

**IMSP Institutul Mamei și Copilului**

**PROTOCOL CLINIC INSTITUȚIONAL**

**ANOMALII ALE ORGANELOR  
GENITALE (AOG)**

Chișinău, 2017

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

AOG	anomalii ale organelor genitale
AGS	analiza generală de sânge
AGU	analiza generală de urină
CM	ciclu menstrual
FSH	hormon foliculostimulant
H	histeroscopie
L	laparoscopie
PCR	proteina C reactivă
LH	hormon luteinizant
RMN	rezonanță magnetică nucleară
P	progesteron
TC	tomografie computerizată
RMN	Rezonanță magnetică nucleară
T	testosteron
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor

### A. PARTEA INTRODUCIVĂ

#### A.1. Diagnosticul:

##### *Exemple de diagnostice clinice:*

1. Aplazia totală a vaginului și uterului
2. Utern unicorn
3. Uter și vagin dublu
4. Uter bicorn
5. Sept intrauterin
6. Anomalii de dezvoltare a trompelor și ovarelor

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

- Q 51.0 Aplazia totală a vaginului și uterului
- Q 51.2 Uter și vagin dublu
- Q 51.3 Uter bicorn
- Q51.4 Utern unicorn

#### A.3. Utilizatorii:

IMSP Institutul Mamei și Copilului

Secția de internare

Secția ginecologie infantilă

Laboratorul clinico-diagnostic și biochimic

Laboratoul microbiologic și imunologie clinică

Secția radioimagică și radionuclizi

Secția imagistică și diagnostic prenatal

Secția diagnostic funcțional

Secția de endoscopie

Farmacia spitalului.

#### A.4. Scopurile protocolului:

1. Ameliorarea calității examinării pacientelor cu ADOG
2. Ameliorarea calității tratamentului pacientelor cu ADOG
3. Influența ADOG asupra funcției reproductive și calității vieții pacientei.

#### 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.Testimțanu».
2. Manole Rodica – IMSPIMșiC , Sef sectie Ginecologie Infantilă
3. Ceahlău Ala – IMSPIMșiC, Medic Ginecologie Infantilă.

#### A.7. Definițiile folosite în document

Deregări ale structurii anatomice și organogeneză nefinisată, ce țin de modificări în dimensiune, formă, proporție, simetrie, topografie ale organelor genitale feminine. Constituie formațiuni care nu sunt caracteristice în perioada postnatală.

### B. PARTEA GENERALĂ

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pasi (modalități și condiții de realizare)
1	2	3
<b>Spitalizarea</b>		<b>Obligatoriu:</b> Spitalizare în secția ginecologie infantilă conform criteriilor de spitalizare
<b>2. Diagnosticul</b> <b>2.1.</b> Confirmarea diagnosticului de AOG, aprecierea nivelului de control al maladiei, evaluarea severității acesteia și influența asupra calității vieții și posibila manifestare a funcției reproductive Aprecierea formelor după clasificarea ADOG.  <b>2.2.</b> Confirmarea AOG cu evidențierea cazurilor de posibilă	<i>Anamneza</i> permite suspectarea AOG în caz de: <ul style="list-style-type: none"><li>• Amenoree</li><li>• Imposibilitatea efectuării actului sexual</li><li>• Modificări ciclice lunare</li><li>• Asocierea cu alte malformații</li></ul> <i>Examenul fizic</i> permite diagnosticarea AOG prin aprecierea criteriilor de diagnostic.	<b>Investigații obligatorii:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Anamneza ginecologică și somatică</li><li>• Examen fizic</li><li>• Examen paraclinic</li><li>• Manifestări clinice</li><li>• Asocierea cu alte malformații</li><li>• Dozări hormonale</li><li>• Examen local</li><li>• Examinare per vaginum</li><li>• Tușeu rectal</li><li>• Ecografia organelor bazinului mic</li><li>• Ecografia organelor cavității abdominale</li><li>• Urografie</li><li>• Radiografia coloanei vertebrale</li><li>• Irigografie.</li></ul> <b>Recomandat:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Consultul specialiștilor (chirurg, pediatru, psihoterapeut)</li><li>• RMN</li><li>• Investigații la recomandarea specialiștilor.</li></ul> <b>De atras atenția la:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic alternativ.</li></ul>

intervenție chirurgicală.		
---------------------------	--	--

### 3. Tratamentul chirurgical

AOG necesită tratament chirurgical, scopul acestuia fiind ameliorarea calității vieții pacientelor și restabilirea funcției reproductive, în cazurile în care este posibil. Pentru atingerea acestui scop se utilizează un șir de tehnici de plastic chirurgicală și corecția patologiei concomitente.

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții)
<b>3.1. Tratamentul chirurgical</b>	Scopul tratamentului constă în ameliorarea calității vieții pacientelor și restabilirea funcției reproductive, în cazurile în care este posibil.	<p><b>Individualizat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laparatomie, colpopoeză din peritoneu, sigmoid (pentru aplazia vaginului și uterului)</li> <li>• Vaginoplastie. Suturarea porțiunii supraiacente și subiacente a vaginului (pentru aplazia vaginului și uter funcțional)</li> <li>• Laparatomie, extirpația uterului rudimentar funcțional și colpopoeză.= (pentru aplazia vaginului și uter funcțional)</li> <li>• Secționarea vaginului nefuncțional, Evacuarea hematocolposului, Prelucrarea vaginului cu antiseptice, Formarea comunicării dintre el și vaginul funcțional, Secționarea septului vaginal și formarea vaginului unic (pentru uter și vagin dublu)</li> <li>• Laparatomie, extirpația uterului cu vagin nefuncțional (pentru uter și vagin dublu)</li> <li>• Înlăturarea cornului rudimentar (pentru uter unicorn)</li> <li>• Operația Strassmann (pentru uter bicorn, sept intrauterin)</li> <li>• Metroplastie după Mathieu-Duparc, Polloson-Debiassi, Te Linde, Jones, Bret-Guillet, Thomkins, prin rezecția septului intrauterin (Schroeder), combinată Te Linde-vaginală, suturarea longitudinală a uterului (Palmer) (pentru sept intrauterin).</li> <li>• Laparoscopie + Histeroscopie (pentru uter unicorn, uter bicorn).</li> </ul>

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

### C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

#### C. 1.1. Algoritmul de diagnostic

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnestic</li> <li>• Examen clinic</li> <li>• Examen paraclinic (de laborator și instrumental)</li> </ul> <p>Obiectivele procedurilor de diagnostic</p>
---

- Confirmarea semnelor clinice caracteristice pentru AOG.

### C. 1.2. Algoritm de tratament

Scopul tratamentului constă în ameliorarea calității vieții pacientelor și restabilirea funcției reproductive, în cazurile în care este posibil.

## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea maladiei:

#### CLASA I. APLAZIA VAGINULUI

##### 1. Aplazia totală a vaginului și uterului

- Rudiment uterin sub formă musculară (din dreapta, din stânga, pe centru)
- Rudiment uterin în formă de 2 formațiuni musculare
- Formațiunile musculare lipsesc
- ✓ Trompe uterine unite cu rudimentele uterului
- ✓ Rudimentele uterine fără funcționare, fără cavitate
- ✓ Trompe uterine situate în cavitatea abdominală, în apropierea peretelui bazinului mic

##### 2. Aplazia totală a vaginului și rudiment uterin funcțional

- ✓ Uter rudimentar funcțional sub formă de unu /două formațiuni musculare
- ✓ Uter rudimentar funcțional cu aplazia colului uterin
- ✓ Uter rudimentar funcțional cu aplazia canalului cervical

Sunt posibile: hemato- și piometra, endometrită cronică și perimetrită, hemato- și piosalpinx  
Pereții uterini sunt diferențiați. Trompele uterine sunt unite cu uterul.

##### 3. Aplazia unei porțiuni a vaginului cu uter rudimentar funcțional

a. Aplazia 1/3 superioare; a1 – aplazia 2/3 superioare

b. Aplazia 1/3 medii; b1 – aplazia 2/3 medii

c. Aplazia 1/3 inferioare; c1 – aplazia 2/3 inferioare

În a și a1 – hemato- și /sau piometra, hemato- și /sau piosalpinx

În b și b1 – hemato- și /sau piocolpos

În c și c1 – hemato și /sau piocolpos.

#### CLASA II. UTER UNICORN

1. Uter unicorn cu corn rudimentar, care comunică cu cavitatea cornului de bază
2. Corn rudimentar închis
3. Corn rudimentar fără cavitate
4. Lipsa cornului rudimentar

În 1 și 2 endometrita poate fi funcțională /nefuncțională.

#### CLASA III. UTER ȘI VAGIN DUBLU

1) Uter și vagin dublu fără dereglarea fluxului sangvin menstrual

2) Uter și vagin dublu cu un vagin parțial

a. Aplazia 1/3 superioare; a1 – aplazia 2/3 superioare

b. Aplazia 1/3 medii; b1 – aplazia 2/3 medii

c. Aplazia 1/3 inferioare; c1 – aplazia 2/3 inferioare

În a și a1 – hemato- și /sau piometra, hemato- și /sau piosalpinx

În b și b1 – hemato- și /sau piocolpos

În c și c1 – hemato și /sau piocolpos

3. Uter și vagin dublu cu un uter nefuncțional.

#### **CLASA IV. UTER BICORN**

1. Uter în formă de șa
2. Forma incompletă
3. Forma completă.

#### **CLASA V. SEPT INTRAUTERIN**

1. Sept total – până la orificiul intern
2. Sept incomplet

Septul poate fi subțire /pe bază lată, o hemicavitate poate fi mai lungă decât cealaltă.

#### **CLASA VI. ANOMALII ALE TROMPELOR ȘI OVARELOR**

1. Aplazia unilaterală a trompelor
2. Aplazia unei /ambelor trompe
3. Prezența unei trompe suplimentare
4. Aplazia ovarului
5. Hipoplazia ovarelor
6. Suplimentarea ovarelor

Sunt izolate sau în asociere cu alte malformații.

#### **CLASA VIII. FORME RARE**

1. Malformații urogenitale: extrofia vezicii urinare
2. Malformații ale intestinului:
3. Fistulă recto-vestibulară congenitală asociată cu aplazia vaginului și uterului
4. Fistulă recto-vestibulară congenitală asociată cu uter unicorn și corn rudimentar funcțional

Sunt izolate /în asociere cu alte malformații ale uterului și vaginului.

#### **C.2.2. Factorii de risc**

Dereglarea procesului de dezvoltare a organelor genitale în procesul de embriogeneză, manifestat prin:

- Agenezie – lipsa organului și primordului lui
- Aplazie – lipsa unei porțiuni de organ
- Atrezie – dezvoltarea insuficientă; lipsa de canal /orificiu
- Heterotopie – prezența unui grup de celule sau țesut în alte organe /în regiunea organului unde nu ar trebui să fie
- Hiperplazie – creștere în dimensiuni din contul majorării cantitative și de volum a celulelor
- Hipoplazie – dezvoltarea insuficientă /incorectă a organului, deviază cu 2 dimensiuni de la cele medii
- Multiplicare – cantitativ mai mult
- Fuziune (contopire) – organelor /unei porțiuni, care în normă există ca structuri separate
- Persistență – păstrarea structurilor rudimentare, care de regulă ar trebui să dispară în perioada postnatală
- Stenozare – îngustarea canalului /orificiului
- Ectopie – deplasarea organelor /dezvoltarea lor în alte locuri decât cele considerate normale.

#### **C.2.3. Conduita pacientei cu AOG**

##### **C.2.3.1. Anamneza**

**Factori anamnestici:**

- Prezența AOG în cadrul familiei
- Menarhe absentă (pentru agenezie utrină), tardivă
- Anamneza complicată prin 1-5 intervenții (apendicectomie, laparoscopie /laparotomie diagnostică, tubectomie, rezecția ovarelor, puncția și drenarea hematocolposului, dilatarea stricturii vaginului, incizia himenului, vaginoplastie cu perioada postoperatorie complicată) (pentru aplazia vaginului și uter funcțional, uter și vagin dublu)
- Tubectomie sau anexectomie pe partea cornului rudimentar, ovariectomie în leg cu teratom, extirparea cornului de bază cu păstrarea celui rudimentar, miomectomie, adeziolisis,

apendicectomie (pentru uter unicorn.)

### C.2.3.2. Examenul fizic

#### Criteriile de diagnostic:

#### **APLAZIA VAGINULUI ȘI UTERULUI (Mayer-Rokitanski-Kuster-Hauser)**

##### **Manifestări clinice:**

- Amenoree
- Imposibilitatea efectuării actului sexual
- Modificări ciclice lunare (2/3 paciente)
- ✓ dureri în regiunea inferioară a abdomen de diversă intensitate
- ✓ lombalgii
- ✓ modificări ale glandei mamare
- ✓ cefalee, depresie, anxietate
- ✓ eliminări hemoragice
- **Asocierea cu alte malformații**
- ✓ Rinichi (aplazie, distopie, dublarea sistemului calice-bazin, hipoplazie, în formă de potcoavă), Distopia ureterului
- ✓ Alunițe, pistrui, hemangioame
- ✓ Malformații congenitale de cord
- ✓ Gastrointestinale (atrezia anusului, fistulă recto-vestibulară, dolicosigma)
- ✓ Glanda mamară (hipoplazie, asimetrie)
- ✓ Coloana vertebrală, Deviația articulației cotului în valgus, Falangelor mâinii, Hipoplazia unghiilor, Sindactilie
- ✓ Palat dur arcuat, Dinți (rari, strâmbi), Buză de iepure, Strabism.

**Obiectiv:** constituție normală, organe genitale externe și semne sexuale secundare bine dezvoltate

**Examen local:** vulvă normală cu orificiul uretral situat mai jos, la egală distanță între clitoris și comisura post. Sub orificiul – depresiune oarbă ce ar corespunde intrării în vagin

##### **Per vaginum**

- ✓ Tip I – intrarea în vagin cu suprafață netedă, orificiu absent. Prezența de cicatrice după viață sexuală /tratament anterior
- ✓ Tip II – intrarea în vagin plicaturată, aspect de himen fără orificiu (frecvent diagnosticat ca atrezie de himen)
- ✓ Tip III – intrarea în vagin cu aspect de himen cu orificiu (la sondare – rudimentul vaginului 0,5-1,0 cm)
- ✓ Tip IV – intrarea în vagin cu fund (himen) (la sondare – rudimentul vaginului 1-2 cm).

##### **Per rectum.**

#### **APLAZIA VAGINULUI ȘI UTER FUNCȚIONAL**

##### **Manifestări clinice:**

- Amenoree
- Durere la fiecare 3-4 săptămâni în regiunea inferioară a abdom, cu iradiere în regiunea lombară și membre inferioare
- Menstruații dureroase și prelungite, dispareunie
- Greață, vomă, febră
- Micțiuni dureroasă și frecventă

- Act de defecație îngreunat
- Asocierea altor malformații, în special renale.

#### **Per vaginum**

- ✓ Tip I – Aplazia 1/3 sau 2/3 superioare
  - vaginul 6-7 cm, finisează orb, cicatrice la fund (intrven'ii anterioare)
  - uterul puțin mărit în dimensiuni
  - formațiuni ca și clepsidra în regiunea anexelor, elastică (hematosalpinx)
- ✓ Tip II – Aplazia 1/3 sau 2/3 medii
  - vaginul 4-5 cm, finisează orb, cicatrice pronunțate, aderențe
  - hematocolpos la 5-6 cm de la anus (6×6×5cm – 12×10×8cm)
  - uterul dificil de palpat
- ✓ Tip III – Aplazia 1/3 sau 2/3 inferioare
  - vaginul de 2-3 cm, finisează orb, cicatrice pronunțate
  - hematocolpos la 3-4 cm de la anus, limitat în mișcare, de obicei indolor (10×9×8cm – 25×20×20cm).

### **UTER ȘI VAGIN DUBLU**

#### **Manifestări clinice:**

- Menarhe tardivă – 13,5 ani, abundentă
- Algodismenoree de la a 2-3 – 6-lea CM – dureri ciclice, pronunțate în menses și următoarele 2-3 zile după, cresc în intensitate la fiecare CM
- Disconfort în timpul actului sexual
- Infertilitate secundară
- Asocierea altor malformații (aplazia rinichiului de partea vaginului nefuncțional – 100%).

**Examen în valve:** 2 coluri uterine

#### **Per vaginum**

- ✓ Uterele se palpează ca unul singur
- ✓ Hematocolpos dur-elastic, limitat în mobilitate, polul superior atinge ombilicul, iar cel inferior este sit la 2-6 cm de la anus.

### **UTER UNICORN**

#### **Manifestări clinice:**

- Algodismenoree care se manifestă de la al 3-4-lea CM, se intensifică ulterior, apare la a 3-4-a zi de menses, durează 3-5 zile după, caracter spastic, de obicei unilaterală
- Menses abundent
- Eliminări sangvinolente pe parcursul a 10 zile după menses
- Formațiune tumorală în bazinul mic
- Anomalii ale sistemului urinar
- Funcția reproductivă păstrată.

### **UTER BICORN**

#### **Manifestări clinice:**

- Debut tardiv de menses – 13,7 ani
- Algodismenoree.

#### **C.2.3.3. Investigațiile paraclinice**

- Dozări hormonale (FSH, LH, T, E<sub>2</sub>, P) – valori normale
- Ecografia organelor bazinului mic
- Ecografia organelor cavității abdominale
- Urografie
- Radiografia coloanei vertebrale



- Irigografie
- RMN
- Histerografie (pentru uter și vagin dublu)
- TC
- L și H concomitent (pentru uter și vagin dublu, uter unicorn, uter bicorn)
- H (pentru uter unicorn, uter bicorn)
- Histerosalpingografie (pentru uter unicorn, uter bicorn)
- Urografie excretorie (pentru uter unicorn)

#### **C.2.3.4. Diagnosticul diferențial**

**Diagnosticul diferențial se efectuează cu următoarele nozologii:**

- Disgenezia gonadelor
- Sindromul de feminizare testiculară
- Adenomioză
- Dismenoree funcțională
- Boala inflamatori pelvină.

#### **C.2.3.5. Criteriile de spitalizare**

- Absența, întârzierea menarhei
- Imposibilitatea efectuării actului sexual
- Ineficiența tratamentului chirurgical efectuat anterior
- Consecințe și / sau complicații ale tratamentului chirurgical efectuat anterior.

#### **C.2.3.6. Tratamentul**

**Tratament hormonal in caz de interventia chirurgicala**

**Indicații. Metoda. Reabilitare.**

##### **I. Aplazia vaginului și uterului**

- Operație în caz de imposibilitate a vieții sexuale
- Colpopoeză cu asistență laparoscopică
- Viață sexuală peste 2 săptămâni

##### **II. Aplazia vaginului cu uter funcțional**

- Operație imediat după stabilire – 14-15 ani
- Laparoscopie – colpopoeză cu extirpația uterului
- Menținerea neovaginului

##### **III. Uter unicorn cu corn rudimentar**

- Operație imediat după stabilire
- Laparoscopie cu înlăturarea cornului
- Sarcină peste 2-3- luni
- Metoda de naștere – per vias naturalis

##### **IV. Uter bicorn**

- Operație doar după indicații
- Laparoscopie /laparatomie – metroplastia Strassman
- Sarcină peste 6 luni

- Metoda de naștere – operație cezariană

#### **V. Sept intrauterin**

- Operație doar după indicații
- Histerorezectomie /histeroscopie chirurgicală
- Sarcină peste 2-3 luni
- Metoda de naștere – per vias naturalis

#### **VI. Uter și vagin dublu**

- Operație după indicații (dereglaarea fluxului sg menstrual, hematocolpos, -metra, -salpinx)
- Laparoscopie de control, asanare și reabilitare

#### **Forme rare, malformații combinate**

-laparoscopie.

### **C.2.3.7. Evoluția**

#### **AOG evoluează spre:**

- Evoluția bolii este benignă
- Se supune tratamentului chirurgical conform protocolului, în cazuri individualizate
- Prognosticul reproductiv este individualizat, în funcție de nozologie.

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

<p><b>IMSP IMșiC</b> <b>Secția</b> <b>Ginecologie</b> <b>Infantilă</b></p>	<p><b>Personal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Medic ginecolog</li><li>• Medic gastroenterolog</li><li>• Medic nefrolog</li><li>• Medici specialiști în diagnosticul funcțional</li><li>• Medic de laborator</li><li>• Asistente medicale</li><li>• Acces la consultații calificate</li><li>• Psihoterapeut.</li></ul> <p><b>Aparataj, utilaj:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Set ginecologic pentru fetițe (valve ginecologice)</li><li>• Ecograf, RMN, TC</li><li>• Laparoscop</li><li>• Histeroscop</li><li>• Laborator clinico-diagnostic pentru determinarea: dozări hormonale (FSH, LH, T, E<sub>2</sub>, P)</li></ul> <p><b>Intervenții:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Laparatomie</li><li>• Colpopoeză</li><li>• Vaginoplastie</li><li>• Secționare de sept vaginal</li><li>• Metroplastie</li><li>• Laparoscopie</li><li>• Histeroscopie.</li></ul>
--	--

### **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 AOG	Proporția pacientelor cu diagnosticul AOG , 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 AOG, în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-au efectuat examene clinice și paraclinice în mod obligatoriu, conform recomanărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie, pe parcursul ultimului an • 100.	Numărul pacientelor cu diagnosticul AOG , 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 AOG	Proporția pacientelor cu diagnosticul AOG, 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 AOG , în vîrstă de pînă la 18 ani, cărora li s-a indicat tratament, conform recomandărilor din Standardele medicale de diagnostic și tratament în ginecologie pe parcursul ultimului an • 100	Numarul pacientelor cu diagnosticul AOG, 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 AOG

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

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientei cu AOG	Secția reanimare și terapie intensivă pediatrică  Secția reanimare chirurgicală	Șef secție - Ana Oglindă Tel. 523-613, 3-38, 4-14  Șef secție-Tatiana Pasicovschii Tel. 559-659
Abdomen acut sau alte stări chirurgicale urgente la pacientele cu AOG	Secția chirurgie urgentă  Secția chirurgie septică  Secția ginecologie chirurgicală  Secția ginecologie	Șef secție – Mihai Seu Tel. 559-658, 5-63, 6-19  Șef secție – Ion Negru Tel. 523-782, 2-33, 5-48  Șef secție- Ana Mișina Tel. 523-839  Șef secție –Veaceslav Rezneac Tel. 523-847
Caz suspectat /confirmat de TBC la pacientele cu AOG	IMSP SCM Ftiziopulmonologie Str. Grenoble, 147	Secția internare Tel. 725-703
Caz suspectat /confirmat oncologic la pacientele cu AOG	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 AOG.
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.
4. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia respectivă.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează directorul departamentului respectiv despre cazul respectiv.
6. Directorul departamentului respectiv invită consultantul din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă Consiliul medical în componența: directorul departamentului, șeful clinicii, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. 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.
9. Pentru transportarea pacientei în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transport IMSP IMC.

### **Anexa: Ghidul informativ pentru părinți**

Deregări ale structurii anatomice și organogeneză nefinisată, ce țin de modificări în dimensiune, formă, proporție, simetrie, topografie ale organelor genitale feminine. Constituie formațiuni care nu sunt caracteristice în perioada postnatală.

AOG se clasifică în 7 clase majore: aplazia vaginului, uter unicor, uter și vagin dublu, uter bicorn, sept intrauterin, anomalii ale trompelor uterine și ovare și forme rare.

În scopul determinării diagnosticului, se efectuează următoarele examinări: screening (cromatina sexuală, cariotipare, varianta fenotipică, examenul ecografic al organelor bazinului mic și cavității abdominale, histerosalpingografie) și speciale (RMN, TC, laparoscopie, histeroscopie).

Tratamentul AOG este cel chirurgical și constă din următoarele tipuri de intervenție, în funcție de nozologia diagnosticată, scopul acestuia fiind în ameliorarea calității vieții pacientelor și restabilirea funcției reproductive, în cazurile în care este posibil.

## BIBLIOGRAFIE

- Li S. et al. Association of renal agenesis and mullerian duct anomalies.". Journal of computer assisted tomography 24 (6): 829-834, 2000
- Sotirios H. et al. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. Human Reproduction Update 14 (5), 415-429, 2008
- Гуркин Ю.А. Детская и подростковая гинекология. Москва 2009
- Уварова Е. Детская и подростковая гинекология. Москва 2009.

IMSP Institutul Mamei și Copilului

