

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL AVORTULUI SPONTAN PRIN INSUFICIENȚĂ ISTMICO-CERVICALĂ*

C. Boga

Insuficiența anatomică-funcțională a colului uterin (insuficiență sau incompetență istmico-cervicală, i.i.c), poate duce uneori la avort habitual în trimestrul doi al sarcinei, iar alteori la naștere prematură. Deși este cunoscut de multă vreme faptul că protecția defectuoasă a colului inferior al oului poate constitui o cauză de avort sau naștere prematură, primii care au atras atenția asupra i.i.c. ca entitate clinică au fost *Palmer și Lacomme* în 1948 și *Lash și Lash* în 1950. *Shirodka* a descris în 1954 procedeul său chirurgical azi unanim cunoscut, prin care se urmărește eliminarea insuficienței colului uterin în timpul sarcinei. De la cunoașterea acestui procedeu, literatura de specialitate s-a îmbogățit mereu, el fiind aplicat tot mai frecvent, chiar dacă nu în varianta sa originală.

În ultimii ani operația de cerclaj, executată în timpul sarcinei, a devenit cunoscută și din ce în ce mai des aplicată și la noi. (*P. Sirbu, F. Duda, A. Bădescu, M. Baci, Gh. Dumitrescu și colab.*)

* Lucrare efectuată pe baza comunicărilor susținute la ședința din 11 ianuarie 1962, a Societății de Ginec. Obst. (U.S.S.M.), Filiala Tirgu Mureș și la Conferința Internațională a Societății Ginecologilor și Obstetricienilor din R. P. Ungară (Pécs, 5—8 sept. 1962).

Din noiembrie 1960 pînă azi am efectuat 14 operații pentru i.i.c. utilizînd un procedeu diferit într-o oarecare măsură atît de operația Shirodkar originală, cît și de procedeele modificate descrise pînă în prezent.

★

I.i.c. poate avea numeroase cauze. Acestea se pot împărți în două grupe: cauze *primare*, congenitale, endogene, funcționale, și cauze *secundare*, cîștigate, de origine traumatică, factori etiologici care afectează structura anatomică. În practică este foarte greu să stabilești dacă în i.i.c. sînt incriminați factori primari sau secundari. Uneori elucidarea cauzei nu reușește nici dacă se ia o anamneză minuțioasă și se face un examen atent. Se poate presupune ca ambele origini sînt la fel de frecvente, uneori putînd coexista (de exemplu: o tulburare funcțională a corpului galben și o ruptură veche de col produsă în cursul nașterii). Printre cauzele de origine traumatică se întîlnește foarte frecvent dilatarea forțată a canalului cervical cu ocazia întreruperilor de sarcină la primigeste. Dilatarea forțată determină de obicei o dilacerare și rupere a fibrelor, o leziune a istmului, a cărei consecință poate fi o insuficiență a orificiului intern, în cursul sarcinilor următoare. Se poate presupune că în viitor, frecvența incompetenței cervicale va spori în cazurile amintite ca urmare a întreruperilor de sarcină făcute pe o scară largă.

Faptul că starea istmului are o importanță hotărîtoare, reiese și din constatarea că i.i.c. se manifestă în a doua treime a sarcinii, deci în perioada cînd sfîncterul situat la nivelul orificiului intern anatomic se șterge, istmul devenind segment inferior. Rămîne ca protecția polului inferior al oului să fie asigurată numai de colul uterului rîmolt și scurtat. Din acest moment oul va fi sprijinit de sfîncterul inferior al fostului istm situat la nivelul orificiului histologic. Dacă funcția acestuia este insuficientă, apare tabloul clinic al i.i.c. Această funcție defectuoasă a orificiului trebuie să fie compensată de firul de cerclaj așezat la nivelul istmului. Sintem de acord cu *Youssef* că denumirea de insuficiență cervicală produce confuzie și în locul acesteia ar trebui să vorbim propriu-zis de insuficiență istmică.

Avortul determinat de i.i.c. este precedat de puține simptome subiective (senzație ușoară de presiune în abdomenul inferior, durere cu caracter de tracțiune). Cum simptomele nu sînt alarmante, rupererea pungii aniotice și avortul care îi urmează rapid, însoțit de contracții puțin dureroase, pot surprinde gravida. Canalul cervical și orificiul intern devin permeabile la un deget deja cu cîteva săptămîni înainte de avort. În cursul dilatării ulterioare la orificiul extern al colului apare polul inferior al oului, evidențiîndu-se treptat membranele. Diagnosticul se poate stabili prin palpate și prin examenul cu valvele dar mai ales ținînd seama de faptul că tabloul patologic se instalează insidios, fără contracții uterine. În afară de aceasta ne vin în ajutor și datele anamnestice din care rezultă că este vorba de avorturi spontane repetate care s-au produs în aceeași perioadă de timp și în mod caracteristic. În caz de cauze primare însă, tabloul patologic al i.i.c. poate să apară deja în cursul primei sarcini.

Dacă există suspiciunea de i.i.c. se recomandă examene frecvent repetate, începînd din a patra lună de graviditate pentru a se putea interveni la timp. Diferențierea de avorturile determinate de alte cauze, nu este în general dificilă dacă luăm în considerare evoluția caracteristică a cazurilor cu i.i.c. Nu ne decidem pentru intervenție, decît în momentul cînd am constatat în mod cert absența contracțiilor uterine și după ce am exclus un avort de altă origine.

★

Operația așa cum a fost descrisă de *Shirodkar* se aplică astăzi mai rar; începînd cu *Palmer* și *MacDonald*, procedeu operator a fost modificat de numeroși autori, însă elementul de bază al operației, cerclajul a rămas același. Noi efectuăm cerclajul în modul următor:

După o pregătire preoperatorie obișnuită, bolnava se așează în poziția Trendelenburg, iar marginea anterioară și posterioară a colului uterin se apucă cu pense „cu coeur”. Cu un tampon de pensă repunem prudent membranele, care bonbează. Procedem la infiltrarea mucoasei colului și a bazei vezicii cu o soluție de novocaină adrenalizată. Se efectuează o incizie transversală de aproximativ 3 cm pe fața anterioară a colului, la baza vezicii. Mobilizăm vezica în sus, cu prudență. Cu un ac chirurgical de mărime și curbură corespunzătoare prindem firul dublu de nylon în peretele anterior al istmului. În timpul următor, conducem pe rând, submucoas, de o parte și de alta a istmului, cele două capete ale firului dublu ancorat, scoțându-le pe fața posterioară a colului, în fundul de sac posterior, la o distanță de un centimetru unul de altul. Se suturează mucoasa incizată. Plasăm în canalul cervical un dilatator Hegar nr. 6 și înodăm cele două capete ale firului sub tensiune, după care scoatem Hegarul. Presărăm plaga cu praf antiseptic. Capetele firului înodat se lasă la o lungime de 5 cm.

Avantajul procedurii noastre față de celelalte modificări pare a fi între altele că se face o singură incizie, provocându-se doar un traumatism minim. De asemenea cerclajul nu poate aluneca de pe colul uterin, așa cum s-ar putea întâmpla în cazul firului condus numai în submucoasă, deoarece noi ancorăm firul în mușculoasa colului. În alte variante firul de cerclaj se înnoadă în profunzimea inciziei din fundul de sac vaginal anterior. Însă acoperind nodul cu mucoasa suturată, extremitățile firului de cerclaj atină din plagă, nepermițând închiderea ei etanșă. Mai mult, în momentul îndepărtării acestui fir (ante partum) se pot ivi dificultăți, deoarece nodul trebuie smuncit de sub mucoasă pentru a putea fi secționat. Noi înodăm firul în fundul de sac posterior, deasupra peretelui vaginal și îl îndepărtăm foarte simplu.

După unii autori, vezica nu trebuie mobilizată. Noi sintem de părere că pentru a putea plasa firul la nivelul orificiului histologic e necesară o decolare minină.

Înainte de intervenție trebuie să determinăm flora bacteriană vaginală pentru ca la nevoie să putem administra antibioticul potrivit. Este important tratamentul medicamentos atât preoperator, cât și postoperator, în scopul scăderii excitabilității uterine. Vom da preoperator timp de 1-2 zile, iar postoperator timp de o săptămână, zilnic 20—40 mg progesteron și derivați de fenotiazină. După operație, gravida nu poate păși patul timp de o săptămână. De acord cu *Sirbu*, subliniem importanța faptului că gravida trebuie să fie sub observație clinică cel puțin cu 24 de ore înainte de intervenție. În acest fel putem evita intervențiile neindicate, ca de exemplu când există un avort de altă natură sau un avort deja declanșat.

Operația poate fi considerată ca reușită, dacă sarcina este păstrată la virsta viabilității fătului. Luînd ca bază acest criteriu, din cele 14 cazuri ale noastre, 12 le considerăm rezolvate cu succes, deoarece am obținut 6 feți maturi și 3 prematuri viabili. 3 gravide încă n-au născut, însă sarcina evoluează în mod normal, fiind în a VII-a lună. Nașterile au decurs fără complicații. Operațiile de cerclaj s-au efectuat între a 16—22-a săptămână de sarcină, toate cazurile prezentînd i.i.c. netă.

Din cele două cazuri de insucces, primul a necesitat o intervenție foarte laborioasă din cauza condițiilor anatomice extrem de nefavorabile, produse de o amputație de col în antecedente, pentru o eroziune extinsă a porțiunii vaginale (atipic II/b-c). Operația a fost executată în luna a IV-a a sarcinei, și după două luni s-a soldat cu un avorton de 1000g. În al doilea caz, în momentul internării membranele bombau între labii, colul uterin fiind șters, iar orificiul uterin complet dilatat. Am reușit să prindem și să tragem în jos marginile orificiului, să repunem membranele și să executăm cerclajul. După 48 ore însă, gravida a devenit febrilă, puntea amniotică s-a rupt, au apărut contractii; am fost nevoiți să îndepărtăm firul și la puțin timp după aceea s-a produs un avort în luna a VI-a. Febra și avortul s-au produs datorită infecției membranelor prolabate în vagin.

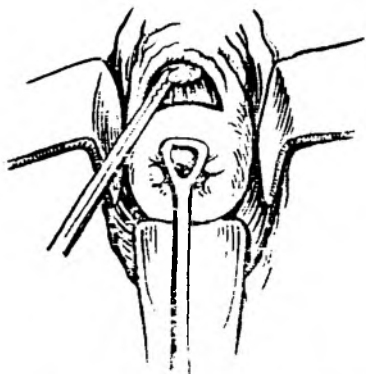


Fig. nr. 1: Decolarca vezicii.

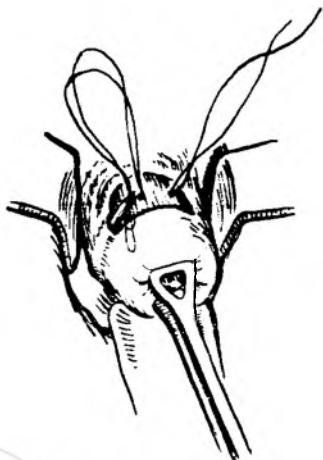


Fig. nr. 2: Firul dublu de neilon, ancorat in partea anterioară a istmului, se conduce lateral submucoasa pînă pe fața posterioară a colului.

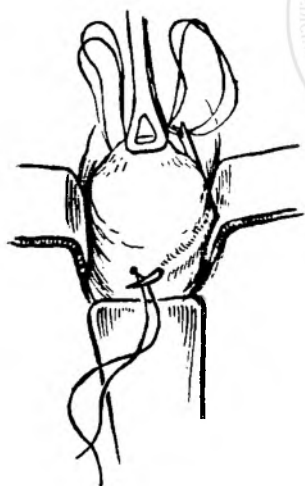
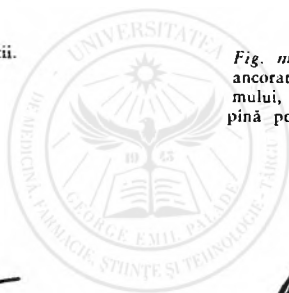


Fig. nr. 3: Acul cu fir se scoate pe fața posterioară a colului.



Fig. nr. 4: Schema secțiunii transversale a istmului indicind traiectul firului de cerclaj.



Datele din literatură relevă că operația de cerclaj este lipsită de pericole. Recent însă, *Lash* observă că din 12 operații de cerclaj în 9 cazuri a observat complicații serioase (hemoragii grave, infecția plăgii, și chiar o ruptură uterină). În afară de cazul febril amintit, noi nu am observat alte complicații. Nu putem considera drept complicație faptul că în 2 cazuri, în momentul îndepărtării firului, cu 10 zile înainte de termenul nașterii, am observat că firul submucos pătrunsese parțial spre canalul cervical. Posibilitatea complicațiilor însă trebuie să ne atragă atenția asupra faptului că este necesară o deosebită prudență în alegerea cazurilor, pregătirea preoperatorie, tratamentul postoperator și în tehnica operatorie.

Dacă firul se îndepărtează înainte de naștere sau dacă folosim un material care se resoarbe către sfârșitul sarcinii (*Horn* și *Gimes*), nașterea va decurge în mod normal.

Unii autori nu îndepărtează firul, ci execută operație cezariană, pentru ca cerclajul să se păstreze și în sarcinile următoare. Această indicație a cezarienei pare exagerată și noi nu o acceptăm. Operația de cerclaj în condițiile unei pregătiri preoperatorii corespunzătoare, ale unui tratament postoperator corect și ale unei tehnici adecvate, nu este un procedeu traumatizant și poate fi repetată.

Se discută dacă tratamentul chirurgical al I.I.C. trebuie efectuat în timpul sarcinii. *Lash* susține că e mai indicat ca intervenția să se execute în afara sarcinii. Mulți autori efectuează operați pentru îngustarea canalului cervical, excizând din regiunea istmului. Se pare însă că stabilirea diagnosticului de I.I.C. în cazul uterului negravid nu se poate face cu certitudine. Chiar cervicohisterografia efectuată în faza luteică ne poate induce în eroare (*Jellicote* și *Wilson, Stöckli, Lindahl* și *Helander*). I.I.C. este un tablou clinic care se manifestă în sarcină, ca urmare a modificărilor tisulare apărute în cursul ei, putându-se diagnostica cu certitudine numai în timpul gravidității. Operația efectuată pe uterul negravid nu este recomandabilă și evident va putea crea greutăți în timpul nașterii, din cauza colului cicatricial, ba chiar va mări pericolul rupturii uterine dacă femeia operată va fi lasată să nască spontan.

Datele din literatură și experiența noastră ne îndreptătesc să credem că cerclajul colului efectuat în cursul sarcinii, chiar dacă nu asigură în fiecare caz purtarea sarcinii la termen, este o armă eficace în lupta împotriva avortului habitual. Dacă respectăm condițiile amintite, cerclajul colului poate fi considerat ca un procedeu chirurgical inofensiv, care dă rezultate bune în practica obstetricală.

Sosit la redacție: 18 ianuarie 1963.

Bibliografia la autor