MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU'' DIN REPUBLICA MOLDOVA

MIOMUL UTERIN

Protocol clinic național

(ediția II)

PCN - 375

Chișinău, 2026

Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova din 23.06.2026, proces verbal nr. 2
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 817 din 27.10.2026 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Miomul uterin"

CUPRINS

Sumarul recomandărilor 4
Abrevierile folosite în document 6
Prefață 7
A. PARTEA INTRODUCTIVĂ 7
A.1. Diagnosticul. 7
A.1.1. Definiție 7
A.1.2. Codul bolii (CIM–10): 7
A.1.3. Utilizatorii: 8
A.1.4. Scopul și obiectivele protocolului 8
A.5. Elaborat: 2020 8
A.6. Data revizuirii curente: 2026, revizuire planificată -2031 8
A.7 . Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul. 8
A.8. Informația epidemiologică 9
B. PARTEA GENERALĂ 10
B.1. Nivelul de asistență medicală primară (medicina de familie) 10
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (obstetrică și ginecologie) în cazul indisponibilității medicului obstetrician-ginecolog la nivel de AMP 12
B.3. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU) 13
B.4. Nivelul de asistență medicală în Unitățile de primire urgentă (UPU) 14
B.5. Nivelul de asistență medicală spitalicească 16
C1. ALGORITMII DE CONDUITĂ 18
C.1.1 Algoritmul conduitei ambulatorii a pacientei cu miom uterin 18
C.1.2 Algoritmul de luare a deciziilor cu privire la alegerea opțiunilor de observație și tratament pentru pacientele cu miom uterin. 19
C 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR 20
C.2.1. Clasificarea miomului uterin 20
C.2.2. Conduita pacientei *(obligatoriu)* 21
C.2.2.1 Screening-ul și prevenirea 21
C.2.2.2 Anamneza 22
C.2.2.3 Examenul clinic 22

C.2.2.4 Investigații paraclinice 23
C.2.2.5 Diagnosticul diferențial (obligatoriu) 24
C.2.2.6 Criteriile de spitalizare (obligatoriu) 25
C.2.2.7 Tratament/conduită 26
C.2.2.7.1 Tratamentul conservator 26
C.2.2.7.2 Tratamentul chirurgical 31
C.2.2.7.3 Tratamentul de alternativă 35
C.2.3. Tactica de conduită 37
C.2.3.1. Managementul pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină 38
C.2.3.2. Managementul pacientelor cu miom uterin în perimenopauză 39
C.2.3.3. Managementul pacientelor cu miom uterin în postmenopauză 39
C.2.3.4. Managementul pacientelor cu miom uterin și sarcina 40
C.2.4. Monitorizare pacientei cu miom uterin 41
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI 43
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI 47
ANEXE 48
Anexa nr. 1 48
Anexa nr. 2 51
Anexa nr. 3 52
Anexa nr. 4 54
BIBLIOGRAFIE 55

Sumarul recomandărilor

Notă. Gradarea recomandărilor este realizată conform principiilor sistemului GRADE. Pentru recomandările clinice sunt indicate atât forța recomandării (puternică sau condiționată), cât și nivelul evidenței (ridicat, moderat sau scăzut). Pentru afirmațiile descriptive bazate pe dovezi este indicat doar nivelul evidenței.

1. Miomul uterin reprezintă cea mai frecventă tumoră benignă a uterului, fiind întâlnit la majoritatea femeilor pe parcursul vieții. *(nivel ridicat de evidență)*
2. Prezența miomului uterin poate determina multiple manifestări clinice, cele mai frecvente fiind menstruațiile abundente sau sângerările uterine anormale, durerea pelvină, simptomele de compresie și afectarea funcției reproductive. *(nivel ridicat de evidență)*
3. Miomul uterin poate influența negativ fertilitatea, evoluția sarcinii și rezultatele obstetricale, motiv pentru care se recomandă monitorizare suplimentară în timpul sarcinii. *(nivel moderat de evidență)*
4. Miomul uterin are un impact social și economic semnificativ atât în Republica Moldova, cât și la nivel mondial, din cauza prevalenței crescute și a simptomatologiei asociate. *(nivel ridicat de evidență)*
5. Sistemul de clasificare FIGO pentru miom uterin descrie localizarea miomului/mioamelor uterine și este utilizat pentru corelarea simptomelor pacientei și alegerea conduitei terapeutice. *(nivel ridicat de evidență)*
6. Alegerea metodei de tratament al miomului uterin trebuie individualizată în funcție de simptomatologie, vârsta pacientei, preferințele personale, dorința reproductivă, numărul, dimensiunea și localizarea mioamelor, precum și de disponibilitatea opțiunilor terapeutice și experiența clinicianului. *(nivel ridicat de evidență)*
7. Ecografia transvaginală reprezintă metoda imagistică de primă intenție în diagnosticul miomului uterin. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
8. Planificarea tratamentului chirurgical al miomului uterin se bazează pe examenul clinic, dimensiunea și numărul mioamelor, precum și pe clasificarea FIGO. *(nivel ridicat de evidență)*
9. Accesul la terapiile specifice pentru miomul uterin poate fi influențat de factori sociodemografici, fiind necesare măsuri continue pentru asigurarea unui acces echitabil la tratament pentru toate pacientele. *(nivel moderat de evidență)*
10. În absența simptomelor, miomul uterin nu necesită, de regulă, tratament. *(nivel moderat de evidență)*
11. Ecografia trebuie utilizată ca metodă imagistică de primă linie în evaluarea miomului uterin, iar imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) poate oferi informații suplimentare în cazurile complexe și în planificarea intervențiilor chirurgicale. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
12. Utilizarea modelelor standardizate de raportare pentru ecografie și RMN, care includ clasificarea FIGO a mioamelor, poate îmbunătăți comunicarea și uniformizarea informațiilor între specialiștii implicați în îngrijirea pacientelor. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
13. Pacientele cu mioame uterine și sângerări uterine anormale necesită evaluare completă pentru excluderea altor cauze de sângerare uterină anormală, inclusiv biopsie endometrială și screening pentru cancerul de col uterin, în funcție de factorii de risc individuali. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
14. În cazul pacientelor cu mioame uterine și sângerări uterine anormale, pot fi utilizate metode de supresie menstruală, inclusiv contraceptive orale combinate, progestative (inclusiv sistemul intrauterin cu Levonorgestrelum), agoniști și antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinei, precum și Danazolum. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*

15. Acidum tranexamicum poate fi administrat pacientelor cu miom uterin pentru reducerea sângerărilor menstruale abundente. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
16. Pacientelor cu mioame uterine și simptome determinate de efectul de masă li se poate recomanda tratament cu agoniști sau antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinei (GnRH). Administrarea pe termen lung poate fi limitată de efectele hipoestrogenice, care pot fi ameliorate prin terapie de substituție hormonală. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
17. Medicii trebuie să discute împreună cu pacienta diferitele opțiuni terapeutice disponibile, inclusiv Acidum tranexamicum, sistemele intrauterine cu Levonorgestrelum, contraceptivele orale, modulatorii selectivi ai receptorilor de progesteron, antagoniștii GnRH cu sau fără terapie de substituție hormonală și intervențiile chirurgicale uterine. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
18. Histerectomia reprezintă tratamentul definitiv al miomului uterin. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
19. Pacientelor simptomatice care doresc conservarea fertilității și/sau a uterului li se poate oferi miomectomia ca opțiune terapeutică. *(recomandare condiționată, nivel moderat de evidență)*
20. Miomectomia poate fi recomandată pacientelor cu mioame care deformează cavitatea uterină, în scopul optimizării fertilității și îmbunătățirii rezultatelor sarcinii. În cazul mioamelor care nu modifică cavitatea uterină, beneficiile asupra fertilității și reducerii riscurilor perinatale rămân incerte. *(recomandare condiționată, nivel moderat de evidență)*
21. Pacientele care iau în considerare miomectomia trebuie informate că abordările abdominală și laparoscopică pot fi asociate, în general, cu un risc chirurgical mai mare comparativ cu histerectomia. *(recomandare condiționată, nivel moderat de evidență)*
22. Se recomandă alegerea celei mai puțin invazive abordări chirurgicale, atunci când este posibil, pentru optimizarea rezultatelor și facilitarea recuperării postoperatorii. *(recomandare condiționată, nivel ridicat de evidență)*
23. Pacienta trebuie informată despre riscurile și posibilele complicații asociate morcelării tisulare atunci când această procedură este luată în considerare pentru extragerea țesutului. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
24. Anemia trebuie corectată înaintea intervențiilor chirurgicale elective prin administrarea de suplimente de fier și, după caz, prin metode de supresie menstruală. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
25. Administrarea preoperatorie a agoniștilor GnRH este eficientă în corectarea anemiei, reducerea dimensiunii mioamelor și diminuarea pierderilor sanguine intraoperatorii. *(recomandare puternică, nivel ridicat de evidență)*
26. Adjuvanții medicali utilizați intraoperator pentru reducerea pierderilor sanguine în timpul miomectomiei includ Misoprostolum, Vasopresinum, Epinephrinum și Acidum tranexamicum. Printre strategiile mecanice se numără ocluzia arterelor uterine, aplicarea garoului pericervical și utilizarea suturilor cu capse. Nu există dovezi suficiente pentru a stabili superioritatea unei metode sau beneficiul combinării mai multor adjuvanți. *(recomandare puternică, nivel moderat de evidență)*
27. Pacientele supuse miomectomiei trebuie consiliate privind posibilele riscuri obstetricale ulterioare, inclusiv ruptura uterină, spectrul placentei accreta și nașterea prematură. *(recomandare puternică, nivel moderat de evidență)*
28. În cazul miomectomiei laparoscopice sau abdominale, sutura miometrului în mai multe straturi și limitarea utilizării electrochirurgiei pot contribui la reducerea riscului de ruptură uterină. *(recomandare condiționată, nivel scăzut de evidență)*
29. Embolizarea arterelor uterine poate fi oferită ca metodă minim invazivă pentru reducerea simptomelor mioamelor la pacientele care doresc conservarea uterului. Totuși, pacientele trebuie informate că această procedură poate fi asociată cu reducerea fertilității, creșterea riscului de

avort spontan și rezultate obstetricale nefavorabile, nefiind recomandată femeilor care își doresc sarcini viitoare. *(recomandare condiționată, nivel moderat de evidență)*

30. Ultrasunetele focalizate de intensitate mare (HIFU) pot reprezenta o opțiune terapeutică minim invazivă pentru miomul uterin, însă disponibilitatea acestei metode este limitată în Republica Moldova. *(recomandare condiționată, nivel moderat de evidență)*.
31. Pacientele trebuie informate că, în prezent, dovezile privind rezultatele reproductive și obstetricale după tratamentul prin HIFU sunt insuficiente (*recomandare condiționată, nivel moderat de evidență*).

Abrevierile folosite în document

Abreviere	Semnificație
ABC	Airway, Breathing, Circulation (cale aeriană, respirație, circulație)
AINS	Antiinflamatoare nesteroidiene
ALAT	Alaninaminotransferază
AMH	Hormon anti-Müllerian
AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală spitalicească
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMUP	Asistență medicală urgentă
anGnRH	Antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor
aGnRH	Agoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor
ASAT	Aspartataminotransferază
BIP	Boala inflamatorie pelvină
CA-125	Antigenul carbohidrat 125
COC	Contraceptive orale combinate
CT	Tomografie computerizată
DHEA	Dehidroepiandrosteron
DIU	Dispozitiv intrauterin
DZ	Diabet zaharat
E2	Estradiol
EAU	Embolizarea arterelor uterine
ECG	Electrocardiogramă
ESGE	Societatea Europeană de Ginecologie Endoscopică
FIGO	Federația Internațională de Ginecologie și Obstetrică (International Federation of Gynecology and Obstetrics*).*
INR	International Normalized Ratio (Raport internațional normalizat)
FIV	Fertilizare in vitro
FR	Frecvența respiratorie
FSH	Hormon foliculostimulant
GnRH	Hormonul de eliberare a gonadotropinelor
Hb	Hemoglobină
HE4	Proteina epididimară umană 4
HIFU	High-Intensity Focused Ultrasound (ultrasunete focalizate de înaltă intensitate)
HTA	Hipertensiune arterială
Ht	Hematocrit
IMC	Indicele masei corporale
LH	Hormon luteinizant
LNG-DIU	Dispozitiv intrauterin cu Levonorgestrelum
mg	Miligram
MRP	Modulatori selectivi ai receptorilor progesteronului*
MRgFUS	Magnetic Resonance-guided Focused Ultrasound Surgery (chirurgie cu ultrasunete focalizate ghidate prin rezonanță magnetică)**

NB	Nota bene
Prl	Prolactină
Ps	Puls
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
ROMA	Risk of Ovarian Malignancy Algorithm
SOP	Sindromul ovarelor polichistice
SpO_2	Saturația periferică a oxigenului
TA	Tensiune arterială
T°C	Temperatura corpului
TGI	Tract gastrointestinal
TSH	Hormon de stimulare tiroidiană
UPU	Unitatea de primire urgentă
USG	Ultrasonografie

Prefață

Protocolul clinic național **„Miomul uterin”** este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale și cu experiența autorilor, acumulată în domeniul dat. Acest protocol va servi la elaborarea protocoalelor clinice instituționale, în funcție de posibilitățile reale ale fiecărei instituții.

La recomandarea Ministerului Sănătății, pentru monitorizarea protocoalelor clinice instituționale pot fi utilizate formulare suplimentare, care nu sunt incluse în acest protocol clinic național. Protocolul vine în ajutor medicului de a alege conduita corectă a miomului uterin, și nu poate dicta o conduită exclusivă a cazurilor. Conduita în fiecare caz va fi personalizată și va depinde de circumstanțele clinice specifice și necesitățile /dorințele pacientei.

A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

A.1. Diagnosticul.

Exemple de diagnostic clinic:

- *Miom uterin nodular simptomatic FIGO -7. Dispareunie.*
- *Miom uterin multinodular simptomatic. FIGO 3 și 6. Sângerări uterine anormale. Anemie gr. II.*
- *Miom uterin nodular FIGO 0 în naștere. Expulzie spontană a nodulului în naștere. Sindrom algic.*
- *Miom uterin submucos FIGO 2. Avort spontan în evoluție la 9-10 s.a.*
- *Miom uterin simptomatic FIGO 7. Torsiunea nodulului miomatos. Abdomen acut.*

A.1.1. Definiție

Miomul uterin (leiomiomul, fibromiomul, miofibromul sau fibromul uterin) reprezintă o tumoră benignă proliferativă, hormon-dependentă, bine delimitată și pseudocapsulată, alcătuită din fibre musculare netede și elemente de țesut conjunctiv fibros [20,22].

În literatura de specialitate și în practica medicală sunt utilizate mai multe denumiri pentru această patologie, inclusiv **leiomiom uterin**, **miom uterin** și **fibromiom uterin**, toate desemnând aceeași entitate clinicopatologică. Având în vedere utilizarea consacrată a termenului **miom uterin** în practica clinică națională și pentru a asigura consecvența terminologică pe parcursul documentului, autorii prezentului protocol au optat pentru utilizarea uniformă a denumirii **„miom uterin”** în întregul text.

A.1.2. Codul bolii (CIM–10):

D25 Leiomiomul uterului:
- D25.0 Leiomiom submucos al uterului
- D25.1 Leiomiom intramural al uterului
- D25.2 Leiomiom subseros al uterului
- D25.9 Leiomiom nespecificat

D26 Alte tumori benigne ale uterului:
- D26.0 Tumori benigne ale colului uterin

D26.1 Tumori benigne ale corpului uterin
D26.7 Tumori benigne altor părți ale uterului
D26.9 Tumori benigne ale uterului nespecificate

A.1.3. Utilizatorii:

- **Prestatorii serviciilor de asistență medicală primară (AMP):** medicii de familie și asistenții medicali de familie, inclusiv cabinetele individuale ale medicilor de familie și medicii obstetricieni-*ginecologi*.
- **Prestatorii serviciilor de asistență medicală specializată de ambulator (AMSA):** medicii *obstetricieni*-ginecologi, inclusiv din cadrul centrelor consultative raionale.
- **Prestatorii serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicească (AMUP):** medicii și *asistenții* medicali din cadrul serviciului de asistență medicală urgentă prespitalicească.
- **Prestatorii serviciilor de asistență medicală spitalicească (AMS):** medicii *obstetricieni*-ginecologi și alți specialiști implicați în managementul pacientelor cu miom uterin.

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.1.4. Scopul și obiectivele protocolului

Scopul protocolului constă în îmbunătățirea managementului clinic, a diagnosticului precoce, a tratamentului eficient și a calității vieții pacientelor cu miom uterin.

Obiectivele protocolului

1. Creșterea ratei de diagnostic corect al miomului uterin, prin aplicarea standardizată a criteriilor clinice și imagistice recomandate de protocol, la toate nivelurile de asistență medicală.
2. Creșterea proporției pacientelor cu miom uterin care beneficiază de management conform recomandărilor bazate pe dovezi, inclusiv evaluarea simptomelor, clasificarea FIGO și alegerea tratamentului individualizat.
3. Reducerea ratei complicațiilor asociate miomului uterin și tratamentului acestuia, inclusiv anemia severă, hemoragia uterină anormală, intervențiile chirurgicale de urgență și complicațiile perioperatorii.
4. Creșterea proporției pacientelor la care sunt documentate indicațiile, contraindicațiile și consilierea privind opțiunile terapeutice, conform algoritmilor protocolului.
5. Standardizarea procesului de diagnostic, tratament, monitorizare și documentare a cazurilor de miom uterin, prin implementarea recomandărilor protocolului în toate nivelurile sistemului de sănătate.

A.5. Elaborat: 2020

A.6. Data revizuirii curente: 2026, revizuire planificată -2031

A.7 . Lista și informațiile de contact ale autorilor. Recenzenții. Structurile care au examinat, avizat și aprobat protocolul.

Numele	Funcția
Olga Cernețchi	Prim-prorector, prorector pentru activitate didactică și management academic, șefă Catedră de obstetrică și ginecologie, dr. hab. șt. med., profesor universitar, m.c. al AȘM, USMF „Nicolae Testemițanu”
Iurie Dondiuc	dr. hab. șt. med., profesor. univ., Catedra de Obstetrică și Ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
Zinaida Sârbu	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, membru al Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
Liudmila Stavinskaia	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Corolcova	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Numele	Funcția
Marin Rotaru	dr. hab. șt. med., profesor universitar, Departamentul Știință a IMSP IMC
Liliana Profire	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Irina Sagaidac	dr. șt. med., conferențiar universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Veronica Cotelea	dr. șt. med., asistent universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alina Alsatou	dr. șt. med., Clinica „Fetalmed”
Mihaela Burac	asist. universitar, Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/Instituția	Persoana responsabilă
Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Valentin Friptu***, dr. hab. șt. med, profesor universitar
Comisia științifico-metodică de profil Obstetrică și ginecologie	***Olga Cernețchi***, Prim-prorector, prorector pentru activitate didactică și management academic, dr. hab. șt. med, prof. univ., m.c. al AȘM, USMF „Nicolae Testemițanu”
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	***Iuliana Albu***, director general
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	***Valentin Mustea,*** director
Compania Națională de Asigurări în Medicină	***Andrei Uncuța***, director general
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Olga Tagadiuc***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șefă catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Ina Pogonea***, dr. șt. med., conf. univ., șefă catedră
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Ghenadie Curocichin***, dr. hab. șt. med., prof. univ., șef catedră
Catedra de urgențe medicale „Gheorghe Ciobanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”	***Larisa Rezneac,*** dr. șt. med., conf. univ., șefă catedră
Consiliul de Experți al MS	***Aurel Grosu***, dr. hab. șt. med, prof. univ., președinte

Recenzenți:

Veaceslav Moșin, dr. hab. șt. med., prof. univ., Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, șef clinica medicală «Alternativa»

Uliana Tabuica, dr. șt. med., conf. univ., Catedra de obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”.

A.8. Informația epidemiologică

Miomul uterin reprezintă cea mai frecventă tumoră benignă a tractului genital feminin, fiind o neoplazie monoclonală care ia naștere din celulele musculaturii netede ale miometrului și din matricea extracelulară aferentă. Dezvoltarea și creșterea sa sunt influențate de steroizii ovarieni, în special estrogen și progesteron.Prevalența acestei patologii este în continuă creștere în rândul femeilor de vârstă reproductivă tardivă (35–45 ani) și al celor aflate în premenopauză (46–55 ani), variind, conform diferitor autori, între 50 și 80% [1,13,20].

Această neoplazie uterină afectează femeile sub două aspecte esențiale: pe de o parte, poate compromite fertilitatea, iar pe de altă parte influențează semnificativ activitatea cotidiană, profesională și calitatea vieții prin simptomatologia asociată [3].

Manifestările clinice ale miomului uterin includ sângerări uterine anormale, sindrom algic, compresia organelor adiacente și afectarea funcției reproductive, determinând infertilitate și avort spontan [22]. La pacientele cu miom uterin, infertilitatea primară este întâlnită în 20–25% dintre cazuri, iar cea secundară în 35–50%. Totodată, incidența avortului spontan în acest grup de paciente este de 2–3 ori mai mare comparativ cu femeile cu infertilitate de altă geneză [12].

Aproximativ 70% dintre pacientele cu infertilitate asociată miomului uterin necesită tratament chirurgical, ceea ce conferă o importanță majoră intervențiilor chirurgicale conservative la această categorie de paciente [18]. În același timp, miomul uterin constituie una dintre principalele indicații pentru histerectomie la nivel mondial, reprezentând până la 30% dintre intervențiile efectuate [3,14,21].

În acest context, alegerea metodei optime de tratament pentru pacientele cu miom uterin rămâne o problemă actuală și complexă atât la nivel național, cât și internațional.

B. PARTEA GENERALĂ

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
B.1. Nivelul de asistență medicală primară (medicina de familie)		
1. Profilaxia	Promovarea unui stil de viață sănătos, planificarea funcției reproductive și controlul bolilor cronice pot contribui la reducerea riscului complicațiilor asociate miomului uterin. (1b, A)	**Obligatoriu:** 1. Promovarea unui stil de viață sănătos. 2. Consilierea privind planificarea funcției reproductive. 3. Consultația medicului obstetrician-ginecolog o dată pe an. 4. Tratamentul și monitorizarea bolilor cronice asociate. 5**. Informarea pacientei privind simptomele de alarmă** (hemoragie uterină abundentă, durere pelvină acută, semne de anemie), care impun prezentarea de urgență la medic**.**Vezi: C.2.2., C.2.3.
2. Screening		
2.1 Miom asimptomatic	Necesitatea depistării precoce a miomului uterin și a corectării patologiilor asociate care pot contribui la creșterea acestuia sau la apariția complicațiilor.	**Obligatoriu:** Referirea la medicul obstetrician-ginecolog care: ▪ evaluează anamneza generală și ginecologică (casetele 2, 4, 5); ▪ direcționează pacienta la USG; ▪ apreciază prezența factorilor de risc oncologici (Tabelul 1); ▪ **confirmă diagnosticul și stabilește clasificarea FIGO a miomului uterin;** ▪ stabilește tactica de conduită ulterioară în funcție de vârsta și necesitățile pacientei (caseta 20).Vezi: C.2.3.
2.2 Miom simptomatic	Hemoragii uterine, indiferent de vârsta pacientei. Este necesară excluderea unei sarcini și aprecierea gradului de anemie.	**Obligatoriu:** *Medicul de familie* apreciază de urgență: 1. efectuarea testului de sarcină, cu excepția pacientelor aflate în postmenopauză; 2. hemoleucograma completă (Hb, Ht); 3. examenul ultrasonografic (USG); **4. aprecierea severității sângerării și a semnelor clinice de anemie;** 5. referirea pacientei la medicul obstetrician-ginecolog cu rezultatele investigațiilor dacă Hb >90 g/L sau îndreptarea pacientei în staționar dacă Hb ≤90 g/L (caseta 9);

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
		6. îndreptarea de urgență în staționar în cazul semnelor de abdomen acut și al antecedentelor de miom uterin (caseta 9).Vezi: C.2.2.6.
2.3 Miom uterin și sarcina	Aprecierea influenței miomului asupra sarcinii și a sarcinii asupra miomului, în vederea prevenirii complicațiilor.	**Obligatoriu:** Referirea la medicul obstetrician-ginecolog pentru aprecierea riscului apariției complicațiilor sarcinii (caseta 24) și elaborarea tacticii de conduită a sarcinii (caseta 25).Vezi: C.2.3.4.
3. Diagnostic	Stabilirea unui diagnostic cert este esențială pentru alegerea conduitei terapeutice, în funcție de localizarea, dimensiunea și numărul mioamelor, simptomatologie, vârsta pacientei și funcția reproductivă.	**Obligatoriu:** ***Medicul de familie*** referă pacienta la medicul obstetrician-ginecolog ***Medicul obstetrician ginecolog din cadrul AMP:*** ▪ evaluează anamneza generală și ginecologică (casetele 2, 4, 5); ▪ direcționează pacienta la USG cu competențe în ginecologie; ▪ apreciază prezența factorilor de risc oncologici (Tabelul 1); ▪ stabilește diagnosticul și clasificarea FIGO a miomului uterin; ▪ stabilește tactica de conduită ulterioară (Algoritmele C.1.1 și C.1.2.); ▪ stabilește criteriile de supraveghere a pacientei (caseta 20).
4. Monitorizarea / supravegherea	Monitorizarea permite identificarea precoce a progresiei bolii sau a apariției complicațiilor.	**Obligatoriu:** 1. Monitorizarea simptomelor clinice. 2. Monitorizarea hemoglobinei la pacientele cu sângerări uterine anormale. 3. Control clinic și USG la 6-12 luni pentru miomul asimptomatic sau conform recomandării medicului obstetrician-ginecolog. 4. Referirea la medicul obstetrician-ginecolog în cazul agravării simptomelor, creșterii rapide a formațiunii sau apariției complicațiilor.
5. Tratament / conduită	Pacienta cu miom uterin necesită evaluare de către medicul obstetrician-ginecolog pentru stabilirea conduitei terapeutice individualizate.	**Obligatoriu:** ***Medicul de familie efectuează***: ▪ consilierea pacientei ▪ inițierea tratamentul antifibrinolitic și antianemic conform protocolului (caseta 11), ▪ monitorizarea răspunsului la tratament ▪ asigurarea supravegherii după tratamentul conservator sau chirurgical ▪ referirea la medicul obstetrician-ginecolog; ***Medicul obstretrician ginecolog din cadrul AMP:*** ▪ stabilește conduita terapeutică individualizată, conservatoare sau chirurgicală, în funcție de particularitățile clinice, severitatea simptomelor, dorința reproductivă și necesitățile pacientei, precum și criteriile de monitorizare ulterioară (Algoritmele C.1.1 și C.1.2.).
5.1 Referirea / internarea	- Hb ≤90 g/L. -Semne de abdomen acut cauzate de necroza sau torsiunea nodulului miomatos.	**Obligatoriu:** Internarea imediată în secția de ginecologie cu profil chirurgical.

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
5.2 Tratament medicamentos nespecific în condiții de ambulator	Menometroragii cu Hb >90 g/L; polimenoree cu dismenoree (caseta 11).	**Obligatoriu:** Consultația urgentă a medicului obstetrician-ginecolog pentru: 1. administrarea preparatelor antifibrinolitice și antianemice (caseta 11); 2. stabilirea și monitorizarea volumului de sânge pierdut (caseta 11); 3. stabilirea termenului oportun pentru tratamentul chirurgical (casetele 9, 14, 15). **Recomandabil:** Aprecierea Hb la 24–48 de ore, în funcție de evoluția clinică.
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (obstetrică și ginecologie) în cazul indisponibilității medicului obstetrician-ginecolog la nivel de AMP		
1. Profilaxie	Recomandarea unui stil de viață sănătos, planificarea funcției reproductive și tratamentul afecțiunilor endocrine și metabolice contribuie la reducerea riscului complicațiilor asociate miomului uterin.	**Recomandabil:** 1. Planificarea funcției reproductive. 2. Examen profilactic la medicul obstetrician-ginecolog o dată pe an pentru aprecierea factorilor de risc oncologici (Tabelul 1). 3. Promovarea unui stil de viață sănătos. 4. Tratamentul afecțiunilor endocrine și metabolice asociate. Vezi: C.2.1, C.2.2.
2. Diagnostic C.2.1–C.2.2.5	Diagnosticul stabilit permite individualizarea tratamentului în funcție de clasificarea FIGO, dimensiunea, numărul și localizarea miomului uterin, vârsta pacientei, funcția reproductivă și situația clinică.	**Obligatoriu:** 1. Evaluarea tabloului clinic (caseta 3). 2. Evaluarea anamnezei generale și ginecologice (caseta 4). 3. Evaluarea datelor USG sau efectuarea USG bazinului mic (caseta 7). 4. Clasificarea miomului uterin conform sistemului FIGO (caseta 1). 5. Aprecierea prezenței factorilor de risc oncologici (Tabelul 1). 6. Diagnosticul diferențial (caseta 8). 7. Stabilirea diagnosticului definitiv (caseta 1). **Recomandabil:** Investigații paraclinice în funcție de indicațiile clinice (caseta 7).
3. Decizia asupra tacticii conservative de conduită clinică versus chirurgicală	Alegerea tacticii terapeutice depinde de simptomatologie, clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului uterin, vârsta pacientei, dorința reproductivă și riscul de malignitate.	**Obligatoriu:** **Condiții pentru tratamentul conservator:** 1. Miom asimptomatic fără suspiciune de malignitate și fără indicație chirurgicală imediată (Ia, A). 2. Miom simptomatic asociat cu anemie ușoară sau moderată, stabil hemodinamic. 3. Miom simptomatic în perioada perimenopauzală (C.2.3.2.). 4. Respectarea recomandărilor medicale și prezentarea la controalele periodice. 5. Posibilitatea accesului rapid la instituția medicală în cazul apariției hemoragiei severe sau a altor complicații. ***NB!*** Gravidele cu miom uterin complicat – spitalizare obligatorie (1a, A21).
4. Conduita / supravegherea în condiții de ambulator C.2.2.7.1	Pacientele cu miom uterin asimptomatic sau cu simptomatologie ușoară–moderată pot fi monitorizate în condiții de ambulator.	**Obligatoriu:** ▪ supravegherea volumului de sânge pierdut prin monitorizarea numărului și gradului de impregnare a absorbantelor utilizate (caseta 3);

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
		▪ monitorizarea stării generale și a evoluției simptomelor clinice; ▪ aprecierea nivelului hemoglobinei în funcție de evoluția clinică și tratamentul administrat (caseta 9); ▪ control clinic și ecografic conform recomandărilor protocolului; ▪ consilierea pacientei și a membrilor familiei privind recunoașterea semnelor de alarmă și necesitatea adresării urgente la medic.
5.1 Tratamentul nespecific C.2.2.7.1	Este necesară controlarea hemoragiei uterine și prevenirea anemiei, în scopul reducerii riscului complicațiilor și al îmbunătățirii calității vieții pacientei (II, B).	**Obligatoriu:** Administrarea imediată a antifibrinoliticelor cu sau fără AINS (caseta 11). **Recomandabil:** Tratamentul anemiei și al deficitului de fier conform protocolului.
5.2 Tratamentul hormonal C.2.2.7.1	Alegerea preparatului hormonal este individualizată în funcție de simptomatologie, vârsta pacientei, dorința reproductivă, necesitatea contracepției, contraindicațiile și reacțiile adverse ale preparatelor hormonale (Ia, A10, A16, A17).	**Obligatoriu:** Administrarea individualizată a preparatelor hormonale (casetele 12 și 13; Tabelul 2).
5.3 Tratamentul patogenetic cu aGnRH, anGnRH sau modulatori selectivi ai receptorilor progesteronului	Preparatul de elecție depinde de scopul tratamentului, caracteristicile pacientei, contraindicații și reacțiile adverse.	**Obligatoriu:** Administrarea tratamentului pentru reducerea volumului miomului și ameliorarea simptomelor (hemoragie, sindrom algic, efect de masă), în tratamentul preoperator, la pacientele aflate în perioada perimenopauzală sau la cele cu contraindicații pentru intervenția chirurgicală (casetele 12 și 13; Tabelul 2). ***NB!*** Evaluarea funcției hepatice înaintea inițierii tratamentului, atunci când este indicată conform caracteristicilor preparatului utilizat. **Recomandabil:** Administrarea tratamentului conform indicațiilor și duratei recomandate pentru fiecare preparat utilizat.
B.3. Nivelul de asistență medicală urgentă prespitalicească (echipele AMU)		
1. Diagnostic C.2.2.3.	Hemoragii uterine care nu se remit pe fondul tratamentului medicamentos și/sau abdomen acut ginecologic.	**Obligatoriu:** ▪ examenul primar și secundar (ABCDE); ▪ aprecierea stării hemodinamice a pacientei; aprecierea volumului presupus de sânge pierdut (caseta 9); ▪ identificarea semnelor de șoc hipovolemic (caseta 9) ▪ identificarea semnelor de abdomen acut.
2. Monitorizarea / supravegherea / transportarea	Aprecierea severității hemoragiei și prevenirea agravării stării pacientei până la internare.	**Obligatoriu:** ▪ tensiometria, pulsoximetria, glucometria, ECG, monitorizarea T°C; ▪ aprecierea volumului de sânge pierdut, inclusiv prin monitorizarea numărului de absorbante igienice utilizate și a gradului de impregnare a acestora (caseta 3);

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
		▪ monitorizarea continuă a stării hemodinamice pe durata transportului; ▪ transportarea în UPU cu monitorizare continuă.
3. Tratamentul stărilor de urgență la etapa prespitalicească	Hemoragie abundentă. Prezența semnelor de șoc hipovolemic.	**Obligatoriu:** ▪ stabilizarea funcțiilor vitale conform principiului ABCDE; ▪ asigurarea accesului venos periferic cu cateter de calibru mare (16-18); recomandabil 2 vene in caz de șoc hipovolemic ; ▪ oxigenoterapie pentru menținerea SpO_2 ≥94%; ▪ inițierea terapiei perfuzabile cu cristaloizi. **La necesitate:** **Hemostază medicamentoasă:** ▪ Sol. *Acidum tranexamicum* 1 g i/v timp de 10 minute sau 20–25 mg/kg; ▪ Sol. *Etamsylatum* 12,5% – 2,0 ml. **Terapie perfuzabilă:** soluțiile cristaloide echilibrate ▪ Sol. *Natrii chloridum* 0,9% – 500 ml sau Sol. *Ringer lactat* -500 ml. **Vasopresoare** *(numai după restabilirea volumului circulant și în caz de hipotensiune persistentă)*: ▪ Sol. *Dopaminum* 4% – 5 ml (200 mg).
B.4. Nivelul de asistență medicală în Unitățile de primire urgentă (UPU)		
1. Diagnostic C.2.1–C.2.2.5	Diagnosticul stabilit permite individualizarea tratamentului în funcție de clasificarea FIGO, dimensiunea, localizarea miomului uterin și situația clinică.	**Obligatoriu:** 1. Evaluarea tabloului clinic de către medic-specialist (caseta 3), identificarea semnelor de șoc hipovolemic (caseta 9), identificarea semnelor de abdomen acut. 2. Evaluarea anamnezei generale și ginecologice (caseta 4). 3. Evaluarea datelor USG sau efectuarea USG bazinului mic (caseta 7). 4. Clasificarea miomului uterin conform sistemului FIGO (caseta 1). 5. Diagnosticul diferențial (caseta 8). 6. Stabilirea diagnosticului definitiv (caseta 1). **Recomandabil:** Investigații paraclinice în funcție de indicațiile clinice (caseta 7).
2. Evaluarea și triajul pacientei C 1.2. C.2.2.7.1	Triajul zonal depinde de situația clinică. simptomatologie, clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului uterin, vârsta pacientei. Triajul este un proces dinamic, continuu, care necesită reevaluări periodice până la finalizarea cazului.	**Obligatoriu:** ▪ monitorizarea stării generale și a evoluției simptomelor clinice; ▪ evaluarea volumului de sânge pierdut prin monitorizarea numărului și gradului de impregnare a absorbantelor utilizate (caseta 3); ▪ aprecierea nivelului hemoglobinei în funcție de evoluția clinică și tratamentul administrat (caseta 14); ▪ controlul ecografic conform recomandărilor protocolului (caseta 7); ▪ internarea în secția de ginecologie chirurgicală a pacientelor cu miom uterin asociat cu complicații severe: expulzia („nașterea") nodulului miomatos submucos, abdomen acut, hemoragie uterină

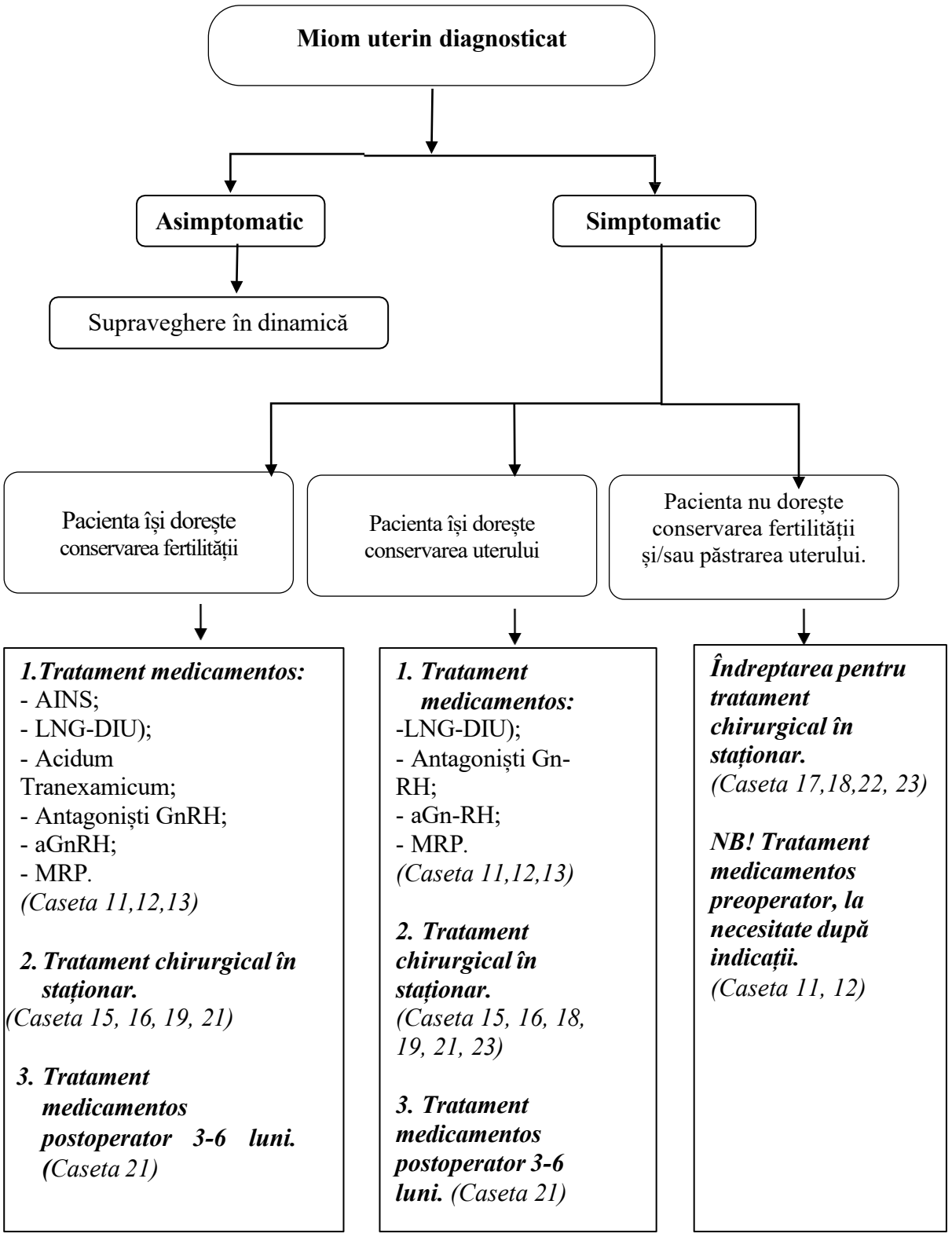
Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
		severă. ▪ în caz de necesitate /cazul complicat transportarea pacientei la nivelul superior după stabilizarea stării și funcțiilor vitale. ▪ după examinare și consultare, pacienta cu hemodinamica stabilă, lipsa hemoragiei active severe, fără semne de abdomen acut, fără sindrom algic sever poate fi externată la domiciliu sub evidența medicul de familie cu recomandări și după consilierea pacientei, și a membrilor familiei privind recunoașterea semnelor de alarmă și necesitatea adresării urgente la medic. ***NB!*** Gravidele cu miom uterin complicat – spitalizare obligatorie (1a, A21).
3.1 Tratamentul de urgență nespecific C.2.2.7.1	Este necesară controlarea hemoragiei uterine și prevenirea anemiei, cu scopul reducerii riscului complicațiilor și îmbunătățirii calității vieții pacientei (II, B).	**Obligatoriu:** ▪ stabilizarea funcțiilor vitale conform principiului ABCDE; ▪ asigurarea accesului venos periferic cu cateter de calibru mare (16-18); recomandabil 2 vene în caz de șoc hipovolemic ; ▪ oxigenoterapie pentru menținerea SpO_2 ≥94%; ▪ în cazul hemoragiei uterine și a anemiei se inițiază tratamentul pentru controlul sângerării, inclusiv: administrarea Sol. Acidum tranexamicum 1 g i/v timp de 10 minute sau 20–25 mg/kg;, cu sau fără AINS, ▪ Sol. Etamsylatum 12,5% – 2,0 ml, ▪ uterotonice Sol. Oxytocinum 5 UI/ml – 1 ml (caseta 11) ▪ inițierea terapiei perfuzabile cu cristaloizi: Sol. Natrii chloridum 0,9% – 500 ml sau Sol. Ringer lactat -500 ml ***La necesitate***: Vasopresoare (numai după restabilirea volumului circulant și în caz de hipotensiune persistentă): Sol. Dopaminum 4% – 5 ml (200 mg).), în perfuzie continuă titrată, cu monitorizarea tensiunii arteriale: Norepinephrinum sau Sol. Dopaminum 4% – 5 ml (200 mg) diluată în 250 ml Sol. Natrii chloridum 0,9%, administrată în µg/kg/min.
3.2 Tratamentul de urgență majoră	Este necesară controlarea hemoragiei și stabilizarea pacientei. Alegerea tratamentului chirurgical depinde de tabloul clinic, clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului, vârsta pacientei și dorința reproductivă.	**Obligatoriu:** 1. Pacientele cu hemoragie activă, instabilitate hemodinamică sau eșecul tratamentului conservator necesită tratament chirurgical de urgență (casetele 16 și 17). 2. În cazul expulziei („nașterii") nodulului miomatos submucos – miomectomie prin abord vaginal (caseta 17) in secția specializată.
3.3 Tratamentul hormonal C.2.2.7.1	Alegerea preparatului hormonal este individualizată în funcție de simptomatologie, vârsta pacientei, dorința reproductivă, necesitatea contracepției, contraindicațiile și reacțiile adverse ale	**Obligatoriu:** Administrarea individualizată a preparatelor hormonale (casetele 12 și 13; Tabelul 2).

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
	preparatelor hormonale (Ia, A; 10,16,17).	
B.5. Nivelul de asistență medicală spitalicească		
1. Spitalizarea de urgență	Miom uterin asociat cu complicații severe: expulzia („nașterea") nodulului miomatos submucos, abdomen acut, hemoragie uterină severă.	**Obligatoriu:** 1. Internarea în secția de ginecologie. 2. Pregătirea pentru intervenția chirurgicală: ▪ grupa sanguină și Rh; ▪ hemoleucogramă; ▪ coagulogramă; ▪ investigații biochimice conform indicațiilor clinice; ▪ ECG; ▪ USG (în caz de necesitate); ▪ RMN/CT (în caz de necesitate);
2. Diagnostic C.2.2.2.; C.2.2.4.	Severitatea se apreciază pe baza manifestărilor clinice, investigațiilor imagistice și datelor de laborator.	**Obligatoriu:** 1. Evaluarea tabloului clinic. 2. Evaluarea anamnezei generale și ginecologice (caseta 4). 3. Evaluarea datelor USG/RMN/CT ; 4. **Clasificarea miomului uterin conform sistemului FIGO** (caseta 7). 5. Aprecierea prezenței factorilor de risc oncologici (Tabelul 1). 6. Diagnosticul diferențial (caseta 8). 7. Stabilirea diagnosticului definitiv (caseta 1).
3.1 Tratamentul de urgență majoră	Este necesară controlarea hemoragiei și stabilizarea pacientei. Alegerea tratamentului chirurgical depinde de tabloul clinic, clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului, vârsta pacientei și dorința reproductivă.	**Obligatoriu:** 1. Pacientele cu hemoragie activă, instabilitate hemodinamică sau eșec al tratamentului conservator necesită tratament chirurgical de urgență (casetele 16 și 17). 2. În cazul hemoragiei uterine și al anemiei se inițiază tratamentul pentru corectarea anemiei și controlul sângerării, inclusiv administrarea de **Acidum tranexamicum**, conform indicațiilor (caseta 11). 3. În cazul expulziei („nașterii") nodulului miomatos submucos – miomectomie prin abord vaginal (caseta 17).
3.2 Tratamentul chirurgical electiv – miomectomia C.2.2.6.2.	Alegerea tehnicii chirurgicale se bazează pe clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului, simptomatologie, dorința reproductivă și experiența chirurgului.	**Obligatoriu:** 1. Alegerea abordului histeroscopic, laparoscopic, combinat sau laparotomic se individualizează în funcție de clasificarea FIGO, dimensiunea și localizarea miomului (caseta 17). 2. Miomectomia histeroscopică pentru miomul submucos selectat (caseta 17). 3. La pacientele cu infertilitate, indicația pentru miomectomie se stabilește individual, în funcție de caracteristicile miomului și de planul reproductiv. **Recomandabil:** aGnRH sau anGnRH, conform indicațiilor aprobate, pentru reducerea dimensiunii miomului înaintea intervenției chirurgicale sau controlul simptomelor (caseta 13).
	Miom uterin submucos FIGO 0–2 cu dimensiuni ce permit	**Tratament chirurgical de primă intenție:** Miomectomie prin histerorezectoscopie

Descrierea activității	Motivele	Pașii (modalități și condiții de realizare)
	tratament histeroscopic; dorința de păstrare a fertilității.	(rezectoscop mono/bipolar sau morcelator intracavitar) (caseta 16).
	Nodul miomatos unic cu localizare subseroasă sau intramurală; noduli subseroși multipli.	**Tratament chirurgical de primă intenție:** Miomectomie laparoscopică/laparotomica, atunci când este fezabilă (caseta 16).
	Noduli miomatoși multipli, localizare intramurală sau asociată, lipsa dorinței reproductive sau alte indicații chirurgicale.	**Tratament chirurgical:** Histerectomie totală sau subtotală (caseta 16).
	Sângerări uterine abundente, prolaps genital, eșecul altor metode terapeutice, suspiciune de malignitate sau creșterea rapidă a miomului în postmenopauză.	**Tratament chirurgical de primă intenție:** Histerectomie totală sau subtotală (caseta 16).
3.3 Tratamentul chirurgical alternativ	Paciente selectate cu risc chirurgical crescut sau care doresc conservarea uterului.	**Opțional, la pacientele selectate:** ▪ Embolizarea arterelor uterine (caseta 18). ▪ MRgFUS/HIFU - numai în centrele specializate, care dispun de metoda dată (caseta 19). **Recomandabil:** Ablația endometrială numai la paciente atent selecționate, în conformitate cu indicațiile protocolului (caseta 17).
4. Externarea pacientelor după intervenția chirurgicală	Prevenirea complicațiilor postoperatorii și depistarea precoce a recidivelor.	**Obligatoriu:** Extrasul va conține: ▪ diagnosticul final cu confirmare histopatologică; ▪ tratamentul și volumul efectuat; particularitățile în timpul intervenției; ▪ recomandări privind monitorizarea ulterioară (casetele 26 și 27); ▪ recomandări privind planificarea unei sarcini după miomectomie, după caz; ▪ citologie cervico-vaginală Babeș–Papanicolau la pacientele cu histerectomie subtotală, conform standardelor naționale; ▪ USG al organelor pelvine conform indicațiilor; ▪ recomandarea contracepției timp de minimum 6 luni după miomectomie, dacă este indicată. **Recomandabil:** ▪ tratament antianemic și antiinflamator, după caz; ▪ evitarea efortului fizic intens și a contactelor sexuale timp de 6–8 săptămâni.
5. Monitorizarea / supravegherea C.2.4.	Monitorizarea permite evaluarea recuperării și planificarea funcției reproductive.	**Obligatoriu:** 1. Contracepție timp de minimum 6 luni după miomectomie (caseta 26). 2. În absența obținerii unei sarcini după perioada recomandată și evaluarea completă a cuplului, se va lua în considerare reproducerea asistată, conform indicațiilor. 3. Citologie cervico-vaginală la pacientele cu histerectomie subtotală, conform Programului național de screening.

C1. ALGORITMII DE CONDUITĂ

C.1.1 Algoritmul conduitei ambulatorii a pacientei cu miom uterin



C.1.2 Algoritmul de luare a deciziilor cu privire la alegerea opțiunilor de observație și tratament pentru pacientele cu miom uterin.

Nr.	Situația clinică	Conduita medicală
1.	Paciente cu diagnosticul de miom uterin asimptomatic, fără risc crescut de dezvoltare a cancerului uterin	Excluderea patologiei endocrine și metabolice. Conduită expectativă în ambulator de către medicul obstetrician-ginecolog. Ecografie (USG) la fiecare 12 luni sau la apariția simptomelor.
2.	Paciente cu miom uterin asimptomatic și risc crescut de dezvoltare a cancerului uterin	Tratamentul patologiilor asociate (afecțiuni tiroidiene, hepatice), excluderea endometriozei și a sindromului ovarelor polichistice (SOP). USG la fiecare 6-12 luni sau la apariția simptomelor.
3.	Paciente cu miom uterin submucos (FIGO tip 0 sau 1)	Histeroscopie cu excizia miomului prin miomectomie histeroscopică.
4.	Paciente cu miom uterin care doresc fertilitate și prezintă sângerări abundente	Miomectomie prin metode de conservare a uterului. Tratament medicamentos: contraceptive orale combinate (COC) – 6 luni; anGnRH – 6 luni; aGnRH – 3 luni, care se indică preoperator sau ca etapă premergătoare, cu amânarea concepției pe durata administrării. Dacă sarcina nu survine în decurs de 6 luni după amânarea tratamentului si restabilirea funcției reproductive – se recomandă fertilizare in vitro (FIV).
5.	Paciente cu miom uterin intramural sau mixt care planifică sarcina în viitorul apropiat	În cazul mioamelor <5 cm și al simptomelor minime, se recomandă conceperea în următoarele 6 luni.
6.	Paciente cu miom uterin intramural sau mixt, fără intenție reproductivă, fără risc oncologic și cu sângerări abundente	Pentru mioame ≤5 cm: contraceptive hormonale combinate până la menopauză; dispozitiv intrauterin cu Levonorgestrelum; Acidum tranexamicum și/sau antiinflamatoare; ablație endometrială până la necesitatea histerectomiei.
7.	Paciente cu miom uterin și simptome de compresie, indiferent de prezența sângerărilor	Pentru mioame >5 cm: miomectomie prin laparotomie, miomectomie laparoscopică sau histerectomie.
8.	Paciente cu miom uterin și simptome de presiune care doresc sarcină în viitorul apropiat	Miomectomie prin metode de conservare a uterului. Tratament medicamentos: COC – 6 luni; antagoniști GnRH – 6 luni; agoniști GnRH – 3 luni. Dacă sarcina nu survine în decurs de 6 luni după amânarea tratamentului și restabilirea funcției reproductive – se recomandă fertilizare in vitro (FIV).
9.	Paciente cu miom uterin investigate pentru infertilitate, fără identificarea altor cauze	Miomectomie prin laparotomie sau laparoscopie.
10.	Paciente cu miom uterin care planifică sarcina peste 2–5 ani	Tratament medicamentos cu unul din următoarele medicamente: modulatori selectivi ai receptorilor progesteronici, antagoniști GnRH sau agoniști GnRH asociați cu terapie hormonală de substituție.
11.	Paciente cu miom uterin care planifică sarcina peste mai mult de 5 ani	Miomectomie laparoscopică. Embolizarea arterelor uterine și metodele ablative nu se recomandă pacientelor care planifică sarcini ulterioare.
12.	Paciente cu miom uterin perimenopauzal, fără risc oncologic crescut și cu menstruații abundente	Histerectomie. Dacă aceasta este contraindicată, pot fi utilizate embolizarea arterelor uterine, ablația miomului cu ultrasunete sau ablația prin radiofrecvență.
13.	Paciente cu miom uterin perimenopauzal și risc crescut de cancer uterin	Histerectomie totală.
14.	Paciente cu miom uterin și sângerări postmenopauzale	Sângerarea postmenopauzală impune evaluarea endometrului (ecografie transvaginală cu măsurarea grosimii endometrului și biopsie endometrială/histeroscopie cu biopsie țintită) pentru excluderea cancerului endometrial; conduita ulterioară se stabilește în funcție de rezultatul histologic.

C 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea miomului uterin

Caseta 1. **Clasificarea miomului uterin după localizarea**

(adaptată după clasificarea FIGO International Federation of Gynecology and Obstetrics (2010) și SOGC Clinical Practice Guidelines, Canada (2015) [13].

Miom uterin submucos		*0*	Miomul pediculat cu localizare în cavitatea uterului
		1	< 50% din volumul miomului se află în interiorul peretelui uterin
		2	> 50% din volumul miomului se află în interiorul peretelui uterin
O - alte	***Miom uterin intramural***	*3*	Miomul este situat în întregime în peretele uterului, dar contactează cu mucoasa uterină
		4	Miom complet intramural
	Miom subseros	*5*	Miom subseros, > 50% din volumul căruia se află în peretele uterin
		6	Miom subseros, < 50% din volumul căruia se află în peretele uterin
		7	Miom subseros pediculat
		8	Un alt tip de miom (de exemplu, miom al colului uterin, intraligamentar, etc.)
Miomul hibrid (mixt)		*2-5*	Miomul uterin submucos și subseros – este localizat cu < 50% din diametru atât în cavitatea endometrială cât și în cea peritoneală.

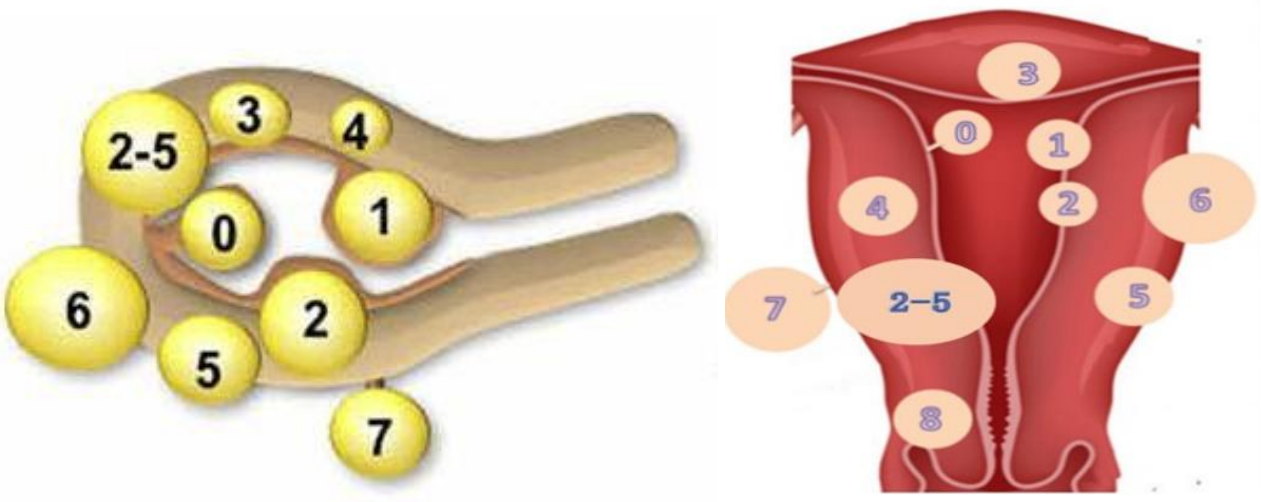


Fig. 1 Clasificarea miomului uterin după localizare

C.2.2. Conduita pacientei *(obligatoriu)*

C.2.2.1 Screening-ul și prevenirea

Caseta 2. **Factori de risc pentru apariția miomului uterin [7, 13, 21, 22]**

Factorii asociați cu un risc crescut de dezvoltare a miomului uterin includ:

- vârsta cuprinsă între 30 și 50 de ani;
- menarha precoce;
- nuliparitatea;
- antecedente de avorturi provocate;
- antecedente familiale de miom uterin;
- tulburările ciclului menstrual asociate patologiilor endocrino-ginecologice;
- infantilismul somatic și genital asociat cu dereglări menstruale;
- obezitatea;
- hipertensiunea arterială;
- diabetul zaharat;
- stresul psihoemoțional cronic;
- expunerea excesivă la radiații ultraviolete;
- chisturile și chistadenoamele ovariene;
- apartenența la rasa neagră, asociată cu un risc mai mare comparativ cu femeile caucaziene;
- consumul excesiv de carne roșie;
- consumul excesiv de alcool;
- sarcinile și nașterile multiple;
- administrarea îndelungată a preparatelor hormonale estrogenice;
- fumatul.

Măsuri recomandate pentru prevenirea progresiei miomului uterin și a complicațiilor acestuia

1. Diagnosticarea și tratamentul patologiilor extragenitale asociate, în special la pacientele cu miom uterin asimptomatic și comorbidități precum obezitatea, hipertensiunea arterială sau diabetul zaharat.
2. Respectarea unui regim adecvat de odihnă și somn, adoptarea unei alimentații echilibrate și reducerea expunerii la stres psihoemoțional cronic.
3. Promovarea planificării familiale și evitarea avorturilor la cerere.
4. Corectarea și monitorizarea tulburărilor ciclului menstrual.

Caseta **3. Criteriile clinice de apreciere a hemoragiei** *(scara Mansfield–Voda–Jorgensen)*

Gradul hemoragiei	Caracteristici clinice
Eliminări hemoragice reduse	• Prezența câtorva picături de sânge pe absorbant sau doar pe vârful tamponului.
Eliminări hemoragice neînsemnate	• Absorbție redusă a unui absorbant din categoria „normal”, cu protecție eficientă timp de 4–6 ore.
Eliminări hemoragice moderate	• Necesitatea schimbării absorbantului la intervale de 4–6 ore.
Eliminări hemoragice abundente	• Necesitatea schimbării unui absorbant cu capacitate mare de absorbție („4 picături”) la intervale mai mici de 4 ore.

NB! Hemoragia uterină la pacienta care necesită schimbarea absorbantului cu capacitate mare de absorbție („4 picături”) la fiecare 2 ore sau mai frecvent, în pofida tratamentului conservator, asociată cu amețeli, vertij, lipotimii, cu sau fără dureri intense apărute după inițierea tratamentului, constituie indicație pentru internare de urgență într-un serviciu ginecologic cu profil chirurgical

C.2.2.2 Anamneza

Caseta 4. **Evaluarea clinică a pacientei cu miom uterin**

- aprecierea factorilor de risc asociați cu probabilitatea apariției miomului uterin *(Caseta 1)*;
- evaluarea funcției menstruale, sexuale, secretorii și reproductive;
- identificarea patologiilor ginecologice asociate;
- aprecierea maladiilor extragenitale concomitente;
- determinarea antecedentelor alergologice și chirurgicale;
- evaluarea factorilor de risc asociați cu probabilitatea crescută de dezvoltare a cancerului uterin.

C.2.2.3 Examenul clinic

Caseta 5. **Simptomele asociate cu prezența miomului uterin și evoluția acestora în timp**

A. Miom uterin simptomatic

Miomul uterin simptomatic este întâlnit la aproximativ 20–50% dintre femei și poate fi asociat cu unul sau mai multe dintre următoarele simptome:

Tulburări hemoragice menstruale:

- sângerări menstruale abundente;
- menstruații sau sângerări vaginale neregulate;
- menstruații prelungite cu durată mai mare de 7 zile (menoragii/sângerări prelungite conform clasificării FIGO);
- creșterea volumului pierderilor sangvine menstruale (hipermenoree);
- sângerări vaginale între menstruații (metroragii);
- scăderea nivelului hemoglobinei și alte semne sugestive pentru anemie feriprivă.

Simptome determinate de creșterea volumului uterului și efectul de compresie asupra organelor pelviene:

- creșterea circumferinței abdominale;
- dureri intense în timpul menstruației;
- dureri abdominale în timpul contactului sexual;
- dureri lombare;
- senzație de presiune sau disconfort abdominal;
- micțiuni frecvente;
- constipație persistentă, rezistentă la tratamentul convențional;
- dureri la defecație.

Tulburări reproductive:

- dificultăți în obținerea unei sarcini;
- avorturi spontane recurente. *(2a, B1, 8, 9, 13, 20)*

B. Miom uterin asimptomatic

Miomul uterin asimptomatic nu determină manifestări clinice specifice sau acestea apar progresiv și pot să nu fie percepute inițial de pacientă ca fiind patologice.

Caseta 6**. Examenul fizic**

1. **Examen fizic general**, cu evaluarea: pulsului (Ps); tensiunii arteriale (TA); temperaturii corporale (T°); frecvenței respiratorii (FR).
2. **Examen ginecologic.** Tușeul vaginal poate furniza informații privind forma, dimensiunea și mobilitatea formațiunii tumorale, precum și prezența eventualelor formațiuni anexiale.
3. **Examenul cu valve.** Permite identificarea leziunilor prezente la nivelul colului uterin și evaluarea eventualelor modificări patologice asociate.

Examinarea clinică a regiunii pelvine și abdominale

La palparea abdomenului inferior și a regiunii pelvine, medicul poate evidenția prezența unei formațiuni tumorale pelvine [1,2,3,4].

C.2.2.4 Investigații paraclinice

Caseta 7. **Investigații paraclinice**

A. Investigații paraclinice *obligatorii*:

Examenul ultrasonografic reprezintă metoda de bază în diagnosticul și screeningul primar al miomului uterin (USG transvaginal și/sau transabdominal, cu sau fără Doppler, inclusiv tehnici 3D și 4D) (**Ia, A**[13,22]).

Ecografia permite diferențierea miomului uterin de chisturile ovariene:

- miomul uterin apare ca o formațiune tumorală heterogenă, bine delimitată, cu multiple ecouri de intensitate scăzută;
- chistul ovarian are aspectul unei formațiuni omogene, anecogene.

Examenul ultrasonografic permite:

- monitorizarea în dinamică a nodulilor miomatoși;
- selectarea pacientelor pentru tratament;
- aprecierea eficienței tratamentului medicamentos și/sau chirurgical.

Tehnologiile 3D/4D sunt utilizate pentru obținerea unei imagini complexe privind localizarea nodulului miomatos în raport cu cavitatea uterină, seroasa și stratul muscular uterin.

Pentru evaluarea vascularizației și structurii nodulului miomatos se recomandă aplicarea Doppler color (**IIb, B**[1, 13, 22]).

În cazul conduitei conservative, examenul ultrasonografic se recomandă o dată la 6-12 luni.

Biopsia endometrială sau histeroscopia cu biopsie țintită se efectuează la pacientele cu sângerări uterine anormale, conform factorilor de risc pentru patologie endometrială, în special la pacientele aflate în perimenopauză, însă nu mai frecvent de o dată la 6 luni.

B. Investigații paraclinice *opționale*:

- **Histerografia** poate indica prezența mioamelor localizate în interiorul cavității uterine. Acestea îmbracă aspectul unor imagini lacunare bine delimitate.
- **Urografia** este recomandată în cazul suspiciunii unui sindrom compresiv la nivelul tractului urinar, în special al ureterelor.
- **Radiografia** abdominală **simplă** poate fi utilă pentru evidențierea mioamelor uterine calcificate.
- **Urocultura** poate confirma prezența unei infecții urinare.
- **Rezonanța magnetică nucleară (RMN)** permite vizualizarea mai amănunțită a formațiunii tumorale, oferind date precise cu privire la forma, localizarea, dimensiunile și vascularizația tumorală.
- **Biopsia** și **examenul histopatologic** pot confirma diagnosticul de tumoră benignă uterină, excluzând astfel diagnosticul de neoplasm endometrial sau cervical [1,2,3,4].
- **Histerosonografia.** Pentru a definitiva prezența și localizarea nodulilor miomatoși submucoși sau intramurali – submucoși. (**Ia, A** [1,13, 14, 22]).
- **Histerosalpingografia** (opțional – pentru diagnosticul nodulilor miomatoși submucoși cu deformarea cavității uterine, precum și în caz de implicarea în proces a endometrului);
- **Tomografia computerizată (CT) a bazinului mic** (*sau* **spiralată multisecțională cu contrast**) – diagnosticarea și aprecierea dimensiunilor nodulului miomatos și acțiunea asupra organelor adiacente, vascularizarea micului bazin, planificarea tratamentului chirurgical (embolizarea arterelor uterine).

C. Investigații de laborator obligatorii pentru pacientele cu miom simptomatic:

- Hemoleucograma cu VSH + numărul de trombocite și calitatea lor (pentru confirmarea anemiei);
- Testele de coagulare (protrombina, fibrinogen, timpul de coagulare), grupa de sânge și Rh-factor;
- Biochimia, ALAT, ASAT, bilirubina, glucoza, colesterolul.

D. Investigații de laborator opționale:

- CA-125 – la suspiciunea unei formațiuni anexiale, ca element de evaluare a riscului de malignitate (nu exclude endometrioza);
- Scorul ROMA – pentru excluderea cancerului ovarian;
- Prl, TSH, FSH, E_2, testosteron, DHEA, AMH.

C.2.2.5 Diagnosticul diferențial (obligatoriu)

Caseta 8.

În perioada reproductivă fibroamele se formează la 70-80% dintre toate femeile.

A. ***La femeile de vârstă reproductivă diagnosticul diferențial se efectuează cu:***

- polipii endometriali;
- adenomioza;
- tulburările de ovulație;
- hiperplazia endometrială;
- cistita interstițială;
- sindromul de vezică urinară hiperactivă, etc.;
- cancerul endometrial;
- leiomiosarcomul.

N.B.!! Probabilitatea medie de dezvoltare a cancerului endometrial la o femeie constituie 2,8% pe parcursul vieții. Aproximativ 10-20% dintre cazurile acestei boli se depistează la femei cu vârsta sub 50 de ani. Riscul dezvoltării acestei afecțiuni crește după vârsta de 45-50 de ani.

La femeile cu vârsta sub 40 de ani, cărora ecografic le-a fost stabilit diagnosticul de „fibrom uterin" și s-a efectuat intervenția chirurgicală de înlăturare a formațiunii detectate, leiomiosarcomul a fost identificat doar în 1 caz din 1500. În rândul femeilor cu vârsta cuprinsă între 40 și 44 de ani, leiomiosarcomul a fost depistat în 1 caz din 1100.

B. ***După instalarea menopauzei***, când concentrația hormonilor sexuali feminini scade în rezultatul reducerii fiziologice a funcției ovarelor, la majoritatea femeilor sângerările abundente sau neregulate asociate cu mioamele uterine încetează. Diagnosticul diferențial al miomului uterin trebuie efectuat și cu:

- Leiomiosarcomul;
- Cancerul endometrial , care este al 4-lea cel mai răspândit tip de cancer în rândul femeilor din Europa și America de Nord. Acesta reprezintă aproximativ 6% din totalul de maladii oncologice și cauzează aproximativ 3% din toate cazurile de deces de maladii oncologice printre femei.

C. ***Postmenopauzal*** peste câteva luni sau ani după instalarea menopauzei, miomul se reduce în dimensiuni, iar simptomele legate de presiunea uterului asupra altor organe pelviene pot să dispară sau să se amelioreze.

- riscul de apariție a cancerului endometrial sau a leiomiosarcomului ajunge la un nivel maxim între 60 și 74 de ani.
- La femeile mai în vârstă de 70 de ani, la care apar sângerări vaginale, probabilitatea depistării cancerului endometrial este de 50%.
- La femeile cu vârsta peste 60 de ani, la care s-a efectuat histerectomia din diverse motive, examenul histologic al țesuturilor excizate a evidențiat prezența leiomiosarcomului în aproximativ 1 caz din 100.

N.B!!! În prezent, diferențierea certă dintre miomul uterin și cancerul uterin este posibilă doar după excizia chirurgicală a formațiunii și examinarea histologică a țesuturilor îndepărtate.

Majoritatea cazurilor de cancer uterin se înregistrează la femeile care au unul sau mai mulți factori de risc de dezvoltare a acestei maladii (*Tabelul 1*). Din acest motiv, în cazul femeilor cu diagnosticul de „miom uterin", dar fără risc mărit de dezvoltare a cancerului uterin, înlăturarea chirurgicală și analiza histologică a modificărilor depistate cu scop de diagnostic precoce al unui eventual cancer uterin nu este argumentată.Pentru aceste femei, ***riscul mediu de complicații în timpul intervenției chirurgicale este mai mare decât riscul de a avea cancer.***

Pe de altă parte, la femeile cu un risc crescut de cancer uterin, în caz de identificare a unui „miom" la ecografie se consideră argumentată efectuarea unor investigații sau tratamente suplimentare, pentru diagnosticul precoce al unui eventual cancer uterin.

Tabelul 1. Principalii factori de risc asociați cu o probabilitate crescută de apariție a cancerului uterin

Nr.	Factori de risc de cancer	Probabilitatea de apariție a cancerului endometrial crește:
1.	Tratament prelungit de substituție cu preparate hormonale în comprimate orale, inele vaginale sau plasturi, care conțin doar analogi de estrogen	de 2-10 ori.
2.	Administrarea Tamoxifenului	de 6-8 ori
3.	Excesul de greutate (IMC mai mare de 30)	de 10 ori
4.	Diabetul zaharat de tip 2	de 3 ori
5.	Sindromul ovarelor polichistice (SOP)	+
6.	Perioada premenopauză	+
7.	„Miomul" a apărut pentru prima dată după instalarea menopauzei	+
8.	„Miomul" a început să se mărească în dimensiuni după menopauză	+
9.	„Miomul" + dureri abdominale sau sângerări din vagin, care au început după menopauză	+
10.	Hipo- sau hiperfuncția glandei tiroide	+
11.	Supunerea zonei pelviene iradierii, în trecut.	+
12	Predispoziție genetică crescută. La femeile cu sindromul Lynch probabilitatea dezvoltării cancerului endometrial în decursul întregii vieți constituie aproximativ 50-60%.	50-60%.

C.2.2.6 Criteriile de spitalizare (obligatoriu)

Caseta 9A. **Evaluarea anemiei și decizia de referire sau internare la pacientele cu miom uterin ([45])**

Situația clinică	Conduita
Hb 110–119 g/L — anemie ușoară; **Hb 80–109 g/L** — anemie moderată; **Hb <80 g/L** — anemie severă	Se documentează valoarea Hb, gradul anemiei, intensitatea sângerării și starea hemodinamică.
Sângerare uterină abundentă **cu instabilitate hemodinamică, semne de hipovolemie, hemoragie persistentă sau abdomen acut**, indiferent de valoarea inițială a Hb	Evaluare și stabilizare de urgență, cu internare potrivit stării clinice. Valoarea Hb izolată nu trebuie să întârzie conduita de urgență.
Hb <80 g/L, chiar dacă pacienta este momentan stabilă	Referire urgentă pentru evaluare în staționar și stabilirea necesității internării și a tratamentului.
Pacientă stabilă, fără hemoragie severă activă, cu **Hb ≥80 g/L**	Tratament și supraveghere ambulatorie pot fi luate în considerare după evaluarea ginecologică, cu plan documentat de reevaluare.
Pacientă programată pentru intervenție chirurgicală, cu anemie	Se investighează și se corectează anemia înaintea intervenției, când situația clinică permite. Tratamentul preoperator cu agonist sau antagonist GnRH se decide individual, în funcție de sângerare, caracteristicile miomului și intervenția planificată; **Hb ≤80 g/L nu reprezintă singură o indicație obligatorie** pentru acest tratament.

Caseta 9B. **Indicații pentru tratament spitalicesc (1a, A[5,12,13,22])**

Urgente:

- sângerări menstruale abundente și prelungite persistente, care nu pot fi controlate prin alte mijloace terapeutice și/sau provoacă anemie (Hb mai mic de 80-90 g/l);
- Abdomen acut cauzat de necroza sau torsiunea nodulului miomatos.

Elective:

- dimensiunile uterului ≥ 12 săptămâni;
- durerea pelvină cronică;
- localizarea interligamentară sau joasă a nodulilor (cervicală, istmică);
- sindrom compresiv asupra organelor vecine, cu afectarea tractului urinar și/sau digestiv;
- creștere rapidă a miomului uterin (≥ 4 săptămâni pe an);
- nodulul miomatos submucos;
- dereglarea funcției reproductive (infertilitatea sau avorturi spontane recurente, în absența altor cauze);

C.2.2.7 Tratament/conduită

C.2.2.7.1 Tratamentul conservator

Caseta 10. **Tipurile de tratament medicamentos**

- înainte de intervenție chirurgicală: nespecific, hormonal (antagoniști GnRH, agoniștii GnRH, MRP).
- după intervenție chirurgicală: nespecific, hormonal (antagoniști GnRH, COC, MRP).
- în loc de intervenție chirurgicală - antagoniști GnRH, MRP.

Caseta 11. **Tratamentul conservator nespecific al miomului uterin asociat cu hemoragie.**

- ***Acidum tranexamicum***
- ***Antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS)***

Preparatele respective:

1. Nu au un efect contraceptiv
2. Pot fi o soluție pentru femeile care nu pot/ nu vor să administreze preparate hormonale
3. Reduc volumul sângerării în timpul menstruației cu 33-59%.
4. Comparativ cu preparatele hormonale, Acidum tranexamicum și AINS nu modifică regularitatea și frecvența menstruațiilor.
5. Medicamentele din grupul AINS pot reduce în mod semnificativ durerile abdominale din timpul menstruației.
6. Acidum tranexamicum și AINS nu reduc dimensiunile mioamelor și, prin urmare, nu ameliorează simptomele asociate cu presiunea uterului asupra altor organe pelviene.

Antiinflamatoare nesteroidiene (Ibuprofenum 400 mg fiecare 8 ore, pana la 2-3 zile, Diclofenacum 100 mg fiecare 12 ore 2- 3 zile, Ketoprofenum 100 mg (2 ml) i/m la fiecare 12–24 de ore, maximum 200 mg/zi, cel mult 2–3 zile; Indometacinum 25-50 mg fiecare 6 ore timp de 48 ; etc.)

Indicații:

- miomul uterin asociat cu dismenoree sau sângerări uterine abundente și prelungite repetate.

Acidum tranexamicum, este medicamentul de prima linie în tratamentul hemoragiilor cu:

- efect antifibrinolitic (menținerea concentrației timp de 7-8 ore în sânge și 17 ore în țesut) fiind de 10-20 ori mai activ decât Acidum aminocapronicum.
- efect antialergic, antiinflamator antiproliferativ (inhibă activitatea colagenazei), analgetic, nu este dependent de masa corporală, se elimină prin rinichi nemodificat.

- Mecanismul de acțiune a Acidum tranexamicum constă în inhibarea fibrinolizei prin blocarea trecerii plasminogenului în plasmină cu diminuarea inactivării fibrinogenului și fibrinei din structura cheagului sanguin.

Indicații:

- hemoragii uterine abundente și prelungite persistente.

Mod de administrare:

- câte 1 g x 4 ori pe zi (doza maximală 4 g) per os până la 3-5 zile sau i/v 10 mg/kg sau 1 g în 10 minute - până la stoparea hemoragiei.

Studiile comparative au demonstrat o superioritate în efectul hemostatic a Acidum tranexamicum față de COC, **Etamsylatum** și placebo și lipsa diferențelor între reacțiile adverse, de aceea Acidum tranexamicum este considerat tratament **de primă linie** în managementul hemoragiilor uterine.

Eficacitatea tratamentului medicamentos nespecific:

1. Micșorarea volumului de sânge pierdut cu cel puțin ½ in primele 2-24 ore de tratament,
2. Menținerea nivelului de Hb mai sus de 95 g/l pe parcursul a 6-12-24 ore de tratament,
3. Trombocite – în limite normale,
4. Coagulograma – în limite normale.

Caseta 12. **Tratamentul hormonal al miomului uterin asociat cu hemoragie:**

Tratamentul hormonal al miomului uterin asociat cu hemoragie:

- ***anticoncepționale combinate;***
- ***preparate de progesteron;***
- ***Antagoniștii GnRH***
- ***dispozitiv intrauterin cu Levonorgestrelum.***

Cele mai importante particularități ale preparatelor hormonale sunt:

- Oferă un efect contraceptiv înalt, reprezentând o opțiune potrivită pentru femeile care necesită contracepție. Totuși, acestea nu sunt recomandate în cazul planificării unei sarcini pe durata tratamentului.
- Permit obținerea unor intervale îndelungate fără menstruație (de la câteva luni până la câțiva ani), prin administrarea anticoncepționalelor hormonale combinate sau a preparatelor cu progesteron în regimuri extinse, precum și prin utilizarea sistemului intrauterin cu Levonorgestrelum.
- Toate preparatele hormonale contribuie la ameliorarea durerilor și a sângerărilor uterine asociate adenomiozei. Acest efect este important, deoarece multe femei cu miom uterin prezintă concomitent focare de adenomioză la nivelul peretelui uterin.
- Administrarea medicamentelor hormonale reduce semnificativ riscul dezvoltării hiperplaziei endometriale, afecțiune a cărei frecvență crește la femeile aflate în perioada de premenopauză și menopauză.

Anticoncepționalele combinate (COC) și preparatele de progesteron sunt disponibile în formă de:

- comprimate administrate zilnic;
- plasturi transdermici (care se schimbă o dată pe săptămână) sau inele vaginale (care se înlocuiesc la fiecare 3 săptămâni);
- injecții intramusculare, administrate o dată la 3 luni.

Administrarea continuă a anticoncepționalelor orale, a plasturilor hormonali sau a inelelor vaginale (fără întrerupere) reduce atât volumul sângelui pierdut în timpul sângerărilor menstruale, cât și frecvența acestora. „Menstruația/sângerarea" apare doar în momentul întreruperii administrării preparatului hormonal, fiind o sângerare de privațiune.

Pacienta, împreună cu medicul, poate stabili frecvența episoadelor menstruale: lunar, o dată la 3 luni sau chiar o singură dată pe an. În ultimul caz, femeia va prezenta o singură „menstruație/sângerare" anual.

Rezultatele studiilor arată că contraceptivele orale combinate nu determină creșterea în dimensiuni a mioamelor uterine, însă nici nu contribuie la reducerea volumului acestora. Din acest motiv, ele nu sunt eficiente pentru ameliorarea simptomelor cauzate de compresia exercitată de uter asupra organelor adiacente.

Eficacitatea preparatelor pe bază de progesteron, administrate oral sau prin injecții intramusculare, în tratamentul miomului uterin a fost insuficient studiată. Până în prezent, nu există dovezi convingătoare care să confirme eficiența acestor remedii în managementul miomului uterin.

Administrarea contraceptivelor pe bază de progesteron (de exemplu, **Norethisteronum* 5 mg**, de 3 ori pe zi, timp de 21 de zile, din ziua a 5-a până în ziua a 26-a a ciclului menstrual) poate reduce volumul sângerărilor uterine cu aproximativ 86%.

Injecțiile intramusculare cu **Medroxyprogesteronum*** sunt utilizate frecvent în tratamentul hemoragiilor uterine severe. Studiile au demonstrat că, după un an de administrare regulată (o injecție la fiecare 3 luni), amenoreea apare la mai mult de jumătate dintre paciente.

Totuși, în primele luni de tratament, unele femei pot prezenta secreții vaginale maronii, neregulate.

Antagoniștii GnRH sunt indicați la femeile adulte aflate la vârstă reproductivă pentru tratamentul simptomelor moderate până la severe asociate mioamelor uterine. Noii antagoniști ai GnRH sunt antagoniști orali, non-peptidici ai receptorului GnRH, astfel Relugolixum este aprobat pentru tratamentul hemoragiilor uterine patologice asociate cu fibrom uterin. Utilizarea ABT hormonală în doze mici a demonstrat eficacitatea în reducerea efectelor secundare hipoestrogenice.

La femeile cu mioame uterine, tratamentul o dată pe zi cu Relugolixum, un antagonist oral al hormonului eliberator de gonadotropină, a demonstrat non-inferioritate față de Leuprorelinum* lunar injectată pentru ameliorarea sângerării menstruale abundente la 6-12 săptămâni de tratament, a avut un efect mai rapid asupra sângerării menstruale și a fost în general bine tolerat [44]. Relugolixum a adăugat un avantaj față de Elagolix de a fi administrat o dată pe zi [23].

Eficacitatea și siguranța administrării zilnice a antagoniștilor GnRH la pacientele cu mioame uterine au fost evaluate în cadrul a două studii multicentrice, multinaționale, randomizate, dublu-orb, controlate cu placebo, desfășurate pe o perioadă de 24 de săptămâni (Studiile L1 și L2). Studiile au inclus paciente cu vârste cuprinse între 18 și 50 de ani, care prezentau sângerări menstruale abundente asociate mioamelor uterine. În ambele studii, un procent semnificativ statistic mai mare de paciente respondente — definite printr-un volum al pierderilor sanguine menstruale (PSM) sub 80 ml și o reducere cu cel puțin 50% față de valoarea inițială — a fost observat în grupul tratat cu antagoniști GnRH comparativ cu grupul placebo [3].

Terapia combinată cu Relugolixum o dată pe zi a dus la o reducere semnificativă a sângerării menstruale, în comparație cu placebo, și la păstrarea densității minerale osoase la femeile cu miom uterin [3]. După 24 de săptămâni de tratament cu combinație Relugolixum terapie, femeile cu miom uterin simptomatic au experimentat îmbunătățiri substanțiale ale calității vieții legate de sănătate, toate subscalele prezentând îmbunătățiri, inclusiv bunăstarea emoțională, activitățile fizice și sociale și funcția sexuală. În plus, femeile au raportat reduceri substanțiale ale sarcinii generale ale simptomelor și ale suferinței cauzate de simptomele cheie asociate mioamelor [9]. După cel puțin o lună de administrare, antagoniștii GnRH inhibă ovulația la femeile care utilizează doza recomandată, asigurând astfel un efect contraceptiv adecvat. Ovulația și ciclul menstrual revin, de regulă, rapid după întreruperea tratamentului.

Relugolixum+Estradiolum+Norethisteronum (**Ryeqo©** in RM) se administrează cate 1 tab in zi, neîntrerupte minimul 3 luni- maximum 6 luni luni în funcție de eficacitatea tratamentului (caseta 14) și planurile reproductive a pacientei.

Dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrelum reprezintă un sistem intrauterin care conține 52 mg Levonorgestrelum — analog sintetic al progesteronului — eliberat în doză de aproximativ 20 μg/24 ore, pe o perioadă de până la 5 ani.

Indicații: (IIb, B13,22)

- sângerări uterine abundente și prelungite;
- profilaxia proceselor hiperplazice endometriale asociate miomului uterin;
- cavitate uterină nedeformată;

- dimensiunile uterului sub 12 săptămâni de gestație.

Mod de utilizare:

Dispozitivul se introduce în cavitatea uterină și poate fi utilizat timp de 5 ani. Sub acțiunea Levonorgestrelum, endometrul devine mai subțire. Ca rezultat, la majoritatea femeilor se observă fie reducerea semnificativă a volumului sângerărilor menstruale, fie dispariția completă a acestora. La recomandarea medicului și în funcție de necesități, femeia poate continua utilizarea dispozitivului intrauterin cu Levonorgestrelum până la instalarea menopauzei, cu înlocuirea acestuia la fiecare 5 ani.

Conform rezultatelor studiilor clinice, dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrelum este mai eficient decât contraceptivele orale combinate în controlul sângerărilor uterine abundente. Totuși, dispozitivul intrauterin cu Levonorgestrelum nu determină reducerea dimensiunilor fibroamelor uterine și, prin urmare, nu este eficient în ameliorarea simptomelor cauzate de compresia exercitată de fibrom asupra organelor pelvine.

Caseta 13. **Tratamentul medicamentos destinat reducerii volumului nodulilor miomatoși**

1. Antagoniști GnRH
2. Agoniști GnRH
3. Modulatori ai receptorilor de progesteron (MRP)

În prezent, aceste grupe de medicamente sunt recomandate în două situații principale:

- administrare pe termen scurt (câteva luni), pentru reducerea dimensiunilor miomului și corectarea anemiei înaintea tratamentului chirurgical;
- administrare pe termen mai îndelungat (până la câțiva ani), la femeile care planifică o sarcină în viitor sau care se află în perioada de perimenopauză și doresc evitarea intervenției chirurgicale.

Rezultatele studiilor demonstrează că atât modulatorii receptorilor de progesteron, cât și agoniștii/antagoniștii GnRH reduc volumul mioamelor uterine, ameliorează sângerările uterine și contribuie la diminuarea simptomelor determinate de compresia exercitată de miom asupra organelor pelvine. Pe durata administrării acestor preparate, menstruațiile pot lipsi temporar.

1. Antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor (anGnRH)

Antagoniștii GnRH sunt eficienți la femeile adulte aflate la vârstă reproductivă pentru tratamentul simptomelor moderate până la severe ale mioamelor uterine, precum și pentru reducerea volumului nodulilor miomatoși.

Mecanism de acțiune:

Antagoniștii GnRH reduc producția ovariană de estrogen și progesteron prin inhibarea directă a secreției hormonilor FSH și LH, ca urmare a blocării receptorilor hipofizari pentru GnRH. Relugolixum a îmbunătățit durerea asociată miomului uterin și a fost bine tolerat, comparativ cu placebo [44].

Pe parcursul a 24 de săptămâni, Relugolix-CT (**Ryeqo©)** a redus semnificativ durerea asociată cu miom uterin moderat până la sever, cu un efect mai pronunțat asupra durerii menstruale. Aceste date susțin că Relugolix-CT a avut efecte semnificative clinic asupra experienței femeilor cu durerea asociată cu miom uterin [9].

Fiecare comprimat filmat Relugolix-CT (**Ryeqo©** in RM) conține:

- Relugolixum 40 mg;
- Estradiolum 1 mg (sub formă de hemihidrat);

Norethisteronum* 0,5 mg

Indicații: (Ia, A)

- tratamentul simptomelor moderate până la severe ale mioamelor uterine;
- corectarea anemiei preoperatorii;
- terapie supresivă la pacientele aflate în perioada de perimenopauză, în scopul evitării tratamentului chirurgical.

Mod de administrare:

Se administrează un comprimat o dată pe zi, aproximativ la aceeași oră, cu sau fără alimente.

Durata terapiei: de la 3–6 luni până la maximum 2 ani luni în funcție de eficacitatea tratamentului (caseta 14) și planurile reproductive a pacientei.

2. Agoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor (aGnRH)

Agoniștii GnRH (Leuprorelinum*, Triptorelinum, Goserelinum) sunt eficienți în reducerea simptomelor asociate miomului uterin, precum și în diminuarea volumului nodulilor miomatoși.

Mecanism de acțiune:

Agoniștii GnRH inhibă producția ovariană de estrogen și progesteron. Efectul terapeutic complet se dezvoltă, de regulă, în decurs de aproximativ 3 luni de tratament.

La majoritatea femeilor, administrarea acestor preparate determină:

- dispariția menstruațiilor și a sângerărilor uterine;
- reducerea volumului mioamelor uterine cu aproximativ 35–50%.

Indicații: (Ia, A) [7,13,22]

- tratament preoperator pentru reducerea dimensiunilor miomului înaintea intervenției chirurgicale;
- corectarea anemiei preoperatorii (hemoglobină ≤ 80 g/l);
- terapie supresivă la pacientele aflate în perioada de perimenopauză, în scopul evitării tratamentului chirurgical (Caseta 22).

Mod de administrare:

Preparatele se administrează sub formă de injecții depot: Triptorelinum 3,75 mg și Leuprorelinum 3,75 mg la 28 de zile; Goserelinum 3,6 mg la 28 de zile.

Durata terapiei: 3–6 luni.

Reacții adverse:

- hipoestrogenism;
- scăderea densității minerale osoase.

Rezultatele studiilor arată că efectul terapeutic se menține doar pe durata administrării medicamentului. După întreruperea tratamentului, mioamele uterine revin, de regulă, la dimensiunile inițiale în decurs de 3–6 luni.

Administrarea pe termen lung a agoniștilor GnRH poate fi limitată atât de costul ridicat al tratamentului, cât și de reacțiile adverse asociate deficitului de estrogen.

La pacientele care necesită tratament de lungă durată cu agoniști GnRH, se recomandă, după câteva luni de la inițierea terapiei, administrarea suplimentară a unor doze mici de estrogen și progesteron („add-back therapy"), precum și monitorizarea periodică a densității minerale osoase.

3. Modulatorii receptorilor de progesteron (MRP)

Modulatorii receptorilor de progesteron (MRP) exercită efecte antiproliferative atât asupra celulelor miomatoase, cât și asupra endometrului.

Mecanism de acțiune: Spre deosebire de agoniștii GnRH, MRP nu reduc producția de estrogen și progesteron, ci blochează acțiunea progesteronului asupra țesutului uterin. Comparativ cu agoniștii GnRH, aceste preparate determină mai rar reacții adverse precum bufeurile sau senzația de uscăciune vaginală. Conform datelor din literatura de specialitate, pe durata tratamentului, modulatorii receptorilor de progesteron reduc volumul mioamelor uterine și determină dispariția sângerărilor uterine la majoritatea pacientelor.

Antagoniști ai receptorilor de progesteron — Mifepristonum*

Indicații:

- paciente de vârstă reproductivă sau perimenopauzală;
- tratament preoperator, postoperator și alternativă la intervenția chirurgicală;
- reducerea dimensiunilor nodulilor miomatoși;
- hemoragii uterine abundente și prelungite (cu controlul sângerării începând din ziua a 4-a–5-a de tratament);
- anemie preoperatorie;
- sindrom algic.

Mod de administrare: comprimate 50 mg per os, o dată pe zi.

Durata terapiei:

În monoterapie, tratamentul se administrează timp de 12 săptămâni (3 luni). La necesitate, cura terapeutică poate fi repetată după o pauză de 6 luni, perioadă în care se menține efectul primei cure de tratament [15].

Tabelul 2. Eficacitatea modulatorii ai receptorilor de progesteron.

Criterii medicale	Mifepristonum RU-480
Mod de administrare	50 mg per os, o dată pe zi
Durata terapiei	În monoterapie: 12 săptămâni (3 luni)
Indicații	▪ tratament preoperator; ▪ tratament postoperator după miomectomie; ▪ profilaxia recidivelor; ▪ alternativă la tratamentul chirurgical; ▪ hemoragii uterine abundente și prelungite; ▪ anemie preoperatorie
Stopează hemoragia	La a 4-a–5-a zi de tratament
Reduce volumul uterului după 3 luni	cu 26–57%
Reduce volumul nodulului miomatos	Cu aproximativ 25% în prima lună și până la 46% după 3 luni de tratament
Persistența efectului terapeutic	Efectul medicamentului se menține până la 3 luni după încheierea tratamentului
Rata recidivelor după miomectomie + un curs de tratament profilactic	0% în primul an;12,5% după 2 ani;12,5% după 3 ani;30,7% după 6 ani
Indicele volumului de sânge pierdut	Reducere cu aproximativ 94,8% după 3 luni de tratament
Nivelul hemoglobinei	Se normalizează după aproximativ 3 luni, cu o creștere medie de circa 29 g/l (de la 89 g/l la 118 g/l)
Modificări ale structurii endometrului	Modificările sunt complet reversibile și nu cresc riscul de cancer endometrial. Nu necesită tratament specific, însă este necesară evaluarea preoperatorie pentru excluderea stărilor precanceroase. În prezența acestora, tratamentul este contraindicat.
Poate preveni histerectomia	Aproximativ 9 din 10 cazuri
Reacții adverse	Rare: tulburări neurovegetative, insomnie, vertij, greață, cefalee. Foarte rare: bufeuri, transpirații, osteoporoză
Miom submucos	Contraindicat
Reluarea ciclului menstrual după tratament	La 21–28 de zile după încheierea terapiei

C.2.2.7.2 Tratamentul Chirurgical

Caseta 14. **Controlul eficacității tratamentului conservator**

- stoparea hemoragiei în prima lună de tratament, de regulă începând din ziua a 3-a–7-a de administrare;
- reducerea dimensiunilor miomului, evaluată prin ultrasonografie, cu măsurarea volumului nodulului conform formulei: **0,523 × (A × B × C)**;
- evaluarea ecografică a circulației arteriale la nivelul nodulului miomatos, o dată la 3 luni;
- creșterea nivelului hemoglobinei cu aproximativ 20–30 g/l după 3 luni de tratament;
- absența reacțiilor adverse semnificative.

Caseta 15. Indicații pentru tratamentul chirurgical

- creșterea rapidă a miomului uterin;
- polimenoree și menometroragii care determină anemizarea pacientei;
- miom uterin de dimensiuni mari;
- sindrom algic pronunțat;
- miom submucos sau localizat la nivelul colului uterin;
- necroza nodulului miomatos sau torsiunea acestuia;
- miom intraligamentar;
- asocierea miomului uterin cu tumori ovariene, endometrioză sau leziuni precanceroase ale colului uterin;
- infertilitate asociată cu localizarea atipică a nodulului miomatos;
- suspiciune de malignizare;
- creștere centripetă a nodulului miomatos.

Caseta 16. Histerectomia *(totală, subtotală)*

Indicații pentru histerectomie

- sângerări menstruale abundente și prelungite, asociate cu lipsa dorinței pacientei de a păstra uterul sau fertilitatea (II, 2A)[13,22];
- prolaps al organelor genitale;
- ineficiența sau contraindicația altor metode de tratament;
- creșterea în dimensiuni a nodulului miomatos în postmenopauză (Caseta 23).

Abord chirurgical

Histerectomia poate fi efectuată prin:

- abord vaginal;
- abord laparoscopic;
- abord laparotomic.

Abord vaginal

Este considerat metoda de primă intenție (B, 2a) [13,22] în următoarele situații:

- uter mobil;
- dimensiunile uterului până la 16 săptămâni de gestație;
- absența unui proces aderențial pelvin pronunțat;
- asocierea prolapsului vaginal.

Abord laparoscopic

Este preferat atunci când nu există condiții favorabile pentru abordul vaginal (B, 2b) [13,22].

Abord laparotomic

Se recomandă în următoarele situații:

- uter cu dimensiuni mai mari de 24 săptămâni de gestație;
- lipsa condițiilor tehnice sau a personalului calificat pentru efectuarea intervenției endoscopice.

Notă: Nu există dovezi care să demonstreze că păstrarea colului uterin după histerectomia subtotală îmbunătățește calitatea vieții pacientelor (1, A).

Caseta 17. Miomectomia

În prezent, sunt disponibile mai multe tehnici chirurgicale pentru îndepărtarea nodulilor miomatoși:

- miomectomia histeroscopică;
- miomectomia laparoscopică;
- miomectomia prin laparotomie.

Alegerea tehnicii chirurgicale depinde de localizarea și dimensiunile miomului, precum și de obiectivele terapeutice și reproductive ale pacientei.

Miomectomia histeroscopică

Histeroscopia este o procedură ginecologică prin care cavitatea uterină este examinată cu ajutorul unui instrument optic special prevăzut cu cameră video — histeroscopul. Histeroscoapele moderne sunt dotate cu canale fine pentru introducerea instrumentelor microchirurgicale, ceea ce permite îndepărtarea formațiunilor de dimensiuni mici, inclusiv a nodulilor miomatoși care proemină în cavitatea uterină sau sunt localizați în apropierea endometrului.

Indicații:

- miom submucos FIGO 0–2, cu diametru care permite rezecția histeroscopică și cu grosimea miometrului restant ≥5 mm până la seroasă.

Complicații (rare):

- sângerări intraoperatorii sau postoperatorii;
- perforația uterului;
- lezarea colului uterin;
- formarea aderențelor intrauterine.

Principalele avantaje ale miomectomiei histeroscopice constau în faptul că intervenția face parte **din chirurgia de o zi**, iar perioada de recuperare este rapidă. Pacienta poate fi externată la scurt timp după intervenție, uneori chiar în aceeași zi, și își poate relua activitățile obișnuite în decurs de câteva zile. Atunci când nodulul este mare, are o componentă intramurală importantă (în special FIGO 2), există noduli multipli, anemie semnificativă sau comorbidități ori se anticipează o intervenție dificilă, în etape, sau care necesită supraveghere postoperatorie prelungită, **pacienta se va interna în secția de ginecologie**. La alegerea regimului de îngrijire se vor lua în considerare tipul anesteziei și riscurile asociate acesteia.

Analiza rezultatelor mai multor studii, care au inclus peste 1400 de femei supuse miomectomiei histeroscopice, a arătat că la aproximativ 14–30% dintre paciente, în decurs de 3–4 ani postoperator, pot reapărea sângerările uterine abundente, necesitând tratament suplimentar, inclusiv histerectomie.

Probabilitatea persistenței sau reapariției sângerărilor este mai mare:

- la femeile cu fibroame multiple;
- la pacientele cu noduli miomatoși intramurali de dimensiuni mari (peste 4 cm);
- la femeile cu semne de adenomioză;
- la femeile cu vârsta sub 40 de ani.

Cea mai înaltă probabilitate de persistare a sângerărilor, în pofida înlăturării mioamelor, se observă:

- prezența mioamelor multiple;
- existența unui miom intramural de dimensiuni mari (peste 4 cm);
- asocierea cu adenomioză;
- vârsta pacientei sub 40 de ani.

Din acest motiv, la femeile care nu mai planifică sarcini în viitor, efectuarea concomitentă a ablației endometriale împreună cu miomectomia histeroscopică poate fi justificată.

Ablația endometrială reprezintă o procedură de distrugere a mucoasei uterine prin chiuretaj, crioterapie sau utilizarea temperaturilor înalte. Aceasta poate fi realizată în timpul histeroscopiei sau ca intervenție separată.

Studiile au demonstrat că asocierea miomectomiei cu ablația endometrială în cadrul aceleiași intervenții nu crește riscul de complicații și nu prelungește perioada de recuperare postoperatorie, însă îmbunătățește eficiența tratamentului în controlul sângerărilor uterine.

Ablația endometrială nu este recomandată:

- la femeile cu miom uterin sau adenomioză care, pe lângă sângerările abundente sau prelungite, prezintă și alte simptome, precum dureri pelvine persistente;
- la femeile cu risc crescut de hiperplazie sau cancer endometrial.

Deoarece ablația endometrială nu elimină riscul apariției cancerului endometrial și poate îngreuna evaluarea ulterioară a endometrului, în cazul reapariției sângerărilor după această procedură poate fi necesară histerectomia.

Miomectomia laparoscopică sau prin laparotomie

Miomectomia laparoscopică sau laparotomică reprezintă una dintre principalele metode de tratament pentru femeile la care simptomele asociate miomului uterin — precum sângerările uterine abundente sau prelungite, durerile pelvine și alte manifestări clinice — nu pot fi controlate prin metode terapeutice mai puțin invazive.

La femeile cu mioame uterine de dimensiuni mari sau cu anemie severă cauzată de sângerări uterine abundente, se recomandă administrarea, cu 3–4 luni înaintea intervenției chirurgicale, a preparatelor din grupul modulatorilor receptorilor de progesteron sau al agoniștilor GnRH (Caseta 13), în scopul reducerii dimensiunilor miomului și al corectării anemiei.

Atât miomectomia laparoscopică, cât și cea prin laparotomie sunt asociate cu anumite riscuri intraoperatorii și postoperatorii:

- hemoragie;
- lezarea vezicii urinare;
- lezarea intestinului.

Aceste riscuri sunt mai crescute la pacientele cu uter de dimensiuni mari (echivalentul unei sarcini de 20 de săptămâni sau mai mult) și în prezența a 10 sau mai mulți noduli miomatoși.

Principalele avantaje ale miomectomiei laparoscopice comparativ cu laparotomia sunt:

- pierdere sanguină mai redusă;
- recuperare postoperatorie mai rapidă;
- dureri postoperatorii mai puțin intense;
- rezultat estetic superior al cicatricilor postoperatorii.

Alegerea finală a tehnicii chirurgicale depinde de localizarea mioamelor.

În caz de mioame multiple sau de dimensiuni mari (mai mult de 10 cm în diametru), sau în caz de noduli situați în partea inferioară a uterului, laparotomia este mai potrivită decât laparoscopia.

În medie, la 3–4% dintre femei, în timpul intervenției chirurgicale pot apărea complicații care impun efectuarea histerectomiei. În aceste situații, pacienta își pierde definitiv capacitatea reproductivă. De asemenea, după operație — indiferent de calea de acces — se pot forma aderențe pelvine, care pot afecta fertilitatea.

N.B.! Se recomandă ca între momentul intervenției chirurgicale și inițierea tentativelor de concepere să existe un interval de minimum 6 luni. După această perioadă, riscul de ruptură uterină în cursul unei sarcini ulterioare este redus, astfel încât majoritatea femeilor pot naște pe cale vaginală.

Rezultatele studiilor au demonstrat că, după miomectomie efectuată pentru tratamentul infertilității, atât laparoscopia, cât și laparotomia oferă șanse similare de obținere a sarcinii.

În cazul miomectomiei realizate pentru tratamentul sângerărilor uterine abundente sau prelungite, durerilor pelvine ori altor simptome determinate de compresia exercitată de uter asupra organelor pelvine, trebuie avute în vedere următoarele aspecte:

- la 5 ani după intervenție, probabilitatea reapariției simptomelor este de aproximativ 42–55%, fie prin dezvoltarea unor noi mioame, fie prin creșterea țesutului miomatos restant;
- din punct de vedere al siguranței și al riscului de complicații severe intraoperatorii sau postoperatorii, miomectomia prin laparoscopie sau laparotomie nu diferă semnificativ de histerectomia totală;

în următorii 5–10 ani după tratament, la aproximativ 10–25% dintre femei devine necesară efectuarea histerectomiei din cauza persistenței sau reapariției simptomelor

Din acest motiv, la femeile care nu mai planifică sarcini, efectuarea histerectomiei ca primă opțiune terapeutică poate fi justificată.

Îndepărtarea mioamelor prin laparoscopie, spre deosebire de laparotomie, necesită fragmentarea nodulului miomatos. În cazul unui leiomiosarcom nediagnosticat, există un risc teoretic ca această procedură să favorizeze diseminarea tumorală în cavitatea abdominală.

Incidența leiomiosarcomului după excizia chirurgicală a unei formațiuni presupuse benigne este:

- aproximativ 1 caz la 1500 de femei sub 40 de ani;
- aproximativ 1 caz la 1100 de femei cu vârsta între 40 și 44 de ani;
- aproximativ 1 caz la 100 de femei cu vârsta peste 60 de ani.

C.2.2.7.3 Tratamentul de alternativă

Caseta 18. **Embolizarea arterelor uterine (EAU) în tratamentul simptomelor asociate miomului uterin**

Embolizarea arterelor uterine (EAU) reprezintă o alternativă la tratamentul chirurgical și este recomandată pacientelor cu risc chirurgical crescut (B, 2b). Procedura nu este recomandată femeilor care doresc să își păstreze fertilitatea sau care planifică o sarcină în viitor (II, 3A) [1,6,12,13,20,22].

EAU se efectuează, de regulă, sub anestezie locală.

Tehnica EAU

Prin intermediul unei mici puncții la nivelul regiunii femurale, medicul introduce un cateter în artera femurală și îl avansează, sub control radiologic, până la arterele uterine.

Ulterior, prin cateter sunt administrate microparticule embolizante care obstruează vasele sangvine ce vascularizează uterul și nodulii miomatoși. Reducerea fluxului sanguin determină ischemia parțială a țesutului miomatos și, consecutiv, diminuarea dimensiunilor nodulilor.

Imediat după procedură pot apărea dureri pelvine moderate sau severe, care persistă, de obicei, între 8 și 12 ore. Acestea sunt determinate de reducerea bruscă a vascularizației uterine.

Recuperarea completă și reluarea capacității de muncă au loc, în general, în decurs de 8–14 zile.

Indicații:

- miom uterin simptomatic clinic;
- dorința de păstrare a uterului;
- refuzul categoric al pacientei față de tratamentul chirurgical.

Contraindicații:

- sarcina;
- boala inflamatorie pelvină în fază acută;
- reacții alergice la substanța de contrast;
- malformații arteriovenoase;
- formațiuni tumorale neidentificate la nivelul bazinului mic.

Pregătire preoperatorie:

- examen bacterioscopic al secreției vaginale și tratamentul preoperator al proceselor inflamatorii;
- examen citologic cervico-vaginal Babeș–Papanicolau;
- examen ecografic al organelor pelvine și al vascularizației uterine și ovariene (arterele uterine și ovariene);
- efectuarea arteriografiei pelvine selective;
- consult radiologic/intervențional.

Complicații:

- sindrom postembolizare, manifestat prin:
- dureri pelvine;
- secreții vaginale;
- febră persistentă;
- leucocitoză;
- disurie;
- tulburări gastrointestinale;
- tahicardie.

N.B.! În cazul nodulilor miomatoși voluminoși cu localizare intramurală sau intramural-subseroasă, se recomandă efectuarea tratamentului în două etape:

- etapa I – embolizarea arterelor uterine;
- etapa II – tratament chirurgical.

Necesitatea efectuării celei de-a doua etape chirurgicale se stabilește individual, în funcție de evoluția clinică și rezultatele tratamentului.

Monitorizare postoperatorie:

- tratament antiagregant;
- tratament spasmolitic;

- administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene;
- tratament analgezic.

În medie, la aproximativ 10% dintre femei, după embolizare, unul sau mai mulți noduli miomatoși pot fi eliminați spontan pe cale vaginală.

La mai puțin de 1% dintre paciente pot apărea infecții uterine postprocedurale, care necesită tratament antibiotic.

Rezultatele studiilor arată că, pe termen lung, aproximativ 32% dintre femeile care au efectuat embolizarea arterelor uterine necesită tratament suplimentar, fie prin repetarea procedurii, fie prin histerectomie.

La femeile cu uter de dimensiuni foarte mari (peste echivalentul unei sarcini de 20 de săptămâni), eficacitatea embolizării poate fi redusă.

Embolizarea arterelor uterine poate reprezenta o opțiune potrivită pentru femeile care doresc evitarea histerectomiei și păstrarea uterului. În schimb, pentru pacientele la care conservarea uterului nu reprezintă o prioritate, histerectomia poate constitui o opțiune terapeutică mai justificată decât embolizarea sau miomectomia.

Dezavantajele embolizării arterelor uterine

- procedura nu permite excluderea certă a prezenței unui cancer uterin. La femeile cu risc redus de malignizare, acest dezavantaj are o importanță clinică mai mică.
- embolizarea arterelor uterine nu este recomandată femeilor care planifică o sarcină în viitor.

Analiza rezultatelor mai multor studii a evidențiat că embolizarea arterelor uterine se asociază cu:

- o probabilitate mai redusă de concepere;
- un risc mai mare de avort spontan;
- o frecvență mai mare a complicațiilor obstetricale, comparativ cu miomectomia efectuată prin laparoscopie sau laparotomie.

De asemenea, embolizarea poate fi asociată cu diminuarea funcției ovariene și reducerea rezervei ovariene. Nu este clar dacă acest efect este determinat direct de procedură sau de faptul că majoritatea pacientelor incluse în studii se aflau la vârsta la care funcția ovariană scade fiziologic.

Caseta 19. Ablația extracorporală cu ultrasunete focalizate (MRgFUS)

Ablația miomului prin ultrasunete focalizate presupune încălzirea și distrugerea țesutului miomatos cu ajutorul ultrasunetelor focalizate de înaltă intensitate. Metoda este recomandată ca alternativă terapeutică pentru tratamentul miomului uterin cu păstrarea uterului (A, 1b13,15,17,19,20).

Indicații:

- localizarea intramurală a nodulilor miomatoși;
- absența procesului aderențial în bazinul mic;
- noduli miomatoși tipici, fără modificări degenerative.

Contraindicații:

- noduli miomatoși cu modificări degenerative;
- noduli miomatoși cu predominanță celulară;
- procese inflamatorii acute sau cronice ale organelor genitale;
- tumori benigne sau formațiuni tumorale ovariene;
- asocierea miomului uterin cu sarcina;
- patologii extragenitale severe:
  - ✓ ciroză hepatică;
  - ✓ hepatite virale;
  - ✓ afecțiuni renale;
  - ✓ tulburări de ritm cardiac;
  - ✓ insuficiență cardiacă;
  - ✓ afecțiuni alergice severe;

- prezența cardiostimulatorului sau a implanturilor metalice/magnetice;
- obezitate severă (masa corporală ≥110 kg sau circumferința abdominală ≥110 cm);
- embolizarea arterelor uterine în antecedente.

Complicații:

- neuropatia nervului sciatic;
- leziuni termice ale organelor pelvine;
- formarea unei fistule între nodulul miomatos și cavitatea uterină.

Mai multe studii au demonstrat că, la peste 5 ani după ablația miomului prin ultrasunete focalizate, multe paciente mențin un control satisfăcător al simptomelor asociate miomului uterin. Totuși, în prezent, există puține studii comparative care să evalueze eficacitatea acestei metode în raport cu alte opțiuni terapeutice.

Actualmente, ablația cu ultrasunete focalizate este recomandată în special pentru nodulii miomatoși localizați intramural. Metoda nu este recomandată în cazul miomului subseros sau pediculat.

Dezavantajele ablației cu ultrasunete:

- nu permite excluderea certă a unui cancer uterin;
- simptomele asociate miomului pot reapărea după tratament;
- reprezintă o tehnică relativ nouă, iar eficacitatea și siguranța pe termen lung sunt insuficient studiate.

Avantajele ablației cu ultrasunete focalizate:

- caracter minim invaziv;
- procedura se efectuează fără incizii, în regim ambulatoriu și fără necesitatea anesteziei generale;
- recuperarea completă are loc, de regulă, în 1–2 zile.

Reacții adverse posibile:

- arsuri cutanate;
- dureri pelvine temporare, cu iradiere către membrele inferioare și regiunea fesieră.

Rezultatele unui studiu care a inclus 51 de femei ce au obținut sarcina după ablația miomului prin ultrasunete au arătat că evoluția sarcinii a fost favorabilă la toate pacientele incluse. Este posibil ca, în viitor, odată cu acumularea unor date suplimentare privind siguranța și eficacitatea procedurii, această metodă să devină o opțiune terapeutică de elecție pentru tratamentul miomului uterin intramural la femeile care doresc păstrarea fertilității.

C.2.3. Tactica de conduită

Caseta 20. **Tactica expectativă**

Indicații:

Miom uterin asimptomatic clinic, în absența indicațiilor pentru tratament medicamentos sau chirurgical (1a, A) [22].

Monitorizare:

- evaluare clinică periodică;
- monitorizare ecografică (USG) o dată la 6-12 luni;
- investigarea și tratamentul patologiilor asociate din grupul factorilor de risc, atunci când este necesar.

N.B.! ***În cazul apariției manifestărilor clinice sau paraclinice (Casetele 5, 6, 7), tactica expectativă trebuie reconsiderată în favoarea tratamentului medicamentos și/sau chirurgical.***

C.2.3.1. *Managementul pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină*

Caseta 21. **Conduita pacientelor cu miom uterin și infertilitate feminină**

Tactica terapeutică depinde de:
- localizarea miomului;
- dimensiunile nodulilor miomatoși;
- numărul nodulilor;
- accesul la metodele de tratament;
- experiența personalului medical.

Comentariu:

Evaluarea preoperatorie a nodulilor miomatoși submucoși include, pe lângă aprecierea localizării, dimensiunilor și numărului nodulilor, evaluarea gradului de protruzie în cavitatea uterină, precum și grosimea miometrului rezidual până la seroasă.

Pentru fiecare pacientă se stabilește o conduită individualizată (abord personalizat).

Tactica expectativă se recomandă în cazul:
- nodulului miomatos solitar, de dimensiuni mici (<5 cm), localizat intramural sau subseros.

Comentariu:

Miomul uterin subseros de dimensiuni mici (<5 cm), asociat cu infertilitate feminină, nu este considerat o cauză directă a infertilității și, prin urmare, nu necesită tratament specific. În aceste cazuri, este necesară investigarea altor cauze ale infertilității feminine (IV, C) [13, 22,23].

A. Tratamentul medicamentos este recomandat preoperator, pentru o perioadă de până la 3 luni, cu scopul:
- reducerii dimensiunilor nodulilor miomatoși;
- ameliorării statusului clinic, în special la pacientele cu anemie severă.

Tratamentul medicamentos nu este recomandat ca metodă independentă la femeile cu miom uterin și infertilitate (IV, C) [13,22,23].

Indicații:
- miom uterin multinodular intramural cu creștere centrală și noduli subseroși de dimensiuni mici (<5 cm);
- miom uterin de dimensiuni mari (>5 cm), localizat intramural cu creștere centrală, în cadrul tratamentului combinat.

a) ***Antagoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor (*****Ryeqo©** in RM***)***

Mod de administrare: Un comprimat administrat o dată pe zi, aproximativ la aceeași oră, cu sau fără alimente.

b) ***Agoniști ai hormonului de eliberare a gonadotropinelor*** (Triptorelinum, Goserelinum)

Mod de administrare: Injecții depot: Triptorelinum 3,75 mg sau Goserelinum 3,6 mg, la 28 de zile. Durata terapiei: 3 luni.

B. Tratamentul chirurgical (motive pentru spitalizare)

Se recomandă îndepărtarea nodulului submucos înaintea planificării sarcinii, ca etapă a tratamentului infertilității feminine (IIb, B) [13,22,23].

Comentariu:

La pacientele cu noduli miomatoși submucoși:
- scade rata implantării embrionare;
- crește riscul de avort spontan și complicații obstetricale.

Indicații:
- nodul miomatos submucos <5 cm — abord histeroscopic (IIb, B) [13,22,23];
- nodul miomatos submucos >5 cm — abord combinat laparoscopic + histeroscopic (Ib, B) [13,22,23];
- nodul miomatos intramural >5 cm cu creștere centrală, ca etapă a reproducerii asistate — abord laparoscopic + histeroscopic (IV, C)[13,22,23].

Comentariu:

La pacientele cu infertilitate feminină, miomectomia clasică este preferată metodelor alternative de tratament, precum embolizarea arterelor uterine, ablația extracorporală cu ultrasunete sau

tratamentul medicamentos.

N.B.! Intervenția chirurgicală se recomandă în faza I a ciclului menstrual (ziua 5–14). Alegerea abordului chirurgical depinde de localizarea și dimensiunile nodulului miomatos (vezi Casetele 15 și 17).

C.2.3.2. *Managementul pacientelor cu miom uterin în perimenopauză*

Caseta 22. **Conduita clinică a miomului uterin în perimenopauză**

- La pacientele cu miom uterin asimptomatic se recomandă tactica expectativă (C1,13).
- Tratamentul medicamentos specific al miomului uterin este recomandat pacientelor la care lipsesc indicațiile absolute pentru tratament chirurgical (B,III) [22]. În tratamentul conservator pot fi utilizate:
  - modulatorii receptorilor de progesteron (MRP);
  - antagoniștii GnRH (anGnRH);
  - agoniștii GnRH (aGnRH).
- La pacientele aflate în perioada de perimenopauză tardivă, care prezintă noduli miomatoși submucoși și sângerări uterine anormale și prelungite, se recomandă terapie supresivă cu MRP, antagoniști GnRH sau agoniștii GnRH. Tratamentul poate fi administrat continuu sau intermitent până la instalarea menopauzei.
- Tratamentul chirurgical al miomului uterin în premenopauză este recomandat în următoarele situații:
  - sângerări uterine abundente și prelungite, cu anemizarea pacientei;
  - asocierea miomului uterin cu adenomioză;
  - localizarea submucoasă a nodulului miomatos (C, IV)[13,22].
- În cazul nodulului miomatos submucos simptomatic, tratamentul de primă intenție este miomectomia histeroscopică (B,1) [13].

N.B.! Se recomandă vigilență oncologică sporită la pacientele aflate în perimenopauză.

- Pentru nodulii miomatoși intramurali sau subseroși solitari, cu diametrul mai mic de 8 cm, se recomandă miomectomia laparoscopică (C1).
- Nodulii miomatoși multipli (>3) sau cei cu dimensiuni mai mari de 9 cm necesită miomectomie prin abord laparotomic (C1).

C.2.3.3. *Managementul pacientelor cu miom uterin în postmenopauză*

Caseta 23. **Conduita clinică a miomului uterin în postmenopauză**

- În perioada de postmenopauză, dimensiunile nodulilor miomatoși se reduc, de regulă, spontan, cu excepția pacientelor care urmează tratament hormonal substitutiv. Depistarea unui miom uterin la examenul ultrasonografic, creșterea dimensiunilor acestuia sau apariția simptomelor asociate impun efectuarea investigațiilor suplimentare, inclusiv RMN și biopsie endometrială (C1, 13,22).
- Se recomandă efectuarea histerectomiei în cazul creșterii miomului uterin în postmenopauză (A, 13,22).
- În cazul unui nodul miomatos submucos solitar, în absența patologiei endometriale, cervicale și ovariene și în prezența condițiilor tehnice necesare, se recomandă efectuarea histerorezectoscopiei (C1, V1,3,22).
- Tratamentul chirurgical nu este recomandat pentru noduli miomatoși intramurali sau intramural-submucoși în postmenopauză, în absența modificărilor patologice ale endometrului și ovarelor.
- La pacientele care administrează terapie hormonală de substituție (THS) și prezintă 2–3 noduli miomatoși cu diametrul sub 3 cm, se recomandă monitorizare ecografică cu Doppler o dată la 6 luni (B, II2,2).

N.B.! Este necesară o vigilență oncologică sporită în perioada de postmenopauză. Creșterea dimensiunilor miomului uterin reprezintă indicație pentru histerectomie.

C.2.3.4. *Managementul pacientelor cu miom uterin și sarcina*

Caseta 24. **Complicațiile sarcinii asociate cu miom uterin**

Tabelul 3. Riscul complicațiilor sarcinii asociate cu miom uterin

Factor de risc	**Risc scăzut**	**Risc înalt**
Anamnesticul	**Neagravat**	**Agravat**
Vârsta	Până la 30 ani	30–35 ani și peste
Uter cicatricial	Absent	Prezent
Localizarea nodulilor miomatoși	Subseros sau intramural, localizat fundic sau corporal	Intramural cu creștere centripetă, localizat cervical sau paracervical
Diametrul nodulului miomatos	Mai mic de 7 cm	Mai mare de 7 cm
Numărul nodulilor miomatoși	1–4	>5
Localizarea placentei în raport cu nodulul miomatos	La distanță de nodulul miomatos	În proiecția nodului miomatos
Prezența modificărilor structurale în nodulul miomatos	Absente sau neînsemnate	Pronunțate
Histotipul tumorii	Simplu	Proliferativ

Complicațiile sarcinii asociate cu miomul uterin

Complicații specifice:

- modificări trofice și/sau degenerative ale nodulului miomatos;
- insuficiență istmico-cervicală asociată cu noduli miomatoși localizați cervical sau paracervical;
- creșterea rapidă a miomului uterin, caracteristică tumorilor proliferative;
- insuficiență placentară determinată de implantarea placentei în proiecția nodulului miomatos;
- tromboza venelor bazinului mic;
- ruptură uterină la nivelul cicatricei postmiomectomie.

Complicații nespecifice:

- întreruperea evoluției sarcinii:
  - avort spontan;
  - naștere prematură;
- placentație joasă;
- dezlipire prematură de placentă;
- placenta accreta/percreta;
- preeclampsie;
- sindrom anemic.

Caseta 25. **Conduita terapeutică în miomul uterin asociat cu sarcina**

Se **recomandă tratament conservator în cazul sindromului algic determinat de modificările degenerative ale nodulului miomatos în trimestrul II de sarcină, prin:**

- repaus la pat;
- administrarea analgezicelor (C-IV) [21,22,23].

Comentariu:

Inhibitorii prostaglandin-sintetazei (AINS) se utilizează cu precauție în trimestrul III de sarcină. În cazul agravării sindromului algic, pot fi indicate analgezice sistemice sau anestezie regională (epidurală). În lipsa răspunsului la tratamentul conservator, se ia în considerare miomectomia.

Conduita terapeutică a sindromului algic:

- administrarea antiinflamatoarelor nesteroidiene (AINS), preferabil Indometacinum 25–50 mg la fiecare 6 ore, timp de 48 de ore;
- în cazul ameliorării durerii, tratamentul se continuă încă 2–3 zile;
- în lipsa efectului după primele 48 de ore de administrare de Indometacinum, se recomandă analgezice generale sau locale;

- în cazul ineficienței tratamentului analgezic, se discută oportunitatea efectuării miomectomiei.

Miomectomia în sarcină

Miomectomia poate fi efectuată în trimestrul I–II de sarcină în următoarele situații (C-IV21,22,23):

- nod miomatos de dimensiuni mari (>10 cm);
- torsiunea pedicului nodului miomatos;
- creșterea rapidă a tumorii;
- necroza nodului asociată cu semne de abdomen acut;
- lipsa efectului tratamentului conservator în sindromul algic;
- sindrom algic progresiv.

N.B.! Miomectomia este considerată relativ sigură pentru evoluția sarcinii în cazul în care nodulul miomatos este localizat la o distanță de cel puțin 5 cm față de cavitatea uterină.Alegerea abordului chirurgical depinde de localizarea și accesibilitatea nodului miomatos, precum și de experiența chirurgului (vezi Caseta 17).

- Se recomandă efectuarea miomectomiei în timpul operației cezariene în următoarele situații (B-2b) [13,21,22,23]:
  - nod miomatos subseros pediculat cu pedicul fin;
  - nod miomatos subseros cu pedicul gros.

Contraindicații:

- nodul miomatos localizat pe traiect vascular important;
- nodul miomatos situat în segmentul uterin inferior;
- nodul miomatos localizat în regiunea inciziei uterine utilizate pentru operația cezariană.

Comentariu:

Majoritatea specialiștilor recomandă evitarea miomectomiei în timpul operației cezariene, din cauza riscului crescut de hemoragie intraoperatorie.

Finalizarea sarcinii prin operație cezariană este indicată în următoarele situații (B-2b) [13,21,22,23]:

- prezența nodulilor miomatoși voluminoși care obstrucționează canalul de naștere și împiedică trecerea fătului.
- torsiunea nodului miomatos subseros;
- miom uterin asociat cu antecedente de miomectomie;
- prezența indicațiilor obstetricale pentru finalizarea sarcinii prin operație cezariană.

Indicații pentru întreruperea sarcinii la pacientele cu miom uterin:

- suspiciune de sarcom uterin;
- localizare submucoasă a nodului miomatos;
- necroza nodului miomatos;
- nod miomatos de dimensiuni mari localizat la nivelul colului uterin;
- miom uterin de dimensiuni foarte mari (>15 cm) cu localizare joasă;
- vârstă reproductivă tardivă (peste 43–45 de ani).

C.2.4. Monitorizare pacientei cu miom uterin

Caseta 26. **Monitorizarea postoperatorie a pacientelor [22,23]**

- efectuarea citologiei cervico-vaginale Babeș–Papanicolau la pacientele cu histerectomie subtotală, la 6 luni postoperator;
- examen ultrasonografic al organelor bazinului mic la 6 luni postoperator;
- recomandarea contracepției pentru o perioadă de 6–12 luni la pacientele cu miomectomie conservatoare;
- administrarea tratamentului antianemic și antiinflamator, la necesitate;
- evitarea efortului fizic intens și a relațiilor sexuale timp de 1,5–2 luni postoperator.

Caseta 27. **Monitorizarea postoperatorie a pacientelor cu infertilitate**

- După tratamentul chirurgical se recomandă contracepție pentru o perioadă de 6 luni.
- Dacă sarcina nu survine în decurs de 6–12 luni după întreruperea contracepției, se recomandă recurgerea la tehnici de reproducere asistată.
- Conduita în cazul survenirii sarcinii:
- sarcina obținută spontan după tratament chirurgical se recomandă a fi finalizată prin operație cezariană electivă;
- sarcina obținută spontan după tratament conservator poate fi finalizată pe cale vaginală (per vias naturalis);
- în absența obținerii sarcinii la 6–12 luni după tratamentul chirurgical, se recomandă fertilizarea in vitro (FIV).

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Pentru prestatorii AMP	**Personal:** ▪ medic de familie; ▪ asistent medical de familie ▪ acces prin referire la medic obstetrician-ginecolog, laborator și serviciul de ultrasonografie. **Consumabile:** ▪ trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic; ▪ seturi ginecologice: o specul vaginal Cusco; o valve vaginale Kristeller sau Sims sterile; o mănuși de unică folosință; o sursă de lumină; o alcool sanitar; o soluție iodată; o comprese/tifon steril; o set pentru prelevarea testului Babeș–Papanicolau; o soluție fiziologică sterilă; o tub steril. **Dispozitive medicale și aparataj:** ▪ fotoliu ginecologic; ▪ panglică centimetrică; ▪ teste de sarcina; ▪ cântar; ▪ tensiometru; ▪ formulare de referire către laborator si specialist; ▪ fonendoscop.
D.2. Pentru prestatorii AMSA	**Personal:** ▪ medic obstetrician-ginecolog; ▪ medic specialist de laborator; ▪ medic imagist/ecografist; ▪ laborant. **Consumabile:** ▪ trusă de medicamente pentru resuscitarea pacientelor; ▪ trusă pentru acordarea asistenței medicale în caz de șoc hemoragic; ▪ trusă pentru cateterizarea venelor centrale și periferice; ▪ trusă pentru perfuzii; ▪ trusă pentru cateterizarea vezicii urinare; ▪ seturi ginecologice: o specul vaginal Cusco; o valve vaginale Kristeller sau Sims sterile; o mănuși de unică folosință; o sursă de lumină; o alcool sanitar; o soluție iodată; o tifon/comprese sterile; o set pentru prelevarea testului Babeș–Papanicolau; o soluție fiziologică sterilă; o tub steril. **Dispozitive medicale, aparataj și utilaj:**

	▪ cabinet ginecologic dotat cu fotoliu ginecologic; ▪ panglică centimetrică; ▪ cântar; ▪ teste de sarcina; ▪ tensiometru; ▪ fonendoscop; ▪ formulare de referire către laborator si specialist; ▪ cabinet de ultrasonografie dotat cu ecograf transvaginal și transabdominal; ▪ laborator clinic standardizat pentru: o hemoleucogramă completă; o teste de coagulare (protrombină, fibrinogen, timp de coagulare); o determinarea grupei sanguine și Rh-factorului; o examen citologic cervico-vaginal Babeș–Papanicolau; o biopsie endometrială. **Medicamente:** ▪ preparate antianemice pe bază de fier, comprimate; ▪ antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), comprimate: o Ibuprofenum; o Diclofenacum; o Ketoprofenum; o Indometacinum etc., ▪ antifibrinolitice: o Acidum tranexamicum, comprimate sau soluție injectabilă, fiole de 1 g. **Progestative:** ▪ Levonorgestrelum 52 mg — sistem intrauterin cu eliberare de 20 μg/24 ore; ▪ preparate hormonale combinate în doze mici, comprimate: o Ethinylestradiolum 0,03 mg + Dienogestum 2 mg; o Ethinylestradiolum 0,03 mg + Gestodenum 0,075 mg; o Ethinylestradiolum 0,02 mg + Gestodenum 0,075 mg; o Ethinylestradiolum 0,03 mg + Desogestrelum 0,150 mg; o Ethinylestradiolum 0,03 mg + Levonorgestrelum 0,15 mg; **Modulatori ai receptorilor de progesteron (MRP):** ▪ Mifepristonum*, comprimate 50 mg. **Antagoniști GnRH (anGnRH),** comprimate**:** ▪ Relugolixum+Estradiolum+Norethisteronum (Ryeqo©). ▪ Agoniști GnRH (aGnRH), soluție injectabilă depot 3,75 mg: Triptorelinum 3,75 mg; Goserelinum 3,6 mg.
D.3. Pentru prestatorii AMUP(echipele AMU)	**Personal:** ▪ medic de urgență; ▪ felcer/asistent medical din cadrul echipei de asistență medicală urgentă; ▪ șofer de ambulanță. **Consumabile și echipamente:** ▪ echipament pentru transportul pacientului; ▪ echipament pentru resuscitare și suport respirator; ▪ oxigen medical, cu debitmetru și dispozitive de administrare. ▪ echipament pentru monitorizare, defibrilare, evaluare și administrarea medicamentelor/soluțiilor; ▪ trusă de medicamente pentru asistență medicală urgentă prespitalicească; ▪ trusă cu soluții perfuzabile; ▪ trusă pentru sondaj urinar; ▪ materiale parafarmaceutice. **Medicamente:**

	▪ **cristaloizi;** ▪ antiinflamatoare nesteroidiene (AINS): o Ibuprofenum; Diclofenacum; Ketoprofenum; etc., o Acidum tranexamicum, soluție injectabilă, fiole de 50 mg/ml 5 ml sau 250 mg per fiola. o alte medicamente menționate în B.3 și prevăzute în dotarea echipajului, administrate conform indicațiilor și competențelor.
D.4. Pentru prestatorii AMUP(UPU)	**Personal:** ▪ șef/ă UPU ▪ medic responsabil/ă de tură UPU ▪ medic de urgență UPU/ medic obstetrician-ginecolog în UPU, ▪ asistent/ă medical/ă UPU/asistent/ă medical/ă de triaj după caz ▪ medic de laborator; ▪ medic anesteziolog-reanimatolog; ▪ medici chirurgi; ▪ medic radiolog – imagist/ă UPU ecografiști cu competențe în ginecologie; ▪ la necesitate, alți specialiști. ▪ infirmier/ă/ îngrijitor/oare UPU; ▪ brancardier UPU; ▪ operator/registrator UPU; **Departamente/secții specializate:** ▪ secție de UPU ▪ laborator clinic. **Consumabile și echipamente:** ▪ echipament pentru transportul pacientului; ▪ echipament pentru resuscitare și suport respirator; ▪ echipament pentru monitorizare, defibrilare, evaluare și administrarea medicamentelor/soluțiilor; ▪ trusă de medicamente pentru asistență medicală urgentă prespitalicească; ▪ trusă cu soluții perfuzabile; ▪ trusă pentru sondaj urinar; ▪ materiale parafarmaceutice. **Medicamente:** ▪ antiinflamatoare nesteroidiene (AINS): o Ibuprofenum; o Diclofenacum; o Ketoprofenum; etc., soluție injectabilă; ▪ antifibrinolitice: ▪ Acidum tranexamicum, soluție injectabilă, fiole de 50 mg/ml 5 ml sau 250 mg per fiola. ▪ Sol. Etamsylatum 12,5% – 2,0 ml ▪ cristaloizi: Sol. Natrii chloridum 0,9% – 500 ml; Sol. Ringer lactat -500 ml. ▪ vasopresoare: Sol. Dopaminum 4% – 5 ml (200 mg). ▪ uterotonice: Sol. Oxytocinum 5 UI/ml – 1 ml
D.5. Pentru prestatorii AMS	**Personal:** ▪ medic obstetrician-ginecolog; ▪ asistente medicale; ▪ medic de laborator; ▪ medic anesteziolog-reanimatolog; ▪ medici chirurgi; ▪ ecografiști cu competențe în ginecologie; ▪ la necesitate, alți specialiști.

	Departamente/secții specializate: ▪ secție de ginecologie cu profil chirurgical; ▪ departament de terapie intensivă și reanimare ginecologică; ▪ secție de anestezie și terapie intensivă; ▪ bloc operator; ▪ laborator clinic. **Medicamente:** ▪ soluții cristaloide; ▪ plasmă proaspăt congelată; ▪ masă eritrocitară; ▪ Acidum tranexamicum; soluție injectabilă, fiole de 50 mg/ml, 5 ml sau 250 mg per fiola. ▪ Heparinum natricum; soluție injectabilă 5000 UI/ml, 5 ml ▪ uterotonice: Oxytocinum, soluție injectabilă 5 UI/ml – 1 ml ▪ alte medicamente menționate în B.4 **Dispozitive medicale:** ▪ cabinet ginecologic dotat cu fotoliu ginecologic; ▪ aparat de ultrasonografie (USG); ▪ histerorezectoscop; ▪ aparat de laparoscopie și morcelator; ▪ laborator clinic standardizat pentru determinarea: o grupei sanguine și Rh-factorului; o hemoleucogramei complete cu trombocite și hematocrit; o indicilor coagulogramei: ✓ protrombină; ✓ fibrinogen; ✓ INR; ✓ TTPA; ✓ testul Lee–White.
***** Produsele medicamentoase nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor, dar recomandate de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi.	

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectiv A.4	Indicator verificabil	Numărător	Numitor	Sursa datelor și perioada
1	Diagnostic corect (A.4, obiectivul 1)	Ponderea pacientelor cu diagnostic nou de miom uterin la care ecografia documentează numărul, dimensiunile și localizarea nodulilor.	Paciente cu diagnostic nou și toate cele trei caracteristici consemnate în raportul ecografic.	Toate pacientele cu diagnostic nou de miom uterin în perioada evaluată.	Registrul consultațiilor; raportul ecografic; fișa medicală. Anual.
2	Management bazat pe dovezi (A.4, obiectivul 2)	Ponderea pacientelor cu miom uterin la care este documentat tipul FIGO, atunci când clasificarea poate fi stabilită imagistic.	Paciente eligibile cu tip FIGO consemnat în raportul ecografic sau fișa medicală.	Paciente cu miom uterin evaluat imagistic, cu date suficiente pentru clasificare.	Raportul ecografic; fișa medicală. Anual.
3	Management individualizat (A.4, obiectivul 2)	Ponderea pacientelor la care simptomele și planul terapeutic sunt documentate în raport cu caracteristicile miomului și dorința reproductivă.	Paciente cu simptome, caracteristici imagistice, dorință reproductivă și plan de conduită consemnate.	Toate pacientele cu miom uterin pentru care s-a stabilit o conduită în perioada evaluată.	Fișa consultației ginecologice; raportul ecografic; planul terapeutic. Anual.
4	Reducerea complicațiilor (A.4, obiectivul 3)	Ponderea pacientelor cu sângerare uterină abundentă activă, eligibile pentru tratament hemostatic, la care acesta a fost inițiat în cel mult 60 de minute de la triaj.	Paciente eligibile cu ora triajului și ora primei administrări consemnate, interval ≤60 minute.	Paciente cu miom și sângerare abundentă activă, cu indicație de tratament hemostatic, fără contraindicație documentată.	Fișa de triaj; foaia de observație; foaia de administrare a medicamentelor. Trimestrial.
5	Documentarea deciziei (A.4, obiectivul 4)	Ponderea pacientelor care încep tratament medicamentos sau chirurgical cu indicația, contraindicațiile relevante și consilierea terapeutică documentate.	Paciente cu toate cele trei elemente consemnate înaintea inițierii tratamentului.	Toate pacientele cu miom uterin care încep un tratament medicamentos sau chirurgical în perioada evaluată.	Fișa medicală; formularul de consimțământ; foaia de prescripții. Anual.
6	Standardizarea monitorizării (A.4, obiectivul 5)	Ponderea pacientelor cu conduită expectativă care au un plan individualizat de reevaluare documentat.	Paciente cu data sau condițiile reevaluării și semnele care impun prezentarea precoce consemnate.	Toate pacientele cu miom uterin pentru care s-a decis conduită expectativă în perioada evaluată.	Fișa consultației; recomandările scrise la externare sau la încheierea consultației. Anual.

ANEXE

Anexa nr. 1

FIȘĂ STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII

Evaluarea implementării Protocolului clinic național – Miomul uterin (PCN-375, ediția II, 2026)

I. DATE GENERALE

1	Denumirea instituției medico-sanitare auditate	**2**	Localitate / Raion
3	Tipul instituției: AMP=1; AMSA=2; AMS=3; Publică=4; Privată=5	**4**	Perioada auditului (de la – până la)
5	Eșantionul (nr. fișe / cazuri analizate)	**6**	Auditor(i) / Funcția
7	Vârsta pacientei (ani)	**8**	Mediul de reședință: urban=1; rural=2
9	Nivelul asistenței la prima adresare: AMP=1; AMSA=2; AMS=3; Urgență=4	**10**	Tipul miomului (FIGO): Submucos=1; Intramural=2; Subseros=3; Mixt=4; Alt tip=5

II. MANAGEMENTUL CLINIC AL CAZULUI

Codificare rezultate: Da = 1 | Nu = 0 | N/A = 9 (neaplicabil)

Nr.	Criteriul evaluat	Da	Nu	N/A
A. Screening, anamneză și factori de risc (PCN-375, C.2.2.1–C.2.2.2)				
1	Consultul ginecologului recomandat cel puțin o dată pe an; factori de risc oncologici apreciați conform Tabelului 1 PCN (vârstă 30–50 ani, nuliparitate, obezitate, HTA, DZ, antecedente familiale)	1	0	9
2	Anamneza generală și ginecologică documentate complet: ciclu menstrual, sarcini, avorturi, maladii endocrino-metabolice, tratamente anterioare (caseta 4, PCN)	1	0	9
3	Simptomele principale evaluate și documentate: sângerări uterine anormale / menometroragii, sindrom algic pelvin, simptome de compresie a organelor adiacente, infertilitate (caseta 3, 5, PCN)	1	0	9
B. Diagnostic clinic și paraclinic (PCN-375, C.2.2.3–C.2.2.5)				
4	Examen fizic general documentat: TA, puls, temperatură, frecvență respiratorie; examen ginecologic documentat (caseta 6, PCN)	1	0	9
5	Ecografie (USG) transvaginală efectuată ca metodă imagistică de primă linie: număr, dimensiuni, localizare noduli miomatoși documentate (caseta 7, PCN)	1	0	9
6	Clasificarea miomului uterin conform sistemului FIGO (tipurile 0–8) documentată în fișa de observație (caseta 1, PCN)	1	0	9
7	Hemoleucogramă efectuată; nivelul hemoglobinei determinat și gradul anemiei apreciat conform definițiilor (Caseta 9)	1	0	9
8	Investigații paraclinice obligatorii efectuate: grupa de sânge și Rh, coagulogramă, urogramă, ECG; biochimia sângelui, funcția hepatică apreciată înaintea administrării preparatelor (ALAT, ASAT) (caseta 7, PCN).	1	0	9
9	Investigații de laborator opționale, indicate la necesitate (caseta 7, PCN).	1	0	9
10	RMN pelvin indicat și efectuat în cazuri complexe sau pentru planificarea intervenției chirurgicale (localizare incertă, dimensiuni mari, diagnostic diferențial), (caseta 7, PCN).	1	0	9
11	Diagnosticul diferențial documentat: sarcom uterin, tumori ovariene, adenomioză, sarcină, endometrioză, BIP (caseta 8, PCN)	1	0	9
12	La paciente cu sângerări uterine anormale: excluderea altor cauze efectuată (biopsie endometrială la indicație, frotiu citologic Babeș–Papanicolau, CA-125) la risc oncologic crescut (Tabelului 1 PCN; casete 7- 8, PCN).	1	0	9
C. Conduita terapeutică individualizată (PCN-375, C.2.2.6–C.2.2.7, C.2.3)				
13	Criteriile de spitalizare respectate: Hb <90 g/l cu hemoragie activă – internare urgentă; semne de abdomen acut (torsiune / necroză nod miomatos) – internare de urgență (caseta 9, PCN)	1	0	9

Nr.	Criteriul evaluat	Da	Nu	N/A
14	La hemoragie activă cu Hb >90 g/l: antifibrinolitice administrate imediat (Acidum tranexamicum); AINS indicate la necesitate; volumul de sânge pierdut monitorizat (caseta 11, PCN)	1	0	9
15	Miom asimptomatic fără risc oncologic crescut – conduită expectativă în ambulator documentată; USG de control la 6-12 luni sau la apariția simptomelor (caseta 20, PCN)	1	0	9
16	Anemia corectată preoperator: suplimente de fier oral/i.v.; la Hb ≤80 g/l – agonist GnRH sau antagonist GnRH indicat preoperator pentru reducerea volumului miomului și corecția anemiei	1	0	9
17	Tratamentul hormonal individualizat conform PCN (COC, LNG-DIU, antagoniști GnRH, agoniști GnRH, MRP) și documentat (caseta 12–13, PCN)	1	0	9
18	Indicațiile pentru tratamentul chirurgical respectate și documentate: tip, dimensiuni, localizare nod, simptome, dorință reproductivă, vârstă, eșecul tratamentului conservator (caseta 15 PCN)	1	0	9
19	Abord chirurgical ales conform criteriilor PCN: histerorezectoscopie (nod submucos ≤5 cm); laparoscopie (nod ≤20 cm subseros/intramural); histerectomie (noduli multipli intramurale, dorință de a nu păstra uterul); miomectomie vaginală (nod submucos în naștere) (caseta 16- 17, PCN)	1	0	9
20	Tratament alternativ indicat la risc chirurgical înalt: embolizare artere uterine (EAU), ablatie endometrială, MRgFUS/HIFU (caseta 18–19, PCN)	1	0	9
21	Pacienta consiliată și informată privind opțiunile terapeutice, riscurile procedurii, morcelarea tisulară și riscurile obstetricale ulterioare miomectomiei (ruptură uterină, placenta accreta), riscuri reproductive.	1	0	9
D. Management special: sarcină, infertilitate, perimenopauza (PCN-375, C.2.3.1–C.2.3.4)				
22	La paciente cu miom și infertilitate: alte cauze de infertilitate excluse; miomectomie indicată la fibroame care deformează cavitatea uterină; conduită documentată conform C.2.3.1 PCN	1	0	9
23	La gravide cu miom uterin: trimisă la medicul ginecolog pentru aprecierea riscului de complicații ale sarcinii; conduită individuală elaborată conform C.2.3.4 PCN (casetele 24–25)	1	0	9
24	La paciente în perimenopauza / postmenopauza: histerectomie indicată la creșterea nodulului în postmenopauza sau risc oncologic crescut; confirmarea histologică obligatorie postoperator (casetele 22-23, PCN)	1	0	9
E. Externare, monitorizare și supraveghere postoperatorie (PCN-375, C.2.4, B.4)				
25	Extrasul din fișa de observație conține obligatoriu: diagnosticul confirmat histologic, tratamentul efectuat, recomandări de monitorizare (caseta 26–27, PCN)	1	0	9
26	După miomectomie conservatoare: contracepție indicată 6–12 luni; după histerectomie subtotală – frotiu citologic Babeș–Papanicolau la 6 luni postoperator; USG organelor bazinului mic la 6 luni	1	0	9
27	Monitorizare ambulatorie asigurată: USG de control la 6 luni la pacientele cu conduită conservatoare; la 6 luni postoperator la pacientele operate; semne de recidivă documentate.	1	0	9

III. SCOR CRITERII ȘI INDICATORI DE CALITATE

Indicatorul de calitate	Formula de calcul	Țintă	Rezultat (%)	Conform / Neconform
Proporția pacientelor cu miom uterin la care diagnosticul a inclus USG transvaginală și clasificarea FIGO documentată	Nr. cu USG+FIGO x100 / total cazuri	**≥90%**		
Proporția pacientelor cu hemoragie activă și Hb >90 g/l la care antifibrinolitice au fost administrate imediat conform PCN	Nr. tratate corect x100 / total cazuri cu hemoragie	**≥90%**		
Proporția pacientelor cu indicație chirurgicală la care abord chirurgical ales corespunde criteriilor PCN	Nr. cu abord corect x100 / total operate	**≥90%**		

Indicatorul de calitate	Formula de calcul	Țintă	Rezultat (%)	Conform / Neconform
(histerorezectoscopie / laparoscopie / histerectomie conform tipului FIGO)				
Proporția pacientelor cu tratamentul hormonal individualizat conform PCN (COC, LNG-DIU, antagoniști GnRH, agoniști GnRH, MRP) și documentat (caseta 12–13, PCN)	Nr. tratate corect x100 / total cazuri cu hemoragie	**≥90%**		
Proporția pacientelor cu sângerări uterine anormale la care au fost excluse alte cauze (biopsie endometrială la indicație, frotiu Babeș–Papanicolau, RMN) conform PCN	Nr. cu excludere completă x100 / total cazuri cu SUA	**≥85%**		
Proporția pacientelor operate cu confirmare histologică a diagnosticului și extras complet la externare (diagnostic, tratament, recomandări de monitorizare)	Nr. cu extras complet x100 / total operate	**≥95%**		
SCOR GLOBAL: Criterii aplicabile: _____ | Criterii realizate (Da): _____ | Procent conformitate: _____% *≥90% = conformitate foarte bună | 75–89% = conformitate bună | 50–74% = parțială | <50% = insuficientă*				

IV. CONCLUZII ȘI RECOMANDĂRI

Grad de conformitate globală: _____ %

Domenii neconforme: _____

Cauze identificate: _____

Măsuri corective propuse: _____

Termen de implementare și responsabili: _____

V. VALIDARE

Funcția	Nume și semnătură	Data
Coordonator audit		
Șef secție obstetrică-ginecologie Reprezentant CSP / Ministerul Sănătății		

PCN-375, ediția II – Miomul uterin, Chișinău 2026. CIM-10: D25.0–D25.9; D26.0–D26.9

Anexa nr. 2

CRITERIILE DE APRECIERE A CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE ACORDATE PACIENTELOR CU MIOM UTERIN

Criterii de calitate privind prevenirea complicațiilor:

- diagnostic precoce al miomului uterin asimptomatic;
- evaluarea factorilor de risc oncologic;
- diagnostic diferențial corect;
- conduită consultativă adecvată;
- tratament complex și individualizat;
- monitorizare clinică și de laborator corespunzătoare;
- utilizarea metodelor contemporane de diagnostic și tratament.

Criterii de calitate legate de timp:

- diagnosticarea și inițierea tratamentului miomului uterin asociat cu urgențe în primele 12 ore de la apariția tabloului clinic;
- inițierea terapiei nespecifice a complicațiilor miomului în prima oră după stabilirea diagnosticului;
- inițierea tratamentului chirurgical de urgență în prima oră după stabilirea diagnosticului.

Criterii de calitate rezultative:

- efectuarea miomectomiei ca metodă de tratament al miomului submucos asociat cu hemoragie;
- reducerea sau dispariția semnelor clinice în decurs de 3–4 zile;
- normalizarea parametrilor hemodinamici (tensiunea arterială și pulsul).
- Fiecare instituție medicală care asigură tratamentul pacientelor cu miom uterin își va elabora protocoale interne proprii, bazate pe prezentele standarde și recomandări.
- Unitățile medicale trebuie să dispună de protocoale standardizate pentru tratamentul și monitorizarea pacientelor după tratament.
- Hemoragia și abdomenul acut asociate miomului uterin trebuie considerate urgențe medico-chirurgicale.
- Se recomandă ca medicul curant, împreună cu șeful de secție și, la necesitate, cu consultantul secției, să elaboreze planul individualizat de conduită terapeutică.
- Medicul trebuie să informeze și să consilieze pacienta privind necesitatea monitorizării tratamentului, prognosticul bolii, riscurile și beneficiile anticipate ale terapiei propuse.
- Opțiunea pacientei (sau a rudelor acesteia) trebuie consemnată în documentația medicală (foaia de observație, registrul de consultații), sub semnătura acesteia.
- Consimțământul informat trebuie obținut de către medic înainte de elaborarea și inițierea planului de tratament.

Anexa nr. 3

GHID PENTRU PACIENTE

Miomul este o formațiune benignă a mușchiului uterin. Poate rămâne fără simptome. Tratamentul se alege după simptome, localizare, dimensiune și planurile de sarcină.

Simptome și diagnostic

Pot apărea menstruații abundente sau prelungite, anemie, durere ori presiune pelvină și urinări dese. Medicul stabilește diagnosticul prin consult și ecografie; la sângerări verifică hemoglobina și, când este cazul, exclude alte cauze, inclusiv modificări ale endometrului sau colului uterin.

Monitorizare

Dacă se alege urmărirea fără intervenție, se recomandă ecografie la fiecare 6 luni; mergeți mai devreme dacă sângerarea, durerea sau presiunea se accentuează. Consultația ginecologică se recomandă anual. După tratament, medicul stabilește controlul potrivit; este indicat control ecografic la aproximativ 6 luni după operație.

Planificarea sarcinii

Spuneți medicului dacă doriți o sarcină înainte de alegerea tratamentului. Mioamele care deformează cavitatea uterină, în special cele submucoase, pot reduce șansa de implantare; îndepărtarea lor poate fi recomandată înaintea sarcinii. Beneficiul operației pentru mioamele care nu deformează cavitatea este mai puțin sigur. Un miom subseros mic nu necesită automat intervenție pentru infertilitate. Dacă sunteți deja gravidă, ginecologul va evalua individual riscurile și supravegherea.

Opțiuni de tratament beneficii și riscuri

Urmărire: evită tratamentul când simptomele lipsesc; necesită controale, iar simptomele pot apărea ulterior.

Medicamente: pot reduce sângerarea, durerea sau temporar volumul unor mioame; efectul poate fi limitat ori tranzitoriu, iar reacțiile adverse depind de preparat. Medicamentele care reduc sângerarea nu micșorează întotdeauna miomul.

Miomectomie: îndepărtează miomul și păstrează uterul, opțiune importantă când se dorește sarcina; implică riscuri operatorii, posibilitatea reapariției mioamelor și, după anumite intervenții, riscuri pentru o sarcină viitoare.

Embolizare: procedură mai puțin invazivă care poate reduce simptomele și volumul mioamelor; poate provoca dureri după procedură și nu este recomandată dacă planificați o sarcină, din cauza posibilelor efecte asupra fertilității și sarcinii.

Histerectomie: rezolvă definitiv simptomele cauzate de mioame și exclude recidiva uterină; este operație majoră și face imposibilă o sarcină viitoare.

Când trebuie să solicitați ajutor

Semnele grave necesită ajutor imediat. Nu așteptați apariția mai multor simptome înainte de a suna la 112.

Semne observate	Unde vă adresați
Pierderea cunoștinței, confuzie, somnolență accentuată sau reacții neobișnuite.	Sunați imediat la 112.
Sângerare cu amețeală puternică, senzație de leșin sau dificultăți de respirație; tensiune arterială sub 90/50 mmHg, dacă a fost măsurată.	Sunați imediat la 112.
Schimbați un absorbant cu capacitate mare la fiecare 2 ore sau mai des, sângerarea continuă în pofida tratamentului și apar amețeli ori senzație de leșin.	Sunați la 112 sau prezentați-vă de urgență la spital.
Durere puternică apărută brusc în partea de jos a abdomenului, mai ales dacă se intensifică sau este însoțită de sângerare.	Solicitați evaluare medicală urgentă. Sunați la 112 dacă durerea este severă sau vă simțiți rău.
Urinați foarte puțin sau deloc și aveți sângerare abundentă, amețeli ori stare generală alterată.	Sunați la 112.
Menstruația este mai abundentă decât de obicei, fără semnele grave de mai sus.	Contactați medicul de familie sau ginecologul cât mai curând pentru evaluarea sângerării și a anemiei.

Sângerarea este abundentă dacă trebuie să schimbați un absorbant cu capacitate mare („4 picături”) la mai puțin de 4 ore. Solicitați consult chiar dacă nu aveți alte simptome.
Sursă: Protocolul clinic național PCN 375, Miomul uterin

Anexa nr. 4

GRADE DE RECOMANDARE ȘI NIVELE ALE DOVEZILOR

Tabelul 1. Clasificarea puterii aplicative a gradelor de recomandare

Puterea aplicativă	Cerințe
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict și trebuie urmate în totalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiune	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Tabelul 2. Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul	Cerințe	Corespundere
Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi Ia sau Ib
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi IIa, IIb sau III
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau din opinii ale unor comitete de experți, sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu. Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.	Nivel de dovezi IV
Grad E	Recomandări de bună practică, bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.	-

Tabelul 3 Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel de dovezi	Cerințe pentru corespundere
Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.

BIBLIOGRAFIE

1. Cernețchi O., Sârbu Z., Tabuica Ul., Stavinskaia L. și colab. *Endocrinological Gynecology*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2022. 506 p. ISBN 978-5-88554-112-1.
2. Cernețchi O., Dondiuc I., Sârbu Z., Corolcova N., Rotaru M., Porfire L., Cotelea V., Burac M., Alsatou A. *Miomul uterin. Protocol clinic național*. Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 888 din 28.09.2020. Chișinău, 2020. 42 p.
3. Al-Hendy A, Lukes AS, Poindexter AN 3rd, et al. Long-term Relugolix Combination Therapy for Symptomatic Uterine Leiomyomas. Obstet Gynecol. 2022;140(6):920-930. doi:10.1097/AOG.0000000000004988
4. Atkinson D. Hormonal Therapy Before Surgery for Uterine Fibroids. *Am J Nurs.* 2018;118(11):19.
5. Ayman Al-Hendy et al. Treatment of Uterine Fibroid Symptoms with Relugolix Combination Therapy. N Engl J Med. 2021 February 18; 384(7): 630–642. doi:10.1056/NEJMoa2008283.
6. Chen I, Kives S, Randle E , Guideline No. 461: The Management of Uterine Fibroids, Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada , 2025; 47
7. Chen J, Li Y, Wang Z, et al. Evaluation of high-intensity focused ultrasound ablation for uterine fibroids: An IDEAL prospective exploration study. BJOG 2018;125(3):354–64. doi: 10.1111/1471-0528.14689.
8. Coutinho LM, Assis WA, Spagnuolo-Souza A, Reis FM. Uterine fibroids and pregnancy: How do they affect each other? Reprod Sci 2022;29(8):2145–51. doi: 10.1007/s43032-021-00656-6.
9. Elizabeth A. Stewart et all. Relugolix Combination Therapy for Uterine Leiomyoma–Associated Pain in the LIBERTY Randomized Trials Obstetrics and Gynecology.June 2022, 139(6):1070-1081.DOI:10.1097/AOG.0000000000004787
10. Erden M, Uyanik E, Polat M, Ozbek IY, Yarali H, Mumusoglu S. The effect of ≤6 cm sized noncavity-distorting intramural fibroids on in vitro fertilization outcomes: A systematic review and meta-analysis. Fertil Steril 2023;119(6):996–1007. doi: 10.1016/j.fertnstert.2023.02.018.
11. European Medicines Agency (EMA/318437/2021) https://www.ema.europa.eu/en/documents/overview/ryeqo-epar-medicine-overview_en.pdf
12. Ferrero S., Vellone V.G., Barra F., Scala C. Ulipristal Acetate before Hysteroscopic and laparoscopic Surgery for Uterine Myomas: Help or Hindrance? *Gynecol Obstet Invest.* 2019;84(4):313–325.
13. Gingold J.A., Chichura A., Harnegie M.P., Kho R.M. Perioperative Interventions to Minimize Blood Loss at the Time of Hysterectomy for Uterine Leiomyomas: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(7):1234–1252.e1.
14. Giuliani, E., As-Sanie, S., Marsh, E.. Epidemiology and management of uterine fibroids. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2020; 149:3-9. https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13102
15. Hiroshi Hoshiai et al. Relugolix for oral treatment of uterine leiomyomas: a dose-finding, randomized, controlled trial. BMC Women's Health. (2021) 21:375
16. Juan C. Arjona Ferreira. Development of Relugolix combination therapy as a medical treatment option for women with uterine fibroids or endometriosis. Fertil Steril Rep. 2022 Nov 21;4(2

Suppl):73-82. doi: 10.1016/j.xfre.2022.11.010.

17. Keung JJ, Spies JB, Caridi TM. Uterine artery embolization: A review of current concepts. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2018;46:66–73. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2017.09.003.
18. Kubik-Huch R.A., Weston M., Nougaret S. și colab. ESUR Guidelines: MR Imaging of Leiomyomas. *Eur Radiol.* 2018;28(8):3125–3137.
19. Laberge P.Y., Murji A., Vilos G. și colab. Guideline No. 389 – Medical Management of Symptomatic Uterine Leiomyomas – An Addendum. *J Obstet Gynaecol Can.* 2019;41(10):1521–1524.
20. Laganà A.S., Alonso Pacheco L., Tinelli A. și colab. Management of Asymptomatic Submucous Myomas in Women of Reproductive Age. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(3):381–383.
21. Lewis TD, Malik M, Britten J, San Pablo AMA, Catherino WH. A comprehensive review of the pharmacologic management of uterine leiomyoma. BioMed Res Int 2018;2018:2414609. doi: 10.1155/2018/2414609.
22. Management of symptomatic uterine leiomyomas: ACOG Practice Bulletin, Number 228. Obstet Gynecol 2021;137(6):e100–15. doi:10.1097/aog.0000000000004401.
23. Mohamed Ali et al. An evaluation of Relugolix/estradiol/norethindrone acetate for the treatment of heavy menstrual bleeding associated with uterine fibroids in premenopausal women. Expert Opin Pharmacother. 2022 Mar;23(4):421-429. doi: 10.1080/14656566.2022.2030705
24. Munro MG, Critchley HOD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Committee. The two FIGO systems for normal and abnormal uterine bleeding symptoms and classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years: 2018 revisions. Int J Gynecol Obstet 2018;143(3):393–408. doi: 10.1002/ijgo.12666
25. NICE guideline. 2022 https://www.nice.org.uk/guidance/ta832/documents/final-appraisal-determination-document
26. NICE Guideline. *Heavy Menstrual Bleeding: Assessment and Management*. NG88, 14 March 2018.
27. Parker WH. Uterine myomas: Management. Fertil Steril 2007;88(2):255–71. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.06.044.
28. Penzias A, Bendikson K, Butts S, et al. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: A guideline. Fertil Steril 2017;108(3):416–25. doi: 10.1016/j.fertnstert.2017.06.034.
29. Pérez-López F, Ornat L, Ceausu I .et al. EMAS position statement: Management of uterine fibroids Maturitas, 2014; 79, 106-116
30. Pérez-López F.R., Ornat L., Ceausu I. și colab. EMAS Position Statement: Management of Uterine Fibroids. *Maturitas.* 2014;79(1):106–116.
31. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: An updated systematic review of the evidence. Fertil Steril 2009;91(4):1215–23. doi: 10.1016/j.fertnstert.2008.01.051. Search PubMed
32. Sandberg E.M., Tummers F.H.M.P., Cohen S.L. și colab. Reintervention Risk and Quality of Life Outcomes after Uterine-Sparing Interventions for Fibroids. *Fertil Steril.* 2018;109(4):698–707.e1.

33. Sandberg EM, Twijnstra ARH, Driessen SRC, Jansen FW. Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: A systematic review and meta-analysis. J Minim Invasive Gynecol 2017;24(2):206–217.e22. doi: 10.1016/j.jmig.2016.10.020.

34. Singh S., Best C., Dunn S. și colab. Abnormal Uterine Bleeding in Pre-Menopausal Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018;40(5):e391–e415.

35. Stewart E, Lukes A, Venturella R et al.Quality of life with Relugolix combination therapy for uterine fibroids: LIBERTY randomized trials American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2022; 228, 320.e1-320.e11

36. Taheri M., Galo L., Potts C. și colab. Nonresective Treatments for Uterine Fibroids. *Int J Hyperthermia.* 2019;36(1):295–301.

37. Tian YC, Wang Q, Wang HM, Wu JH, Dai YM. Change of uterine leiomyoma size during pregnancy and the influencing factors: A cohort study. Int J Gynaecol Obstet 2022;157(3):677–85. doi: 10.1002/ijgo.13903.

38. Tranoulis A., Georgiou D., Alazzam M., Borley J. Combined Laparoscopic Uterine Artery Occlusion and Myomectomy versus Laparoscopic Myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(5):826–837.

39. Verpalen I.M., Anneveldt K.J., Nijholt I.M. și colab. MR-HIFU Therapy of Symptomatic Uterine Fibroids. *Eur J Radiol.* 2019;120:108700.

40. Vitale S.G., Padula F., Management of Uterine Fibroids in Pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015;27:432–437.

41. Whynott R.M., Vaught K.C.C., Segars J.H. The Effect of Uterine Fibroids on Infertility. *Semin Reprod Med.* 2017;35(6):523–532.

42. Yahiya Y. Syed. Relugolix/Estradiol/Norethisterone (Norethindrone) Acetate: A Review in Symptomatic Uterine Fibroids. Drugs (2022) 82:1549–1556 https://doi.org/10.1007/s40265-022-01790-4

43. Yang Y., Hao Y., Zhang J. și colab. Ultrasound-Guided Percutaneous Microwave Ablation for Subserosal Uterine Myomas. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019;26(3):544–550.

44. Yutaka Osuga et al. Oral Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist Relugolix Compared with Leuprorelin Injections for Uterine Leiomyomas: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol. 2019 Mar;133(3):423-433.

45. **World Health Organization.** Guideline on haemoglobin cutoffs to define anaemia in individuals and populations. Geneva: WHO; 2024. ISBN 978-92-4-008854-2.