

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 regresiuie testiculară;
- hermafroditism;
- disgenezii gonadale (pură, sindrom Turner);

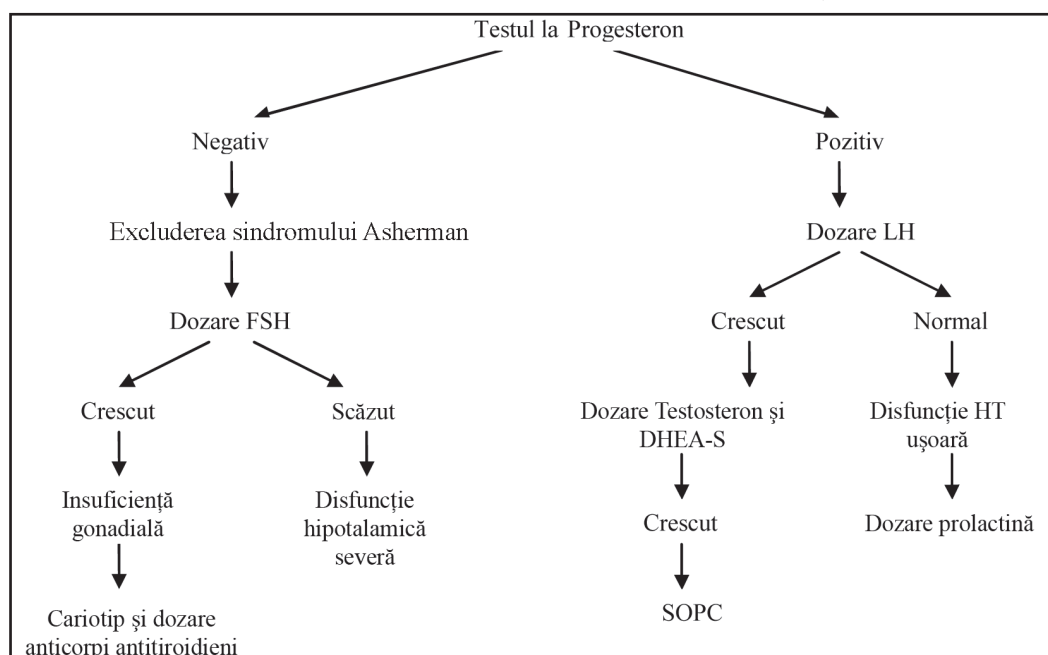
- sindromul ovarelor rezistente;
- postinfecțioasă;
- postiradiere.

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:

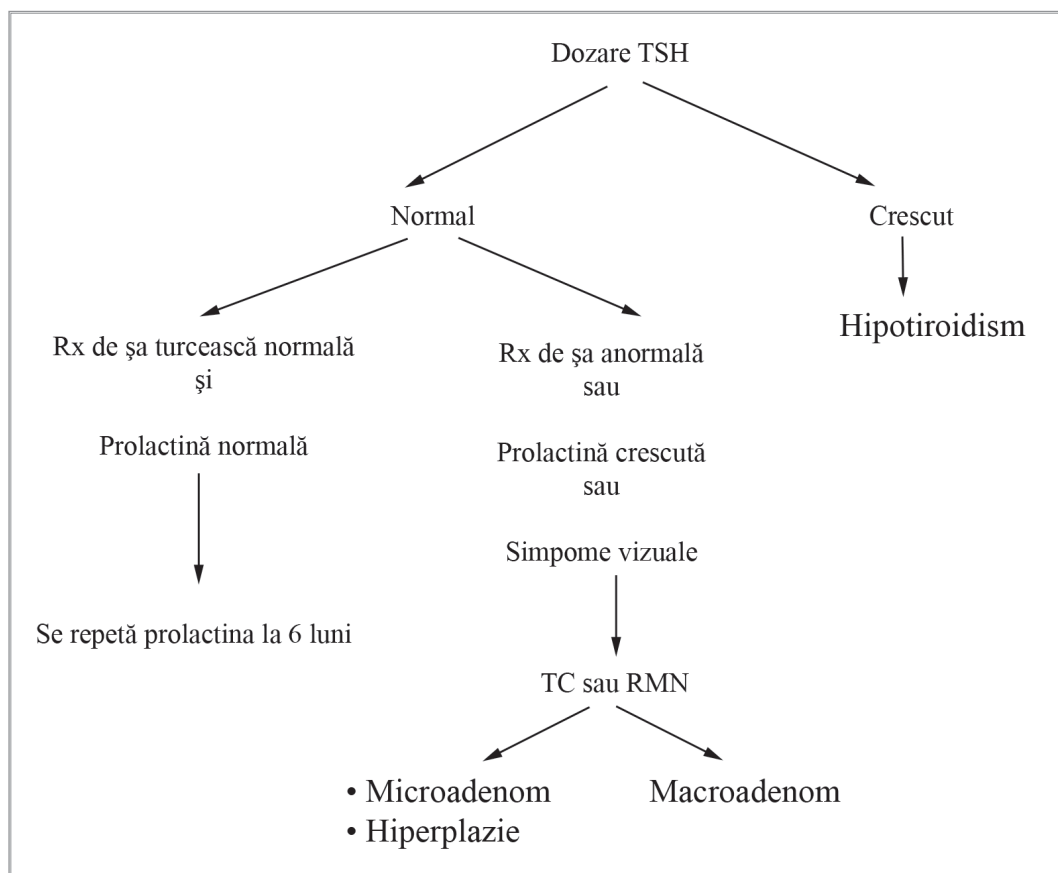
- stres;
- tulburări psihice;
- obezitate;
- idiopatie;
- efort fizic.

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 endometriului, de la hiperplazie simplă până la cancer *in situ*, cu maturare și descuamație 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 pontă 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 menstrale dureroase. Ea poate fi primară (de la menarhă) sau secundară (postabortum). Va fi tratată la „Durerea pelvină“.

Leucoreea

Definiție

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

Creșterea cantitativă a acesteia sau modificarea ei calitativă definesc leucoreea.

Etiologie

1. Factori endocriini:

- 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 dezinfecțanți, cosmetice și lubrifianți vaginali.

Vaginul se apără de agenții infecțioși externi prin descumamare 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 antibiogramelor. 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.

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, lubrifianti 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 predispozează 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 dure-roase 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 apendicită acută este una dintre cele mai frecvente probleme cu care se confruntă medicul în condiții de urgență, mai

ales la femeile tinere și adolescente. Apendicita debutează cu durere paraombilicală sau epigastrică, care apoi se localizează în fosa iliacă dreaptă și se însoțește de anorexie, greață și vărsături. În salpingite febra tinde să fie mai înaltă, iar durerea de intensitate mai mare. Aceste aspecte sunt strict orientative, întrucât în realitate diagnosticul diferențial este adesea imposibil la o primă examinare.

Abdomenul acut la femeile mai în vârstă sugerează mai degrabă torsiunea sau ruptura unei tumori anexiale, colecistita acută, ulcerul perforat. Afecțiunile inflamatorii în sfera genitală sunt mai puțin frecvente la aceste femei; uneori sunt posibile dureri la femei cu ligaturi tubare în antecedente.

Durerea pelvină acută

Durerea acută de cauză ginecologică este prezentă atât ca durere pelvină, cât și ca durere în etajul abdominal inferior, dar există și alte afecțiuni de durere la acest nivel.

Avortul în curs, incomplet efectuat, amenințarea sau iminența de avort se însoțesc de durere pe linia mediană sau în ambele părți ale abdomenului și durerea este de obicei colicativă. Se însoțește de sângerare vaginală, iar când apare infecția (avort septic) apar și febra, frisoanele, alterarea stării generale, asociate cu leucocitoză și creșterea VSH. Testele serologice de sarcină efectuate în acest moment sunt pozitive și confirmă diagnosticul.

Sarcina extrauterină se asociază în general cu durere unilaterală, continuă, deși uneori poate fi bilaterală sau colicativă. Mecanismul durerii constă în distensia trompei uterine dată de creșterea sarcinii sau de iritația peritoneală cauzată de sângele din peritoneu, în cazul ruperii trompei sau al avortului tubar. În majoritatea cazurilor apare și sângerare vaginală, iar anamneza decelează întârzierea sau absența menstruației. Creșterea temperaturii poate

fi prezentă, dar cu valori mici, însă numărul de leucocite și VSH-ul sunt normale. Nivelul seric al HCG este crescut, iar examenul ecografic ajută la punerea diagnosticului prin vizualizarea sacului gestațional în zona anexială sau prin excluderea prezenței sale în cavitatea uterină. Examenul fizic relevă prezența unei mase anexiale, iar prezența sângelui în cavitatea pelvină se poate obiecta prin punția vaginală a fundului de sac Douglas. Pacienta poate descrie presiune rectală și senzație de defecație în cazul acumulării de sânge în fundul de sac posterior.

Cervicitele acute, cel mai frecvent produse de *Neisseria Gonorrhoeae* sau de *Chlamydia Trachomatis*, se pot asocia frecvent cu durere pelvină acută care iradiază în regiunea lombară sau în membrele inferioare. Se însoțesc de leucoree abundentă caracteristică, febră în grade diferite, leucocitoză și creșterea VSH. Diagnosticul cert este pus pe culturile recoltate din secrețiile patologice, iar tratamentul se bazează pe acest rezultat.

Endometritele sunt inflamații ale endometrului produse în general de *Neisseria* sau *Chlamydia*. Durerea este, în general, pe linia mediană în regiunea pelvină sau etajul abdominal inferior, se poate însoți de sângerare și este mai frecvent surdă și constantă. Tratamentul depinde de agentul etiologic implicat.

Fibroamele uterine degenerate sunt o cauză frecventă de durere intensă sau surdă în regiunea hipogastrică. Diagnosticul este facilitat de descoperirea la examenul fizic a unui uter mărit de volum și neregulat, ferm la palpare. Se poate însoți de o ușoară leucocitoză, dar în general parametrii de laborator sunt în limite normale, în lipsa unor alte complicații ale fibromului.

Endometrioza se însoțește de durere cu caracter foarte variat, care depinde de localizarea țesutului ectopic și se poate manifesta de la dismenoree și dispareunie până la disconfort pelvic continuu și generalizat.