

UN CAZ DE TUMOARE PRESACRALĂ CAUZIND DISTOCIE

K. Boga, M. Rona

Distocia poate fi cauzată de tumoarea oricărui organ al micului bazin, dacă datorită mărimii sau localizării ei ajunge în calea prezentației, împiedicându-i fie fixarea, fie înaintarea în micul bazin. Din punct de vedere chirurgical, disproporția accentuată dintre prezentație și bazinul osos cauzată de o tumoare care nu poate fi îndepărtată din calea fătului, trebuie apreciată în același fel ca un bazin strimt, constituind o indicație absolută pentru secțiune cezariană.

Distociile pot fi cauzate de tumori cu punctul de plecare în organele genitale sau în alte organe ale micului bazin, ca:

1. tumori ovariene solide sau chistice localizate în micul bazin, îngustind strimtoarea superioară și împiedicând angajarea prezentației;

2. mioamele;

3. chisturile vaginale (*Spitzer, Fișcher*);

4. chisturi ale colului uterin;

5. cancerul colului uterin;

6. tumorile altor organe ale bazinetului, ca de ex. cancerul rectal, sarcoamele osoase, metastazele în Douglas, neurofibroamele, ganglionii limfatici măriți, chisturile echinococice etc.;

7. organele prolabate în micul bazin (rinichi, splină);

8. tumorile retroperitoneale;

9. lipoamele, schibalele;

Așa-zisele „tumori praevia” constituind obstacol la naștere sînt destul de rare.

Practic, prezintă importanță în primul rînd tumorile ovariene și mioamele.

În cazul observat de noi, obstacolul la naștere l-a constituit o tumoare retroperitoneală presacrală.

Descrierea cazului. Cs. M. (foarte de obs. 51/1960) priunpără în vîrstă de 22 de ani este transportată cu salvarea de la o casă de naștere, în ziua de 9. I. 1960 ora 0,45. Medicul de circumscripție o trimite pentru a fi internată, cu diagnosticul de naștere prelungită, inerție uterină secundară. Felcerul care o însoțește spune că durerile au început la 7. I. orele 19,30'. La 8. I. ora 12 s-a produs ruperea spontană a membranelor, observîndu-se ștergerea colului. A fost instruită pentru expulsie. Durerile au încetat la 8. I. ora 20. Atunci a fost chemată salvarea.

Antecedentele personale la internare sînt următoarele: la vîrstă de 2 ani i s-a extirpat din regiunea sacrală o tumoare de 3/4 kg. Menstruația a apărut la 17 ani, repetîndu-se de atunci cu regularitate în fiecare lună. S-a căsătorit la vîrstă de 21 de ani; bolnava e la prima sarcină. Socotînd de la ultima menstruație, nașterea urma să aibă loc la 16. I. În timpul primei jumătăți a gravidității, bolnava a avut vomismente frecvente. Începînd din luna a III-a de graviditate s-a prezentat la consultații prenatale.

Starea la internare. Bolnava nu are dureri. Se palpează un uter gravid în formă de ceas de nisip, cu un tonus ridicat, divizat în două părți printr-o zonă de refracție așezată deasupra ombilicului la o lățime de deget (stricțiură uterină). Zgomote cardiace nu se aud. Examenul extern nu dă nici o indicație în legătură cu poziția fătului.

În introritul vaginal se observă pielea păroasă a capului fetal. Vulva și suprafața inferioară a coapselor este presărată cu mecomu fetid avînd aspecte de pireu de mazăre.

La examenul rectal se constată că perineul posterior are o suprafață neregulată fiind îngroșat de o formație consistentă. Craniul fătului e fixat în strîmtoarea inferioară, iar palpînd prin peretele anterior al rectului se simte că are o suprafață neregulată. La extremitatea superioară a șanțului fesier se bombează din piele, la nivelul osului sacral, o formație elastică de mărimea unui mîr, sub care se vede o cicatrice operatorie transversală extinsă asupra ambelor iese. Parturienta este dusă în camera de naștere. Temperatura: 37,2°; pulsul 92 miut; diametrele externe: 26, 28, 31, 20 cm. Tensiunea arterială: 130/90 mmHg. Nu sînt edeme. Cu o sondă moale evacuăm vezica plină, din care se elimină o urină abundentă de culoare galben-închisă, în care examenul albuminei prezintă: ++. la tușeul vaginal se constată prezența frontală oprită în strîmtoarea bazinului; bosă craniană de mărimea unei nuci verzi în regiunea frontală. Fătul e fixat în poziția a II-a dreaptă. Fontanela mare se palpează bine la extremitatea laterală dreaptă a diametrului transversal al strîmtoării inferioare.

Diagnostic: făt mort intrauterin. Înainte de internare, prezența frontală, tumoarea sacrală a mamei cauzînd distocie, naștere oprită în perioada de expulsie, craniul oprit în strîmtoarea inferioară, strictură uterină.

Ținînd seama de cele de mai sus ca și de eventualitatea unei infecții uterine s-a impus terminarea urgentă a nașterii. Cu un perforator Naegele perforăm prin fontanela mare capul fătului, fragmentînd și evacuînd prin spălare substanța cerebrală. Efectuăm craniocelazie și extragem fătul. Pentru protejarea părților moi, aplicăm cleidotomie stîngă. După 10 minute placentă se dezlipește spontan, expulzată cu membranele întregi. Intrucît lichidul amniotic fetid ce se evacua din uter pare infectat, facem o spălătură intrauterină cu 1 l apă iodată.

În vederea determinării extinderii tumorii presacrale efectuăm un examen intern și rectal, în cursul căruia constatăm că în excavația sacrală se află o tumoare cu suprafață neregulată, de mărimea unui pumn, pornind cu 2 lățimi de deget mai jos de promontoriu, avînd partea superioară elastică, chistică, iar partea inferioară coccigeană și cea posterioară corespunzînd perineului fiind consistentă și care ridică rectul fiind în legătură cu formațiunea subcutană, sacrală, observată la internare. Ținînd seama de datele din anamneză de localizarea și consistența formațiunii, am suspectat o tumoare de origine embrionară, presacrală.

Perioada a IV-a a nașterii s-a desfășurat normal. În primele trei zile de lăuzie am administrat antibiotice (penicilină și streptomycină) și uterotonice efectuînd de asemenea ablaclacție.

Lăuzia a decurs normal, lăsînd la o parte subfebrilitățile din după-masa primelor două zile. În a 6-a zi, lăuzia a părăsit clinica fără acuze.

După 2 luni de la naștere bolnava a revenit la control (14. III. 1960).

Rezultatul examenului efectuat de chirurgul chemat în consiliu (*L. Szombathelyi*) a fost următorul: pe peretele posterior al rectului se palpează o formație de o lungime de 12—14 cm, de o consistență chistică, nedureroasă, fără aderențe cu teritoriile vecine, umplînd excavația sacrală și depășind extremitatea coccigiană în așa măsură încît partea ei inferioară se poate palpa la 3,5 cm de sfîncter. Dacă se apasă peretele abdominal, conținutul formației se deplasează simțitor spre anus, imitînd prin forma ei alungită o pară cu baza orientată în jos. La nivelul osului sacral III—IV se vede o cicatrice transversală vindecată per primam. Diagnostic: chist dermoid presacral. Se indică extirparea lui pe cale chirurgicală.

Examenul radiologic (*E. Kertész*) a arătat că traiectul și conturul rectului umflat cu aer sînt regulate. Formația pusă în evidență la examenul clinic nu se vede pe radiografie.

La examenul ginecologic se constată un vagin de lățime normală, orificiul extern în fază transversală, uter mai mic cu ceva decît cel normal, în anteflexie-versie, din partea organelor genitale niimic patologic.

Bolnavei i s-au dat lămuriri despre natura tumorii și pronosticul eventualelor nașteri viitoare. De atunci nu s-a mai prezentat la examen.

K. BOGA, M. RONA: UN CAZ DE TUMOARE PRESACRALĂ



Fig. nr. 1.

Discuții: În cazul nostru, distocia a fost provocată de partea presacrală retroperitoneală a unei tumori sacrale dermoide care a fost numai parțial îndepărtată în copilărie. Tumoarea presacrală poate fi incriminată și pentru dezvoltarea prezentației frontale. Din cauza distociei insurmontabile capul în prezentație frontală s-a inclinat în strîntoarea bazinului, fătul a murit intranterin și s-a dezvoltat o strictură uterină. După perforarea craniului fătului mort, nașterea a fost încheiată prin cranioclazie. Viața fătului ar fi putut fi salvată dacă tumoarea s-ar fi descoperit la timp în cursul nașterii, efectuînd secțiune cezariană.

Dezvoltarea complicată a regiunii sacro-coccigiene și abundența țesuturilor rudimentare care se găsesc în vecinătate fac ca această regiune să fie aptă pentru apariția tumorilor chistice. Cele mai multe tumori ce se întîlnesc aici sînt congenitale, fiind mai frecvente în cazul fătului feminin și cauzînd foarte adesea neviabilitate.

Ele pot îngreuna sau împiedica chiar și nașterea fătului. Tabloul histologic al acestor tumori este variat. Potrivit apariției lor, tumorile sacrococcigiene pot fi împărțite în două tipuri principale:

1. tumori apărute în cursul unor anomalii de dezvoltare precoce, embrionare;
2. tumori apărute din persistența țesuturilor, care în condiții normale regresează complet.

În prima categorie pot fi enumerate teratoamele care conțin țesuturi dezvoltate (oase și părți viscerale), avînd o frecvență redusă la oameni — și teratoamele sacrococcigiene solide sau chistice care se localizează atît înaintea cit și în spatele osului sacral sau coccigian. Cea mai frecventă formă a acestora din urmă este chistul dermoid.

În grupa a doua aparțin tumorile benigne sau maligne, fie chistice, fie solide retroperitoneale și mezenteriene, derivînd din pancreas, rinichi, glandele suprarenale sau ganglionii limfatici.

Tumorile ambelor grupe figurează în literatură sub denumirea de tumori retroperitoneale. Decelarea lor preoperatorie este foarte grea, deoarece aceste formații nu produc simptome caracteristice.

În cazul nostru nu am executat operația și de aceea nu putem formula un diagnostic histologic. Ținînd seama de antecedentele personale, de localizarea tumorii și de rezultatele tușeului vaginal și rectal, presupunem că este vorba despre un chist dermoid sacrococcigian. Tumoarea nu a cauzat simptome pînă la naștere. Am recomandat extirparea ei numai pentru asigurarea bunei desfășurări a eventualelor nașteri viitoare.

Sosit la redacție: 17 octombrie 1960.