

Clinica de obstetrică-ginecologie din Tg.-Mureș (cond.: prof. E. A. Lőrincz,
doctor în științe medicale)

AMENOREE ȘI STERILITATE SECUNDARA URMATA DE SARCINA CERVICALĂ — REZOLVATA CONSERVATOR

VI. Pețeanu, C. Rădulescu, E. Trușă

Literatura de specialitate din ultimii ani citează tot mai frecvent cazuri de sarcină cervicală, afecțiune căreia literatura clasică îi acordă o importanță mică, consemnând numai raritatea și gravitatea ei (mortalitatea 50%, după *Iacovlev*, (2), 60% după *Vaudescal*).

Dacă există un acord unanim în privința accidentelor grave hemoragice pe care sarcina cervicală le produce, conduita terapeutică nu este încă codificată. Literatura românească de specialitate publică pînă în 1962 10 cazuri, 8 salvate prin histerectomie totală cu conservarea anexelor și 2 cazuri cu exitus înainte de a se putea interveni chirurgical.

Rezolvarea sarcinii cervicale prin chirurgie mutilantă este din ce în ce mai puțin acceptată, și încă din 1956 profesorul *Aburel și P. Sirbu* au executat cu succes cervicotomie pe cale abdominală, după prealabila ligatură a arterelor uterine sau pensarea colului plicaturat cu pense *Museaux*. *E. Coarnă* și colab. (4) publică în *Obst. și Ginec. Nr. 1., 1962*, rezolvarea cu succes, prin tratament conservator a sarcinii cervicale, aplicînd — după efectuarea chiuretajului endouterin și endocervical — meșă endouterocervicală cu trombină și preconizînd hemostaza cu fire radiare trecute prin endocervix pînă în regiunea istmului, scoase prin fundurile de sac vaginale și legate strins.

Dr. *Mătrăcaru* (3) descrie un procedeu personal de rezolvare chirurgicală conservatoare a sarcinii cervicale, derivat din metoda de mai sus, care constituie și subiectul lucrării sale de disertație. Inmulțirea datelor din literatură în legătură cu această problemă, pare a fi legată și de faptul că asistăm la o creștere importantă a endometritelor după intreruperile de sarcină la cerere, ca și de prezența de endometru aberant în regiunea cervicală care suferă transformare deciduală sub impuls hormonal, fapt ce explică imposibilitatea grefării oului în cavitatea uterină și grefarea lui în cavitatea cervicală. Cazul nostru prezintă interes prin faptul că sarcina cervicală a survenit la o bolnavă cu amenoree și sterilitate secundară, consecutivă unei intreruperi de sarcină la cerere.

Bolnava S. V. de 26 ani, F. O. 1306 — se internează la 5/VII 1963 pentru: amenoree și sterilitate secundară.

A.H.C. — fără importanță. Antecedente fiziologice: menarha la 14 ani, cicluri regulate 27, 5, flux moderat, nedureros.

Antecedente obstetricale: 2 avorturi provocate, ultimul în 1958 pentru o sarcină în luna treia. Antecedente patologice — neagă. Istoric: bolnava afirmă că în urma chiuretajului efectuat în 1958, pentru o sarcină în luna treia, a prezentat o sîngerare mai abundentă timp de cîteva ore care a necesitat o revizuire instrumentală a cavității uterine. După această intervenție bolnava prezintă o amenoree pentru care începînd din luna a cincia de amenoree a consultat mai mulți specialiști timp de 5 ani, urmînd diferite tratamente hormonale, pe care nu le poate preciza, fără să se obțină revenirea menstruelor. Bolnava acuză dureri lombare și senzație de tumefacție mamară ciclică. Examenul pe aparate și sisteme furnizează relații normale.

Examen local: organe genitale externe de aspect normal.

Examen cu valve: col de nulipară cu orificiul extern punctiform, închis. T.V.: vagin suplu, col de nulipară, consistență ușor crescută, în anteverso — flexie, mobil, nedureros. Zona anexială dreaptă normală, salpinga stîngă îngroșată, dură, nedureroasă rulează pe deget.

Examen de laborator: hemoleucogramă, V.S.H., ex. de urină — normale. Examen citohormonal vaginal prezintă aspectul unei faze extrogenice mijlocii, iar repetarea lui peste 10 zile arată indicii corespunzători unui stadiu extrogenic de intensitate medie. Pe baza datelor clinice și de laborator am presupus o sîniechie uterină sau o tulburare de receptivitate a endometrului, consecutivă unui chiuretaj mai energetic. Bolnavei i se efectuează o histerosalpingo-grafie care furnizează următoarele relații: cavitatea uterocervicală se opacifiază în totalitate, trompa dreaptă se injectează în totalitate, trompa stîngă obstruată.

Prof. *Lörincz*, în amenoreele traumatice post partum și post abortum, consideră că cicatricea endouterină împiedică proliferarea rămășițelor fundurilor de sac glandulare din stratul bazal al endometrului, care sînt acoperite de această cicatrice. Pornind de la această concepție a recomandat și efectuat cu numeroase succese eliberarea acestor resturi glandulare din cicatricea endouterină printr-un curteaj superficial urmat de grefă endouterină cu endometru în fază foliculică de la o donatoare izogrup, izo Rh. Grefa de endometru e folosită în acest caz ca stimul biologic și hormonal în proporții fiziologice.

Inspirați din acest procedeu, dat fiind faptul că nu se poate doza intensitate abraziiei eliberatorii a resturilor glandulare din stratul bazal al endometru-

lui, am asociat la tratamentul local extrogenic o enzimă cu reale calități proteolitice care ar putea înlocui manevra de abraziere a cicatricii endouterine.

Bolnavei i se instituie un tratament extrogenic zilnic i. m. 1 mgr sintofolin, 5 mgr sintofilin intrauterin, a chimotripsină 25 u. Hb. — 1 fiolă acetilcolină la interval de câte 5 zile.

Deoarece curba temperaturii bazale și ex. citohormonal vaginal după 12 zile nu prezenta decalaj termic, am administrat Prolan 500 u. i. zilnic, timp de 5 zile, începînd cu ziua 12—16. În zilele 21—24 am administrat 10 mgr progesteron pe zi.

La 12 XI 1963 bolnava se reinternează cu mici pierderi de sînge prin vagin. Din anamneză aflăm că după ciclul artificial a prezentat o menstruație normală în luna august, după care a avut sîngerări reduse, intermitente în septembrie și octombrie, motiv pentru care solicită internarea.

F. O. 2074/1963. Organe genitale externe de aspect normal. Examinare cu valve: col mult mărit de volum, violaceu cu ectazii venoase și orificiul extern larg deschis (permite 2 degete) prin care se scurge sînge negricios în cantitate redusă.

T. V. vagin suplu, col mărit de volum cu aspect de butoiăș, consistența mult diminuată. Corp uterin ușor mărit de volum, consistența moale, face impresia unei formațiuni ce coafează colul globulos. Prin aria orificiului cervical se palpează o formațiune renitentă (oul) care se decolează parțial în timpul examinării producînd o sîngerare abundentă. Zonele anxiale libere.

Dg.: sarcină cervicală ?

Prin curaj digital se încearcă evacuarea conținutului cervical. Se elimină o sarcină de 8—9 săptămîni. Se efectuează controlul instrumental al cavității uterine care pare a fi un diverticul al cavității cervicale, extragîndu-se endometru îngroșat. Se curetează și cavitatea cervicală din cauza numeroaselor franjuri rămase aderente în special pe peretele anterior și lateral drept. Se administrează o fiolă ergomet i. m. — 1 fiolă oxistin în micrometru. Sîngerarea extrem de abundentă din craterul cervical ne obligă să efectuăm tamponament Dhürssen al cavității uterocervicale și al vaginului pînă la efectuarea desocării. Bolnava în șoc hemoragic decompensat grav, cu tensiunea 0, primește două flacoane plasmă a 250 ml și 5 flacoane sînge a 250 ml din care 2 flacoane administrate sub presiune. Sîngerarea continuă prin tamponul uterocervical în exterior, fapt ce ne determină să-l evacuăm și să aplicăm 6 fire de catgut gros, radiar introduse prin endocervix, trecute prin istm și scoase prin fundurile de sac vaginale și înodate stîns după ce în prealabil am lăsat în cavitatea cervicală un flacon trombină pulvis. Hemoragia încează și continuăm reanimarea bolnavei. După 45 de minute T. A. 100/70 puls 96/minut. Evoluția în zilele următoare este favorabilă.

La 23 XI examenul cu valve arată un col de volum normal prezentînd amprentele lăsate de firele de catgut ce s-au resorbit. Corp uterin ușor mărit de volum, mobil, nedureros. Zona anxială dreaptă normală, salpinga stingă palpabilă.

Concluzii: 1. *a*-chimotripsina va trebui încercată în instilații locale ca un adjuvant al tratamentului hormonal în scleroze cicatriciale endouterine, dat fiind acțiunea ei proteolitică.

2) Rezolvarea conservatoare a sarcinii cervicale e o conduită care trebuie generalizată, fiind simplă și păstrînd în același timp integritatea morfologică a aparatului genital feminin.

Sosit la redacție: 16 martie 1964.

Bibliografie

1. GH. PLĂCINTEANU și colab.: Revista Obst. Ginec. (1956) 3, 250; 2. IACOVLEV: Ajutorul urgent în patologia obstetricală. (1953) Moscova; 3. BELOSAPKO: Akușerstvo i ghinekologhija, (1954), 3, 22; 4. GHEORGHIU N., PROTOPODESCU —PACHE: Rev de Obst. Ginec. și Puericultura, (1935); 5. E. COARNA, GH. MĂTRĂCARU, C. RĂDULESCU: Obst. Ginec. (1962), 1, 4; 6. GH. MĂTRĂCARU: Rev. Obst. Ginec. (1962), 1, 7.