

IMSP Institutul Mamei și Copilului

PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL

**SINDROMUL OVARELOR
POLICHISTICE (SOP)**

Chișinău, 2017

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACTH	hormon adrenocorticotrop
AGS	analiza generală de sânge
CM	ciclu menstrual
COC	contracepție hormonală combinată
DHEA-S	Dihidroepiandrosteron-sulfat
FSH	hormon foliculostimulant
17-HP	17-hidroxi-progesteron
IMC	indicele masei corporale
LDI	lipoproteine de densitate înaltă
LDJ	lipoproteine de densitate joasă
LDFJ	lipoproteine de densitate foarte joasă
LH	hormon luteinizant
Prl	prolactina
RMN	rezonanță magnetică nucleară
TC	tomografie computerizată
RMN	rezonanță magnetică nucleară
T	testosteron
SOP	sindromul ovarelor polichistice

A. PARTEA INTRODUCATIVĂ

A.1. Diagnosticul:

Exemple de diagnostice clinice:

1. Sindromul ovarelor polichistice.

A.2. Codul bolii (CIM - 10):

E28.2 Sindromul Ovarelor Polichistice

A.3. Utilizatorii:

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Secția de internare

Secția ginecologie infantilă

Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic

Laboratorul microbiologic și imunologie clinică

Secția diagnostic funcțional

Secția de imagistică și diagnostic prenatal

Secția radioimagică și radionuclizi

Farmacia spitalului.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Ameliorarea calității examinării pacientelor cu SOP
2. Ameliorarea calității tratamentului pacientelor cu SOP
3. Majorarea incidenței copiilor cu SOP pe parcursul ultimilor ani.
4. Posibilă influență a consecințelor SOP asupra funcției reproductive.

A.5. Data elaborării protocolului: aprilie 2017.

A.6. Data următoarei revizuirii: aprilie 2020.

Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea Protocolului :

1. Iliadi-Tulbure Corina – dr.în med., asist.univ., catedra Obstetrica și Ginecologie FECFM USMF «N.Testimițanu».
2. Manole Rodica – IMSPIMșiC , Sef sectie Ginecologie Infantilă
3. Ceahlău Ala – IMSPIMșiC, Medic Ginecologie Infantilă.

A.7. Definițiile folosite în document

SOP reprezintă un complex de simptome care se caracterizează printr-un dezechilibru hormonal, determinat de modificări endocrine și se manifestă prin amenoree, hirsutism, hemoragii uterine mai rar, frecvent obezitate și prin modificări ovariene structurale.

B. PARTEA GENERALĂ

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pasi (modalități și condiții de realizare)
1	2	3
Spitalizarea		Obligativ: Spitalizare în secția ginecologie infantilă conform criteriilor de spitalizare
<p>2. Diagnosticul</p> <p>2.1. Confirmarea diagnosticului de SOP, aprecierea nivelului de control al maladiei, evaluarea severității acesteia Aprecierea formelor după clasificare SOP.</p> <p>2.2. Confirmarea SOP rezistente la tratament cu evidențierea cauzelor.</p>	<p><i>Anamneza</i> permite suspectarea SOP în caz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patologia hipofizară • Patologia hipotalamusului • Infecție • Neuroinfecție • Intoxicație • Traumatism craniocerebral • Stres psiho-emoțional • Acuze la ✓ Derelări CM (opsomenoree, amenoree secundară, hemoragie juvenilă) ✓ Semne de hiperandrogenemie (hirsutism, acnee, seboree) ✓ Semne de virilizare ✓ Adaos ponderal – obezitate ✓ Dureri în regiunea inferioară a abdomenului • Modificări ale ovarelor la examenul ecografic. <p><i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea SOP prin aprecierea criteriilor de diagnostic.</p>	<p>Investigații obligatorii:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza ginecologică și somatică • Examen fizic • Monociclograma • Aprecierea gradului de dezvoltare a semnelor sexuale secundare • IMC • Aprecierea particularităților psihologice a pacientei • Examen paraclinic ✓ AGS ✓ Vaginoscopia ✓ Tușeu recto-abdominal și /sau Tușeu vaginal ✓ Teste hormonale (FSH, LH, Prl, T, Tliber, DHEA-S, 17-HP, cortizol, ACTH, test de toleranță la glucoză, insulină) ✓ Profilul lipidic (trigliceride, LDI, LDJ, LDFJ) ✓ Ecografia organelor genitale ✓ Ecografia organelor interne • Diagnostic diferențial • Evaluarea severității patologiei și aprecierea nivelului de control. <p>Recomandat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultul specialiștilor (endocrinolog, chirurg, pediatru, psihoterapeut) • Frotiu vaginal • Radiografia șei turcesti • TC (suspectare tumorii hipofizare)

		<ul style="list-style-type: none"> • RMN • Laparoscopie • Investigații la recomandarea specialiștilor. <p>De atras atenția la:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aderarea slabă la tratament • Eșec în modificarea stilului de viață • Diagnostic alternativ.
--	--	---

3. Tratamentul medicamentos

SOP este o maladie complexă, astfel necesită tratament complex și adecvat. Scopul terapiei SOP constă în diminuarea manifestărilor clinice ale maladii, ameliorarea calității vieții pacientei și prevenirea complicațiilor posibile. Pentru atingerea acestui scop se utilizează un șir de remedii de acțiune, se efectuează corecția patologiei concomitente. Severitatea SOP variază de la ușoară la severă, volumul intervențiilor terapeutice și /sau chirurgicale fiind determinat de exprimarea manifestărilor clinice.

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții)
3.1. Tratamentul medicamentos	Scopul tratamentului este diminuarea manifestărilor clinice ale patologiei prin restabilirea ritmului fiziologic al CM și a semnelor de hiperandrogenie.	Obligatori: Antibacteriene Antifungice Antiinflamatorii Antihistaminice Imunomodulatoare

4. Externarea, nivelul primar, tratament continuu și supraveghere	Asigurarea continuității tratamentului început în staționar.	Obligatori: Extrasul va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul confirmat detaliat • Rezultatele investigațiilor efectuate • Recomandările explicite pentru pacientă și familia acesteia • Recomandările pentru medicul de familie.
--	--	--

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritmul de diagnostic

- Anamnestic
- Examen clinic
- Examen paraclinic (de laborator și instrumental)
Obiectivele procedurilor de diagnostic
- Confirmarea semnelor clinice caracteristice pentru SOP.

C. 1.2. Algoritmul de tratament

Scopul tratamentului este diminuarea manifestărilor clinice ale maladii, micșorarea frecvenței acutizărilor.

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea maladiei:

Actualmente, nu există o clasificare unică al SOP. Sunt cunoscute 3 forme patogenetice de bază.

- Forma tipică
- Forma centrală
- Forma mixtă

- SOP cu insulinorezistență și obezitate
- SOP cu insulinorezistență și obezitate, dar cu nivel crescut de LH.

C.2.2. Factorii de risc

- Patologia hipofizară
- Patologia hipotalamusului
- Infecție
- Neuroinfecție
- Intoxicație
- Traumatism craniocerebral
- Stres psiho-emoțional

C.2.3. Conduita pacientei cu SOP

C.2.3.1. Anamneza

Factori anamnestici:

- Patologia hipofizară
- Patologia hipotalamusului
- Infecție
- Neuroinfecție
- Intoxicație
- Traumatism craniocerebral
- Stres psiho-emoțional

C.2.3.2. Examenul fizic

Criteriile de diagnostic:

ACUZE

- Derelări CM
- ✓ opsomenoree
- ✓ amenoree secundară
- ✓ hemoragie juvenilă
- Semne de hiperandrogenemie
- ✓ hirsutism
- ✓ acnee, seboree
- Semne de virilizare
- Adaos ponderal - obezitate

Examen obiectiv local

- Hirsutism
- Obezitate

Tușeu recto-abdominal și /sau Tușeu vaginal

Dimensiunea uterului sub limite de normă. Palpator – ovare mărite în dimensiuni, bilateral.

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

- AGS
- Teste hormonale (FSH, LH, Prl, T, Tliber, DHEA-S, 17-HP, ACTH, cortizol, test de toleranță la glucoză, insulină)
- Profilul lipidic (trigliceride, LDI, LDJ, LDFJ)
- Ecografia organelor genitale
- Ecografia organelor interne
- Frotiu vaginal
- Radiografia șei turcești
- TC (suspectare tumorii hipofizare)
- RMN
- Laparoscopie.

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Diagnosticul diferențial se efectuează cu următoarele nozologii:

- SOP secundar pe fondal de hiperandrogenemie de geneză suprarenaliană
- Patologia sistemului hipotalamo-hipofizar
- Tumori ovariene producătoare de androgeni
- Tumori suprarenaliene producătoare de androgeni

C.2.3.5. Criteriile de spitalizare

- Acutizarea simptomatologiei SOP
- SOP în asocieră cu alte maladii
- Ineficiența terapiei standard efectuate.

C.2.3.6. Tratamentul

I etapă – Normalizarea reglării sistemului reproductiv

- **COC(Desogestrel 0,015mg + Ethinylestradiol 0,03mg, Gestodene 0,015mg + Ethinylestradiol 0,03mg,) – normalizarea CM**

cîte 1 tab /zi timp de 21 zile timp de 3-6 luni sau

în regim continuu cîte 1 tab /zi timp de 63 zile cu pauză de 7 zile

- **Regim alimentar echilibrat, dietă, exerciții fizice** – în obezitate
- **Metformină** cîte 500-850 mg de 2 ori/zi timp de 3-6 luni, cu creșterea treptată a dozei – în hiperinsulinemie, intoleranță la glucoză
- Controlul glicemiei
- **Phenytoin:**cîte ½-1 tab 1-2 ori /zi timp de 3-6 luni sau
- **Carbamazepină** cîte 1-2 tab 2 ori /zi timp de 3-6 luni sau
- **Glicină** cîte 1 tab de 2 ori /zi timp de 1-3 luni
- **Vinpocetină** cîte 1 tb de 3 ori /zi sau

- **Ethylmethylhydroxypyridine succinate** câte 1 tab de 2 ori /zi timp de 2-3 luni timp de 2-3 luni – SOP de geneză centrală, pe fondal de sindrom hipotalamic în perioada de maturizare
- **Bromcriptină** câte ½ tab (1,25 mg) tab sau 1 tab (2,5 mg) o dată în zi; doza este individualizată, cu creștere pe parcursul următoarelor 10-14 zile
- **Cabergolină** câte ½ tab (250 mcg) sau 1 tab (500 mcg) o dată în săptămână timp de 3-6 luni
- **Ciclodinonă** câte 1-2 tab sau 40 pic /zi timp de 3-6 luni – SOP cu hiperprolactinemie de geneză funcțională sau organică (microadenomă de hipofiză)
- Controlul Prl peste 1-2 săpt de la debutul tratamentului, ulterior o dată în 2-3 luni
- **Hydrocortisone** 15-20 mg /m²

zilnic de la 3 luni până la 12 luni la fetele cu zona de creștere deschisă

C.2.3.7. Evoluția

SOP evoluează spre :

- Evoluția bolii este benignă
- Se supune tratamentului conform protocolului
- Prognosticul reproductiv este pozitiv în caz de tratament adecvat.

**D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

IMSP IMȘiC
Secția
Ginecologie
Infantilă

Personal:

- Medic ginecolog
- Medic endocrinolog
- Medic chirurg
- Medici specialiști în diagnosticul funcțional
- Medic de laborator
- Asistente medicale
- Acces la consultații calificate
- Psihoterapeut.

Aparataj, utilaj:

- Set ginecologic pentru fete (valve ginecologice)
- Ecograf
- Laborator clinico-diagnostic și biochimic pentru determinarea: AGS, teste hormonale (FSH, LH, T, Tliber, DHEA-S, 17-HP, test de toleranță la glucoză, insulină), profilul lipidic (trigliceride, LDI, LDJ, LDFJ)
- Laborator microbiologic și imunologie clinică pentru determinarea: frotiului vaginal, bacteriologiei eliminărilor din vagin

Medicamente:

- COC (Marvelon, Regulon, Janine, Femoden, Logest)
- Metformină (Siofor)
- Difenină
- Carbamazepină (Finlepsină)
- Glicină
- Vinpocetină
- Cavinton
- Mexidol
- Bromcriptină (Bromcriptină-rihter, Parlodel)
- Cabergolină (Dostinex)
- Ciclodinonă
- Cortef Predizolonă
- Dexametazonă
- Clomifen (Clostilbeghit sau Clomifen citrat)
- Spironolactonă (Veroșpironă)
- Ciproteronă (Androcur).

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

N	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1	Sporirea calității în examinările clinice și paraclinice ale pacientelor cu SOP	Proporția pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examen clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie	Numărul pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examene clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform Standardelor medicale de diagnostic și tratament în ginecologie, pe parcursul ultimului an • 100	Numărul pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an
2	Sporirea calității tratamentului la pacientele cu SOP	Proporția pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie	Numărul pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor Standardelor medicale de diagnostic și tratament în ginecologie, pe parcursul ultimului an • 100	Numarul pacientelor cu diagnosticul SOP, în vîrstă de pînă la 18 ani, care s-au aflat la tratament de staționar în secția Ginecologie Infantilă, pe parcursul ultimului an

F. ASPECTELE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

Responsabil de monitorizarea implementării protocolului șefa secției de Ginecologie Infantilă,
Manole Rodica.

Indicațiile (sau criteriile) de trimitere a pacientei cu SOP

Tabelul 1. Transferul în alte secții (transfer intern și transfer extern) a pacientelor cu SOP conform indicațiilor

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientei cu SOP	Secția reanimare și terapie intensivă pediatrică	Șef secție - Ana Oglindă Tel. 523-613, 3-38, 4-14
	Secția de reanimare chirurgicală	Șef secție-Tatiana Pasicovschi Tel.559-659
Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacientele cu SOP	Secția chirurgie urgentă	Șef secție – Mihai Seu Tel. 559-658, 5-63, 6-19
	Secția chirurgie septică	Șef secție – Ion Negru Tel. 523-782, 2-33, 5-48
	Secția ginecologie chirurgicală	Șef secție- Ana Mișina Tel.523-839
	Secția ginecologie	Șef secție- Veaceslav Rezneac Tel. 523-847
Caz suspectat /confirmat de TBC la pacientele cu SOP	IMSP SCM Ftiziopulmonologie Str. Grenoble, 147	Secția internare Tel. 725-703
Caz suspectat /confirmat oncologic la apcientele cu SOP	IMSP Institutul Oncologic Str. N. Testemițanu, 30	Secția internare Tel. 725-588

Procedura generală de transfer a pacientei:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: complicațiile /patologia concomitentă, /agravarea stării, parvenite la pacienta cu SOP.
2. Șeful secției consultă pacienta în comun cu medicul curant.
3. Pacienta este consultată, în mod obligatoriu, de șeful clinicii sau conferențiarilor catedrei, responsabili de secția respectivă.
În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
4. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează directorul departamentului respectiv despre cazul respectiv.
5. Directorul departamentului respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.

6. Se convoacă Consiliul medical în componența: directorul departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
7. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e pentru pacientă, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.
8. Pentru transportarea pacientei în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transport IMSP IMC.

Anexa: Ghidul informatic pentru părinți

SOP reprezintă un complex de simptome care se caracterizează printr-un dezechilibru hormonal, determinat de modificări endocrine și se manifestă prin amenoree, hirsutism, hemoragii uterine mai rar, frecvent obezitate și prin modificări ovariene structurale. Actualmente, nu există o clasificare unică al SOP. Sunt cunoscute 3 forme patogenetice de bază: tipică, centală, mixtă. Există forme de SOP cu insulinorezistență și obezitate și cu insulinorezistență și obezitate, dar cu nivel crescut de LH.

În scopul determinării diagnosticului, se efectuează următoarele examinări: teste hormonale (FSH, LH, Prl, T, Tliber, DHEA-S, 17-HP, cortizol, ACTH, test de toleranță la glucoză, insulină), profilul lipidic (trigliceride, LDI, LDJ, LDFJ), ecografia organelor genitale și interne, consultul specialiștilor (endocrinolog, chirurg, pediatru, psiholog).

Tratamentul medicamentos se efectuează cu următoarele preparate medicamentoase: COC (Marvelon, Regulon, Janine, Femoden, Logest), Metformină (Siofor), Difenină, Carbamazepină (Finlepsină), Glicină, Vinpocetină, Cavinton, Mexidol, Bromcriptină (Bromcriptină-rihter, Parlodel), Cabergolină (Dostinex), Ciclodinonă, Cortef, Predizolonă, Dexametazonă, Clomifen (Clostilbeghit sau Clomifen citrat), Spironolactonă (Veroșpironă), Ciproteronă (Androcur).

BIBLIOGRAFIE

- Azziz R. et al. The Prevalence and Features of the Polycystic Ovary Syndrome in an Unselected Population". Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 89 (6), 2004
- Li X. et al. Clinical features, hormonal profile, and metabolic abnormalities of obese women with obese polycystic ovary syndrome. 85 (46): 3266-3271, 2005
- Moșin V., Ginecologia endocrinologică juvenilă. Ed. ARC. Chisinau, 2003
- Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Москва 2009
- Уварова Е. Детская и подростковая гинекология. Москва 2009.

