

**DILATAREA ȘI CHIURETAJUL UTERIN: INDICAȚII,  
TEHNICĂ, COMPLICAȚII.  
APLICAȚII ÎN OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE**

*As. Univ. Dr. Sîrbu Ovidiu*

---

# Definiție

---

Dilatarea și chiuretajul (D&C) se referă la dilatarea colului uterin și îndepărtarea chirurgicală a conținutului uterin. Aceasta reprezintă o manevră invazivă care permite accesul la nivelul cavității uterine, fiind utilizată în scopuri diagnostice și terapeutice.

# Tehnica D&C – materiale necesare

---

- Soluții dezinfectante pentru tegumente și mucoase;
- trusa de chiuretaj, care conține:

1. Valve sau specul vaginal



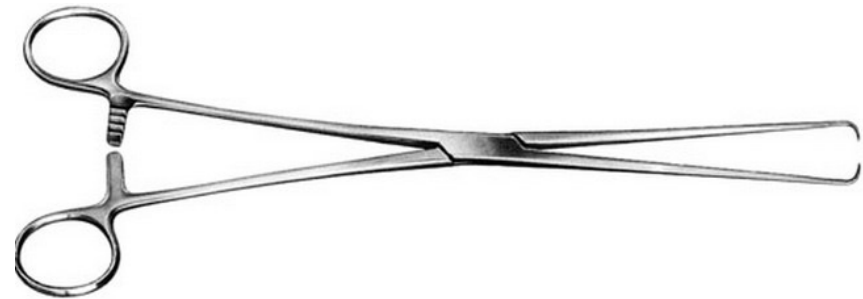
# Tehnica D&C – materiale necesare

---

2. Pensă port-tampon Forrester



3. Pensă de col tip Museaux sau Pozzi



# Tehnica D&C – materiale necesare

---

## 4. Histerometru



## 5. Dilatatoare Haegar de diferite dimensiuni



# Tehnica D&C – materiale necesare

---

## 6. Chiuretă uterină



# Tehnica D&C

---

- Pacienta este așezată în poziție ginecologică – pacientă în decubit dorsal, cu flectarea coapselor pe bazin și a gambelor pe coapse (care sunt în abducție), gambele fiind susținute de etriere.



# Tehnica D&C

---

- Se efectuează tușeul vaginal bimanual pentru a stabili poziția uterului

Palparea uterului se face prin ridicarea acestuia către peretele abdominal anterior, astfel se poate evalua volumul, forma, consistența, mobilitatea.

- Se efectuează badijonarea tegumentelor cu soluție dezinfectantă
- Se expune colul uterin cu ajutorul speculului sau valvelor. În cazul utilizării valvelor este nevoie de un ajutor care să le susțină pentru o vizualizare optimă.
- Se efectuează badijonarea mucoasei vaginale cu soluție dezinfectantă
- Pentru efectuarea acestei manevre poate fi utilizată atât anestezia generală intravenoasă, cât și anestezia locală. În cazul în care medicul optează pentru anestezie locală, se va efectua infiltrare cu Xilină 1% la nivel paracervical la ora 5 și 7 (colul uterin fiind comparat cu cadranul unui ceas). Este utilă injectarea unei mici cantități de anestezic local la locul de aplicare a pensei de col.
- Se pensează buza anterioară a colului uterin cu o pensă de col care permite tracțiunea colului în axul uterin, care permite orizontalizarea corpului și colului uterin.

# Tehnica D&C

---

- Se efectuează histerometria, care presupune măsurarea axului lung al uterului cu ajutorul unui histerometru. Aceasta este necesară pentru a cunoaște traiectul de acces în cavitatea uterină, cât și pentru a cunoaște talia cavității uterine.
- Se efectuează dilatarea canalului cervical, menținând tracțiunea ușoară a colului.

Pentru această manevră se folosesc dilatatoarele Haegar, care se introduc progresiv, începând cu cea mai mică dimensiune, până se obține dilatarea necesară efectuării intervenției.

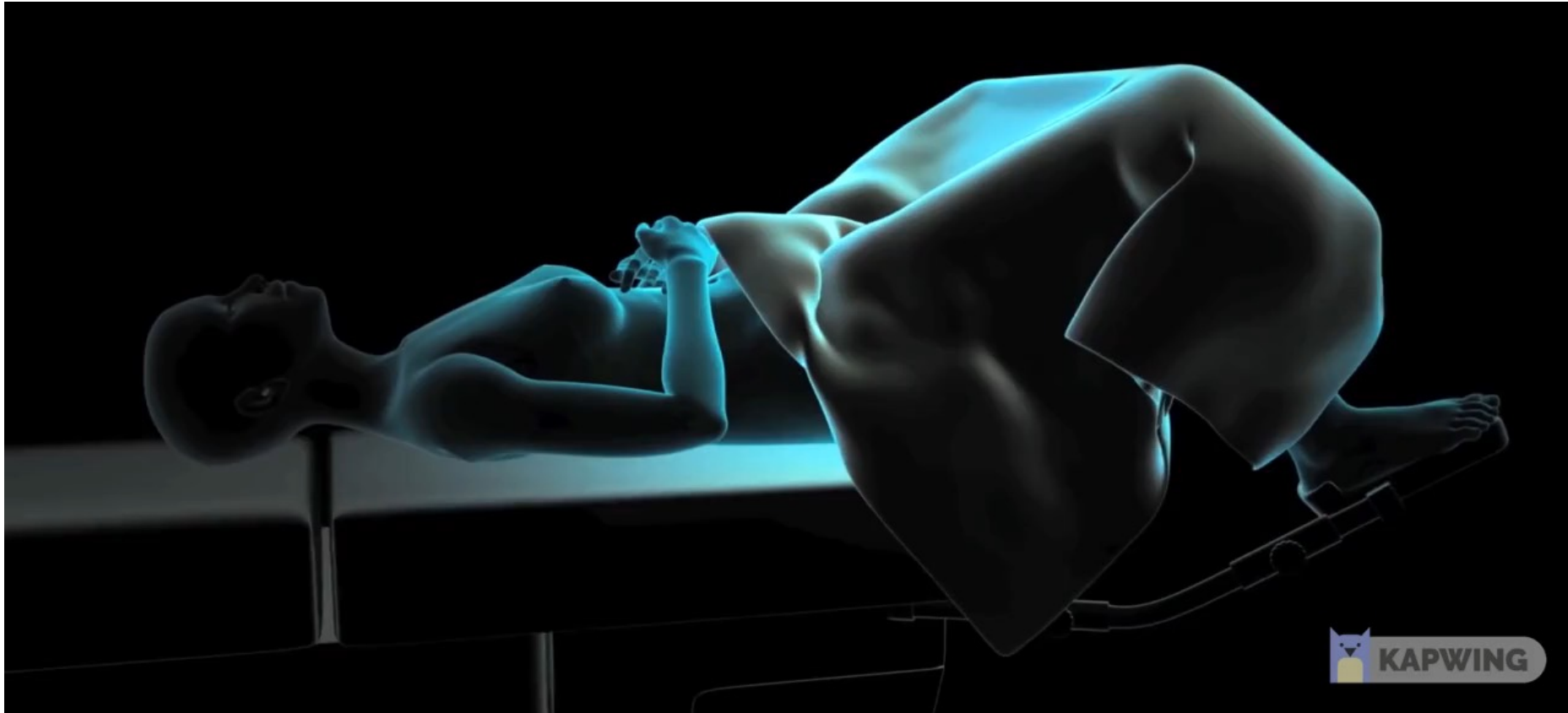
- Se introduce chiureta uterină cu care se efectuează chiuretajul sistematic al cavității uterine. Manevra începe de la nivelul fundului uterin, spre orificiul cervical intern, fiind evaluați sistematic pereții uterului.

Materialul extras este introdus într-un recipient steril care ulterior va fi trimis către laboratorul de Anatomie Patologică. Sunt notate datele pacientei, tipul materialului biologic extras.

- La finalul manevrei, se retrag în ordine – chiureta, pensa de col, valvele/speculul.
- După chiuretaj se supraveghează pacienta pentru urmărirea simptomatologiei algice și a sângerării vaginale.

# Tehnica D&C

---



# Caz clinic

A.P., 38 ani

Motivele prezentării: sângerare pe cale vaginală abundentă cu debut de aprox. 5 ore și accentuare progresivă

## Ex. ginecologic

Abdomen suplu, mobil cu respirația, sensibil spotan și la palpare în etajul abdominal inferior.  
Ex. Valve: perineu, vulva, vagin de aspect normal.

Sângerare pe cale vaginală în cantitate abundentă.

TV: Col uterin cu OCE larg deschis prin care se exteriorizează sânge, consistență normală, nedureros la mobilizare. Corp uterin ușor mărit de volum cât o sarcină de 7-8 săptămâni.

Analize de laborator efectuate în Serv. UPU

L=13.000/ $\mu$ L

Hb= 10.2 g/dl

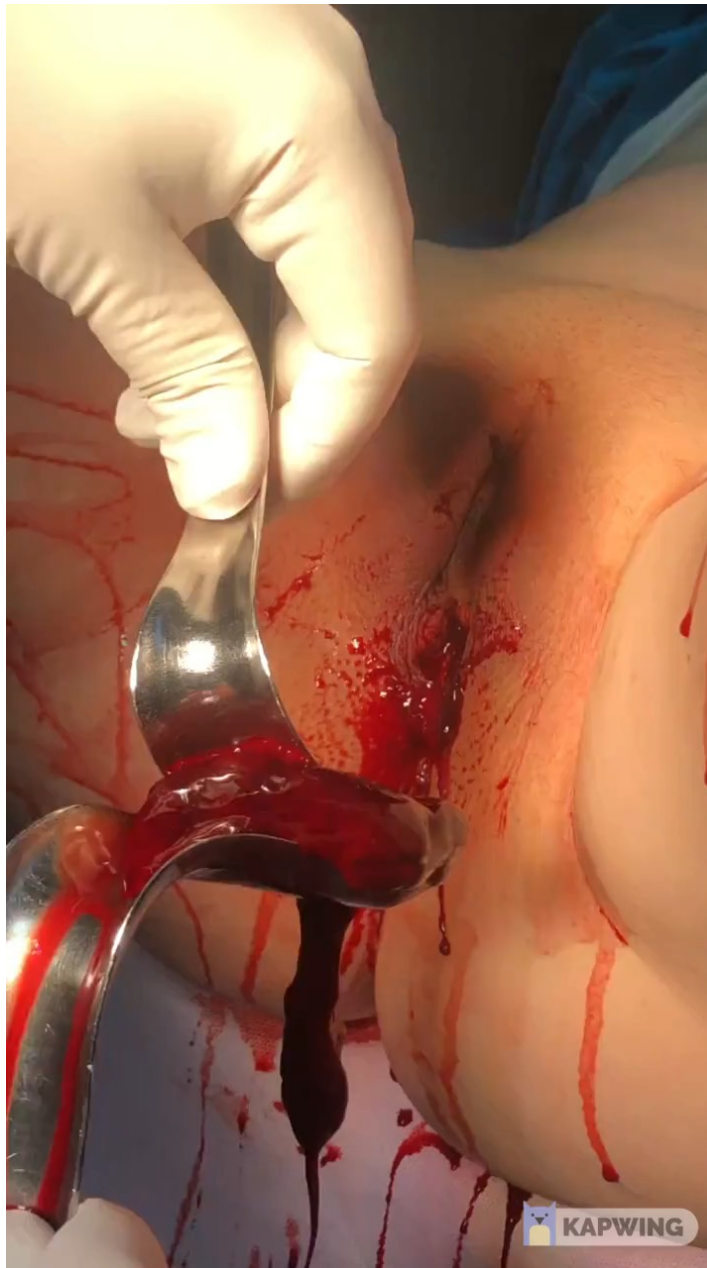
b-HCG>500mUI/mL

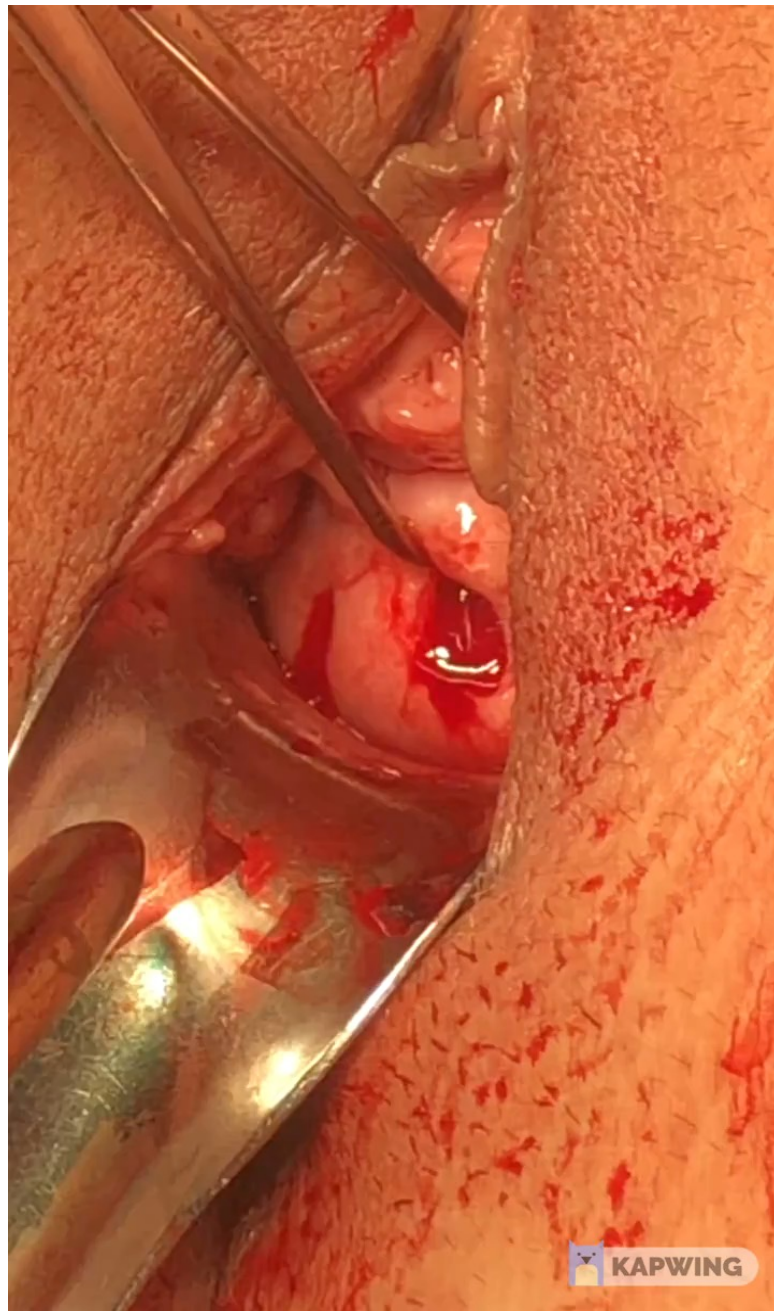
AHC – neagă  
APF

M=13 ani, cicluri menstruale regulate cu durată de 28 de zile, menstruații cu flux normal, durată 4 zile  
N= 2 (pe cale vaginală)  
A= 1 (la cerere)  
APP=ne semnificative

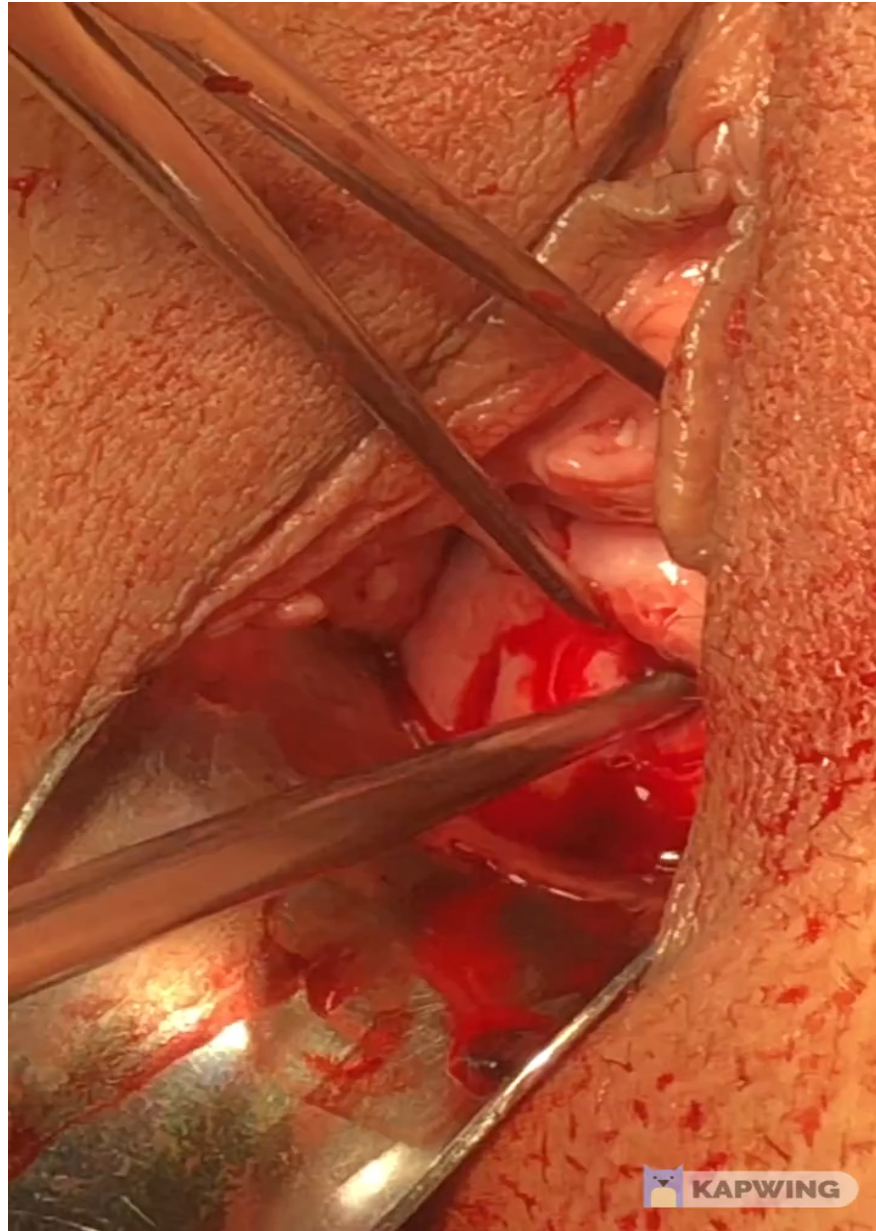
TV-US: Uter în AVF, cavitate uterină reală cu conținut hiper- și hipoeecogen, cu harta Doppler prezentă. Grosime=25 mm. OD cu imagine de corp galben gestațional, OS de aspect normal. Fără revărsat liber în Douglas.

Pentru sângerare pe cale vaginală  
în cantitate abundentă se indică  
chiuretaj uterin în scop  
hemostatic și evacuator









# Indicații

---

D&C poate fi efectuat atât la pacientele însărcinate, cât și la pacientele cu patologie ginecologică, pentru diferite indicații.

Chiuretajul uterin diagnostic se efectuează pentru a determina cauza unor simptome care indică tulburarea funcțiilor organelor genitale feminine.

Chiuretajul uterin terapeutic este o metodă primară sau secundară de tratament pentru anumite condiții.

# Indicații

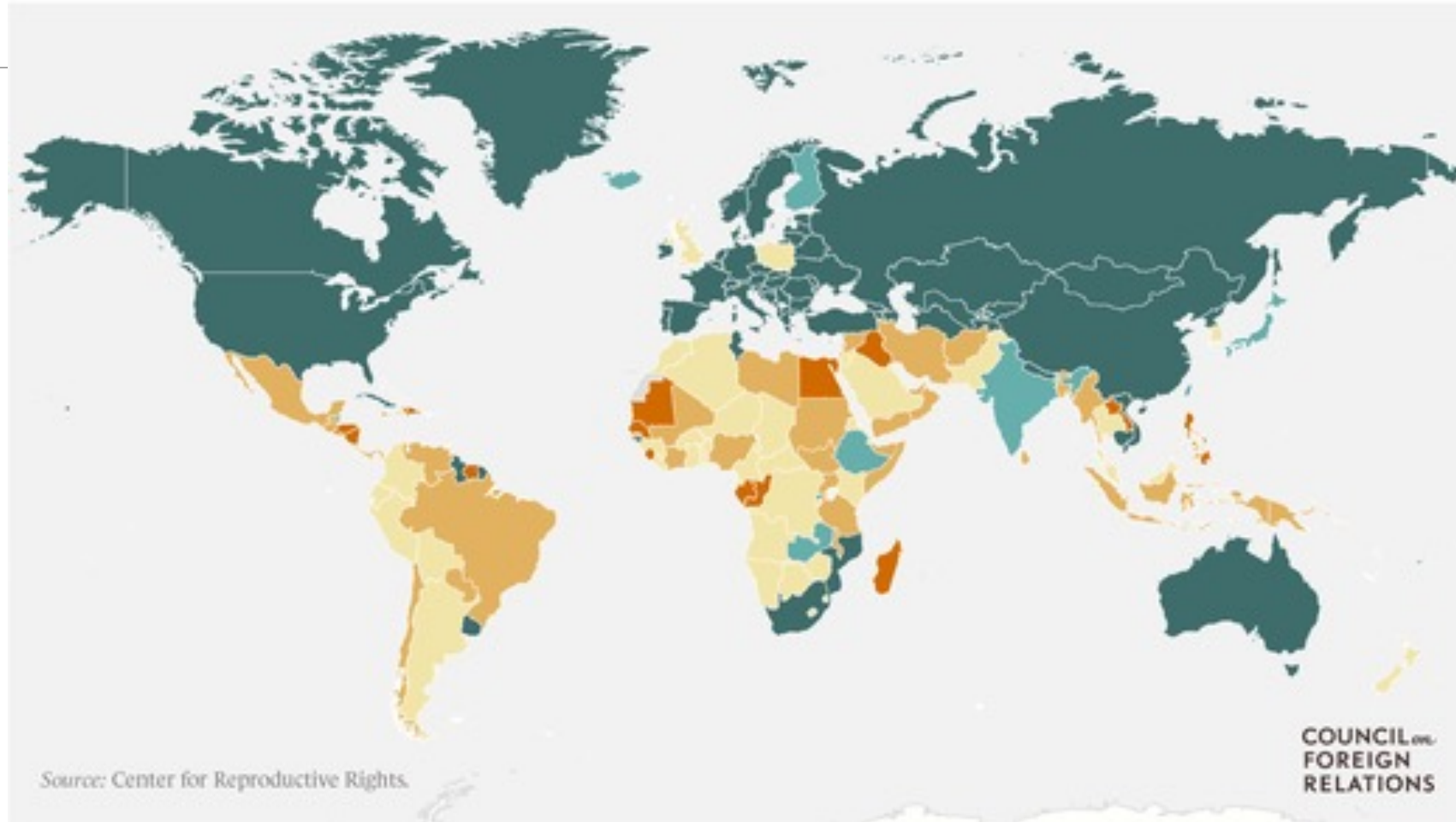
---

➤ *Întreprerea de sarcină la cerere*



## Abortion Access Around the World

● Prohibited ● To save the woman's life ● To preserve health ● On social or economic grounds ● On request



# Înteruperea de sarcină la cerere

---

- Ultimii 50 de ani au fost caracterizați de o tendință spre liberalizarea legilor avortului.
- Ratele de întreruperi de sarcină la cerere sunt relativ similare între țările cu legi extrem de restrictive și cele în care procedura este permisă fără restricții – între 34 și 37 la 1.000 de femei anual. Siguranța procedurii însă diferă foarte mult: aproape 90% din procedurile efectuate în țările cu legi liberale privind avortul la cerere sunt considerate sigure, comparativ cu doar 25% din cele din țările în care avortul este restricționat.
- Potrivit OMS aproximativ 8% din decesele materne din întreaga lume se datorează complicațiilor din cauza avorturilor nesigure, efectuate în condiții necorespunzătoare.
- 6 țări din lume interzic categoric efectuarea întreruperilor de sarcină – Salvador, Malta, Vatican, Chile, Republica Dominicana, Nicaragua.

# Întreruperea de sarcină la cerere

---

- România este unul dintre statele care are o legislație care permite accesul femeilor la serviciile de întrerupere de sarcină, fie ele la cerere sau în scop medical. Întreruperea de sarcină la cerere a fost legalizată din nou abia în 1989.
- Potrivit prevederilor legii penale, întreruperea cursului sarcinii trebuie să fie realizată în anumite condiții, pentru ca cel care efectuează manevra să nu comită o infracțiune.
- Legislația în vigoare în România menține condițiile în care avortul este permis: până la 14 săptămâni (art. 201/1/C) "la cerere" și până la 24 de săptămâni în scop medical (art. 201/6). În situația tinerelor sub 16 ani, acestea trebuie însoțite de către unul din părinți sau de reprezentantul legal pentru a-și exprima consimțământul pentru avort. În practică, pentru pacienții sub 18 ani este necesar consimțământul părinților în toate cazurile.
- Manevra trebuie să fie efectuată **numai** în instituții medicale autorizate pentru acest scop.

# Înteruperea de sarcină la cerere

---

- Persoana care efectuează manevra trebuie să aibă calitatea de medic de **specialitate obstetrică-ginecologie** și drept de liberă practică medicală în această specialitate.
- Trebuie să existe consimțământul pacientei însărcinate pentru efectuarea manevrei.

Luarea unei decizii informate și libere de către pacientă este **esențială** pentru procesul de efectuare al întreruperii de sarcină. Consilierea pacientei înainte de efectuarea manevrei poate pregăti pacienta prin reducerea nivelului de anxietate.

# Înteruperea de sarcină la cerere

---

- Manevra necesită mai întâi dilatarea cervicală și apoi evacuarea sarcinii prin răzuire mecanică (chiuretaj abraziv), prin absorbția conținutului (chiuretaj prin aspirație) sau ambele.
- Incidența perforației în avortul electiv este variabilă, iar factorii determinanți sunt reprezentați de experiența clinicianului și poziția uterului.
- Avortul medicamentos este o **alternativă** acceptabilă la întreruperea chirurgicală a sarcinii în cazul gravidelor cu amenoree până la 49 zile. Peste 49 zile de amenoree, este preferat avortul chirurgical.



# Indicații

---

## ➤ *Avortul spontan*

Avortul spontan este definit drept expulzia spontană a unui produs de concepție din organismul matern, înainte de termenul viabilității fetale.

Avorturile cuprind o entitate de patologii, clasificările fiind diferite în funcție de termen, viabilitate.

În funcție de termenul la care se produc, se pot clasifica în:

1. Avort menstrual, produs în primele 10 zile de la implantarea blastocistului;
2. Avort precoce, în primele 12 săptămâni de amenoree;
3. Avort tardiv între 12-22 săptămâni de amenoree.

# Avortul spontan

---

În funcție de simptomatologia clinică, avortul spontan care necesită D&C poate evolua ca:

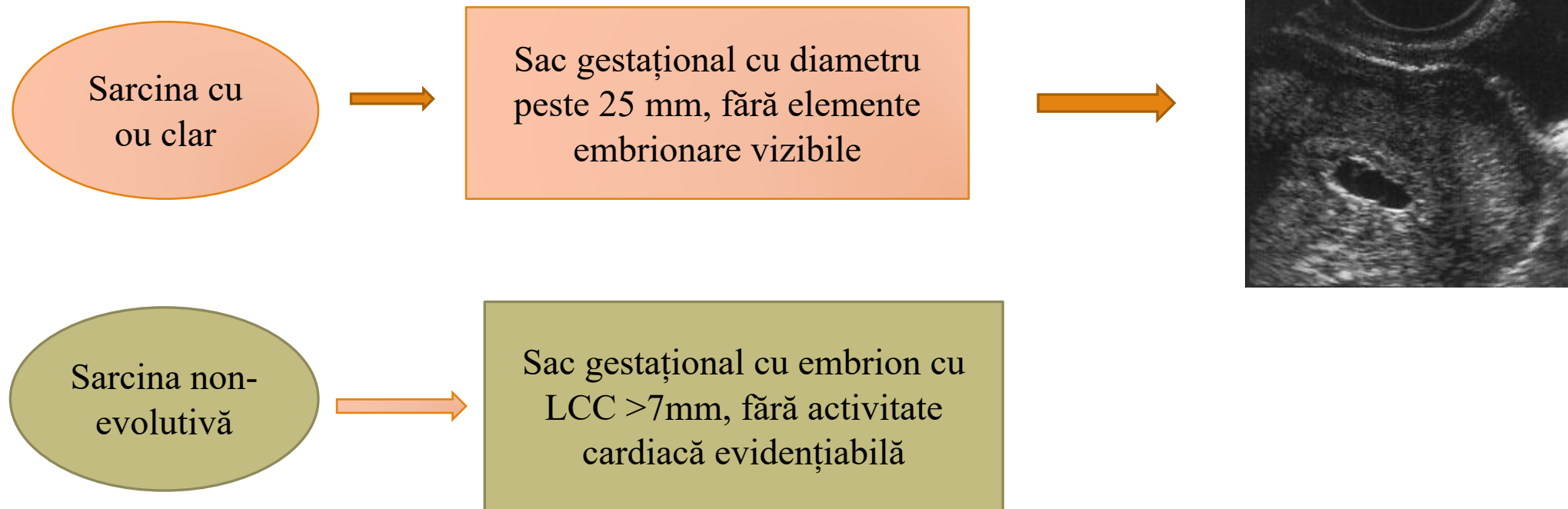
- Avort în curs, care prezintă metroragii și dureri pelvine colicative, orificiul cervical este larg deschis, se expulează trofoblast și produs de concepție;
- Avort în doi timpi – se face diagnostic diferențial cu o sarcină cervicală, produce dureri colicative și metroragii. Orificiul cervical este întredeschis, spre deosebire de colul “în butoiăș” al sarcinii cervicale extrauterine.

# Avortul spontan

---

Clasificarea avorturilor după elementele vizibile la ecografia transvaginală cuprinde:

- avort incomplet – se evidențiază endometru îngroșat, cu imagini heterogene și contur neregulat;
- avort întârziat



# Avortul spontan

---

- ✓ C&D reprezintă o manevră invazivă care presupune evacuarea resturilor trofoblastice. Se pot utiliza canule aspirative sau chiuretă metalică.
- ✓ C&D se poate efectua în scop hemostatic, în cazul metroragiilor abundente.
- ✓ Trebuie optat pentru tipul de anestezie potrivit fiecărui caz, individualizat în dependență de vârsta sarcinii, paritate, tipul de reacție la durere, antecedentele obstetrice.
- ✓ Vârsta sarcinii trebuie cunoscută cu exactitate prin examinare ecografică
- ✓ Examenul ginecologic preoperator este obligatoriu pentru a delimita poziția exactă a uterului și a colului uterin, elemente esențiale pentru efectuarea corectă a unui chiuretaj uterin.

# Indicații

---

## ➤ *Retenția placentară postpartum*

Imediat după nașterea copilului, începe periodul III al nașterii în care placenta este eliminată. Delivrența durează în mod normal între 5 și 30 de minute. Prolungirea acestui timp trebuie să atragă atenția asupra unei patologii placentare și a unor eventuale complicații.

**Delivrența** sau expulzia placentei constă în succesiunea de fenomene care au ca rezultat eliminarea placentei și a membranelor în afara căilor genitale. Are 2 faze: decolarea (dezlipirea) placentei și expulzia acesteia care prezintă migrarea placentei în segmentul inferior și apoi în vagin, urmată de exteriorizarea la nivelul vulvei.

**Faza de decolare** este dependentă de retractoria uterină și este provocată de contracția uterină. Retracția uterină este un fenomen pasiv care are ca rezultat reducerea volumului uterin și creșterea grosimii pereților uterini. Contracția uterină este un fenomen activ și ea va provoca decolarea prin acțiunea sa asupra cotiledoanelor crampon pe care le rupe, producându-se astfel clivajul caducii la nivelul joncțiunii dintre straturile superficiale și profunde.

**Faza de expulzie** – expulzia placentei depinde de modul de decolare care poate avea loc prin 2 mecanisme: *mecanismul Baudeloque* – decolarea începe în centrul placentei și progresează spre periferie. Hematomul împinge placenta în deget de mână ceea ce determină și decolarea membranelor. Placenta se prezintă la nivel vulvar cu fața fetală. *Mecanismul Duncan* – decolarea începe lateral, hematomul se extinde decolând membranele. La fiecare contracție uterină care rupe cotiledoanele va apărea o nouă pierdere de sânge spre exterior. Placenta se prezintă cu fața maternă.

# Retenția placentară postpartum

---

În mod normal perioada a III-a a nașterii nu trebuie să depășească 30 de minute. În cazul în care delivrența nu se produce în timp util – este vorba despre retenție placentară.

Insertiile placentare anormale sunt cauzele cele mai frecvente ale hemoragiilor apărute în perioada a III-a a nașterii. În aceste cazuri decolarea placentei se manifestă printr-o hemoragie abundentă, procesul de decolare a placentei fiind perturbat. Din cauza decolării parțiale miometrul nu se poate contracta, vasele sanguine din zona decolată rămânând deschise.

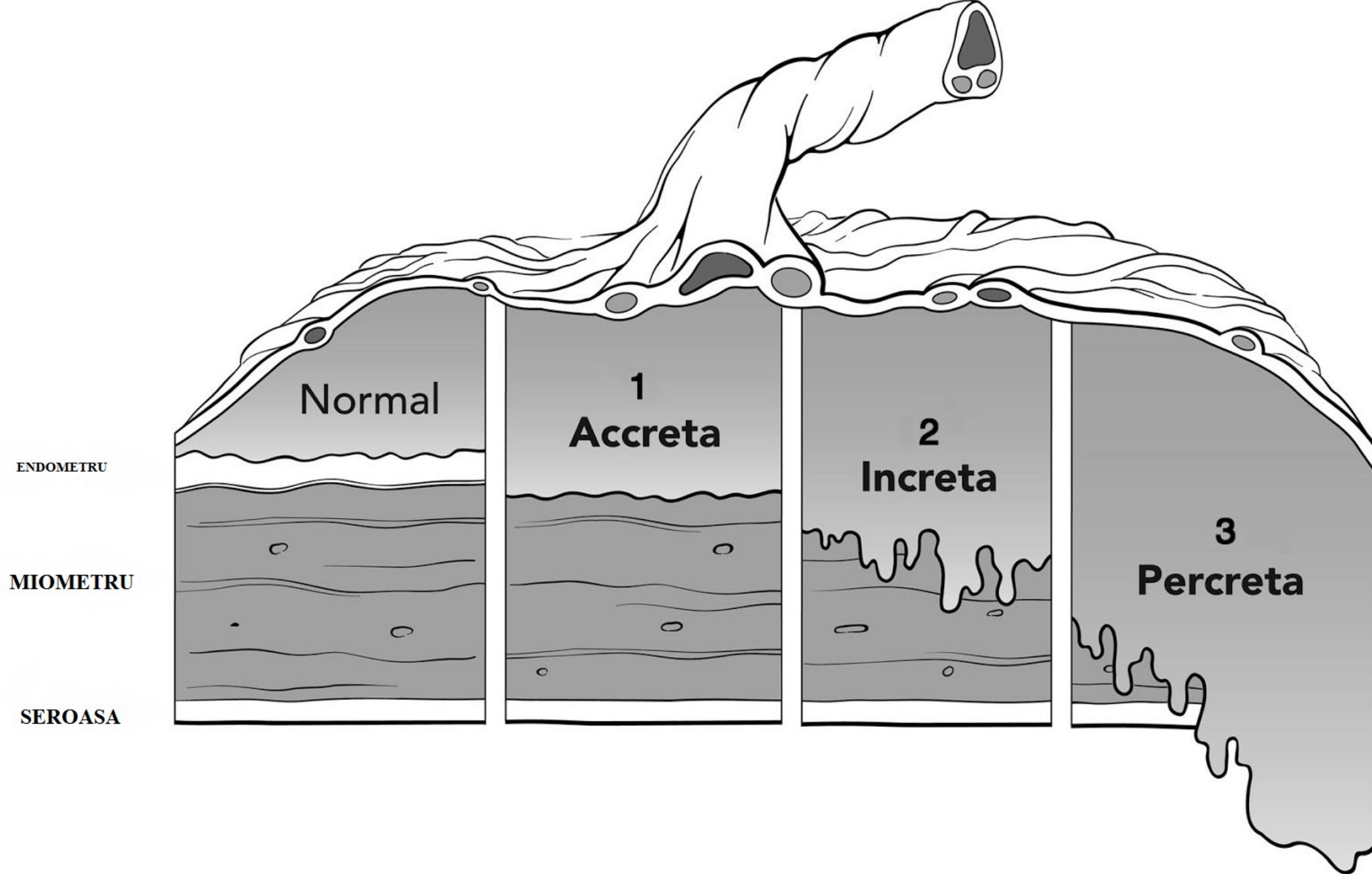
Fragmente de placentă pot fi reținute și în lipsa unor anomalii de inserție placentară. Tracțiunea puternică a cordonului ombilical favorizează decolarea incompletă a placentei. Anomaliile de forma ale placentei: lob placentar accesoriu, placenta bilobată de asemenea favorizează decolarea incompletă. Pentru a recunoaște din timp existența unei retenții cotiledonare sau al unui lob accesoriu este obligatoriu verificarea integrității placentei după decolare.

# Retenția placentară postpartum

---

Formele anomaliilor de aderență placentară sunt:

- placenta adherens (placenta aderentă);
- placenta accreta – vilozitățile coriale penetrează endometrul în totalitate, ajung până la nivelul miometrului;
- placenta increta – vilozitățile coriale penetrează miometrul;
- placenta percreta – vilozitățile coriale depășesc miometrul și ajung la seroasa peritoneală sau chiar până la nivelul organelor învecinate, cel mai frecvent la vezica urinară.



# Retenția placentară postpartum

---

În cazul **placentei aderente**, limita de inserție placentară se găsește în endometru, dar cu toate acestea placenta nu decolează, datorită contracțiilor uterine ineficiente sau a unei aderențe sporite a placentei, vilozitățile coriale fiind mai aderente de endometru.

Această aderență sporită poate fi mai des întâlnită în cazurile în care parturienta a avut în antecedente multe intervenții intrauterine și endometrul este lezat.

Lipsa contracțiilor eficiente se observă mai ales în caz de:

- Malformații uterine;
- Hipoplazie uterină;
- Factori care împiedică contracția normală a miometrului (uter fibromatos)
- Anomalii placentare de formă
- Trăvaniu laborios, prelungit, cu epuizarea miometrului

# Retenția placentară postpartum

---

- În cazul retenției de fragmente placentare se practică controlul manual sau instrumental al cavității uterine cu chiureta Bumm.
- Chiuretajul uterin trebuie efectuat atent, datorită riscului de perforare a peretelui uterin și să nu fie prea abraziv. Dacă se lezează stratul bazal endometrial există risc de instalare ulterioară a sindromului Asherman.
- Fragmentele tisulare foarte aderente sugerează placenta accreta. Efortul de extragere al lor poate duce la o masivă hemoragie și/sau perforație uterină.
- Dacă sângerarea continuă în condițiile unui uter contractat se consideră problema unei coagulopatii.

# Caz clinic

---

P.M., 16 ani  
Motivele prezentării:  
retenție placentară după  
naștere pe cale vaginală

AHC – nesemnificative  
APF – M: 12 ani, cicluri menstruale regulate,  
menstruații cu durată de 3 zile  
N:1 (pe cale vaginală, produsă în urmă cu  
aprox.2 h)  
A:0  
APP - nesemnificative

## Examen ginecologic

Abdomen mobil cu mișcările respiratorii, mărit de volum prin prezența corpului uterin situat până la nivel ombilical.

Ex. Valve: În aria vulvară se constată cordon ombilical restant. Vulvă de aspect normal, perineu intact, vagin fără laceratii postpartum. Pierde sânge pe cale vaginală în cantitate moderată

TV: col uterin cu OCE larg deschis, prin care pierde sânge, corp uterin mărit de volum până la nivel ombilical.

# Caz clinic

---

La momentul internării se tentează extracția manuală a placentei. Manevra eșuează (placentă hiperaderentă) și se practica control instrumental al cavității uterine sub ghidaj ecografic.

Se abandonează și această manevră, cu rezerva evacuării incomplete, din cauza hipotoniei uterine și a riscului de perforație a peretelui uterin extrem de subțire (evaluat ecografic).

**Examen ecografic:** Aspecte ecografice care pledează pentru retenție placentară, miometru subiacent sub 2 mm.

Având în vedere aspectul ecografic de placenta accreta cu miometru subiacent sub 2 mm, starea clinică generală bună a pacientei, afebrilitatea, absența sângerării vaginale, se decide abandonarea unei noi tentative de control instrumental uterin și se indică continuarea medicației antibiotice, uterotonice, cu monitorizarea involuției uterine.

Ulterior, pacienta expulzează spontan fragmentul placentar restant cu evoluție clinică și paraclinică favorabilă pe parcursul internării.







## Caz clinic

M.I., 24 ani  
Motivele internării: contracții  
uterine dureroase, pierdere de  
lichid amniotic

AHC=ne semnificative  
APF  
M=14 ani, cicluri menstruale regulate,  
menstruații cu durată de 5 zile, flux  
normal  
N=0  
A=0  
APP=ne semnificative

În urma examinării clinice și  
ecografice se stabilește  
diagnosticul de:  
IGIP Sarcină 29-30 săptămâni.  
Amenințare de naștere  
prematură.

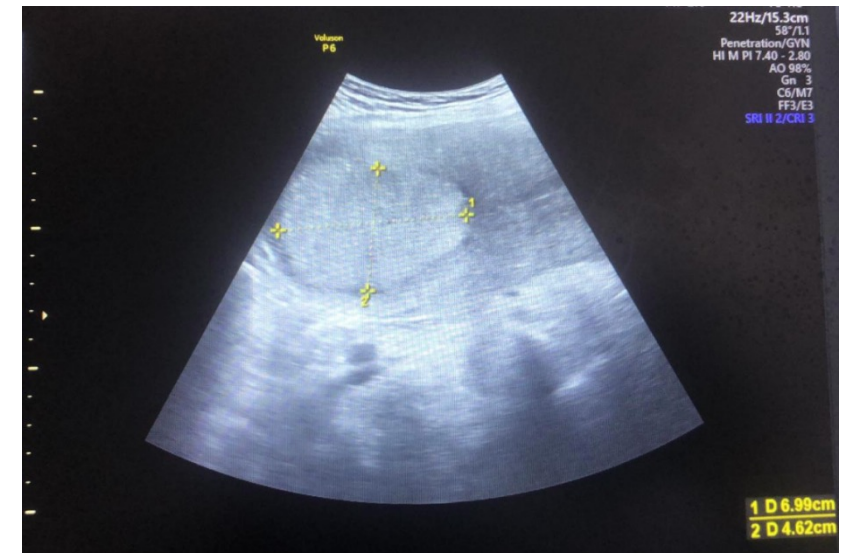
În cursul internării pacienta naște  
spontan un făt viu unic, sex masculin,  
greutate 1870g, A=7 care se predă  
Serviciului de Neonatologie.

Se constată placentă hiperaderentă cu  
acretizare. Nu se poate obține vacuitatea  
completă a cavității uterine. Se decide  
expectativă cu reevaluare ecografică a  
cavității uterine.

# Caz clinic

Pe parcursul internării se  
practică control instrumental  
repetat, manevra eșuează.

Se mențin aceleași aspecte  
ecografice.



# Caz clinic

---

Pacienta expulzează spontan o formațiune tumorală de aproximativ 8/7 cm (probabil masă placentară), sângerare minimă pe cale vaginală. Nu se practică chiuretaj uterin. Piesa se trimite la examen histopatologic care ulterior confirmă formațiunea ca fiind masă placentară.

La examenul ecografic se constată cavitate uterină virtuală, fără hartă Doppler patologică.

Evoluție favorabilă pe perioada internării.



# Indicații

---

## ➤ *Mola hidatiformă – sarcina molară*

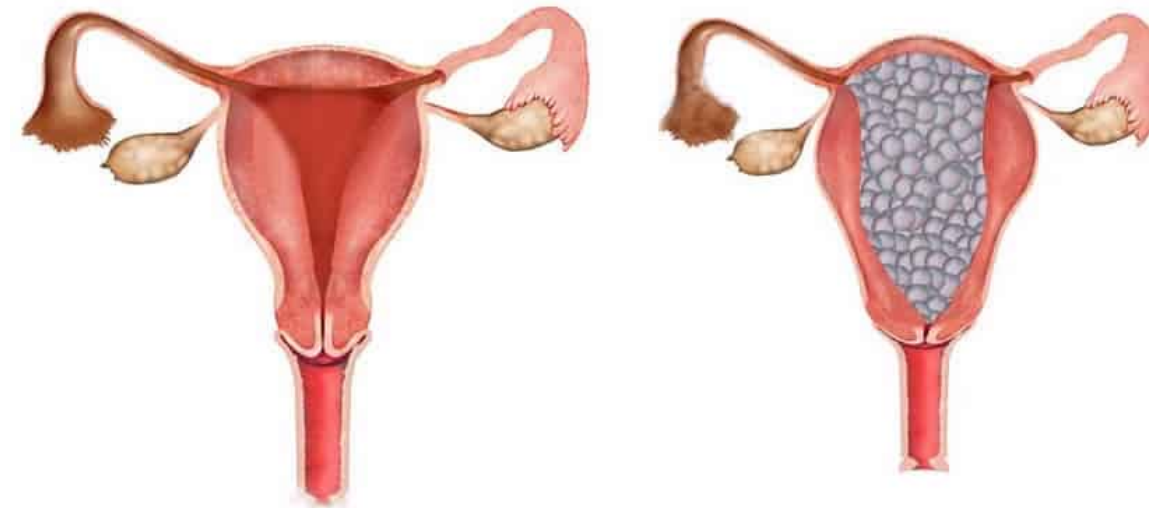
Mola hidatiformă reprezintă un produs de concepție anormal, ale cărui caracteristici citogenetice, morfologice, clinice și evolutive pot îmbrăca două forme distincte: mola hidatiformă completă și parțială. Aceste două tipuri de molă sunt diferite din punct de vedere al riscului de a dezvolta comorbidități medicale sau neoplazii trofoblastice gestaționale postevacuare.

Sarcina molară este caracterizată din punct de vedere histologic prin prezența edemului stromal la nivel vilozitar și proliferarea trofoblastului.

Mola completă apare ca o masă cu limite imprecise, compusă din formațiuni vacuolare de dimensiuni variabile ce reprezintă transformarea chistică difuză a tuturor vilozităților coriale; țesutul embrionar sau fetal este absent, nu există cordon ombilical, membrane amniotice sau primordii ale acestor structuri.

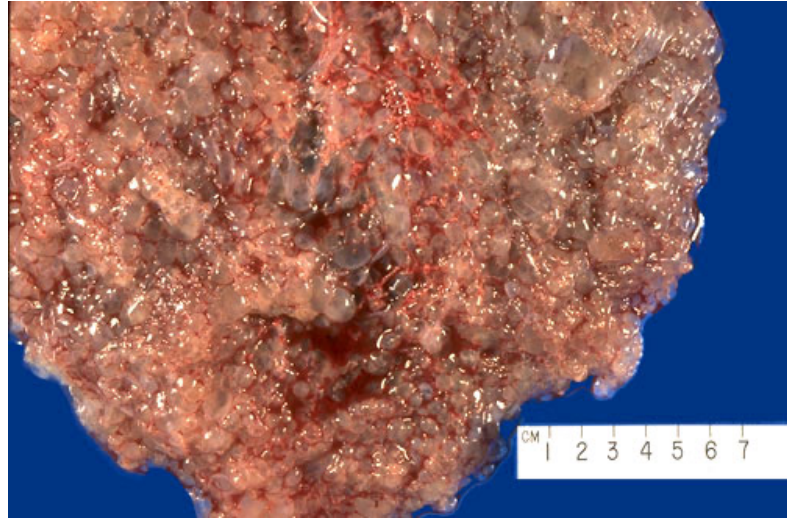
# Mola hidatiformă completă

---



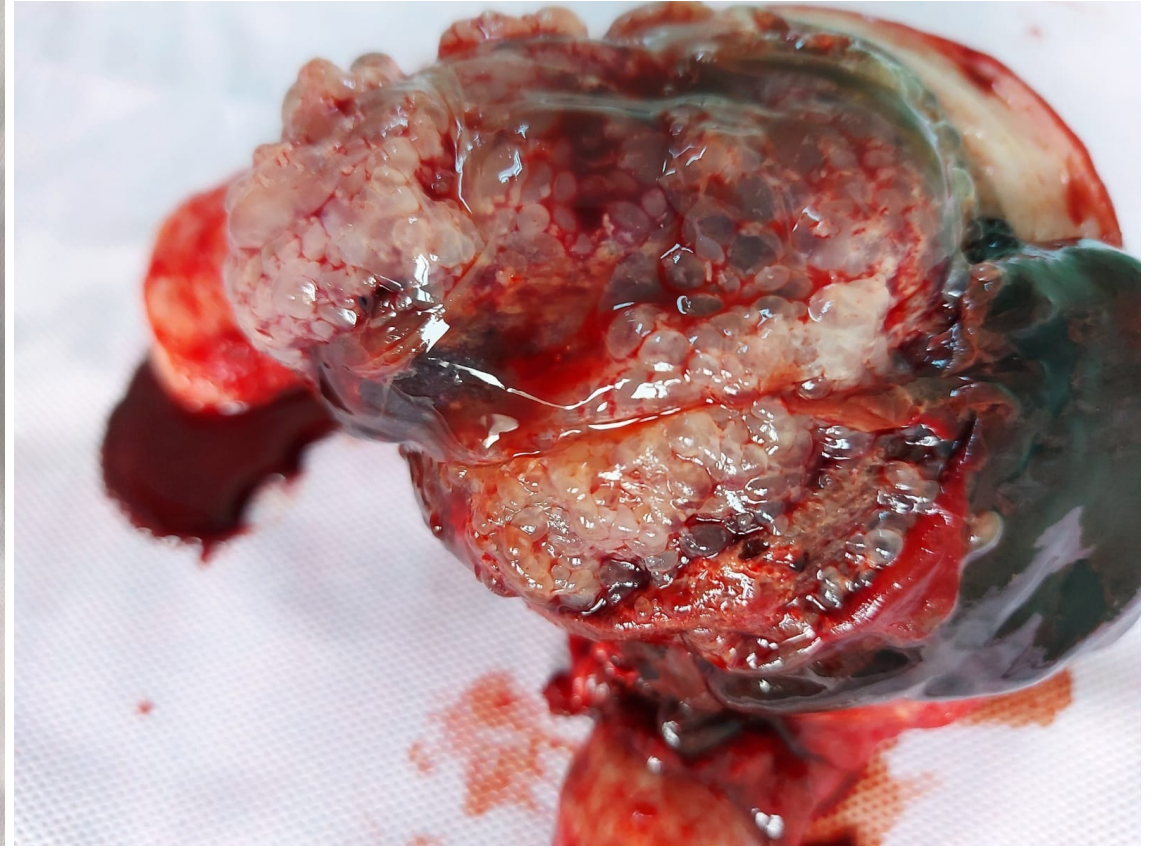
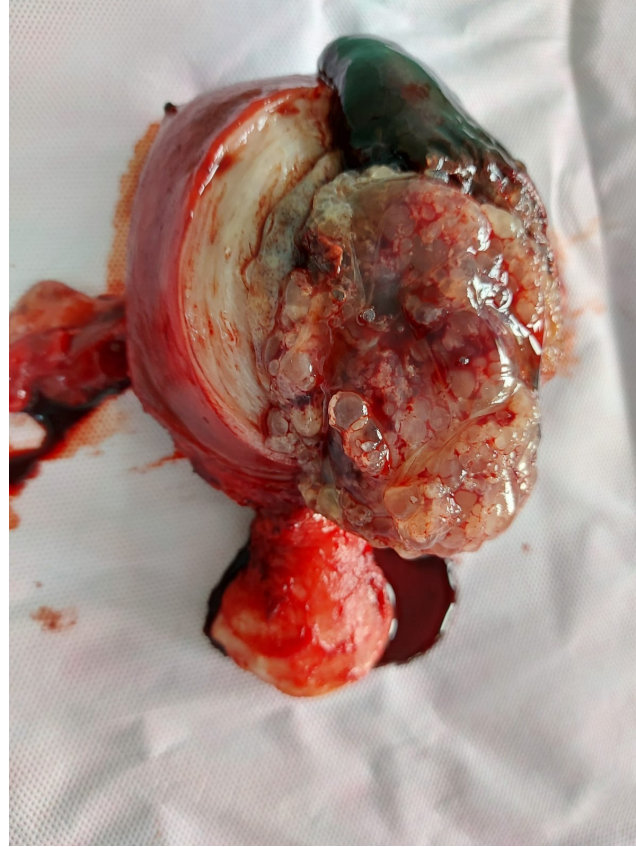
## Aspecte macroscopice molă hidatofirmă completă

---



## Aspecte macroscopice molă hidatofirmă completă

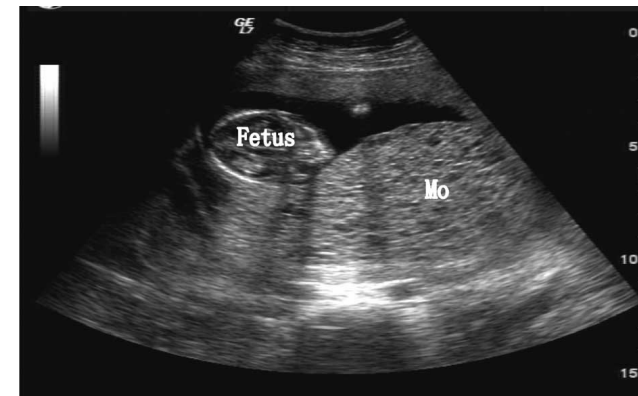
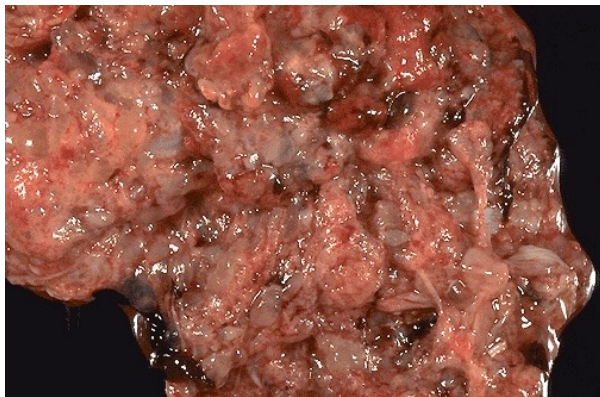
---



# Mola hidatiformă – sarcina molară

---

Tipul parțial de molă hidatiformă conține țesut fetal. Caracteristică este transformarea veziculară focală și mai puțin evidentă, hiperplazia interesează frecvent doar sincițiotrofoblastul și nu prezintă atipii, vilozitățile coriale afectate alternând cu structuri similare normale.



# Mola hidatiformă – sarcina molară

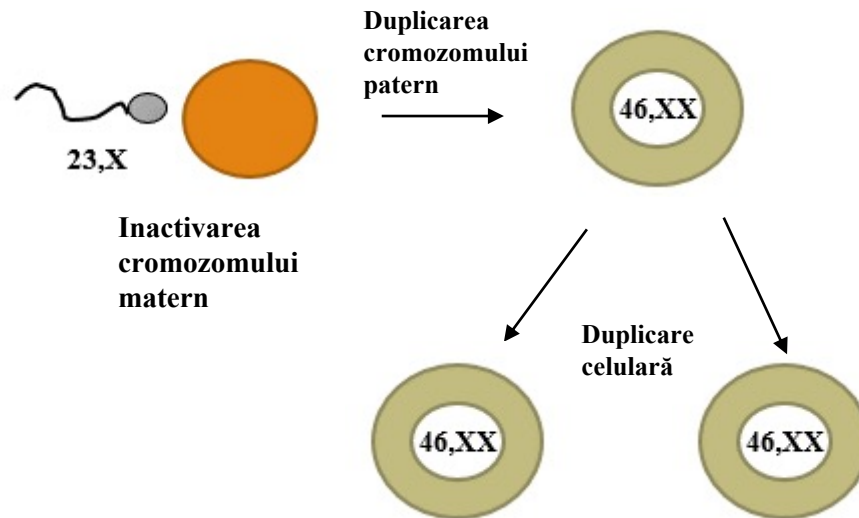
---

Cu rare excepții, sarcinile molare sunt consecința unor fertilizări cromozomiale anormale. Mola completă are de cele mai multe ori un aranjament cromozomial de tip diploid, de obicei 46 XX și este rezultatul *androgenezei*, ce ce înseamnă că ambele seturi de cromozomi sunt de origine paternă.

Mola parțială are, de obicei, un cariotip triploid 69,XXY; 69,XYY. Acest tip de cariotip este compus din 2 seturi haploide de cromozomi paterni obținuți prin dispermie și un set haploid matern. Acești zigoți triploizi evoluează către o oarecare dezvoltare emembrionară, dar, cu toate acestea, în cele din urmă aceasta este o condiție fetală letală. Feții care ajung la vârste gestaționale avansate prezintă restricție severă de creștere, anomalii congenitale multiple.

# Mola hidatiformă – sarcina molară

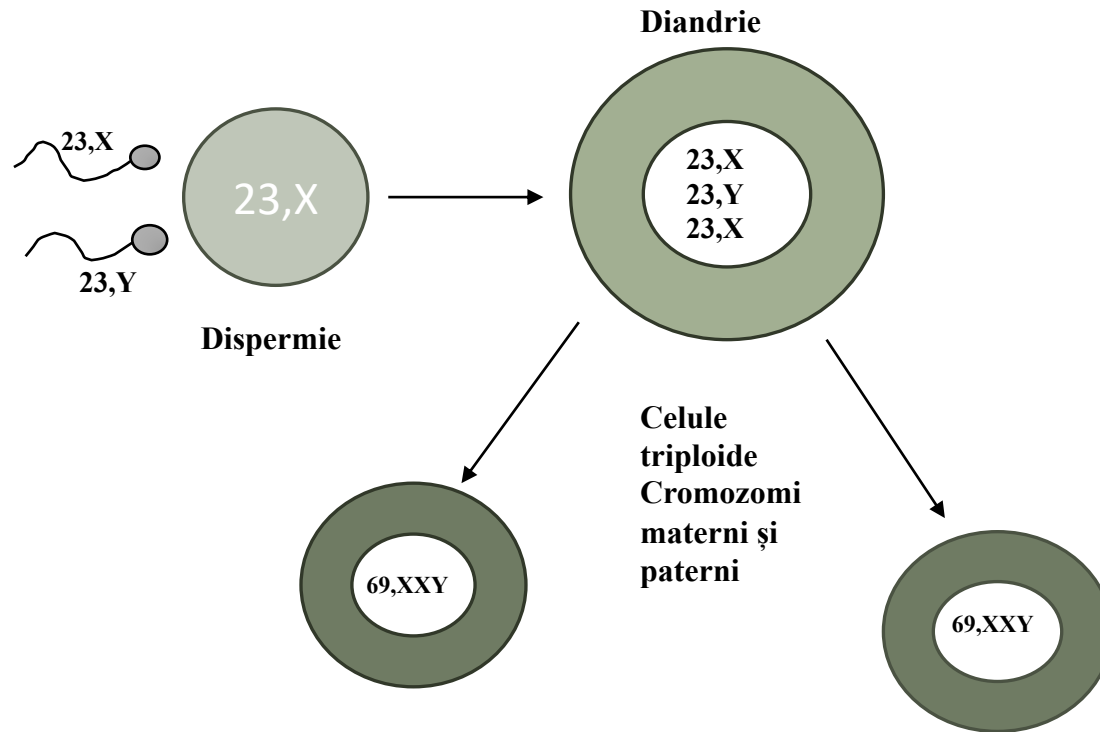
---



O molă completă 46,XX se poate forma dacă un spermatozoid haploid 23,X penetrează un ovul haploid 23,X, ale cărui gene au fost inactivate

Cromozomii paterni se duplicează apoi pentru a crea un set diploid 46,XX care astfel va avea doar origine paternă.

# Mola hidatiformă – sarcina molară



Mola parțială se poate forma dacă 2 spermatozoizi - $23,X$  sau  $23,Y$  fertilizează un ovul haploid  $23,X$  ale cărui gene nu au fost “inactivate”. Oul rezultat este triploid cu 2 seturi de cromozomi donați de tată.

# Mola hidatiformă – sarcina molară

---

Simptomatologia clinică a femeilor cu sarcină molară întotdeauna debutează cu sângerări uterine, care variază de la spotting la hemoragie abundentă. Sângerarea poate să dureze un interval variabil de timp.

În sarcinile molare avansate se instalează anemia prin deficit moderat de fier.

Clinic, se constată o creștere de volum a corpului uterin mai rapidă, comparativ cu sarcina normală. Uterul destins are o consistență moale. Ovarele prezintă chisturi luteinice în aproximativ 25-60% cazuri de molă completă. Ele reprezintă rezultatul hiperstimulării elementelor luteale de cantități masive ale hCG.

Determinările serice de beta-hCG demonstrează niveluri ridicate ale acestuia. În dependență de vârsta gestațională, poate ajunge la valori de ordinul milioanei.

# Mola hidatiformă – sarcina molară

---

Deși ecografia este pilonul de rezistență pentru diagnostic, nu toate cazurile sunt confirmate inițial.

Ecografic o sarcina molară completă apare ca o masă intrauterină ecogenă cu numeroase spații chistice anecogene, dar fără fetus sau sac amniotic.

Sarcina molară parțială are caracteristici care includ o placentă îngroșată, multichistică, alături de un făt sau cel puțin țesut fetal.

Cea mai frecventă eroare de diagnostic este avortul spontan incomplet sau complet.

# Mola hidatiformă – sarcina molară

---

Evacuarea cavității uterine prin D&C este metoda de elecție pentru pacientele care doresc să își mențină fertilitatea.

Sângerarea din timpul intervenției poate fi mai mare în cazul unei sarcini molare decât în cazul unei sarcini nonmolare cu un uter de dimensiuni comparabile. Astfel, în cazul sarcinilor molare mari se impun o anestezie adecvată, un acces venos corespunzător și o rezervă de sânge.

Este recomandată utilizarea ecografiei în timpul efectuării manevrei pentru a fi asigurată golirea cavității uterine.

# Indicații

---

➤ *Evacuarea unei sarcini extrauterine*



Sarcina  
cicatriceală



Sarcina cervicală

# Sarcina cicatriceală – “caesarean scar pregnancy”

---

Din cauza numărului în permanentă creștere ale nașterilor prin operație cezariană, sarcinile cicatriceale au devenit din ce în ce mai frecvente în ultimele decenii. Ele apar datorită migrării blastocistului la nivelul cicatricii uterine de la o cezariană anterioară.

Incidența acesteia aproximează 1 la 2000 sarcini normale și a crescut de-a lungul timpului. Patogeneza sarcinii la nivelul cicatricii post-operație cezariană (CSP) a fost comparată cu cea a placentei accreta și poartă risc similar pentru hemoragie gravă. Nu se cunoaște dacă incidența crește cu mai multe cicatrici prin operație cezariană sau dacă este afectată de închiderea în unul sau două straturi a tranșei de histerorafie.

Femeile cu CSP, de obicei se prezintă devreme, cu dureri și sângerări frecvente. Cu toate acestea, 40% dintre femei sunt asimptomatice, iar diagnosticul se face în timpul examinării ecografice de rutină. Rar, ruptura precoce a cicatricii uterine poate duce la o sarcina abdominală.

# Sarcina cicatriceală – “caesarean scar pregnancy”

---

Diagnosticul se bazează pe examinarea ecografică transvaginală care permite vizualizarea sacului gestațional situat în miometru la nivelul tranșei uterine.

Din punct de vedere ecografic, diferențierea între o sarcină intrauterină cervicoistmică și CSP poate fi dificilă.

Ecografia endovaginală descrie o cavitate uterină goală, endometru hiperecogen . Canal cervical gol. Poate fi indentificată o masă intrauterină la nivelul anterior al istmului uterin. Miometrul sănătos între vezică și sacul gestațional este absent.



# Sarcina cicatriceală – “caesarean scar pregnancy”

---

Standardele de tratament lipsesc și mai multe opțiuni sunt disponibile.

- Histerectomia este o alegere inițială acceptabilă pentru cine dorește sterilizarea
- Opțiuni de conservare a fertilității includ utilizarea de Metotrexat
- Opțiunile chirurgicale includ chiuretajul efectuat sub ghidaj ecografic, aspirația endovaginală, îndepărtarea histeroscopică sau excizia istmică.

# Sarcina cervicală

---

Sarcina cervicală este definită ca implantarea ovulului fecundat la nivelul endocervixului.

Diagnosticul diferențial trebuie să includă neoplasmul de endocol, prezența unui fibrom cervical, tumorile trofoblastice, anomalii de localizare ale placentei.

Pacientele sunt predispuse riscului de a dezvolta o sarcină cervicală după efectuarea anterioară a D&C, au dezvoltat sindromul Asherman, sunt cunoscute în antecedentele obstetricale cu nașteri prin operație cezariană, au fost expuse la dietilstilbestrol (substanță cu proprietăți estrogenice, rar folosită în prezent), au efectuat fertilizări in vitro.

Examinarea ecografică transvaginală poate evidenția transformarea deciduală a endometrului, mărirea și balonizarea canalului cervical, orificiu cervical intern închis cu un sac gestațional și țesut placentar situat la nivelul canalului cervical. Trebuie făcut diagnosticul diferențial cu un avort spontan în curs sau un chist Naboth de dimensiuni mari.

# Sarcina cervicală

---

Sarcina cervicală poate fi tratată medical sau chirurgical.

Deși managementul conservator este fezabil pentru multe femei cu sarcini cervicale, chiuretajul prin aspirație sau histerectomia pot fi luate în calcul ca metode de tratament.

Chiuretajul prin aspirație poate fi preferat în special în cazuri rare de o sarcină heterotopică compusă dintr-o cervicală și o sarcină uterina dorită.

Daca chiuretajul cervical este planificat, sângerarea intraoperatorie poate fi redusă prin embolizarea preoperatorie a arterelor uterine, prin ligatura ramurilor descendente ale arterelor uterine, injecții cu vasopresină.



## Indicații

---

### ✓ *Metroragia în climax*

Sângerarea uterină în postmenopauză prezintă unul sau mai multe episoade de sângerare produse la cel puțin 12 luni după ultima menstruație. Apare la până la 10% dintre femeile cu vârsta peste 55 ani. Neoplasmele endometriale sunt diagnosticate la aproximativ 10% dintre paciente, cele mai multe cazuri având o cauză benignă.

Principalul scop al investigațiilor în cazul sângerărilor vaginale în postmenopauză este excluderea prezenței unei patologii maligne. Atrofia vaginală poate reprezenta ea însăși o cauză de sângerare în postmenopauză, dar examenul clinic nu poate exclude neoplasmele endometriale. Pentru elucidarea diagnosticului sunt necesare explorări paraclinice mai mult sau mai puțin invazive.

# Indicații

---

## ➤ *Hiperplazia endometrială*

Hiperplazia endometrială reprezintă o proliferare exagerată a endometrului ce se caracterizează prin creșterea raportului glande/stromă. La bază se găsește întotdeauna un stimul estrogenic excesiv, nebalansat de efectele progesteronului. În perioada fertilă riscul apariției hiperplaziei endometriale este mai mare în cazul patologiilor asociate cu ovulație intermitentă sau absentă, în mod particular sindromul ovarelor polichistice. După menopauză, factorii de risc sunt reprezentați de condiții care cresc nivelul estrogenic – obezitate, terapie de substituție estrogenică. Cu toate acestea, hiperplazia endometrială poate să apară și la femei care nu au factori de risc.

Dimensiunile glandulare sunt variabile, iar celulele componente pot prezenta atipii cu potențial de progresie spre neoplasm endometrial.

Din punct de vedere clinic, hiperplazia endometrială poate fi cauză de meno/metroragii, poate fi asociată cu tumori ovariene secretante de estrogeni și poate precede sau coexista cu neoplasmul endometrial.

# Hiperplazia endometrială

---

Hiperplazia endometrială este un diagnostic histopatologic, prelevarea și examinarea de fragmente tisulare fiind absolut necesare. Evidențierea de celule glandulare atipice la examenul citologic Babeș-Papanicolau impune de asemenea investigarea cauzei prin biopsie.

Manifestările clinice și metodele complementare paraclinice servesc la orientarea diagnosticului, la indicarea biopsiei endometriale.

## Ecografia

Evaluarea grosimii endometrului

**Postmenopauză**  
Nu trebuie să  
depășească 4 mm

**Perioada fertilă**  
Grosimea și aspectul  
endometrului variază de la o  
fază a ciclului menstrual la  
alta, dar de obicei nu trebuie  
să depășească 14-15 mm

# Hiperplazia endometrială

---

| Fază                                                           | Grosime endometru, mm |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Menstruală                                                     | 2 – 4                 |
| Proliferativă                                                  | 4 – 6                 |
| Periovulator                                                   | 6 – 8                 |
| Secretorie                                                     | 8 – 14                |
| Postmenopauză                                                  | 4 – 8                 |
| Postmenopauză cu utilizare de terapie de substituție hormonală | 4 – 10                |

# Hiperplazia endometrială

---

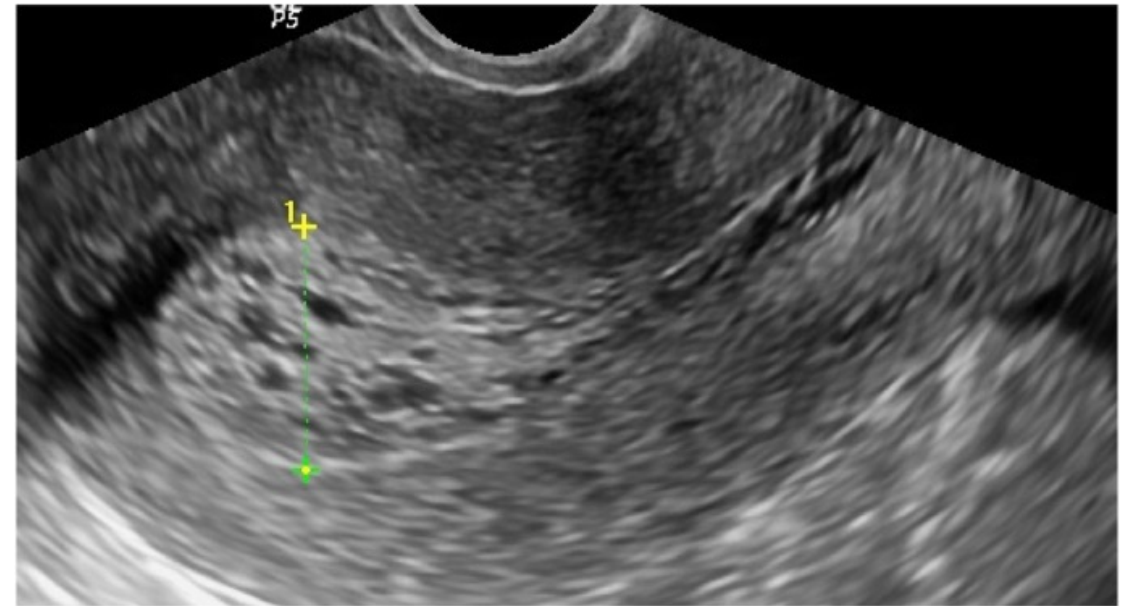
Ecografia transvaginală este o metodă extrem de fiabilă pentru depistarea modificărilor endometriale. La pacientele aflate în climax, care prezintă episoade de metroragii, dacă grosimea endometrului este uniform de 5 mm sau mai puțin, probabilitatea de neoplasm endometrial este mai mică de 1%. Prelevarea de biopsie este indicată dacă există o îngroșare difuză a endometrului sau o îngroșare focală a unei părți a endometrului, care măsoară mai mult de 5 mm.

Ecografia Doppler oferă date suplimentare, în special în ceea ce privește distincția dintre hiperplazie endometrială și adenocarcinom. Caracteristica vasculară în hiperplazie include o distribuție periferică.

Ecografia tridimensională permite o mai bună evaluare a endometrului, în sensul măsurării volumului acestuia. Există limitări în ceea ce privește utilizarea ei datorită posibilelor distorsionări a cavității uterine prin prezența de noduli fibromatoși.

# Hiperplazia endometrială

---



# Hiperplazia endometrială

---

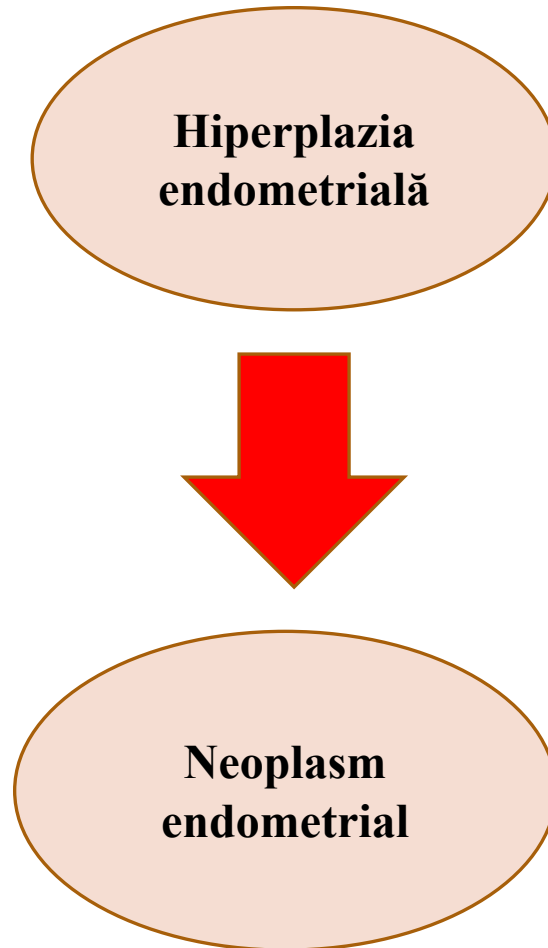
Biopsia endometrială reprezintă metoda diagnostică indispensabilă, oferind un rezultat de certitudine.

Indicațiile de biopsie endometrială sunt:

1. sângerare uterină anormală;
2. atipii glandulare depistate la testul Babeș-Papanicolau
3. prezența de celule endometriale atipice la citologia cervicală.

# Hiperplazia endometrială

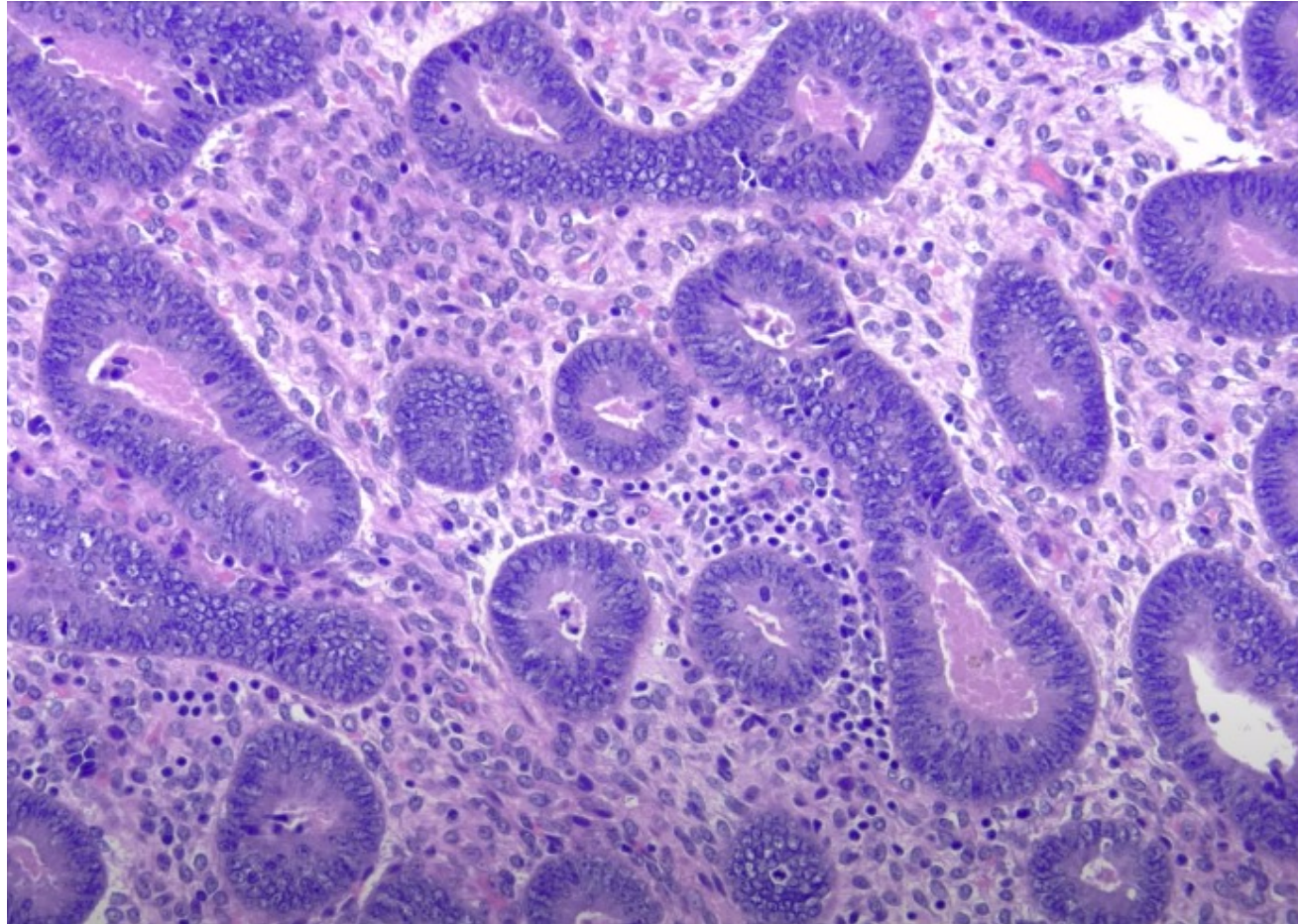
---



1. Hiperplazia simplă  
Progresia către cancer – 1%
2. Hiperplazia complexă  
Progresia către cancer – 3%
3. Hiperplazia simplă cu atipii  
Progresia către cancer – 8%
4. Hiperplazia complexa cu atipii  
Progresia către cancer – 29%

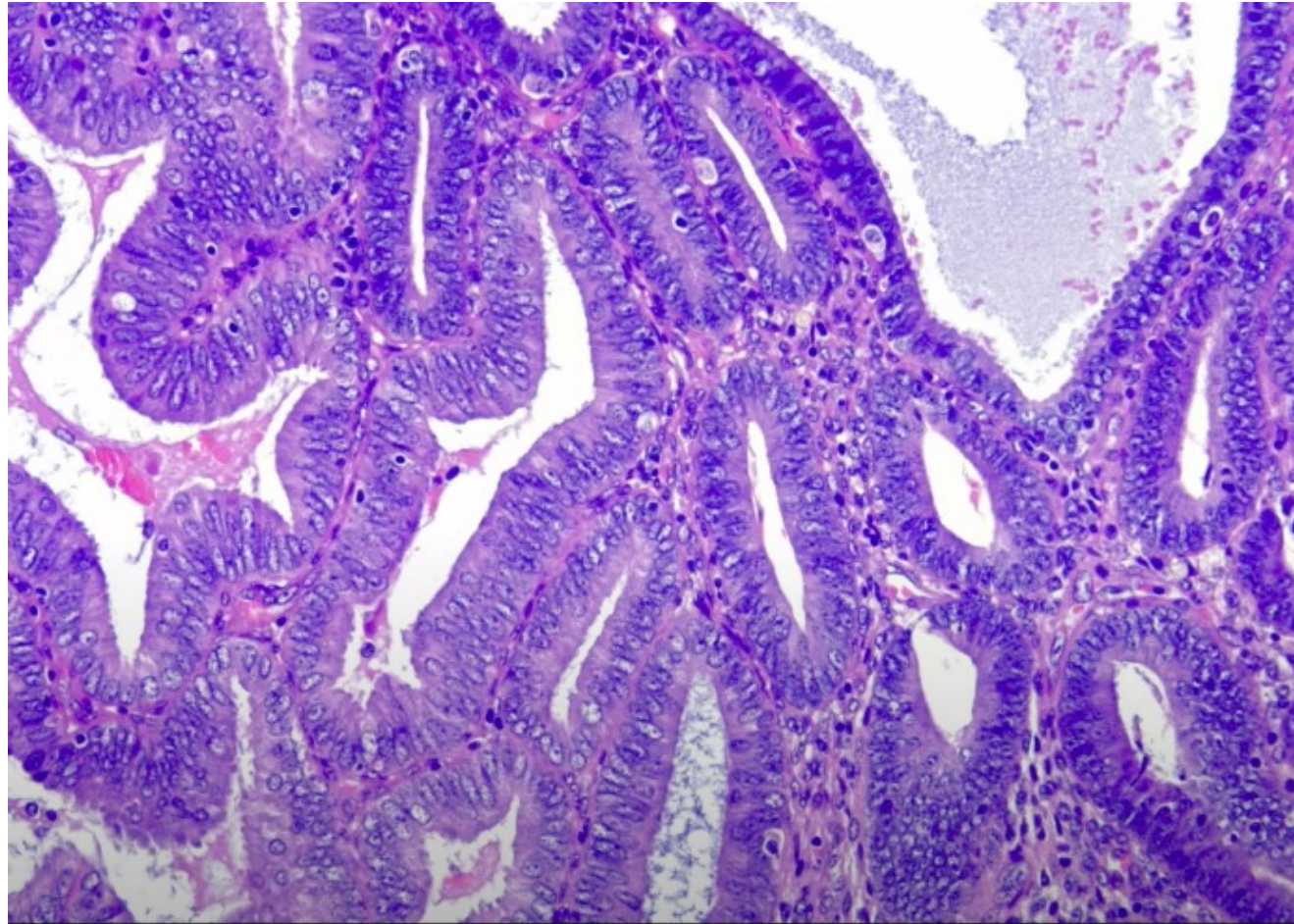
# Hiperplazia endometrială simplă

---



## Hiperplazie endometrială complexă cu atipii

---



# Indicații

---

## ➤ *Suspiciunea de neoplasm endometrial*

Neoplasmul endometrial este una dintre cele mai frecvente afecțiuni maligne genitale, situându-se în România pe locul 2 ca frecvență, după neoplasmul de col uterin.

Sângerarea uterină anormală este cea mai comună manifestare, apariția ei precoce contribuind esențial la diagnosticarea în stadii incipiente a bolii. Caracterul este variabil, de la pierderi de sânge reduse cantitativ de culoare roșie sau roz apărute la femei vârstnice, la menometroragii obiectivate pre- și perimenopauzal. Un simptom clasic descris este hidroleucoreea rozată cu aspect de “zeamă de carne”.

Din păcate, unele paciente nu se prezintă la medic în ciuda prezenței unor sângerări pe cale vaginală neregulate de luni sau chiar ani de zile. În boala mai avansată, presiunea și durerea pelvină poate reflecta mărirea uterului sau extinderea extrauterină a tumorii.

Diagnosticul de certitudine este evident histopatologic, în urma efectuării biopsiei de endometru.

## Aspecte macroscopice neoplasm endometrial

---



# Indicații

---

## ➤ *Polipii endometriali*

Polipul endometrial reprezintă o formă de hiperplazie endometrială focală, tradusă prin proliferarea stromală și glandulară în jurul unui ax vascular. Poate avea dimensiuni variabile, uneori importante, poate fi sesil sau pediculat, unic sau multiplu.

Vârsta cu cea mai mare incidență este a cincea decadă de viață. Rar pot apărea la paciente cu vârsta sub 20 de ani și incidența crește până la 50 ani, apoi scade după menopauză. Dezvoltarea lor este clar dependentă de stimularea estrogenică.

Femeile aflate sub tratament cu tamoxifen dezvoltă polipi endometriali cu o frecvență crescută și de dimensiuni mai mari. Există risc mai mare de transformare malignă.

# Polipii endometriali

---

O parte din paciențele cu polipi endometriali sunt asimptomatice.

Clinic, principalul simptom legat de prezența unui polip endometrial este sângerarea de origine uterină atât în pre cât și în postmenopauză. Sângerarea poate fi cauzată de congestia stromală de la nivelul polipului care duce la stază venoasă și necroză apicală.

Aceasta se poate prezenta sub formă de metroragie, menoragie, sângerare postmenopauzală.

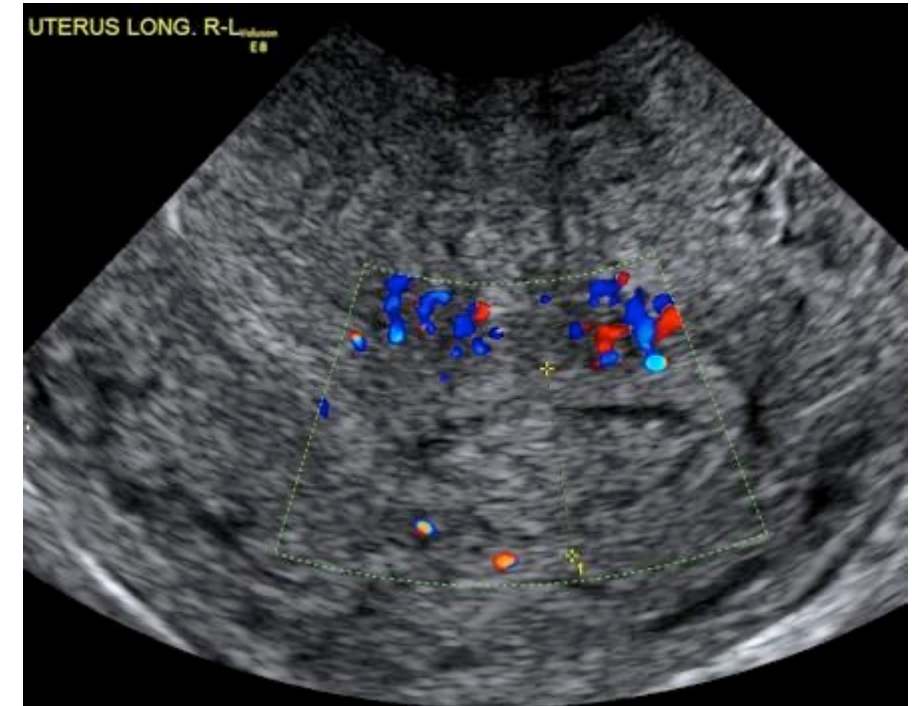
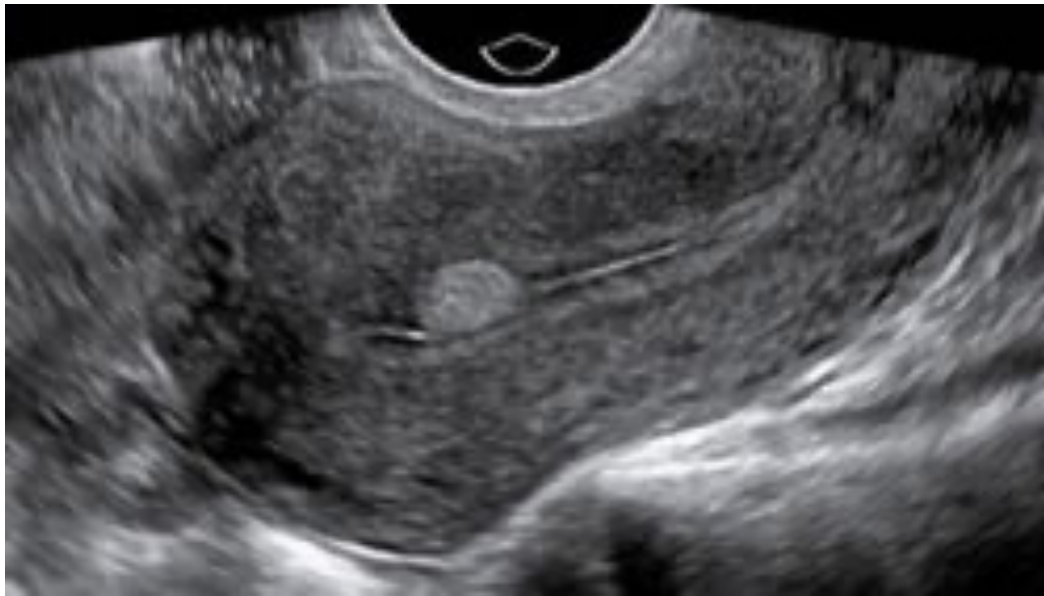
Simptomatologia dureroasă este limitată, dar se poate întâlni dismenoreea sau poate însoți prezența unui polip acuat în col.

**Ecografia transvaginală** permite vizualizarea unui polip sub forma unei îngroșări focale a endometrului. Principalul diagnostic diferențial ecografic trebuie să fie făcut cu un nodul miomatos submucos. Ecogenitatea celor 2 structuri, însă, diferă.

Evaluarea Doppler permite identificarea sursei vasculare, de obicei unice, axiale.

# Polipii endometriali

---



# Polipii endometriali

---

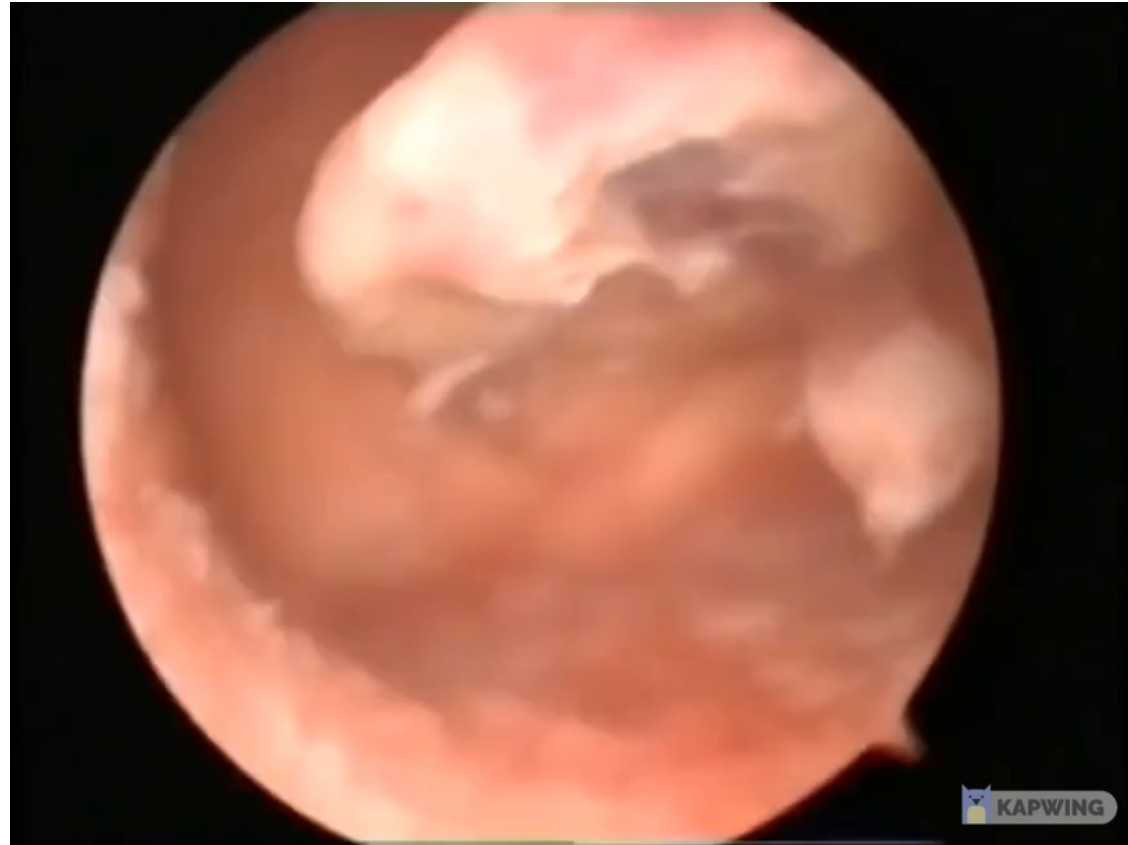
Unica formă de tratament o reprezintă **polipectomia**.

D&C este una din metodele utilizate. Având în vedere că este o procedură “oarbă”, există riscul ca polipul să nu fie evacuat datorită mobilității sale.

Histeroscopia are avantajul de vizualizare directă a cavității. Polipectomia histeroscopică poate fi realizată cu ajutorul unei anse electrice, pense sau foarfece. Acuratețea procedurii este mult îmbunătățită și pot fi vizualizate și alte, eventuale, anomalii endometriale.

# Polipii endometriali

---



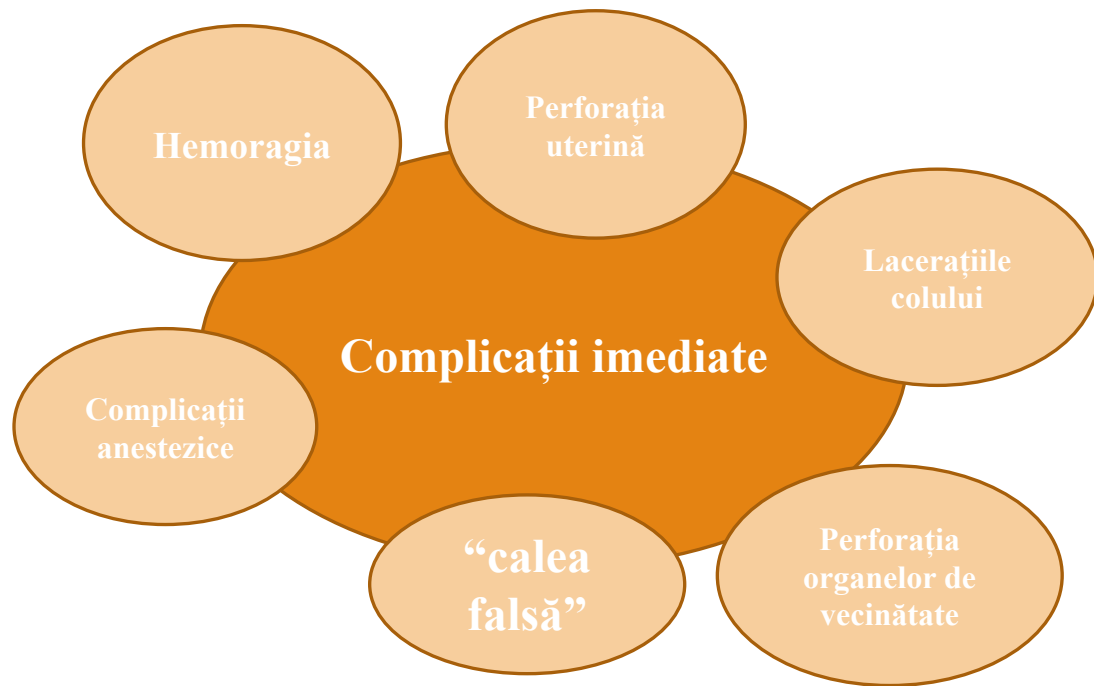
# Contraindicații

---

- Infecții vulvo-vaginale netratate, în afara urgențelor;
- Sarcina – nu permite efectuarea de chiuretaje uterine în scop biopsic;
- Tulburari de coagulare – înainte de efectuarea manevrei trebuie corectate tulburările de coagulare/oprit tratamentul cu anticoagulante orale și antiagregante plachetare;
- Stenoza vaginală;
- Imposibilitatea de dilatare a colului, prezența de anomalii cervicale.

# Complicații

---



# Complicațiile imediate

---

Apar în primele ore de la chiuretaj.

## ➤ *Hemoragia*

Este o complicație relativ rară. Poate fi cauzată de atonia uterină, golirea incompletă a cavității uterine, placentă anormală sau tulburări de coagulare.

Conduita constă în golirea completă a uterului și folosirea uterotoniceilor. În caz de hemoragie importantă pacienta trebuie să beneficieze de o umplere vasculară adecvată cu soluții saline și să fie stabilit gradul anemiei. Terapia cu fier este obligatorie, la fel și profilaxia infecțioasă în caz de recontrol.

# Hemoragia

---

*Coagulopatiile* sunt grupate de regula în 2 categorii: moștenite și dobândite. În cazul celor dobândite, o anamneză completă și o listă completă a medicației, incluzând preparatele naturiste pot pune în evidență potențialele cauze.

Un istoric personal de fragilitate vasculară, o sângerare importantă în cazul unor leziuni minore pot alerta clinicianul în privința unei coagulopatii.

Pacientele care sunt în tratament cronic cu anticoagulante orale trebuie să fie consiliate în vederea întreruperii temporare a administrării cu controlul INR.

# Complicațiile imediate

---

## ➤ *Complicațiile anestezice*

Anestezia utilizată la chiuretajul uterin poate fi generală sau locală.

Anestezia generală intravenoasă poate determina cefalee, grețuri, vărsături.

Anestezia locală, pericervicală, cu Xilină 1% poate genera bradicardie și aritmii dacă este injectată intravascular.

Complicațiile anestezice pot fi evitate dacă se respectă cu strictețe protocolul anestezic și se efectuează teste pentru eliminarea alergiilor.

# Complicațiile imediate

---

## ➤ *Perforația uterină*

Reprezintă o complicație serioasă, cu o incidență de 0,17%.

Riscul crește cu paritatea. Perforația poate fi produsă atât în timpul dilatării canalului cervical, cât și în timpul efectuării chiuretajului propriu-zis. Perforațiile în regiunea cervicoistmică cu interesarea vaselor uterine pot determina hemoragii majore cu necesitatea intervenției chirurgicale de urgență. Alteori, determină formare de hematoame parametriale cu suprainfectare secundară.

Perforația fundului uterin se remite spontan și nu produce hemoragie uterină, atunci când este făcută cu histerometrul sau dilatoarele Haegar de dimensiuni mici.

# Perforația uterină

---

O perforație uterină trebuie suspicionată în momentul în care, în timpul manevrei, instrumentul folosit ajunge la o adâncime mare, fără a întâlni rezistența peretelui uterin. În acest moment se recomandă suspendarea tuturor manipularilor, fără îndepărtarea bruscă a instrumentului din cavitate. Se urmărește sub ghidaj ecografic, dacă instrumentul folosit a depășit peretele uterin.

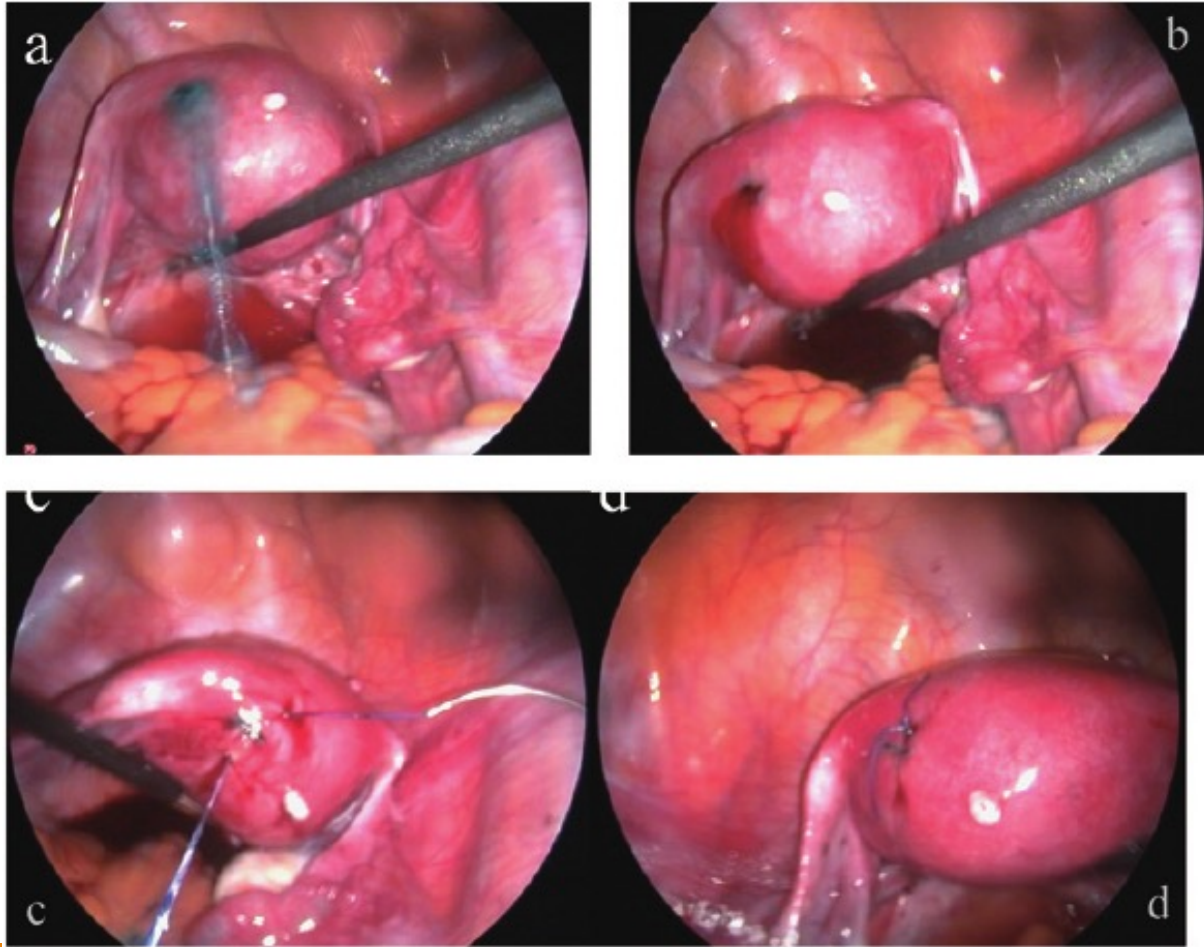
Daca manevra este efectuată sub anestezie locală, durerea bruscă la plasarea sondei ecografice pe abdomen poate fi un indicator de perforație uterină.

Cazurile complicate sunt uneori recunoscute prin eliminarea în timpul chiuretajului uterin de oment, fragmente de intestin sau ovar.

O importanță majoră o are supravegherea pacientei după efectuarea manevrei, astfel încât personalul medical să poată recunoaște o posibilă complicație a chiuretajului, care nu a fost diagnosticată în timpul efectuării manevrei.

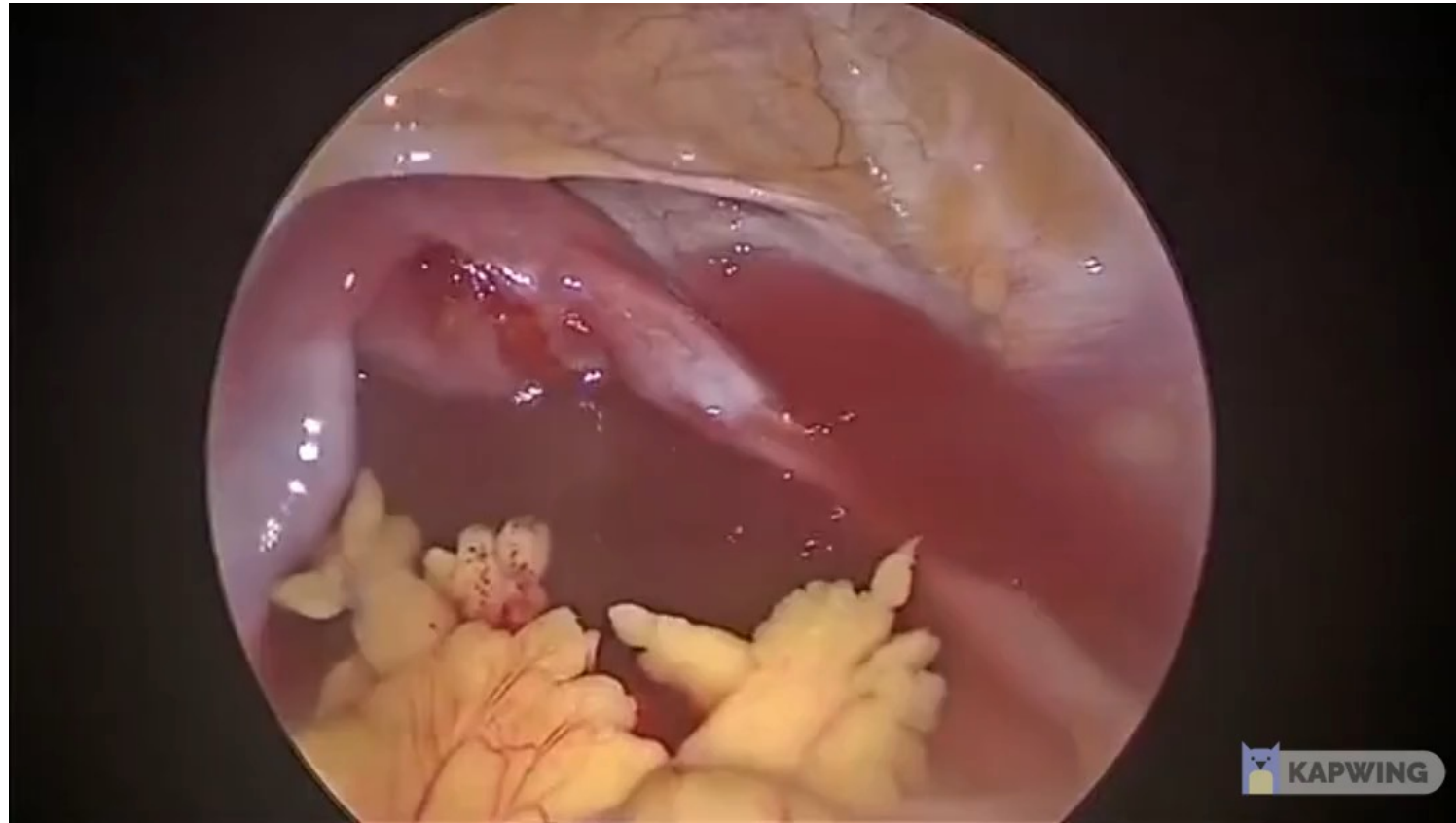
# Perforația uterină

---



# Perforația uterină

---



# Complicațiile imediate

---

## ➤ *Perforația organelor de vecinătate*

Este o complicație majoră cu risc crescut de mortalitate, mai ales dacă nu se diagnostichează imediat.

Organele cele mai frecvent interesate sunt intestinul subțire (ileonul) și colonul sigmoid. Riscul major este de peritonită și septicemie.

În cazul unei suspiciuni de perforație intestinală se recomandă laparotomia imediată cu sutură intestinală simplă în cazul perforației unice sau rezecție segmentară intestinală urmată de anastomoză primară sau colostomie pentru perforația multiplă.

# Complicațiile imediate

---

## ➤ *Lacerațiile colului uterin*

Obișnuit sunt produse de tracțiunea cu pensa Pozzi și majoritatea sunt soluții de continuitate superficiale care sângerează redus.

Rareori se pot întâlni soluții de continuitate severe, prelungite în porțiunile laterale, care sângerează și trebuie suturate.

## ➤ *“Calea falsă”*

În timpul dilatației, se poate produce un traseu intracervical, cu lipsa accesului în cavitatea uterină.

# Complicațiile la distanță

---

## ➤ *Endometrita postabortum*

Poate să fie asimptomatică sau se poate manifesta clinic prin metroragii, dureri abdominale colicative și febră.

Principalele cauze ale apariției endometritei postabortum:

- Leziunile traumatice ale endometrului în timpul chiuretajului;
- Retenția unor fragmente tisulare, evacuarea incompletă a cavității uterine;
- Acumularea de sânge și cheaguri în cavitatea uterină;
- Ascensionarea microbiană în cursul manevrei.

Diagnosticul pozitiv asociază examinarea clinică și ecografică.

Pentru pacientele simptomatice se recomandă antibioprolaxie urmată de control al cavității uterine cu evacuarea resturilor trofoblastice.

# Endometrita postabortum

---

Simptomatologia clinică clasică a endometritei cuprinde:

- febra și frison;
- tahicardie;
- dureri abdominale care pot fi difuze sau localizate la nivel abdominal inferior;
- secreții vaginale modificate, uneori purulente sau sanghinolente.

Debutul simptomatologiei poate fi la 3-5 zile după efectuarea manevrei.

La examenul ginecologic se constată:

- corp uterin dureros la mobilizare;
- la examinarea cu valve se constată secrețiile vaginale cu aspect modificat, mirositoare, uneori purulente;

# Complicațiile la distanță

---

## ➤ *Reacțiile anexiale*

Se produc la 7-10 zile de la chiuretaj și sunt favorizate de bolile inflamatorii pelvine.

Pacientele se prezintă cu sindrom algic pelvin la distanță de momentul efectuării manevrei, examinarea clinică obiectivează un corp uterin dureros la mobilizare, anexe și funduri de sac sensibile la tușeul vaginal. Febra este inconstantă.

Tratamentul este simptomatic și antibioterapie.

# Complicațiile la distanță

---

## ➤ *Sinechia uterină*

Se diagnostichează la distanță de chiuretaj.

Sinechiile uterine apar ca urmare a unui traumatism la nivelul mucoasei uterine care afectează straturile bazale, urmat de apariția unei bride mucoase. Inițial, această aderență poate fi ușor îndepărtată chiar în cadrul histeroscopiei diagnostice, cu timpul însă aceasta devine fibroasă, în zona respectivă lipsind și țesutul endometrial normal.

Pacienta poate fi asimptomatică, sinechia fiind descoperită în timpul efectuării unei histerosalpingografii sau histeroscopii diagnostice.

Pacientele simptomatice prezintă dismenoree și hipomenoree.

Existența unei sinechii complete a cavității uterine definește **sindromul Asherman**.

# Sinechia uterină

---

Metoda de elecție pentru diagnostic este considerată *histerosonografia*.

Histerosonografia este o metodă de diagnostic ecografic care permite identificarea cu mare acuratețe a modificărilor de la nivelul cavității uterine și studiul permeabilității trompelor.

Avantajele metodei:

- este o metodă de diagnostic simplă, bine tolerată
- nu necesită expunere la radiații ionizante
- substanța de contrast utilizată nu provoacă alergii
- este o metodă de diagnostic minim invazivă

# Histerosonografia

---

Tehnica histerosonografiei presupune inserția unui cateter prin colul uterin până la nivelul cavității uterine. Prin intermediul acestui cateter se va instila substanța de contrast care va permite evaluarea cavității uterine.

Odată ce cavitatea uterină este umplută cu substanță de contrast, trebuie efectuată o examinare ecografică completă a acesteia pentru evidențierea unor structuri anormale, modificărilor patologice la acest nivel.

Tehnicile suplimentare cum ar fi examinarea Dopplec Color și imagistica tridimensională pot fi utile pentru evaluare.

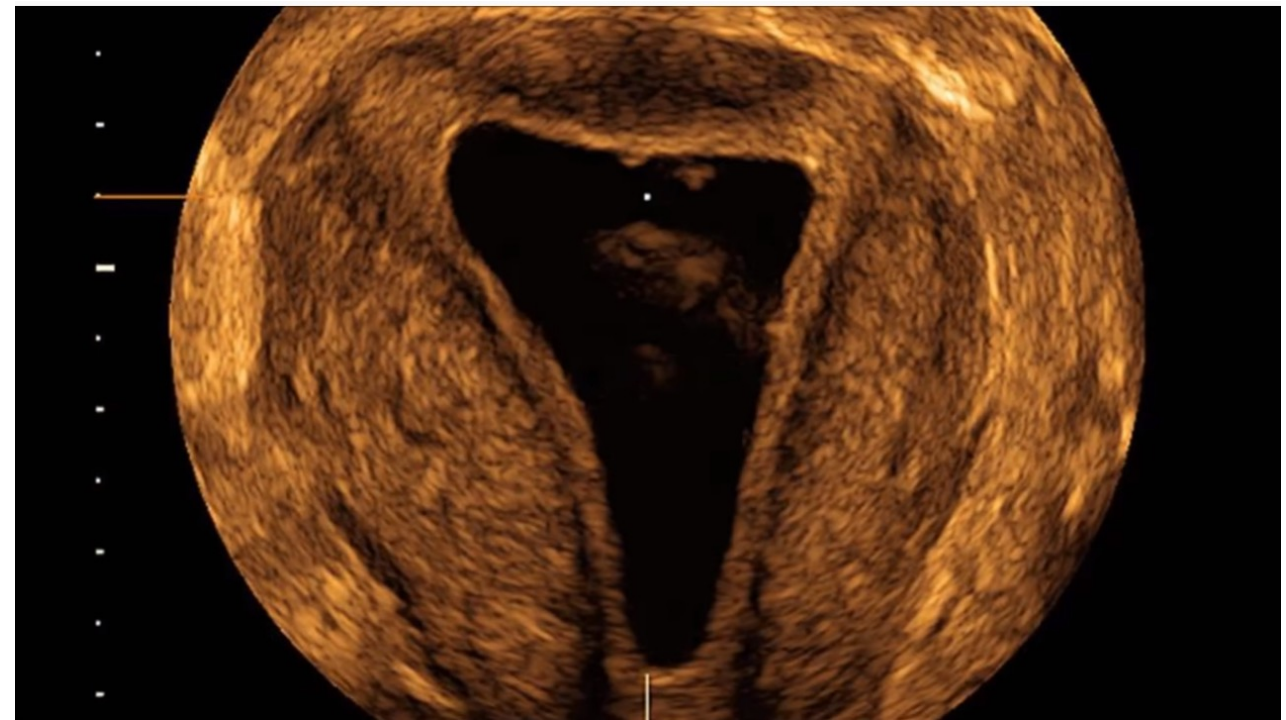
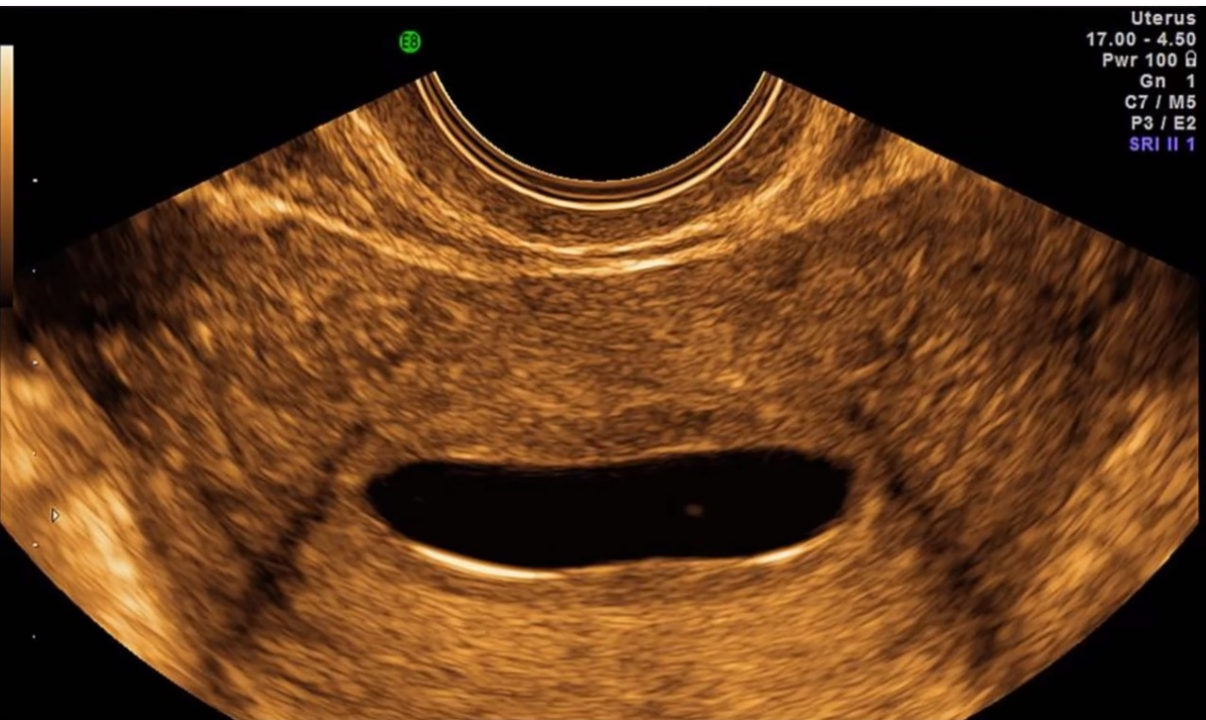
# Histerosonografia

---



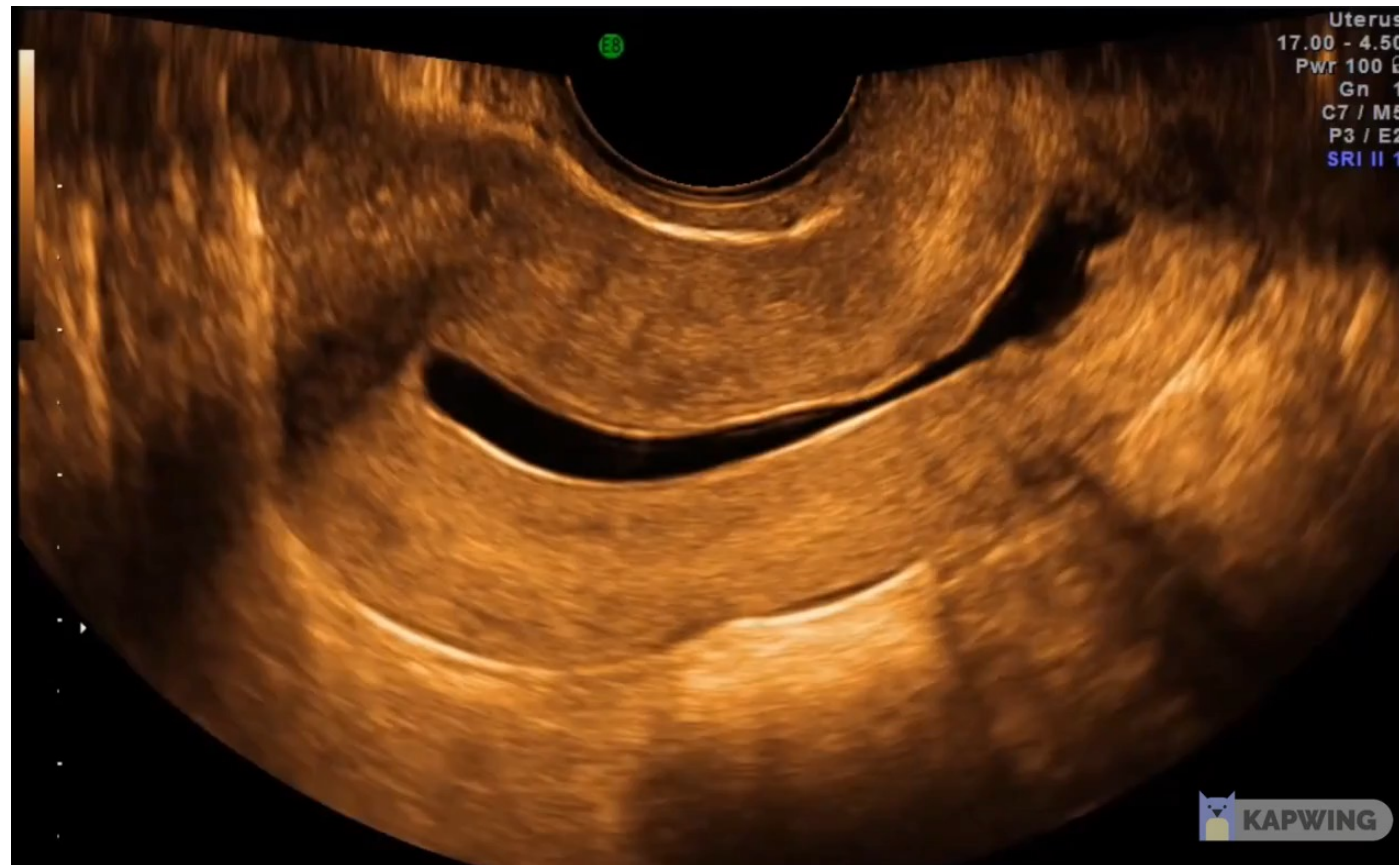
# Histerosonografia

---



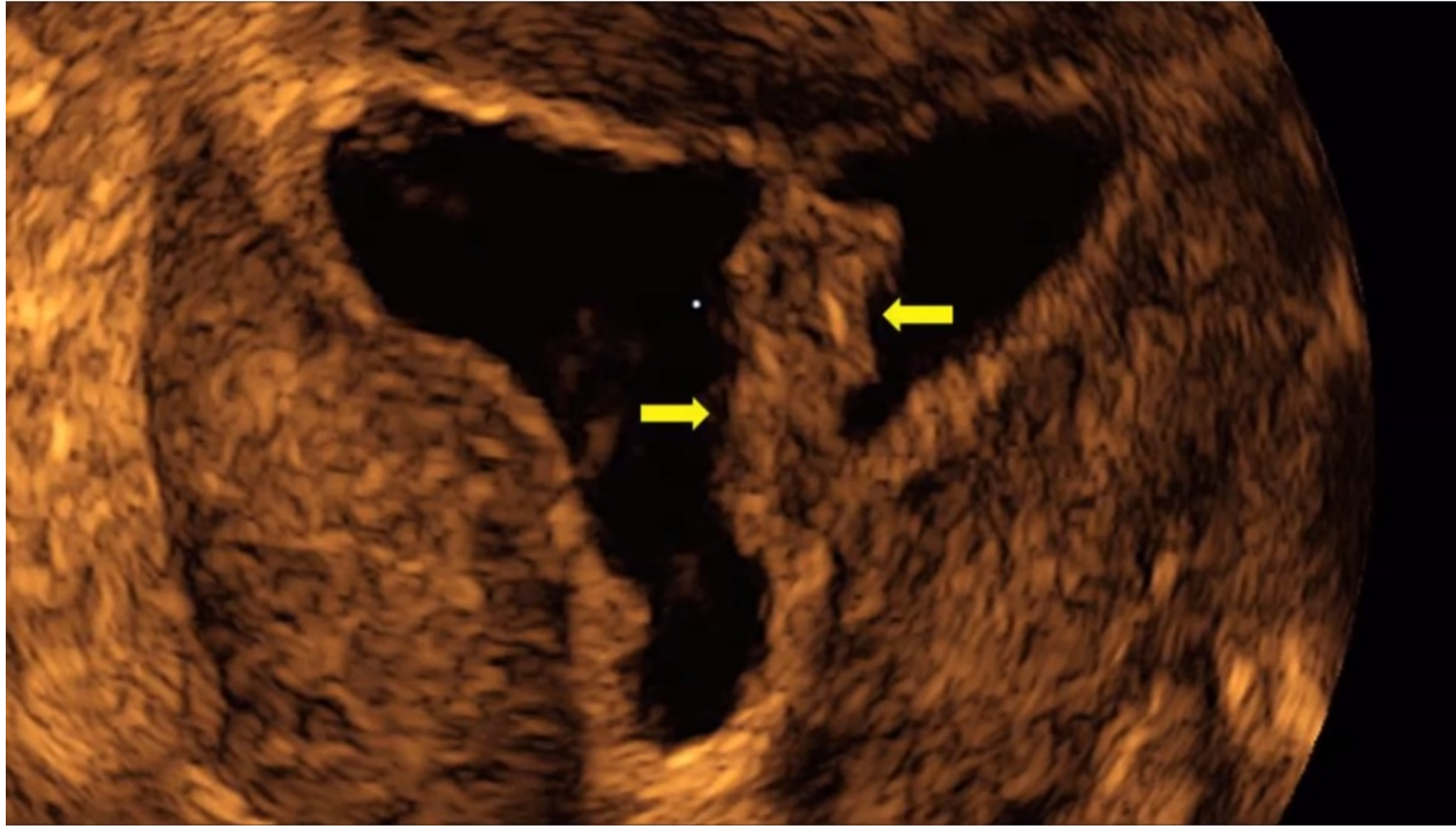
# Histerosonografia

---



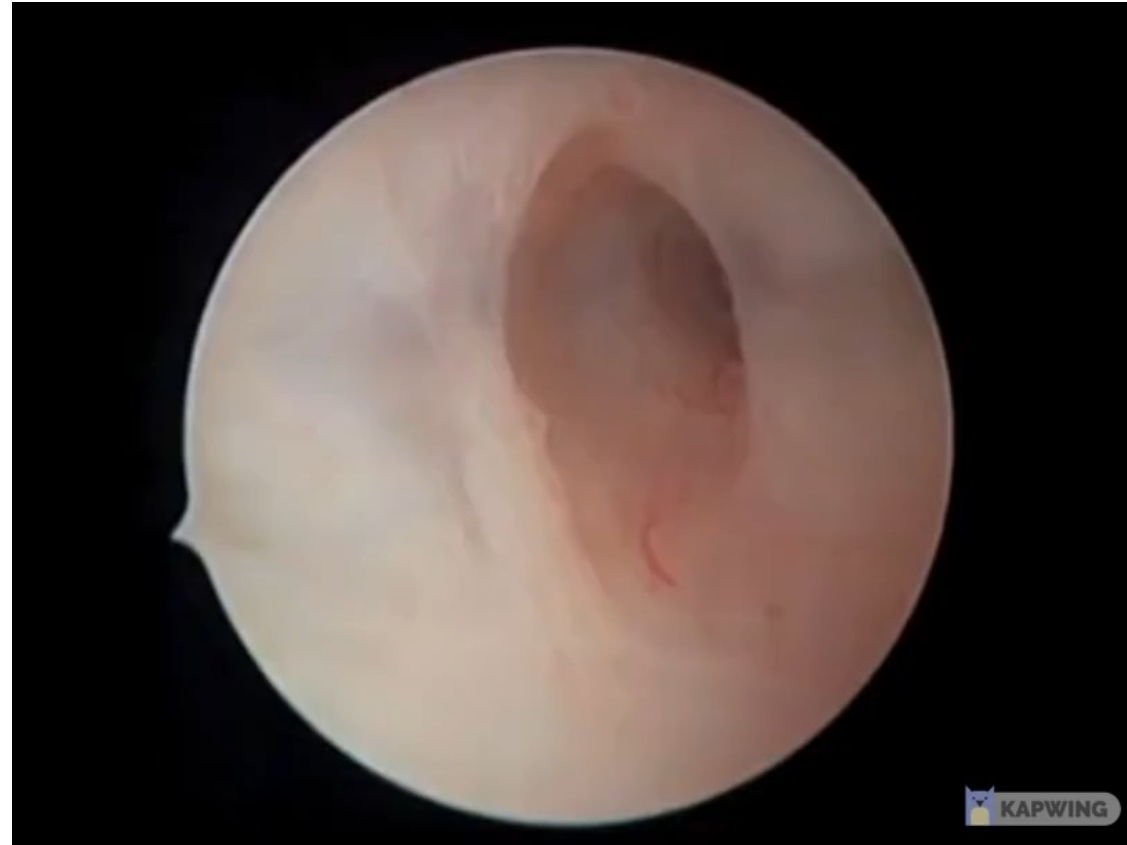
# Histerosonografia

---



# Sinechia uterină

---



# Complicațiile la distanță

---

## ➤ *Complicațiile psihologice*

Cel mai frecvent apar sub forma unui regret după efectuarea întreruperii de sarcină la cerere, fie sub formă de manifestări tip depresiv în cazul unui avort spontan.

La nivel global, în jur de 12-15% dintre sarcinile confirmate se finalizează cu un avort spontan. În urma unui avort spontan, în jur de 30-50% dintre femei vor experimenta episoade de anxietate, iar 10-15% episoade depresive.

La momentul actual, nu există un protocol și recomandări clare în ceea ce privește necesitatea unui suport psihologic ca standard, după un avort spontan.

Experiența unui avort spontan ar putea afecta sănătatea mintală maternă la sarcinile următoare. Un studiu din 2010 a constatat că femeile care au istoric de avorturi spontane, au experimentat mai multă anxietate pe perioada sarcinilor ulterioare, decât femeile fără antecedente obstetricale.

Sănătatea mintală afectată a mamei are un impact imediat și pe termen lung asupra bunăstării sale: limitează oportunitățile de participare socială și economică, reduce capacitatea de îngrijire personală scăzând calitatea vieții.

Este foarte important ca femeile cu risc de a dezvolta episoade severe de depresie și anxietate să fie identificate în cursul examinărilor ulterioare, pentru a fi consiliate în vederea acordării ajutorului psihologic necesar la momentul potrivit.

# LOONEY TUNES

