

Clinica de obstetrică și ginecologie din Tirgu Mureș
(cond.: prof. Octav Rusu, doctor în medicină)

DIFICULTATE DE INTERPRETARE ÎN UNELE FORME DE SARCINĂ EXTRAUTERINĂ

Octav Rusu, V. Izsák, Gh. Teodorescu, I. Tolan

Unele cazuri de sarcină extrauterină (ExU) cu particularități de notă aparte ne prilejuiesc această lucrare, care nu are scopul de a prezenta „cazuri rare”, ci de a soate în evidență diverse dificultăți de interpretare în unele situații. Cu atât mai mult cu cât — în fond — este important a recunoaște tabloul clinic, adesea mozaicat, a cuibăririi și dezvoltării extrauterine a produsului de concepțiune și a indica intervenția în timp oportun.

Iată trei din cazurile noastre cu evoluție și caracteristici aparte:

1. O. V. (F. obs. 1023/1963), de 35 ani, cu antecedente genitale încărcate (nașteri, avorturi, pusee inflamatorii) se internează de urgență, în plină dramă abdominală, cu fenomene de șoc hemoragic consecutive unei inundații peritoneale survenite în mod fudroiant. Anamneza și puncția în Douglas pozitive pentru ExU. În reanimare intensă se intervine de urgență. Intraoperator: hemoperitoneu de cca. 1500 ml sînge rutilant și în chiaguri. La inspecția organelor genitale interne se constată: o formațiune tumorală, violacee, cît un pumn de adult, localizată pe fundul uterului, cu extindere spre stînga și înainte, apropiindu-se la 3 cm de emergența tubară stîngă; peretele tumorii, format din peritoneu și miometru subțiat, prezintă o ruptură de 4 cm, pe fața sa superioară, care sîngerează abundent; din nișa ruptă a tumorii — cantonată în plin miometru fundic — extragem „în toto” un ou corespunzător lunei a III-a; macroscopic trompa stîngă din vecinătate nu este cointeresată în proces. Anexa dreaptă liberă. Prin partea cea mai declivă a lojei de mai sus, incizăm miometrul și pătrundem în cavitatea uterină, pe care o raclăm obținînd mucoasă decidual transformată; exoizăm marginile rupte ale tumorii, hemostază, apoi capitonăm hemostatic după Louros, refăcînd peretele uterin. Peritonizăm cu ligamentul rotund adiacent. Extragem chiagurile din cavitatea abdominală, apoi închidem în straturi anatomice. Mers postoperator mai complicat. Vindecare per secundam.

2. S. E. (F. obs. 1309/1965), de 32 de ani; salpingectomie stîngă înainte cu un an pentru ExU; se internează cu suspiciunea unei sarcini ExU iterative; examenul genital la internare găsește căile genitale inferioare normale, iar uterul mai mare, globular ramolit, cu cornul stîng mai dezvoltat și de o sensibilitate vie; anexa dreaptă discret îngroșată și sensibilă; Douglas-ul liber. La această stare locală se adaugă: subfebrilități, subicter discret pe un fond de paloare accentuată. Suspiciune de ExU fiind prezentă, bolnava este ținută în observație severă. Durerea suportabilă în stînga este simptomul dominant, însoțit de o secreție sangvinolentă de culoare închisă. La un timp foarte scurt după un examen efectuat a doua zi, bolnava face lipotimie, pulsul trece peste 140, iar T.A. scade treptat de la 120/70 la 80/40, paloare extremă, amețală, meteorism cu discretă apărare musculară. Puncția în Douglas extrage sînge. Paralel cu o reanimare intensă se intervine de urgență. Cu această ocazie se constată: hemoperitoneu cu peste 1000 ml sînge rutilant și în chiaguri; trompa stîngă absentă din operația anterioară; cornul uterin stîng împreună cu bontul tubar tumefiat, violaceu, prezintă aderențe cu intestinul subțire și epiplonul; pe marginea sa stîngă se găsește o ruptură de circa 3 cm care sîngerează arterial; din loja acestei tumefacții rupte se exteriorează parțial un ou de 2 luni cu embrionul prezent. Curățim loja, o capitonăm hemostatic și după refacerea peretelui uterin, peritonizăm cu ligamentul rotund. Extragem chiagurile din cavitatea abdominală, apoi închidem în straturi anatomice. Mers postoperator fără complicații. Vindecată per primam.

3. S. I. (F. obs. 3589/1960) de 38 de ani, cu antecedente inflamatorii genitale. Înainte cu 3 luni: colici accentuate cu metroragie discretă, după o perioadă de 14 zile de amenoree; într-un spital din provincie se execută un control uterin instrumental, dar — de aproape 2 luni — sîngerarea rămîne prezentă, de o culoare închisă și în cantități reduse, dar variabile, însoțite de crize pasagere — mai mult sau mai puțin lungi — sub forma de colici suportabile însoțite cu ușoare amețeli, subfebrilități și o stare de anemie care progresează. La examenul local: căile genitale inferioare normale; uter a.v.f. de volum normal, cu mobilitate redusă, sensibil la mobilizare și presiune; în stînga și aderent de el o formațiune cît un pumn, fixă, de o sensibilitate prezentă, dar nu violentă; puncția tumorii extrage microchiaguri de culoare închisă; laborator: VSH ușor mărită (11—26—48) anemie hipocromă, în rest negativ. Cazul nu mai „prezintă urgență” chirurgicală și, după o prealabilă pregătire, se intervine. Intraoperator: uter congestionat, anexa stîngă căzută sinistro și retrouterin, aderentă, făcînd bloc comun cu colonul descendent, sigmoidian, ansele intestinului subțire, epiplonul, peretele posterior al escavației și uterul. După eliberarea organelor constatăm că trompa stîngă este puternic

destinsă de un hematosalping, prezentând o ruptură de 3 cm aproape de zona fimbriată; pe partea ei dorsală, totul fiind inclus într-o masă de chiaguri consistente, pe cale de organizare care contractează aderențe laxe, fibrinoide cu organele învecinate. Salpingectomie cu excizia cuneiformă a porțiunii interstițiale tubare. Mers postoperator fără complicații. Vindecată per primam.

Discuția cazurilor

Datele clasice consemnează că ExU se întâlnește în 90% din cazuri în localizare tubară, 4% ovariană și 6% abdominală, fiecare varietate încadrându-se în limitele generale ale tabloului respectiv, cu particularități de detaliu ce pot determina dificultăți de interpretare și conduită îndeobște cunoscute.

Cazurile noastre scot în evidență 3 aspecte ce pot fi discutate:

- a) localizarea intramurală și interstițială a ExU;
- b) stadiul de ExU „inveterată”, care a ieșit „din cadrul chirurgiei de urgență”;
- c) precizarea diagnosticului căruia — în etapa actuală — intervenția trebuie să-i reprezinte o consecință logică.

Cazul nostru, O. V., descris sumar mai sus, prezenta o ExU intramurală, în zona fundului uterin, lateral stâng. Loja de implantare a oului se localiza în plină masă miometrală, neinteresând canalul tubar nici în porțiunea interstițială a acestuia.

ExU intramurală este extrem de rară. *Protopopescu* și colab. (17) descrie un caz în 1959, afirmând atunci că era al 6-lea caz descris în literatura de specialitate. Considerăm util a schița în linii mari esențialul legat de această problemă, mai ales pentru complicațiile penibile ce le poate determina, materializate prin hemoragii severe intraperitoneale. *Faure, Eydman, Komorsky, Protopopescu* și colab., *Negulescu, Mahon, Todor* etc., acceptă definiția lui *Beckmann* — pe care o acceptăm și noi — după care ExU intramurală este realizată atunci când oul se găsește inclus în masa miometrală, cu vilozități choriale ce nu au nici o contingență cu cavitatea uterină sau cea tubară.

În general se admite — și practica o subliniază — că accidentele hemoragice sînt cu atît mai brutale cu cît ExU se găsește cuibărită mai aproape de uter sau în miometru, unde vasele au un calibru mai mare și o fixitate mai fermă. În acest sens, cazul nostru O. V. — reprezintă un exemplu tipic.

Cît privește mecanismul de localizare intramurală a sarcinii, literatura de specialitate exprimă încă o lipsă de opinie unitară. Unii (5, 6, 10, 11, 13, 15, 19, 21) susțin mecanismul *implantării intrinsece*, în care oul migrează pînă în cavitatea uterină, unde se fixează dar se cuibărește dincolo de endometru — pe care îl străbate — și se oprește în miometru, pentru că faza histiotrofă a oului se abate de la normal, fie din cauza „calității” inferioare a endometrului (inflamații, tumori, cicatrice), fie din cauza unei „hiperagresivități” a trofoblastului. Alții (5, 10, 13, 15, 17, 21) amintesc posibilitatea *implantării extrinsece*, undeva pe suprafața uterului, pătrunderea în miometru executîndu-se prin refracțiunea din afară înăuntru a peritoneului, în urma acțiunii histolitice de agresivitate crescută a trofoblastului.

Neîntrunind o opinie unitară și nici dovezi concrete, aserțiunile de mai sus sînt încă de ordin teoretic.

Cazul al doilea S. E., prezenta o ExU interstițială, în bont tubar restant după salpingectomie anterior executată. De asemenea un caz rar, după diverși autori. (*Batiszfalvy, Buttenberg, Komorsky, Perli, Eydam* etc.). *Komorsky* (10) o întâlnește în 0,22% din ExU tubare. *Simpson* în 0,4%, în comparație cu localizarea interstițială cu trompa prezentă, care se întâlnește la *Höhne* în proporție de 1%, *Lawel* 3%.

Winne 1,6%. Stoeckel adună din literatură — până în 1928 — 70 de cazuri de ExU interstițială în bont tubar restant, iar Müller — până în 1960 — 160 de cazuri (15).

Pentru mecanismul de cuibărire a acestei forme s-au emis diverse ipoteze, care — în esență — oglindesc aceeași absență de opinie unitară:

— fecundarea contralaterală, în trompa prezentă, apoi nidarea accidentală în cornul operat, este fenomenul cel mai logic și acceptat de cei mai mulți autori (4, 5, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 21);

— nidarea pe cale extrinsecă prin erodare histolitică a peritoneului și pătrunderea prin miometru până în zona interstițială a trompei (5, 10, 13, 15, 17, 20);

— recanalizarea bontului tubar sau a cornului excizat (10);

— pătrunderea oului — prin erodare — într-un vas sanguin și antrenarea lui până în zona interstițială (Buttenberg — 10).

Cadrul clinic, evoluția și perspectivele ExU interstițiale sînt sugestiv exprimate în clasificarea lui Beckmann, clasificatie adoptată și de alți autori (4, 10, 13, 15, 17, 19, 20, 21).

După Beckmann, această formă de ExU poate evolua în următoarele posibilități:

a) *utero-interstițială* — nidare inițială în porțiunea interstițială a trompei, cu dezvoltarea oului și pătrunderea sa secundară — prin ostiul uterin — în cavitatea uterină, formă care poate evolua sub aspectul unui avort ce sîngerează penibil și după curetajul uterin;

b) *tubo-interstițială* — cu dezvoltarea și propagarea oului spre porțiunea istmică a trompei, cu apariția tumoretei sensibile lingă cornul uterin respectiv, cu rupturi și hemoperitoneu cataclismic;

c) *forma interstițială propriu-zisă*, în care oul se dezvoltă strict limitat în zona intramurală a trompei, formă pe care mulți autori (5, 10, 11, 13, 17, 21) o consideră ExU intramurală, deși își are originea în trompă. La cazul nostru — S. E., ne interesează formele utero-interstițiale și cele intramurale, pe corn uterin din care trompa a fost anterior extirpată.

Cazul al 3-lea S. I., a prezentat o ExU tubo-ampulară stîngă, care a evoluat fără alura dramatică a celorlalte două cazuri (amintite mai sus), dînd un tablou mai „șters”, explicat prin hemoragia internă, mai puțin severă, determinată de un avort tubar cu o mică ruptură — slab sîngerîndă — a zonei fimbriare și formarea „în timp” a unui hematocel sinistro și retrouterin. Mecanismul de formare a acestuia din urmă este bine cunoscut, reprezentînd una din cele patru căi de evoluție generală a ExU:

a) ExU tubară, dusă la termen (extrem de rară și de obicei cu făt mort sau grav malformat);

b) formarea de hematosalpinx, cu oprirea în evoluție a sarcinii și persistența timp îndelungat, aproape asimptomatică, a unei „tumori anexiale” (uneori „surpriză” a unui examen genital ulterior);

c) avortul tubar cu formarea hematocelului periuterin (de obicei retrouterin), ca și în cazul nostru (S. I.);

d) ruptura tubară (veritabilă explozie) cu formarea cataclismică a hemoperitoneului și tabloul clinic aproape caracteristic (ca în cazurile noastre O. V. și S. E.).

Mai mult decît aceste aspecte în bună parte teoretice, considerăm că tabloul clinic al acestor forme de ExU are o importanță practică mai mare.

De la început trebuie să subliniem că, precizarea prin investigații curente a localizării intramurale sau interstițiale în bont este foarte dificilă. În majoritatea cazurilor ea este o surpriză intraoperatorie. În această direcție laboratorul ne furnizează date de valoare relativă.

Dorca (3) arată că reacția de sarcină poate înregistra un indice de eroare ce merge pînă la 50%. că examenul cristalografic și citologic ne poate oferi „erori grosolane”, iar histioarhitectura endometrului, a glandelor și a vaselor — inclusiv atipiile Arias Stella — deși atrăgătoare, sînt departe de a fi concludente. Lui *Dorca* examenul histologic al endometrului i-a dat o pozitivitate de abia 25%. *Protopopescu* și colab. (17) sînt mai optimiști în ceea ce privește aportul laboratorului în această problemă.

Dacă la ora actuală, datele pe care ni le oferă laboratorul sînt oarecum timide și lipsite de certitudine, nici simptomatologia — subiectivă sau obiectivă — nu este convingătoare. Totuși, considerăm necesar a ține seama de simptomele majore ale acestor localizări, manifestări care nu sînt nici ele, patognomonice:

- a) semne de sarcină,
- b) sarcină cu evoluție dureroasă,
- c) hemoragia, mai abundentă decît cea obișnuită în ExU tubară,
- d) semnul lui Ruge-Simon (deformarea molatecă și sensibilă a uterului, la care — din cauza tumefierii cornului — linia care unește cele două cornuri uterine tinde să se verticalizeze).

La analiza acestor semne, se poate spune că ele, deși tentante, au o valoare relativă.

Chiar și semnul lui Ruge-Simon poate fi ușor confundat cu semnul Piskacek. Să ținem seama că semnul Piskacek este expresia unei sarcini normale și că trebuie să nască suspiciune ori de cîte ori, deformarea uterină este însoțită de hemoragie și, mai ales, de durere. Diferențierea este și mai dificilă în cazul unei sarcini deranjate în uter cu sem Piskacek prezent.

Aceleași dificultăți de interpretare le poate determina și localizarea hazardată a hematocelului care poate modifica foarte mult aspectele palpatorice.

Hemoragia pe cale vaginală, deși mai abundentă în ExU intramurală și interstițială în bont tubar, nu este, nici ea, caracteristică. *Funck-Brentano* (7) subliniază că hemoragia masivă în ExU obișnuită se întâlnește în 5—10% din cazuri, imitînd un avort, un fibrom sîngerind sau o hiperplazie de endometru.

Spre deosebire de aceste aspecte hemoragice difuz și continue, singurarea pe cale vaginală în ExU „inveterată” — deși necaracteristică — ia forma unei hemoragii cantitativ reduse, „episodice” (se poate opri temporar), urmează uneori scurte perioade de oolici în abdomenul inferior, care revin și persistă timp îndelungat (uneori luni de zile — ca în cazul nostru S. I.).

Așadar, nici caracterele descrise, clasice ale hemoragiei (cantitate redusă, repetate, de culoare închisă) din ExU nu ne dau un sprijin suficient în elaborarea unui diagnostic de localizare a ExU.

O dată accidental rupturii produs și hemoperitoneul constituit, se realizează tabloul îndebste cunoscut al inundației peritoneale, în care reanimarea intensivă și intervenția de urgență se găsesc pe primul plan, în acest moment problema localizării exacte a ExU fiind fără interes practic (11). Depistarea și lichidarea focarului hemoragic devine astfel o problemă a actului operator.

ExU inveterată, în schimb, prin tabloul confuz, evoluția trenantă, fără violență, impune „observație îndelungată” și ezitări în indicația operatorie.

În comparație cu ExU tubară obișnuită, în ExU intramurală și interstițială, fenomenele locale se desfășoară reciproc și direct corelate cu uterul, fapt care poate duce la interpretări dificile. Aceasta, mai cu seamă în faza de formare a hematocelului, care coafează uterul și modifică zonele periuterine, de așa manieră, încît recunoașterea palpatorie a localizării intramurale sau interstițiale este iluzorie.

Deși ceva mai fidelă, nici durerea resimțită de bolnavă nu ne poate da elemente categorice. Ea este, în general, mai violentă, dar este strins legată de trăsături subiective. Pe de altă parte, s-au descris cazuri (11), în care ruptura uterină s-a desfășurat fără dramatismul obișnuit, în condiții insidioase, cu dilacerarea lentă a țesuturilor, mai ales în caz de cicatrici preexistente, tumori sau procese inflamatorii. Mecanismul rupturii? Este cel clasic și unanim acceptat: desfășurarea și dilacerarea din partea vilozităților choriale a unor țesuturi, adesea cu histoarhitectonia modificată prin procese cicatriciale, tumorale sau inflamatorii.

Durerea în ExU inveterată cu hematocel format, prezintă o notă aparte, dar necaracteristică. După o „perioadă de violență“ („etapa activă a ExU“), durerea devine difuză, apărând în crize sub formă de colici suportabile cu exacerbări fără notă dramatică, dar, cu aceste oscilații, persistente în timp.

Pe aceeași linie de incertitudine merg și datele legate de subicter, paloare, curba termică ce se dovedesc a fi în funcție de reactivitatea organismului, de forța de rezorbție a peritoneului etc. și nu de localizarea ExU.

Deși buchetul simptomatic are o valoare diagnostică relativă și ajutorul laboratorului nu este categoric, considerăm că, evitând pesimismul, este necesară strădania măcar spre un diagnostic ipotetic și luarea de măsuri adecvate. Tabloul de sarcină neobișnuit de dureros, hemoragii mai abundente, semn Ruge-Simon prezent, ca simptome majore, coroborate cu relații asupra anamnezei, stării generale, valorii tensionale, punctia exploratoare și date de laborator complementare — chiar imperfecte — trebuie să contuzeze măcar bănuiala asupra prezenței unei ExU intramurale, interstițiale sau inveterate. Acestea cu atât mai mult, cu cât trebuie să subliniem că observațiile multor autori (2, 5, 10, 11, 13, 15, 17, 20, 21), la care se adaugă și cele ale noastre, reliefează că accidentele pot fi severe, punând probleme dificile de interpretare și conduită. Hemoragia internă gravă cu consecințele sale serioase, se găsește pe prim plan în ExU intramurală și interstițială în bont tubar restant, pe cînd în ExU inveterată amenințarea este constituită de hemoragia lentă și persistentă și — mai ales — accidentele inflamatorii peritoniale (pelvi peritonită, abces în Douglas, peritonită generalizată, fistulizări în organele învecinate etc.)

Atitudinea medicală? Avînd în vedere severitatea accidentelor — Mahon a pierdut 9 din 30 de cazuri — intervenția operatorie trebuie să fie un imperativ firesc. Aforismul lui Werth: „orice ExU trebuie considerată ca o tumoră de extremă malignitate și operată ca atare“, sau a lui Pinard: „orice ExU comandă intervenția“, își păstrează o valabilitate mereu actuală, obligînd în consecință.

Rezolvarea? Este cea îndeobște cunoscută: concomitent cu reanimarea energetică și susținută, „lichidarea focarului hemoragic“ cu hemostază îngrijită și peritonizare corectă (de obicei cu ligamentul rotund).

În sfîrșit, un cuvînt despre un detaliu de tehnică operatorie cu intenții profilactice: majoritatea autorilor preconizează astăzi excizia cuneiformă a porțiunii interstițiale tubare cu ocazia salpingectomiei pentru a elimina posibilitatea unei viitoare ExU interstițiale. Unii autori nu sînt de acord cu această tehnică. Mahon (11) respinge excizia cuneiformă, susținînd că această practică „creează un punct slab care mărește șansa rupturii uterine pe cicatricea cordonului operat, iar pe de altă parte nu diminuează — teoretic — riscul unei nodații ectopice în zona operată“.

Se pare, însă, că „potențialul ectopic“ nu este atît în funcție de tactica operatorie anterior executată, ci mai ales de condițiile legate de calitatea terenului utero-anexial și particularitățile de troficitate și agresivitate a trofoblastului. Dar dacă ambele tactici operatorii — păstrarea unui bont tubar și excizia sa cuneiformă au „puncte slabe“, experiența ne dovedește că „din două rele“, excizia cuneiformă a zonei interstițiale tubare ne oferă rezulta-

tele cele mai bune, devenind azi metoda curentă de executare a salpingectomiei.

Cele de mai sus nu urmăresc să dezbată „cazuri rare“, ci să reamintească practicianului unele dificultăți de interpretare în capitolul important al ExU și necesitatea eforturilor spre un diagnostic — chiar ipotetic — care să facă posibilă intervenția în timp util, intervenție care, adesea, poate fi salvatoare și profilactică pentru anumite complicații penibile ulterioare.

Sosit la redacție: 9 mai 1969.

Bibliografie

1. BÎRLOIU R. și colab.: Obst. și Gin. (1958), 3, 267;
2. CIORTOLOMAN H. și colab.: Obst. și Gin. (1960), 349;
3. DORCA S., UZA EL.: Comunicare. U.S.S.M., Cluj, 18 iunie 1964;
4. DANIELOVICI L. și colab.: Akuş. i. ghin. (1961), 5, 121;
5. EYDAM A.: Zentralblatt f. Gyn. (1957), 15, 570;
6. FAURE J. L.: Syredey. Traité de Gyn. Med. Chir., Ed. Doin, Paris, 1928;
7. FULSCHER I.: Amer. Journ. of Obst. and Gyn. (1959), 78, 355;
8. FUNCK-BRENTANO P. și colab.: Gyn. et Obst. (1963), 62, 1, 15;
9. GUILLEANȚ E. S.: Akuş. i. ghin. (1962), 1, 106;
10. HOANG NGOC MINH.: Gyn. et Obst. (1962), 61, 5, 678;
11. KOMORSKI J. și colab.: Zentralblatt f. Gyn. (1965), 11, 358;
12. MAHON R. și colab.: Gyn. et Obst. (1961), 60, 4, 519;
13. NEGULESCU J. și colab.: Comunicare U.S.S.M., Cluj 18 iunie 1964;
14. NARUBANOV P. G.: Akuş. i. ghin. (1961), 1, 106;
15. OVERBECK L.: ref. Gyn. et Obst. (1963), 62, 4, 427;
16. PHILIPP C. și colab.: Zentralblatt f. Gyn. (1964), 23, 811;
17. POPA A.: Obst. și Gin. (1964), 6, 493;
18. POPESCU D. și colab.: Obst. și Gin. (1955), 2, 58;
19. PROTOPOPESCU I. și colab.: Obst. și Gin. (1963), 2, 137;
21. RAȚIU O. și colab.: Obst. și Gin. (1957), 5, 461;
22. RIBEMONT-DESSEIGNES și colab.: Précis d'Obst., Ed. Masson Paris, 904;
23. SEGUY J., HARVE R.: Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. (1962), 14, 3, 332;
24. SIMPSON J. și colab.: Amer. J. of Obst. and Gyn. (1961), 82, 1173;
25. TODOR N. și colab.: Obst. și Gin. (1964), 1, 79.