

CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE SARCINĂ LA TERMEN, EVOLUATĂ ÎN CORN UTERIN RUDIMENTAR

D. Căprioară, Sylvia Dorca, I. Tolan, V. Idu

Malformațiile uterine la femeie derivă din anomaliile de dezvoltare ale canalelor lui Müller.

Mecanismul îl constituie rezorbția deficitară a septului despărțitor sau hipoplazia cu aplazia parțială ori totală a unuia sau ambelor canale.

Frecvența acestora întâlnită de diverși autori este cuprinsă între 1,9--3,8%.

Schröder clasificând aceste malformații congenitale în raport cu perioadele de organogeneză embrionară, arată că uterul bicorn unicol, este cel mai frecvent și apare în săptămîna 11—12 de viață embrionară, moment în care are loc fuziunea celor două canale în vederea realizării cavității unice triunghiulare.

Fuziunea deficitară generează anomaliile de uter bicorn unicol, septus sau subseptus. Anomalia în care unul din coarnele uterine este rudimentar, este asimetrică, cornul uterin putînd fi atretic sau canalizat, dispunînd de un endometru funcțional, care participă la procesul menstrual și la apariția hematometriei.

Prezentăm cazul C. A. în vîrstă de 28 ani, casnică, din mediu rural, internată de urgență în ziua de 19. VI. 1966, cu diagnosticul de sarcină la termen, contracției uterine, suspectată de sarcină gemelară. Din antecedente rezultă că a mai avut patru nașteri normale și 13 avorturi, în rest nimic deosebit. Sarcina actuală

a fost luată în evidență în luna III-a. avind o evoluție relativ bună, fără acuze deosebite.

La examenul obstetrical din 19. VI. orele 21. se constată: multipară, fundul uterului la jumătate distanță între ombilic și apendicele xifoid. Făt în așezare longitudinală, prezentație craniană. cap mobil Colul deplasat sub simfiză. S.C.D se aud în stînga liniei mediane. Contractții din 10 în 10 minute. Se menține sub observare.

La examenul următor din 20. VI. orele 8. contractții uterine hipertone. Nu se poate preciza poziția. Nu se palpează prezentația la strîmoarea superioară S.C.F. nu se aud. În fundul de sac vaginal stîng se palpează colul uterin dilatat pentru 3 degete. în care se pătrunde fără să se ajungă prezentația. Fundul de sac vaginal respectiv, este bombat de o formație chistică (segmentul destins). La o oră după acest examen. se decide secțiune cezariană, motivată prin distocie de angajare. suspiciune de tumoare praevia?

Operația 297. din 20. VI. orele 9: la deschiderea cavității abdominale se constată aderențe epiploice și o formație chistică dezvoltată spre parametru stîng care face corp comun cu uterul. Sarcină intramurală: care se deschide și se extrage un făt luna IX-a, mort intrauterin. Placenta nu se poate decola manual. Uterul de mărimea unei portocale mari, împins spre fosa iliacă dreaptă. Neputîndu-se asigura hemostaza. se practică histerectomie subtotală. cu păstrarea anexei drepte. Bolnava părăsește clinica la 9. VII. vindecată.

La examenul anatomo-patologic se constată: corpul uterin fără anexe, avînd 660 gr greutate. prezentînd 2 cavități și un col. Cavitatea dreaptă goală cu miometru hipertrofiat, gros de 5—6 cm se continuă cu cavitatea cervicală liberă. A doua cavitate dilatăată. de aspect chistic. închisă, lipsită de cervix sau anexe. prezintă o incizie largă. sfaclată. longitudinală a peretelui extern musculo-membranos. Peretele intern face corp comun cu uterul și prezintă în regiunea fundică o porțiune musculoasă. groasă. avînd 5 cm grosime. În rest, peretele este musculo-membranos. destins. mult subțiat în polul infero-extern. Între cele 2 cavități, se constată un sept despărțitor continuu muscular, care în porțiunea centrală apare mai subțire. musculo-membranos. perfect circular. avînd un diametru de 5 cm. fără urme de comunicare cu cavitatea uterină alăturată. Pe fața internă a acestei cavități. se constată locul de inserție al placentei în porțiunile musculoase groase fundică și inferointernă.

Placenta bilobată avînd 480 gr greutate. inserată în cei doi poli ai cornului uterin gravid, nu prezintă anomalii. Fătul de sex feminin, avînd 3600 gr greutate. fără anomalii decelabile necropsic.

Diagnostic anatomopatologic: uter bicorn. unicol. cu cornul stîng rudimentar. gravid la termen.

La examenul histopatologic efectuat pe 7 fragmente excizate din variate regiuni ale peretelui cornului gravid, se constată modificări ale fibrelor musculare caracteristice sarcinii. Pe fața internă a miometrului se găsesc vilozități placentare, care nu invadează musculatura și rare elemente deciduale. În fragmentul excizat din regiunea fundică se constată țesut cu structura unui ovar rudimentar.

Cazul prezentat — prin raritatea lui — ridică următoarele aspecte:

- posibilitățile de fertilitate în aceste anomalii.
- care este calea de migrare a oului fecundat.
- dificultățile de diagnostic clinic.
- complicațiile posibile și profilaxia lor.
- conduita terapeutică.
- factorii care fac posibilă evoluția sarcinii la termen în aceste condiții.

Datele din literatură menționează că în asemenea anomalii este frecventă sterilitatea și că metroplastia după *Strassman* în majoritatea cazurilor

D. CĂPRIOARĂ ȘI COLAB.: CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE SARCINĂ
LA TERMEN, EVOLUATĂ ÎN CORN UTERIN RUDIMENTAR



Fig. nr. 2.

rezolvă atât sterilitatea cât și avorturile precoce. Călea de migrare a oului sau spermei poate fi posibilă transabdominal, de la o trompă la alta, sau prin intermediul septului despărțitor. Bolnava noastră, la vârsta de 28 ani, are în antecedente 4 nașteri la termen cu feți vii și 13 avorturi. Migrarea oului fecundat a fost posibilă prin intermediul septului dintre cele 2 cavități, care în porțiunea centrală fiind mult mai subțire, a putut prezenta mici fisuri invizibile la examenul macroscopic, create de destinderea septului în timpul sarcinilor și nașterilor precedente. Altă explicație nu este posibilă, de vreme ce partea cornului rudimentar nu are anexă funcțională. Cavitățile rudimentară a prezentat condițiile implantării oului, deși *Courrier*, descrie anomalii de implantare posibile, fără să fie absolut necesar patul pregătit pentru implantare (cazul sarcinilor ectopice, abdominale etc.).

Posibilitățile de diagnostic în afara sarcinii prin investigații clinice, sînt lacunare. Cu toate acestea explorările radiologice, celioscopia, laparotomia sînt în măsură să precizeze diagnosticul. După instalarea sarcinii, examenul clinic bimanual este îngreunat din cauza chistului fetal, care în majoritatea cazurilor face corp comun cu uterul. În cazul nostru problema dificilă a diagnosticului a fost dată și de faptul că era vorba despre un chist fetal complet închis. Singura indicație de a ajunge la un diagnostic cert a rămas explorarea pe cale vaginală a cavității uterine prevăzută cu canalul cervical, care fiind goală, motiva secțiunea cezariană la timp, pentru salvarea fătului și extirparea cornului rudimentar, profilactic dezvoltării la acest nivel al sarcinilor ulterioare. Diagnosticul diferențial în primele luni de sarcină se face cu sarcina ectopică, miomul uterin, hemiuterul, apoi cu sarcina intramurală, care în cazul nostru s-a exclus, deoarece la examenul microscopic vilozitățile nu invadează miometrul.

Privitor la complicații, literatura arată că în majoritatea cazurilor manifestările clinice sînt: sterilitate, menstre dureroase și prelungite din cauza celor două fluxuri care se succed. Dacă se instalează sarcina, sînt frecvente avorturile repetate, nașteri premature, feți neviabili, anomalii fetale, distocii de prezentare și contracții de dilatare, accidente hemoragice provocate de ruptura chistului fetal sau accidente care pot surveni în perioada III—IV a travaliului.

Cazul nostru reprezintă o raritate tocmai prin evoluția calmă a sarcinii la termen, în corn uterin rudimentar complet închis, cu făt viabil, care pune în discuție intervenția factorilor materni și fetalii favorabili acestei evoluții.

Carl Wood, descrie în 1966 rezultatele cercetărilor sale privitoare la comportamentul expansiv al uterului uman. Autorul precizează că în sarcină, capacitatea expansivă a uterului se datorește mai mult unei modificări în plasticitatea sa, decît în elasticitate. Aceste modificări plastice, sînt datorate creșterii rețelei de collagen în miometrul gravid. Aceste microfibrile de collagen se găsesc dispuse în fascicule ca o rețea tridimensională. Nu este exclus că cele 17 sarcini prezentate de bolnava noastră în antecedente au contribuit la capacitatea de adaptare a miometrului din cornul rudimentar, astfel că a 17-a sarcină să o accepte și să-i permită o dezvoltare nezmotoasă timp de nouă luni.

În absența acțiunii mecanico-contractile a miometrului asupra oului, embrionului și apoi a fătului, a permis dezvoltarea fiziologică a produsului de concepție pînă la declanșarea travaliului, datorită factorilor compensatori fetalii și posibilităților lui de adaptare.

În decursul travaliului însă, decalajul între consumul de oxigen fetal și aportul relativ scăzut asigurat de vasele utero-placentare, a creat condițiile unei stări anoxice prelungite, care a dus la moartea intrauterină a fătului.

În asemenea cazuri prognosticul matern și fetal este considerat totdeauna grav de la începutul și pînă la sfîrșitul sarcinii legat de o unică conduită terapeutică-chirurgicală — care trebuie aplicată la momentul oportun.

Sosit la redacție: 18 mai 1967.

Bibliografie

1. BRELLI L.: Annali di Obstetrica et Ginecologia (1965). 9. 682.
2. MARTIUS H.: Malformațiile mamei. Manual de obstetrică. 1964. 516;
3. WOOD C.: The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth (1966). 73. 3. 439;
4. BUMM E.: Précis d'obstetrique en 28 Leçons. Ed. III. 1926. 329;
5. CONFALONIERI G., ZECCA D., MIGLIORI G.: Annali di Ostetrica et Ginecologia (1963). 10. 783.