Dr. Nenciu, Asis. Univ. Dr. Oana Crețu
Dr. Alina Dîrlău, Asis. Univ. Adrian Neacșu,
Prof. Dr. Iuliana Ceaușu

SPITALUL CLINIC
DR. I. CANTACUZINO

RNCAR

Romanian National Congenital Anomaly Registry

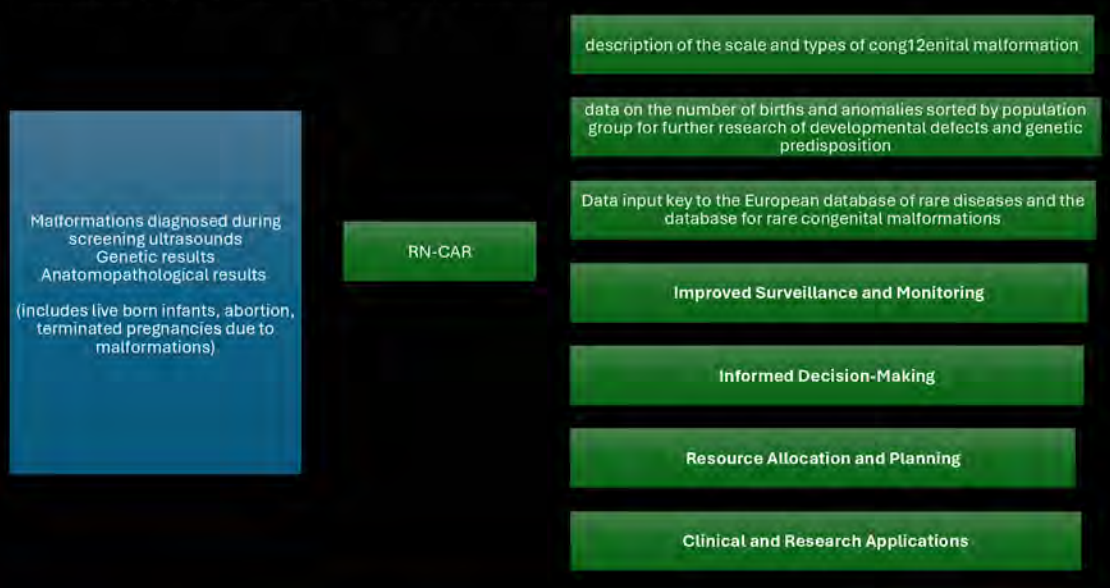
Let's put Romania on the map together!

Coverage of the European live births, Birth year 2018, by EUROCAT full or associate member registries (May 2023)

Country	EUROCAT registry	% Country covered (1)
Poland	Wielkopolska	
	Poland[2, 3]	100.0%
Romania		0.0%
Slovakia		0.0%
Finland	Finland[4]	0.0%
Sweden	Sweden[5]	0.0%
United Kingdom	E Mid & S York	
	Northern England	
	South West England	
	Thames Valley	
	Yorkshire and Humber	
	Wessex	
	West Midlands	
	Scotland[6]	
	Wales	
	Total	13.1%

The Romanian National Congenital Anomaly Registry has the following goals:

- Support an increase in knowledge on the prevalence of specific congenital malformations and the associated mortality in a specific population.
- Investigate the incidence of different congenital malformations over time as well as across geographical regions.
- Investigate the long-term effect congenital malformation may have on the health status of the child.
- Support the development and funding of further research.
- Provide evidence to healthcare professionals involved in preconception and prenatal care where resources should be directed to improve the detection and prevention of a specific congenital malformation.
- Provide information from our country for the parents that are confronting with anomalies during pregnancy.
- Generate the infrastructure for additional databases for congenital anomalies that can extent in the pediatric and adult population.



What you can do?
www.rncar.ro
Register your case on contact@rncar.ro

The registry of congenital anomaly is a program that gathers the causes of congenital defects and malformations observed during pregnancy and in newborn children. The majority of embryonic and fetal development disorders taken one by one have significant low frequencies. From this point of view, this types of malformation fall under the rare diseases category. For this reason, it is important that the registry gathers multidisciplinary and cooperative network, in which doctors from hospitals throughout each country, from different areas participate. The most important objective is to find out the causes and the incidence of alterations in embryonic and fetal development. This is the first step in order to ensure that the development is not altered by establishing public healthcare measures.

In Europe are several countries that have developed national registries. This data is gathered and centralized with the help of EUROCAT - European network of population-based registries for the epidemiological surveillance of congenital anomalies. The main EUROCAT objectives are providing essential epidemiological data on congenital anomalies, teratogenic factors early warning, evaluating the primary prevention and offering information and resources for the population and the healthcare professionals.

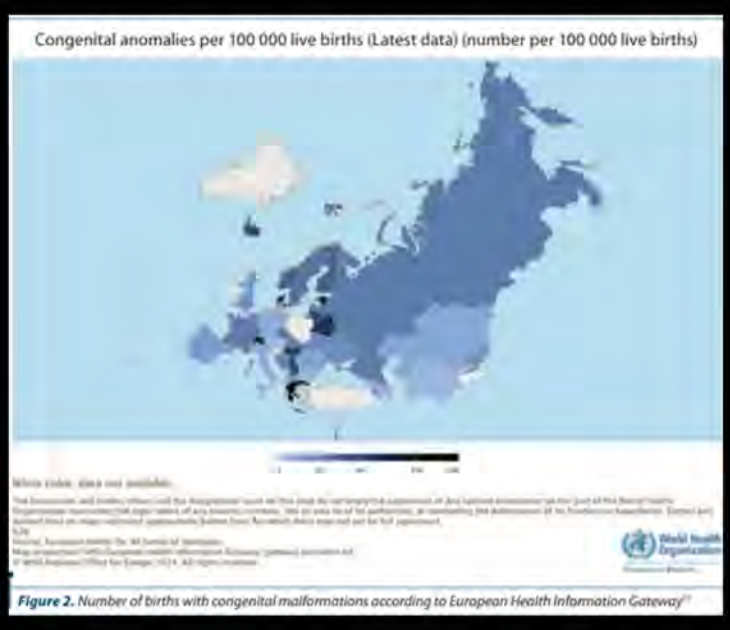


Figure 2. Number of births with congenital malformations according to European Health Information Gateway[22]

In European countries, the overall CM incidence ranges from 3.0 to 4.5 per 100 live births, particularly in Western Europe (4.0-5.0 per 100 live births) and in the Mediterranean countries. CMs are the leading cause of perinatal mortality in Europe, especially in Nordic countries, and the second leading cause of infant mortality after premature births. The total mortality related to CMs has not decreased in recent years because the rate of prenatal diagnosis has no effect on the number of pregnancies with lethal malformations. The trend has been stable over the past 25-30 years because of low rates of voluntary interruptions of pregnancy in the presence of fetal congenital anomalies in Western Europe, except in the Mediterranean countries.

Birth defects kill thousands of high-risk neonates each year in developing countries. The babies that are born with congenital anomalies and survive through the first years may have lifelong mental and physical disabilities. This percentage of congenital malformations ranges between 2.13 and 7.26%. Among these, around 25% have metabolic malformations.

According to WHO, in Romania were more than 4000 live births with congenital anomalies in 2022.

RUPTURA VAGINALĂ LA O PACIENTĂ CU UTER DIDELF ȘI SPLINĂ ACCESORIE: PROVOCĂRI DIAGNSOTICE ȘI TERAPEUTICE ÎNTR-UN CAZ RAR

CIUBEICĂ A[1], ARVĂTESCU C.A [1], VASILACHI N [1], MOGA M.A [1], BĂDILĂ S.I [1]
[1] Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie Brasov, Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

INTRODUCERE

Uterul didelf este o anomalie mulleriană ce apare din lipsa completă de fuziune, rezultând două hemiutere complet separate, două coulri și de obicei două vagine. Cele mai multe femei au un vagin dublu sau un sept vaginal longitudinal. Incidența acestei anomalii este de 3:1000 [1]. Uterul didelf poate fi izolat sau parte a unei triade ce conține hemivagin obstruat și agenezie renală ipsilaterală, sindrom cunoscut sub denumirea de sindromul Herlyn-Werner-Wunderlich [2]. Evolutia clinică a pacientelor cu această anomalie este asimptomatică la majoritatea dintre acestea, astfel încât diagnosticul este pus abia la vârsta reproductivă. Cu toate acestea, uneori se poate manifesta prin dispareunie și/sau dismenoree [3].

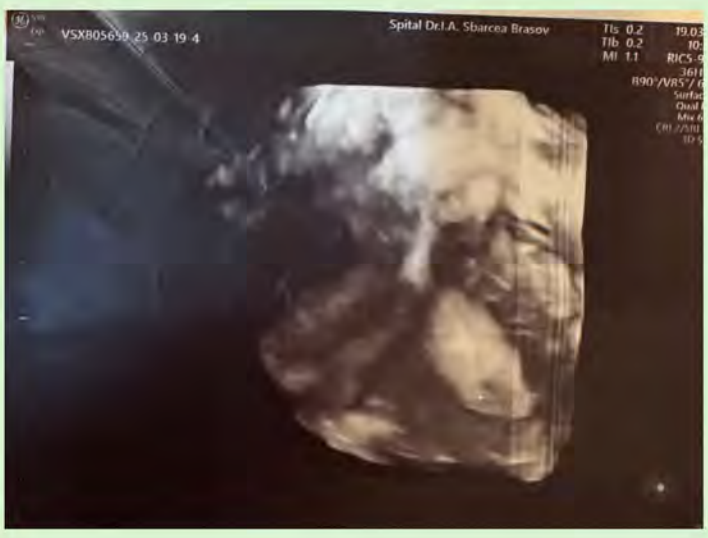
MATERIAL ȘI METODĂ

Pacientă în vârstă de 32 ani se prezintă în serviciul de urgență al Spitalului Clinic de Obstetrică si Ginecologie Brașov pentru metroragie cu debut de câteva ore în urma actului sexual. Datele anamnestice ale pacientei relevă o naștere prin operație cezariană efectuată în 2019 pentru anomalie de prezentație și splină accesorie diagnsoticată incidental în urma unui CT abdominal. Antecendentele heredocolaterale sunt nesemnificative. Pacienta nu prezintă istoric de tratament cu preparate hormonale sau imunosupresoare.

REZULTATE

Examinarea cu valve: se constata solutie de continuitate la nivelul peretelui postero-lateral stâng, două orificii cervicale externe. Fara leziuni macroscopice perineale.
Examenul ecografic relevă aspect de uter didelf cu prezența a două cavități uterine, omogene, de dimensiuni asemanatoare , cu endometru in fază proliferativă la nivelul uterului stâng. Ovare bilaterale cu folicului in diverse stadii de dezvoltare.

Managementul terapeutic al cazului: efectuarea suturii vaginale cu fire separate , asigurarea hemostazei cu medicatie antihemostatică, antiinflamator local.



DISCUȚII SI CONCLUZII

Malformațiile uterine sunt cel mai adesea detectate la pacienții de vârstă reproductivă din cauza problemelor de fertilitate (anterior fără simptome), până la 2-8% dintre femeile infertile au o malformație uterină și 5-30% au antecedente de avort spontan. Uterul bicorn, unicorn și didelf nu sunt, în general, o cauză directă a infertilității. Cu toate acestea, ar putea fi asociată cu rezultate nefaste pe parcursul sarcinii. Chan și colab. a sugerat că femeile cu defecte de canalizare, cum ar fi uterul septat și subseptat, par să aibă cele mai slabe performanțe de reproducere, ele prezintă un risc crescut de avort spontan în primul trimestru, naștere prematură și anomalii de prezentație a fătului la naștere. Prezența unei anomalii congenitale uterine poate fi un factor de stres pentru paciente, ceea ce poate duce la o calitate scăzută a vietii. Fiind majoritar incidental diagnosticate, nu există date în ceea ce priveste complicatiile si repercursiunile asupra stiului de viata al pacientelor, insa este necesar ca pacientele o data diagnsoticate, să fie evaluate pentru existenta altor malformatii congenitale.

BIBLIOGRAFIE

1Ades A, Hong P. Successful laparoscopic transabdominal cerclage in uterus didelphys. BMJ Case Rep. 2015 Nov 17;2015:bcr2015212977. doi: 10.1136/bcr-2015-212977
2Gutiérrez-Montufar OO, Zambrano-Moncayo CP, Otálora-Gallego MC, Meneses-Parra AL, Díaz-Yamal I. Herlyn-Werner-Wunderlich syndromne: case review and report of the literature. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2021 Dec 30;72(4):407-422. English, Spanish. doi: 10.18597/rcog.3699. PMID: 35134287
3Ćwiertnia A, Borzyszkowska D, Golara A, Tuczyńska N, Kozłowski M, Kwiatkowski S, Cymbaluk-Płoska A. The Impact of Uterus Didelphys on Fertility and Pregnancy. Int J Environ Res Public Health. 2022 Aug 25;19(17):10571. doi: 10.3390/ijerph191710571.

INCIDENȚA INFECȚIEI URINARE ÎN SARCINĂ

Diana Popovici, Loredana Toma, Bogdan Toma
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași, România

INTRODUCERE

Infecțiile urinare sunt cele mai frecvente complicații medicale la gravide, care apar datorită modificărilor anatomice și fiziologice din timpul sarcinii, hormonilor de sarcină, reducerea imunității în sarcină și contaminării bacteriene.

Sarcina reprezintă un factor de risc important, frecvența pielonefritei în sarcină regăsindu-se într-un procent de 10% dintre infecțiile urinare.

MATERIAL ȘI METODE

Studiul a fost efectuat pe un lot de 180 de gravide diagnosticate cu infecție urinară în sarcină și a cuprins vârsta acestora, vârsta gestațională, anamneza, simptomatologia descrisă, examen clinic obstetrical și examen paraclinic (ecografie, sumar de urină, urocultura, analize sanguine generale, analize biochimice sanguine).

Dintre acestea, 126 gravide (70%) au fost diagnosticate cu cistită, 36 gravide (20%) au fost diagnosticate cu uretrită și 18 gravide (10%) au fost diagnosticate cu pielonefrită.

O infecție urinară în sarcină se manifestă la nivelul vezicii urinare (cistita), la nivelul uretrei (uretrita) și la nivelul bazinetului, calicelor renale și parenchimului renal (pielonefrita); pielonefrita de sarcină, în lipsa tratamentului de specialitate provoacă mari complicații.

CONCLUZII

Remarcăm că cea mai frecventă formă de infecție urinară în sarcină a fost cistita -70% (inflamația bacteriană a vezicii urinare), determinată de bacterii din zona anală (E Coli) și de faptul că la femei uretra este mai scurtă, ceea ce favorizează contaminarea ușoară a vezicii urinare.

Uretrita a fost regăsită într-un procent de 20% iar pielonefrita (infecția bazinetului, calicelor și parenchimului renal) într-un procent de 10%.

Repercursiunile pielonefritei asupra sarcinii sunt grave (iminență de naștere prematură, ruptura precoce de membrane, naștere prematură, RCIU, preeclampsie). Netratată o infecție urinară în sarcină poate duce la grave complicații.

Efficacy of Magnesium Sulfate in Neuroprotection for Preterm Infants: A Systematic Review

Ionel D 1 , Tănase A 1,2 , Micu A 1 , Popescu D 1 , Huțanu D 1 , Onofriescu M 1,2
1, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Cuza Vodă", Iasi, Romania
2. Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr.T.Popa", Iasi, Romania

INTRODUCTION

Advances in neonatal care, particularly antenatal corticosteroids, surfactant therapy, and magnesium sulfate ($MgSO_4$), have improved preterm infant survival. However, these improvements are accompanied by an increased risk of neurodevelopmental impairments, such as cerebral palsy and cognitive dysfunction. Cerebral palsy is more common in extremely preterm infants (<28 weeks gestation), and since there is no cure, preventive strategies like magnesium sulfate are crucial.

MATERIALS & METHODS

A systematic review was conducted to assess magnesium sulfate's effectiveness for fetal neuroprotection in preterm pregnancies. Studies were sourced from PubMed, Cochrane Library, and Scopus. The review focused on clinical trials, observational studies, and meta-analyses evaluating the efficacy of magnesium sulfate in preventing cerebral palsy and other neurodevelopmental impairments in preterm infants. Key areas of analysis included timing, duration, dosing regimens, and the correlation between cord blood magnesium levels and neuroprotective outcomes.

1. Bennet L, Galinsky R, Draghi V, Lear CA, Davidson JO, Unsworth CP, et al. Time and sex dependent effects of magnesium sulphate on post-asphyxial seizures in preterm fetal sheep. J Physiol 2018;
2. Shepherd E, Salam RA, Manhas D, Synnes A, Middleton P, Makrides M, et al. Antenatal magnesium sulphate and adverse neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2019

RESULTS

Magnesium sulfate has been shown to reduce brain injury in preterm infants, potentially through its effects on excitotoxic and inflammatory pathways. A mean cord blood magnesium level of 3.8 mg/dL was identified as optimal for neuroprotection. Magnesium sulphate for fetal neuroprotection should be administration as 4 gram IV loading dose over 10 minutes via syringe driver followed by 1 gram per hour infusion until birth or when 24 hours of infusion has been administered, whichever is earlier. Additionally, magnesium sulfate administration showed similar neonatal outcomes for infants born at 26–28 weeks and 32–34 weeks gestation, suggesting that early administration (before 28 weeks) is beneficial.

CONCLUSIONS

Magnesium sulfate remains an effective intervention for neuroprotection in preterm infants, significantly reducing the incidence of cerebral palsy without impacting neonatal mortality rates. The findings suggest that magnesium sulfate does not need to be limited to a narrow gestational window (28–32 weeks), as similar outcomes were observed with earlier administration. Timely administration, targeting a cord blood magnesium level of 3.8 mg/dL, is effective in improving neonatal outcomes. Further research, including long-term follow-ups, is needed to understand the full impact of magnesium sulfate on neurodevelopmental outcomes.

SARCINA IMPLANTATĂ PE CICATRICE
-TRATAMENT-

Ionel D 1 , Tănase A 1,2 , Micu A 1 , Popescu D 1 , Huțanu D 1 , Onofriescu M 1,2
1, Spitalul Clinic de Obstetrică și Ginecologie "Cuza Vodă", Iasi, Romania
2 Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr.T.Popa", Iasi, Romania

INTRODUCERE

Sarcina implantată pe cicatricea operației cezariene (SICC) este o complicație potențială a sarcinii, care apare la femeile care au avut una sau mai multe nașteri prin cezariană. Adevărata incidenţă a SICC este necunoscută, dar estimările variază între 1 din 1800 și 1 din 2656 de sarcini, aceasta fiind însă în creștere, prin prisma numărului tot mai mare de operații cezariene efectuate. Un aspect extrem de important este diagnosticarea sarcinii implantate pe cicatricea de cezariană cât mai devreme posibil, ideal în jurul săptămânii a 7-a de gestație. Eșecul diagnosticării poate duce la un risc crescut de travaliu prematur, ruptură uterină, tulburări de implantare din spectrul accreta, hemoragie masivă (ce poate apărea în oricare dintre cele trei trimestre ale sarcinii) și de histerectomie, cu o morbiditate și mortalitate crescute atât pentru mamă, cât și pentru făt. Diagnosticul se bazează pe ecografie transvaginală efectuată în săptămânile 5-9 de gestație (fig. 1).

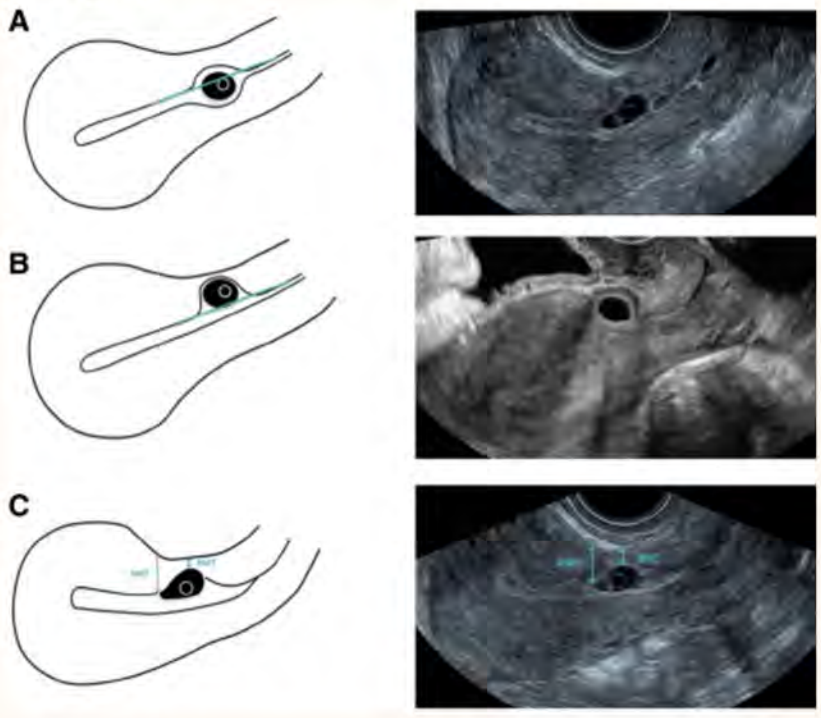


Fig. 1. Clasificarea SICC (A . tip I - sacul gestațional este situat la nivelul cicatricii uterine cu > 50 % din sacul protuzionând la nivelul cavității uterine; B. tip II - sacul gestațional este situat la nivelul nișei, cu < 50 % din sac protuzionând la nivelul cavității); RMT -grosime miometru rezidual; AMT - grosime miometru situat adiacent sacului gestațional, în secțiune sagitală.

CONCLUZII

Sarcina implantată pe cicatricea de cezariană poate fi gestionată eficient, în primul trimestru de sarcină, în mai mult de 90% din cazuri, fie prin evacuare prin aspirare sau excizie chirurgicală, fie prin tratament medicamentos. Eficacitatea tuturor opțiunilor de tratament scade odată cu avansarea vârstei gestației, iar sarcinile implantate pe cicatrice trebuie tratate cât mai devreme posibil, după confirmarea diagnosticului. Tratamentul medical local, cu clorură de potasiu sau methotrexate, este mai puțin eficient și are rate mai mari de complicații decât celelalte opțiuni de tratament. Methotrexatul administrat sistemic are un risc substanțial de a eșua, o rată mai mare de complicații și nu se recomandă ca tratament de primă linie.

OPȚIUNI DE TRATAMENT

TRATAMENTUL CHIRURGICAL include chiuretajul aspirativ, excizia chirurgicală (via laparoscopie sau laparotomie) și histerectomia. Cea mai utilizată metodă este chiuretajul aspirativ (ghidat sau nu ecografic), rareori combinat cu cerclage Shirodkar, iar prezența activității cardiace fetale nu influențează rata de reușită a procedurii. Deși are o rată de reușită crescută (88.4%-94.5%), una dintre complicațiile care se regăsește în mod special în cazul în care se practică chiuretajul aspirativ, este avortul incomplet, cu retenția de resturi ale produsului de concepție, fiind necesară reintervenția (3.1% din cazuri).

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS implică administrarea de methotrexate sistemic sau la nivelul sacului gestațional, sau injectarea de KCl în sac, cu revenirea nivelului ß-hCG la valorile pre-sarcină în 11 - 155 de zile (62 zile, în medie), în majoritatea cazurilor fiind necesare terapii adjuvante (precum chiuretajul aspirativ). Printre condițiile care este necesar a fi îndeplinite pentru a se administra methotrexate se numară : ß-hCG seric > 1.500 mUI/mL, însă nu mai mare de 5.000 mUI/mL, dimensiunea masei anexiale < 3,5 cm, lipsa activității cardiace embrionare ectopice la EEV (rata de reușită este de 66.6%). Protocolul cu doză unică poate fi recomandat pacientelor cu nivele inițiale ale ß-hCG relativ scăzute sau în platou (doza este de 50 mg/m2 i.m. cu repetarea dozei, dacă în ziua 7 ß-hCG nu a scăzut cu peste 15% faţă de ziua 4). Protocolul cu două doze poate fi recomandat pacientelor cu nivele inițiale ß-hCG mai mari, ca alternativă la protocolul cu doze multiple, în vederea reducerii efectelor adverse. Complicațiile apar în 13.0% din cazuri.

TRATAMENTUL CU BALON este o opțiune minim invazivă, bine tolerată, familiară obstetricienilor care utilizează cataterul cu balon pentru inducerea travaliului. Acesta poate fi utilizat in asociere cu methotrexate / KCl injectat la nivelul sacului, sau în asociere cu chiuretajul aspirativ, fiind prevenită hemoragia, însă sunt necesare studii suplimentare, această abordare nefăcând, încă, parte din protocoalele pentru tratamentul SICC din România.

BIBLIOGRAFIE

1. Timor-Tritsch I, Buca D, Di Mascio D, et al. Outcome of cesarean scar pregnancy according to gestational age at diagnosis: a systematic review and meta-analysis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol , 2021
2. Menon S, Colins J, Barnhart KT. Establishing a human chorionic gonadotropin cutoff to guide methotrexate treatment of ectopic pregnancy: a systematic review. Fertil Steril. 2007
3. Andrea Kaelin Agten, Davor Jurkovic. First-trimester cesarean scar pregnancy: a comparative analysis of treatment options from the international registry, 2023

Zilele Spitalului Elena Doamna

Progrese recente în diagnosticul imunocitochimic al stărilor precanceroase ale colului uterin

Irina Burdeniuc[1], Tudor Rotaru[1], Ludmila Rotaru[1], Corina Darii[1]
[1]USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău. Republica Moldova.

INTRODUCERE

Dubla marcare p16/Ki-67 este o metodă avansată de imunocitochimie utilizată în screening-ul pentru cancerul de col uterin. Utilizarea p16INK4a în screening-ul cancerului de col uterin reprezintă o alternativă promițătoare la strategiile de triere existente pentru femeile cu rezultate anormale la testul Papanicolau.

METODOLOGIE

Studiul observațional a inclus 42 de paciente diagnosticate cu LSIL, investigate printr-o abordare complexă ce a inclus analiza imunocitochimică (CINtec cytology), testarea HPV, testul Babeș-Papanicolau, colposcopie și biopsie cervicală. Probele obținute au fost supuse examinării histopatologice pentru stadializarea precisă a leziunilor cervicale.

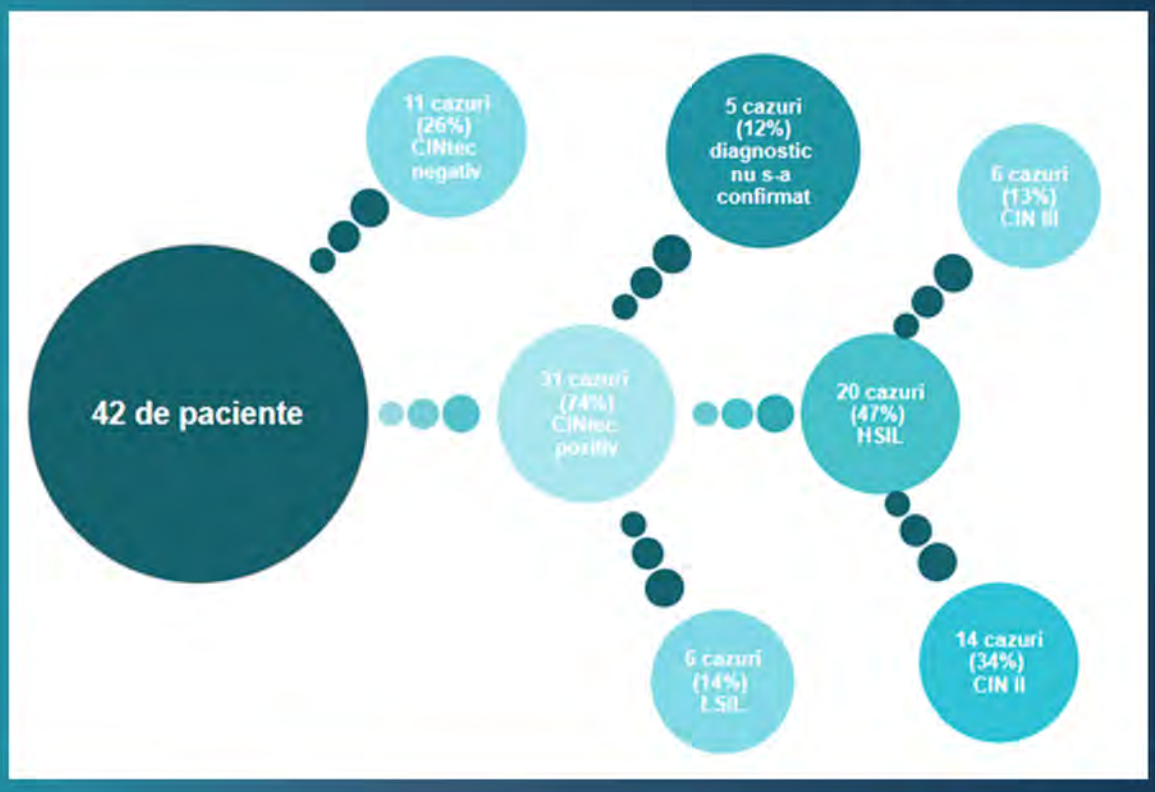
CIN2, coloraţie hematoxilină-eozină

CIN2, pozitiv p16

CIN2, expresia Ki-67 în mai mult de 25% dintre celule

REZULTATE

Dintre cele 42 de paciente investigate, 31 (74%) au avut rezultate pozitive la testul CINtec, sugerând o perturbare a ciclului celular cauzată de infecția cu HPV. Aceste paciente au fost supuse colposcopiei, iar în 5 cazuri diagnosticul nu a fost confirmat. În celelalte 26 de cazuri s-a efectuat biopsie cervicală țintită, urmată de examinare histologică, care a evidențiat prezența HSIL la 20 de paciente (CIN II în 14 cazuri (34%) și CIN III în 6 cazuri (13%)).



Author	P16				Ki67) 2/3 upper)			
	sensitivity	specificity	PPV	NPV	sensitivity	specificity	PPV	NPV
Hosseini	58.73%	100%	100%	72.79%	66.67%	100%	100%	75%
Xing	87.5%	75.65	76.1%		95%	64.4%	70.3%	
Hebbar	76.2%	87.5%	96.9%	41%	90.5%	87.5%	95%	60%
Kanthiya	90.5%	84.5%			82.1%	88.6%		
Aslani	91.3%	98.1%	95.4%	96.3%	95.6%	85.1%	91.3%	98.1%

		HR-HPV test	Colposcopy	P16/ki-67
ASCUS	sensitivity	52.3%	14.3%	90.4%
	Specificity	76.4%	100%	97.2%
	PPV	39.2%	100%	90.4%
	NPV	84.6%	80%	97.2%
LSIL	sensitivity	65.5%	36%	95%
	Specificity	71.4%	100%	95.2%
	PPV	76.9%	100%	96.6%
	NPV	58.8%	52%	93%

DISCUȚII

Mai multe studii recente sugerează că expresia anormală a p16 și nivelul crescut de Ki-67 joacă un rol esențial în identificarea schimbărilor oncogenice cauzate de infecțiile persistente cu HPV. Prezența simultană a acestora indică o dereglementare a ciclului celular, ceea ce poate ajuta la depistarea leziunilor cervicale Comparativ cu alte metode, testul p16/Ki-67 se remarcă printr-o specificitate și sensibilitate superioare, contribuind astfel la reducerea riscului de diagnostic fals pozitiv sau fals negativ.

CONCLUZII

Metoda CINtec cytology oferă un diagnostic precis prin detectarea expresiei anormale a p16 și Ki-67, elemente cheie în identificarea leziunilor cervicale. Această tehnologie contribuie la o mai bună orientare a tratamentului, asigurând un management eficient și personalizat al leziunilor cervicale, reducând astfel riscul de evoluție către cancer.

BIBLIOGRAFIE

1. Hosseini M.S. Comparison of Ki67 index and P16 expression in different grades of cervical squamous intraepithelial lesions. Caspian J Intern Med. 2023.
2. Magkana M. The p16/ki-67 assay is a safe, effective and rapid approach to triage women with mild cervical lesions. PLoS One. 2021.

LIPOMUL UTERIN –O TUMORĂ BENIGNĂ RARĂ: PREZENTARE DE CAZ

Stela CASAP[12], Maria DINUȚĂ[12], Oana DIMIENESCU[12], Marius Alexandru MOGA[12], Andrei CIUBEICĂ[12]
1.SpitalulClinic deObstetrică Ginecologie"Dr.I.A. Sbârcea"Brașov,România
2. Universitatea Transilvania din Brașov, Facultatea de Medicină

CUVINTE CHEIE: lipom uterin pur, imagistică IRM, menopauză, tumoră benignă, histerectomie, adipocite mature

INTRODUCERE

Tumorile uterine lipomatoase reprezintă formațiuni benigne rare, cu o incidență estimată între 0,03-0,2%, predominând în perioada postmenopauză. Acestea pot fi clasificate în lipoame pure, compuse exclusiv din țesut adipos matur, și lipoame mixte, care includ componente fibroase sau musculare netede.

Etiopa togenia tumorilor lipomatoase este insuficient elucidată, ipotezele actuale implicând metaplazia fibroblastelor sau diferențierea anormală a celulelor mezenchimale. Importanța clinică a acestor tumori constă în necesitatea diferențierii de tumorile maligne și în stabilirea conduitei terapeutice adecvate.

PREZENTARE DE CAZ

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 63 de ani, în postmenopauză de 6 ani, care s-a prezentat pentru evaluare ginecologică de rutină, fără acuze la momentul consultului.

- Antecedentele heredocolaterale sunt nesemnificative, iar cele ginecologice- dismenoree primară, cu flux menstrual normal, cu menopauza instalată spontan la 57ani.Ultimul consult ginecologic afost efectuat în urmă cu26 deani.
- Examenul clinic aevidențiato masă abdominală mobilă, fermă, nedureroasă, situată deasupra simfizei pubiene.
- Ecografia transvaginală a evidențiat o formațiune hiperecogenă omogenă, bine delimitată, de aproximativ 12,9/9,1 cm, fără vascularizație Doppler semnificativă.

RMN pelvin a confirmat o tumoră uterină predominant lipomatoasă, delimitată de septuri fine cu captare de gadoliniu.

Figura1. Imagine ecograficătransvaginalăînsecțiuneaxială, evidențiindo masămarcathiperecogenă, înconjuratăde un halou hipoecogen,cu dimensiunide 129,9 ×91,7 mm.

Figura2. RMNabdominal înplan sagital(a) șiaxial (b, c), demonstrându leziune omogenhiperintensă, bine definită, ceprovinedin pereteleuterin, compusădin țesut adipos.

- Investigațiile paraclinice și markerii tumorali-în limite normale.
- Pacienta a fost supusă histerectomiei totale cu anexectomie bilaterală și omentectomie parțială. Examenul histopatologic a relevat o proliferare de adipocite mature, separate de septuri fibro-vasculare, fără atipii citologice sau mitoze, confirmând diagnosticul de lipom uterin pur.

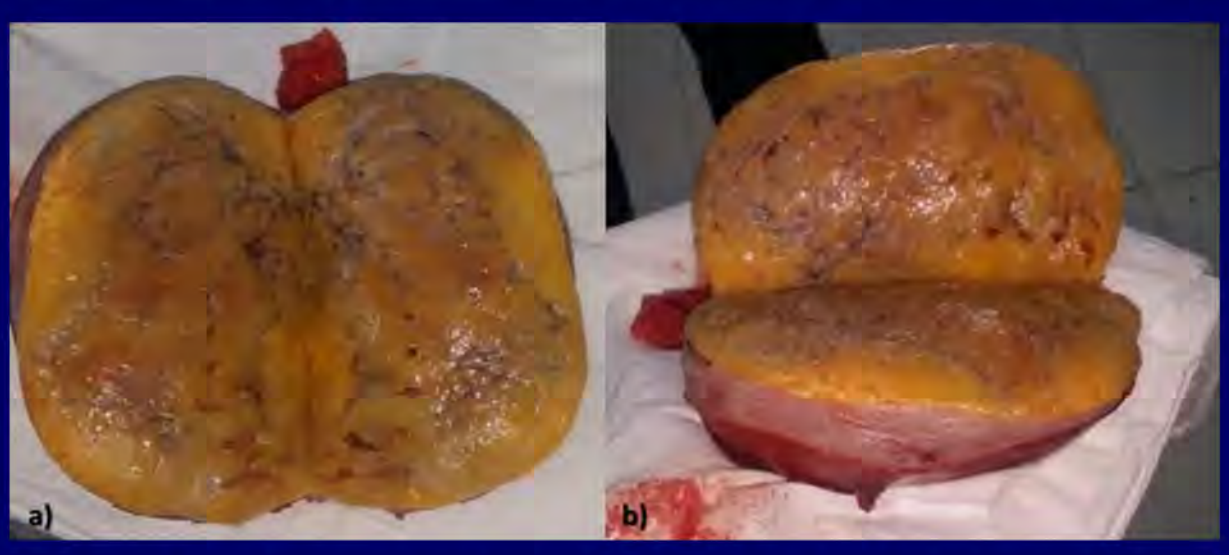


Figura3. Aspect macroscopic a uteruluimărit, avânddimensiunilede 145/90 mm, col uterincemăsoară 32/15 mm șiovarecu aspect normal

Figura4. Aspect macroscopic a uteruluimărit, avânddimensiunilede 145/90 mm, col uterince măsoară32/15 mm șiovarecu aspect normal

DISCUTII

Lipomul uterin pur este o tumoră benignă extrem de rară, diagnosticată frecvent incidental. Diagnosticul imagistic preoperator este dificil, având în vedere aspectele ecografice nespecifice, iar IRM reprezintă metoda imagistică de elecție pentru caracterizarea conținutului lipidic. Confirmarea definitivă necesită examen histopatologic.

Tratamentul chirurgical este indicat pentru leziunile simptomatice sau în cazurile în care diagnosticul preoperator rămâne incert.

Evoluția postoperatorie este favorabilă, fără risc de recurență.

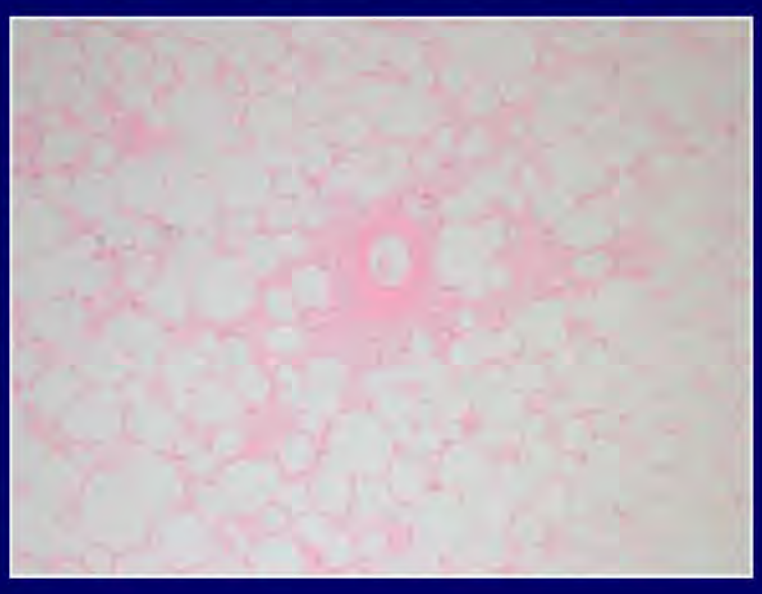


Figura5.ColoratieH&E (mărire de 20x)care evidentiazaadipocite mature cu septuri fibroase ocazionale care contin vase de sânge.

CONCLUZII

- Lipomul uterin pur este foarte rar, existând puține cazuri raportate în literatură.
- Simptomele pot imita leiomiomul, făcând diagnosticul preoperator dificil.
- Diagnosticul final necesităconfirmare patologicăpostoperatorie.
- Prezentarea acestui caz evidențiază importanța unei abordări multidisciplinare și a utilizării tehnicilor imagistice avansate pentru stabilirea diagnosticuluicorect.