au prezentat pielectazii bilaterale, iar 10% au prezentat hidronefroza rinichiului fetal drept. Oligoamniosul precoce a fost prezent la 35% din aneuploidii. Din grupul feților cu cariotip normal, 34% au prezentat o evoluție progresivă a dilatațiilor, 10% necesitând intervenție chirurgicală post-partum, majoritatea fiind feți de sex masculin. **Discuție.** Pielectaziile fetale reprezintă o problemă deosebită, din cauza prevalenței ridicate în cadrul evaluărilor ultrasonografice de rutină, având însă un prognostic bun în absența cromozomopatiilor care se asociază rar acestor anomalii dacă sunt izolate.

Cuvinte-cheie: pielectazii, sindrom genetic, ultrasonografie

Arcul aortic la dreapta – rata de detecție în primul trimestru și outcome-ul sarcinii

Ana-Maria Petrescu¹, Ciprian-Laurențiu Pătru², George Lucian Zorilă², Andreea Docea¹, Marina Dinu¹, Nicolae Cernea², Ștefania Tudorache², Dominic-Gabriel Iliescu²

1. Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Obiectiv. Să evaluăm rata de detecție antenatală a arcului aortic la dreapta în primul trimestru de sarcină într-o populație neselectată de pacienți și să corelăm aceste rezultate cu outcome-ul sarcinii. **Materiale și metodă.** Studiu retrospectiv observațional, desfășurat pe o perioadă de șapte ani (2012-2018), în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Craiova, ce a cuprins o populație neselectată de pacienți evaluate în primul trimestru ca screening. Au fost selectate cazurile diagnosticate cu arc aortic la dreapta; diagnosticul antenatal a fost corelat cu cel postnatal/anatomopatologic, genetic și cu outcome-ul sarcinii. **Rezultate.** În studiu au fost incluse 9600 de pacienți. În total, au fost diagnosticate 14 cazuri de arc aortic la dreapta, dintre care patru cazuri în trimestrul I. Dintre acestea, două cazuri au prezentat arc aortic la dreapta de tip 2 (duct la stânga – semnul U), un caz

diagnosticat cu arc aortic la dreapta de tip 1 (duct la dreapta – semnul V) și un caz diagnosticat cu arc aortic dublu. Două dintre aceste patru cazuri au asociat și alte anomalii structurale fetale (soldate cu avort terapeutic), iar restul s-au soldat cu nașterea unor feți vii; în aceste cazuri, prognosticul postnatal a fost favorabil, iar anomalia a fost confirmată postnatal. **Concluzii.** Screeningul antenatal pentru diagnosticul arcului aortic la dreapta este fezabil încă din primul trimestru. În cele mai multe cazuri, anomalia este izolată și outcome-ul este favorabil. În cazurile ce asociază și alte anomalii structurale, diagnosticul genetic este de multe ori pozitiv. În vederea îmbunătățirii prognosticului postnatal, o echipă multidisciplinară este necesară pentru managementul corect al anomaliilor cardiace.

Cuvinte-cheie: arc aortic la dreapta, arc aortic dublu, screening antenatal, outcome

Factori de risc cu impact în predicția nașterii premature

Ioana Camen¹, Lorena Dijmărescu², Maria-Magdalena Manolea², Sidonia Vrabie², Alexandru Gogănuș², Bogdan Voinea², Sidonia Săndulescu², Liliana Novac²

1. Spitalul Clinic Municipal Filantropia, Craiova

2. Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Nașterea prematură este o cauză importantă de morbiditate și mortalitate perinatală. De aceea, obiectivul acestui studiu este de a evidenția corelația dintre lungimea colului uterin (măsurat transvaginal) – precum și aspectul acestuia – și biomarkerul fibronectină în predicția nașterii premature. **Materiale și metodă.** În lotul nostru am inclus 62 de pacienți, cu vârsta gestațională de 22 de săptămâni. Criteriul inițial de selecție pentru screening a fost lungimea colului uterin, limita de cut-off fiind lungimea colului uterin de 25 mm, conform literaturii de specialitate. Parametrii studiați pe parcursul studiului au fost: lungimea colului uterin în dinamică; prezența/absența modificărilor ecografice la nivelul orificiului uterin (funneling); prezența/absența sludge-ului; prezența/absența ariei glandelor cervicale; dozarea fibonectinei fetale din secreția cervico-vaginală prin utilizarea kitului de determinare calitativă a FF. Gravidele au fost reevaluate apoi din două în două săptămâni. **Rezultate.** Pacientele incluse în studiu au avut vârste

cuprinse între 20 și 39 de ani. Categoria de vârstă cu rata cea mai mare de nașteri premature a fost cea de peste 35 de ani, cu un procent de 35%. Dintre pacientele cu LC<25 mm, 38 au născut prematur, iar 12 au născut la termen. Comparativ cu LC<25 mm, evaluarea concomitentă a lungimii colului și a valorii FF≥50 ng/ml, pentru predicția nașterii premature înainte de 37 de săptămâni, a crescut de la 19,5% la 58,3%. De asemenea, opt pacienți la care s-a asociat prezența sludge-ului și/sau a funnelingului la LC<25 mm au născut înainte de 35 de săptămâni. **Concluzii.** Deși fiecare test are propriile sale măsuri de performanță și utilizări adecvate, testele clinice sunt concepute pentru a fi la fel de precise, exacte, specifice și sensibile, atât cât este posibil. Aceste concepte de bază sunt pietrele de temelie ale fiabilității rezultatelor testelor, oferind astfel încredere furnizorilor de îngrijire a sănătății în utilizarea lor clinică.

Cuvinte-cheie: naștere prematură, ecografie, factori de risc

Leziuni cerebrale multiple asociate hipoxiei perinatale la prematur – prezentare de caz

Ligia Blaga¹, Mihaela Oancea², Melinda Matyas¹, Monica Hășmășanu¹, Doru Diculescu², Cristian Iuhaș², Dan Mihai², Gabriela Zaharie¹

1. Disciplina Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

2. Disciplina Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Introducere. Encefalopatia hipoxic-ischemică este un sindrom bine definit și ușor de recunoscut la nou-născutul la termen, în timp ce la prematur definirea acesteia, aspectele clinice, evoluția și complicațiile sunt mult mai complexe. Incidența leziunilor hipoxic-ischemice la prematur este subevaluată. Acestea se însoțesc de frecvența crescută a tulburărilor de dezvoltare neuromotorie, deficite senzoriale, de atenție, cognitive și de tulburări comportamentale. Leziunile clasice descrise sunt leucomalacia periventriculară și hemoragia cerebrală însoțită sau nu de dilatare ventriculară. În prezent, se vorbește despre asocierea leziunilor și la nivelul corpului calos sau al nucleilor bazali. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unui prematur născut la 33 de săptămâni de gestație, provenit din sarcină cu preeclampsie severă, cu sindrom Help și naștere prin operație cezariană; greutatea: 1900 g, scor Apgar: 1/3/5. Nou-născutul a fost

resuscitat la naștere pe sondă orotraheală și a necesitat suport ventilator timp de 48 de ore, apoi nCPAP, suport vasoactiv și corectarea în repetiție a acidozei metabolice. **Rezultate și concluzii.** Prima ecografie transfontanelară la 48 de ore postnatal relevă hemoragie cerebrală periintraventriculară care ocupă ventriculii laterali și ventriculul III; arii de hemoragie intraparenchimatooasă și epidurală; arii ischemice la nivelul nucleilor bazali. La două săptămâni postnatal, dezvoltă multiple leziuni chistice în substanța albă periventriculară, cu extindere spre zona subcorticală. Nou-născutul asociază hidrocefalie obstructivă rapid progresivă. Mecanismele care au favorizat apariția leziunilor cerebrale sunt intricate: hipoxia și acidoza severă, tulburările hemodinamice, ischemia cerebrală, prematuritatea, dar și factorii postnatali.

Cuvinte-cheie: prematuritate, hipoxie perinatală, hemoragie cerebrală

Moartea fetală intrauterină: evaluarea post-partum și consilierea maternă

Natalia Țurcan, Roxana Bohilțea, I. Ducu, A. Baroș, O. Teodor, Monica Cîrstoiu

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

2. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar de Urgență București

Ultima definiție a morții fetale, conform Organizației Mondiale a Sănătății, se referă la absența dovezilor de viabilitate fetală înainte de expulzia completă, indiferent de vârsta gestațională. Numărul de decese fetale depășește numărul deceselor neonatale și infantile, având o incidență raportată de 15 decese la 1000 de nou-născuți vii la nivel mondial. Aproximativ 60% din aceste cazuri nu pot fi atribuite unei cauze identificabile. Cauze asociate statistic semnificativ cu decesul fetal sunt restricția de creștere intrauterină, *abruptio placentae*, anomalii genetice, diabetul gestațional, anomalii ale cordonului ombilical și anomalii de placentă. După un deces fetal, în special de cauză necunoscută, testele de laborator împreună cu evaluarea microscopică a placentei și a țesuturilor fetale sunt obligatorii. În majoritatea cazurilor, autopsia convențională, cu examinarea patologică a placentei și evaluarea completă clinică, pot clarifica diagnosticul la majoritatea cazurilor. Pe lângă testele obișnuite de sânge și urină, pot fi luate în considerare următoarele: culturi bacteriene placentare aerobe și anaerobe, test Kleihauer-Betke, flow-citometrie, toxicologie urinară,

titruri de anticorpi pentru lupus și anticardiolipină, funcția tiroidiană, teste funcționale hepatice și evaluarea trombofiliei. Prin identificarea cauzei unei deces fetal intrauterin, putem adapta recomandările pentru gestionarea sarcinilor ulterioare în scopul reducerii recurenței. În ceea ce privește consilierea maternă după decesul fetal, momentul nașterii nu ar trebui precipitat, cu excepția cazului în care există afecțiuni medicale care solicită intervenția imediată. Înainte de 24 de săptămâni de gestație, dilatarea cu evacuarea și, respectiv, declanșarea cu misoprostol induce o morbiditate maternă similară. După 24 de săptămâni de gestație, în contextul unui scor Bishop favorabil, se recomandă inducerea cu oxitocină în doze standard. Se recomandă întârzierea obținerii unei sarcini viitoare cu 6 până la 12 luni. Cazurile de deces fetal intrauterin implică, pe lângă tratamentele specializate în ceea ce privește diagnosticul, și sprijinul psihologic, alături de confruntarea cu mânia și doliul părinților – o provocare pentru orice practicant.

Cuvinte-cheie: moarte fetală, post-partum, management

Utilitatea ecografiei volumetrică în diagnosticul anomaliilor faciale

Andreea Ruxandra Albu^{1,2}, Patricia Alexandra Mălușanu¹, Ioana Corina Gorgoi¹, Oana Eliza Crețu¹, Mihai Cristian Dumitrașcu^{1,2}, Monica Mihaela Cîrstoiu^{1,2}

1. Spitalul Universitar de Urgență București

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

Malformațiile orofaciale precum cheiloschizisul sau cheilopalatoschizisul sunt foarte frecvente, reprezentând aproximativ un caz la 500 de nou-născuți. Condiția se datorează migrației mezenchimale insuficiente în timpul formării palatului primar din săptămâna a patra până în săptămâna a șaptea de sarcină. Atunci când factorii de mediu interacționează cu un genotip susceptibil genetic, malformația apare într-un stadiu incipient de dezvoltare. Detectarea unei malformații faciale implică analiza minuțioasă morfologică a fătului, pentru excluderea unor malformații asociate. În caz de defect unic, consilierea familiei în cadrul unei echipe multidisciplinare împreună cu chirurgul pediatru, cu prezentarea conduitei ulterioare, diminuează îngrijorarea acestora asociată nașterii unui făt cu cheilopalatoschizis. În cele mai multe cazuri, diagnosti-

care poate fi făcută ecografic, antenatal, urmând să fie confirmată la naștere. Ecografia poate stabili diagnosticul din primele 14-16 săptămâni de sarcină, iar tratamentul chirurgical este întotdeauna necesar, uneori fiind nevoie de mai multe intervenții pe parcursul mai multor ani. Vorbitorul, hrănirea, creșterea maxilo-facială și dentiția sunt doar câteva etape importante în dezvoltare care pot fi afectate. Managementul fiecărui caz trebuie individualizat, luând în considerare mulți parametri. Prezentăm cazul unei gravide urmărite în Clinica de obstetrică-ginecologie a Spitalului Universitar de Urgență București, al cărei făt a fost diagnosticat la 20 de săptămâni cu cheilopalatoschizis, și conduita ulterioară.

Cuvinte-cheie: cheilopalatoschizis, defecte congenitale

Semne ecografice ale infecției cu *Toxoplasma* în timpul sarcinii

Florin Gorun^{1,2}, Sergiu Costache¹, Oana Bălan², Mărioara Boia¹, Tudor Rareș Olariu³, Dan Năvolan^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Municipal de Urgență Timișoara

3. Disciplina de Parazitologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Toxoplasmoza este cauzată de infecția cu parazitul intracelular *Toxoplasma gondii* (TG). La persoanele sănătoase, majoritatea infecțiilor sunt asimptomatice, conferind imunitate și eliminând aproape orice risc de transmitere verticală, dacă infecția se produce înaintea sarcinii. La femeile imunocompromise, având în vedere titrul scăzut de anticorpi, există o situație specială, fiind posibilă reactivarea infecției, determinând encefalită, retinocorodită, leziuni parenchimatose, iar la gravide – transmitere verticală. **Materiale și metodă.** Prezentăm date actuale privind imunizarea la TG, metodele de diagnostic al infecției fetale cu TG și rolul ecografiei în stabilirea acesteia. **Rezultate.** Riscul de infecție fetală crește proporțional cu vârsta gestațională (VG), dar severitatea infecției este cu atât mai mare, cu cât VG este mai mică. Se estimează un risc de infecție de 15% la 13 săptămâni gestaționale, de 44% la 26 de săptămâni gestaționale și de 71% la 36 de săptămâni gestaționale. Toxoplasmoza congenitală a fost asociată cu creșterea

ratei de naștere prematură, însă nu au fost găsite asocieri cu greutatea scăzută la naștere. Diagnosticul prenatal al infecției se face serologic, prin tehnica PCR și prin evaluare ultrasonografică. Detectarea TG în lichidul amniotic sau în sângele fetal, prin metoda PCR, are cea mai mare sensibilitate, aceasta fiind cu atât mai mare, cu cât este practică mai tardiv în sarcină. Cele mai importante semne ecografice asociate toxoplasmozei congenitale sunt: calcificările intracraniene, corioretinita și hidrocefalia, ascita, revărsatul pleural sau pericardic, calcifierile hepatice. **Concluzii.** Gradul de imunizare la *Toxoplasma gondii* în rândul femeilor de vârstă fertilă în regiunea de vest a României este de aproximativ 50%, iar rata de primoinfecții în sarcină este de aproximativ 0,5-1%. Ultrasonografia în timpul sarcinii oferă informații importante despre afectarea fetală și despre evoluția sub tratament și poate îndruma către metode de diagnostic de certitudine.

Cuvinte-cheie: *Toxoplasma gondii*, toxoplasma congenitală, ultrasonografie

If the first ultrasound examination doesn't find the cause of chronic pelvic pain, it doesn't mean there is no cause

Diana Badiu¹, Dan Năvolan², Elvira Brătîlă³

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

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

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

Combining transabdominal and transvaginal ultrasound (US), chronic pelvic pain (CPP) can be easily localized, allowing the operator to view the organs in the wider pelvis. The pain can have the origin either in pelvis, or below the line joining the two anterior superior iliac spines. Although many somatic (i.e., ligaments, muscle and fascia) and visceral disorders (i.e., genitourinary and gastrointestinal tracts) can cause CPP,

a proper US can be used to help identify those for whom surgical intervention is appropriate. In case the first US examination doesn't find the cause, second- and third-line US and neuropelveloogy experts are needed in order to determine the CPP cause. The present review shows the importance of US findings achieved by the experts to find out the real cause of CPP.

Keywords: ligaments, neuropelveloogy, ultrasound

First-trimester ultrasound screening for nuchal translucency

Diana Badiu¹, Silvia Izvoranu², Liliana Steriu², Corina Nour², Vlad I. Tica²

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

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, "Ovidius" University of Constanța

The present review shows the first-trimester nuchal translucency (NT) role in detecting congenital anomalies. The increased NT screening is associated with a high broad spectrum of fetal abnormalities, identifying chromosomal defects like trisomy 21. By measuring the small subcutaneous collections of fluids behind the fetal neck, the main advantage of the screening is represented by decreasing the surgical morbidity, allowing the option of an early pregnancy interruption. After 14 weeks of gestation, the translucent area disappears, the fluid

becoming more echogenic. Without establishing the diagnosis, screening NT, such as other tests, could show the option in order to decide when to continue with chorionic villus sampling or amniocentesis tests. However, based on the potential of NT to early detect different congenital abnormalities, an early management could be implemented to reduce the psychological trauma of pregnant patients by proper counseling.

Keywords: nuchal translucency, chromosomal defects, congenital abnormalities

Fetal aneuploidy detection using maternal blood DNA sequencing

Diana Badiu¹, Corina Nour², Liliana Steriu², Silvia Izvoranu², Vlad I. Tica²

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

2. Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, "Ovidius" University of Constanța

Considering the progress of molecular biological technologies, the detection of cell-free fetal DNA (cffDNA) as a noninvasive prenatal testing (NIPT) will play an important role for the screening of different aneuploidies. Comparing with the invasive procedures such as amniocentesis and chorionic villus sampling, associated with a small risk of pregnancy loss, the use of NIPT will open new perspectives, having a reduced risk of complications. The common chromosome aneuploidies detectable are trisomy 21 (Down syndrome), trisomy 18

(Edwards syndrome), and trisomy 13 (Patau syndrome). Some techniques are available for isolating cffDNA, such as polymerase chain reaction, fetal single nucleotide polymorphism, massively parallel signature sequencing or directed DNA analysis, which selectively sequence relevant chromosomes. Therefore, a noninvasive test like cffDNA should be one of the most significant directions in the future of obstetrics, by reducing the number of invasive procedures and the loss of normal fetuses.

Keywords: aneuploidy, trisomy 21, cell-free fetal DNA

Semne ecografice ale infecției fetale cu virusul Rubella

Florin Gorun^{1,2}, Oana Bălan², Mărioara Boia¹, Tudor Rareș Olariu³, Sergiu Costescu¹, Dan Năvolan^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Municipal de Urgență Timișoara

3. Disciplina de Parazitologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Virusul rubeolic (VR) cauzează infecții minore în afara sarcinii și se manifestă prin febră și erupție maculopulară generalizată. În sarcină, poate cauza sindromul rubeolic congenital (SRC), care se caracterizează prin: surditate neurosenzorială (cea mai comună complicație), retard mintal, defecte cardiace, defecte oculare (cataractă congenitală, glaucom congenital, retinopatie pigmentară), purpură neonatală, restricție de creștere intrauterină (RCIU), afectare osoasă, hepatosplenomegalie. La gravidele asimptomice, ecografia are un rol important în detectarea cazurilor de SRC. **Materiale și metodă.** Am prezentat principalele semne ecografice fetale cauzate de infecția cu VR și frecvența și momentul apariției după primoinfecție. Recenzia s-a realizat în PubMed. Se prezintă contextul epidemiologic din regiunea de vest a României. **Rezultate.** Primoinfecția cu VR cauzează SRC la 90% din cazuri în primele 12 săptămâni de gestație, la 54% din cazuri la 13-14 săptămâni de gestație și la 25% din cazuri spre sfârșitul trimestrului al doilea. Riscul crește din nou în ultimele patru

săptămâni de gestație. VR poate cauza SRC sever și la gravide cu infecție subclinică. Semnele ecografice asociate SRC sunt: malformațiile cardiace, defecte oculare, microcefalia, hepatosplenomegalia, restricția de creștere intrauterină, cele mai specifice fiind defectele oculare și malformațiile cardiace. În regiunea noastră, 8% din femei sunt neimunizate la vârsta fertilă. **Concluzii.** În cele mai multe cazuri, feții apar normal ecografic, însă examinările seriate pot evidenția semnele descrise. Ecografia deține un rol important în detectarea infecției intrauterine cu VR, mai ales la cazurile cu defecte majore. Trebuie înțelese limitele ecografiei în depistarea semnelor neevidențiable ecografic sau a defectelor minore. Având în vedere că aproximativ 8% din femei sunt neimunizate la vârsta reproductivă și limitele ecografiei în depistarea feturilor cu infecție congenitală cu VR, se înțelege că promovarea vaccinării la populația neimunizată reprezintă cea mai eficientă metodă de prevenție.

Cuvinte-cheie: Rubella, sindromul rubeolic congenital, ultrasonografie

Rolul ecografiei în prezicerea pierderii precoce a sarcinii

Sergiu Costescu, Florin Gorun, Oana Costescu, Ovidiu Bonțe, Mărioara Boia, Dan Năvolan

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Pierderea precoce a sarcinii (PPS), cu incidență de 10-20%, se prezintă sub formele clinice: avort spontan (AS), sarcină intrauterină neviabilă, sac gestațional gol. Incidența crescută justifică interesul pentru identificarea unor markeri ecografici și biologici predictivi pentru PPS. **Materiale și metodă.** Am efectuat o recenzie a literaturii din PubMed pentru a evalua puterea de predicție a semnelor ecografice pentru PPS. **Rezultate.** Sacul gestațional (SG) poate fi vizualizat de la 4 săptămâni + 3 zile, iar vizualizarea unui SG mai mare de 25 mm fără embrion prezice PPS. La fel și ritmul lent de creștere al SG. Deoarece există o variabilitate de $\pm 18,78\%$ în măsurarea SG, aceste semne ecografice trebuie interpretate precaut. Lungimea cranio-caudală (LCC) este utilizată pentru determinarea vârstei gestaționale și a creșterii embrionare. Fiabilitatea măsurării LCC este mai mare când axa longitudinală depășește 18-22 mm. S-a arătat că absența creșterii embrionare la interval de șapte zile poate fi semn de PPS. Aspectul anormal al veziculei

viteline poate prezice PPS sau anomalii embrionare. Identificarea activității cardiace confirmă viabilitatea fetală. S-a constatat o corelație semnificativă între vârsta gestațională și frecvența cardiacă embrionară, arătându-se că frecvența cardiacă embrionară scăzută (mai puțin de 120 bătăi pe minut) la 7-9 săptămâni de gestație este asociată cu o rată ridicată a PPS. Frecvența cardiacă scăzută poate fi asociată și cu anomalii cromozomiale, cum ar fi trisomia 18 sau triploidia. Alte anomalii cromozomiale sunt asociate cu tahicardia fetală: trisomia 21, trisomia 13 și sindromul Turner. În alte cazuri asimptomice, pot fi identificate hematoame placentare a căror semnificație depinde de mărimea și localizarea acestora. **Concluzii.** Ecografia este utilă în prezicerea PPS. Utilitatea acesteia crește atunci când este coroborată cu markeri biologici. Consilierea trebuie efectuată în context clinic, pentru a evalua corect evoluția sub tratament.

Cuvinte-cheie: pierderea precoce a sarcinii, aspecte ecografice, markeri de prognostic

Particularități de consiliere în transluțența nucală crescută asociată cu cariotip normal: prezentare de caz și review al literaturii

Cristina Moisei¹, Anca Lesnic¹, Romina-Marina Sima^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Transluțența nucală (TN), sau pliul nucal, reprezintă imaginea ecografică a colecției de fluid subcutanate din zona nucală a fătului. La feții cu anomalii cromozomiale, cardiace și cu sindroame genetice, transluțența nucală este mărită. Screeningul transluțenței nucale poate detecta aproximativ 80% din feții cu trisomie 21 sau cu alte aneuploidii majore, cu o rată de rezultate fals-pozitive de 5%. Coroborarea screeningului TN și a β -hCG și PAPP-A îmbunătățește detecția până la 90%. Există acum dovezi că rata de detecție poate fi crescută până la 95% și rata de rezultate fals-pozitive poate fi scăzută la 3%, examinând osul nazal și fluxul prin ductul venos și prin tricuspida. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unui făt cu transluțența nucală de 56 mm asociată cu cariotip normal și morfologie fetală aparent normală. Studiile au arătat că feții euploizi cu transluțența nucală mărită pot prezenta anomalii cardiace, hernii diafragmatice, omfalocel, anomalii structurale diverse, precum și risc mare de defecte orofaciale. Mai mult, TN crescută prezintă un risc mai mare de avort sau deces fetal antepartum (mai frecvent în primele 20 de săptămâni de sarcină), riscul fiind direct proporțional cu creșterea TN, iar decesul fetal poate fi precedat de simptome ale insuficienței cardiace, cum este hidropsul fetal. **Rezultate.** Raportăm cazul unei sarcini investigate la care a fost detectat un făt cu transluțența nucală de 56 mm la morfologia fetală de trimestrul I, cu risc calculat de

1:35 pentru trisomia 13 și de 1:721 pentru trisomia 18 la Dublul Test Kryptor. S-a recomandat biopsie de vilozități coriale, cu rezultat cariotip embrionar masculin 46 XY normal. Morfologia de trimestrul al II-lea a decelat o dezvoltare normală a fătului, fără anomalii cardiace sau scheletale vizibile. Sarcina este urmărită de un medic primar de obstetrică-ginecologie, iar pacienta a efectuat analizele uzuale de sarcină, Dublul Test Kryptor și morfologia fetală de trimestrul al II-lea. Gravida nu prezintă antecedente personale patologice semnificative și neagă administrarea de medicamente înainte de sarcina curentă sau în timpul ei. În literatură (Vieira et al.), 54,4% din feții cu TN crescută au fost euploizi și 93% din acești feți au fost normali la naștere și cu o dezvoltare postnatală imediată normală. **Concluzii.** Particularitatea acestui caz este reprezentată de faptul că la Dublul Test Kryptor s-a calculat un risc de 1:35 pentru trisomia 13, infirmat de rezultatul biopsiei de vilozități coriale. Numeroase studii au arătat că managementul TN crescute la feții euploizi nu ar trebui să fie foarte diferit de managementul unei sarcini normale, în condițiile în care peste 90% din feții euploizi cu TN crescută la morfologia de trimestrul I sunt normali la naștere. O morfologie fetală la 20-24 de săptămâni ar trebui interpretată alături de alte elemente, cum sunt markerii serici și istoricul clinic.

Cuvinte-cheie: Dublu Test Kryptor, trisomie 13, trisomie 18, biopsie vilozități coriale, cariotip

Pseudohermafroditismul masculin: prezentare de caz și review al literaturii

Cristina Moisei¹, Anca Lesnic¹, Romina-Marina Sima^{1,2}, Liana Pleș^{1,2}

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

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

Introducere. Un pseudohermafrodit este o persoană ale cărei gonade corespund sexului cromozomial, dar care are organe genitale externe asemănătoare sexului opus. Pseudohermafroditismul masculin implică existența unor testicule normale, dar a unei masculinizări incomplete a ductului wolffian și a organelor genitale externe. Cea mai frecventă cauză este sindromul rezistenței la androgeni de formă completă sau incompletă. Acești indivizi prezintă un cariotip normal 46 XY, prezintă testicule necoborâte (criptorhidie bilaterală), dar absența receptorilor pentru androgeni în țesuturile-țintă duce la dezvoltarea unor organe genitale externe feminine, structurile wolffiene (epididimul, vas deferens și veziculele seminale sunt absente) și deficitul de 5-alfareductază fiind cel mai frecvent diagnosticat în perioada pubertății. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unui făt cu pseudohermafroditism masculin detectat la 21 de săptămâni, în timpul morfologiei de trimestrul al doilea. **Rezultate.** Raportăm cazul unei sarcini investigate la care a fost detectat un făt cu pseudohermafroditism masculin la 21 de săptămâni de sarcină. La morfologia fetală de trimestrul al doilea, organele genitale externe ale fătului erau atipice, cu o aparentă hipertrofie clitoridiană, vulva prezentă și testicule absente. Pacienta a fost trimisă pentru un *second opinion*

și pentru un consult genetic și s-a hotărât efectuarea unei amniocenteze. Rezultatul a fost un număr diploid normal de cromozomi (46 XY), cu recomandare de completare cu analiza cariotipului, consult endocrinologic și reevaluare multidisciplinară. Sarcina este urmărită de un medic primar de obstetrică-ginecologie, iar pacienta a efectuat analizele uzuale de sarcină, Dublu Test Kryptor, morfologie fetală de trimestrul al doilea, toate în limite normale. Gravida nu prezintă antecedente personale patologice semnificative și neagă administrarea de medicamente înainte de sarcina curentă sau în timpul ei. **Concluzii.** Particularitatea acestui caz este reprezentată de faptul că supoziția inițială, de hipertrofie clitoridiană (pseudohermafroditism feminin), infirmată de amniocenteză, a dus la investigarea cauzei de masculinizare incompletă a fătului (pseudohermafroditism masculin). Tratamentul în cazul acestor pacienți trebuie individualizat. Identitatea de gen se stabilește până în 24 de luni, iar schimbările de gen după această vârstă ar trebui strict analizate. Testiculele necoborâte trebuie îndepărtate, din cauza riscului crescut de neoplazie. Pacientul trebuie îngrijit de o echipă multidisciplinară și poate fi tratat cu hormoni sexuali.

Cuvinte-cheie: pseudohermafroditism, hipertrofie clitoridiană, amniocenteză, analiza cariotipului

Corelația dintre aspectul ecografic și diagnosticul intraoperatoriu în cadrul tumorilor ovariene. Caz clinic

Silvia Izvoreanu, Roxana Penciu, Liliana Steriu, Diana Mocanu, Costin Niculescu, Iulia Postolache, Corina Nour

Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. O masă tumorală anexială este o problemă ginecologică obișnuită. Poate fi simptomatică sau poate fi descoperită întâmplător la examinarea ginecologică sau imagistică. Evaluarea unei mase tumorale anexiale se bazează în principal pe ecografia transvaginală, cu informații suplimentare din anamneză, examen clinic și teste de laborator. Ecografia transvaginală este de obicei

primul pas pentru a evalua o masă tumorală anexială. **Materiale și metodă.** Vom prezenta cazul unei paciente în vârstă de 22 de ani cu formațiuni tumorale ovariene bilaterale diferite din punct de vedere al aspectului ecografic. **Concluzii.** Aspectul ecografic nu coincide întotdeauna cu diagnosticul intraoperator.

Cuvinte-cheie: anexă, ecografie, masă tumorală

Utilizarea ultrasonografiei în monitorizarea postoperatorie a pacientelor cu reconstrucție mamară post-mastectomie oncologică

Carmen Giuglea¹, Silviu Adrian Marinescu², Octav Ginghină³, Elena Cristina Burlacu⁴, Andreea-Antonia Gheorghe⁴, Alice Balaceanu⁵

1. Clinica de Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, Șef Lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

2. Clinica de Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență „Bagdasar Arseni”, Șef Lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

3. Clinica de Chirurgie generală, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

4. Clinica de Chirurgie plastică și microchirurgie reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, București

5. Clinica de Medicină internă, Spitalul Clinic de Urgență „Sf. Ioan”, Șef Lucrări la Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. Investigațiile imagistice după reconstrucțiile mamare sunt recomandate pentru evaluarea postoperatorie și diagnosticul eventualelor complicații pe termen scurt și lung, mai ales dacă sunt efectuate procedee chirurgicale combinate. Dintre tehnicile imagistice, ultrasonografia este metoda cea mai fiabilă, accesibilă, repetabilă, cu o acuratețe crescută, cu condiția utilizării unor aparate performante și a unui specialist cu experiență. **Materiale și metodă.** Lucrarea este un studiu retrospectiv pe un lot de 52 de paciente cu reconstrucție de sân, operate în perioada 2013-2018, într-un spital clinic de urgență, în cadrul departamentului de chirurgie plastică, la care s-au efectuat ultrasonografiile mamare ca metodă paraclinică de evaluare postoperatorie. **Rezultate și concluzii.** Tipurile de reconstrucție au fost efectuate cu țesut autolog, proteze mamare siliconice sau proceduri combinate. Tipul de cancer cel mai frecvent diagnosticat anatomopatologic a fost carcinomul de tip ductal invaziv, iar reconstrucțiile mamare primare sau

secundare au fost efectuate în funcție de recomandările oncologice. S-a urmărit ultrasonografic evidențierea posibilelor leziuni de tip inflamație, colecție, necroză de țesut adipos, chisturi de incluziune epidermică, adenopatii, recidivă tumorală, fisuri ale învelișului implantului, la toate reconstrucțiile cu implant silionic. Din cele 52 de paciente cu reconstrucții, cu ajutorul ultrasonografiei s-au identificat complicații precoce la 27% din cazuri (seroame, granuloame) și complicații tardive (microcalcificări, lichid inflamator, adenopatii inflamatorii) la 2% din cazuri. Creșterea prevalenței cancerului de sân la grupe de vârstă din ce în ce mai mici și a numărului de reconstrucții mamare necesită evaluare ultrasonografică a caracteristicilor normale sau patologice la nivelul sânnului reconstruit. Ultrasonografia folosită ca metodă de screening postoperatoriu a condus la depistarea precoce a complicațiilor, implicit a recurențelor tumorale.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie, cancer de sân, reconstrucție mamară

Corelații ultrasonografice în depistarea precoce a placentelor anormal invazive la sarcinile cu cicatrice uterină post-operație cezariană

Oana-Denisa Bălălaşu, Liana Pleș, Adina Teodora Corbu, Romina-Marina Sima, Anca Daniela Stănescu

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

Introducere. Numărul nașterilor prin operație cezariană a crescut semnificativ în ultimii 20 de ani, fapt ce a dus la mărirea numărului de complicații ale uterului cicatricial: ruptură uterină, placentă anormal inserată, sarcină ectopică, istmocol și infertilitate. Implantarea sacului de gestație la nivelul cicatricei uterine poartă numele de sarcină cicatricială. Diagnosticul este stabilit în urma evaluării ultrasonografice, iar netratată, această afecțiune evoluează spre ruptură uterină, ducând la hemoragii severe, urmate în multe cazuri de histerec-tomie de necesitate. Atunci când acestea se opresc din evoluție, există două atitudini terapeutice: expectativa cu eliminare spontană sau efectuarea de manevre de evacuare (aspirație, chiuretaj), însoțite, din păcate, de riscul penetrării tranșei de histerotomie. S-a constatat o asociere crescută între sarcina cicatricială și anomaliile de inserție placentară. **Materiale și metodă.** O căutare electronică în bazele de date MEDLINE, EMBASE și ClinicalTrials.gov a fost efectuată în februarie 2017, utilizând cuvinte precum „cicatrice uterină” și „sarcină cicatricială”. În studiu au fost incluse doar femeile diagnosticate ecografic cu sarcină cicatricială după următoarele

criterii: sac gestațional sau placentă înglobate în cicatricea uterină ori situate la suprafața acesteia, col și cavitate uterină goale, sac gestațional triunghiular care umple nișa determinată de cicatrice, miometru subțire (1-3 mm) sau absent între sacul de gestație și vezica uterină, prezența unui pol embrionar/fetal sau un sac ovular cu sau fără activitate cardiacă, prezența unui tipar vascular proeminent și bogat la nivelul sau în jurul sacului corionic și al placentei. **Concluzii.** Probabilitatea complicațiilor intra- sau postoperatorii depinde de întinderea, localizarea și de profunzimea invaziei placentare. Invazia extensivă în segmentele uterine superioare poate fi relativ ușor de gestionat în timpul intervenției chirurgicale, în timp ce invazia focală în partea inferioară a segmentului uterin inferior poate duce la o incidență crescută a complicațiilor intra- și postoperatorii. Evaluarea gradului de invazie placentară este foarte importantă și reprezintă abordarea optimă pentru identificarea femeilor cu risc crescut de complicații intraoperatorii, permițând astfel adaptarea strategiei chirurgicale optime.

Cuvinte-cheie: cicatrice uterină, operație cezariană, ecografie

Semne ultrasonografice în diagnosticul anomaliilor de placentă: *placenta accreta* la nivelul cicatricii uterine

Oana-Denisa Bălălu, Liana Pleș, Adina Teodora Corbu, Romina-Marina Sima, Anca Daniela Stănescu

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

Introducere. Incidența operației cezariene a cunoscut o creștere remarcabilă în ultimii ani, fapt ce aduce cu sine și creșterea morbidității materne și fetale, din cauza complicațiilor ce survin în urma modificărilor structurii miometrială de la nivelul cicatricii uterine. Anomaliile de placentă cu risc crescut pentru mamă și făt se încadrează în grupul AIP (*abnormally invasive placentation*). Acestea rezultă în urma implantării placentei într-o zonă cu decidualizare defectuoasă și țesut cicatricial, cum este cazul miometrului din aria cicatricii post-operație cezariană. Aproximativ 80% dintre cazurile de anomalii ale placentății sunt asociate cu istoric de naștere prin operație cezariană, chiuretaje sau miomectomii cu deschiderea cavității uterine. **Materiale și metodă.** Lucrarea de față are ca scop evidențierea tehnicilor actuale de diagnosticare a anomaliilor de placentăție încă din primul trimestru de sarcină. Au fost evaluate studii din literatura de specialitate, publicate în ultimii ani (2015-2019) pe platforma PubMed, rezultatele fiind expuse sub forma unui review. Principalele semne ecografice evidențiate,

care în prezent sunt folosite de majoritatea autorilor în studii de specialitate, sunt: pierderea/întreruperea zonei hipocogene de la nivelul miometrului de sub patul placentar, lacune placentare (ce pot prezenta flux sanguin turbulent), întreruperea liniei hiperecogene reprezentate de peretele posterior vezical și seroasa uterină de la acest nivel, subțierea stratului miometrial (care ajunge <1 mm), prezența unei formațiuni exofitice ce depășește seroasa uterină, infiltrând vezica urinară. Pe imaginile eco-Doppler se evidențiază: flux sanguin la nivelul lacunelor placentare, vascularizație intensă în aria subplacentară și hipervascularizație uterovezicală. **Concluzii.** Importanța stabilirii unui diagnostic cert, cât mai precoce, al unei anomalii de placentăție este vitală. Atența monitorizare a gravidei, cu ecografii seriate, realizate trimestrial, care să urmărească semnele identificate până în prezent în studiile de specialitate, cât și pregătirea unei echipe operatorii multidisciplinare cresc probabilitatea nașterii unui nou-născut viu, precum și șansa prezervării fertilității materne.

Cuvinte-cheie: anomalie de placentăție, ecografie

Diagnosticul ultrasonografic al unui sindrom malformativ fetal la o gravidă cu diabet gestațional

Nicolae Gică¹, Corina Măț¹, Gheorghe Peltecu^{1,2}, Anca Panaitescu^{1,2}

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Scopul lucrării noastre este de a prezenta un caz rar de malformații fetale diagnosticate ecografic la o gravidă cu diabet gestațional necontrolat. Atrezia esofagiană este o malformație rară, care asociată cu polihidramniosul și diabetul gestațional necontrolat pune probleme de diagnostic etiologic al excesului de lichid amniotic. Prezentăm cazul unei gravide de 29 de ani, cu diabet necontrolat, internată în clinica noastră la 35 de săptămâni de gestație pentru diminuarea percepției mișcărilor fetale. Examinarea ecografică relevă o sarcină monofetală, în prezentație craniană, cu polihidramnios (indicele de lichid amniotic: 26,9), suspiciune de

atrezie esofagiană, agenezia ductului venos cu drenaj extrahepatic și restricție de creștere intrauterină cu raport cerebroplacentar inversat și cariotip normal. Nașterea a fost prin operație cezariană, rezultând un făt de 2400 g, cu scor Apgar 8/8. Fătul a prezentat multiple malformații, cum ar fi atrezie esofagiană cu fistulă esotraheală, tratate chirurgical post-partum. Particularitatea cazului a fost excesul de lichid amniotic, care putea avea drept cauză polihidramniosul, precum și atrezia de esofag.

Cuvinte-cheie: diabet gestațional, polihidramnios, examinare ecografică, fistulă esotraheală

Aspecte ecografice ale carcinomului papilar intrachistic mamar

Elena Cocîrță¹, Gheorghe Peltecu², Anca Maria Panaitescu², Corina Măț¹, Nicolae Gică¹

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Carcinomul papilar intrachistic reprezintă o formă rară de cancer de sân, cu prognostic excelent și rată scăzută de recidivă. Apare frecvent la femei în menopauză, diagnosticul clinic sau mamografic putând fi incert. Ultrasonografia reprezintă o investigație valoroasă în diagnosticul carcinomului intrachistic. Scopul lucrării este de a raporta o serie de patru cazuri cu carcinom papilar intrachistic confirmat la biopsie. Examinarea ecografică a relevat prezența unor formațiuni tumorale cu ecogenitate mixtă, cu componentă solidă intrachistică (vegetații intrachistice), bine

vascularizată, cu dimensiuni cuprinse între 30 mm și 70 mm. Puncția ghidată ecografic a fost necesară pentru diagnosticul histologic. Pacientele au fost tratate chirurgical, cu evoluție bună și fără semne de recidivă până în prezent. Fiind o tumoră rară, diagnosticul și conduita în cazul carcinomului intrachistic rămân controversate, conduita fiind individualizată în funcție de caz.

Cuvinte-cheie: carcinom intrachistic mamar, examinare ecografică, vegetații intrachistice, puncție ghidată ecografic

Diagnosticul ecografic prenatal în cazul sarcinii cu gemeni conjuncți

Nicolae Gică¹, Nicoleta Gana¹, Corina Măț¹, Gheorghe Peltecu^{1,2}, Anca Panaitescu^{1,2}, Ana Maria Vayna¹

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Incidența sarcinilor gemelare însumează 1% din toate sarcinile. Acestea apar ca urmare a fertilizării a două ovocite – când rezultă o sarcină dizigotă (gemeni distincti) – sau prin diviziunea unui singur ovocit fertilizat, rezultând o sarcină monozigotă (gemeni identici). Diviziunea masei embrionare se poate realiza în primele trei zile post-fertilizare (diamniotică-dicorială), între ziua a treia și ziua a nouă (diamniotică-monocorionică), între ziua a nouă și ziua a 12-a (monoamniotică-monocorionică). În cazuri rare, când acest eveniment se produce după ziua a 12-a de la fertilizarea ovocitului, apare sarcina cu gemeni conjuncți sau siamezi. Incidența acestora din urmă este de 1 la 100.000 de nașteri. Pre-

zentăm cazul unei paciente în vârstă de 32 de ani, primipară, obeză, care se prezintă în departamentul nostru de medicină materno-fetală la 12 săptămâni de amenoree, în vederea screeningului prenatal pentru aneuploidii. Examinarea ecografică pune în evidență o sarcină cu un sac gestațional unic ce conține doi embrioni conjuncți cu CRL corespunzător la 11 săptămâni și 5 zile. Diagnosticul precoce pus prin ultrasonografie dictează conduita ulterioară și posibilitățile terapeutice. În cazul nostru, pacienta avortează produșii de concepție neviabili corespunzători vârstei gestaționale, conjuncți în regiunea toracică, abdominală și pelviană.

Cuvinte-cheie: conjuncți, gemeni, diagnostic prenatal

Vasa praevia – diagnosticul ultrasonografic

Sandra Nedelea¹, Corina Măț¹, Gheorghe Peltecu^{1,2}, Anca Panaitescu^{1,2}, Nicolae Gică¹

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Vasa praevia este o patologie rară, cu o incidență ce variază între 1/1275 și 1/5000 de nașteri (în medie, 0,6/1000), în care vasele cordonului ombilical sunt situate direct pe membranele amniotice, neprotejate de țesutul placentar sau gelatina Wharton, acoperind orificiul cervical intern sau la o distanță mai mică de 2 cm de acesta. Examinarea ecografică reprezintă singura metodă de diagnostic antepartum, iar nediagnosticată, această patologie are prognostic nefavorabil, cu consecințe fetale grave. Scopul lucrării este de a prezenta o serie de cazuri diagnosticate ecografic antenatal în clinica noastră.

Pacientele au fost examinate la 20-23 de săptămâni de gestație, la screeningul de trimestrul al doilea, moment în care a fost ridicată suspiciunea de diagnostic. Pacientele au fost reevaluate la 28 și 32 de săptămâni de gestație. Conduita stabilită a fost nașterea prin operație cezariană, programată la 36 de săptămâni de gestație, cu rezultate materne și neonatale favorabile. Diagnosticul ecografic prenatal este esențial pentru a evita mortalitatea perinatală crescută, exsangvinarea fetală fiind rapidă chiar și în cazul unei pierderi de sânge de 50-100 ml.

Cuvinte-cheie: *vasa praevia*, ecografie, cordon ombilical

Histerectomie sau nu într-un caz de cardiomiopatie dilatativă peripartum?

Carmen-Ioana Silaghi¹, Tiberiu Pop^{1,2}, Petru Chitulea^{1,2}, Katalin Babeș^{2,3}

1. Staționar III, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea

2. Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea

3. Clinica de Cardiologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea

Introducere. Cardiomiopatia peripartum este o cardiomiopatie dilatativă de origine idiopatică. Apare la paciențele gravide în ultima lună de sarcină și până la cinci luni post-partum. Pacienta se prezintă cu insuficiență cardiacă secundară disfuncției sistolice ventriculare stângi, neavând o altă cauză identificată de insuficiență cardiacă. Trebuie luați în considerare câțiva factori de risc, cum ar fi: vârsta maternală crescută, multiparitatea, sarcina multiplă și sarcina complicată cu preeclampsia și hipertensiunea gestațională. **Materiale și metodă.** Acest studiu este o prezentare de caz a unei paciente în vârstă de 27 de ani, primipară, care a suferit o operație cezariană, având ca indicație operatorie preeclampsia de formă medie. Evoluția postoperatorie a pacientei a fost favorabilă, externându-se cu stare generală bună, afebrilă, uter normal involuat, lohii serosangvinolente, lactație prezentă și plagă operatorie în curs de cicatrizare în ziua a cincea de lăuzie. În ziua a șaptea de lăuzie, pacienta prezintă dispnee de repaus, ortopnee și tuse seacă, fiind internată pentru investigații și tratament cardiologic de specialitate. În

urma investigațiilor se stabilește diagnosticul de cardiomiopatie peripartum, pneumonie dreapta și insuficiență ventriculară stângă de repaus. Pacientei i se administrează medicație anticoagulantă, iar în ziua a 12-a de lăuzie este transferată, cu diagnosticul de metroragie masivă, șoc hemoragic și cardiomiopatie peripartum, pentru tratament ginecologic de specialitate. Ca tratament hemostatic pentru metroragia fudroaiantă, se pun în balanță variantele (histerectomie sau procedura Bakri) și se decide practicarea procedurii Bakri, având în vedere vârsta pacientei (27 de ani). **Rezultate și concluzii.** Postoperatoriu, lăuza evoluează favorabil, metroragia fiind sistată. La externare, starea lăuzei este favorabilă, afebrilă, cu uter normal conformaț. Cazul descris demonstrează încă o dată importanța pregătirii profesionale și a colaborării interdisciplinare. De asemenea, în cazul unei metroragii fudroaiante, sunt important de aplicat procedurile minim invazive, care conservă organele genitale interne, dacă acest lucru este posibil.

Cuvinte-cheie: cardiomiopatie, histerectomie, Bakri

Teratom cervical fetal

Alexandra Biliana Belovan, Ioana Cojocar, Irina Zorzoana, Marius Forga, Marcela Viasu, Adrian Claudiu Rațiu

Disciplina Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Teratoamele cervicale fetale apar cu o frecvență de 1:50000 de nașteri. Sunt de regulă benigne, provin din celulele germinale, au potențial de malignizare în cazuri extrem de rare și nu se asociază de obicei cu sindroame genetice. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei primigeste de 30 de ani, la 19 săptămâni de gestație, la care ecografic s-a decelat o formațiune tumorală, bine delimitată, la nivelul gâtului fetal, prelungită până la baza craniului, de 6/7/6 cm, cu ecostructură mixtă, predominant solidă, cu vascularizație moderată, care fixează capul în hiperextensie, cu stomac absent și polihidramnios. **Rezultate și discuții.** Diagnosticul ecografic stabilit a fost de teratom cervical (solid/chistic, cu vascularizație moderată). Dintre diagnosticile diferențiale posibile (gușă, limfangiom, hemangiom, neuroblastom, higromă), cele mai importante de luat în considerare pentru posibilitatea de terapie intrauterină sunt: gușă (solidă, hipervascularizată) – administrare intrauterină

de levotiroxină; limfangiomul (chistic, slab vascularizat) – scleroterapie cu OK-432 (Picibanil®). Particularitatea acestui caz constă în volumul tumoral mare la o vârstă mică de gestație; aceste tumori devin voluminoase de obicei după 24-26 de săptămâni de gestație, comprimând traheea și esofagul. Conduita pe parcursul sarcinii este de monitorizare a creșterii tumorale și amniodrenaje repetate în caz de polihidramnios pentru a reduce riscul de naștere prematură secundară distensiei uterine. Nașterea este prin operație cezariană, cu procedură EXIT și chirurgie post-partum. În cazul nostru, având în vedere vârsta de gestație și volumul tumoral mare care disloca deja traheea și împiedica deglutiția, părinții au decis întreruperea sarcinii. Diagnosticul anatomopatologic a confirmat diagnosticul de teratom placentar. **Concluzii.** Evaluarea ecografică atentă a caracteristicilor tumorii poate diferenția cu succes posibilele forme clinice, care pot beneficia de terapie intrauterină.

Cuvinte-cheie: teratom cervical, diagnostic prenatal

Diagnosticul ecografic al fibroamelor ovariene

Alexandra Bouariu¹, Corina Măt¹, Gheorghe Peltecu^{1,2}, Anca Panaitescu^{1,2}, Nicolae Gică¹

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Tumorile solide ovariene au ca reprezentant principal fibroamele ovariene, tumori cu origine stromală, cu o incidență de numai 4% și cu o predispoziție de apariție la femeile cu vârste între 40 și 50 de ani, aflate îndeosebi în menopauză. Coroborând date din literatura de specialitate cu cele înregistrate în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia București, ne propunem, prin această lucrare, stabilirea unor principii de diagnostic ecografic pentru fibroamele ovariene. De cele mai multe ori asimptomatice clinic sau cu o simptomatologie nespecifică, fibroamele ovariene sunt tumori

benigne care pun probleme de diagnostic diferențial cu alte patologii pelviene și în special uterine. Studiul nostru raportează o serie de opt cazuri diagnosticate ecografic și tratate chirurgical în clinica noastră. Toate cazurile au prezentat tumori unilaterale, diagnosticate prin ecografie transvaginală și confirmate ulterior prin examenul anatomopatologic al piesei chirurgicale. Diagnosticul diferențial dificil cu fibromul uterin și patologia malignă ovariană impun explorarea chirurgicală.

Cuvinte-cheie: fibrom ovarian, diagnostic ecografic, tumori ovariene

Chist ovarian gigantic la o gravidă cu vârsta gestațională de 28 de săptămâni – prezentare de caz

Liliana Steriu, Dumitru Smocvin, Silvia Izvoranu, Iulia Postolache, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Corina Nour, Vlad Iustin Tica

Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Incidența chisturilor ovariene în sarcină este de 1%, iar prezența acestora poate complica evoluția sarcinii prin mecanismele clasice (torsione, eclatare, hemoragie) sau specifice (creșterea presiunii intraabdominale și reducerea spațiului de expansiune a uterului gravid). **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei paciente gravide, în vârstă de 30 de ani, primipară, care s-a prezentat la medic la 28 de săptămâni de gestație cu senzație de plenitudine și sațietate precoce și de tensiune la nivelul abdomenului superior. La ecografia de rutină s-a descoperit un chist abdominal cu diametrul de 35 cm, care ocupa epigastrul, hipocondrul drept și flancul drept. Nu s-a putut decela ecografic apartenența de organ, iar pacienta a fost îndrumată către IRM abdominopelvic, care a stabilit apartenența leziunii la ovarul

drept. Având în vedere acuzele subiective ale pacientei și vârsta gestațională a sarcinii, s-a decis scăderea presiunii intraabdominale prin puncția evacuatorie a chistului, ghidată ecografic, și evacuarea a 1800 ml de lichid clar, incolor, care s-a analizat citologic, rezultatul fiind benign. **Rezultate și concluzii.** Evoluția post-puncție și cea a sarcinii au fost favorabile și în limite normale. Urmărirea imagistică a chistului și a sarcinii a fost realizată la interval de două săptămâni, fără creșterea în dimensiuni a chistului. Recomandăm puncția evacuatorie a chisturilor ovariene gigantice care au semne de benignitate pentru scăderea presiunii intraabdominale și abordul acestora electiv post-partum sau intrapartum dacă nașterea se finalizează prin operație cezariană.

Cuvinte-cheie: chist, puncție, sarcină

Excizia unui endometriom parietal în timpul unei operații cezariene

Liliana Steriu, Dumitru Smocvin, Silvia Izvoranu, Iulia Postolache, Costin Niculescu, Roxana Penciu, Corina Nour, Vlad Iustin Tica

Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Endometriomul de perete abdominal este o patologie rară care apare la nivelul cicatricelor abdominale după o intervenție în timpul căreia se deschide uterul, cel mai frecvent după operație cezariană. Incidența endometriomelor parietale este de 0,03-0,4%. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei paciente secundipare, la termen, în vârstă de 31 de ani, care a născut prima oară în urmă cu 5 ani, prin operație cezariană. Din anamneză am reținut că, de aproximativ doi ani (deci cu un an și trei luni înainte de sarcina actuală), pacienta prezintă o formațiune tumorală la nivelul cicatricei post-operație cezariană – care, în afara sarcinii, prezenta toate semnele unui endometriom parieto-abdominal și care

în timpul sarcinii actuale s-a redus în dimensiuni, chiar devenind nedureros. Pacienta a născut la termen prin operație cezariană pentru iminență de ruptură uterină și în același timp operator s-a practicat și tumorectomie parieto-abdominală, excizându-se o formațiune de 4/3 cm care a fost trimisă la examenul histopatologic. **Rezultate și concluzii.** Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, iar pacienta s-a externat a doua zi postoperatoriu. Rezultatul histopatologic a confirmat endometrioma în mușchiul drept abdominal. Evoluția plăgii a fost spre vindecare și, la 5 luni postoperatoriu, era suplă, fără a se decela clinic sau imagistic nicio recidivă.

Cuvinte-cheie: endometriom, cezariană, tumorectomie

Corelația (sau absența acesteia) dintre aspectul ecografic și diagnosticul histopatologic în cazul unor tumori ovariene – prezentare de caz

Costin Niculescu, Silvia Izvoreanu, Iulia Postolache, Liliana Steriu, Diana Mocanu, Corina Nour, Dumitru Smocvin, Vlad Iustin Tica

Secția Obstetrică-Ginecologie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Cancerul ovarian este al doilea cancer din sfera genitală, al cincilea în topul cauzelor de deces la femei. Examenul ecografic joacă un rol important în evaluarea tumorilor ovariene și este utilizat pentru diagnosticul cancerului ovarian. **Materiale și metodă.** Prezentăm un caz al unei femei tinere, în vârstă de 26 de ani, la care la ecografia endovaginală s-a observat o cantitate mare de lichid în fundul de sac Douglas, cu ovarele de aspect normal și la care nivelurile serice ale CA125 au relevat valori de peste

800 UI, iar scorul ROMA a fost 21. Toate acestea ne-au îndrumat către suspiciunea de cancer ovarian. Intervenția chirurgicală și examenul histopatologic reprezintă, în acest caz, soluția diagnostică. **Concluzii.** Corelarea imaginilor ecografice cu analizele de laborator este relevantă pentru diagnosticul de cancer ovarian, dar examenul histopatologic este cel care ne dă verdictul.

Cuvinte-cheie: ecografie endovaginală, cancer ovarian, examen histopatologic

Conduita terapeutică în cazul tumorilor de ovar asociate cu hiperplazie endometrială – prezentare de caz

Roxana-Cleopatra Penciu¹, Liliana Steriu¹, Silvia Izvoranu¹, Costin Niculescu¹, Corina Nour², Diana Mocanu¹, Vlad-Iustin Tica¹

1. Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Hiperplazia endometrială reprezintă creșterea grosimii endometriale >4 mm în cazul femeilor aflate la menopauză și >16 mm pentru femeile aflate în perioada fertilă. În situația asocierii hiperplaziei endometriale cu o altă patologie ginecologică, în climacteriu, este indicată biopsia de endometru și endocol, deoarece majoritatea hiperplaziilor endometriale sunt expresia neoplasmului de endometru. **Materiale și metodă.** O pacientă în vârstă de 64 de ani s-a internat în ianuarie 2019 în Clinica de Obstetrică-Ginecologie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța pentru dureri pelviabdominale. La examenul ecografic s-a decelat prezența unei formațiuni tumorale pelviabdominale voluminoase, suspectată ca aparținând de ovarul drept, suspiciune confirmată imagistic prin IRM, precum și o hiperplazie endometrială de 5 mm. S-a

decis efectuarea chiuretajului biopsic fracționat, care a relevat diagnosticul de adenocarcinom de endometru, iar examenul histopatologic extemporaneu, în timpul intervenției chirurgicale ulterioare, de adenocarcinom endometrioid ovarian, urmând ca examenul la parafină să stabilească aspectul sincron sau metastatic al celor două tumori. **Concluzii.** Explorarea ultrasonografică completă este esențială chiar și în cazul unor patologii evidente – inclusiv diagnosticate ultrasonografic. Chiuretajul biopsic fracționat este obligatoriu în cazul hiperplaziei endometriale asociate altei patologii ginecologice în climacteriu, deoarece ajută la stabilirea unui diagnostic corect și complet și a unei conduite terapeutice adecvate.

Cuvinte-cheie: hiperplazie endometrială, tumoră ovariană, conduită terapeutică

Valoarea explorării ecografice a grosimii peretelui uterin în cazul placentei praevia

Roxana-Cleopatra Penciu¹, Silvia Izvoranu¹, Liliana Steriu¹, Corina Nour², Costin Niculescu¹, Diana Mocanu¹, Vlad-Iustin Tica¹

1. Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Placenta joasă este evidențiată ecografic, stabilind și conduita obstetricală. Printre cauzele care pot determina placenta joasă se pot menționa operația cezariană în antecedente, chiuretaje multiple, precum și embolizarea arterei uterine, utilizată pentru tratamentul fibroamelor uterine. Placenta praevia poate depăși grosimea peretelui uterin, invadând uneori chiar și vezica urinară, soldându-se cu histerectomie de necesitate. **Materiale și metodă.** Studiul nostru include șase paciente gravide, internate și operate în Clinica de Obstetrică-Ginecologie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei” Constanța, diagnosticate cu placenta praevia centrală, în trimestrul al II-lea de sarcină. Doar într-un singur caz placenta a ascensionat, devenind marginală. În ceea ce privește cauza anomaliilor de placentație, trei

paciente au avut naștere prin operație cezariană în antecedente, una cu embolizare a arterei uterine și una cu chiuretaje și nașteri multiple. S-a explorat ecografic grosimea peretelui uterin – de precizat că toate placentele praevia centrale au fost localizate pe peretele uterin anterior. Examinarea ecografică a revelat absența peretelui uterin la nivelul vechii cicatricei în cazul a două utere cicatriciale și invazia placentei la acest nivel. În restul cazurilor, nu a fost evidențiat acest aspect. Celor trei paciente cu uter cicatricial li s-a recomandat și IRM pelvian, care însă a avut rezultat echivoc. **Concluzii.** Explorarea ecografică a dovedit detalii net superioare examinării IRM, fapt confirmat și intraoperatoriu în cele două cazuri soldate cu histerectomie de necesitate.

Cuvinte-cheie: placenta praevia, ecografie, perete uterin

Diagnosticul ecografic prenatal versus explorări de laborator anormale

Cristian Țăroi, Alexandru Sabău, Diana Lodromănean, Andrei Damșa, D. Lodromănean

Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Introducere. Examenul ecografic antenatal este cel mai rapid și ușor mod de a urmări o sarcină în vederea unei consilieri prenatale cât mai corecte. Deși investigațiile de laborator pot aduce noi informații despre făt, examenul ecografic poate infirma rezultatele anormale ale acestora atunci când se încadrează în parametrii normalității. **Materiale și metodă.** Prezentăm cazul unei gravide secundipare, în vârstă de 37 de ani, la care s-au efectuat ecografiile în dinamică, precum și explorări de laborator (dublu test, amniocenteză). Din cauza vârstei pacientei, se efectuează dublu test la 11 săptămâni gestaționale, care nu se încadrează în limite normale, motiv pentru care se efectuează amniocenteză. În ciuda rezultatelor contradictorii ale explorărilor de laborator, în contrast cu examinările ecografice seriate, sarcina prezintă evoluție normală până la termen, consilierea antenatală bazându-se strict pe ecografie. **Rezultate.** Dublul test efectuat la 11 săptămâni gestaționale evidențiază risc crescut atât de vârstă (1:140), cât și biocimic (1:173) pentru trisomie 21, astfel încât se recomandă efectuarea amniocentezei în scop diagnostic. La 17 săptămâni

gestaționale se efectuează amniocenteză, iar rezultatul a evidențiat un mozaic diploid/tetraploid considerat mozaicism adevărat, deoarece analiza a fost efectuată din două culturi independente prin flaskuri. Testul FISH din lichidul amniotic nu confirmă anomalia din cele două culturi, motiv pentru care se efectuează consult genetic, care recomandă monitorizare ecografică periodică. Se efectuează examene ecografice în dinamică, ce arată aspect normal al fătului la fiecare dintre acestea. Având în vedere aspectele ecografice normale în dinamică, grvida este consiliată să mențină cursul sarcinii, în ciuda rezultatelor anormale ale dublului test și ale amniocentezei. Sarcina evoluează până la termen, iar grvida naște prin operație cezariană segmento-transversală un făt cu aspect normal, cu următoarele caracteristici morfofuncționale: G=3180 g, L=55 cm, PC=36 cm, IA=10. **Concluzii.** Subliniem importanța diagnosticului ecografic prenatal în consilierea antenatală a gravidelor, în ciuda unor explorări anormale de laborator.

Cuvinte-cheie: ecografie, amniocenteză, consiliere prenatală

Assessment of uterine scars throughout pregnancy – case presentation

Irina-Adriana Horhoianu, Adriana Klein, Corina Grigoriu, Monica Cîrstoiu, Vasile-Valerica Horhoianu

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

A uterine scar throughout pregnancy is a potentially ominous aspect, as there can be a great deal of evolution variation from normal pregnancy outcome to major feto-maternal loss. Uterine scars and niches with and without any pregnancy have been widely evaluated ranging normal, 3D ultrasound to magnetic resonance imaging. Herein we present the case of a normal pregnancy outcome involving a uterine niche evaluated before and throughout gestation. Despite the normal uterine appearance with a normal caesarean scar ul-

trasound before pregnancy, in the late first-trimester frontal middle caesarean scar bulging was observed, showing a typical appearance enhanced until the late second to early third trimester. In the third trimester, no evident ultrasound caesarean scar dehiscence was observed, despite the operative room aspect. In conclusion, we emphasise the simple ultrasound signs relevant for early diagnosis which can contribute to pathology prevention.

Keywords: uterine scar, ultrasound, 3D

Detecția anomaliilor structurale la feții fără aneuploidii în primul trimestru de sarcină

Irina Mihaela Zorzoană, Ioana Cojocaru, Biliana Belovan, Marcela Viașu, Marius Forga, Adrian Rațiu

Disciplina Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Obiectiv. Evaluarea acurateții ecografiei din primul trimestru în detecția anomaliilor structurale la feții fără aneuploidii. **Materiale și metodă.** Am evaluat prospectiv 2650 de sarcini care s-au adresat serviciului nostru pentru screening de trimestrul întâi sau au fost trimise pentru a doua opinie în perioada ianuarie 2016 – decembrie 2018. Gravidele au fost evaluate ecografic conform protocolului Fetal Medicine Foundation (FMF, Londra, Marea Britanie), iar pentru evaluarea morfologică s-a utilizat protocolul de examinare conform ghidului ISUOG. Toate cazurile incluse au fost urmărite până la naștere sau s-a efectuat necropsia, după caz, astfel că examinările din trimestrul întâi au fost comparate cu cele postnatale sau necropsice. Nu au fost luate în studiu decât sarcinile cu cariotip nor-

mal. **Rezultate și discuții.** A fost detectat un număr total de 46 (1,73%) anomalii structurale la feții cu cariotip normal. Dintre acestea, la ecografia de la 11-13+6 săptămâni au fost detectate 23 (50%), din care 100% din acranii (3/3), omfalocel 2/2 (100%), megavezică 1/1 (100%), polidactilie 1/1 (100%), duct venos absent 5/5 (100%), *spina bifida* 1/3 (33%), anomalii cardiace majore 9/22 (40%), anomalii de fosă posterioară 1/3 (33%). **Concluzii.** Evaluarea morfologică din primul trimestru detectează întotdeauna anomaliile cunoscute ca fiind întotdeauna detectabile, iar cu ajutorul unui protocol standardizat se poate detecta o proporție mare din alte anomalii.

Cuvinte-cheie: ecografie de primul trimestru, anomalii structurale

Sarcină multiplă (tripleți) monocorială diamniotică – prezentare de caz

Alexandru Radu Pintilie, Demetra Socolov

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza-Voda”, Iași

Introducere. Incidența sarcinilor multiple a crescut în ultimii ani de la 10 la 16/1000, în principal prin răspândirea reproducerii asistate. Procentul de nașteri cu feți multipli este acum de 3% din totalul nașterilor cu feți vii. Sarcina multiplă a rămas o sarcină cu risc crescut atât pentru mamă (anemie, hemoragii, preeclampsie, nașterea prin cezariană, histerectomie peripartum, depresie postnatală, deces matern), cât și pentru făt (avort, prematuritate, oprirea în evoluție, IUGR, TTTS, sindrom Down). **Prezentare de caz.** Prezentăm cazul pacientei C.C., de 32 de ani, cu două sarcini în antecedente obținute prin FIV cu doi genitori diferiți, care este diagnosticată cu sarcină intrauterină de aproximativ șase săptămâni – multiplă (tripleți) – obținută prin fertilizare naturală. Reevaluarea la 10 săptămâni relevă sarcină în evoluție, de tip monocorială biamniotică. Stabilirea corionicității s-a efectuat prin evidențierea unei singure placentă și a cavității coriale unice cu semnul T (și nu lambda) prezent. Se indică efectuarea examinării de tip morfologie fetală – între 12 și 13 săptămâni și 6 zile – într-un centru de referință,

moment în care se constată oprirea în evoluție a gemenilor din aceeași cavitate amniotică. La aproximativ două săptămâni are loc avortul spontan. **Discuții.** Sarcina prezentată reprezintă rezultatul unei diviziuni a produsului de concepție în intervalul 4-8 zile de la concepție (apărând o sarcină gemelară monocorială biamniotică), urmată de o nouă diviziune în intervalul 8-12 zile într-unul din cei doi saci amniotici (apărând o sarcină triplă monocorială biamniotică – un sac amniotic cu un embrion și un sac cu doi embrioni). Este un caz rar de gestație multiplă care s-a subordonat complicațiilor mai frecvente ale acestui tip de sarcină: oprirea în evoluție a doi dintre embrioni și avortul spontan. **Concluzii.** Sarcina multiplă rămâne o probabilitate rară, grevată mai frecvent de complicațiile menționate. Particularitatea cazului rezidă în apariția sarcinii în mod natural, după două sarcini obținute prin FIV – indicată pentru infertilitate feminină și evidențierea tipului monocorial diamniotic prin prezența semnelor T. **Cuvinte-cheie:** sarcină multiplă, sarcină monocorială diamniotică, tripleți

Ultrasonografia nodulară tiroidiană: de la screening la aspecte atipice

Cristina Vasiliu¹, Simona Elena Albu¹, Mara Cârșote², Ana Valea³, Adina Ghemigian², Anuța Augustina Gheorghisan-Gălățeanu²

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

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie „I. Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

Introducere. Ultrasonografia tiroidiană (UST) este un instrument accesibil util în completarea examinării clinice a femeilor în pre- și postmenopauză, dată fiind incidența în creștere a patologiei tiroidiene. **Materiale.** Serie de cazuri selectate pe baza ultrasonografiei tiroidiene. **Rezultate.** O pacientă de 73 de ani, diabetică, hipertensivă, se prezintă pentru acuze cervicale constrictive nespecifice. UST relevă un lob drept (LD) de 1,8/2,5/4,3 cm, hipoecogen, cu nodul tiroidian (NT) de 3/1,9/2,47 cm, bine delimitat, mixt, ușor vascularizat periferic, lob stâng (LS) de 1,1/1,3/3,4 cm. Se recomandă tiroidectomie. O pacientă de 53 de ani prezintă crize hipertensive. UST de rutină relevă LD de 1,6/2/4 cm, LS de 1,4/1,6/2,4 cm, hipoecogen, neomogen, nodularizat, cu multipli NT cu diametrul maxim de 2,2/1,5/1,3 cm (conglomerat). Se exclude disfuncția tiroidiană. O pacientă de 66 de ani, cu bilanț osteoporotic anual, a efectuat o UST de rutină, care decelează gușă polinodulară: LD de 2,6/2,5/5 cm, NT de 2,7/2,8 cm, conglomerat de 1,1/1/1,2 cm, LS de 1,7/2,3/3,8

cm, conglomerat de 2,8/1,1/1,7 cm TIRADS4B. O pacientă de 43 de ani, fără antecedente medicale semnificative, este trimisă pentru un bilanț endocrin în urma evaluării ginecologice pentru chisturi mamare. Funcția tiroidiană este normală, fără autoimunitate. UST arată LD de 1,8/1,8/4,7 cm, LS de 1,8/1,7/5,4 cm, în jumătatea inferioară a LS se identifică un conglomerat de 3,3/1,8/1,9 cm, cu mici arii de ramoliție, asociat cu câteva adenopatii laterocervicale nespecifice. O pacientă de 41 de ani, cu histerectomie subtotală pentru fibrom uterin în urmă cu 7 ani, prezintă fenomene aritmice ce necesită evaluare TSH, respectiv UST. Eutiroidismul se asociază cu aspecte de LD având dimensiuni ușor crescute, de 2/1,6/4,3 cm, LS cu diametre normale, de 1,6/1,3/3,4 cm, asociat cu conglomerate micronodulare bilaterale, în LD 4-5 imagini de maximum 0,43 cm, în LS conglomerat neomogen de 0,9/0,9/0,8 cm. **Concluzii.** UST este o metodă extrem de utilă în practica de zi cu zi din ginecologia endocrină.

Cuvinte-cheie: tiroidă, ultrasonografie, nodul

Corelația aspectului ecografic cu rezultatul histopatologic în hematometria recidivantă inexplicată – prezentare de caz

Corina Mădălina Nour¹, Roxana Cleopatra Penciu^{1,2}, Constantin Viorel Cristurean^{1,2}, Diana Badiu², Vlad Tica^{1,2}

1. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

2. Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța

Introducere. Hematometria este o patologie caracterizată prin retenția sângelui menstrual intrauterin în urma unei obstrucții care poate fi cauzată de: sinechii, tumori, postradioterapie, hipoestrogenism prelungit, intervenții chirurgicale la nivelul cavității uterine sau canalului cervical, sindrom Asherman. **Caz clinic.** Articolul prezintă cazul unei paciente în vârstă de 29 de ani cu hematometrie care s-a prezentat în serviciul de urgență pentru sângerare pe cale vaginală. În urma examenului clinic și paraclinic, pacienta s-a internat în Clinica de Obstetrică-Ginecologie I cu diagnosticul de hematometrie, anemie secundară formă severă și chist

ovarian drept. Explorarea ecografică a avut un rol determinat în această situație. După rezolvarea în prima etapă a hematometriei (dilație, chiuretaj), hematometria s-a refăcut, chiar în ziua următoare, deși colul era permeabil. Monitorizarea ultrasonografică a fost esențială în urmărirea pacientei. Examenul histopatologic a relevat diagnosticul de endometrită acută, motiv pentru care după efectuarea tratamentului antibiotic și antiinflamator s-a repetat chiuretajul biopsic fracționat, pentru a se putea face diagnosticul diferențial.

Cuvinte-cheie: hematometrie, chiuretaj biopsic, dilatare cervicală

Posibilități imagistice de diagnostic al polipilor endometriali

Corina Măț¹, Radu Botezatu¹, Gheorghe Peltecu^{1,2}, Anca Panaitescu^{1,2}, Nicolae Gică¹

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

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

Polipii endometriali reprezintă o patologie benignă ginecologică, frecvent întâlnită. Opțiunile comune de diagnostic al patologiei intrauterine includ ecografia transvaginală, biopsia endometrială și histeroscopia. În cazul pacientelor infertile, putem include ca metode de diagnostic histerosalpingografia și histerosonografia (HYSO). Coroborând datele din literatura de specialitate cu cele înregistrate în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia București, ne propunem prin această lucrare stabilirea unor principii de diagnostic imagistic pentru polipii endometriali.

Articolul nostru raportează o serie de cazuri în care am efectuat o corelație diagnostică între ecografia transvaginală 3D, HYSO și histerosalpingografie, cazuri care ulterior au fost confirmate și tratate histeroscopic în clinica noastră. Histerosalpingografia are o sensibilitate moderată în detecția polipilor endometriali, necesitând confirmarea prin ecografie 3D, histeroscopie și ulterior prin examenul anatomopatologic al piesei chirurgicale.

Cuvinte-cheie: polip endometrial, ecografie transvaginală, histerosalpingografie, histeroscopie

Hidronefroză fetală unilaterală. Managementul de caz

Andreea Moza^{1,2}, Elena Bernad^{1,2}, Daniela Iacob^{1,2}, Emil Radu Iacob^{1,3}, Marius Craina^{1,2}

1. Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu”, Timișoara

3. Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu”, Timișoara

Introducere. Hidronefroza fetală unilaterală este o patologie care presupune efectuarea unor investigații suplimentare pentru a detecta anomalii asociate. În cazul hidronefrozei agravate sau în caz de asociere de comorbidități, se vor lua toate măsurile necesare finalizării sarcinii în interes fetal. **Materiale și metodă.** Lucrarea de față este o prezentare de caz al unei gravide primipare de 19 ani, la care la vârsta gestațională de 35 de săptămâni examinarea ecografică a ridicat suspiciunea de agenezie renală stângă, cu hidronefroză la nivelul rinichiului drept. Sunt prezentate evoluția cazului și conduita medicală până la finalizarea sarcinii și după naștere. **Rezultate și concluzii.** Examinarea ecografică mai atentă nu a identificat alte anomalii, cu excepția unei hipertrofii a penisului. Rezonanța magnetică nucleară fetală a confirmat prezența rinichiului stâng, cu hidronefroză de gradul II la nivelul rinichiului drept. S-a decis evaluarea săptămânală a sistemului renourinar fetal pentru a urmări evoluția. Din cauza disten-

siei accelerate a bazinetului drept cu scăderea indexului parenchimos, s-a decis terminarea nașterii prin operație cezariană. Nou-născutul a avut o greutate la naștere de 2880 g, cu indice Apgar 9 la un minut. Atât evoluția nou-născutului, cât și cea a mamei au fost favorabile pe parcursul episodului de spitalizare. Cazul a fost urmărit după externare de către medicul specialist de chirurgie pediatrică până la remisiunea completă a fenomenului. Diagnosticul ecografic al hidronefrozei nu este dificil antepartum, cu toate acestea investigarea prin rezonanță magnetică poate fi utilă pentru evaluarea întregului sistem renourinar. Evoluția postnatală în ceea ce privește funcționalitatea rinichiului afectat depinde de gradul de hidronefroză și de gradul de afectare a parenchimului renal. Prin urmare, la stabilirea momentului de finalizare a sarcinii trebuie avut în vedere și prognosticul renal la distanță.

Cuvinte-cheie: ecografie, hidronefroză, rezonanță magnetică nucleară

Determinarea distanței craniu-perineu în estimarea prognosticului nașterii la gravidele primipare la termen

Rodica Daniela Nagy¹, Nicolae Cernea², Ștefania Tudorache², Roxana Drăgușin², C. Pătru², Dominic Iliescu²

1. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar Județean de Urgență Craiova

2. Clinica de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Universitar Județean de Urgență Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Ecografia transperineală intrapartum a fost testată ca metodă superioară evaluării clinice. În 2006 a fost propus un parametru ecografic măsurat transperineal, denumit distanța craniu fetal – perineu (DCP), pentru a estima timpul de naștere sau necesitatea unei nașteri asistate. În prezentul studiu, am propus măsurarea săptămânală a DCP la primiparele la termen înainte de debutul travaliului, pentru a stabili rolul predictiv al acestuia pentru tipul de naștere – vaginală (NV) sau prin operație cezariană (OC). **Metodă.** Colectarea datelor s-a desfășurat pe o perioadă de 12 luni (ianuarie-decembrie 2017). Au fost incluse în studiu primiparele după săptămâna 37 de gestație care s-au prezentat în Unitatea de diagnostic antenatal din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova. Au fost excluse din studiu pacientele multipare, sarcinile cu indicație pentru OC, prezentațiile noncefalice și sarcinile multiple. Protocolul de scanare a presupus examinarea în planul transperineal transvers, cu măsurarea DCP. Datele

obținute au fost prelucrate statistic și comparate între cele două categorii, cu realizarea histogramelor săptămânale ale valorilor DCP. **Rezultate.** În urma prelucrării statistice, mediana valorilor DCP a variat ușor în jurul valorii de 5 cm, fără diferențe semnificative de la o săptămână la alta și nici în funcție de calea de naștere. În săptămânile 40 și 41 am înregistrat o mediană a DCP în jurul valorii de 4,5 cm pentru pacientele care au născut pe cale vaginală și o mediană a DCP de 5 cm pentru pacientele care au născut prin OC. **Concluzii.** Datele studiului nostru nu corespund cu datele obținute din studii publicate anterior. Procentual, am notat valori apropiate pentru primiparele care au născut pe cale vaginală și pentru primiparele care au născut prin operație cezariană ce au prezentat o DCP în intervalul 4-4,9 cm. Astfel, DCP determinată anterior de debutul travaliului nu și-a demonstrat rolul predictiv pentru calea de naștere.

Cuvinte-cheie: distanța craniu-perineu, prognostic naștere

Rolul evaluării prenatale a inserției placentare a cordonului ombilical

Lelia Popa¹, Marina Dinu¹, Roxana Drăgușin², Maria Șorop-Florea², Andreea Docea¹, Alina Dirloagă¹, Akl Oana¹, N. Cernea², Ștefania Tudorache²

1. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova

2. Clinica de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. Stabilirea ratelor de vizualizare a locului de inserție placentară a cordonului ombilical (CO) în primul și al doilea trimestru de sarcină, aprecierea subiectivă a evoluției acestuia și stabilirea incidenței complicațiilor perinatale legate de anomalii/accidente de CO. **Materiale și metodă.** Studiul prospectiv s-a desfășurat în Unitatea de diagnostic antenatal a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova. Am înrolat 2640 de cazuri de sarcină cu făt unic, scanate atât în primul (11-13 săptămâni de amenoree), cât și în al doilea trimestru (20-23 de săptămâni de amenoree), și finalizate în aceeași instituție. Am exclus cazurile cu semne ecografice de aderență anormală. A fost notată impresia subiectivă a operatorului. **Rezultate.** În trimestrul întâi, 94,88% (n=2505) din cazuri au fost clasificate ca „inserție centrală/paracentrală” (grupul A), iar 5,11% (n=135) din cazuri au fost clasificate ca „inserție periferică” (grupul B). În cel de-al doilea grup, ratele de vizualizare au fost mai mici (86% versus 98%; p<0,001). În grupul A, 2480 au menținut inserția centrală/paracentrală, 19 au devenit periferice, șase cazuri au

dezvoltat placentă bipartită (cu inserția CO localizată între cei doi lobi); în niciun caz inserția nu a devenit velamentoasă. În grupul B s-a înregistrat o „migrare” către centrul placentei în 71 de cazuri, menținerea inserției periferice în 53 de cazuri și în 11 cazuri s-a diagnosticat inserția velamentoasă. În grupul de risc major s-a dezvoltat restricția fetală de creștere *in utero* (patru cazuri), s-au impus extracții de urgență și s-a produs un deces *in utero*. Acesta a fost singurul caz cu complicație majoră peripartum. Toți medicii au admis modularea îngrijirii antenatale în funcție de detaliile ecografice legate de inserția CO. **Concluzii.** Inserția placentară a CO se vizualizează mai bine în primul trimestru decât în al doilea trimestru. Rezultatele noastre sugerează dinamica intrauterină a placentei, cu resorbția anumitor teritorii și menținerea dezvoltării altora. Există posibilitatea ca evaluarea prenatală să aibă efect protector, crescând frecvența consulturilor prenatale

Cuvinte-cheie: cordon ombilical, inserție placentară, ecografie

Imaginea ultrasonografică – condiția unui management eficient al sarcinilor ectopice

Andrada Gabor, Nicu Bagiu, C. Arvatescu, Roxana Dragomir, Diana Panait, Mircea Ticușan

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I.A. Sbârcea” Brașov

Introducere. Diagnosticul sarcinii ectopice utilizând ultrasonografia transvaginală este considerat în prezent una dintre cele mai eficiente metode neinvazive, făcând posibilă identificarea sarcinilor ectopice rupte și a peste 50% din cazurile asimptomatice clinic. **Obiective.** Lucrarea urmărește să prezinte eficiența examinării ecografice transvaginale în diagnosticarea sarcinilor ectopice, precum și tipul de tratament impus acestor cazuri în funcție de aspectul ultrasonografic. Studiul nu exclude criteriile de diagnostic combinat (chiuretaj uterin biopsic, dozări în dinamică ale beta-HCG-ului). **Materiale și metodă.** Studiul retrospectiv include 314 paciente diagnosticate cu sarcină ectopică, pe o durată de 5 ani, în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I.A. Sbârcea” din Brașov. **Rezultate.** Managementul terapeutic depinde de aspectul ecografic, corelat cu valorile serice ale beta-HCG-ului. Astfel, în Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie din Brașov, din cele 314 cazuri diagnosticate cu sarcină

extrauterină, 5% au urmat tratament cu metotrexat. Abordul chirurgical este alt factor important în managementul acestor cazuri, depinzând în primul rând de prezența/absența hemoperitoneului. În 45% din cazuri, sarcina ectopică (142 de cazuri) este asociată cu hemoperitoneu, constituindu-se astfel o urgență majoră chirurgicală. Abordul clasic chirurgical este de preferat în special în cazul unei sarcini extrauterine rupte, astfel încât, din cele 142 de cazuri, doar la 63 de cazuri s-a intervenit per laparoscopic, cazuri în care cantitatea de sânge intraperitoneal nu era mai mare de 200 ml. **Concluzii.** Diagnosticul ecografic, cu evidențierea unei imagini anexiale cu corp galben gestațional, cât și a unei imagini sugestive pentru un sac gestațional confirmă suspiciunea unei sarcini ectopice, însă este importantă corelarea cu valorile serice ale HCG-ului și progesteronului.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie, sarcină ectopică, tratament chirurgical

Diagnosticul ultrasonografic al pentalogiei Cantrell – prezentare de caz

Tudor Iacovache, Antoanella Sebestyen, Anca Dumitrescu, Stela Casap, Oana Dimienescu

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. I.A. Sbârcea” Brașov

Introducere. Pentalogia lui Cantrell este o anomalie congenitală cu mortalitate mare, descrisă de Cantrell, Haller și Ravitch în 1958, fiind formată din cinci malformații congenitale majore: (a) un defect în diafragma anterioară; (b) un defect de perete abdominal anterior pe linia mediană, supraombilical; (c) un defect în pericardul diafragmatic; (d) diverse malformații congenitale cardiovasculare și (e) un defect în partea inferioară a sternului, de obicei cu *ectopia cordis*. Prevalența variază de la 1:65000 la 1:200000 de nașteri, cu predominanță masculină de 2:1 și mai puțin de 200 de cazuri raportate în literatura medicală. În unele cazuri de anomalii cromozomiale, trisomii cum ar fi trisomia 13, 18 sau 21 și sindromul Turner sunt de asemenea implicate. Sindromul este asociat cu o mortalitate crescută, având o rată de supraviețuire mai mică de 5%. **Materiale și metodă.** Vom prezenta cazul unei primipare în vârstă de 16 ani, cu o sarcină monofetală de 24 de săptămâni, neinvestigată, descoperită în serviciul de urgență, în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică

Ginecologie „Dr. I.A. Sbârcea” din Brașov. **Rezultate și concluzii.** Examenul ecografic a relevat o malformație severă toraco-abdominală, *ectopia cordis*, laparoscizis, extrofie vezicală și anomalie a coloanei vertebrale. Împreună cu pacienta, ținând cont de șansele minime de supraviețuire extrauterină, din cauza severității defectelor prezente, s-a decis avortul terapeutic, rezultând un făt de sex masculin, de aproximativ 800 de grame, de 28 cm. Autopsia a arătat că plămânii, cordul, ficatul, splina, stomacul, intestinele, rinichii și vezica erau extracorporeale. De asemenea, cordul globulos prezenta un ventricul unic. Diagnosticul precoce ne oferă șansa de a reduce morbiditatea și mortalitatea maternă legată de terminarea sarcinii, ecografia 2D fiind mai mult decât suficientă pentru diagnosticul acestui sindrom, coexistența malformațiilor precum *ectopia cordis* și defecte de perete abdominal anterior pe linia mediană fiind caracteristici patognomonice.

Cuvinte-cheie: pentalogie Cantrell, malformație congenitală, avort terapeutic

De la ecografia pelviană la ultrasonografia adrenală

Cristina Vasiliu¹, Simona Elena Albu¹, Mara Cârșote², Ana Valea³, Adina Ghemigian², Ancuța Augustina Gheorghisan-Gălățeanu²

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

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie „I. Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

Introducere. Tumorile adrenale nefuncționale (TAN) pot evolua asimptomatic, iar ultrasonografia de rutină le poate detecta accidental. Incidența este legată de vârstă, mai ales după 40-50 de ani. **Materiale și metodă.** Aceasta este o prezentare de caz la o pacientă la care, după o ecografie pelviană recomandată la un control ginecologic, s-a sugerat completarea examinării ultrasonografice cu cea de abdomen, unde s-a identificat o TAN. **Rezultate.** O pacientă de 65 de ani, cunoscută cu hipertensiune arterială parțial controlată medicamentos, cu menopauză de la 50 de ani, prezintă acuze nespecifice pelviene. S-a efectuat un control ginecologic, care a fost în parametrii vârstei, s-a recomandat o ultrasonografie pelviană, irelevantă ca rezultate, dar s-a sugerat și un control ultrasonografic abdominal, unde se decelează o tumoră suprarenală stângă, cu diametrul maxim de 2 centimetri, cu formă

regulată, omgenă, fără adenopatii locale. S-a completat imagistica suprarenală cu computer-tomografia, care a confirmat aceleași aspecte ultrasonografice. Profilul endocrin a reliefat un ACTH bazal matinal normal de 19 pg/mL (3-66 pg/mL), cu cortizol bazal matinal de 10,89 μg/dL (normal între 4,82 și 19,5), cu supresie la testul la dexametazonă overnight; metanefrine plasmatice de 10,1 pg/mL (normal: 10-90), normetanefrine plasmatice de 88,3 pg/mL (normal: 20-200). S-a considerat tumora un incidentalom adrenal și s-a recomandat monitorizare, cu reevaluare imagistică la 6 luni pentru un prim bilanț post-diagnostic inițial. **Concluzii.** Ultrasonografia poate reprezenta primul pas în decelarea unei TAN. Simptomele dureroase pelviene sunt incidentale și nu sunt asociate uzual cu prezența tumorii.

Cuvinte-cheie: adrenală, ultrasonografie, tumoră

Evaluarea morfofuncțională a colului uterin în corelație cu riscul de naștere prematură

Lorena Dijmărescu, Liliana Novac, Sidonia Săceanu, Sidonia Vrabie, Simona Neamțu, Ștefania Tudorache, Dominic Iliescu, Magda Manolea

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Introducere. În timpul sarcinii normale, cervixul funcționează ca o barieră mecanică de protecție care trebuie să rămână strânsă și închisă, putând rezista la mărirea conținutului uterin și la creșterea presiunii rezultante. Remodelarea prematură și scurtarea consecutivă a colului uterin au loc în multe cazuri de naștere prematură spontană. Proprietățile mecanice ale modificării colului uterin în timpul sarcinii pot fi evaluate utilizând scorul Bishop (lungimea canalului cervical și a orificiului intern determinată ultrasonografic). Consistența este însă una dintre proprietățile cervicale care se schimbă în cursul procesului de maturare. **Materiale și metodă.** Ecografia transvaginală (ETV) poate fi folosită ca o metodă obiectivă și reproductibilă pentru măsurarea lungimii canalului cervical pe parcursul sarcinii. Deoarece este posibil ca scurtarea colului uterin în cazurile de naștere prematură să nu fie evidentă în primul trimestru, deoarece aceasta are loc după 16 săptămâni, am început să măsurăm lungimea colului uterin de la 22 de

săptămâni de sarcină, la gravidele la care la morfologia fetală a fost evidențiată scurtarea colului uterin. Există o necesitate clinică pentru elastografia cervicală ca o evaluare a factorilor biomecanici, deoarece lungimea cervicală evaluează numai modificările morfologice. **Concluzii.** Indiferent de metodă, elastografia oferă informații despre rigiditatea colului; acest parametru, imposibil prin evaluarea manuală, s-a dovedit a fi corelat cu rezultatul sarcinii și este un predictor puternic al nașterii premature sau al inducerii cu succes a travaliului. Deși elastografia pare a fi o opțiune de diagnostic extrem de promițătoare, încă nu s-a ajuns la un consens cu privire la o metodă optimă pentru evaluarea colului uterin. Studiile viitoare trebuie să identifice metoda elastografică cea mai promițătoare și mai obiectivă, care poate servi drept instrument nou pentru gestionarea sarcinii, prevenind evenimentele adverse, cum ar fi nașterea prematură și inducerea fără succes a travaliului.

Cuvinte-cheie: elastografie, col uterin, ecografie

Evaluarea absenței glandelor endocervicale ca marker în nașterea prematură

Sidonia Săndulescu, Ioana Camen, Sidonia Vrabie, Magdalena Manolea, Lorena Dijmărescu, Carmen Tabacu, Cristina Ștefănescu, Alexandru Gogaganau, Bogdan Voinea, Liliana Novac

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, Spitalul Clinic Municipal Filantropia, Craiova

Introducere. Nașterea prematură este o cauză majoră de morbiditate și mortalitate perinatală și se asociază cu o prevalență mare a morbidității și mortalității infantile și neonatale. De aceea, găsirea unor markeri specifici pentru predicția nașterii premature a preocupat și preocupă încă cercetătorii și practicienii. Semne mai mult decât predictive de travaliu prematur pot fi detectate prin ecografia prenatală, cum ar fi prezența ariei glandelor endocervicale. Obiectivul studiului a fost de a explora dacă o arie a glandelor endocervicale absentă este un factor predictiv pentru o naștere prematură <34 de săptămâni și de a compara eficacitatea predictivă cu o LC<25 mm. **Materiale și metodă.** Am efectuat un studiu ce a cuprins 150 de paciente gravide, cu vârsta gestațională între 20 și 34 de săptămâni de gestație, în perioada 2015-2017. Monitorizarea sarcinilor a fost făcută prin ecografie transvaginală, începând de la 22 de săptămâni de gestație, la un interval de două săptămâni, pentru a urmări evoluția sub tratament a fiecărei sarcini luate în studiu. **Rezultate.** În studiul nostru, am întâlnit

absența zonei glandelor endocervicale la 96 de cazuri (70,59%) la lotul gravidelor care au născut prematur. La lotul gravidelor care au avut modificări de col uterin, dar au născut la termen, prezența zonei glandelor endocervicale a fost întâlnită la 18 dintre acestea (3,78%). Dintre gravidele care au născut prematur, la mai puțin de 34 de săptămâni, 27 de cazuri (19,85%) au avut zona glandelor endocervicale absentă, iar la gravidele care au născut la termen, doar 13 cazuri (7,73% din totalul lotului de studiu) au avut zona glandelor endocervicale absentă. **Concluzie.** Creșterea morbidității neonatale și ratele de mortalitate rezultate din nașterea prematură rămân o problemă, în ciuda tot mai multor dovezi cu privire la fiziologia procesului contractilității uterine. Rata de detecție a zonei glandelor endocervicale se reduce semnificativ după a 32-a săptămână de sarcină. Absența zonei înainte de această perioadă, începând din trimestrul al doilea de sarcină, poate arăta că este vorba despre o amenințare de naștere prematură.

Cuvinte-cheie: glande endocervicale, naștere prematură, sarcină

Cervicoistmic pregnancy – case presentation

Irina-Adriana Horhoianu¹, Alexandru Badiu², Mirela Moarcas², Vasile Valerică Horhoianu¹, Monica Cîrstoiu¹

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

2. Bucharest University Emergency Hospital

Introduction. Cervico-isthmic pregnancies represent a rare entity easily discovered and mostly associated from a diagnostic point of view with reduced spotting and typical ultrasound appearance. **Materials and method.** Herein we present the case of a young female patient presenting at the emergency ward for intense bleeding ceased after uterotonic treatment, with an initial suspicion of a failed normal uterine cavity pregnancy – secondary cervico-isthmic located gestational sac. Uterine curettage or medical abortion was postponed for sequel beta human chorionic gonadotropin (beta-HCG) results, which in asso-

ciation with serial ultrasound showed a primary cervico-isthmic pregnancy. Methotrexate therapy in association with following uterine artery embolization and immediate curettage were done successfully. **Conclusions.** In conclusion, a high degree of suspicion is needed whenever a failed normal pregnancy is suspected in association with intense bleeding and cervico-isthmic gestational sac. The aspects leading to a correct diagnosis in this particular case are made out of an association of ultrasound signs corroborated with beta-HCG values.

Keywords: beta-HCG, curettage, bleeding

Caracteristici ultrasonografice tiroidiene la pacientele cu cancer mamar

Simona Elena Albu¹, Cristina Vasiliu¹, Mara Cârșote², Ana Valea³, Adina Ghemigian², Ancuța Augustina Gheorghisan-Gălățeanu²

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

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie „I. Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

Introducere. Cancerul de sân are o incidență crescută și în creștere, iar odată diagnosticat, se impune un screening computer-tomografic pentru stadializare. 70% din populația astfel evaluată are un nodul tiroidian de diverse dimensiuni, de obicei cu semnificație clinică redusă. Riscul de asociere a unei metastaze tiroidiene este extrem de mic, iar decelarea unei neoplazii sincrone tiroidiene este posibilă cu o frecvență mică. **Materiale și metodă.** Aceasta este o serie de cazuri la paciente confirmate cu cancer de sân ce asociază diverse patternuri ultrasonografice tiroidiene incidentale. **Rezultate.** O pacientă de 38 de ani, cu cancer de sân operat, iradiat, chimiotratat, sub tamoxifen de doi ani, cu metastaze osoase sub acid zolendronic, cu hipercalemie paraneoplazică, este trimisă pentru bilanț tiroidian. Ecografic se decelează doi micronoduli de lob stâng, de 0,9/0,4 cm, respectiv 0,8/0,3 cm, fără semnificație clinică. O pacientă de 65 de ani, cu cancer de sân drept, operat, chimiotratat preoperatoriu, sub

anastrozol de trei ani, este monitorizată începând de la diagnosticare și pentru decelarea accidentală a unei guși polinodulare cu eutiroidism (staționară în perioada de urmărire ultrasonografică), cu cei mai mari noduli având diametrele ecografic apreciate de 0,2/0,4 cm, 0,5/0,3 cm, 1,22/0,8 cm la nivelul lobului drept, respectiv de 0,6/0,4 cm și 0,3/0,5 cm la nivelul lobului stâng. O pacientă de 53 de ani, cu cancer de sân operat, chimiotratat, sub letrozol de trei ani, este identificată de doi ani cu o gușă polinodulară toxică care a necesitat terapie cu antitiroidiene de sinteză pentru doi ani, apoi tiroidectomie totală. Ultrasonografic s-a suspiciat un carcinom papilar la nivelul unuia dintre noduli, de 2,9 cm, cu microcalcificări, neconfirmat histopatologic. **Concluzii.** Numeroase fenotipuri ecografice pot fi accidental decelate la pacientele cu cancer de sân, iar ultrasonografia tiroidiană este o investigație la îndemână.

Cuvinte-cheie: cancer mamar, ultrasonografie, nodul tiroidian

Importanța ultrasonografiei la femeile diagnosticate cu cancer tiroidian

Simona Elena Albu¹, Cristina Vasiliu¹, Mara Cârșote², Ana Valea³, Adina Ghemigian², Ancuța Augustina Gheorghisan-Gălățeanu²

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

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Institutul Național de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

3. Universitatea de Medicină și Farmacie „I. Hațieganu” Cluj-Napoca, Spitalul Județean Cluj-Napoca

Introducere. Cancerul tiroidian diferențiat (CTD) de tip papilar sau folicular are o prevalență în creștere la femeile de vârstă reproductivă, dar și în postmenopauză, posibil legat de triggeri ce acționează ca disruptori endocrini mai mult sau mai puțin cunoscuți până în prezent sau corelat cu accesibilitatea din ce în ce mai mare a ultrasonografiei tiroidiene. **Materiale și metodă.** Scopul lucrării este de a introduce o serie de cazuri clinice la care ecografia a reprezentat prima etapă în diagnosticul unei forme de CTD. **Rezultate.** O pacientă de 76 de ani, din zonă endemică, este cunoscută de trei ani cu un nodul tiroidian suspect ecografic la care s-a recomandat tiroidectomie, refuzată de pacientă. Actualmente, ultrasonografia identifică un lob drept de 3,3/3,2/4,3 cm, ocupat în totalitate de un conglomerat nodular, hipoecogen, neomogen, compus din numeroase imagini ce infiltrează lobul și capsula anterioară, iar posterior o depășește, mo-

bil cu deglutiția, de 4,3/3,4/3,3 cm, TIRADS 3C, istmul dislocuit în totalitate de un conglomerat de 1,3 cm și multipli micronoduli la nivelul lobului stâng de maximum 0,52 cm. A fost menținută indicația de tiroidectomie. O pacientă de 48 de ani, nefumătoare, din zonă neendemică, a efectuat o ecografie de rutină la nivelul tiroidei, unde s-a identificat un nodul suspect de 3 cm, fără invazie ganglionară. S-a practicat tiroidectomie totală, cu confirmarea unui carcinom papilar varianta foliculară. Postoperatoriu s-a inițiat terapie supresivă cu levotiroxină, la care s-a adăugat radioiodoterapie. **Concluzii.** Ecografia tiroidiană este cel mai util instrument de identificare a nodulilor tiroidieni suspecti, iar utilizarea sa are aceeași aplicație independent de vârsta pacientelor.

Cuvinte-cheie: cancer tiroidian, ultrasonografie, nodul tiroidian

Chist mezenteric

Ioana Chiorean, Biliana Belovan, I. Zorzoana, M. Viasu, A. Rațiu

Disciplina Obstetrică-Ginecologie II, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Chistul mezenteric fetal este o afecțiune benignă rară, dată de obstrucția drenajului limfatic, cu o prevalență de 1:250.000 de cazuri, fiind un diagnostic ecografic prezumtiv. **Materiale și metodă.** Pacienta este primigestă, la 25 de săptămâni de gestație, în vârstă de 25 de ani, fără patologii asociată sarcinii sau antecedente personale patologice. Ecografic s-a decelat o formațiune chistică dreaptă, bine delimitată, situată în pelvis, transsonică, omogenă, nevascularizată, cu perete subțire, în raport cu polul inferior renal drept, de 1,7/1,2 cm diametru, prelungită până în vecinătatea vezicii urinare. Structuri ecografice intestinale de aspect normal, cu orificiul anal extern vizualizat, rinichi și vezica urinară de aspect normal. **Rezultate și discuții.** Diagnosticul ecografic stabilit a fost de chist mezenteric, având ca diagnostice diferențiale duplicația intestinală, chist retroperitoneal, chist hepatic, chist de coledoc, chist ovarian și, în cazul sexului feminin fetal, chist

suprarenal. Ulterior, pacienta a efectuat RMN fetal, care a confirmat diagnosticul. Diagnosticarea și managementul corect al malformațiilor gastrointestinale se află în strânsă corelație cu evoluția patologiei, aceasta dictând și tratamentul, care poate fi conservativ sau intervențional, în cazul în care se complică cu obstrucție intestinală sau torsiune. Diagnosticul diferențial este îndelungat, fiind utilă abordarea sistematică a evaluării ecografice. Conduita pe parcursul sarcinii este de monitorizare a creșterii în dimensiune a chistului și de măsurare a lichidului amniotic, amniodrenaj în cazul hidramniosului, pentru evitarea nașterii premature, sau aspirația chistului în cazul creșterii în dimensiune. **Concluzii.** Evaluarea ecografică sistemică și RMN-ul fetal pot stabili diagnosticul și conduita atât antepartum, cât și post-partum.

Cuvinte-cheie: chist mezenteric, diagnostic prenatal, management

Poate fi anticipată o evoluție nefavorabilă a sarcinii de trimestrul I?

Carmen Elena Bucuri, Doru Diculescu, Răzvan Ciortea, Andrei Măluțan, Costin Berceanu, Radu Mocan-Hognogi, Mihaela Oancea, Cristian Iușă, Maria Rada, Dan Mihu

Clinica de Obstetrică-Ginecologie „Dominic Stanca”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Incidența sarcinii oprite în evoluție este de 25%. Complicațiile sarcinii de prim trimestru reprezintă o problemă actuală de sănătate. Etiologia opririi în evoluție a sarcinilor este plurifactorială, anomaliile cromozomiale fiind cele mai frecvente (40%). Alte cauze pot fi reprezentate de: defecte de fază luteală, anomalii tiroidiene materne, diabet zaharat matern, infecții, trombofilii ereditare sau dobândite, precum și agenți exogeni. În cadrul monitorizării prenatale se dorește creșterea eficienței metodelor de screening și îmbunătățirea metodelor de diagnostic în cazul sarcinilor de prim trimestru al căror potențial evolutiv poate fi rezervat. Inițial, embrionul este detectat imediat adiacent veziculei ombilicale (VO). Dacă embrionul este separat de aceasta, separarea se datorează dezvoltării sale. Pe măsură ce crește lungimea cranio-caudală (LCC), crește și distanța dintre embrion și VO. Pentru embrionii cu un LCC de 5

mm sau mai mic, nu ar trebui să fie nicio separare a embrionului de VO sau una foarte mică (<2 mm). O distanță mică (evaluată în literatura de specialitate de 2 mm) între un embrion cu LCC mai mare de 5 mm și VO este un marker ecografic de prognostic nefavorabil. Astfel, s-a studiat distanța dintre embrion și VO (apreciată prin ecografie endovaginală) pentru embrionii cu LCC mai mare de 5 mm și s-a identificat o corelație între aceasta și nivelul seric al β -Human Chorionic Gonadotropin (beta-HCG), progesteron, forma solubilă a factorului de creștere endotelial (sFlt1), Human Inhibin A, Human Placental-Like Growth Factor și Human Pregnancy Specific Beta 1 Glycoprotein, evidențiindu-se corelații importante între acești factori serologici și cel ultrasonografic în cazul pacienților cu sarcină cu evoluție nefavorabilă.

Cuvinte-cheie: ultrasonografie, serologie, trimestrul I

Rolul esențial al ultrasonografiei în diagnosticul și managementul terapeutic al unui caz particular de sarcină ectopică

Manuela Neagu, Bogdan Dorobăț, Bogdan Marinescu

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

Sarcina inserată la nivelul cicatricei post-cezariană este o formă rară de sarcină ectopică, cu morbiditate crescută și posibil fatală. Incidența acesteia se apreciază că va fi în creștere, din cauza numărului mare de operații cezariene. Astăzi, prognosticul este mult ameliorat datorită, pe de o parte, unui diagnostic ecografic precoce și, pe de altă parte, diversificării opțiunilor terapeutice. O pacientă în vârstă de 32 de ani, cu amenoree secundară de opt săptămâni, se prezintă la un prim consult prenatal acuzând metroragii. La examenul clinic se ridică suspiciunea de sarcină ectopică cervico-istmică. Examenul ecografic transvaginal și transabdominal cu reconstrucție 4D diagnostichează o sarcină de 8,4 săptămâni în evoluție, cu localizare ectopică istmică implantată la nivelul cicatricei post-operație cezariană. Examenul Doppler evidențiază vascularizație intensă, dar fără invazia vezicii urinare. Se decide și se practică injectarea de metotrexat în sacul gestațional, prin

puncție transvaginală ghidată ecografic, cu scopul de a opri în evoluție sarcina. Efectul metotrexatului este urmărit prin ecografii seriate și prin dozarea de beta-HCG și se constată oprirea în evoluție a sarcinii după două zile. Deoarece metroragia continuă, iar Dopplerul vascular prezintă vascularizație intensă la locul de nidație după opt zile, deși beta-HCG este în scădere semnificativă, se decide embolizarea temporară și selectivă a arterelor uterine, urmată imediat de evacuarea prin aspirație a sarcinii ectopice, această manevră efectuându-se sub control ecografic transabdominal. Se continuă monitorizarea beta-HCG și ecografică transvaginală, evoluția pacinței fiind cu *restitutio ad integrum*. Abordarea terapeutică și soluționarea acestui caz de sarcină ectopică se datorează în mod esențial examinării performante ultrasonografice.

Cuvinte-cheie: sarcină ectopică, metroragii la debutul sarcinii, ultrasonografie

Aspecte ecografice ale placentei în nașterile premature

Larisa Copotoiu², Denis Șerban^{1,2}, Daniela Veronica Chiriac^{1,2}, Costela Lăcrimioara Șerban³, Ioan Sas^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

2. Clinica Obstetrică-Ginecologie IV, Spitalul Clinic Municipal de Urgență Timișoara

3. Departamentul de Științe funcționale, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara

Introducere. Formarea și dezvoltarea placentei – ca organ eminamente vascular – reprezintă un proces de complexitate înaltă. Nașterea prematură apare frecvent în sarcinile în care există anomalii în morfologia, implantarea sau funcționarea placentei. **Materiale și metodă.** Se discută experiența cazurilor din ultimul an într-un spital pluridisciplinar de urgență și prezentăm o largă revizuire a literaturii de specialitate în scopul formulării unei abordări coerente și standardizate a pacientelor cu factori de risc, precum și a metodelor actuale optime de abordare terapeutică. Evaluarea cordonului ombilical și a placentei este o componentă importantă a sono-

grafiei obstetricale. Diagnosticul antenatal al placentei cu anomalii în morfologie, implantare și funcționare prin ultrasonografie, îndeosebi cu funcție Doppler și prin RMN (rezonanță magnetică nucleară), este definitiv pentru planificarea managementului ulterior.

Rezultate și concluzii. Efectuarea testelor de laborator și a investigațiilor imagistice la momentul potrivit în timpul sarcinii, precum și o interpretare corectă a rezultatelor lor pot preveni debutul unor evenimente catastrofale, inclusiv moartea fătului în uter.

Cuvinte-cheie: placentă, ultrasonografie, naștere prematură

Importanța ecografiei în diagnosticul și managementul activ al gravidelor cu sarcină gemelară

Nicolae Raca, Cristina Păun, Gheorghe Ion

Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova

Studiul analizează nașterea unui număr de 46 de gravide cu sarcină gemelară în maternitatea din Craiova și rezultatele dispensării ecografice a unui număr de 20 de gravide cu sarcină gemelară. Din cele 46 de gravide cu sarcină gemelară, 20 au născut prematur. Mortalitatea perinatală la nașterile gemelare studiate a fost 19%. Gravidele dispensarizate clinic și ecografic au născut într-o proporție mai mare decât cele nedispensarizate feți la termen. Examenul

ecografic a depistat unele anomalii privind creșterea și dezvoltarea intrauterină, patologia lichidului amniotic și moartea intrauterină a fătului. Diagnosticul ecografic al sarcinii gemelare și managementul activ al evoluției impun necesitatea examenului ecografic în dinamică. Studii recente arată că morbiditatea și mortalitatea celui de-al doilea făt sunt mult mai scăzute dacă nașterea a fost prin cezariană.

Cuvinte-cheie: sarcină gemelară, ecografie

Ecografia – metodă de încredere în managementul sarcinilor cu diabet gestațional, în cadrul unei echipe multidisciplinare

Roxana-Elena Dumitru, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciu

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și a Copilului „Alessandrescu Rusescu”, București

Introducere. Diabetul gestațional este o afecțiune a metabolismului carbohidraților în sarcină, cu o incidență crescută (1-10%, în funcție de regiunea geografică) în ultimele decade, ca un rezultat multifactorial (obiceiuri alimentare, stil de viață, variații în standarde de diagnostic). Ratele crescute de morbiditate și mortalitate intrauterină în sarcinile cu diabet gestațional sunt motive suficiente pentru îmbunătățirea standardelor de îngrijire bună, sub forma ghidurilor naționale și a protocoalelor locale. Țările cu o istorie susținută în cercetare și consistență în implementarea de ghiduri de bună practică pot reprezenta un model inspirațional care poate fi, bineînțeles, adaptat la condițiile locale, cu buna intenție de a minimiza riscurile atât pentru făt, cât și pentru mamă. **Metodă.** Discuție asupra practicilor medicale promovate de RCOG și aplicate local sub formă de ghiduri

în cadrul unor spitale cu reputație bună din Londra, cum ar fi Chelsea and Westminster NHS Foundation Trust și Royal Free London NHS Foundation Trust. **Rezultate.** Ecografia care se bazează pe determinarea biometriei, indexului de lichid amniotic și a examenului Doppler la feții normali structural din mame cu diabet gestațional reduce în mod considerabil morbiditatea și mortalitatea, în special când rezultatele scanării sunt interpretate în cadrul unei echipe multidisciplinare (obstetrician, endocrinolog și dietetician) și „traduse” sub forma unui tratament optimal și a unei modalități plus timing de naștere. **Concluzii.** O bună cunoaștere, standardizare și interpretare a analizei ecografice creează premisele îmbunătățirii rezultatelor în managementul sarcinilor cu diabet gestațional.

Cuvinte-cheie: morbiditate, standarde, multidisciplinar

Ajutorul ecografiei în aprecierea complicațiilor cranio-cerebrale fetale într-o analiză comparativă forceps-ventuză

Roxana-Elena Dumitru, Daniela Nuți Oprescu, Nicolae Suciu

Institutul Național pentru Sănătatea Mamei și a Copilului „Alessandrescu Rusescu”, București

Introducere. Extinderea indicațiilor de cezariană, creșterea numărului mare de cazuri de tocofobie, teama obstetricianului de malpraxis și lipsa unui training susținut al tinerilor doctori în acest sens au condus în România la trendul conform căruia numai obstetricienii experimentați au curajul să-și asume responsabilitatea și să ia decizia unei nașteri instrumentale. Evoluția științei a reușit, într-o mare măsură, să aprecieze impactul folosirii instrumentelor asupra capului fetal în contextul nașterii instrumentale, ecografia fiind o modalitate utilă de a judeca extensia și gravitatea complicațiilor de la acest nivel (hemoragie subgaleală, intraventriculară, subarahnoidiană). **Metodă.** Un

review al trialurilor randomizate și al literaturii, ce ilustrează evaluarea ecografică a injuriilor capului fetal în favoarea nașterii prin forceps, decât a celei prin ventuză. **Rezultate.** Majoritatea studiilor arată forcepsul ca fiind mai sigur din punctul de vedere al complicațiilor fetale, în condițiile unei evaluări ecografice efectuate de către un expert. **Concluzii.** Studiile cu referire la ecografia capului fetal după nașterea instrumentală pot orienta obstetricianul în alegerea instrumentului în funcție de caz, luând, de asemenea, în considerație și contextul clinic (vârstă gestațională, patologii asociate).

Cuvinte-cheie: forceps, ventuză, traumă

Displazia renală multichistică. Diagnostic antenatal

Iulia Huhuță¹, Nicolae Gică¹, George Iancu², Gheorghe Peltecu², Anca Maria Panaitescu²

1. Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

2. Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Filantropia, București

Displazia renală multichistică, deși este o afecțiune rară, reprezintă cea mai frecventă boală chistică renală la nou-născut. Caracterizată prin dezvoltarea anormală a parenchimului renal, displazia poate interesa întregul rinichi și poate fi segmentară sau focală. În ceea ce privește prevalența, displazia renală multichistică este mai frecventă la sexul masculin, în schimb la sexul feminin există posibilitatea mai mare ca aceasta să fie bilaterală sau asociată cu malformații fetale non-renale. Displazia renală multichistică este caracterizată de defecte arhitecturale. Încă de la 14 săptămâni de gestație, pot fi observate dilatații chistice pe diferite segmente nefronale. În stadiile ulterioare, caracteristicile principale sunt: numeroase chisturi, dezorganizare

arhitecturală, țesut mezenchimal metaplaziat, atrezie ureterală bilaterală etc. Ecografia fetală permite evaluarea sistemului urinar încă de la 12 săptămâni de gestație, oferind și date despre funcția renală prin evaluarea aspectului parenchimului renal și a cantității de lichid amniotic. Evoluția naturală este imprevizibilă; totuși, absența anomaliilor asociate, cariotipul normal, afectarea unilaterală și cantitatea normală de lichid amniotic sunt factori de prognostic favorabil. Lucrearea își propune să clarifice diagnosticul ecografic antenatal în cazul displaziei renale multichistice, evidențiind caracteristicile ce o diferențiază de alte afecțiuni chistice ale rinichiului.

Cuvinte-cheie: displazie renală multichistică, ecografie, diagnostic

Efectuarea cerclajului de urgență în sarcini unice și multiple – cazuri clinice

Cătălin Căuș, Natalia Căuș, Sergiu Puiu, Valentin Friptu

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Cerclajul cervical a apărut ca tehnică în anii 1955-1957 și a fost extins în practica obstetricală globală din anii '60 ca obiectiv de a preveni nașterea prematură. Insuficienței istmico-cervicală îi revine rolul primar în nașterea prematură, iar incidența acestei entități este estimată la 1/500 de nașteri. Tehnicile de cerclaj transvaginal nu s-au modificat radical de-a lungul anilor. Cerclajul de urgență are drept scop de a oferi o șansă în plus grupului de parturiente cu risc de naștere prematură în a prelungi durata de dezvoltare intrauterină a fătului și, combinat cu diverse terapii medicamentoase, crește rata de supraviețuire a nou-născuților. **Obiectiv.** Prevenirea nașterii premature și îmbunătățirea diagnosticului prenatal, cât și de a perfecționa tehnica de suturare în cazul cerclajului de urgență și de a elabora unele recomandări. **Metodă.** Tehnica de suturare a colului uterin în cadrul cerclajului de urgență a fost efectuată după procedeul autorului australian McDonald (1957). S-au cerclat cinci paciente, cu col uterin dilatat ≤ 4 cm,

cu lipsa contracțiilor uterine regulate stabilită prin cardiocografie, cu feți vii și pungă amniotică intactă confirmate ecografic. **Rezultate.** Toți feții s-au născut vii și au supraviețuit după naștere, dintre care două nașteri premature și trei nașteri la termen, durata de prelungire a sarcinii variind de la 6 la 10 săptămâni. La pacientele cu cerclaj de urgență nu s-au dezvoltat infecții intrauterine de tip corioamnionită sau cervicită și, de asemenea, nu s-au observat alte complicații obstetricale, de tip lacerării grave de cervix, stenoză cervicală, ruptură de pungă amniotică în timpul procedurii de suturare, sângerare genitală etc. **Concluzii.** Diagnosticul ecografic prenatal, cât și investigarea antecedentelor personale și a factorilor de risc pot reduce numărul de paciente ce necesită cerclaj de urgență și pot oferi timp și condiții optime pentru cerclajul preventiv și selectarea pacientelor pentru pisarii cervicale.

Cuvinte-cheie: cerclaj de urgență, cervix dilatat ≤ 4 cm, pungă amniotică intactă

Utilitatea ultrasonografiei în diagnosticul anomaliilor congenitale uterine – review

Cristian Andrei Arvatescu, Dana Gutu, C. Podasca, M. Moga, Nicușor Bigiu, Lorena Dima

Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie din Brașov

Introducere. Cele mai frecvente anomalii de dezvoltare uterină sunt cele care rezultă din eroarea fuziunii ducturilor mülleriene. Variabilitatea acestora face clasificarea lor dificilă, iar mult mai dificilă este determinarea incidenței acestora. Diagnosticul ecografic este una din cele mai utilizate metode în ziua de astăzi datorită progresului sistemelor ecografice atât în ceea ce privește rezoluția, cât și performanțele. **Materiale și metodă.** S-a efectuat o căutare sistematică a literaturii de specialitate privind studiile ce au la bază identificarea ecografică a anomaliilor congenitale uterine. Au fost consultate bazele de date PubMed, Cochrane Central Register of Controlled Trials, ResearchGate și Medline, folosind următorii termeni: „Müllerian anomalies”, „2D ultrasound”, „3D ultrasound” și „infertility”. După aplicarea criteriilor de includere, a fost introdus în studiu un număr de 30 de studii. **Rezultate.** Studiul prezentat a constatat eficacitatea USG 3D și mai puțin a USG 2D în diagnosticul anomaliilor uterine. Principalele grupe de paciente care au apelat la diagnosticul prin ultrasonografie sunt

cele cu infertilitate primară, avorturi spontane sau sarcini ectopice. În aprecierea subcategoriilor anomaliilor uterine trebuie considerată aplicarea ultrasonografiei transvaginale 3D ca o etapă revoluționară. În urma unui studiu efectuat pentru aprecierea informativității USG 3D, la 204 paciente cu anomalii uterine, s-a stabilit că sensibilitatea metodei ar fi de 86,6%, specificitatea – de 96,9%, iar acuratețea – de 88,2%. **Concluzii.** Anomaliile congenitale uterine sunt numeroase, fiind clasificate în șapte grupuri mari. Datorită progresului performanțelor ecografice, în special al ultrasonografiei tridimensionale, este posibilă determinarea și a subgrupurilor acestora, unele anomaliile satelite ale anexelor uterine sau vaginului. Ecografia 3D permite evaluarea simultană a conturului intern (cavitatea endometrială) și extern (conturul fundic) al uterului în planul coronal, ceea ce este mai puțin accesibil în ecografia 2D.

Cuvinte-cheie: anomaliile ductului müllerian, anomalii congenitale uterine, ultrasonografie 2D și 3D, infertilitate primară

Uterul bicorn și sarcina

Iulia-Diana Mocanu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Vlad Iustin Tica

Universitatea „Ovidius”, Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Uterul bicorn este inclus în cadrul anomaliilor canalelor mülleriene. Rezultă din fuziunea defectuoasă a canalelor mülleriene, care duce la o separare a coarnelor uterine. În acest caz este vorba de un defect de fuziune laterală și apare în săptămâna a zecea de viață intrauterină. Limita inferioară o reprezintă o indentație a fundului uterin de 1 cm. **Obiective.** În această lucrare am studiat influența malformației congenitale, respectiv a uterului bicorn, asupra evoluției sarcinii. **Materiale și metodă.** Am verificat mai multe baze de date medicale internaționale și naționale cu privire la influența uterului bicorn asupra unei sarcini. **Rezultate.** Uterul bicorn reprezintă 10% din numărul anomaliilor de canal müllerian. În cadrul populației generale, incidența malformațiilor uterine este estimată la aproximativ 3-5%, iar la femeile cu rezultate de reproducere reduse, incidența este estimată la 5-10%. Din punct de vedere paraclinic, diagnosticul malformațiilor uterine se pune cu ajutorul ecografiei, histerosalpingo-

grafiei, imagisticii prin rezonanță magnetică, histerocopiei și laparoscopiei. Ultimele două au și rol terapeutic. Sarcinile care apar în uterul malformat, respectiv uterul bicorn, sunt relativ rare și multe dintre ele sunt asimptomatice. Uterul bicorn poate fi asimptomatic o perioadă lungă și poate rămâne nedignosticat până la efectuarea unor intervenții chirurgicale abdominale. Femeile cu uter bicorn la care apare totuși sarcina prezintă un risc crescut de complicații obstetricale, precum prezentații patologice, restricție de creștere intrauterină, ruptură prematură a membranelor, naștere prematură, incompetență cervicală sau avorturi repetate. Aceste complicații pot fi și un indiciu diagnostic. **Concluzii.** Uterul bicorn reprezintă o anomalie uterină în care sarcina poate fi prezentă, cu riscul de apariție a anumitor complicații obstetricale. În lipsa lor, această afecțiune nu se poate suspecă simptomatic.

Cuvinte-cheie: uter bicorn, ecografie, anomalii uterine

Uterul fibromatos și sarcina

Iulia-Diana Mocanu, Silvia Izvoranu, Liliana Steriu, Roxana Penciu, Iulia Postolache, Vlad Iustin Tica

Universitatea „Ovidius”, Constanța, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Constanța

Introducere. Fibromul uterin este una din cele mai frecvente afecțiuni depistate ecografic la femeile de vârstă reproductivă. Majoritatea acestora nu își schimbă mărimea în timpul sarcinii, dar o treime pot crește în primul trimestru. Fibromul uterin poate fi asociat cu o creștere a ratei în ceea ce privește avortul spontan, travaliul prematur, ruptura placentară, prezentațiile patologice, operația cezariană și hemoragia post-partum. **Obiective.** În această lucrare am studiat efectele uterului fibromatos asupra unei sarcini. **Materiale și metodă.** Am verificat mai multe baze de date medicale internaționale și naționale cu privire la influența uterului fibromatos asupra unei sarcini. **Rezultate.** Fibroamele uterine sau leiomiomele sunt tumori de tip benign cu originea la nivelul celulelor musculare netede ale uterului. Sunt frecvente, cu o incidență totală de 40% până la 60% la vârsta de 35 de ani și de 70% până la 80% până la vârsta de 50 de ani.

În ceea ce privește etiologia exactă a fibroamelor uterine, aceasta rămâne neclară. Diagnosticul fibroamelor în timpul sarcinii nu este simplu. Numai 42% dintre fibroamele mari (>5 cm) și 12,5% din fibroamele mici (3-5 cm) pot fi diagnosticate prin examinare fizică. Capacitatea ultrasunetelor de a detecta fibroamele în timpul sarcinii este chiar mai limitată (1,4-2,7%) în primul rând din cauza dificultății de diferențiere a fibroamelor de îngroșarea fiziologică a miometrului. Prevalența fibroamelor uterine în timpul sarcinii este astfel subestimată. În ciuda prevalenței lor în creștere, relația dintre fibromul uterin și sarcină nu este clar înțeleasă. **Concluzii.** Fibromul uterin este o afecțiune frecvent întâlnită în rândul femeilor de vârstă reproductivă, care poate crește ca dimensiune în primul trimestru de sarcină și al cărui efect clar asupra sarcinii încă nu este pe deplin cunoscut.

Cuvinte-cheie: fibrom uterin, ecografie, sarcină

O provocare în evaluarea Doppler a tumorilor maligne ovariene – limitări în conduita preoperatorie

Valentin Varlas, Georgiana Bostan, Oana Maria Ionescu

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

Cancerul ovarian are cea mai mare rată de mortalitate dintre toate cancerurile ginecologice, incidența sa atingând maximul la femeile aflate în postmenopauză. Dificultatea diagnosticului se datorează naturii heterogene a maselor ovariene și lipsei de simptome în stadiile incipiente de cancer. Diferențierea dintre tumorile benigne și cele maligne ovariene este necesară pentru alegerea tipului de intervenție chirurgicală în funcție de stadiul de boală. Ecografia transvaginală (2D ETV) este o metodă ieftină, ușor reproductibilă și accesibilă care necesită un minimum de efort pentru diagnostic. Imaginile obținute prin 2D ETV, coroborate cu evaluarea Doppler color și analiză spectrală Doppler pulsat, permit analiza vascularizației tumorale și măsurarea cantitativă a vitezei fluxului sanguin. Lipsa unui cut-off pentru indicii de pulsilitate și rezistență, diferențele interobservator, precum și

suprapunerea între parametrii de flux ai tumorilor benigne și maligne constituie o provocare în găsirea unei metode care să permită identificarea cu acuratețe crescută a tumorilor maligne ovariene pe baza patternului vascular. Evaluarea combinată a morfologiei și neovascularizației tumorale prin ecografie tridimensională power Doppler (3D-PD) reprezintă o tehnică de investigare folosită la pacientele cu modificări sugestive la evaluarea ecografică clasică (2D ETV combinată cu Doppler color) care permite diagnosticul precoce al cancerului ovarian. În ciuda progreselor făcute de tehnicile ecografice, cancerul ovarian rămâne un adevărat „cameleon” care creează dificultăți în ceea ce privește diagnosticul preoperatoriu și implicit conduita preoperatorie.

Cuvinte-cheie: cancer ovarian, Doppler, management preoperator

Analiza receptorului de FSH – tehnica RFLP

E. Tănase¹, K. Iacob², R. Mătășariu¹, M. Petică², A. Tibeică², B. Toma², M. Onofriescu^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

Introducere. Principiul tehnicii se bazează pe compararea profilurilor de restricție rezultate în urma digestiei ADN obținut prin extracție, clonare sau amplificare cu endonucleaze de restricție. Eventualele mutații care apar la nivelul secvenței ADN pot crea sau modifica un situs de restricție, având drept rezultat obținerea de fragmente de restricție diferite. Enzimele de restricție au fost descoperite în urma studierii fenomenului de rezistență bacteriană la atacul bacteriofagilor determinat de sinteza unor enzime de restricție-modificare cu rol în degradarea materialului genetic fagic și protejarea celui propriu. **Metodă.** *Restriction Fragment Length Polymorphism* (RFLP) este o tehnică ce utilizează capacitatea enzimelor de restricție de a tăia foarte specific anumite modele de secvențe de ADN. Enzimele de restricție, numite și endonucleaze de restricție, sunt enzime care taie ADN-ul la nivelul unor zone precise, numite și situsuri de restricție. Ele pot fi categorisite în funcție de mai multe caracteristici structurale,

de modul de recunoaștere a secvenței etc. Situsul de recunoaștere variază în dimensiune de la 4-8 nucleotide și de obicei este un palindrom. **Etapele tehnicii RFLP.** În prima etapă se realizează amplificarea PCR cu primari specifici care flanchează polimorfismul. Ulterior se realizează o migrare electroforetică pentru verificarea amplificării. Se migrează o cantitate de ~4 μl, iar restul se păstrează pentru digestie și controlul nedigerat. Cantitatea de produs de amplificare se împarte în două secțiuni: controlul nedigerat și produsul care va fi supus digestiei cu enzima de restricție. În ultima etapă, cele două secțiuni se migrează în paralel pentru a putea identifica diferențele. **Rezultate.** Prezentăm analiza a 13 paciente cu frecvente mutații la nivelul acestui receptor, cea mai comună fiind A919G/12039G. **Concluzii.** Dozarea polimorfismului receptorului de FSH este utilă la pacientele care urmează tratamente pentru infertilitate, prin tehnici de reproducere umană asistată.

Cuvinte-cheie: FSH, polimorfism, infertilitate

Aportul ecografiei 3D/4D în diagnosticul prenatal al anomaliilor de cordon ombilical

Diana-Elena Comandașu^{1,2}, Cătălin Coroleucă^{1,2}, Ciprian Coroleucă^{1,2}, Diana Mihai^{1,2}, Elvira Brătîlă^{1,2}

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Universitate de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

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

Introducere. Evaluarea ecografică a cordonului ombilical, deși nu este întotdeauna posibilă pe toată lungimea, poate ajuta la diagnosticarea unor anomalii congenitale importante. Evaluarea 3D permite o vizualizare mai bună comparativ cu ecografia 2D, crescând rata de detecție a anomaliilor. **Materiale și metodă.** În perioada 2018-2019 am evaluat un număr de 35 de cazuri de sarcini cu suspiciune de anomalii de cordon ombilical. Dintre acestea, s-au diagnosticat prenatal 31 de cazuri de anomalii de cordon ombilical, incluzând inserție velamentoasă, nod adevărat sau fals, procidență de cordon, *vasa praevia*, arteră ombilicală unică, chist și respectiv hiperspiralare de cordon ombilical. **Rezultate.** 27 de cazuri au prezentat sarcini unice, respectiv opt paciente sarcini gemelare (o pacientă – monoamniotică monocorială; trei paciente – biamniotice monocoriale; patru paciente – biamniotice bicoriale). La nouă paciente, feții au fost diagnosticați cu restricție de creștere intrauterină (RCIU), iar ecografia 2D a suspiciat inserție patologică de cordon. Reconstrucția 3D a decelat inserția velamentoasă în șapte cazuri, confirmate post-

natal. Noduri adevărate de cordon s-au detectat în nouă cazuri prin ultrasonografie 3D/4D, dintre care au fost confirmate la naștere șapte, unul fiind nod fals, iar al doilea, un chist de cordon. Procidența de cordon s-a identificat la debutul travaliului în cinci cazuri suspicinate clinic și confirmate intrapartum. *Vasa praevia* asociată placentei praevia s-a diagnosticat în două cazuri, confirmate intrapartum. Hiperspiralarea de cordon s-a decelat la un făt dintr-o sarcină gemelară monoamniotică și, respectiv, la un făt din sarcină unică, ambele confirmate la naștere. Artera ombilicală unică s-a diagnosticat și confirmat în șase cazuri la screeningul de trimestrul întâi, dintre care două au ajuns la termen, celelalte prezentând anomalii asociate, pentru care s-a decis terminarea sarcinii. **Concluzii.** Evaluarea tridimensională a cordonului ombilical reprezintă o metodă fiabilă în identificarea anomaliilor acestuia. Metoda îmbunătățește rata de detecție comparativ cu evaluare bidimensională, completând examinarea anexelor fetale.

Cuvinte-cheie: ecografie 3D/4D, anomalii de cordon ombilical, diagnostic prenatal

Utilizarea lungimii colului uterin pentru a prezice nașterea prematură

Ali Al Delbani¹, Roger Helou²

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

2. Centre Hospitalier de Châteaudun, Franța

Introducere. Numeroase studii de diferite modele au evaluat măsurarea lungimii cervicale pentru a prezice nașterea prematură într-o varietate de populații (de exemplu, femeile cu antecedente de naștere prematură, gestație multiplă, intervenții chirurgicale anterioare ale colului uterin sau anomalii uterine). Deși poate fi prezisă nașterea prematură, nu există dovezi clare că aceste cunoștințe pot ajuta la prevenirea nașterilor premature ulterioare (Berghella et al., 2009). Femeile cu factori de risc pentru nașterea prematură pot fi urmărite prin sonografie cervicală care începe la 16-18 săptămâni pentru a evalua probabilitatea unei nașteri premature recurente. Măsurarea lungimii cervicale poate fi utilă în managementul femeilor simptomatice atunci când diagnosticul de travaliu prematur este incert. Dintre femeile care continuă să nască prematur, 80-100% au o lungime cervicală <30 mm atunci când au fost evaluate inițial pentru simptome. Ca o orienta-

re generală, nașterea prematură este foarte puțin probabilă la femeile simptomatice dacă cervixul este mai lung de 30 mm, cu excepția cazului în care nașterea este datorată contracțiilor. Nașterea prematură este mult mai probabilă la cele cu cervix <15-20 mm. Într-o analiză centralizată care cuprinde peste o mie de sarcini unice, care prezintă amenințare de naștere prematură, aproximativ 60% dintre cele cu lungimea cervicală ≤15 mm au născut în decurs de șapte zile. Prin comparație, numai una din 415 paciente cu lungimea cervicală ≥16 mm a născut în decurs de șapte zile. Testele combinate care utilizează atât lungimea cervicală, cât și fibronectina fetală pot fi utile în cazul femeilor simptomatice, în special al celor cu lungimi medii cervicale (între 15 și 30 mm). **Concluzii.** Riscul absolut al nașterii premature corelat cu scăderea lungimii cervicale a fost raportat în mod consecvent.

Cuvinte-cheie: naștere prematură, lungime cervicală

Nuchal translucency in the first trimester of pregnancy

Ali Al Delbani¹, Roger Helou²

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

2. Centre Hospitalier de Châteaudun, France

Introduction. Nuchal translucency is the normal fluid-occupied subcutaneous space between the back of the fetal skin and the overlying skin. An increased NT was first described as a measure greater than the 95th percentile for a given crown rump length. However, reports have highlighted that opposing results are much more common with an NT that exceeds a set threshold of 3.5 mm, a measurement that essentially represents the 99th percentile or more throughout the gestational age window for first trimester screening. Assessing the thickness of NT has become a well-established method in early pregnancy for the detection of aneuploidy. **NT Measurement technique.** Most experts recommend that NT should be measured between 11 and 13+6 weeks, corresponding to a CRL measurement of between 45 and 84 mm. This gestational age window is chosen because NT as a screening test performs optimally and fetal size allows the diagnosis of major fetal abnormalities, thus providing women who are carrying an affected fetus with the option of an early termination of pregnancy. **How to measure NT? (ISUOG Practice Guidelines, 2013).** A transabdominal or transvaginal route can measure NT. The fetus should

be in the neutral position, a sagittal section should be obtained and the image should be magnified in order to include only the fetal head and upper thorax. Furthermore, the amniotic membrane should be identified separately from the fetus. The median view of the fetal face is defined by the presence of the echogenic tip of the nose and rectangular shape of the palate anteriorly, the translucent diencephalon in the center and the nuchal membrane posteriorly. If the section is not strict median, the tip of the nose will not be seen and the orthogonal osseous extension at the frontal end of the maxilla will show. The ultrasound machine should allow measurement precision of 0.1 mm. Calipers would be positioned perfectly (on-on) to measure NT as the maximum distance between the nuchal membrane and the edge of the soft tissue overlying the cervical spine. If more than one measurement meeting all the criteria is achieved, the maximum one should be recorded and used for risk assessment. **Conclusions.** NT detection by ultrasound is considered a powerful prenatal screening strategy to diagnose early fetal anomalies.

Keywords: nuchal translucence, fetal ultrasound, prenatal screening

Managementul pemfigusului vulgar în sarcină

B. Toma², A. Tănase¹, M. Petică², K. Iacob², M. Onofriescu¹

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

Introducere. Dezvoltarea pemfigusului, incluzând *pemphigus vulgaris* (PV) și *pemphigus foliaceus*, asociată cu sarcina este rară, cu mai puțin de 50 de rapoarte publicate, iar sugarii acestor mame pot avea diferite rezultate la naștere. Efectele negative ale fătului sunt mai frecvente în cazul PV în comparație cu *pemphigus foliaceus*. *Pemphigus vulgaris* este o boală autoimună rară, provocată de autoanticorpi îndreptați împotriva glicoproteinelor transmembranare ale desmosomilor, care pot conduce la blocarea sterică a adeziunii homofilice a desmogleinelor. Dezvoltarea pemfigusului în timpul sarcinii este rară. Distrugerea echilibrului Th1:Th2 în boala autoimună în timpul sarcinii joacă un rol crucial și explică de ce unele studii au raportat exacerbarea bolii, în timp ce altele observă îmbunătățiri în timpul sarcinii. **Prezentarea cazului.** Prezentăm un caz clinic de primigravidă în vârstă de 31 de ani, diagnosticată cu *pemphigus vulgaris* în urmă cu doi ani și care a urmat tratament cu Medrol® 64 mg/zi și Imuran® 50 mg pe zi, sarcină gemelară dicorială-diamniotică. Pacienta a fost internată la 31 de săptămâni de gestație cu contracții nesistematizate

de intensitate moderată. Constatările clinice au fost eroziuni multiple și vezicule care au fost accentuate în timpul celui de-al doilea trimestru și au fost remise după naștere. În prezent, tratamentul pemfigusului în timpul sarcinii nu este încă stabilit și toate aceste cazuri sunt evaluate individual, cu scopul principal de a controla boala și siguranța fătului. **Discuție.** Pemfigusul dezvoltat în timpul sarcinii este rar, puține cazuri fiind publicate în literatură. Boala poate apărea mai întâi în timpul sarcinii sau ca un episod de agravare a patologiei. În a doua situație, simptomele se dezvoltă în timpul primului trimestru de sarcină. Scopul tratamentului este de a remite simptomele și de a preveni noi recidive cu efecte secundare asupra fătului și ar trebui asociat cu monitorizarea obstetricală atentă. În forma ușoară a bolii, administrarea topică a steroizilor poate fi o opțiune terapeutică foarte utilă și sigură, dar tratamentul formei severe de boală este foarte dificil, din cauza medicamentelor imunosupresoare, cu efectele secundare asupra fătului.

Cuvinte-cheie: pemfigus, sarcină, steroizi, imunosupresive

Molă parțială cu embrion viabil plurimalformat la 17 săptămâni de sarcină – prezentare de caz

M. Mocanu², E. Pavel², K. Iacob², C. Mihăilă², B. Scurtu², M. Onofriescu¹, A. Tănase¹

1. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Departamentul de Obstetrică și Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

Introducere. Termenul de mola a fost derivat din cuvântul grecesc *hydatis*, care înseamnă o picătură de apă, iar cuvântul latin *molar* înseamnă o masă. Mola hidatică poate fi parțială sau completă. Un făt, dacă există, prezintă stigmat de triploidie și prezintă caracteristici ale întârzierii simetrice de creștere intrauterină. O moleculă parțială trebuie diferențiată de molecula completă, deoarece șansele de boală persistentă după mola parțială sunt mai mici de 4%, dar cresc până la 20% cu mola completă. **Obiective.** Prezentarea unei sarcini nedispensarizate, descoperită accidental în trimestrul al doilea de sarcină, cu molă parțială și făt plurimalformat. **Prezentare de caz.** O pacientă în vârstă de 26 de ani, cu sarcină de 17 săptămâni, incomplet dispensarizată, fără dublu test efectuat pe timpul sarcinii, cu o operație cezariană în antecedente și o sarcină oprită în evoluție (august 2017), se internează în regim de gardă pentru hemoragie genitală în cantitate redusă. Examenul ecografic: data ultimei menstruații – 20.07.2018, VG cronologică 17 săptămâni + 3 zile, craniu cu aspect ecografic de „lemon sign”, cerebel cu aspect ecografic de „banana sign”, cu închiderea completă a cisternei magna, ventricul cerebral de 10,5 mm, reducerea țesutului cerebral la o bandă de 3 mm la periferie; placentă cu lacune multiple; ovar drept cu aspect multifolicular (aspect similar de hiperstimulare) – aspect de molă parțială. HCG la internare: 741478 mUI/ml, valoare de zece ori mai mare decât intervalul de normalitate. Pe baza diagnosticului de sarcină de 17 săptămâni, ventriculomegalie severă, *spina bifida*, sarcină molară parțială, se întrunește comisia de expertiză și se decide întreruperea cursului sarcinii. Se efectuează amniocentează, recoltându-se

20 ml de lichid amniotic, care se trimite la examenul genetic. **Rezultat.** Sarcină de sex masculin, la care se evidențiază trisomia cromozomului 18, care determină sindrom Edwards, prezența celor doi cromozomi X este asociată sindromului Klinefelter. La data de 22.11.2018 se efectuează examen radiologic pulmonar – torace și cord –, cu aspect normal. Pacienta avortează spontan un produs de concepție neviabil, de sex masculin, cu greutatea de 300 g, pol cefalic aspect malformat, *spina bifida* prezentă, placentă cu multiple formațiuni chistice. Este practicat controlul instrumental al cavității uterine, extrăgându-se resturi placentare cu aspect de vezicule. HCG post-abortum: 189865 mUI/ml. Produsul de concepție și anexele au fost trimise către examenul anatomopatologic. Evoluție favorabilă post-abortum, sub tratament antibiotic profilactic cu ampicilină 2 g. Externarea pacientei s-a realizat cu stare generală bună, primind tratament pentru ablactare cu Dostinex®, fără acuze subiective. Recomandarea respectării contracepției eficiente minimum un an, monitorizarea beta-HCG-ului săptămânal până la negativare și apoi lunar timp de șase luni, repetarea radiografiei toracice peste șase luni și adresarea la clinica de ginecologie în caz de valori de platou sau creșteri ale beta-HCG-ului sunt criteriile esențiale în managementul acestei patologii. **Concluzii.** Mola parțială poate asocia embrion viabil chiar la vârste avansate de sarcină, diagnosticarea precoce a acestei patologii permițând un outcome mai bun pentru pacientă, cât și minimizarea riscurilor asociate, precum boală trofoblastică gestațională, sau a manevrelor de chiuretaj uterin la vârste mari de sarcină.

Cuvinte-cheie: molă parțială, făt plurimalformat, beta-HCG

Osteogenesis imperfecta: case report

M. Petică², A. Tănase¹, B. Toma², K. Iacob², M. Onofriescu¹

1. Department of Obstetrics and Gynecology, "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

2. Department of Obstetrics and Gynecology, "Cuza-Vodă" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași

Objective. To present the second-trimester ultrasound for *osteogenesis imperfecta* (OI) in a female fetus during the second trimester morphology ultrasound, despite a normal Panorama blood test. **Case report.** A 39-year-old secundigravid woman was referred for second opinion because of abnormal second trimester morphology ultrasound. She and her husband were non-consanguineous, and there was no family history of skeletal dysplasias. Her previous pregnancy with the same partner was uncomplicated and the child is healthy. The prenatal ultrasound at 22 weeks of gestation revealed indentation of the frontal bone ("lemon sign"), hypertelorism, protruding tongue, hypoplastic thorax, short ribs, right femoral fracture, and short nasal bone. There were no other anomalies seen on the ultrasound examination. There was

normal amount of the amniotic fluid and the umbilical artery Doppler was normal as well. Our diagnosis based on the ultrasound images was *osteogenesis imperfecta*. The woman underwent amniocentesis. Unfortunately, the Panorama blood test performed at 10 weeks of gestation did not reveal any abnormalities. **Conclusions.** Prenatal ultrasound diagnosis OI (*osteogenesis imperfecta*) should include molecular analysis of type I collagen genes in both fetus and parents. Molecular genetic analysis of the family may incidentally identify a collagen gene mutation in the paucisymptomatic affected parent. Further genetic counseling is recommended, especially in the case the couple plans on further pregnancy.

Keywords: *osteogenesis imperfecta*, ultrasound, femoral fracture

Osteogenesis imperfecta – diagnostic prenatal. Prezentare de caz

Alina Georgiana Agache¹, Ana-Maria Adam², Tudor Ioan Lazăr³, Elena Mihălceanu³

1. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Cuza Vodă”, Iași

2. Departamentul Clinic Chirurgical, Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea Dunărea de Jos, Galați

3. Departamentul de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Introducere. *Osteogenesis imperfecta* (sindromul Lobstein) este o boală rară, ce afectează, în medie, 1/20.000 de nou-născuți, fiind determinată de apariția unei mutații genetice în genele responsabile de producerea colagenului de tip 1. Formele letale sunt rare și se caracterizează prin micromelie cu deformare a membrelor. **Materiale și metodă.** O gravidă în vârstă de 24 de ani, gesta 2, para 1, cu vârsta gestațională de 17 săptămâni, se prezintă la spital pentru suspiciunea ecografică a unei displazii osoase fetale. Diagnosticul antenatal cu ultrasunete a urmărit lungimea diafizei și forma oaselor lungi, precum și aspectul calotei craniene. Ecografic s-a stabilit diagnosticul de *osteogenesis imperfecta* forma letală tipul 2. A fost indicată

întreruperea terapeutică a sarcinii. Diagnosticul anatomopatologic susține diagnosticul ecografic. **Rezultate și concluzii.** Ecografia antenatală în trimestrul al doilea de sarcină permite diagnosticarea tipurilor severe de *osteogenesis imperfecta* din clasificarea Silence. Vizualizarea ecografică a scurtării oaselor lungi ridică suspiciunea pentru diagnostic, dar nu este suficientă pentru a face diagnosticul diferențial cu alte displazii osoase fetale în trimestrul al doilea de sarcină. Scanarea ecografică detaliată de către un specialist cu experiență în medicină materno-fetală este imperios necesară.

Cuvinte-cheie: *osteogenesis imperfecta*, displazie osoasă, diagnostic antenatal

Implications of arterial duct constriction in pregnancy

K. Iacob², M. Onofriescu¹, M. Petică², A. Tănase¹, B. Toma², E. Mihălceanu¹

1. Department of Obstetrics and Gynecology, "Grigore T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

2. Department of Obstetrics and Gynecology, "Cuza-Vodă" Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology, Iași

Introduction. The arterial duct (DA) is formed between weeks 6 and 8 of gestational age and represents the communication between the aortic artery and the trunk of the pulmonary artery. It is located under the origin of the left subclavian artery, below the lower edge of the aortic isthmus, having a calibre similar to the descending aorta. The arterial duct media consists of smooth muscle cells, unlike the aorta and pulmonary artery that have the wall formed by elastin. **Objective.** The constriction of the arterial duct begins in the perinatal period, with a multitude of implications on the development of the fetal heart, which is why we consider that there is a need for a literature review and information to identify the risk factors, pathogenesis and clinical manifestations. **Materials and method.** The paper represents a brief

review and an update of the literature, and a case report about the maternal use of non-steroidal antiinflammatory drugs. **Results.** Prenatal constriction of the arterial duct exposes the right ventricle to increased pulmonary vascular resistance, which may lead to cardiac decompensation, pulmonary hypertrophy, pulmonary artery dilatation, cardiomegaly, dilatation of the right atrium, right ventricle, hypertrophy and dysfunction of the right ventricle, tricuspid and pulmonary regurgitation, and cardiac remodelling. **Conclusions.** The results indicate that the clinical significance of the ductal constriction is important, and may follow maternal exposure to doses of non-steroidal antiinflammatory drugs.

Keywords: arterial duct constriction, fetal echocardiography, prenatal diagnosis

Holoprozencefalia – prezentare de caz și review din literatură

Radu Chicea, Anca Lucia Chicea, Paula Niță

Universitatea „Lucian Blaga”, Sibiu

Introducere. Holoprozencefalia se caracterizează prin scindarea incompletă a prozencefalului. Cazurile severe se caracterizează prin fuzionarea ventriculilor laterali și apariția unei vezicule telencefalice unice. În formele mai puțin severe există un grad de scindare a prozencefalului în cele două emisfere cerebrale, însă structurile situate pe linia mediană prezintă dezvoltare incompletă. Holoprozencefalia apare la 1/10.000 de nou născuți, însă este prezentă la 1/250 de sarcini. La 12 săptămâni de gestație, 1 din 1.300 de feți prezintă holoprozencefalie. Holoprozencefalia poate fi alobară, semilobară sau lobară. Mai este descrisă o variantă interemisferică medie. Holoprozencefalia lobară este detectabilă cel mai frecvent după 18 săptămâni de gestație, în timp ce formele celelalte pot fi detectate între 11 și 13 săptămâni de gestație. **Materiale și metodă.** Această lucrare își propune să evalueze publicațiile din literatură legate de holoprozencefalie, de caracteristicile

ecografice ale acesteia, precum și de prognosticul fetal în funcție de forma de holoprozencefalie prezentă. Baza de date folosită a fost PubMed. Pentru termenul *holoprozencefalie*, în baza de date au fost găsite 2062 de articole. Dintre acestea au fost alese doar cele care au corespuns criteriilor menționate. De asemenea, tot în cadrul acestor lucrări am inclus o prezentare de caz din experiența noastră. **Rezultate și concluzii.** Examinarea ecografică este principala metodă pentru diagnosticul prenatal al holoprozencefaliei. Pe lângă anomaliile cerebrale, este important să căutăm alte malformații asociate, cum ar fi cele ale coloanei vertebrale sau ale membrelor. Diagnosticul precoce și precis al holoprozencefaliei este esențial pentru consilierea adecvată a familiilor în ceea ce privește gestionarea sarcinii. Holoprozencefaliile sunt foarte rar întâlnite la naștere din cauza mortalității intrauterine crescute.

Cuvinte-cheie: holoprozencefalie, ecografie, sarcină

Urinary and fecal incontinence repair using polypropylene sling: a case report

Diana Badiu¹, Peter Petros²

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

2. University of NSW, Professorial Department of Surgery, St. Vincent's Hospital, Sydney, Australia

Transperineal ultrasound is useful for detecting imbalance of pelvic muscle action on the organs. Normally, the raised intraabdominal pressure moves the rectum down, increasing the anorectal angle. We present a case report of 49 years old, a para 3 patient. The patient presented urinary and fecal incontinence, nocturia, pelvic pain, and a second-degree vault prolapsed. The preoperative ultrasound showed an anorectal angle without any response at straining. After the reconstruction of the uterosacral ligaments using a posterior polypropylene sling, and the reconstruc-

tion of the pubourethral ligament by an anterior sling, the patient presented a normal anatomy of the organs without any prolapse or urinary and fecal incontinence. Therefore, by using polypropylene sling, the geometry of the forces stretching the organs can return at normal features. The restoration of structure and function in anorectal components can be easily achieved by surgery reinforcement of the suspensory ligaments and perineal body.

Keywords: fecal incontinence, uterosacral ligament, polypropylene sling

Sindromul Swyer – o provocare de diagnostic și revizuirea literaturii

Alexandra-Maria Tibeică², Alexandra Ursache², Adina-Elena Tănase², Mircea Onofriescu^{1,2}

1. Profesor, șeful Departamentului de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Clinica I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

Introducere. Cariotipul 46 XY reprezintă o tulburare de dezvoltare sexuală în care persoana cu un cromozom X și un cromozom Y în fiecare celulă – model care se găsește în mod normal la bărbați – are organe genitale ambigue, nefiind în mod clar bărbat sau femeie. Unele persoane cu cariotip 46 XY, cu tulburare de dezvoltare sexuală, prezintă organe de reproducere feminine dezvoltate complet sau parțial, în timp ce alte persoane nu prezintă deloc dezvoltarea acestor structuri. Persoanele cu tulburare de dezvoltare sexuală cu cariotip 46 XY pot fi crescute ca bărbați sau femei. Tratamentul implică intervenții chirurgicale și terapie de substituție hormonală. Aceste persoane prezintă un risc crescut de a dezvolta tumori gonadale și beneficiază de supraveghere sau tratament chirurgical pentru a elimina gonadele anormal dezvoltate. Demonstrăm importanța căutării atente a structurilor mülleriene, având în vedere

vizualizarea dificilă uneori a acestora, și importanța laparoscopiei pentru diagnosticul corect și complet al sindromului Swyer. Diagnosticul diferențial între sindromul Swyer și sindromul de insensibilitate completă la androgeni reprezintă o provocare. **Materiale și metodă.** Prezentăm rezultatul unui caz particular de sindrom Swyer, cu agenezia unor structuri mülleriene (vagin), hipoplazia unor structuri mülleriene (uter hipoplazic) și dezvoltarea normală și completă a altor structuri mülleriene (trompe). **Rezultate și concluzii.** Demonstrăm că analiza citogenetică nu este utilă pentru diagnosticul diferențial între aceste două sindroame și că vizualizarea structurilor mülleriene este dificilă și arătăm importanța efectuării laparoscopiei cu examenul histopatologic al țesuturilor gonadale pentru diagnosticul diferențial între aceste două sindroame.

Cuvinte-cheie: 46 XY, infertilitate, amenoree

Struma ovarii bilateral: raport de caz și revizuire a literaturii

Alexandra-Maria Tibeică², Alexandra Ursache², Adina-Elena Tănase², Mircea Onofriescu^{1,2}

1. Profesor, șeful Departamentului de Obstetrică-Ginecologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

2. Clinica I, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

Introducere. *Struma ovarii* este o tumoră benignă rară, cel mai frecvent unilaterală, care poate metastaza în cazuri rare. Este de obicei asimptomatică și nu este diagnosticată preoperatoriu din cauza absenței unor markeri imagistici sau biologici specifici pentru această entitate tumorală. **Materiale și metodă.** Prezentăm un caz rar de *struma ovarii* bilateral, diagnosticat după efectuarea tratamentului chirurgical, pe baza examenului histopatologic, și prezentăm totodată o revizuire a literaturii în ceea ce privește acest subiect. **Rezultate și concluzii.** Caracteristicile ecografice ale *struma ovarii* sunt nespecifice, dar poate fi observată o masă heterogenă, predominant solidă. Este dificil să se facă diagnosticul diferențial între *struma ovarii* și

chisturile dermoide pe baza aspectului lor ecografic. Cu toate acestea, fluxul Doppler poate ajuta la diagnosticarea preoperatorie a *struma ovarii*. Semnalele de flux sangvin detectate din centrul leziunii și rezistența scăzută la curgere pot fi mai frecvente în *struma ovarii*. Tratamentul chirurgical este de elecție în aceste cazuri, atât pentru stabilirea diagnosticului, cât și din punct de vedere curativ. După efectuarea histerectomiei totale cu anexectomie bilaterală, s-a constatat o evoluție favorabilă, cu normalizarea nivelului de CA125 la această pacientă și obținerea unui status normotiroidian postoperatoriu.

Cuvinte-cheie: teratom ovarian, *struma ovarii*, carcinom tiroidian, hipotiroidism

Examinarea ultrasonografică a axilei în patologia mamară malignă

Șerban Nastasia

Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

Introducere. În cancerul mamar, statusul axilar determină schema terapeutică, în prezența metastazelor axilare, supraviețuirea la cinci ani scăzând cu aproximativ 40%. Standardul de aur în evaluarea axilei este în prezent evaluarea ganglionului santinelă. **Materiale și metodă.** Evaluarea ecografică preoperatorie orientează asupra statusului axilar. Demonstrarea preoperatorie a metastazelor axilare, prin biopsierea ghidată ecografic, face inutilă tehnica ganglionului santinelă și orientează pacienta către tratamentul sistemic. **Rezultate.** La pacientele cu cancer mamar operabil, ecografia ajută la identificarea și ghidarea biopsiei ganglionilor mamari suspecți, o procedură

percutană puțin invazivă, care evită în aproximativ 15% din cazuri efectuarea inutilă a tehnicii ganglionului santinelă și orientează direct spre disecție axilară completă. Pentru pacientele cu cancer mamar avansat local, ecografia facilitează identificarea ganglionilor axilari pozitivi și permite îndrumarea pacientelor către tratament sistemic preoperatoriu. **Concluzii.** Evaluarea ecografică axilară poate ajuta la identificarea și ghidarea biopsiei ganglionilor axilari suspecți, o procedură percutană puțin invazivă, și orientează direct spre disecție axilară completă.

Cuvinte-cheie: biopsie ghidată ecografic, cancer mamar, ecografie axilară

Importanța morfologiei de primul trimestru în diagnosticul malformațiilor fetale

Mihai Mitran^{1,2}, Octavia Velicu^{1,2}, Doru Pană¹, Bogdan Botezatu^{1,2}, 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

Prevalența malformațiilor fetale este descrisă de literatura de specialitate ca fiind 6,5%, deși dintre acestea doar 2-2,5% prezintă morbiditate și mortalitate crescute. Chiar dacă unele gravide sunt încadrate în categoria cu risc scăzut, iar unele în cea cu risc crescut, toate prezintă o șansă de a avea un făt malformat, implicațiile unei astfel de sarcini și, mai departe, ale unui copil fiind atât sociale, cât mai ales psihologice. Ecografia, pornind de la 2D și ajungând la 3D, 4D sau Doppler, a revoluționat diagnos-

ticarea malformațiilor fetale în primul trimestru, oferind astfel părinților șansa de a alege continuarea sau întreruperea sarcinii. Lucrarea de față prezintă importanța screeningului universal ecografic de primul trimestru, prezentând de asemenea și o suită de malformații rare diagnosticate în cadrul Spitalului Clinic de Obstetrică și Ginecologie „Prof. Dr. Panait Sîrbu”.

Cuvinte-cheie: malformație fetală, ecografie, morfologie fetală, primul trimestru



AL 7-LEA CONGRES AL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE ULTRASONOGRAFIE ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

www.sruog2019.medical-congresses.ro





medichub
RITMUL LUMII MEDICALE

Nu e timp de scris frumos
când trebuie să salvezi vieți

**Știm cât de important e timpul unui medic.
Acum ai toate informațiile necesare și calculator
pentru punctele EMC într-un singur loc.**

Îți venim în ajutor și îți punem la dispoziție tot ce ai nevoie, la un click distanță:
informație de actualitate în timp real, resurse relevante pentru perfecționarea
continuă, calculator de puncte EMC/EFC și aplicația de mobil utilă în orice
moment al zilei și în orice situație.



Acces la reviste și cursuri
medicale de specialitate
creditate cu puncte
EMC/EFC



Te poți înscrie online și vei fi
informat despre toate
evenimentele medicale
la care vrei să participi



Acces la aplicația de
mobil Medichub
și la calculatorul
de puncte
EMC/EFC

medichub.ro