

**LBRIS**

We know  
books

**Prof. dr. Virgiliu Ancăr**

**Dr. Crângu Ionescu**

# **GINECOLOGIE**

# CUPRINS

<b>Capitolul 1. Sindroame cardinale în ginecologie.....</b>	<b>5</b>
Hemoragia .....	5
Leucoreea.....	11
Durerea pelvină și abdominală .....	12
<b>Capitolul 2. Contracepția .....</b>	<b>21</b>
Metode naturale de planificare familială .....	21
Coitul întrerupt.....	23
Alăptarea ca metodă contraceptivă.....	23
Metode contraceptive de barieră.....	23
Dispozitivele intrauterine.....	25
Contracepția hormonală.....	29
Contracepția hormonală injectabilă.....	33
Contracepția de urgență .....	36
Sterilizarea feminină .....	37
Sterilizarea chirurgicală masculină.....	38
<b>Capitolul 3. Patologia benignă a vaginului și vulvei.....</b>	<b>40</b>
Patologia benignă a vaginului .....	40
Inflamațiile vulvovaginale la femeia adultă .....	42
Patologia benignă a vulvei.....	49
<b>Capitolul 4. Patologia benignă a colului .....</b>	<b>54</b>
Anomaliile congenitale ale colului .....	54
Infecțiile colului.....	57
Infecțiile granulomatoase și infecțiile rare ale colului.....	64
Tumorile benigne ale colului.....	65
<b>Capitolul 5. Patologia benignă a corpului uterin .....</b>	<b>68</b>
Polipul endometrial .....	68
Sinechiile uterine.....	70
Fibromul uterin .....	73
<b>Capitolul 6. Patologia benignă a ovarului și trompei .....</b>	<b>80</b>

<b>Capitolul 7. Bolile cu transmitere sexuală .....</b>	<b>85</b>
Gonoreea .....	85
Sifilisul .....	87
Infecția cu <i>Chlamydia</i> .....	89
Limfogranulomatoza veneriană .....	91
Șancrul moale .....	91
Granulomul inghinal .....	92
Infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV).....	93
Infecția cu <i>Trichomonas vaginalis</i> .....	95
Infecția cu <i>Herpes simplex</i> .....	95
Infecția cu papilomavirus.....	95
Infecția cu <i>Corynebacterium vaginale</i> .....	95
<b>Capitolul 8. Infecțiile aparatului genital.....</b>	<b>96</b>
Anexita .....	96
Piosalpinxul și abcesul tuboovarian.....	101
Tuberculoza genitală .....	104
Inflamațiile corpului uterin.....	106
Endometrita acută .....	107
Metrita acută.....	109
Abcesul uterin.....	109
Infarctul uterin .....	109
Gangrena uterină.....	110
Endometrita cronică.....	111
Celulitele pelvine .....	112
Pelviperitonita .....	117
<b>Capitolul 9. Endometrioza și adenomioza .....</b>	<b>121</b>
Endometrioza .....	121
Adenomioza .....	126
<b>Capitolul 10. Prolapsul genital .....</b>	<b>128</b>
Incontinența urinară .....	135
<b>Capitolul 11. Patologia premalignă și malignă a vulvei și vaginului .....</b>	<b>146</b>
Pruritul vulvar .....	146
Carcinomul intraepitelial vulvar (CIV) .....	148
Estiomenul vulvar.....	149
Boala Paget vulvară .....	149
Cancerul vulvar.....	150
Neoplazia scuamoasă intraepitelială (Neoplazia Vaginală Intraepitelială) – NVI .....	154
Cancerul vaginal .....	155

<b>Capitolul 12. Patologia premalignă și malignă a colului.....</b>	<b>166</b>
Neoplazia intraepitelială cervicală .....	166
Cancerul de col uterin.....	168
<b>Capitolul 13. Patologia premalignă și malignă a corpului uterin ....</b>	<b>177</b>
Hiperplaziile endometriale.....	177
Cancerul de endometru .....	180
Sarcomul uterin .....	185
<b>Capitolul 14. Patologia premalignă și malignă a ovarului și trompei .....</b>	<b>187</b>
Cancerul de ovar .....	187
Cancerul ovarian epitelial.....	187
Cancerul ovarian neepitelial.....	196
Cancerul trompei.....	201
<b>Capitolul 15. Boala trofoblastică gestațională.....</b>	<b>203</b>
<b>Capitolul 16. Infertilitatea .....</b>	<b>209</b>
<b>Capitolul 17. Menopauza .....</b>	<b>220</b>
<b>Capitolul 18. Hirsutismul.....</b>	<b>235</b>
<b>Capitolul 19. Elemente de reproducere umană asistată (asistența medicală la procreere) .....</b>	<b>244</b>
<b>Indice de termeni.....</b>	<b>251</b>
<b>Bibliografie .....</b>	<b>253</b>

# Capitolul 1

## Sindroame cardinale în ginecologie

*Există trei sindroame cardinale în ginecologie: hemoragia, leucoreea și durerea pelvină.*

### Hemoragia

#### *Definiție*

Hemoragia, în ginecologie, reprezintă pierderea de sânge pe cale vaginală. La fetiță, menarha se instalează în jurul vârstei de 13 ani. Pubertatea este considerată precoce, dacă se instalează după vârsta de 8 ani, și tardivă, dacă apare în jurul vârstei de 18 ani.

#### I. Tulburările ciclului menstrual

##### A. Tulburări în exces

1. Ciclurile menstruale foarte frecvente (*polimenoree*) sunt determinate de o disfuncție ovaro-hipofizară (insuficiență luteală). Aceasta trebuie investigată, de-

terminându-se curba termică și efectuându-se frotiul citohormonal și biopsia de endometru.

2. Ciclurile menstruale foarte abundente se numesc *hipermenoree*. Menoragia reprezintă ciclul menstrual regulat, dar prelungit ca durată.

Hipermenoreea poate fi:

- a) *primară* – determinată de tulburări de crază sangvină;
- b) *secundară* – determinată de o descumamare neregulată a endometrului ca urmare a unei tulburări funcționale ovariene, insuficiență ovariană, sau ca urmare a unei leziuni organice intrauterine (hiperplazie de endometru, polipi, fibroame endocavitare).

## B. Tulburări în minus

1. Menstrele rare (*oligomenoree*, *spaniomenoree*) au drept cauză o insuficiență hormonală și pot determina sterilitate (*spaniomenoree anovulatorie*). Oligomenoreea reprezintă sângerarea menstruală ce apare la un interval mai mare de 35 de zile.

2. Menstrele cu flux redus se numesc *hipomenoree*.

Hipomenoreea poate fi:

**a)** primară – determinată de o hipoplazie uterină sau de insuficiență ovariană;

**b)** secundară – postabortum sau postpartum sau generată de stres.

3. Absența menstruației (*amenoreea*)

**a)** amenoreea primară reprezintă absența menstruației până la vârsta de 16 ani și este determinată în general de malformații genitale, cum ar fi agenezie uterină sau ovariană, imperforație himenală (în care menstruația are loc, dar sângele se acumulează în vagin ca urmare a imperforației himenale).

Această entitate necesită investigații multiple:

– din anamneză se rețin vârsta, antecedentele personale, dezvoltarea psihosomatică, perioada de creștere a sânilor, dacă există sau nu semnele periodice de însoțire a menstruii (crize dureroase abdominale);

– la examenul clinic se urmărește existența sau absența caracterelor sexuale secundare, iar examenul organelor genitale trebuie făcut cu mare atenție, atât examenul organelor genitale externe, cât și al organelor genitale interne;

– dintre examenele paraclinice, trebuie obligatoriu determinată curba termică, efectuate frotiul citovaginal, biopsia de endometru, histero-salpingografia, histeroscopia și, eventual, celioscopia.

De asemenea, trebuie făcute dozări hormonale, determinarea FSH-ului orientându-se asupra originii amenoreei:

– FSH normal – amenoree de origine uterină;

– FSH crescut – amenoree de origine ovariană;

– FSH scăzut – amenoree de origine hipotalamohipofizară.

Pot fi încercate și teste terapeutice, având ca rezultat crearea unui ciclu artificial.

**b)** amenoreea secundară constă în absența menstruației pentru o perioadă de 6 luni și are drept cauză:

**b.1)** factori uterini:

– sinechii cervicoistmice;

– atrofiile endometriale;

– tuberculoză genitală.

**b.2)** factori ovarieni:

– ablație chirurgicală;

– iradiere;

– hipoplazie ovariană;

– ovarită sclerochistică;

– tumori secretante ovariene care blochează sistemul hipotalamo-hipofizar.

**b.3)** factori hipotalamo-hipofizari:

– leziuni organice – necroza hipofizară postpartum (sindrom Sheehan);

– sindroame endocrinometabolice;

– sindrom Cushing, insuficiență tiroidiană, obezitate;

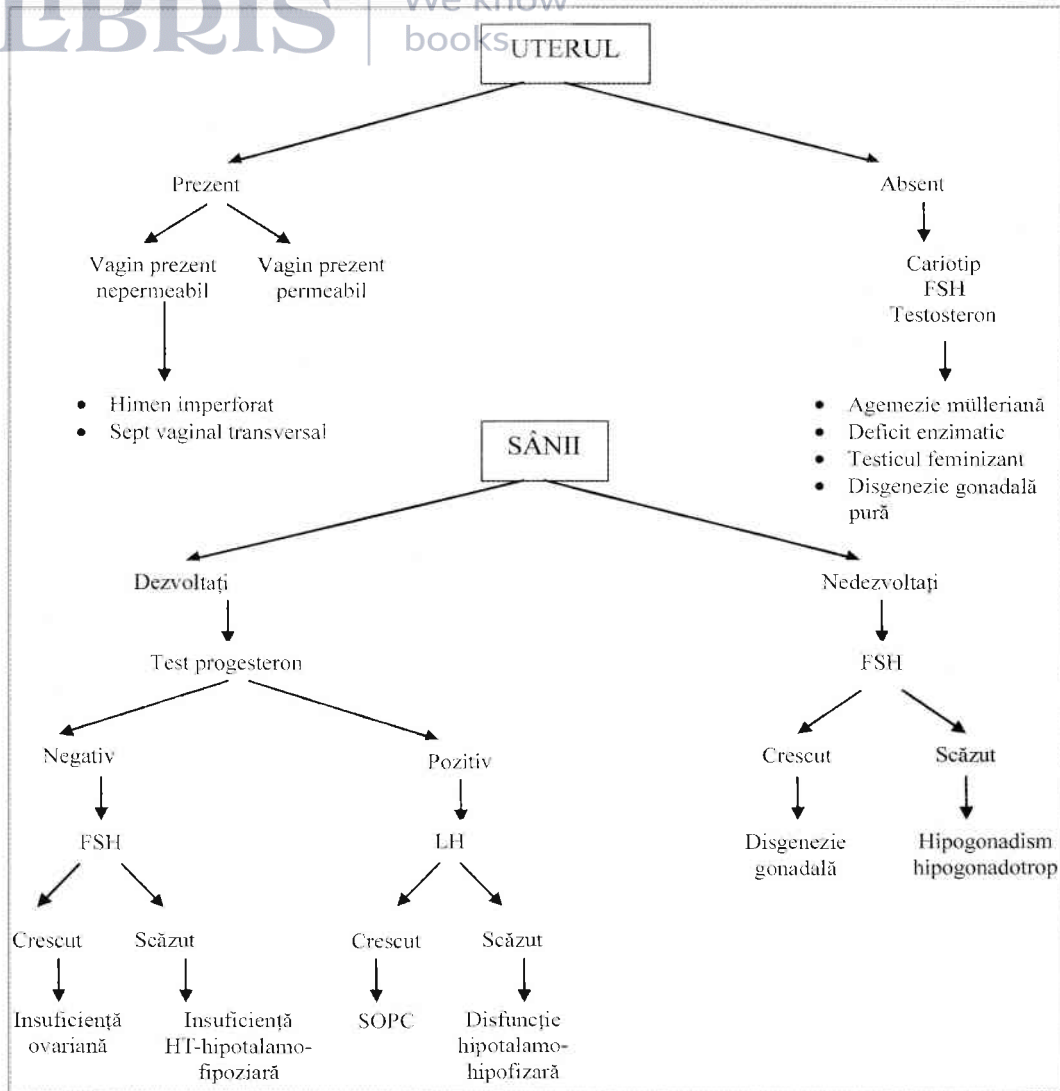
– amenoreea de stres.

## Diagnostic

Este important să se stabilească ce organ este disfuncțional în cadrul axului hipotalamo-hipofizar și să se identifice cauza exactă a amenoreei.

În anumite situații, alături de amenoree este prezentă și galactoreea. Galactoreea reprezintă secreția lactată nepuerperală și se datorează hiper-prolactinemiei mici. Secreția lactată se poate manifesta spontan sau în momentul exprimării sânului.

Pentru a fi siguri de calitatea secreției și pentru a determina prezența laptelui, se poate prepara un frotiu și examina la microscop.



*Schema de diagnostic în cazul amenoreei primare*

### Diagnostic diferențial

După ce am stabilit care este organul disfuncțional, este necesară identificarea cauzei. Vom prezenta în continuare succint câteva dintre elementele de diagnostic diferențial al amenoreei primare și secundare.

### Amenoree primară

Gonada nediferențiată a fătului masculin secretă MIF (factorul inhibitor müllerian) și

testosteron. MIF favorizează regresia structurilor mülleriene, iar testosteronul și dihidrotestosteronul determină diferențierea organelor genitale externe și interne masculine.

1. Testiculul feminizant – toate structurile derivate din canalul Müller sunt absente, iar fenotipul este feminin, dar fără uter și vagin și cu o secreție minimă de estrogeni.

2. Disgenezia gonadală pură – celulele germinative primitive NU migrează către creasta genitală, fenotipul este feminin cu organe genitale interne și externe normale (pentru că NU se secretă MIF sau androgeni), dar fără secreție de estrogeni.
3. Defecte enzimatice – testiculul cu deficiente enzimatice va produce MIF, dar nu va produce testosteron, astfel că organele genitale externe feminine sunt prezente, dar nu sunt prezente structurile mülleriene.
4. Insuficiența ovariană poate fi primară (gonadotropi crescuți și estradiol scăzut – hipogonadism hipergonadotropic) sau secundară (datorată disfuncției hipotalamice, cu gonadotropi normali și estradiol scăzut).

*Diagnosticul diferențial* al insuficienței gonadale primare (hipogonadism hipergonadotropic):

- idiopatică;
- defecte enzimatice în steroidogeneză;
- sindrom de regresivitate testiculară;
- hermafroditism;
- disgenezii gonadale (pură, sindrom Turner);

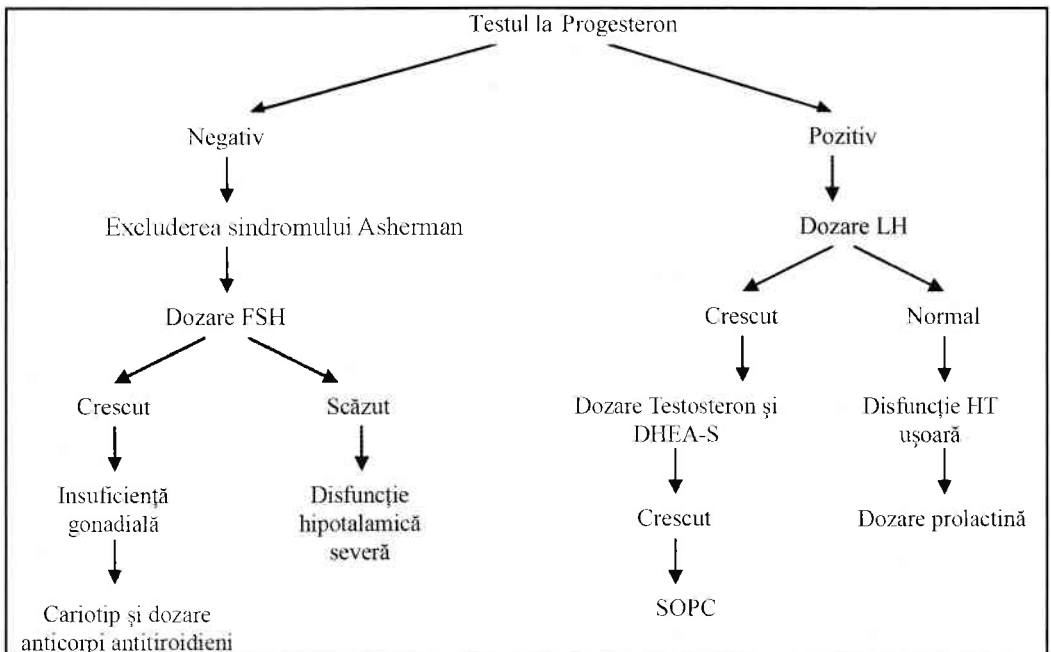
- sindromul ovarelor rezistente;
- postinfecțioasă;
- postiradiere.

*Diagnosticul diferențial* al insuficienței gonadale secundare se face cu cauzele de disfuncție hipotalamică severă:

- sindrom Kellmann;
- tumori ale hipotalamusului;
- anorexie nervoasă;
- stres accentuat;
- scădere ponderală severă;
- efort fizic accentuat.

*Diagnosticul diferențial* în cadrul sindromului amenoree-galactoree se face cu:

- tumori hipofizare;
- hipotiroidism;
- hiperprolactinemie idiopatică;
- hiperprolactinemie medicamentoasă;
- stimulare nervoasă periferică (stimularea nervilor periferici toracici, stimularea mamelonului, leziuni ale măduvei spinării, leziuni ale sistemului nervos central).



*Schema de diagnostic în cazul amenoreei secundare*

### Amenoree secundară

Diagnosticul diferențial în cazul bolnavelor cu amenoree secundară și test la progesteron pozitiv se face cu:

**a) disfuncții hipotalamice ușoare:**

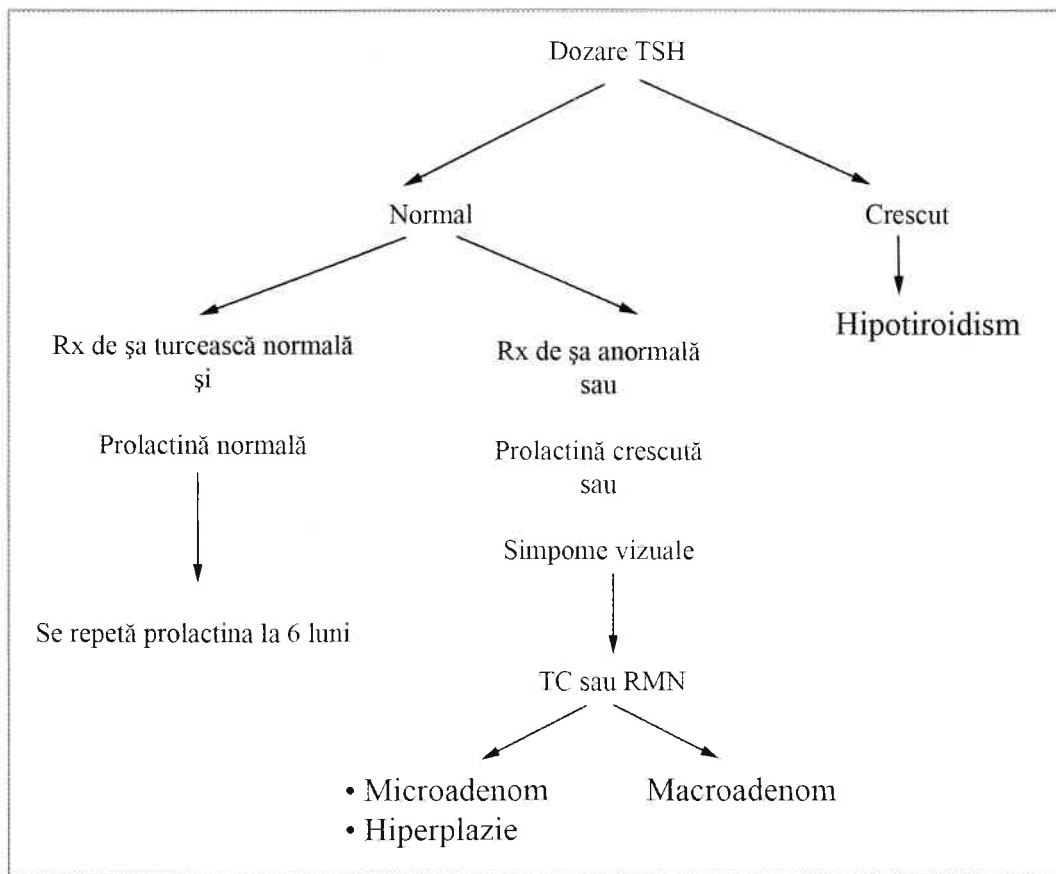
- stres;
- tulburări psihice;
- obezitate;
- idiopatie;
- efort fizic.

**b) hirsutism-virilism:**

- SOPC;
- tumoră ovariană;
- tumoră corticosuprarenaliană;
- sindrom Cushing.

**c) boli sistemice:**

- hipotiroidism;
- hipertiroidism;
- boală Adisson;
- sindrom Cushing.



*Schema de diagnostic în cazul bolnavelor cu amenoree-galactoree-hiperprolactinemie*

## II. Sângerări în afara ciclului menstrual

**A.** Sângerări în prelungirea ciclului menstrual (menoragii);

**B.** Sângerări între menstrue (metroragii).

Sângerările în afara ciclului menstrual pot fi funcționale (cicluri anovulatorii, insuficiență ovariană) sau lezionale, determinate de tumori, inflamații sau de sarcină.

### *Mecanism patogenic*

Existența mai multor foliculi persistenți are consecințe multiple:

- blocarea ovulației, cu blocarea axului hipotalamohipofizar, care are drept consecințe clinice perioade de amenoree;
- apariția ovarelor polichistice, cu foliculi atretici chistici, cu hipoplazia tecii interne, luteinizarea granuloasei și formarea unui corp galben chistic;
- hiperplazia endometrului, de la hiperplazie simplă până la cancer *in situ*, cu maturare și descuamare neregulată a acestuia și apariția metropatiei hemoragice.

Metropatia hemoragică este uneori legată de prezența unei tumori de granuloasă sau tecale.

### *Forme clinice*

- a)** la fetiță – menometroragii juvenile;
- b)** la femeia înainte de menopauză – generate, în principal, de o hiperplazie endometrială;
- c)** în menopauză – cauzate, în principal, de o leziune neoplazică uterină sau de tumori de granuloasă sau tecale.

### *Diagnosticul etiologic al metroragiei*

- a)** metroragia la fetiță este cauzată de:
  - corpi străini intravaginali ocazionali;
  - vulvită;
  - tumori ovariene.
- b)** metroragia la adolescente și la femeile adulte poate fi:

● *vaginală*

- hemoragia de desvirginare;
- rupturi postcoitum;
- corpi străini intravaginali introduși în scop de masturbare.

● *cervicală*

- displazii cervicale;
- neoplasm de col.

● *uterină*

- de cauză endometrială (hiperplazie de endometru, neoplasm de endometru);
- noduli fibromatoși, în special cei endocervicali;
- avort;
- sarcină ectopică.

● *ovariană*

- tumori secretante ovariene.

**c)** metroragia în menopauză sugerează în primul rând posibilitatea existenței unui cancer genital, vaginal, cervical sau de endometru, dar poate să fie și o metroragie estrogenoprivă.

## III. Sindroame legate de ciclul menstrual

### *A. Sindromul premenstrual*

Apare cu 3-5 zile înainte de menstruație, întâlnindu-se la 36-40% dintre femei, fiind mai frecvent între 18 și 35 de ani.

### *Simptomatologie*

- a)** manifestări congestive:
  - sânii se măresc și devin dureroși;
  - apare o retenție de apă, cu edeme.
- b)** manifestări nervoase:
  - iritabilitate;
  - nervozitate;
  - anxietate;
  - insomnie;
  - cefalee, migrene.
- c)** manifestări viscerale – apar pe mici leziuni organice preexistente:
  - aparatul digestiv – dispepsie, dischinezie biliară, colici hepatobiliare;
  - aparatul respirator – crize de astm, laringite;

- sistemul osteoarticular – cervicalgii;
- mai apar alergii cutanate, urticarie, herpes (herpes catamenial).

### Tratament

- diuretice (spironolactonă);
- tratament hormonal – contraceptive orale combinate sau progestative de sinteză;
- sedative.

Asocierea de sedativ cu un diuretic și progesteron se găsește în preparatul Precyclan, care se administrează câte 2 comprimate pe zi, timp de 10 zile.

## B. Sindromul intermenstrual

1. Sindromul intermenstrual funcțional (sindromul de ziua a 15-a) se manifestă clinic prin durere hipogastrică cu iradiere spre anus și spre lombe, care apare în zilele 13-14 ale ciclului menstrual. Intensitatea durerii este variabilă. Uneori durerea este atât de atroce încât simulează un abdomen acut, fiind citate laparotomii albe pentru aceasta. Hemoragia, în general, este redusă calitativ, mimând o mică menstră, dar uneori poate să fie abundentă.

Acest sindrom este determinat de ponta ovulară și nu există în ciclurile anovulatorii.

2. Sindromul intermenstrual lezional are drept cauze:

- infecții acute sau cronice;
- polipi cervicali;
- leziuni displazice cervicale;
- retroversia uterină;
- fibroame submucoase;
- ovarită sclerochistică;
- hiperplazie de endometru.

**C. Dismenoreea** reprezintă prezența de menstrre dureroase. Ea poate fi primară (de la menarhă) sau secundară (postabortum). Va fi tratată la „Durerea pelvină“.

Creșterea cantitativă a acesteia sau modificarea ei calitativă definesc leucoreea.

### Etiologie

1. Factori endocrini:
  - hipersecreția glandelor cervicale;
  - hiperestrogenia.
2. Factori infecțioși:
  - vaginite trichomoniazice, candidozice, microbiene etc.;
  - cervicite infecțioase, leziuni displazice cervicale.

3. Factori reacționali:
  - leucoree determinată de iritația mucoasei la dezinfectanți, cosmetice și lubrifianti vaginali.

Vaginul se apără de agenții infecțioși externi prin descumare vaginală continuă, prin prezența bacililor Doderlein și prin pH-ul vaginal, care este acid.

Din *anamneză* reținem momentul apariției leucoreei, în ce perioadă a ciclului menstrual apare, dacă este sau nu legată de o anumită perioadă a ciclului menstrual, dacă apare după contactul sexual sau dacă este episodică. De asemenea, constatăm dacă există sau nu simptome asociate: prurit vulvar, arsuri vaginale, dispareunie, polakiurie, disurie sau dureri pelvine.

La *examenul local* se explorează cu atenție vulva și regiunea perivulvară, în vederea diagnosticării unei vulvovaginite; se explorează vaginul și secreția vaginală, colul uterin, efectuându-se și colposcopia, în cazul existenței unor leziuni suspecte pe col și, în final, se efectuează tactul vaginal, pentru explorarea uterului și anexelor.

Se recoltează secreția vaginală în vederea examenului bacteriologic, care constă în examenul frotiului, precum și în însămânțarea pentru culturi cu efectuarea antibiogrammei. Trebuie efectuate obligatoriu culturi pentru *Chlamydia*. Dacă se suspicionează o infecție cu *Neisseria gonorrhoeae*, atunci trebuie recoltată secreție și din uretră și glandele Skene în vederea examenului bacteriologic.

## Leucoreea

### Definiție

Femeia prezintă o scurgere vaginală fiziologică, cu origine dublă, vaginală și cervicală.

### Diagnostic diferențial (false leucorei)

Diagnosticul diferențial al leucoreei se face în special cu piometria, incontinența de urină, fistule uretro-vaginale sau vezico-vaginale.

## Forme clinice

### I. Leucoreea la femeia adultă

1. Leucoreea generată de leziuni cervicale:

**A.** Leziuni cervicale cronice – toate leziunile cervicale, de la cele mai simple (ectopia) până la carcinomul *in situ*, se pot manifesta clinic prin leucoree. Aceasta mai poate fi determinată și de endocervicite cronice, ca și de hipersecreția glandelor cervicale.

**B.** Leziuni cervicale acute – infecții microbiene cervicale cu germeni banali, cu *Neisseria gonorrhoeae* etc.

2. Leucoreea generată de leziuni vaginale:

**A.** Vaginita trichomoniazică se poate prezenta sub mai multe forme:

- forma latentă;
- forma subacută;
- forma acută;
- forma recidivantă.

Leucoreea este verzui-cenușie, spumoasă, urât mirositoare.

**B.** Moniliaza vaginală este determinată de *Candida albicans*.

În general, se prezintă sub o formă discretă, ușoară, dar se poate asocia și cu *Trichomonas* și este frecvent recidivantă.

Leucoreea este albicioasă, grunjoasă și brânzoasă, sub formă de depozite.

**C.** Vaginitele microbiene – cu colibacili, enterococ, stafilococ, gonococ.

**D.** Vaginitele reacționale la corpi străini intravaginali introduși în scop de masturbare sau la soluții dezinfectante vaginale, lubrifianți vaginali sau anticoncepționale.

### II. Leucoreea la femeia gravidă

Există o hidroree fiziologică de sarcină. Femeia gravidă este predispusă la infecții vaginale, în special cea candidozică și cea parazitată.

**III. Leucoreea la fetiță** este generată de:

1. Vulvovaginite cu germeni banali care apar, în general, prin contaminare de la părinți, din cauza folosirii acelorași obiecte de igienă și a aceleiași lenjerii.
2. În perioada prepubertară poate apărea o leucoree accentuată.

### IV. Leucoreea la femeia în menopauză

Hipoestrogenia ce caracterizează menopauza determină involuția epiteliului vaginal cu atrofia mucoasei, ceea ce predispune la infecție.

## Tratament

Tratamentul leucoreei se face în funcție de cauză (vezi capitolul „Patologia benignă a vulvei și vaginului”).

În cazul vulvovaginitelor, tratamentul este în general local și constă în spălături vaginale și aplicații locale de ovule, creme, în funcție de agentul etiologic. În cazuri grave, este necesar și tratament sistemic.

## Durerea pelvină și abdominală

Durerea pelvină și durerea abdominală sunt cele mai comune acuze în practica ginecologică, iar evaluarea lor este adesea dificilă. Greutatea stabilirii diagnosticului se datorează atât numeroaselor entități patologice și tulburări funcționale care dau acest tablou clinic, cât și răspunsului individual diferit la durere.

Durerea pelvină și în etajul abdominal inferior este descrisă ca o senzație neplăcută, care poate sau nu să aibă ca substrat leziuni tisulare actuale sau potențiale, și se însoțește de fenomene subiective în grade variate. Durerea poate fi descrisă în absența unor modificări tisulare, adeseori datorându-se unor cauze de ordin psihosocial.

Deoarece durerea pelvină este, de obicei, dificil de descris, trebuie să se facă un istoric meticolos. Trebuie aflat debutul (acut sau cronic), localizarea, durata

(constantă sau ciclică) și severitatea, ca și simptomele asociate, cum ar fi febră, frisoane, anorexie, greață, vărsături sau sângerare. Medicul trebuie, de asemenea, să stabilească dacă durerea este asociată ciclului menstrual, dacă necesită terapie intensivă sau este asociată procesului reproductiv.

### **Caracteristicile generale ale durerii**

*Debutul* poate fi brusc sau progresiv. Debutul brusc sugerează un eveniment peritoneal acut, cum ar fi perforația, hemoragia, ruptura sau torsiunea. Similar, se poate prezenta o colică a tractului urinar sau gastrointestinal. Debutul progresiv sugerează inflamația, obstrucția sau un proces cu evoluție lentă.

#### *Localizarea*

Durerea abdominală generalizată sugerează o iritație peritoneală extensivă. Durerea epigastrică sugerează afecțiuni în structurile inervate de T6-T8: stomac, duoden, pancreas, ficat, vezica biliară. Durerea periombilicală sugerează afecțiuni ale viscerelor inervate de T9-T10: intestin subțire, apendice, ovare, ureter superior. Durerea hipogastrică sau suprapubiană orientează asupra afecțiunilor organelor inervate de T11-T12: colon, vezica urinară, ureter inferior, uter. Durerea pelvină apare în afecțiuni ale structurilor inervate de S2, S3 și S4 (col) sau T10-T12 (ovar, trompe uterine). Durerea în umăr poate reprezenta o durere proiectată prin iritație diafragmatică.

#### *Caracterul*

Durerea ritmică, colicativă, sugerează fie contracții musculare ale unui organ cavitătar, fie o presiune intraluminală a unui organ cavitătar. Durerea constantă sugerează un proces inflamator, supradistensia unui organ solid sau compromiterea irigației sanguine a organului. Durerea intermitentă, dar puternică, se poate datora unei torsiuni parțiale a unei formațiuni tumorale. Durerea pozițională sugerează o masă pelvină

mobilă simptomatică într-o anumită poziție. Durerea surdă apare în procesele inflamatorii.

*Durata și recurența* episoadelor dureroase ne ajută să stabilim dacă problema este acută sau cronică, iar dacă pacienta a avut o durere similară în antecedente sau pentru o perioadă lungă, se exclude o problemă acută. Atacurile acute de durere pe perioade lungi de minim 48 de ore și care sunt recurente pot fi secundare unor afecțiuni cronice.

#### *Simptome asociate*

Sângerarea vaginală asociată durerii pelvine indică, în general, o patologie genitală. Febra și frisoanele indică o infecție pelvină ce s-a extins sistemic. Anorexia, greața, vărsăturile, deși nespecifice, indică o patologie a tractului intestinal, neoplazie pelvină sau un accident pelvic acut.

Sincopa, colapsul vascular și șocul indică o hemoragie intraperitoneală. Polakiuria, disuria, durerea în flanc sau hematuria sugerează o patologie a tractului urinar.

Durerea în umăr indică iritația feței anterioare a diafragmului produsă de sânge, întâlnită în ruptura unei sarcini ectopice, a unui chist ovarian sau a splinei.

#### *Examenul fizic*

Examenul general presupune urmărirea semnelor vitale (presiunea sangvină, pulsul, respirația, temperatura), aspectul general al bolnavei (relaxată, anxioasă, agitată, septică, rigidă, nivelul conștienței), examenul fizic al aparatului cardiovascular, respirator, digestiv etc.

Examenul abdomenului trebuie să fie meticolos, iar medicul trebuie să inspecteze abdomenul pentru a evalua distensia, conturul și pentru a determina localizarea durerii. Auscultația trebuie realizată cu atenție, pentru a evalua zgomotele intestinale hipoaactive sau hiperactive. Percuția ajută la localizarea zonei de sensibilitate și la evaluarea ascitei, distensiei, tumorilor și dimensiunilor organelor. Palparea trebuie să fie blândă, pentru a vedea exact zonele de sensibilitate maximă și localizarea maselor

tumorale, precum și apărarea și rigiditatea abdomenului.

Examinarea pacientei se finalizează prin examen genital complet, care orientează și mai exact asupra sursei genitale a durerii.

*Examenul de laborator* – date pentru stabilirea diagnosticului pot fi obținute și prin următoarele teste de laborator:

- hemoleucogramă și frotiu: o creștere a numărului leucocitelor și, în special, cu deviere la stânga a formulei leucocitare indică un proces infecțios; scăderea numărului de hematii indică o pierdere de sânge;
- analiza urinei (examen sumar de urină și urocultură): prezența bacteriilor, leucocitelor sau a hematiilor sugerează originea urinară a durerii;
- testul de sarcină, efectuat prin dozarea HCG, este important în evaluarea pacientei care poate fi gravidă; un test negativ exclude această posibilitate, în timp ce un test pozitiv trebuie să fie urmărit prin determinări succesive;
- culturile cervicale pentru gonococ și *Chlamydia* sunt indicate dacă infecția pelvină este suspectată; dacă se suspectează o boală cu transmitere sexuală, trebuie făcut testul HIV;
- puncția fundului de sac Douglas poate fi utilă în stabilirea prezenței de sânge sau lichid liber în fundul de sac posterior;
- radiografia abdominală în clinostatism, supinație și decubit lateral poate arăta: obstrucție intestinală, aer liber sub diafragm, sugerând perforarea unui organ plin cu aer, lichid liber, sugerând hemoragie, chist rupt sau calcificări (calculi renali, calculi biliari, mioame calcificate, chisturi dermoide);
- ecografia este folositoare în particular la evaluarea pelvisului în vederea stabilirii diagnosticului, mai ales în sarcina intrauterină la începutul evoluției, sarcina ectopică sau mase anexiale;
- laparoscopia este folositoare în diagnosticul durerii pelvine cronice, deoa-

rece permite vizualizarea directă a structurilor pelvine și uneori tratarea afecțiunii; acest procedeu este contraindicat la pacientele cu șoc hipovolemic sau obstrucție gastrointestinală.

În continuare, vom detalia câteva aspecte legate de cele mai frecvente afecțiuni care dau durere pelvină și în abdomenul inferior.

## Abdomenul acut

Abdomenul acut poate fi generat de un număr mare de afecțiuni ale viscerelor abdominale, între care și de ordin ginecologic. Sindromul include durerea acută, în general cu debut brusc, apărare musculară și diminuarea sau absența peristaltismului intestinal. Durerea poate fi produsă de hemoragie, infecție, infarcte tisulare sau obstrucții intestinale, în acest caz peristaltismul intestinal putând fi accentuat. Dintre afecțiunile ginecologice care pot genera cel mai frecvent simptomatologie de tip abdomen acut, sunt de reținut: salpingitele, abcesele tuboovariene, sarcina ectopică, torsiunea anexială sau ruptura unui chist ovarian. Ele trebuie avute în vedere pentru diagnosticul diferențial al altor afecțiuni chirurgicale care generează abdomen acut, cum ar fi apendicita acută, limfadenitele sau infarctul mezenteric, colecistita acută, ulcerul perforat, pancreatita acută, infarctul sau ruptura splenică etc.

Pentru precizarea exactă a cauzei este important de știut sediul durerii, care în afecțiunile ginecologice este în etajul abdominal inferior – mai frecvent – și caracterul acesteia. În afecțiunile salpingiene, ca și în cele ale intestinului sau vezicii urinare, durerea este mai mult colicativă, cu perioade paroxistice, între care există intervale nedureroase. În afecțiunile inflamatorii ale ovarului durerea este continuă, adeseori foarte intensă și cu caracter pulsatil.

Diferențierea afecțiunilor ginecologice acute de apendicita acută este una dintre cele mai frecvente probleme cu care se confruntă medicul în condiții de urgență, mai