

# Williams GINECOLOGIE

## EDIȚIA A DOUA

Barbara L. Hoffman, MD  
John O. Schorge, MD  
Joseph I. Schaffer, MD  
Lisa M. Halvorson, MD  
Karen D. Bradshaw, MD  
F. Gary Cunningham, MD

Departamentul de Obstetrică-Ginecologie  
Universitatea Texas-Centrul medical sud-vest Dallas

Parkland – Sistemul de sănătate și spital  
Dallas, Texas

Lewis E. Calver, MS, CMI, FAMI

Programul universitar biomedical de comunicare  
Universitatea Texas – Centrul medical sud-vest-Dallas

**Radu Vlădăreanu**

Profesor universitar, disciplina obstetrică-ginecologie, doctor în științe medicale  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“ București  
Medic primar obstetrică-ginecologie  
Spitalul Universitar de Urgență Elias București

Coordonatorul ediției în limba română



Redactori .....	ix
Parteneri .....	x
<b>Artiști</b> .....	xii
<b>Traducători</b> .....	xiii
<b>Prefață</b> .....	xxii
<b>Prefață în limba română</b> .....	xxii

## SECȚIUNEA 1

### GINECOLOGIE GENERALĂ BENIGNĂ

1. Supravegherea femeilor sănătoase .....	2	8. Sângerarea uterină anormală .....	219
2. Tehnici imagistice utilizate în ginecologie .....	33	9. Mase tumorale pelvine .....	246
3. Infecții ginecologice .....	64	10. Endometrioza .....	281
4. Patologii benigne ale tractului reproducător inferior .....	110	11. Durerea pelvină .....	304
5. Contracepție și sterilitate .....	132	12. Patologia sânelui .....	333
6. Avortul în primul trimestru .....	170	13. Aspecte psihosociale și sexualitatea feminină .....	356
7. Sarcina extrauterină .....	198	14. Ginecologie pediatrică .....	382

## SECȚIUNEA 2

### ENDOCRINOLOGIA REPRODUCTIVĂ, INFERTILITATEA ȘI MENOPAUZA

15. Endocrinologie reproductivă .....	400	19. Evaluarea cuplului infertil .....	506
16. Amenoreea .....	440	20. Tratamentul cuplului infertil .....	529
17. Sindromul ovarelor polichistice și hiperandrogenismul .....	460	21. Tranziția menopauzală .....	554
18. Malformații anatomice .....	481	22. Femeia matură .....	581

## SECȚIUNEA 3

PATOLOGIE PELVINĂ FEMININĂ ȘI  
CHIRURGIE RECONSTRUCTIVĂ

23. Incontinența urinară . . . . .	606	25. Incontinența anală și tulburările funcționale ano-rectale . . . . .	659
24. Prolapsul organelor pelvine . . . . .	633	26. Fistula genito-urinară și diverticulul uretral . . . . .	677

## SECȚIUNEA 4

## GINECOLOGIE ONCOLOGICĂ

27. Principiile chimioterapiei . . . . .	692	33. Cancerul endometrial . . . . .	817
28. Principii de radioterapie . . . . .	712	34. Sarcoamele uterine . . . . .	839
29. Leziuni preinvazive de tract genital inferior . . . . .	730	35. Cancerul epitelial ovarian . . . . .	853
30. Cancerul de col uterin . . . . .	769	36. Tumorile celulelor germinale ovariene și stromale ale cordoanelor sexuale . . . . .	879
31. Cancerul vulvar invaziv . . . . .	793	37. Boala gestațională trofoblastică . . . . .	898
32. Cancerul vaginal . . . . .	808		

## SECȚIUNEA 5

## ASPECTE ALE CHIRURGIEI GINECOLOGICE

38. Anatomia . . . . .	918	40. Considerații intraoperatorii . . . . .	979
39. Considerații perioperatorii . . . . .	948		

## SECȚIUNEA 6

## ATLAS DE CHIRURGIE GINECOLOGICĂ

<b>41. Tratamentul chirurgical al patologiei ginecologice benigne . . . . .</b>	<b>1020</b>	41-2. Incizia Pfannenstiel . . . . .	1022
41-1. Incizia mediană verticală . . . . .	1020	41-3. Incizia Cherney . . . . .	1024
		41-4. Incizia Maylard . . . . .	1025
		41-5. Chistectomia ovariană . . . . .	1026

41-6. Ovariectomia . . . . .	1028	42-6. Chistectomia ovariană laparoscopică . . . . .	1133
41-7. Salpingectomia parțială de interval	1030	42-7. Salpingo-ooforectomia laparoscopică . . . . .	1137
41-8. Salpingectomia și salpingostomia .	1033	42-8. Drilling-ul ovarian . . . . .	1139
41-9. Cornostomia și rezecția cornuală ..	1035	42-9. Miomectomia laparoscopică . . . . .	1140
41-10. Miomectomia abdominală . . . . .	1039	42-10. Histerectomia laparoscopică . . . . .	1145
41-11. Miomectomia fibroamelor pediculate prolabate . . . . .	1043	42-11. Histerectomia subtotală laparoscopică . . . . .	1149
41-12. Histerectomia abdominală . . . . .	1045	42-12. Histerectomia totală laparoscopică .	1152
41-13. Histerectomia vaginală . . . . .	1051	42-13. Histeroscopia – principii de bază. . .	1157
41-14. Trahelectomia . . . . .	1055	42-14. Histeroscopia diagnostică . . . . .	1162
41-15. Dilatația și chiuretajul . . . . .	1057	42-15. Polipectomia histeroscopică . . . . .	1164
41-16. Dilatația și chiuretajul prin aspirație (sucțiune) . . . . .	1059	42-16. Miomectomia histeroscopică . . . . .	1166
41-17. Himenectomia . . . . .	1062	42-17. Ablația endometrială. Proceduri . . .	1169
41-18. Incizia și drenajul glandei Bartholin . . . . .	1063	42-18. Sterilizarea transcervicală . . . . .	1172
41-19. Marsupializarea glandei Bartholin . . . . .	1065	42-19. Rezecția histeroscopică a septului uterin . . . . .	1174
41-20. Chistectomia glandei Bartholin . . . .	1066	42-20. Cateterizarea histeroscopică a porțiunii proximale a trompei uterine . . . . .	1176
41-21. Incizia și drenajul abcesului vulvar . . . . .	1068	42-21. Liza aderențelor intrauterine . . . . .	1178
41-22. Vestibulectomia . . . . .	1070	<b>43. Tratamentul chirurgical în cazul afecțiunilor planșeului pelvin . . . . . 1185</b>	
41-23. Reducția labiei mici . . . . .	1072	43-1. Cistoscopia și uretrosopia efectuate în scop diagnostic și operator . . . . .	1185
41-24. Excizia septului vaginal transversal . . . . .	1073	43-2. Colposuspensia Burch . . . . .	1189
41-25. Procedura McIndoe . . . . .	1075	43-3. Bandeleta vaginală montată fără tensiune (TVT) . . . . .	1191
41-26. Tratamentul leziunilor ectocervicale preinvazive . . . . .	1078	43-4. Bandeleta transobturatorie . . . . .	1194
41-27. Conizația cervicală . . . . .	1083	43-5. Bandeleta pubo-vaginală . . . . .	1196
41-28. Tratamentul neoplaziei intraepiteliale vulvare . . . . .	1086	43-6. Agenți injectabili transuretrali . . . .	1198
<b>42. Chirurgia minim invazivă . . . . . 1094</b>		43-7. Uretroliza . . . . .	1200
42-1. Principii de bază ale laparoscopiei .	1095	43-8. Îndepărtarea bandeletelor suburetrale . . . . .	1202
42-2. Diagnosticul laparoscopic . . . . .	1121	43-9. Cura chirurgicală a diverticulului uretral . . . . .	1203
42-3. Sterilizarea laparoscopică . . . . .	1123	43-10. Fistula vezico-vaginală: tehnica Latzko . . . . .	1206
42-4. Salpingectomia laparoscopică . . . . .	1129		
42-5. Salpingostomia laparoscopică . . . . .	1131		

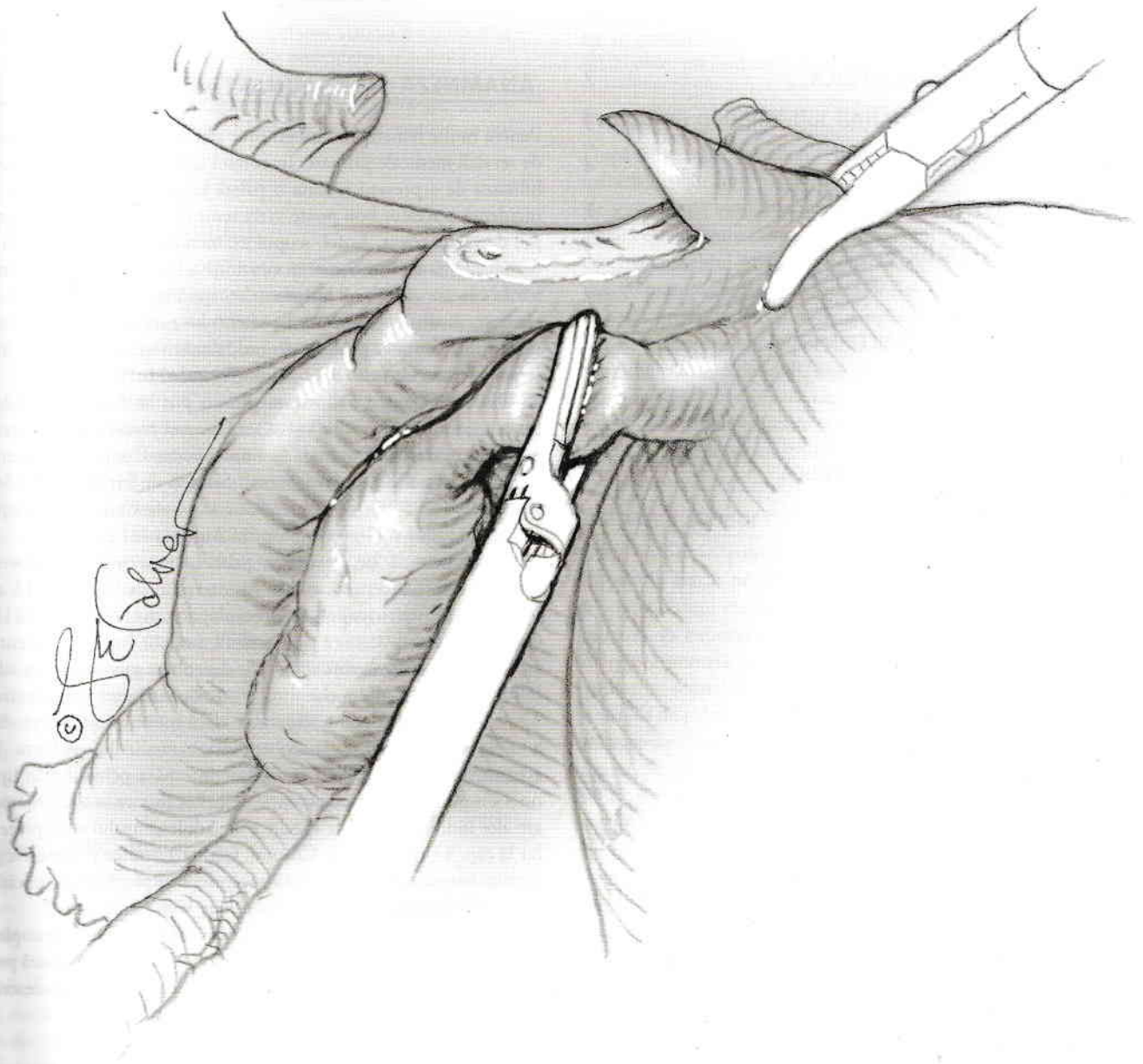
43-11. Capitonaj Martius cu flap bulbocavernos și grăsime . . . . .	1210	44-5. Exenterație pelvină totală (pelvectomia totală) . . . . .	1276
43-12. Neuromodularea sacrală. . . . .	1212	44-6. Exenterația pelvină anterioară . . . . .	1282
43-13. Colporafia anterioară . . . . .	1214	44-7. Exenterația pelvină posterioară . . . . .	1283
43-14. Refacerea defectului abdominal paravaginal. . . . .	1217	44-8. Conduita incontinenței urinare . . . . .	1284
43-15. Colporafia posterioară. . . . .	1219	44-9. Conduita continenței urinare . . . . .	1288
43-16. Perioneorafie . . . . .	1223	44-10. Reconstrucția vaginală . . . . .	1292
43-17. Sacrocolpopexia abdominală . . . . .	1225	44-11. Limfadenectomia pelvină . . . . .	1296
43-18. Sacrocolpopexia miniinvazivă. . . . .	1230	44-12. Limfadenectomia paraaortică . . . . .	1299
43-19. Suspendarea cupolei vaginale la ligamentul uterosacrat pe cale abdominală . . . . .	1234	44-13. Stadializarea chirurgicală laparoscopică pentru malignitățile ginecologice . . . . .	1302
43-20. Suspendarea cupolei vaginale la ligamentul utero-sacrat . . . . .	1236	44-14. Stadializarea chirurgicală robotică pentru malignități ginecologice . . . . .	1306
43-21. Uterosacropexia . . . . .	1238	44-15. Rezecția pelvină în bloc . . . . .	1309
43-22. Culdoplastia McCall . . . . .	1242	44-16. Omentectomie . . . . .	1313
43-23. Procedura culdoplastiei abdominale. . . . .	1244	44-17. Splenectomie . . . . .	1315
43-24. Colpocleisis parțial – procedeul LeFort . . . . .	1246	44-18. Chirurgia diafragmului . . . . .	1317
43-25. Colpocleisis complet . . . . .	1250	44-19. Colostoma . . . . .	1319
43-26. Sfincteroplastia anală . . . . .	1252	44-20. Rezecția de intestin gros . . . . .	1322
43-27. Fistula recto-vaginală . . . . .	1255	44-21. Ileostoma . . . . .	1324
<b>44. Chirurgia malignităților oncologice . . . . .</b>	<b>1259</b>	44-22. Rezecția de intestin subțire . . . . .	1325
44-1. Histerectomie radicală pe cale abdominală (tip III). . . . .	1259	44-23. Rezecția anterioară joasă . . . . .	1327
44-2. Histerectomie radicală abdominală modificată (tipul II). . . . .	1265	44-24. Bypassul intestinal . . . . .	1331
44-3. Histerectomie radicală laparoscopică . . . . .	1267	44-25. Apendicectomie . . . . .	1333
44-4. Histerectomie radicală robotică . . . . .	1272	44-26. Vulvectomie cutanată . . . . .	1335
		44-27. Vulvectomie radicală parțială . . . . .	1337
		44-28. Vulvectomie radicală completă. . . . .	1340
		44-29. Limfadenectomie inghino-femurală . . . . .	1343
		44-30. Plastia cu grefe de piele și lambouri . . . . .	1346
Index . . . . .			1353

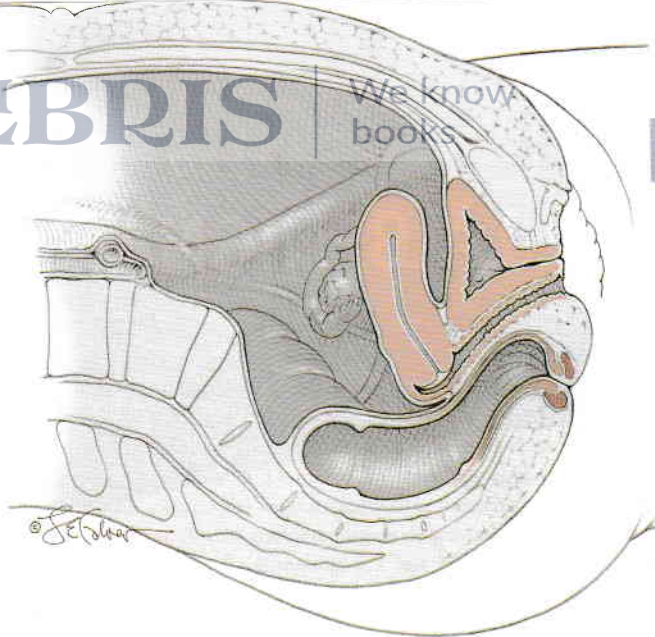
**LBRIS**

We know  
books

SECȚIUNEA 1

# GINECOLOGIE GENERALĂ BENIGNĂ





## CAPITOLUL 1

Supravegherea femeilor  
sănătoase

ANAMNEZA ȘI EXAMINAREA FIZICĂ . . . . .	2
EXAMINAREA SÂNILOR . . . . .	3
EXAMINAREA PELVINĂ . . . . .	4
MĂSURI DE PREVENȚIE . . . . .	7
PREVENIREA INFECȚIILOR . . . . .	7
CONTRACEȚIA . . . . .	7
SCREENING-UL PENTRU CANCER . . . . .	7
OSTEOPOROZA . . . . .	13
OBEZITATEA . . . . .	13
HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ CRONICĂ . . . . .	16
DIABETUL ZAHARAT . . . . .	20
BOALA CARDIOVASCULARĂ . . . . .	21
SINDROMUL METABOLIC . . . . .	23
DISLIPIDEMIA . . . . .	23
ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL . . . . .	24
ACTIVITATEA FIZICĂ . . . . .	24
BOALA DE TIROIDĂ . . . . .	25
SCREENING-UL GERIATRIC . . . . .	25
SĂNĂTATEA PSIHICĂ . . . . .	27
DEPRESIA ȘI VIOLENȚA DOMESTICĂ . . . . .	27
INSOMNIA . . . . .	30
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE . . . . .	30

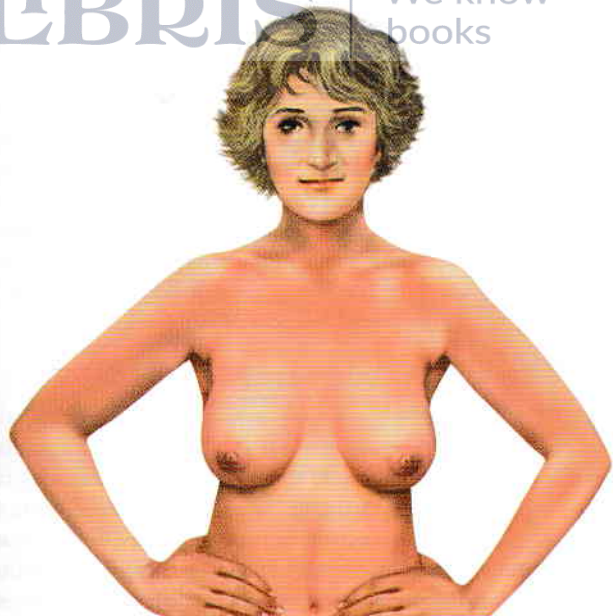
**ANAMNEZA ȘI EXAMINAREA FIZICĂ**

Pentru multe femei, ginecologii sunt atât specialiști cât și furnizori de servicii medicale primare. În această calitate, clinicienii au posibilitatea de a preveni și trata o paletă largă de afecțiuni. Rata de incidență a acestor boli poate varia semnificativ în funcție de grupul de vârstă tratat. Astfel, scopul examenului medical ar trebui să fie reflectarea acestor riscuri în continuă schimbare. Pe lângă întrebările care se adresează simptomelor specifice legate de starea de sănătate, anamneza detaliată a pacientului care să includă un istoric familial complet poate contribui la orientarea pacientului către screening adecvat prevenției patologiei individuale.

Diverse organizații din domeniu au pus la dispoziție ghiduri pentru îngrijirea preventivă și-și actualizează recomandările periodice. Printre acestea se numără Centrele pentru Control și Prevenție (CDC), Grupul de Acțiune pentru Servicii de Prevenție din Statele Unite (UPSTF), Societatea Americană de Cancer și Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America (ACOG).

Se recomandă ca efectuarea primei vizite medicale privind sănătatea reproducerii să se facă în intervalul de vârstă 13-15 ani (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2011). Cu ocazia acestei vizite se poate stabili o relație între adolescent și ginecolog, se poate evalua stadiul de dezvoltare ginecologic în adolescență și se pot adresa chestiuni legate de sănătatea reproductivă. Tot cu această ocazie se poate stabili dacă monitorizarea periodică a adolescentului revine ginecologului sau medicului pediatru. La această vârstă nu se face o examinare internă a pelvisului în lipsa unei simptomatologii, cu excepția cazurilor în care se acest examen are alte indicații. Nevoile specifice ale adolescentului sunt prezentat la cap. 14 (p. 382), iar Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America oferă informații suplimentare pe pagina sa oficială: [http://www.acog.org/departments/dept\\_web.cfm?recno=7](http://www.acog.org/departments/dept_web.cfm?recno=7).

În ceea ce privește adulții, după realizarea anamnezei complete se realizează examinarea fizică ginecologică. Multe femei acuză probleme fie cu sânii, fie cu pelvisul. Examinarea acestora este descrisă în paginile următoare.



**FIGURA 1-1** Ilustrația descrie inspectarea vizuală a sânilor. Pacienta își halatul jos pentru a permite inspectarea. Pacienta presează cu palmele în șolduri pentru a flexa mușchii pectorali. Pacienta se apleacă ușor înaintea și medicul examinează sânii vizual pentru a identifica dacă sânii au contur asimetric sau prezintă zone de retracție.

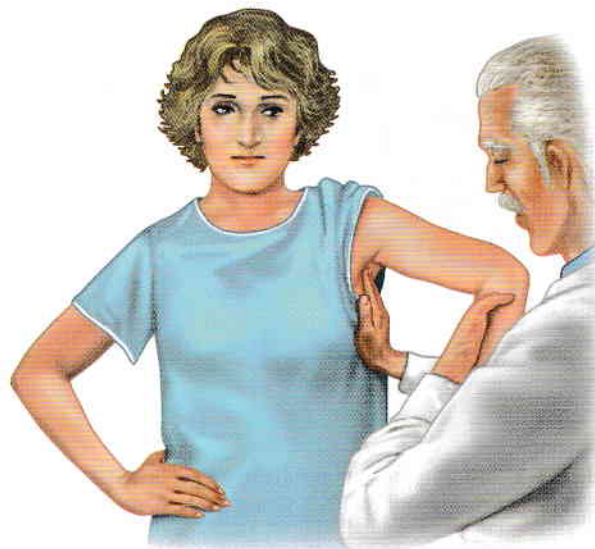
## ■ Examinarea sânilui

**Autoexaminarea sânilor (AES)** este examinarea făcută de pacient pentru a descoperi posibile anomalități. Studiile arată că AES a contribuit la creșterea procentului de teste de diagnosticare pentru afecțiunile benigne ale sânilor, dar că nu a avut nici un impact în reducerea ratei de mortalitate a cancerului de sân (Kösters, 2008; Thomas, 2002). Cu toate acestea, Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America (2011a), Societatea Americană de Cancer (2011a) și Rețeaua Națională de Cancer (Bever, 2009) au recomandat metodele de autosupraveghere a afecțiunilor mamare, printre care și autoexaminarea sânilor (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2011a).

În schimb, **examinarea clinică a sânilor (ECS)** este efectuată de un clinician specialist și poate identifica o mică parte din afecțiunile maligne ale sânilui care nu sunt descoperite la o mamografie. În plus, ECS poate identifica cancerul la femeile tinere pentru care mamografia nu este o indicație de rutină (McDonald, 2004). Examinarea clinică a sânilor poate fi completată prin diverse metode. Cu toate acestea, în încercarea de a standardiza acest examen clinic, comitetul pentru Societatea Americană de Cancer a descris ECS ca o metodă care combină observația vizuală cu palparea axilelor și sânilor, în maniera prezentată mai jos (Saslow, 2004).

### Inspectarea sânilor

Inițial, examinarea sânilor se va realiza cu femeia așezată la marginea mesei, cu mâinile pe șold și cu mușchii pectorali flexați (fig. 1-1). Doar această poziție scoate în evidență asimetria. Poziționarea brațelor altfel, de exemplu deasupra capului, nu aduce alte informații vitale. Se inspectează pielea sânilor pentru semne de eritem, retracție, escoriații, mai ales la mamelon, precum și de edem, denumit specific *pielea cu aspect de portocală*. În plus, se inspectează sânii și axilele pentru a observa vreo posibilă asimetrie de contur.



**FIGURA 1-2** Ilustrația descrie una din metodele de palpare a ganglionilor limfatici axilari. În scobitura axilei, cu buricele degetelor se presează țesuturile de peretele toracic, printr-o mișcare de rostogolire, prezentată în fig. 1-4. Medicul susține brațul pacientei.

### Evaluarea ganglionilor limfatici

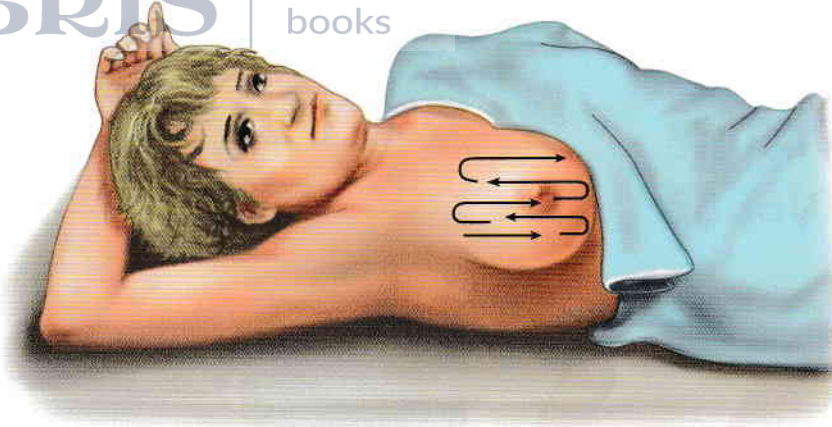
După inspecție, ganglionii limfatici axilari, supraclaviculari și infraclaviculari sunt palpați cel mai ușor dacă femeia este în poziție șezândă, cu brațul susținut de examinador (fig. 1-2). Regiunea axilară este delimitată ventral de mușchiul pectoral mare, iar dorsal de către mușchiul latissimus dorsi. Ganglionii limfatici sunt detectați pe măsură ce mâna examinadorului se alunecă de sus în josul în axilă presând ușor și scurt ganglionii pe peretele toracic lateral. La pacienții slabi se pot detecta de obicei unul sau mai mulți ganglioni normali, mobili, mai mici de 1 cm în diametru. Primul ganglion implicat în metastaza cancerului de sân (ganglionul sentinela) este aproape întotdeauna situat chiar în spatele porțiunii mediane a corpului mușchiului pectoral mare.

### Palparea sânilor

După inspecție, palparea sânilui se va realiza cu femeia așezată în poziția culcat pe spate, cu un braț deasupra capului pentru a tensiona țesutul sânilui la nivelul peretelui toracic (fig. 1-3). Examinarea va cuprinde țesutul mamar delimitat de linia claviculei, marginea sternală, șanțul inframamar și linia axială medie. Palparea sânilor în această zonă pentagonală se face printr-un abord liniar. Tehnica de palpate implică presarea cu buricele degetelor printr-o mișcare de alunecare și rostogolire circulară continuă (fig. 1-4). La fiecare punct de palpate se va evalua țesutul atât superficial, cât și în adâncime (fig. 1-5). În timpul ECS, încercarea voluntară de a exprima o secreție mamelonară nu este necesară decât dacă pacientul precizează că a avut secreții *spontane* anterior.

Dacă se descoperă anomalități, acestea vor fi descrise în funcție de localizare lor, la sânul drept sau stâng, poziția orară, distanța de la areolă, dimensiune. Evaluarea și tratamentul afecțiunilor mamare și ale mamelonului sunt descrise pe larg în capitolul 12 (p. 333).

În timpul examinării, pacienții sunt informați că apariția unor noi formațiuni axilare sau mamare, durerile non-ciclice de sân, secrețiile spontane ale mameloanelor, apariția retracției memelonare și schimbările dermatologice la nivelul sânilui, cum ar fi de



**FIGURA 1-3** Ilustrație prezintă poziția recomandată a pacientului și direcția pentru palpare în timpul examinării clinice a sânilor.

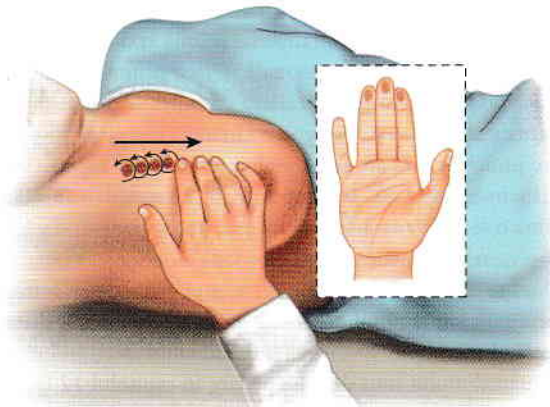
exemplu apariția unei retracții, escoriații, ulcerările, edemele sau eritemele trebuie evaluate imediat. Pacientele care doresc să facă AES trebuie informate cu privire la beneficiile, limitele și posibilele efecte adverse ale metodei de examinare și consiliate cu privire la efectuarea AES în prima săptămână după menstruație.

### Examinarea pelvină

Această examinare este efectuată de obicei cu pacienta în poziția culcat pe spate, cu picioarele în poziție litotomică dorsală și cu tălpile sprijinite pe suporturi. Capul patului se ridică la 30 de grade pentru a relaxa mușchii peretelui abdominal în vederea examinării cu ambele mâini. Pacienta trebuie asigurată că poate opri sau face o pauză oricând în timpul examinării. În plus, fiecare parte a examenului clinic trebuie explicată anterior sau descrisă în timpul execuției.

### Inspecția ganglionilor limfatici inghinali și examinarea perineală

Neoplasmale și infecțiile pelvine se pot drena în ganglionii limfatici inghinali, prin urmare aceștia trebuie palpați la examinare. După palparea se va face o inspecție amănunțită a perineului, de la



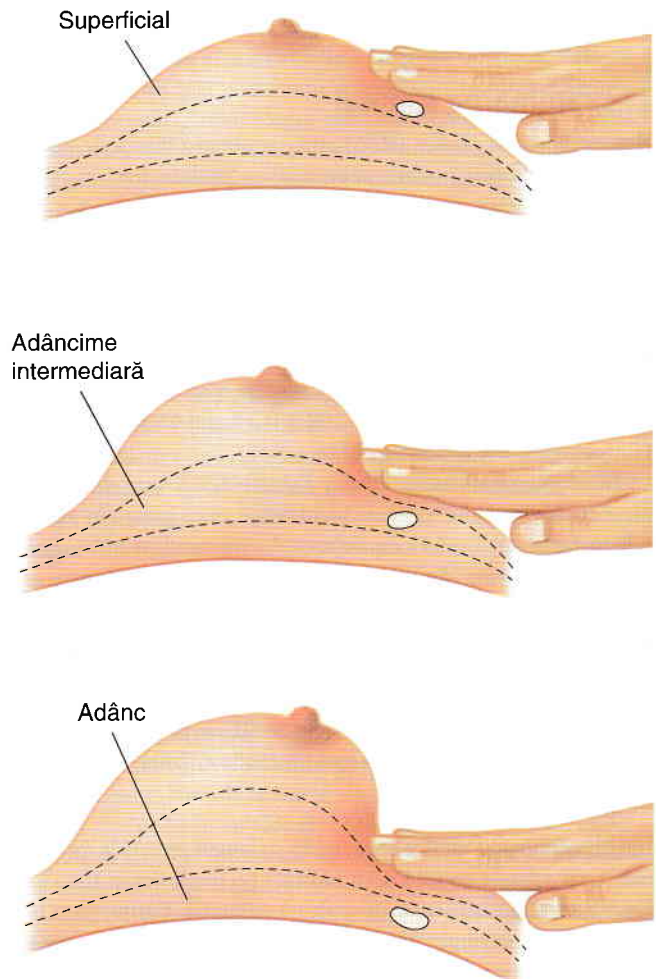
**FIGURA 1-4** Ilustrație care descrie tehnica de palparea recomandată. Pentru palparea întregului sân se vor folosi buricele degetelor și se va efectua o mișcare de rotație circulară locală.

muntele Venus ventral până la pliurile genitocrurale lateral și până la anus. Infecțiile și neoplasmale de la nivel vulvar pot implica inclusiv porțiunea de piele perianală, prin urmare trebuie examinată și această zonă. Unii clinicieni palpează și pentru patologia glandelor Bartholin și parauretrale. Cu toate acestea, în majoritatea cazurilor, prezența unei simptomatologii locale și asimetria în aceste zone vor indica necesitatea de a se efectua o astfel de evaluare specifică.

### Examinarea cu specul

Pentru această examinare se poate folosi atât specul din metal, cât și din plastic, de diverse dimensiuni în funcție de lungimea și laxitatea vaginului. Speculul din plastic poate fi prevăzut cu un mic dispozitiv de iluminat.

Speculul din metal necesită o sursă de iluminat exterioară. Opțiunea pentru un tip de specul în detrimentul celuilalt ține de furnizor. Vaginul și colul uterin se vizualizează de obicei după introducerea unui specul de tip Graves sau Pederson (fig. 1-6). Înainte de introducerea, instrumentul poate fi încălzit cu apă de la robinet sau la luminile montate în sertarul mesei de consultație. În plus, pentru o



**FIGURA 1-5** Ilustrația descrie palparea la diferite adâncimi pe fiecare punct de-a lungul traseului liniar..



**FIGURA 1-6** Specule vaginale. **A.** Speculul pediatric Pederson ce poate fi folosit pentru consultul vaginal al fetelor, adolescentelor sau femeilor adulte virgine. **B.** Speculul Graves, ce poate fi folosit pentru examinarea femeilor multipare cu pereți vaginali relaxați și prolabați. **C.** Speculul Pederson poate fi folosit la femeile active din punct de vedere sexual cu pereți vaginali având tonusul adecvat. (Fotografie publicată de US Surgitech, Inc.)

introducere mai ușoară se poate folosi lubrifiant. Griffith și colegii (2005) au demonstrat că gelurile lubrifiante nu au crescut procentajul de rezultate nesatisfăcătoare ca recoltare la testul de citologie Papanicolau și nici nu au scăzut rata de detecție a *Chlamydiei trachomatis* în comparație cu lubrifierea cu apă. Dacă se folosește gel pentru lubrifiere, pe exteriorul ambelor lame ale speculului se aplică cu economie o cantitate de dimensiunea unui bănuș.

Înainte de introducerea instrumentului în vagin se despart încet labiile mici și se localizează uretra. Datorită sensibilității uretrale, speculul se introduce mult sub meatul uretral. În alte cazuri, înainte de specul, medicul poate introduce degetul arătător în vagin și face presiune anterior. Femeia este sfătuită să-și relaxeze mușchii peretelui posterior vaginal pentru a nu simți disconfort la introducerea speculului. Această practică se poate dovedi utilă mai ales la femeile care trec prin prima examinare de acest gen sau la cele cu contacte sexuale rare, cu dispareunie sau cu anxietate marcată.

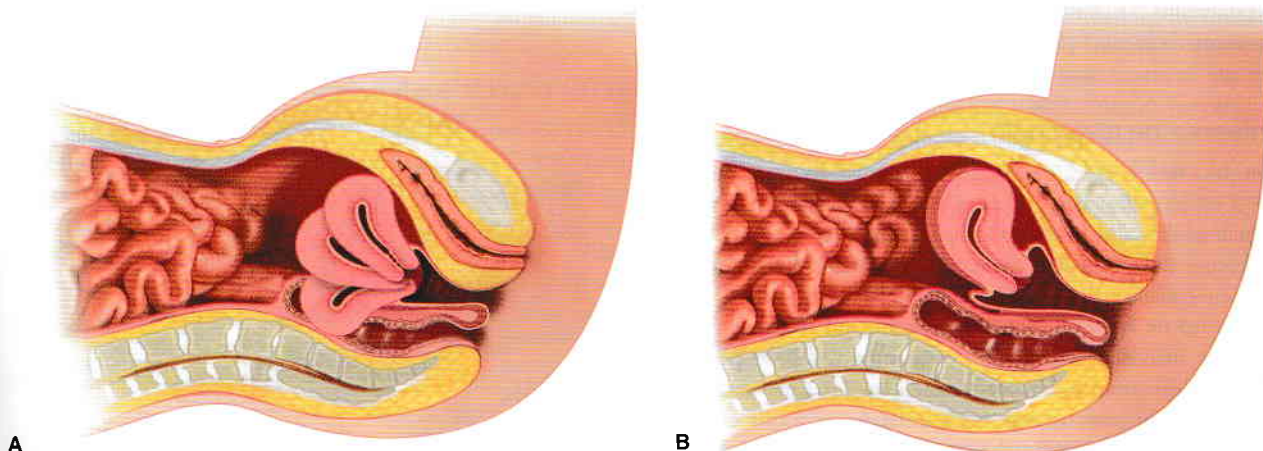
Atunci când se introduce speculul, vaginul se contractă de obicei iar femeia resimte presiune sau senzație de disconfort. O pauză luată în acest moment este urmată de obicei de relaxarea mușchiiului vaginal. Pe măsura pătrunderii speculului, acesta va fi orientat la aproximativ 30 de grade în jos pentru a ajunge la colul uterin. Poziția normală a uterului este în anteversie, iar exocervixul se sprijină la nivelul peretelui vaginal posterior.

Exocervixul poate fi identificat la deschiderea speculului. Inspecția pereților vaginali și a colului uterin va căuta formațiuni tumorale, ulceratii, depigmentări sau secreții neobișnuite. Așa cum este descris la capitolul 29 (p. 740), se ia o mostră pentru testul Papanicolau și se pot recolta alte probe pentru culturi sau pentru evaluare microscopică.

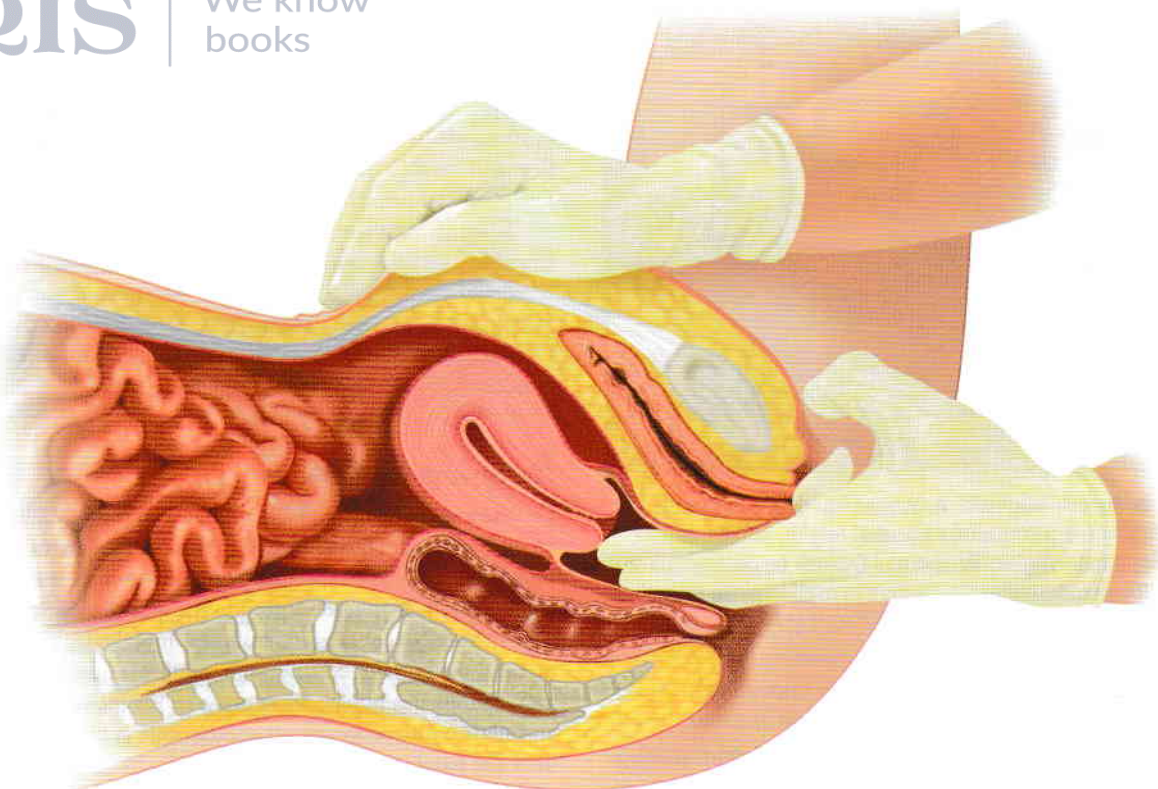
### Tactul vaginal bimanual

De cele mai multe ori, după examinarea cu specul vaginal urmează tactul bimanual. Unii clinicieni preferă să facă tactul vaginal înainte de examinarea cu speculul pentru a identifica mai bine locația colului uterin înainte de introducerea acestuia. Și una și cealaltă sunt metode acceptate. Dimensiunea, mobilitatea și sensibilitatea uterului și a anexelor uterine pot fi stabilite la examinarea ginecologică. Examinarea bimanuală se poate realiza inclusiv la femeile care au suferit o histerectomie sau anexectomie pentru a exclude riscul unei alte patologii pelvine.

La examinare se introduce în vagin degetul mijlociu și arătător (index), mâna fiind acoperită de o mănușă, până când se atinge colul uterin. În caz de alergie la latex se vor folosi mănuși care nu conțin latex. Pentru o inserție mai bună se poate folosi inițial un lubrifiant pe bază de apă aplicat pe mănușă. După atingerea colului se poate evalua rapid orientarea uterului printr-o mișcare de alunecare a indexului spre interior, pe lungimea anterioară a colului. La femeile cu uter în poziție anteversă s-a remarcat că istmul uterin este palpat în poziție superioară; iar la femeile cu uter în poziție retroversă se palpează consistența moale a vezicii urinare. Totuși, la femeile cu uter retrovers, se simte că istmul uterin este direcționat în jos atunci când se palpează cu degetul pe lungimea posterioară a colului (fig. 1-7). În cazul uterului retrovers, același deget continuă să alunece posterior către fundus și apoi lateral pentru a evalua mărimea și sensibilitatea uterului.



**FIGURA 1-7** Ilustrarea pozițiilor uterului. **A.** Uterul poate fi înclinat în poziție anteversă, intermediară sau retroversă. **B.** Fundul uterin poate fi flexat spre înainte, ceea ce caracterizează un uter în anteflexie. Similar, fundul uterin poate fi flexat spre înapoi, uterul fiind în retroflexie.



**FIGURA 1-8** Ilustrarea tactului bimanual. Degetele introduse pe sub col ridică uterul către peretele abdominal anterior. Cealaltă mână, pusă pe abdomen, simte presiunea exercitată în sus de fundul uterului. Examinarea permite evaluarea mărimii, mobilității și sensibilității uterului.

Pentru a stabili dimensiunea uterului antever, degetele se introduc dedesubtul colului uterin, iar presiunea exercitată în sus ridică fundul uterin către peretele abdominal anterior. Cu cealaltă mână, clinicianul palpează abdomenul inferior pentru a localiza presiunea realizată superioară de fundul uterin (fig. 1-8).

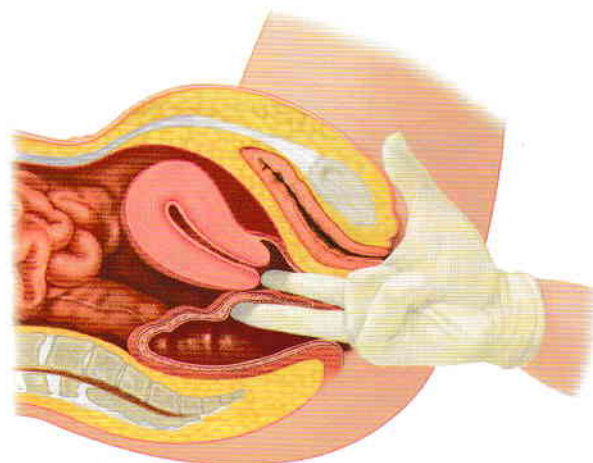
Pentru a evalua anexele uterine, clinicianul trebuie să introducă două degete în vagin pentru a ridica anexa din fundul de sac posterior sau fosa ovariană către peretele abdominal anterior. Anexele uterine sunt prinse între cele două degete prezente în vagin și cealaltă mână a examinatorului care exercită o presiune în jos la nivelul abdomenului inferior. La femeile cu uter de mărime normală, pentru mâna de la nivel abdominal locul tipic pentru o bună examinare este de obicei chiar deasupra ligamentului inghinal.

### Examinarea rectovaginală

Decizia de a face o examinare rectovaginală variază între diferiți medici. Deși unii clinicieni preferă să facă această evaluare la toate persoanele adulte, alții preferă doar la pacientele cu indicații specifice precum dureri pelvine, formațiuni la nivelul pelvisului sau simptome rectale.

La trecerea de la tactul bimanual la examenul rectovaginal se vor schimba mănușile pentru a nu contamina rectul cu posibili agenți patogeni vaginali. De asemenea, dacă la data examenului se face și testul pentru sânge ocult în fecale, mănușile trebuie schimbate după tactul bimanual pentru a reduce la minim riscul de rezultate fals pozitive din cauza contaminării cu sânge vaginal, dacă e cazul. Se introduce mai întâi degetul arătător în vagin, după care degetul mijlociu în rect (fig. 1-9).

Aceste degete sunt astfel introduse încât să se obțină un efect de foarfece pentru a putea identifica posibile leziuni la nivelul septului recto-vaginal sau ulcerării peritoneale (corect – perineale). Se scoate degetul arătător, iar cu degetul mijlociu se efectuează o mișcare circulară de-a lungul bolții rectale pentru a exclude orice formațiune. Dacă se dorește efectuarea restului pentru sânge ocult în fecale, se prelevă o mostră din această zonă examinată.



**FIGURA 1-9** Examenul rectovaginal cu evaluarea septului recto-vaginal.

În calitate de specialiști care-și pun serviciile medicale în slujba sănătății femeii, ginecologii au posibilitatea de a evalua pacienta pentru cauzele principale de morbiditate și mortalitate la femei și o pot consilia în mod corespunzător. În acest sens este esențială cunoașterea întregii varietăți de ghiduri de screening. Recomandările privind serviciile medicale primare și de prevenție, venite din partea Colegiului Obstetricienilor și Ginecologilor din America (2011c), au fost actualizate în 2011. Totodată, Grupul de Lucru pentru Servicii de Prevenție din SUA (2009a) actualizează periodic propriile recomandări de screening, informații în acest sens fiind disponibile pe <http://www.ahrq.gov/clinic/prevenix.htm>. Acestea, împreună cu alte recomandări specifice fiecărei specialități, pot oferi informații valoroase clinicianului care oferă servicii medicale de prevenție.

## ■ Prevenirea infecțiilor

### Vaccinarea

Deși majoritatea vaccinurilor standard se administrează până la vârsta adolescenței, necesitatea administrării unor vaccinuri noi sau a revaccinării la femeia adultă trebuie evaluată. O parte din inoculări se recomandă tuturor adulților în timp ce altele sunt indicate datorită co-morbidităților sau a riscurilor de expunere profesională. Pentru majoritatea adulților sănătoși care au încheiat schemele de imunizare din perioada copilăriei, vaccinurile pentru care se analizează administrarea unei doze suplimentare sunt vaccinul împotriva difteriei, tetanosului și tusei convulsive (DTaP), împotriva herpesului zoster și vaccinurile împotriva gripei de sezon. Pentru virusul papiloma uman (HPV) există în prezent două vaccinuri aprobate de U.S. Food and Drug Administration (FDA) pentru femei între 9 și 26 ani. Deși vârsta ideală recomandată pentru imunizare este 11 sau 12 ani, practicienii trebuie să discute despre avantajele și dezavantajele vaccinării contra HPV și cu femeile între 13 și 26 de ani (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2006a). Nu se recomandă screening-ul pentru vaccinarea HPV înaintea imunizării la cei care și-au început deja viața sexuală. Aceste vaccinuri, Gardasil și Cervarix, sunt discutate în detaliu la capitolul 29 (p. 737).

**Tabelul 1-1** recapitulează schema de imunizare recomandată adulților, precum și precauțiile și contraindicațiile aferente acestor vaccinuri (Centrele de Control și Prevenție a Bolilor, 2011). O dezbatere completă privind instrucțiunile generale și cele speciale poate fi consultată pe pagina oficială a CDC <http://www.cdc.gov/vaccines/recs/schedules/adult-schedule.htm>.

### Screening pentru bolile cu transmitere sexuală (BTS)

Screening-ul obișnuit pentru bolile cu transmitere sexuală (BTS) nu este indicat tuturor femeilor. Cu toate acestea, anumite teste sunt recomandate pentru anumite categorii în vederea scăderii ratei de morbiditate și de transmitere a bolii (**tab. 1-2**). În plus, se recomandă purtarea unei discuții privind factorii de risc pentru BTS și măsurile de prevenire a BTS prin folosirea prezervativelor și selecția partenerului, cu toți adolescenții activi sexuali și cu adulții cu risc crescut de BTS. Aceste boli și alte infecții ale sistemului reproductiv sunt discutate la capitolul 3 (p. 64).

## ■ Contracepția

Pentru femeile aflate la vârsta reproducerii, necesitatea contracepției sau planificarea unei sarcini trebuie discutate anual. Consilierea cu privire la contraceptive este abordată la capitolul 5 (p. 132), dar

în general trebuie să acopere metodele de contracepție și aplicarea acestora, eficiența lor, efectele secundare, beneficiile de altă natură decât contraceptivă și contraindicațiile. Cu toate acestea, în ciuda eforturilor de asigurare a contracepției, aproape jumătate din numărul total de sarcini sunt neintenționat concepute. În aceste condiții este necesară discutarea opțiunilor de contracepție de urgență. În plus, toate femeile aflate la vârsta reproducerii sunt încurajate să ia un supliment zilnic de acid folic de 400- $\mu$ g pentru a preveni apariția de defecte fetale de tub neural (NTD) în cazul producerii unei sarcinii. Femeile care au deja un copil diagnosticat cu NTD trebuie să suplimenteze doza orală zilnică cu 4 mg de acid folic (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2003).

În mod similar, femeile care doresc să rămână gravide trebuie să abordeze subiectele din **tabelul 1-3** în vederea optimizării sănătății mamei și a fătului (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2005; Jack, 2008).

## ■ Screening-ul pentru cancer

Femeilor care fac vizite medicale periodice li se recomandă o serie de teste pentru anumite tipuri de cancer, în scopul identificării premature a afecțiunilor maligne.

### Cancerul cervical

Atât rata de incidență, cât și rata de mortalitate a cancerului cervical în SUA au scăzut în ultimele decenii datorită screening-ului prin testul Papanicolau. Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America (2009a) a emis recomandări privind testele de citologie cervicală de screening. Acestea sunt discutate integral în capitolul 29 (p. 742). Pe scurt, sunt acceptate atât testele convenționale, cât și cele în mediu lichid, iar testarea trebuie să înceapă la vârsta de 21 de ani. Testele se repetă din 2 în 2 ani pentru persoanele sub 30 de ani. Peste 30 de ani, testele pot fi făcute din 3 în 3 ani la femeile fără istoric de neoplazie cervicală intraepitelială (CIN) 2 sau 3, fără imunodeprimare și fără să fi fost expuse intrauterin la diethylstilbestrol. Screening-ul va fi sistat la femeile de 65-70 de ani care au înregistrat trei rezultate negative la testul Papanicolau în ultimii 10 ani. Mai mult, screening-ul poate fi sistat inclusiv la femeile care au suferit o histerectomie în cazuri benigne și fără istoric de displazie severă.

### Cancerul endometrial

Pentru femeile cu risc mediu de dezvoltare a acestui tip de cancer, screening-ul obișnuit asociat cu biopsie sau sonografie nu este recomandat. Cu toate acestea, clinicienii trebuie să-și informeze pacientele, mai ales pe cele cu factori de risc, cu privire la simptomele tipice acestui cancer.

Femeile care au în familie mai multe cazuri de cancer de colon pot dezvolta cancerul colorectal non-polipoid ereditar (HNPCC), cunoscut și sub denumirea de sindromul Lynch (cap. 33, p. 818). Femeile cu HNPCC cunoscut sau cele care prezintă un risc genetic ridicat de dezvoltare a acestui sindrom ar trebui să se ofere un screening anual pentru cancer endometrial cu biopsie endometrială, începând cu vârsta de 35 de ani (Smith, 2011).

### Cancerul ovarian

Nu este recomandat pentru femeile asimptomatice cu risc scăzut de cancer ovarian realizarea unui screening-ul standard prin testarea biochimică a antigenului 125 asociat cancerului ovarian (CA125), fie prin ecografie (Colegiul Obstetricienilor și Ginecologilor din America, 2011d). În prezent, examenul ginecologic pelvin anual reprezintă metoda principală de prevenție pentru aceste

TABELUL 1-1. Sumarul recomandărilor privind imunizarea adulților

Denumirea și calea de administrare	Motivul vaccinării	Administrarea vaccinului (orice vaccin poate fi administrat cu un alt vaccin)	Contraindicații și precauții <sup>a,b</sup> (boala ușoară nu constituie o contraindicație)
<b>Gripă</b> Vaccinul gripal trivalent purificat inactivat (TIV) <i>Administrare IM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toți adulții, doar dacă nu există contraindicații</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anual</li> <li>• Lunile ideale pentru vaccinare sunt octombrie și noiembrie</li> <li>• Se poate continua administrarea LAIV din decembrie până în martie</li> </ul>	<b>Precauție</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istoric de SGB în termen de 6 săptămâni de la administrarea vaccinului antigripal anterior</li> </ul>
<b>Gripă</b> Vaccin antigripal viu, atenuat (LAIV) <i>Administrare pe cale nazală</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femei sănătoase sub 50 ani, care nu sunt însărcinate</li> </ul>		<b>Contraindicație</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcină</li> <li>• Imunosupresie</li> <li>• Anumite afecțiuni medicale serioase, cronice</li> </ul> <b>Precauție</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Istoric de SGB în termen de 6 săptămâni de la administrarea vaccinului antigripal anterior</li> <li>• Dacă se poate, se suspendă administrarea medicamentelor antivirale de tip „ciclovir” timp de 24 ore înainte și 14 zile după vaccin</li> </ul>
<b>Vaccinul pneumococic polizaharidic (PPSV)</b> <i>Administrare IM sau SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persoanele peste 65 ani</li> <li>• Persoanele cu boli cronice, asplenie sau imunosupresie</li> <li>• Fumătorii; persoanele internate pe termen lung în centre de îngrijire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doză unică</li> <li>• Revaccinare o singură dată, recomandată după 5 ani de la imunizare pentru persoanele cu risc mare și pentru persoanele peste 65 ani, dacă prima doză a fost administrată înainte de 65 de ani și au trecut 5 ani de la prima doză</li> </ul>	
<b>Hepatita B</b> <i>Administrare IM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orice persoană adultă care dorește imunitate la virusul hepatitei B</li> <li>• Membrii familiei și partenerii persoanelor pozitive HBsAg; utilizatorii de droguri administrate intravenos; heterosexuali cu mai mult de 1 partener; bărbații bi- și homosexuali; persoanele cu BTS; persoanele care au făcut transfuzii; lucrătorii din centrele medicale; clienții și personalul din centrele pentru handicap de dezvoltare sau din școlile de corecție; cei care călătoresc în zone endemice<sup>c</sup></li> <li>• Persoanele cu boli hepatice cronice; persoanele infectate cu HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sunt necesare trei doze administrate pe o schemă 0,1 sau 2 și 6 luni</li> <li>• Pentru vaccinul combinat hepatită A și B sunt necesare trei inoculări la 0, 1 și 6 luni</li> </ul>	<b>Precauție</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcină</li> </ul>
<b>Hepatita A</b> <i>Administrare IM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cei care călătoresc în zone endemice<sup>c</sup></li> <li>• Persoanele cu boli hepatice cronice; utilizatorii de droguri administrate intravenos; bărbații bi- și homosexuali; persoanele care fac tratament cu anticoagulante</li> <li>• Nou membru al familiei cu contact dintr-o zonă endemică</li> <li>• Oricine dorește imunitate la hepatita A</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sunt necesare două doze</li> <li>• Intervalul minim între doza 1 și doza 2 este de 6 luni</li> </ul>	<b>Precauție</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcină</li> </ul>

(Continuare)

TABELUL 1-1. Sumarul recomandărilor privind imunizarea adulților (Continuare)

Denumirea și calea de administrare	Motivul vaccinării	Administrarea vaccinului (orice vaccin poate fi administrat cu un alt vaccin)	Contraindicații și precauții <sup>a,b</sup> (boala ușoară nu constituie o contraindicație)
<b>DT</b> (difterie, tetanos) <i>Administrare IM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toți adulții care nu au făcut anterior cel puțin trei doze de vaccin antitetanos și antidifteric</li> <li>Femeile însărcinate care pot face vaccin DT în trim. II și III de sarcină, dacă ultimul vaccin a fost făcut cu peste 10 ani în urmă</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pentru persoanele care nu sunt vaccinate se finalizează prima serie de inoculări cu DT (la distanțe de 0, 1 până la 2 luni și 6 până la 12 luni). Se poate folosi o doză de DTP pentru una din cele 3 doze</li> <li>Administrați rapel DT la intervale de 10 ani de la încheierea primei serii de imunizare.</li> </ul>	<p><b>Contraindicație</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doar pentru DTP, istoric de encefalopatie în termen de 7 zile de la administrare DTP/DTaP</li> </ul> <p><b>Precauție</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Istoric de SGB în termen de 6 săptămâni de la administrarea ultimei doze de vaccin care conține toxină tetanică</li> <li>Instabilitate neurologică</li> </ul>
<b>DTP</b> Difterie, tetanos, pertussis) <i>Administrare IM</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doză unică cât mai precoce posibil celor care nu au făcut un vaccin DTP</li> <li>Postpartum</li> <li>Persoanelor care intră în contact cu bebeluși sub 12 luni</li> <li>Personal medical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pentru adulți între 19-64 de ani, o doză unică de DTP recomandată pentru înlocuirea la un moment dat a unei doze DT</li> </ul>	
<b>Varicela</b> <i>Administrare SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Toți adulții fără istoric de imunitate, cei cu imunitate fiind definiți ca persoane vaccinate cu antecedente de varicelă, de boala zoster, născuți în SUA înainte de 1980, sau cu dovadă de imunitate stabilită în laborator</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sunt necesare 2 doze la 0 și la 1 sau 2 luni. Chiar dacă a doua doză este amânată, vaccinul se poate administra</li> </ul>	<p><b>Contraindicații</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sarcină sau posibilitatea de a rămâne însărcinată în următoarele 4 săptămâni</li> <li>Persoanele imunocompromise</li> </ul> <p><b>Precauție</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Transfuzii cu produse care pot conține anticorpi în ultimul an</li> <li>Dacă se poate, se suspendă administrarea medicamentelor antivirale de tip „ciclovir” timp de 24 ore înainte și 14 zile după vaccin</li> </ul>
<b>Zoster</b> <i>Administrare SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persoanele cu vârsta de peste 60 de ani inclusiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Doză unică</li> </ul>	<p><b>Contraindicații</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Imunosupresie severă</li> <li>Sarcină sau posibilitatea de a rămâne însărcinată în următoarele 4 săptămâni</li> </ul> <p><b>Precauție</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dacă se poate, se suspendă administrarea medicamentelor antivirale de tip „ciclovir” timp de 24 ore înainte și 14 zile după vaccin</li> </ul>
<b>Vaccinuri meningo-cocice</b> Vaccinul meningococ conjugat (MCV4) <i>Administrare IM</i> Vaccinul polizaharidic (MPSV4) <i>Administrare SC</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asplenia anatomică sau funcțională sau deficiențe ale căii terminale ale sistemului complementului</li> <li>Cei care călătoresc în zone endemice<sup>c</sup></li> <li>Elevi de anul I (liceu, facultate) care stau în cămine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Este necesară o doză</li> <li>Serie de două doze necesară la 0 și 2 luni pentru splenie, deficiență de complement și infecție cu HIV care au nevoie de vaccin</li> <li>Până la ≤ 55 ani se administrează MCV4</li> <li>Pentru vârste ≥ 56 de ani se administrează MPSV4</li> <li>Rapel după 5 ani cu MCV4 dacă riscul persistă</li> </ul>	<p><b>Precauție</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Numai pentru MCV4, istoricul de SGB necesită precauție</li> </ul>

(Continuare)