

## CONSIDERAȚIUNI CLINICE ȘI TERAPEUTICE PE MARGINEA UNUI CAZ DE SARCINĂ CERVICALĂ

dr. Vl. Pețeanu, dr. O. Rusu, dr. C. Rădulescu, dr. I. Oláh

Sarcina cervicală, semnalată de obstetrica clasică drept o entitate anatomo-clinică rară, dar generatoare de hemoragii fudroaiante în primul trimestru de gestație, grevate de o mortalitate maternă de 50—60 % (*Vaudescal, Iacovlev*), a trezit în ultimul timp interesul obstetricienilor, pe de o parte datorită se pare creșterii frecvenței acesteia, iar pe de altă parte datorită multiplelor soluții terapeutice propuse pentru rezolvarea sa.

Este considerată sarcină cervicală inserția ectopică a oului localizată la nivelul canalului cervical (*Lehtman*) sau depășind uneori orificiul intern (varietate istmico-cervicală-*Devraigne, Martius*). Deoarece în practica obstetricală această entitate se confundă frecvent cu avortul uterin reținut în canalul cervical destins (așa numitul avort cervical-Schröder), este absolut necesar ca diagnosticul clinic să fie confirmat de anatomo-patolog, care să găsească vilozități coriale inserate în țesuturile endocervicale. Această precizare histologică este necesară mai ales atunci când se propun soluții terapeutice conservatoare cu valoare îndoielnică, într-o sarcină cervicală autentică.

Simptomatologia clinică a sarcinii cervicale este dominată de hemoragie; aceasta este de fapt motivul pentru care femeia se prezintă la medic, care constată la examenul local un col mare în butoiăș, cu orificiul extern excentric uneori deschis, deseori la nivelul acestuia, constatându-se polul inferior al oului aderent și sîngerînd. Exocervixul este violaceu, livid, cu ectazii vasculare. La tactul vaginal, colul este moale, ramolit, cu marginile subțiri, canalul cervical este destins, dimensiunile lui depășind mărimea uterului care cofează această formațiune ca un nodul sesil pe fundul unui uter gravid. Examenul local generează hemoragie sau accentuează o hemoragie preexistentă.

Sarcina cervicală poate fi confundată de un examinator nefamiliarizat cu tabloul ei clinic, cu avortul cervical, neoplasmale endocervicale, fibromul sfacelat și acuzat prin col, corio-epiteliomul cervical, unele forme de endometrioză cervicală, precum și cu unele leziuni produse de substanțe caustice aplicate local în scop abortiv.

Creșterea frecvenței sarcinii cervicale, este o realitate a ultimilor ani și pare a fi generată la fel ca și placenta praevia de numărul mare al manevrelor intra-

uterine (avorturi, biopsii de endometru-endo:ol. instilații uterine, HSC, controale instrumentale ale cavității uterine la naștere și în leuzie etc.). Deși au existat controverse legate de posibilitatea transformării deciduale a mucoasei endocervicale, cercetări recente pe un mare număr de cazuri confirmă această posibilitate într-un procentaj ridicat (20—40 %).

În ceea ce privește conduita, au fost preconizate următoarele soluții terapeutice:

1. Chiuretajul utero-cervical, urmat de tamponament strins utero-cervico-vaginal cu sau fără aplicare endocervicală de trombină.

2. Chiuraaj și chiuretaj sau chiuretaj endocervical urmat de.

a) aplicarea unor pense pe bordurile cervicale sau radiar (soluția *Aburel*);

b) aplicarea unor fire radiare transfixiante prin canalul cervical și scoase la nivelul istmului prin fundurile de sac vaginale (soluția *Coarnă, Mătrăcaru, Rădulescu*);

c) chiuraaj digital endocervical urmat de cervicotomie mediană anterioară, chiuretaj și hemostază la vedere (soluția *Mătrăcaru*) cu fire hemostatice în X.

3. Cervicectomia pe cale abdominală după prealabila ligatură a arterelor uterine și acolarea corpului uterin la vagin (*Aburel, Sirbu*).

4. Histerectomia abdominală cu conservarea anexelor.

5. Histerectomia vaginală.

În clinica de ginecologie din Tirgu Mureș, am avut posibilitatea să rezolvăm conservator o sarcină cervicală, folosind procedeul de hemostază cu fire radiare *Coarnă-Mătrăcaru-Rădulescu* (caz publicat în Revista Medicală, 1963, 2, 208.).

Pe marginea unui caz recent, rezolvat prin chirurgie mutilantă, ne-am propus să facem unele considerațiuni clinice și terapeutice.

Bolnava B. C., în vîrstă de 45 de ani (f. o. 309 1969) se internează în clinică pe data de 16 I 1969 cu metroragii persistente, anemie secundară.

Antecedente personale: menarha la 13 ani, ciclul 30 4, flux moderat.

Antecedente ginecologice și obstetricale: metroanexită acută în urmă cu 4 ani, 5 avorturi (3 provocate, 2 spontane), 3 nașteri la termen cu feți vii. Ultima menstruație în noiembrie 1968 (nu poate preciza data).

Din istoric reiese că, după o perioadă de 6 săptămîni de amenoree în care timp au fost prezente semne caracteristice unei sarcini în evoluție, bolnava prezintă metroragii de intensitate redusă, inițial repetate la intervale din ce în ce mai scurte, apoi permanente și cantitativ abundente, fapt ce o determină să se adreseze medicului de circumscripție care cu diagnosticul „sarcină ectopică”? o dirijează către policlinică. Aici i se stabilește un nou diagnostic: „sarcină în luna II—III, eritroplazie hipertrofică suspectă”, indicîndu-i-se un tratament medicamentos (27 XII 1967). Revăzută în 14 I 1969, cu un nou diagnostic („ab. incipient luna II—III, hipertrofie de col suspectă”), este trimisă la clinica ginecologică.

Examen ginecologic la internare (prof. dr. *Rusu O.*, dr. *Veriș B.*). Organe genitale externe de aspect normal, vagin și planșeu pelvipereal de multipară.

Examen cu valve: Col tumefiat, de mărimea unui măr, ramolit, cu orificiul extern larg deschis, violaceu, cu multiple ectazii venoase pe exocol. În aria orificiului chiaguri negricioase aderente și fragmente tisulare necrozate în parte.

T. V. col mărit de volum, destinzînd fundurile de sac vaginale, dă la palpare senzația de extremă friabilitate. Cavitatea cervicală extrem de anfractuoașă conține polul inferior al unei formațiuni cu caracterele unei sarcini, extrem de aderentă și sîngerîndă la tentativa de decolare. Corpul uterin ușor mărit de volum, de consistență mai moale, dă impresia unei formațiuni ce coafează colul. Zonele anexiale și Douglasul libere.

Ex. laborator: hemograma: H 2 500 000 mm<sup>3</sup>; Hb: 45 %; L: 11 000 mm<sup>3</sup>; V.S.H. 20/35; ureea în sînge: 0,50 %; glicemia: 0,95 %.

Diagnostic: sarcină cervicală.

Metroragia accentuîndu-se după T. V., obligă la intervenție de mare urgență (dr. *Vi. Peșeanu*)

**VL. PETEANU ȘI COLAB: CONSIDERAȚIUNI CLINICE ȘI TERAPEUTICE  
PE MARGINEA UNUI CAZ DE SARCINĂ CERVICALĂ**

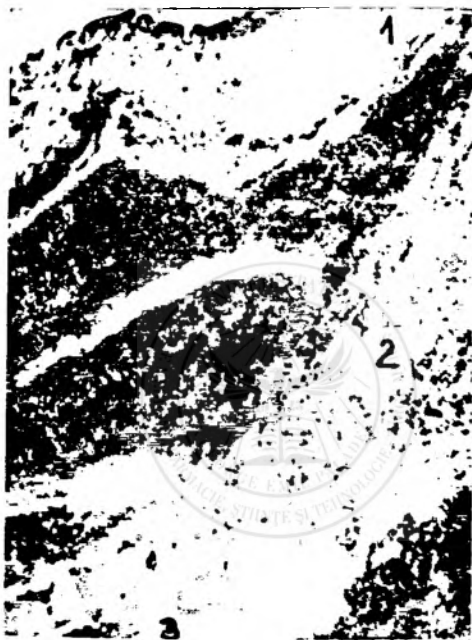


*Fig. nr. 1:* Secțiune longitudinală prin uter cu sarcina cervicală luna III-a. Embrionul în sacul amniotic



*Fig. nr. 2:* Același aspect după deschiderea sacului amniotic. În partea superioară se vede cavitatea uterină iar în partea inferioară canalul cervical extrem de dilatat și locul de inserție a placentei

**VL. PEȚEANU ȘI COLAB: CONSIDERAȚIUNI CLINICE ȘI TERAPEUTICE  
PE MARGINEA UNUI CAZ DE SARCINĂ CERVICALĂ**



*Fig. nr. 3:* Secțiune prin colul uterin:  
1. Epiteliul pavimentos al exocolului.  
2. Transformare deciduală în țesuturile colului.  
3. Vilozitate corială (col. H.E. ob. 6)

Intubație oro-traheală. Laparotomie mediană, subombilicală. La deschiderea cavității peritoneale se constată un corp uterin ușor mărit de volum de consistență mai moale. Regiunea istmocervicală extrem de destinsă, depășind în diametru uterul, de consistență moale, aspect violaceu. Anexele normale. Se procedează la o histerectomie totală, cu păstrarea anexelor. Reanimare pre-, intra și postoperatorie. Evoluție postoperatorie fără complicații. Părăsește clinica la 25 I 1969 vindecată.

Examen histologic al piesei operatorii (nr. 23537/39): Cervixul este puternic tumefiat, de culoare violacee. Prin orificiul uterin extern, parțial deschis, se vede țesut placentar. Corpul uterin este relativ mic, cu miometru ușor îngroșat. Cavitatea corpului este goală. Orificiul uterin intern este aproape închis. Peretele cervical este îngroșat, pe suprafața internă se inseră placenta. În sacul amniotic este un făt de 8 cm lungime, de sex masculin, fără modificări patologice.

În preparatele microscopice se constată că partea maternă a placentei este formată de către mucoasa endocervicală. În substanța placentei sînt semne de distrofie, zone de necroză fibrinoidă și infiltrat inflamator difuz moderat. Epiteliul pavimentos al exocolului prezintă semne de displazie simplă, iar în corior se remarcă un infiltrat inflamator cronic difuz cu chisturi de retenție (ouă Naboth) Diagnostic: sarcină cervicală, cervicită cronică (dr. Tuka P.).

Discuții: Ceea ce se remarcă de la început este multitudinea diagnosticelor, evident eronate care s-au pus bolnavei pînă în momentul internării în clinică sarcină ectopică, avort incipient, displazie cervicală agravată, miom istmocervical. Faptul este explicabil în parte datorită rarității sarcinii cervicale adevărate. Sheldon (1963) apreciază frecvența sarcinii cervicale ca fiind de 1 la 16 000 de sarcini normale. El apreciază cazurile din literatura mondială ca fiind de 80. Literatura românească publică pînă în 1961 un număr de 16 cazuri (G Mătrăcaru).

Un alt motiv al diagnosticelor eronate îl constituie faptul că, medicul uită deseori posibilitatea acestei grefări ectopice a oului.

Deși în ultimele două decenii a existat o tendință de rezolvare a sarcinii cervicale prin procedee chirurgicale cît mai conservatoare, funcționale, în cazul de față noi am adoptat conduita clasică motivată prin: vîrsta bolnavei, trei sarcini la termen cu feți vii în antecedente, starea de anemie a bolnavei agravată imediat după internare, vîrsta sarcinii cervicale (luna III). De altfel, soluțiile terapeutice chirurgicale conservatoare se dovedesc uneori inoperante (col infarctat, friabil, imbiție gravidică exagerată, sarcină cervicală depășită de 5—6 săptămîni).

### Concluzii

Sarcina cervicală, entitate nosologică extrem de rară, pune probleme dificile în precizarea diagnosticului și reclamă o intervenție promptă și susținută în rezolvare. Soluțiile chirurgicale conservatoare sau mutilante folosite trebuie individualizate judicios, posibilitățile de valorificare a uneia sau alteia din conduite, fiind diferite de la caz la caz.

Sosit la redacție: 1 decembrie 1969

### Bibliografie

1. ARMSTRONG J. T., WILLIS S. H., MOORE J., LANDEN A. E.: Amer. J. Obstet. Gynec (1959), 77, 364; 2. BURSTEIN H. A.: Amer. J. Obstet. Gynec (1954), 68, 940; 3. COARNĂ E., MĂTRĂCARU G., RĂDULESCU C.: Obstetrică și Ginecologie (1962), 1; 4. LLOYD T. S.: Obst. and gynec. (1957), 10, 244; 5. MĂTRĂCARU GH.: Obstetrică și Ginecologie (1962), 1; 6. PLĂCINTEANU I., NIȚESCU S., COARNĂ E.: Obstetrică și Ginecologie (1956), 4; 7. SHELDON R. S., AARO L. A., WELCH G. S.: Amer. J. Obstet. and. Gynec. (1963), 87, 504; 8. POP V., PETRESCU T., DRĂCEA V., GRIGORESCU I.: Obstetrică și Ginecologie (1962), 1, 17.