

DE ACELAȘI EDITOR

Ginecologie pentru practicieni, de J.Lansac, P.Lecomte, H.Marret, 2012, 624 pagini.

Obstetrică pentru practicieni, de J.Lansac, G.Magnin, L.Senthiles, 2013, 584 pagini.

Respect pentru oameni și cărti

PROTOCOALE ÎN OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE
Editia 3-a © 2013 Editura Hipocrate

Protocole în Obstetică- Ginecologie

Colegiul Național al Ginecologilor și Obstetricienilor Francezi

**Conferința Națională a Practicienilor Universitari și de
Obstetrică-Ginecologie**

Coordonatori Ph.Deruelle, O.Graesslin, D.Luton

Cu colaborarea Asociației de Ginecologi Obstetricieni în Formare

Ediția a 3-a



**ELSEVIER
MASSON**



1	Introducere
2	Definiție și clasificare
3	Prevalență și cauze
4	Symptome și diagnostic
5	Tratament și prevenție
6	Concluzii
7	Referințe
8	Înțelegere și respect
9	Înțelegere și respect
10	Înțelegere și respect
11	Înțelegere și respect
12	Înțelegere și respect
13	Înțelegere și respect
14	Înțelegere și respect
15	Înțelegere și respect
16	Înțelegere și respect
17	Înțelegere și respect
18	Înțelegere și respect
19	Înțelegere și respect
20	Înțelegere și respect
21	Înțelegere și respect
22	Înțelegere și respect
23	Înțelegere și respect
24	Înțelegere și respect
25	Înțelegere și respect
26	Înțelegere și respect
27	Înțelegere și respect
28	Înțelegere și respect
29	Înțelegere și respect
30	Înțelegere și respect
31	Înțelegere și respect
32	Înțelegere și respect
33	Înțelegere și respect
34	Înțelegere și respect
35	Înțelegere și respect
36	Înțelegere și respect
37	Înțelegere și respect
38	Înțelegere și respect
39	Înțelegere și respect
40	Înțelegere și respect
41	Înțelegere și respect
42	Înțelegere și respect
43	Înțelegere și respect
44	Înțelegere și respect
45	Înțelegere și respect
46	Înțelegere și respect
47	Înțelegere și respect
48	Înțelegere și respect
49	Înțelegere și respect
50	Înțelegere și respect
51	Înțelegere și respect
52	Înțelegere și respect
53	Înțelegere și respect
54	Înțelegere și respect
55	Înțelegere și respect
56	Înțelegere și respect
57	Înțelegere și respect
58	Înțelegere și respect
59	Înțelegere și respect
60	Înțelegere și respect
61	Înțelegere și respect
62	Înțelegere și respect
63	Înțelegere și respect
64	Înțelegere și respect
65	Înțelegere și respect
66	Înțelegere și respect
67	Înțelegere și respect
68	Înțelegere și respect
69	Înțelegere și respect
70	Înțelegere și respect
71	Înțelegere și respect
72	Înțelegere și respect
73	Înțelegere și respect
74	Înțelegere și respect
75	Înțelegere și respect
76	Înțelegere și respect
77	Înțelegere și respect
78	Înțelegere și respect
79	Înțelegere și respect
80	Înțelegere și respect
81	Înțelegere și respect
82	Înțelegere și respect
83	Înțelegere și respect
84	Înțelegere și respect
85	Înțelegere și respect
86	Înțelegere și respect
87	Înțelegere și respect
88	Înțelegere și respect
89	Înțelegere și respect
90	Înțelegere și respect
91	Înțelegere și respect
92	Înțelegere și respect
93	Înțelegere și respect
94	Înțelegere și respect
95	Înțelegere și respect
96	Înțelegere și respect

Cuprins

Ginecologie

1	Internarea pacientelor cu urgențe ginecologice	3
2	Durerile pelvine acute	5
3	Durerile pelvine cronice	7
4	Antialgicele	12
5	Tratamentul miomului uterin	15
6	Ecografia în ginecologie	19
7	Infecțiile genitale joase	24
8	Infecțiile genitale înalte (salpingite)	27
9	Disgravidia emetizantă	31
10	Conduita în sarcinile opsite în evoluție sau în avorturile spontane de trimestru I	33
11	Avortul spontan repetat	36
12	Sarcina extrauterină	37
13	Boala trofoblastică	41
14	Întreruperea la cerere a sarcinii	43
15	Întreruperea medicală a sarcinii (> 15 SA)	46
16	Contracepția	49
17	Contracepția de urgență	51
18	Sterilizarea tubară	55
19	Bilanțul pre-FIV (Fertilizare in vitro) și infertilitate	57
20	Sindromul de hiperstimulare ovariană (HSO)	59
21	Asistența femeilor victime ale violențelor sexuale	62
22	Accidente ale expunerii la HIV	67
23	Investigații preoperatorii de rutină	72
24	Pregătirile preoperatorii	74
25	Antibioticoprofilaxia în chirurgia ginecologică	76
26	Profilaxia trombozelor în ginecologie	78
27	Clasificări și scoruri în ginecologie	80
28	Cancer ginecologic și mamare	96

Obstetrică

29 Amenințarea de naștere prematură	113
30 Attitudinea la pacientele cu antecedente de naștere prematură sau avort spontan tardiv	115
31 Ruptura prematură de membrane între 24 și 34 SA	116
32 Hipertermia în timpul sarcinii	118
33 Infecțiile urinare	121
34 Colica renală	123
35 Streptococul B	124
36 Infecția invazivă cu streptococ de grup A	125
37 Restricția de creștere intrauterină	126
38 Preeclampsia	131
39 Hematomul retroplacentar	134
40 Fătul mort	137
41 Colestaza intrahepatică gravidică (CIG)	140
42 Trombofilie și sarcina	142
43 Profilaxia bolii tromboembolice în sarcină	144
44 Afecțiunile trombembolice și sarcina	146
45 Trombocitopenia și sarcina	148
46 Diabetul gestațional	150
47 Diabetul preexistent sarcinii	152
48 Hidramnios-ul	154
49 Toxicomania	156
50 Traumatismul și sarcina	158
51 Profilaxia endocarditei infecțioase	159
52 Hepatitele B și C	160
53 Herpesul genital și sarcina	162
54 Varicela	164
55 HIV – Conduita la naștere	166
56 Rubeola	170
57 Sifilisul	172
58 Tusea convulsivă	174
59 Toxoplasmoza	176
60 Gripa și sarcina	179
61 Medicamentele în sarcină	181
62 Versiunea prin manevre externe	186
63 Prezentația pelviană	188
64 Distocia umerilor	191
65 Interpretarea ritmului cardiac fetal și asfixia fetală	193
66 Uterul cicatricial	198

67 Prolabarea de cordon	200
68 Ruptura precoce de membrane	202
69 Maturarea cervicală și declanșarea travaliului	204
70 Placenta praevia hemoragică	207
71 Sarcina prelungită	209
72 Sarcina și nașterea gemelară	210
73 Nou-născutul mort – formalități	213
74 Febra în travaliu	216
75 Antibioticoprofilaxia	217
76 Indicațiile analizelor medicale la nou-născut	219
77 Delivența dirijată	221
78 Controlul manual	222
79 Delivența artificială	223
80 Hemoragia în delivență	224
81 Tratamentul anemiei în post-partum	226
82 Prevenirea izoimunizării	227
83 Complicațiile alăptatului	230
84 Inhibarea lactației	232
85 Contracepția după naștere	234
86 Examene sistematice la ieșirea din maternitate	239

1

INTERNAREA PACIENTELOR CU URGENȚE

GINECOLOGICE

- Serviciile de primire a urgențelor ginecologice trebuie să funcționeze în mod continuu (24 h/24) și tot anul pentru orice pacientă susceptibilă că ar prezenta o patologie ginecologică și/ sau obstretilă precoce (mai puțin de 22 SA)
- În general, serviciile de urgență au o frecvență în creștere de la an la an, ceea ce necesită o organizare a personalului (asistente și secreteare dedicate) și spațiilor (sală de așteptare, birou de primire, sală de consultație dotată cu materiale pentru urgențe și cărucioare pentru deplasare, cabinet de ecografie)
- Tabelul cu gărzile trebuie să fie mereu actualizat și ușor accesibil pentru a facilita comunicarea: extern, intern și șefi de gardă de obstetrică-ginecologie, asistent medical anestezist, intern și șefi de gardă de anestezie, cu numerele de telefon aferente
- Funcțiile vor fi notate într-un tabel accesibil întregului personal „novice” (externi, interni noi, ...) și standardizate din anumite puncte de vedere. Ex: β-hCG la orice femeie la vârstă procreerii, Rh la orice femeie care se confruntă cu sângerări în trimestrul I
- Regula de aur a echipei medicale trebuie să fie: a nu se confunda **viteza** și **graba**, și a rămâne **politicos** cu pacientele și/ sau soții lor, după caz, care sunt foarte anxioase și câteodată dau dovadă de o agresivitate autentică

1. Identificarea motivelor consultației

Scopul unei structuri de urgență este să asigure un diagnostic rapid și să propună o conduită adaptată realizând o consultație de specialitate exhaustivă de către ginecolog, asociată, dacă este necesar, cu examenele paraclinice adecvate: analize de sânge, ecografie pelvină și/ sau endovaginală...

- **Motive de asistență medicală primară:** hemoragie importantă și/ sau semne de soc, durere acută (EVA > 8), agresiune sexuală recentă
- **Motive mai puțin prioritare:** paciente cu recomandare de la un medic (prin scrisoare sau telefon) și paciente ce revin la un control
- **Alte motive:** pacientele sunt consultate în ordinea sosirii

2. Reorientarea în anumite condiții

Cu calm, în biroul de primire sau în sala de consultație:

- se clarifică motivul solicitării
- se confirmă absența semnelor de gravitate și urgență
- se cere un sfat medical

Situatiile pot fi diferite:

- cererile specifice cu eroare de orientare necesită: reorientarea pacientei spre serviciul sau unitatea adevarată explicându-i motivul reorientării, pentru o îngrijire adevarată. Ex: cerere ecografie morfologică, cerere de întrerupere de sarcină...
- cererea sau plângerea fară niciun motiv de gravitate sau urgență și fără consultație prealabilă de către un medic. Dacă timpul de așteptare este mare, i se poate propune reorientarea spre un medic curant sau consultație ginecologică programată. Această reorientare se face cu acordul pacientei. Ex:

cerere de test de sarcină în absența durerilor sau metroragilor, cererea unei ecografii la începutul sarcinii pentru anxietate...

3. Elemente de îngrijire imediată

- În caz de hemoragie importantă, se vor analiza semnele de soc:
 - se măsoară constantele: puls, tensiune arterială, temperatură, frecvență respiratorie
 - alegerea unei vene de mărime bună (16 G)
 - recoltarea de sânge:
 - HLG, trombocite, TP (taux de prothrombine – fracția de protrombină), TCA (temps de cephaline activee – timp de cefalină activă), fibrinogen
 - grupul Rh, fenotip, determinarea aglutininelor neregulate
 - β-hCG, CRP
 - +/- eprubetă verde „de rezervă” pentru o eventuală analiză complementară (analiză hormonală, ionogramă, uree, creatininemie)
 - perfuzii cu:
 - Ringer-lactat: 500 ml
 - +/- PG5 (polyionique G5 – polionic G5) (Plasmalyte 500 ml)
 - chemarea urgentă a echipei de gardă, inclusiv anestezist
- În caz de durere importantă (majoră) (EVA > 8):
 - probe de sânge: HLG, trombocite, TP, TCA, fibrinogen, β-hCG, grup Rh, determinarea aglutininelor neregulate + eprubete de rezervă pentru o analiză suplimentară (CRP, bilanț hepatic, ionogramă, uree, creatininemie, TRU)
 - se începe cu Perfgalcan i.v. lent
 - pacienta *a Jeun*
 - se cheamă echipa ginecologică de gardă

4. Si apoi...

- Serviciul trebuie să dispună de „o mână vindecătoare” care identifică fiecare coordonată a pacientului, motivul consultării, analizele făcute și îngrijirea acordată
- În timpul îngrijirii, o scrisoare descriuând consultația și tratamentul propus va fi adresată medicului său curant și/ sau ginecologului său pentru a-i asigura îngrijirea și colaborarea publică/ privată
- Toate fișele sunt revizuite a doua zi de un medic primar de gardă pentru a valida tratamentul propus și a revedea pacientele spitalizate în timpul noptii ce așteaptă să li se propună o conduită de urmat
- În orice caz, nu ezitați să rechemați o pacientă pentru analize suplimentare.

2 DURERILE PELVINE ACUTE

Două obiective principale

- Stabilii diagnosticul cât mai repede posibil:
- singura metodă eficientă pentru tratarea durerii
- se evită apariția complicațiilor (necroza ovariană în cazul torsioniunii anexiale, peritonită în cazul apendicitei).
- Eliminarea durerii în timp.

1. Anamneză și examen clinic (cu puls, TA, T°C, TRU)

Compleata în mod sistematic de ecografia pelvină (pe cale abdominală și endovaginală).

2. Evaluarea durerii

Prin EVA (scara vizuală analogică) sau în mod implicit EN (scara numerică):

- $0 < \text{EVA} < 6$: Paracetamol 1g
- $\text{EVA} > 6$: cale venoasă + Ringer 500 ml + paracetamol (Perfalgan) 1 g i.v.lent
- administrarea imediată de analgezice în funcție de: evoluția durerii, patologia suspectată (infecție? colică renală? necrobioza de fibrom?), contextul de sarcină sau nu
- atenție: fară analgezice (Nubain) sau AINS, în caz de intervenție/ anestezie (și fără AINS în caz de infecție), de preferat nefopam (Acupan) dacă pacienta nu este însărcinată (intraveneos cu pompă electrică – 4 fiole de 20 mg în 48ml de ser fiziologic administrat în doză de 2 ml/h) sau morfină.

3. Pe cale venoasă periferică sistematic dacă:

- $\text{TA} \leq 9/4 + \text{Ringer lactat } 500 \text{ ml}$
- $\text{EVA} \geq 6$
- $\text{T}^{\circ}\text{C} > 38,5^{\circ}\text{C} + \text{paracetamol (Perfalgan) } 1 \text{ g i.v. lent}$

4. Examene biologice sistematice

- TRU și examen citobacteriologic al urinii dacă indicatorul urinar este pozitiv (leucocite + sau nitriti + sau hematii +)
- Dozaj cantitativ de β-hCG plasmatic (excepție în caz de menopauză)
- HLG și trombocite
- CRP
- Identificarea *Chlamydiae* prin tehnică de amplificare a acizilor nucleici pe examenul citobacteriologic vaginal sau mai puțin în urină (primul jet)

5. Examene complementare eventuale

- Bilanț peroperator (TP, HLG, trombocite, fibrinogen, determinare aglutinine anormale și grup sanguin Rh fenotip cu dublă determinare)
- Hemoculturi și $\text{T}^{\circ}\text{C} \geq 38,5^{\circ}\text{C}$
- Recoltare vaginală și endocol pentru examen bacteriologic și leucoree patologice (bacteriologie standard și germei de MTS)
- AFP
- Ecografie abdominopelvină/ renală
- Consult de specialitate
- CT/ IRM
- Laparoscopie diagnostică

6. Tratament etiologic în funcție de orientare și tratament antialgic

Sarcina extra-uterină: vezi cap. 12, *Sarcina extrauterină*

Salpingita: vezi cap. 8, *Infecții genitale severe*

Torsiunea de anexă = 3 elemente de orientare (simptome):

- durere brutală ca în urma unei lovitură
- semne digestive (greșuri și vomă)
- chist ovarian (cunoscut sau nu)

Diagnosticul pe bază de TV (masă hiperalgică latero-uterină) și ecografie (imaginea chistului ovarian heterogen uneori cu septuri, nevascularizat sau rareori un fibrom pediculat torsionat).

Tratamentul laparoscopic urgent permite adesea o conservare ovariană, această posibilitate fiind cu atât mai mare cu cât timpul dintre apariția simptomelor și momentul intervenției este mai scurt.

Chist hemoragic ovarian = două elemente de orientare:

- durere brutală
- durere provocată, căteodată ca urmare a unui contact sexual

Diagnosticul pe bază de TV (masă hiperalgică latero-uterină) și ecografie (imaginea chistului ovarian heterogen uneori cu septuri sau un nivel de lichid și adesea cu efuziuni în sacul lui Douglas de abundență variabilă)

Tratamentul este exclusiv antalgic cu odihnă și strictă supraveghere.

În caz de hemoperitoneu major, a agravării simptomelor sau a dubiilor de diagnostic, este necesară intervenția laparoscopică.

Alte cauze nonginecologice:

- cauze urinare: colică nefritică, infecție urinară
- cauze digestive: apendicită acută, ocluzie intestinală

Necesită un tratament specific.

Respo

3 DURERILE PELVINE CRONICE

Principala eroare ce nu trebuie comisă în față unei simptomatologii mai mult sau mai puțin veche, care determină un impact psihologic, este de a ne orienta prea repede către o origine psihogenă a durerii; aceasta trebuie să rămână întotdeauna un diagnostic de eliminare.

Principalele etape ale conducei ce trebuie urmate se bazează pe:

- **anamneză:** periodicitatea durerii în raport cu menstrua, evoluția, poziția antalgică, eficacitatea analgezicelor, tipul durerii, factorii declanșatori, semnele asociate, antecedente, profilul psihologic și socio-economic
- examen clinic +++
- evaluarea durerii prin EVA (scala vizuală analogică) sau EN (scala numerică)
- examene complementare în funcție de context și de elementele de orientare: HLG, trombocite, CRP, dozarea cantitativă a β-hCG plasmatic, ecografii pelvine...
- **tratament în funcție de orientarea etiologică**

Durerile pelvine cronice ciclice

1. Sindromul intermenstrual

- Apare spre ziua 14
- Durere pelvină difuză de scurtă durată (în general o singură zi)
- Căteodată sângerare intermenstruală
- Balonare abdomino-pelvină
- Semne de impregnare estrogenică
- Examene complementare, nu neapărat necesare (vezi ecografia)
- Tratament analgezic

2. Sindromul premenstrual

- În a doua fază a ciclului menstrual
- Mastodinie, congestie pelvină
- Iritatilitate și anxietate
- Cefalee, migrene catameniale, edeme
- Examen ginecologic normal
- Tratament simptomatic analgezic sau progesteron în a doua parte a ciclului sau estro-progestative pentru a regla ciclul și eventual a asigura contracepția.

3. Dismenoreea

Primară (cel mai adesea funcțională)

- Hipercontractilitatea miometrului
- Tulburări hormonale
- Factori psihologici
- Examen ginecologic care evidențiază o malformație genitală responsabilă de retenția menstruală (imperforație himenală, diafragmă vaginală, hemivagin...)
- Tratament: abstinență sau AINS sau estro-progestative

Secundară sau organică

- Endometrioza:
 - dureri cronice accentuate premenstrual, uneori asociate cu dispareunie profundă, tulburări urinare, infertilitate
 - diagnostic clinic (noduli recto-vaginali, ligamente utero sacrate nodulare tensionate, mase latero-uterine)
 - examene complementare:
 - ecografie: evidențiază chist(uri) anexial(e) sugestive pentru endometriom
 - IRM (în caz de suspiciune clinică crescută după eșecul unui test terapeutic cu AINS, estro-progestative, progesteron): topografia leziunilor profunde subperitoneale, ovariene sau peritoneale
 - laparoscopie terapeutică, nu numai diagnostică.

Diagnosticul endometriozei și topografia leziunilor trebuie stabilite preoperator. Tratamentul este adaptat la simptomatologia prezentă (durere, infertilitate sau ambele). Tratamentul chirurgical vizează realizarea ablației leziunilor peritoneale, profunde și ovariene, prezervând cât mai mult corticula ovariană.

Chisturi ovariene: tratamentul de referință este chistectomia intraperitoneală (în cazul chisturilor voluminoase simptomatice) după decolareala chistului din foșeta ovariană. În unele cazuri se preferă tratamentul laser pentru peretele chistului economicind maxim rezerva foliculară.

Endometrioza peritoneală: coagularea leziunilor, exereză sau vaporizare laser.

Endometrioza subperitoneală: dacă este situată în spațiul recto-vaginal sau la nivelul ligamentelor uterosacrate, tratamentul trebuie efectuat în centre specializate deoarece diseția poate fi dificilă cîteodată și complicațiile nu sunt de neglijat. Unele școli realizează rezecții rectosigmoidiene, altele preferă tratamentul conservator cu păstrarea rectului (*shaving rectal*), leziuni neinfiltrante mucoasa (periviscerită). Tratamentul preoperator cu agonisti de GnRH generează controverse. Poate fi util pentru diminuarea fenomenelor inflamatorii și eventual înaintea FIV (ameliorarea rezultatelor). În perioada postoperatorie tratamentul vizează obținerea unei hipotrogenemii; în lipsa dorinței de sarcină, poate fi propus un tratament progestativ sau estroprogestativ.

- Adenomioza uterină:
 - este vorba despre boala clasica a perimenopauzei cu diagnostic dificil uneori:
 - menometroragie și/dismenoroe
 - utez globulos, moale, sensibil
 - examene complementare:
 - ecografie: utez globulos, mărit de volum, asimetrie între grosimea peretei lui posterior și cel anterior, miometru neomogen
 - histeroscopie: orificii diverticulare, zone de hipervascularizație focale, coarne uterine dilatate
 - IRM: adenomioame, uneori îngroșarea zonei jonctionale
 - îngrijire terapeutică

Tratamentul medical este mai puțin eficient, în afara DIU cu levonorgestrel (Mirena), pentru femeile tinere. Se pot încerca progestative (zilele 5-25) sau AG GnRH doar în preoperator pentru diminuarea riscului de anemie postoperator.

Tratament în general chirurgical: endometrectomie sau ablația endometrului (Thermachoise, Novasure) cunoscându-se riscul de recidivă (cel mai important risc în

caz de adenomioză profundă), sau hysterectomie (tratament radical eficient în mod consecvent).

- Malformații utero vaginală, stenoze organice ale colului:
 - durere crescăndă, devenind acută de tip expulziv
 - etiologie:
 - congenitale: malformații utero-vaginale, imperforație himenală
 - dobândite: antecedente chirurgicale la nivelul colului (în special conizația), antecedente de curetaj cu sinechii cervico-istmice
 - clinică: aspectul himenului, colului, diafragmei himenale ce bombează sub presiunea unui hematoocolpos
 - ecografie: evidențiază hematometria
 - tratament în funcție de etiologie

Durerile pelvine cronice non-ciclice

1. Infecțiile genitale cronice

- Identificarea antecedentelor de manevre intrauterine sau salpingite
- Senzație de greutate pelvină, leucoree, metroragii
- Evoluție marcată de pusee subacute febrile
- Examen clinic: apariția unei dureri la mobilizarea utezului și/sau a anexei, sau o masă anexială
- Examene complementare:
 - sindrom biologic inflamator
 - prelevarea bacteriologică vaginală și de endocol pentru identificarea de *Chlamydia* și *Neisseria*
 - ecografie: normală sau hidrosalpinx, lichid intraperitoneal
- Tratament: drenaj sub control radiologic (ecografie sau scanner), laparoscopie cu drenaj abcesului, salpingectomie sau anexectomy
- Antibiototerapie empirică pe cale i.v., apoi oral timp de 2 săptămâni, ulterior adaptată la antibiogramă (Vezi cap.8, *Infecții genitale înalte*)

2. Endometrioza pelvină

Vezi mai sus.

3. Fibromul uterin

- În special senzație de greutate pelvină și utez voluminos
- Examen clinic: utez mărit de volum la TV
- Examene complementare:
 - ecografie: confirmă diagnosticul, mărimea, numărul și topografia fibroamelor
 - histerosonografia sau histeroscopia: în completarea ecografiei, confirmă caracterul intracavitar al unui fibrom
 - IRM: de interes preoperator miomectomiei la utez polimiomatoase sau în cazul tratamentului de embolizare a arterelor utezine. Precizează numărul, mărimea și topografia exactă a mioamelor
- Tratament în funcție de vîrstă și de dorința de sarcină:
 - abstinență dacă este asimptomatică și dimensiunea este mai mică de 10 cm
 - tratament medical: eficiența SPRM (modulatori selectivi ai receptorilor de progesteron – Esmyna) este foarte bună față de semnele clinice și acționează mai rapid ca analogii de LHRH, având efect în cele 8 zile de la începutul

tratamentului. Progestativele sunt mai puțin eficiente pentru diminuarea semnelor legate de anomalii endometriale asociate

- tratament chirurgical: miomectomie unică sau multiplă, histerectomie laparoscopică (totală sau subtotală), pe cale vaginală sau prin laparotomie (rezervată uterelor voluminoase neaccesibile printr-o altă metodă). Reducerea volumului obținut prin tratament cu SPRM poate facilita accesibilitatea operatorie.

4. Tumorile ovariene benigne sau maligne

- Disconfort pelvin în chisturile voluminoase, cădeodată complicații dureroase precum torsiuș sau ruptură
- Examen clinic: pentru identificarea unei mase laterouterine
- Examene complementare:
 - ecografie pelvină: identifică criterii de malignitate
 - dimensiune mai mare de 5 cm
 - septuri
 - vegetații endo sau exochistică
 - tumoră mixtă (componentă lichidă + componentă solidă)
 - lichid intraperitoneal (ascită)
 - CA125, CA19-9

În absența criteriului de malignitate se poate realiza un control la interval de 3 luni. Strategie terapeutică în caz de chist organic:

- se poate propune laparoscopie cu chistectomie sau anexectomie după citologie peritoneală în funcție de vîrstă
- în caz de suspiciune de cancer de ovar: vezi cap. 28.

5. Malpozițiile uterine

Dureri doar în 2 cazuri:

- retroversie uterină fixată de aderențe (endometrioză, infecție, antecedente chirurgicale)
- retrodeviația în sindromul Master Allen (naștere traumatică în antecedente, durere pelvină ortostatică exacerbată la efort, diminuată de decubit, disparenezie profundă, uter retrovers dureros și foarte mobil).

Există situații foarte rare: indicațiile de tratament chirurgical sunt excepționale sau discutabile.

6. Cauze extraginecologice

- Digestive: boli inflamatorii cronice ale intestinului, tulburări de tranzit, colite funktionale
- Urologice: cistite cronice
- Nevralgie pudendală: diagnosticul de sindrom al canalului nervului pudendal este un diagnostic în primul rând clinic. Nu există nici un indicator clinic sau paraclinic pentru aceasta patologie. Există totuși argumente care permit stabilirea diagnosticului. Criteriile indispensabile diagnosticului sunt: existența unei dureri situate în teritoriul anatomic al nervului pudendal, agravată de poziția șezut, ameliorate în timpul noptii, fără hipoestezie obiectivă la examenul clinic, dar cu un bloc anestezic al trunchiului nervului pudendal pozitiv.

Aceste cauze au nevoie de un tratament specific.

7. Dureri numite esențiale

- Fără substrat organic
- Este un diagnostic eliminatoriu care se pune cu cea mai mare prudență după un bilanț complet
- Necesită îndrumare psihologică