

Sarcina molară

By *camy*

Created 02/05/2009 - 20:48

- [Generalitati](#) [1]
- [Diagnostic](#) [2]
- [Tratament](#) [3]
- [Imagini](#) [4]

Generalitati

Ce este sarcina molară?

Sarcina molară este o complicație rară a sarcinii. Sarcina molară se datorează unei tulburări în timpul procesului de fertilizare și se caracterizează prin anomalii ale celulelor care formează placenta. Sarcina molară, uneori numită mola hidatiformă, face parte dintr-un grup de afecțiuni numite **boala trofoblastică gestatională**. Boala trofoblastică gestatională reprezintă un ansamblu de tumori caracterizate prin: proliferarea trofoblastului (strat celular periferic al oului care se află la originea placentei), producția în exces de hCG și sensibilitate la chimioterapie. Ele sunt de obicei tumori benigne (nu sunt canceroase), chiar dacă se poate răspândi în afara uterului, ele sunt vindecabile. În sarcina molară, vilozitățile coriale ale placentei se transformă în vezicule (chisturi anormale) dând aspect placentei de ciorchine de strugure. Embrionului nu se dezvoltă deloc sau este malformat și nu poate supraviețui. Aproximativ o sarcină la fiecare 1000 de sarcini este o sarcină molară.

Care sunt tipurile de sarcină molară?

Într-o sarcină normală, oul fertilizat conține 23 de cromozomi de la tată și 23 de cromozomi de la mamă. În **sarcină molară completă**, oul fertilizat nu are cromozomi de la mamă, iar cromozomii de la tată sunt duplicați, deci oul fertilizat va avea două exemplare de cromozomi de la tată și nici unul de la mamă. În acest caz, nu există embrion, sac amniotic sau țesut placentar normal. În schimb placenta formează o masă de chisturi ce seamănă cu un ciorchine de strugure. Aceste chisturi sunt vizibile la ecografie.

În **sarcină molară parțială**, oul fertilizat are numărul normal de cromozomi de la mamă (23), dar dublu de cromozomi de la tată, astfel încât oul fertilizat are 69 de cromozomi în loc de 46 (caț este normal). Aceasta se poate întâmpla când cromozomii din spermatozoid sunt duplicați sau atunci când doi spermatozoizi fertilizează același ou. În acest caz, mai există țesut placentar normal printre chisturile anormale. În majoritatea cazurilor embrionul nu începe să se dezvolte, deci nu există un făt sau sac amniotic. Dacă fătul este prezent, acesta prezintă defecte genetice și malformații grave și nu poate să supraviețuiască. Extrem de rar o sarcină molară parțială poate evolua cu gemeni, în care un făt se dezvoltă cvasinormal, înșă cel de-al doilea adesea moare.

Care sunt factorii de risc?

1. Vârșta- Riscul de sarcină molară completă crește constant după vârșta de 35 de ani. După vârșta de 40 de ani acest risc poate crește de 5 ori sau mai mult.
2. Rasa-Au fost observate diferite incidente la rase diferite; astfel femeile de culoare au un risc mult mai mare comparativ cu femeile albe.
3. Antecedente de sarcină molară-Femeile care au avut o sarcină molară au un risc de 10 ori mai mare de a avea o nouă sarcină molară.
4. Antecedente de avort spontan
5. Regimurile sarace în proteine- Dieta saracă în proteine reprezintă un factor de risc, pe când regimurile bogate în beta-caroten (vitamină A) și grășimi animale sunt considerate protectoare.
6. Fumatul-este considerat un factor de risc comparativ cu femeile nefumătoare
7. Antecedente de sarcină gemelară bivitelină (doi ovuli au fost fecundați, fiecare de căt un spermatozoid)

8. Antecedente de infectii virale si parazitare (toxoplasmoza)
9. Afectiuni endocrine - tulburari estrogenice, anomalii de ovulatie
10. Afectiuni imunologice
11. Factori externi: radiatii si temperaturi extreme

Care sunt manifestarile clinice ale sarcinii molare?

- Sarcina molară se poate manifesta prin **exagerarea simptomelor obisnuite de sarcina**: lipsa menstruatiei, marirea de volum si sensibilitatea la nivelul sanilor, tulburari urinare, greturilor matinale.
- Cel mai frecvent simptom este **sangerarea vaginala**, in special in saptamanile 6-16 de sarcina. Aceasta poate fi simptomul initial, este in cantitate variabila (la inceput in cantitate mica, apoi creste progresiv), poate fi intermitenta (cand este intermitenta si persista cateva luni poate duce la aparitia anemiei), sangele este de culoare bruna. Sangerarea vaginala poate sa apara in aproximativ 20% din sarcinile normale, in primul trimestru si apare atunci cand oul fecundat se implanteaza in mucoasa uterina. Acesta poate sa rupe cateva vase de sange, apare hemoragia usoara, de culoarea deschisa.
- Sangerarea vaginala poate fi insotita de **eliminarea de vezicule molare** (un fragment de tesut placentar care contin vezicule se rupe si se elimina prin vagin). Acest simptom nu este frecvent.
- **Distensia abdominala** este datorata uterului marit. Uterul este mult mai mare decat ar trebui comparativ cu varsta gestationala. Un uter marit este un semn caracteristic de sarcina molară, dar uterul marit poate fi intalnit si in sarcina multipla (gemelara).
- **Greturi si varsaturi excesive** in timpul primului trimestru de sarcina. Aceste semne pot fi caracteristice preeclampsiei, care se dezvoltă rar in timpul primului trimestru de sarcina.
- **Oboseala** este datorata anemiei (apare datorita pierderilor prelungite de sange) sau hipertiroidismului (cresterea secretiei de hormoni tiroidieni)
- **Durerile abdominale** severe pot fi datorate hemoragiei interne.
- **Crampele abdominale** sau **pelvine** sunt intermitente si sunt datorate uterului marit de volum.
- **Bataile cordului fetal** si miscarile fatului **nu sunt perceptibile** deoarece fatului nu este in prezent in sarcinile molare complete si in unele sarcinile molare partiale.
- Tensiune arteriala crescuta (hipertensiunea) este un simptom frecvent al preeclampsiei. Sarcina molară poate determina aparitia **preeclampsiei** in timpul primului trimestru sau inceputul celui de-al doilea trimestru. Alte semne de preeclampsie sunt: greturi, varsaturi excesive, durere de cap (cefalee), vertij, edeme (umflarea picioarelor).
- **Hipertiroidismul** poate fi diagnosticat in 25% din sarcinile molare, dar este manifest in 2-7% din cazuri. Semnele de hipertiroidism sunt oboseala, scaderea in greutate, cresterea frecventei cardiace, Palpitatii (apar aritmii cardiace), intoleranta la caldura, transpiratii excesive, iritabilitate, anxietate (teama), Slabiciune musculara, tremuraturi, etc. Hipertiroidismul apare datorita stimularii excesive a secretiei de TSH care determina cresterea secretiei de hormoni tiroidieni.
- Semnele de **afectare pulmonara** pot apar rar, in cazul in care boala se extinde la plamani inainte de a fi diagnosticata. Poate apare scurtarea respiratiei, Tuse cu sange sau secretii. Uneori la cateva ore dupa evacuarea sarcinii molare se poate produce embolizarea (migrarea) unor fragmente de mola in plamani si se manifesta prin dispnee (respiratie dificila), cresterea frecventei cardiace si scaderea tensiunii arteriale (hipotensiune).
- Rar pot fi intalnite semne de cardiomiopatie si nefropatie.

Care este evolutia sarcinii molare?

Este important sa se monitorizeze o sarcina molară pentru aproximativ sase luni dupa diagnosticare si tratament, deoarece chiar si cantitati foarte mici din sarcina molară pot creste si se pot raspandi rapid, iar acest lucru se poate intampla, uneori, la cateva luni dupa tratament. In cazul in care nivelul de hCG (gonadotropina corionica umana, hormon peptidic produs in sarcina) incepe sa creasca sau ramane la un nivel ridicat trebuie sa mergeti la medic.

Sarcina molară invaziva se poate uneori dezvolta dupa operatia de eliminare a sarcinii. Sarcina molară invaziva inseamna ca tesutul molar s-a dezvoltat in stratul muscular al uterului (miometru). Cel mai frecvent simptom al sarcinii molare invazive este sangerarea vaginala continua sau neregulata dupa operatie. Sarcina molară invaziva poate duce la complicatii, pentru ca o data ce tesutul molar a crescut in stratul muscular al uterului acesta poate migra (emboliza) prin sange in diferite organe, inclusiv in plamani, ficat si creier. Sarcina molară invaziva se poate dezvolta dupa o sarcina molară partiala, dar este mult mai probabil sa se dezvolte dupa o sarcina molară completa. Ocazional, celule anormale pot ramane dupa ce sarcina molară este eliminata. Aceasta se numeste

boala trofoblastică gestatională persistentă. Se întâlnește la 15% din femeile cu sarcină molară completă și mai puțin de 1% din femeile cu sarcină molară parțială. Tratamentul constă în chimioterapie, tratament ce se continuă până ce nivelurile de hCG revin la normal. Cu tratament prompt și adecvat, aproape 100% din cazuri sunt curabile (vindecabile) atunci când această boală nu a diseminat în afara uterului. Chiar și în cazurile foarte rare în care celulele anormale s-au răspândit în alte organe, acestea pot fi vindecate. După instalarea remisiunii complete (lipsa semnelor clinice și paraclinice de boală), este necesar să se monitorizeze intermitent cantitatea hCG pentru restul vieții.

Într-un număr foarte mic de cazuri, o sarcină molară completă poate duce la apariția **coriocarcinomului**, o formă extrem de rară, dar curabilă de cancer. Coriocarcinomul este o tumoră malignă a trofoblastului fetal, o componentă a placentei. Frecvența acestei boli este de 1 la 30000 de sarcini. 50-75 % din coriocarcinoame urmează unei sarcini molare, dar poate să apară după o sarcină normală, avort spontan sau sarcină ectopică. Manifestările clinice sunt sangerări vaginale în perioada ce urmează evacuării molarului, persistente, cauzatoare de anemie și dureri de intensitate redusă. Uneori primele manifestări pot fi pulmonare ca urmare a metastazelor la acest nivel.

Diagnostic

Diagnosticul de sarcină molară poate fi suspectat pe baza simptomelor, dar pentru confirmarea diagnosticului sunt necesare mai multe analize:

- **Examenul ginecologic** poate evidenția prezența sângelui și eventual a veziculelor. Examenul vaginal digital combinat cu palparea abdomenului evidențiază volumul uterin excesiv în raport cu durata amenoreei (diferență de 4 săptămâni) și consistența moale a acestuia. Bătăile cordului fetal nu sunt detectabile.
- Medicul poate suspecta o sarcină molară în cazul prezentei unui **nivel ridicat de hCG** (gonadotropina corionică umană), hormon măsurat de rutină în timpul testelor de sarcină. Toate sarcinile au niveluri ridicate de hCG, dar în sarcinile molare nivelul de hCG este foarte ridicat. În sarcină normală, nivelul de hCG din sânge crește ajungând până la 100.000 mUI/ml la vârsta de sarcină de 12 săptămâni, apoi scade. Concentrații mai mari de 200.000 mUI/ml sugerează diagnosticul de sarcină molară. De asemenea este utilă determinarea subunității beta hCG cu ajutorul tehnicii radioimunologice. Procentul acestei subunități (față de hCG total) este de 0,4% în sarcină normală, 1% în sarcină molară parțială, 2,4% în sarcină molară completă. Pentru realizarea diagnosticului este necesară combinarea dozării hCG cu rezultatele ecografice.
- **Echografia pelvina** poate confirma un diagnostic de sarcină molară. Echografia folosește undele acustice (ultrascurte) pentru a obține o imagine a conținutului uterin. Imaginea ecografică este cea a unui uter marit ce conține numeroase structuri chistice fine. Ecografia vaginală este necesară pentru a evalua posibilă invazie a stratului muscular al uterului (miometru). În cazul sarcinii molare parțiale modificările sunt mai puțin avansate și uneori se poate observa prezența embrionului și a sacului amniotic. Echografia Doppler este utilă pentru detectarea precoce a invaziei stratului muscular al uterului (miometru).
- În cazul sarcinii molare există posibilitatea ca aceasta să se răspândească în afara uterului, de aceea sunt necesare anumite explorări cum ar fi **radiografiile, computer tomografia (CT)** sau imagistica prin **rezonanță magnetică (IRM)** pentru a vedea modificările la nivelul toracelui, abdomenului, pelvisului și creierului. Teste de sânge și urină pot fi necesare pentru a verifica existența unor complicații precum preeclampsia, anemia și hipertiroidismul.
- **Examenul anatomo-patologic** (examinarea la microscop a țesutului molar după ce acesta a fost scos) confirmă diagnosticul.

Tratament

Normal 0 false false false MicrosoftInternetExplorer4

Rezultatele testelor diagnostice va ajuta la stabili unui tratament adecvat. Tratamentul consta aproape intotdeauna in interventie chirurgicala de evacuare a sarcinii. Formele mai agresive de sarcina molară necesita tratament chimioterapic si / sau radioterapic. Aproximativ 85% din sarcinile molare pot fi tratate fara chimioterapie. Optiunile de tratament includ:

- **Dilatarea colului uterin si chiuretaj clasic sau prin aspiratie**

Aceasta este o procedura chirurgicala utilizata pentru a elimina sarcina molară. Colul uterin este dilatat si mucoasa din interiorul uterului este razuita (curatata) cu ajutorul unei chiurete (instrument chirurgical de forma unei linguri) sau prin aspiratie. Evacuarea prin aspiratie este metoda preferata, dar nu poate fi facuta decat atunci cand volumul uterului nu-l depaseste pe cel al unei sarcini normale de 12-14 saptamani.

- **Histerectomia**

Histerectomia este o operatie de indepartare a uterului. Evacuarea uterului este foarte rar utilizata pentru a trata sarcina molară, dar poate fi o optiune in cazul sangerarilor masive, in special in cazul in care femeia nu mai doreste copii. Dezavantajele histerectomiei sunt: cicatrice la nivelul uterului cu riscul ulterior de ruptura, risc crescut de boala trofoblastica persistenta.

- **Chimioterapia**

Prezenta nivelurilor crescute de hCG dupa evacuarea sarcinii molare impune chimioterapia. Medicamentele cele mai utilizate sunt Methotrexatul si Actinomycina D (dactinomycina). Methotrexatul este contraindicat la persoanele cu afectiuni renale si hepatice. Chimioterapia poate fi cu un singur medicament sau cu mai multe medicamente asociate.

- **Radioterapia**

Acest tratament foloseste radiatii X pentru a distruge celulele anormale, in cazul in care apar metastaze la nivelul creierului.

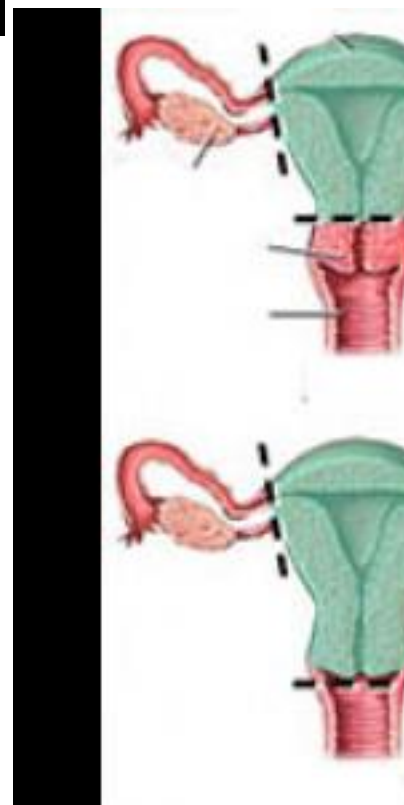
Nu se recomanda evacuarea sarcinii molare cu ajutorul oxitocinei (stimuleaza contractiile uterine) deoarece evacuarea este incompleta, favorizeaza diseminarea prin sange a fragmentelor molare, pot aparea sangerari masive.

Daca femeia nu a facut chimioterapie, va trebuie sa asteptate sase luni dupa ce nivel de hCG revine la zero inainte de a incerca sa ramana gravida. Daca a facut chimioterapie, se recomanda sa asteptate 12 luni inainte de o alta sarcina. Daca ramane insarcinata inainte de aceste termene, nivelurile hCG cresc si complicatii ale sarcinii molare pot trece neobservate. Probabilitatea aparitiei unei alte sarcini molare este de 1-2%. In primul trimestru de sarcina se recomanda efectuarea ecografiei de control.

Imagini

Sarcina molară

Published on Sanatate, medicina, tratament (<http://www.i-medic.ro>)



Sarcina molară

Published on Sanatate, medicina, tratament (<http://www.i-medic.ro>)



Widening of cervical canal with dilator



Uterine walls scraped with a curette



- [Obstetrică - ginecologie](#)
- [Absența menstruației \(Amenoree\)](#)
- [ALTE PRODUSE TERAPEUTICE](#)
- [Crampe abdominale](#)
- [Disconfort abdominal](#)
- [Durere de cap \(Cefalee\)](#)
- [Greata](#)
- [Iritabilitate](#)
- [Oboseala \(astenie\)](#)

Sarcina molară

Published on Sanatate, medicina, tratament (<http://www.i-medic.ro>)

[Palpitatii](#)

[Puls rapid \(tahicardie\)](#)

[Sangerari vaginale anormale in timpul sarcinii](#)

[Scadere in greutate](#)

[Secretie vaginala de vezicule](#)

[Slabiciune musculara](#)

[Teama \(Anxietate\)](#)

[Tensiunea arteriala crescuta](#)

[Transpiratii excesive](#)

[Tremuraturi](#)

[Umflare\(edem\)](#)

[Urinare frecventa \(polakiurie\)](#)

[Varia](#)

[Varsaturi \(voma\)](#)

[Vertij](#)

Source URL: <http://www.i-medic.ro/boli/sarcina-molara>

Links:

[1] <http://www.i-medic.ro/boli/sarcina-molara#tabs-generalitati>

[2] <http://www.i-medic.ro/boli/sarcina-molara#tabs-diagnostic>

[3] <http://www.i-medic.ro/boli/sarcina-molara#tabs-tratament>

[4] <http://www.i-medic.ro/boli/sarcina-molara#tabs-imagini>