

AFECTIUNILE ALERGICE ALE ORGANELOR GENITALE FEMININE

A. Borbáth

Tratatele clasice de alergologie (15. 27, 39) ca și cele moderne de ginecologie (23, 33) nu se ocupă de afecțiunile alergice ale organelor genitale feminine. Din acest motiv nu e de mirare, dacă în conduita ginecologilor nu se reflectă orientarea alergologică despre interpretarea și tratamentul afecțiunilor aparatului genital feminin. Pe baza acestui considerent am crezut util și necesar să dau o privire sintetică asupra manifestărilor alergice ale organelor genitale feminine, a căror cunoaștere poate contribui la ameliorarea activității curativo-profilactice a ginecologului.

Aparatul genital al femeii, ca și celelalte aparate ale organismului feminin, poate fi sediul unei reacții antigen-anticorp, care se poate manifesta prin modificări anatomo-funcționale caracteristice, numite alergoze ginecologice. Acestea survin îndeosebi la femeile în ale căror antecedente personale sau familiale figurează reacții alergice.

Localizarea fenomenului alergic într-un segment sau altul al tractului genital feminin este favorizată de factorii-conecși sensibilizării: factorul nervos prin rețeaua bogată în interoceptori a aparatului genital feminin, factorul endocrin prin fluctuațiile funcțiunii endocrino-genitale a femeii, factorul infecțios prin inflamațiile metro-anexiale.

Alergozele tractului genital feminin se pot manifesta sub următoarele forme clinice:

- I. Prurit vulvar alergic
- II. Vaginită alergică
- III. Tulburări menstruale alergice:
 1. — amenoree
 2. — metropatie hemoragică
 3. — dismenoree
- IV. Metroanexită alergică.

I. Pruritul vulvar alergic

În etiologia atât de variată și complexă a pruritului vulvar se ascunde uneori un factor alergic. Alergenul care declanșează pruritul vulvar poate fi exogen, acționând asupra pielii: 1. prin contact (substanțe chimice, medicamentoase); 2. peroral (alimente, medicamente). Alergenul endogen este reprezentat prin estrogenii cu acțiune alergizantă (Borbáth și Dézsi, 4) secretați de ovar. La femeile cu sindrom hiperfoliculinic am constatat deseori un prurit vulvar care a putut fi atribuit unei sensibilități față de estrogeni, demonstrabilă prin testul intradermic.

Diagnosticul pruritului vulvar alergic se stabilește prin: 1. — Analiza minuțioasă a anamnezei bolnavei din punct de vedere alergologic. Deseori vom constata prezența concomitentă a altor afecțiuni alergice, ca edem angioneurotic, coriză de fin etc. 2. Identificarea alergenului exogen prin cercetarea amănunțită a condițiilor de muncă, de locuință, a alimentelor și medicamentelor folosite de bolnavă, prin probe de expunere, de eliminare și intradermică. Originea endocrin-alergică se demonstrează prin testul intradermic la estrogeni, iar eficacitatea anti-histaminicele de sinteză poate fi un argument în favoarea originii alergice a unor forme de prurit vulvar.

Tratamentul pruritului vulvar alergic constă în: 1. Eliminarea alergenului din alimente și din mediul înconjurător al bolnavei. 2. Tratament antialergic realizat prin reticulin (*Popovici și Coja*, 27), antihistaminice de sinteză pe cale bucală, prin badijonări, alifii (*Calandra*, 6), hidrocortizon sub formă de tablete vaginale (*Finkler*, 11), alifie (*Teodorescu și Bădănoiu*, 37) ACTH (*Fromer și Smith*, 10), progesteron (*Borbáth și Dézsi*, 4). Desensibilizare prin autohemoterapie simplă (*Ravaut*, 28) sau prin singele persoanei iradiate cu cvart (*Lehner și Rajka*, 21), prin estrogen pe cale intradermică (*Castano*, 7) sau subcutanată (*Zondek și Bromberg*, 40).

II. Vaginita alergică

Starea hiperergică a vaginului se poate manifesta sub forma unei vaginite având ca simptom dominant leucoreea. După *Rust* 20% a vaginitelor sînt de natură alergică.

În etiologia vaginitei alergice vom putea descoperi de cele mai multe ori un alergen exogen, a cărui poartă de intrare poate fi: 1. mucoasa vaginală; 2. aparatul respirator; 3. aparatul digestiv.

1. — Oricare medicament sau substanță chimică poate juca rolul alergenului cu acțiune de contact, dacă vine în contact cu mucoasa vaginală, mai ales în caz de compromitere a integrității morfo-funcționale a mucoasei vaginale (inflamații, traumatisme, hipofoliculinie etc). Vaginita alergică poate fi declanșată prin acțiunea locală a naftalinei (*Hansen*, 15), dezinfectante cu conținut de clor (*Hosemann*, 17), praf de tutun (*Hosemann, Rusu și colab.*), tinctură de iod (*Borbáth*, 5), sulfonamide.

2. — Alergenele care pătrund pe cale respiratorie pot declanșa leucoreea (naftalină, iod etc.).

3. — Orice aliment sau medicament care se resoarbe prin tubul digestiv, poate cauza în calitate de alergen peroral, o leucoree alergică. Au fost observate cazuri de leucoree alergică după consumare de lapte, de caș (*Adelsberger și Munter*, 2), ouă (*Geiger*, 13), carne (*Urhach*, 39), căpșuni (*Borbáth*, 5) sau după utilizare de pastă de dinți cu conținut de iod (*Geiger*, 13).

Condițiile de muncă din întreprinderile textile creează posibilități favorabile pentru instalarea unei stări de alergie a organismului femeii. Lina, bumbacul, mătasea, blănurile, vopselele textile etc. pot avea rol de alergen. Dintre 182 muncitoare ale unei cooperative de țesătorie și vopsitorie, la 4 am constatat o vaginită alergică, cauzată de vopsea neagră de gudron, anilină și clor.

Clinic, vaginita alergică se manifestă printr-o leucoree abundentă, albicioasă, nemirosoasă, însoțită de o senzație de prurit vulvo-vaginal. La examenul microscopic al secreției vaginale este semnificativă prezența celulelor eozinofile.

Diagnosticul vaginitei alergice se stabilește prin analiza minuțioasă a anamnezei bolnavei, căutînd în mediul înconjurător, în regimul alimentar și printre medicamentele folosite, factorii care pot acționa ca alergen. Orientarea noastră este ușurată prin concomitența vaginitei cu alte manifestări alergice ca: rinita vasomotorie (*Kleine*, 20), coriza de fin (*Adelsberger și Munter*, 2), urticaria (*Geiger*, 13). Argumentul decisiv pentru originea alergică a vaginitei îl constituie prezența celulelor eozinofile în secreția vaginală. Se poate presupune că vaginita alergică, în realitate e mai frecventă, decît se crede. Leucoreea, etichetată în trecut de origine exudativ-diatezică, este de multe ori de natură alergică.

Tratamentul vaginitei alergice constă în: 1. eliminarea alergenului cauzal din mediul înconjurător și din regimul alimentar al bolnavei. 2. Administrare de pre-

parate antialergice și antihistaminice (calciu, reticulin, nilfan, romergan) și a corticosteroizilor (Bădărău, Schuppius, 3, 34).

III. — Tulburările menstruale alergice

Constatarea unanim admisă că menstruația exercită o influență netă asupra manifestării alergozelor, prin modificările pe care le provoacă în starea neuro-endocrină, umorală și imunobiologică a organismului feminin, este întregită de observațiile mai recente, din care rezultă că tulburările menstruale, în special cele rebele la terapia hormonală, pot avea și un substrat alergic, putându-se manifesta sub trei forme clinice.

1. — Amenoreea alergică

Tratamentul cu gonadotrofina serică aplicat timp mai îndelungat poate să ducă la instalarea unei stări de amenoree. Gonadotrofina serică ca alergen hormonal poate sensibiliza organismul, provocând formarea anticorpilor sesili și umorali (antigonadotrofine). Reacția alergen (gonadotrofina) — anticorp (antigonadotrofina) duce în acest caz la scăderea secreției gonadotrofinei endogene (hipopituitarism), manifestată treptat prin hipomenoree, oligomenoree și amenoree. Acest patomecanism al amenoreei descris pentru prima oară de Nyiri (25), merită să fie cunoscut de către cei care administrează preparate de gonadotrofină serică.

2. — Metropatia hemoragică alergică

În patomecanismul hemoragiilor uterine funcționale, pe lângă factorii hormonal, pot interveni și factorii alergici.

Dacă reacția antigen-anticorp își are sediul în endometru, șocul alergic se va manifesta sub forma clinică a unei metroragii.

Alergenul cauzal al metropatiei hemoragice alergice care se manifestă în deosebi în epoca juvenilă și preclimacterică are un caracter endogen, fiind constituit de estradiolul secretat de ovar.

Roberto Martinez Ferrara (29) a fost primul care a atras atenția asupra genezei alergice a unor metroragii juvenile. La o persoană juvenilă, sensibilizată în prealabil prin estradiolul endogen, cu ocazia pătrunderii repetate a alergenului hormonal în endometru, acesta din urmă ca țesut de șoc, devine sediul unei reacții antigen-anticorp, manifestată prin metroragie.

Același mecanism endocrino-alergic poate fi presupus și verificat la unele femei care prezintă metroragii în epoca preclimacterică. Executând testul intradermic la estron la 24 de femei, suferind de metropatie hemoragică preclimacterică, am obținut rezultate pozitive în 9 cazuri (37%).

Mai nou, pe baza pozitivității testului Coombs la bolnavele cu metroragie prelungită, Iacubov (18) atribuie un rol în patogeniza metroragiilor funcționale, și proceselor imune care se petrec în organism sub influența unor infecții, medicamente etc.

Rezultatele favorabile obținute cu progesteron și gonadotrofină, ambele cu acțiune antialergică, constituie un argument în favoarea substratului alergic al unor forme de metroragii funcționale. Influențarea lor prin terapia cu calciu și cozinofilia pledează pentru originea alergică a metroragiilor juvenile (Undritz, 38).

Diagnosticul metroragiilor alergice tinde la identificarea alergenului endogen prin testul la estrogen, sau a celui exogen, prin cercetarea mediului de trai și de muncă, a alimentației și a medicamentelor folosite de bolnavă.

Tratamentul metroragiilor alergice se realizează prin: 1. Substanțe antialergice, antihistaminice (reticulin, romergan, nilfan), progesteron, care pe lângă corectarea surplusului de estrogen mai are și acțiune antialergică (Borbáth și Dézsi, 4). 2. Administrare de calciu, având acțiune favorabilă asupra reactivității alergice, cit și asupra coagulabilității sanguine. 3. Aplicarea intravaginală de adrenalină (Aburel și Petrescu, 1).

3. — Dismenoreea alergică.

Dacă reacția antigen-anticorp se petrece în miometru, șocul alergic se manifestă sub forma clinică a dismenoreei.

In etiologia dismenoreei alergice pot interveni: 1. *alergene exogene* și 2. *alergene endogene*.

1. Rolul de alergen exogen îl pot juca alimentele: caș, carne, ouă, (Dutta, 8. Roue, 30), substanțe chimice: nitroceluloză, eter, amid acetat (Gutierrez de Alles și Dantin Gallego, 14), infecțiile atenuate ale uterului. *Limet* (22) în 1/5 parte a cazurilor de dismenoree studiate, a pus în evidență o tuberculoză generală sau locală, latentă sau ușor progresivă, în prezent sau în trecut.

2. — *Alergenul endogen* al dismenoreei alergice îl pot constitui substanțele histaminoid eliberate prin dezintegrarea endometrului.

Unele forme ale dismenoreei pot fi interpretate printr-un patomecanism de alergie endocrină. Existența unei hiperfolliculinii în 60% a cazurilor de dismenoree esențială (Kotz și Parker, 19), acțiunea alergizantă a estradiolului (*Borbáth* și *Dézi*, 4), explică apariția unei reacții alergice în uter, ca organ de șoc, manifestată printr-o criză dismenoreică. Substratul farmacologic al dismenoreei alergice îl constituie eliberarea de histamină declanșată de estrogeni (*Herschberg*, 16), iar cel nervos e reprezentat de vagotonia menstruală (*Eppinger* și *Hesse*, 9).

Diagnosticul dismenoreei alergice se stabilește prin:

1. Punerea în evidență a alergenului cauzal exogen în alimentație, printre medicamentele și substanțele chimice folosite sau manipulate de bolnavă.

2. Executarea testului intradermic la estrogen.

3. Punerea în evidență a eozinofiliei în singele circulant și cel menstrual, în cursul accesului dismenoreic.

4. Coexistența dismenoreei cu diverse simptome alergice (astm, coriză de fin, urticarie).

Tratamentul dismenoreei alergice se realizează prin:

1. Eliminarea alergenului exogen. Dismenoreea încetează în urma evitării alimentelor la care bolnava reacționează printr-o probă cutanată pozitivă (*Schwartz* și *Smith*, 35).

2. Desensibilizarea după metoda *Géber*. Serul singelui recoltat la începutul dismenoreei se injectează intracutan în același loc în intermenstru tot la două zile, în doze crescînde, de la 0.1 ml pînă la 0.4 ml, în total 10—12 injecții.

3. Combaterea alergenului endogen estrogen prin progesteronul cu acțiune antialergică (*Borbáth* și *Dézi*, 4).

4. Administrare de substanțe antialergice și antihistaminice: calciu, adrenalină (*Mc Pherson*, 24), reticulin (*Popovici* și *Coja*, 27), romergan, nilfan, prednison.

IV. — *Metroanexita* alergică

În unele cazuri reacția alergică a organelor genitale feminine interne se poate manifesta sub forma unui proces inflamator pelvi-genital.

Reacția alergică a uterului poate duce la edemul acut al endo-mio- și perimetriului, uterul putînd ajunge pînă la dimensiunea unui cap de copil. Simptomatologia clinică amintește tabloul metroanexitei.

Admițînd că alergia se dezvoltă în acele organe în care procesul infecțios recidivează des sau decurge cronic, factorul alergic merită să fie luat în considerație în interpretarea patogeniei și în indicația tratamentului metroanexitelor. Recidiva frecventă a metroanexitelor poate fi atribuită într-o măsură oarecare și factorului alergic de origine microbiană. Exacerbarea premenstruală a metroanexitelor poate fi în legătură cu capacitatea de reacție modificată a organismului față de germenii din focarul inflamator.

Inflamațiile organelor genitale feminine, la infecții de focar pot duce la tulburarea unității funcționale a glandelor endocrine, ceea ce se repercutează asupra activității alergice a organismului (*Sylla*, 36).

În pregătirea terenului alergic al unei metroanexite un rol fundamental îl joacă acțiunea alergizantă a estrogenilor (*Borbáth* și *Dézi*, 4).

Diagnosticul metroanexitelor alergice se stabilește pe baza antecedentelor, a studiului alergologic al bolnavei și a datelor de laborator.

Tratamentul se aplică prin administrarea arsenalului medicamentos anti-alergic (calciu, reticulină, romergan, nilfan, prednison).

Sosit la redacție: 9 noiembrie 1964.

Bibliografie

1. ABUREL E., PETRESCU V.: *Obstetrica și Ginecologia*, (1953), 3, 28;
2. ADELSBERGER L., MUNTER H.: *Alimentäre Allergie*, Marhold, Halle, 1934;
3. BĂDĂRĂU L.: *Obstetrica și Ginecologia*, (1958), 2, 157;
4. BORBÁTH A., DÉZSI Z.: *Rev. Med.* (1959), 3, 298;
5. BORBÁTH A.: *Alergia in obstetrică și ginecologie*, disertație, Tg.-Mureș, 1962;
6. CALANDRA D.: *Sem. med.* (1951), 23, 1059;
7. CASTANO N.: *Ginecologia* (1946), 1, 28;
8. DUTTA P.: *Journ. Obst. Gyn. Brit. Emp.* (1935), 2, 42;
9. EPPINGER H., HESS L.: *Die Vagotonie*, Hirschwald, Berlin, 1910;
10. FROMER J., SMITH A.: *Lahey Clin. Bull.* (1952), 8, 232;
11. FINKLER R.: *Amer. J. Obst. Gyn.* (1958), 2, 319;
12. GEBER J.: *Dermat. Zschr.* (1921), 32, 143;
13. GEIGER H.: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* (1939), 9, 617;
14. GUTTIEREZ DE ALLES J., DANTIN GALLEGÓ I.: *Toko Gin. Pract.* Madrid, (1948), 67, 513;
15. HANSEN K.: *Allergie*, Thieme Stuttgart, 1957;
16. HERSCHBERG A.: *C. R. Soc. Franc. Gyn.* (1950), 7, 250;
17. HOSEMANN H.: *Dtsch. med. Woch.* (1952), 2, 677;
18. IACUBOV I.: *Obstetrica și Ginecologia* (1959), 6, 511;
19. KOTZ J., PARKER E.: *Amer. Journ. Obst. Gyn.* (1937), 34, 38;
20. KLEINE H.: *Zentralblatt für Gyn.* (1941), 16, 736;
21. LEHNER O., RAJKA O.: *Klin. Wschr.* (1929), 42, 1724;
22. LIMET F.: *Bull. Soc. Belg. Gyn. Obst.* (1956), 1, 54;
23. MARTIUS H.: *Lehrbuch der Gyn.*, Thieme, Stuttgart, 1960;
24. MC. PHERSON C.: *Canad. Med. Ass. Journ.* (1951), 5, 448;
25. NYIRI J.: *Allergie und Asthma*, (1959), 4—5, 199;
26. PASTEUR VALLERY RADOT: *Précis des maladies allergiques*, Flammarion, Paris, 1949;
27. POPOVICI T., COJA N.: *Ardealul Medical* (1947), 3—6, 136;
28. RAVAUT P.: *Cit. Cotte: Les Troubles fonctionnels etc.* Masson, Paris, 1938;
29. ROBERTO MARTINEZ FERRARA: *L'état ménorragique de l'adolescente*, Jouvet, Paris, 1941;
30. ROWE A.: *JAMA*, (1931), 97, 1440;
31. RUST W.: *Medizinische Klinik* (1958), 53, 14;
32. RUSU O., ȚURCAȘ A., FENEȘAN M., BAN A.: *Sesiunea IV. I.M.F. Cluj*, 1961;
33. SCHRÖDER R.: *Lehrbuch der Gynäkologie*, Thieme, Leipzig, 1959;
34. SCHUPPIUS A.: *Medizinische Klinik*, (1958), 49, 2107;
35. SCHWARTZ J., SMITH G.: *Amer. J. Obst. Gyn.* (1937), 33, 331;
36. SYLLA A.: *Allergie und Asthma*, (1956), 4, 259;
37. TEODORESCU ȘT., BĂDĂNOIU A.: *Dermatovenerologia* (1956), 4, 342;
38. UNDRITZ E.: *Pharmakologie und Klinik*, Sandoz, Basel (1943), 78;
39. URBACH E.: *Klinik und Therapie der allergischen Krankheiten*, Wien, Maudrich, 1935;
40. ZONDEK B., BROMBERG M.: *J. Obst. Gyn. Brit. Emp.* (1947), 1, 54.