

CHIRURGIA
GINECOLOGICA

VOLUMELE I II

OPERA II GINECOLOGICE CONSERVATOARE

Date de anatomie a etajului inferior al peretelui abdominal anterior al a organelor genitale feminine interne	15
Peretele abdominal antero-lateral	15
C ile de acces In chirurgia ginecologic . Celiotomia	20
Celiotomia pe cale abdominal ..	20
Celiotomia prin incizie median	20
Indica ii	
Locul inciziei	
Preg tirea bolnavei	
Alegerea momentului opera iei	
Pozi ia bolnavei	
Pozi ia chirurgului ..	
Luminarea cîmpului operator	
Instrumentar	
Asepsia abdomenului i a ezarea cîmpurilor sterile	
Tehnica laparotomiei mediane	22
Preg tirea cîmpului operator	
}nchiderea abdomenului	
Laparotomia iterativ	34
îngrijiri postoperatorii	
Celiotomia prin incizie transversal suprapubian	36
Incizia Rapin-Kustner	
Incizia Bordenneuer-Bastien	
Incizia Pfannenstiel	
Indica ii	
Contraindica ii	
Avantaje	
Dezavantaje	
Preg tirea bolnavei i a tegumentelor abdominale	
Pozi ia bolnavei	
Pozi ia chirurgului	
Alegerea locului inciziei	
Tehnica laparotomiei Pfannenstiel	
îngrijiri postoperatorii	
Complica ii postoperatorii parietale	
Celiotomia pe cale vaginal (colpoceliotomia)	47
Defini ie — clasificare	
Indica ii	
Avantaje	
Dezavantaje	
Condi ii de efectuare	
Preg tire preoperatorie	
Pozi ia bolnavei	
Pozi ia chirurgului	
Luminarea cîmpului operator	
Preg tirea cîmpului operator	
Calea vaginal anterioar (colpoceliotomia anterioar)	48
Calea vaginal posterioar (colpoceliotomia posterioar)	48
Colpotomia posterioar	53
Incizia complementar Schuchardt	
Opera ii conservatoare pe ovar l pe inerva ia simpatic	59
P strarea ovarelor în anumite opera ii de exerez	
Principii i eficien	
Indica ii	
Contraindica ii	
Condi ii de efectuare	
Principii i tehnic	
P strarea unui ovar sau m car a unei por iuni de ovar în anumite st ri patologice benigne ale acestor organe	61
Chirurgia în tumorile benigne ale ovarului	
Principii i eficien	
Ovarectomia unilateral	61
Indica ii	
Contraindica ii-	
Condi ii de efectuare	

Preg tirea preoperatorie
 Anestezia.
 Tehnica i tactica.
 Tumori dure .,
 Tumori chistice mici i mijlocii
 Tumori chistice
 Evolu ie postoperatorie

Chirurgia în infiamaiile anexiale

Infiamaiile anexiale cronice |..
 Ovarectomia unilateral ..
 Ovarectomia bilateral
 Anexectomia unilateral
 Indica ii
 Tehnic

P strarea ovarului sau a unei por iuni din el pentru men inerea func iei gestative

Indica ii chirurgicale în distrofiile ovariene .
 Indica ii chirurgicale în chisturile func ionale ale ovarului
 Ignipunctura
 Enuclearea
 Rezec ia par ial a ovarului
 Implantarea ovarului în cavitatea uterin
 Principii i eficien

Indica ii	121		
Contraindica ii	121		
Condi ii de efectuare	1..... gflM	•	121
Tehnica	. 11		121
Procedeul Tuffier-Palmer			121
Procedeul Serdukov			121
Procedeul Estes	H	.....	121
Procedeul Panis	122		
Procedeul Gaillard	122		
Variante de tehnic la procedeele de anastomoz			123
Pag.			
Rezultate	124		
4. Ameliorarea func iei ovariene prin opera ii plastice i neurotrofice			125
Ovaroliza	125		
Ovaropexia	126		
Chirurgia pe inerva ia simpatic	126		
Rezec ia nervului presacrat. Opera ia Cotte		126	
Principii i eficien	127		
Indica ii	128		
Contraindica ii	129		
Condi ii de efectuare		129	
Tehnica	129		
Chirurgia trompei	137		
Salpingectomia total unilateral		137	
Principii i eficien	137		
Indica ii	137		
Tehnic	138		
Salpingectomia total cu rezec ia cuneiform a cornului uterin			138
Salpingectomia total f r rezec ia cuneiform a cornului uterin			141
Salpingectomia retrograd	141		
Salpingectomia subseroas	143		
Opera ii.conservatoare In sarcina ectopic tu bar			143
Procedeele tehnice obirnuite	144		
Conduita tehnic în alte eventualit i		146	
Procedee chirurgicale în sterilizare	146		
Tehnici de sterilizare chirurgical definitiv	148		
Ligatura i sec ionarea trompelor în por iunea istmic			148
Salpingectomia par ial intern	148		
Legarea i sec ionarea trompelor dup procedeul S bulescu			148
Legarea i sec ionarea trompelor dup procedeul Pomeroy			150
Legarea trompelor dup procedeul Madlener		153	

Tehnici de sterilizare chirurgical	temporar	153	
Celioscopia		153	
Defini ie		153	
Avantaje	*	156	
Indica ii	156		
Contraindica ii		156	
Condi ii de efectuare		156	
Anestezie		156	
Aparatur necesar			
Tehnica celioscopic	pe cale abdominal	158	
Incidente		165	
Accidente grave		165	
Celioscopia transvaginal		165	
Opera ii plastice	i restauratoare pe tromp	166	
Principii	i eficien	167	
Indica ii			^7
Contraindica ii		J68	
Condi ii de efectuare			
Tehnici operatorii		VT -	
Salpingoliza	i codonoliza	177	
Reimplantarea trompei	în uter		
Salpingostomia		§S|	
Neosalpingostomia terminal			191
Neosalpingostomia termino-lateral		194	
Neosalpingostomia lateral		ljJ5	
Neosalpingostomia medio-ampular		201	
Neosalpingostomia istmic		•	207
Salpingostomia linear	Challier	-08	
Anastomoze tubare			208
îngrijiri peri-	i postoperatorii	210	
Rezultate		211	
6. Microchirurgia	în opera iile plastice i restauratoare tubare		213
Principii		213	
Instrumentar		213	
Indica ii		213	
Anestezie		213	
Tehnica operatorie		213	
Tehnica anastomozei tubo-tubare istmice		215	
Tehnica anastomozei tubo-intersti iale sau tubo-uterine			215
Tehnica neosalpingostomiei terminale		215	
Tehnica anexolizei		218	
Chirurgia in patologia benign	a uterului		219
Modalit i tehnice prin care se realizeaz	chirurgia conservatoare a uterului		220
Clasificarea opera iilor conservatoare pe uter			221
1. Tehnici chirurgicale care respect	sau restaureaz integral func iile uterului		222
Histerotomia	i histerorafia	222	
Histerotomia	i histerorafia pe cale abdominal	222	
Indica ii		222	
Contraindica ii		222	
Condi ii de efectuare		222	
Tehnic	: •••	222	
Tehnica histerotomiei cu indica ii ginecologice			222
Tehnica histerorafiei în perfora ii		223	
Tehnica histerotomiei în «mica cezarian »			224
Tehnica histerotomiei în opera ia cezarian		225	
Variante de tehnic		230	
Incidente i accidente intraoperatorii		230	
Opera ii asociate		231	
îngrijiri postoperatorii		231	
Rezultate		231	
Histerotomia pe cale vaginal		232	
Indica ii	-	232	
Cervicotomie		232	
Cervicoistmotomia	procedeul Leibcic	232	
Cervicohisterotomia median	anterioar cu indica ii ginecologice		232
Tehnica Doyen		233	

Tehnica Segond	234		
Cervicohisterotomia median anteriora cu indica ii obstetricale			236
Miomectomia	236		
Defini ie	²³⁶		
Indica ii	²³⁶		
Avantajele miomectomiei	^{23*} >		
Dezavantajele miomectomiei		236	
Contraindica ii			
Condi ii de efectuare	|1|		
Momentul opera iei			
Anestezia			
Preg tirea preoperatorie		I||	
Tehnica			
Miomectomia pe cale abdominala		^	
Incizia peretelui abdominal			
Incidente i accidente în timpul miomectomiei			242
Complica ii postoperatorii			
Complica ii tardive			
Variante de tehnic	²⁴³		
Dificult i	²⁴³		
Miomectomia i sarcina		245	
Cicatricea dup miomectomie i prognosticul obstetrical.' ,,,,,, .			246
Miomectomia pe cale vaginal			246
Evolu ie i îngrijiri postoperatorii .		248	
Rezultate			248
Miomectomia	248		
Defini ie		248	
Principii i eficien	248		
Indica ii	249		
Contraindica ii		249	
Condi ii de efectuare .		249	
Anestezia		249	
Preg tire preoperatorie		249	
Tehnic	249		
Procedeul Cirio	250		
Procedeul Tumanoff	250		
Procedeul Kelly-Cova-Crossen			251
Procedeul Aburel	253		
Cura inversiunii uterine	259		
Forme anatomo-clinice		259	
Tratamentul	259		
Inversiunea uterin acut		259	
Inversiunea uterin subacut		259	
Inversiunea uterin cronic			260
Cura sinechiilor uterine		262	
Defini ie	262		
Termeni			262
Clasificare	262		
Principii i eficien	262		
Indica ii	262		
Anestezie		262	
Tehnic		§p§	
Cura sinechiilor cervico-uterine pe cale vaginal			
Cura sinechiilor cavita ii uterine —«*			264
Cura sinechiilor uterine prin opera ii abdominale sau abdomino-vaginale....			265
Procedeul abdomino-vaginal Musset		265	
Procedeul Ashermann	267		
* Procedeul Strassmann	267		
Procedeul Musset In dou echipe			|||
Procedeul Mihalkiewicz			
Procedeul Matthaie	|||		
Cura fistulelor uterine	|||		
Clasificare	-7J:		
Fistula utero-abdominal	|||		
Fistula utero-intestinal	z!}^		
Fistula utero-vezical	|||		

Implantarea ovarului în uter			
Chirurgia istmului			
Formele clinice I	*	iy	
Istmopatiile simple			
Tratament			-7-7
Istmectomia procedeul Vecchietti		iLî	
Istmografia procedeul Lash		—	
Istmopatiile complicate			274
Clasificare	274		
Tratament		* •	275
Coniza ia	w^		
j) Cerclajul colului			
Condi ii de efectuare	£.5		
Indica ii			
Tehnic	275		
Tehnica Spitalului clinic « Giule ti »			275
Tehnica Shirodkar	277		
Tehnica Green-Armitage	277		
Tehnica Dellepiane	277		
Tehnica Palmer	277		
Tehnica Hervet	278		
Tehnica Wurm	278		
Cerclajul colului pe cale abdominal			278
k) Ligaturi vasculare în scop hemostatic			279
Indica ii	279		
Ligatura arterelor uterine	279		
Ligatura arterelor hipogastrice		280	
l) Chiuretajul cavit ii uterine		280	
Clasificare	280		
Indica ii	280		
Instrumentar	280		
Anestezie	280		
Condi ii de efectuare	•••••••		
Tehnica chiuretajului evacuator, abortiv, cu dilatare extemporanee a colului uterin cu dilatare prealabil a colului uterin cu laminar ie		281	280 Tehnica chiuretajului uterin abortiv
Tehnica chiuretajului uterin în avortul incomplet efectuat			282
Tehnica chiuretajului uterin în hemoragiile din post-partum			282
Tehnica chiuretajului uterin hemostatic, biopsie i explorator			282
Chiuretajul uterin frac ionat		283	
Accidente imediate	283		
Sechele tardive	283		
ni) Opera ii plastice în malforma ii	283		
n) Rezec ia i amputa ia colului pe cale vaginal		283	
2. Opera ii care respect numai func ia hormonal i/sau menstrual			284
Istmectomia în tumorile de istm		284	
Miomectomia	285		
Istmectomia procedeul Savin- opa	287		
Histerectomia segmentar subcorporeal cu implantarea uterului în vagin. Procedeul P. Sîrbu			287
Istmectomia Vecchietti-Andreoli	291		
Istmectomia în sarcina cervical r....	291		
Amputa ia colului uterin pe cale abdominal . Procedeul Huguier			293
Indica ii	293		
Avantaje	294		
Tehnica	294		
Histerectomia par ial fundic sau subfundic			297
Principii i eficien	297		
Indica ii	297		
Contraindica ii	299		
Condi ii de efectuare		299	
Preg tire preoperatorie	299		
Tehnici operatorii	299		
Excizia transversal cuneiform a uterului. Opera ia Beuttner			299
Histerectomia supraistmic cu p strarea ambelor anexe			301
Variante de tehnic i tactic		303	
Rezultate	306		
Histerectomia istmic cu p strarea anexelor		310	

Principii i eficien			
Indica ii	310		
Contraindica ii			
Condi ii de efectuare		|||	
Preg tire postoperatorie		§§|	
Tehnica histerectomiei subtotal pe cale abdominal		procedeu «tip »	313
Pag.			
Tratamentul postoperator	326		
Evolu ie i complica ii		326	
Rezultate	328		
Variante de tehnic în histerectomia subtotal		328	
Histerectomia subtotal cu p strarea ovarelor		329	
Histerectomia interanexial supraistmic înalt cu p strarea de lambou endo- metrial (procedeu Sîrbu)			330
Indica ii	330		
Contraindica ii	330		
Condi ii de efectuare	331		
Tehnic	331		
Tratamentul postoperator	336		
Histerectomia subtotal cu p strarea anexelor i transplant pediculat de endo- metru în cavitatea cervical			338
Indica ii	338		
Contraindica ii	338		
Condi ii de efectuare	338		
Tehnici operatorii	339		
Procedeu Stanca	339		
Procedeu Kaplun	340		
Procedeu Mandelstam	340		
Procedeu Golubcin	340		
Histerectomia subtotal pe cale vaginal		340	
Condi ii de efectuare	340		
Tehnica	340		
Opera ii care respect numai func ia hormonal			342
Histerectomia subtotal totalizat		342	
Tehnica	342		
Histerectomia total simpl cu p strarea anexelor			343
Principii i eficien	343		
Indica ii	343		
Contraindica ii	344		
Condi ii de efectuare	344		
Preg tirea preoperatorie	344		
Tehnica operatorie		345	
Procedeu obi nuit	345		
Histerectomia total simpl intracapsular			347
Procedeu Aldrige-Richardson		347	
Procedeu Wiart	355		
Histerectomia total simpl cu drenaj vaginal			357
Procedeu Elbaz-Carron	359		
Incidente i accidente	361		
Complica ii postoperatorii	362		
Opera ii care suprim i func ia hormonal i cea menstrual			365
Histerectomia subtotal cu anexectomie bilateral			365
Principii i eficien	365		
Indica ii	365		
Contraindica ii	365		
Condi ii de efectuare	365		
Preg tirea preoperatorie	366		
Tehnici operatorii	366		
Procedeu obi nuit	366		
Histerectomia subtotal cu anexectomie bilateral prin sec ionare transversal într-un singur sens		368	
Procedeu Kelly	368		
Histerectomie subtotal cu anexectomie bilateral » prin extirparea de la început a uterului		372	
Procedeu Pozzi-Terrier	372		
Histerectomia subtotal cu anexectomie bilateral prin decolare anterioar			374
Procedeu J. L. Faure	374		
Histerectomia subtotal cu anexectomie bilateral prin decolare posterioar ..			378

Histerectomia subtotal cu anexectomie bilateral prin hemisec ia uterului		381
5. Histerectomia în practica obstetrical	385	
Indica ii	385	
Date de anatomie chirurgical	385	
Tehnic	386	
Histerectomia subtotal	386	
Histerectomia total	387	
Bibliografie	392	
OPERA II PLASTICE SI REPARATOARE Dr. A. PÂNDELE		
Introducere		399
Generalit i în leg tur cu transplantarea esuturilor i organelor în opera iile ginecologice		401
Transplantarea esuturilor	401	
Transplantarea cutanat	401	
Transplantarea i substitu ia mucoaselor		403
Transplantarea de gr sime	403	
Transplantarea aponevrozelor		403
Transplantarea organelor	404	
Reguli generale ale chirurgiei intestinale		404
Grefele de ovar i endometru	415	
Auto- i homogrefa ovarian		416
Principii i eficien	416	
Indica ii	⁴¹⁶	
Contraindica ii	|||	
Condi ii de efectuare	^{4*7}	
Preg tirea preoperatorie		
Tehnica grefelor libere ovariene	418	
Evolu ie i complica ii I	418	
Rezultate	||g	
Auto- i homogrefa liber de endometru		420
Tehnica grefelor libere de endometru		421
Opera ii plastice i reparatoare ale formei tractului genital		422
Date de anatomie i de organogenez ale tractului genital feminin		422
Anatomie	422	
Organogeneza	⁴³²	
Diferen ierea ovarului	⁴³²	
Diferen ierea c ilor genitale feminine		⁴³³
Opera ii plastice i reparatoare în anomalii congenitale i cî tigate ale tractului genital feminin	⁴³⁷	
Anomalii morfologice congenitale ale vulvei		⁴³⁷
Anomalii morfologice congenitale ale uretrei		⁴³⁹
Anomalii morfologice congenitale ale vaginului		⁴³⁹
Anomalii morfologice congenitale ale uterului		445
Anomalii morfologice cî tigate ale tractului genital		^{4^3}
Opera ii plastice i reparatoare ale colului uterin		461
Principii i eficien	⁴⁶¹	
Indica ii	⁴⁶²	
Contraindica ii	^{4^3}	
Condi ii de efectuare	⁴⁶³	
Preg tirea preoperatorie	464	
Tehnic operatorie	464	
Pot.		
Electrocoagularea colului	464	
Trahelorafia	465	
Stomatoplastia	466	
Traheloplastia	469	
Amputa ia colului uterin	470	
Tratamente i îngrijiri postoperatorii. Complica ii		471
Rezultate	474	
Neocolpopeiza	474	
Principii i eficien		475
Indica ii	479	
Contraindica ii	481	
Condi ii de efectuare	481	
Preg tirea preoperatorie	482	
Tehnici operatorii	482	

Clivajul spa iului recto-vezical	482		
Grefa amniotic	482		
Grefele dermo-epidermice	483		
Plastia ileal	485		
Plastia sigmoidian	487		
Plastia rectal	495		
Tratamente i îngrijiri postoperatorii. Complica ii			496
Rezultate	497		
Colpoperineorafia	497		
Bazele morfo-func ionale		498	
Principii i eficien	500		
Indica ii	501		
Contraindica ii		TM	
Preg tirea preoperatorie	502		
Condi ii de efectuare	502		
Tehnici operatorii	503		
Colporafia anterioar	503		
Colpoperineorafia posterioar		508	
în rupturile incomplete	508		
în rupturile complete	513		
Cura elitrocelului	5J3		
Incontinen a de urin		|||	
Tratamente i îngrijiri postoperatorii. Complica ii			|||
Rezultate	TM		
Fistulele genitale			
Bazele morfo-func ionale	|||		
Principii i eficien	|||		
Indica ii	-37		
Contraindica ii	TM		
Condi ii de efectuare			
Preg tirea preoperatorie			
Tehnici operatorii			
Fistulele vezico-vaginale	|||		
Fistulele vezico-uterine	.		
Fistulele 11 retro-vaginale		ÎJ^	
Fistulele recto-vaginale	-		
Tratamente i îngrijiri postoperatorii. Complica ii			jl
Rezultate	54		
Opera iile plastice i reparatoare ale pozi iei organelor genitale			549
Bazele morfo-func ionale	549		
Principii i eficien	553		
Indica ii	554		
Contraindica ii	556		
Condi ii de efectuare	556		
Pag.			
Preg tiri preoperatorii		557	
Opera ii pe cale abdominal de suspendare i orientare a uterului			557
Histeropexiile directe	557		
Exohisteropexia	558		
Histeropexia corporeal	558		
Histeropexia istmic la peretele abdominal		560	
Histeropexia istmic posterioar	560		
Histeropexiile indirecte	561		
Ligamentopexiile	562		
Ligamentopexia inghinal	563		
Ligamentopexia parietal	564		
Ligamentopexia retrouterin		565	
Scurtarea intraperitoneal a ligamentelor rotunde			566
Vezicofixa iile	571		
Histeropexiile suspendate	573		
Alte procedee	578		
Excluderea fundului de sac peritoneal posterior			585
Opera ii pe cale vaginal	591		
Triplele opera ii pe cale joas		592	
Opera ia de la Manchester	592		
Procedeul Halban	595		

Plicatura parametrilor	597	
Interpoziția vezico-vaginală a uterului	599	
Colpctomia totală și subtotală urmată de colpocleizis		603
Colpocleizis-ul subtotal median (Neugebauer-Le Fort)		603
Colpocleizis-ul total (Muller)	605	
Colpocleizis-ul subtotal (Labhardt)	605	
Histerectomia totală sau subtotală cu sau fără colpctomie		606
Histerectomia subtotală	608	
Histerectomia totală	611	
Tehnică Rouhier	611	
Tehnică Crossen	616	
Tehnică Campbell	617	
Evoluția postoperatorie și complicații		619
Rezultate	621	
Bibliografie	622	
<i>OPERA II RADICALE</i> Prof. dr. doc. I. CHIRICU		
Introducere	635	
Scurt istoric al histerectomiilor totale și al tratamentului asociat radio-chirurgical	637	
Principiile și eficiența tratamentului chirurgical în cancerul colului uterin		641
Particularitățile biologice ale cancerului de col uterin	641	
Modul de propagare loco-regională a cancerului colului uterin		642
Clasificarea T.N.M. a stadiilor cancerului colului uterin		642
Reguli de clasificare	644	
Localizări anatomice	644	
Rezultatele tratamentului exclusiv chirurgical	647	
Rezultatele tratamentului exclusiv radioterapie	648	
Rezultatele tratamentului radio-chirurgical asociat		652
Avantajele tratamentului asociat, radio-chirurgical, în cancerul colului uterin		654
Avantajele efectului actului operator sub protecția radioterapiei		654
Pag.		
Indicația terapeutică în cancerul colului uterin	661	
Momentul aplicării tratamentului chirurgical	661	
Indicația terapeutică în stadiile 0 și I a		662
Indicația terapeutică în stadiul I b	665	
Indicația terapeutică în stadiul II	666	
Indicația terapeutică în stadiile III și IV	666	
Indicația terapeutică în unele situații particulare	667	
Cancerul colului restant	667	
Indicația terapeutică în cancerul colului uterin asociat cu sarcina		668
Noțiuni de anatomie necesare pentru operarea uterului canceros		674
esutul conjunctiv pelvian		674
Dispoziția esutului conjunctiv densificat și vascularizat		675
Limfaticele și circulația limfatică a uterului	680	
Teritoriile limfatice ale organelor genitale interne		680
Anastomozele limfatice între corpul uterin și colul uterin		682
Grupele ganglionare ale pdivisului	682	
Vascularizația uterului	687	
Dispoziția anatomică a arterei uterine		688
Aspecte ale circulației venoase a pelvisului	690	
Inervația organelor pelviene	692	
Ramurile aferente ale plexului hipogastric	692	
Ramurile eferente ale plexului hipogastric	693	
Raporturile ureterului pelvian		695
Raporturile dintre ureter și esutul conjunctiv al pelvisului		697
Fosa obturatoare	698	
Raporturile uterului cu vezica urinară și rectul	699	
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul cancerului colului uterin		701
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul stadiului 0 și stadiului I a (microcancer)		701
Conizația	701	
Histerectomia totală inversată (tehnica Chiricu)		701
Principii și eficiență. Indicația operatorie	701	
Pregătirea preoperatorie	703	
Tehnică operatorie	704	
Colpohisterectomia laparoscopică subfundică (Aburel)		714
Principii și eficiență		714

Indica ii		716	
Tehnica operatorie	717		
Rezultate	720		
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul stadiilor I b i II (stadii operabile) ale cancerului colului uterin		722	
Eficien a opera iilor abdominale i vaginale ...	722		
Histectomiile l rgite efectuate pe cale abdominal			725
Principiile opera iilor pe cale abdominal practicate în cancerul colului uterin în stadiile I b i II i eficien a lor		725	
Tehnici care apar in chirurgiei de organ			725
Histectomia total simpl ..			725
Tehnici care apar in chirurgiei l rgite	725		
Colpo-histectomia l rgit Wertheim			728
Tehnici ce apar in chirurgiei de teritoriu limfatic			729
Tehnici ce asociaz histero-colpectomiei l rgite extirparea ganglionilor, limitat la ganglionii palpabili (Wertheim)			731
Tehnici ce asociaz histero-colpectomiei l rgite limfadenec omia limitat numai la scoaterea «ganglionului principal» (Leveuf-Godard) .••*.• SS			
Tehnici prin care se extirp întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, l stnd pe loc uterul i esutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-parametral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie (Taussig)		732	
Tehnici prin care se extirp întreg esutul limfogangiionar al peJvisului împreun cu tot esutul conjunctiv pelvian în bloc cu anexele, uterul i vaginul.. 732 Tehnici prin care se extirp raional i eclectic atît esutul limfoganglionar cit i esutul conjunctiv pelvian, în bloc cu anexele, uterul i vaginul datorit protec iei radioterapiei		735	
Alte tehnici care extirp selectiv atît esutul limfoganglionar cit i esutul conjunctiv pelvian, datorit protec iei radioterapiei		742	
Privire de sintez asupra tehnicilor chirurgicale efectuate pe cale abdominal în cancerul colului uterin (stadiile I b i II)		742	
Indica iile i contraindica iile opera iilor pe cale abdominal			743
Preg tirea preoperatorie	744		
Condi iile de efectuare a opera iilor pe cale abdominal			744
Instrumentarul special	745		
Echipa chirurgical	745		
Anestezia	747		
Reanimarea . J§ ; || I			747
Pozi ia bolnavei i operatorilor	747		
Tehnicile histectomiilor totale l rgite efectuate pe cale abdominal (utilizate în cancerul colului uterin, stadiul I b i II)		747	
Tehnica limfadenohistectomiei l rgite			748
Tehnica Petro anu, Chiricu , Trestioreanu, Mudric			748
Colpo-histectomia l rgit			792
Tehnica Wertheim (modificat de Stanca)			792
Variante tehnice	802		
Tehnica Wertheim-Zweifel (modificat de C. Stanca)			802
Tehnica Latzko	804		
Histectomia abdominal l rgit cu evidare ilio-Iombo-pelvian			805
Tehnica Thoma Ionescu	805		
îngrijiri postoperatorii, complica ii i rezultate			811
Tehnica cervico-colpectomiei l rgite utilizat în tratamentul cancerului colului restant		813	
Tehnica I. Chirircu	813		
Rezultatele tratamentului chirurgical radical (opera ii efectuate pe cale abdominal) în stadiile operabile I b i II ale cancerului colului uterin		817	
Histectomiile l rgite efectuate pe cale vaginal			817
Tehnica histectomiei totale radicale pe cale vaginal în cancerul colului uterin tehnica (Schanta-Stockel-Amreich, modificate de S. Vuia) -			817
Tehnica limfoadenectomiei pelviene pe cale extraperitoneal (R. Michel Bechet-Ira Nathanson)		833	
Urm ri postoperatorii	839		
Prognosticul opera iilor pe cale vaginal			839
Complica ii urologice	839		
Histectomiile l rgite efectuate pe cale mixt (vaginal i abdominal)			839
Tehnica D. Alessandrescu	839		
Accidente i incidente intraoperatorii în cursul histectomiilor totale l rgite			840
Accidente hemoragice arteriale i venoase		840	

R nirea vezicii urinare	841	
R nirea intestinului sub ire sau rectului	841	
R nirea ureterului	842	
Tehnica ureterorafiei circulare		
Tratamentul postoperator al histerectomiilor totale l rgite		844
Complica ii postoperatorii		847
Complica ii imediate	847	
Complica ii tardive		849
Tratamentul fistulelor vezico-vaginale ap rute dup histerectomiile totale		849
Tratamentul fistulelor uretero-vaginale ap rute dup histerectomiile l rgite		861
în stadiile operabile (I i II) ale cancerului colului uterin		869
3. Tratamentul chirurgical al cancerului de col uterin în stadii avansate (stadiile UI i IV)	870	
Pag.		
Tratamentul chirurgical paleativ în cancerul de col uterin inoperabilii		870
Tratamentul hemoragiilor mari	870	
Tehnica ligaturii arterelor hipogastrice (tehnica Proust i Maurer)		871
Tratamentul paliativ al stenozei sau dilata iei ureterale constituite		872
Tehnica nefrostomiei	873	
Nefrostomia retrograd (Toupet-Papin)		877
Nefrostomia transrenal (Marion)	877	
Tratamentul paliativ al fistulelor urinare neoplazice		878
Tehnica implant rii ureterelor în colon (ureterostomia colic)		878
Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey I	879	
Tehnica implant rii uretero-colice cu anastomoz mucoas (Cordonnier i Nesbit)	883	
Tehnica deriva iei uretero-entero-colice (St. Roman)		884
Tratamentul durerii	885	
Tehnica alcooliz rii subarahnoidiene Dogliotti		886
Interven ii efectuate pe c ile simpatice	888	
Tratamentul colec iilor purulente pelviene		888
Chirurgia ginecologic supraradical în tratamentul cu inten ie de radicalitate a cancerelor avansate (stadiile III i IV), ale uterului i vaginului (« chirurgia în dou echipe»)	889	
Importan a i indica iile « chirurgiei în dou echipe»		889
Condi ii pentru efectuarea opera iilor în dou echipe		891
Tehnici operatorii	891	
Tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale supral rgite în dou echipe (A. Ameline i J. Huguier modificat)		891
Tehnica hemipelvectomiei anterioare în dou echipe (A. Brunschwig)		902
Tehnica hemipelvectomiei posterioare în dou echipe (A. Brunschwig)		908
Tehnica pelvectomiei totale (A. Brunschwig)		913
Pelvectomia total cu amputa ia rectului i crearea unui anus abdominal		915
Varianta Comte-Bottou		919
Pelvectomia total cu rezec ia rectului i coborîrea ansei sigmoidiene endoanal		919
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei fn tratamentul cancerului de corp uterin		923
No iuni de patologie necesare indica iei terapeutice		923
Clasificarea TNM i FIGO a adenocarcinomului de corp uterin în redactarea recent aUICC	926	
Corpul uterin (ICD - 0 - 182)		926
Metodele de tratament al cancerului de corp uterin		931
Tratamentul chirurgical	932	
Tratamentul radioterapie	932	
Radiumterapia	933	
Radioterapia transcutanat		934
Hormonoterapia	935	
Chimioterapie	937	
Strategia tratamentului complex în cancerul de corp uterin		937
Rezultatele tratamentului complex	939	
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale utilizate tn tratamentul corioepiteliomului uterin		940
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale utilizate In tratamentul tumorilor vaginului....		943
No iuni de patologie necesare indica iei terapeutice		943
Tumorile benigne	943	
Tumorile maligne	943	
Clasificarea stadial	944	

Vaginul (ICD.O. - 184)	944		
Locul tratamentului chirurgical în cancerele vaginului		947	
Tratamentul radiologie	947		
Tratamentul chirurgical	947		
Rezultate	947		
Tratamentul altor tumori vaginale		948	
Melanoamele maligne vaginale			948
Corioepiteliomul vaginal	948		
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale folosite In tratamentul cancerului vulvar			949
No iuni de patologie necesare indica iei terapeutice		949	
Clasificarea stadial TNM a cancerului vulvar		950	
Indica ia terapeutic	952		
Preg tirile preoperatorii	954		
Tehnici operatorii		954	
Vulvectomia total simpl i variantele ei		954	
Vulvectomia total simpl pentru cancerele situate pe o labie			954
Vulvectomia total pentru cancerele ce dep esc labia i se extind spre tegumentele coapsei			959
Vulvectomia pentru cancerele vulvare ce intereseaz i meatul uretral		959	
Vulvectomia total pentru cancerele comisurii posterioare ce infiltriaz sfincterul anal	961		
Limfadenectomia inghinal în cancerele vulvare			964
Tehnica limfadenectomiei inghinale		965	
îngrijiri postoperatorii	967		
Complica ii postoperatorii ale vulvectomiei i limfadenectomiei			967
Tehnica vulvectomiei totale l rgite cu evidarea în bloc a ganglionilor inghinali, iliaci externi, hipogastrici i ai fosei obturatoare (tehnica G. H. Twombly)			968
Rezultatele vulvectomiei	971		
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei in cancerul trompei uterine			972
No iuni generale	972		
Tratament *		973	
Rezultate ..	973		
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei în tratamentul cancerului ovarian			975
Dificult ile diagnosticului precoce, factor esen ial al slabei eficien e a tratamentului			976
Elemente care decid indica ia terapeutic		982	
Stadiul clinic al bolii	982		
Clasificarea histopatologic a tumorilor ovariene		986	
Gradingul de malignitate		992	
Geneza tumorilor ovariene de origine embrionar			993
Particularit ile disemin rii cancerelor ovariene		1000	
Metodele terapeutice utilizate în tratamentul cancerului ovarian i limitele lor			1004
Tratamentul chirurgical i limitele lui			1004
Chimioterapia cancerelor ovariene		1009	
Radioterapia cancerelor ovariene	1010		
Tactic i strategii: superioritatea tratamentului complex radio-chimio-chirurgical..			1012
Rezultate terapeutice	1019		
Tehnici anex la chirurgia ginecologic		1021	
Apendicectomia	1021		
Anusul artificial colic cu pinten		1026	
Enteroplicatura	1030		
Bibliografie	1034		
CHIRURGIA GLANDEI MAMARE			
Prof. dr. doc. D. SETLACEC			
Date anatomice	1051		
Chirurgia supura iilor glandei mamare		1055	
TABLA DE MATERII (VOL. I I II)			
Pag.			
Chirurgia tumorilor glandei mamare		1057	
Generalit i	1057		
Preg tirea preoperatorie		1060	
Anestezia *	1061		
Interven ii cu caracter local		1061	
Exereza unei tumori	1061		
Rezec ia sectorial dirijat		1063	
Rezec ia sectorial	1066		
Mastectomia subcutanat	1068		
Mastectomia	1069		

Interven ii radicale (loco-regionale)	1072
Generalit i	1072
Clasificarea stadial TNM	1073
Mastectomia radical tip Halsted	1075
Mastectomia radical modificat (Patey)	1089
Variante	1095
Mastectomia radical cu himerizarea mu chilor pectorali	1095
«Tumorectomia» cu evidare ganglionar axilar	1098
Interven ii supraradicale	1099
Accidente intraoperatorii. îngrijiri i complica ii postoperatorii	1100
Accidente intraoperatorii	1100
îngrijiri postoperatorii	1100
Complica ii postoperatorii imediate	1100
Complica ii postoperatorii tardive	1101
Tratamentul neoplasmului de sîn în raport cu perioadele fiziologice ale femeii	1102
Sarcina i perioada de al ptare	1102
Procrearea la femei tinere cu neoplasm mamar tratat	1104

CUPRINS (VOL. I)

OPERA II GINECOLOGICE CONSERVATOARE

Date de anatomie a etajului inferior al peretelui abdominal anterior și a organelor genitale feminine interne	27
Căile de acces în chirurgia ginecologică . Celiotomia	34
Operații conservatoare pe ovar și pe inervația simpatică	83
Chirurgia trompei	137
Chirurgia Să patologii benigne a uterului	219
Bibliografie	392
OPERA II PLASTICE ȘI REPARATOARE <i>Dr. A. Pândelescu</i>	
Introducere	399
Generalități în legătură cu transplantarea esuturilor și organelor Să operațiile ginecologice..	401
Operațiile plastice și reparatoare ale formei tractului genital	422
Operațiile plastice și reparatoare ale poziției organelor genitale	549

OPERA II GINECOLOGICE CONSERVATOARE

DATE DE ANATOMIE A ETAJULUI INFERIOR AL PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR I A ORGANELOR GENITALE FEMININE INTERNE

Decît un memento de anatomie, prea pretenios pentru noi, am preferat ca la fiecare capitol mare să prezentăm unele date anatomice indispensabile în alegerea operațiilor descrise, și anume:

în acest capitol, date referitoare la peretele abdominal anterior și organele genitale interne (așa cum sînt vizuate ele, odată efectuată deschiderea peretelui abdominal anterior prin celiotomie median-subombilicală sau incizie Pfannestiel);

— în capitolul «Operații ginecologice plastice și reparatoare», date referitoare la anatomia perineului, vulvei, vaginului, colului și uterului (așa cum sînt vizuate organele genitale feminine în operațiile efectuate pe cale vaginală, calea cea mai frecvent folosită în operațiile plastice și reparatoare);

— la capitolul «Operații ginecologice radicale», unele aprofundări ale anatomiei organelor genitale interne specifice operațiilor radicale (cu privire la vascularizația pelviană, raporturile ureterelor, cistivelor limfatice etc.);

— în fine, ca introducere la capitolul V, noțiuni elementare de anatomia sinului.

PERETELE ABDOMINAL ANTERO-LATERAL

Așa cum se vede în fig. 1 și 2 peretele abdominal anterior este constituit dintr-un plan superficial ce cuprinde pielea și esutul celular subcutanat, un *plan musculo-aponevrotic* care-i conferă soliditatea de conținător activ al viscerelor și un plan profund, *planul peritoneal* (despărțit de planul musculo-aponevrotic tot de un esut celular, mai bine sau mai slab reprezentat).

Planul musculo-aponevrotic este alcătuit, de-o parte și de alta a liniei mediane, din cinci mușchi simetrici: *drepții abdominali, piramidali, marii și micii oblici și transversii*.

Drepții abdominali (fig. 3) sînt formațiunile cele mai importante, alcătuiți din fibre longitudinale, paralele cu linia mediană, ce se inseră proximal pe coastele V, VI și VII-a, precum și pe apendicele xifoid, iar distal se termină prin tendoane scurte și puternice inserate pe pubis; ei sînt separați pe linia mediană de dedublarea tecii lor aponevrotice, linia albă.

Piramidalii (fig. 3) sînt doi mici mușchi triunghiulari, cu vîrfurile în sus, a căror bază se inseră în aponevroză (de care trebuie să se adere la decolare)

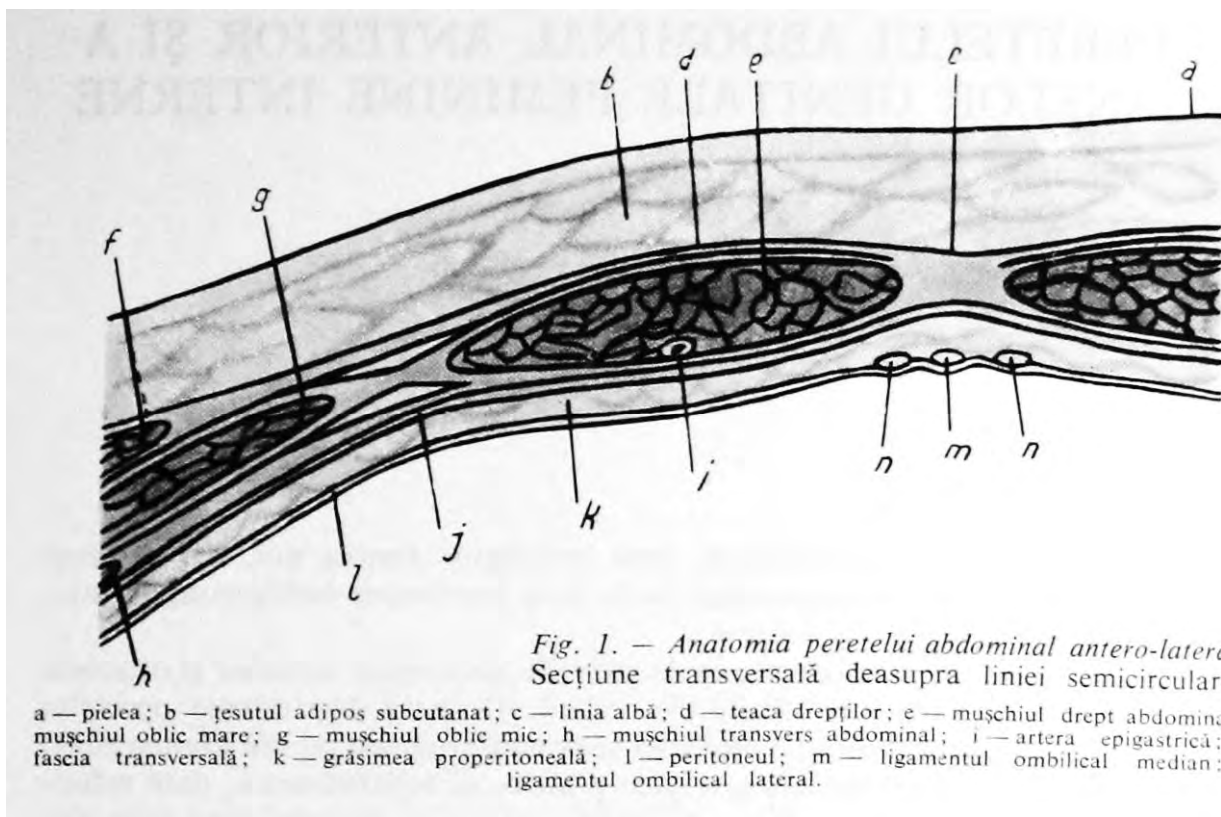


Fig. 1. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral.

Secțiune transversală deasupra liniei semicirculare:

a — pielea; b — țesutul adipos subcutanat; c — linia albă; d — teaca dreptilor; e — mușchiul drept abdominal; f — mușchiul oblic mare; g — mușchiul oblic mic; h — mușchiul transvers abdominal; i — artera epigastrică; j — fascia transversală; k — grăsimea properitoneală; l — peritoneul; m — ligamentul ombilical median; n — ligamentul ombilical lateral.

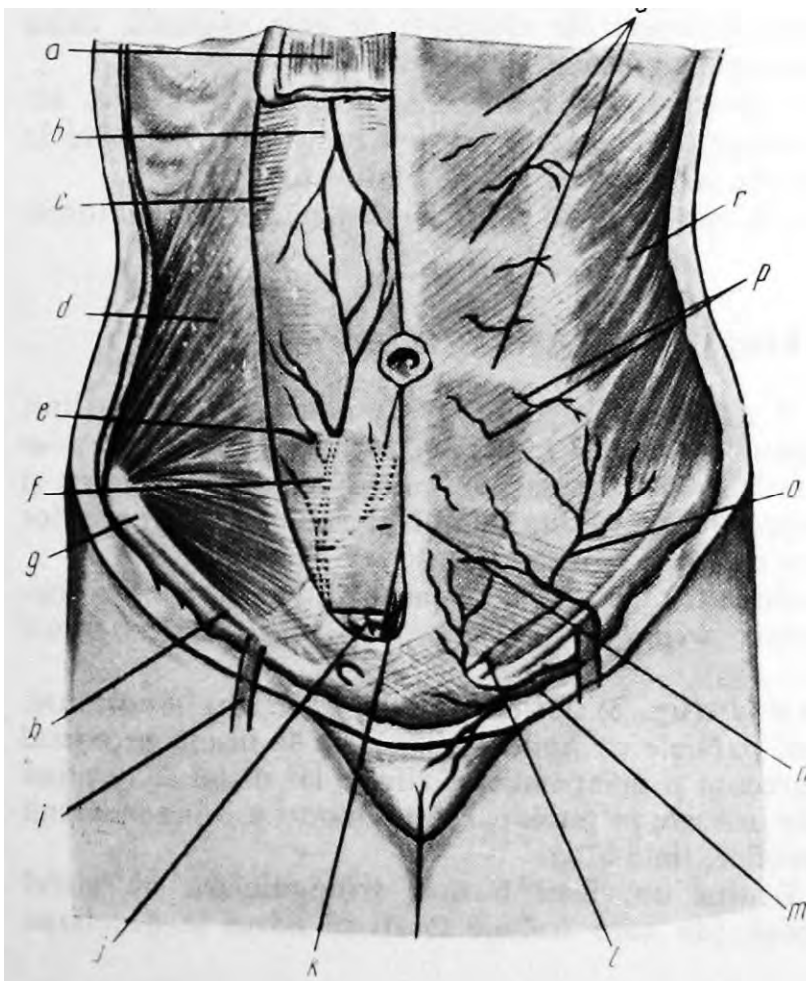


Fig. 2. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul drept din partea dreaptă este secționat pentru a se vedea planul peritoneal:

a — mușchiul drept abdominal; b — artera epigastrică superioară; c — mușchiul transvers abdominal; d — mușchiul oblic intern; e — linia semicirculară; f — artera epigastrică inferioară; g — spina iliacă anterosuperioară; h — ligamentul inghinal Poupart; i — artera femurală; j — mușchiul drept abdominal; k — mușchiul piramidal; l — inelul inghinal extern; m — artera rușinoasă externă; n — linia albă; o — artera epigastrică superficială; p — ramuri perforante de artera epigastrică; r — mușchiul oblic extern; s — intersecții transversale tendinoase.

lamboului inferior în incizia Pfannenstiell, fiind astfel și se compromite vascularizația) și mușchii drepti. Piramidalii sînt uneori slab dezvoltați și la femei, în unele cazuri pot chiar lipsi.

Marii oblici (fig. 4) sînt cei mai superficiali dintre mușchii antero-laterali ai peretelui abdominal; se inseră pe ultimele coaste, în sus și se divid, în jos, inserînd un fascicul muscular pe creasta iliacă și un fascicul tendinos (el însuși bifurcat, ce formează pilierii orificiului inghinal extern) pe pubis.

Micii oblici (fig. 5) sînt situați sub marii oblici, se inseră pe aponevroza lombară și osul iliac. Fibrele lor se răsfrîng în evantai, inserîndu-se anterior de la ultimele coaste, pe linia albă, pînă la pubis.

Transverșii abdominali (fig. 6) pornesc ca un brîu de la nivelul ultimelor coaste, vertebrelor lombare și creștelor iliace, către linia albă (aponevroza lor de inserție pe linia albă formează foia posterioară a tecii drepte lor).

Marii și micii oblici ca și transverșii abdominali sînt înveliți într-o teacă aponevrotică ce se confundă în partea anterioară cu aponevroza de inserție (în partea posterioară a transverșilor această aponevrotică ia numele de fascia transversalis). Aponevrozele de inserție ale acestor mușchi (oblici și transverși) după ce iau parte la formarea tecii mușchilor drepti se unifică pe linia mediană, formînd *linia albă*. Teaca dreaptelor, în care alunecă mușchii cu același nume, este formată în 1/3 inferioară, anterior, de aponevrozele marilor și micilor oblici, iar posterior de aponevroza transverșilor, mergînd la limita ei superioară, de arcada semicirculară (arcada lui Douglas) și întreg de ligamentele Hesselbach și Henle. Linia albă este formată din încrucișarea fibrelor tendinoase provenite din tecile dreptelor (ele însuși expansiuni ale celorlalți mușchi largi abdominali); juxtaombilicală lăimea ei maximă este de doi centimetri, ea îngustîndu-se apoi din ce în ce către pubis, pe care se inseră. Sub fascia transversalis se află încă un strat celular (mai mult sau mai puțin în gras ca și cel subcutanat) și în sfîrșit seroasa peritoneală.

Vascularizația planului musculo-aponevrotic al peretelui abdominal antero-lateral este asigurată de arterele mamare interne, epigastricele, lombarele, circumflexele iliace și subcutanatele abdominale, artere de calibru redus. O importanță deosebită prezintă arterele epigastrice, care pătrund în teaca dreptelor de-a lungul fasciei transversalis, irigînd mușchii drepti abdominali și dau ramuri perforante prin acești mușchi.

Venele sînt satelite arterelor omonime.

Limfaticile peretelui abdominal antero-lateral sînt unele superficiale (mergînd la ganglionii inghinali și axilari), altele profunde (mergînd la ganglionii iliaci externi, juxtaaortici și mamarii interni).

Înervația peretelui abdominal provine din ultimele ramuri ale inter-costalilor și din marele și micul abdominogenital, nervii ce au un traiect paralel fibrelor marilor oblici perforînd teaca dreptelor pe marginea ei externă (de aceea singurele incizii recomandabile din jumătatea inferioară sînt celiotomia mediană subombilicală — între terminațiile acelor nervi de o parte și de alta — și incizia Pfannenstiell paralel cu traiectul acestor nervi).

Odată deschisă cavitatea abdominală, morfologia organelor genitale interne se prezintă în chip normal ca în fig. 7.

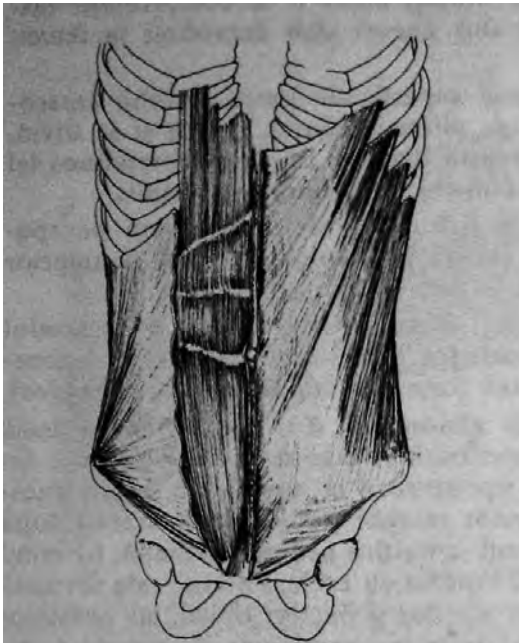


Fig. 3. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul drept abdominal și mușchiul piramidal.



Fig. 4. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul marele oblic sau oblicul extern (vedere laterală).

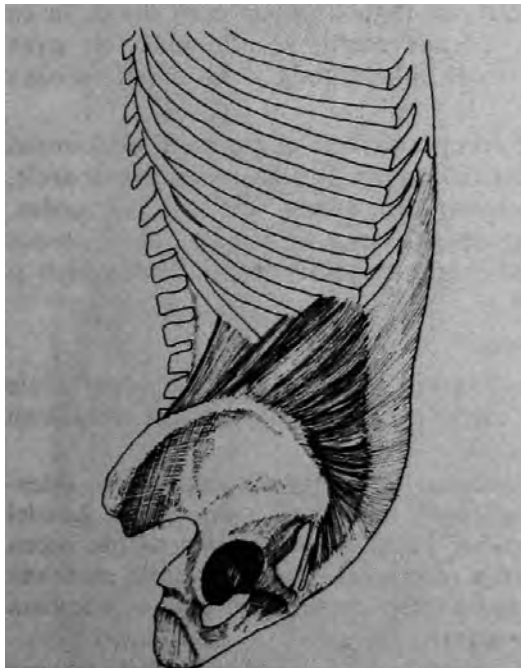


Fig. 5. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul micul oblic sau oblicul intern.

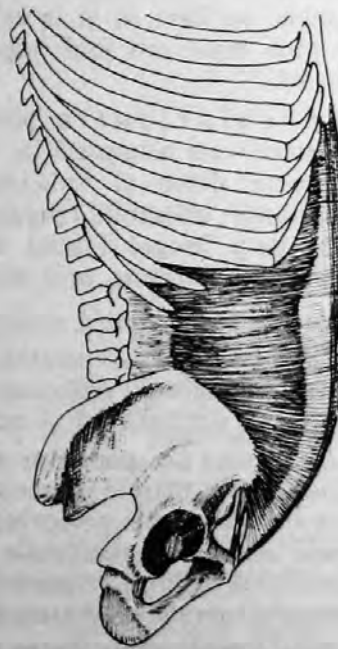
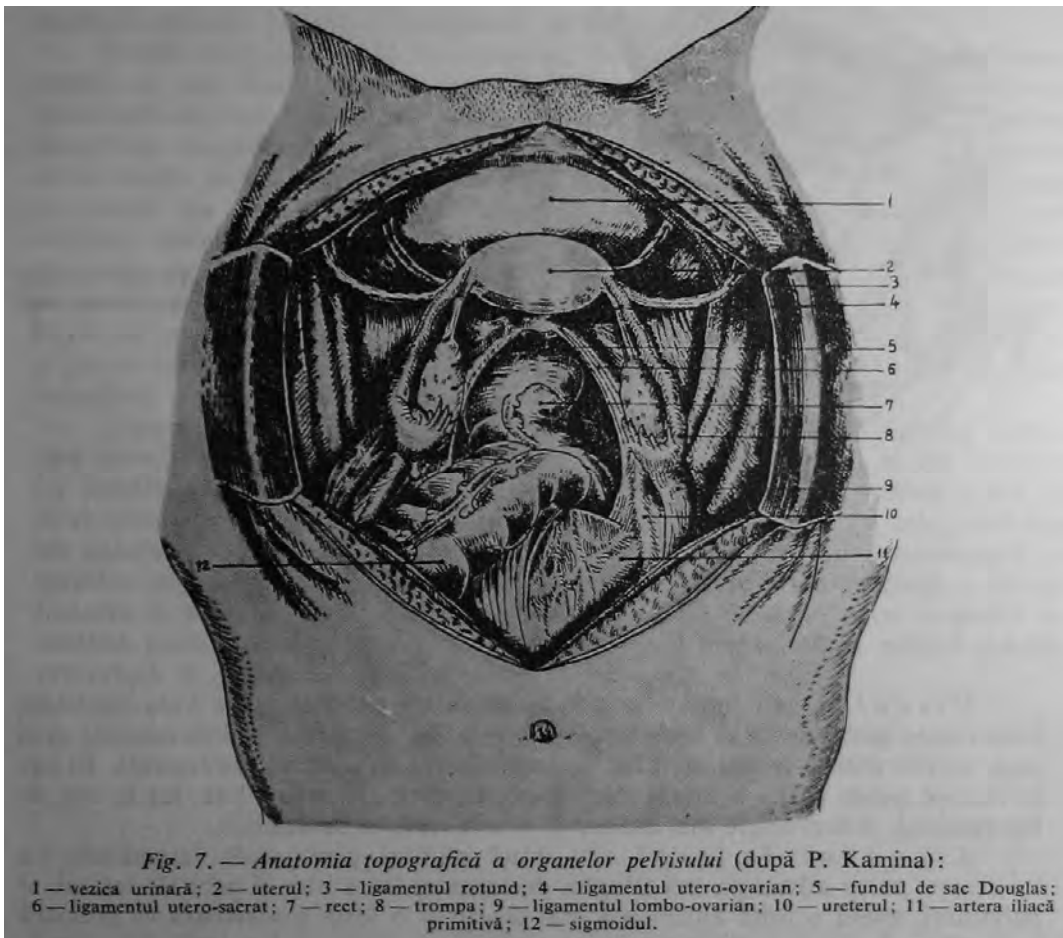


Fig. 6. — Anatomia peretelui abdominal antero-lateral. Mușchiul transvers.

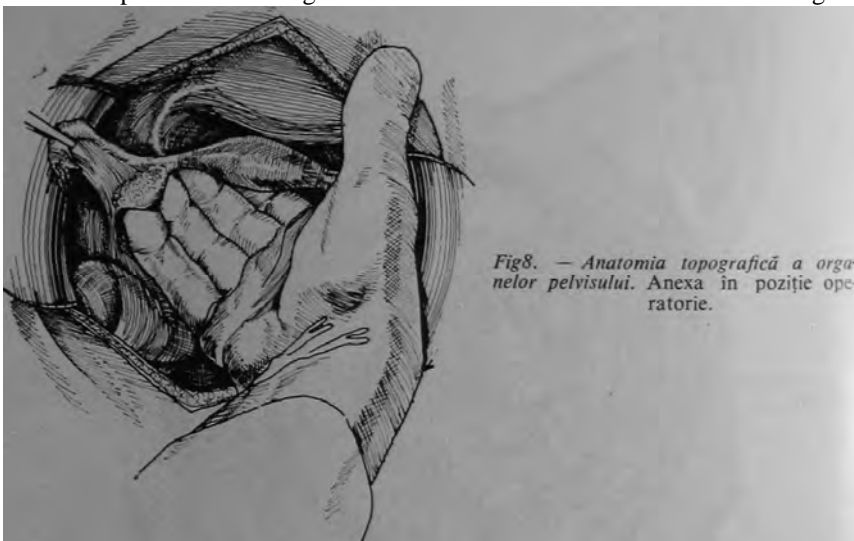
Ovarele sînt singurele organe din cavitatea peritoneală neacoperite de seroasă (care se oprește la linia Farre-Waldeyer). În număr de două, așezate simetric, ovarele sînt organe gametogene și endocrine.

La femeia adult ovarele au mărimea și forma unor migdale, sînt albe, cu suprafață boselată, pe care se văd în permanență foliculi în diverse stadii de evoluție (pînă la ovulație) sau de involuție (de la corp galben la corpus albicans).



Una din laturile lungi ale ovarelor reprezentînd hilul vasculo-nervos și aderă la peritoneu, iar la cele două capete, se află, de-o parte ligamentul infundibulo-pelvic, de cealaltă ligamentul utero-ovarian (fig. 8).

Trompele sînt conducte pereche, deschise la extremitatea externă în cavitatea peritoneală și la cea medială în cavitatea uterină, apărînd ca două formațiuni sinuoase, din ce în ce mai subiri pe măsură ce se îndreaptă de la ovare la coarnele uterine. Li se descriu trei porțiuni inegale: *pavilionul* în formă de pîlnie cu marginea liberă zdrenăuită (circa 10 franjuri dintre care cea mai lungă, fimbria ovarică, zisă și a lui Richard, este în contact cu polul superior al ovarului); *ampula*, de circa 7 cm lungime, de prin forma sa cilindro-conică și concavitatea, privind linia mediană, aspectul definitoriu al trompelor; *istmul*, de cca 4 cm lungime, unește ampula și coarnele uterine (între ligamentele rotunde și lombo-ovariene). Trompele sînt învelite de peritoneul ligamentului larg (sub trompe formează mezosalpinxul în care se găsesc arcadele vasculare și unele resturi vestigiale ca organul Rosenmüller).



Uterul, organ impar, se află în mijlocul pelvisului, pe linia mediană, în cavitatea peritoneală se vede numai corpul său, de forma și dimensiunile unei pere, turtit antero-posterior, fiind acoperit intim de seroasa peritoneală. În caz de sarcină poate suferi o uria dezvoltare, uniformă și reversibilă, iar în caz de fibromatoză, o dezvoltare mai modestă, neuniformă și ireversibilă.

Ligamentele largi sînt două repliuri peritoneale (asemănătoare cu un cearăfoc care ar atîrna pe trei frînghii divergente) între uter și peretele lateral al pelvisului, avînd o foie anterioară mai scurtă și o foie posterioară ce coboară mai adînc. Între ele, plicatura peritoneului lasă să se recunoască *ligamentele rotunde*, *trompele* și *ligamentele utero-ovariene*. În jos și către untru, cele două

foi e peritoneale se despart, etalându-se median pe uter, c tre înainte i înapoi pe pere ii pelvieni respectivi i ascunzând pe plan eul pelvian, subperitoneal, lamele conjunctive de sus inere (*parametrele, ligamentele utero-sacrate* etc.), elementele vasculare i nervoase, ureterele i domul vaginal. Pe femeia culcat , a a cum se vede în timpul opera iilor pe calea abdominal (vezi fig. 7), cavitatea sacrat fiind exagerat de lordoza lombar , face ca sacrul s apar ca un perete vertical, marginea lui superioar f cînd un unghi drept cu corpul vertebral al ulti-

mei lombare, promontoriul, la nivelul c ruia, subperitoneal, de-a dreapta mezo- sigmoidului, strict pe linia median , se g se te *plexul nervos presacrat*).

Din punct de vedere anatomo-topografic uterul i ligamentele largi împart cavitatea pelvian în dou funduri de sac: unul anterior vezico-uterin i altul posterior mai profund, rectouterin, cunoscut sub numele de fundul de sac Douglas (limitat de marginea superioar a ligamentelor uterosacrate ce par s desemneze o potcoav care înconjur rectul). Rectul golit se turte te, f cînd impresia c punctul cel mai decliv nu este fundul de sac Douglas, ci pe fa a anterioar a rectului (ce pare invaginat în propria cavitate).

Foi ele peritoneale ale ligamentelor largi formeaz sub trompe *mezosal-pinxul*, iar sub ovare *mezoovarium*. Dar forma iunile vasculare i conjunctivo- musculare cele mai importante sînt pe laturile uterului i în baza l rgit a celor dou foi e: *mezometrium*. Peritoneul pelvian nu coboar pîn la plan eul muscular al pelvisului alc tuit de ridic torii anali ci las un spa iu ocupat de un esut conjunctiv de densitate inegal ale c rui condens ri desemneaz , în jurul uterului, lama *sacro-recto-genito-pubian* , ce separ o loj visceral (în untrul bra elor anteroposterioare) i o loj vascular (în afara lor). Bra ele perpendiculare (între uter i peretele pelvian) sînt *ligamentele Mackenroot*. Posterior uterului, lamele conjunctive sagitale, *ligamentele utero-sacrate*, con in i *plexul nervos hipogastric*, în timp ce lama sagital anterioar este mai ales vascular .

Ligamentele Mackenroot (vezi fig. 576), lame dense, transversale, înconjur arterele i venele uterine (i cervico-vaginale) i încruci eaz cu ele ureterele (ce împart astfel vasculariza ia utero-cervico-vaginal într-un pedicul supra- i altul subureteral); aceste densific ri conjunctive se prelungesc pe cele dou fe e ale colului i vaginului, constituind înapoi o fascie pre- i latero-rectal i înaintea vaginului, fascia solid , care a luat numele lui Halpan (care a descris izolarea ei pe cale joas între col i domul vaginal pe de o parte i vezic de cealalt parte). Clivajul în interiorul acestei fascii (capsular la nivelul colului) reprezint i principiul histerectomiei intrafasciale Aldridge.

CĂLE DE ACCES ÎN CHIRURGIA GINECOLOGICĂ

CELIOTOMIA

Definiție. Prin celiotomie se înțelege deschiderea chirurgicală a cavității peritoneale.

Clasificare. În raport cu calea anatomică de abordare, celiotomia este abdominală sau vaginală.

Termenul de *laparotomie* este cel mai des folosit pentru deschiderea peritoneului pe cale abdominală.

CELIOTOMIA PE CALE ABDOMINALĂ

În operațiile ginecologice pe cale abdominală, cavitatea peritoneală se deschide prin două feluri de incizii la piele: *mediană sau transversală* (fig. 9).

CELIOTOMIA PRIN INCIZIE MEDIANĂ

Indicații: în abdomenul acut, în procesele inflamatorii macrolezionale, în tumorile mari pelvi-abdominale, în cancerul uterin și în laparotomiile iterative cu cicatrice mediane. Alegerea inciziei mediane depinde și de obișnuința chirurgului.

Locul inciziei: între simfiza pubiană și ombilic, de-a lungul liniei albe. Această incizie se poate prelungi de partea stângă a ombilicului (pentru a nu se secționa ligamentul rotund al ficatului), sau direct pe linia mediană, în caz de hernii ombilicale. Inciziile pararectale nu se folosesc în chirurgia ginecologică românească. Chirurgii americani le folosesc în operațiile largite pentru cancerul de col uterin.

Avantaje: se execută repede și ușor, atât la deschidere cât și la închidere; prin faptul că se poate prelungi ușor urează executarea oricărei operații ginecologice, oferind controlului, la nevoie, întreg abdomenul; permite orice fel de drenaj.

Dezavantaje: expune la eventrații și este mai puțin preferat de femei, din motive estetice.

Elementul estetic este important dar nu esențial în patologie și sînt de preferat, la alegerea inciziei trebuie să cîntărească trei factori: *natura și prognosticul bolii pentru care se face operația, gradul de formare al chirurgului și condițiile în care se execută intervenția*. Nu este recomandabil ca reputația chirurgului să se facă după locul și scurtimea inciziei și adagiul «cîntărește incizia mare face chirurgul mare» este actual și în chirurgia ginecologică.

Pregătirea bolnavei, a) Pregătirea psiho-nervoasă este esențială. Barbituricele administrate în seara care precede operația nu fac totul, dacă bolnavei nu i s-a cântărit în prealabil încrederea. Aceasta se începe cu ocazia anamnezei, a examenului clinic și se completează în momentul cînd se hotărîte operația, cu explicații detaliate în legătură cu necesitatea și natura intervenției, cu mersul postoperator și durata spitalizării, cu prognosticul de viitor și comportarea față de unele sechele. Întrebările pe care femeia le pune sînt expresia neliniștii prin care trece și de felul cum sînt date răspunsurile de către operator și de anestezist, depinde cântăreștea încrederii și respectiv îndepărtarea fricii de actul chirurgical.

b) Pregătirea tubului digestiv se face cu alimentație săracă în celuloză cu A—5 zile înainte de operație, la care se asociază laxative ușoare; în preajma operației, masa la prînz să fie suficientă în proteine și hidrocarbonate, iar seara numai alimente lichide și clismă evacuatoare.

c) Pregătirea pielii abdomenului se face în dimineața zilei operației: se radă părul pubian, se spală pielea abdomenului cu apă și se degresează cu alcool. La cazurile programate pentru histerectomie totală, se face toaletă antiseptică și se introduce în vagin o mînușă sterilă, pudrată cu praf de sulfamidă și plisată în acordeon.

Alegerea momentului operației: în prima săptămîna după terminarea menstruației, la cazurile la care se prevede o operație conservatoare.

Poziția bolnavei. Bolnava se așază pe masa de operație în decubit dorsal, coapsele apropiate și în uoară flexiune cu gamba în prelungirea lor; coapsele se leagă între ele cu un dispozitiv special din curele. Membrul superior, în abducție convenabilă, se întinde pe suportii speciali ai mesei și se fixează cu curele la nivelul articulației pumnului; în această poziție, antebrațul drept este folosit, de regulă, pentru nevoile de anestezie și reanimare, iar pe brațul stîng se aplică aparatul pentru controlul permanent al presiunii arteriale. Punctele de sprijin principale ale bolnavei sînt la nivelul umerilor, prin suportii de umăr ai mesei, cîntărită cu perni cauciucate; aceștia se aplică direct pe conturul umerilor și nu pe fosele supraclaviculare, pentru a nu comprima plexurile brahiale.

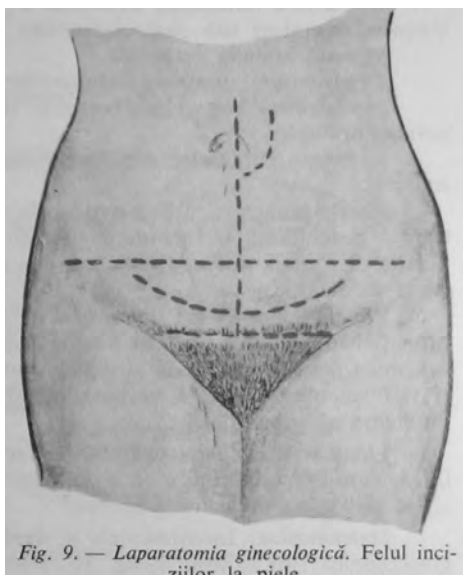


Fig. 9. — Laparotomie ginecologică. Felul inciziilor la piele.

Poziția Trendelenburg se folosește numai după deschiderea peritoneului, înclinând masa în sens cranial, pînă la un unghi de 30—40°. Această poziție declivă urează accesul în pelvis, în special în operațiile din profunzime, ca de exemplu în colpo-histerectomiile totale cu limfadenectomie. Cu excepția operațiilor pentru cancer, în celelalte intervenții ginecologice nu este nevoie de poziția Trendelenburg, ci doar, o ușoară înclinare a mesei, de 10—15°.

Avantajele poziției Trendelenburg:

- liberează bazinul de ansele intestinale și permite izolarea perfectă a pelvisului de marea cavitate abdominală;
- permite luminarea uniformă a pelvisului, urmînd desfurarea tuturor timpilor operatorii sub controlul corect al vederii;
- evită anemia cerebrală.

Dezavantajele poziției Trendelenburg:

- congestia organelor toracice (bronhoplegie, dilatare acută a ventriculului drept etc.);
- pareze brahiale din cauza compresiunii prelungite a suprafețelor de umeri.

Aceste inconveniente se evită prin renunțarea la poziția Trendelenburg în timpul deschiderii și închiderii peretelui abdominal. Readucerea bolnavei la poziția orizontală se face treptat, pentru a permite inimii să se readapteze la noul regim circulator.

Poziția chirurgului: operatorul se așază în stînga bolnavei și ajutorul principal în dreapta. Această poziție urează manevrele intraoperatorii în profunzimea pelvisului. Cel de-al doilea ajutor se așază pe aceeași parte cu primul și instrumentează, iar la nevoie, manevrează departe toare mobile, în anumite momente ale operației.

Luminarea cîmpului operator se face cu sursa de lumină de la lampa sciatolică, care oferă lumină albă și uniformă. În lipsa acesteia, sau în completarea ei, se pot folosi reflectoare mobile.

Instrumentar. Instrumentele și departe toarele care se folosesc în chirurgia ginecologică sînt expuse în fig. 10 A și B.

Asepsia abdomenului și a ezării cîmpurilor sterile. Se badijonează tegumentele de trei ori, cu soluție de tinctură de iod, succesiv, cu cel puțin în 5 minute înainte de începerea operației iar badijonearea se face de la centru spre periferie, schimbînd tamponul de fiecare dată. Cîmpul iodat se întinde pe flancuri pînă dincolo de linia spinelor iliace antero-superioare, în sus pînă la rebordul costal și în jos cuprinde și 1/3 superioară a coapselor.

Cîmpurile se așază în așa fel încît să acopere în întregime bolnava, de la cap pînă dincolo de picioare, delimitînd zona ombilico-pubiană, sub forma unui dreptunghi cutanat, centrat de linia albă. Regiunea vulvară se izolează de la început, cu o mușama de cauciuc, steril, aplicată deasupra coapselor și cu marginea superioară la nivelul simfizei pubiene și peste ea se întind cîmpurile din pînză: un cîmp obișnuit de la simfiză în jos, un altul de la ombilic în sus și peste ele un cîmp mare (cear af) cu deschizătură mediană, longitudinală iar un alt cîmp se fixează la marginile suportului metalic pe care stau instrumentele chirurgicale. Cîmpurile care delimitează zona cutanată, se fixează la cele patru colțuri, cu fire de ață trecute prin piele (punctele superioare se fixează la un lat de deget deasupra ombilicului, mîsur de rezervă, pentru cazul cîva fi nevoie să fie prelungită incizia). Se rebadijonează cu iod suprafața cutanată astfel delimitată, acordîndu-se o atenție deosebită fosetei ombilicale, în care se răsucește o compresă îmbibată cu același antiseptic. Acele cu care se fixează cîmpurile la piele și compresele cu antiseptic se aruncă după fiecare folosire.

Tehnica laparotomiei mediane.

Incizia cutanat se face de-a lungul liniei albe, începînd de la un lat de deget deasupra simfizei, pînă la un lat de deget sub ombilic. Pentru aceasta, operatorul fixează cu policele și indexul spinele pubiene întinzînd pielea la acest nivel și cu bisturiul face o incizie dreaptă, verticală, care interesează pielea și esutul adipos subcutanat, pînă la aponevroză. Această incizie se face dintr-un singur trăsătură, cu vârful bisturiului perpendicular pe tegumente. Calitatea cicatricii depinde de felul cum se face această incizie.

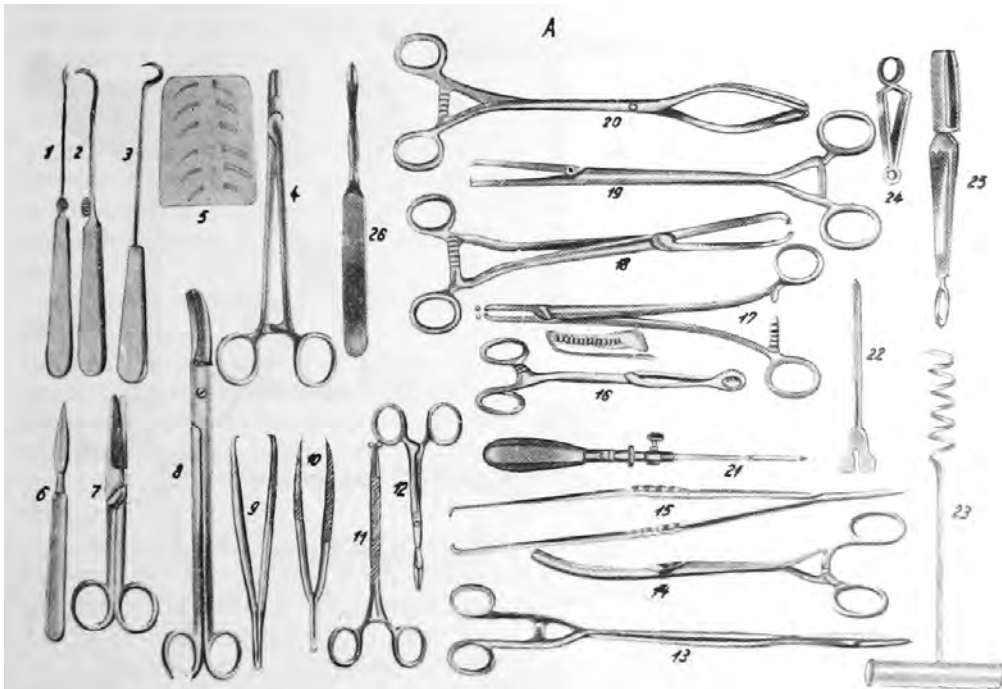


Fig. 10. — Instrumentarul pentru operațiile ginecologice :

A. — 1 — acul Reverdin drept; 2 — acul Reverdin curb; 3 — acul Deschamps; 4 — portac; 5 — ace curbe Hägedörn; 6 — bisturiu; 7 — foarfece drept; 8 — foarfece curb; 9 — pensă de disecție; 10 — pensă anatomică; 11 — pensă Kocher; 12 — pensă Péan; 13 — pensă vaginală dreaptă; 14 — pensă vaginală curbă; 15 — pensă de disecție lungă; 16 — pensă « în inimă »; 17 — pensă uterină J. L. Faure; 18 — pensă Museux; 19 — pensă de col Pozzi; 20 — histerolob; 21 — trocer; 22 — sondă canelată; 23 — sfredel chirurgical; 24 — rac pentru cîmpuri; 25 — rac mare; 26 — decolator Kocher.

Lungimea inciziei depinde de felul operației și de grosimea peretelui abdominal. În intervențiile pentru cancer, incizia se face de la început, prelungită, pe partea stîngă a ombilicului. Pentru toate celelalte operații ea se oprește în vecinătatea ombilicului, urmînd să fie prelungită, la nevoie. La femeile la care linia albă este invizibilă sau deformată de adipozitate sau de procesul tumoral intraperitoneal, incizia pielii se face între două pense Kocher, care delimitează lungimea și direcția acesteia: ajutorul trage excentric de aceste pense și operatorul incizează pielea între ele. Acest artificiu de tehnică este recomandabil și începătorilor în chirurgie. De asemenea, se fac, înainte de incizie, cîteva zgîrieturi cu bisturiul, pe piele, perpendiculare pe linia de incizie, 3—4 în total, pentru ca sutura tegumentelor să nu deniveleze în sens longitudinal, marginile inciziei. Această modalitate, preluată din chirurgia estetică, devine inutilă după cîtîgarea unui anumit grad de experiență în chirurgia abdomenului.

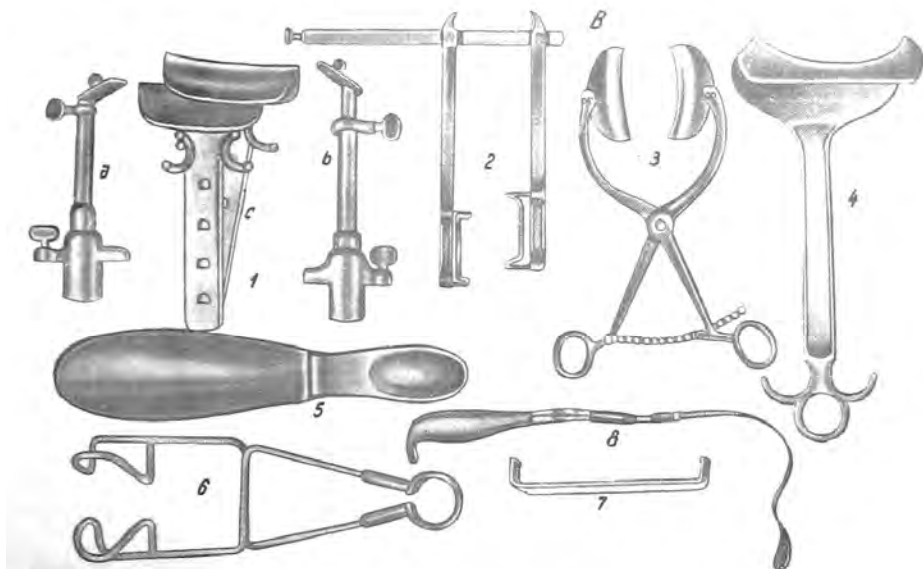


Fig. 10.

B. — 1 — depărtătorul autostatic Thoma-Ionescu; a și b — stilpi fiși; c — valve; 2 — depărtătorul Gosset; 3 — depărtătorul Mathieu (Collin); 4 — valve Doyen; 5 — valva pentru menținerea intestinilor (« talpa »); 6 — depărtătorul Darvignes; 7 — depărtătorul Farabeuf; 8 — valva Pollosson.

După efectuarea completă a inciziei pielii și a esutului adipos subcutanat, se procedează la hemostază. Aceasta se face cu ligaturi de catgut 00, pense Pean, sau prin electrocoagulare pe pensă. Hemostaza trebuie să fie foarte îngrijită. Sîngerarea este produsă de mici arteriole provenite din epigastrica inferioară și din rula inoasă externă. La unghiul inferior al inciziei sîngerarea este mai abundentă. La acest nivel, pentru siguranța hemostazei, firele de ligatură se trec cu acul.

Incizia perfect dreaptă a pielii, făcută dintr-o singură mișcare, și hemostaza îngrijită asigură calitatea estetică a cicatrizei.

Secționarea aponevrozei. Se face o butonieră cu bisturiul, cam la jumătatea inciziei cutanate. Se introduce foarfecele drepte închise, îndreptate mai întâi în jos, apoi în sus, cu care se decolează aponevroza de planul muscular al dreptelor abdominale. Se retrage foarfecele și cu el se secționează aponevroza în jos pînă la simfiză și în sus pînă la ombilic (fig. 11) atît la capătul inferior, cît și la capătul superior (secționarea aponevrozei depășește unghiurile inciziei cutanate) în timp ce ajutorul expune unghiurile inciziei cu degetele Farabeuf, — în acest scop.

Butoniera și secționarea aponevrozei se fac strict pe linia mediană (reperele sînt ombilicul și comisura vulvară) pentru ca dedesubt să apară interstiul fibros (linia albă) dintre dreptele abdominale. Dacă acest interstiu nu este vizibil, inserția piramidărilor și reconsiderarea punctelor de reper — ombilicul și comisura vulvei — H ne ajută să-l găsim. Acest interstiu se desface cu foarfecele sau cu indexul de la ambele mîini, printr-o mișcare de la centru spre extremități. Spre unghiul superior, o arteriolă din mușchii dreptei trebuie ligaturată imediat. În laparotomiile iterative acest interstiu se caută disociind fibrele musculare cu foarfecele închise.

Dacă secționarea aponevrozei s-a făcut ceva mai lateral, cum se întîmplă în laparotomiile iterative, apare planul muscular al unuia din dreptele abdominale. Se caută marginea lui internă și se degajează cu foarfecele curbă, închise. Procedul este sîngerînd și obligă la hemostază imediată.

Izolarea plăgii de pielea adiacentă se face cu 4 cîmpuri mici, dreptunghiulare, fixate cu puncte separate de a doua esutul celular subcutanat.

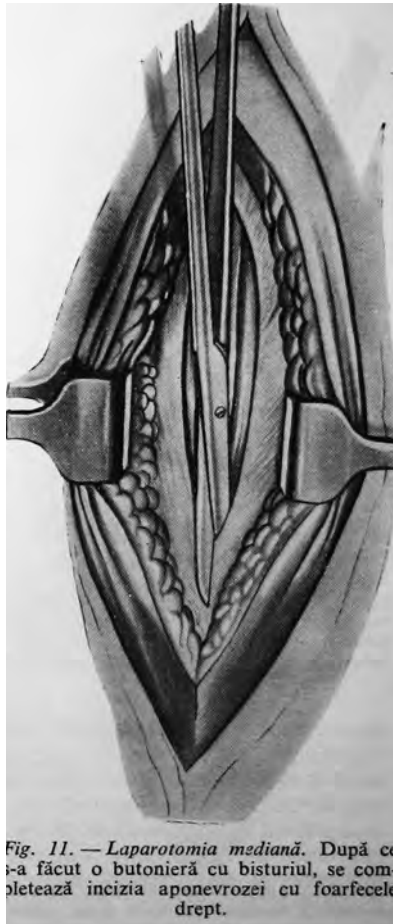


Fig. 11. — Laparotomia mediană. După ce s-a făcut o butonieră cu bisturiul, se completează incizia aponevrozei cu foarfecele drepte.

Secționarea peritoneului. Locul de deschidere este cît mai aproape de ombilic, pentru a se evita lezarea vezicii urinare. Această recomandare devine o regulă absolută în procesele tumorale pelviene și în laparotomiile iterative. Incizia peritoneului se face cu bisturiul (fig. 12) sub forma unei butoniere pe marginea careia se aplică, de o parte și de alta, cîte o pensă Pean. În momentul cînd se face deschiderea cavității peritoneale, aerul prinde în untru și intestinele se depărtează de planul parietal, atunci cînd nu sînt procese aderențiale. Se lungește breșă peritoneală cu foarfecele și se completează secționarea, în jos, spre vezică și în sus, spre ombilic. Înainte de a se proceda la această completare, în momentul cînd breșă a fost făcută permite două degete, se introduc mediusul și indexul cu care se controlează atît în sus, cît și mai ales în jos, dacă sînt sau nu aderențe parietale. După ce s-a făcut această verificare, operatorul introduce indexul flectat sub peritoneu, ajutorul face același gest de partea lui (fig. 13) și ridicînd foia peritoneală, pentru a vedea prin transparență marginea superioară a vezicii, se secționează cu foarfecele pînă în apropierea ei (dacă fundul vezicii este prea sus, secționarea peritoneului se dirijează oblic, în afara laturii vezicii, de obicei spre dreapta). Secționarea peritoneului folosind această manevră digitală este nesîngerîndă în momentul

când apare sîngerarea, aceasta denotă că foarfecele se găsesc pe marginea peretelui vezical. În această situație se oprește secționarea, se face imediat hemostaza pe pense Pean cu ligaturi de catgut sau a subire, niciodată cu electrocauterul, și, dacă este nevoie de o deschidere mai largă, se oblicizează secționarea peritoneului para vezical. Un alt artificiu care face să coboare fundul vezicii este de a se decola cu foarfecele curb închise și secționarea, fascia transversalis, înainte de a se completa secționarea peritoneului spre unghiul inferior. Decolarea fasciei transversale și a grăsimii prevezicale se poate face și de către ajutor, manevrînd depărtorul Farabeuf de sus în jos. La sfîrșitul deschiderii peritoneului spre unghiul inferior, se verifică și se asigură hemostaza după care, cu două degete introduse spre ombilic, se secționează peritoneul cu bisturiul ca în fig. 14, sau cu foarfecele. Degetele operatorului feresc ansele intestinale de lama bisturiului iar ajutorul îndepărtează unghiul superior al inciziei cutanate cu depărtorul Farabeuf. Această manevră bidigitală se folosește și în cazul cînd este nevoie să fie prelungită în totalitate, incizia peretelui, fie paraombilicală, fie transombilicală.



Fig. 12. — *Laparotomia mediană*. Seroasa peritoneală, apucată cu două pense anatomice, este incizată cu bisturiul între ele

După deschiderea completă a peritoneului, cu un fir de ață trecut în U se fixează marginile peritoneului juxta vezical la unghiul inferior al inciziei cutanate pentru a se izola spațiul Retzius. Unii chirurghi, fixează și marginile laterale ale peritoneului la piele, fie cu fire separate, fie cu pense speciale pentru a izola stratul gros subcutanat. Singurul moment dificil la deschiderea peritoneului este efectuarea butonierei. Pentru aceasta, operatorul aplică o pensă Kocher pe marginea aponevrozei posterioare a dreptului abdominal de care trage în sus cu fermitate, în timp ce ajutorul apucă fascia transversalis cu o pensă anatomică cu dinți. Operatorul renunță la pensă Kocher și cu o pensă anatomică cu dinți apucă de fascia transversalis de partea lui, în timp ce ajutorul îndreptă drumul esuturilor apucate și prinde o zonă învecinată. Repetarea acestei manevre face ca în pliul peritoneal format să nu se găsească o ansă intestinală. Pentru certitudine se apucă pliul format, între două degete, apreciindu-se grosimea lui, după care se incizează cu bisturiul.

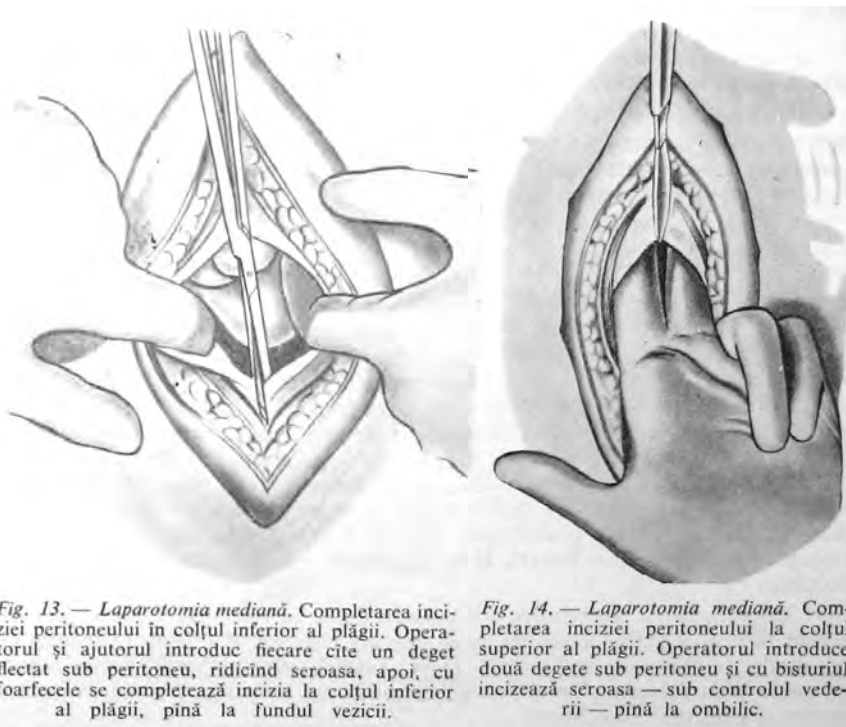


Fig. 13. — Laparotomia mediană. Completarea inciziei peritoneului în colțul inferior al plăgii. Operatorul și ajutorul introduc fiecare câte un deget flectat sub peritoneu, ridicând seroasa, apoi, cu foarfecele se completează incizia la colțul inferior al plăgii, până la fundul vezicii.

Fig. 14. — Laparotomia mediană. Completarea inciziei peritoneului la colțul superior al plăgii. Operatorul introduce două degete sub peritoneu și cu bisturiul incizează seroasa — sub controlul vederii — până la ombilic.

Această modalitate este utilizată de obicei la femeile slabe, la care fascia transversalis se secționează odată cu peritoneul; la femeile grase se secționează fascia transversalis împreună cu esutul gras până când apare culoarea albicioasă a foiței peritoneale, după care se procedează ca mai sus. Incizia esutului gras se face pe linia mediană, evitând decolarea dreptelor, motiv de hemoragie și hematoame.

La deschiderea peritoneului se pot întâlni situații deosebite: lichid în cavitate sau aderențe epiploice și/sau intestinale. În prima eventualitate se evacuează lichidul prin aspirație sau cu comprese moi, după care se explorează abdomenul și se judecă tactica operatorie. Se reține o seringă de lichid pentru examenele de laborator. În a doua eventualitate, se desfac digital sau prin rezecție aderențele epiploice la peritoneul parietal iar hemostaza se face cu grijă, cu fire de ață, trecute cu acul. Ansele intestinale aderente se desfac cu mare atenție iar zonele depolizate se repară imediat cu fire subțiri de catgut.

Accidente la deschiderea peritoneului. Acestea se pot ivi mai ales în laparotomiile iterative: secționarea unei anse intestinale sau a vezicii urinare. În ambele situații se suturează imediat leziunile produse, în dublu strat, la intestin cu fire subțiri de ață, la vezică cu catgut, de preferință cromat. În plăgile vezicale suturate, se lasă sondă Foley sau Pezzer pentru 10 zile.

Pregătirea câmpului operator. Deschiderea peritoneului pune chirurgia în fața a două situații:

- accesul în pelvis este liber și operația poate începe imediat;
- accesul în pelvis este împiedicat de aderențe și intervenția nu poate începe decât după eliberarea câmpului operator.

Dacă accesul pelvisului este liber, se procedează în primul rând la izolarea mării cavități abdominale. Condiția esențială pentru aceasta este o bună anestezie, împingerea anșelor intestinale și izolarea pelvisului se face cu câmpuri moi, din tifon, de formă dreptunghiulară, cu latura mare de 30—40 cm și cu ăret lung la unul din colțuri, umezite, în prealabil, cu ser fiziologic cald. O izolare suficientă se poate obține cu trei câmpuri, unul median și două laterale spre flancuri. ăretul fiecărui câmp se lasă în afara abdomenului și toate la un loc se fixează cu o pensă. Acest măsur de precauție este foarte important fiindcă asigură extragerea tuturor câmpurilor de izolare, după terminarea operației.

După ce s-a asigurat izolarea mării cavități abdominale este necesară obținerea unei lumini suficiente a câmpului operator. Pentru aceasta se introduc în plagă drepturi toare fixe sau mobile. Alegerea dreptului torului este în funcție de tipul operației și de preferința chirurgului. Cele mai cunoscute sînt: dreptul torului Thoma Ionescu (fig. 10-D-a, b, c), la care valvele se fixează la doi stâlpi laterali fixe; dreptul torului Ernest Juvara, la care valvele se fixează pe un cadru metalic mobil; dreptul torului cu valve mobile atașate la cadru metalic fix (fig. 15); drepturile toarele Gosset, Collin și Dartigues (fig. 10-B, 2, 3, 6); valva suprapubiană Doyen (fig. 16) care se fixează la un dispozitiv special, plasat între coapsele bolnavei.

Drepturile toarele autostatice sînt indispensabile în operațiile laborioase, care se fac în profunzimea pelvisului, ca de exemplu, în operațiile pentru cancerul de col uterin. În operațiile mai simple (ligamentopexii, salpingectomii, miomectomii) se poate evita folosirea lor sau se aplică pentru un timp foarte scurt, la peritonizarea și controlul hemostazei.

Avantajele drepturilor toarelor fixe: creează o deschidere largă a pereților abdomenului, oferind lumină perfectă în profunzimea pelvisului.

Dezavantajele drepturilor toarelor fixe: produc ischemia mușchilor și chiar rupturi musculare, care periclitează procesul de cicatrizare, mai ales în operațiile de lungă durată.

Dacă accesul în pelvis nu este liber, operația începe prin înlăturarea obstacolelor constituite de aderențele organelor între ele (epiploon, intestin subțire, ezic și colon). De cele mai deseori epiploonul este acela care prin aderențele sale îl face cu vezica, cu fundul uterului, cu anexele și cu peritoneul parietal lărgă drumul spre pelvis. Desfacerea acestora se face prin disecție cu foarfecele urbane, prin secționarea pe cât posibil la vedere a bridurilor și nu prin smulgere, cu controlul atent al zonelor decolate. Rezecția epiploonului se face pe porțiuni, și mai groase de 2 cm (fig. 17), trecînd firul de ligatură prin transfixie. Se pot rezeca porțiuni importante din epiploon fără consecințe postoperatorii. Se verifică integritatea viscerelor și se aplică drepturile toarele.

Închiderea abdomenului este un timp important al operaiei de care depind soliditatea peretelui și calitatea cicatricii și ea se execută cu grijă și corectitudine tehnică.

Ea se începe după controlul hemostazei, prin verificarea ligaturilor la nivelul bonturilor, spălarea pelvisului cu ser fiziologic, scoaterea departoarelor și a câmpurilor de izolare, repunerea sigmoidului în escavație și aducerea epiploonului deasupra anșelor intestinelor. Înainte de a se începe reconstituirea anatomică a peretelui, ajutorul, care a instrumentat, își numără instrumentele folosite și le îndepărtează, pregătind pe cele special rezervate acestui timp al operaiei iar sorașlii de operație își contabilizează câmpurile moi întrebuințate.

Pentru realizarea, în condiții optime, a acestui timp operator sunt necesare:

- anestezie bună;
- materiale de sutură corespunzătoare (ace și fire);
- respectarea planurilor anatomice;
- asepsie riguroasă (se schimbă câmpurile moi de izolare a peretelui și după antiseptizarea tegumentelor învecinate, cu iod sau alcool, se pun alte câmpuri moi, curate; instrumente noi, nefolosite în timpul operaiei; chirurgul și ajutorul își schimbă mâinile pentru a evita contaminarea esutului adipos subcutanat);
- evitarea spațiilor moarte;
- afrontare minuțioasă la piele.
-



Fig. 15. — Laparotomia mediană. Depărtător abdominal autostatic cu cadru fix și valve reglabile.

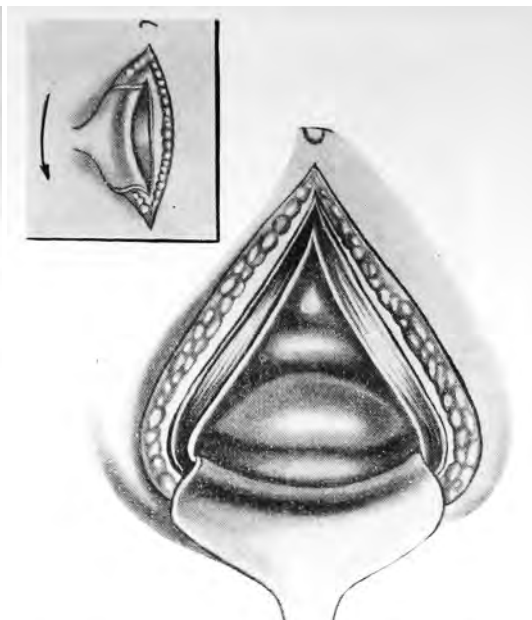


Fig. 16. — Laparotomia mediană. Valva Doyen aplicată suprasimfizar:

În cartuș: introducerea valvei se face longitudinal, în sensul plăgii, apoi, printr-o mișcare de rotație, în sensul săgeții, se așază transversal.

Sutura în planuri anatomice urmărește să reconstituie anatomia peretelui abdominal.

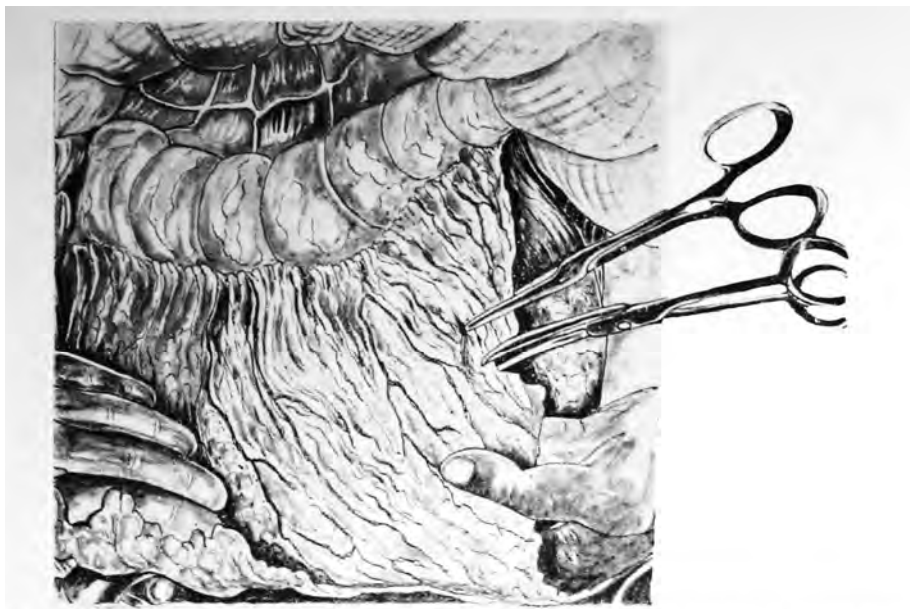


Fig. 17. — Rezecție parțială de epiploon. Modul cum se aplică pensa Kocher și modul cum se secționează cu foarfecele. Ligaturile se pun după aceea prin transfixie cu acul, liberând progresiv pensule Kocher aplicate.

Închiderea cavității peritoneale se face prin sutura celor două foi ale peritoneului. În prealabil se elimină firele de ață cu care fuseseră fixate marginile peritoneului la buzele plăgii. Sutura începe de la unghiul superior. Pentru aceasta se demarcează unghiul superior cu o pensă Kocher, aplicată vertical, și marginile laterale ale peritoneului, cu două pense Pean. Operatorul trage de pensa Kocher și ajutorul, cu două degete toare Farabeuf aplicate pe grăsimi, expune unghiul superior. Se aplică unul sau două puncte separate de sutură cu catgut nr. 2 sau cu nylon, trecute prin foiele peritoneului și prin aponevroza dreptilor, la acest nivel peritoneul parietal fiind aderent la aponevroză. Când se strâng firele, se răzbuzează foiele peritoneului cu două pense (fig. 18), astfel ca apropierea lor să se facă pe suprafațe și nu pe margini. Aceste puncte sînt foarte importante pentru evitarea eventrațiilor. În continuare, pînă la nivelul vezicii, se aplică fie puncte separate, cu catgut O sau nylon sub ire, fie puncte în U (fig. 19), folosind un ac curb sub ire și avînd grijă de apropierea foiele peritoneale, față în față, ceea ce asigură o cicatrizare uniformă și rapidă, fie un surjet cu fir de catgut, ca în fig. 20, deplasînd priză penselor Pean pe măsură ce sutura se apropie de fundul vezicii. La acest nivel ultima trecere a acului prin foiele fasciei transversale și grăsimii adiacente înfundă peretele vezicii.

Gestul de siguranță, obligatoriu, pe care operatorul îl face la sutura planului peritoneal este ca la strîngerea fiecărui fir separat sau a surjetului, să introducă indexul spre ombilic, de-a lungul suturii, și să verifice față de posterioră peritoneului. Accidentul posibil este prinderea epiploonului sau a unei anse intestinale, cînd se trec cu acul, firele peritoneale.

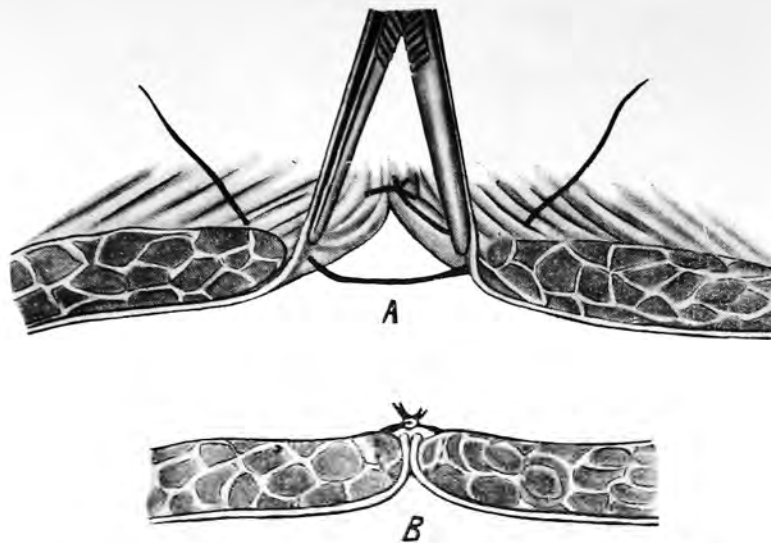


Fig. 18. — Laparotomie mediană. Refacerea planului peritoneal la unghiul superior al inciziei. Firul trece prin aponevroza dreptului, suprafața peritoneului (și nu marginea de secțiune), apoi peritoneul și aponevroza dreptului de partea opusă. Înainte de a se strînge firul, foiele peritoneale sînt apucate cu două pense și se răzbuzează astfel încît, la strîngerea firului, să se afrunteze două suprafețe seroase, interpusă între mușchi (B).

Dificultăți la sutura peritoneului. Acestea se întîlnesc în laparotomiile iterative: foiele peritoneului sînt aderente, foarte subiri și friabile, la care se mai poate adăuga și diastazisul dreptilor sau anestezie incompletă. În această situație se trec fire totale, peritoneo-musculare, ca în fig. 18, avînd grijă ca, la strîngerea firelor, foiele peritoneului să se aplice față în față și indexul să controleze cu fiecare nod, suprafața internă a suturii.

Un alt incident poate fi dat de prezența anșelor intestinale în incinta deschiderii peritoneale, de cele mai multe ori prin defect de anestezie. În această eventualitate se introduce un câmp moale umezit, care împinge intestinele spre cavitatea abdominală, le izolează și le îndepărtează de planul suturii peritoneale. Câmpul se extrage când se ajunge cu sutura în treimea inferioară a peritoneului. Se mai folosesc în acest scop fie «talpa» metalică (fig. 10-B, 5), fie o «lingură de sup», din argint, cu găvanul spre sutură. Ambele se scot când se ajunge cu sutura în treimea inferioară a peritoneului. «Lingura de sup» are ca avantajul că adună în găvanul ei, lichidul sero-sanguinolent produs de strângerea cu acul de sutură.

După terminarea suturii peritoneului, se spală plaga cu ser fiziologic, prilej de a se verifica și completa hemostaza, mai ales în spațiul prevezical.

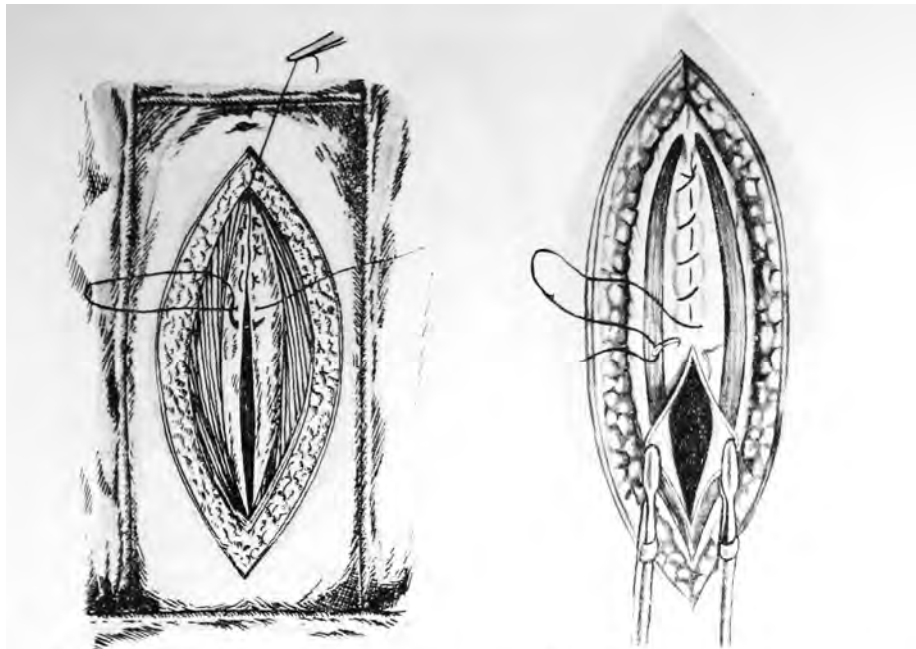


Fig. 19. — Laparotomie mediană. Sutura peritoneului cu fire în U. Fig. 20. — Laparotomie mediană. Sutura peritoneului cu surjet.

La femeile vârstnice și la multipare, se apropie dreptii abdominale pe linia mediană cu 3—4 fire de catgut nr. 1, etajate (fig. 21). Punctul inferior prinde marginea dreptilor și grăsimea prevezicală, eliminând spațiul mort. Firele nu se strâng tare fiindcă taie. La femeile tinere nu este nevoie să se sutureze planul muscular. Tesutul muscular este «nobil» și bine vascularizat. Trecerea acului și firele de ligatură produc cicatrici și uneori hemoragii regretabile.

Se spală din nou plaga cu ser fiziologic și se recontrolează hemostaza, după care se trece la sutura planului aponevrotic.

Sutura aponevrozei. Sutura aponevrozei refacă teaca dreptilor abdominali și redă peretelui soliditatea necesară. Evitarea eventrațiilor depinde în primul rând, de felul cum și cu ce fel de material de sutură se reconstituie planul aponevrotic.

Sutura se face cu puncte separate, etajate, de sus în jos, la 1 cm unul de altul, cu catgut nr. 2 sau nylon gros. Se dau preferință firelor neresorbabile, din nylon, mai ales la femeile vârstnice, la multipare, la cele anemice și deproteinizate și mai ales în laparotomii iterative. Firele aplicate se strâng puternic și capetele se armează pe pense Pean. Ele se secționază cu foarfecele, la câțiva milimetri de nod, la terminarea suturii. Această manieră oferă posibilitatea controlului distanței dintre fire și unde este cazul să se completeze sutura. Unii chirurghi folosesc surjetul cu catgut, cu condiția ca acesta să fie cromat.

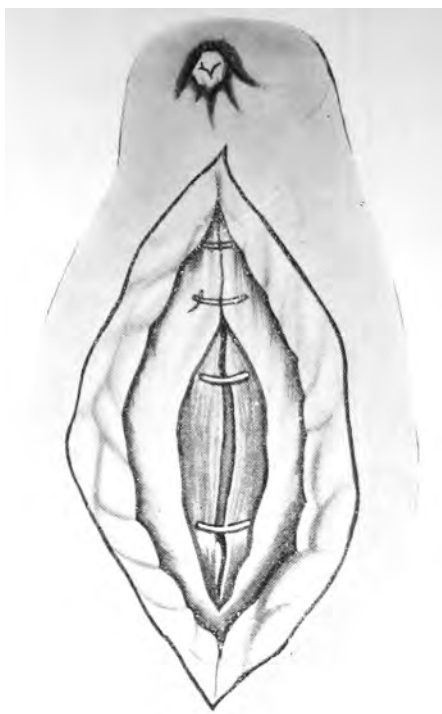


Fig. 21. — Laparotomie mediană. Reconstituirea planului musculo-aponevrotic cu fire separate: catgut la mușchii drepi, nylon la aponevroză.

Firul sau firele cele mai importante sînt cele de la unghiul superior al pl gii. Pentru aceasta este nevoie ca ajutorul s expun bine unghiul cutaneo-adipos cu dep rt toarele Farabeuf. Trecerea firului se face cu un ac curb puternic. Primele fire aplicate orienteaz marginile aponevrozei pentru restul suturii, ajutorul tr gînd de capetele ultimului fir înnodat. Nu este nevoie, decît în mod excep ional, s se aplice pense Kocher pe aponevroz . Ele las esuturi zdrobite, a c ror resorb ie agraveaz evolu ia postoperatorie. Sutura început la unghiul superior se opre te în treimea inferioar a pl gii, fiindc « nu se termin niciodat o sutur într-un unghi». Sutura aponevrozei din treimea inferioar se începe de la unghiul inferior. Ajutorul î i mut dep rt toarele Farabeuf, deschizînd unghiul cutaneo-adipos. Firele de sutur se trec etajate, de jos în sus, pîn se dep e te unghiul cutaneo-adipos. Primul i al doilea fir prind i din marginea drep ilor, care la acest nivel sînt sub iri, t ioase, precum i din esutul gr sos prevezical, pentru a reduce spa iul mort. Se controleaz integritatea suturii i se taie firele.

Sutura aponevrozei cu puncte separate se poate face i ca în fig. 22-A i B; cînd se strînge firul i se înnoad , se formeaz dou sau trei bucle de apropiere. Se folose te cînd aponevroza este s rac i aderent , cînd se face i hemo-staz concomitent , sau pentru economie de timp. Sutura este ischemiant , mai ales cea cu-trei bucle, puînd produce necroze, cu consecin e defavorabile în procesul de cicatrizare.

Dup ce s-a ref cut planul aponevrotic, se spal din nou plaga cu ser fiziologic i se recontroleaz hemostaza, dup care se trece la sutura planului cutaneo-adipos.

Sutura pielii. Aceasta se face independent, de la început, sau dup ce în prealabil, s-a apropiat stratul adipos cu cîteva fire de catgut 00.

Pentru aceasta se îndep rteaz cîmpurile de izolare i se face toaleta extern a pl gii: cu o compres umed se inl tur resturile de sînge de pe tegumentele adiacente inciziei i se badijoneaz pielea cu iod sau alcool, avînd grij ca solu ia de iod s nu p trund în plag .

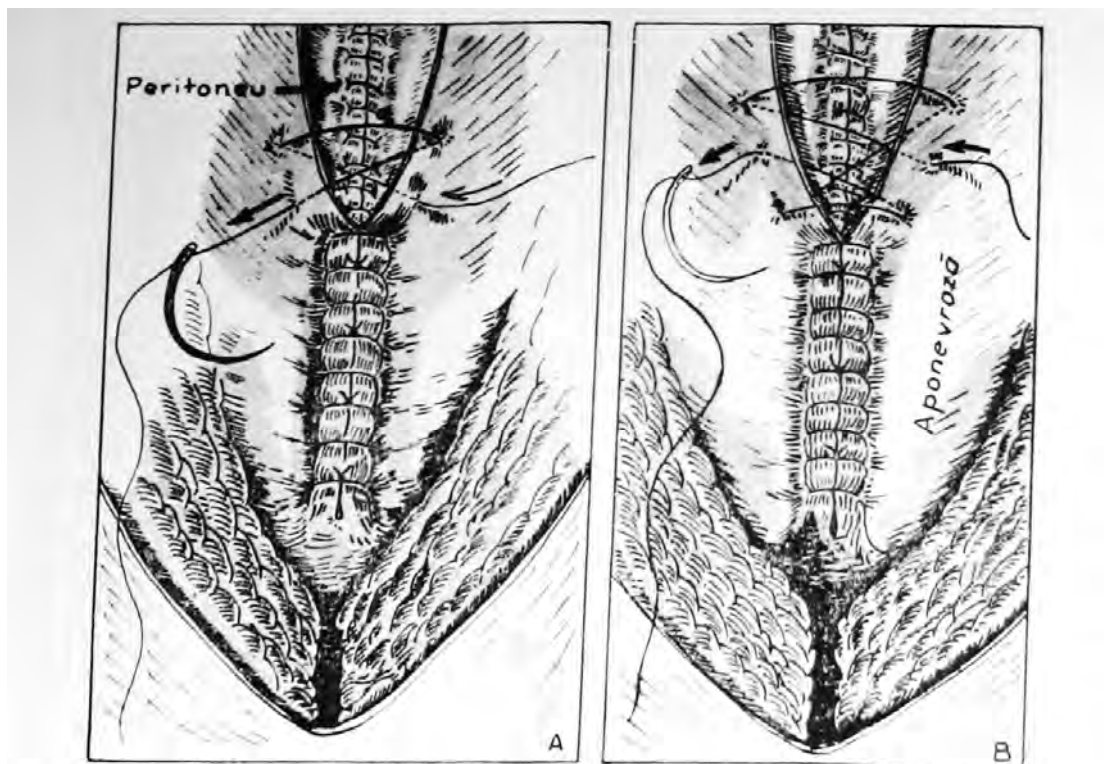


Fig. 22. — Sutura aponevrozei

A: modul cum se trece acul pentru sutura cu 2 bucle B: modul cum se trece acul pentru sutura cu fir continuu

Firele de catgut, cu care se apropie stratul adipos subcutanat, se înnoadă în sensul inciziei și nu transversal. Acest artificiu de tehnic orientează suprafețele dermului, oferindu-le unei bune afronțiri la sutura pielii.

Sutura pielii se face în diferite moduri. Esențial este să se realizeze o coaptare perfectă, de la derm la derm, a marginilor inciziei. Se folosesc pentru aceasta: agrafe metalice, fire de ață sau de nylon, ac potrivit și două pense de disecție cu dinți pentru afrontare. Sutura se începe de sus în jos și firele sau agrafele se plasează la distanța de 1 cm. Agrafele se aplică «mușcând» linia de incizie; ele sînt și hemostatice. Firele se aplică, frecvent, separate și se strîng pe laturile inciziei ca în fig. 23; pentru rapiditatea suturii se poate folosi și firul continuu, care poate fi trecut fie ca în fig. 24, fie ca în fig. 25, fie clasic, neîntrerupt, fie întrerupt, ca în fig. 26 A și B.

Maniera de a trece firul ca în fig. 24 realizează, cînd se strînge, și afronțirea marginilor. Această manieră se poate folosi și pentru punctele separate (punctul Mac Donald). Maniera de a se trece firul ca în fig. 25 se execută astfel: acul (ac drept) în epineură perpendicular la 3 mm de incizie și se scoate vîrful exact sub derm; se încape marginea opusă tot sub derm și se scoate vîrful la 3 mm, la piele; se continuă sutura cu înepături la 8 mm distanță, succesive, stînga-dreapta, dreapta-stînga; după fiecare 3—4 bucle, se strînge firul, fără să încape epineură; la sfîrșit, firul se înnoadă obișnuit; firul se scoate după 10 zile; după ce se taie nodul buclele se destramă cu o andrea de etat și firul se taie la fiecare 3—4 cm. Sutura cu surjet clasic are avantajul că se execută rapid. Sutura ca în fig. 25 și cu surjet întrerupt (fig. 26-B) au avantajul de a fi și hemostatice.

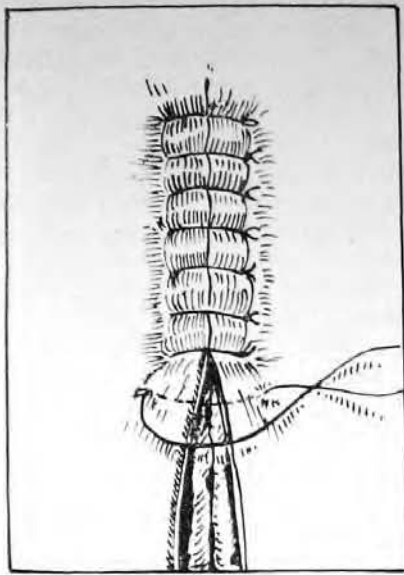


Fig. 23. — Laparotomie mediană. Sutura pielii. Modul cum se trec și se înnoadă firele separate. (După Te Linde).

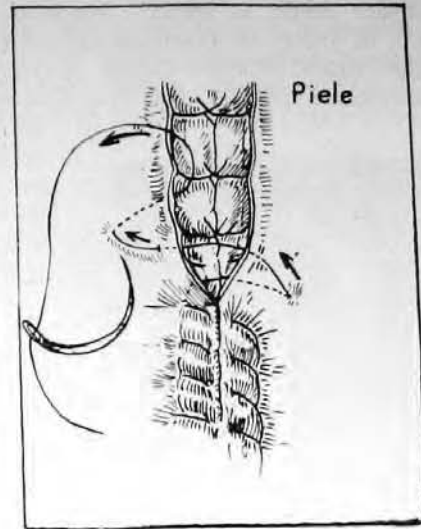


Fig. 24. — Laparotomie mediană. Sutura pielii. Felul cum se trece surjetul care realizează în același timp și afrontarea marginilor (după Te Linde).



Fig. 25. — Laparotomie mediană. Sutura pielii cu fir continuu (după Robert).

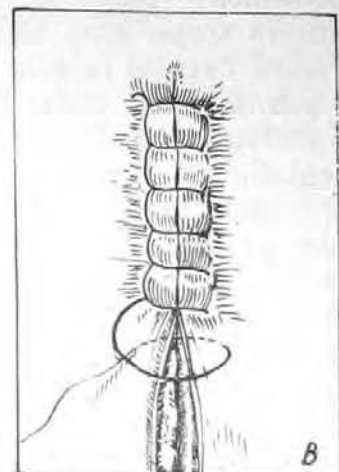
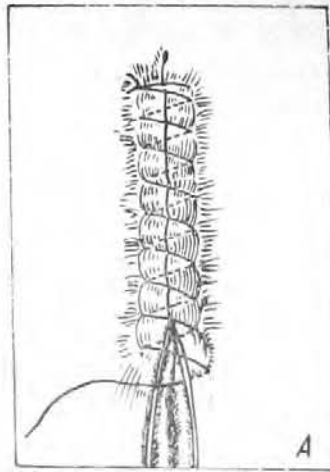


Fig. 26. — Laparotomie mediană. Sutura pielii: A: modul cum se trece firul neîntrerupt. B: modul cum se trece firul întrerupt (după Te Linde).

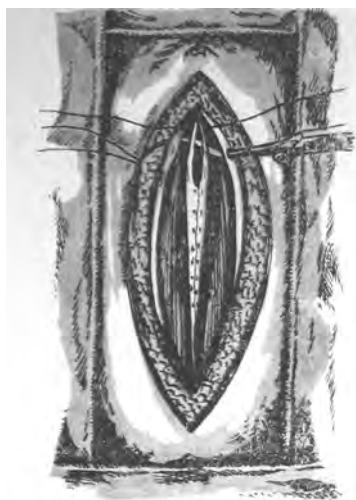


Fig. 27. — Laparotomie mediană.
Sutura peretelui abdominal în două planuri anatomice: planul peritoneo-aponevrotic.

Refa cerea pielii fără sutur. Aceasta se poate realiza la femeile slabe și la care sutura stratului subcutanat, cu ligaturile strânse în sens longitudinal, a adus marginile inciziei față în față. Pentru afrontare se aplică de sus în jos, pense Kocher cu mărimea mică, la 1 cm una de alta; după câteva momente de așteptare, se scot pensele, începând cu prima, se acoperă simfiză cutanată realizată, cu un vernix adeziv (mastisol) peste care se pune o compresă și nu se umblă la pansament mai devreme de o săptămână.

Sutura peretelui în două straturi. Aceasta se face prințind marginile peritoneului și marginile aponevrozei în același fir de sutur. Se folosesc întotdeauna fire neabsorbabile (nylon) și care se aplică, separate, etajate de sus în jos. Acul trece dinspre operator spre ajutor, prințind aponevroză — peritoneu — peritoneu — aponevroză (fig. 27). Când se leagă firul se reconstituie într-un singur strat linia albă și în același timp și teaca drepilor abdominali. Pentru unghiul inferior se iau aceleași măsuri ca la sutura în trei planuri. Este o sutură solidă, motiv pentru care se indică la femeile cu peretele gros, sîngerînd, și în laparotomiile iterative. O variantă de sutur în două planuri este și procedeul din fig. 28; peritoneul se închide separat și pielea cu aponevroza împreună; acul trece prin tegumente-aponevroză → aponevroză -tegmente; nodul se leagă lateral, firul trecut printr-un tub de cauciuc; în același scop se pot pune și fire în 8: acul trece prin aponevroză, prinde aponevroza opusă și este scos prin stratul gros și piele, la 5 milimetri de incizie, de partea operatorului; se schimbă acul cu capătul liber al firului și se trece simetric, prin grosimea și pielea opusă, tot la 5 milimetri de incizie. Punctele în 8 se pun rare, 3—4 în total, iar spațiile dintre ele se suturează obișnuit. Cu aceste procedee sutura capătă soliditate, dar cicatricea rămîne inestetică.

Sutura peretelui în trei straturi. Acest gen de sutur se folosește rar. Este indicat la cazurile grave, la care este necesar ca operația să se termine cât mai repede, în reintervenții și în eventrații. Săturile sînt separate, la 1 cm una de alta și firele de sutur sînt numai neabsorbabile (nylon, argint). Sutura se începe de sus în jos și acul (ac gros cu curbura mare) ptrunde prin tegument, esut subcutanat, aponevroză, peritoneu (uneori și mușchi), și iese de partea opusă, simetric, încercînd aceleași planuri anatomice (peritoneu, aponevroză și piele). Punctele de sutur se trec succesiv și capetele se lasă libere, armate pe pense. Legarea firelor se începe de sus în jos, operatorul controlînd cu indexul introdus în abdomen, la fiecare ligatură, să nu fie agățat epiploonul sau intestinele. Firele se leagă strîns și este bine ca înainte de a se face primul nod să se tragă de capetele firului puternic în sus, cu o mîncă care deține a capetelor, modalitate prin care se distanțează peretele de ansele intestinale, se apropie marginile și se orînduiesc planurile anatomice. Dacă peretele abdominal este tare și marginile nu se lasă aduse cu ușurință, pentru ca firul de legătură să nu rupă sau să se rupă, se folosește următorul mod de legare a firelor: operatorul și ajutorul apucă fiecare, de capetele firelor pe care urmează să le lege și amîndoi trag puternic de ele, hîrîindu-le, pînă cînd pereții se apropie. Ajutorul apucă întotdeauna de capetele firului plasat imediat deasupra firului apucat de operator, în timp ce operatorul țin sub tensiune firul, ajutorul înnoadă complet pe al lui, după care operatorul îl leagă pe al său, și apoi mai departe. | Manevra aceasta este folositoare cu precizie, la aplicarea firelor din unghiul superior al plăgii și este de mare ajutor și cînd se coase peritoneul cu aponevroza, la sutura în două planuri.

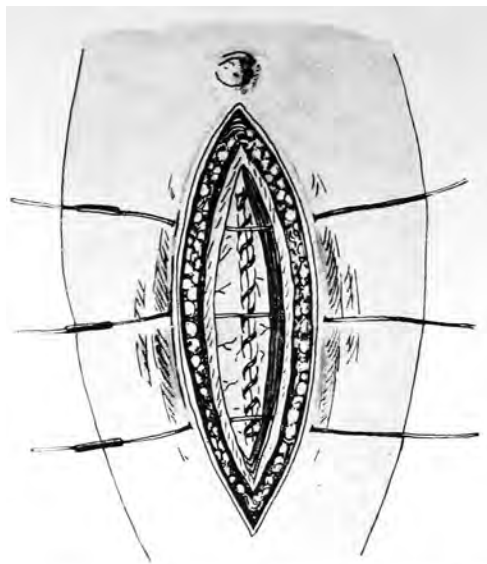


Fig. 28. — Laparotomie mediană. Sutura peretelui abdominal în două planuri anatomice: planul cutaneo-aponevrotic.

Sutura peretelui abdominal cu suluri compressive. Se recurge la acest procedeu la femeile grase, la bătrâne, la acelea la care se prevede o evoluție postoperatorie dificilă, precum și în scop hemostatic. Se realizează astfel: se trece cu acul un fir dublu de nylon gros prin tegumente (la 3 cm de marginile inciziei), esutul adipos subcutanat, aponevroza și se scoate simetric de partea opusă și capetele firelor se armează pe pense. Se suturează obișnuit linia de incizie cutanată, după care, în deschiderea formată de firele duble, se introduc, de fiecare parte, suluri, confecționate din comprese, lungi de 15 cm și groase de 4 cm, și se înnoadă capetele ca în fig. 29. Legarea firelor o face operatorul, începând cu cel de la mijloc, în timp ce ajutorul menține sulurile paralele cu incizia. Se aplică, în acest scop, în general, 3—4 asemenea fire, duble. Firele se strâng bine dar nu ischemiază. În timp ce se înnoadă firele, se observă culoarea pielii dintre suluri.

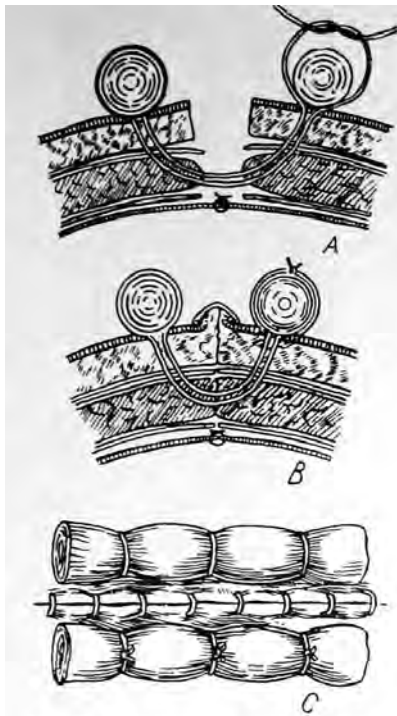


Fig. 29. — Laparotomie mediană. Sutura peretelui abdominal în două straturi pe suluri compressive:

A — Modul cum se trece firul dublu prin piele și aponevroză și cum se plasează sulurile în buclele acestuia. B — Firul se strânge pe suluri numai după ce s-a suturat pielea. C — Sutura terminată.

Avantajul acestui sistem este că se poate urmări, în zilele următoare, evoluția cicatricii și dacă sînt semne locale de ischemie, se suprimă sulurile înainte de a se produce necroza tegumentelor. Sulurile se lasă 5—7 zile. După acest timp, dispărînd edemul esuturilor din zona cicatricii, firele se lărgesc și suturile nu mai au rostul. Sistemul este solid, face să dispară spațiile moarte, evitînd hematoamele.

Acest sistem cu suluri se poate folosi și la închiderea peretelui în două planuri (variante aponevroz-tegumente împreună), înainte ca să se lege firele de sutură ca în fig. 28, se trec și 3 fire duble de nylon, la distanțe de 4 cm unul de altul, care prind și

marginile aponevrozei; capetele se scot la distan de linia de incizie iar sulurile se aplic i se leag dup ce s-a terminat legarea primului set de fire care asigur afron- tarea inciziei.

închiderea peretelui cu drenaj. Drenajul este de dou feluri: al cavit ii abdominale sau al suturii parietale.

a) Drenajul cavit ii abdominale se face cu tub, lam cauciu- cat ondulat , uneori me sau Mikulicz. Tradi ional, acestea se scot suprapubian, prin incizia median , niciodat prin unghiul inferior, ci la 2—3 cm deasupra acestuia. Tubul de dren, din material plastic, este cel mai des folosit i cu aspira ie. Dezavantajele drenajului prin incizia operatorie sînt multiple: expune la supura ii locale, dezunire, eventra ii i cicatrice vicioase.

Tehnica. Se introduce tubul de dren în zona indicat ; în cap tul exterior al tubului se introduce o pens Pean care înclin tubul i-1 men ine deasupra simlizei ; se sutureaz peretele abdominal plan | cu plan, sau în dou planuri, dup procedeele descrise mai sus; sutura peritoneului se opre te la nivelul tubului; sutura aponevrozei ajunge pîn la nivelul tubului i se continu dincolo de tub, pîn la simfiz ; peste tot se folosesc fire de nylon cu excep ia firelor adiacente tubului care sînt din catgut gros; se sutureaz tegu- mentele cu fire sub iri de nylon, obi nuit; tubul se fixeaz la piele prin ligatur strîns , circular , sau prin transfixie, cu capetele firului cutanat, adiacent. La fel se procedeaz i la drenajul cu me sau Mikulicz, cu excep ia c acestea nu se fixeaz la piele.

Majoritatea chirurgilor opiniaz pentru exteriorizarea tubului prin contra- incizie (fig. 30).

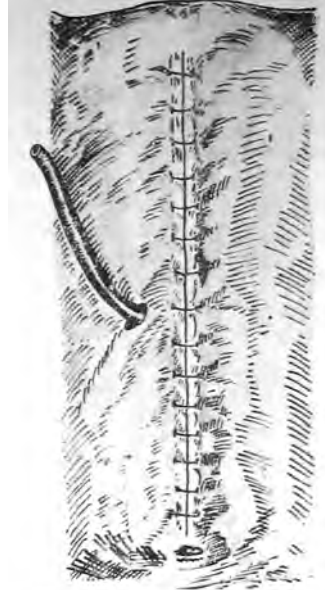


Fig. 30. — Laparotomie me- diană. Modul cum se drenează cavitatea peritoneală cu tub exteriorizat la piele prin contra- incizie.

Tehnica. Se îndep rteaz cîmpul steril i se antiseptizeaz pielea cu iod; cu mina stîng se apuc peretele abdominal (policele în afar) i cu mîna dreapt se face o incizie a pielii lung de 2 cm prin care cu vârful bisturiului se str punge i aponevroza; ajutorul introduce o pens Kocher dreapt din afar -în untru, în timp ce operatorul r stoarn peretele abdominal expunînd peritoneul parietal i locul unde apare vârful pensei Kocher; ajutorul deschide pensa i operatorul sec ioneaz peritoneul parietal în gura pensei, eliberîndu-i cap tul; operatorul ofer cap tul tubului pe care ajutorul îl apuc cu pensa Kocher i-1 extrage în afara tegumentelor; cap tul tubului se las lung pentru montarea aspira iei; pielea se sutureaz cu 1-2 fire de nylon; tubul se fixeaz la piele cu a sau se transfixeaz cu un ac de siguran steril, razant cu pielea.

b) Drenajul pl gii operatorii. Acesta se refer numai la drenajul spa iului subcutanat sau subaponevrotic i se folose te la femeile grase sau la cazurile la care peretele sîngereaz în suprafa . Drenajul se face cu scopul de a se evita seroamele i hematoamele postoperatorii. Se folosesc, pentru aceasta, tuburi din plastic sub iri, cu multe g uri laterale, sau lanier de cauciuc. Acestea se a az în patul supraaponevrotic, cap tul exteriorizat la una din comisurile inciziei. Se pot dreana, cu astfel de tuburi, ambele comisuri. Ele se extrag în a 2-a sau a 3-a zi de la opera ie.

Laparotomia iterativ .

Aceasta se execut mai greu, din cauza cicatricei, a modific rilor anatomice ale planurilor subiacente i a aderen elor intraperitoneale.

Cit ev a detalii de tehnic . Excizia cicatricei se face în felie de pepene, cu bisturiul. Desfacerea cicatricei de planul profund se face de sus în jos, cu bisturiul inut cît mai aproape de spatele cicatricei. Cicatricea poate fi excizată i cu foarfecele, astfel: se aplic la extremit i, pe piele s n toas , dou pense Kocher, puternice; ajutorul trage de aceste pense i cicatricea devine ca o muchie; operatorul aplic o pens Kocher pe extremitatea superioar a cicatricei i în timp ce trage de această pens cu mîna stîng , cu mîna dreapt taie cu foarfecea, numai prin împingere, de sus în jos, pielea de sub cicatrice. Excizia este rapid i realizeaz o t ietur rectilinie, de ambele p r i.

Sec ionarea aponevrozei. Se face o ncu cu bisturiul f r s avem preten ia c ea se g se te exact pe intersti iu; se aplic imediat pense Kocher pe marginile aponevrozei, de trac iune, dup care cu foarfecele drept, închis, se decoleaz aponevroza de planul subiacent mai întîi în jos, apoi în sus; se sec ioneaz linear por iunile decolate, schimbînd pozi ia penselor Kocher, dup nevoie; se caut marginea intern a dreptului i se decoleaz cu foarfecele curb; dac această disec ie nu ajunge la intersti iu, se

disociaz cu foarfeca fibrele musculare în sens longitudinal și cât mai aproape de linia mediană (repere: ombilicul și comisura vulvară).

Secționarea peritoneului se face cu mare grijă din cauza aderențelor posibile subiacente (epiploon, anse intestinale, vezică); incizia se face în vecinătatea ombilicului; se prind marginile peritoneului cu pense Pean și se lărgesc teburile cu foarfecile, atât cât pot să intre unul sau două degete; se introduc degetele și se controlează fața internă a peritoneului după care se continuă deschiderea acestuia; este posibil ca epiploonul să fie foarte aderent la peritoneul parietal și găsirea unui spațiu de clivaj să întâmpine mari dificultăți. În această eventualitate, nu se disecă în jos și nici lateral, ci numai median și cât mai aproape de ombilic, la nevoie prelungind paraombilical, incizia cutanată.

Închiderea peretelui se face cu evidențierea perfectă a tuturor planurilor anatomice și cu folosirea numai a materialului de sutură neabsorbabil.

Îngrijiri postoperatorii. Se aplică peste pansament un sac de nisip, în primele 12—24 ore; mobilizare activă după 48 ore (coboară din pat); agrafele se înjumtănesc în a 5-a zi și restul se scot, în a 7-a zi; firele simple se scot în a 8-a zi; firul intradermic se suprimă în a 10-a zi.

CELIOTOMIA PRIN INCIZIE TRANSVERSAL SUPRAPUBIAN

I. INCIZIA RAPIN-KUSTNER

Se secionează pielea transversal și planul cutanat superior se decolează cât mai mult spre ombilic, după care se deschide aponevroza și peritoneul pe linia alb (fig. 31).

Avantaje: execuție rapidă. Din această cauză unii chirurghi o preferă în operațiile cezariene.

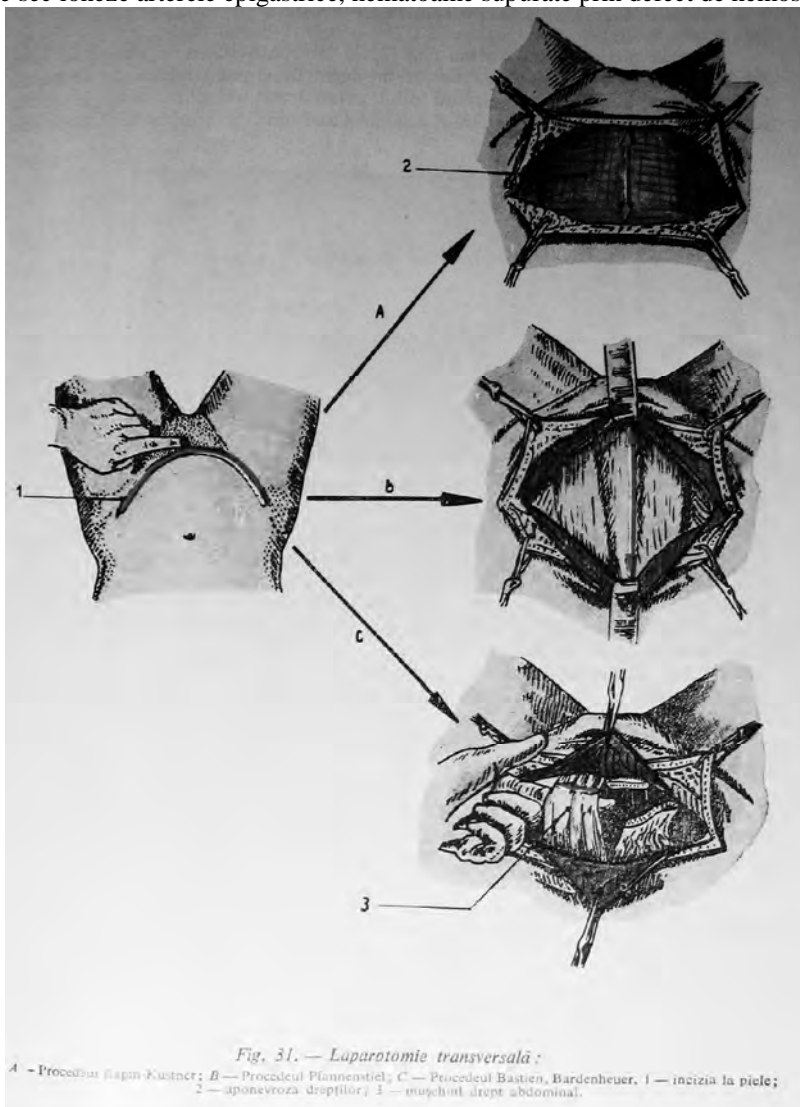
Dezavantaje: decolarea întinsă a esutului celular subcutanat favorizează apariția de hematoame.

2. INCIZIA BARDENHEUER-BASTIEN

Incizia pielii se face de la o spină iliac la cealaltă (fig. 32), la un lat de palm deasupra simfizei pubiene. Se incizează transversal aponevroza dreptilor și în continuare aponevroza marelui oblic, fibrele musculare ale micului oblic și ale transversului; se face imediat hemostaza ramurilor epigastrice; mușchii drepti abdominali se separă pe index ca în fig. 31 C-3 și se incizează transversal cu bisturiul; se deschide peritoneul, transversal, de o parte și de alta, pornind de la linia mediană; la sfârșitul operației capetele mușchilor drepti se suturează cu fire în U de catgut nr. 2, câte 3 puncte pentru fiecare. Pacientul se secionează sau dezinserează tendoanele dreptilor. Reinserează lor se face cu suturi la periostul simfizei pubiene.

Avantaje: deschiderea largă a pelvisului.

Dezavantaje: riscul să se secioneze arterele epigastrice, hematoame supurate prin defect de hemostază și eventrații.



3. INCIZIA PFANNENSTIEL

Incizia pielii este arciformă (fig. 31.1) cu concavitatea în sus și se face, fie în plin zonă pilozitară, la un lat de deget deasupra simfizei, fie în partea superioară a acestei zone, urmând pliul cutanat natural care există în partea inferioară a abdomenului (fig. 33). Caracterul anatomic al celiotomiei Pfannenstiel este că se secionează transversal numai pielea, esutul celular subcutanat și aponevroza, iar peritoneul se deschide longitudinal (fig. 31 B).

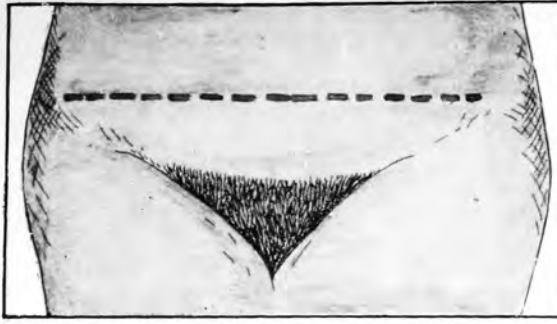


Fig. 32. — Laparotomia transversală. Incizia Bardenhauer — Bastien.

Indica ii. Metoda Pfannenstiell are indica ii foarte largi. Mai mult de jumătate din celiotomiile ginecologice se fac prin această incizie. Aburul are meritul de a o fi extins în practica chirurgiei ginecologice, mai ales la femeile tinere, aducându-i și unele modificări tehnice.

Contraindica ii: în abdomenul acut, în procesele inflamatorii macrolezionale și în tumorile pelvi-abdominale voluminoase.

Avantaje:

- este o incizie estetică, cicatricea rămânând camuflată în pilozitatea pubiană;
- evită eventrarea postoperatorie datorită faptului că sutura peritoneului și musculaturii se face longitudinală, în timp ce aponevroza și tegumentele sînt suturate transversal. Se creează astfel două linii de sutură, perpendiculare una pe cealaltă, ceea ce împiedică formarea zonelor de minor rezistență, oferind peretelui abdominal soliditate;
- respectă fiziologia planurilor anatomice prin păstrarea intactă a nutriției (vascularizației) și a sensibilității (inervației) acestora;
- permite mobilizarea precoce a bolnavelor, chiar după operațiile cele mai laborioase;

Dezavantaje. Acestea sînt: câmpul operator mai redus; timpul operației mai lung (la deschidere și la închidere), hematoame simple sau supurate mai frecvente.

Pregătirea bolnavei și a tegumentelor abdominale se face ca pentru orice celiotomie ginecologică (vezi pg. 35).

Poziția bolnavei este în decubit dorsal, cu ușoară flexare a toracelui și a coapselor, de unde rezultă o bună relaxare musculară a peretelui abdominal (fig. 34-cartu).

Poziția chirurgului este la stînga bolnavei avînd ajutorul sau ajutoarele în fața sa.

Alegerea locului inciziei se face după asepsia regiunii cu iod și înainte de a ezarea câmpurilor sterile. În raport cu indicația operatorie, cu vîrsta femeii și cu morfologia peretelui abdominal se decide fie varianta joasă, la 1—2 laturi de deget deasupra simfizei (în operațiile mai mici, care necesită un câmp operator mai redus), fie varianta înaltă, de-a lungul pliului natural cutanat, în operațiile care cer un câmp operator mai larg (fig. 33).

Trasarea liniei de incizie se poate face cu un creion dermatograf ajutat de un compas metalic, înainte de antiseptizarea regiunii, pentru ca cele două capete ale inciziei să fie perfect simetrice față de linia mediană.

Cel mai simplu, marcajul liniei de incizie se face astfel: cu o pensă Kocher mijlocie se ciupește pielea în trei puncte, unul median, la 2—3 cm deasupra simfizei, în zona pilozitară, și alte două laterale, unul în dreapta și altul în stînga, la un centimetru mai sus de nivelul primului punct și la egală distanță de acesta, circa 6—7 cm de fiecare parte (se apreciază de la îmbucătura pensei Kocher, pînă la vîrfurile ei). Astfel, incizia va fi cu concavitatea în sus și cea mai mare parte din cicatrice va rămîne camuflată în pilozitatea pubiană.

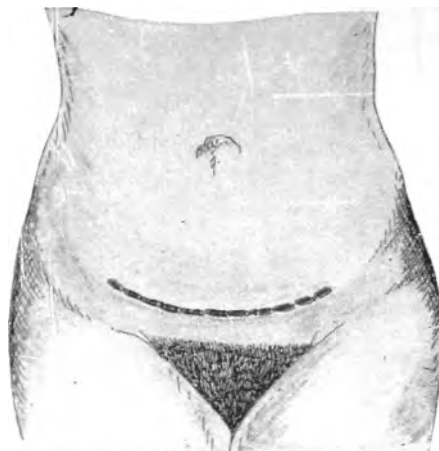


Fig. 33. — Laparotomie transversală. Incizia pielii de-a lungul pliului cutanat natural.

După ce se marchează linia de incizie, se aplică câmpurile sterile. Acestea se fixează la piele, cu așchii, și zona operatorie astfel delimitată se antiseptizează din nou cu soluție de iod.

Tehnica laparotomiei Pfannenstiell. *Incizia pielii.* Se prind cu două pense Kocher tegumentele în dreptul celor două repere laterale; operatorul și ajutorul trăgînd fiecare, în sens lateral, de aceste pense, se formează o plică a pielii ca în fig. 34; cu un bisturiu cu vîrfurile ascuțite și orientat cu lama în sus, se secționează această plică, de la o pensă la cealaltă (fig. 35); se scot pensele Kocher și cu bisturiul se completează incizia esutului adipos pînă la aponevroză; venele aparente se secționează între două pense; se procedează la hemostază, cu minuțiozitate, fie prin ligaturi cu catgut subțire, fie prin electrocoagulare pe pense. Hemoragia, venoasă și arterială,

este dat de ramuri din ru inoasele externe i din epigastrice. Hemoragia est • cu ațt mai abundent cu cît incizia este mai aproape de simfiza pubian . Dup efectuarea hemostazei se izoleaz incizia de restul tegumentelor, cu cîmpuri mici, care se fixeaz cu a , la gr simea subdermic , cîte trei puncte de fiecare latur . Astfel se realizeaz o dubl izolare a cîmpului operator. În profunzime se vede aponevroza de culoare albicioas .

Incizia aponevrozei se face tot transversal, dar la cel pu in 2—3 cm mai sus decît nivelul inciziei cutanate, pentru ca la refacerea peretelui, cele dou planuri de sutur , ale pielii i ale aponevrozei, s nu se suprapun (fig. 36). Pentru aceasta se decoleaz lamboul cutanat superior i nivelul inciziei aponevrotice se apreciaz aplicînd trei laturi de deget deasupra simfizei, ca în fig. 37. Se face, cu foar- feca, cu bisturiul, sau cu bisturiul electric, o incizie transversal , median (fig. 38) a aponevrozei i se aplic pense Kocher, una pe buza superioar , alta pe buza inferioar ; prin această butonier se p trunde cu foarfecele bont i prin mi c ri de închidere i deschidere a foarfecelui se desfac aderen ele laxe musculo- aponevrotice de partea dreapt ; această decolare a aponevrozei se poate face introducînd indexul, de o parte i de alta, dup ce butoniera a fost l rgit cu foarfecele; se sec ioneaz aponevroza cu foarfecele sau cu bisturiul electric în direc ia spinelor iliace antero-superioare, urmînd o linie u or îndreptat spre flancuri; col urile inciziei cutanate sînt îndep rtate de c tre ajutor cu dou dep r- t toare Farabeuf, astfel încît incizia aponevrozei s dep easc în lungime incizia tegumentelor; la extremit ile sec iunii, sub planul aponevrozei marelui oblic, apar fibrele musculare ale micului oblic i ramifica ii, foarte mici, arteriale, din epigastric ; se disociaz limitat, fibrele musculare ale micului oblic i se liga- tureaz sau se electrocoaguleaz imediat, eventualele vase deschise. Aceea i tehnic se folose te i de partea sting . Singurul risc important în executarea acestui timp al opera iei este sec ionarea arterei epigastrice, care prin retrac ia ei imediat , creeaz dificult i de hemostaz . Al doilea incident posibil este deschiderea accidental a peritoneului parietal, cînd acesta este aderent, eventualitate în care se închide bre a peritoneal imediat, cu un fir de catgut. Urmeaz decolarea lambourilor aponevrotice sec ionate.

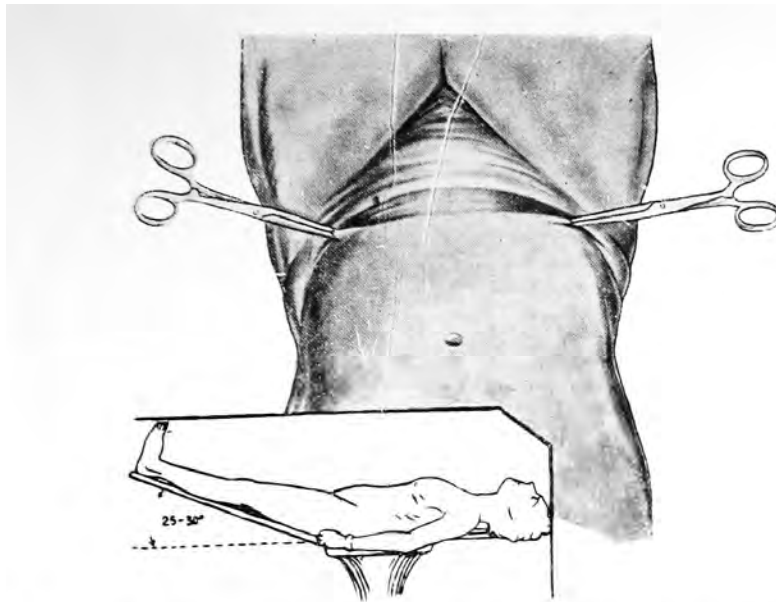


Fig. 34. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se pregătește cu două pense Kocher pliul cutanat de-a lungul cărui se va face incizia, în carias - pozitia Bohnavei.

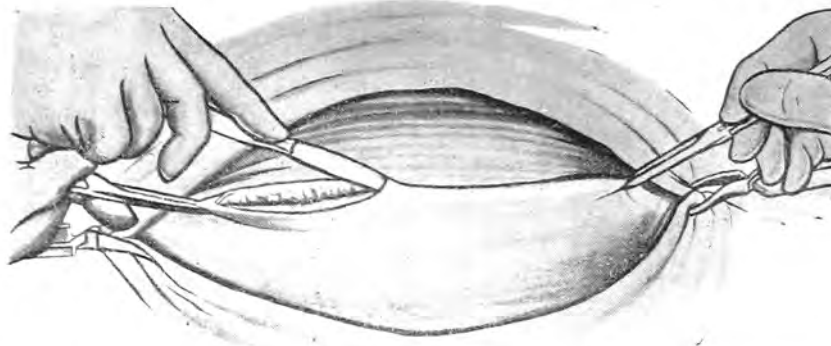


Fig. 35. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se execută incizia pielii cu bisturiul, orientat cu lama în sus, de-a lungul pliului format de tracțiunea celor două pense Kocher aplicate la extremități.

Decolarea lambourilor aponevrotice. Se începe cu lamboul superior; se aplic o pens Kocher puternic , pe marginea lamboului superior, exact pe linia median , de care se trage în sus i spre ombilic, în timp ce cu dou degete, ca în fig. 39, înc lecate pe rafeul median se desface spa iul de clivaj musculo- apone- vrotic; se completeaz sec ionarea rafeului median, pîn aproape de ombilic, cu foarfecea (fig. 39-cartu); se completeaz decolarea lateral cu compres .

Decolarea lamboului inferior se face în același mod: se aplică o pensă Kocher pe marginea lamboului aponevrotic, pe linia mediană și se trage de aceasta în sus și spre simfiz, răsucind lamboul de care sînt atașați mușchii piramidali; cu două degete se încălece rafeul median și combinînd tracțiunea cu decolarea se desprind piramidalii de pe dreptii abdominali, pînă la simfiz (fig. 40); parte din rafeul median, care nu cedează, se secționează cu foarfecele; cu ajutorul unei comprese se completează decolarea aponevrozei de pe suprafața dreptilor abdominali, de o parte și de alta.

Executat în acest mod, decolarea lambourilor este ușoară, rapidă și foarte puțin sîngerînd; micile vase perforante din epigastrica inferioară se leagă imediat «la mînă», pe pensă, cu fire trecute cu acul, sau cu electrocauterul; pediculii vasculo-nervosi care apar, la decolarea lamboului superior, ca niște fire de telegraf se menajează, pe cît se poate. Pstrarea cît mai intactă a vaselor și nervilor perforanți evită tulburările tardive de sensibilitate la nivelul peretelui abdominal.

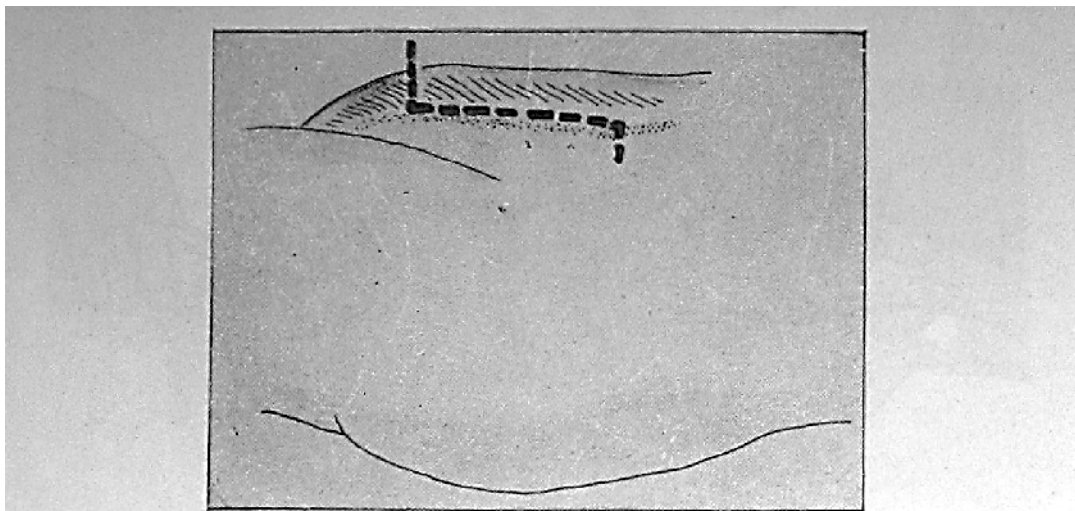


Fig. 36. — *Laparotomie transversală Pfannenstiel.* Incizia aponevrozei se face la 2—3 cm mai sus de nivelul la care s-a făcut incizia pielii.

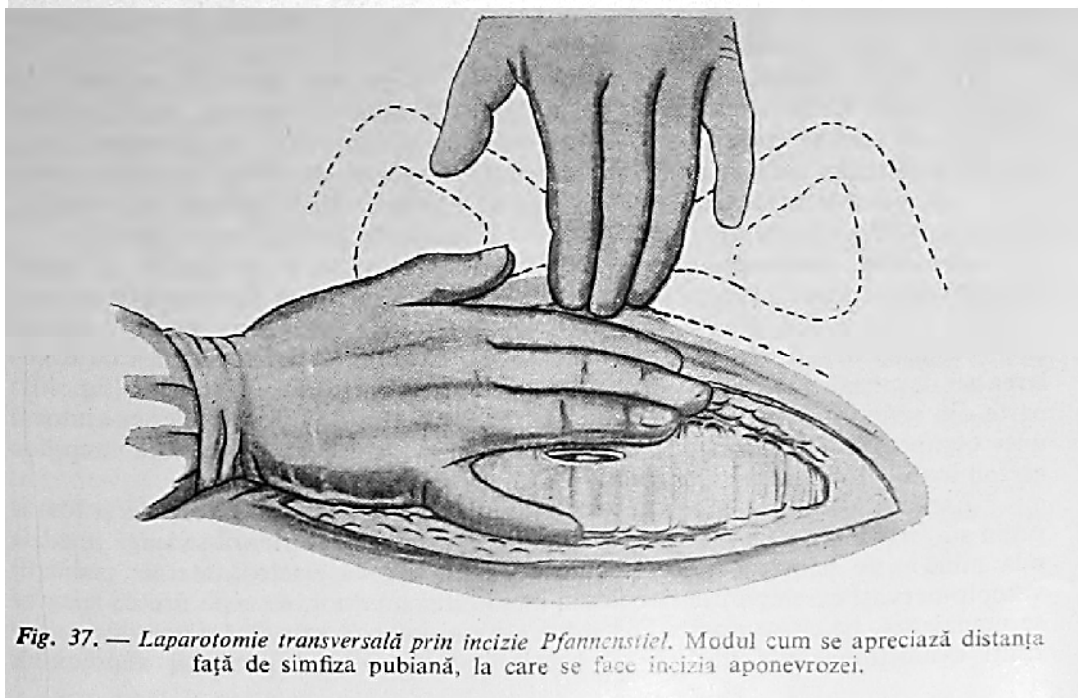


Fig. 37. — *Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel.* Modul cum se apreciază distanța față de simfiza pubiană, la care se face incizia aponevrozei.

După terminarea decolării lambourilor aponevrotice, apare planul mușchilor drepti abdominali, denudați, de la ombilic pînă la simfiz.

Manevra de lărgire a cîmpului operator se face astfel: ajutorul aplică ambele mîini ca în fig. 41 și îndepărtează prin tracțiune excentric ambele lambouri aponevrotice decolate, această manevră deschide unghiurile inciziei și oferă posibilitatea operatorului să secționeze cu foarfecele, mult sub nivelul inciziei cutanate, aponevroza marelui oblic și micul oblic.

Desfacerea rafeului median și separarea mușchilor drepti abdominali se face cu foarfecele, longitudinal, de sus în jos. Această desfacere se poate face și digital cu indexul de la ambele mîini, trînd excentric, în sens longitudinal. După desfacerea liniei albe, apare dedesubt grăsimea preperitoneală.

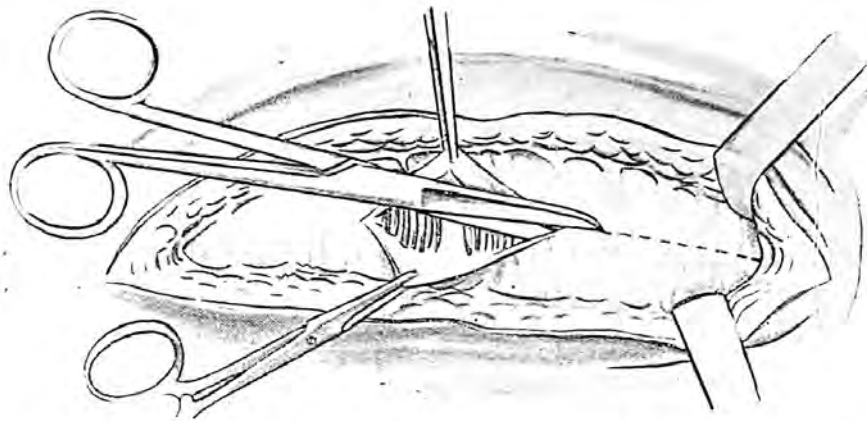


Fig. 38. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se secționează aponevroza peretelui abdominal cu foarfecele drept, poziția penselor Kocher și a depărtătoarelor Farabeuf.

Pentru ca, după decolarea lambourilor aponevrotice, întreaga suprafață musculară să rămână la vedere, respectiv să nu jeneze lamboul superior, pensa Kocher care a servit la decolarea acestuia se lasă prinsă, pe linia mediană și de unul din cele două inele digitale ale ei se atașează histerolabul care prelungește lungimea acestei pense spre extremitatea cranială a bolnavei; se atașează la histerolab un lanț metalic, lung de circa 50 cm, care se trece peste umărul drept al bolnavei și la altă extremitate se atârnă o greutate metalică de 500 grame. Acest dispozitiv menține în permanență, rabatat, lamboul aponevrotic superior, urmând manevrele chirurgicale de deschidere a peritoneului. La închiderea peretelui, se mută pensa Kocher de pe aponevroză pe esutul gros al lamboului cutanat superior și se suprimă definitiv în momentul când începe sutura pielii.

Deschiderea cavității peritoneale. După secționarea stratului adipos preperitoneal se prinde cu pensa anatomică cu gheare peritoneul și se face o butonieră cu bisturiul ca în fig. 42; se aplică pe fiecare margine a peritoneului câte o pensă Pean; cu foarfecele drepte se secționează peritoneul, longitudinal, întâi în jos, până la vezică, apoi în sus, până la ombilic, cu aceeași precauție și gesturi descrise la celiotomia mediană (vezi fig. 12, 13 și 14). În partea inferioară, se disociază cu foarfecele fascia transversală înainte de a se definitiva secționarea peritoneului. Secționarea peritoneului se oprește în momentul când devine sîngerînd, semn că sîntem aproape de fundul vezicii urinare. Dacă fundul vezicii este sus situat, dirijăm secționarea peritoneului pe laturile ei, în dreapta sau în stînga, privind «în zăre» zonele avasculare. Se face imediat hemostaza vaselor deschise din vecinătatea peretelui vezical. Pentru partea superioară, ajutorul și operatorul îndepărtează cu indexul planul muscular și peritoneul se secționează cu foarfecele sau cu bisturiul, până la ombilic lamboul superior aponevrotic fiind răsturnat și fixat în această situație de pensa Kocher și dispozitivul cu greutate descris mai sus.

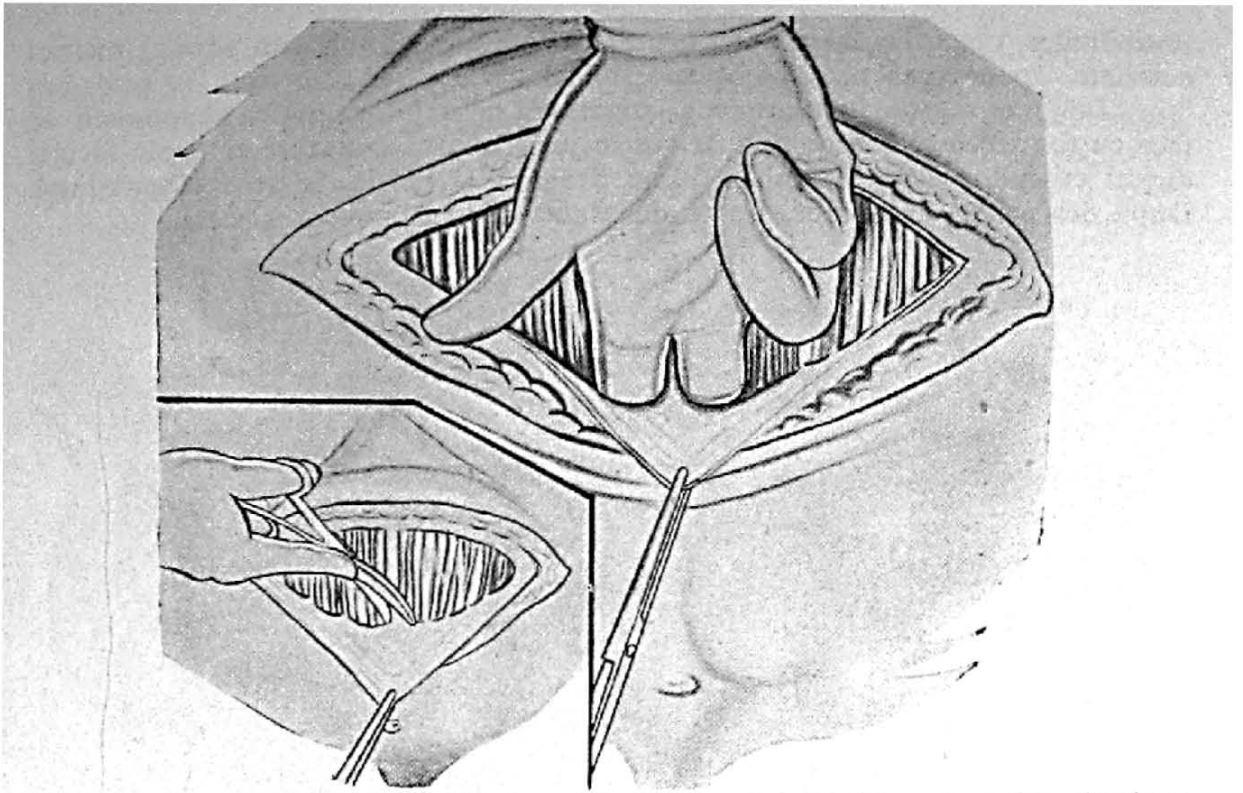


Fig. 39. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se face decolarea digitală a lamboului superior al aponevrozei.

In cartuş: modul cum se secţionează cu foarfecele curb ţesutul fibros al liniei albe.

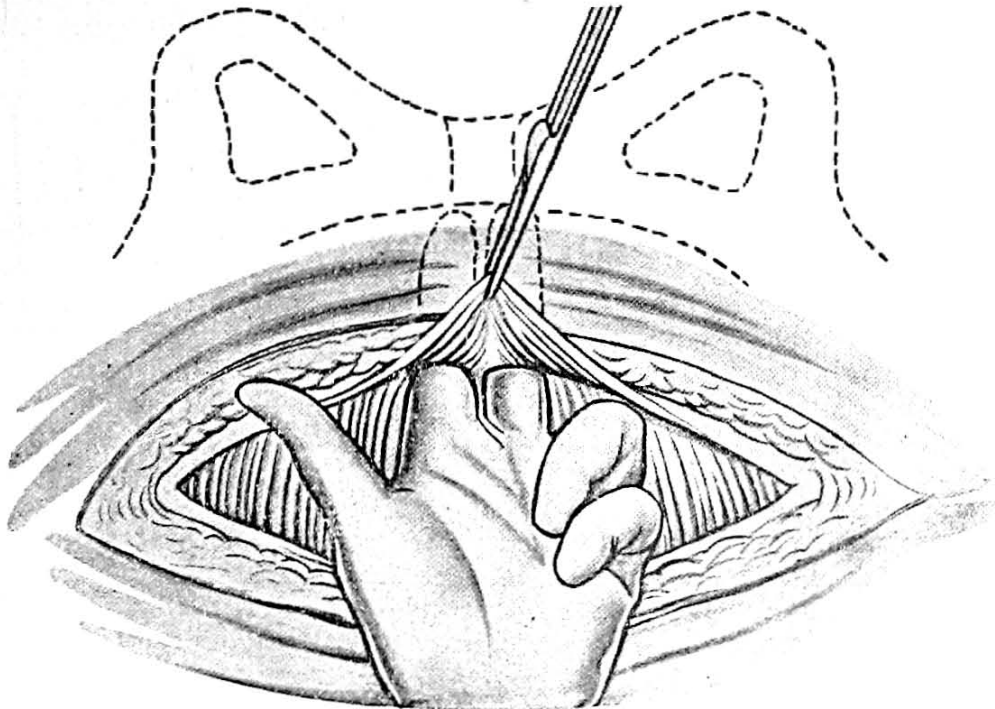


Fig. 40. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se face decolarea digitală a lamboului inferior al aponevrozei. Muşchii piramidali rămân ataşaţi la aponevroza peretelui abdominal.

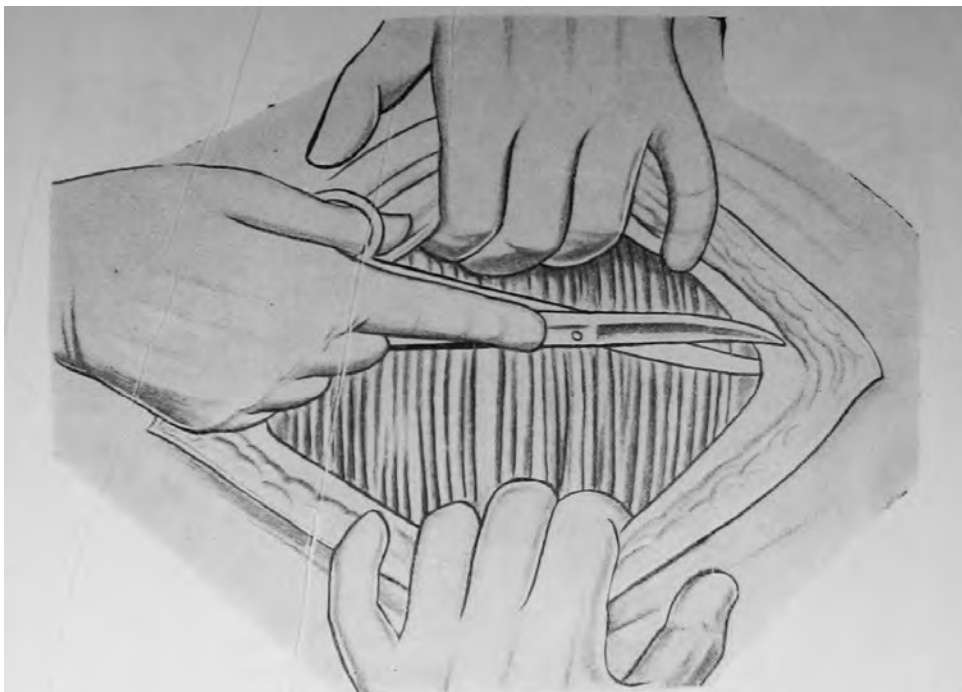


Fig. 41. — Laparotomia transversală prin incizie Pfannenstiel. Manevra de lărgire a cîmpului operator (Aburel). Modul cum ajutorul pune sub tensiune unghiurile inciziei cutaneo-aponevrotice și modul cum operatorul completează « după dorință » secționarea aponevrozei.

Se aplică două deperitoare, unul cu deschidere în sens lateral, altul cu deschidere în sens longitudinal (fig. 43) după care se ridică ansele intestinale și se izolează cu câmpuri moi, umede. Din acest moment pelvisul este expus în întregime pentru inventarierea și executarea operației propuse.

Închiderea peretelui se face prin reconstituirea separată a tuturor planurilor anatomice.

Sutura peritoneului se face fie cu surjet de catgut nr. 1, fie cu puncte separate de nylon fin; sînt de preferat acele sertisate. Pentru efectuarea acestui plan de sutură, se demarcează mai întîi marginile peritoneului cu pense Pean și cu o pensă Kocher dreaptă, unghiul juxta-ombilical; pe locul fixat de această pensă sau folosind apăsarea degetelor cu indexul ca în fig. 44, se aplică un punct de sutură separat, care prinde peritoneul și mușchii drept și împreună. La acest nivel peritoneul parietal este aderent la fața posterioară a degetelor și sutura lui independentă este imposibilă. În rest sutura se face cu un urș, pe la unghiul inferior, apucînd marginile peritoneului cu pensa anatomică cu dinți și avînd grijă ca în momentul strîngerii firului să se afroteze două suprafețe peritoneale. Pentru realizarea acestei afrotiri se pot folosi și puncte în U.

Sutura mușchilor drepti abdominali se face cu puncte separate de catgut nr. 1 ca în fig. 45, după care se recontrolează hemostaza. Firele aplicate nu se strîng prea tare.

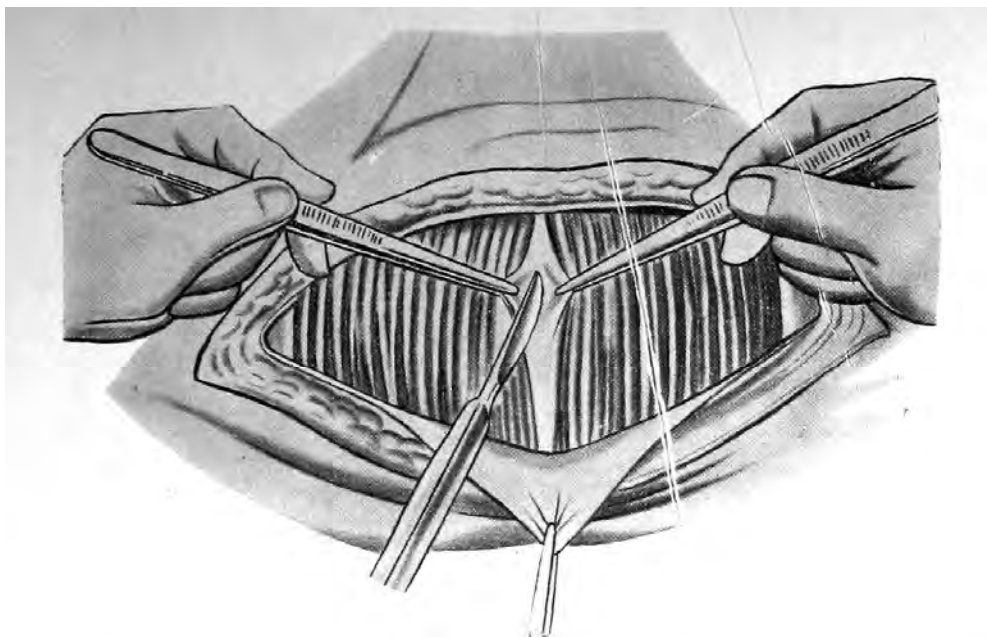
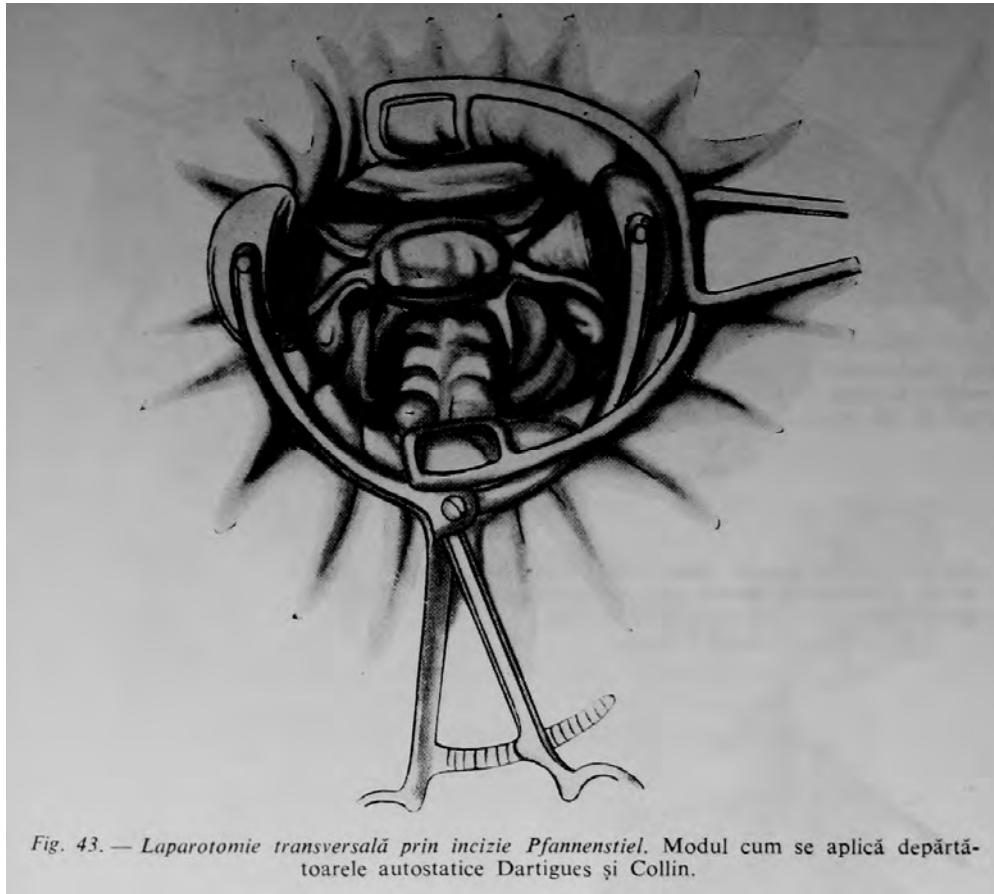


Fig. 42. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se apucă peritoneul cu pensele de disecție și cum se incizează cu bisturiul.

Sutura planului aponevrotic se face cu puncte separate de catgut, de preferat catgut cromat, sau cu fire de nylon gros. Se începe cu unghiul drept, unde se aplică unul sau două puncte de sutură, după care se face același lucru la unghiul stâng; capetele firelor se privesc pe pense; acul de sutură încarcă de fiecare parte, atât aponevroza oblicului mare cât și aponevroza sau fibrele musculare ale oblicului mic; firele se strâng puternic. La aplicarea acestor puncte de sutură, ajutorul expune bine zona anatomică, îndepărtând marginile inciziei cutanate cu două degete toare Farabeuf. În continuare, se suprime dispozitivul de tracțiune de pe lamboul aponevrotic superior și se completează sutura planului aponevrotic, având grijă ca atunci când se ajunge la marginea externă a dreptelor, firul de sutură să încarce și această margine. Acest lucru se evită formarea punctelor herniare. La persoanele cu peretele abdominal slab, firele de nylon se aplică răsucite, astfel ca nodurile să rămână sub aponevroză. În acest scop acul se trece la marginea inferioară a aponevrozei, din untru — în afară, iar la marginea superioară a aponevrozei, din afară — în untru. Se controlează din nou hemostaza, și se îndepărtează câmpurile moi de izolare; plaga în totalitate se spală cu ser fiziologic cald, pentru îndepărtarea microcheagurilor. Fiindcă firele marelui oblic nu sunt paralele cu ale micului oblic, pentru a nu se modifica fiziologia și soliditatea peretelui abdominal, este de preferat să se reconstituie separat cele două planuri aponevrotice. În acest sens, se suturează cu fire separate de catgut micul oblic până la marginea externă a dreptelor, ca în fig. 46, după care se suturează aponevroza oblicului mare ca în fig. 47.



Sutura planului cutanat. Cu 3—4 puncte de catgut subțiri, se apropie stratul de grăsime subcutanat; aceste fire se trec strict prin grăsime, fără să prindă aponevroza, și se strâng în sens transversal ca în fig. 48, ceea ce face ca suprafețele dermului să se apropie foarte în față. Dacă firele prind și aponevroza, cicatricea rămâne aderentă și se formează, deasupra ei, în poziție ortostatică, un burețel de grăsime, inestetic. Pentru sutura pielii există patru modalități: sutură intradermică cu un fir subțiri, de nylon, trecut de la un capăt la altul; sutură cu puncte separate de nylon sau de ață, plasate la 1 cm distanță unul de altul, cu afernțare atentă a marginilor; agrafe Michel; sutură cu surjet de nylon ca în fig. 49. Pansament lipit.

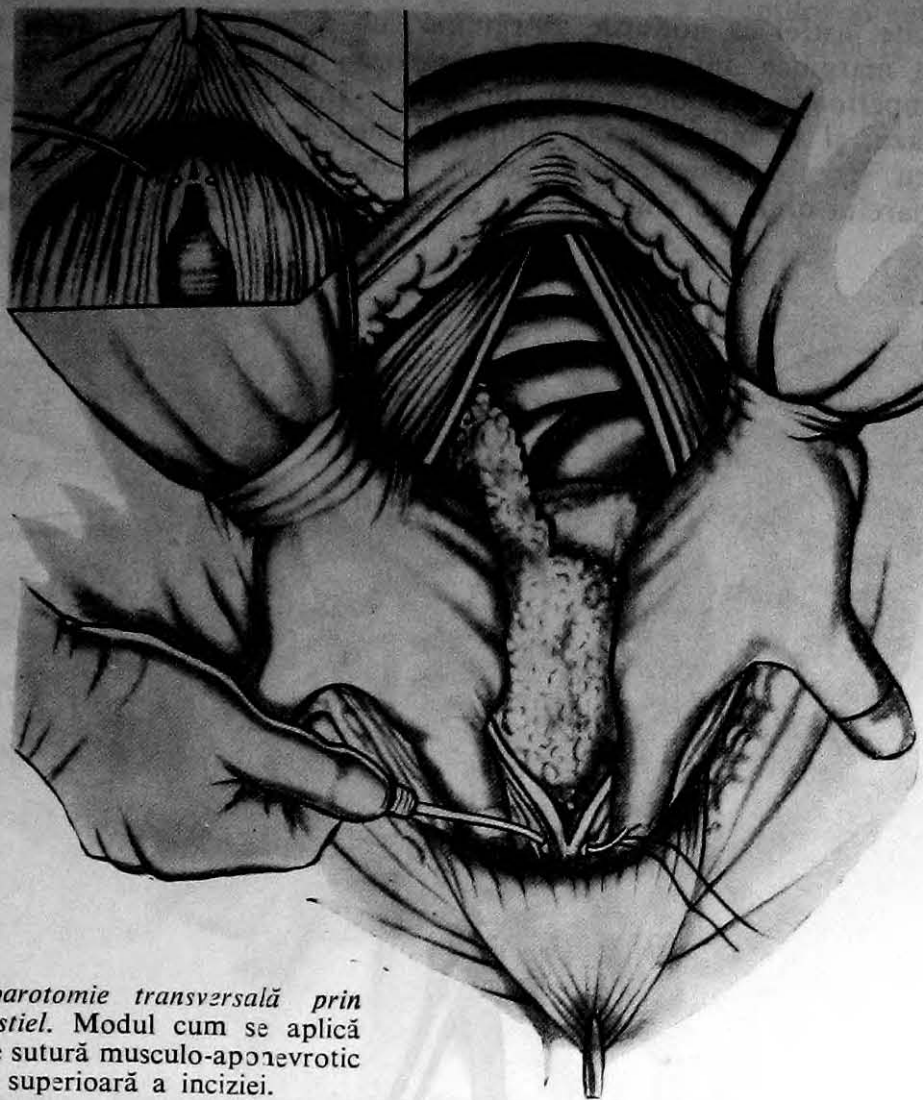


Fig. 44. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se aplică primul punct de sutură musculo-aponevrotic în partea superioară a inciziei.

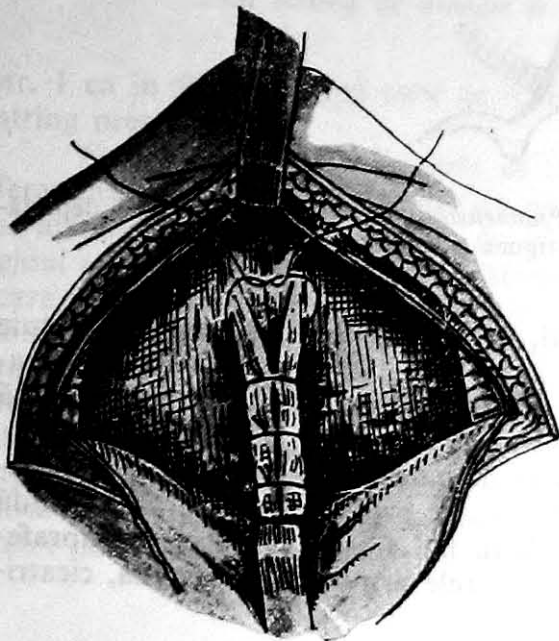


Fig. 45. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Ap:opierea mușchilor drepti abdominali, cu catgut (după G. Robert).

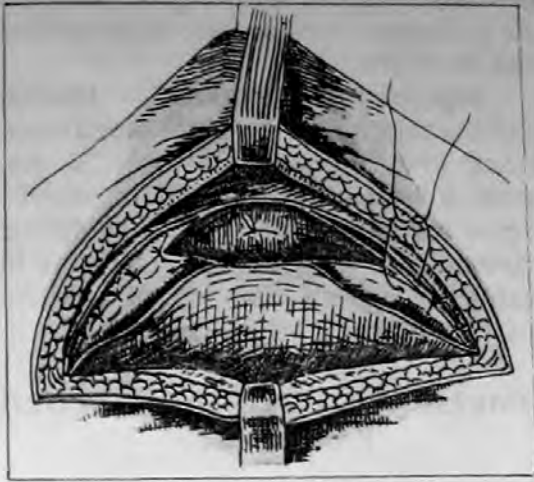


Fig. 46. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Sutura separată a micului oblic, cu fire simple de catgut, pînă la marginea externă a dreptului abdominal (după G. Robert).

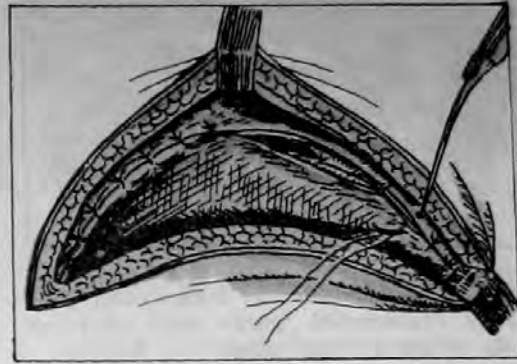


Fig. 47. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Sutura separată a aponevrozei oblicului mare (după G. Robert).

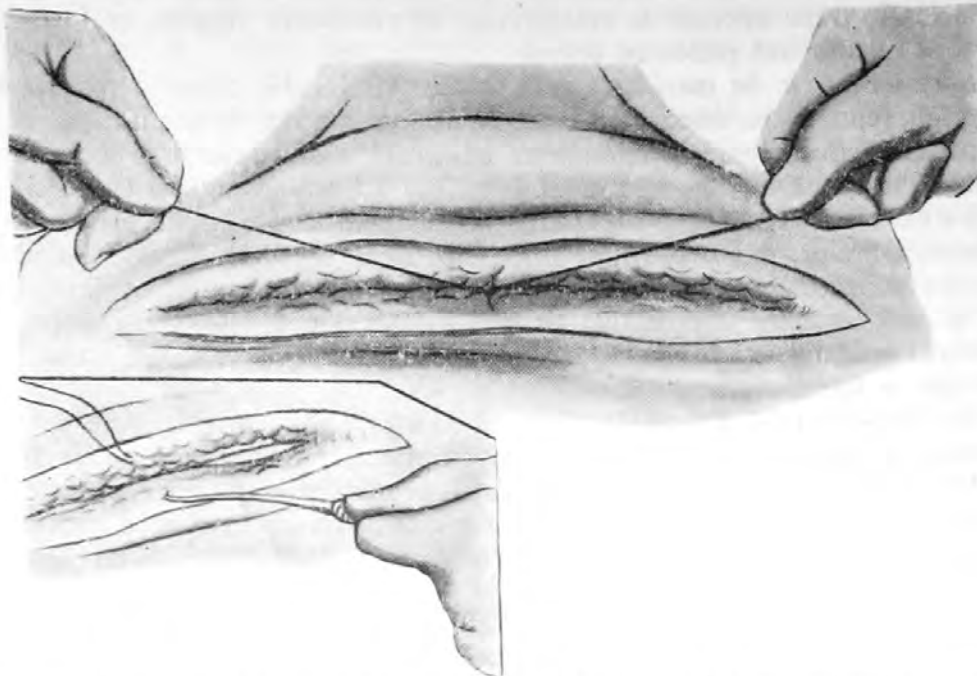


Fig. 48. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiel. Modul cum se înnoadă firele trecute prin stratul de grăsime subcutanat.
 În cartuș: modul cum se trec firele separate prin stratul de grăsime.

În general planul cutanat se suturează fără drenaj. La femeile cu peretele adipos și dacă persistă o sîngerare în masă, se pot lăsa la extremitățile inciziei, cîte un tub subțire din plastic, care se suprimă după 48 ore. La sîngerările din planul musculo-aponevrotic se lasă un tub Redon, scos la perete prin contraincizie și aspirat continuu; acesta se suprimă după 4—5 zile.

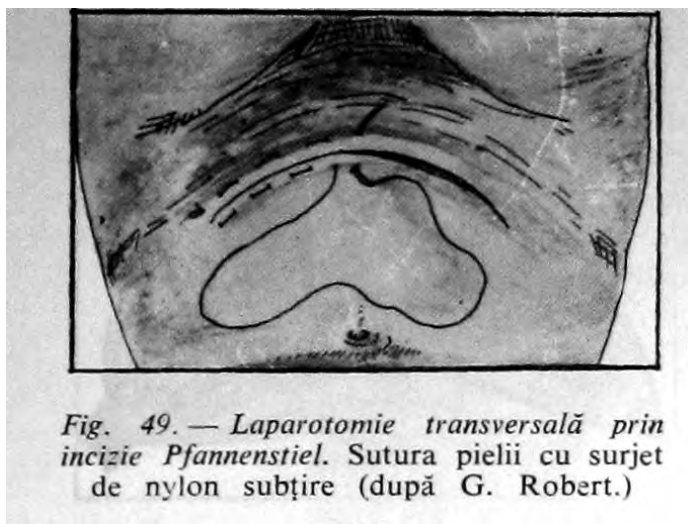


Fig. 49. — Laparotomie transversală prin incizie Pfannenstiël. Sutura pielii cu surjet de nylon subțire (după G. Robert.)

Îngrijiri postoperatorii. Imediat după operație se aplică peste pansament, un sac plat, cu nisip, pentru 24 ore, pentru evitarea hematoamelor; mobilizare activă după 24 ore firul intradermic se scoate în a opta zi, firele separate în a aptea zi, agrafele se înjumtănesc în a patra zi și se suprimă în a asea zi.

COMPLICAȚII POSTOPERATORII PARIETALE

Hematomul. Se manifestă prin durere locală, renitentă la nivelul plăgii, culoare violacee a tegumentelor și febră. Se desface suturile de la piele și se evacuează sângele și cheagurile. Pansamentele viitoare vor decide dacă se așteaptă vindecarea plăgii prin cicatrizare secundară sau sutură chirurgicală secundară. Dacă hematomul se produce în primele ore după operație se reintervine: se evacuează sângele, se face hemostază și se resuturează pielea cu drenaj.

Supurația. Se manifestă prin durere locală, edem și roșeață la nivelul plăgii, febră mare, uneori frisoane. Se desface sutura, de la un capăt la altul, și se pansează plaga până la eliminarea completă a sfacelelelor și a firelor care întrețin supurația. După 2—3 săptămâni se face sutură secundară (vezi pag. 69).

Seromul. Apare la o săptămână de la operație. De multe ori se constată la scoaterea firelor, într-o porțiune unde cicatricea se veziculizează. Se suprimă firele corespunzătoare și cu un stilet sau sondă canelată se desface limitat cicatricea și se evacuează conținutul, siropoș-glbui. Uneori se vindecă în câteva zile, alteori se instalează o fistulă, care nu cedează până nu se scoate corpul străin (firul) care o întreține.

Eviscerația. Există două feluri de eviscerații: prin defecte de sutură a peretelui și patologice. Prin defecte de sutură se în aleg: materialele folosite (catgut în loc de nylon) și tehnica aplicată la reconstituirea planurilor anatomice; prin factori patologici se în aleg: necroza aponevrozei ca urmare a suturilor ischemizante; infecția (cu aceleași efecte necrotice) și denutriția (anemia, lipsa de proteine).

În eviscerațiile prin defecte de sutură se reintervine imediat și se reconstituie peretele, plan cu plan, cu drenaj; în cele produse de infecție nu se recomandă nici un procedeu de sutură; se acoperă suprafața plăgii cu o compresă peste care se trec benzi de leucoplast, care în marginile plăgii apropiate; refacerea peretelui se va face per secundam, când starea bolnavei o va permite.

Sutura secundară a plăgilor parietale. Este indicată la cazurile la care s-a desfacut complet sutura pielii pentru evacuarea hematomului sau a supurației. Momentul reintervenției se hotărăște cu grijă, când au dispărut complet elementele locale de supurație, plaga este acoperită cu muguri și bolnava afebril de cel puțin două săptămâni. Înainte de intervenție, se determină flora microbiană locală (frotiu și culturi) și suprafața granulată se pansează 48 ore cu ser fiziologic.

Sutura plăgii se poate face cu anestezie locală prin infiltrație (xilin 1% la care se adaugă penicilină), sau anestezie generală și numai în sala de operație. La instrumentarul de mică chirurgie necesar, este nevoie și de o chiuretă Volkman.

Tehnica: se chiuretează de mugurii exuberanți și se excizează cu bisturiul marginile plăgii, în esut sănătos; sutura se face cu fire de nylon, cu drenaj capilar la extremități; firele trec și prin aponevroză; pansamentul se schimbă zilnic până la suprimarea drenajului (48—72 ore); firele se scot în a 10-a zi; se asociază tratament cu antibiotice în primele 5 zile (eritromicină, tetraciclină).

CELIOTOMIA PE CALE VAGINAL (COLPOCELIOTOMIA)

Defini ie: abordarea organelor genitale interne cu deschiderea peritoneului, pe cale vaginal . Din acest cauz se mai nume te i *celiotomie ginecologic joas* sau *colpoceliotomie*.

Clasificare: celiotomie vaginal anterioar i celiotomie vaginal posterior .

Indica ii: acestea depind de coala în care s-a format chirurgul ginecolog. Pentru unii chirurghi este calea de elec ie pentru o gam larg de opera ii ginecologice, considerînd această cale superioar laparotomiei; pentru al ii indica iile sînt mai restrînse.

Cu privire la indica iile celiotomiei pe cale vaginal , atitudinea corect a chirurgului, — care trebuie s cunoasc la fel de bine i calea superioar , prin laparotomie i calea joas , vaginal , — este eclectic . Eclectismul în alegerea c ii de acces în chirurgia ginecologic înseamn judecarea cu sim de r spundere a avantajelor i dezavantajelor pe care fiecare din cele dou c i de abordare le au, scopurile fiind: asigurarea condi iilor optime pentru executarea tehnic a opera iei i securitatea bolnavei atît în momentul interven iei, cît i în leg tur cu prognosticul de viitor al bolii, sanc ionate chirurgical.

Avantaje:

— reduce traumatismul operator. Acesta este incomparabil mai mic fa de celiotomia abdominal , fiindc deschiderea peritoneului este minim , nu se fac trac iuni pe mezouri, nu se fac decol ri întinse i nu se aplic dep rt toare autostatice. Din acest motiv celiotomia joas este indicat la bolnavele cu balan biologic deficitar (bolnave tarate de vîrst sau de boal);

— simplific drenajul decliv, în caz de supura ii;

— permite efectuarea în aceea i edin operatorie a interven iilor de corectare a pere ilor vaginului i a perineului (opera ii plastice, asociate, în cura prolapsului genital);

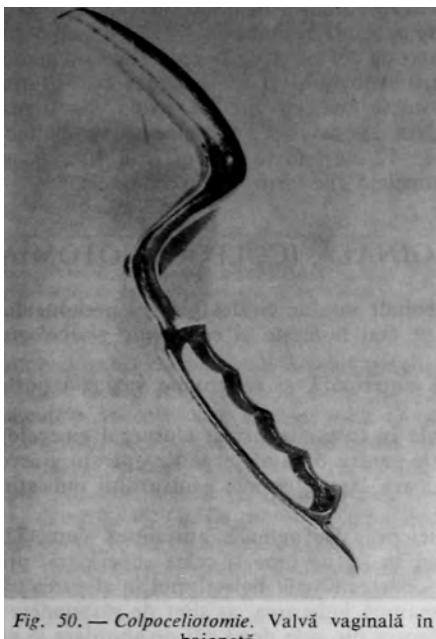
— determin o evolu ie postoperatorie simpl , f r pareze i tulbur ri de tranzit intestinal; starea general a bolnavei se îmbun t e te repede i mobilizarea activ este posibil din primele zile; perioadele de spitalizare i de convalescent sînt mult scurtate;

— evit eventra iile.

Dezavantaje:

—împiedic explorarea complet a pelvisului, din lips de vizibilitate. Din acest motiv calea vaginal este contraindicat în opera iile plastice i restauratoare (de exemplu în sterilitate), în chirurgia conservatoare a uterului, în patologia tumoral i inflamatorie a pelvisului;

— nu se poate realiza o asepsie perfect a cîmpului operator, întrucît vaginul i vecin tatea anusului sînt greu de dezinfectat.



Condi ii de efectuare. Calea vaginal de acces asupra organelor genitale intrapelviene permite executarea unei game largi de interven ii ginecologice asupra uterului i anexelor, de la cele mai simple (miomectomie, salpingectomie, sterilizare tubar , histerectomia simpl), pîn la histerectomia l rgit pentru cancer.

Condi iile necesare sînt: operatorul s cunoasc bine tehnica opera iilor pe cale vaginal ; s aib ajutoare cu experien i instrumentar adecvat (de exemplu valve în baioneat , cu mîner care se apuc bine în mîn , fig. 50); uterul s fie mobil i zonele anexiale, de preferat, libere (dac anexele sînt palpabile sau tumorale, forma iunile existente s fie mobilizabile); relaxarea perineului (la multipare) i prolapsul uterin (de diferite grade) ofer cele mai bune condi ii pentru chirurgia vaginal .

Preg tirea preoperatorie. Anestezistul vede bolnava în preziua opera iei i pe baza examenelor clinice, paraclinice i de laborator, precizeaz felul anesteziei, o informeaz asupra modului cum va decurge, solicitîndu-i colaborarea ; i cî tigîndu-i încrederea. Vizita anestezistului se termin cu recomandarea unui bun somnifer pentru noapte.

Purgativul clasic nu este util i poate fi chiar d un tor, prin dezechilibrul hidro-electrolitic pe care-l poate produce. Regimul alimentar s rac în celuloz i bogat în proteine i hidrocarbonate, cu 3—4 zile înainte, i o clism evacuatoare în seara din ajunul opera iei, sînt suficiente.

în diminea a zilei de opera ie se rade pilozitatea peri-vulvar i pubian , i se face sp l tur vaginal antiseptic .

La femeile cu ciclul menstrual prezent, momentul operaiei se fixează în prima săptămână după terminarea menstruației. Înainte ca bolnava să primească premedicația și să fie trecut în sala de operație, este bine ca operatorul să schimbe câteva vorbe încurajatoare cu ea. În afară de prelucrarea verbală, pe care este obligat să o facă în ziua când a fixat indicația operatorie, psihologică, pentru câștigarea încrederii, este informativ asupra naturii și urmărilor intervenției, — pentru obținerea acordului — vorbele blânde ale chirurgului, în momentul cel mai tensionat psihologic, premergător operației, au efecte balsamice asupra bolnavei.

Poziția bolnavei. Bolnava este așezată pe masa de operație în decubit dorsal, coapsele bine flectate pe bazin și în abducție maximă, fixate pe suportul mesei, cu gambele ușor flectate. Sînt și dispozitive speciale, atașate la masa de operație, care prin legarea picioarelor, fixează coapsele și gambele la verticală, în abducție exagerată. Cu ambele procedee se expune bine regiunea vulvo-perineală, condiția esențială fiind flectarea maximă a coapselor, cel de-al doilea avînd avantajul că evită compresiunea spațiilor poplitee (rol în profilaxia complicațiilor trombozice).

Masa de operație se ridică astfel ca pelvisul bolnavei să fie la înălțimea pieptului operatorului. Pentru expunerea și mai bine a regiunii și mai ales pentru aplicarea valvei vaginale perineale, se ridică pelvisul bolnavei cu o pernă cu nisip, introdusă sub regiunea sacrată.

Poziția chirurgului. Chirurgul se așază pe un scaun cu înălțime reglabilă, avînd în fața regiunea vulvoperineală a bolnavei și două ajutoare, unul în dreapta și altul în stînga. Masa cu instrumente și persoana care instrumentează se plasează în dreapta operatorului.

Luminarea câmpului operator se face de la sursa de lumină albastră-litice, centrată pe fanta vulvară. Cînd se ajunge cu operația în profunzime, luminarea anumitor zone poate fi amplificată de la un reflector mobil sau de la lampa frontală.

Pregătirea câmpului operator se începe cu antiseptizarea pielii și sondarea vezicii, după care se așază câmpurile sterile și se fixează labiile mici la piele, cu fire de ață.

Antiseptizarea pielii se face cu soluție de tinctură de iod. Se badijonează succesiv, de 2—3 ori, un câmp cutanat larg, care depășește simfizul pubian cu trei laturi de deget, cuprinde 1/2 superioară a coapselor și o parte a feselor. Badijonația se face de sus în jos și de la centru spre periferie antiseptizînd la urmă regiunea perineală, după care se așază câmpurile sterile; acestea se fixează cu răci sau cu ață la piele, ca în fig. 51, excluzîndu-se din câmpul cutanat al operației, regiunea anală. Maniera de așazăre a câmpurilor este variabilă, fie cu mai multe câmpuri mijlocii, fie cu un câmp mare (cearăf) cu deschidere dreptunghiulară în dreptul regiunii vulvo-perineale. După fixarea câmpurilor se rebadijonează cu iod regiunea, inclusiv vulva și vaginul, se sondează vezica și se fixează labiile mici la piele cu ață (fig. 51). Din acest moment se trece la operația propriu-zisă.

CALEA VAGINALĂ ANTERIOARĂ (colpoceliotomia anterioară)

Scopul următor: decolarea spațiului vezico-uterin și deschiderea plicii peritoneale anterioare.

Tehnica. Se introduc valvele vaginale (întîi valva posterioară) și se expune colul uterului; prin jocul valvelor se destind fundurile de sac, gesturi cu care se apreciază morfologia și mobilitatea colului, precum și suplețea fundurilor de sac; se antiseptizează colul și mucoasa vaginului cu soluție diluată de iod, apoi cu alcool, după care se prinde buza anterioară cu o pensă Museux de tracțiune; se lasă permanent valva posterioară de care, eventual, se atîrnă greutate.

În timp ce operatorul trage puternic în jos și posterior de pensă Museux, ajutorul introduce valva și expune fundul de sac vaginal anterior. Se apreciază lungimea peretelui vaginal de la meatul urinar, pînă la col și aspectul mucoasei (netedă în porțiunea care corespunde trigonului vezical — trunghiul Pawlick — și ridată în dreptul vezicii) în vederea alegerii locului inciziei. Locul de elecție a inciziei este la 1,5—2 cm deasupra orificiului extern al colului, respectiv la nivelul trunghiului Pawlick unde mucoasa vaginală se decolează mai ușor de pe trigonul vezical.

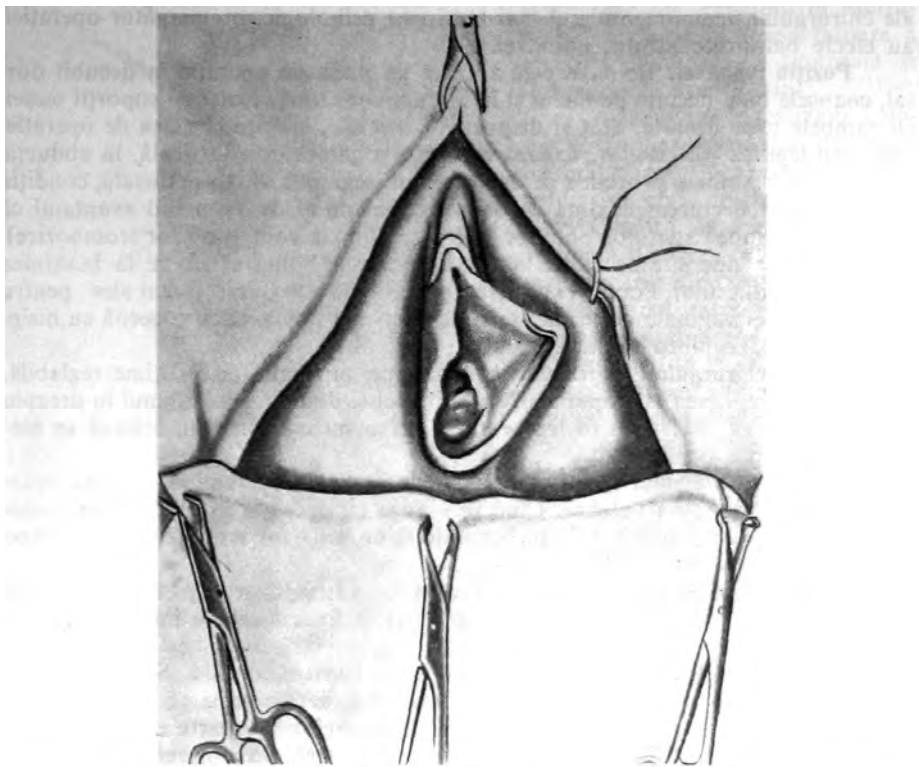


Fig. 51. — Colpoceliotomia. Modul cum se aranjează cimpurile și se fixează labiile mici la piele.

Incizia mucoasei vaginale se face cu bisturiul și cu foarfecele, în două maniere: sagital sau în T r sturnat. Incizia interesează mucoasa vaginal în întregime inclusiv fascia vaginal subiacent .

— Incizia sagital se face cu bisturiul între două pense Kocher, una plasat la 1 cm sub meat, alta la 2 cm deasupra colului; se decolează lateral lam- bourile de mucoas vaginal și se sec ionează deasupra colului bridele ce-1 unesc de vezic , pe linia median ; în felul acesta, incizia se m re te și apar în plag , pilierii vezicali, de o parte și de alta.

— Incizia în T r sturnat (Crossen). Se face o incizie transversal , de 2 cm, deasupra colului (fig. 52) cu bistu- riul; se aplic două pense Kocher pe marginea superioar a inciziei, delimitând între ele, linia median a peretelui vaginal anterior; se insinuează foarfecele curb, bont, închis, sub mucoas și se sec ionează între pensele Kocher; se mut pensele Kocher pe marginile mucoasei sec ionate și cu foarfecele închis, îndreptat tot timpul spre mucoasa vaginal , se face un tunel pîn în apropierea meatului urinar, cu mi c ri de închidere și de deschidere a foarfecelui; se retrage foarfecele deschis și se sec ionează de jos în sus, peretele vaginal tunelizat; acest fel de incizie are avantajul c se execut foarte repede; dac mucoasa nu se las tunelizat dintr-o singur mi care, se repet din aproape în aproape, muțind de fiecare dat pensele Kocher, pe unghiul superior, pîn la care a ajuns sec ionarea mucoasei; se decolează lambourile vaginale laterale (fig. 53).

Deschiderea fundului de sac vezico-uterin. Cu o pens anatomic , operatorul ridic esutul care se g se te între vezic și col și cu foarfecele curb, dirijat ca în fig. 54, îl sec ionează , pe linia median ; astfel se deschide drumul spre spa iul de decolare vezico-uterin; clivarea vezicii se face fie cu foarfecele curb, închis, fie cu degetul înf urat într-o compres ca în fig. 55, fie cu valva, fie alternând aceste modalit i, men inând clivajul tot timpul, pe linia median ; ajutorul introduce sub vezica decolat , valva vaginal în baionet și în timp ce operatorul trage puternic de pensa aplicat pe col, se expune extremitatea inferioar a fundului de sac peritoneal vezico-uterin; prin trac iunea în sus a vezicii pilierii vezicali, care nu sînt altceva decît lama conjunctiv pubo-vezico-uterin (*retinaculum uteri* al autorilor germani), formează împreună cu peretele inferior al vezicii o bolt , în adîncimea c reia se g se te cu u urin , plic peritoneal (fig. 56) de culoare albicioas -alb struie.

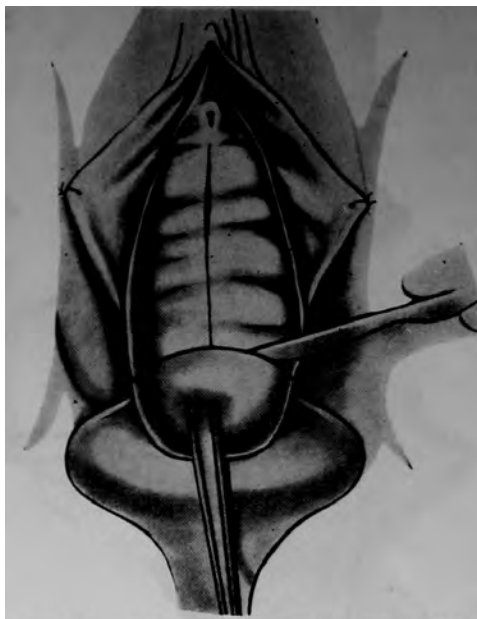


Fig. 52. — Colpoceliotomia anterioară. Incizia mucoasei vaginale în T răsturnat.

Deschiderea peritoneului. Se apucă plic peritoneal cu o pensă de disecție și se secționează dintr-o singură mișcare, cu foarfecele; se lărgitește butoniera peritoneală și se trece un fir pe marginea superioară, care se prinde pe o pensă (va servi la închiderea breșei peritoneale); se introduce o valvă largă care răsturnează pe loc și se luxază uterul; se controlează digital mărimea uterului, după care, cu pense de col aplicate la început pe fața anterioară apoi pe fund, se exteriorizează uterul; dacă întâmpinăm dificultăți, urmăm bascularea lui, împingând colul în dreapta, fie cu indexul mâinii stângi, fie cu pensa care este fixată la col.

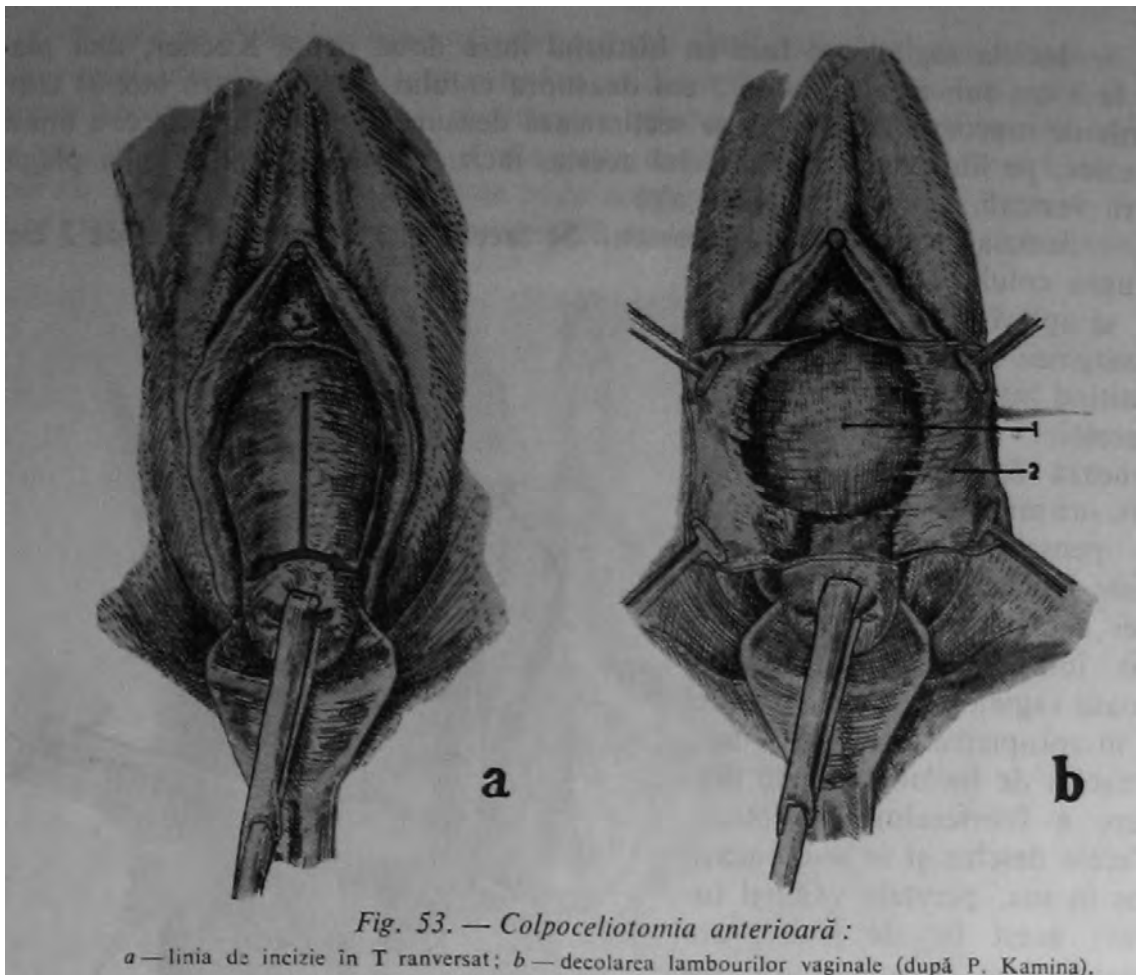


Fig. 53. — Colpoceliotomia anterioară :

a — linia de incizie în T răsturnat; b — decolarea lambourilor vaginale (după P. Kamina).

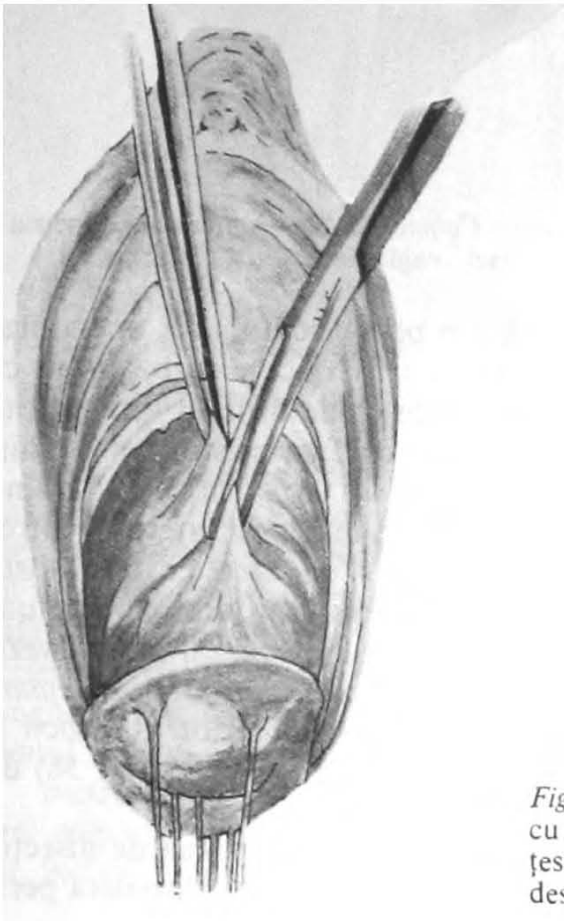


Fig. 54. — Colpoceliotomia anterioară. Se ridică vezica cu pensa de disecție și cu foarfecele se sectionează țesutul supracervical, gest chirurgical esențial în deschiderea planului de decolare (după F. Novak).

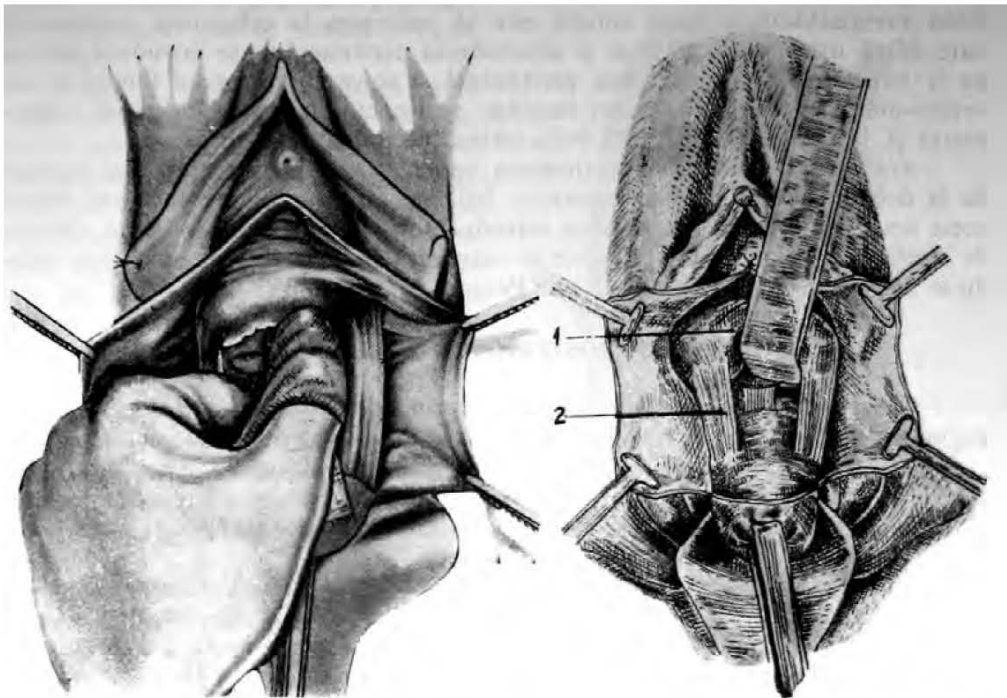


Fig. 55. — Colpoceliotomia anterioară. Modul cum se clivează spațiul vezico-uterin cu policele înfășurat în compresă.

Fig. 56. — Colpoceliotomia anterioară : 1 — vezică urinară; 2 — pilierii vezicali. În profunzimea spațiului de decolare se vede foaia peritoneului (după P. Kamina).

Închiderea celiotomiei anterioare se face după repunerea uterului în cavitatea peritoneală. Marginile peritoneului se găsesc uor atunci când foia anterioară a fost marcată cu un fir de așteptare; orificiul se închide cu un fir de catgut în bursă sau surjet. Un artificiu de tehnică util, pentru găsirea marginilor peritoneului, când nu au fost reperate în prealabil, este introducerea unei comprese

«montate» în cavitatea peritoneală și retragerea ei cu blîndețe, peritoneul aderat la compresie devine reperabil în momentul cînd se trage afară tamponul.

Tranșă vaginală se refăce cu fire separate de catgut, de jos în sus, cu afinite; dacă marginile sînt în exces, se rezec.

Se sondează vezica (de control) și se lasă în vagin o mîșcă pentru 24 ore. Nu sînt îngrijiri speciale postoperatorii.

Incidente posibile în legătură cu celiotomia anterioară :

— nu se găsește, de la început, planul de clivaj vezico-uterin sau nu se găsește plic peritoneal. În prima eventualitate se trage puternic de col și cu indexul se palpează fașa anterioară a uterului;

— dacă între deget și uter se interpune un esut gros înseamnă că nu s-a secționat suficient cloazonul conjunctiv vezico-uterin; se reia această secționare, ca în fig. 54 și se continuă clivajul vezicii cu indexul ca în fig. 55;

— uneori este nevoie să se secționeze pilierii vezicali. Aceasta se face între două pense Kocher, de fiecare parte, cu ligaturarea imediată a bonturilor. În a doua eventualitate, singura soluție este să recurgem la celiotomie posterioară, care oferă ușurință în găsirea și deschiderea peritoneului; se introduce indexul de la mîna dreaptă în cavitatea peritoneală și se caută retrograd fundul de sac vezico-uterin; indexul în croșet împinge peritoneul în spațiul de clivaj vezico-uterin și, la vedere, se incizează foița întinsă pe pulpa degetului.

Accidentul posibil este secționarea vezicii, fie la incizia mucoasei vaginale fie la decolarea spațiului vezico-uterin. Nu este nici o gravitate dacă este sesizat acest accident. Verificarea se face introducîndu-se în vezică soluție cu albastru de metilen. Soluția de continuitate se suturează în strat dublu, cu catgut, lînsîndu-se în vezică o sondă Foley sau Pezzer, pentru 10 zile.

CALEA VAGINALĂ POSTERIOARĂ (colpoceliotomie posterioară)

Această cale de acces are indicații restrînse: sterilizarea chirurgicală pe cale vaginală; frecvent ea completează celiotomia anterioară în histerectomii.

Tehnică. Se expune fundul de sac posterior al vaginului cu valva care apăsă pe pragul vulvei și cu pensa de col, aplicată pe buza posterioară, de care se trage puternic spre simfiza pubiană. Această manevră expune locul unde vaginul se inseră pe col.

Cu bisturiul se face o incizie transversală, la 5 mm de inserția vaginului pe col, lungă de 3 cm.

Se decolează cu foarfecele curbate, închise, buza posterioară a colpociemiei, decolare care poate fi completată cu indexul sau cu un tampon « montat». Această decolare împinge înapoi esuturile pararectale, pe care în continuare le menține îndepărtate de col valva posterioară.

Se secționează peritoneul cu foarfecele și se deschide Douglasul; se lărgitește breșă cu foarfecele sau cu indexul, care, în același timp, controlează fașa posterioară a uterului; se tresează marginile peritoneului cu un fir de catgut, de așteptare.

Explorarea cavității peritoneale se face digital sau introducînd două valve în baionet, una care ridică în sus uterul, alta care împinge în jos rectul. Uterul se poate luxa în afară cu pense de col aplicate pe fașa posterioară și apoi pe fund. Luxarea se face progresiv, cu tracțiuni blînde.

După terminarea operației, peritoneul se închide în bursă strîngîndu-se capetele firului de așteptare. Dacă nu a fost pus în prealabil acest fir, se caută marginile peritoneului și se suturează în bursă, cu catgut. Dacă marginile nu se găsesc ușor, se caută, introducînd un tampon « montat». La mucoasa vaginului se pun 2—3 puncte separate de catgut.

În histerectomiile pe cale vaginală, celiotomia posterioară se face, după ce s-a terminat celiotomia anterioară. Se completează incizia mucoasei vaginale pe laturi și pe fașa posterioară a colului (incizie circulară). Se decolează mucoasa vaginală cu foarfecele sau cu tampon montat și imediat sub ea se vede în tensiune, ligamentele utero-sacrate (fig. 57), ligamentele cardinale și peritoneul Douglasului. Se deschide peritoneul după care urmează secționarea ligamentelor utero-sacrate și a ligamentelor cardinale, sau, invers, se secționează ligamentele utero-sacrate și ligamentele cardinale, după care se deschide Douglasul.

După terminarea histerectomiei rămîne o deschidere largă, unică, a cavității peritoneale, care se închide în bursă, cu catgut.

Singurul accident posibil în celiotomia posterioară este lezarea rectului. Profilaxia acestui accident se face, împingînd puternic peretele posterior al vaginului cu valva și secționînd esuturile cît mai aproape de colul uterului. Controlul digital al ampulei rectale la sfîrșitul operației este la fel de necesar ca și sondajul vezical după celiotomia anterioară.



Fig. 57. — Colpoceliotomia posterioară :
1 — ligamentele uterosacrate; 2 — peritoneul Dou-
glasului (după Kamină)

COLPOTOMIA POSTERIOAR

Defini ie: colpotomia posterioară este deschiderea fundului de sac posterior al vaginului prin *incizie* urmat de *drenaj*.

Principii i eficien : prin această interven ie chirurgical se evacuează colec iile purulente din pelvis.

Indica ii : colec ii supurate în Douglas în pelviperitonit , hematumul supurat, abces tubo-ovarian.

Anestezie : general , de scurt durat .

Instrumente necesare : valve vaginale, pens de col, bisturiu, foarfece lung (curb), pens vaginal lung (una curb i una dreapt), tub de dren în T sau sond Pezzer, ac lung, pentru punc ie vaginal , sering de 10 ml.

Pozi ia bolnavei : pe masa ginecologic , ca pentru opera iile pe cale vaginal .

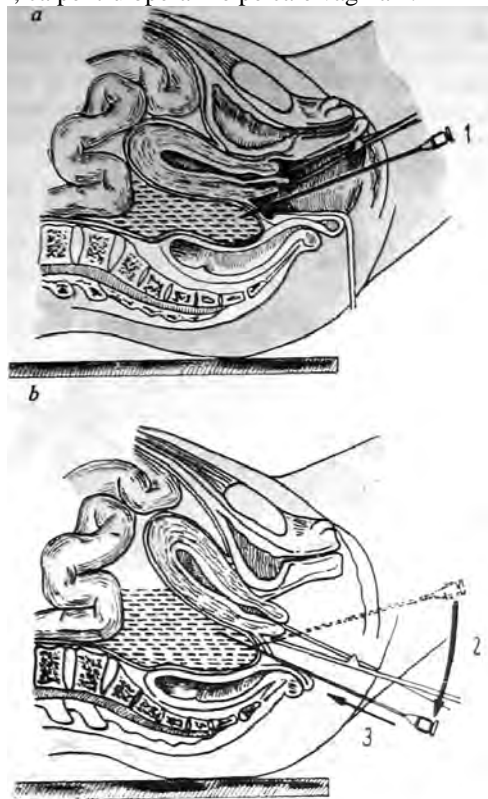


Fig. 58. — Colpotomia :
a — acul se introduce orizontal; b — acul se inclina spre
pragul vulvei astfel ca virful să devină paralel cu fața poste-
rioară a uterului (după P. Kamină)

Tehnica : se introduce valva posterioară i se antiseptizează vaginul; se prinde buza posterioară a colului cu pensa de col; se pune sub tensiune fundul de sac vaginal posterior i se reperează inser ia vaginului pe col; se montează acul la sering i se punc ionează pe linia median , la 1,5—2 cm de col; punc ia se face cu acul înut orizontal (fig. 58, a) dup care se înclin spre pragul vulvei i se introduce 1 cm, dirijat spre centrul escava iei, paralel cu peretele uterului (fig. 58, b); se extrag cîiva milimetri din con inutul supurat, care se vor trimite pentru examen bacteriologic, dup care se extrage acul; pe locul marcat de ac, se face o sec iune a mucoasei vaginale, transversal (fig. 59), larg de 2—3 cm, cu foarfecele (fig. 60-cartu) sau se incizează cu bisturiul

(aceast deschidere produce sîngerare activ f r important); dac colec ia nu a fost deschis cu ocazia inciziei, se introduce foarfecele curb, închis, dirijat cu curbura în sus, i se extrage deschis, dup ce a perforat membrana abcesului; se repet această manevr ca în fig. 61, care l rge te bre a vaginal i las s se scurg puroiul colectat; str pungerea pungii se poate face i cu pens vaginal , curb , model Lister; cu indexul, ca în fig. 60, se unific punga, rupîndu-se eventualele bride care o compartimentează : se introduce tubul de dren în T sau o sond groas Pezzer c reia i se sec ionează por iunea mamelo- nar pentru a se crea un orificiu unic i larg de drenaj.

Incidente i ac ci de n- te : rareori se întîmpl ca pentru o hemoragie activ din peretele vaginal, s fie nevoie de un punct de sutur cu catgut. Punc ionarea rectului cu acul este f r consecin e. Sec ionarea rectului se evit apl:- cînd bine valva pe peretele posterior al vaginului i introducînd foarfecele întotdeauna cu curbura în sus. Alte accidente, vasculare sau ureterale, sînt imposibile dac colpo- tomia se face în fundul de sac vaginal posterior. *Colpotomia în fundul de sac lateral este contraindicat .*

Îngrijiri postoperatorii : antibioterapie general i m suri igienice vulvo-vaginale. Tubul de drenaj se scoate dup 5—7 zile.

Complica ii tardive: fistul purulent pe locul drenajului cînd colpotaomia s-a f cut pentru abces tubo-ovarian (pialpinx, pioovar). În această eventualitate se recurge la laparotomie pentru suprimarea focarului de supura ie, care între ine fistula. Hemoragie grav dup scoaterea tubului de dren. În această situa ie se face ligatura arterei hipogastrice prin laparotomie (Sîrbu, 80).

Reu ita interven iei depinde de corectitudinea indica iei, de tehnica folosit i de antibioterapia selectiv . Dezvoltarea chirurgiei a f cut ca marea majoritate

Fig. 59. — Colpotomia. Locul unde se face incizia (după P. Kamina)

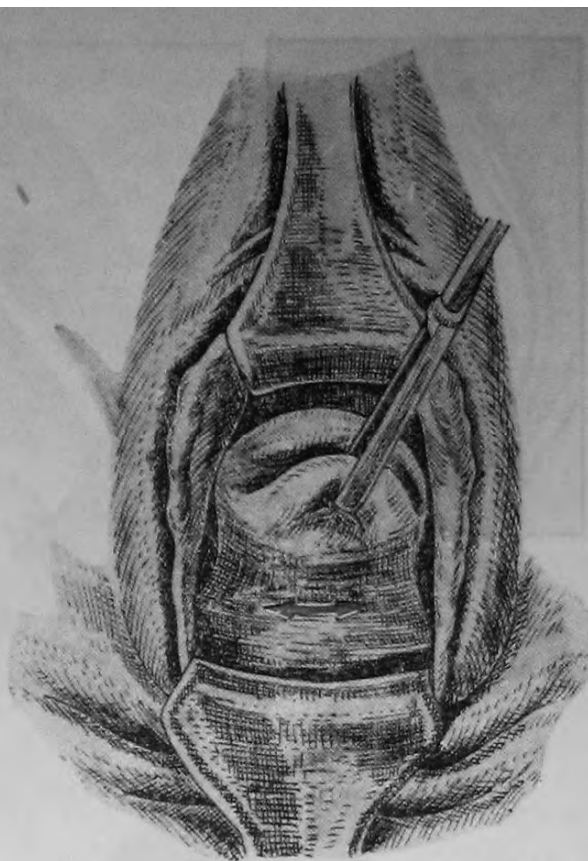


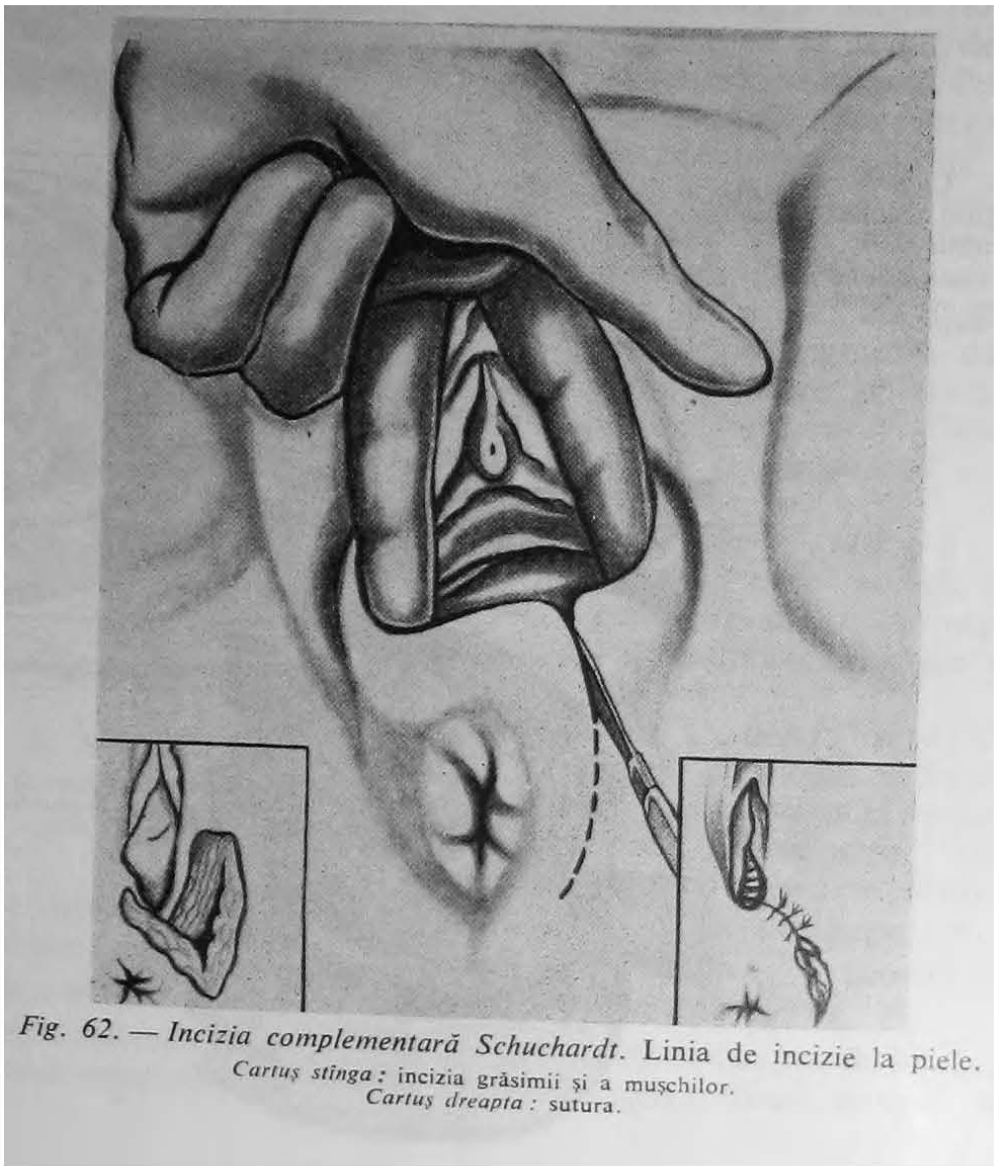
Fig. 60. — Colpotomia.
Controlul digital al colecției
supurate.

În cartuș : felul cum se face incizia
peretelui vaginal, cu foarfecele
(după Robert).



Fig. 61. — Colpotomia. Felul cum se lărgeste
breșa vaginală cu foarfecele curb.





*Fig. 62. — Incizia complementară Schuchardt. Linia de incizie la piele.
Cartuș stînga : incizia grăsimii și a mușchilor.
Cartuș dreapta : sutura.*

Fig. 63. — Incizia complementară Schuchardt, după Novak. Linia de incizie.

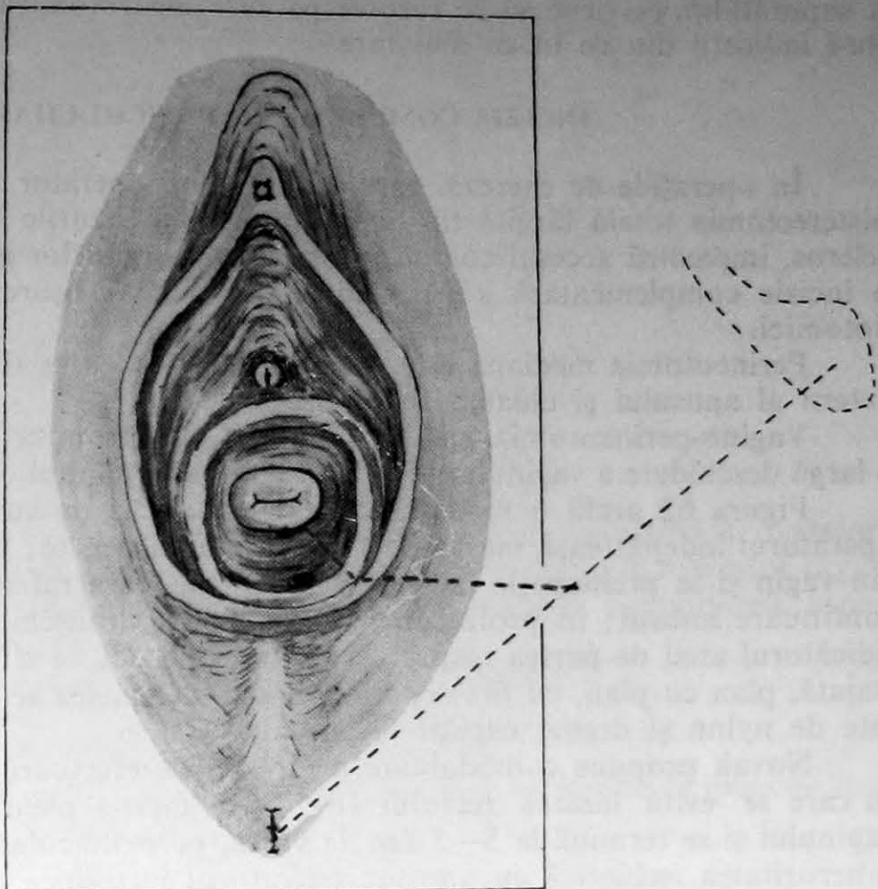


Fig. 64. — Incizia complementară Schuchardt, după Novak. Secționarea ridicătorului anal pe index.

a supura iilor pelviene s se rezolve pe care laparotomic , colpotomieii revenin- du-i indica ii din ce în ce mai rare.

INCIZIA COMPLEMENTAR SCHUCHARDT

În opera iile de exerez , care cer un câmp operator larg, ca de exemplu în histerectomia total l rgit tip Schautta, sau la cazurile la care vaginul îngust, scleros, împiedic accesul comod în abordarea organelor genitale interne, se face o incizie complementar a perineului, capabil s u ureze efectuarea colpoce- liotomieii.

Perineotomia median este o solu ie, dar cu ea se risc lezarea sfincterului extern al anusului i chiar a rectului.

Vagino-perineotomia medio-lateral stîng propus de Schuchardt asigur o larg deschidere a vaginului i o bun lumin în cîmpul operator.

Figura 62 arat o modalitate de efectuare i de sutur a inciziei, în care operatorul îndep rteaz marginile vulvei cu dou degete; linia de incizie porne te din vagin i se prelunge te la piele, la 2 cm în afara rafeului median, ocolind în continuare anusul; în profunzime se sec ioneaz mu chii plan eului perineal i ridic torul anal de partea respectiv ; sutura inciziei, la sfîr itul opera iei, se face etajat , plan cu plan, cu fire separate de catgut; pielea se sutureaz cu fire separate de nylon i drenaj capilar (eventual).

Novak propune o modalitate personal de efectuare a inciziei Schuchardt, cu care se evit lezarea rectului (fig. 63): incizia pleac din 1/3 inferioar a vaginului i se termin la 3—5 cm de vulv , perpendicular pe linia care une te tuberozitatea ischiatic cu anusul; operatorul introduce indexul sub ridic torul anal ca în fig. 64 i-I sec ioneaz pe deget, la vedere; hemostaza se face imediat, dup care se acoper plaga cu un cîmp moale peste care se pune valva; sutura tuturor planurilor, inclusiv sutura ridic torului anal, se face la sfîr itul opera iei.

OPERA II CONSERVATOARE PE OVAR I PE INERVA IA SIMPATIC

Importan a pe care o are func ia ovocitar i cea endocrin a ovarelor a determinat îmbog irea cu tehnici noi a chirurgiei conservatoare a acestor organe.

Chirurgia conservatoare a ovarelor pune în discu ie urm toarele aspecte de conduit :

1.P strarea ovarelor în anumite opera ii de exerez :

- în histerectomii;
- în salpingectomii.

2.P strarea unui singur ovar sau a unei por iuni din acesta în anumite forme de patologie a acestor glande:

- în tumorile benigne solide sau chistice;
- în inflama iile cronice i în sechelele postinflamatorii.

3.P strarea ovarului sau a unei por uni de ovar pentru men inerea func iei gametogene (gestative):

- în distrofiile polichistice;
- în chisturile func ionale;
- în procedeele de implantare a ovarului în uter.

4.Ameliorarea func iilor ovarului prin opera ii plastice i neurotrofice

în acest capitol vor fi prezentate numai acele tehnici menite s p streze sau s amelioreze func iile ovarului afita vreme cât starea lui anatomic nu este definitiv compromis . Tehnicile operatorii care urm resc restaurarea func iilor pierdute — de exemplu grefele de ovar — vor fi decrise la capitolul « Opera ii ginecologice plastice i reparatoare » (cap. II).

1. P STRAREA OVARELOR ÎN ANUMITE OPERA II DE EXEREZ

Principii i eficien . în acest capitol nu este vorba de interven ii pe ovare, ci de p strarea acestora in situ, cu ocazia altor tipuri de opera ii ginecologice mai mult sau mai pu in mutilante, de exemplu, în histerectomii i în salpingectomii.

Importan a covîr itoare pe care o are func ia endocrin a ovarelor pentru men inerea echilibrului biologic al organismului i a troficit ii aparatului genital face ca, în mai toate opera iile de exerez , p strarea ovarelor s fie o conduit de principiu pentru evitarea tulbur rilor de castrare.

Indica ii. în histerectomiile subtotale sau totale efectuate pentru procese patologice benigne, p strarea uni- sau bilateral a anexelor este conduita obi nuit la femeia înainte de menopauz .

Navratil i Graz i la noi Aburel opiniau pentru p strarea ovarelor chiar i în histerectomiile totale pentru cancerul intraepitelial al colului, conduit comb tut de Bourg (7). Metastazele ovariene sînt rare în cancerul colului i nu este dovedit, dup p rerea lui K ser (37) c hormonii steroizi ovarieni stimuleaz cre terea tumorii. McCall este de p rere c p strarea anexelor nu influen eaz în timp, prognosticul acestor bolnave.

în salpingectomii, în special în salpingectomiile pentru sarcini ectopice, în salpingita cronic hipertrofic i în hidrosalpinx.

Contraindica ii. P strarea ovarelor este contraindicat în histerectomiile totale pentru cancerul de col invadant, în histerectomiile totale pentru cancerul de endometru i în tumorile maligne ale ovarului. Necesitatea de a se extirpa ovarele în cancerul corpului uterin este dictat de frecven a metastazelor ovariene i de rolul pe care îl au hormonii estrogeni în apari ia i cre terea cancerului de endometru.

Condi ii de efectuare. Pentru ca ovarele s - i p streze func ia endocrin sînt necesare trei condi ii:

- ovarele s fie s n toase;
- s fie cât mai pu in lezat vasculariza ia i inerva ia;
- s se p streze ori de cîte ori este posibil i trompele.

Cu p strarea trompelor se respect dou condi ii necesare men inerii troficit ii ovarelor restante: arcadele vasculare tubo-ovariene (fig. 65) i mucoasa tubar . Rolul mucoasei trompei în men inerea func iei ovariene nu este admis de to i autorii i Macquot (56) consider c p strarea trompelor nu este indispensabil dac extirparea lor se face în a a fel încît vasculariza ia ovarului s nu fie compromis (vezi salpingectomia subseroas p. 143).

Studiind vasculariza ia ovarului, Macquot (55) afirm c exist oarecare independen între vasculariza ia acestuia i vasculariza ia trompelor i c vasculariza ia ovarului nu este tributar nici sistemului tubar intern, nici sistemului tubar extern, încît p strarea trompelor odat cu p strarea ovarelor nu este decît o simplificare de tehnic , nefiind justificat de criteriul anatomic vascular.

Cu sau f r conservarea trompei, p strarea vasculariza iei ovarului este o condi ie esen ial . Multe e ecuri se datoresc, ori faptului c nu s-a avut destul grij pentru respectarea acesteia, ori faptului c vasculariza ia nu este de acela i tip anatomic în toate situa iile.

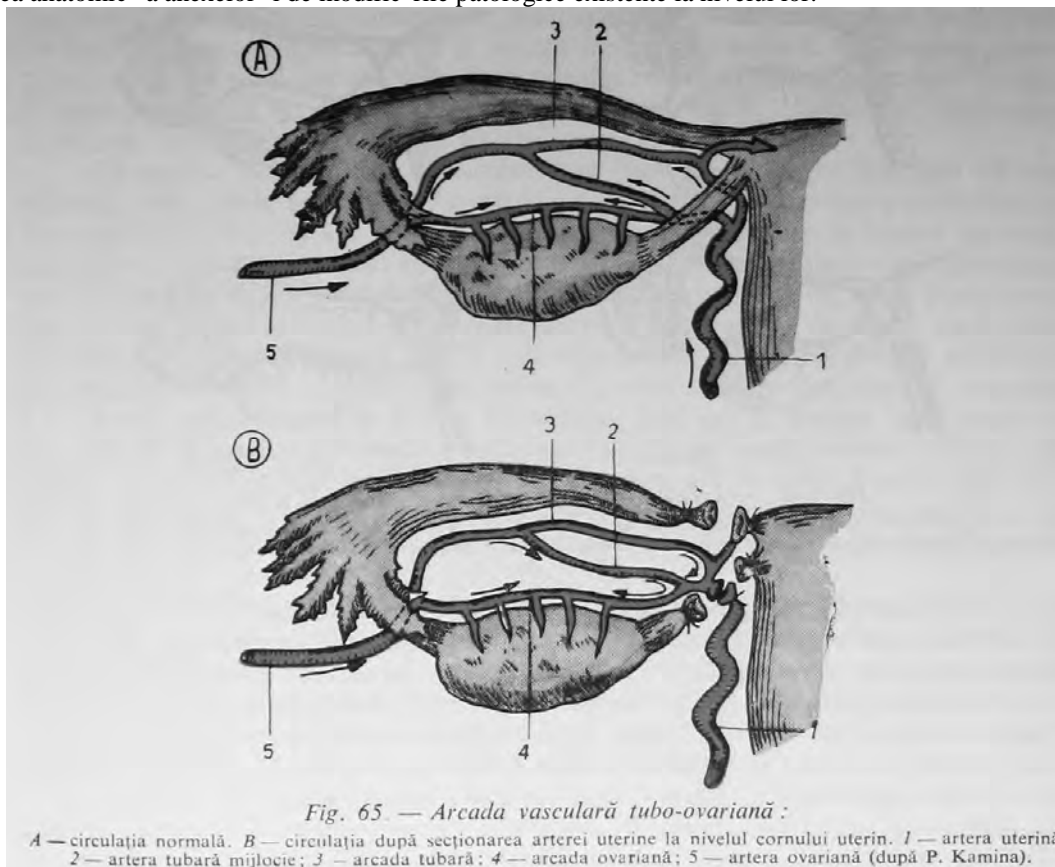
în ceea ce prive te iriga ia arterial a ovarelor, Macquot i Rouvillois (55) au stabilit patru tipuri (fig. 66) Cele mai frecvente sînt tipurile I i II.

In tipul I ovarul este irigat în mod egal de ramura ovarian a arterei uterine i de ramura ovarian a arterei tubo-ovariene. O ligatur unic , aplicat la oricare din polii ovarului, nu compromite vasculariza ia acestuia, ea fiind de tipul iriga iei anastomozice biarteriale cu teritorii nedistincte.

In tipul II vasculariza ia este tot anastomotic biarterial , dar cu teritorii distincte, încît o ligatur plasat , de exemplu, la polul intern compromite iriga ia jum t ii interne a ovarului.

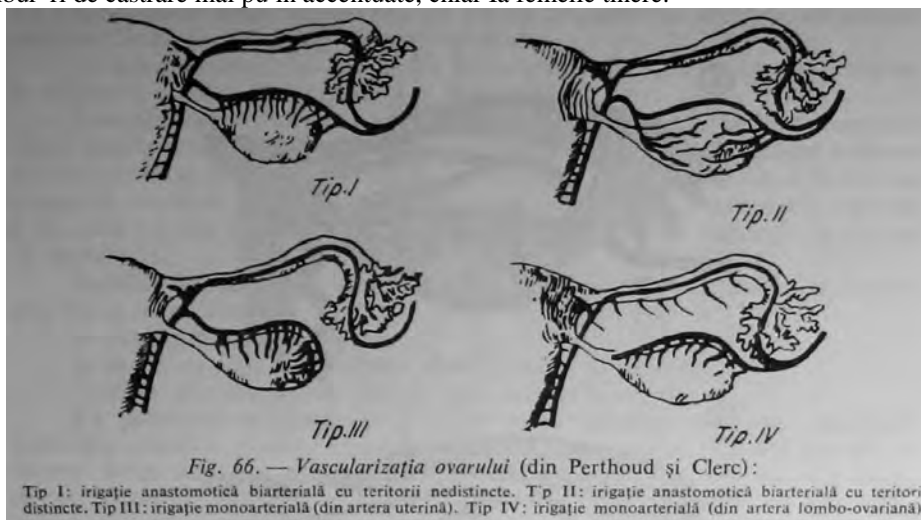
în tipurile III i IV vasculariza ia ovarului este monoarterial . în tipul Iii ovarul fiind irigat numai de artera uterin , ligatura acesteia îi compromite vasculariza ia, iar în tipul IV ovarul fiind irigat numai de artera ovarian urmeaz aceea i consecin dac se aplic o ligatur la polul superior al acestuia.

Respectarea vascularizației ovarului nu depinde numai de felul cum sînt dispuse arterele ovariene și tubare, ci și de lungimea mezourilor, de starea anatomică a anexelor și de modificările patologice existente la nivelul lor.



O altă condiție pentru păstrarea ovarelor este starea lor de sănătate. Ovariele infectate sau cu degenerescență micro-policistică accentuată nu numai că nu corespund din punct de vedere funcțional scopului pentru care sînt păstrate, dar produc ulterior dureri, necesitînd adeseori o nouă intervenție. « Conservatorismul » este o conduită de principiu în chirurgia ginecologică actuală, dar care nu trebuie aplicată la întîmplare, numai din dorința de a face o operație conservatoare.

Înțindu-se seama de condițiile de efectuare pe care le-am analizat sînt corespunzătoare atitudinii conservatoare a celor două ovare sau puțin modificată, care se pretează păstrării lor anatomice, foarte apropiată de cea normală. Cu alte cuvinte, păstrarea ovarelor cu scopul de a se evita tulburările de castrare trebuie să se facă în seama, în afară de vîrsta femeii, și de situația anatomică locală și de valoarea funcțională a acestora, diferit de la caz la caz, în histerectomiile pentru fibrom ablația ovarelor, chiar la o femeie mai în vîrstă, produce importante tulburări neuro-vegetative, care se instalează rapid și zgomotos; ablația ovarelor, în caz de abces tubo-ovarian, produce tulburări de castrare mai puțin accentuate, chiar la femeile tinere.



Un alt aspect legat de păstrarea ovarelor în operațiile multilaterale ale uterului și trompelor este acela al traumatismului intraoperator condiționat de extirparea unui ovar sau de rezecția parțială a unuia sau a ambelor ovare. Situația cea mai favorabilă este aceea cînd se poate evita orice traumatism la nivelul ovarelor și cînd ambele ovare pot fi păstrate împreună cu rompele respective. Experimental și clinic (Lippschutz) s-au dovedit modificările morfo-funcționale ale ovarului restant după extirparea unui singur ovar, iar Max Aron și Crîngu (16) au demonstrat influența nefastă pe care o are traumatismul, atît asupra ovarului rezecat, cît și asupra celui sănătos, datorită reflexului nociv ovaro-neuro-ovarian produs de actul chirurgical.

Extirparea unui singur ovar produce de cele mai multe ori degenerarea micro-polichistic a ovarului restant, însoțit de dureri iar uneori, transformarea acestuia într-o tumoare chistic voluminoasă, cu importante dificultăți chirurgicale în tratamentul ei. Totuși, la femeile tinere este mai bine să se păstreze chiar numai un singur ovar, dacă acesta este sănătos. La femeile în jurul menopauzei este mai indicat să se recurgă la castrare (vezi pag. 110).

Înțelegându-se seama de consecințele factorilor traumatici, se caută să se evite, atât castrările unilaterale cât și mai ales rezecțiile parțiale, cât și comprimarea sau resucirea hilului ovarului cu ocazia peritonizării pelvisului.

Principii de tehnică. Pentru *pastrarea anexelor în histerectomie* trebuie să se înțeleasă de următoarele reguli:

OPERAȚII CONSERVATOARE PE OVAR ÎN TRACTUL SIMPATIC

- examinarea atentă a ovarelor și trompelor;
- păstrarea anexelor în întregime (trompe și ovare);
- respectarea arcadei anastomotice vasculare tuboovariene.

Pentru ca să fie respectată această arcadă vasculară, este de preferat ca fiecare element anatomic care intră în componența pediculului anexial să fie pensat, secționat și ligaturat separat, înfrânt ligamentul rotund, apoi trompa și la urmă ligamentul utero-ovarian. Se poate începe și în sens invers de la ligamentul utero-ovarian spre ligamentul rotund. Trompa, ligamentul utero-ovarian și ligamentul rotund se secționează cât mai aproape de uter. Ligatura se face cu fir trecut cu acul pentru trompă și pentru ligamentul rotund. Secționarea întregului pedicul anexial inclusiv și a ligamentului rotund, între două pense Kocher și legarea bontului cu un singur fir, riscă să compromită circulația de întoarcere în arcada tubo-ovariană (fig. 65 B).

Cu ocazia peritonizării pelvisului este indicat ca bontul trompei să fie înfundat sub foițele peritoneale, ovarul rămânând liber în cavitatea abdominală. Procedeele de peritonizare care aduc foițele ligamentului larg la bontul cervical, sau acelea care fixează bontul anexial la bontul rămas după histerectomie, procedee care au drept scop să prevină prolapsul, nu sînt recomandabile, fiind periculoase pentru vascularizarea ovarelor. Anumite distrofii chistice ale ovarelor și sindroame dureroase după histerectomie, pot fi urmarea acestor procedee. Pentru profilaxia prolapsului a așa-numit «de bont» se folosesc numai capetele ligamentelor rotunde.

Dacă peritonizarea se face «în surjet», firul nu se strînge tare pentru a nu plia peritoneul, care poate comprima sau resuci vasele hilului ovarian. În general se dă preferință peritonizării cu fire separate în locul firului continuu. Un alt avantaj al peritonizării cu fire separate este că lasă peritoneul lipit de pereții pelvisului, evitînd «spațiul mort» care rămîne după peritonizarea cu «surjet».

Pentru păstrarea ovarului în salpingectomie se iau aceleși măsuri pentru ca arcada vasculară a ovarului să nu fie compromisă. Pentru aceasta trompa se secționează lîngă uter și se leagă cu un fir care prinde strict capătul trompei și artera tubar internă, evitînd restul mezosalpinxului. Trompa se extirpă din untru în afară, tînd progresiv mezosalpinxul cât mai aproape de pereții ei (salpingectomie retrograd); micile arteriole care sîngerează în patul mezosalpinxului se pensează și se leagă separat, la vedere. Artera tubar externă se leagă cât mai departe de polul extern al ovarului. Peritonizarea se face cu «surjet» (fir subțire de catgut) prinzîndu-se cât mai din margine foițele mezosalpinxului, sau cu puncte separate. Cînd este posibil se preferă salpingectomia subseroasă.

2. PĂSTRAREA UNUI OVAR SAU MĂCARĂ UNEI PORȚIUNI DE OVAR ÎN ANUMITE SITUAȚII PATOLOGICE BENIGNE ALE ACESTOR ORGANE

Din punct de vedere chirurgical, patologia ovarului se prezintă sub patru aspecte:

- tumori benigne (solide sau chistice);
- inflamații (pioovar);
- distrofii (degenerescent sclero-polichistic, chisturi funcționale);
- modificări circulatorii, de poziție și nevralgii.

Aici, vom expune numai primele două aspecte: tumorile și inflamațiile. Distrofiile ovarului se găsesc prezentate în capitolul următor (p. 113), iar nevralgiile în capitolul «Ameliorarea funcției ovariene» (p. 125).

a) CHIRURGIA ÎN TUMORILE BENIGNE ALE OVARULUI

Tumorile benigne ale ovarului, solide sau chistice, se întîlnesc foarte des în practica ginecologică. Ele apar, în general, la persoane tinere și se însoțesc de sterilitate.

Principii eficiente. Principiile acestei chirurgii sînt:

- extirparea leziunii;
- menținerea funcției endocrine și
- restabilirea funcției gestative, prin păstrarea unui ovar sau a unei porțiuni de ovar.

Fiind vorba de leziuni benigne, solide sau chistice, tehnicile chirurgicale se bazează pe principiul conservării funcției ovariene. Extirparea în întregime a unui ovar, impusă de aspectul leziunii, deși este o operație radicală, se încadrează printre operațiile conservatoare, întrucît funcția este menținută de cel rămas.

OVARECTOMIA UNILATERALĂ

Indicații. Ovarectomia unilaterală este indicată în tumorile solide și lichide ale ovarului (fibrom, chist seros, chist mucoid, chist dermoid, gușă ovariană) și în supurații (pioovar), la femeile la vîrsta de procreare.

Contraindicații. Ovarectomia unilaterală este contraindicată cînd procesele patologice ovariene sînt bilaterale, la femeile în vîrstă sau trecute de menopauză, ca și în cazurile asociate cancerului uterin și tubar.

Condiții de efectuare. Procesul patologic ovarian să fie accesibil din punct de vedere chirurgical, ovarul contralateral să fie sănătos și uterul normal.

Noțiuni anatomo-clinice. Tumorile benigne sînt în general unilaterale. Ele sînt încapsulate, fie că sînt solide, fie că sînt chistice, și interesează întreg ovarul sau numai o parte din el. Acest detaliu este important fiindcă sînt cazuri cînd se poate extirpa tumoarea fără să se sacrifice ovarul respectiv.

Din punct de vedere operator, tumorile benigne sînt, ori libere, lipsite de aderențe, ori incluse în ligamentul larg. Tumorile solide sînt în general de volum mic sau mijlociu, fa de tumorile chistice care pot ajunge la un volum foarte mare. Important de reînțut este faptul c volumul tumorilor lichide poate fi redus în timpul operației, prin puncționarea și aspirarea conținutului.

Tumorile de ovar, chiar cînd sînt de aparență benignă, trebuie suspectate în sensul unei neoplazii. De aceea, sînt necesare examenul histopatologic extem- poraneu prin deschiderea tumorii imediat dup extirpare și controlul intra- operator al ovarului opus (bilateralitatea tumorilor benigne este rară, dar nu exclusivă).

No iuni de fiziopatologie. Leziunile fiind incurabile prin alt tratament, scoaterea ovarului este o necesitate dictată de caracterul și întinderea acestora, cu atît mai mult cu cît tumorile benigne ale ovarului sînt considerate de unii autori (N. N. Petrov) ca stări precanceroase. Ovarul bolnav este în general compromis din punct de vedere funcțional și extirparea lui nu produce perturbări hormonale cu consecințe asupra ovarului restant, așa cum se întîmplă cînd se scoate un ovar cu esut în stare de activitate (de exemplu în degenerescența sclero- chistică, sau în chisturile foliculare). Ablația tumorii în asemenea situații asigură vindecarea bolnavei și pune aparatul genital în condiții mai bune de funcționare, prin suprimarea influenței inhibitoare pe care ovarul bolnav o exercită asupra ovarului sîntos. Așa se explică sarcinile care urmează după extirparea unei tumori ovariene unilaterale, la femeile tinere, sterile pînă la data operației.

Dacă ovarul nu este în întregime invadat de procesul tumoral, ovariectomia unilaterală produce hipertrofia reactivă a ovarului restant, uneori la scurt interval după operație. Degenerarea chistică a acestuia survine totuși rar și după o scurtă perioadă (cîteva săptămîni) se stabilesc interrelații neuro-hormonale noi, care mențin ovarul restant la volumul său normal.

P strarea trompei în ovariectomia unilaterală. În tumorile benigne ale ovarului trompa respectiv este sîntosă și ca atare trebuie păstrată; în felul acesta, dacă, eventual, trompa cealaltă nu este permeabilă, se păstrează anșa unei sarcini prin migrarea intrapelviană a ovulului de la ovarul restant la trompa opusă (fecundație contralaterală).

Deseori în tumorile chistice voluminoase trompa este foarte alungită pe tumoare, încît după decolare rămîne fără mezouri cu vascularizație mediocră în porțiunea ei pavilionară. În această situație, lăsat liber, aceasta se poate torsiona și necroza, din care cauză este mai prudent să fie extirpată.

Pregătirea preoperatorie. Pregătirile preoperatorii sînt cele obișnuite unei laparotomii ginecologice. Urografia și examenul echografic sînt întotdeauna utile.

Anestezia generală prin intubație oro-traheală.

Tehnică și tactică operatorie. Din punct de vedere tehnic, ovariectomia este o operație extrem de simplă în tumorile libere; în tumorile aderente și mai ales în cele incluse, operația poate prezenta dificultăți importante, care pun la încercare pe cel mai abil chirurg. În cele ce urmează vom prezenta conduita tehnică de ales, în raport cu varietățile anatomo-patologice întîlnite.

Tumorile dure. Luăm ca exemplu, fibromul de ovar. Aceste tumori sînt în general pediculate și de volum mic sau mijlociu, astfel încît extirparea lor este simplă: celiotomie mediană sau Pfannenstiel; exteriorizarea tumorii cu mîna în afara abdomenului; această manevră face vizibil pediculul lombo-ovarian, care se secionează între două pense curbe, Kocher sau J. L. Faure; ligătura bontului se face cu material neabsorbabil (nylon sau altele), firul trecîndu-se cu un ac Hagedorn curb și subțire; se aplică întotdeauna o a doua ligatură de siguranță, liberă, după care bontul se înfundă în bursă (atenție la ureter care la acest nivel trece pe sub peritoneul parietal, în vecinătatea internă a pediculului lombo-ovarian, și la felul cum se aplică ligaturile pe bont). Pentru a evita lezarea ureterului se recurge la două manevre: se întinde bine ligamentul lombo-ovarian și cu pensa de hemostază se prinde prin zona transparentă și avasculară care se formează între ligament și ureter, sau se secionează cu foarfeca peritoneul parietal în afara ligamentului lombo-ovarian și cu foarfeca boantă închisă, sau cu o pensă curbă se izolează pachetul vascular, la vedere, din afară în untru.

Dacă trompa este aderentă la tumoare se decolează și se extirpă numai dacă rămîne fără mezouri pe o porțiune prea mare, altfel este lăsat pe loc. Pentru a se evita torsionarea acesteia, se prinde partea rămasă liberă cu cîteva fire de catgut subțire, de foi ale ligamentului larg.

Dacă trompa este foarte aderentă și decolarea ei dificilă (lasă un organ inutil funcțional), se procedează de la început la anexectomie. Pentru aceasta se aplică pense de hemostază deasupra tumorii, pe ligamentul lombo-ovarian și sub ea, pe pediculul format de trompă și de ligamentul utero-ovarian, la nivelul cornului uterin. Se preferă pense curbe lungi, ale căror vîrfuri se întîlnesc de-a lungul mezosalpinxului. Se secionează cu foarfecele curbă din untru în afară, trompa, mezoul și pediculul lombo-ovarian, sau invers, din afară în untru, începînd cu pediculul tubo-ovarian. După extirparea tumorii și după aplicarea ligaturilor de hemostază, se închide ligamentul larg cu «surjet», înfundîndu-se bonturile create.

În tumorile aderente se procedează de la caz la caz, după natura și întinderea aderențelor. De obicei, aderențele epiploice sau intestinale se găsesc la polul superior al tumorii. Aderențele epiploice se secionează între două pense, iar intestinalele aderente se decolează cu foarfecele bont sau cu compresa, cînd se totdeauna planul de clivaj și menținerea contactului permanent cu pereții tumorii. Dacă nu se găsește un plan de clivaj bun, se atacă tumoarea prin față, ceea ce permite decolarea ei de jos în sus, polul inferior fiind de obicei mai puțin aderent.

În toate cazurile, peretele abdominal se închide fără drenaj, dar numai după ce s-au controlat anexa opusă, apendicele și ansele intestinale eventual depolizate.

La acest capitol, fiind vorba de fibromul de ovar, înainte de a se porni la extirparea tumorii este bine să se vadă dacă ea nu poate fi decorticată și o porțiune din ovar să fie păstrată. Această încercare este de dorit, mai ales în tumorile bilaterale. După extirparea tumorii, esutul ovarian rămas se suturează cu un surjet de catgut, sîngerarea fiind minimă. Conduita aceasta este indicată cu condiția să se verifice natura histologică a tumorii în timpul operației și să existe puțin esut ovarian normal la nivelul hilului.

Tumori chistice mici și mijlocii. Se procedează la fel ca în tumorile solide, fie că sînt libere, fie că sînt aderente, cu menținerea în tumorile chistice se poate păstra, mai ușor și mai frecvent, partea de ovar sîntosă. Pentru aceasta, după deschiderea abdomenului și exteriorizarea tumorii, se apreciază, în primul rînd, dacă este un chist al ovarului sau un chist paraovarian. În prima

eventualitate¹ se caut partea unde se găsește țesutul ovarian normal, orientându-ne după pedicul, culoare și consistență și cu bisturiul se incizează în peretele chistului (fig. 67), la oarecare distanță, găsim un spațiu de clivaj (fig. 68).

Tumoarea se enuclează cu un urin și ovarul este reconstituit cu un fir surjet de catgut (fig. 69). Această conduită este valabilă pentru chisturile seroase și dermoide. În toate cazurile, conduita conservatoare trebuie să se sprijine pe verificarea benignității tumorii în timpul operației. Pentru aceasta, tumoarea se deschide imediat după extirpare și dacă există îndoieli asupra naturii ei, se recurge la castrare.

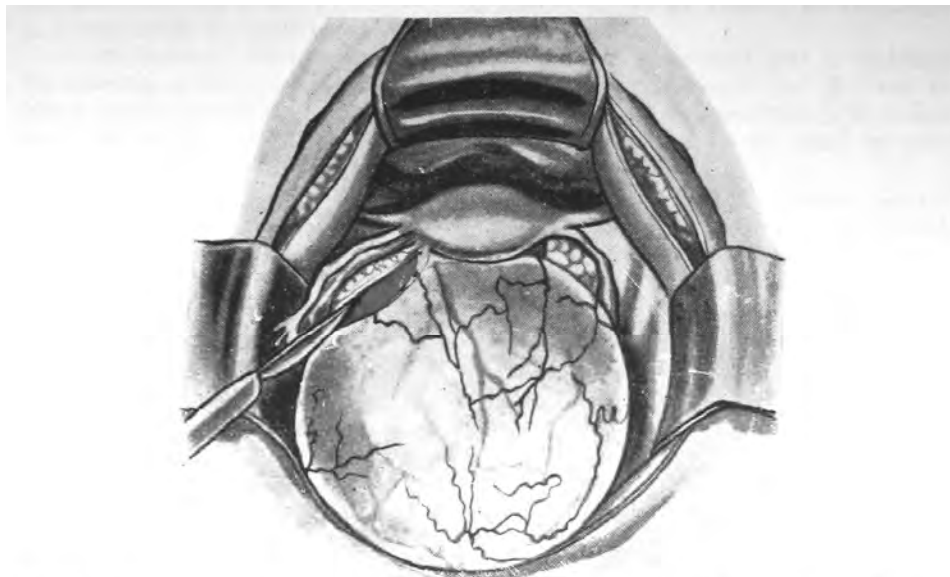


Fig. 67. — Chistectomie (după Wagner). Extirparea tumorii chistice, cu păstrarea porțiunii sănătoase a ovarului.

Dacă chistul este paraovarian, ovarul, aderent de tumoare, se clivează cu un urin și păstrarea lui trebuie să fie o regulă.

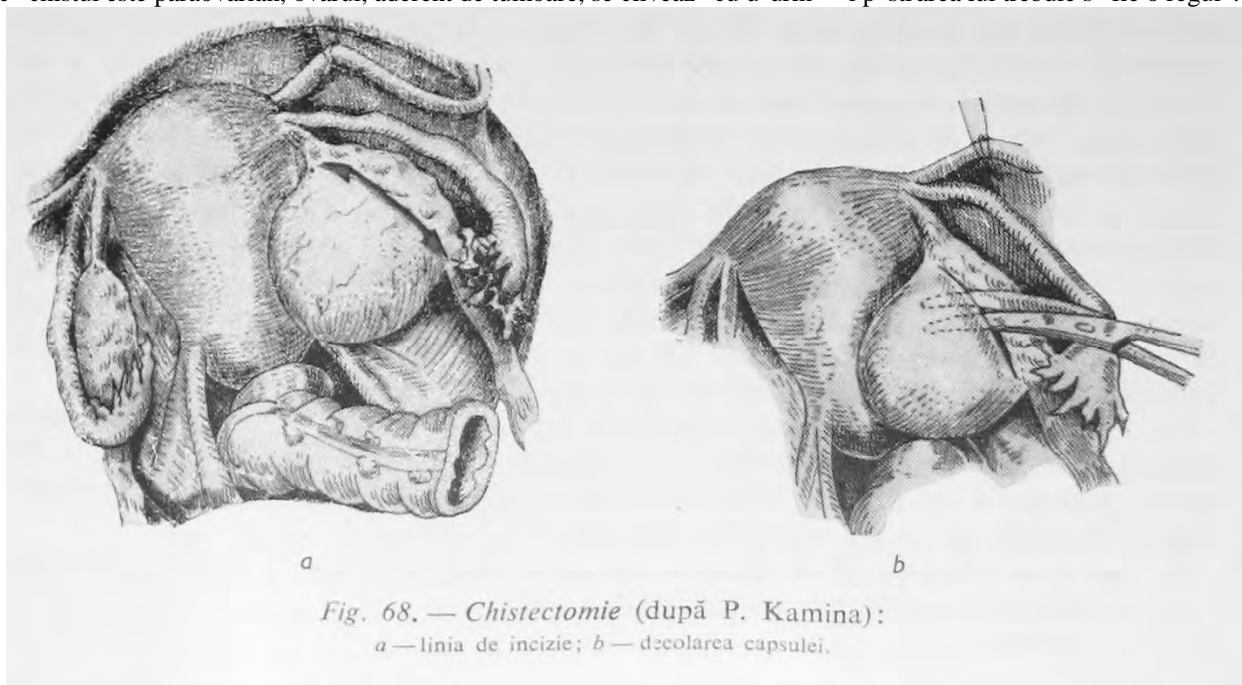


Fig. 68. — Chistectomie (după P. Kamina):
a — linia de incizie; b — decolarea capsulei.

¹ Chisturile ovarului — seroase, mucoide sau dermoide — rezultă din incluzii ale epitelului germinativ (ecto- sau endodermic) în parenchimul ovarului. Creșterea lor se face împingând la periferie acest parenchim, de aceea există posibilitatea de a fi enucleate.

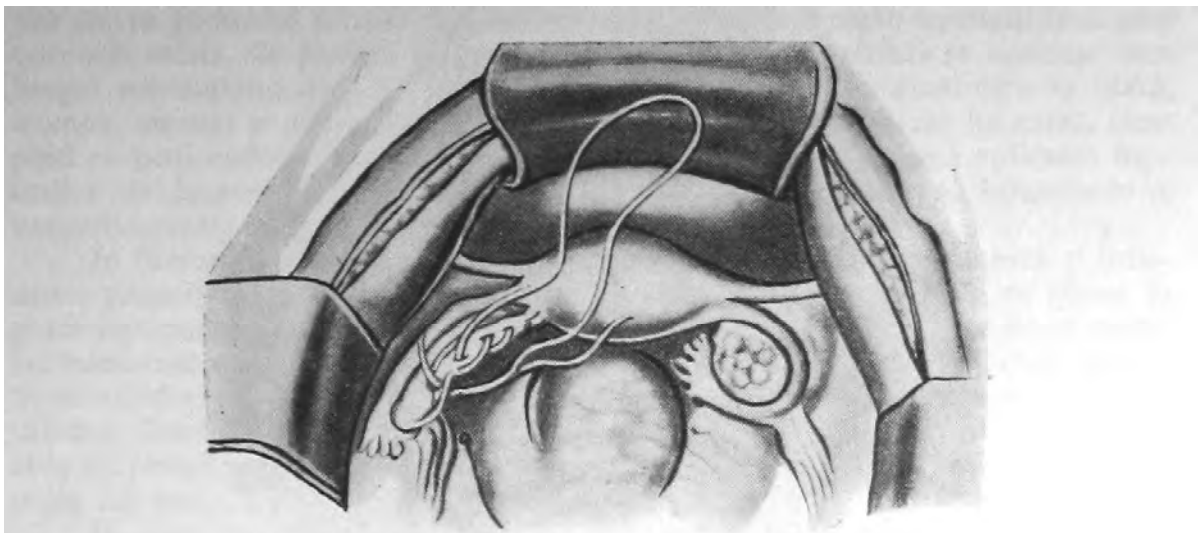


Fig. 69. — Chistectomie (după Wagner). Reconstituirea ovarului cu surjet de catgut, după extirparea tumorii chistice.

Tumori chistice voluminoase. În raport cu varietatea anatomic extirparea acestora este foarte simplă, alteori extrem de laborioasă și uneori imposibilă.

Incizia peretelui: întotdeauna mediană, fiindcă permite prelungirea ei în caz că se ivesc dificultăți intraoperatorii, create de aderențele tumorii cu organele vecine.

Amănute tehnice în legătură cu deschiderea abdomenului. Incizia peretelui nu trebuie să fie la început prea lungă, ea putând fi ulterior prelungită în caz de nevoie. Peretele abdominal poate fi subțiat de tensiunea creată de volumul tumorii, de aceea, incizia pielii trebuie făcută cu atenție, pentru a nu seiona și peretele chistului. Deschiderea peritoneului se face cu aceeași prudență, pentru a nu deschide peretele chistului sau sinusuri venoase dezvoltate pe suprafața acestuia. Tumoarea poate fi aderentă la peritoneul parietal și vezica să fie trasă în sus. Deseori peritoneul parietal este îngroșat și nu se lasă prins între două pense. Dacă se insistă, fără să se acorde o deosebită atenție, se riscă decolarea inutil subperitoneală sau lezarea vezicii. Este cunoscut faptul că în operațiile ginecologice, cele mai mari dificultăți se întâmplă la unghiul inferior al inciziei. De aceea, în cazurile de mai sus, se deschide peritoneul la capătul superior al inciziei, la nevoie prelungind incizia pielii. Cu cât ne deprimăm mai sus, cu atât se măresc ansele ca peritoneul parietal să nu fie aderent la tumoare.

Dacă în timpul deschiderii peritoneului a fost incizat și peretele chistului, se înclină masa astfel ca lichidul să se scurgă spre unghiul pubian al plăgii. Se poate încerca și obstruarea orificiului cu o pensă de chist, după ce tensiunea pereților scade în urma scurgerii unei părți din lichid.

În mod obișnuit după deschiderea peritoneului se pot întâlni trei situații:

- lichid în cavitatea abdominală (ascită);
- aderențe;
- prezența tumorii cu peretele de culoare alb-albstruie, marmorat de arborizații vasculare.

Ascita însoțită de cele mai multe ori o tumoră malignă de ovar; prezența lichidului de ascită indică un prognostic sumbru. Cu toate acestea, ascita se întâlnește și în tumorile benigne (fibromul de ovar, unele chisturi vegetante benigne), din care cauză prezența ei nu trebuie să fie un criteriu de renunțare la încercarea de a continua operația.

Aderențele tumorii la peretele abdominal sunt în general laxe și alctuite din aderențe epiploice, mai rar vezica sau o ansă intestinală pot fi trase în planul inciziei parietale. Trebuie să ne gândim la această eventualitate și în cursul secționării peritoneului și nu să incizăm aceste organe, sau în tot cazul să stim să recunoaștem la vreme un asemenea accident.

După desfacerea aderențelor și deschiderea completă a cavității peritoneale se aplică valva suprapubiană și cu mâna introdusă în abdomen se explorează conturul tumorii, identificându-se volumul, forma, consistența și locul de plecare al acesteia.

În mod frecvent, tumorile chistice nu sunt aderente și imediat după deschiderea peritoneului se observă peretele acestora, de culoare alb-albstruie, marmorat de numeroase arborizații vasculare. Cu mâna introdusă între peritoneu și chist se caută să se identifice varietatea anatomotopografică a tumorii. Se pot întâlni următoarele eventualități:

- chist pediculat liber;
- chist pediculat aderent;
- chist dezvoltat între foițele ligamentului larg;
- chist torsionat;
- chist rupt;
- chist inoperabil.

Chist pediculat liber. Dacă tumoarea este de volum mijlociu se încearcă exteriorizarea ei cu mâna din abdomen, la nevoie prelungind puțin incizia peretelui. (Nu se aplică pense de tracțiune, fiindcă sparg tumoarea.) Luxarea tumorii din abdomen se face folosind manevre «asinclitice»: se exteriorizează o latură, în timp ce ajutorul deprimă peretele abdominal, exercitând o presiune unilaterală din afară în untru, apoi latura cealaltă; în timp ce operatorul cu o mână deprimă peretele abdomenului, cu mâna rămasă liberă luxează complet tumoarea din abdomen.

Dacă tumoarea nu poate fi luxată, se recurge la micșorarea volumului ei prin puncționarea conținutului și nu la prelungirea inciziei peretelui abdominal, deoarece pentru unele tumori mari aceasta ar trebui să fie prea lungă (pericol de eventrație).

Puncționarea tumorii este considerată de unii autori ca periculoasă, pe considerentul că se înșelăz peritoneul cu celulele epiteliale conținute în lichidul chistului, predispunând la recidive. Pentru alții, lichidul ar fi toxic, sau ar predispuce la infecții postoperatorii, fiind un bun mediu de cultură.

Sîntem de părere că aceste pericole nu trebuie exagerate, cu atît mai mult cu cît se pot lua măsuri de izolare perfectă a cavității peritoneale, ca în fig. 70. Numeroase cazuri operate cu puncționarea chistului în timpul intervenției și neurmăte de recidive sînt o dovadă că puncția poate fi folosită.

În aceste cazuri se procedează astfel: se izolează pereții abdomenului cu câmpuri moi: două plasate lateral și două la unghiurile inciziei (introducerea câmpurilor se face cu blîndețe). Se caută o porțiune avasculară pe suprafața circumscrisă de câmpuri și se perforază peretele chistului cu trocarul (fig. 70). Ajutorul plasează palmele pe laturile abdomenului apăsîndu or, mărșă presiunea din chist. Pentru ca lichidul să nu se împrăștie pe câmpul operator, se folosește aspiratorul electric, sau se atașează un tub de cauciuc la capătul trocarului, tub care ajunge lateral, într-un vas colector. În chisturile mucoide se preferă prelungirea inciziei peretelui abdominal. Spargerea acestora în timpul manevrelor de exteriorizare poate produce ulterior boala gelatinoasă a peritoneului. Chisturile uniloculare se golesc aproape complet, mai ales acelea cu conținut lichid, în chisturile multiloculare este mai bine să se treacă pe cît posibil cu trocarul dintr-o cavitate în alta, decît să se perforeze tumoarea în mai multe locuri.

Pe măsură ce se golește conținutul tumorii, peretele chistului se turtește încît poate fi apucat cu una sau două pense de chist. Cu una dintre pense se închide orificiul rămas după scoaterea trocarului. Trăgîndu-se ușor de aceste pense (peretele poate fi friabil și se rupe) și cu o mînă introdusă în rășitul tumorii, chistul este scos afară din abdomen. Apoi, se introduce un câmp moale în rășitul tumorii după care se secționază pediculul între două pense curbate² (fig. 71).

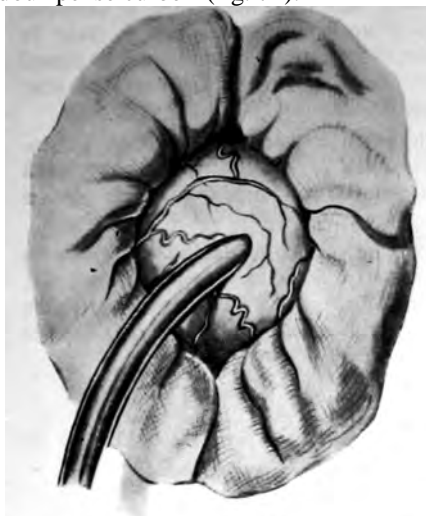


Fig. 70. — Chistectomie. Micșorarea volumului chistului ovarian prin puncție cu trocarul.

Pensarea și secționarea pediculului se face sub controlul vederii. Dacă pediculul este subțire, se leagă cu un singur fir și bontul se înfundă sub foia posterioară a ligamentului larg. Dacă pediculul este gros se pun ligaturi în lan ca în fig. 72. Dacă trompa respectiv este normală, se păstrează, la femeile tinere, în formele voluminoase ovarul este compromis în întregime, încît se trece direct la secționarea pediculului lombo-ovarian.

În chisturile voluminoase trompa este întinsă pe tumoare și cade odată cu chistul. În acest caz, pediculul se prinde cu două pense, una aplicată dinspre cornul uterului (prinde inserția trompei și vasele utero-tubo-ovariene), alta dinspre ligamentul lombo-ovarian, ca în fig. 72. Vîrfurile penselor se ating sau chiar se depășesc, cu 1 cm. Secționarea se face deasupra acestor pense și ligaturile se aplică, ori separat pentru fiecare pedicul în parte, ori se trece prin vîrfurile ligamentului larg un fir dublu, de nylon, a cărui buclă se întretaie, iar capetele se petrec astfel ca să formeze două inele de lan și se leagă simultan (operatorul leagă ligamentul lombo-ovarian iar ajutorul, pediculul uterin, sau invers) (fig. 72). Peritonizarea se face cu foiele ligamentului larg, în bursă (fig. 73).

După terminarea peritonizării se scot câmpurile de izolare, se controlează hemostaza, uterul, anexa opusă și apendicele. Se spală Douglăsul cu ser fiziologic cîldu și se închide abdomenul fără drenaj.

² După extirpare, tumoarea este trecut unui ajutor, pentru a fi secționată. Dacă pare suspect conținutul, se trimite un fragment pentru examenul histopatologic extemporaneu.

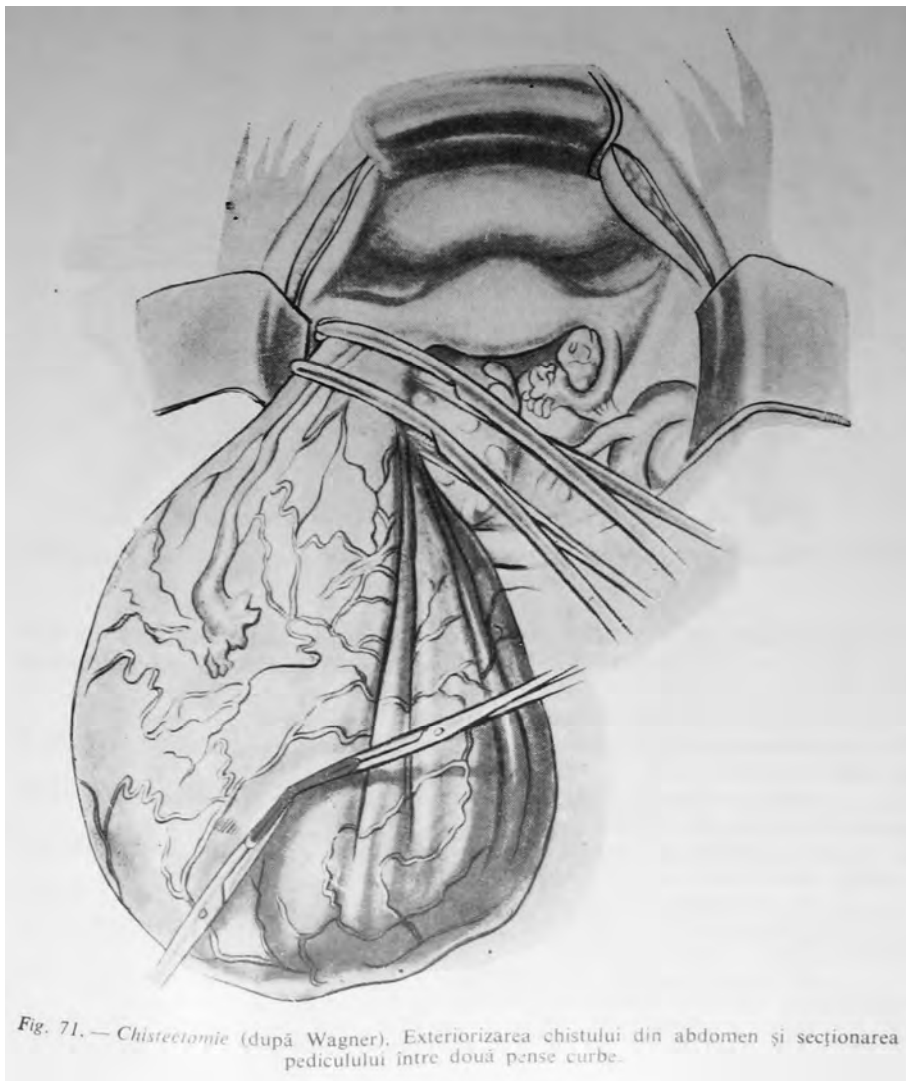


Fig. 71. — Chistectomie (după Wagner). Exteriorizarea chistului din abdomen și secționarea pediculului între două pense curbe.

Evoluția post-operatorie este simplă.

Chist pediculat aderent. În afară de aderențele parietale despre care s-a amintit cu ocazia deschiderii peritoneului, tumoarea poate prezenta aderențe pe toată suprafața ei, unele laxe, altele rezistente.

Aderențele laxe sînt recente și se desfac ușor, fără sîngerare, cu degetul sau cu foarfecele curbă. Tensiunea lichidului în chisturile nepuncționate înlesnește desfacerea acestor aderențe.

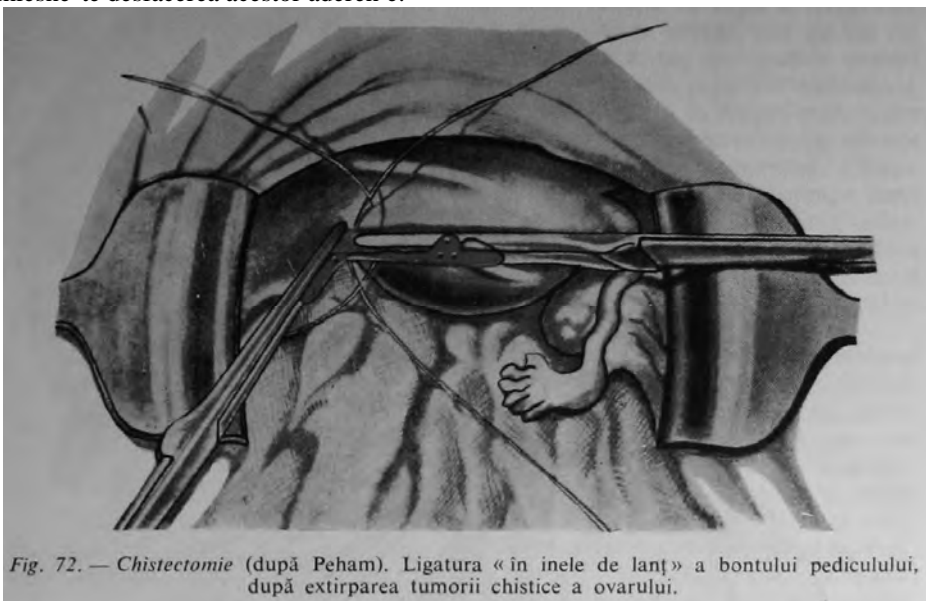


Fig. 72. — Chistectomie (după Peham). Ligatura «în inele de lanț» a bontului pediculului, după extirparea tumorii chistice a ovarului.

Aderențele vechi sînt rezistente și desfacerea lor este anevoioasă din lipsa unui spațiu de clivaj. Pentru ducerea la bun sfîrșit a operației se cere respectarea cîtorva reguli generale:

- orientare în cîmpul operator, răbdare și calm;
- desfacerea aderențelor se face începînd cu cele mai accesibile, lîndu-se la urmă porțiunile care par mai grele;

- p strarea intact a chistului (pere ii întin i de tensiunea lichidului înlesne te desfacerea aderen elor);
- sec ionarea aderen elor se face între dou pense i numai cu controlul vederii, examinându-se cu aten ie toate raporturile anatomice;
- în aderen ele cu organele vecine (intestin, vezic) dac nu exist plan de clivaj, disec ia se face cât mai aproape de peretele chistului, chiar dac desfacerea organului aderent se face cu o por iune din peretele tumorii;
- în timpul decol rii unui intestin aderent nu se pun pense pe ansa intestinal ;
 - dup sec ionarea aderen elor se pun ligaturi pentru a libera câmpul operator de pense.
 - Aderen ele epiploice se rezolv cu cea mai mare u urin ; pensare, sec ioi- nare i legare.

Aderen ele intestinale sînt cele mai greu de rezolvat. În aceste situa ii se caut i se sec ioneaz între pense pediculul uterin. Astfel tumoarea poate fi tras în afar i decolat cu mîna de jos în sus (fig. 74). Intestinul aderent este adus în câmpul operator, oferind o situa ie mai bun pentru decolare sau pentru rezec ie. Dup decolare, ansa intestinal se controleaz : se reface peretele deperi- tonizat (puncte separate), sau se închide orificiul de perfora ie în dou straturi. La fel se procedeaz cu peretele vezical lezat în timpul decol rii.

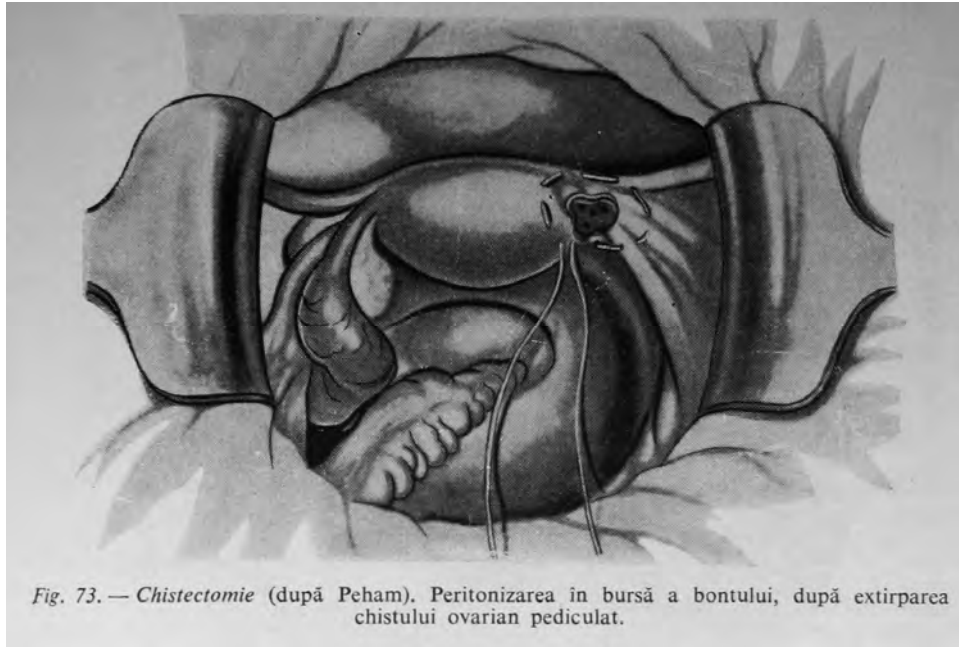


Fig. 73. — Chistectomie (după Peham). Peritonizarea în bursă a bontului, după extirparea chistului ovarian pediculat.

Cînd tumoarea este foarte aderent , se taie peretele chistului i se abandoneaz por iunea lipit de intestin, sau excep ional, se rezec ansa intestinal , urmat de anastomoz termino-terminal .

Dup extirparea chistului se controleaz starea tuturor viscerelor cu care fusese aderen i se completeaz hemostaza. Hemoragia în suprafa se st pî- ne te tamponînd loja cu o me , sau l sînd bure i de fibrin , sau pelicul de Gelaspon.

Abdomenul se închide f r drenaj, dup ce s-a controlat starea uterului i a anexei opuse. Dac hemoragia în suprafa se apreciaz ca fiind important , se las pentru 48 ore o me i un tub de dren.

În situa ia în care tumoarea nu poate fi extirpat i face bloc cu uterul se recurge la histerectomie subtotal de necesitate prin decolare anterioar sau dup procedeul H. Kelly (vezi pag. 342).

Dac pere ii chistului sînt foarte aderen i i extirparea devine riscant , se recurge la *marsupializare*. Din punct de vedere tehnic se procedeaz în dou moduri, dup cum se poate sau nu exciza o parte din pere ii chistului.

Prima eventualitate: marsupializare total . Este indicat cînd tumoarea nu poate fi deloc izolat . Se incizeaz peretele chistului în por iunea lui vizibil i marginile sînt suturate cu fire neresorbabile la peritoneul parietal. Se las un tub gros de dren simplu sau înf urat cu tifon, în interiorul chistului (fig. 75). Peretele abdomenului se sutureaz obi nuit, deasupra i dedesubtul drenajului.



Fig. 74. — Chistectomie (după Mocquot). În tumorile ovariene pediculate și aderente la intestin se secționează mai întâi pediculii inferiori ceea ce permite introducerea mâinii sub tumoare — dinainte îndărăt și dinăuntru în afară — și decolarea ei de jos în sus. Prin această manevră se aduce ansa intestinală în cimpul operator ușurând desfacerea aderențelor prin disecție atentă cu foarfece și secționarea ligamentului lombo-ovarian.

A doua eventualitate: marsupializare parțială. Este indicată ori de câte ori fundul tumorii chistice nu poate fi extirpat. Se procedează astfel: se izolează cât se poate pereții apoi se golește conținutul chistului prin punctie — prin incizie. Cu două pense de chist se apucă pereții și se trage punga cilului mai spre unghiul pubian al inciziei. Ajutorul menține în afara plăgii abdominale punga exteriorizată, trăgându-o de aceste pense (fig. 76). Operatorul execută cu un ac Hagedorn subțire, sau cu un Reverdin mic, o coroană de puncte neperforante, prinzând cu catgut conul format de emergența pereților chistului la peritoneul parietal și la aponevroza dreptilor. Acul însuși leză peretele chistului în sens orizontal, iar cele două capete ale firului se leagă deasupra aponevrozei, din untru în afară.

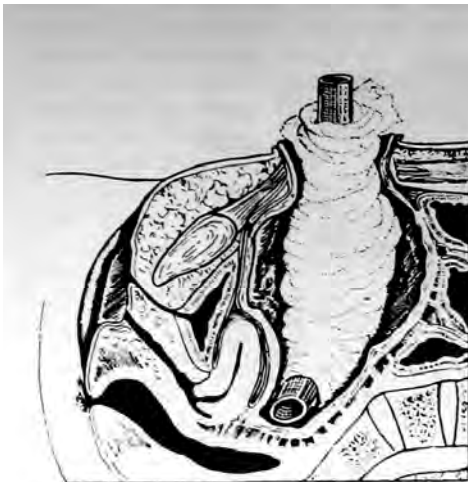


Fig. 75. — Chist ovarian aderent. Marsupializarea totală a chistului ovarian aderent și drenajul pungii marsupializate (după Monod).



Fig. 76. — Marsupializarea parțială a chistului ovarian aderent (după Monod).

Se închide peretele abdomenului deasupra și dedesubtul marsupializării. Porțiunea exterioră se excizează cu foarfecele drepte, răsucind cu tegumentele și marginile orificiului format de pereții chistului se fixează la piele cu puncte separate de a.

Vegetațiile intrachistice se pot racla cu o chiuret net ioasă, după care se lasă un dren ca în fig. 75. Tubul de dren se fixează la pielea abdomenului cu a.

Evoluția postoperatorie imediată este bună. Drenul se scurtează progresiv și cavitatea chistului se micșorează prin turtirea pereților, datorită presiunii intraabdominale.

Există vindecări prin cicatrizare secundară, lentă, dar și posibilitatea unei fistule persistente, datorită infecției supraadugate, care necesită mai târziu o nouă operație.

Chist dezvoltat între foițele ligamentului larg. Este vorba de chistul inclus între foițele ligamentului larg și nu de chistul inclavat³.

Chistul inclus se deosebește de chistul inclavat prin faptul că nu prezintă aderențe pe fața anterioară sau posterioară, ci numai la polul inferior, începând din locul unde foițele ligamentului larg se reflectă pe tumoră.

Între foițele ligamentului larg chistul se poate dezvolta în sus, în jos, anterior sau posterior, modificând complet anatomia regiunii, în special raporturile uterului. Aceste variații anatomice de dezvoltare sînt interesante de cunoscut, tehnica de extirpare a tumorilor incluse fiind adaptată la situația prezentată de fiecare caz.

Cele mai simple situații anatomo-chirurgicale sînt create de chisturile dezvoltate în partea superioară (mobilă) a ligamentului larg, adică între foițele mezosalpinxului. În acest caz, foițele mezosalpinxului sînt dedublate în partea superioară și trompa încercuiește tumoră ca o panglică. În partea inferioară tumorile nu sînt aderente, ceea ce le crează un grad de mobilitate, iar uneori dau impresia că sînt pediculate. Extirparea acestora este foarte simplă: se incizează foița peritoneală ori în partea cea mai bombată a tumorii, ori pe fața anterioară, sub ligamentul rotund. Se plasează pense Pean pe buzele peritoneului și cu degetul sau cu foarfecele curb închise (fig. 77) se caută spațiul de clivaj. Euclearea este urâtă de faptul că tumoră nu este aderentă la polul inferior, încît singura dificultate este desfacerea foițelor peritoneale cu care este acoperită și care nu oferă întotdeauna un bun spațiu de clivaj. Fie pe cale anterioară sau posterioară, odată ajunsă cu degetele la polul inferior al tumorii, extirparea se face simplu, de jos în sus. Dacă chistul este paraovarian, enuclearea se face fără sîngerare și deci fără nevoie de a aplica ligaturi pe vase. Singura greutate este de a nu sparge chistul în timpul manevrelor de decolare. Menționăm că pentru extirparea chisturilor incluse, păstrarea intactă a tumorii ajută la tehnica de decolare.

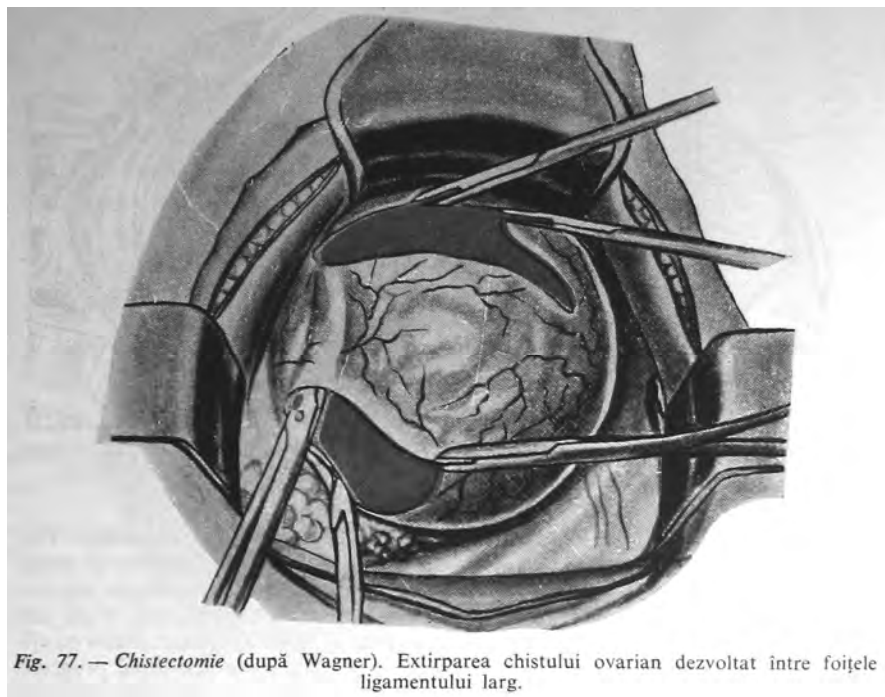


Fig. 77. — Chistectomie (după Wagner). Extirparea chistului ovarian dezvoltat între foițele ligamentului larg.

Dacă tumoră este mai voluminoasă și mai puțin abordabilă și dacă se prevede dificultăți atât în decolare cât și în extirparea ei, se deschide calea de acces, fie secționând în partea superioară a tumorii, pediculul lombo-ovarian și pediculul utero-tubar, ori numai unul dintre ele. Pensarea pediculiilor amintește asigurarea hemostazei. Decolarea foițelor peritoneale se face mai greu cu degetul, fiind necesar foarfecele curb pentru secționarea numeroaselor aderențe foarte rezistente. Decolarea în partea anterioară a tumorii trebuie să aibă mereu în vedere posibilitatea unor aderențe cu vezică, iar în partea superioară și mai ales posterioară a tumorii o anomalie în situația ureterului.

Dacă în timpul decolării tumoră se sparge, se introduce un deget în puntea golită și decorticarea pereților chistului se face ca pentru sacul herniar.

Tumorile dezvoltate în baza ligamentului larg determină situații anatomice particulare și din cauza fixărilor lor și a aderențelor la organele vecine (vezică, rect, colon sigmoid, ureter, vase) creează dificultăți mari în timpul extirpării.

Aceste tumori pot fi dezvoltate în sus și în jos.

Tumorile dezvoltate în sus pot avea două situații: ori sînt dezvoltate anterior și în acest caz au raporturi strînse cu vezică, ori sînt dezvoltate posterior și în acest caz, decolînd foița posterioară a ligamentului larg, se insinuează la stînga sub sigmoid, iar la dreapta sub cec. Sigmoidul poate fi întins pe tumoră și cum se petrece cu trompa în tumorile mezosalpinxului. Este de la sine

³ Chistul inclavat nu este altceva decît o tumoră pediculată blocată în micul bazin (Douglas), în general este acoperită de aderențe și ușor de dezincuiată cu mîna. Din punct de vedere chirurgical, conduita este aceeași ca în tumorile anexiale inflamatorii.

în ele c în asemenea situa ii, traiectul i forma ureterului sînt schimbate. El poate fi deasupra tumorii sau deviat intern sau extern fa de ea. De asemenea poate fi u or confundat cu un vas venos. Datorit acestor anomalii create de dezvoltarea tumorii, se risc sec ionarea ureterului, mai ales la intrarea lui în pelvis.

Tumorile dezvoltate în jos au raporturi strînse cu vaginul, cu pere ii pelvisului, puîndu-se insinua spre gaura obturatoare sau spre scobitura sciatic .

Din punct de vedere chirurgical, dezvoltarea tumorilor chistice în baza ligamentului larg creeaz dou dificult i: de abordare i de hemostaz i un pericol permanent: lezarea ureterului. Extirparea în bune condi ii a unui asemenea chist pune la încercare preg tirea, priceperea i arta chirurgului ginecolog.

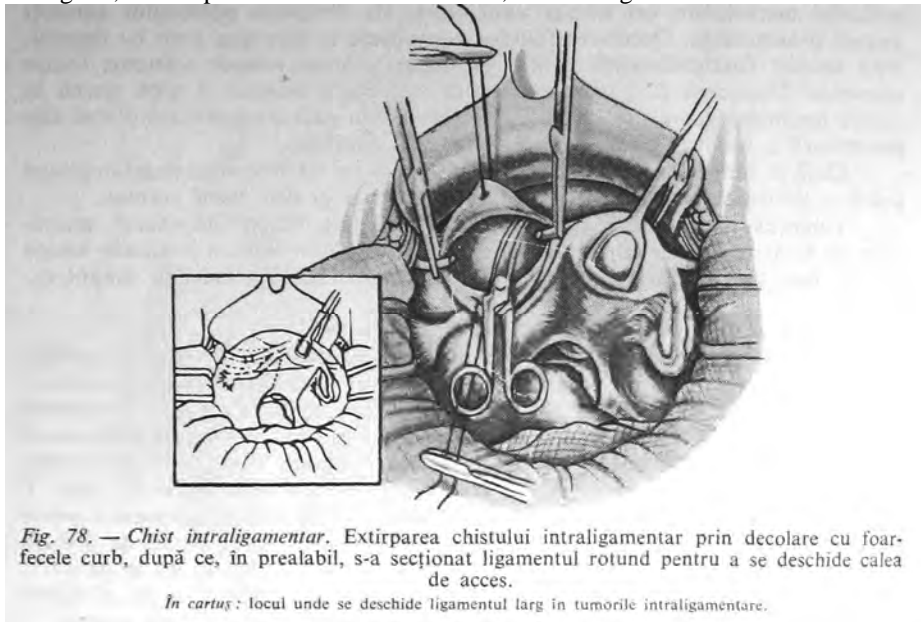
Din punct de vedere tehnic, timpul principal al opera iei îl constituie g sirea locului de deschidere a ligamentului larg, care s permit abordarea tumorii. O indica ie precis nu se poate da, fiecare caz oferind o alt posibilitate în raport cu volumul i cu varietatea de dezvoltare a tumorii, respectiv cu varietatea schimb rii raporturilor viscerelor pelvi-abdominale.

De obicei se deschide foi a anterioar a ligamentului larg sub ligamentul rotund sau între acesta i tromp (fig. 78-cartu).
Dac prezen a ligamentului rotund jeneaz , acesta se sec ioneaz între dou pense Kocher. Abordarea tumorii prin deschiderea foi ei anterioare a ligamentului larg are avantajul c permite decolarea de la început a vezicii, dep rteaz ureterul i u ureaz desfacerea tumorii dinainte-înapoi i de jos în sus.

Deschiderea foi ei posterioare a ligamentului larg înapoia trompei se face în tumorile cu evolu ie posterioar .

Atacarea tumorii dind r t înainte permite c utarea ureterului la intrarea în pelvis (adesea odat cu vasele lombo-ovariene) i identificarea raporturilor lui cu tumoarea.

Dup deschiderea ligamentului larg i prinderea peritoneului cu pense sau cu fire (pentru orientare, i pentru trac iune) se începe decolarea tumorii cu degetul, cu compresa sau cu foarfecele curb, închis. în general această decolare



este anevoioas fiindc nu exist un bun spa iu de clivaj. Sîngerarea, pericolul de a leza ureterul i dorin a de a nu deschide chistul cer din partea operatorului mult aten ie i îndemînare. Pentru mai mult lumin în cîmpul operator i pentru hemostaz , dac este nevoie, se penseaz i se leag pediculul utero-tubar i cel lombo-ovarian. Sec ionarea inser iei tubare deschide uneori o cale bun de decolare, îns calea aceasta între tumoare i uter este periculoas , expunînd la hemoragii greu de oprit i la lezarea ureterului.

În general, decolarea se face cu foarfecele curb închis, sec ionîndu-se totdeauna la vedere aderen ele rezistente care se ivesc. înainte de a sec iona, indiferent ce, este bine s ne gîndim la ureter. Decolarea cu foarfecele men ine în permanen acest instrument în contact cu peretele chistului. Decolarea început cu foarfecele poate fi continuat i completat cu degetele, sau invers.

În cursul decol rii se pot ivi dou accidente: spargerea chistului i imposibilitatea de a decola polul inferior.

În prima eventualitate se apuc marginile orificiilor cu pense, se introduc unul sau dou degete în punga golit i se decoleaz pere ii chistului, folosindu-se acelea i manevre ca pentru sacul unei hernii.

În a doua eventualitate, cînd tumoarea este foarte aderent în profunzime, se gole te con inutul prin punc ie, se apuc chistul cu o pens «în inim » i se încearc decolarea pere ilor cu compresa. Dac nu se reu e te, se excizeaz por iunea decolat i se abandoneaz fundul tumorii, r mas aderent pe pere ii pelvisului. Uneori, în timp ce se trage de pens , pere ii chistului se rup în profunzime i r mîn fragmente aderente. Este mai prudent s nu se insiste cu extirparea acestor fragmente i s fie l sate pe loc.

Dup extirparea tumorii se controleaz ureterul, vezica, uterul i anexa opus . Se verific i completeaz hemostaza. Dac patul chistului nu sîngereaz , se reface ligamentul larg cu surjet de catgut i se închide abdomenul f r drenaj. Dac foi ele ligamentului larg r mîn mai mari dup extirparea tumorii se rezec por iunile care par inutile i cele dou foi e se apropie cu fire în U, pentru a umple spa iul dintre ele (fig. 79).

De obicei patul chistului sîngereaz în suprafa i hemostaza cu pensa este imposibil , în aceste cazuri se peritonizeaz incomplet sau nu se peritonizeaz deloc, l sîndu-se pe suprafa a sîngerînd o me hemostatic i un tub de dren, sau dac sîngerarea este mare, chiar un Mikulicz. Suprafe ele sîngerînde se mai pot acoperi cu bure i de fibrin sau foi e de gelaspon. În sînger rile mici se poate l sa numai un tub de dren pentru controlul hemoragiei. Drenajul cu tub se prefer totdeauna — cînd este posibil — l drenajului cu me . În unele cazuri, pentru a exclude cavitatea r mas dup extirparea chistului de restul cavit ii abdominale,

marginile foi elor ligamentului larg se prind | la unghiul inferior al pl gii abdominale i se dreneaz ca în chisturile marsupializate (fig. 80).



Fig. 79. — Chist intraligamentar. Reconstituirea ligamentului larg după extirparea tumorilor incluse. Capitonarea spațiului cu fire în U trecute prin cele două foite ale ligamentului (după Monod).

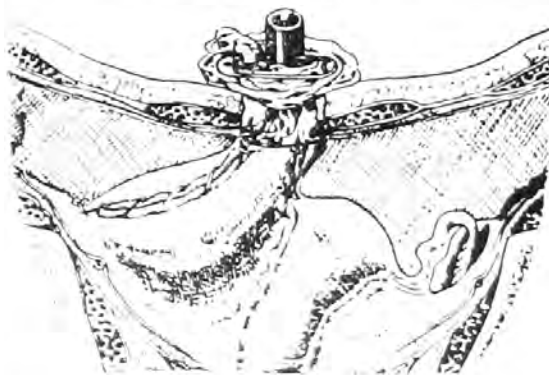


Fig. 80. Chist intraligamentar. Drenajul hemoragic după extirparea chistului intraligamentar (după Monod).

Sînt i si jja ii cînd peritonizarea patului chistului nu se poate face din lips de material. în aceste cazuri, suprafa a deperitonizat se acoper aducîn- du-se deasupra, la peritoneul vezical, colonul sigmoid (peritonizare colo-vezical).

Atragem aten ia c lezarea vezicii, intestinului i ureterului sînt accidente frecvente în cursul extirp rii chisturilor incluse i ca atare nu se trece la peri- tonizare i la închiderea abdomenului pîn nu se controleaz integritatea acestor viscere. Perfora iile vezicii i intestinului se repar imediat (sutura peretelui în dou straturi, cu/f r plastie de epiploon liber); ureterul sec ionat se reimplan- teaz în vezic (ureteroneocistostomie).

Mai greu de st pînit sînt unele hemoragii. în aceste cazuri, se încearc tamponamentul cu me e, pensarea unor vase profunde a c ror ligatur nu se poate face i l sarea penselor pe loc timp de 48 de ore, iar la nevoie se recurge la histerectomie sau la legarea arterei hipogastrice.

Evolu ia postoperatorie imediat depinde de felul cum s-a rezolvat cazul: ea este simpl , cînd opera ia nu a durat mult, cînd sîngerarea a fost mic , cînd abdomenul s-a închis f r drenaj, i complicat , cînd s-au f cut decol ri întinse i mai ales cînd s-a drenat (anemie, febr , parez intestinal , hemoragii secundare, subocluzie, peritonit). în cazurile drenate, evolu ia postoperatorie tardiv se poate complica cu manifest ri flebotrombozice, supura ii cronice fistulizate la perete i eventra ii. Fistule ureterale, intestinale sau vezicale complic adeseori evolu ia postoperatorie.

— Solu ii chirurgicale pentru cazurile complexe i complicate. Dacă chistul este foarte aderent la uter i decolarea acestuia este imposibil sau risc producerea unor hemoragii greu de st pînit, se recurge la histerectomie dup procedeul Kelly (fig. 81) ceea ce permite abordarea i extirparea tumorii de jos în sus i din untru în afar .

Dacă se întîlnesc tumori bilaterale, fie chisturi incluse, fie chist inclus într-o parte i anexit aderent de partea opus , se recurge la histerectomie prin hemisec ie sau decolare anterioar (vezi pag. 355).

Chistul dezvoltat retroperitoneal ridic cele mai grele probleme de conduit i de tehnic chirurgical . Aceste tumori se dezvolt la început între foi ele ligamentului larg; în cursul cre terii lor, un diverticul, care mai tîrziu poate lua propor ii mari, împinge înd r t i în sus foi a posterioar a ligamentului larg, pîn cînd tumoarea ajunge între foi ele mezocolonului sigmoidian, mai rar între foi ele mezenterului (fig. 82).

Topografic chistul este situat retroperitoneal; posterior aplicat direct pe pere ii pelvisului, pe vasele iliace i pe ureter; anterior este acoperit în e arf de colonul ilio-pelvian i de seroasa peritoneal . Vasele hr nitoare ale colonului se v d pe sub seroasa care acoper chistul, deasupra ansei intestinale. în unele cazuri, chistul se insinueaz i pe sub foi a peritoneal care acoper fa a

posterior a uterului, ajungând pînă la ligamentul larg opus. Peritoneul care acoperă chistul trece direct pe fața anterioară a uterului, acesta apărînd ca «înghițit» de masa tumorală.

Extirparea completă a chistului — deși foarte grea — este singura conduită justă. Operația fiind de lungă durată și laborioasă este necesară o bună anestezie și reanimare intraoperatorie.

După ce se explorează câmpul operator, se precizează diafragma, la care se identifică ansa intestinală trecut «în ea» peste tumoare, se face o incizie transversală a peritoneului, de la o extremitate la alta a tumorii, iar aici se va centimetri sub ansa colonului (fig. 83); incizia peritoneală este paralelă cu ansa

intestinală și niciodată deasupra acesteia, fiindcă se secționază arterele colice. Nu se evacuează conținutul chistului; dacă, totuși, volumul chistului împiedică decolarea, golirea lui se face cu un trocar mic și aspirație lentă pentru a evita decompresiunea bruscă.

După incizia peritoneului, se începe decolarea ansei intestinale de jos în sus, cu latul foarfecelui; nu se secționază nici o aderență în cursul decolării, înainte de a fi bine expuse și atent individualizate. Astfel, decolîndu-se mereu în sus, se ajunge la polul superior al tumorii. În acest moment este mai bine să se golească conținutul chistului, ceea ce permite ca decolarea peretelui posterior să se facă de sus în jos, sub controlul vederii. În fața fiecărei bride de secționat, operatorul să se gîndească la ureter. În partea de jos a pelvisului, dacă decolarea este laborioasă și mai ales cînd chistul este aderent la uter, sînt posibile două soluții: să se secționeze pediculul lombo-ovarian și decolarea să se facă din afară în untru, sau să se recurgă la histerectomie, după procedeul Kelly.

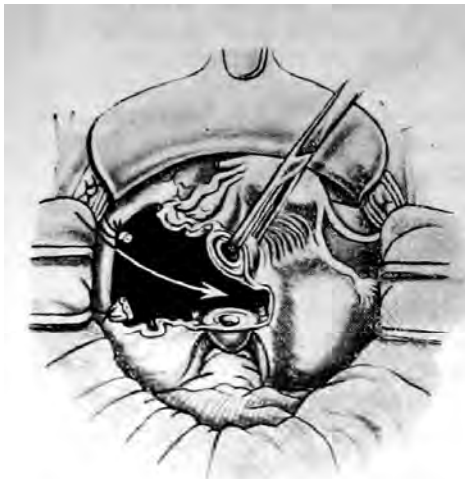


Fig. 81. — Chist intraligamentar. Extirparea tumorii intraligamentare prin histerectomie după procedeul Kelly. Această tehnică permite abordarea tumorii incluse și aderențele, de jos în sus.

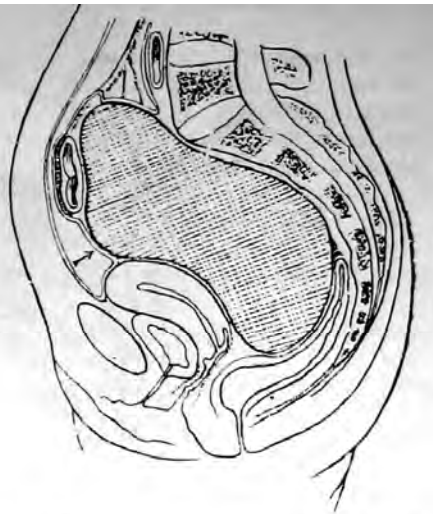


Fig. 82. — Chist retroperitoneal. Modul de dezvoltare a chistului retroperitoneal (după Monod).

După extirparea chistului rămîne o largă suprafață deperitonizată, deseori sîngerînd. Peritonizarea este posibilă, dar închiderea abdomenului nu se poate face fără un drenaj de siguranță.

Repetînd această intervenție este extrem de grea și cînd în mîinile celui mai talentat și experimentat chirurg se pot produce leziuni ale vaselor iliace, ale ureterului și ale intestinelor. Operatorul trebuie să fie pregătut pentru a putea face față tuturor acestor accidente.

Dacă starea bolnavei nu permite o operație atît de anevoioasă și cu atîtea riscuri, dacă chirurgul apreciază că dificultățile de extirpare sînt mari, și mai ales cînd nu se găsește în condiții de a face față accidentelor, se recurge la marsupializarea chistului.

Chistul torsionat. Operația pentru extirparea unui chist de ovar torsionat face parte din «urgențele» chirurgiei ginecologice.

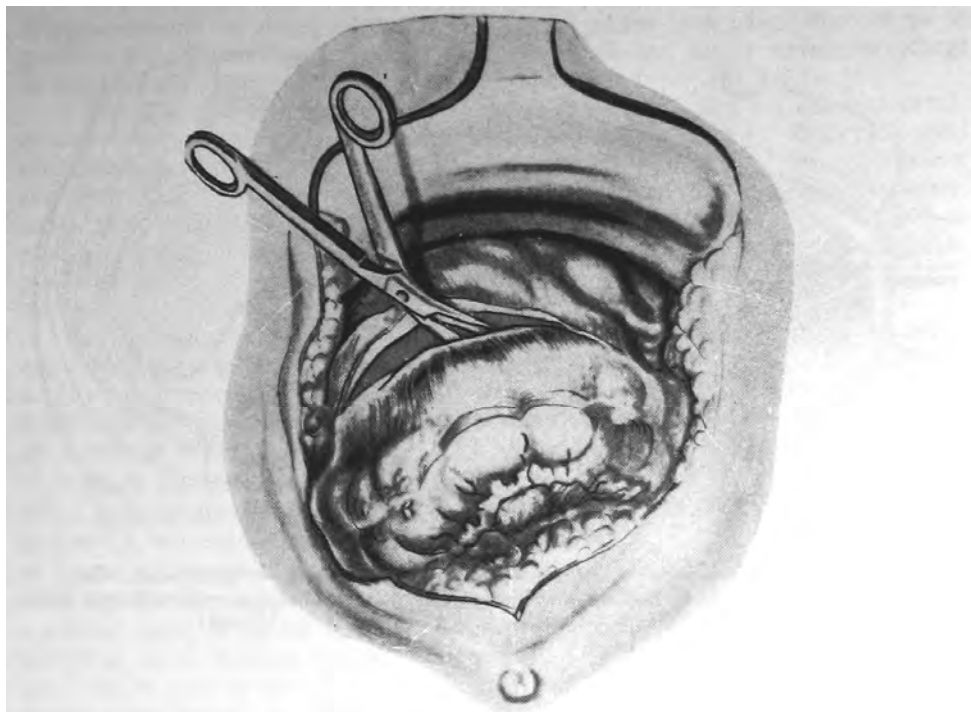


Fig. 83. — *Chist retroperitoneal.* În chistul retroperitoneal, foiața peritoneului se incizează la câțiva centimetri sub ansa colonului. Decolarea se face cu foarfecele curb.

Cîteva noțiuni de fiziopatologie sînt necesare de cunoscut pentru ca această intervenție să se execute în bune condiții:

- diagnosticul de chist torsionat nefiind formulat niciodată cu certitudine înainte de operație, în fața unui abdomen acut, cu nesiguranță asupra diagnosticului, se pornește totdeauna prin incizie mediană;

— chistul torsionat poate avea conținutul infectat sau foarte toxic, de aceea nu se puncționează cu trocarul, iar cavitatea peritoneală se izolează cu mult grijă, cu câmpuri moi, pentru eventualitatea că tumoarea, uneori sfacelat, s-ar putea sparge în timpul luxuriei din abdomen; din aceste motive este de preferat să se prelungească incizia peretelui, decît să se puncționeze chistu.¹, sau mai bine să se puncționeze decît să se rupă în peritoneu în timpul manevrelor de exteriorizare, printr-o incizie prea mică;

— chistul torsionat este o tumoră pediculată și ca atare, de cele mai dese ori, este lipsit de aderențe sau în tot cazul dacă prezintă unele aderențe, acestea sînt recente, deci laxe și ușor de desfcut;

— detorsionarea chistului produce reflexe nocive la distanță, embolii și revrsare de toxine în circulație, de aceea se infiltrază pediculul cu soluție xilină 1% înainte de a se aplica pensa de hemostază și tumoarea se extirpă ca atare sau se detorsionează numai după ce circulația la nivelul pediculului a fost întrerupt prin aplicarea pensei de hemostază; pensa de hemostază se aplică în afara locului de unde pediculul începe să fie rucit;

— nesiguranța care există asupra septicității conținutului chistului, mai ales dacă chistul a fost spart în timpul operației — îi peretele prezintă zone sfacelate, determinînd sarea unui drenaj de siguranță, cu tub, la închiderea peretelui, în aceste situații se fac și însămînțări pe medii de cultură, din lichidul revrsat.

Cu respectarea acestor reguli, tehnica de extirpare a chistului torsionat este simplă:

- laparotomie mediană sub anestezie generală sau rahianestezie;
- izolarea abdomenului cu câmpuri moi;
- cu mîna introdusă în abdomen se conturează tumoarea și se exteriorizează fără brutalitate și fără detorsionare;
- se controlează zona de rucire a pediculului și se infiltrază, în afara ei, xilină;
- se aplică o pensă curbă de hemostază pe pedicul, dincolo de zona rucită;
- se detorsionează tumoarea cu care ocazie se verifică dacă pensa a prins pediculul în întregime;
- se secționează pediculul, extirpîndu-se tumoarea;
- se leagă pediculul cu fir transfixiant și se înfundă bontul sub peritoneu;
- se controlează uterul, anexa opusă și apendicele;
- se spală Douglasul cu ser fiziologic;
- se închide abdomenul cu sau fără drenaj, în raport cu felul cum a decurs operația, gradul de sfacelare a pereților chistului, bușnăla de infecție pe care o dă aspectul lichidului etc. în general trebuie evitat, cînd nu este absolut necesar, chiar dacă se execută cu tub și se lasă numai pentru 48 de ore. Antibioticele înlocuiesc «siguranța» pe care o oferea înainte drenajul, iar evoluția postoperatorie la bolnavele nedrenate este mult mai simplă. Dacă se drenează, capătul tubului se exteriorizează în afara inciziei peretelui abdominal.

Chist ovarian rupt în peritoneu. De obicei această situație este urmarea fisurării unui chist torsionat din cauza necrozării pereților. În peritoneu se găsește o cantitate apreciabilă de lichid sanguinolent. Conduita chirurgicală este aceeași ca și în chistul torsionat simplu. Drenajul de «siguranță» este recomandabil ca și recoltarea pentru culturi bacteriologice.

Chistul netorsionat rupt se tratează ca orice chist ovarian simplu, obișnuit; acest accident nu dă complicații și foarte rar se intervine pentru aceasta.

De cele mai multe ori se intervine pentru chist rupt și supurat. Conduita este aceeași ca și în peritonită: laparotomie și drenaj. Dacă este posibil, se scoate pungă chistului, dacă nu, se drenează și se așteaptă evoluția sub tratament intens cu antibiotice. În caz de fistul persistent, se reintervine ulterior, la rece, cu care ocazie se scoate pungă care întreține supurația.

Boala gelatinoasă a peritoneului. Cu ocazia celiotomiei se poate găsi în peritoneu o substanță gelatinoasă, cleioasă, și spîndit în urma rupturii unui chist ovarian cu conținut mucoïd. Dacă nu se găsește pungă chistului, se controlează apendicele (chist apendicular rupt — Lecene). Boala gelatinoasă a peritoneului se tratează paliativ: scoaterea pungii chistului, a substanței gelatinoase (cît se poate) și închiderea abdomenului fără drenaj. Recidivele sînt frecvente. În cazul acestora, se procedează din nou la laparotomie, deoarece extirparea focarelor refăcute crește rata de supraviețuire. Iradierea postoperatorie oferă uneori succese [Pankama, Ullery — citați de Kiser (37)].

Chist ovarian vegetant cu ascită. Aceste tumori sînt frecvent neoplazice; conduita chirurgicală este ezitantă, atît prin faptul că deseori sînt aderenente încît nu pot fi extirpate (chist inoperabil), cît și din cauza inutilității actului chirurgical în aceste forme propagate în tot abdomenul. De multe ori excrează chirurgical grăbește evoluția acestor neoplasme. Cu toate acestea, se pot întîlni în practică chisturi de ovar vegetante, cu ascită și diseminări peritoneale, a căror extirpare duce la vindecare pentru un număr îndelungat de ani. De aceea, dacă chistul nu este foarte aderent, se extirpă. Pe cît este posibil, se disecă și se extirpă și peritoneul parietal al pelvisului, rîmas după extirparea tumorii. În aceste cazuri tactica operatorie se lărgăște, practicîndu-se o histerectomie subtotală sau totală, cu extirparea anexei opuse, dictată de două categorii de indicații: de necesitate — aceste organe pot fi interesate în procesul neoplazic — și de oportunitate — scoaterea acestor organe urează tehnica de extirpare a tumorii.

Cu ocazia extirpării chistului cu sau fără histerectomie se rezecă și epiploonul infiltrat (omentectomie profilactică).

Din punct de vedere tehnic extirparea unui asemenea chist este anevoioasă din cauza aderențelor și a hemoragiei. Căutarea pediculului și legarea lui de la început face operația mai puțin sîngerîndă. După extirparea chistului se controlează hemostaza și nu se peritonizează. Se închide abdomenul fără drenaj. Dacă rîmîn suprafețe întinse sîngerînde (sîngerare în « masă ») se tamponează loja cu sac Mikulicz. Porțiunile din pereții chistului care nu pot fi extirpate se abandonează, preferîndu-se această conduită riscului de deschidere a intestinului, lezării ureterului sau ruperii unei vene iliace. S-au văzut cazuri cînd aceste fragmente de esut vegetant au dispărut după operație.

Dacă în timpul operației, biopsia extemporanee arată prezența unui chist vegetant malign, la sfîrșitul intervenției se lasă în peritoneu sarcolizîn și un tub subțire, din plastic, exteriorizat la peretele abdominal, prin care se pot introduce substanțe citostatice postoperatoriu.

Tehnică omentectomiei profilactice. Pentru această conduită pledează faptul că epiploonul este frecvent sediul metastazelor și că acestea duc la recidivarea ascitei.

Se exteriorizează colonul transvers și se delimitează exact inserția epiploonului. Cu mîna stingă se apucă orolul epiploic și cu dreapta se aplică pensele Kocher, transversal pe inserția epiploonului, una spre colon, alta spre partea care cade, în mod succesiv. Se secționază între pense și se îngătnă pe porțiunile, partea dinspre ansa colică, cu fire transfixiante de ață (vszi fig. 17).

Evoluția postoperatorie și rezultate. Excluzînd cazurile complicate (chist torsionat, chist rupt și supurat, chist foarte aderent), ca și pe cele neoplazice, evoluția postoperatorie imediată, după ablația unui chist ovarian, este din cele mai simple. Riscul operator la femeia tînără este aproape inexistent.

Curînd după operație, organismul femeii se echilibrează hormonal, ca și cum tumoarea exercită o inhibiție asupra ovarului și nătos. Dovadă sînt sarcinile care apar după ablația chisturilor unilaterale și reglementarea ciclurilor menstruale.

Ulterior, apariția unui chist pe ovarul restant este posibilă, necesitînd o nouă intervenție. Aceste cazuri sînt totuși rare și este greu de afirmat originea chistului: există în momentul primei operații sau este reacția ovarului restant după ovariectomie unilaterală? Aceste recidive pot fi evitate astfel:

— se controlează intraoperator ovarul « și nătos » și în caz de nesiguranță, se secționază longitudinal, fapt important în chisturile papilifere sau dermoide, frecvent bilaterale. În această situație dacă femeia este tînără se face rezecție parțială de ovar, iar la cele în climacteriu, anexectomie bilaterală cu histerectomie;

— se infiltrează intraoperator, pediculul lombo-ovarian al ovarului parțial, cu soluție de xilin 1%, pentru blocarea reflexelor nociceptive, capabile să excite funcția gonadotrop hipotalamo-hipofizară, pe același principiu de blocare a regiunii hipotalamo-hipofizare, se administrează din ziua operației și în următoarele două zile postoperatorii, cîte 50 mg metiltestosteron intramuscular (Crîngu) (16);

— se blochează regiunea hipotalamică prin administrare ciclică, de estro-progestative de sinteză, timp de ase luni, după operație.

În timpul sarcinii, extirparea unei tumori chistice ovariene nu compromite evoluția acesteia, cu condiția ca operația să se facă — exceptînd tumorile torsionate — numai după a 14-a săptămînă.

Conduita unanim acceptată în tumorile ovariene benigne este de a se interveni chirurgical ori de cîte ori acest diagnostic este formulat: la femeile fertile, chirurgie conservatoare cu parțială a unui sau ambelor ovare; la femeile în jurul menopauzei sau în climacteriu, chirurgie radicală: histerectomie cu extirparea și a ovarului și nătos, pentru a se evita recidivele.

În cazul tumorilor maligne se face histerectomie cu anexectomie bilaterală, în mod cu totul excepțional se poate limita operația la anexectomie unilaterală numai la femeia tînără, și fără copii, cu condiția ca ovarul de partea opusă să fie normal și carcinomul extirpat strict încapsulat.

b) CHIRURGIA ÎN INFLAMAȚIILE ANEXIALE INFLAMAȚIILE ANEXIALE CRONICE

Chirurgia conservatoare în inflamațiile cronice ale anexelor este deseori posibilă și trebuie încercată la femeia tînără. Sînt excluse posibilitățile chirurgiei conservatoare, în supurațiile ovariene bilaterale. În inflamațiile salpingo-ovariene cronice, leziunile sînt mai dezvoltate la nivelul trompelor și mai puțin la nivelul ovarelor. Deseori, în fața unor anexe tumorale, foarte aderente, se recurge la anexectomie, strict pentru simplificarea actului chirurgical. Este recomandabil să se încerce ori de cîte ori este posibil, extirparea numai a organului bolnav, în speță trompa, și să se păstreze ovarele, un ovar, sau măcar o porțiune din acesta, pentru a se evita tulburările de castrare, iar uneori pentru a face posibilă o sarcină.

Pio-ovarul bilateral este excepțional, situația în care extirparea ambelor ovare devine obligatorie. Trompele sînt cointeresate în procesul inflamator și operația constă din anexectomie bilaterală. Este de la sine înțeles că în această eventualitate se face și histerectomie concomitentă.

Indicațiile chirurgiei conservatoare în infamiile cronice anexiale depind de doi factori:

- pregătirea chirurgului (cunoștințele tehnice și îndemnarea, fiind vorba de o chirurgie delicată și minuțioasă);
- starea ovarului (ovarul sau porțiunea de ovar păstrată să nu fie integral modificată de consecințele inflamației și desfacerea lui din aderențe să fie tehnic posibil fără compromiterea vascularizației).

În raport cu sediul, întinderea și caracterul leziunilor se poate recurge, din punct de vedere tehnic, la:

- ovariectomie unilaterală cu sau fără ovarioliză de partea opusă;
- anexectomie unilaterală cu sau fără anexoliză de partea opusă;
- salpingectomie uni- sau bilaterală, cu păstrarea ambelor ovare;
- ovariectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă (ovaro-salpingectomie încrucișată);
- anexectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă (anexectomie cu salpingectomie contralaterală);
- anexectomie unilaterală cu salpingectomie contralaterală și extirparea fundului uterului (operația Beutner) cu păstrarea unui singur ovar;
- salpingectomie bilaterală cu extirparea fundului uterului și păstrarea ambelor ovare (histerectomie fundic interovariană);
- anexectomie unilaterală cu salpingectomie de partea opusă și implantarea ovarului în uter (la femeia tânără cu dorința expresă de a avea copii).

Hotărîrea de a se recurge la una din aceste posibilități tehnice se ia în timpul intervenției, în raport cu dificultățile operatorii întâlnite, cu sediul leziunii, cu procesele patologice asociate ale uterului, cu starea ovarului după izolarea lui din blocul inflamator, cu dorința femeii de a avea copii și cu convingerea operatorului, câștigată prin experiență, că merită să fie păstrată. Numeroase sînt insuccesele cînd, condusă în exclusivitate de ideea de a conserva ovarul cu scopul evitării tulburărilor de castrare, se recurge la diferite proceduri chirurgicale numai din dorința de a se executa o intervenție conservatoare pe care starea funcțională și anatomică a organului operat nu o justifică deajuns.

OVARECTOMIA UNILATERALĂ

Această operație se practic rar în procesele inflamatorii fiind înlocuită cu anexectomia. Are o singură indicație, și aceasta excepțional, la femeile tinere și fără copii, la care lipsește trompa opusă. (Se conservă posibilitatea unei fecundații contralaterale.)

OVARECTOMIA BILATERALĂ

Se practic în cancerul mamar, de către unii profilactic, iar de alții numai în carcinomul mamar cu metastaze.

Tehnic. Cu pense de hemostază se prind mezoovarul și ligamentul utero-ovarian. Se pun ligaturi pe locul penselor și se peritonizează (fig. 84).

ANEXECTOMIA UNILATERALĂ

Indicații. Anexectomia unilaterală este indicată în procesele inflamatorii importante și localizate numai într-o singură parte (absces sau chist tubo-ovarian, salpingo-ovarită hipertrofică), în tumorile solide sau chistice ale ovarului care au compromis glanda în întregime sau care nu pot fi extirpate decât printr-un procedeu de exereză anexei în totalitate.

Tehnic. Secționarea pediculului lombo-ovarian: cu o pensă «în inimă» se prinde și se trage de partea proeminentă a anexei; astfel se pune în evidență ligamentul lombo-ovarian, care se secționează între două pense Kocher sau între o ligatură în afară și o pensă în untru (fig. 85). Legarea pediculului se face cu fir de ață sau de nylon.

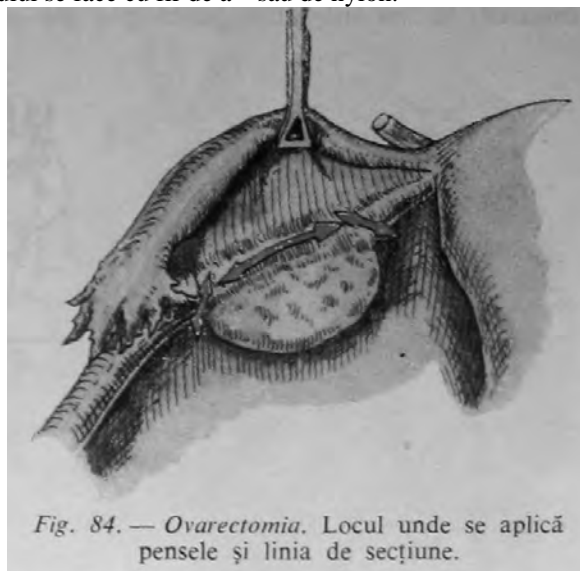


Fig. 84. — Ovariectomia. Locul unde se aplică pensele și linia de secțiune.

Secționarea trompei: se face între două pense de hemostază sau între un fir plasat în untru și o pensă aplicată în afară (fig. 86). Ligamentul utero-ovarian poate fi secționat și legat odată cu trompa sau separat (fig. 86-cartu).

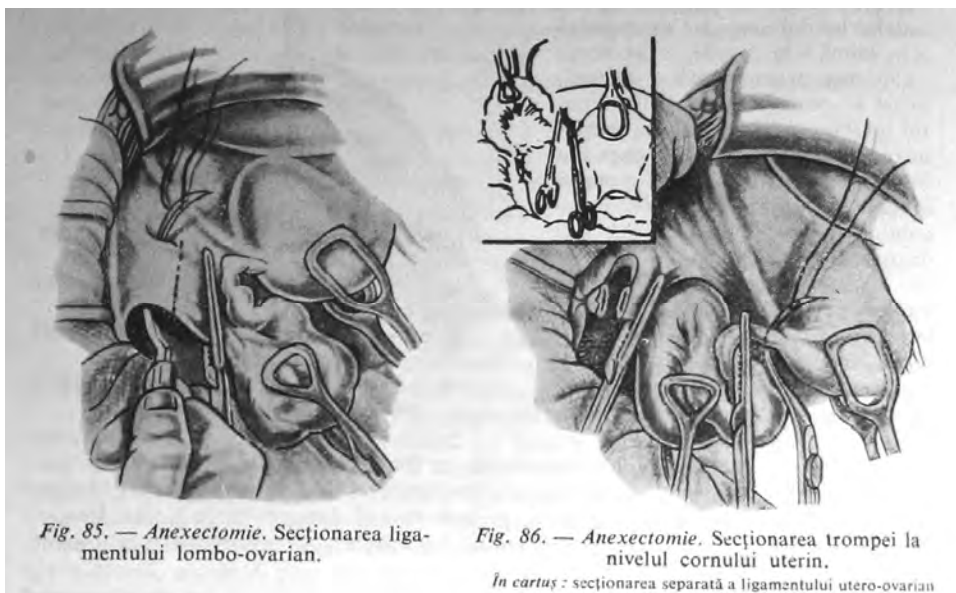
Extirparea anexei: se face sec ionînd cu foarfecele curb cele dou foi e ale ligamentului larg, pornind, fie din untru în afar (pe sub cap tul trompei sec ionate) (fig. 87), fie din afar în untru (pe sub ovarul deta at de pedicul). In general această exerez este lipsit de hemoragie; unele vase sec ionate pot fi u or pensate.

Peritonizarea: se face cu un fir sub ire de catgut, în suijet, pornindu-se din afar în untru. Se înfund cap tul ligamentului lombo-ovarian sub foi ele ligamentului larg ca în fig. 88 A, apoi se prind cele dou foi e pîn la marginea uterului (fig. 88 B). Singura grij este de a nu leza ureterul, care se g se te sub foi a posteriora . Pentru aceasta se folose te un ac sub ire, curb, care se trece strict prin marginea foi ei posterioare a ligamentului larg. Firul nu se strînge tare, ca s nu se pliseze peritoneul. La cap tul uterin al suijetului, bontul trompei sec ionate se înfund sub foi ele ligamentului ca în fig. 88 C. Dacă trompa are con inut purulent (tuberculoz ?) sau nodozit i (endometrioz ?), este de preferat s se rezece cuneiform por iunea intersti ial a ei (fig. 89 a), pentru a se evita eventualele fistule purulente, fistule menstruale sau dureri ale bontului tubar. Spa iul creat de excizia cuneiform se închide cu un punct de sutur în U (fig. 89 b) sau puncte separate de catgut, iar suprafa a de sutur se peritonizeaz cu ligamentul rotund ca in fig. 89 c.

închiderea abdomenului se face f r drenaj, sau cu drenaj, dac anexa a fost supurat i s-a spart în peritoneu în timpul manevrelor de extirpare. In acest caz recoltarea puroiului pentru îns min ri pe medii de cultur este necesar .

3. P STRAREA OVARULUI SAU A UNEI POR IUNI DIN EL PENTRU MEN INEREA FUNC IEI GESTATIVE

Pornindu-se de la principiul c p strarea unei por iuni de ovar, cât de mic , poate s men in func iile acestui organ, atît cea ovogen , cât i cea endocrin , s-au propus un num r de interven ii chirurgicale menite s conserve sau s restabileasc , în anumite st ri patologice ale ovarului, în special func ia gestativ .



Aceste opera ii conservatoare sînt:

- ignipunctura;
- enuclearea chisturilor distrofice;
- rezec ia par ial ;
- implantarea ovarului în uter.

Tehnicile enumerate urm resc s p streze posibilitatea unei sarcini, s men in sinergia func ional a glandelor endocrine i normalizarea ciclurilor menstruale.

Pentru ca aceste opera ii s - i ating scopul, fragmentul de ovar p strat trebuie s fie s n tos i bine vascularizat. Tehnicile chirurgicale trebuie s respecte aceste condi ii, altfel fragmentul p strat degeneriaz chistic, puînd produce tulbur ri locale (dureri) i generale, importante.

Opera iile conservatoare pe ovar pot fi compromise de factori tisulari, vasculari i neuro-hormonali.

Posibilit ile chirurgiei conservatoare nu se pot judeca decît în timpul opera iei i faptul c nu posed m alt criteriu de apreciere în ceea ce prive te starea esutului ovarian, decît cel microscopic, constituie cauza multor insuccese.

P strarea vasculariza iei i inerva iei ovarului constituie un factor important care nu poate fi îns respectat totdeauna în condi ii optime.

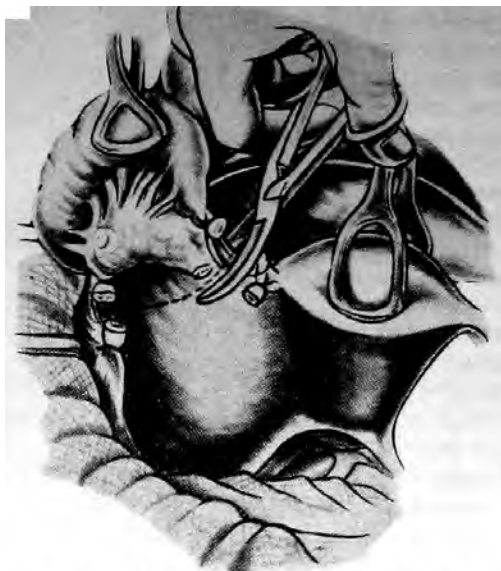


Fig. 87. — Anexectomie. Secționarea foștelor ligamentului larg și extirparea anexe.

Rezultatele chirurgiei conservatoare a ovarelor nu sînt încurajatoare, de aceea practicarea lor trebuie făcută cu indicații precise, avîndu-se mereu în minte că o operație pe ovar poate avea consecințe mult mai rele decît dacă ne-am fi abținut de la executarea ei. Din punct de vedere chirurgical, tehnicile se conduc după două idei: să se traumatizeze cît mai puțin și să se rezecă cît mai limitat.

INDICAȚII CHIRURGICALE ÎN DISTROFIILE OVARIENE

— *Dovarita sclero-chistică*. Interpretarea etio-patogenică și manifestarea fiziopatologică a ovaritei sclero-chistice este confuză și contradictorie. Unii o consideră inflamatorie, alții neutrofică — în tumorile și în tulburările de statică a uterului și alții hormonală, iar alții drept o stare trecătoare în morfofiziologia ovarului. Experiența a arătat că ovarita sclero-chistică, mai ales la femeile în plină activitate genitală nu beneficiază de pe urma tratamentului chirurgical, dimpotrivă, funcția ovariană se dereglează în urma agresiunii intervențiilor operatorii.

Ovarele sclero-chistice, care se observă deseori cu ocazia celiotomiilor făcute pentru fibromul uterin, pentru tulburările de statică ale uterului, pentru diversele sindroame dureroase genitale, trebuie păstrate ca atare. În asemenea situații femeile beneficiază cert de pe urma scoaterii miomului, a rectificării statice a uterului, a scoaterii apendicelui bolnav, a rezecției nervului presacrat, mai mult decît dacă, concomitent, se intervine și asupra ovarelor găsite sclero-chistice, prin rezecții parțiale sau chiar numai prin spargerea chisturilor cu acul.

Ovarele sclero-chistice, care se întîlnesc în varicocelul utero-ovarian și în ovarele prolabate, beneficiază de pe urma fixării ligamentului suspensor al ovarului (vezi Ovaropexia pag. 126).

Ovarele sclero-chistice care se întîlnesc în infimațiile cronice ridică probleme speciale de conduită, în raport cu natura inflamației, vîrsta bolnavei și felul tulburărilor funcționale. Dacă femeia este tânără și leziunile inflamatorii recente, se conservă integral ovarele. O ligamentopexie pune ovarele în condiții mai bune de funcționare, iar tratamentul cu antibiotice duce la regresivitatea procesului inflamator. Dacă femeia este tânără și leziunile inflamatorii sînt vechi, conduita diferă de la caz la caz, mergînd de la simpla liberare a ovarelor din aderențe (ovaroliză), pînă la extirparea aceluia care se prezintă mai bolnav. Dacă leziunile sînt unilaterale și celălalt ovar este sănătos, scoaterea ovarului bolnav (ovarectomie), fără nici o altă încercare de a interveni pe ovarul care rămîne, este o conduită de preferat. Multe cazuri cu sterilitate se vindecă după scoaterea unei anexe bolnave. Dacă femeia este în vîrstă și leziunile sînt bilaterale, extirparea ambelor ovare, cu histerectomie concomitentă, este conduita cea mai bună în tratamentul nevralgiilor pelviene, de care aceste bolnave se plîng, tulburările de castrare putînd fi ușor evitate și tratate cu metode hormonale. Chirurgia conservatoare pe ovare la această din urmă categorie de bolnave se soldează totdeauna cu eșecuri, femeile devenind în scurtă vreme niște infirme, atît din punct de vedere funcțional (dureri, metroragii, tulburări neuro-vegetative generale), cît și din punct de vedere organic (aparitia unor tumori chistice care necesită reintervenție).

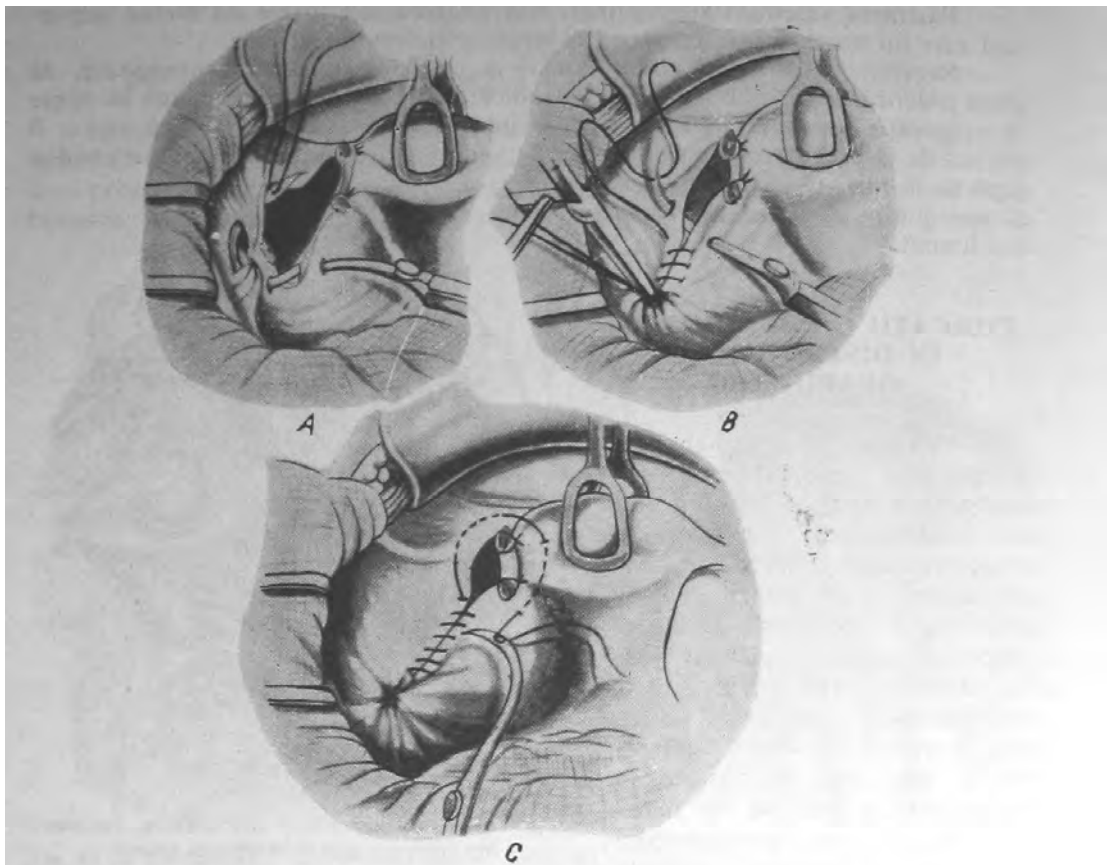


Fig. 88. — (A, B, C). Anexectomie. Reconstituirea ligamentului larg:
A — înfundarea bontului ligamentului lombo-ovarian; *B* — cele două foițe ale ligamentului larg se suturează cu surjet de catgut; *C* — surjetul se termină la cornul uterin unde se înfundă, sub foițele ligamentului larg, bontul trompei.

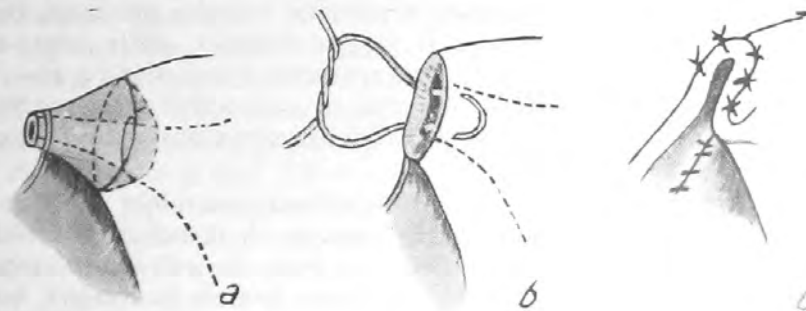


Fig. 89. — (a, b, c) Anexectomie:
a — excizia cuneiformă a inserției trompei; *b* — spațiul creat se închide cu un fir de catgut în U; *c* — deasupra se peritoneizează cu ligamentul rotund.

Menționăm că încercările de a trata ovarita sclero-chistică prin fenolizarea pediculului lombo-ovarian (metoda Doppler), rezecția nervilor la nivelul hilului (metoda Dupont-Lhermitte), secționarea pediculului lombo-ovarian (metoda Castano), cu scopul de a tăia firurile oarele nervoase simpatice care vin la ovar, nu dau rezultate.

În concluzie, tratamentul chirurgical este rar indicat⁴ în ovarita sclero-chistică, aceasta beneficiind mai mult în urma abinerii de la tratamentul chirurgical, decât dacă ovarele sînt „ajustate” prin diferite procedee operatorii. Singurele operații indicate în ovarita sclero-chistică sînt acelea care se practică la distanță de ovar și care urmăresc suprimarea factorilor de congestie locală: ablația unui fibrom, corectarea staticii uterului, a procidenței ovarelor și extirparea apendicelui. Rezecția nervului presacrat este indicată dacă ovarita sclero-chistică se însoțește de manifestări produse de o plexalgie hipogastrică concomitent: dismenoree, vaginism, dispareunție etc. Ovarele sclero-chistice trebuie socotite ovare sănătoase și cu cît se vor face mai puține operații chirurgicale pe ele, cu atît funcția lor va fi mai bună (Cotte) (15).

⁴ Dacă totuși intervenția apare ca necesară se preferă rezecția bilaterală în locul ovariectomiei unilaterale; ligamentopexia, rezecția nervului presacrat și apendicectomia completează în mod indispensabil operația făcută pe ovare, chiar cînd această operație se reduce numai la ovaroliză sau ovaropexie.

INDICA II CHIRURGICALE ÎN CHISTURILE FUNC IONALE ALE OVARULUI (chistul folicular, chistul luteinic și chistul hemoragie)

— *Chistul folicular* reprezintă atrezia chistică a unui folicul de Graaf persistent. Tumora poate atinge volumul unui ou. Conținutul chistului este bogat în foliculin (estradiol). În zona corticală a ovarului care se opune dehiscentei foliculare și dereglarea funcției gonadotrope antehipofizare produc aceste atrezii. Foliculin secretat în cantitate mare și în mod permanent hipertrofiaz mucoasa uterină și produce metroragii după o perioadă variabilă de amenoree. Atreziile chistice foliculare se întâlnesc frecvent în anexitele cronice, ca o consecință a inflamației.

— *Chistul luteinic* reprezintă transformarea chistică a unui corp galben. Dacă procesul de degenerescență chistică se produce la nivelul unui corp galben menstrual, chistul rezultat nu are valoare secretorie și deci nu produce tulburări clinice. Este de obicei de volum mic și numai microscopic se deosebește de chistul folicular. Uneori nu este altceva decât un chist folicular ai cărui pereți au suferit o transformare luteinică în urma unei acțiuni excesive gonadotrope⁵. Aceste forme chistice se întâlnesc în mola veziculară, în corioepiteliom, la nivelul grefelor ovariene, în rezecțiile parțiale de ovar și în anomaliile funcționale sau tumorale ale hipofizei anterioare. Ele secretă mari cantități de estradiol și foarte mici cantități de progesteron, determinând o stare pseudogestativă (amenoree, creșterea de volum a uterului, tulburări neuro-vegetative), cu eliminare de hormoni gonadotropi prin urină. Chistul luteinic adevărat se întâlnește la începutul unei sarcini normale și în resturile cotiledonare organizate (polipii placentari).

— *Chistul hemoragie* nu este altceva decât urmarea unui accident hemoragic produs în interiorul unui corp galben menstrual sau chist folicular luteinizat (atrezia foliculară hemoragică acută sau recidivantă). Aceste chisturi se pot rupe în peritoneu, producând un sindrom clinic de hemoragie acută abdominală, ca în sarcina extrauterină ruptă (inundație peritoneală).

Am făcut intenționat acest scurt incursiune asupra chisturilor ovariene netumorale, asupra originii, evoluției și valorii lor funcționale, noțiuni indispensabile pentru înțelegerea indicațiilor terapeutice.

Aceste chisturi funcționale au origine endocrină și evoluție temporară; ele regresează spontan după ce se suprimă cauza (mola, resturi placentare); de asemenea, sunt influențate de tratamentul hormonal; uneori nu se refac după o simplă evacuare a conținutului prin puncție vaginală cu un ac lung și subțire, alteori se sparg în timpul examenului ginecologic și tulburările funcționale provocate de prezența lor dispar fără alte tratamente. După regresarea acestor chisturi, ovarul este capabil să-și recupereze integral funcțiile.

Ca atare tratamentul chisturilor ovariene funcționale nu este chirurgical «de principiu» în afară de unele chisturi voluminoase însoțite de dureri sau de chisturile complicate (torsiune sau ruptură cu hemoragie intraperitoneală).

Fie că se intervine cu diagnosticul de tumoră ovariană chistică, fie că se intervine pentru complicațiile acestora (inundație peritoneală, de cele mai dese ori), fie că sunt descoperite intraoperator sau cu ocazia altor operații (fibrom) tratamentul chirurgical al acestora este totdeauna conservator: enuclearea chistului cu sau fără rezecție parțială a ovarului respectiv.

IGNIPUNCTURA

Ignipunctura constă în spargerea chisturilor mici cu bisturiul electric. Se evită cauterizările întinse și profunde pentru ca eliminarea ulterioară a escarelor să nu producă hemoragii. Unii chirurghi propun ca, după golirea chisturilor, cavitățile lor să fie turtite cu un surjet care înconjură ovarul.

Rezultatele obținute cu acest procedeu în ovarita sclero-chistică sunt mediocre, întrucât produc o reacție de scleroză din partea esutului ovarian, capabil să înlăture condițiile de funcționare a acestuia.

Ignipunctura cu electrocauterul de chirurgie se folosește și în distrugerea chisturilor mici endometrioizice situate pe suprafața ovarului, ca și cele localizate pe suprafața peritoneului pelvian.

ENUCLEAREA

⁵ Acest chist este un fals corp galben (meroxantozom chistic), spre deosebire de corpul galben adevărat, devenit chistic.

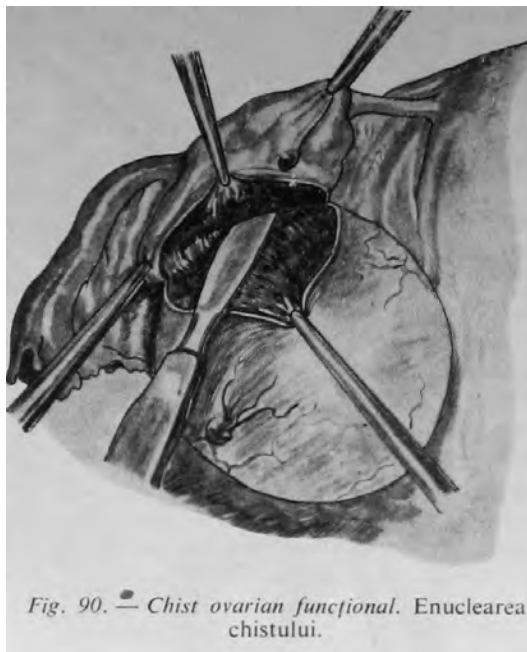


Fig. 90. — Chist ovarian funcțional. Euclearea chistului.

Enuclearea este un procedeu chirurgical foarte simplu cu care se extirpă chisturile funcționale, chisturile distrofice, chisturile cu conținut coloidal și tumorile dure, benigne ale ovarului, conservându-se partea sănătoasă a acestuia (chist foliular, luteinic, dermoid, endometriom, fibrom), chiar dacă este redus la o simplă lamă de esut ovarian, adiacent hilului (în tumorile mari).

Tehnica. Se fixează ovarul cu două pense Chaput aplicate la cei doi poli. Cu bisturiul se incizează albuginea în vecinătatea locului de unde începe porțiunea de ovar sănătoasă, circumscriind tumora. Se prinde într-un spațiu care permite clivarea tumorii cu foarfecele curbă sau cu coada bisturii (fig. 90).

Deseori, în timpul manevrelor de enucleare, chistul se sparge din cauza pereților foarte subțiri, reducându-se la grosimea unei membrane friabile. Revulsarea conținutului în peritoneu este lipsită de consecințe. Cu o pensă Pean sau cu o pensă de disecție se prind și se apucă marginile acestei membrane și se detașează de pe pereții în care se dezvoltase chistul (cama chistului). Această membrană trebuie extirpată în întregime, ea putând fi punctul de plecare al unei recidive. Patul chistului nu sângerează.

Reconstituirea ovarului se face cu un surjet fin de catgut, care asigură hemostaza (fig. 91-cartuș). Se folosește un ac subțire, atraumatic. Acul se trece prin esutul sănătos, și firul nu se strânge tare, fiindcă țesutul ovarian fiind friabil. Din această cauză se evită sutura cu puncte separate, sau când se recurge la această manieră se folosesc punctele în U și X.

REZECȚIA PARȚIALĂ A OVARULUI

Este cunoscut sub numele de operația Walther, sau ovariectomie subtotală, sau rezecție cuneiformă a ovarului.

În operația tip Walther, inciziile pentru rezecție se fac la câțiva milimetri de marginea aderentă a ovarului, încât nu rămân decât foarte puțin esut adiacent hilului. În acest fel executat, operația este ne fiziologică, fiindcă se prinde și se distruge acea parte din parenchimul ovarului care în mod normal este foarte sărac în foliculi. Această rezecție largă poate duce la suprimarea funcției ovariene și sâmbăvăleze, când este făcută bilateral, cu castrarea. Are indicații rare în distrofia polichistică a ovarului. Se folosește întotdeauna în chistul ovarian când se prinde o parte minusculă de ovar ca în fig. 67 și 68.



Fig. 91. — Distrofie ovariană polichistică. Rezecție parțială a ovarului.
În cartuș: sutura ovarului cu surjet.

Rezecția cuneiformă sau rezecția parțială a ovarului se practic curent cu trei indicații: sindromul Stein-Leventhal («ovare de porțelan»), ovare micro-policistice (ovarita sclero-chistică) și chistul ovarian în carcinos. O parte din parenchimul ovarului, în sindromul Stein-Leventhal operația este bilaterală.

Tehnic. Se fixează ovarul între police și index și cu bisturiul chirurgical, se fac două incizii, de la un pol la altul în felie de portocal (fig. 91), mai mare sau mai mic, după întinderea leziunilor. În profunzime, secțiunea se face oblic, spre centrul organului, astfel ca excizia esutului ovarian să fie cuneiform (fig. 92 A). Operația nu este sângeroasă dacă inciziile nu au mers până la nivelul hilului (fig. 93 I-II).

Novak (58) trece un ac Hagedorn curb prin grosimea ovarului ca în fig. 93 și cu portacul fixat la ac îl menține și îl orientează în poziția cea mai convenabilă pentru executarea inciziilor.

Reconstituirea ovarului se face cu surjet (fig. 93-11) folosindu-se ac sertizat și catgut fin, sau puncte separate în X. Firul trece prin toată grosimea parenchimului ovarian (fig. 93 II-cartuș). Walther, în executarea suturii cu fir continuu, propune un punct profund, pentru hemostază, alternând cu un punct superficial, pentru afrontare. Fiindcă albuginea este friabilă, pentru siguranța hemostazei, se trec două sau trei fire în U prin grosimea celor două felii, urmat de un surjet superficial cu fir continuu întrerupt ca în fig. 92 B.

Rezecția parțială a ovarului sau a ovarelor este indicată de asemenea în megaovarie, la femei cu sindroame hiperfoliculinice, ca timp complementară în operațiile conservatoare pentru fibrom uterin (miomectomie).

Rezultatele sînt în general satisfăcătoare, deși nu se cunoaște modul cum acționează acest tratament. Pe plan funcțional ovarele își revin activitatea ovulatorie și se normalizează ciclul menstrual, mărțurie fiind numeroasele sarcini care apar după aceste operații.

Exemplul tipic îl constituie sindromul Stein-Leventhal. La cazurile cu distrofii micro-policistice pot apărea recidive, fiindcă operația nu se adresează cauzei. La femeile tinere cu tumori chistice bilaterale, unele cu conținut gudurinos, rezecția parțială a ovarului — operație de necesitate — este un succes al chirurgiei conservatoare. Ea evită nu numai ablația ovarelor și deci fenomenele de castrare — ci restabilește și fertilitatea.

IMPLANTAREA OVARULUI ÎN CAVITATEA UTERIN

Operația este cunoscută sub numele de implantare ovaro-uterin. Fiindcă ovarul își păstrează pediculul vasculo-nervos intact, este vorba de o transplantare a acestuia în cavitatea uterină și nu de gref⁶.

Principiile eficiente. Procedeele chirurgicale folosite urmăresc să fac posibil ovulația direct în cavitatea uterină. Deși în condiții cu totul nefiziologice, fecundația ovulului și nidația oului sînt totuși posibile, dovadă unele sarcini obținute după aceste

⁶ Gref liber de ovar după procedeul Stanca: un fragment din corticala ovarului, de mărimea unei unghii, se grefează în cavitatea uterină. Fragmentul de ovar este orientat cu fața medulară spre endometru și se fixează cu un fir de catgut în U. Procedeul este indicat la cazurile, la care se face, de necesitate, ovariectomie bilaterală, altfel autotransplantul nu prinde.

opera ii. Chiar dac scopul de a restabili func ia gestativ nu este atins în toate cazurile, ovarul implantat î i p streaz mult vreme func ia endocrin , femeile operate continuînd s aib menstrua ii regulate. E ecurile privind ob inerea unei sarcini fiind numeroase, autori ca Palmer nu mai folosesc «aceste opera ii.

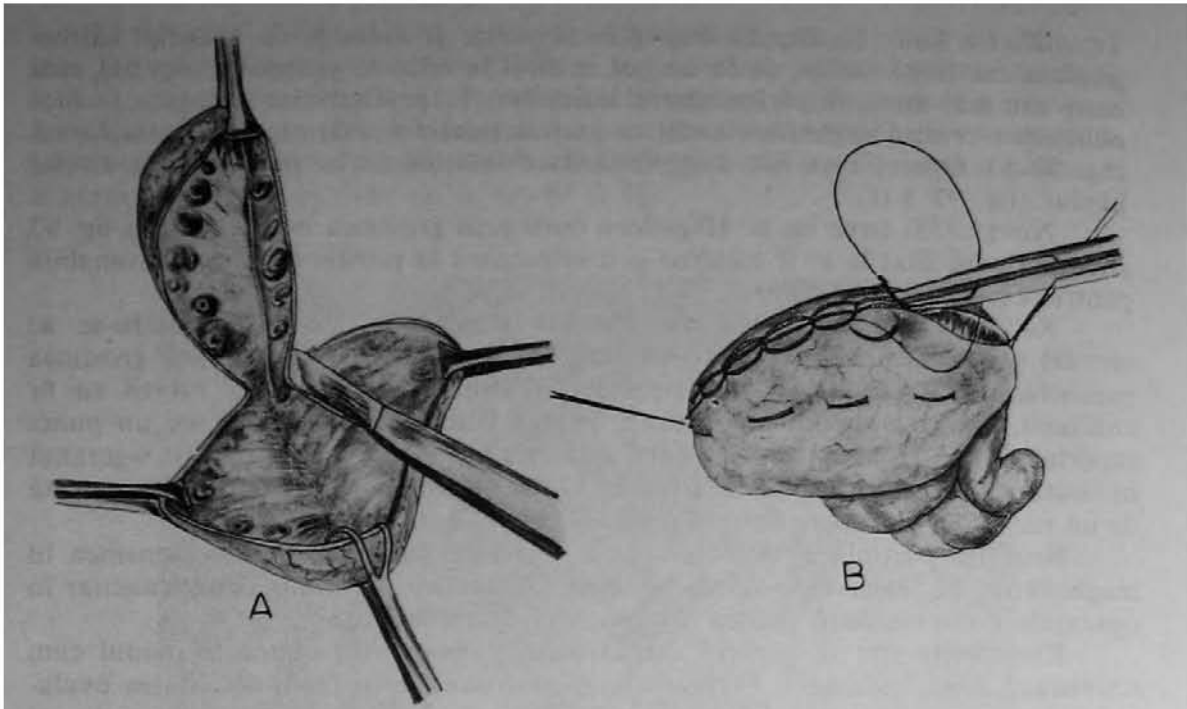


Fig. 92. — Distrofie polichistică ovariană. Rezeecția parțială a ovarului.
A — Rezeecția cuneiformă. B — Sutura ovarului (după Te Linde).

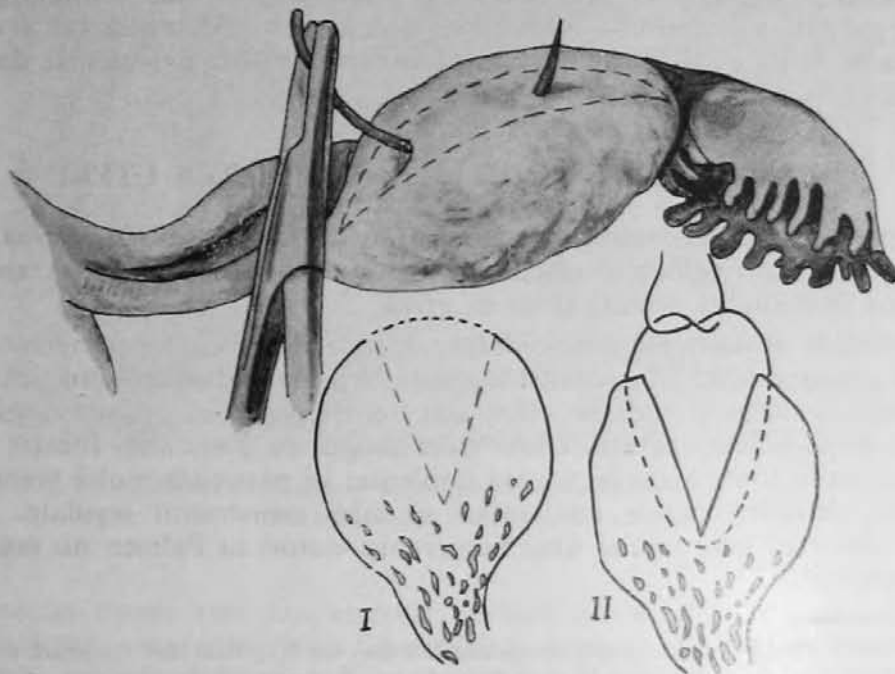


Fig. 93. — Rezeecția parțială a ovarului. Fixarea ovarului cu ac Hagedorn.
In cartuș I: direcția inciziilor în parenchimul ovarian; in cartuș II: felul cum se trece firul de sutură (după Novak).

Indica ii. Acest tip de opera ie este indicat în tratamentul sterilit ii la acele femei care au suferit opera ii mutilante pe trompe i la care fecunda ia nu mai este posibil din această cauz . Este cazul femeilor tinere, care au suferit o sterilizare chirurgical în antecedente, prin salpingectomie bilateral , i care ulterior doresc s aib copii, al acelor la care s-a f cut o anexectomie unilateral — indiferent motivul — i la care se reintervine pentru o leziune a trompei r mase (hidrosalpinx), sau al acelor la care o tromp a fost extirpat cu ocazia unei sarcini ectopice i la care se suprim cealalt tromp cu ocazia unei noi sarcini extrauterine. La toate

aceste cazuri, dac primeaz dorin a femeii de a avea copii, singura solu ie chirurgical este de a se încerca i, dac se preteaz , de a se executa implantarea unui ovar, cînd ambele exist , sau a ovarului r mas cînd cel lalt a fost extirpat, folosindu-se una din tehnicile pe care le vom expune.

Contraindica ii. Opera ia este contraindicat ori de cîte ori exist b nuiala unei leziuni cu posibilitate de a se maligniza, atît a ovarului cît i a uterului.

Condi ii de efectuare. Trei condi ii sînt indispensabile:

- femeia s fie tîn r ;
- ovarul i uterul s nu prezinte transform ri patologice (infec ii în evolu ie, sechele post-inflamatorii, tumori benigne);
- ovarul s fie bine vascularizat i cu pedicul suficient de lung, ca s permit transplantarea în uter f r trac iune.

Tehnica

Procedeul Tuffier-Palmer (fig. 94). Se examineaz pediculul i se apreciaz dac lungimea acestuia permite deplasarea f r trac iune a ovarului în uter. Se extirp trompa (dac exist) prin excizie cuneiform , cu deschiderea cavit ii uterului i se mic oreaz volumul ovarului, prin rezec ie par ial a polului intern (fig. 94-cartu I). Ovarul este tras în cavitatea uterului cu ajutorul unui fir de catgut. Capetele firului se înnoad la suprafa a uterului (fig. 94-cartu II). Orificiul de intrare se închide cu cîteva fire de catgut i se peritonizeaz cu ligamentul rotund ca în fig. 96-cartu .

Grija principal în executarea acestei interven ii este ca pediculul ovarului s nu fie r sucit, întins sau comprimat. Prezen a ovarului în uter poate fi controlat ulterior prin histerografia cu lipiodol.

Procedeul S e r d u k o v. Const din transplantarea în uter a jum t ii interne a ovarului ata at la ligamentul utero-ovarian. Se recurge la acest procedeu cînd pediculul lombo-ovarian este scurt. Se sec ioneaz ovarul în dou jum t i. Partea de ovar ata at la pediculul ilio-pelvic se sutureaz ca dup orice rezec ie par ial i se las liber în peritoneu (fig. 95). Partea de ovar ata at ligamentului utero-ovarian se introduce în cavitatea uterului cu ajutorul unui fir de catgut ca în fig. 95. Se sutureaz miometrul (fig. 95-cartu). Se peritonizeaz facultativ cu ligamentul rotund, ca în procedeul Estes (fig. 96-cartu).

Procedeul Estes. Acest procedeu se folose te în cazurile la care pediculul ovarului este scurt. Se rezec partea liber a ovarului i cornul uterului (fig. 96). Apoi se aplic ovarul cu suprafa a de sec iune pe patul creat de rezec ia cornului uterin i se fixeaz cu puncte separate de catgut sau de a , dispuse în coroan . Se peritonizeaz cu ligamentul rotund (fig. 96-cartu). De i în aceast tehnic nu se trac ioneaz pediculul, totu i procedeu este nera ional, deoarece zona cortical a ovarului, în care se g sesc situa i foliculii, se g se te în afara posibilit ii de a comunica cu cavitatea uterin .

Procedeul P a n i s este indicat de asemenea, cînd pediculul lombo-ovarian este scurt. Se rezec par ial ovarul, astfel ca volumul lui s fie de m rimea unei cire e. Se incizeaz cornul uterin în plan frontal, incizie care desp ic por iunea intersti ial a trompei i deschide larg cavitatea uterului. Cu chiureta sau cu bisturiul se crecaz un culcu în pere ii musculari, de o parte i de alta a inciziei, în care s încap ovarul. Se introduce ovarul preparat în cavitatea miometrial , unde este men inut prin apropierea mu chiului cu cîteva puncte de catgut. În acest fel, pediculul nu este trac ionat i ovarul poate ovula în cavitatea uterului.

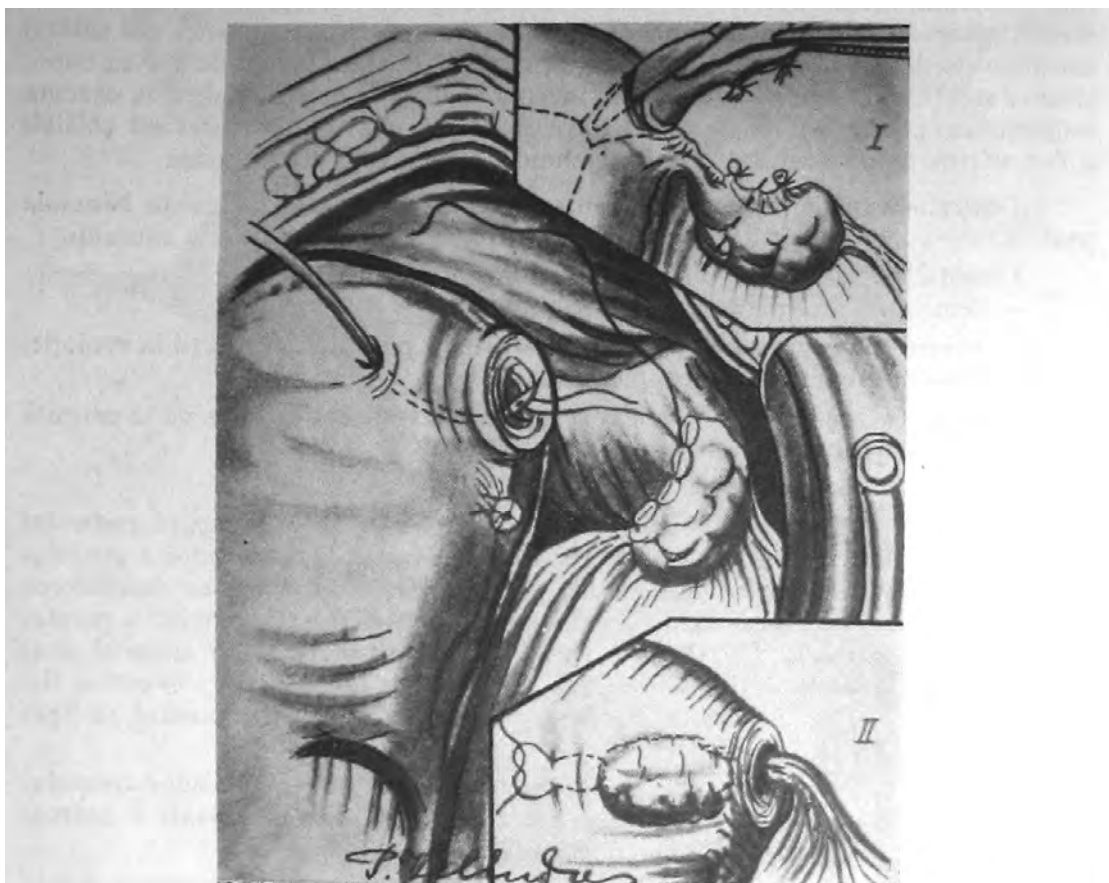


Fig. 94. — *Implantarea ovaro-uterină* (procedeul Tuffier-Palmer). Felul cum se aduce ovarul în cavitatea uterului.

Cartușul I: excizie cuneiformă a trompei și rezecția parțială a ovarului ce urmează să fie transplantaat; Cartușul II: după introducerea ovarului în uter firul de tracțiune se înnoadă la suprafața miometrului.

Procedeul Gaillard. În acest procedeu se excizează eliptic din fundul uterin o porțiune care corespunde toare circumferinței ovarului, cu deschiderea cavității uterine. Se trec fire de catgut, în coroană, prin endometru și miometru, prin strângându-se capetele. Se plombează spațiul creat cu ovarul. Fixarea lui se face de jur împrejur, cu capetele de catgut rămase libere (fig. 97). Cu câteva puncte suplimentare se fixează ovarul la miometru (fig. 97-cartuș I). Pentru formarea de aderențe în scopul evitării refluxului sîngelui menstrual în peritoneu, ovarul se acoperă cu un fragment liber de epiploon (fig. 97-cartuș II). Procedeul Gaillard este de fapt o anastomoz ovaro-uterină.

Variante de tehnică la procedeele de anastomoz. Tritschkoff face o incizie de 3 cm transversală, pe peretele posterior al uterului, spre fund, care pătrunde în cavitate. Excizează din fiecare buză a inciziei câte un triunghi miometrial cu baza spre incizie. Baza rămășiță după excizia acestor fragmente triunghiulare, adică musculo-seroasă și musculo-mucoasă, se suturează între ele cu fire de catgut. Rezultă un orificiu în formă de pîlnie în care se fixează ovarul. Johansson face o incizie largă în pîlnie, pînă la cavitatea uterului, la nivelul fundului; excizează miometrul pînă este posibil sutura endometrului cu peritoneul visceral. Ovarul este plasat în această deschidere și fixat cu puncte separate de catgut.

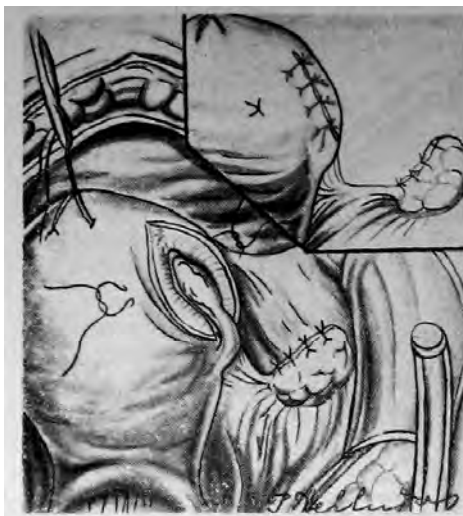


Fig. 95. — Implantare ovaro-uterină (procedeul Serdukov). Introducere în cavitatea uterină a fragmentului de ovar atașat la pediculul utero-ovarian:

În cartuș: reconstituirea miometrului după implantare și partea de ovar rămasă liberă în peritoneu.



Fig. 96. — Implantare ovaro-uterină (procedeul Estes). Excizia cuneiformă la nivelul cornului uterin și modalitatea de preparare a ovarului.

În cartuș: modalitatea de peritonizare cu ligamentul rotund.

Alte soluții tehnice. Se încearcă reconstituirea unui traiect tubar folosindu-se autotransplante vasculare \ sau foi ale ligamentului larg. Astfel Tritschkoff a înlocuit trompa compromisă cu un fragment de ven proaspătă (autotransplant) recoltată de la membrul inferior, fixând ovarul în capătul transplantului. Cross R. G. încearcă să obțină un tunel între ovar și cavitatea uterului, astfel: tunelizează cornul uterin prin excizia porțiunilor interstițiale ale trompei; capitonează pereții tunelului miometrial cu două lambouri de peritoneu, prelevate de pe suprafața uterului, pe care le introduce spre cavitatea uterului cu fire de catgut subțiri, în puncte Sturmendorf; pe un tub de polietilen, gros de 2 mm, introdus în cavitatea uterului până la cervix, creează un tunel lung de 3—4 cm din peritoneul ligamentelor largi și al ligamentelor rotunde. Tubul de polietilen se scoate prin vagin, după trei luni.

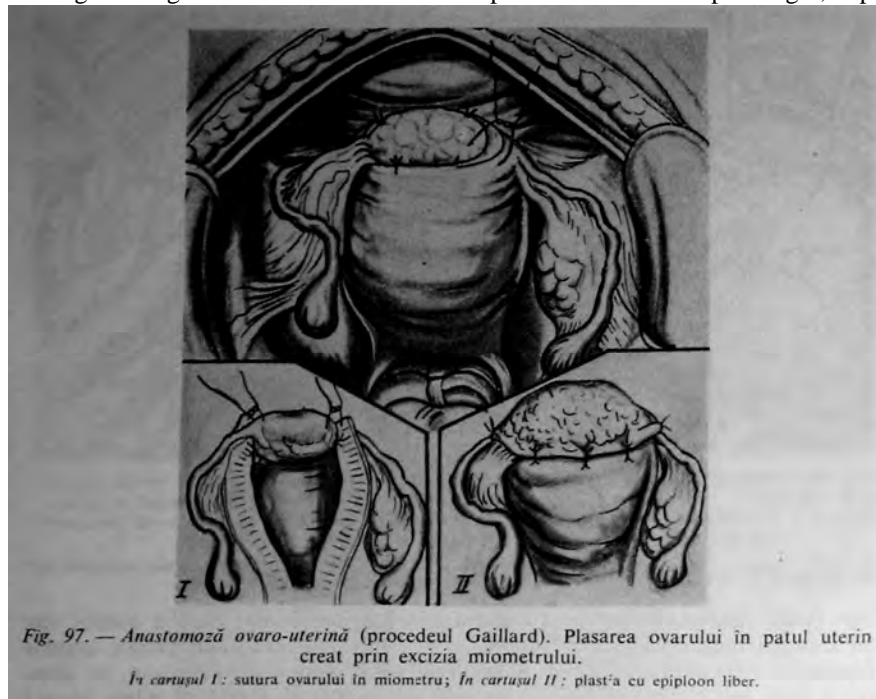


Fig. 97. — Anastomoză ovaro-uterină (procedeul Gaillard). Plasarea ovarului în patul uterin creat prin excizia miometrului.

În cartușul I: sutura ovarului în miometru; în cartușul II: plastia cu epiploon liber.

Rezultate. Rezultatele acestor operații sînt submediocre: mai bune în ceea ce privește prestarea menstruației în extrem de slabe în ceea ce privește obținerea unei sarcini. Explicații: o mare parte din suprafața ovarului implantat se acoperă de esut sclero-muscular sau de endometru, împiedicînd ovulația; în cavitatea uterului lipsesc factorii biochimici necesari fecundației; imediat după fecundație endometrul nu este pregătit pentru nidarea oului; oul nu se poate nida imediat după fecundație, neavînd dezvoltat trofoblastul, iar contractilitatea miometrului și deschiderea istmului îl elimină rapid din uter.

Degenerarea fibroasă sau sclero-chistică a ovarului implantat este posibilă. Fie din cauza comprimării pediculului cu ocazia suturării miometrului, fie din cauza rezecțiilor parțiale ale ovarului (traumatism și dezechilibru hormonal și fiziologic-ovarian). În aceste cazuri, menstruațiile devin dureroase. Uneori, ovarul implantat se atrofiază, se necrozează și se elimină.

4. AMELIORAREA FUNCȚIEI OVARIENE PRIN OPERAȚII PLASTICE ȘI NEUROTROFICE

Operațiile plastice și «ortopedice», ovaroliza și ovaropexia, se adresează aderențelor și poziției anormale a ovarului.

Opera iile trofice: sec ionarea nervilor ovarului la nivelul hilului, simp- tectomia periarterial i rezec ia nervului presacrat se adreseaz sistemului neuro-vascular.

OVAROLIZA

Opera ia const din desfacerea aderen elor în care este prins ovarul, deseori ca într-o g oace. Este indicat în sechelele inflamatorii i de cele mai multe ori constituie primul timp în opera iile de repermeabilizare a trompelor, în sterilitate. Scopul acestei opera ii este s redea mobilitatea ovarului i s -i permit s ovuleze n peritoneu.

Interven ia este delicat i se execut cu minu iozitate, pentru ca desfacerea aderen elor s nu produc sîngerare i depolisarea seroaselor adiacente, motiv de recidiv . Deseori ovarul se g se te într-un bloc comun de aderen e cu trompa i opera ia cap t numele de anexoliz .

Aderen ele pot fi velamentoase, acoperind ca o perdea ovarul, sau filamen- toase. În general sînt avasculare. În endometrioz aderen ele sînt fibroase i strînse. Aten ie la ureter !

Aderen ele se desfac numai prin sec ionare cu o foarfec fin , niciodat prin rupere cu degetele i nu se apuc trompa cu pense traumatice, de tipul penselor «în inim », sau penselor anatomice cu din i. Aderen ele groase i întinse se rezec la cele dou capete i se leag cu catgut foarte sub ire. Sec ionarea aderen elor se poate face cu bisturiul electric care asigur i hemostaza. Pentru expunerea anexei se plaseaz un fir de catgut în X pe fundul uterului i un altul prin grosimea ovarului, ambele de trac iune. Dacă uterul este fixat de aderen e în fundul de sac Douglas se începe cu liberarea acestuia, dup care se trece la dezlipirea ovarului de pe pere ii pelvisului, de jos în sus i din untru în afar . Tam- ponarea se face cu comprese umede i se evit deperitonizarea. La sfir itul interven iei se controleaz cu grij hemostaza i se acoper spa iul decolat cu peritoneul existent sau prelevat sub form de lambouri din spa iul vezico-uterin (grefe libere de peritoneu).

Momentul cel mai delicat al interven iei este desfacerea aderen elor care fixeaz franjurile pavilionului tubar de ovar. Sec ionarea franjurilor produce sîngerare abundent , cu hemostaz dificil din cauza friabilit ii lor i se mai poate i sec iona ramifica ia tubar a arterei ovariene, compromi înd vasculariza ia pavilionului.

În procesele patologice aderen iale bilaterale, se începe opera ia cu partea cea mai accesibil .

De cele mai multe ori ovarul este prolabat în Douglas, încît dup liberarea lui din aderen e excesul de mobilitate trebuie corectat fie prin ovaropexie, fie indirect prin ligamentopexie.

OVAROPEXIA

Aceast opera ie const din fixarea ovarului cît mai aproape de situa ia lui anatomic normal . Este indicat în prociden a ovarului, manifestat prin dureri ortostatice i dispareunie, în tratamentul chirurgical al sterilit ii prin sechele inflamatorii tubo-ovariene, i ca metod complementar în unele rectific ri chirurgicale ale staticii uterului.

Opera ia se execut uni- sau bilateral, i const din aducerea ovarului la nivelul strîmtorii superioare, folosindu-se pentru men inerea lui în aceast pozi ie, fie seroasa ligamentului infundibulo-pelvian, fie fa a posterior a ligamentului larg, fie ligamentul utero-ovarian, fie ligamentul rotund (Palmer).

Fixarea polului superior al ovarului la seroasa ligamentului infundibulo- pelvian se face cu 1—2 fire de a sub ire (aten ie s nu se în epe vasele pediculului).

Scurtarea ligamentelor utero-ovariene se face fie prin simpl plicaturare ca în procedeul Halban (fig. 98), fie prin plicaturare i fixare la peretele uterului ca în procedeul Bourg (fig. 99). În ambele procedee se folosesc fire de a .

Procedeul Palmer se execut astfel: se sec ioneaz ligamentul rotund cît mai departe de cornul uterin; cap tul inghinal al acestuia se trece prin ligamentul larg i se fixeaz la ovar cu nylon sub ire (fig. 100); cap tul uterin al ligamentului rotund r mas se trage la perete i se folose te pentru liga- mentopexie tip Pellanda (ligamentopexie complementar).

Procedeul Abur el (fig. 101) este indicat i ca metod de fixare, i dup p rerea autorului, i ca metod de tratament al insuficien ei ovariene. Se expune fa a posterior a uterului i se practic , în apropierea cornului, bilateral, o excizie dreptunghiular lung de 1—2 cm i lat de 1/2 cm. Se practic o avivare de aceea i dimensiune pe una din suprafe ele libere ale ovarului respectiv. Suprafe ele avivate se pun în contact i ovarul se fixeaz pe uter cu cîteva fire separate de a (fig. 101). Opera ia se face bilateral.

CHIRURGIA PE INERVA IA SIMPATIC

În c r ile vechi sînt redete trei posibilit i chirurgicale pe inerva ia simpatic în patologia ginecologic :

— rezec ia nervilor ovarului la nivelul hilului — opera ia Dupont-Lhermitte;

— simpatectomia periarterial hipogastric ;

—rezec ia nervului presacrat — opera ia Cotte.

Vom expune numai tehnica rezec iei plexului nervos simpatic presacrat, cunoscut sub numele de *opera ia Cotte*, primele dou procedee fiind abandonate, interesul lor practic fiind mai mult teoretic.

REZEC IA NERVULUI PRESACRAT. OPERA IA COTTE

Plexul hipogastric superior fiind calea principal a sensibilit ii uterului (Aburci), întreruperea acestei c i nervoase î i g se te numeroase indica ii în patologia func ional a organelor genitale.

Plexul hipogastric superior este alc tuit din fibre simpatic postganglionare ie ite din lan ul ganglionar paravertebral i din ganglionii preaortici. Topografic se g se te situat la nivelul promontoriului, sub bifurcarea aortei. La acest nivel este vorba de un plex i nu de nervi distinc i. Între cele dou artere iliace primitiver plexul se bifurc , alc tuind nervii hipogastrici superiori.

Pentru ca efectele interceptării chirurgicale a acestei circulații să fie cât mai complete și de durată, plexul trebuie rezecat pe o lungime de câțiva centimetri și nu simplă secționare.

Principiile eficiente. Prin această operație se acționează în două feluri direct — nervos — prin interceptarea căilor durerii; indirect — vascular — prin suprimarea reflexelor vasoconstrictoare. Ca urmare se suprimă unele forme dureroase și se îmbunătățesc condițiile circulației locale.

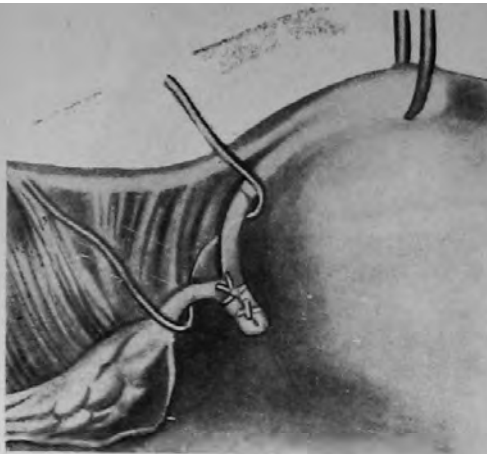


Fig. 98. — Ovaropexia. Scurtarea ligamentelor utero-ovariene prin plicaturare (după Halban).

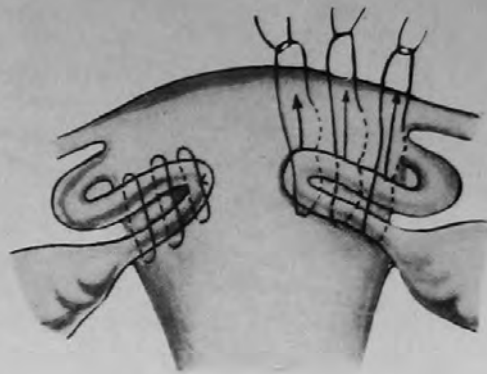


Fig. 99. — Ovaropexia. Scurtarea ligamentelor utero-ovariene prin fixarea acestora la fața posterioară a uterului (după Bourg).

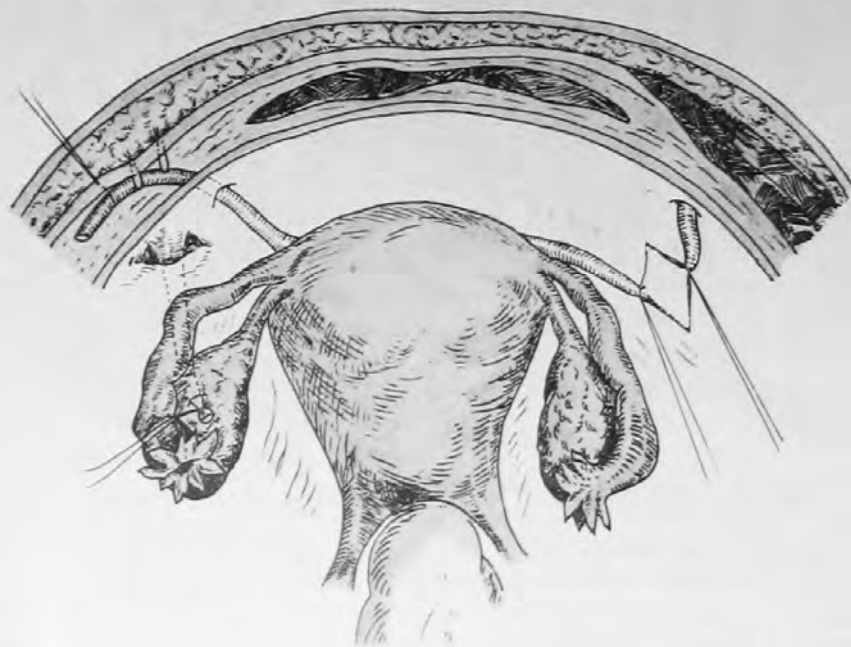


Fig. 100. — Ovaropexie cu ligamentul rotund secționat (procedeu Palmer).

Indicații. În *dismenoree* (efect antispastic asupra regiunii istmice a uterului și asupra constricției vasculare); în *dispareunie* și *vaginism* când acestea urmează unei parametrite cronice posterioare (suprimă durerea); în *hipoplazia uterină* (ameliorează circulația sanguină); ca *operație complementară* în unele intervenții conservatoare pe uter sau pe ovare (histeropexii, rezecții parțiale de ovar etc.), fie pentru a îmbunătăți rezultatul funcțional al acestor intervenții, fie pentru a evita recidivarea fenomenelor dureroase; în *cancerul uterin* în operabil., ca metodă de tratament a durerii; în *versurile grave ale sarcinii*, cu scopul de a suprima calea reflexelor nocive plecate din uter (Aburel).



Contraindica ii. Leziunile inflamatorii genitale incomplet r cite.

Condi ii de efectuare. Anestezie general sau peridural ; pozi ia bolnavei în Trendelenburg; instrumente lungi pentru disec ie, hemostaz i sec ionare (pense, foarfece etc.), ace Deschamps; dep rt tor abdominal autostatic i valva metalic Pollosson.

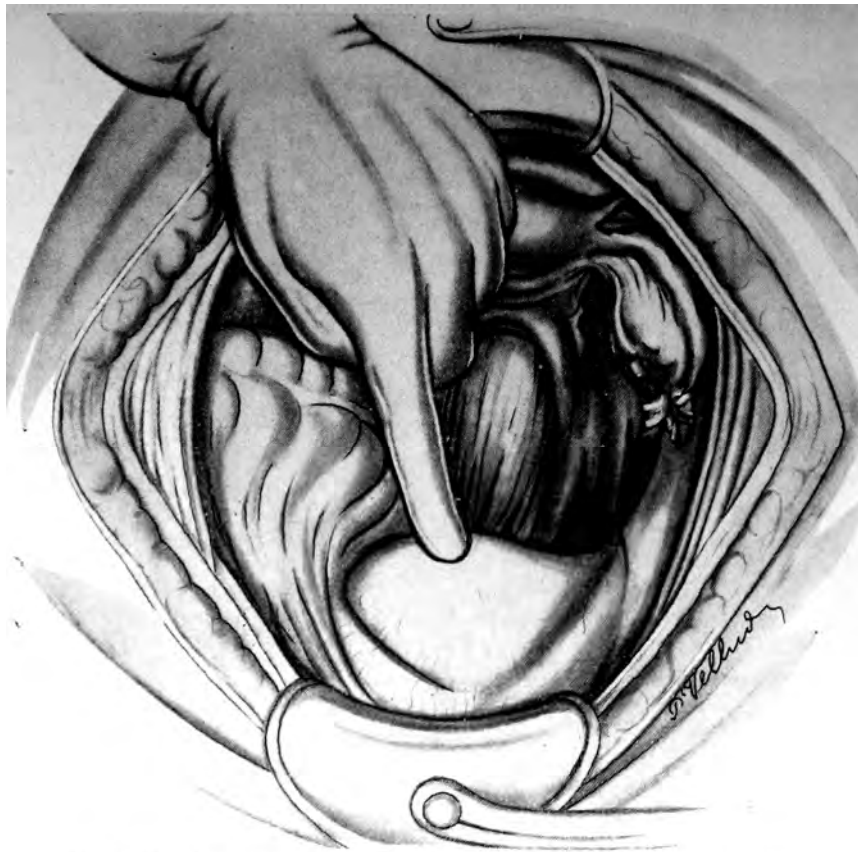


Fig. 102. — Rezecția nervului presacrat. Căutarea promontoriului cu indexul.

Tehnica. *Incizia peretelui*: Pfannenstiel sau median . Se preferă incizia Pfannenstiel, fiind vorba de femei tinere, deși incizia mediană oferă o deschidere mai largă asupra promontoriului.

Explorarea pelvisului. Se controlează uterul, anexele și apendicele. Acest timp al operației este de mare importanță, fiindcă decide asupra conduitei. Se izolează arsele intestinale cu câmpuri moi, se îndepărtează colonul sigmoid și se aplică depurtorul autostatic. Astfel se expune promontoriul a cărui situație exactă se precizează prin pălpăre cu indexul (fig. 102).

Incizia peritoneului (n.º 103). Se incizează peritoneul exact în fața promontoriului (regiunea este avasculară) în sens vertical pe o lungime de 4—5 cm.

Marginile peritoneului se prind în două pense, ca în fig. 103. Incizia peritoneului se face pe linia mediană, după ce se verifică (fig. 103) topografia regiunii: îndărăt promontoriul (primul reper), în sus și pe laturi arterele iliace primitive (al doilea reper), spre stânga vasele mezenterice inferioare, care merg prin rădăcina mezo-colonului pelvian (al treilea reper). Cu foarfecele curb sau cu un tampon montat, se decolează întâi foaia stângă a peritoneului până la vena iliac primitivă stângă, apoi foaia dreaptă până la artera iliac primitivă dreaptă. Atenție la ureter, care, în partea dreaptă încrucișează artera iliac primitivă aproape de originea ei. Cu același foarfece curb se continuă decolarea peritoneului sub promontoriu (fig. 104).

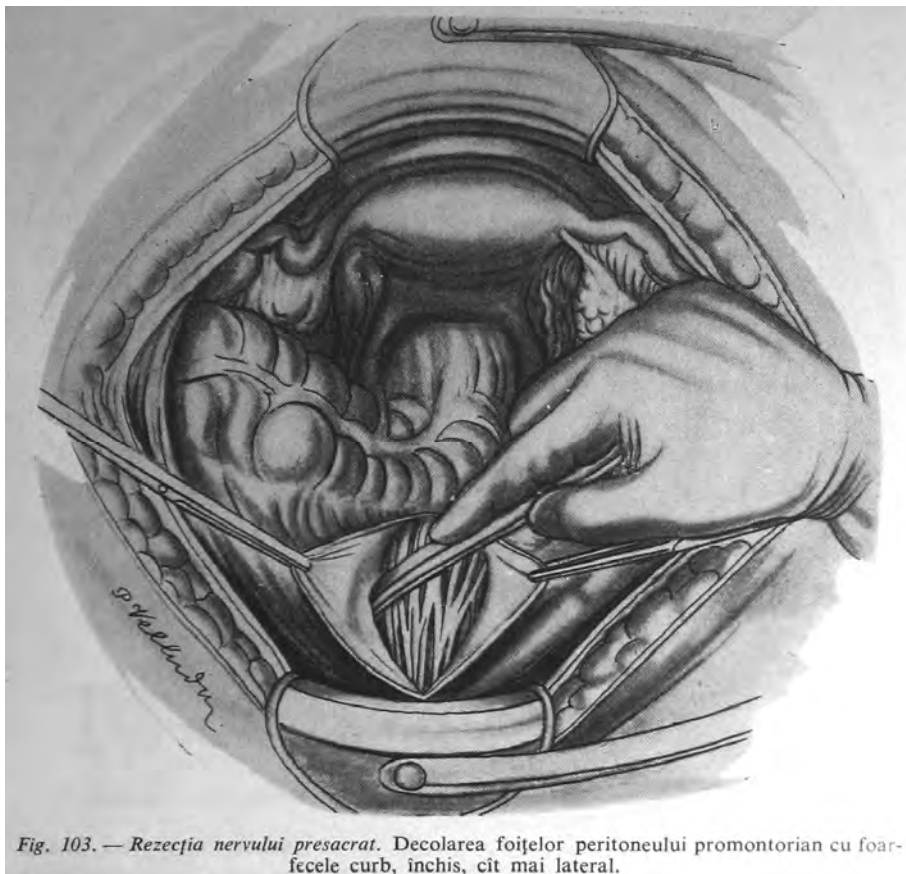


Fig. 103. — Rezecția nervului presacrat. Decolarea foitelor peritoneului promontorian cu foarfecele curb, închis, cit mai lateral.

Rezecția nervului presacrat. Sub peritoneul decolat apare o lamă celui fibroasă care acoperă corpurile vertebrale. În această lamă se găsesc fibre., nervoase simpatice care alcătuiesc plexul hipogastric superior. Mai rar aceste fibre sînt condensate într-un nerv distinct, care se vede și poate fi urmărit. Cu foarfecele curb se izolează marginile laterale ale acestei lame; apoi se prinde această lamă cu o pensă J. L. Faure, ceea ce permite decolarea ei de pe corpul vertebral și introducerea vârfului foarfecelui sub ea (fig. 105). Decolarea se face ușor de sus în jos, vasele sacrate (fig. 105) mijlocii rămînd aderente la periost. În partea inferioară, imediat sub promontoriu, lama nervoasă se bifurcă, alcătuind nervii hipogastrici. Punerea în evidență a acestei bifurcații constituie criteriul sigur că s-a decolat de pe promontoriu în întregime plexul nervos presacrat. Din acest moment se decolează cu foarfecele curb închis peritoneul care acoperă nervii hipogastrici. Această decolare se face în jos, pe fața anterioară a sacrului, evidențindu-se pe o distanță cît mai mare cele două brațe ale nervului presacrat în continuare, ca în fig. 104. În acest moment plexul poate fi luat în deget ca în fig. 105 — cartuș. Se taie nervul deasupra nivelului promontoriului, fără să se pună ligatură pe capătul proximal (fig. 106 — cartuș). În continuare, trăgîndu-se spre simfiză pubiană, prin intermediul pensei J. L. Faure, capătul distal al nervului, se decolează lama nervoasă de pe fața anterioară a sacrului, cu ajutorul indexului (fig. 106). Decolarea se face cu blîndețe și este în general fără sîngerare. În timpul decolării se evită în stînga vena iliac primitivă și vasele mezenterice, iar în dreapta artera iliac primitivă și ureterul. Această decolare are foarte mare importanță pentru reușita operației, în ceea ce privește efectul funcțional, fiindcă face posibil secționarea filetelor anastomotice dintre nervii hipogastrici și plexul simpatic sacral⁷, precum și a filetelor nervoase care merg din nervii hipogastrici, sub vasele iliace, direct în lanțul simpatic paravertebral lombar. O parte din aceste filete nervoase se rup în timpul decolării cu indexul, iar o parte sînt secționate la vedere, cu foarfecele curb (fig- 107).

⁷ Held a arătat că în tratamentul algiiilor pelviene trebuie secționat lanțul simpaticului sacral, iar Aburel a demonstrat experimental că simpaticul sacral conține, **cîteodată**, **jumătate** din fibrele senzitive centripete. De asemenea, un număr important de fibre **centr** prin anastomozele subvasculare.

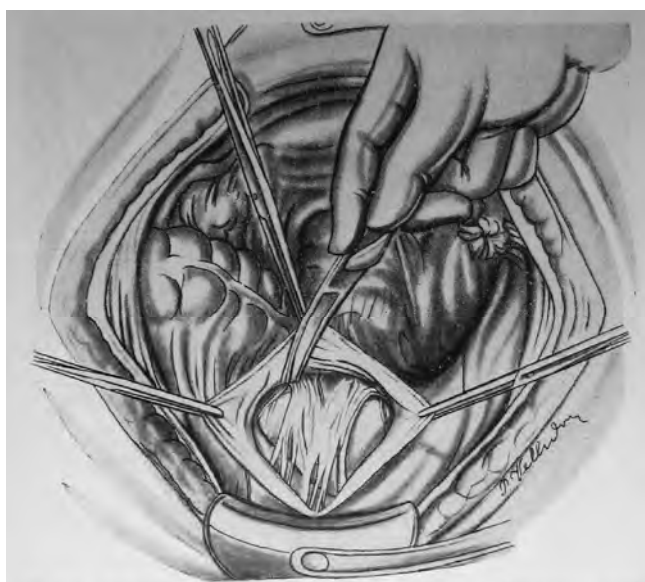


Fig. 104. — Rezeția nervului presacrat. Decolarea peritoneului în jos, sub promontoriu, urmărind și punând în evidență bifurcarea plexului presacrat.

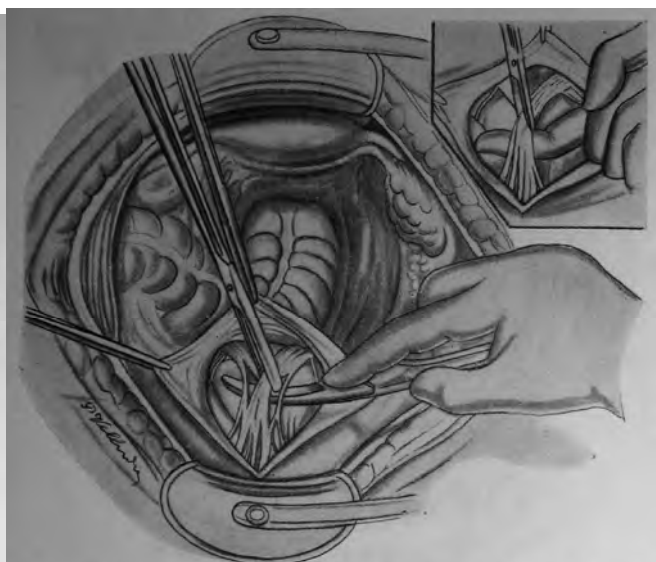


Fig. 105. — Rezeția nervului presacrat. Decolarea plexului cu foarfecele curb de pe corpurile vertebrale, în carter; plexul înțărnat pe deget.

Lama de esut astfel izolat se rezece pe o întindere de 2—4 cm (fig. 108), fr s se pun ligaturi. Legarea capetelor r mase poate constitui punctul de plecare al durerilor secundare. Eventuala sîngerare se opre te prin tamponament compresiv de a teptare.

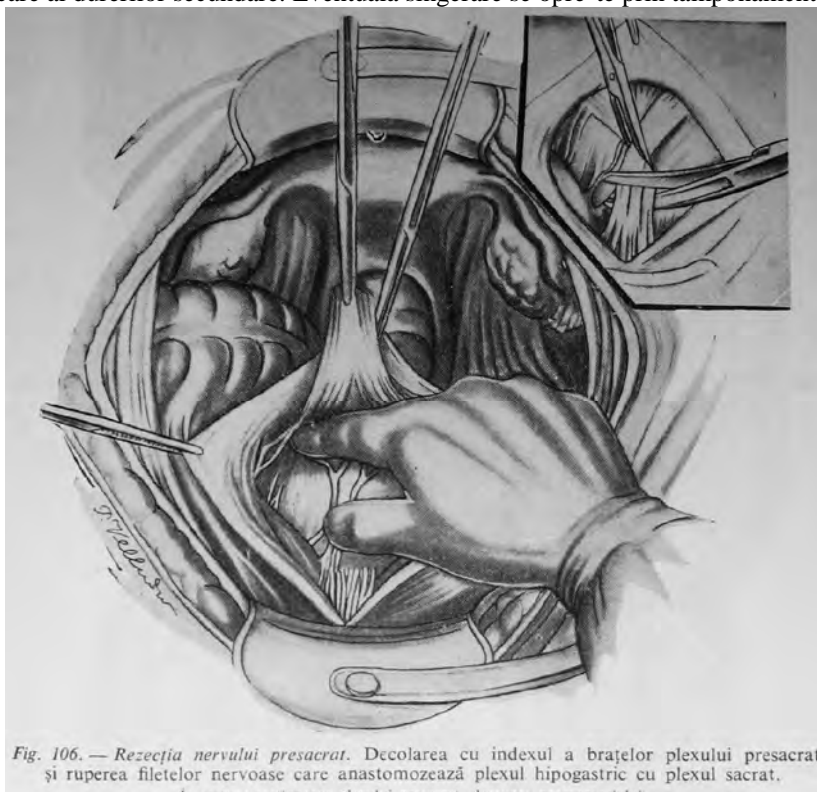


Fig. 106. — Rezeția nervului presacrat. Decolarea cu indexul a brațelor plexului presacrat și ruperea filetelor nervoase care anastomozează plexul hipogastric cu plexul sacrat.

Dup ce se controleaz hemostaza, se reface peritoneul cu surjet de catgut sub ire (fig. 109) i se închide abdomenul. Fragmentul rezezat este trimis pentru examen anatomo-patologic.

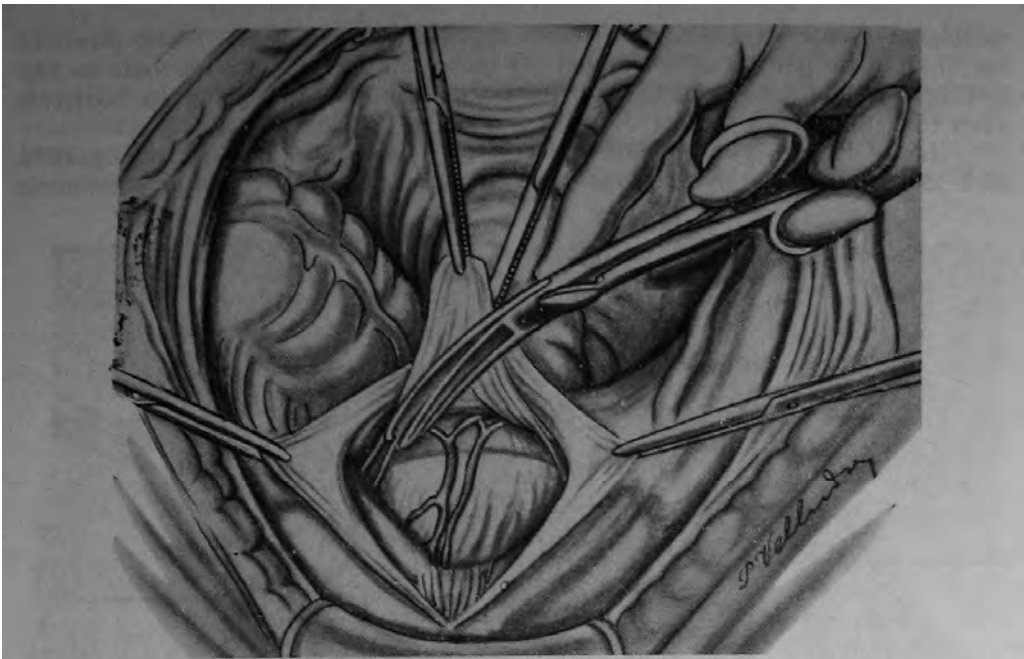


Fig. 107. — Rezecția nervului presacrat. Secționarea filetelor nervoase anastomotice care pe sub vasele iliace merg în lanțul simpatic lombo-sacrat.

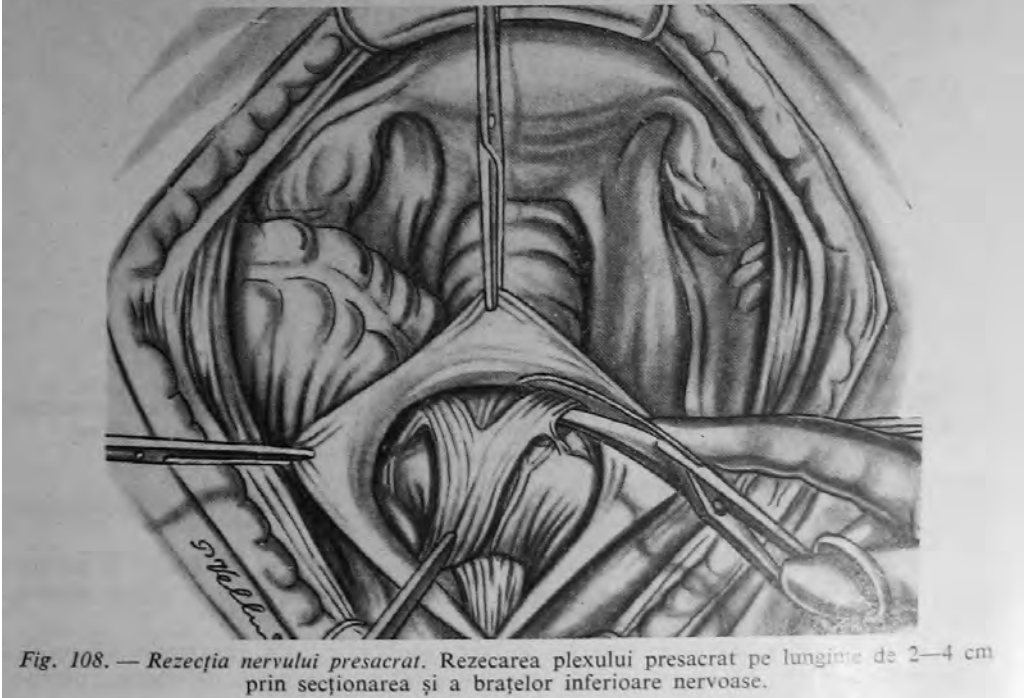
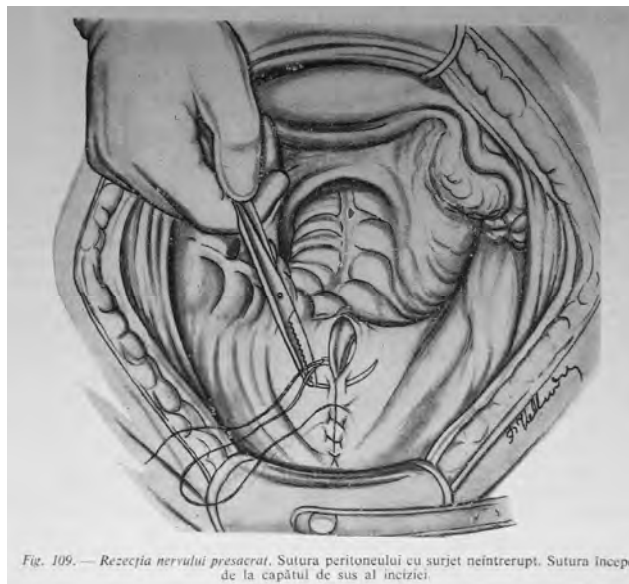


Fig. 108. — Rezecția nervului presacrat. Rezecarea plexului presacrat pe lungime de 2—4 cm prin secționarea și a brațelor inferioare nervoase.

Dacă rezecția nervului presacrat se face concomitent cu alte operații asupra organelor genitale, ea se execută la început, când este urmată de fixarea uterului, sau la sfârșit, în fibromul uterin, de exemplu (se extirpă întâi fibromul ceea ce permite rezecția nervului presacrat în condiții mai bune).

Evoluția postoperatorie este simplă. O mică sângerare prin vagin, care apare după 24—48 ore de la operație, este consecutiv efectului congestiv al simpatectomiei. Acest simptom clinic și examenul histopatologic sînt criteriile de apreciere că s-a extirpat nervul presacrat și nu o lamă de esut fibrocelular, banal.



Rezultate. Suprimând spasmul regiunii istmice și crampele vasculare, rezecția nervului presacrat dă rezultate foarte bune în dismenoreea care nu cedează la tratamentul medical⁸ cu progestative de sinteză sau cu Dolezal. De asemenea face să dispară durerile pelviene provocate de parametrita cronică posterioară. În durerile produse de neoplasmul inoperabil rezultatele sînt mediocre.

Suprimînd calea unor reflexe nocive, Aburel obține rezultate bune în tratamentul vîrsăturilor incoercibile din timpul sarcinii. De remarcat, din experiența sa și a altor autori (Dumont), că perioada de dilatație este scurtată și durerile de naștere mult atenuate la 76% din primiparele la care s-a făcut anterior rezecția nervului presacrat.

Rezecția nervului presacrat nu modifică mecanismele parturirii, nu produce tulburări menstruale, nu alterează libidoul.

Chirurgia conservatoare pe trompă cunoaște o mare dezvoltare. Tehnicile operatorii sînt de două categorii: salpingectomia și Salpingoplastia.

Prin *salpingectomie* se înțelege extirparea trompei cu păstrarea ovarului, și care se execută după regulile chirurgiei funcționale, adică, cu menajarea la maximum posibil, a arcadei vasculare a ovarului. Salpingectomiile sînt de două feluri: totale, indicate în sarcina tubară și în unele procese inflamatorii cronice; parțiale, indicate în sterilizarea chirurgicală și în chirurgia sterilității tubare. Salpingectomia care se face cu extirparea concomitentă a ovarului poartă numele de anexectomie (vezi pag. 111).

Prin *salpingoplastie* se înțelege acele procedee chirurgicale care au ca scop restabilirea permeabilității tubare. Sînt indicate în tratamentul sterilității și se numesc operații plastice și restauratoare. La realizarea acestora, progrese importante sînd aduse de chirurgia microscopică (vezi pag. 213).

⁸ S. Marshall și R. Kennedy publică 72% vindecări în dismenoreea primară și 80% vindecări în dismenoreea secundară.

1. SALPINGECTOMIA TOTAL UNILATERAL

PRINCIPII I EFICIEN

Salpingectomia total unilateral este o opera ie conservatoare fiindc se execut dup dou principii: conserv ovarele i trompa opus , respectînd toate func iile aparatului genital, i menajeaz la maximum posibil arcada vascular a ovarului (fig. 110).

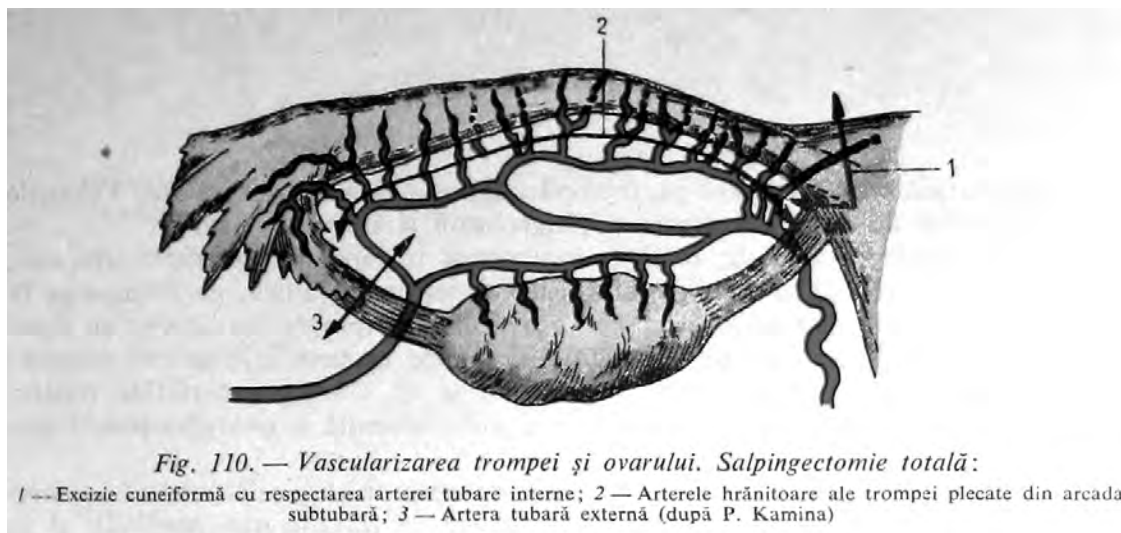
Salpingectomia total unilateral se face cu rezec ie cuneiform a por iunii intersti iale a trompei pentru a se evita sarcinile ectopice recidivate pe bontul restant, sindromul dureros menstrual, numit « de bont restant» (explicat fie de l sarea pe loc a unor focare patologice distrofice — salpingioze, diverticuloze, endometrioze — fie de pasajul sîngelui menstrual), precum i evolu ia unor focare inflamatorii (microabcese) banale sau tuberculoase.

INDICA II

Cea mai frecvent indica ie o constituie sarcina ectopic tubar , dup care vin în ordine, procesele patologice inflamatorii tubare, acute sau cronice (pio-salpinx, hidrosalpinx, salpingita nodular , salpingita xantomatoas) i unele distrofii chistice ovariene i paraovariene în care trompa se extirp împreun cu tumoarea, respectîndu-se par ial ovarul (vezi pag. 87).

TEHNIC

a) Salpingectomia total cu rezec ia cuneiform a cornului uterin. Ca opera ie tip red m tehnica salpingectomiei în sarcina ectopic .



Anestezie: general prin intuba ie oro-traheal .

Cale de abordare: abdominal prin incizie Pfannestiel sau median , în inunda ia peritoneal cu stare de oc se d preferin inciziei mediane, pentru rapiditatea cu care se execut .

Dup deschiderea abdomenului se întîlnesc dou eventualit i: sînge liber, proasp t, în peritoneu i pelvisul f r aderen e, sau sînge liber, vechi, în peritoneu i pelvisul acoperit de aderen e epiploice i intestinale, sub care se g sesc cheaguri de sînge.

În prima eventualitate opera ia este simpl i se execut cu rapiditate, scopul fiind hemostaza chirurgical , indispensabil pentru scoaterea bolnavei din oc.

Timpii opera iei.

— Se evacueaz par ial sîngele din peritoneu i se izoleaz ansele intestinale cu cîmpuri moi.

— Cu mîna dreapt introdus în pelvis se caut anexa tumoral i se exteriorizeaz , introducînd sub ea un cîmp moale.

— Se face un inventar atent i rapid al leziunilor anatomice macroscopice: sediul sarcinii (ampular , istmic sau intersti ial), locul rupturii, starea pavilionului (avort tubar), aspectul ovarului respectiv i prezen a corpului galben gestativ, starea anexei opuse, volumul i consisten a uterului.

— Se aplic o pens în inim pe tromp , gest care eviden iaz foarte bine mezosalpinxul în toat întinderea lui, dup care se aplic , din afar în untru, pense drepte sau curbe de hemostaz , plasate în lungul trompei i cît mai aproape de ea, prinzînd i sec ionînd mezoul din aproape în aproape, pîn la cornul uterin. Arteriolele mici, care sîngereaz în timpul sec ion rii mezoului, se prind cu pense mici de hemostaz i se leag separat (fig. 111). Trac ionînd de trompa deta at de mezou, se procedeaz , cu un bisturiu cu vîrful ascu it, la excizia cuneiform a por iunii intersti iale a acesteia (fig. 112 A). Înainte de a proceda la rezec ia cuneiform plas m o pens Kocher în unghiul dintre tromp i marginea uterului, pens de hemostaz al c rei vîrful mu c din miometru. Hemostaza zonei excizate se face cu fire de catgut, în U sau în X, care realizeaz reconstituirea cornului uterin (fig. 112 A).

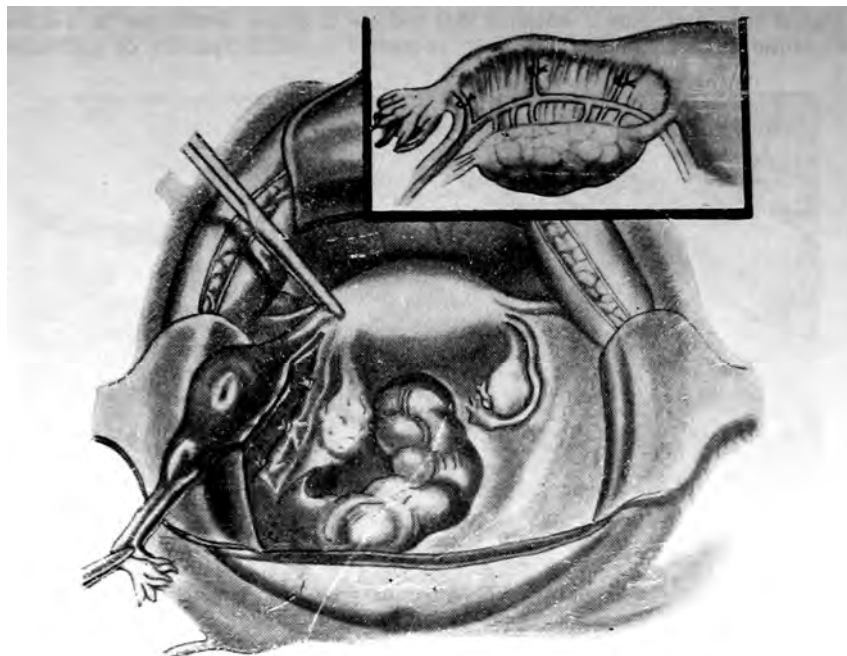


Fig. 111. — Salpingectomie totală simplă. Arteriolele din mezosalpinx se leagă separat:
 În cartuș: dispoziția vaselor arteriale din mezosalpinx.

— Se peritonizează cu grijă «mezosalpinxul» (fig. 112 B) cu surjet fin, care acoperă capetele vaselor ligaturate, și cornul uterin cu ligamentul rotund, ca în fig. 96-cartuș. Peritonizarea cu ligamentul rotund are avantajul că poziționează uterul prin scurtarea acestui ligament.

— Se controlează hemostaza, se evacuează complet restul sîngelui revărsat în peritoneu cu aspiratorul sau se sugă cu câmpuri moi și se închide peretele abdominal în straturi anatomice, fără drenaj.

În eventualitatea că pelvisul este acoperit de aderențe, se procedează astfel:

— Se eliberează epiploonul din aderențele parietale și viscerale prin disecție cu degetul, prin disecție cu foarfecele curbă și uneori prin rezecarea porțiunilor care nu se lasă desprinse. Epiploonul este îngroșat și cu porțiuni de culoare violacee (semn că sub el se găsește sânge). Hemostaza porțiunilor rezecate se face imediat, cu fire de ață trecute cu acul. Atenție sporită în timpul rezecției epiploonului, la ansele intestinale și la hemostaza acestuia.

— Se eliberează ansele intestinale, frecvent aderente la procesul patologic anexial și la uter. Aceste aderențe sînt recente și ansele intestinale se lasă ușor desprinse cu degetul, mai rar cu o compresă montată (pericol de perforație).

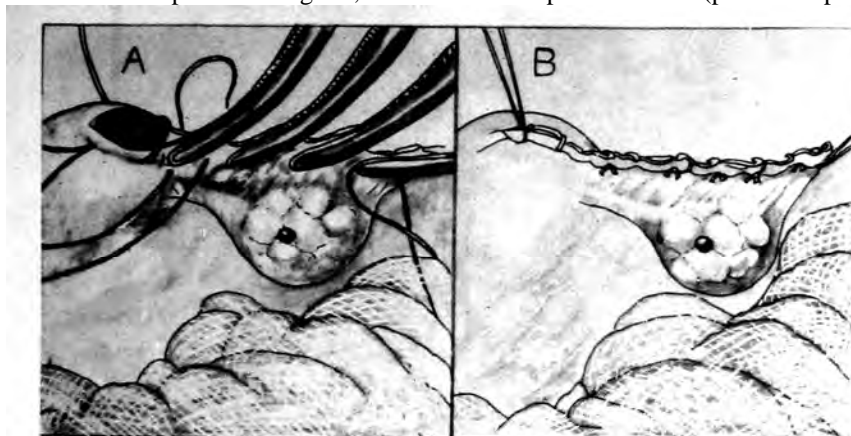


Fig. 112. — Salpingectomie cu rezecție cuneiformă a porțiunii interstițiale:
 A — Sutura cornului uterin. B — Sutura mezosalpinxului.

Dacă sînt bride fibroase, în procesele patologice mai vechi, acestea se secționază cu foarfecele. Ansele decolate se controlează imediat. Suprafețele depolizate se suturează cu fire subțiri de catgut (ac foarte fin). Eventualele perforații se suturează în dublu strat cu fire de ață subțiri. Se controlează hemostaza după care ansele intestinale împreună cu epiploonul se acoperă cu câmpuri moi.

— Se liberează Douglasul parțial de cheagurile de sânge.

— Prin palpări se identifică topografia anatomică a anexei tumorale, se precizează fundul uterului, și cu degetele ușor flectate se caută un plan de clivaj, întotdeauna de jos în sus, și din untru în afară. Insinuarea degetelor se face cu blîndețe vizînd unghiul diedru pe care-l face marginea uterului cu fața posterioară a ligamentului larg și decolarea masei tumorale se face progresiv. Trompa tumorală devine liberă și accesibilă exerezei. Maniera aceasta de rezolvare a masei tumorale se preferă disecției instrumentale (riscuri pentru ureter și pentru vasele mari).

— Se practică salpingectomia totală după tehnica descrisă mai sus (pag. 138).

— Se controlează ovarul respectiv și anexa opusă.

— Se închide abdomenul după ce se face o toaletă riguroasă a pelvisului și se scot câmpurile de izolare. Se drenează cu tub din plastic numai dacă aematocelul este supurat. În acest caz se fac și însămânșări pe medii de cultură și se administrează antibiotice postoperator.

b) Salpingectomia totală prin rezecție cuneiformă a cornului uterin. Are aceleași indicații și se face atunci când sîntem nevoiți să simplificăm tehnica pentru a scurta timpul operației (starea gravă de oc a bolnavei).

Tehnică. Se aplică două pense drepte Kocher, una pe mezosalpinx paralel cu trompa și alta perpendicular, de sus în jos, pe inserția uterină a trompei, cele două pense apropiindu-și vîrfurile, după care se secționază cu foarfecele din afară în untru sau din untru în afară (fig. 113). Hemostaza se face cu fire de catgut sau de nylon trecute cu acul, unul prin mezosalpinx, altul înșilat, circular, la nivelul cornului uterin. Capetele firului trecut prin mezosalpinx se pot fixa pe uter, realizînd peritonizarea bontului, sau se peritonizează cu ligamentul rotund ca în fig. 96-cartu. Așa cum se vede în fig. 113 acest procedeu este justificat numai de simplitatea și rapiditatea cu care se execută. Dacă nu există această justificare impusă de starea gravă a bolnavei, se procedează ca în fig. 114, respectîndu-se arcada vasculară tubară.

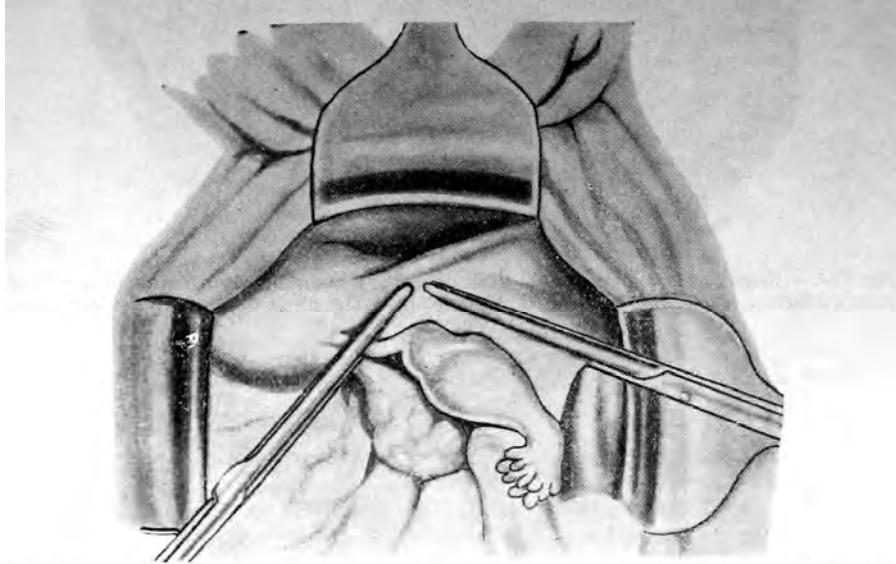


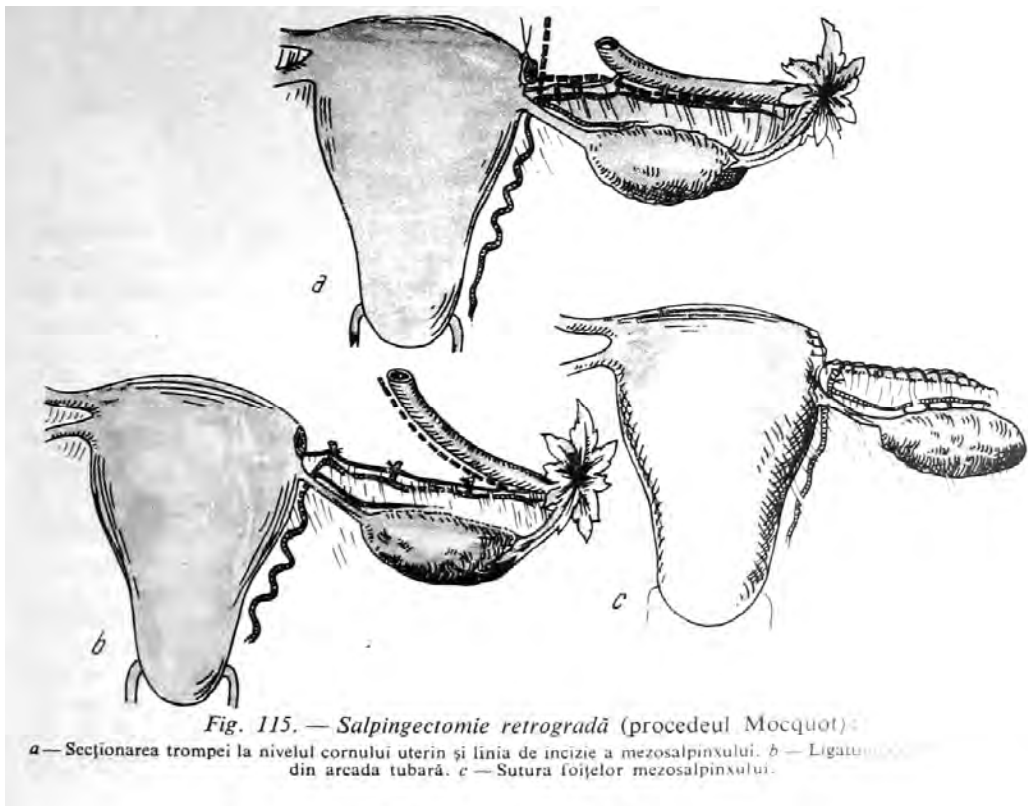
Fig. 113. — Salpingectomie totală simplă. Așa cum sînt plasate pensele de hemostază, nu este menajată arcada vasculară (după Peham).

Variante de tehnică :

c) Salpingectomie retrogradă. Procedeu a fost descris de Mocquot și constă din extirparea trompei dinspre uter spre pavilion, începînd cu secționarea ei la nivelul cornului uterin (fig. 115 a). Trîgînd de capătul trompei în sus se evidențiază mezosalpinxul care se secționază progresiv cu foarfecele, cît mai aproape de peretele trompei, pensînd în vedere arteriolele hrînitoare (fig. 115 b). Se înlocuiesc pensele cu ligături și se reconstituie mezosalpinxul cu surjet fin



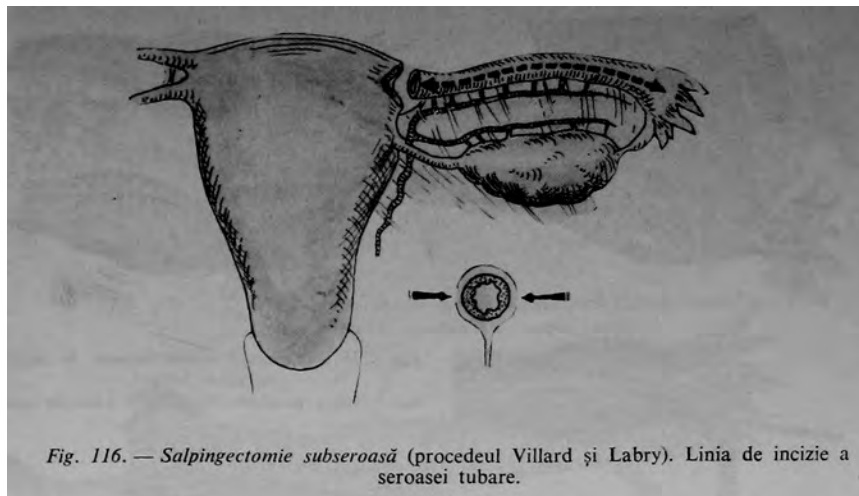
Fig. 114. — Salpingectomie totală simplă. Linia de incizie a mezoului, cît mai aproape de trompă pentru a menaja arcada vasculară tubară. La nivelul istmului pensa de hemostază prinde numai trompa.



(fig. 115 c). Rezecia cuneiformă a cornului uterin se poate face după extirparea trompei.

d) Salpingectomia subseroasă are ca scop menajarea la maximum posibil a vascularizației ovarului și a fost descrisă de Villard și Labry.

Se începe cu rezecia cuneiformă a capătului proximal al trompei, după care se fac, cu un bisturiu fin, două incizii paralele, de-a lungul trompei, una pe fața anterioară și alta pe fața posterioară (fig. 116) care interesează numai seroasa. Trăgând în sus și în afară de capătul proximal rezezat, cu lățul bisturului sau cu un foarfece fin, se refulează foiele mezosalpinxului de pe trompă. Arteriolele care apar se pensăză la vedere. Acest procedeu nu se poate realiza dacă seroasa tubară este foarte aderentă din cauza unui proces vechi inflamator.



O modificare la tehnica de mai sus este adusă de Barrier, care secționează seroasa printr-o singură incizie, de-a lungul marginii superioare a trompei.

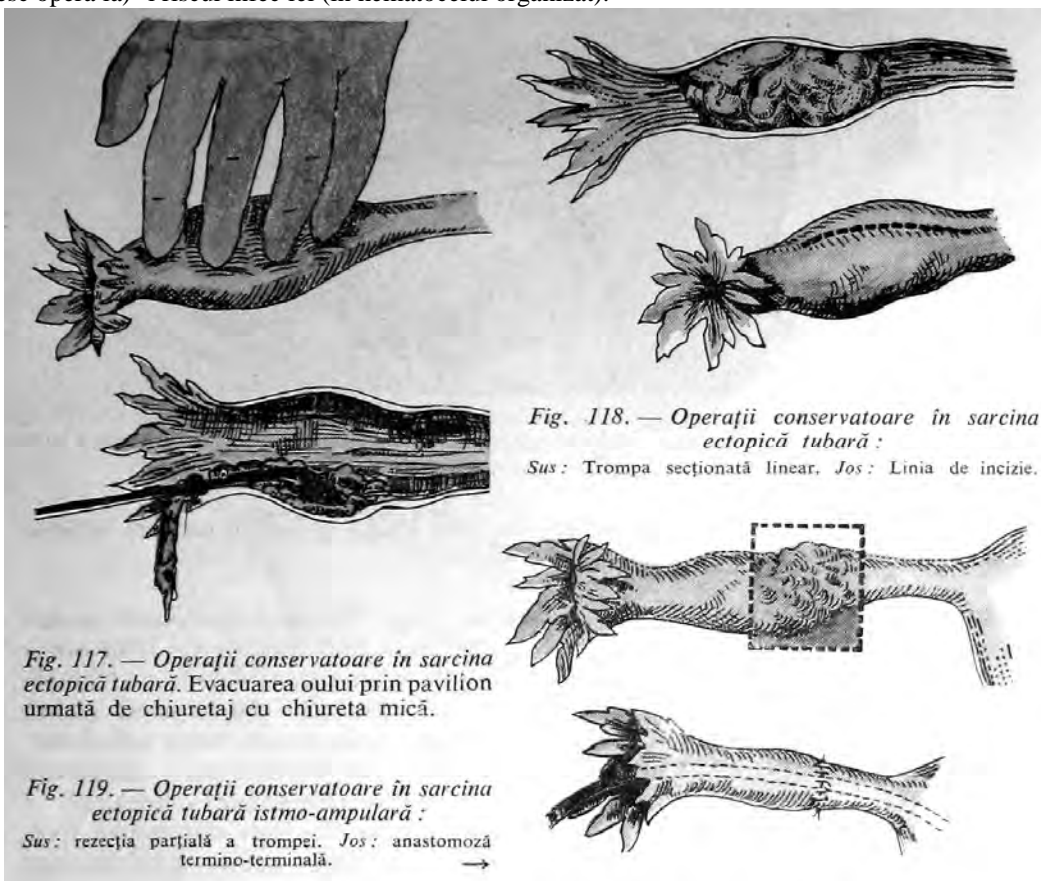
Menționăm amănunțit de tehnică la procedeele descrise: secționarea franjurului Richard cât mai aproape de pavilionul tubar pentru a nu secționa arteriola care formează bucla arcadei subtubare a ovarului, iar când mezosalpinxul este larg și arcada vasculară se vede prin transparență, vasele hrănitoare ale trompei pot fi legate trecând fire cu acul prin ochiurile vasculare.

2. OPERA II CONSERVATOARE ÎN SARCINA ECTOPIC TUBAR

Aceste opera ii sînt discutabile ca indica ie i nici într-un caz nu sînt recomandabile la carurile de mare urgen .

Datorit ceioscopiei, diagnosticul sarcinii ectopice se face ast zi înainte ca s apar accidentele de ruptur i în consecin , opera iile se pot face «la rece», în aceste situa ii se poate recurge la opera ii conservatoare care se pot face dup stilul i metodele folosite în tratamentul chirurgical al sterilit ii tubare. Aceste opera ii conservatoare pot fi urmate de riscuri: hemoragie imediat , sarcin ectopic recidivat , degener ri maligne produse de reten ia unor vilozit i coriale pe locul unde a fost nidat oul. De aceea, nu se indic decît la acele cazuri la care trompa opus a fost extirpat cu ocazia unei opera ii anterioare, sau cea existent este compromis func ional i bolnava s fie informat asupra e ecurilor i mai ales asupra riscurilor posibile.

Contraindica iile acestor opera ii deriv din: neasumarea riscurilor de c tre bolnav , urgen a interven iei (opera iile conservatoare lungesc opera ia) i riscul infec iei (în hematoceful organizat).



PROCEDEELE TEHNICE OBI NUI TE

- 1) *Evacuarea oului prin pavilionul tubar* (urmat de chiuretaj foarte delicat) (fig. 117).
- 2) *Enuclearea oului prin salpingectomie linear* f cut pe marginea, superi- oar a trompei (fig. 118). Dup scoaterea oului se spal locul cu ser fiz.:
cald i trompa se reconstituie într-un plan cu nylon foarte sub ire (ac sertizat).
- 3) *Rezec ia par ial a trompei* urmat de anastomoz termino-terminal pe tutore de polietilen (care se scoate la sfîr itul opera iei) (fig. 119), de implantare ampulo- sau tubo-uterin (fig. 120) sau de reconstituire a pavilionului (fig. 121).

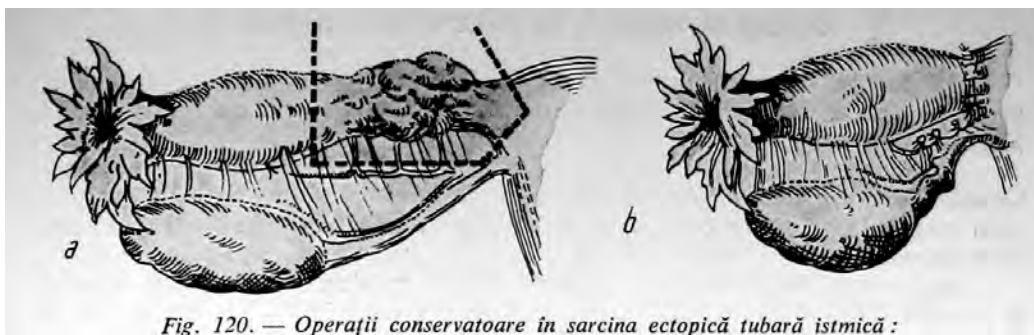


Fig. 120. — Operații conservatoare în sarcina ectopică tubară istmică :
a — rezecția trompei; b — implantare ampulo-uterină.

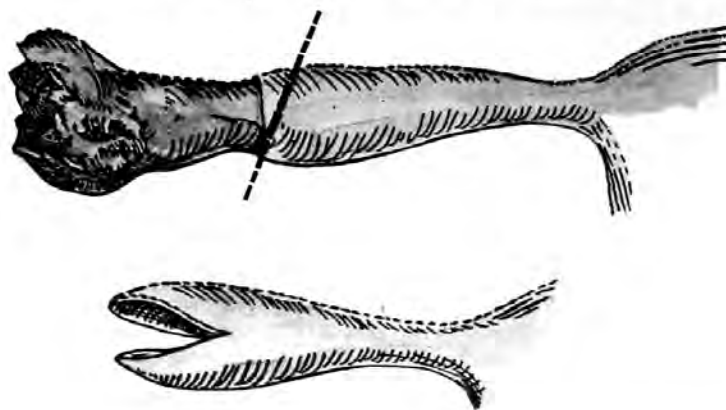


Fig. 121. — Operații conservatoare în sarcina ectopică tubară pavilionară :
Sus: rezecția pavilionului. Jos: reconstituirea ostiului abdominal.

Toate aceste modalități tehnice se decid în timpul operației în raport cu sediul sarcinii ectopice, cu lungimea și calitatea anatomică a trompei, cu starea anexei opuse, cu starea clinică a bolnavei în momentul operației, cu tehnicile și experiența operatorului în chirurgia minioasă a trompei și cu condițiile organizatorice ale sale de operație (instrumentar fin, ace sertizate cu fire de sutură foarte subțiri, sonde de polietilen și ser fiziologic cald). După aceste operații nu se drenează abdomenul și se administrează antibiotice.

Tratamente postoperatorii și rezultate globale în sarcina ectopică tubară. Pe 1 152 sarcini extrauterine operate între anii 1968—1977, în Spitalul clinic «Giulești», mortalitatea a fost zero. În alte statistici, mortalitatea este cuprinsă între 0,9—0,25%. Din cazurile operate, aproximativ 50% rămân din nou gravide și ceea ce este de menționat, cam 10% din acest lot fac sarcini extrauterine recidivate. Evoluția postoperatorie este obișnuit și singurul tratament care contează în special la formele cu inundare, este echilibrarea hemodinamică în timpul și după operație cu transfuzii de sânge și în continuare protejare cu antibiotice și tratamentul anemiei.

CONDUITA TEHNIC ÎN ALTE EVENTUALITĂȚI

a) *Sarcină ectopică tubară ruptă în ligamentul larg.* În această situație, adeseori, sîntem obligați să extirpăm și ovarul pentru a putea asigura o bun hemostază.

b) *Sarcină ovariană* în care ovarul este greu de recunoscut în tumoarea hematică eclatată. Deseori, cu răbdare, se poate face o rezecție parțială a ovarului (vezi pag. 125); în caz contrar se face ovariectomie (vezi pag. 113) și uneori chiar anexectomie (vezi pag. 114).

c) *Sarcină abdominală.* În această situație se deschide sacul amniotic și se extrage fătul. Cordonul ombilical se leagă la inserația lui pe placenta și se rezec membranele amniotice. Dacă placenta este inserată pe ansele intestinale, se lasă pe loc și abdomenul se închide fără drenaj. Placenta abandonată se resoarbe în lunile care urmează. Dacă placenta este inserată cu precizie pe epiploon, se poate încerca scoaterea ei, cu rezecția largă a acestuia. Operația este foarte hemoragică și riscantă.

d) *Sarcină cervicală.* Hemoragia vaginală în această localizare este catastrofală și histerectomia cu păstrarea anexelor este soluția tehnică cea mai sigură pentru salvarea bolnavei.

e) *Sarcină ectopică tubară bilaterală.* Se procedează la salpingectomie bilaterală, ca în fig. 122. În raport cu localizarea sarcinilor și numai dacă femeia nu are copii și acceptă, se pot încerca una sau alta din tehnicile conservatoare descrise la pag. 151.

f) *Sarcină ectopică tubară cu sarcină uterină concomitentă.* Se procedează la salpingectomie pentru sarcina tubară și se chiuretează uterul pe cale vaginală, la sfîrșitul operației, sau ulterior, dacă persistă metroragiile. Excepțional sarcina uterină poate evolua sub tratament intens cu progestative de sinteză.

g) *Sarcină ectopică tubară după histerectomie cu păstrarea anexelor.* Se face salpingectomie.

h) *Inundare peritoneală fără sarcină ectopică.* În practica unui serviciu se observă cîteva cazuri pe an. Hemoperitoneul este produs cel mai frecvent de ruptura corpului galben, uneori de ruptura splinei. Operația constă din enuclearea chistului hemoragic sau rezecția parțială a ovarului. În ruptura splinei se face splenectomie.

Sterilizarea chirurgicală este indicată la femeile care născ sarcina și născătoare le pun viața în pericol sau le compromiță sănătatea (indicații medicale).

Legarea și secționarea trompelor produce deseori, la cîteva ani de la operație, tulburări menstruale și neuro-psihice importante, de aceea, aceste procedee nu se aplică decît cu justificări strict medicale și întotdeauna cu acordul femeii.

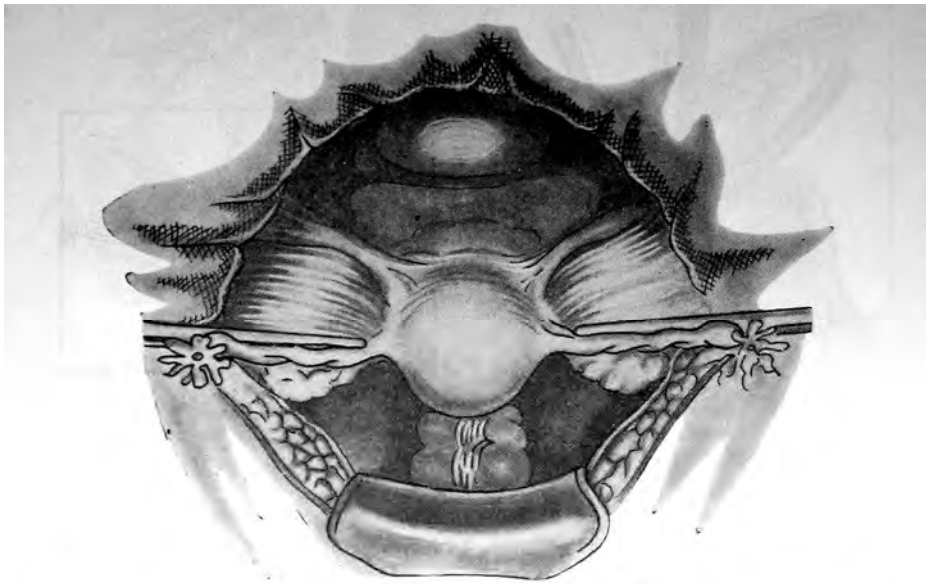


Fig. 122. — Salpingectomie bilaterală. Felul cum se aplică pensele pe mezosalpinx, bilateral.

Operațiile pentru sterilizare se pot face pe cale abdominală sau pe cale vaginală, fie prin colpoceliotomie anterioară (vezi pag. 71), fie prin colpoceliotomie posterioară (vezi pag. 76) și sînt definitive. Insuccesele lor depind de tehnica folosită.

Dezvoltarea tehnicii celioscopiei face posibilă sterilizarea la femeie, prin intervenții operatorii intracelioscopice (electrocoagulare, aplicare de clipsuri sau inele din plastic pe trompe).

În cele ce urmează vom descrie cîteva procedee chirurgicale clasice de sterilizare definitivă și cîteva procedee de sterilizare temporară (acestea din urmă au indicații excepționale). Dintre procedeele clasice vom prezenta pe acelea care oferă nu numai garanția unei sterilizări definitive, ci și aceea că, la nevoie, pot fi reversibile, adică să permită refacerea tranzitului tubar prin procedee de microchirurgie (vezi pag. 213) în eventualitatea că femeia dorește să aibă copii (după decesul copiilor, după divorț etc.).

TEHNICI DE STERILIZARE CHIRURGICAL DEFINITIV

LIGATURA ȘI SECȚIONAREA TROMPELOR ÎN PORȚIUNEA ISTMICĂ

Acest procedeu este foarte simplu și se face atât prin minilaparotomie, cât și pe cale vaginală, aplicându-se două ligaturi cu fir neresorabil între care se secționează trompa (fig. 123).

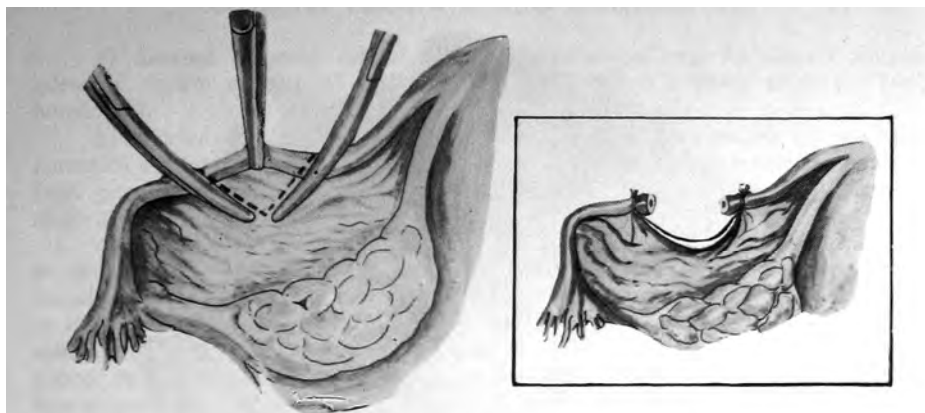


Fig. 123. — Sterilizare chirurgicală. Ligatura și secționarea trompelor în porțiunea istmică (metoda vieneză).

Bonturile sînt libere în peritoneu. Acest procedeu se folosește astăzi cel mai mult fiind, dintre toate, cel mai reversibil, permițînd repermeabilizarea prin anastomoză microchirurgicală. În acest scop istmul tubar se secționează la 2 cm de cornul uterin. Procedeu este cunoscut sub numele de metoda colii vieneze.

SALPINGECTOMIA PARȚIALĂ INTERNĂ

Procedeu a fost descris de Neuman-Kustner și reluat recent de Robert. Se secționează trompa între două ligaturi (fig. 124) după care se rezecă cuneiform capătul proximal. Se refac mușchii uterini și capătul distal al trompei se înfundă între foițele ligamentului larg (fig. 124-cartuș). Operația se face bilateral.

Avantajele procedurii: menajează arca vasculară tubară; extirpă porțiunea interstțială a trompei, sursă de infecție și de dureri; permite reimplantarea tubo-uterină dacă ulterior devine necesară recuperarea fertilității pierdute.

LEGAREA ȘI SECȚIONAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDURELE ȘI VULESCU

Se secționează trompa cu bisturiul între două pense Kocher, aplicate la 2 cm de cornul uterin (fig. 125). Pensele nu apucă decît trompa și secțiunea se operează la mezou. Se încrucișează cele două fragmente ale trompei și se aplică

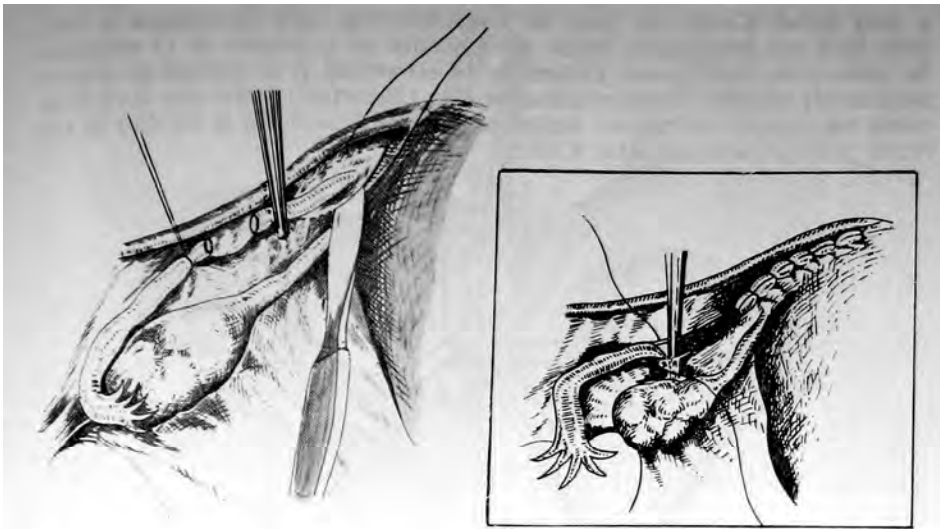


Fig. 124. — Sterilizare chirurgicală (procedeu Neuman-Küstner). Secționarea trompei și excizia cuneiformă a porțiunii proximale.
 În cartuș : reconstituirea cornului uterin și introducerea capătului trompei între foițele ligamentului larg (după G. Robert)

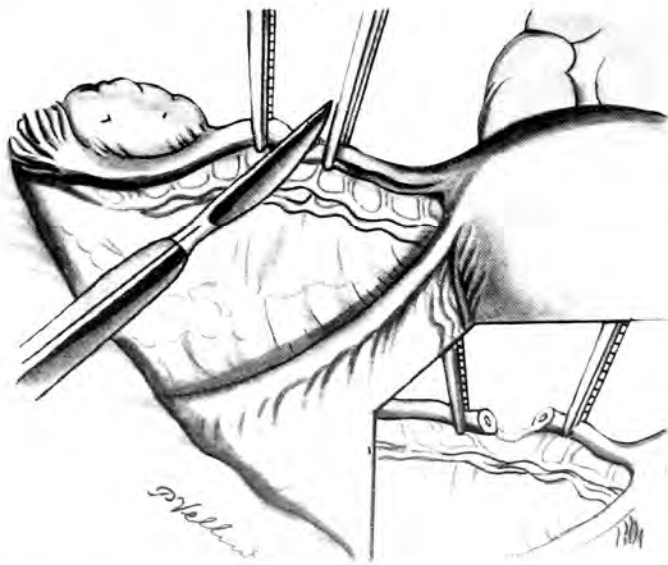


Fig. 125. — Sterilizare chirurgicală (procedeu Săvulescu). Secționarea trompei între două pense Kocher aplicate la 2 cm distanță una de cealaltă.

a treia pensă Kocher pe locul de încrucișare (fig. 126). încrucișarea se face astfel încât cele două capete tubare devin paralele pe o lungime de 15 milimetri. Se desfac cele două pense Kocher de la extremități și se reaplică pe ambele porțiuni ale trompei, devenite adiacente (fig. 126-cartuș). Astfel cele două fragmente ale trompei sînt așezate paralel pe o distanță de 2 cm și zdrobite în trei locuri prin aplicarea penselor Kocher.

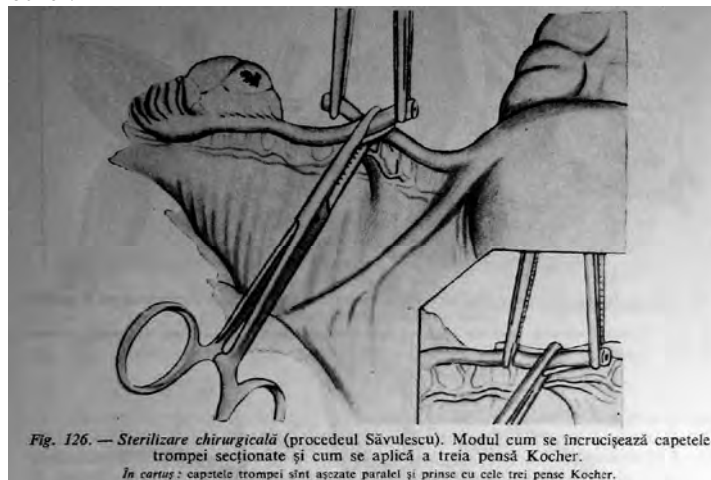


Fig. 126. — Sterilizare chirurgicală (procedeu Săvulescu). Modul cum se încrucișează capetele trompei secționare și cum se aplică a treia pensă Kocher.
 În cartuș : capetele trompei sînt așezate paralel și prînse cu cele trei pense Kocher.

Apoi se ridic pensa Kocher plasat la mijloc și cu acul Reverdin mic sau Hagedorn se trece un fir de a care se leag pe locul pensei (fig. 127). La fel se procedează și cu celelalte două pense de la extremități, astfel încât la sfârșitul operației trompa secționată este legată în trei locuri (fig. 128).

Un avantaj de tehnică care simplifică și mai mult operația este de a plasa un fir de a între capetele secționate ale trompei (fig. 129) și de a se încrucișa capetele trompei peste acest fir. Firul se leagă pe locul încrucișării ca în fig. 129-cartuș. Restul operației decurge ca mai sus.

Avantajele acestui procedeu sînt: se execută simplu și rapid; nu compromite vascularizația mezosalpinxului; eficacitate maximă; se pretează la anastomoză și la implantare uterin ulterioară, dacă devine necesară recuperarea funcției de procreație a femeii.

LEGAREA ȘI SECȚIONAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDURELE POMEROY

Acest procedeu este foarte simplu și rapid. Are dezavantajul, ca și procedeul Madlener, că se pretează mai puțin în operații reversibile. Se face o buclă din porțiunea istmică a trompei care se strictează la bază cu o pensă Kocher. Pe locul pensei se aplică o ligatură cu fir neresorabil deasupra căreia se excizează vârful buclei ca în fig. 130. Nu se peritonizează capetele. Ca și în cazul ligaturii, firul se poate trece de la început cu acul prin mezou și se înnoadă de o parte și de alta prinzînd picioarele buclei.

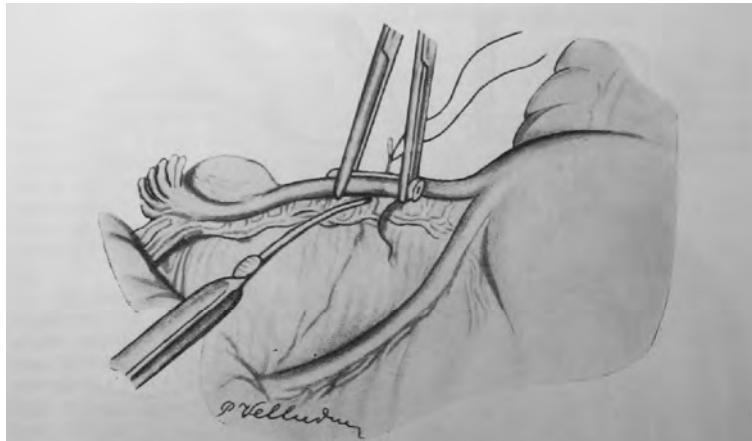


Fig. 127. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Felul cum se trec firele care înnoadă pe locul penselor Kocher.

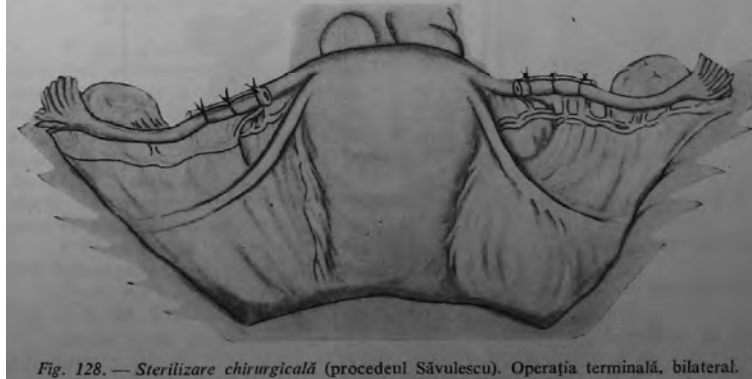


Fig. 128. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Operația terminală, bilaterală.

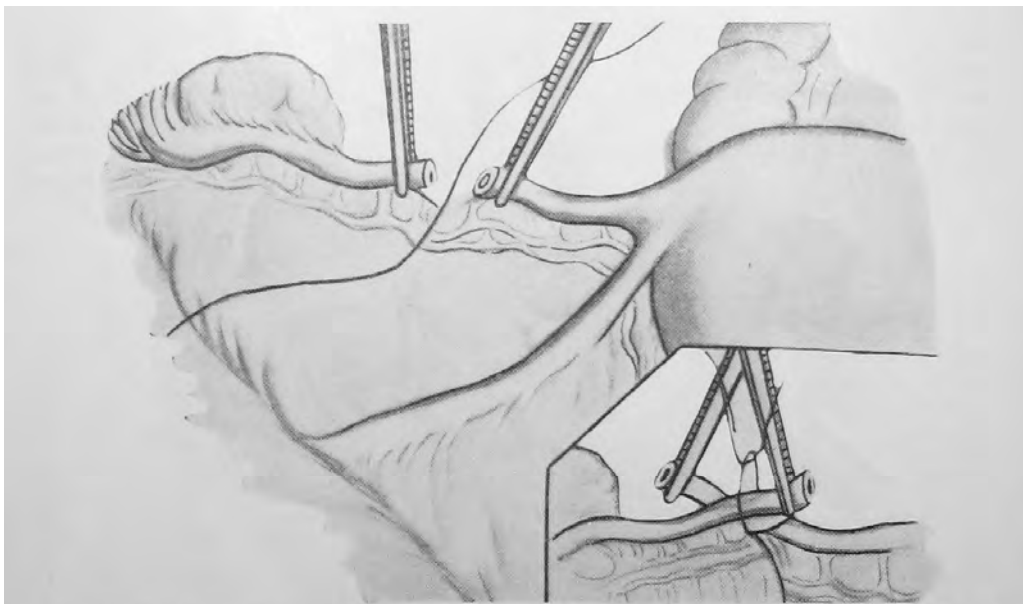


Fig. 129. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Săvulescu). Felul cum se trece primul fir prin mezou imediat după secționarea trompei.

În cartuș: firul de ață se leagă peste locul de încrucișare al celor două capete.

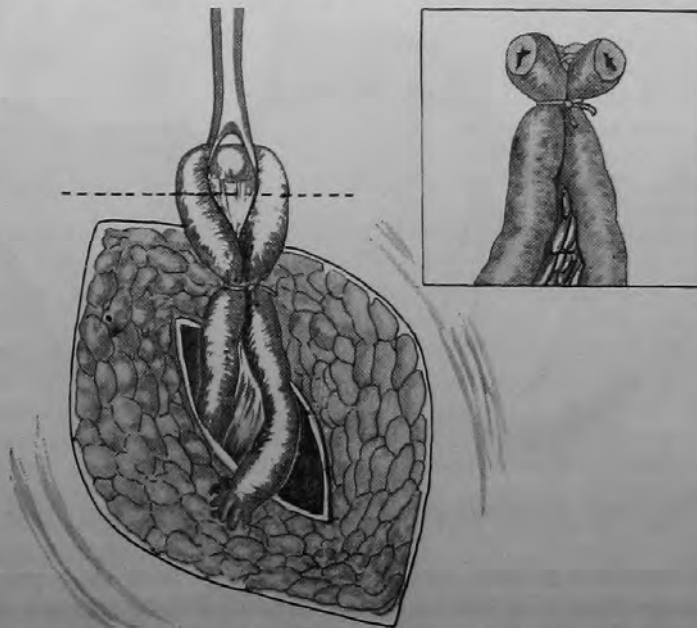


Fig. 130. — Sterilizare chirurgicală (procedeul Pomeroy). Se leagă bucla trompei cu fir neresorbabil pe locul stricturat de pensă și se amputează vârful buclei.

În cartuș: operația terminată

LEGAREA TROMPELOR DUPĂ PROCEDURELE MADLENER

Acest procedeu este cel mai simplu și mai rapid. Cu o pensă de disecție se apucă trompa din porțiunea ei cea mai mobilă și cu o pensă de hemostază puternică se zdrobește bucla formată (fig. 131) sub care se aplică o ligatură cu fir neresorbabil. Pentru mai mult siguranță, Novak leagă trompa cu un fir neresorbabil plasat cam la mijlocul lungimii acesteia și peste capetele firului. Trăgând de capetele acestui fir, se formează o buclă pe care o strictează cu o pensă Kocher pe locul care se plasează după aceea o ligatură cu fir de nylon ca în fig. 132.



Ambele procedee, Pomeroy și Madlener, au trei dezavantaje comune: sacrifică prea mult din lungimea trompei fiind dificilă operațiile reversibile; zdrobește în mezoul, ris- când compromiterea arcadei vasculare; eficacitate mai mică (riscul de sarcini prin repermabilizarea naturală a trompei).

TEHNICI DE STERILIZARE CHIRURGICAL TEMPORAR

Procedeeul Alfieri. Acest procedeu, recomandat de Halban, se execută astfel: se decolează peritoneul vezico-uterin și în spațiul creat se aduc trompele, al cărui pavilion se fixează la uter cu fire de ață ca în fig. 133. Cu acest procedeu trompele rămân intacte, putând fi scoase ulterior de sub peritoneul vezico-uterin și repuse în situația lor anatomică normală.

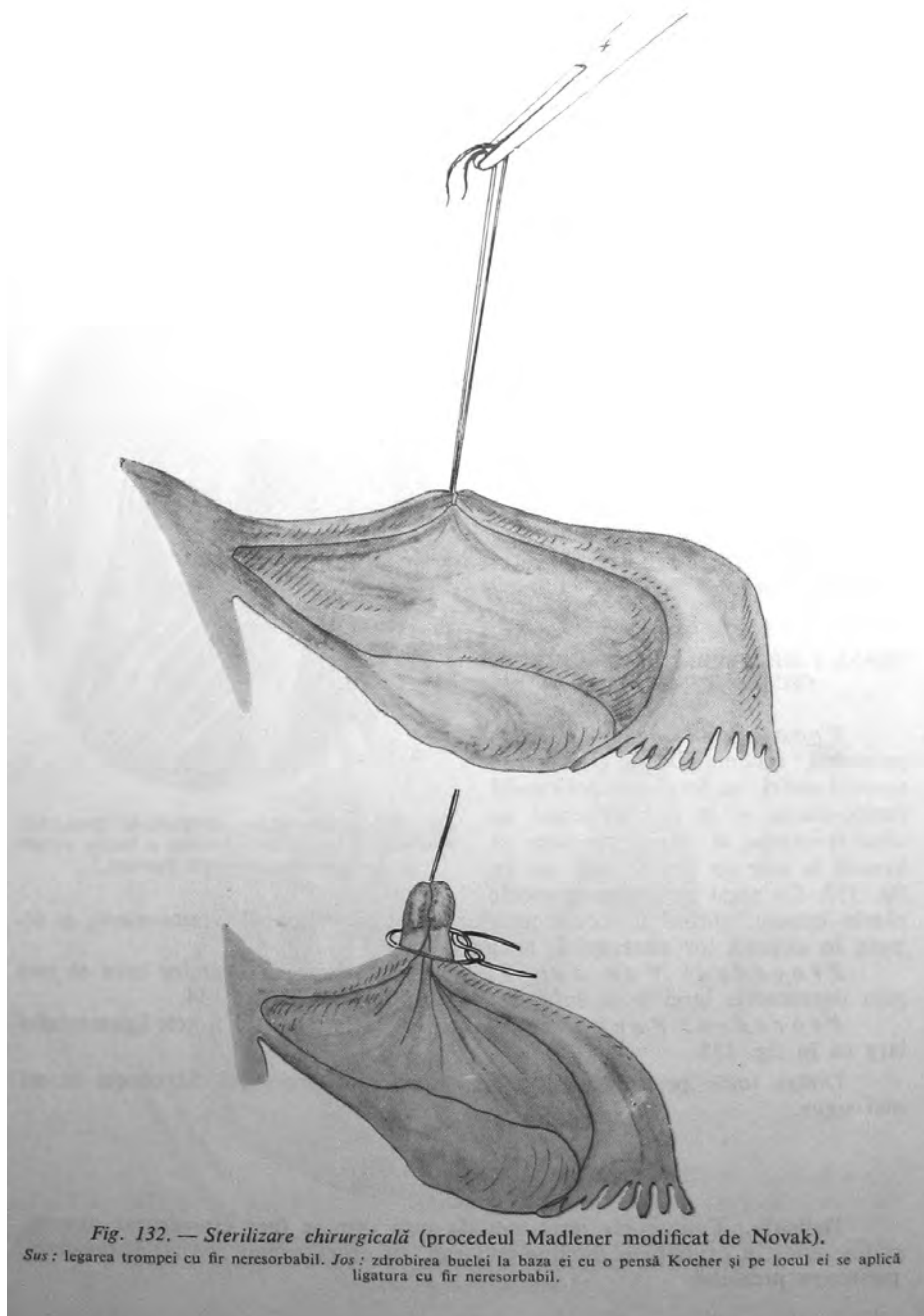
Procedeeul Van der Velde. Se adresează ovarelor care se trec prin ligamentele largi și se înfundă într-o bursă ca în fig. 134.

Procedeeul Pana în care ovarele se introduc între foițele ligamentului larg ca în fig. 135.

Dintre toate procedeele descrise considerăm procedeele Șvulescu ca cel mai sigur.

CELIOSCOPIA

Definiție. Celioscopia este metoda prin care se face examinarea directă, endoscopică, a cavității abdomino-pelviene, cu instrumentar special și pneumoperitoneu prealabil.



Principii și eficiență. Metoda se bazează pe posibilitățile tehnice, în prezent foarte dezvoltate, de a vedea «în direct» organele genitale interne. După Thoyer-Rozat «celioscopia este singura metodă care, prin precizia informațiilor furnizate, poate rivaliza cu laparotomia exploratorie». Celioscopia este o metodă de diagnostic foarte egală, motiv pentru care s-a împărțit în mod egal între mijloacele fundamentale de investigație în ginecologie. Progresul tehnic în fabricarea celioscoapelor permite nu numai precizarea rapidă a unui diagnostic dificil, ci și unele rezolvări terapeutice (secționarea de aderențe, puncționarea unor chisturi ovariene, sterilizarea chirurgicală) cunoscute sub numele de «operații intracelioscopice».

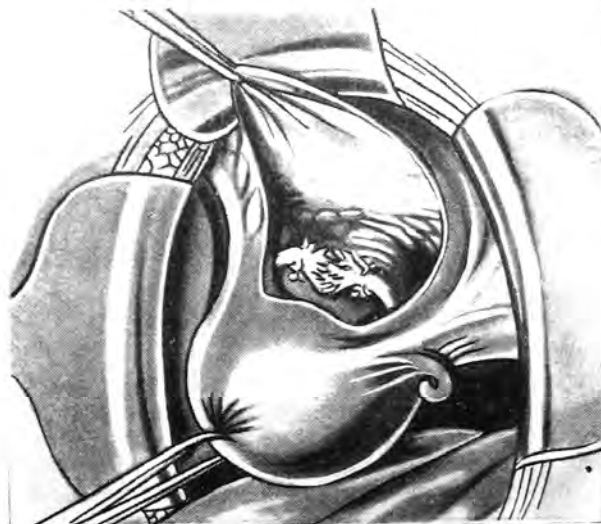


Fig. 133. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Alfieri). Trompele sînt trecute prin ligamentul larg dîndărăt înainte și pavilioanele sînt fixate sub peritoneul vezico-uterin.

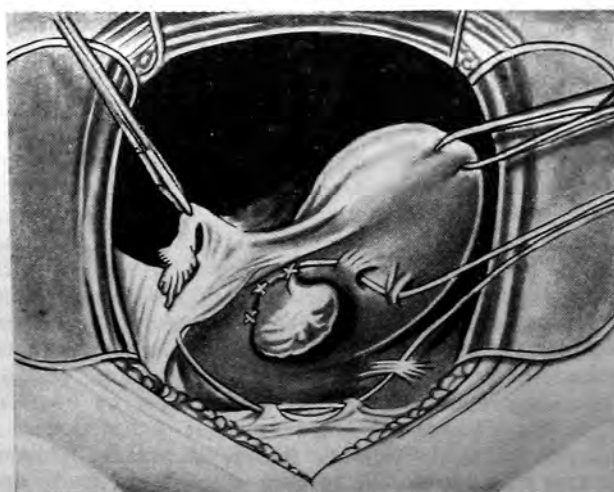


Fig. 134. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Van der Velde). Ovarul este trecut prin ligamentul larg dîndărăt înainte și se fixează într-o bursă peritoneală între uter-vezică și ligamentul rotund respectiv.



Fig. 135. — Sterilizare chirurgicală temporară (procedeul Pana). Se incizează foiața posterioară a ligamentului larg: se include ovarul și se închide breșa cu fire subțiri de ață.

Avantaje: reduce timpul «observației clinice» și respectiv zilele de spitalizare; cicatrice la peretele abdominal invizibil; urmări mai puțin dureroase și riscuri mai reduse decât după laparotomie; reluarea activității după 3—4 zile.

Indicații: sarcina ectopică neruptă, endometrioza peritoneală, anexită cronică, sterilitatea tubară, sterilitatea prin anovulație și sterilitatea fără cauză evidentă, algiile pelviene cronice, amenoree primară (sindromul Rokitansky-Kuster-Hauser), spaniomenoree (sindromul Stein-Leventhal) și unele tumori uterine și mai ales parauterine.

Contraindicații:

— *Generale*: bolile cardio-vasculare, infecțiile bronhopulmonare și tulburările de coagulare.

— *Locale*: infecțiile cutanate, cicatricile vicioase după laparotomii urmate de drenaj sau după eviscerații, antecedente de peritonită bacilară, procesele tumorale mari care depășesc escavația, peritonită acută, ocluzia și obezitatea.

Sarcina incipientă în evoluție nu este o contraindicație, cu condiția să nu se introducă histerometrul în cavitatea uterină.

Condițiile de efectuare. Exploatarea metodei impune respectarea cu rigurozitate a câtorva condiții: salde operației echipat, aparatul bine întreținut, tehnica cunoscută și bolnava investigată și pregătită înainte de o laparotomie ginecologică (ECG,

prelucrare verbală, sedative, clisme și absorbante digestive). Pe aceste considerente, celioscopia este socotită intervenție chirurgicală și nu o simplă endoscopie și este recomandabil să fie executată de un cadru capabil să și asume răspunderea unei laparotomii în caz de necesitate.

Sala de operație trebuie să fie echipată complet cu aparatura necesară pentru anestezie și riscurile acesteia (cardioscop) și să funcționeze în condițiile unei perfecte asepticii. Masa de operație trebuie să permită înclinarea în Trendelenburg și aezarea femeii în poziție aproape ginecologică (ca în operațiile ginecologice în două echipe) pentru a permite manevrele vaginale. Instrumentele sunt sterilizate cu vapori de formol.

Anestezie generală prin intubație oro-traheală.

Aparatura necesară: laparoscop model Palmer-Jacobs cu lumină rece (fig. 136), care permite și efectuarea de intervenții intracelioscopice; aparat pentru realizarea pneumoperitoneului (fig. 137) și aparat de insuflație (Bonnet sau Pangynor) pentru testarea permeabilității tubare.



Fig. 136. — Celioscopia. Laparoscop Palmer-Jacobs.

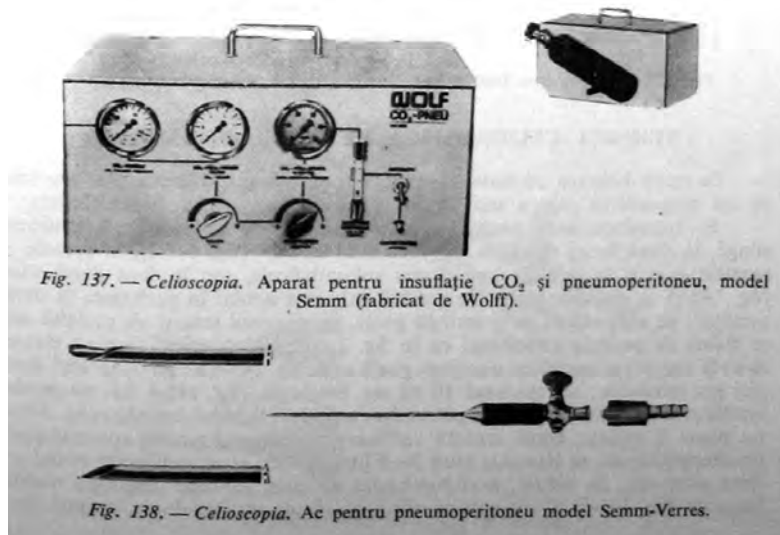


Fig. 137. — Celioscopia. Aparat pentru insuflație CO₂ și pneumoperitoneu, model Semm (fabricat de Wolff).

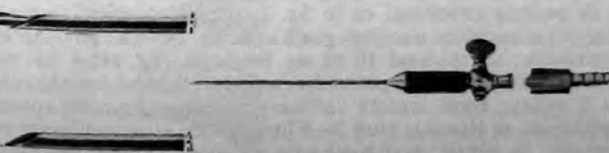


Fig. 138. — Celioscopia. Ac pentru pneumoperitoneu model Semm-Verres.

Instrumente: ac special pentru pneumoperitoneu (fig. 138), instrumente ginecologice (fig. 139), canula Semm (fig. 140) sau canula Selheim (fig. 141) pentru mobilizarea uterului; trocar pentru introducerea instrumentelor de chirurgie (fig. 142), pensă de biopsie, electrozi, foarfece (fig. 143), ac pentru puncție, palpator, pensă pentru electrocoagulare (fig. 144), bisturiu chirurgical, 2 pense Kocher, 2 pense anatomice cu dinți, seringă de 20 ml, agrafe chirurgicale.

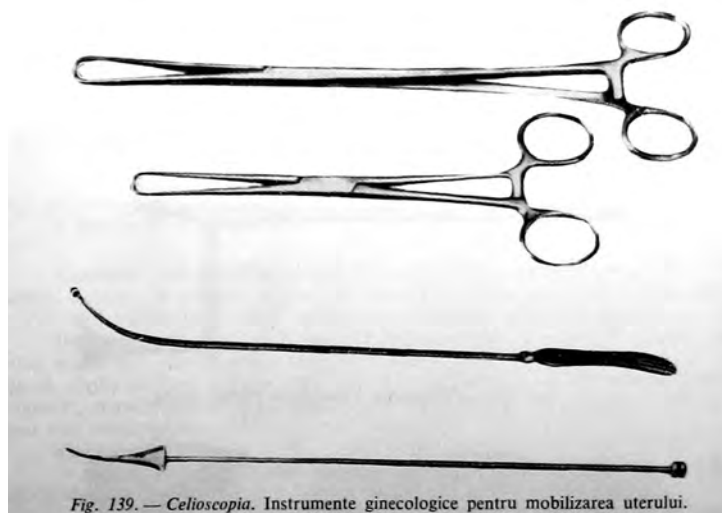


Fig. 139. — Celioscopia. Instrumente ginecologice pentru mobilizarea uterului.

TEHNICA CELIOSCOPIE PE CALE ABDOMINAL

Se a az bolnava pe masa de opera ie în pozi ie ginecologic i se monteaz pe col dispozitivul pentru mobilizarea uterului (Semm sau Bommellaere).

Se introduce acul pentru pneumoperitoneu pe linia axilar anterioar sting , la dou laturi de deget sub rebordul costal (fig. 145-2), la femeile cu peretele gros i la cele cu laparotomii subombilicale, sau în fosa iliac stîng (fig. 145-1) la femeile slabe. Se verific existen a acului în peritoneu în modul urm tor: se ata eaz la ac o sering goal , cu pistonul tras i cu cealalt mîn se ridic de peretele abdominal ca în fig. 145-3; vidul creat face ca pistonul s cad singur; se aspir cu o sering goal ca în fig. 145-4 a: nu vine nici lichid, nici gaz mirositor; se injecteaz 10 ml ser fiziologic (fig. 145-4 b): nu produce umflarea esuturilor la locul de p trundere a acului; lichidul introdus (fig. 145-4c) nu poate fi aspirat. Dup aceast verificare se ata eaz acul la aparatul pentru pneumoperitoneu, se introduc între 3—5 litri de CO_2 i se urm re te vizual cre terea simetric , de volum, a abdomenului iar prin percu ie dispari ia matit ii hepatice (fig. 145-5). Cu o sering plin cu 10 ml ser fiziologic, ata at la un ac pentru injec ii intramusculare se punc ioneaz pneumoperitoneul pe locul unde se va introduce trocarul, ca în fig. 146, împingînd acul vertical, apoi în direc ii laterale ca în fig. 146-cartu . Tr gînd cît de pu in de piston, în sering apar bule de CO_2 , dac acul se g se te în peritoneu liber; în caz contrar înseamn c sînt aderen e viscerele sau epiploice i se va renun a la introducerea trocarului.



Fig. 140. — Celioscopie. Canula Semm pentru fixarea colului.

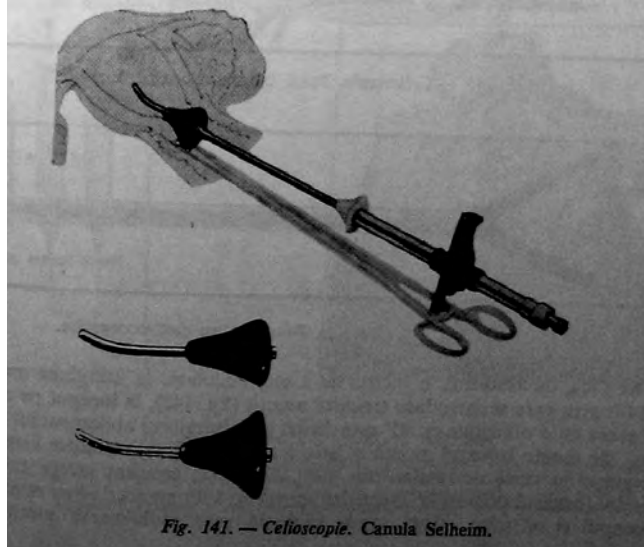


Fig. 141. — Celioscopie. Canula Selheim.



Fig. 142. — Celioscopia. Trocar pentru introducerea instrumentelor chirurgicale.

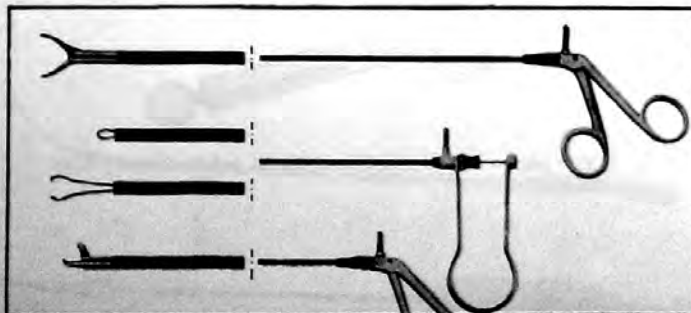


Fig. 143. — Celioscopia. Pensă biopsie, electrozi, foarfece.

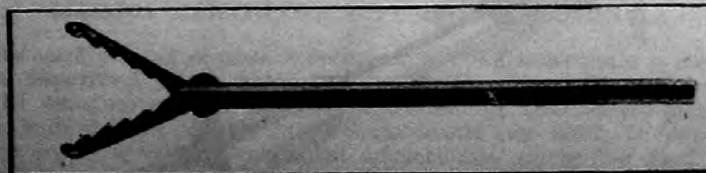


Fig. 144. — Celioscopia. Pensă pentru electrocoagulare.

Se face, cu bisturiul, o incizie de 1 cm, circular , la marginea ombilicului (fig. 147) prin care se introduce trocarul ascu it (fig. 148), la început pe sub piele, după aceea cu o oblicitate de 45° este dirijat spre interiorul abdomenului (fig. 148- cartu). Se scoate trocarul ascu it i prin teaca r mas se introduce instrumentul optic ata at la sursa de lumin (fig. 149). Din acest moment începe examinarea pelvisului (u urat de pozi ia Trendelenburg) (fig. 150) manevrând cu mâna dreapt celioscopul i cu mâna stîng sonda vaginal care mobilizeaz uterul. Pentru mobilizarea anexelor, în special pavilionul trompei i ovarul, introducem pal- patorul la 3 cm deasupra simfizei pubiene, pe linia median , sau prin fosa iliac dreapt ; introducerea palpatorului se face sub control endoscopic.

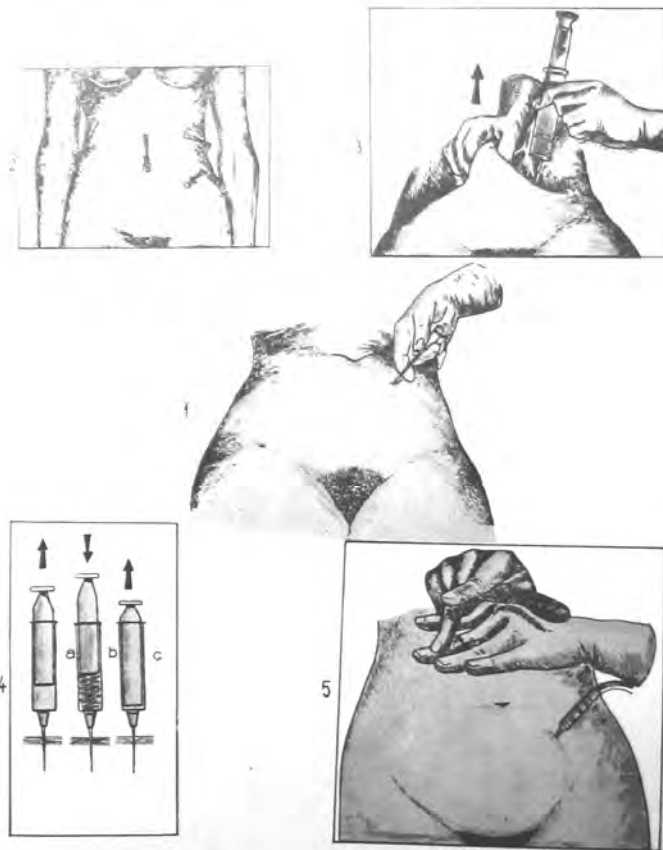


Fig. 145. — Celioscopia (după Y. Malinas):

1 — introducerea acului la nivelul fosci iliace stîngi; 2 — puncte de introducere a acului pentru pneumoperitoneu; 3 — pistonul seringii umplută cu aer cade cînd peretele abdominal este ridicat. Acul se găsește în peritoneu liber; 4 — a: aspirația negativă; b: injectarea a 10 ml ser fiziologic nu produce edem local; c: serul fiziologic introdus nu poate fi reaspirat; 5 controlul pneumoperitoneului: dispăre manifestea hepatică.

Dup terminarea explor rii endoscopice, se orizontalizeaz masa de opera ie i se extrage dispozitivul optic (fig. 151), l sînd pe loc teaca trocarului prin care

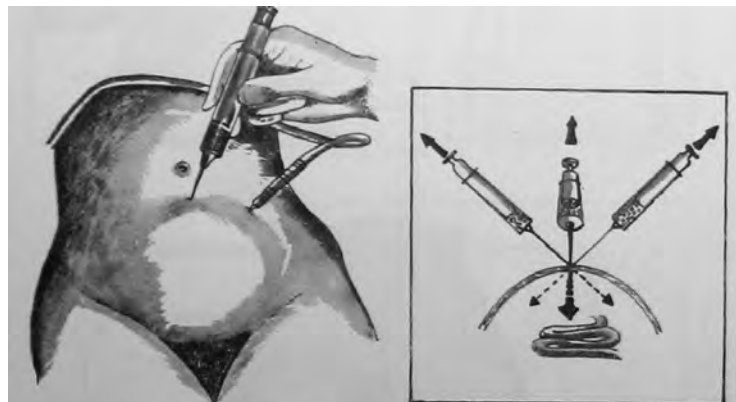


Fig. 146. — Celioscopia (după Y. Malinas). Puncționarea pneumoperitoneului.

În cazul: controlul absenței aderențelor parietale cu seringă umplută cu ser fiziologic: dacă peritoneul este liber vin în seringă bule de gaz.



Fig. 147. — Celioscopia (după Y. Malinas). Incizia pielii la marginea ombilicului, cu bisturiul.

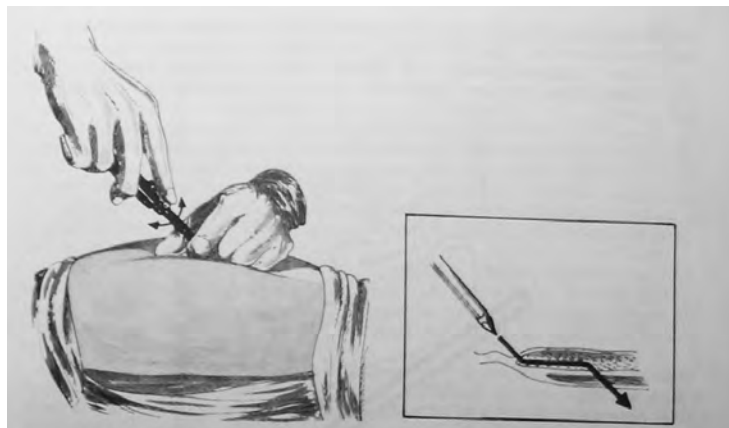


Fig. 148. — Celioscopia (după Y. Malinas). Introducerea trocarului.
 In cartus: modul cum se dirijează trocarul ascuțit.

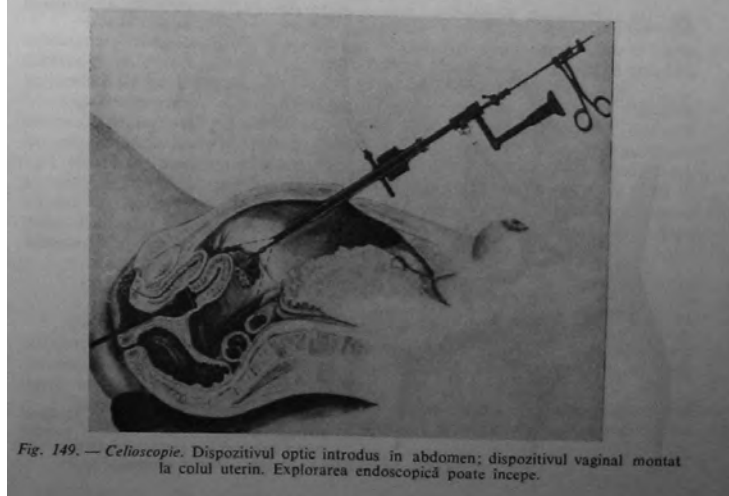


Fig. 149. — Celioscopia. Dispozitivul optic introdus în abdomen; dispozitivul vaginal montat la colul uterin. Explorarea endoscopică poate începe.

se elimină gazul din peritoneu. Comprimând cu palmele flancurile abdomenului perfect în eliminarea gazului, după care se extrage și trocarul.

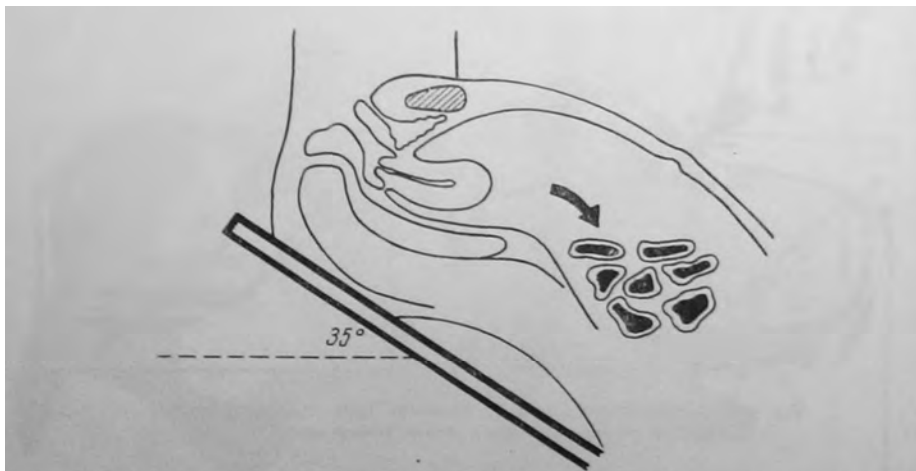


Fig. 150. — Celioscopia. Poziția Trendelenburg de 35° eliberează pelvisul de ansele intestinale.



Fig. 151. — Celioscopia (după Y. Malinas). Extragerea dispozitivului optic și comprimarea abdomenului pentru evacuarea gazului din peritoneu.

Incizia cutanată se închide cu o agraf Michel și se aplică pansament lipit. Gesturile suplimentare care se fac în timpul celioscopiei sînt: prelevarea de lichid peritoneal pentru examen citologic sau pentru culturi bacteriologice; puncționarea unor chisturi ovariene (acul se introduce prin celioscopul operator sau se folosește palpatorul-ac); se testează permeabilitatea tubar ascendent, fie prin insuflarea cu aer, fie cu soluții colorate (albastru de metil sau indigo-carmin); se desfac aderențele cu palpatorul, se secționază cu pensa-foarfece sau se electrocoagulează; se electrocoagulează focarele de endometrioz de pe ovar sau de la nivelul ligamentelor utero-sacrate; se prelevează cu pensa de biopsie un fragment din ovar pentru examen histopatologic; se face sterilizare tubară fie prin electrocoagulare cu pensa Wolff (pensa crocodil, fig. 144) și se secționază cu pensa-foarfece, fie prin aplicarea de clipsuri din material plastic; se extrag corpuri străine (de exemplu sterilet); se recoltează ovocitul în vederea fecundării in vitro (Stephoe).

În protocolul operator se trec, în afara datelor tehnice, descrierea cu amănunțenie asupra stării uterului, trompelor, ovarelor și peritoneului, precum și intervențiile efectuate (biopsie, secționare de aderențe etc.) și rezultatul testului ascendent de permeabilitate tubară. Protocolul se încheie cu concluzii asupra stărilor patologice constatate.

Supravegherea postoperatorie se face ca pentru oricare bolnav operat. O pungă cu gheață pe abdomen este utilă în primele 24 de ore. Agrafta se scoate după 48 ore și externarea se poate face în a 3-a zi, cu condiția ca bolnava să fie afebrilă și cu tranzitul intestinal normal.

Incidente:

— *generale*: cianoz facială din cauza poziției Trendelenburg și tulburări de ritm cardiac (bradicardie) cu hipotensiune pot apărea în timpul cînd se execută pneumoperitoneul;

— *locale*: în eparea unei vene sau arteriole cu acul de insuflare, emfizem subcutanat, intraparietal sau subperitoneal; în eparea arterei epigastrice la introducerea palpatorului, în eparea sigmoidului, hemoragie la nivelul inciziei cutanate periumbilicale și hematom la perete după scoaterea trocarului.

Accidente grave: stop cardiac, hemoragii abdominale, perforații digestive, emfizem mediastinal, pneumotorax și pelviperitonit. Stopul cardiac poate fi dat de: embolia gazoasă, poziția Trendelenburg, hiperpresiunea intraabdominală creată de pneumoperitoneu, hipercapnia determinată de gazul carbonic, întoarcerea brusc la poziția orizontală din poziția Trendelenburg la care se adaugă și deplețiunea după evacuarea pneumoperitoneului. Hemoperitoneul poate fi produs de: rănirea aortei, venei cave, venei iliace primitive sau după biopsia de ovar, sterilizarea tubară prin electrocoagulare și secționare.

CELIOSCOPIA TRANSVAGINAL

Celioscopia pe cale vaginal poart numele de culdoscopie (Decker) și se execută fără pneumoperitoneu. Poziția genupectorală în care este așezată femeia creează presiune negativă în abdomen ceea ce face ca după scoaterea trocarului, aerul să se retragă liber în peritoneu.

Palmer a modificat această tehnică menținând femeia în poziție ginecologică și introducând în peritoneu 2 litri de gaz carbonic prin același dispozitiv prin care introduce optica celioscopului.

Celioscopul folosit poartă numele de *culdoscop*.

Trocarul se introduce prin fundul de sac posterior al vaginului la 15 mm îndărătul colului. O valvă vaginală bine plasată pe pereții posteriori, o pensă Pozzi aplicată pe buza posterioară a colului și înclinarea mesei în Trendelenburg des-tind fundul de sac și ușurează alegerea locului unde se înfișează trocarul. Trocarul se introduce în direcția centrului bazinului. După scoaterea trocarului și realizarea pneumoperitoneului se introduce dispozitivul optic cu vedere laterală de 60° sau 90°. Concomitent se introduce în uter canula de insuflație care servește atât la modificarea poziției uterului, cât și la efectuarea testului de permeabilitate tubară ascendentă. După terminarea explorării pelvisului, uterului și anexelor, se scoate optica și canula trocarului. Dacă locul de perforare a vaginului sângerează, se aplică un punct de sutură cu catgut, dacă nu, se lasă o mică pudrată cu xeroform în fundul de sac vaginal.

Accidente posibile: rănirea rectului și emfizem subperitoneal.

OPERAȚII PLASTICE ȘI RESTAURATOARE PE TROMP

Chirurgia conservatoare pe trompă s-a dezvoltat foarte mult în prima jumătate a acestui secol. În ultimele două decenii microchirurgia aduce un aport deosebit la execuția tehnicilor clasice, ameliorând substanțial rezultatele. Acest tip de chirurgie se adresează trompelor obstruite și are ca scop restabilirea permeabilității acestora, de unde și numele lor de operații plastice și restauratoare.

Tehnicile chirurgicale folosite în acest scop se bazează numai pe principii anatomice, respectiv mecanice (reconstituirea lumenului iubar), neputând rezolva concomitent și deficiența factorilor funcționali (kinetici și secretori), de care depinde procesul complicat al fecundației.

În afară de aceasta, execuția diferitelor tehnici operatorii este minuoasă, cere îndemnare, multă răbdare și condiții speciale de salubritate a operației, de instrumentar și materiale de sutură. De aceea, este recomandabil ca chirurgia reparatoare tubară să se facă în centre anume dotate, de chirurși antrenati și în operații delicate și bine sudați în munca de echipă. Respectarea acestor condiții de lucru a dus progresiv la ameliorarea rezultatelor obținute. În plus, astăzi, se pun mari speranțe în posibilitățile microchirurgiei.

Îmbunătățirea rezultatelor, totuși modeste în prezent, nu înseamnă că tehnicitatea operatorului și de condițiile în care lucrează, ci în mod esențial de indicațiile operatorii, fiindcă în orice obstrucție tubară se pretează chirurgiei restauratoare și curenții rila postoperatorii sînt frecvente, după indiferent care procedeu tehnic folosit. Din aceste motive, intervenția operatorie se hotărăște numai la capătul unui bilanț complet de investigații, care să stabilească nu numai caracterul anatomic și etiologic al obstrucției, ci și depisteze și alți factori asociați în sterilitatea cuplului. Metodele noi de investigație, mult perfecționate (insuflația kimografică, histerosalpingografia și celioscopia) permit astăzi, mai bine, judecarea actului chirurgical în perspectivă.

Operațiile restauratoare tubare putînd fi urmate de insuccese funcționale, femeia cere și se indică intervenția chirurgicală trebuie să fie foarte bine lămurită în legătură cu rata anșelor la care se poate spera, în raport cu tipul operației propuse. Acordul femeii este necesar. Este bine să se lase timp de reflecție înainte de a lua hotărîrea fermă pentru operație.

Frecvența obstrucțiilor lubare este în creștere datorită numărului mare de avorturi și chirurgia poate rezolva favorabil o bună parte dintre aceste cazuri, oferind cuplului steril bucuria de a avea un copil.

Înainte de a descrie modalitățile tehnice, chirurgicale, de rezolvare, vom insista asupra indicațiilor și condițiilor de realizare, socotind aceste două aspecte de cea mai mare importanță în reușita acestor operații. Multe din femeile în cauză solicită insistent operația, oferindu-se cu curaj încercării ultimei anse! Această atitudine este justificată pe plan psihologic, de complexul de inferioritate generat de neputința de a procrea, și pe plan social, de neputința de a-și consolida familia. Rezultatele descurajante ale chirurgiei restauratoare (succese limitate și riscul mare al sarcinilor ectopice) pun adeseori în cumpănă poziția chirurgului. Decizia pe care o va lua, cîntărind bine ansele și riscurile posibile, va înclina chiar cînd ansele sînt foarte mici, spre satisfacerea dorinței femeii, pe considerentul că orice operație care asigură o ansă cît de mică este justificată, ea înlocuind disperarea cu speranță liniștitoare.

PRINCIPII ȘI EFICIENȚĂ

Diferitele procedee chirurgicale care se folosesc în prezent se bazează pe principii strict anatomice, rămînînd nesoluționale factorii fiziologici (musculari, epiteliali și ciliari) de care depinde procesul de captare a ovulului, de migrare a spermatozoidului și de vehicularea oului. Din această cauză eficiența lor este limitată. Dacă luăm în considerație și factorii de sterilitate asociați obstrucției tubare, și faptul că rezolvarea obstrucției nu înseamnă că ea nu se poate reproduce, precum și faptul că trompa operată nu devine niciodată absolut normală, se înțelege de ce această chirurgie este socotită încă descurajantă.

INDICAȚII

Procedeele chirurgicale restauratoare sînt indicate în sterilitatea de origine tubară determinată de obstrucții, stenoze sau/și aderențe peri-tubo-ovariene.

Indicația operatorie se formulează numai după ce insuflația, histerosalpingografia și celioscopia dovedesc existența unui obstacol permanent la nivelul trompelor. Grație acestor metode de investigație, care precizează sediul și întinderea leziunilor, planul

îi tipul opera iei pot fi concepute înainte de interven ie i în raport cu acestea, se pot evalua ansele de reu it . Alteori alegerea procedurii se face numai dup deschiderea abdomenului i inventarierea leziunilor existente.

Ca atare, în raport cu sediul i natura leziunii, nu orice obstruc ie tubar justific opera ia i nu toate interven iile chirurgicale plastice, care reu esc s redea trompei permeabilitatea pierdut , au anse egale în vindecarea sterilit ii!

Factorii de decizie, medicali, preoperatori, se stabilesc din sintetizarea datelor furnizate de: interogatoriul am nun it, examenul clinic metodic, calitatea spermei, cercetarea ascensiunii spermatozoizilor în c ile genitale, eliminarea infec iilor latente, explor rile radiologice i celioscopia, care precizeaz sediul i întinderea procesului patologic tubar.

Ca atare se indic opera ia la acele cazuri la care:

— obstacolul tubar este permanent i apare ca singura cauz a sterilit ii;

— obstacolul se g se te la una din cele dou extremit i ale conductului tubar» f cînd posibil fie realizarea unei salpingostomii ampulare, fie implantarea trompei în uter. Opera iile care se adreseaz obstruc iilor situate în por iunea istmic a trompei (rezec ii urmate de anastomoz), în procesele vechi inflamatorii, dau cel mai mare procent de e ecuri prin stenoizarea i reobliterarea segmentului operat (excep ie fac anastomozele termino-terminale reversibile, care se fac în obstruc iile istmice dup sterilizarea chirurgical);

— obstacolul se datore te unor factori patologici extrinseci: aderen e, tumori uterine sau ovariene benigne (fibrom, chisturi), modific ri în statica uterului (retroversi flexia fixat).

înîndu-se seama de aceste recomand ri, cazurile susceptibile de a fi tratate chirurgical i bineîn eles cu anse, sînt mult mai rare.

CONTRAINDICĂ II

Orice puseu inflamator genital contraindic i amîn cu cel pu in ase luni opera iile restauratoare pe trompe.

Se exclud cazurile cu tuberculoz genital i de asemenea cazurile la care celioscopia arat trompe scurte, groase i scleroase pe toat lungimea lor.

CONDI II DE EFECTUARE

A a cum am mai spus, această chirurgie special , care cere mult r bdare i mare delicate e în gesturi, necesit respectarea unor condi ii pe care le vom rezuma în 10 puncte (decalog):

1. *Chirurg specializat*, echip operatorie bine format , instrumentar adecvat i sal de opera ie echipat cu bisturiu electric, aspirator, aparat de insufla ie Bonnet, ace i materiale de sutur fine pe considerentele c « chirurgia reparatoare tubar nu se improvizeaz » i c « plastia tubar efectuat la întîmplare risc s fie un e ec»' (Palmer).

Ca instrumentar, în afar de cel folosit la celiotomia ginecologic , este nevoie în plus de: foarfece mici (curbe i drepte) ca pentru iridectomie, pense de disec ie fine (cu din i i f r), pense Moschito drepte i curbe (pentru hemo- staz), stilet butonat din argint, pens Magendie pentru fixat uterul, sond N61aton nr. 10, sond Foley, tuburi din material plastic, sub iri, recipient pentru ser fiziologic c ldu , ace fine atraumatice, cu fire de nylon sub iri pentru suturi i catgut 0000 pentru hemostaz , par de cauciuc pentru sp lare cu ser fiziologic, solu ie de indigo-carmin 3‰ penicilinizat , o sering de 10 ml, canula cu tub prelungitor a aparatului de aspira ie, electrodul aparatului de electrochirurgie i aparatul de insufla ie cu aplicatoare de col model Semm (din plastic) sau tip Bommellaere (din sticl) pentru testarea ascendent a permeabilit ii tubare.

2. *Selec ionarea cazurilor* dup datele adunate în dosarul clinic în urma efectu rii tuturor investiga iilor.

Nu se opereaz cazurile cu tuberculoz genital confirmat , cele cu sechele inflamatorii foarte vechi, cele care au vârsta trecut de 35 de ani (plastiile nu reu esc dup această vîrst , fie din cauza vechimii leziunii, cu modific ri structurale ireversibile, fie din cauza proceselor endometrioze asociate, fie din cauza slabei reactivit i regenerative a esutului tubar din cauze hormonale). De asemenea nu se opereaz cazurile cu procese inflamatorii anexiale incomplet stinse.

F r îndoial c la selec ionarea cazurilor, histerosalpingografia i celio- scopia au cuvînt hot rîtor. Dacă ne orient m numai dup imaginile oferite de histerosalpingografie, cele mai promi toare imagini sînt acelea în care trompa apare ca un fir regulat, f r por iuni îngustate sau dilatate i cu ampula ca o panglic ; imaginile de hidrosalpinx reprezint un grup mai pu in favorabil; trompele filiforme i f r pliuri, ca i cele cu contur neregulat, cu stenoze, dilata ii i diverticuli cavernulari sînt cele mai defavorabile imagini radiologice. Celioscopia ofer date precise asupra morfologiei trompei i ovarului, a aderen elor i a leziunilor asociate, mai ales în obstruc iile situate la nivelul coarnelor, situa ie în care examenul radiologic nu poate da nici o informa ie în leg tur cu starea trompelor dincolo de obstacolul existent. în timpul celioscopiei se poate face i o testare ascendent a permeabilit ii tubare cu albastru de metilen.

Hot rîrea unei opera ii restauratoare trebuie s - i aib justificarea nu numai în existen a obstruc iei, ci i în faptul c aceasta reprezint singura explica ie a sterilit ii.

3. *Momentul opera iei*: în prima s pt mîn dup terminarea menstrua iei.

4. *Anestezie prin intuba ie orotraheal* justificat de lungimea opera iei (2—3 ore). Preg tirea preoperatorie este cea obi nuit pentru orice laparotomie ginecologic . Unii autori (Palmer) încep corticoterapia din preziaua opera iei.

5. *Tactica operatorie* are trei timpi principali: deschiderea peretelui abdominal, preg tirea pelvisului i inventarierea leziunilor, alegerea tipului de interven ie.

Laparotomia Pfannenstiel ofer o deschidere suficient a pelvisului i este recomandabil i pentru caracterul ei estetic.

Preg tirea pelvisului se face plasînd un dep rt tor autostatic la pere i, dup care se ridic ansele intestinale în abdomen i se blocheaz cu cîteva cîmpuri moi din tifon, îmbibate în ser fiziologic cald. Se înclin masa de opera ie în Trendelenburg cu 10—20 grade. Se aplic un fir de catgut în X median, pe fa a anterioar a uterului, spre fund, armat cu o pens Pean, pentru trac iune. Inventarierea leziunilor: aderen ele se desfac la vedere, cu foarfecele sau cu bisturiul electric. Bridele se sec ioneaz la capetele lor. Hemostaza, dac este necesar , se face cu ligaturi fine (catgut sub ire) sau cu electrodul de coagulare, pe pense sub iri. Niciodat nu se desfac aderen ele cu degetele, prin smulgere. Primul care se elibereaz din adere e este ovarul. Se trece apoi, un fir de catgut prin

polul inferior al acestuia, armat pe pens , pentru trac iune. Tr gîndu-se de aceste dou fire, cel de pe uter i cel de pe ovar, se expune trompa, care poate fi examinat la vedere i prin palpate. Trompa se examineaz în întregime începînd cu pavilionul i terminînd cu istmul i coarnele uterului. Anexa degajat este suspendat în cîmpul operator cu un cîmp moale introdus în excava ia pelvisului.

6. *Alegerea tipului de opera ie* se face numai dup eliberarea organelor genitale din aderen e i inventarierea exact a leziunilor.

7. *Testarea intraoperatorie a permeabilit ii tubare.* Aceasta nu este indispensabil dac avem o bun imagine radiologic recent sau testarea s-a f cut cu ocazia celioscopiei. (Placa radiologic se expune pe negatoscopul din sala de opera ie, la vederea chirurgului.)

— Testarea descendent . Se folose te fie stiletul butonat, fie injectarea de solu ii sau de aer.

Cateterismul metalic, cu stiletul butonat, se face numai în leziunile pavilionului i este de preferat s se evite ori de cîte ori este posibil, fiind traumatizant pentru mucoasa endotubar i expune la crearea de c i false. Cateterismul se poate face i cu o sond moale.

Introducerea de solu ii sau de aer se face cu seringă prin intermediul unei sonde Nălaton sau a unui tub din acrilat moale, introduse i men inute cu degetele la nivelul pavilionului (fig. 152) sau fixate cu o ligatur provizorie de catgut ca în fig. 152-cartu . Solu ia folosit este ser fiziologic penicilinizat simplu sau colorat cu cîteva pic turi de albastru de metilen. Solu ia introdus sau aerul se opresc la nivelul obstruc iei i segmentul de tromp permeabil se destinde în urma presiunii reab/zate.

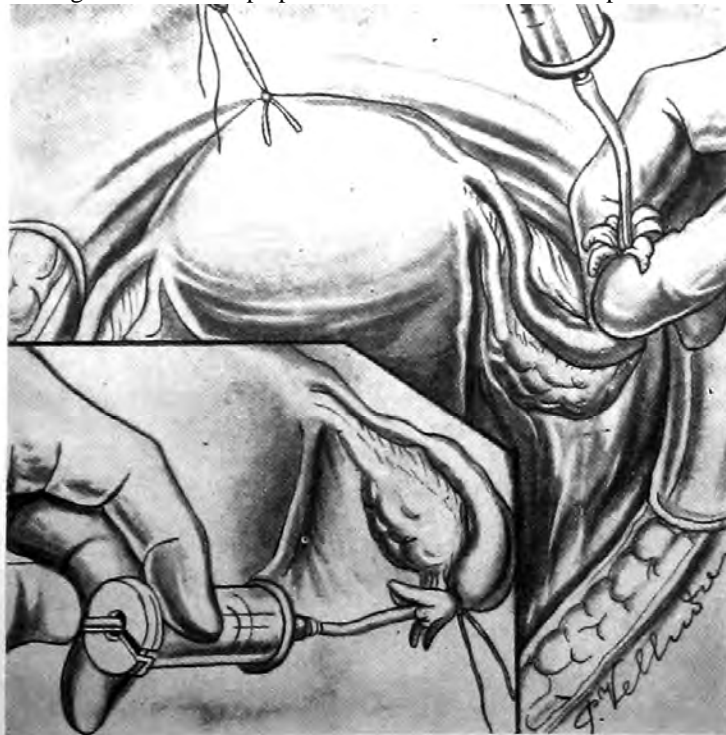


Fig. 152. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Procedeu de explorare descendentă a permeabilității tubare. Introducerea cateterului și obstruarea pavilionului cu degetele. În cartuș : ligatura provizorie cu catgut (firul nu se strînge tare).

Aerul se poate introduce cu seringă la fel ca pentru solu ii. Se poate folosi i aparatul Bonnet cu care se insuffleaz CO_a (debit 30 ml pe minut i 150 mmHg presiune).

— Testarea ascendent . Se aplic , înainte de opera ie, dispozitivul de col Semm (de preferat), sau canula Bommelladre prin care se pot introduce solu iile colorate. Aceast modalitate de testare se folose te mai pu in (risc de infec ii i canula din uter împiedic manevrarea acestuia în timpul opera iei). De aceea se prefer :

-Testarea sau hidrotubalia retrograd . Pentru aceasta este nevoie de o pens special , tip Magendie (fig. 153) sau Newel-Shirodkar (fig. 154), de o sering i de un ac pentru injec ii intramusculare. Se aplic pensa în T la nivelul istmului i cu acul introdus în cavitatea uterin prin peretele muscular, se introduce cu presiune solu ia preg tit . Dac obstacolul este proximal, trompa nu se destinde; dac obstacolul este distal, umflarea ampulei permite g sirea locului ostiumului abdominal. Cu acest procedeu se poate testa permeabilitatea fiec rei trompe, separat ca în fig. 154.

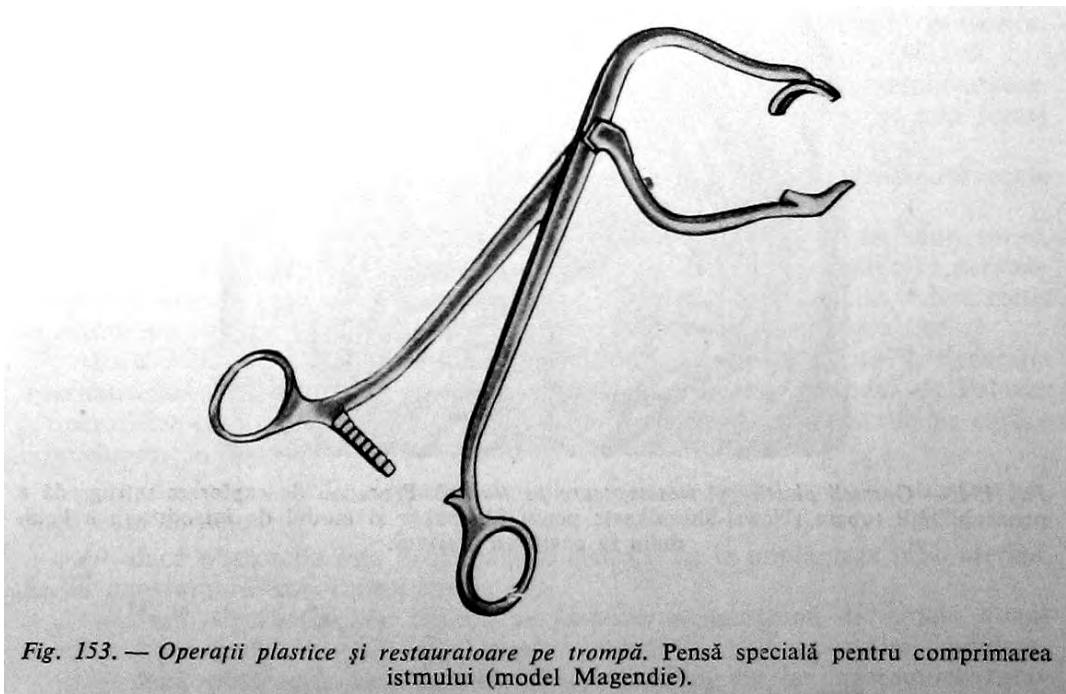


Fig. 153. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Pensă specială pentru comprimarea istmului (model Magendie).

În general este prudent să se facă cât mai puține explorări intraoperatorii privind permeabilitatea tubar: hidrotubalia descendentă numai când trebuie să fixăm locul secțiunii în reinplantare și hidrotubalia retrograd în stomiile terminale și în anastomozele reversibile pentru a verifica porțiunea istmo-interstțială.

8. *Traumatism cât mai redus*, hemostază perfectă, peritonizare atentă și cât mai puține puncte de sutură.

— Traumatism cât mai redus în manipularea trompei, ovarului și mezourilor. Respectarea arcadelor vasculare (vezi fig. 110) și a inervației (fig. 155) este de primă importanță pentru reușita operațiilor restauratoare.

Trompa nu se apucă cu instrumente dure și nu se abuzează cu manevrele de cateterism. Din acest motiv s-a renunțat la implantările tubare pe tutore de polietilen, lăsată câteva luni după operație. Pentru îndepărtarea sîngelui se folosesc numai comprese ude, jet cu ser fiziologic și spălarea pelvisului cu cantități apreciabile de ser fiziologic cald (la sfîrșitul operației). Canula de aspirație se plasează în Douglas de la începutul intervenției plastice, aspirînd continutul lichidului de spălare. Compresele uscate și talcul de pe mîni irită seroasa peritoneală, producînd aderențe postoperatorii (se evită cu mare grijă).



Fig. 154. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Procedeu de explorare retrogradă a permeabilității tubare (Newel-Shirodkar): pensa Shirodkar și modul de introducere a lichidului în cavitatea uterului.

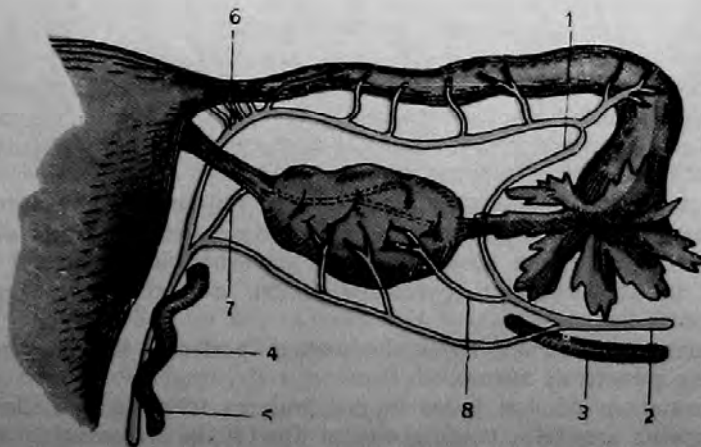


Fig. 155. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Inervația anexei.

1 — ramura tubară; 2 — nerv utero-ovarian; 3 — arteră utero-ovariană; 4 — nerv lateral al uterului; 5 — artera uterină; 6 — ramura tubară a nervului lateral al uterului; 7 — ramura ovariană a nervului lateral al uterului; 8 — ramura ovariană a nervului utero-ovarian (după P. Kamina).

— Hemostaza se face cu minuțiozitate fiindcă micile hemoragii postoperatorii produc aderențe. Se folosesc bisturiul electric pentru hemostază.

— Peritonizarea se face cu multă grijă. Dacă peritoneul existent nu permite, se acoperă spațiile deperitonizate cu lambouri prelevate din spațiul prevezical (grefe libere de peritoneu)⁹ sau după procedeul Musset (vezi fig. 158 bis).

— Cât mai puține puncte de sutură fiindcă produc reacții granulomatoase.

9. *Examenul histopatologic* al fragmentului de trompă rezecat este foarte util pentru stabilirea prognosticului.

10. *Alegerea tehnicii*, operații complementare și măsuri medicamentoase care să împiedice refacerea aderențelor.

Alegerea tehnicii se decide după degajarea completă a ambelor anexe, examinarea vizuală și prin palparea ambelor trompe, testarea (eventual) a permeabilității și identificarea proceselor patologice asociate. Din punct de vedere tactic se începe cu trompa care se pretează cel mai bine unei operații plastice.

La al VIII-lea Congres mondial de fertilitate, Buenos-Aires, 1974, Federația internațională de fertilitate și sterilitate a admis clasificarea¹⁰ propusă de Palmer, a operațiilor ce se adresează factorilor tubo-peritoneali de sterilitate, pe care o reproducem în fig. 156.

După Seneze J. (73), alegerea tehnicii se face, în raport cu sediul obstrucției, după cum urmează:

— dacă obstrucția este proximală se recurge fie la implantare tubo-uterină, fie la anastomoză tubo-interstițială;

⁹ Cercetări experimentale făcute de Ciuc Traian și comunicate la Congresul francez de ginecologie, Toulouse, 1973, demonstrează eficacitatea acestor grefe libere de peritoneu.

¹⁰ Pentru evaluarea corectă a rezultatelor sistemelor de perere ca ovarioliza, salpingoliza și codonoliza s-au format un grup aparte, ele nefiind operații plastice.

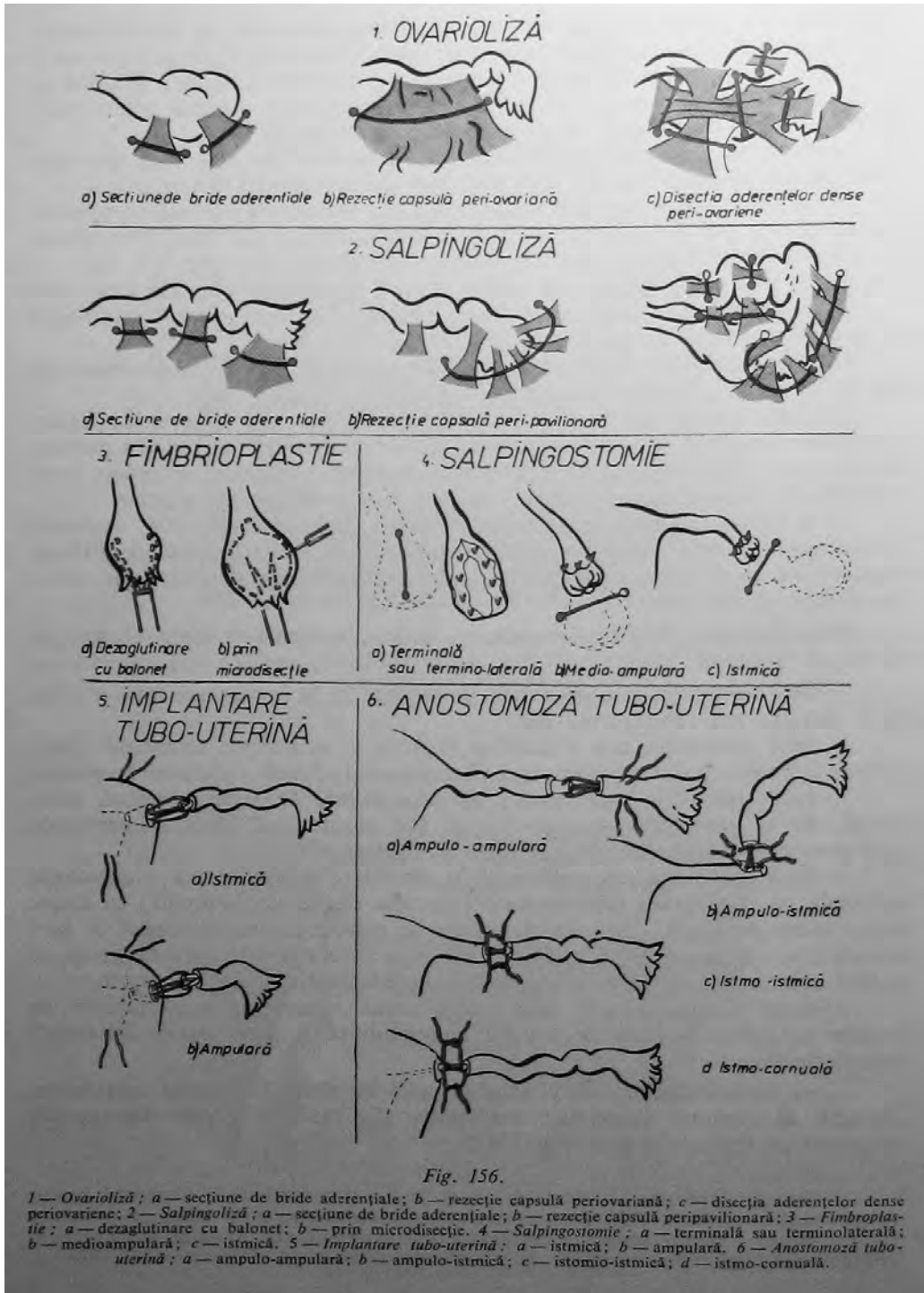
— dac obstruc ia este distal se face fie o neostomie terminal (dac pavilionul i ampula sînt modificate) cu p strarea cît mai mult a por iunii ampulare;

— dac obstruc ia este istmic se procedeaz , fie la anastomoz tubo- tubar , fie la implantare ampulo-uterin sau anastomoz ampulo-intersti ial dac por iunea proximal este patologic modificat ;

— dac obstruc ia este proximal i distal se poate încerca o neostomie terminal cu implantare tubo-uterin (operafie restauratoare dubl) cu foarte pu ine anse de reu it . În această situa ie se cerceteaz trompa opus i dac aceasta este s n toas i se preteaz mai bine la o opera ie plastic unic , se prefer scoaterea trompei (salpingectomie) cu obstruc ii la ambele capete.

Opera ii complementare. Dup terminarea opera iilor restauratoare pe trompe se m resc ansele de reu it recurgîndu-se la urm toarele interven ii complementare:

— pe ovare: deschiderea chisturilor mici cu vîrfu bisturiului; enuclearea chistului cu con inut ocolatiu; ovaropexie (fig. 157) i ovaro-salpingografie (se prinde un franjure la ovar) (fig. 158);



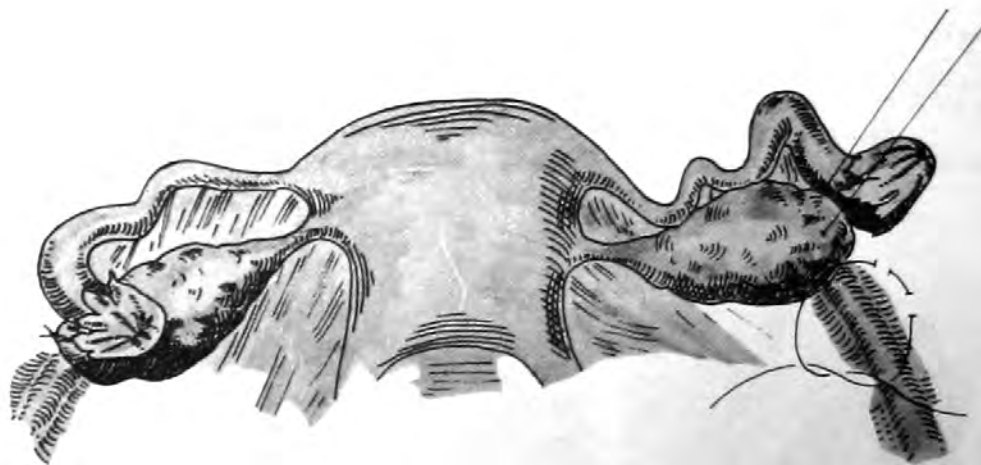


Fig. 157. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Ovaropexie (după Palmer). Se fixează polul superior al ovarului cu fir de catgut nr. 1, la peritoneul strimtorii superioare, în afara vaselor iliace.



Fig. 158. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Neostomie terminală, procedeul Palmer. Sutura unui franjure la ovar.

- pe epiploon: se rezec parțial epiploonul (Ehrler) la cazurile cu aderențe foarte întinse;
- pe peritoneu: peritonizare cât mai îngrijită (la nevoie cu grefe libere de peritoneu) sau după procedeul Musset (fig. 158 bis);
- pe uter: ligamentopexie Dudley sau Pellanda; vezicofixare Logothetopoulos pe toată suprafața anterioară a uterului, de la un ligament rotund la altul, cu fire separate; vezico-fixare procedeu Werth-Halban, ca în fig. 159; fibromul subseros se extirpă (miomectomie);
- pe apendice: apendicectomie, dacă acesta este patologic.

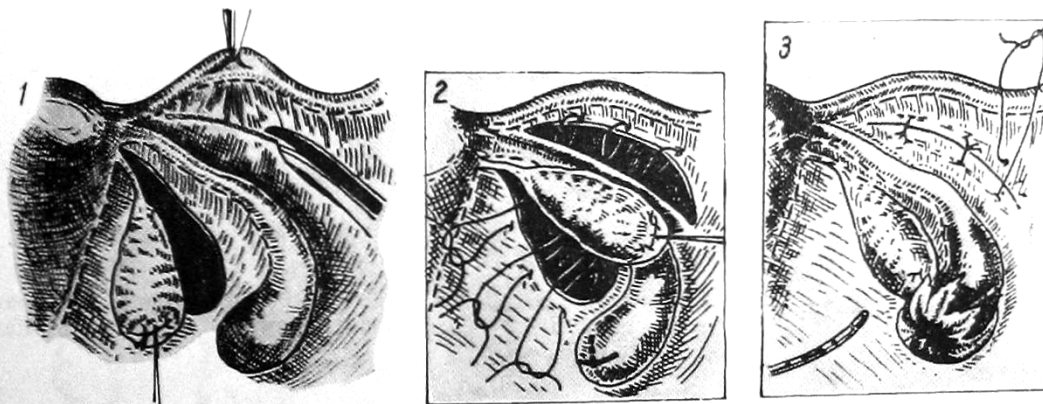


Fig. 158 bis. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Procedul Musset de peritonizare: 1 — Zona deperitonizată pe fața posterioară a ligamentului larg și felul cum se secționează fața anterioară a mezosalpinxului care permite să se creeze cu degetul sau cu foarfecele curb un tunel pe sub trompă; 2 — felul cum se trec și se înnoadă firele de catgut pe sub trompă; 3 — felul cum se închide breșa făcută la nivelul foii anterioare a mezosalpinxului (după G. Sénéze).

M suri medicamentoase i mecanice care s împiedice refacerea aderen elor. Dup terminarea opera iei plastice i dup sp larea cu ser fiziologic a pelvisului, înainte de a se trece la închiderea abdomenului, care se face întotdeauna f r drenaj, se strope te partea operat a trompei i cu amboul seringii se introduce în tromp solu ie de acetat de hidrocortizon -f- penicilin dizolvat , 800 000 unit i. Unii autori creeaz o microascit , l sînd în peritoneu 250 ml de Dextran (solu ie macromolecular). Dup opera ie se administreaz timp de 5 zile, strep- tomicin + penicilin , parenteral i corticoterapie (Prednison), 6 tablete pe zi în prima s pt mîn i 3 tablete pe zi în urm toarele trei s pt mîni, per os. Dup neostomii i niciodat dup implant ri, se face în a treia zi de la opera ie, perfuzie utero-tubar cu 10 ml solu ie de hidrocortizon, 125 mg + penicilin (dizolvat în ser fiziologic). Dup prima zi de la opera ie se recomand bolnavei s - i schimbe des pozi ia în pat (evit aderen ele) i gimnastic a picioarelor (biciclet) pentru evitarea stazei sanguine.

Ca procedee mecanice men ion m dispozitivul Cognat, din scurasil, capu onul din polietilen Mulligan i membran amniotic conservat la rece Ten Berge.

TEHNICI OPERATORII

a) Salpingoliza i codonoliza. Majoritatea obstruc iilor tubare sînt consecin a inflama iilor vechi pelvi-peritoneale i procesele aderen iale periviscerale se întîlnesc frecvent în opera iile ce se fac pentru sterilitate. Cu mici excep ii, interven iile de acest gen încep mai totdeauna cu desfacerea aderen elor.

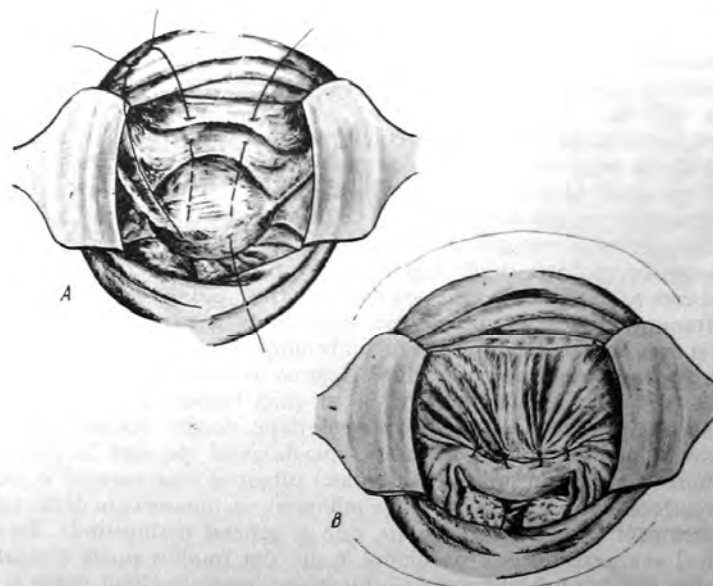


Fig. 159. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Fixarea vezicii la uter, procedul Werth-Halban.

A: felul cum se însăilează firele. B: vezico-fixarea terminată (după Robert).

Eliberarea trompei din aderen e i desfacerea franjurilor pavilionului se nume te salpingoliz . De fapt, este vorba de anexoliz , procesul aderen ial cuprinzînd, deseori, deopotriv , trompa i ovarul respectiv.

Aderen ele pot fi simple bride fibroase, care deformeaz traiecul trompei, sau ca o pînz de p ianjen, care înv lue pavilionul i ovarul. Anexa este prolabat spre Douglas i aderent la pere ii pelvisului, la uter i la intestin. Sterilitatea se datore te fie

impermeabilității trompei (turtit, îndoit sau răsucit de aderențe), fie aglutinării franjurilor (fimozi), fie retroversiei aderente a uterului, care deformează traiectul oviductului, fie absenței ovulației în peritoneu, din cauza gâoacei de aderențe în care stă ovarul.

Suprimarea aderențelor perisalpingiene, reconstituirea pavilionului fimoizat și restaurarea poziției uterului, restabilesc funcțiile de captare și de tranzit ale trompei, prin înlăturarea factorilor extrinseci de compresie și prin repunerea trompei în situația ei anatomic normală. Pentru desfacerea ovarului din aderențe, vezi ovaroliza, pag. 125.

Expunerea trompei și a zonei aderente se face prin tracțiune concomitent pe uter și pe ovar. Dacă uterul este fixat în Douglas, se începe cu desfacerea aderențelor și luxarea acestuia.

Desfacerea aderențelor perisalpingiene se face chirurgical, cu foarfecele sau cu bisturiul electric, la vedere și niciodată prin rupere cu mâna. Mersul disecției este dintr-înainte, de jos în sus și din untru în afară, cu două griji importante: hemostaza perfectă și lezare minimă a seroasei peritoneale, în special cea a trompei.

Momentul cel mai delicat al salpingolizei este desfacerea aderențelor care fixează franjuriile pavilionului de ovar, fiindcă secționarea lor este sîngerîndă și hemostaza dificilă.

După secționarea tuturor aderențelor și liberarea completă a anexei, se cercetează starea pavilionului. Franjuriile pot fi aglutinate, retractate și invaginate, camuflînd ostiumul abdominal (fimozi). Căutarea orificiului este un moment pe cît de însemnat, pe atît de delicat. Ea se face cu stiletul butonat, sau mai bine folosind hidrotubajul retrograd cu soluție colorată cu albastru de metilen. Se apucă pavilionul între două degete și se introduce prin orificiul fimozei, o pensă fină care se deschide în cele două diametre (fig. 160). Pe măsură ce se lărgesc orificiul franjuriilor se dezaglutinează, individualizîndu-se mai mult sau mai puțin. Intervenția se numește codonoliză sau fimbrioliză și idealul este să se facă fără sîngerare. Pentru a realiza aceasta, după lărgirea orificiului cu pensa, introducem în ampulă trompei o sondă Foley nr. 10 al cărei balonul umflăm cu puțin apă sterilă. Trăgînd de sondă în afară, balonul destins desface franjuriile fără traumatism. Uneori, după reconstituirea pavilionului, persistă la baza fimozei un inel fibros format din îngroșarea seroasei tubare și care necesită o secționare a lui cu foarfecele pe o lungime de cîțiva milimetri, secționare care dacă este făcută cu un instrument fin și cu mare atenție, este în general nesîngerîndă. Suprimarea acestui inel evază imediat pavilionul. Unul din franjuri poate fi fixat cu un fir de nylon 4/0, la unghiul la care s-a făcut secționarea inelului fibros și altul la polul inferior al ovarului, reconstituind franjurile descrise de Richard, cu rol în captarea ovulului (vezi fig. 158).

Salpingoliza cu sau fără codonoliză se face uni- sau bilateral, după cum este cazul.

Salpingoliza și codonoliza sînt urmate de cel mai mare procentaj de sarcini dintre toate intervențiile care se fac în tratamentul sterilității tubare. Reușita operației depinde de integritatea pereților trompei și de blîndețea cu care se execută anexoliza și în special fimbrioliza.

b) Reimplantarea trompei în uter. Rezecarea porțiunii interne a trompei și aducerea capătului distal în cavitatea uterului, prin pereții acestuia, poartă numele de reimplantare.

Reimplantarea tubo-uterină este indicată în obstrucțiile și stenozele interne (istmo-interstițiale), ampulă și pavilionul fiind normale.

În raport cu nivelul la care se face incizia trompei există două variante de tehnică: reimplantare istmo-uterină și reimplantare ampulo-uterină.

Locul de reimplantare este diferit: prin cornul uterului (Palmer) după excizia cuneiformă a porțiunii interstițiale sau prin peretele posterior al acestuia (Bourg).

Deschiderea cavității uterului se face, fie prin crearea unui tunel în peretele muscular (excizie), fie prin simplă incizie cu bisturiul și lărgirea acesteia cu pensa chirurgicală. În reimplantarea tubară bilaterală se incizează fundul uterului de la un corn la altul.

Reimplantarea tubo-uterină se poate face pe o sondă din polietilenă, care se scoate pe cale vaginală (Shirodkar) sau pe cale abdominală (Cognat) după ce a trecut faza de cicatrizare a suturilor.

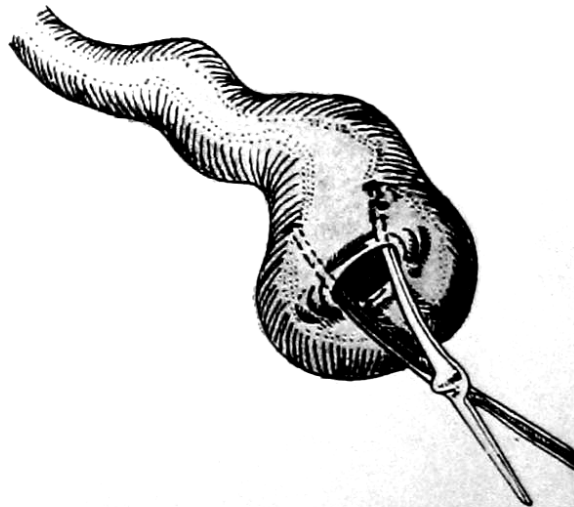


Fig. 160. — Operații plastice și repara-toare pe trompă. Codonoliză. Lărgirea orificiului fimoizat și dezaglutinarea franjurilor cu pensa prin deschiderea acesteia.

Ca material de sutură se folosesc: fire de nylon pentru implantarea trompei, catgut pentru sutura miometrului.

Reimplantarea istmo-uterină la nivelul cornului (Palmer):

1. Celiotomie prin incizie Pfannenstiel, explorarea pelvisului și exteriorizarea anexei.

2. Se precizează sediul obstrucției prin testare descendentă a permeabilității (fig. 152).
3. Se aplică o pensă Kocher la limita externă a zonei de obstrucție și se detașează prin incizie transversală capătul proximal al trompei. Hemostază imediată a vaselor mici care sîngerează din mezou.
4. Se ridică partea internă a trompei cu o pensă Kocher și se secționază mezosalpinxul pînă la peretele uterului. Se face hemostaza vaselor hrănitoare ca în fig. 161.
5. Se excizează porțiunea interstțială a trompei și se deschide cavitatea uterină prin tunelizarea miometrului. Pentru aceasta, cu un bisturiu cu lama îngust, se circumscrie baza trompei (fig. 161). O incizie frontală a miometrului urează mersul exciziei cuneiforme. Se continuă excizia circulară a porțiunii interstițiale trăgîndu-se de capătul trompei prin intermediul pensei Kocher. Porțiunea excizată are aspectul unui cilindru de grosimea unui creion subțire. Pe locul acestei porțiuni rămîne un tunel care merge pînă în cavitatea uterului.
6. Se confecționează două urechii la capătul proximal al trompei prin incizii longitudinale de cîte 5 mm fiecare. Pentru a se înlesni efectuarea lor, inciziile se fac cu bisturiul pe o sondă Nălaton introdusă în lumen. Prin fiecare urechiu se trece un fir suficient de lung din nylon 4/0, folosindu-se ace atraumatice. Fiecare fir se înnoadă la mijlocul lui pînă strîndu-se ambele capete.
7. Introducerea capătului proximal al trompei preparate, în cavitatea uterului, se face astfel: se încarcă un ac Hagedorn curb și robust, cu unul din capetele firului de nylon trecut prin urechiu a posterior și, în timp ce cu o pensă Kocher se deschide cornul uterului pînă se vede endometrul, se introduce acul din untru în afară, prin tunelul miometrial, cavitatea uterului și peretele posterior al acestuia (fig. 162). În același mod se aduce și al doilea capăt al firului, la 5 mm mai sus sau mai jos de primul. La fel se procedează și cu capetele firului plasat pe urechiu a anterior, cu deosebire că acestea se scot prin peretele anterior al cavității uterului. Singura grijă în executarea acestui timp operator este să nu se încrucișeze capetele firului anterior cu cele ale firului posterior.
- Executat cu un ac Reverdin (fig. 163), manevra de tragere a firelor este mai simplă. Acul străpunge peretele anterior, apoi pe cel posterior, din afară în untru și trecînd prin cavitatea uterului, încarcă capetele firelor la gura exterioară a tunelului miometrial.



Fig. 161. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină la nivelul cornului (procedeul Palmer). Excizia porțiunii istmo-interstițiale a trompei cu bisturiul. Linia punctată arată locul inciziei frontale.

După ce s-au trecut firele prin pereții uterului, operatorul trage succesiv de capetele lor, în timp ce ajutorul înlesnește ca bontul trompei să pătrundă prin tunelul cornului în uter. Firele de nylon care au servit la traciune se înnoadă, fiecare la suprafața a uterului, ca orice fir trecut în U. Cu 2—3 fire de catgut se suturează miometrul, reconstituindu-se cornul uterin (fig. 164). Punctele de sutură se aplică de a doua manieră ca să nu se stranguleze trompa implantată. Se verifică hemostaza mezoului.

8. Se închide abdomenul fără drenaj. Antibiotice intra- și postoperator.

Reimplantare istmo-uterină prin peretele posterior al uterului (procedeul Bourg). Se rezecă porțiunea obstruată a trompei, răsucind cu uterul ca în fig. 165 sau prin excizie cuneiformă a cornului ca în fig. 161. Se prepară capătul trompei confecționîndu-se două urechii, încrucișate fiecare cu cîte un fir de nylon. Se face o incizie pe fața posterioară a uterului paramediană și cît mai spre fund (fig. 165) pentru ca trompa să fie reimplantată într-o situație apropiată de cea normală, incizie care deschide și cavitatea (fig. 166). Introducerea trompei și refacerea peretelui uterin se fac folosind aceleași gesturi chirurgicale ca la tehnica reimplantării la nivelul cornului uterin (fig. 167 și 168).

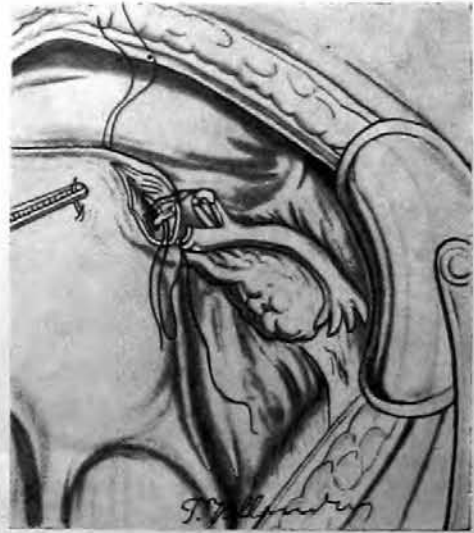


Fig. 162. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Modul cum se trec firele care aduc și fixează capătul trompei în cavitatea uterină.

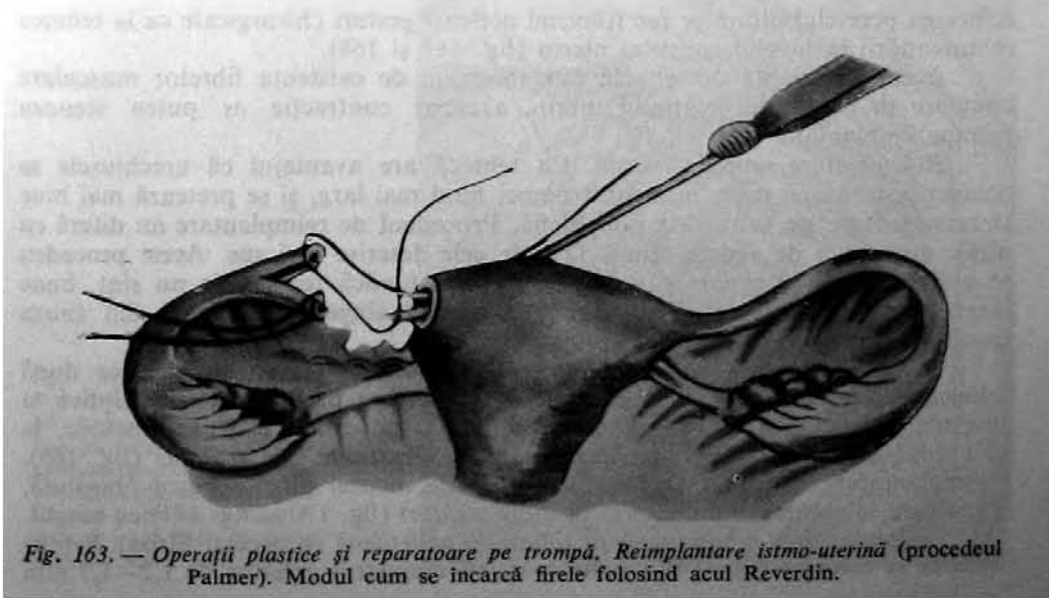


Fig. 163. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Modul cum se încarcă firele folosind acul Reverdin.

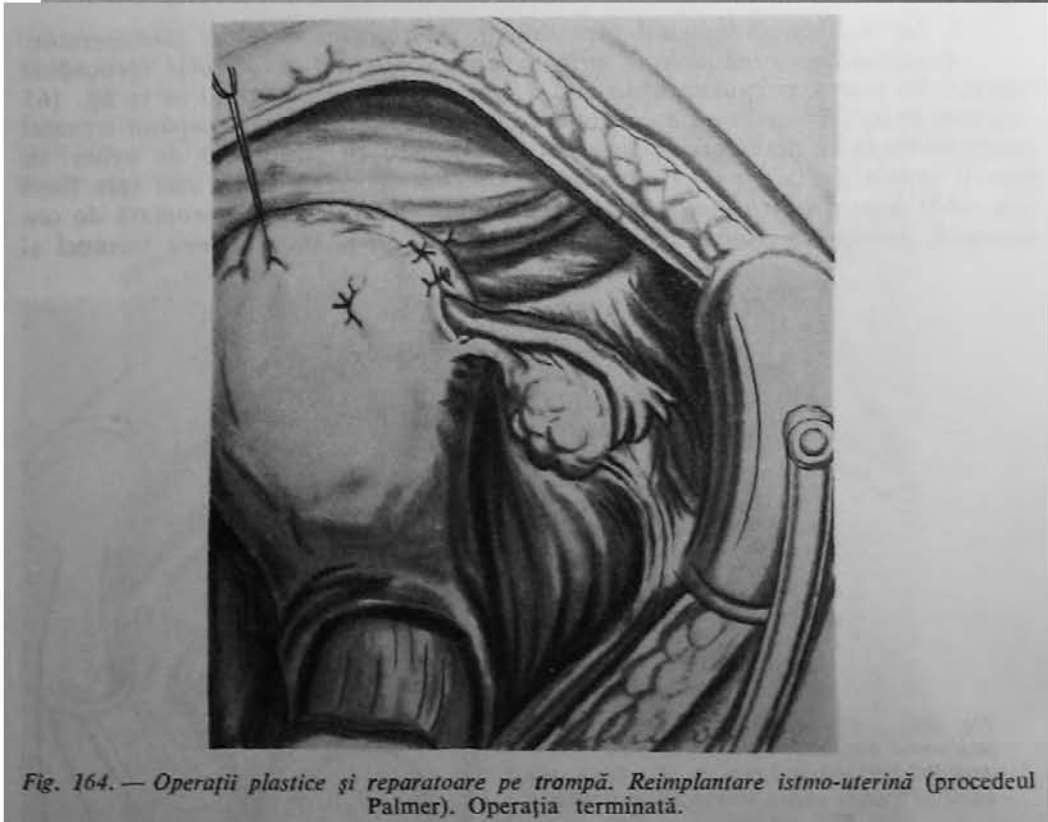


Fig. 164. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină (procedeul Palmer). Operația terminată.

Aceast variant de tehnic este motivat de existen a fibrelor musculare circulare de la nivelul cornului uterin, a c ror contrac ie ar putea stenoza trompa implantat .

Reimplantare ampulo-uterin . Ca tehnic are avantajul c urechii ele se confec ioneaz mai u or, lumenul trompei fiind mai larg, i se preteaz mai bine la reimplantare pe tutore de polietilen . Procedeu de reimplantare nu difer cu nimic din punct de vedere tehnic fa de cele descrise mai sus. Acest procedeu se aplic numai la nevoie i nu de principiu, fiindc rezultatele nu sânt bune (expune la migrarea rapid a oului i la pasajul sîngelui menstrual din cauza incontinen ei utero-tubare).

Reimplantare tubo-uterin bilateral . Prepararea trompelor se face dup tehnica descris . Cavitatea uterului se deschide larg printr-o excizie eliptic la nivelul fundului, de la un corn la altul. Felia muscular extirpat include, la cele dou extremit i, segmentele intersti iale, obstruate. ale trompei (fig. 169). Reimplantarea trompelor se face la unghiurile inciziei dup tehnica obi nuit , dup care se sutureaz miometrul în dou straturi (fig. 170 i fig. 171) cu catgut.

Reimplantarea tubo-uterin pe tutore de polietilen (procedeu Sîrbu). Pentru aceasta se folosesc tuburi din polietilen , cu diametrul exterior de 1,2—1,7 mm (tuburile mai groase produc atrofia mucoasei tubare prin compresiune). Tuburile pot fi radioopace, cu posibilitatea controlului radiologie dup opera ie. Sterilizarea tuburilor se face prin fierbere.

Fig. 165. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului (procedeul Bourg). Rezecția porțiunii obstruite a trompei și locul inciziei pe peretele posterior al uterului.

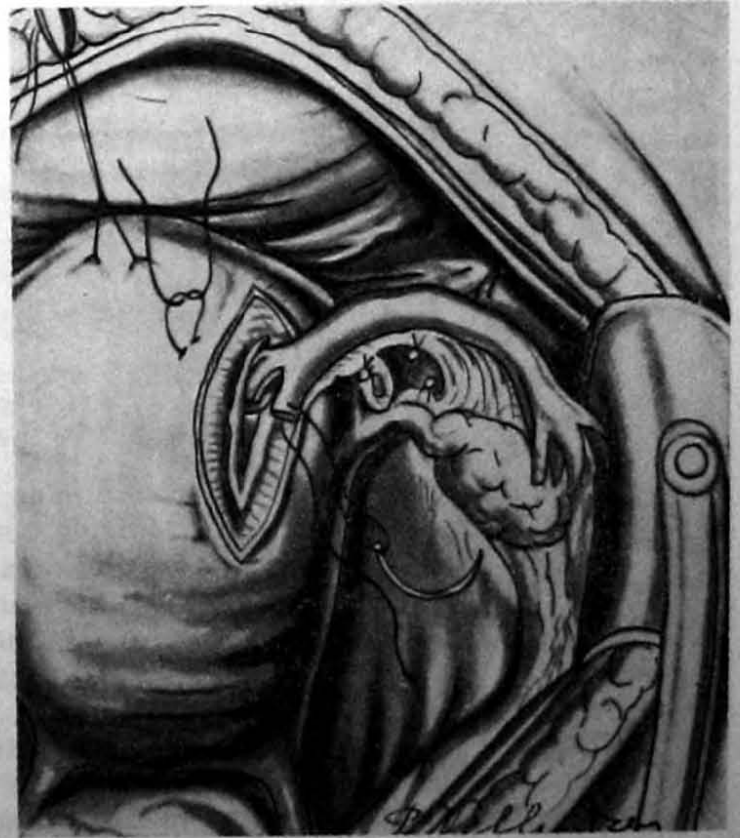


Fig. 166. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului (procedeul Bourg). Modul cum se introduce capătul trompei în uter și cum se leagă firele de nylon care au servit la tracțiune.



Fig. 167. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului (procedeul Bourg). Capătul trompei introdus în cavitatea uterului și modalitatea de sutură a miometrului.



Fig. 168. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare istmo-uterină pe fața posterioară a uterului (procedeul Bourg). Operația terminată.

După ce se rezecă prin excizie cuneiformă porțiunea obstruată și se prepară capătul proximal ca în tehnica Palmer, se întubează segmentul tubar, care urmează să fie reimplantat cu un tub de polietilenă. Pentru aceasta se fixează tubul la capătul unui stilet butonat prin intermediul căruia este tras prin lumenul trompei (fig. 172). Cu același stilet butonat, grație maleabilității lui, se cateterizează cavitatea uterului și canalul cervical, pe cale retrograd (fig. 173) până când capătul stiletului depășește orificiul extern

al colului. Un ajutor apuc stiletul cu o pens și îl trage afar din vagin. Acesta trage după el cap-tul inferior al tubului de polietilen, care se fixează temporar la fața internă a coapsei, cu o bandă adezivă.

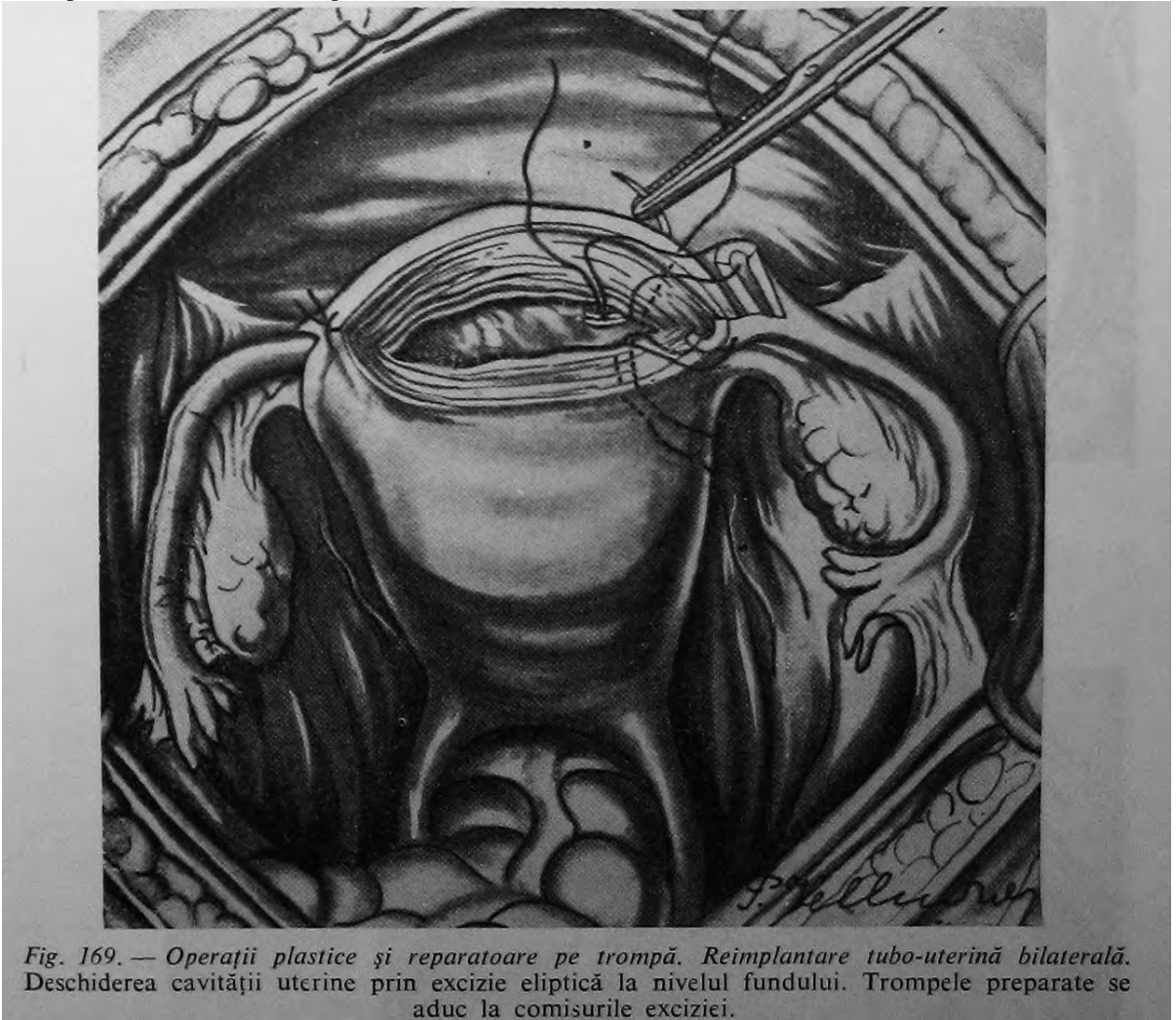


Fig. 169. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină bilaterală. Deschiderea cavității uterine prin excizie eliptică la nivelul fundului. Trompele preparate se aduc la comisurile exciziei.

În continuare se reimplantează trompa după procedeul obișnuit. Cap-tul superior al tubului se fixează la seroasa pavilionului cu un fir de catgut subțire, iar cap-tul inferior, la buza colului uterin, cu un fir de nylon (fig. 174), cu ajutorul unei andree de croșetat. Mulligan scoate cap-tul uterin al tubului prin peretele anterior al uterului și printr-o conțraincizie îl exteriorizează la peretele abdominal. Cognat folosește proteza din scursul ca în fig. 175, mai ales când la trompa reimplantată s-a făcut concomitent și neosalpingostomie terminală.

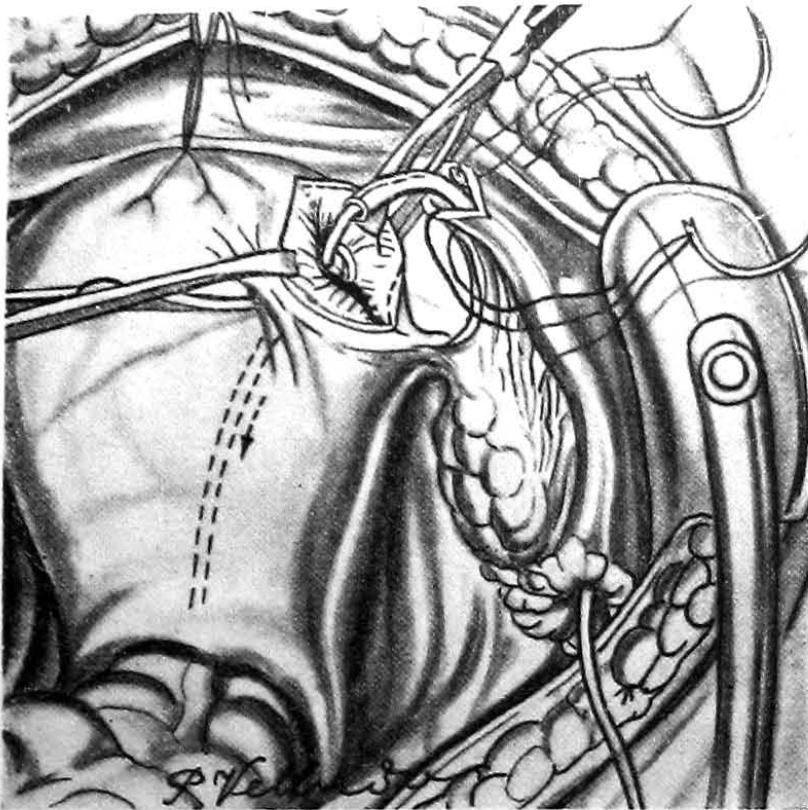


Fig. 173. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină pe tutore de polietilen. Modalitatea de intubare a cavității uterine cu tubul de polietilen și de aducere a acestuia până la colul uterului (procedeul Sirbu).

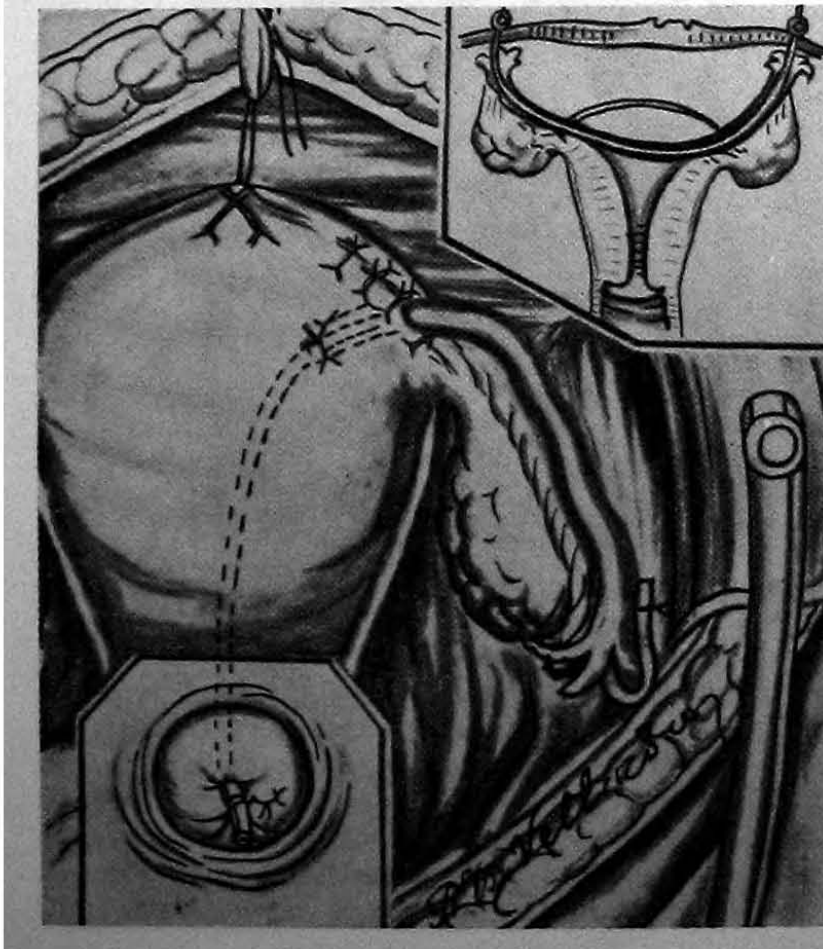
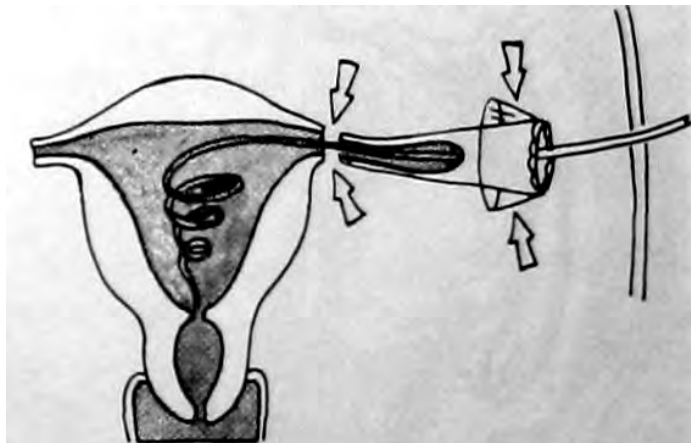


Fig. 174. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Reimplantare tubo-uterină pe tutore de polietilen. Operația terminată. Modul cum se fixează tutorele la seroasa pavilionului și la col (procedeul Sirbu). În cartuș: procedeul Galt de aducere a capetelor tubului de polietilen la peretele abdominal.

Variante de tehnic la reimplantarea tubo-uterin. Shirodker deschide cavitatea uterin printr-o seciune la nivelul fundului și reimplantează trompa, la vedere, prin peretele posterior.

Folke-Holtz lasă capătul trompei așa cum rezultă după seciunea transversală, fără urechii și fără fire trecute prin grosimea lor. Pentru tracțiune și fixarea trompei în uter se folosesc capetele unui fir de catgut, plasat în nodat pe foiele ligamentului larg.

imediat sub cap tul trompei. Reimplantarea se face prin peretele posterior. Datorit firului de catgut plasat pe mezosalpinx, cap tul trompei implantate proemin pu în în cavitatea uterului.



*Fig. 175. — Operații plastice și repara-
toare pe trompă. Reimplantare tubo-uteri-
nă pe tutore. Aplicarea dispozitivului
Cognat din scurasil. Capătul din plastic
care intubează trompa se lasă încolăcit
în cavitatea uterină.*

Svanberg în reimplantarea ampulo-uterin (fig. 176), când fragmentul de implantat este mai scurt și implicit mai gros, face o excizie mai larg prin cornul uterului (fig. 177). După terminarea reimplantării, fixează franjuri pe suprafața uterului cu fire subiri. Dacă pavilionul trompei este fimoizat, se desface franjuri prin codonoliz, înainte ca acestea să fie fixate pe suprafața uterului.

Îngrijiri postoperatorii după reimplantarea tubare. Antibioterapie intra- și postoperatorie. Tutorele de polietilen se suprimă variabil, după 8—12 săptămâni. Dispozitivul Cognat se suprimă după 8—12 zile. Controlul permeabilității tubare nu se face mai devreme de 3 luni de zile. Tendința actuală este (Palmer) ca această verificare să fie amânată cât mai mult, până la un an, pe considerentul că toate metodele de explorare ascendentă sunt agresive pentru mucoasa tubară.

Rezultate. Acestea depind de felul cum au fost selecționate cazurile, de tehnica folosită și de condițiile în care s-a făcut. De aceea ele sunt variabile de la autor la autor. În reimplantarea ampulo-uterin, Palmer obține 33% sarcini și 8,5% sarcini ectopice; în reimplantarea istmo-uterin obține sarcini uterine în 43% și 8% sarcini ectopice. Alte statistici dau procente între 21 și 28%. Cu ambele procedee Palmer a obținut o permeabilitate tubară în 74—78% din cazurile operate. Din cauză că procentul de sarcini este mai mic după reimplantarea ampulo-uterin, explicat probabil de migrația rapidă a oului prin această trompă scurtă, majoritatea autorilor preferă reimplantarea istmo-uterin. În plus, reimplantarea ampulo-uterin poate produce dismenoree, ca urmare a refluxului sângelui menstrual în peritoneu («incontinență tubară») și chiar endometrioză. În reimplantările făcute la nivelul cornului uterin există riscul dehiscenței miometrului în cursul sarcinii (rupturi incomplete subperitoneale). În reimplantarea tubo-uterin combinată cu salpingostomie terminală (dublă operație plastică pe aceeași trompă) rezultatele sunt foarte slabe (doar 2% sarcini). Procedeele de reimplantare pe tutore de polietilen nu dau rezultate mai bune decât reimplantarea simplă. Palmer a renunțat la folosirea tutorei pe care o recomandă numai începătorilor la primele lor cazuri.



Fig. 176. — Operații plastice și reparatoare. Reimplantare ampulo-uterină (procedeeul Svanberg). Excizia segmentului tubar obstruat.

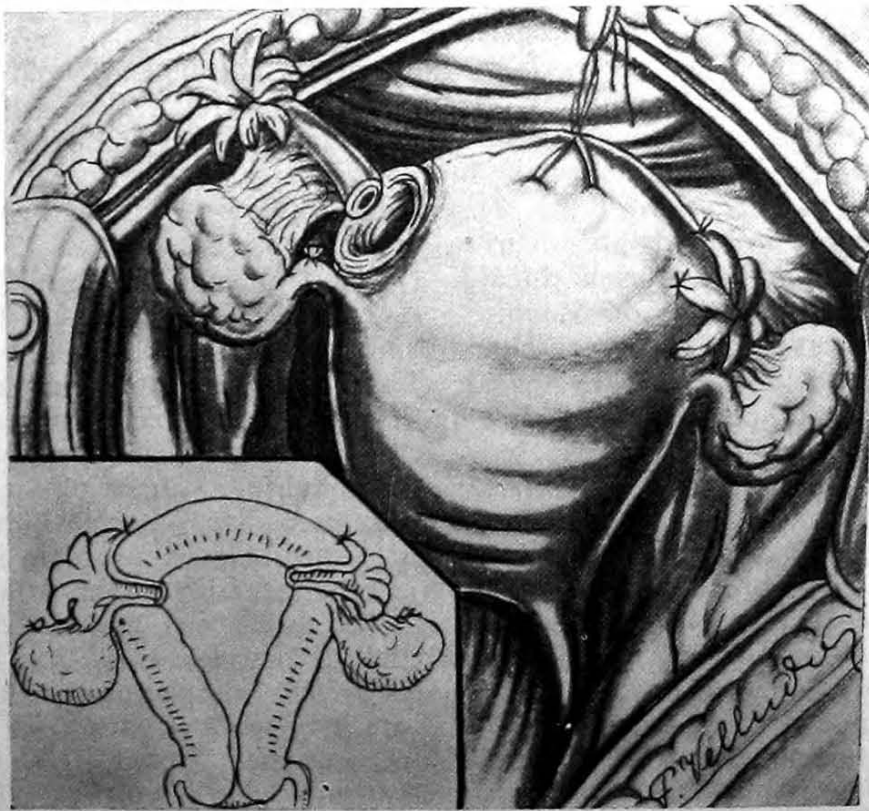


Fig. 177. — Operații plastice și reparatoare. Reimplantare ampulo-uterină (procedeeul Svanberg):

În stînga: rezecția largă a cornului uterin.
În dreapta: fixarea franjurilor la seroasa uterului.
În cartuș: reimplantare bilaterală.

c) Salpingostomia. Această operație plastică se adresează trompelor obstructate în porțiunea terminală (obstrucții externe) și constă din crearea unui nou orificiu abdominal (neostomie).

Pavilionul trompei de operat, lipsit de franjuri, are formă de mic ciuc, de cec sau de corn de vițel. Pereții sunt îngroșiți și mucoasa cu pliurile proliferate sau atrofiată; în interior se găsesc deseori puștii lichid în care liesc picături de lipiodol, rămășițe de la histerosalpingografie.

Clasificare: neosalpingostomie terminală; neosalpingostomie medio-ampulară; neosalpingostomie istmică.

Principii i eficien . Condi ia esen ial pentru reu ita neostomiei este p strarea unei suprafe e cît mai mari din mucoasa tubar , fie c este sub form eversat ca în neostomia terminal Bonney, fie c este sub form de palet sau de rachet ca în neostomia termino-lateral Pollosson.

O alt condi ie este ca această mucoas s fie l sat liber în raporturile ei cu ovarul. Autori ca Pollosson consider ilogic fixarea neostomiei la ovar, fiindc în afar c -i limiteaz mobilitatea, favorizeaz constituirea unui chist tubo-ovarian.

în consecin neostomia ampulo-pavilionar trebuie s fie larg pentru a desf ura o suprafa de mucoas cît mai întins . De aceea neostomiile istmice sînt a priori sortite e ecului, fiindc prin orice artificiu de tehnic nu se realizeaz decît un simplu orificiu de intrare i nu o suprafa mucoas .

Alegerea procedului tehnic este dictat de starea patologic a pavilionului i/sau a ampulei, respectiv de posibilit ile pe care le ofer , pentru a se ob ine un orificiu cît mai larg i cît mai bine acoperit de mucoas .

Neosalpingostomia terminal . Aceast interven ie este indicat în obstruc iile distale, cap tul terminal al trompei fiind sub form de cec cu sau f r lichid în interior (hidrosalpinx). Hidrotubia ascendent umfl această por iune i o face mai accesibil pentru opera ie.

Exist dou situa ii anatomice: una în care exist o depresiune oarb pe locul unde a existat ostiumul abdominal dat de retractarea i invaginarea franjurilor, peste care trece seroasa peritoneal , i o alta în care cecul Lubar are pere ii sub ia i, uniform destin i, f r nici o depresiune terminal evident .

în prima eventualitate se folose te procedeul Shirodkar care const din incizia peritoneului urmat de dezaglutinarea franjurilor ca în codonoliz .

Neosalpingostomia terminal procedeul Shirodkar: se face o incizie a peritoneului, linear sau în cruce (fig. 178), centrat pe invagina ia existent ; cu vârful unei pense fine se p trunde în interiorul pavilionului i cu mi c ri de deschidere în cele dou diametre, se dezaglutineaz franjurile (manevra de deza- glutinare poate fi u urat de introducerea în pavilion a unui balona Foley); franjurile se fixeaz la seroasa tubar cu fire sub iri, 4/0 de nylon (fig. 179). Secretul acestei opera ii este ca incizia peritoneului s se limiteze numai la acesta, deci f r hemoragie. Swolin o realizeaz cu tehnica microchirurgiei, folosind pentru incizie un ac fin electric, ob inînd sarcini normale în 24,2% i sarcini ectopice în 12,1%.

Neosalpingostomia terminal procedeul Bonney-Palmer. Se face o incizie în cruce la nivelul cecului tubar (fig. 180) din care rezult patru lambouri sero- musculo-mucoase de form triunghiular . Lambourile rezultate se r stoarn i vârful lor se fixeaz cu fire de nylon 4/0 la peretele tubar (acul prinde cît se poate de gros din peretele trompei) (fig. 181). Lamboul adiacent ligamentului tubo-ovarian se prinde cu un fir la polul ovarului, reconstituindu-se franjurile Richard.

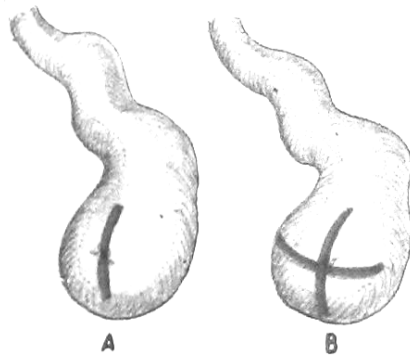


Fig. 178. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia procedeul Shirodkar. Incizii: lineară sau în cruce care interesează numai seroasa peritoneală.



Fig. 179. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Shirodkar: fixarea franjurilor la seroasa tubară.



Fig. 180. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Bonney-Palmer. Incizia în cruce a cecului tubar.



Fig. 181. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia terminală procedeul Bonney-Palmer. Eversarea lambourilor și sutura lor la peretele pavilionului tubar.

Variant de tehnic . Se perforază fundul cecului tubar cu un foarfece mic, ascuțit; tot cu el se secționează în sus și în jos, peretele pavilionului, pe o lungime de 20 mm pentru fiecare rază; se aplică pensa specială Bonney, cu ajutorul creierii se răzbuzează cele două lambouri în manetă; lambourile eversate se prind la sero-musculoasa pavilionului ca în fig. 182.

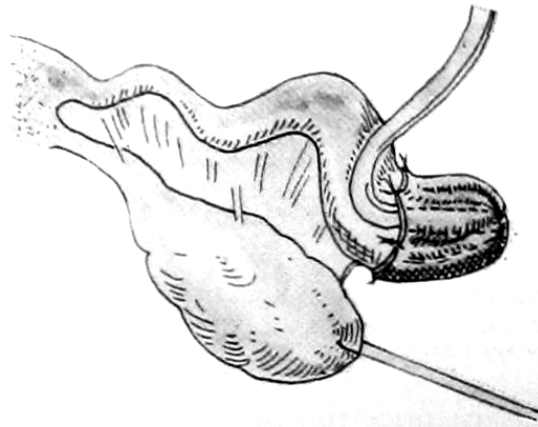


Fig. 182. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală procedeul Bonney-Palmer, răzbuzarea lam-bourilor în manșetă cu ajutorul pensei Bonney și fixarea marginilor la peretele pavilionului.

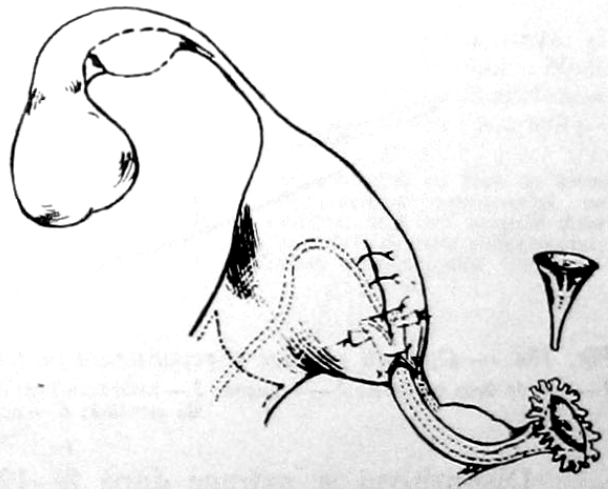


Fig. 183. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală procedeul Mulligan. Se introduce în orificiul nou creat, un con plin din polietilen. Vîrfurile conului poate servi de tutore în implantarea tubo-uterină.

Pentru a se evita reobstruarea stomiei, Mulligan folosește un con plin, confecționat din polietilen pe care-l introduce în lumenul pavilionului ca pe o pînioară la care suturează marginile neostomiei (fig. 183), iar pentru a se evita formarea de noi aderențe, același autor folosește un capucion din silastic cu care acoperă capătul operat al trompei. Aceste dispozitive se lasă pe loc 3 luni. Dezavantajul acestor procedee este că pentru scoaterea dispozitivului aplicat se face o altă laparotomie.

Cu același indicat se poate folosi dispozitivul din scurșul lui Cognat. Acest protez este format dintr-un tub de dren gurit, asemănător tubului Redon, la extremitatea cîrui se află un con din plastic, ca o umbrelă; de la acest con, drenul se prelungește cu un fir de setolin la capătul cîrui este fixat un ac cu vîrf butonat (fig. 184).

Avantajele acestui dispozitiv sînt multiple: capucionul îmbracă complet capătul terminal al trompei, evitînd aderențele; firul de setolin trecut prin interiorul trompei și fixat la peretele tubar menține conul adaptat la pavilion; drenul perforat este exteriorizat la peretele abdominal, permițînd instilarea de soluții medicamentoase după operație și extragerea întregului dispozitiv după 8—12 zile prin simplă tracțiune. Aplicarea acestei proteze se face astfel: după terminarea neosalpingostomiei în manșetă, se apucă trompa între degetele index și mijlociu cu cealaltă mîna se intubează trompa cu acul butonat pînă cînd vîrfurile accesoriului ajunge la nivelul istmului (fig. 185 A); se perforază trompa pe marginea ei superioară, scoțîndu-se firul de setolin care se va fixa ulterior la peretele uterului; trăgîndu-se de firul de setolin, capucionul se adaptează la pavilionul trompei și se modelează pe el; se rezeacă partea de surplus și marginile capucionului se fixează cu două fire de catgut, unul la marginea superioară a trompei, altul la polul extern al ovarului (fig. 185 B). Drenul se aduce la pielea abdomenului prin contraincizie (fig. 185 C).

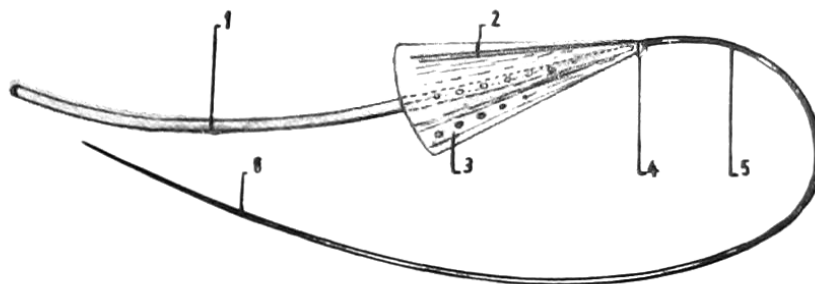


Fig. 184. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Dispozitiv din scurșul, model Cognat: 1 — tub de dren perforat; 2 — capușon; 3 — întăritură laterală; 4 — articulația firului de setolină la capsulă; 5 — firul de setolină; 6 — acul cu vîrf țesit.

Dispozitivul se extrage după 8—12 zile, ca orice tub de dren (fig. 186).

Neosalpingostomia termino-laterală. Tehnicile prin care se realizează neostomia termino-laterală sînt indicate în hidrosalpinxul cronic în care cecul tubar este intim aderent la ovar. Operațiile de acest tip urmăresc să creeze o deschidere largă a trompei fără încercarea de a desface aderențele, evitîndu-se hemoragiile și zonele deperitonizate imposibil de reparat.

Deschiderea cecului tubar se face prin trei feluri de incizii: lineară simplă ca în fig. 187, în Y sau în U ca în fig. 188.

Neosalpingostomia termino-laterală procedeul Pollosson. Acest procedeu urmărește să se realizeze din pereții ampulei un frînjure lung, sub formă de rachetă, de palet sau de linguri prezentînd o suprafață mucoasă întinsă. Pentru obținerea acestuia este nevoie de o deschidere largă a ampulei, de unde și numele de salpingostomie termino-laterală largă (fig. 189).

Principiul metodei este ca mucoasa să fie eversată cât mai mult, fiind numai astfel se obține un guler suficient de mucoas în jurul neostomiei (garanție ca aceasta să nu se reobstruieze) și o deschidere întinsă a acesteia pe suprafața paletelor create (garanție că acestea va exercita funcția biologică în transportarea ovulului spre orificiul trompei).

Tehnică. Cu foarfecele mic, cu vîrfurile ascuțite, se secționează cecul tubar pe o lungime de 4 cm de-a lungul suprafeței opuse inserției mezosalpinxului. Această secțiune se face lineară ca în fig. 189-cartu. Hemostaza se face imediat, cu pense mici, la vedere, urmat de ligaturi cu catgut 4/0. Tamponarea suprafețelor sîngerînde se face cu comprese umede.

După terminarea hemostazei se introduce în lumenul trompei un stilet butonat, care va servi de reper cît durează sutura mucoasei. Sutura mucoasei se începe cu unghiul proximal al inciziei ca în fig. 190. Se folosesc pentru aceasta fire foarte subțiri de nylon și ace curbe, atraumatice. Mucoasa se prinde de seroasa peretelui tubar, cît mai departe de linia de incizie. Punctul cel mai distal fixează extremitatea noului ostium la suprafața ovarului. Operația se face uni- sau bilateral.

Variante de tehnică. Pentru a se obține o suprafață de mucoasă cît mai largă în jurul orificiului tubar se face o incizie a cecului tubar în Y ca în fig. 191. Se numește neosalpingostomie termino-laterală, Pollosson, în Y.

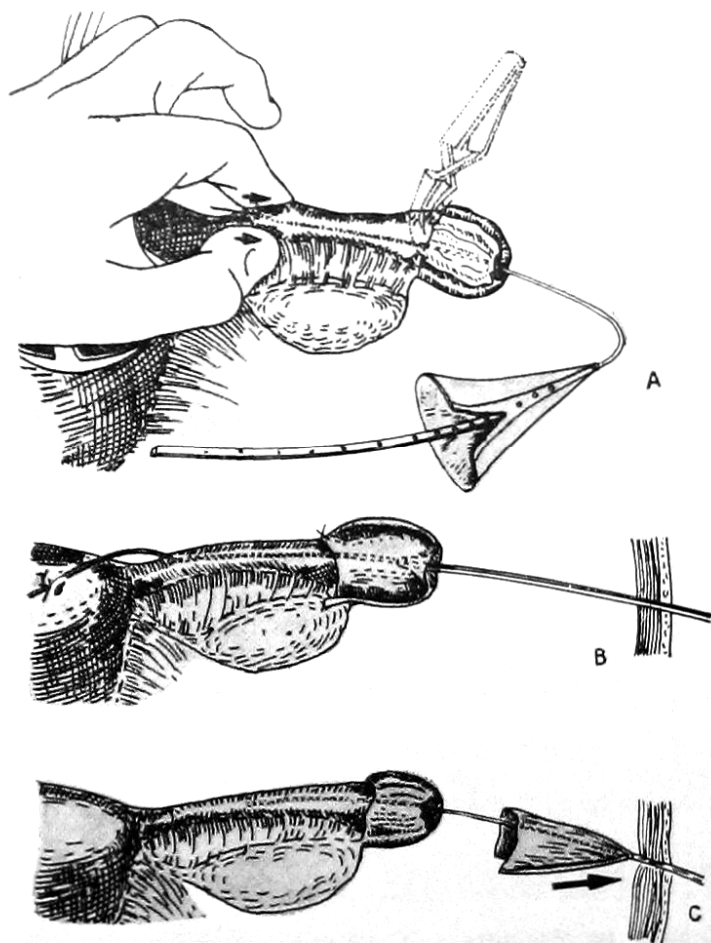


Fig. 185. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală protezată cu dispozitivul din scurșil — Cognat:

A — intubarea trompei cu firul de setolină; B — modelarea capușonului pe capătul trompei, firul de setolină fixat la uter și drenul la peretele abdomenului; C — extragerea dispozitivului (după Senez).

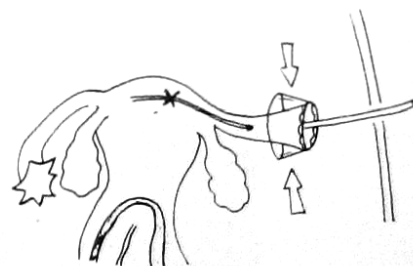


Fig. 186. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie terminală protezată cu dispozitivul din scurșil — Cognat (schemă). Operația terminală: capușonul modelat pe capătul trompei, tubul de dren exteriorizat la peretele abdomenului și firul de setolină fixat la uter.

Sutura mucoasei se face ca în procedeul descris mai sus. Capătul distal al paletelor obținut prin operație este prins de ovar cu un singur punct de nylon. Paleta creată rămîne cu spatele spre ovar, pînă strîndu-i oarecare mobilitate. Clasic mucoasa tubară se fixează cu cîteva puncte de sutură la ovar ca în fig. 191. Acest artificiu de tehnică predispune la formarea chistului tubo-ovarian, și nu este recomandabil.

Neosalpingostomia laterală. Este indicată la cazurile la care ampula dilatăată pe toată lungimea ei este intim aderentă la ovar. Operația urmărește să creeze o deschidere largă a trompei fără desfacerea aderențelor care o leagă de ovar.

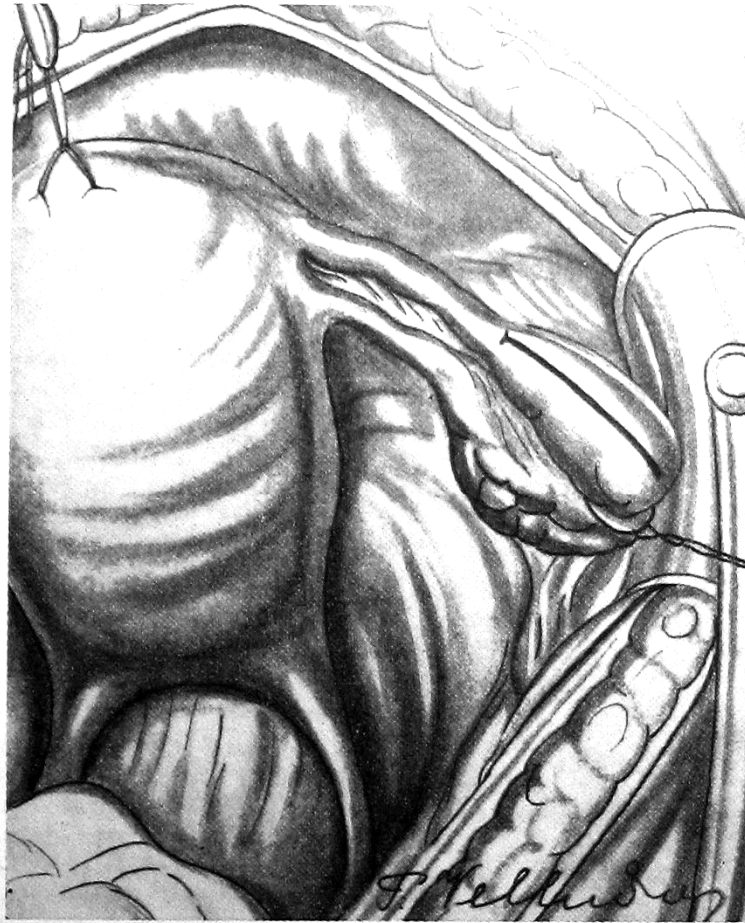
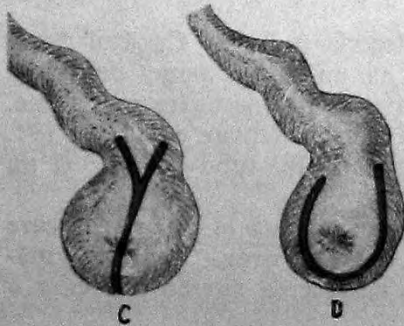


Fig. 187. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie termino-laterală procedeul Pollosson. Linia de incizie, lineară simplă, lungă de 4 cm pe marginea superioară a cecului opusă inserției mezoului.



*Fig. 188. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie termino-laterală Pollosson:
C — incizie în Y; D — incizie în U.*

Se face o seciune cu foarfecele în lungul ampulei, nu prea departe de ovarul la care aderă (fig. 192). Marginile stomiei se cos cu un fir continuu de catgut foarte subțire cu rezorbarea mucoasei, pe cât se poate (fig. 193 și 194). Sutura în surjet are avantajul că face hemostază. Dacă marginile seciunii nu sîngerează, se dă preferință suturii cu fire separate de nylon foarte subțire (fig. 194-cartuș). La reconstituirea stomiei se respectă trei detalii de tehnică: gura stomiei să fie cât mai largă; rezorbarea mucoasei să fie făcută cu grijă, mai ales la unghiul proximal al inciziei (sutura se face pe stilet butonat introdus în orificiul tubar); deschizătura stomiei să fie orientată spre ovar în așa fel încît la repunerea uterului în pelvis să acopere o parte din suprafața a ovarului.



Fig. 189. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală Pollosson când trompa este sub formă de corn de vânătoare.
În cartuș : linia de incizie.

Neosalpingostomia lateral procedeu Mocquot. Se face o incizie lung de-a lungul ampulei terminat în Y la nivelul cecului tubar (fig. 195-cartuș), pentru a se croi un mic lambou, al cărui vîrf se va prinde cu un fir la polul ovarului (franjurele Richard). Mucoasa stomiei se suturează cu fire separate. Parte din suprafața ovarului este cuprinsă liber în înbuștura neostomiei sau poate fi fixată cu 1—2 puncte de sutură ca în fig. 195. În acest caz operația se numește neosalpingostomie laterală cu ovarosindez. Un procedeu asemănător este acela descris de Clado (fig. 196). Dacă ovarul nu încapă în gura stomiei, se reduce volumul prin rezecție parțială.



Fig. 190. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală largă, Pollosson : introducerea stiletului butonat. Sutura mucoasei se începe de la unghiul proximal al inciziei.
În cartuș : sutura mucoasei terminată.

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obțin în neosalpingostomiile terminale (Bonney-Palmer) și în cele termino-laterale (Pollosson). Procentele din literatură sînt 27% sarcini uterine cu un procent foarte ridicat de sarcini extra-uterine, de 13% (Palmer 60). Neosalpingostomia laterală nu se bucură de renume în privința rezultatelor din cauza modificărilor atrofici ireversibile ale trompei (se execută pe diferite forme de hidrosalpinx) și a leziunilor concomitente ale ovarului (albuginee groase, degenerescență polichistică).

Fig. 191. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia termino-laterală Pollosson prin incizie în Y. Ostium larg tubar după sutura mucoasei.

În cartuș: incizia cecului tubar în Y.

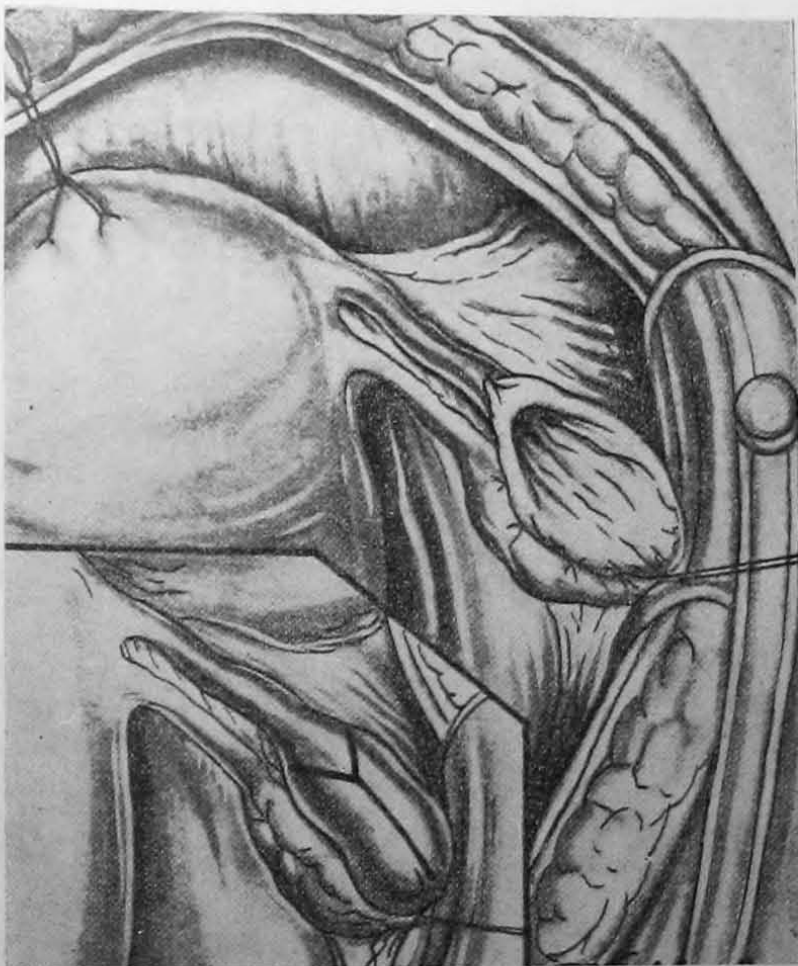


Fig. 192. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia laterală: incizie lineară simplă, lungă de 4 cm, pe marginea cecului tubar la mică distanță de ovar.



Fig. 194. — Neosalpingostomie laterală : operația terminată, sutura mucoasei cu fir continuu.

În cartuș : sutura mucoasei cu puncte separate de nylon.

Fig. 193. — Neosalpingostomie laterală : operația terminată, sutura mucoasei cu fir continuu.



Fig. 195. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia laterală, procedeul Mocquot.

În cartuș : linia de incizie terminată în Y la nivelul cecului tubar.

Neosalpingostomia medio-ampular. Aceste tehnici se adresează hidrosalpinxului și se execută cu rezecarea porțiunii distale astfel ca neostomia să se realizeze la nivelul ampulei, în esut sănătos. Din această cauză operația mai poartă numele de neosalpingostomie medio-ampular transversală.

Neosalpingostomia medio-ampular transversal în «man et » procedeul Holden-Sovak¹¹. Se secionează ampula, transversal, cu bisturiul, la limita dintre normal și patologic (fig. 197). Se aplică o pensă Kocher pe trompă; se secionează mezosalpinxul până la locul pensei și se face hemostaza respectiv.

Se face, cu un foarfece foarte fin, o secțiune circulară, sero-musculară, la 15 mm în aval de pensă Kocher.

Se secionează trompa cu bisturiul, razant cu pensă Kocher (cecul rezecat cade împreună cu pensă Kocher).

Se testează ascendent permeabilitatea trompei și se introduce în orificiu un stilet butonat.

Se aplică pensă specială Bonney (fig. 198) și se răsfoiește în «man et » fragmentul tubar cuprins între cele două incizii, cea transversală de rezecție și cea circulară de «circumcizie».

¹¹ Procedeul în man et introdus la noi sub numele de Holden-Sovak este de fapt tehnica care combină «man et a» descrisă de Bonney (Bonney's cuff operation) cu circumcizia peritoneului propusă de Sovak. La aceste principii, Palmer a adus contribuții importante de tehnică, în unele cărți acest procedeu este descris sub numele de Bonney-Palmer.



Fig. 197. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Holden-Sovak. Linia de incizie.

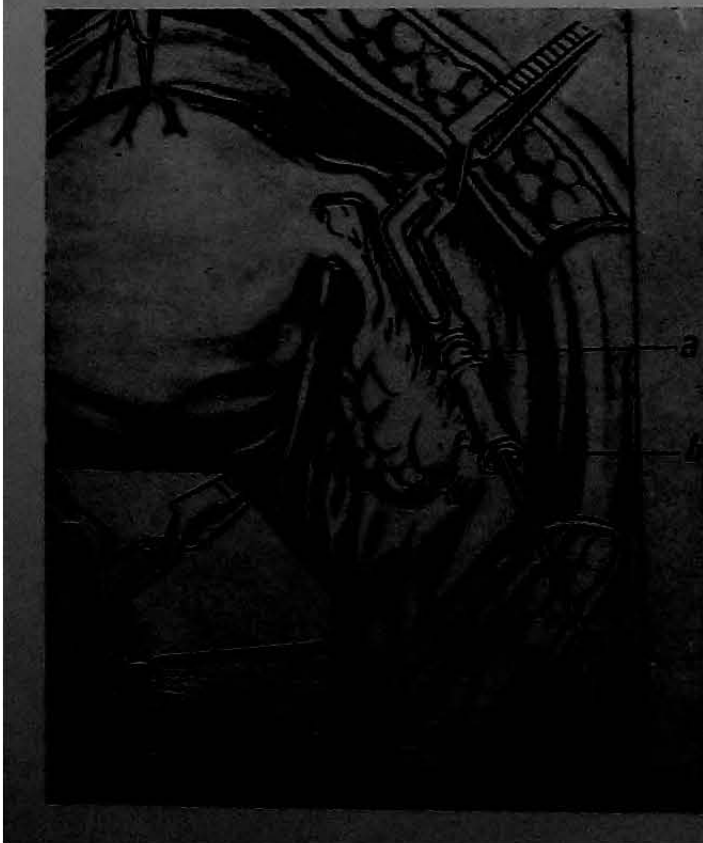


Fig. 198. — Operații plastice și reparatoare. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Holden-Sovak:

a — secțiunea circulară a sero-musculoasei la 15 mm de capătul trompei; b — trompa secționată transversal.

În cartuș: răchuzarea în manșetă a trompei și sutura mucoasei, margine la margine, cu stăruțal sero-muscular.

Se prinde mucoasa, margine la margine, cu sero-musculoasa, cu fire sub iri de nylon, ca în fig. 198-cartuș. Astfel neostomia este înconjurată de un guler larg de mucoasă (fig. 199) și punctele de sutură fiind la distanță de ea, mică orăz factorii de reobstruare.

Se scot cu blînde e pensa Bonney și stiletul butonat.

Se fixează neostomia la polul superior al ovarului cu un singur fir (se folosesc, pentru aceasta, capetele firului care a fost plasat la sutura mucoasei, în vecinătatea mezoului).

Se spal neostomia cu soluție de penicilină și hidrocortizon și se închide abdomenul fără drenaj.

Pentru evitarea reobstrucției și a formării de aderențe se poate aplica proteza din scurșul Cognat (vezi fig. 185).

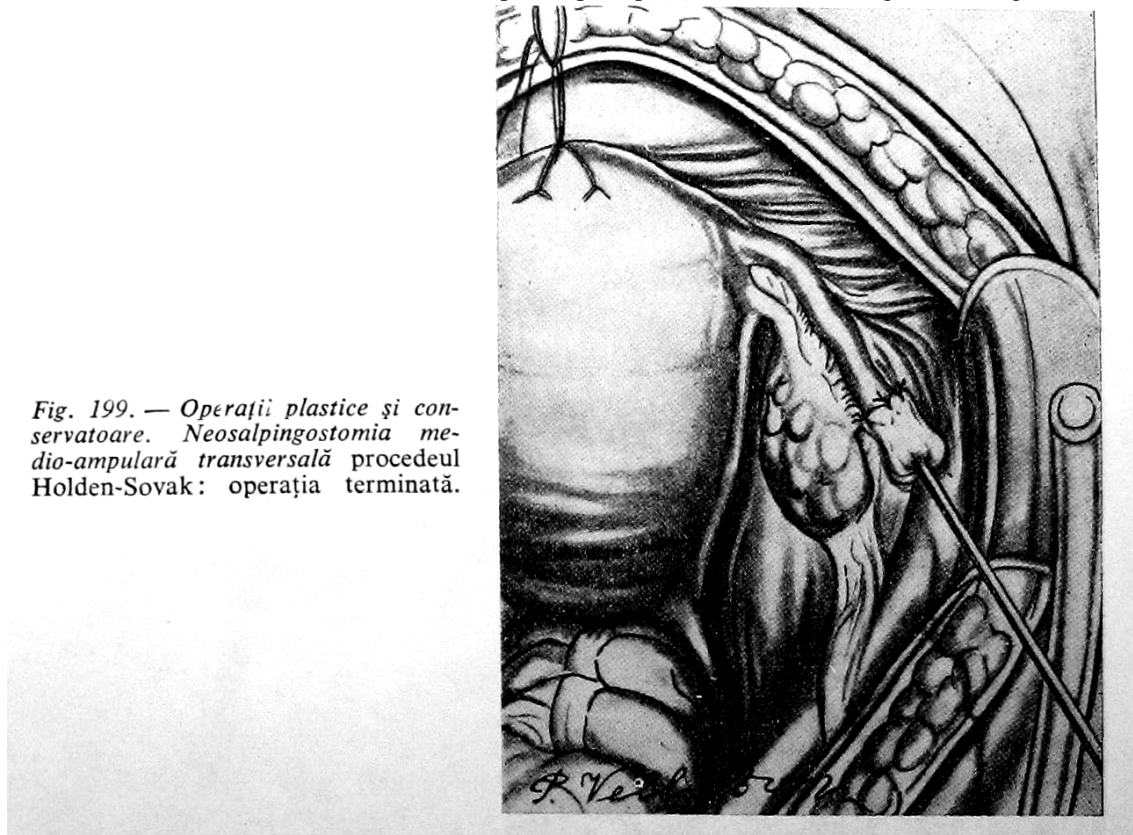
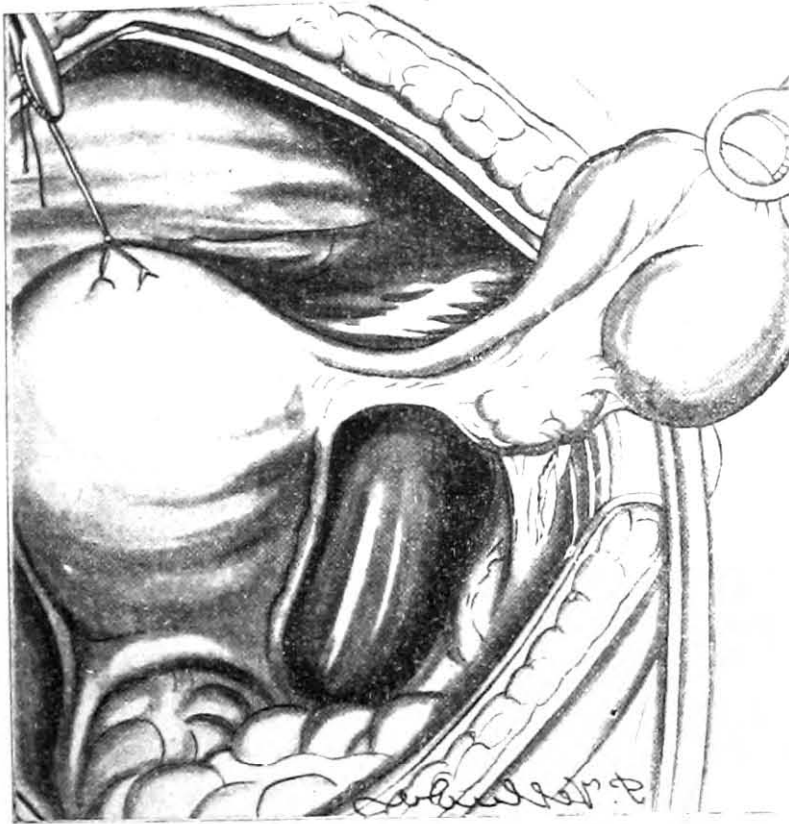


Fig. 199. — Operații plastice și conservatoare. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală procedeuul Holden-Sovak: operația terminată.

La tehnica descrisă, Palmer aduce următoarea modificare: după ce face incizia circulară, decolează seroasa și cilindrul care rezultă este detașat. Se asigură o suprafață mare de cicatrizare.

Variante de tehnică .

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală prin eversare simplă a mucoasei. Procedeuul este indicat în hidrosalpinx (fig. 200). Se rezecă transversal porțiunea distală, bolnavă. Se introduce un stilet butonat în orificiul trompei, sau o sondă moale, ca reper (fig. 201). Mucoasa endotubară se eversează și se fixează la seroasa trompei, la câțiva milimetri de marginea secțiunii, cu fire separate de nylon 4/0 (fig. 202) după care se scoate stiletul și se controlează permeabilitatea neostomiei pe cale ascendentă.



Aspectul trompei înainte de
operație (hidrosalpinx în
corn de vinătoare).
Aspectul trompei înainte de
operație (hidrosalpinx în
corn de vinătoare).
Aspectul trompei înainte de
operație (hidrosalpinx în
corn de vinătoare).



Fig. 201. — Operații plastice și repara-
toare pe trompă. Neosalpingostomia
medio-ampulară transversală cu ever-
sarea simplă a mucoasei. Modul cum
se pun punctele de sutură.

Neosalpingostomia medio-ampular transversal procedul Folke-Holtz. Se rezece treimea distal a trompei prin incizie transversal, oblicizat spre mezou (fig. 203). Cu foarfecele se face o incizie de 2—3 cm în lungul peretelui superior (fig. 204-cartu). Se pun puncte de sutur pe marginile sec ionate (fig. 204).

Fig. 202. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală cu ever-sarea simplă a mucoasei. Operație terminată.



Autorul acestui procedeu nu recomand imediat după operație nici o metodă de menținere a neostomiei (insuflație, lipiodol, perfuzii utero-tubare), considerându-le agresive pentru mucoasa trompei.

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală în rachet, procedeul Pollosson. Tehnica este identică cu neostomia terminală în rachet Pollosson (pag. 194), cu deosebire că în situația unui hidrosalpinx, ca în fig. 203, se rezecă partea bolnavă. Ceea ce rămâne se etalează cu spatele la ovar, sub forma unei rachete al cărei capăt se fixează la acesta cu 1—2 puncte de nylon (fig. 205).

Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul bivalv. După ce se rezecă partea distală a trompei, se pun două fire de tracțiune după care se secționează cilindrul tubar, prin două incizii diametrale opuse, lungi de 15 mm fiecare, creându-se două lambouri (fig. 206-cartuș și dr.). Un lambou se fixează la peretele trompei iar celălalt la polul ovarului (fig. 206).

Rezultate. În general, rezultatele care se obțin cu aceste tehnici sînt mai puțin bune, explicația fiind dată de modificările ireversibile ale mucoasei uterine, ale pereților tubari și ale aderențelor postoperatorii care duc frecvent la un mare procent de reobstrucții (43—59%—Palmer). Rezultatele globale obținute de Palmer sînt: sarcini uterine în 13% și sarcini extrauterine în 6% din cazurile operate. Raportat la tehnica folosită, același autor a obținut: în tehnica în « man et » 23% sarcini uterine cu 7% sarcini ectopice; în tehnica în « rachet », 4% sarcini uterine cu 10% sarcini ectopice; în tehnica « bivalv », 20% sarcini uterine cu 10% sarcini extrauterine¹².

¹² Aceste rezultate au fost comunicate de Palmer, în 1974, la al VII-lea Congres Internațional de Fertilitate (Buenos Aires).

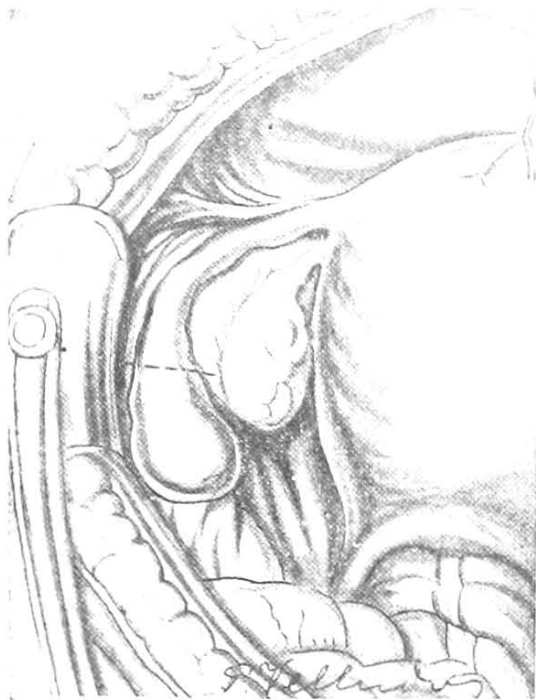


Fig. 203. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Folke-Holtz. Linia de incizie.



Fig. 204. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară transversală, procedeul Folke-Holtz: operația terminată.

În cartus : incizia peretelui superior al trompei.

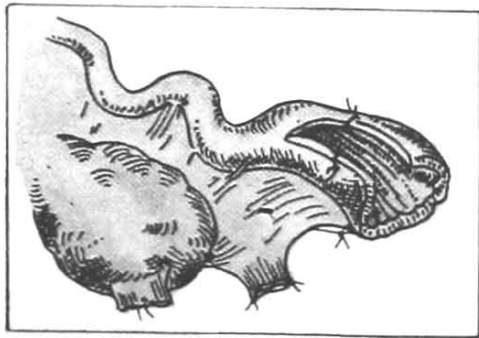
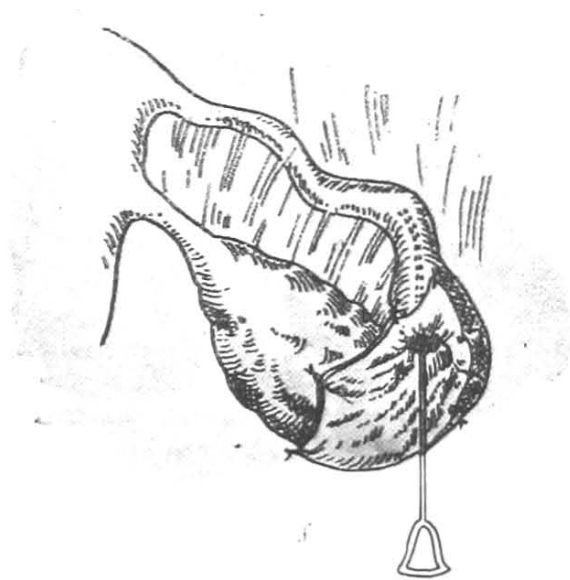


Fig. 205. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomie medio-ampulară (după Palmer).

Stînga : rezecția porțiunii distale a trompei și incizie longitudinală de 3 cm (mucoasa trompei fixată pe seroasa tubară). Dreapta : fixarea lamboului de ovar.



Neosalpingostomia istmică. Neosalpingostomia transversală istmică, procedeul Sobre-Casas, constă din rezecarea trompelor bolnave la 1—2 cm de coarnele uterului și liberarea bontului într-o « bursă » făcută cu foi ale mezosalpinxului, în care este inclus ovarul respectiv. Se obține astfel o « bursă ovariană » ca la rozătoare. Procedeul se execută astfel: se aplică o pensă Kocher (fig. 207) de-a lungul mezosalpinxului, pînă la uter și se rezecă transversal trompa cu bisturiul, la 1 cm de cornul acestuia. După ce se face hemostaza, se suturează, cu puncte separate, foi ale ligamentului larg la peretele superior și în partea anterioară și posterioară ai uterului, în așa fel încît se creează o « bursă » în interiorul creierii capului trompei și ovarul respectiv rămân în contact permanent.

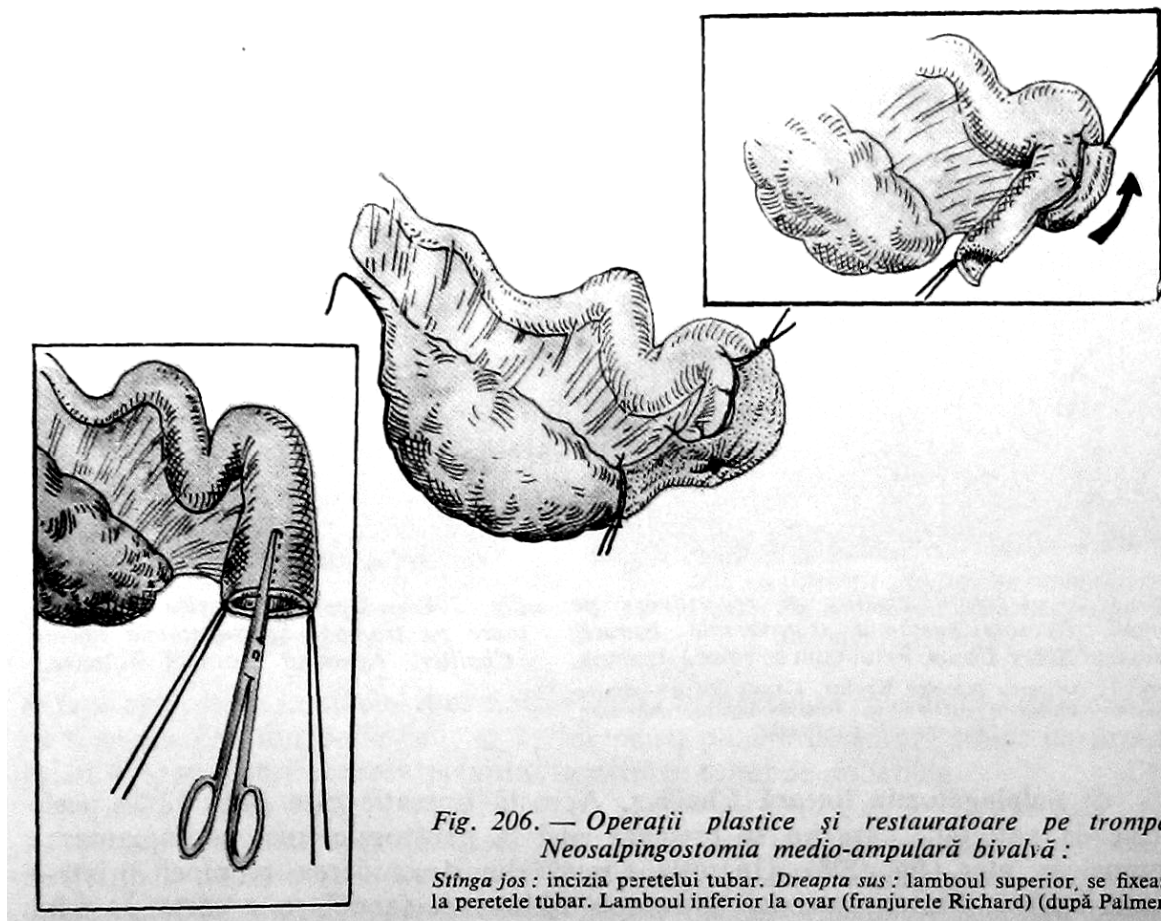


Fig. 206. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Neosalpingostomia medio-ampulară bivalvă :

Stînga jos : incizia peretelui tubar. Dreapta sus : lamboul superior, se fixează la peretele tubar. Lamboul inferior la ovar (franjurele Richard) (după Palmer).

Prin faptul c se extirp cea mai mare parte din tromp , Sobre-Casas nume te această opera ie salpingectomie conservatoare. Cu acest procedeu autorul a ob inut 14 sarcini din 115 cazuri operate. In general, neostomiile istmice nu dau rezultate i singura alternativ posibil este la aceste cazuri, salpingotomie subtotal liniar Challier.

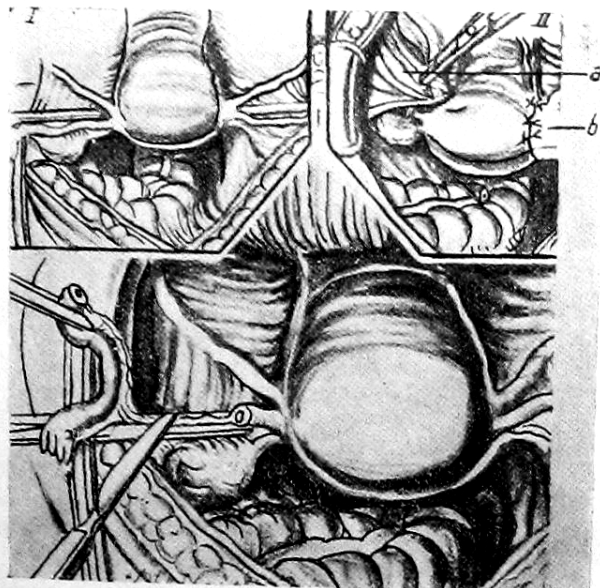


Fig. 207. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Neosalpingostomia transversală istmică, procedeul Sobre-Casas. Felul cum se rezecă trompa.

Cartuș I : aplicarea penselor Kocher. Cartuș II : a — confecționarea «bursei ovariene» cu foițele ligamentului larg; b — operația terminată.



Fig. 208. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Salpingotomia liniară Challier. Aspectul trompei bolnave.

d) Salpingotomia linear Challier. Această opera ie este indicat în acele forme de patologie care nu se preteaz nici la neostomie, nici la implantarea trompei în uter (fig. 208). Opera ia const din deschiderea trompei printr-o incizie linear . Partea mucoas a trompei r mîne desf cut ca o carte. în felul acesta se creeaz condi ii favorabile care duc la vindecarea proceselor patologice ale mucoasei i pere ilor musculari, trompele avînd o mare putere de regenerare. Milochevitch infiltreaz cu penicilin i streptomycin marginile sec iunii.

Incizia peretelui tubar se face cu foarfecele sau cu bisturiul electric. Figurile 209 i 210 ne scutesc de alte am nunte asupra tehnicii. Hemostaza se face cu bisturiul electric.

e) Anastomoze tubare. Aceste procedee se adreseaz patologiei obstructive de la nivelul por iunii istmo-intersti iale a trompei: sarcin istmic nerupt (la femeile cu trompa opus absent), obstruc ii nodulare postinflamatorii (netu- berculoase), oleoame dup histerosalpingografii, obstruc ii cicatriceale dup sterilizare chirurgical (fig. 211).

Anastomozele tubare, dup rezecarea unui segment de tromp , se pot face pe por iunea liber sau intersti ial .

Anastomoza tubar termin o-t erminai istmic .Procedeu Phillips const din rezec ia segmentului interesat, dup care se restabile te continuitatea trompei printr-o anastomoz cap la cap, f r tutore provizoriu. Opera ia se nume te: « salpingectomie medio-tubar cu sutur terminoterminal ».

Procedeu Dubuis const din rezec ia segmentar urmat de anastomoz termino-terminal pe sond din polietilen (fig. 212). Se rezec por iunea obstruat ; se face hemostaza la nivelul mezosalpinxului; se intubeaz cele dou capete tubare cu o sond fin din polietilen; se aplic patru puncte de sutur totale cu fire de nylon 4/0; se repar mezosalpinxul i se extrage tubul de polietilen.

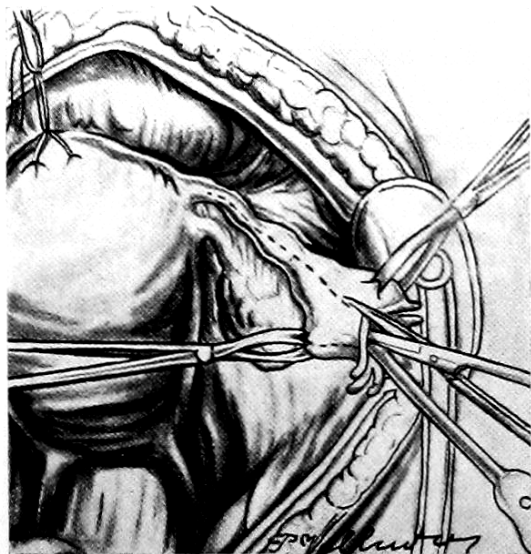


Fig. 209. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Salpingotomia liniară Challier : linia de incizie.

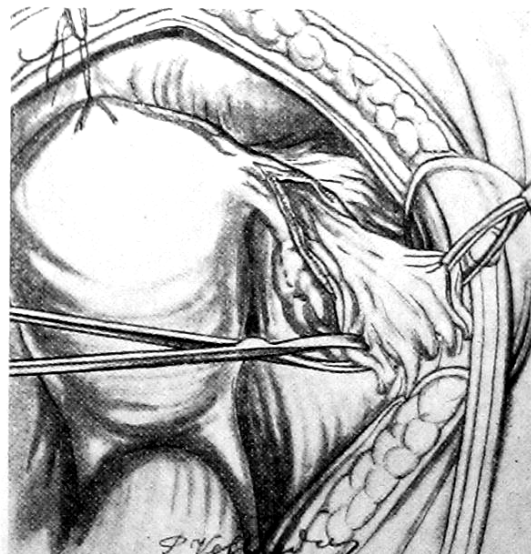


Fig. 210. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Salpingotomia liniară Challier : operația terminată.

Anastomoz tubar termino-terminal istmo-inter- sti ial . Aceast opera ie descris de Erhler este indicat în obstruc iile istmo- intersti iale. Înainte de opera ie sînt obligatorii: histerosalpingografie recent i celioscopie. În timpul opera iei este nevoie de instrumenta ia necesar pentru hidrotuba ie retrograd ascendent i hidrotuba ie descendent (vezi pag. 170). Acest procedeu p streaz jonc iunea tubo-uterin , evitînd incontinen a tubar i pasajul rapid al oului.

Se sec ioneaz istmul în apropierea cornului uterin i se practic testarea retrograd ascendent a permeabilit ii (fig. 213); dac testul este negativ sau insuficient, se disec por iunea intersti ial i se taie, succesiv, felii transversale, de 2 mm grosime pîn cînd se ob ine un pasaj normal al solu iei colorate introduse în cavitatea uterin (fig. 213). Acela i procedeu se aplic i la cap tul proximal al trompei sec ionate: se rezec , prin sec iuni succesive transversale, felie cu felie, pîn cînd testarea descendent cu solu ie colorat arat o permeabilitate bun . Se intubeaz pavilionul i istmul trompei cu un tub fin din silastic, care este trecut în cavitatea uterului prin lumenul por iunii intersti iale. Cap tul se las încol cit în cavitatea uterin . Anastomoza se face cu 3—4 suturi sero-musculoase, cu nailon 4/0 sau Dexon. Proteza din silastic se extrage dup 8—12 zile pe cale vaginal . La acest procedeu de anastomoz se poate folosi i dispozitivul din scurasil Cognat (vezi pag. 193).

Ambele procedee de anastomoze tubare descrise se execut ast zi, cu excelente rezultate, în obstruc iile tubare dup sterilizare chirurgical , folosindu-se tehnica microchirurgiei (vezi pag. 213).



Fig. 211. — Operații plastice și reparatorie pe trompă. Anastomoză tubară. Procesul patologic istmic și liniile de rezecție.

În cartuș : obstrucție cicatricială după sterilizare chirurgicală.

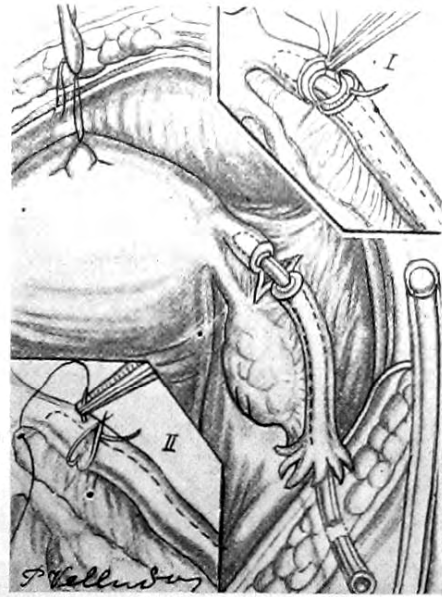


Fig. 212. — Operații plastice și reparatorie pe trompă. Anastomoză tubară istmică termino-terminală, procedeul Dubuis. Intubarea capetelor trompei pe tub de polietilen.

În cartuș : sutura anastomozei.

ÎNGRIJIRI PERI- I POSTOPERATORII

Îngrijirile peri- i postoperatorii urm resc s împiedice reac ia inflamatorie creat de traumatismul chirurgical. Dup Palmer, acestea sînt:

- dexametozon intramuscular începînd cu 6 ore înainte de opera ie, timp de 36 ore, cîte 16 mg la 6 ore;
- acetat de hidrocortizon intraperitoneal (1 000 mg în 20 ml ser fiziologic), înainte de a se închide peretele abdominal;
- hidrotubatie cu 500 mg acetat de hidrocortizon în 20 ml ser fiziologic, în a 3-a zi dup opera ie, în neosalpingostomii pentru a sp la cheagurile de fibrin , împiedicînd aglutinarea franjurilor;
- antibiotice (penicilin 4- streptomycin) pe cale parenteral , în primele 5 zile dup opera ie;
- prednison per os, 30 mg în prima s pt mîni i 15 mg în urm toarele 3 s pt mîni, pro die;
- mobilizare precoce;
- insufla ie utero-tubar în prima lun dup opera ie, repetat la fiecare 2 luni, de 2 sau 3 ori;
- his erosalpingografie de control dup 6—8 luni de la opera ie; -celioscopie de control dup 12—18 luni de la opera ie (dac nu a survenit sarcina).

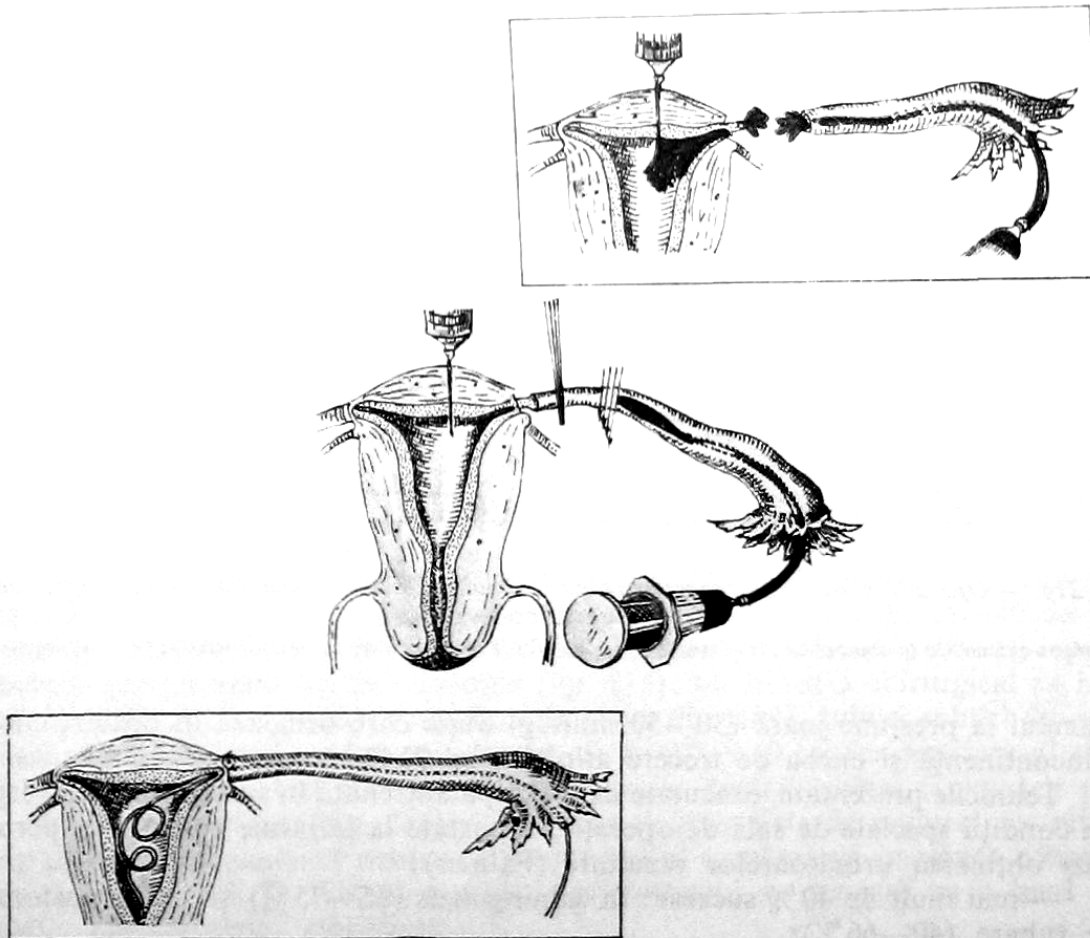


Fig. 213. — Operații plastice și restauratoare pe trompă. Anastomoza tubară termino-terminală istmo-interstițială, procedeul Erhler. Rezecția trompei obstruate prin secțiuni succesive pe porțiunea distală.

Sus dreapta: verificarea permeabilității ambelor porțiuni tubare. Jos stînga: intubarea trompei cu cateter de polietilen și sutura anastomozei cu 4 puncte seromusculoase. Cateterul se suprimă la sfîrșitul operației (după Senez).

REZULTATE

Perfecționarea tehnicilor chirurgicale, a materialelor de sutură, antibioticele și corticoterapia și în special selecționarea cazurilor au îmbunătățit foarte mult rezultatele în ultimii ani.

Rezultatele sînt susceptibile să fie și mai mult îmbunătățite de tehnica microchirurgiei fiind întrucît această metodă scade importanța pe care o are selecționarea cazurilor în vederea operației.

Cel mai bun procedeu în operațiile plastice tubare este acela care traumatizează cel mai puțin mucoasa.

Rezultatele se apreciază prin apariția sarcinii și nu prin obținerea permeabilității tubare.

Insuflația kimografică, la o lună de la operație, poate avea o semnificație prognostică. Astfel, cel mai bun prognostic îl oferă curba de trecere oscilantă a gazului la presiune joasă (30—50 mmHg) după care urmează în ordine, curba de incontinență și curba de trecere atipic (fig. 214).

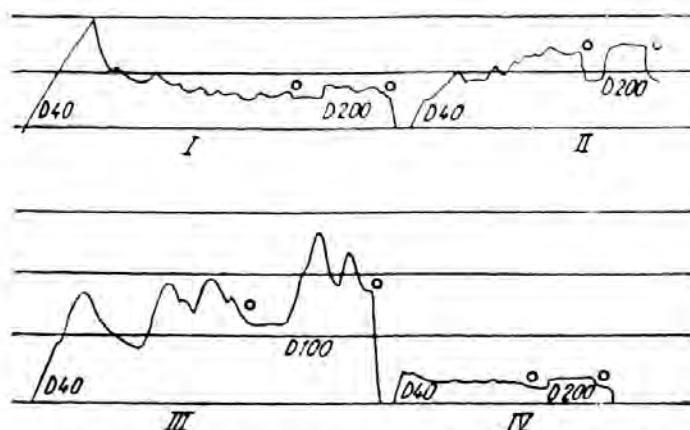


Fig. 214. — Operații plastice și reparatoare pe trompă. Curbe de insuflație kimografică după implantare turbo-uterină:

I — trecere oscilantă la presiune joasă; II — trecere oscilantă atipică; III — trecere oscilantă normală; IV — incontinență.

Tehnicile prezentate, executate de o echipă antrenată în acest tip de chirurgie și în condiții speciale de sală de operație, raportate la leziunile constatate, permit astăzi obținerea următoarelor rezultate (Palmer):

- mai mult de 40 % succese: în salpingolizis (55—75 %) și în reanostomozele tubare (40—66%);
- în jur de 30% succese: în reimplantarea tubar (27—38%), în codonolize (29—35%) și în neosalpingostomia terminală (26—32%);
- în jur de 10—15% succese: în neosalpingostomiile medio-laterale;
- sub 5% succese: în neosalpingostomia istmică (0—3%), în operațiile duble, implantare + neosalpingostomie (2—4%), implantare ovariană (0—2%).

Rezultatele care se obțin cu primele 3 grupe de operații arată în mod evident pregresele pe care le-a realizat chirurgia plastică și restauratoare în sterilitatea tubară.

Insuccesele, chiar atunci când prin operație se obțin trompe permeabile, arată că simpla restaurare a permeabilității nu se rezolvă decât parțial funcțiile defectuoase ale trompei. Faptul că aceste operații nu ameliorează decât în parte aspectele de fiziologie a trompei (rolul secrețiilor tubare, al cililor și al peristaltismului în captarea oului și în fecundație) explică de ce procentul global de recuperare prin metode chirurgicale a unei «maternități pierdute» este încă mic.

Reintervențiile în caz de nereușită oferă rezultate și mai slabe. Celioscopia de control și unele mici intervenții intracelioscopice (secționare de bride) dau unele rezultate înainte de a se decide o reintervenție.

MICROCHIRURGIA ÎN OPERA IILE PLASTICE I RESTAURATOARE TUBARE

Metoda microchirurgiei în opera iile plastice i restauratoare tubare a fost introdus de Swolin (84), Winston (89) i Gomei (25). Rezultatele ob inute sînt net superioare chirurgiei conven ionale, ceea ce justific dezvoltarea tehnicilor de microchirurgie în toate centrele în care se practic chirurgia sterilii.

PRINCIPII

Metoda microchirurgiei se bazeaz pe: m rirea structurilor anatomice cu ajutorul unui microscop; instrumente miniaturizate (ca pentru ceasornic rie) pentru disec ie i sutur ; hemostaz meticulos cu microcoagulator electric bipolar; disec ie i sec iune a aderen elor cu bisturiul electric; material de sutur ultrafin.

INSTRUMENTAR

Al turi de instrumentele clasice în chirurgia tubar , pentru microchirurgie sînt necesare: microscop de opera ie care m re te imaginea de 25—40 de ori; pense de disec ie drepte i curbe, foarfece drepte i curbe i port-ace, special fabricate pentru acest tip de chirurgie (fig. 215); un bisturiu chirurgical cu lam fin , bisturiu electric pentru coagulare, baghete din sticl , tuburi sub iri din poli- etilen , fire de sutur , nylon sau catgut, de 6—10 x 0 cu ace sertizate al c ror calibru este de 70—140 microni; foi din plastic pentru izolare (colorate), par de min pentru sp lare (fig. 216) i aspirator electric. Este de preferat un microscop de opera ie binocular pentru ca i ajutorul s urm reasc imaginea concomitent cu operatorul. în timpul opera iei, microscopul se acoper cu o hus din plastic, transparent , sterilizat .

INDICA II

Sînt acelea i ca pentru chirurgia tubar conven ional . Opera iile care se realizeaz cel mai bine prin metoda microchirurgiei sînt anastomozele tubare istmice i istmo-uterine.

ANESTEZIE

Prin intuba ie oro-traheal , opera iile fiind de lung durat (6—4 ore).

TEHNICA OPERATORIE

Se bazeaz pe gesturi precise, delicate i netraumatizante în manipularea organelor, în disec ia i reconstruc ia esuturilor, în folosirea instrumentelor chirurgicale i de hemostaz . Microchirurgia cere o metodologie tehnic riguroas care se cap t prin exerci ii prealabile pe animale sau pe piese operatorii. Antrenamentul de echip este foarte important.

Tehnicile operatorii nu se deosebesc, în principiu, de cele clasice, expuse în capitolul anterior, ci se realizeaz dup regulile microchirurgiei, care sînt:

- acomodarea echipei cu prezen a microscopului deasupra cîmpului operator;
- mas de opera ie joas , cu înclinare spre operator de 20—25 grade;
- scaun reglabil pentru operator (se opereaz a ezat);
- anexa este ridicat i men inut în afara abdomenului de cîmpurile moi, umede, cu care se plombeaz Douglasul;
- se acoper cîmpurile moi, care izoleaz Douglasul i ansele intestinale cu o foi din material plastic, de preferat colorat , pentru a feri trompa de orice contact cu materiale celulozice i pentru a repera mai u or capetele firelor de sutur ;
- disec ia i hemostaza se fac prin sp lare continu cu ser fiziologic cald; canula de aspira ie a lichidului, plasat în pelvis, func ioneaz permanent;
- hemostaza se face «punctat », în imaginea microscopic , vas cu vas, pe pensa de coagulare:

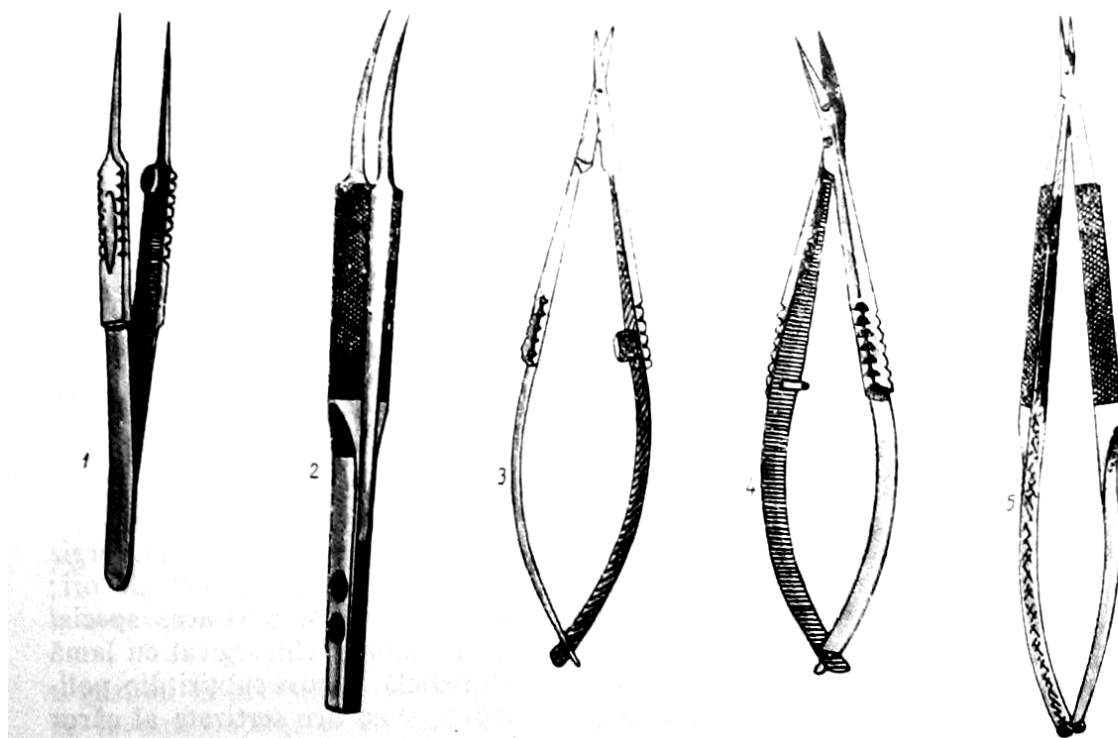


Fig. 215. — Microchirurgia în operațiile plastice și reparatoare tubare.
Instrumentar: 1 — pensă de disecție; 2 — pensă pentru electrocoagulare bipolară; 3 și 4 — foarfece drept și curb; 5 — portac.

Alegerea tipului de operație se face intraoperator.

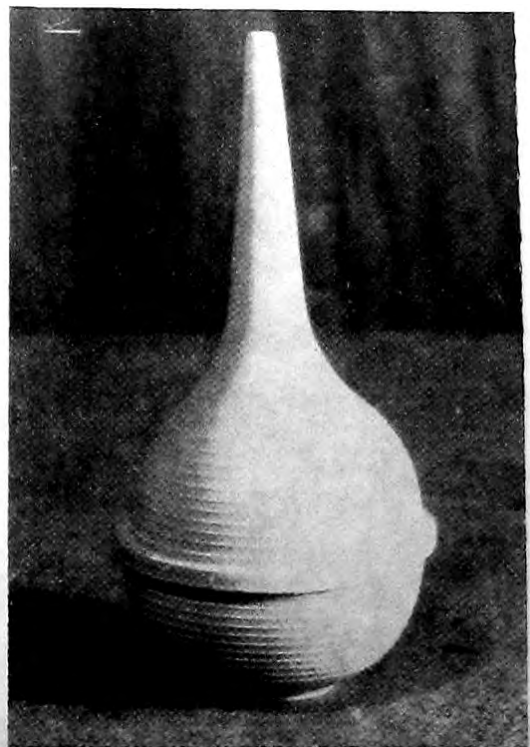


Fig. 216. — Microchirurgia în operațiile plastice și reparatoare tubare. Pară din cauciuc pentru spălarea zonei care se operează cu ser fiziologic.

Tehnica anastomozii tubo-tubare istmice (fig. 217). Se rezec por iunea obstruat ; se verific retrograd i descendent, permeabilitatea ambelor capete; se intubeaz capetele cu un tub de polietilen sub ire (0,4 mm diametru); sutura se face cu 4 puncte de nylon 8/0, extramucoase, musculo-musculare (primul punct se pune în zona inser iei mezosalpinxului); al doilea plan sero-seros

afrontează și folosește foițele peritoneale ale mezosalpinxului; tutorele din polietilen folosit se scoate la sfârșitul operației, sau se exteriorizează pentru câteva zile la peretele abdominal.

Această tehnică se folosește cu rezultate foarte bune (repermeabilizare în 90 % din cazuri) în obstrucțiile tubare după sterilizare chirurgicală (sterilizare reversibilă). Nefiind vorba de procese aderențiale, corticoterapia intra- și postoperatorie nu este necesară (Winston a demonstrat experimental că poate întârzia cicatrizarea).

Tehnica anastomozelor tubo-interstițiale sau tubo-uterine (anglo-saxonii o numesc «cornual anastomosis»). Această tehnică a fost descrisă de Erhler în 1963, cu două avantaje: respectarea sfîncului utero-tubar și permite în cazul unei nereușite, reimplantarea trompei în uter.

Zona de obstrucție se precizează fie prin hidrotubaj descendent, fie introducînd prin capătul distal al trompei un stilet curb, cu mîner (fig. 218) care are pe suprafața lui un șanț cu diametrul de 0,45 mm; se secționază trompa juxtauterin, cu respectarea arcadei arteriale subtubare; capătul porțiunii distale se secționază transversal, prin secțiuni succesive (fig. 219) pînă cînd apare lichidul colorat (fig. 213-cartuș) sau capătul stiletului devine vizibil; partea proximală este secționată în tranșee succesive, de câte 2 mm fiecare, ca în fig. 219 pînă cînd lichidul colorat împins de hidrotubaj retrograd se elimină net; folosind jghebul stiletului (fig. 220) se trece un tub de polietilen de 0,4 mm diametru care se extrage prin pavilionul trompei; celălalt capăt al tubului se introduce în cavitatea uterină prin porțiunea intramurală a trompei; se aplică un fir de nylon 4/0 pe mezosalpinx care apropie capetele pentru anastomoză; sutura capetelor se face în două straturi, cu fire de nylon 8/0, aplicate extra-mucos, primul musculo-muscular, al doilea sero-seros (fig. 221); tutorele se extrage pe cale vaginală după 3—7 zile de la operație.

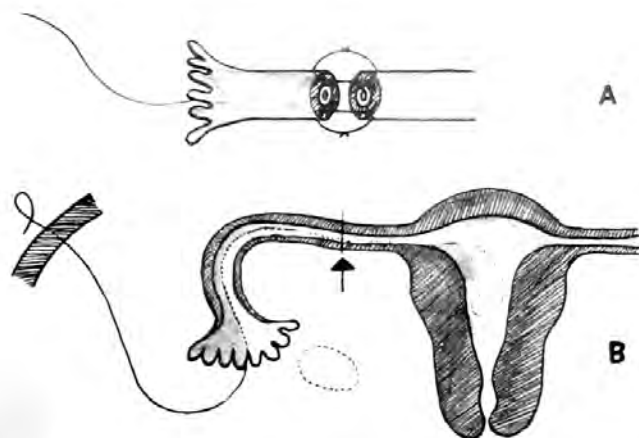


Fig. 217. — Microchirurgia în operațiile plastice și reparatoare tubare. Anastomoza tubo-tubară istmică.

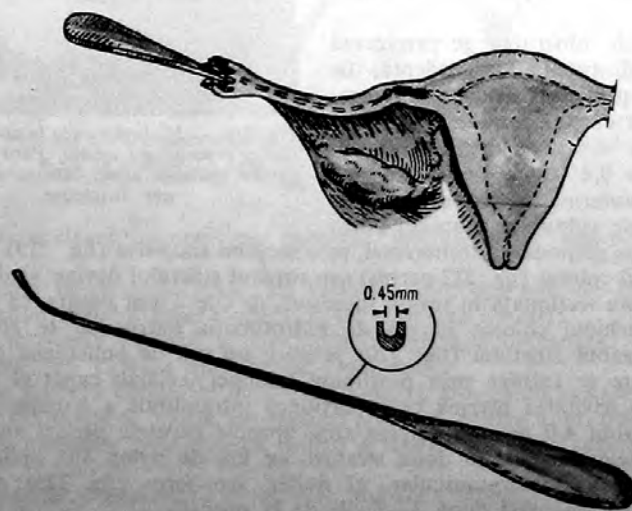


Fig. 218. — Microchirurgia în operațiile plastice și reparatoare tubare. Anastomoza tubo-interstițială procedeu Erhler. Felul cum se precizează, cu stiletul, zona obstruată. Stiletul cu șanț pe fața lui anterioară.

Tehnica neosalpingostomiei terminale. Cecul tubar se secționază cu bisturiul electric, ca în fig. 222 și dacă pereții trompei sînt suplii mucoasa se eversează ca în fig. 223, cu ajutorul unor baghete de sticlă. Dacă mucoasa nu se lasă evaginată, se fac incizii «în petale de floare», care realizează franjuri ce se rîzbuzează și se fixează la seroasa tubară cu fire de nylon 8/0 (fig. 224).



Fig. 219. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstițială: procedeul Erhler. Felul cum se secționează în felii succesive capătul distal al trompei.

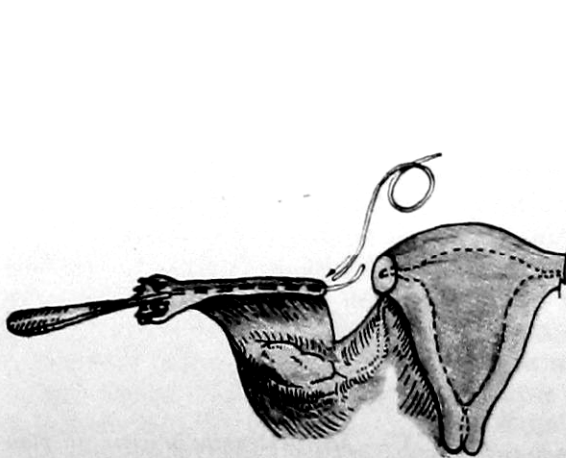


Fig. 220. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstițială procedeul Erhler. Felul cum este tras tutorele din polietilen în capătul distal al trompei cu ajutorul stiletului cu jgheab.

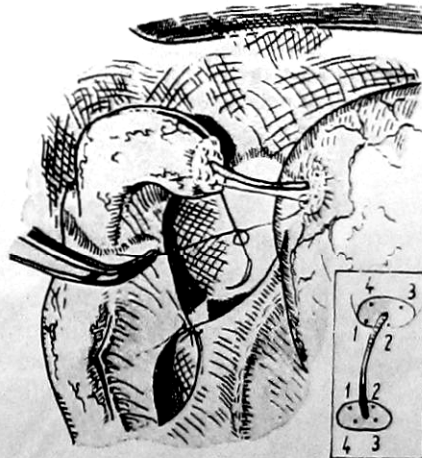


Fig. 221. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Anastomoza tubo-interstițială procedeul Erhler. Felul cum se aplică firele de sutură.

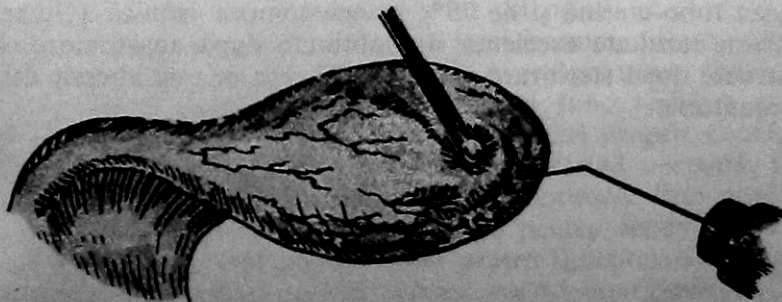


Fig. 222. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Incizia cecului tubar cu bisturiul electric.

Tehnica anexolizei. Aderențele perilubare se evidențiază cu ajutorul unor baghete de sticlă și se secționează cu bisturiul electric (fig. 225). Secționarea aderențelor se face la oarecare distanță de peretele trompei pentru a nu se leza seroasa peritoneală.

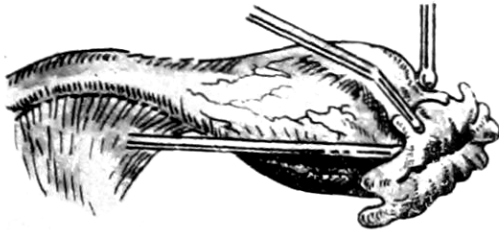


Fig. 223. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Felul cum se răzbuzează mucoasa cu baghete de sticlă și cum se fac incizii « în petale de floare » cu bisturiul electric.



Fig. 224. — Microchirurgia în operațiile plastice și restauratoare tubare. Neosalpingostomia terminală. Operația terminată.

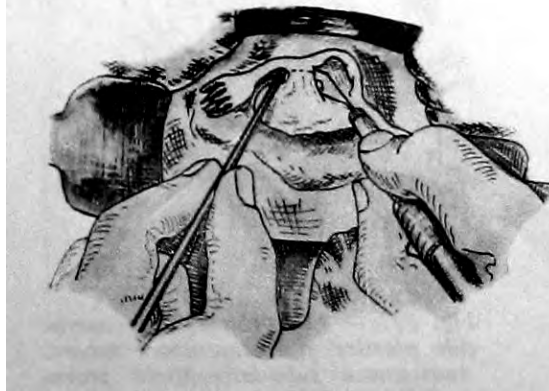


Fig. 225. — Microchirurgia în operațiile plastice și reparatoare tubare. Anexoliza. Felul cum sînt expuse aderențele cu bagheta de sticlă și secționare cu bisturiul electric.

Microchirurgia reprezintă un mare progres în operațiile de repermeabilizare a trompei. Rezultatele publicate în ultimii doi ani sînt de 60% sarcini în anastomoza tubo-uterină și de 75% în anastomoza istmic (Gomez 25, Winston 90). Aceste rezultate excelente sînt obținute după anastomoze efectuate pe trompe obstruite după sterilizare chirurgicală, ceea ce este altceva decît obstrucția postinflamatorie.

CHIRURGIA ÎN PATOLOGIA BENIGNĂ A UTERULUI

Din acest capitol sînt exceptate tehnicile chirurgicale care se adresează malformațiilor și modificărilor de static ale uterului. Acestea sînt descrise în capitolul: operații plastice și reparatoare pag. 404.

Tehnicile chirurgicale pe care le vom prezenta se bazează pe principiul conservării sau restaurării, integrale sau parțiale, a funcțiilor aparatului genital intern. Aceste funcțiuni sînt:

- de producere a menstruației;
- de gestație;
- de întreținere a funcției ovariene;
- de menținere a staticii organelor pelvisului.

Argumente biologice în favoarea chirurgiei conservatoare. Cercetări experimentale (Loeb, Rowson, Kiracofe, Rowlands, Rowe) și clinice (Pundel, Richards) aduc numeroase argumente care demonstrează rolul uterului în menținerea funcției ovariene. S-a emis ipoteza că uterul intervine în procesul de regresivitate a corpului galben printr-un hormon pe care Eckstein îl numește luteolizin. Andreoli, după cercetările modalităților de irigare a ovarului după cele patru tipuri descrise de Mocquot și Rouvillois (vezi fig. 66), afirmă că «tulburările ovariene consecutive histerectomiei sînt legate fie de deficitul de irigare a gonadelor — consecință a ligaturii arterelor uterine, fie de ablația conexiunilor utero-ovariene, care se manifestă atât pe cale umorală, cît și nervoasă, poate în mod reflex».

Cercetările făcute cu estrogeni marcați cu tritium (Brecher, Gorski, Stone) arată că nu este exclusă participarea uterului în procesul de metabolizare a hormonilor gonadici, în special a hormonilor estrogeni.

Deși nu s-a putut descoperi existența unui hormon uterin, deși extirparea uterului nu compromite funcția endocrină a ovarelor, totuși toate studiile clinice arată că prezența uterului este necesară bunei funcționări a ovarelor. Andreoli, bazându-se pe date din literatură și pe cercetări proprii, conchide: «după cum hipofiza este indispensabilă pentru o funcție uterină normală, tot așa ovarul este indispensabil pentru o funcție uterină normală. Prin analogie, putem afirma că după cum ovarul este indispensabil pentru funcționarea normală a hipofizei, tot astfel uterul este indispensabil pentru funcționarea normală a ovarului, încît aceste trei organe se află într-un raport continuu».

Argumente clinice în favoarea chirurgiei conservatoare. Sechelele posthisterectomiei nu trebuie privite numai prin prisma funcției gonadice. Există o

gamă de tulburări de ordin general, neuropsihice, care apar ca urmare a absenței menstruației, a dispariției enteroreceptivității uterine, a modificării relațiilor sexuale.

— *Absența menstruației.* Cu cît femeia este mai tânără, cu atît dispariția bruscă a menstruației este capabilă să producă, pe plan psiho-afectiv, stări nevrotice — în genere sindroame depresive, cu apatie, dezinteresare — și adevărate psihoze, mergînd pînă la apariția ideilor de sinucidere (Richou și Dachary).

Femeia își identifică «simțul sexual» cu ovarul și feminitatea cu uterul. Menstruația și felul cum se manifestă sînt indicative ale feminității.

În perioada fertilității, femeia suportă cu greu ideea dispariției menstruației, chiar dacă prin psihoterapie, este asigurată că după histerectomie ovarele își continuă funcția endocrină sau că, prin tratamente hormonale, se poate foarte bine suplea o eventuală carență hormonală. Autori ca Assaei-Avrouskine, Patterson-Craig, Barglow, Laforet, susțin că histerectomia produce psihoze și frigiditate într-un procent mai ridicat decît toate celelalte operații ginecologice la un loc.

— *Absența receptivității uterine.* Sînt bine cunoscute astăzi, existența receptorilor uterini și legătura acestora cu sistemul nervos vegetativ, cu mîdușpinării, cu nucleii de la baza creierului și cu centrii corticali.

Chiar dacă, în fapt, rolul acestor receptori nu este bine elucidat, înînd cont de conexiunile lor cu întregul sistem nervos, este de presupus că aceștia au o importanță însemnată în reglarea — în toată complexitatea ei — a funcției genitale (Gruber, Spoto).

Reflexul de stimulare hipotalamic prin excitarea colului uterin, foarte bine cunoscut, arată conexiunea continuă nervoasă, care există între uter și sistemul nervos central, din care putem deduce că suprimarea enteroreceptivității uterine prin histerectomie nu poate să nu aibă repercusiuni negative asupra centrilor diencefalici. Unele tulburări neuro-hormonale consecutive histerectomiei își găsesc o explicație și prin acest mecanism patogenetic.

— *Via sexuală după histerectomie.* În general ablația uterului nu produce repercusiuni asupra vieții sexuale. De multe ori, ameliorează raporturile sexuale prin dispariția durerilor legate de procesul patologic care a justificat histerectomia.

Punctul de vedere al lui Dreilich și Bieber este diferit. Ei consideră că, pe plan afectiv, femeile se tem să nu devină frigide după operație și mai ales sînt preocupate de ideea că partenerul ar putea avea relații la gîndul că lipsește uterul. Ambele aspecte contează în psihologia complexă a femeii și pledează pentru chirurgia conservatoare.

Datele biologice și clinice expuse arată importanța uterului în complexitatea funcțiilor aparatului genital și justifică atitudinea chirurgicală conservatoare în patologia benignă a acestui organ.

MODALITĂȚI TEHNICE PRIN CARE SE REALIZEAZĂ CHIRURGIA CONSERVATOARE A UTERULUI

În acest capitol vor fi prezentate în mod succesiv, tehnicile operațiilor conservatoare care se fac pe corpul uterului, pe istm, pe col și pe vasele acestuia, pornind de la cele mai tipice, cum sînt miomectomiile și miometrectomiile, prin care se respectă toate funcțiile uterului, pînă la cele de ablație parțială sau totală a uterului cu preservarea funcției endocrine a ovarelor și/sau a funcției menstruale, cum sînt histerectomiile parțiale (fundice sau subfundice), histerectomiile istmice și histerectomiile totale, simple. La descrierea fiecărei tehnici chirurgicale se vor discuta și parametrii anatomo-clinici în care aceste operații sînt indicate, precum și rezultatele pe care le oferă, din punctul de vedere al chirurgiei funcționale.

CLASIFICAREA OPERAȚIILOR CONSERVATOARE PE UTER

Opera iile conservatoare pe uter se pot clasifica după trei criterii: anatomice, fiziopatologice și tehnice.

— Clasificarea anatomic :

- opera ii pe corpul uterului;
- opera ii pe istm; opera ii pe col;
- opera ii pe vasele uterului;
- opera ii pe nervi (rezec ia nervului presacrat).

— Clasificare fiziopatologic :

fibromiomatoz ; — infertilitatea prin malforma ii; Bjeagerilitatea prin absen a trompelor; perfora ii; ^-r sinechii; iggt-inversiune; •...fistule; jjjjljj- istmopatii;

- patologia colului;
- hemoragii la na tere.

— Clasificare tehnic .

1. *Opera ii care respect sau restaureaz integral func iile uterului:*

- histerotomia și histerorafia; miomectomia;
- miometrectomia;
- cura inversiunii; ||||- cura sinechiilor;
- cura fistulelor; -^implantarea ovarului în uter;
- istmorafia;
- coniza ia;
- cerclajul colului;
- ligatura arterelor uterine în scop hemostatic; —chiuretajul cavit ii uterine;
- opera ii plastice în malforma ii;
- rezec ia și amputa ia colului pe cale vaginal .

2. *Opera ii care respect numai func ia hormonal și/sau menstrual :*

- istmectomia în tumorile de istm;
- amputa ia colului pe cale abdominal ;
- histerectomia par ial , fundic sau subfundic ;
- histerectomia subtotal istmic cu p strarea ovarelor;
- histerectomie subfundic cu implantarea uterului la vagin.

3. *Opera ii care respect numai func ia hormonal :*

- histerectomia total simpl cu p strarea ovarelor.

4. *Opera ii care suprim și func ia hormonal și func ia menstrual :*

- histerectomie cu anexectomie.

Opera iile plastice pentru malforma ii și rezec ia și amputa ia colului pe cale vaginal sînt descrise la capitolul: opera ii plastice și reparatoare (A. Pândeale—pag. 422).

1. TEHNICI CHIRURGICALE CARE RESPECT SAU RESTAUREAZ INTEGRAL FUNC IILE UTERULUI

a) HISTEROTOMIA I HISTERORAFIA

Defini ie. Aceast opera ie diversificat în privin a indica iilor i execu iei tehnice înseamn , în esen , incizia miometrului cu deschiderea cavit ii uterului, urmat de sutura pere ilor.

Cu excep ia perfora iilor, incizia se face, fie pe fa a anterioar , fie pe fa a posterioar a uterului.

Opera ia se face frecvent pe cale abdominal , mai rar pe cale vaginal .

HISTEROTOMIA I HISTERORAFIA PE CALE ABDOMINAL

Indica ii: tumori endocavitare (polip fibros, placentom) diagnosticate prin histerorafie i care nu pot fi extirpate pe cale vaginal ; corpi str ini încarcera i (capete de laminarie, sterilet); sinechii; resturi placentare; perfora ii; avort mare terapeutic (mic cezarian); opera ia cezarian .

Contraindica ii: piometrie, polip sfacelat i infectat, polip malign (examenul anatomo-patologic extemporaneu este necesar).

Condi ii de efectuare. Unele opera ii se fac « la rece », ca de exemplu tumorile endocavitare i avortul terapeutic i preg tirea preoperatorie se face ca pentru orice laparotomie ginecologic ; altele, ca de exemplu perfora iile i opera ia cezarian se fac în condi ii de urgen i un bilan biologic nu poate fi decît rareori estimat (hematocrit, hemogram , sumar de urin etc.).

Problemele de anestezie sînt diferite, în raport cu starea de urgen i cu terenul gravid (la opera iile cezariene).

Tehnic . Tehnica operatorie difer în raport cu indica iile. Vom descrie:

- tehnica histerotomiei în tumorile endocavitare; ^—tehnica histerorafiei în perfora ii;
- tehnica histerotomiei în mica cezarian ;
- tehnica histerotomiei în opera ia cezarian .

Tehnica histerotomiei cu indica ii ginecologice. Incizie Pfannenstiel sau median . Se exteriorizeaz uterul în plag i se izoleaz bine cu cîmpuri moi umede. Se exploreaz prin palpate pere ii uterului. Cu bisturiul se face o incizie longitudinal , median , de preferin pe fa a anterioar a uterului (poate fi prelungit în jos, prin decolarea peritoneului utero-vezical).

Se deschide cavitata uterului i se apuc tumoarea cu o pens Museux ca în fig. 226; tumoarea se extirp prin torsionare, dac este pediculat , sau prin excizie cu foarfecele curb, dac are o baz de implantare mare.

Sinechiile se sec ioneaz la vedere; corpii str ini se extrag cu pensa; resturile ovulare se chiureteaz .



Fig. 226. — Histerotomia abdominală.
Extirparea polipului endocavitar.

Se controleaz cavitata digital, se las praf de marbadal (sulfamide) i se sutureaz pere ii (histerorafie) în dou straturi, cu fire separate de catgut. Firele primului strat se trec în afara endometrului.

Se înl tur cîmpurile de izolare, se reintegreaz uterul în abdomen i se controleaz hemostaza; peretele abdominal se reface f r drenaj, dup ce s-a l sat în cavitata peritoneal penicilin dizolvat .

Rezultatele acestei tehnici sînt excelente i prognosticul îndep rtat, inclusiv cel obstetrical, este foarte bun.

Tehnica histerorafiei în perfora ii. Cele mai frecvente perfora ii uterine care necesit interven ii imediate sînt acelea produse în timpul chiuretajului abortiv sau a curetajului pentru resturi (avortul incomplet). Laparotomia este singura cale de control i de reparare a leziunilor produse. În chirurgia anilor trecu i se recurgea, de regul , la histerectomie. Ast zi, datorit antibioterapiei, histerectomia este excep ional , fiind înlocuit de histerorafie, cea mai simpl opera ie conservatoare pe uter.

Dup ce se deschide abdomenul, al doilea timp al opera iei este localizarea L_ perfora iei i controlul viscelor adiacente (vezic , rect, sigmoid, intestine sub iri) i a epiploonului; se evacueaz sîngele din peritoneu i se izoleaz marea cavitata abdominal cu cîmpuri moi, umede; se exteriorizeaz uterul în plag i se izoleaz cu cîmpuri moi, dac perfora ia este vizibil (în

general la fundul uterului); dac perfora ia este la nivelul istmului înso it de hematom subperitoneal, se pun dep rt toate fixe, pentru mai muli lumin în profunzime.

Perfora iile recente, mici, situate la fundul uterului se sutureaz cu 1—2 puncte separate de catgut (histerorafie).

Perfora iile mai vechi i cele mari, anfractuozitate, impun, obligatoriu, excizia marginilor necrozate, pîn în grosimea esutului muscular s n tos (sîngerînd), înainte de a se trece la sutur .

Perfora iile de la nivelul istmului se înso esc de hematoame subperitoneale i sînt mai greu de reperat (necesitînd deschiderea ligamentului larg corespunz tor) i la fel de greu de suturat, cu dificult i de hemostaz (artera uterin sau ramuri din ea putînd fi rupte) i de evitare a lez rii ureterului (dificil de descoperit în masa de sînge).

În toate situa iile se controleaz cavitata uterin , prin histerotomie median sau l rgind orificiul perfora iei, i se extrag prin chiuretaj instrumental «la vedere», eventualele resturi.

Mu chiul uterin este friabil din cauza st rii de graviditate i, pentru ca firele de sutur s nu «taie», nu trebuie prea mult strînse sau, mai bine s fie aplicate în X sau în 8.

Leziunile asociate ale organelor vecine i rezolvarea lor chirurgical (vezi- corafie, enterorafie, rezec ie de intestin) nu exclud chirurgia conservatoare la nivelul uterului, decît în situa ia în care prezen a uterului împiedic repararea acestor leziuni capabile de complica ii mortale, sau starea uterului este iremediabil compromis de infec ia asociat i extirparea lui suprim focarul de infec ie i creeaz posibilit i mai largi de drenaj chirurgical, decliv.

Drenajul cavit ii abdominale nu este necesar în cazurile recente i simple. Pentru formele complicate se apreciaz de la o situa ie la alta, drenajul cu tub Redon aspira iv fiind util ca m sur de siguran pentru primele 48 ore dup opera ie.

Antibioterapia intraperitoneal , înainte de închiderea abdomenului, i postoperatorie este obligatorie. Protec ia pe care o ofer împotriva infec iei asigur succesul chirurgiei conservatoare în perfora iile uterine, atît în ceea ce prive te prognosticul vital, cît i prognosticul de viitor, în special prognosticul obstetrical, — tiut fiind c suturile chirurgicale la ad postul antibioterapiei las cicatrice solide, care nu produc rupturi în cursul sarcinii.

Tehnica histerotomiei în «mica cezarian ». Indica ii: în sarcina de 18—22 s pt mîni (avort terapeutic). Motivele sînt, fie patologia gravidei, fie patologia oului (genetic , diagnosticat prin amniocentez). Unele hemoragii vaginale produse de placenta praevia constituie o indica ie de urgen .

Întreprerea sarcinii prin histerotomie este justificat i de necesitatea steriliz rii chirurgicale, concomitente.

Condi ii de efectuare. La cazurile programate, important este alegerea anesteziei în raport cu patologia gravidei care justific indica ia avortului terapeutic; un bilan complet al balan ei biologice este necesar. La cardiopate se recurge la anestezia local . La cazurile de urgen (hemoragii) se cerceteaz grupul sanguin i se iau toate m surile de reanimare intraoperatorie, sub anestezie general .

Tehnica. Laparotomie median subombilical ; se izoleaz pere ii abdomenului cu cîmpuri mici; se introduc în flancuri, de o parte i de alta, cîmpuri moi, rulate sub form de igaret . Nu este nevoie de dep rt tor autostatic nici de exteriorizarea uterului din abdomen; se aplic cel mult, valva suprapubian Doyen.

Exteriorizarea uterului presupune o incizie mai mare la piele sau prelungirea ei. Exteriorizarea se face cu mîna, niciodat cu pense aplicate pe uter. Pentru a se evita prelungirea inciziei se fac manevre asinclitice de exteriorizare a uterului. Uterul exteriorizat se izoleaz cu cîmpuri moi.

Cu bisturiul se face o incizie median (mai pu în hemoragic) pe fa a anterioar a corpului uterin, de jos în sus, lung de aproximativ 8 cm. Incizia în grosimea miometrului se face progresiv pentru a nu deschide sacul ovular; în momentul cînd se vede sacul ovular, fie placent , fie membrane, se introduce indexul ca în fig. 227, care decoleaz în sus oul i permite completarea inciziei. Oul se extrage prin decolare digital . Cu o chiuret fenestrat , nr. 7—8, se chiure- teaz caduca i eventualele resturi placentare.

Peretele uterului se sutureaz în dou straturi, cu fire separate de catgut nr. 2: primul strat musculo-muscular, extramucos; al doilea strat musculo-se- ros. La al doilea strat se pot intercala cîteva puncte cu fire de nylon, de siguran , t iate scurt, sau înodate intramielrial.

Dac este cazul, se procedeaz la sterilizare chirurgical , tubar , bilateral (procedeu S vulescu, Madlener sau Pommeroy, vezi pag. 146) dup care se sutureaz peretele abdominal în planuri anatomice.

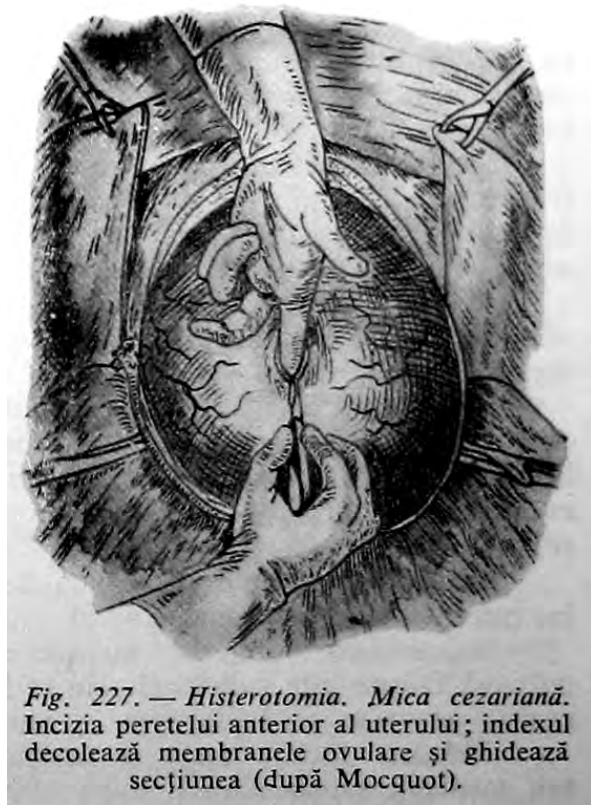


Fig. 227. — Histerotomia. Mica cezariană. Incizia peretelui anterior al uterului; indexul decolează membranele ovulare și ghidează secțiunea (după Mocquot).

Tehnica histerotomiei și în operaia cezariană. Operaia cezariană se face prin incizie transversală la nivelul segmentului inferior.

Această incizie este justificată de structura anatomică a segmentului inferior: foia peritoneală viscerală este decolabilă; peretele muscular este subțire (0,3—0,5 cm) și în afară de stratul superficial cu fibre longitudinale, celelalte două straturi au fibrele orientate transversal; plexurile venoase sînt mai puțin dezvoltate; esutul conjunctiv este mai bogat; mucoasa uterină (caduca) este mai subțire.

Segmentul inferior are o înălțime de 8—10 cm și o lățime de 9—12 cm, ceea ce permite o incizie transversală suficient de lungă, ușor de făcut din cauza peretelui subțire, mai puțin hemoragic, vasele fiind situate în direcția fibrelor transversale, ușor de suturate și de apropiat straturile musculare, caduca fiind subțire.

Incizia segmentului inferior se poate completa prin disocierea digitală a fibrelor transversale, ceea ce, împreună cu esutul conjunctiv local, bogat, asigură o cicatrice suplimentar rezistentă. Pereții inciziei, fiind subțiri, oferă posibilitatea suturii într-un singur strat, condiție favorabilă unei cicatriri mai bune.

Indicații. Frecvența operațiilor cezariene este între 5—8%. Indicațiile operației cezariene sînt absolute și relative, în interesul mamei și/sau al fătului, profilactice și de necesitate.

Momentul operației. Operaia cezariană se face fie programată (indicații profilactice), fie în travaliu (indicații curative), fie de urgență (indicații de necesitate: suferință fetală acută în prolapsarea de cordon; hemoragia gravă din placenta praevia; sindromul de prurup în distocia de angajare; dezlipirea placentei normale inserate cu fătul viu; apoplexia utero-placentară).

Condiții preoperatorii. Prima condiție este ca indicația operatorie să fie întemeiată (evitîndu-se cezarienele de complexență) și fătul viu. Cezariana pe făt mort sau cezariana pe făt viu, mama agonizantă sau moartă, sînt excepții.

Operaia cezariană profilactică, pe membrane intacte, la începutul travaliului, sau după probe scurte de natură cu membrane rupte, oferă condiții optime în alegerea anesteziei, în pregătirea gravidei și în execuția tehnicii operatorii.

În operațiile cezariene de urgență, condițiile sînt diferite de la caz la caz, și, deși tehnica operatorie este aceeași*—cu excepția cezarienei pe făt viu și mama moartă, în care se face o incizie rapidă pe corpul uterin—rezultatele sînt mediocre, strîns legate de starea gravidei și a fătului, de timpul scurs de la indicație la execuția tehnică și în mod cu totul esențial, de condițiile de reanimare intra- și postoperatorii.

Contraindicații. Contraindicațiile sînt numai relative: fătul mort — indicație de embriotomie; hidrocefal — indicație de embriotomie; infecție gravă intraamniotică — indicație de operație cezariană extraperitoneală sau histerectomie în bloc.

Anestezia. La cezarienele profilactice se alege între anestezia loco-regională și anestezia generală (se dă preferință anesteziei peridurale); la cezarienele de urgență numai anestezia generală prin intubație oro-traheală, cu 2 catetere venoase și 1 litru de sînge izogrup la îndemînă.

Poziția gravidei: decubit dorsal cu Trendelenburg de 15° și înclinare laterală sîng de 10°, pentru degajarea venei cave inferioare (se evită hipotensiunea posturată).

Asepsia pielii se face cu iod, pe toată suprafața abdomenului și pe flancuri de la rebordul costal pînă la 1/3 superioară a coapselor. Se lasă sondă Foley în vezică pentru controlul diurezei (urina hematurică atrage atenția asupra unei eventuale leziuni vezicale). Cîmpurile se orînduiesc ca pentru orice laparotomie subombilicală.

Echipa operatorie este formată din 3: operatorul și două ajutoare; al 3-lea instrumentează și va primi copilul; operatorul stîng.

Instrumentar: obi nuit; nu este nevoie de dep rt toare fixe; valva supra- pubian Doyen este suficient . Nu se folosesc comprese mici, ci numai câmpuri moi; acestea se contabilizeaz în momentul când se arunc .

Tehnica. Incizia pielii i deschiderea cavit ii peritoneale: Pfannenstiel sau median subombilical , dup obi nuin a chirurgului i preten iile estetice ale gravidei. Preferin a este pentru incizia Pfannenstiel în plic suprapubian (evit eventra iile). Incizia median începe la plic suprapubian i se opre te la un lat de deget sub ombilic. Nu este nevoie de o deschidere mai mare a peretelui abdominal. Se evit prelungirea inciziei spre « muntele lui Venus » (hemoragie i pericol de infec ie); dac este nevoie, incizia se prelunge te u or, în sus. Incizia median se prefer în urgen e (suferin a fetal , placenta praevia, apoplexie).

Dac opera ia se face sub anestezie general , se merge «contra-cronometru» pîn la extragerea copilului (nu se pierde timpul nici cu hemostaza la perete, nici cu izolarea marginilor inciziei); sub anestezie peridural se pot respecta toate regulile chirurgicale (hemostaz , izolare).

Preg tirea câmpului operator. Dup deschiderea cavit ii abdominale se aplic deasupra simfizei valva Doyen i se blocheaz flancurile cu câmpuri moi, f cute suluri, unul de o parte i altul de alta, între laturile uterului i pere ii abdomenului. Se examineaz segmentul inferior, se apreciaz în l imea lui i locul unde se g se te fundul de sac vezico-uterin. Limita superioar a segmentului inferior este acolo unde peritoneul visceral ader la miometru.

Incizia seroasei peritoneale viscereale. Se face o incizie mic cu bisturiul, transversal , la un bun lat de deget sub limita superioar a segmentului inferior, acolo unde seroasa este decolabil ; cu foarfecele curb, se sec ioneaz peritoneul în dreapta, apoi în stînga, pîn la marginile uterului. Nu este nevoie de decolare spre vezic (peritoneul se pliseaz singur i r mîne în exces la peritonizare; spa iul decolat predispuie la infec ii).

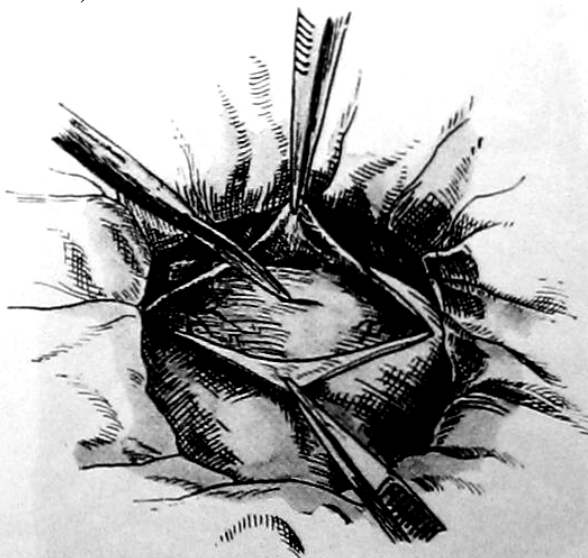


Fig. 228. — Histerotomia. Operația cezariană. Butonieră transversală, cu bisturiul, la nivelul segmentului inferior (după Mocquot).

Histerotomia. Se face cu bisturiul o incizie transversal (fig. 228) median , lung 1—2 cm, care intereseaz toat grosimea segmentului, pîn se v d membranele sau pielea capului, se sec ioneaz membranele i se pune în func iune aspiratorul; incizia se completeaz cu foarfecele curb (curbura îndreptat cranian), arcuindu-se linia de sec iune, cu cât foarfecele se apropie de marginile uterului, sau se introduce indexul de la ambele mâini i se l rge te deschiderea prin disocierea fibrelor musculare, ca în fig. 229.

Singurele griji la realizarea histerotomiei sînt: s nu fie prea sus, fiindc este hemoragic (deschide plexuri venoase); s nu fie prea jos, fiindc marginea inferioar a segmentului, prea sub ire, nu se ofer teren convenabil suturii; s nu se taie pielea capului (cînd se sec ioneaz segmentul inferior) cu bisturiul; s se arcuiasc mai bine i mai prudent extremitatea stîng a sec iunii segmentului, tiut fiind c artera uterin se g se te mai anterior din cauza înclin rii uterului spre dreapta.

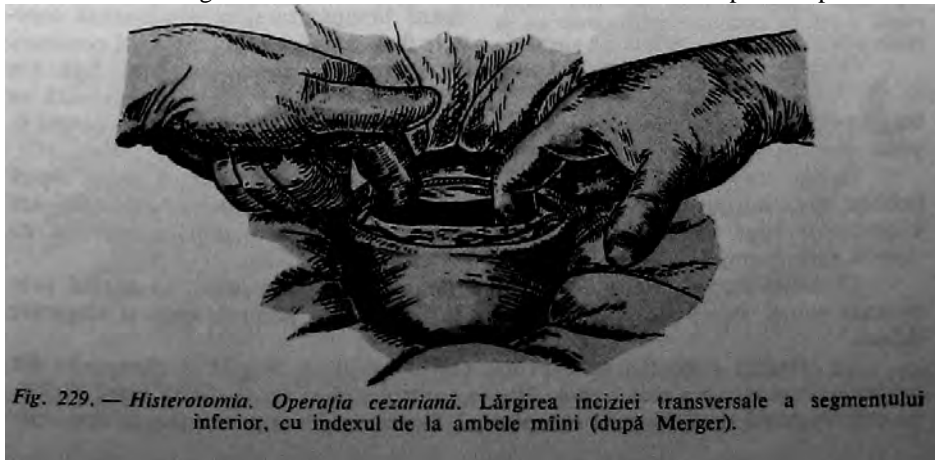


Fig. 229. — Histerotomia. Operația cezariană. Lărgirea inciziei transversale a segmentului inferior, cu indexul de la ambele mâini (după Merger).

Extragerea copilului. În prezenta ie cranian este simpl : se introduc degetele de la mîna stîng sub craniu (fig. 230) care servesc de levier și cu mîna dreapt se apăs puternic pe fundul uterului. Primul gest după exteriorizarea craniului: se terge gura de mucozitate și se pensează nasul. Apoi, se apuc craniul, cu ambele palme aplicate pe regiunile parietale și se extrage umrul posterior, după aceea umrul anterior, prin mișcări de basculare; se secionează cordonul între două pense Kocher, după câteva momente de așteptare; copilul este predat ajutorului 3, care-i leag cordonul, îi aspir mucozitățile și-l predă medicului neonatolog. Frecvent copiii extrași prin operație cezariană au nevoie de reanimare și echipa pediatrică trebuie să fie pregătită în acest sens.



Fig. 230. — Histerotomia: operația cezariană. Luxarea craniului cu degetele de la mîna stîngă; cu mîna dreaptă se apasă pe fundul uterului (după Merger).

În prezenta ie pelviană și transversală se apuc piciorul și se extrage fetalul.

Extragerea placentei. Imediat după extragerea copilului se aplică două pense «în inimă» pe marginile inciziei și se extrage placenta manual. Se recontoarelează cavitatea uterului și se lasă un câmp moale, de hemostază. Retracția uterului este accentuată și întreținută cu Methergin, administrat intravenos.

Histerorafia. Se aplică la fiecare comisură câte o ligatură cu catgut în X, de hemostază, și capetele se presarează pe pense Pean, de orientare. Restul inciziei se suturează cu fire separate de catgut în două straturi ca în fig. 231, sau într-un singur strat ca în fig. 232. Firele de sutură se trec extramucos. Se controlează hemostaza și se secionează capetele firelor aplicate la cele două comisuri.

Peritonizare. Aceasta se face «în redingot», astfel: foia superioară se trage peste sutura miometrului și se prinde cu 3—4 fire separate, de catgut 0, peste care se aduce foia inferioară cu un surjet (fig. 233).

Închiderea peretelui abdominal. Se scot sulurile din flancuri și se aspiră lichidul revărsat (sînge, lichid amniotic); se aduce epiploonul pe fața anterioară a uterului, după care peretele abdominal se închide în planuri anatomice, cu sutură intradermică la piele.

Drenajul cu tub Redon, aspirativ, pentru 3—4 zile, plasat în spațiul subcutanat sau/și subaponevrotic este util la femeile cu peretele gros și sîngerare difuză.

La sfîrșitul operației se exprimă uterul astfel ca sîngele și cheagurile din cavitate să se elimine prin vagin. Nu se controlează și nu se dilată colul digital, pe cale vaginală decît în mod excepțional, la primigeste și primipare, la care operația s-a făcut înainte de travaliu. Se aplică pungă cu gheață pe abdomen în primele 24 ore.

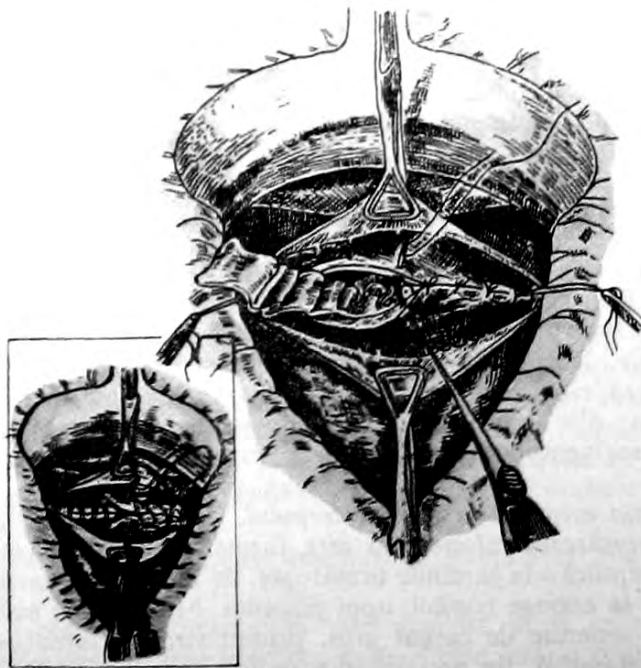


Fig. 231. — Histerotomie. Operația cezariană. Sutura segmentului inferior în două straturi, cu fire separate de catgut (după Lacomme).

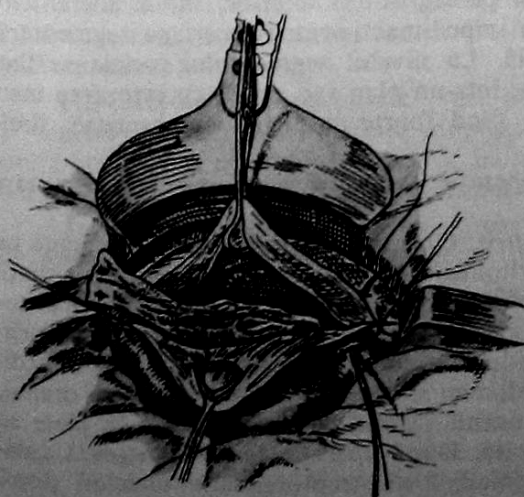


Fig. 232. — Histerotomie. Operația cezariană. Sutura segmentului inferior într-un singur strat cu fire separate de catgut (după Merger).



Fig. 233. — Histerotomie. Operația cezariană. Peritonizarea «în redingotă» cu surjet de catgut (după Merger).

Variante de tehnic . Histerotomie segmentar prin incizie vertical . Se incizeaz transversal foi a peritoneal și se decoleaz lambourile cât se poate de mult, atât în sus, cât mai ales în jos; decolarea se face cu foarfecele bont, cu indexul sau cu tampon montat, mai accentuat pe linia median , pîn sub vezic ; vezica se protejeaz cu valva suprapubian . Segmentul inferior astfel expus se incizeaz cu bisturiul, median, incizie care se completeaz cu foarfecele, în sus și în jos, pe o lungime de 10 cm. Sutura muscular se face în sens vertical, cu peritonizare «în redingot ».

Avantaje. Prin această incizie se evit lezarea pediculilor vasculari laterali și permite, la nevoie, prelungirea ei în sus.

Dezavantaje. Decolarea larg a peritoneului expune la infec ii; decolarea inferioar creeaz riscuri pentru vezic și hemoragie; incizia se prelunge te și pe corpul uterin; din această cauz , la care se mai adaug și faptul c fibrele musculare ale segmentului sînt sec ionate transversal, calitatea cicatricii este diminuat .

Histerotomie median la nivelul corpului. Se face în mod excep ional, în situa iile cînd segmentul inferior nu este format, din cauza cicatricii uterine, cu riscuri de «ruptur » la sarcinile urm toare. Se face incizie median , la nivelul corpului uterin; se extrage copilul, apoi placenta. Mu chiul se sutureaz în dou straturi, cu fire separate de catgut gros, primul strat extramucos.

Cezariana iterativ . Se practic din ce în ce mai des, din cauza cre terii frecven ei indica iei opera iei cezariene pe «uter cicatricial».

Opera ia cezarian este singura interven ie chirurgical , care se poate repeta de 3—4 ori.

Se excizeaz vechea cicatrice cutanat , fie la început, fie la sfîr itul opera iei; deschiderea peritoneului parietal se face cât mai aproape de ombilic, din cauza vezicii care poate fi fixat la perete și pe segmentul inferior, sau a aderen elor epiploice. Vezica

aderent nu este un impediment pentru cezariana segmentară, decolarea ei fiind întotdeauna posibil. La nivelul segmentului incizia se face pe vechea cicatrice. Histerorafia se face într-un plan sau două, cu rețutarea marginilor cicatriceale. Uneori, marginile fiind foarte subțiri, membranoase, firele de sutură sînt totale.

La cererea femeii, după a 3-a opera ie cezariană, se poate face sterilizare chirurgicală.

Cezariana în infecțiile intraamniotice. Operațiile extraperitoneale făcute cu intenția izolării absolute a cavității peritoneale sînt iluzorii. În asemenea situații se exteriorizează uterul din abdomen și se izolează foarte bine cavitatea peritoneală cu câmpuri. Operația cezariană se face după procedeele obișnuite, pe segmentul inferior. Se recoltează din lichidul amniotic pentru însămînțări pe medii de cultură. Se reintegrează uterul în abdomen și peretele se suturează fără drenaj, lăsîndu-se penicilină în cavitatea peritoneală. După ce se pun firele la piele se infiltrează cu penicilină planurile suturate. După operație se administrează antibiotice la început cu spectru larg (penicilină și streptomycin), ulterior, după indicațiile antibiografe. Pungă cu gheață pe abdomen.

Înrîdețea și accidente intraoperatorii. Hemoragia prin atonie: se exteriorizează uterul din abdomen, se recontrolează digital cavitatea sau cu chiureta și la nevoie se injectează în situ oclotină, sau se repetă administrarea de Methergin intravenos.

Hemoragia în patul răsădit după extragerea placentei în inserțiile joase (placenta praevia) prin rupturi vasculare: se face hemostază cu fire de catgut, trecute cu acul, în X. În ambele situații, dacă hemoragia nu încetează și cavitatea este goală, se recurge la ligatură arterelor uterine, cu catgut, uni- sau bilateral (vezi cap. III).

Hemoragia în placenta praevia acreta sau increta: se face histerectomie totală cu păstrarea anexelor (histerectomie de necesitate).

Hemoragia la nivelul tranșei de secțiune: se face hemostază cu fire în X, sau sutură cu fir continuu (surjet).

Hemoragie prin secționarea vaselor pediculilor: se aplică pense de hemostază și ligaturile se trec cu acul. Exteriorizarea uterului urează hemostaza, care trebuie să se facă repede și sigur pentru a se evita hematoamele din parametre.

Incizia transversală pe segment este insuficientă (segment îngust, uter retractat, prezentație transversală, foarte mare): se completează cu incizie mediană spre corpul uterin (incizie în «treflă»). Această incizie trebuie evitată, fiindcă lasă o cicatrice anormală.

Leziuni vezicale: se suturează imediat, în dublu strat, cu catgut; se lasă sondă vezicală, permanent 10 zile.

Operații asociate. Miomectomia este posibilă după ce s-a închis breșă uterină. Necesită exteriorizarea uterului. Se face prin incizie și clivaj, în tumorile subseroase și prin excizie în tumorile pediculate, urmate de histerorafie cu fire separate de catgut în X. Miomectomia este indicată în tumorile solitare sau accesibile.

Chistectomia în tumorile benigne este de asemenea indicată: se exteriorizează tumoarea și se preferă chistectomia în locul ovariectomiei.

Sterilizarea tubară nu necesită exteriorizarea uterului. Se face numai după a 3-a cezariană și cu acordul femeii (în literatură sînt cazuri la care s-au făcut 5—8 cezariene).

Histerectomia de necesitate (vezi pag. 385) se face în trei eventualități: în hemoragiile incoercibile și în apoplexia utero-placentară; în infecțiile intra-amniotice cu făt mort (histerectomie în bloc); în cancerul colului uterin (cezariană corporeală urmată de histerectomie totală și ablația anexelor).

Îngrijiri postoperatorii. Mobilizarea activă după 48 de ore. Antibioterapie de protecție numai la operațiile făcute pe membrane rupte.

Rezultate. Rezultatele sînt strîns legate de indicații. Complicațiile postoperatorii sînt posibile (hemoragie, septicemie, peritonită prin dezunirea suturii, embolie) și mortalitatea maternă este ridicată. Operația cezariană nu este anodină, motiv pentru care nu se face decît cu indicații bine cîntărite.

Operația cezariană executată corect tehnic și cu evoluție postoperatorie fără complicații, asigură o cicatrice capabilă să reziste la sarcinile următoare.

Mortalitatea copiilor extrași prin cezariană este mare și creșterea frecvenței acestor operații nu aduce o contribuție notabilă la scăderea indicelui mortalității perinatale, argument în plus față de abuzul care se face cu indicațiile operației cezariene.

HISTEROTOMIA PE CALE VAGINAL

Această operație constă din deschiderea cavității uterului fie prin cervicotomie anterioară, fie prin cervicotomie posterioară (cu sau fără colpoceliotomie), fie prin cervicotomie bilaterală comisurală.

Indicații. Polip endocavitar, sus situat; fibromiom submucos cu evoluție în cavitatea uterului; corp străin (capăt de laminarie); operație cezariană pe cale vaginală.

Cervicotomie. Această intervenție este de două feluri: mediană, simplă sau bilaterală, longitudinală.

Cervicotomie mediană simplă anterioară. Se apucă buza anterioară a colului cu două pense de col, plasate de o parte și de alta a liniei mediane de care se trage puternic; cu foarfecele drepte se face o secțiune mediană, de jos în sus, până la limita fundului de sac vaginal anterior; se realizează o deschidere a canalului cervical cu acces spre cavitatea uterului; incizia se suturează cu fire separate de nylon trecute în afara mucoasei endocervicale. Firele se scot după 10 zile.

Cervicotomie bilaterală longitudinală. Aceasta constă din secționarea colului la ambele comisuri (Segond și Dartigues).

Se deschide vaginul cu două valve, plasate una anterior și alta posterior. Cu două pense Museux, aplicate una pe buza anterioară, alta pe buza posterioară, se trage bine colul spre vulvă și se secționează comisurile, cu foarfecele drepte, până la istm. Dacă accesul dincolo de orificiul intern este insuficient, se poate longitudinală cu dilatoare metalice. După terminarea intervenției endocavitare, se reconstituie colul cu fire separate de nylon, trecute în afara mucoasei endocervicale și înnodate în vagin. Firele se scot după 10 zile.

Cervicotomie mediană posterioară. Se execută ca și cervicotomia anterioară, cu deosebire că se deschide fundul de sac posterior al vaginului (Doderlein). Această cale de acces se folosește rar, fiind mai dificilă. Douglasul se lasă mai greu decolat și deschiderea peritoneului nu poate fi evitată.

Cervicoistmotomie procedeu Leibic. Prin acest procedeu se evită deschiderea colului și se pătrunde în cavitatea uterului printr-o incizie lineară la nivelul zonei cervico-istmice, după ce în prealabil a fost decolat vezica (fig. 234).

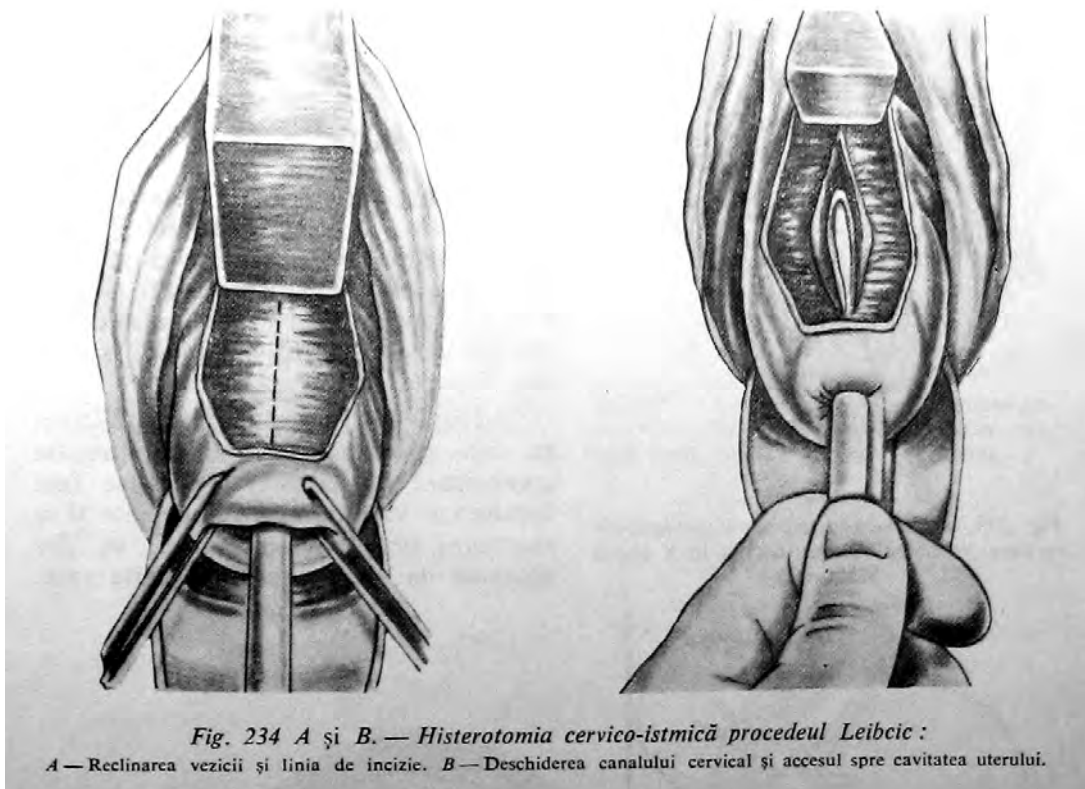
Cervicohisterotomie mediană anterioară cu indicații ginecologice. Se reclină vezica urinară cu o valvă și se trage colul uterului în jos cu două pense Museux aplicate pe buza anterioară; se secționează colul între cele două pense, cu foarfecele drepte; pe măsură ce avansează incizia, se plasează alte două pense Museux pe buzele secțiunii, deasupra primelor. Astfel, secționând pe linia mediană și aplicând mereu pense pe buzele inciziei se capătă o cale de acces din ce în ce mai largă spre cavitatea uterului.

În drumul ascendent al inciziei, foarfecele poate deschide peritoneul vezico-uterin. Deschiderea cavității peritoneale, dacă nu este necesară, se închide imediat cu 1—2 fire de catgut. Astfel câmpul operator se poate păstra în afara peritoneului.

Pensele Museux desfac buzele plămâni (prin tracțiune laterală) și aduc uterul cât mai mult spre vulvă (prin tracțiune în jos).

Se explorează cu degetul cavitatea uterului; cu o pensă Museux (dacă tumoarea este de volum mic) sau cu două pense (dacă tumoarea este mare), aplicate pe polul inferior, se extirpă tumora prin răsucire și tracțiune, după care se chiuretează toată cavitatea uterului.

Dificultăți se pot întâlni în tumorile mari cu bază largă de implantare. În această situație dacă volumul tumorii permite luxarea uterului în vagin, se deschide peritoneul vezico-uterin și se procedează ca la miomectomia pe cale vaginală (vezi pag. 246). Dacă mărimea uterului nu permite aceasta se încearcă scoaterea tumorii fie prin hemisecție după procedeul Lisfranc, extirpându-se separat fiecare jumătate (aceasta fiind posibil în tumorile nu prea mari), fie prin îmbucătura tumorii (morcelare), când aceasta este voluminoasă (tehnica Doyen sau Segond).



Tehnica Doyen. După deschiderea fundului de sac vaginal și reclinarea vezicii se incizează colul median, incizie care se prelungește pe fața anterioară a uterului în formă de Y (fig. 235).

Polul inferior al tumorii este perforat cu un tub larg cu marginile tîoase. Dup scoaterea cilindrului astfel decupat, rîmîne o cavitate în tumoare sub formă de canal (fig. 236). Astfel fibromul poate fi apucat cu o pensă Museux aplicat pe buza acestui canal (fig. 236-cartu).

Îmbucătirea tumorii se face extirpînd cu foarfecele bucăți mai mari sau mai mici, de formă rombică (fig. 237). Seciunea fragmentului se face — pornind de la pensa aplicat pe tumoare prin două incizii în V, completate cu alte două incizii în V rîsturnat, apoi, alte incizii în V la dreapta și la stînga polului inferior al tumorii scot noi fragmente. Pe măsură ce scade volumul tumorii, prin tracțiune în jos, prin mișcări de rotație și de basculare imprimate cu pensa fixat puternic pe colul V-ului rîmas, se desface tumoarea din capsulă și liberează polul superior cu indexul.

Un alt artificiu de tehnică este cel din fig. 238: primul V croit nu se extirpă, ci apucînd și trăgînd de el, se fac alternativ la dreapta și la stînga, incizii profunde dar incomplete, care permit extirparea fragmentului în scară.

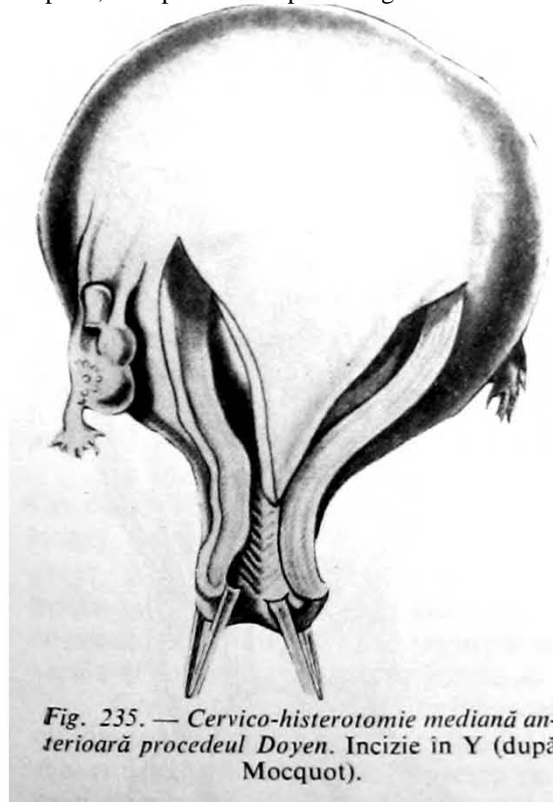


Fig. 235. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen. Incizie în Y (după Mocquot).

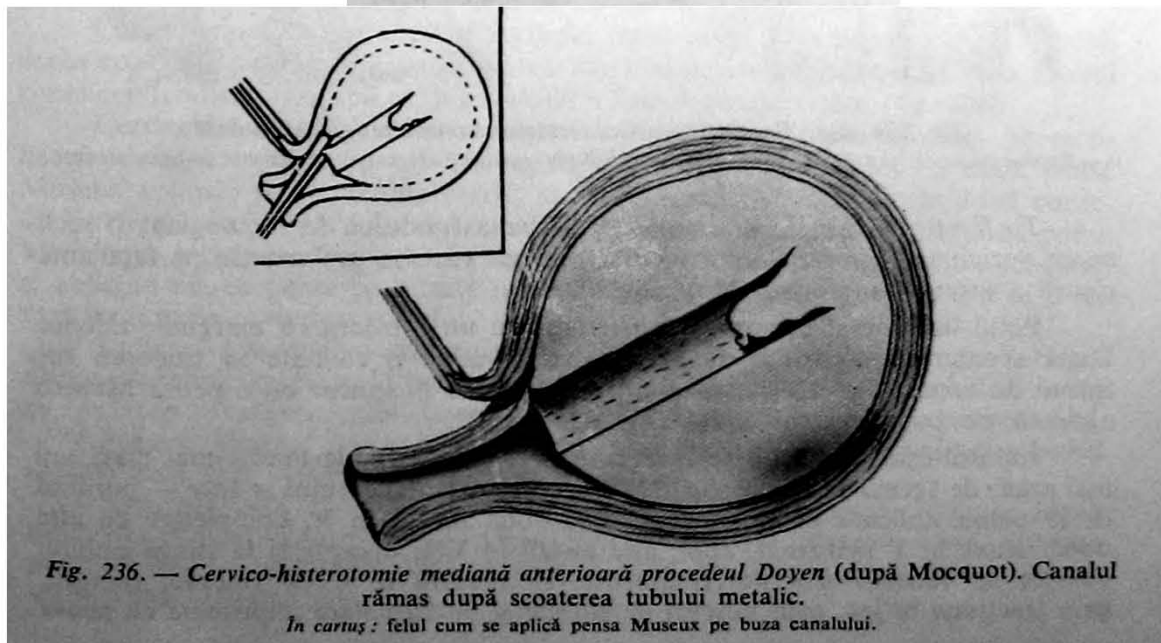


Fig. 236. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Canalul rămas după scoaterea tubului metalic. În cartuș: felul cum se aplică pensa Museux pe buza canalului.

Tehnica Segond. Această tehnică constă din extirparea conoidă a tumorii. Pentru aceasta sînt necesare: sfredel chirurgical (două bucăți), pense Museux (3—6 bucăți) și un bisturiu cu mîner lung, cu partea tîoasă curbată și ascuțită pe ambele margini.

Se înfige sfredelul în tumoare și cu bisturiul se face o incizie conică în jurul acestuia (fig. 239). Înainte de a secționa capătul profund al fragmentului, se face o nouă apucare solidă, înfigînd al doilea sfredel în vecinătatea primului și a mai departe.

După extirparea tumorii indiferent cu care procedeu de îmbucătire, se controlează cavitatea uterului, se face hemostaza vaselor mai importante și se suturează pereții histerotomiei, cu fire separate de catgut gros. Anumite vase, care nu pot fi legate din cauza profunzimii, se coagulează pe pensă sau se lasă pense pe loc pentru 24 ore. Sîngerarea în masă din cavitate se oprește introducînd o meplisat, care se va scoate după 48 ore.

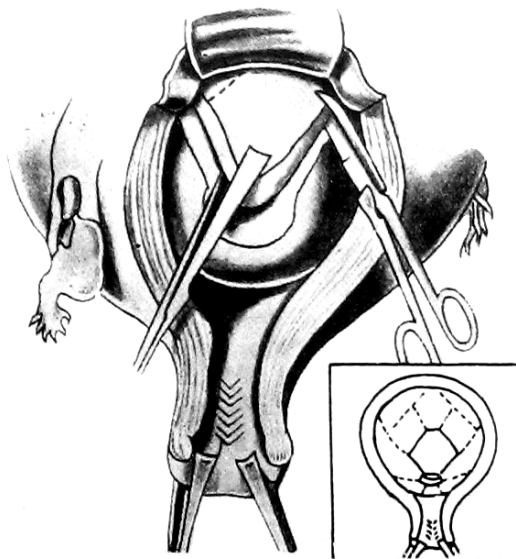


Fig. 237. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Virful primului romb este apucat cu o pensă Museux.

În cartuş : romburî succesive.

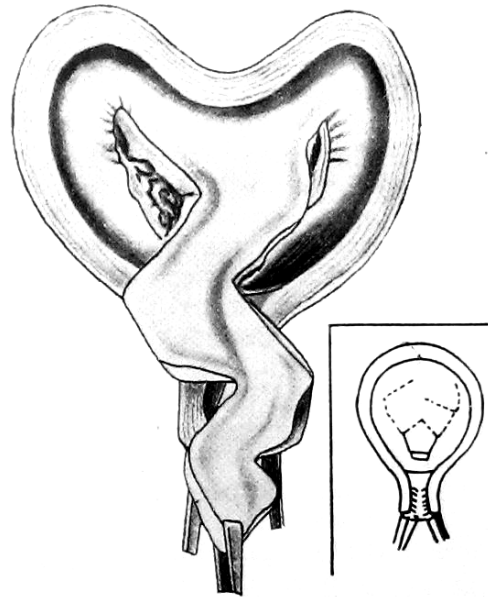


Fig. 238. — Cervico-histerotomie mediană anterioară procedeul Doyen (după Mocquot). Felul cum se fac inciziile în scară.

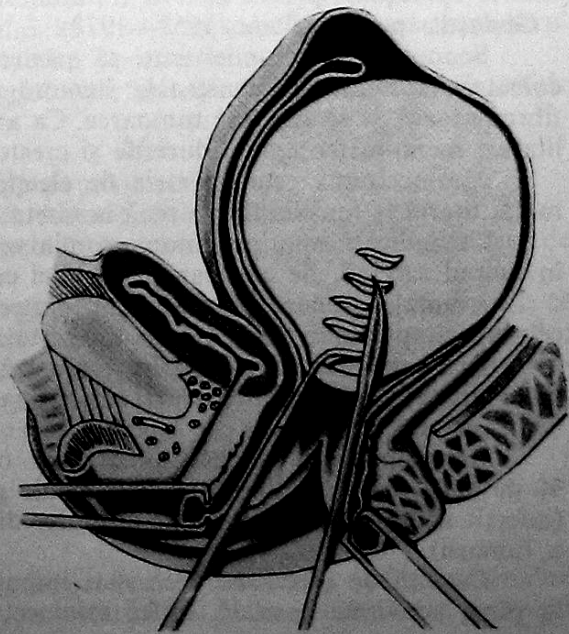


Fig. 239. — Cervico-histerotomie mediană anterioară (după Mocquot): evidare conoidă după procedeul Segond.

Se suturează mucoasa vaginului. Dacă hemostaza nu este perfectă, se poate pune o lamă de cauciuc în spațiul retrovezical.

Cervico-histerotomia mediană anterioară cu indicații obstetricale (cezariană vaginală). Este cunoscută sub numele de operația lui Dührssen. Avantajul principal al acestei operații este că se face fără deschiderea cavității peritoneale. Dezavantajele sunt foarte mari: iluminare insuficientă, hemostază dificilă, leziuni vezicale, dificultăți la extragerea fătului. Are indicații excepționale și se face numai în centre unde există un mare antrenament în chirurgia pe cale vaginală.

Se incizează fundul de sac vaginal anterior și se decolează larg spațiul vezico-uterin. Valvele în baionetă sunt de mare ajutor în îndepărtarea vezicii de față anterioară a uterului. Cu foarfecele drepte se incizează colul și segmentul inferior, de jos în sus, pe linia mediană. După extragerea fătului și a placentei, sutura se face de sus în jos, cu fire separate de catgut. Breșta vaginală se închide, cu fire separate de catgut.

b) MIOMECTOMIA

Defini ie. Prin miomectomie se în elege extirparea tumorii sau tumorilor fibromiotoase, cu p strarea uterului i anexelor. Miomectomia este considerat prototipul opera iei ginecologice conservatoare, fiindc respect toate func iile aparatului genital.

Indica ii. Miomectomia se adreseaz patologiei fibromiotoase a uterului.

Patologia fibromiotoas reprezint o frecven de 20,3% din totalul bolilor chirurgicale ginecologice, iar miomectomia o frecven de 31,70% din totalul opera iilor pentru tumori fibromiotoase uterine (statistica Spitalului clinic «Giule ti» pe 20 de ani, 1958—1978).

Scopul miomectomiei este s p streze sau s restaureze fertilitatea, s corecteze tulbur rile menstruale hemoragice i durerile între inute de boala fibromiotoas i s suprim tumorarea. Ca atare, indica iile principale sînt: inferti- litatea, meno-metroraigiile, durerile i cre terea de volum a uterului.

Miomectomia este opera ia de elec ie în tratamentul chirurgical al fibromului uterin la femeile tinere pîn la vârsta de 40 de ani.

Cu indica ii speciale miomectomia se poate executa i pe uter gravid, fie în timpul sarcinii, fie cu ocazia opera iei cezariene, fie în l uzie.

Avantajele miomectomiei sînt: p streaz intacte toate func iile uterului, cele mai importante fiind func ia de gesta ie i func ia menstrual .

Dezavantajele miomectomiei sînt: recidivele în propor ii de 10—20% i morbiditatea posiooperatorie ceva mai crescut cu prelungirea zilelor de spitalizare i a convalescen ei.

Contraindica ii. Miomectomia este contraindicat la femeile trecute de 40 de ani. Alte contraindica ii sînt: bolile generale (cardiopatii, diabet) i locale (infec ii acute i subacute pelvi-genitale, displazii ale colului i natura malign a tumorii).

Condi ii de efectuare. Cea mai important condi ie este ca femeia s fie în plin activitate genital , altfel miomectomia nu- i g se te justificare; limita de vîrst este de 40 de ani, cînd se urm re te restaurarea capacit ii gestative a uterului i de 45 de ani, cînd miomectomia are ca unic scop p strarea func iei menstruale; tumorarea sau tumorile s fie încapsulate, deci enucleabile; num rul, locul de amplasare i volumul tumorilor nu constituie decît în mod excep ional o indica ie pentru histerectomie; anexele s fie s n toase (în cazul cînd este necesar extirparea ambelor ovare, p strarea uterului este inutil); tumorarea de extirpat s nu fie degenerat malign i s nu fie la nivelul aparatului genital nici o leziune malign sau capabil de malignizare.

De aceea, înainte de a se decide miomectomia sînt indispensabile explor ri complete paraclinice, unele care s arate starea cavit ii uterului i a trompelor (histerosalpingografia), altele, care s elimine orice suspiciune de cancer (examen colposcopic, frotiu citologic Babe -Papanicolau, chiuretaj uterin biopsie, examen anatomo-patologic extemporaneu).

Momentul opera iei: în prima faz a ciclului menstrual.

Anestezia: general , prin intuba ie, fiind vorba de opera ii ceva mai lungi.

Preg tirea preoperatorie: ca pentru orice opera ie ginecologic abdominal . La bolnavele febrile, cu excep ia celor la care se b nuie te necroza fibromului, se amîn opera ia pîn la normalizarea constantelor clinice i de laborator (hemo- leucograma, viteza de sedimentare a hematiilor) prin repaus la pat i tratamente antiinflamatorii i antianemice.

Tehnica. Miomectomia se poate realiza, în raport cu sediul tumorii, ne pe cale abdominal fie pe cale vaginal .

MIOMECTOMIA PE CALE ABDOMINAL

În chirurgia conservatoare a organelor genitale interne se prefer calea abdominal , fiindc permite controlul întregii regiuni endopelviene, liberarea anexelor de aderen e, extirparea apendicelui, corectarea retrodevia iilor. Prin controlul vizual i palpatoriu al uterului, în raport cu sediul, m rimea i num rul tumorilor, se adopt cea mai bun tactic operatorie.

în raport cu tactica operatorie folosit , miomectomiile se clasifica astfel:

- simple;
- multiple;
- simple sau multiple cu rezec ie de miometru;
- simple sau multiple cu deschiderea cavit ii uterine;
- simple sau multiple cu deschiderea cavit ii uterine i rezec ie de miometru.

Incizia peretelui abdominal: laparotomie Pfannenstiel sau median ; se luxiaz uterul în plag i se izoleaz cavitaea peritoneal cu cîmpuri moi, umede; un cîmp moale introdus în Douglas face ca opera ia s se execute în afara abdomenului, f r dep rt toare fixe; se examineaz uterul la vedere i prin palpare, de asemenea ambele anexe, i se hot r te tactica de urmat.

Se întîlnesc trei situa ii:

- tumoare pediculat ;
- tumoare subseroas sesil ;
- tumoare intersti ial .

Extirparea tumorii pediculate (polipectomie abdominal) se face sec ionînd pediculul razant cu inser ia lui pe uter, cu bisturiul sau cu foarfecele. Dac pediculul este gros, se face o incizie ovalar în jurul bazei de implantare (fig. 240) i tumorarea se deta eaz cu foarfecele curb. Suprafa a singerîndâ r mas se suturează cu fire separate de catgut. Hemostaza se face cu firele de sutur . Firele se stng încet ca s nu taie; se poate face i o burs hemostatic (fig. 241 A i B).

Extirparea tumorii subseroase se face astfel: se trage de tumoare cu o pensa de col sau Museux i cu bisturiul se face o incizie eliptic la baza ei: deta area tumorii se continu cu foarfecele curb; în tumorile mai mari se poate recurge la hemisec ie; sutura se face în raport cu profunzimea patului r mas: într-un singur strat, sau în dou straturi, cu fire separate de catgut, sau cu fire în X i surjet ca în fig. 242.

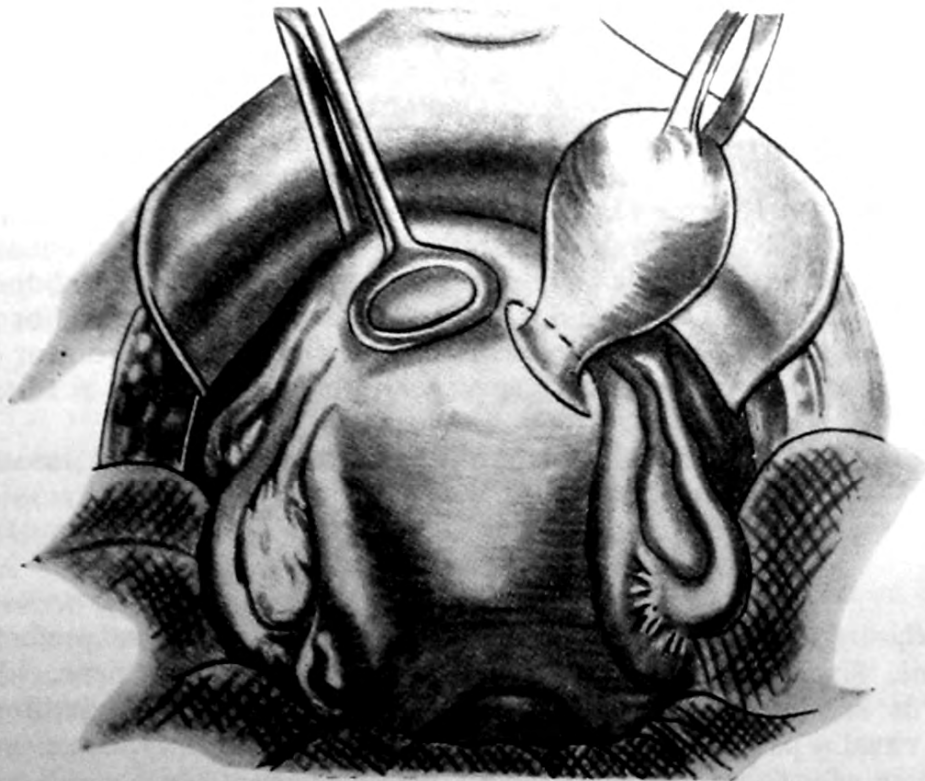
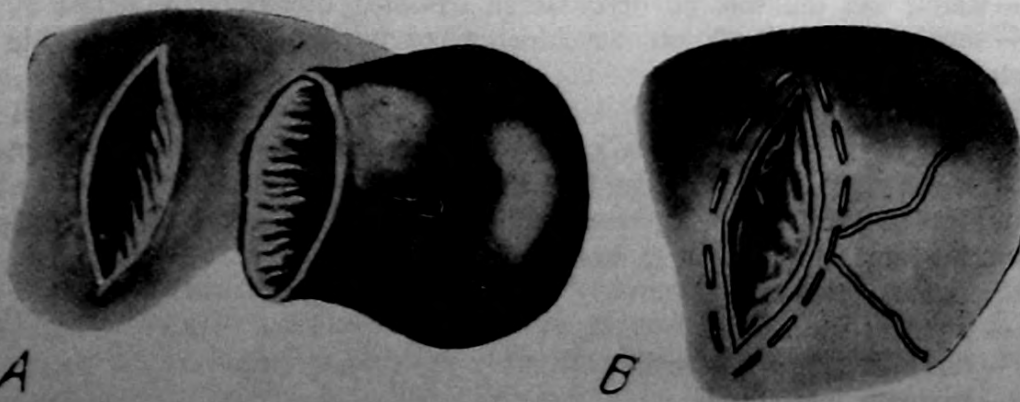


Fig. 240. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se extirpă tumorile pediculate (polipectomie).



*Fig. 241. — Miomectomie pe cale abdominală :
A — Excizia tumorii pediculate. B — Sutura în bursă cu fir sero-muscular (sătură hemostatică).*

Extirparea tumorii interstițiale se face prin enucleare sau prin hemisecție. În acest sens, după ce se precizează locul tumorii, se incizează peretele uterului, ori pe linia mediană, ori pe partea proeminentă a tumorii (fig. 243), până la capsula acesteia; se prinde tumoarea cu o pensă Museux (fig. 244) sau se introduce în ea sfredelul chirurgical și cu foarfecele curb se prinde în spațiul de clivaj; închizându-se și deschizându-se foarfecele între tumoră și miometru ca în fig. 244 și fig. 245, secționându-se unele legături mai strânse musculare și fibroase întâlnite în cale, se extirpă tumoarea; decolarea începută cu foarfecele poate fi continuată și digital, ca în fig. 246.

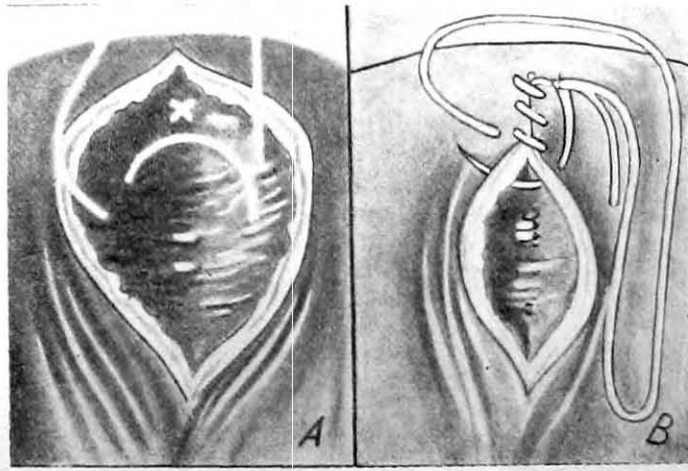


Fig. 242. — Miomectomie pe cale abdominală. Sutura uterului după extirparea tumorilor sub-seroase:

A — fire profunde în X; B — surjet sero-muscular.

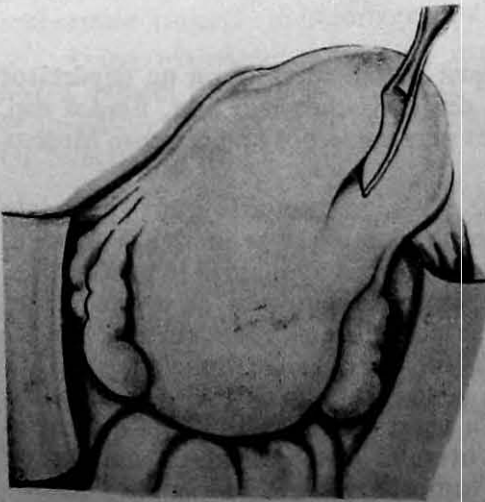


Fig. 243. — Miomectomie pe cale abdominală. Incizia cu bisturiul pe partea cea mai proeminentă a tumorii.

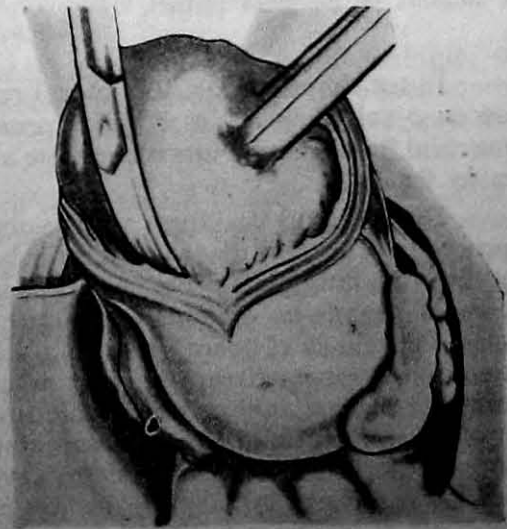


Fig. 244. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se decolează tumoarea cu latul foarfecelui curb.



Fig. 245. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se enuclează tumoarea interstițială. Pense Museux pe marginea inciziei.



Fig. 246. — Miomectomie pe cale abdominală. Modul cum se decolează digital tumoarea interstițială. Tracțiunea se face cu sfredelul chirurgical.

În tot timpul decolării, ajutorul reclinează pereții uterului cu un dep. rtor sau cu o valv mic . Nu se aplic pense cu din i, Kocher mai ales, fiindc rup, mu chiul fiind friabil. Numai dac este absolut necesar se pot aplica pense Museux ca în fig. 245.

Dac spa iul de clivaj nu este u or de g sit, în tumorile mari se poate recurge la procedeul de extirpare prin hemisec ie: tumoarea se incizeaz median, cu bisturiul, între dou pense pe col; pe m sur ce incizia avanseaz în profunzime, se mut pensele cu din i pe suprafe ele de sec iune tr gîndu-se de aceste pense, cele dou felii se r stoarn spre în afar , linia de incizie se r zbuzeaz i fundul tumorii se orizontalizeaz singur; se completeaz incizia, se aplic pensele de trac iune pe marginile inferioare ale tumorii i fiecare felie se extirp din untru în afar i din profunzime spre suprafa . Cu acest procedeu se simplific extirparea tumorii i se evit deschiderea cavit ii uterului; este indicat, ca unic procedeu de rezolvare, în tumorile inclavate, în tumorile plasate în regiunea istmo- cervical i în tumorile incluse în baza ligamentului larg.

Dup enuclearea tumorii se tamponeaz provizoriu loja cu o compres mare. Vasele care sîngereaz cu presiune se penseaz i se leag cu catgut.

La cazurile la care nu este verificat cavitata uterului (histerografie) se deschide deliberat endometrul, se controleaz digital, se chiureteaz mucoasa hiperplazic care se trimite pentru examen anatomo-patologic. La cazurile cu tumori submucoase cavitata se deschide involuntar, în timpul decolării. În ambele situa ii, deschiderea endometrului nu constituie un pericol. Închiderea cavit ii se face cu fire de catgut, separate, avîndu-se grij ca acul s nu transfi- xieze endometrul. La închidere se las în cavitata uterin praf de Marbadal. Dup închidere se schimb m nu ile i instrumentele care au fost folosite pentru aceasta (timp septic).

Dac tumoarea intersti ial este la fundul uterului incizia de abordare se poate face în potcoav , capetele inciziei prelungindu-se median, pe ambele fe e ale uterului. Se pot face i dou incizii eliptice, care mic oreaz de la început suprafa a miometrului care acoper tumoarea.

Prin palpare se controleaz uterul i incizîndu-se pere ii lojii r mase dup extirparea tumorii principale, se scot prin decolare i alte tumori intersti iale existente. Dac tumorile sînt la distan i nu pot fi abordate prin prima incizie, se fac incizii separate pentru fiecare. Procedîndu-se astfel, cu r bdare, se pot scoate foarte mul i noduli (miomectomii multiple).

O aten ie deosebit trebuie acordat nodulilor situa i la nivelul coanelor, în vecin tatea por iunii intersti iale a trompelor. Enuclearea tumorii i capito- narea lojii r mase se fac cu grij , pentru a nu se sec iona în timpul extirpării, sau strangula cu firele de sutur , lumenul trompelor.

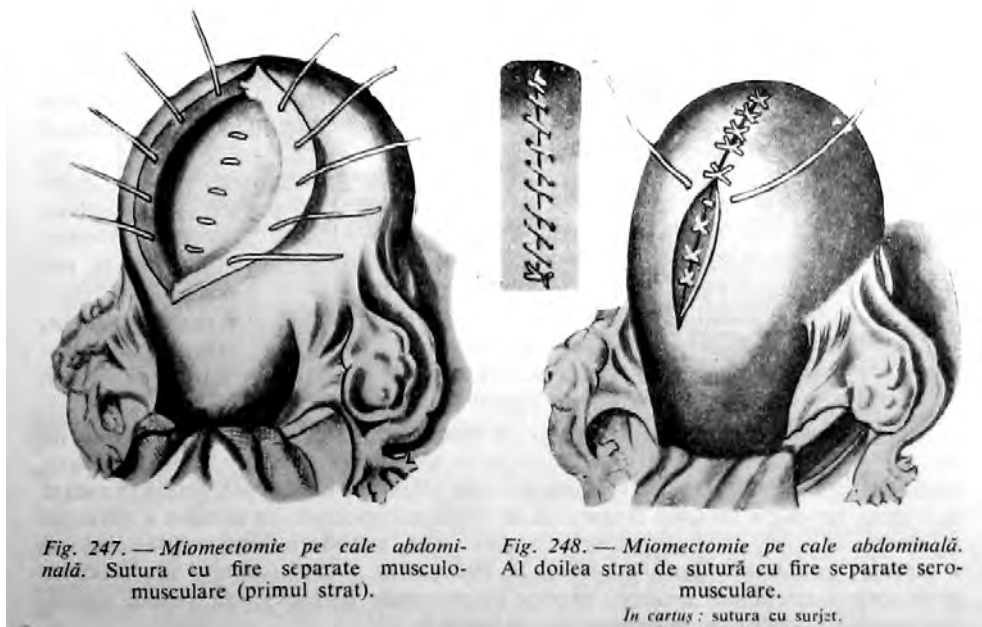
Hemoragia care însore te practica miomectomiei simple sau multiple nu trebuie s fie un motiv de a se renun a la avantajele chirurgiei conservatoare^ trecîndu-se la histerectomie. Hemoragia este st pînit la început prin hemostaz la vedere, iar dup un timp sîngerarea se limiteaz spontan, ca urmare a retrac iei miometrului. Unii chirurghi folosesc în acest sens, metode mecanice de ischemiere a uterului în timpul opera iei (garou de cauciuc la nivelul istmului sau blocarea provizorie a circula iei arteriale uterine cu pensetele Blalock), sau metode farma- codinamice (injec ii în miometru cu ocitocin).

Dup extirparea tumorilor mari, ca i dup miomectomiile multiple, se rezece excesul de miometru, pentru ca reconstituirea prin sutur s aduc uterul la dimensiuni apropiate de cele normale. Opera ia poart numele de miomectomie cu rezec ie de miometru.

Loja r mas dup enuclearea tumorii se sutureaz în dou straturi, cu fire separate de catgut: primul strat musculo-muscular (fig. 247), iar al doilea strat, sero-muscular (fig. 248). Firele cu care se sutureaz al doilea strat nu se aplic prea des i nu se strîng prea tare, pentru a nu produce ischemie. Dac loja este adînc , închiderea ei se face în atîtea straturi cît sînt necesare pentru ca s nu r mîn spa ii în care s se produc hematoame. Ultimul strat poate fi f cut cu surjet de catgut (fig. 248-cartu). Dup sutur uterul pare deformat. Faptul nu are importan fiindc se urm re te p strarea func iunii i nu a morfologiei acestuia.

Dup terminarea suturii se scot cîmpurile de izolare i se spal pelvisul cu ser fiziologic. Se controleaz apendicele i se extirp dac este cazul. Sutura de pe peretele anterior se poate acoperi cu vezica, dup procedeele Werth (fig. 159) sau Logothopoulos.

Se reface peretele abdomenului în straturi anatomice f r drenaj. Dup opera ie se administreaz antibiotice parenteral. Incidente i accidente în timpul miomectomiei: lezarea por iunii intersti- iale a trompelor, hemoragii, leziuni ureterale sau vezicale. Evitarea lor este posibil printr-o tehnic corect executat .



Complicații postoperatorii: hemoragii, infecții, tromboze, aderențe, ocluzii intestinale, sterilitate prin închiderea ostiumului uterin. Morbiditatea după miomectomie este în jur de 5—6% și nu este mai mare ca după histerectomie.

Timpul de spitalizare și de convalescență este mai lung decât după histerectomie. Se observă după operație o stare febrilă prelungită, de 10—12 zile, asociată cu o îngroșare edematoasă și dureroasă a uterului, care durează 1—2 luni, mai ales după miomectomiile multiple. Cu repaus la pat, punge cu gheață, antibiotice și proteinoterapie nespecifică (polidin) febra scade progresiv, iar după 1—2 luni de la operație uterul nu mai este dureros la palpare și își recapătă mrimerea normală.

Complicații tardive: recidiva. Cu cât femeia este mai tânără cu atât riscul recidivei este mai mare. Procentul global este variabil: între 10 și 20%.

Reintervenția este necesară cam la 1/3 din cazurile cu fibromatoză recidivată. Necesitatea acesteia este dictată mai mult de metroragii, decât de volumul tumorilor recidivate.

Sterilitatea prin obstruarea ostiumului uterin este posibilă; histerosalpingografia de control este indicată după 1 an de la operație.

Riscul de cancerizare a colului nu este mai mare ca după histerectomia subtotală.

Variante de tehnică. Louros (49) execută miomectomiile abdominale după următoarea tehnică operatorie:

— evită inciziile multiple pe uter, limitându-l la maximum posibil traumatizarea peritoneului visceral. Autorul propune incizia transversală, cât mai spre fundul uterului. Această incizie are avantajul că poate fi ușor acoperită cu peritoneul vezico-uterin (fig. 249);

— nu suturează lojile după enucleare decât după extirparea tuturor nodulilor;

— hemostază îngrijită (pensarea vaselor și tamponarea provizorie a cavităților cu mase de tifon);

— nu închide strat cu strat cavitățile rămase, ci le plombează cu marginile capsulei, rămase după extirparea tumorilor. În acest sens, nu excizează excesul acestor margini și nici punțile de esut muscular care rămân între cavitățile adiacente, ele fiind folosite la capitonarea acestora. Hemostaza perfectă obține închizând cavitatea cu două rânduri de suturi suprapuse, în surjet.

Primul surjet, nu prea strâns, reunește buzele plăgii, prinzând în același timp esutul muscular subiacent, cel mai superficial (fig. 250 A). Al doilea surjet, sero-seros, bine strâns, înfundă esutul subiacent astfel încât acesta plombează cavitatea (fig. 250 B). Pentru mai multă siguranță, ultimul surjet se întinde cu câteva puncte separate de catgut;

— fixează pliul peritoneal vezico-uterin cu puncte separate pe fața posterioară a uterului extraperitonealizând astfel complet sutura miomectomiei (fig. 249). Ligamentopexie, dacă este cazul;

— lasă sondă vezicală în primele cinci zile după operație pentru ca distensia creată de umplerea vezicii cu urină să nu compromită suturile;

— Bonney folosește pentru extirparea tumorilor situate în peretele posterior două maniere:

— ori deschide cavitatea uterului pe linia mediană anterioară și incizând endometrul extirpă nodulii situați în peretele posterior;

— ori folosește procedeul în «capușon de clivaj»: incizie transversală sub linia care unește inserția ligamentelor utero-ovariene; se extirpă subseros nodulii; lamboul musculo-seros rezultat după scoaterea tumorilor se suturează pe peretele anterior, acoperind complet uterul.

Dificultăți în fibromioamele cu evoluție intraligamentară și în cele de istm se pot ivi dificultăți în extirparea lor, din cauza situației profunde, a aderențelor și a raporturilor strânse cu ureterul, cu vezica și cu vasele mari. Anatomia pelvisului este complet modificată.

Luxarea tumorii din această situație necesită secționarea ligamentului rotund respectiv, incizia foiței peritoneale care acoperă tumorii și decolarea largă a vezicii.

Se incizează capsula și se caută planul de clivaj. Decolarea tumorii se face cu foarfecile curbate (fig. 251) și digital. Menținând decolarea tot timpul, înuntrul capsulei, se evită hemoragiile și lezarea ureterului. În timpul decolării se trage puternic de tumoare cu șfredelul chirurgical introdus în ea sau cu pense Museux.

Un procedeu care simplifică foarte mult operația este hemisecția (fig. 251- cartuș). În tumorile profunde în care toată anatomia este schimbată și este greu de găsit spațiul de clivaj, hemisecția este un procedeu rapid și sigur, fiindcă realizează scoaterea tumorii strict în interiorul capsulei.

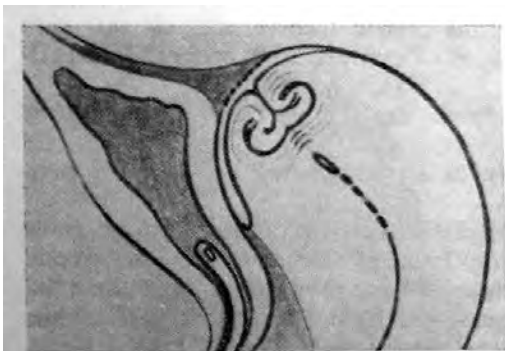
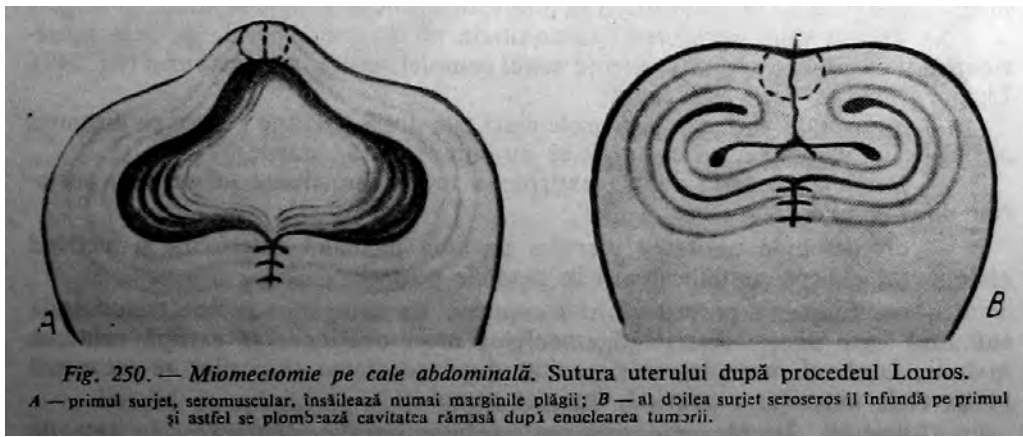


Fig. 249. — Miomectomie pe cale abdominală, procedeul Louros. În secțiune se vede sutura uterului acoperită de peritoneul vezical.

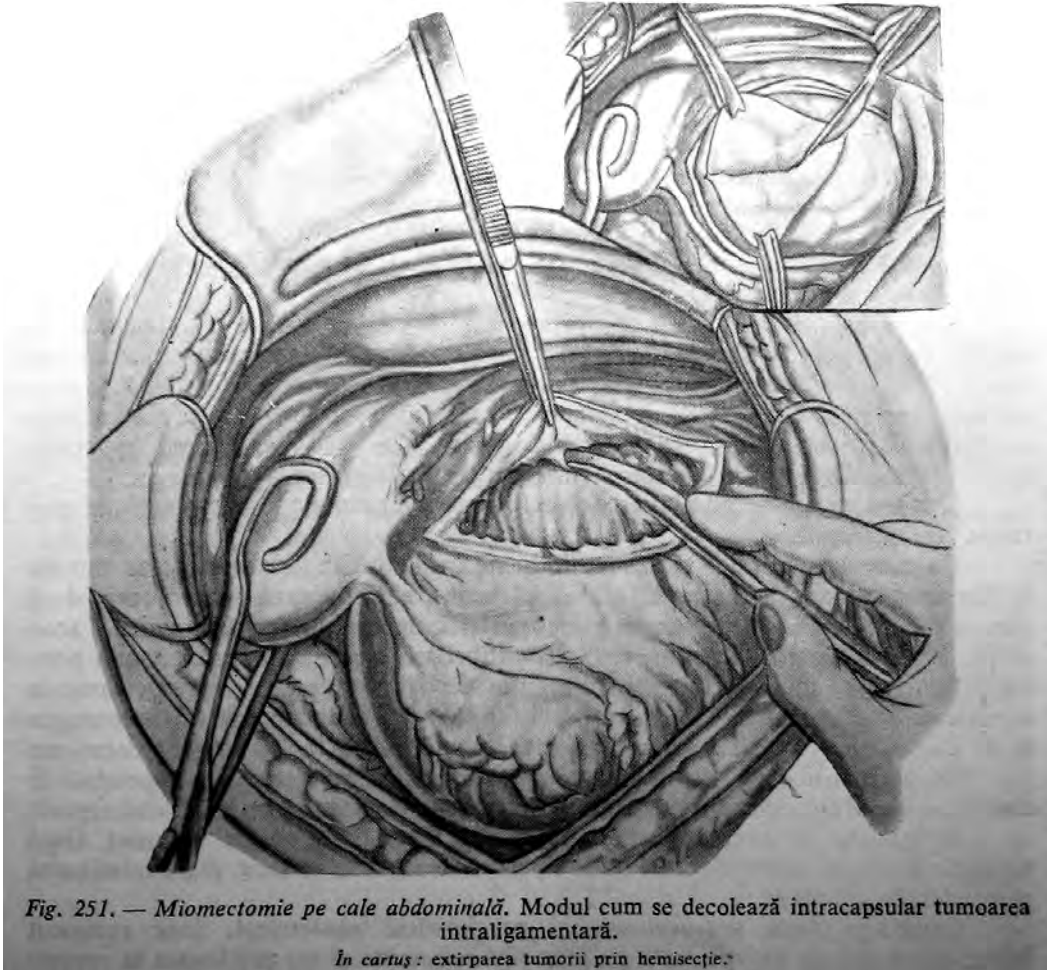


Dup enuclearea tumorii și suturarea uterului, se refacă ligamentul larg, închizându-se loja în care a stat tumoarea, iar ligamentul rotund sec ionat se suturează la cornul uterin respectiv, cu câteva fire de a sau de nylon. Dacă hemoragia este difuză și nu poate fi realizat o hemostază chirurgicală completă, se drenează loja cu tub, tras extraperitoneal, la peretele abdominal, prin contraincizie.

Procedeul prin hemisecție oferă aceeași siguranță tehnică și în tumorile de istm, după ce în prealabil se decolează cu mult grijă vezica urinară. Canalul cervical, foarte lung în această situație, redevine normal, prin retracție, după operație. Dacă în timpul operației s-a deschis canalul cervical, la sutura peretilor se introduce o pensă în canal, pentru a se evita stenozarea acestuia.

O altă dificultate în timpul unor miomectomii este hemoragia, care poate fi abundentă, dar nu de neștăpînit. Vasele arteriale sec ionate în timpul decolării se pensează la vedere și se leagă după extirparea tumorii. Hemoragia în masă nu trebuie să întârzie enuclearea tumorii, dimpotrivă, se grăbește decolarea acesteia. După scoaterea tumorii, uterul se retractă, fiind când hemostază, iar vasele mai mari pot fi ușor pensate în patul rămas. Hemostaza preventivă, prin comprimare provizorie a arterelor uterine cu degetele, cu garou aplicat la nivelul istmului, sau cu pense Henkel, nu este recomandabilă, fiindcă împiedică controlul intraoperator al hemoragiei și, deci, efectuarea unei hemostaze chirurgicale sigure. În cazuri excepționale, dacă hemoragia nu poate fi stăpînită se recurge la histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor.

Deschiderea accidentală a endometrului este fără gravitate și nu schimbă planul operației.



Miomectomia și sarcina. Frecvența tumorilor fibromiotoase în sarcină este de 0,5—1%. Complicațiile pe care le pot produce sînt: torsiune, inclavare, necroză, mai rar infecții. Asupra sarcinii, în afară de dureri, pot determina: avorturi, nașteri

premature, prezenta ei vicioasă și anomalii în inserția placentei, în travaliu: generează distocii de dinamică și anomalii de delivrență. În lăuzie: necroză și infecții.

Ori de câte ori prezența tumorii fibromiotoase justifică infertilitatea sau apar complicații în cursul sarcinii (necroză, torsiune, inclavare, volum mare, creștere rapidă de volum), intervenția chirurgicală se impune.

Miomectomia în cursul sarcinii este întotdeauna posibilă și nu compromite evoluția acesteia.

Intervenția se face sub anestezie generală, prin laparotomie mediană.

În afara cazurilor urgente (necroză, torsiune), la acelea la care indicația operatorie are un caracter profilactic (infertilitate, volum mare), intervenția se face «de principiu» și momentul de efectuare este între 14 și 24 de săptămâni, când sarcina este bine echilibrată hormonal și extirparea tumorii nu implică manipulări laborioase și multiple asupra uterului gravid.

Deși operația este mai sângărie, tehnica miomectomiei este aceeași. Singura grijă este să se manipuleze cu blândețe uterul și să nu fie prea mult exteriorizat în afara abdomenului (când această manevră este indispensabilă), fiindcă diferența de temperatură produce modificări de circulație în miometru, capabile să compromită vitalitatea produsului de concepție.

Din punct de vedere tehnic se dă preferință miomectomiei prin hemisecție. Prin această modalitate, hemoragia este mai redusă și se evită prunderea accidentală în cavitatea uterină.

Sutura miometrului se face obișnuit, în două straturi cu fire separate de catgut. Punctele în X sau în 8 sînt mai hemostatice și nu taie, miometrul fiind friabil. Nu trebuie să nelinițească hemoragia redusă dar uneori continuă, la nivelul suturilor și să nu se insiste cu puncte hemostatice suplimentare, fiindcă undă se înșeapă cu acul se produce o nouă sîngerare și se prelungește inutil operația. Se comprimă digital cu o compresă și se așteaptă câteva minute.

După operație se administrează relaxante uterine și antibioterapie de protecție (penicilină).

Cu ocazia operațiilor cezariene indicate în distociile determinate de tumorile fibromiotoase, se extrage fetalul și placenta, se suturează histerotomia, după care se procedează la miomectomie concomitent, dacă tumoră este unică și accesibilă. Dacă tumorile sînt numeroase (polifibromiotoză) se extirpă cele accesibile în ordinea măririi lor, fără pretenția de a le extirpa pe toate; ca urmare a miomectomiilor în timpul operației cezariene se produc tulburări hemoragice și de cicatrizare care măresc mortalitatea și morbiditatea operațiilor cezariene.

Lăuzia nu modifică atitudinea conservatoare. Miomectomia este posibilă cu condiția ca indicația operatorie să se pună înainte ca necroza tumorii să devină septică.

În general, în timpul lăuziei, fibroamele uterine își reduc volumul. Dacă tumorile existente necesită totuși să fie operate, aceasta se va face, după terminarea perioadei de alăptare.

Cicatricea după miomectomie și prognosticul obstetrical. Este cunoscut faptul că cicatricile chirurgicale pe uter sînt rezistente și nu predispun la rupturi în timpul sarcinii, indiferent de intervalul care s-a scurs de la operație.

Miomectomia anterioară nu impune operația cezariană la naștere dacă prezenta este eutocică, bazinul normal și travaliul evoluează fiziologic.

MIOMECTOMIA PE CALE VAGINAL

Calea vaginal este posibil cînd tumorile fibromiomoase subseroase sau interstiiale sînt de volum redus și uterul este mobil, astfel încît se poate luxa în vagin. În general, această cale este mai puțin indicată în chirurgia conservatoare a uterului, fiindcă nu oferă lumină suficientă pentru inventarierea și tratamentul leziunilor aparatului genital intern, concomitente.

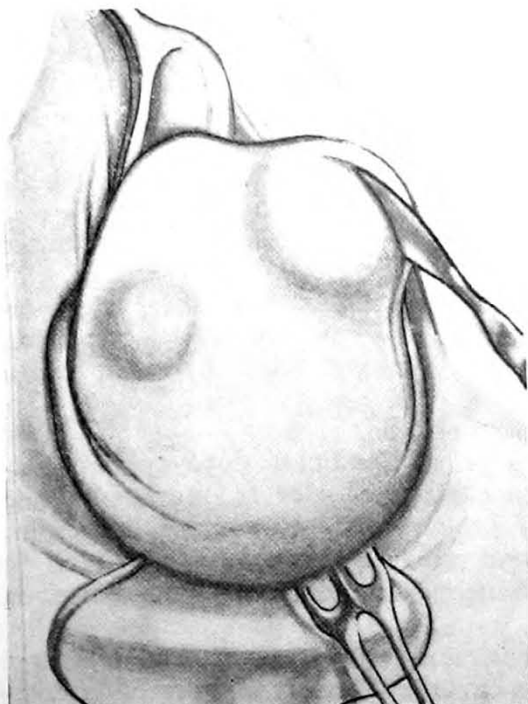


Fig. 252. — Miomectomie pe cale vaginală. Luxarea uterului la vulvă. Incizia capsulei tumorii.

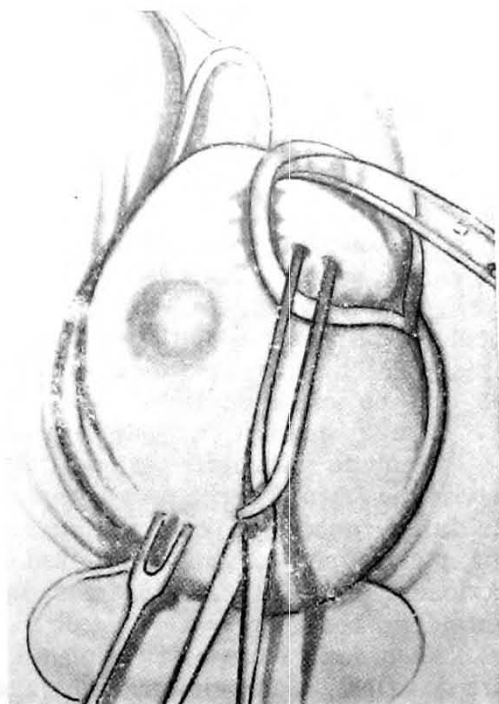


Fig. 253. — Miomectomie pe cale vaginală. Enuclearea tumorii.

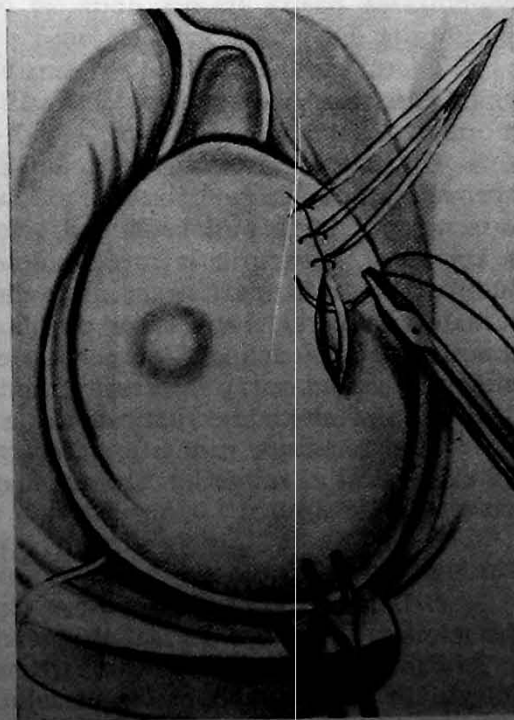


Fig. 254. — Miomectomie pe cale vaginală. Sutura miometrului.

Ajungerea la uter și scoaterea lui la vulvă se face prin colpoceliotomie. Se preferă colpoceliotomia anterioară (vezi pag. 71); se recurge la colpo-celiotomie posterioară (vezi pag. 76) numai în cazul tumorilor inclavate în Douglas și numai după ce s-a încercat, fără succes, luxarea uterului pe cale anterioară.

Enuclearea tumorilor se face la fel ca în tehnica expusă la calea abdominală (fig. 252, 253 și 254).

Se introduce uterul în pelvis, se închide peritoneul vezico-uterin și se reface peretele vaginului fără drenaj.

În retrodeviațiile uterului și pentru a se extraperitonealiza suturile, peritoneul vezical poate fi suturat la fundul uterului, sau chiar pe peretele posterior. Dacă pare necesar, spațiul dintre uter, vezică și vagin poate fi drenat, pentru 48 ore, cu membrană de tifon.

Dup opera ie se administreaz antibiotice.

Evolu ie i îngrijiri postoperatorii. În prima s pt mân dup opera ie bolnavele fac febr datorit resorb iei hematoamelor i a firelor de sutur i se plîng de dureri, uneori cu caracter de colic , provocate de eliminarea cheagurilor din uter, alteori continue, produse de infiltrarea serohematic a uterului. În perioada aceasta se administreaz antibiotice, calmante i se pune pung cu ghea pe abdomen.

O u oar secre ie sanguiolent , alteori murdar i mirositoare, i uneori fire de catgut, se pot elimina prin vagin, la cazurile la care a fost deschis cavitatea uterului. La acestea se tonific miometrul administrînd methergin tablete.

Flebitele i emboliile se întîlnesc rar fiindc sînt pu ine ligaturi pe vene i cele care sînt se g sesc la distan de confluen ii veno i principali ai pelvisului. Mobilizarea pasiv în pat dup 24 de ore (masaje, mi c ri, respira ii adînci) i coborîre din pat dup 48 de ore sînt cele mai bune m suri profilactice.

Uterul r mîne mai mare i sensibil la palpare, 1—2 luni de la opera ie.

Rezultate. Morbiditatea general este cuprins între 2,79—3,35% cu zero mortalitate (statistica Giule ti pe 803 cazuri între 1958—1978).

Uterul î i p streaz capacitatea func ional integral : menstrua iile se normalizeaz i dispar durerile. Recuperarea fertilit ii se ob ine în procente care merg de la 50 pîn la 70%. Unele hipomenorei se datoresc sinechiilor care se formeaz , la cazurile la care s-a deschis cavitatea uterin i odat cu fibromul submucos s-au extirpat i suprafe e din endometru. Unele sindroame dureroase se datoresc aderen elor a c ror profilaxie se face prin grija care o avem la peri- tonizare i evitarea inciziilor pe peretele posterior al uterului. Cicatricele dup miomectomie nu se rup în cursul sarcinii i na terile sînt posibile pe cale natural , dac nu sînt alte indica ii obstetricale pentru opera ia cezarian .

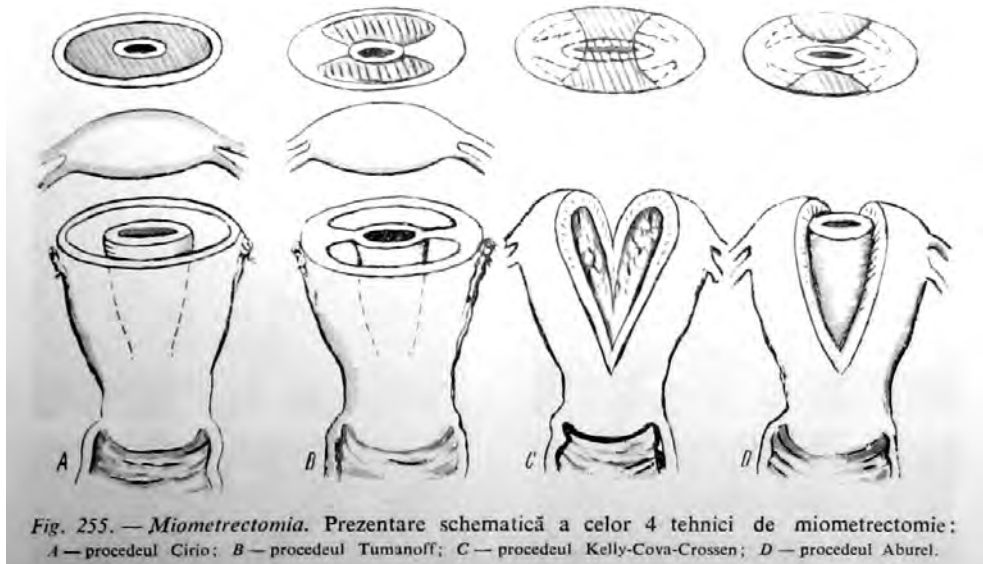
Cu aceste bune rezultate, miomectomia este opera ia de elec ie în tratamentul chirurgical al tumorilor fibromiomatoase .a femeile tinere.

c) MIOMETRECTOMIA

Defini ie. Miometrectomia este opera ia prin care se rezec por iuni largi de miometru cu deschiderea obligatorie a cavit ii uterine.

Principii i eficien . Miometrectomia se bazeaz pe principiul conserv rii integrit ii morfo-func ionale a uterului. Tehnica opera iei urm re te s p streze elementele anatomice — ovar, miometru i endometru — indispensabile func iei genitale. Garan ia acestei func ii este dat de faptul c se respect vasculariza ia i inerva ia acestor organe.

Un alt principiu pe care se bazeaz miometrectomia este acela c d posibilitatea control rii cavit ii uterine — vizual i prin palpare — i extirp rii tuturor nodulilor fibromato i inclu i în pere ii uterului.



Eficien a acestei tehnici este dat de faptul c uterul î i p streaz toate func iile.

Indica ii. Miometrectomia este indicat în polifibromiotoz , în acele situa ii în care multitudinea nodulilor i dispersarea lor în masa miometrului fac imposibil extirparea lor în totalitate prin miomectomie i în fibromatoza difuz .

Contraindica ii. Aceast opera ie este contraindicat în inflama iile anexiale, piometrie i pe uterul gravid.

Condi ii de efectuare. Vîrsta bolnavei s fie sub 40 de ani. Momentul opera iei este în prima s pt mîn dup menstrua ie. Examinarea oncologic a colului uterin este obligatorie (citologie, colposcopie) înainte de interven ie i examenul anatomo-patologic extemporaneu în timpul opera iei este necesar (polipi endo- cavitari i tumori intersti iale cu aspecte degenerative). Bolnava s fie afebril .

Anestezia: general prin intuba ie oro-traheal cu reanimare intraopera- torie (perfuzie cu sînge).

Preg tire preoperatorie: tratamentul anemiei, decongestionarea uterului prin repaus la pat i vaccinare prelabil (vaccin polimicrobian).

Tehnic . în literatur exist descrise patru tehnici, cunoscute sub numele de: procedeul Cirio, procedeul Tumanoff, procedeul Kelly-Cova-Crossen i procedeul Aburel (fig. 255).

Procedeul Cirio. Aceast tehnic , publicat de Carlos Cirio în 1940, const din rezec ia larg a miometrului, cu conservarea aproape în întregime a endometrului.

Se sec ioneaz i se leag ligamentele rotunde, trompele i ligamentele utero-ovariene la inser ia lor pe coarnele uterului; se aplic pense pe arterele uterine la un nivel cît mai înalt, pe laturile uterului; cu bisturiul electric se amputeaz fundul uterului, limita de sec iune trecînd pe deasupra penselor aplicate pe arterele uterine (fig. 256). Astfel, excizia fundului expune grosimea miometrului în care sînt amplasate tumorile i deschide cavitata uterului, care poate fi controlat cu ochiul i cu degetul (fig. 257).



Se plasează pense pe conturul inciziei transversale pentru orientare și cu bisturiul electric se evedează miometrul de fiecare parte a uterului (fig. 258 și 259).

Se reconstituie cavitatea uterului prin sutură cu puncte separate, a marginilor lamboului mio-mucos după care se face un al doilea strat cu marginile lamboului mio-peritoneal, cu care ocazie se includ la fiecare extremitate a suturii, porțiunile interne ale trompelor, ligamentelor rotunde și utero-ovariene (fig. 260 și 261).

Procedeul Tumanoff se aseamănă cu procedeul Cirio de care se deosebește prin faptul că evedarea miometrului se face limitat la peretele anterior și posterior (vezi fig. 255).

Ambele procedee, deși permit extirparea tuturor tumorilor incluse în miometru și prestează o mare suprafață din endometru, sunt mai puțin folosite, fiindcă nu restaurează integritatea funcțională a uterului: produc sterilitate prin secționarea trompelor, modifică vascularizarea gonadelor prin ligatura arterelor uterine, suprimă conexiunile nervoase și vasculare ale endometrului și expun la formarea de hematoame în spațiile rămase după evedarea miometrului.

Procedeul Kelly-Cova-Crossen constă dintr-o excizie în potcoavă a fundului uterului. Aceasta se realizează prin două incizii eliptice care pornesc de la istm pe fața anterioară și se termină la istm pe fața posterioară (fig. 262).



Fig. 258. — Miometrectomie procedeul Cirio. Excizia miometrului cu bisturiul electric.

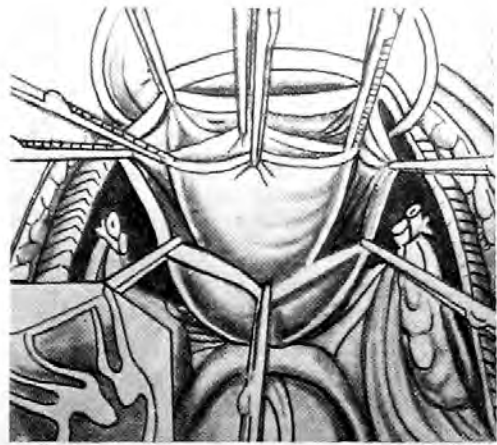


Fig. 259. — Miometrectomia procedeul Cirio. Ceea ce rămâne după evedarea miometrului.



Fig. 260. — Miometrectomia procedeul Cirio. Primul strat de sutură care închide cavitatea uterului; al doilea strat cu fire separate și închiderea capetelor anexelor la unghiurile suturii.

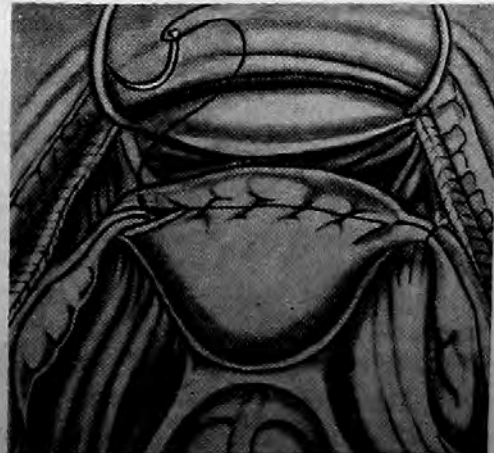


Fig. 261. — Miometrectomia procedeul Cirio. Al doilea strat cu surjet.

Inciziile se fac pe toată grosimea peretelui astfel încât uterul se deschide complet atât pe fața anterioară cât și pe fața posterioară; felia extirpată conține tumorile incluse, o mare parte din miometru și endometru corespunzător.

Reconstituirea uterului se face în două straturi, cu fire separate de catgut, ca în fig. 263.

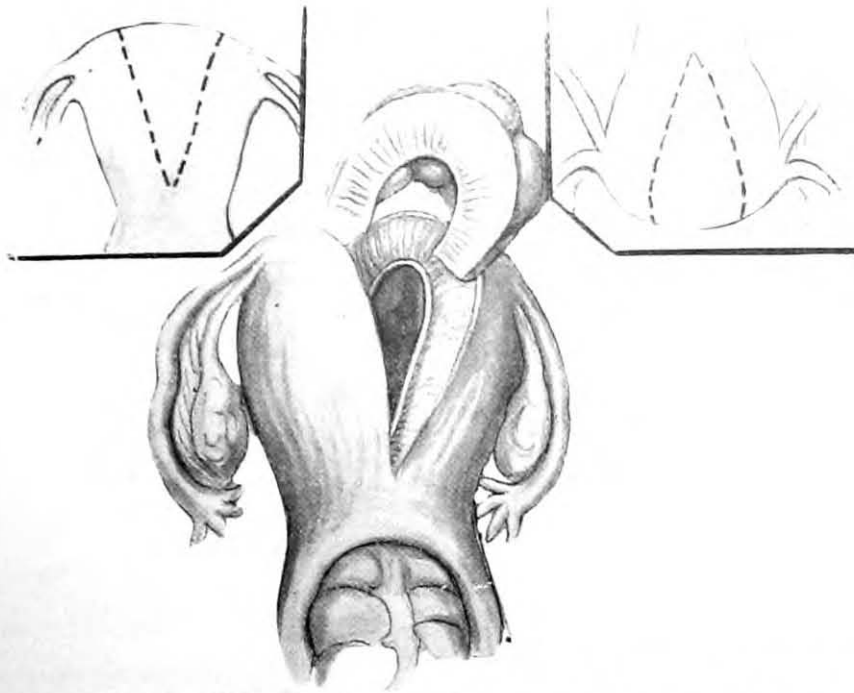


Fig. 262. — *Miometrectomia Kelly-Cova-Crossen*. Excizia miometrului sub formă de potcoavă.
 În cartuş : linia de incizie pe peretele anterior (dreapta) și linia de incizie pe peretele posterior (stînga).

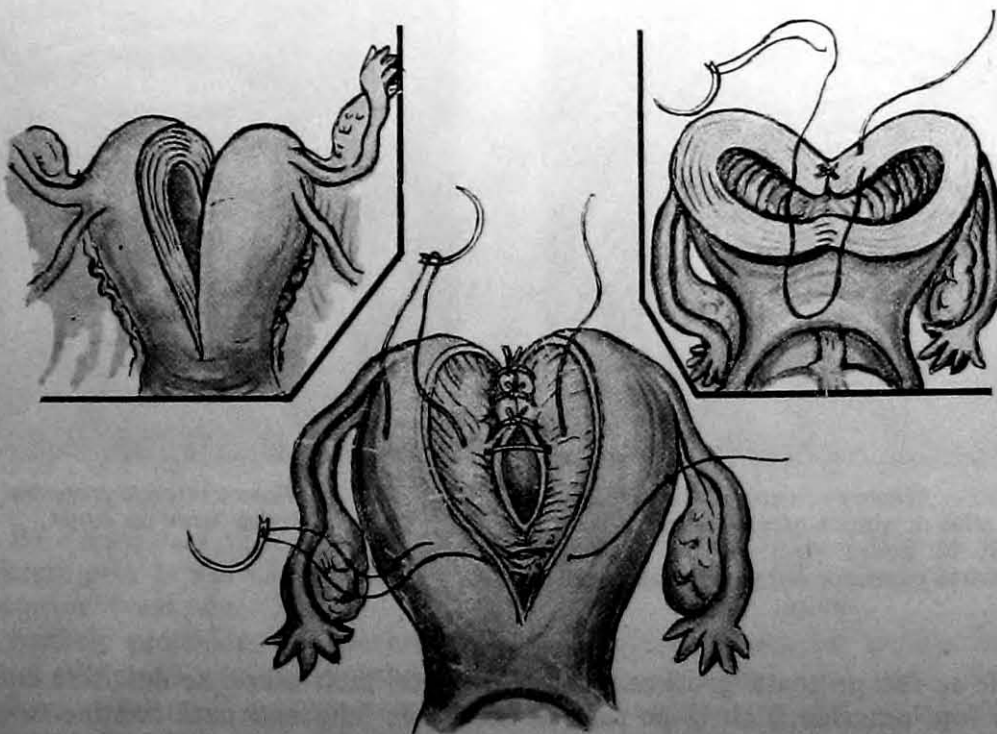


Fig. 263. — *Miometrectomia Kelly-Cova-Crossen*. Sutura pereților uterului în două planuri, cu fire separate.
 În cartuş : uterul înainte de sutură (stînga); începutul suturii (dreapta).

Cu acest procedeu se respectă integral vascularizația, inervația și conexiunile utero-tubare.

Procedeeul Aburel răspunde tuturor dezideratelor funcționale ale uterului care sînt:

Funcții directe:

— r p strează miometrul pentru funcția gestativă ;

— p strează endometrul pentru funcția menstruală și gestativă ;

— p strează aparatul nervos de interorecepție, pentru funcția corelativă, neuro-vegetativă a uterului cu ovarele, trompele și cu sistemul nervos central.

Funcții indirecte:

- respect func ia ovarelor, l sînd intacte vasculariza ia i inerva ia acestora;
- respect echilibrul psiho-nervos i comportamentul sexual;
- respect statica organelor pelvisului.

Folosind tehnica miometrectomiei Aburel, celelalte procedee operatorii ca: — histerectomia interanexial Soresi-Brocq, histerectomia fundic inter- ovarian Bourg, histerectomia fundic Beutner, diferitele tehnici de histerectomie supraistmic înalt Mocquot, tehnicile de histerectomie istmic cu p strarea lamboului pediculat de endometru (Stanca, Kaplun, Golubcin, Mandelstam, Sîrbu) au r mas cu utilizare rarisim fiindc nu reu esc s conserve decît par ial func iile aparatului genital intern.

De i autorul practic miometrectomia i pe cale vaginal , personal nu sînt de acord cu această cale, fiindc nu ofer posibilitatea alegerii celei mai potrivite tactici operatorii. În cele ce urmeaz vom prezenta tehnica miometrectomiei Aburel pe cale abdominal .

- Laparotomie Pfannenstiell sau median , în raport cu volumul masei tumorale.
- Izolarea anselor intestinale i inventarierea leziunilor pelvisului (volumul i topografia tumorilor, starea anexelor).
- Se exteriorizeaz uterul i se aplic valva Doyen suprapubian.

— Se trage puternic fundul uterului prin intermediul unei pense Museux i cu bisturiul se croie te o felie sagital pe fa a anterioar care merge pîn la fundul uterului (fig. 264). La acest nivel o incizie transversal une te inciziile laterale i deschide cavitatea uterin . Liniile laerale ale inciziei ce delimiteaz felia sagital sînt mai aproape sau mai departe una de alta, mai simetrice sau mai asimetrice, dup topografia tumorilor. Ele vor r mîne, la nivelul fundului uterin, dep rtate 3 cm de inser iile tubare pentru a se conserva intacte coarnele uterului i abu area trompelor.

— Se aplic o pens Museux pe mijlocul feliei sagitale i cu foarfecele curb se excizeaz toat por iunea de miometru demarcat de inciziile f cute. Cavitatea uterin fiind deschis , excizia miometrului se face la o mic distan de endometru. Tumorile intersti iale devin vizibile i se enucleaz ca în fig. 265. Se controleaz prin palpate pere ii uterului ca în fig. 266, modalitate prin care se descoper nodulii invizibili. Ace tia se extirp prin aceea i sec iune a miometrului. În fibro- matoza difuz grosimea pere ilor se mic oreaz prin excizie cuneiform ca în fig. 267.

- Aceea i tehnic se repet i pe peretele posterior al uterului (fig. 268).

Se controleaz digital cavitatea uterului.

— Se reconstituie uterul în dou straturi cu fire separate de catgut. Sutura începe cu fa a anterioar a uterului, de la istm spre fund, dup care se trece pe fa a posterioar , în acela i mod (fig. 269). Dacă fundul uterului astfel reconstituit apare uguiat, se rezec prin dou incizii transversale (fig. 270) iar buzele rezultate se sutureaz cu fire izolate (fig. 271).

Cel de al doilea strat se sutureaz pe uter, se poate face i cu surjet ca în fig. 270. Acesta este hemostatic i asigur i o bun afrontare a seroasei viscerale.

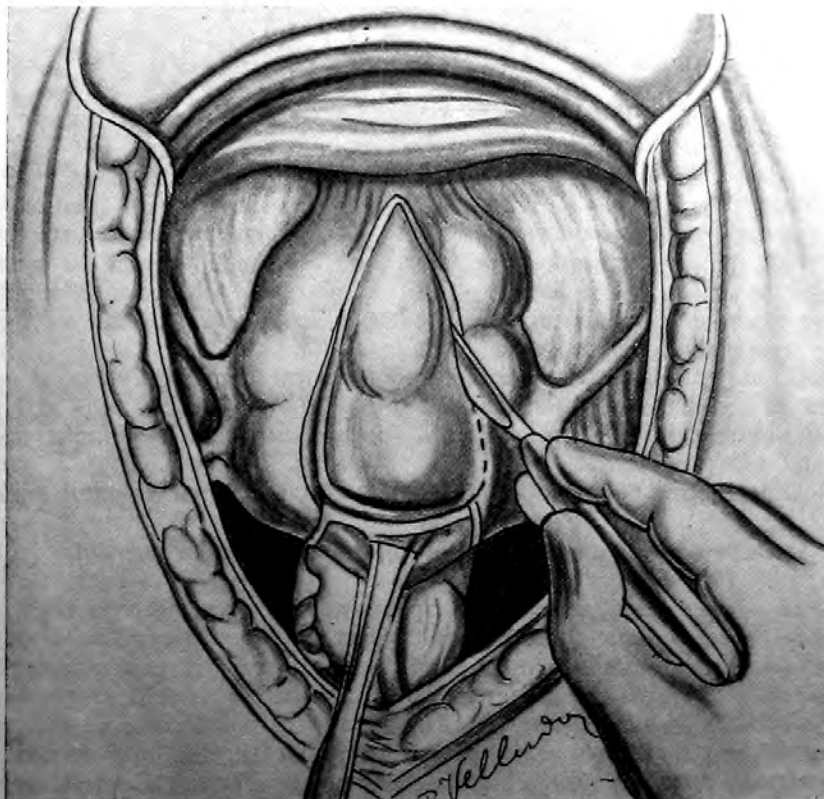


Fig. 264. — Miometrectomia sagitală procedeu Aburel. Linia de incizie pe peretele anterior.

Peritonizarea se perfectează apoi aducînd uterul în anteversie i acoperindu-l cît mai mult pîn la fund cu peritoneul vezical sau cu epiploon nepediculizat (fig. 272). Se preleveaz un fragment din epiploon de form dreptunghiular , lung de 10 cm i lat de 3 cm, cu care se acoper suturile de pe uter. Fragmentul se fixeaz la uter cu cîteva puncte de catgut.

- Abdomenul se închide f r drenaj.

Evolu ie postoperatorie, tratament i rezultate. Se administreaz antibiotice parenteral timp de 5—6 zile. Mobilizare activ dup 48 ore. Pung cu ghea pe abdomen în primele 48 ore este util . Uterul se men ine mare i dureros în primele 10 zile de la

opera ie din cauza infiltra iei sero-hematice la nivelul suturilor. Uterul î i recap t forma normal i mobilizarea nedureroas dupa I - luni. Uterul î i p streaz toate func iile inclusiv de gesta ie. Sarcinile evolueaz f r accidente de ruptur i na terea se efectueaz prin opera ie cezarian . Recidivele sînt posibile ca i dup miomectomie.



Fig. 265. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Enuclearea nodulilor fibromatoși din grosimea tranșei de secțiune.



Fig. 266. — Miometrectomia sagitală procedeul Aburel. Modul cum se controlează prin palpare pereții uterului.



Fig. 267. — *Miometrectomia sagitală procedeul Aburel*. Modul cum se face excizia conică în grosimea miometrului.

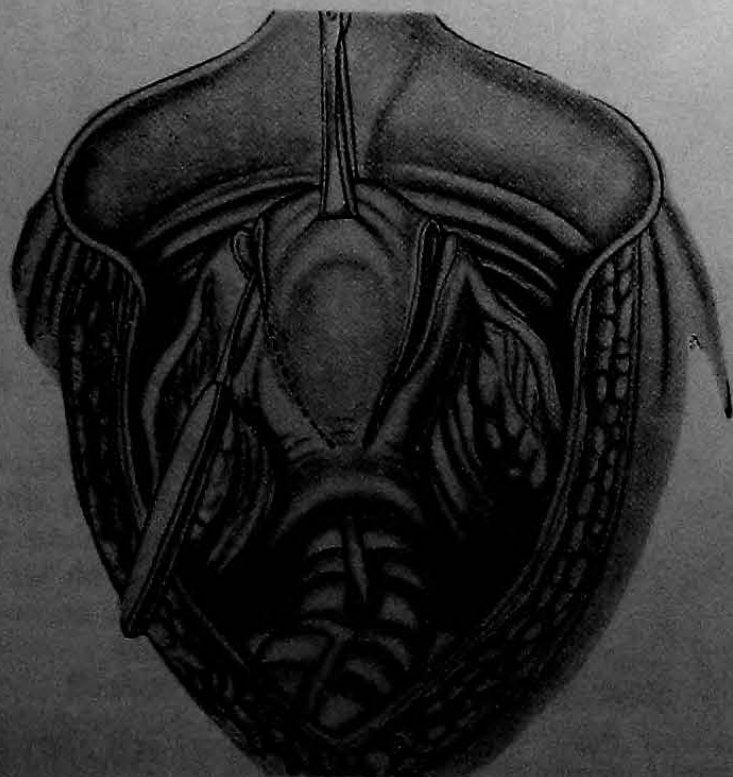


Fig. 268. — *Miometrectomia sagitală procedeul Aburel*. Incizia pe pãretele posterior.

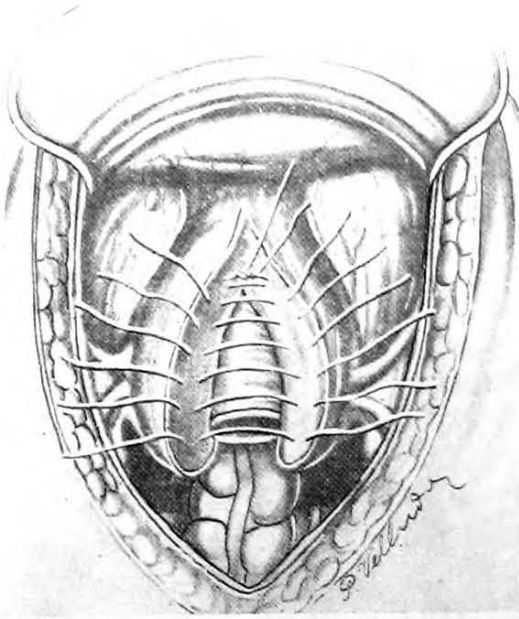


Fig. 269. — *Miometrectomia sagitală procedul Aburel*. Sutura miometrului.

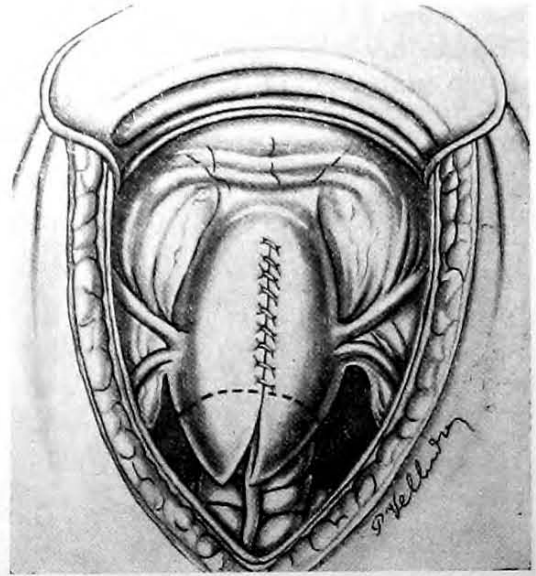


Fig. 270. — *Miometrectomia sagitală Aburel*. Linia de excizie la nivelul fundului.

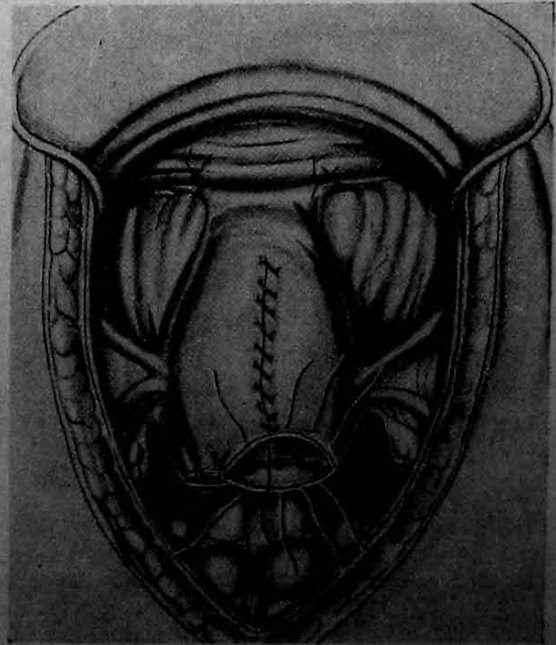


Fig. 271. — *Miometrectomia sagitală procedul Aburel*. Surjet sero-muscular la peretele anterior și fire separate la nivelul fundului.

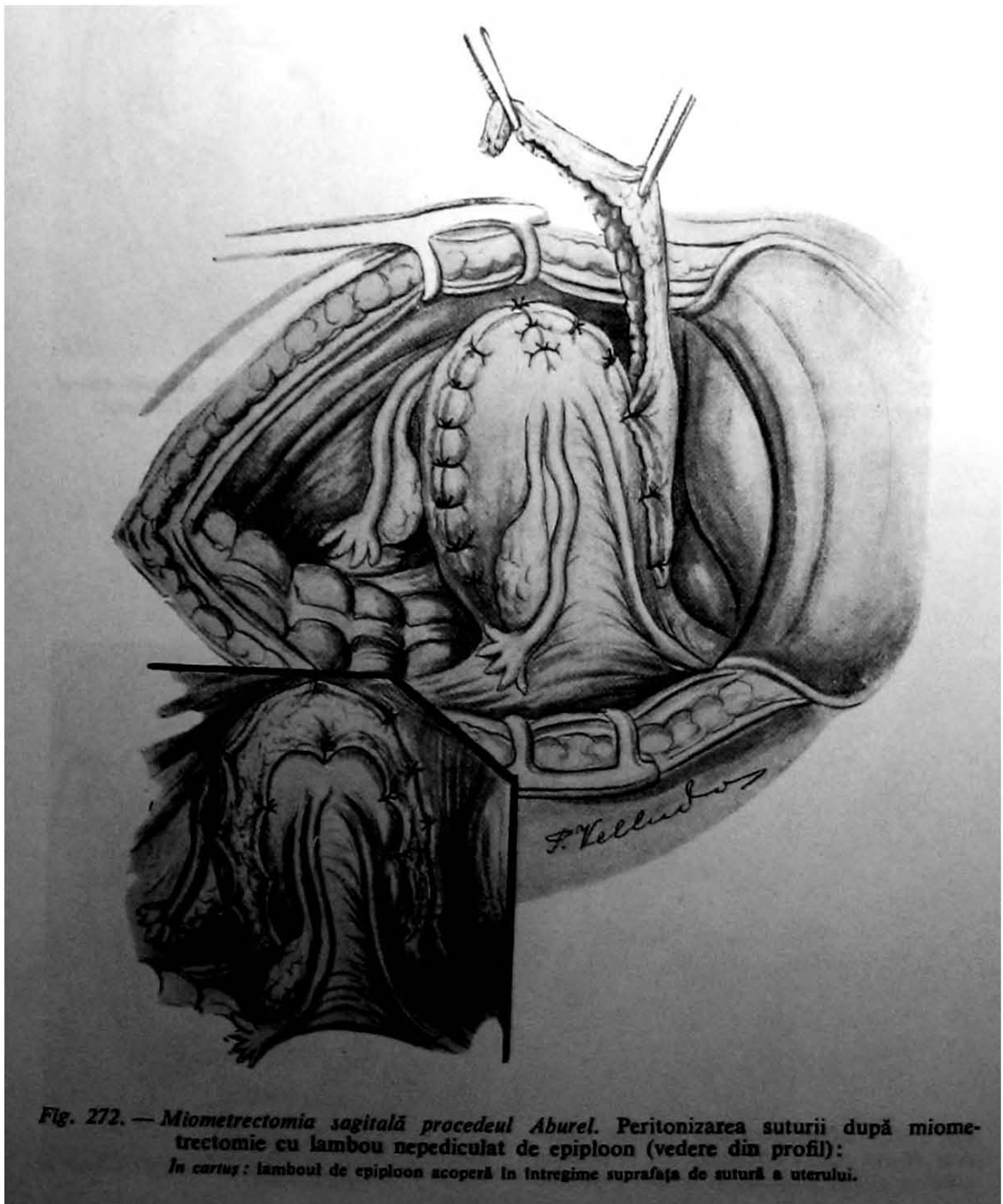


Fig. 272. — *Miometrectomia sagitală procedeu Aburel. Peritonizarea suturii după miometrectomie cu lambou nepediculat de epiploon (vedere din profil):*
În cartuş: lamboul de epiploon acoperă în întregime suprafața de sutură a uterului.

CURA INVERSIUNII UTERINE

Inversiunea uterină este o complicație a perioadei de delivrență, excepțională ca frecvență, dificilă ca tratament și gravă ca evoluție.



Fig. 273. — Inversiunea uterină de gradul II.

Termenul de «inversiune» este cuprins într-o explicație suplimentară. Este vorba de invaginarea fundului uterin în deget de mână, suprafața externă a organului devenind internă și cea internă devenind externă.

Inversiunea uterină este o urgență obstetricală fiindcă :

- se instalează brusc, de obicei după manevrele de extragere a placentei;
- determină hemoragii importante și șoc;
- se reduce adeseori cu greutate; — se încarcerează producând infecții locale prin sfacelare.

Forme anatomo-clinice: acute, sub-acute și cronice.

- *Inversiune de gradul I:* —fundul uterului este înfundat în cavitate. Compararea este cu a unui fund de sticlă.
- *Inversiune de gradul II:* — fundul I uterului depășește inelul cervical și umple vaginul (fig. 273).
- *Inversiune de gradul III:* — uterul se află în afara vulvei (inversiune completă).
- *Inversiune de gradul IV:* — uterul în afara vulvei cu prolabarea pereților vaginului.

Formele acute, subacute sau cronice se stabilesc în raport cu timpul scurs de la apariția inversiunii: acute în primele 48 de ore, subacute în prima lună și cronice după o lună.

Tratamentul se face în raport cu forma clinică.

În inversiunea uterină acută se încearcă reducerea inversiunii prin manevre digitale sub anestezie generală. În inversiunea de gradul I și II, prin taxis central, cu degetele aplicate sub formă de con și mișcări încete și blânde, se reduce cu ușurință tumoarea. În inversiunea de gradul III, taxisul periferic este mai indicat, ajutând gesturile digitale cu câteva pense Museux aplicate pe inelul cervical.

Dacă manevra de reducere a reușit, se tamponază cavitatea uterină și vaginul cu meșe și se instalează perfuzie cu sânge pentru combaterea anemiei. Se administrează ergomet, intramuscular. Meșele se scot după 24 de ore, perioadă în care se administrează penicilină parenteral.

Dacă femeia este în șoc se procedează la deșocare (transfuzie cu sânge, poziție Trendelenburg, mialgin) după care se încearcă reducerea inversiunii.

În inversiunea uterină subacută, dacă diagnosticul este pus în primele zile, înainte ca să apară infecția locală, se încearcă taxisul digital sub anestezie peridurală sau rahianestezie. Reușita depinde de gradul constricției inelului cervical. Pentru învingerea acestei constricții se recurge la anestezia peridurală și uneori la mici incizii pe inelul cervical. Dacă manevra digitală nu reușește (inversiune ireductibilă), nu se trece la operație chirurgicală conservatoare în această perioadă, în afară de cazurile la care extinderea necrozei locale indică ablația uterului pe cale vaginală (histerectomie). Se continuă tratamentul medical (transfuzii cu sânge, fier, vitamine, antibiotice, spălături locale antiseptice), în vederea operației chirurgicale, care urmează să se facă după cel puțin 6 săptămâni de la apariția inversiunii.

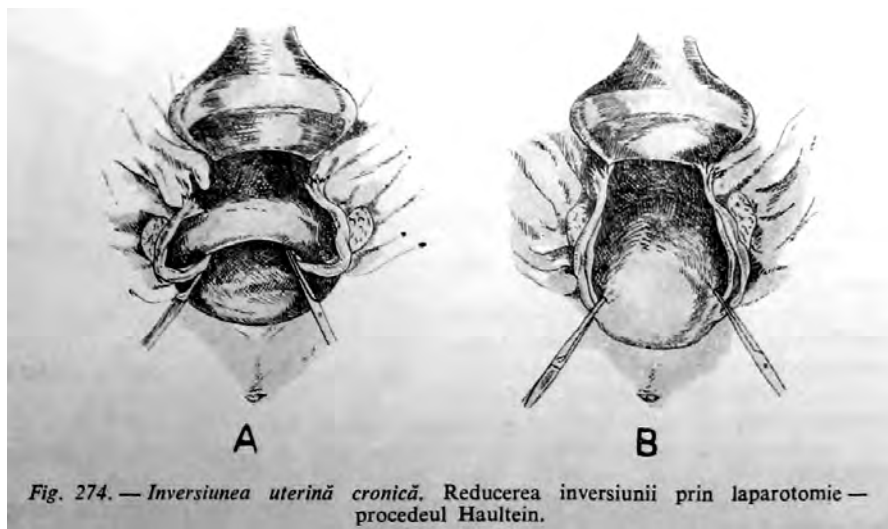


Fig. 274. — Inversiunea uterină cronică. Reducerea inversiunii prin laparotomie — procedeeul Haultein.

în inversiunea uterină cronică, după 6 săptămâni de la instalare, se intervine chirurgical.

Tratamentul chirurgical este de două feluri: radical și conservator.

Tratamentul radical constă din histerectomie.

Tratamentul conservator — indicat la femeile tinere și fără leziuni necrotice asociate — constă din reducerea operatorie a inversiunii care se poate face fie pe cale abdominală, fie pe cale vaginală.

Calea abdominală. Operația Haultein. Timpul operației se succedă astfel: laparotomie; poziție Trendelenburg; se controlează digital inversiunea (ca fundul unei sticle); se încearcă reducerea inversiunii — procedeeul Cutington — aplicând pense pe locul de inserție al anexelor, în timp ce un ajutor împinge tumoarea prin vagin (fig. 274 A și B); dacă nu se reușește prin aceste manevre nesângerânde, se face o incizie mediană pe peretele posterior al uterului, care suprimă constricția și reducerea, împingând uterul prin vagin; se suturează peretele posterior al uterului; se închide abdomenul fără drenaj sub protecție de antibiotice. Se poate face și histerotomie anterioară — procedeeul Oejeor-care necesită decolarea vezicii.

Calea vaginală. Se recurge fie la colpo-histerotomie anterioară, fie la colpo-histerotomie posterioară.

— Colpo-histerotomia anterioară — operația Spinelli — se execută astfel: colpoceliotomie anterioară (vezi pag. 71); se prinde cu indexul în pînă formată de uterul inversat și cu bisturiul se incizează peretele anterior al uterului de la col până la fund (fig. 275); se reduce inversiunea cu manevre digitale (policele de la ambele mâini apăsate pe peretele posterior, în timp ce cu indexul se îndepărtează buzele inciziei spre în afară); se suturează peretele uterin în două straturi cu fire separate de catgut (fig. 276); se reintegrează uterul în pelvis; se suturează colul și peretele vaginal.

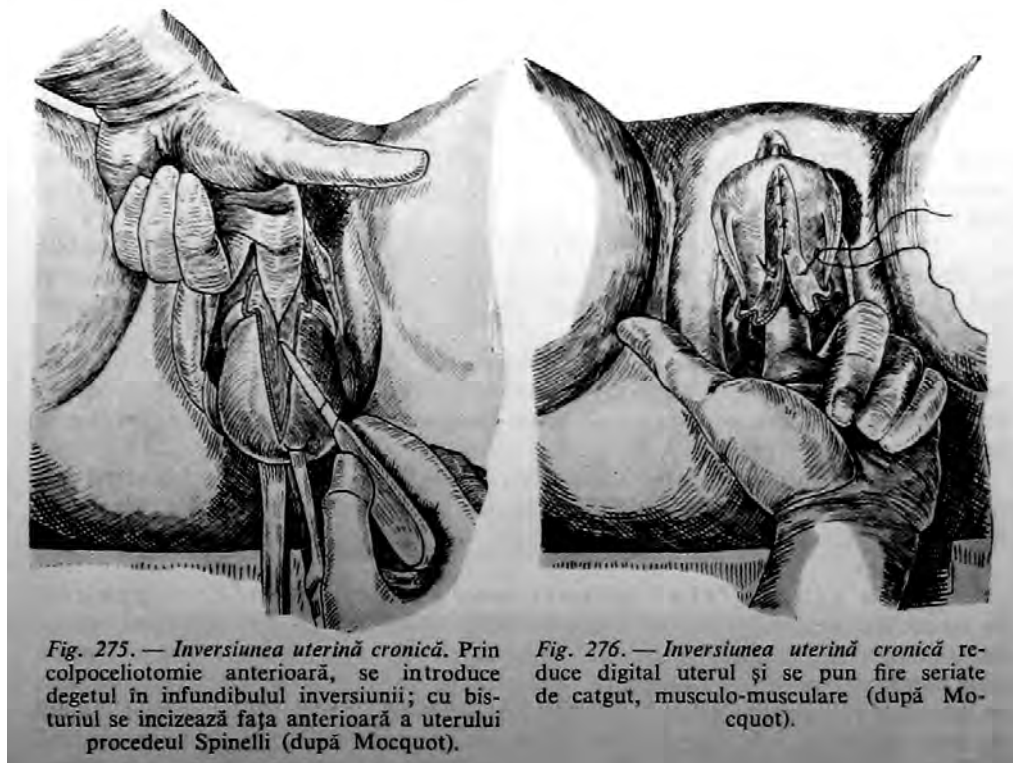


Fig. 275. — Inversiunea uterină cronică. Prin colpoceliotomie anterioară, se introduce degetul în infundibulul inversiunii; cu bisturiul se incizează fața anterioară a uterului procedeeul Spinelli (după Mocquot).

Fig. 276. — Inversiunea uterină cronică reduce digital uterul și se pun fire seriate de catgut, musculo-musculare (după Mocquot).

— Colpo-histerotomia posterioară — operația Kiistner — se face astfel: se incizează transversal fundul de sac vaginal posterior și se deschide Douglasul ca în colpoceliotomia posterioară (vezi pag. 76); se introduce indexul în infundibulul creat de uterul inversat și pe deget se incizează cu bisturiul, pe linia mediană, peretele posterior al uterului până la fund; se reduce inversiunea; se suturează peretele uterului în două straturi; se introduce uterul în pelvis, se închide Douglasul; se suturează vaginul.

Ambele procedee se execută sub anestezie peridurală sau rahianestezie.

În ambele procedee, la sfârșitul operației se lasă o mână îmbibată cu penicilină în cavitatea uterină și se tamponează fundul de sac vaginal posterior cu comprese, pentru a împiedica fixarea uterului în retro poziție. Măna se suprimă după 24 de ore.

Reușita intervențiilor chirurgicale depinde de felul cum a fost condus tratamentul medical preoperator, antianemic și antiinfecțios.

e) CURA SINECHIILOR UTERINE

Definiție. Sub acest nume se înțeleg procesele cicatriceale numite și aderențe apărute după traumatisme, infecții sau agresiuni chimice, care oblitesc, parțial sau total, cavitatea uterină, inclusiv canalul cervical.

Termeni: sinechie, respectiv procese aderențiale limitate, obstructive sau nu; simfiză, respectiv procese aderențiale întinse care duc la lipirea pereților uterului între ei, cu obstrucția cavității.

Clasificare. Frecvența cea mai mare este dată de sinechiile situate în cavitatea uterină (70%) urmate de sinechiile cervico-istmice (15%), sinechiile cervico-istmice asociate cu sinechiile ale cavității uterine (10%) și sinechii totale —simfiză uterină (5%).

Principii eficiente. Tratamentul chirurgical se bazează pe două principii: să desfacă aderențele și să împiedice refacerea lor. Astfel se reconstituie endometrul funcțional și traiectul de scurgere a sîngelui, ameliorînd funcția menstruală și uneori și pe cea de reproducere.

Indicații: în amenoree și hipomenoree întovărite de sterilitate, infertilitate și tulburări de climacterium. Cazurile cu sinechie uterină se selecționează prin explorare cervico-istmică cu histerometrul, prin histerosalpingografie și prin histeroscopie (fig. 277 A și B).

Anestezie: generală, intravenoasă, cu barbiturice, în cura sinechiilor pe cale vaginală; generală prin intubație în tratamentul simfizelor uterine pe cale abdomino-vaginală.

Tehnica.

Cura sinechiilor cervico-uterine pe cale vaginală. În sinechiile cervico-istmice se procedează la cateterism cu histerometrul, urmat de dilatarea moderată a canalului cervical cu dilatare mecanică și lăsarea unei laminării pentru 12—24 ore. Bolnava se așază în poziție ginecologică; se introduc valvele vaginale și se antisepticizează colul și vaginul cu soluție diluată de iod; se apucă buza anterioară a colului cu pensa de col; cu histerometrul Valleix (fig. 278) se explorează canalul cervical, cu gesturi blînde, dar ferme, cîuțînd progresiv să trecem peste pragurile existente și să învingem rezistența creată de obstrucția fibroasă de la nivelul istmului; se citește pe histerometru parcursul realizat; se introduc progresiv dilatare metalice Hegar, de la Nr. 3 la Nr. 8; acestea dilată canalul cervical și în drumul lor unifică traiectul prin ruperea aderențelor existente atît în canalul cervical, cît și deasupra acestuia; cu pensa vaginală se introduce o laminarie de 3—4 mm grosime, al cărei capăt marcat cu fir rîmîne în afara colului pe o lungime de 1—2 cm; se lasă o compresă sterilă sub capătul laminariei, în fundul de sac vaginal posterior; laminaria se scoate după 12—24 ore, apucînd cu pensa vaginală de capătul vizibil la nivelul colului. Externarea bolnavei se face după 2—3 zile, dacă este afebrilă și se așteaptă reluarea ciclurilor menstruale.

În cazurile cu hematometrie, după depirea obstrucției cu histerometrul și după scoaterea fiecărui dilator metalic se scurge din cavitatea uterină sînge vechi, negricios, siropos.

— **Incidente:** perforația uterului în timpul cateterismului cervico-uterin cu histerometrul, fie din cauza tonicității scăzute a pereților uterului, fie că se creează o cale falsă. Acest gen de perforații nu sînt susceptibile de urmări grave și nu necesită laparotomie imediată, sub rezerva urmării bolnavei în spital, timp de 24—48 ore. Alt incident poate surveni la scoaterea laminariei: aceasta nu se lasă extrasă fiind strangulată de orificiul intern al canalului cervical (laminaria ia forma de ceasornic de nisip), sau se rupe în momentul extragerii, capătul superior rămînd sechestrat în cavitatea uterină. În prima eventualitate se apucă laminaria cu o pensă rigidă — de preferință pensa Kocher — și se extrage printr-o mîni care concomitent de tracțiune și de răsucire pe loc. În a doua eventualitate se împinge capătul sechestrat în cavitatea uterină și se completează dilatarea orificiului intern cu dilatare Hegar, după care, cu pensa sau cu cureta se extrage, uneori în fragmente. Dacă nu se reușește prin aceste manevre instrumentale se recurge la cervicotomie mediană (vezi pag. 232).



Fig. 277 A, B. — Sinechie uterină :
 A — Sinechie cervico-uterină. Imagine histerografică după introducere de lipiodol 40% (Colectia Spitalului Clinic « Giulesti »). B — Sinechie uterină

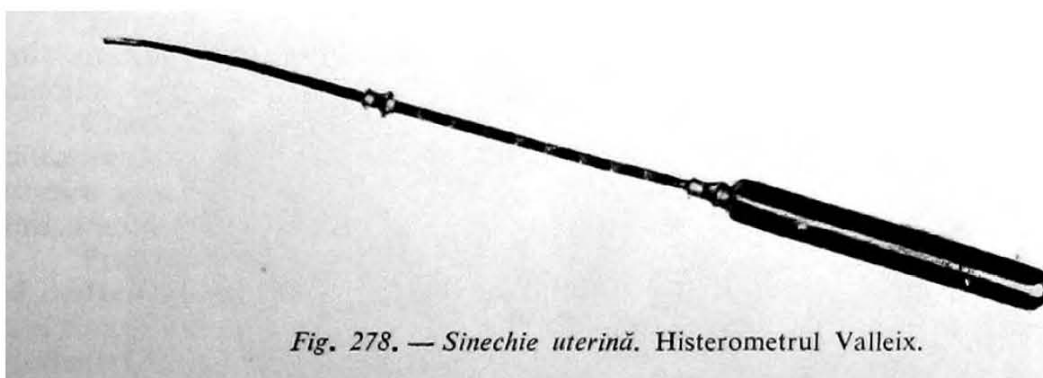


Fig. 278. — Sinechie uterină. Histerometrul Valleix.

Cura sinechiilor cavității uterine. Se procedează în același mod ca mai sus; aderențele friabile se desfac pe măsură ce introducem dilatoarele Hegar; de cele mai multe ori, în sinechiile nu prea vechi, simpla introducere a dilatoarelor metalice

reunifică cavitatea uterului; în sinechiile vechi, bridele fibroase se secionează cu pensa de biopsie Douay (fig. 279) sau cu tenotomul Servelle, orientându-ne după imaginea histerografică sau prin histeroscopie; pentru a se menține pereții uterului îndepărtați se lasă în cavitate fie o sondă Pezzer mică, fie un balon umplut cu apă (fig. 280), fie un sterilet Lipps (fig. 281), fie o simplă ansă din polietilenă, care se confecționează ad-hoc (Crîngu). Sonda Pezzer sau balonul se lasă pe loc 7—10 zile, timp în care se administrează antibiotice pentru a se evita infecțiile, întotdeauna posibilă după aceste intervenții și estrogeni, pentru a forța creșterea endometriului. Steriletul se lasă 2—3 cicluri

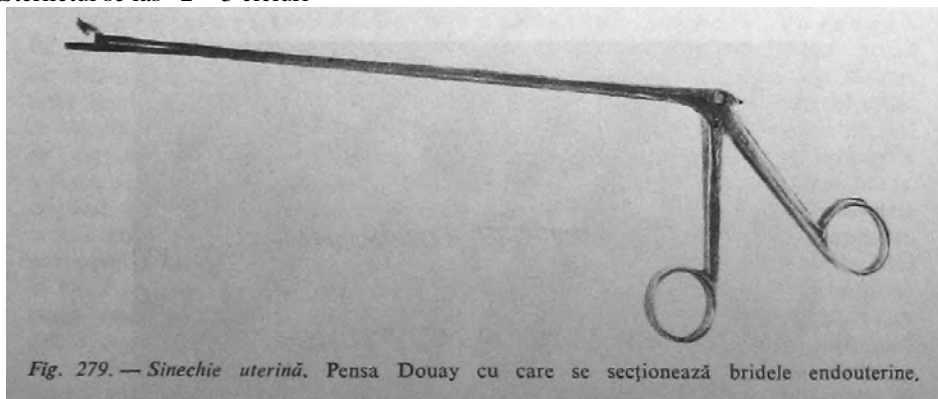


Fig. 279. — Sinechie uterină. Pensa Douay cu care se secționează bridele endouterine.

menstruale. Situația exactă a steriletului în uter se verifică imediat după introducerea, prin radiografie simplă (fig. 282). Cele mai bune rezultate se obțin cu steriletul Lipps-Loop, dimensiunea C.



Fig. 280. — Sinechii uterine. Balonet special care se introduce în cavitatea uterină și se destinde cu apă după desfacerea chirurgicală a aderențelor.

— *Incidente:* perforația accidentală a uterului fie cu histerometrul, fie cu dilatoarele metalice, fie cu pensa Douay. În această situație se renunță la introducerea steriletului și se începe bolnava sub observație, 1—2 zile, cu punge cu gheață și fără antibiotice. Perforația se poate produce și la introducerea steriletului, de aceea este obligatoriu controlul radiografic, imediat. Steriletul se scoate dacă nu este corect spiralat în cavitatea uterină.

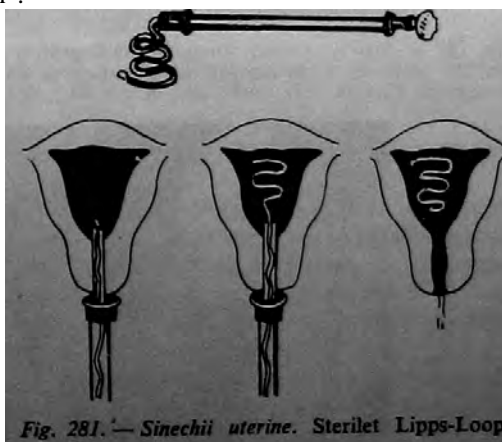


Fig. 281. — Sinechii uterine. Sterilet Lipps-Loop.

Cura sinechiilor uterine prin operații abdominale sau abdomino-vaginale. Aceste operații sunt indicate în sinechiile totale (fig. 283), respectiv în simfizele uterine, mai vechi de un an și la care încercările de cateterism pe cale vaginală au rămas infructuoase.

Posibilitățile operatorii sunt numeroase, de la procedeul abdomino-vaginal al Musset, sau numai abdominal — Ashermann, până la transplantarea trompei în uter după tehnicile Strassmann, Musset, Mi-halkievicz, Matthaie, sau până la homotransplantele de endometru¹³ (Serdukoff, Siebke, Kratz).

Procedeul abdomino-vaginal Musset. Acest procedeu constă în desfacerea peretelui cavității uterine cu un dilatator metalic, cu sau fără incizie pe peretele uterin (foraj).

¹³ Ashermann nu acordă nici o încredere transplantului de trompă sau grefelor de endometru și consideră că celeași bune rezultate se pot obține numai prin simpla deschidere chirurgicală a cavității uterine și secționarea aderențelor.

Prima variant sau procedeul Musset I: după laparotomie Pfannenstiel (minilaparotomie), operatorul fixează corpul uterin în podul palmei stângi, iar cu mâna dreaptă introduce dilatatorul metalic pe cale vaginal, desfășurând când aderențele. Pentru aceasta este necesar ca poziția bolnavei pe masa de operație să fie cu picioarele fixate pe suportul mesei, coapsele în uoară flexiune și abducție în câmpurile sterile aplicate de a doua manieră încât să permit operatorului, plasat de data aceasta, în partea dreaptă a mesei de operație, executarea manevrei pe cale vaginală, cu mâna dreaptă. După executarea manevrei vaginale se schimbă mână. Această manevră combinată, conferă procedeului numit și de forare a cavității uterine, siguranță și precizie, evitând perforațiile. Se închide peretele abdominal și la sfârșitul operației se introduce în cavitatea uterină steriletul Lipps-Loop, pe cale vaginală (fig. 284).

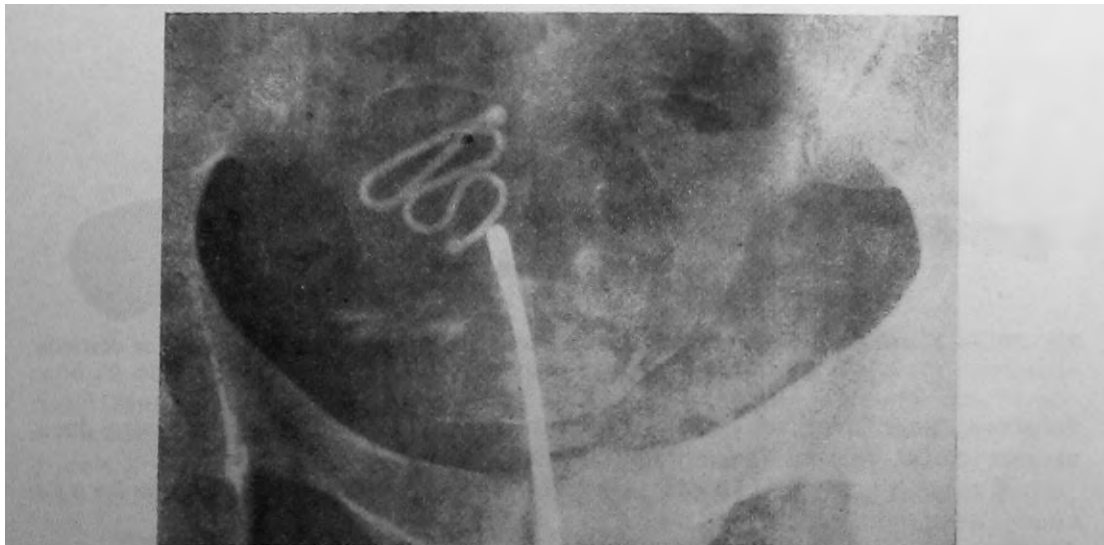


Fig. 282. — Sinechii uterine. Imaginea radiografică a steriletului Lipps-Loop introdus în cavitatea uterină după desfacerea chirurgicală a aderențelor.



Fig. 283. — Sinechii uterine. Sinechie uterină totală. Cavitatea uterină «în deget de mână».

A doua variantă sau procedeul Musset II: se realizează forarea cavității uterine ca în procedeul Musset I; se face o incizie transversală la nivelul fundului, locul inciziei fiind indicat de capătul dilatatorului metalic lăsat în uter, după forare; se deschide cavitatea uterină și aderențele se secționează cu foarfecele; se lasă în cavitate un tub de dren exteriorizat la col, după care se suturează miometrul cu catgut.

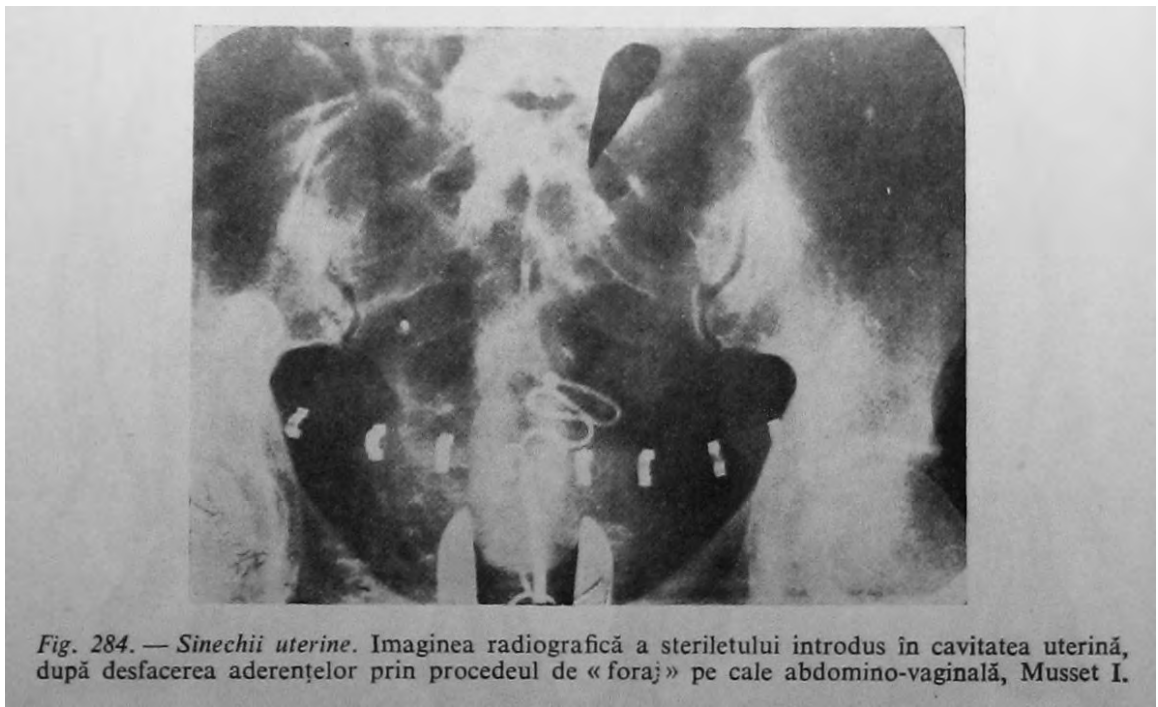


Fig. 284. — Sinechii uterine. Imaginea radiografică a steriletului introdus în cavitatea uterină, după desfacerea aderențelor prin procedeul de «fora;» pe cale abdomino-vaginală, Musset I.

Procedeul Ashermann. Acest procedeu se realizează numai pe cale abdominală. Prin laparotomie se face o incizie curbă pe peretele anterior al uterului, între ligamentele rotunde; se deschide cavitatea uterină și aderențele se desfac cu vârful indexului; se lasă un tub de dren, exteriorizat la col, pentru 3 zile; se reface uterul în două planuri; se peritonizează cu vezica sau cu ligamentele rotunde după care se închide peretele abdominal.

Procedeul Strassmann: se face o incizie transversală la nivelul fundului și o altă incizie mediană, pe fața anterioară, care merge în jos până la istm și în sus se oprește la 1,5 cm sub incizia transversală (fig. 285); se face un tunel dinspre canalul cervical până la incizia de pe fund; prin acest tunel se aduce de sus în jos, una din trompe, secționată la nivelul cornului și al cărui capăt proximal se fixează la orificiul cervical; 2/3 din trompa transplantată ocupă cavitatea uterină nou-formată, iar 1/3 din partea distală rămâne în afara uterului, atașată la mezosalpinxul respectiv care îi asigură nutriția și inervația (fig. 286). Autorul procedurii execută această operație pe cale vaginală.

Procedeul Musset în două etape: se face uterul ca în procedeul Musset I, descris mai sus; se prepară o trompă ca în procedeul de implantare tubo-uterină și se extirpă cuneiform porțiunea interstițială (fig. 287); prin acest tunel se angajează o pensă curbă lungă, cu care operatorul echipei vaginale apucă firele fixate pe urechiile trompei (fig. 287-cartu) și le trage cu blândețe, aducând trompa în cavitatea uterină; firele se fixează la buzele colului (fig. 287-cartu).



Fig. 285. — Sinechii uterine. Procedeul Strassmann de transplantare a trompei în uter (pe cale vaginală). Prepararea trompei și inciziile pe uter.

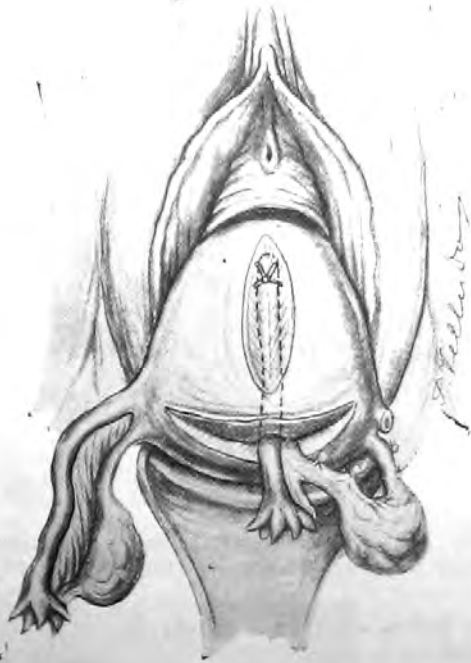


Fig. 286. — Sinechii uterine. Procedeul Strassmann de transplantare a trompei în uter (pe cale vaginală). Introducerea trompei în cavitatea nou creată.

Procedeul Mihalkievicz facilitează manevra de transplantare a trompei, secționând peretele anterior al uterului de la corn până la istm (fig. 288). Prin acest procedeu se preia o mare parte din mezoul trompei care asigură vascularizarea porțiunii transplantate.

Procedeul Matthaie: acesta constă din rezecarea unei porțiuni de trompă (3—4 cm), pe care o despică în lungime, o introduce și o lasă liber în cavitatea uterină nou-formată chirurgical.

În general, tratamentul se începe cu micile intervenții pe cale vaginală și se așteaptă rezultatul lor, înainte de a se încerca o intervenție singură pe cale abdominală. Procedeul vaginal cel mai mult folosit este cateterismul cervico-uterin cu histerometrul urmat de dilatarea canalului cervical cu bujii **Hegar**, în sinechiile cervico-istmice, și același procedeu, urmat de introducerea unui sterilet Lipps, în sinechiile cavității uterine.

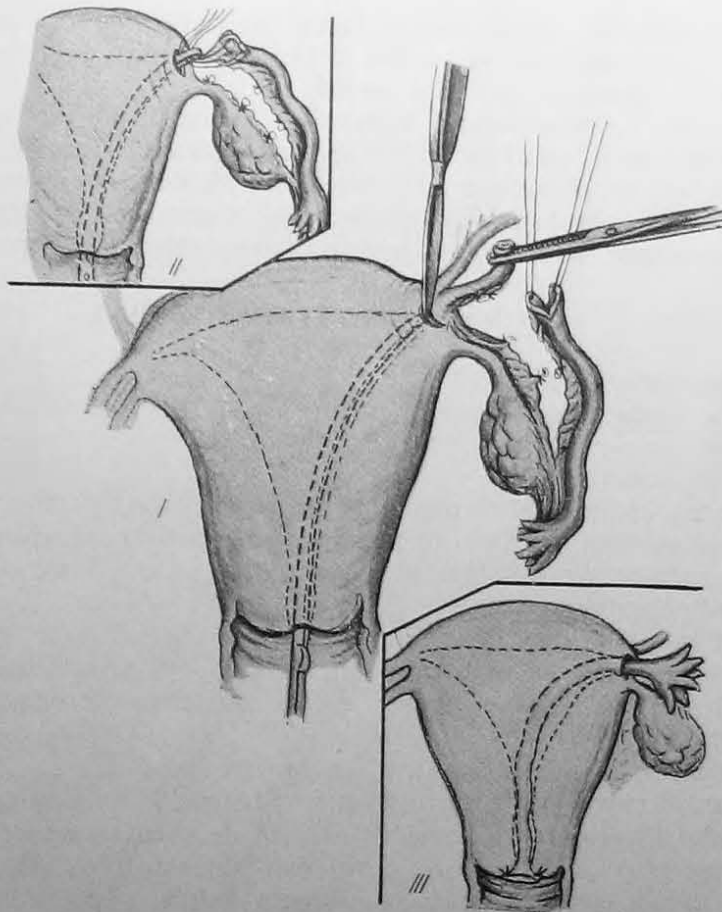


Fig. 287. — *Sinechii uterine.* Transplantarea trompei în uter după procedeul Musset: I — prepararea trompei și tunelizarea corpului uterin prin excizia porțiunii interstițiale a acesteia. II — felul cum se aduce trompa în uter; III — operația terminată.

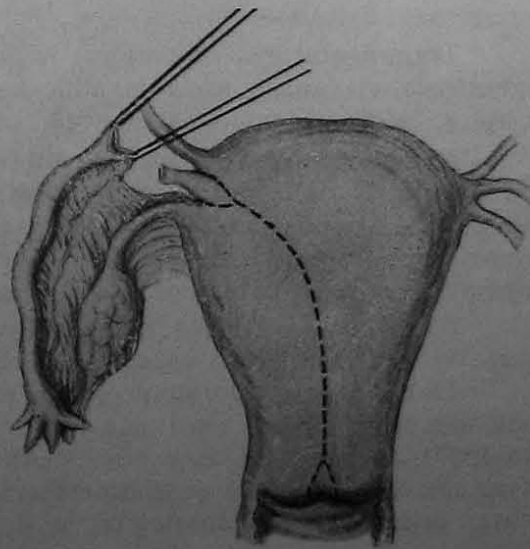


Fig. 288. — *Sinechii uterine.* Transplantarea trompei în uter, după procedeul Mihalkievicz; linia de incizie pe peretele anterior al uterului. Mezosalpinxul este păstrat în întregime.

Perspectivile în tratamentul sinechiilor cavității uterine apar în histeroscopia. Acest metod nou de endoscopie este posibil datorită histeroscopului fabricat de Storz. Se introduce CO₂ sau Dextran pentru expansiunea cavității uterine și sub imaginea dată de histeroscop se secționează bridele și punțile de esut fibros constatate, după care se lasă în cavitate steriletul Lipps.

CURA FISTULELOR UTERINE

Clasificare anatomo-clinic :

- fistule utero-abdominale;
- fistule utero-intestinale;
- fistule utero-vezicale.

Fistula utero-abdominal se poate întâlni după operațiile ginecologice conservatoare și după cezariene. Drenajul postoperator, desfacerea suturilor de pe uter și supurațiile consecutive pot lăsa un traiect comunicant, între cavitatea uterină și peretele abdominal.

Diagnosticul clinic este simplu: hemoragie ciclică prin orificiul cutanat al fistulei. Traiectul fistulei se poate pune în evidență prin fistulografie descendentă sau prin histerosalpingografie; acesta poate fi uteroparietal sau utero-salpingoparietal.

Vindecarea spontană a acestor fistule este posibilă.

Tratamentul chirurgical este indicat în formele cronice și constă din extirparea traiectului fistulos (cura fistulei), urmat de suturarea uterului după excizia largă a esutului cicatricial din jurul orificiului fistulos. Tactica operatorie variază de la caz la caz în raport cu etiologia fistulei și cu indicațiile furnizate de fistulografie.

Fistula utero-intestinală poate urma perforațiilor uterine, cu lezarea intestinului în timpul curetajului abortiv, sau proceselor supurative după operație cezariană, fistulizate în intestin.

Tratamentul este chirurgical și posibil să fie și conservator: rezecția ansei intestinale cu anastomoză termino-terminală urmată de extirparea traiectului fistulos, până în cavitatea uterină, cu suturarea miometrului.

Fistula utero-vezicală este una din formele clinice ale istmopatiilor complicate. Se instalează după traumatisme obstetricale (aplicarea de forceps cu rupturi ale colului), după operația cezariană segmentară, în special după operațiile cezariene iterative, după avorturi provocate (prin dilatarea foratului colului) și după operații ginecologice (amputații ale colului).

Frecvența acestor fistule este foarte mică. Musset, în 1950, publică 2 cazuri; Azis, în 1965, publică 4 cazuri și Hache în 1966, publică 6 cazuri.

După Hache, simptomtologia principală o constituie hematuria clinică sau microscopică în timpul menstruației (menuria — sindrom descris de Youssef, în 1957). Laffont și Ezes explică mecanismul continenței vezicale prin formarea esutului de granulație și a hiperplaziei mucoasei, cu rol de valvulă. Youssef, care, prin cercetări radiologice, a demonstrat funcția sfincteriană a istmului uterin, explică hematuria menstruală ca urmare a acțiunii acestui sfincter. Acesta explică de asemenea că este valabil numai pentru cazurile la care fistula se găsește situată deasupra sfincterului istmic (fig. 289).

Diagnosticul diferențial la aceste cazuri este încontinența urinară și numai cu hematurie în timpul menstruației se face cu endometrioza vezicală. Menuria cu incontinență urinară se asociază cu infecții urinare repetate. Urina se elimină în cantități variabile prin vagin, fiind însoțită ciclic de hematurie microscopică (semn patognomonic). Diagnosticul se face prin anamneză (antecedente obstetricale), cistoscopie, cistografie și proba cu albastru de metilen.

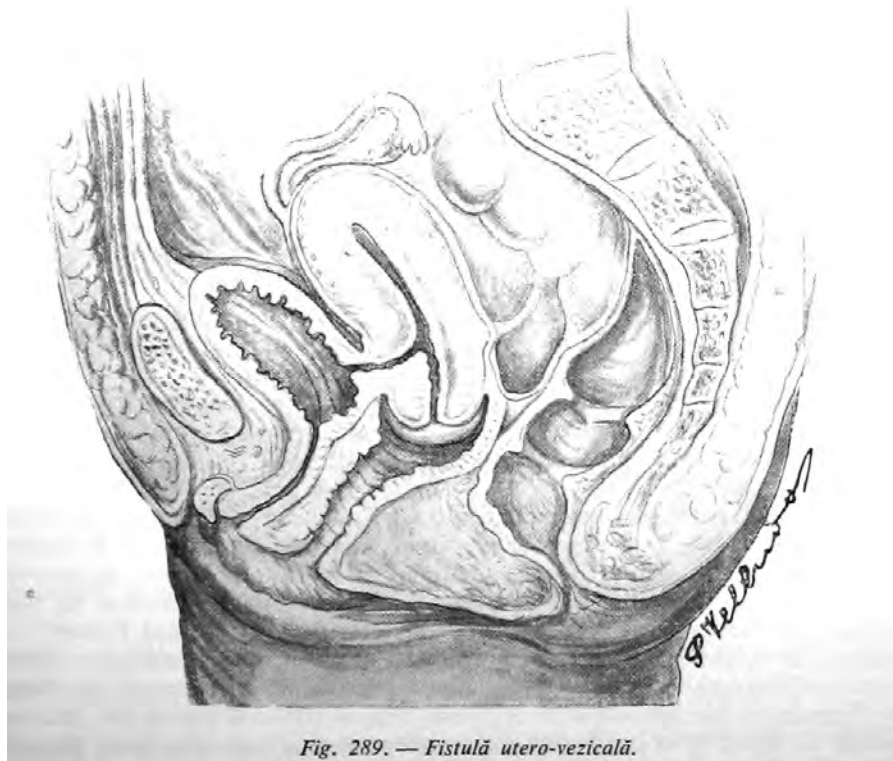


Fig. 289. — *Fistulă utero-vezicală.*

Tratamentul este numai chirurgical, vindecarea spontană fiind rară. Operația se face numai după 6 luni de la naștere pentru ca involuțiunile organelor genitale să fie complete și traiectul fistulos organizat.

Tactica operatorie se fixează în urma investigațiilor clinice și urologice prealabile.

Operația se face pe cale abdominală și constă din separarea uterului de vezică, îndepărtarea esutului cicatricial și suturarea atentă a pereților fiecărui organ.

Vezi ca urinar se dreneaz cu sond Foley timp de 10—14 zile dup opera ie, perioad în care se administreaz antibiotice cu spectru larg.

g) IMPLANTAREA OVARULUI ÎN UTER

(vezi pag. 119)

h) CHIRURGIA ISTMULUI

Patologia istmului constituie un capitol nou în ginecologie, cunoscut sub numele de «istmopatii» (Andreoli).

Formele clinice. Pot fi grupate în dou categorii:

— istmopatii simple (limitate la istm);

— istmopatii complicate (intereseaz esuturile i organele vecine).

Istmopatiile simple. Anatomic sînt: hipertrofii sau hipotrofii musculare.

Etiopatogenic sînt: congenitale sau dobîndite.

Fiziopatologic sînt: stenoze (îngust ri) sau bean e (l rgiri).

Istmopatiile congenitale sub forme diferite, de stenoz sau de bean , întov r esc malforma iile congenitale ale uterului. Ele pot fi cauz de sterilitate sau de avorturi repetate.

Vecchietti a descris istmopatia plurichistic , dezvoltat pe baza resturilor epiteliale embrionare mulleriene i a reac iei citogene înconjur toare (canalul istmic este neregulat, pere ii îngro a i de prezen a unor forma iuni chistice cu con inut limpede, c ptu ite cu celule cilindro-cubice).

Istmopatiile dobîndite se întîlnesc dup traumatisme obstetricale (rupturi ale colului), avorturi provocate (dilatarea for at a colului), dup opera ia cezarian segmentar sau dup opera ii ginecologice (histerotomii vaginale, amputa ii ale colului).

Procesul patologic cicatriceal determin stenoz sau bean . Istmopatiile stenozante produc dismenoree i sterilitate, iar cele prin defect de închidere, avorturi. în ambele forme clinice mai pot fi întîlnite: leucoree i metroragii.

Diagnosticul pozitiv se face prin explorarea canalului cervical cu histero- metru, verificarea orificiului intern cu dilatorul Hegar (testul Palmer — dac dilatorul H6gar Nr. 8 trece de la început, aceasta arat insuficien a istmului), histerosalpingografia i testul la trac iune (Traction-test) imaginat de Bergman i Svennerund (se introduce în cavitatea uterin o sond Foley Nr. 16, care se umple cu lichid i se apreciaz rezisten a pe care o opune orificiul cervical intern în momentul cînd se trage sonda în afar). La femeile cu cicatrice dup opera ii cezariene, histerografia poate indica o gam de aspecte patologice (neregu- larit i, dilata ii chistice, ni e — Lepage).

Tratament. în formele stenozante: istmectomie; în formele cu insuficien : istm ora fie i cerclaj.

Istmectomia procedeul Vecchietti: laparotomie Pfannenstiell, decolarea spa iului vezico-uterin; izolarea arterelor uterine cu sec ionarea ramifica iilor cervico-istmice; sec ionarea i extirparea istmului (prima incizie se face în partea dinspre col); se sutureaz cap la cap cele dou suprafe e, primul strat musculo-muscular cu catgut, al doilea strat cu fire nerezorbabile (fig. 290).

Postoperator se administreaz antibiotice. Tubul de dren se scoate dup 8 zile.

Rezultate. Vecchietti public 9 cazuri operate: 2 cazuri cu sterilitate i dismenoree (la unul a g sit istmopatie polichistic congenital i la altul, o hiper- plazie adenomatoas); 2 cazuri cu metroragii dup opera ii cezariene (la ambele cazuri a constatat o hiperplazie a mucoasei, cu scleroz muscular adiacent); 5 cazuri cu avorturi repetate, dintre care 3 cu dismenoree intens i 1 caz cu dis- pareunie, dureri lombosacrate i hipermenoree. La toate aceste 5 cazuri s-au g sit leziuni hiperplazice ale mucoasei, cu sau f r metaplazie pavimentoas , i leziuni ale stromei.

Din cele 5 cazuri cu avorturi repetate, 2 au r mas gravide, au dus sarcina la termen i au n scut prin cezarian profilactic . Simptomatologia func ional (dismenoreea, leucoreea, metroragiile) a disp rut sau s-a ameliorat la toate cazurile operate.

Semnal m experien a dobîndit de Vecchietti, care merit s fie luat în considera ie, dat fiind noutatea acestei orient ri terapeutice.

Istmorafia procedeul Las h. Aceast opera ie cunoscut i sub numele de *tracheloistmorafie*, este indicat în rupturile cicatriceale ale colului prelungite pîn la istm, cu insuficien func ional a orificiului intern.

Tehnic : colpotomie anterioar arciform sau în T r sturnat (Crossen); decolarea vezicii cu sau f r sec ionarea pilierilor vezicali; se expune fa a anterioar a colului i prin palpare se apreciaz zona sub iat ; se poate face fie o simpl plicaturare a esuturilor cervicale (istmorafie) cu fire separate de nylon sub ire, ca în fig. 291, fie se rezec esutul cicatriceal ca în fig. 292 (istmoplastie) i marginile se sutureaz în dou planuri fire separate. Incuainte de a se trece la rezec ie, care se poate face rectangular (Lash) sau în felie de portocal (Palmer), se dilata colul cu dilator metalic Nr. 10.

Procedeul Lashe se poate folosi atît în afara sarcinii cît i în timpul acesteia. Rezultatele ob inute în afara sarcinii nu sînt cele mai bune: se poate instala o nou patologie istmocervical , urmat de sterilitate în 50% din cazuri (Crokors, Wingley).

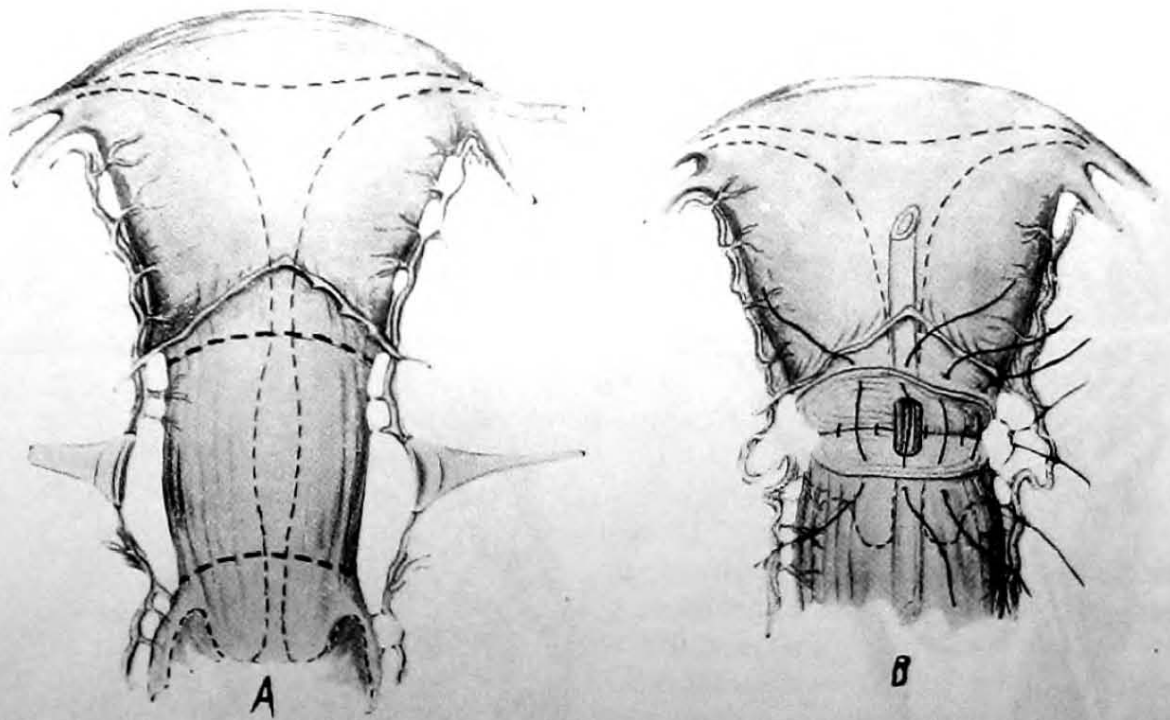


Fig. 290. — Istmectomie, procedeul Vecchietti :

*A — Izolarea arterelor uterine și secționarea ramificațiilor cervico-istmice; liniile de incizie la nivelul istmului.
B — Sutura suprafețelor de secțiune și drenajul utero-cervical.*

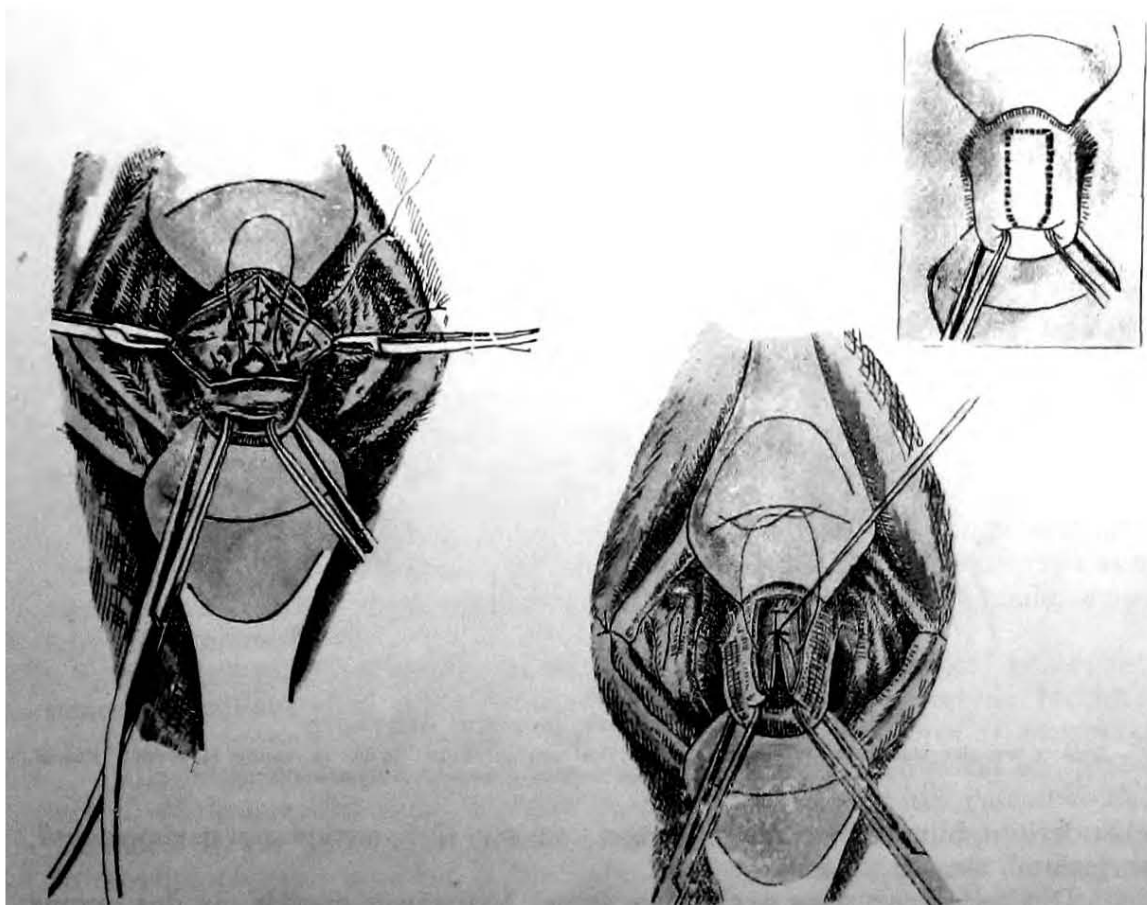


Fig. 291. — Istmorafia — procedeul Lash. Modul cum se face sutura cu fire separate de nylon.

*Fig. 292. — Istmorafia — procedeul Lash. Sutura porțiunii rezecate:
In cartuș : rezecție rectangulară.*

Istmopatiile complicate. Clasificare:
— aderențele istmoperivezicale,
— fistulele istmo-vezicale,

- tumorile de istm,
- sarcina cervicoistmic ,
- adenomatoza colului. Tratamente

Aderen ele istmoperivezicale sînt procese fibroadezive care se formeaz în special dup opera iile cezariene. Tratamente chirurgical const din extirparea prin laparotomie a esutului aderen ial sclerolipomatos interpus între vezic i istm, în eliberarea peretelui vezical i reconstituirea spa iului peritoneal vezico- uterin.

- *Fistulele istmovezicale* (vezi pag. 270).
- *Tumorile de istm* (vezi pag. 284).
- *Sarcina cervical* (vezi pag. 291).
- *Adenomatoza colului* (vezi pag. 293).

i) CONIZA IA

(vezi pag. 465)

j) CERCLAJUL COLULUI

Acest procedeu se folse te în timpul sarcinii pe cale vaginal . Este indicat la femeile cu avorturi mari, repetate (infertilitate), la care diagnosticul de incompeten cervical este cunoscut dinainte (anamnez — avorturi între 18—26 s pt mîni, cu rupere spontan a membranelor i f t viu, — testul Palmer sau testul Bergman i histerosalpinografia) sau se stabile te în cursul sarcinii (anamnez , scurgeri vaginale hidroreice, colul întredeschis cu membranele vizibile la examenul cu valvele).

Condi ii de efectuare. Acestea difer , în raport cu indica iile clinice.

Indica iile cerclajului sînt: profilactice i curative.

Cu indica ie profilactic : sarcin de 14 s pt mîni, f r contrac ii dureroase, f r metroragii, f r infec ii vaginale i echilibrat din punct de vedere hormonal (frotiu citohormonal vaginal, doz ri hormonale).

— Cu indica ie curativ : canal cervical întredeschis — cerclaj « la c ldu » — sau canal cervical larg deschis, cu membranele vizibile—cerclaj «la cald»—f r contrac ii uterine dureroase, f r metroragii, f r pierdere de lichid amniotic, f r scurgeri vaginale infectate i f r febr . Pentru aceste motive, cerclajul «la cald» se execut numai dup observare clinic de 12—24 ore, în care timp se fac investiga iile respective i se administreaz tratamentele corespunz toare. Cazurile operate la « foarte cald » sau « la fierbinte» sînt mai întotdeauna sortite e ecului, din cauza prezen ei contrac iilor uterine dureroase i a infec iei.

Tehnica. Promotorii acestei conduite chirurgicale în tratamentul avortului prin incompeten cervical sînt: Palmer i Lacomme (1948), Lash i Lash (1950), Shirodkar (1955) i McDonald (1957).

Tehnica spitalului clinic « G i u l e t i ». Se folose te o tehnic simplificat , inspirat de tehnica descris de Palmer. Se trece un fir dublu de nylon gros, înc rcat pe un ac curb Reverdin, succesiv pe sub mucoasa cervico-va- ginal , prinzîndu-se i din grosimea colului i se înnoad , l sîndu-se capetele lungi, de 2—3 cm, în vagin. Interven ia se face în sala de opera ie sub anestezie intravenoas cu barbiturice. Este o opera ie de scurt durat (5'), care nu necesit decît cîteva instrumente: valve vaginale, dou pense de col, ac Reverdin curb i un foarfece.

Se expune colul cu valvele i se antiseptizeaz mucoasa vaginului cu alcool I se aplic cele dou pense lungi pe ambele buze ale colului, una paramedian drept, alta paramedian stîng, cu care se obstrueaz orificiul extern i cu care, prin trac iune, se aduce colul spre vulv i se orienteaz în raport cu succesiunea trecerii acului; în timp ce ajutorul expune cît mai larg fundurile de sac prin jocul valvelor vaginale, operatorul îns ileaz colul cu firul de nylon, trecînd acul Reverdin curb pe sub mucoas , dinainte înd r t i de la stîng la dreapta, în sensul invers al acelor ceasornicului (fig. 293); capetele firului se strîng bine, se înnoad anterior i se taie la 2—3 cm departe de nod; se scot pensele aplicate pe col i se pudreaz vaginul cu marbadal. Nivelul la care se face îns ilarea este la 3 cm de orificiul extern al colului.

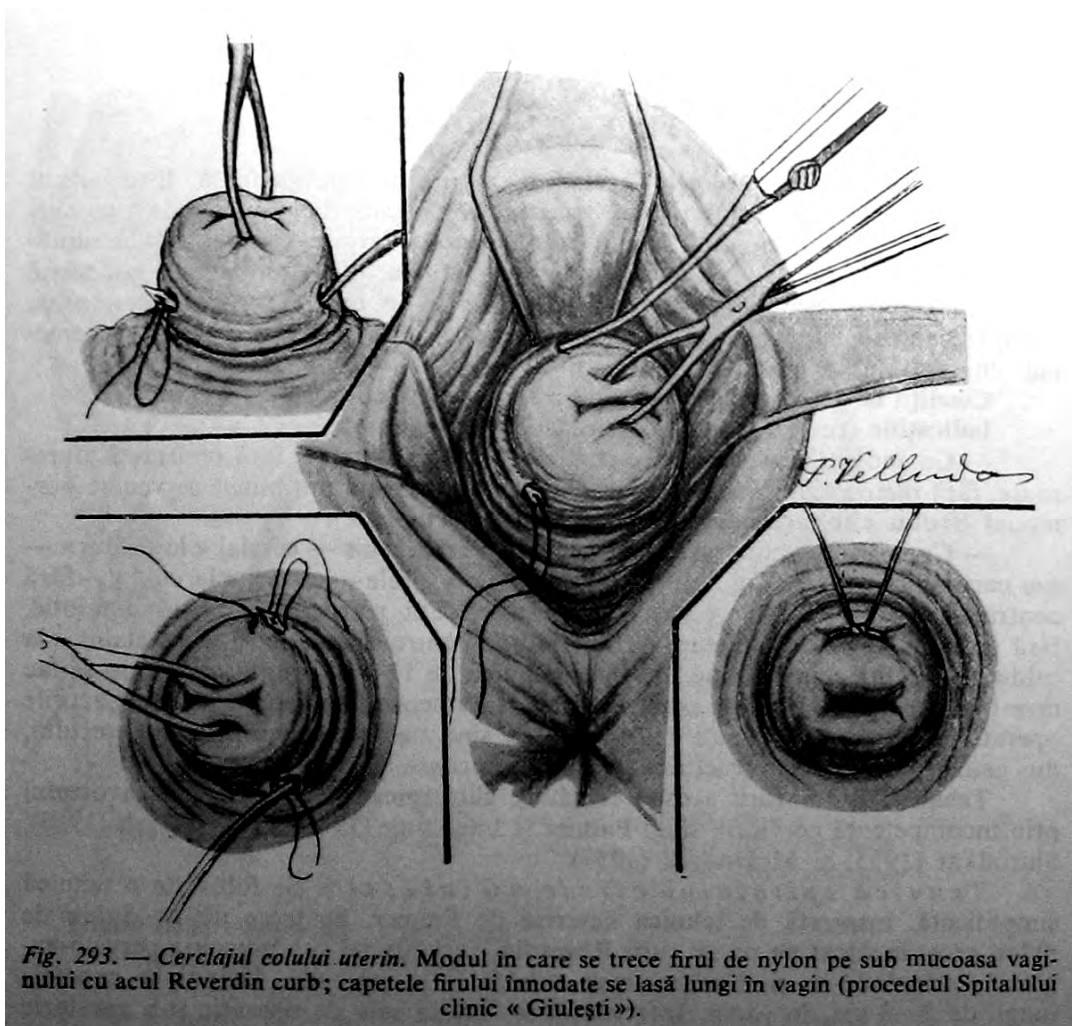


Fig. 293. — Cerclajul colului uterin. Modul în care se trece firul de nylon pe sub mucoasa vaginului cu acul Reverdin curb; capetele firului înnodate se lasă lungi în vagin (procedeul Spitalului clinic « Giulești »).

Îngrijiri postoperatorii. La cazurile cu indicații profilactice spitalizarea durează 7 zile, fiind medicat în special. La externare se recomandă suprimarea vieții sexuale și evitarea eforturilor fizice. Tratamentul cu progestative de sinteză (Gestanon, Turinal) poate fi util. La cazurile cu indicații curative, se prelungește spitalizarea cu câteva săptămâni de zile, pentru respectarea repausului la pat. Tratamentul medicamentos asociat este cu antibiotice, valium, duvadilan, papaverin și hormonal cu progestative de sinteză. Repausul sexual și fizic se prelungește și după externare.

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obțin după cerclajul cu indicații profilactice (70—80%). Firul de cerclaj se secționează înainte de travaliu, fie la începutul acestuia. Capetele firului lăsați lungi în vagin, facilitează găsirea și secționarea nodului.



Fig. 294. — Cerclajul colului uterin — procedeul Shirodkar. Sutura capetelor bandetei (după Hervet).

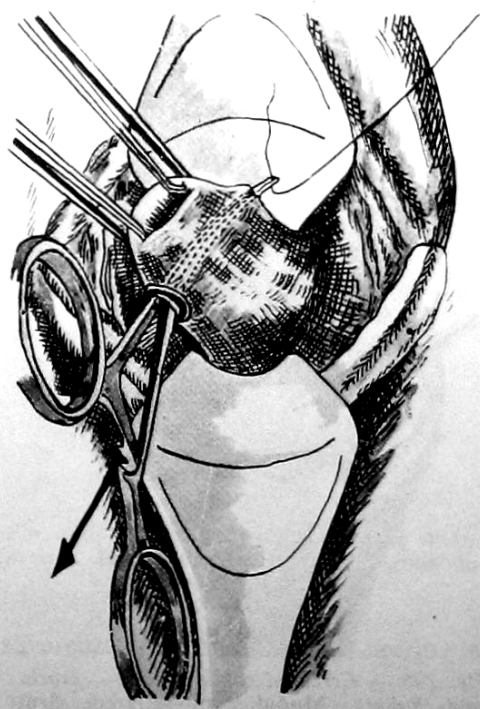


Fig. 295. — Cerclajul colului uterin — procedeul Dellepiane. Modul cum se trece pe sub mucoasa vaginului pensa curbă (după Hervet).

Tehnica Shirodkar: se face câte o incizie transversal a mucoasei vaginale lung de 2 cm, în fundul de sac anterior și posterior, cu decolarea limitată a vezicii și a Douglas-ului; prin aceste incizii se trece o bandă de fascia lata ca în fig. 294; mucoasa vaginală se suturează cu catgut sub irigație. Nașterea se rezolvă prin operație cezariană.

Tehnica Green-Armitage: se folosește o bandă de material plastic (Mersilk Nr. 4-Ethicon), care se trece la fel ca în procedeul Shirodkar; capetele se înnoadă pe fața posterioară a colului și se lasă lungi în vagin; banda se scoate înainte de travaliu.

Tehnica Dellepiane: se face o incizie verticală lungă, de 1 cm pe fața posterioară a colului; cu o pensă lungă, curbă, se face un pasaj pe sub mucoasă, latero-cervical, în dreapta și în stânga, și se apucă firul de cerclaj care se înnoadă posterior (fig. 295); cele două mici incizii posterioare și anterioare se suturează cu catgut.

Tehnica Palmer: se face colpotomie anterioară orizontală cu decolarea vezicii; prin această deschidere se trece cu acul sertizat un fir gros de nylon, în patru puncte cardinale ale colului și se trece pe sub mucoasă (fig. 297). Capetele se înnoadă posterior; în același mod se aplică un al doilea fir, ceva mai sus, cât mai aproape de orificiul intern al colului (cerclaj dublu).

Tehnica Wurm: se închide complet canalul cervical cu două fire de nylon trecute cu acul în U ca în fig. 298.

Cerclajul colului pe cale abdominală este indicat la cazurile la care colul este dilacerat de cicatrice sau foarte scurt. Se face și în afara sarcinii, cu caracter preventiv la cazurile la care cerclajul vaginal s-a soldat cu eșec.

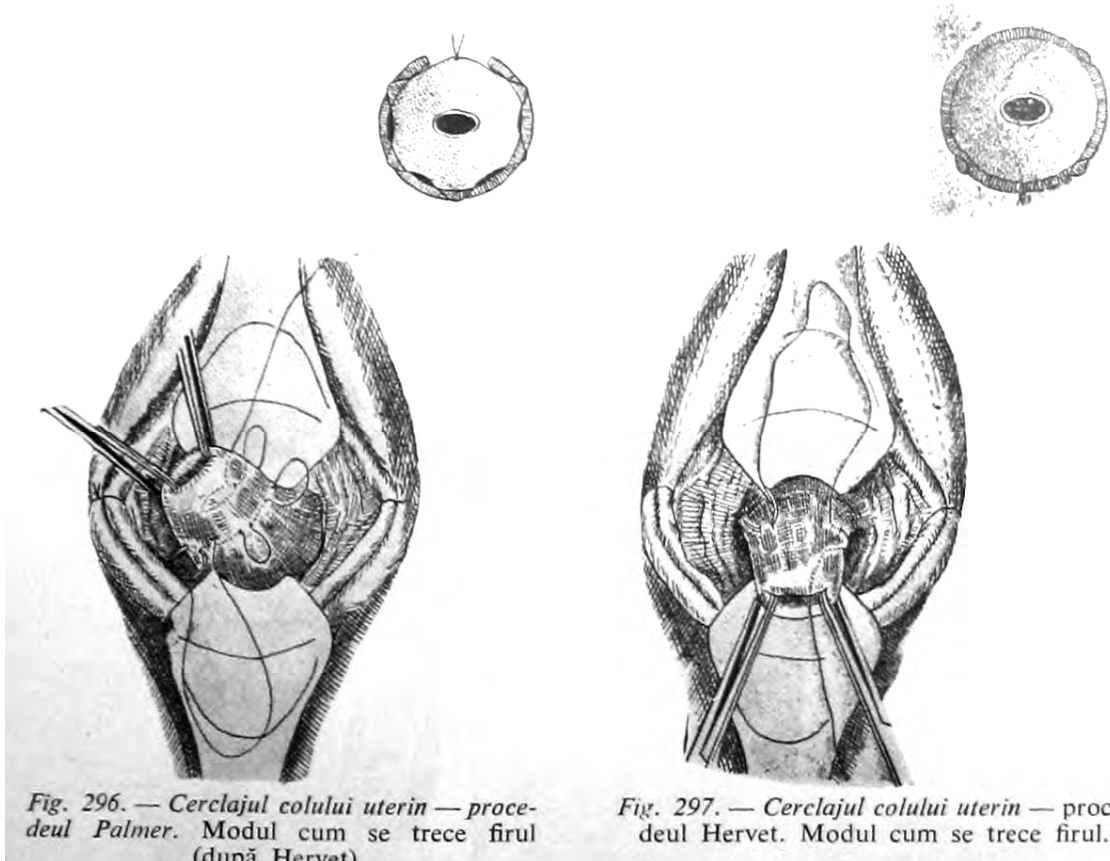


Fig. 296. — Cerclajul colului uterin — procedeul Palmer. Modul cum se trece firul (după Hervet)

Fig. 297. — Cerclajul colului uterin — procedeul Hervet. Modul cum se trece firul.

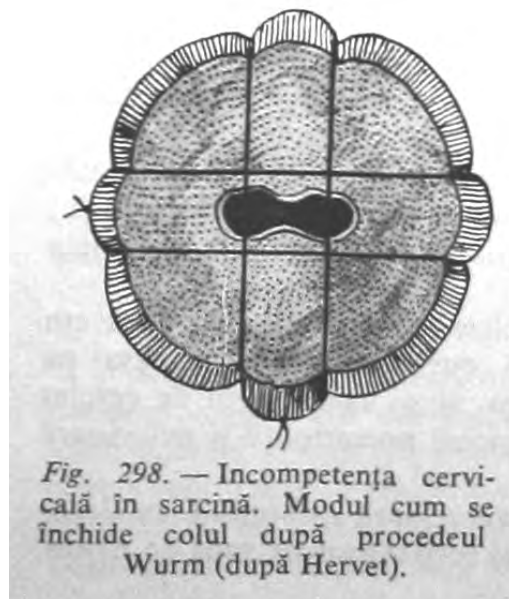
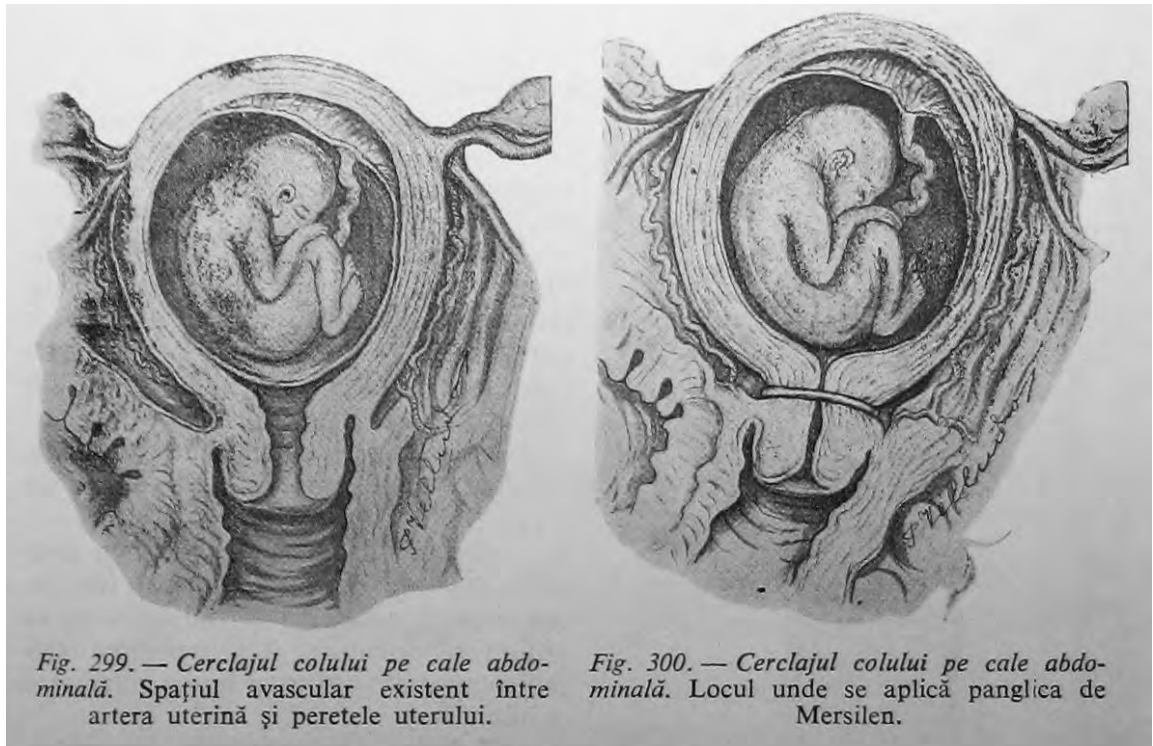


Fig. 298. — Incompetența cervicală în sarcină. Modul cum se închide colul după procedeul Wurm (după Hervet).



Tehnica: laparotomie Pfannenstiel; se decolează vezica; se disecă zonele pentru a se ajunge la un spațiu liber nevascularizat (fig. 299); se face hemostaza unor vase mici; se străpunge foia posterioară a ligamentului larg de ambele părți și se trece în jurul istmului o panglică de Mersilen lungă de 12—15 cm (fig. 300); capetele panglicii sînt cusute cu fire de mătase; nu este nevoie să se fixeze panglica la mușchii uterini; se suturează peritoneul vezico-uterin; se închide peretele abdominal.

Rezultate. Benson și Durfee publică 10 cazuri operate, soldate cu 13 sarcini cu 9 copii vii, extrași prin operația cezariană.

k) LIGATURI VASCULARE ÎN SCOP HEMOSTATIC

Indicații: în hemoragiile obstetricale din timpul operației cezariene sau din postpartum și în hemoragiile ginecologice. Aceste ligaturi se substituie indicațiile histerectomiei de hemostază.

Ligatura arterelor uterine. Se execută uni- sau bilateral: se deschide foia anterioară a ligamentului larg, care oferă acces direct asupra pachetului vascular latero-uterin; artera se leagă mai sus sau mai jos, după cum este necesar să se prindă în hemostază și teritoriul ramurilor cervicale (fig. 301); firul de ligatură se trece cu acul Cooper sau cu o pensă curbă, care încarcă artera evitîndu-se pe cît se poate venele adiacente; ligatura se poate face cu fir de ață (ligatură definitivă) sau cu fir de catgut (ligatură provizorie). În hemoragiile obstetricale se preferă ligatura provizorie, care permite ulterior recanalizarea arterelor. Imediat după legarea arterelor uterine, uterul se contractă, din cauza anoxiei și hemoragia se oprește. La început uterul este palid apoi se recolorează treptat.

Funcțiile uterului se păstrează intacte, inclusiv funcția de gestație. Ligatura arterelor hipogastrice (vezi capit. III).

1) CHIURETAJUL CAVITĂȚII UTERINE

Clasificare:

— chiuretaj evacuator

- chiuretaj hemostatic, biopsic și explorator.

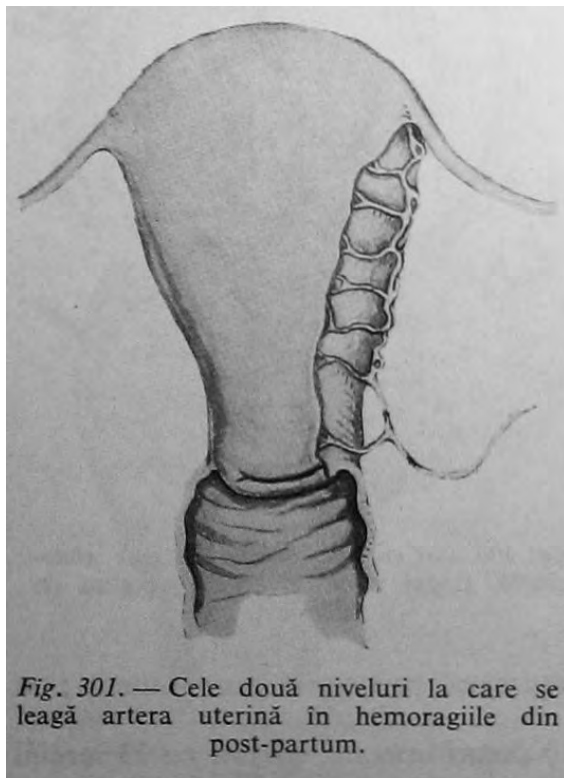


Fig. 301. — Cele două niveluri la care se leagă artera uterină în hemoragiile din post-partum.

Indicații: întreruperea sarcinii pînă la 3 luni (avortul terapeutic), avortul spontan incomplet efectuat, hemoragiile din post-partum și meno-metroragiile.

Instrumentar: două valve vaginale Sims, două pense de col Pozzi, un histometru, două pense vaginale lungi, o pensă pentru resturi, trei-patru chiurete fenestrate de diferite mrimi și un set de dilatoare metalice Hegar.

Anestezie: general, intravenoasă, cu barbiturice sau local, cu soluție xilin 1%.

Condiții de efectuare: examen genital bi-manual și cu valvele, pentru precizarea situației colului și corpului uterin, ca volum și orientare. De asemenea, este indispensabil o foarte bună dilatare a colului.

Tehnica chiuretajului evacuator, abortiv, cu dilatare extemporanee a colului uterin:

- se antiseptizează pielea regiunii vulvo-perineale cu alcool iodat;
- se expune colul uterin cu valvele vaginale și se antiseptizează mucoasa cu soluție iodată;
- se aplică pe buza anterioară a colului o pensă Pozzi sau Museux, cu care se fixează și se orientează colul în axul vaginului; se suprimă valva anterioară;
- se dilată canalul cervical cu bujiile metalice Hegar (acestea se introduc succesiv pînă se obține dilatarea convenabil);
- se introduce chiureta cea mai mare și cu micșorări de la fundul uterului spre canalul cervical, se detașează oul și se extrage, în fragmente succesive;
- se revizuieste cavitatea uterină cu o chiuretă mijlocie, raclînd pereții de la fund spre canalul cervical;
- se controlează coarnele cavității uterine cu o chiuretă mică, printr-o mică giratorie, pentru fiecare corn (chiureta se prezintă la orificiul colului întotdeauna cu concavitatea spre buza anterioară și se introduce pînă în fundul uterului; orice micșorare a chiuretei în cavitatea uterului începe de la fund spre col).
- se verifică hemostaza, se suprimă pensa de pe col și se scoate valva vaginală; — pansament vulvar.

Situații speciale:

Sarcini mai mare de 14 săptămîni: dilatarea colului se face pînă la Hegar 16—18; se sparge pungă oului și embrionul se extrage fragmentar, cu pensă pentru resturi (examinîndu-se fiecare fragment anatomic extras) după care se extrage placenta cu chiureta mare și se completează raclarea pereților cavității uterine, de control, cu chiuretele mai mici.

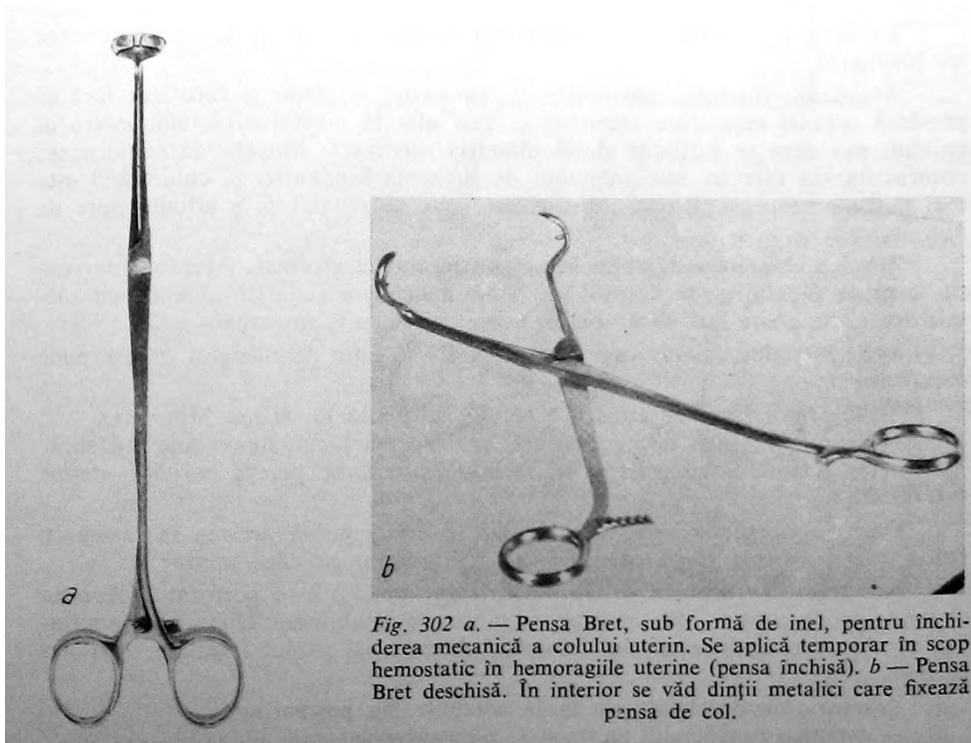


Fig. 302 a. — Pensa Bret, sub formă de inel, pentru închiderea mecanică a colului uterin. Se aplică temporar în scop hemostatic în hemoragiile uterine (pensa închisă). b — Pensa Bret deschisă. În interior se văd dinții metalici care fixează pensa de col.

Hemoragie în timpul chiuretajului: se injectează intravenos, ergomet sau methergin și se exprimă uterul prin masaj abdominal; se introduce și se lasă în col câteva momente o compresă îmbibată cu ether iodat; se injectează o fiolă de oxiton în buza colului. Dacă hemoragia nu se oprește, se revizuiște cavitatea uterină cu chiurea (resturi ovulare posibile). Dacă hemoragia nu se oprește cu nici unul din procedeele enumerate în cavitatea uterină este sigur goală, se aplică pensa Bret pe col (fig. 302), sau, în lipsa acesteia, două pense Pozzi, care se lasă pe loc 12 ore.

Tehnica chiuretajului uterin abortiv cu dilatare prealabilă a colului uterin, cu laminarie:

- se expune colul cu valvele, se antiseptizează cu soluție de iod și se apucă buza superioară cu pensa Pozzi;
- se controlează canalul cervical cu hysterometru;
 - se introduce în canalul cervical laminaria al cărei capăt inferior rămâne vizibil în vagin, 1—2 centimetri; se lasă o compresă în fundul de sac vaginal posterior.
- Chiuretajul se face după 12 ore; se introduc valvele vaginale, se apucă buza superioară a colului cu pensa Pozzi și se scoate compresa din vagin; se apucă capătul vizibil al laminariei cu o pensă și se extrage; se completează dilatarea colului cu bujii metalice, după care se introduce chiurea.

La sarcinile trecute de 14 săptămâni se pun mai multe laminarii (bucet de laminarii).

Avantajele dilatarei prealabile cu laminarie: dilatarea se face lent fără să producă rupturi musculare interstițiale, mai ales la nivelul orificiului intern al colului, așa cum se întâmplă după dilatarea mecanică, brutală, extemporanee; contractilitatea uterului este solicitată de prezența laminariei și chiuretajul este mai puțin în hemoragie. Riscul infecției este mic și evitabil prin administrare de antibiotice.

Tehnica chiuretajului uterin în avortul incomplet efectuat. Această intervenție se face practic de urgență, împiedicată de hemoragia mare vaginală asociată cu anemie acută. Se poate face fără anestezie sau cu mialgin, intravenos.

- Se introduc valvele vaginale, se curăță vaginul de cheaguri și se expune colul uterin;
- Se prinde buza anterioară a colului cu pensa Pozzi sau Museaux;
- Se completează dilatarea (dacă este necesar) cu câteva bujii metalice;
- Se introduce chiurea și se raclează sistematic pereții cavității uterine extrăgându-se resturile ovulare.

Dacă fragmente ovulare sînt vizibile în aria colului, acestea se extrag cu pensa pentru resturi, după care urmează chiuretajul cavității uterine.

Accidente. În ambele situații, accidentul posibil este perforația. Aceasta se poate produce fie cu dilatoarele metalice, fie cu chiurea. Dilatoarele metalice produc perforații la nivelul istmului, chiurea la nivelul fundului, mai ales la coarne.

Tehnica chiuretajului uterin în hemoragiile din postpartum.

- expunerea orificiului uterin se face cu valve vaginale late;
- se aplică pe buza anterioară una sau două pense Museux (marginile fiind friabile este nevoie ca priza cu pensele să se facă pe o suprafață mai mare);
- se introduce chiurea mare Volkman cu gîvanul lingurii îndreptat anterior și se raclează pereții și coarnele cavității uterine, cu mișcări de la fund spre col. Pereții uterului sînt de consistență inegală, ceea ce face ca acest control instrumental să fie dificil. Administrarea de ocitocice este utilă pentru tonificarea pereților, ca și menținerea fundului uterin cu palma mîinii stîngi în timpul chiuretajului, pentru controlul mișcărilor chiuretei. După terminarea chiuretajului, retracția uterului se menține prin masaj abdominal și cu medicamente uterotonice (ergomet).

Tehnica chiuretajului uterin hemostatic, biopsie și explorator.

— se expune colul uterin cu valvele și se prinde buza superioară cu pensa Pozzi (se prinde numai din grosimea buzei, la periferia orificiului extern, pentru ca pensa să nu împiedice introducerea dilatatoarelor);

— histerometria este obligatorie pentru precizarea direcției și dimensiunii cavității uterine;

— se procedează la dilatarea extemporanee cu bujii metalice pînă la Hegar 8—10 (dilatatoarele de la 7 pînă la 10, se lasă pe loc, fiecare, cîte 1/2 minut);

— se introduce chiureta și se raclează pereții cavității uterului, sistematic, de la fund spre col, extrăgîndu-se fragmente de endometru, deseori sub formă de lambouri (în hiperplazia glandulo-chistică a endometrului), sau de esut cerebriiform (în adenocarcinomul de endometru), sau formațiuni cu aspect polipos.

Întreg produsul de chiuretaj se adună în tava renală sub valva vaginală. La sfîrșitul raclajului, fragmentele de esut se spală cu apă rece și se introduc într-un borcan cu soluție de formol 10% în vederea examenului anatopatologic.

Cavitatea uterină se revizuiete de 2—3 ori, cu chiurete din ce în ce mai mici, pînă se simte « ip tul uterin » și sîngele din cavitate devine spumos.

Cu ocazia chiuretajului se explorează pereții cavității cu importanță pentru diagnostic (praguri scleroase, bride, tumori endocavitare, tumori submucoase).

— Se scoate pensa de pe col; pansament vulvar.

După intervenție se aplică pungă cu gheață pe abdomen, cîteva ore. Bolnavul rămîne spitalizat minimum 48 ore.

Chiuretajul uterin fracționat: după dilatarea colului uterin se raclează canalul cervical cu o chiuretă mică și întreg produsul se ine separat pentru examenul anatopatologic; în continuare, se face chiuretajul cavității uterine și esuturile raclate se fixează într-un alt borcan cu soluție de formol.

Accidentele imediate ale chiuretajului uterin sînt hemoragiile și perforațiile.

— În hemoragii se recurge la exprimarea uterului prin masaj abdominal, medicamente uterotone și revizuirea cavității uterine cu chiureta. În hemoragiile post-partum se poate recurge la tamponarea cavității uterine cu meșe mari și uneori la histerectomie rapidă de hemostază (histerectomie de necesitate). În hemoragiile prin defecte de coagulare (afibrinogenemie) tratamentul este medical (fibrinogen, enzime antifibrinolitice, transfuzii cu sînge). În hemoragiile care pot surveni după chiuretajul evacuator (avort, resturi ovulare) cu excepția sarcinei cervicale la care se impune histerectomia rapidă de hemostază, la celelalte, după revizuirea cavității și administrare de ocitocice, se poate recurge la ocluzia canalului cervical cu pensa Bret sau cu pense de col.

— În perforații se recurge la laparotomie pentru control și hemostază (histerorafie) mai ales cînd nu avem siguranța că evacuarea cavității a fost completă.

Sechele tardive: avorturi și nașteri premature prin insuficiența istmului cervical (după dilatații brutale extemporanee), placenta praevia, placenta acreta și hemoragii în delivrență; tulburări menstruale produse de sinechii (amenoree, oligo- și hipomenoree); sarcini ectopice și sterilitate secundară.

m) OPERAȚII PLASTICE ÎN MALFORMAȚII

(vezi pag. 445)

n) REZECȚIA ȘI AMPUTAȚIA COLULUI PE CALE VAGINALĂ (vezi pag. 470)

2. OPERA II CARE RESPECT NUMAI FUNC IA HORMONAL I/SAU MENSTRUAL

a) ISTMECTOMIA ÎN TUMORILE DE ISTM

Tumorile de istm. Este vorba de fibromul situat în regiunea istmo-cervical i care, la femeile tinere, oblig la g sirea unei solu ii chirurgicale conservatoare.

Tumoarea poate fi extirpat fie prin miomectomie, fie prin istmectomie, procedeul Savin- opa, fie prin histerectomie segmentar subcorporeal cu implantarea uterului la vagin (cervicoistmectomie) procedeul Sîrbu.

MIOMECTOMIA

Este posibil în majoritatea cazurilor. Dificult ile operatorii sînt comune tuturor tumorilor inclavate sau incluse, care modific în dezvoltarea lor, toate rapoartele anatomice ale organelor pelvisului i cer din partea chirurgului mult experien de tehnic i de tactic operatorie.

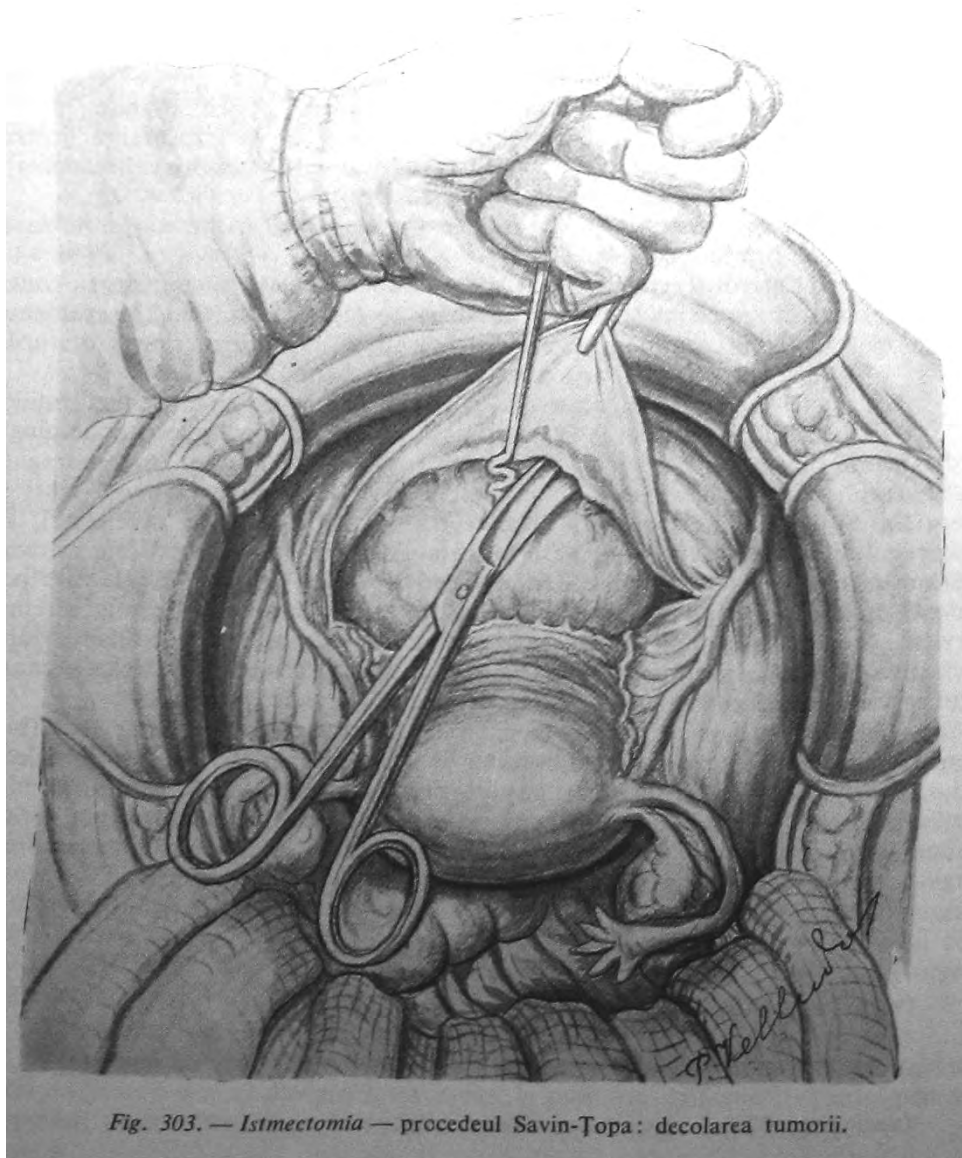


Fig. 303. — Istmectomia — procedeul Savin-Topa: decolarea tumorii.



Fig. 304. — *Istmectomia* — procedeul Savin-Țopa. Secționarea uterului deasupra tumorii.

Procedeul tehnic care ofer maximum de securitate actului operator care simplific interven ia chirurgical este miomectomia prin hemisec ie (vezi pag. 244). Din punct de vedere tactic sînt trei momente operatorii importante: decolarea larg a vezicii urinare, incizia pentru hemisec ie pe mijlocul tumorii i extirparea celor dou hemisfere strict în interiorul capsulei; histerografia pe o pens Pean introdus în canalul cervical.



Fig. 305. — *Istmectomia* — procedeul Savin-Topa. Sutura corpului uterin la colul rămas, pe tub de dren, după extirparea tumorii istmice.

ISTMECTOMIA PROCEDEUL SAVIN- OPA

Laparotomie mediană ; decolarea largă a vezicii (fig. 303); detașarea uterului de tumoare ca în fig. 304; extirparea tumorii și suturarea corpului uterin la colul rămas pe tub de dren ca în fig. 305 și peritonizare cu vezica (fig. 306).

HISTERECTOMIA SEGMENTAR SUBCORPOREAL CU IMPLANTAREA UTERULUI ÎN VAGIN — PROCEDEUL P. SÎRBU

Această operație este indicată în tumorile fibromiotoase mari, dezvoltate la nivelul colului și istmului, tumori care nu pot fi extirpate prin miomectomie, ci numai printr-un procedeu de rezecție segmentară a porțiunii inferioare a uterului.

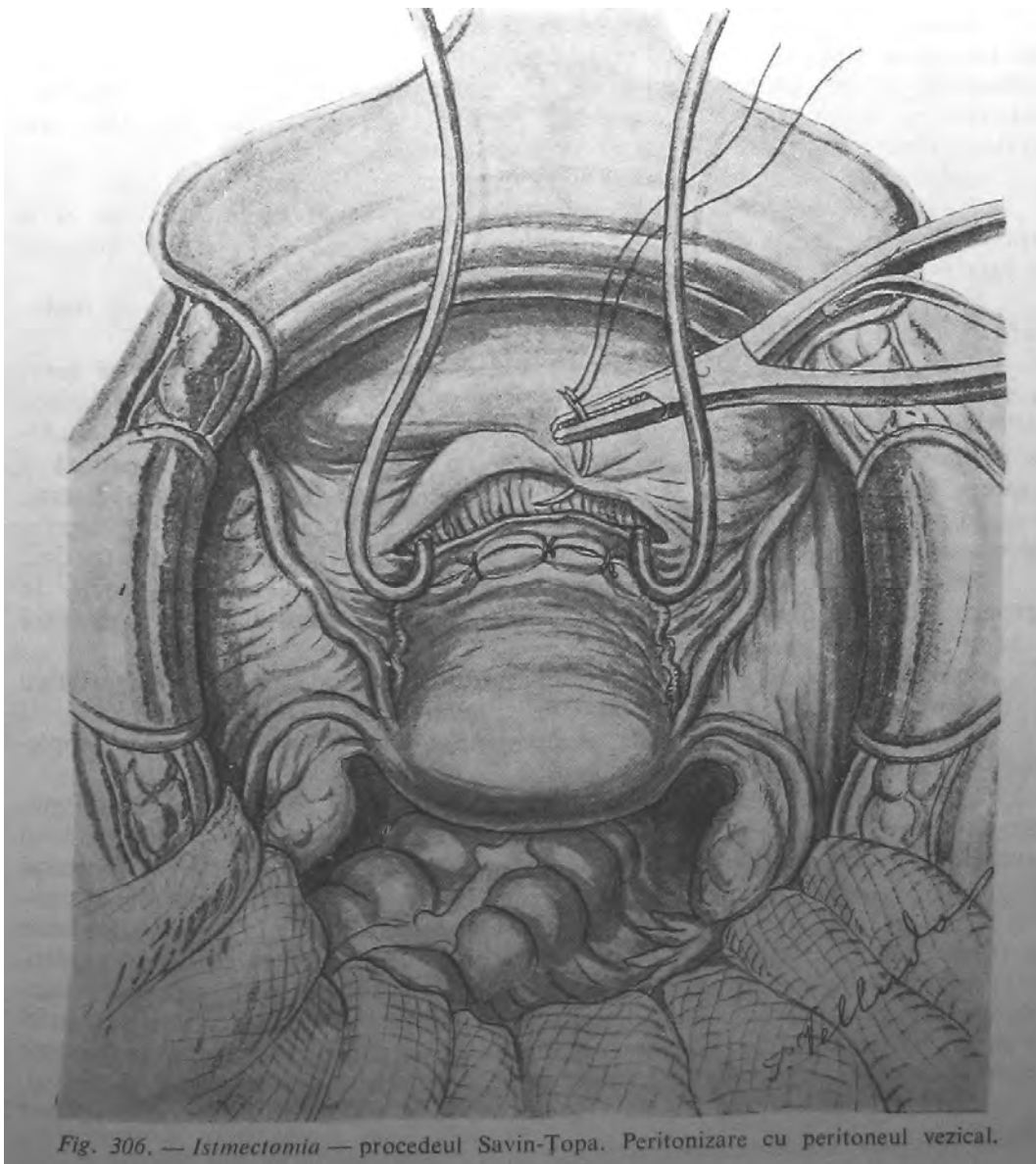


Fig. 306. — Istmectomia — procedeul Savin-Topa. Peritonizare cu peritoneul vezical.

Principiul operaiei constă în implantarea corpului sau porțiunii fundice a uterului, la marginile vaginului, după extirparea tumorii împreună cu porțiunea istmico-cervicală a acestuia. Operația este eminent conservatoare, fiindcă păstrează toate funcțiunile uterului în acele cazuri patologice care, la prima vedere, par să nu poată fi rezolvate decât printr-un procedeu de histerectomie totală.

Ideea conservării porțiunii fundice a uterului și a implantării acesteia la vagin a fost emisă cu mulți ani în urmă, de către Aburel, care a și aplicat-o cu o tehnică personală în cancerule de gradul 0 și în micro-cancere, la femeile tinere (vezi colpohisterectomia subfundică).

Deși se bazează pe același principiu, tehnica cu care se realizează extirparea tumorilor benigne, voluminoase, ale colului, diferă de colpohisterectomia subfundică pentru cancerule incipiente. De aceea am denumit această operaie: histerectomie segmentară subcorporeală cu implantarea uterului în vagin sau cervico-istmectomie cu implantarea corpului uterin în vagin.

Cazurile la care este indicată această operaie sunt rare.

Tehnica: *Celiotomie abdominală mediană*. Identificarea tumorii și a rapoartelor ei cu uterul. Explorarea anexelor (uterul se găsește ca o mică cocă pe fața posterioară a tumorii, cu anexele normale) (fig. 307).

Se introduce un sfredel chirurgical, în tumoră, care servește pentru mobilizarea acesteia (fig. 307).

Se incizează longitudinal peritoneul care acoperă tumoră, incizie care, în dreptul pliului vezico-uterin, se completează în sens transversal. Cu foarfeca curbă se decolează vezica până se ajunge pe peretele vaginului (fig. 308). Se deschide vaginul și se trece un fir de orientare și de tracțiune pe buza anterioară a acestuia. Pentru ca tumoră să poată fi ușor trântită în sens cranial și lateral, se secționază unul dintre ligamentele rotunde (fig. 309). Secționarea ligamentului rotund deschide drumul spre parametru în vederea ligaturii arterei uterine.

Se decolează tumoră pe laturi, hemostaza fiindu-se din aproape în aproape până se înfășură pediculi alcătuiți din vasele uterului care se prind și se secționază (fig. 310).

Se secționază peritoneul la nivelul trecerii lui de pe tumoră pe uter și cu foarfeca se detașază corpul uterului de tumoră (fig. 311).

Se secționază peretele posterior al vaginului și se extirpă tumoră completându-se hemostaza.

Se implantează corpul uterin la vagin cu ajutorul a două fire de catgut, trecute fiecare prin suprafața de secțiune a uterului, cât mai aproape de orificiul cavității endometriale și prin peretele corespunzător al vaginului, cât mai aproape de mucoasa acestuia (fig.

312). Cînd se leag aceste fire, orificiul uterului se centrează la lumenul vaginului. Apoi se trec succesiv fire de jur împrejur, care aduc pereții vaginului la restul suprafeței ei sîngerînde a uterului. Pentru ca pereții vaginului să se prind pe uter pe o suprafață cît mai mare și pentru ca să se refacă fundurile de sac vaginale, suprafața de secțiune de pe uter se excizează conoid, astfel ca pereții vaginului să fie suturați cît mai sus pe uter. Cu această manevră se poate reconstitui un simulacru de col, alcătuit din pereții uterului (fig. 312-cartu).

Se peritonizează pe laturi și se reconstituie ligamentul rotund secționat (fig. 313).



Fig. 307. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Sfredelul chirurgical introdus în tumoare și săgeata de pe uter arată sensul în care se exercită tracțiunea pentru a evidenția rapoartele dintre aceste formațiuni anatomice.

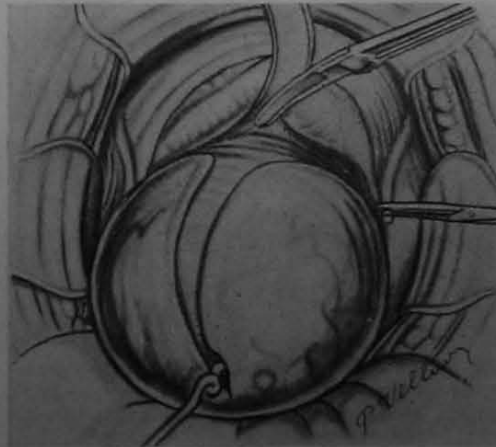


Fig. 308. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Linia de incizie a peritoneului și decolarea vezicii pînă la peretele anterior al vaginului.

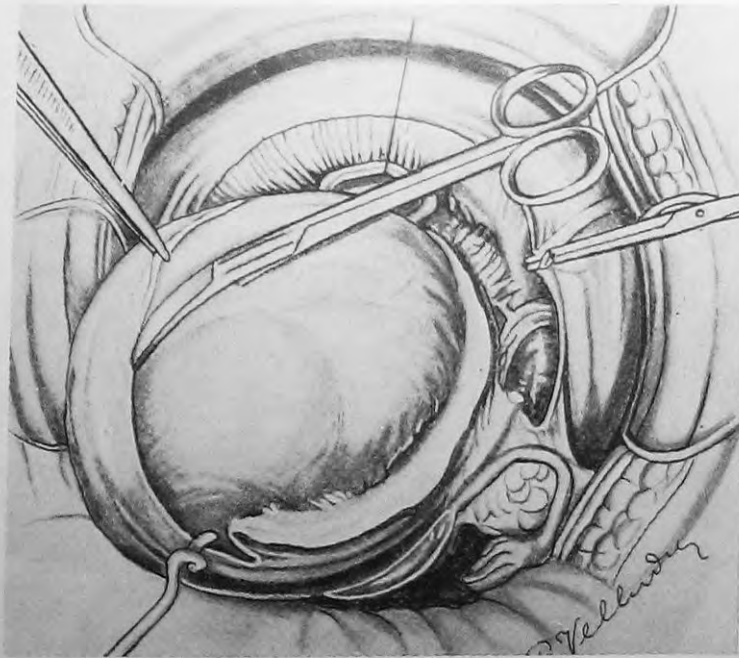


Fig. 309. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Deschiderea vaginului și firul de marcaj aplicat pe marginea anterioară; secționarea ligamentului rotund.

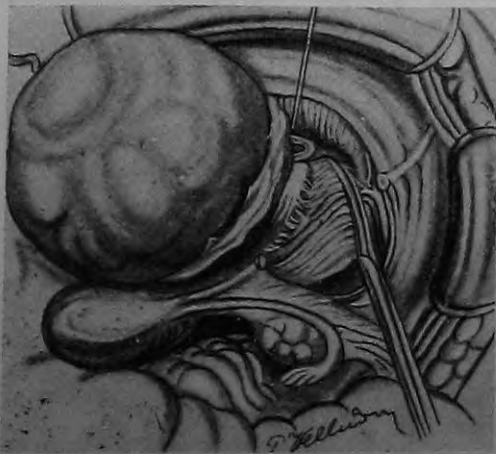


Fig. 310. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Decolarea tumorii pe laturi și aplicarea pensei pe artera uterină.



Fig. 311. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Detașarea tumorii de uter.

Peritonizare cu peritoneul vezical (fig. 313-cartu), pentru a se asigura statica uterului.
 Se lasă în cavitatea peritoneală penicilin dizolvată și se închide abdomenul fără drenaj.

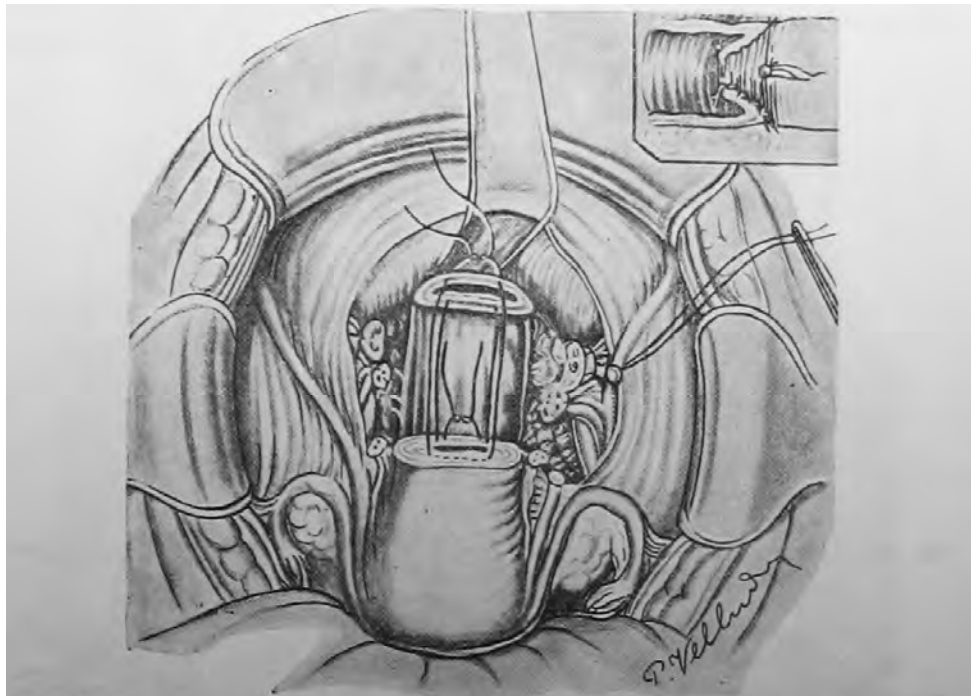


Fig. 312. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Felul cum se trec firele pentru a implanta uterul la vagin:
 În cartuş: excizia conoidă a uterului — pentru a se reconstitui un simulacru de col — și sutura vaginului.

ISTMECTOMIA VECCHIETTI-ANDREOLI

în tumorile de istm se realizează după același principiu tehnic (fig. 314 și 315).

b. ISTMECTOMIA ÎN SARCINA CERVICAL

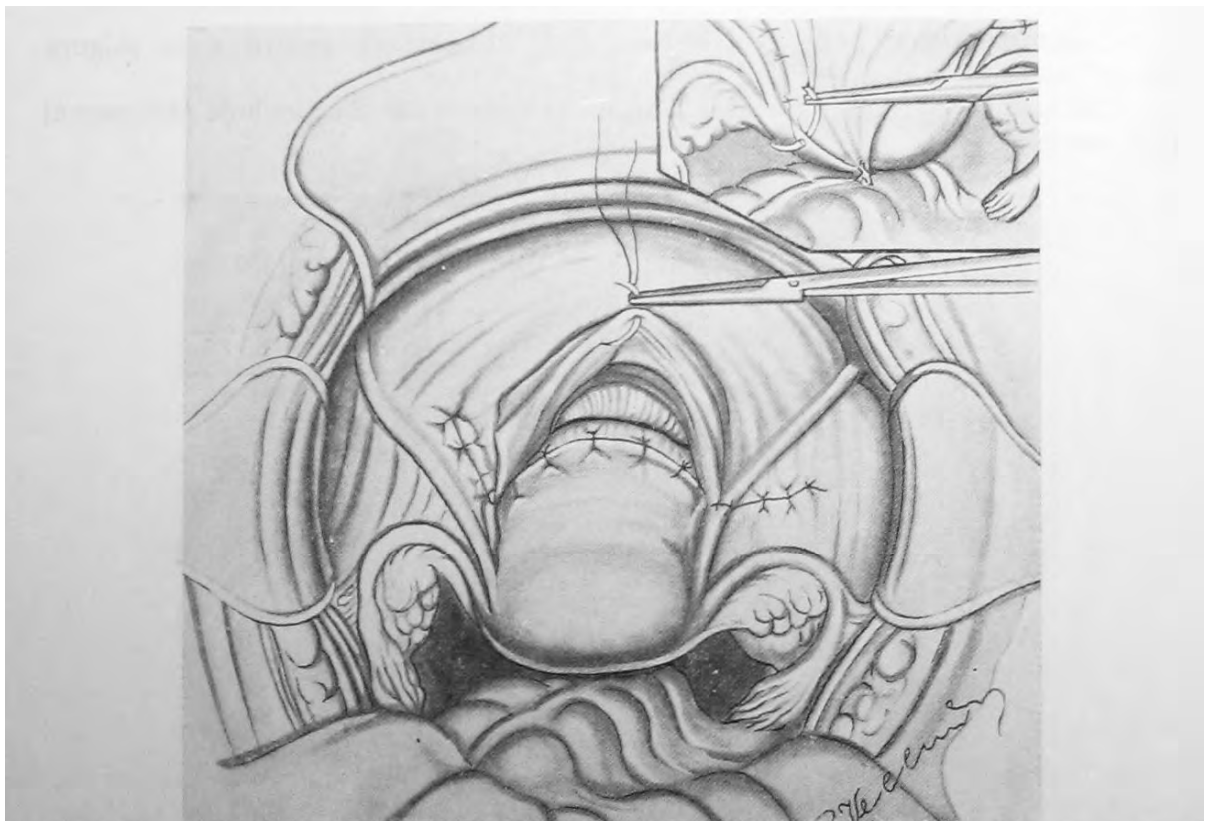


Fig. 313. — Histerectomia segmentară subcorporeală cu implantarea uterului la vagin — procedeul Sirbu. Peritonizarea cu peritoneul vezical:
În cartuş : operația terminată.

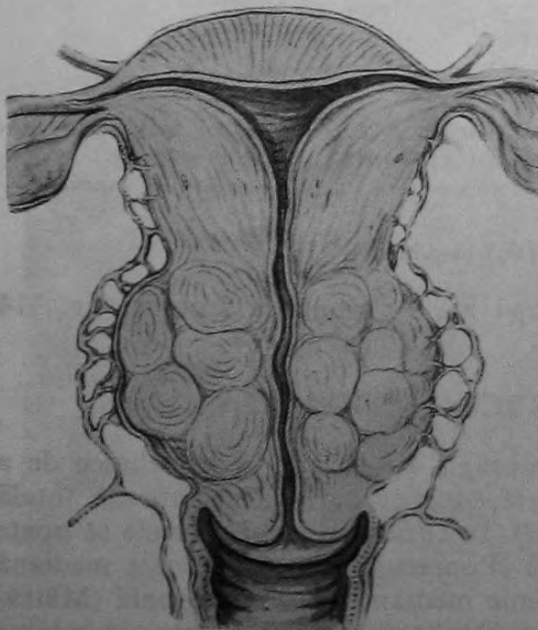


Fig. 314. — Istmectomia după procedeul Vecchietti-Andreoli. Aspectul tumorii istmice (secțiune sagitală).

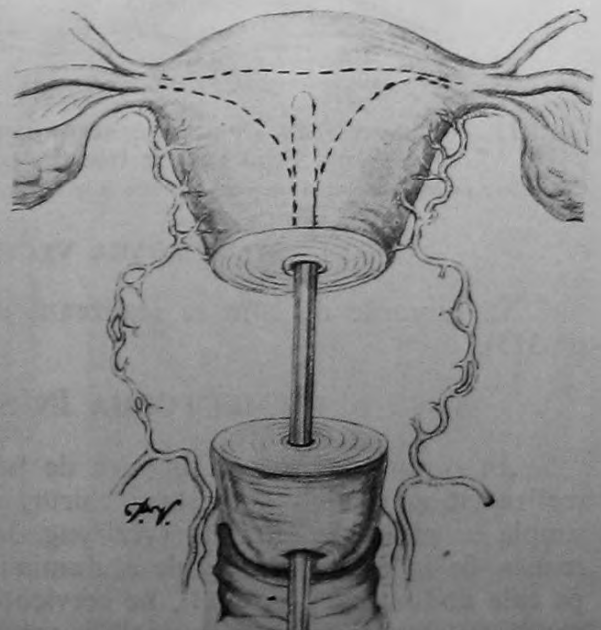
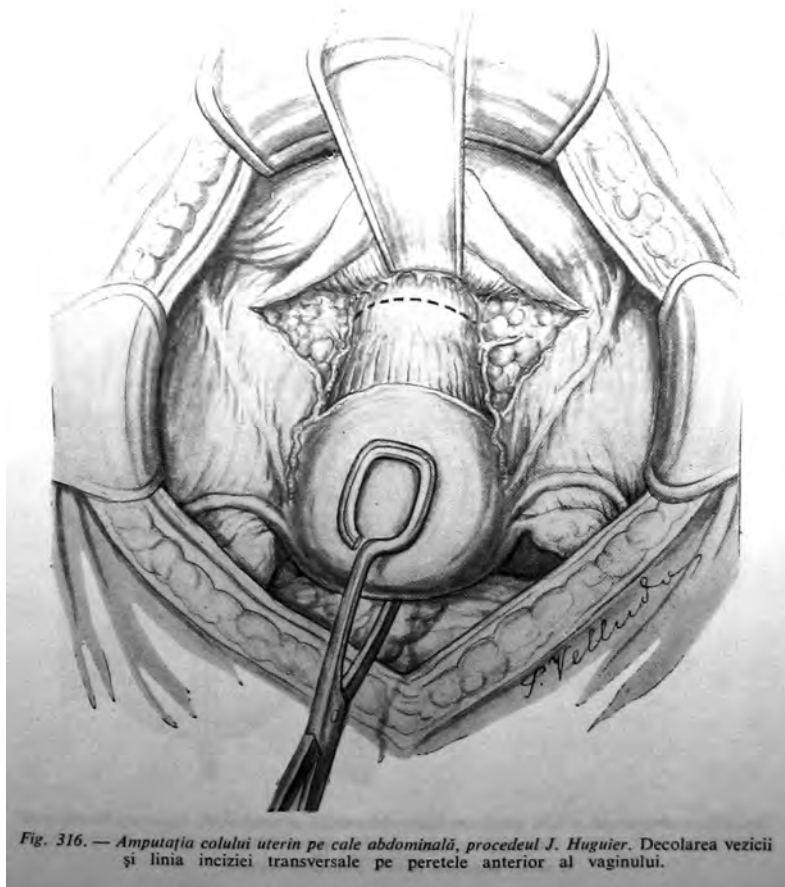


Fig. 315. — Istmectomia după procedeul Vecchietti-Andreoli. Reimplantarea uterului la col pe tub de dren (schemă).

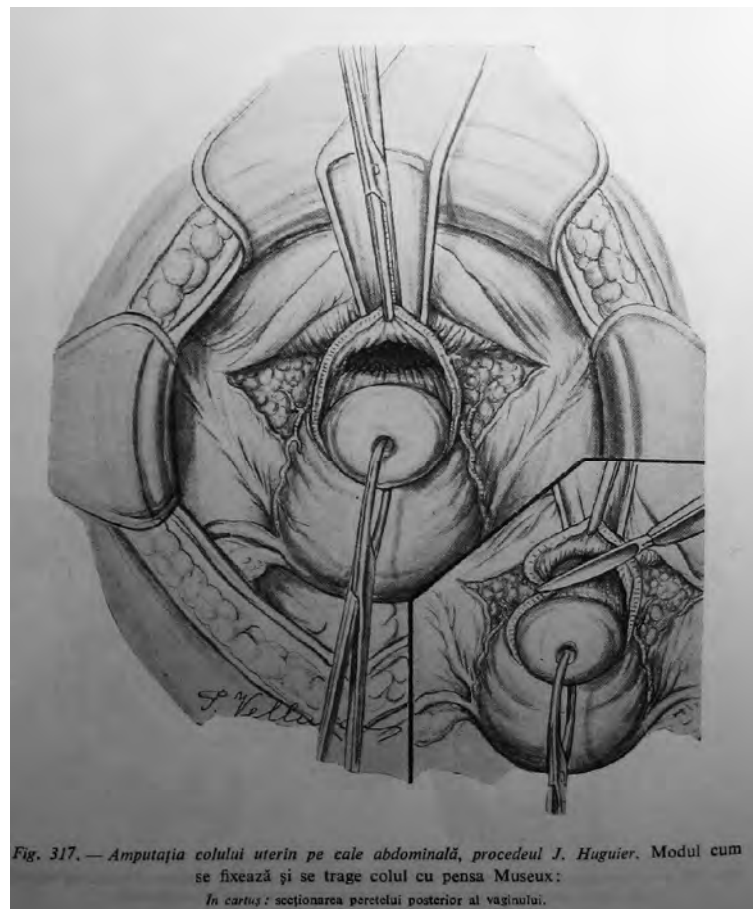
În raport de urgență impusă de hemoragie și cu condițiile tehnice de a realiza cât mai rapid hemostaza chirurgicală, se recurge la histerectomie totală simplă cu preservarea anexelor (vezi pag. 343). În cazuri cu totul speciale se poate realiza fie* istmectomie pe cale abdominală (Popescu), fie cervicotomie mediană pe cale abdominală (Aburel), fie cervicotomie mediană pe cale vaginală (Mitrăcaru), fie amputație supravaginală a colului (Pankow), fie dublă cervicotomie pe cale vaginală (Bacialli). În intervențiile pe cale abdominală cu caracter conservator, ligatură unilaterală, de necesitate, a arterei uterine, este frecventă consecința

c) AMPUTAȚIA COLULUI UTERIN PE CALE ABDOMINALĂ . PROCEDEUL HUGUIER

Indicații: adenomatoza sau diverticuloză, degenerescență polichistică însoțită de hipertrofie și endometrioza colului. Cervicografia este indispensabilă în stabilirea diagnosticului.

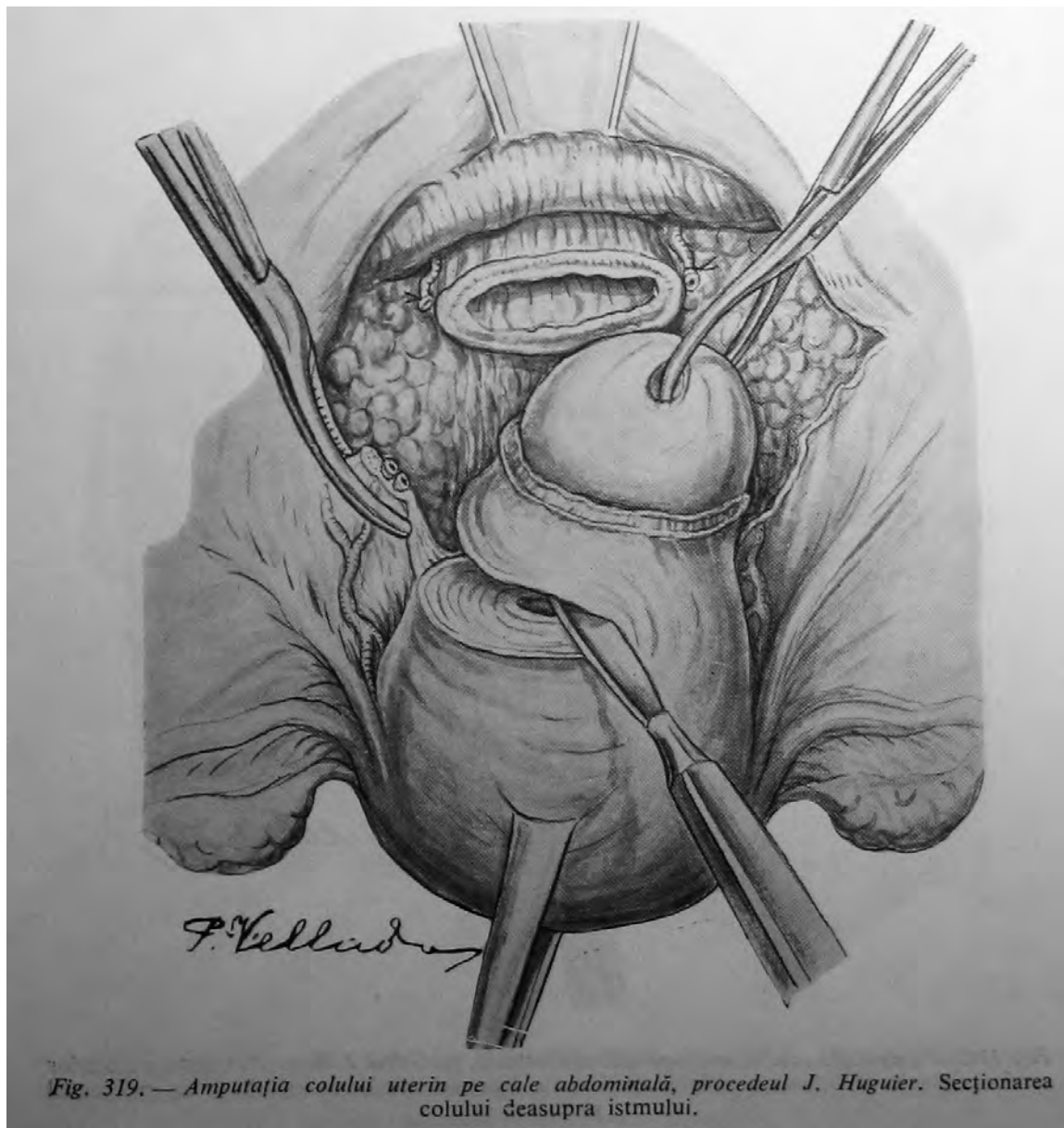


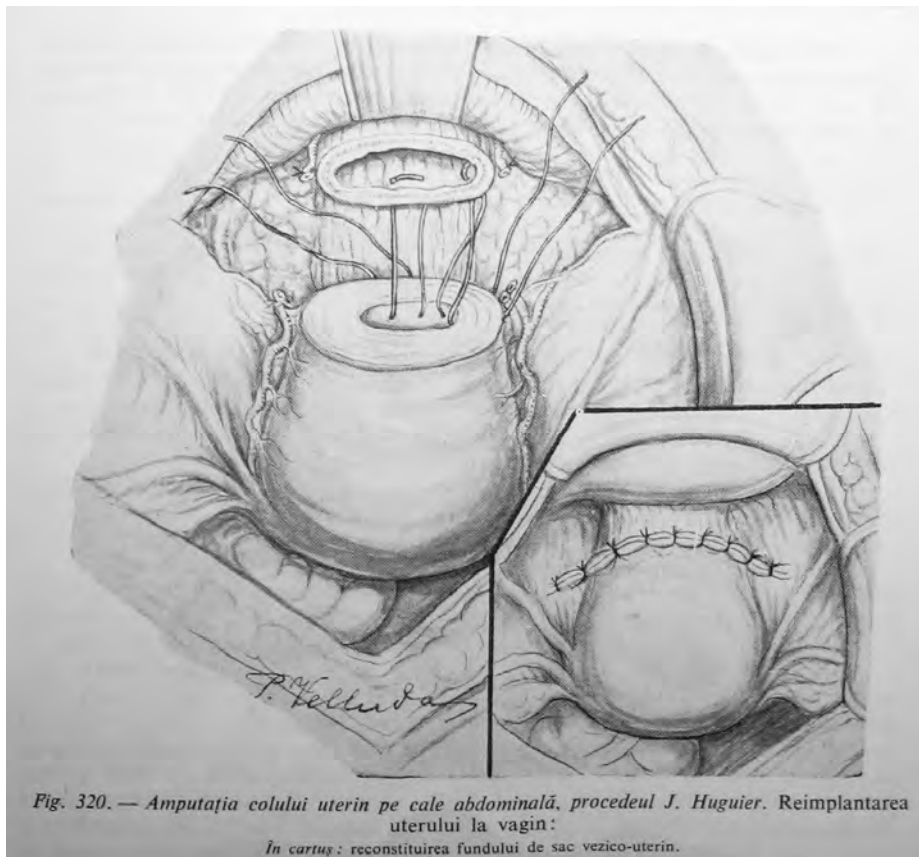
Avantaje: se poate face controlul intraoperator al întinderii leziunii și stabilirea «de viso» a nivelului anatomic la care trebuie făcută amputația.



Tehnica:

- Laparotomie Pfannenstiel.
- Incizia peritoneului vezico-uterin și decolarea vezicii ca în orice histerectomie total (fig. 316); se incizează transversal peretele anterior al vaginului la nivelul colului uterin, explorat prin palpare.
- Se tracionează colul uterin cu o pensă Museux (fig. 317) și se expune peretele posterior al vaginului, care se secționează cu bisturiul ca în fig. 317- cartu .
- Se secționează și se leag vasele cervico-vaginale de ambele părți.
- În timp ce se trage puternic de col în sus, cu bisturiul se detașează peretele posterior al acestuia de foița peritoneului posterior și de inserția ligamentelor uterosacrate (fig. 318).
- Se secționează colul uterin deasupra istmului ca în fig. 319.
- Cu fire de catgut, trecute ca în fig. 320 se reimplantează uterul la vagin.
- Se reconstituie fundul de sac peritoneal vezicouterin ca în fig. 320 cartu și se închide peretele abdominal.





d) HISTERECTOMIA PARIAL FUNDIC SAU SUBFUNDIC

În acest capitol vom descrie câteva tehnici operatorii de extirpare limitată a uterului (fig. 321).

Aceste tehnici au căpătât, după autorii care le-au propus, diferite nume: histerectomie intermediară, histerectomie supraistmică, histerectomie limitată interanexială, histerectomie fundică interovariană, rezecție joasă a uterului, histerectomie înaltă sau histerectomie transuterină.

Principiul este eficient. Scopul acestor intervenții operatorii este să se păstreze o porțiune mai mare sau mai mică de endometru, necesară conservării fluxului menstrual și meninținerii normale a funcției endocrine a ovarelor (sinergie uter-ovar).

Indicații. Indicațiile acestor intervenții s-au largit datorită progreselor obținute în tehnica operatorie și în anestezie, dar mai ales datorită securității împotriva infecțiilor pe care o oferă antibioticele.

Principalele indicații sînt: polifibromiomas, fibromiomas difuz, situația posterioară și apropiată de istm a unor fibromioame, metropatia hemoragică recidivantă neinfluențată de tratamentele hormonale¹, uter retroversat sau retroflectat, dureros și hipertrofiat, la femei sub 40 de ani.

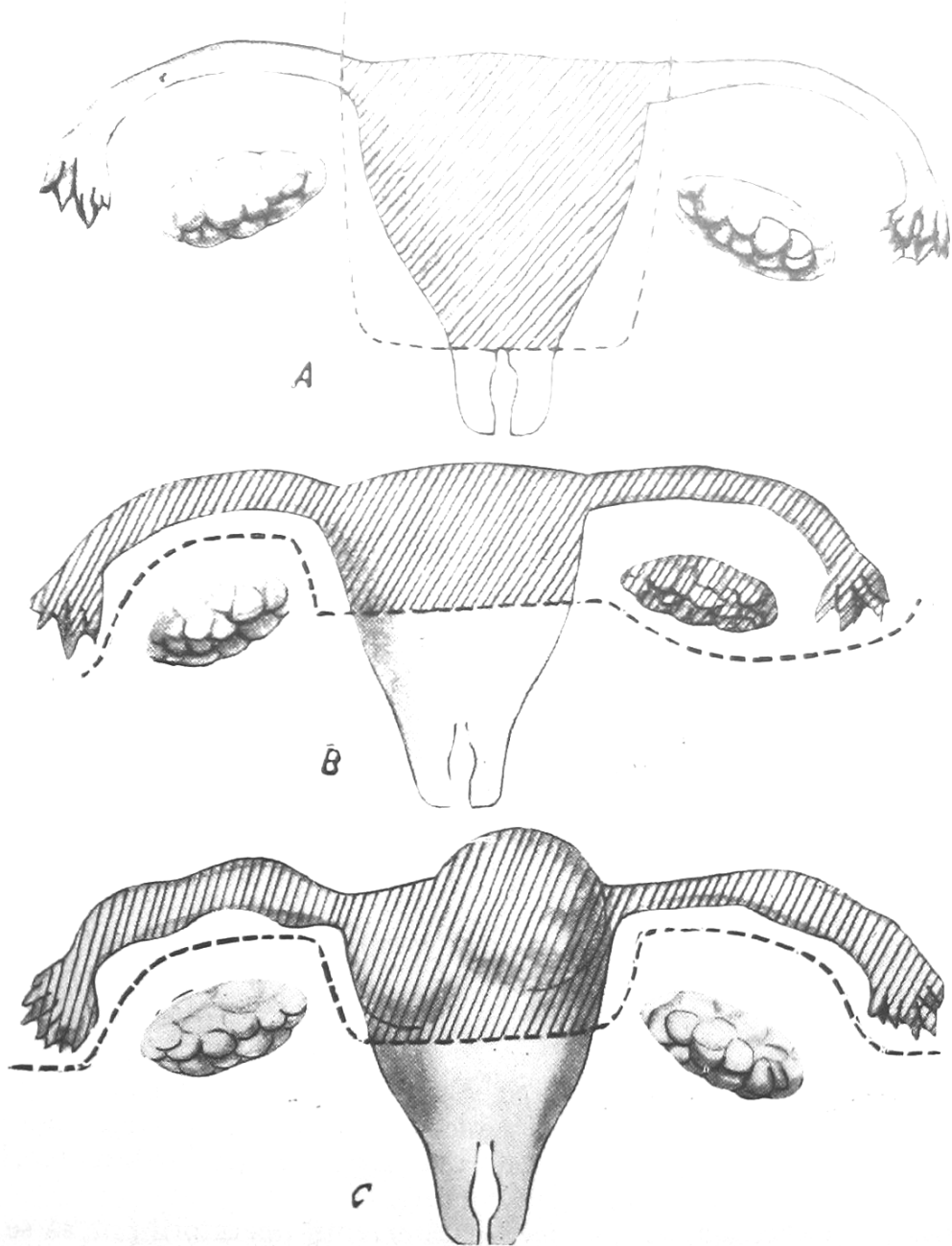


Fig. 321. — Histerectomia parțială :

A — histerectomia istmică cu păstrarea anexelor; B — histerectomia fundică Beuttner; C — histerectomia fundică interovariană Bourg.

Indicațiile acestor tehnici de rezecție limitată a uterului se plasează între imposibilitatea de a practica o miomectomie și necesitatea de a evita o operație radicală.

Contraindicații. Aceste intervenții nu sînt indicate după vârsta de 40 de ani și la cazurile la care ovarele nu sînt normale. Sînt total contraindicate în piometrie și în stările precanceroase ale colului; ca și în fibromioamele cu aspecte de degenerescență (dacă nu există posibilitatea ca printr-un examen extemporaneu să se elimine degenerescența malignă).

Condiții de efectuare. Condiția esențială este starea funcțională a anexelor (ovare și trompe); caracterele leziunilor uterului și permit rezecția acestuia la cel puțin 2—3 cm deasupra istmului, pentru ca să se poată păstra o parte din endometru.

Pregătire preoperatorie. Histerosalpingografia este folositoare dar nu indispensabilă. Curetajul uterin biopsic, frotiul vaginal citologic și examenul colposcopic al colului sînt măsuri de prudență pentru depistarea leziunilor precanceroase sau canceroase.

Repausul la pat cu câteva zile înainte de operație este necesar pentru desconggestionarea pelvisului.

Bolnavă să fie afebrilă și cu viteza de sedimentare a hematiilor normală.

Momentul operației: la o săptămână după terminarea menstruației.

Calea de acces: abdominală prin incizie mediană sau transversală.

Explorarea intraoperatorie a organelor genitale interne stabilește natura, sediul și întinderea leziunilor. Decizia asupra tacticii și tehnicii chirurgicale se ia numai după această inventariere.

Tehnici operatorii.

Excizia transversal cuneiform a uterului. Opera ia Beuttner. Aceast tehnic mai este cunoscut i sub numele de histerectomie fundic (nume dat de Lecene), sau de rezec ie înalt a uterului (Moc-quot i Rudler). Este indicat în fibromiomatoza fundului uterului asociat cu leziuni anexiale inflamatorii cronice. Opera ia const din extirparea în totalitate a unei anexe iremediabil bolnave (ovar i tromp), a trompei din partea opus , de asemenea definitiv compromis , i a fundului uterului (fig. 322).

Timpii operatori: Laparotomie urmat de explorarea uterului i a anexelor. Dup izolarea anselor intestinale i eliberarea anexelor de eventuale aderen e se precizeaz care ovar poate fi conservat.

Exerez anexelor bolnave. Se poate proceda în dou moduri dup cum anexele se las sau nu desfcute de pe pere ii pelvisului, astfel:

— dac anexele se libereaz u or, exerez acestora începe cu partea cea mai pu in bolnav i dinspre pere ii pelvisului, spre uter. în acest sens se apuc uterul cu hysterolabul sau cu dou pense Kocher aplicate pe coarne, iar c p tui terminal al trompei se prinde cu o pens «în inim ». Tr gînd de aceste pense se evideniaz mezosalpinxul, care se secioneaz cu foarfecele din afar în untru, fie por iune cu por iune, aplicînd pense pe vasele care sîngereaz , fie dintr-o dat , dup ce se aplic o singur pens Kocher pîn la marginea uterului. Sec ionarea mezosalpinxului de partea unde se conserv ovarul se face cît mai aproape de tromp , pentru a feri, cît se poate, vasculariza ia acestuia. Se întrebuinteaz aceeaia i tehnic i de partea opus , dac ovarul este s n tos i poate fi l sat pe loc. De obicei ovarul face împreun cu trompa o singur tumoare inflamatorie, aderent . în această situa ie decolarea se face în bloc, dup ce se secioneaz între dou pense ligamentul lombo-ovarian;

dac aderen ele sînt puternice i anexele nu se las liberate cu u urin ,

extirparea lor se poate face din untru în afar , dinspre coarnele uterului spre ligamentele infundibulopelviene, aplicînd dou pense Kocher pe locul de inser ie al trompelor pe uter (pense care servesc pentru hemostaz i pentru trac iune) i pens «în inim » pe tumoare. Sec ionarea trompelor se face cu foarfecele, intrîndu-se în spa iul de clivaj dintre foi ele ligamentului larg. Astfel se decoleaz una dintre anexe pîn la ligamentul infundibulo-pelvian, pe care se aplic o pens de hemostaz i se secioneaz . De partea unde ovarul se las pe loc, trompa se extirp în acela i mod (pe cale retrograd), ferindu-se cu grij în timpul decol rii — dac este posibil — ligamentul utero-ovarian respectiv i vasele din arcada tubar .

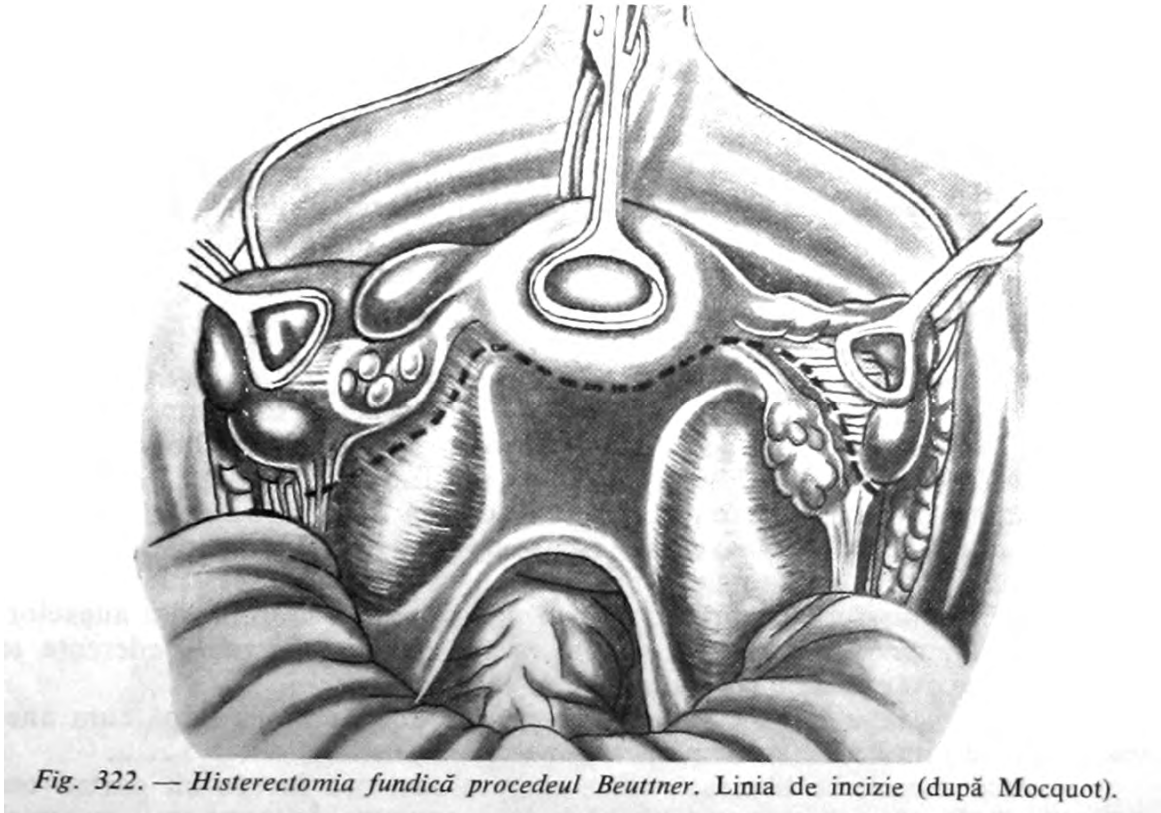


Fig. 322. — Histerectomia fundică procedeu Beuttner. Linia de incizie (după Mocquot).

Rezec ia transversal a fundului uterului. Dup ce se prepar anexele, se trece la rezec ia fundului uterului. Sec iunea acestuia se face cu bisturiul, linia de incizie fiind mai sus sau mai jos, în raport cu întinderea leziunilor fundului. (Dup practicarea sec iunii, bisturiul este îndep rtat). Ligamentele rotunde se secioneaz sau nu, în raport cu nivelul la care se face rezec ia. (Dup terminarea opera iei, capetele acestora vor fi suturate la coarnele uterului).

Hemostaza se face aplicînd dou pense pe ambele margini ale uterului (fig. 323), pu in sub planul de sec iune al viitoarei rezec ii. Aceste pense prind arterele uterine (sau hemostaza se face în cursul rezec iei, pe m sur ce se secio-neaz vasele care sîngereaz puternic; hemostaza se completeaz dup excizia fragmentului de uter). Folosirea oric rui procedeu nu realizeaz o hemostaz perfect i în timpul rezec iei uterului hemoragia este destul de abundant . Hemostaza definitiv i complet se ob ine dup suturarea suprafe ei sec ionate.

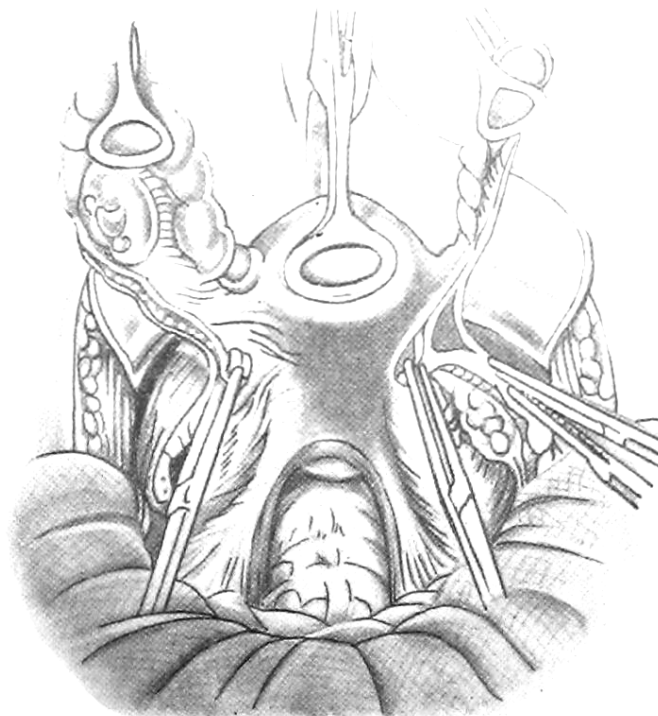


Fig. 323. — *Histerectomia fundică procedeu Beuttner.*
Pensarea arterelor uterine (după Mocquot).

Excizia se face sub forma unui con cu baza spre fund și vârful spre cavitatea uterului. Exciziile limitate se opresc anterior, la nivelul inserțiilor ligamentelor rotunde, iar posterior, deasupra ligamentului utero-ovarian, de partea unde se prezintă ovarul. Exciziile largi merg sub nivelul acestor inserții, secționându-se ligamentele rotunde. Când sînt necesare asemenea excizii largi, pentru ca opera să satisfacă principiile unei intervenții conservatoare, segmentul de uter care rămîne trebuie să aibă cel puțin 3 cm deasupra istmului, în acest caz nu mai este vorba de histerectomie fundică tip Beuttner, ci de o histerectomie interovarian unilaterală Bourq (vezi fig. 321-C).

Sutura plagi se face în două straturi cu fire separate de catgut, închizîndu-se cavitatea uterului. Firele se trec prin grosimea muchiului, în afara mucoasei (fig. 324). Al doilea strat de sutură poate fi făcut cu fire separate ca în fig. 325, sau cu surjet, pentru realizarea unei hemostaze mai bune. Ligamentele rotunde se resuturează la coarnele uterului.

Peritonizarea se face cu un fir de catgut trecut în suiet; se suturează de la dreapta la stînga foițele ligamentelor largi, aducîndu-se deasupra suturii uterului pliul peritoneal utero-vezical (fig. 325-cartu). Ligamentul infundibul pelvian — de partea unde s-a extirpat ovarul — se înfundă sub foițele ligamentului larg, respectiv. Ovarul prezintat este lăsat liber în cavitatea peritoneală.

Peritonizarea uterului se poate face și cu peritoneul vezico-uterin astfel: se incizează pliul peritoneal vezico-uterin și se decolează cu compresă, sau cu foarfecele curbă, vezica, cîțiva centimetri în jos spre colul uterin; peritoneul vezical astfel decolat se suturează cu multă atenție la fața posterioară a uterului (fig. 326). Astfel uterul este basculat mult înainte, ceea ce corectează și evită retroversia, iar după reducerea retroversiilor aderente, fața posterioară a uterului este acoperită cu peritoneul sîmburos, ceea ce evită formarea de noi aderențe.

Închiderea abdomenului se face în straturi anatomice.

Tratamentul postoperator. Se administrează antibiotice parenteral în primele cinci zile. Mobilizarea activă după 48 de ore.

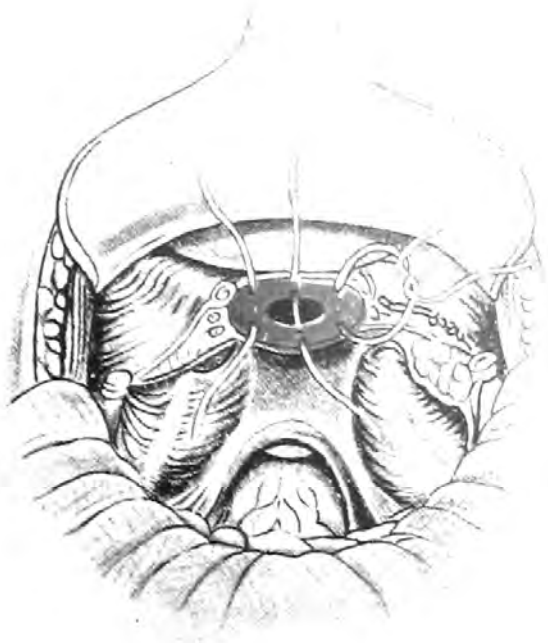
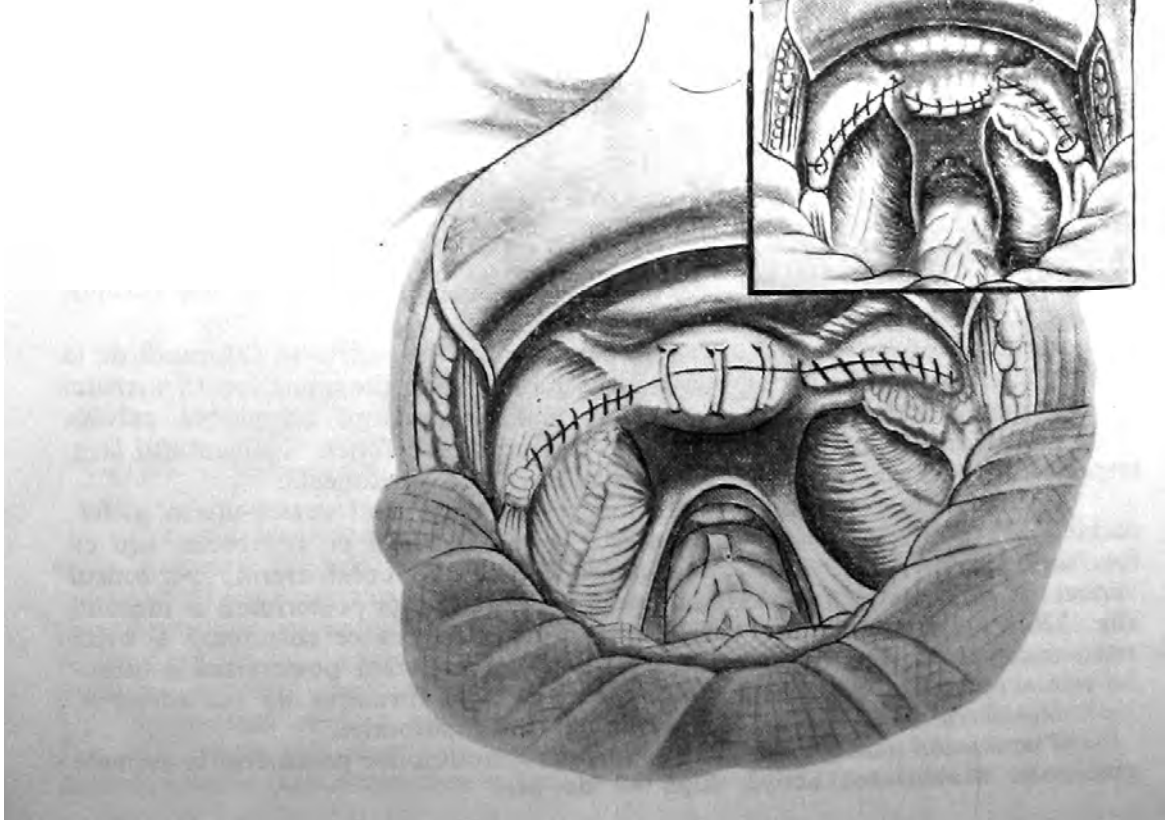


Fig. 325. — Histerectomia fundică
 procedeu Beuttner. Operația ter-
 minată :

In cartuș : peritonizare cu peritoneul vezical
 (după Mocquot)



Rezultate. Succesele func ionale ale *opera iei* depind de suprafa a endometrului r mas i de calitatea ovarului p strat, în general, cu excep ia suprim rii durerilor legate de procesele inflamatorii anexiale, operatele beneficiaz pu in din punct de vedere func ional (p strarea menstruatiei i a echilibrului hormonal) dup aceast interven ie, ceea ce limiteaz numai pentru anumite situa ii anatomo- clinice, opera ia de tip Beuttner.

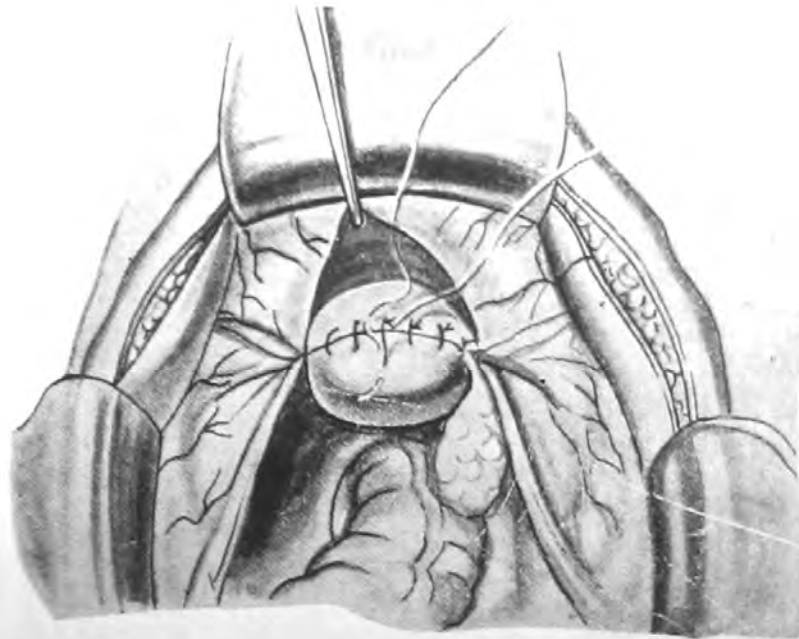


Fig. 326. — *Histerectomia fundică procedeul Beuttner*. Corectarea retrodeviației prin aducerea peritoneului vezical la fața posterioară a uterului rezecat. Acest procedeu extraperitonealizează complet sutura uterului.

Histerectomia supraistmică cu preservarea ambelor anexe. Timpii operatori sînt identici ca în histerectomia istmică de care se deosebesc numai prin nivelul la care se face incizia uterului.

Se detașează anexele de uter prin secționarea între două pense Kocher, a trompelor și ligamentelor utero-ovariene; se secționează și se leagă ligamentele rotunde; se aplică pense pe arterele uterine puțin sub nivelul la care s-a făcut incizia pe uter; se secționează uterul circular, cu bisturiul, deasupra penselor aplicate pe arterele uterine (fig. 327); incizia se face ușor oblic, spre cavitatea uterului, pentru ca suprafața de secțiune să se poată confronta cu ocazia suturii.

În executarea acestei incizii, grija deosebită este ca segmentul de uter rămas să fie contactat cu endometru. De aceea, nivelul la care se face incizia se alege cu atenție, în raport cu întinderea leziunilor și posibilitatea de a se preserva o parte din endometru, care să asigure menținerea menstruației. În acest sens incizia uterului să nu fie mai jos de 3 cm deasupra istmului.

Se leagă arterele uterine și după ce se verifică hemostaza se suturează suprafața de secțiune cu fire separate de catgut, în două straturi, sau cu surjet ca în fig. 327-cartuș, ferindu-se trecerea acului prin endometru.

Peritonizarea se face cu surjet de catgut musculo-peritoneal, de la dreapta la stînga, incluzînd și înfundînd capetele trompelor și a ligamentelor rotunde la colurile suturii (fig. 328 A și B). Întreaga suprafață suturată poate fi acoperită cu peritoneul vezical (ca în fig. 326).

Abdomenul se reconstituie anatomic.

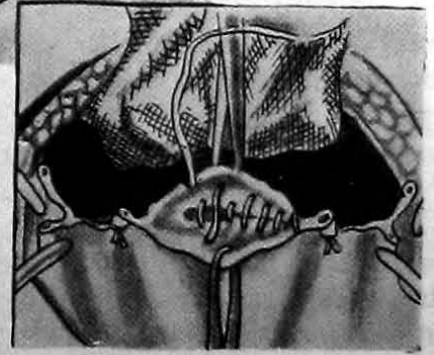
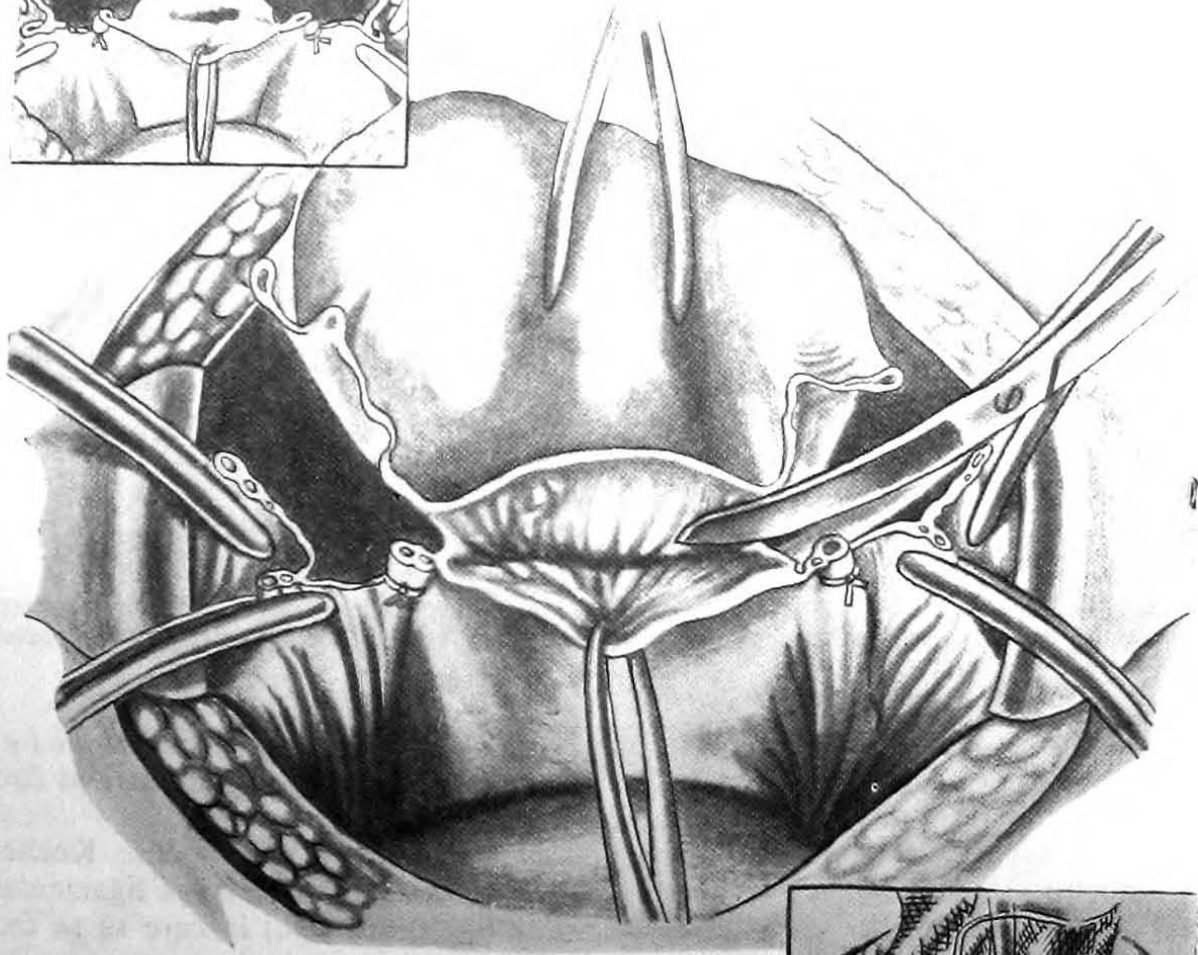


Fig. 327. — Histerectomia supraistmică cu păstrarea anexelor. Uterul se secționează circular la cîțiva centimetri deasupra istmului:

În cartuș: sus: suprafața de secțiune; jos: sutura suprafeței de secțiune.

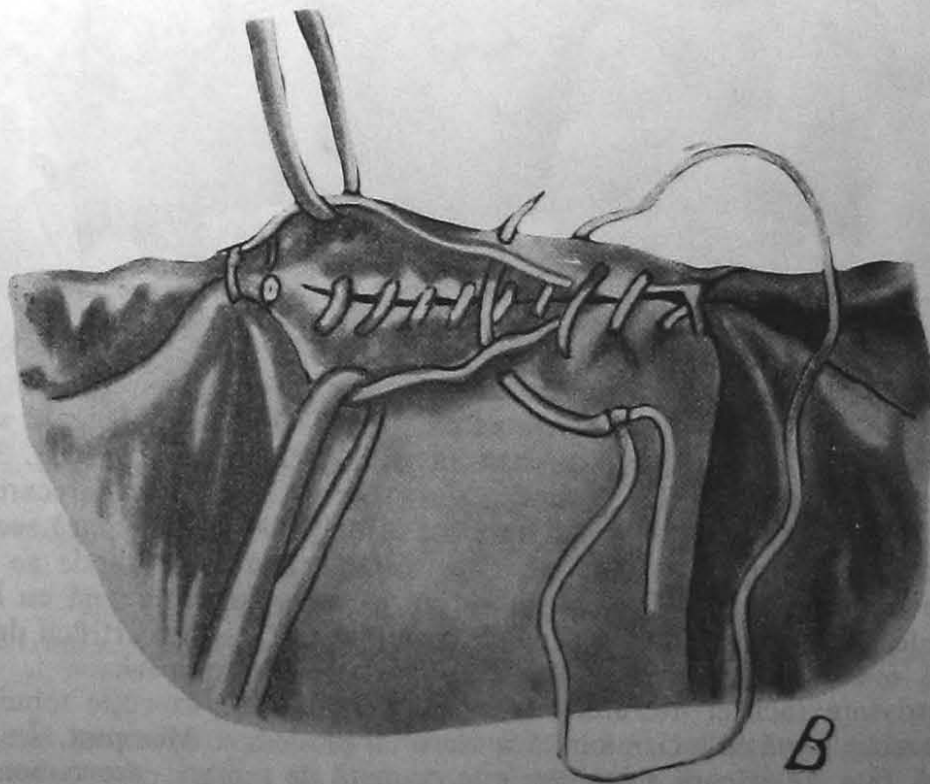
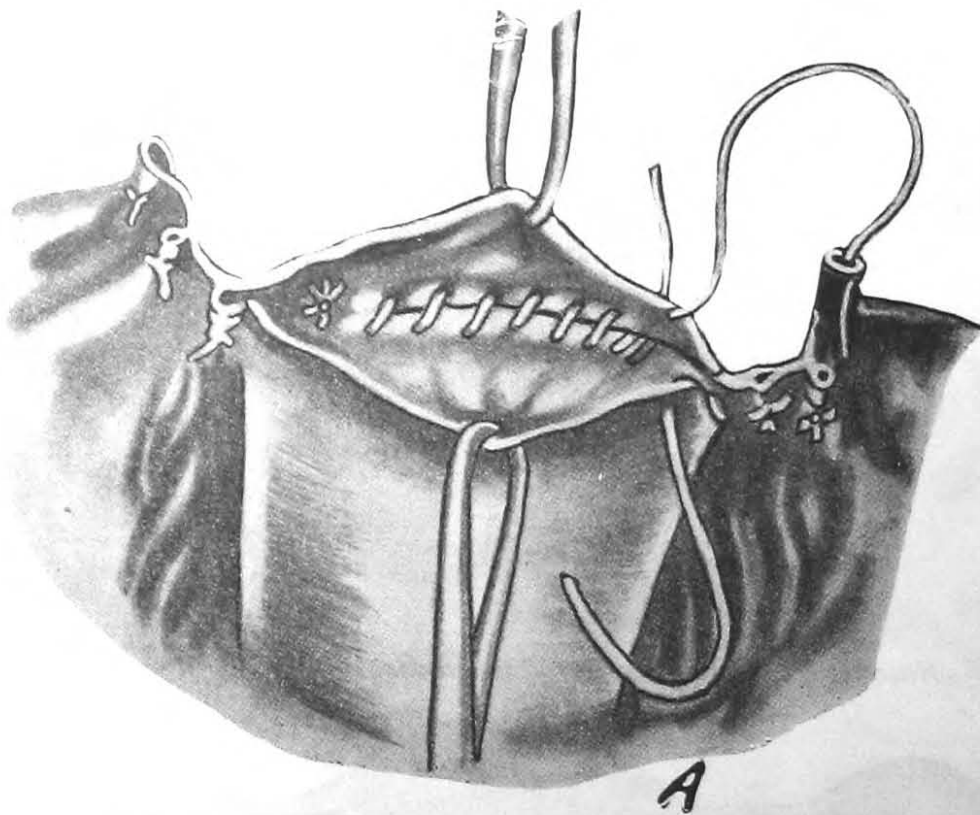


Fig. 328. — *Histerectomia supraistmică cu păstrarea anexelor :*

A — modul cum se aduc trompele și ligamentele rotunde la colțurile suturii. B — cel de al doilea strat de sutură.

Variante de tehnică și tactică. În privința anexelor: dacă una dintre anexe este bolnavă, se extirpă, păstrându-se trompa și ovarul de partea opusă, sau numai ovarul (fig. 329). Dacă unul dintre ovare este bolnav se extirpă acesta. Dacă ovarele sînt sănătoase, dar una dintre trompe este bolnavă, aceasta se extirpă pe cale retrogradă (a se vedea salpingectomia retrogradă pag. 141). Dacă ambele trompe sînt bolnave se extirpă, conservîndu-se numai ovarele (vezi fig. 321 Q. Bourg numește această operație « histerectomie fundică interovariană ». Tehnica se apropie de histerectomia fundică Beuttner, de care se deosebește numai prin faptul că se păstrează nu unul, ci ambele ovare (fig. 330).

În privința ligamentelor rotunde : dacă uterul răsucit are oarecare volum, capetele ligamentelor rotunde pot fi suturate la colurile suturii; dacă secționarea uterului este în apropierea istmului, capetele ligamentelor rotunde se aduc la comisurile bontului cervical, odată cu suturarea acestuia. Împreună cu ligamentele rotunde, pot fi implantate și capetele trompelor. Cu aceste artificii de tehnică se asigură o bună suspendare a uterului, evitându-se prolapsul.

În privința inciziei uterului sînt trei posibilități de execuție tehnică : — rezecție joasă cu incizie oblică a uterului, procedeul Mocquot. În eventualitatea că fașa anterioară a uterului este ocupată de tumori care coboară pînă la istm, iar fașa posterioară este sîntoasă în partea ei inferioară, incizia uterului nu se mai face în sens transversal, ci oblic. Astfel se incizează peretele anterior la nivelul istmului, iar pe laturi bisturiul urcă în sus, tăind din peretele posterior un adevărat lambou conectat cu endometru. Se procedează în sens invers dacă tumorile sînt situate pe peretele posterior.

Hemostaza, sutura uterului și peritonizarea se execută ca în tehnica obișnuită de histerectomie înaltă, rezecție sagitală, în potcoavă, procedeul Crossen.

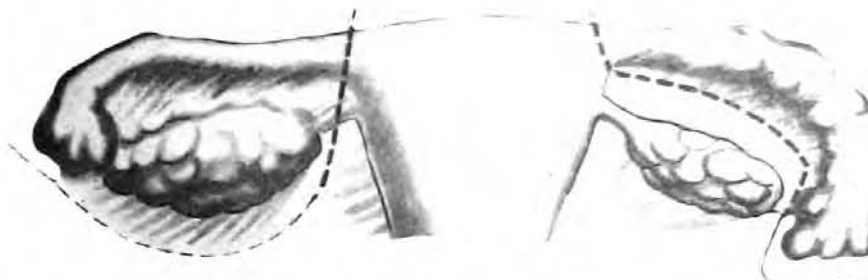


Fig. 329. — Histerectomia supraistmică cu păstrarea unui singur ovar, ca în procedeul Beuttner.



Fig. 330. — Histerectomia fundică interovariană Bourg (A) și fundică Beuttner (B). Linile de incizie.

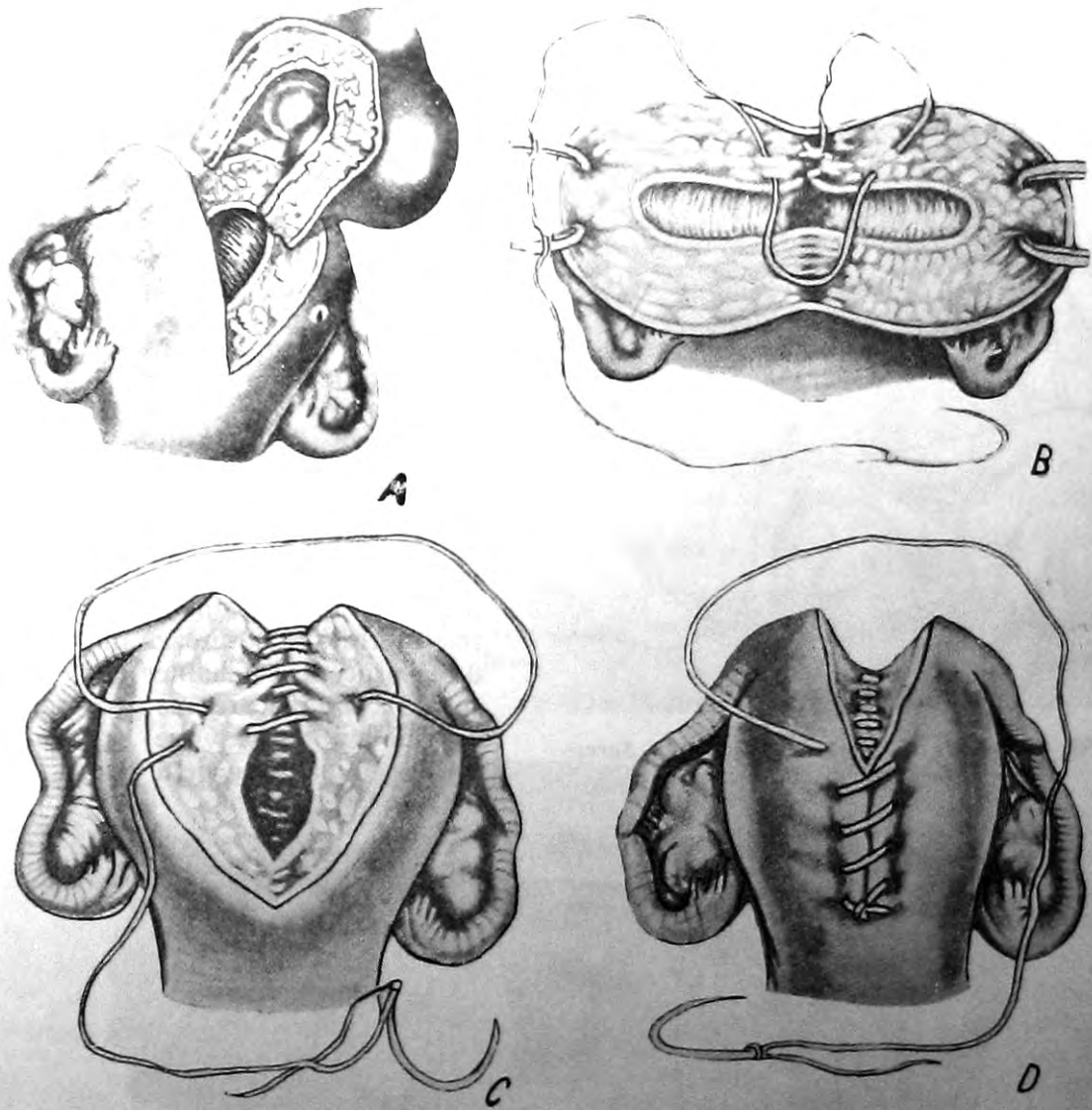


Fig. 331. — Rezeția în potcoavă a uterului, procedeul Crossen :

A — rezeția în felie sagitată a fundului uterin; B — cum începe surjetul musculo-muscular; C — continuarea surjetului musculo-muscular și reconstituirea cavității uterine; D — sutura musculo-seroasă.

Acest procedeu este indicat în situațiile când tumorile fibromatoase sînt situate mai mult median și spre fundul uterului.

Desenele cuprinse în fig. 331, A, B, C, D, ilustrează felul cum se execută procedeul Crossen.

- histerectomia supraistmică interanexială, procedeul Soresi și Brocq. Acest procedeu este indicat în polifibromiomatoza uterină, scopul funcțional urmărit este să se păstreze intactă vascularizația și inervația anexelor.

- Procedeul Soresi-Brocq respectă arterele uterine păstrînd în jurul lor un manșon de miometru. Astfel circulația la nivelul ovarelor rămîne intactă. Ca principiu, această operație se situează între miometrectomia Aburel — mult superioară, prin faptul că păstrează nu numai circulația la nivelul ovarelor, ci aproape tot endometrul și o mare parte din miometru — și histerectomia supraistmică obișnuită, care prin legarea arterelor uterine, tulbură irigarea ovarelor, creînd condiții pentru degenerarea sclerochistică a acestora.

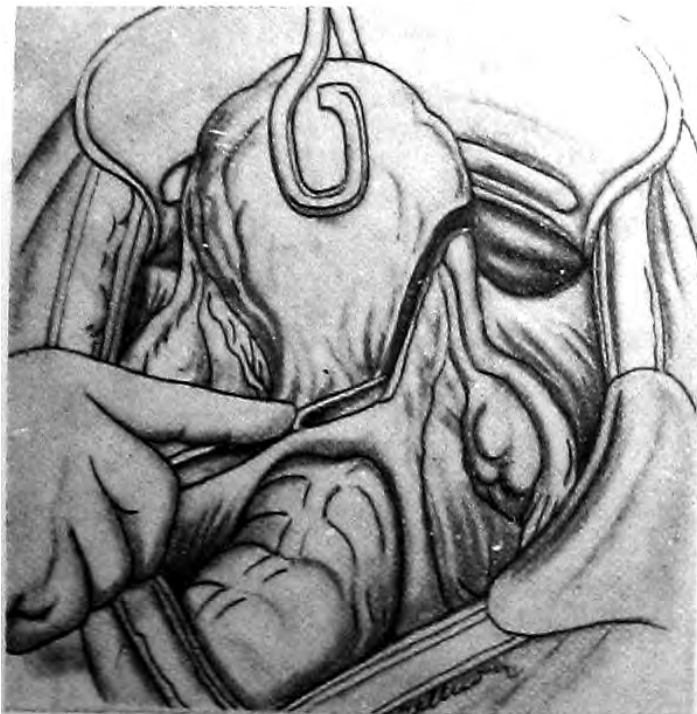


Fig. 332. — *Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Linia de incizie.*



Fig. 333. — *Histerectomia interanexială Soresi-Brocq. Manșonul miometrial « port-vase », rămas după rezecarea corpului uterin.*

Tehnica Soresi-Brocq este mai dificilă, sîngerarea fiind mai abundentă.

Secționarea uterului se face cu bisturiul în unghi diedru, în untrul traiectului arterelor uterine (fig. 332). Excizia uterului se face la cîțiva centimetri deasupra istmului pentru a se păstra — cînd se poate — și o mică suprafață de endometru în vederea conservării menstruației (fig. 333). Cei doi pereți ai miometrului, în care sînt incluse arterele uterine, se suturează împreună după procedeul Challier (fig. 334 și 335), sau fiecare manșon mio-metrial « port-vase » se suturează separat după procedeul Brocq.

În privința refacerii bontului o variantă de tehnică este reimplantarea anexelor și ligamentelor rotunde la nivelul acestuia. În acest sens, capetele trompelor și a ligamentelor rotunde sînt aduse la cele două comisuri ale suprafeței de secțiune a uterului, folosind pentru această implantare capetele firelor cu care au fost legate. Aceste fire sînt trecute din untru în afară, prin grosimea pereților uterului (fără să perforeze endometrul) astfel încît, după ce sînt legate, ele includ în unghiul de afrontare capetele anexelor și a ligamentelor rotunde (vezi fig. 328 A).

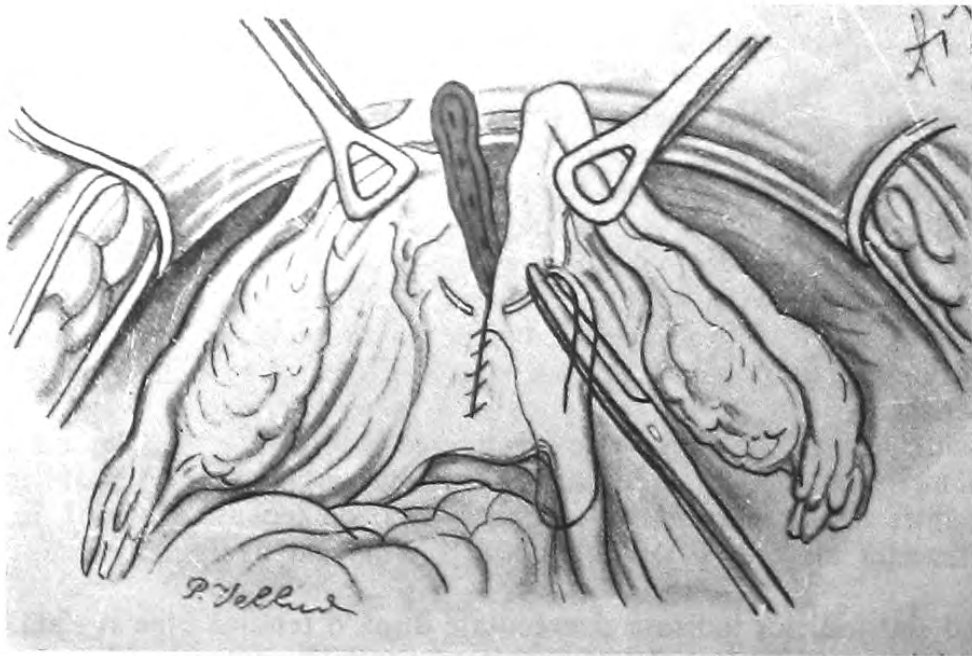


Fig. 334. — *Histerectomia interanexială Soresi-Brocq.* Sutura celor două manșoane miometriale (procedeul Challier).

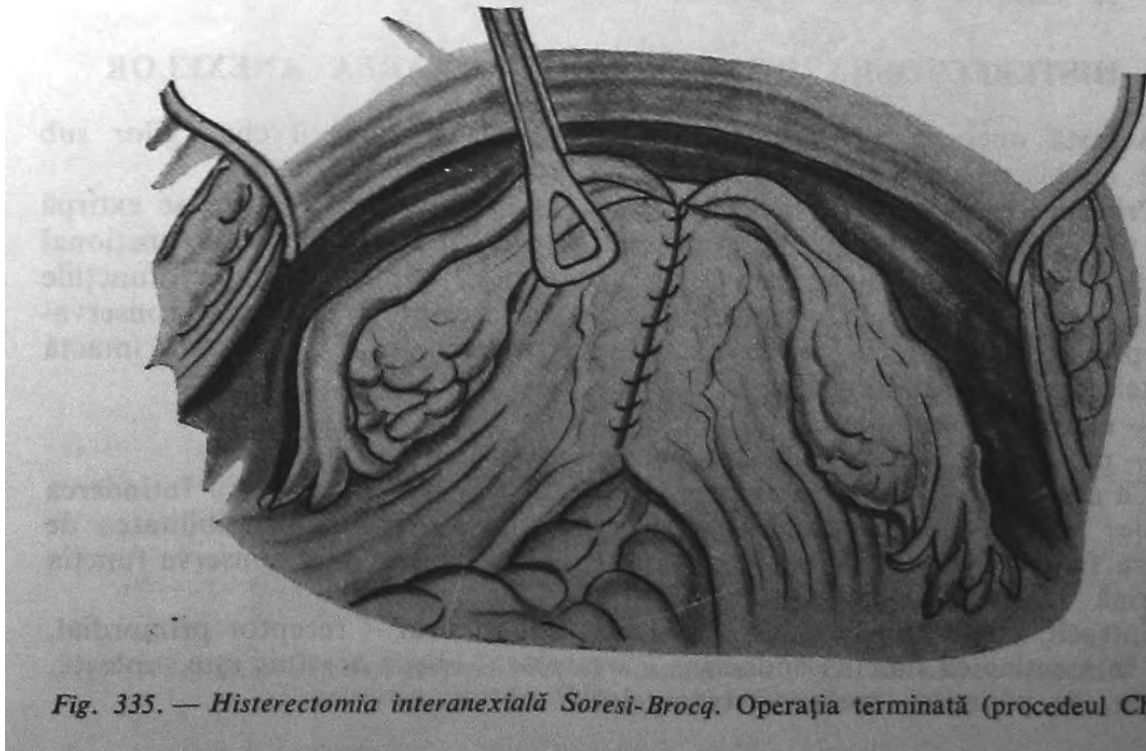


Fig. 335. — *Histerectomia interanexială Soresi-Brocq.* Operația terminată (procedeul Challier).

O altă modalitate de reimplantare este să se transfixieze capetele lor proximale cu un fir prin grosimea comisurilor uterului, ca în fig. 336. De deasupra lor se coase miometrul cu fire separate și sutura se acoperă cu peritoneul vezical (fig. 337).

Tratamentul și evoluția post-operatorie sînt identice ca după miometrectomie (vezi pag. 248).

Rezultate. Cele mai bune rezultate se obțin după histerectomia supraistmică orizontală, cu preservarea ambelor anexe.

Cînd leziunile inflamatorii impun extirparea ambelor trompe și a unui ovar, rezultatele funcționale sînt similare histerectomiei fundice Beuttner, adică mediocre sau submediocre.

Rezultatele depind și de felul cum este condusă tehnica operației. Ele sînt cu atît mai bune, cu cît ovarele sînt mai puțin traumatizate, cu cît circulația lor este mai bine preservată, cu cît se evită compresiunea și răsucirea pediculului cu ocazia peritonizării.

Privitor la rezultatele legate de menținerea menstruației, ele depind de suprafața endometrului preservată și de corelația funcțională care se restabilește după operație, între aceasta și ovar. Ele depind deci, de tehnica folosită în ceea ce privește rezecția uterului și de potențialul biologic al ovarelor, existent la acea dată.

Cînd sînt judicios indicate și executate după o tehnică bine reglată, avantajele acestor operații la femeile în activitate genitală sînt:

- se evită tulburările de menopauză precoce;

- se menine menstruația (fenomen biologic și psihic important);
- se menține statica organelor pelvisului.

e) HISTERECTOMIA ISTMIC CU PĂSTRAREA ANEXELOR

Această operație este cunoscută în limbajul obișnuit al chirurgilor sub numele de histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor.

Principii și eficiență. Histerectomia subtotală este tehnica cu care se extirpă corpul uterului în totalitate, colul rămânând pe loc (fig. 321-A). Deși, funcțional vorbind, este o intervenție radicală pe uter, fiindcă suprimă complet funcțiile acestuia (menstruația și posibilitatea de gestație), este totuși o operație conservatoare, prin aceea că păstrează anexele (funcția hormonală). Cu păstrarea intactă a anexelor, histerectomia subtotală caută să satisfacă două principii:

- extirparea completă a leziunii;
- păstrarea echilibrului hormonal.

Ca atare, acest procedeu chirurgical se situează — în raport cu întinderea leziunilor benigne ale uterului și cu vârsta bolnavei — între imposibilitatea de a păstra funcția menstruală și de gestație, și posibilitatea de a conserva funcția endocrină a ovarelor.

Întrucât, odată cu uterul, se suprimă și endometrul — receptor primordial, cu rol în menținerea funcției endocrine a ovarelor, — lipsa acestuia este supleată, în parte, de păstrarea mucoasei trompelor.

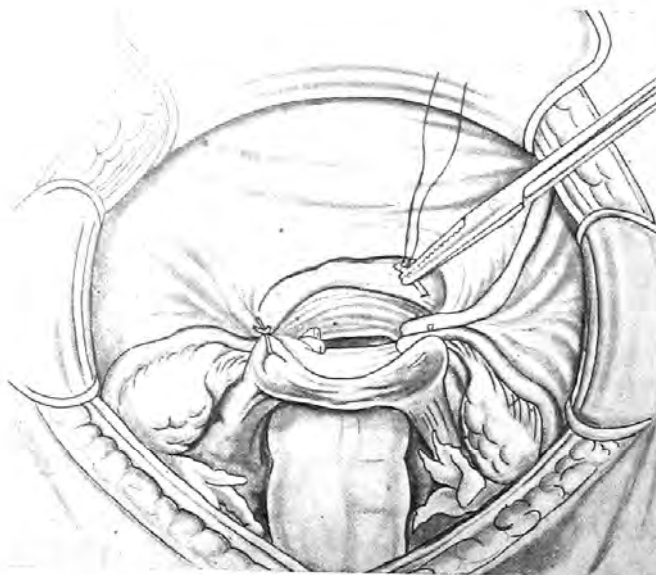


Fig. 336. — Histerectomie parțială. Modalitate de implantare a trompelor și ligamentelor rotunde la nivelul colțurilor secțiunii uterului.

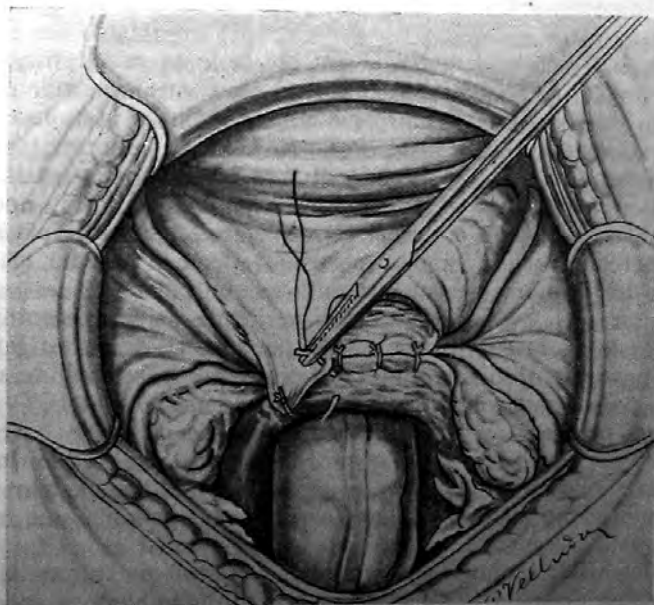


Fig. 337. — Histerectomie parțială. Sutura miometrului după includerea trompelor și ligamentelor rotunde. Peritonizarea cu peritoneul vezical.

Eficien a histerectomiei subtotale cu p strarea anexelor se apreciaz în raport cu cele dou obiective pe care trebuie s le ating : evitrea recidivelor organice i func ionale care au motivat interven ia i evitarea tulbur rilor neuro- vegetative i metabolice, care ar urma castr rii chirurgicale.

Indica ii. Histerectomia subtotal , cu p strarea anexelor, a fost tratamentul chirurgical de elec ie al fibromului uterin (fig. 338). Cu o frecven sc zut s-a practicat i în sarcina ectopic , în rupturile uterine i în perfora ii.

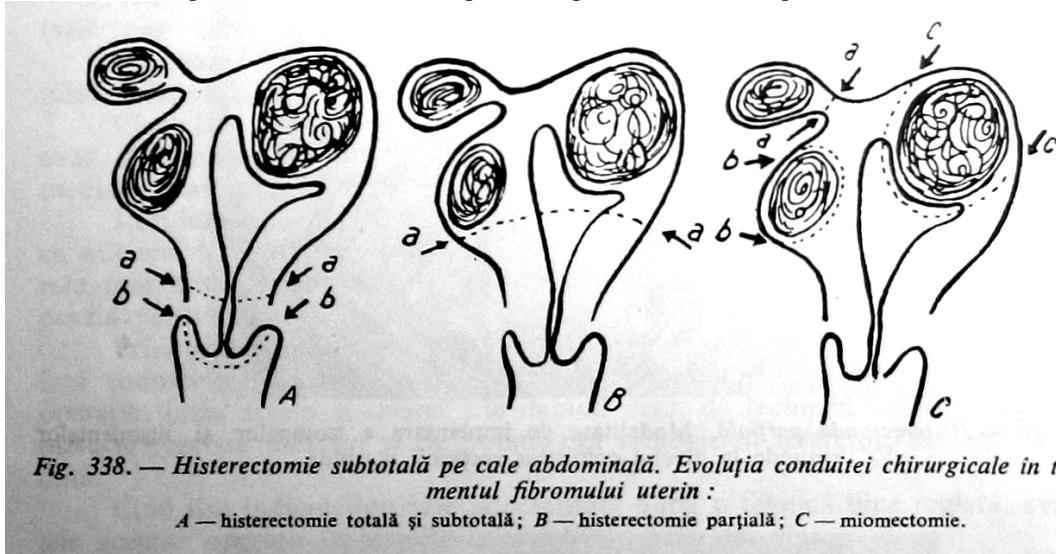


Fig. 338. — Histerectomie subtotală pe cale abdominală. Evoluția conduitei chirurgicale în tratamentul fibromului uterin :

A — histerectomie totală și subtotală; B — histerectomie parțială; C — miomectomie.

Indica iile histerectomiei subtotale sînt din ce în ce mai restrînse. La femeile sub 40 de ani, indica iile decurg în primul rînd din contraindica iile miomectomiei sau ale oric rui alt procedeu de chirurgie conservatoare a uterului (histerectomie supraistmic , miometrectomie, histerorafie în rupturi i perfora ii). La femeile peste 40 de ani tendin a este s fie înlocuit cu histerectomia total simpl .

Argumente în favoarea histerectomiei subtotale: tehnica operatorie este mai u oar , mai rapid i f r riscuri pentru uretere i vezic ; p strarea colului asigur men inerea staticii organelor pelvisului; femeile accept mai greu ideea de a se extirpa în întregime uterul (prezen a colului p streaz nemodificat via a sexual) i conservarea ovarelor evit tulbur rile de caren hormonal (atrofia mucoasei vaginale i osteoporoza); metodele actuale de investiga ii complexe (citologie, colposcopie, biopsie) ofer referin e pre ioase asupra st rii colului uterin înainte de a se decide indica ia histerectomiei subtotale.

Argumente în favoarea histerectomiei totale simple: evit cancerizarea colului («cancer pe col restant»); tehnica histerectomiei totale intracapsulare evit lezarea ureterelor i a vezicii; respectarea inser iei ligamentelor uterosacrate i sutura capsulei men ine statica organelor pelvisului; rolul colului în producerea organismului este discutabil.

Indica iile histerectomiei subtotale sînt: patologia tumoral benign a uterului sub toate formele anatomo-clinice (fibrom voluminos, noduli multipli, adenomiomatoz difuz); metropatia hemoragic recidivant ; aderen e întinse periuterine; pelvis adînc la femei obeze | scurtarea duratei opera iei la cazurile cu starea general alterat (anemie grav); în unele tumori intraligamentare i în procesele inflamatorii cronice anexiale unilaterale (histerectomia subtotal de necesitate); în rupturile uterului, în apoplexia uteroplacentar i în hemoragiile din post-partum prin atonie.

Afirma ia f cut de Cotte « cu cît histerectomia este mai u oar din punct de vedere tehnic, cu atît este mai pu in justificat » este i ast zi valabil .

Contraindica ii. Histerectomia subtotal cu p strarea anexelor este contraindicat în leziunile vechi ale colului i în salpingoovaritele cronice.

Condi ii de efectuare. Pentru efectuarea acestei tehnici, condi ia principal este starea anexelor. Rezultatele func ionale în ceea ce prive te men inerea echilibrului hormonal al femeii operate, sînt cu atît mai bune în timp, cu cît ovarele i trompele nu sînt modificate de procese inflamatorii vechi i în timpul interven iei se p streaz vasculariza ia lor intact .

Preg tirea preoperatorie. Preg tirea preoperatorie este aceea i ca pentru miomectomie sau miometrectomie (vezi pag. 236 i 248).

Momentul opera iei: în prima decad dup terminarea menstrua iei.

Tehnica histerectomiei subtotale pe cale abdominal , «procedeul tip». Deoarece tactica i tipul interven iei se decid în timpul opera iei, se prefer calea abdominal de abordare, care ofer cîmp larg chirurgical asupra pelvisului.

Incizia peretelui: Pfannenstiell sau median .

Explorarea pelvisului este obligatorie dup deschiderea abdomenului i izolarea anselor intestinale. Pozi ia în Trendelenburg a bolnavei u ureaz acest explorare. Se face bilan ul intraoperator al leziunilor uterului i anexelor.

De prim importan este ca anexele s fie s n toase.

Pentru u urarea examin rii intraoperatorii, uterul este luxat din cavitatea abdominal i adus deasupra peretelui, fie cu mîna, fie cu sfredelul chirurgical r sucit în tumoare, fie cu pense Pozzi sau Museux. Astfel uterul poate fi explorat pe toate fe ele, de asemenea i anexele. Un cîmp moale, umed, introdus în Douglas izoleaz cavitatea peritoneal i men ine uterul exteriorizat. Dacă uterul tumoral este voluminos i se las u or luxat, dep rt toarele puternice i traumatizante pentru pere ii abdomenului devin inutile, cel pu in pîn se ajunge la timpul de peritonizare; valva Doyen aplicat suprapubian este de cele mai multe ori suficient i numai cînd sînt aderen e dificile, sau în momentul peritoniz rii, se mai completeaz cu un dep rt tor al pere ilor.

Sec ionarea anexelor i ligamentelor rotunde se face începînd cu partea dreapt . Trompa i ligamentul utero-ovarian se prind la 1 cm de uter i se sec ioneaz cu foarfecele, între dou pense Kocher (fig. 339). Aceea i manevr i pentru ligamentul rotund.

După detașarea acestora de uter, se prind între foi ale ligamentului larg. În timp ce se trage uterul cu o mână în sus și lateral, cu cealaltă se evidențiază marginea lui până la istm, îndepărțându-se esutul celular avascular dintre foi ale ligamentului larg, cu comprese de tifon prinse într-o pensă lungă (tampon montat), sau cu foarfecele curb. Se leagă cu nylon, ață sau catgut, pe locul penselor, capătul trompei, și separat, capătul ligamentului rotund. Firele cu care se face ligătura se prind strează lungi, pe pense Pean, ca în fig. 340.

Se procedează la fel de partea opusă.

Secționarea și decolarea peritoneului vezico-uterin. Uterul liberat de anexe se lasă ușor tras în afară și spre ombilic, scoțându-se în evidență fundul de sac vezico-uterin și locul unde peritoneul vezical se reflectă pe uter. Peritoneul vezico-uterin se recunoaște după culoarea lui, alb-sidefie. Cu foarfecele curb se secționează peritoneul, de la un ligament rotund la cel alt, printr-o distanță de 1—2 cm deasupra locului unde peritoneul se reflectă spre vezică. Foarfecele se învârt cu curbura îndreptată cranial (fig. 340), iar linia de secțiune este ușor curbă, cu concavitatea spre uter și întotdeauna de la dreapta la stânga. Peritoneul secționat se decolează de pe istmul uterului, cu mică de închidere și de deschidere a foarfecelui, sau cu o compresă montată pe pensă port-tampon. Decolarea este limitată până la nivelul colului. După aceea se basculează uterul spre simfiz pubian, și cu foarfecele se secționează peritoneul de pe fața posterioară a istmului, de la stânga la dreapta, deasupra inserțiilor ligamentelor utero-sacrate. Peritoneul secționat nu se decolează.

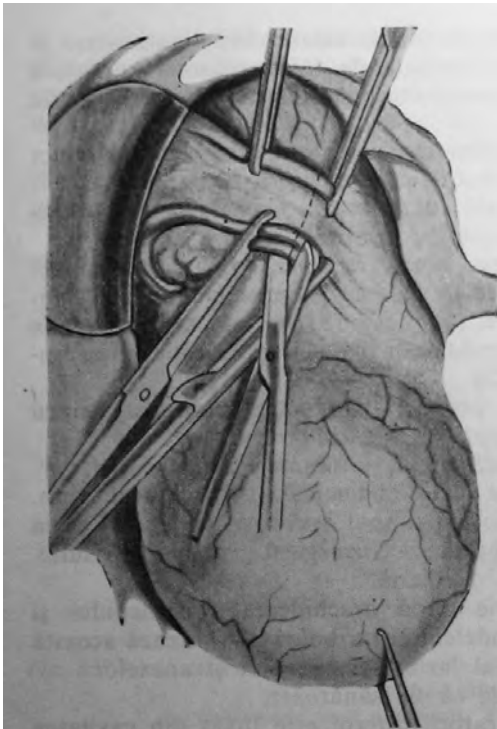


Fig. 339. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Felul cum se secționează trompele împreună cu ligamentele utero-ovariene și separat ligamentele rotunde.

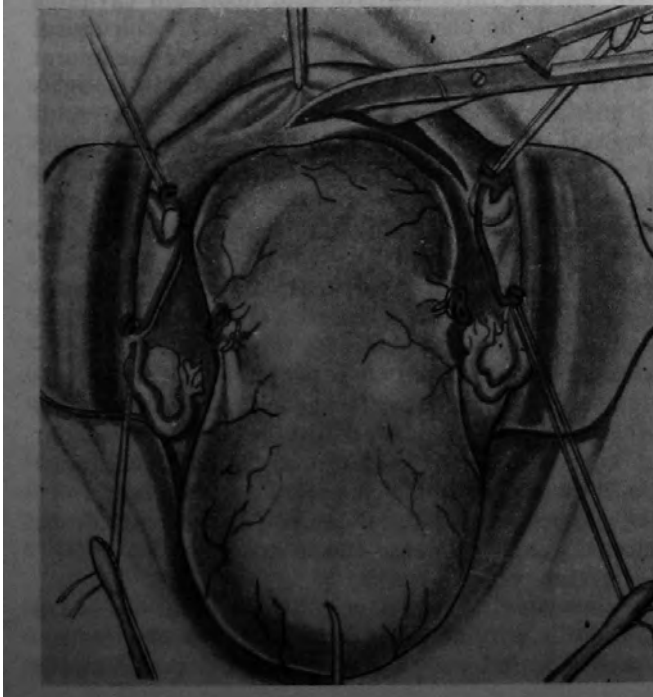
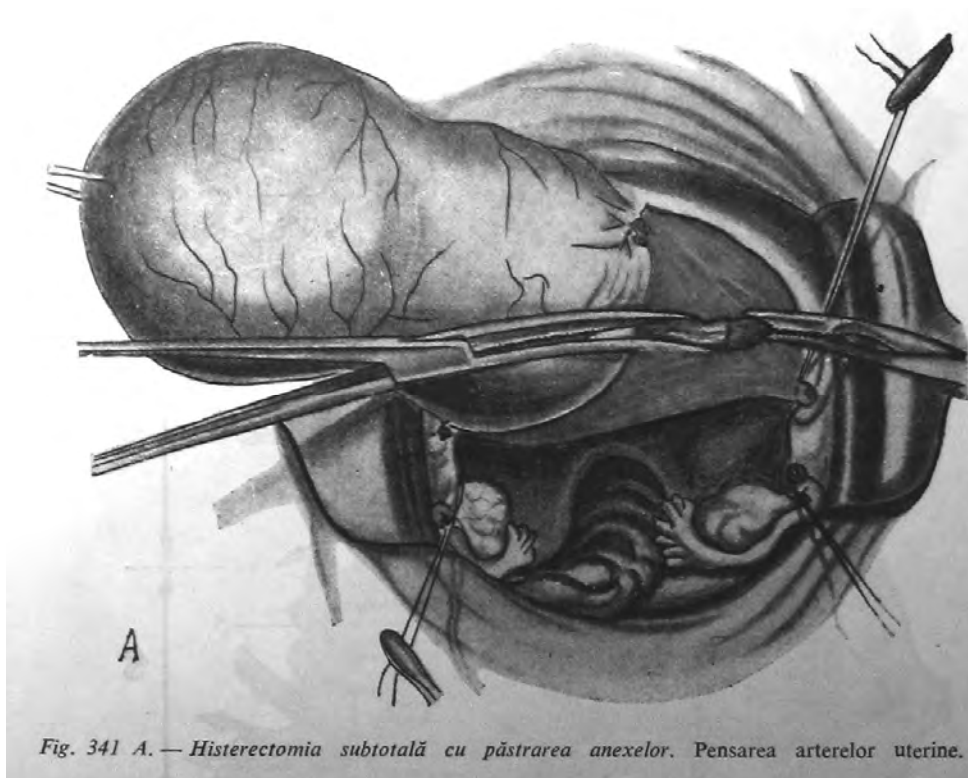


Fig. 340. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Secționarea peritoneului vezico-uterin.



Secționarea arterelor uterine. În timp ce se trage puternic de uter, se aplică pensa J. L. Faure, perpendicular pe axul acestuia. Pentru ca întreg pediculul vascular să fie prins, pensa se aplică astfel ca vârful ei să « muște » din marginea uterului. Pensa se aplică totdeauna cu vârful privind spre fundul uterului. La 1 cm deasupra pensei J. L. Faure, se aplică o pensă Kocher (pentru a se evita hemoragia venoasă) și între ele se secționează artera uterină, cu foarfecele curb (fig. 341 A și 341 B). Această manevră se face și de partea opusă. Ligatură bonturilor (cu nylon sau cu catgut) se face după extirparea uterului (vârful penselor de hemostază orientează nivelul la care se secționează istmul) respectiv înainte de a se trece la sutura bontului cervical. Firele de ligatură se trec cu acul prin marginea colului. Dacă arterele uterine se leagă imediat (fig. 342) există riscul ca ligaturile să se slăbească în timpul secționării colului.

Extirparea uterului. Se aplică două pense Pozzi, una pe fața anterioară a colului, alta pe fața posterioară, care se încredințează ajutorului. O compresă mare de tifon se introduce în spatele pensei posterioare, pentru izolarea Douglasului. Operatorul, trăgând de uter puternic, taie istmul cu bisturiul, începând cu fața anterioară (fig. 343) la o distanță de 1 cm deasupra nivelului penselor aplicate pe arterele uterine, apoi pe fața posterioară (fig. 344). Secționarea istmului se face transversal, lama bisturiului îndreptată ușor oblic spre canalul cervical, pentru ca marginile bontului să poată fi ușor afrontate. Instrumentele care au servit la secționarea istmului nu se mai folosesc (timp septic). Suprafața de secționare se terge cu soluție de iod.

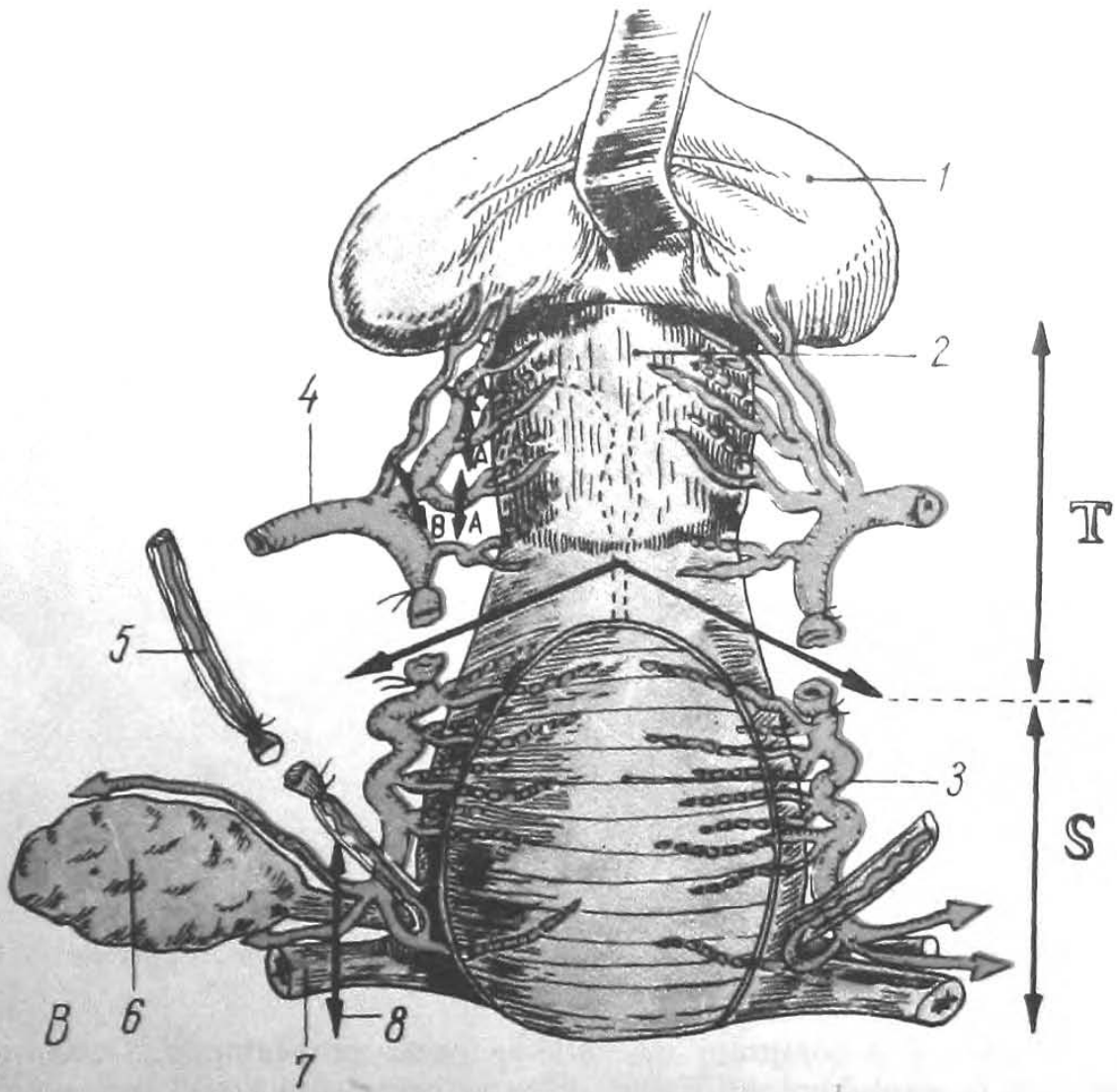


Fig. 341 B. — Ligatura arterelor uterine în diverse procedee de histerectomie:
 1 — vezica; 2 — vaginul; 3 — corpul uterin; 4 — artera uterină; 5 — ligamentul rotund; 6 — ovar; 7 — trompe;
 8 — pedicol uteroovarian. S — histerectomie subtotală. T — histerectomie totală.

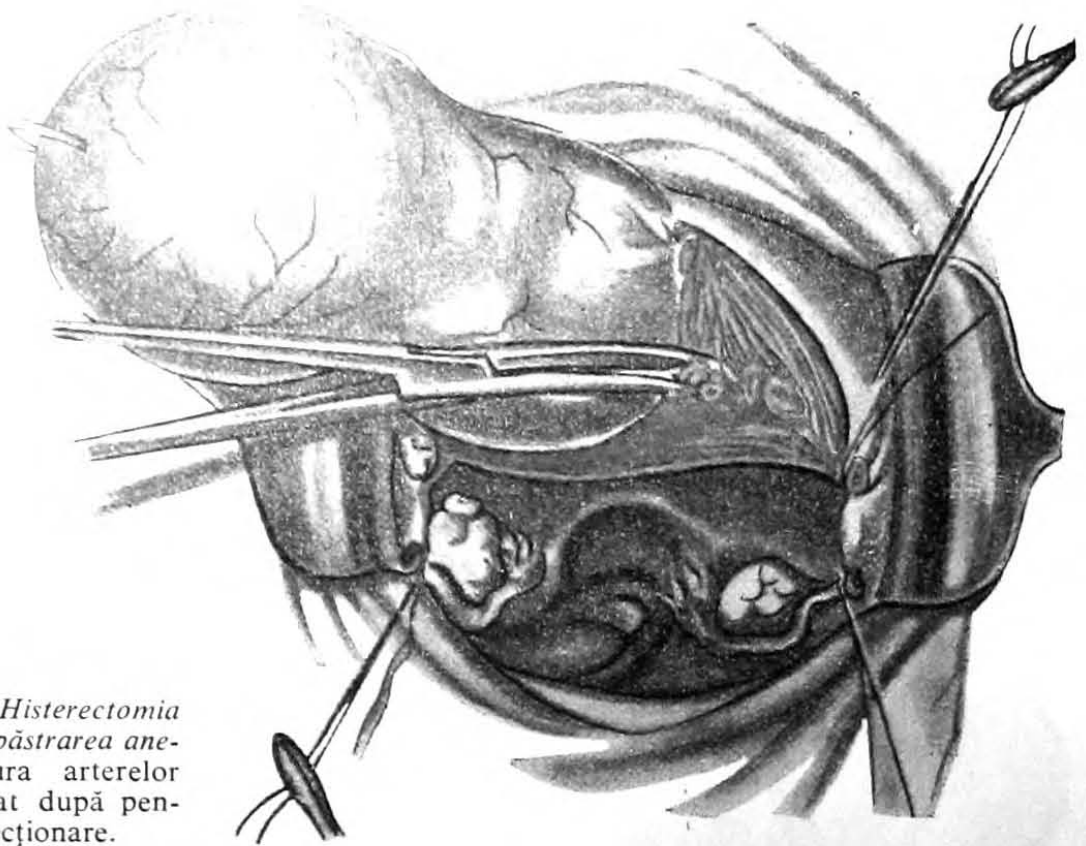


Fig. 342. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Ligatura arterelor uterine imediat după pensare și secționare.

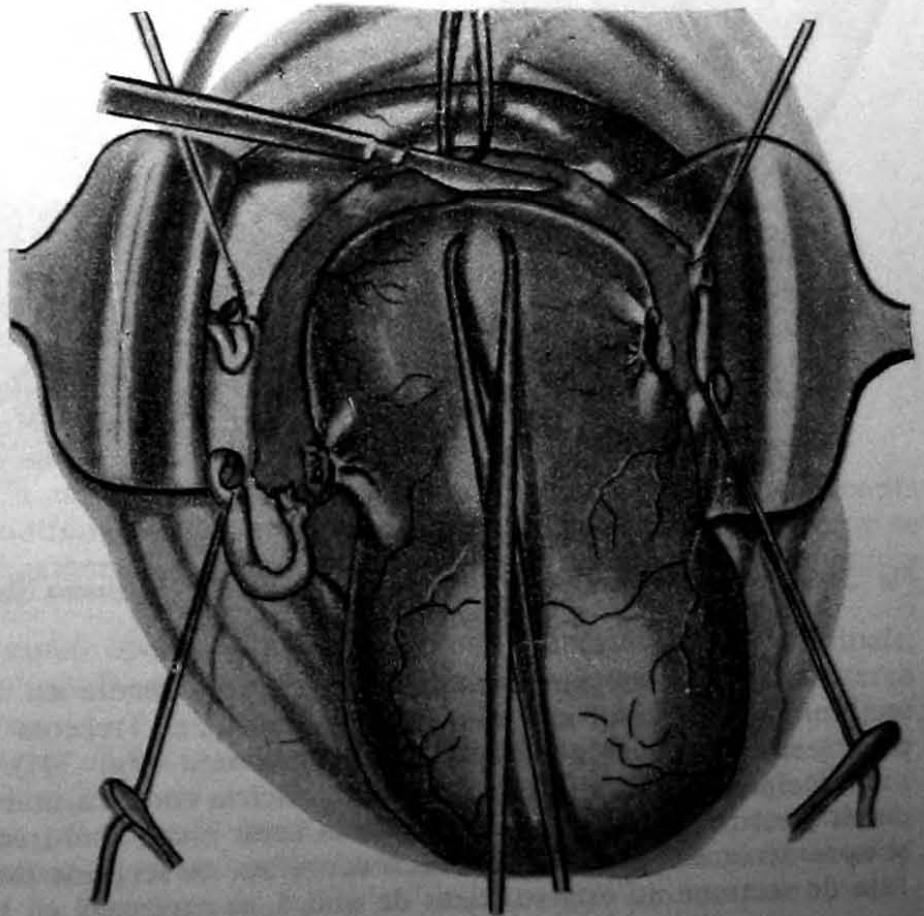


Fig. 343. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Secțiunea istmului pe fața anterioară.

Controlul cavității uterului. Imediat după extirpare un alt ajutor deschide cavitatea uterului. Acest control este necesar, fiindcă descoperirea unui cancer endocavitar schimbă complet tactica operatorie. În această eventualitate se « totalizează » histerectomia, extirpându-se anexele și colul.

Sutura colului. Fire separate de catgut, trecute cu acul curb prin buzele secțiunii, închid colul și completează hemostaza. Trecerea firelor se face numai prin țesut musculo-fibros, ocolindu-se mucoasa (fig. 345).

Refacerea bontului este ușurată de excizia conică a uterului, cu atât mai mult, cu cât țesuturile fiind foarte rezistente la acest nivel, acul trece prin ele cu greutate și apropierea nu se poate face dacă suprafața de secțiune este plană. Dacă suprafața de secțiune nu este suficient de oblică, se excizează cu bisturiul din grosimea

buzelor, rezultând o cavitate în miniatură, la nivelul colului restant. Bontul cervical se poate sutura și cu fire în X. În tot timpul suturii, colul se menține fixat cu o pensă Pozzi.

Instrumentele care au servit la sutura colului se îndepărtează (timp septic), apoi se scoate câmpul moale din Douglas și, după ce se controlează hemostaza pediculilor vasculari și a bontului suturat, se începe peritonizarea.

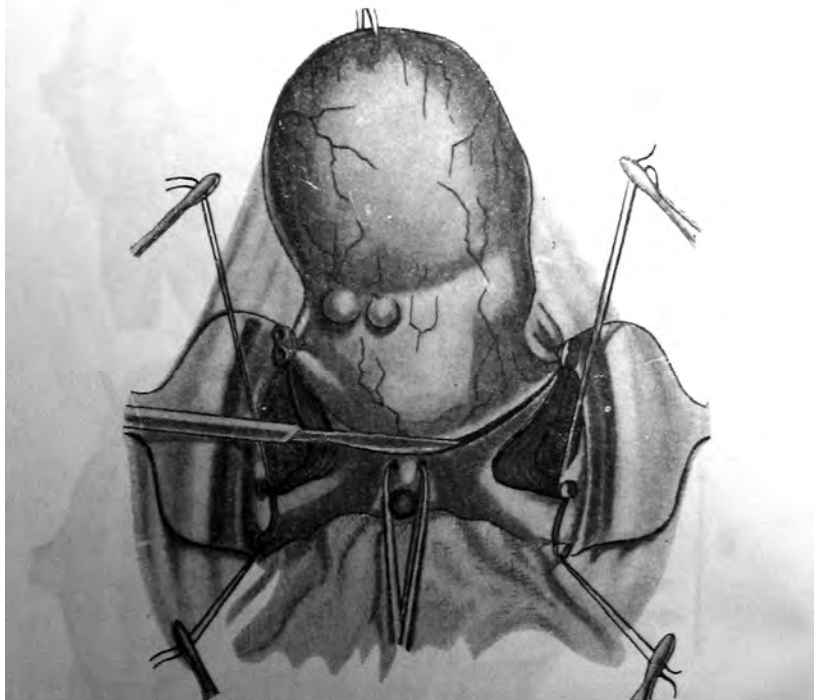


Fig. 344. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Secțiunea istmului pe fața posterioară.

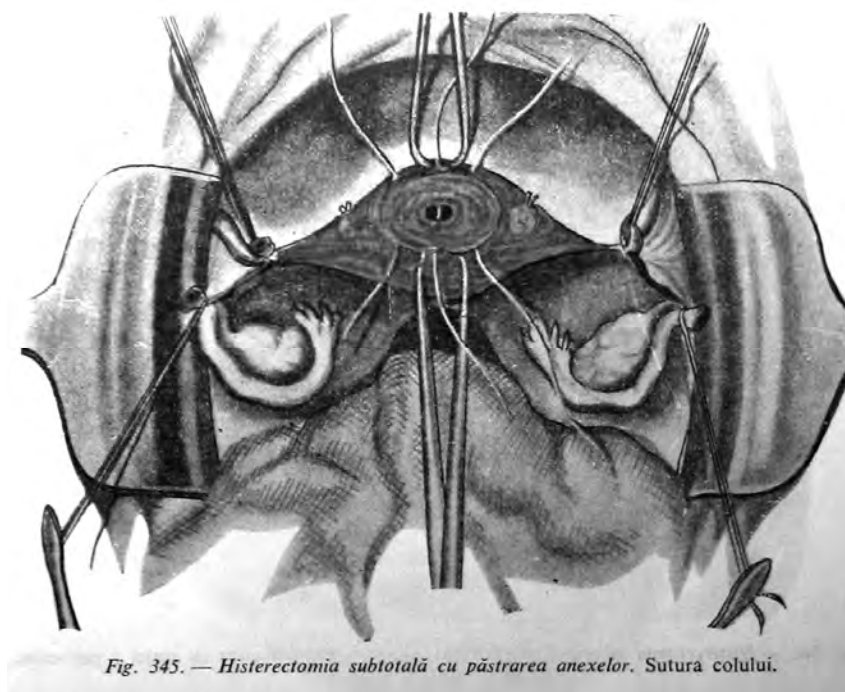


Fig. 345. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Sutura colului.

Peritonizarea. Cu un fir de catgut subțire se peritonizează de la dreapta la stânga, în subiectul continuu: capetele ligamentelor rotunde și ale trompelor se înfundă sub foiele ligamentelor largi, lăsând trompele și ovarele în cavitatea abdominală (fig. 346).

Dacă în tot timpul operației nu s-au folosit depărtoare abdominale, plasarea unui depărtoare Dartigues, în acest moment, urează peritonizarea și controlul hemostazei.

Închiderea peretelui abdominal. Se curăță Douglasul cu comprese umede sau se spală cu ser fiziologic cald; se scot câmpurile moi de izolare și se readuce sigmoidul în pelvis; se controlează apendicele după care se aduce epiploonul, cu care se acoperă pelvisul; se reface peretele abdominal în planuri anatomice (vezi pag. 34).

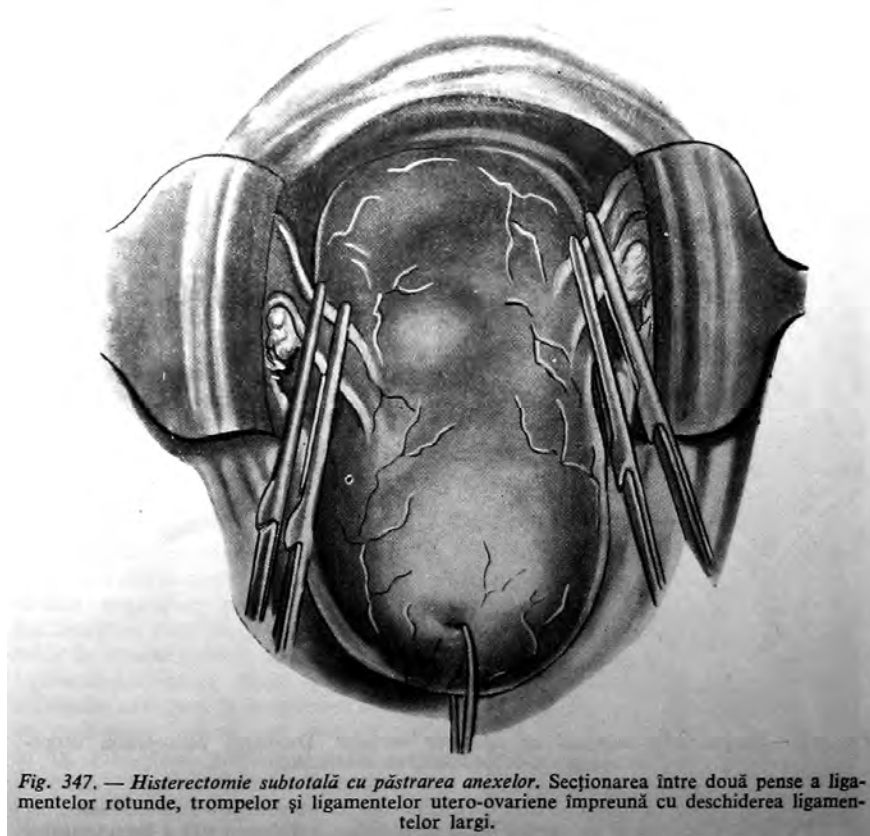
La principalii timpi în executarea histrectomiei subtotale cu păstrarea anexelor, există două variante de tehnică. De exemplu: Pentru secționarea anexelor și a ligamentelor rotunde împreună, se poate folosi un procedeu mult mai simplu și mai rapid, aplicând la nivelul coarnelor uterului pense Kocher paralele, ca în fig. 347. Pentru aceasta, operatorul aplică câte o pensă Kocher la nivelul fiecărui corn al uterului, cu care prinde în totalitate inserția ligamentelor rotunde, a trompelor și a ligamentelor utero-ovariene; cu aceste pense, operatorul trage bine în sus uterul, iar ajutorul prinde anexele, pe rând, între police și index. Astfel se pune în tensiune vârful ligamentului larg care conține pediculii superiori ai uterului; operatorul aplică cea de a doua pensă Kocher, în lungul ligamentelor largi, paralel cu prima și secționează între ele cu foarfecele; se aplică ligatura, firul trecut cu acul, pe locul pensei exterioare; pensele de la nivelul coarnelor se păstrează până la extirparea uterului, servind pentru tracțiune și orientare.



Fig. 346. — Histrectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea cu surjet a pelvisului, de la dreapta la stânga.

Pentru decolarea peritoneului vezico-uterin se poate face o butonieră cu foarfecele pe linia mediană (fig. 348), în locul unde peritoneul vezical se reflectă pe uter. Apoi cu foarfecele se incizează lateral și în sus până în apropierea ligamentelor rotunde, de o parte și de alta. Acest procedeu este aplicat, de către unii chirurghi, înainte de a se secționa anexele. Avantajul pe care-l prezintă este că se păstrează mai mult peritoneu pentru peritonizare și se individualizează mai bine marginile uterului și respectiv pediculii uterini.

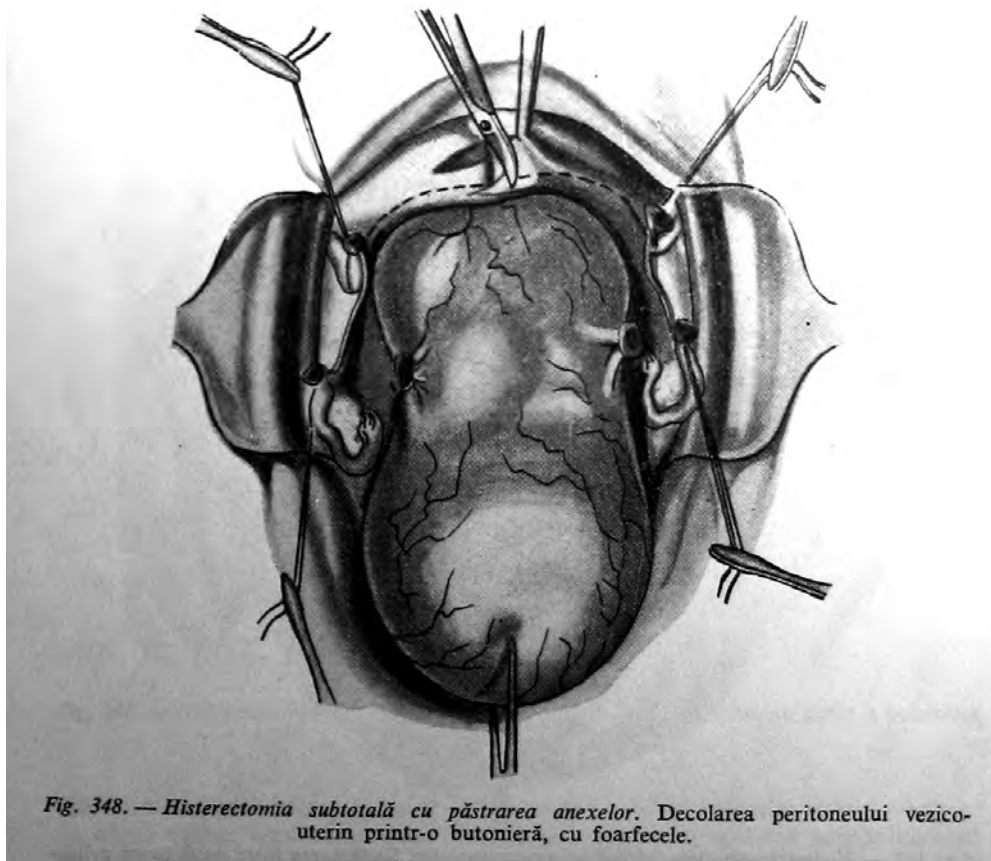
Pentru sutura bontului cervical, unii chirurghi preferă să excizeze mucoasa endocervicală, înainte de a sutura bontul. Astfel, se apucă marginile colului cu două pense Pozzi și cu bisturiul se excizează cuneiform mucoasa, cât se poate de profund (conizație retrogradă). Crossen închide mai întâi canalul mucos cu două fire plasate în cruce, după care excizează traiecul cu bisturiul, firele servind pentru tracțiune (fig. 349).



Excizia cuneiformă a mucoasei colului este indicată în cervicitele cronice asociate leziunilor fibromatoase ale uterului. Unii chirurghi o execută de principiu, considerând că prin aceasta se face profilaxia cancerului pe colul restant.

Pentru peritonizarea pelvisului se pot folosi *fire separate în loc de surjet*. Cu acest procedeu peritoneul nu se pliază și se evită formarea de spații «moarte» așa cum se întâmplă după peritonizarea cu fir continuu. Peritonizarea cu fire separate are un singur inconvenient: lungă este timpul operației.

Un alt procedeu mai simplu este *peritonizarea pe sectoare*, cu două variante tehnice:



Varianta I: cu un fir de catgut Nr. 1 se însilează fiecare foie a ligamentului larg, plecând din vecinătatea comisurii colului și realizând o bursă peste capătul trompei și a ligamentului rotund (fig. 350). Trăgând de ambele capete ale firului, se închide complet și dintr-o dată ligamentul larg, înfundând în același timp, sub peritoneu, capătul ligamentului rotund și al trompei, pe care le fixează totodată la comisura colului; se peritonizează în același mod și de partea opusă; suprafața bontului cervical se acoperă cu peritoneul vezical ca în fig. 351, cu câteva puncte separate de catgut subțire. O modalitate și mai simplă de peritonizare este de a aduce și fixa lamboul peritoneal vezical cu un fir de catgut aplicat de maniera Sturmdorff.



Fig. 349. — *Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Excizia cuneiformă a mucoasei endocervicale:*

A — închiderea canalului cervical cu un fir în X;
B — excizia mucoasei și a unei porțiuni din grosimea colului; *C* — sutura colului (după Crossen).

Varianta II: firul prinde peritoneul vezical, buza anterioară a colului și după ce însilează foiele ligamentului larg, ca în procedeul precedent, se termină prin zădărnici buza posterioară a colului și peritoneul adiacent (fig. 352); aceeași manevră și de partea

opus ; capetele firelor se strâng simultan; astfel peritonizarea este complet (fig. 353), fără a mai fi nevoie de aducerea peritoneului vezical. Acest procedeu de peritonizare a fost descris de Vuia.

Avantajele peritonizării pe sectoare: scurtează timpul operației și fixează bontul cervical de ligamentele largi. Dezavantaj: poate comprima vascularizația tubo-ovariană.

Pentru suspendarea bontului cervical se recurge la *fixarea capetelor ligamentelor rotunde și ale trompelor la nivelul comisurilor colului, cu fire de nylon*, ca în fig. 354. O altă modalitate de fixare este aducerea pediculului ligamentelor largi la nivelul bontului, după procedeul Crosse, cu scurtarea ligamentelor rotunde, așa cum se vede în fig. 355 A și B. Această fixare a bontului cu ligamentele rotunde evită prolapsul genital și menține statica organelor pelvisului. Aducerea ligamentelor rotunde și a capetelor anexelor la nivelul colului închide și folele ligamentelor largi, încât peritonizarea pelvisului se reduce la acoperirea bontului cu peritoneul vezical, așa cum se vede în fig. 356. Dacă peritoneul vezical este infiltrat și nu se lasă întins deasupra colului, peritonizarea se face ca în fig. 357. Dacă aducerea ligamentelor rotunde la bontul cervical joacă un rol important în prevenirea prolapsului, fixarea concomitentă a capetelor anexelor nu aduce un avantaj din acest punct de vedere; fixarea ovarului în vecinătatea colului poate produce dureri în timpul raportului sexual.

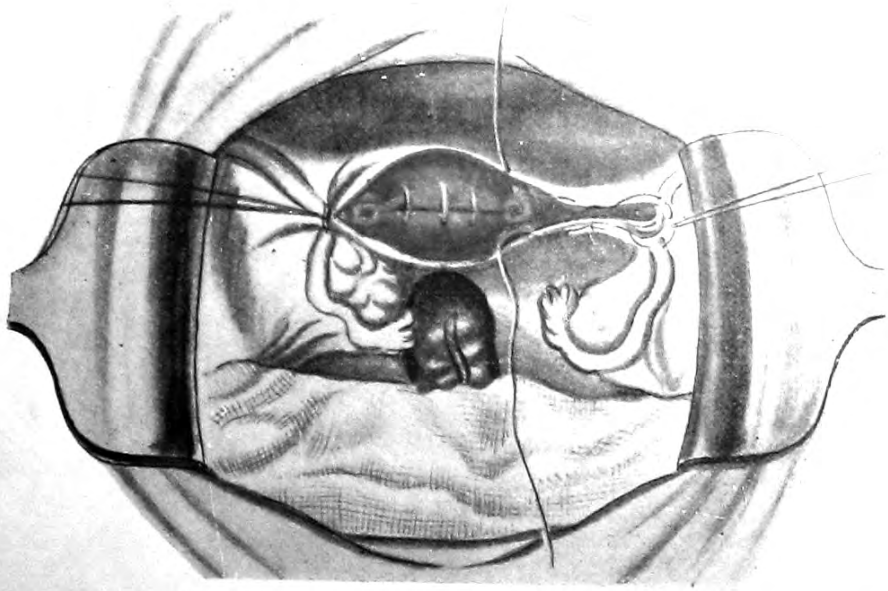


Fig. 350. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea pelvisului pe sectoare.

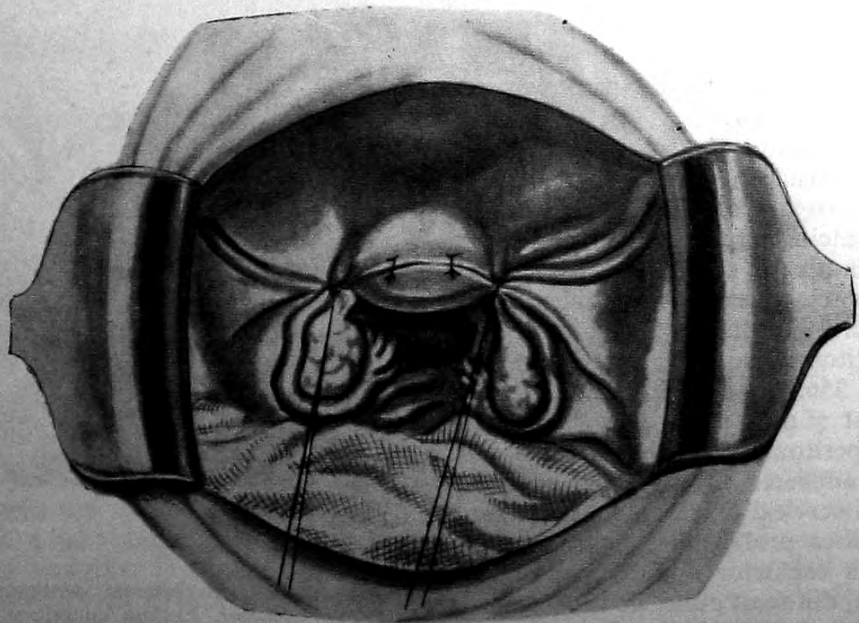


Fig. 351. — Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. După închiderea ligamentelor largi, bontul colului se acoperă cu peritoneul vezical.

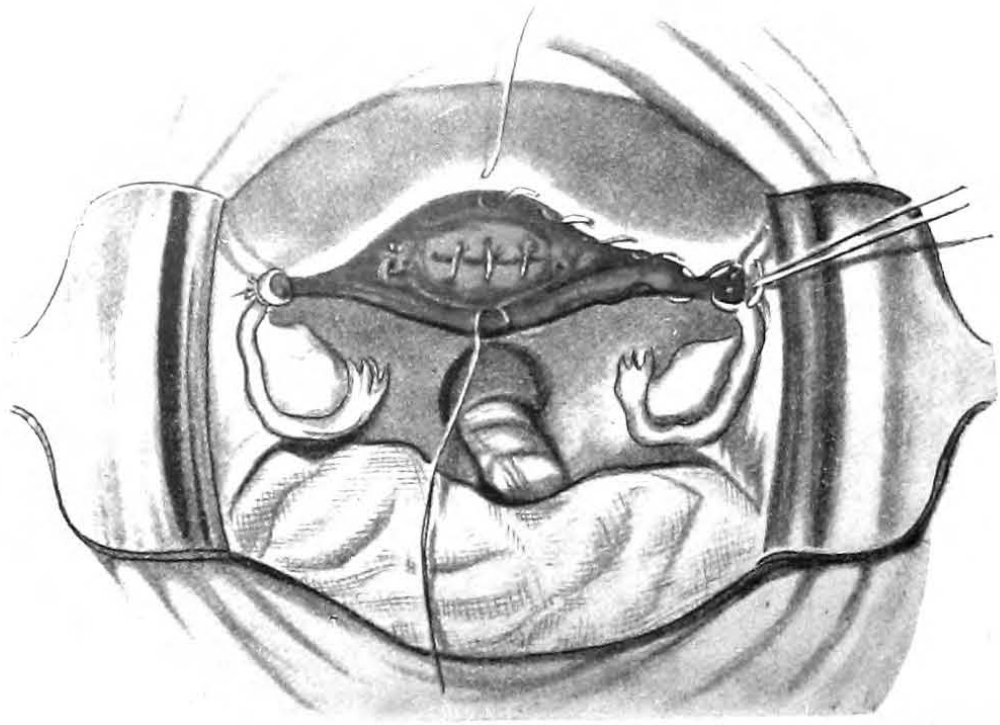


Fig. 352. — *Histerectomie subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea pelvisului după procedeul Vuia. Trecerea firului pentru peritonizare.*

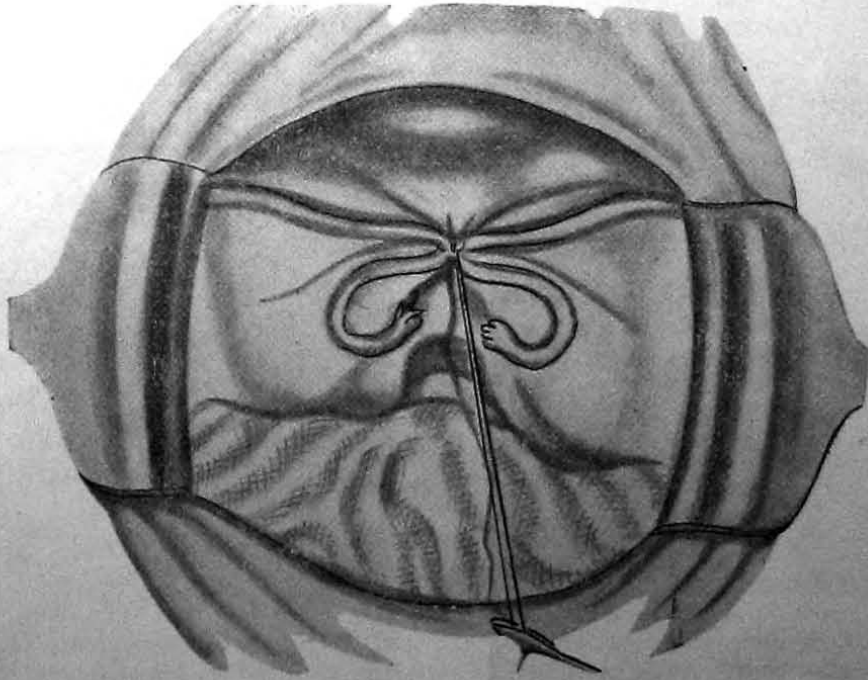


Fig. 353. — *Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Peritonizarea pelvisului după procedeul Vuia terminată.*

Tratamentul postoperator. Sondarea vezicii în primele 24 d distensia vezicală și nu desface peritonizarea bontului. Mișcări pasive după 24 de ore; coborâre din pat după 48 de ore.

Evoluție și complicații. Evoluția postoperatorie a acestor bolnave este foarte simplă, fiindcă tehnica cu care se execută histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor este deseori simplă, rapidă, fără pierderi de sânge și fără traumatisme tisulare importante. Faptul că de cele mai multe ori nu se folosesc depărtoare abdominale puternice, faptul că nu se lasă ligaturi multe în esuturi și faptul că timpul septic al operației este minim, toate acestea explică de ce bolnavele nu fac stări febrile prelungite, ileus paralic, complicații pulmonare, tromboze vasculare etc.

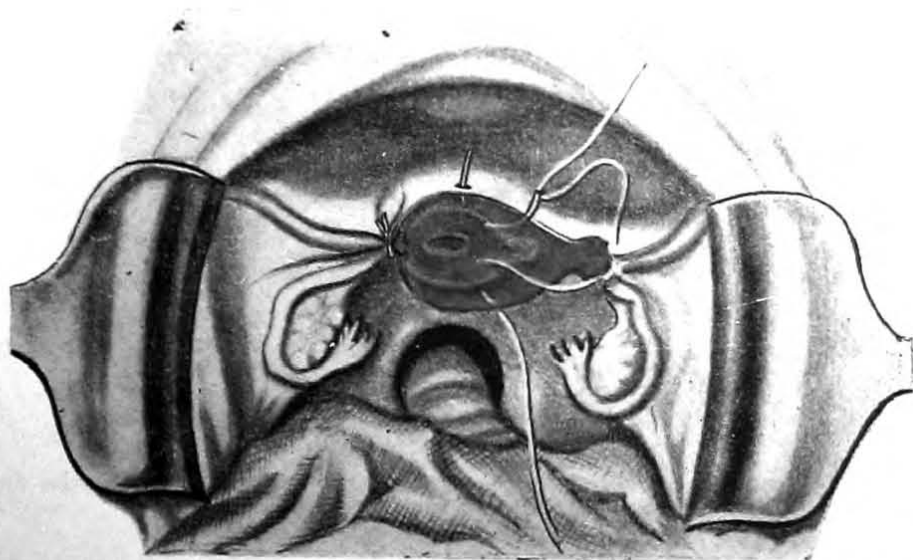


Fig. 354. — *Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor*. Modalitatea de fixare a bontului cervical la ligamentele rotunde și la capetele trompelor.

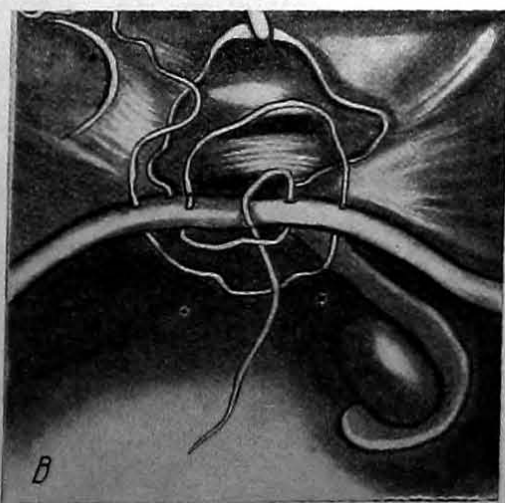


Fig. 355. — *Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor*:
A — Procedul Crossen de suspendare a bontului cervical la ligamentele rotunde; *B* — procedul Crossen de scurtare a ligamentelor rotunde (după Crossen).

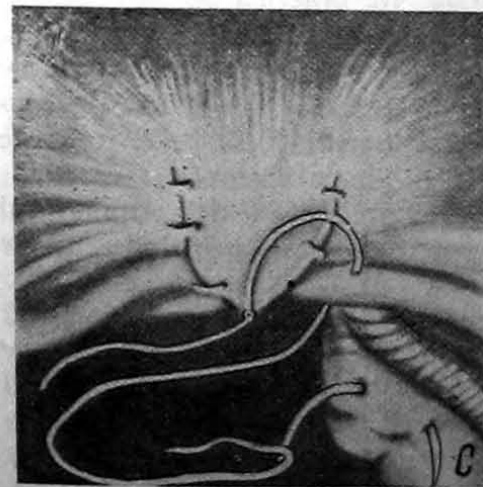
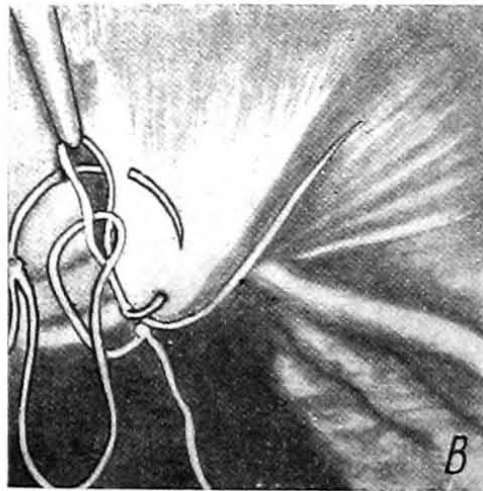
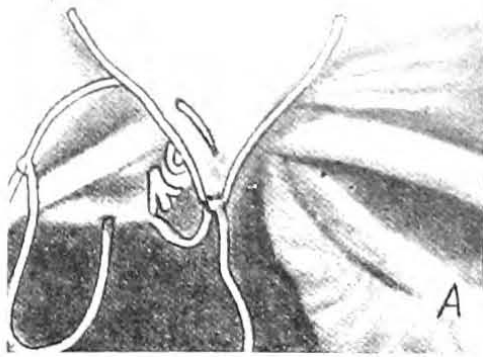


Fig. 356. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Acoperirea bontului cervical cu peritoneul vezical, procedeul Crossen: A, B, C — succesiunea timpilor operatori.

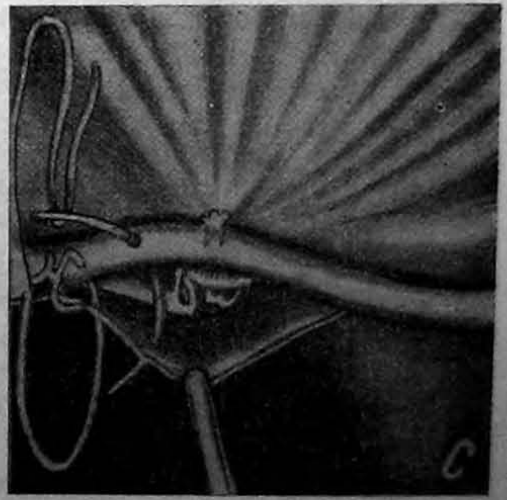
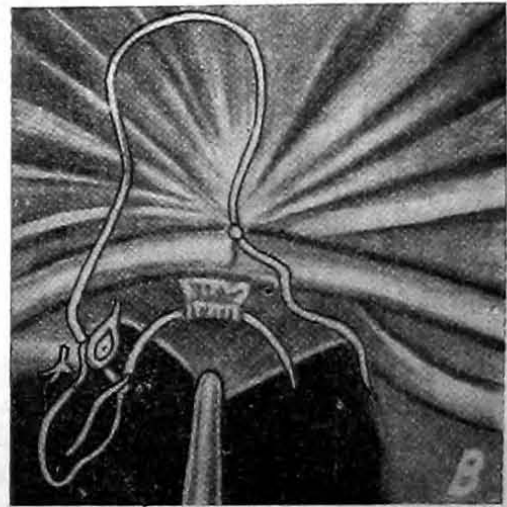
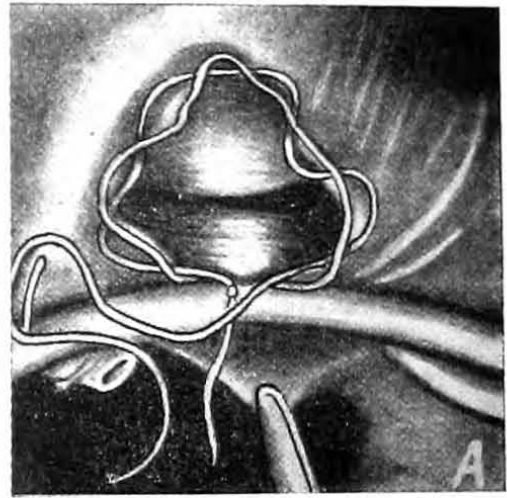


Fig. 357. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor. Modalitate de peritonizare a bontului cervical, cind peritoneul vezical este infiltrat: A, B, C — succesiunea timpilor operatori.

Morbiditatea postoperatorie este minimă .
După 3—4 săptămâni de la operație, bolnavele se simt perfect, colul uterin este nedureros și fundurile de sac vaginale sînt suple.

Rezultate

— *Organice*: p strarea colului men ine intact lungimea vaginului, iar fixarea acestuia la ligamentele rotunde evit prolapsul genital. La cîteva luni dup opera ie, aparatul genital pare normal la tactul vaginal, cu toate c s-a extirpat corpul uterului: vaginul suplu, colul mobilizabil, fundurile de sac nemodificate. Distrofia sclero-chistic a ovarelor se întilne te foarte rar.

— *Func ionale*: via a sexual este normal i nu apar tulbur ri precoce de menopauz , de i menstrua ia dispare. Studii f cute asupra receptorului vaginal (examen cito-hormonal i pH) arat c ovarele continu s fie active. Echilibrul hormonal se p streaz i dac menopauza apare uneori mai devreme, instalarea ei nu este zgomotoas .

Rezultatele func ionale tardive sînt cu atît mai bune, cu cît se p streaz ambele ovare cu trompele respective i cu cît anexele nu sînt modificate de procese inflamatorii cronice. Rezultatele anatomice îndep rtate sînt în general foarte bune. Complica iile care se pot ivi sînt: alungirea hipertrofic i prolapsul colului, cancerul pe col restant. Unii autori sus in c prolapsul genital este mai frecvent dup histerectomia subtotal decît dup histerectomia total . Nu împ rt esc acest punct de vedere. Frecven a cancerului pe col restant este de 1—2%, f r s se poat afirma dac în adev r acest procent reprezint cancerizarea colului r mas sau este vorba de cancer restant pe col, care nu a fost diagnosticat înainte de opera ie.

Variante de tehnic în histerectomia subtotal . În practic se întîlnesc situa ii patologice dificile, pe care tehnica «tip», descris la pag. 313 nu le poate «rezolva. Aceste situa ii grele sub aspect chirurgical pot fi create, fie de tumorile mari ale uterului (care blocheaz întreg pelvisul), fie de tumorile incluse i incla- vate (care împiedic executarea timpilor operatori obi nui i), fie de tumorile anexiale foarte aderente la pere ii pelvisului i la organele vecine.

Pentru solu ionarea acestor dificult i nu exist procedee «tip», operatorul trebuind s se adapteze de la caz la caz, orientîndu-se dup cîteva principii generale de tactic i tehnic operatorie:

- opera ia s înceap de la simplu la complex, adic din partea mai uoar c tre partea mai grea;
- s se lichideze mai întîi cu uterul, pentru a se cî tîga lumin în cîmpul operator;
- procesele tumorale anexiale aderente s fie atacate de jos în sus.

De exemplu:

Dac pelvisul este inaccesibil din cauza unei tumori uterine incluse (fibrom dezvoltat în baza ligamentului larg), sau dac uterul nu poate fi extirpat din cauza unui fibrom dezvoltat într-o regiune în care împiedic abordarea pediculilor vasculari sau 1 istmului, opera ia se începe cu extirparea acestor tumori.

Dac pelvisul este blocat numai într-o singur parte, fie de tumori incla- vate sau incluse ale uterului, sau ale ovarului, fie de tumori inflamatorii tubo- ovariene, opera ia începe cu anexa opus i extirparea se continu într-un singur

sens anexectomie -> histerectomie anexectomie —, de la stîng la dreapta, sau de la dreapta la stîng (fig. 358).

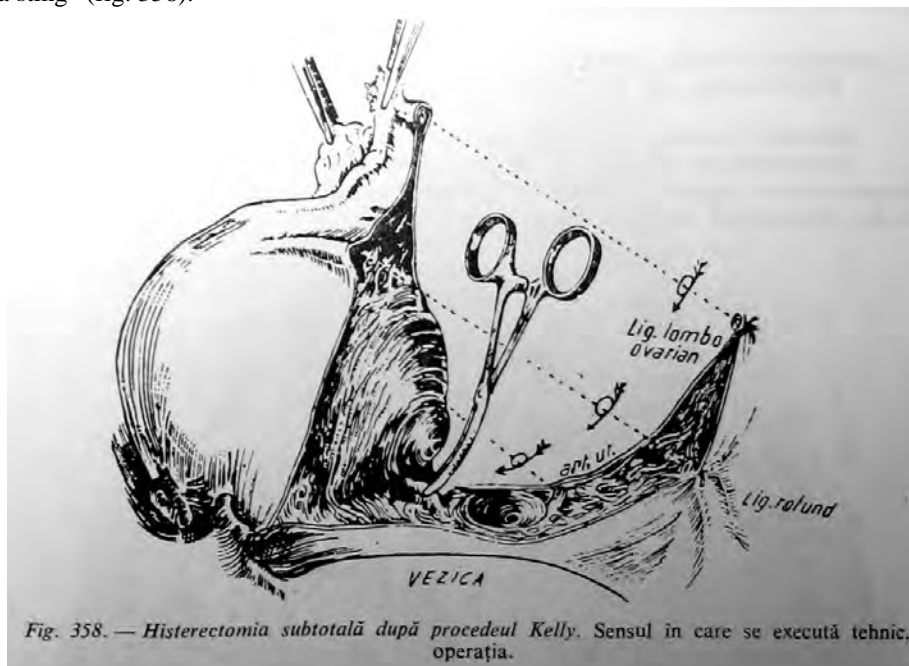


Fig. 358. — Histerectomia subtotală după procedeul Kelly. Sensul în care se execută tehnic, operația.

Dac pelvisul este blocat în ambele p r i de tumori anexiale foarte aderente, opera ia începe cu atacarea uterului, fie prin decolare anterioar sau posterioar , fie prin hemisec ie. De la caz la caz, opera ia poate fi fragmentat , extirpîndu-se mai întîi uterul, apoi anexele, sau o anex , apoi uterul i la urm cealalt anex .

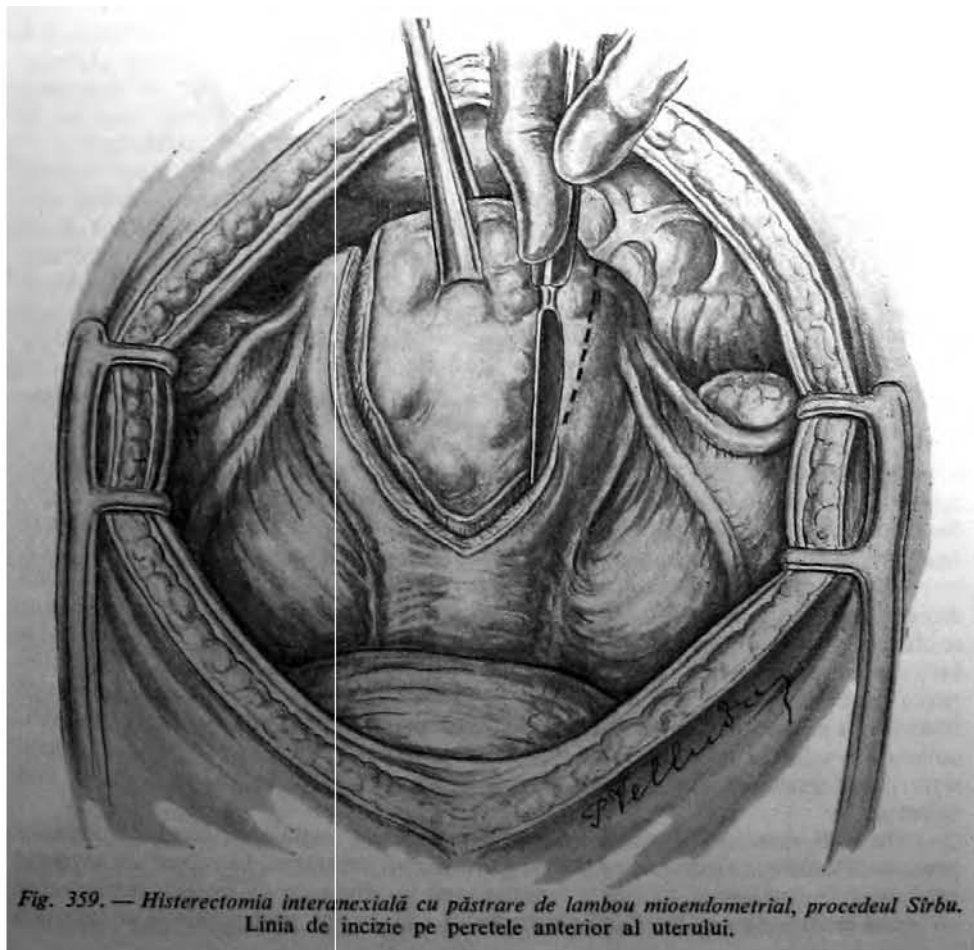
Histerectomia subtotal cu p strarea ovarelor. Aceast opera ie care const din extirparea uterului pîn la nivelul istmului i a ambelor trompe (histerectomie subtotal cu salpingectomie bilateral), are indica ii foarte rare. Tehnica histerectomiei istmice este identic cu procedeul obi nuit, descris la pag. 313. Extirparea trompelor se face fie la început, fie dup abla ia uterului. Se acord o grij deosebit respect rii arcadei vasculare sub-tubare pentru a nu se compromite vasculariza ia ovarelor. Este dc preferat s se p streze ambele ovare, fiindc ovarul unic poate produce dureri, prin transformare chistic , care s necesite o alt opera ie.

Scopul conserv rii ovarelor este s se evite instalarea unei menopauze precoce. Hot rîrea acestei conduite se ia în timpul opera iei, în raport cu aspectul anatomic al ovarelor i cu vîrsta femeii: pîn la vîrsta de 45 de ani, conservarea ovarelor se face de regul ; dup vîrsta de 50—55 de ani, castrarea este sistematic pentru a se evita riscul canceriz rii (acest risc este sigur în 0,2% din cazuri); între 45 i 50 de ani atitudinea este eclectic , elementele de decizie pentru castrare fiind: poten ialul redus func ional al

ovarelor, procesele inflamatorii cronice anexiale, endometrioza ovariană, imposibilitatea de a respecta din punct de vedere tehnic vascularizarea gonadelor sau necesitatea de a îndepărta în totalitate anexele pentru simplificarea tehnicii operatorii.

f) HISTERECTOMIA INTERANEXIALĂ SUPRAISTMIC ÎNALT CU PĂSTRAREA DE LAMBOU ENDOMETRIAL (procedeu Sîrbu)

Indicații: procedeul se adresează uterului polifibromatos. Contraindicații: infecțiile anexiale și piometria; displaziile colului uterin; degenerescența suspectă a nodulilor fibromatoși sau a polipilor endocavitari; nodulii fibromatoși localizați pe istm sau pe col.





Condiții de efectuare: ovarele și trompele să fie sănătoase; vârsta femeii să fie sub 40 de ani. Tehnica

- Laparotomie mediană sau prin incizie Pfannenstiël. Se explorează vizual și prin palpare uterul; se verifică sediul și volumul tumorilor; se precizează fața uterului — anterioară sau posterioară — din care se va croi lamboul; se controlează anexele; se izolează Douglasul și ansele intestinale cu câmpuri moi umede.

— Se apucă fundul uterului cu pensa Museux, pentru traciune și orientare. Incizia miometrului se face cu bisturiul, la o distanță de 2—3 cm față de marginile uterului (fig. 359). Se pornește de pe fața anterioară, puțin deasupra istmului, și se croiește o incizie de-a lungul marginii drepte a uterului, ocolindu-se la nivelul coarnelor, inserția ligamentului rotund, a trompei și ligamentului uteroovarian, după care incizia se prelungește pe fața posterioară, până în apropierea istmului, străduindu-se aceeași distanță față de marginea uterului (fig. 360). O incizie asemănătoare se face și de partea stângă. Capetele inciziilor se împreună pe linia mediană, anterior (vezi fig. 359), dacă lamboul va fi croit din peretele posterior, sau posterior, dacă lamboul va fi croit din peretele anterior al uterului.

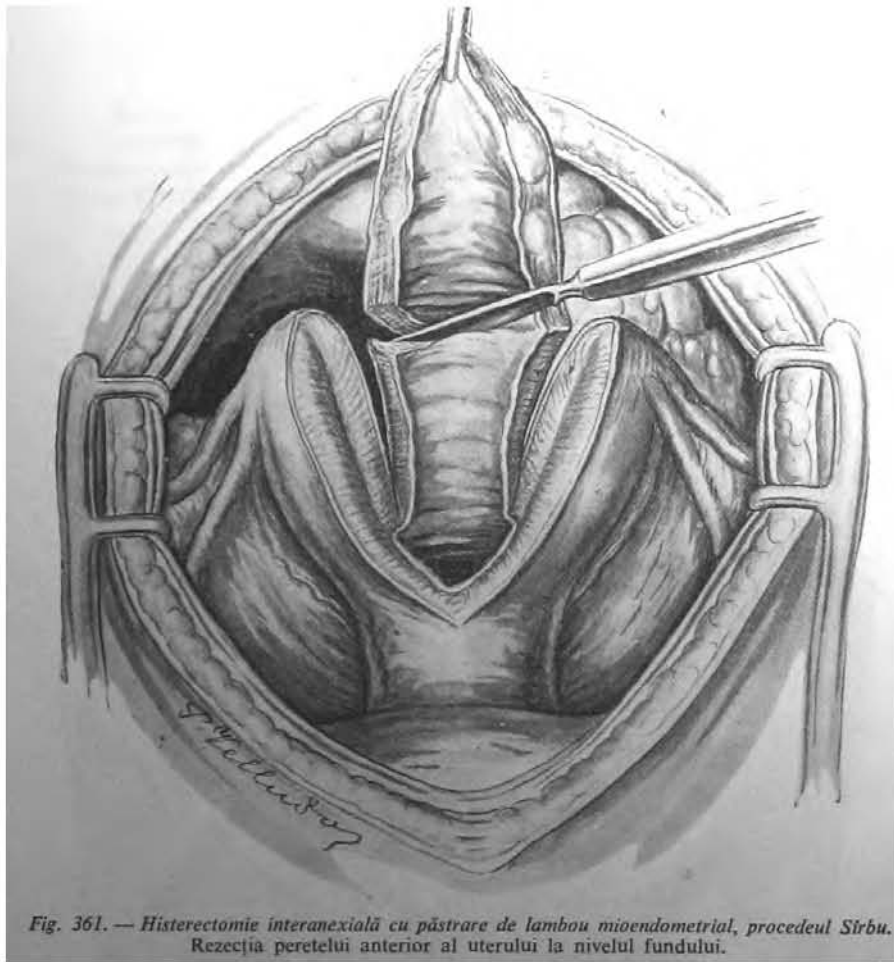


Fig. 361. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeu Sirbu. Rezecția peretelui anterior al uterului la nivelul fundului.

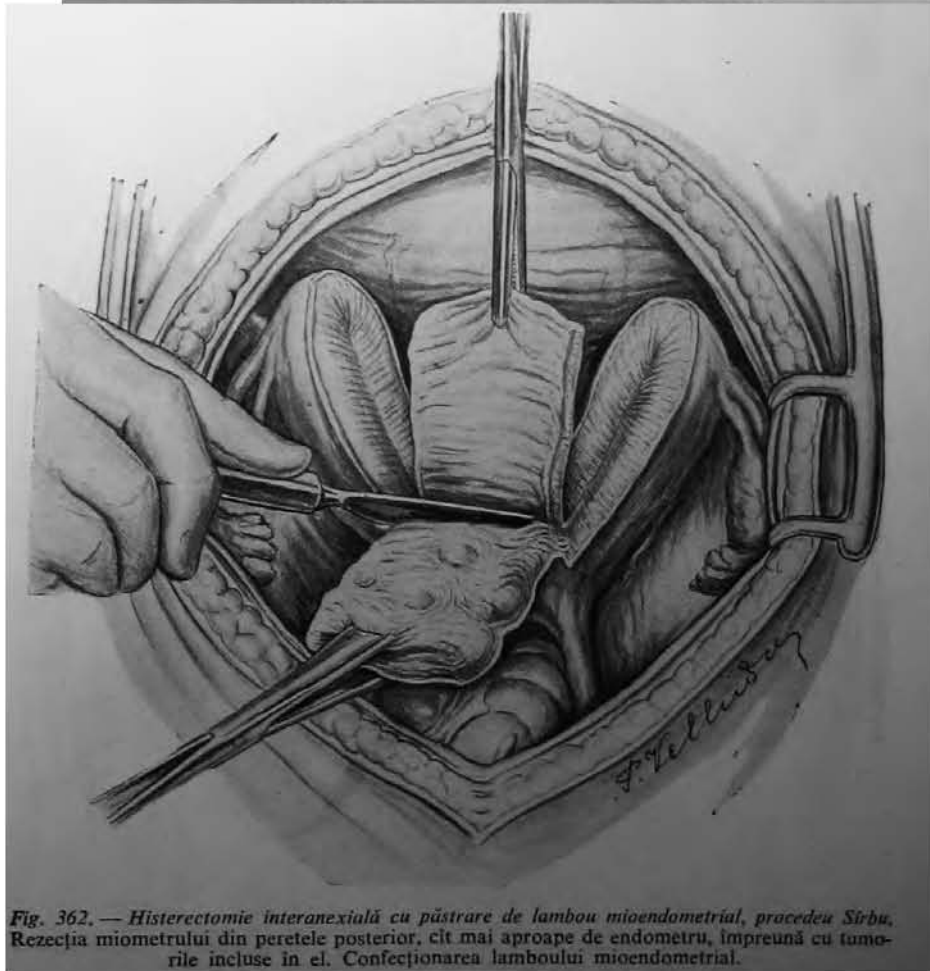


Fig. 362. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeu Sirbu. Rezecția miometrului din peretele posterior, cât mai aproape de endometru, împreună cu tumorile incluse în el. Confecționarea lamboului mioendometrial.

Se excizează peretele anterior al uterului, cuprins între cele două incizii, împreună cu tumorile incluse și suprafața respectiv de endometru. Dacă volumul tumorilor împiedică excizia, acestea pot fi extirpate în prealabil prin simplă miomectomie.

Fragmentul excizat se detașează de uter la nivelul fundului (fig. 361). — Se controlează starea endometrului atât pe peretele posterior și se apreciază, în raport cu suprafața acestuia și cu lăimea buzei anterioare a istmului, restant după excizia peretelui anterior, dimensiunea lamboului endomiometrial care urmează să fie croit din peretele posterior al uterului. Pentru aceasta, se apucă cu pensa Museux de grosimea exterioară (musculo-seroasă) a peretelui uterin, iar cu bisturiul se detașează, de sus în jos, cea mai mare parte din miometru, împreună cu tumorile incluse în el, respectându-se partea sa netoasă, adiacent endometrului (fig. 362).

— Se verifică intrarea în canalul cervical, după care se aduce capătul superior al lamboului endomiometrial la buza anterioară a istmului secționat, de care se fixează cu fire separate de catgut, trecute musculo-muscular (fig. 363), reconstituindu-se astfel o cavitate mică, aici pereții sînt cîmpuți și cu mucoasa uterină.

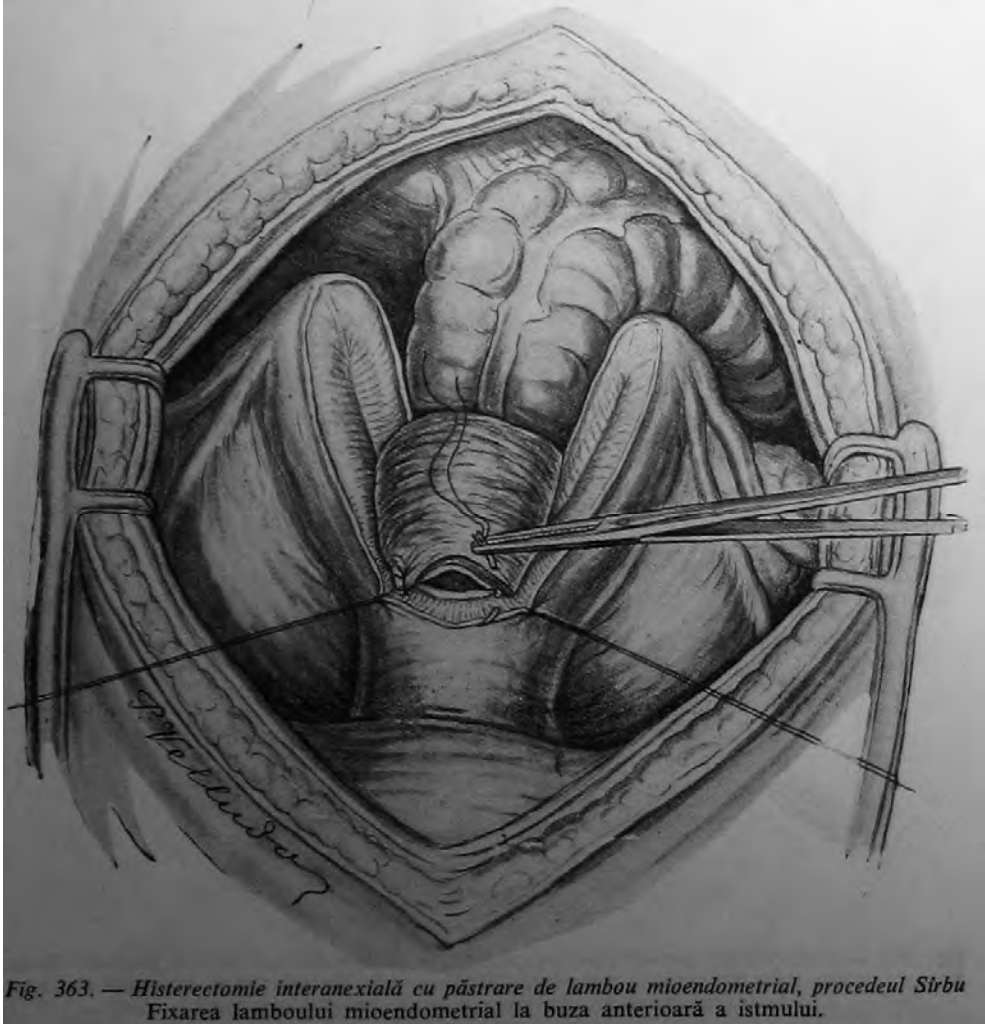


Fig. 363. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeul Sîrbu
Fixarea lamboului mioendometrial la buza anterioară a istmului.

Dacă lamboul este preparat din peretele anterior al uterului, capătul lui se fixează la buza posterioară a istmului.

Lamboul endomiometrial confecționat, fiind pediculat, cu o bază de implantare largă, are asigurată o bună vascularizare.

— Se reconstituie uterul, suturându-se, cu fire separate sero-musculo-seroase, suprafețele de miometru rămase după excizia pereților (fig. 364), peste lamboul endomiometrial.

— Sutura peretelui anterior al uterului se acoperă cu peritoneul vezical, ca în fig. 365, iar sutura peretelui posterior se acoperă cu un fragment de epiploon nepediculizat (fig. 366); sau întreaga linie de sutură a uterului se acoperă cu fragment de epiploon nepediculizat, ca în fig. 272.

— Peretele abdominal se închide în straturi anatomice, după ce s-a spălat pelvisul cu ser fiziologic cald și s-a lăsat în peritoneu penicilin dizolvată.



Fig. 364. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeu Sirbu. Reconstituirea uterului prin suturarea miometrului într-un singur strat.

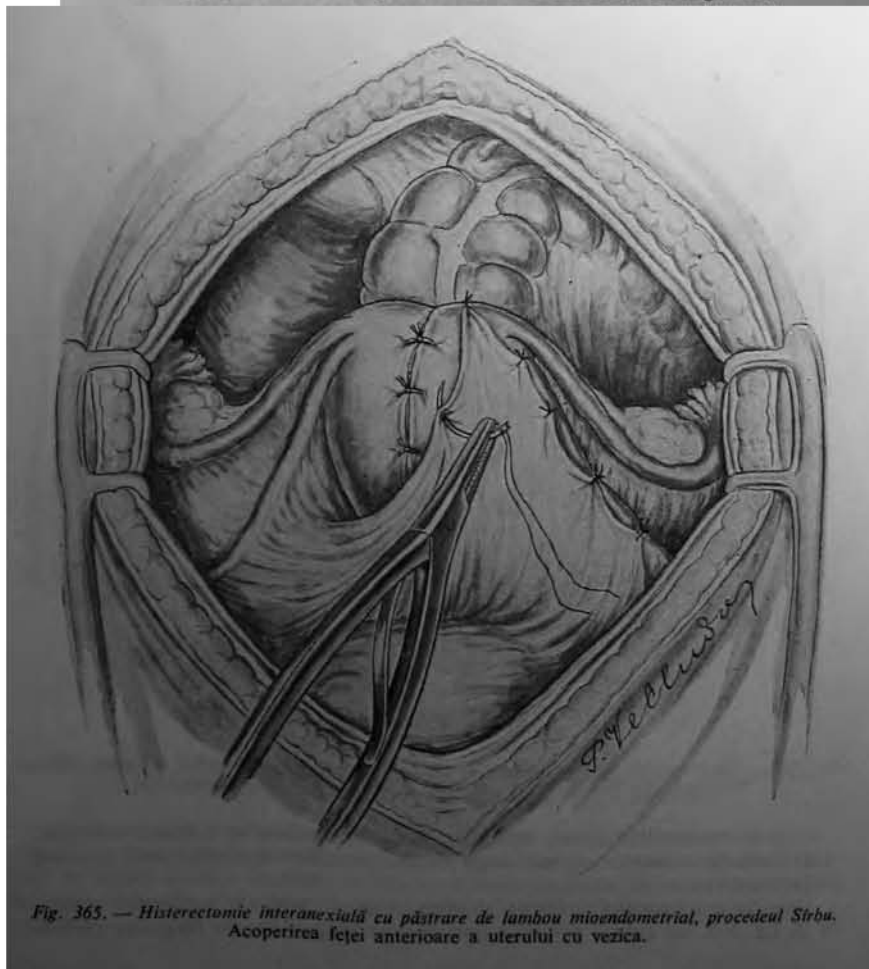
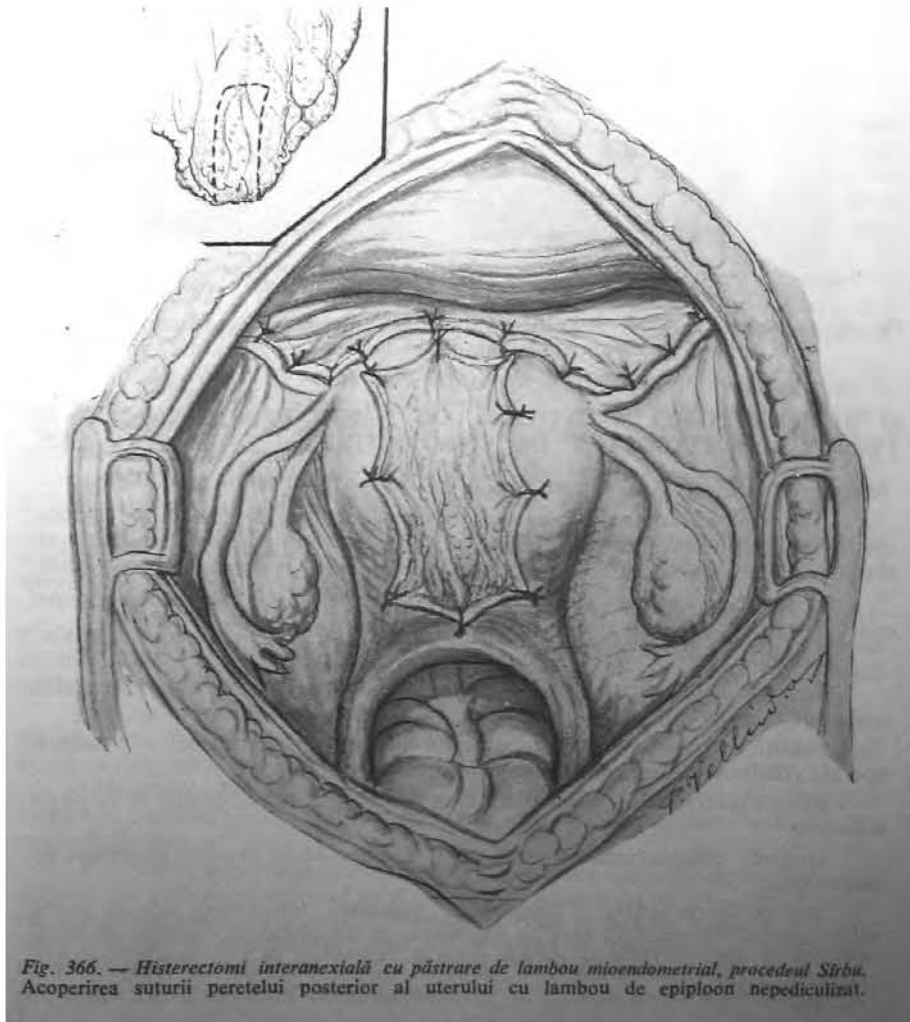


Fig. 365. — Histerectomie interanexială cu păstrare de lambou mioendometrial, procedeu Sirbu. Acoperirea feței anterioare a uterului cu vezica.

Tratamentul postoperator: administrarea de antibiotice și profilaxia bolii tromboembolice prin mobilizarea precoce. Acest procedeu se situează între imposibilitatea executării miomectomiei sau miometrectomiei și evitarea unei histerectomii, chiar parțiale, cu urmări nefavorabile asupra vascularizației ovarelor, din cauza secționării arterelor uterine.

Histerectomia interanexială cu păstrarea de lambou endometriat satisfacă, anatomic, păstrarea vascularizației, iar funcțional, conservă sinergia utero-ovariană. În consecință, sînt conservate funcția menstruală și echilibrul psiho-neuroendocrin. Histerografia efectuată la unul din cazurile operate cu acest procedeu autentic păstrarea cavității uterine (fig. 367).



g) HISTERECTOMIA SUBTOTAL CU PSTRAREA ANEXELOR ÎN TRANSPLANT PEDICULAT DE ENDOMETRU ÎN CAVITATEA CERVICAL

În situațiile în care extirparea în întregime a corpului uterului se impune* motivat de întinderea leziunilor acestuia, pstrarea unui fragment din endometru și grefarea acestuia în bontul cervical este necesară și de multe ori posibilă ..

Scopul acestei operații este de a menține menstruația și echilibrul hormonal, ovarian, evitând menopauza la femeile în activitate sexuală .

Indicații. Histerectomia subtotală conservatoare la femeile tinere.

Contraindicații. Hiperplazia polipoasă și glandulo-chistică a endometriului* sau atrofia uterului.

Condiții de efectuare. Acestea reies din indicațiile și contraindicațiile acestei operații (pstrarea ovarelor, endometru normal, col și natos).

Reușita intervenției depinde de starea ovarelor, a endometriului și de vârsta bolnavei.

Grefarea endometriului se încearcă și la cazurile la care se pstră un singur ovar.

Din punct de vedere al tehnicii de executare, toți autorii sînt de acord că fragmentul de mucoasă care se pstrează, să fie pediculat, dublat de mio-metru și să aibă o lungime de cel puțin 3—4 cm, ca să se așeze corect în troficele de vitalitate.

Tehnici operatorii

Procedeu Stanca (82): «după ligatura pediculilor vasculari, se secționază anterior și transversal colul, pînă la canalul cervical, în dreptul istmului, apoi se hemisectionează peretele anterior uterin pe linia mediană, în sens longitudinal, de la fund pînă la secțiunea transversală făcută pe col; se deschide astfel uterul, punîndu-se în evidență cavitatea. Vom examina mucoasa uterină, dacă ea se pretează pentru transplantare: în cazul unei mucoase bune, croim din peretele posterior un lambou muco-muscular de 3—4 cm lungime și 1,5 cm lățime, pstrîndu-se pediculul pe bontul cervical posterior. Se detașază apoi restul corpului uterin de pe col, lăsînd pe loc ambele anexe sau cel puțin un ovar sau rest de ovar. Se creează un jgheab în peretele anterior al canalului cervical, cu ajutorul unui bisturiu îngust, extirpînd atîtă mucoasă cervicală, cît să încapă în acest jgheab lamboul creat».

«Lamboul trebuie să fie apoi modelat, lăsînd mai puțin esut muscular în spate, ca să se poată introduce ușor în canal. Printr-un fir sau două de catgut în U fixăm pe peretele anterior cervical. Lamboul trebuie să se culce exact în jgheabul neoformat, cu suprafața lui musculară, pe suprafața musculară a jgheabului. Se continuă operația prin sutura marginilor colului și peritonizarea lui».

Rezultatele tardive, pe 50 de cazuri (Stanca) sînt:

«Pstrarea și implantarea în col a unui lambou din mucoasa uterului în histerectomiile subtotale poate să asigure menstruația în 84% din cazuri. În 16% din cazuri lamboul ar fi rămas inactiv, fiind cîșă eliminat mai tîrziu prin necroză, fiind prin atrofie.»

«Fluxul menstrual apare de obicei în prima lună de la data operației. În puține cazuri (20%) se instalează mai tîrziu, la 2—6 luni de la operație, cu ritm regulat, în cantitate uneori mai mică, alteori complet normal și uneori chiar mai abundent.»

«Cantitatea sîngelui menstrual nu este în raport cu suprafața de mucoasă a lamboului grefat».

«Intervenția este indicată în toate cazurile în care sîntem nevoiți să facem o operație radicală la femei pînă la 40—42 de ani, pentru fibroame sau tumori anexiale benigne».

«Vitalitatea lamboului este destul de lungă: atît în cazurile proprii, cît și ale altor autori, aceasta poate să ajungă pînă la 9—10 ani, deci un interval de timp suficient ca organismul să se poată pregăti pentru o menopauză definitivă.»

«În nici unul din cazurile următoare nu au apărut degenerescențe chistice ale ovarelor, deci această intervenție are și o valoare experimentală, confirmînd existența unei corelații funcționale între mucoasa uterină și ovar».

«Intervenția are și un hotărît rol psihic, de foarte mare importanță, căci asigură în conștiința femeii o situație care o încadrează între femeile cu funcții genitale normale».

Procedeu Kaplan folosește un lambou de endometru pediculat prelevat din peretele anterior al uterului, lung de 4 cm și lat de 1,5—2 cm. Operația se conduce astfel: se incizează semicircular colul pe fața lui posterioară; cavitatea uterului se deschide printr-o incizie mediană, longitudinală, prelungită cu două incizii laterale spre coarnele uterului și cu pensa Museux se prind marginile plămîni. Se controlează cavitatea uterului; se croiește lamboul de endometru din peretele anterior, de formă dreptunghiulară și cu un mic strat muscular sub el; se extirpă uterul la nivelul istmului, ferind pediculul lamboului creat; se dilată canalul cervical cu o pensă, la nevoie, se fac incizii laterale, din untru în afară pentru a mări intrarea; se excizează din peretele posterior al canalului cervical un fragment ceva mai mic decît transplantul; se aplică un fir de catgut pe marginea posterioară a lamboului și se înnoadă; unul dintre capetele firului se trece cu acul prin marginea inferioară a jgheabului, făcut în peretele posterior al colului; legarea firelor aduce și aplică lamboul de endometru, cu partea lui musculară, pe suprafața acestui jgheab; cu 1—2 fire suplimentare se prind marginile lamboului la col; marginile colului se suturează cu catgut; peritonizare.

Procedeu Mandelstam (41) folosește două lambouri pediculate de endometru, unul anterior și altul posterior, pe care le introduce în canalul cervical, suturînd deasupra lor marginile colului.

Procedeu Golubcin. Operația se începe ca în histerectomia subtotală, croindu-se la început cîte un lambou sero-muscular, pe peretele anterior și posterior. Apoi se croiește un lambou muco-muscular sub formă de con, cu vîrfurile în sus. Lambourile sero-musculare (anterior și posterior) se suturează cu catgut peste conul muco-muscular. Peritonizare cu pliul vezical.

h) HISTERECTOMIA SUBTOTAL PE CALE VAGINAL

Calea vaginal este recomandabil numai la acele femei la care este contraindicat calea abdominal : obezitate, cardiopatie, diabet etc.

Condi ii de efectuare: vagin larg, uter mobil i nu prea voluminos, para- metre libere i anexe normale. O condi ie esen ial care se apreciaz sub anestezie, la începutul opera iei, este ca uterul s vin u or în vagin. Dacă trac iunea pe col nu mobilizeaz suficient uterul i dacă vaginul nu este îndeajuns de larg, este mai prudent s se renun e la această cale, de la început.

Tehnica

Colpoceliotomie anterioar (vezi pag. 71).

Exteriorizarea uterului. După ce se deschide peritoneul se luxează uterul în vagin, apucând fundul cu o pens de col.

Sec ionarea i legarea pediculilor anexelor. Se sec ionează între două pense i se leag ligamentele rotunde, i pediculii anexelor, cât mai aproape de coarnele uterului (fig. 368). Capetele firelor se p streaz lungi. După sec ionarea pediculilor anexelor, uterul se las adus i mai mult în vagin.

Sec ionarea i legarea arterelor uterine. Se procedează la fel ca i în histerectomia subtotal pe cale abdominal , adică se aplic pe fiecare margine a uterului, la nivelul istmului, câte o pens J.L. Faure (fig. 369). Pensele pentru hemostaz «mu c » din esutul uterin. Arterele se taie sub nivelul penselor i capetele lor se leag cu catgut gros, firul fiind trecut cu acul prin marginea uterului.

Închiderea cavit ii peritoneale. Cu câteva puncte separate de catgut sub ire se prinde peritoneul vezical la peritoneul fe ei posterioare a colului. Timpul septic care urmează — sec ionarea uterului — se execut deci extraperitoneal.

Amputarea uterului. Sec ionarea uterului se face cu bisturiul, la nivelul istmului (fig. 370). Dacă este cazul, se poate face evidarea conic a colului, folo- sindu-se acela i procedeu ca în histerectomia abdominal (vezi pag. 325).

Închiderea colului. Cu câteva puncte separate de catgut se închide colul, aducând i fixând la capetele suturii firele cu care s-au legat pediculii superiori. Această manevr suspend colul, evitând prolapsul (fig. 371).

Loja r mas se tamponează cu o me care se scoate după 6 zile. Dacă hemostaza este bine realizat , se suturează peretele anterior al vaginului f r drenaj.

Avantaje. Opera ia se execut rapid i este ne ocant .

Dezavantaje. Nu permite controlul pelvisului i deci inventarierea tuturor leziunilor.



Fig. 368. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Secționarea și legarea pediculului anexial la nivelul cornului uterin (trompa, ligamentul utero-ovarian și ligamentul rotund).

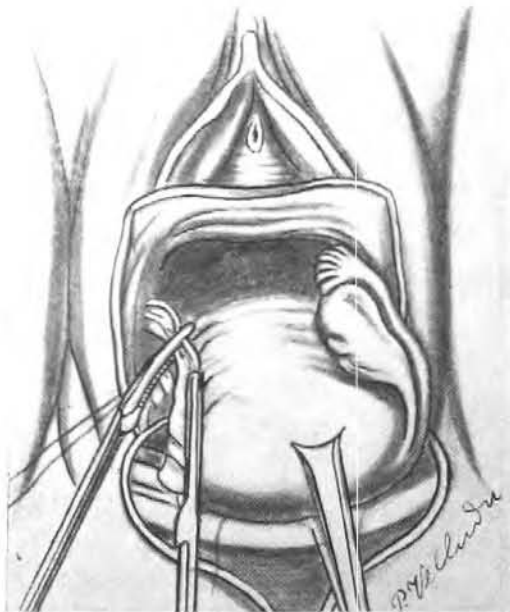


Fig. 369. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Pensarea arterelor uterine la nivelul istmului.

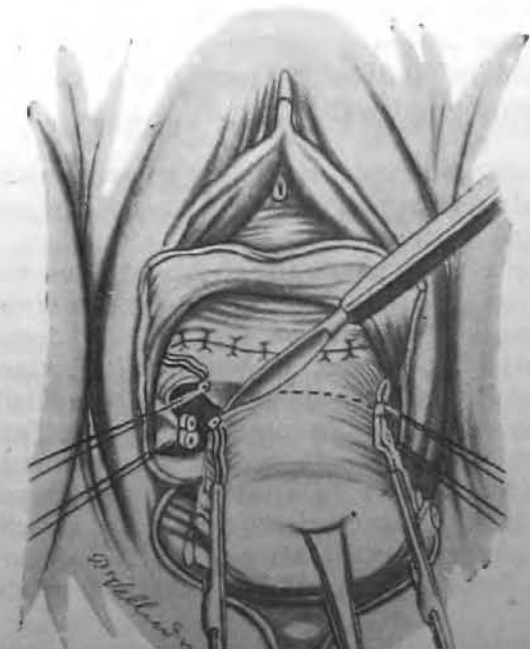


Fig. 370. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Secționarea uterului cu bisturiul, la nivelul istmului.



Fig. 371. — Histerectomia subtotală cu păstrarea anexelor, pe cale vaginală. Sutura istmului cu includerea la comisuri a capetelor anexelor (suspendarea bontului cervical).

3. OPERA II CARE RESPECT NUMAI FUNC IA HORMONAL

a) HISTERECTOMIA SUBTOTAL TOTALIZAT

Acest procedeu este cunoscut i sub numele de histerectomie total în doi timpi, sau de histerectomie cu extirparea secundar a colului. Este folosit în acele cazuri în care volumul tumorii uterine fiind prea mare, pentru clarificarea câmpului operator este de preferat s se scoat întâi uterul prin histerectomie subtotal i apoi colul. J. Huguier folose te histerectomia în doi timpi, la acele cazuri cu metroragii la care posibilitatea unui cancer de endometru nu a fost exclus prin investiga ii preoperatorii. Cu această indica ie, se procedeaz astfel: se face mai întâi histerectomie subtotal ; se examineaz cavitatea uterului extirpat i dac sînt elemente de suspiciune se procedeaz în continuare la extirparea colului. Huguier nume te această opera ie *histerectomie biopsic* .

Tehnica

— Histerectomie subtotal tipic cu p strarea anexelor i sec ionarea arterelor uterine la nivelul istmului. Pensele J.I.Faure se las pe loc; îndep rtarea lor în afar u ureaz manevrele de extirpare a colului.

— Se apuc buza anterioar a colului cu o pens tirbal sau Museux (un vârful pensei se introduce în canalul cervical). Se trage colul în sus prin intermediul pensei i cu foarfecele curb, cu concavitatea întoars spre col, se disec fascia perivaginal (fig. 372) i din aproape în aproape, se degaj colul restant în jos i lateral, f cîndu-se în acela i timp i hemostaza pediculilor cervico-vaginali. În timpul decol rii, foarfecele se men ine tot timpul în contact cu colul. Fa a posterioar a coii se degajeaz în acela i mod, mutîndu-se doar pensa Museux de pe buza anterioar pe buza posterioar (fig. 373). În acest mod se p streaz ligamentele uterosacrate. Procedîndu-se astfel vezica i ureterele nu sînt periclitate. În continuare se apuc în întregime colul cu o pens Museux (fig. 373 — cartu) de care se trage puternic în sus, se deschide vaginul i se dezinsereaz pere ii acestuia, razant cu colul.

O alt modalitate este de i extirpa extrafascial colul restant: se separ coii de vezic , apoi de ligamentele uterosacrate, dup care se penseaz i se sec ioneaz în lungul colului cele dou lame vasculare laterale, în care se g sesc vasele cervico-vaginale.

Ace ti pediculi se leag dup închiderea complet a vaginului.

Vaginul se închide cu fire separate de catgut în X hemostatice, sau cu surjet. Suspendarea vaginului se poate face cu ligamentele rotunde, sau trecînd firele cu care s-au legat arterele uterine prin treimea extern a bontului vaginal (procedeul Walther).

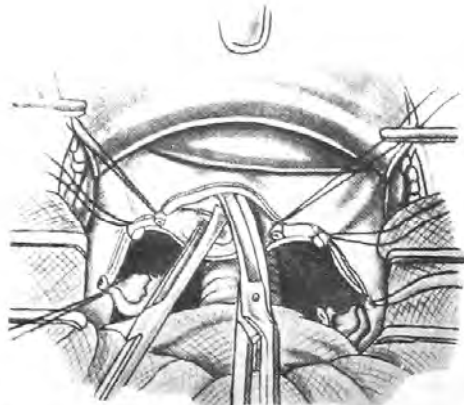


Fig. 372. — Histerectomia subtotală totalizată. Decolarea vezicii.

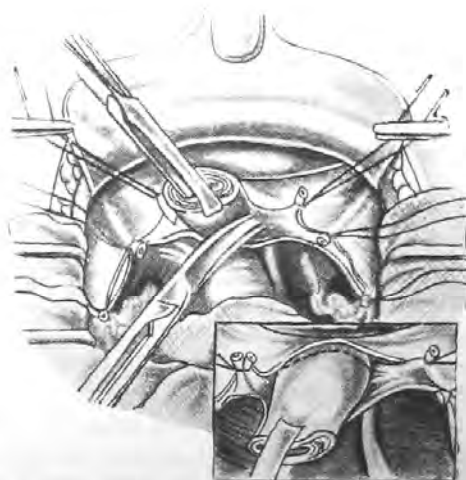


Fig. 373. — Histerectomia subtotală totalizată. Decolarea posterioară a colului: În cartu: tracțiune pe col cu pensa Museux și dezinserea vaginului.

b) HISTERECTOMIA TOTAL SIMPL CU P STRAREA ANEXELOR

Această interven ie const din extirparea complet a uterului cu p strarea anexelor, respectiv a ovarelor. Din acest punct de vedere se consider opera ia conservatoare, fiindc se respect func ia endocrin .

Opera ia se poate efectua fie pe cale abdominal , fie pe cale vaginal . Fiind vorba de o interven ie conservatoare, se d preferin c ii abdominale, pentru avantajul pe care-l prezint această cale de acces în evaluarea leziunilor organelor genitale interne.

În acest capitol vom expune tehnica histerectomiei totale simple cu p strarea anexelor, pe cale abdominal .

Principii i eficiente . Opera ia porne te de la principiul conserv rii func iei endocrine a ovarului în anumite boli ale uterului, care impun extirparea acestuia în totalitate. Eficien a opera iei const în aceea c se evit tulbur rile neurovege- tative, caracteristice castr rii chirurgicale.

Indica ii. Histerectomia total simpl este indicat în tratamentul fibro- miomului uterin la femeile la care colul uterin este infectat, erodat sau ulcerat i din principiu, dup vârsta de 50 de ani, — indiferent carc este patologia uterului.

Histerectomia total conservatoare este indicat de unii autori (A bure/, Navratil) i în tratamentul cancerului intraepitelial al colului uterin (cancerul 0), mai ales la femeile tinere.

Alte indica ii: metroragiile în perioada de premenopauz rezistente la orice tratament i dup anexectomiile bilaterale, indiferent dac acestea s-au f cut pentru leziuni benigne sau maligne; tuberculoza genital , endometrioza, rupturile uterine,

perfora iile cu necroza septică a uterului și inversiunea cronică, sînt indicații rare, care se apreciază de la caz la caz și se ia în considerație vîrsta femeii.

În afecțiunile benigne ale uterului, asociate cu leziuni ale colului, sau considerate în legătură cu vîrsta femeii — după 45 de ani — (vezi și discuțiile de la pag. 365), avantajele histerectomiei totale cu preservarea anexelor față de histerectomia subtotală sînt:

- se extirpă odată cu uterul bolnav și leziunile displazice benigne sau agrave ale colului;
- se previne apariția displaziilor colului restant, leziuni care se produc datorită modificărilor circulatorii consecutive histerectomiei subtotale, sau altor factori;
- se previn hemoragiile la nivelul colului restant (tumoraie, hormonale, terapeutice);
- se previne apariția cancerului pe col restant;
- se previne prolapsul și dispăruenia¹⁴ (după unii autori dureri la contact și prolapsul bontului sînt mai rare după histerectomia totală).

La avantajele de mai sus se adaugă menținerea echilibrului neuro-hormonal prin preservarea anexelor. Se evită în mod special atrofia vaginului și osteoporoza². Din această cauză nu spijinim atitudinea acelor chirurși care practică anexectomia de principiu, cu ocazia histerectomiei după vîrsta de 45 de ani.

Dezavantajele histerectomiei totale sînt acelea care modifică statica organelor pelvisului (predispunînd la apariția prolapsului), tulbură raporturile sexuale prin scurtarea vaginului și produc alterări psihice prin dispariția funcției menstruale. Accidentele ureterale și vezicale sînt mai frecvente.

Contraindicații. Histerectomia totală simplă cu preservarea anexelor este contraindicată cînd ovarele nu sînt sănătoase (leziuni inflamatorii, distrofice sau neoplazice), sau cînd operația se face pentru leziuni canceroase la nivelul corpului sau colului uterin. Bolile cardio-vasculare și obezitatea sînt contraindicații pentru histerectomia pe cale abdominală.

Condiții de efectuare. Condiția principală pentru executarea acestei operații este starea anexelor. Dacă ovarele nu sînt funcționale și femeia este trecut de 50 de ani, se dă preferință histerectomiei totale cu extirparea anexelor. În cazurile cu metroragii, curetajul uterin biopsic este necesar; explorarea oncologică a colului este obligatorie.

Pregătirea preoperatorie. În vederea acestei operații, pregătirea vaginului constituie un timp principal: cu cîteva zile înainte se introduc în vagin ovule antiseptice.

În dimineața a operației se face irigație vaginală cu soluție iodată și se introduce o membrană lungă, al cărei capăt se lasă la vulvă pentru a putea fi scoasă în timpul operației.

Anestezia: generală prin intubație, rahidiană sau peridurală.

Poziția bolnavei: în uoară înclinare Trendelenburg.

Tehnica operatorie.

Incizia peretelui: transversală sau mediană. Incizia mediană are avantajul că poate fi prelungită la nevoie, în stînga ombilicului. Această prelungire se face la oarecare distanță de ombilic pentru a lăsa spre ombilic un fascicul din dreptul abdomenului care să permit refacerea peretelui la acest nivel.

Izolarea anșelor intestinale cu câmpuri moi umede. Depărtare abdominală autostatică.

Explorarea pelvisului. După examinarea întregului aparat genital intern, dispoziția și natura leziunilor hotărîte asupra tacticii și tehnicii operatorii.

În histerectomia totală simplă pe cale abdominală se folosesc două tehnici operatorii: intracapsulară și extracapsulară.

Procedeele obișnuite. Timpul I. Detașarea anexelor de coarnele uterului și secționarea ligamentelor rotunde. Din punct de vedere tehnic se face ca în histerectomia subtotală cu preservarea anexelor (vezi pag. 310). La sfîrșitul acestui timp operator, se eliberează marginile uterului pînă la nivelul istmului.

Timpul II. Decolarea vezicii. Se secționează peritoneul vezico-uterin dintr-o parte în alta și se decolează vezica pînă la peretele vaginului. Decolarea se face cu indexul înfuriat într-o compresă sau cu un tampon montat. Cu cît această decolare este mai bine făcută de la început, cu atît se expune mai bine pediculul vascular uterin și se lateralizează ureterele.

Timpul III. Secționarea ligamentelor utero-sacrate. Se trage uterul puternic spre simfiz și se aplică pense curbe pe ligamentele utero-sacrate; se secționează ligamentele cît mai aproape de uter, se aplică ligaturi trecute cu acul și se suprimă pensele.

Timpul IV. Decolarea spațiului recto-vaginal. Se secționează transversal peritoneul de pe fața posterioară a istmului și cu foarfecele se creează un spațiu de decolare spre vagin, care se perfectează cu indexul. În momentul cînd se incizează peritoneul, ajutorul introduce mîna stîngă în profunzimea Douglasului și cu degetele trage puternic rectul spre sacru. Astfel se evită lezarea rectului.

Timpul V. Secționarea arterelor uterine și a ligamentelor cardinale. Se trage puternic de uter spre stînga și se aplică pensa J.L. Faure, pe pediculul vascular și pe esutul parametral drept, cu vîrfurile îndreptate spre peretele vaginului, astfel ca să prindă și ramificațiile cervicale ale arterei uterine. Pensa «mușcă» puternic și se strînge cu fermitate. Decolarea largă a vezicii, a spațiului rectovaginal și tracțiunea puternică a uterului evidențiază pediculii vasculari și îndepărtează ureterele din zona în care se aplică pensa de hemostază. După aplicarea pensei pe artera uterină, se aplică o altă pensă spre uter și între acestea se secționează pediculul cu foarfecele, circa 2 cm în jos, pînă la domul vaginal.

Se procedează la fel și de partea opusă.

Secționarea pediculilor vasculari face ca tracțiunea pe uter să aducă și mai bine vaginul în câmpul operator; decolarea peretelui vaginului se completează cu foarfecele; porțiunile din paracolpos se pensează și se secționează.

Timpul VI. Secționarea vaginului. Se izolează Douglasul cu un câmp moale, timpul operator vaginal fiind septic; se deschide vaginul pe peretele anterior, imediat sub nivelul colului; în acest moment se extrage membrana din vagin; prin deschiderea făcută se apucă

¹⁴ Dispareunia este urmarea unei cervicite pe bontul restant sau fixării ovarelor prea aproape de domul vaginal. Durerile la contact după histerectomia totală sînt, fie rezultatul unei fixări rigide a vaginului la ligamentele rotunde, fie a unei cicatrizări fibroase la parametrelor, în urma unei vindecări per secundam, după drenaj vaginal (O. K. ser).

² Ovarele se pot streza pînă la vîrsta de 30—55 ani, dacă sînt normale, dacă uterul nu prezintă leziuni maligne, și dacă îndepărtarea lor nu se impune din punct de vedere al tehnicii operatorii (O. K. ser).

buza anterioară a colului cu o pensă tirbal sau Museux; cu foarfecele sau cu bisturiul se secionează pereții vaginului circular, la mică distanță de -col, îndepărându-se cu grijă uterul, astfel ca să nu atingă colul de esuturile vecine.

Pe măsură ce se secionează vaginul, se aplică pense de orientare și de tracțiune, pe buza anterioară, la comisuri și pe buza posterioară; se introduce o mână scurtă, retrograd, în vagin, îmbibat în soluție de alcool iodat, pentru ca secrețiile din vagin să nu se prelingă în abdomen din cauza poziției declive, în Trendelenburg, a planului operator (mâna din vagin se scoate la sfârșitul operației).

Timpul VII. Sutura vaginului și legarea arterelor uterine prin sutură în două straturi. Vaginul se închide imediat după ce s-a îndepărțat uterul, pentru a scurta timpul septic. Se folosesc, pentru aceasta, fire separate de catgut, sau surjet. Acul prinde pereții vaginului în toată grosimea lor. Surjetul se începe de la dreapta la stânga și se întrerupe după fiecare punct. La comisuri se aplică fire în 8, pentru siguranța hemostazei. Al doilea strat se face cu același material de sutură. Acul prinde stratul muscular și esutul perivaginal; strângerea firelor înfundă primul strat de sutură. Se îndepărtează toate instrumentele care au servit la secionarea și suturarea vaginului. Se scoate și se aruncă câmpul de izolare din Douglas. Operatorul și ajutorul își schimbă mănăștile.

Secionarea și închiderea vaginului se poate face și cu un fir de catgut Nr. 1. Însălă circular (vezi pag. 351). Acesta este simplu, rapid și elimină timpul septic. Vaginul se secionează deasupra firului și singurul dezavantaj este că se taie accidental, dirijarea forfecelui fiind oarecum oarbă. Accidental este ferit urmări, fiindcă se prind marginile vaginului cu pense și vaginul se închide în două straturi ca în varianta primară.

Se leagă arterele uterine, trecându-se cu acul un fir de nylon sau de catgut rezistent, pe sub fiecare pensă; acul prinde și din peretele vaginului. În timp ce se strânge primul nod, se scoate pensa de hemostază și se reaplică pe mușchiul pediculului vascular, până se strânge și al doilea nod. Astfel pediculul este bine strâns în toată grosimea lui și firul de ligatură se plasează pe locul pensei. Se controlează hemostaza și la nevoie se aplică o nouă ligatură «la mână».

Timpul VIII. Peritonizarea pelvisului. Aceasta se face cu surjet de catgut, de la dreapta la stânga, cu care ocazie se înfundă sub peritoneu capetele trompelor și ale ligamentelor rotunde. Firul nu se strânge tare pentru a lăsa peritoneul să se aplice pe esuturile subiacente. Peritonizarea se poate face și cu fire separate. La sfârșitul peritonizării, trompele și ovarele rămân libere în cavitatea pelvisului.

Pentru a se evita prolapsul, capetele ligamentelor rotunde pot fi fixate la bontul vaginului (vezi pag. 353).

Când există peritoneu suficient, peritonizarea se poate face pe sectoare, suturându-se de fiecare parte foițele ligamentului larg, cu fir în bursă, după care se acoperă bontul vaginal cu peritoneul vezical (fig. 351).

Experiența din ultimii ani ne-a convins că se poate renunța complet la peritonizarea pelvisului; se scurtează timpul operației și evoluția postoperatorie este mai simplă.

Timpul IX. Închiderea peretelui abdominal. Aceasta se face anatomic și fără drenaj.

HISTERECTOMIA TOTALĂ SIMPLĂ INTRACAPSULARĂ

Procedeu Aldrige-Richardson. Avantajele histerectomiei totale intracapsulare sau intrafasciale:

- se execută rapid și simplu, cu sîngerare redusă;
- se evită lezarea vezicii și ureterelor;
- se evită lezarea rectului, aderent la peretele posterior al istmului;
- se evită prolapsul vaginal, esuturile paracervicale de sus în jos rămînînd intacte;
- fiecare timp al operației este justificat anatomic și chirurgical.

Tehnica. Timpul I. Secionarea anexelor la nivelul coarnelor uterului.

Aceasta se face în două moduri:

— **Maniera obișnuită:** se aplică două pense Kocher drepte la nivelul coarnelor uterului, razante cu acestea. Ele prind ligamentele rotunde și emergentă a anexelor, servind în același timp și la tracțiunea uterului (în tumorile fibromatoase mari, pentru tracțiune, se folosește sfredelul chirurgical). Alte două pense Kocher drepte se aplică la 1—2 cm în afara primelor; între ele se secionează ligamentele rotunde, trompele și ligamentele utero-ovariene; pensele laterale se înlocuiesc cu ligaturi, cu ață, nylon sau catgut Nr. 2. Dacă pensele de pe uter incomodează, se înlocuiesc prin ligaturi cu ață. În continuare, se desface ligamentul larg, la început de partea dreaptă, apoi de partea stîngă, prin secionare cu foarfecele, a foițelor peritoneale. Cîteva arteriole mici care sîngerează se ligaturează imediat. Cu tampon montat sau cu foarfecele curbate închise, se eliberează marginile uterului până la nivelul istmului, respectiv până la nivelul croșei arterelor uterine.

— **Maniera Richardson.** Operația se începe cu secionarea peritoneului vezical, în sens transversal, de la un ligament rotund, la altul, totdeauna de la dreapta la stînga. Prin deschiderea fîcui se introduce indexul care străpunge dinainte înapoi esutul areolar situat în porțiunea superioară a ligamentului larg și apoi a posterioară a acestui ligament. Astfel se pediculizează, pe index, ligamentul rotund, trompa și ligamentul utero-ovarian (fig. 374). Aceste trei formațiuni, adunate într-un singur pedicul, se secionează între două pense, cît mai aproape de uter. Aceeași manevră se face de partea opusă. Pensele sînt înlocuite cu ligaturi aplicate prin transfixie cu acul, afară de pensele puse pe coarnele uterului, care se păstrează pentru tracțiune.

Timpul II. Decolarea vezicii urinare. Peritoneul vezico-uterin se secionează la 1 cm de locul unde este intim aderent la uter. Linia de secțiune este curbă, cu concavitatea în sus. Peritoneul vezical se decolează, de pe col, cu foarfecele curbate prin mișcări de deschidere și închidere, începînd strict cu linia mediană. Decolarea vezicii este minimă și gestul chirurgical este ajutat de tracțiunea puternică a uterului în sens cranial.

Timpul III. Pensarea și ligaturarea vaselor uterine. Se scheletizează pediculii vasculari (atenție la hemoragia venoasă posibilă) și în timp ce se basculează uterul puternic, se aplică pe pediculul vascular, o pensă curbă, ceva mai jos de istm, aproximativ la 1,5 cm deasupra domului vaginal, pentru a fi prinse și ramurile cervicale; se aplică o pensă Kocher lungă spre marginea uterului (pentru a evita hemoragia venoasă) și se secionează cu foarfecele pediculul vascular între ele (fig. 375); pensa se înlocuiește cu ligatură (catgut sau nylon); firul de ligatură se trece cu acul și nodurile se strîng bine. **Aceeași tehnică și pentru pediculul vascular din partea stîngă.**



Fig. 376. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeu Aldrige-Richardson. Incizia în T a fasciei pubocervicale (după Te Linde).



Fig. 377. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeu Aldrige-Richardson. Decolarea capsulei vaginale cu indexul (după Te Linde).

Timpul IV. Sec ionarea fasciei pericervicale. În vederea acestui timp operator se îndepărtează cu foarfecele bont, vasele uterine legate, dinspre col spre baza ligamentelor largi și se completează decolarea vezicii. Pentru aceasta în timp ce se trage puternic de uter, cu foarfecele bont sau cu indexul înfundat într-o compresă (fig. 375 — cartuș) se decolează vezica de col, apoi de vagin. Decolarea se face între vezică și fascia pubo-cervicală, care rămâne aderentă pe col și se recunoaște după culoarea albicioasă. În această fascie se găsește plexul vascular.

Cu bisturiul se incizează transversal partea anterioară a fasciei, la aproximativ 0,5 cm de peretele vezicii decolate; se introduce foarfecele și se decolează această fascie de musculatura colului; decolarea este nesângerând, dacă arterele uterine au fost legate cât mai jos; în caz contrariu, sângerează două arteriole simetrice care se ligaturează.

Richardson incizează fascia în T, ca în fig. 376 și prin decolare cu indexul (ca în fig. 377) sau cu foarfecele, aceasta este împinsă lateral de o parte și de alta, împreună cu vasele pe care le conține. Prin această manevră se îndepărtează și ureterele de col.

După sec ionarea anterioară a fasciei se trece pe partea posterioară a colului. Se basculează uterul spre simfiză pubiană și se taie transversal peritoneul posterior, împreună cu fascia, cam la 0—5 cm deasupra inserției ligamentelor uterosacrate și bineînțeles, la același nivel cu sec ionarea anterioară a capsulei. Se apucă cu o pensă marginea inferioară și prin disecție se decolează capsula și foia peritoneală de pe fața posterioară a colului. Această disecție permite introducerea indexului (ca în fig. 378), care îndepărtează în jos rectul de vagin. Această manevră nu se însoțește de hemoragie, dacă nu se împinge decolarea lateral, spre ligamentele largi.

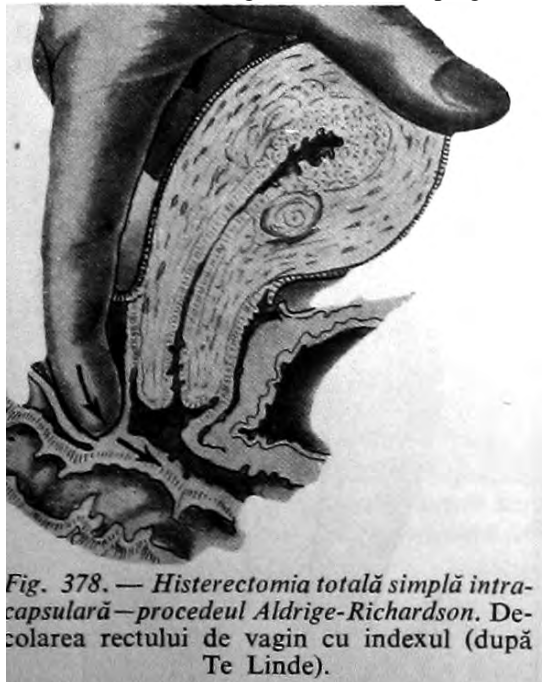


Fig. 378. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeu Aldrige-Richardson. Decolarea rectului de vagin cu indexul (după Te Linde).

Decolarea completă a capsulei, cu îndepărțarea vezicii și a rectului permite palparea pereților vaginului cu cele două indexe, ca în fig. 379.

Timpul V. Sec ionarea ligamentelor cardinale și a paracolposului. Se trage uterul spre stînga și ajutorul îndepărtează de col bontul arterei uterine împreună cu capsula; prin aceste manevre se pune în evidență ligamentul cardinal; cu o pensă curbă se prinde ligamentul cardinal drept, împreună cu partea superioară a paracolposului; se sec ionează în interiorul penei (fig. 380) și se leagă cu

catgut¹; vârful pensei de hemostaz ajunge pînă la peretele vaginului, pentru a prinde și plexul venos al acestuia. Această tehnică se aplică și de partea stîngă.

După secționarea paracolposului, pereții vaginului sînt vizibili pe toate părțile. În acest moment se scoate meata din vagin.

Timpul VI. Secționarea vaginului. Se aplică pe vagin două pense, ca în fig. 381, astfel ca timpul septic să fie redus la minimum. Uterul se extirpă secționînd vaginul deasupra acestor pense (fig. 382).

O altă modalitate este ca în fig. 383: pereții vaginului se prind cu pense aplicate în cele patru puncte cardinale, deasupra cărora se secționează circular cu bisturiul. Uterul se extirpă cu grijă, astfel ca să nu se atingă colul de esuturile intrapelviene. Pentru aceasta se aplică o pensă tirbal pe buza anterioară a colului, de care se trage în sus, astfel ca incizia pereților să se facă la inserția acestora pe col, pentru ca să nu se scurteze vaginul.

După extirparea uterului se introduc în vaginul deschis 1—2 comprese îmbibate cu alcool iodat, care se scot, prin vagin, la sfîrșitul operației.

În ambele modalități vaginul se închide cu surjet sau cu fire separate de catgut, după care se ridică pensele.

O a treia modalitate este închiderea bontului vaginal în bursă, propusă de V. Mudric. În timp ce se trage puternic de uter în sus, pentru a se pune vaginul sub tensiune, se însulează circular pereții acestuia, cu un fir de catgut Nr. U trecut, cu acul Hagedorn, prin tunica musculo-conjunctivă; în timp ce ajutorul joacă capetele firului ca pe niște huri, gest cu care marchează locul înșulării și închide provizoriu lumenul, operatorul secționează circular, cu foarfecele, vaginul, la cîțiva milimetri deasupra.

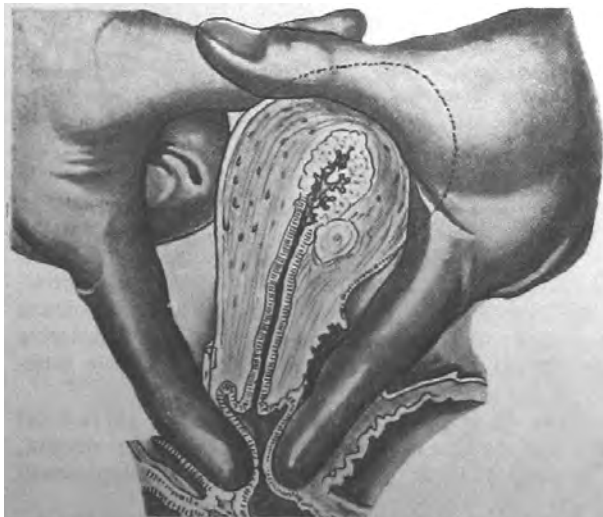


Fig. 379. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Palparea vaginului (după Te Linde).

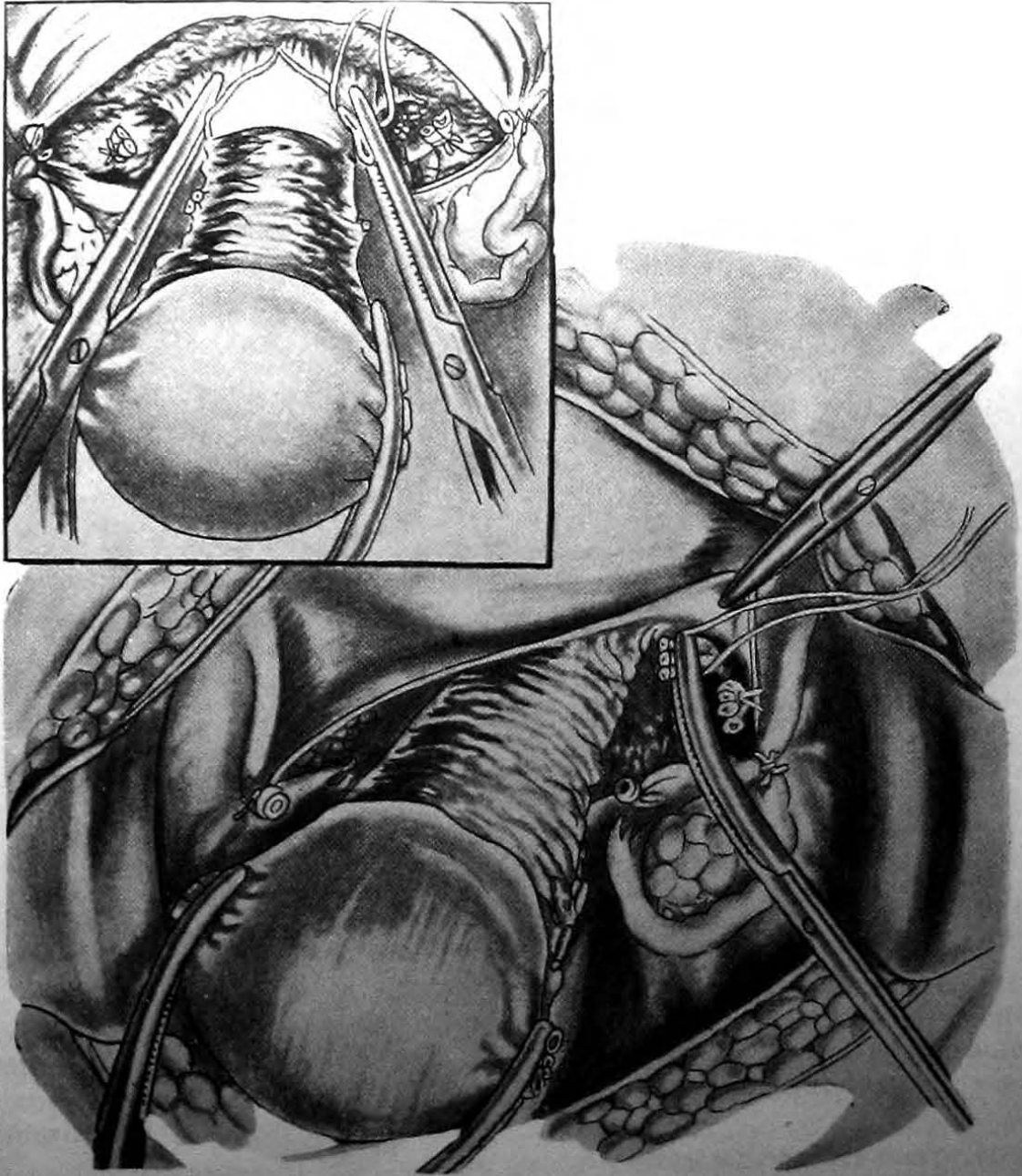


Fig. 380. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea paracolposului:

În cartuș: pensarea și legarea vaselor paracolposului.

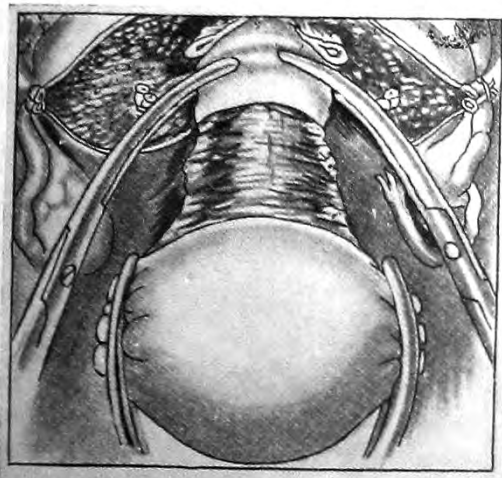


Fig. 381. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Strangularea vaginului între două pense (după Te Linde).

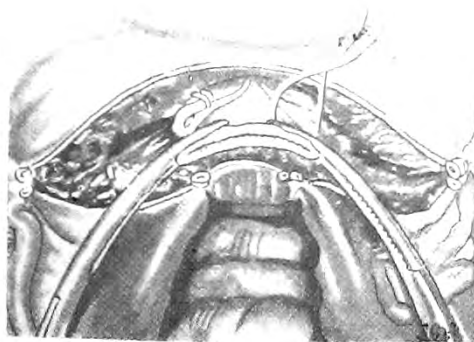


Fig. 382. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea vaginului (după Te Linde).

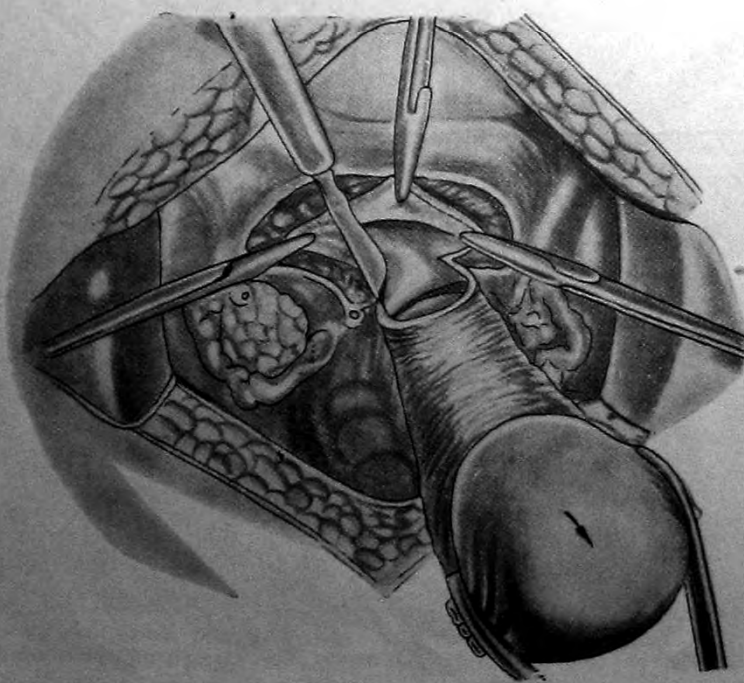


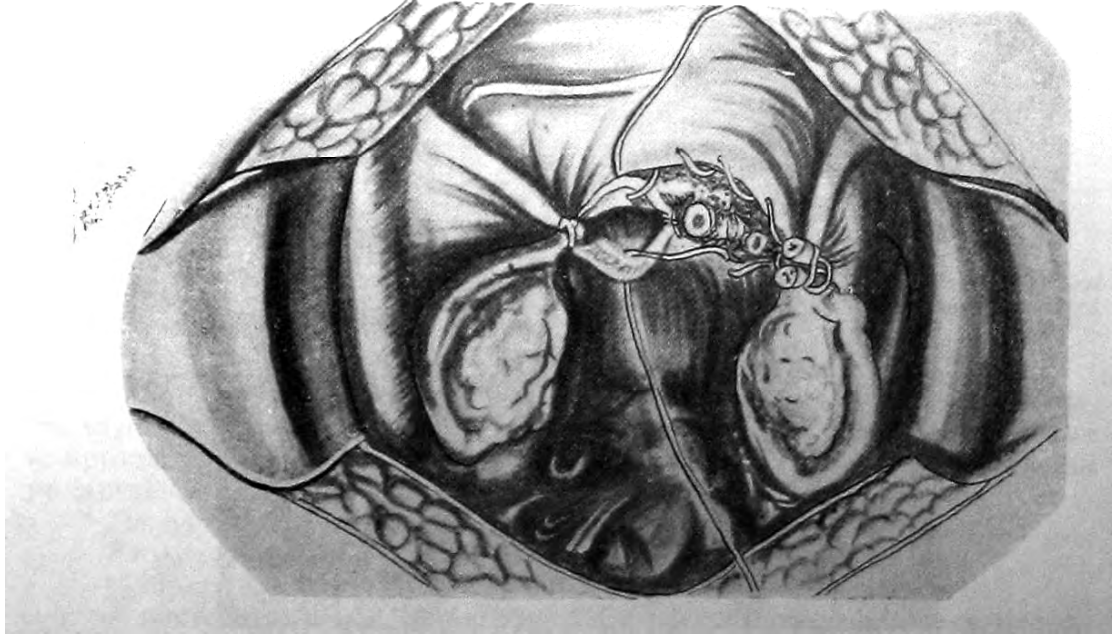
Fig. 383. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeul Aldrige-Richardson. Secționarea vaginului.

Acest procedeu are multiple avantaje: reduce timpul septic, scurtează durata operației, realizează o cicatrice suplimentară punctiformă a domului vaginal.



Fig. 384. — Histerectomia totală simplă intracapsulară — procedeu Aldrige-Richardson. Peritonizarea pe sectoare și suspendarea vaginului la ligamentul rotund și cel utero-ovarian:

In cartuș: suspendarea vaginului și la ligamentele utero-sacrate.

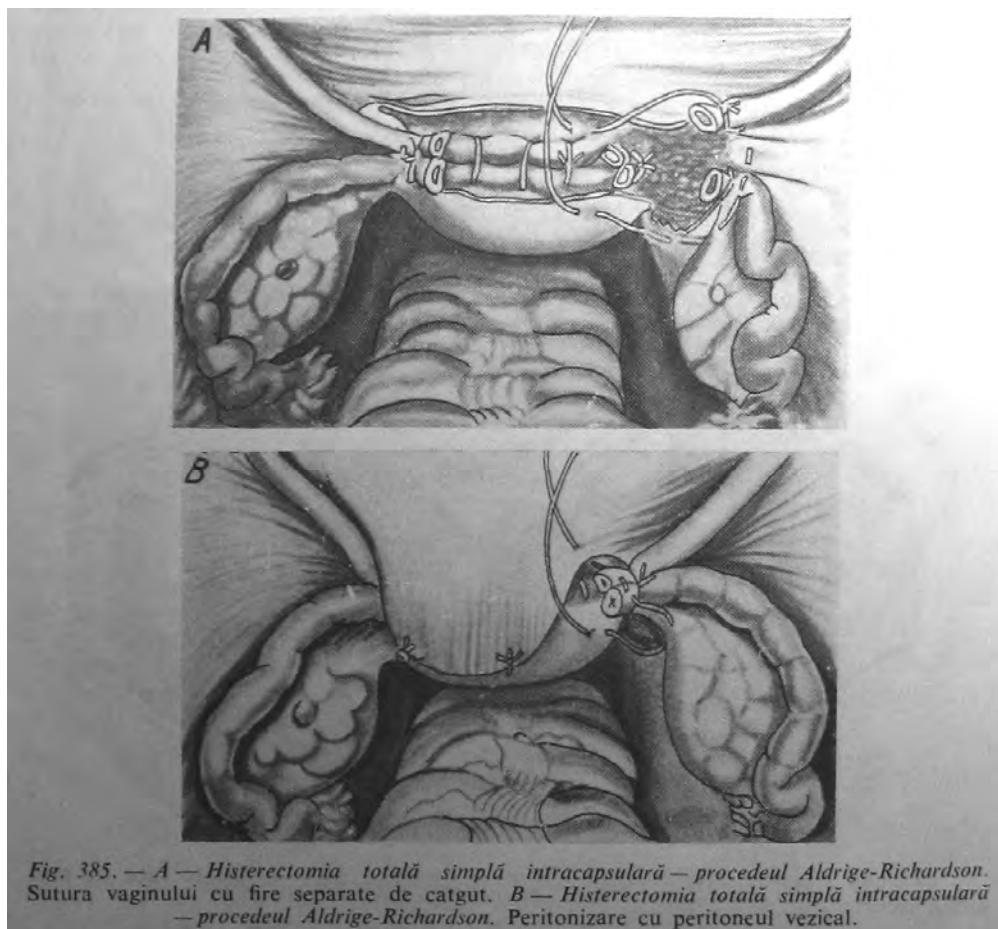


Timpul VII Suspendarea vaginului și peritonizare. Se poate face în mai multe feluri:

— Sutura capsulei. Aceasta se face în sens transversal, de la dreapta la stînga, cu fire separate sau cu surjet de catgut. Acul trece dintr-o parte înaintea, prin peritoneul posterior, prin capătul suturat al vaginului și prin partea anterioară a capsulei. Astfel se realizează al doilea plan de sutură care acoperă vaginul și solidarizează bolta acestuia.

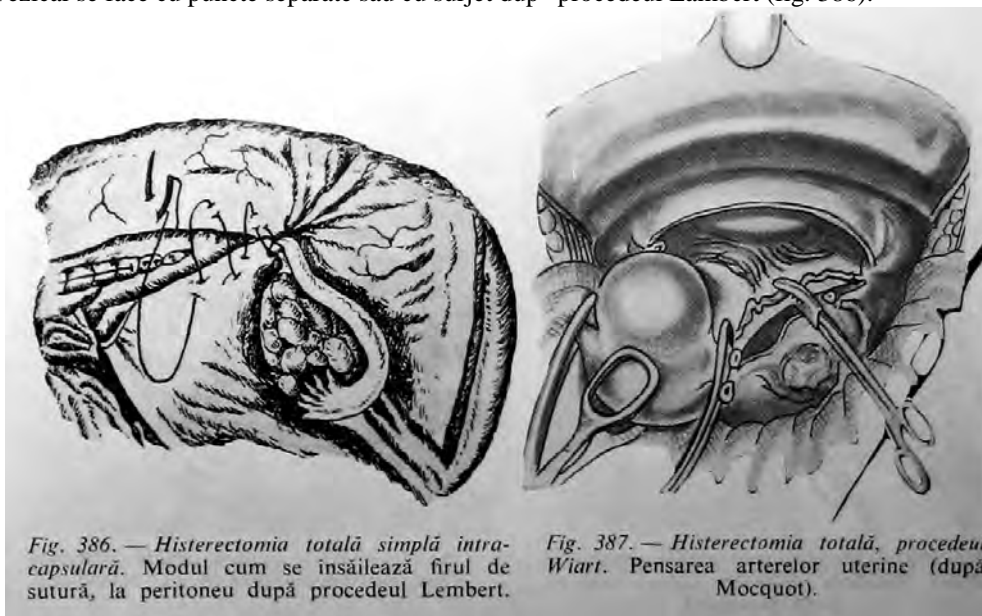
— Sutura capsulei împreună cu esutul parametral. Sutura începe cu partea dreaptă. Acul trece prin locul de inserție al ligamentului uterosacrat drept, bontul arterei uterine drepte și partea corespunzătoare a capsulei anterioare (fig. 384 — cartuș). Când se strînge firul bolta vaginului este suspendată la ligamentul cardinal și uterosacrat. Capetele firului se pîndesc pe pensă. Se procedează în același mod și de partea stînga. Se completează sutura capsulei între cele două fire. Un alt avantaj al acestui procedeu este că realizează o a doua ligatură de siguranță, pe capetele arterelor uterine.

— Sutura capsulei cu fixarea capetelor ligamentelor rotunde și a anexelor la comisuri. Acul trece prin partea anterioară a capsulei, foia anterioară a ligamentului larg, ligamentul rotund, trompa, foia posterioară a ligamentului larg și locul de inserție al ligamentului uterosacrat. Ia început de partea dreaptă, apoi și de partea stînga (fig. 385 A). Când se strîng firele, capetele ligamentelor rotunde și ale trompelor se-adună la comisuri, realizîndu-se prin acest artificiu de tehnică suspendarea bolii vaginului și peritonizarea porțiunilor laterale ale pelvisului (fig. 384). Cu fire separate se completează sutura capsulei peste care se aduce peritoneul vezical (fig. 385 B).



Suspendarea vaginului cu ligamentele rotunde se poate face și după ce s-a suturat mai întâi capsula. Deosebirea față de procedeul descris mai sus este că acul se trece prin grosimea pereților vaginului, ca în fig. 385 A.

Cu ambele modalități de suspendare a vaginului se realizează concomitent și peritonizarea pelvisului. Acoperirea bontului vaginal cu peritoneul vezical se face cu puncte separate sau cu surjet după procedeul Lambert (fig. 386).



— Sutura capsulei și a vaginului în sens sagital. Aldrige propune închiderea vaginului în două straturi, fiecare în sens longitudinal, modalitate prin care se apropie mai bine pe linia mediană ligamentele cardinale, cu scopul prevenirii prolapsului.

Timpul VIII. Reconstituirea peretelui abdominal, anatomic.

Procedeul Wiart. Caracteristicile acestui procedeu sînt:

- histerectomia se face prin decolare extracapsulară a colului; arterele uterine se secționază și se leagă separat de arterele cervico-vaginale.

Acest procedeu se mai numește și histerectomie totală simplă extracapsulară.

Tehnica. Timpul I. Detacharea anexelor. Secționarea anexelor și a ligamentelor rotunde se face ca în orice procedeu de histerectomie cu prestrerea anexelor.

Timpul II. Sec ionarea arterelor uterine. Arterele uterine se prind perpendicular cu pensa J.L. Faure și se sec ionează la în l imea istmului, ca în histerectomia subtotal (fig. 387), de care se deosebe te prin faptul c ă pensa nu «mu c » din marginea uterului.

Timpul III. Decolarea vezicii urinare. Se sec ionează transversal peritoneul și cu foarfecele curb, cu indexul sau cu un tampon « montat l se decolează vezica pîn ă la vagin. Decolarea vezicii se face în afara fasciei pericervicale și dep ășe te cu 1 cm nivelul inferior al colului.

Timpul IV. Sec ionarea ligamentelor uterosacrate. Se trage uterul spre simfiz și se sec ionează transversal peritoneul peretelui posterior al colului, deasupra ligamentelor sacrouterine (fig. 388); se aplic ă pense curbe pe aceste ligamente, în vecin ătatea inser ției lor pe uter și se sec ionează ; se aplic ă ligaturi și se îndep ărtează pensele.



Fig. 388. — Histerectomia totală, procedeul Wiart. Pensarea arterelor cervico-vaginale (după Mocquot).

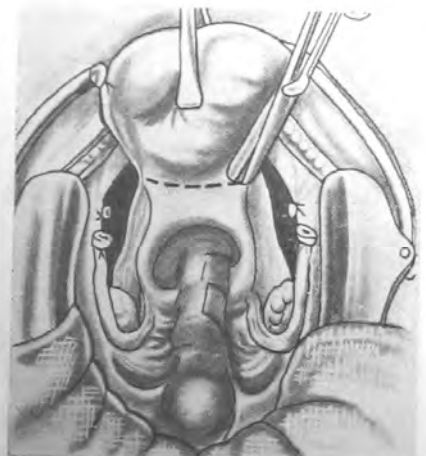


Fig. 389. — Histerectomia totală procedeul Wiart. Secționarea peritoneului retrouterin.

Timpul V. Sec ionarea ligamentelor cardinale și a paracolposului. În timp ce operatorul trage puternic uterul spre stînga, ajutorul îndep ărtează bontul arterei uterine de marginea uterului și astfel, se deschide drum unei pense Kocher drepte și lungi, care se aplic ă razant cu colul, pîn ă la domul vaginului. Această pens ă prinde ramifica țiile cervico-vaginale ale arterei uterine, ligamentul cardinal și paracolposul. Acest pedicul se sec ionează cu foarfecele, în untrul pensei Kocher (fig. 389), lîng ă peretele uterin.

Se procedează la fel și de partea opus ă .

Ureterele sînt îndep ărțate din cîmpul operator prin trac iunea puternic ă a uterului în sus în timpul aplic ării penselor longitudinale, precum și prin decolarea prealabil ă a vezicii pîn ă la peretele vaginal.

Timpul VI. Sec ionarea vaginului. După sec ionarea paracolposului se prepar ă pere ții vaginului prin disec ție cu foarfecele, pîn ă sub nivelul colului și se scoate me ă din vagin, după care se sec ionează vaginul și se îndep ărtează uterul, folo- sîndu-se unul din procedeele descrise la tehnica Aldrige.

Timpul VII. Închiderea vaginului și peritonizarea pelvisului. Se folosesc acelea și procedee ca la histerectomia intracapsular (vezi pag. 351), sau simplu, cu fire separate de catgut, ca în fig. 391 — cartu , după ce în prealabil, se leag ă pediculii vasculari cervico-vaginali; firul de ligatur ă se trece cu acul prin grosimea peretelui vaginal (fig. 390) și pensa se deschide treptat, pe m ăsur ă ce se stînge nodul (fig. 390—cartu). Se peritonizează pelvisul ca în fig. 391, cu surjet, sau pe sectoare ca în fig. 392.

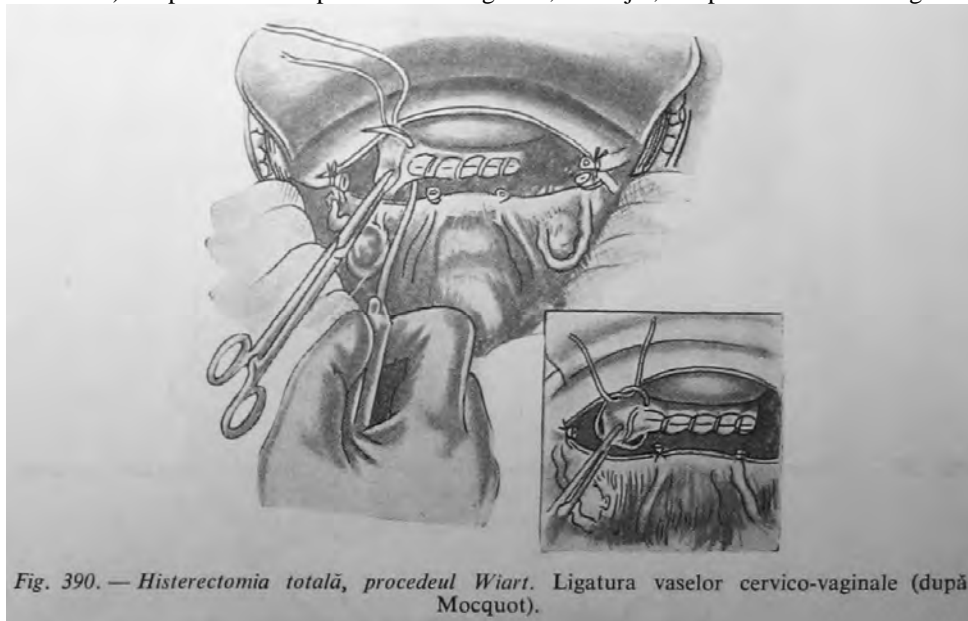


Fig. 390. — Histerectomia totală, procedeul Wiart. Ligatura vaselor cervico-vaginale (după Mocquot).

Timpul VIII. Refacerea peretelui abdominal. Se controlează hemostaza, se scot cîmpurile abdominale de izolare după care se reconstituie peretele abdomenului în straturi anatomice.

Acest tip de histerectomie, cu execu ie tehnic rapid i cu sîngerare minim , se folose te i în cancerul de endometru.

Cînd se face cu această indica ie, opera ia începe cu extirparea ambelor anexe (anexectomie bilateral). Pentru aceasta se aplic , de la început, dou pense Kocher pe coarnele uterului, pentru a bloca trecerea con inutului uterin prin trompe în peritoneu, dup care se sec ioneaz între pense ligamentele lombo- ovariene i se extirp trompele i ovarele. Se aplic ligaturi duble pe capetele ligamentelor lombo-ovariene, îndep rtîndu-se pensele de hemostaz . Pensele de pe coarnele uterului se p streaz pîn la sfîr itul histerectomiei, ele servind pentru trac iune.

HISTERECTOMIA TOTAL SIMPL CU DRENAJ VAGINAL

în cazuri rare, cu hemostaz insuficient sau colec ii purulente, se las un tub de dren în vagin (fig. 393).

Se execut în dou feluri:

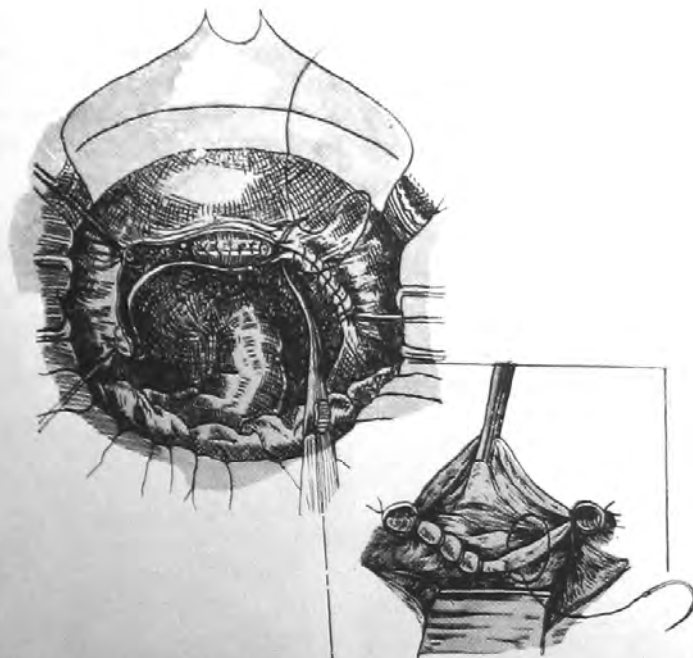


Fig. 391. — Histerectomia totală simplă, procedeul Wiart. Peritonizarea pelvisului cu surjet de la dreapta la stînga:
În cartuş: închiderea vaginului cu fire separate de catgut.

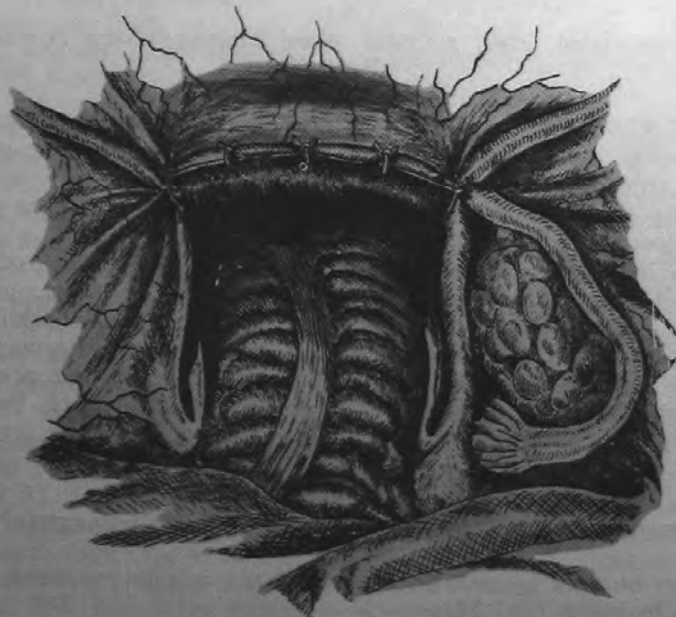


Fig. 392. — Histerectomia totală simplă, procedeul Wiart. Peritonizarea pelvisului pe sectore.

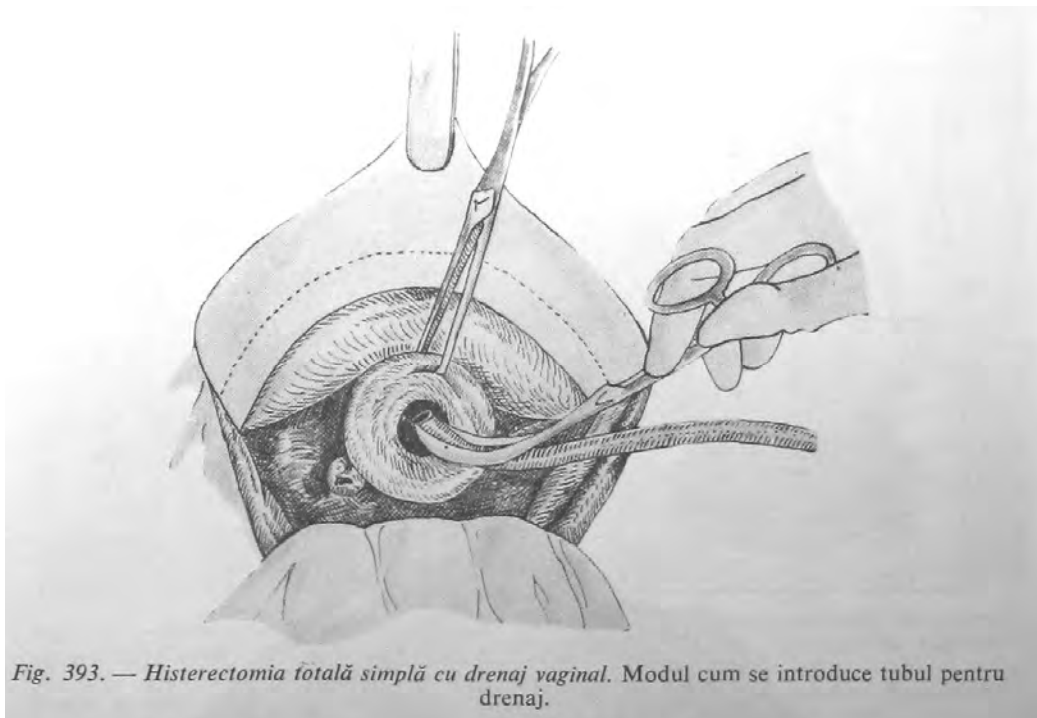


Fig. 393. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Modul cum se introduce tubul pentru drenaj.



Fig. 394. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Sutura pereților vaginului de o parte și de alta a tubului.

- Se introduce tubul de drenaj și pereții vaginului se suturează, de o parte și de alta, cu fire separate de catgut ca în fig. 394. Capătul tubului depășește linia de sutură cu cîțiva milimetri. La comisurile vaginului se aplică fire în 8 ca în fig. 394 pentru siguranța hemostazei.

- Se aplică fire în 8 la ambele comisuri (fig. 395 a) și marginile vaginului se suturează cu surjet de catgut, ca în fig. 395 - cartu, după care se introduce în deschiderea vaginului tubul de drenaj.

Se peritonizează pelvisul complet pe deasupra capătului tubului de drenaj (drenaj subperitoneal) (fig. 395 b).

Peretele abdominal se închide fără drenaj.

Procedeeul Elbaz-Carron.

Indicații: boli benigne ale uterului, asociate cu displazii, distrofii sau infecții persistente ale colului.

Tehnic :

— se secționează anexele și ligamentele rotunde I

— se decolează vezica și se secționează posterior peritoneul, deasupra ligamentelor uterosacrate;

— se prind arterele uterine și cervico-vaginale cu pensa J. L. Faure, care se aplică în jos și în untru, ceva mai jos de istm, mușchiul din mușculatura colului. Se aplică pense Kocher spre uter, pentru a se împiedica sîngerarea venoasă, după care se secționează pediculul vascular, razant cu colul;

— se trage puternic uterul spre ombilic și cu foarfecele se prind în planul de clivaj dintre fibrele longitudinale și cele circulare ale istmului (fig. 396), decorticîndu-se astfel colul pînă apare planul submucos al vaginului, de culoare albicioasă ;

— se dezinserează vaginul de pe col, cu bisturiul sau cu foarfecele curb (fig.

397). După efectuarea hemostazei, se închide vaginul în două straturi, cu puncte separate de catgut (fig. 397 - cartu).
Incidente și accidente

Intraoperator ii. Acestea sînt de două categorii: hemoragii și leziuni ale organelor vecine.

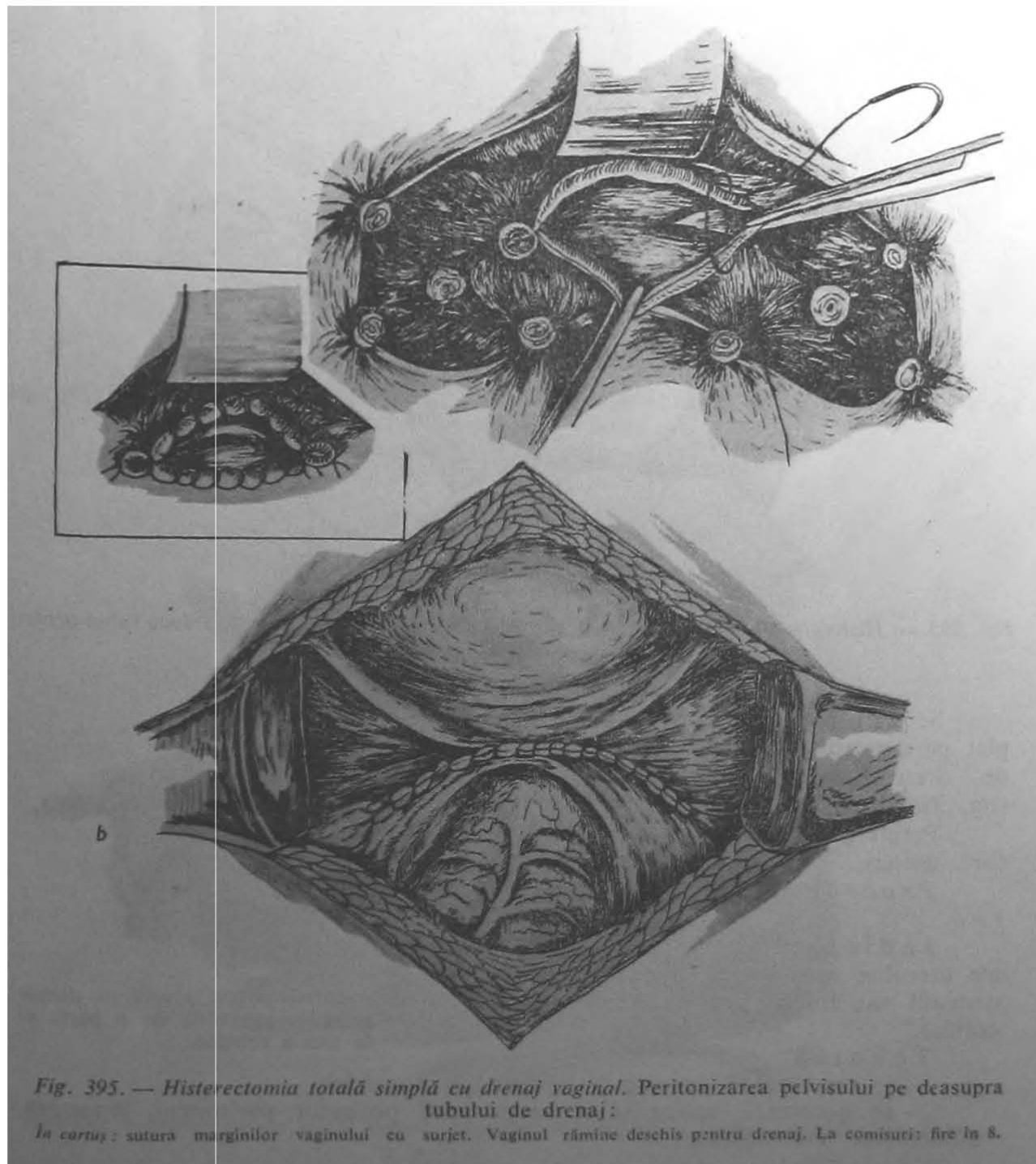


Fig. 395. — Histerectomia totală simplă cu drenaj vaginal. Peritonizarea pelvisului pe deasupra tubului de drenaj:

la curtuș: sutura marginilor vaginului cu surjet. Vaginul rămîne deschis pîntru drenaj. La comisuri: fire în 8.

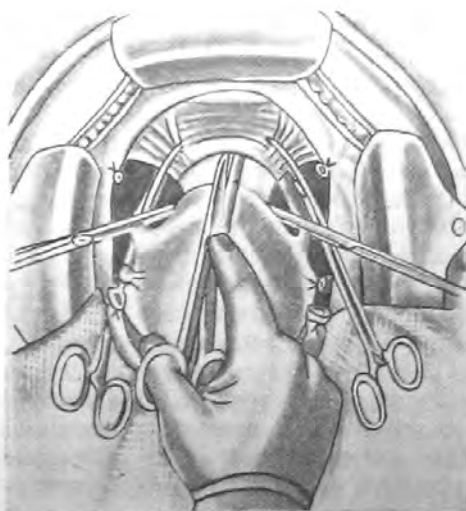


Fig. 396. — Histerectomia totală intraistmică (procedeul Carron). Cu foarfecele curb se pătrunde între fibrele musculare longitudinale și cele circulare ale istmului.

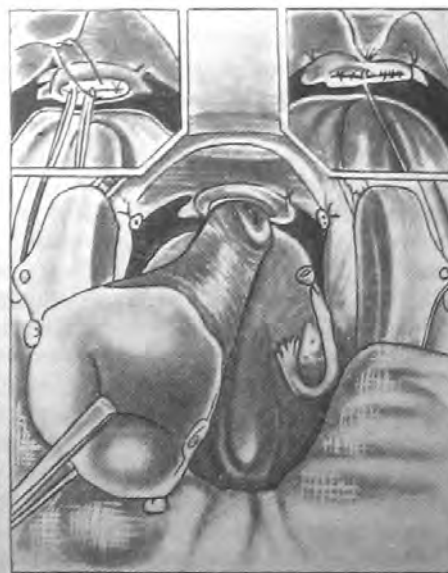


Fig. 397. — Histerectomia totală intraistmică (procedeul Carron). Dezinserarea vaginului de pe col:

Cartuș stînga: închiderea vaginului; Cartuș dreapta: al doilea strat de sutură.

a) *Hemoragiile*. Acestea se pot ivi prin defecte de hemostaz la nivelul pediculilor vasculari, sau prin hemoragie în suprafa la nivelul spațiilor de decolare.

Prin defecte tehnice de hemostaz se înlege felul cum se izolează pediculi vasculari, modul cum se aplic pensele de hemostaz, cum se fac și se strîng nodurile și materialul folosit pentru ligaturi. Așa de exemplu: nu se fac tracțiuni pe pensele de hemostaz; se slăbește pensa cînd se strînge primul nod și se reaplic pe bontul vascular pînă se fac celelalte noduri; cu cît pediculul vascular este mai gros, cu atît se strînge mai puternic primul nod; pentru pediculi importanți (lombo-ovariani și uterini) firul se trece cu acul; la nivelul pediculului lombo-ovarian se aplic ligaturi duble; după efectuarea nodurilor capetele firului nu se presarează pe pense; orice hematom care se formează ca urmare a trecerii firului de ligatură cu acul, se deschide imediat și se face hemostaza înainte ca acesta să se întindă; pînă la sfîrșitul operației se controlează și se recontrolează hemostaza la nivelul pediculilor vasculari; vasele mici se pensează la vedere și se leagă direct, pe pense; firul de ață este cel mai bun pentru ligaturile vasculare, fiindcă strînge bine și sigur; în hematoamele din profunzime nu se pun pense de hemostaz pînă nu se reperează cu grijă ureterul.

În hemoragiile în suprafață la nivelul spațiilor de decolare, se recurge la: se tamponează strîns și se așteaptă cîteva minute; se lasă bureți hemostatici (Gelaspone) sau pelicule de fibrin; în hemoragiile mici se lasă un tub de dren, numit «de siguranță» (evită formarea hematoamelor și controlează hemostaza); în hemoragiile mai importante se tamponează loja cu membră plisată strîns, în acordeon.

În hemoragiile din timpul operației cezariene se recurge la ligatura cu catgut uni- sau bilateral, a arterelor uterine, la ligatura arterelor hipogastrice sau la histerectomie de hemostaz.

b) *Leziuni ale organelor vecine*: vezică, ureter, intestin.

Deschiderea accidentală a vezicii se face fie la deschiderea abdomenului (în laparotomiile iterative), fie la decolarea ei de pe uter (în procesele tumorale ale uterului, în cezarienele iterative). Accidentul este banal, cu condiția să fie recunoscut imediat. Sutura plăgii vezicale se face în dublu strat, cu fire de catgut 0 sau 1, trecute extramucos, în bursă sau în puncte separate. Se lasă sondă vezicală timp de 7—10 zile și se administrează antibiotice. Pentru a se evita aceste accidente se decolează vezica numai prin disecție cu foarfecele curbă și se completează cu indexul, niciodată cu «tampon» sau cu valva Pollosson.

Ureterul poate fi secționat fie în partea de sus, cînd se leagă ligamentul lombo-ovarian, fie în partea de jos, cînd, în caz de hemoragie în profunzime, se aplic pense de hemostaz «în masă». Accidentul este rar și evitabil prin măsurile tehnice care se aplic în cele trei momente ale operației cînd ureterul devine vulnerabil; legarea ligamentului lombo-ovarian, prepararea ureterului și descrucierea lui de artera uterină, peritonizarea pelvisului. În accidentele porțiunii inferioare se procedează la reimplantarea ureterului în vezică (uretero-cisto-neostomie directă); în porțiunea superioară, se procedează la anastomoză termino-terminală pe sondă ureterală (vezi pag. 843).

Leziunile intestinale. Pe suprafețele deperitonizate se aplic puncte separate de catgut subțire. Deschiderea completă a peretelui intestinal se repară imediat prin enterorafie simplă, cu fire de nylon subțire, trecute extra-mucos, sau prin rezecție urmată de anastomoză.

Complicații postoperatorii: uoare sau obișnuite, care indică operația de teren și de anestezie, și grave, care indică de actul chirurgical și de natura operației.

— Complicații uoare: starea febrilă, pareza intestinală, retenția de urină, infecția urinară și infecția la nivelul suturilor parietale (hematom supurat).

— Complicații grave: hemoragia, eviscerația, peritonită, ocluzia intestinală și trombo-embolia.

Complicațiile uoare, cu excepția hematoamelor supurate, sînt obișnuite în evoluția bolnavilor operați și fac parte din regulile cunoscute în urmărirea acestora, pînă la suprimarea firelor de sutură (7—10 zile). Parametrii medicali care se urmăresc sînt: febra, pulsul, tensiunea arterială, diureza și reluarea tranzitului intestinal.

Există astăzi obiceiul ca bolnavele operate să rămână în primele 3 zile în secțiile de reanimare sub îngrijirea directă a anestezistului-reanimator. Organizatoric, acest sistem este foarte bun, fiindcă în aceste condiții speciale se poate realiza o supraveghere continuă. Cu toate acestea, operatorul nu este absolvit de răspunderea pe care o are, morală în primul rând, a urmării personale evoluția bolnavelor și a deciziei asupra aplicării conduitei necesare, în deplină cunoaștere a bolii postoperatorii și a regulilor de reanimare. În baza acestui principiu operatorul își vede bolnava zilnic, dimineața și la contravizit.

Câteva reguli generale în urmărirea bolnavelor operate, în special a celor laparotomizate:

În prima zi: se urmărește respirația, pulsul, tensiunea arterială, debitul tuburilor de dren, tonusul vulvar (la cezariene) și la contravizit, aspectul pansamentului, febra și diureza, halena respiratorie și limba.

Orice pierdere de sânge peste 500 ml se «compensează» și tendința la colaps vascular se evită cu perfuzie hidratantă și reechilibrantă (ser glucozat 5%, ser fiziologic, vitamine B și C). Sacul cu nisip este util pentru primele 4—6 ore, sau punga cu gheață (la cezariene). Calmarea durerii se face cu algocalmin (hipnoticele, neurolepticele și opiaceele diminuează ventilația pulmonară și agravează atonia intestinală). Prezența continuă și încurajatoare a soarelui, vizita și contravizita medicului anestezist și a operatorului, sînt cele mai bune «tranchilizante». Solicitudinea arată angajează cooperarea bolnavei, fapt foarte important pe plan psihologic, în evoluția complicatului proces fiziopatologic al vindecării.

Câteva exerciții de respirație sînt utile în seara primei zile a operației. Vezica se sondează în absența micăi spontane.

Orice medicament necesar se administrează numai pe cale parenterală.

Antibioterapia «de principiu» nu este recomandabilă. Ea este indicată în operațiile radicale, în operațiile plastice și reparatoare (sterilitate, malformații, miomectomie, fistule), ca și la femeile cu mare risc operator (diabetice, obeze, bătărituri).

A doua zi: se suprimă pansamentul la operațiile nedrenate: hidratare per os (lichide foarte puține în îndulcitate, supe srate); masajele membrilor inferioare, exerciții de respirație și «bicicletă în pat». Bolnavele varicoase, obeze, bătărituri, sînt coborîte din pat (este cea mai bună profilaxie a maladiei trombo-embolice). În situația unui meteorism abdominal mai accentuat se pune un tub de gaze și se administrează carbune per os. Dacă apar vărsături se montează aspirație gastrică și reechilibrarea hidroelectrolitică se face pe datele ionogramei serice și urinare.

A treia zi: se coboară din pat, de 2—3 ori pe zi; alimentație cu supe srate concentrate, piureuri, brînză de vaci, iaurt; se scurtează sau se suprimă tuburile de dren (cînd acestea au fost aplicate „de siguranță”).

A patra zi: dacă tranzitul nu se reia spontan, se administrează 1 fiol de prostigmin, urmat la 1/2 oră de clismă evacuatoare. Cu reluarea tranzitului intestinal scade, de obicei, și febra. Alimentația se completează cu carne fiartă sau friptă și cu paste făinoase. Se scot firele perineale. Dacă persistă retenția de urină sau reziduu vezical, se drenează permanent vezica, cu sonda Folley pentru câteva zile.

A cincea zi: se suprimă antibioterapia de protecție în eventualitatea unei candidoze bucale sau vaginale (iatrogen) se administrează antimicozice. Se rescris agrafele.

A șasea zi: alimentație aproape completă.

A șaptea zi: se scot firele, la piele (în laparotomiile iterative, între 8—10 zile). Se schimbă sonda vezicală «demeure» cînd drenajul vezicii mai este necesar.

Externarea bolnavelor se face în general în a 10-a zi de la operație, cu următoarele recomandări: repaus, exerciții fizice moderate, alimentație substanțială (timp de 3 săptămîni); control după o lună de la operație după care integrarea socială și familială este completă. Următoarele controale ginecologice: după 3 luni și 1 an de la operație. Cu acest sistem operatorul își poate analiza rezultatele și verifica justetea indicațiilor și valoarea tehnicilor operatorii folosite.

În hematomul nesupurat se desfac suturile la piele, se curăță cheagurile, se completează hemostaza și se resuturează planul cutanat, pe tub de dren la unul din unghiurile suturii.

În hematomul supurat se desface complet sutura pielii și se pansează zilnic pînă la eliminarea sfacelelor. Urmează cicatrizare per secundam sau sutura secundară a plăgii.

Complicații grave. Hemoragia imediată prin lărgirea ligaturilor, sau hemostază incompletă, are un singur tratament — reintervenția sub reanimare intensă (transfuzie cu sânge). Se procedează la hemostază și abdomenul se închide lăsînd un dren de siguranță. În hemoragiile intense semnele de valoare sînt: paloarea, hipotensiunea (mai ales hipotensiunea care reapare după transfuzia cu sânge), pansamentul abdominal îmbibat cu sânge, starea de agitație a bolnavei și scăderea hematocritului.

În hematoamele profunde singura soluție pentru a împiedica difuzarea și infecția este evacuarea lor și drenarea lojei.

În hemoragiile tardive (după a 10-a a 12-a zi) explicate de escare și infecție se recomandă tratament cu doze mari de antibiotice.

În peritonită cauzată de ocluzia intestinală intervenția chirurgicală este obligatorie. Diagnosticul acestor complicații este greu, simptomatologia clasică fiind camuflată de antibioterapie și de reanimarea intensivă.

Eviscerația. Această complicație apare în primele zile după operație, în urma eforturilor de tuse ale bolnavei și a unei defecțiuni tehnice (modalitate de sutură și tipul materialului folosit) la închiderea peretelui abdominal. Reintervenția este obligatorie. Se reconstituie peretele abdomenului, de obicei într-un singur plan, cu drenaj de siguranță.

Complicațiile trombo-embolice au devenit rare de cînd mobilizarea precoce a devenit o regulă în îngrijirea postoperatorie. Tratamentul cu heparin urmat de trombostop sub controlul timpului de protrombină este eficient.

Complicațiile tardive — durerile pelviene, prolapsul și eventrația — sînt rare. Incidența lor este egală între histerectomia subtotală și cea totală. Unele hemoragii vaginale sau leucorei persistente după histerectomia totală sînt produse de existența unui granulom la nivelul tranșei vaginale, între inut de prezența unui fir neresorabil. Extirparea firului (sau firelor) și chiuretarea mugurilor duce la dispariția acestor simptome. Colpita atrofică și tulburările neurovegetative de carență hormonală, la femeile la care s-au extirpat ovarele sub vîrsta de 50 ani, se tratează cu estrogeni administrați parenteral (Estrolent 1 fiol, la fiecare 5 săptămîni).

4. OPERA II CARE SUPRIMĂ FUNCȚIA HORMONALĂ ÎN CELE MENSTRUALE

HISTERECTOMIA SUBTOTALĂ CU ANEXECTOMIE BILATERALĂ

Este vorba de extirparea ambelor anexe cu ocazia histerectomiei subtotale. Principiul este eficient. Din punct de vedere funcțional, operația este radicală, fiind scoate din constelația hormonală a femeii participarea ovarelor și suprimarea menstruației prin ablația corpului uterin.

Această tehnică este totuși mai puțin mutilantă decât histerectomia totală cu anexectomie, fiindcă păstrează colul, cu rol în statica organelor pelvisului, în morfologia vaginului și în viața sexuală.

Indicațiile. Histerectomia subtotală cu ablația anexelor are indicații foarte restrânse și tinde să dispară din practica chirurgiei ginecologice. Succesele obținute de tratamentele medicale în infecțiile genitale — chiar și în cele tuberculoase — dezvoltarea tehnicilor chirurgicale conservatoare, dovezile endocrinologice care arată că ovarele continuă să funcționeze chiar și după menopauză, limitează indicațiile acestei operații.

Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală se plasează între imposibilitatea tehnică de a se realiza o chirurgie conservatoare și necesitatea de a nu se crea prin histerectomie totală, o infirmitate în plus: scurtarea vaginului.

Cancerizarea ulterioară a colului se întâlnește într-o proporție relativ mică (1—2%), care poate fi și mai mult micorată prin posibilitățile complexe de diagnosticare a leziunilor precanceroase și cancerelor preclinice (in situ), înainte de operație. Un mare număr dintre cancerurile colului restant sînt ori preexistente operației (cancer restant pe col), ori sînt înscrise intraoperatorii la nivelul „bontului”, a unui cancer de endometru nedagnosticat.

Histerectomia subtotală cu ablația anexelor are două indicații: 1. tumorile benigne ale uterului asociate cu leziuni inflamatorii importante ale anexelor, fiind imposibilă păstrarea acestora;

2. supurațiile tubo-ovariene care nu pot fi extirpate decât în bloc (tuberculoză genitală), sau cînd tumorile anexiale foarte aderente la pereții pelvisului nu pot fi decolate decât printr-un procedeu de histerectomie istmică.

Contraindicațiile. În leziunile precanceroase ale colului, în cancerul de endometru, de trompă și de ovar. De asemenea este contraindicat în supurațiile anexiale a căror extirpare chirurgicală necesită lăscarea unui drenaj. În aceste situații se dă preferință histerectomiei totale, care permite drenajul pe cale vaginală, mult superior drenajului abdominal, atît pentru securitatea bolnavei, cît și pentru evoluția postoperatorie.

Condițiile de efectuare. Colul uterin sînt fie complet investigat înainte de operație. La femeile tinere, la care operația abdominală se impune, cervicitele banale, verificate colposcopic și citologic, pot fi vindecate ulterior prin diatermocogulare.

Indicațiile histerectomiei subtotale, fiind în raport cu natura și întinderea leziunilor utero-anexiale (în primul rînd ale celor anexiale) sînt mai puțin legate de vîrsta bolnavei.

În fine, după cum am văzut, necesitatea chirurgicală de a drena larg pelvisul — cum se întîmplă în piosalpingitele bilaterale foarte aderente — schimbă

complet tactica operatorie, în favoarea histerectomiei totale, care permite drenajul pe cale vaginală.

Pregătirea preoperatorie. Fiind vorba de operații cu perspective de a fi laborioase, pregătirea preoperatorie se face cu mult grijă, — pe baza constantelor biologice existente.

Anestezia: generală prin intubație oro-traheală, operațiile de acest gen fiind lungi.

Tehnici operatorii. *Calea de acces.* Ca pentru toate operațiile ginecologice la care nu putem să dinainte natura și întinderea procesului patologic, și la care tactica și tehnica chirurgicală se decid în timpul intervenției, calea abdominală este de preferat.

Incizia peretelui abdominal. Fiind vorba de tumori voluminoase ale uterului și de procese inflamatorii anexiale foarte aderente, deschiderea peretelui abdominal se face prin incizie mediană fiindcă oferă acces larg asupra pelvisului și fiindcă poate fi prelungit paraombilical, la nevoie.

Explorarea pelvisului și a organelor genitale interne — după desfacerea aderențelor epiploice și intestinale — este un timp important al operației, care hotărăște asupra tacticii și tehnicii de urmat.

Reguli de respectat: poziția bolnavei în Trendelenburg; izolarea anșelor intestinale cu câmpuri moi, umede, introduse median și pe flancurile abdomenului; depărtarea largă și neîncomodantă la perete; valvulă suprapubică; se încearcă ori de cîte ori se pretează tehnica clasică, descrisă și ilustrată la pag. 303 cu respectarea riguroasă a principiilor acesteia: hemostaza prin pensarea și lezarea pediculilor vasculari, evitarea ligaturilor «în masă», izolarea și scurtarea timpului septic, peritonizare îngrijită.

În cazurile atipice se țin seama de două principii: operația începe cu partea unde leziunile sînt mai puțin extinse și desfacerea tumorilor inflamatorii anexiale foarte aderente se face de la partea «cunoscută» la partea «necunoscută».¹⁵

Procedeu obișnuit: Secționarea ligamentului infundibulo-pelvic se face întotdeauna la vedere pentru a nu leza ureterul, care la acest nivel se găsește în vecinătatea pediculului vascular, sub foia internă a peritoneului. Punerea în evidență a ligamentului lomboovarian se face trăgînd anexa cu o pensă «în inimă» aplicată pe trompă sau pe ovar. Secționarea pediculului se face cu foarfecele, ori între două pense Kocher, ori între o ligatură pusă în afară și o pensă aplicată spre ovar. Firul pentru ligatură (a sau catgut) poate fi trecut cu acul curb (Cooper, Deschamps, Reverdin, sau Hagedorn), sau disociind și perforînd mezoul ligamentului cu o pensă curbă închisă (pensa introdusă se deschide în breșă creată, înlesnind aplicarea unei alte pense lângă ovar, apoi se închide pe firul de ligatură pe care-l trece prin această gaură).

15 Tumorile anexiale inflamatorii sînt de obicei mai aderente spre cavitatea abdominală și mai puțin spre Douglas, de aceea în cazurile dificile, liberarea acestora se începe de jos în sus. În acest sens, ori se extirpează întîi uterul și sîndu-se anexele la urmă, ori se secționează istmul și decolarea anexelor se face de ambele părți, de la istm în sus, ori se recurge la procedeu prin «hemisecție», decolarea anexelor fiind cîndu-se cu fiecare jumătate a uterului, tot de la col în sus.

Dacă secționarea se face între două pense, firul se trece cu acul prin foi ale ligamentului pentru ca să nu derapeze, și se leagă pe locul pensei superioare.

De regulă se aplică încă o ligatură simplă, de siguranță, pe bontul secționat. Se taie capetele firelor la 1 cm distanță.

Secționarea ligamentului rotund se face între două pense Kocher și se leagă capătul distal.

Deschiderea ligamentului larg. Se secționează cu foarfecele puntea peritoneală dintre trompa și ligamentul rotund, prinzându-se între foi ale ligamentului larg. Cu foarfecele închise, cu un «tampon montat» sau cu două degete, se prinde spre baza ligamentului larg, desfășurându-se cele două foi în timp ce cu mâna stângă se basculează uterul într-o parte; se secționează foaia anterioară, de la ligamentul rotund spre fundul de sac vezico-uterin și foaia posterioară până în apropierea ligamentelor uterosacrate. Astfel anexa este complet detașată de pereții pelvisului și marginea uterului este liberată până la istm. Îndepărtarea anexei se face între două pense Kocher aplicate la nivelul cornului uterin.

Se procedează în același mod cu extirparea anexei opuse.

În continuare timpul operator se succede în aceeași ordine ca la tehnica descrisă la pag. 303, respectiv: se incizează peritoneul vezico-uterin; se aplică pense și se secționează arterele uterine; se extirpă uterul prin incizie circulară cu bisturiul la nivelul istmului; se leagă arterele uterine; se închide bontul cervical cu fire de catgut; se peritonizează pelvisul pe sectoare sau cu surjet; se controlează hemostaza și se reconstituie peretele abdominal.

Un amănunt la peritonizarea pelvisului: peritonizarea colo-vezicală, indicat în situația când nu există «stof» suficient. În această eventualitate se folosește colonul sigmoid, cu care se acoperă pelvisul și se prinde la peritoneul vezical cu fire separate de catgut sau cu surjet ca în fig. 398. Greutatea acestei peritonizări constă în închiderea celor două firide care există pe laturile colonului, între acesta și pereții pelvisului. Surjetul se începe de partea dreaptă, mult mai sus de pediculul lombo-ovarian și primul punct realizează o bursă care închide firida respectiv (fig. 398 - cartuș), după care se prinde colonul la foaia anterioară a ligamentului larg și la peritoneul vezical. În partea stângă peritonizarea merge de asemenea până deasupra pediculului lombo-ovarian, pentru a închide și firida colo-pelvică stângă.

Tratament postoperator. Îngrijirea postoperatorie este cea obișnuită oricărui celiotomie ginecologică, fără tratamente caracteristice.

Bolnavele coboară din pat după 48 de ore de la operație.

Evoluția și complicațiile. Tehnica operatorie fiind simplă și rapidă, evoluția postoperatorie este puțin zgomotoasă. Complicațiile flebitice și pulmonare sînt rare.

Rezultate. Morbiditatea postoperatorie este mică, cancerizarea colului se întâlnește rar. Histerectomia subtotală, prin ea însăși «nu pare să joace un rol în apariția cancerului la nivelul colului restant». Cele mai frecvente cancere aparute la nivelul cervical sînt cancere, fie de col, fie de endometru, nediate în momentul operației.

Rezultatele tardive sînt foarte bune în ceea ce privește statica organelor pelvisului și morfofuncția vaginului. Fixarea colului la ligamentele rotunde evită prolapsul secundar al acestuia. Pstrarea colului menține lungimea vaginului. În comparație cu histerectomia totală, în urma căreia vaginul rămîne scurtat, vulva se atrofiază și coitul poate deveni imposibil, după histerectomia subtotală vaginul rămîne nemodificat. Secreția glandelor cervicale și pstrarea fundurilor de sac asigură funcția ulterioară a vaginului, permițînd raporturi sexuale normale. Prin faptul că nu se secționează ligamentele utero-sacrate, se evită vaginita atrofică și atrezia vulvară, consecutive lezării plexului hipogastric inferior. Rezultatele histerectomiei subtotale — pentru femeia operată — sînt superioare histerectomiei totale, prin aceea că respectă morfofuncția vaginului.

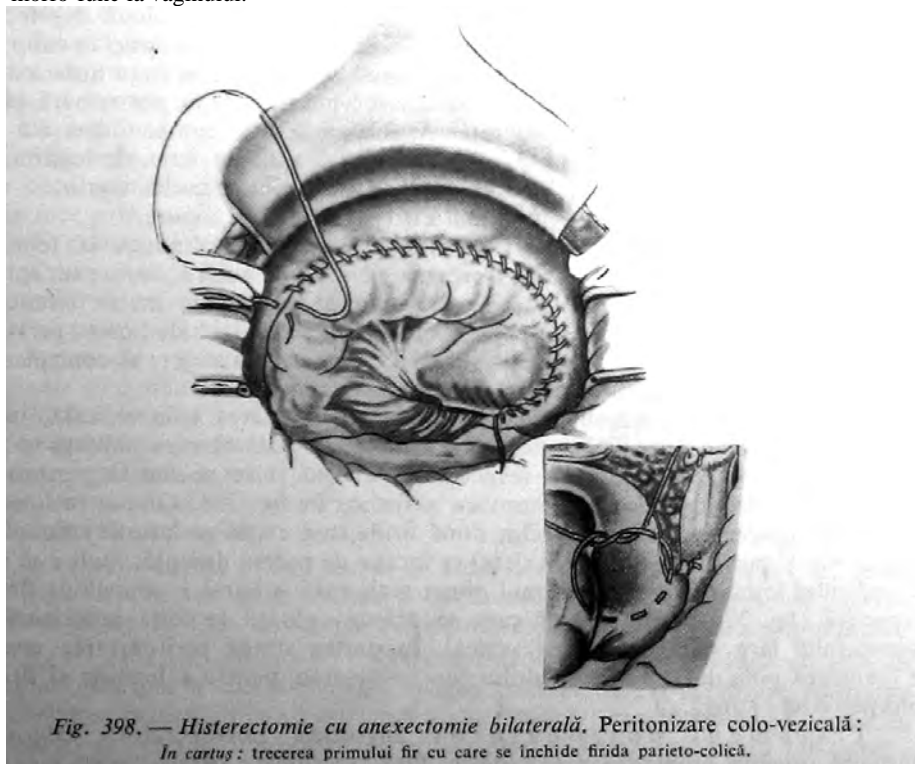


Fig. 398. — Histerectomie cu anexectomie bilaterală. Peritonizare colo-vezicală:
In cartuș: trecerea primului fir cu care se închide firida parieto-colică.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL CU ANEXECTOMIE BILATERAL PRIN SEC IONARE TRANSVERSAL ÎNTR-UN SINGUR SENS

Procedeu H. A. Kelly. Acest tehnic este cunoscut sub numele de histerectomie subtotal de la dreapta la stîng sau de la stîng la dreapta » sau «histerectomie subtotal dup procedeu american».

Principiul acestei tehnici constă din extirparea în bloc a uterului și a anexelor printr-o incizie continuă în sens unic, fie de la dreapta la stîng, fie de la stîng la dreapta, începîndu-se totdeauna cu anexa cea mai puțin aderentă și atacîndu-se uterul de sus în jos și transversal, în prima parte a operației, și de jos în sus, în partea a doua a operației, pentru anexa opusă.

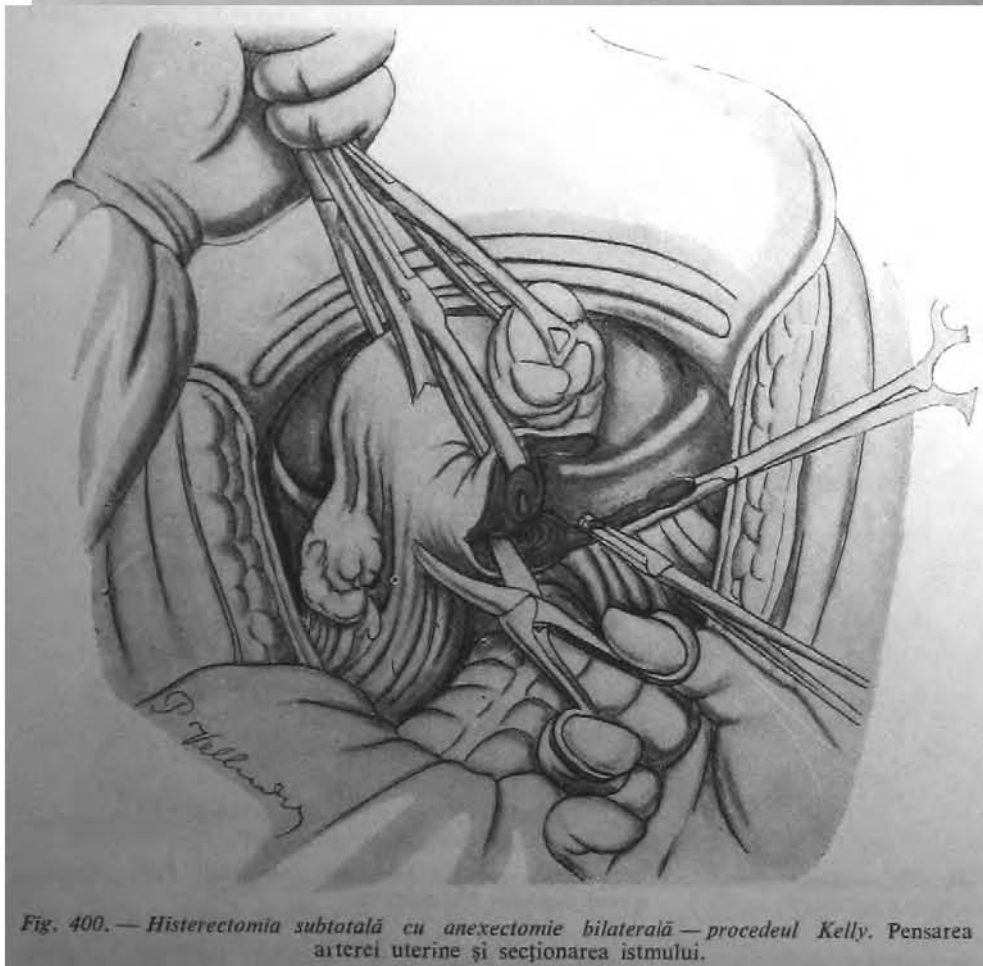
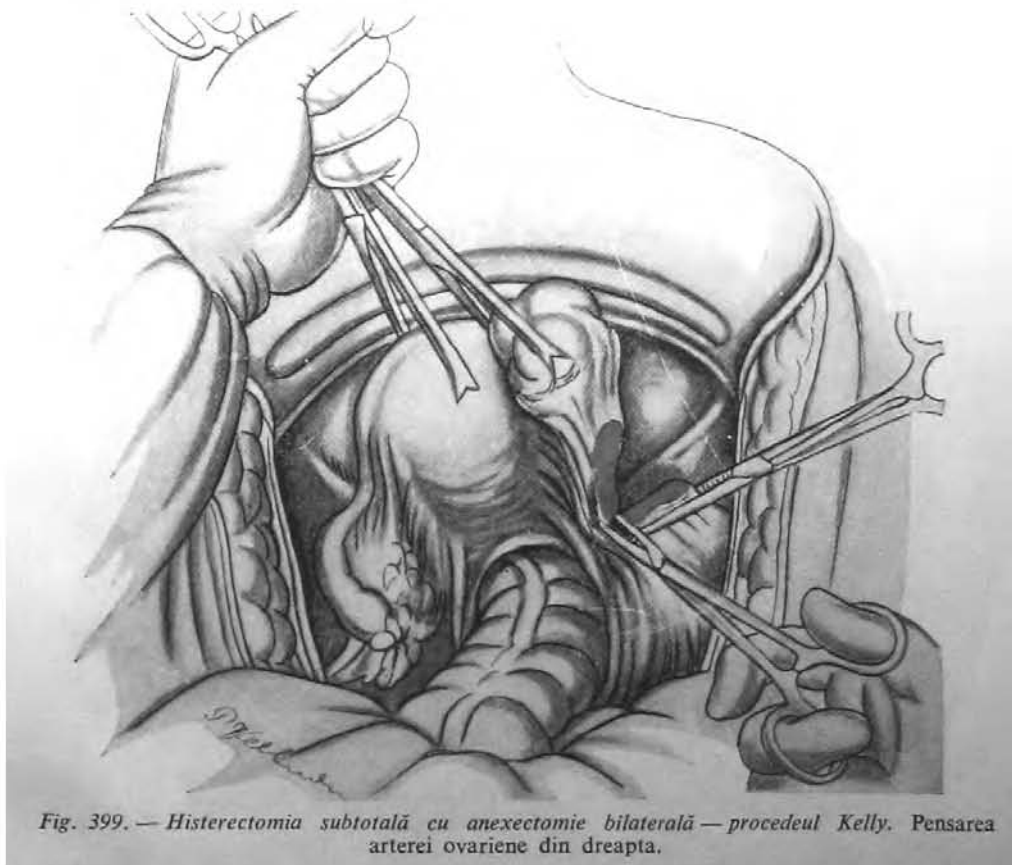
Indicațiile acestui procedeu sînt furnizate în special de tumorile inflamatorii anexiale, unilaterale, foarte aderente, care nu pot fi atacate decît de jos în sus.

Să presupunem că este vorba de un bloc inflamator tumoral, care interesează trompa și ovarul din partea stîngă, foarte aderent la uter, la pereții pelvisului

și la sigmoid; de partea dreaptă procesul inflamator este mai puțin extins. Operația se începe cu anexa cea mai puțin aderentă, deci cu partea dreaptă, și comportă cinci timpi principali, care se desfășoară succesiv într-un singur sens, de la dreapta la stînga.

Timpul I: se desface anexa dreaptă din aderențe, fie prin disecție cu foarfecele, fie prin decolare cu mîna, și se leagă, după secționare, ligamentul lombo-ovarian respectiv (fig. 399); se secționează și se leagă ligamentul rotund, apoi se secționează apoi ele ligamentului larg, anterior și posterior, pînă la marginile uterului; se secționează peritoneul preuterin și se decolează vezica.

Dacă anexa dreaptă este aderentă, desfacerea ei se poate face de jos în sus, perforînd cu indexul dînd rît înainte, ligamentul larg, în unghiul cuprins între uter și pediculul tubo-ovarian. O singură pensă este suficientă pentru a apuca ligamentul lombo-ovarian, ligamentul rotund și partea superioară a ligamentului larg, adunate pe indexul făcut ca un cârlig. O singură tîietură cu foarfecele expune marginea uterului și baza ligamentului larg. Această manevră a fost propusă de J. L. Faure.



Timpul II: se aplică pens de hemostază pe artera uterină de partea dreaptă; cu un tampon montat se desface esutul celular din baza ligamentului larg, punându-se în evidență marginea dreaptă a uterului pînă la nivelul istmului, în timp ce se basculează puternic uterul spre stînga. Astfel se expune pediculul vascular, care se prinde cu pensa J. L. Faure și se secționează (fig. 400).

Timpul III: se secionează uterul, cu foarfecele curb, la nivelul istmului, deasupra pensei aplicate pe artera uterină. Linia de seciune este transversală, de la marginea dreaptă către cea stângă a istmului. În tot acest timp se trage puternic de uter în sus și spre stînga (fig. 400).

Timpul IV: se aplică pensă de hemostază pe artera uterină de partea stîngă. Pentru expunerea arterei uterine stîngi și îndepărtarea ureterului respectiv, după secționarea în întregime a istmului, se aplică o pensă Museux pe buza posterioară, cu ajutorul creia se basculează uterul spre stînga (fig. 401). Astfel pediculul vascular apare în unghiul format de cele două suprafețe de seciune ale istmului și poate fi pensat cu ușurință.

Timpul V: se decolează tumoarea anexială stîngă. Bascularea uterului spre stînga expune baza ligamentului larg și face posibilă atacarea tumorii de jos în sus, fie prin decolare cu degetele, fie prin disecție cu foarfecele curb. După desfacerea tuturor aderențelor inferioare și posterioare ale tumorii, se secionează și se leagă ligamentul rotund și ligamentul infundibulo-pelvic, apucate într-o singură pensă (fig. 402).

În rest operația decurge ca în histerectomia subtotală obișnuită: suturarea colului, peritonizare etc.

Dacă tumoarea anexială inflamatorie este situată de partea dreaptă, intervenția se începe cu anexa stîngă, operația comportînd aceiași timpi operatori, în sens invers, de la stînga la dreapta.

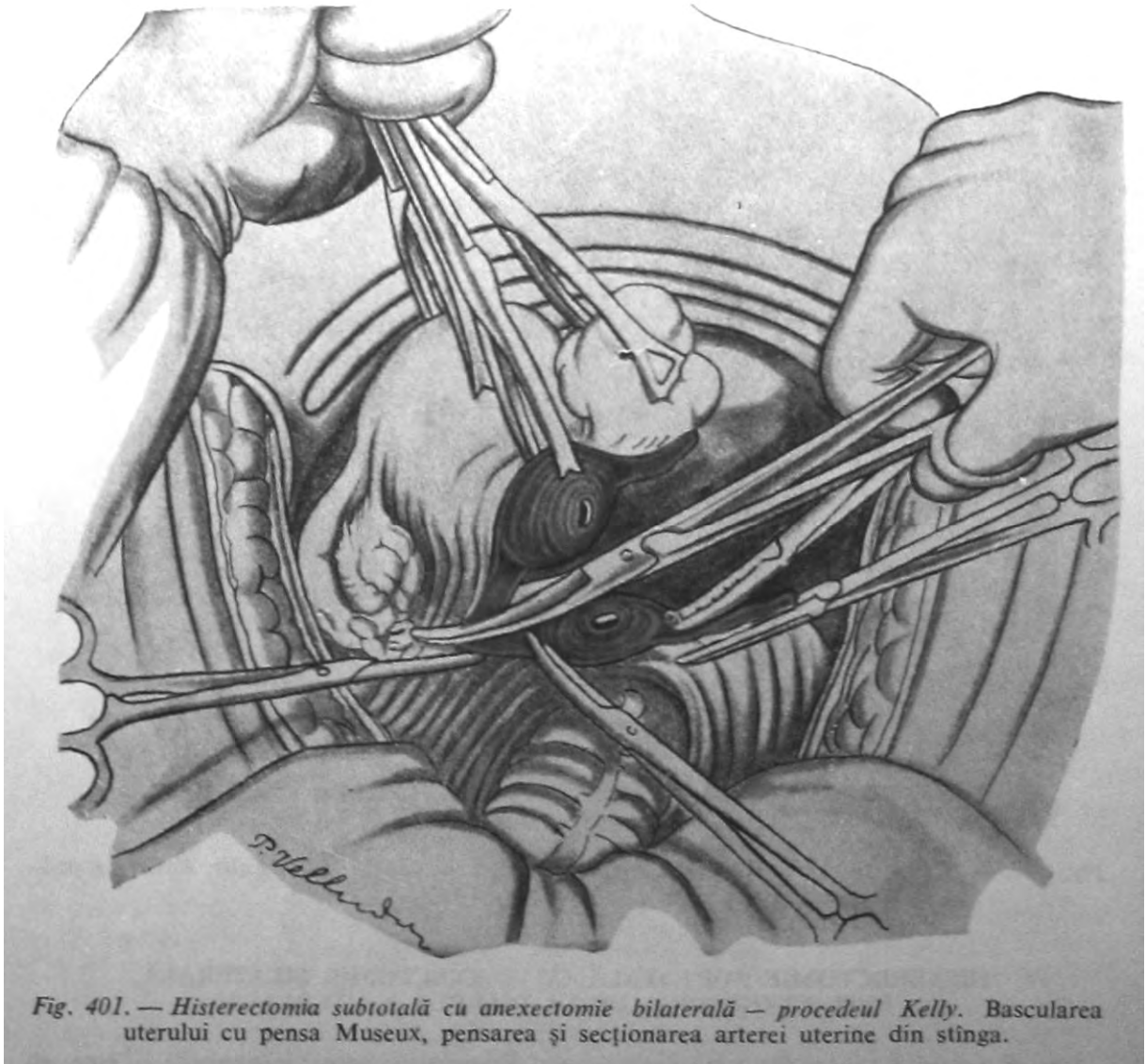




Fig. 402. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Kelly. Apucarea pediculului anexei din stînga într-o pensă puternică.

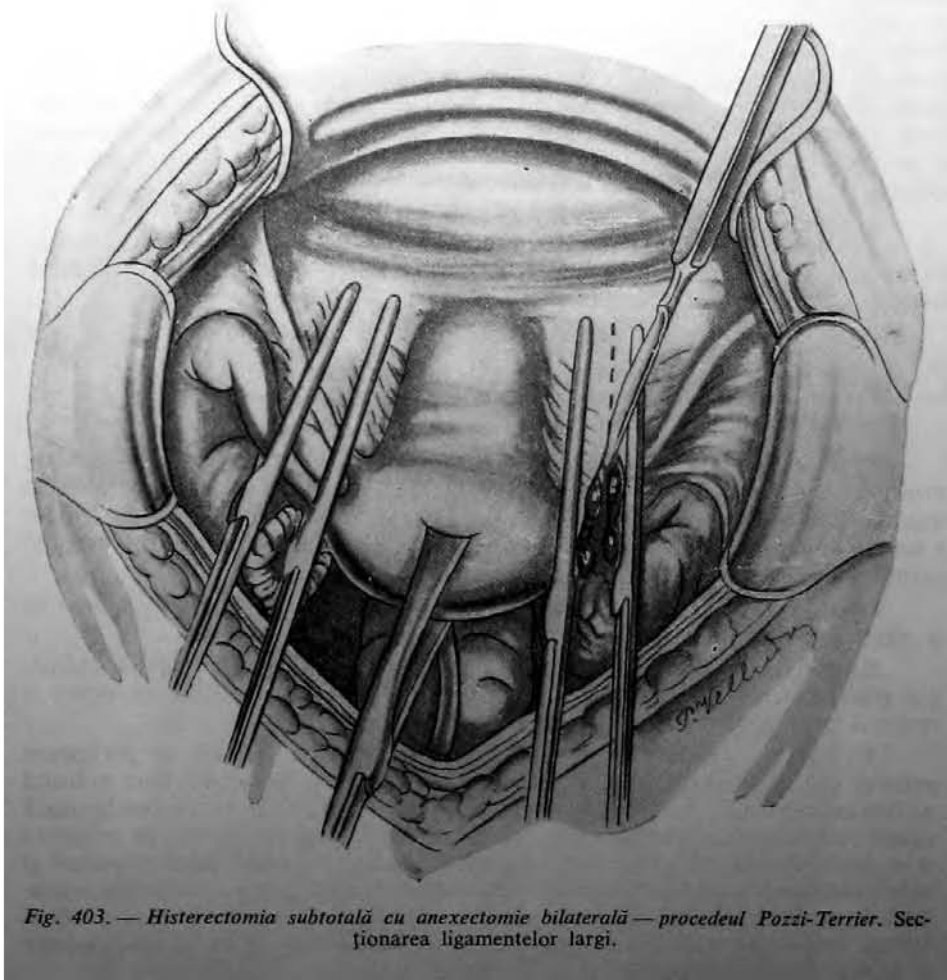


Fig. 403. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală — procedeul Pozzi-Terrier. Secționarea ligamentelor largi.

HISTERECTOMIE SUBTOTAL CU ANEXECTOMIE BILATERAL , PRIN EXTIRPAREA DE LA ÎNCEPUT A UTERULUI

Procedeu Pozzi-Terrier. Principiul acestui procedeu este să se extirpe întâi uterul. Este indicat în anexitele bilaterale foarte aderente la pereții pelvisului. Scoaterea uterului de la începutul operației se face în câmpul operator în mijlocul pelvisului, permițând introducerea mâinii și decolarea anexelor de jos în sus.

Se procedează astfel:

— Se cionează ligamentele largi în lungul marginilor uterului. Uterul este tras în sus și spre ombilic cu ajutorul unei pense Museux, aplicată la nivelul fundului. Se aplică o pensă Kocher, de sus în jos și foarte aproape de marginea uterului, de la pediculul anexei, până la nivelul istmului. La câțiva milimetri în afară se aplică două pensuri Kocher, paralele cu prima. Cu foarfecele drepte sau cu bisturiul se cionează de sus în jos ligamentul larg prins între aceste pense (fig. 403). Odată cu aceasta, se cionează trompa, ligamentul utero-ovarian și ligamentul rotund. Mocquot propune ca ligamentul rotund să fie cionat separat, înainte de a se aplica pensele Kocher. Acest amănunt de tehnică permite ca anexa să poată fi mai ușor degajată. Se folosește aceeași tehnică de partea opusă.

— Se cionează peritoneul preuterin și decolarea vezicii. Capetele celor două cionări ale ligamentelor largi se împreună anterior, prin cionarea

transversală a peritoneului vezico-uterin. Se decolează vezica, expunându-se fața anterioară a istmului și pediculi vasculari latero-uterini.

— Pensarea și cionarea arterelor uterine la nivelul istmului.

— Cionarea istmului. Se face cu bisturiul sau cu foarfecele, în cionare transversală sau ușor cuneiformă.

— Extirparea anexelor. Extirparea uterului lasă un spațiu larg între cele două tumori anexiale. Grație acestui spațiu se poate ataca polul inferior al anexelor prin esutul celular al bazei ligamentelor largi. Trăgând în sus și în afară de pensa Kocher și masându-se pe capătul proximal al tumorii și cionând cu foarfecele din untru în afară foiele ligamentului larg, tumoarea se lasă decolată de pe pereții pelvisului până la pediculul tubo-ovarian. Eventualele aderențe se desprind cu foarfecele sau cu degetele. Inserția parietală a ligamentului larg se pediculizează în jurul pediculului lombo-ovarian, încât poate fi prins într-o singură pensă și cionat cu foarfecele.

În același mod se procedează și cu anexa opusă.

Urmează controlul hemostazei, ligatura arterelor uterine, suturarea bontului cervical, peritonizarea pelvisului și închiderea peretelui abdominal, ca după histerectomia subtotal obișnuită.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL CU ANEXECTOMIE BILATERAL PRIN DECOLARE ANTERIOAR

Procedeu J. L. Faure modificat de De Martei și Louis-Bazy. Principiul acestui procedeu se bazează pe faptul că uterul poate fi ușor eliberat după ce este cionat la nivelul istmului, întrucât principalul mijloc de fixitate a acestui organ este continuitatea lui cu vaginul (J. L. Faure). Eliberarea uterului permite decolarea anexelor de jos în sus.

Indicațiile principale sînt: tumorile inflamatorii anexiale, bilaterale și uterul retroflectat, inclavat și fixat de aderențe.

Histerectomia subtotală prin decolare anterioară aduce mari servicii chirurgiei ginecologice, permițând efectuarea unei operații necesare, care nu poate fi realizată prin nici un alt procedeu.

Tehnica. După ce se cionează ligamentele rotunde și peritoneul anterior (fig. 404), uterul este bine tras cu ajutorul unei pense Museux aplicată pe fața anterioară, la 1 cm mai sus de pliul vezico-uterin, după care se cionează istmul cu foarfecele curbă (fig. 405), dinainte înapoi. Arterele uterine se pensează și se cionează de fiecare parte (fig. 406), apoi colul este basculat înainte și uterul răsturnat cu ajutorul aceleiași pense Museux, aplicată în vecinătatea suprafeței de cionare. Această manevră permite introducerea degetului, apoi a mâinii întregi, înapoi în uter și desfacerea tuturor aderențelor de jos în sus, inclusiv a anexei tumorale (fig. 407).

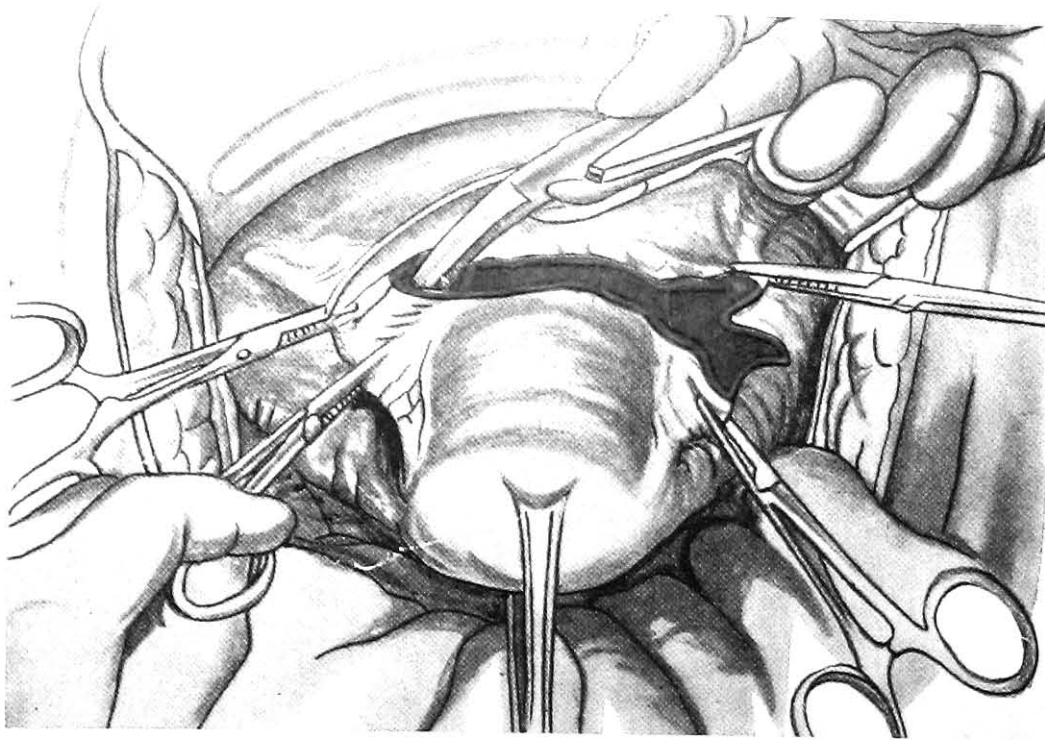


Fig. 404. — *Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Secționarea peritoneului utero-vezical și a ligamentelor rotunde.*

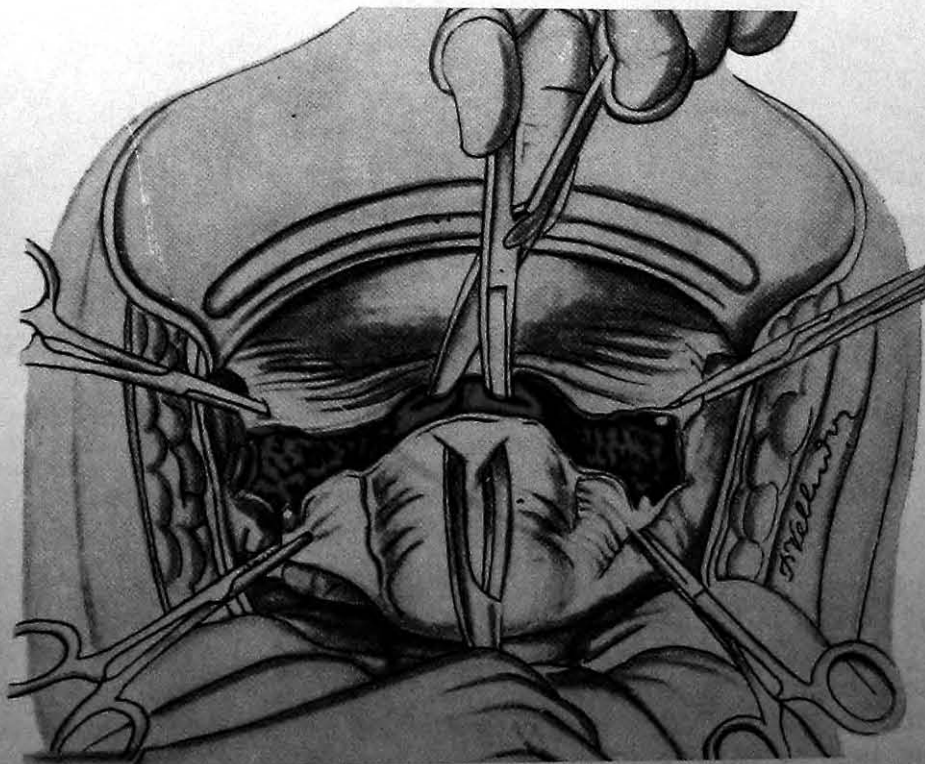
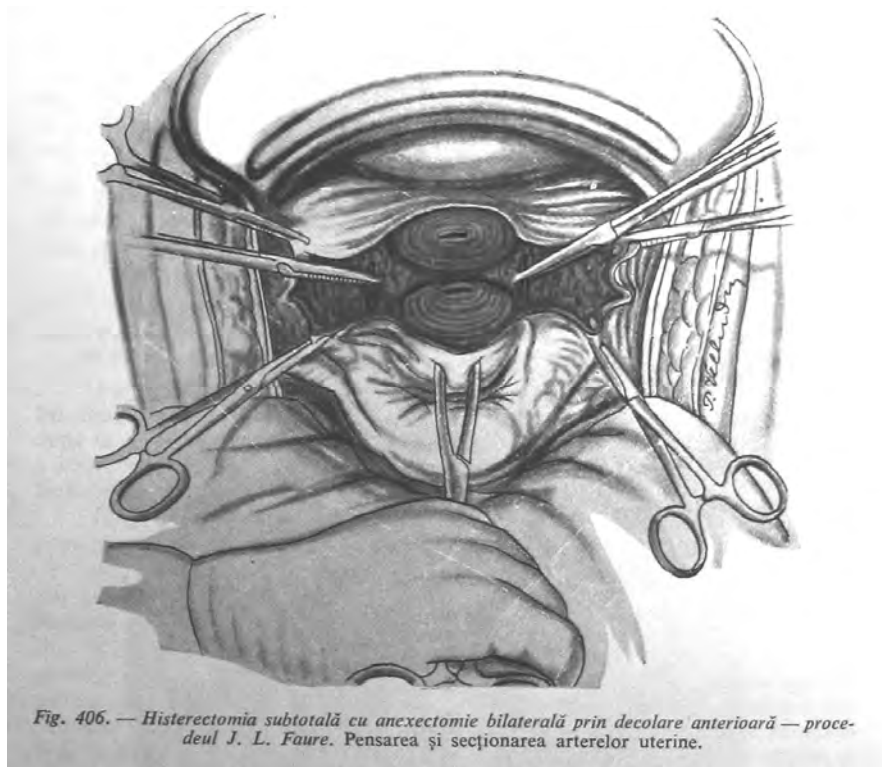


Fig. 405. — *Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Secționarea istmului cu foarfecele.*

După liberarea completă a uterului din Douglas, anexele se desfac cu ușurință. Pentru aceasta se trage cu mâna de uter, prin intermediul unei pense Museux aplicată pe suprafața de secțiune a istmului, iar cu cealaltă mână se preținde în baza ligamentului larg și se decolează anexa aderentă, de jos în sus și din untru în afară. Fiecare anexă decolată se apucă între degetele index și polică, ceea ce permite aplicarea unei singure pense (fig. 408) pe pediculul format de inserția parietală a ligamentului larg, în care sînt incluse ligamentul lombo-ovarian și ligamentul rotund (în eventualitatea că nu a fost secționat de la început). Secționarea cu foarfecele curbă.

După extirparea uterului și a anexelor, operația se termină ca în histerectomia subtotală obișnuită: ligaturi pe pediculii vasculari, sutura bontului cervical, peritonizare etc.



Dacă peritonizarea nu se poate efectua din lipsă de peritoneu, se suturează peritoneul vezical la colonul pelvian (fig. 398), sau se renunță la peritonizare.

În general este de preferat ca operația să se termine fără drenaj. Dacă drenajul este necesar, se perforază Douglasul și se lasă un tub îndrătul colului, sau se „totalizează” histerectomia, extirpându-se bontul cervical, ceea ce permite un drenaj larg pe cale vaginală.

Tehnica descrisă mai sus reprezintă modificările aduse de Louis-Bazy și de Martel procedeului inițial propus de J. L. Faure.

Fără de procedeul J. L. Faure, care deschide drumul pentru decolarea anexelor de jos în sus, procedeul De Martel-Louis-Bazy dă posibilitatea ca acestea să fie atacate, atât dinainte îndrătul, cât și de jos în sus.

Procedeul J.L. Faure este criticabil prin faptul că nu decolează peritoneul preuterin, ceea ce constituie un risc pentru vezică și pentru uretere, în momentul când se secționează istmul și când se aplică pensele pe arterele uterine. De asemenea, bascularea uterului este incompletă și decolarea posterioară risc să deschidă punji purulente și să producă leziuni intestinale, din cauza ligamentelor rotunde, care nu sînt secționate de la începutul operației.

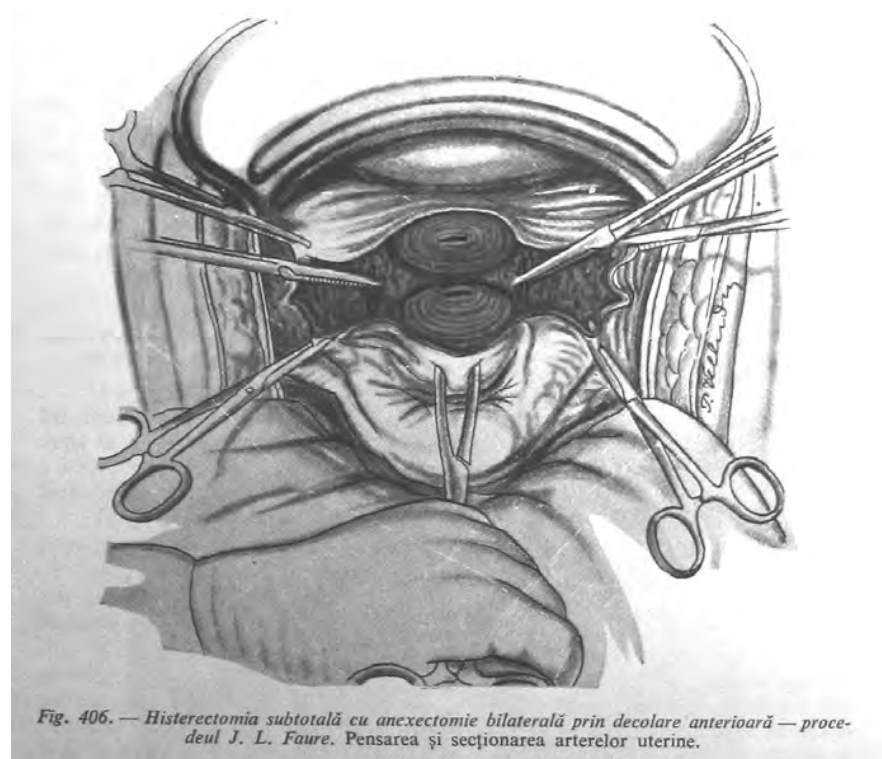




Fig. 407. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Luxarea uterului și desfacerea anexei tumorale din aderențe.

Procedeul De Martel-Louis-Bazy, mai anatomic, secționând foița anterioară a ligamentului larg, ligamentele rotunde și decolând în prealabil vezica, oferă o cale de acces mai largă pentru desfacerea anexelor aderente și o siguranță în ceea ce privește hemostaza arterelor uterine și evitarea leziunilor vezico-ureterale.

În cazurile dificile, Mocquot propune fragmentarea operației, extirpând întâi o anexă, apoi uterul, și la urmă cealaltă anexă.

O situație grea este creată de tumorile anexiale care acoperă în întregime uterul. În aceste cazuri Kelly, după ce secționează istmul prin decolare anterioară, taie uterul pe linia mediană, de jos în sus, în două jumătăți. Hemisecția uterului oferă lumină în mijlocul pelvisului și face posibilă extirparea acelor anexe, care par inaccesibile altor procedee.



Fig. 408. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare anterioară — procedeul J. L. Faure. Pensarea pediculului anexei tumorale decolate.

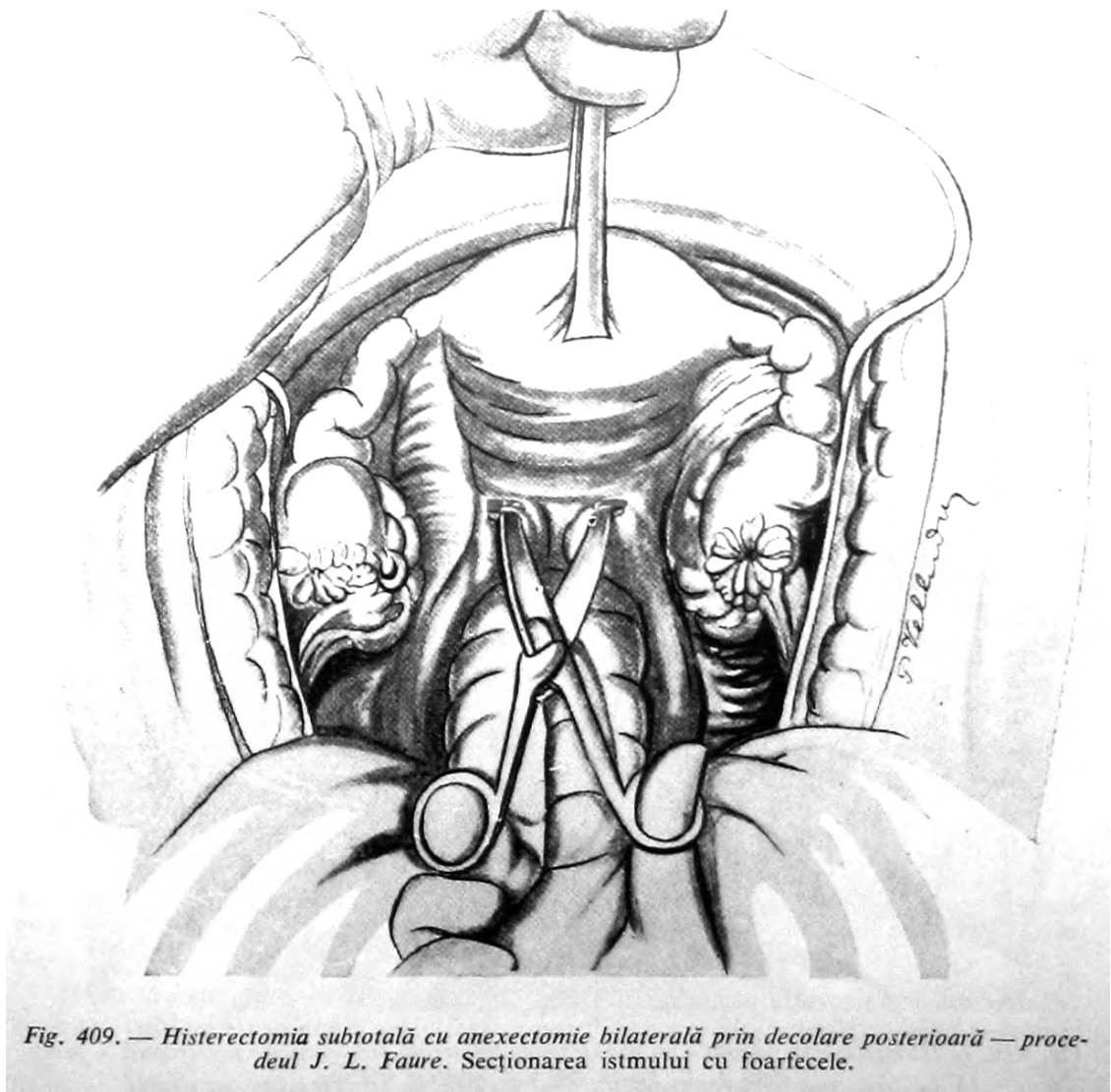


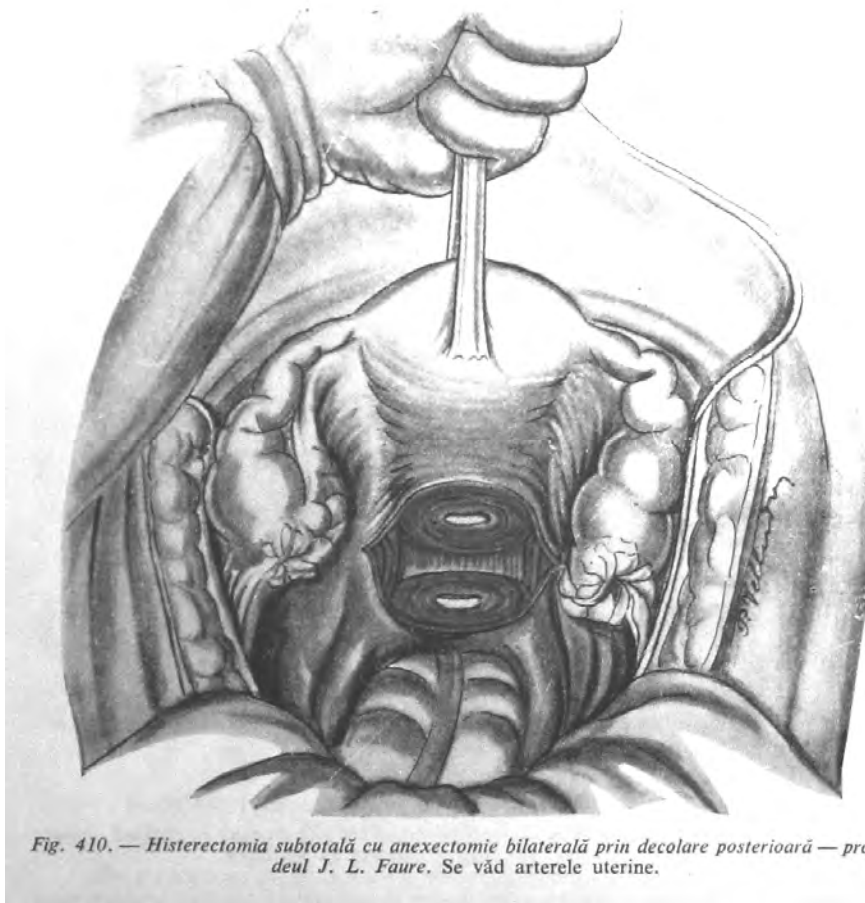
Fig. 409. — Histerectomia subtotală cu anexectomie bilaterală prin decolare posterioară — procedeul J. L. Faure. Secționarea istmului cu foarfecele.

HISTERECTOMIA SUBTOTAL CU ANEXECTOMIE BILATERAL PRIN DECOLARE POSTERIOAR

Procedeul J. L. Faure. Acest procedeu are indicații limitate. El permite executarea unei histerectomii rapide în anexitele bilaterale, când uterul este suficient de mobil sau în tot cazul fără aderențe pe fața lui posterioară.

Tehnica. Secționarea colului. Pentru aceasta se apucă uterul cu o pensă puternică și se trage mult spre simfiz pubian. Cu foarfecele curb se secționează istmul imediat deasupra inserției ligamentelor utero-sacrate (fig. 409). Deschiderea canalului cervical constituie un important punct de reper în efectuarea secționării istmului. Secționarea peretelui anterior al istmului se face la nivelul sau deasupra fundului de sac vezico-uterin. Dacă încă vezica este evitată. Totuși, executarea acestei secționări necesită gesturi măsurate și mult atenție. După secționarea istmului, uterul se lasă ușor tras în sus. Prin tăietura făcută la nivelul istmului se vede foaia anterioară a peritoneului, iar pe laturi arterele uterine (fig. 410).

Pensarea arterelor uterine. Basculând uterul cu o pensă aplicată la polul inferior, pediculii vasculari se pot vedea și mai bine la unghiurile secționării istmului. Se aplică pense și se secționează. În general arterele uterine nu sînt interesate, când se secționează istmul. Dacă, totuși, în timpul acestei secționări ele sînt tăiate, se aplică imediat pense de hemostază, după care se continuă decolarea. De multe ori, hemostaza arterelor uterine este lăsată la urmă, după extirparea uterului și a anexelor. În patul de decolare se descoperă și se leagă capetele arterelor uterine, semnalate printr-o hemoragie ușoară.



Secționarea ligamentelor largi. Timpul cel mai ușor al operației și cel mai rapid este decolarea anexelor și secționarea pediculilor superiori. Pentru aceasta se secționează mai întâi foia posterioară a ligamentelor largi, 3—4 cm de o parte și de alta a istmului. Apoi se ia uterul pe mână, introducându-se 2—3 degete sub el, dind r t înainte. Capetele degetelor ridică fundul de sac vezico-uterin, expunând foia anterioară a ligamentelor largi, care se secționează cu foarfecele sau se perforază cu degetele. După aceasta se duce mâna de la centru spre periferie, pediculizându-se între police și index inserând perietal a ligamentului larg (fig. 411). Se prinde acest pedicul într-o pensă puternică (fig. 412) și se secționează cu foarfecele. După această manevră s-a făcut de partea dreaptă, uterul nu mai este fixat în poziția normală. Decolarea acestuia se bazează pe faptul că, în timpul operației, uterul se basculează spre stânga, cu care ocazie se desprinde de pe pereții pelvisului oferind pediculul, care este secționat ca în procedeul Kelly, de histerectomie subtotală (vezi fig. 402).

După extirparea în bloc a uterului și a anexelor se controlează hemostaza, se leagă pediculii vasculari, se închide bontul cervical și se peritonizează pelvisul.



HISTERECTOMIA SUBTOTAL CU ANEXECTOMIE BILATERAL PRIN HEMISEC IA UTERULUI

Procedeul J. L. F a u r e. Ca i în procedeele descrise mai sus, principiul de baz este crearea unui drum care s permit abordarea polului inferior al anexelor i decolarea lor de jos în sus.

Procedeul prin hemisec ia uterului este indicat în anexitele bilaterale foarte aderente în ambele p r i, atât la uter, cât i la pere ii pelvisului. De asemenea, este indicat în unele chisturi bilaterale incluse în ligamentele largi i aderente ia organele din micul bazin. Condi ia principal de efectuare este ca uterul s fie mic. *Tehnica. Hemisec ia uterului.* Dup ce se controleaz ca fe ele uterului s fie libere, se apuc fundul cu dou pense Museux, aplicate de o parte i de alta a liniei mediane (fig. 413-cartu). Cu foarfecele drept se sec ioneaz uterul între acestea pîn la istm (fig. 413). Dac se men ine foarfecele pe linia median , sîngerarea este minim .

Cele dou jum t i ale uterului se dep rteaz una de alta i cu foarfecele curb se sec ioneaz transversal la nivelul istmului, numai una din ele, ori cea dreapt , ori cea stîng .

Cap tul inferior al jum t ii sec ionate se apuc cu o pens Museux i se trage în sus. Pe m sur ce se trage de acest cap t, apare în unghiul de sec iune artera uterin , care se penseaz i se sec ioneaz (fig. 414), iar tumoarea anexial , antrenat de acest mi care se decoleaz de la polul inferior.

Sec ionarea pediculilor superiori. R sturnarea jum t ii de uter permite introducerea mîinii i decolarea anexei de jos în sus. Pediculul alc tuit din ligamentul lombo-ovarian i ligamentul rotund este prins în pens i sec ionat (fig. 415). Piesa extirpat este alc tuit dintr-o jum tate de uter cu anexa respectiv .

De partea opus se procedează la fel.

Procedeele descrise se adresează cu deosebire proceselor inflamatorii ale anexelor. Ele s-au dezvoltat în epoca când acestea nu puteau fi tratate decât printr-o extirpare chirurgicală radicală. Astăzi, aceste procedee se folosesc rar, înfiamările anexiale beneficiind mai mult de pe urma tratamentului medical.

HISTERECTOMIA ÎN PRACTICA OBSTETRICALĂ

Clasificare: histerectomie de «necesitate» și histerectomie de «oportunitate» (Sandberg).

Indicații

Histerectomia de «necesitate» este indicată în: hemoragia incoercibilă, ruptura uterului, infecția chorio-amniotică (fizometrie), inversiunea uterină și cancerul de col.

Indicația operatorie este absolută în aceste situații cu scopul de a scăpa viaa a bolnavei. Singura contraindicație o constituie necesitatea de a se păstra funcția de gestație, — în hemoragiile incoercibile și în rupturile uterului —, în raport cu întinderea leziunilor locale, cu gradul alterării stării generale și a condițiilor de reanimare intensivă, se poate recurge la formule chirurgicale conservatoare (ligatura arterelor uterine — vezi pag. 279; ligatura arterelor hipogastrice; vezi pag. 871; histerorafie — vezi pag. 222).

— Condiții de efectuare: rapiditate în luarea deciziei operatorii și în execuție; condiții optime de anestezie și de reanimare intensivă (transfuzie masivă cu sânge, în primul rând).

Histerectomia de «oportunitate». Cunoscută și sub numele de «cezariană mutilantă» are indicații «discutabile». Viaa bolnavei nefiind amenințată, histerectomia capătă un caracter complementar. Motivația ei poate fi o stare de patologie cronică a uterului (polifibromatoză, cicatrici vechi) sau a a cum se practică în unele state ale Americii, cu scopul «sterilizării» (sterilizare chirurgicală prin histerectomie). În concepția colii noastre medicale și nici în a altor coli europene, nu există această indicație.

Date de anatomie chirurgicală impuse de starea de graviditate.

— Uterul. Golit de conținut, fie prin naștere normală, fie prin operație cezariană, uterul rămâne mare, cât o sarcină de 4—5 luni. Corpul uterin poate fi ușor recunoscut datorită grosimii peretilor (3—4 centimetri); în schimb, partea inferioară, reprezentată de segmentul inferior de col, face un canal moale și subțire, care, la dilatație completă se continuă fără nici o deosebire anatomică cu pereții vaginului. Această situație anatomică creează dificultăți în fixarea nivelului la care se face histerectomia.

— Foițele peritoneale sînt laxe, din cauza imbibiei gravidice, și se lasă decolate cu mare ușurință. Avantaj tehnic.

^Ligamentele rotunde sînt de grosimea degetului mic și bogat vascularizate din cauza anastomozelor dintre arterele uterine și arterele funculare (plecate din arterele epigastrice). Pentru siguranța hemostazei, firele de ligatură se trec cu acul și nodurile se strîng foarte bine.

— Ligamentele lombo-ovariene sînt de asemenea, groase, din cauza venelor voluminoase și sinuoase. Hemostaza se face cu două ligaturi etajate, de siguranță.

•— Pediculi uterini sînt groși și topografia arterelor uterine este modificată la nivelul «croselor» din cauza venelor dilatate și a plexurilor venoase voluminoase. Ureterul este solidarizat de aceste plexuri și cînd se trage puternic de uter, tracțiunea plexurilor aduce ureterul în sus. Această ridicare a ureterelor se evită în parte prin secționarea cît mai jos, a foiței posterioare a ligamentului larg. În afara sarcinii «crosa» arterelor uterine se găsește la 2 cm de domul vaginal. În timpul sarcinii și la dilatația completă a colului, ureterul, artera uterină și ramificațiile cervico-vaginale se găsesc adunate într-un spațiu foarte mic, la numai cîteva milimetri de domul vaginal.

Aceste cîteva noiuni de anatomie chirurgicală sînt importante de știut. Ele ajută la evitarea unor accidente grave hemoragice sau ureterale în timpul histerectomiei. Din cauza ușurinței cu care se găsesc și se realizează planurile de decolare, histerectomia în timpul sarcinii este socotită «mai ușoară» din punct de vedere tehnic. Cu toate acestea, rapiditatea gesturilor impuse de caracterul de mare urgență al operației, trebuie dublate de cunoașterea acestor modificări anatomice, care implică prudență.

Technica

Histerectomia subtotal . Starea de urgență maximă are ca unic obiectiv, hemostaza chirurgicală, deci abordarea rapidă a pediculilor uterini. Ca atare, pînă la pensarea arterelor uterine, toți timpii chirurgicali se execută rapid și pe calea cea mai simplă: — laparotomie mediană:

— se aplică pense Kocher drepte, lungi și puternice, la nivelul coarnelor uterine, de o parte și de alta, care prind trompele și ligamentele utero-ovariene împreună. Aceste pense servesc și pentru tracțiune (pensele Museux nu se folosesc din cauza friabilității mușchiului uterin);

— se aplică pense curbe la 1 cm în afara primelor și se secționează între ele (fig. 416);

— se secționează între două pense Kocher ligamentele rotunde;

— se secționează peritoneul vezico-uterin și se decolează prudent și limitat, vezica (Acest timp nu este necesar dacă histerectomia urmează histerotomiei făcute pentru operația cezariană);

— se secționează vertical, cîțiiva centimetri, foița posterioară a ligamentului larg (nu prea jos și întotdeauna sub controlul vederii);

— se lateralizează puternic uterul prin tracțiune și cu indexul dirijat spre baza ligamentului larg, sau cu un tampon montat se evidențiază pediculul vaselor uterine;

— se aplică pensa J. L. Faure, care «mușcă» și din peretele uterin; se aplică, la 2 cm mai sus, o altă pensă pe marginea uterului (pentru a împiedica hemoragia venoasă) și se secționează pediculul vascular cu foarfecele, între aceste pense (fig. 417). Aceleași gesturi chirurgicale și de partea opusă. Dacă uterul este «cezarizat» transversal, pensele J. L. Faure se aplică la cîțiiva milimetri sub nivelul histerotomiei. Hemostaza fiind asigurată, ritmul operației poate încetini;

— se aplică imediat ligaturi strînse pe bonturile vasculare, cu catgut nr. 2. Firele se trec cu acul și prin grosimea miometrului. Capetele se taie la 1 cm distanță de nod;

— se secționează cu foarfecele segmentul inferior circular și se extirpă uterul (fig. 418);

— se suturează bontul uterin cu fire separate de catgut în X;

— se peritonizează pelvisul. La peritonizare se înfundă sub peritoneu capetele ligamentelor rotunde și ale anexelor (ca în fig. 410);

— peretele abdominal se închide simplu, rapid, cu fire de nylon la aponevroză și fără drenaj.

Se continuă reanimarea intensivă. Antibioterapia de protecție este utilă în primele cinci zile după operație.

Histerectomia totală :

— se detașează anexele și se secționează ligamentele rotunde ca la histerectomia subtotală;

— desfacerea digitală a bazei ligamentelor largi este mai profundă și secționarea foiței posterioare se face pînă la inserția ligamentelor utero-sacrate;

— se secționează și se leagă arterele uterine, cît mai jos (fig. 419);

— se decolează vezica pînă la peretele anterior al vaginului (decolarea se începe cu foarfecele curbă și se termină cu indexul) (fig. 420);

— identificarea nivelului la care se găsește colul uterin (cînd histerectomia se face la dilatație completă) este quasi imposibilă, de aceea timpul de secționare al vaginului întîmpină dificultăți. Rapiditatea pe care o impune urgența operației face ca uneori

histerectomia totală să fie incompletă sau prea largă, cu privire la vagin. Brenner propune următorul artificiu de tehnică: se introduce un deget prin breșă de histerotomie până în vagin și de jos în sus se parcurge peretele anterior al canalului; astfel se simte denivelarea pe care o face marginea colului uterin;

cu degetul se ridică peretele anterior al vaginului (vezica sub depărtătorul Pollosson) și la vedere, se transfixiază cu un fir în X; capetele firului se înnoadă și se armează pe o pensă P6an; se schimbă mânușile, după care se secționează vertical pe linia mediană, segmentul inferior, până la firul de reper;

— se aplică pense Kocher drepte, razant cu peretele segmentului inferior, de o parte și de alta, și se secționează în interiorul lor. Aceste pense prind ramificațiile cervico-vaginale;

— se secționează vaginul cu foarfecele, circular, la 1—2 cm deasupra firului plasat pe peretele anterior al vaginului, ca reper. Posterior se incizează transversal peritoneul și se decolează în jos, cu secționarea ligamentelor utero-sacrate;

— se suturează pereții vaginului cu fire separate, în X și se peritonizează. Dacă este indicat drenajul vaginal, pereții vaginului se pot închide cu surjet ca în fig. 421 sau cu fire în X ca în fig. 422 și tubul de dren se amarează, cu fir de catgut, ca în fig. 423;

— peretele abdominal se reconstituie anatomic, fără drenaj.

Antibioterapia postoperatorie este indicată.

Rezultate. Mortalitatea depinde de rapiditatea cu care s-a trecut de la indicație la execuție și de condițiile de reanimare. Infecțiile și ocul hemoragie sînt cauzele de deces. Reanimările și antibioterapiile revin cel mai important rol dincolo de hemostaza chirurgicală, care, în aceste situații, este gestul obligatoriu și esențial.

Morbiditatea este legată de infecțiile urinare și parietale, de frecvența unor hemoragii secundare (după histerectomii subtotale, care impun reintervenție și totalizarea histerectomiei sau ligaturi de hipogastrice), de frecvența leziunilor vezicale și ureterale (fistule urinare) după histerectomiile totale.

Discuțiile care se fac între histerectomia subtotală și totală se fac în aceste operații de urgență — cu privire la profilaxia cancerului de col este mai puțin important, dat fiind frecvența mică (1/1000 — Page) a acestei complicații.

După opinia mea, decizia între histerectomia subtotală și totală se ia în raport cu indicația histerectomiei de hemostază și cu condițiile locale, intraoperatorii. Criteriul fundamental al conduitei operatorii este salvarea bolnavei de la moarte. Așa de exemplu: facem histerectomie totală în hemoragiile din placenta praevia (fiindcă nu avem cum să știm dacă este acreta, increta sau perereta) pentru a nu fi puși în situația de a reintervenii la scurt interval după închiderea peretelui abdominal, reintervenție impusă de reparația hemoragiei vaginale, de la nivelul bontului cervical I și pe loc, și de faptul că reanimatorul nu poate stabiliza hemodinamic bolnava. De asemenea recurgem la histerectomie subtotală cînd segmentul inferior este intim aderent la vezică, situație în care histerectomia totală devine riscantă.

OPERA II PLASTICE I REPARATOARE

INTRODUCERE

Opera iile plastice i reparatoare ocup azi un loc important în activitatea chirurgical a specialit ii noastre; ele sînt o arm a prezentului i, f r îndoial , a viitorului, c ci, în m sura în care progresele chimioterapice au scos dintre indica iile operatorii hemoragiile func ionale i, în bun parte, manifest rile organice ale infec iilor aparatului genital feminin, mai curînd sau mai tîrziu, vor permite probabil i prevenirea sau vindecarea neoplaziilor. Indica iile chirurgicale se vor limita atunci la corectarea malforma iilor congenitale i a sechelelor traumatismelor (obstetricale sau accidentale). Prin aceast preocupare constructiv , ginecologie se va dep rta pentru totdeauna de chirurgia de exerez .

Dealtfel, evolu ia consecvent a preocup rilor disciplinei, în prezent de la chirurgia radical la opera iile conservatoare, iar în viitor c tre limitarea la chirurgia plastic i reparatoare (limitare care va acorda i în ginecologie r gazul pentru a se corecta mai meticolos dezordinile anatomice), reprezint îndr zne e salturi calitative.

Este locul s facem aici o precizare asupra modului în care am în eles noi delimitarea con inutului no iunilor; o serie de opera ii, cum ar fi cele pe trompe (îndeosebi neimplantarea tubar), de i din punct de vedere tehnic s-ar încadra printre opera iile plastice sau reparatoare, fiind f cute în scopul relu rii sau al conserv rii func iei tubare, trebuie privite ca opera ii «conservatoare» (vezi capitolul precedent), cu atît mai mult cu cît ele sînt de obicei numai timpi complementari în cadrul opera iilor de exerez « conservatoare»; de asemenea o sum de opera ii, radicale din punct de vedere func ional (cum ar fi colpocleizisul, de pild) se încadreaz , prin scopul lor, între opera iile plastice i reparatoare (cel pu in în ce prive te pozi ia organelor genitale interne).

Obiectul chirurgiei plastice i reparatoare, în general, este restabilirea formei (pe cît posibil estetic), precum i a pozi iei normale a esuturilor i organelor. Se poate sus ine deci c scopul, i nu detaliile de tehnic folosite, calific actul operator.

Aceast idee nu are dealtfel nimic imuabil; ea nu poate servi decît la clasificarea i în iruirea interven iilor descrise.

Desigur c în ultim esen înta comun a restabilirii formei sau pozi iei, ca i a opera iilor conservatoare, este c utarea unei func ionalit i cît mai apropiate de cea normal .

Din acest motiv i-au f cut loc, în mod paradoxal, printre opera iile ginecologice plastice i reparatoare, unele interven ii « antianatomice» cum este inter- pozi ia vezico-vaginal , colpocleizisul etc., care caut s modifice unele dispozi ii anatomice normale, în slujba asigur rii func iilor fiziologice.

Posibilitatea cea mai larg folosit de chirurgia plastic este transplantarea esuturilor: acestea pot fi prelevate chiar de la subiectul de operat (autotransplant) sau de la un individ de aceea i spe (homotransplant); esuturile se pot transplanta imediat dup prelevare, sau dup un timp, mai mult sau mai pu in lung, de conservare aseptic la temperatur sc zut , uneori transplantului i se conserv pediculul vascular, pîn ce timpul îi permite s se revascularizeze, alteori se folosesc grefe libere (epiderm , piele total , gr sime, ovar, endometru).

Mijloacele folosite de chirurgia reparatoare a formei i pozi iei esuturilor sînt excizia, avivarea, sutura i fixarea, cu sau f r transplantarea de esuturi învecinate sau de la distan . O desp r ire, deci, a opera iilor plastice de cele reparatoare, în ginecologie, ar fi artificial ; de aceea, pentru a le trece în revist , împ im opera iile ginecologice plastice i reparatoare, tot dup scopul lor, i anume:

— grefele libere;

- opera iile plastice i reparatoare ale formei (uterului, colului uterin, vaginului, perineului);

GENERALIT I ÎN LEG TUR CU TRANSPLANTAREA ESUTURILOR I ORGANELOR ÎN OPERA IILE GINECOLOGICE

Dintre procedeele de transplantare, cel mai pu in riscant este autotransplan- tarea. fiindc nu pune probleme de incompatibilitate biologic între esutul transplantat i patul creat. Homotransplantarea de esuturi avasculare (epiderm, amnios, cornee, cartilaj) prinde aproape la fel de bine ca i autotransplantarea. Celelalte homogrefe, chiar dac prind, sînt lizate dup un interval de 3—10 s pt - mîni; ele prind i persist definitiv, ca i autogrefele, numai la gemenii univitelini sau în condi ii foarte precise de determinare a compatibilit ii tisulare i de suprimare a fenomenelor imunitare (practic dispropor ionate cu importan a opera iilor ginecologice). Procesul de liz ce intereseaz homogrefele a suscitât o serie de ipoteze care s -l explice i unele artificii care încearc s -l ocoleasc .

Dac ipotezele fiziopatologice i posibilit ile de a evita liza sînt înc prea sofisticate, mecanismul anatomopatologic de topire a homogrefelor a putut fi studiat prin biopsii în serie: dispari ia elementelor proprii homogrefei coincide cu edemul i infiltra ia cu celule rotunde (limfocite) care-i d aspectul unei stofe mîncate de molii; aceste « ciupituri» cresc i se contopesc pîn ce tot grefonul este topit.

Dimpotriv , la autotransplantare, moartea eventual a transplantului nu poate ine decît de nutri ia lui insuficient ; aceasta, la rîndul ei, depinde de exigen ele esutului transplantat, care are cu atît mai pu ine cerin e, cu cît este mai pu in diferen iat.

Transplantarea cutanat poate fi efectuat sub dou forme: gref liber i gref pediculat .

Grefele se hr nesc la început exclusiv prin difuziune; ele sînt adev rate culturi de esuturi pe mediu fiziologic. Grefa epidermic const în a întinde produsul de raclare epidermic pe o suprafa cruent ; ea nu se folose te în opera iile ginecologice.

Grefele dermo-epidermice sînt de dou feluri: sau se transplanteaz o serie de mici grefe prelevate prin ciupire (Reverdin), sau se acoper suprafa a cu grefe largi (Ollier-Thiersch) prelevate, de obicei de pe coapse, fese etc.

Grefa cutanată total constă în transplantarea unui lambou cuprinzând toată grosimea pielii (cu excepția grăsimii hipodermice).

Relativ recent (în ultimii 25 de ani) s-a arătat că stratul dermic este partea cea mai importantă într-o greafă de piele; cum partea donatoare, după scoaterea unei grefe groase, se epitelizează din insulele adânci defoliculi piloși și glande sebacee, grefele groase de piele (ce au ca avantajul de a putea fi prelevate dintr-o bucată cu aparate speciale) au devenit un procedeu de rutină. Metoda se folosește pentru plastia de vagin (metoda Kirschner simplificată și reactualizată de Dan Alesandrescu).

Patul pregătit unor astfel de grefe necesită o hemostază îngrijită care se poate efectua prin comprimare cu comprese înmuiate în soluție cloruro-sodică izotonică caldă adrenalinată: electrocoagularea și ligaturile trebuie evitate, ele lăsând corpi străini.

În principiu, grefele dermo-epidermice aplicate pe esut celulo-grăs, ca și grefele cutanate globale, sunt expuse retracției.

Succesul transplantării depinde de aderența grefei pe patul creat; această aderență este favorizată de compresiune (pentru efectuarea corectă se utilizează tutore de stents, de cauciuc sau acrilat, perforate și umplute cu mazăre îmbibate cu antibiotice).

Grefele aderă la început de suprafața cruentă printr-un exsudat (ser, fibrină și resturi leucocitare); din primele 18 ore grefa este invadată de muguri capilari; capilarele proprii lamboului dermoepidermic regresează, iar exsudatul se resoarbe.

Grefele pediculate se deosebesc prin faptul că nutriția transplantului este asigurată de un pedicul vasculo-nervos. Se folosesc două metode principale de autoplastie:

prima împrumută lamboul din tegumentele vecine plăgii de acoperit, mobilizându-l prin alunecare; ea se bazează pe elasticitatea pielii. Este folosită de obicei pentru acoperirea micilor pierderi de substanță tegumentară (eventrații, operații reparatoare ale vulvei și perineului, chiar în unele tehnici de vaginoplastie) ajutat sau nu de contracții liberatoare (în «V», în «sertar», în «perdea» etc.);

În a doua metodă împrumută lamboul din tegumentele îndepărtate, prin torsiune, lăsându-l pentru un timp să mai adere punctului de origine printr-un pedicul mai mult sau mai puțin larg. Această din urmă metodă cu toate variantele ei (procedeul «indian», «italian», «german» etc.) și cu toate îmbunătățirile ce i s-au adus (cum ar fi «tubulizarea» Filatov) își are o folosință foarte limitată în operațiile ginecologice.

TRANSPLANTAREA ESUTURILOR I ORGANELOR

TRANSPLANTAREA I SUBSTITU IA MUCOASELOR

Acestea se fac dup acelea i principii ca i pentru piele.

Pielea i mucoasele fiind dou variet i ale esutului epitelial, se pot transforma una într-alta; mucoasele expuse mediului exterior se cutanizeaz , iar pielea în interiorul cavit ilor naturale se sub iaz i cap t culoarea roz i luciul mucoaselor; p rul cade, doar descuama ia epitelial persist . Metaplazia nu atinge numai pielea normal : i esuturile cicatriceale pot fi utilizate pentru înlocuirea unei mucoase absente. Transformarea ine de suprimarea presiunii i desi- ca iei exterioare, cât i de vasculariza ia în interiorul cavit ii naturale sau artificial create. Aceast putere de adaptare este o resurs pre ioas în repararea defectelor de mucoas (pe ea se sprijin autoplastia cutanat a vaginului); într-adev r disponibilit ile de mucoas sînt extrem de reduse i transplantarea liber (grefa de mucoas) prinde greu. Micile pierderi de substan se repar i în acest caz prin alunecare, dar pentru suprafe e importante este nevoie s se recurg fie la grefe dermo-epidermice, fie la autoplastie cu segmente din tubul digestiv (ileon, sigmoid, rect), mucoas vezical etc.

TRANSPLANTAREA DE GR SIME

Transplantarea de gr sime este i ea de dou feluri: grefa liber i autoplastia pediculat .

în opera iile ginecologice se face uz mai ales de grefe, care sînt bine tolerate cu condi ia unei perfecte aseptii¹⁶; gr simea se preleveaz de pe coapse i peretele abdominal; autoplastia, cu material din marele epiploon, trebuie considerat ca o gref mixt , adipoas i mai ales reticulo-histiocitar , ceea ce explic rezisten a la infec ie, revascularizarea rapid i posibilit ile de metaplaziere.

Autoplastia pediculat ofer garan ii în plus; pentru aceasta este interpus epiploonul pediculat între suturile celor dou organe cavitare (de exemplu la închiderea fistulelor vezico-vaginale); metod preconizat de I. Chiricu .

în afar de efectul plastic, transplantul adipos joac i un rol hemostatic, pe de o parte prin tamponare, iar pe de alt parte prin propriet ile coagulante (Hilse) ale gr simii îns i; în plus el asigur în toate circumstan ele alunecarea suprafe elor vecine i împiedic sinechiile. Pe aceste observa ii se sprijin indica ia grefei epiploice în spa iile moarte, r mase dup opera iile l rgite în neoplasmul de col uterin, unde înlocuie te esutul conjunctiv perivascularonervos extirpat odat cu partea din ganglionii limfatici (A. Pândelescu).

TRANSPLANTAREA APONEVROZELOR

Aceasta este frecvent folosit în cura herniilor i eventra iei: esutul aponevrotic, slab diferen iat i deci pu in exigent, se preteaz perfect la grefe: rezisten a lui este considerabil ¹⁷ iar fascia lata (tractul ilio-tibial) reprezint o surs bogat i foarte u or de abordat.

Un procedeu ingenios de plastie aponevrotic este folosirea lanierelor de aponevroz chiar ca material de sutur : se execut cu o fi ie, cât un ired de pantof, un surjet solid (care are i avantajul de a provoca o proliferare fibroas intens). Este îns necesar ca fi ia s fie pus în tensiune i s fie ancorat cu fire de in la fiecare pas al suturii, pentru a rezista lizei triptice a fermelor leucocitari sau microbieni. S-a preconizat i folosirea dermului (dezepidermizat i degresat prin radere extemporanee cu bisturiul, sau chiar a cicatricei excizate, în acela i scop; tehnica aceasta, foarte simpl , este suficient pentru eventra ii întinse i scute te de o cicatrice suplimentar pe coaps , la locul de prelevare a aponevrozei (Rehn, Gosset, Chiricu). Dar i aceste esuturi au fost cu succes suplinite de produsele sintetice, bine tolerate i prezentate, în ultima vreme, în condi ii de folosire (sterilizate gata).

2. TRANSPLANTAREA ORGANELOR

în unele opera ii ginecologice se folose te transplantarea unor organe ca: segmente de tub digestiv, ovar etc., practicindu-se atît autoplastia pediculat (mai ales pentru organele cavitare: ileon, sigmoid, rect etc.), cât i grefele libere (de ovar, de endometru).

REGULI GENERALE ALE CHIRURGIEI INTESTINALE

Cum autoplastia cu segmente de tub digestiv necesit restabilirea tranzitului, amintim cîteva *reguli generale ale chirurgiei intestinale*:

— preg tirea intestinului preoperator, lucru care a generat numeroase discu ii, privind modul în care trebuie s se realizeze (mecanic, chimioantibiotic sau mixt), constituie un element în plus ce garanteaz o bun cicatrizare a suturii;

-opera iile pe tubul digestiv se execut în bune condi ii numai la vedere; ele reprezentînd un timp septic, ansele respective trebuie, pe cât posibil, exteriorizate i izolate de cavitata peritoneal ;

¹⁶ Gr simea, esut emanant pu in vascularizat, nu rezist infec iei.

¹⁷ Aponevroza transplantat i conserv în chip remarcabil structura histologic ; mai mult chiar, fasciculele ei se orienteaz cu timpul în sensul noilor direc ii de trac iune i presiune (Rainer Fr., VI du iu i Riga L),

— cei mai importanți factori de care depinde, atât calitatea operațiilor plastice cu segmente de tub digestiv, cât și securitatea bolnavei, în general, sînt cunoașterea și folosirea judicioasă a « stofei » pe care segmentul respectiv o prezintă pentru scopul propus, respectarea vascularizației și evitarea sau combaterea septicității lumenului intestinal;

— septicitatea tubului digestiv merge crescînd de sus în jos. De acest element trebuie să se țină seama, atât pre- și postoperator (administrînd per os sau sulfamide cu acțiune intensă, în lumenul intestinal sau antibioticele de elecție), cât și intraoperator, asigurîndu-se cea mai perfectă izolare și realizîndu-se suturi cât mai etanșe;

— vascularizația segmentului de tub digestiv folosit pentru operațiile plastice este factorul cel mai important. Dacă intestinul subțire are o vascularizație abundentă, asigurat de mai multe rînduri de arcade (cu excepția ultimilor circa 15 cm ileali, zonă denumită în aria lui Treves, mai săracă irigații), nu trebuie omisă, mai ales la nivelul segmentelor lui fixe, colonul are o irigație precară. Conservarea vascularizației cere chirurgului să izoleze sau sutureze o anșă intestinală

— o grijă deosebită; sînt mai ales de recomandat: inspectarea prin transiluminare a trunchiurilor și arcadei vasculare și verificarea pulsațiilor lor; conservarea și verificarea irigației segmentului intestinal se poate face prin inspectarea trunchiurilor vasculare mari (transiluminarea mezenterului), prin observarea pulsațiilor pe ramurile mici terminale și în sfîrșit, printr-o atenție deosebită față de colorația anșei și sîngerarea de la nivelul tranșei de secțiune; secțiunea oblică dinspre mezenter (fig. 424); respectarea arcadei marginale și pe cât posibil evitarea decolorărilor prea largi ale mezoului de pe capetele anșelor ce urmează să fie suturate (așa cum o cere sutura în două planuri); evitarea suturii cu fir continuu (suijet); evitarea punctelor de sutură prea dese (sub 3 mm distanță între fire).

Pentru a nu compromite irigația și pentru a putea să o controleze permanent unii chirurși preferă sutura în « lumen deschis » (septic).

Cînd este vorba de colon și cînd aceste manevre nu oferă date certe, Juvara se cîșionează un mic franj epiploic urmînd sîngerarea celor două curente (venosă și arterială) și execută secțiunea intestinului sub acest nivel.

— Un alt deziderat în chirurgia intestinală îl reprezintă menajarea lumenului. Sutura termino-terminală în două sau mai multe planuri reduce considerabil lumenul și generează tulburări în funcția de evacuare a conținutului intestinal. Același dezavantaj îl prezintă suturile cu fir continuu (surjet) mono- sau multi-plan (fac excepție anastomozele latero-laterale). O atenție deosebită din acest punct de vedere o prezintă cazurile de nepotrivire (incongruență) a lumenelor ce urmează să fie suturate. Pentru a preveni acest dezavantaj se pot utiliza diverse artificii de tehnică ca: secțiunea oblică a intestinului dinspre mezou (vezi fig. 424); incizia cuneiformă a marginii antimezostenice, în acoladă sau în rachetă; cînd diferența de lumen depășește totuși 1/4 din circumferință, este mai bine ca anastomoză să fie făcută latero-lateral;

— etanșitatea suturii reprezintă un element esențial în sutura digestivă. Pentru suturile într-un plan, plasarea punctelor de sutură la circa 3 mm distanță,

asigură practic impermeabilitatea ei. Din acest punct de vedere suturile multi-plan sînt mai avantajoase;

— orice sutură făcută în tensiune duce la dezințire și de aceea este preferabil să se evite tracțiunea pe sutură executîndu-se o mobilizare mai mare a segmentelor digestive de anastomozat chiar dacă aceasta prelungește timpul operator;

— asepsia sau prevenirea infecției cavității peritoneale cere executarea anastomozei sub coprostază corectă, cu o izolare eficientă și în plus schimbarea instrumentelor și a manșurilor folosite în timpul septic;

— evitarea traumatizării segmentelor ce urmează să fie suturate se asigură prin manevre blînde, fără tracțiune pe mezouri, și prin utilizarea unor instrumente adecvate (pense de coprostază moi sau anastomoză pe puncte de sprijin cu fire de ață); toate acestea reprezintă un element în plus ce conferă garanție suturii;

— îndepărtarea secrețiilor biologice în care « bîlțete » sutura (printr-un drenaj corect paraanastomotoc) reprezintă de asemenea un factor important în cicatrizarea ei;

— dacă la aceste reguli se mai adaugă o bună hemostază și grija pentru reluarea tranzitului cât mai precoce (utilizînd la nevoie *alfa* și *beta*-mimetice, laxativele uoare uleioase — cele saline și clismele sînt contraindicate), se îndeplinesc principalele cerințe pentru ca o sutură să se cicatrizeze în condiții optime.

— Materialele recomandate pentru suturi intestinale sînt: acele atraumatice cu fire sertizate; cînd lipsesc, pot fi folosite acul drept « de mînu reas » sau acul Hagedorn rotund (cu partea în care se pune firul, scobit în ață fel încît să nu-i îngroașe capătul terminal, dilacerînd astfel esuturile pe care le traversează). Firele utilizate sînt de obicei catgutul pentru stratul total sau mucos și inul, mătasea sau nylonul pentru stratul seromuscular, în condițiile unei suturi în două planuri.

Sutura monoplan cu puncte separate cere utilizarea firelor nerezorbabile (în, m tase, relon).

În cadrul suturilor monoplan se pot distinge de principiu 2 metode:

a) suturi totale sau penetrante — care interesează toate cele 4 straturi ale intestinului (mai pu în recomandabile);

b) suturi extramucoase — nepenetrante — în care mucoasa nu este interesată .

Raportul dintre tran a de sutur i lumenul intestinal împarte suturile în:

— inversante (cele care pun fa în fa seroasa peritoneal) i utilizează astfel puterea sa plastic (Joubert, sau sutura Gambee);

— eversante -r- de tip Getzen (care las bureletele anastomice la exterior i deci nu influen ează lumenul);

—mixte — de tip Albucasis în care planul posterior este inversant i cel anterior eversant.

Toate suturile extramucoase nu pot fi decât inversante.

Dup modul în care sînt trecute firele la sutura monoplan cu puncte separate, se poate distinge: cus tura simpl Lambert; în « U» (O'Connel), în « Z» (Gambee), în «L» (St. Roman), în «X» .a.m.d. (fig. 425, 426, 427, 428).

Sutura în 2 planuri se poate utiliza i pentru anastomoza termino-terminal , dar este folosit mai ales pentru cea latero-lateral (fig. 429).

Sutura în 2 planuri presupune obligator un strat total sau mucos cu catgut i un strat extramucos cu fir nerezorbabil. Ea se poate executa cu puncte separate

după tehnica Joubert-Lambert sau Albert-Czerny sau cu fir continuu după tehnica Toupet sau « standard ».

Deși suturile în 2 planuri sînt mai etanșe, au dezavantajul de a fi ischemizante și stenozante, ceea ce a făcut să fie utilizate numai în anastomozele latero-laterale (vezi fig. 429).

Orice enterectomie ce depășește 2—3 cm lungime se face cu rezecție segmentară de mezenter și presupune pe de o parte un timp mezenteral, cu ligatură și secționarea pediculilor vasculari și unul intestinal de exerez propriu-zis a intestinului (vezi fig. 430 și 431).

Îndepărtarea unui segment intestinal din circuit fie în scop plastic fie în scop curativ, este în mod firesc urmată de restabilirea tranziției intestinale. Ea se poate realiza în 3 maniere: prin sutura cap la cap (entero-enterostomie termino-terminală); fie prin sutura capului proximal într-o breșă nouă, creată în lungul axului intestinal al capului distal (entero-enterostomie termino-laterală); fie, în fine, prin sutura a 2 breșe longitudinale create la nivelul felelor laterale a celor 2 capete intestinale (anastomoza latero-laterală) (fig. 432).

Anastomoza termino-terminală, cea mai anatomic și fiziologică poate fi executată simplu și rapid (fig. 433, 434, 435 și 436), începînd cu orientarea

și fixarea capetelor ce se realizează cu 2 puncte de sprijin la nivelul marginii mezostenice și respectiv antimezostenice. Tracționarea lor împarte circumferința în două părți egale, urmând sutura și evitând stenoizarea ansei la acest nivel. Personal consider că sutura cea mai bună este cea monoplan cu puncte separate dispuse la cel mult 3—4 mm distanță între ele.

Sînt autori care recomandă după cele 2 puncte de sprijin încă 2 la jumătatea distanței dintre primele, împărțind astfel circumferința în 4 segmente egale, pentru o mai bună afrentare.

Dacă pentru executarea anastomozei se folosește o cusătură în 2 planuri, primul poate fi mucos sau total, iar al doilea seromusculos.

Anastomoza termino-terminală aseptică urmărește suprimarea completă a timpului septic, solicită un instrumentar special (pense strivitoare) și este utilizată cu totul excepțional, motiv pentru care nu merită o descriere mai amplă.

Anastomoza latero-lateral se poate utiliza în scop de restabilire a tranzitului, după enterectomie (când cuprinde un timp în plus, acela de închidere a capetelor intestinale). O astfel de anastomoză prezintă o serie de dezavantaje, printre care amintim: timpul îndelungat de execuție; sacrificarea unor porțiuni mai mari de intestin; în fine la nivelul capetelor (bonturilor) se produce o supraîncărcare cu stagnarea conținutului și alungirea lor, ce poate să ducă uneori la instalarea unui « sindrom de ansioasă ». Procedeu Poth este creat să combată acest neajuns (fig. 437).

Execuția acestei anastomoză se realizează prin punerea în contact a celor două capete — izoperistaltic — și fixându-se între ele cu 2 puncte de sprijin ce se plasează de obicei la distanță de limitele gurii de anastomoză.

Apoi pe țesutul de coprostază (lipsește în figură pentru claritatea imaginii) se execută primul strat al cusăturii: seromuscular al planului posterior cu surjet sau fire separate.

Deschiderea ambelor anse cu bisturiul la 0,8—1 cm de linia cusăturii sero-musculoase. Mucoasa se va deschide cu 1 cm mai puțin decât secțiunea pianului seromuscular. Dacă al doilea plan se face cu surjet total împiedicat nu mai sînt necesare puncte de hemostază înainte de secțiunea mucoasei, și el se continuă pe traseu anterior după care se reia, schimbîndu-se instrumentele și nu se suturează planul seromuscular.

Avantajele enteroanastomoză Poth (mai etană, nu există punct critic nu predispozează la stenoze) sînt contracarate de dezavantajele lungimii operației și acest lucru o face să fie din ce în ce mai puțin utilizată.

Odată anastomoza terminată, indiferent de tipul ei, este imperios necesară sutura breșei mezenterice cu câteva puncte separate trecute cu grijă pentru a nu lăsa rețeaua vasculară. Închiderea breșei mezenterice previne angajarea anșelor prin orificiul artificial creat (fig. 436).

GREFELE DE OVAR ȘI ENDOMETRU

În general, prinderea și supraviețuirea grefelor de ovar și endometru se fac în acele condiții biologice ca pentru orice grefe. Astfel:

— heterotransplantele sînt totdeauna eliminate sau repede resorbite (după dimensiunile mai mari sau mai mici ale grefei) și nu au nici o eficacitate;

— homotransplantele, chiar dacă au anse de a prinde, reușita nu este de obicei de durată, decît asigurînd cele mai riguroase măsuri de compatibilitate umorală și tisulară (cum ar fi similitudinea de grup sanguin, inclusiv Rh dar și antigenii HL-A din sistemul de histocompatibilitate uman; altminteri numai efectuarea de grefe de la surori, de la mamă sau copil pot prinde și avea anse de a se menține);

— autotransplantele prind și se mențin aproape totdeauna¹⁸. Ele se nutresc la început exclusiv prin difuziune; de aceea este necesar ca grefonul să fie ținut în lame subțiri, pentru a se înrîuri suprafața de contact. Prinderea grefonului este asigurată

¹⁸ C. Stanca dădea un procent (pe 69 de cazuri) de prindere și supraviețuire a autotransplantelor ovariene de 98,5%.

de p trunderea capilarelor în interiorul fragmentului: de aceea este necesar ca grefele s fie incluse în regiuni cât mai bine vascularizate.

Deosebit de aceste condiții, grefele de ovar și endometru mai ridică îns o serie de probleme speciale. Astfel s-a observat că grefa de ovar prinde cu atât mai bine, cu cât organismul receptor se găsește în carență de steroizi sexuali (ceea ce presupune — prin lipsa de frenare hipofizar — un nivel înalt al gonadotrofinei-miei), cu condiția, însă, ca această carență să nu fie de prea mult timp instalată.

Efectul transplantului ovarian se apreciază mai bine, evident, când uterul este conservat; lipsa acestui organ constituie, de altfel, după părerea unor autori, chiar o condiție defavorabilă prinderii și supravieuirii grefei ovariene.

Ovarul grefat, lipsit de legăturile sale nervoase, are tendința, când grefa prinde, la o dezvoltare neregulată, în puseuri aritmice: foliculii ajung în parte la maturitate cu formarea de false corpuri galbene (chisturi foliculare luteinizate), sau la un lung proces de atrezie. Consecințele transplantării ovariene sînt în funcție de vîrsta receptoarei și de prezența uterului: sub 40—43 de ani, când uterul este conservat, apariția menstruelor constituie regula (peste 70% din cazuri), după un interval de latență de cîteva luni (în medie 3—5 luni de la grefare). Durata activității grefei este variabilă: ea depășește rareori 1—2 ani, dar cu avantajul de a determina o menopauză gradată, asemănătoare celei naturale (prin opoziție cu castrarea chirurgicală).

Grefa de endometru necesită ea unele condiții speciale: de pildă prezența hormonilor estrogeni la un nivel satisfăcător. Experimental s-a arătat că grefele de fragmente uterine la masculi normali sau castrați degenerază repede, în timp ce ele prind și evoluează la masculii castrați și feminizați (Pettinari).

AUTO- I HOMOGREFA OVARIAN

Absența congenitală a ovarelor este rară, iar chirurgia ginecologică modernă evită pe cât posibil exizarea ovarelor, în epoca de activitate sexuală a femeii. Altădată, când indicația castrării chirurgicale era mult mai largă, iar hormonoterapia nu dispunea de o gamă atât de largă de preparate, ovarele au fost obiectul a numeroase încercări de grefare. Într-adevăr, pentru cea mai mare parte din cazuri, grefa de ovar este legată de intervențiile radicale. În cursul histerectomiilor totale sau anexectomiilor duble pentru abcese tubo-ovariene (tuberculoase sau cu germeni banali) se realizează uneori grefe involuntare: mici fragmente din corticula ovarului rămân aderente, sau nu pot fi detașate de pereții excavației; Lipschutz a arătat că orice «minimum» de esut ovarian creează prin acumularea secrețiilor adenohipofizare, ceea ce explică evoluția, uneori avantajoasă (prin înlăturarea semnelor de carență hormonală), alteori defavorabilă (prin degenerescență chistică și durerile ce o însoțesc). Grefa chirurgicală, făcută cu bună știință, care ne interesează în acest capitol, nu este în genere decît un act efectuat, fie în scop profilactic, ca timp complementar al castrării, fie în scop curativ, la un interval mai lung sau mai scurt după instalarea tulburărilor legate de menopauza artificială. Grefele ovariene se fac, fie sub forma de autotransplante locale: pediculate sau libere (în trompe, în cavitatea uterină), sau la distanță (în esutul celular subperitoneal, pararenal, în teaca drepilor abdominali, în epiploon, splină, esutul submamar, în buzele mari etc.), fie sub formă de homotransplante (în foița posterioară a ligamentelor largi, în ovare; sau, alegîndu-se aceleași sedii, la distanță, ca pentru autotransplante).

Principiile eficiente. Dintre toate funcțiile organelor genitale feminine, numai funcția ovarelor contează pentru menținerea integrității neuroendocrine, dar nu este mai puțin adevărat că un echilibru perfect poate fi asigurat doar cînd această funcție este «de calitate». Cu alte cuvinte, grefele de ovar se găsesc în principiu pe deplin justificate, pentru a supleea sau îndepărta infirmitatea femeii castrate; eficiența lor, însă, este, în toate cazurile, departe de a putea fi comparată cu a ovarului sîntos, in situ.

Dacă funcția ovariană se înfîlățește în clinică, adesea tulburată de congestie, edemul sau aderențele datorite infecțiilor de vecinătate (fără a mai vorbi de leziunile inflamatorii sau tumorale distructive), este un ordo de înalță dezvoltarea, în genere sclero-chistică, după revascularizarea fragmentelor de ovar grefate (deseori purtătoare de leziuni distrofice încă înainte de grefare, leziuni ce au și impus castrarea), nu poate asigura o funcție de calitate.

Indicații. Cunoștințele actuale de fiziologie și fiziopatologie, care stau la baza chirurgiei conservatoare, precum și progresele hormonale și chimioterapiei, au limitat, atât indicațiile castrării (foarte frecvente într-o vreme nu prea îndepărtată, pentru leziuni inflamatorii și chiar pentru indicații mai discutabile încă: nevralgii pelviene, «ovarită sclero-chistică» etc.), cît și consecințele ei, grefele ovariene, profilactice sau curative. Acest «respect» pentru ovare, nu numai că limitează azi foarte mult indicația autogrefelor ovariene, dar el pune, teoretic cel puțin, operatorul în următoarea dilemă: sau ovarul (dacă nu, măcar o porțiune din el) este de aspect normal și atunci este preferabil să fie lăsat pe loc, păstrîndu-i-se pediculul infundibulo-pelvic. sau este într-adevăr compromis, încît nu poate fi utilizat nici pentru grefă.

În cazul în care, pentru un motiv sau altul, odată cu anexectomia bilaterală, se practică și o histerectomie, este preferabilă, autogrefei ovariene, implantarea profilactică a comprimatelor de estrogeni (25 mg propionat de estradiol sau 100 mg distilben), tot în teacă mușchilor drepilor abdominali. Ea are aceleași efecte, poate pe o durată mai lungă, și fără discontinuitatea grefelor (perioadă de revascularizare, activitate ciclică), iar histerectomia constituie garanția că acumularea sau epuizarea hormonală nu poate da naștere la accidente hemoragice.

Contraindicații. Experiența clinică de pînă acum arătată că:

— tocmai în leziunile genitale ce indică extirparea ovarelor (de pildă neoplasmul uterului), acestea, fiind suspecte sau chiar degenerate, nu pot fi grefate;

— în absența uterului grefa ovariană prinde mai greu și dă rezultate mai slabe;

— în prezența ovarului opus (sau a unui rest de ovar păstrat in situ) auto-grefa nu prinde și nu are sens.

Condiții de efectuare. Acestea sînt în funcție de etiologia tulburării funcționale, sau de intervenția operatorie pe care grefa o completează. Astfel, s-a vădit că histerectomia indică mai degrabă implantarea comprimatelor de estrogeni, decît o grefă ovariană. Autogrefa profilactică în cursul sau imediat după o anexectomie bilaterală se face subperitoneal, în teacă mușchilor drepilor, sau în esutul celular subcutanat, cu ocazia închiderii peretelui.

Pentru homogrefe anestezia local este suficient , iar sediul de ales este esutul celular subcutanat (de pild în regiunea inghinal , fiindc este o regiune u or accesibil i controlabil ; în esutul submamar sau în buzele mari este mai pu în recomandabil, grefa putînd deveni dureroas).

Homogrefele mai pun îns o serie de condi ii speciale, în ce prive te prelevarea i conservarea materialului de implantat. în principiu, trebuie ales pentru gref unul sau mai multe fragmente de ovar s n tos. Ovarul de grefat nu poate fi deci recoltat de la purt toarea unui cancer genital, unui fibrom sau unei anexite insuficient stins ; de asemenea, el nu trebuie s provin de la o femeie în pragul menopauzei. Fragmente de ovar s n tos se pot p stra din unele opera ii abdominale efectuate la femei tinere; de pild , r scroind în jurul chisturilor dermoide o por iune de aspect normal din corticala ovarian (în cazul în care purt toarei chistului i-a r mas ovarul opus, normal i s-a f cut ooforectomie unilateral), sau prelevînd un fragment de ovar la o opera ie pentru sarcin extrauterin (Bourg). De asemenea se poate ob ine material pentru gref extirpînd ovarele unei nou-n scute, moart accidental în travaliu, sau care nu a putut fi reanimat , ca i de la femei decedate prin traumatisme (recoltarea f cîndu-se Ia scurt interval dup moarte).

Prelevarea acestor fragmente se face chiar de operator, în condi iile de asepsie ale opera iei abdominale. Ele se pun imediat într-o cutie Petri steril ,

în solu ie clorurat izotonic sau hipertonic (10%), sau solu ie de electroli i, cu sau f r adaos de adozin , i se p streaz la r citor, pîn la implantare.

Preg tirea preoperatorie. Aceasta este în leg tur cu opera ia care a impus castrarea în cazul autogref rii profilactice. În cazul încerc rii unei homogrefe curative, ar fi indicat , acolo unde posibilit ile permit, o dozare cantitativ de hormoni gonadotropi i, în eventualitatea absen ei congenitale a ovarelor sau a unei castr ri de veche dat , cu nivel sc zut al hormonilor foliculo-stimulen i i de luteinizare, un tratament intensiv pre- i postoperator cu preparate substi- tuindu-i pe ace tia. Grefele experimentale au ar tat ra iunea unei astfel de conduite.

Tehnica grefelor libere ovariene. Tehnica implant rii grefelor ovariene este foarte simpl . Celiotomia necesar opera iei în cursul c reia s-a efectuat castrarea chirurgical se va folosi în cazul auto transplant rii i pentru gref , alegîndu-se ca sediu al implant rii, fie peretele abdominal (esutul celular subperitoneal, teaca drep ilor sau esutul celular subcutanat), fie marele epiploon, cum recomanda T. Popoviciu (de i Zondek, Biskind, Lipschutz, M. Aron, Fischer, Wenner etc. au studiat corela ia hipofizo-ovarian viciat prin implantarea ovarului în calea circula iei porte, implantare care face ca hormonii ovarieni s fie inactiva i de ficat înainte de a trece în circula ia general ; grefa în epiploon reproduce, din acest punct de vedere, situa ia grefei intrasplenice).

Fragmentul ovarian de grefat este preg tit, fie sec ionînd în dou de la marginea liber spre hil, pe meridianul lui cel mare, un ovar extirpat în totalitate, fie prin decorticarea unei por iuni ovariene de aspect normal de pe tumoarea extirpat care a inclus ovarul. Este bine ca fragmentul s mai fie sub iat (ca s aib o grosime de circa 2 mm), r zînd cu bisturiul o parte din medulara ovarului; de asemenea se recomand s se fac gratajul superficial sau scarificarea fe ei corticale a fragmentului de grefat, pentru a-i spori adezivitatea.

Dac s-a ales ca sediu al implant rii peretele abdominal, înainte de închiderea acestuia se face o mic decolare în esutul celular subperitoneal sau subcutanat cu un instrument bont, de preferin la unghiul inferior al pl gii (fig. 438); în ea se va a eza, f r a-1 traumatiza, i se va fixa grefonul cu dou -trei fire de catgut, dup ce ne vom asigura c loja astfel creat nu are tendin s sîngereze.

Dac s-a hot rît fixarea în epiploon, se va plasa fragmentul de ovar cu fa a medular pe fa a anterioar a epiploonului, aproape de marginea distal a acestuia, pe linia median , i se va acoperi grefa cu marginea liber a epiploonului ce se fixeaz , îndoit pe deasupra, cu trei fire de catgut ce trec i prin ovarul grefat (fig. 439). ^

Evolu ie i complica ii. Evolu ia autogrefelor se face progresiv, dup o laten de 3—5 luni (în care timp grefonul se remaniaz). Uterul, în acest r stimp, diminuat de volum, î i recap t , paralel cu reluarea activit ii grefei, dimensiunile normale. Menstrua ia se produce uneori regulat, alteori pierderile sanguine sînt separate de intervale de 2—3 luni, sau se reproduc cu totul neregulat. Grefa poate suferi o transformare chistic uneori voluminoas h Se pare c grefele intraparietale nu devin nici chistice, nici dureroase (M. Cheval), cum se întîmpl adesea cu cele implantate în buzele mari.

Epuizarea sau atrofia grefei se manifestă prin reapariția valurilor de căldură și a celorlalte simptome de menopauză. Calitatea fragmentului greșat (ce lasă de dorit când greșă provine din ovare anterior lezate) joacă în evoluția lui un rol principal: s-a susținut chiar că absența cicatricilor de corpuri galbene de pe un ovar este o contraindicație de a-l folosi pentru greșă (Bourg).

Transformările chistice dureroase și accidentele funcționale hemoragice (uneori menoragii rebele) îndreptesc ridicarea chirurgicală sau iradierea grefelor ovariene disfuncționale. În cazul transformării chistice, care reprezintă un proces mai mult sau mai puțin obișnuit, senzația de tensiune poate fi ușurată prin puncții.

Rezultate. Deși scopul autogrefelor ovariene (când uterul este conservat) constă în restabilirea menstruației și evitarea simptomelor de carență ovariană, inconvenientul lor cel mai însemnat este «necunoscuta» evoluția și duratei de funcționare.

Într-adevăr rezultatele sînt foarte variabile¹⁹; în orice caz durata acțiunii grefelor este mai mică decît a ovarului lăsat pe loc; acțiunea autogrefelor este mai puțin satisfăcătoare decît a implantelor de estrogeni, în cazul histerectomiei concomitente castrării, iar

¹⁹ Lewin, controlînd sistematic și complet eficiența a 100 de greșă ovariene, după următoarele rezultate: prin frotiuri vaginale la 18 % din operate a constatat semne de insuficiență ovariană și la 29 % un ciclu bifazic (prin curba termică numai la trei din aceste 29 de operate s-a confirmat în existența unui ciclu bifazic);

ac iunea homotransplantelor este totdeauna mai slab decît a autotransplantelor (o propor ie notabil de homogrefe sufer i fenomenul amintit, de liz , pentru ra iuni de incompatibilitate umoral sau tisular).

AUTO- I HOMOGREFA LIBER DE ENDOMETRU

în stadiul actual al cuno tin elor noastre, grefa de endometru se poate efectua sub forma autotransplantului pediculat endocervical sau de autogref liber în domul vaginal.

în ce prive te homogrefa de endometru, credem c atîta vreme cît nu sînt îndeplinite condi iile în care homogrefele pot fi f cute s se men in , nu se poate vorbi decît de «încerc ri». într-adev r, de i indica iile unor astfel de opera ii ar putea fi destul de frecvente (de la interven iile plastice pentru absen a sau malforma iile congenitale ale uterului, pîn la atrofia mucoasei, sinechiile cavit ii uterine în urma chiuretajelor exagerate, cauteriz rilor sau tratamentelor actinice), de i exist comunicate cazuri în care s-au ob inut rezultate durabile (C. Stanca), interven ia este departe de a fi intrat în rutina ginecologic i de a întruni avizul unui num r mare de speciali ti. Cazurile publicate sînt pu in numeroase i este foarte probabil c , de i homogrefa de endometru a prins, ea nu s-a men inut mai mult decît homogrefele cutanate (3—10 s pt mîni).

Autogrefei de endometru în fundurile de sac vaginale, recomandat de c tre unii autori dup histerectomiile totale la femeia tîn r , i se pot aduce acelea i critici care s-au adus autogrefei ovariene. în plus, heterotopia endometrial mai prezint dezavantajul (care conduce în cazul endometriozei spontane la diverse interven ii) c în vagin mucoasa uterin suferind agresiunile mediului extern (traumatisme, infec ie etc.), operata are mai degrab de suferit decît de profitat de pe urma acestei interven ii complementare.

Homotransplantul de endometru se poate încerca într-un num r foarte variat de cazuri, în care apar dezordini func ionale grave prin absen a sau atrofia endometrului. Nu credem îns c este deocamdat o ra iune suficient s se încerce o astfel de opera ie, a c rei reu it de oarecare durat este mai mult decît problematic , pentru simplul motiv c o femeie nu prezint flux menstrual.

Condi iile de efectuare ale opera iei i preg tirea preoperatorie, ca i în cazul grefelor ovariene, sînt legate de multiplele aspecte ale cazurilor ce determin astfel de interven ii. în principiu, o gref de endometru nu se va efectua decît dup ce ne-am asigurat c exist , la femeia în cauz , o activitate ciclic ovarian (pe cît posibil, opera ia trebuie programat în faza foliculinic a unui astfel de ciclu).

Pentru homogrefele de endometru condi iile de prelevare i conservare difer de asemenea foarte pu in de cele preconizate pentru homogrefele ovariene. Fragmentele de endometru pot li prelevate aseptice în timpul unei opera ii cezariene « pure» i conservate timp de cîteva zile în solu ie clorurat izotonic sau hiper- tonic , penicilinat , cu sau f r daos de adenzin , la temperatura de circa 4°C.

Tehnica grefelor libere de endometru. Fragmentele de endometru prelevate extemporaneu se fixeaz , într-un fund de sac vaginal, cu cîteva puncte de sutur foarte fine, dup ridicarea mucoasei sau gratajul ei.

Procedeu Mocquot folose te pentru autogrefa de endometru un fragment de mucoas , prelevat din cavitatea uterului, pe care-l grefeaz în bontul cervical.

Se recurge la acest procedeu ori de cîte ori leziunile miometrului, dezvoltate pîn la partea cea mai inferioar a uterului, nu permit croirea unui lambou pediculat de endometru.

Dup ce se extirp uterul se preleveaz din cavitatea lui un lambou de endometru. Plasarea acestui lambou în bontul cervical necesit o anumit preparare. Astfel, sec ionarea colului se face în unghi diedru foarte ascu it; rezult dou lam- bouri — unul anterior i altul posterior — cît mai înalte. Se evedeaz cu bisturiul din por iunea intern a fiec rui lambou atît cît s se creeze, dup suturarea lambourilor, un simulacru de cavitate. Fragmentul de endometru se a az cu fa a mucoas spre canalul cervical, i pe deasupra lui se sutureaz marginile colului. La sfîr itul opera iei rezult un uter în miniatur , c ptu it cu endometru, care asigura pentru un timp o menstrua ie periodic în cantitate mic .

Homotransplantele se pot grefa în cavitatea uterin , fie prin celiotomie, fie prin colpotomie anterioar . Dup deschiderea cavit ii uterine, printr-o histero- tomie longitudinal , se procedeaz la repermabilizarea sau dilatarea canalului cervical, trecînd cîteva dilatoare Hegar (de jos în sus, sau de sus în jos, dup calea de acces aleas); se asigura hemostaza cavit ii uterine i se fixeaz cu cîteva fire de catgut lamboul de mucoas .

Homotransplantele se mai pot grefa, cu ocazia opera iilor plastice pentru aplazia vaginal , în cap tul proximal al neovaginului (mai ales la metodele Baldwin-Mori i Baldwin-Aleksandrov), folosind intraoperator calea abdominal (înainte de a închide cap tul proximal al ansei excluse), sau secundar, pe calea joas .

OPERA IILE PLASTICE I REPARATOARE ALE FORMEI TRACTULUI GENITAL

Opera iile plastice i reparatoare ale formei se adreseaz cu prec dere segmentului distal al tractului genital (vulv , vagin, col uterin), la care anomaliiile congenitale i traumatismele sînt mai frecvente.

Socotim necesar, înainte de a descrie aceste opera ii, s amintim unele date de anatomie i embriologie; de asemenea s enumer m situa iile anatomico-clinice în care interven iile chirurgicale plastice i reparatoare sînt indicate.

din cele 25 de operate ce aveau uterul conservat, la ase menstrua ia nu a ap rut deloc dup gref , la 19 au ap rut sînger ri cînd regulate cînd neregulate i la nici una menstrua ia nu a avut caractere regulate, de durat (cinci dintre aceste bolnave au avut nevoie pentru menoragii abundente de cîte un chiuretaj uterin); la cele 75 de operate ce aveau uterul extirpat a constatat o stingere mai rapid i o func ionalitate mai redus a grefelor.

1. DATE DE ANATOMIE ȘI DE ORGANOGENEZĂ ALE TRACTULUI GENITAL FEMININ

ANATOMIE

Aparatul genital al femeii adulte prezintă studiului următoarele segmente (când este privit din afară în untru și de jos în sus):

- organele genitale externe (vulva);
- organele genitale interne (vaginul, colul uterin și trompele);
- glandele genitale feminine (ovarele).

1. *Vulva* (pudendum feminum) este situată în regiunea perineului anterior și este formată din două perechi de pliuri tegumentare orientate sagital, labiile mari și mici, ce înconjoară vestibulul vaginei și ascund sub ele aparatul erectil. Deasupra vulvei, tegumentele acoperite de piele desemnează o proeminență triunghiulară *muntele lui Venus* (mons pubis).

Buzele sau labiile mari (labium majus pudendi) sînt două pliuri tegumentare, sagitale, groase de circa 2 cm și lungi de 8—9 cm, care se unesc anterior dinaintea simfiziei pubiene formînd comisura anterioară (comissura labiorum anterior) la nivelul acestui munte al lui Venus, masă de esut adipos bine reprezentată de obicei, compartimentată de prezența unor lame elastice provenite din ligamentele rotunde și ligamentul suspensor al clitorisului. Posterior, cele două labii mari sînt unite înaintea orificiului anal, cam la 2,5 cm, formînd comisura posterioară (comissura labiorum posterior), anterior care se află un repliu tegumentar numit frîul labiilor mari (frenulum labiorum pudendi) cu rolul de a lega feele mediale ale lor. Feele externe sau laterale ale labiilor mari, convexe, acoperite de piele, sînt separate de rîndina coapsei respective prin anoul genito-crural; pielea care îmbracă această față a labiilor mari conține atît glande sebacee cît și glande sudoripare din abundență. Feele interne sau mediale sînt glabre, dar bogate în glande sebacee voluminoase; tegumentul neted, rozat, îmbracă aspectul unei mucoase. Ele sînt separate de labiile mici, de către anoul interlabial (rima pudendi). Relieful labiilor mari este dat de conținutul fibroadipos (ele avînd rolul de a proteja intrarea în vagin și aparatul erectil bogat vascularizat), împărțit de numeroase expansiuni ale ligamentului rotund, în care se regăsesc și fibre musculare, înconjurînd o masă adiposă divizată în loburi și uneori un diverticul peritoneal, canalul Nuck, înșitor al ligamentului rotund (analog canalului peritoneo-vaginal la bărbat, rezultat după coborîrea testiculului în scrot); acest canal de obicei obliterat poate persista și deveni sediul herniilor inghino-labiale sau al dezvoltării chistice.

Buzele sau labiile mici (labium minus pudendi) sînt două pliuri cutanate de aparență mucoasă, subiri, mai mult sau mai puțin simetrice, acoperite în mare măsură de labiile mari și care, prin extremitatea lor posterioară, se prind pe fața medială a labiilor mari și trece jumătatea în lîmii lor, astfel că între extremitatea posterioară a labiilor mici și frîul labiilor mari se delimitează o depresiune numită fosa naviculară (fossa vestibuli vaginae). Anterior, marginea liberă a labiilor mici se divide, formînd prin unirea cu cea de partea opusă dinaintea clitorisului, prepuțul (preputium clitoridis) și, dinapoia clitorisului, frîul (frenulum clitoridis).

Labiiile mici sînt albe tuite din esut conjunctiv-elastic lipsit de grăsime, între cele două suprafețe tegumentare, cu numeroase glande sebacee a căror secreție albă, cu miros caracteristic (smegma vulvar) se adună în anoul interlabial.

Spațiul cuprins între cele două labii mici, alungit, poartă numele de vestibul (vestibulum vaginae) și poate fi împărțit într-o regiune anterioară, triunghiulară, pe care se află meatul uretral, lacunele vestibulare și cele două mici orificii de deschidere a glandelor parauretrale Skeene și posterior de această ostiul vaginii strîmțorat de himen la virgine (membran incomplet din ruperea careia rîmîn, după începerea vieții sexuale, carunculi himeneali, apoi după ce femeia a născut, carunculi mirtiformi).

La extremitatea anterioară a spațiului interlabial se află clitorisul, organ erectil, alcătuit din doi corpi cavernoși (omologi celor ai penisului) ale căror extremități posterioare (crura clitoridis) se inseră pe ramurile ischio-pubiene; în partea lor anterioară se alătură sub simfizian formînd corpul clitorisului care se termină printr-o extremitate, glandulă, parțial învelit de prepuț.

Posterior, pe părțile laterale ale ostiului vaginal se află simetric câte un orificiu de deschidere în vestibul al glandelor Bartholin (glande vestibulare mari, spre deosebire de glandele vestibulare mici ale căror orificii se întîlnesc pe toată mucoasa vestibulară).

Aparatul erectil vulvar mai cuprinde, în afara clitorisului, bulbi vestibulari (bulbus vestibuli) situați în baza labiilor mici și reprezentînd forma iuni analoage cu corpul spongios al uretrei la bărbat.

Cei doi bulbi se unesc pe dinaintea uretrei prin extremitățile lor anterioare, luînd aspectul general de potcoavă cu concavitatea spre posterior; extremitățile lor posterioare, mai voluminoase, contribuie în erecție alături de mușchii constrictor al vaginului la îngustarea ostiului vaginal și exprimarea glandelor Bartholin.

Atît aparatul erectil cît și glandele Bartholin se situează din punct de vedere anatomo-topografic în loja bulbo-clitoridiană (spatiu perinei superficiale) acoperit superficial de esutul celular subcutanat și aponevroza perineală superficială (fascia superficialis perinei), iar profund este delimitat de aponevroza inferioară a diafragmei urogenitale (fascia diafragmatis urogenitalis inferior), care tapetează fața inferioară a mușchii transvers profund. Între cele două formațiuni fasciale amintite există multiple expansiuni conjunctive de legătură. Tot în această lojă se află cele trei perechi de mușchi superficiali ai perineului: lateral sînt ischio-cavernoșii, care merg de la ramura ischio-pubiană la fața dorsală a fiecărui corp cavernos, în apropierea fuziunii lor; de la fața internă a ischio-nelor la rafeul ano-vulvar (centrul tendinos al perineului) se întind mușchii transverși superficiali; în fine de o parte și de alta a ostiului vaginal mușchii bulbo-cavernoși sau bulbo-spongioși (constrictor cunei) realizează un jgheab cu concavitatea în sus (inserația lor superioară se face cam la același nivel cu al mușchilor ischio-cavernoși, iar cea posterioară pe nucleul central al perineului).

Dacă am înălțura acești mușchi ar apărea aponevroza perineală medie (ligamentul Carcassonne, diafragma urogenitală) formată din două planuri suprapuse: un plan inferior, fibros, triunghiular; un plan neomogen, format înainte de ligamentul transvers al bazinului și înapoi de mușchii transverși profunzi, întinși de la ischioane la nucleul fibros central al perineului (între cele două

fascii: fascia uro-genital superioară, pe fața profundă a mușchilor transvers și profunzi și fascia inferioară care, cum am mai arătat, tapetează fața lor inferioară); cele două fascii se pierd la nivelul centrului tendinos al perineului și se unesc între ele la marginea posterioară a mușchilor transvers și profunzi, precum și anterior acestora, înapoia unghiului dintre cei doi corpi cavernoși, formând o bandă groasă, întinsă transversal sub simfiza pubiană și între ramurile ischio-pubiene: ligamentul transvers al bazinului (ligamentum transversum perinei).

Între ligamentul transvers și mușchii transvers și profunzi trece uretra și vaginul; între foi ale diafragmei uro-genitale aproape de ramura ischio-pubiană, se găsește pachetul vasculo-nervos ruinos intern (fig. 440). Între ligamentul arcuat al pubelui (situat strict sub simfiza pubiană) și ligamentul transvers este un alt spațiu prin care trece vena dorsală a clitorisului, iar posterior de ligamentul transvers, odată cu uretra mai trece artera și nervul dorsal al clitorisului.

În sfârșit, dincolo de diafragma uro-genitală se găsesc fosele ischio-rectale, limitate către cavitatea abdominală de planul pelvian care corespunde mușchilor ridicătorii anali (levator ani) ce formează de fiecare parte câte 1/2 de pînă cu concavitatea proximală și avînd în vîrfurile lor sfînterul striat al anusului, mușchii orbiculari din jurul orificiului anal.

Ridicătorii anali lasă anterior un spațiu liber, hiatal uro-genital, prin care trec uretra și vaginul; ei au direcția oblică în jos, înapoi și în untru și se desfac de fiecare parte în 3 fascicule: pubo-recto-coccigian, ilio-coccigian și ischio-coccigian.

Fasciculul sfînterian al ridicătorului, sau pelvi-coccigian se inseră pe fața posterioară a pubelui, aponevroza obturatorie (și, intrîndu-se cu ea, urcă pînă la linia nenumită) și face internă a spinelor ischiatice (ceea ce permite să se descrie 3 fascicule: pubococcigiene, iliococcigiene și ischiococcigiene), apoi se îndreaptă în untru, în jos și înapoi, ca să se termine pe marginile laterale ale coccisului și rafeul ano-coccigian.

Fasciculul ridicător sau puborectal (Winckler) este mai intern; el se inseră pe fața posterioară a pubelui deasupra fibrelor pubococcigiene, încrucișează uretra, pe sub sfînterul ei, apoi vaginul în 1/3 sa medie; de aici fibrele sale se distribuie pe fața posterioară în 1/3 inferioară a vaginului, în nucleul fibros central al perineului, dar mai ales angajîndu-se între partea profundă a sfînterului extern și sfînterul intern al anusului, se amestecă cu fibrele longitudinale ale rectului, formează un sept ce vine să se fixeze la piele în marginea anusului (Toma Ionescu).

Înapoi planul pelvian mai este completat de mușchii ischio-coccigieni, care formează o lamă triunghiulară între fața internă a spinei sciatică și marginile laterale ale ultimelor două segmente sacrate și primelor trei vertebre coccigiene.

Fascia pelviană îmbracă fața medială a mușchii obturator intern, până la inserția la nivelul arcului tendinos cu același nume a mușchii ridicător anal; de aici fascia pelviană se desface într-o foie care coboară mai departe pe fața medială a mușchii ridicător anal constituind fascia superioară a diafragmei pelviene (fascia diafragmatis pelvis superior) și alta care se ridică pe rect, vagin și vezică, situată sub peritoneu, fascia pelvi-viscerală (fascia pelvis visceralis); pe fața inferolaterală a mușchilor ridicători anali, coboară fascia diafragmatică pelviană inferioară (fascia diafragmatis pelvis inferior) mult mai puțin semnificativ, abia un perimisium și despărțind printr-un spațiu simetric, deoparte și de alta a rectului, *fosele ischiorectale*. Pe peretele lateral al fosei ischiorectale, perete format de mușchii obturator intern și fascia sa, cu trei cm deasupra tuberozității ischiatice se află canalul ruinos Alcock (canalis pudentalis) format dintr-o dedublare a fasciei obturatoare și care conține mănunchiul vasculo-nervos ruinos intern (fig. 441).

2. Revenind la organele genitale interne, în cea mai mare parte a lor de origine mullerian , primul component, de jos în sus, cum ne-am propus s le descriem, este *vaginul*; organul copula iei, conduct musculo-membranos, median, de circa 9 cm lungime i 2 1/2 cm diametru, eminentamente elastic, turtit antero- posterior (cu excep ia extremit ii superioare), care se deschide distal, cum ar tam, în vestibul prin *ostium xaginae*. Direc ia vaginului este u or curb , cu concavita- tea posteriora (A. Bethoux) în a a fel, c peretele lui anterior este ceva mai scurt, pe cînd peretele posterior, este mai lung (vezi figura 442). Vaginul este situat în parte în grosimea vulvei («vaginul perineal»), în parte între cele dou chingi ale ridic torilor anali i por iunea a proximal se afl în escava ia pelvian . Por iunea superioar («pel- vian») a vaginului este situat între vezica urinar anterior i rect posterior, în a a-numitul spa iu visceral pelvian sub-peritoneal: esutul conjunctiv din acest spa iu se condenseaz sub forma unei lame, situat între peretele posterior al vaginului i ampula rectal , formînd septul recto-vaginal.

Din punct de vedere anato- mo-topografic vaginului i se descriu dou extremit i i dou fe e i anume:

- extremitatea superioar , cupuliform (fornix vaginae) se inser pe colul uterin separîndu-l pe acesta în dou segmente: su- pravaginal i intravaginal ; între por iunea vaginal a colului i pere ii vaginului sînt descrise conven ional (în fond nimic nu le separ) patru funduri de sac: anterior, posterior (cel mai adînc) i dou laterale; singurul care vine în contact cu peritoneul este fundul de sac posterior, corespunzînd recesului recto-uterin sau fundul de sac Douglas (partea cea mai decliv a cavit ii peritoneale);

- fundurile de sac laterale vin în raport cu densific rile conjunctive din baza ligamentelor largi, crosele uterinelor etc.;

- fundul de sac anterior, cel mai scurt, este în raport cu basfondul vezicii i se continu cu fa a anterioar a vaginului, i ea în raport cu trigonul vezical, în imediata vecin tate a colului uterin; la acest nivel mucoasa vaginal are o zon triunghiular , triunghiul Pawlick, lipsit de pliuri, corespunzînd în vezic triunghiului Lieutaud (reper valoros pentru amorsarea decol rii în opera iile pe cale vaginal deoarece cele dou organe cavitare sînt separate la acest nivel, doar printr-o lam sub ire de esut conjunctiv, septul vezico-vaginal). Distal, fa a anterioar a vaginului este în raport cu uretra;

— fa a posteriora a vaginului vine în raport cu fundul de sac Douglas, cu ampula rectal i mai jos, direc iile celor dou organe devenind din ce în ce mai divergente, cu canalul anal, de care este desp r it de nucleul central tendi- nos al perineului (forma iune prismatic a c rei fa exteriora este acoperit de piele);

— extremitatea inferioar a vaginului se deschide, cum am mai ar tat, în vestibul, posterior de uretr i dinaintea anusului, de care o separ nucleul central al perineului.

Mucoasa care c ptu e te pere ii vaginului este un epiteliu pavimentos pluri- stratificat, f r glande (deci nu se poate vorbi de o « secre ie» vaginal ; scurgerile care provin din vagin sînt în parte produse de glandele colului uterin, în parte extravazate fluide i celule descuamate din straturile superficiale ale mucoasei); dar prezint numero i receptori senzitivi mai ales în por iunea juxta-vulvar . Mucoasa se sprijin pe un corion aplicat pe fibrele musculo-elastice, dispuse plexiform i sufer modific ri ciclice, hormono-dependente, în perioada vie ii sexuale a femeii; apoi, dup menopauz , o atrofie progresiv .

Configura ia intern a vaginului este caracterizat de pliurile transversale ale pere ilor s i (rugae vaginalis); cîte o cut longitudinal (columna rugarum) solidarizeaz anterior i posterior, pe linia median , pliurile transversale.

Extremitatea superioară a vaginului se inseră pe colul uterin (cervix uteri) ce reprezintă partea inferioară a uterului, organul gestației și parturii, musculocavitar, impar și median.

3. *Colul* de formă aproximativ cilindric, sau de butoi, este împărțit în două porțiuni de inserție a vaginului, care urcă înapoi mai sus decât înainte²⁰; *porțiunea supravaginală* care este în raport înainte cu vezica (prin esutul celular lax), înapoi prin fundul de sac Douglas, cu rectul, iar lateral cu bazele ligamentelor largi (parametrele) în care se găsesc arterele uterine, plexuri venoase și ureterele; și *porțiunea intravaginală* (portio vaginalis, de unde denumirea folosită în rile de limbă germană de «portio») ce proemină ca un deget de mână, lung de cca 1 cm, între fundurile de sac vaginale, având în vârful său ostiul uterin sau orificiul extern al colului (a cărui formă este foarte variată în funcție de trecutul ginecologic și mai ales obstetrical al femeii respective). Această porțiune poate fi explorată vizual sau colposcopic, la examenul cu valve sau speculum, sau tactil, prin tactul vaginal (când dă senzația de consistență comparabilă cu cea a vârfului nasului).

4. *Istmul* uterin este o porțiune îngustă pe uterul negravid (dar pe socoteala cărui se va dezvolta cît se sfîrșește sarcinii segmentul inferior) care separă colul de corpul uterin și care este mai bine reprezentat antero-lateral decît posterior.

5. *Corpul*, partea superioară a uterului, este piriform, turtit anteroposterior, în greutate de cca 50—60 g, lung de 7—8 cm și lat de cca 4,5 cm; el prezintă o față antero-inferioară (ce privește spre vezică) și una postero-superioară (cînd este situat în anteverșiune, poziția cea mai obișnuită a uterului), ambele fețe sînt acoperite integral de peritoneu; o margine superioară convexă sau fundul uterin (deopotrivă acoperit de peritoneu) și două margini laterale, una concavă, în raport cu pediculii vasculari și esutul conjunctiv dintre foițele ligamentelor largi.

Orientarea uterului, variabilă de la o femeie la alta și la același subiect în funcție de starea de vacuitate a organelor vecine (în afara sarcinii bineînțeles; creșterea uterului în timpul sarcinii îi schimbă rapoartele, ca și în cazul dezvoltării unor fibroame). În anteverșiune sau retro-versiune corpul face cu colul un unghi drept sau aproape drept; cînd unghiul depășește 110° dacă este deschis anterior vorbim de ante-versoflexie și posterior de retro-versoflexie.

Cavitatea uterină, vaginul triunghiular pe secțiunea frontală, este virtuală și prezintă două unghiuri supero-laterale, la nivelul coarnelor uterine, unde se deschid tubele și un unghi inferior unde se continuă cu canalul cervical, fuziform, care comunică, prin orificiul extern al colului, cu vaginul. Multiple mecanisme biologice fac ca această deschidere liberă, între cavitatea peritoneală și exterior, prin vagin, canalul cervical, cavitatea uterină și duetele tubare, să nu fie în chip normal o cale obișnuită de agresiuni microbiene.

Meninerea organelor genitale într-o anumită poziție, se datorează în primul rînd esutului conjunctiv pelvian, care reprezintă un esut celular de umplere a spațiilor dintre organele pelviene și care se condensează în special în jurul pediculilor vasculari, realizînd alev rate teci. Acest esut are un net caracter dinamic, datorită modificărilor care trebuie să se sufere pe tot parcursul vieții sexuale a femeii, pe de o parte adaptîndu-se constant influențelor hormonale, și modificărilor din timpul sarcinii și nașterii, pe de altă parte chiar în timpul stării normale a femeii trebuind să faciliteze umplerea și golirea vezicii și rectului și cu toate acestea să realizeze o adevărată unitate anatomică și să susțină organele conținute în pelvis. Poziția ortostatică specifică speciei umane a împus staticii utero-vaginale și esutului fibrocelular de sus înere din pelvis anumite condiții de orientare, necesare pentru a rezista mai bine presiunilor exercitate de greutatea viscerelor abdominale, al cărui efect poate fi agravat de creșterea, în eforturi, a presiunii abdominale.

O caracteristică a esutului celular pelvian este că acestea se concentrează în jurul vaselor principale, recte a arterei hipogastrice și multiplele-i ramuri viscerale și parietale (arterele hemoroidale medii, utero-vaginale, vezicale etc., dar și pe lângă arterele vestigiale ca arterele ombilicale) realizînd astfel așezările aripioare vasculo-fibroase, simetrice, care vor delimita cele trei loji viscerale ale bazinului: loja vezicală, utero-vaginală și rectală. Aceste loji sînt limitate lateral prin densificarea esutului fibrocelular, în sens sagital, sub forma a două lame sacro-recto-genito-pubiene (Delbet). Aceste lame paralele au originea posterioară, pe fața anterioară a sacrului, dar cu cît înaintează spre pubis lamele se subțiază, și pierd din importanță, devenind aproape inexistente pe părțile laterale ale vezicii urinare. În structura acestor lame, cunoscute sub numele de ligamente utero-sacrate, într-un anumit ordine (vezi fig. 444 B) elemente nervoase (plexul hipogastric), elementele vasculare destinate rectului și tractului genital și elementele fibro-conjunctive care sînt situate în partea cea mai internă, se vor uni pe partea posterioară a colului formînd torus uterinus.

În sens transversal, esutul celular pelvian se condensează sub forma a 4 lame și anume, dinainte înapoi:

- aponevroza ombilico-prevezicală inclusă între vestigiile arterelor ombilicale;

- septul vezico-vaginal, zis și fascia Halban, o prelungire a tecii hipogastrice și care este mai subțire în plan strict median decît lateral (decușiabil și sugerînd întărirea prin dedublare);

- septul recto-vaginal (sau fascia prerectal descris de Toma Ionescu) și
- lama recto-sacrată.

Aparatul de susinere cervico-vaginală, reprezintă cheia de bolt a întregii statici pelviene: prolapsul peretelui vaginal anterior antrenează uretra și vezica (cisto-uretrocel ceea ce face pe Sâvulescu să susțină «vezica urmează destinele uterului»); cel al peretelui posterior vaginal antrenează rectocelul.

Condensarea celulo-fibroasă laterală, care conține și fibre musculare netede și se află în baza ligamentelor largi, cunoscut mai ales sub numele de *para-metre*, are o distribuție areolară (conținând voluminoase pachete venoase și limfatice, ureterele, iar în extremitatea lor laterală formează o lamă cu traiect orizontal pentru ramurile sistemului hipogastric), reprezintă un mijloc de fixare al viscerelor la peretele pelvian, prin intermediul vaselor și este format de fibre ce se intrică pe de o parte în structura istmului și colului uterin, dar mai ales a treimii superioare a vaginului, pe care le ancorează astfel la peretele pelvian, iar pe de altă parte se continuă în sus, pierzându-se în teaca hipogastrică. Funcțiile principale ale parametrului, în afara sarcinii (importanța funcției obstetricale o lăsați deoparte, pentru ea pledează hipertrofia masivă la gravide și regresivitatea structurală ce succede nașterii) constau deci în fixarea uterului și protecția vascularizației pelviene.

esutul parametral prezintă într-adevăr unele condensări descrise sub denumirea improprie de ligamente; astfel părțile transversale sunt cunoscute și ca ligamente Mackenrodt, sau ligamentele cardinale (Kocks). Ele ancorează foarte bine segmentul cervicoistmic al uterului, lăsând în același timp corpului uterin o reală mobilitate, utilă față de repleția vezicală sau rectală, dar mai

ales pentru cre terea lui în timpul sarcinii. Structura anatomic areolar nu are într-adev r deloc aspectul unui ligament; aceasta nu înseamnă c masa important , dar distribuit difuz, de fibre colagene, elastice i musculare netede este lipsit de soliditate. În plus acesta nu este unicul mijloc de fixare a uterului: repartia presiunilor în cavitatea peritoneal , gra ie con inutului mare de ap al viscerelor, se face aproape egal în toate direc iile, iar diafragma exercit la omul în picioare o presiune negativ .

Ligamentele largi au i ele un rol prin m rirea suprafe ei pe care se sprijin în efort viscerele (suprafa perpendicular pe vagin când uterul este în anteversie i care dep e te lateral cu mult hiatul uro-genital). În sfr it coeziunea peritoneului cu peretele pelvian subiacent este foarte puternic datorit existen ei ac iunii de suprafa (Langreder) i consolid rii conjunctive subseroase în micul bazin (Delbet) i mai pu in prin ligamentele lombo-ovariene i rotunde (acreditate alt dat i cu o semnifica ie de aparat de suspensie) ce au mai mult rolul de orientare a corpului uterin, mobil.

ORGANOGENEZA

Prin fecundare se reface «zestrea» genetic a speciei. Totodat în momentul fecund rii se stabile te i sexul genetic al individului: cariotipul pentru specia uman este 46 xy pentru sexul masculin i 46 xx pentru sexul feminin.

Ohno sus ine c operonul determinant al diferen ierii s-ar afla pe cromozomul x pentru ambele sexe, cromozomul y ac ionînd prin gene reguloatoare (cu sediul pe bra ul scurt) ce dezinhib operonul care duce la sinteza de en- zime cu rol în producerea hormonilor androgeni.

La embrionul 46 xx diferen ierea se face spontan c tre ovar, dar aceasta este men inut prin prezen a genelor reguloatoare, con inute de x-ul heterocroma- tic. Cel de al doilea cromozom x se inactiveaz înc din s pt mîna a 3-a de via embrionar , rezultînd x-ul heterocromatic, deci cu mult înainte de diferen ierea ovarului care începe din s pt mîna a 8-a.

Aceast inactivare respect , îns , celulele germinale; i se consider c tocmai genele reguloatoare de pe x-ul din celulele germinale ar fi responsabile de stabilitatea diferen ierii. Dup na tere, din milioanele de ovocite, de ordinul I, majoritatea se vor atrofia, numai cîteva ajungînd de ordinul II; în aceast faz intervine x-ul heterocromatic. În cazul sindromului Turner 45, XO prin lipsa cromozomului heterocromatic, diferen ierea ovarian care se desf oar în mod normal în perioada embrionar este «alterat », dup na tere, printr-o atrezie a tuturor ovocitelor de ordinul I. Astfel nu se vor mai forma ovocite de ordinul II. Procesul este înso it i de atrezia celulelor foliculare perio- vocitare, ajungîndu-se, la pubertate, la un ovar atrezie.

Condi ionarea genetic a diferen ierii feminine a c ilor genitale este mai pu in cunoscut decît în cazul diferen ierii masculine. Exist o tendin spontan spre dezvoltare a canalelor Miiller — forma iunile embrionare din care provine cea mai mare parte a tractului genital feminin — în lipsa hormonilor androgeni.

Sinusul urogenital — forma iune embriologic caudal a tracturilor urogenitale masculin i feminin — este supus unui control hormonal al diferen ierii; acest control f cîndu-se la nivelul acizilor nucleici.

DIFEREN IEREA OVARULUI

C tre mijlocul s pt mîinii a 3-a se individualizeaz celulele germinale primordiale, elementele de origine ale viitorilor game i feminini i masculini. Acestea se formeaz la exteriorul embrionului în vecin tatea diverticului alantoidian. În cursul s pt mîinii a 4-a prin înrularea ventral a extremit ii caudale a embrionului, celulele germinale primordiale vor fi «mutate» intraembrionar. Totodat prin mi c ri de tip ameboid ele migreaz în peretele anterior al intestinului posterior, apoi înconjoar fe ele laterale ale acestuia (ziua a 26-a) i (în ziua a 28-a) str bat mezenterul, ajungînd în fa a aortei dorsale, la nivehil mezonefrosului. În timpul migra iei, celulele germinale primordiale se i multiplic . Astfel, Witschi g se te 30—50 gonocite în stadiul de 13 somite, 109 în stadiu de 16 somite i 451 în stadiul de 38 somite.

Faptul c în final cea mai mare parte a celulelor germinale primordiale se reg sesc în creasta genital , a f cut s fie emis ipoteza prezen ei unui chimiotactism al crestei genitale pentru aceasta, dar nu a putut fi izolat nici o substan propriu-zis responsabil . Creasta genital apare în cursul s pt mîinii a 4-a sub forma unei proeminen e între mezonefros i mezenterul dorsal. În urma lucr rilor lui Gropp i Ohno (1966) originea crestelor genitale pare s fie de natur mezenchimatoas dup ce, teorii mai vechi sus ineau originea celomic sau mixt (mai cunoscut teoria lui Witschi — celomico-mezenhimatoas).

O sec iune prin creasta genital ar eviden ia în centru tubii mezonefrotici înconjura i de blastemul paramezonefrotic, la rîndul lui înconjurat de celulele germinale primordiale, totul învelit în celom.

Gonada nediferen iat este format deci dintr-un blastem somatic comun i din celulele germinale primordiale.

Dac celulele germinale primordiale nu au nici o influen asupra celulelor somatice (Burns), iar distrugerea lor nu opre te dezvoltarea gonadei i face numai ca aceasta s fie steril (Benoit), soma pe lîng ac iunea de atrac ie a celulelor germinale are i un rol în diferen ierea acestora.

Diferen ierea schi ei gonadale c tre ovar începe în s pt mîna a 8-a. Dup Gropp i Ohno celulele foliculare î i au originea în blastemul comun paramezonefrotic. În pozi ia cortical celulele germinale primordiale sufer un proces proliferativ. De asemenea, celulele somatice prezint o proliferare important , care se face sub form de cordoane, în direc ia celulelor germinale primordiale (probabil a a-numitele clasic cordoane Valentin-Pfliiger, numai c direc ia de migrare ca i originea celular sînt diferite). Cordoanele astfel formate înconjur gonocitele primordiale, care progreseaz centripet. Por iunea cea mai intern a gonadei este lipsit de celule germinale primordiale. De asemenea celulele somatice nu ajung în pozi iile cele mai superficiale, celulele germinale primordiale cu aceast localizare vor degenera.

De i organul a devenit ovar pîn ce acesta s devin func ional, la pubertate, vor mai trece un num r de ani.

DIFEREN IEREA C ILOR GENITALE FEMININE

Spre deosebire de glandele genitale (testicul și ovar) care au aceeași schi embriologic, celulele genitale masculine și feminine au origine diferită reprezentată de cordoanele Wolff și respectiv Müller; numai porțiunile terminale ale celor două tracturi având din nou origine comună în sinusul uro-genital.

Sinusul uro-genital ia naștere prin septarea unei cavități entoblastice, în care se deschide anterior alantoida și posterior — intestinul posterior, numit cloac.

Mecanismul de cloazonare al cloacei (fig. 445) a fost descris amănunțit de Solere în 1969; din entoblastul peretelui anterior al cloacei se formează, migrează și se dezvoltă, în mezenchimul tuberculului cloacal, pe care îl va înlocui complet în porțiunea sa inferioară, o formațiune numită lama entoblastică cloacală. Partea antero-superioară a acesteia suferă un proces de vacuolizare. Partea postero-inferioară se unește în ziua a 42-a cu pînțenul alantoidian, formațiune mezenchimatoasă ce desparte alantoida de intestinul posterior. Membrana cloacală rămîne posterior de peretele nou format devenind membrană anală, închizînd rectul — camera posterioară derivată din cloac.

Vacuolizarea descrisă naște o cavitate cu sediul în partea infero-medială a tuberculului cloacal în legătură cu camera anterioară derivată din cloac — sinusul urogenital. Acesta este închis de membrana urogenitală de natură ento- și ectoblastică.

Evoluția ulterioară se face prin invadarea mezoblastică (din pînțenul alantoidian) a lamei entoblastice cloacale pînă la lama epiblastică dintre cele două membrane urogenitală și anală; astfel va lua naștere perineul (fig. 446).

În săptămâna a 8-a se poate face o împărțire a sinusului urogenital, în care se deschid în acest moment canalele Wolff, ureterele și alantoida, într-o porțiune superioară — sectorul vezicourinar și o porțiune inferioară, caudală de deschiderea canalelor Wolff, la început efilat, apoi ampular deasupra membranei urogenitale, numit sectorul genital.

În ceea ce privește canalele Miiller acestea apar bilateral la embrionul uman indiferent de sex, în stadiul de 10 mm (săptămâna a 6-a) ca o invaginare a epiteliului celomic în mezenchim, lateral de, și către extremitatea cranială a duetului mezonefrotic.

Deschiderea în cavitatea celomică a duetului miillerian va persista la femeia adultă sub forma ostiumului abdominal al tubelor uterine.

Pentru dezvoltarea canalului Miiller un rol esențial îl are canalul Wolff aparut încă din săptămâna a 4-a. De asemenea Didier remarcă necesitatea prezenței ostiumului pentru dezvoltarea subiacentă a canalelor Miiller, lipsa acestuia antrenând o ageneză miilleriană.

Porțiunea caudală a invaginației formează un mugure de celule care merge din mezenchimul lateral paralel cu duetul Wolff. În porțiunea cranială a mugurului apare un lumen în continuare cu ostiumul celomic. La capătul caudal al mezonefrosului, canalul Miiller încrucișează anterior duetul Wolffian, devenit din lateral-medial, continuându-se caudal.

În săptămâna a 8-a, canalele Miiller ating sinusul urogenital și încep să se deschidă în acesta. De altfel, porțiunea caudală a canalelor Miiller este plină, formând un cordon celular. La punctul de atingere dintre canalele Miiller și sinusul urogenital, peretele acestuia din urmă se îngroașă formând tuberculul Miiller în această perioadă canalele Miiller sunt numai apropiate unul de celălalt și nu există o coalescență între ele. Alipirea lor se realizează în săptămâna a 10-a, iar resorbția peretelui dispare în săptămâna a 12-a. Extremitățile caudale, pline, ale canalelor Miiller vor fuziona în săptămâna a 13-a.

Canalele Miiller pot fi divizate în 3 porțiuni: cranială (cu traiect longitudinal), mijlocie (cu traiect transversal) — aceste 2 porțiuni dau naștere trompelor — și caudală (cu traiect din nou longitudinal). Această 3-a porțiune se alipitește cu homonima ei în porțiunea lor mijlocie. Fuziunea se întinde cranial și caudal dând naștere canalului utero-vaginal.

Canalul utero-vaginal, care este legat de trompe printr-un mic segment de canal Miiller, ce va da naștere bilateral coarnelor uterine, crește în lungime și se întinde antero-posterior; el va forma corpul uterin și istmul.

În porțiunea sa inferioară canalul utero-vaginal se întinde și mai pronunțat, pereții anterior și posterior se sudează de jos în sus formând lama epitelială a vaginului (Koff).

Originea embriologică a acesteia nu este unanim acceptată și dezvoltarea embrionară a vaginului rămâne în stadiul de ipoteze, foarte variate după diferiți autori:

- a) originea miilleriană în întregime (Biilmer);
- b) originea wolffiană în întregime;
- c) dezvoltarea în totalitate din sinusul urogenital;
- d) origine miilleriană, înlocuită de proliferarea sinusală;
- e) origine superioară miilleriană și inferioară sinusală: din tuberculul Miiller se formează o masă celulară compactă constituind bulbul sino-vaginal (Koff) creșterea acestora ar duce la umplerea porțiunii inferioare a canalului utero-vaginal și la apariția lamei epiteliale a vaginului, a cărei origine ar fi astfel sinusală;
- f) origine sino-wolffo-miilleriană (Hamilton) susținută prin prezența de celule wolffiene la nivelul bulbilor sino-vaginali.

Oricum ar fi situația, în realitate, la debutul lunii a V-a lama epitelială a vaginului, prin vacuolizare în porțiunea sa superioară dă naștere unei cavități de forma unei cupe, ce ptrunde în mezenchimul din jurul istmului uterin. Această cavitate este expresia viitoarelor funduri de sac vaginale. Între săptămâna a 18-a și a 22-a procesul de vacuolizare cuprinde și restul lamei epiteliale, individualizând astfel vaginul ce rămâne separat de sinusul urogenital prin membrana himenal derivată din tuberculul Miiller.

2. OPERAȚII PLASTICE ȘI REPARATOARE ÎN ANOMALII CONGENITALE ÎN CĂȘTIGATE ALE TRACTULUI GENITAL FEMININ

Anomaliile morfologice ale tractului genital sînt, fie congenitale, fie cî ti- gate. Vom trece în revist tratamentul anomaliilor congenitale, în func ie de sediul lor, pe cînd pentru cele cî tigate vom c uta a preciza indica iile de tratament în func ie, atît de sediu, cît i de etio-patogenia lor.

ANOMALIILE MORFOLOGICE CONGENITALE ALE VULVEI

Cele mai frecvente (relativ) sînt hipoplazia i hipertrofia vulvar , anusul vulvo-vestibular i ureterele vulvare.

Hipoplazia vulvei îmbrac aspecte variate:

- buzele mici pot dep i cu mult pe cele mari, care sînt sub iri, f r gr sime;
- pubis f r gr sime, buze mari absente, cele mici scurte, clitoris de dimensiuni reduse;
- cele de mai sus înso ite de profunzime anormal a fosei naviculare i a centrului perineal (care normal este înalt de 3—4 cm).

Hipoplazia vulvei nu necesit prin ea îns i tratament; la ea se pot îns asocia semnele de infantilism generalizat (somatic i psihic), deseori i alte malforma ii, tr dînd o tulburare genetic profund , în care tratamentele hormonale r mîn f r efect.

Accidentele datorite hipoplaziei vulvare (rupturi traumatice, rupturi la na tere) necesit ca tratament plastia perineal .

Hipertrofia vulvei (a buzelor mari i mai adesea a celor mici, sau a ambelor perechi) se întîlne te mai frecvent la anumite popoare (hipertrofia buzelor mici la hotentote); tratamentul ei este simplu: excizia chirurgical a esurilor în exces, urmat de sutur .

Deschiderea ureterelor în vulv , foarte rar (dup Snoeck i Ghilain ar fi publicate numai 33 de cazuri), necesit transplantarea lor pe cale abdominal . Tehnica nu difer cu nimic, în aceste cazuri (vezi reimplantarea ureterelor), de cea folosit în sec iunea accidental a ureterului.

Aten ia operatorului trebuie s fie atras de:

- respectarea vasculiariza iei conductului ureteral;
- p strarea bontului suficient de lung, pentru a evita punerea în tensiune la punctul de implantare.

Anusul vestibulo-vulvar se produce prin dezvoltarea incomplet a septului uro-rectal. Sînt cunoscute dou variet i clinice:

- deschiderea rectului i în vestibul i în anusul normal situat (tratament: ca pentru fistulele recto-vaginale);
- deschiderea numai în vestibul, cu sau f r sfincter.

Aceast malforma ie, care se opereaz în condi ii optime în jurul vîrstei de 10 ani, este deci de domeniul chirurgiei infantile.

Anomaliile morfologice congenitale ale himenului sînt explicate de constitu ia lui (dou mucoase avînd între ele esut conjunctiv i elastic, în propor ie variabil). Anomaliile ca himenul c rnos, cribriform, imperforat, necesit incizia sau excizia (urmat de drenaj vaginal, în caz de hematometrie). Chisturile hime- neale, prin dezvoltarea vestigiilor embrionare, se opereaz ca i chisturile para- vaginale.

Anomaliile morfologice congenitale ale clitorisului sînt hipoplazia, hipertrofia i teleclitoridia. În hipoplazii se ob in rezultate cu testosteron intramuscular (de dou -trei ori pe s pt mîn 10—25 mg) sau în aplica ii locale.

În hipertrofia clitorisului se poate practica operaia Ombrédanne și Cotte: după circumcizie se secionează ligamentul suspensor, ceea ce permite coborîrea subpubiană a clitorisului; apoi înfundarea se practică prin reunirea pe fața dorsală a două lambouri cutanate prelevate din extremitatea superioară a buzelor mici.

Teleclitoridia, caracterizată printr-o distanță mai mare de 2 1/2 cm de la meatul urinar, ar indica operaia descrisă de Halban și Narjani sub numele de clitoricathezis: incizia în V a pielii deasupra clitorisului; se decolează pielea și grăsimea, ridicînd lamboul creat în sus pînă la periostul pubisului, pe care se inseră ligamentul suspensor al clitorisului; acesta este secționat (fig. 447) și astfel clitorisul poate fi tras în jos, închizînd plaga în Y. Această operaie este desigur indicată numai cînd teleclitoridia se însoțește de frigiditate, dar tocmai atunci rezultatele ei funcționale sînt îndoielnice.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE URETREI

Acestea sînt foarte rare la femei.

Hipospadiasul, prin dezvoltare incompletă a septului uro-genital, nu necesită în cazurile uoare nici un tratament; cînd întinderea lui este însemnată, este indicată operaia plastică, care folosește grefa tubulizată de mucoasă vaginală (din peretele anterior), cu sau fără interpoziția mușchilor bulbo-cavernosi.

Epispadiasul (cu sau fără diastazis al ramurilor pubiene sau extrofie de vezică) este de domeniul chirurgiei infantile.

Diverticuli, ce pot fi confundați cu chisturile paravaginale sau cistocelul, sînt deseori infecțioși sau calculoși. Tratatamentul chirurgical este înșurubit indicat în toate cazurile: în caz de diverticuli ei se disec și se rezec; se suturează și se lasă sondă uretrală.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE VAGINULUI

Deoarece aplaziei și tratamentului ei chirurgical îi rezervăm un capitol special (vezi «Neocolpopezia») vom cita:

Hipoplazia vaginală care justifică dilatarea progresivă.

Deschiderea vaginului în uretră, frecvent la pseudohermafrodiții feminini, cu sau fără adrenocorticism congenital, reproduce o dispoziție ce se întîlnește la embrionul de 106 mm (constituie deci oprirea în dezvoltare la această fază). Operaia constă într-o incizie pe linia mediană a pseudoscrotului (ghidat cu un dilator Hegar introdus în prealabil în «uretră»): se vede atunci orificiul uretral adevărat și imediat dedesubt, orificiul segmentului vaginal de origine mülleriană. Se face sutura cu puncte separate a mucoasei fostului sinus uro-genital la piele. Postoperator se recomandă dilatarea progresivă a orificiului vaginal.

Chisturile paravaginale (ale canalelor Gartner, din resturile embrionare wolffiene) se gătesc pe pereții laterali sau posteriori ai vaginului. Ele pot să prezinte din punctul de vedere al exerezei chirurgicale dificultăți serioase, cînd sînt situate în treimea superioară a vaginului, sau cînd se prelungesc către ligamentul larg. Situația lor înaltă a fost se recomandă debridare larg vulvar (Moquot și Palmer), iar pentru prelungirile profunde, următorul artificiu de tehnică (R. și B. Keller): se face o fereastră în peretele chistului la locul cel mai accesibil și se suturează mucoasa vaginală la restul de perete al chistului (R. și B. Keller sus în continuare procedînd astfel peretele chistului a fost curînd înlocuit, spontan, de mucoasa vaginală).

Vaginul dublu sau septurile longitudinale (prin lipsa de fuziune a canalelor Müller) pune problema unei intervenții chirurgicale cînd malformația se însoțește de dispareunie, sau cînd este recunoscut în cursul nașterii și septul reprezintă o jenă în coborîrea prezentei. Operaia este foarte simplă: ea constă în rezecția septului, urmată de sutura pereților anteriori și posteriori ai celor două conducte, care astfel se unifică.

Septurile transversale sau *diafragmele* vaginale constituie malformația cea mai des întîlnită. Explicația lor ontogenetică precum și sediile lor mai frecvente au fost amintite; grosimea diafragmului este de cîteva milimetri (cînd au o grosime de 1 cm, sau mai mare, nu mai pot fi socotite simple septuri, ci aplazii localizate sau parțiale de vagin). Alături de sediul, mai mult sau mai puțin înalt al septului, un alt caracter anatomo-clinic, prezența sau absența unei soluții de continuitate pe sept, face ca anomalia morfologică să aibă o serie de aspecte, de la obstrucția vaginală completă, jos situată, cu criptomenoree, imposibilitatea contactului și concepției (simulînd absența congenitală a vaginului), pînă la diafragmele incomplete în fața colului, deseori recunoscute abia în timpul travaliului.

În principiu trebuie diferențiate:

— septurile complete, mai rare, însoțite de retenția menstruelor (hemato-colpos cu sau fără hematometrie și hematosalpinx), recunoscute ca atare mai ales după antecedente (dureri și fenomene de distensie ciclice) și reclamînd pentru precizarea diagnosticului, pe lângă tactul rectal, o celioscopie sau chiar laparotomia exploratoare;

— septurile incomplete, mai frecvente, recunoscute cu ocazia unui examen întîmplător sau pentru simptome ca: dispareunie, dismenoree, leucoree (colul uterin, îmbibat de secrețiile muco-purulente ce drenează prost, este și el foarte des de tratat în aceste cazuri), precizarea diagnosticului se poate face radiologic, după umplerea segmentului vaginal de deasupra septului cu o substanță de contrast.

Conduita, în cazul septurilor complete, are un timp preliminar: incizia hemato-colposului și drenajul cu o sondă Pezzer.

Apoi, într-un caz și în altul se va trece la suprimarea septului. Pentru aceasta s-a propus excizia lui (Lecâne); dar intervenția este prea largă, lasă cicatrice circulară, adesea stenozantă, și suprimînd o bună parte din «stofa» septului, scurtează vaginul. Rezultate bune se obțin prin incizii ale septului urmate de sutura perpendiculară, a plăgii astfel create.

Dar cea mai recomandabilă intervenție este autoplastia după procedeul folosit de A. Granjon: după expunerea septului cu valve se face pe fața lui distală o incizie în V, cu vîrfurile spre orificiul creat sau preexistent; se decolează lamboul astfel delimitat și apoi se prelungesc incizia sagitală (aceasta va avea deci în total forma unui Y răsturnat), pe fața proximală a septului. Sutura se începe ducînd vîrfurile lamboului decoltat la capătul proximal al inciziei și continuînd de o parte și de alta sutura plăgii, în sens frontal, eventual punînd pe marginile celorlalte exuberante cîte un fir în U (fig. 448, 449, 450, 451).

După cum orificiul septului a fost central, sau lateral, se vor face două - trei incizii în Y (una pe 1/2 posterioară și alta sau altele pe 1/2 anterioară a septului), sau numai una singură (cu brațele V-ului orientate către partea spre care implantarea septului este mai largă).

Suturile se fac cu fire de ață, setolin sau nylon și în vagin se lasă o vreme îmbibată cu o soluție de oestrogeni și sulfamide ca în ovulele Ovestrol (pentru a favoriza vindecarea vaginului); firele se scot la 14—15 zile.

Acest procedeu are avantajul că nu sacrifică nici o porțiune din mucoasa vaginală și este cel mai indicat în diafragmele cu orificiu strîmt; însă s-au recunoscut și unele inconveniente și anume că sutura terminală se găsește în planul septului (deci susceptibil de scleroză cicatricială), iar punctul cardinal din vârful lamboului triunghiular are adesea, din cauza tensiunii, tendința de a se dezuni.

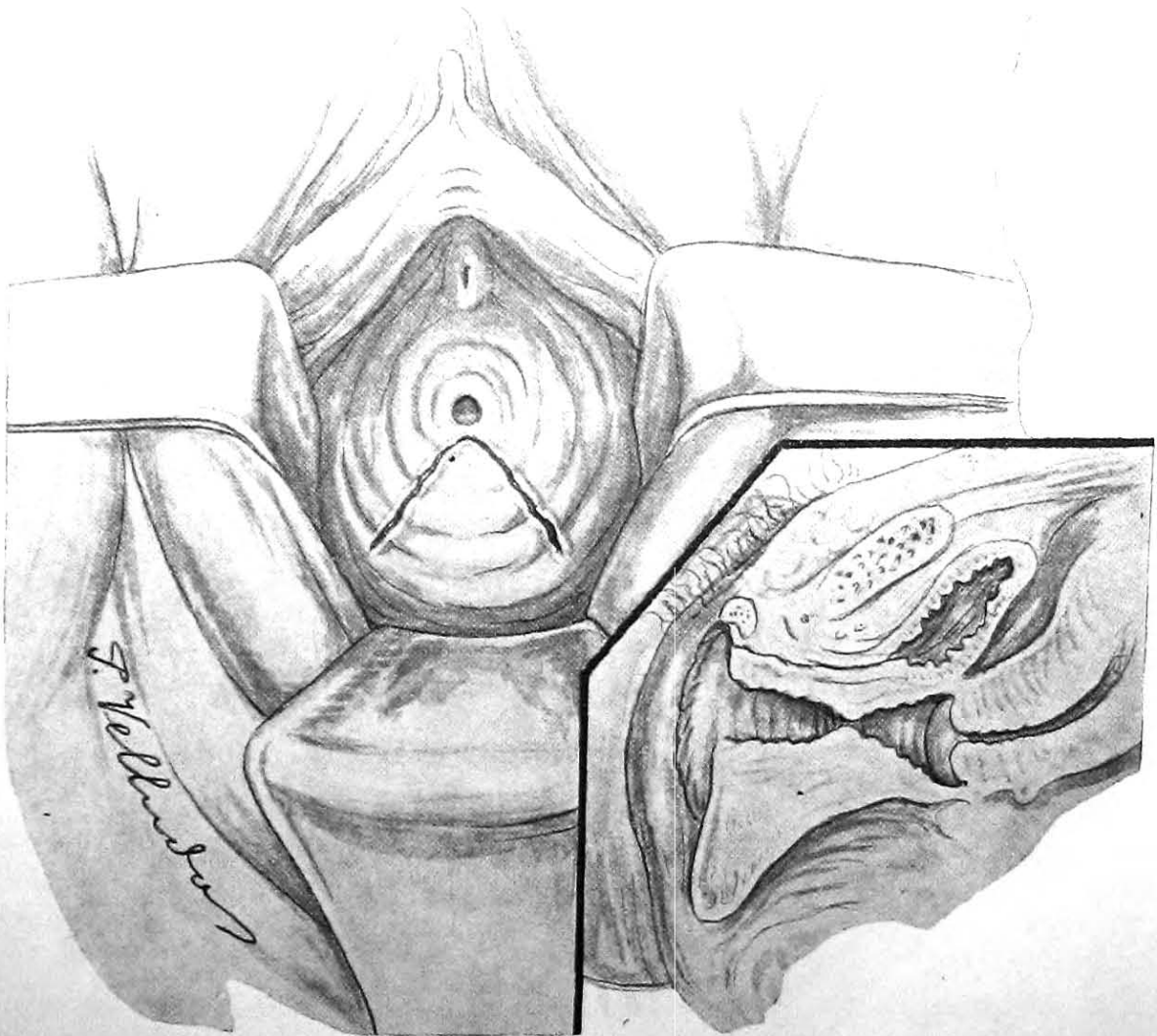


Fig. 448. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Incizia septului pe fața sa caudală (în V răsturnat).

În cartuș : vederea unui astfel de sept într-o secțiune sagitală.

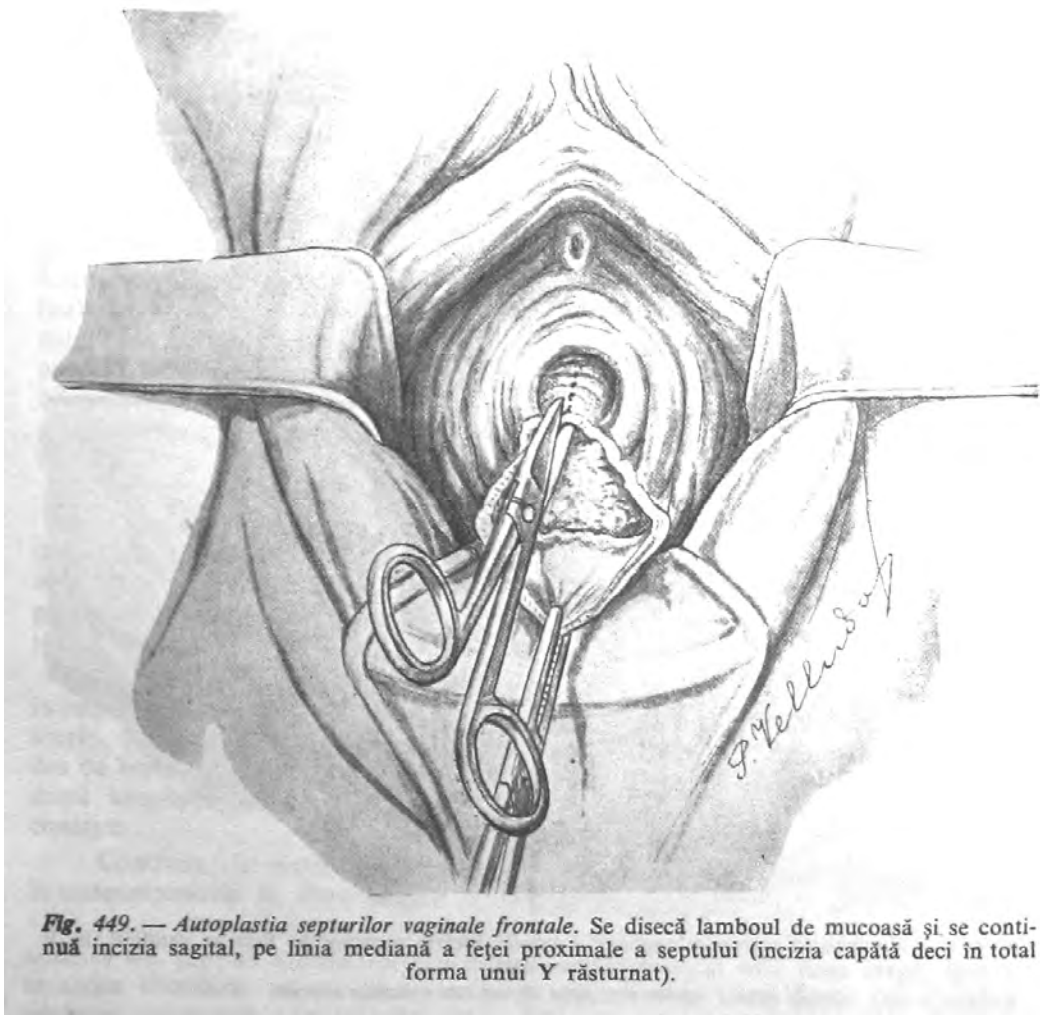


Fig. 449. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Se disecă lamboul de mucoasă și se continuă incizia sagital, pe linia mediană a feței proximale a septului (incizia capătă deci în total forma unui Y răsturnat).

Iată ce de sine recomandăm în operațiile plastice ale septurilor vaginale: plastia în Z cu transpoziția lambourilor (propusă pentru tegumente, din 1856, de către Denonvilliers), cu care se câștigă în largime ceea ce se pierde în înălțime: o valvă, înlocuită de un ajutor expune diafragma, acum se alege sediul și numărul de plastii în Z de făcut (când diafragma este înelar 3 Z-uri sînt necesare: unul posterior și câte unul din fiecare parte a uretrei; cînd este vorba numai de o bridă semicirculară, două plastii în Z sînt suficiente) (fig. 452).

Brida este pusă în tensiune cu două fire tractor și în incizia B-C se face chiar pe creasta septului (este important de a inciza nu numai mucoasa pe toată grosimea ei, dar și esutul conjunctiv scleros, ce formează diafragma pînă la esutul celular, ce reprezintă spațiul decolabil subiacent). La extremitățile acestei incizii se fac în unghi de 60° încă două incizii (una către anterior și în jos; cealaltă către posterior și în sus) egale ca lungime. Cele două lambouri triunghiulare sînt disecate cu grijă, cu instrumente fine, apoi încruciate (ca în fig. 452) sau transpozate și suturate cu nylon foarte fin.

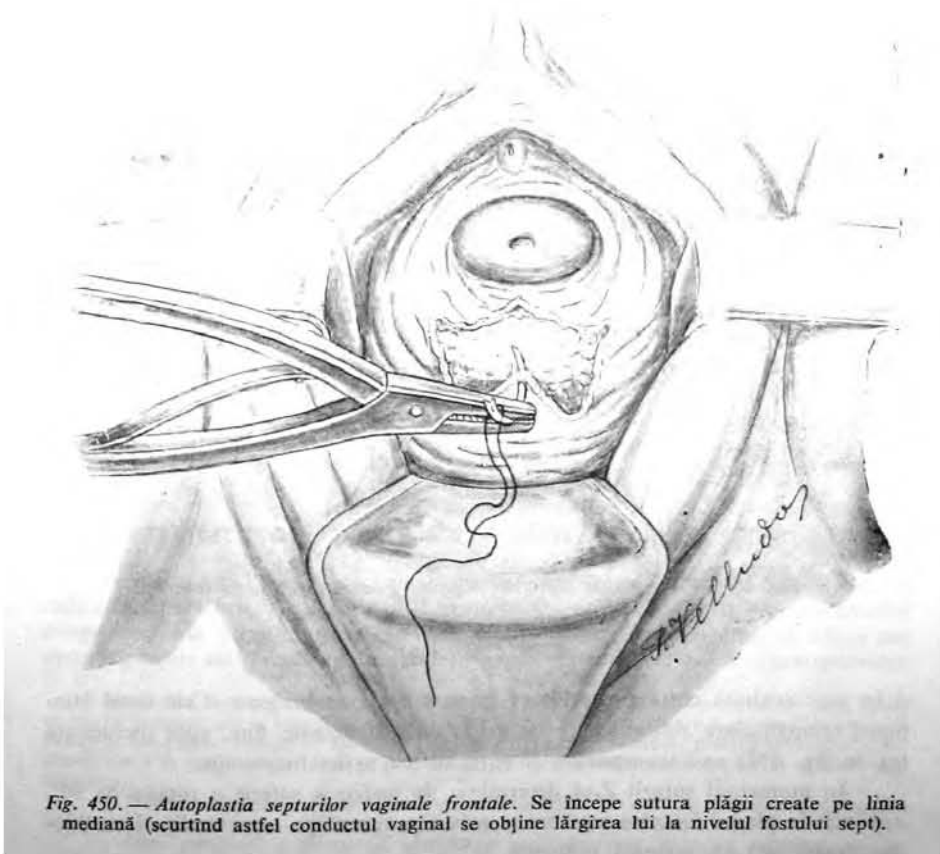


Fig. 450. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Se începe sutura plăgii create pe linia mediană (scurtând astfel conductul vaginal se obține lărgirea lui la nivelul fostului sept).



Fig. 451. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Încheierea suturii.

În momentul suturii Z-ul determinat de incizie a suferit o rotație de 90°, așadar în planul fostului sept nu va exista o sutură care tendea la retracție și cicatriceală și o poate influența.

Pansamentul este bine să fie făcut pentru o săptămână, pe un mandren suficient de gros și suplu (ca să fie compresiv fără a jena micuțea) și tubular ca să lase să se scurg secrețiile și eventual sângele ce s-ar putea aduna.

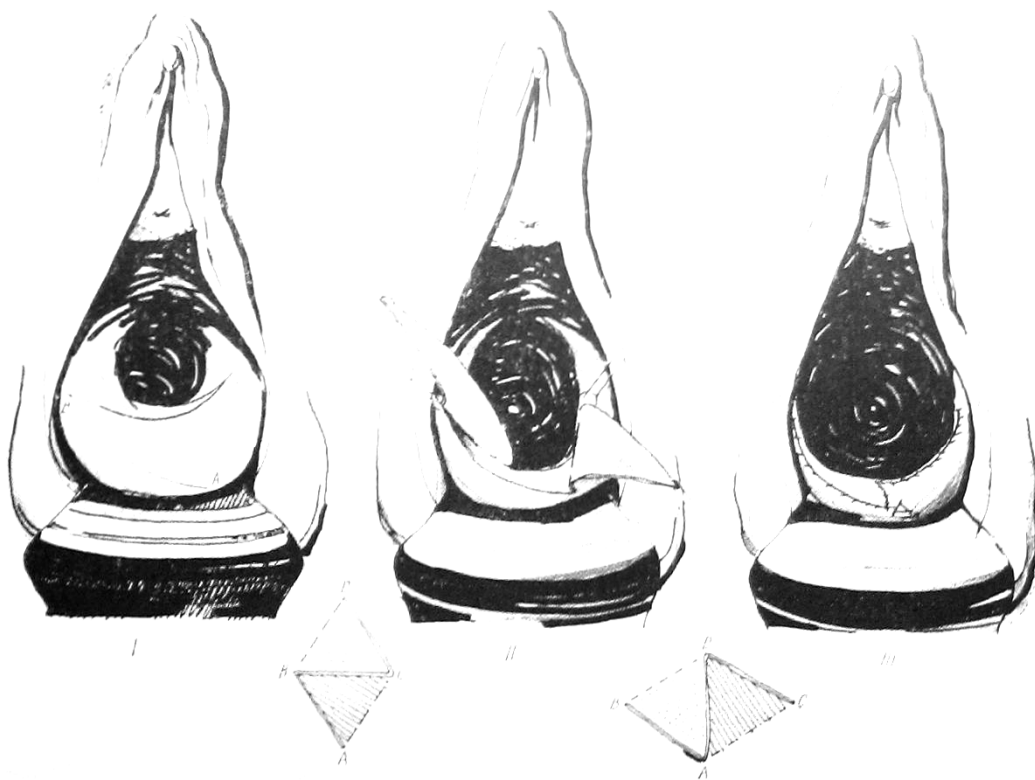


Fig. 452. — Autoplastia septurilor vaginale frontale. Procedeu cu incizia în Z și substituția lambourilor :

I — Incizia (între I și II modul în care se face incizia în Z și cele 2 lambouri: cel punctat va lua locul celui hașurat.
II — Pregătirea lambourilor (între II și III modul în care se suturează lambourile odată pregătite). III — Sutura terminată.

ANOMALII MORFOLOGICE CONGENITALE ALE UTERULUI

Pentru o bună alegere a problemei și pentru un diagnostic exact, necesar indică ieii operatorii, ni se pare utilă reamintirea unor clasificări ale anomaliilor congenitale ale uterului (care nu sînt decît oprirea în dezvoltare a unuia sau unor segmente ale tractului genital feminin într-o anumită epocă a organogenezei).

Neexistînd încă un consens unanim asupra clasificării acestor anomalii, ne vom referi în cele ce urmează atît la clasificarea clasică a lui Von Winkel, clasificare a anomaliilor uterului făcută pe baza celor 7 etape de dezvoltare ale tractului genital feminin; precum și la clasificarea clinică (în 4 familii de malformații) propusă de Musset și colaboratorii, care ni se pare mai didactică.

I. După clasificarea lui Von Winkel etapa I corespunde epocii de formare a canalelor Müller iar malformațiile posibile, prin oprirea dezvoltării în această etapă sînt :

- lipsa completă a trompelor, uterului și vaginului prin agenezia ambelor canale mulleriene;
- lipsa unei trompe și a unui corn uterin (uterus unicornii verus) prin agenezia unui canal mullerian.

Etapa a II-a corespunde epocii de tunelizare și apropiere a canalelor Müller; malformațiile posibile sînt:

- uterul rudimentar solid simplu sau bicorn; de asemenea uterul unjorn sau cu corn opus rudimentar ce însoțesc adesea absența congenitală de vagin (prin lipsa totală sau parțială de tunelizare a cordoanelor mulleriene) ca în sindromul Rokitanski-Kuster-Hauser;

— uter didelf adevărat (uterus duplex separatus cum vagina duplex separata) prin lipsa de coalescență a canalelor mulleriene.

Etapetele a III-a și a IV-a corespund epocii de sudare a celor două canale Müller (pînă la ligamentul Hunter) și de resorbție a septului separator; malformațiile utero-vaginale datorate opririi în dezvoltare în aceste etape, cele care beneficiază cel mai mult de operațiile plastice și separatoare, sînt:

- uterul bicorn (uterus bicornis septus, subseptus, simplex cum vagina septa, subseptata, simplex);
- uterul bilocular sau cloazonat (uterus planifundalis septus, subseptus, simplex cum vagina septa, subseptata, simplex).

Etapa a V-a corespunde dezvoltării fundului uterin, iar malformația corespunzătoare opririi în dezvoltare în această etapă este uterul fetal.

Etapa a VI-a corespunde opririi uterului în dezvoltare la stadiul de uter infantil (cum este înainte de vîrsta de 10 ani); iar etapa a VII-a corespunde opririi dezvoltării uterului la stadiul virginal sau hipoplazic.

Bineînțeles anomaliile dezvoltării uterului reprezentate de oprirea în ultimele 3 etape nu sînt de resortul corecției chirurgicale, ci de al hormono- și reflexo-terapiei.

II. După clasificarea propus de Musset și colaboratorii se cuprinde:

— în prima familie ageneziile sau aplaziile²¹ uterine (din care fac parte, pe lângă unele anomalii incompatibile cu viaa fiind însoțite de agenezii multiple și în special renoureturale, aplazia uterin bilateral incomplet sau sindromul Rokitanski-Kuster-Hauser și aplazia uterin unilateral complet sau incomplet).

în a doua familie, *hemiuterele* cu persistența a mai mult sau mai puțin în complet a dualității canalelor Muller cu două variante: uterul bicorn-bicervical sau didelf (cu sau fără retenția menstruală) și uterul bicorn unicervical.

în a treia familie *uterele septate* (total sau subtotal, la nivelul corpului sau la nivelul colului).

în fine, în a IV-a familie sînt cuprinse *uterele cu cavități comunicante* (la exterior uterul putînd apărea fie ca unic, fie ca dublu).

Frecvența malformațiilor congenitale ale uterului este diferit apreciată după criteriile ce au stat la baza diagnosticului: clinice (ginecologice sau obstetricale), histero-salpingografice sau prin necropsii ale nou-născuților de sex genetic feminin (fiindcă unele agenezii uterine se însoțesc de aplazia renoureturală, incompatibilă cu viaa). Evident, oricum ar fi ele diagnosticate, nu toate malformațiile utero-vaginale sînt de resortul chirurgiei plastice și reparatoare.

În ce privește malformațiile congenitale utero-vaginale indicațiile operatorii sînt de două ordine:

— la «cald» cînd un sindrom dureros repetat (datorat retenției menstruale) aduce la spital o fată tînără cu suspiciunea de abdomen acut;

— la «rece» cînd malformația uterină identificată histerografic a dus la infertilitate prin avorturi repetate.

Din punct de vedere în primul caz majoritatea operațiilor sînt decise de urgență, adesea pe o eroare de diagnostic, fără histerografie prealabilă, ba uneori într-un mediu chirurgical neadecvat (lipsind preocuparea unei chirurgii ginecologice plastice și reparatoare).

Tipurile malformațiilor ce ajung la această situație de intervenție de urgență sînt relativ variate: unele pur uterine (uterul bicorn bicervical sau unicervical cu retenție menstruală unilaterală), altele utero-vaginale (uterul bicorn-bicervical cu un vagin lipsit total sau parțial de lumen) sau numai vaginale (prin aplazii parțiale, septuri transversale etc.);

Pentru aceasta de la caz la caz, trebuie găsită o rezolvare de moment pentru evacuarea sîngelui menstrual retenționat. Cu cît operația va fi mai anodină și mai limitată cu atît se va putea după completarea explorărilor, corecta malformația («la rece», per secundam, în condiții mai favorabile).

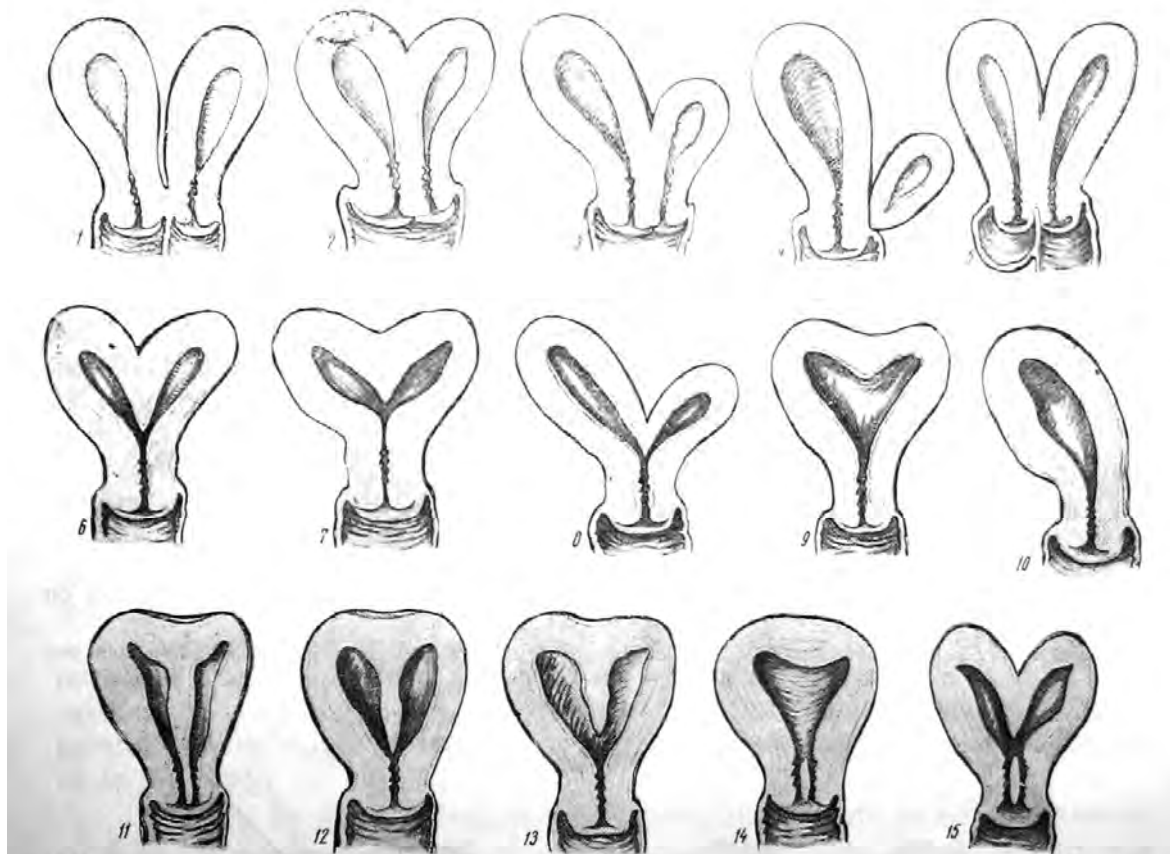


Fig. 453. — Malformații congenitale uterine (după Musset și colab.):

1 — două hemiutere independente (uter didelf); 2 — două hemiutere alipite (cu dezvoltare egală); 3 — două hemiutere alipite (cu dezvoltare inegală); 4 — două hemiutere cu atrezie cervicală unilaterală; 5 — două hemiutere unite cu semi-atrezie vaginală; 6 și 7 — forme tipice de uter bicorn — unicervical; 8 — uter bicorn unicervical (cu coama inegal dezvoltată); 9 — uter cordiform («în șă»); 10 — uter unicorn. Grupa C: 11 — uter septat total; 12 — uter septat subtotal; 13 — uter septat numai la nivelul corpului; 14 — uter septat la nivelul colului. Grupa D: 15 — uter comunicant (sau uter în «H»).

²¹ Termenul de *agenezie* ar fi corect dacă am putea afirma că organul respectiv nu a fost generat; cel de *aplazie*, dacă odată creat, organul în cauză nu s-a dezvoltat (diferențiere foarte greu de făcut în practică, cel puțin în privința uterului și vaginului).

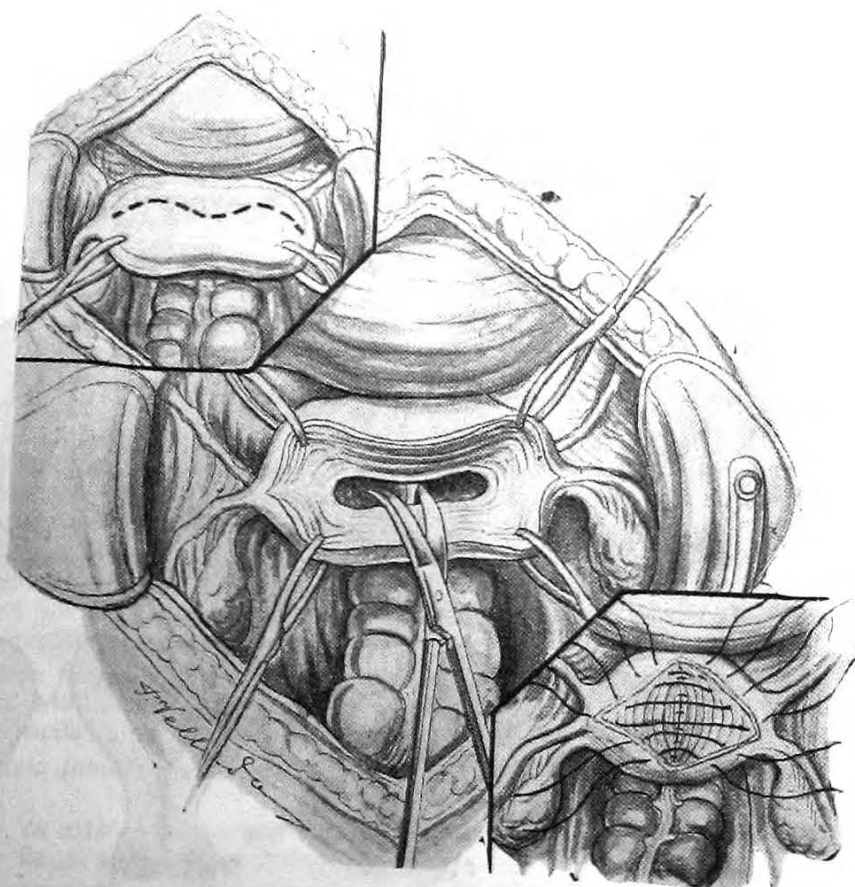


Fig. 454. — Operația Strassmann (pe cale abdominală): secționarea cloazonului separator cu foarfeca curbă.

În cartușul de sus: incizia pe fundul uterului. În cartușul de jos: reconstituirea uterului prin sutura miometrului perpendicular sensului inciziei.

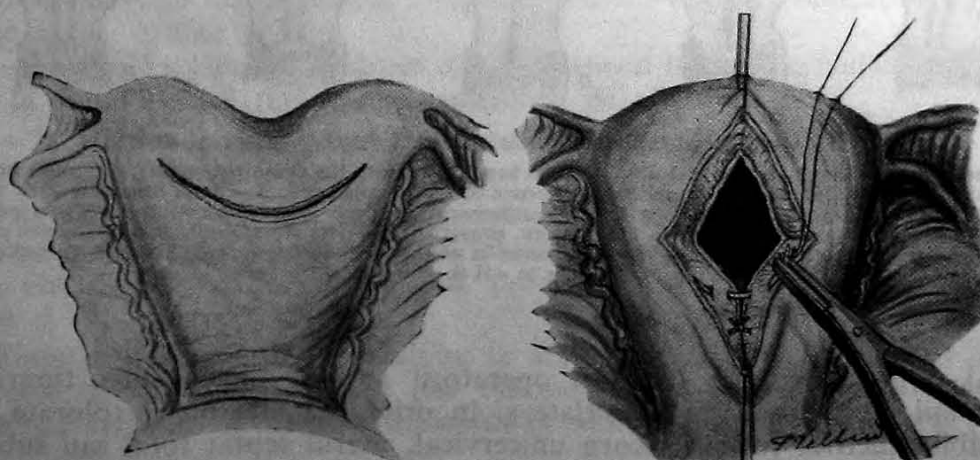


Fig. 455. — Procedeul Mathieu-Duparc :

A—linia de incizie (curbă cu concavitatea în sus, pe treimea superioară a feței anterioare a uterului, între inserțiile ligamentelor rotunde). B—reconstituirea uterului perpendicular pe direcția inciziei.

Al doilea ordin de indicații operatorii se pot pune pentru tipurile de malformații uterine mai puțin variate și în orice caz mai bine explorate și pe cât posibil simetrice (uterul bicorn unicervical, uterul septat total sau subtotal, uterul comunicant «în H»).

Chirurgia plastică și reparatoare a malformațiilor uterine nu joacă încă un rol foarte mare în practică, deși oprirea uterului în dezvoltare nu este rară, fiindcă unele malformații uterine, compatibile cu menținerea sarcinilor sînt recunoscute abia la naștere din cauza complicațiilor la care pot da loc (prezența lor transverse sau oblice, încatenarea placentei etc.)

În anumite cazuri, malformația descoperită întîmplător în cursul celiotomiei pentru diverse indicații (hematometrie parțială, sarcină într-un corn rudimentar etc.) este asimetrică; caz în care nu se pune problema histeroplastiei (reconstituirii unei cavități

uterine unice) condițiile anatomice nefiind favorabile, în astfel de situații singura soluție este îndepărtarea hemiuterului sau corpului hipoplazic (devenit patologic) urmat de legătura pediculului uterin de aceea parte și sutura plăgii hemiuterului restant.

În sfârșit în malformațiile simetrice, când există infecunditate pentru care nu se identifică alte cauze, sau femeia a prezentat un număr de avorturi, se indică operația descrisă și efectuată de Strassmann.

Operația Strassmann se poate efectua atât pe cale abdominală cât și pe cale vaginală (pentru exteriorizarea uterului pe cale vaginală vezi fig. 52) și constă în incizia transversală pe fundul uterului, aproape de la un corn la celălalt, cu deschiderea ambelor cavități; septul despărțitor este excizat cu un foarfece drept (fig. 454). Apoi plaga este închisă cu două straturi de fire separate puse în sensul inciziei evitându-se apropierea prea mare de implantațiile tubare (pentru a nu strangula porțiunea intramurală a trompelor). După aceasta se caută să se facă o peritonizare cât mai îngrijită utilizând peritoneul vezical (vezi fig. 527).

Din 1907, când Strassmann a efectuat pentru prima dată operația ce-i poartă numele (pe cale vaginală la o femeie cu 8 avorturi în antecedente, care după ce a fost operată a putut duce la termen 6 sarcini terminate prin nașteri spontane) s-au mai propus și alte procedee sau variante cu aceleași indicații:

Technica Mathieu-Duparc diferă prin sediul (pe fața anterioară a uterului, între cele două ligamente rotunde) și forma inciziei (arc de cerc cu concavitatea în sus); după deschiderea celor două cavități și excizia peretelui separator, sutura plăgii se face în sens sagital (modificarea propusă de Palmer) ca în fig. 455.

Technica Te Linde folosea incizia sagitală mediană atât pe peretele anterior cât și pe cel posterior și după ce excizia septului reconstituia uterul, mai aproape de forma sa anatomică, dar cu prezența unei cicatrice excesiv de întinse (fig. 456 și 457).

Jones propusese o variantă a acestei tehnici care, în locul inciziei sagitale, începea operația cu excizia în formă de V (pe o față și pe alta a uterului) interesând peretele separator de al celor două cavități (vezi fig. 458).

Rezultatele funcționale, după Sîrbu, care cred că are cea mai mare statistică de histeroplastii la noi în țară, sînt mai puțin bune și prin faptul că aceste procedee suprimă o parte din endometru și din esutul miometrial al acestor utere deja subnormal dezvoltate.



Fig. 456. — Procedeeul Te Linde. După deschiderea mediană a uterului se face excizia septului ce separă cele două cavități (în cartuș: cele două hemicavități, hașurate, și raportul lor cu incizia mediană).

O altă variantă a tehnicii Te Linde — mai economică pentru esuturile endo-miometrială, propusă de Bret și Guillet constă în incizia mediană simplă, atât pe peretele anterior cât și pe cel posterior (ca în procedeul Te Linde) după care se introduce o sondă canelată succesiv în fiecare cavitate și, pe aceasta, cu bisturiul se incizează septul, sau segmentul de sept corespunzător până în vecinătatea cornului uterin, după care fără a exciza nici miometrul, nici endometrul, se trece la unificarea celor două semiutere prin suturarea miometrului ca în procedeul Te Linde (fig. 459). Din punct de vedere acesta ultimă variantă are aceeași mare servitute: lasă o enormă cicatrice uterină (ce se întinde atât pe fața anterioară, pe fundul cât și pe fața posterioară a uterului), care întunecă prognosticul obstetrical (adică însuși scopul pe care și-l propun histeroplastiile).

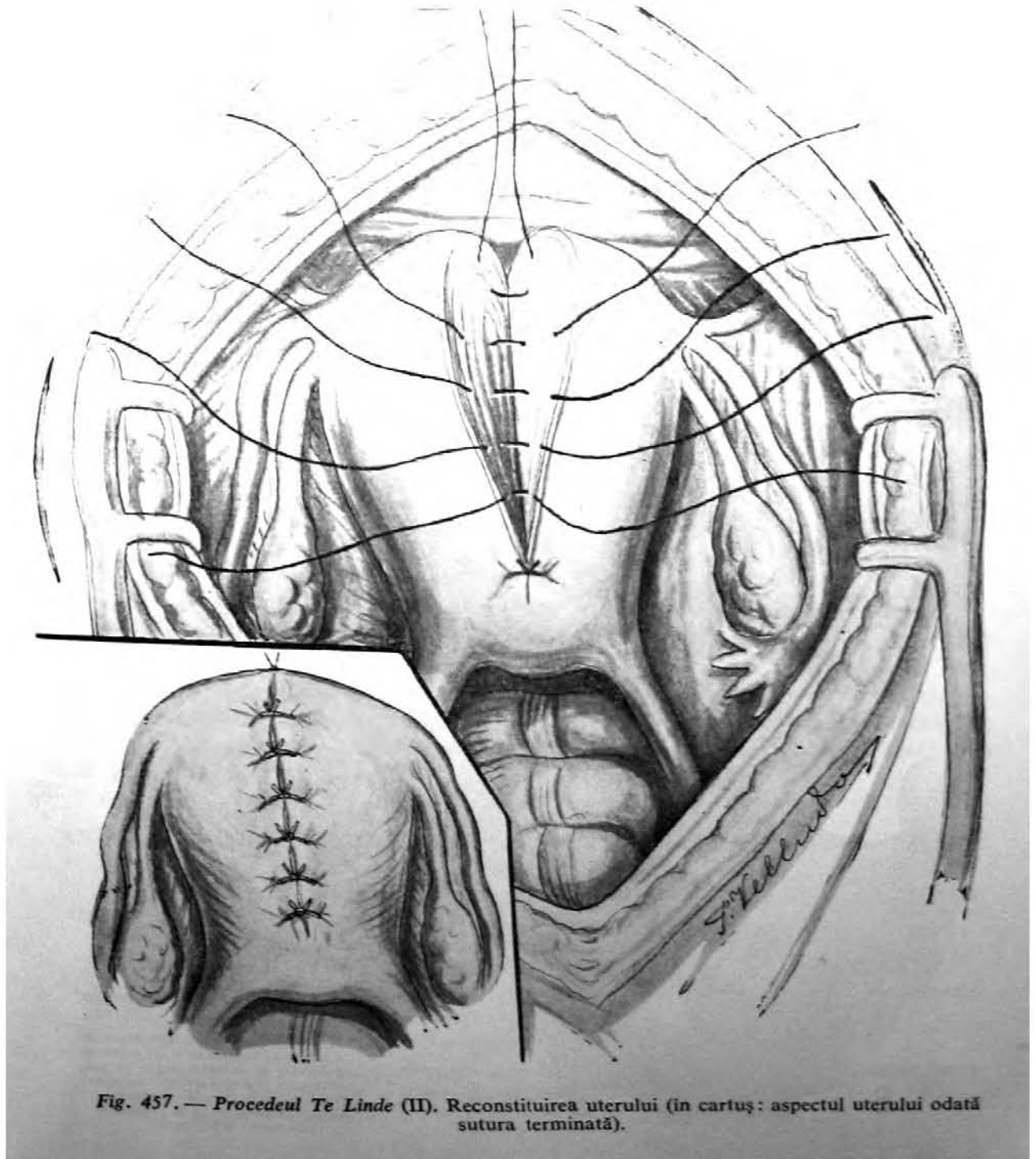


Fig. 457. — Procedeul Te Linde (II). Reconstituirea uterului (în cartuș: aspectul uterului odată sutura terminată).

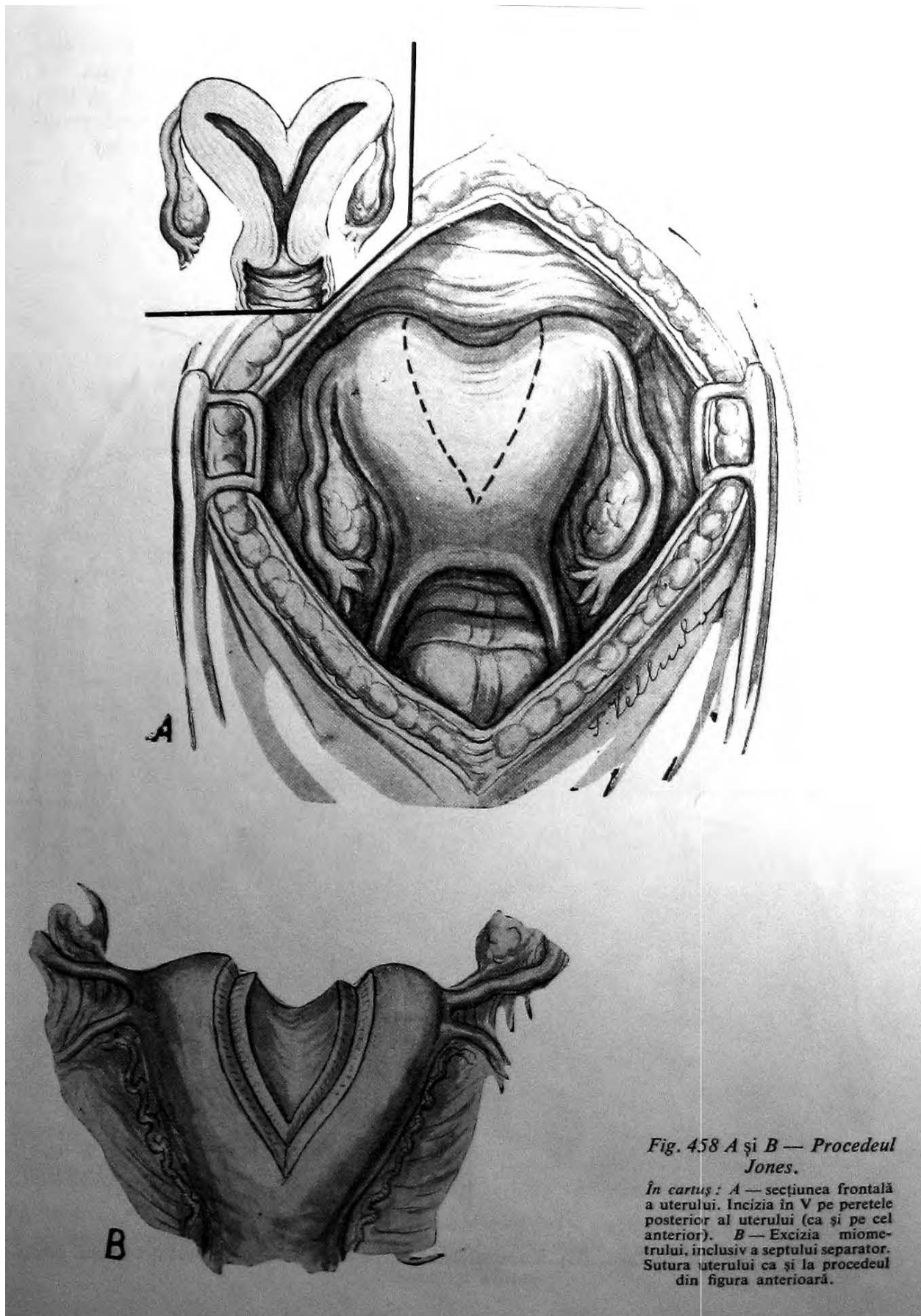


Fig. 458 A și B — Procedul Jones.

În cartuș: A — secțiunea frontală a uterului. Incizia în V pe peretele posterior al uterului (ca și pe cel anterior). B — Excizia miometrului, inclusiv a septului separator. Sutura uterului ca și la procedul din figura anterioară.

În anumite forme de malformații, când septul separator al cavităților se întinde continuu sau discontinuu (uterul cu cavitatea în « H ») și la nivelul colului se recomandă executarea procedurii ale căreia poate fi combinată — și pe cale abdominală și pe cale vaginală (pentru secționarea între două pense Kocher a septului cervical), fie completarea operației pe corpul uterin, cu excizia septului

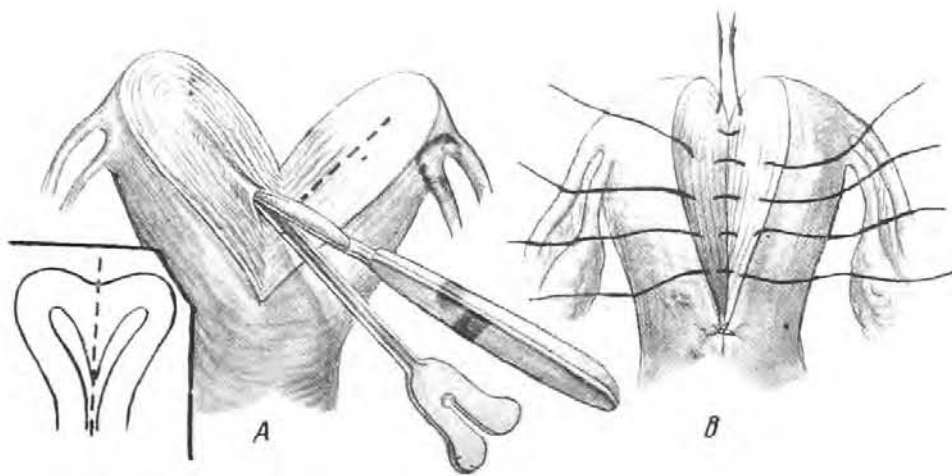


Fig. 459. — Procedul Bret-Guillet :

A — Secționarea septului pe o sondă canelată introdusă în cavitatea dreaptă (în cartuş: direcția inciziei). B — Sutura peretelui uterin posterior.

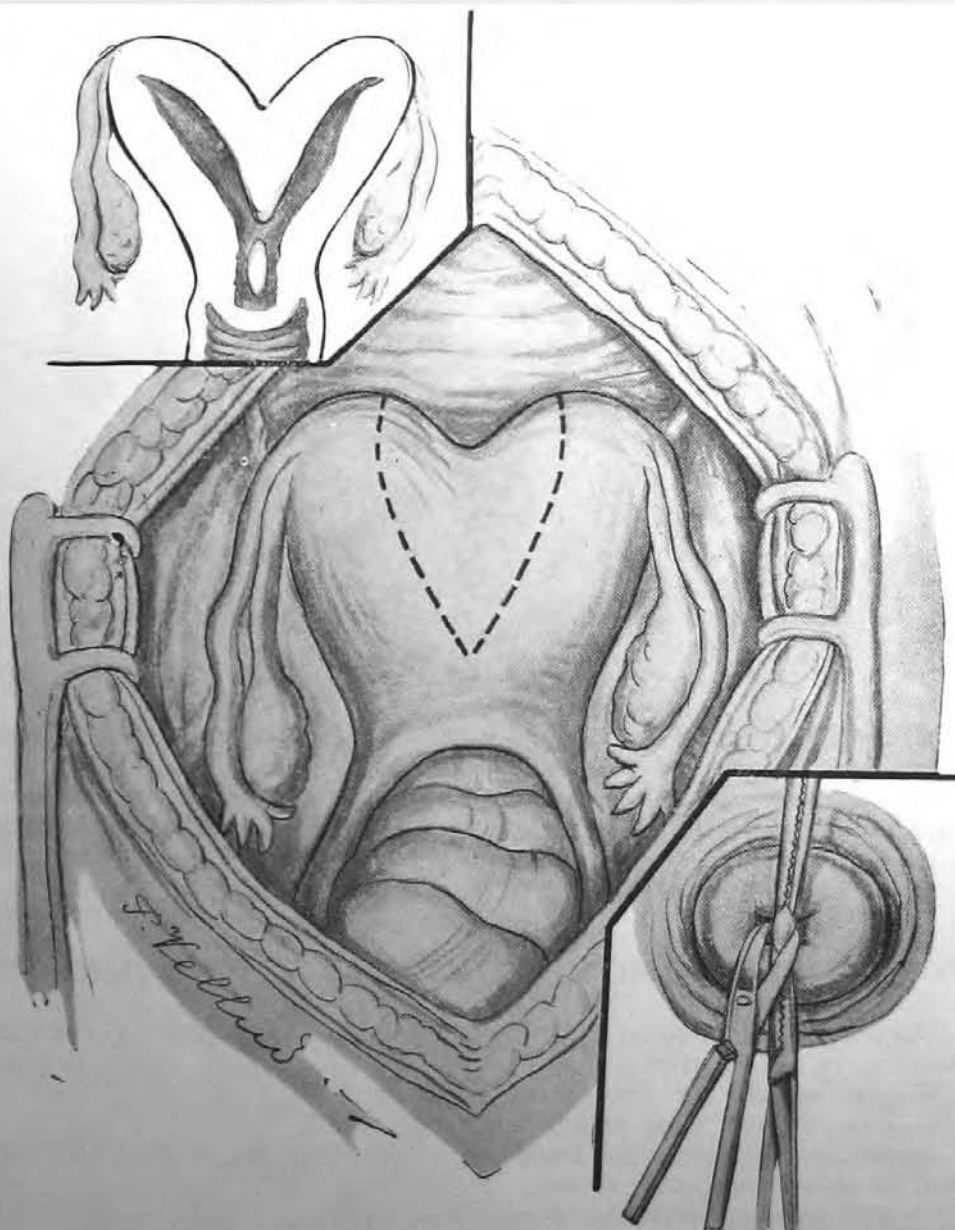


Fig. 460. — Procedul Te Linde. Combinat pe cale abdominală, incizia de aceeași formă, urmată de îndepărtarea septului (în cartuşul de sus aspectul malformației), și pe cale vaginală (în cartuşul de jos: secționarea septului endocervical).

de la acest nivel, printr-un timp obligator de efectuat, pe cale vaginală, ce constă în excizia septului cervical (ca în fig. 460, 461).

În fine Lacomme și Dellepiane au atras atenția asupra frecvenței incompetenței cervicoistmice în hipoplaziile și malformațiile congenitale ale uterului, încît cu toată efectuarea unei histeroplastii în cazul obținerii unei sarcini este bine să se facă la timpul oportun și un cerclaj cervicoistmic.

ANOMALII MORFOLOGICE CÎȘTIGATE ALE TRACTULUI GENITAL

Anomaliile morfologice cîștigate ale tractului genital pot fi definite anatomo-clinic ca deformații:

- prin sechele ale traumatismelor locale;
- prin evoluția unor infecții cronice;
- prin evoluția tumorilor benigne sau maligne locale, primare sau metastatice, ca și ale organelor vecine;
- prin influența factorilor neuro-endocrini.

Operațiile plastice și reparatoare indicate pentru cercetarea acestor anomalii sînt în funcție de o serie de factori:

- vîrsta bolnavei;

- sediul, profunzimea sau întinderea leziunii, precum și vechimea ei (traumatisme sau infecții recente, sechele);
- inconvenientele pe care anomalia le comportă (de pildă stricturi, hematocolpos, hematometrie, dispareunie, sterilitate etc.);

- etiologia anomaliei (cele mai greu de corectat sînt stricturile și cicatricile scleroase prin radionecroză);

- coexistența eventuală a unei sarcini.

Traumatismele recente prin agenți contondenți, coituși violenți, manevre abortive, în urma nașterii spontane sau prin intervenții, trebuie neîntîrziat reparate (vezi în deosebi capitolul « Colpo-perineorafie»). De asemenea, intervențiile chirurgicale plastice și reparatoare sînt indicate în sechelele acestor traumatisme: rupturile vechi de perineu, cu sau fără cistocel și rectocel; cicatricile vaginale în urma cauterizărilor sau necrozelor (prin raiu sau rontgen), ca și a operațiilor ginecologice excesive, nereușite sau urinate de complicații.

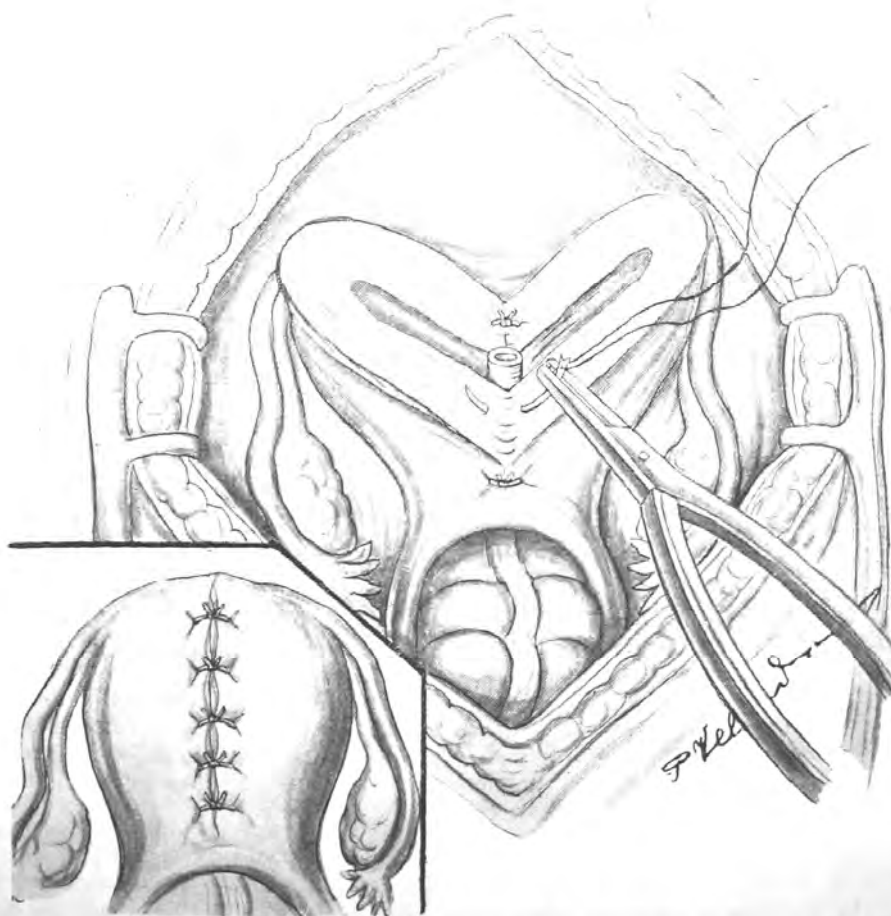


Fig. 461. — *Procedeeul Te Linde combinat*. Sutura uterului în două straturi după ce s-a lăsat un tub de dren în cavitatea cervicală.

În cartuș: aspectul uterului reconstituit.

Stricturile superficiale vulvare cer intervenții simple: lipirea buzelor mici, bridele, perineorafiele prea strânse, indică seciunea orificiului stenozat, urmat de sutura astfel făcută ca să se lărgască intrarea. Când baza aderențelor este infiltrată în profunzime (din cauză vindecarea leziunii traumatice nu s-a obținut decât după supraadugarea infecției) este recomandabilă excizia completă a esutului scleros și sutura cu fire separate, efectuându-se sau nu (după întinderea pierderii de substanță) și o plastie printr-un lambou decolat din peretele posterior al mucoasei vaginale și implantat pe plaga perineală (A. Chaliere; R. Keller).

Dacă strictura este vaginală, mai ales înalt situată, excizia poate conduce la colpectomie parțială sau segmentară, cu diminuarea lărgimii sau profunzimii vaginului, necesitând folosirea unor grefe cu lambouri autoplastice (vaginale, dermo-epidermice, tapetare cu amnios). Tratatamentul chirurgical pe cale joasă al stricturilor canaliculate sus situate poate fi imposibil (colporadiografia permite aici precizarea întinderii leziunilor). În astfel de cazuri s-a recomandat (Lecene) decolarea prin celiotomie a vezicii de istmul uterin și vagin, deschiderea vaginului cu rezecția stenozei, apoi sutura cap la cap a tranșelor vaginale și refacerea fundului de sac vezico-uterin.

În *hematocolposul prin stricturi cîtigate*, atitudinea este aceeași ca în septurile frontale congenitale ale vaginului. După ce se incizează diafragma și se drează sângele și secrețiile acumulate, se face excizia stricturii urmată de sutură, sau, și mai bine, incizii în Y r sturnat, urmate de autoplastie prin alunecare (sutura în V r sturnat).

Corpui străini vaginali pot fi înținuți de mucoasă: tendința la vindecare a defectului local «înurmîntez» în esutul de granulație corpui străini (pesare în genere), a căror ablație devine uneori dificilă. Odată corpui străini scoși înșurub, granuloamele în genere dispar: situația este mai complicată când apar necroze ale peretilor organelor cavitare sau fistule (vezicale sau rectale).

În toată chirurgia plastică și reparatoare a vaginului pentru sechele ale traumatismelor o mare surterapeutică ajută toare importantă o constituie administrarea locală de oestrogeni: rezultatele postoperatorii imediate și de viitor sînt mai bune prin grăbire a vindecării, asuplirea cicatricelor și prevenirea retracției (mai ales la femeile trecute de menopauză).

Perforațiile uterine. Chiuretajul cavității uterine, indiferent de indicația medicală pentru care este efectuat, și cu atît mai mult cînd este făcut în condiții ilicite, poate duce la un accident — cu atît mai rar cu cît cel ce efectuează chiuretajul are o practică mai îndelungată — dar întîlnit în practica curentă destul de frecvent.

Cînd perforația s-a produs înainte de deschiderea oului, sau după ce cavitatea a fost perfect golită este sigur că nu s-au lezat, cu ocazia perforării peretelui uterin, alte organe cavitare se poate adopta expectativă.

În majoritatea cazurilor, înșurub, este indicat celiotomia imediată, pe de o parte pentru o inventariere *de visă* a leziunilor, pe de altă parte în scopul reparării lor (vezi histerorafia la operațiile conservatoare pe uter). O prevedere utilă este prelevarea, înainte sau în timpul operației, de scurgeri sau fragmente din cavitatea uterină pentru culturi și antibiogram, poate chiar mai utilă pentru succesul chirurgiei conservatoare, decît antibioterapia de protecție.

Desigur că în unele perforații anfractuoză, interesînd una din marginile vasculare ale istmului sau corpului uterin, sau efectuate în afara cadrului spitalicesc, histerectomia, care era rezolvarea curentă a perforațiilor în trecut, se impune și în zilele noastre.

În sechelele traumatismelor colului și corpului uterin, sutura după avivare constituie singura metodă a chirurgiei plastice și reparatoare. Unele cicatrice ale colului uterin se întind pînă într-un fund de sac vaginal, sau se însoțesc de bride vaginale scleroase; ele trebuie extirpate în bloc, iar sutura se va face cu deosebită grijă (cu fire separate de nylon subțiri). Deseori cicatrizarea rupturilor colului la naștere, limită histologică dintre epiteliul endocervical cilindric și epiteliul exocervical pavimentos, limită care se găsește normal la nivelul orificiului extern al colului, realizînd un ectropion (vezi pag. 461 cap. «Operațiile reparatoare ale formei colului uterin»),

În *anomaliile morfologice secundare infecțiilor cronice* tratamentul chirurgical este mai puțin indicat.

Într-adevăr, atît în infecțiile cronice specifice: accidentele secundare hipertrofice sau cele tardive ale sifilisului (care beneficiază de tratamentul antiluetic), tuberculoza organelor genitale externe (foarte rară, care beneficiază de anti-bio- și fizioterapie²²) limfogranulomatoza benignă (care se poate trata cu antibiotice dacă leziunile nu au ajuns în faza de fibroză), actinomicoza genitală (la care este indicată fizioterapia), cît și în infecțiile cronice nespecifice, abstenința operatorie este astăzi socotită ca ducînd la rezultatele cele mai puțin rele. Singurul segment al tractului genital, care face unele excepții la această regulă, este colul uterin (vezi capitolul rezervat operațiilor reparatoare ale colului uterin).

În *cazul tumorilor benigne*, tratamentul chirurgical este totdeauna indicat (cu intenție plastică și reparatoare, cînd acestea sunt dezvoltate în segmentul vulvo-vaginal al tractului genital și cu intenție funcțională cînd tumorile benigne — fibromioame sînt dezvoltate pe uter); în tumorile maligne tratamentul chirurgical este de cele mai multe ori cel indicat (dar în intenție radicală).

Toate tumorile benigne ale vulvei sînt ușor accesibile și pot fi înlăturate fie prin excizie fie prin enucleare. Se intervine în:

— Chisturile glandelor Bartholin, care prin volumul lor împiedică uneori raporturile și chiar micșunarea; în unele chisturi cu punct de plecare în glandele sudoripare sau sebacee, în chisturile labiilor mari (dezvoltate din canalul Nîick).

— Tumorile mezenchimatoase ale buzelor mari — uneori pediculate (mol-luscum pendulum), alteori sesile, puțin prezenta, mai rar, ulcerații și necroză.

— Hemangioamele și limfangioamele teleangiectazice, polipi varicoși cu creștere rapidă (pun problema exerezei numai cînd sînt mici; întinderea lor în suprafață cere prudență; se va recurge la iradierea superficială cu izotopi cum ar fi stronțiu, sau la electrocoagulare).

— Ablatia chisturilor glandei Bartholin este pe nedrept socotită o operație ușoară, de «micșunare»; adesea intervenția este chiar foarte delicată din cauza aderențelor glandei chistice, mai ales la mucoasa vulvo-vaginală (cînd inflamația nu este complet stinsă) și hemostazei dificile a patului după extirparea chistului (mai ales la polul superior unde glanda își primește pediculul vascular și vine în contact intim cu bulbul cavernos al vaginului).

Chisturile glandei Bartholin apar mai ales în urma inflamației glandei prin obliterarea canalului; ele trebuie deci considerate ca chisturi de retenție. Perioadele de inflamație acută, deseori repetate, creează aderențe intime cu esuturile învecinate. Extirparea chirurgicală este și mai mult îngreunată de aceste aderențe în cazul fistulizării, încît în aceste cazuri s-a preconizat, fie injectarea de

²² în aceste cazuri excizia tardivă a cicatricelor poate fi totuși încadrată între operațiile plastice.

substan e sclerozante pe traieciul fistulos (chinin -uretanic, clorur de zinc 10%), fie excizia cu electrocauterul a peretelui anterior al glandei chistice (P. Durei). Inconvenientele acestor metode sînt: timpul lung în care se ob ine vindecarea (1—2 luni) i cicatricile retractile, uneori dureroase.

Anestezia cea mai bun pentru abla ia chisturilor glandei Bartholin este cea epidural sau rahianestezia joas . Anestezia local nu se poate folosi decît în cazul chisturilor mici, pe de o parte, fiindc nu poate infiltra regiunea ascuns de chist (care are uneori prelungiri foarte profunde), iar pe de alt parte, fiindc risc producerea unui hematom important, lezînd bulbul cavernos homolateral. Anestezia general cu barbiturice (evipan, pentotal) este în genere de durat prea scurt (mai ales în cazurile în care se poate prevedea dup repetatele puseuri inflamatorii acute din antecedente, c disec ia glandei chistice va fi laborioas).

C ile de acces propuse sînt:

— calea extern (incizia pe fa a extern a buzei mari) permite o opera ie asepti c , dar d un acces mai pu in bun tocmai în regiunea intern , unde glanda este mai aderent ;

— calea intern (incizia eliptic în jurul unui orificiu fistulos, la marginea orificiului vulvar, pe labia mic) necesit cîteodat o contraincizie decliv de drenaj (fig. 462 cartu).

Tehnica disec iei glandei chistice: dup ce s-a f cut incizia, cu dou dep rt toare cu gheare sau cu pense solide cu din i de oarece, se îndep rteaz tegumentele; se caut spa iul de clivaj prin decolare digital , apoi traveele conjunctive mai rezistente sînt sec ionate cu bisturiul sau foarfecele, ferind glanda chistic (fig. 462 A).

În genere se începe de la polul inferior al tumorii chistice, urmînd disec ia pe fa a ei extern (cîteva arteriole, ramuri ale perinealei superficiale trebuie pensate), pentru a ajunge apoi la pediculul vascular în regiunea supero- extern a glandei (pediculul va trebui pensat în imediata vecin tate a cap tului distal al bulbului cavernos), c utînd tot timpul s se p streze integritatea pere ilor chistului.

Dac totu i chistul este deschis sau se rupe, por iunea din peretele s u care a fost decolat se prinde într-o pens «în inim » i se disec mai departe, exercitînd trac iuni pe aceast pens (ceea ce u ureaz decolarea). În eventualitatea în care peretele chistului este foarte friabil sau aderen a lui de esuturile învecinate este deosebit de mare, se scoate cît mai mult cu putin din c ma a chistului, raclînd apoi patul glandei cu o chiuret ascu it ; în aceste cazuri, drenajul este obligatoriu.

În toate cazurile se face o hemostaz cît mai îngrijit : dac vasele care sîngereaz nu pot fi prinse, sau dac s-a lezat bulbul cavernos, este mai bine s nu se insiste, încercînd a le pensa, ci s se pun ligaturi în mas .

Dealtfel capitonarea patului, odat glanda chistic disecat i extirpat , este timpul cel mai important (fig. 462 B). Pansamentele «compresive» recomandate sînt foarte dificile, chiar iluzorii, în aceast regiune. Profilaxia hematomului asigurat prin capitonare satisf c toare este bine s fie completat pentru 24—48 de ore de un drenaj filiform; sau cu un tub sub ire din plastic.

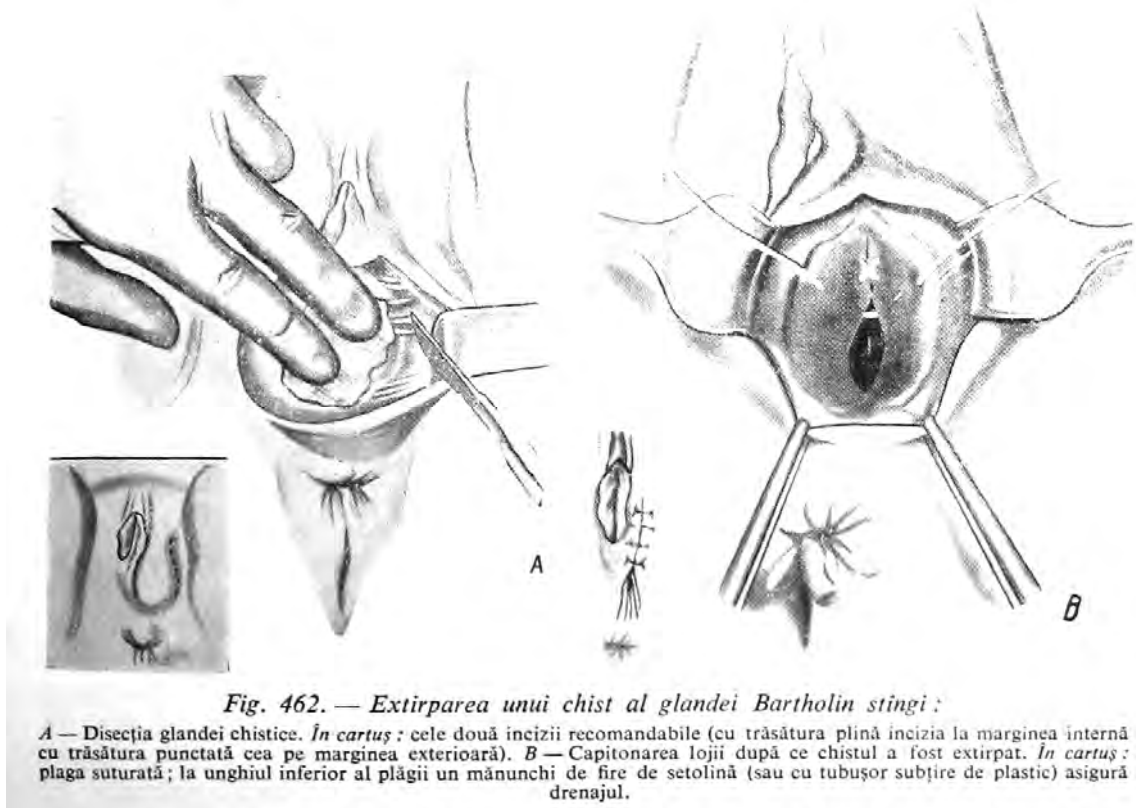


Fig. 462. — Extirparea unui chist al glandei Bartholin stîngi :

A — Disecția glandei chistice. În cartuș : cele două incizii recomandabile (cu trăsătura plină incizia la marginea internă cu trăsătura punctată cea pe marginea exterioară). B — Capitonarea lojii după ce chistul a fost extirpat. În cartuș : plaga suturată; la unghiul inferior al plăgii un mănunchi de fire de setolină (sau cu tubușor subțire de plastic) asigură drenajul.

Sutura tegumentelor se face cu fire de nylon sau setolin .

— Tratamentul chirurgical al chisturilor buzelor mari (ale canalului Niick) este cu totul asem n tor.

— Tumorile solide, mezenchimatoase, ale vulvei necesit abla ie, în genere foarte simpl , hemostaz (eventual prin electrocoagulare), sutur par ial i drenaj.

— Tumorile vaginului (fibrom, lipom, chist dermoid, mixt etc), prezint adesea, din punct de vedere chirurgical, dificult i serioase, ca i chisturile congenitale. Ca i pentru acestea, în unele tumori mari sau sus-situate se va face în prealabil o debridare larg vulvar ; tumorile solide sînt totu i mai u or enucleabile decît chisturile, gra ie consisten ei lor, care permite s fie ag ate cu o pens cu gheare i trase în jos; în plus, dac volumul lor este prea mare, ele pot fi îmbuc t ite. Îns volumul mare, penetra ia în profunzime, vecin tatea organelor cavitare, accesul redus, pot pune operatorul în situa ii nepl cute i în cazul tumorilor

solide de vagin, ceea ce face pe unii (Guyot și Dar-maillacq) să recomande pentru extirparea acestor cazuri dificile calea abdominală.

O meniu special merit endometrioza vaginală, al cărui tratament chirurgical este mai rar indicat de când sunt întreprinse, cu bune rezultate, anticoncepționalele orale; totuși în cazul micilor noduli limitați într-un fund de sac vaginal, ca și al endometriozei vulvo-perineale — mai rare — ablația completă este tratamentul de ales.

— Tratamentul chirurgical al tumorilor benigne ce deformează uterul a fost descris pe larg în capitolul operațiilor conservatoare (vezi «Miomectomia» și «Miomectomia»).

— în tulburările trofice (cum este atrofia canalului genital sau kraurozisul vulvar) tratamentul chirurgical nu este niciodată indicat. Acestea sînt, fie consecință a menopauzei fiziologice, fie a castrării chirurgicale sau fizioterapice.

— Atrofia canalului genital este deosebit de marcată la nulipare. Ea se însoțește adesea de o rezistență scăzută la infecții (colpitate rebele), tot secundare carenței de estrogeni. Tratamentul ei la femeile în cătinere (menopauză artificială) trebuie să înseamnă de fapt dacă histerectomia a însoțit sau nu castrarea:

— dacă uterul a fost extirpat, cele mai indicate sînt administrarea orală de etinil-estradiol, injectarea de microcristale sau implantările comprimatelor de estrogeni, care au efecte favorabile pentru 12—15 luni;

— dacă uterul a fost păstrat, căile de administrare bucală și locală ale estrogenilor sînt cele mai recomandabile (în orice caz implantările sînt contraindicate din cauza riscului de metroragii importante).

Tratamentul atrofiei canalului genital nu este indicat la femeile bătrîne, decât dacă bolnava se plînge că anomalia amenință armonia cîșniei sau că ea se însoțește de tulburări ale staticii pelviene, care vor necesita o intervenție chirurgicală (aceasta se face totdeauna mai ușor și vindecarea se obține în condiții mai bune, cînd troficitatea mucoaselor a fost ameliorată printr-un tratament local cu substanțe estrogenice de sinteză, sau administrarea perorală de estriol).

Alături de tratamentul cu estrogeni, în atrofia canalului genital s-au preconizat:

— vitaminele A, C și E;

— homografele de ovar (M. Cheval; A. Douay), delăsate din cauza siguranței și comodității tratamentelor hormonale;

— curele balneare (Cotte).

Kraurozisul vulvei pare de asemenea manifestarea deprinderii activității ovariene. Tulburările sînt: strictura vulvară, pruritul și uneori mici ulcerații. Tratamentul se face tot cu estrogeni, recidivele sînt însă frecvente.

În astfel de cazuri s-a propus vulvectomia simplă, care, pe lângă căsuprimă pericolul instalării unui cancer, ar face să dispară și strictura vulvei (prin completarea operației cu o plastie largă și suplă). Noi credem că acest fel de a vedea constituie un radicalism exagerat și fără sens; operația este mult prea traumatizantă pentru pericolul ipotetic al neoplasmului, iar plastia, un «lux» la vîrstă cînd o astfel de operație poate fi indicată.

- Tratamentul anomaliilor morfologice vulvo-vaginale nu diferă ca principii în cursul stării gravido-puterperale. În aceste cazuri, însă, este hotărîtor momentul tratamentului și prioritatea conduitei de ales.

Astfel, dacă anomalia este descoperită în cursul sarcinii, vom aplica imediat tratamentele medicale (mai ales în procesele infecțioase și evolutive); vom recurge excepțional la tratamente chirurgicale cumpunind pericolul întreruperii sarcinii. Totuși, unele cicatrice, diafragma și stenozele scleroase ale vaginului sau vulvei pot fi influențate favorabil de imbibiția gravidică și procesul de vindecare operatorie asigurat chiar în condiții mai bune (prin îmbărierea masivă hormonală din cursul sarcinii).

Dacă diagnosticul anomaliilor morfologice s-a pus numai la începutul travaliului, conduita diferă după cum nașterea poate sau nu să aibă loc pe căi normale prin intervenții acceptabile (secțiunea a bridelor, epiziotomie). În stenozele vaginale întinse sau sus-situate, ca și alte anomalii în care se pune problema unei intervenții de oarecare importanță, este preferabilă operația cezariană (urmată, cînd este cazul, de un timp complementară: suprimarea obstacolului pentru scurgerea lohiilor), lăsînd pentru mai tîrziu cura chirurgicală a anomaliilor morfologice.

3. OPERAȚII PLASTICE ȘI REPARATOARE ALE COLULUI UTERIN

Patologiei colului uterin i se adresează două categorii de intervenții chirurgicale:

— operațiile radicale, de sistem, în neoplasm;

— operațiile plastice și reparatoare.

O serie de intervenții izvorîte dintr-o tendință abuziv chirurgicală cum era evadarea comisurală în tratamentul sterilității (cu sau fără stenoză de col sau hipoplazie cervicală), sursă a unor reale deziluzii și a unor dramere sunătoare, și care era altădată operația plastică și reparatoare pe colul uterin cea mai frecvent folosită, și-a văzut indicațiile dispărînd acum, aproape cu desvîrire. În schimb, alte operații, alături de cerclajul și conizația colului, s-au impus în ultimele două decenii.

PRINCIPII ȘI EFICIENȚĂ

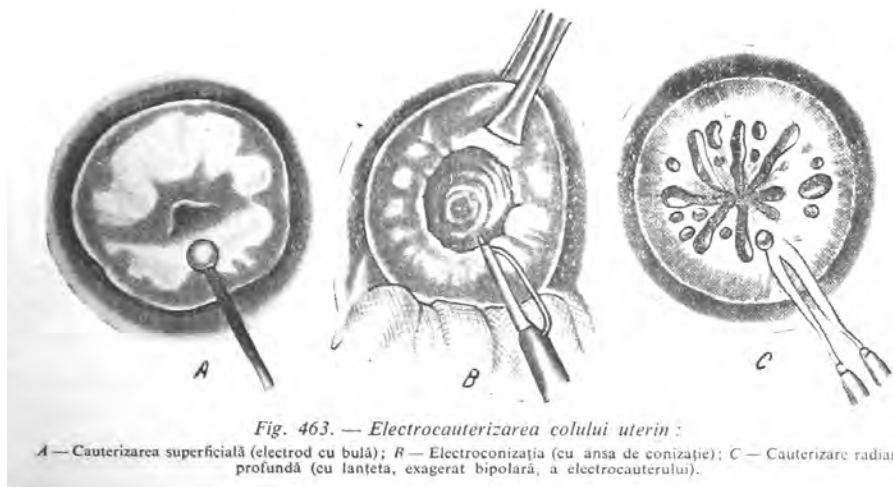


Fig. 463. — Electrocauterizarea colului uterin :
 A — Cauterizarea superficială (electrod cu bulă); B — Electroconizația (cu ansa de conizație); C — Cauterizare radiară profundă (cu lanțeta, exagerat bipolară, a electrocauterului).

Cauterizarea colului este o metodă foarte veche (Celsus a folosit-o pentru ulcerările de pe colul prolabat). Metoda modernă folosește electrocauterul cu bulă, care însă nu exclude riscul de a lăsa stenoză (mai ales în cazurile cu leziuni inflamatorii sau glandulo-chistice foarte profunde, sau scleroase). Hunner introduce metoda cauterizării profunde radiare, pentru a distruge glandele chistice profunde și astfel să totuși, suficientă stromă și toate, între liniile cauterizate, ca să se evite stenoză. Perfectionarea aparatului electrochirurgical a permis în ultima vreme folosirea unei noi metode, conizația colului, care poate servi deodată pentru biopsie și electrocoagulare. În principiu aceste metode se sprijină pe regenerarea colului, după distrugerea prin ardere a esutului bolnav, dezordonat sau exuberant vindecat; această refacere a colului durează 5—6 săptămâni, oricare tehnică de electrocoagulare s-ar folosi.

Traheorafia are drept scop restaurarea rupturilor vechi ale colului; ea comportă doi timpi, ca toate operațiile reparatoare: avivarea sau excizia cicatricii și sutura. În principiu, operația caută să refacă forma și dimensiunile colului normal.

Stomatoplastia are drept scop largirea orificiului cervical extern, iar traheoplastia, modificarea formei generale a colului. Aceste două grupe de operații sînt deci ieșite din comun: cu toată denumirea lor de «plastic», ele sînt fondate pe principii contrare operațiilor plastice (în loc de a căuta să redea organului forma normală, i-o modifică). Efectul căutat se poate obține prin secțiune urmată sau nu de suturi.

Amputația de col — deși numele este consacrat de o veche uzanță — este o denumire de două ori improprie: mai întîi că de cele mai multe ori nu se face decît o rezecție parțială a colului, apoi noțiunea de amputație exclude prin sine orice nuanță plastică și reparatoare; or, în aceste operații efortul trebuie centrat tocmai asupra efectelor plastice și reparatoare, intervenția propunîndu-se să redea colului forma și dimensiunile normale în alungirea hipertrofică (însoțind prolapsul uterin sau numai un cistorectocel), ca și în alte tulburări neuro-trofice ale colului uterin.

Amputația largă de col, în sensul strict al cuvîntului, deci, trebuie rezervată unei singure indicații, relativ rară, și anume stărilor precanceroase ale colului uterin (leucoplazia și boala Bowen).

INDICAȚII

Cervicitele cronice, reprezentînd o bună parte din morbiditatea ginecologică (cel puțin în mediul urban), indică intervențiile plastice și reparatoare ar trebui să fie azi foarte întinse. De fapt ceea ce este etichetat în genere ca «cervicită» nu corespunde unei entități anatomico-clinice bine definite, incluzînd o serie de aspecte (de la ectopie și ectropion al mucoasei endocervicale, sau alte distrofii, pînă la neoplasmul de col), care nu justifică toate astfel de intervenții; în plus alături de numeroși factori contraindici sau temporizează hotărîrea intervenției (astfel, vîrsta tînră a femeii sau dorința ei de a mai avea copii; coexistența cervicitei, fie cu o sarcină în evoluție, fie cu o metroanexită acută sau subacută etc).

Indicațiile cele mai frecvente ale intervențiilor amintite sînt:

- rupturile vechi de col, cu cicatrice deformante sau stenozante;
- unele forme rebele de cervicită (cele papilare sau burjonante, cele foliculare sau glandulare), ca și distrofiile și displaziile ce le urmează :

- alungirea hipertrofică a colului uterin;
- stările precanceroase (leucoplaziile și boala Bowen).

Dar și aceste indicații sînt susceptibile de a dispărea, cel puțin în parte, cu timpul: profilaxia rupturilor de col sau sutura lor îngrijită la naștere va înlătura indicația trahelorafiei, tratamentul consecvent al tulburărilor de static uterin, al ectopiei și ectropionului, ca și al cervicitelor, dar mai ales profilaxia lor, va evita de asemenea amputația de col etc.

CONTRAINDICĂȚII

Intervențiile cele mai anodine asupra colului uterin comportă anumite riscuri: astfel electrocoagularea duce uneori la stenozarea orificiului extern sau chiar a canalului cervical, amputația de col lasă o cicatrice care poate fi o cauză de sterilitate, de avort, sau poate împiedica nașterile ulterioare pe căi naturale. Se conturează de aici o primă contraindicație a acestor operații, și anume vîrsta tînră a femeii sau dorința ei de a mai avea copii.

Dar cele mai importante contraindicații pentru intervențiile pe colul uterin sînt sarcina în evoluție și metroanexitele acute sau subacute. În ce privește sarcina, amintim că ea împrumută inflamațiilor sau distrofiilor colului uterin un aspect exuberant, foarte în el tor, prin congestia și imbibitia gravidică. În plus, intervențiile chirurgicale și electrocoagularea prezintă riscul de a trezi

contracții uterine și de a da loc la sîngerii impresionante (în cazul electrocoagulării, odată cu cîderea escarei). În ce privește inflamațiile acute sau subacute ale organelor genitale interne este mai prudent să se înceapă în prealabil procesul metroanexial (folosind chimioterapia antimicrobiană intens și adecvat, ca și metodele de stimulare sau modificare a stării generale), iar intervenția pe col să se facă abia la 3—6 luni după aceasta.

De asemenea, o contraindicație, cel puțin în temporar, o prezintă infecțiile acute cervico-vaginale, ca și infecțiile urinare.

CONDIȚII DE EFECTUARE

În afara corecțiilor tulburărilor de ordin general, ca pentru orice operație, menționăm că intervențiile pe col trebuie să se facă în primele zile după o menstruație. O altă condiție pentru celelalte intervenții pe colul uterin este dilatarea prealabilă a canalului cervical; aceasta se poate efectua, fie extemporaneu cu dilatatoare Hegar (dar numai cînd intervenția se face sub anestezie), fie

1. sînd — ceea ce ni se pare preferabil — pentru 6—12 ore, în col, o laminarie sau două.

Dilatarea canalului cervical nu reprezintă numai o condiție pentru unciile intervențiilor asupra colului uterin, ea trebuie considerată în anumite cazuri (hipoplazii, tulburări funcționale) ca o intervenție de sine stătătoare, putînd avea prin rîsunetul ei neuro-hipofizar, frecvent observat, efectul unei veritabile reflexoterapii.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Cu 2—3 zile înainte de intervenție, se recomandă irigații vaginale (cu soluție clorurată hipertonică sau ceai de mușețel), iar imediat înainte de operație se face badijonarea cu iod a vaginului și colului.

Anestezia de ales este, fie cea locală cu infiltrație în parametru, după premedicație, fie anestezia generală cu barbiturice. Evident cînd operația (amputația de col sau trahelorafie de pîld) se execută ca un timp complementar într-o intervenție complexă, de durată mai lungă, este de preferat anestezia generală prin intubație oro-traheală sau măcar rahianestezia. Electrocauterizarea nu necesită de obicei anestezie deoarece, excitanții termici nu sînt percepuți la acest nivel (dacă se protejează bine vaginul, femeia nu resimte decît o jenă datorită stimulării contracțiilor uterine).

TEHNICĂ OPERATORIE

Electrocoagularea colului. *Electrocoagularea în suprafață*, folosind cauterul cu bul, este indicat în ectopia mucoasei endocervicale, precum și în unele cervicite cronice (erozive, papilare sau polipoide etc.). Intensitatea curentului trebuie reglată în funcție de vechimea și profunzimea leziunilor, ca și de gradul de sclerozare. Este bine să se procedeze la electrocoagularea progresivă, sub controlul vederii, asigurat pe cît se poate de un specul din material rău conductor: sticlă, porțelan, materiale plastice.

Electrocoagularea radiară în profunzime este indicat în cervicitele cronice cu leziuni profunde (ca cele glandulare sau foliculare), scleroase sau foarte întinse (hipertrofice). Se face în prealabil o dilatare a canalului cervical, apoi creșterea adîncii, radiare, cu lama cauterului (acestea sînt duse în canalul cervical; dacă colul prezintă și un ectropion, cicatricile formate de liniile longitudinale vor tinde să reîntoarcă buzele colului în untru). Glandele chistice sînt distruse la urmă, pe rînd.

Conizarea cu electrocauterul este procedeul ideal de prelevare a biopsiei din colurile suspecte, fiindcă ridică o bucată suficient de întinsă din endocervix și fiindcă este în același timp (în eventualitatea că leziunile sînt certificate de examenul anatomopatologic ca benigne) un procedeu terapeutic; ea poate fi întreprinsă și exclusiv ca intervenție reparatoare.

Tehnica conizării este foarte simplă: colul este expus cu un specul, prins cu o pensă și tras în jos. Vîrfurile ansei este introdus prin orificiul extern; se dă drumul curentului combinat, de secunuară și coagulare; sîrma taie în col, pe înălțimea și grosimea dorită (instrumentul se conduce printr-o mică fundare și rotație), enucleînd un con care nu are coagulat decît o suprafață; endocervixul, ca și epiteliul pavimentoș din jurul orificiului extern, se poate examina perfect anatomopatologic (fig. 463).

1. sînd — ceea ce ni se pare preferabil — pentru 6—12 ore, în col, o laminarie sau două.

Dilatările canalului cervical nu reprezintă numai o condiție pentru unele intervenții asupra colului uterin, ea trebuie considerată în anumite cazuri (hipoplazii, tulburări funcționale) ca o intervenție de sine stătătoare, putînd avea prin rîsunetul ei neuro-hipofizar, frecvent observat, efectul unei veritabile reflexoterapii.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Cu 2—3 zile înainte de intervenție, se recomandă irigații vaginale (cu soluție clorurată hipertonică sau ceai de mușețel), iar imediat înainte de operație se face badijonarea cu iod a vaginului și colului.

Anestezia de ales este, fie cea locală cu infiltrație în parametru, după premedicație, fie anestezia generală cu barbiturice. Evident cînd operația (amputația de col sau trahelorafie de pîld) se execută ca un timp complementar într-o intervenție complexă, de durată mai lungă, este de preferat anestezia generală prin intubație oro-traheală sau măcar rahianestezia. Electrocauterizarea nu necesită de obicei anestezie deoarece, excitanții termici nu sînt percepuți la acest nivel (dacă se protejează bine vaginul, femeia nu resimte decît o jenă datorită stimulării contracțiilor uterine).

TEHNICĂ OPERATORIE

Electrocoagularea colului. *Electrocoagularea în suprafață*, folosind cauterul cu bul, este indicat în ectopia mucoasei endocervicale, precum și în unele cervicite cronice (erozive, papilare sau polipoide etc.). Intensitatea curentului trebuie reglată în funcție de vechimea și profunzimea leziunilor, ca și de gradul de sclerozare. Este bine să se procedeze la electrocoagularea progresivă, sub controlul vederii, asigurat pe cît se poate de un specul din material rău conductor: sticlă, porțelan, materiale plastice.

Electrocoagularea radia în profunzime este indicat în cervicitele cronice cu leziuni profunde (ca cele glandulare sau foliculare), scleroase sau foarte întinse (hipertrofice). Se face în prealabil o dilatare a canalului cervical, apoi creșturi adânci, radiare, cu lama cauterului (acestea sînt duse și în canalul cervical; dac colul prezintă un ectropion, cicatricile formate de liniile longitudinale vor tinde să reîntoarcă buzele colului în untru). Glandele chistice sînt distruse la urmă, pe rînd.

Conizarea cu electrocauterul este procedeul ideal de prelevare a biopsiei din colurile suspecte, fiindcă ridică o bucată suficient de întinsă din endo- și exocervix și fiindcă este în același timp (în eventualitatea că leziunile sînt certificate de examenul anatomopatologic ca benigne) un procedeu terapeutic; ea poate fi întrebuintată și exclusiv ca intervenție reparatoare.

Tehnica conizării este foarte simplă: colul este expus cu un specul, prins cu o pensă și tras în jos. Vîrfurile ansei este introdus prin orificiul extern; se dă drumul curentului combinat, de secuniar și coagulare; sîrma taie în col, pe înălțimea și grosimea dorită (instrumentul se conduce printr-o mică care de înfundare și rotație), enucleînd un con care nu are coagulat decît o suprafață; endocervixul, ca și epiteliul pavimentos din jurul orificiului extern, se poate examina perfect anatomopatologic (fig. 463).

Trahelorafia. Trahelorafia este indicată în rupturile vechi de col, răsucite nesaturate la naștere, deoarece acestea favorizează ectropionul mucoasei endo-cervicale, întreținînd astfel secrețiile supurative, eventual sîngerări la contact. Operația se efectuează mai rar singură, indicațiile ei nefiind de natură de-terminată a femeii să accepte internarea și intervenția; de obicei ea constituie un timp complementar, de refacere a colului, înainte sau în timpul unei colpo-perineorafii.

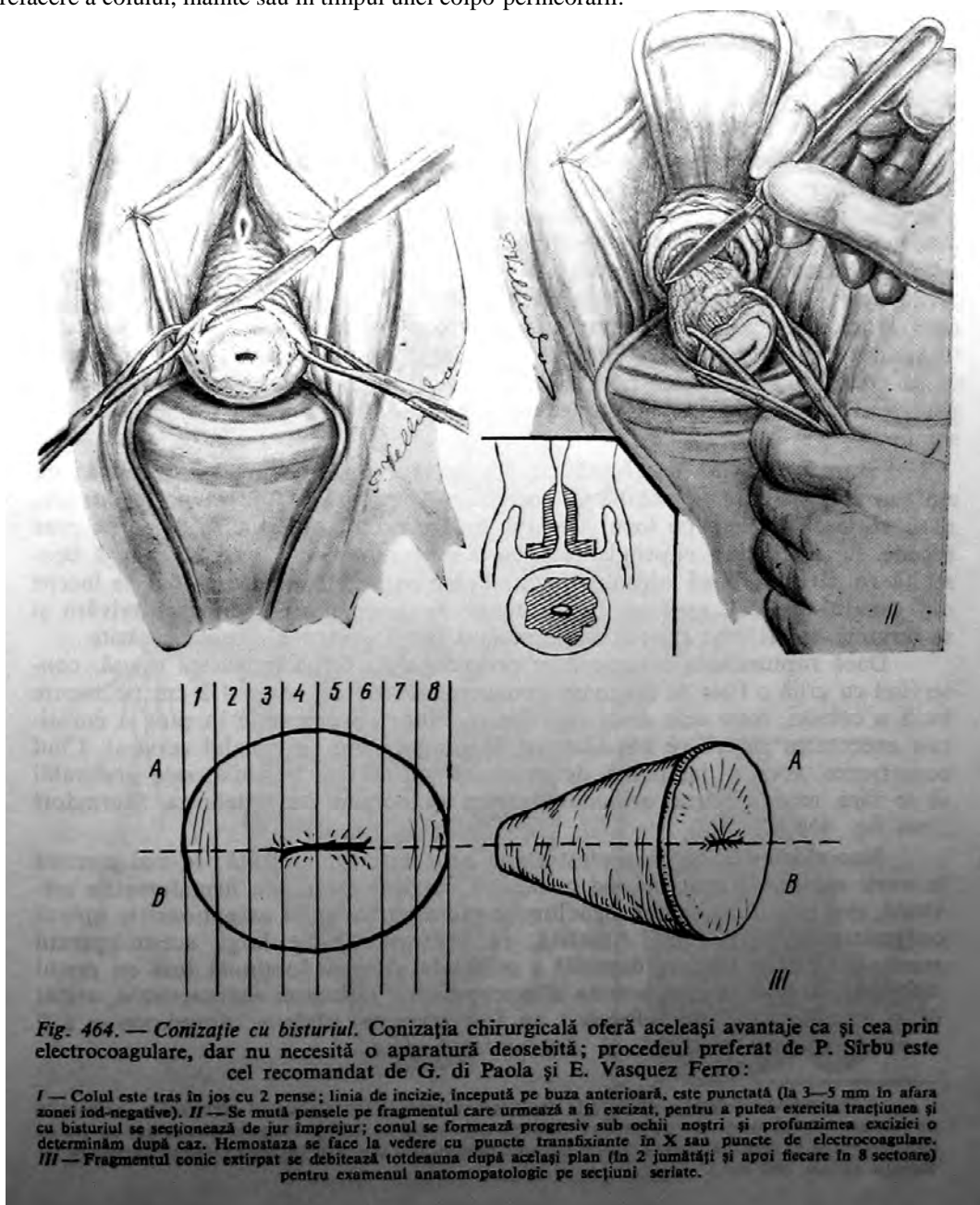


Fig. 464. — Conizație cu bisturiul. Conizația chirurgicală oferă aceleași avantaje ca și cea prin electrocoagulare, dar nu necesită o aparatură deosebită; procedeul preferat de P. Sîrbu este cel recomandat de G. di Paola și E. Vasquez Ferro:

I — Colul este tras în jos cu 2 pense; linia de incizie, începută pe buza anterioară, este punctată (la 3–5 mm în afara zonei iod-negative). *II* — Se mută pensele pe fragmentul care urmează să fie excizat, pentru a putea exercita tracțiunea și cu bisturiul se secționează de jur împrejur; conul se formează progresiv sub ochii noștri și profunzimea exciziei o determinăm după caz. Hemostaza se face la vedere cu puncte transfixante în X sau puncte de electrocoagulare. *III* — Fragmentul conic extirpat se debitează totdeauna după același plan (în 2 jumătăți și apoi fiecare în 8 sectoare) pentru examenul anatomopatologic pe secțiuni seriatic.

Trahelorafia are doi timpi (avivarea și sutura); s-au propus 3 tipuri de avivare:

- în suprafață (procedeul Emmeth);
- cu lambouri (procedeul Sânger);
- prin dedublare (procedeul Pestalozza).

Cel mai întrebuintat și cu cele mai bune rezultate este procedeul Emmeth, pe care îl vom descrie, și care constă în avivarea rupturii cu excizia esutului cicatricial, apoi sutura părților avivate (fig. 465).

Buza anterioară și posterioară a colului sînt prinse cu cîte o pensă, cu care, în timp ce se coboară și se trage colul, către partea opusă rupturii, se îndepărtează — pe cît posibil — cele două buze, una de alta, pentru a expune bine comisura ruptă. Important în această intervenție este să se excizeze tot esutul cicatricial; o atenție deosebită trebuie acordată unghiului rupturii, unde există un fel de panou fibros și rigid, epitelializat pe seama mucoasei vaginale (lamboul de mucoasă vaginală trebuie excizat pe toată întinderea cicatricii, în fundul de sac respectiv, cînd acesta a fost interesat de ruptura propagată de la col). La excizia cicatricii se mai cere o grijă, cu adevărat «cosmetică» pentru ca avivarea pe ambele buze ale colului să aibă aceeași formă și dimensiuni.

Sutura este bine să fie făcută cu fire neresorabile (nylon sau setolin; nu așă sau mătase, care se imbibă de secreții, și drenîndu-le dintr-o parte într-alta riscă să lase fistulete pe locul fiecărui fir); catgutul obișnuit se resoarbe prea repede. Pe col sutura cuprinde toată grosimea celor două buze cu o grijă deosebită (o cît mai bună afrotare a ambelor suprafețe mucoase); ea se începe din canalul cervical, apoi pe fața externă de la unghiul superior al avivării și se termină la orificiul extern; firele se lasă lungi pentru a fi ușor regăsite.

Dacă ruptura este bilaterală se procedează la fel și în partea opusă, conservînd cu grijă o fîșie de mucoasă endocervicală de cel puțin 1/2 cm pe fiecare buză a colului, între cele două linii ale inciziilor; o precauție în plus o constituie executarea suturii pe un dilatator Hegar introdus în canalul cervical. Cînd conservarea acestor lambouri de mucoasă nu a fost posibilă, este preferabil să se facă reconstituirea orificiului extern al colului după tehnica Sturmdorf (vezi fig. 466 C).

Stomatoplastia. Stomatoplastia este azi foarte rar indicată; se mai practică în unele stenoze cicatriciale ale orificiului cervical extern cu hematometrie cervicală, mai ales după cauterizări chimice sau electrice și în excepțiile aplaziei congenitale ale orificiului. Altfel, cu indicații foarte largi, aceste operații menite să ducă la lărgirea durabilă a orificiului cervical (obișnuit însoțit cu prul deformării colului și prin aceasta al ectropionului mucoasei endocervicale, urmat de o serie întreagă de tulburări) au fost aproape părăsite, dovedindu-se a fi anti fiziologice¹ pe lîngă că sînt antianatomice.

Într-adevăr indicația clasică în tratamentul sterilității (în cazul stenozelor neînsoțite de hematometrie) nu-și are rațiunea: stenoza prin care se scurge sîngele menstrual ar putea lăsa să treacă și spermatozoizii, dacă nu s-ar opune alte condiții biologice (glicer cervical cu variații ciclice, pH etc.).

S-a mai spus că stomatoplastiile sînt de două feluri, după cum incizia colului este urmată de suturi (în alte sensuri, pentru a conserva dilatarea obișnuită), sau de aplicarea unui tub intrauterin (ce se părăsește pe loc cît timp durează cicatrizarea suprafețelor denudate).

Din prima modalitate de stomatoplastie, procedeul cel mai cunoscut este evidarea comisurală sau procedeul Pozzi. Iată în ce constă această operație (care fiind de domeniul istoriei, ne credem îndreptățiți să o descriem la trecut); se prindeau cu două pense de col buza anterioară și posterioară și după ce se făceau două incizii comisurale de 2—3 cm se depărtau cele două buze și cu un bisturiu fin se exciza, pe fiecare suprafață cruentă, cîte o prismă triunghiulară; punctele de sutură apropiau mucoasa exocervicală (colul rămînea de aspectul unui cioc de rață întredeschis).

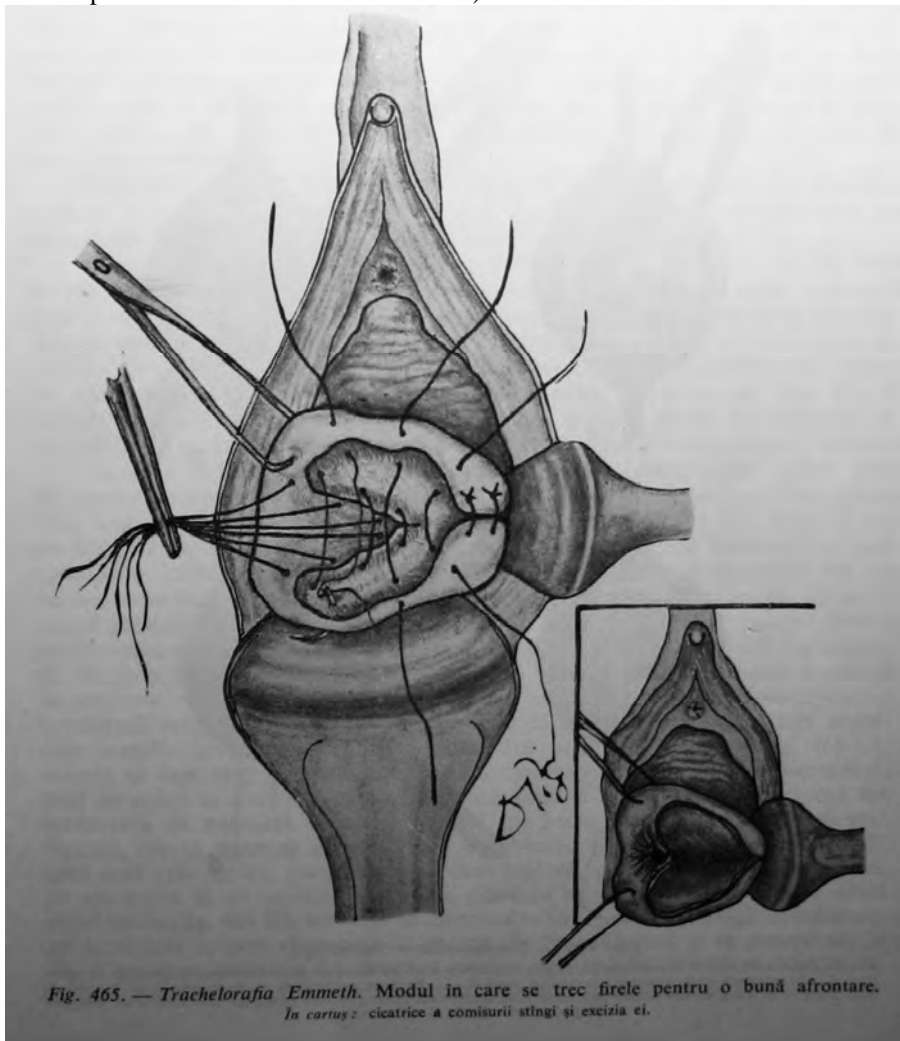
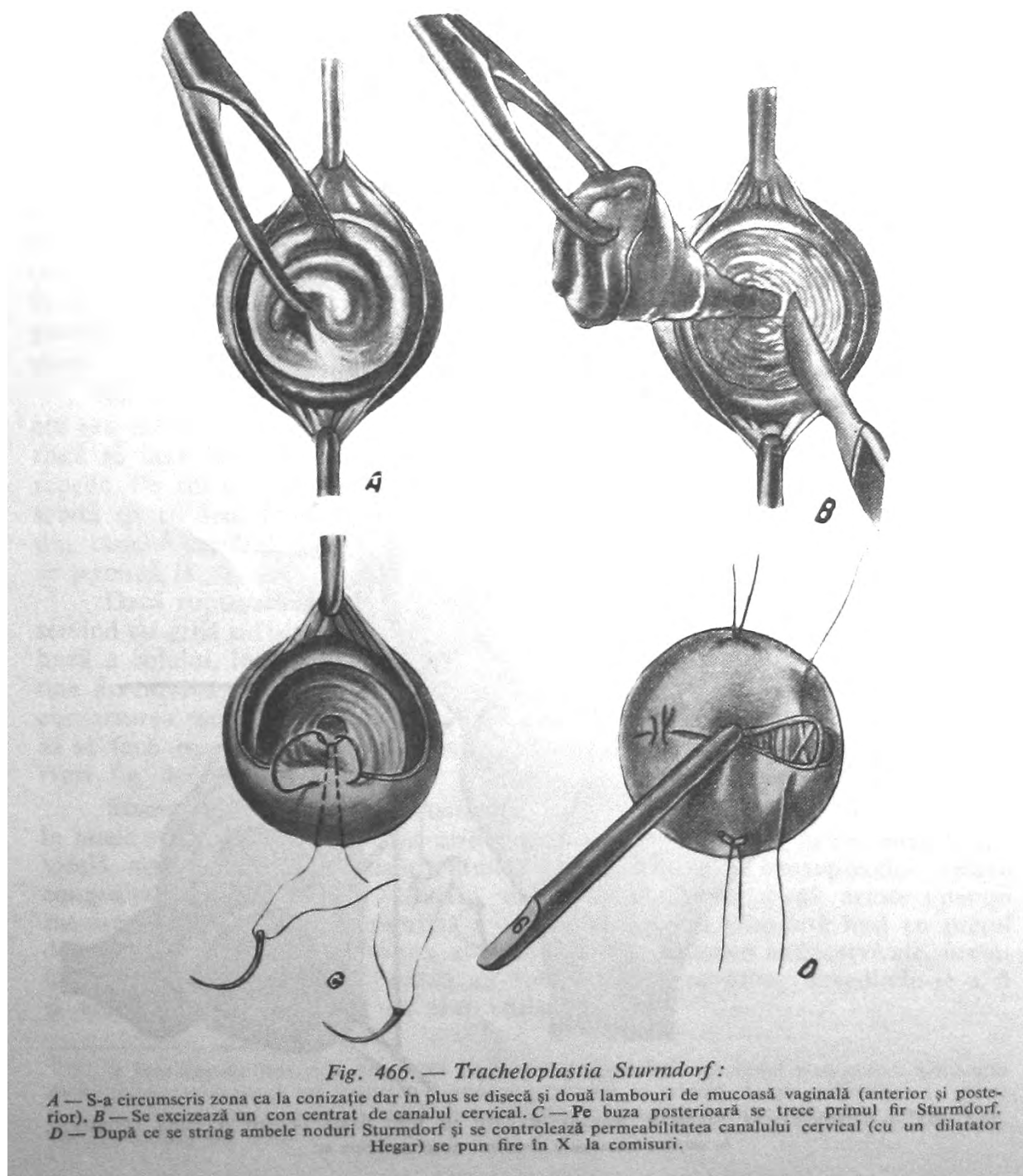


Fig. 465. — Trachelorafia Emmeth. Modul în care se trec firele pentru o bună afrotare. În cartus: cicatrice a comisurii stîngi și excizia ei.



Douay, în speranța de a perfecționa această operație (extinzând lărgirea colului și la orificiul intern), a propus o modificare, ce constă din excizia unei pene prismatice din unghiul format de buza anterioară și posterioară a colului după inciziile comisurilor; această modificare este de execuție atât de dificilă, încât chiar autorul a abandonat-o; în plus ea întunecă și mai mult prognosticul funcțional (pe lângă deformarea colului cu ectropion întins, predispunând la infiamarea cronică a mucoasei endocervicale și la avorturi sau nașteri premature).

A doua modalitate de stomatoplastie folosește, fie un tub rigid ferestruit, prevăzut la extremitatea inferioară cu un pavilion bivalv, cu orificii pentru trecerea firelor (tubul Iribarne), fie un tub elastic de cauciuc similar ca aspect, numai că extremitatea lui superioară amintește de ciuperca sondei Pezzer (tubul Douay). Operația se face imediat după menstruație și constă în incizia bilaterală a colului la nivelul comisurii, introducerea tubului și fixarea lui cu două fire neresorbabile care se trec prin orificiile pavilionului și unghiurilor comisurilor (când se utilizează un tub elastic se face în prealabil o dilatație a canalului cervical, iar tubul este ghidat cu histometrul); tubul este scos înainte de menstruația următoare.

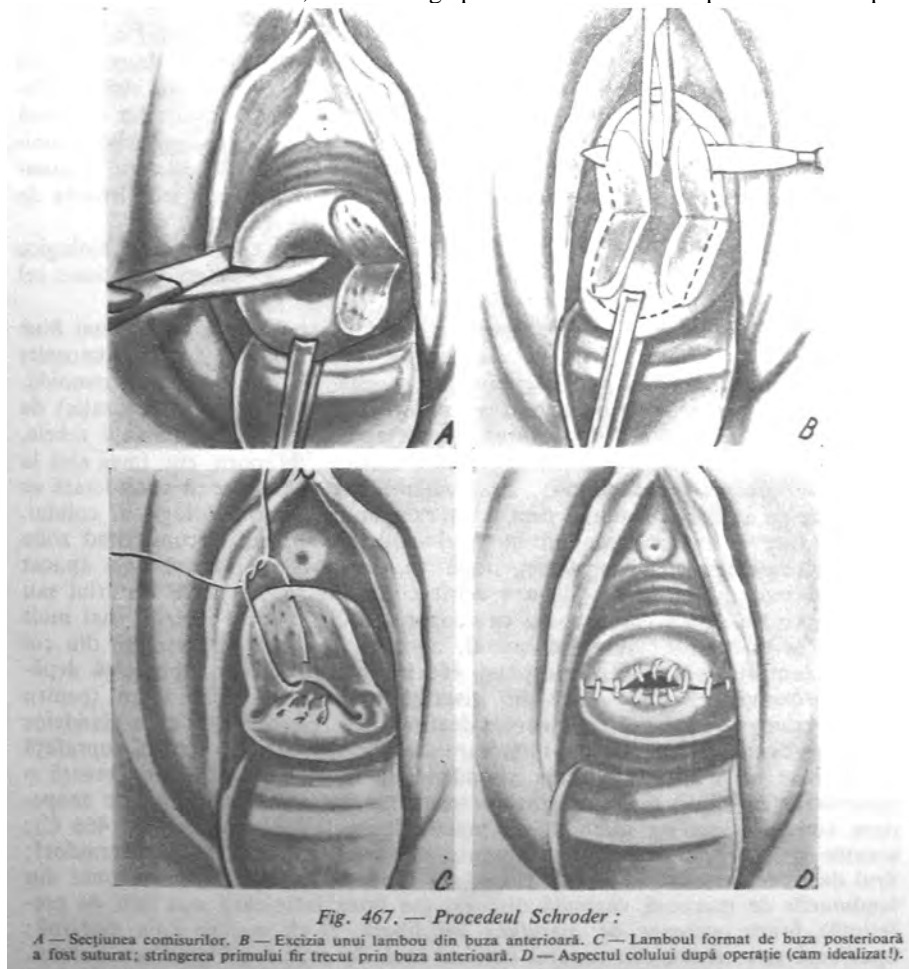
Tracheloplastia. Tracheloplastia, fondată pe aceleași considerații biologice eronate, a avut și ea aceeași soartă ca și stomatoplastiile; procedeul clasic cel mai cunoscut, procedeul Dudley, practic nu se mai execută.

Singurul procedeu de tracheloplastie folosit (fiind respectată cel mai bine forma și structura colului și evitat, atunci când este executat cu grijă, stenozele) este considerat, azi, cel al lui Sturmdorf, denumit impropriu amputația conoidă. Acesta este indicat (în lipsa aparatului electrochirurgical pentru conizație) de unele rupturi neregulate ale colului sau ectopii întreținând inflamații rebele,

de unele distrofii cum ar fi cele glandulo-chistice, polipoza etc. (mai ales la femeile în preajma menopauzei); de asemenea metoda poate fi considerat ca un mijloc de a obține material pentru un examen anatomo-patologic al colului.

Se face o incizie circulară în jurul orificiului extern circumscriind zona de aspect macroscopic patologic, după ce, cu o pensă Museux, s-a apucat buza cea mai proeminentă și s-a coborât colul (fig. 466 A). Cu bisturiul sau un foarfece fin se disecă mucoasa ce acoperă colul, în jurul inciziei, mai mult anterior și posterior mai puțin în lateral, apoi cu bisturiul se excizează din col un con, centrat pe canalul cervical (fig. 466 B) al cărui vîrf nu trebuie să depășească proximal 1/2 pînă la 2/3 din distanță pînă la orificiul intern (pentru a evita pericolul de stenoză ulterioară); de altfel, degenerescența chistică a glandelor nu atinge decît 1/2 sau cele 2/3 inferioare ale colului. Fiindcă această suprafață de seciune sîngerează de obicei abundent, se poate face prin forcipresură o hemostază (asigurată definitiv prin electroagulare). Următorul timp este acoperirea conului creat cu lamboul de mucoasă prealabil preparat (fig. 466 C); aceasta se face prin punctele invaginante, caracteristice procedurii Sturmdorf; firul de nylon se trece cu un ac Hagedorn solid și foarte curb, printr-unul din lambourile de mucoasă vaginală disecat (pe buza inferioară mai întîi de preferință), foarte aproape de marginea lui liberă, și cît mai pe linia mediană; apoi acul este trecut, din canalul cervical în afară, prin toată grosimea colului, cu un capăt și cu celălalt al firului. Cînd se trage de capetele firului, odată astfel trecut (fig. 466 D), lamboul de mucoasă se invaginează în plagă aplicîndu-se pe jumătatea respectivă a conului excizat. Se înnoadă firul și se procedează la fel și pe buza cealaltă. La trecerea acestor fire trebuie evitat cu atenție perforarea organelor cavitate vecine (mai ales a vezicii, al cărui fund este bine să fie pus, pentru aceasta, în evidență cu o sondă metalică introdusă prin uretră). Comisurile se suturează apoi cu cîte un fir în x profund, care asigură, ca și firele invaginante, și hemostaza.

Amputația colului uterin. Sub această denumire se includ de obicei atît rezecțiile parțiale, cît și amputația propriu-zisă; cum termenul de amputație este curent folosit în acest sens, vom distinge pe cele din urmă ca amputații înalte supravaginale.



Aceasta este indicat de alungirea colului sau hipertrofia porțiunii intra-vaginale; de asemenea, în rupturile de col vechi, cînd acestea sînt mari și neregulate, ca și în displaziile agravate ale colului uterin; metoda este încă mai frecvent folosită în unele operații de restabilire sau corectare a statisticii organelor pelviene (operația Fothergill, Halban, Spalding-Richardson etc).

- Procedura cel mai cunoscut de rezecție parțială este cel descris de Schroder: după dilatarea canalului cervical, se fac două incizii comisurale pînă aproape de inserția vaginului (fig. 467 A); se excizează apoi din fiecare buză (sau numai din cea anterioară, în hipertrofia tapiroidă a acesteia) un lambou transversal ca o felie de pepene (fig. 467 B). Buzele colului rămase mai subțiri (totuși puțin în suple) sînt răsurnate în untru, pe suprafața de seciune, și fixate cu fire separate de nylon (fig. 467 C). Rezultatul plastic al acestui procedeu este adesea defectuos: colul aproape nu mai există, fundul vaginului rămîne neregulat cicatricial.

Un rezultat mai bun se poate obține combinînd, cum propune Ibarbia, discizia comisurală și rezecția lambourilor de pe fiecare buză (ca în procedura Schroder, de execuție ușoară) cu plastia vaginală a suprafețelor sîngerînde, prin nodul invaginant (ca în procedura Sturmdorf) (fig. 468).

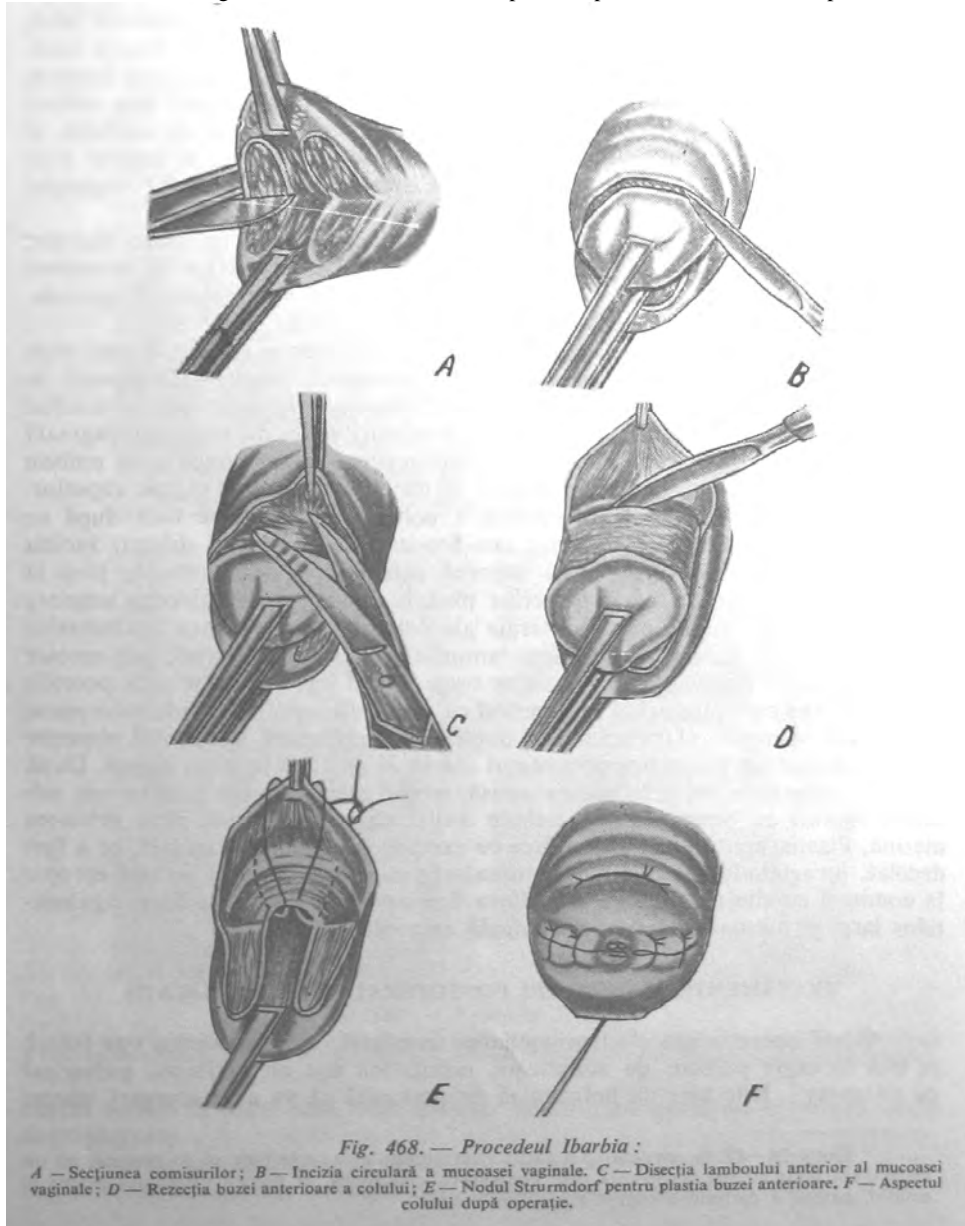
Celelalte procedee de rezecție parțială a colului uterin au rămas mai mult de domeniul istoriei. Astfel, de exemplu, procedura Simon—Marckwald, în care după seciunea comisurilor, se excizează cîte un fragment cuneiform adînc de cca 2 cm, din fiecare

buz , p strînd lambouri egale de mucoas vaginal i endocervical ; are indica ii cu totul excep ionale (punînd condi ia ca ambele mucoase s nu prezinte leziuni marcate) i nu d un rezultat plastic superior.

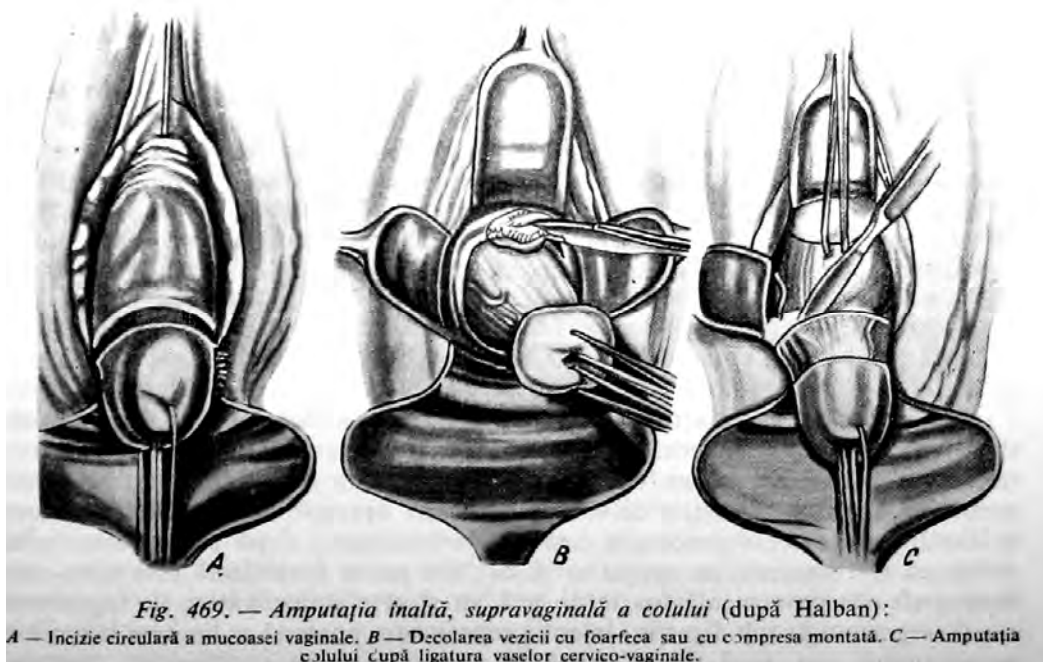
— Amputa ia înalt , supravaginal a colului (fig. 469) se face dup ce colul este puternic coborît cu pense sau fire-tractor, i canalul dilatat. Incizia circular în jurul colului dezinservă vaginul, care este decolat anterior pîn la fundul de sac vezico-uterin i posterior pîn la Douglas (deschiderea acestora e bine s fie evitat). Pe p r ile laterale ale colului se inser baza ligamentelor cardinale; cum la acest nivel se g sesc ramurile cervicale ale uterinei, este necesar s se pun cîte o ligatur . Pentru asta se trage de col într-o direc ie i de peretele vaginal în sens opus, întinzînd parametrul ca o coard ; apoi se prinde cu o pens solid , la 3—4 mm în afara colului, i dup ce se sec ioneaz ligamentul respectiv se trece cu acul un fir sub ire prin istmul uterin, i se leag în afara pensei. Dup ce se procedeaz la fel i în partea opus , istmul este sec ionat cam un cm sub aceste ligaturi cu bisturiul, care trebuie dirijat cu vârful în sus, c tre cavitatea uterin . Plastia bontului uterin se face cu excesul pe mucoas vaginal , ce a fost decolat, invaginîndu-l prin noduri Sturmendorf; mucoasa vaginal se mai apropie la comisuri cu cîte un fir în x, sau cîteva fire separate. Ligaturile bazei ligamentelor largi i plastia cu mucoas vaginal asigur hemostaza.

TRATAMENTE I ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICA II

Odat opera ia sau electrocoagularea terminat , orice procedeu s-ar folosi, se las în vagin pulbere de sulfatazol, nebacetin sau alt antibiotic pulverizat cu un spray²³. Este bine ca bolnava s fie prevenit c va avea scurgeri, uneori abundente i, eventual, dureri abdominale (precum i o sîngerare mai abundent la prima menstrua ie ce urmeaz). În primele dou zile dup electroagulare, scurgerile sînt apoase; apoi esutul ars, necrotic, infectîndu-se, scurgerile vor âveni sero-sanguinolente i urît mirositoare (pentru aceasta, din a 4-a z^{le} recomand sp l turi vaginale detergente i dezodorante, cu precau ia de a nu introduce canula vaginal prea adînc). Dacă bolnava prezint dureri abdominale, i se prescriu 24—48 ore repaus la pat. între a 8-a i a 10-a zi, odat cu c derea escarei, scurgerile devin sanguinolente, uneori se produce o mic hemoragie, care este rareori a a de important pentru a necesita un tamponament.



²³ Dup 24—48 de ore, cînd s-a f cut electrocoagularea, este bine s se defa eze cu un instrument bont escara organizat prin coagularea mucusului, la nivelul orificiului extern al colului pentru a permite drenarea secre iilor uterine.



Bolnava trebuie avertizată și pentru această eventualitate; de asemenea, când menstruația ce va urma poate începe ceva mai devreme și poate fi mai abundentă.

Este foarte important de a urmări mai departe bolnavele ce au suferit o electrocoagulare: după trei săptămâni trebuie verificată permeabilitatea canalului cervical cu histerometrul; dacă la această explorare se constată că s-au constituit stricturi, se începe de îndată dilatarea. Vindecarea completă după electrocoagulare durează 5—6 săptămâni, dar trebuie semnalat că recidivele nu sînt deloc excepționale.

După operațiile asupra colului uterin în care s-au folosit fire neresorbabile acestea se scot la 14—15 zile. Folosirea acestor fire este recomandabilă, dacă lipsește catgutul cromat (care se resoarbe mai încet ca cel comun); într-adevăr este cunoscută relativă frecvența hemoragiilor postoperatorii, ce se produc cînd catgutul începe să cedeze (controlul acestor hemoragii este deosebit de dificil, din cauza esuturilor infiltrate și friabile în primele zile după operație precum și prin faptul că adesea operația pe coi se face odată cu colpoperineorafia, ce stînjenește accesul în profunzime). Cel mai indicat este, în astfel de cazuri, să se tamponeze vaginul; numai dacă sîngerarea nu poate fi astfel stăpînită, se va încerca punerea unor fire în x pe locul ce sîngerează, sau, pentru un timp, pense Henkel pe uterine. O complicație mai rară, particulară trachelorafiei este fistula laqueară ce constă în persistența unui traiect ce unește cavitatea cervicală cu vaginul; ea poate fi evitată prin excizia corectă a epitelului vaginal din unghiul plămîni; odată produsă, singura soluție este avivarea și resuturarea.

REZULTATE

Rezultatele intervențiilor plastice și reparatoare asupra colului uterin sînt în funcție de justețea indicației și corectitudinea tehnicii. Numeroase observații de sterilitate, avorturi, nașteri premature și distocii de prim și doi au arătat, de multă vreme, că urmările îndepărtate ale acestor intervenții nu sînt de natură să amelioreze în toate cazurile prognosticul funcțional. S-a spus că frecvența și durata sarcinilor viitoare este în raport direct cu scurtarea colului prin operație; ca orice generalizare, aceasta constituie, fără îndoială, o notă de exagerare. Nu este mai puțin adevărat că pentru situația din prezent, profilaxia leziunilor citate ca indicații pentru intervențiile pe col reprezintă idealul.

4. NEOCOLPOPOIEZA

Crearea unui vagin artificial, neocolpopoieza, s-a încercat și se mai practică și azi, prin metode nesîngerînde (taxis), ca și prin foarte variate operații; numărul important de tehnici care au fost folosite arată evident că nici una nu dă deplin satisfacție, din toate punctele de vedere. În aceste operații, intenția plastică poate fi lăsată pe socoteala procesului natural de vindecare, după ce s-a creat prin decolarea rectovezicală un spațiu artificial; sau poate fi realizat prin auto- sau homografe, de proveniență foarte diversă, ca și prin transplantare de tegumente sau de segmente de tub digestiv; intenția reparatoare poate să se limiteze la crearea neovaginelui, sau, cînd uterul există, să caute refacerea continuității tractului genital, racordînd neovaginul creat (de obicei într-un timp secundar) la uter.

Absența congenitală de vagin a fost descrisă pentru prima dată de Realdus Columbus (1572), dar prima încercare de corectare chirurgicală a fost făcută în 1817 de Dupuytren, care a efectuat un clivaj vezico-rectal, urmat de tamponarea spațiului creat; rezultatul nefericit al intervenției (exitus prin septicemie) a făcut pe chirurgii vremii să renunse la alte tentative operatorii. Dar odată cu introducerea antisepsiei și apoi a aseptiei, metodele chirurgicale iau o mare dezvoltare: Heppner (1872) face prima plastică cu lambouri de piele, Sneghirev (1892) transplantează pentru prima oară porțiunea inferioară a rectului, cuprinzînd și sfînterul anal, în canalul decolat (dar bolnava rămîne cu incontinență de fecale); Gersuny (1897) transplantează, cu rezultate mai bune, numai

peretele anterior al rectului, totu i fistulele rectale erau foarte frecvente. Baldwin (1904) sugereaz posibilitatea de a crea neovaginul dintr-o ans de intestin sub ire sau de sigmoid i efectueaz prima plastie ileal . Cu posibilit ile chirurgicale de la începutul secolului, mortalitatea acestor opera ii îndr zne e era dispropor ionat de mare (17—20% pentru plastia ileal) fa de scopul urm rit, încît, pe bun dreptate, s-au ridicat atunci proteste i s-au formulat chiar îndoieli asupra necesit ii i legitimit ii unor astfel de interven ii chirurgicale, la ni te fete tinere neatinse de vreo boal propriu-zis .

Dar persoanele prezentînd această anomalie au în genere ovare i organe genitale externe, cît i alte caractere sexuale secundare normal dezvoltate; ele doresc s aib raporturi sexuale i imposibilitatea practic rii acestora, dac sînt m ritate le amenin durabilitatea c minului, i dac nu sînt, le împiedic de a se c s tori. Unele femei, obsedate de infirmitatea lor pot ajunge la tulbur ri psihice i chiar la sinucidere, încît dup cele mai valabile principii ale eticii medicale, în zilele noastre, purt toarele unor astfel de anomalii trebuiesc ajutate: ele cer opera ia pentru a putea s aib raporturi sexuale cvasinormale i se sinchiesc mai pu in de considerentul, pur teoretic, al «imoralit ii» acestora (prin faptul c , în cele mai multe cazuri, opera ia nu poate deschide decît calea raporturilor sexuale, nu i pe aceea a procre rii).

Azi, argumentele «morale» ridicate împotriva scopului pe care interven ia îl urm re te, nu pot rezista ideii s n toase, c aceste femei, aproape normale, trebuiesc redat vie ii sociale i nu trebuiesc trecute în rîndul infirmelor, cel pu in moralmente, datorit unui defect pe care ginecologul este capabil de a-l . corecta.

în sfîr it, dezvoltarea i progresele metodelor chirurgicale moderne, de anestezie i reanimare, precum i ad postul oferit de chimio- i antibioterapie, au redus foarte mult riscurile interven iilor, încît se poate spune c s-a ajuns azi în situa ia în care nu mai trebuie refuzat o persoan care solicit crearea unui vagin artificial (dac nu prezint i alte malforma ii majore, renouerețale asociate), ci numai ales momentul optim al interven iei i metoda cea mai apropiat cazului.

PRINCIPII I EFICIEN

Dac principiul necesit ii i legitimit ii interven iei pare deci bine stabilit- problema eficien ei diferitelor opera ii propuse este departe de a ralia unanimi, tatea în favoarea vreuneia; alegerea tehnicii r mîne în func ie de unele particularit i ale fiec rui caz (legate, cum se va ar ta, de starea anatomoclinic sau de dorin a bolnavelor), dar mai ales de aptitudinile sau preferin ele operatorului, dac nu chiar de tradi ia unor coli.

Principiile i eficien a tehnicilor operatorii propuse i utilizate pentru neo- colpopoiez sînt fatalmente foarte diferite, încît va trebui s le în iruim grupate în ordinea complexit ii crescînde a tehnicilor (cu variantele lor, ivite pe parcursul timpului). în afara presiunii vestibulare discontinue, sau metoda nesîngerînd , se pot distinge urm toarele grupe de opera ii:

— clivajul spa iului rectovaginal f r grefe (clivaj care reprezint dealfel primul timp pentru orice metod sîngerînd de neocolpopoiez);

— autografele cutanate, libere i pediculate;

— autoplastia peritoneal , homogrefele amniotice i de mucoas vaginal , c ma de chist, sac herniar etc. i

— plastia cu segmente de tub digestiv (rect, sigmoid, ileon, stomac).

Metoda nesîngerînd a fost reluat de Frank (în 1938) care, remarcînd

existen a constant a unui mic infundibul ce continu regiunea vulvar , a încercat sporirea dimensiunilor lui prin taxis, în edin e zilnice de cîte 1/4 or , folosind un tub rigid de calibru progresiv crescut. Eficien a metodei, complet anodin , depinde de tenacitatea femeilor; autorul a ob inut în ase cazuri un vagin de 6 cm lungime, dup 4 s pt mîni; apoi func ia îns i a sporit dimensiunile organului. Metoda este indicat la fete tinere, nem ritate, în cazul refuzului unei interven ii chirurgicale, sau cînd asocierea altor malforma ii contraindic opera ia.

— *Clivajul spa iului recto-vezical*, neurnat de grefe, a fost ini iat de Dupuy- tren i reluat de Wharton (1938); opera ia se sprijin pe principiul c epiteliul adult de la nivelul vestibulului va prolifera, acoperind spa iul decolat (cea ce necesit timp de cel pu in o lun), a a încît pentru a permite epitelializarea cavit ii create este necesar men inerea ei cu mulaje din materiale plastice, pirex, cu balona e umflate sau cu prezervative, sau degete de m nu i de cauciuc umplute cu me e; cu toate astea cavitata are o tendin pronun at la retrac ie i reclam dilata ii permanente, foarte dureroase. Tehnica, cunoscut în general sub numele de procedeul Counseller (ar trebui s fie denumit Dupuytren-Wharton-Coun- seller) fiindc acesta, împreun cu Davies a avut cea mai larg experien a clivajului simplu neurnat de grefe, revenind la aceast tehnic dup ce un timp a folosit, de altfel printre primii, procedeul cu gref dermoepidermic liber ; procedeul a raliat în ultimul timp un num r de operatori cu statistici dintre cele mai i mportante.

— *Clivajul urmat de autotransplante, autohomogrefe* cutanate, mucoase, peritoneale, amniotice etc. sînt metode pu in periculoase pentru via a femeii, dau rar rezultate de durat , deoarece în majoritatea cazurilor neovaginul se sclerozeaz (mai ales dup eliminarea homogrefelor) sau poate fi uscat, lipsit de elasticitate uneori chiar plin cu peri.

Cea mai simpl dintre aceste metode este grefa amniotic propus de Brin- deau, care las spa iul creat prin clivaj s se epidermizeze din micile grefe de epi- teliu amniotic ce se prind i se pot recunoa te cu ochiul liber, la 8 zile cînd se scoate me a, sub forma unor insule punctiforme-albicioase. Opera ia tot a a benign ca i clivajul simplu, nu las cicatrice indelebile ca procedeul cu auto- grefe, dar neovaginul, de i epiteliul ce-l tapeteaz va c p ta curînd caracterele biologice ale epiteliului vaginal normal (Snoeck, Fanard i Rocmans), nu este un conduct cu pere i proprii: el va avea în permanen tendin a la retrac ie. în plus, cu toat protec ia antibioticelor infec ia, inevitabil pîn la completa epi- lializare a spa iului creat prin decolare, accentueaz tendin a la stenoz a neo- vaginului.

De la o concep ie asem n toare porne te i procedeul propus de Kleitsman, care în locul membranei amniotice, întrebuin eaz vernix caseosa, prelevat, cu toate m surile de aseptie, de pe pielea unui nou n scut la termen.

Apari ia instrumentelor specializate (dermatomul electric), permii înd deta area unor lambouri dermo-epidermice întinse, a reactualizat tehnica de creare a neovaginului cu grefe libere dermo-epidermice, folosit alt dat de Abb£, Forgue (în Fran a), S. G. Salita (în Rusia) i Bumm, Kirschner i Wagner (în Germania); în rile de limb englez metoda este atribuit pe nedrept lui Counseller i McIndoe (care public primele cazuri în 1936 i respectiv 1938). La noi în ar cea mai larg experien cu acest procedeu o are f r îndoial Dan Alessandrescu.

Procedeu se sprijin pe faptul de observa ie c în interiorul cavit ilor naturale sau artificial create, pielea sufer un proces de metaplazie care o apropie ca aspect de cel al mucoaselor. De i Miller i Wilson au ar tat prin biopsii c epitelii acestora nu se distinge de mucoasa vaginal normal , iar descuamarea neovaginului, când exist activitate ovarian , prezint acelea i varia ii ciclice ca ale unui vagin normal, H. Robert contest c o gref de orice natur poate lua aspectul de mucoas vaginal i sus ine c ori de câte ori se întîlne te un epitelii de tip vaginal, acesta este provenit din acoperirea prin alunecare, din epitelii vestibular, al unui defect total sau par ial de prindere a grefei.

De asemenea, Ulfelder constat c în ciuda asem n rii macroscopice cu mucoasa vaginal normal , pielea grefat în spa iul de clivaj rectovezical, continu s exfolieze celule anucleate (diferen a se mic oreaz în timp, dar totu i persist).

Avantajele acestui procedeu sînt marea lui simplitate, precum i faptul c , practic nu este grevat de mortalitate, iar inconvenientele c neovaginul este expus retrac iei (în primele 36 luni) i prelevarea grefelor las cicatrici întinse.

— *Autoplastia peritoneal* a fost propus de Stoekel i K. Romer i reluat de P. Bloch (1949) i H. Robert (1955); tehnica nu se aplic decît în cazurile de sindrom Rokitanski-Kuster-Hauser, dar a a cum se tie aceast eventualitate este de departe cea mai frecvent (2/3 din cazuri). Metoda const în decolare rectovezical , dup care în spa iul creat, se introduce un mandren de meta-acrilat de metil; apoi prin coeliotomie, dup inventarul anomaliiilor, se incizeaz peritoneul posterior, l sînd un mare lambou vezical; în fine se face o cloazonare rectovezical , excluzînd Douglasul.

Avantajul acestei metode ar fi c evit scurtarea ulterioar a neovaginului i c permite în cele dou -trei luni în care din cavitata creat dispare epitelii peritoneal, o tapisare progresiv cu epitelii vestibular, mucoas foarte apropiat de cea a unui vagin normal. Inconvenientele procedurii sînt c atrage c tre vulv odat cu peritoneul, trompele i ovarele, c pot persista comunic ri cu marea cavitata peritoneal (de unde risc de infec ii i fistule recto- i vezico- vaginale).

Cînd exist uter func ional Kazancigil propune coborîrea uterului prin canalul de clivaj pîn aproape de vulv .

Mai recent (1972) Willfingseder propune pentru acoperirea spa iului creat prin clivaj, grefe cu mucoas intestinal . Dup acest autor la 15 zile mucoasa ar lua un aspect asem n tor mucoasei vaginale. Num rul mic de cazuri comunicate (5 cazuri) ca i timpul scurt de cînd a fost propus metoda, o fac îns pu in conving toare.

— *Autotransplantatele cutaneo-mucoase pediculate* (Heppner, 1872, Beck) nu difer în principiu decît dup locul de unde se prelev lambourile: de pe coapse (Frank, Geist); de pe regiunile inghino-crurale sau fesiere (Ombredanne, Sicard); din buzele mari (Bummer, Kovacs) sau mici (Pupeî, Graves).

Toate las cicatrici foarte urîte, ultimile chiar «desfigureaz » perineul, f r a crea un vagin la ad post de necesitatea unei calibr ri continue, ba cu unele inconveniente în plus: vagin cu pere i albi i gro i ca pielea, uneori plin

cu p r; durata lung de spitalizare întrucît fiecare din aceste opera ii se efectueaz în mai mul i timpi (3—4) etc.

— *Autoplastiile cu segmente de tub digestiv* au dezavantajele marilor opera ii abdominale: ele necesit pe lîng o echip chirurgical antrenat i condi ii materiale, care s pun la ad post via a bolnavilor (posibilit i de anestezie-reanimare-terapie intensiv , aspira ie duodenal etc.), dar au i avantaje incontestabile: asigur un vagin de lungime i calibru cvasi-normal i imediat ob inut, cu mucoas adev rat (nu piele cicatriceal) i las o singur cicatrice vizibil (cea de coeliotomie).

Dintre aceste metode *plastia rectal* propus de Sneghirev (1892) practicat i ameliorat succesiv de Gersuny (1897), D.D. Popov (1910), G. Schubert (1911), Menge, Wagner, Cristea Grigoriu (1922), nereclamînd deschiderea cavit ii peritoneale, prezenta înainte de era antibioticelor marele avantaj al unei mortalit i relativ sc zut (5%), dar i urm toarele inconveniente: tehnica foarte complicat , folosea un segment de tub digestiv lipsit de mezou (de aci necroze i fistule frecvente ale rectului); în plus, aceast metod , de domeniul trecutului, expunea adesea la infec ia spa iului pararectal (dînd pararectite rebele) i destul de frecvent la tulbur ri sfincteriene (cu incontinen de fecale i gaze).

Plastia ileal , a a cum a fost propus de Baldwin (1904) pune o condi ie dubl : mezenterul ansei i pilierii arteriali ai arcadei mezenterice s aib o lungime suficient ; aceasta neputînd fi recunoscut decît intraoperator i neînflînindu-se decît aproximativ la 1/3 din cazuri, se transform adesea într-o surpriz dezagreabil . Baldwin cobora ansa intestinal îndoit în eav de pu c pentru a preveni tensiunea mezoului (ceea ce crea i dezavantajul unui pinten în mijlocul neovaginului!); în modificarea de tehnic propus de Mori, care a folosit primul ansa ileal neîndoit , riscul punerii în tensiune a mezoului era i mai mare; pentru aocoli acest inconvenient s-au propus unele artificii:

— P. Brocq (1951) a sec ionat peritoneul pe ambele fe e ale mezenterului i doi dintre pilierii vasculari reu ind astfel s lungeasc efectiv mezoul i s asigure vasculariza a ansei;

— la acela i artificiu a recurs i la noi în ar Mandache (inspirîndu-se pentru pediculizarea ansei tot de la metoda folosit la esofago-plastia jejunal); Mandache mai recomand folosirea ca tulpin hr nitoare, a pilierului de la nivelul cap tului distal al ansei excluse: în acest fel ansa aleas va fi coborît anti- peristaltic, puînd fi dus cu u urin foarte, foarte jos. în acela i timp Mandache rezec excesul cap tului de ans , r mas proximal m rind astfel debitul vascular al grefonului i reducînd secre ia noului vagin.

Fiindc în afara inconvenientelor semnalate plastia de ileon mai este grevat de urm toarele servitu i:

— secre ia abundent a neovaginului (care produce uneori irita ia organelor genitale externe);

—faptul c mucoasa intestinului sub ire este mai fin , mai vulnerabil la traumatisme.

Plastia sigmoidian I propus de Baldwin, a fost pentru prima oar realizat de Wallace în 1907, i utilizat apoi pe cale extraperitoneal de Albrecht i pe cale abdominal de Ruge, Hejduk (cu ans nedublat), precum i de E.E. Ghigovski i Aleksandrov cu ans dublat . Rezultatele opera iilor cu ans nedublat au fost îmbun t ite prin r sturnarea ansei, descris de Champeau, care evit necroza grefonului. Avantajele procedurii sînt:

— sigmoidul, spre deosebire de ileon, este situat în apropierea locului de transplantare i spre deosebire de rect, are mezou;

— prin structura sa sigmoidul se aseam n cel mai mult cu vaginul, secre ia sigmoidului este mai redus (dar este adev rat c este urît mirositoare);

— opera ia se poate realiza prin incizie estetic (Pfannenstiel).

Dup datele comparative publicate în literatură și după experiența din ultimii ani a marilor unități din capitală, această metodă pare cea mai rațională încununată de rezultate din cele mai bune și cea mai lipsită de riscuri dintre plastile folosind segmente de tub digestiv.

Mai trebuie amintit aici plastia cu perete stomacal, mobilizată prin pediculizarea marelui epiploon, care a fost propusă de Chiricu (1955).

INDICAȚII

Neocolpopoeza este indicată atât de absența congenitală a vaginului (care prin definiție își merită numele numai când aplazia interesează cel puțin în 2/3 din lungimea vaginului), cât și de alte anomalii, care au fost amintite (atrezie, diafragme groase de peste 1 cm cu sau fără hematocolpos etc.). În funcție de vârsta bolnavei, de mărimea diagnosticată, și de sediul ei, se recurge la operații mai limitate, pe cale joasă sau pe cale abdomino-perineală. Pentru a pune o indicație corectă explorarea cazului trebuie deci să fie cât mai completă pentru a cunoaște, pe de o parte, felul anomaliei și întinderea ei, iar pe de altă parte pentru a depista alte malformații posibil asociate, privind:

gonadele (H. Robert atrage atenția asupra dificultății de a determina anatomoclinic sexul real al unor gonade, chiar în timpul coeliotomiei); de aici importanța studierii cromatinei sexuale și a cariotipului;

— organele genitale interne, în special uterul, colul și segmentul proximal al vaginului (când există); precum și depistarea (prin urografie) a anomaliilor, relativ frecvente, asociate, ale tractului urinar.

Explorarea organelor genitale interne, care este de dorit să fie sistematică, a impus, acolo unde condițiile de dotare o permit, în locul laparotomiei exploratrice, ca prim timp coelioscopia; astfel se va putea face inventarul anomaliei, ce poate îmbrăca aspectul uneia din următoarele patru eventualități (fig. 470): *agenzia duetelor mülleriene* cu expresia sa anatomoclinică, *agenzia de vagin însoțită de agenezia uterină totală* și în cea mai mare măsură a tubelor (ce reprezintă cca 7% din cazuri după Gagnaire și Y. Rochet); inspecția abdomino-pelvică nu se te decît cele două gonade (și ele uneori în poziție ectopică) și cel mult un rudiment de tub; în aceste cazuri se pune în mod particular problema diagnosticului diferențial cu testiculul feminizant, deci a cercetării sexului cromozomic și cromatinian;

— *aplazia uterotubară majoră asimetrică* sau hemisindromul Rokitansky-Kuster-Hauser (cu o frecvență de 18,4% după aceiași autori).

În aceste două prime grupe malformațiile renouretale sînt mult mai frecvente (25% după Counseller, 47% după Te Linde) și se poate spune că, cu cît anomalia uterovaginală este mai severă, cu atît asocierea unei malformații renale este mai probabilă și o urografie mai necesară (fiindcă ageneziile totale uterovaginale au un calendar organogenetic mai apropiat de cel renouretal, decît aplaziile de tipul sindromului R.K.H. care se însoțesc de malformații renale, doar în 6,5% din cazuri);

— *sindromul Rokitansky-Kuster-Hauser* sau *aplazia vaginală însoțită de aplazie uterină parțială* (întîlnit în 65,7% din cazuri după Gagnaire și Rochet) uterul este redus la doi noduli fără cavități de obicei asimetrici, situați de o parte și de alta a liniei mediane, între vezică și rect și uniți printr-un repliu peritoneal falciform, trompele fiind mai mult sau mai puțin normale;

— *aplazia vaginală izolată cu uter funcțional* (cea mai rară 5,3% după autorii suscitați) întrunește paradoxul că deși este malformația cea mai puțin gravă, cea mai puțin întinsă, și simptomatologia cea mai zgomotoasă (hemato-salpinx, hematometrie, hematocolpos, endometrioză) impunînd operații repetate, uneori de la cea mai fragedă vîrstă a fetelor, în loc să se poată tepta reîntregirea, prin neocolpopoeză, a tractului genital în vederea maternității.

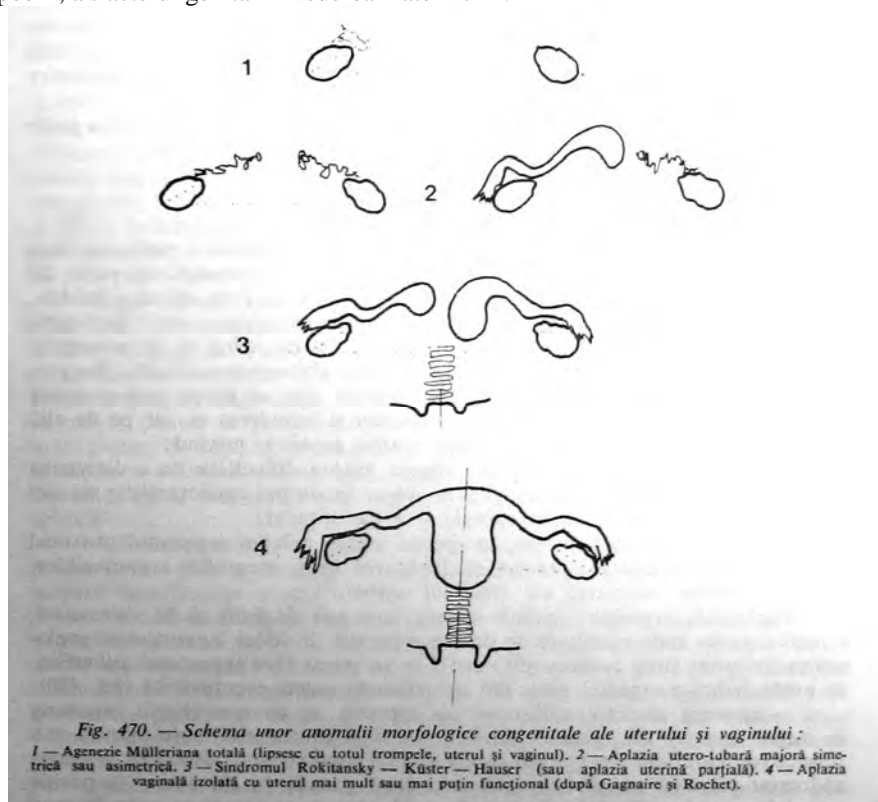


Fig. 470. — Schema unor anomalii morfologice congenitale ale uterului și vaginului:
1 — Agenezia Mülleriana totală (lipsesc cu totul trompele, uterul și vaginul). 2 — Aplazia utero-tubară majoră simetrică sau asimetrică. 3 — Sindromul Rokitansky — Kuster — Hauser (sau aplazia uterină parțială). 4 — Aplazia vaginală izolată cu uterul mai mult sau mai puțin funcțional (după Gagnaire și Rochet).

În funcție de rezultatele explorării clinice și de posibilități, se pune indicația tehnicii de ales: fie o plastie cu segmente de tub digestiv (dintre care am arătat că este de preferat plastia sigmoidiană) mai traumatizantă, cu riscuri mai importante, dar și cu rezultate mai prompte; fie o plastie pe cale perineală (cu sau fără grefe libere dermo-epidermice) mai simplă, mai puțin înocantă, dar și cu rezultate mai îndelungate și cu mai mult suferință, obinute. Două situații necesită o mențiune specială în ce privește indicația și anume:

— în eventualitatea în care, explorările pot pune în evidență existența porțiunii superioare a vaginului, deși operaia propriu-zisă va consta în clivajul spațiului rectovezical de jos în sus cu sau fără plastie dermo-epidermică complementară deoarece adesea este foarte greu de agățat și cu ocazia acestui timp porțiunea de vagin existentă, s-a recomandat începerea operației prin coeliotomie, pentru transiluminarea sau introducerea în bontul de vagin a unui reper rigid;

— în eventualitatea în care explorarea pune în evidență un uter de aspect normal și cu atât mai mult, când bolnava a prezentat episoade caracteristice (de hematosalpinx, hematometrie sau hematocolpos, într-un reces vaginal, mai mult sau mai puțin rudimentar) sîntem împinși la operații multiple, adesea atipice întrucît trebuie asigurat, uneori de urgență, într-un prim timp, drenajul sîngeului menstrual adunat.

CONTRAINDICĂȚII

Intervențiile sîngerînde pentru absența congenitală sau atreziile vaginale sînt contraindicate de anomaliile importante asociate, mai ales cele ale aparatului urinar, a căror considerabil importanță practică merită să fie subliniată:

— rinichiul pelvian este un obstacol pentru coborîrea unei anse (el contraindică în general operațiile abdominale și în special plastia ileală sau sigmoidiană);

— rinichiul unic trebuie tratat, cum se ține cu «cel mai mare respect»; în asemenea situații este mai bine să încercăm obținerea neovaginului prin taxis, sau cel mult prin operații perineale cît mai puțin înocante și cît mai puțin grevate de riscul infecțiilor.

CONDIȚII DE EFECTUARE

Trebuie considerate, dacă nu că niște contraindicații, dar cel puțin că lipsa condițiilor favorabile, faptul că femeia nu și-a manifestat spontan dorința de a se opera, precum și imposibilitatea temporară de a menține (prin contact sexual) rezultatul operator care s-ar putea obține (femei nemăritate, sau fără perspective imediate de căsătorie).

Într-adevăr statisticile arată că rezultatele sînt mai puțin bune prin toate metodele, cînd operata nu are viața sexuală regulată, cu atât mai mult cînd nici nu simte nevoia ei. Alături de aceste condiții pentru efectuarea neocolpopoeziei mai semnificative, ca un deziderat de viitor, interesul teoretic al unui bilanț endo-crinologic pe baza dozărilor chimice (singura formă de explorare hormonală posibilă în aceste cazuri). Desigur că avînd posibilitatea unui astfel de bilanț o condiție favorabilă pentru o operație ar fi găsirea unei fenolsteroidurii în limite normale, după cum o condiție defavorabilă ar fi găsirea unei concentrații superioare cifrelor normale la femeie, a 17-cetosteroidurilor în urină.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Anumite metode se pot efectua fără pregătiri speciale, dar cînd se fac plastii cu segmente de tub digestiv este bine să se administreze profilactic pentru atenuarea septicității tubului digestiv, fie cloramfenicol, fie m-carbiformosulfatiazol sau sulfaguanidin. Pentru plastia cu sigmoid, Aleksandrov preconizează următoarea pregătire preoperatorie: dietă 4—5 zile (2—3 pahare iaure pe zi) iar în ajunul operației numai alimente lichide fără celuloză și glucoză intravenoasă; în plus, în primele două zile ale pregătirii, douălei de ricin și în ultimele două recomandă clisme înalte.

TEHNICI OPERATORII

Clivajul spațiului recto-vezical. Clivajul spațiului recto-vezical se face în fundul introitului, începîndu-se cu o incizie orizontală (fig. 471) sau ușor concavă în sus (cam ca pentru o perineorafie posterioară); apoi se decolează cu grijă după ce s-a introdus un cateter metalic în uretră, cu degetul și cu foarfecele, sau cu două valve introduse succesiv și progresiv, pînă ce se găsește spațiul bun de clivaj între uretră și rect. Din punctul de vedere anatomic, în agenezia sau aplazia vaginului, un esut celulofibros, ce se întinde de la vulvă și pînă la fundul de sac retrovezical (uterul fiind în majoritatea cazurilor și el absent) înlocuiește duetul vaginal; în grosimea acestei lame fibroase de cîțiva mm se găsesc rudimente embrionare, chistice sau solide din canalul Gartner sau chiar din canalul Miiller.

În timpul decolării se pot deschide un număr de mici chisturi cu conținut seros sau opalin: aceasta nu este decît dovada că decolarea se găsește pe drumul cel mai bun. Clivajul se continuă cu atât mai ușor cu cît se ajunge mai sus (vezica se lasă mai ușor dislocată) pînă ce spațiul creat are o lungime de 10—12 cm și o lărgime de 3—4 cm. Se face o hemostază cît mai îngrijită prin tamponare cu comprese îmbibate cu soluție cloruro-sodică izotonică adre-nalinată și caldă, sau cel mult prin forcipresur temporară (ligaturile sau escarele rămase după electrocoagulare, constituie corpuri străine).

Grefa amniotică. Această cavitate se tapetează cu o membrană amniotică prelevată cu puțin timp înainte de la o operație cezariană, cît mai «pură» sau, cum a făcut G. Dumitrescu cu membrană amniotică, pstrată patru zile la rece, după metoda Filatov. Membrana amniotică este îmbrăcată pe un sac Mickulicz și se introduce cu fața ovulară spre suprafața cruentă; sacul este umplut cu mește îmbibate în ser de cal. Marginile membranei amniotice, rezecate la nivelul vulvei, se suturează la plaga creată, pentru începerea decolării.

Vogt preferă grefele amniotice repetate. El schimbă din două în două zile grefa amniotică introducînd una proaspătă (pe un tutore din burete de cauciuc special confecționat și sterilizat prin fierbere), pentru a grăbi vindecarea prin prinderea de noi insule de epiteliu amniotic. Brindeau recomandă în plus coeliotomia exploratorie sistematică. Dumitrescu a folosit această coeliotomie

exploratoare și pentru a scurta și Douglasul (suturând colonul ileo-pelvic la ligamentul ce unea cele două coarne uterine rudimentare, ca într-o peritonizare colo-vezical).

Grefele dermoepidermice. Pentru crearea unui vagin tapetat cu grefe dermo-epidermice, pe lângă același prim timp, clivajul recto-vezical, se recurge sau nu la colaborarea cu un specialist în chirurgie plastică pentru prelevarea de pe coapse sau fese a lamboului de grefat.



Fig. 471. — Clivajul spațiului rectovaginal pentru crearea unui vagin artificial (linia de incizie în fundul introitului vestibular trasată punctat).



Fig. 472. — Pentru crearea unui vagin artificial (prin orice tehnică) după decolarea vezico-rectală se introduce o meșă în spațiul chivat.



Fig. 473. — Procedeu Dan Alexandrescu:
 A — Prelevarea grefei de pe fesă. B — Grefonul socotit suficient este secționat. C — și modelat pe tutore (cu fața epitelială spre tutore). D — Fixarea tutorei în cavitatea chivată.

Iată timpii principali ai procedurii, a a cum este folosit de Dan Alessan- drescu (pe mai bine de 90 de cazuri);

- Se recoltează cu ajutorul electrodermatomului un lambou dermoepi- dermic de aproximativ 20/10 cm.
- Se montează lamboul, pe un tutore de plastic, corespunzător tor calibrat, ce are multiple perforații, cu fața epidermică spre tutore, pentru a-i menține în poziție; grefonul este suturat pe forma tutorelui, ca o mînecă pe mînecar, cu fire separate de nylon fin (vezi fig. 473-C).

- Între timp se asigură hemostaza ariei de recoltare prin buclă de gelașpon și pansament compresiv, precum și a spațiului de clivaj; nu este bine să se inverseze timpii, fiindcă pînă ce se face clivajul recto-vezical, lamboul de piele suferă prin circulația sa și desică.

- Se introduce tutorele cu grefonul dermoepidermic, menținut tot timpul umed, în ser fiziologic și se fixează la nivelul vestibulului cu fire separate de nylon.

Se lasă sondă Pezzer în vezică: în interiorul tutorelui perforat se ghemuiește o mînecă, care va fi schimbat zilnic, îmbibat în soluție de penicilin - streptomycin, vitamina A și Sintofolin. Tutorele este scos după 12 zile.

Plastia ileală. Plastia ileală comportă trei timpuri principale: crearea spațiului recto-vezical; alegerea și izolarea ansei cu restabilirea continuității tranzitului intestinal prin anastomoză latero-laterală sau termino-terminală; coborîrea ansei după alungirea mezoului, apoi deschiderea și fixarea ei la orificiul vulvar.

Primul timp, același pentru toate metodele a fost descris (decolarea trebuie împinsă pînă la fundul de sac peritoneal); o pensă intestinală lungă și curbă înfășurată într-o mînecă este introdusă în spațiul creat.

Al doilea timp se începe după ce se schimbă poziția operatei (care este acum plasată în Trendelenburg) și se deschide cavitatea peritoneală prin incizie mediană subombilicală sau Pfannenstieler. Ansa de folosit trebuie să aibă cca 20 cm; ea se alege din porțiunea terminală a ileonului, strădindu-se pe loc ultimii 20—25 cm de ileon în contact cu cecul.

Se poate încerca segmentul de ales, apucînd succesiv ansa din mai multe puncte, pentru a stabili ce parte a ei poate fi mai ușor coborîtă în pelvis. Ansa aleasă este apoi exteriorizată și izolată de restul cîmpului operator cu comprese mari. Acum se secționează intestinul între pense de coprostază; capetele ansei excluse sînt suturate și înfundate în bursă. Secțiunea se continuă pe mezenter, în V cître baza lui, cu grijă înșurător pentru a nu interesa toate vasele segmentului de intestin izolat.

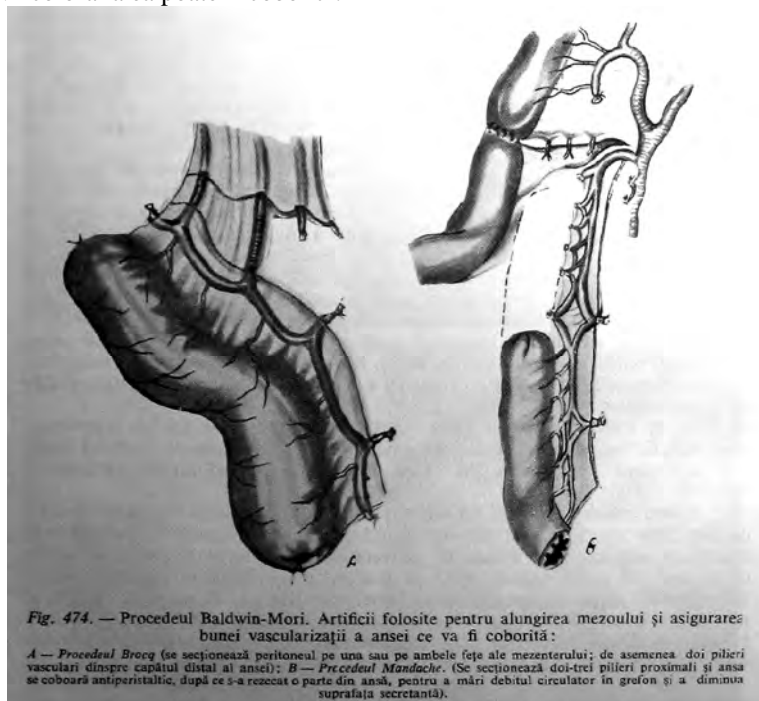
La al treilea timp, se trece după restabilirea continuității tranzitului intestinal. Coborîrea ansei se face prin îndoire, cum a recomandat-o inițial Baldwin, sau după modificarea lui Mori (ansa este coborîtă întinsă, cu capătul distal la vulvă).

Pentru procedeul clasic, un asistent împinge în sus pensa laterală în canalul decolat între vezică și rect, iar operatorul incizează peritoneul și extinde apoi lateral această secțiune. Pensa de jos este introdusă în peritoneu și se apucă cu ea mijlocul ansei excluse. Ansa va fi astfel coborîtă²⁴ sub controlul vederii operatorului. Capetele superioare ale ansei coborîte pot fi ancorate, pentru a nu prolaba eventual, la ligamentele rotunde (efectuîndu-se astfel și peritonizarea bonturilor). După închiderea plăgii abdominale, se deschide sagittalul unghiului ansei izolate, pe jos și se suturează pereții ei la buzele plăgii perineale.

Dacă pînțenul pe care noul vagin îl va prezenta, jenează, transformarea vaginului dublu într-un singur conduct nu se va putea face decît peste trei luni (prin incizia septului, sau strivirea lui cu un enterotrib).

Dificultatea cea mai însemnată a procedurii Baldwin-Mori este timpul de coborîre a ansei excluse; dacă mezenterul este scurt sau rigid, pericolul de tensiune este atît de mare încît este preferabil să se renunțe la coborîrea ansei îndoită și să se recurgă la procedeul Mori, folosind unul din următoarele artificii pentru a prelungi mezoul ansei fără a-i compromite vitalitatea:

- P. Brocq secționează cele două foi de peritoneu (pentru a lungi mezoul) fără a răni vasele mezenterice; apoi, după studiul dispoziției vasculare, leagă unul sau doi dintre pilierii arteriali ce urcă spre arcada marginală de partea distală (fig. 474 A). După ce s-a observat dacă ansa își conservă colorația ea poate fi coborîtă.



²⁴ La coborîrea ansei amintim grija ce trebuie avut ca restabilirea tranzitului să nu fie tulburată de coarda pe care o face mezoul ansei coborîte.

— Pentru prepararea grefonului, Mandache alege ansa ileal , apoi rezec trei stâlpi arteriali proximali; al patrulea stâlp, ultimul, fiind folosit ca tulpin nutritiv . Din ansa izolat pe o lungime de aproximativ 25 cm se rezec 12— 14 cm la capătul superior proximal, respectând arcadele vasculare marginale (se taie ras cu ansa și se leag vasele terminale) (fig. 474 B).

Mai semnificative sunt trei detalii importante de tehnic și anume: |S ansei trebuie să se asigure o trecere ușoară prin peritoneul pelvian (pentru aceasta se va crea o gură peritoneală suficient de mare);

— operația abdominală trebuie terminată printr-o peritonizare perfectă (dar care să evite ocluzia și riscul de sfacelare a ansei);

— mezoul ansei coborâte să fie suturat de peritoneul peretelui pelvian posterior, ca să se evite posibilitatea unei ocluzii.

Plastia sigmoidiană . Redăm tehnica pe care am folosit-o personal, după descrierea lui Aleksandrov, care avea cea mai mare statistică operatorie din lume (175 de cazuri, dintre care 42 executate după tehnica în trei timpi, inițial descrisă de Baldwin, iar restul după o tehnică proprie în doi timpi, cu două variante; abdomino-perineală și perineo-abdominal):

— Primul timp, și în această tehnică , este crearea lojei vaginale prin decolare recto-vezicală , până la fundul de sac peritoneal. În această cavitate nou-creată se introduce o valvă vaginală , sau un porttampon curb, cu două meșe îmbibate, sau nu, de vaselin steril (fig. 472).

— Timpul al doilea: celiotomie, de preferință prin Pfannenstiel. Se examinează organele pelviene și sigmoidul, după care se izolează cavitatea peritoneală . Ulterior, autorul și-a modificat tehnica: începe celiotomia cu o incizie de 3 cm a peritoneului, prin care se exteriorizează ansa sigmoid , în așa fel ca rezecția și anastomoza să se facă în afara abdomenului (fig. 475 A). Pe sigmoid se aplică două perechi de pense de coprostază , la distanță de 18—25 cm (fig. 475 B). Intestinul se rezecă între pense și se izolează cu câmpuri. Continuitatea sigmoidului se restabilește prin anastomoză termino-terminală (fig. 475 C); pentru a evita strictura, se pun numai fire izolate: de catgut pe mucoasă , de mătase sau nylon pe stratul extern, sero-muscular (fig. 435). Cele două capete ale ansei izolate se închid cu un surjet de catgut, dublat de un strat sero-muscular cu fire separate de mătase, sau nylon pentru înfundare (fig. 475 D).

Prin mezou, la mijlocul acestei anse se trece un fir gros de mătase, legat de o compresă ; se incizează peritoneul Douglasului, împins de pensa porttampon introdusă pe jos. Ajutorul apucă cu pensa compresă și firul de mătase aplicat pe mezou și-l trage (fig. 475 E) în loja creată în primul timp, coborând ansa sigmoid îndoit , în timp ce chirurgul următor se asigură că nu se producă curvuri, torsiuni sau tensiunea mezoului (fig. 475 F). Orificiul peritoneal din fundul de sac al lui Douglas se fixează superficial cu două fire de peritoneul ansei coborâte.

— Timpul al treilea: se coboară bine ansa de sigmoid și se fixează cu fire de catgut la fascia perineală , după care se deschide ansa cu bisturiul printr-o incizie transversală . Marginile inciziei se suturează de marginile mucoasei vulvare cu fire separate de catgut (fig. 479). În vaginul neoformat se introduc una-două meșe cu vaselin lichid (cu scopul de a face să adere ansa sigmoid de pereții lojii create).

Pentru Sîrbu, care preferă tehnica Ruge-Hejduc-Champeau cu ansa de sigmoid nedublată , cel mai important timp îl reprezintă studiul asupra poziției anatomice a arterelor sigmoidiene, a continuității sau discontinuității arcadei marginale, a prezenței sau absenței arcadei Siideck (fig. 476) prin transiluminare și palpăre, în funcție de lungimea și gradul de mobilitate al ansei sigmoidiene. Se stabilește astfel segmentul sigmoidian, care va fi exclus în așa fel, încât să se obțină un grefon de 15—18 cm lungime. Timpurile următoare sînt:

1. *Secționarea proximală a sigmoidului*; acesta se face la nivelul joncțiunii colosigmoidiene.

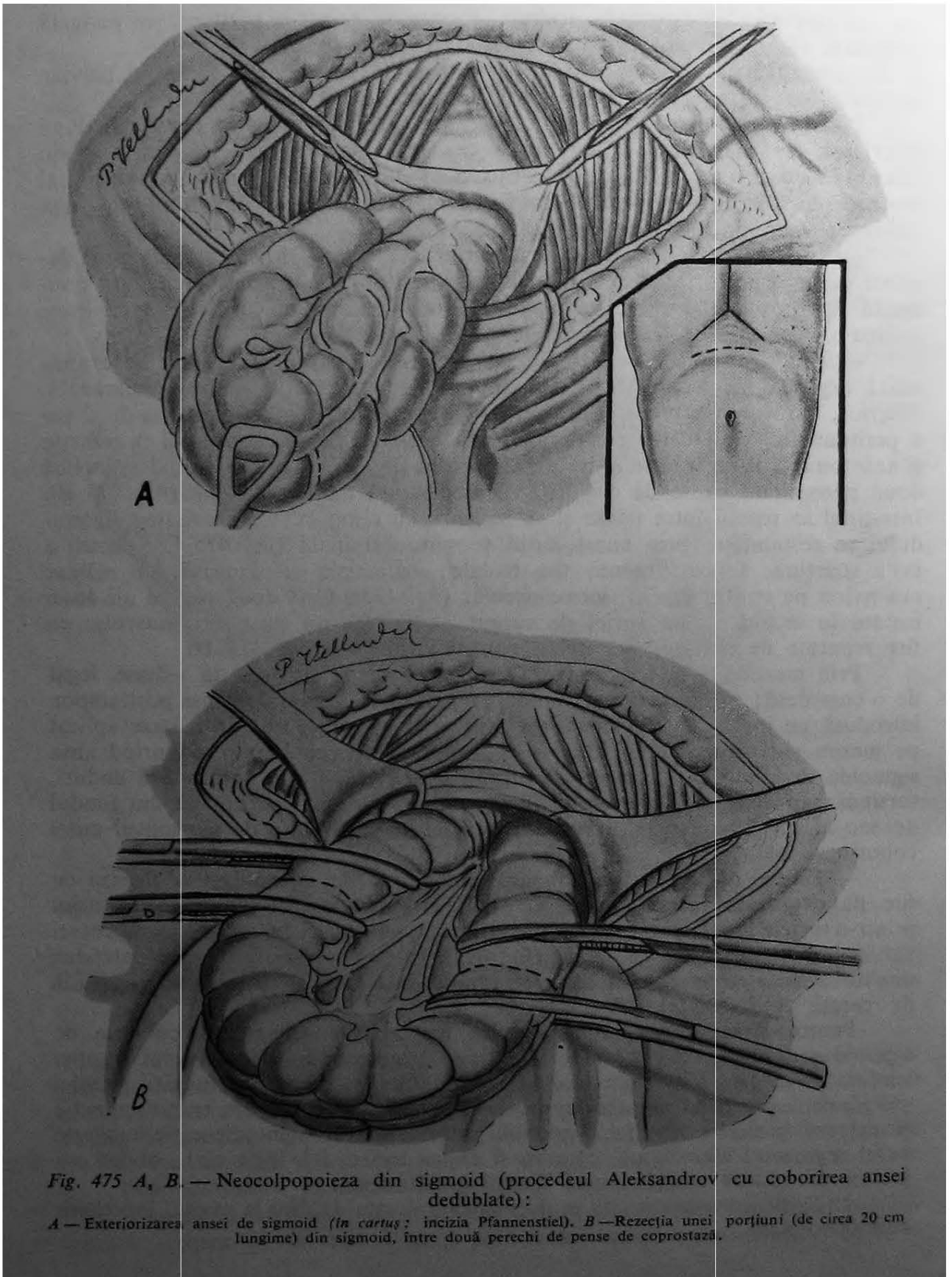
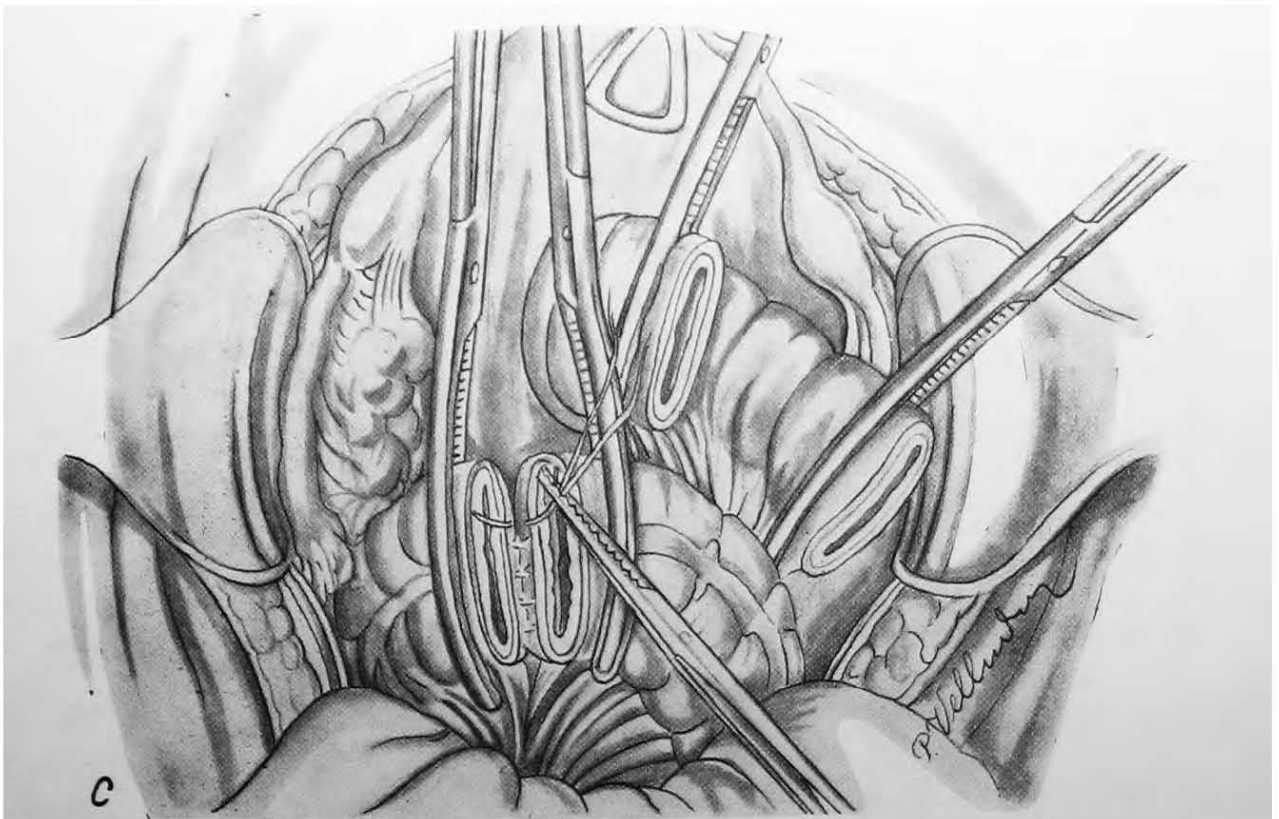
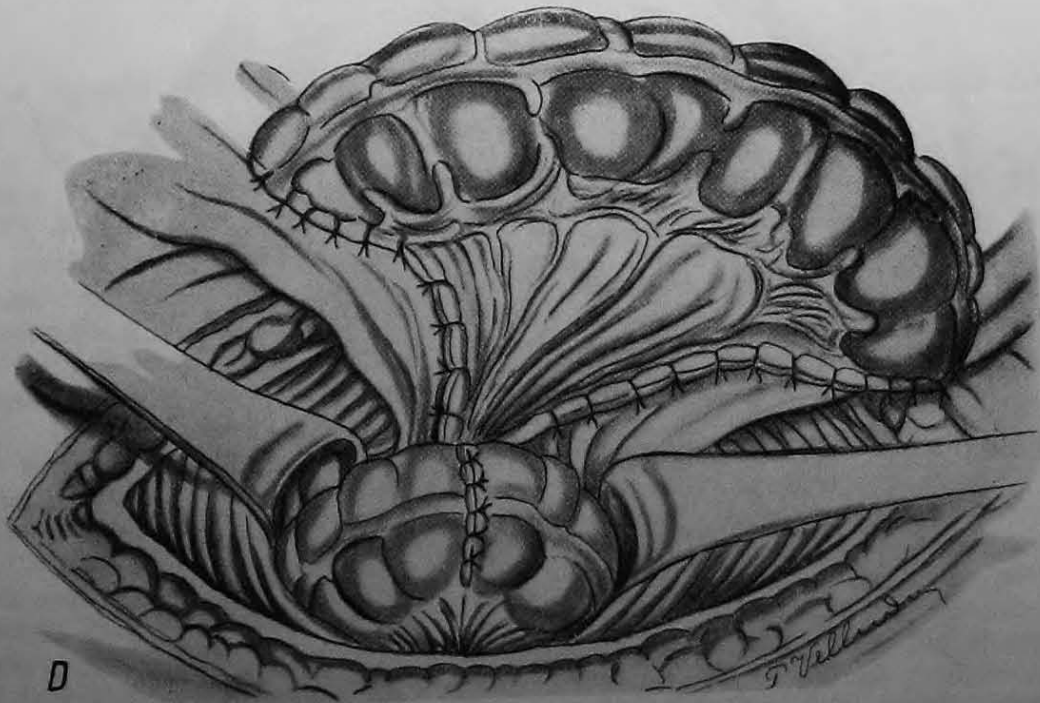


Fig. 475 A, B. — Neocolpocoeza din sigmoid (procedeul Aleksandrov cu coborirea ansei dedublate):

A — Exteriorizarea ansei de sigmoid (In cartuş: incizia Pfannenstiel). B — Rezecţia unei porţiuni (de circa 20 cm lungime) din sigmoid, între două perechi de pense de coprostază.



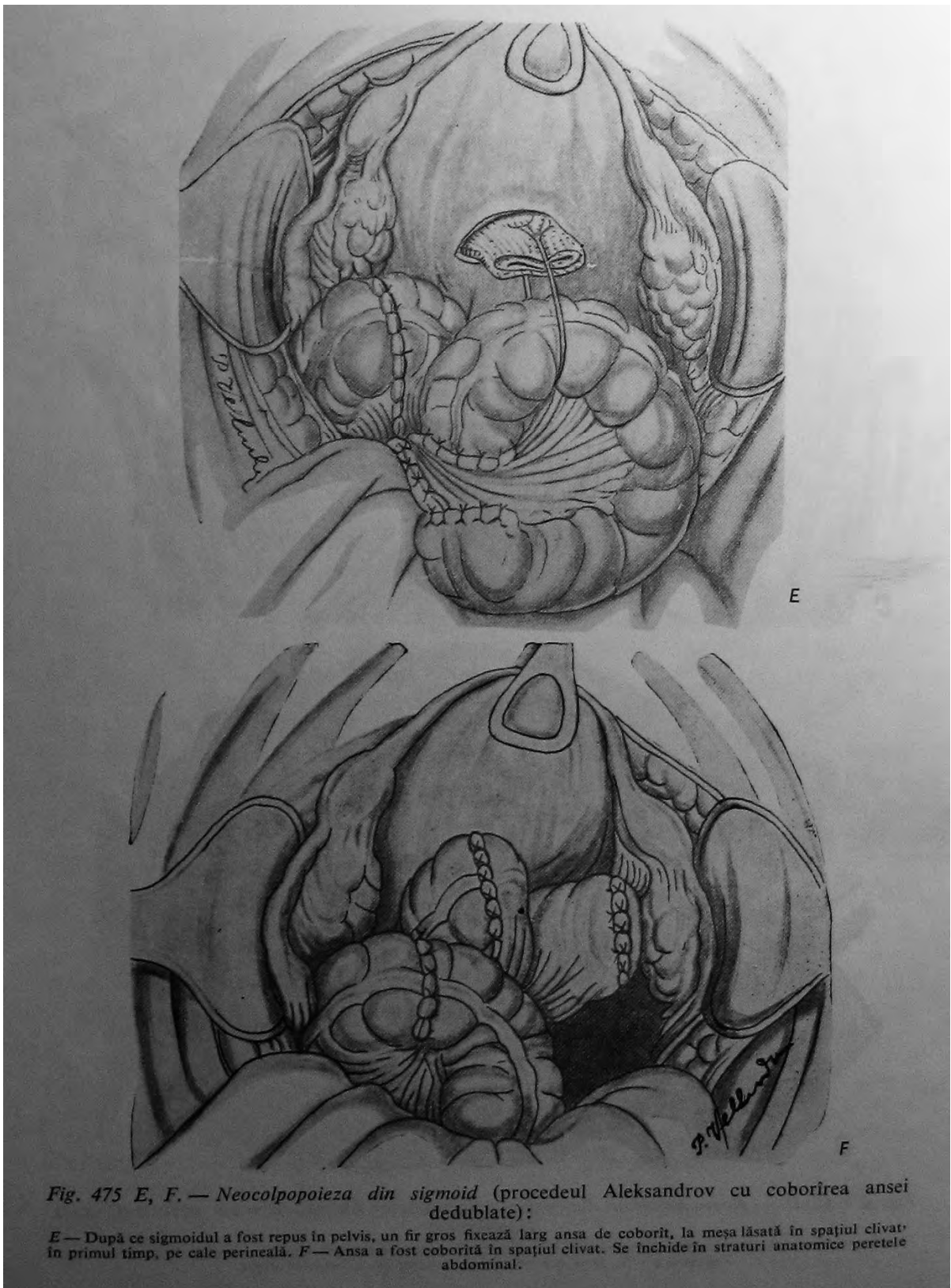
C



D

Fig. 475 C, D. — Neocolpoplezia din sigmoid (procedeu Aleksandrov cu coborîrea ansei dedublate):

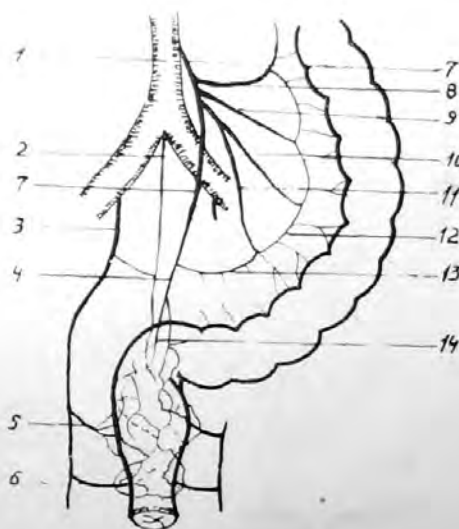
C — Restabilirea tranzitului sigmoidian prin enteroanastomoza termino-terminală (cu fire separate în două straturi. Vezi și fig. 435). D — Ansa exclusă a fost închisă la ambele capete.



Intinzînd sigmoidul spre simfiz se stabileşte punctul cel mai decliv şi apropiat de simfiz al ansei (fig. 477 pct. C). De la acest punct, mersurînd ascendent 10—12 cm se stabileşte punctul proximal de secţionare al sigmoidului (el corespunde aproximativ joncţiunii colo-sigmoidiene: fig. 477 linia A-A'). La acest nivel se secţionează foiţa anterioară şi posterioară a mezosigmoidului pe o direcţie perpendiculară pe sigmoid, care merge pe o adîncime de 7—8 cm spre rînd cina mezosigmoidului.

Fig. 476. — Circulația arterială a sigmoidului și a rectului :

1 — Artera aortă. 2 — Artera sacrată medie. 3 — Artera hipogastrică. 4 — Artera hemoroidală superioară. 5 — Artera hemoroidală mijlocie. 6 — Artera hemoroidală inferioară. 7 — Artera mezenterică inferioară. 8 — Artera colică stângă. 9 — Artera sigmoidiană superioară. 10 — Artera sigmoidiană mijlocie. 11 — Artera sigmoidiană inferioară. 12 — Arcada marginală paracolică. 13 — Arcada Sudeck. 14 — Artera hemoroidală superioară (dreaptă și stângă).



Se pune în evidență arcada marginal (paracolic) realizat între artera colică stângă și artera sigmoidiană superioară și se întrerupe (fig. 477, pct. d-d'), după ce ne-am convins că prin pensarea ei provizorie sînt prezente pulsațiile la nivelul capătului distal al arcadei (la nivelul joncțiunii recto-sigmoidiene); se secționează între două pense Kocher aplicate perpendicular pe axul longitudinal al sigmoidului (fig. 475 B).

2. *Secționarea distală a sigmoidului.* Aceasta se face în vecinătatea joncțiunii recto-sigmoidiene.

De la punctul sigmoidian stabilit ca fiind cel mai decliv și mai apropiat de simfiză, se măsorează 5—6 cm mergînd spre joncțiunea recto-sigmoidiană, marcîndu-se astfel nivelul distal de secționare a sigmoidului (fig. 477, linia B-B).

Se deschide foia anterioară și posterioară a mezosigmoidului (care aici este mai puțin înalt), pe o adîncime de 3—4 cm. Se evidențiază și se întrerupe arcada marginală realizată între artera sigmoidiană inferioară și artera hemoroidală superioară (arcada Sudeck) — (fig. 477, pct. a-a')-întreruperea arcadei se face după ce, prin pensarea ei provizorie, la care se adaugă pensarea arterelor sigmoidiene cu excepția arterei sigmoidiene inferioare, se constată pulsațiile sau sîngerare arterială la capătul proximal al grefonului. Se secționază la acest nivel sigmoidul între două pense Kocher drepte excluzînd segmentul sigmoidian din circuitul digestiv colic.

3. *Închiderea provizorie a capătului proximal al grefonului* cu un fir de nylon în bursă ale cărei capete sînt luate lungi și pstrate pe o pensă. *Închiderea definitivă a capătului distal al grefonului*, după metoda aseptice Kerr-Parker, folosind sutura Cushing.

4. *Refacerea continuității colice* prin anastomoză termino-terminală într-un strat sau în două straturi cu fire separate de a și b (fig. 435). Anastomoză colică se face înaintea sau în urmă grefonului și a pediculului său nutritiv. Breșa mezosigmoidiană se închide cu fire separate de a și b.

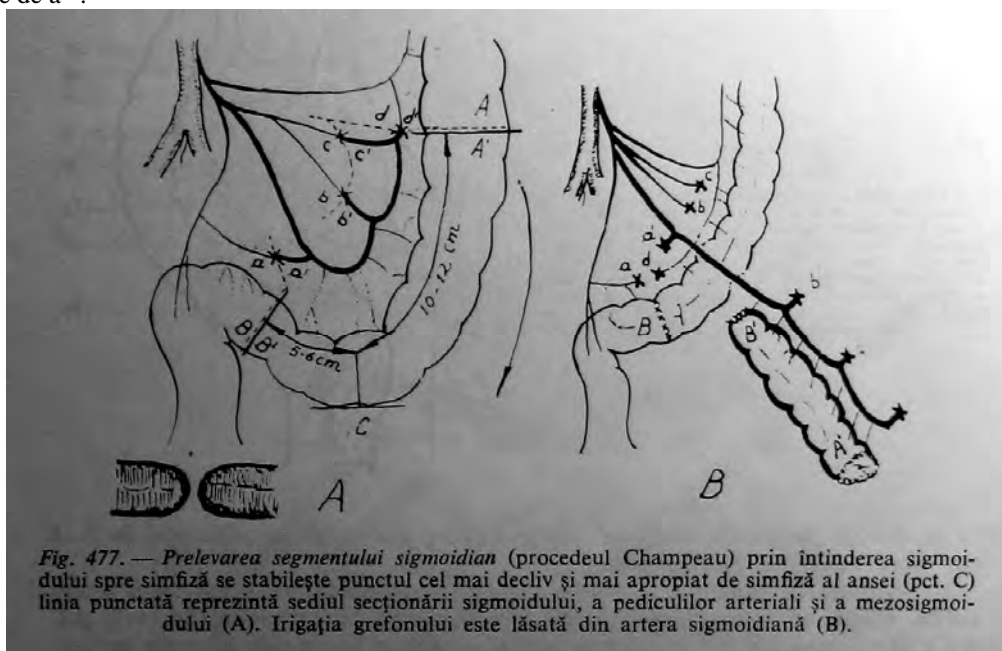


Fig. 477. — Prelevarea segmentului sigmoidian (procedeeul Champeau) prin întinderea sigmoidului spre simfiză se stabilește punctul cel mai decliv și mai apropiat de simfiză al ansei (pct. C) linia punctată reprezintă sediul secționării sigmoidului, a pediculilor arteriali și a mezosigmoidului (A). Irigația grefonului este lăsată din artera sigmoidiană (B).

6. *Secționarea și ligaturarea arterelor sigmoidiene mijlocie și superioare* (fig. 477 pct. b-b' și c-c'), cît mai la origine, arcada marginală rîmînd integră. Se obține un grefon de 15—418 cm lungime, irigat de artera sigmoidiană inferioară (fig. 478 A).

7. *Secționarea peritoneului pelvian* în punctul marcat de locul unde se palpează capătul pensei vaginale ghid (fig. 478 B, cartu). Prin disecție cu foarfeca, în timp ce un ajutor mobilizează pensa ghid vaginală, se evidențiază vîrfurile acestora și meza vaginală tractor.

8. *Coborîrea ansei sigmoidiene.* Se fixează la pensa vaginal ghid sau la me a vaginal tractor (fig. 478), cap tului proximal al ansei excluse i prin trac iune se aduce ia vulv (orientare anizoperistaltic prin r sturnare). Coborîrea se face prin trac iune blînd i lent , f r a exista torsiune, trac iune sau compresiune a pediculului nutritiv.

9. *înciderea peretelui abdominal anatomic cu drenaj aspirativ pentru 48 de ore.*

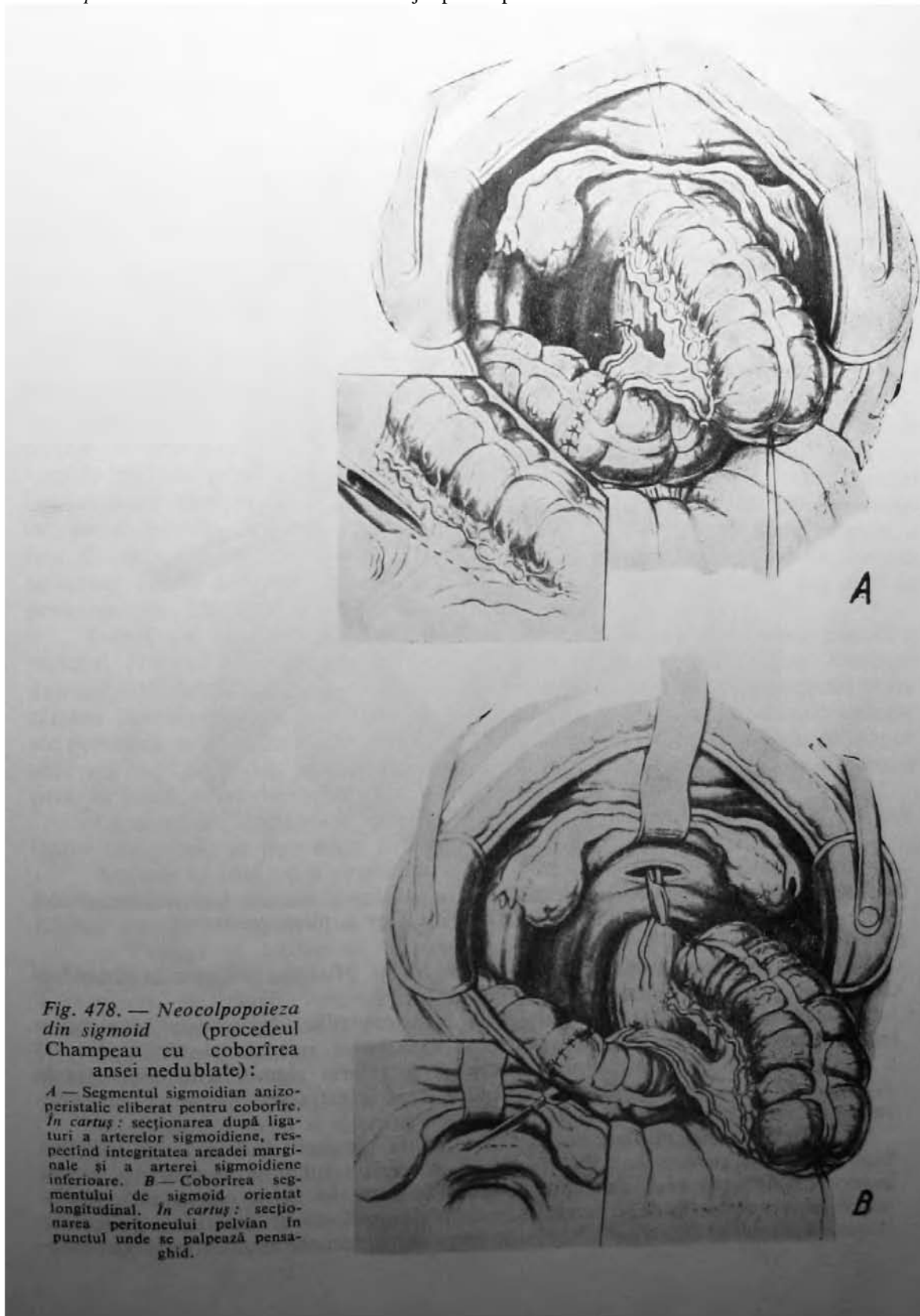


Fig. 478. — Neocolpopezia din sigmoid (procedeul Champeau cu coborîrea ansei nedublate):

A — Segmentul sigmoidian anizoperistaltic eliberat pentru coborîre. *În cartuş:* secţionarea după ligaturi a arterelor sigmoidiene, respectînd integritatea arcadei marginale şi a arterei sigmoidiene inferioare. *B* — Coborîrea segmentului de sigmoid orientat longitudinal. *În cartuş:* secţionarea peritoneului pelvian în punctul unde se palpează pensa-ghid.

9. *Timpul al III-lea perineal.* Dup ce pacienta este repus în pozi ie ginecologic , se desface sutura provizorie a cap tului vulvar al grefonului i circumferin a lui se fixează la marginile bre ei mucoasei vestibulului vulvar, cu fire separate de a sub ire (fig. 479). Se sondează vezica, de control i se face pansament vulvar.

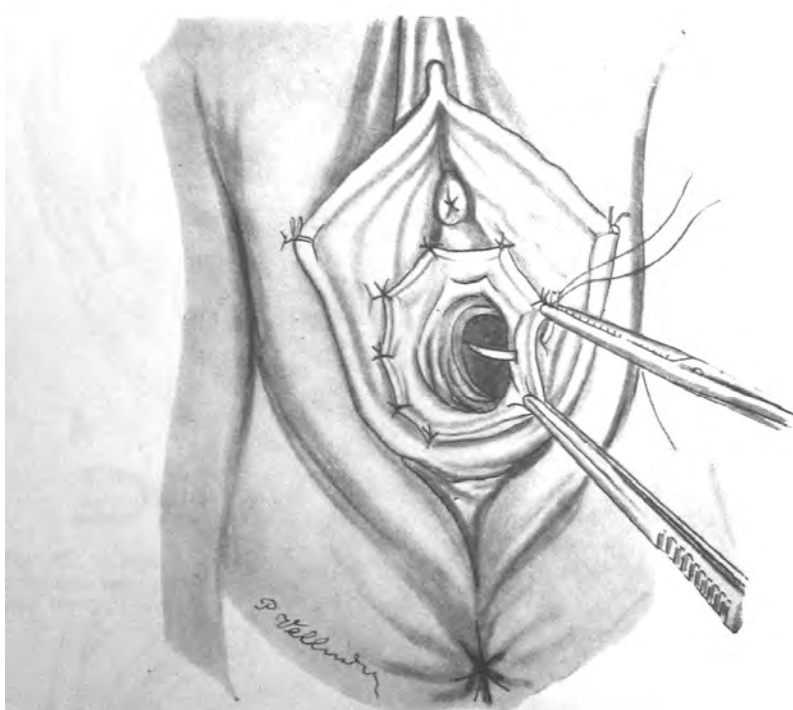


Fig. 479. — În încheierea neocolpopoiezii (la toate procedeele folosind segmente intestinale). Capătul ansei coborîte este deschis și fixat la plaga vestibulară.

în legătură cu modificările aduse de Sîrbu, Mudric, și Pleșea la procedeul Champeau, am mai aduce câteva amănunte:

— în cazul în care se constată că folosirea pilierului arterial sigmoidian inferior prin scurtimea sa, nu permite o coborîre anizoperistaltic suficientă a grefonului, se recomandă secționarea și a arterei sigmoidiene inferioare la origine, protejînd arcada Sudeck și rîmînd ca irigația grefonului să fie asigurată de artera hemoroidală superioară;

- în mod excepțional poate fi secționată, atunci cînd mai sînt necesari încă 3—4 cm pentru o coborîre facilă a grefonului pînă la vulvă și artera hemoroidală superioară deasupra arcadei Sudeck. În acest caz irigația grefonului este asigurată de arterele hemoroidale mijlocie și inferioară (tributare sistemului arterial hipogastric) prin intermediul anastomozelor cu arterele hemoroidale superioară stînga și dreapta (ramuri ale arterei hemoroidale superioare) și arcada Sudeck.

Plastia rectală. Procedeul Popov-Schubert are tot trei timpi, care se efectuează în aceeași edin operatorie, dar fiecare necesită schimbarea de poziție a operatei.

— În primul timp, cu bolnava în poziție ginecologică, se incizează mucoasa vestibulară și se creează prin decolare o cavitate de 4—6 cm adîncime, între rect și vezică. Apoi, după dilatarea ușoară a sfîncterului anal, se secționează circular mucoasa rectală; aceasta din urmă este disecată cu prudență (pentru a nu se leza sfîncterul). Mai sus cu 2—3 cm se secționează tot peretele muscular al rectului, și orificiul inferior al mucoasei ampulare se închide cu câteva fire, ce se lasă să atîrneze prin anusul dilatat. Se mobilizează ampula rectală lateral, pe o lîmbe de 5—6 cm.

— Pentru al doilea timp bolnava este așezată în decubit lateral: se iuiea pielii posterior de la 3—4 cm deasupra anusului; se rezecă coccisul. Planul ridicătorilor anali, înserat pe coccis, se desface, iar peretele posterior al fasciei rectale se incizează pe o lîmbe de 7—8 cm și se disecă de jur împrejur ampulei rectale. Pentru a ne putea închina mai ușor și aproape de rect, evitînd astfel lezarea unor vase mari, se poate introduce prin orificiul anal un tampon montat pe o pensă, cu care se pune în evidență peretele rectal. Cînd ampula a fost liberată de jur împrejur, se trece o mîșcă pe sub ea și trîgînd de aceasta se aduce rectul în plagă și se continuă decolarea spre anus și în sus pînă la promontoriu. Hemostaza peretelui rectal și eventual a fasciei.

Odată ce mobilizarea este suficientă, se secționează porțiunea distală a rectului (10—12 cm deasupra anusului) de porțiunea cranială ce se învelește deocamdat într-o compresă. Porțiunea distală, ce va forma neovaginel (care rămîne vascularizată de arterele hemoroidale mijlocii prin arpiișoarele laterale ale rectului), se închide sus în două straturi, cu fire de catgut, iar firele de catgut care au fost puse din primul timp al operației pe orificiul ei de jos, sînt trase prin orificiul creat în vestibul.

La capătul inferior al porțiunii craniale a rectului (care a fost învelit într-o compresă) se pun niște fire-hurii, ce închid provizoriu lumenul.

Acestea se trag cu o pensă introdusă prin sfîncterul anal. După revizuirea hemostazei și sutura ridicătorilor anali, se închide în bună parte plaga sacrată (lîmbe numai loc pentru un tub de dren).

— Timpul al treilea se începe după ce bolnava se așază din nou în poziție ginecologică: acum se suturează marginile mucoasei rectale ce va forma neovaginel, de plaga vestibulară, apoi capătul porțiunii de rect (rămînd în continuitate cu sigmoidul) este suturat de mucoasa anală ce depășește sfîncterul.

Modificarea foarte importantă adusă acestei tehnici de Cristea Grigoriu (1922) constă în:

— efectuarea operației în două etape la 3—4 săptămîni;

— în prima etapă se creează numai o comunicare largă între rect și vestibul (ce va servi drept intrare noului vagin, simulînd inelul himeneal);

— în a doua etapă se face rezecția coccisului, împreună cu ultimele două segmente sacrate, după Krascke-Hochenegh; se mobilizează rectul, în special posterior și lateral, și se secționază la 12 cm de anus; extremitatea distală este împinsă în sus și înainte, după ce a fost secționată cu grijă de sfîcterul

anal; ea este închisă la acest capăt, iar porțiunea proximală a rectului este trasă în jos și se suturează ca în tehnica Schubert. Modificarea tehnicii are două avantaje esențiale, care fac din procedeul Grigoriu o tehnică de sine stătătoare, mai recomandabilă decât procedeul Popov-Schubert. Acestea sînt:

— Înlăturarea pe loc a rectului rezecat și decolarea pe întindere mică (mai ales neinteresînd peretele anterior al rectului) nu va duce la strictură, nici sfăclare;

— operația în două etape, după această tehnică, este mai scurtă ca durată și mai puțin oclantă.

TRATAMENTE ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAȚII

Metodele cu grefe libere amniotice și dermo-epidermice, care sînt tehnici mai ușor de executat, necesită însă îngrijiri postoperatorii mai îndelungate și se poate afirma că numai perseverența operatelor garantează succesul definitiv.

După grefa amniotică, meele se schimbă a patra-asea zi, iar sacul se îndepărtează a opta zi, urmînd apoi să se facă zilnic dilări și să se introducă cîte o mîmbă înăuntru de pe te. În perioada aceasta infecția esutului celular pelvian, cu punct de plecare de la conductul incomplet acoperit de epiteliu, este complicația cea mai frecventă, dar în general benignă (cedează în cîteva zile după administrarea de antibiotice). De aici trece a 15-a zi plaga pare aproape epidermizată, dilăriile trebuie continuate, conductul prezentînd o vîdită tendință la stenozare; dilatarea nu poate fi abandonată decât cînd femeia poate avea o viață sexuală regulată.

După grefele dermo-epidermice, proteza se schimbă (cu grijă pentru a nu decola grefa) între a 12—14 zi și se înlocuiește cu meele îmbibate în untdelemn. În aceste operații complicația cea mai de temut este sfăclul grefei, iar inconvenientul cel mai frecvent observat este retracția și stenozarea canalului creat.

Aceste complicații putînd surveni în primele 3—6 luni după operație impun sau portul discontinuu (cîteva ore pe zi și tot timpul nopții), dar îndelungat al unei proteze de stenoză, sau edin e cît mai frecvente de dilatare.

Plastiile de segment de tub digestiv, mai delicate ca tehnica și mai bogate în complicații imediate, au însă avantajul incontestabil al celor mai bune rezultate obținute în cel mai scurt timp.

După plastiile ileale au fost citate peritonita, necroza ansei, ileus, ocluziile; după plastiile sigmoidiene sînt cunoscute cazuri de sigmoidită, pararectită, ileus, necroză a implantului; în sfîrșit, plastiile rectale expun cel mai mult la fistule rectale, incontinență de fecale, accidente septice etc.

Ca tratament postoperator, cu mici variații, se recomandă, după plastia cu segmente de tub digestiv:

— în primele zile dietă hidrică (picături de tinctură de opiu pentru operațiile pe segmentele terminale);

— antibiotice cu acțiune intensă sau selectivă asupra florei intestinale;

— a opta pînă la noua zi se va da ulei de ricin.

Meele luate în neovagin se înăuntru a patra—a cincea zi.

După aceste operații nu este nevoie de nici-un fel de dilatare a vaginului neoformat. Primele raporturi sexuale (recomandate în genere la 2—3 săptămîni de la părăsirea spitalului) sînt însoțite uneori de mici hemoragii. Singurele complicații tardive cunoscute după folosirea acestor metode, cînd femeia are viață sexuală, sînt eversiunea și prolapsul mucus.

REZULTATE

Trebuie să remarcăm că încercarea de a compara datele statistice nu este lipsită de o notă de subiectivitate, prin faptul că fiecînd include statistici mai vechi și mai noi (dinaintea și din era chimio-antibioterapiei antimicrobiene), fiecînd compară rezultate adunate pentru o tehnică de la foarte numeroși autori, iar pentru altele mai multe date personale. În sfîrșit au mare importanță ordinea criteriilor pentru aprecierea rezultatelor astfel:

— un criteriu trebuie considerat riscul *quo ad vitam* (la care fîr discuție se situează în frunte clivajul urmat sau nu de grefe libere dermo-epidermice, pentru care atît în statistica Dan Alessandrescu (cea mai importantă de la noi din țară) cît și din datele din literatură ce așfîri putut consulta, nu s-a semnalat vreun deces);

— un al doilea criteriu foarte favorabil pentru aceeași categorie de operații îl constituie *dificultatea tehnică* a procedurii operatorii;

— un alt criteriu este reprezentat de *frecvența ecurilor* în alegînd pe de o parte accidentele și incidentele și pe de altă parte urmările imediate și tardive (dintre care retracția și necesitatea de întărire prin dilatații sînt specifice neocolpopoezii); aceste criterii sînt net favorabile tehnicilor cu plastie sigmoidiană și ileală;

— în fine, o ultimă grupă de criterii alătură *sechelele cicatriceale* (externe ca cele după prelevare de grefe dermo-epidermice sau interne ca urmările excluderii ansei ileale sau sigmoidiene) și *durata tratamentului medical postoperator, precum și disconfortul de a-l suporta*; această ultimă grupă de criterii înclină cu puțin în balanță în favoarea plastiei sigmoidiene sau ileale.

5. COLPOPERINEORAFIA

Rupturile vechi de perineu sînt cea mai frecventă indicație din specialitatea noastră, pentru operații plastice și reparatoare. Ele sînt aproape în totalitate de origine obstetricală și numai cu totul excepțional accidentale, prin traumatisme directe (cădere cîlare, lovături, viol sau contact sexual prea brutal etc.).

Din punctul de vedere al întinderii lor, rupturile de perineu au fost împărțite în incomplete (cînd soluția de continuitate s-a produs numai în porțiunea ce separă vulva de anus) și complete (cînd soluția de continuitate a interesat sfîcterul anal și eventual septul recto-vaginal). Această deosebire este de mare importanță în clinică, nu numai în privința semnelor anatomo-funcționale, dar și a tehnicii chirurgicale de folosit. În cazul rupturilor incomplete aspectul clinic este dominat de prezența, efectivă întotdeauna, dar

în grade diferite a prolapsului peretelui vaginal anterior, care antrenează uretrocelele și cistocele, precum și al peretelui vaginal posterior, antrenând eventual rectocelul. În cazul rupturilor complete, incontinența a sfincterului pentru gaze și fecale (uneori numai când acestea sînt lichide), domină aspectul clinic.

Necesitatea intervenției plastice și reparatoare este în afara oricărei discuții, în toate cazurile (cînd nu sînt contraindicații legate de starea generală a bolnavei); operațiile sînt benigne, dau constant rezultate satisfăcătoare și pun la adpost de complicații serioase (printre care prolapsul genital și incontinența relativ de urină sînt mai frecvent observate).

BAZELE MORFO-FUNCȚIONALE

Planul pelvi-perineal deși larg deschis sagital, se opune, la femeia normală, presiunii abdominale: în timpul eforturilor, planul pelvian, ca și diafragma abdomino-toracic, se contractă. După nașteri grele sau numeroase, urmate sau nu de suturări imediată a rupturii de perineu (uneori acestea sînt de la început foarte importante, alteori trec neobservate), diafragma pelviană nu mai opune presiunii abdominale, decît o chingă ineficăcă; dehiscențele ei cînd sînt tîgite și se adaugă, după un număr de ani, la menopauză și atonia. Prolapsul mucoasei vaginale cu cisto- și rectocel se produce adesea după mulți ani de la traumatismul obstetrical cauzal, de obicei prima naștere, odată cu descensul uterin.

În această situație singurele elemente musculare, anatomo-funcționale valabile, ale planului pelvi-perineal, sînt ridicătorii anali (fig. 480). Marginile lor, din ce în ce mai apropiate cu cît merg în jos și înapoi, ca să se însereze pe sfincterul anal și rafelele ano-coccigian, oferă «stofa» necesară refacerii perineului propriu-zis și, în genere, combaterii rectocelului. Înaintea vaginului însă, ridicătorii anali sînt la distanță prea mare și regiunea este prea aproape de inserțiile lor osoase, pentru a putea fi atrași sub vezică, și întrebuințați cu folos în cura cistoceleului: operațiile propuse (Franz, Delaglande, Salva Marcade), în intenția de a-i interfera între vagin și vezică, nu pot ajunge decît la una din aceste soluții:

- sau se iau numai cîteva fascicule musculare, pe care încercarea de a le apropia pe linia mediană le va smulge de pe marginea internă a mușchilor;
- sau se încarcă gros și solid marginile mușchilor, dar atunci ei nu pot fi apropiați, din cauza distanței mici de inserția lor osoasă și a spațiului respectabil ce le separă marginile interne la acest nivel (obișnuit 3—4 cm, în cistocele foarte mari, aproape un lat de palm), decît cu prețul închiderii vaginului (mai ales cînd se va face și miografia posterioară);
- sau în sfîrșit, se disecă cîte un fascicul, care după secționare de masa musculară în fiecare parte este adus sub vezică, însă astfel mușchii își pierd structura, se sclerozează și se atrofiază (fiind lipsit de inervație și vascularizație).

Pe de altă parte, vezica, sac flasc, cu mijloace proprii foarte modeste de susținere și suspensie, situat în contact intim cu vaginul, istmul și colul uterin (de care nu o separă decît fascia destinată sau sfîrșit de traumatismul obstetrical), urmează în mare măsură, din punct de vedere static, evoluția acestor organe, încît repunerea și menținerea ei în poziție normală, nu poate fi neglijată în cursul colporafiei anterioare. Fundul vezicii astfel coborît, urmînd prolapsul peretelui vaginal anterior, adesea sub dispozitivul de închidere cisto-uretral, situație care favorizează o retenție parțială de urină. Fermentarea urinei și infectarea ei duc frecvent la cistită (aceasta accentuează tulburările funcționale și în special nevoia imperioasă și frecvent de a urina, pe care o resimte bolnava).

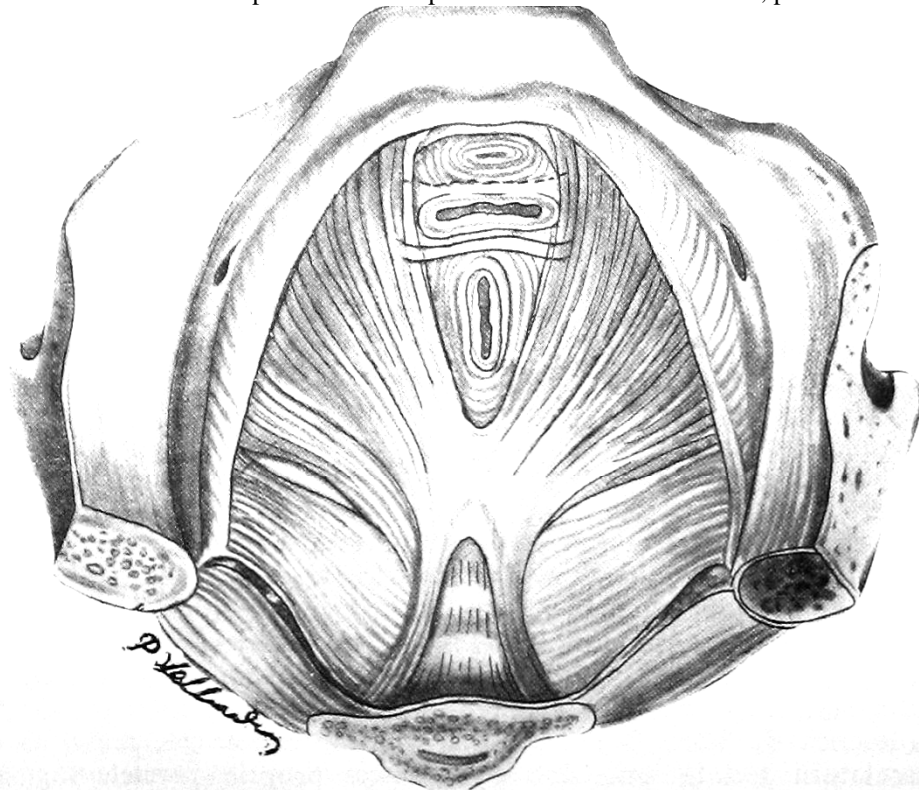


Fig. 480. — Mușchii ridicători anali (văzuți din cavitatea abdominală). De remarcat că ei pot fi apropiați ușor și eficace între vagin și rect (mai jos, către sfincterul anal pe care se și inseră, marginile interne ale ridicătorilor anali sînt și mai apropiate decît în această imagine, unde sînt priviți pe fața lor cranială; dar ei nu pot fi apropiați deopotrivă între vagin și uretră (unde distanța dintre marginile lor interne crește ca și apropierea de inserțiile lor osoase).

Uretra feminin scurt, cu sfincterul ei complicat, imperfect (a cărui structură și chiar existență este încă în discuție) va avea aceeași soartă: unghiul normal obtuz, pe care uretra îl face sub pubis, va fi îndreptat prin prolabarea uretrei odată cu cistocelul²⁵; situația oarecum tangențială a uretrei față de vezică se va modifica, iar joncțiunea cistouretrală va căpăta aspectul de pîlnie; în sfîrșit secțiunea uretrei din circular devine ovalară prin ghemuire și prin prolapsul peretelui ei inferior (în timp ce, de obicei, peretele superior rămîne bine fixat sub simfiz) astfel încît toate dispozitivele suplimentare de închidere (ca îmbricarea pliurilor mucoase, turgescența venelor din «rețeaua minune») ce înconjoară joncțiunea cisto-uretrală devin insuficiente și ele.

Colporafia anterioară nu trebuie deci să se limiteze la corectarea formei peretelui vaginal anterior; ea va include sistematic cura incontinenței relativ de urină. Amintim că incontinența de urină în ortostatism sau efort poate fi găsită și fără semne manifeste de cisto-uretrocel²⁶ (cauza ei este însă aceeași); de asemenea că ea este relativ mai des întâlnită în prolapsul discret al peretelui vaginal anterior decât adesea, purtătoare prolapsurilor foarte mari, nu numai că nu prezintă o incontinență, dar nici nu pot urina pînă nu-și reduc manual vezica. Subliniem de asemenea că dacă o primă colporafie nu a reușit să înlăture incontinența de efort, aceasta va fi mai greu de tratat: scleroza și ischemia esuturilor, pe care s-a mai intervenit, vor limita și posibilitățile operatorii și ansele de vindecare. Iată încă un argument, pentru care cura incontinenței relative de urină trebuie de principiu asociată, ca un timp esențial, al colporafiei anterioare.

În ce privește prolapsul peretelui vaginal posterior, acesta nu este urmat de rect în chip obligatoriu, cum urmează vezica coborîrea peretelui anterior. Depărtarea ridicată a torilor anali și mai ales dispariția nucleului central al perineului (care urmează traumatismului obstetrical nereparat sau rău reparat) diminuează sau suprimă coloana de suport: peretele vaginal posterior coboară prin alunecare. Situația este diferită în rupturile complete: aderența capetelor, sfincterului la cicatricea conjunctivă (fapt ce explică și oarecarea continenței oferite), și a pereților vaginal și rectal prin leziunile inflamatorii ce înconjură soluția de continuitate, împiedică alunecarea mucoasei vaginale, ba dimpotrivă, uneori cicatricea retractilă o înfundă și inversează mucoasa rectală.

Rectocelul în sine mai cu seamă de starea tecii conjunctive propriie a rectului (descries de Toma Ionescu). Ed. Martin socotea rectocelul ca o hernie a musculaturii rectale, prin deficit de fascie proprie, peretele vaginal jucînd numai rolul de sac herniar; iar Funck-Brentano credea că rectocelul urmează legea organelor musculare cavitate: hipertrofiei compensatoare îi urmează, în deficiența fasciei conjunctive, dilatarea²⁷. Fapt este că rectul anormal de mobil prin dehiscența planului pelvi-perineal, sau prin deficiența tecii conjunctive, se turtește și alunecă (uneori chiar pe deasupra ridicătorilor). Adesea, în aceste cazuri, și fundul de sac al lui Douglas este anormal de larg și profund (cu deosebire cînd uterul a fost ridicat în prealabil și fixat anterior printr-un procedeu de pexie, ceea ce favorizează *elitocelul*: hernia în vagin a conținutului abdominal prin fundul de sac al lui Douglas).

PRINCIPII ȘI EFICIENȚĂ

Principiile moderne ale colporafiei anterioare și ale colpo-perineorafiei posterioare sînt diferite de cele ale operațiilor clasice, mai timide. Aceste intervenții, deosebite alt dat după cum procedeu folosea «avivarea» (Simon-Hegar), «dedublarea» (Lawson-Tait), sau ambele metode (Graves), au evoluat progresiv; azi apare ca de importanță secundară chipul în care se face incizia sau se trec punctele de sutură. Ar fi și fără sens și absolut inutil, dacă nu chiar imposibile a cita pe toți autorii care au adus în bîntușă tehnicile care fac azi din colpo-perineorafie tehnica cea mai bine reglată din specialitatea noastră și mai unanim recomandată și folosită de toate colile, cu foarte mici diferențe de tehnică, adesea numai detalii neînsemnate.

Operațiile plastice și reparatoare pentru rupturile de perineu, descrise aici împreună, sînt inseparabile și în practică (se efectuează mai totdeauna în aceeași edină, mai întîi colporafia anterioară, cu sau fără colpoceliotomie, în vederea unor timpi complementari, apoi colpoperineorafia posterioară) și în principiu: ambele, de importanță egală și completîndu-se reciproc, urmăresc îngustarea și lungirea unui vagin lărgit de ruptură și scurtat prin prolabarea pereților, precum și replasarea vezicii în rapoartele sale anatomice, normale. Luat separat, o colporafie anterioară, pentru a fi eficientă, reclamă în principiu:

- liberarea cistocelului prin disecția largă a vezicii, reducerea lui prin plicaturare sau strîmțarea sub-cervico-uretrală a fasciei vezico-vaginale și eventual completat, cînd cistocelul este foarte mare, de reconstituirea unui plan solid sub vezică;
- rezecția rațională a excesului de mucoasă vaginală, urmată de sutura peretelui vaginal anterior, cu fire separate;
- efectuarea unei colpo-perineorafii posterioare, pe care peretele anterior al vaginului să se poată sprijini.

Principiul esențial al colpoperineorafiei posterioare rămîne reconstituirea anatomică a piramidei perineale, ruptă sau dislocată, al cărui timp esențial este miorafia ridicătorilor anali; cînd rectul bombează în plagă, după rezecția excesului de perete vaginal, fascia lui conjunctivă se plicaturează sau se reface cu fire separate. În cazul rupturilor complete acest timp trebuie precedat de reperarea capetelor sfincterului și sutura sagitală a peretelui rectal anterior. La femei bătrîne sau cu deficiențe musculare importante, soluțiile pentru consolidarea coloanei posterioare de suport sînt mai puțin simple (sau sacrificii în parte funcțională sexuală).

INDICAȚII

Colporafia anterioară și colpoperineorafia posterioară nu au decît o indicație, rupturile vechi de perineu, dar cea mai frecventă întâlnită în practică. Există însă o serie de situații ce impun adaptări de tehnică, în legătură cu:

- vîrsta bolnavei și eventual dorința ei de a mai avea copii;
- întinderea rupturii (completă sau incompletă, cu sau fără cistocel și rectocel manifest);
- prezența și gradul tulburărilor funcționale;

²⁵ Ceea ce se numește comun «cistocel» este uneori numai un uretrocel, dar cel mai des un cisto-uretrocel. Din acest punct de vedere, nu este lipsit de importanță și patogenia prolapsului urinar: cisto-uretrocelul femeilor tinere, cu rupturi de perineu, se însoțește de cădere axială a vezicii, mai zgomotoasă clinic decît cistocelul apărut la femeile trecute de menopauză, odată cu prolapsul uterin (în acest caz, vezica este basculată în sens caudalo-dorsal), ceea ce face important, în practică, pentru indicația operatorie, și mai ales pentru alegerea tehnicii de folosit, nu înțelegerea cistocelului prin descens axial sau prin descens rotator.

²⁶ Acest fapt de observație, obscuritatea mecanismului fiziologic de control urinar, precum și frecvența semnelor de carență estrogenică, au făcut pe L. B. D. R. U. S. propuneri în aceste cazuri tratament hormonal (dar acesta dă rezultate inconstante și trecătoare); iar pe alții, hiperemia obișnuită prin exerciții fizice.

Într-adevăr, cu cît rectocelul este mai însemnat, cu atît conține un veritabil megarectum

— asocierea altor leziuni: descensul uterin, alungirea hipertrofic sau alte distrofii ale colului uterin, în sfârșit fibromul sau fibromatoza uterin, mai rar fistulele uretro-, vezico- sau recto-vaginale.

CONTRAINDICA II

Intervenția chirurgicală în rupturile de perineu este adesea un prilej de a înlătură o cervicită glandulară cronică ce întreține o leucoree, uneori atât de importantă, încât la prima vedere ar contraindica o operație pe cale vaginală; evident, leucoreea de altă natură (trichomonadic, micotic etc.) trebuie în prealabil tratată.

Două situații în care colporafia și colpoperineorafia sînt contraindicate în chip special, merită să fie amintite: sarcina și metroanexitele acute sau sub-acute. Este aproape fără sens de a sublinia că sutura unei rupturi vechi de perineu (pe lângă faptul că devine o operație foarte sîngerindă) nu are rost să fie efectuată în cursul unei sarcini în evoluție; după cum, în timpul unor metroanexite, pe lângă ce poate da naștere la complicații septice, colporafia și colpoperineorafia stînjenește examenele și tratamentele locale ce pot fi oricînd necesare.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Este o eroare să considerăm că pentru o colpoperineorafie ne putem lipsi de pregătirea preoperatorie. Aceasta, în rupturile incomplete, este adesea dintre cele mai simple: se rezumă la golirea rectului prin clisme și la aseptizarea vaginului printr-o spălare largă, urmată de badijonarea cu tinctură de iod diluat sau mercurcrom 2%. În anumite cazuri, însă, trebuie să se acorde o deosebită importanță, atît pregătirii preoperatorii, cît și îngrijirilor postoperatorii. Astfel:

— la femeile în vîrstă, cu colpitate atrofice, este bine să se introducă cel puțin în timp de 4 zile înainte de operație, seara la culcare, cîte un ovul de tipul preparatului ovestrol (sau preparat după formula: sintofolin 1 mg sulfatiazol — marfanil aa 0,5 g, glicerină q.s. pentru un ovul);

— în cazul cistocelului mare, cu semne de cistită prin evacuarea incompletă a vezicii, este recomandabil o cură de repaus, de cîteva zile, în care timp, dacă cistocelul nu poate fi menținut redus, se tamponează vaginul, sau se folosește un pesar; precum și chimioterapia electivă (îndică ie obținut prin urocultură urmată de antibiogramă);

— în rupturile de perineu complete este indicat administrarea (începînd cu 48 de ore înainte de intervenție) unei chimioterapii electivă pentru flora intestinală; de asemenea, în aceste cazuri este bine ca, în afară de clismă, să se dea și două-trei linguri de ulei de ricin în ziua operației.

CONDIȚII DE EFECTUARE

Momentul cel mai potrivit pentru operația unei rupturi de perineu este prima săptămînă după terminarea unei menstruații.

Anestezia se alege în funcție de vîrstă, patologia asociată etc.; la femeile în vîrstă se poate recurge la anestezia locală, cu premedicație. Operația se execută în poziție ginecologică; ea nu necesită instrumentație specială.

TEHNICI OPERATORII

Colporafia anterioară. Se introduce în vagin o valvă lată ce deprimă peretele vaginal posterior; se prinde cu două pense sau două fire tractor colul de buza anterioară, sau și mai bine, de comisuri (alunecarea vezicii prolabate pe fața anterioară a colului face adesea ca această precauție să nu fie inutilă).

Incizia cea mai indicată este cea sagitală (fig. 481), la un centimetru jumătate deasupra colului, pe mijlocul peretelui vaginal anterior, sau o butonieră transversală de 10—12 mm, deasupra colului, cum recomandă Crossen. Această incizie are două avantaje: se poate începe decolarea din regiunea triunghiului lui Pawlick, unde pliurile transversale ale mucoasei vaginale lipsesc, urmînd găsirea spațiului de clivaj și permite o excizie rațională a excesului de mucoasă vaginală; excizia nu va fi nici prea mică, nici prea largă, cum se întîmplă adesea cînd se face de la început excizia ovalară sau rombică, iar punctul maxim al rezecției nu se va găsi nici prea jos, nici prea sus.

Prin butoniera efectuată sagitală sau transversală deasupra colului, se însinuează sub mucoasă foarfecele bont și curbă (fig. 482 A), închisă cu vîrful îndreptat în sus; după efectuarea tunelizării, către meatusul urinar, foarfecele se retrage deschis; pe măsură ce decolarea progresează peretele vaginal este incizat, deasupra tunelului efectuat (fig. 482 B) cu o foarfecă dreaptă.

Decolarea laterală a lambourilor mucoasei vaginale, ale căror margini sînt prinse cu pense Kocher, de vezică și uretră (fig. 483), se face cu o compresă montată pe deget și secționînd, din timp în timp, bridele conjunctive, puse astfel în evidență, cu bisturiul sau cu foarfecele bont. Punerea lamboului de mucoasă în tensiune, pe degetele mîinii stîngi, urează decolarea lui cu policele sau indexul drept. Întinderea laterală a decolării se apreciază ca suficientă de la caz la caz; oricum, cu cît disecția va fi mai largă, cu atît se va găsi mai ușor densificarea fibroasă pusă în valoare de Halban (fig. 484). După decolarea lambourilor de mucoasă vaginală, se decolează vezica de uter, la început cu foarfecă curbă, îndreptată cu vîrful în jos, apoi se prind cu mîna stîngă pensele puse pe buza anterioară a colului, iar cu policele dreptă învelită într-o compresă se împinge vezica, strict pe linia mediană și cît mai razant cu uterul; decolarea vezicii de pe col și istmul uterin se poate face și mai elegant numai cu foarfecă boantă, alternînd secțiunea bridelor cu introducerea foarfecii între vezică și uter, cu vîrful în jos, pentru că înainte de a retrage foarfecă din spațiul creat se întredeschidem (cu scopul de a lărgi astfel tunelul creat), a căsă apar vederii fundul de sac peritoneal vezico-uterin). În genere, cistocelul poate fi astfel redus cu ușurință; nu este nevoie și nici nu este bine să se secționeze pilierii formați din ligamentele vezico-uterine (prin care trec parte din vasele și nervii vezicii și deasupra cărora se află ureterele).

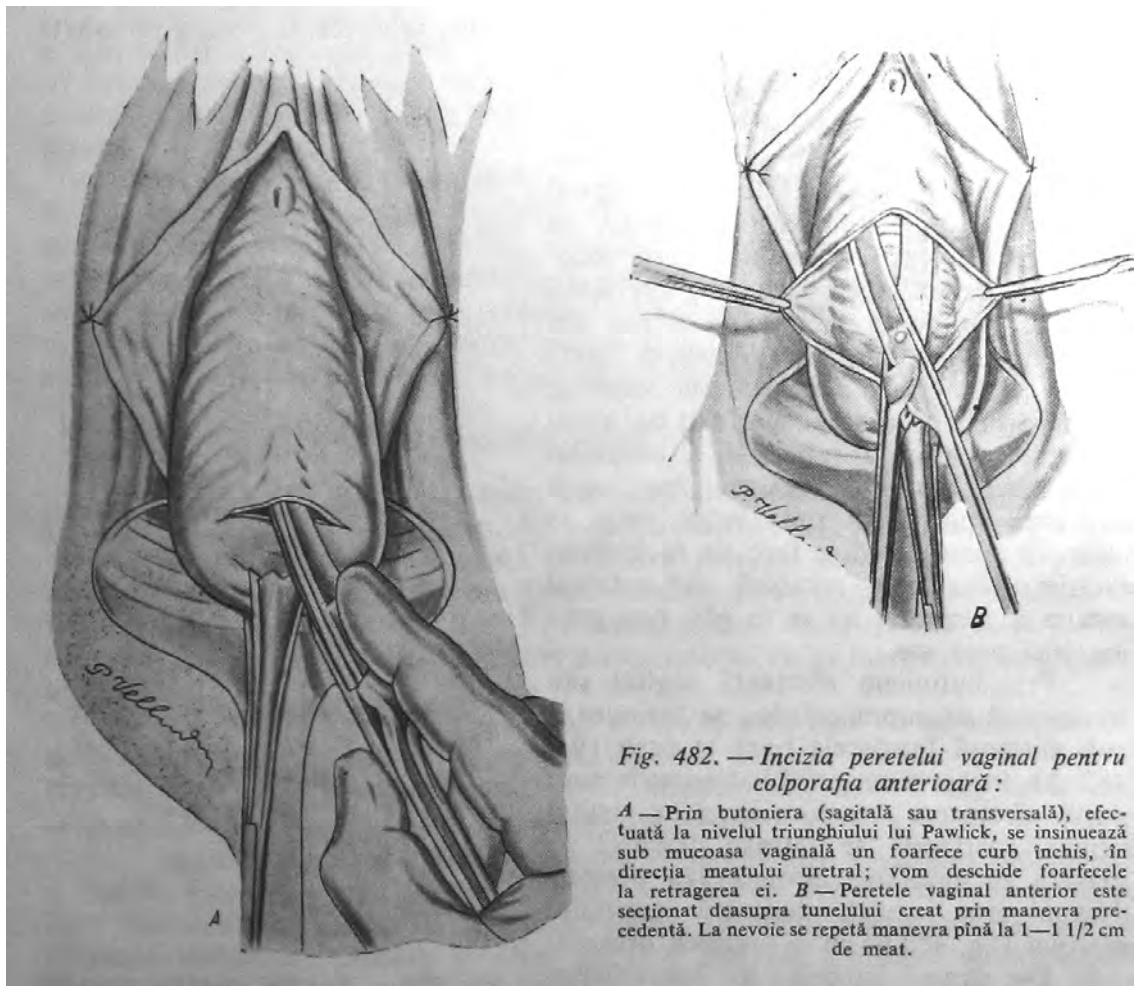


Fig. 482. — Incizia peretelui vaginal pentru colporafia anterioară :

A — Prin butoniera (sagitală sau transversală), efectuată la nivelul triunghiului lui Pawlick, se insinuează sub mucoasa vaginală un foarfece curb închis, în direcția meatului uretral; vom deschide foarfecele la retragerca ei. B — Peretele vaginal anterior este secționat deasupra tunelului creat prin manevra precedentă. La nevoie se repetă manevra pînă la 1—1 1/2 cm de meat.

Dup ce s-a redus cistocelul, se pune problema de a-l menține astfel și de a corecta incontinența de efort ce-l însoțește adesea; pentru aceasta, s-a recomandat să se înșuleze diverticulul (în jurul orificiului intern al uretrei, reperat pe ciuperca unei sonde Pezzer introdusă în vezică, sondă ce trebuie scoasă înainte de legarea firului) și să se înfunde cu fire separate (în X, în U) sau cu o bursă, acest diverticul dislocat (fig. 484 B). Atenție la înșulirea pe linia mediană, dinaintea ciupercii Pezzerului, unde uretra are un perete membranos, în orice caz mai puțin important decât cel al vezicii. Este necesar să se facă o a doua bursă, sau, și mai bine, să se plicatureze și fascia, cutându-o prin lateral, către limita decolării mucoasei vaginale, cu câteva fire separate și etajate în U sau în X (punctele Kelly) (fig. 484 C).

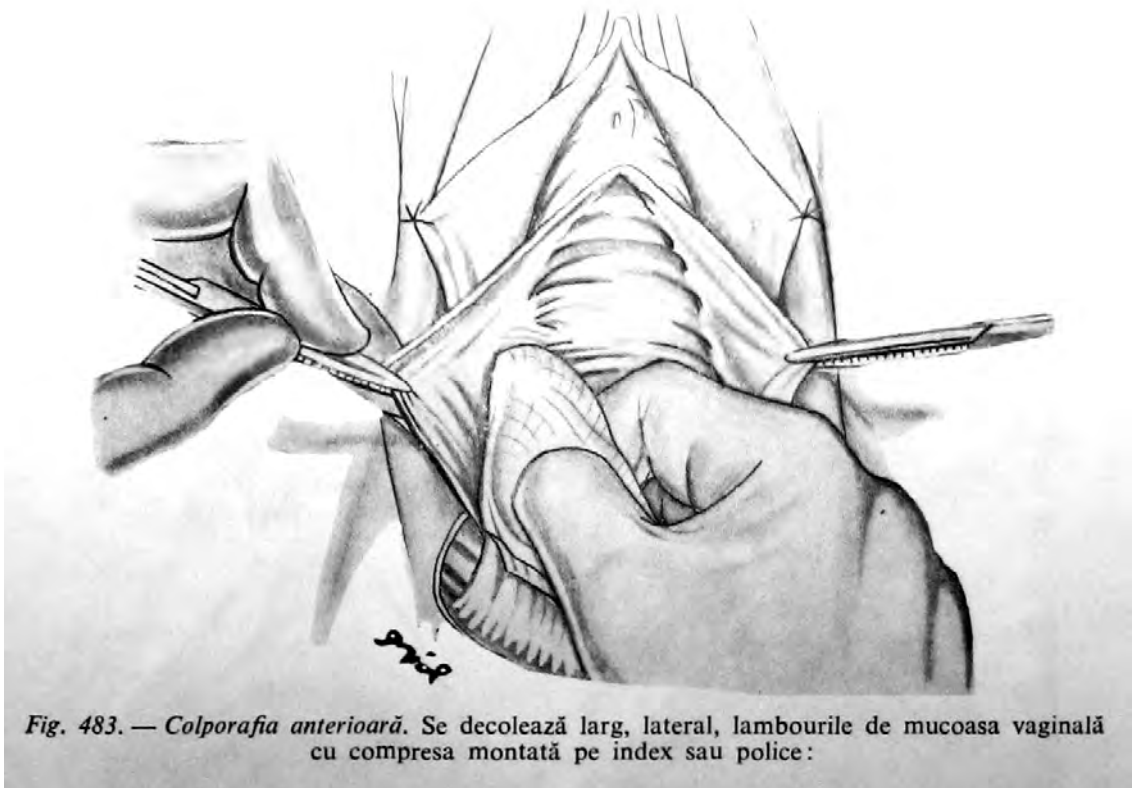


Fig. 483. — Colporafia anterioară. Se decolează larg, lateral, lambourile de mucoasa vaginală cu compresa montată pe index sau police:

Cînd cistocelul este foarte mare, se poate diseca fascia vezico-vaginal, cum recomand Halban (decolat deja de vezic odat cu lambourile de mucoas vaginal); disecția fasciei se începe cu bisturiul, la marginea inciziei mucoasei vaginale, care este pus de un ajutor în tensiune cu 2—3 pense Kocher (egale ca lungime); odat creat un spațiu în care se poate introduce foarfecele bont (de data asta cu vârful către mucoasa vaginal), pe care apoi îl scoatem deschis pentru a lărgi spațiul creat; apoi cu același foarfece se secționază densificările ce mai unesc fascia de mucoasa vaginală. Înfundăm apoi separat în bursă diverticulul vaginal și suturăm dedesubt, după plicaturare, sau «în palton», fascia (fig. 485). Dar fascia nu este totdeauna o structură suficient de importantă pentru a fi ușor individualizată și mai ales pentru a asigura un suport eficient. În aceste cazuri este bine să se caute fundul de sac peritoneal anterior și după deschiderea lui (vezi întrepoziția vezico-vaginală a uterului) să se treacă două rînduri de fire sagitale ce solidarizează de peretele anterior al uterului, diverticulul vezical decolat. Metoda cunoscută sub denumirea de vezico-fixație Halban (fig. 486), a fost propusă pentru corectarea retroversiei uterine; cum s-a arătat în sus, mijloacele de fixitate ale vezicii sînt mult mai precare decît ale uterului, încît procedeul îmi găsește mai degrabă folosința pentru susținerea vezicii (sau peritonizarea unor intervenții efectuate pe fața anterioară a uterului). Apoi se rezecă excesul de mucoasă de pe ambele lambouri decolate și se reface peretele vaginal anterior, cu fire separate; procedînd astfel, rezecția nu va fi niciodată exagerată, iar excizia maximă a mucoasei se va situa exact acolo, unde peretele vaginal era mai destinat de cistocelul acum redus. Ea nu va lăsa în ele cicatriceale care, stenoziînd vaginul, pot fi o cauză de dispareunie.

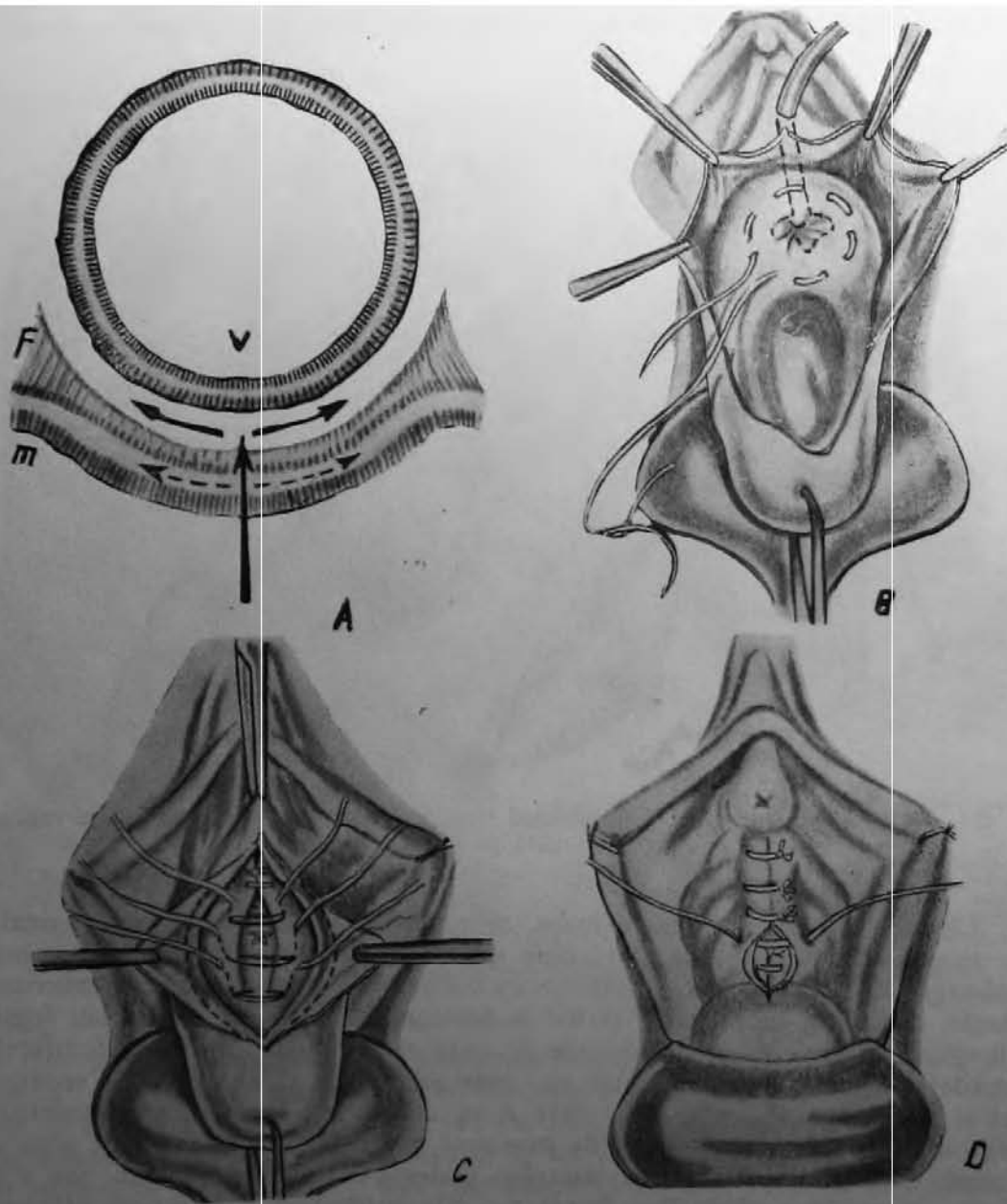


Fig. 484. — Colporafia anterioară :

A — Sunt prezentate spațiile decolabile între vezică (V) și mucoasa vaginală (m). Săgețile pline marchează incizia pe peretele vaginal anterior și decolarea mucoasei (împreună cu fascia vezico-vaginală) de vezică. Săgețile punctate marchează spațiul în care apoi se poate cliva cu ușurință fascia vezico-vaginală (F) de mucoasă. B — După ce s-a reperat cu o sondă Pezzer joncțiunea cisto-uretrală, se însălează o bursă care infundă diverticulul vezical. C — Plicatura fasciei vezico-vaginală cu fire în U (sau punctele Kelly). În această imagine fascia nu a fost decolată de mucoasa vaginală (vezi și fig. 485 unde fascia este decolată). Apoi se excizează prisosul de mucoasă vaginală (de-a lungul liniilor punctate de pe fiecare lambou). D — Sutura peretelui vaginal anterior.

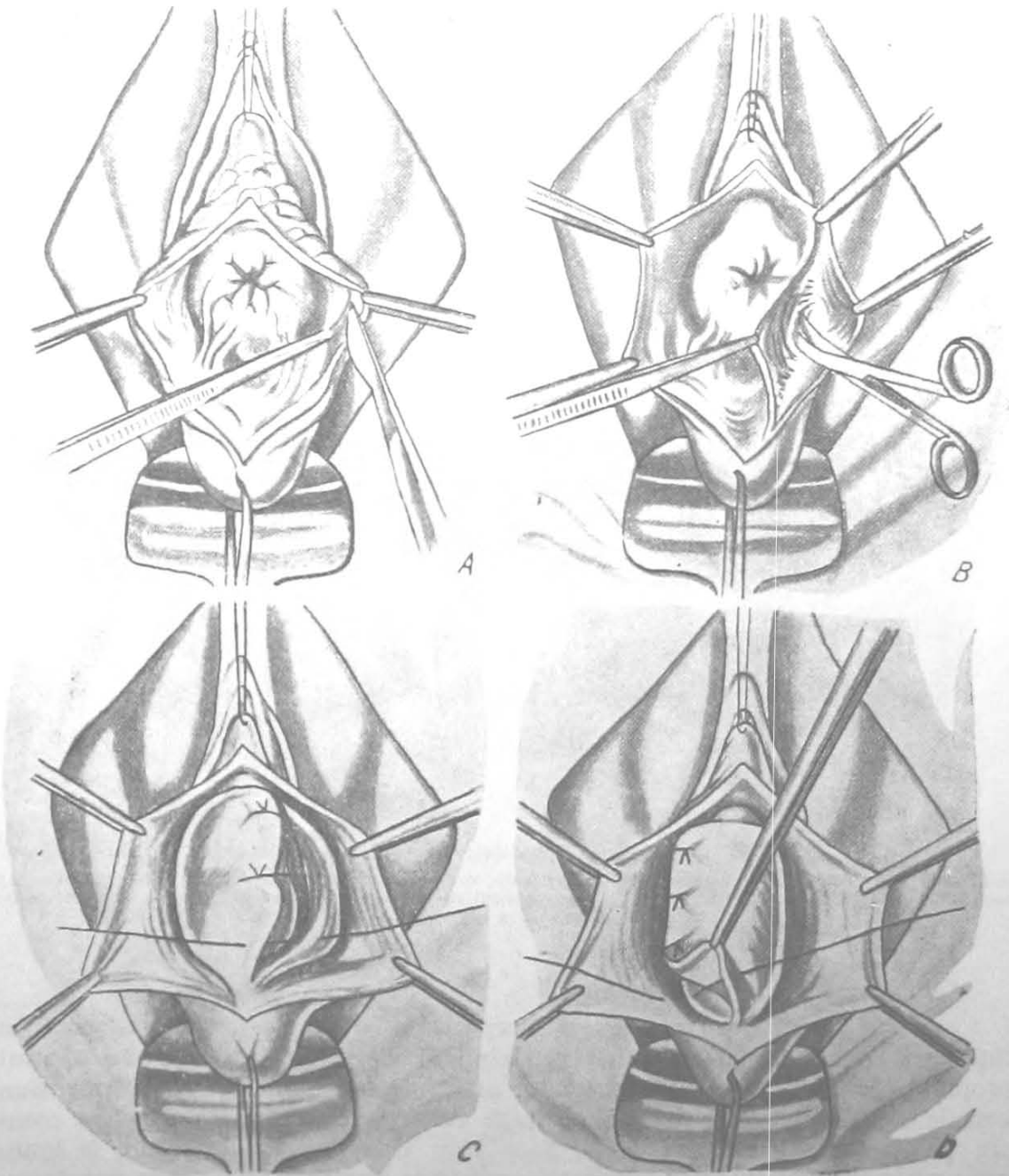
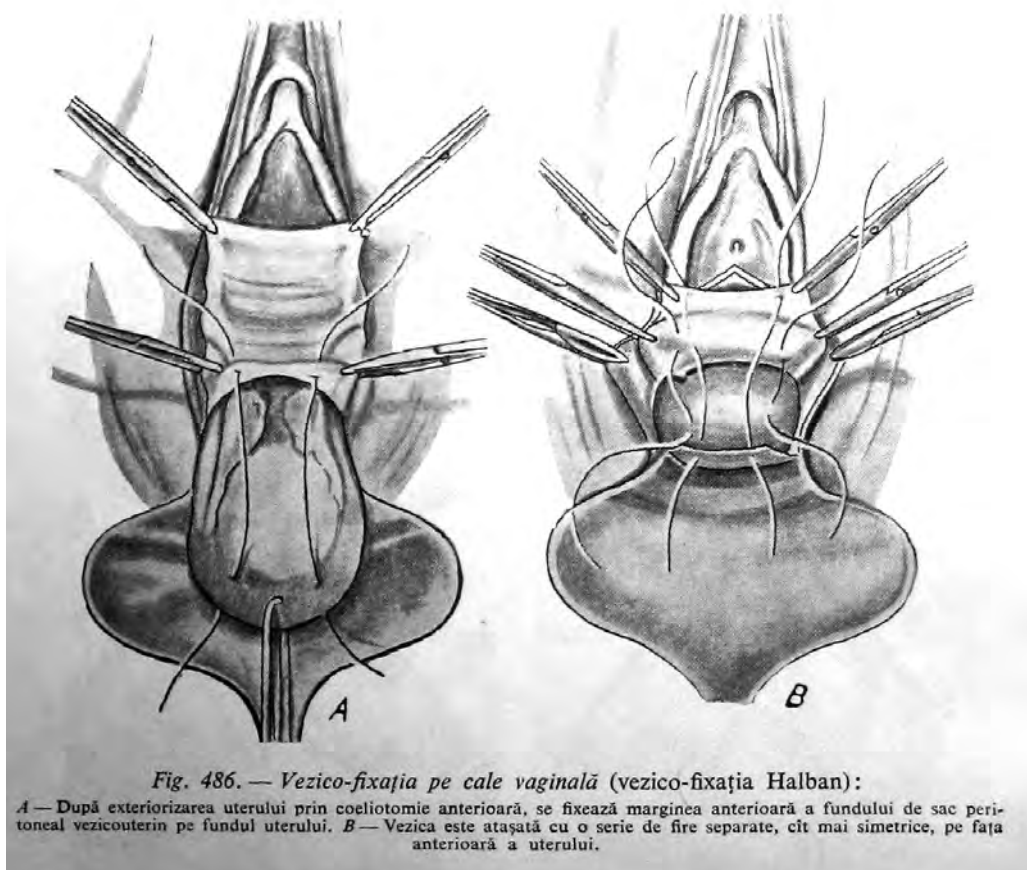


Fig. 485. — Plicatura în «palton» a fasciei vezico-vaginale (operația Halban):
A — După ce joncțiunea cistouretrală a fost infundată în bursă, se începe, cu bisturiul clivajul, fasciei de mucoasa vaginală, pusă în tensiune cu una sau mai multe pense. *B* — Decolarea fasciei este completată cu un foarfece bont, introdus cu virful spre mucoasa vaginală și care se deschide înainte de a fi retras dintre fascie și mucoasă. *C* și *D* — Plicatura « în palton » a fasciei vezico-vaginale.



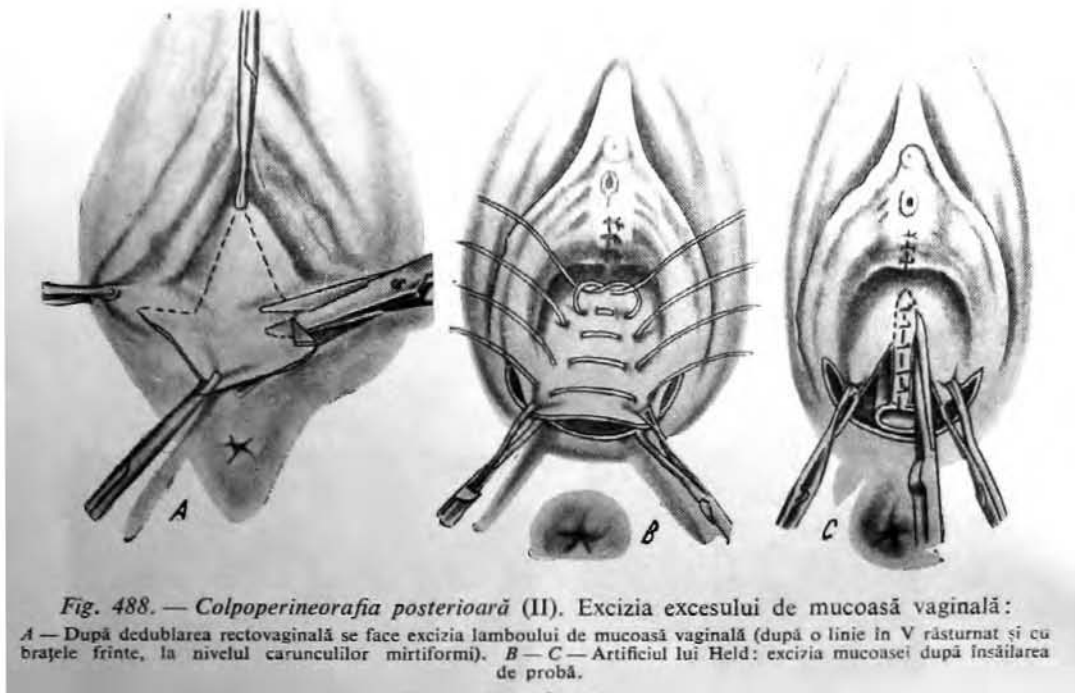
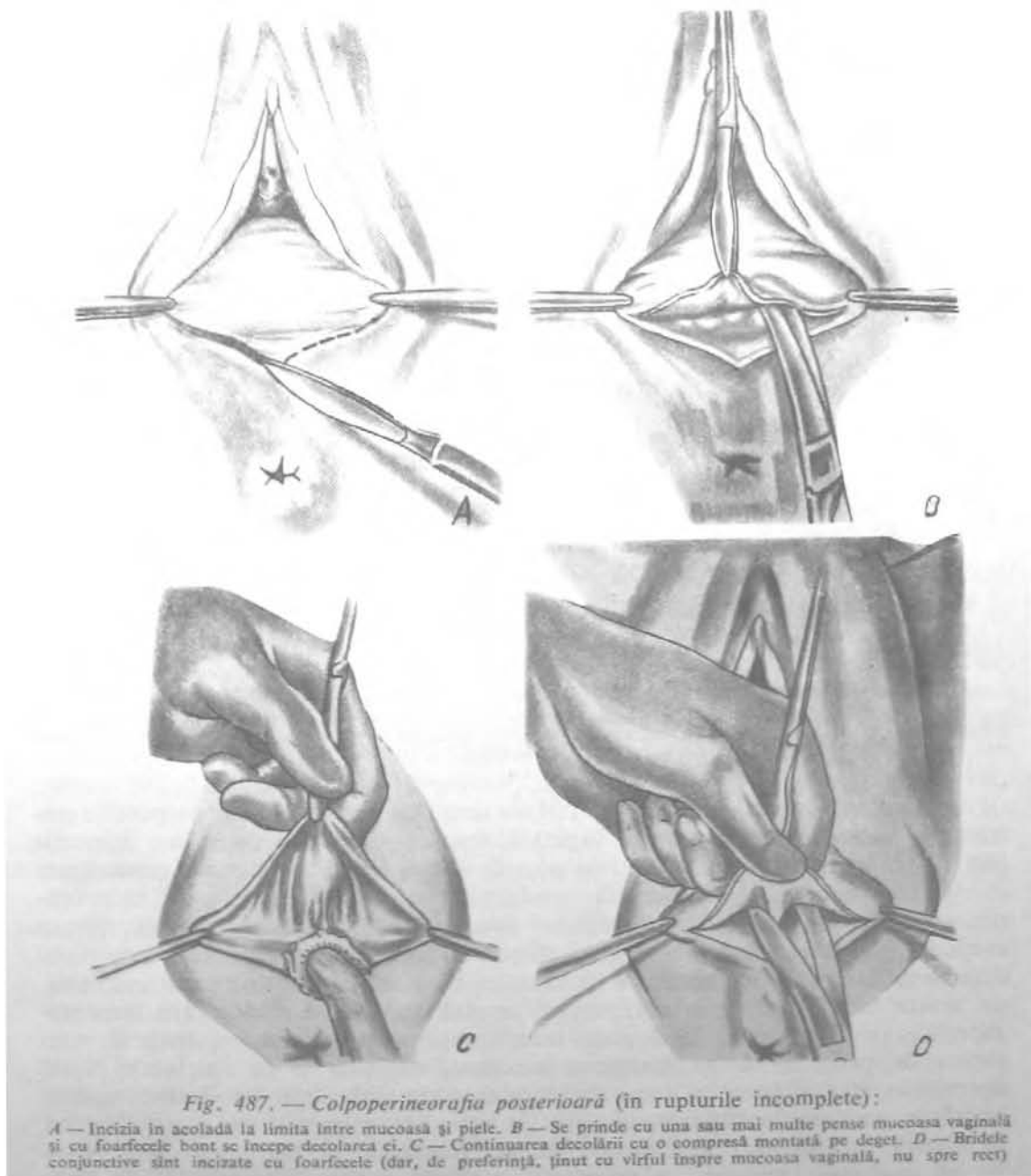
Se înlătură pensele sau firele tractor de pe col, se terge vaginul de sânge și se scoate valva.

Incidentalul cel mai frecvent este sîngerarea difuză a vezicii sau fasciei decolate; dar accidentalul care trebuie prevenit cu grijă este lezarea peretelui vezical sau uretral.

Colpoperineorafia posterioară

a) *In rupturile incomplete*, se începe prin a repera cu câte o pensă cu dinți de oarece limitele rupturii pe labiile mici, după ce ne-am asigurat, apropiindu-le pe linia mediană, că noul orificiu va fi simetric și de dimensiuni normale (va admite două degete), se trage cu pensele punînd în tensiune comisura posterioară. Incizia se poate face prin transfixie, cu bisturiul, la limita dintre piele și mucoasă, dar rezultatul va fi mai estetic, dacă incizia are forma unei acolade deschise în sus (astfel, la sutura tegumentelor unghiul inferior nu se va ghemui).

Se prinde cu două pense mucoasa vaginală și cu foarfecele curbă se începe decolarea ei. Iar aici, punerea în tensiune a mucoasei vaginale pe degetele mîinii stîngi și ureaz, reperînd, sprijinind și controlînd decolarea, care se efectuează cu policele sau indexul mîinii drepte (fig. 487); iar bridele conjunctive ce se ivesc în spațiul de clivaj sînt secționare cu foarfecele, ce se manipulează cu vîrfurile îndreptate lateral sau în sus, nu către rect. Tot timpul decolarea se menține cît mai aproape de mucoasa vaginală, a cărei ciupire sau sfîșiere este foarte inconveniente. După cum bolnava prezintă o ruptură simplă de perineu, o ruptură complicată cu rectocel sau cu rectocel și enterocel, decolarea se va face mai profund sau mai puțin profund (depînde cu puțin în punctul cel mai mobil al mucoasei vaginale prolabate).



În nici un caz decolarea nu trebuie împins lateral (ca la colporafia anterioară). Excesul de mucoasă vaginală trebuie excizat cu oarecare zgîrcenie (fig. 488 A) pentru a nu crea, mai ales la femei tinere, o stenoză generatoare de dispareunie și pentru a evita atrofia conductului vaginal la menopauză va accentua strictura. Se poate folosi artificul propus de Held pentru a avea măsura exciziei: însălărea peretelui vaginal decolat (fig. 488 B-C). Excizia lamboului decolat o facem în formă de V inversată și cu ramurile frînțe; pentru aceasta, un ajutor ridică pensa, care reperează unghiul proximal al decolării și pensa-reper de pe labia de partea unde începe excizia, iar operatorul trage în sens invers de la pensa pusă pe marginea mucoasei vaginale și, cu foarfecele plasat aproape orizontal (pentru a evita secționarea canalului glandei Bartholin, care astfel se va transforma într-un chist de retenție), taie mucoasa vaginală până la nivelul caronculelor mirtiforme; de aici foarfecele se îndreaptă către pensa de pe mucoasa vaginală, ce marchează unghiul proximal al exciziei. Se excizează și de partea opusă, simetric, apoi se vede cel mai bine dacă bolnava prezintă un rectocel mai mult sau mai puțin însemnat, eventual un enterocel. Accidentul cel mai frecvent este ciupirea rectului la decolare: în aceste cazuri este momentul de a sutura soluția de continuitate a peretelui rectal (înfundând zona respectivă în două-trei burse).

Dacă rectocelul este manifest, se pun două-trei fire în U, pe fascia conjunctivă a rectului, reducându-i prin înfundare peretele anterior exuberant (atenție ca aceste fire să nu perforeze peretele subîre al rectului) (fig. 489 A). Când se constată un enterocel, sacul herniar trebuie disecat până la nivelul ligamentelor utero-sacrate, golit de conținut, legat și rezecat; după aceasta ligamentele utero-sacrate sînt apropiate cu două-trei fire de linia mediană, sau firul superior, care apropie ridicătorii anali, le încarcă și le apropie și pe ele.

Cînd rectocelul nu atrage atenția în chip deosebit, mioafia ridicătorilor anali este suficientă; pentru ca aceasta să fie eficientă, nu este bine ca mușchii să fie îndeaproape disecați și desgoliți de teaca lor conjunctivă (cum era clasic recomandat); această disecție, făcută cu foarfecele, bisturiul sau digital, este sîngerîndă și favorizează hematoame ce pot compromite intervenția, iar fasciculele musculare lipsite de acoperiș conjunctiv se pot detașa de masa musculară, lărgind în loc și reducând hiatusul prerectal¹).

Pentru a identifica ridicătorii anali se poate proceda în două feluri:

— sau mușchii sînt puși în tensiune, apoi sînd cu indexul mîinii stîngi, prin unghiul inferior al plîgii asupra sfîcterului anal și cu mîna dreaptă se trece, de preferință cu un Reverdin curb, sau cu un Hagedorn mare un fir gros de nylon, prinzînd imediat deasupra degetului stîng «în masă», lamele întinse de o parte și de alta a rectului (fig. 489 B) (firul acesta inferior se folosește apoi ca tractor pentru celelalte două-trei fire);

— sau se palpează, și după identificare se prind între indexul și policele mîinii stîngi, masele musculare latero-rectale și cu mîna dreaptă se trece pe deasupra firului superior, mai întîi.

Odată firele trecute pe ridicătorii anali, ele se montează pe pense Pean și nu se leagă pînă ce nu se va sutura mucoasa vaginală (pentru a nu îngreuna accesul în vagin) (fig. 489 C). Sutura peretelui posterior al vaginului se face cu fire separate pînă la nivelul caronculelor mirtiforme (reper și pentru simetria suturii și pentru refacerea «pragului»; amintim că vaginul se deschide în chip normal în fundul pîlniei vestibulare și nu la comisura posterioară a vulvei). Ultimul fir se pîstrează într-o pensă. După ce se leagă firele puse pe ridicătorii anali, se capitonează spațiul subcutanat cu cîteva fire subîre în U (fig. 489 D). Acest timp, adesea omis, este foarte important pentru că refăcînd în masă mușchii superficiali ai perineului (nucleul central mai bine zis), redă mîințimea și consistența normală spațiului ce separă vulva de anus. Apoi se pun fire separate pe mucoasă (de la caroncule pînă la limita ei cu pielea) și de setolin pe tegumente (nu fire de ață, fiindcă se îmbibă de secreții, pe care le drează sub tegumente; în lipsa setolinei se pune nylon) (fig. 489 E).

În ce privește colpo-perineorafia posterioară la femei bătrîne sau în deficiențe musculare importante (cînd ridicătorii anali sînt atît de atrofiați, încît nu mai pot fi găsiți sau apropiați pe linia mediană) se poate încerca obținerea consolidării perineului printr-o cicatrice inflamatorie: pentru aceasta, între rectul cu teaca conjunctivă capitonată și vaginul suturat, după excizia excesului de mucoasă se lasă un tubulor de drenaj care iese în plaga perineală (încă demult N. Gheorghiu preconiza drenajul sistematic, sub sutura planului ridicătorilor, cu fascicul de fire de setolin sau, în lipsă, cu un tub subîre de plastic).

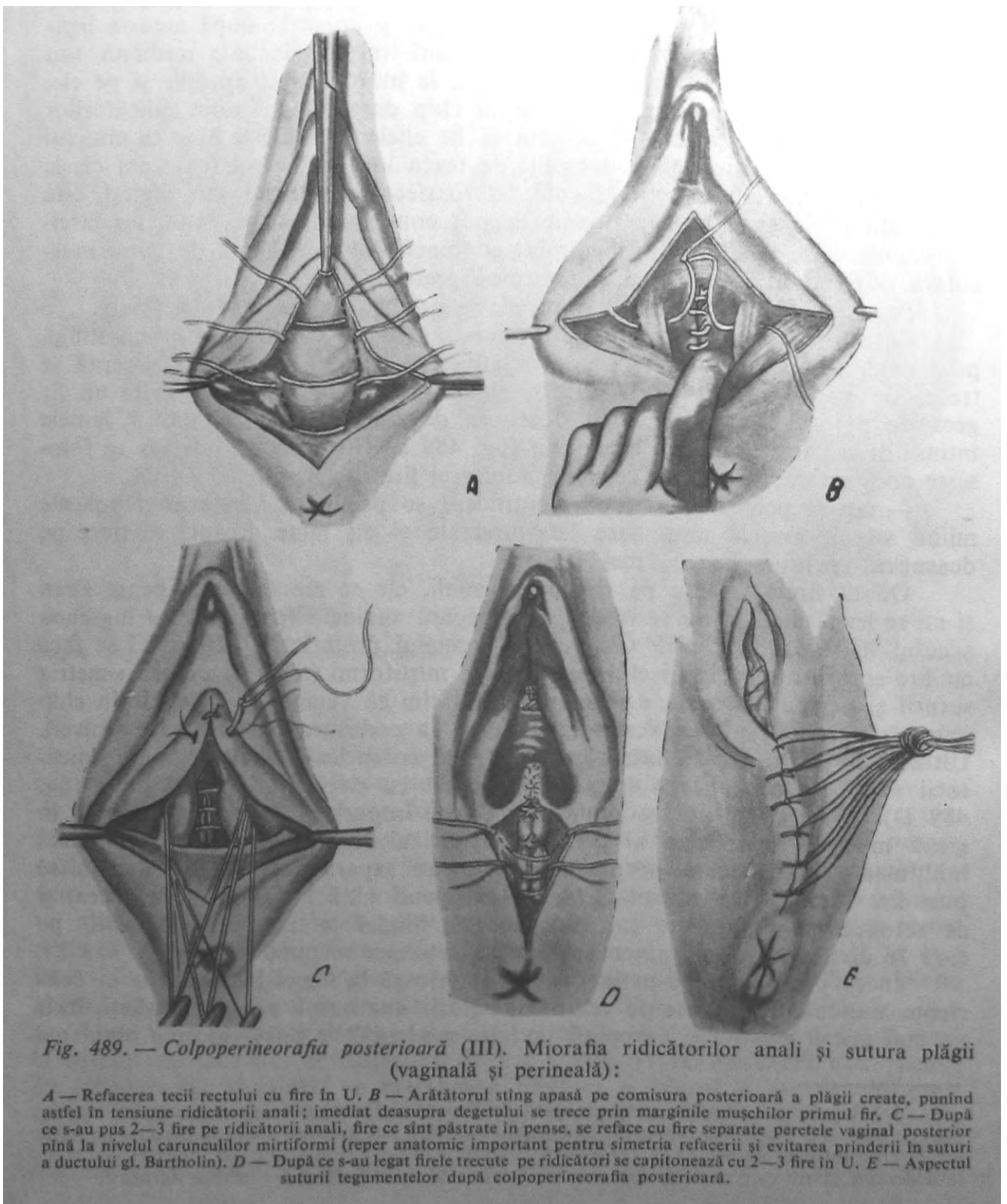


Fig. 489. — Colpoperineorafia posterioară (III). Miorafia ridicătorilor anali și sutura plăgii (vaginală și perineală):

A — Refacerea tecii rectului cu fire în U. B — Arătătorul stâng apasă pe comisura posterioară a plăgii create, punând astfel în tensiune ridicătorii anali; imediat deasupra degetului se trece prin marginile mușchilor primul fir. C — După ce s-au pus 2—3 fire pe ridicătorii anali, fire ce sînt păstrate în pense, se reface cu fire separate peretele vaginal posterior pînă la nivelul carunculelor mirtiforme (reper anatomic important pentru simetria refacerii și evitarea prinderii în suturi a ductului gl. Bartholin). D — După ce s-au legat firele trecute pe ridicători se capitonează cu 2—3 fire în U. E — Aspectul suturii tegumentelor după colpoperineorafia posterioară.

b) în rupturile complete s-a spus mai demult că interesarea sfincterian nu se însoțește totdeauna de incontinență (chiar a materiilor lichide sau a gazelor).

Totuși colpoperineorafia posterioară, în aceste cazuri, trebuie să repare, pe lângă nucleul central al perineului, sfincterul anal și peretele anterior al rectului, totdeauna mai mult sau mai puțin interesat; tehnica diferă deci, în anumite puncte, de descrierea precedentă și anume:

— operația se începe reperînd capetele sfincterului, care face niște gropi (de o parte și de alta a regiunii, în care mucoasa anal prezintă pliuri), cu câte o pensă de col sau câte un fir. Când pierderea de substanță din peretele rectal anterior nu este prea însemnată limita inferioară a exciziei cicatriceale va avea forma de W (cu unghiurile inferioare rotunjite) (fig. 490 A); când pierderea de substanță este importantă se începe, mai bine, excizia și decolarea de sus în jos de pe vagin (pe care se conturează, cum s-a descris în tehnica precedentă, un V inversat cu ramurile frînte) străfîngînd apoi, în jos, pe măsură ce decolarea progresează, mucoasa vaginală, care se prestează însuși continuitatea cu mucoasa rectală (pentru a folosi o parte din lamboul decolat la plastia peretelui anterior al rectului) (fig. 491 A, B, C, D);

— în prima eventualitate, cînd se face de jos în sus excizia cicatricii, după ce aceasta este perfectată, se reface cu fire separate peretele anterior al rectului (fig. 490 B): aceste fire trebuie trecute invers, începînd de la buza dreaptă a plăgii, pentru a le înnoada în lumenul rectului (vezi fig. 490 C). Pe deasupra lor, peretele muscular și teaca conjunctivă a rectului mai sînt suturate cu două-trei fire în U (acestea din urmă nu trebuie să mai transfixieze mucoasa, ci, pe cît posibil, să înfunde sutura precedentă).

Acum se liberează capetele sfîcterului de esutul cicatricial ce le înconjură și se suturează pe deasupra peretelui rectal suturat și capitonat (cu două fire de nylon).

Principiul director este de a limita disecția și decolările, precum și rezecția esurilor cicatriciale: pe de o parte pentru a preveni sîngerarea, hematoamele și supurația, ce pot urma, și pe de altă parte pentru ca firele trecute prin sfîcter să nu taie și să nu alunece printre fibre. Într-adevăr, cu cît repararea sfîcterului anal se limitează la un minimum de disecție și rezecție și nu caută o adevărată « reparare anatomică », cu atît rezultatele sînt mai bune. Apoi se procedează întocmai ca în tehnica precedentă descrisă: apăsînd cu degetul în unghiul inferior al plăgii, se pun în evidență ridicatoriile anale și se trec firele pe ei; se suturează cu fire separate mucoasa vaginală pînă la caronculele mirtiforme; apoi se capitonează prințînd cu fire în U, în masă, mucoșii superficiali ai perineului și se pun fire de setolin sau nylon la tegumente;

— în a doua eventualitate, după ce lamboul de mucoasă vaginală a fost decolat și răsfrînt în jos, acoperind anusul, se trec două-trei fire în U pe teaca conjunctivă a rectului. Se caută și se izolează capetele sfîcterului, apoi se pune pe el un fir în U, care-i apropie capetele pe linia mediană. Se urmează prințînd ca mai sus ridicatoriile anale, suturînd vaginul pînă la resturile inelului himeneal, capitonînd cu fire în U și suturînd de sus în jos tegumentele. Excesul de mucoasă vaginală decolat se ajustează și se suturează cu două-trei fire.

Cura elitrocelului. Hernia fundului de sac Douglas se prezintă sau asociat prolapsului (cînd importanța herniei este în funcție de dispoziția primitivă

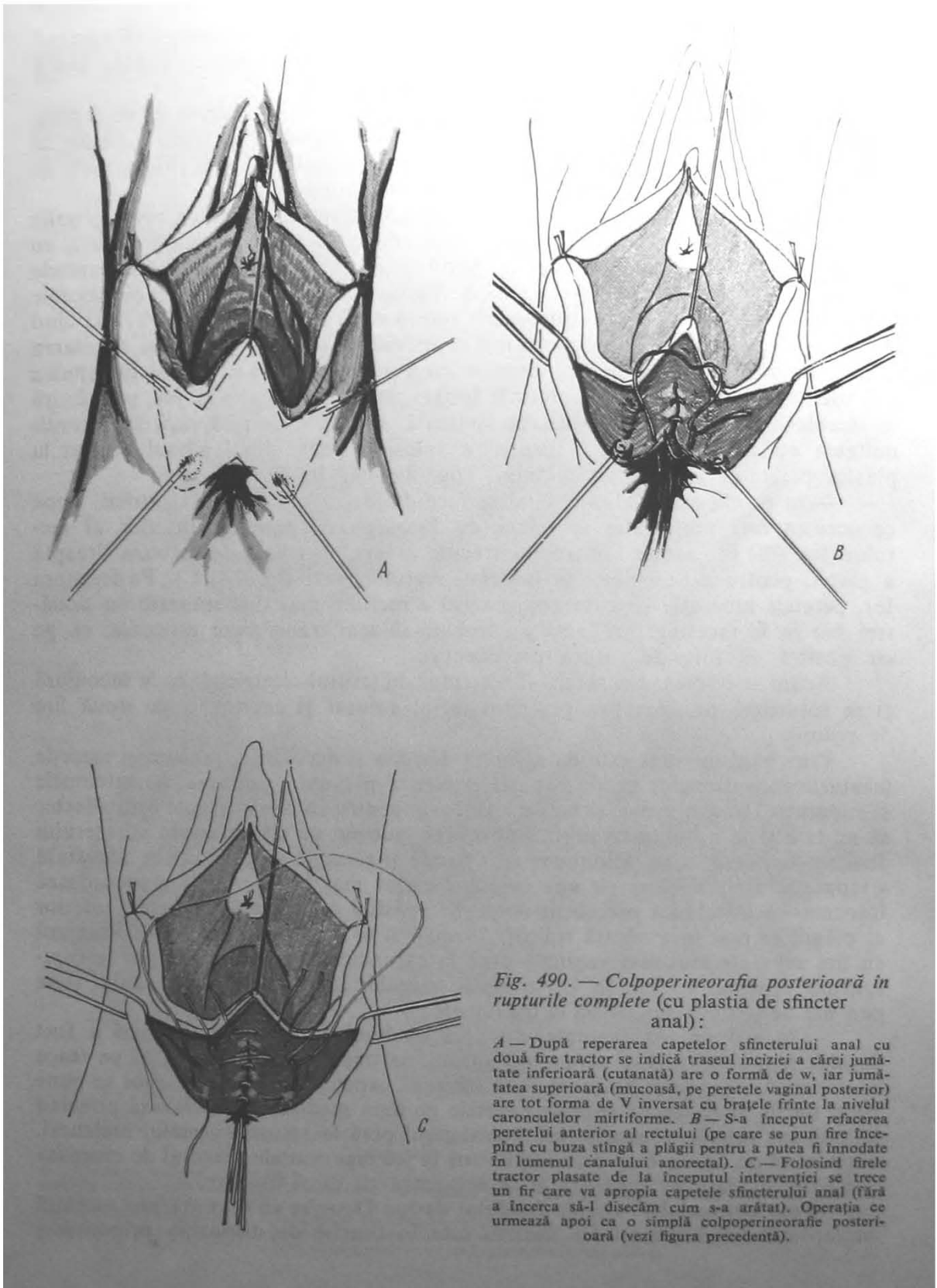


Fig. 490. — Colpoperineorafie posterioară în rupturile complete (cu plastia de sfincter anal):

A — După reperarea capetelor sfincterului anal cu două fire tractor se indică traseul inciziei a cărei jumătate inferioară (cutanată) are o formă de w, iar jumătatea superioară (mucoasă, pe peretele vaginal posterior) are tot forma de V inversat cu brațele frînte la nivelul caronculelor mirtiforme. B — S-a început refacerea peretelui anterior al rectului (pe care se pun fire începînd cu buza stîngă a plăgii pentru a putea fi innodate în lumenul canalului anorectal). C — Folosind firele tractor plasate de la începutul intervenției se trece un fir care va apropia capetele sfincterului anal (fără a încerca să-l disecăm cum s-a arătat). Operația ce urmează apoi ea o simplă colpoperineorafie posterioară (vezi figura precedentă).

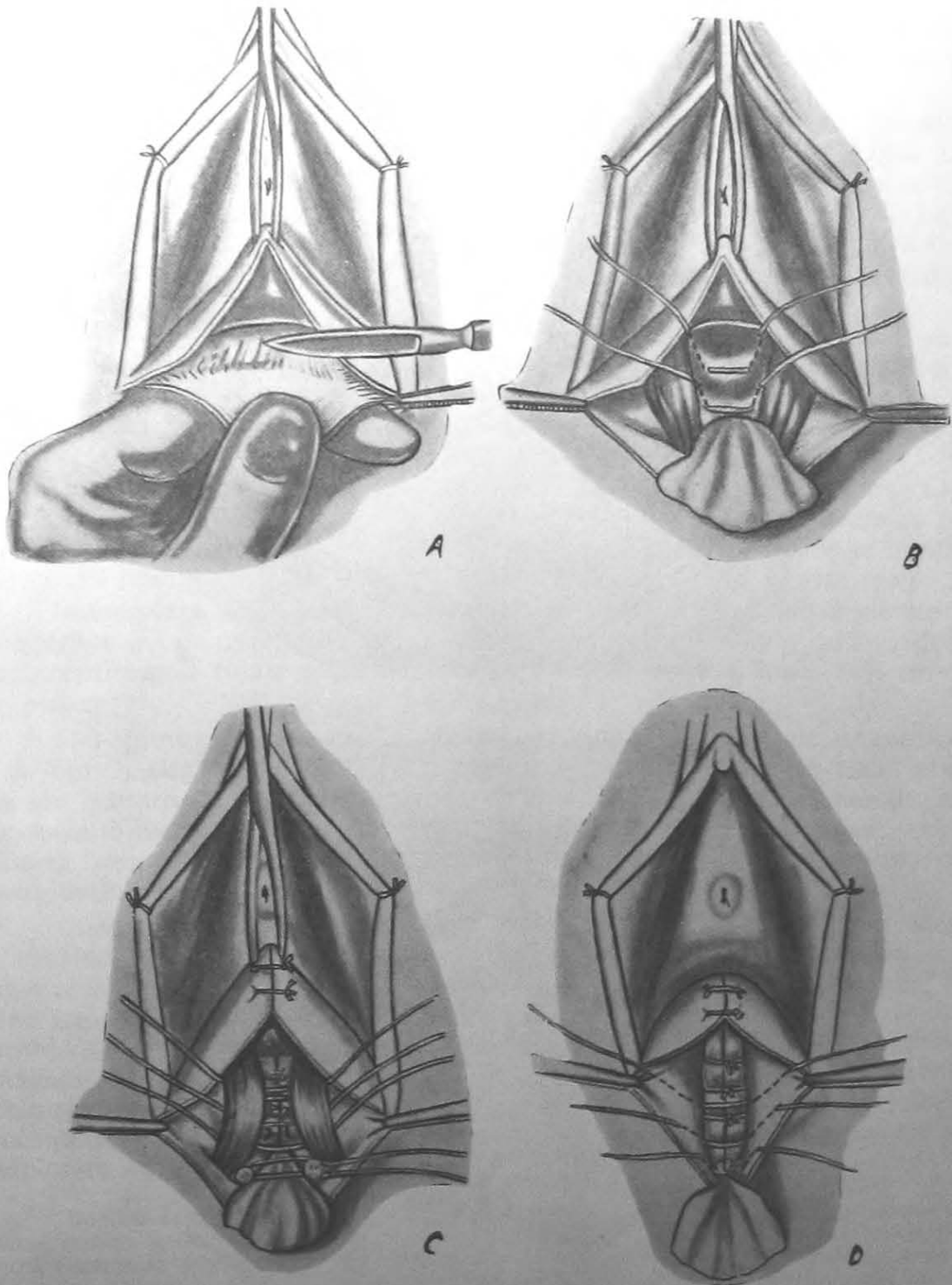
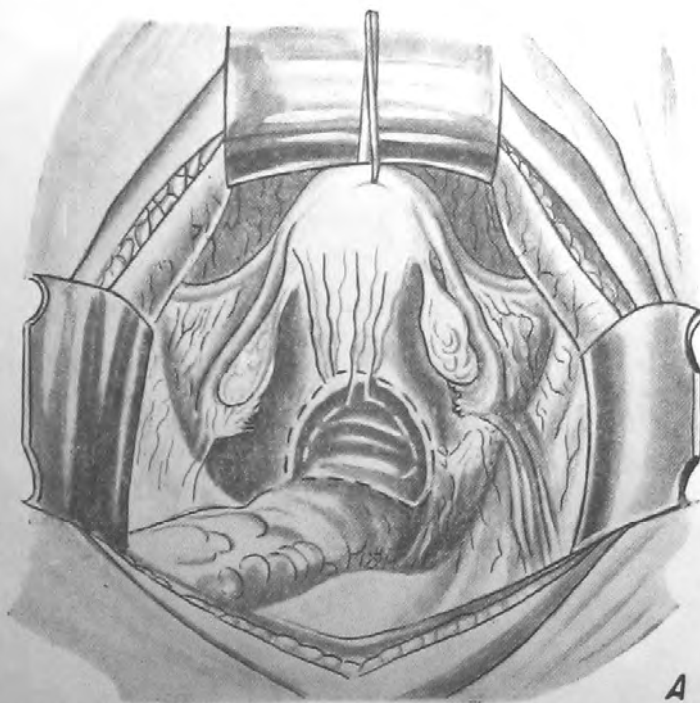
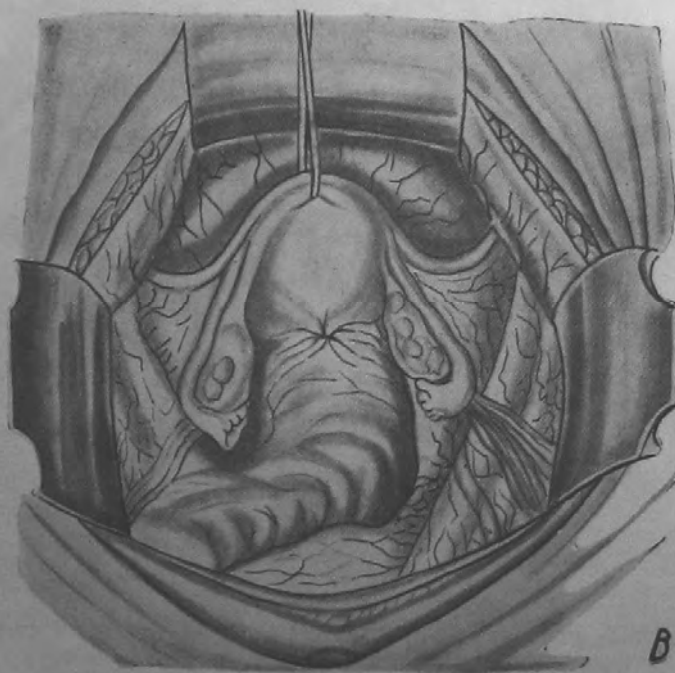


Fig. 491. — Colpoperineorafiea posterioară în rupturi complete. Procedeul cu plastia defectului rectal prin lambou decolat din mucoasa vaginală:

A — Incizia peretelui vaginal de aceeași formă (V răsturnat cu ramurile frunte) dar efectuată de sus în jos, pentru a păstra intact lamboul de mucoasă, ce se decolează lent pe deget. B — Se reface teaca rectului eventual cu 2 fire în U. C — Miorafia ridicătorilor anali și sutura sfincțerului (cu 1 sau 2 fire în U). D — Capitonarea urmată de sutură a tegumentelor; apoi se va ajusta lamboul coborât rezeccind excesul la nivelul suturii tegumentelor (de care se fixează cu 2—3 fire).



A



B

Fig. 492. — Închiderea Douglasului (după procedeul Marion) în cazurile de elitrocel :
 A — Două burse cu fir neresorbabil însăilează fețele interne ale lig. utero-sacrate și peritoneul de pe rect și uter
 B — După strângerea ultimului fir fundul de sac Douglas trebuie să fi dispărut.

fundului de sac peritoneal posterior), sau mai ales ca urmare a unei cure chirurgicale, incomplet sau neadecvat (de regulă fixare uterină direct sau prin ligamentele rotunde, la peretele abdominal).

Cura chirurgicală a elitrocelului, pe cale vaginală, este recomandabilă numai când uterul (sau bontul după histerectomie) este mobil; când hernia Douglasului apare după histero- sau ligamento-pexii se impune în principiu calea mixtă abdomino-perineală. Ca la orice hernie, cura radicală este simplă; ea comportă izolarea și rezecția sacului peritoneal și închiderea cât mai solidă a spațiului (ocupat anterior de hernie) începând colpoperineorafiea posterioară de la ligamentele utero-sacrate (cum recomandă Dellepiane).

Adesea pe lângă elitrocel, histero- și ligamento-pexiile duc și la alungirea zisă « hipertrofică » a colului uterin care trebuie și ea corectată în cadrul operației pe cale joasă (vezi amputația de col fig. 469). În astfel de cazuri operația se începe prin incizia Crossen, completată, după decolarea și incizia peretelui vaginal anterior, printr-o incizie circulară în jurul colului.

Urmează, după amputația colului, colporafiea anterioară, apoi cura radicală a elitrocelului și colpoperineorafiea posterioară înaltă. Abia acum se poate trece la timpul abdominal efectuându-se două burse etajate cu care se înșulează peritoneul fundului de sac Douglas, sau douglassectomie tip Jamain (pag. 585).

Incontinența de urină. Desemnarea ca incontinență relativă de urină a pierderilor involuntare, pe calea naturală, se face în tendința de a le deosebi de incontinențele totale și permanente ce însoțesc fistulele, unele boli nervoase și psihice etc.

Dar printre incontinențele relative de urină se deosebesc incontinențele «de efort» (legate de creșterea presiunii intraabdominale prin tuse, strănut, râs sau ridicare de greutate, provocate de urcarea unei scări, ba chiar de mers) și incontinențele «de urgență» cu micțiuni frecvente, imperioase, uneori disurie (mai degrabă semne de cistită, trigonită, disinerție de detrusor, cistopatie endocrin etc.).

Cum incontinența «de efort» și incontinența «de urgență» pot coexista și coexistă destul de frecvent, ne vom referi la incontinența relativă de urină, pînă ce toate mijloacele clinice (anamneză corectă, examen clinic complet, folosind testele Bonney, Naric și Magendie) asociate celor paraclinice (urocultură, proba Addis, cistomanometrie și mai ales cistografie micțională) precizează diagnosticul de incontinență urinară de efort, singura justificabilă de tratament chirurgical. Este de menționat că marea majoritate a ecurilor operatorii în incontinența urinară de efort se datoresc unor indicații greșite (bazate pe o explorare incompletă) (fig. 493).

Studiile de microanatomie care au demonstrat că uretra este lipsită de un sfîcter autonom, precum și explorările radiologice, radio-cinematografice, dar mai ales cistometria simultană electronică uretrală și vezicală au permis în alegerea mecanismului conținutului urinar și micțiunii, precum și fiziopatologia incontinenței urinare de efort. S-a dovedit astfel că:

— în uretră presiunea maximă se găsește în 1/3-a ei superioară (uretra proximală, care împreună cu zona inferioară a bas-fondului vezical constituie o unitate anatomico-funcțională, fibrele musculare vezicale continuându-se la nivelul joncțiunii uretro-vezicale);

— în caz de continență, presiunea din uretra proximală depășește totdeauna presiunea intravezicală, atît în repaus, cît și la efort;

— condiția meninerii acestei diferențe de presiune uretro-vezicale, chiar și la efort, este că joncțiunea uretro-vezicală să fie situată în încălțămînt abdominal, astfel că creșterea presiunii intra-abdominale (cauzată de efort) să acționeze concomitent atît pe vezică, cît și pe uretra proximală (în aceste condiții presiunea intra-ureterală rămînînd în continuare superioară celei vezicale).

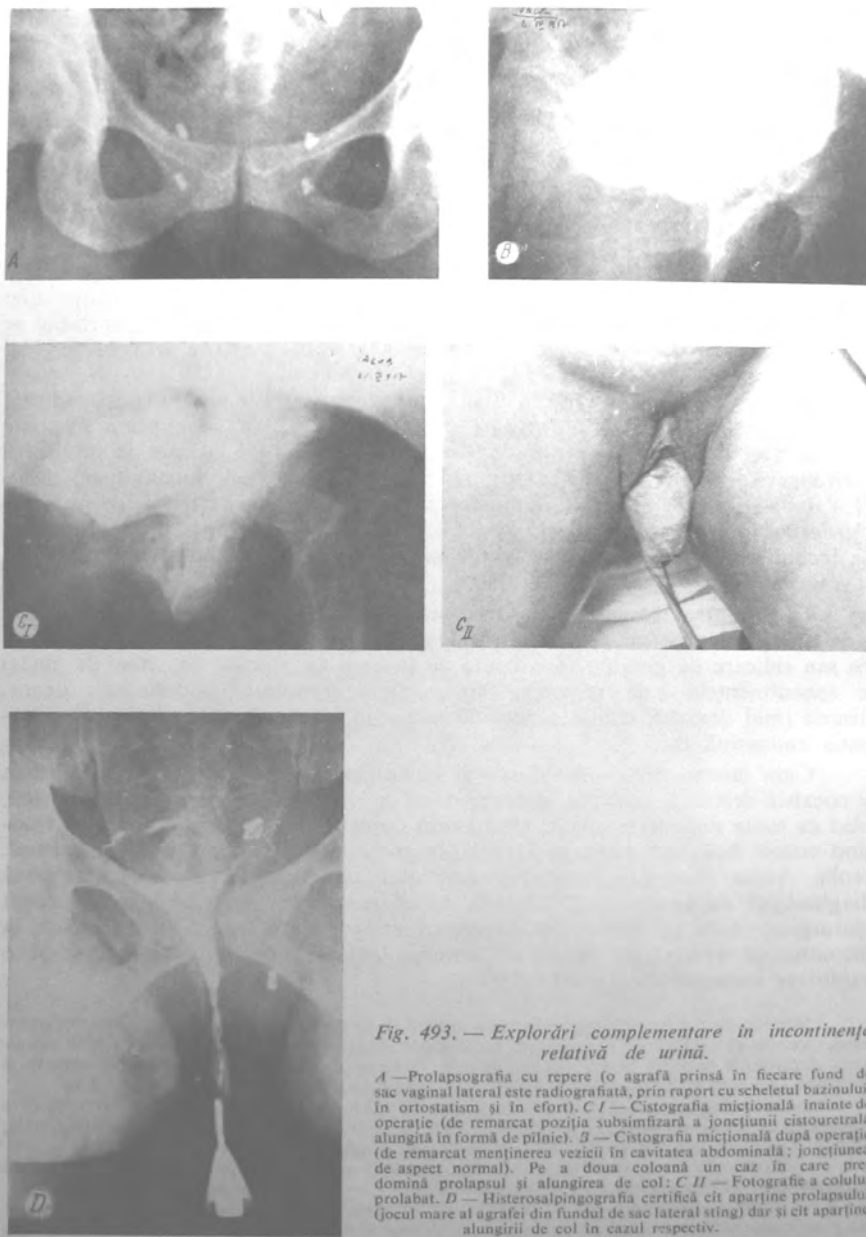


Fig. 493. — Explorări complementare în incontinența relativă de urină.

A — Prolapsografia cu repere (o agrafă prinsă în fiecare fund de sac vaginal lateral este radiografiată, prin raport cu scheletul bazinului, în ortostatism și în efort). C I — Cistografia micțională înainte de operație (de remarcat poziția subsimfizară a joncțiunii cistouretrale alungită în formă de pilnic). B — Cistografia micțională după operație (de remarcat menținerea vezicii în cavitatea abdominală; joncțiunea de aspect normal). Pe a doua coloană un caz în care predomină prolapsul și alungirea de col: C II — Fotografie a colului prolapsat. D — Histerosalpingografia certifică cît aparține prolapsului (jocul mare al agrafei din fundul de sac lateral stîng) dar și cît aparține alungirii de col în cazul respectiv.

S-a dovedit c ̃n incontinen a de urin la efort jonc iunea cistouretral i-a pierdut pozi ia ̃nalt , intra-abdominal , situ ̃ndu-se ̃n afara plan eului muscular, care ̃nchide ̃n jos excava ia pelvian (se extraabdominalizeaz astfel) i presiunea abdominal crescut ̃n efort se exercit numai asupra vezicii; gradientul de presiune se inverseaz ̃n favoarea vezicii, presiunea intra-vezical dep e te pe cea uretral i apare incontinen a urinar la efort.

Incontestabil c ̃n mecanismul de conten ie urinar intervine i tonusul musculaturii netede cisto-uretrale cu anexele ei: pliurile uretrale, sistemul vaselor minune etc. Intervine de asemenea planul musculo-aponevrotic, pelvi-perineal dispus ̃n hamac cu rol important de sus inere a regiunii uretro-vezicale, ca i statica uterului i vaginului solidar trigonului i func iunii cisto-uretrale. Cu mul i ani ̃n urm maestrul nostru D. S vulescu scria c „vezica urmeaz destinele uterului”. Incontinen a urinar de efort este condi ionat i favorizat de o serie de factori:

– traumatismul obstetrical prin efect direct asupra regiunii uretro-vezicale pe care o disloc i indirect prin leziunile perineale, consecutiv c rora dispare elementul de sus inere at ̃t al uterului i pere ilor vaginali, c ̃t i a jonc iunii uretro-vezicale. De aici, obligativitatea c ̃n incontinen a urinar de efort asociat cu rupturile de perineu complicate sau nu de leziuni de prolaps genital (asocierea este aproape de regul) s fie rezolvate deopotriv ambele tulbur ri;

– menopauza intervine ̃n plus prin modific rile involutive at ̃t asupra mucoasei i sistemului vascular erectil uretral c ̃t i asupra tonusului musculaturii uretrei i ̃n general al celei pelvi-perineale; se impune deci, ̃n asemenea cazuri, oestrogenizare pre-postoperatorie, dar mai ales gimnastica medical perineal .

̃n tratamentul incontinen ei urinare la efort actul chirurgical trebuie s urm reasc , ̃n special, ascensiunea, reabdominalizarea jonc iunii c zute; ̃n acest scop s-au propus numeroase interven ii chirurgicale, care se pot grupa ̃n trei categorii (fig. 494):

a) *opera ii de sus inere subcervico-uretral* indicate ca prim interven ie i mai ales c ̃nd gradul de alunecare al jonc iunii este moderat: colporafia anterioar i posterioar , cu sau f r plastie sub-uretral (cu fascia vezico- vaginal , cu mu chii bulbo-caverno i, cu fasciculele pubo-coccigiene ale ridic torilor sau cu lambouri de vagin); o men iune special trebuie f cut aici interpozi iei vezico-vaginale a uterului sau a bontului dup hysterectomie (vezi fig. 547—549);

b) *opera ii de suspensie* prin anse subcervico-uretrale executate pe cale mixt abdomino-vaginal , tip Goebel-Stockel, Delinotte, Aldridge. S ̃nt opera ii mai laborioase, cu relativ frecvente complica ii, indicate ̃n special ̃n cazurile recidivate; ̃n fine;

c) *opera ii de tip uretro-cistopexie*, apreciate at ̃t pentru procentul mare de vindec ri (realizeaz o bun ascensionare a jonc iunii), c ̃t i pentru u urin a execu iei i lipsa lor relativ de complica ii.

̃n aceast grup se descriu:

– uretrocistopexii indirecte ̃n care ridicarea jonc iunii se face prin intermediul vaginului abordat pe cale abdominal retro-pubian (Perrin-Leger), sau fixarea la simfiz (op. Marshall-Marchetti-Krantz), sau ligamentele Cooper (opera ia Burch);

– uretrocistopexii directe ̃n care firele de suspensie s ̃nt trecute prin peretele jonc iunii i fixate retro-pubian la aponevroza drep ilor (opera ii tip Pereyra i D. Alessandrescu).

a) *Din prima grup de opera ii* (ce au drept scop reducerea caiiurului uretrei i ridicarea, precum i sus inerea, dispozitivului de ̃nchidere cervico-uretral) s-a descris *plicatura subcervico-uretral* , preconizat de Keliy ̃n America (1912), Marion ̃n Fran a (1920), Bonney ̃n Anglia, Gersuny, S ̃nger, Martius etc., cea mai simpl i larg ̃ntrebuinat (ceea ce totu i constituie o prob de calitate); tot din aceast grup mai amintim interpozi ia unei plastii de gr sime ̃n spa iul uretro-vaginal (vezi tehnica la fistulele vezico-vaginale), interpozi ia mu chilor bulbo-caverno i (Berrow, 1942), interpozi ia de materiale plastice, cerclajul uretral juxtameatic (Richer) etc.

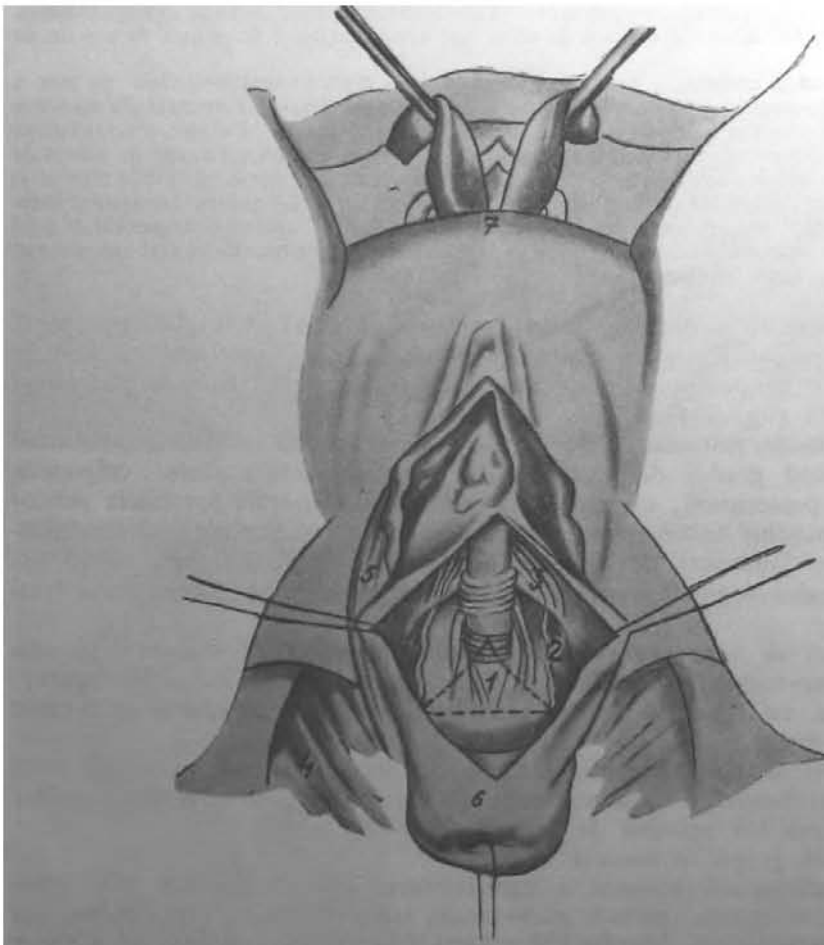


Fig. 494. — Schema (după Martius) a elementelor tisulare și a posibilităților de corectare chirurgicală a incontinenței de urină :

1 — Trigonul (conturat cu linia punctată) care se poate infunda în bursă (vezi fig. 484). 2 — Fascia vezico-vaginală care poate fi plicaturată (vezi fig. 485). 3 — Diafragma uro-genitală (participă la autoplastia prin infundarea în bursă a joncțiunii cistouretrale). 4 — Ridicatorii anali (distanța fibrelor lor, la acest nivel, face ca apropierea lor sub vezică să nu fie operantă decât pentru fascicule smulse sau izolate cu bună știință). 5 — Mușchiul bulbo-cavernos (poate fi folosit la autoplastia subvezicală după procedeele Martius). 6 — Uterul prin bascularea căruia, ca în interpoziția vezico-vaginală, se poate crea un suport solid vezicii. 7 — Aponevroza mușchilor drepti cu mușchii piramidali; lambourile lor pot servi, trecute sub uretră, la efectuarea metodelor Goebel-Stockel sau Aldridge.

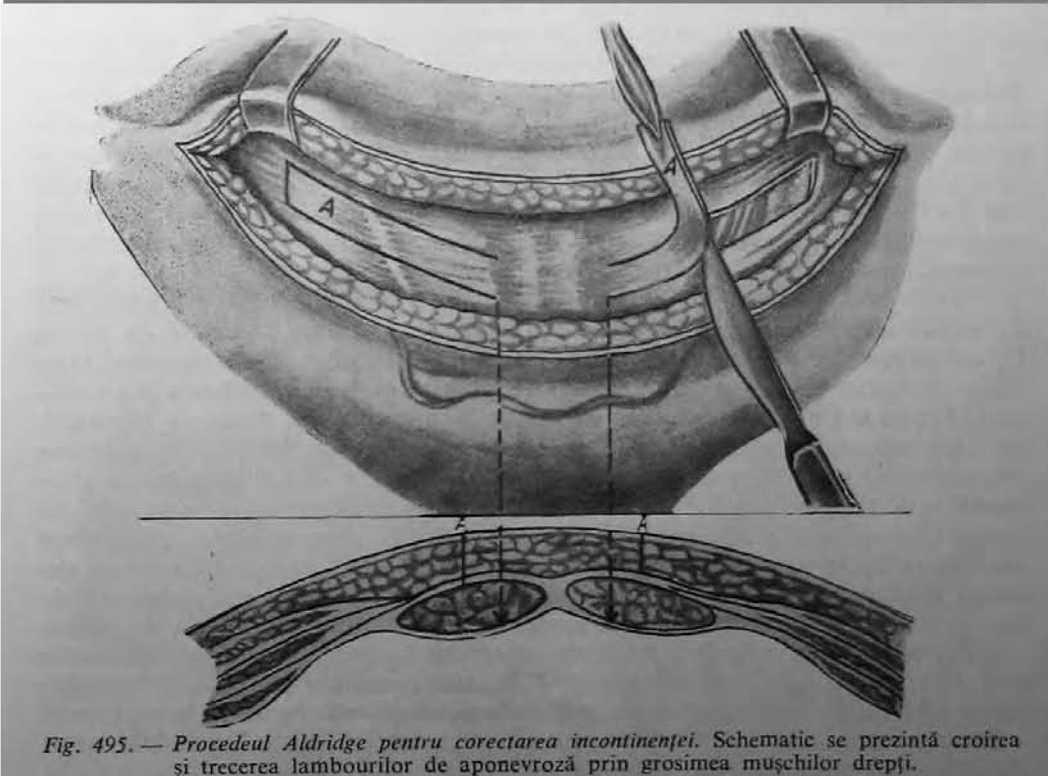


Fig. 495. — Procedeele Aldridge pentru corectarea incontinenței. Schematic se prezintă croirea și trecerea lambourilor de aponevroză prin grosimea mușchilor drepti.

Din categoria plastiilor musculo-aponevrotice am amintit ca nerecomandabile metodele ce încearcă să aducă, înaintea vaginului, fasciculele pubococcigiene ale mușchilor ridicătorii anali: Franz (1942); Ingelman-Sundberg (1957) folosește fasciculele din ridicătorii anali, secționare cel puțin în prealabil.

b) *Din a doua categorie* trebuie amintite, printre operațiile cele mai însemnate:

— *metoda Goebbel—Stoeckel* constă în plastia cu mușchii piramidali sau cu câte un lambou din mușchii drepti abdominali, lamboul ce este trecut sub simfiz, de o parte și de alta, în jurul și dedesubtul colului vezical și uretrei;

— *metoda Aldridge* (1952) constă, de asemenea, în plastia suburetrală, dar cu firele prelevate din aponevroza mușchilor oblici abdominali (și trecute prin mușchii drepti), printr-o incizie Pfannenstiell.

Metoda Goebbel-Stoeckel utilizează două fascicule de fibre musculare din mușchii drepti abdominali sau două lambouri din aponevroza ce-i acoperă (de care se lasă să adere mușchii piramidali), ce se trec printre mușchii drepti sub uretră; în metoda Aldridge, firele de fascie (prelevate transversal din aponevroza mușchilor oblici abdominali) (fig. 495) se trec prin grosimea mușchilor

Goebbel (1910) recomandă folosirea mușchilor piramidali (dar aceștia au dezvoltare variabilă și sînt foarte scurți); Stoeckel (1917) ameliorează metoda prelevînd odată cu piramidalii și câte un lambou de aponevroză (mușchii piramidali respectivi sînt lăsați să adere de lambourile de aponevroză) drepti, cam la 4 cm deasupra pubisului. În acest detaliu constă superioritatea ultimei metode:

— folosește pentru plasticie numai aponevroza, totdeauna mai rezistentă la condițiile vitrege ale transplantării;

— nu deplasează fasciculele din mușchii drepti și îi folosește ca organ de control (în momentul cînd presiunea abdominală crește și pierderea urinei ar fi iminentă, presiunea chingii aponevrotice este crescută prin contracția mușchilor drepti).

Aceste operații foarte delicate ca execuție sînt recomandabile numai în cazul ecului colporafiei anterioare (sistematic completat, așa cum s-a descris, de procedeul plicaturii subcervico-uretrale). Ele avînd un timp obligatoriu abdominal, beneficiază de accesul simultan în două echipe. Dar și așa, timpul delicat al acestor tehnici rămîne decolarea în spațiul lui Retzius a conductelor pentru trecerea lambourilor; sîngerarea este posibilă și hemostaza greu de făcut (ea se face prin tamponare cu comprese îmbibate în soluție cloruro-sodică izotonică caldă adrenalinată). O ameliorare a acestor metode a fost înlocuirea bandetelor aponevrotice de către Ch. Moir (1968) cu o panglică sintetică siliconată (mersilen).

Iată cum recomandă Aldridge să se facă operația pentru incontinența de urină: după decolarea mucoasei vaginale (și eventual plicatura cu fire în U, de catgut fin, a zonei subcervico-uretrale), odată găsit planul de clivaj între vagin și fascia vezico-vaginală (nu între aceasta și vezică, pentru a preveni lezarea vezicii sau uretrei), este ușor de a introduce indexul pe dinapoia pubisului, pînă aproape de inserția mușchilor drepti abdominali (fig. 496); printr-o incizie Pfannenstiell, se expune atunci aponevroza mușchilor oblici abdominali și se disecă din aceasta două fire transversale de vreo 6 cm lungime și 1,5 cm lățime (lăsîndu-le să adere pe o distanță de 2 cm de o parte și de alta a liniei mediane); apoi, o pensă clamp este trecut prin tunelurile latero-vezicale decolate cu degetul și cu ea, după ce se perforază mușchii drepti abdominali de partea respectivă, se prinde și se coboară, în plaga vaginală, lamboul de aponevroză decolat (fig. 497 A); manevra se repetă de partea opusă și lambourile sînt suturate pe linia mediană (fig. 497 B), sub zona cervico-uretrală; se suturează plaga abdominală, apoi cea vaginală (și, dacă este cazul, se completează operația cu o colpoperineorafie posterioară, care sînt în mai bine nouă situație anatomic creată).

c) *Din a treia categorie de intervenții* ce-i propun să ridice și să mențină colul vezical, fac parte:

— uretro-cistopexiile indirecte (ce ridică joncțiunea cisto-uretrală cu ajutorul vaginului sau uterului), ca și prin suspendarea cu alte esuturi;

— cervicocistopexia Perrin-Leger (suspendarea feței anterioare a colului și a părții inferioare a vezicii la peretele abdominal prin fire neresorabile) (fig. 498);

— uretro-cistopexiile directe: cervico-cistopexia Figurnov pe cale vaginală (vezi fig. 503), uretro-cistopexiile Pereyra (1959) și Dan Alessandrescu (vezi fig. 504);

— metodele de cervico-cistopexie, folosind plastii aponevrotice (Michon) sau cu tendon de vițel (Delinotte), aceste operații executate mai mult de urologi, decît de ginecologi și în plus cam de domeniul trecutului, de cînd s-a dovedit inoocuitatea perfectă a unor materiale sintetice.

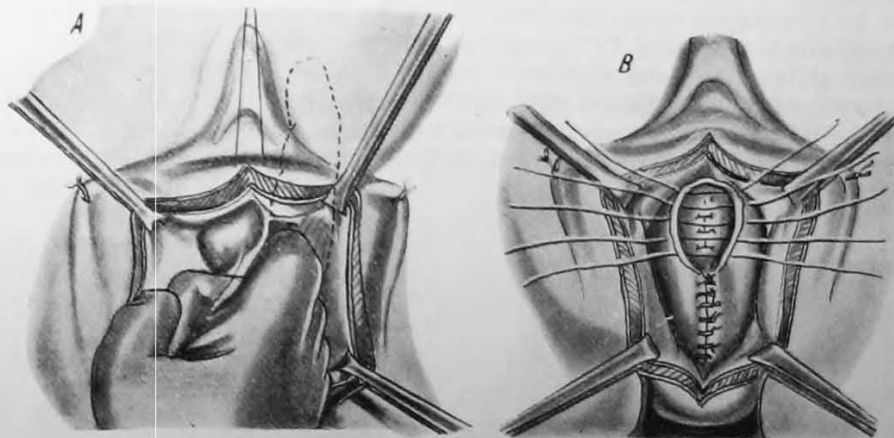


Fig. 496. — Procedul Aldridge pentru corectarea incontinenței :

A — După disecția fasciei vezico-vaginale (vezi fig. 63) se introduce degetul (în imagine de partea stângă) pînă înapoi a simfizei. B — Sutura fasciei vezico-vaginale după ce jonțiunea cistouretrală a fost infundată în bursă sau plicaturată cu o serie de fire în U.

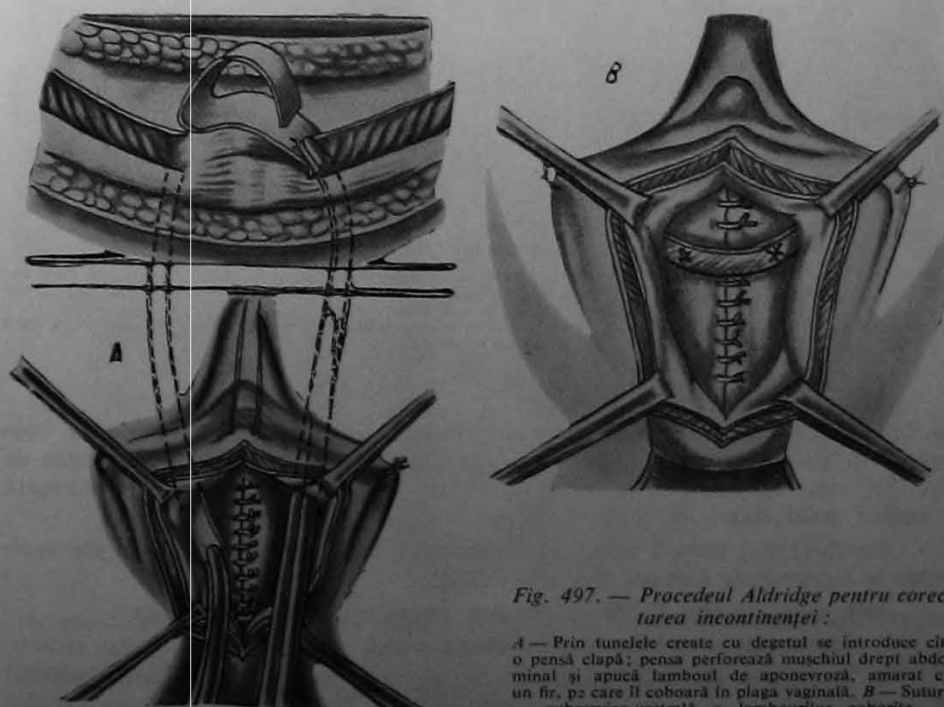
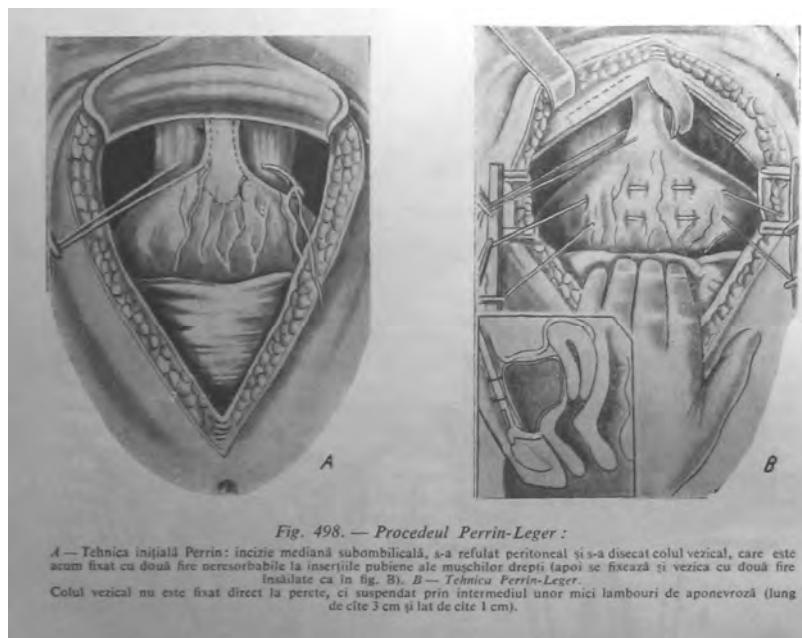


Fig. 497. — Procedul Aldridge pentru corectarea incontinenței :

A — Prin tunelul creat cu degetul se introduce cîte o pensă clapă; pensă perforează mușchiul drept abdominal și apucă lamboul de aponevroză, amarat cu un fir, pe care îl coboară în plaga vaginală. B — Sutura subcervico-uretrală a lambourilor coborîte.



d) *Operații de tip uretro-cistopexie.* Dintre uretro-cistopexiile indirecte mai larg utilizate sînt tehnica Perrin-Leger și cea a lui Burch pe cale abdominală, precum și tehnica Marshall-Marchetti-Krantz pe cale vaginală. Pentru calea combinată abdomino-vaginală vezi procedeul piramidalopexia extraperitoneală.

Perrin (1944) a propus cervico-cistopexia pe cale abdominală, suturînd fața anterioară a colului vezical și a porțiunii inferioare a vezicii, extraperitoneal, cu fire neresorbabile la teaca dreptilor; îmbunătățirea adusă de Leger în 1946 constă în suspensia vaginală retropubiană cu două lambouri aponevrotice de câte 3/1 cm decupate din teaca dreptilor (vezi fig. 498) iar fața anterioară a vezicii solidarizată la dreptii abdominali.

Burch (1961) fixează pe cale abdominală fundurile de sac laterale ale vaginului la ligamentele Cooper (fig. 499—502).

Iată cum descrie P. Sîrbu tehnica operatorie John C. Burch:

1. Incizie puboombilicală sau Pfannenstiel

Decolarea spațiului Retzius cu degetul sau cu compresorul, punînd în evidență, în profunzime, zona cervico-uretrală (marcat de prezența capului)

2. Se introduc 1—2 degete ale mîinii stîngi în vagin și se ridică peretele anterior al acestuia, expunîndu-l disecției. Această manevră este repetată de mai multe ori în timpul operației, schimbînd de fiecare dată mîna.

3. Disecția peretelui vaginal se efectuează la 1—1 1/2 cm, în afara zonei cervico-uretrale, de o parte și de alta, ghidîndu-ne tot timpul cu degetul introdus în vagin (fig. 499).

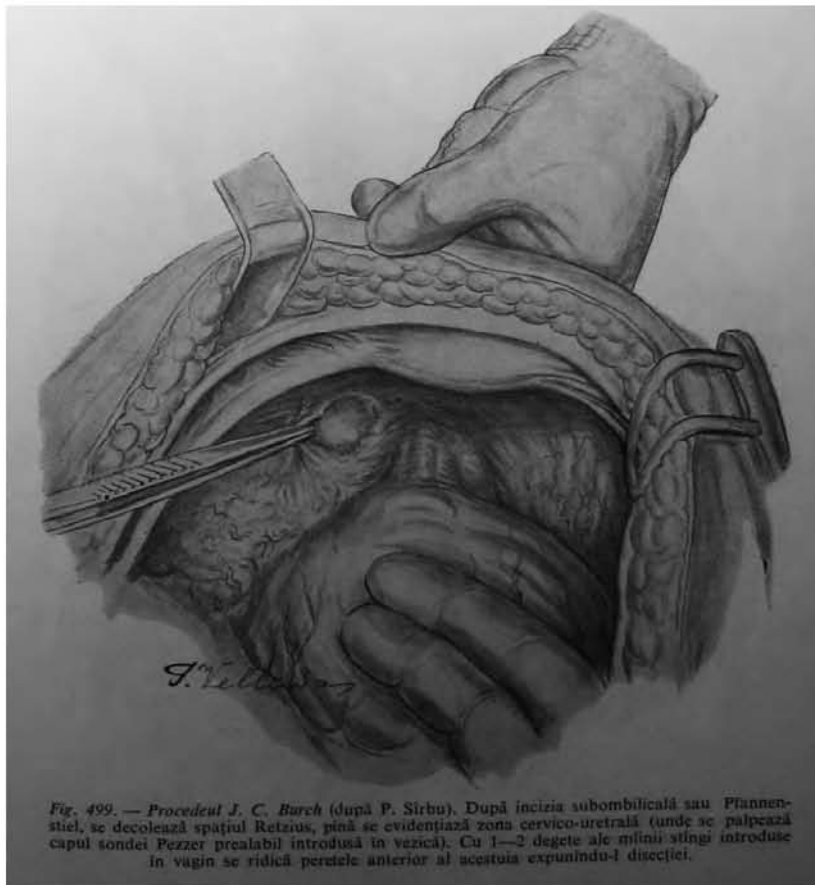


Fig. 499. — *Procedeu J. C. Burch* (după P. Sirbu). După incizia subombilicală sau Pfannenstiel, se decolează spațiul Retzius, pînă se evidențiază zona cervico-uretrală (unde se palpează capul sondei Pezzer prealabil introdusă în vezică). Cu 1—2 degete ale mîinii stîngi introduse în vagin se ridică peretele anterior al acestuia expunîndu-l disecției.

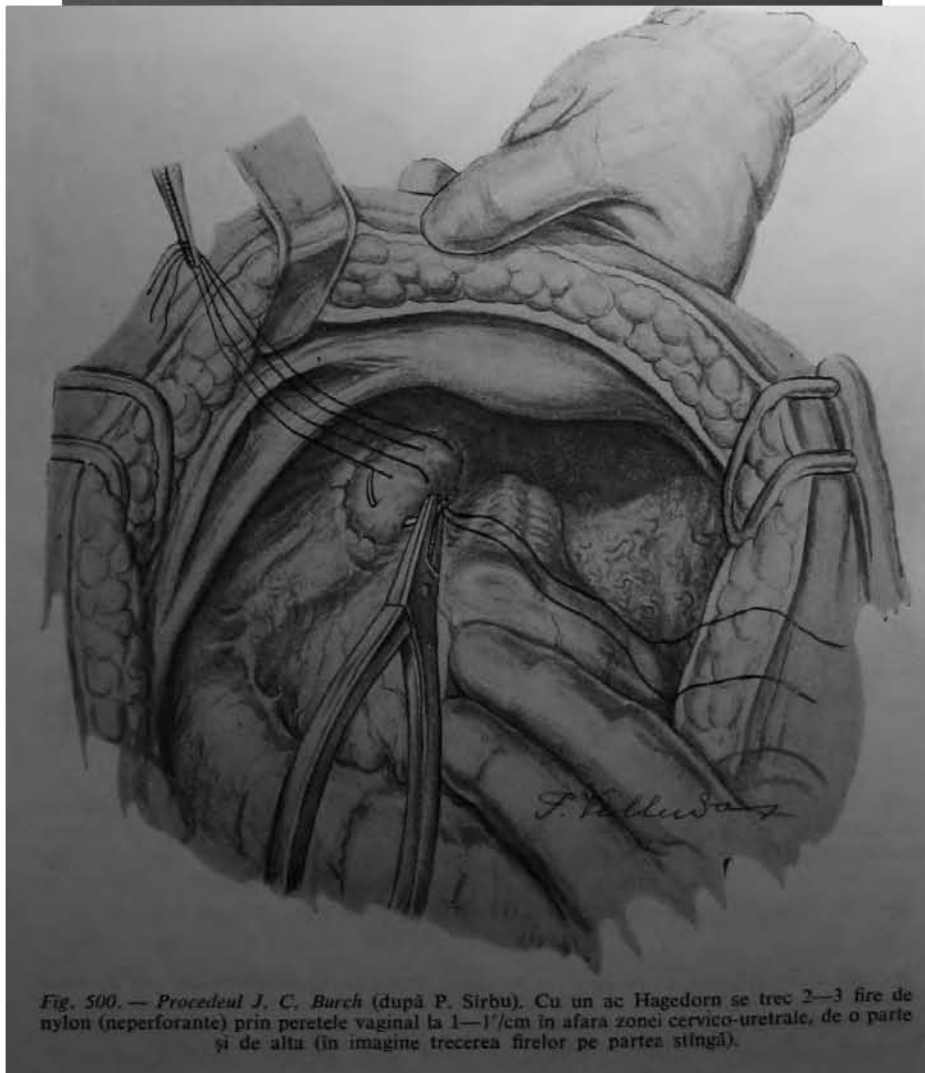


Fig. 500. — *Procedeu J. C. Burch* (după P. Sirbu). Cu un ac Hagedorn se trec 2—3 fire de nylon (neperforante) prin peretele vaginal la 1—1'/cm în afara zonei cervico-uretrale, de o parte și de alta (în imagine trecerea firelor pe partea stîngă).

Manevra care constituie de altfel originalitatea procedurii permite ca punerea în evidență a peretelui vaginal să se realizeze fără hemoragie (peretele vaginal este recunoscut după culoarea albă-sidefie a fasciei perivaginale).

5. Cu un ac curb Hagedorn se trec două-trei fire de nylon neperforante prin peretele vaginal, de o parte și de alta a zonei cervico-uretrale (fig. 500).

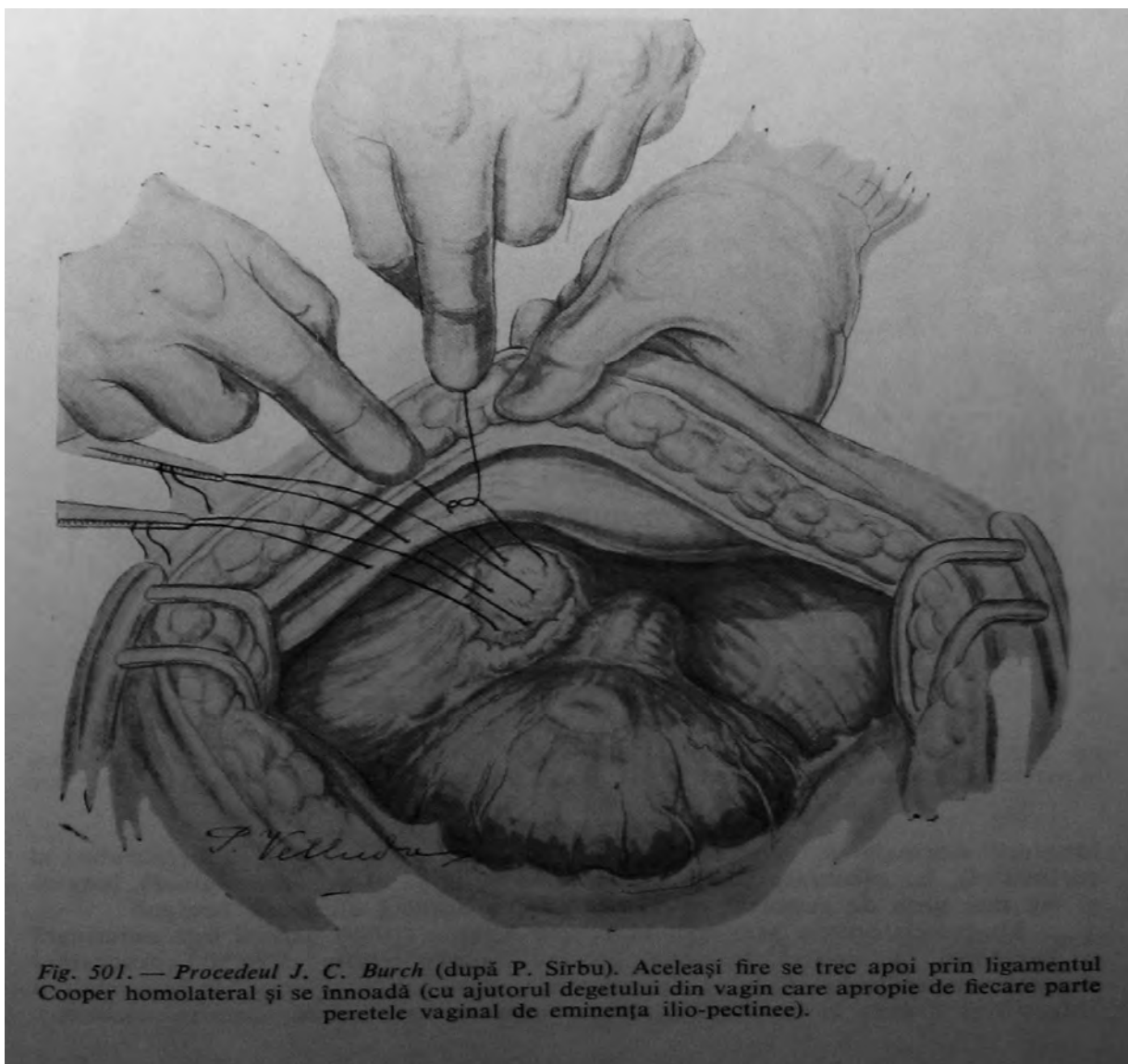
6. Cu același ac sau cu un Reverdin se trec firele și prin ligamentele Cooper și se înnoadă (un rol important revenind din nou degetului din vagin care apropie de fiecare parte peretele vaginal de eminența ilio-pectinee) (fig. 501)

7. După ce s-au înnoadat firele, se verifică spațiul retro-simfizar, cu coada penei anatomice (fig. 502); acest lucru este suficient de larg dacă firele aplicate pe peretele vaginal sunt plasate la minimum 1 cm în afara liniei mediane (altfel suspensia vaginului poate comprima uretra sub marginea simfizei pubiene și produce retenție de urină postoperatorie).

8. Se închide peretele abdominal, fiind după circumstanțe un tub de dren (pentru 24—48 ore) în spațiul Retzius.

9. Se practic apoi o colpoperineorafie posterioară și se asigură drenajul vezicii cu o sondă Pezzer sau Foley, pentru 7 zile.

Ambele metode au servitutea că, neabordând pe cale vaginală descensul joncțiunii cisto-uretrale, nu pot corecta în suficientă măsură dezordinile anatomice în cauză (cistouretrocelul, alunecarea vezicii pe istm și col, refacerea lungimii normale a vaginului, precum și reconstituirea nucleului central al perineului), iar efectuate odată sau după abordarea și pe cale vaginală, lungesc și fac mai greu de suportat operațiile pentru această afecțiune benignă.





Uretro-cistopexia Marshall-Marchetti-Krantz (1949) fixează fața anterioară a vaginului la simfiza pubiană; intervenția este relativ dificilă, comportând deschiderea spațiului Retzius (generatoare, cum s-a mai spus, de hemoragii și infecții) și fixarea la cartilajul simfizar, care nu este solid, determinând uneori osteite tenante, iar procesul de scleroză care poate cuprinde și fixa uretra posterioară face, în caz de recidivă, reintervențiile mai dificile.

Dintre uretro-cistopexiile directe în afara procedurii Figurnov (vezi fig. 503) mai sînt de recomandat:

Operația preconizată de Pereyra (1959) executînd suspensia uretro-vezicală cu un trocar cûdat, special, prin care se introduce un stilet ce are la extremitatea inferioară un orificiu (prin acesta se poate trece firul neresorabil de suspensie); printr-o mică incizie, de 1 cm, efectuată deasupra simfizei se introduce canula retro-simfizar pînă în plaga vaginală.

în fine, tehnica preconizată de Dan Alessandrescu (fig. 504) i care constă din:

1. Incizia peretelui vaginal anterior tip Crossen și decolarea cu foarfeca boant a peretelui vaginal anterior (de la 2 cm deasupra orificiului extern al colului la 1—1 1/2 cm de meat).

2. Decolarea vezicii de lambourile vaginale, de colul și istmul uterin (cu determinarea gradului de ptoz vezical, reperarea jonc iunii cisto-uretrale, a lungimii și calibrului uretrei).

3. Realizarea prin decolare digitală (cu indexul) a două tunele parauretrale, strict retro-simfizare, pînă la nivelul peretelui abdominal anterior (fig. 504 A).

4. Corectarea eventuală a tulburării de static vezical prin plicaturare, precum și a patologiei uretrale (dacă a fost depistată prin uretro-cistografie), mai ales plicaturarea suburetrală în caz de dilatare, prin puncte Kelly.

5. Incizie transversală de 3—4 cm. a tegumentului, la două laturi de deget deasupra marginii superioare a simfizei (pînă la aponevroz).

6. Ancorarea de o parte și de alta a jonc iunii cisto-uretrale (cu ac de curbura mică și fire de nylon de cca. 40 cm) (fig. 504 B).

7. Firele, odată însilate, jonc iunea cisto-uretrală, sînt trecute cu o pensă curbă în plaga suprasimfizară (fig. 504 C).

8. Solidarizarea ambelor capete ale fiecăruia fir la aponevroz. Este foarte important ca nivelul corect de ridicare a jonc iunii să fie controlat, prin gradul de tensiune exercitat asupra firelor în momentul înnodării lor (și prin palparea jonc iunii ridicate pînă la mijlocul feței posterioare a simfizei).

9. Sutura plăgii suprasimfizare (drenarea declivă a spațiilor create o efectuează însă și firele suspensoare).

10. Sutura peretelui vaginal anterior, după plicaturarea sub-vezicală a fasciei vezico-vaginale.

11. Colpoperineorafie posterioară cu miorafia ridicătoare a torilor anali.

12. Se lasă sondă pentru 5 zile în vezică (de tipul Foley sau Pezzer).

Metoda are unele avantaje și anume:

— operația se execută pe cale vaginală, ceea ce permite izolarea vezicii și mai ales a jonc iunii cisto-uretrale și repunerea organelor pelviene în rapoartele lor anatomice; calea vaginală permite să se corijeze eficient și alte dezordini anatomice frecvent asociate (alungire de col, descens uterin etc.) și mai ales să fie completat de o colpoperineorafie posterioară;

— crearea celor două tunele retro-simfizare rezolvă și eventualele aderențe pubo-uretro-vezicale (în afara celor cu vaginul și uterul) care ar putea tulbura mecanismul continenței prin împiedicarea basculării în jos și înapoi a jonc iunii, deplasare normală și necesară în timpul mică iunii;

— plasarea firelor de suspensie chiar la nivelul jonc iunii, la egală distanță între planurile ventral și dorsal, fixarea firelor suspensoare aproape la inserțiile aponevrozei mușchilor drepti (regiune de mare rezistență și negeneratoare de complicații ca periostul simfizar);

— suspensia realizată este solidă și eficientă; în caz de recidivă, rămîne posibil efectuarea unei uretro-cistopexii pe cale abdominală (lucru foarte dificil, dacă nu imposibil, după o uretro-cistopexie indirectă tip Marshall-Marchetti-Krantz).

TRATAMENTE ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICAȚII

După o perineorafie, operată nu trebuie înțeles mai mult de 48 de ore culcat în pat. Pentru unele operații citate aici se va presta în vezică, după operație, o sondă Pezzer sau Foley timp de 5—6 zile și se vor căuta artificii ca vezica să nu se infecteze în acest timp din afară (drenaj cu un prelungitor steril, zilnic schimbat, în vas închis, sau într-o pungă de plastic anume concepută). Pentru majoritatea operațiilor însă, este suficient ca operata să fie sondată în seara operației și a doua zi dimineața (cînd după scurgerea urinei se introduc pe cateter în vezică două fiole de hidrocortizon). Apoi operata este lăsată să urineze spontan, dacă poate, avînd însă grijă de a instrui personalul auxiliar să refacă sondajul din 6 în 6 ore, precum și toaleta plăgii vaginale și cea perineală, după ce operata are scaun sau urinează.

Firele de setolin sau nylon de la tegumente se scot la 4—5 zile; cînd s-au pus fire neresorabile și pe mucoasa vaginală, acestea se scot la 14—15 zile.

Edemul sau infiltrația plăgii operatorii trebuie surprinse cît mai precoce; în această situație sînt indicate una-două edine de rentgenterapie antiinflamatorie și prelevarea din timp a scurgerilor din plagă sau vagin pentru culturi și antibiogramă.

Apariția unui hematom trebuie să mearse grijile de asepsie și anti-sepsie a plăgii operatorii și indică folosirea profilactică a chimioterapiei anti-microbiene.

Chimioterapia antimicrobiană electivă mai este indicată (în continuare cînd a fost începută profilactic preoperator) în cazul rupturilor complete; de asemenea, cînd s-au produs leziuni accidentale ale rectului.

REZULTATE

Rezultatele colpo-perineorafiei sînt totdeauna satisfăcătoare cînd s-au respectat principiile pe care se sprijină aceste intervenții, cînd pregătirea preoperatorie și îngrijirea postoperatorie au fost judicioase și cînd tehnica operatorie a fost ireproșabilă.

Rezultatul operațiilor la femeia tânără este cu ațit mai bun, cu cît împac mai bine două scopuri antagoniste: împiedicarea în viitorul mai mult sau mai puțin apropiat a recidivei prolapsului și nestingherirea copulației. În legătură cu aceasta, semnalați din nou importanța estetică și funcțională a refacerii planului perineal superficial, care deși neindividualizat, joacă un rol de întărire și dedublare, iar prin refacerea fosei naviculare previne dispăreașia (altfel se crează un pînten în locul unui plan înclinat, iar comisura este inextensibilă și dureroasă).

6. FISTULELE GENITALE

Prin definiție fistula presupune, în genere, un traiect între două cavități sau între o cavitate și exterior; în mod deosebit, cele mai multe fistule genitale sînt lipsite de traiect fistulos: ele constau în coalescența pereților a două organe cavitare, în jurul unei soluții de continuitate, mai mici sau mai mari, după întindere, cauza pierderii de substanță și sediul ei.

Fistulele, pe lângă infirmitatea ce o produc prin pierderea fără control a urinei sau materiilor fecale, modifică și aspectul tractului genital feminin; după sediul lor, ele sînt fie vezico-uterine, fie vezico-vaginale (cele mai frecvente) fie uretro-vaginale, fie, în sfîrșit, recto-vaginale (fig. 505).

Unele fistule genitale, cum sînt cele menstruale, spontane sau postoperatorii (deschise la tegumente sau în vagin), cele entero-vaginale (cu totul excepționale) nu reclamă operații plastice și reparatoare, ci de exerez; ele nu-și găsesc deci locul aici. De asemenea, fistulele uretro-vaginale, aproape exclusiv accidentale (recunoscute sau nu ca atare în cursul operațiilor ginecologice), ca și fistulele cervico-vaginale (laqueare), sînt descrise în alte părți.

În etiopatogenia fistulelor genitale, care creează condiții și impune atitudini terapeutice deosebite, cauzele cele mai frecvent întâlnite sînt obstetricale, fizioterapice și chirurgicale (cu totul excepțional cele traumatiche, accidentale).

BAZELE MORFO-FUNCȚIONALE

Aspectul leziunilor constatate este în funcție de factorii etiopatogenici, de sediul și întinderea fistulei, precum și de reacția esuturilor vecine. Varietatea leziunilor este extrem de mare, totuși:

— în ce privește cauza lor, se poate spune că fistulele postfizioterapice și obstetricale²⁸ se însoțesc de distrugerii însemnate, calozități și infiltrații ale esuturilor vecine (mai mult sau mai puțin în trecut în etiologia obstetricală), pe cînd în cele chirurgicale aceste leziuni sînt puțin marcate;

— în ce privește sediul, fistulele vezico-uterine se însoțesc de deformarea sau distrugerea buzei anterioare a colului uterin, cele vezico-vaginale de inflamație cronică vaginală, ajungînd cu timpul la hipertrofie, formare de bride sau scleroză, în timp ce vezica își pierde capacitatea prin retracție și cistită; toate leziunile sînt mai discrete și mai lipsite de gravitate și nu se pune nici problema infecției ascendente ca la fistulele urinare, în cazul fistulelor stercorale și lipsesc cu desăvîrșire în fistulele uretro-vaginale, cînd dispozitivul sfîncterian nu este atins.

Pentru a pune indicația terapeutică trebuie studiate condițiile locale: starea vaginului (suplerea și profunzimea lui), starea esuturilor vecine (mobilitate sau fixitate, calozități, incrustații cu săruri urinare etc.), starea uretrei (în cazul fistulelor vezicale, cînd poate fi intactă, dezinserat sau chiar dispărută), în sfîrșit trebuie făcut un studiu topografic al fistulei pe rezervorul lezată (în cazul vezicii prin cistoscopie).

În mod deosebit, fistulele vezicale apar sub o serie de aspecte care au indicații diferite; astfel se pot întîlni:

- fistule pure (departe de cele trei orificii vezicale);
- fistule juxtaorificiale (cervicale sau ureterale);
- fistule indirecte (vezico-utero-vaginale);
- fistule cu pierderi însemnate de substanță (din colul vezical, din trigon);

²⁸ V. Dobrovici, din SO de fistule vezico-vaginale de natură obstetricală, a găsit în etiologia lor în 46 de cazuri compresiunea urmată de escar (ceea ce le apropie de mecanismul observat în fistulele fizioterapice) și numai în 4 cazuri secuniară în cursul intervențiilor obstetricale (deci condiții de producere similare fistulelor chirurgicale).

III fistule complexe (asociate: uretro-vezico-vaginale, recto- i vezico- vaginale, sau cu alte afec iuni).
Aceste aspecte impun In cazul fistulelor vezico-vaginale completarea explor rii prin urografie (indicat pentru a cunoa te i starea rinichilor) ca i prin urocultur urmat de antibiogram (pentru a preveni i combate infec iile odat instalate).

PRINCIPII I EFICIEN

Dac urm rile actului obstetrical, fizioterapie sau chirurgical, care explic prezen a fistulelor, explic i unele e ecuri în tratamentul lor (cel pu în în privin a fistulelor urinare), nu mai pu în grave sînt sechelele tentativelor infructuoase de a închide aceste solu ii de continuitate; pe m sur ce num rul e ecurilor succesive cre te, posibilit ile chirurgicale de a închide fistula scad.

De aici un prim principiu: tentativa operatorie trebuie f cut numai dup ce explorarea complet a precizat în detaliu toate aspectele leziunilor i s-au examinat cu deplin obiectivitate resursele chirurgicale.

Obiectivul principal al tratamentului unor fistule este închiderea orificiilor (i suprimarea traiectului fistulos, cînd acesta exist). Pentru ca atingerea obiectivului s fie posibil i suficient trebuie ca:

- vitalitatea esuturilor s nu fie alterat (ca în fistulele secundare iradierilor);
- opera ia s se fac sub o lumin suficient;
- dup avivarea orificiului s se fac o bun dedublare a organelor ce comunic , i, pe cît posibil, s se interpun între suturile lor cît mai mult esut s n tos (eventual plastie cu gr sime, interpozi ia uterului etc.);
- s se afronteze corect suprafe ele avivate, evitînd îns punerea lor în tensiune, i s se efectueze suturi ermetice, mai ales a orificiului situat pe rezervorul lezat.

Pentru repararea fistulelor vezico-vaginale, ca atingerea obiectivului s fie posibil i eficient , se mai pun principal dou condi ii speciale i anume:

- cele trei orificii vezicale s nu fie interesate;
- dup opera ie s se dreneze bine urina (drenaj hipogastric cu tub Redon sau sond permanent Foley sau Pezzer, timp de 11—14 zile, iar în zilele urm toare suprim rii sondei s se cateterizeze vezica regulat la 6 ore).

Se în elege, deci, c în ce prive te fistulele vezico-vaginale, închiderea lor prin avivare, dedublare i sutur poate fi în unele ocazii posibil , îns insuficient ; astfel, cînd:

- dispozitivul sfincterian este interesat, uretra a fost dezinserat sau lipse te în parte;
- pierderea de substan este juxtaureteral .

într-adev r, dac dispozitivul sfincterian a fost lezat, calitatea vindec rii este îndoielnic , chiar dac s-a ob inut închiderea fistulei (persist incontinen a transuretral). De aici, necesitatea de a asocia suturii defectului, fie plicatura sub cervico-uretral a fasciei, fie o angula ie cervico-uretral , prin cervico-cisto- pexie, direct sau indirect . Autogrefele i plastiile musculo-aponevrotice reprezint , în aceste cazuri, metoda de elec ie, cînd opera ia se face pentru prima oar i esuturile sînt supl e; cînd fistula este înconjurat de calozit i, inerente opera iilor iterative r mase infructuoase, este mai bine s se renun e la angula ie sau trac iuni, iar grefele prezint în plus riscul ischemiei în aceste esuturi cu vasculariza ia adesea compromis .

în alte ocazii ce nu sînt totdeauna previzibile, obiectivul se arat imposibil de atins prin metoda aviv rii-dedubl rii i suturii: fistula este fix , pierderea de substan întins , esuturile învecinate sînt scleroase, prost vascularizate i vitalitatea lor compromis (dup multiple tentative chirurgicale de închidere sau dup radio-necroz). Resursele chirurgicale clasice se limitau în aceste situa ii la dou metode ce nu pot fi socotite ca o rezolvare satisf c toare, necum fericit , comportînd ambele dezavantaje serioase: implantarea uretero-colic (care expune inevitabil la infec ie ascendent) i colpocleizis-ul par ial (opera ile antianatomic i antifiziologic , care pe lîng alte dezavantaje expune la infectarea urinei i formarea de calculi fosfatici în diverticulul artificial creat, care nu se dreneaz).

O ultim solu ie, dup Couvelaire, este s se completeze fistula prin sec iunea uretrei (vezica separat de uretr fiind mai u or de închis ermetic, sub drenaj hipogastric), urmînd a face apoi neosfincterizarea secundar i neoim- plantarea uretrei sau a unei plastii de uretr (procedeul Marion).

Dezinseria traumatic a uretrei creaz situa ii similare.

Pierderea de substan care las vezica i f r sistem de control (colul) i f r vector al urinei (uretra) pune în principiu problema liber rii solu iei de continuitate în doi timpi: se face mai întîi mobilizarea buzei anterioare a bre ei pe cale retro-pubian (dup executarea unei cistostomii), apoi mobilizarea buzei posterioare a bre ei pe cale vaginal . Marion a ar tat c crearea unei neouretre cu un lambou din peretele anterior vaginal este cel mai des posibil i d un canal mucos i suplu, ca i uretra normal ; este suficient apoi trocardizarea vezicii.

Situa ia juxtaureteral a fistulei complic totdeauna opera ia, ridicînd dou temeri:

- lipsa «stofei» pentru închiderea fistulei;
- ocluzia ureterului intramural.

Alegerea celei mai bune tactici se face pe criteriul urografice: cînd uro- grafia este normal se cateterizeaz ureterul, care este descoperit în an ul sub- vezical i înfundat în vezic (ca o sond Nelaton în intestin, dup metoda Witzel); cînd ureterul este dilatat, aton sau stenozat, se începe opera ia pe cale înalt (se caut conductul ureteral la strîmtoarea superioar , se urm re te i se reimplanteaz în calota vezical); apoi, dup ce nu mai avem grija lui, se folose te larg «stofa» vezical , la cornul corespunz tor al trigonului, mai clar expus pe cale vaginal .

La noi în ar au mai fost introduse în practic unele metode ce merit o aten ie deosebit :

- ocluzia orificiului vezical cu un dop de placent conservat (metod foarte simpl , dar care din p cate nu prea este decisiv);
- procedeul de plastie epiploic preconizat de Chiricu ;
- autotransplantarea ileal pediculat , studiat experimental i propus de Ghi escu i Nicolescu;
- homotransplantate de fragmente vezicale conservate (T. Ghi escu).

INDICA II

Prezența fistulelor este o indicație operatorie incontestabilă; necesitatea intervenției nu mai are nevoie de a fi subliniată, în prezența veritabilei infirmități pe care o prezintă aceste bolnave.

Bineînțeles, ne referim la fistulele autentice, constituite, și nu la unele fistule, ce apar curând după o intervenție ginecologică sau obstetricală, în cursul căreia rănirea vezicii n-a fost remarcată sau sutura imediat s-a dezunit. Acestea se vindecă spontan prin îngrijiri adecvate. Dacă vindecarea lor nu s-a produs

în 6—8 săptămâni, se poate considera fistula drept constituită și continuarea tratamentului medical devine inutilă.

Problema este: când trebuie să se pună indicația operatorie? În fistulele post-partum se poate opera de la 6—8 săptămâni după apariția fistulei, când uterul și-a terminat involuția, buzele plâgii sunt bine vascularizate și rezistente; în fistulele postoperatorii trebuie să se aștepte mai mult, iar în fistulele prin radionecroză, și mai mult, ca esuturile să se revascularizeze, scleroza să se limiteze, infiltrațiile să dispară.

S-a arătat că, pentru unele fistule cel puțin (cele vezico-vaginale în special) diverse situații morfo-funcționale pun în principiu indicații operatorii particulare, creând condiții deosebit de grele pentru obținerea vindecării.

CONTRAINDICĂ II

Contraindicațiile sunt mai ales temporare, în funcție de evoluția leziunilor (în săptămânile ce urmează nașterea, în lunile ce urmează operației în timpul căreia s-a produs leziunea sau radionecroza), de fenomenele asociate (cistită, colpit, pararectită) sau de starea generală a bolnavei; vârsta bolnavei nu prezintă o contraindicație, dar starea cordului, prezența unui diabet etc. impun o corectare preoperatorie. Chiar infectarea urinelor (urocultura preoperatorie este absolut obligatorie) reprezintă o contraindicație temporară.

CONDII DE EFECTUARE

S-a arătat că o primă condiție (și în același timp un principiu, fiindcă cu cât se înmulțesc tentativele operatorii, cu atât ansele de reuțescad) este ca intervenția să fie sub toate aspectele posibilă și suficientă; evident că pentru această condiție, explorarea perfectă a cazului este indispensabilă (nu numai în ce privește sediul și întinderea soluției de continuitate, dar și a leziunilor asociate).

De asemenea, s-a arătat că principiul condițiilor locale pun indicația tehnicii de ales. În general, și în cazul fistulelor genitale se preferă pentru operație primele zile ce urmează unei menstruații.

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Aceasta trebuie să tindă la obținerea unor esuturi propice actului operator: în cazul în care esuturile sunt infiltrate, inflamate sau scleroase, atone sau devitalizate, sunt încercate tratamentele locale antiflogistice și hormonale (ovule de tipul preparatului ovestrol), împreună cu chimio- și antibioterapia generală cât mai adecvată (pre-, intra- și post-operator). În fistulele urinare, mult timp neglijate, se mai poate pune problema dilatării sau debridării vaginului, ca și a dilatării uretrei retractate.

Urina trebuie acidificată și menținută acid prin administrare de acid fosforic (50—100 picături pe zi, sau sub formă de limonadă fosforică). La femeia în menopauză este bine să se administreze și parenteral estrogeni, de preferință preparate fără efecte pe uter (ca cele de oestriol).

TEHNICI OPERATORII

Fistulele vezico-vaginale. Când sutura orificiilor după avivare și dedublare pare posibilă și suficientă, calea de acces cea mai recomandabilă este calea vaginală¹ pentru că:

- permite expunerea mai bună a leziunii;
- este mai puțin traumatizantă și primejdioasă;
- evoluția postoperatorie este mai simplă, mai lipsită de complicații.

Soluția de continuitate este expusă folosind o valvă posterioară lată, dar scurtă, și exercitând cu o pensă tracțiune pe colul uterin (sau cu fire tractor pe esuturile perifistuloase, dacă fistula s-a produs după o histerectomie totală).

Coborârea și expunerea fistulei mai poate fi ajutată cu un cateter metalic introdus prin uretră sau, cum recomandau Forgue și Massabuau chiar prin introducerea de către operator a indexului mâinii sfîngi, după dilatarea uretrei.

Primul timp al operației este avivarea; ea se face cu un bisturiu fin și ascuțit, care se înfige piezi, ca și așa cîțiva milimetri din marginea de mucoasă vaginală a fistulei și, pe cât posibil, deloc din mucoasa vezicală, care, pe de o parte, trebuie economisită, iar pe de alta, sîngerează mai mult (și sutura ne-prinzînd mucoasa vezicală nu asigură hemostază). Bisturiul este condus apoi astfel ca să avizeze orificiul de jur împrejur, creînd, după orientarea diametrului mare al fistulei, două lambouri sagitale, oblice sau transversale (fig. 506). Avivarea se mai poate face, mai ales cînd pierderea de substanță vezicală este însemnată, sub forma exciziei unui guler de mucoasă vaginală în jurul orificiului fistulos; aceasta, răsfîrînt apoi ca în fig. 508, după dedublare, va servi pentru sutura vezicii (al cărei perete ar fi altfel pus într-o tensiune excesivă).

Al doilea timp este dedublarea: lambourile de mucoasă vaginală sunt decolate ca la colporafia anterioară.

Sutura vezicii se face cu fire separate; important este ca firele să nu fie perforante (fig. 506 B). Dacă dedublarea s-a făcut suficient de larg, se poate apoi înfunda în bursă zona suturii, sau se pune un al doilea strat de fire în U, ca la plicatura subcervico-uretrală din timpul colporafiei anterioare.

Ultimul timp, sutura vaginului (fig. 507), trebuie precedată, cînd mucoasa se află în tensiune, de incizii liberatoare la distanță.

Aceste incizii se fac la distanță de zona infiltrată și scleroasă, ce înconjură fistula, ca decolarea mucoasei vaginale să fie ușoară; li se dă în genere formă de V, cu unghiul deschis către zona în care vrem să mobilizăm mucoasa (și după această mobilizare plaga se suturează în formă de Y).

Canalele de acces transperitoneale, transvezicale sau transperitoneovezicale nu dau o lumină mai bună; ele erau altădată indicate, fiind metodele de explorare a sediului și întinderii fistulei nu puteau asigura că soluția de continuitate este la suficientă distanță de orificiile ureterale. În plus, Couvelaire crede că, operând prin vezică, suprafețele aflate mai bine sînt cele vaginale, pe cînd operînd prin vagin se confruntă mai bine suprafețele vezicale (ori tocmai această sutură este bine să fie ermetică; ocluzia orificiului vaginal poate cel mult să favorizeze producerea unui hematom intercalat, care poate compromite ambele suturi). Dobrovici aduce argumentul că, mînînd suturi în vezică (cînd se operează pe cale vaginală nu se pun pe vezică fire perforante), nu se vor forma calculi în jurul acestor fire, ca atunci cînd se operează pe cale transvezicală.

TEHNICI OPERATORII

Fistulele vezico-vaginale. Cînd sutura orificiilor după avivare și dedublare pare posibilă și suficientă, calea de acces cea mai recomandabilă este calea vaginală¹ pentru că:

- permite expunerea mai bună a leziunii;
- este mai puțin traumatizantă și primejdioasă;
- evoluția postoperatorie este mai simplă, mai lipsită de complicații.

Soluția de continuitate este expusă folosind o valvă posterioară laterală, dar scurtă, și exercitînd cu o pensă tracțiuni pe colul uterin (sau cu fire tractor pe esuturile perifistuloase, dacă fistula s-a produs după o histerectomie totală).

Coborîrea și expunerea fistulei mai poate fi ajutată cu un cateter metalic introdus prin uretră sau, cum recomandau Forgue și Massabuau chiar prin introducerea de către operator a indexului mîinii stîngi, după dilatarea uretrei.

Primul timp al operației este avivarea; ea se face cu un bisturiu fin și ascuțit, care se înfige pieziș, ca să ia cîtiva milimetri din marginea de mucoasă vaginală a fistulei și, pe cît posibil, deloc din mucoasa vezicală, care, pe de o parte, trebuie economisită, iar pe de altă, sîngerează mai mult (și sutura ne-prinzînd mucoasa vezicală nu asigură hemostaza). Bisturiul este condus apoi astfel ca să avizeze orificiul de jur împrejur, creînd, după orientarea diametrului mare al fistulei, două lambouri sagitale, oblice sau transversale (fig. 506). Avivarea se mai poate face, mai ales cînd pierderea de substanță vezicală este însemnată, sub forma exciziei unui guler de mucoasă vaginală în jurul orificiului fistulos; aceasta, răsfîrîntă apoi ca în fig. 508, după dedublare, va servi pentru sutura vezicii (al cărei perete ar fi altfel pus într-o tensiune excesivă).

Al doilea timp este dedublarea: lambourile de mucoasă vaginală sînt decolate ca la colporafia anterioară.

Sutura vezicii se face cu fire separate; important este ca firele să nu fie perforante (fig. 506 B). Dacă dedublarea s-a făcut suficient de larg, se poate apoi înfunda în bursă zona suturii, sau se pune un al doilea strat de fire în U, ca la plicatura subcervico-uretrală din timpul colporafiei anterioare.

Ultimul timp, sutura vaginului (fig. 507), trebuie precedată, cînd mucoasa se află în tensiune, de incizii liberatoare la distanță.

Aceste incizii se fac la distanță de zona infiltrată și scleroasă, ce înconjură fistula, ca decolarea mucoasei vaginale să fie ușoară; li se dă în genere formă de V, cu unghiul deschis către zona în care vrem să mobilizăm mucoasa (și după această mobilizare plaga se suturează în formă de Y).

Canalele de acces transperitoneale, transvezicale sau transperitoneovezicale dau o lumină mai bună; ele erau altădată indicate, fiind metodele de explorare a sediului și întinderii fistulei nu puteau asigura că soluția de continuitate este la suficientă distanță de orificiile ureterale. În plus, Couvelaire crede că, operînd prin vezică, suprafețele aflate mai bine sînt cele vaginale, pe cînd operînd prin vagin se confruntă mai bine suprafețele vezicale (ori tocmai această sutură este bine să fie ermetică și ocluzia orificiului vaginal poate cel mult să favorizeze producerea unui hematom intercalat, care poate compromite ambele suturi). Dobrovici aduce argumentul că, mînînd suturi în vezică (cînd se operează pe cale vaginală nu se pun pe vezică fire perforante), nu se vor forma calculi în jurul acestor fire, ca atunci cînd se operează pe cale transvezicală.

De asemenea este bine să se plombeze spațiul mort, ce rămîne între mucoasa vaginului și peretele vezicală suturat²⁹, fie, cum recomandă Martius, printr-o plastie cu mucoasa bulbo-cavernosă și gîrșimea ce-l înconjură, fie prin interpoziția uterului între vezică și vagin (la femeile trecute de vîrsta procreației și cînd condițiile locale o permit, aceasta este cea mai simplă soluție).

²⁹ În operațiile pe cale transperitoneală interpunerea unei plombe de gîrșime a fost recomandată între suturi: W. Waters (în 1937) a preconizat autoplastia cu marele epiploon, iar Danforth (în 1940) grefa liberă a unui fragment excizat din acesta. Chiricuța a propus pedicula cu liza reia epiploonului, procedeu ce asigură totodată un segment suficient de lung și bine vascularizat, pentru a capta defectul, dînd sutura lui să aibă relevat imposibil.

Pentru plastia musculo-adipoasă, după ce s-a suturat orificiul vezical, se pediculizează mușchiul bulbo-cavernos cu grăsimile simeale înconjurătoare: se palpează o buză mare între două degete (unul în plaga vaginală, cel altă afară) și se simte rulând mușchiul, gros cât un polț: apoi se face o incizie pe buza mare și se disecă cu bisturiul și foarfecele bont închis, lăsând grăsimea simeală, ce-l acoperă, pe mușchi. Aproximarea bulbilor cavernoși face ca disecția să fie însoțită de sângerare: se pun fire în X pentru hemostază. Decolarea se continuă cu foarfecele închise, unind incizia de pe labie cu plaga vaginală. Lamboul musculo-adipos, care ruia și se prestează pediculul inferior (vasele și nervii merg dinapoi-înainte), este trecut prin acest tunel și fixat de mucoasa vaginală, cu două fire, în dreptul suturii vezicii. În sfârșit, după capitonarea musculo-adipoasă, se închide plaga vaginală și se suturează labia (fig. 508).

Cînd leziunea vezicii a interesat dispozitivul sfincterian, este foarte probabil c sutura defectului nu va conferi o continen perfect . In astfel de cazuri este deopotriv indicat plomba musculo-adipoas preconizat de Martius, sau alte tehnici propuse pentru cura incontinenței de urin , ca plastiile musculo- aponevrotice, dar mai ales uretro-cistopexiile directe, de tipul Pereyra sau Alessandrescu i mai ales interpozi ia vezico-vaginal a uterului (vezi fig. 547).

Cînd sutura orificiului vezical pare sau se dovede te intraoperator imposibil , singura cale de acces pentru a închide fistula este calea transperitoneal (eventual transperitoneo-vezical).

Solu ionarea cazului se face în func ie de sediul leziunii i de starea esuturilor vecine fistulei: dac sediul fistulei nu este în imediata vecin tate a orificiilor ureterale i peretele vezical împrejurul fistulei nu este prea compromis (ca suturile s taie sau s nu in), se poate recurge la o enteroplastie cu lambou ileal pediculat; dac fistula se afl mai aproape de 2 mm de un orificiu uretral sau esuturile sînt scleroase, caloase, de vi tal iza te (dup radione- croz), este mai bine s se recurg la procedeul lui Chiricu , de epiploonoplastie (vezi fig. 941).

Pentru procedeul de enteroplastie studiat experimentai i propus de T. Ghi escu i realizat pentru prima oar de G. Nicolescu, dup liberarea orificiului fistulos vezical, se izoleaz o por iune de intestin sub ire a c rui lungime este în raport cu dimensiunile fistulei. Ileoul se izoleaz împreun cu mezoul respectiv, ce trebuie s con in un vas permeabil, ca i pentru neocolpopoez , iar tranzitul se restabile te printr-o enteroanastomoz termino-terminal . cadrul intestinului se sec ioneaz de-a lungul marginii libere, transformîndu-se astfel într-un lambou dreptunghiular, care se poate modela dup necesitate i se sutureaz într-un singur strat, cu fire separate, la marginile defectului vezical (fig. 509).

Fistulele vezico-uterine. În aceste cazuri, colul uterin, care este de fapt totdeauna sediul fistulei, este mult deformat, esuturile pericervicale sînt infiltrate, iar vaginul este inflamat și stenozat; toate aceste condiții fac adesea calea vaginală nepracticabilă. Totuși, cînd leziunile sînt puțin marcate, mai ales în cazul fistulelor obstetricale, se poate încerca accesul pe jos, fiindcă prezintă următoarele avantaje:

— permite sutura vezicii cu fire neperforante, în cele mai bune condiții;

— permite interpunerea între colul uterin și vezică, fie a fundului de sac anterior al peritoneului (procedeul Bărdescu), fie interpoziția vezico-vaginală a uterului;

— permite efectuarea procedeelor plastice, folosind o parte din esuturile colului uterin (ce poate fi fie amputat, fie refăcut).

Cînd leziunile vezicale sau vezico-ureterale sînt întinse, iar esuturile sînt caloase, situația nu diferă cu nimic de fistulele vezico-vaginale și intervențiile de ales sînt cele din grupa precedentă descrisă (epiploonoplastia Chiricu sau enteroplastia Ghișcu-Niculescu).

În intervențiile pe cale vaginală, primul timp constă în dilatarea canalului cervical; pentru aceasta, se poate lăsa cu 12—24 ore înainte de operație, o laminarie în col, sau efectua extemporaneu o dilatație cu dilatoare Hegar.

Dacă dedublarea vezico-uterin se dovedește posibil și se poate ajunge la fundul de sac vezico-uterin peritoneal, cel mai bun procedeu este cel al lui Bărdescu, care, după sutura orificiului vezical, pentru a evita ca acesta să rămână în contact cu uterul, coboară și interpune foi de peritoneu. Dacă dedublarea nu pare posibil, se recurge la procedeuul lui Sânger, care incizează mai întâi comisurile colului (ca în procedeuul de amputație descris de Schroder), apoi sculpează de pe buza anterioară esuturile înconjurătoare fistulei și le excizează, obținând astfel o largă suprafață cruentă vezicală, ce poate fi ușor suturată; pentru a evita stenoza colului uterin, operația se termină cu o rezecție cuneiformă a buzei posterioare și sutura mucoasei endocervicale cu mucoasa vaginală (fig. 510).

Fistulele uretro-vaginale. Caracterele anatomo-clinice ale acestor fistule, mai ales faptul că scurgerea urinei în vagin este intermitentă, cu ocazia micșunilor, le conferă o benignitate deosebită; adesea ele nici nu atrag atenția bolnavilor: fistula este recunoscută întâmplător de medic la un examen cu valvele.

În plus ele prezintă condiții foarte favorabile pentru operație (esuturile înconjurătoare nu sînt infiltrate sau scleroasă niciodată).

Tratamentul lor constă în autoplastia cu lambouri din peretele vaginal anterior (procedeuul J. L. Faure): se taie de o parte și de alta a soluției de continuitate uretrale, câte un lambou, care se disecă pînă aproape de baza lui; cele două lambouri se rabată și se suturează apoi cu fire separate de catgut, refăcându-se canalul uretral pe o sondă Nelaton (fig. 511).

Mucoasa vaginală este apoi liberată lateral și peretele vaginal anterior este suturat pe deasupra plastiei uretrale, ca la o colporafie anterioară.

Fistulele recto-vaginale. După sediul, fistulele recto-vaginale pot fi înalte sau jos situate; originea lor obstetrical fiind cea mai frecventă, ele sînt adesea însoțite de rupturi de perineu. În funcție de aceste caractere, se alege calea de acces și anume:

- se operează prin vagin fistulele înalte situate, mai ales cînd cazul nu necesită repararea planului perineal;
- se operează pe cale perineală fistulele jos situate și cu atît mai mult cazurile ce necesită completarea curei fistulei printr-o colpoperineorafie posterioară.

Opera ia pe cale vaginal se face de preferin ă prin tehnica Shaw: se expune orificiul vaginal al fistulei cu valve, se trec în jurul lui 4 fir-e tractor cu care atr ăgîndu-1 la vedere (ca la fistulele vezico-vaginale), cu un bisturiu fin se excizeaz ă din mucoasa vaginal ă o suprafa ă ovoidal ă, dep ăind de jur ămprejur orificiul fistulos cu 2—3 mm; prin orificiul fistulei se introduce acum o sond ă Nelaton de calibrul potrivit cu dimensiunile fistulei; sonda trece prin rect ă i la ie ăirea prin anus este ănvelit ă cu un c ămp steril; pavilionul sondei este fixat cu patru fire de a ă la gulerul de mucoas ă vaginal ă r ămas ăn jurul orificiului fistulos (fig. 512). Trac iunea pe sonda Nelaton va u ăura considerabil dedublarea recto-vaginal ă i va permite s ă se ănfunde de mai multe ori ăn burs ă peretele anterior al rectului, p ăn ăce pavilionul sondei ajunge afar ă prin anus ă i firele ce-1 solidarizau la mucoas ă pot fi sec ăionate (fig. 513). Peste ăn- fund rile succesive ale rectului este bine apoi s ă se apropie, cu doua fire, marginile ridic ătorilor anali; apoi, se sutureaz ă peretele vaginal cu fire separate.

Interven ăia este mult ăngreunat ă, c ănd fistulele s ănt foarte sus situate (fistule dup ă colpotomie sau histerectomie total ă); accesul, ăn astfel de cazuri, este u ăurat de clivajul peretelui vaginal posterior pe linia median ă (procedeul Legueu).

ăn sf ăr ăit, ănchiderea fistulei este de cele mai multe ori imposibil ă, c ănd ea s-a produs ăn urma iradierii unui cancer de col uterin sau de vagin; ăn aceste situa ăii, singurele solu ăii s ănt cobor ărea rectului (Segond) sau numai a mucoasei (Gerard Marchand), c ănd cancerul pare vindecat ă i starea general ă este bine conservat ă; c ănd vindecarea este ăndoielnic ă sau starea general ă precar ă este de preferat anusul iliac s ăt ăng definitiv.

Opera ia pe cale perineal difer foarte pu in de colpoperineorafia posterioar : incizia (se face tot în acolad la limita dintre mucoas i piele), precum i disec ia de mucoas vaginal sînt comune ambelor interven ii. Timpul principal al curei pe cale perineal a fistulelor recto-vaginale const în închiderea solu iei de continuitate a peretelui anterior al rectului, dup dedublarea cît mai întins vagino-rectal ; sutura se face cu fire separate sau cu un fir în burs , dup întinderea, forma i situa ia defectului; important este ca firele s nu fie perforante (s nu traverseze mucoasa rectal , septic) (fig. 514).

Odat orificiul închis el trebuie s fie înfundat înc într-o burs cu un fir de a sau nylon, sau, i mai bine, capitonat cu cîteva fire în U care aduc pe deasupra suturii teaca conjunctiv a rectului.

Opera ia urmeaz apoi întocmai ca o colpoperineorafie posterioar , cu sutura mu chilor ridic tori anali, capitonajul, rezec ia excesului de mucoas vaginal i sutura mucoasei i tegumentelor perineale.

TRATAMENTE I ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII. COMPLICĂ II

O problem însemnat a tratamentului postoperator în cura fistulelor urinare este aceea a drenajului urinii. În ultima vreme, pare c , în general, se prefer drenajului prin sond permanent , drenajul hipogastric cu tub Redon; în orice caz, când se las în vezic o sond Foley sau Pezzer drenajul urinii trebuie f cut într-o pung sau vas închis, printr-un prelungitor al sondei, steril i frecvent schimbat.

Bolnava operat poate fi inut , dup sutura vezicii în primele dou zile dup opera ie, cât mai mult timp în pozi ia de decubit ventral; nu este bine îns nici s se exagereze: pozi ia este foarte incomod , stînjene te tranzitul intestinal i predispuie la embolii; ea trebuie deci alternat cu cea de decubit lateral.

În toate cazurile tratamentul pre- i intraoperator (de acidifiere a urinii, hormonoterapia cu rol trofic asupra mucoasei vaginale i chimio- sau antibio- terapia adecvat) se va continua postoperator. În mod deosebit, dup opera iile pentru fistule recto-vaginale se d a patra zi un laxativ (ulei de parafin), iar a cincea- asea zi, ulei de ricin . Constiparea prelungit a bolnavelor este f r sens acum, când chimioterapia permite limitarea septicit ii pronun ate a materiilor fecale.

REZULTATE

În ce prive te fistulele vezico-vaginale, cele mai frecvente dar i cele mai greu de tratat, statisticile mari dau totu i propor ii de vindecare între 82% (N. Miller) i 85 % (Counseller). Aceasta se explic , desigur, prin num rul important de cazuri în care opera ia s-a f cut în condi ii vitrege, dup multiple încerc ri nereu ite. Unele fistule vezico-vaginale interesînd zona cervico-uretral , mai ales când sînt secundare radionecrozei, sînt prin natura îns i a leziunii pasibile de e ecuri. Totu i i în astfel de cazuri Chiricu nu a avut nici un e ec pe cazurile sale operate prin epiploonoplastie.

Acelea i rezultate inconstante se citeaz i în unele fistule stercorale, secundare colpotomiilor sau histerectomiei totale, dar mai ales cele prin radio- necroz ; în rest, pentru fistulele stercorale de origine obstetrical , marea majoritate deci, ca i pentru fistulele uretrale simple, interven ia f cut în condi ii tehnice corecte, cu o preg tire preoperatorie atent i urmat de un tratament postoperator judicios, este încununat de obicei de *restitutio ad integrum*.

Tulbur rile de static pelvian sînt cunoscute din vremea lui Hippocrat, Soranus i Gallenus. Corectarea lor chirurgical începe teoretic în secolul al XV-lea cu coala din Padova, dar p rintele adev ratelor opera ii plastice i reparatoare, destinate corect rii viciilor de pozi ie ale uterului este socotit Am- broise Pare. Realizarea ideii lui nu a fost îns posibil decît abia la sfîr itul secolului trecut, odat cu introducerea antisepsiei i asepsiei chirurgicale, precum i a procedeeleor de anestezie.

Dar publica iile privind aceast problem , adunate în decurs de circa 125 de ani, sînt atît de numeroase, procedeele operatorii propuse atît de variate (ceea ce, pe de o parte dovede te c procedeul ideal nu a fost g sit), încît orice încercare de a sintetiza materialele risc de a fi incomplet .

Scopul nostru nu este decît de a reda tehnicile mai folosite (l sînd la o parte o sum de variante, precum i unele metode ce combin mai multe opera ii), dup ce vom aminti bazele morfo-func ionale ale tulbur rilor de static pelvian , principiile pe care se sprijin , sau ar trebui s se sprijine interven iile propuse pentru a le remedia, precum i indica iile ca i contraindica- iile lor.

BAZELE MORFO-FUNC IONALE

Situa iile anatomico-clinice în care statica pelvian este modificat , aparent limitate, retrodevia iile uterine i prolapsurile genitale sînt, în practic , extrem de numeroase, atît prin frecven cît i prin varietatea aspectelor ce le prezint .

Retrodevia iile sînt anatomico-clinic pozi ii uterine mai mult sau mai pu în patologice, legate fie de tulbur ri în dezvoltarea uterului, fie de laxitatea liga- mentar (mai ales a ligamentelor utero-sacrate), fie de leziuni asociate, post- inflamatorii. Obi nuit insidioase, retrodevia iile se pot înso i de tulbur ri func ionale necaracteristice («jen » hipogastric , «greutate» în pelvis, dismenoree), sau, mai degrab , datorite leziunilor asociate. Evolu ia lor c tre ameliorare spontan , dup c s torie, prima sarcin sau în urma tratamentului medical nu este excep ional : totu i, dou complica ii frecvente, sterilitatea i prolapsurile genitale pot pune adesea indica ia corect rii operatorii i a retrodevierii uterine. Sterilitatea nu este o complica ie proprie retrodevia iilor; ca i ele, sterilitatea poate fi semnul unei opriri în dezvoltare a uterului sau urmarea leziunilor inflamatorii perimetro-anexiale. Prolapsurile genitale sînt îns favorizate în oarecare m sur de retroversie, care face s coincid axa uterului cu cea a vaginului; relaxarea mijloacelor de suspensie i sus inere, în astfel de cazuri, explic telescoparea uterului în vagin, ca i prociden a pere ilor vaginali i odat cu ei, coborîrea vezicii.

*Prolapsurile genitale*¹ constau anatomic i patogenic în hernierea multipl i polimorf a organelor pelviene prin hiatal urogenital. Leziunile, prin defini ie complexe, sînt înflînite sub diverse aspecte, în func ie de:

— *vîrsta bolnavei*. Din acest punct de vedere, împ r im cazurile pentru stabilirea indica iei operatorii, pentru adoptarea tehnicii i definirea principiilor ce trebuie s o c l uzeasc , dup cum femeia este sub 45 de ani, deci în epoca deplin t ii facult ilor genitale (sexual i de procrea ie); între 45 i 60 de ani, deci a posibilit ii unei activit i sexuale, sau a dep it vîrsta de 60 de ani, deci se afl în epoca senil ;

— *starea i valoarea esurilor*. Deosebit importan au trei factori patogeni fundamentali: debilitatea congenital sau insuficien a cî tîgat a mezen- chimului de sus inere, traumatismul obstetrical i deficien a estrogenic dup menopauz . Fiecare din ace ti factori merit o aten ie deosebit , în genere ei se manifest simultan, dar dup predominen a unuia sau altuia din factori se poate schi a urm toarea clasificare anatomico-clinic :

a) prolapsul virginelor sau nuliparelor, cu sau f r splahnoptoz generalizat (în acest lot se înflîn te histerocelul mai mult sau mai pu în pur);

b) prolapsul obstetrical cu histerocel moderat, uneori numai cu retroversie și cisto-uretrocel (fiindc mai ales diafragma uro-genital are de suferit la na tere), eventual asociat și cu rectocel (cînd traumatismul nucleului central nu a fost urmat de perineorafie);

c) prolapsul femeii în vîrst , prin insuficien global a elementelor de sus inere: esuturile musculare și conjunctivo-elastice, care au suferit traumatisme la na teri repetate, sînt atinse și de atrofie, prin deficien estrogenic post- climacteric ; esutul adipos, fie c infiltriaz intersti iile musculo-conjunctive prin cre terea lui exagerat (prolapsul obezelor), fie c este și el atrofiat și contribuie astfel la sl birea mijloacelor de sus inere (prolapsul senil).

Alte forme mai greu de individualizat se pot întîlni spontan sau dup interven ii par iale, inadecvate sau neindicate:

— *natura, componen a, importanta și întinderea leziunilor.* Din acest punct de vedere, factorii patogenici hot rîtori sînt: existen a retroversiei uterine (deci dispari ia unghiului format de axele uterului, colului și vaginului) sau colul restant și nefixat dup histerectomie; leziunile perineale și l rgirea hiatului urogenital, care deschid coloana vaginal de suport și permit alunecarea pere ilor vaginali și ai uterului. Un factor conex care, de asemenea, nu este lipsit de importan , îl constituie alungirea hipertrofic a colului, tras de inser ia pere ilor vaginali ptoza și edema iat de tulbur rile circulatorii; colul se introduce ca o pan în cavitatea vaginal și «deschide calea» prolapsului.

Socotim mai potrivit de a vorbi de prolapsuri genitale decît de prolapsul ulerin pentru ra iunile ce urmeaz .

Prolapsul uterin nu se produce decît prin relaxarea punctului fix, ce se g se te deasupra inser iei vaginului pe col. Ruptura sau relaxarea perineului prin na teri multiple, distocice, terminate prin interven ii delabrante sau urmate de infec ii, este atunci de mult prezent , iar nucleul central al perineului lipsind ca sprijin și peretele vaginal anterior, împreun cu vezica sînt pr bu ite.

Uterul este antrenat la rîndul lui, odat cu pierderea tonusului esuturilor mezenchimatoase dup menopauz , sau dup ce alungirea hipertrofic a colului, lungind pîrghia cervical , ce atîrn în vagin, a ters unghiul fiziologic dintre colul și corpul uterin. Predispozi ii și anomalii congenitale sau eforturile fe- meilor cu munci penibile, ale sportivelor, pot gr bi îns c derea uterului.

În general, descensul uterin, colpocelul anterior și posterior, cistocelul și uretrocelul și, eventual, enterocelul, se descriu separat, de i ele nu sînt decît p r i componente, mai mult sau mai pu în manifeste ale unui tot anatomo-clinic.

Cum s-a mai semnalat, fiecare bolnav , aproape, prezint un tip deosebit de prolaps genital; numai dup bilan ul tuturor aspectelor sub care se prezint cazul se va putea hot rî ce tehnic s se aleag , în func ie de vîrst , de pre- dominan a unui simptom, a leziunilor asociate altor circumstan e. Pentru adîn- cirea studiului acestor cazuri, s-a recurs în ultima vreme la explorarea radiologic , folosind histerografia (pe acela și cli eu se ia cîte o imagine cu pensa de col împins și tras la mj&ximum), cistografia (foarte important pentru care s-au propus numeroase metode), histerografia concomitent și cu o urografie (pentru precizarea raporturilor utero-vezicale și mai ales ureterale) și gineco- grafia (pentru precizarea conturilor organelor genitale interne). Astfel, folosin- du-se aceste mijloace se pot depista unele hernii ale Douglasului, care scap examenului clinic și se pot compara rezultatele diverselor procedee, în ceea ce prive te reducerea și conten ia viscerelor herniate (în special vezica urinar) (fig- 515).

De i prolapsul uterin izolat este rar, se folose te totu și în mod curent, pentru desemnarea întinderii leziunii, gradul de prolaps al uterului:

- gradul I, cînd colul coborît dep e te butoniera ridic torilor anali, dar nu apare înc la vulv ;
- gradul II, cînd uterul este coborît și colul apare la vulv între cistocel și colpocelul posterior;
- gradul III, cînd uterul este complet exteriorizat și vaginul întors ca un deget de m nu (r sfrîngerea mai mult sau mai pu în complet a vaginului se întîl- ne te de asemenea în prolapsul dup histerectomie).

În capitolul dedicat colpoperineorafiei, s-au ar tat aspectele prolapsului pere ilor vaginali și s-a insistat asupra faptului c , colpocelul anterior este constant înso it de hernia vezicii (ceea ce confer majorit ii prolapsurilor caracterul complex, urogenital), pe cînd colpocelul posterior se înso e te mai rar de rectocel, excep ional de hernia fundului de sac Douglas (elitrocel).

Importan a leziunilor depinde de gradul și componen a prolapsului, precum și de asocierea tulbur rilor neurotrofice, leziunilor inflamatorii etc. Astfel, pere ii vaginali în prolapsuri inveterate pot prezenta ulcera ii de decubit; vezica profund deformat nu se gole te complet, iar urina re inut se infecteaz u or și cistita secundar complic tulbur rile func ionale urologice ; uterul și anexele pot fi sediul inflama iilor cronice, tulbur rilor circulatorii, sclerozei etc.

În sfârșit, importanța prolapsului poate fi mai manifest prin r sunetul funcțional (manifestări dureroase diverse și necaracteristice, incontinență relativ de urină, disurie și polakiurie, infecții ascendente uretero-pelvice, chiar azotemie și hipertensiune), decât prin aspectul strict anatomic al leziunilor.

PRINCIPII EFICIENTE

Înem s amintim și aici principiul fundamental hipocratic: tulburările de static pelvian, nepunând viaa bolnavilor în pericol, nu este permis ca riscul prezentat de anestezie sau operație să fie disproporționat. Cu toată banalitatea ideii, insistăm asupra valorii ei în principiu; într-adevăr, nu trebuie uitat că indicația intervenției pentru prolaps se pune la un număr mare de femei în vârstă, la care, chiar operațiile anodine pot fi foarte ocante.

În general, *intervenția pentru corectarea retrodeviațiilor uterine nu-și găsește indicația decât la femeile în epoca declinului activității genitale* (înaintea de 45 de ani); dezideratele principale ale curei operatorii vor fi deci totdeauna:

- să obțină reducerea poziției uterului și să-l stabilizeze în anteverție;
- să nu îngreueze evoluția sau terminarea unei eventuale sarcini;
- să evite recidiva retrodeviației sau apariția prolapsului, chiar după mai multe nașteri.

Pentru ca respectarea acestor deziderate să fie posibil, o prim condiție este ca *uterul să fie indemn de orice leziune*; o a doua este *să se aleagă pentru operaie celiotomia*, care permite descoperirea eventualelor aderențe, ce fixează uterul, a leziunilor anexiale etc. (care pot trece neobservate la examenul clinic cel mai competent) și tratarea lor concomitent în cele mai bune condiții.

Când retrodeviația nu se însușește de leziuni inflamatorii, ea fiind numai o relaxare ligamentară, este firesc ca intervenția să se adreseze corect rii poziției corpului uterin, folosind tocmai aceste resurse pentru suspensia lui; în cazul în care operaia se face pentru leziunile inflamatorii perimetro-anexiale, cura retrodeviației este subordonată acestui scop principal.

În sfârșit, numeroase comunicări recente subliniază interesul complet rii sistematice a intervențiilor, pentru retrodeviațiile uterine, ca și a histeropexiilor abdominale pentru prolapsurile genitale, cu închiderea Douglasului, care se adîncește după fixarea în anteverсія a uterului și pierde supapă (uterul ce-l acoperea fiind când imposibil elitrocelul).

În prolapsurile genitale substratul anatomic fiind hernierea multiplă și polimorfă a viscerelor pelviene, corolarul trebuie să fie reducerea lor, prepararea sistematică a sacilor herniari sau a pseudo-sacilor și închiderea porții herniare, după excizia esuturilor în exces pe cât posibil, fără a stînjeni nici o funcție. Se pune deci, operaia pentru prolaps, o condiție dublă, ce trebuie luat în considerație, în funcție de aspectele morfo-funcționale amintite, și anume:

- pe de o parte, respectarea pe cât posibil a anatomiei și nestingherirea funcției caracteristice a organelor genitale;
- pe de altă parte, corectarea simultană a tulburărilor sau rezolvarea chirurgicală a leziunilor asociate (incontinența de urină, retrodeviațiile uterine, alungirea hipertrofică a colului sau ruptura de perineu etc.).

După cum se poate lesne bănui, împlinirea acestor condiții principale nu este în toate cazurile posibilă, necum uoar.

În fine, ni se pare demn de semnalat ca ultimul principiu al curei chirurgicale a prolapsurilor genitale, *rezervarea timpului abdominal de închidere a Douglasului sau de fixare a uterului (când aceasta este necesară), nu ca primul. ci ca ultimul timp al operaiei*, pentru a-l adapta mai bine noilor condiții create.

INDICAȚII

În retrodeviațiile uterine, indicația tratamentului chirurgical este subiect de discuție; într-adevăr, în retrodeviațiile asociate cu alte leziuni, indicația se pune eventual pentru explorarea și tratamentul acestora (tumori uterine sau anexiale, chisturi, aderențe sau alte sechele inflamatorii etc.) iar în retrodeviațiile mobile operaia nu este legitimă, decât când femeia prezintă tulburări serioase, imputabile poziției uterului (adică practic foarte rar).

Dimpotrivă, în prolapsurile genitale, ce împiedică activitatea femeilor și constituie uneori o adevărată invaliditate, necesitatea intervenției este în afară de orice discuție. Problema cea mai de seamă aici este a criteriilor adaptării tehnicii de folosit, fiindcă, cum s-a mai arătat, nu există o metodă standard recomandabilă în toate cazurile, cu egale șanse de succes.

Cele mai importante criterii sînt vîrsta bolnavei și forma anatomoclinică a prolapsului.

— La femeia tânără, în deplinătatea activității genitale (înainte de menopauză), prolapsul este în genere incomplet și leziunile atrofice lipsesc totdeauna; foarte frecvent se constată însă, pe lângă tendința uterului de a se telescopa în vagin ca în retrodeviație (de unde necesitatea de a se restabili unghiul fiziologic), leziuni inflamatorii metroanexiale, tulburări circulatorii ale organelor prozate și semne de întindere ligamentară (dismenoree, trompe sau ovare dureroase la examen, hiperestezia ligamentelor utero-sacrate etc.). Toate acestea impun, la femeia tânără, ca și în prolapsul virginelor sau nuliparelor, un timp abdominal, cu atît mai mult, cu cît la această vîrstă necesitatea conservării funcției sexuale și de parturire limitează întinderea colpo-perineorafiei posterioare.

În aceste situații, mult timp a apărut ca cea mai indicată a-a-zis «triplă operaie franceză» (Begouin-Savariaud, 1923), care constă din *colporafia anterioară* (însă cu disecția și fixarea înaltă a vezicii, pentru cura sistematică a incontinenței relative de urină, a a-cum s-a arătat că este întotdeauna necesară), *colpo-perineorafia posterioară* și o *histeropexie abdominală indirectă* (sau directă, dar care s-a nu stînjenească mobilitatea corpului uterin în eventualitatea unei sarcini), în ultimii ani s-au pus în lumină multiple complicații ale acestor histeropexii (dintre care elitrocelul și alungirea colului apar ca cele mai benigne), ceea ce face ca fără o indicație în plus s-a nu se mai intervină acum sistematic și pe cale abdominală.

— La femeia între 45 și 60 de ani prezența atrofiei și deficiențelor tisulare, pe lângă leziunile obstetricale, impun căutarea altor mijururi. Atrfia uterului a fost și se propune în aceste cazuri ablația lui sistematică; dar el este util ca pilier central, pe care se inseră ligamentele largi și retinaculul parametral, iar dintre toate formele de prolaps, mai greu de tratat este cel după histerectomie.

Deficiența și relaxarea mezourilor și ligamentelor fac iluzorii ligamento-pexiile; de asemenea, histeropexiile istmice sau corporeale, deși sînt mai eficace, nu rezolvă pentru mult timp situația; ele predispun în plus la recidive prin alungirea colului și hernia Douglasului. Fără de toate atrofieele și deficiențele, singura hipertrofie, pe care aceste cazuri o prezintă, este alungirea colului (datorită tracțiunii inserției pereților vaginali pe col), cu sau fără modificări, datorită tulburărilor trofice și vasomotorii, stazei, infecțiilor cronice supraadugate. Singura terapie logică ce se poate aplica este amputația colului în porțiunea supravaginală; ea determină *scleroza în stea a tuturor esuturilor în vecinătate, contribuind astfel într-o măsură considerabilă, prin consolidare cicatricială, la contenția viscerelor pelviene.*

În aceste situații respectarea vaginului este impusă de posibilitatea coabității, cum s-a văzut, respectarea uterului sau cel puțin a porțiunii lui istmice este de dorit. Intervenția exclusiv vaginală va consta deci, cu mici modificări, de la un caz la altul, fie la a-a-zisă «triplă operaie pe cale joasă» (cum o numesc autorii francezi) sau procedeul Pestalozza (cum îl numesc italienii), fie în operaia de la Manchester sau operaia lui Halban.

Aceste procedee constau toate în:

- amputația colului uterin;
- colporafia anterioară cu prepararea îngrijită a fasciei vezico-vaginale sau sutura dinaintea colului uterin a elementelor ligamentare și musculare parametrale (ca în procedeul Fothergill);
- colpoperineorafia posterioară cu efectuarea unei miorafii înalte și eventual cu conexarea ridicată a torilor la ligamentele utero-sacrate (procedeul Dellepiane).

Toate aceste operații au avantajul că nu sacrifică funcția sexuală și evită intervenții mai complicate, dar prezintă unele dezavantaje, ca: recidive parțiale (mai ales anterioare, a căror frecvență ajunge în unele statistici la 35%) și chiar complete (1—2%); unele favorizează în plus retroflexia uterină.

Cînd i uterul este suspect (m rit de volum, fibromatos cu menometroragii, sau frotiurile vaginale arat dup Papanicolau un stadiu 3 persistent), opera ia de elec ie este tehnica Spalding-Richardson.

În sfîr it, cînd prolapsul este complet, plan eul pelvian foarte compromis din cauza atrofiei planurilor musculare, uterul nu este prea mic sau prea voluminos, cistocelul foarte mare sau incontinen a de urin deosebit de sup r toare, este recomandabil interpozi ia vezico-vaginal a uterului, procedeu antiana- tonic, dar care permite o refacere foarte solid . Din p cate, i se poate aduce îns o critic deplin justificat în starea actual a orient rii luptei anticance- roase, i anume, c ascunde colul i cavitata uterin posibil itilor de explorare, iar în caz de cancer, îngreuneaz foarte mult terapia acestuia.

— La femeia peste 60 de ani, prolapsul senil ridic i el alte probleme: aici nu se mai pune premiza p str rii uterului ca pilier central (fiindc mijloacele lui de sus inere i-au pierdut orice valoare) sau a vaginului pentru via a sexual , cît de c utarea unei tehnici cît mai pu in ocante.

În aceste cazuri, opera ia de ales este în func ie de starea general a bolnavei i de coexisten a posibil a altor afec iuni, ce limiteaz sau amîn interven ia. La femeile cu stare general bun i prolaps inveterat, uneori chiar reductibil, opera ia de elec ie este histerectomia pe cale vaginal .

Cînd starea general este deficitar , singura solu ie este colpocleizisul total sau par ial. Numai c opera ia lui Muller ca i cea a lui Neugebauer-Le Fort înlocuie te o infirmitate cu alta (cel pu in moral) i lipe te dou organe cavitare cu pere ii sub ia i (încercînd din acest alipire s creeze o coloan de rezisten , ce nu poate fi decît precar); în plus, opera iile acestea nu corectez , ba chiar agraveaz incontinen a de urin i ascund uterul explor rii, mai mult chiar decît interpozi ia vezico-vaginal . Aceste considerente fac s li se prefere din ce în ce mai mult opera ia propus de Labhardt.

În genere, deci i în prolapsul senil calea vaginal este i suficient i cea mai indicat (ca mai pu in ocant).

În concluzie, se vede c în oricare situa ie apar ca timpi principali: col- porafia anterioar (înso it de cura cistouretrocelului i a incontinen ei de urin) i colpo-perineorafia posterioar de suport, mai limitate la femeia tîn r , în deplin activitate genital , sau mai l rgite la femeia trecut de menopauz (cînd este bine s li se adauge i *amputa ia de col*); în sfîr it mult l rgite la femeia b trîn (cînd inten ia radical poate fi împins pîn la *colpo-histerecto- mie vaginal*).

Desigur c forme particulare de prolaps (cum este cel al vaginului dup histerectomie, elitrocelul sau hernia Douglasului etc.) sau cele asociate cu alte leziuni i tulbur ri (tumori uterine, ovariene, fistule genitale, incontinen e de urin etc.) pun indica ii speciale de la caz la caz i nu mai pot fi schematizate.

CONTRAINDICĂ II

Cura retrodevia iei uterine, ca i a prolapsului genital la femeile tinere, are dou contraindica ii mai frecvente: sarcina în evolu ie i metronexitele acute sau subacute (vezi colpoperineorafia). Excep ie fac cazurile de retro- devia ie cu forme grave de încarcerare în pelvis a uterului gravid.

Majoritatea publica iilor recente tind s arate c vîrsta înaintat nu constituie o contraindica ie, dar este un motiv în plus de discern mînt atent al tipului de opera ie ce trebuie ales.

Evident, la femeile în vîrst , cu afec iuni cronice (cardiace, hepatice, renale, diabet), opera ia comport un risc ce nu poate fi totdeauna prevenit. De asemenea, o contraindica ie, cel pu in temporar , o prezint infec iile acute i ulcera iile difterizate ale vaginului i colului uterin, infec iile urinare i infec iile pulmonare cronice.

În aceste cazuri preg tirea preoperatorie trebuie f cut f r grab , cu sp l turi (solu ie cloruro-sodic izotonic sau ceai de mu e el), ovule glicerinate înglobînd antibiotice i oestrogeni (de tipul Ovestrol etc.). Cînd prolapsul nu poate fi u or men inut (lucru esen ial pentru vindecarea eroziunilor), dup reducerea lui, se poate face columnizarea vaginului cu o me îmbibat în glicerîn . De asemenea, vindecarea unor ulcera ii trofice este adesea favorizat de infiltra ia cu novocain a mucoasei din jurul lor.

CONDII DE EFECTUARE

Condi iile de efectuare ale opera iilor plastice i reparatoare pentru tulbur rile de static pelvian decurg din principiile i indica iile enun ate. Ar fi f r sens de a le relua aici pentru fiecare situa ie în parte; semnal m numai c , mai mult poate decît pentru oricare alte opera ii, se pun dou condi ii generale: una privind indica ia i alta privind actul terapeutic propriu-zis i anume:

— *prima condi ie este examenul clinic atent i am nun it*; s-a amintit c prolapsurile genitale sînt polimorfe i în consecin procedeul chirurgical trebuie cît mai bine adaptat situa iei. Aplicînd un procedeu de rutin , în toate cazurile vom expune fatalmente pentru mai curînd sau mai tîrziu un num r mare de operate la diverse nemul umiri i chiar recidiv ;

— *a doua condi ie este, la rîndul ei, dubl* ; ea cere s se foloseasc tehnicile cele mai bine cunoscute i oricare ar fi tehnica aleas , s se procedeze metodic i cu minu iozitate.

PREG TIRI PREOPERATORII

Preg tirea preoperatorie trebuie s fie deosebit de atent la femeile în vîrst : explorarea medical cît mai întins , urmat de tratament suficient de prelungit, va asigura atît echilibrarea st rii generale (cardiopatii, hipertensiune arterial etc.) cît i a st rii locale (colpitate, leziuni de decubit, cistite etc.). Ca pentru toate opera iile pe cale vaginal , la femei trecute de menopauz , cu mucoas atrofie , vindecarea operatorie va fi mult u urat de tratamentul preoperator cu estrogeni (local: timp de cel pu in 4 zile înainte de opera ie se introduce zilnic, dup toaleta vaginal , cîte un ovul de tipul preparatului Ovestrol; sau pe cale bucal cu preparate de oestriol).

1. OPERA II PE CALE ABDOMINAL DE SUSPENDARE I ORIENTARE A UTERULUI

De i mul i autori sus in azi c «nu mai exist nici o indica ie pentru fixarea pe cale abdominal a uterului» (CI. Gauthier-Y. Malinas), pentru istoricul lor bogat i pentru a nu înl tura cu totul acest capitol tradi ional, vom descrie dintre opera iile pe cale abdominal , separat:

- histeropexiile directe i indirecte, cu suspendare anterioar i posterioar ;
- opera iile de orientare i altele.

HISTEROPEXIILE DIRECTE

Scopul lor este fixarea corpului sau istmului uterin, direct la peretele abdominal sau promontoriu; vom alege i descrie sumar trei tipuri de opera ii, toate dup p rerea mea numai de interes istoric:

- *exohisteropexia* (Sims, Kelly, Kocher, Cristea Grigoriu);
- *histeropexia corporeal* recomandat înc , din secolul trecut (Koeberle, Olshausen, Lawson-Tait, Czerny i Terrier);
- *histeropexia istmic* efectuat la peretele abdominal (Delbet-Caraven, Bumm) sau la promontoriu (J. Huguier).

Cu excep ia histeropexiei istmice care, îns efectuat la peretele abdominal, are dezavantajul de a nu corecta retroversofixia, ba chiar de a o accentua (iar cînd este efectuat la promontoriu prezint numeroase alte dezavantaje), aceste procedee pun condi ia de a fi efectuate sau dup ce femeia a trecut de menopauz , sau dup ce a fost sterilizat . Dar tocmai la aceste femei între 45 i 60 de ani, cum ar tam, tehnicile pe cale vaginal sînt preferabile i suficiente; ele r mîn deci cele mai indicate. Dintre toate histeropexiile, procedeul Cristea Grigoriu este f r îndoial cel mai solid; totu i, ca i celelalte, el expune la recidive favorizînd alungirea colului i adîncirea Douglasului, cu hernierea în vagin a anselor intestinale (elitrocel).

EXOHIISTEROPEXIA

Procedeul Cristea Grigoriu comport urm torii timpi:

- *primul timp* este celiotomia median , subombilical i explorarea organelor genitale interne;
- *al doilea timp* const în prinderea fundului uterului cu o pens Museux i exteriorizarea lui; se închide peritoneul cu un surjet sau cu fire separate, trecînd ultimul punct i prin fa a posterioar a istmului uterin (fig. 516 A); se mai aplic anterior uterului un fir ce închide peritoneul i-1 solidarizeaz cu fa a anterioar a istmului;
- *al treilea timp* este sutura mu chilor drep i abdominali cu fire separate; pentru siguran în prealabil se leag i se sec ioneaz trompele (fig. 516 B);
- *al patrulea timp* const în clivarea lojei în care va fi g zduit uterul, sub aponevroza abdominal i plasarea uterului i anexelor în ea (fig. 516 C);
- *al cincilea timp* este fixarea uterului cu firele ce apropie lambourile de aponevroz (fig. 516 D); în fine, urmeaz sutura tegumentelor.

Autorul completa sistematic opera ia abdominal cu o col pope rineora fie posterioar foarte strîns .

HISTEROPEXIA CORPOREAL

- *Primul timp* este celiotomia subombilical .
- *Al doilea timp* începe cu protec ia i explorarea cîmpului operator: se expune fa a anterioar a uterului prin care se îns ileaz transversal trei fire de in.
- *Al treilea timp* const în trecerea capetelor acestor fire prin peritoneul parietal, prin grosimea mu chilor drep i i a aponevrozei; firele ies cam la 1 cm de incizia median (fig. 517 A).
- *Al patrulea timp* const în sutura peritoneului, apoi sutura musculo- aponevrotic , ce se face la mijlocul pl gii, chiar cu firele trecute i prin uter.
- *Ultimul timp* este sutura tegumentelor.

Pentru a simplifica operaia și a o face aplicabilă sub anestezie locală, von Wahl a propus să se repereze colul uterin pe cale vaginală și să se introducă în canalul cervical un dilatator Hegar, corespunzător: cu acesta, uterul este împins sub peretele abdominal. La nivelul la care s-a constatat că uterul poate ajunge se face anestezia locală și o mică incizie a pielii și aponevrozei; apoi se trec cele trei fire neresorabile prin perete și prin transparența peritoneului care garantează că nu se interpune nimic în fața uterului, menținut de un ajutor în contact cu plaga. Palmer a reluat recent acest procedeu sub denumirea de «histeropexie minimă», folosind pentru mobilizarea și susținerea uterului canula de histerografie.

HISTEROPEXIA ISTMIC LA PERETELE ABDOMINAL

- *Primul timp* este celiotomia longitudinală sau transversală.
- *Al doilea timp* constă, după protecția și explorarea câmpului operator, în decolarea peritoneului de pe istmul uterin (de la limita superioară a aderenței lui laxă, până la fundul de sac vezico-uterin).

- *Al treilea timp* este trecerea firelor de in sau nylon prin suprafaa a avivat i stratul musculo-aponevrotic al peretelui abdominal (peritoneul parietal este l sat la o parte, ca suprafaa a avivat s fie pus n contact cu mu chii drepi) (fig. 517 B)
- *Al patrulea timp* const n nchiderea peretelui abdominal n straturi anatomice.

HISTEROPEXIA ISTMIC POSTERIOAR

Codificat de J. Huguier i calificat de el nsu i « ca cea mai pu in illogic » dintre modalit ile de suspensie a uterului, are urm torii timpi:

- *primul timp* este expunerea discului lombosacrat (vezi simpatectomia presacrat la pag. 129-130, fig. 102—103);
- *al doilea timp* este amararea la esutul prediscal (firele trebuie trecute foarte superficial i discul propriu-zis nu trebuie niciodat atins) i pe istmul uterin, la nivelul esutului fibros zis «torus uterinus», dintre inser iile pe uter ale ligamentelor uterosacrate (vezi fig. 518). Pentru a nnodea cele dou fire de nylon nu este bine s se trag de uter, ncercnd s -l ducem pn la promontoriu; firele se nnoad cnd snt bine ntinse (chiar dac uterul r mîne la distan de promontoriu);

— *al treilea timp* este peritonizarea pe deasupra firelor: astfel, ele vor fi curînd, prin reac ia fibro-conjunctiv , înlocuite de un neo-ligament. Peritonizarea trebuie făcută cu cea mai mare grijă, pentru a evita ocluziile (vezi tehnica Charrier— Gosset după histerectomiile totale).

Dar, cum scrie H. Robert, trebuie știut că «histeropexia posterioară nu este, ca și histeropexiile anterioare, un tratament al prolapsurilor», fiindcă nu corectează cisto-uretrocelele și rectocelul; ea poate fi cel mult un gest complementar după unele histerectomii (mai ales pentru fibroame mari ce mascau tendința la descens), pentru profilaxia elitrocelului sau în cadrul curii chirurgicale a elitrocelului odată produs.

Inconvenientele tehnicii sînt deopotrivă de numeroase și importante ca și la fixările anterioare: tragerea colului prea sus jenează examenele ginecologice ulterioare; incontinența de urină este o consecință relativ frecventă (întîlnită odată la fiecare 6—7 cazuri, după H. Robert); dar cele mai de temut complicații sînt ocluziile intestinale, precoce sau tardive, și spondilodiscitele sau numai sechelele dureroase ale fixării la promontoriu.

HISTEROPEXIILE INDIRECTE

Scopul acestor intervenții este redresarea și fixarea uterului, folosind ligamentele uterine, peritoneul pelvian sau plăstiile musculo-aponevrotice, înlocuite mai recent cu benzi de materiale plastice.

Ele sînt indicate, mai ales, pentru corectarea poziției în retrodeviațiile uterine și, cîteodată, în completarea altor intervenții ginecologice sau ca procedee de peritonizare a uterului.

Procedeele de histeropexie indirectă nu pot fi folosite în tratamentul prolapsului decît ca o completare a colporafiei anterioare și a colpoperineorafiei posterioare, cu excepția piramidalopexiei, procedeu solid, care însă deformează vezica (vezi fig. 529).

Ele fiind cu totul lipsite de soliditate, adesea nu reprezintă, chiar în aceste condiții, decît o soluție provizorie (la femeia tânără, la care operațiile mai radicale sînt contraindicate). În plus, aceste procedee predispun, ca și histeropexiile directe, la alungirea colului și la adîncirea Douglasului, factori însemnați de recidivă a prolapsului. Singurele lor avantaje, față de majoritatea histeropexiilor directe, sînt că lasă liberă cîte o parte a uterului în cursul unei eventuale sarcini și nu produc în genere distocii la naștere³⁰, iar în ipoteza unei inflamații sau tumori maligne nu expun la invadarea peretelui abdominal.

LIGAMENTOPEXIILE

Operația pentru care se cunosc cele mai numeroase variante de tehnică este incontestabil ligamentopexia; dar unele din aceste variante, folosite mai mult sau mai puțin în altă dată, sînt azi practic pierdute (ligamentopexia inghinală de Pild), iar altele nu diferă între ele decît prin detalii minime. De aceea, nici nu vom întra aici decît acele tehnici care mai sînt folosite sau prezintă, din punctul de vedere al concepției, particularități.

Multe tehnici au avantaje și dezavantaje proprii³¹, dar în general, unei ligamentopexii nu trebuie să se ceară mai mult decît poate oferi și anume, corectarea retrodeviației uterine (eventual cu avantajul, în plus, că după diferite intervenții pe uter și anexe, ureaz peritonizarea împiedică refacerea vechilor aderențe în noua poziție în care ine uterul).

Prognosticul obstetrical după orice ligamentopexie este clasic socotit ca foarte favorabil; numeroase observații culese în decursul anilor arată însă, că durerile din cursul sarcinii și dikeziile din timpul travaliului, fără a fi frecvente, nu pot fi neglijate. Desigur că, în unele cazuri, aceste tulburări pot fi imputate unor defecte de tehnică (ligamentopexii prea strînse, asimetrice etc.), dar nu este mai puțin adevărat că sînt publicate dezvoltări inegale sau atitudini forate ale uterului gravid, care nu ar fi putut fi prevenite, chiar cu tehnica cea mai corectă.

Eficacitatea îndoielnică în tratamentul prolapsurilor, ale căror cauze nu le poate combate, și inconvenientele menționate fac ca indicațiile ligamentopexiilor să fie azi limitate: în tratamentul retroversoflexiei uterine (dar operația însăși este justificată numai cînd aceasta se însoțește de tulburări serioase, imputabile cu mare probabilitate poziției uterului, ceea ce este din ce în ce mai mult pus sub semnul îndoielii);

— ca metodă de necesitate, în completarea operațiilor conservatoare pe uter și anexe precum și, eventual, ca soluție temporară, în descensul uterin al femeilor tinere care forțeză mîna prin importanța lui sau a tulburărilor asociate (altfel, este bine să se temporizeze cura chirurgicală, pentru a opera după menopauză sau în preajma ei). În această ultimă situație, ligamentopexia se efectuează numai ca ultim timp, după colporafia anterioară și colpo-perineorafia posterioară, în anumite cazuri, cînd și alte indicații au impus un timp abdominal și este bine să fie sistematic precedat sau completat de închiderea profilactică a fundului de sac peritoneal posterior, care la rîndul ei poate fi eventual completat cu o miografie după procedeele Amza Jianu.

³⁰ Procedeele Pestalozza excelent în completarea peritonizării feței anterioare a uterului favorizează prezenta ilor distocice: prezenta ilor transversale ar fi de 20 de ori mai frecvente după Gonet (citată de H. Robert).

³¹ Astfel procedeele Doleris, care are avantajul de a fixa mai solid uterul, și se reproșează că lasă în peritoneu spații prin care se pot angaja și strangula ansele intestinale, că lasă senzații dureroase sau de tracțiuni persistente, precum și că în cazul inflamațiilor sau tumorilor maligne ale uterului favorizează, ca și histeropexiile directe, invadarea peretelui abdominal.

Ligamentopexia inghinală . *Procedeul Alquiâ-Alexander-Adams* se efectuează prin incizia inghinală, de cca. 7 cm, paralelă cu arcada crurală ; după secționarea aponevrozei pe o sondă canelată introdusă prin orificiul inghinal extern, ligamentul rotund apare ca un cordon sau sub forma unor fibre disociate ce se împart în două spre muntele lui Venus și în buzele mari. După izolarea sa până la orificiul inghinal intern, este tras puternic în afară și este prins în sutură cu fire separate ce apropie tendonul conjunct de arcada crurală (fig. 519); excesul de ligament rotund poate fi excizat sau, cum face Juvara, secționat în două și înnodat, după ce fiecare capăt este trecut printr-un pilier al orificiului inghinal extern; acele două fire, în 8, închid apoi aponevroza, pentru a consolida peretele ca la cura herniilor inghinale.

Operația nu cred că mai este folosită, deși este simplă și foarte ingenioasă ; dar are dezavantajul că nedeșchizând peritoneul, nu permite controlul și tratamentul leziunilor concomitente (aderențe, leziuni anexiale, fibromioame) și, în plus, folosește ligamentele rotunde în segmentul lor cel mai subțire și lipsit de rezistență (uneori acesta nu este găsit decât ca o panglică disociată). Evident, tehnica nu poate fi folosită decât în retrodeviațiile singure indicăte deosebit : coexistența a unei hernii inghinale.

Ligamentopexia parietală . *Procedeul Doleris* (1898) are următoarele

- *primul timp* este celiotomia mediană subombilicală sau incizia Pfannenstiel;
- *al doilea timp*, după protecția și explorarea câmpului operator este redresarea uterului;
- *al treilea timp* constă în trecerea unui fir de in sau nylon sub fiecare ligament rotund, cam la 3 cm de cornul uterin; ligamentele nu vor trebui fixate nici prea strâns sau prea sus (pentru a evita tracțiunile dureroase), dar nici prea larg sau prea jos (pentru a nu lăsa spații în care să se interpună ansa intestinală). Fiecare fir este pus într-o pensă (fig. 520 A);
- *al patrulea timp* este trecerea acestor fire, care antrenează ligamentele rotunde, prin peretele abdominal (peritoneu, mușchii drept și aponevroză, sau numai peritoneu și mușchi). Pentru aceasta se traversează la două-trei laturi de deget deasupra marginii superioare a pubisului și la 1 1/2 cm de linia mediană peretele abdominal cu bisturiul, pe lângă care, înainte de a-l retrage, se însinuează în butonieră o pensă Kocher (fig. 520 B), ce apucă și trage firul și ligamentul rotund de partea aceea; se repetă manevra, simetric, în partea opusă ;
- *al cincilea timp* este sutura peritoneului și a aponevrozei (fig. 520 C);
- *în al șaselea timp* se suturează ansele ligamentelor rotunde (fig. 520 D) și, cum recomandă Bărdescu, se închide cât mai bine tunelul prin care au fost exteriorizate;
- *al șaptelea timp* este sutura tegumentelor.

Modificarea acestei tehnici adus de Pellanda (1925) se preteaz și mai bine de a fi efectuat prin incizia Pfannenstiel; ea nu are nici dezavantajul de a lăsa inele, prin care ansele se pot strangula. Acest variant constă în a trece, odată pelvisul explorat și tratate leziunile eventuale, prin perete (mușchi și peritoneu), de o parte și de alta, o pensă razant cu marginea externă a mușchilor dreți abdominali. Cu pensă se prinde firul încrăcat la fel, sub ligamentele rotunde, dar la 5—6 cm de inserția lor uterină; se verifică dacă traciunea ligamentelor rotunde, ce trec prin peretele abdominal, nu atrage și trompa. Se închide peritoneul, se apropie prin câteva fire mușchii dreți; ansele ligamentare trecute prin planul muscular al peretelui abdominal se fixează de fiecare parte cu fire neabsorbabile, la marginile externe ale mușchilor dreți; pentru mai mult siguranță firele ce închid aponevroza măgăligamentele firele strâng pe toată grosimea.

Ligamentopexia retrouterină. *Procedeul Baldy* (1908) comportă următorii timpi:

- *primul timp* este celiotomia mediană subombilicală sau incizia Pfannenstiel;
- *al doilea timp*, după protecția și explorarea cîmpului, constă în prinderea uterului cu un histerolab sau două fire tractor și tragerea lui în sus și lateral pentru a pune în evidență un ligament larg (fig. 521); cu o pensă Kocher se perforază acest ligament dinapoi-înainte, în zona avasculară (în afara arcadei arteriale uterine și dedesubtul ligamentului utero-ovarian);
- *al treilea timp* constă în prinderea cu această pensă a ligamentului rotund cam la 4 cm de cornul uterin și tragerea lui prin butoniera făcută în ligamentul larg înapoia uterului; ultimii doi timpi se repetă simetric de partea opusă;
- *al patrulea timp* pune în contact ansele ligamentare; urmează sutura lor și solidarizarea la peretele posterior uterin. Braude recomandă ca ansa să facă pe peretele uterin posterior un ochi larg, pentru a oferi o suprafață mai mare de contact și suport (fig. 521 în cartușul B);
- *al cincilea timp* este închiderea peretelui abdominal.

Scurtarea intraperitoneală a ligamentelor rotunde. Reluând și perfecționând tehnicile propuse și folosite de Wylis, Ruggi, Dudley, Ries, Sperling etc C. Stanca comunică următorul procedeu (fig. 522):

—*primul timp* este celiotomia mediană sau Pfannenstiel;

—*al doilea timp* constă în explorarea pelvisului și tratamentul eventualelor leziuni g-site; se trece apoi cu acul prin grosimea ligamentului rotund drept cam la 4—5 cm de cornul uterin, apoi cu același fir neresorbabil, de la stînga la dreapta prin uter, pe fața lui posterioară cam la 2 cm sub fundul uterin și prin ligamentul rotund stînga, simetric ca prin cel drept; prin înnodarea acestui fir, ligamentele rotunde sînt scurtate prin plicaturare și fixate pe fața posterioară a fundului uterin (ceea ce aduce uterul în anteversoflexie) (fig. 522 A și B);

—*al treilea timp* constă în apropierea pliurilor peritoneale, ridicate de căderea ligamentelor rotunde, cu două-trei fire pe fața anterioară a uterului (fig. 522 C);

- *al patrulea timp* **constă în fixarea** ligamentelor rotunde pe fața posterioară a **uterului, cu încă cîte** un fir în dreapta și în stînga (dar la distanță **de cel puțin 1,5 cm de emergența** trompelor și a ligamentelor utero-ovariene, **pentru a nu le ceda sau comprima**) (fig. 522 D).

Un alt procedeu foarte simplu de scurtare a ligamentelor rotunde este cel propus de Mocquot (fig. 523); el constă în secționarea, între ligaturi, a ligamentelor rotunde, cam la mijlocul lor și clivajul foi ei peritoneale, înapoia ligamentului în segmentul distal și înaintea lui, în segmentul proximal; apoi se fac cu fire separate, sutura celor două jumătăți ale fiecărui ligament rotund care au fost aezate în ea și de plicaturarea cu clapele peritoneale clivate.

Alte numeroase procedee de ligamentopexie folosesc fie tot ligamentele rotunde, fie ligamentele largi: procedeul Imlach, care face plicatura părților externe ale acestora; procedeul Tomă Ionescu¹ (fig. 524), care le scurta cu câte un fir în U pus în mijlocul și imediat sub ligamentele rotunde. Alte procedee se adresează ligamentelor utero-sacrate, scurtându-le sau apropiindu-le, ca în procedeul Frommel; ele sînt azi foarte rar întrebuințate, iar descrierea lor ar încălca și mai mult lista și a lung de procedee ce socotesc că trebuie doar amintite.

În sfârșit, unii operatori preferă pentru suspensiunea uterului combinarea mai multor procedee, ceea ce complică intervenția fără a-i înlătura vreun inconvenient sau a aduce vreun avantaj în plus. Aceasta este de pildă «pluri-ligamentopexia» propusă de Sobre-Casas, care comportă:

— *într-un prim timp* o incizie curbă pe fața anterioară a uterului; apropierea și fixarea ligamentelor rotunde cu un fir în U sub această, urmat de sutura buzei superioare a inciziei, cu partea orizontală a ligamentelor rotunde, «tunelizarea» lor, cum o numește autorul (fig. 525);

— *în al doilea timp* scurtarea ligamentelor utero-sacrate, unindu-le feele interne cu câteva fire, sau închizând cu un fir în bursă Douglas;

— *al treilea timp* constă în scurtarea ligamentelor largi și ridicarea vezicii; pentru aceasta se rezecă un patruleter de seroasă peritoneală cu latura transversală de 5 cm și în lățimea de 3 cm de pe fața anterioară a istmului, se prinde apoi cu o pensă mijlocul lamboului inferior și se decolează cu degetul sau compresa montată pe pensă, vezica de istm și peretele vaginal; marginile laterale ale patruleterului se apropie pe linia mediană, apoi toată suprafața este acoperită cu peritoneul vezical.

Toate tehnicile de ligamentopexie pot fi înt rite printr-o plastie apone- vrotic , fie prin simpla acoperire a suturilor cu o gref liber prelevat din marginile inciziei aponevrozei abdominale, cum recomand Sobre-Casas, fie prin artificiiul propus de Dumadze (gref de aponevroz sub peritoneul ligamentelor rotunde) (fig. 526).

Dar, de cînd se folosesc benzile de materiale plastice bine tolerate (cum sînt cele de mersilen), astfel de prelev ri de aponevroz , generatoare de cicatrici suplimentare, lungirea interven iilor, etc. au fost p r site chiar pentru opera ii mai temeinic indicate decît ligamentopexiile.

VEZICOFIXA TIL

Procedeul Werth, cel mai simplu, trece sagital două fire neresorbabile ce însilează peritoneul de pe faa anterioară a uterului și de pe faa posterioară a vezicii; înnodarea celor două fire duce la închiderea fundului de sac anterior al peritoneului.

Procedeul Pestalozza (1906) reduce fundul de sac anterior astfel: se incizează transversal peritoneul înaintea istmului și se decolează lamboul inferior; se basculează apoi uterul în anteversie și se fixează acest lambou pe fundul uterin cu 3—4 fire (fig. 527).

Ambele procedee sînt foarte rar întrebuintate și atunci cînd sînt, aceasta se face mai ales în scopul de a peritoniza faa anterioară a uterului și într-adevăr, vezica însilează și are mijloace precare de susținere, încît în nici un caz nu poate fi folosit pentru a fixa uterul, iar peritoneul foarte extensibil nu oferă o garanție de soliditate.

S-a arătat că vezicofixatia Halban (de fapt un procedeu similar acestora, pe cale vaginală) este recomandabil pentru a fixa cît mai sus vezica, de pe faa anterioară a uterului în cazul cistocelului însemnat și încoținentei relative de urină.

HISTEROPEXIILE SUSPENDATE

Procedeul Aburel sau «piramidalopectia» se sprijină pe:

— crearea unui lambou musculo-aponevrotic, din mușchii piramidali și aponevroza ce-i acoperă, bine vascularizat și inervat³² (fig. 528), pentru a-i conserva viabilitatea și rezistența; pentru aceasta, inciziile laterale, care delimitează lamboul aponevrotic, trebuie să rămîie departe de pubis cu 2—3 cm (fig. 529). Astfel, pe lângă respectarea vascularizației și inervației lamboului se ridică spre ombilic baza sa de inserție la pereții abdominali;

— fixarea vîrfului acestui lambou, deplasat în pelvis la istmul uterin în retrodeviație, sau și la peretele vaginal anterior, prealabil decolat, în prolapsuri (fig. 529 B). Suspendarea uterului este întreprinsă pe lângă lamboul piramidal, prin însilarea ligamentelor rotunde și a peritoneului vezico-uterin, prin aceasta peritonizîndu-se în același timp lamboul introdus în cavitatea peritoneală și suprimîndu-se fundul de sac peritoneal anterior. Redăm tehnica piramidalopectiei, așa cum a descris-o autorul.

— *Primul timp* este formarea lamboului musculo-aponevrotic; aceasta se face în condiții optime prin incizia Pfannenstiel. Incizia transversală a aponevrozei se va face la 3 degete deasupra marginii simfizei pubiene, pentru a depăși vîrfurile mușchilor piramidali și a-i putea decola de mușchii drepti, odată cu porțiunea aponevrotică inferioară, pe care ei se inseră; lamboul piramidal se taie numai după ce s-a făcut incizia transversală a aponevrozei, pe toată întinderea ei, și după ce buzele aponevrotice au fost decolate (cea inferioară pînă la simfiz, cea superioară pînă la ombilic). Pentru formarea lamboului, punem în tensiune buza aponevrotică inferioară, prinzînd-o cu o pensă Kocher de mijlocul ei; cu un depărtător Farabeuf reclinăm spre simfiz tegumentele și esutul subcutanat adipos tot pe linia mediană, dar cu foarfecele curb denudăm faa anterioară a viitorului lambou piramidal; două creștături, cu foarfecele (al căror terminus rămîne la 2—3 cm departe de simfiz) delimitează apoi la dreapta și la stînga lamboul, care va avea 2 cm lățime și 2—3 cm înălțime (fig. 530 A). Lamboul musculo-aponevrotic (sau numai aponevrotic în cazurile excepționale de lipsă a mușchilor piramidali) se poate crea și mai tîrziu, în cursul operației, după aplicarea depărtătorului abdominal și controlul leziunilor.

³² Vascularizația lamboului provine din artera și vena subpubiană, ramuri ale vaselor epigastrice, iar inervația lui din nervii abdomino-genitali (fig. 528).

Dacă pentru operație se folosește incizia mediană, lamboul se confecționează când se face secțiunea aponevrozei: două părți toare Farabeuf desfac buzele cutaneo-grasoase ale plămânilor, o pensă Kocher reperează viitorul vârf al lamboului, iar cu un foarfece îl delimitează lateral (într-una din părți până la pubis, pentru a mări câmpul operator) (fig. 530 B).

— *Al doilea timp* este fixarea lamboului la organele genitale; aceasta se face în mod deosebit, în următoarele eventualități:
— în retroversiile simple sau asociate cu prolaps de gradul I, vom face numai o histero-piramidalopexie. Se pune un prim fir lung de catgut (de preț ferin cromat), care va încrăca vârful lamboului piramidal și apoi istmul uterin, jumătate cm sub unghiul de flexie, fără nici o deperitonizare (fig. 531), dar după prealabilă verificare, ca vârful lamboului juxtapus cu o pensă la istm, poate ridica bine uterul. Acest prim fir din fig. 531 nu îl vom înnoda, decât după ce am pus și firul al doilea, care va încrăca următoarele elemente: ligamentul rotund drept, la 2 cm de inserția uterină; peritoneul de pe fașa anterioară a ligamentului larg și de pe vezică (paramedian); fașa anterioară a lamboului piramidal la 1 cm de vârf; apoi, paramedian, în stînga vom încrăca peritoneul vezical, fașa anterioară a ligamentului larg stînga și ligamentul rotund respectiv la 2 cm de inserția uterină; în sfîrșit, peretele uterin la 0,5—1 cm deasupra unghiului de flexie (fig. 531 II). La femeile tinere ce doresc copii, firul al doilea nu va încrăca peretele uterin decât la 1/2 cm deasupra unghiului de flexie. Vom înnoda acum primul fir, care va fixa vârful lamboului la istm (vezi fig. 529), vom înnoda apoi al doilea fir, care va peritoniza lamboul și va fixa la istm, deasupra unghiului de flexie uterin, lamboul piramidal și elementele complementare de sus înere, ca ligamentele rotunde și plicaturarea peritoneului vezical (fig. 532);

— în retroversii asociate cu retroflexii vom proceda exact ca mai sus, avînd grijă, însă, ca firul prim să încarce istmul la 1/2 cm sau chiar la 1 cm sub unghiul de flexie, iar firul al doilea să încarce fașa anterioară a uterului la cel puțin 1 cm deasupra unghiului de flexie. În felul acesta, când vom înnoda firele, lamboul va redresa uterul și îl va menține ca o atelă (fig. 529);

— în prolapsul de gradul al II-lea și al III-lea, tehnica este ceva mai dificilă, trebuind realizată o colpohisteropiramidalopexie. În prealabil, vom decola la maximum vezica de pe peretele vaginal anterior, apoi pensând acest perete succesiv, cu pense uterine, și îndepărțind vezica cu o valvă Doyen, se continuă decolarea cât mai mult. Vom evita apropierea de marginile laterale, vasculare ale vaginului care pot sîngeră. După ce, mai întîi, vom verifica și ajusta vîrfurile lamboului piramidal, pentru ca ele să poată ridica bine punctul cel mai decliv al peretelui vaginal (fig. 529 B), se pune un prim punct de catgut lung pe vîrfurile lamboului și apoi, pe punctul cel mai decliv al vaginului, firul a-1 transfixia, încercînd peretele vaginal pe toată lățimea (fig. 533[^] A). Un al doilea fir în spirală, tot netransfixiant, plicaturează peretele vaginal între primul fir și colul uterin, încercînd apoi și lamboul piramidal la 1 cm de vîrf. Un al treilea fir va încerca ligamentul rotund drept, peritoneul vezical paramedian la dreapta, fața superioară a lamboului piramidal lîngă bază, peritoneul vezical paramedian la stînga, ligamentul rotund corespunzător și fața anterioară uterină la 1 cm deasupra pliului de flexie (fig. 533 B). Acest fir de peritonizare se va înnoda, numai după legarea prealabilă a firelor 1 și 2.

Cînd prolapsul genital sau chiar retroversia se însoțește de incontinență urinară, care nu cedează la tratamentul medical, Aburel recomandă să se procedeze ca la prolapsul de gradul al II-lea și al III-lea, uccolînd înșurub vasinul de vezică, pînă la colul vezical (pînă ce degetul poate repera «ciuperca» unei sonde Pezzer, introdusă în prealabil în vezică).

Primul fir, care va căuta să unească vîrfurile lamboului piramidal cu punctul cel mai decliv al peretelui vaginal decolat, va ridica colul vezical și îl va susține. Este necesar, în prealabil, verificarea lungimii lamboului piramidal, pentru a ridica bine și fără tensiune exagerată, peretele vaginal și colul vezical ce îi aderă.

— Al treilea timp este refacerea pereților abdominali, cu consolidarea bazei lamboului și completarea peritonizării lui. Aceasta se face în modul următor: firul de jos, care suturează mușchii drepti, încarcă mușchii și peritoneul de la dreapta, baza lamboului piramidal, apoi peritoneul și mușchii drepti din stînga; astfel, baza lamboului se fixează și se suspendă la mușchii drepti, iar peritoneul apropiat completează peritonizarea lamboului. Cîteva fire musculo-peritoneale completează așezarea mușchilor drepti pînă la ombilic. La suturarea buzilor aponevrozei abdominale în Pfannenstiel (fig. 534 A), se pune un fir în treflă mediană, iar al doilea fir, care închide breșă aponevrotică lăsată de tăierea lamboului, încarcă în același timp baza lamboului piramidal. O serie de fire completează apoi sutura. Dacă s-a făcut laparotomie mediană, firul de la nivelul bazei lamboului, cînd suturează buzele aponevrozei, încarcă și baza lamboului piramidal, pentru a-l suspenda solid la 2—3 cm deasupra simfizei pubiene (fig. 534 B). Nimic deosebit în restul suturei peretelui.

ALTE PROCEDEE

Iacobovici a propus două procedee de «mio-histero-pexie». Primul constă în suspendarea uterului cu micul psoas sau, cînd acesta nu există cu fascicule din marele psoas. Al doilea procedeu constă în suspendarea uterului cu două lambouri din mușchii drepti abdominali; lambourile, cînd se conservă inserția pubiană, se suturau ca o chingă pe fața posterioară a uterului (după ce se treceau prin grosimea ligamentului larg la nivelul istmului). Ambele procedee sînt azi de domeniul istoriei, fiind foarte complicate, iar lambourile musculare sclerozîndu-se și fiind chiar expuse atrofiei; primul procedeu mai are dezavantajul că adesea micul psoas nu poate fi găsit, iar al doilea procedeu, că formează o chingă inextensibilă periuterin.

Halbart a folosit, pentru suspendarea uterului, două lambouri aponevrotice (din teaca dreptilor abdominali); procedeele aceleași inconveniente (autorul însuși și recunoaște că nu a efectuat această operație decît de două ori, indicînd condițiile ei de efectuare fiind cu totul excepționale). Și la noi în țară, Marin Popescu a prezentat un procedeu similar, numai că benzile de aponevroză nu le trece pe sub istmul uterin, ci ca să nu comprime vascularizația, chiar prin grosimea corpului uterin (între marginile lui laterale și zona în care s-ar putea întîlni cavitatea uterină). Și acest procedeu are dezavantajul de a nu putea fi efectuat înainte de menopauză fără a steriliza femeia, iar în aceste condiții, operațiile pe cale vaginală se sprijină pe principii, a căror superioritate nu mai trebuie subliniată și sînt mai puțin ocante.

Dar și în materie de histeropexie suspendată numărul procedeelelor propuse este extrem de mare; ele folosesc benzi unice sau duble de aponevroză prelevată din teaca dreptilor, libere în cavitatea abdominală, sau peritonizate (prin trecerea lor sub peritoneul vezical), pediculate suprapubian, sau subombilical; unele suspendă uterul la peretele abdominal anterior, altele la promontoriu.

Astfel, printre altele sînt procedeele propuse de: Ballade și Trevoux, Diamant-Berger și la noi în țară de I. Sava.

Pe toate, apariția benzilor de material plastic siliconat, foarte bine tolerate, le-a înlocuit din practica curentă.

Un ultim procedeu asupra căruia am vrut să mai insistăm este cel pe care l-am propus sub numele de «*piramidopexie extra-peritoneală*». Acesta, credem că este mai bine adaptat cerințelor principale, fiindcă poate fi folosit în caz de prolaps urogenital la femeia tânără, cazul cel mai frecvent și mai greu de tratat, fără a expune nici la neplăceri în cursul unei eventuale sarcini sau nașterii, nici la recidiva prolapsului după aceasta (cel puțin în ceea ce privește tulburările urinare, pe care le combate în aceeași măsură, ca și operațiile de tip Goebbel-Stoeckel sau Aldridge). Favorabilă piramidopexiei Aburel de la care se inspiră, are avantajul că nu deformează vezica, reduce cistocelul și corectează incontinența relativ de urină; favorabile procedeele Goebbel-Stoeckel și Aldridge, are avantajul că nu predispune la strictură, ridicându-se și comprimându-se uretra prin intermediul istmului și colului uterin, nu direct (în ipoteza că scleroza secundară scurtează transplantul musculo-aponevrotic, uretra nu va fi deci obstruată).

Pentru efectuarea acestei intervenții, în cele mai bune condiții propunem operația abdomino-perineală simultană în două echipe; ea poate fi efectuată la nevoie și de o singură echipă, succesiv pe jos și pe cale abdominală.

Iată timpii principali ai acestui procedeu:

— *Primul timp* este incizia sagitală a peretelui vaginal anterior, pînă la peretele vezicii, decolarea lambourilor vaginale de vezică și a vezicii de uter (urmat eventual de înfundarea în bursă a diverticului vezical); simultan, pe cale înaltă, se poate face incizia Pfannenstiel, și tăierea lamboului musculo-aponevrotic, ca la piramidalopexie, numai că după confecționarea lamboului, acesta va fi secționat pe Muia mediană pînă aproape de simfiz (fig. 535).

— *Al doilea timp* este disecția fasciei vezico-vaginale de pe lambourile decolate: acestea sînt puse în tensiune cu cîte două-trei pense Kocher și cu bisturiul se clivează esutul conjunctiv dens de pe fața internă a lamboului (fig. 536); de îndată ce s-a găsit spațiul de clivaj între mucoasa vaginală și fascie (un altul nici nu există), se insinuează foarfecele bont și curb (cu vârful spre vagin), cu care se continuă foarte ușor decolarea, introducîndu-l închis și scoțîndu-l după ce a fost deschis (vezi fig. 485 B); apoi se introduce degetul în acest spațiu și se prinde, cu o surprinzătoare ușurință, pînă înapoia simfizei (fig. 537). Dacă lamboul musculo-aponevrotic a fost secționat pe linia mediană se repetă aceleași manevre și pe partea opusă. Simultan, pe cale abdominală, se poate deschide și explora cavitatea peritoneală (mai ales cînd și alte intervenții par necesare: miomectomie, apendicectomie, ligamentopexie etc.).

— *Al treilea timp* constă în a introduce retrograd, de sus în jos, un deget prin tunelul creat, deget ce va căluzi o pensă clamp, ce se introduce de jos în sus, pentru a prinde și coborî lamboul (fig. 538).

— *Al patrulea timp* este sutura «în palton» a fasciei vezico-vaginale în zona area lamboului sau lambourilor musculo-aponevrotice cu cîte un fir neresorbabil pe istmul uterin, sub joncțiunea cisto-uretrală (al cărui diverticul a fost precum s-a spus în prealabil înfundat în bursă); în fine, se suturează, după rezecția excesului de mucoasă, peretele vaginal anterior. Simultan, se închide plaga abdominală (ca după piramidalopexie).

- *Al cincilea timp* este colpo-perineorafia posterioară. Acestui procedeu și se poate reproșca că nu corectează retro-verso flexia uterină; dar, pe de o parte, pentru cura acesteia, nici nu este nevoie de astfel de operații, iar cînd tulburările imputabile retrodeviației coexistă cu prolapsul uro-genital, se poate adăuga, în timpul abdominal, o ligamentopexie de tipul Baldy sau Stanca.

În fine, procedeele de fixare mai pot fi necesare, cu scop profilactic sau curativ după histerectomiile subtotale sau totale. Astfel, Orsoni, inspirîndu-se poate din procedeele Burch, propune suspensia colului sau a domului vaginal cu fire de material plastic, de preferință siliconat, de 4 mm lărgime și 1 mm grosime, la ligamentele Cooper.

După descoperirea ligamentelor Cooper (vezi tehnica J. Burch la fig. 499—502) se trece un fir gros de nylon cu un ac foarte curb, de sus în jos; cu acesta, sau se fixează sau se trage iretul la/sau prin ligamentul Cooper, după ce a fost trecut cu o pensă curbă, pe sub peritoneul, care mai separă inciziile de punere în evidență a ligamentelor Cooper, de bontul vaginal sau de colul uterin (fig. 539).

Tensiunea iretului este dozată sub controlul vederii operatorului; se secționază iretul în exces și se procedează la peritonizare tip Delvaux (în bursă dc-o parte și de alta a colului sau a bontului vaginal), astfel ca bandeleța să răsfrânte în totalitatea sa extraperitoneală.

EXCLUDEREA FUNDULUI DE SAC PERITONEAL POSTERIOR

Marian (1904) a recomandat sub numele de cloazonarea Douglasului, obturarea fundului de sac peritoneal posterior prin însălarea a două-trei burse etajate (vezi fig. 492). Operația nu-și mai poartă denumirea de principiu (prolapsul nuliparelor), dar rămâne indicată, ca timp complementar, în cadrul intervențiilor ginecologice pe calc abdominal, pentru prevenirea sau cura chirurgicală a

clitrocélului (cu condiția refacerii pe jos a planului pelvi-perineal), precum și pentru intervenția preconizată în sindromul Masters și Allen.

Incidente și accidente posibile sînt lezarea rectului sau ureterelor, ușor de prevenit cînd însulirea burselor se face cu grijă, fără a încerca să se încarce prea mult din ligamentele utero-sacrate și se folosesc instrumente potrivite (pense și portac foarte lungi, ace curbe cu diametrul de 35 mm).

Douglasectomy preconizată de *Jamain și Letessier* (1962) constă în rezecția fundului de sac peritoneal posterior, urmată de sutura felelor interne a ligamentelor utero-sacrate și peritonizarea spațiului rămas după ablația pungii peritoneale:

— *Primii timpi* ai intervenției (deschiderea peretelui abdominal, liberarea eventualelor aderențe, trecerea unor fire tractor prin uter, explorarea felelor posterioare a ligamentelor largi și a Douglasului) fiind efectuate, se trece la incizia peritoneului într-una din fosele latero-rectale (fig. 540 A). Pentru aceasta, cu două pense anatomice se ridică un pliu care se incizează cu foarfeca lungă curbă; aceasta este apoi insinuată sub peritoneu, pe care îl decolează și incizează în direcția felei posterioare a istmului uterin (foarfeca trebuie să rămână pe tot parcursul operației vizibilă prin transparența peritoneului). Decolarea progresează dinapoi înainte și de sus în jos, reperînd ureterele pe peretele pelvian, la distanță de planul disecției (fig. 540 B). La nivelul istmului uterin, pe care peritoneul aderă mai intim, disecția se face ca la histerectomia totală, coborînd de o parte și de alta a liniei mediane, pînă se cade pe puț (în esut gras, gîlbui, ce indică că s-a ajuns în Douglas. Clivajul se întoarce de jos în sus pe fața anterioară a rectului, încercînd pe degetele mîinii sătingă sacul peritoneal, cum se disecționează sacul herniar; apare și o apropiere excesivă de musculatura rectală. După rezecția lamboului peritoneal se pot corecta, cînd este cazul, elementele sindromului Masters și Allen (vezi fig. 541-542), adică felea posterioară a ligamentelor largi, dar autorii recomandă ca timp esențial scurtarea prin acolarea fetelor lor interne a ligamentelor utero-sacrate, ceea ce constituie și un plan suplimentar între planul pelvian și peritoneal (fig. 540 C).

Ultimul timp este peritonizarea cu fire separate de nylon, începîndu-se pe linia mediană și apropiînd fața anterioară a rectului de fața posterioară a uterului (fig. 540 D). Drenajul nu este absolut necesar, dar previne colecțiile sero-hematice cînd suprafețele deperitonizate au avut tendința să se zemuiască.

Procedeuul are unele avantaje: lasă uterul redresat, suprimă sacul herniar din «pu ul» ce a devenit Douglasul, în caz de elitrocel, permite alipirea ligamentelor utero-sacrate prin fiele lor interne, avasculare și fără structuri nervoase, și ferește de lezarea ureterelor etc.), dar este o intervenție delicată și în cazurile cu sîngerare mai mult decît moderată, chiar dificilă; aceasta a fost făcut probabil pe Bret și Bardiaux (în 1965) și propun o tehnică de excluderea Douglasului, în care după o incizie peritoneală similară (ca o cupă de carte de joc cu vârful spre uter) decolează prin insinuare și deschiderea foarfecii numai cca. pe 2 cm foia peritoneală; apoi fiind pe loc peritoneul existent în Douglas, suturează de o parte și de alta a rectului marginile superioare ale inciziei, iar între rect și istmul uterin marginile laterale (la nivelul istmului terminîndu-se sutura printr-o porțiune transversală, astfel că în totalitate sutura peritoneală ia forma seciunii unui pahar de apă cu picior; paharul înconjoară rectul, piciorul intră între rect și uter și se lipice pe istmul uterin).

În acest ultim procedeu își propune ca între incizia și sutura peritoneului să verifice existența elementelor sindromului Masters și Allen și să le corecteze. Aici am socotit de aceea oportunos să încheiem cu cîteva rînduri asupra acestui sindrom, azi clasic, și corectarea lui chirurgicală.

Sindromul Masters-Allen, descris în 1955, este dat de ruptura traumatică a bazei ligamentelor largi (produsă cel mai adesea de o naștere) și se caracterizează în clinică prin mobilitatea exagerată a colului, o retroversie uterină dureroasă (însoțită de o serie de tulburări funcționale consecutive congestiei utero-anexiale) și care cedează spectaculos la reconstituirea chirurgicală a esuturilor dislocate; operație simplă, dar minuoasă.

Într-adevăr, de obicei antecedentele obstetricale nu lipsesc printre elementele anamnestice ale acestui sindrom (făt mare, travaliu precipitat etc.), dar fenomenele dureroase pot apărea după un timp mai mult sau mai puțin lung; excepțional poate apărea și după unele avorturi spontane survenite în al doilea trimestru de sarcină, sau chiar la nulipare și virgine.

Un alt element de diagnostic îl constituie acuzele funcționale: dureri pelviene (spontane, difuze, iradiate în abdomen și regiunile lombosacrate, accentuate de efort și ortostatism), dispareunie (profundă și de durată) și astenia psihofizică (pînă la adevărate stări nevrotice). În fine, hotărîtoare este triada clinic-obiectivă: retroversie uterină dureroasă, tactul vaginal foarte dureros și mobilitatea exagerată a colului (descriși de Masters și Allen ca « Universal joint cervix» și evocînd, pentru Sîrbu, semnul Hegar din primele luni de sarcină).

Bilanul leziunilor, efectuat intraoperator, confirmă diagnosticul: uterul retroversat, mărît de volum, are o culoare violacee; ovarele mărîte, sînt prolapsate și prezintă chisturi foliculare; se găsește în micul bazin o serozitate sanguinolentă (50—80 ml); leziunea tipică interesează baza ligamentelor largi, ce prezintă modificări ale foi ei peritoneale posterioare, ale esutului conjunctiv parametral și ale venelor uterine.

Masters și Allen au descris la acest nivel ruptura, de obicei verticală, a foi ei posterioare a mezosalpinxului (între marginea laterală a uterului, cam la nivelul istmului și peretele pelvian) (fig. 541 A); uneori leziunea peritoneului

este deopotrivă de întins cu cea a fasciei subiacente; alteori este minim sau mult mai puțin important decât soluția de continuitate a esutului conjunctiv, ale cărei margini se retractă, încât se găsește intraoperator sub ieră a foi ei peritoneale (prin transparența careia se văd venele uterine ectaziate și dedesubtul careia apare fie o adâncitură creată de dispariția esutului fibrocelular, fie o veritabilă cicatrice pe foia peritoneală dispusă în evantai sau în formă de stea). Leziunea tipică semnalată pentru prima dată de Masters și Allen și care explică retroversia uterină dureroasă este dispariția (prin dilacerare urmată de retracție) a esutului conjunctiv din baza ligamentelor largi; de asemenea tot atât de important este dilatația varicoasă a venelor uterine (datorită tot dispariției suportului conjunctiv propriu tecii hipogastrice).

Cura chirurgicală a sindromului constă în reconstituirea continuității fasciei subseroase; după eventuala eliberare de aderențe (salpingolizis), dacă există o breșă peritoneală se disecă cu grijă marginile ei (mai ales grijă pentru artera uterină și ureter; dar nu trebuie omis, că cea mai mică lezare a unei varicozități duce la hematoame rapid extensibile). Dacă peritoneul pare îndemn, sau este cicatricial se face o incizie (fig. 541 B) pentru a cădea pe planul subperitoneal ce trebuie refăcut cu fire separate sau în X de nylon sau de catgut cromat (fig. 542 A). Chiar când de partea opusă peritoneul și esutul celulo-fibros subiacent par îndemne, operația se face bilateral (fig. 542 B).

Masters și Allen recomandă asocierea acestui timp de refacerea parametrelor cu închiderea Douglasului, sau o ligamentopexie pentru corectarea retroversiunii uterine. Când fundul de sac Douglas este deosebit de larg și profund și cu atât mai mult în cazurile cu elitrocel asociat este de recomandat excluderea Douglasului sau Douglasectomia (vezi fig. 540).

2. OPERA II PE CALE VAGINAL

Dintre opera iile plastice și reparatoare ce folosesc calea vaginală și sînt adresate curei prolapsurilor genitale, se pot izola cîteva procedee tip, din a căror combinație reiese majoritatea variantelor. Aceste intervenții întrunesc preferințele celei mai mari părți a ginecologilor moderni, fiind socotite pe bună dreptate ca metode de elecție cel puțin pentru tratamentul chirurgical al prolapsurilor la femeia trecut de menopauză. Unele dintre ele, însă, au fost foarte puține cunoscute și executate la noi în țară; credem că acesta este un motiv în plus, pentru a le face loc aici.

Procedeele cele mai curent folosite sînt:

1. *Tripla opera ie pe cale joasă*, care asociază colporafia anterioară, amputația de col și colpo-perineorafie posterioară (ai căror timpi au fost descriși) ca și operația de la Manchester și operația Halban, care combină primii doi timpi ai «triplei opera ii pe cale joasă».

2. *Plicatura parametrilor.*

3. *Interpoziția vezico-vaginală a uterului.*

4. *Colpectomia urmată de coloplezizis total sau parțial*

5. *Histerectomia subtotală, totală și colpohisterectomia pe cale vaginală.*

6.

TRIPLELE OPERA II PE CALE JOASĂ OPERAȚIA DE LA MANCHESTER

Descris de pe la începutul secolului, procedeul lui W. E. Fothergill a fost folosit o bună bucată de vreme aproape cu exclusivitate de școala ginecologică de la Manchester (de aceea îi poartă numele). Calitățile plastice și reparatoare ale operației au impus-o însă în ultima vreme, cu deosebire în cazurile de prolaps moderat (de gradul I și al II-lea) și mai ales cînd prolapsului și se asociază alungirea hipertrofică a colului uterin.

Ideea originală a procedurii este de a se detașa pe o largă întindere, insera vaginală de pe col, deplasînd astfel cît mai sus «punctul fix» al susinerii uterine și întîrînd fixarea prin sutura dinaintea uterului, a bazei ligamentelor cardinale, elementul de susinere cel mai solid. Acestea retractîndu-se după ce au fost secționare, vor trage și colul înapoi, asigurînd astfel ridicarea și fixarea uterului, iar pe de altă parte, corectarea retropoziției (care favorizează, sub influența presiunii abdominale și a gravitației, telescoparea uterului în vagin).

Mijlocul pe care W. E. Fothergill l-a folosit a fost combinarea amputației de col, cu colporafia anterioară (operația ce se execută și se execută acum separat în prolapsul genital); avantajul stă în faptul că amputația însăși realizează dezinserarea vaginului, iar asociația ei cu incizia peretelui vaginal anterior permite expunerea mai bună a ligamentelor cardinale.

Operația este indicată în rupturile de perineu cu descens uterin sau hipertrofie de col (cavitate uterină de peste 8 cm la histerometrie), precum și în prolapsurile moderate, dar poate fi întrebuintă și la femeile bîtrîne, de pildă, procedeul Fothergill fiind foarte puțin ocant, și în prolapsul complet. Desigur, o condiție este ca operația să se execute după vîrsta, în care femeia ar mai putea să aibă copii; se tie că amputația de col lasă o cicatrice, ce poate fi o cauză de sterilitate, de avort, sau poate împiedica nașterile ulterioare pe căile naturale. Totuși, Shaw pe o statistică de 857 de operații (dintre care numai 257 sub 40 de ani), a găsit 33 femei care au rămas gravide după operație, iar Hunter are o statistică de 45 de nașteri la femeile operate cu procedeul Fothergill (dintre acestea, 32 au putut naște pe căile naturale), dar și 11 operate care au totalizat 27 de avorturi.

— *Primul timp* al operației: se prinde colul cu o pensă Museux de buza anterioară sau cu fire tractor; dilatația canalului cervical (pentru a facilita trecerea firelor și efectuarea suturilor).

— *Al doilea timp*: incizia romboidală a peretelui vaginal (fig. 543 A) circumscrie colul mai sus sau mai jos, după gradul de hipertrofie a porțiunii intra-vaginale, după întinderea cervicitei sau a rupturilor de col; nu este însă de dorit să se facă în chip sistematic o amputație prea înaltă, deoarece planșul pelvi-perineal oferă uterului un suport mai bun, dacă o porțiune din col, proiectată în bolta vaginală și fiind cînd unghi oarecare cu corpul uterin, poate să se sprijine pe el. Desigur, operația se poate efectua deopotrivă începînd cu o incizie Crossen (vezi fig. 482) continuată apoi prin decolare cu foarfeca pe linia mediană, pînă sub meatul uretral; imediat sau după decolarea lambourilor vaginale (vezi colporafia anterioară) se continuă incizia de jur împrejurul colului.

— *Al treilea timp* — disec ia lamboului (fig. 543 B), cu foarfecele sau bisturiul, la început, pînă se cade în spațiul de clivaj, apoi cu o compresă montată pe deget. Marginile mucoasei vaginale sînt împinse lateral (pînă se depășesc marginile uterului), mai ales în partea juxta-cervicală a inciziei.

— *Al patrulea timp*: se disecă vezica de col și istmul uterin, apoi se împinge vezica, tot cu compresă montată pe deget, pînă se poate pune în evidență fundul de sac peritoneal vezico-uterin (fig. 543 C).

— *Al cincilea timp* — se ridică cu pensa Museux, montată pe el, colul și se disecă mucoasa la nivelul inciziei, pe fața lui posterioară pînă la fundul de sac Douglas care se împinge cît mai sus cu compresă (este preferabil să nu fie deschis în acest moment). Dacă există o hernie a fundului de sac posterior (elitrocel) se deschide Douglasul și se înfundă în bursă, apoi se excizează excesul peritoneal, și se reunesc feele interne ale ligamentelor utero-sacrate cu puncte separate de sutură.

— *Al șaselea timp* — se decolează mucoasa vaginală și lateral de pe col, apoi se plasează cîte o pensă hemostatică solidă de fiecare parte a colului (cam la nivelul liniei de amputație), pe baza ligamentelor cardinale; aceste pense prind ramurile cervicale ale arterei uterine. Se secionează și se pun ligaturi, apoi se scot pensele (fig. 544 A).

— *Al șaptelea timp* — amputația colului se face cu bisturiul fără prea mult sîngerare, sub aceste ligaturi (fig. 544 B).

— *Al optelea timp* — acoperirea bontului cervical cu lamboul vaginal posterior se face folosind noduri Sturmdorf (fig. 544 C), sau puncte separate de sutură, așezate radial în jurul noului orificiu (fig. 545 A).

— *Al noulea timp* — se plicatureaz diverticulul cisto-uretral cu 1—2 rînduri de suturi (dup cît de remarcabil a fost cistocelul). Un timp foarte important al opera iei este sutura ligamentelor cardinale pe fa a anterioar a colului i istmului (fig. 544 D). Sutura mucoasei vaginale în partea inferioar a pl gii se face a a ca firul s încarce i ligamentele cardinale ce se vor uni dinaintea colului (vezi fig. 545 A); se încarc în ac mucoasa vaginal de partea stîng i ligamentul cardinal respectiv, se trece acul prin fa a anterioar a colului, ceva mai sus, apoi se încarc ligamentul cardinal drept i mucoasa de partea aceasta. Capetele firului se monteaz pe o pens , de care se trage pentru a eviden ia esuturile i se a az deasupra lui un al doilea fir similar. Este i mportant ca legarea celor dou fire s se fac de operator înfundînd degetele în vagin, pîn la pozi ia în care colul va trebui s r mîn (fig. 545 B). Dac opera ia Fothergill se combin cu interpozi ia vezico-vaginal , aceasta din urm se face, dup ce s-au pus suturile pe ligamentele cardinale, dar înainte de a lega firele; de asemenea, dac opera ia se combin cu vezico-fixa ia Halban, tot în acest moment se exteriorizeaz uterul i se pun cele dou rînduri de fire.

Refacerea peretelui vaginal anterior se continu apoi de jos în sus, cu fire separate (trecînd unul din dou fire i prin peretele uterin, pentru a reduce spa iul mort) (fig. 545 C).

— *Al zecelea timp* — opera ia se termin printr-o colpo-perineorafie posterioar dup tehnica obi nuit (cu atît mai înalt , cu cît bolnava este mai înaintat în vîrst).

Se introduce un cateter în vezic , pentru a o goli de urin i a-i controla integritatea.

Cu toat originalitatea incontestabil , se poate considera, ca variant de tehnic , opera ia propus de Halban.

-*Procedeul Halban* (vezi fig. 485), diferen a const în faptul c nu se sutureaz ligamentele cardinale, pentru a fixa colul uterin amputat în noua pozi ie, ci cum s-a mai ar tat, se decoleaz fascia vezico-vaginal de pe peretele vaginal anterior i vezic , iar dup refularea în sus a acesteia din

urm , se sutureaz sub ea, cu fire trecute i prin uter, mai întâi fascia plica- turat , apoi peretele vaginal. Rezultatele publicate de diver i autori cu aceste dou tehnici sînt foarte similare, cu singura deosebire c opera ia Halban, mai sîngerînd , este grevat de o morbiditate ceva mai mare decît opera ia de la Manchester.

PLICATURA PARAMETRELOR

Scurtarea parametrilor prin plicatura pe cale vaginal i unirea lor în fa a colului a fost descris de chirurgul rus Aleksandrov din 1903; tehnica reluat i pus la punct de Crossen (1930) are urm torii timpi:

— *Primul timp* — este separarea peretelui vaginal de vezic : se practic o mic incizie transversal , imediat deasupra colului, în care se înfund un foarfece bont; se deschide foarfecele i se retrage deschis, decolînd peretele vaginal, care apoi se

incizeaz pe linia median . Se repet de cîteva ori această manevr , pîn se ajunge în regiunea tuberculului suburetral; manevra nu este periculoas pentru vezic , dac foarfecele este îndreptat cu vârful spre peretele vaginal (vezi fig. 482 și 483).

Decolarea lateral a lambourilor este completat u or cu compresa montat pe deget; ea trebuie urm rit pîn ce cistocelul a fost în întregime degajat și vezica poate fi prins între degete.

— *Al doilea timp* — este separarea vezicii de uter; se începe sec ionînd razant cu colul tracturile conjunctive, care le unesc, dup care vezica poate fi u or desprins cu o compres sau cu foarfeca boant (îndreptat acum cu vârful în jos, spre uter) pîn la nivelul fundului de sac peritoneal anterior (fig. 483).

— *Al treilea timp* — este expunerea bazei ligamentelor largi, pentru care este nevoie de a decola înc peretele vaginal (cu fascia) de pere ii laterali ai colului, cu o compres dup ce s-a sec ionat vaginul, la inser ia lui pe col, pîn la marginile laterale ale acestuia.

— *Timpul al patrulea* — const în rezec ia excesului de perete vaginal de fiecare parte, atît cît s permit sutura fir tensiune; în general se sec ioneaz în linie dreapt de la marginea lateral a colului la tuberculul suburetral (fig. 546 A).

— *Timpul al cincilea* — const în punerea firelor pe parametre: Crossen pune dou fire de catgut cromat, dar se pot folosi și fire de nylon, dar destul de departe de col, pentru a putea uni un ligament cardinal cu cel din partea opus înaintea colului. Fiecare fir prinde un parametru, fa a anterior a colului și parametrul de partea opus (fig. 546 B). Firele nu se înnoad înc și se prind cu cîte o pens .

— *Timpul al aselea* — se pun firele (2 la num r) care ridic inser ia fasciei pe uter. De fapt aceste fire prind și peretele vaginal odat cu fascia. A a c este vorba de o vaginofixatie înalt pe fa a anterior a uterului, în acela i timp cu scurtarea fasciei vezico-vaginale. Firele trec prin peretele vaginal (cam la unirea 1/3 medii cu 1/3 profund a vaginului), luînd sprijin și în peretele anterior al corpului uterin, chiar sub fundul de sac peritoneal (bine îndep rtat cu o valv). Aceste dou fire trebuie s fie deasupra axei de bascul a uterului, ca s -i men in anteversia și în acela i timp, s scurteze și s întind fascia pentru a ameliora chinga subvezical (fig. 546 C).

— înainte de a înnoda firele, se mai pun două suturi pe plaga vaginală în porțiunea ei juxtacervicală, pentru ca după legarea firelor, uterul să nu mai fie coborât. Sînt înnodate apoi firele de pe parametre (care trebuie să se plice înaintea colului, împingîndu-l pe acesta în sus și înapoi). Abia acum se înoacă firele de pe fascie, care sporesc anteversia uterului și întind chinga subvezicală.

— *Timpul al aptelea* — este sutura fasciei și a peretelui vaginal anterior.

— *Timpul al optelea* — colpoperineorafia posterioară.

Plicatura parametrelor, tehnic foarte elegantă, nu poate fi înșurșcutită de critici; într-adevăr, la trecerea firelor în parametre există riscul de a fi epa numeroase vase sub ligamentele cardinale, iar înnodarea acestor fire (ce prind esutul conjunctivo-elastic

subureteral) poate duce la cudarea ureterelor. Din acest punct de vedere operaia de la Manchester prezintă avantajul că folosește numai porțiunea inferioară a parametrului (juxtacervical), precum și pe aceea care nu necesită o decolare laterală, atât de largă, a lambourilor create din peretele vaginal anterior.

INTERPOZIȚIA VEZICO-VAGINALĂ A UTERULUI

Interpoziția vezico-vaginală a fost propusă la scurt interval de S. A. Aleksandrov, de Watkins și de Schauta și Werthein; aceștia din urmă au pus-o perfect la punct și au făcut-o cunoscută, fapt pentru care intervenția este desemnată în genere cu numele lor.

—*Primul timp* — este punerea în evidență a colului cu valve, prinderea și tracțiunea lui în jos cu o pensă sau fire tractor și incizia sagitală a peretelui vaginal anterior; se disecă apoi larg lambourile, ca la colporafia anterioară (vezi fig. 481, 482 și 483).

—*Al doilea timp* — este decolarea vezicii de colul uterului, fără secționarea pilierii vezicali (care rămân de-o parte și de alta ca două paranteze) și împingerea vezicii în sus (situație în care va fi menținută apoi, eventual, printr-o înfundare în bursă) până ce se pune în evidență plicul peritoneal vezico-uterin, care apare de culoare albicioasă și netedă. Plicul este prins cu o pensă lungă cu dinții, după ce vezica a fost ridicată pe o valvă îngustă și între această pensă și peretele uterin se secționează peritoneul transversal cu foarfecele (fig. 547 A). Este mai bine să se pună un fir ce va servi de reper, pe buza anterioară a inciziei peritoneale. Se introduce apoi valva de sub vezică în peritoneu prin butoniera făcută.

—*Al treilea timp* — este exteriorizarea uterului prin basculare: pentru aceasta se prinde corpul uterin cu o pensă de col; apoi trăgându-l ușor și coborând cu pensa uterul, se prind cu alte pense de col, fața anterioară a uterului până ce se ajunge la fundul uterin. Atunci cu indexul mâinii stângi sau cu pensa cu care a fost tras de la început afară, se împinge colul în vagin, iar cu valva din peritoneu, sau cu indexul mâinii drepte introdus până dincolo de fundul uterin, se luxează uterul (când acesta este mare, se scoate mai întâi un corn, apoi cel lalt, asinclitic) (fig. 547 B).

Dacă femeia nu a depășit menopauza de cel puțin un an, este prudent să se lege trompele. Apoi se închide, cu două-trei fire peritoneu, aplicând pe fața posterioară a uterului, deasupra ligamentelor utero-sacrate, buza anterioară

a inciziei fundului de sac anterior (fig. 547 C). Aceasta poate fi regăsită, fie grație firului reper fie introducând în peritoneu un tampon montat pe o pensă cu care antrenăm buza inciziei, retrăgând tamponul aplicat pe esuturile din apropierea vezicii.

-*Al patrulea timp* - probează mai întâi dacă decolarea lamboului vaginal este suficient de largă, ca uterul să încapă sau, dimpotrivă, dacă lambourile de mucoasă prinosesc. În prima eventualitate decolarea este largă, sau dacă uterul este de volum mai mare, din cauza unui sau mai multor noduli fibromatoși, se face miomectomie sau o histerectomie subtotală (vezi procedeul

Spalding-Richardson, fig. 555); în a doua eventualitate se rezec simetric excesul de mucoas vaginal . Urmeaz sutura cu fire separate a peretelui vaginal anterior; unul din dou fire trece i prin peretele uterin (fig. 547 D).

— *Al cincilea timp*, indispensabil, este colpo-perineorafia posterioar .

Acestui procedeu i s-au adus o sum de modific ri (fig. 548), care nu ni se par de cea mai mare importan . Astfel Abadie, în al patrulea timp, înainte de a sutura peretele vaginal anterior, trece câte un fir prin fiecare corn uterin i fasciculul anterior al ridic torului anal corespunz tor (fig. 548 A); Wagner, înainte de a închide peritoneul, libereaz ligamentele utero-sacrate i le trece pe sub trompe i ligamentele rotunde (cum se trec ligamentele rotunde în tehnica Baldy), pentru a le uni i sutura dinaintea istmului uterin (fig. 548 B) ; iar Kjelland începe opera ia decolînd un lambou triunghiular de mucoas vaginal de pe peretele posterior, imediat sub colul uterin (lamboul îl p streaz inserat prin baza lui) i sutureaz defectul vaginal creat; dup ce efectueaz interpozi ia uterului, repune foarte sus, spre sacru, colul, pe care îl împinge cu un deget, în timp ce, cu mâna opus face contra-trac iune pe lamboul p strat. Acesta se rezec numai dup ce colul a fost repus (fig. 548 C i D).

Interpozi ia vezico-vaginal , tehnic foarte simpl , de i este o opera ie anti- anatomic , d rezultatele func ionale cele mai bune, fiind fondat pe un prin- cipu mecanic solid. Inconvenientul ei incontestabil este c ascunde explora iei colul i cavitatea uterin , la vârsta maxim inciden e a neoplasmelor, iar în cazurile de cancer uterin, ce survin la un timp dup opera ie, îngreuneaz considerabil, atît tratamentul lor fizioterapie, cât i pe cel chirurgical.

Totu i, interpozi ia uterului este uneori o metod foarte util : astfel, în cistocele mari sau iterative, la care s-a epuizat resursa corect rii anatomice, sau nu se pot g si elemente de sus inere a vezicii; în fistulele vezico-vaginale de natur obstetrical , mai ales cînd ele intereseaz jonc iunea cisto-uretral , interpunerea uterului este, adesea, cea mai simpl i mai sigur solu ie.

COLPECTOMIA TOTAL SI SUBTOTAL URMAT DE COLPOCLEIZIS

Opera iile din acest grup se sprijin pe principiul c îngustînd foarte mult sau chiar suprimînd vaginul, pe de o parte se exclude poarta prin care prolapsurile se pot produce, iar pe de alt parte, se creeaz o coloan de suport ce ine uterul sus.

De aceea, tot aici trebuiesc amintite unele încerc ri recente de a folosi grefe de cartilaj sau pl ci de substan e plastice, cu acela i scop, ca i injec ia submucoas a unor preparate sclerozante (de tipul Dondrene) cu care se poate încerca formarea unei cicatrice retractile.

Astfel de metode pot fi socotite ca intermediare, între opera iile plastice i reparatoare propriu-zise i aparatele de conten ie (pesare); ele pornesc de la premiza c , dac pesarele nu ar trebui s fie inute în cavitatea vaginal , acestea nu ar favoriza infec iile i ulcera iile. O metod simpl pentru bolnavele clasate ca «inoperabile» este cea propus de D. Gallo, care folose te dou homo grefe de cartilaj costal (de câte 8 cm lungime, 1 cm l rgime i 1/2 cm grosime). Dup anestezie local , prin infiltra ie linear a peretelui vaginal, începînd la 1 cm în afara meatului urinar, de o parte i de alta (cu câte 20—25 ml novo- cain 0,5%), se face o incizie transversal de 1 cm pe fiecare buton anestezic, apoi tunelizarea mucoasei vaginale, introducînd c tre col i c tre ramura ischio-pubian foarfecele închis i sco îndu-l deschis. Se introduc cartilajele în tunel i se sutureaz inciziile cu catgut fin. Opera ia se termin apoi cu o colpo- perineorafie posterioar , tot sub anestezie local .

COLPOCLEIZIS-UL SUBTOTAL MEDIAN (Neugebauer — Le Fort)

—*Primul timp* este excizia lamboului de mucoasă, din peretele vaginal anterior.

Pentru aceasta se coboară colul prins de buza anterioară cu o pensă și se tragează un lambou dreptunghiular (cu latura scurtă de 1—1,5 cm și cu latura lungă în funcție de lungimea vaginului prolabat, păstrând însă mucoasa vaginală pe un lat de deget sub meat și pe un lat de deget deasupra colului). Disecția prudentă a lamboului (fig. 550 A).

—*Al doilea timp* este excizia lamboului de mucoasă din peretele vaginal posterior; pentru aceasta, se ridică colul cu pensă (prins acum pe buza lui posterioară) și se expune față de posterioară a vaginului prolabat, pe care se taie un lambou de aceeași formă și dimensiuni (fig. 550 B). Disecția lamboului, urmată de hemostaza îngrijită a ambelor suprafețe cruențe.

—*Al treilea timp* constă în sutura marginilor mucoasei vaginale. Se începe apropiind laturile mici juxtacervicale ale dreptunghiului anterior și posterior (fig. 550 C); înainte însă de a se ascunde complet colul, se lasă între ele și suturăm nunchi de fire lungi de setolin, pentru drenajul secrețiilor. Apoi se continuă sutura marginilor laterale, punând câte un fir de catgut succesiv de o parte și de alta (fig. 550 D).

—*Al patrulea timp* se face miografia ridicătorilor anali; ea se efectuează lărgind puțin accesul în zona interioară a suprafeței posterioare, denudată de mucoasă.

Se termină în fine, sutura laturilor longitudinale ale defectelor de mucoasă și se apropie cu fire separate de ață sau nylon laturile transversale externe.

și alte procedee minore propuse pentru a remedia prolapsul senilelor, sau, în condiții generale interzicând orice gest operatoriu de oarecare importanță sau anestezia generală, nu sînt **mai recomandabile din aceleași motive. Astfel**, operația descrisă de Kahr în 1937 (**epizioleizis prin avivarea mucoasei vestibulului vulvar**); sau

— operația Conill (1944) care asociază un colpocleizis central de tipul tehnicii Le Fort cu avivarea vulvară obișnuită printr-o incizie a labiilor mari în planul ninfolabial (sub anestezie locală);

— operația Hoff (1962) constituind în cerclaje circulare sub-mucoase etajate ale cilindrului vaginal, realizînd un colpocleizis subtotal destul de întins.

COLPOCLEIZIS-UL TOTAL (Miiller)

Colpocleizis-ul ascunde cu desăvîrșire colul uterin după decolarea întregului cilindru de mucoasă vaginală prolabată (fig. 551). Această operație antianatomică și antifiziologică nu are nici un sens; ea înlocuiește o infirmitate cu alta, ceea ce este mai grav, este că din anumite puncte de vedere o face chiar ireparabilă (ne referim la prolapsul vezicii și incontinența relativă de urină).

Dealtfel, atît colpocleizis-ul total, cît și cel parțial median au două dezavantaje însemnate, care le fac din ce în ce mai puțin întrebuinte: ascund colul și cavitatea uterină, pe care le transformă din cele mai accesibile în inexplorabile și foarte greu de tratat; apropiere de două organe cavitate fără suport (de aceea nu numai că tulburările urinare și în special incontinența relativă de urină nu sînt corectate, dar ele pot fi agravate de intervenție), pentru a efectua o coloană de rezistență prin acolare, după principiul că un deget de mînă nu poate fi întors pe dos.

De aceea, cînd un colpocleizis pare totuși singura metodă indicată, socotim că cel mai oportun să se recurgă la tehnica propusă de Labhardt.

COLPOCLEIZIS-LL SUBTOTAL (Labhardt)

Ca mai toate cazurile în care numai o astfel de operație poate fi indicată, este bine ca colpocleizis-ul Labhardt să fie efectuat sub anestezie locală, cu 80—100 ml novocaină 0,5%.

— *Primul timp* este incizia circulară a introitului (cu excepția unui arc de cerc anterior, de o parte și de alta a meatului urinar; în partea anterioară inelul exciziei de mucoasă este închis în formă de W (ale cărei laturi interne interesează peretele vaginal posterior); pentru aceasta punctul cel mai proeminent al rectocelului este transfixiat și ridicat cu un fir ca în fig. 552 A și B.

— *Al doilea timp* este excizia lamboului de mucoasă care se lasă în genere foarte ușor decolat grație infiltrației cu novocaină.

— *Al treilea timp* este sutura cu fire separate a peretelui posterior al vaginului (fig. 552 C); dacă tensiunea buzelor plămîni pare prea mare ele pot fi mobilizate și suturate cu noduri «de macara» (ca în fig. 552 E).

— *Al patrulea timp* este miografia ridicătoare a torilor anali care se efectuează, așa cum am semnalat, fără izolarea prealabilă: se apăsă cu arătătorul stîng pe sfincterul anal și rect pentru a scoate în relief chingile ridicătoare și se trece primul, firul de jos (imediat deasupra degetului cu care se apăsă); acesta va fi apoi montat pe o pensă și folosit ca tractor pentru punerea firelor următoare.

Tendința trebuie să fie însuși, de altcui un perineu mai înalt și mai puternic, decît normalul.

Sutura ridicătoare a torilor este capitonată cu o serie de fire în U (vezi fig. 552 D).

— *Al cincilea timp* este sutura mucoasei vaginale și a tegumentelor cu fire de setolină (fig. 552 F).

Dup opera ie, por iunea suburetral a vaginului trebuie s r mîn de grosimea unui creion (fapt ce va permite explorarea unidigital sau cu specul de virgin , în cazul suspiciunii unui neoplasm de col uterin).

HISTERECTOMIA TOTAL SAU SUBTOTAL CU SAU F R COLPECTOMIE

Histerectomia total sau subtotal pe cale vaginal , înso it sau nu de colpectomie par ial are, în prolapsurile genitale, dou feluri de indica ii:

— cazurile cu leziuni asociate, necesitînd abla ia uterului (polipi, mioame, metropatii, modific ri ale colului ca cervicite, displazii, leucoplazii, alungire hipertrofic);

— femeile în vîrst , cu prolaps total sau cu recidiva cistocelului i elon- ga ia colului, cînd histerectomia vaginal ofer o stea cicatricial cu 6 vîrfuri (a a-zisele ligamente), care vor fixa visceralele pelviene (îndeosebi vezica) i domul vaginal.

Histerectomia pe cale vaginal este solu ia chirurgical cea mai veche din specialitatea noastr ; ea a fost executat pentru prima oar de Sauter (1822), iar Czerny i Pean au meritul de a fi pus tehnica la punct. în favoarea ei se mai pot aduce urm toarele argumente:

— este bine suportat de bolnavele în vîrst , nu este ocant , necom- portînd deschiderea larg a peritoneului, trac iuni pe mu chii abdominali, manipul ri pe viscere, compresiunea pediculilor mezenterici;

— se execut rapid, mai ales în caz de prolaps.

Anumite condi ii locale contraindic histerectomia total sau subtotal pe cale vaginal i anume:

— volumul uterului (care nu trebuie s dep easc pe cel al unei portocale, lucru de altfel rar întîlnit în prolapsuri);

— aderen ele uterului la organele vecine, cum ar fi anterior la vezic după cura unei fistule vezicale, sau interpoziție vezico-vaginal; posterior la rect ca și indiferent unde (aderențe epiploice sau intestinale posibile după orice operație abdominală, aderențe la perete după o histero- sau ligamentopexie).

HISTERECTOMIA SUBTOTAL

Un concept relativ deosebit în tratamentul prolapsurilor genitale aduce operația «compusă» Spalding-Richardson, care permite, teoretic cel puțin:

— scoaterea *ab initio* a porțiunii bolnave, alungită, hipertrofiată sau inflamată a colului uterin (cu atât mai util cu cât uterul fiind ceva mai mare și colul alungit, fiind când înghețat, am avea astfel dificultăți la bascularea uterului prin deschiderea limitată a fundului de sac peritoneal anterior) (vezi fig. 553);

— extirparea subtotală a corpului uterin dacă sînt aspecte patologice (fibromatoză, metropatie hemoragică), sau dacă este prea mare pentru o interpoziție vezico-vaginală;

— eventual excizia epiteliului din canalul istmic, cu un traumatism minim și fără devitalizarea esuturilor ce pot fi folosite pentru o reconstrucție rațională a mijloacelor de susținere și suspensie (fascia pubocervicală, partea bazală a ligamentelor largi, ligamentele utero-sacrate și rotunde, fascia septului recto-vaginal și planurile musculare pelvi-perineale), precum și pentru refacerea raporturilor anatomice normale: vagin de lungime și calibru satisfăcător, cura cisto-celului, ca și a incontinenței de urină (prin interpoziția sub vezică a bontului istmic), cura rectocelului și eventual și a elitrocelului asociat (fig. 554).

Timpurile tehnicii sînt următoarele:

— *Primul timp* este incizia peretelui vaginal anterior și separarea lambourilor de vezică (vezi colporafia anterioară).

— *Al doilea timp* este separarea vezicii de col și istmul uterin pînă se ajunge la fundul de sac peritoneal anterior, (ca la interpoziția vezico-vaginală a uterului).

— *Al treilea timp* constă în decolarea fasciei vezico-vaginale de pe lambourile vaginale decolate (vezi operația Halban).

— *Al patrulea timp* — constă în amputația colului; pentru această incizie transversală este continuată de jur împrejurul colului, mucoasa este împinsă în sus și se pun ligaturi laterale pe ramurile cervicale ale arterelor uterine (vezi fig. 469), colul este apoi amputat la nivelul socotit necesar.

— *Al cincilea timp* — este exteriorizarea uterului pentru care se procedează ca la interpoziția uterului vezico-vaginal; dacă se întâmpină dificultăți din cauza excesului de volum al corpului uterin, acesta este atras cît este posibil cu pensa de col și se scoate o bucată din el ca la miometrectomia pe cale vaginală, iar plaga făcută se închide temporar cu unul sau mai multe fire, care vor servi și ca tractor.

— *Al șaselea timp* — constă în pensarea, secționarea și ligatura în masă a trompelor, ligamentelor rotunde și utero-ovariene, de o parte și de alta; apoi, după pensarea și ligatura arterelor uterine se face histerectomia subtotală, la nivelul dorit, cu evitarea bontului, pentru a permite o închidere ușoară (fig. 555 A).

— *-Al șaptelea timp* constă în închiderea bontului cervical cu fire separate, pediculele anexiale (trompe, ligamente rotunde și utero-ovariene), fiind prinse și ele la unghiurile suturii (fig. 555 B). Marginea vezicală a inciziei peritoneului este suturată în afara bontului, pentru a închide cavitatea peritoneală (ca la histerectomia subtotală pe cale abdominală).

-*Al optelea timp* — este sutura fasciei vezico-vaginale ce ancorează în porțiunea de jos a plăgii și bontul uterin, întors sub vezică înfundat în bursă ca uterul în operația Wertheim-Schauta-Watkins (fig. 555 C); apoi excesul de mucoasă vaginală este excizat și peretele vaginal anterior este refăcut pe linia mediană, buza posterioară a colului fiind acoperit cu un nod Sturmdorf, iar cea anterioară printr-o modificare a acestuia (ca în fig. 555 D).

Operația este obligatoriu completată printr-o colpo-perineorafie posterioară.

HISTERECTOMIA TOTAL

Pentru histerecctomia total pe cale vaginal se cunosc numeroase procedee descrise sub diferite nume (dup coala ginecologic respectiv); diferen ele ce le disting nu prezint practic mare interes, fiindc în afara inciziei vaginale, i câteva detalii de tehnic , mai mult sau mai pu in subtile, nu prea au cum s schimbe situa ia, uterul fiind deja exteriorizat de prolaps. Ne vom limita la un singur procedeu (al lui Rouhier), în care opera ia începe prin colpectomie, dar aceasta nu este nici total ca în procedeul Miiller-Savariaud, nici prea redus ca în procedeul Fritch-Pozzi. Am ales acest prim timp diferit de modalit ile precedente de deschidere a fundului de sac anterior (prin incizie sagital sau transversal deasupra colului) pentru a oferi o varietate mai mare dar timpii se pot combina dup caz i preferin e. Procedeul poate fi eventual completat printr-unul din numeroasele artificii de tehnic , dintre care, în cele ce urmeaz vom descrie pe al lui Crossen i al lui Campbell, ce tind s sporeasc consolidarea ce se ob ine i cu care vom încheia această în iruire.

Tehnica Rouhier:

—*Primul timp este colpectomia.* Colul uterin, prins cu dou pense de comisuri (nu de buza anterioar care poate fi coafat de vezic), dou dep rt -toare Farabeuf înl tur buzele; se trage în jos de pense pentru a pune în tensiune peretele vaginal anterior i,

dac este nevoie, se r suce te u or de pense, pentru a pune succesiv în eviden , mai bine, câmpul de atac. Incizia se face în potcoav , circumscriind toat fa a anterioar i laturile prolapsului (fig. 556 A). Se decoleaz cu grij mucoasa vaginal , la început cu pensa anatomic i bisturiul, apoi cu compresa, pîn la orificiul extern al colului, unde lamboul de vagin este sec ionat cu foarfecele (fig. 556 B). Se ridic cu pensele în sus colul i se atac posterior, unind mai sus sau mai jos, dup cât de mare pare necesar s fie p strat vaginul, inciziile laterale (fig. 557 A).

Dar peretele vaginal posterior este mult mai friabil i rectul risc mai mult s fie deschis: aici, decolarea este bine s se fac cu foarfecele bont i curb, îndreptat cu vârful spre mucoasa vaginal .

Al doilea timp este histerectomia vaginal . Se începe degajarea uterului cu foarfecele bont, al c rui vârful se ine acum îndreptat spre uter, pîn ce se g se te planul de clivaj; apoi, este u or de a continua pîn la fundul de sac anterior al peritoneului, cu foarfeca boant , sau cu o compres montat pe pens . Dup ligatura i sec iunea pilierilor vezicali, se ridic i se protejeaz vezica cu o valv . Figura 558 arat c este un fel de a spune c se protejeaz vezica cu valva: ridicînd vezica cu valva se îndep rteaz i încruci area ureterelor cu arterele uterine, de marginile uterului i astfel, la pensarea, sec ionarea i ligatura arterelor uterine, protej m astfel mai degrab ureterele de a fi sec ionate sau prinse în ligatur . Se libereaz i se deschide fundul de sac posterior trecîndu-se un fir de reper, prin foi a posterior a bre ei peritoneale; acum uterul este deplasat cu pensele de col c tre înainte i spre o parte, a a c de partea opus s fie pus în tensiune ligamentul utero-sacrat, care este pensat, sec ionat i ligaturat. La fel spre partea opus . Apoi se leag de fiecare parte lateral cele dou -trei fascicule de vase cervico-vaginale, cu expansiunile tecii hipogastrice care le înconjoar i arterele uterine (fig. 557 B); degajînd i coborînd colul i istmul, pe m sur ce se sec ioneaz pediculele vasculare, se ajunge la segmentul corporeal, mai lat al uterului. Se deschide i fundul de sac vezico-uterin fji se basculeaz , de preferin înainte, corpul uterin apu- cindu-l, din ce în ce mai aproape dc fund, apoi chiar fundul uterului, cu o pens de col. Cîiul alungirea colului (cum se vede în fig. 553) pare s împiedice bascularea uterului, este mai simplu ca înainte de acest moment colul s fie sec ionat (p strîndu-se dou lire tractor, ca reper, pe tran a ref cut). Sc leag prin transfixie i se sec ioneaz în bloc ligamentul rotund, trompele i ligamentul utero-ovarian (fig. 559 A), de fiecare parte, dup ce uterul este complet deta at. Se repereaz peritoneul, aducîndu-l la vedere, cu o compres montat pe o pens lung , dinapoia vezicii i dinaintea rectului; se închide cu o burs sau un surjet peritoneal (l sînd subperitoneal sau chiar amarînd la bontul vaginal pediculi anexiali i ligamentele rotunde) (fig. 559 B). Se închide vaginul cu sau f r a l sa un dren (pentru 72 de ore) i se procedeaz la colpo-perineorafie posterioar .

în prolapsurile totale aceste manevre sînt în genere foarte utile, ligamentele fiind întinse și sub iri (uterul iese de altfel singur afară din vagin). Există totuși trei pericole ce trebuie semnalate:

- hemoragiile intra- și postoperatorii;
- lezarea ureterelor și vezicii;
- secționarea sau ruperea colului uterin.

Complicația hemoragică ce poate surveni în timpul operației, sau la scurt timp după (practic fiecare timp al hemostazei trebuie minuțios controlat) este totdeauna datorită unei inexactități tehnice; fie că instrumentarul este inadecvat, fie că ligaturile sînt neglijent efectuate, fie că operatorul nu s-a convins că astfel de intervenții nu sînt o cursă contra cronometru. În toate aceste cazuri vasul care dă trebuie cutat cât mai curînd, cu atenție și minuțiozitate și cînd hemostaza pare imposibilă pe cale vaginală, nu trebuie să pregetăm să trecem la intervenția pe cale abdominală pînă nu este prea tîrziu.

Lezarea ureterelor este posibilă fie în momentul decolării vezico-vaginale (dar ureterul este solidar cu vezica în segmentul său retro-vezical), fie la secționarea ligamentelor utero-sacrate (dar el este mai sus cu 2,5 — 3 cm, vezica a fost deja împinsă în sus și ligamentele utero-sacrate se pensează și secționază în partea lor juxta-cervicală, cât mai razant cu colul), fie la ligatura uterinelor (dar uterul coborît și vezica ridicat cu valva, asigură un segment suficient de lung inter-uretero-uterin). În histerectomiile vaginale, ligatura și secționarea esuturilor parametricale, trebuie să fie făcute cât mai aproape de col; de asemenea, secționarea pilierilor vezicali, net vizibili, se face ras cu colul. Cum ureterele sînt situate deasupra și lateral, cam la 1,5 cm față de pilieri este indicat ca această secționare să se facă înainte de abordarea uterinelor, astfel ca mobilizarea ureterelor să devină posibilă (ca în fig. 558). Cînd fundul de sac vezico-uterin este deschis introducerea unei valve permite ridicarea vezicii astfel că ureterele sînt îndepărtate din câmpul operator.

Lezarea vezicii, care coboară uneori foarte jos pe buza anterioară a colului, poate fi evitată printr-o precauție simplă și foarte utilă și anume, determinînd, de la începutul operației, sau oricînd pe parcursul ei pare necesar, sediul fundului vezicii, prin introducerea unui cateter metalic prin uretră.

Secționarea sau ruperea colului uterin, uneori foarte alungită și subțire, este posibilă cînd se pierde, sau nu s-a găsit planul de clivaj cu rectul sau vezica, și, în cutarea lui, foarfecele «mușcă» în esutul uterin; secționarea nedorită a colului este lipsită de gravitate și poate fi totdeauna corectată prin trecerea unor fire ce se folosesc ca reper și tractor.

— *Al treilea timp*, care începe după extirparea uterului și închiderea cavității peritoneale este repararea. Deosebit de delicată, dar și de necesară după preriarea lui Rouhier, este capitonarea cu pereții rectului și vezicii: aceste puncte succesive ar forma coloana de rezistență care trebuie să fie cât mai înaltă și puțintă de asemenea, ele vor evita totodată, formarea unui hematom; numai că prin aceasta se ajunge la situația semnalată ca un inconvenient și pentru colpocleizis-ul median, și anume că intervenția nu corectează incontinența de urină, ba poate chiar să o agraveze. De aceea, pentru terminarea operației, unii autori (între alții la noi în țară S. Vuia care avea o experiență considerabilă) preconizează folosirea unui tamponament cu o membrană lungă, a spațiului recto-vezical. Cum însă aceasta trebuie lăsată pînă ce spațiul respectiv se infectează din afară (ca în tehnica Lockard-Moomery, pentru prolapsul rectal), pentru ca reacția inflamatorie să asigure o coloană solidă de suport vezicii, nu se poate efectua în deplină securitate, în continuare, colpo-perineorafie posterioară, timp deosebit de important, care consolidează rezultatul, atît din punct de vedere plastic, cît și estetic (fig. 560). De aici concluzia că, decît capitonarea spațiului recto-vezical și membrana cavității rămase, este preferabil un drenaj (72 ore), cu tub subțire de plastic, sau să se recurgă după caz în acest timp, la unul din următoarele artificii de tehnică pentru a crea un suport suplimentar vezicii:

— *procedeele Crossen*, care folosesc drept cheie de boltă ligamentele rotunde (eventual ligamentele largi, folosind în întregime pediculele anexiale); sau

— *procedeele Campbell*, care folosesc ligamentele utero-sacrate.

Hotărîrea trebuie luată înainte de închiderea peritoneului după soliditatea aparentă mai mare a unei perechi sau a celeilalte de pedicule, ca și după posibilitatea tehnică de a le mobiliza suficient pentru a fi folosite.

În acest moment (după extirparea uterului) două pense-clampe prind de jos în sus partea inferioară a parametrelor, ligamentele sacro-uterine și cervico-vaginale, alte două pense orientate la fel prind perețile medii ale ligamentelor largi (cu bonturile uterinelor) și a treia serie de pense prind de sus în jos pediculele anexiale (trompe, ligamente rotunde și utero-ovariene), ras cu cornul uterin.

*Tehnica Crossen*³³. Ligamentele rotunde sînt apucate cu o pensă și exteriorizate (pentru reperul și aducerea lor la vedere, servesc pensele puse pe pediculul anexial); ele sînt unite în partea lor medie cu un fir ce va fi trecut și prin peretele vaginal (sau fascia vezico-vaginală, dacă a fost izolat în prealabil) sub vezică (fig. 561). De la acest punct un surjet solidarizează extremitatea distală a ligamentelor rotunde. Celelalte pedicule prinse în pense sînt unite două câte două cu puncte în U, primul reluînd terminarea surjetului de pe ligamentele rotunde, iar ligamentele utero-sacrate, la fel unite, agațomul vaginal (fig. 562).

³³ Crossen folosește o tehnică de histerectomie vaginală în prolapsuri, puțindiferit: accesul la uter îl face prin colpotomie anterioară, cum s-a descris la «plicătura parametrelor».

După ce deschide fundul de sac peritoneal anterior continuă incizia transversală a vaginului în jurul colului, disecționează posterior și deschide Douglasul. Urmează pensarea pediculilor, secționarea și extirparea uterului. Apoi se face sutură-ligatură a pediculilor, pentru a forma un plan de suport vezicii și numai după ce închide peritoneul, lășază totdeauna un tub subțire de dren pînă la Douglas, rezecționează excesul de mucoasă vaginală și închide peretele vaginal anterior.

În fine, termină prin repararea planului pelvi-perineal.

Din punct de vedere al simplității și al logicii timpilor operatorii, ni se pare că procedeele Rouhier este preferabil, întrucît face colpectomia de la început (cînd este mult mai ușor de efectuat); numai că el trebuie completat în locul alipirii recto-vezicale, cu una din metodele ce încearcă să facă un nou suport conjunctiv, consolidat, vezicii.

Tehnica Campbell. Se înlocuiesc cele patru pense clampe superioare prin ligatur și se închide peritoneul în bursă, extra-peritonealizînd bonturile. Pensele de pe ligamentele utero-sacrate sînt trase înainte, cîte o ligatură solidă permite să se ridice pensele. Capetele fiecărei ligaturi se pîstrează: ele vor fi fixate sub vezică (fig. 563) și uretră, la fascia vezico-vaginală. Se închide vaginul trecînd firele și prin ligamentele utero-sacrate.

Ligamentele utero-sacrate, ca și ligamentele rotunde mai pot fi folosite și când se face histerectomie subtotal sau chiar când nu se face histerectomie.

Există două posibilități de a utiliza ligamentele utero-sacrate: ele sînt fie liberate de sus în jos (de pe fața posterioară a uterului, după bascularea acestuia, sau a bontului restant înainte) și apoi trecute prin ligamentele largi în fața uterului sau numai sub vezică, fie liberate de jos în sus prin adîncirea decolării, după colpotomie posterioară, și suturate odată cu firul superior, ce prinde ridicătorii anali.

Prima soluție aparține lui Wagner și a fost propusă mai ales pentru întărirea interpoziției vezico-vaginale a uterului; cea de a doua lui Dellepiane, care o recomandă sistematic la colpo-perineorafie, când aceasta constituie un timp dintr-o intervenție pentru prolaps, sau când, în afara rupturii de perineu, pentru care se intervine și uterul este retroversat.

și în toate aceste cazuri se practic, în sfîrșit, o colpo-perineorafie posterioară, care va servi drept sprijin planului subvezical reconstituit și va reda vaginului oblicitatea normală.

EVOLUȚIE POSTOPERATORIE ȘI COMPLICAȚII

În urma intervențiilor pentru tulburările de static genital, se pot produce incidente, accidente și complicații de toate ordinele. Nu vom reține aici decît unele aspecte ale acestora, ce ni se par mai strîns legate de natura intervențiilor, dacă nu chiar propriile operații plastice și reparatoare ale poziției organelor genitale.

Operațiile adresate corecturii retrodeviațiilor uterine, dau mai cu seamă complicații obstetricale (dureri, hiperexcitabilitate uterină, prin dezvoltarea asimetrică a uterului, tulburarea formării segmentului inferior etc.). Din acest punct de vedere, procedeele cele mai indicate par să fie: piramidalopectia (procedeul Aburel), scurtarea ligamentelor rotunde (procedeul Stanca și Mocquot) și, dintre ligamentopexiile parietale, procedeul Pellanda. Unele ligamentopexii (și în special procedeul Doleris), creînd în cavitatea peritoneală înele artificiale, mai expun la ocluzii prin încarcerarea și strangularea anselor intestinale. În sfîrșit, ligamentopexiile parietale și unele histeropexii suspendate, pot lăsa o senzație de tensiune sau chiar dureri (care adesea apar și în afara sarcinii) explicate, fie de strangularea ligamentelor rotunde prin butoniera aponevrotică³⁴, fie de comprimarea vezicii sau altor organe (trompe, ovare, sau numai pediculele lor).

Exohisteropexiile, histeropexiile directe (cu excepția celei istmice) și unele histeropexii suspendate (metodele Iacobovici, Halban și Marin Popescu) sînt incompatibile cu sarcina. În eventualitatea că s-au efectuat înainte de menopauză și femeia nu a fost sterilizată, starea de graviditate este profund tulburată și avortul este inevitabil (controlul cavității uterine este și el îngreunat din cauza poziției deosebite a uterului).

Dar, evoluția postoperatorie după procedeele de pexie pe cale abdominală mai prezintă două particularități, asupra cărora s-a atras în repetate rînduri atenția și anume: alungirea colului și hernia Douglasului. Apariția acestor complicații specifice este departe de a fi excepțională; ea explică recidiva, mai mult sau mai puțin tardivă, în aceste cazuri, a prolapsului.

³⁴ De asta, se recomandă ca aceste tehnici să se efectueze (cum s-a descris original procedeul), trecînd ligamentul numai prin peritoneu și nu chiar fixîndu-l sub aponevroză.

Alungirea hipertrofic a colului impune amputa ia înalt supravaginal (care îns în aceste condi ii devine o opera ie mai delicat , uterul fiind fixat i nepermi înd coborîrea suficient a colului la vulv), completat sau nu de un procedeu de fixare pe cale vaginal , cum ar fi opera ia de la Manchester sau Halban.

Hernia Douglasului³⁵ pune o problem terapeutic tot atît, dac nu i mai complicat . Este deci mai recomandabil profilaxia sistematic a acestei complica ii ce poate crea sup r ri însemnate. Profilaxia const în închiderea Douglasului în burs (opera ia lui Marion) cu unul sau mai multe fire nere- sorbabile (fig. 492); dac profunzimea fundului de sac peritoneal posterior necesit îns ilarea etajat , ultima burs se va pune la nivelul ligamentelor utero-sacrate, înc rcînd în ac i fa a lor intern pentru a le apropia.

Pentru cura enterocelului odat constituit, opera ia lui Marion nu mai este suficient ; în astfel de situa ii trebuie procedat ca pentru orice hernie³⁶: dup reducerea viscerelor herniate, se disec i rezec sacul, se închide orificiul i se refac mijloacele de sus inere. Opera ia care, anatomic, ar corespunde cel mai bine ar fi cea propus de Amza Jianu (miorafia ridic torilor anali pe cale înalt) dar este tehnic foarte greu de executat, ceea ce face s se dea preferin , în aceste cazuri, opera iilor mixte, pe cale înalt i joas , în dou echipe. Pe cale abdominal se reduc ansele herniate, se disec sacul i se rezec ; pe cale vaginal se face miorafia înalt a ridic torilor anali, cu închiderea spa iului l sat între ridic tori i ligamentele utero-sacrate (procedeul Dellepiane). Inter-ven ia se face i succesiv, de jos în sus, dar atacul concomitent d avantaje importante: u ureaz decolarea segmentului inferior al sacului, m re te lumina cîmpului i permite trecerea firelor pe ridic tori i ligamentele utero-sacrate, în condi ii mai bune.

Aceste avantaje sînt înc mai evidente cînd elitrocelul a ap rut dup o opera ie pentru prolaps, cura lui chirurgical fiind îngreunat atunci de interven ia anterioar (perineu înalt, uter fixat la perete etc.).

Majoritatea opera iilor pentru prolaps, care folosesc calea vaginal , sînt mai simple ca tehnic (prin îns i situa ia foarte accesibil pe jos a uterului în prolaps) i ne ocante. Ele pot duce îns la anumite accidente, incidente i complica ii.

Dintre accidentele intraoperatorii (care pot r mîne îns neobservate, constituind mai tîrziu complica ii grave) cele mai importante sînt sec iunea vezicii sau ureterelor, legarea acestora din urm , precum i angularea lor prin suturile efectuate.

Ele se produc în genere prin defecte de tehnic ; dar pentru anumite opera ii (plicatura parametrilor în special) i în situa ia c diverse anomalii modific sediul obi nuit sau fac deosebit de aderente ureterele sau vezica de uter sau vagin, accidentele nu pot fi evitate chiar cînd se opereaz cu toat grija. Cînd leziunile s-au produs, ele impun repararea imediat (vezi capitolul fistulele genitale).

Cea mai frecvent complica ie a opera iilor pe cale vaginal sînt hemoragiile; acestea pot fi precoce (în orele sau primele dou zile, ce succed opera ia) sau tardive (dup 8—10 zile). Hemoragia se poate preveni, pe de o parte f cînd o hemostaz îngrijit a cîmpului operator i evitînd manevrele brutale (de pild pentru decolarea vezicii), iar pe de alt parte, folosind pentru suturi materiale neresorbabile (nylon) i efectuînd toate suturile cu puncte separate.

Cînd hemoragia s-a produs, ea poate fi în genere jugulat prin tamponare cu o me steril , la nevoie reinterven ie pentru depistarea pedicolului nelegat sau prost legat i perfectarea hemostazei.

REZULTATE

Rezultatele opera iilor pentru prolaps sînt foarte diferite. Dac se poate afirma c nu exist tehnic pentru care s nu se cunoasc recidive trebuie ad ugat c atunci cînd alegerea tehnicii este judicioas i adaptat formei de prolaps, cînd ea a fost corect efectuat i nu s-au produs accidente sau complica ii, rezultatele sînt, în marea lor majoritate, foarte bune.

Cit m unele cifre pentru opera ii mai pu în folosite la noi în ar . Astfel:

— pentru opera ia de la Manchester, într-o anchet f cut de Shaw în trei maternit i, pe 857 de cazuri, a g sit 96,4% vindec ri de durat ;

— pentru opera ia Halban în tratamentul prolapsului Pollosson, Mathieu i Pernoux dau 80% vindec ri clinice îndep rtate i 60% anatomice (prolapsul iterativ al vezicii este mai frecvent i incontinen a r mîne neameliorat în 29% din cazuri);

— pentru histero-colpectomie pe cale vaginal Roux i Marchall dau urm toarele procente de urm ri îndep rtate: 78,7 perfecte, 9,2 cu tulbur ri func ionale mici (polakiurie, senza ie de greutate), 11,1 cu tulbur ri func ionale notabile (dintre care 0,9 recidive).

La noi în ar , Vuia nu avea decît o singur recidiv la peste 400 de histerectomii pe cale vaginal pentru prolaps.

³⁵ Enterocelul produs prin fundul de sac posterior împinge peretele posterior al vaginului i dep e te planul ridic torilor anali, constituind « elitrocelul»; mai rar cînd el evolueaz înapoia septului recto-vaginal, cap t numirea de hidrocel. Ambele forme pot ap rea i f r ca uterul sau numai bontul dup histerectomie s fi fost fixat printr-un procedeu de pexie; atunci înso esc sau nu alte manifest ri ale prolapsurilor, sau eventual exagerarea unui fund de sac profund congenital, între enterocel i prolaps exist deci, dou reia ii posibile: de coexistent (cînd ambele sînt expresia relax rii mijloacelor de sus inere a viscerelor) i de succesiune (cînd interven ia pe cale abdominal pentru prolaps a favorizat dezvoltarea enterocelului), ultima fiind cea mai des întîlnit (Brocq, Houdard i Watterwald o g sesc pe aceasta de 13 ori din 17 elitrocele studiate, pe cînd asocia ia numai în 3 cazuri).

î Cloazonarea colo-vezical , sau recto-vezical , de asemenea propuse pentru cura enterocelului, nu corespund cerin elor, din acest punct de vedere.

CUPRINS (VOL. II)

0

OPERA II RADICALE

Prof. dr. doc. I. CHIRICU

Introducere.....	635
Scurt istoric al histerectomiilor totale l rgite i al tratamentului asociat radio-chirurgical..	637
Principiile i eficien a tratamentului chirurgical în cancerul colului uterin	641
Indica ia terapeutic în cancerle colului uterin	661
No iuni de anatomie necesare pentru operarea uterului canceros	674
Tehnici chirurgicale folosite în tratamentul cancerului colului uterin	701
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei Sn tratamentul cancerului de corp uterin	923
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale utilizate în tratamentul corioepiteliomului uterin	940
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale utilizate în tratamentul tumorilor vaginului....	943
Indica ia terapeutic i tehnicile chirurgicale folosite în tratamentul cancerului vulvar....	949
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei în cancerul trompei uterine	972
Indica ia terapeutic i locul chirurgiei în tratamentul cancerului ovarian	975
Tehnici anex la chirurgia ginecologic	1021
Bibliografie.....	1034

CHIRURGIA GLANDEI MAMARE

Prof. dr. doc. D. SETLACEC

Date anatomice	1051
Chirurgia supura iilor glandei mamare	1055
Chirurgia tumorilor glandei mamare	1057
Bibliografie selectiv	1105

OPERA II RADICALE

SCURT ISTORIC AL HISTERECTOMIILOR TOTALE LRGITE I AL TRATAMENTULUI ASOCIAT RADIO-CHIRURGICAL

Primele histerectomii totale lrgite, pe cale abdominal , pentru cancer al colului uterin au fost executate de Freund în 1878. Metoda a fost abandonat de însu i autorul ei, dat fiind mortalitatea înfrico toare a primelor tentative.

Ulterior, dup introducerea asepsei severe, opera ia este reluat de Ries (1895) i apoi de Clark (1896), care încearc o tehnic de histerectomie total lrgit pe cale abdominal .

Acest tratament chirurgical s-a dezvoltat rapid în anii urm tori, f r a se baza îns pe o principialitate oncologic . La Viena, E. Wertheim i la Paris, J. L. Faure, marii chirurghi ginecologi ai epocii, pun la punct în jurul anului 1898 (dat citat de H. Robert) tehnica opera iei histerectomiei totale lrgite, Wertheim publicînd rezultatele tardive în 1904. Paralel cu primele începuturi din str in tate, tratamentul chirurgical se dezvolt viguros i la noi. Thoma Ionescu public rezultatele primelor histerectomii totale în 1897. Lucrarea se intituleaz : «Histerectomie total vaginal i abdominal » (« Revista de chirurgie» Bucure ti, 1897, Tomul I). În 1899 prezint lucrarea: «Sur Physterecto- mie abdominale totale» în fa a celui de al III-lea Congres Francez de Chirurgie (Paris).

Prima încercare de sistematizare a principiilor ce trebuie s stea la baza acestor interven ii pentru cancerul colului uterin s-a f cut cu ocazia Congresului Interna ional de Chirurgie i Ginecologie de la Roma din 1902. Raportori au fost desemna i Thoma Ionescu i E. Wertheim.

La acest Congres s-au înfruntat dou concep ii: concep ia chirurgiei lrgite de organ a fost sus inut de Wertheim i concep ia chirurgiei de teritoriu limfatic, aplicat dc principiu, a fost sus inut de Thoma Ionescu.

Wertheim, reluînd i perfec ionînd tehnica propus de Ries i Clark, recomand o chirurgie de organ lrgit , propunînd extirparea în bloc a uterului canceros (cu anexele i 1/3—1/2 superioar a vaginului) i a esutului conjunctiv de vecin tate (parametre). Fa de aria ganglionar , Wertheim avea o atitudine oscilant , recomandînd «îndep rtarea ganglionilor, numai cînd sînt m ri i».

Thoma Ionescu ia pozi ie hot rît în favoarea chirurgiei de teritoriu limfatic, aplicat de principiu în cancerul colului uterin. El subliniaz c «abla ia cîtorva ganglioni hipertrofia i, vizibili, opera ie desemnat pe nedrept sub numele de evidare pelvian , este un nonsens chirurgical i nu are ra iunea de a exista».

Thoma Ionescu formuleaz atitudinea sa de exerez larg în modul urm tor: «< în afar de uter i anexe se extirp totalitatea esutului celular al micului bazin, al foselor iliace i lombare, cu ganglionii con inu i. Cu cît cancerul este mai limitat (incipient), cu atît opera ia va trebui s fie mai larg , pentru a fi eficace. Trebuie abandonate tratamentul paliativ cancerule uterului, care au invadat perimetrul».

în felul acesta, T. Ionscu delimiteaz cazurile opci abile (stadiul I i II) de cele inops- rabile (stadiul III i IV), întrev zînd, înc din 1902, clas;tica ia stadial a cancerului colului, pe care abia peste 35 ani o va fixa Heyman (1938). Rezult cin datele istorice c Thoma Ionescu, a fost printre primii autori care au întrev zut i sus inut linia just de dezvoltare a chirurgiei oncologice, aceea a chirurgiei de teritoriu limfatic.

Thoma Ionescu a fost unul din adversarii hot rî i ai chirurgiei de exerez pe cale vaginal în cancerule colului uterin, cale prin care ganglionii pelvisului nu pot fi explora i i extirpa i.

în acea epoc (începutul secolului), dat fiind mortalitatea mare (20—40 %) a histerectomiei totale lrgite pe cale abdominal sau apari ia frecvent a celuli- telor pelviene i peritonitelor, ia o dezvoltare din ce în C3 mai mare chirurgia de exerez a uterului canceros pe cale vaginal , metoda fiind ini iat de Schauta i perfec ionat ulterior de Amreich. Aceast cale nu corespunda îns unei chirurgii largi de teritoriu limfatic, motiv pentru care este criticat de foarte mul i autori.

în timp ce chirurgii oscilau între radicalismul împins la extrem³⁷, unde vindecarea era ob inut în detrimentul func iei i între metode mai pu in radicale, care respectau func ia, dar nu ofereau garan ia unei vindec ri radicale (calea vaginal , histerectomia total simpl), se impunea cu vigoare aten iei medicilor o nou metod terapeutic : metoda radiologic (aplica ii de radiu sau curieterapie). Se publicau din ce în ce mai multe date statistice cu rezultate superioare celor chirurgicale.

Regaud prezint primele statistici cu rezultatele curieterapiei în fa a Congresului interna ional de la Roma din 1926, revenind apoi în 1932.

Statistic, pe un num r apreciabil de cazuri, rezult c curieterapia, avînd riscuri imediate minime, rezultatele îndepr rate în timp sînt superioare statisticilor chirurgicale ale epocii.

Pentru stadiul I tratamentul chirurgical, cu opera ia Wertheim, ob ine 60 % vindec ri peste 5 ani (în cel mai bun caz 70% în statistica J. L. Faure, pe cazuri selec ionate), iar radi ui 79% (statistica Regaud). Pentru stadiul II chirurgia singur ob ine 21 % vindec ri peste 5 ani, iar curieterapia 41%.

Pentru cancerule inoperabile (stadiul III i IV) unde chirurgia singur nu poate rezolva aproape nimic, radiumterapia poate da înc 27% supravie uiri peste 5 ani (Regaud).

La noi în ar I. Jovin i G. C. Severeanu sînt promotorii aplic rii curieterapiei în cancerul colului uterin; I. Jovin perfec ioneaz i celelalte metode de radioterapie, avînd o mare contribu ie în modernizarea tratamentului cancerului de col. Ace tia sînt urma i de G. Schmitzer, S. Schiau, L. Pop i Gheor- ghina Mu atescu³⁸.

37 In exerezele largi, odat , cu esutul conjunctiv pelvian se extirpau i forma iuni nervoase (nervii erectori i plexul pelvian, a c ror integritate este necesar mic iunii normale). Bolnavel operate astfel, r mîneau cu infirmit i fiziologice, grave (reten ii de urin ireversibile urmate de infec ii urinare).

I în 1927 se import 200 mgr radiu (dona ia Ing. M. Constantinescu) deus la Spitalul Col ea Bucure ti, Clinica III Chirurgie, i In 1934 Institutul Oncologic Cluj prime te 250 mgr. radiu din partea Ministerului S n t ii (date extrase din Raport asupra activit ii Centrului Anticanceros al Clinicei Chir. III Bucure ti — întocmit de Prof. A. Jianu i Dr. I. Jovin Buc. Tip. Cultura 1930, p. 5 i Declara iile Prof. C. Stanca). Pentru precizarea terminologiei utilizate

HISTERECTOMIILE TOTALE L R GITE I TRATAMENTUL ASOCIAT

A existat o perioad de timp în tratamentul cancerului de col în care terapeutică chirurgicală decada mult, prioritatea fiind de înut de tratamentele prin radia ii, care la început l sau impresia c vor putea rezolva aproape integral problema cancerului incipient.

Chiar J. L. Faure, ap r torul fanatic al histerectomiilor l rgite face declara ia impresionant în fa a Academiei Franceze c : «în fa a radiumului depune bisturiul», referindu-se la cazurile înaintate.

Chirurgi cu renume mondial ca: Hartmann, Gosset, Doderlein etc., renun la bisturiu în tratamentul cancerului colului i trimit bolnavele la radiolog.

Doderlein scrie în această perioad prietenului s u Wertheim: «Drag Wertheim, tu e ti un personaj istoric, opera ia ta nu va mai fi f cut niciodat ».

Timpul a ar tat c nici radioterapia aplicat izolat nu d cele mai bune rezultate.

Radiumterapia poate steriliza oncologic, într-un foarte mare procent de cazuri, colul canceros, parametrele i vaginul, dar las nesterilizate integral adenopatiile canceroase.

De aceea unii autori (Taussig—1943 i Lurie—1950) au propus ca dup iradiere s se practice numai limfadenectomia complementar . Dar nici această solu ie nu s-a impus, dat fiind posibilitatea rede tept rii cuiburilor neoplazici devitalizate din colul i parametrele iradiate i l sate pe loc.

Practica a ar tat c aplicarea în mod izolat a acestor metode (metoda radiologic i chirurgical), ce- i disputau superioritatea, este urmat de procente mai mici de vindec ri decît dac se aplic asociat; aceste metode nu se exclud, ci se completeaz .

Pentru aceste motive în ultimile decenii cî tig din ce în ce mai mult teren ideea asocierii radio-chirurgicale.

Tratamentul asociat a fost recomandat pentru prima oar de Monod în 1922 în Fran a i de Dannrenther în 1924 în SUA, dar autorii nu au reu it s impun metoda.

Numele lui B. Desplas (1944), M. Dargent (1946), Tailhefer (1949), J. L. Brenier (1944) i la noi a lui O. Cost chel (1953), I. Petro anu, I. Chiricu (1953), Al. Trestioreanu (1953), V. Dragon, V. Mudric, O. Popovici, M. Spi- ridon .a. r mîn legate de aplicarea de principiu a tratamentului mixt radio- chirurgical.

Ast zi, dup o preiradiere eficient (doze tumoricide) se recomand extirparea chirurgicală , practicîndu-se o chirurgie larg de teritoriu limfatic (denumit i chirurgie de sistem), bazat în parte pe principiile chirurgiei oncologice formulate pentru prima oar de Thoma Ionescu la începuturile secolului, f r a face îns extirp ri exagerate inutile. În opozi ie cu această atitudine de echilibru apar din ce în ce mai multe «tehnici chirurgicale largi» (tehnica Brenier, 1950; J. Meigs, 1949; 1951; Okabaia i, 1950; Brunschwig, 1951), care nu sînt altceva decît reeditarea tehnicii propuse odinioar de Thoma Ionescu.

Cînd Meigs (Congresul Britanic de Ginecologie, Londra, 1949), propune o tehnic de histerectomie total l rgit prin care: « se va înl tura pe cît posibil to i ganglionii limfatici, vasele limfatice, esutul conjunctiv de la artera iliac în jos, de-a lungul întregului arbore arterial i venos din pelvis, sub vezica urmar , în jurul rectului, în fosa obturatoare i oriunde se poate scoate acest esut; inta noastr e s dezgolim pere ii pelvisului i s înl tur m pe cit

curieterapie sau radioterapie (sau radiuterapie) = aplica ii Iccale de radium.

Radioterapia cuprinde toate metodele de iradiere extern (raze X emise de aparatele de rontgienterapie conven ional de 250 Kv, radia ii gama — emise de aparatele ce folosesc cobalt 60, i electronii produ i cu ajutorul acceleratoarelor liniari i betatronilor). este posibil vasele limfatice, esutul conjunctiv paracervical i mai ales paravaginal», el nu face altceva decît s repete principiile operatorii i tehnica executat de Thoma Ionescu cu o jum tate de secol înainte.

între timp calea vaginal este reactualizat , practicîndu-se histerectomia dup sau înaintea tratamentului radiant. Se remarc eforturile lui Navratil (1950) din Viena (elev al lui Amreich) i al lui Subodh Mitra (1951) de a perfec iona metoda histerectomiilor pe cale vaginal , ad ugînd i extirparea ganglionilor limfatici pelvieni. în acest sens, în alt timp operator ce urmeaz histerectomiei vaginale, prin incizii paralele cu arcadele inghinale ale peretelui abdominal, incizii practicate în fosele iliace, sînt extirpa i pe cale extraperitoneal , ganglionii fosei obturatorii.

Cu toate aceste amelior ri tehnice, calea vaginal nu s-a putut impune de principiu, ea r mînînd o cale de excep ie.

La noi în ar , contribu ii de valoare i perfec ion ri tehnice importante ale histerectomiilor pe cale abdominală au fost aduse în trecut de Cristea Grigoriu, C. Stanca, C. Daniel, A. Jianu, Ilie Neam u, E. Aburel, C. Popescu -a.

S. Vuia (începînd din 1945) a perfec ionat tehnica histerectomiilor pe cale vaginal , creînd la Arad o adev rat coal de chirurgie pe cale vaginal .

La noi în ar (1950—1965) un rol deosebit în introducerea i consolidarea tratamentului asociat radio-chirurgical l-au jucat institutetele oncologice din Bucure ti (de sub conducerea Prof. O. Cost chel i Al. Trestioreanu) i Cluj (Prof. I. Chiricu).

Prin num rul mare de cazuri tratate cu asocia ie radio-chirurgicală , prin vindec rile excep ional de bune ob inute dup 5 ani (peste 90% în stadiul I), prin perfec ion rile tehnice aduse atît tratamentului radiant cît i celui chirurgical, aceste institutete demonstreaz superioritatea tratamentului radio-chirurgical.

în 1956 echipa I. Petro anu, I. Chiricu , Al. Trestioreanu i V. Mudric public (Rev. Chirurgia nr. 4, p. 70) tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite, care, verificat pe mii de cazuri, a dat rezultate excep ionale.

Contribu ii importante în problema cancerului de col au adus clinicile ginecologice de la Spitalul Giule ti (Prof. P. Sîrbu) i Spitalul Polizu (Prof. Dan Alessandrescu).

în general, chirurgia cancerului colului uterin în ara noastr se dezvolt în prezent pe principiile chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic, trasate de Thoma Ionescu înc de la începutul acestui veac, cu deosebire c , datorit protec iei pe care o ofer preiradierea, chirurgul nu mai este nevoit s fac exereze exagerat de întinse asupra esutului conjunctiv pelvian, evitîndu-se astfel sechelele marilor exereze de odinioar : fistule urinare, reten ii cronice de urin etc.

PRINCIPIILE I EFICIENȚA TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

PARTICULARITĂȚILE BIOLOGICE ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Tratamentul actual al cancerului colului uterin se bazează pe următoarele particularități biologice ale acestei localizări neoplazice, particularități care sînt de altfel întîlnite la majoritatea cancerelor epidermoide (cancerul buzei, pielii, limbii etc.).

a) *Sensibilitatea crescută a acestui tip de esut canceros față de efectele distructive ale radiațiilor (în comparație cu esuturile normale)*. Pe această particularitate se bazează tratamentul prin radiații: raiu, rontgenterapie de contact Schaefer-Witte și radioterapia cu megavoltaj realizată cu ajutorul bombei de Cobalt și acceleratorul linear (5—30 Mega-electroni-volți) care tinde să distrugă esutul canceros, fără a leza esuturile sînt toase dimprejur.

Aproximativ 87% din canceretele colului uterin sînt de tip epidermoid (epiteliomul spinocelular, anaplazic etc.), deci radiosensibile. Adenocarcinoamele, dezvoltate pe seama epiteliului cilindric endocervical, sînt mai rar întîlnite în practică (5%) și sînt considerate de unii autori ca radiorezistente; acest fapt nu este real, deoarece și adenocarcinoamele beneficiază de tratamentul radioterapie dar într-un grad ceva mai redus decît epiteliometele de tip pavimentos. În 8% canceretele sînt mixte: pavimentoase și glandulare.

b) *Malignitatea loco-regională*. Cancerul colului uterin are de obicei o evoluție lentă, extensiunea neoplazică fiind limitată pentru mult timp la esutul conjunctiv periuterin și aria limfatică pelviană, tributară colului.

Metastazarea la distanță este excepțională (contrar cancerului de sîn, prostată, tiroidă etc.). Dealtfel complicațiile ce apar în cursul evoluției cancerului colului (hemoragii, infecții, anurie prin compresiunea ureterelor, dureri prin invadarea sciaticului, ocluzie etc.) și care de cele mai multe ori gravesc sfîrșitul sînt datorite acestei extinderi loco-regionale a esutului canceros.

Pe această particularitate se bazează tratamentul chirurgical care tinde să extirpe «în bloc» organul cancerizat, esutul conjunctiv de vecinătate și aria limfoganglionară satelit.

MODUL DE PROPAGARE LOCO-REGIONALĂ A CANCERULUI COLULUI UTERIN

Căile de propagare ale cancerului de col și modul cum sînt invadate acestea neoplazic trebuie cunoscute de chirurg, pentru a putea fi extirpate radical.

Spațiile interstițiale ale esutului conjunctiv pelvian și rețeaua limfoganglionară tributară colului sînt căile prin care se face de obicei invadarea neoplazică. Călea sanguină arterio-venoasă (metastazare la distanță) ca și călea tecilor nervoase sînt excepțională întîlnite în propagarea neoplasmului de col.

Aceste căi pot fi invadate neoplazic fie prin « propagare continuă » (« din aproape în aproape »), fie prin « propagare discontinuă ». Propagarea continuă are loc cu deosebire în esutul conjunctiv din jurul colului (de pildă invadarea parametrelor, a fundurilor de sac vaginal sau a vezicii urinare), pe cînd propagarea discontinuă are loc mai cu seamă în căile limfatice (de pildă: constatarea adenopatiilor iliace maligne în unele cancerete de col în stadiul I clinic, parametrele fiind suple și fără diseminare canceroasă microscopică).

Metodele terapeutice ale cancerului colului uterin trebuie să aibă în vedere căile de diseminare canceroasă, tinzînd fie la sterilizarea lor oncologică (tratamentul prin radiații), fie la extirparea lor (tratamentul chirurgical).

Indicația terapeutică și amplasarea pe care trebuie să o dăm exerezei chirurgicale, depinde în primul rînd de stadiul evolutiv al bolii.

În prezent este admisă clasificarea TNM (după UICC-TNM. Clasification of malignant tumours. Ediția III-a Geneva, 1978). Clasificarea se bazează pe aprecierea T (tumorii), N (ganglioni) și M (metastaze la distanță).

În fig. 564 am încercat să schematizăm această clasificare.

CLASIFICAREA TNM A STADIILOR CANCERULUI COLULUI UTERIN

(ICD-O 180) * Clasificat 1972. Confirmat 1978. (Recunoscut de UICC, CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)**

Recomandarea OMS-ului (UICC) este ca această clasificare să rămîie obligatorie pentru rile afiliate OMS pînă în 1988.

Precizarea categoriilor T corespunde stadiilor respective acceptate de FIGO în caz că tumora primară este singura manifestare a bolii. Ambele clasificări (TNM și FIGO) sînt menționate în rezumatul final, pentru comparație.

| ICD-O = International Classification of Diseases for Oncology (ICD-O; OMS-1976);

** ICPR = The International Commission on stage Grouping in Cancer and the Presentation of Results of the International Society of Radiology;

JJC — The Japanese Joint Committee.

CNC = The Canadian National TNM Committee;

UICC — Union International Contre le Cancer.

DSK == Deutschsprachiger TNM-Ausschuss; FIGO = Federation Internationale de Gynécologie et Obstétrique.

REGULI DE CLASIFICARE

Este obligatorie verificarea histologic a bolii. Orice caz neconfirmat histologic trebuie raportat separat.

Este recomandabil ca examinarea bimanual prin examen ginecologic i tu eu rectal s fie f cut sub anestezie i s fie f cut mai mult decît de un singur examinator.

Examenul citologic prin punc ie este recomandabil cînd ganglionii regionali sînt palpabili.

Condi iile minime necesare pentru evaluarea categoriilor T, N i M sînt urm toarele:

— Categoriile T: extinderea lor s fie apreciate prin examinare clinic , cistoscopie i radiografie (inclusiv urografie) pentru aprecierea st rii parametrelor i a vezicii.

— Categoriile N: examinare clinic i radiografie incluzînd urografia i limfografia pentru studiul ganglionilor limfatici juxta-regionali.

— Categoriile M: examinare clinic i radiografie.

Dac aceste condi ii nu pot fi îtrunite, se vor utiliza simbolurile TX, NX i MX.

LOCALIZ RI ANATOMICE

Endocol (180.0) (LCDO)

Exocol (180.1)

Ganglionii limfatici regionali i juxta-regionali.

Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii parametriali, hipogastrici (obturatori), iliaci externi, iliaci comuni i presacra i.

Ganglionii limfatici juxta-regionali sînt ganglionii paraaortici.

Clasificarea clinic preterapeutic TNM T-tumora primar

Categoriile UICC	Stadii FIGO	
Tis	O	Carcinom preinvaziv (carcinom in situ).
T0	—	Tumor primar neeviden iabil .
TI	I	Carcinomul limitat la col. Extensia la corp poate s nu fie luat î n considerare.
T1a	Ia	Carcinom microinvaziv (cazuri care pot fi diagnosti cate doar histologic).
T1b	Ib	Carcinomul invaziv clinic.
T2	II	Carcinomul extins dincolo de col, dar f r a ajunge la peretele pelvian i/sau carcinomul interesînd vaginul, dar nu i treimea inferioar a vaginului.
T2a	Ila	Carcinomul nu a infiltrat parametrul, dar intereseaz vaginul (2/3 superioare).
T2b	Ilb	Carcinomul a infiltrat parametrul.
T3	m	Carcinomul interesînd treimea inferioar a vaginului i/sau extinzîndu-se pîn la peretele pelvian (nu exist 1 spa iu liber î ntre tumor i peretele pelvian—apreciere |
Categoriile UICC	Stadii FIGO	
T3a T3b	Ila IIlb	prin tu eul rectal). Carcinomul interesînd treimea inferioar a vaginului. Carcinomul extinzîndu-se pîn la peretele pelvian i/sau hidronefroz sau rinichi nefunc ional datorit uretero-stenozei cauzate de tumor .
T4	IVa	Carcinomul interesînd mucoasa vezicii sau rectului i/sau extinzîndu-se dincolo de pelvis. Obs.: Prezen a la cistoscopie a edemului bulos nu este o rela ie suficient pentru a classifica o tumor ca i T4. Doar m rirea uterului singur nu constituie o justificare pentru notarea cu T4.
M1	IVb	Diseminarea î n organe la distan .
TX		Condi iile minime necesare pentru evaluarea tumorii primare nu au fost î ntrunite.

N — Ganglionii limfatici regionali i juxta-regionali.

*N*₀ — Nu se constat interesarea ganglionilor limfatici regionali; *N*_x — Dovezi ar tînd interesarea ganglionilor limfatici regionali;

Obs.: Categoriile *N*₂ i *N*_s nu sînt aplicabile. *N*₄ — Dovezi ar tînd interesarea ganglionilor limfatici juxta-regionali. *NX* — Nu sînt î ntrunite un minimum de condi ii necesare pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali sau juxta-regionali.

M Metastaze la distan

*M*₀ Nu se constat metastaze la distan ;

M1— Metastaze la distan ; MX — Nu sînt întrunite un minimum de condi ii necesare pentru evaluarea metastazelor la distan .

Clasificarea histopatologic postchirurgical : pTNM

pT Tumora primar .

Categoriile pT corespund categoriilor T. pN — Ganglionii limfatici regionali i juxta-regionali. Categoriile pN corespund categoriilor N pM — Metastaze la distan .

Categoriile pM corespund categoriilor M.

<i>Gruparea stadial</i>			
Stadiul 0	Tis		
Stadiul Ia	TI a	NO	MO
Stadiul Ib	TIb	NO	MO
Stadiul IIa	T2a	NO	MO
Stadiul IIb	T2b	NO	MO
Stadiul lila	T3a	NO	MO
Stadiul IIIb	TI, T2, T3a	NI	MO
	T3b	NO, NI	MO
Stadiul IVa	T4	NO, NI	MO
	Orice T	N4	MO
Stadiul IVb	Orice T	Orice N	MI

Rezumat

UICC	Colul uterin	FIGO
Tis	Carcinomul in situ	0
TI T1a T1b	Limitat la col Microinvaziv Invaziv	I Ib Ia
T2 T2a T2b	Extins la vagin (nu Ia treimea inferioar)/parametru (nu pîn la peretele pelvian). Vagin (nu i la treimea inferioar) Parametru	II Ila IIb
T3 T3a T3b	Extins i la treimea inferioar a vaginului (parametru, pîn la peretele pelvian). Vagin (treimea inferioar) Parametru (pîn la peretele pelvian)	III lila IHb
T4	Extins la vezic (sau/ i rect), în afara pelvisului	IVa
MI	Organe la distan	IVb

Cunoa terea clasificarea stadiale este indispensabil chirurgului, deoarece cancererele colului se împart dup stadiul evolutiv în:

— cancerere în care tratamentul tinde s rezolve radical boala (stadiul 0, I i II, stadii radical curabile), vindecarea fiind posibil într-un procent important;

— cancerere în care posibilit ile terapeutice radicale sînt dep ite, extinderea bolii trecînd peste limitele de ac iune eficace a metodelor terapeutice cunoscute ast zi (stadiul III i IV). în aceste cazuri tratamentul are de cele mai multe ori un caracter paliativ.

Apari ia recidivelor în aceste stadii incipiente este legat în primul rînd de insuficien a actului terapeutic i în mod secundar de specificul bolii.

Atragem aten ia în mod deosebit asupra relativit ii acestei clasific ri stadiale. Exist un indice de eroare destul de mare în aprecierea clinic a gradului de extindere a procesului canceros.

Stadiu apreciat clinic	Stadiul real apreciat prin examen microscopic			
	Stad. I	Stad. II	Stad. III	Stad. IV
Stadiul I	52%	25%	15%	8%
Stadiul II	10%	40%	35%	15%
Stadiul III	0%	25%	50%	25%

Din tabelul întocmit de Taylor (1940) (tabel f cut pe baza studiului mai multor statistici interna ionale), rezult acest indice de eroare între aprecierea clinic i extinderea real (microscopic) a procesului canceros.

Din studiile efectuate de Taylor, rezult c stadiul clinic corespunde cu cel real (histologic) numai în 40—52% din cazuri.

Studii mai recente confirmă aceeași necorespondență existentă între stadiul apreciat clinic (preterapeutic) și stadiul real (apreciat anatomo-patologic).

Astfel E. Burghardt și H. Pichel (1978) prezintă date similare cu ale lui Taylor.

Stadiul	Invadarea ggl. limfatic		Invadarea zonei marginale a uterului		Invadarea parametrelor	
	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%
I B (44)	7	15,9%	14	31,8%	3	6,8%
II a (13)	4	33,3	4	30,8	3	23,1
II b (93)	34	36,5	49	52,7	18	19,3

M. Piver și Whan Chung (1971) demonstrează că în cadrul aceluiași stadiu clinic, stadiul real diferă după diametrul leziunii canceroase de pe col.

Dimens. (cm)	Stadiul I B			Stadiul II A		
	Nr. cazuri	Nr. cu metastaze ggl.	% cu metastaze ggl.	Nr. cazuri	Nr. cu metastaze ggl.	% cu metastaze ganglionare
1	22	4	18,1 \ 21,1	11	3	27,2 I } 21,0
2—3	72	16	22,1 I	27	5	18,5 J
4—5	45	16	35,5 I 35,2	44	19	43,1 J } 42,1
6	6	3	50,0 I	13	5	38,4 J
	145	39	26,8* 4	95	32	33,6%

Cazuri apreciate la examenul clinic ca apar înfăptuind unui stadiu anumit apar în mod real altor stadii, de foarte multe ori unor stadii mai avansate.

Aceste date explică în parte frecvența crescută a recidivelor ori de câte ori se practică o chirurgie de organ (histerectomia totală simplă) chiar în stadii incipiente și întregul necesitate practică a unei chirurgii de sistem, de teritoriu limfatic, chiar în aceste stadii.

Rezultatul în terapia chirurgicală a cancerului de col trebuie să optăm pentru necesitatea respectării principiului radicalității «maximum permise»

REZULTATELE TRATAMENTULUI EXCLUSIV CHIRURGICAL

Două metode terapeutice: chirurgia și radioterapia și-au disputat timp de decenii superioritatea în tratamentul cancerului colului uterin. Niciuna din aceste metode aplicate în mod izolat nu pot asigura vindecarea integrală a bolii, experiența acumulată în ultima jumătate de secol arată că asocierea ambelor metode dă rezultate net superioare aplicării izolate a lor.

Vom încerca mai jos să oferim o bază de înțelegere a avantajelor și dezavantajelor acestor metode terapeutice aplicate izolat și superioritatea asocierii lor.

În medie, prin metoda chirurgicală (histerectomia totală rigită) s-au obținut vindecări la 5 ani în stadiul I clinic de 60—70%, iar în stadiul II clinic, de 30%. Profesorul C. Stanca, care a fost unul din marii chirurghi ginecologi ai țării noastre și care cântărea o mare tehnicitate în operațiile ginecologice radicale, nu a putut să depășească procentul de 60—65% vindecări la 5 ani prin tratamentul exclusiv chirurgical, bolnavele operate fiind în stadii incipiente curabile (stadiul I și II).

În stadiile III și IV, tratamentul chirurgical cu intenție de radicalitate dă rezultate mult inferioare tratamentului radiologic.

Sînt autori, puțini la număr, care publică rezultate mult mai bune după histerectomiile totale rigite (limfadenohisterocolpectomie). De exemplu, Brunschwig (1955) prezintă 78,2% vindecări în stadiul I și 51,5% în stadiul II. Meigs (1951) prezintă vindecări de 84,4% în stadiul I și 61% în stadiul II, rezultate ideale neatînse de nici un alt chirurg în afară de Magara. Trebuie reținut faptul că după operațiile hiperextinse ale acestor autori asistăm la grave complicații urinare (10% fistule urinare: ureterale sau vezicale în statistica Brunschwig și 14% în a lui Meigs³⁹). Aceste complicații, adevărate infirmități, ridică probleme grele de tratament.

Alte complicații grave, înregistrate după tratamentul exclusiv chirurgical practicat prin operații hiperextinse (adevărate celulectomii pelviene), sînt atoniile și retențiile cronice de urină, consecința extirpării plexului nervos hipogastric inferior și a nervilor vezicii.

Aceste grave tulburări «pot rămâne definitive și ireversibile» cum se exprimă H. Robert (1969) care a studiat temeinic sechelele urinare după histerectomiile mult rigite.

Dacă tratamentul exclusiv chirurgical practicat cu intenție de radicalitate poate obține vindecări într-un procent apreciabil în stadiile I și II (dar net inferior rezultatelor obținute prin tratamentul asociat radio-chirurgical), în stadiile III și IV el este total ineficient, agravînd situația bolnavilor la care se tentează operația cu intenție de radicalitate.

³⁹ De remarcat că frecvența fistulelor urinare chirurgicale nu a scăzut de-a lungul anilor, deoarece Latzko și Schiffmann în 1919 publică un procent de 10—14% (citată de Gitsch, 1971).

În schimb, în aceste stadii înaintate tratamentele exclusiv radioterapice sau asociate (tratamentele radio-chirurgicale) pot oferi vindecări sau ameliorări în proporții apreciabile în comparație cu gravitatea bolii și cu insuccesele chirurgiei aplicate în mod izolat.

REZULTATELE TRATAMENTULUI EXCLUSIV RADIOTERAPIC

Tratamentul exclusiv radioterapie s-a perfecționat continuu în ultimii 30 de ani. Sechelele grave din trecut (radio-necroze pelviene grave și foarte dureroase, fistule recto-vezicale sau recto-vaginale) pot fi în prezent evitate în mare parte sau chiar total. Procentul vindecărilor s-a îmbunătățit impresionant.

Există centre medicale de înalt prestigiu în USA, Canada, Anglia etc. în care tratamentul cancerului de col uterin se practică exclusiv prin metode radiologice, renunțându-se la metodele chirurgicale mutilante de tipul histerectomiei totale. Această superioritate a tratamentului exclusiv radioterapie are următorii factori:

- diversificarea surselor de radiație și a metodelor radioterapice;
- optimizarea tehnicii de iradiere, și individualizarea ei după cazul clinic respectiv.

Dacă în primii 40 ani ai secolului nostru nu aveam la dispoziție pentru radioterapia endocavitară (intrauterin și intravaginal) decât radiumul (acele și celule) și aparatul Schaeffer-Witte (rontgenterapie de contact a colului cancerizat), iar pentru iradierea externă numai aparatele de rontgenterapie convenționale de joasă energie (200 Kv) cu radiație puțin penetrantă în profunzimea pelvisului, în prezent avem numeroase metode noi adugate celor menționate anterior.

Pentru *radioterapia endocavitară* s-au pus la punct acele și celule de izotopi radioactivi artificiali (Cobalt, Cesium, Iridiu), mult mai ieftine și mult mai puține «periculoase» pentru pacienți și personalul medical ce le mînuiește, care nu mai este expus la «boala de iradiere».

S-au imaginat sistemele de aplicatoare «after-loading» care constau din tuburi metalice goale ce se introduc în lumenul colului și uterului și în fundurile de sac vaginal; prin computere se calculează curbele optime de izodoze și prin radiografii repetate ale pelvisului, tuburile aplicatoare sînt fixate definitiv în poziția optimă. În toate aceste perioade de timp (destul de lung) personalul medical și bolnava nu sînt iradiați. Apoi printr-un sistem de telecomandă sînt propulsate sursele radioactive în interiorul acestor tuburi și iradierea focarelor canceroase de la nivelul colului, parametrelor și vaginului se face în condiții optime, evitîndu-se la maximum iradierea vezicii și rectului ce evită iradierea inutilă a bolnavei ca și a personalului medical ce aplică sursele radioactive. Cu ajutorul curieterapiei endocavitare se pot administra la nivelul colului, corpului uterin și în unele zone ale parametrelor doze uriașe de radiație (15 000—25 000 Rad) fiindcă doza tumoricidă în cancerule de tip pavimentos variază între 5 000—7 000 R (fig. 565).

Sistemele «after-loading» (de exemplu aparatele Curietron sau Cervitron) au perfecționat mult tehnica iradierii cancerelor de col.

Pentru *radioterapia externă transcutanată* s-au pus la punct aparate ce emit radiație cu mare penetrabilitate în profunzimea pelvisului. De exemplu, în trecut, la aparatele clasice de rontgenterapie cu energii joase de 200 Kv, doza maximă de iradiere cumulată la nivelul ganglionilor pelvisului și parametrelor era de 2500—3500 Rad, doză ce nu putea distruge celulele canceroase din aria ganglionară; în prezent, grație aparatelor ce utilizează radiație de megavoltaj cum ar fi spre exemplu bombele de cobalt (radiație gama), betatronul și acceleratorul linear⁴⁰, se poate concentra strict în aria ganglionară pelvisului și parametrelor (fig. 566) cca. 4 000—6 000 Rad, adică o doză verificată ca tumoricidă, fără a produce radionecroze tegumentare, dis-trucții osoase (de exemplu, fracturi prin radionecroza colului femural) sau radionecrozele vezicii și rectului.

Prin tratamentul exclusiv radioterapie se obțin vindecări la 5 ani neașteptat de bune, mult mai bune decît cele obținute prin aplicarea exclusivă a tratamentului chirurgical.

Datele publicate recent (1964) de UICC (Annals Reports) confirmă următoarele procente de vindecări la 5 ani (însurubarea mai multor statistici internaționale): *Chirurgia* (aplicat izolat): În stadiul I = 73,7%; în stadiul II = 50,3%; *Iradierea* (aplicat izolat): în stadiul I = 76,9%; în stadiul II = 60%.

Există centre oncologice care prezintă rezultate mult mai bune prin tratamentul exclusiv radioterapie. Iradierea pelvisului cu betatronul sau acceleratorul linear dă rezultate mai bune decît cobaltoterapia.

⁴⁰ 1 Kv = c 1 000 Volți, 1 MeV = 1 000 000 Volți; Bomba de cobalt emite radiație I (gama) de 1,3 MeV, acceleratoarele liniare utilizate în clinic sînt de 5 MeV și 25 MeV.

Stadiul	Procentaj de vindecări la 5 ani	
	Institutul Gustave-Roussy*	Anderson Hospital**
I II IA II JB III |A III JB IV	81% 60%	91,5% 83,5% I } 75% 66,5% J 45,0% I | 40,5% 36,0 14,0%
	30% 8%	

* Institutul Gustave-Roussy (Paris) rezultate obținute cu cobaltoterapie; Kritter și Lalanne: Journ. 1 Radiologie, 1968, 49, 65.

** Anderson Hospital (Houston), rezultate obținute cu accelerator linear; Fletcher: Proc. Roy. Soc. (1 Med., 1968, 61, 391.

Vindecări la 5 ani obținute exclusiv prin tratamentul iradiant cu energii înalte (1968).

Date recente publicate de J. P. Smith (USA) și citate de V. Marcial (1978) prezintă vindecări la 5 ani excepțional de bune exclusiv cu tratamentul radiologic modern (st. I 97%; st. II 92% și st. III 52%).

Rezultatele obținute prin tratamentele moderne de radioterapie sînt convingătoare și ar face pe orice chirurg cu conștiință «depunător bisturiului», deoarece nici cele mai bune statistici cu tratamente exclusiv chirurgicale (atunci cînd operațiile sînt făcute de măriștii bisturiului) nu pot atinge nivelul ridicat al vindecărilor obținute prin tratamente exclusiv radioterapice. Din nefericire tratamentul radioterapie ideal cu aparatură ultramodernă și specialiști calificați (radioterapeuții ginecologi și fizicieni) nu poate fi executat în prezent decît în unele centre oncologice, încă puține la număr. Aparatura este foarte scumpă iar radioterapeuții dublați de educație în fizica radiațiilor se formează greu.

Cu toate progresele făcute, radioterapia modernă nu poate rezolva integral (100%) sterilizarea focarelor canceroase de la nivelul colului uterin și a metastazelor din ganglionii pelvieni sateliți și colului cancerizat. Aceste focare neoplazice restante după iradierea pelvisului pot fi însă extirpate chirurgical.

Din aceste motive: 1) nesterilizarea sistematică a colului cancerizat și metastazelor ganglionare ca și, 2) costul ridicat al aparaturii și dificultățile între ineriile tehnice a acesteia, metoda exclusiv radioterapică nu a fost adoptată de toate centrele oncologice; metoda tratamentului asociat radio-chirurgical, oferind și ea șanse mari de vindecare, este adoptată în prezent de numeroase centre oncologice. Pentru încă mulți ani, asociația radio-chirurgicală va fi metoda preferată, din motivele expuse mai sus.

REZULTATELE TRATAMENTULUI RADIO-CHIRURGICAL ASOCIAT

Dintr-o anchetă făcută în 70 centre oncologice, cele mai renumite din America (SUA), Europa (Anglia, Franța, Suedia etc.), Japonia și Australia (anchetă făcută de Kim Suk Whan, Park în *Suha*. — *J. Korean Med. Ass.*, 1966, 9, 861) asupra tratamentului preferat aplicat în cancerul colului uterin, se ajunge la următoarele concluzii:

1. Tratamente exclusiv radioterapice: —34 institute și clinici;
2. Tratamente radiochirurgicale: —20 institute și clinici;
3. Tratamente exclusiv chirurgicale: —16 institute și clinici.

Se poate vorbi, față de situația din 1940—1950, cînd majoritatea clinicilor erau pentru tratamentul exclusiv chirurgical, că în tratamentul cancerului de col asistăm la o adevărată răsurnare a valorii metodelor terapeutice și folosind o expresie a lui Ducuing putem afirma că tratamentul cancerului de col uterin se află la o «turnantă». Tratamentele exclusiv chirurgicale pierd din ce în ce terenul și cîștigă tratamentele radioterapice sau radio-chirurgicale.

Personal, pe o experiență acumulată pe mai multe mii de cancere de col (peste 5 000 cazuri), pot afirma cu toată convingerea că pentru condițiile existente în țara noastră, unde avem o puternică tradiție în ceea ce privește chirurgia și o dotare mai modestă radiologică⁴¹, cea mai bună metodă de tratament este dată de asociația radio-chirurgicală.

Nu putem opta pentru tratamentul exclusiv radioterapie. Pentru motivele expuse anterior (imposibilitatea sterilizării 100% a leziunii colului canceros și a ganglionilor pelvieni cu metastaze). Nu putem opta pentru tratamentul exclusiv chirurgical, fiindcă acesta practicat singur oferă cele mai mici șanse de vindecare, mai ales în stadiile II—III, situație în care se prezintă majoritatea bolnavilor. În schimb putem aplica cu succes tratamentul asociat radio-chirurgical, care oferă în prezent statistici foarte bune de supraviețuire la 5 ani. Majoritatea țărilor din Europa (Franța, Germania, URSS, Anglia etc.) aplică în practică acest tratament. Chiar Institutul Radium Hemet din Stockholm, unde au lucrat marii radioterapeuți Haymans și Kottmeyer partizani convinși ai tratamentului exclusiv radioterapie, a optat în ultimii 20 de ani pentru tratamentul radio-chirurgical.

În sprijinul superiorității tratamentului radio-chirurgical aducem argumente statistice și argumente deduse din biologia și clinica neoplasmelor de col uterin.

1. Institutul Curie din Paris își prezintă rezultatele pe 1 000 de cazuri de cancere de col uterin tratate prin asociația radio-chirurgicală (Pilleron, Durând și Lenoble, Transactions, Xth Intern. Cancer Congr. Houston, 1970).

Mortalitatea operatorie a fost 0,85% iar fistulele urinare 42% și rectale 1,5%; pentru stadiul I clinic supraviețuirea la 5 ani a fost de 80%; de 60% pentru stadiul II clinic și de 30% pentru stadiul III clinic.

Școala oncologică românească a adoptat încă din 1953 asociația radio-chirurgicală ca metodă ce trebuie aplicată de principiu (Costachel O., Petroanu I., Chiricu I., Trestioreanu AL, Dragon V., Popovici O., Mudric V., Spiridon M. și Moldovan I.).

Institutul Oncologic București (Dragon V., Trestioreanu AL, 1969) a obținut prin tratamentul complex radio-chirurgical o supraviețuire de 89,3% pentru stadiul I clinic și 75,3% pentru stadiul II clinic.

Institutul Oncologic Cluj (perioada 1958—1963, cu o echipă radio-chirurgicală condusă de Prof. I. Chiricu) obține o supraviețuire de 89,8% pentru stadiul I clinic și de 74,1% în stadiul II clinic (mortalitate 0,15% și fistule urinare 0,10%).

Importanța sterilizării tumorii colului (verificată histopatologic) și starea de invadare neoplazică a ganglionilor pelvieni explică variațiile procentului de vindecări.

În statistica Institutului Oncologic Cluj, supraviețuirile la 5 ani în stadiul I clinic după efectuarea tratamentului radio-chirurgical au fost (Rișcă M.): — 97% când leziunea malignă a colului a fost gât histopatologic steril după radioterapie intracavitară cu radium și ganglionii pelvisului nu au fost gâși și invadate canceros, după o prealabilă iradiere;

— 67% când colul nu a fost complet sterilizat oncologic iar ganglionii au fost negativi;

— 33% când ganglionii au fost gâși și invadate canceros.

Iată de ce este important ca întreaga piesă operatorie să fie examinată histopatologic (col, corp uterin, parametre, vagin, ganglionii pelvieni extirpați).

Dacă în stadiul I clinic cu ganglionii pelvieni gâși și invadate neoplazic (verificare histologică) se obține o supraviețuire la 5 ani doar de 33% după iradierea convențională cu 200 Kv, procentul vindecărilor a crescut la 41,6% după introducerea iradierii cu energii înalte (tâmbac de Cobalt).

Statisticile sînt convingătoare pentru superioritatea tratamentului radio-chirurgical. Argumentele de ordin biologic sînt expuse în capitolul ce urmează.

AVANTAJELE TRATAMENTULUI ASOCIAT RADIO-CHIRURGICAL ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

S-a văzut că tratamentul chirurgical aplicat izolat nu poate rezolva problema cancerului colului uterin.

Excepție fac numai carcinomul intraepitelial (CIE) și microcancerul (deci stadiile 0 și Ia), care pot beneficia integral de acțiunea operatorie.

Explicația constă în faptul că în cancerele surprinse în stadiul 0 și Ia, celulele canceroase nu au avut timp să invadeze esutul conjunctiv periuterin (retinaculum uteri) și nici rețeaua limfatică pelviană, încît histerectomia (totală simplă sau lărgită) poate asigura în întregime și focarul canceros.

În stadiile Ib, II și III situația este cu totul schimbată. Toate studiile efectuate (vezi tabelele întocmite de Taylor, Burghard și Piver expuse în capitolele precedente) arată că există o diseminare celulară neoplazică mai mult sau mai puțin apreciabilă clinic dar evident întotdeauna histologic atît în rețeaua limfatică a pelvisului cît și în interstițiile esutului conjunctiv periuterin.

Aplicarea izolată a exerezei chirurgicale, oricît de extinsă ar fi, nu poate asigura suprimarea în totalitate a acestei largi zone a diseminării canceroase.

Dacă se face exereză chirurgicală asociind histerectomiei totale lărgite o veritabilă celulectomie a pelvisului extirpînd întreg esutul conjunctiv pelvian și întreaga rețea limfatică dependentă de colul uterin, așa cum a recomandat Thoma Ionescu la începutul secolului și mai recent Meigs (1951) s-ar crea grave invalidități postoperatorii ca: paralizia vezicii urinare (prin extirparea plexului nervos hipogastric inferior și a nervilor vezicii), devitalizări ale ureterului urmate de fistule urinare sau stenoze ureterale urmate de hidronefroze și infecții urinare ce ar duce în final la moartea pacienților, fără a garanta 100% vindecarea cancerului.

Deci extinderea exerezei chirurgicale are anumite limite impuse de anatomia pelvisului (plexuri nervoase, uretere etc.) și a împinge la extrem exereză înseamnă să depășim fiziologicul, creînd din bolnavele operate veritabile infirme sociale.

⁴¹ În fiecare capitală de jude se găsește aparate de röntgenoterapie convențională 200 kV (pentru radioterapia profundă, transcutană) și perle de cobalt radioactiv pentru aplicarea intra-vaginală. Există și aparate Chaoul care pot fi adaptate pentru radioterapia de contact intravaginală. În unele centre (București și Cluj-Napoca) există acești tuburi de radium. Bombe de cobalt există în prezent în centrele universitare București, Cluj-Napoca, Iași și Timișoara. Sînt prevăzute înființarea mai multor centre interjudețene prevăzute cu bombe de cobalt, dintre care au intrat deja în funcțiune centrele: Brașov, Oradea și Galați. Primul accelerator linear va fi instalat la Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, în anul 1981.

⁴² De comparat cu procentul ridicat în care sînt înfîlțite aceleași grave complicații urinare în statisticile unora dintre cei mai virtuosi chirurghi care practică exclusiv tratamentul chirurgical (10% Sn statistica Brunshwig și 14% în statistica Meigs).

Vom trece în revist marile avantaje pe care le au afit bolnavele cit i chirurgul atunci cînd actul operator este precedat de iradierea pelvisului.

1. Preiradierea corect efectuat ofer chirurgului un pelvis în care infiltratele neoplazice sînt distruse total sau par ial. PEV-ul (puseul evolutiv) este inhibat.
2. Se opereaz pe un pelvis aseptizat sau cu microbismul redus la maximum.
3. Starea general a bolnavelor poate fi reechilibrat în intervalul dintre tratamentul radioterapie i exerez chirurgical .

1. *Preiradierea distruge total sau par ial esutul canceros, diminuînd riscul recidivelor.* Actul operator, executat pe un pelvis cu un esut conjunctiv infiltrat microscopic canceros, va favoriza diseminarea cancerului i apari ia unor recidive pelviene.

Radioterapia efectuat preoperator evit acest risc, deoarece microdiseminarea canceroas existent în spa iile intersti iale ale esutului conjunctiv pelvian (*retinaculum uteri*) ca i în capilarele limfatice, poate fi distrus în cea mai mare parte, dat fiind radiosensibilitatea crescut a cancerelor de col uterin. Riscul disemin rii canceroase provocate de traumatismul chirurgical este redus la maximum sau este chiar inexistent, atunci cînd se opereaz dup un prealabil tratament radioterapie.

Este tiut c exist unele cancere aflate în «puseu evolutiv» (PEV-ul autorilor francezi) caracterizate printr-o proliferare celular rapid i o malignitate crescut . Existen a PEV-ului este bine demonstrat în evolu ia cancerelor mamare, unde operarea f r preiradiere gr be te diseminarea i decesul. Fenomenul de PEV exist i la cancerele colului uterin dar el este greu de apreciat clinic, în compara ie cu situa ia cancerelor de sîn, unde PEV-ul poate fi relativ u or apreciat (prin examen clinic, mamografie i termoviziune). A opera un cancer de col uterin cu PEV, înseamn a « biciui » malignitatea fapt ce favorizeaz recidiva i metastazarea.

Radioterapia efectuat preoperator are marele avantaj c diminue malignitatea reducînd i PEV-ul sau sterilizeaz chiar integral focarele canceroase.

Vom analiza în detaliu posibilitatea de sterilizare a disemin rii canceroase din fiecare zon anatomic a pelvisului, limitîndu-se mai ales la situa ia cancerelor din stadiul I i II, adic la stadiile care pot beneficia de un tratament chirurgical cu inten ie de radicalitate. Stadiile înaintate m i IV beneficiaz mai ales de tratamentul radioterapie (vezi capitolul Indica ia terapeutic).

Teoretic se poate ast zi concentra în oricare zon pelvian o doz uria de radia ii cu ajutorul aparatelor de megavoltaj: bombe de cobalt, betatroane i acceleratoare, cantitate de radia ii ce ar dep i cu mult doza util pentru ob inerea steriliz rii focarelor tumorale (doza tumoricid pentru cancerele de tip pavimentos variînd între 5000—7000 Rad) (a se urm ri fig. 565 i 566).

Practica arat îns c dep irea dozelor utile (5 000—7 000 R) poate crea radionecroze ale esuturilor iradiate; atunci cînd aceste leziuni intereseaz rectul sau vezica (organe foarte apropiate colului) apar suferin e mari (cistita i rectita r dic) sau infirmit i grave (fistulele vezico- i recto-vaginale).

Exist deci o limit în posibilit ile de iradiere, limit impus de biologia esuturilor pelviene i a organelor vecine colului.

Practica mai arat c , chiar dac dep im cu mult doza zis tumoricid , uneori focarul canceros nu poate fi sterilizat (fenomenul de « radio-rezisten »).

Dintre organele pelviene posibil a fi invadate neoplazic, practica arat c nu pot fi întotdeauna sterilizate oncologic, prin iradiere colul uterin i ganglionii limfatici sateli i metastaza i. în schimb, infiltratele canceroase din pere ii vaginului i cele parametriale de mici dimensiuni (situa ie înfilnit în stadiul II) pot fi sterilizate oncologic prin iradiere într-un procent de aproape 100%.

A a se explic c unii autori (M. Dargent i Papillon, 1960) care opereaz dup o iradiere prealabil , las pe loc parametrele, limitîndu-se doar la o histerectomie total simpl la care adaug extirparea 1/3 superioare a vaginului i limfadenectomia pelvisului. Autor» cita i au ajuns la această formul de tratament, deoarece l sînd pe loc parametrele sterilizate prin iradiere, evit nepl cerile disec iei ureterelor (fistule, stenoze).

Pare paradoxal, dar colul uterin cancerizat care prime te, în urma aplica iilor endouterine i endovaginale, doze uria e de radia ii (15—20'000 R), poate fi sterilizat oncologic numai în propor ie de 80—90 %. De exemplu, Pilleron de la Institutul Radium Fondation Curie din Paris (institu ie de înalt prestigiu) constat pe 1 000 cazuri c sterilizarea oncologic a colului dup radium este de numai 80%.

Rezult c l sarea pe loc a colului iradiat i nesterilizat oncologic expune la recidiv sigur i acest pericol nu poate fi ignorat, atunci cînd frecven a este afit de mare (10—20% recidive). Aici tratamentul radio-chirurgical î i arat superioritatea fa de tratamentul exclusiv radiologic, deoarece prin actul operator (histerectomia) ce urmeaz iradierii, colul este îndep rtat.

O a doua zon anatomic unde radioterapia nu poate asigura o sterilizare absolut sigur a esutului canceros este zona ganglionilor limfatici posibil metastaza i.

Nu trebuie uitat faptul, c adenopatia canceroas este frecvent înfilnit (cca. 20—40%) chiar în stadiile clinice I i II, stadii considerate a fi radical curabile; sînt publicate diferite procente expuse în tabelul urm tor:

Frecven a invaziei ganglionare în func ie de stadiul evolutiv al bolii

Autorul	STAD		
	IUL		
	r (%)	i r/o)	III (%)
Tausig, 1945 (pe 1757 cazuri)		27,0	B11 15,0 46,3
Meigs (cit. de Bartolotti, 1964)	20,0	25,0	
Brunschwig i Daniel, 1958	14,2	28,8	
Mitani i colab., 1962	30,2	33,6	

Magara, 1966	11,3	42,6	57,0
Huguier și Cerbonnet, 1967	15,0	30,0	60,0
Graham (cit. de Sarazin, 1970)	15,0	30,0	
Navratil (cit. de Ackerman, 1967)	11,0	23,0	43,0
Institutul Oncologic București (Dragon, Treștoreanu, 1969); cazuri preiradiate	9,5	15,8	
Institutul Oncologic Cluj-Napoca (Chiricuț, Rîc, 1969); cazuri neiradiate	13,9	24,6	42,0

Tipul histopatologic al cancerului de col joacă un rol important în invazia ganglionară. Este mai rar întâlnit în cancerul bazocelular, ceva mai frecvent în cancerul spinocelular, procentul cel mai mare de invazie existând în adenocarcinoame. Tabelul de mai jos extras din lucrările lui J. Botella Llusia (1970) subliniază acest aspect.

Stadiu clinic	Bazocelulare		Spinocelulare		Adenocarcinoame	
	gangl. + %	gangl. — %	gangl. +%	gangl. —%	gangl. +%	gangl. —%
I	7,3	92,7	23	77	44,4	55,6
II	13,6	86,4	51,2	48,8	84,2	15,8
m	18	82	59,3	40,7	82,3	17,7

Practica arată că radioterapia clasică cu aparate de ortovoltaj (200 Kv) nu poate concentra la nivelul ganglionilor pelvieni o doză mai mare de cca. 2 000 R, doză ce este departe de a fi tumoricidă. Chiar utilizarea aparatelor de megavoltaj (bombă, cobalt, betatron, accelerator) care pot concentra intensitatea în ganglionii metastazizând și doze teoretic tumoricide (4 000—6 000 Rad) nu realizează cu siguranță sterilizarea ganglionilor invadati.

În acest sens statisticile recente ale lui Fletcher și Morton (Textbook of Radiology — Ed. Lea-Febriger-Philadelphia, (1966) radioterapeuți de mare prestigiu în folosirea aparatului ultramodern de megavoltaj (acceleratoare) arată (vezi tabelul) că cea mai corectă iradiere nu poate steriliza oncologic ganglionii invadati canceros decât la aproximativ 50% din cazuri (la stadii clinice similare).

Procedeu terapeutic	Fletcher, 1966	Morton, 1964
	Ganglioni cu metastaze (Verificati histologic)	
Ganglioni extirpati înainte de iradiere	43%	22,7%
Ganglioni extirpati după ce au fost iradiati	22%	12,5%

Taussig (1943) arată că în St. II la cazurile neiradiate 32% din ganglionii extirpati erau invadati canceros, procentul scăzând la 26% la bolnavii iradiati preoperator.

Probabil că ganglionii de mici dimensiuni pot fi sterilizați prin radioterapia cu megavoltaj dar adenopatiile canceroase voluminoase nu pot fi integral sterilizate oncologic.

Ganglionii pot fi însă teoretic extirpați aproape în totalitate printr-o operație reglată de limfadenectomie pelviană.

Chiar dacă în practică nu pot fi extirpați în totalitate, ganglionii de mici dimensiuni ca și micile porțiuni din masele din marii ganglioni metastazizând și extirpați chirurgical ar putea fi sterilizați printr-o radioterapie cu megavoltaj efectuată postoperator (fig. 567).

43 Spre diferență de parametre (forma iuni anatomice bogate în esut conjunctiv și foarte bine irigate sanguin printr-o rețea vasculară dezvoltată), ganglionii sunt lipsiți de esut conjunctiv și au o rețea capilară sanguină deficitară. În plus, aglomerările de celule canceroase formează mase compacte în ganglioni. Acestea sunt doar câteva din factorii ce creează diferențe structurale ale acestor formațiuni anatomice (parametre și ganglioni limfatici) față de doze egale de radiație.

Statistica lui Fletcher (1966) prezentat mai jos, demonstrează superioritatea tratamentului complex radiochirurgical asupra tratamentului exclusiv radioterapie.

Stadiul	Iradie singur		Iradie + limfadenectomie	
	Nr. cazuri	Vindecări la 5 ani	Nr. cazuri	Vindecări la 5 ani
I	30	86%	39	93%
II A	39	77% } 65,5%	39	89% } 75,5%
II B	25	54% ¹	28	62% ¹
III	48	54%	63	48%

Am mai prezentat și alte statistici care subliniază superioritatea tratamentului asociat radio-chirurgical.

Operația nu trebuie făcută imediat după terminarea radioterapiei. Studiile radiobiologice arată că efectele distructive ale radioterapiei asupra celulelor canceroase continuă și după încetarea radiațiilor, efectul maxim tumoricid fiind înregistrat la 4—6 săptămâni după suprimarea radioterapiei. După o perioadă de timp (de câteva luni-ani) cuiburile neoplazice rămase nedistruse își pot relua evoluția. Cel mai lung interval de reluare a activității neoplazice întâlnit în practica personală a fost de 8 ani, timp după care procesul neoplazic al colului, considerat vindecat, i-a reluat activitatea (bolnava fiind tânăr se limitase numai la tratamentul iradiant, refuzând operația mutilantă).

În intervalul de 6 săptămâni dintre tratamentul radiologic și exerezul chirurgical starea generală a bolnavelor poate fi reechilibrată în condiții optime (anemia, discraziile sanguine, septicitatea reziduală vaginală precum și alte tulburări: cardiace, pulmonare, hepatice, renale, metabolice, în special diabetul etc.).

Unii autori (Gest J., Guerin și colab., 1966) recomandă ca exerezul chirurgical să se practice imediat (la 48 ore) după scoaterea surselor radifere din uter și vagin. Noi am constatat că operând în felul acesta există posibilitatea unor hemoragii mari (semnalate și de autorii citați) și un mare disconfort tehnic. Operând după un interval liber mai lung (optimum 4—6 săptămâni) aceste dezavantaje dispar, operația efectuându-se în condiții tehnice excelente. Experiența institutelor Oncologice din București și Cluj-Napoca, pe mii de cazuri operate în aceste condiții de preiradiere, ne determină să înfirmăm afirmațiile unor ginecologi care consideră că preiradierea îngreunează tehnica exerezei chirurgicale; rămânem ferm convinși că o preiradiere efectuată de un bun radioterapeut, cu o aparatură adecvată, ușurează exerezul chirurgical, creșterea în plus condițiilor optime de securitate oncologică.

2. *Preiradierea reduce riscul complicațiilor septice postoperatorii.* Cancerul colului este un cancer infectat. Infecția nu se limitează numai la procesul canceros al colului, existând și o septicitate parametrială evidentă. Operația efectuată în aceste condiții poate declanșa infecții grave (celulite pelviene și chiar peritonite).

Operând după o iradiere prealabilă situația este total schimbată. Focarul de septicitate (bogat și în flora anaerobă), este însuși masa tumorală a colului care prin numeroasele sale zone de necrobioză, prin staza din lacurile sanguine intratumorale, prin suprafața exulcerată a tumorii și prin hemoragiile permanente, întreține un microbism exacerbat în vagin și în însuși masa canceroasă. Acest microbism ptrunde în spațiile conjunctive ale retinacului uterului, creșterea celulei septice parametriale de acompaniament.

Iradieră efectuată preoperator (radioterapie intracavitară) duce în aproape 100% la distrugerea macroscopică a tumorii colului, în 80—94% determinând chiar sterilizarea oncologică a colului canceros (histologic nu se mai găsesc celule canceroase).

Dup topirea masei tumorale, microbismul generat de ea prin mecanismele expuse, se reduce treptat, pîn la dispari ie *. In intervalul de timp care trebuie l sat între iradiere i opera ia radical (aproximativ 6—8 s pt mîni) celulita septic pelvian se reduce treptat pîn la dispari ia total . Operînd dup preiradiere, complica iile septice sînt mult reduse din urm rile postoperatorii.

3. *Preiradierea permite o bun preg tire a organismului pentru opera ie.* Cancerul colului uterin induce o anemie prin hemoragiile repetate, uneori reprezentate de mici cantit i de sînge (« hemoragia distilant » a lui Pozzi) neobservate de bolnav . Opera ia radical nu se poate practica decît dup corectarea anemiei.

Radioterapia efectuat preoperator are i avantajul c suprimînd tumoarea, se suprim i sursa hemoragiilor trenante; în intervalul de 6—8 s pt mîni exist toate condi iile de a se normaliza tabloul sanguin i reface starea general a pacientelor.

Rezumînd posibilit ile terapeutice ale radioterapiei i chirurgiei observ m cã ele nu se exclud ci se completeaz (vezi tabelul).

Posibilitatea de suprimare a focarelor canceroase prin tratamentele: chirurgical, radiologie i radio-chirurgical			
Organul invadat canceros.	Tratamentul chirurgical exclusiv	Tratamentul radioterapie exclusiv	Tratamentul asociat radiochirurgical
1	2	3	1
Colul uterin	St 100% poate fi extirpat	± 10—15% nu poate fi sterilizat	+ -r
Vaginul	S§	+	4. -f
Parametrele	.M- Nu pot fi extirpate în totalitate	+	+ +
Ganglionii limfatici	±	± aprox. 50% nu pot fi steriliza i	

* *Dac radioterapia, în special radiumterapia i aplica iile locale de perle de cobalt radioactiv, poate steriliza microbian total sau par ial septicitatea colului uterin i infiltratul septic parametrial, ea poate deveni extrem de periculoas prin activarea colec iilor purulente închistate în anexe (piosalpinx); acestea acutizîndu-se, pot crea pelvi-peritonite i peritonite grave. Pentru aceste motive înainte de a se decide aplicarea de radium, se va face un examen ginecologic atent. în caz de constatare a unor focare septice active în anexe, acestea se vor îndep rta operator (anexectomie) înainte de aplicarea radiumului. *Dac se constat o piometrie- radiumul nu se va aplica decît dup evacuarea puroiului prin dilatarea canalului cervical. Cancerul colului se va iradia ulterior i abia în final se practic histero-colpectomia cu limfadenectomia pelvisului.**

1 | 2	3	4	
Vindec rii la	St. I. 78,2%	St. I = 91%	St. I = 89,8%
5 ani (cîteva din cele mai bune statistici publicate).	St. II. 51,5% Fistule = 10% Mortali tate = 1,3% <i>Brurtschwig</i>	St. II = 75% St. III = 40,5% Mortali tate = 0% <i>Fletcher</i> (iradiere cu accelerator)	St. II = 74,1% St. III = 40% Mortali tate = 0,15% <i>Chiricu I</i> <i>Ri ca M., Carpen M., Ghilezan N</i>
	St. I. 84,4% St. II 61% Fistule = 14% Mortali tate = 1,6% <i>Meigs</i>	St. I = 81% St. II = 60% St. III = 30% St. IV = 8% (iradiere cu bomb de cobalt) <i>Kritter i Lalanne</i>	St. I. = 89,3% St. II = 75,3% <i>Trestioreanu Al i</i> <i>Dragon VI.</i> (cu radium i Rtg. extern).

Ceea ce nu poate steriliza oncologic radioterapia (colul i ganglionii) poate suprima cu eficien chirurgia.

Preiradierea reduce riscul recidivelor postoperatorii, reduce septicitatea pelvisului i permite o reechilibrare a organismului asigurînd o evolu ie bun postoperatorie.

Preiradierea permite efectuarea unei histerectomii l rgite mai fiziologice, care s men in în bune condi ii controlul mic iunii (asigurînd p strarea nervilor vezicii) i troficitatea ureterelor.

Examinînd prin sec iuni senate microscopice piesa operatorie, putem localiza zonele anatomice în care procesul neoplazic nu a fost sterilizat de radioterapia preoperatorie i postoperator putem continua un tratament radioterapie intit; această radioterapie complementar roate distruge resturile tumorale de mici dimensiuni r mase în zonele unde au fost extirpa i ganglionii limfatici de volum mare i invade i canceros sau parametrele g site a fi înc cu resturi tumorale.

Acestea sînt în linii mari argumentele teoretice, verificate de practica noastră și a altor autori, pe care se bazează asocierea chirurgiei cu radioterapia în cadrul tratamentului complex radio-chirurgical. Locul pe care-l ocupă intervenția chirurgicală în tratamentul cancerului colului uterin este deci bine precizat. Chirurgia face parte dintr-un complex terapeutic radio-chirurgical în cadrul cruia indicația intrării în acțiune a fiecăreia din aceste metode este dictată de stadiul evolutiv al bolii și de starea generală și locală a bolnavelor. Se poate vorbi deci de o tactică și strategie a tratamentului radio-chirurgical al cancerului colului uterin.

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN

MOMENTUL APLICĂRII TRATAMENTULUI CHIRURGICAL

Indicația terapeutică în cancerul colului se fixează în primul rînd după stadiul clinic al leziunii canceroase.

Dacă aprecierea clinică a stadiului este inițial suficientă pentru fixarea indicației, aceasta va trebui să fie modificată după cunoașterea stadiului real al extinderii canceroase, pe baza controlului intraoperator al leziunilor și a rezultatelor examenului histopatologic efectuat pe cupe seriate din întreaga piesă operatorie extirpată.

Există o serie de factori suplimentari care trebuie luați în considerare în definitivarea indicației terapeutice, prezența lor putîndu-o modifica radical.

Acești factori pot fi schematizați în felul următor:

A. *Factori în funcție de bolnav :*

a) *Factori generali:*

— starea generală (alterată sau nu);

— vîrsta la tinere, malignitatea fiind în general mai crescută, radioterapia postoperatorie se recomandă în toate stadiile (în afară de stadiul 0), indiferent de gradul de diseminare canceroasă găsit la examenul histopatologic al piesei operatorii. La bătrîne (peste 70 ani) pot exista dificultăți în curieterapia endocavitară (stenoze senile) sau se constată imposibilitatea de a rezista la o operație atât de dificilă;

— stări fiziologice: sarcina;

— stări patologice asociate: cardiopatii grave, nefropatii cronice, diabet, ateroscleroză, obezitate.

b) *Factori loco-regionali:*

— conformația vaginului (și a uterului): stenoza, atrezii, malformații, etc. (împiedică aplicarea terapiei radiante intracavitare);

— existența unor focare septice pelviene sau abdominale: anexite acute, pelvipertonite, piometrii, apendicităcut etc. (contraindică iradierea);

— hemoragii masive ce nu pot fi stopate prin conduita obișnuită (tamponare, hemostatice etc.).

B. *Factori în funcție de boală (în afară de stadiul clinic al bolii):*

I tipul histologic al leziunii (nedoarea care indicații asupra radiosensibilității sau a tendinței la metastazare limfatică).

C. *Factori organizatorici :*

Imposibilitatea de a aplica terapia radiantă intravaginală asociată cu rontgenterapia profundă externă în timp util, pentru a asigura frînarea evoluției bolii (lipsa radiului, a aparatului Schaefer-Witte, a localizatoarelor intra vaginale etc.).

De aceea s-au creat centre dotate corespunzător pentru un tratament radio-chirurgical complex (de exemplu, institutelor oncologice) spre care pot fi dirijate bolnavele.

În general sînt socotite stadii curabile stadiile 0, I și II; în aceste stadii procesul malign fiind mai localizat, se poate spera la o vindecare reală, fie prin distrugerea *in situ* (prin tratament radiant), fie prin extirparea totală a zonei cancerizate (prin tratament chirurgical radical). În aceste stadii tratamentul se face cu intenție curativă.

În stadiile III și IV, procesul malign fiind mult mai extins, aplicarea acelorasi metode terapeutice nu este urmată decît în rare cazuri de vindecări reale. De cele mai multe ori, cu toată intenția de radicalitate, tratamentul nu are decît un efect paliativ.

Indicația terapeutică, în funcție de stadiul clinic, pe care o practicăm în Institutul Oncologic Cluj-Napoca, pe baza unei experiențe de peste 5.000 cazuri 44 este redată mai jos.

Ea este similară (cu unele modificări) cu indicația terapeutică a institutelor care practică asocierea radio-chirurgicală: Institutul Oncologic București, Institutul Gustave-Roussy și Institutul Curie, ambele din Paris.

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL 0 (carcinomul intraepitelial) ȘI STADIUL Ia (carcinomul microinvaziv și microcancerul)

În prezența unei leziuni infraclinice a colului uterin cu suspiciuni de malignitate (examen citologic repetat pozitiv, suspiciune colposcopică) trebuie să ne asigurăm dacă leziunea este numai o displazie, un carcinom intraepitelial (stadiul 0 sau CIE) sau un microcancer (stadiul Ia).

Caracteristic pentru CIE este existența focarului canceros strict intraepitelial, membrana bazală fiind intactă pe toată aria leziunii microscopice.

Pentru precizarea acestui fapt biopsia « prin muștur » (« punch biopsy ») este insuficientă, deoarece există posibilitatea ca tocmai în zona rămasă pe loc membrana bazală să fie perforată de procesul canceros.

Conizația executată corect permite recoltarea unui con larg de esut în care leziunea este prinsă în totalitate. Scott și Reagan (1960) comparînd conizația cu biopsia în 4 cadrane, arată că aceasta din urmă furnizează anatomopatologului cca. 4% din suprafața exocolului, pe cînd conizația poate recolta 70% din suprafața exocolului și aproape 90% din epiteliul pavimentos exocervical expus

44 Institutul Oncologic Cluj În ultimii 23 ani (1958—1980) de cînd conduc această unitate, a avut în tratament 6570 bolnave de cancer al colului uterin (St. 0 = 70; St. I = 700; St. II = 1350; St. III și IV = 3050; St. IV = 157); fîr stadiu fixat 1243 (operate în alte spitale și trimise pentru iradiere). În acest interval de timp s-au efectuat 1915 de limfadenohistero-colectomii și 2760 histerectomii (pentru cancere de endometru, fibroame, carcinom al colului *in situ* etc.).

cancerizării. Pe lângă epiteliul exocervical, piesa de conizare trebuie să conțină în întregime zona de joncțiune dintre epiteliul pavimentos exocervical și cel cilindric endocervical ca și canalul cervical aproape în întregime, leziunea neoplazică putându-se extinde și la acest nivel.

Restrângerea conului excizat duce la diminuarea procentului de certitudine a diagnosticului cu 10—25%.

Redăm tehnica conizării așa cum o practicăm în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca, tehnică publicată de S. Munteanu, M. Rîc, E. David, în lucrarea *Cancerul colului uterin — Caiet metodologic* Nr. 1, Ed. Institutul Oncologic Cluj-Napoca, 1976, p. 63—69.

Tehnică: Intervenția este posibilă numai în condiții de spitalizare, fiind necesare 1—2 zile preoperator, pentru analizele curente clinice și de laborator și minimum 5—7 zile postoperator. Anestezia este, în majoritatea cazurilor, locală, cu novocaină 0,75% sau xilin (făcându-se infiltrarea parametrilor ca și în cazul unui chiuretaj uterin), excepțional rahidian sau general (Ketalar).

Pentru a evita hemoragia intraoperatorie și imediat postoperatorie, cu excepția bolnavelor hipertensive, se infiltrază colul cu o soluție de noradrenalină 1^o/000^{ser} fiziologic, 5—20 cmc. Se folosește un bisturiu cu lamă îngustă, eventual cu țigări pe ambele muchii, care execută incizii circulare pe exocol, aflat absolut «în sinus», în afara zonei iod-negative, după care bisturiul se îndreaptă oblic în profunzimea esutului cervical, astfel ca vârful lui să înfilneze canalul cervical la aproximativ 2—2,5 cm distanță de orificiul extern. Se extirpă astfel un con larg de esut, având ca bază exocolul și ca ax canalul cervical, care se înșeamnă, pentru orientare, cu câte un fir în dreptul orelor 12 și 15 (fig. 568). Restul canalului cervical este reperat cu histerometrul, dilatat până la Hegar 8—9 și raclat. În final, se execută raclajul cavității uterine iar materialul se trimite separat de cel endocervical pentru examenul histopatologic.

Bontul cervical restant se suturează în scop hemostatic cu fire de catgut (unii autori au recomandat catgut — cromat), după procedeul Green modificat (fig. 569) sau patul rămas se cauterizează și se lasă beant.

Se recontrolează permeabilitatea canalului cervical cu ajutorul histerometrului și se lasă ome endocervical și endovaginal timp de 24 ore.

În evoluția postoperatorie nu se administrează antibiotice de rutină (cu excepția cazurilor rare, care au febră peste 38° și numai după antibiograma din secreție). Toaleta vulvo-vaginală zilnică cu antiseptice uoare, stiptice și hemostatice (clorocalcin, extracte de seacă cornută, venostat) și repaus absolut la pat, exclusiv în ziua intervenției.

Există pericolul hemoragiei secundare, de obicei între zilele 7—12.

Nerespectarea unei tehnici corecte poate duce (rareori) la stenoze ale colului, cu repercusiuni asupra fertilității și desfurării parturii ei.

Insistăm, asupra unei tehnici corecte a prelucrării de laborator, fără de care însăși indicația conizării devine inutilă. În acest scop, este necesar să fie folosită o metodă care, în limitele unui consum rezonabil de timp, să ofere maximum de acuratețe concluziei histopatologice. Institutul Oncologic Cluj-Napoca a adoptat o variantă a tehnicii lui Nichols, denumită «step serial sections» și anume: piesa de conizare se împarte într-un număr de 8—12 fragmente precis orientate și dispuse circular în jurul orificiului extern al colului (vezi fig. 568 D). Din fiecare fragment se execută câte 3—4 seciuni «sondaj» distanțate la intervale regulate (seciuni seriata în pași «step serial sections»). Dacă în cadrul unui fragment se găsește o leziune de CIE sau displazie agravată, sau se bnuie posibilitatea unui cancer microinvasiv, întregul fragment este supus unor seciuni **seriate**.

O deosebită atenție trebuie dată capătului distal (b) al fragmentului pentru a se arăta dacă seciunea s-a făcut în esut sinus, dar mai ales capătul proximal (a), în zona de joncțiune scuamocilindrică.

Există astfel posibilitatea ca anatomopatologul să dea rezultatul histopatologic în mod orientat, cu:

- indicarea localizării exacte a leziunii de maximă gravitate;
- surprinderea celui mai discret semn de invazie iminentă sau incipientă;
- specificarea exactă a faptului dacă linia de seciune a trecut sau nu în esutul sinus.

În afară de rolul diagnostic al conizării, în cazul că se confirmă un CIE ea are și rol de tratament radical. Este obligatoriu controlul postoperator periodic al colului, tot la 6 luni sau 1 an (examen cu valvele, test Schiller, colposcopie, examen citologic Babe-Papanicolaou repetat, eventual biopsia întită), în caz că apare o suspiciune de evoluție sau reapariția unui proces malign, se impune histerectomia totală cu guleră vaginală (Funck-Brentano) pe cale abdominală sau vaginală urmată de examenul histopatologic atent al colului.

Dacă examenul anatomopatologic din piesa de conizare confirmă existența unui carcinom microinvasiv sau microcancer⁴⁵ tip Mestwerdt (stadiul Ia), se va proceda în cel mai scurt timp la histerectomia totală lărgită cu limfadenectomie pelviană. Am adoptat această atitudine, deoarece unii autori (Froewis și Ulm — citați de Antoine, 1966) au constatat prezența ganglionilor invadati cancerosi și în cancerul stadiul Ia.

E. Aburul practic în microcancer și cancer microinvasiv tehnica colpo-histerectomiei totale lărgite subfundice; alții recomandă histerectomia totală simplă, dată fiind raritatea invaziei ganglionare.

S-a constatat că histerectomia totală nu se poate face în primele 14 zile după conizare, deoarece la nivelul plăgii colului (mai ales după sutura buzelor plăgii de conizare) se dezvoltă floră microbială agresivă care ar crea, în condițiile posthisterectomiei, riscul unor infecții grave pelviene, putându-se ajunge chiar la peritonite mortale. Personal am avut un caz de septicemie și un caz de peritonit (vindecat prin lavaj peritoneal) la bolnave operate în primele 10 zile după conizare. Wisborg (*Acta Obstetr. Gynec. Scand.*, 1972, 5, 1—4) prezintă o statistică din care rezultă că la bolnavele cu histerectomia efectuată în primele 14 zile după conizare, riscul de infecție pelviană este de 4 ori mai mare decât la bolnavele la care histerectomia s-a făcut fără să fi precedat de conizare. La aceleași concluzii ajunge și Williams (1970).

Pentru aceste motive am adoptat atitudinea de a practica histerectomia totală simplă sau lărgită cu sau fără limfadenectomie, la 6 săptămâni după efectuarea conizării.

45 — *Carcinom microinvasiv*: cancer invizibil cu ochiul liber (infraclinic) care histologic abia penetrează membrana bazală.

Microcancer: cancer invizibil cu ochiul liber până la 5 mm diametru în suprafață, care histologic penetrează membrana bazală până trunzând în profunzimea corionului maximum 5 mm.

Există autori care în leziunile maligne infraclinice de tipul carcinomului microinvaziv și a microcancerului tip Mestwerdt (stadiul Ia) practic fie aplicarea endocavitară a radiumului (sau al izotopilor radioactivi), fie o electrocauterizare (sau criocauterizare) mai largă a leziunii colului. Personal considerăm că aceste metode ultraconservatoare împiedică precizarea exactă a diagnosticului histopatologic (stadiul 0 sau stadiul Ia) și reprezintă un tratament irațional pentru stadiul Ia.

În ciuda comodității și economicității acestor tratamente conservatoare, atât pentru bolnav cât și pentru medic, ele pun sub semnul întrebării «vindecarea» cazurilor aflate în stadiul Ia.

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL Ib

Deși leziunea apare clinic ca fiind situată la col, existând totuși posibilitatea diseminării microscopice atât în parametre, cât și în ganglioni (într-o proporție de 15—20% din cazuri), nu ne putem permite o atitudine exclusiv radiologică sau exclusiv chirurgicală. Se recomandă curieterapie intracavitară utero-vaginală (radiu sau cesiu radioactiv intravaginal și intrauterin), sau Schaefer-Witte, urmată la 6 săptămâni (maximum 8 săptămâni) de intervenție operatorie radicală (limfadenohisterocolpectomie laparoscopică sau operația Wertheim cu limfadenectomie iliacă).

Dacă tumoră este exofitică sau voluminoasă sau endocervicală, se recomandă ca radioterapia să fie precedată de radioterapie externă (cu doza de 2000 rad). În cazul când condițiile organizatorice nu permit iradierea preoperatorie (lipsă de radiu sau aparat de radioterapie) sau din pricina aglomerării de bolnave la centrele oncologice, atunci se poate admite aplicarea metodei exclusiv chirurgicale, sub forma intervenției laparoscopice pe baza principiului chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic. Dacă în urma constatelor intraoperatorii și a examenelor anatomopatologice prin cupe seriate ale pieselor extirpate (parametre, ganglioni, vagin) se constată prezența de cuiburi neoplazice diseminate, se va recomanda radioterapia externă sau, în cazul tratamentului chirurgical exclusiv, radioterapie intravaginală și externă. Radioterapia externă, nu va depăși în total doza de 6500 rad (pericol de fistule vezicale sau rectale).

Atragem atenția asupra dezavantajelor și riscurilor unor examene histopatologice fugare executate și interpretate de medici neantrenați în aspectele microscopice ale cancerului. Se pot ignora focare neoplazice existente, considerându-se în mod fals că procesul neoplazic a fost localizat strict la colul uterin, fapt ce va duce la un optimism eronat și la contraindicarea radioterapiei postoperatorii. În aceste condiții recidiva este sigură. Pentru aceasta recomandăm ca întreaga piesă operatorie fixată în formol să fie încredințată unor laboratoare de anatomie patologică din centrele experimentate în această localizare.

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIUL II

Dacă în stadiul I se poate accepta, în anumite condiții intervenția chirurgicală exclusivă, în stadiul al II-lea, dat fiind diseminarea mai largă a procesului neoplazic, iradierea preoperatorie trebuie considerată ca o necesitate.

În afară de radioterapia intravaginală și intrauterină se mai recomandă radioterapia externă; intervenția chirurgicală largă, urmează la 6 săptămâni (maximum 8) după încheierea tratamentului radiologic. Postoperator, radioterapie externă cca. 6500 rad doză totală.

O mână specială merită cazurile din stadiul II, cu hemoragii puternice repetate, care nu pot fi oprite cu mijloace obișnuite. În aceste cazuri se recomandă operația radicală de urgență, limfadenohisterocolpectomia largă sau operația Wertheim cu limfadenectomie iliacă, fără preiradiere, sub transfuzii masive, reținuți conduși pre-, intra- și postoperator. După vindecarea plăgii (la aproximativ 30 zile) se va executa iradierea preconizată (radioterapie intravaginală și externă).

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN STADIILE III I IV

În stadiile înaintate ale bolii, radioterapia externă și curieterapia intracavitară (când tehnic este executabil) reprezintă tratamentul de elecție, care, într-un procent redus de cazuri poate da supraviețuiri de peste 5 ani (20—40% pentru stadiul III; 0—5% pentru stadiul IV).

Radioterapia în aceste stadii avansate se poate executa aplicându-se doze relativ mari, întreruperea tratamentului fiind dictată de alterarea stării generale a bolnavei sau agravarea leziunii.

Tratamentul chirurgical în stadiile III și IV se rezumă de cele mai multe ori la intervenții paliative, cum ar fi: ligaturi vasculare (ligatura arterei hipo- gastrice), derivații urinare, intervenții pe sistemul nervos cu scop antalgic. Laparotomia va permite în aceste stadii înaintate efectuarea unei limfadenectomii pelviene, ceea ce va lungi apreciabil timpul de supraviețuire; prin laparotomie se pot marca cu repere metalice resturile tumorale active și inextirpabile chirurgical, fapt ce va permite o radioterapie întinsă, cu eficiență mult mai mare decât, o iradiere oarbă a pelvisului. Reperele metalice vor fi vizualizate radiografic permițându-se localizarea precisă a câmpurilor de iradiere (fig. 570). Limfadenohistero-colpectomia în intenție curativă va fi efectuată numai la cazurile de stadiul III reconvertite prin iradiere la operabilitate. S-au făcut în aceste stadii înaintate încercări de a rezolva radical procesul malign, prin exereze chirurgicale extrem de îndrăznețe, ajungându-se până la pelvectomia totală. De cele mai multe ori, aceste intervenții nu soluționează problema.

Rezultate satisfăcătoare au fost obținute, în schimb, în acele cazuri în care extensia neoplazică interesează numai vezica urinară sau numai rectul. Hemipelvectomia anterioară sau hemipelvectomia posterioară pot rezolva cu intenție de radicalitate aceste situații. Limfadenectomia pelvisului este obligatorie.

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ÎN UNELE SITUAȚII PARTICULARE (cancerul colului restant și cancerul colului asociat cu sarcina)

1. CANCERUL COLULUI RESTANT

Nu trebuie confundate noțiunile de cancer apărut pe col restant și cancerul restant pe colul uterin.

În prima situație cancerul apare pe un col sănătos rămăs după histerectomia subtotală; în a doua situație este vorba de un cancer de col ignorat în momentul efectuării unei histerectomii subtotale, cancer care continuă să evolueze pe bontul uterin restant.

Pentru a eticheta un cancer pe col restant, s-a fixat o perioadă de 3 ani ce trebuie să treacă între histerectomia efectuată și apariția cancerului. Această perioadă de timp (3 ani) este discutabilă, unii admitând ca limită și 2 ani. Pentru a se evita confundarea acestor entități patologice, se recomandă examinarea complexă a colului uterin înainte de efectuarea histerectomiei subtotale. Curetajul biopsie endocervical sau chiar un examen citologic, nu trebuie să lipsească din examinările obligator solicitate. O bună profilaxie a apariției cancerului pe col restant o obținem prin extirparea cu bisturiul a întregului canal cervical, în timpul histerectomiei subtotale.

S-a susținut odinioară (Amreich) că pe un col restant frecvența cancerului este de 8—10 ori mai mare; cercetări ulterioare au infirmat această concluzie, astăzi considerându-se că există același risc și pentru colul restant ca și pentru colul cu uter păstrat.

În practica clinică noi l-am întâlnit rar. Într-un studiu pe 2000 cazuri de cancer al colului uterin, cancerul apărut pe col restant a fost întâlnit în proporție de 1,8% (statistica Institutului Oncologic Cluj, 1952—1963 întocmit de M. Rîc).

Prognosticul cancerului colului restant este mai sever decât al cancerului colului cu uter prezent; sînt multiple explicații pentru aceasta.

a. Iradierea se face mult mai greu pe un col restant: dispariția sau stenoza canalului cervical a colului restant; tergerarea fundurilor de sac vaginale, sau cederarea domului vezical peste bontul colului (iradierea excesivă a domului).

b. Exereze chirurgicale a colului restant este mult mai grea, de aceea va fi expus în mod separat tehnica operatorie (vezi capitolul: Tehnica extirperii colului restant cancerizat).

În general indica ia terapeutic este identic cu aceea a cancerului de col obi nuit, asocia ia radio-chirurgical fiind recomandat de preferin .

Se va respecta indica ia terapeutic stadial .

2. INDICA IA TERAPEUTIC ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN ASOCIAT CU SARCINA

O punere la punct a problemei este realizat în 1956 de O. Popovici i V. Dragon, iar în 1978 de D. Querleu, P. Coppelaere i colab., lucr ri dup care am orientat redactarea acestui capitol, bazat i pe experien a noastr .

În timpul sarcinii colul normal este supus unor modific ri care pot induce în eroare chiar un oncolog experimentat. Colul devine edematos (m rit deci de volum) sîngereaz la contact iar mucoasa endocervical poate ectropiona prin orificiul extern, fapt ce imprim o exteriorizare a jonc iunii scuamocilindric . Se tie c majoritatea cancerelor de col apar pe aceast zon de tranzi ie ce devine u or explorabil în sarcin .

Examenul colposcopic al colului de sarcin descris magistral de Bret i Coupez (1957) nu relev aspecte suspecte de malignitate. Singure modific rile decidualizante ale colului sau a forma iunilor polipomatoase, care pot lua un aspect albicios (decidualizare) pot induce în eroare un colposcopist neavizat. De asemenea, procesele de metaplazie epitelial sînt frecvente (62,7%, Nesbitt 1952). Histologic colul de sarcin sufer urm toarele modific ri: epiteliul pavimentos al exocolului i i spore te num rul de straturi i celulele m rite de volum i i sporesc num rul mitozelor, nucleii sînt mai mari, dar niciodat nu iau aspecte de malignitate. Stratul bazal devine pluristratificat (în 5—20% din cazuri) intensitatea maxim a modific rilor fiind în luna VII i involu ia avînd loc la o lun dup parturire (Morre, 1959). Pe unele sec iuni ale piesei de biopsie apar aspecte de cre teri epiteliale în corion, dar ele nu sînt patologice ci rezultatul unei plis ri a epiteliului colului în sarcin . Epiteliul cilindric, foarte sensibil la varia ii hormonale, sufer modific ri hiperplazice, uneori cu o pluristratificare (în 50% din cazuri), i o cre tere a num rului de glande endocervicale cu o înnul ire a ramifica iilor (în 28,7% dup Nesbitt, 1952).

Hiperactivitatea secretorie nu se însor te de modific ri histologice care s indice o deviere spre malignitate (Querleu D. .a., 1978).

Infec ia colului gravidic fiind foarte frecvent , pe piesele de biopsie se vor g si frecvente infiltrate limfocitare iar frotiurile vaginale vor fi adeseori de gr. III Papanicolaou. Toate aceste modific ri ce apar în colul gravidic, pot fi confundate cu leziunile «epiteliomului in situ» de citologii i histopatologicii neexperimenta i. Insist m asupra tuturor acestor aspecte, deoarece problema depist rii cancerului de col uterin în timpul sarcinii poate da rezultate excelente (este «rentabil» dup expresia lui Querleu D, 1978), gravidele prezentîndu-se periodic la controalele medicilor ginecologi, aît în timpul gravidit ii cît i în postpartum (examen cu valvele, examen citologic Babe -Papanicolaou, examen colposcopic). Este suficient recoltarea a 2 frotiuri: unul în primul trimestru al sarcinii i ultimul în postpartum. Dup De Brux (1971) se constat a ipii citologice la 1,5% din gravidele examinate.

În tabelul de mai jos este prezentat sinoptic frecven a frotiurilor suspecte în sarcin (dup Querleu D. 1978):

Autori	Nr. frotiurilor.	Nr. frotiurilor suspecte (III, IV, V).	Nr. epitelioamelor depistate.
Slate et col. (1957)	5.935	45	14 (1)*
Spujt (1960)	3.352	25	7
Schmilz et col. (1960)	10.369	105	25 (12)
Wright (1961)	3.295	10	10 (1)
Kay (1962)	3.458	34	4 (1)
Dean et col. (1962)	8.939	63	30 (2)
Dubner li col. (1964)	4.794	18	12 (2)
Rogers et Williams (1967)	11.651	102	48 (4)
Medina et col. (1967)	5.787	67	19 (3)
McLaren (1969)	8.500	114	16 (1)
Jones et col. (1968)	90.000	988	306 (32)
Schiffer et col. (1968)	7.237	67	59 (4)
De Brux et col. (1971)	12.300	180	<i>n</i>
Abitbol et col. (1973)	13.000	286	43 (1)
Sînt marcate cu § epitelioamele invazive.			
TOTAL:	176.317	1.924 (1,09%)	593 (63) (0,34%)

Colposcopia i examenul citologic repetat se impun.

Precizarea diagnosticului cazurilor cu frotiuri suspecte se va face numai prin examenul histologic. Recoltarea fragmentului biopsie pe colurile clinic aparent îndemne cere pruden , deoarece exist pericolul sînger rilor abundente (col de sarcin) i a declan rii contrac iilor uterine. Coniza ia este de dorit s fie amînat pîn în postpartum (Querleu, 1978). Dacă exist o leziune macro- scopic i citologic suspect , biopsia se impune.

Existen a unor frotiuri clasa IV i V a c ror frecven este dup Querleu de la 1 la 1000 de gravide oblig Ia investiga ii suplimentare.

Displaziile agravate ca i epitelioamele intraepiteliale nu ne oblig la un tratament imediat în timpul sarcinii. El va fi f cut în postpartum. Dacă îns sîntem în fa a unui cancer clinic aparent i confirmat histopatologic, tratamentul va fi aplicat f r întîrziere.

Colposcopia în timpul sarcinii are avantajul că poate explora corect zona de joncțiune scuamo-cilindric, care este exteriorizată în colul gravidic. Coniza ia care se va practica în cazuri excepționale, în timpul sarcinii, are o serie de dezavantaje. Ea este limitată în excizia canalului cervical, deoarece există riscul deschiderii membranei amniotice. De aici și procentajul crescut al leziunilor canceroase rămase pe loc. După Bolognese și Corson (1969) 58% din cazuri au prezentat leziuni reziduale în porțiunea superioară a canalului cervical rămas pe loc. Boutselis și Ullery (1964 — citați de Querleu) au găsit că 90% din leziunile reziduale au fost în endocol și numai 10% pe exocol gravidic, la cazurile la care s-a practicat coniza ia. Aceiași autori au arătat că dificultatea de a efectua o coniza ie corectă, crește cu vârsta sarcinii.

Vârsta sarcinii	Procentajul leziunilor reziduale
I-ul trimestru	37%
II-lea trimestru	45%
III-lea trimestru	75%
Postpartum	18.5%

Mai există pericolul hemoragiilor mari (între 250—1000 ml sînge pierdut). Ayre și Scott (1961) recomandă injectarea în col de vasopresin sau ser adrenalizat iar Feste (1966) recomandă hemostaza prin fire în U trecute la periferia colului supus coniza iei. Averette (1970) înmpută coniza iei 5 avorturi și 3 nașteri premature pe 76 gravide conizate.

Pentru aceste motive numeroși autori (Querleu, 1978; Abitbol, 1973; Barber, 1974) nu admit efectuarea coniza iei în timpul sarcinii.

Alți autori (Ortiz, 1971; Benedet, 1977) consideră că biopsiile cu fragment mic, întite prin colposcopie, pot elucidă cazul în 95—100%. Aceasta este și opinia noastră. De exemplu, Telebian în 1976 publică 132 observații urmărite prin biopsii întite la care a avut un singur epiteliom intraepitelial nedignosticat.

Hemoragia biopsiei poate fi mult mai ușor oprită decît aceea a coniza iei. Un instrumentar fin reduce maximal incidența. De exemplu, Abitbol (1973) semnălează o singură hemoragie importantă la 286 femei gravide biopsiate, cu toate că a recoltat de pe un singur col, 6—10 mici fragmente, sub control colposcopic.

Pentru a evita contracțiile uterine se va injecta pacienței beta-blocante sau se va administra opiacee prin supozitoare.

Graviditatea nu creează un factor de agravare a prognosticului cancerului de col; Gustafsson și Kottmeier (1962) pe 239 cazuri constată o supravieuire (pentru toate stadiile) la 5 ani de 46,9% la canceroasele gravide față de 45,5% la negrăvide. Afirmă ia veche a lui Bouilly că « o femeie gravidă purtătoare a unui cancer de col uterin, este iremediabil pierdută » este eronată și sarcina nu modifică, după Funck-Brentano, evoluția cancerului de col.

Dacă o analiză globală nu arată diferență, o analiză făcută pe stadii de Creasman și colab. în 1970 (fig. 571) arată că evoluția spre deces este mai rapidă la gravidele canceroase.

Graham (1962) arată că au existat 77% decese în anul următor gravidității (cu cancer) față de 47% în grupul de control. Că frecvența cancerului de col pe stadii Querleu (1978) prezintă următoarea statistică (pe 1220 cazuri cancer la gravide, strînse din literatură): stadiul I = 46%; stadiul II = 28%; stadiul III = 19% și stadiul IV = 7% (fig. 572).

Contrar opiniei clasice că nașterea pe cale naturală ar agrava prognosticul cancerului, Creasman și colab. (1970 — citat de Querleu) obțin o supravieuire la 5 ani de 87% pentru Stadiul I în caz de naștere pe cale naturală și de 89% în caz de cezariană. Aceiași autori nu consideră că nașterea pe cale naturală ar agrava prognosticul stadiilor III și IV. Totuși, Querleu concludă că traumatismul nașterii naturale trebuie evitat la colorile canceroase și că cezariana rămîne o indicație valabilă. Excepție fac cancerul în stadiul 0 și microcancerul (cancerul preclinic al colului) unde dilatarea colului e permisă.

Indicaia terapeutică poate fi schematizată astfel:

A. *In prima jumătate a sarcinii* (inclusiv luna a V-a).

în cancerele incipiente, operabile (stadiile I și II):

a) în stadiile I se recomandă limfadenohisterocolpectomia lărgită urmată de cobaltoterapie la 3—4 săptămâni.

b) în stadiul al II-lea, când există posibilitatea, se va face o radiu-aplicație vaginală de 20—30 m.c.d. urmată de limfadenohisterocolpectomie lărgită la 4—5 săptămâni interval (operația este sîngerînd din cauza dilatării plexurilor venoase).

La 4 săptămâni după intervenția chirurgicală se va face cobaltoterapie externă. Numai dacă nu există posibilitatea radioterapiei, se va trece direct la intervenția chirurgicală, urmată la 2—4 săptămâni de cobaltoterapie externă.

În cancerle avansate, inoperabile (stadiile al III-lea și al IV-lea), tratamentul va fi radiologic (radiu local asociat cu cobaltoterapie externă). Avortul urmează de obicei spontan după 4—6 săptămâni. Dacă nu se produce spontan, se va interveni operator (histerectomie subtotală pe uterul gravid).

În cazurile când mama se opune avortului terapeutic, vrînd să-și păstreze sarcina, atunci pe riscurile mamei se va aștepta fără nici un tratament, pînă la perioada de viabilitate a fătului (extras prin cezariană) și apoi se va proceda în funcție de stadiul clinic al bolii.

B. *In a doua jumătate a sarcinii* (6—9 luni).

Se caută salvarea fătului, fără ca prin aceasta să se reducă șansele de vindecare ale mamei.

În cancerle incipiente (stadiul I și II) metoda de începere a tratamentului diferă după vîrsta sarcinii. Dacă sarcina este în luna a VI-a se poate aștepta o lună pînă ce bolnava intră în luna VII-a când se face cezariană; la 30 zile postoperator, radiu-aplicație vaginală. La 6 săptămâni după radiu se execută apoi intervenția chirurgicală: limfadenohisterocolpectomie (intervenția este foarte sîngerîndă). Cobaltoterapia externă se începe la 4 săptămâni de la intervenția chirurgicală.

Dacă sarcina este în luna a VIII-a sau a IX-a, se face mai întîi cezariană urmată de radiu-aplicație vaginală și apoi histerectomie totală lărgită cu limfadenectomie la 4 săptămâni după tratamentul cu radiu (tratamentul se completează prin cobaltoterapie profundă externă).

În lipsa radiului se poate face de la început și în același timp cezariană asociată cu limfadenohisterocolpectomia lărgită, completată cu cobaltoterapie externă, postoperator.

În cazurile avansate (stadiile al III-lea și al IV-lea) se face, de îndată ce copilul este viabil, cezariană și histerectomie subtotală, urmată de 4 săptămâni de cobaltoterapie externă.

C. *În cancerle descoperite la termen sau în travaliu.*

Dacă mai este posibil, nu se va încerca decât pe căile normale, practicându-se cezariana. În stadiile incipiente (stadiile I și al II-lea) cezariana este urmată de cobaltoterapie externă și apoi radiu-aplicatie vaginală, și eventual intracervicală, dacă involuțiul uterin o permite. La 6 săptămâni de la terminarea tratamentului radiologic se face colpo-histerectomie ligată cu limfadenectomie.

În cazurile avansate (stadiile al III-lea și al IV-lea) cezariana este urmată în același timp operator de histerectomie subtotală, după 2 săptămâni, de cobaltoterapie externă, completată în continuare de radiuaplicații vaginale.

Dacă totuși nașterea s-a produs, cezariana neputând fi executată la timp, după naștere (după cca. 14 zile) se va începe cobaltoterapia externă.

În cazurile incipiente, după terminarea cobaltoterapiei se va aplica în continuare de îndată ce involuțiul uterin va permite, radiu vaginal și uterin. La 6 săptămâni de la terminarea tratamentului radiologic se va executa limfadenohisterocolpectomia ligată.

În cazurile avansate se recomandă exclusiv radioterapie (cobaltoterapie și radiu).

În concluzie, în prima jumătate a sarcinii tratamentul se aseamănă cu tratamentul clasic: avortul este obligatoriu de obicei prin asocierea cobaltoterapiei externe cu curieterapie endocervicală. După evacuarea uterului se procedează la operația radicală în formele operabile (stadiul I și II) și cobaltoterapie în formele inoperabile (stadiul III, IV).

În a doua jumătate a sarcinii se va aștepta viabilitatea fătului, când se va face cezariană. După cicatrizarea plăgii se va recurge la tratamentul radium-cobaltoterapie. În stadiile I, II se va opera radical (Querleu, 1978) și la nevoie se va completa postoperator cu tratament radioterapie (radium pe trasa vaginală și cobaltoterapie externă).

NOIUNI DE ANATOMIE NECESARE PENTRU OPERAREA UTERULUI CANCEROS

Nu se poate practica cu succes chirurgia radicală ginecologică fără cunoașterea anatomiei oncologice a pelvisului. Pentru aceste noiuni reamintim noiunile de anatomie oncologică pelviană.

O tehnică chirurgicală oncologică, pentru a fi urmată de rezultate bune imediate (prognostic funcțional) și tardive (prognostic oncologic), va trebui să ducă la extirparea organului canceros, a căilor de difuziune ale procesului canceros (esut conjunctiv, rețeaua limfoganglionară), menajând în același timp forma noiunilor anatomice (plexuri nervoase, artere etc.) de a căror integritate depinde buna funcționare a organelor pelviene restante (rect, vezică, uretere).

Este indispensabilă adâncirea următoarelor cunoștințe anatomice, mai ales asupra unor formațiuni ce trebuie fie extirpate radical, fie menajate în timpul intervenției chirurgicale:

- 1) esutul conjunctiv pelvian;
- 2) limfaticele și circulația limfatică a uterului;
- 3) vascularizația uterului și a pelvisului;
- 4) inervația organelor pelviene (în special a vezicii urinare);
- 5) raporturile ureterului pelvian;
- 6) fosa obturatoare;
- 7) raporturile uterului cu vezica urinară și rectul.

1. ESUTUL CONJUNCTIV PELVIAN

Uterul, plasat în centrul ramei osoase a bazinului, este susținut de această și de organele vecine printr-o atmosferă conjunctivă care, sub influența greutății organelor pelvisului ca și a formațiunilor pulsatile (vasele pelvisului, ureterele) ia o structură diferită, condensându-se în anumite regiuni sub forma unor benzi (clasic denumite impropriu ligamente); acestea conțin în interiorul lor formațiuni arteriale, venoase, limfatice și nervoase ce merg sau vin de la uter. Extinderea procesului canceros al colului se face prin aceste condensări conjunctive bogate în limfatice și vase, veritabile hiluri ale uterului.

Spațiile delimitate de aceste «ligamente» sînt umplute cu un esut conjunctiv lax, foarte slab vascularizat. Rezultatul de aici este în pelvis vom avea zone conjunctive dense, bine vascularizate (ce vor trebui extirpate) și zone conjunctive laxe, avascularizate (care vor permite chirurgului manevre nesîngerînde de decolare) (fig. 573 și 574).

DISPOZIȚIA ESUTULUI CONJUNCTIV DENSIFICAT ȘI VASCULARIZAT

Condensările conjunctivo-vasculare pornesc ca niște raze de la colul uterin spre bazin, sistematizarea lor în anatomie fiind cunoscută sub numele de «rețea-naculum uteri», descrisă de Martin și Mackenrodt (fig. 573 și 575).

Ligamentele cardinale. Cele mai puternice condensări le formează ligamentele cardinale ale parametrelor (sau bazele ligamentelor largi), ce merg de la părțile laterale ale colului uterin spre părțile laterale ale bazinului. Ele sînt numite *pars media* a retinaculului sau ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt. În interiorul lor pulsează puternic pediculul vascular cel mai important al uterului, pediculul arterei uterine. În interiorul fiecărui parametru se găsește, pe lângă artera uterină respectiv, venele și colectoarele limfatice cele mai importante ale uterului.

Ureterul, în parcursul său postero-anterior prin grosimea esutului conjunctiv densificat latero-uterin, împarte acest esut într-un spațiu supraureteral (denumit în anatomie «pediculul supraureteral sau pediculul preureteral» din cauza bogăției în vase sanguine) și un spațiu subureteral (cunoscut sub numele de «pedicul subureteral») (fig. 576).

Pediculul supraureteral este reprezentat prin artera uterină (cu ramura sa vezicală), vena uterină supraureterală și colectoare limfatice cu ganglionul lui Lucas Championniere, formate și sînt înconjurate într-o atmosferă de esut conjunctiv. Acest pedicul este de fapt format din porțiunea supraureterală a ligamentului cardinal al lui Mackenrodt (în interiorul căreia porțiunile se află artera uterină) și porțiunea supraureterală a ligamentului vezico-uterin (în interiorul căreia se află ramura vezicală din artera uterină, împreună cu venele satelite, formînd așa-zisul «pedicul al cornului vezical» sau «paracistul») (fig. 577). Pediculul supraureteral, reprezentînd o cale importantă de diseminare a procesului canceros, va fi extirpat cît mai larg, în bloc cu uterul, în histerectomiile totale lărgite. Pediculul are dimensiuni variabile după caz: lățimea în sens antero-posterior este 1,5—3 cm, iar în lățimea m. soarec 1—1,5 cm.

Pediculul subureteral este foarte bogat în vene mari și colectoare limfatice care străbat esutul conjunctiv ce se găsește între ureter și mușchiul ridicător anal, sensul lor de orientare fiind în plan frontal (fig. 578). Aceste formațiuni vasculare sînt: venele uterine în majoritatea lor, artera vezicală inferioară, ramuri arteriale vaginale și ramuri anterioare din artera hemoroidală medie.

Extirparea în întregime a pediculului subureteral este urmată de tulburări funcționale vezicale grave, datorită faptului că prin jumătatea lui externă trec filetele nervoase destinate vezicii urinare.

Parametrele reprezintă formațiunile «cheie» în problema tratamentului cancerului uterin, deoarece ele sînt calea principală de invazie a procesului canceros localizat la col.

Esutul dens conjunctivo-vascular al parametrului se continuă în sus cu esutul conjunctiv lax vascular, situat între cele două foi ale peritoneale ale ligamentului larg, iar în jos, spre planul muscular al ridicătorului anal, cu esutul conjunctiv bine vascularizat

situat de o parte și de alta a vaginului (paracolposul) (fig. 579). Asupra dispoziției vaselor din parametre și paracolpos vom reveni, deoarece necunoașterea lor duce la hemoragii greu de stăpânit în cursul extirperii ligamentului cardinal al lui Mackenrodt.

Ligamentele utero-sacrate (pars posterior a retinaculului). În interiorul lor se găsesc: artera și venele utero-sacrate și o reea limfatică ce este însă mult mai redusă ca aceea din parametre.

Extirparea lor se va face larg, fără a leza însă plexul nervos pelvian ce are raporturi intime cu aceste ligamente.

Ligamentele vezico-uterine. Între colul uterin, vezică și simfiz pubian, atmosfera conjunctivă ce formează pars anterior a retinaculului uterin, se condensează sub denumirea de ligamente vezico-uterine.

În interiorul acestor ligamente trec arterele vezicale inferioare (ramuri din hipogastrică) cu plexul venos corespunzător (artera vezicală superioară intră în vezică ceva mai sus).

Practica arată că ligamentele utero-vezicale sînt tardiv infiltrate de procesul canceros; invadarea lor se face mai ales în cazurile de cancere ale colului uterin din stadiul al III-lea, unde drenajul limfatic prin parametre este blocat de invadarea neoplazică. Numai în acest caz limfa uterului se poate scurge pe cale ocolită, prin ligamentele utero-vezicale (circulația retrogradă). Invadarea neoplazică a vezicii cu punct de plecare cancerul colului uterin se face mai des în porțiunea dintre cele două uretere (regiunea trigonală, unde vezica are contact nemijlocit cu colul).

Pentru aceste motive, extirparea ligamentelor uterovezicale în timpul histerectomiilor lrgite nu este împins la extrem, nedecolând ureterul pînă la intrarea lui în plin mușchi vezical (vezi fig. 624).

esutul conjunctiv al pelvisului are o serie de caracteristici ce trebuie cunoscute de chirurgul ginecolog.

a) *Este un esut conjunctiv strîbtut de o reea venoasă foarte bogată*. Sarcinile repetate nu fac decît să accentueze acest caracter (de aici sîngerile masive intraoperatorii).

b) *Este un esut conjunctiv s_rac în esut reticulo-histiocitar, fapt ce-l face uor expus supurațiilor*. De aici necesitatea ca în operațiile largi ginecologice să se evite devitalizarea prin decolări inutile ale esutului conjunctiv pelvin și să se ia măsuri speciale de izolare a timpilor septici operatori (de pildă secțiunea vaginului).

În cazul apariției unor infecții nejugulate la timp, acestea evoluează cel mai adesea spre flegmon și excepțional spre absces. Infecțiile fuzează cu uroșin în pelvis datorită bogăției vaselor ce împîșlesc acest esut conjunctiv. Tecile vasculare sînt cîș pentru fuzarea infecției.

2. LIMFATICELE ȘI CIRCULAȚIA LIMFATICĂ A UTERULUI

Rețeaua limfoganglionară a uterului, reprezintă principala cale de diseminare a procesului canceros uterin. Este de reținut faptul că ganglionii reprezintă veritabile baraje în calea diseminării canceroase, prinderea lor fiind cîșdu-se într-o ordine anumită în etape (stații ganglionare).

TERITORIILE LIMFATICE ALE ORGANELOR GENITALE INTERNE (fig. 580)

Studiile făcute asupra circulației limfatice în pereții organelor genitale interne la femeie, au pus în evidență existența a trei teritorii limfatice, fiecare teritoriu avînd un sens de scurgere a limfei, mai mult sau mai puțin definit (Leveuf și Godard, 1923; Canela Lazzaro, 1934).

Teritoriul limfatic al anexelor și fundului uterin. Limfaticele anexelor se drenează aproape exclusiv spre ganglionii juxtaaortici. Limfaticele regiunii fundului uterin se drenează în 75% din cazuri exclusiv spre ganglionii juxtaaortici (9 din 12 piese injectate) prin pediculii lombo-ovarieni; în 8,4% drenajul limfatic al acestui teritoriu se scurge exclusiv spre ganglionii iliaci externi (1 din

12 cazuri studiate) și în 16,6% se drenează simultan atît în ganglionii juxtaaortici, cît și la cei iliaci externi (2 din 12 cazuri). Excepțional de rar sînt prinși ganglionii inghinali prin limfaticele ligamentului rotund.

Teritoriul limfatic al corpului uterin (exceptat fiind fundul, $\frac{3}{4}$ inferior al corpului și istmul uterin) se drenează în majoritatea cazurilor (52,6% adică 10 din 19 piese studiate), simultan, spre ganglionii iliaci și juxtaaortici. În 32,4% (6 din 19 cazuri) exclusiv spre ganglionii iliaci externi și 15% din cazuri (3 din 19 piese) exclusiv spre ganglionii juxtaaortici.

Cu cît ne apropiem de col și ne depărtăm de fundul uterin, cu atît limfaticele corpului au din ce în ce mai puține conexiuni cu ganglionii juxtaaortici și mai multe legături cu ganglionii iliaci externi (Lazzaro).

Teritoriul limfatic al colului uterin, sfertului inferior al corpului uterin și al treimii superioare a vaginului. Aceste segmente de organe diferite anatomic formează un tot unitar din punct de vedere al circulației limfatice.

Limfaticele colului uterin, istmului, primii inferioare a corpului uterin, ca și a treimii superioare a vaginului, au cîș de scurgere comune, mergînd mai ales spre grupele ganglionare iliace externe și hipogastrice.

În cancerul colului, diseminarea microscopică se poate face și în pereții porțiunii superioare a vaginului, de unde necesitatea de a extirpa sistematic cel puțin în treimea superioară a vaginului în histerectomiile totale lrgite (în cazurile de stadiu al II-lea vagin se vor extirpa pînă la două treimi superioare).

ANASTOMOZELE LIMFATICE ÎNTRE CORPUL UTERIN I COLUL UTERIN

Între reseaua limfatică a corpului uterin și a corpului uterin există o strânsă legătură, realizată prin trunchiurile anastomotice limfatice (puse în evidență de Poirier), care sînt dispuse de o parte și de alta a uterului, în vecinătatea arterelor uterine.

Sensul scurgerii limfatice în aceste colectoare pare a fi următorul (Lazzaro): injectarea colorantului Gerota în fundul uterin, sub slabă presiune, duce în curînd la invadarea acestor colectoare limfatice latero-uterine, colorantul invadînd teritoriul limfatic al colului, oprindu-se în ganglionii iliaci externi. Dacă se injectează colorantul în colul uterin, colorantul difuzează în teritoriul limfatic al colului, oprindu-se în ganglionii iliaci externi și hipogastrici, dar nu se propagă în sus prin calea colectoarelor anastomotice latero-uterine decât dacă presiunea cu care se injectează colorantul devine considerabilă; chiar în aceste condiții totale forate, autorul nu constată totdeauna invadarea colorantului spre fundul uterin. De altfel, în clinică pare să arate că neoplasmul colului uterin difuzează rar în sus, iar diseminările ascendente în fundul uterin sau ovare sînt excepționale. Aceste fapte au determinat pe unii autori să procedeze la pstrarea unuia sau a ambelor ovare în cancerule colului uterin incipiente, operate (Aleksandrov și Nifontov, Aburel).

Din cercetările asupra teritoriilor limfatice descrise mai sus rezultă că un cancer, cu cît este localizat mai sus spre fund, cu atît are posibilități mai mari de a metastaza în ganglionii lombo-aortici, ganglioni ce nu pot fi supuși exerezei chirurgicale, ci numai acțiunii incerte a radioterapiei (adenopatiile canceroase para-aortice nu pot fi sterilizate prin radioterapie de cele mai multe ori, deoarece se interpun ansele enterale). De asemenea, în cancerule corpului uterin, existînd posibilitatea invaziei ganglionilor iliaci externi și hipogastrici, se recomandă limfadenectomia iliacă asociată histerectomiei totale legitime. În cancerule colului uterin, invazia ascendentă primitivă spre ganglionii limfatici lombo-aortici este excepțională, invazia laterală prin parametre spre ganglionii iliaci fiind cea mai frecventă.

Trebuie remarcat că studiile asupra circulației limfatice în aceste teritorii au ceva artificial în ele, fiind făcute pe cadavru (injectîndu-se limfaticele prin metoda Gerota). Rezultatele acestor studii trebuie privite cu oarecare rezervă, deoarece pe omul viu circulația trebuie să fie mult mai complexă decît aceea constatată în condiții artificiale de studiu pe cadavru, separarea teritoriilor limfatice nefiind atît de netă. Totuși, concluziile acestor cercetări, confruntate cu observațiile clinice intraoperatorii, pot să ne dea o justă orientare în problemă.

GRUPELE GANGLIONARE ALE PELVISULUI

Pentru chirurgia cancerului colului uterin cunoașterea dispoziției ganglionilor pelvieni, accesibili actului operator, are mare importanță, Ganglionii, reprezentînd veritabile colectoare ale celulelor canceroase migrate limfatic, se pune în discuție necesitatea extirpării lor chirurgicale.

Acești mulți ganglioni pot fi sistematizați (Chiricu, 1957) în raport cu posibilitățile exerezei chirurgicale (fig. 581), în:

- *grupele ganglionare anterioare* (situate mai jos de bifurcarea arterei iliace primitive și anterior planului ce trece prin această bifurcare);

- *grupele ganglionare posterioare* (situate posterior față de planul bifurcării iliacei primitive).

Grupele ganglionare anterioare prezintă cea mai mare importanță pentru chirurg, deoarece ele trebuie să pot fi sistematic extirpate în totalitate operator, fiind prima stație în scurgerea limfei de la nivelul colului.

Grupele ganglionare anterioare sînt reprezentate prin ganglionii iliaci externi, hipogastrici, obturatori și ai arterei uterine.

Grupele ganglionare posterioare prezintă mai puțin importanță practică, deoarece pot fi extirpate tehnic mai greu și întotdeauna incomplet. La rîndul lor, aceste grupe se compun din ganglionii care, în ce privește importanța lor ca baraj împotriva diseminării canceroase, au dat naștere la discuții numeroase și contradictorii, ce nici astăzi nu sînt închise. Vom reveni asupra acestor probleme cu ocazia discuțiilor asupra necesității limfadenectomiei de principiu în tratamentul cancerului de col uterin.

Grupele ganglionare anterioare sînt reprezentate prin :

a) *grupa iliace externă*, care se compune din următoarele subgrupe ganglionare (descrierea acestor ganglioni o prezentăm după Thoma Ionescu):

— lanul lateral al grupeii ganglionilor iliaci externi. Acești ganglioni sînt prezentați în afara arterei iliace externe;

—lanul mijlociu al grupeii ganglionilor iliaci externi format din ganglioni care sînt așezați deasupra vaselor iliace externe (între arteră și venă), mai precis între lanul extern și lanul intern ganglionar.

Dintre acești ganglioni prezintă importanță deosebită ganglionul situat în apropierea bifurcării iliacei primitive în iliaca externă și hipogastric (descrie de Cuneo și Marcille, 1902, sub numele de ganglionul superior al lanului mijlociu iliace extern);

—lanul intern al grupeii ganglionilor iliaci externi. Acești ganglioni sînt situați sub marginea inferioară a venei iliace externe și au legături cu ganglionii situați în fosa obturatoare. Dintre ganglionii lanului intern al grupului ganglionilor iliaci externi, atragem atenția asupra unui ganglion descrie de Peiser (1894), Thoma Ionescu (1900) și Leveuf-Godard (1919—1923), denumit și «ganglionul principal» al colului uterin. Acest ganglion este de fapt ganglionul mijlociu al lanului intern al ganglionilor iliaci externi și este situat în partea anterioară a venei iliace externe, ascuns între marginea inferioară a venei și nervul obturator. Tot din acest lan face parte și ganglionul retrocruțial, situat imediat în spatele arcadei inghinale;

—lanul retroiliac extern, format din ganglioni puțin numeroși, plasați sub vena și artera iliace externe (între vase și mușchiul psoas).

Rezultatul arterei iliace externe este înconjurat de un manșon ganglionar, fapt care va fi luat în considerare în timpul limfadenectomiei.

b) *grupa ganglionilor iliaci interni* (hipogastrici) este formată din ganglioni plasați în lungul venei și arterei iliace interne. Ganglionul superior al acestei grupe are legături strînse cu ganglionul superior al lanului mijlociu iliace extern, formînd de fapt un singur ganglion descrie de Cuneo și Marcille. Thoma Ionescu afirmă că acești ganglioni nu sînt în număr mai mare de patru;

c) *ganglionul arterei uterine*. Tot în grupa anterioară trebuie să inserăm și ganglionul arterei uterine (a lui Lucas-Championniere), care este invadat precoce în cancerul colului, fiind de fapt, atunci cînd există, primul baraj ce se opune extensiunii canceroase. Topografic, acest ganglion se găsește la nivelul unde uterul încrucează ureterul: este un ganglion mic și găsit înconstanț.

Grupele ganglionare posterioare sînt reprezentate prin :

a) *grupa iliace primitivă* formată de 1—3 ganglioni situați pe marginea externă a acestei artere. Mai rar, găsim ganglioni pe marginea internă a arterei;

b) *grupa promontoriană* formată din doi sau mai mulți ganglioni situați în unghiul de bifurcare a aortei, de cele mai multe ori lângă vena iliace primitivă stîngă ;

c) *grupa sacrat* format din trei mici ganglioni, din care unul median, plasat în spatele vaselor sacrate medii și doi laterali, în dreptul celei de a doua gaură sacrată ;

d) *grupa aortic* format din 2—7 ganglioni plasați pe vena cavă în lungul flancului drept al aortei.

Din practic avem impresia că numărul ganglionilor, apreciat de Thoma Ionescu, este cu mult mai variabil de la caz la caz.

Ordinea în care sînt invadate de celulele canceroase ganglionii pelvisului și importanța inegală a grupelor ganglionare pentru tratamentul cancerului de col.

Practica arată că nu toate grupele ganglionare descrise sînt invadate cu aceeași frecvență în cancerul de col. Deci, din punct de vedere practic, are mare importanță să fie cunoscută frecvența și ordinea în care sînt invadate aceste grupe. Atingem una din problemele importante în chirurgia cancerului: problema stărilor ganglionare în difuzarea bolii. În jurul acestor noțiuni s-au dus discuții aprinse, mai ales în cancerul colului. Se disting în general două mari concepții:

a) După unii autori (Peiser, Thoma Ionescu, Leveuf-Godard) stăria primă ganglionară în cancerul de col ar fi ganglionul obturator (ganglionul mediu al lanului intern din grupa ganglionilor iliaci externi sau ganglionul lui Leveuf-Godard, sau «ganglionul principal»).

b) După alii autori (Bruhns, Cunio și Marcille, Canela Lazzaro) limfaticele colului își au prima stărie ganglionară într-un ganglion situat aproape de bifurcarea iliacei primitive (ganglionul superior din lanul mijlociu al grupului ganglionar iliac extern sau ganglionul lui Cunio-Marcille).

Mai recent, A. Brunshwig (1955) reia în discuție importanța diferitelor grupe ganglionare pelviene în propagarea cancerului uterin (studiu pe 56 cazuri cu metastaze ganglionare, operate) prezentînd următoarele date:

Ganglioni invadate	Deap	Stin	Tota
Lan iliac primitiv	3	3	6
Lan iliac extern	13	15	28
Lan hipogastric	5	6	11
Grup obturator	14	9	23
Parametre	16	13	29
Ganglionii bifurcației aortei	—	5	5

Ce concluzii putem trage din aceste studii ?

Nu se poate admite, fiind ceva nebiologic, fixitatea și sensul unic de orientare spre ganglionul obturator pe care-l atribuie Leveuf circulației limfatice pelviene. Dar atît observațiile clinice, cît și studiile pe cadavre, arată că primii ganglioni care se prind (prima stărie) fac parte în majoritatea covîrtoare a cazurilor din grupele anterioare ale ganglionilor limfatici ai pelvisului.

Gosset și Bertrand (1924) socotesc că pe viu, problema circulației limfatice, nu se aaeam nă cu rezultatele injectării tumorale pe cadavru. De ce celulele canceroase luate de curentul limfatic nu ar putea trece printr-un ganglion, pentru a se opri în grupul limfatic superior ?

J. L. Faure (1925) socotește că primii ganglioni interesați sînt cei iliaci externi (ganglionul lui Leveuf-Godard). Taussig (1943) arată că se prind mai frecvent ganglionii situați în apropierea bifurcației iliacei primitive în cele două iliace și ganglionii hipogastrici (ganglionul lui Cunio-Marcille).

Aceste grupe reprezintă un prim baraj în extinderea cancerului de col uterin (Stăria I-a limfatică). Ulterior se prind grupele ganglionare posterioare (ce formează stăria II-a) (gan-

glionii iliaci primitivi, ganglionii promontorieni), și abia în a treia etapă se prind ganglionii lomboaortici (a II-I-a stărie). De asemenea, trebuie reținut că cît procesul canceros este mai sus situat pe uter, cu atît este mai mare pericolul de a se prinde inițial ganglionii lomboaortici, care în cazul neoplasmului de fund uterin devin stăria I ganglionară. Sînt foarte rare cazurile de cancer al colului care prind inițial ganglionii din grupele posterioare (de pildă : devin prima stărie ganglionii promontorieni sau iliaci primitivi).

Stăria primă ganglionară este reprezentată prin :

1. ganglionii iliaci externi (în special ganglionul obturator descris, drept ganglion principal de Peiser, T. Ionescu și Leveuf-Godard la care se adaugă și ganglionii iliaci externi situați imediat în spatele arcadei inghinale (ganglionii retrocrurali);

2. ganglionii hipogastrici (în special ganglionul situat la bifurcarea venei iliace primitive în iliac extern și hipogastric, descris drept ganglion principal de Cunio și Marcille pe piesele operatorii ale lui T. Ionescu; și

3. un ganglion inconstant situat pe artera uterină, aproape de locul de încrucișare cu ureterul (ganglion descris ca prim sediu al adenitei canceroase în cancerul colului de Lucas Championniere).

Nu există un ganglion principal (ganglionul obturator), așa cum susinea Leveuf, ci există stăria limfatică de ordinul I, reprezentată prin mai multe grupe ganglionare (grupele ganglionare iliace externe și hipogastrice), procesul neoplazic puind interesă inițial unul sau mai mulți ganglioni din această primă stărie.

Odată ganglionii stăriei I interesați, procesul neoplazic evoluînd, difuzează, invadînd a II-a stărie ganglionară, care este reprezentată prin: 1) ganglionii iliaci primitivi, 2) promontorieni, și 3) latero-sacrați.

Stăria a III-a ganglionară este extrapelviană, fiind reprezentată prin ganglionii latero-aortici inferiori, lomboaortici și pericavi. În mod obișnuit ganglionii acestei stărie sînt invadate neoplazic în stadiile înaintate ale bolii.

Sînt cazuri înaintate de cancer al colului uterin unde se observă chiar prinderea neoplazică a ganglionilor supraclaviculari stîngi (ganglionul lui Virchow-Troisier).

În cazuri cu totul rare procesul canceros în extinderea sa prin reeaua limfatică nu respectă această ordine a stărilor ganglionare; spre exemplu, stăria I ganglionară poate fi ocolită, prima metastază făcîndu-se direct în grupe ganglionare ce apar în în mod obișnuit stărilor a II-a și a III-a.

Aruncând o privire de ansamblu asupra situației topografice a acestor stații ganglionare, putem trage următoarele *concluzii practice*:

— *stația I ganglionar limfatic este concentrată* în triunghiul vascular inter-ilic, format de mănunchiul vascular (artera și vena) iliac extern și mănunchiul vascular intern (hipogastric), ocupând mai cu seamă fosa obturatoare. Acești ganglioni fac parte din grupele anterioare ale ganglionilor pelvisului, situația lor topografică fiind favorabilă unei exereze chirurgicale totale. Regiunea este ușor abordabilă chirurgical, ganglionii fiind concentrați pe o suprafață precisă, având raporturi cu organe (arterele și venele iliace și nervii obturatorii) ce se pretează la o disecție amănunțită;

•— *stația II-a ganglionar limfatic*, formată din ganglioni care fac parte din grupele posterioare ale ganglionilor pelvisului, este risipită în jurul organelor situate profund, ca: artera și vena iliac primitivă, sacrul, rectul și plexul nervos hipogastric inferior. Situația lor topografică nu este favorabilă unei exereze chirurgicale totale. Regiunea este greu de abordată chirurgical, ganglionii fiind risipiți pe o suprafață întinsă, având raporturi cu organe greu accesibile și nu se pretează la o disecție amănunțită. Într-adevăr, tentativa de a-i îndepărta în totalitate, presupune decolarea rectului, lezarea rețelei venoase fine din esutul conjunctiv, de la acest nivel, decolarea ureterului pe o mare lungime, extirparea odată cu acești ganglioni (parasacra și pararectali) a esutului conjunctiv pararectal și a ganglionilor nervoși pelvieni (hipogastrici inferiori).

Dintre ganglionii stației II-a, numai cei iliaci primitivi (nod limfatic important al stației II-a) pot fi extirpați chirurgical, cu oarecare ușurință. Restul ganglionilor (pararectali, parasacrași) sînt practic inextirpabili în totalitatea lor, înțind seama de situația lor topografică și mai ales de riscurile legate de o asemenea tentativă;

— *stația III-a ganglionar limfatic* este extrapelviană (latero-aortico-cavă) și de asemenea greu de extirpat chirurgical în totalitatea ei. Prinderea ganglionilor reprezintă un pericol real în cancerul colului uterin.

Mulți chirurghi și ginecologi neglijează și aزی pericolul prinderii precoce a ganglionilor în cancerul colului. Ei se bazează pe afirmația lui J. L-Faurec: «parametrul este invadat înaintea ganglionilor și caceția rîmă adesea, pentru o lungă perioadă de timp, absolut indemnă de orice infecție canceroasă» («Tratat de gynecologie», 1928, Ed. Doin).

Leceni și alii autori au susținut același punct de vedere. Concluzia a fost că, chirurgii operau radical uterul canceros, dar lăsau pe loc toată aria ganglionară a colului, fapt ce ducea la o proporție mare de insuccese, recidivele fiind sigure în cazurile cu adenopatie.⁴⁶ De aici rezultă obligativitatea limfadenectomiei.

3. VASCULARIZAȚIA UTERULUI

Pentru ca intervențiile radicale în cancerul uterin să se poată face fără hemoragii mari intraoperatorii sau pentru a se face o hemostază eficientă în hemoragiile provocate de această boală, este necesară amintirea următoarelor noțiuni:

Uterul are o circulație arterială de origine multiplă. Arterele cele mai importante sînt uterinele, ramuri din arterele hipogastrice (fig. 582).

Acest fapt a determinat majoritatea chirurgilor, ca în caz de hemoragie masivă a cancerului de col, să lege arterele hipogastrice.

Experiența arată că simpla legătură a hipogastricelor, propusă în tratamentele clasice, este insuficientă, deoarece uterul mai primește sînge și din alte artere importante și anume:

- prin arterele ovariene, direct din aortă;
- prin arterele ruinoase, ramuri din artera femurală care se anastomozează cu artera ligamentului rotund;
- prin arterele ligamentului utero-sacrat, ce se anastomozează cu sistemul arterial hemoroidal.

Rezultă de aici că, după legarea hipogastricelor, circulația uterului se reface rapid prin căile suplimentare menționate mai sus, hemoragiile reapărînd cu aceeași intensitate.

Thoma Ionescu arată că, pentru ca hemostaza să fie eficientă în cancerule hemoragice inoperabile, trebuie să legăm, pe lîngă arterele hipogastrice, și ligamentele rotunde, ligamentele lombo-ovariene și ligamentele utero-sacrate uterului rîmînd să fie vascularizat minim, prin arterele vaginale.

⁴⁶ Datele din literatură arată că 30% din totalul recidivelor se fac la nivelul ganglionilor rîmași pe loc (alte statistici arată cifre mai mari).

DISPOZIȚIA ANATOMICĂ A ARTEREI UTERINE

Arterele cele mai importante ce trebuie legate și secționate în cursul histerectomiilor largite pentru cancer, sînt uterinele. Cunoașterea modului de emergență a acestor artere din arterele hipogastrice și raporturile lor cu ureterul este necesar.

Artera uterină poate porni din artera hipogastrică ca trunchi izolat (fig. 583 A), iar alteori ca trunchi comun cu artera ombilico-vezicală superioară (fig. 583 B). Aceste modalități sînt cele mai frecvent întîlnite în practică; mai rar uterina pornește dintr-un trunchi comun cu artera obturatoare (fig. 583 C). Excepțional de rar se întîlnesc două artere uterine (fig. 583 D).

Artera uterină se îndreaptă spre colul și istmul uterin, încrucișînd pe deasupra ureterul. Împreună cu tot esutul conjunctiv și colectoarele limfatice din jurul ei, formează pediculul supraureteral.

Trebuie reținut faptul că artera uterină are trei colaterale pe parcursul ei, fapt ce necesită o disecție specială a pediculului supraureteral (vezi fig. 582):

- Artera vezicală (denumit impropriu de J. L. Faure artera cornului vezical).
- Arteriola nutritivă pentru ureter (inconstant).
- Artera cervico-vaginală.

Artera vezicală izvorăște din crosa uterinei, la mică distanță de originea acestei artere și se îndreaptă spre fața laterală a vezicii, înconjurată de un număr bogat de vene subiri (vezi fig. 582), înfășurat în esut conjunctiv. Tot acest număr arterio-venos acoperă ureterul în porțiunea sa juxtavezicală, încât liberarea lui la acest nivel în cursul histerectomiilor largi este condiționată de secționarea și ligatura acestui pedicul vascular al vezicii urinare (descrie de J. L. Faure sub numele de «pediculul cornului vezical»). Necunoașterea anatomiei acestei regiuni anterioare a pediculului supraureteral poate duce la hemoragii venoase superioare sau chiar la lezarea ureterului, în timpul manevrelor de izolare a lui și a vezicii urinare (vezi fig. 620).

Arteriola nutritivă a ureterului prezintă importanță, deoarece când se face descrierea area pediculului supraureteral de ureter, trăgând în sus de uterină, această arteriolă inconstantă se poate rupe și produce hematoame disecante în adventicea ureterului, fapt ce jenează dinamica lui. Pentru acest motiv, chirurgul nu va rupe «aderențele» ce apar între marginea inferioară a arterei uterine și marginea superioară a ureterului în timpul descrierii, ci le va lega și secționa cu fir subțire de catgut.

Arterele uterine, după un traiect ascendent pe marginile laterale ale uterului, se anastomozează cu ramurile arteriale provenite din artera ovariană (pediculul lombo-ovarian), a cărei ligatură ambelor artere uterine nu duce la ischemia uterului. Pe această dispoziție de vascularizare arterială se bazează procedeul Aburel de colpo-histerectomie subfundică (vezi fig. 603).

ASPECTE ALE CIRCULAȚIEI VENOASE A PELVISULUI

Pericolul hemoragiilor intraoperatorii în histerectomiile totale lărgite în mai mult de lezarea rețelei venoase, decât a rețelei arteriale a pelvisului. Acest fapt, care pare paradoxal, are însă explicații. Arterele care trebuie secționate (uterină în special), având o topografie precisă, pot fi ușor reperate și legate.

În afară de trunchiurile mari venoase ale pelvisului (vena iliac primitivă, iliac externă și hipogastrică), care pot fi lezate intraoperator numai în cazuri excepționale (de pildă aderență a ganglionilor la pereții venelor), există o serie de plexuri venoase cu rețea foarte bogată, care sînt dispuse în condensările esutului conjunctiv, avînd maximum de concentrare mai ales înspre partea inferioară a acestor condensări conjunctive, în vecinătatea planului mușchilor ridicătorii anali, formînd așa-numitul «curent venos din fundul pelvisului» (Gregoire) sau plexul venos uro-genital. Este de reținut faptul că, pentru a extirpa esutul conjunctiv ce conține aceste vene, trebuie creată calea de atac pentru manevrele chirurgicale prin spațiile conjunctive avasculare ale pelvisului (vezi fig. 574).

Faptul că aceste vene au pereți friabili și că pereții lor aderă la esutul conjunctiv vecin, explică ușor urinarea cu care se rup și tendința la hemoragie în cursul histerectomiilor totale lărgite. Uneori hemoragiile venoase sînt atât de greu de stopat, încît regiunea trebuie tamponată mai mult timp.

O caracteristică a acestor plexuri venoase este polimorfismul sub care pot fi întâlnite la diferite bolnave. Uneori această rețea este slab reprezentată, alteori este extrem de bogată, încât sângele repetat pot surveni în timpul actului operator.

Sînt cîteva semne indirecte din a căror interpretare se poate deduce bogăția circulației venoase profunde:

— în caz de structură reticulară bogată a plexurilor utero-vaginale, venele din grosimea ligamentului lombo-ovarian și a foielor ligamentului larg sînt multiple. Dacă plexul utero-vaginal este slab exprimat, plexul venos lombo-ovarian aproape lipsește (Sevkunenko).

— Constatarea varicelor pelviene.

Pentru operator sînt necesare următoarele detalii asupra unor variante anatomice ale rețelei venoase pelviene, la femeie, în regiunile în care se fac manevre chirurgicale în timpul histerectomiilor largite:

a) *Variațiile rețelei venoase în fosa obturatoare*, trebuie să fie cunoscute, deoarece se pot evita hemoragiile în timpul evidențierii ganglionilor și grăsimii din această regiune.

Redăm după Sevkunenko aceste variații: *tijjMt* în unele cazuri vena obturatoare se găsește sub forma unui trunchi izolat ce se anastomozează cu venele anterioare ale plexului vezical (fig. 584 A);

— în alte cazuri există o anastomoză mare între vena obturatorie și vena iliac externă, anastomoză care poate fi mai groasă decât însăși vena obturatorie (fig. 584 B);

- alteori există anastomoze multiple cu vena iliac externă (fig. 584 C). b) *Variabilitatea colateralelor mici ale venei iliace externe* (și hipogastrice). Adeseori se constată o colaterală a venei iliace ce trece pe deasupra arterei iliace externe sau merge spre infundibulul crural.

Ea poate fi ruptă cu ușurință, dacă nu expunem bine regiunea inelului crural (prin pelvis), cînd se cură vasele iliace de ganglionii sateliți (expunerea este ușurată utilizînd valva Polloson).

De asemenea la diferite nivele pe parcursul venei iliace se pot întâlni în rare cazuri mici colaterale venoase, ce pot fi rupte în decolări brutale.

c) *Variabilitatea rețelei venoase din pediculul subureteral*. Spre partea inferioară (spre planul ridicătorilor anali) a pediculului subureteral se găsește concentrarea cea mai mare de vene ale plexului venos utero-vaginal.

Trebuie semnalate trunchiurile venoase cu calibrul impresionant ca: vena uterină subureterală, vasa vaginală superioară și venele utero-vaginale (vezi fig. 588). Acest plex venos, atît de bogat încît nici nu i se poate face o descriere sistematizată, este îngroșat și prin existența limfaticelor și arterelor: vezicală inferioară, ramură din hipogastrică (vezi fig. 578), ramurile anterioare ale hemoroidalei medii și ramurile vezico-vaginale ale arterei uterine (Ameline, Huguier etc.)

Cum extirparea pediculului subureteral prezintă o deosebită importanță, dat fiind vecinătatea lui cu colul uterin cancerizat, neaplicarea corectă a penselor hemostatice, în timpul izolării și rezecției acestui pedicul, poate duce la hemoragii mari, greu de stăpînit.

Inervaia organelor pelviene trebuie cunoscut în detaliu de chirurg, pentru a putea feri mai ales lezarea nervilor vezicii urinare, fapt care poate determina grave complicații postoperatorii în mic iune.

Toate organele pelvisului primesc filete nervoase simpatice și parasimpatice din «plexul hipogastric» (plexul pelvian sau ganglionii lui Lee Franckenh user).

Plexul hipogastric are forma unui dreptunghi plasat topografic pe fața externă a ligamentului utero-sacrat (în dreapta și stînga) (fig. 585).

Marginea posterioară a plexului, care primește ramurile nervoase aferente, este în apropierea concavității sacrate. Marginea anterioară, din care ies ramuri nervoase eferente, ajunge pînă aproape de uter (pînă unde ligamentul uterosacrat întâlnește ligamentul lui Mackendrodt), puțin în afara fundului de sac lateral vaginal. Artera uterină încrucișează pe deasupra extremitatea anterioară a plexului (vezi fig. 585).

RAMURILE AFERENTE ALE PLEXULUI HIPOGASTRIC

Plexul hipogastric primește ramuri aferente prin trei rădăcini (pediculi) ce ptrund în plex prin marginea lui posterioară (fig. 586 A și B).

— Pediculul simpatic postero-superior, format din nervii presacrați (sau splanhnicii pelvisului).

v— Pediculul simpatic postero-mijlociu, format din ramuri simpatice provenite din lanțul simpatic sacrat (din ganglionii I, al II-lea și al III-lea sacrat).

— Pediculul parasimpatic postero-inferior, format din filete ce provin din rădăcinile anterioare ale nervilor splanhnicii sacrați (S_2, S_3 și S_4), avînd pericarionii situați în substanța cenușie a m. duzei lombo-sacrate (centri de origine a parasimpaticului pelvian). Aceste filete, după ce ies din rădăcinile sacrate, se înmănunchiază, dînd naștere la nervii pelvieni (numiți în mod incorect de unii autori splanhnici pelvieni) (vezi fig. 585 și 586).

RAMURILE EFERENTE ALE PLEXULUI HIPOGASTRIC

Din ganglionii nervoși ai plexului hipogastric pleacă un număr de filete nervoase ce merg la vasele și organele pelvisului: toți acești nervi eferenți sînt mici, conținînd filete simpatice și parasimpatice (vezi fig. 585 și 586).

Chirurgul care efectuează o histerectomie cu adevărat larg este obligat să cunoască următoarele noțiuni anatomico-fiziologice asupra plexului hipogastric și inervației vezicii urinare:

— *plexul hipogastric nu trebuie extirpat bilateral*. Orice extirpare exagerată a esutului conjunctiv pelvian (în special a porțiunii posterioare a ligamentelor utero-sacrate sau a porțiunii externe a pediculului subureteral) poate duce la extirparea plexurilor hipogastrice sau la ruperea nervilor vezicii, fapt care poate avea grave consecințe asupra dinamicii vezicale (retenție, distensie vezicală, stază urinară, infecție urinară etc.);

— *extirparea unilaterală a plexului hipogastric în cazul invadării lui neoplazice, nu este urmată de tulburări, dat fiind rolul suplinitor al plexului nervos omental;*

— *inervația vezicii urinare și a ureterului pelvian nu trebuie secționată. Vezica urinară este inervată exclusiv din plexul hipogastric prin doi pediculi nervoși: pediculul superior (plexul periureteral), pediculul inferior (plexul vezico-co-vaginal).*

Pediculul superior (plexul periureteral), constituit din filete care ies din porțiunea superioară a marginii anterioare a plexului hipogastric, ajunge la vezică urmând artera ombilicală cu ramura sa vezicală superioară (forma iunee care nu trebuie secționată în histerectomiile totale) și mai ales prin teaca vasculo-conjunctivă a ureterului. Acest pedicul a fost denumit «plexul ureteral». Plexul periureteral formează un manșon de filete nervoase care învelesc ureterul. Această dispoziție specială face ca, atunci când se pregătește corect ureterul pentru extirparea pediculului subureteral în histerectomia totală laparotomică, să se pot streștina ușor ureterul și plexul nervos adiacent (ureterul fiind decolat împreună cu teaca sa vasculo-neuro-conjunctivă).

Pediculul inferior (plexul vezico-vaginal) este constituit din filete care ies din porțiunea inferioară a marginii anterioare a plexului hipogastric. Acest pedicul se răsfrânge în vezică prin pereții latero-inferiori ai organului: O parte din filete merg în jurul arterelor vezicale, artere care trebuie menajate în decolarea vezico-utero-vaginală. Pediculul inferior, provenind mai ales din filete care ies din nervii pelvieni (provenind din primele rădăcini sacrate), este situat spre ridicătorii torii anali și spre peretele lateral al bazinului. Această situație face ca, în histerectomia laparotomică fără extirparea jumătății externe a pediculului subureteral, acești nervi vezicali să nu fie atinși și funcția vezicii să fie asigurată postoperator.

5. RAPORTURILE URETERULUI PELVIAN

Pericolul important în histerectomiile totale (simple sau laparotomice) este lezarea ureterului (porțiunea pelviană); limita între porțiunea pelviană și porțiunea abdominală a ureterului este dată de linia nenumită a oaselor coxale.

Pentru chirurg este util de reținut împărțirea didactică a ureterului pelvian în trei porțiuni (fig. 587).

Partea posterioară (subseroasă), care topografic este situată în afara ligamentelor utero-sacrate, imediat sub seroasa peritoneală, fapt ce îl face vizibil prin transparență.

Partea mijlocie (parauterin) topografic este în dreptul ligamentului cardinal a lui Mackenrodt. În această porțiune ureterul încetează de a mai fi subperitoneal, cufundându-se în esutul conjunctiv ce formează parametrul propriu-zis (ligamentul cardinal sau baza ligamentului larg), împărțind acest esut în două numite «pedicul supra- și subureteral». La acest nivel ureterul are raporturi cu uterul și vasele uterine, raporturi ce trebuie cunoscute în amănunt. Ureterul se află imediat în afara uterului, cam la 1,5 cm de marginea laterală a istmului. Începând de la marginea posterioară a parametrului, ureterul străbate drumul la vezică înconjurat de artere, dar mai ales de un manșon format din vene multiple și mari (fig. 588). Pe deasupra ureterului trece artera uterină și vena uterină supraureterală și limfatice.

Sub ureter se găsesc toate formele vasculare ale pediculului subureteral (vezi fig. 578).

Imediat sub ureter se află vena uterină subureterală și vena vaginală superioară și limfaticele pediculului subureteral. Medial (între ureter și uter) se află venele utero-vaginale și artera vaginală, ramură inferioară a uterinei.

În afara ureterului se găsește o anastomoză venoasă între vena uterină supraureterală și cea subureterală (vezi fig. 588).

După Peham, poziția acestei vene fixează distanța (mai mare sau mai mică) dintre ureter și uter (în medie 1,5 cm). Dacă anastomoza între vena uterină supraureterală și subureterală este aproape de marginea uterului, atunci ureterul va fi mai aproape de istm. Această dispoziție anatomică ne arată cât de aproximativ și ce efecte minime pot avea manevrele practicate în histerectomia totală simplă, pentru a deplasa ureterul de uter prin împingerea vezicii, cu un tampon montat, în afară și înainte, în timp ce uterul este tras în partea opusă împingerii vezicii (manevra Wiart). Cu toate acestea manevra, ureterul este tras după uter, din cauza acestui inel venos. De aceea în histerectomiile totale simple se preferă ligatura uterinei ras la uter, după ce s-a pus ureterul în evidență în câmpul operator. Ligatura plasată orbește riscă să prindă lateral ureterul.

Distanța dintre ureter și uter mai variază în funcție de gradul de deplasare a uterului (în prolapsul uterului, ureterul va fi mai depărtat de col) și de gradul de hipertrofie a colului (în fibroamele de col și în cancerele endocervicale ureterul va fi lângă col) (vezi fig. 595 — cartu).

Partea anterioară a ureterului pelvian (juxtavezical). Imediat după ce ureterul iese din parametru, intră în grosimea ligamentului utero-vezical, pe care-l străbate până ce intră în vezica urinară și, în această porțiune, ureterul este înconjurat de formațiuni vasculare, ce trebuie disecate cu atenție în timpul operației. Cranial și lateral, ureterul are în preajmă două ramuri vezicale din artera uterină și venele plexului vezical. Aceste vase formează pediculul cornului vezical sau porțiunea superioară a paracistului (vezi fig. 582). Caudal este situat plexul venos perivaginal. La acest nivel (înainte chiar de a ieși din grosimea parametrului), ureterul face o curbă cu concavitatea în untru, de sus în jos, având tendința să învelișeze vaginul (vezi fig. 586 și 588). La acest nivel ureterul este foarte aproape de pereții laterali ai vaginului de care nu se desparte decât printr-un substrat de esut conjunctiv (posibilitatea lezării când se izolează vaginul în histerectomia abdominală sau posibilitatea lezării lui când, operând pe calea vaginală, se secționază ligamentele vezico-uterine).

RAPORTURILE DINTRE URETER ȘI ESUTUL CONJUNCTIV AL PELVISULUI (teaca proprie vasculo-neuro-conjunctivă a ureterului)

Pereții musculari ai ureterului sînt înveliși într-o «teacă vasculo-neuro-conjunctivă» proprie (sau teaca lui Waldayer), teacă ce trebuie respectată în cursul intervențiilor. Este interesant de semnalat că această teacă proprie este foarte tardiv invadată de procesul canceros, încît uneori observăm parametrul complet invadat de neoplasm, în timp ce ureterul indemn străbate blocul canceros. Prin teacă trec capilarele, nervii, arteriolele și venulele fine, ce se anastomozează între ele.

Ureterul își primește vascularizația bipolar, după cum urmează: porțiunea abdominală și porțiunea posterioară a ureterului pelvian sînt irigate prin ramurile arteriale ce provin din artera renală și artera ovariană (pediculul superior) (fig. 589).

Porțiunea medie și anterioară a ureterului este irigată din ramuri ce provin din plexul arterial al vezicii (pediculul inferior). Uneori primele ramuri direct din artera uterină la locul de încrucișare cu această arteră. Arteriolele acestor pediculi se anastomozează în plin canal în teaca proprie a ureterului, a căreia lezarea accidentală a unei arteriole poate fi uneori foarte urmărătoare. Tot în această teacă se găsesc și nervii plexului vezical superior (nervii utero-vezicali, ramuri din plexul hipogastric), ca și filete nervoase proprii pereților ureterali. Lezarea acestor filete nervoase poate avea uneori urmări neplăcute asupra dinamicii ureterale.

Ureterul și teaca sa conjunctivă nu aderă în mod normal la esutul conjunctiv din formațiunile ce le străbate (parametre, ligamentele utero-vezicale). Între teacă și esutul conjunctiv al formațiunilor pelvisului, există un plan de clivaj, pe care chirurgul trebuie să-l găsească, atunci când decolează ureterul, dacă vrea să nu aibă sîngerări din partea plexului venos periureteral sau să nu lezeze chiar ureterul.

Pentru a efectua o evidare corect a grupelor ganglionare anterioare este necesar cunoa terea anatomiei fosei obturatoare, descris în mod temeinic de Thoma Ionescu (1900). Fosa obturatoare este spa iul cuprins între pubis i arcada femural (anterior), bifurcarea arterei iliace primitiv în hipogas- tric i iliac extern (posterior), artera i vena iliac extern (lateral extern), artera hipogastric cu ramurile sale (latero-intern i- inferior) i ureterul pelvian (laterointern i superior). în jos fosa obturatoare ajunge pîn la planul mu chilor ridic tori anali, iar intern pîn la planul ureteral (fig. 590).

Fosa obturatoare este str b tut de nervul, artera i vena obturatoare. Ea este umplut de un esut adipos, bogat în capilare i ganglioni limfatici ce trebuie extirpat larg i corect în limfadenectomia pelvisului din cursul histerectomiilor largi, dup principiile fixate de Thoma Ionescu, punîndu-se în eviden forma iunile ce o delimiteaz (specificate mai sus), nelezîndu-se nervul i vasele obturatorii. Plan eul muscular pelvian este schematizat în fig. 591 A.

7. RAPORTURILE UTERULUI CU VEZICA URINAR I RECTUL

Aceste raporturi explic de ce vezica urinar este mai u or invadat de procesul canceros extins de la col (contact direct; de aici obligativitatea cistosco- piei) decît rectul, unde se interpun dou bariere: seroasa peritoneal a fundului de sac posterior i peretele fundului de sac posterior al vaginului (fig. 591 B).

Aceste date de anatomie sînt suficiente pentru a în elege corect sensul tehnicilor operatorii folosite în tratamentul cancerului organelor genitale feminine.

TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE. ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI COLULUI UTERIN

1. TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL STADIULUI 0 (CIE) ÎI STADIULUI Ia (MICROCANCER)

I. CONIZA IA

Nu vom reproduce tehnica operatorie, deoarece această opera ie a fost expus pe larg la capitolul « Opera ii plastice pe colul uterin ». Despre indica iile i eficien a ei în cancerul colului (a se vedea capitolul: Indica ia terapeutic în Stadiul 0 (CIE) pag. 662—665).

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca coniza ia este interven ia des practicat în Stadiul 0 (CIE) avînd atît scop diagnostic cît i curativ.

II. HISTERECTOMIA TOTAL INVERSAT (tehnica Chiricu , 1966) PRINCIPII I ^EFICIEN . INDICA IA OPERATORIE

Histerectomia total simpl este metoda recomandat de mul i autori pentru tratamentul radical al carcino mului intraepitelial.

Aceasta rezultă dintr-o statistică întocmită în 1966 de Kim Suk Whan și colab. asupra atitudinii terapeutice utilizate în carcinomul intraepitelial în cele mai importante centre ginecologice pentru tratarea cancerului de col din 12 țări (SUA, Japonia, Australia, Canada, Suedia, Anglia, Franța etc.) *.

Metoda	Nr. instituțiilor care o practică
	43
	17
	4
	2

Funck-Brentano, unul din apărătorii acestei atitudini, afirmă textual la Congresul Francez de Ginecologie ce a avut loc în Alger în 1952: « Suprimarea totală a uterului cu păstrarea funcției ambelor ovare nu se pare metoda de elecție în stadiul actual al problemei. Odată cu uterul se va extirpa și un coleret vaginal de 1 cm, avându-se în vedere etalarea posibilă a epiteliumului în suprafață ».

În Institutul Oncologic Cluj noi practicăm histerectomia totală simplă cu coleret vaginal numai în cazurile la care textul Lahm-Schiller arată că zona iod-negativă prinde și fundurile de sac vaginale. În toate celelalte cazuri fie conizăm, fie histerectomia totală simplă, alegând o tehnică care extirpă colul în totalitate.

Nu recomandăm histerectomia totală intracapsulară, procedeul Aldridge și nici histerectomia simplă intraistmic, procedeul Carron, deoarece aceste tehnici, cu toată securitatea pe care o oferă ureterelor, au dezavantajul că pot lăsa pe loc fragmente de mucoasă de la periferia colului, mucoasa care poate fi afectată de procesul patologic.

În Institutul Oncologic Cluj-Napoca cu începere din 1966 practicăm în asemenea situație (carcinom intraepitelial unde nu sîntem siguri că nu este un microcancer), un tip de histerectomie totală pe care am denumit-o «inversată», datorită extirpării retrograde a uterului (tehnica I. Chiricu).

Cu toate că în microcancere preferăm ca tip de operație limfadenohisterocolpectomia lărgită, operație care corespunde tuturor principiilor chirurgiei anti-canceroase, au fost cazuri cu diagnostic dubios de carcinom intraepitelial, unde bunăoară microcancerul, și la care am practicat histerectomia totală inversată asociată cu limfadenectomia pelvisului. Dacă pe piesa extirpată, examenul histopatologic a confirmat existența unui proces malign microinvasiv, postoperator am aplicat radium intravaginal pentru sterilizarea eventualelor microînsămănări canceroase ale parametrelor.

Dacă histopatologic s-ar fi confirmat și invazia neoplazică a ganglionilor limfatici (nu am avut nici un caz de microcancer cu ganglionii invadati) am fi asociat și cotaloterapia externă, radioterapia intravaginală.

În concluzie, în stadiul Ia (microcancer) unde din motive speciale s-a practicat histerectomia totală inversată, operația trebuie completată cu limfadenectomia pelvisului, iar postoperator obligatoriu se va practica radioterapia intravaginală. Cobaltoterapia externă devine obligatorie în caz de ganglionii invadati și canceros.

Histerectomia totală simplă inversată, realizează o histerectomie într-adevăr totală (spre deosebire de tehnicile lui Aldridge și Carron), este foarte simplificată ca tehnică și conferă (față de histerectomia totală clasică) maximum de securitate în ce privește protejerea ureterelor. Împreună cu M. Rici am prezentat un studiu asupra 250 cazuri operate cu această tehnică, fără complicații postoperatorii, fără lezarea ureterelor și cu 0% mortalitate.

Histerectomia totală inversată este *contraindicată* în cazurile care au colul uterin mult mărit de volum. În aceste situații mărirea în diametru a colului micorează spațiul anatomic de 1,5—2 cm existent între colul uterin-vagin și uretere, aceste formații anatomice apropiindu-se într-atît, încît aplicarea și strîngerea pensei Mickulicz ras cu marginea externă a istmului și colului uterin riscă să lezeze și ureterul lipit de uter. Insistăm asupra acestei contraindicații (vezi fig. 595 cartu).

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Se va dezinfecta vaginul cu 3—4 zile înainte de operație prin irigații și ovule cu sulfamid (Ovestrol). Clismă seara și în dimineața operației. În dimineața operației irigarea vaginului, curățarea pe valve a colului de secreții, tergerea colului cu un tampon îmbibat în alcool. Tamponarea cu meș lung a vaginului; sondă vezicală «demeure» (preferabil sonda Foley).

TEHNICA OPERATORIE

1. *Laparotomie median pubo-ombilical* . Dup ce se stabile te necesitatea p str rii sau înl tur rii anexelor se procedeaz în felul urm tor:

2. *Se decoleaz larg vezica de uter i vagin ca la opera ia Wertheim*, expu nîndu-se peretele anterior al vaginului pe o distan de 2—3 cm în jos, sub locul de inser ie a vaginului pe uter. Decolarea vezicii nu se face numai pe linia median , ci i lateral, expunîndu-se fa a anterioar a vaginului de la o margine la alta a acestuia (element important al tehnicii). In acest fel se îndep rteaz de vagin, crosele ureterelor ce îmbr i eaz anterior marginile laterale ale vaginului, înainte de a se v rsa în vezic (bineîn eles c ureterele nu se v d, sînt în bloc îndep rtate cu esuturile parauterine). Se va avea grij ca tamponul montat cu care se face decolarea s nu rup plexurile venoase perivaginale, ce sînt dezvoltate mai ales spre marginile laterale ale vaginului (fig. 592).

3. *Se decoleaz vaginul de rect* prin deschiderea fundului de sac peritoneal Douglas eviden iindu-se peretele posterior al vaginului pe o distan de 2—3 cm (cînd fundul de sac peritoneal Douglas este destul de profund, acest timp operator devine uneori inutil).

Cu un tampon montat se des vîr e te lateral atît decolarea anterioar , cît i cea posterioar , pentru a eviden ia lateral cît mai mult pere ii vaginali. Se va verifica digital dac 1/3 superioar a vaginului este bine decolat de vezic i rect.

4. *Tr gîndu-se în continuare cu o pens Museaux de uter în sus i posterior*, pentru a pune în tensiune vaginul, *se deschide (cu foarfecel transversal) peretele anterior al vaginului* imediat sub fundul de sac vaginal anterior. Incizia transversal se face cît mai larg posibil, de la un paracolpos la altul (fig. 592). O asistent extrage pe jos me a vaginal .

5. Un timp important este *perforarea ligamentelor largi la baza lor* (fig. 593).

Perforarea se face prin introducerea unei pense lungi curbe cît mai la baza ligamentului larg, deasupra locului unde b nuim existen a crosei arterei uterine i cît mai aproape de uter. Se realizeaz astfel dou mici bre e la baza ligamentelor largi cît mai aproape de uter i cît mai aproape de artera uterin .

6. *Se apuc colul uterin cu o pens Museaux*, introdus prin bre a vaginal , i se trage puternic, exteriorizîndu-l din lumenul vaginal în abdomen punînd astfel sub tensiune pere ii: laterali i posterior ai vaginului (fig. 594). Colul se cur i se dezinfecteaz cu alcool iodat.

7. *Se procedează în continuare ca la o histerectomie total vaginal*, efectuat în sus, de această dată, pe cale abdominală (în histerectomia pe cale vaginală se află în vagin atât corpul uterin exteriorizat cât și colul uterin; în tehnica propusă de autor avem în abdomen atât corpul uterin, cât și colul uterin, tras prin breșă vaginală). Pentru a separa uterul de vagin este necesară secționarea între pense pas cu pas inseria vaginului pe uter de jur împrejur. Trebuie utilizate pense de hemostază lungi, curbe, brațele care mușcă esuturile trebuind să fie scurte și foarte puternice (dure). Pensele tip Mickulicz corespund cel mai bine acestei operații. Fără existența unor asemenea pense, recomandăm să se renunțe la acest tip de histerectomie. Existența unor pense mai slabe ar putea expune la hemoragii grave prin deraparea esuturilor și vaselor din ghiarele mușcătoare ale pensei. Punctul critic al separării uterului de vagin este momentul pensării arterei uterine și a paracolposului respectiv (fig. 594). Acest moment trebuie pregătit în mod special și cere o aplicare corectă a penselor Mickulicz, pentru a se evita deraparea arterei uterine secționate din pensa ce a mușcat în bloc artera uterină, peretele vaginal lateral și parametrul respectiv.

Pentru a aplica această pensă «cheie», care trebuie să prindă puternic artera uterină, dar să evite în același timp pensarea ureterului se trage continuu în sus de colul uterin abdominalizat (deci se trage de pensa Museaux) și se introduce pensa cu brațele scurte și puternice de tip Mickulicz cu un braț în vagin (prin breșă vaginală anterioară) și cu un braț în breșă făcută la baza ligamentului larg (cartuș, fig. 594).

Pentru a evita pensarea ureterului, care este foarte aproape de uter, este de foarte mare interes modul cum orientăm brațele pensei Mickulicz: brațul endovaginal al pensei (semnalat cu litera A' în fig. 595) va fi plasat exact în fundul de sac vaginal lateral (se începe cu artera uterină dreaptă, deci în fundul de sac vaginal drept va fi aplicat mai întâi pensa), iar celălalt braț al pensei (semnalat cu litera A în fig. 595), răsucit în abdomen și introdus în breșă la baza ligamentului larg va fi apropiat până se simte că este în contact imediat cu marginea laterală a uterului (fig. 595 A—A').

Prin strângerea forată a pensei Mickulicz, aceasta prinde strâns prin strivire (« mușcă ») în bloc parametrul respectiv (ras cu corpul uterin) artera uterină și peretele vaginal (fig. 595 C).

Deasupra ei se plasează o a doua pensă (neobligator) pentru a evita sîngerarea retrogradă din artera și venele uterine și se secionează între ele, separîndu-se astfel lateral uterul de vagin.

Atragem atenția ca aplicarea greșită a « pensei Mickulicz cheie», poate antrena pensarea laterală a ureterului. În fig. 595 B—B' se poate vedea bine că îndepărtarea brațului pensei Mickulicz de marginea laterală a uterului (însemnat cu B în fig. 595) și strângerea pensei în această poziție, apropie pensa de ureter și mărește riscul ureteral.

Deci pentru a reuși, un braț al pensei trebuie să fie în fundul de sac vaginal lateral, iar celălalt braț să fie aplicat ras cu marginea laterală a uterului (cartuș — fig. 594).

De asemenea, reamintim că în caz de col mult îngroșat (prin existența a unui fibrom istmic sau de col) tehnica histerectomiei totale inverse este contraindicată, deoarece spațiul liber de 1,5—2 cm existent în mod normal între ureteri și peretele lateral al uterului (fig. 595 cartu) este mult redus, încât pensa Mickulicz risc să penseze și ureterul.

8. *Se secionează între pense esuturile respective* (deoarece tranșă vaginală superioară inserată pe colul uterin este deseori nehemoragic, aplicarea pensei hemostatice pe ea este facultativ). Se continuă apoi în același mod secionarea vaginului de jur împrejur, avându-se totdeauna grijă ca pensa Mickulicz să aibă brațul endovaginal plasat exact pe fundul de sac vaginal, iar brațul abdominal să fie totdeauna plasat ras cu uterul, încercându-se corect esuturile paravaginale care vor trebui secionate după pensare.

Prin faptul că posterior rectul s-a decolat larg și corect pe vagin, nu există pericolul ca pensa Mickulicz, ce va strivi peretele vaginal posterior și esuturile învecinate, să poată leza rectul (fig. 596).

9. *Arterele uterine secionate și uterul separat total de vagin*, permit ridicarea uterului din pelvis trăgându-l în sens cranial de pensa Museaux fixată pe col. În acest fel foițele peritoneale ale ligamentelor largi sunt puse sub tensiune fapt ce permite secionarea seroasei peritoneale, latero-uterin (timp de obicei nehemoragic). În acest mod uterul se eliberează total din pelvis, rămânând încă fixat prin ligamentele rotunde și lombo-ovariene (fig. 597).

10. *Secionarea ligamentelor rotunde și lombo-ovariene, bilateral*. Acest timp este mult urât prin tensionarea formei iunilor ligamentare amintite datorită tracțiunii exercitate pe colul uterin (pensa Museaux) și pe uterul exteriorizat din pelvis. Pensarea și secionarea ligamentelor rotunde și lombo-ovariene între pense urmată de ligatura bonturilor. Dacă situația cazului necesită strarea anexelor (lucru permis în CIE la femeile tinere) tehnica se modifică în sensul că anexele sunt puse la strate, pensarea și ligatura fiind făcându-se la nivelul implantării ligamentului rotund și trompei în corpul uterin.

Trebuie remarcat că în toate tehnicile cunoscute de histerectomie totală pe cale abdominală se începe cu izolarea uterului dinspre fundus spre vagin, secionarea vaginului devenind ultimul timp pentru îndepărtarea uterului.

În tehnica histerectomiei inverse, întâi se secionează vaginul liberându-se uterul, secionarea ligamentelor rotunde și lombo-ovariene devenind ultimul timp operator.

11. *În această tehnică toate ligaturile vasculare se aplică după îndepărtarea uterului din bazin.*

În general, pentru îndepărtarea uterului și secionarea de jur împrejur a vaginului, sunt necesare 4—6 aplicații de pense Mickulicz după tehnica expusă (fig. 598).

Primele ligaturi se aplică pe ligamentele rotunde secionate; apoi se leagă pediculii lombo-ovarieni. La urmă se leagă pediculii vasculari parametrali împreună cu vasele pensate între brațele puternice ale penselor Mickulicz, cu fire groase de catgut cromat; se poate folosi catgut obișnuit gros trecut prin transfixie cu acul; insistem asupra atenției și solidității cu care trebuie efectuate aceste ligaturi, pentru a se evita deraparea și scderea din ligatură a arterelor uterine (fig. 599).

În multe cazuri ligaturile le-am făcut cu așchi groase.

Tranșă vaginală, rămasă după îndepărtarea uterului, se închide cu fire izolate de catgut sau cu surjet de catgut (fig. 600), se drenează pelvisul, pe cale vaginală, exteriorizându-se în vagin un tub de cauciuc strecurat printre firele de sutură a tranșei vaginale (fig. 600 C). După pulverizarea esuturilor parametrale cu antibiotice, se peritonizează pelvisul (fig. 600 B) și se închide peretele abdominal într-un singur strat. Drenarea pelvisului cu tub exteriorizat suprapubian este facultativă.

În cele câteva sute de histerectomii totale inversate pe care le-am efectuat, durata îndepărtării uterului a fost de 4—7 minute. Acest fapt denotă simplitatea și ușurința tehnicii, când este bine cunoscută. Apoi a urmat aplicarea firelor de hemostază, peritonizarea, sutura peretelui abdominal etc.

Atragem insistent atenția că în situația când leziunea de pe col este suspectată de a fi un carcinom microinvasiv, atunci completăm histerectomia totală inversă cu limfadenectomia pelvisului și în caz de confirmare histopatologică a carcinomului

microinvaziv postoperator, vom indica bolnavei aplicarea de radium pe bontul vaginal la 3—4 s pt mîni dup vindecarea opera iei (eventual i radioterapie dac ganglionii limfatici au fost g si i metastaza i).

Avînd în vedere posibilitatea ca un carcinom intraepitelial (CIE), s fie g sit la examenul histopatologic sedat al piesei de coniza iei, a fi un microcancer (stadiul Ia) unii autori recomand de la început practicarea unei histerectomii totale cu limfadenectomie i cu extirparea mai extins sau mai pu in extins a parametrelor.

Astfel, Carbonnet 1967, pentru a evita o reinterven ie în caz de microinvazie g sit histopatologic (reinterven ie ce se va efectua în grele condi ii tehnice) practic de la început o histerectomie moderat l rgit cu limfadenectomie. El nu descoper pe o distan prea mare ureterele, pentru a evita complica iile ureterale obi nuite. în caz c se confirm anatomopatologic microinvazia, autorul consider suficient acest tip de opera iei, cunoscut în literatur sub numele de « mini-Wertheim ».

în schimb, al i autori ca: Meigs, Te Linde, .a. prefer s simplifice conduita în carcinomul intraepitelial prevenind orice risc ulterior (identificarea unui microcancer) prin practicarea de la început a unei limfadenectomii l rgite, opera iei recomandat de to i

ace tia atunci cînd carcinomul a spart membrana bazal i a devenit microinvaziv. To i ace ti autori merg pe ideea de « a gre i mai bine în plus decît în minus».

în ceea ce ne prive te, noi recomand m pentru carcinomul intraepitelial, coniza ia sau histerectomia total inversat , iar pentru cancerul microinvaziv i microcancer limfadenohistero-colpectomia l rgit . în mod excep ional se poate practica i histerectomia total inversat , asociat cu limfadenectomia pelvisului, completîndu-se postoperator tratamentul cu radiumterapie intrava- ginal i la nevoie cobaltoterapie extern .

III. COLPOHISTERECTOMIA L RGIT SUBFUNDIC (tehnica E. Aburel, 1956)

PRINCIPII I EFICIEN

E. Aburel reluînd problema stadiilor cu totul incipiente, bazîndu-se pe caracterul lor morfopatologic i fiziopatologic, propune o atitudine diferit decît cea cunoscut i totodat foarte discutabil .

Argumentarea acestui autor este urm toarea:

— diagnosticul diferen ial histopatologic între stadiul 0, «microcancer» i stadiul I foarte incipient este foarte dificil i necesit laborioase cercet ri pe numeroase cupe seriate pentru a afirma categoric c bazala este rupt sau nu, c cordoanele infiltrative canceroase nu au invadat în anumite puncte prea mult esutul cervical sau limfaticele. în practica curent , această certitudine de diagnostic diferen ial este foarte greu de stabilit, încît, dup opinia lui Aburel, stadiul 0 este mai prudent s fie considerat microcancer;

— stadiile cu totul incipiente prezint în general «o relativ benignitate», în sensul c procesul patologic este limitat i unic (stadiul 0), iar în cazul c membrana a fost rupt i diseminarea a început, aceasta nu se face spre uter i ovare, ci spre esutul conjunctiv periuterin i ganglionii limfatici tributari colului (microcancer). Aburel î i pune întrebarea dac , în stadii cu totul incipiente, mai este justificat atitudinea de a se recurge, la femeile tinere (30—40 ani), la larga exerez clasic mutilant tip Wertheim, cu consecin e func ionale atît de nepl cute (dezechilibru neuroendocrin produs prin castrare, tulbur ri psihice etc). De asemenea, autorul critic indica ia de histerectomie total simpl în aceste cazuri, care nu are nici un avantaj din punct de vedere al conserv rii func iilor neuro-endocrine, iar pe de alt parte las parametrele i ganglionii pe loc, forma iuni ce pot fi invadate chiar în microcancere;

— extirparea ovarelor în aceste cazuri incipiente apare ca un exces de prudent , nejustificat prin dinamica procesului malign. Chiar în cazul histerectomiei totale simple cu conservarea ovarelor, func ia acestora este prejudiciat prin lipsa endometrului.

Pentru motivele de mai sus, E. Aburel a propus o nou opera ie pentru stadiile cu totul incipiente ale cancerului colului uterin, care, dac p streaz un radicalism larg în teritoriile posibil invadate canceros (col, istm-uterin, vagin, esut conjunctiv periuterin i ganglionii) este conservatoare în ce prive te teritoriile ce au o posibilitate foarte redus de a fi invadate canceros (ovare i fundul uterului).

Opera ia propus a denumit-o « colpohisterectomie l rgit subfundic ». Ea const din exerez larg în bloc a istmului, a por iunii inferioare a corpului uterin, a colului i a por iunii superioare a vaginului, împreun cu parametrele adiacente, ca în opera ia Wertheim; adaug i limfadenectomia complementar sistematic . Aceast atitudine permite extirparea tuturor esuturilor i organelor expuse invad rii neoplazice în stadiile cu totul incipiente i rezolv dilema dintre cei ce doresc s restrîng opera ia i cei ce preconizeaz o larg extirpare.

Ea este urmat de reconstituirea continuit ii c ilor genitale prin racordarea fundului uterin cu vasculariza ia lombo-ovarian conservat , la tran a vaginal . Aceast atitudine ar permite conservarea în condi ii satisf c toare a func iilor genitale (endocrin i menstrual).

INDICA II

1. Vîrsta sub 40 de ani.
2. Histerectomia lrgit subfundic este indicat în primul rînd în micro- cancerul exocervical.
3. O alt indica ie o constituie i « Stadiul 0» în care nu s-a putut ob ine un examen anatomopatologic atent i extins pe foarte numeroase cupe seriate, spre a exclude cu certitudine existen a în unele puncte a microcancerului sau chiar a unui început invaziv.

TEHNICA OPERATORIE

Principiile tehnicii fiind expuse deja, desf urarea ei poate fi urm rit în figurile: 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607.

Controlul periodic tardiv este obligatoriu, pentru a observa la timp și trata precoce eventualele recidive, unele modificări ale endometrului sau ale menstruației, sau degenerescență chistică a ovarelor restante (tratament profilactic: administrarea de testosteron imediat postoperator). Eventualele dereglări ale funcției endocrine genitale vor fi corectate hormonal. În scopul depistării precoce a recidivelor, examenele citologice repetate, colposcopia și eventual biopsia de endometru pot fi utile.

Radioterapia postoperatorie nu este indicată (cât timp nu se înregistrează recidive) în cazurile de cancer cu totul incipient ale colului uterin.

Personal avem rezerve mari față de argumentele aduse de E. Aburel în sprijinul acestei operații.

REZULTATE

Cazurile operate de E. Aburel au fost toate din stadiul I, foarte incipiente și puține la număr (din cauza restrângerii indicației). Totuși, din 5 cazuri operate a avut vindecări durabile la 4 cazuri (timp de urmărire: 8, 5, 4 și 3 ani). Un singur caz, dintre primele operate, care era mai avansat (deci nu s-a respectat strict indicația) și la care rezecția vaginului nu a fost suficient de largă, a făcut o recidivă pe bontul vaginal.

Personal am operat la Institutul Oncologic Cluj 6 cazuri după această tehnică, fără incidente operatorii sau postoperatorii imediate. Toate cazurile au făcut, mai devreme sau mai târziu, stenoza orificiului uterin, urmat în unele cazuri de dismenoree rebelă și chiar de hematometrie. Dificultatea vine de acolo că orificiul uterin nu poate fi dilatat instrumental, dat fiind că nu poate fi vizualizat în cicatricea din fundul vaginului. La unele bolnave am fost nevoiți să practicăm o histerectomie totală după câțiva ani, pentru motivele expuse (hematometrie, dismenoree). De aceea, în ceea ce ne privește, noi nu mai practicăm operația E. Aburel, cu toată ingeniozitatea ei.

2. TEHNICI CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL STADIILOR Ib și II (STADII OPERABILE) ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Histerectomiile totale lrgite efectuate în tratamentul radical al cancerului colului uterin se împart, după calea pe care sînt efectuate, în:

- histerectomii totale lrgite efectuate pe cale abdominală ;
- histerectomii totale lrgite efectuate pe cale vaginală .

Histerectomiile totale lrgite cu timpi succesivi abdomino-vaginali sau vagino-abdominali sînt din ce în ce mai puțin practicate. În schimb, pentru cancerule în stadii avansate (stadiul III și IV) operația pe cale abdominală și perineală cu două echipe ce acționează sincron (« chirurgie în două echipe») este recomandată de unii autori (Ameline, Huguier).

Deoarece pentru stadiile I și II se utilizează curent histerectomiile totale lrgite efectuate pe cale exclusiv abdominală sau exclusiv vaginală, vom discuta în acest capitol avantajele și dezavantajele acestor operații. Avantajele operațiilor «în două echipe» le vom discuta în cadrul tehnicilor chirurgicale recomandate în stadiile avansate (stadiile III și IV).

EFICIENȚA OPERAȚIILOR ABDOMINALE ȘI VAGINALE

— *Calea abdominală*, prin faptul că oferă o vizibilitate largă asupra organelor pelvisului, a fost adoptată de majoritatea chirurgilor (Thoma Ionescu, Wertheim, J. L. Faure, Lecene, Lurie, A. Brunshwig, Cristea Grigoriu, Stanca, Meigs, Funck-Brentano, H. Robert etc. Personal, sîntem partizanul ei). Motivele care au dus la largă răspîndire a acestei căi sînt următoarele:

— permite o apreciere cât mai exactă asupra extinderii reale a invaziei canceroase prin posibilitatea ce o oferă de a explora direct vezica urinară, rectul, parametrele, ganglionii iliaci și paraaortici, eventualele metastaze hepatice, starea ureterelor etc.;

— în felul acesta indica ia de operabilitate (uneori de inoperabilitate), apreciat prin examenul clinic, poate fi corectat prin controlul direct al leziunilor, întinderea exerezei fiind în func ie de această extindere;

— permite expunerea ureterelor, vezicii, arterelor și venelor pelvisului etc. reducând astfel posibilitățile de lezare intraoperatorie a acestor organe;

— permite practicarea unei intervenții radicale, bazate pe principiul chirurgiei de sistem, de teritoriu limfatic, principiu ce stă azi la baza chirurgiei oncologice.

Numai pe cale abdominală se pot extirpa corect și larg ganglionii limfatici pelvieni, invadati, tributari colului canceros.

Căile abdominale, în chirurgia uterului canceros, și-au adus o serie de critici care, dacă au fost întemeiate acum o jumătate de veac, astăzi abia mai pot fi susținute. Obieciile principale au fost mortalitatea ridicată postoperatorie, datorită șocului și infecțiilor.

De pildă: Wertheim (1911) avea o mortalitate de aproximativ 25—30%, Leveuf de 36% (când operaia Wertheim însoțea limfadenectomia), iar Thoma Ionescu de 40% prin intervenția sa mult îndrăzneaș asupra ariei limfoganglionare. La acea dată terapeutică antioc era aproape inexistentă, iar medicația antimicrobiană practic nu apăruese; Faure, prin utilizarea sistematică a drenajului Mickulicz, a reușit să reducă mortalitatea prin complicații septice pelviene, dar cifra rămânea totuși ridicată. Astăzi mortalitatea postoperatorie a scăzut foarte mult (între 0—2%). H. Robert (1964) adunând rezultatele mai multor statistici internaționale a ajuns la concluzia că mortalitatea medie în operațiile de tip Wertheim este de aproximativ 2% (1,94%—36 morți pe 1855 operații).

Calea vaginală. Față de această situație, s-a propus (Schauta) utilizarea căii vaginale în chirurgia radicală a cancerului colului uterin⁴⁷. Această cale întrunea câteva avantaje nete asupra căii abdominale:

— histerectomiile pe cale joasă nu erau șocante, prin faptul că se evita deschiderea largă a cavității peritoneale;

— accidentele septice erau reduse, prin faptul că manevrele în cavitatea peritoneală și delabrările esutului conjunctiv pelvian erau diminuate la maximum.

Într-adevăr, mortalitatea era în trecut mult inferioară cazurilor operate pe cale abdominală (Schauta 8—15%, Stoeckel 15%, Amreich 14,6%). În prezent, calea vaginală a ajuns să aibă o mortalitate aproape de 1%.

Ulterior, când s-a renunțat la operarea pe cale vaginală a cazurilor înaintate, selecționându-se pentru operaia pe cale vaginală numai cazuri incipiente, când tehnica a fost perfecționată și antibioticele au fost curenți întrebuințate, mortalitatea a scăzut simțitor: (Amreich 6,3%; Atabekov și Ivanov 4,9%; Schroder 1,5%; Vuia 1,8%). În prezent, calea vaginală a ajuns să aibă o mortalitate de aproape 0% (Navratil de la Viena; coala lui S. Vuia; E. C. P. în; Matic; ș.a.).

Cât timp problema exerezei adenopatiei canceroase nu a fost luată în seamă (situație întâlnită în primele 3—4 decade ale acestui secol), exereza limitându-se la organul cancerizat și esutul conjunctiv de vecinătate (cazul operaiei Wertheim sau Schauta), preferința ar fi putut să încline pentru utilizarea căii vaginale. Într-adevăr operaia tip Wertheim efectuată pe cale abdominală dea o vindecare a cancerului (supraviețuire peste 5 ani) în stadiile I și II, cam în procente egale cu histerectomia largă pe cale vaginală, mortalitatea imediat postoperatorie fiind mult mai redusă la aceasta din urmă.

Așa se explică de ce unii chirurghi cu renume, care inițial operau pe cale abdominală, au renunțat la aceasta în favoarea căii vaginale (de exemplu: Stoeckel, Navratil, Atabekov-Ivanov etc.).

Când însă problema ganglionilor (pe care Thoma Ionescu o susținuse încă de la începutul acestui secol) a început să fie reluat în discuție, când s-a constatat că radioterapia preoperatorie, poate steriliza oncologic leziunea colului și esutul conjunctiv periuterin, dar nu sterilizează oncologic integral ganglionii (faptce impunea revenirea la chirurgia de teritoriu limfatic), calea abdominală a câștigat partizani noi, prin posibilitățile ce le oferă limfadenectomiei.

Între timp se fac progrese mari în terapeutică șocului operator, terapeutic reformat pe baze fiziopatologice, anesteziile de durată sînt ameliorate, medicația antimicrobiană eficientă (antibiochimioterapia) capătă o extindere neobișnuită, iar tehnica operatorie se perfecționează. Toți acești factori au făcut ca mortalitatea ridicată, ce încărcă operaia pe cale abdominală, să scadă simțitor, încît astăzi nu mai există motivele de critică aduse acestei căi. În tabelul de mai jos, se poate urmări cum mortalitatea postoperatorie a scăzut de la an la an, încît astăzi se apropie de 0%.

Evoluția mortalității operatorii în histerectomiile totale îndrăznite de tip Wertheim sau alte operații similare

A. Fără preiradiere	
Wertheim (1905—1925)	30
**	%
Bonney, urmat de elevul său Howkins (1907—1952)	16
.....	%
Stanca C. (1930—1945).....	10
.....	%
(1945—1955)	2%
Schlink (Royal Prince Albert, Hospital Sydney) (1950—1951)	3,9
.....	%
Charles Read (1955).....	3%
Michel Bechet: 11 decese pe 320 cazuri (stadiul I și II)	
Brunschwig (1955).....	1
.....	3%
Stallworthy (Oxford, 1942—1972)	0,6
.....	9%
Meigs (1951)	1,6

⁴⁷ La începutul secolului la Viena, centru important medical al Europei la acea dată, erau două coli rivale de ginecologie: coala condusă de Wertheim și coala condusă de Schauta.

	%
Luros pe 328 cazuri (stadiul I i II)	2,0
	%
B. Cu preiradiere	
Teilhefer i Pilleron: 4 decese pe 561 cazuri	
Pilleron: 0% pe 333 cazuri.	
M. Robert: 3 decese pe 480 cazuri (stadiul I i II) (hemoragie intraoperatorie; stop cardiac intraoperator; embolie postoperatorie).	
Institutul Oncologic Bucure ti: 0,20% (Statistica de peste 1000 cazuri).	
Institutul Oncologic Cluj-Napoca: 0,20% (Statistica de peste 1000 cazuri).	
(Ambele institute au serii mari de cazuri cu 0% mortalitate).	

Rezult c în condi iile de ast zi ale chirurgiei ginecologice, un chirurg care cunoa te bine tehnica operatorie, ajutat de o echip de anestezie i reanimare competent în acest tip de opera ii, trebuie s ajung la o mortalitate postoperatorie de aproximativ 1 %.

Dac în condi iile actuale ale terapeutice s-a ajuns ca prognosticul vital imediat s fie la fel de favorabil, indiferent de calea pe care se opereaz (abdominal sau vaginal), în schimb se pare c ameliorarea prognosticului îndep rtat oncologic nu se poate realiza decît prin practicarea unei chirurgii de sistem; numai calea abdominal permite efectuarea unei asemenea chirurgii largi, de teritoriu limfatic.

Cifrele statistice de mai jos pledeaz în acest sens: J. Meigs public 81% supravie uiri de 5 ani f r semne de neoplasm, în Stadiile I i II, operînd dup o tehnic de extirpare larg , bazat pe principiile chirurgiei de sistem, mortalitatea operatorie fiind de 1-,7%; cînd ganglionii erau invada i neoplazic, supra- vie uirea f r semne de cancer peste 5 ani sc dea la 35 %. Statisticile institutelor oncologice din Bucure ti i Cluj ofer statistici mari cu rezultate mult mai bune.

Odat cu punerea problemei în acest fel, importan a c ii abdominale cî tig din ce în ce în teren, în compara ie cu calea vaginal 48.

Totu i calea vaginal î i p streaz actualitatea la bolnavele tarate, în dezechilibru organic ireversibil, unde starea organismului nu permite efectuarea unei opera ii pe calea abdominal (b trîne peste 70<—75 ani, cardiopate, diabetice, obeze etc.).

Sînt totu i autori (Stoeckel, Amreich, Navratil, Subodh Mitra, Atabekov, Vuia) cu mare experien în cancerul colului uterin, care au utilizat cu indica ii mult mai largi calea vaginal , rezultatele fiind bune, dar numai în cazurile incipiente.

HISTERECTOMIILE L RGITE EFECTUATE PE CALE ABDOMINAL

PRINCIPIILE OPERA IILOR PE CALE ABDOMINAL PRACTICATE ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN ÎN STADIILE IB I U I EFICIEN A LOR

în cancerul colului, datorit radiosensibilit ii procesului tumoral, actul chirurgical a c p tat un real sprijin prin asocierea metodelor radioterapice, ajun- gîndu-se ast zi la o metod complex de tratament: asocia ia radiochirurgical .

înainte de a prezenta în am nunt tehnicile chirurgicale practicate pe calea abdominal în tratamentul cancerului colului, este necesar o prezentare critic a principiilor pe care se bazeaz i a eficien ei lor, pentru a le fixa dintr-un început valoarea lor practic .

A. Tehnici care apar in chirurgiei de organ Histerectomia total simpl . A fost prima solu ie chirurgical oferit acestei boli.

Opera ia este ilogic , fiindc rezolv numai problema organului bolnav, l sînd pe loc zone cancerizate sau posibil cancerizate, ca: parametrele, ganglionii i por iunea superioar a vaginului (fig. 608 A).

Prin aceasta este c lcat unul din principiile de baz ale chirurgiei oncologice: trebuie aleas metoda care rezolv radical procesul canceros, extirparea insuficient fiind de multe ori mai d un toare decît absten ia. Pentru aceste motive histerectomia total simpl nu mai este recomandat .

B. Tehnici care apar in chirurgiei l rgite (chirurgie de organ extins la esutul conjunctiv din vecin tate)

în această categorie se încadreaz tehnica colpohisterectomiei l rgite, propus de E. Wertheim (1898) i tehnicile ce au derivat ulterior din această opera ie (tehnicile descrise de Latzko, J. Faure, Bonney, Stanca .a.).

48 Unii autori (Navratil, Mitra din Calcuta) încearc s asocieze histerectomiilor pe cale vaginal , limfadenectomia complementară , practicat într-unul sau doi timpi operatori prin incizii inghinale paralele cu arcada femural i extirparea ganglionilor periliaci i ai foselor obturatoare. Interven ia se face prin îndep rtarea peritoneului (extraperitoneal). În acest mod s-ar corecta deficiența major a opera iilor pe cale vaginal (imposibilitatea limfadenectomiei). (Tehnica limfadenectomiei extraperitoneale este descris mai departe.)

Colpo-histerectomia l rgit Wertheim. Tehnica colpo-histerectomiei l rgite, propus de Ries în 1895 i reluat de Wertheim în 1898, a reprezentat o cotitur foarte important în tratamentul chirurgical al cancerului colului. În afar de colul canceros, corpul uterin i anexe, prin această tehnic se mai extirp larg vaginul (}1₂ superior), pediculii supraureterali, subureterali în jum tatea lor parauterovaginal i ligamentele utero-sacrate, după disec ia prealabil a vezicii urinare, ureterelor i rectului (fig. 608 B).

Dacă se analizează cu aten ie tehnica publicat de Wertheim, constat m c r mîn nerezolvate două probleme: a ganglionilor⁴⁹ i a por iunii externe a pediculilor subureterali.

În por iunea r mas neextirpat a pediculilor subureterali pot r mîne cuiburi celulare canceroase care asigur recidiva (bineîn eles c Wertheim opera la acea dat f r preiradiere). Neextirparea sistematic a ganglionilor explic în cea mai mare parte insuccesele opera iei Wertheim; este tiut c ganglionii cancero i nu pot fi steriliza i sigur prin radioterapie. însu i Wertheim

⁴⁹ Wertheim nu extirpa decât ganglionii palpabili.

recunoaște că : «recidivele au pornit în marea majoritate din regiunea ganglionilor iliaci și numai într-o mică minoritate recidivele s-au produs în esutul cicatricial, adică în teritoriul fostei plăgi operatorie pelviene».

Operaia Wertheim nu a dat rezultate mai bune de 60—65% supraviețuiri peste 5 ani (în stadiile I și II).

Considerăm că, dacă operaia Wertheim este completată sistematic cu limfadenectomia grupelor ganglionare iliace și asociată cu tratamentul radioterapie, ea devine o operaie care corespunde concepției actuale a chirurgiei radicale și a tratamentului modern al cancerului colului uterin. Este linia adoptată în prezent de coala vieneză actuală de ginecologie a Profesorului Husslein, derivată din coala lui Wertheim. Prin această completare ea iese din grupa tehnicilor de «chirurgie limitată», devenind o tehnică a «chirurgiei de sistem».

În primele cinci decenii ce au urmat publicării inițiale a lui Wertheim (1904), operaia propusă de el a suferit numeroase modificări de tehnică, care însă nu schimbă nimic din principialitatea fixată de Wertheim, principialitate pe care am expus-o mai sus.

Unii autori, pentru a reduce maximal riscul ureteral, au restrâns aria de esut conjunctiv extirpat, ajungându-se la «mini Wertheim-ul» practicat de *Te Linde*. Acest autor extirpă numai pediculii supraureterali, fiind aproape neatins pediculii subureterali. În acest mod ureterul, evidențiat bine în plagă, nu mai poate fi lezat cu foarfeca; el rămâne nedislocat de la locul său, pe patul conjunctiv al pediculului subureteral.

Alți autori, conduși de ideea radicalismului chirurgical, au extins mult aria esutului conjunctiv periuterin extirpat, ajungându-se la o adevărată celulectomie a pelvisului dar fiind pe loc ganglionii limfatici. Aceasta este spre exemplu tehnica recomandată de *Latzko*, care diferă de tehnica Wertheim prin faptul că pediculii subureterali sunt extirpați până la pereții bazinului. În schimb, ganglionii limfatici sunt total ignorați. Odată cu îndepărtarea esutului conjunctiv (partea externă a pediculilor subureterali) pot fi extirpate și plexurile nervoase hipogastrice inferioare. Organele rămase în pelvis (vezica în special) sunt aproape total denervate, iar ureterele decolate pe o mare întindere și lipsite de suportul conjunctiv al porțiunii externe a pediculilor subureterali sunt expuse (în procent ridicat) la fistule și stenoze cicatriceale postoperatorii.

Ignorarea ganglionilor și pericolul crescut al complicațiilor urinare, prin celulectomia pelviană excesivă, fac ca această operaie să nu mai fie recomandată, având o importanță istorică.

Ulterior au apărut alte tehnici derivate din tehnica Wertheim; diferențele tehnice sunt neesențiale, rezumându-se la unele artificii de tehnică, ce uurează exercițiul.

Așa spre exemplu, *Okabayasi* începe histerectomia prin secționarea de la început a ligamentelor utero-sacrate, fapt ce permite o ascensionare a uterului și o evidențiere mai bună a pediculilor subureterali, ascensionarea și ei prin tracțiunea exercitată pe uter. Cercetând literatura se constată că acest artificiu tehnic a mai fost recomandat cu foarte mulți ani înaintea lui *Okabayasi* de *Villard* și apoi de *Toupet*, dar acești autori, fiind chirurghi generali, nu au insistat asupra artificului tehnic nebuținând din el, ca ginecologul japonez *Okabayasi*.

Tot că tehnici derivate din tehnica inițială a lui Wertheim trebuie considerate și tehnicile de histerectomie totală limitată, recomandate de *J. L. Faure* în Franța, *Bonney* în Anglia, *Luros* în Grecia sau *Stanca* la noi.

A insistat asupra tuturor acestor mici detalii tehnice nu am făcut decât să creștem dificultățile cititorului în limpezirea problemelor.

C. Tehnici ce apar în chirurgiei de teritoriu limfatic (chirurgie de organ, extinsă la esutul conjunctiv de vecinătate și ganglionii limfatici tributari colului)

Principiul chirurgiei de sistem⁵⁰ constă în extirparea, odată cu organul canceros, a esutului conjunctiv de vecinătate și a ariei limfactice tributare.

Toate tehnicile propuse în cadrul chirurgiei de sistem au o notă comună: în afară de colpo-histerectomia limitată, se practică de principiu limfadenectomia.

Ceea ce le diferențiază și totodată le dă o eficacitate diferită este exercițiul mai mult sau mai puțin întins al esutului conjunctiv și a ariei limfactice, întindere ce variază de la tehnică la tehnică.

Eficacitatea acestei chirurgii de teritoriu limfatic nu s-a putut impune în trecut, deoarece s-a oscilat între intervenții unde limfadenectomia era practicată de principiu, însă exagerat de limitată (de exemplu: tehnicile lui *Thoma Ionescu*, *Brenier* ș.a.), fapt care a dus la desconsiderarea utilității evidente ganglionare, din cauza mortalității ridicate și a sechelelor postoperatorii grave, sau intervenții unde limfadenectomia era practicată de necesitate și limitată la ganglionii palpabili care de multe ori aveau început procesul de periazenitate cancerosă (de exemplu: atitudinea lui *Wertheim* sau *Faure*). Aceste intervenții mai degrabă «răscăleau» aria ganglionară posibil invadată, decât să o extirpe corect.

Este necesară prezentarea critică a diferitelor atitudini privind necesitatea și modul de executare a limfadenectomiei asociată colpo-histerectomiei limitate.

Unii autori au respins ideea evidente ganglionare puse în discuție pentru prima oară de *Thoma Ionescu* (1886), *J. L. Faure* afirmă (1908) că «evidențierea pelviană completă, cu alte cuvinte operaia care constă în evidențierea ganglionilor și a esutului celular al bazinului, este o operaie imposibilă». Pentru acest motiv el recomandă histero-colpectomia limitată, fără limfadenectomie.

Ulterior, *Faure* a revenit asupra acestui exclusivism, recomandând, ca și *Wertheim*, extirparea numai a ganglionilor palpabili sau vizibili, atitudine care este criticabilă.

Lecene (1910) susținea că extirparea ganglionilor este un act «cu totul secundar» și «nicidecum unul din scopurile esențiale ale operaiei». Atitudinea acestor autori cu mare prestigiu chirurgical în epoca respectivă (primele decade ale secolului), a reușit să abată pentru un timp atenția asupra necesității limfadenectomiei.

Limfadenectomia a fost respinsă pentru motivele:

a) Există concepția că propagarea se face întâi la parametre și ulterior la ganglionii (concepția diseminării din aproape în aproape). Deci, stadiile I și II (stadii operabile) nu s-ar însoți de adenopatie.

Am arătat că această concepție este greșită și studiul ganglionilor arată că acestea sunt interesați într-un procent ridicat și în stadiile zise «operabile» (stadiile I și II).

⁵⁰ Printre primii chirurghi din lume care au pledat pentru aplicarea chirurgiei de sistem în cancerul uterin a fost chirurgul român *Thoma Ionescu* (1860—1926).

b) Procentul mare de mortalitate dat de asocierea exerezei ganglionare la histerectomia Wertheim a făcut pe chirurgii din această vreme să condamne operaia.

Or, am arătat deja că astăzi când tehnicile limfadenohistero-colpectomiei sînt puse la punct, când s-au stabilit principiile drenajului corect și mai ales când există posibilitatea combaterii ocului și a infecției prin antibiotice, mortalitatea a fost redusă aproape la 0% (statistica Institutelor Oncologice București și Cluj).

c) Al treilea argument adus de cei ce susțineau lăsararea pe loc a ganglionilor era că este imposibil din punct de vedere tehnic să se scoată toată rețeaua ganglionară a pelvisului. Deci exereza ganglionară fiind limitată, posibilitatea rămînării unor ganglioni ar întuneca rezultatele limfadenectomiei. Beneficiul obținut prin operaie ar fi atât de mic în comparație cu «dezastrele» operaiei, încît metoda trebuie părăsită. La această idee stațiilor ganglionare nu era încă bine precizat, socotindu-se necesară limfadenectomia totală a pelvisului, ca singur act terapeutic judicios.

Or, aceasta fiind imposibil de realizat tehnic în totalitatea ei, limfadenectomiile parțiale erau considerate inutile. Era un fel de concepție «a totulului sau nimic», «totul» neputîndu-se realiza, se opta pentru «nimic».

În ultimele două decenii, de când s-a arătat rolul pozitiv al stimulării imunității ca factor de oprire a diseminării canceroase, s-a reluat în discuție rolul ganglionilor limfatici în oprirea diseminării canceroase («barajul ganglionar»). De aici, printr-o interpretare eronată, unii autori au vînturat ideea necesității lăsarării pe loc a ganglionilor limfatici, pentru ca ei să capteze celulele canceroase migrate din colul cancerizat, exercitîndu-și rolul de baraj protector.

Se uită însă un fapt dovedit experimental: ganglionul limfatic fagocitează la început celule canceroase captate, dar prin epuizarea funcțională a fagocitozei, ganglionul este invadat ulterior de celulele canceroase, născîndu-se metastaza. Deci ganglionii metastazați nu numai că nu mai sînt un «baraj protector», ci devin, din contră, focare neoplazice din care migrează celule canceroase ce vor genera alte metastaze la distanță.

Cum nu avem la îndemînă o metodă clinică de apreciere a ganglionilor invadați față de cei indemni (pentru a extirpa selectiv numai ganglionii invadați), este preferabil să extirpăm aria ganglionară dovedit statistic că este invadată canceros (adică cu metastaze constituite în ganglionii total deficitari imunologic).

Limfografia, metodă în care s-au pus mari speranțe, are atât de multe deficiențe, încît nu ne putem baza exclusiv pe ea. În nici un caz microinvazia cancerosă ganglionară nu poate fi evidențiată prin limfografie. Palparea directă a ganglionilor nu poate nici ea evidenția microinvazia:

Radioterapia postoperatorie va steriliza celulele canceroase rămase izolat în vasele limfatice după efectuarea limfadenectomiei cu mult mai mult ușurință decît metastazele ganglionare constituite în mod compact și lăsarate neextirpate.

Acestea nu sînt concluzii teoretice, ci deducții din practica oncologică.

Vom expune pe scurt tehnicile care s-au propus de-a lungul timpului pentru rezolvarea problemei pericolului ganglionar:

a) Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite extirparea ganglionilor, limitată la ganglionii palpabili. Unul din susinătorii acestei idei este însuși Wertheim. În lucrarea sa fundamentală publicată în 1911 («Die abdominale Operation bei Carcinoma Colii Uteri», p. 163), Wertheim susține următoarele:

«În ceea ce privește ganglionii limfatici regionali, rămînem încă acum ca și mai înainte la punctul de vedere că acestea trebuie eliminate numai atunci cînd sînt măriți.

Din diferite părți s-a luptat împotriva acestui punct de vedere (Makenrodt).

În ceea ce privește părerea unei evidențe principiale complete a întregului sistem limfatic regional, trebuie să constatăm că o asemenea evidență nu este deloc posibilă și apoi deloc necesară în toate cazurile. Ba chiar admiînd că uneori pot fi găsite metastaze în ganglionii mici cît un bob de mazăre, totuși este sigur că în micii ganglioni lunguie și fuziformi (cum apar ganglionii în mod normal) nu se găsește niciodată esut tumoral. Dar ca să fim siguri că ganglionii limfatici regionali nu sînt deloc sau nu sînt evident măriți, nu e suficient simpla palpare a regiunii în chestiune.

Este neapărat necesar să deschidem peritoneul în dreptul lor și să descoperim vasele, încît să putem palpa între ele și sub ele, să decolăm în așa fel esutul conjunctiv astfel încît să-l putem palpa între degete: numai așa putem evita să ne scape ganglionii limfatici ce pot trece neobservați».

Atitudinea propusă de Wertheim și adoptată ulterior de foarte mulți chirurghi (de ex. Martius) este criticabilă.

a) Este principalul greșit că eu și exereza numai a ganglionilor hipertrofiați și suspecți de cancer. Niciodată nu se vor putea explora corect grupele ganglionare prin simplă palpare.

b) S-a dovedit că nu există un paralelism între hipertrofia ganglionilor și cancerizarea lor. Pot exista ganglioni mici și cancerizați.

Nu există criterii macroscopice palpatorii sigure de a aprecia invadarea sau metastazarea în ganglionii cercetați. Examenul microscopic arată de foarte multe ori cuiburi neoplazice în ganglionii mici și chiar în capilarele limfatice aflate în esutul conjunctiv dintre ganglioni, esut ce la palpare nu are nici un caracter care ar trezi suspiciunea. Acești ganglioni mici nepalpabili, dar cancerizați, rămășița pe loc, ar continua să crească după operaie, asigurînd recidiva.

b) Tehnici ce asociază histero-colpectomiei lărgite limfadenectomia limitată numai la scoaterea «ganglionului principal». Susinătorul acestui punct de vedere a fost Leveuf și toți chirurgii din școala sa (Godard). Acest autor pleacă de la ideea că prima stație ganglionară este totdeauna ganglionul obturator («ganglionul principal»). Inițial el preconiza o histerectomie largă și exereza esutului limfoganglionar dintre vena iliac externă și nervul obturator.

Operaia este ușor de suportat de bolnave, dar o considerăm ineficientă, fiindcă premisa «ganglionul principal» este o premisă falsă.

Am arătat (vezi capitolul: Noțiuni de anatomie oncologică) că proporia în care este invadat ganglionul obturator nu justifică a-l intitula ganglionul principal. Cuneo și Marcille, Lazaro, Taussig arată că ganglionii care sînt interesați cel mai des sînt situați pe artera iliac externă, aproape de joncțiunea cu hipogastrică. Deci nu se poate vorbi de «ganglionul principal» și nici de «ganglionii principali», ci de grupe ganglionare principale. Aadar operaia propusă de Leveuf și care a făcut extrem de mare vîlvă (și astăzi figurează în unele tratate de chirurgie acest tip de operaie) este ineficăcă, deoarece lasă pe loc alți ganglioni invadați, poate «mai principali» decît ganglionul obturator.

c) Tehnici prin care se extirpă întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, lăsând pe loc uterul și esutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-parametral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie. Taussig, încurajat de succesele obținute prin radioterapia cancerului colului uterin (radioterapie local asociată cu roentgenterapia externă), propune să se renunțe la operaia Wertheim (operaie ocantă, ce duce la extirparea esutului conjunctiv pelvian, esut ce poate fi sterilizat oncologic prin radioterapie), care să fie înlocuită cu limfadenectomia lărgită a pelvisului pe cale transperitoneală, uterul și esutul conjunctiv pelvian iradiate rămânând pe loc (fig. 608 C). Atitudinea ar fi asemănătoare cu aceea practică actualmente în cancerul buzei inferioare, unde, după vindecarea leziunii prin radioterapie se asociază evidarea ganglionar submaxilar și late-rocervical.

Autorul afirmă că procedând în acest mod (pe 1 000 de cazuri) a ridicat proporția vindecărilor de peste 5 ani cu 35 % în plus față de rezultatele obținute prin radioterapia singură.

Lurie, considerând metoda interesantă, o aplică și el, făcând publică rezultatele în timp.

Semnalăm că Santy și M. Dargent (1950) folosesc o variantă a acestei atitudini recomandând ca după iradiere să se facă o limfadenectomie largă a bazinului, asociată histerectomiei totale simple. Autorii renunță la scoaterea parametrilor sterilizați de radii pentru a nu expune ureterele la fistule sau stenoze postoperatorii.

Critica metodei Taussig constă în aceea că radioterapia nu reușește totdeauna să sterilizeze leziunea colului și infiltratia parametrilor, procesul canceros continuând să evolueze în aceste cazuri (aproximativ 10%).

Nu descriem în mod separat tehnica limfadenectomiei pelvisului, deoarece ea este identică cu timpul ganglionar al limfadenohisterocolpectomiei, sau cu limfadenectomia pelvisului pe cale extraperitoneală, tehnici descrise pe larg mai departe.

d) Tehnici prin care se extirpă întregul esut limfoganglionar al pelvisului (cu cele trei stații), împreună cu tot esutul conjunctiv pelvian în bloc cu anexele — uterul și vaginul.

1. *Histerocolpectomia extinsă tip Thoma Ionescu* (1896). Reprezentantul și promotorul acestei metode a fost Thoma Ionescu (1896), care are meritul de a fi susținut printre primii în lume, cu autoritate, necesitatea limfadenectomiei de principiu și nu de necesitate, asociată histerocolpectomiei lărgite.

Iată pe ce fapte își bazează Thoma Ionescu principiul operaiei sale. Cercetările făcute în clinica sa de A. Jianu, Brukner și Mezincescu (1910) pe piesele operate au arătat că:

- a) invadarea ganglionară este frecvent întâlnită (61,5% din cazuri, fără să fie precizat stadiul clinic al cazurilor);
- b) ganglionii pot fi prinși chiar în cancerule limitate la col, fără nici o invadare microscopică a parametrilor;
- c) invadarea canceroasă a parametrilor nu implică invadarea neoplazică a ganglionilor;
- d) volumul ganglionilor nu este în raport direct cu invadarea neoplazică;
- e) nu există etape fixe în propagarea neoplasmului la ganglioni. Pot fi prinși ganglionii situați la mare distanță (ganglioni promontorienți, iliaci primitivi etc.) în timp ce ganglionii apropiați (iliaci externi, ganglionii de la bifurcarea iliacei) sînt indemni. Nu se specifică însă faptul că aceste grupe îndepărtate sînt foarte rar prinse primitiv;
- f) sediul, întinderea și forma clinică a cancerului de col nu au nici o legătură directă cu invadarea ganglionilor limfatici. Neoplasme mici pot prezenta adenopatia canceroasă, pe cînd cancerule mari pot avea ganglioni indemni.

Pe baza acestor constatări, Thoma Ionescu preconizează în 1896 «histerectomia abdominală lărgită cu evidarea iliolombo-pelviană», extirpîndu-se odată cu uterul toate grupele ganglionare și tot esutul conjunctiv al pelvisului de la aortă în jos (fig. 608 D). Pentru a evita hemoragiile mari, T. Ionescu practica ligatura sistematică a arterelor hipogastrice.

Thoma Ionescu avea o mortalitate inițială de 40% prin aplicarea acestei operații, pe care a redus-o ulterior la 25%.

Sechelele postoperatorii erau de foarte multe ori grave, încît se creau veritabili infirmi (fistule vezicale sau ureterele, stenoze ureterale, denervări ale vezicii urinare urmate de retenții cronice de urină etc.), motive pentru care operaia lui Thoma Ionescu nu a fost adoptată de lumea chirurgicală apocă.

Principiile operaiei lui T. Ionescu au fost reluate în zilele noastre de diferiți autori, care bineînțeles uită pe precursorul lor, T. Ionescu, care, înainte de Wertheim preconizează operaia din care astăzi derivă toate tehnicile operatorii de histerectomii considerate cu adevărat radicale, ca de exemplu:

2. *Histerocolpectomia extinsă — tip Meigs* (1944). Meigs propune în 1944 o tehnică foarte apropiată de a lui Thoma Ionescu (1896) (Henri Robert denumește operaia lui Meigs ca fiind «la perfection raisonnée»).

3. *Histerocolpectomiile extinse tip Magendie și Brenier* (1951). În Franța, Magendie J. popularizează tehnica lui Meigs, aducîndu-i unele modificări tehnice.

În 1951 Brenier în Franța publică o tehnică denumită de el limfadenohisterocolpectomie, care și ea este o repetare a operaiei Thoma Ionescu.

4. *Histerocolpectomia extinsă tip Brunshwig* (1955). În 1955 chirurgul american A. Brunshwig reia tehnica lui Thoma Ionescu (fără să-și amintească la care adaugă în plus extirparea esutului conjunctiv pelvian în bloc cu artera și vena hipogastrică, în plagă apărînd rîndurile nervului sciatic (timp inutil și periculos după experiența noastră; de altfel și Henri Robert denumește operaia lui Brunshwig: «Les voies dangereuses»).

Histerectomia superlărgită propusă de A. Brunshwig are următoarele caracteristici:

1. Extirparea uterului și vaginului (2/3 superioare), fapt ce creează un vagin nefuncțional (prea scurt).
2. Extirparea în totalitate a esutului conjunctiv pelvian din fosele obturatoare, apărînd în plagă mușchii obturatorii interni, extirpînd și porțiunea profundă a pediculului subureteral, mergînd cu extirparea conjunctivului pînă la mușchii ridicători anali ce apar și ei evident în plagă.

Extirparea în totalitate a esutului conjunctiv pelvian este foarte periculoasă și inutilă după experiența noastră.

Extirpînd și 1/3 externă a pediculului subureteral extirpăm și nervii vezicii urinare, cu grave sechele postoperatorii (retenție de urină prin imposibilitatea contractării detrusorului vezicii). De asemenea dispare și suportul conjunctiv necesar pentru menținerea troficii ureterului (așa se explică gravele complicații postoperatorii în tehnica Brunshwig: pe 181 cazuri 10 rinichi pierdute prin

51. Aceste tehnici au fost denumite convențional de noi histerectomii radicale pentru a le deosebi de histerectomiile lărgite tip Wertheim care pe lângă uter și vagin extirpă și esutul conjunctiv pelvian, lăsînd pe loc ganglionii.

hidro- nefroze poststenoze ureterale i 22 fistule ureterale). Ligamentele utero-sacrate: «vor fi sec ionate cât mai posterior posibil», fapt care este o mare gre eal dup noi, atât o gre eal anatomo-fiziologic cât i oncologic ; gre eala anatomo-fizio- logic este c procedînd cum indic Brunshwig (vezi citatul autorului reproduc mai sus) vom rezeca în totalitate plexul nervos hipogastric inferior (ganglionii nervo i Lee-Frankenhauser) fapt ce va accentua în plus denervarea vezicii (reten ii) i a ampulei rectale (constipa ii rebele postoperatorii). Henri Robert, studiind tulbur rile urinare tardive (Annale de Chir., 1960,14; 377) ajunge la concluzia gravit ii excep ionale a acestor denerv ri vezicale afirmînd: «urologii de prestigiu condemn practicarea izol rii ureterelor («telefonarea» ureterelor, n.n.), ajungerea la pelvisuri «înghe ate», pietrificate (prin esutul cicatriceal ce ocup spa iul pelvian din care s-a extirpat în întregime esutul conjunctiv, n.n.), temîndu-se c operatele nu mor vindecate de cancerul lor, ci mor prin anurie, datorit buneivoin e a chirurgilor» (care extirp în exces esutul conjunctiv pelvian, n.n.).

Cit m alt afirma ie a lui H. Robert: «Enervarea vezical este cauza tulbur rilor (urinare n.n.). Anestezia vezical , paralizia motorie i pierderea elasticit ii fibrelor vezicale . . . dau tulbur ri constante dar tranzitorii. Totu i tulbur rile vezicale . . . r mîn definitive i ireversibile, în cazurile unde enervarea anatomic a fost mai extins ».

Iat deci clar expuse consecin ele acestui exces de chirurgical izare a histerectomiilor l rgite. Acelea i critici aduse odinioar opera iei lui Thoma Ionescu pot fi aduse azi i opera iei Brunshwig.

Ligamentele utero-sacrate nu sînt o cale principal a extinderii neoplazice, calea principal de extensiune neoplazic fiind ligamentele laterale Mackenrodt. De ce atunci trebuie scoase în întregime, pîn la sacru?

Extirparea esutului conjunctiv pîn la plan eul pelvisului este inutil , fiindc în această zon (din vecin tatea plan eului mu chilor ridic tori anali), nu difuzeaz procesul canceros de la col în stadiile operabile (I i II).

3. Disec ia ganglionilor limfatici începe de la terminarea aortei (bifurca ia) (sta ia a III-a ganglionar) i merge în jos i anterior pe pere ii pelvisului pîn la arcada femural (ca i în tehnica lui Thoma Ionescu).

4. Elementul nou al tehnicii Brunshwig fa de tehnica lui T. Ionescu este extirparea în întregime a arterelor i venelor hipogastrice.

Cit m din tehnica descris de Brunshwig: «Artera (hipogastric n.n.) este izolat aproape de origine, legat i sec ionat . . . Ramurile arterelor fesiere, care sînt puse în tensiune sînt legate individual . . . Sub arter , marea ven hipogastric al c rei perete este sub ire, este legat i sec ionat aproape de jonc iunea sa cu vena iliac extern . Segmentul distal al venei hipogastrice este tras înainte, ceea ce permite a se izola venele fesiere, care se angajeaz posterior între r d cinile nervului sciatic. Ele sînt pensate, sec ionate i legate. Trebuie procedat cu mare grij din cauza posibil ii ruperii acestor vene. Dacă acest accident grav apare, venele se retract în spatele marilor trunchiuri nervoase, unde este foarte dificil, dac nu imposibil s le pens m».

Pentru combaterea hemoragiei, Brunshwig recomand tamponarea puternic cu me e, exteriorizate prin vagin.

5. Dup extirparea vaselor hipogastrice în plag apar foarte evident toate r d cinile plexului lombo-sacrat care vor forma nervul sciatic.

6. Extirp larg peritoneul pelvian (ca i în tehnica Thoma ionescu) încît nu mai peritonizeaz la sfrîitul opera iei (T. Ionescu peritoniza cu sigmoidul).

7. Ureterele r mîn denudate pe o mare întindere (por iunea lor pelvian), ca i în tehnica T. Ionescu, dar acoperite, în tehnica Brunshwig, cu o ffi e de seroas peritoneal p strat inten ionat (în tehnica T. Ionescu ureterele r mîneau în înveli ul protector al capsulei ureterale Waldeyer i al esutului conjunctiv periureteral).

Brunshwig nu asociaz radioterapia (pre- sau postoperatorie) actului chirurgical. El declar textual: «Radium? Niciodat !». Meigs i Magara de asemenea nu iradiaz . Am reproduc pe larg tehnica lui Brunshwig (1951) pentru a ar ta identitatea principiilor pe care se bazeaz cu tehnica lui Thoma Ionescu (1896).

5. *Histero-colpectomiile extinse tip Huguier* (1958) i *Magara* (1964). În 1958 Huguier, Cerbonnet i Scaii descriu o tehnic de histerectomie total cu celulectomia total a pelvisului, pe care H. Robert o denume te «la Quete de l'absolu», iar în 1964 japonezul Magara descrie o tehnic pe care H. Robert

o denume te «le triomphe de la precision ».

La o analiz atent , toate aceste tehnici nu sînt altceva decît mici modific ri ale tehnicii Thoma Ionescu, adev ratul precursor al chirurgiei radicale a uterului canceros, care a întrev zut drumul just pe care trebuie s se dezvolte chirurgia modern a cancerului (chirurgie de sistem, de teritoriu limfatic) înc din 1896.

Obiec iunile personale pe care le pot aduce tuturor acestor tehnici hiper- l rgite (Meigs, Brunshwig, Magara, Huguier i Cerbonnet .a.) sînt c repet erorile comise de Thoma Ionescu: extirparea în totalitate a esutului conjunctiv pelvian i extirparea excesiv a unor grupe ganglionare limfatice (sta ia a III-a: ganglionii aortico-cavi) care sînt rareori invada i neoplazic în stadiile operabile

I i II.

e) Tehnici prin care se extirp ra ionai i eclectic atit esutul limfogastric, cit i esutul conjunctiv pelvian, în bloc cu anexele, uterul i vaginul, datorit protec iei radioterapiei.

Limfadenohistero-colpectomia l rgit (tehnica Petro anu, Chiricu , Trestioreanu, Mudric, 1956). Dup cum am v zut, tehnicile de colpohis- terectomii extinse expuse anterior (Thoma Ionescu, Meigs, Magendie, Brenier, Brunshwig, Huguier i Magara) au o caracteristic comun : exerez excesiv a forma iilor anatomice prin care se poate extinde procesul canceros.

Toate aceste tehnici extirp pe lîng uterul canceros i anexe, cel pu în jum tatea superioar a vaginului (Brunshwig rezeca 2/3 superioare), întreg esutul conjunctiv pelvian, pediculul supra- i subureteral (ligamentele Macken- rodt); ligamentele utero-sacrate, esutul conjunctiv lateral, pîn la pere ii pelvieni i în jos pîn la plan eul mu chilor ridic tori anali (de cele mai multe ori cu nervii vezicii cu tot), întreg sistemul limfatic ganglionar al pelvisului (cu toate cele 3 sta ii limfatice ganglionare) de la aort i cav în jos (ganglionii paraaortico- cavi, promontorien i pararectali, iliaci primitivi, iliaci externi, hipogastrici i retrocrurali), denudînd ureterele, ce vor r mîne suspendate ca ni te fire telefonice. Am v zut sechelele urologice grave la care sînt expuse aceste bolnave: paralizia sau atonia vezicii urinare urmat de infec ii urinare grave sau fistule i stenoze uretererale ce duc în final la compromiterea rinichiului (rinichi mut). O grav complica ie este i apari ia pelvisului înghe at, adic un pelvis ocupat în totalitate de un bloc cicatriceal dur, uria . De asemenea vaginul r mas atât de scurtat (1/3 inferior) devenea practic inutilizabil.

Cum se explic acest abuz anatomic de exerez l rgit care tulbur profund fiziologi pelvisului ?

Explica ia este c ace ti autori neapreciind avantajele uria e ale radioterapiei (ignorîn- du-le chiar), au fost nevoi i s extirpe excesiv de abuziv toate forma iile anatomice care pot fi invadate canceros, sperînd c prin aceasta pot îndep rta în totalitate cancerul.

Am reprodus declara ia lui Brunschwig: « Radium ? Jamais! ». Teama de a asocia radioterapia cu chirurgia venea probabil de acolo c ginecologii i chirurgii activau în clinicile lor, separate de centrele de radioterapia cancerului. Poate a influen at i faptul c radioterapia cancerului de col uterin a parcurs i ea un drum spinos i plin de riscuri. Ini ial (perioada 1925— 1945) cînd iradiierile erau excesive, se produceau uneori fistule r dice vezico-vaginale sau recto- vaginale sau radionecroze dureroase, urmate de stenoze ureterale sau radiodistrofii vezicale (cistita r dic) sau rectale (rectita r dic), complicate cu dureri insuportabile, hemoragii i infec ii redutabile.

Aceste complica ii datorite aplica iilor intracavitare excesive de radium se asociau cu ineficien a roentgenterapiei externe a pelvisului; aceste radia ii emanate de aparate de roentgen- terapie, avînd o putere redus de penetrare (250 KV) erau oprite în cea mai mare cantitate de tegumente, determinînd radionecroze cutanate severe, deseori intratabile; în schimb erau lipsite de eficien în profunzimea pelvisului, a c era foarte greu, dac nu imposibil s concentrezi în ganglionii limfatici pelvieni o doz tumoricid de radia ii.

Odat cu perfec ionarea tehnicilor de aplicare endocavitar a radiumului sau alte surse radioactive (surse închise de izotopi radioactivi: cobalt, cesiu, ytriu etc.), apari ia colpostatelor, a aparatelor « after loading » cu telecomand , odat cu perfec ionarea tehnicilor de dozimetrie, ajungîndu-se la calcularea perfect a curbelor de izodoze, încît se tie exact azi, doza de radia ii administrat în fiecare punct anatomic al pelvisului i în sfîrit odat cu apari ia aparatelor cu înalte energii (megavoltaj) cum ar fi bomba de cobalt cu o înc rc tur de 6000 mCi (milicurie) sau acceleratoarele lineare de 20—25 MeV (megaelectroni vol i), cu o putere excep ional de penetrare în esuturi, problema radioterapiei cancerului colului uterin s-a tehnicizat într-atîta, încît succesele sînt maximal asigurate, iar insuccesele sînt minimale. Doza de sterilizare a procesului canceros prin radia ii (cca 6000 r) poate fi atins ast zi în mod matematic în orice punct al pelvisului (vezi fig. 565 i 566), f r riscul complica iilor redutabile din trecut.

Dar esutul canceros are curioziti le biologice. De exemplu, la nivelul colului unde esutul canceros (prezent în mod compact) prime te o doz uria (20 000—30 000 r) de radia ii (vezi fig. 565), în aproximativ 10% din cazuri procesul canceros nu poate fi distrus în totalitate; r mîn mici insule de celule radiorezistente care încep s evolueze dup ani de zile, asi- gurînd recidive.

Acela i fenomen se poate întîmpla i în c ile de propagare a cancerului de col, adic în parametre sau ganglionii pelvisului, posibil sau sigur invada i canceros. În parametre insuccesele sînt mai rar întîlnite datorit faptului c exist un abundent esut conjunctiv lax, bine vascularizat, iar masa neoplazic nu este aît de compact , ci diseminat difuz.

Dac un vas (capilar) limfatic trombozat cu celule canceroase sau un ganglion mic canceros poate fi cu siguran (sau aproape sigur) sterilizat prin procedeele moderne de radioterapie, un ganglion canceros de mare volum, unde condi iile circulatorii în masa compact neoplazic sînt deficitare, va fi mai greu sau chiar imposibil de sterilizat prin radioterapie. Aceste mase tumorale vor putea fi îns extirpate chirurgical. Acum superioritatea calitativ a tratamentului asociat radiochirurgical devine simplu de în eles. Sub protec ia unei iradiieri corecte a pelvisului, ne permitem s practic m limfadenohisterocolpectomia cu o exerez mai pu in exagerat a esuturilor pelvisului, menajînd acele forma ii anatomice indispensabile unei bune fiziologii a organelor pelvisului i care din fericire nu sînt o cale principal de difuziune a cancerului (de exemplu, por iunea extern a pediculilor subureterali), extirpînd larg forma iuni anatomice în care pot r mîne cuiburi de celule canceroase nesterilizate de radioterapia efectuat i care statistic se dovedesc a fi posibile sedii ale unor recidive (de ex. colul cancerizat i ganglionii sta iei I i a II-a limfatice). Aceasta a fost gîndirea care a stat la baza elabor rii tehnicii limfadenohisterocolpectomiei l rgite (1954 — 1957)* de echipa de chirurghi a Institutului Oncologic Bucure ti (Petro anu, Chiricu , Trestioreanu, Mudric) care a colaborat strîns i armonios cu echipa de radiologi ai aceluia i institut (Dragon V., Popovici O., Spiridon M, Bunescu U .a.), ajungîndu-se la o metod terapeutic care poate asigura vindecarea prin minimum posibil de mutilare anatomic (fig. 608 E).

Ulterior aceast tehnic s-a ameliorat prin practica zilnic din Institutele Oncologice din Bucure ti i Cluj, ast zi existînd o experien acumulat pe cîteva mii de cazuri operate astfel, cu rezultate excep ionale în timp, cu o mortalitate aproape redus la 0% i cu sechele practic inexistente (vezi datele statistice).

Limfadenohisterocolpectomia l rgit este de fapt o adaptare a opera iei propus de Thoma Ionescu în 1896 (histerectomia abdominal l rgit cu evidare ilio-lombo-pelvic) la evolu ia actual a ideilor asupra biologiei cancerului uterin (radiosensibilitatea) i asupra modului de propagare în pelvis (i organism) a acestei boli, existînd c i principale i c i secundare de diseminare precum i sta ii ganglionare cu importan diferit ; ea ine seama i de forma iile anatomice nervoase ce asigur o fiziologie normal mic iunii, ca i de trofica ureterelor. De asemenea, aceast opera ie ia în considerare i marile avantaje ale radioterapiei în ob inerea vindec rilor.

Ea este o tehnic care împinge radicalismul anatomic (exerez chirurgical) la maximum permis de fiziologia organelor pelviene (uretere, vezic , rect). Dac pe vremea lui Thoma Ionescu era permis abuzul de exerez , împingîndu-se mutilarea anatomic la maximum posibil, sacrificînd fiziologia, necunoscut bine în acea epoc , ast zi optica s-a schimbat, c uînd s se împace radicalismul anatomic cu fiziologia pelvisului, nediminuînd cu nimic, ba chiar amplificînd ansele de vindecare a bolii de baz : cancerul.

Principiile opera iei i eficien a ei. Tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite se bazeaz pe principiile chirurgiei de sistem.

Ea extirp larg i în bloc organul cancerizat: colul uterin în bloc cu uter — anexe i o por iune din vagin (1/2—1/3 superioar); esutul conjunctiv pelvic din vecin tatea colului canceros i ganglionii limfatici ai pelvisului posibil invada i.

Exist diferen e esen iale între celelalte tehnici de histerectomii l rgite cu limfadenectomii pelviene (T. Ionescu, Meigs, Brunschwig, Magara etc.) i tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite practicate de noi.

Care sînt aceste diferen e?

I În acea epoc radioterapia extern la noi se m rginea la iradierea conven ional cu 200—300 KV, energiile înalte ap rînd mai tîrziu. Ra ionamentele pe care se bazeaz aceast opera ie (L.H.C.) au r mas valabile i în noile condi ii de iradiere.

1. *Diferen e în ce prive te extirparea ganglionilor limfatici pelvieni.* Tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite înlocuie te extirparea întregii re ele limfatice a pelvisului (toate cele 3 sta ii limfatice) prin extirparea numai a sta iilor limfatice ganglionare I i par ial a II-a, adic : extirp m ganglionii retrocurali, ai arterei uterine (parametriali), iliaci externi, ai fosei

obturatoare, hipogastrici i iliaci primitivi; numai aceste grupe ganglionare, care de altfel sînt cele mai frecvent invadate, în stadiile operabile (I i II) pot fi extirpate radical, fiind relativ uor abordabile, ganglionii fiind strîn i anatomic la un loc i nu dispersa i.

Grupele posterioare (ganglionii pararectali, promontorieni, parasacra i i aortico-cavi) nu pot fi extirpate în totalitate, ganglionii fiind prea dispersa i anatomic i mult mai greu accesibili exerezei. Aceste grupe posterioare sînt invadate tardiv (dup invadarea grupelor anterioare), cînd procesul canceros este atît de extins în parametre, încît practic devine inoperabil radical.

Cit m spre exemplul statistica lui Brunschwig i Daniel (1962) asupra invaziei canceroase ganglionare (efectuat pe cazuri operate f r iradiere).

Ganglioni invada i	Nr. cazurilor
Ganglionii parametrici (aiuterine)	19
Ganglionii obturatori	20
Ganglionii iliaci externi	17
Ganglionii hipogastrici	15
Ganglionii iliaci primitivi	12
Ganglionii promontorieni	7
Ganglionii periaortici	5

Rezult c ganglionii pe care-i extirp m noi (ganglionii parametrici, retrocrali, obturatori, iliaci externi hipogastrici, iliaci primitivi) i care apar în stadiile I i a II-a au fost g si i invada i de 83 de ori iar ganglionii stadiilor III-a (promontorieni i periaortici) au fost invada i canceros numai de 12 ori.

Se tie îns c Brunschwig opera i stadiile III, i nu este exclus ca tocmai în aceste cazuri s fi fost g sit invazia stadiilor III-a limfatice (ganglionii para- aortici).

Henri Robert (1969), referindu-se la această problem afirm : «Pe 272 limfadenectomii, majoritatea ganglionilor invada i erau din grupul iliac extern i obturator; uneori au fost g si i invada i ganglionii hipogastrici, o singur dat au fost g si i invada i ganglionii promontorieni i nu în mod excep ional am g sit i ganglionii retrocrali».

Tot Brunschwig (1954) într-un alt studiu mai vechi asupra aceleia i probleme d urm toarea statistic :

Ganglioni invada i	Dre		TOTAL
	apta	g	
Lan iliac primitiv	3	3	6
Lan(iliac extern	13	15	28
Lan hipogastric	5	6	11
Lan obturator	14	9	23
Ganglionii din parametre	16	13	29
Ganglionii bifurca iei aortei	—	5	5

Chiar dac aceste statistici nu dau o situa ie absolut real * (deoarece nu prezint constela ia adenopatiilor fiec rui caz în parte), totu i ele arat un fapt de necontestat:

— analizînd aceste date rezult c din num rul total de 73 de ganglioni invada i canceros, 62 (85%) apar ineau stadiilor I limfatic (grupe ganglionare anterioare), 11 apar ineau stadiilor a II-a i a III-a limfatice (grupe ganglionare posterioare). Dintre ace tia din urm , mai mult de jum tate (6 cazuri) erau ganglioni iliaci primitivi, adic apar ineau acelei p r i din stadia a II-a limfatic care se extirp prin tehnica limfadenohisterocolpectomie l rgite, odat cu ganglionii stadiilor I limfatice.

Presupunînd c toate aceste bolnave din statistica lui Brunschwig s-ar fi operat dup tehnica limfadenohisterocolpectomie l rgite preconizat de noi, adenopatiile canceroase ar fi fost extirpate într-o propor ie de 94,6%.

Toate aceste argument ri statistice sînt f cute cu scopul de a demonstra eficien a tehnicii limfadenohisterocolpectomie l rgite în ce prive te posibilit ile de extirpare a ganglionilor invada i neoplazic în stadiile operabile (I i II) ale cancerului colului. Tehnica noastr este cu mult mai pu in delabrant în compara ie cu aceea practicat de Brunschwig, cu toate c eficien a limfadenectomie este aproape egal în ambele tehnici.

Grupele ganglionare posterioare (stadiile a II-a i a III-a), în afar de ganglionii iliaci primitivi, sînt risipite pe peretele posterior al pelvisului, între alte forma iuni anatomice (rect, aort , cav etc.) motiv pentru care nu pot fi uor abordate chirurgical i deci nu pot fi extirpate radical (în bloc) din punct de vedere tehnic. A încerca extirparea în aceea i edin operatoare a tuturor stadiilor limfatice ale pelvisului înseamn a recurge la decol ri întinse, care m resc ocul operator, ca i posibilit ile de hemoragie intraoperatorie sau infec ie postoperatorie. De asemenea a încerca extirparea ganglionilor promontorieni, parasacra i i lombo-aortici înseamn a decola ureterele pe distan e mult mai mari, decît cele permise de biologia lor, m rind riscul stenozelor i fistulelor prin necroz ureteral .

Exist deci o limit a limfadenectomie eficiente: dac pentru stadiile I i par ial a II-a ganglionare, avem ansa c sînt cantonate compact în teritorii anatomice uor accesibile chirurgical unde se poate practica o limfadenectomie radical , pentru stadia

a III-a (i par ial a II-a: ganglionii pararectali i promontorieni) situa ia se schimb . Dispersia anatomic larg a ganglionilor, profunzimea lor topografic nu mai permit o exerez anatomic radical i eficient . Se scot unii ganglioni i r mîn al ii pe loc. In plus nu se tie dac invazia neoplazic ganglionar nu a mers ascendent pîn în torace sau chiar mai sus (am avut cancere de col în stadii înaintate unde se palpa ganglionii cancerosi supraclaviculari sfîngi).

Forgue a afirmat odinioar c «limita operabilit ii cancerelor de sin este clavicula», referindu-se la invazia ganglionilor supraclaviculari; parafrázînd putem afirma c « pentru canceretele uterine limita operabilit ii este promontoriul». Or, în tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite exerez ganglionar pelvian este împins pîn la bifurcarea aortei (originea arterelor iliace primitive); dac am fi împins mai sus limfadenectomia am fi m rit apreciabil riscul vital imediat i nu sîntem deloc convin i c am fi ameliorat cu ceva în plus prognosticul oncologic îndep rtat.

Trebuie avut în vedere c inoperabilitatea radical nu ine numai de dispersia limfatic ascendent . Inoperabilitatea ine i de extensia cancerului în bazin: invazia total a parametrelor sau invazia rectului i vezicii. De obicei canceretele inoperabile (stadiile III i IV) au prins ganglionii grupelor posterioare i oricît de radical am încerca noi extirparea ganglionilor paraaortici, situa ia e pierdut deja prin extensia masiv pelvian .

Acestea sînt deci motivele pentru care, în tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite pe care o practic m hi stadiile I i II ale boiilor nu se extirp decît stia ia limfatic i par ial a II-a.

La Congresul Mondial de Oncologie—Buenos Aires, oct. 1978, Averette (SUA) a sus inut c metastazarea ta ganglionii paraaortici este mult mai frecvent : 5% ta stadiul Ib i 25% In stadiul 11b (verificare intraoperatorie).

Dac în timpul opera iei se constat prezen a vreunor ganglioni latero-aortici sau para- rectali m ri i (palparea atent a acestor regiuni anatomic fiind obligatorie), ace tia se vor scoate în mod izolat, prin incizii practicate în peritoneul posterior, pentru a fi examinate histopatologic. Constatarea invad rii lor cancerose modific în sens negativ ansele unui prognostic favorabil i trebuie atras aten ia radioterapeutului pentru a fi iradiat postoperator i regiunea în care au fost g si i ace ti ganglioni i care va fi marcat cu clipsuri metalice, pentru a putea fi reperat radiografic i iradiat întit. 52

Referitor la eficien a limfadenectomiei putem afirma c toate bolnavetele cu ganglioni invadati ar fi decedat în primii 5 ani dac nu li se practica limfadenectomia. Statistica de mai jos (dup Chiricu -Ri c , 1972) arat eficien a extirp rilor ganglionare.

Tabel

Supravie uirea la 5 ani dup limfadenectomie a cazurilor de cancer al colului uterin cu metastaze ganglionare

Autorul	Nr. bolnavelor cu metastaze ganglionare	Supravie uirea la 5 ani (%)
Brunschwig i Daniel, 1958	99	26,0
London i Dunn, 1965	12	50,0 (St. I—II)
Huguier i Cerbonnet, 1967	—	30,0 (St. I—II-III)
Kolstad, 1968	—	50,0 (St. I B)
Burch i Chalfant, 1970	37	51,6 (St. I—11)
Dargent, M(cit. de Wolff, 1968)	—	24,0
Institutul Gustave-Roussy (cit. de Sarazzin, 1970)	—	33,0 (St. I)
Meigs (cit. de H. Robert, 1969)	B	35,0

Majoritatea autorilor cita i (Brunschwig, Huguier, Meigs) s-au bazat numai pe exerez chirurgical neapelînd la radioterapie pre- sau postoperatorie.

Este evident c radioterapia poate steriliza ganglionii cancerizati de mici dimensiuni i celulele neoplazice dispersate, în re eaua capilarelor limfactice pelviene.

La Institutul Oncologic Cluj-Napoca au fost urm rite 50 cazuri în stadiile clinice I i II, care au fost g site cu ganglioni invadati cancerosi. Supravie uirea la 5 ani a fost de 19,1% cînd tratamentul a fost exclusiv chirurgical i de 32 % cînd dup extirparea uterului i ganglionilor cancerizati s-a efectuat în plus i iradierea zonelor ganglionare.

Statistica noastr (ca i a altor autori cita i) se refer la cazuri iradiate cu radioterapia conven ional (200 KV).

Ast zi iradiem cu bomba cobalt (radioterapie de megavoltaj) care avînd o putere de penetrabilitate uria are anse mult mai mari de a steriliza ganglionii invadati neoplazic i de mici dimensiuni care ar sc pa limfadenectomiei chirurgicale.

2. *Diferen a în ce prive te extinderea exerezei esutului conjunctiv pelvian.* Tehnica noastr (L.H.C.L.) înlocuie te extirparea întregului esut conjunctiv pelvian (not caracteristic a tuturor tehnicilor de colpohisterectomii totale radicale citate) cu extirparea selectiv a acestuia.

Se extirp astfel:

1. Numai acele zone care reprezint c i principale de diseminare canceroas (de ex. ligamentele Mackenrodt), chiar dac au fost corect iradiate postoperator.

2. Sînt extirpate de asemenea i forma iile conjunctive ce au o importan mai redus atît în diseminarea procesului canceros cît mai ales în fiziologia pelvisului; cit m ca exemplu partea anterioar a ligamentelor utero-sacrate. Se

tie c diseminarea canceroas în ligamentele utero-sacrate începe de obicei dup ce ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt au fost invadate cu esut neo- plazic, curentul principal de drenaj limfatic fiind astfel blocat. In aceste condi ii într în func ie calea vicariant de drenaj limfatic al colului reprezentat prin limfaticetele ligamentelor utero-sacrate i utero-vezicale.

52 Iradierea ganglionilor paraaortici se va face în condi ii grele din cauza interpunerii anselor intestinale între sursa radifer i ganglionii cancerizati.

3. Sînt exceptate de la exerez acele forma iuni anatomice vasculo-con- junctive care au un rol deosebit de important în fiziologia pelvisului cum ar fi: partea posterioar a ligamentelor utero-sacrate (ultimii 2—2,5 cm) pe a c ror fa extern sînt situa i ganglionii nervo i vegetativi ai lui Lee-Frankenh user, de unde pleac filetele nervoase ce controleaz motilitatea vezicii urinare (i a rectului), sau 1/3 extern a pediculului subureteral, pe unde merg spre vezic nervii ce asigur mic iunea, precum i arterele ombilico-vezicale cu perdeaua de esut conjunctiv suspendat de ele, prin care merg spre vezic numeroase filete nervoase provenite din plexul vegetativ hipogastric inferior.

De asemenea p strarea treimeii externe a pediculului subureteral este esen ial pentru men inerea troficii ureterale disecate, asigurîndu-le un suport conjunctiv, fapt ce evit instalarea stenozelor sau necrozelor ureterale.

Din fericire toate aceste forma iuni anatomice neextirpate prin tehnica noastr (L.H.C.L.) nu sînt c i principale de difuziune a procesului canceros i de obicei nu sînt invadate neoplazic în stadiile operabile (stadiile I i II).

Pentru a avea asigurat securitatea bolnavelor, aceste forma iuni anatomice primesc prin iradiere doze ce realizeaz sterilizarea acestor zone, prin distrugerea celulelor canceroase ajunse în ele.

Deci, în opera ia denumit de noi limfadenohisterocolpectomia l rgit , extirp m din conjunctivul pelvian numai:

- a) pediculii supraureterali în totalitate (în bloc cu artera i venele uterine i cu ganglionii arterei uterine);
- b) 2/3 — 1/2 intern a pediculului subureteral (p strînd 1/3 extern);
- c) ligamentele utero-sacrate în cele 2/3 anterioare, p strînd 2—2,5 cm din partea lor posterioar ;
- d) ligamentele utero-vezicale (numai paracistul, menajînd por iunea lor subureteral);
- e) tot esutul conjunc ivo-gr sos ce înconjur ganglionii fosei obturatorii, retrocrurali, iliaci externi, hipogastrici i iliaci primitivi.

3. *Diferen a în ce prive te extinderea exerezei vaginului.* Spre diferen de tehnicile T. Ionescu, Meigs, Brunshwig etc. care fac imposibil folosirea postoperatorie a vaginului, deoarece extirp cel pu in 1/2 sau de obicei 2/3 superioare din acest organ (T. Ionescu, Brunshwig) element atît de necesar pentru p strarea echilibrului psihologic al bolnavelor, prin tehnica limfadenohisterocolpectomiei l rgite (L.H.C.L.) se extirp numai 1/3 superioar a vaginului.

Ne permitem aceast exerez limitat în stadiul I i acele stadii II în care neoplazia nu s-a extins spre vagin iar bolnavele au fost iradiate cu radium preoperator. Iradierea cu radium, cu plasarea celulelor radifere în fundurile de sac vaginale laterale, realizeaz o iradiere maximal a vaginului, asigurînd de obicei sterilizarea cuiburilor canceroase din vasele limfatice vaginale. Conservarea a 2/3 inferioare din vagin permite operatelor continuarea vie ii sexuale, fapt ce contribuie la echilibrul psihic al bolnavelor.

i în tehnica noastr extirp m mai mult din vagin (1/2—2/3 superioare) în cazurile în care extensia neoplazic spre vagin a fost evident clinic; in aceste cazuri nu ne mai baz m exclusiv pe efectul sterilizant al radiumului.

Rezultatele ob inute de noi cu tehnica limfadenocolpo-histerectomiei l rgite efectuat sub protec ia radioterapiei preoperatorii (i la nevoie i postoperatorii) sînt tot atît de bune în ce prive te rezultatele imediate cît i cele tardive, mai bune decît cele ob inute de autorii ce practic opera ii excesiv de largi i mutilante f r protec ia radioterapiei. De asemenea, complica iile postoperatorii urinare sînt mult mai reduse. Toate acestea se explic prin faptul c opera ia propus de noi (L.H.C.L.) este mai ra ional i mai fiziologic , cumulînd toate avantajele tratamentului asociat radio-chirurgical în cancerul colului uterin.

f) Alte tehnici care extirp selectiv atît esutul limfoganglionar cît i esutul conjunctiv pelvian, datorit protec iei radioterapiei (tehnica Wertheim asociat cu limfadenectomie sistematic sau alte tehnici). Trebuie specificat c i al i autori au c utat s adopte exerez chirurgical i s o asocieze cu avantajele radioterapiei. Reamintim doar aceste tehnici, deoarece le-am descris anterior.

Taussig asociaz limfadenectomia pelvisului cu iradierea colului i parametrelor, l sînd uterul i colul pe loc. M. Dargent practic dup iradierea pelvisului numai histerectomia total în bloc cu 1/3 superioar a vaginului i limfadenectomia pelvisului, l sînd pe loc parametrele iradiate, pe care le consider sterilizate oncologic prin radioterapia efectuat .

— Al i autori (Teilhefer, Pilleron, Husslein .a.) adaug opera iei Wertheim, modificat sau nu, limfadenectomia pelvian selectiv de principiu, bazîn- du-se i pe protec ia radioterapiei i ob in rezultate foarte bune.

Privire de sintez asupra tehnicilor chirurgicale efectuate pe cale abdominal în cancerul colului uterin (stadiile Ib i II)

în capitolul precedent am expus principiile acestor tehnici respectînd o împ r ire didactic clasic , i anume:

A. *Tehnici care apar in chirurgiei de organ*

a) Histerectomia total simpl .

B. *Tehnici care apar in chirurgiei l rgite (chirurgie de organ extins la esutul conjunctiv de vecin tate).*

a) Colpo-histerectomia l rgit Wertheim.

C. *Tehnici care apar in chirurgiei de sistem (chirurgie de organ extins la esutul conjunctiv de vecin tate i ganglionii limfatici tributari colului).*

a) Tehnici care asociaz histerocolpectomiei l rgite extirparea ganglionilor, dar limitat la ganglionii palpabili (Wertheim).

b) Tehnici ce asociaz histerocolpectomiei l rgite extirparea «ganglionului limfatic principal» — Opera ia Leveuf-Godard.

c) Tehnici prin care se extirp întregul sistem limfoganglionar al pelvisului, l sînd pe loc uterul i esutul conjunctiv pelvian, procesul canceros cervico-para- metral fiind sterilizat prin radioterapie preoperatorie — Opera ia Taussig.

d) Tehnici prin care se extirp întregul esut limfoganglionar al pelvisului (cu cele trei sta ii) împreun cu tot esutul conjunctiv pelvian în bloc cu uterul — anexele i vaginul (histerocolpectomiile extinse).

1. Histerocolpectomia abdominal l rgit cu evidare ilio-lombo-pelvian (histerocolpectomia extins Thoma Ionescu).

2. Histerocolpectomia extins tip Meigs.

3. Histerocolpectomiile extinse tip Magendie i Brennier.

4. Histerocolpectomia extins tip Brunshwig.

5. Histerocolpectomiile extinse tip Huguier i Magara.

e) Tehnici prin care odată cu colpo-histerectomia totală se extirpă rațional (electiv) atât esutul limfoganglionar cât și esutul conjunctiv pelvian, datorită protecției radioterapiei.

1. Tehnica limfadenohisterocolpectomiei lărgite (tehnica Petroanu, Chiricu, Trestioreanu, Mudric).

2. Tehnica M. Dargent.

3. Tehnica Wertheim la care trebuie adăugată limfadenectomia sistematică efectuată sub protecția radioterapiei.

Această împrejurare o considerăm prea complicată pentru a fi reînviată.

Ne-am gândit la o altă sistematizare a tuturor acestor tehnici sub un aspect utilitar pentru medicul practician.

Prezentăm mai jos noua sistematizare:

I. Tehnici cu exereze anatomice insuficiente (chirurgie insuficientă).

a) Exereze fără limfadenectomie:

1) Colpo-histerectomia totală simplă.

2) Colpo-histerectomia totală lărgită:

— tip Wertheim

— tip Latzko

b) Cu limfadenectomie insuficientă:

1) Colpo-histerectomia totală lărgită + extirparea ganglionilor palpabili (Wertheim);

2) Colpo-histerectomia totală lărgită + extirparea exclusivă a ganglionului «principal» (Leveuf).

c) Exereze ganglionilor fără extirparea uterului canceros iradiat preoperator (Taussig).

II. Tehnici cu exereze anatomice excesive (chirurgie abuzivă)

1) Tehnica histerectomiei totale lărgite cu evadare ilio-lombo-pelviană (tehnica Thoma Ionescu, 1896).

2) Tehnica Meigs (1944).

3) Tehnica Brennier (1951).

4) Tehnica Brunschwig (1955).

5) Tehnica Huguier (1958).

6) Tehnica Magara (1964).

III. Tehnici cu exereze anatomice rezonabile (chirurgie rațională făcută sub protecția radioterapiei).

1) Limfadenohisterocolpectomia lărgită (tehnica Petroanu, Chiricu, Trestioreanu, Mudric).

2) Tehnica Wertheim cu evadarea sistematică a ganglionilor pelvieni, efectuată sub protecția radioterapiei (Husslein).

3) Tehnica M. Dargent.

INDICAȚIILE ȘI CONTRAINDICAȚIILE OPERAȚIILOR PE CALE ABDOMINALĂ

Limfadenohisterocolpectomia lărgită este operația pe care o preferăm tuturor celorlalte tehnici recomandate pentru tratamentul chirurgical al cancerului de col uterin.

Sîntem de principiu partizanii cîi abdominale pentru operarea cancerului colului, cale care permite o chirurgie controlată anatomic.

Indicația optimă este cancerul colului uterin în stadiile radical curabile (stadiile Ib—II). Ea poate fi aplicată și în stadiul III al bolii, în acele cazuri unde, după tratamentul radiologic preoperator, uterul a devenit mobilizabil prin «topirea» indurației (neoplazic sau inflamatorie) a parametrelor (situație apreciabilă numai prin tusea rectală, gest obligatoriu în explorarea clinică a acestor bolnave).

Această operație cere respectarea unor condiții pe care le enumerăm succint:

— starea generală bună (acceptabilă);

— vîrsta bolnavelor; am operat bolnave pînă la vîrsta de 75 ani. Peste această vîrstă indicația va fi pusă cu mare prudență, preferîndu-se o histerectomie pe cale vaginală (cînd vaginul nu este retractat complet) sau mai bine un tratament exclusiv radioterapic;

— marile hipertensive vor fi pregătite preoperator, pentru scăderea tensiunii;

— în caz de cardiopatii decompensate, nefropatii grave sau alte tîre viscereale care ar exclude actul operator, operația este contraindicată dacă nu se poate obține redresarea situației printr-un tratament medical preoperator. În asemenea situații grele se poate apela la calea vaginală;

— constatarea existenței diabetului zaharat necesită o pregătire specială preoperatorie (se va colabora cu medicul specialist în boli de nutriție) și un tratament special postoperator;

— focarele septice pelviene (colecții supurate, apendicite acute etc.) vor trebui mai întîi asanate (chiar prin tratament chirurgical) și după vindecarea lor clinică se va tenta operația radicală pentru cancerul colului uterin.

Pentru o mai bună apreciere a indicațiilor și contraindicațiilor a se consulta și capitolul «Indicația terapeutică în cancerul colului uterin».

PREGĂTIREA PREOPERATORIE

De o bună pregătire preoperatorie depinde în mare parte succesul operațiilor.

Intervalul de 6 (maximum 8 săptămîni) dintre terminarea iradierii și operație, timp în care efectul iradierii se consolidează, se folosește pentru pregătirea și reechilibrarea biologică a bolnavei, în vederea actului chirurgical (combaterea anemiei, reechilibrarea balanțelor: proteic, glucidic, lipidic, hidrosalin etc.).

În acest interval și spre sfîrșitul lui, esutul neoplazic al colului ca și cuiburile neoplazice însușinate difuz în parametre au ajuns la maximum de devitalizare (în cea mai mare parte fiind chiar distruse), în timp ce esutul conjunctiv pelvian iradiat se reechilibrează d.p.d.v. biologic; masa tumorală a colului se topește, colul ajungînd la dimensiuni normale, ulcerația postoperatorie dispăre; microbismul latent al parametrelor este aproape distrus, hemoragiile din col sînt oprite, iar starea generală răscutită.

În elegem mai bine importanța preiradierii și a intervalului liber ce precede operația, cînd ne gândim că aceeași bolnavă ar fi fost operată la prezentare (fără preiradiere) în plină evoluție a procesului neoplazic, cu microdiseminări canceroase în esutul

conjunctiv pelvian, anemiat prin hemoragiile repetate, cu parametrele infectate latent și cu tumoarea colului sface-lat și hiperseptic .

O atenție specială se va acorda repausului nervos preoperator. Se vor utiliza tranchilizante, sedative și hipnotice.

Cromocistoscopia poate da date asupra stării vezicii (posibil invadare) și dinamicii ureterale. Urografia foarte utilă ne dă date asupra funcției renale și mai ales ne semnalează compresiunile ureterale (stenoza ureterului în canalul parametrial) și deviațiile ureterului prin eventuale adenopatii neoplazice.

O atenție deosebită se acordă dezinfectării vaginului și leziunii colului. În acest interval (irigații vaginale cu infuzie de mușețel sau apă oxigenată), ovule cu sulfatiazol sau penicilină în caz de ulcerații hiperseptice ale colului).

În dimineața operației, după raderea perineului pubian, perivulvar și a spatelui vaginului, se dezinfectează colul, fundurile de sac și vaginul prin badionarea cu alcool iodat și apoi se merge strâns cu membrele lungi exteriorizate prin vulvă. C. Stanca recomandă fixarea membrilor la vulvă cu o fașă, care coboară până la clăie, urmând surorii extragerea membrilor vaginale, când operatorul va secționa vaginul.

Introducerea membrilor în vagin este necesară pentru două motive:

— membrul vaginal servește ca un calapod care destinde pereții, urmând mult disecția vaginului;

— împiedică intrarea fecalelor în vagin, în cazul când bolnava fiind în poziția Trendelenburg, are un scaun pe masa de operație, după rahianestezie.

Bolnava se sondează și este trimisă la sala de operație cu o sondă Nălaton lăsată pe loc în vezică și fixată pe piele, ce menține vezica golită tot timpul operației sau mai bine sondă Foley cu balonă.

În ce privește pregătirea tubului digestiv, se recomandă evacuarea colonului prin clismă înalt în seara ce precede intervenția și în dimineața zilei de operație. Purgativul se administrează de obicei la constipate, cu câteva zile înainte de operație (ulei de ricin 30 g). Purgativele saline sînt contraindicate, deshidratînd bolnava.

CONDIȚIILE DE EFECTUARE A OPERAȚIILOR PE CALE ABDOMINAL

Instrumentarul special. Dat fiind natura intervenției, este nevoie de instrumente care sînt expuse larg regiunea și sînt permitte abordarea cu ușurință a formărilor din fundul pelvisului, în special a vaselor.

În afară de instrumentele indispensabile oricărei intervenții pelviene, sînt necesare următoarele instrumente, care ușurează mult operația:

— depurtor puternic (cu valve) pentru peretele abdominal (de exemplu depurtorul cu cadru tip E. Juvara) (fig. 609 A);

— depurtor valvular bicudat tip Polosson (fig. 609 B) este indispensabil pentru depurtarea vezicii, expunerea fosei obturatoare etc.; personal folosesc 2 depurtoare Polosson. Ele pot fi confecționate în orice atelier mecanic;

— decolator tip Kocher (fig. 609 C) utilizat la prepararea ureterului și izolarea vaselor iliace;

— jipe de hemostază curbate cu vârful lung, fine și subțiri (lungimea jipei 22 cm), utile pentru vaselor fine ce pot fi rupte în fosa obturatoare (fig. 609 D);

— jipe de hemostază lungi (22 cm) tip J. L. Faure sau Mickulicz (sînt mai utile ca jipele Kocher lungi); ele au brațe scurte cu dinți foarte puternice, utile pentru vaselor mari și parametrelor (fig. 609 E);

— aspirator electric foarte puternic.

Echipa chirurgicală este formată din chirurg (care se va așeza la stînga bolnavei) și 1—2 ajutoare (medici). În această intervenție laborioasă contează enorm a zădărnici « spirit de echipă ».

Un ajutor neexperimentat în aceste intervenții îngreunează mult operația, timpul evident al fosei obturatoare, izolării ureterului și extirpării pediculului subureteral cerînd manevre speciale din partea ajutorului. Un ajutor nefamiliarizat bine cu aceste operații poate determina accidente grave uneori fatale: hemoragii catastrofale, secțiunea ureterului etc. ^

O importanță deosebită acordăm persoanei care instrumentează. În Institutul Oncologic Cluj-Napoca ne-am format, prin antrenamente repetate, asistente medicale special educate în tehnica instrumentării. Nu folosim ca personal instrumentar medici sau studenți, fiindcă sigur ei îngreunează desfășurarea operației.

Problemele de tehnic operatorie fiind variate și complexe, pretind o echip operatorie antrenat în acest tip de intervenții. Insistăm în mod deosebit asupra importanței « spiritului de echip ».

Anestezia, cea mai indicată în chirurgia organelor pelviene este anestezia prin intubație, care necesită prezența unui anestezist.

În serviciile care nu au anestezist la dispoziție se poate apela la clasică anestezie rahidiană, practicată la nivelul L₁—L₂. Se recomandă un anestezic de durată (1 1/2—3 ore), utilizându-se percaina (0,007—0,010 g), singur sau asociat cu novocaină (1 ml soluție 8%). În lipsa percainei se poate recurge la rahianestezie în doze mari de novocaină (2—3 ml novocaină 8%) completat cu anestezie locală, generală sau continuată prin rahianestezie repetată pe cale anterioară, după tehnica ce am preconizat-o. Nici una din aceste metode de rahianestezie nu oferă avantajele rahipercainei.

Reanimarea intraoperatorie se reduce în mod practic la:

— perfuzie intravenoasă lentă cu sânge conservat izogrup (numai la nevoie); în mod obligatoriu soluție glucoză 10%, ser fiziologic și substituenți ale plasmii (dextran, subtosan etc.). Perfuzia se va instala înainte de rahianestezie pentru a preveni ocul rahianestezic;

— cantitățile de lichide administrate vor varia după intensitatea eventualului șoc, intensitatea hemoragiei și starea aparatului cardio-vascular; în general 500—1000 ml soluție glucoză izotonică administrată intraoperator a fost suficientă, operația nefiind ocantă în majoritatea cazurilor. De obicei operația este nehemoragică. În caz de accidente hemoragice mari intraoperatorii transfuzia imediată de sânge devine obligatorie. În multe centre ginecologice pe care le-am vizitat în străinătate m-a impresionat negativ marile cantități de sânge administrate bolnavelor, mai ales intraoperator (cca 1 kg sânge, uneori și mai mult). Această practică (abuzul de sânge) o considerăm inutilă și chiar periculoasă. În Institutul Oncologic Cluj-Napoca am ajuns ca aceste operații să nu fie ocazionale, având tehnica perfect reglată;

— perfuzia cu soluție glucoză și ser fiziologic se continuă postoperator (cca 2000—2500 cc/24 ore, soluții gluco-saline sau macromoleculare). Excepțional recurgem postoperator la transfuzia de sânge.

Insistăm asupra mobilizării precoce postoperatorii a bolnavei (ridicarea din pat în prima zi după operație) și a importanței gimnasticii respiratorii.

Poziția bolnavei și a operatorilor (fig. 610): bolnava este așezată inițial în decubit dorsal; poziția Trendelenburg este recomandată abia după efectuarea laparotomiei.

Operatorul stă în stânga bolnavei și ajutorul prim în dreapta. Masa cu instrumente sterile și asistenta instrumentară sunt prezentate în fig. 610. Poziția operatorilor se schimbă numai pentru disecția fosei obturatoare stângi (chirurgul principal trece în dreapta).

Prezentăm următoarele tehnici operatorii pe cale abdominală folosite în tratamentul chirurgical al cancerului colului uterin:

1. *Limfadenohisterocolpectomia lrgită* (tehnica Petroanu, Chiricu, Trestioreanu, Mudric);
2. *Colpohisterectomia lrgită cu extirparea ganglionilor fosei obturatorii* (tehnica E. Wertheim așa cum o practica profesorul C. Stanca).

3. *Histerectomia abdominală lrgită cu evidare ilio-lombo-pelvică* (tehnica Thoma Ionescu).

Primele 2 tehnici au o răspândire largă printre chirurgii noștri. Tehnica Thoma Ionescu are mai mult o valoare istorică decât practică: o prezentăm deoarece este prima tehnică din care au derivat ulterior toate tehnicile chirurgiei de sistem (tehnicile Brunschwig, Meigs etc.).

În paralel vom prezenta și secvențele din aceste tehnici (Brunschwig și Meigs) pentru a arăta principalitatea lor comună cu tehnica Thoma Ionescu.

4. *Tehnica cervico-colpectomiei lrgite utilizată în tratamentul cancerului colului restant.*

Vom prezenta tehnica pe care personal o folosesc și care ne-a dat bune rezultate în această operație plină de mari riscuri.

1. TEHNICA LIMFADENO-HISTERO-COLPECTOMIEI LRGITE⁵³

Tehnica Petroanu, Chiricu, Trestioreanu, Mudric*. Înainte de a decide efectuarea tehnicii operatorii propriu-zise, chirurgul se va asigura după efectuarea laparotomiei, dacă operația poate fi executată cu intenția de radicalitate.

Stabilirea operabilității prin controlul intraoperator al leziunilor. — Incizia obișnuită este celiotomia mediană puboombilicală.

În jos incizia va atinge simfiza pubiană (expunerea mai bună a pelvisului), iar în sus întreține cu 1—2 cm ombilicul, acesta fiind ocolit prin stînga. Am observat că unii ginecologi nu termină incizia în jos just la simfiza pubiană. Lărgirea a 1—2 cm de perete abdominal suprasimfizar neincizat împiedică mult operația prin îngreunarea evidențierii formărilor anatomice situate în profunzimea pelvisului. În caz de lipsă de lumină, incizia se poate prelungi în sus. Orice altă incizie care nu dă o expunere largă a pelvisului este contraindicată (de exemplu: incizia Pfannenstiel-Aburel).

— Instalarea departorului autostatic.

Îzolarea plăgii parietale se face prin sutură cu fire izolate a peritoneului la piele. O atenție specială se acordă excluderii spațiului Retzius din câmpul operator, prin suturarea peritoneului perivezical la tegumentele din preajma pubisului. Spațiul Retzius lăsat deschis va determina sigur apariția supurării ilor trenante la acest nivel.

⁵³ Petroanu I., Chiricu I., Trestioreanu Al., Mudric V., *Chirurgia*, 1956, 4, 70—78. Desenele acestei tehnici sînt schișe sau operații efectuate de Prof. Chiricu și desenate de P. Veluda

* În prima ediție a acestei monografii (1957) am denumit această tehnică fiind «tehnica Institutului Oncologic București». Cum de aproape un sfert de secol am despărțit de colectivul din București, iar la Institutul Oncologic din Cluj-Napoca am continuat împreună cu colectivul de chirurși-ginecologi săm preocupat intens în acest timp de perfecționarea și simplificarea acestei tehnici, ea ar putea să se numească în prezent, dacă se renunță la citarea numelui autorilor ei, ca tehnica Institutelor Oncologice din București și Cluj-Napoca.

Depurtorul autostatic se instalează și se deschide maximal (cât permite plaga).

— Evidențierea pelvisului prin izolarea intestinelor cu câmpuri de tifon, înclinarea bolnavei în poziția Trendelenburg.

— Bilanul intraoperator al leziunilor și aprecierea configurației pelvisului. Se cercetează gradul de extindere a procesului tumoral, aderența la organele vecine, starea ureterelor și a ficatului.

a) Gradul de extindere a procesului tumoral spre vezică, rect și esutul conjunctiv pelvian: se cercetează aspectul peritoneului în jurul istmului uterin (eventual limfangită neoplazică), controlându-se cu toată atenția mobilitatea istmului față de vezică și rect (eventuale invadări ale acestor organe). Se verifică apoi suplimentar parametrii (palpatori și prin mobilizarea uterului) și starea ligamentelor utero-sacrate, după eliberarea uterului din aderențele inflamatorii.

Deseori este greu de a face deosebirea între un parametru infiltrat neoplazic și altul infiltrat inflamator, esutul de scleroză și de inflamație cronică iradiată, căpătând uneori duritatea procesului malign. Simpla palpăre, făcută chiar de un chirurg experimentat, nu poate aprecia cu certitudine natura infiltratului parametrului. Situația se precizează numai când începem disecția parametrului.

Invadarea neoplazică a parametrului în întregime, cu înglobarea vaselor parietale pelviene (artera și vena hipogastrică), istmul uterin fiind blocat cu pereții pelvisului («parametru înghețat»), contraindică operația (stadiul al III-lea parametru). Ne vom limita în acest caz la o limfadenectomie a pelvisului și cazul va fi iradiat postoperator.

b) Controlul ganglionilor pelvisului se face cu deosebită atenție. Se palpează pe rând: ganglionii retrocrurali, ganglionii iliaci externi, în special grupul fosei obturatoare, iliaci primitivi, promontorienți și paraaortici. Constatarea unor adeno-patii neoplazice (ganglioni duri, relativ mari), ce au tendința de a fixa vasele mari, pune în discuție intenția de radicalitate a operației. Constatarea unor adeno-patii cu caractere neoplazice, dar extirpabile, în grupele anterioare, nu va opri continuarea intervenției cu intenția de radicalitate, deoarece aceste grupe ganglionare pot fi extirpate complet.

Simpla palpăre nu dă decât date aproximative asupra stării ganglionilor. Adeseori, ganglionii neoplazici mari și de volum și duri, ascunși în grăsimea fosei obturatoare, nu se simt la simpla palpăre, devenind perceptibili abia după deschiderea și disecția fosei.

c) Controlul ureterelor se face sistematic, mai ales în formele cu parametre invadate. Dinamica și mai ales calibrul lor trebuie luate în seamă. Adeseori se descoperă ureterohidronefroze mute din punct de vedere clinic.

d) Controlul ovarelor: uneori se constată metastaze ovariene.

e) Controlul metastazelor la distanță:

Se explorează ficatul palpator, atât pe fața inferioară cât și pe cea diafragmatică (plexul venos utero-vaginal comunică cu sistemul port prin venele hemoroidale medii, cu care are numeroase anastomoze, încât metastazarea intrahepatică de tip port este posibilă).

Existența unei metastaze unice hepatice nu contraindică operația, dacă condițiile locale pelviene o permit. Metastaza unică hepatică se poate extirpa chirurgical (în altă edin operatorie).

Ganglionii juxta reno-aortici se explorează atent. Constatarea unor adeno-patii suspecte a fi maligne impune recoltarea adenopatiilor pentru examinare histologică și obligă la iradierea postoperatorie a acestei regiuni (tratament paliativ).

Numai după efectuarea bilanului leziunilor se hotărăște tactica și tehnica operatorie ce va fi urmată (operație cu intenție radicală, paliativă sau absteniență).

Execuția limfadenohisterocolpectomiei I rgite. Intervenția comportă următorii timpi operatori (fig. 611):

I. Liberarea corpului uterin din aderențele și anexectomia bilaterală.

II. Limfadenectomia stațiilor limfatice I și a II-a a colului uterin.

III. Izolarea esutului conjunctiv periuterin (parametre) și perivaginal (para-colpos) după secționarea arterelor uterine, disecția ureterelor și separarea acestui esut de restul pelvisului.

IV. Prepararea și secționarea vaginului.

V. Drenajul pelvisului și sutura peretelui abdominal.

Pentru a se înțelege în mod clar lungă expunerea a tehnicii operatorii, se vor avea permanent în vedere aceste cinci obiective ale operației. Când cistoscopia preoperatorie sau controlul palpator intraoperator al vezicii suspectează o eventuală infiltrație a peretelui vezical, timpii operatori enumerați mai sus sînt precedați în mod obligatoriu de verificarea prin disecție a raporturilor dintre vezică și istmul uterin.

Pentru aceasta, se incizează fundul de sac peritoneal și se caută planul de clivaj existent între vezică, istm uterin și peretele anterior al vaginului. În mod normal deslipirea utero-vezicală se face cu ușurință. Existența unor aderențe laxe nu constituie o piedică în desfășurarea ulterioară a tehnicii. Constatarea unei infiltrații masive a vezicii pune în discuție absteniența, cistectomia parțială sau hemipelvectomia anterioară.

Starea generală a bolnavei ca și gravitatea extinderii canceroase sînt factori care determină atitudinea ce o vom adopta.

Odată trecut acest timp operator, tehnica operatorie se desfășoară în modul următor:

I. Liberarea corpului uterin și anexectomia bilateral * se obține prin:

1) *Secțiunea ligamentului lombo-ovarian*. Uterul este prins și manevrat cu ajutorul a două pense Kocher lungi, ce servesc de tractor, aplicate de o parte și de alta, la nivelul implantării trompelor și ligamentelor rotunde în uter (fig. 612). În felul acesta se realizează o priză solidă asupra uterului.

Acest mod de a fixa uterul este mai indicat decât aplicarea pe fundul uterului a unei pense cu dinți (tip Museux) care, lezând uterul, produce hemoragii sau urează scurgerea secrețiilor septice endouterine, în caz de piometrie, în cavitatea peritoneală. Pensele Kocher aplicate lateral au avantajul că măresc posibilitățile de deplasare laterală a uterului, în timpul manevrelor. Se trage uterul în partea opusă regiunii în care se operează, punându-se în tensiune ligamentul lombo-ovarian respectiv.

Pensarea și secționarea acestui pedicul se poate face în mai multe feluri, unele din acestea putând expune la accidente grave. Unii (Terrier) secționează acest ligament între două pense Kocher și apoi leagă pediculii vasculari (fig. 612, cartu A).

Thoma Ionescu secționează ligamentul între două ligaturi trecute cu acul Cooper, care prindeau în masă vasele utero-ovariene și peritoneul supraiacent, fără să mai utilizeze pensele (fig. 612, cartu B).

Aceste modalități de a lega pediculul lombo-ovarian, aplicabile în cazuri de ligamente lungi și suple, pot expune la pericolul prinderii în ligatură și a secționării ureterului în caz de ligamente scurte și edemate. Ureterul mai cu seamă în stînga, merge paralel și aproape de ligamentul lomboovarian, putînd fi confundat cu ureterul pensat, dacă chirurgul nu este atent. Aceste procedee (Terrier și T. Ionescu) nu le recomandăm.

Pentru acest motiv, cînd situația anatomică nu permite întinderea și expunerea corectă a ligamentului lombo-ovarian, este mai prudent a inciza, în lungimea ligamentului lombo-ovarian foița anterioară a seroasei peritoneale, manevrî prin care se pune în evidență prin decolare digitală mai întîi ureterul și se leagă apoi subperitoneal cu acul Deschamps pediculul vasculo-nervos izolat (fig. 612).

Ligatura se face cu fir gros de in (nu taie vasele) trecut cu acul, pentru a nu aluneca. După ligatură nu se prestează firul lung fixat în pensă, ci se taie pentru a nu fi smuls în timpul manevrelor următoare.

2) *Secțiunea ligamentului rotund*** . Spre deosebire de ligamentele lombo-ovariene care trebuie secționate cît mai departe de uter (cît mai aproape de peretele pelvisului) fiind o cale de drenaj limfatic, ligamentele rotunde se vor tăia mai aproape de uter (la 3—4 cm) și nu răsucite cu peretele bazinului (fig. 613).

Această rezecție totală a ligamentelor rotunde, recomandată de Lecene și Martius pentru « securitatea oncologică » nu este justificată deoarece ele conțin foarte puține vase limfatice, necitîndu-se încă nici un caz de metastază la acest nivel. Prestrerea parțială a lor permite o mai bună peritonizare și o eventuală

pentru simplificarea manevrelor, timpilor operatori se execută întîi în dreapta și apoi în stînga. Timpii fiind identici, descriem efectuarea lor unilaterală.

** Unii chirurghi inversează ordinea acestor primii doi timpi operatori, sectionînd ca prim timp ligamentul rotund și ulterior ligamentul lombo-ovarian. suspendarea a bontului vaginal, combătîndu-se ptoza postoperatorie a vezicii urinare.

Secțiunea ligamentului rotund se face între două pense; se ligaturează cu catgut ambele capete (conțin o mică arteriolă). Firul de pe capătul periferic se prestează lung și se exteriorizează din pelvis sub tensiune, prin prinderea sa cu o pensă la cîmpurile vecine. Această manevră urează timpul de decolare vezico-uterin, mîrind expunerea spațiului subperitoneal anterior (vezi fig. 613).

3) *Sec iunea peritoneului de pe fa a anterioar a ligamentului larg i fundul de sac vezico-uterin. Decolarea vezico-uterin . Operatorul, tr gînd în sus i înapoi de uter, expune succesiv fa a anterioar a ligamentelor largi, pe care ajutorul o pune în tensiune prin trac iune lateral cu pensa anatomic , în timp ce operatorul deplaseaz u or uterul în partea opus . Cu foarfecele bont curb se incizeaz de sus în jos peritoneul anterior al ligamentului larg respectiv, incizînd totodat i seroasa fundului de sac vezico-uterin (fig. 614).*

Pentru a asigura peritonectomia nu numai la nivelul ligamentelor largi, ci și în jurul istmului (colului) uterin, anterior, incizia va trece cu 1—2 cm mai în fa de fundul de sac vezico-uterin. Pentru a nu leza vezica, se va dezlipi în prealabil peritoneul vezical cu foarfecele bont închis, insinuat subperitoneal. Se execută aceiași timpi operatori în partea opusă. Urmează un timp operatoric cu ruia chirurgicală trebuie să-și acorde toată atenția: dezlipirea utero-vezicală. De felul cum se execută această dezlipire depinde în mare parte evoluția postoperatorie a bolnavei, rănirea vezicii putând determina fistule vezico-vaginale. Trebuie menționat că nu în toate cazurile în care se constată aderențele utero-vezicale este vorba de o infiltrație neoplazică. Adeseori aceasta este de natură inflamatoare (septică sau postradioterapică). Operatorul experimentat în această chirurgie poate face uneori diferențierea macroscopică; înțre infiltrația neoplazică și infiltrația inflamatorie cronică a vezicii. În caz de îndoielă, recoltarea unui mic fragment din zona suspectă și biopsia intraopera-torie îl muresc situația.

Deoarece pentru executarea unei limfadenohisterocolpectomii corecte este nevoie de liberarea aproape în întregime a peretelui vezical posterior, aceasta nu se poate face dintr-o dată în acest prim timp operatoric, ci în trei etape, repartizate în diferiți timpi operatori.

În prima etapă se procedează la o decolare limitată a vezicii de uter, numai pe linia mediană, pînă la domul vaginal («verificarea operabilității»).

Etapa a doua de eliberare laterală a vezicii fiind strîns legată de disecția porțiunii juxtavezicale a ureterelor, iar etapa a treia de decolare vezico-vaginală fiind strîns legată de prepararea vaginului, le vom descrie la timpii operatori respectivi.

Tehnica primei etape, a decolării utero-vezicale, decurge în felul următor: operatorul trage în sus și posterior (spre promontoriu) corpul uterin liberat, pentru a pune în evidență în mod clar limita dintre vezică și uter, căutîndu-se cu foarfecele bont închis (sau cu tamponul montat) planul de separare (vezi fig. 614). Acest plan este avascular și decolarea la acest nivel nu se însoțește de sîngerare, dacă se procedează strict pe linia mediană. Prunderea spre mușchiul vezical prin perforarea fasciei retrovezicale Halban nu este semnalată prin hemoragii mici și multiple (uneori se pot deschide vene mai groase).

Operatorul mai are un reper prețios pentru găsirea planului de clivaj, în senzația de rezistență trebuie să-și simtă cînd apăsînd vârful foarfecelui spre istmul uterin. Orice secțiune debridă aderențială și orice progresare a foarfecelui sau a tamponului montat în spațiul de decolare se face menținînd contactul cu duritatea istmului uterin, decolarea făcîndu-se în jos numai pînă la domul vaginal, în această primă etapă; rănirea foarfecelui într-un plan mai anterior, în plin mușchi vezical, poate duce la traumatizarea peretelui vezicii sau la deschiderea acesteia.

Artificiile tehnice propuse clasic, în această eventualitate (sutura peretelui vezical în dublu strat, închiderea vaginului cu drenajul pelvisului suprapubian după efectuarea histerectomiei, punerea vezicii în repaus prin sondă vezicală la sat pe loc etc.) pot evita apariția fistulei vezico-vaginale postoperatorii.

Sînt situații în care operatorul este obligat, de caracterul dubios al infiltrației, să meargă cu decolarea într-un plan anterior planului anatomic de clivaj:

— cînd infiltrația suspectă a fi neoplazică interesează o suprafață mică a peretelui vezical (stratul muscular, mucoasa fiind intactă) chirurgul poate sculpta în plin mușchi vezical creînd un plan artificial de separare, fără să perforeze mucoasa vezicală (prepararea hidrolică a esuturilor prin injectarea a 10—20 cmc ser fiziologic ajută mult disecția). La sfîrșitul operației, după extirparea uterului și închiderea vaginului, va avea grijă săutureze cu fire izolate de catgut neperforante, buza superioară cu cea inferioară a plămîșii musculare vezicale; rezultate bune se obțin prin plastia pelvisului și a liniei de sutură vezicală cu epiploon pediculizat (Chiricu, 1956; J. Graham și D. Goplerud, 1967);

— în cazuri de infiltrație pe o suprafață întinsă a mușchiului vezical se recomandă abstenența sau hemipelvectomie anterioară (cînd nu sînt prinse parametrele și starea bolnavei permite).

Prognosticul funcțional și oncologic al acestor operații îl rîgite spre vezică fiind rezervat, chirurgul va recurge după matură gîndire la ele. De cele mai multe ori, în asemenea situații, abstenența este cea mai bună cale de ales.

4) *Anexectomia bilaterală*. După secționarea ligamentelor lombo-ovariene, anexele sînt libere și se pot extirpa cu ușurință. Prunderea lor pînă la sfîrșitul intervenției jenează operatorul în timpul disecției parametrelor.

Asupra necesității ovariectomiei în histerectomiile pentru cancer al colului uterin s-au purtat numeroase discuții. Unii (Bourg) o socotesc obligatorie pentru următoarele motive:

— ovarele pot fi sediul metastazelor canceroase⁵⁴;

— persistența funcției ovariene la canceroasele tinere ar favoriza dezvoltarea recidivelor și metastazelor.

Sînt unii autori (Aleksandrov, Aburel, Navratil) care recomandă prunderea unui ovar (de aspect normal) la femeile tinere operate pentru cancere incipiente ale colului uterin, deoarece metastazarea în ovare este excepțională, tulburările de castrare la tinere sînt grave și pentru că nu este deplin demonstrat că foliculina ar favoriza apariția și dezvoltarea cancerului în col (prin opoziție cu situația din cancerul mamelei sau corpului uterin).

Problema prundării ovarelor nu se mai pune în discuție, cînd operăm după preiradiere, deoarece funcția ovariană este desființată.

Din prudență, în Institutul Oncologic Cluj-Napoca s-a adoptat castrarea sistematică în cancerul colului uterin de stadiul I sau II, indiferent de vîrstă. Tulburările endocrinovegetative postoperatorii se tratează cu sedative ale sistemului nervos și, la nevoie, doze moderate de estrogeni și progesteron, sub control periodic.

5. *Desfacerea foilor peritoneale ale ligamentelor largi*. Odată secționate pediculele lombo-ovariene, ligamentele rotunde și anexectomia terminată, este necesară rîgirea spațiului conjunctiv dintre cele două foi peritoneale ale ligamentului larg, pentru a se expune bine în plagă ureterul, vasele iliace externe, hipogastrice și parametrul.

⁵⁴ Metastazarea cancerului colului în ovare este relativ rară. Statistica lui Pojarski, pe 688 metastaze în ovare, constată asemenea proveniență numai în 19 cazuri pornite de la col și 88 cazuri de la corp. Gothier Villard, pe 365 metastaze ovariene, nu constată nici una de proveniență uterină. Uneori aceste metastaze sînt microscopice, neputînd fi constatate la examenul macroscopic. C. Stanca citează un caz la care din cauza vîrstei tinere a bolnavei, a greșit un ovar aparent sănătos, în teaca dreptilor, în cursul unei operații Wertheim. Ulterior, la nivelul greșii s-a dezvoltat un neoplasm, explicat prin evoluția unei metastaze microscopice.

Lrgirea se poate face prin disecia cu foarfecele bont, dar mai bine este s recurgem la decolarea digital . Se introduc ambele indexuri, orientate spre peretele lateral al pelvisului, adânc între foi ele peritoneale, i apoi se deschide larg acest spa iu prin dep rtarea lor în sens divergent, spre arcada femural i spre aort (fig. 615).

Decolarea se va face lent, f r brutalitate, deoarece elongarea ureterului ar putea produce rupturi ale re elei fine vasculare din adventicea sa. Manevra este nesîngerînd i are o importan deosebit pentru expunerea dintr-o dat a celor mai importante forma iuni ale pelvisului.

Ureterul apare lipit pe foi a posterior a ligamentului larg, artera i vena iliac extern apar evident pe peretele lateral al pelvisului. Dacă bolnava nu este gras , în fundul spa iului decolat poate apă rea i artera hipogastric (vezi fig. 615). Manevra se practic pe rînd în ambele ligamente largi.

NOT : Unii autori (M. Ri c , Magara) amin extirparea anexelor i ligatura vaselor lombo-ovariene după efectuarea acestei decol ri bidigitale a foitelor peritoneale ale ligamentului larg. Se poate vedea în fig 616 cum după decolarea digital , apar în plag , bine expuse, atât ureterul cât i vasele lombo-ovariene. Acestea sînt legate i sec ionate « la vedere », menajîndu-se ureterul; după aceea se procedeaz la anexectomie i se continu opera ia a a cum am descris-o. M. Ri c i Magara au conceput procedeul în mod independent unul de altul. Noi am adoptat în ultimii ani acest procedeu, ca prim timp operator după sec ionarea ligamentului rotund i incizarea foii elor peritoneale ale ligamentului larg (fig. 616).

II. *Limfadenectomia* (extirparea sta iilor I i a II-a limfatice) 55. 1. Trebuie s se pun neap rat în eviden , înainte de a trece la actul limfadenectomiei, *por iunea superioar a ureterului pelvian*, pîn la nivelul unde ureterul intr sub pediculul supraureteral, l sîndu-1 pe toat această por iune lipit de foi a peritoneal care-1 acoper . Ureterul trebuie pus în eviden în mod clar, anatomic, îndepr tîndu-se prin disec ie esuturile sau gr simea ce-i pot masca traiectul.

Dealtfel, în tot timpul efectu rii opera iei, ureterul trebuie s -1 avem sub control vizual, lezarea lui fiind accidentul major al acestei interven ii. Putem afirma metaforic c « ureterul este steaua polar a interven iei».

2. *esutul limfo-ganglionar* începe a fi disecat (cu decolatorul Kocher, sonda canelat , sau foarfecele bont curb închis) la 2 cm în afara arterei iliace externe, pentru a fi siguri c scoatem i ganglionii situati pe marginea extern a arterei (fig. 617).

Incizia esutului limfo-ganglionar se face pe mu chiul psoas i începe de la arcada femural , urcînd în sus, pîn deasupra bifurc rii arterei iliace primitive. Se ridic lama de esut gr sos i limfo-ganglionar în tot lungul arterei iliace externe (mu chiul psoas ap rînd dezgolit în plag) i se trece cu planul de decolare pe deasupra arterei iliace externe spre ven , extirpînd în felul acesta i ganglionii ce acoper artera. Separarea lamei limfo-adipoase de fa a superioar a arterei trebuie f cut cu aten ie, deoarece în aceste manevre se poate rupe o fin arteriol , ce iese din jum tatea superioar a arterei iliace externe, care hr ne te gr si mea i ganglionii fosei obturatorii (vezi fig. 617). Aceast arteriol trebuie pus în eviden printr-o atent disec ie, legat i sec ionat . Ruperea ei prin manevre brutale se face la nivelul emergen ei din iliaca extern , hematumul infiltrîndu-se în grosimea tecii arteriale i hemoragia fiind greu de oprit. În acest caz se prinde cu o pens Pean cap tul arteriolei, ras cu adventicea arterei iliace i se leag cu a sub ire (catgutul poate aluneca). Dac arteriola nu a putut fi prins i legat de la prima încercare, se va renun a la ligatur (pericolul lez rii arterei iliace), i se va recurge la hemostaza prin tamponament cu o compres (2—5 min compresiune puternic).

Disec ia lamei limfo-adipoase în jurul venei iliace externe i pe toat întinderea ei va fi f cut cu pruden , cunoscut fiind posibila aderen a ganglionilor invada i neoplazic la peretele sub ire al venei.

În rare cazuri din vena iliac extern iau na tere fine venule ce merg spre gr simea regiunii. Ruperea acestor vene va fi evitat în timpul disec iei, reperarea, legarea i sec ionarea lor fiind obligatorii; din cauza pozi iei Trendelenburg for ate (ca i a st rii de

55 Pentru în elegerea justific rii limfadenectomiei selective a se vedea capitolul referitor la anatomia limfaticelor uterului i invadarea lor în cancerul colului uterin.

oc), venele iliace sînt colabate, motiv pentru care ruperea accidental a venulelor poate trece neobservat, fiind urmat de hemoragii numai dup îndreptarea planului mesei.

3. *Urmeaz evidarea esutului gr sos i limfo-ganglionar retro-crural i din fosa obturatoare.* Unii chirurghi au comparat importan a evid rii fosei obturatoare în cancerul colului cu evidarea axilar în cancerul de sîn (fosa obturatoare ar reprezenta « axila » bazinului).

Odat puse în eviden pe toat lungimea lor artera i vena iliac extern, se p trunde în fosa obturatoare cu decolorul printr-un spa iu decolabil situat sub marginea inferioar a venei iliace externe, în jum tatea ei anterioar (vezi fig. 617).

Disec ia fosei se începe din partea ei anterioar, urm rind marginea inferioar a venei iliace externe pîn la confluen a cu vena hipogastric. Apoi se separ gr simea fosei de peretele lateral al bazinului (format la acest nivel de osul pubis i mu chiul obturator intern), cu ajutorul decolorului sau indexului (vezi cartu fig. 617). în unele cazuri (bolnave cu panicul adipos friabil i ede- ma iat) decol rile digitale sînt mai lesnicioase decît cele instrumentale. Decolarea gr simii cu degetul va fi blînd, pentru a nu rupe venele mici ce pot ie i din vena iliac extern.

Se trece apoi la separarea masei de esut limfo-gr sos de arcada inghinal pîn la inelul crural, avîndu-se grij s nu se lezeze o ven sub ire ce iese din vena iliac extern, merge paralel cu arcada femural înspre vezic i apoi merge ascendent în peretele abdominal (vezi fig. 584 C). Aceast ven este constant i

ruperea ei este urmat de hemoragii greu de st pînit, dat fiind profunzimea regiunii. Unii consider c este chiar vena epigastric. Pentru acest motiv ajutorul va expune bine regiunea, ridicînd în sus peritoneul în bloc cu peretele abdominal i gr simea la nivelul arcadei inghinale cu ajutorul dep rt torului bicudat Polosson.

«Ganglionul principal» descris pe rînd de Peisser, Thoma Ionescu i Leveuf (ganglionul obturator) se afl ascuns în gr simea p r ii anterioare a fosei obturatoare, fiind a ezat între marginea inferioar a venei iliace externe, arcada femural i nervul obturator. Uneori se constat aderen a acestui ganglion invadat neoplazic, la peretele venos; cînd aderen a este prea întins i vena nu poate fi separat, se pune în discu ie rezec ia între ligaturi a venei iliace externe (circula ia de întoarcere fiind asigurat prin colaterale ale venei hipogastrice). Prognosticul acestor cazuri cu un intens proces de periadenit canceros aderent la forma iunile vecine (în special la ven) este foarte rezervat, recidiva ap rînd de cele mai multe ori chiar cu pre ul rezec iei venoase întinse. Pentru cei mai mul i chirurghi, prinderea strîns a venei în masa ganglionar neoplazic este un fapt ce contraindic continuarea limfadenectomiei i deci a opera iei cu inten ie de radicalitate. în toate cazurile în care am crezut c facem o opera ie radical prin extirparea venei iliace externe în bloc cu ganglionul aderent la ven, recidiva s-a produs în cîteva luni.

O aten ie deosebit se va acorda extirp rii ganglionilor retrocrurali, situa i pe marginea intern a venei iliace externe la locul unde vena intr în «inelul crural» pentru a trece spre coaps pe sub arcada inghinal, devenind vena femural. Ace ti ganglioni trebuie c uta i prin palpare atent, fiind uneori invada i canceros. Extirparea lor se va face «la vedere» i nu orbe te, deoarece regiunea con ine vene sub iri ce prin rupere produc hemoragii sup r toare.

Atragem de asemenea aten ia c în timpul extirp rii gr simii fosei obturatoare, trebuie pus în eviden totdeauna, aproape pe toat lungimea sa, nervul obturator, care str bate în sens oarecum antero-posterior fosa la baza sa, intrînd în canalul subpubian (vezi fig. 591). Pensarea u oar a sa determin contractura adductorilor, chiar sub anestezie profund. în timpul liber rii nervului se va avea grij s nu se lezeze artera i vena obturatoare satelite nervului, fapt ce antreneaz hemoragii nepl cute, dat fiind profunzimea la care se aplic ligaturile.

Evidarea fosei obturatoare se întinde în profunzime pîn imediat sub nervul obturator oprindu-se la nivelul planului conjunctivo-vascular în care se g se te plexul venos al pediculului subureteral ce acoper fa a superioar a mu chiului ridic tor anal. Tot în acest strat conjunctivo-vascular se g sesc i nervii vezicii urinare, care provin din plexul nervos hipogastric inferior.

Insistarea disec iei într-un plan mai profund la acest nivel poate determina hemoragii grave i ruperea nervilor vezicali. Posterior disec ia gr simii fosei se întinde pîn la nivelul unghiului format de vasele hipogastrice cu cele iliace externe (vezi fig. 618).

O aten ie deosebit trebuie acordat regiunii bifurca iei arterei iliace primitive; esutul gras situat în acest unghi vascular este bogat în ganglioni limfatici, motiv pentru care trebuie disecat cu minu iozitate, pîn se va pune net în eviden bifurcarea arterelor i venelor. La acest nivel, ganglionul descris de Cuneo i Marcille, ca fiind ganglionul cheie al cancerului colului, se insinueaz uneori sub bifurcarea arterei (vezi fig. 581) i o disec ie gr bit risc s -l rup i s lase pe loc por iunea subvascular a lui.

Se coboar apoi cu disec ia în lungul arterei hipogastrice, sco înd cu aten ie tot esutul gras i ganglionii, mult în jos, punîndu-se în eviden emergen a arterei uterine i ombilico-vezicale (fig. 618).

Dup aceasta, explor m digital ganglionii iliaci primitivi (situa i de obicei pe marginea extern a arterei); ace ti ganglioni fac parte din grupele posterioare ale ganglionilor pelvisului i reprezint nodul limfatic principal al celei de a doua sta ii limfo-ganglionare; dat fiind c ei sînt u or de abordat, îi putem extirpa f r dificultate pîn la bifurca ia aortei (fig. 619).

Ajutorul dep rteaz înspre aort , cu valva bicudat Polosson, peritoneul ce acoper artera iliac primitiv , avînd grij s nu traumatizeze ureterul aderen la peritoneu. Extirparea acestor ganglioni este, mai cu seam , indicat cînd ganglionii fosei obturatorii au fost g si i hipertrofia i. In acest caz se vor controla i eventual extirpa i ganglionii situa i sub artera iliac extern (între artere i mu chiul psoas).

Odat limfadenectomia fosei obturatorii i a regiunii perivascularare terminat , trebuie s se vad în plag mu chiul psoas, artera iliac primitiv , artera i vena iliac extern în toat lungimea lor, artera i vena hipogastric cu emergen a arterei uterine (extirpat) i a vaselor ombilico-vezicale (p strate), nervul obturator (pe toat por iunea ce str bate fosa omonim), periostul ramurii transversale a pubisului, mu chiul obturator intern, i plexul venos profund al pelvisului înecat în gr simea ce acoper fa a superioar a mu chiului ridic tor anal (vezi fig. 619).

Procedînd astfel, sîntem convin i c am f cut o evidare radical a grupelor ganglionare accesibile exerezei chirurgicale, grupe ce reprezint înfîia i a doua sta ie în propagarea cancerului colului, care sînt prinse i cel mai frecvent; aceast evidare este relativ u oar din punct de vedere tehnic i exerez acestui teritoriu limfatic este bine suportat de bolnave, neînregistrîndu-se tulbur ri func ionale (edemul membrelor sau o evolu ie grea postoperatorie).

Dac exist ganglioni canceriza i aderen la arterele iliac (sau la vene) nu se va for a extirparea lor (pericol de hemoragii); ei vor fi l sa i pe loc dar vor fi marca i cu mici inele metalice (sîrm de vipl suturate cu a la esuturi), fapt ce va permite reperarea lor postoperatorie prin radiografii, permi înd efectuarea unei radioterapii întite.

Fa de grupele ganglionare profunde (ganglionii promontorieni i peria- ortici) am adoptat urm toarea tactic : nu se extirp restul ariei ganglionare posterioare (restul sta iei a II-a i a III-a în totalitate) în acest timp operator, deoarece extirparea esutului conjunctiv i a ganglionilor respectivi este o opera ie grav , urmat de tulbur ri func ionale postoperatorie. Aceast evidare prelungit exagerat ascendent ar duce la decolarea ureterelor pe o distan prea mare (de la strîmtoarea superioar pîn la vezic), fapt ce ar predispuce la fistule, stenoze sau tulbur ri în dinamica ureteral . De asemenea ar necesita extirparea esutului conjunctiv perirectal (ganglionii fosei sacro-rectale), în care sînt incluse plexurile vegetative care asigur dinamica vezicii i rectului ampular. în afar de aceste motive, socotim c odat procesul neoplazic dep înd ganglionii sta iei I i a II-a ganglionare, nu mai poate fi tratat chirurgical cu inten ie de radicalitate, deoarece extirparea total a ganglionilor grupelor posterioare devine o opera ie aproape imposibil , din cauza condi iilor anatomice ale acestor ganglioni.

Grupele ganglionare posterioare sînt palpate prin grosimea peritoneului, iar în caz c g sim ganglioni duri i hipertrofia i îi putem eventual extirpa limitat prin incizii peritoneale, pentru a fi examina i histopatologic.

Aceast extirpare nu are atît un scop curativ, ci este necesar pentru aprecierea limitei superioare a extensiei canceroase i a ne ajuta la fixarea unui prognostic mai precis bolnavei; invadarea neoplazic a acestor ganglioni modific radical prognosticul în sens negativ. încerc rile ce s-au f cut de a iradia cu înalte energii ace ti ganglioni nu au fost încununate de succes, ducînd la grave complica ii, deoarece iradierea masei intestinale sub iri determin complica ii grave (stenoze, perfora ii, ocluzii prin aderen e).

III. *Izolarea esutului conjunctiv periuterin (parametre) i perivaginal (paracolpos) dup sec ionarea arterelor uterine, disec ia ureterelor i separarea acestui esut de restul pelvisului.*

Acest timp important al limfadenohisterocolpectomiei l rgite se execut în urm toarele etape:

A. *Sec ionarea i ligatura arterei uterine cu abla ia pediculului supraureteral (sau preureteral).*

B. *Completarea prepar rii por iunii intraparametricale a ureterului.*

C. *Sec ionarea ligamentelor utero-sacrate.*

D. *Abla ia pediculilor subureterali (a parametrelor i a paracolposului).*

Trebuie s preciz m c noi efectu m to i ace ti timpi operatori mai întîi

în dreapta (inclusiv limfadenectomia) i apoi trecem la efectuarea lor dup aceea i tehnic i în stîng pelvisului.

A. *Sec ionarea i ligatura arterei uterine cu abla ia pediculului supraureteral al parametrului.* Abla ia pediculului supraureteral al parametrului se execut în doi timpi operatori bine distincti:

a) descruc i area dintre artera uterin i ureter sau mai bine zis descruc i area dintre ureter (por iunea parauterin a ureterului) i por iunea supraureteral (preu- reteral) a parametrului, reprezentat prin artera uterin cu esutul conjunctiv înconjur tor i ganglionul limfatic satelit descris de Lucas-Championniere;

b) descruc i area dintre uretere (por iunea lui juxtavezical i por iunea supraureteral , preureteral) a ligamentului vezico-uterin (reprezentat prin paracist)⁵⁶; por iunea supraureteral a ligamentului vezico-uterin mai este denumit de unii i pediculul vascular al cornului vezical (pediculul descris de J. L. Faure).

Momentul cel mai important îl constituie izolarea, sec ionarea i ligatura arterei uterine la ie irea din artera hipogastric , iar rezultatul acestor timpi operatori este punerea în eviden a ureterului pe toat lungimea sa pîn la intrarea în vezic .

Tehnica decurge în modul urm tor:

1. Punerea în eviden a p trunderii ureterului în canalul ureteral al parametrului (fig. 619). înainte de a trece la abla ia propriu-zis a pediculului supraureteral, chirurgul va controla din nou ureterul pe tot traiectul s u pelvian gata descoperit, menajînd aderen a lui la peritoneul foi ei posterioare a ligamentului larg, punînd în eviden în mod vizibil locul unde el p trunde în grosimea parametrului (canalul ureteral al parametrului).

2. Ligatura i sec ionarea arterei uterine⁵⁷. Se eviden iaz în adîncimea fosei obturatoare, urm rind traiectul arterei hipogastrice, originea arterei uterine i raporturile ei cu artera ombilico-vezical (fig. 619). Se tie c aceste dou trunchiuri arteriale

⁵⁶ Unii autori desemneaz sub numele de paracist esutul conjunctiv perivezical, prin compara ie cu parametrul. în această în elegere paracistul este împ r it de ureter în doi pedi- culi: unul supraureteral (despre care este vorba aici); i unul subureteral, ce nu este atacat decît în opera iile pe cale vaginal . în fond nu exist un paracist izolat, această forma ie f cînd parte din parametre (ligamentele vezico-uterine) (a se vedea fig. 577).

⁵⁷ Unii autori (Thoma Ionescu, J. L. Faure, Kelly etc.) preconizeaz ligatura sistematic a arterelor hipogastrice în cursul histerectomiilor totale în scopul asigur rii hemostazei preventive, opera ia decurgînd astfel f r riscul hemoragiilor.

Practica arat c aceast comportare nu creeaz nici o securitate chirurgicală, ci numai dezavantaje. Pericolul hemoragiei în cursul histerectomiei totale este dat nu atît de hemoragiile arteriale, cît mai cu seam de hemoragiile plexurilor venoase ale pelvisului, alimentate în special de afluxul venos al ramurilor extrapelviene ale venei hipogastrice ce colecteaz în mare parte sîngele venos al membrului inferior. în plus ligatura hipogastricelor duce la tulbur ri în nutri ia vezicii urinare, ischemiînd-o. M. T. Aleksandrov i B. V. Nifontov remarc acelea i

pot porni în mod separat din hipogastric (ombilico-vezicală situată anterior față de uterin) sau printr-un trunchi comun (trunchiul ombilico-uterin), sau, în rare cazuri, pot exista chiar două artere uterine (vezi fig. 583).

3. Artera ombilico-vezicală este situată mai anterior și are o orientare oblică anterior și internă oarecum. În plan sagital, urmărirea traiectului spre partea laterală respectiv a vezicii urinare (axul ei fiind paralel cu axul ureteral) (vezi fig. 619). În jurul ei se găsește un bogat plex neurovegetativ ce merge spre vezică, precum și esutul conjunctiv ce se prelungește în jos, ca o perdea (diafragma) care închide spațiul cuprins între artera ombilico-vezicală respectiv, marginea postero-laterală a vezicii urinare în planul eului muscular pelvian (format din mușchii ridicătorii anali). Chirurgul va respecta integritatea anatomică a arterei vezicale, plexul nervos satelit și diafragma conjunctivă descrisă, pentru a menaja cât mai mult inervația și vascularizația vezicii. În intervențiile mai largi, ori de câte ori am rezecat aceste formațiuni bilaterale, evoluția postoperatorie a fost marcată de tulburări în dinamica vezicală.

În ce privește afirmația cuprinsă în unele lucrări mai vechi, că ligatura acestor artere ar ischemiza vezica, favorizând gangrena peretelui, ea nu este întemeiată, deoarece vezica mai primește sânge și prin arterele vezicale inferioare (ramuri colaterale ale hipogastrice) ce rămân intacte.

Artera uterină este situată mai posterior față de emergența arterei vezicale superioare și are o orientare transversală, pornind dinspre artera hipogastrică spre uter (dispoziție oarecum în plan frontal), axul ei fiind perpendicular pe axul ureteral (fig. 619). Ea pătrunde în grosimea esutului conjunctivo-vasculo-limfatic ce formează pediculul supraureteral al parametrelor, încruciează ureterul, trecând pe deasupra lui și pătrunde în uter pe marginea laterală respectiv. Pe tot acest traiect ea este însoțită de una din venele uterine (vena uterină supraureterală), călătorește trecând pe sub ureter (vena uterină subureterală). La încrucișarea cu ureterul, artera are raporturi de vecinătate cu ganglionul limfatic satelit, prima stație în propagarea cancerului, ganglion ce trebuie extirpat odată cu pediculul supraureteral (ganglionul Lucas-Championniere). Tot la acest nivel artera uterină emite o colaterală fină, ce vascularizează ureterul în porțiunea respectivă (vezi fig. 620).

Secționarea și ligatura arterei uterine se vor face în imediata vecinătate a locului de emergență din artera hipogastrică, și numai după ce chirurgul este perfect orientat în ce privește raporturile formelor anatomiche ale regiunii (uter, artera ombilico-vezicală, artera uterină) (vezi fig. 619, cartuș).

În ce privește pensarea, secționarea și ligatura arterei uterine sînt necesare cîtiva date, asupra cărora insistă W. Licpmann: neajunsuri în urma legării hipogastrice (ei avînd chiar unele cazuri de necroză a mucoasei vezicale), motiv pentru care nu o mai recomandă.

De asemenea ligatura hipogastrice duce la tulburări circulatorii intrapelvici, care creează condiții defavorabile esutului conjunctiv pelvian în ce privește apariția și dezvoltarea infecției. În timpul izolării și legării arterei hipogastrice pot fi rupte sau legate filete nervoase vezicale care drumuiesc în vecinătatea arterei.

Wertheim nu acordă ligaturii hipogastrice nici un rol în diminuarea hemoragiei arteriale (o dată cu el nu am văzut că artera uterină sîngeră tot așa de tare chiar după ligatura hipogastrică, ca și cum nu s-ar fi făcută nici o ligatură; acest fapt ne-a determinat la nu o mai practicăm, începînd cu cazul 21» - citat după E. Wertheim),

Cu toate acestea considerăm, în fața unor hemoragii mari parametricale imposibil de oprite, am obținut reducerea hemoragiei prin ligatură arterei hipogastrice. Această ligatură am aplicat-o la 7 cazuri pe 4 000 histerectomii din care 1 561 au fost fimbriectomii și colpectomii.

— pensarea uterinei se face numai cu pense lungi, boante, cu brațe mult mai puternice și scurte, după o izolare a originii vasului;

— asistentul nu va trage tare de pense, deoarece vasul se poate rupe la ieșirea din artera hipogastrică, producându-se hemoragii foarte greu de oprite. În acest caz operatorul va comprima între degetele mâinii stângi artera hipogastrică sau artera iliac primitivă, iar cu dreapta va prinde cu pensa, în timp ce ajutorul tamponează repetat bontul arterial rupt. Dacă capătul rupt al răsăturii este prea scurt, atunci se va pensa și lega artera hipogastrică la nivelul plăgii vasculare;

— pentru a ușura secționarea arterei, asistentul va ridica ușor de cele două pense, ridicând artera din patul ei. De obicei este pensat concomitent și vena uterină supraureterală. Dacă va continua să sângereze din vene, atunci se vor izola acestea încotru și se vor pensa;

— după secționare, ligatură capătului dinspre artera hipogastrică se va face de către operator cu fir de în rezistență (nod chirurgical corect; se poate utiliza în lipsă și catgutul nr. 1, aplicându-se două ligaturi). Pentru a nu aluneca, unii autori trec firul cu acul Hagedorn, ancorându-l la esutul conjunctiv vecin arterei (manevră inutilă în caz de pedicul arterial suficient de lung). Ajutorul va desface puțin în pensa, în timp ce operatorul mai strânge încă primul nod chirurgical, firul să deplaseze vârful pensei de pe arteră, apoi se pensează din nou vasul, în timp ce chirurgul execută al doilea nod. Această manevră este necesară pentru a permite strângerea corectă a vasului în nod și a preveni hemoragia, în caz că firul se rupe în cursul înnodării (vezi fig. 619, cartuș);

— pensa se va suprima definitiv după înnodare, iar firul se va tăia la câțiva milimetri; în nici un caz nu se va lăsa firul de legătură lung și montat pe pensă, deoarece poate fi smuls în cursul manevrelor ulterioare.

Toate aceste manevre se fac în liniște, cu abilitate și siguranță.

Dacă din diverse motive bontul arterei uterine continuă să sângereze puternic, ajutorul va opri hemoragia prin apăsare cu degetul (sau tampon montat pe pensă) iar operatorul va efectua în liniște ligatură arterei hipogastrice, după care va lega și bontul uterinei, ce sângerează de data aceasta mult mai puțin.

3. Descurci area pediculului supraureteral (a arterei uterine) de ureter. Celălalt capăt al arterei uterine (capătul medial), menținut pensat, este răsturnat prin tracțiunea pensei spre uter, în timp ce chirurgul cu foarfecele bont închis sau cu decolatorul Kocher caută planul de clivaj dintre ureter și artera uterină. În realitate descurci area nu se face între ureter și artera uterină, ci între ureter și pediculul supraureteral (porțiunea supraureterală a ligamentului cardinal), ce are la acest nivel o lățime de aproximativ 2—2,5 cm.

Pentru acest motiv artera uterină va fi răsturnată spre uter în bloc cu tot esutul conjunctiv bogat în limfatice care o înconjură. Când se ajunge, prin decolare atentă, cu descurci area în dreptul ureterului, chirurgul va fi și mai blând în manevrele de decolare, deoarece uneori se evidențiază în plagă arteriola hrănitoare a ureterului (fig. 620). O decolare brutală, prin smulgere, va determina ruperea acestui vas, cu formarea unui hematom disecant în grosimea tecii ureterale, fapt ce poate avea urmări neplăcute asupra vascularizației ureterului la acest nivel, favorizând diskineziile segmentare sau excepțional, chiar necroza și fistula ureterală. Pentru acest motiv, vasul odată evidențiat, va trebui pensat, secționat și legat cu fir subțire de catgut, vascularizându-l intraparietal al ureterului nemai-suferind (fig. 620, cartuș).

Se continuă disecția ureterului (spre marginea lui internă), evidențiindu-l anatomic în plagă (vezi fig. 620).

Acest mod de a descurci artera uterină de ureter (secționând artera la origine mai întâi și apoi răsturnându-o spre uter) nu poate fi aplicat în toate cazurile. Sînt situații (femei grase cu pediculul supraureteral gros și infiltrat inflamator sau neoplazic), în care originea arterei nu poate fi ușor pusă în evidență de la început, iar raporturile ei cu ureterul sînt mascate de intensitatea procesului inflamator. În aceste cazuri se va prepara întâi ureterul și apoi se va secționa artera uterină, procedîndu-se în felul următor:

— se va evidenția bine locul unde ureterul intră în grosimea parametrului (canalul ureteral al parametrului);

— se va începe decolarea ureterului în interiorul canalului ureteral cu ajutorul decolatorului, sau mai bine al penselor lungi, curbe cu vîrf subțire, introduse cu mișcări blînde de înaintare și lateralitate, pentru a nu leza adventicia sau vasele din jurul ureterului (fig. 621).

Dup o izolare complet a ureterului pe distan e mici de aproximativ 1 cm, se vor pensa i sec iona vasele din pediculul supraureteral, cît mai mult posibil în afara ureterului. In timpul pens rii, ureterul este ferit prin interpunerea decolatorului Kocher între locul ce va trebui pensat i ureter (vezi fig. 621, cartu A). Toate aceste manevre trebuie f cute sub vederea permanent a ureterului. Prin aceste decol ri «în etape » ale ureterului i sec iunea în afara lui, a por iunii din pediculul supraureteral, se ajunge la artera uterin , care, dup ce se izoleaz spre originea ei, este pensat , sec ionat i legat dup normele prezentate anterior.

Odat terminat descrucci area arterei uterine împreun cu tot esutul conjunctiv care formeaz por iunea supraureteral a ligamentului cardinal al parametrului i punerea în eviden a por iunii parauterine a ureterului, urmeaz sec ionarea por iunii supraureterale a ligamentului vezico-uterin (paracistul sau pediculul vascular al cornului vezical), pentru a descoperi ureterul în ultima sa por iune, juxtavezical (cea de a III-a por iune a ureterului pelvian) (fig. 621, cartu B).

Este necesar ca ajutorul s dep rteze cu valva Polosson vezica de uter i vagin, anterior, în timp ce uterul este tras înspre promontoriu i partea opus parametrului disecat. In felul acesta paracistul este destins, încît decolatorul Kocher se poate insinua între fa a superioar a ureterului i fa a inferioar a paracistului. Cu acelea i mi c ri blînde, decolatorul, orientat în axul ureterului, începe s coteasc intern i î i face loc în planul de clivaj existent, vârful s u apare vizibil în preajma vezicii urinare (fig. 622).

împingînd ureterul în jos i intern cu decolatorul, expunem bine partea extern a paracistului, loc unde va trebui pensat, sec ionat i ligaturat. Ligatura este obligatorie, fiindc pe aici trec vasele cornului vezical (vezi fig. 621). Acum ureterul pelvian apare clar în plag , putînd fi urm rit de la strîmtoarea superioar a bazinului pîn la intrarea în vezic (vezi fig. 623).

Este momentul de a l rgi, în sens lateral de data aceasta, eliberarea vezicii de colul uterin i vagin, prin disec ie cu foarfecele curb bont (al doilea timp de decolare a vezicii, în desf urarea acestei tehnici).

Wertheim folose te indexul în decolarea pediculului supraureteral de ureter (vezi tehnica Wertheim, fig. 639, cartu B). Gestul chirurgical a i luat denumirea de « manevra Wertheim».

Decolarea digital ar fi, dup Wertheim, mai inofensiv pentru ureter decît cea instrumental .

Totu i, decolarea instrumental «în etape», dup tehnica prezentat mai sus, se arat total inofensiv pentru vitalitatea ureterului, i mult mai eficient în ceea ce prive te descoperirea ureterului juxta vezical. ,

B. *Completarea preparării porțiunii intraparametriale a ureterului.* Rezultatul timpilor operatorii precedenți a fost expunerea ureterului în porțiunea sa intra- parametrială, până la intrarea în vezică. Prin secționarea arterei uterine, a vaselor din paracistă și descurcarea pediculului supraureteral, manșonul arterio-venos în care este învelit ureterul pe tot parcursul său intraparametrial, a fost deschis.

Pentru a putea extirpa o zonă suficient de largă din pediculul subureteral este necesară completarea preparării ureterului la acest nivel, decolându-l din acest manșon vascular și conjunctiv (cu foarfecele bont închis sau decolatorul Kocher), eventual secționând cu prudență, la distanță de ureter, posibilele tracturi fibroase ce se găsesc între acesta și pediculul subureteral (vezi amănunțit la timpul operator: ablația pediculului subureteral).

La prepararea și decolarea porțiunii intraparametriale a ureterului (pe o lungime de aproximativ 4 cm) chirurgul trebuie să respecte următoarele condiții tehnice:

a) să nu se jupoaie ureterul, ci să fie decolat, păstrându-se neatins teaca vasculo-neuro-conjunctivă proprie a ureterului. Pentru aceasta chirurgul trebuie să caute cu atenție planul de clivaj natural ce există între teaca proprie a ureterului și esutul conjunctiv al parametrialului. Nerespectarea acestui amănunțit tehnic poate duce la leziuni ale venelor manșonului vascular periureteral (vene intraparametriale), urmate de hemoragii neplăcute, dacă se face decolarea în afara acestui plan natural de clivaj precum și la leziuni ale ureterului, dacă se face decolarea în interiorul acestui plan (spre teaca proprie a ureterului).

Jupuirea ureterului de teacă sa predispune la următoarele complicații în evoluția postoperatorie:

— fistule ureterale prin necroza peretilor, consecință a întreruperii circulației intratecale. Se știe că ureterul are o vascularizație în mod esențial bipolar, vasele anastomozându-se «în plin canal» în teacă conjunctivă proprie ureterului;

— asinergie în peristaltica ureterală prin întreruperea inervației proprii tecii ureterale. Aceste tulburări în dinamica ureterală explică distensiile bazinetale și atonia ureterală postoperatorie, factor favorizant al infecției urinare (fapt pus în evidență experimental pe câine de către Marion);

— favorizează strangularea ureteral postoperatorie, în cicatricea formată în pelvis. Menajarea tecii ureterale asigură o protecție eficientă împotriva acestei strangulări.

Trebuie remarcat faptul, evidențiat încă de Wertheim, că teaca ureterală este «extraordinar de rezistentă față de invazia canceroasă», a că păstrarea tecii intactă, chiar în parametre infiltrate neoplazic, unde a fost necesară o sculptare a ureterului în plin esut canceros, nu ar fi un factor important generator de recidivă;

b) ligaturile plasate pe esutul conjunctiv parametrial să nu determine cuduri ale ureterului. Cum hemostaza patului ureteral parametrial trebuie făcută cu mult grijă, se vor prefera pediculii mici, care nu îngreunează în ligatură esuturile periureterale. O ligatură de bont vascular plasată vicios, prea în apropierea ureterului, prinzând prea mult esut dintr-odată, poate determina unele cuduri ale ureterului sau genera ulterior o cicatrice dură, factori de tulburare a dinamicii ureterale.

Cea mai neînsemnată cudură, cel mai mic obstacol în cursul peristaltismului ureteral, poate favoriza o uretero-hidronefroză (situație întâlnită uneori când se peritonizează pelvisul forat, timp ce poate antrena o cudură a ureterului prin traciunea peritoneului pelvian);

c) ureterele nu se vor cateteriza în vederea preparării lor prin disecție. Sînt unii chirurghi (Figarella .a.) care operează cu sonde ureterale introduse preoperator transvezical, pentru a pune în evidență mai ușor ureterul (ureterul se palpează în acest caz ca un cordon rigid). Această manevră este inutilă și chiar nocivă. Inutilă, fiindcă, printr-o tehnică corectă, ureterul poate fi pus foarte bine în evidență, nefiind posibilă lezarea sa. Nocivă, fiindcă sondele ureterale lezarea epiteliului ureteral în cursul manevrelor, fapt ce predispune la infecții pielice postoperatorii.

Decolarea și urmărirea porțiunii terminale (intraparametriale) a ureterului nu se vor face pe marginea lui externă ci pe marginea internă. Insistăm în mod deosebit asupra acestui aspect de tehnică. În prima porțiune a ureterului pelvian (porțiunea de la strîmtoarea superioară pînă la intrarea ureterului în canalul parametrial), disecția (decolarea) s-a făcut urmărind marginea externă a ureterului, menajînd obligatoriu aderența sa naturală la peritoneul pelvian; în ultimele două porțiuni ale ureterului (porțiunea parauterină și porțiunea juxtavezicală ce au o lungime de 3—4 cm) <ce strîng parametrul dinspre posterior spre vezică parcurgînd așa-numitul «canal parametral al ureterului», disecția (decolarea) se va face urmărind marginea internă a ureterului (fig. 623).

Este tiut că ureterul în porțiunea sa intraparametrială nu are o direcție dreaptă (postero-anterior) ci descrie o curbă cu convexitatea externă, avînd tendința să îmbrăcească vaginul. Deci, în timpul decolării (disecției) ureterului în această porțiune se va avea grijă ca vârful foarfecii să nu secioneze ureterul, accident ușor de evitat, dacă disecția ureterului se face «la vedere» (disecția oarbă fiind periculoasă).

Decolarea ureterului paravezical urmând marginea lui intern se va face pînă se ajunge la vîrsarea ureterului în vezică ; chirurgul nu va trebui să insiste la evidențierea unghiului format de marginea internă a ureterului și peretele postero-lateral al vezicii urinare. Depărtașorul Polosson și foarfeca lungă curbă sînt de mare folos în efectuarea acestor disecții delicate.

Funcționalitatea și trofica ureterului sînt mai bine protejate dacă se lasă în jurul porțiunii terminale a joncțiunii uretero-vezicale un mic con de 3—4 mm format din țesut parametrial cu baza spre peretele vezicii (fig. 624). Insistăm asupra acestui detaliu de tehnică .

În nici un caz ureterul terminal nu va fi disecat pe marginea sa externă ; disecat numai pe marginea sa internă el își păstrează legăturile vasculare cu țesuturile din afară (externe) ureterului, fapt ce-i garantează păstrarea unei perfecte troficități. Un ureter terminal disecat atît pe marginea externă cît și pe marginea internă și separat de suportul conjunctivo-vascular subiacent reprezentat prin 1/3 externă a pediculului subureteral, duce la «telefonarea ureterului», situație ce implică complicații grave: tulburări de peristaltic, stenoze, sau devitalizări urmate posibil de fistule.

După prepararea ureterului prin tragerea lui spre înafară |g| depărtașorul Polosson apare în jurul uterului întreg «retinaculum uteri» adică întreg țesutul conjunctiv pelvian dispus sub forma unui evantai fiind alcătuit din cele trei ligamente principale: ligamentul utero-sacrat, ligamentul cardinal Mackenrodt (parametrul) și ligamentul utero-vezico-pubian (paracistul). Acestea vor fi secționare rînd pe rînd cît mai departe de uter (fig. 625), după o tehnică pe care o descriem în continuare.

C. *Secționarea ligamentelor utero-sacrate**. Prin mobilizarea posterioră a uterului se urează mult timpul operator următor: ablaia pediculilor subureterali.

1. Secționarea foi ei peritoneale posterioare a ligamentelor largi și a fundului de sac recto-uterin. Uterul este tras de ajutor anterior, spre simfiză și înspre partea opusă porțiunii în care vrem să secționăm peritoneul și ligamentul uterosacrat. În felul acesta se expun rectul, fundul de sac recto-uterin și fașa posterioară a uterului, punându-se în tensiune ligamentele utero-sacrate, ce apar vizibil, pornind de la uter și îmbrăcând fețele laterale ale rectului (fig. 626). Operatorul ridică cu pensa foița posterioară a ligamentului larg, punând-o în tensiune și expunând toată suprafața ei. Se incizează această foiță în așa fel, ca să se menajeze coalescența ei la ureter, păstrându-se cât mai mult din suprafața ei, material necesar peritonizării; incizia începe sub bontul ligaturii pediculului lombo-ovarian, este apoi prelungită spre ligamentele utero-sacrate, fiind ureterul de a fi secționat, ajungând până în fundul de sac recto-uterin, care este incizat just la acest nivel. La fel se procedează și cu foița posterioară a ligamentului larg de partea opusă.

Deschiderea spațiului decolabil recto-utero-vaginal este mult ușurată prin tracțiunea ascendentă a rectului și «ascensionarea» fundului de sac peritoneal Douglas. Ajutorul (situat în dreapta bolnavei) introduce mâna stângă prevăzută cu o mână de apă (pentru a împiedica deraparea mâinii de cauciuc), degetele atingând fundul de sac Douglas; rectul este presat pe sacru și ascensionat, odată cu el fiind ascensionat și fundul de sac recto-uterin. Uterul este tras de operator în sus și spre simfiza pubiană, iar reciul este tras în sus și împins cât mai spre sacru. În felul acesta fundul de sac recto-uterin se lărgițește mult prin îndepărtarea utero-vaginului de rect. În aceste condiții peritoneul fundului de sac poate fi incizat fără riscul de a se putea inciza rectul, care este de altfel protejat și de un strat gros de grăsime.

Incizia peritoneului se face just în fundul de sac peritoneal mai aproape de uter decât de rect. După incizia peritoneului începe decolarea rectului de uter-vagin.

2. Decolarea rectului de uter-vagin și izolarea ligamentelor utero-sacrate. Odată deschis corect spațiul decolabil dintre aceste organe, se împinge disecția mult în jos (aproximativ 5—6 cm sub nivelul fundului de sac Douglas) cu foarfecele bont curb închis, vârful foarfecelui menținându-se pe planul utero-vaginal. Decolarea este nesîngerînd, operatorul evitînd rîdăciunea foarfecelului spre grosimea perirectală (manevra de decolare se poate executa și cu tamponul montat sau cu indexul).

Totodată, se vor pune în evidență pe toată lățimea lor ligamentele uterosacrate, prin decolarea acestor formațiuni de fețele laterale ale rectului. În felul acesta decolarea rectului interesează nu numai fașa anterioară a lui, ci și fețele laterale. Se evită disecția ligamentelor utero-sacrate pe fașa lor externă, pentru a nu leza plexul nervos pelvian.

3. Secționarea ligamentelor utero-sacrate. Ligamentele utero-sacrate, menținute în stare de tensiune prin tracțiunea exercitată pe uter, sînt pensate (deoarece conțin vase), secționate și ligaturate cu fire de ață trecute cu acul prin transfixie (împiedicînd deraparea firului înnodat) (fig. 627). Se recomandă o ablaie largă a lor, fără a le extirpa în întregime.

Rezecția acestor ligamente, care sînt de fapt cîșecundare de propagarea cancerului, în comparație cu ligamentele cardinale, nu trebuie făcută decât pînă la cel mult 2—3 cm de inserția lor pe sacru. O extirpare totală a lor riscă să antreneze și extirparea plexului vegetativ hipogastric inferior (fig. 628). Extirparea plexurilor hipogastrice predispune la tulburări funcționale vezicale postoperatorii (retenție, atonie vezicală). Imediat după secționarea acestor ligamente, uterul capătă o mobilitate exagerată, ce va fi folosită în expunerea pediculilor subureterali care urmează să fi rezecați.

D. *Ablaia pediculilor subureterali*. Ajutorul îndepărtează lateral ureterul cu valva Polosson, iar operatorul trăgînd de uter în sus, pediculii subureterali ai parametrelor sînt evidențiați prin punerea lor în tensiune. Fiind o cale principală în difuzarea cancerului colului uterin, chirurgia trebuie să acorde o importanță deosebită extirpării lor.

Pediculul subureteral fiind foarte bogat vascularizat, acest timp oferă dificultăți. Atacat fără cunoștințe anatomice asupra traiectului venelor din interiorul lui, poate duce la hemoragii mari, ce sînt cu greu stăpînite (plasarea a numeroase pense îngreunează orientarea în câmpul operator).

Pentru izolarea marginii anterioare a pediculului subureteral se folosește spațiul avascular dintre vezica urinară și marginea anterioară a ligamentului cardinal.

Pentru izolarea marginii posterioare, se folosește spațiul avascular dintre marginea posterioară a ligamentului cardinal și rect (vezi fig. 573 și 574).

Aceste manevre se fac fie prin introducerea foarfecelui bont închis, fie a indexului în adâncimea acestor spații, pînă la planul ridicat al torilor anali. Tesutul conjunctiv cuprins între aceste decolări este pediculul subureteral; venele au o direcție în plan frontal în interiorul pediculului, mergînd de la partea laterală a uterului spre pereții laterali ai pelvisului (vezi fig. 573).

În timp ce ureterul decolat într-un timp anterior este tras cu o valvă Polonsky în afară, chirurgul trage de uter în sus și în spre partea opusă, expunînd astfel pediculul subureteral în cea mai mare parte.

Cînd, după îndepărtarea lateral-externă a ureterului, se constată că pediculul subureteral este puțin lat, nu prea gros și slab, pensarea lui laterală se poate face cu o singură pensă (pensă curbă, cu brațe scurte, puternice, așezată cu concavitatea spre uter) (fig. 629). Cînd este lat și gros, se recomandă pensarea lui (în etape) cu mai multe pense.

După secționare, ligaturile se vor face pe pense, dacă pediculii sînt subiri și au suficientă lungime pentru a permite aplicarea firului, sau firele se vor trece cu acul Hagedorn prin transfixie, dacă pediculii sînt groși și nu se exteriorizează. Netransfixierea firelor în asemenea cazuri poate duce la hemoragii postoperatorii foarte grave, prin alunecarea nodului (fig. 629-cartuș A).

Întinderea exerezei pediculului subureteral va fi în funcție de:

- stadiul leziunii, apreciat clinic și intraoperator;
- iradierea sau neiradierea preoperatorie.

În caz de neiradiere preoperatorie obișnuiesc a scoate 2/3 interne din ambii pediculi subureterali, indiferent cum sîntem în fața unui caz din stadiul I sau al II-lea. Treimea externă a acestor pediculi va fi lăsată întotdeauna pe loc, pentru a nu rezeca ramurile nervoase ale plexului hipogastric care merg la vezică și pentru a asigura un suport conjuncțivovascular ureterului (fig. 630).

În caz de iradiere preoperatorie (radiu, perle de cobalt), lărgirea exerezei depinde de stadiul clinic al leziunii:

- în stadiul I (mai ales în acele cazuri în care nu s-au găsit ganglioni intraoperator) obișnuim a rezeca jumătatea internă a pediculului subureteral (para-colposul autorilor germani), fără luxarea exagerată laterală a ureterelor;

§j| în stadiul al II-lea rezecăm 2/3 interne ale pediculului subureteral, care era infiltrat neoplazic înainte de iradiere; din pediculul opus, neinfiltrat, se va rezeca numai 1/2 intern.

Pentru buna funcționare a ureterelor, extirpările parțiale și nu totale ale pediculului subureteral au o mare importanță, deoarece în aceste cazuri (exereză limitată la 2/3 interne) ureterul nefiind complet luxat din patul său conjunctiv (format de pediculul subureteral), ci numai îndepărtat lateral cu valva Polosson, își păstrează suportul conjunctiv necesar, evitându-se astfel stenoza lui în cicatricea pelviană postoperatorie (vezi fig. 629 — cartu B). Extirparea completă a pediculului subureteral ras cu peretele pelvian, presupune «telefonarea ureterului» cu urmările grave cunoscute (stenoze etc.) (vezi fig. 629 — cartu C).

Este permisă această rezecție parțială a pediculilor subureterali, fiindcă iradierea preoperatorie (în special radiul) asigură o sterilizare oncologică eficientă a lor. Santy și Dargent au propus să nu se mai extirpe pediculii subureterali în cazurile în care s-a făcut bolnavei iradiere preoperatorie. Ei fac o simplă histerectomie totală, completată cu evidarea ganglionară a pelvisului. Pediculii subureterali vor fi iradiați și postoperator. Alți autori (Lurie din Kiev, Taussig) au avut de mare încredere în sterilizarea oncologică a colului și a pediculilor subureterali prin radiu, încît completează iradierea cu o largă limfadenectomie a pelvisului (uterul și parametrele rămînînd pe loc).

În Institutul Oncologic din Cluj-Napoca nu avem experiența acestor atitudini conservatorii, practicîndu-se histerectomia totală lărgită după principiile expuse mai sus.

IV. *Prepararea și secționarea vaginului.* Extirparea largă a vaginului este obligatorie în tratamentul chirurgical al cancerului colului uterin, indiferent dacă bolnava a fost sau nu iradiată. Se ține că 1/3 superioară a vaginului formează o unitate limfatică cu colul uterin, prin faptul că rețeaua limfatică vaginală comunică larg cu aceea a colului.

Întinderea colpectomiei (după radioterapie preoperatorie) variază după stadiul clinic:

— în stadiul I, al II-lea (forma parametru) sau al III-lea (forma col-ganglioni) este indispensabilă extirparea 1/3 superioară a vaginului (aproximativ 3—4 cm lungime);

— în stadiul al II-lea (forma vagin) este necesară extirparea a mai mult de jumătate din vagin, iar în stadiul al III-lea (forma vagin) se impune colpectomia totală. Dacă nu s-a practicat radioterapia preoperatorie, extirparile vor fi mai largi.

Pentru a se face colpectomia în bune condiții tehnice este necesară o bună preparare a vaginului prin eliberarea acestuia împreună cu esutul conjunctiv perivaginal (paracolposul). Pentru aceasta se completează decolarea vezicii până la aproximativ 2 cm sub nivelul viitoareii linii de seciune a vaginului (al treilea timp de decolare a vezicii, în desfășurarea acestei tehnici). Cu o mână operatorul trage uterul în sus (spre promontoriu), iar cu cealaltă disecă vezica de vagin. Valva Polosson, mînuită de ajutor, este de folos pentru a îndepărta anterior vezica. Decolarea se poate face cu tamponul montat sau cu foarfecele curb-bont închise, vârful foarfecelui păstrînd tot timpul contactul cu peretele vaginal (plan avascular; mărimea preoperatorie a vaginului este de un real folos, dînd o rezistență caracteristică peretilor acestuia). Rîtăcirea vârfului foarfecelui spre vezică riscă perforarea ei.

Se completează decolarea posterioară a vaginului, separarea rectului făcîndu-se în profunzime mai bine cu tamponul montat, care urmărește îndeaproape peretele posterior vaginal, expus vederii, prin tracțiunea uterului spre simfiza pubiană.

Decolarea laterală este deja făcută din timpul anterior (seciunea pediculilor subureterali); dacă este insuficientă, se poate completa prin seciunea între pense a esutului conjunctiv paravaginal la distanță de uter (se urmează aceeași tehnică ca în ablarea pediculului subureteral).

Odată vaginul izolat de jur împrejur, se completează hemostaza, ligaturile făcîndu-se cu catgut, în pelvis nemărit mînîndu-se nici o pensă hemostatică.

Urmează primul timp septic al operației: seciunea vaginului.

Este necesară izolarea pelvisului cu un câmp mic de tifon așezat în spațiul recto-vaginal, fără a fi mascat cilindrul vaginal eliberat. Infirmiera trage mărta din vagin și chirurgul controlează din nou palpator gradul de infiltrație a vaginului, nivelul colului și lungimea de cilindru vaginal eliberat.

Pentru a se evita scurgerea secrețiilor uterine în lumenul vaginal, se va pensa vaginul cu pensa «L» imaginată de Wertheim, plasată pe vagin imediat sub colul uterin (fig. 631). După secționare, lumenul vaginal este curățat cu un tampon montat pe pensă. Nu folosim tinctura de iod, fiind caustică. Atragem atenția că marginile laterale ale tranșei de seciune vaginale pot sîngera abundent, paracolposul fiind foarte bine vascularizat. Hemostaza va fi făcută cu fire de catgut trecute prin transfixie cu acul prin marginile laterale ale vaginului (vezi fig. 631).

În Institutul oncologic practicîndu-se drenajul pelvisului pe cale abdominală (și nu pe cale vaginală), tranșa de seciune a vaginului este închisă ermetic printr-un surjet cu fir gros de catgut (vezi fig. 632); în felul acesta se împiedică infectarea esutului conjunctiv pelvian, consecința lăsarilor deschise a tranșei vaginului septic.

V. *Instituirea drenajului și sutura peretelui abdominal* (probleme ale drenajului și peritonizării pelvisului). Problemele ridicate de instituirea drenajului pelvisului și a peritonizării după o operație atât de laborioasă (limfadenohisterocolpectomia) ne-au preocupat îndeaproape în ultimii 30 de ani (din 1949) de cînd lucrăm exclusiv în chirurgia cancerului.

Dacă am citi literatura chirurgicală de acum 40—50 ani am constata că aceste probleme, în special aceea a drenajului, erau încă nerezolvate, mortalitatea prin septicitate, în special peritonită, era foarte ridicată (între 15—30%). De atunci și în special apariția antibioticelor au permis codificarea acestor probleme, mortalitatea reducându-se aproape la 0%.

Am verificat în peste o mie de cazuri toate posibilitățile de peritonizare și drenaj recomandate de-a lungul vremii (dovadă numeroasele noastre publicații asupra acestei probleme) și în prezent am ajuns la următoarele concluzii ferme:

1. Nu mai sîntem dogmatici în ceea ce privește obligativitatea peritonizării pelvisului. În condițiile în care operăm astăzi, după «aseptizarea» aproape totală a colului, vaginului și parametrelor prin radioterapia preoperatorie și sub protecția antibioticelor, peritonizarea pelvisului o considerăm inutilă (mai bine zis o pierdere de timp pentru chirurg) și de aceea în ultimii 15 ani noi am renunțat la acest timp operator.

Dealtfel, Brunshwig, unul din cei mai mari chirurghi cunoscuți, încă din 1950 atrage atenția asupra inutilității peritonizării. La Institutele oncologice din București și Cluj-Napoca de foarte mulți ani nu se mai peritonizează pelvisul după această operație. La noi în țară, V. Mudric a ridicat la rang de principiu neperitonizarea pelvisului.

În prezent, noi procedăm în felul următor:

a) Închidem ferm tranșă vaginală, suturând-o cu un fir lung de catgut în surjet («fir în surjet») (fig. 632); prin legarea strânsă a capetelor firului, închidem etanșă vaginală, întrerupând orice comunicare între cavitatea vaginală (septică) și cea pelviană (aseptică).

b) Am renunțat la peritonizarea pelvisului, lăsând larg deschis spre abdomen zona operată pelviană, total lipsită de peritoneu.

c) Instituim «drenajul aseptice» prin introducerea în pelvis a 2 tuburi sub iri (0,5 cm diam.) de cauciuc (cauciuc natural alb și moale), câte un tub în fiecare fosă obturatoare pentru a asigura drenajul limfatic de la acest nivel (fig. 633).

Extremitatea liber a tuburilor este exteriorizat suprapubian (fig. 633). Dacă hemostaza a fost bună în fosele obturatorii, atunci utilizăm numai un singur tub de dren, așezat deasupra bontului vaginal și exteriorizat, suprapubian. În toate cazurile introducem în fosele obturatorii și în zona bontului vaginal antibiotice (1 g streptomicină și 1.000.000 U.I. de penicilină sub formă de pulbere). Așezăm deasupra pelvisului neperitonizat și pe deasupra tuburilor de dren colonul sigmoid desfundat, fără a-l sutura la pereții pelvisului (fig. 633, cartu A); apoi așezăm ordonat ansele intestinale și pe deasupra lor tragem epiploonul.

d) Refacerea peretelui abdominal se execută într-un singur strat, cu fire izolate nerezorabile. Acul trece dintr-o dată prin peritoneu și teacă mușchilor abdominali la cca 2 cm înafara inciziei de laparotomie. Eliminând sutura în strat separat a peritoneului, scurtăm mult timpul operației, realizând totodată o sutură rezistentă («monobloc») a peretelui abdominal⁵⁸. Neperitonizarea pelvisului și «sutura monobloc» a peretelui abdominal scurtează cu aproximativ o oră timpul intervenției operatorii.

2. Așezarea atenției a tuburilor de drenaj trebuie exteriorizate din abdomen la 3—4 cm deasupra extremității inferioare a inciziei, ce coincide de altfel cu simfiza pubiană. Acest lucru este luat în considerare pentru a asigura o cicatrizare mai rapidă a plăgii de laparotomie după suprimarea tuburilor de dren; extragerea tuburilor de dren se va face atunci când asistăm la o reducere apreciabilă a cantității de secreții drenate (a 5—6-a zi postoperator). Exteriorizarea tuburilor strict suprapubian, întârzie cicatrizarea la acest nivel, probabil prin vecinătatea imediată cu spațiul Retzius care se poate infecta mai ușor; de asemenea, pansamentul are tendința de a se «ridica», tuburile rămânând dezgolite, fapt care favorizează infecția.

Cum se comportă un pelvis neperitonizat și cum funcționează «drenajul aseptice»? Care sînt avantajele lui?

Un chirurg care nu are practica acestui «drenaj aseptice» poate rămîne uimit că pelvisul rămîne total neperitonizat. Ce se întâmplă cu limforeele și sînge-rile vastului cîmp operator?

Ele nu vor determina o peritonită în ascensiunea lor spre marea cavitate abdominală? Nu se vor naște aderențe necontrolate, urmate de posibilele ocluzii, între masa intestinală și fundul pelvisului capabil să contracteze aderențe în orice punct al său?

Practic nu se întâmplă nici una din aceste complicații aparent «logice». Faldul sigmoidian, desfundat și așezat peste întreg pelvisul, separă ca un diafragma pelvisul de marea cavitate abdominală. Ansele intestinului subțire fiind așezate anatomic și acoperite de marele epiploon, pînă la reiaua peristaltică (2 zile) stau liniștite, timp în care colonul sigmoid și mezosigmoidul contract oarecare aderențe laxe, întinse în suprafață, cu plevisul. Secrețiile rămase în pelvis nu invadează cavitatea abdominală; la fiecare respirație, la fiecare efort, diafragma și presa mușchilor abdominali exercită presiuni asupra pelvisului (prin intermediul diafragmului realizat de sigmoid și mezosigmoid), eliminând prin tuburile de dren exudate limfohematice colectate în pelvis; de aici rezultă și importanța mobilizării precoce din pat — chiar din prima zi postoperator și gimnasticii respiratorii, proceduri la care sînt supuse toate bolnavele noastre.

Chiar dacă sigmoidul nu se poate desfundura larg și rămîne o porțiune de pelvis (1/2 anterioară) neacoperită, ansele subțiri acoperă pelvisul și evoluția este fără incidente. De asemenea, trebuie să nu minimalizăm faptul că ureterele sînt imediat acoperite cu organe bine vascularizate (sigmoid, mezosigmoid, anse intestinale), fiind astfel imediat protejate contra unei ischemii induse prin disecția forată a ureterelor; neperitonizarea pelvisului reprezintă și o soluție de protejare a troficii ureterale.

Ultimul argument este, că în cele peste 1000 cazuri de limfadenohisterocolpectomie în care nu am peritonizat, nu am înregistrat nici o complicație septică, nici o ocluzie, nici o fistulă ureterală, vindecarea fiind cîndu-se de obicei într-un interval de 10—12 zile.

Fapt important constatat de noi este regenerarea peritoneului pelvian.

Am avut ocazia să practicăm relaparotomie de control (second-look) la 6 luni — 1 an postoperator, cu care ocazie am găsit întotdeauna regenerarea peritoneului pelvian și lipsa unui sindrom aderențial intestinal exprimat.

După ce am văzut ce se poate întâmpla cu un pelvis neperitonizat, să analizăm ce se poate întâmpla și cu un pelvis peritonizat și drenat prin vagin (vezi fig. 633, cartu B).

De foarte multe ori, peritoneul suturat se întinde prin presiunea intraabdominală (respirație, tuse, mobilizarea precoce) și se mulează pe fundul pelvisului, evoluția cazului fiind fără incidente. Cînd însă cortul peritoneal este suturat forțat, sub tensiune, rămîne sub el un spațiu larg în care:

- secrețiile pot stagna și deci se pot infecta (drenajul vaginal este septic prin natura lui);
- ureterele rămîn neprotejate și dacă au fost ischemiate printr-o disecție forată, pot induce necroza și fistula uretero-vaginală;

- ceea ce este mai grav, este că pot ceda câteva fire de sutură și prin spurtura produsă în continuitatea peritoneului, se pot angaja anse intestinale ce vor trece în spațiul dintre planul pelvian și cortul peritoneal, determinînd ocluzia. Asemenea ocluzii prin cedarea suturilor de peritonizare sînt citate aproape de toți autorii ce au experiență în această chirurgie.

Iată prezentate succint argumentele pentru care noi am renunțat la peritonizarea pelvisului.

Am preferat stratul peritonizarea pelvisului numai pentru acele cazuri cînd există suspiciunea unei septicități pelviene; de exemplu în situații cînd există obligativitatea de a opera cancer de col neiradiat (deci septic) sau existența unor colecții purulente anexiale sau endouterine (piometrie). Peritonizarea pelvisului se realizează de preferință cu surjet de catgut avîndu-se grijă să nu se prindă ureterele în sutură la nivelul strămtorii superioare și să nu se producă cuduri ale acestora (fig. 634). Se poate folosi și sutura peritoneului cu fire izolate de catgut.

Vom avea de asemenea grijă ca firul de catgut să nu se strîngă pentru a ridica cortul peritoneal, deoarece prin aceasta s-ar crea un spațiu vast între peritoneu și tranșă vaginală, generator de supurații. Este necesar ca peritoneul pelvian suturat să rămînă suplu și să se muleze pe esutul celular pelvian și tranșă vaginală, asigurînd o vindecare mai rapidă.

Drenajul, în caz de peritonizare completă a pelvisului, se va face în mod separat pentru cavitatea abdominală, un tub de cauciuc fiind introdus deasupra peritoneului suturat, tubul fiind exteriorizat suprapubian, după sutura peretelui abdominal. Pelvisul cu spațiul subperitoneal va fi drenat prin tranșă vaginală cu ajutorul a 1—2 tuburi de cauciuc, lăsînd larg deschisă tranșă vaginalului. Tuburile

⁵⁸ Am constatat că eventrațiile postoperatorii apar mai frecvent în epoca în care refăcăm peretele în straturi anatomice separate (peritoneu, teacă dreptilor, picie), decît în prezent, cînd suturăm peretele numai în 2 straturi: peritoneu-teacă dreptilor (primul strat) și tegumente (al doilea strat).

de cauciuc vor fi fixate de buza posterioară a vaginului cu fire izolate de catgut sub ire, care lizându-se a 4—5-a zi, vor determina eliminarea spontan (sau dirijat de chirurg) a tuburilor de dren.

Tuburile de dren lungi de cca 6 cm vor fi sec ionate scurt, spre pelvis, pentru a nu crea relief intrapelvian (pericol de leziune de decubit asupra pere ilor rectului sau vezicii urinare); de asemenea, ele nu vor fi exteriorizate prin vulv , pentru a se evita contaminarea lor cu fecale, fapt ce ar favoriza infec ia ascendent . Ele vor fi sec ionate la 1—2 cm mai sus de introitul vaginal.

Foarte mul i chirurghi dreneaz pelvisul dup peritonizare numai prin vagin; astfel, C. Andreoiu (1960) las larg deschis bontul vaginal (f r a introduce tuburi) pentru a asigura scurgerea liber a secre iilor acumulate sub cortul peritoneal pelvin.

C. Stanca (1956) introduce o me dinspre pelvis spre vagin, pe care nu o las s dep easc în sus spre pelvis tran a vaginal decât 1 cm; me a era extras prin vagin la 48 ore postoperator, ea avînd rolul s asigure bean a tran ei vaginale, prin care ar urma s se scurg secre iile pelviene.

Drenajul Mickulicz, care a revolu ionat la începutul secolului marea chirurgie pelvian i care a dus în mîinile lui J. L. Faure la sc derea mortalit ii de la 20—30% (cît avea Wertheim) la 3%, este ast zi, pe nedrept dup experien a noastr , foarte rar utilizat în practic . Noi l-am folosit cu succes în cazurile rare în care dup histerectomie persist hemoragii pe care nu le putem st pîni, sau în infec ii evidente i grave ale pelvisului (fig. 635).

în schimb îl folosim sistematic în pelvesctomii totale sau hemipelvectomii anterioare sau posterioare (a se vedea capitolele respective). Drenajul clasic Mickulicz l-am modificat dup tehnica ce urmeaz .

Tehnica drenajului pelvisului cu sac Mickulicz. Sacul Mickulicz se face cu ajutorul unui cîmp 50/50 cm, format din aproximativ 3—4 straturi de tifon suprapuse i suturate între ele cu ma ina de cusut (nu se utilizeaz numai un singur strat fiindc se poate rupe tifonul la extragerea lui din pelvis). Cîmpul este ancorat la centrul s u cu 2 fire groase de a care vor ajuta de tractor, cînd se va extrage sacul (fig. 635 a).

Sacul se introduce în fundul pelvisului (sau fundul de sac peritoneal a lui Douglas) cu ajutorul unei pense (fig. 635 b). Dup a ezarea sacului în pelvis se introduce în interiorul lui un tub de cauciuc sub ire, ce va fi exteriorizat din abdomen cca 5—7 cm. Prin acest tub se va instila zilnic în pelvis 20 ml de solu ie de antibiotice (de obicei 1.000.000 U.I. penicilin i 1 g de streptomycin). Datorit acestor instil ri se evit mirosul nepl cut al drenajului Mickulicz clasic.

De o parte i de alta a sacului, înafara lui se vor introduce 2 tuburi de cauciuc adînc în pelvis (vîrfurile ajungîndu-le pîn la vagin sau pîn în fundul de sac Douglas), care vor servi la drenarea secre iilor pl gii operatorii (fig. 635 c). Tuburile vor avea perfora ii multiple. În interiorii sacului se vor introduce me e de tifon îmbibate cu o solu ie de antibiotice. Me ele vor fi strîns presate prin împingere cu o pens lung pentru a umple sacul i a determina hemostaza necesar . Se introduc 5—8 me e de tifon lungi fiecare de 5—6 m. Cap tul fiec rei me e va fi exteriorizat din abdomen i va fi marcat cu o ligatur de a . Cap tul exteriorizat din abdomen al me ei a 2-a va fi marcat cu 2 fire de a înnodate . a.m.d. me ele ad ugate în plus avînd ligaturi multiple indicînd num rul de ordine al lor. Eficien a hemostazei va fi dat de compresarea just a me elor. Tubul central de cauciuc se exteriorizeaz dintre me e. începînd din ziua 3—4-a se scot o parte din me e (me ele se vor scoate în ordinea invers a introducerii), prima me e introdus sco îndu-se ultima. în ziua a 4—5-a se scot de obicei toate me ele restante, i tubul central. în ziua a 5—6-a se scoate i sacul. în ziua cînd urmeaz s fie extras sacul se va injecta diminea a pe tubul central 50—60 ml solu ie ser fiziologic (unii injecteaz ap oxigenat diluat) pentru ca dup 2 ore sacul Mickulicz s poat fi extras u or prin tragerea de firul tractor. Unul din tuburile laterale va mai fi l sat pe loc înc 1—2 zile, i pe el se va injecta solu ie de antibiotice. Manevrele de extragere a sacului se fac sub anestezie general cu Epontol (3—4 minute).

Prin introducerea zilnic de antibiotice pe tubul central, drenajul î i pierde fetiditatea i nu va fi aderent la esuturi.

Pentru a se evita aderen a sacului la perete, unii autori (J. Quenn) introduc în prealabil foi mari de foi de cauciuc tapisînd pere ii pelvisului, iar sacul Mickulicz de tifon îl aplic pe esuturi prin intermediul acestor foi e de cauciuc.

Drenajul Mickulicz ignorat de unii ginecologi ne-a adus avantaje imense în cazuri de hemoragii mari sau infec ii (peritonit) pelviene operate.

închiderea abdomenului. Deoarece este strîns corelat cu modul de exteriorizare a tuburilor de dren, am descris-o odat cu problema drenajului. Reamintim c noi nu sutur m în straturi anatomice peretele ci sutur m în bloc, peritoneul cu teaca mu chilor, iar pielea în strat separat. Pansamentul va acoperi bine tuburile de dren. Vezica urinar va fi drenat obligator transuretral cu sond Foley sau Nelaton.

2. Colpo-histerectomia l rgit

Tehnica E. Wertheim modificat de C. Stanca. 59 Red m tehnica diclat , autorului acestui capitol, personal de C. Stanca, elev al lui E. Wertheim.

1. *Laparotomie median pubo-ombilical* . Stanca utilizeaz sistematic incizia median , singura care ofer cîmpul necesar. Nu recomand incizia Pfannenstiël, deoarece aceasta cere timp mai lung pentru efectuare i nu ofer un cîmp operator larg.

2. *Controlul operabilit ii*: Se verific : mobilitatea uterului, infiltrarea parametrelor, ganglionii regionali etc.

Se izoleaz cavitatea abdominal de pelvis cu trei cîmpuri mari, fiecare avînd cîte un nur bine fixat, de care se prinde cîte o t bli numerotat 60.

3. *Incizia plicii peritoneale vezico-uterine i decolarea vezicii*. Uterul este tras în sus i posterior cu o pens Museaux.

Dup expunerea i incizarea plicii peritoneale, se decoleaz cu un tampon montat vezica de pe istmul uterin, pentru a verifica dac procesul malign nu invadeaz vezica, adic dac opera ia poate fi sau nu continuat (fig. 636).

59 Desenele acestei tehnici au fost f cute de P. Velluda dup schi ele operatorii luate de Prof. Chiricu{ i rev zute de Profesorul C. Stanca (1955).

B Aceste cîmpuri vor fi numerotate de la 1 la 3. Dac în cursul opera iei se mai introduce vreun cîmp, acesta va purta num rul urm tor. La sfr itul opera iei se confrunt numerele legate de cîmpurile utilizate i cele r mase neutilizate pe mas ; abdomenul nu se închide decât dup ce s-au verificat numeric cîmpurile. în felul acesta nu se pot uita cîmpuri în abdomen.

60 Salvator Vuia (1896—1970), renumit ginecolog, a fost elevul lui Amreich B Halban în clinicile din Viena. Ulterior, a înfiin at la Arad o prestigioas coal de chirurgie ginecologic pe cale vaginal . Tehnica pe care o prezent m l fost redactat de I. Chiricu , dup articolele publicate de S. Vuia i al i autori. Textul I foit rev zut personal de S. Vuia, iar desenele au fost executate de P. Velluda sub îndrumarea direct a Dr. S. Vuia i I elevului s u Dr. Pratzcr (1955). În prezenta redactare sînt incluse i alte date din literatur (Navratil, Shaw) ca H din experien a personal .

Decolarea vezicii se face în mai multe reprize. La început se decolează un sfert din peretele vezical posterior, mai puţin în mediană şi în jos, mai larg lateral spre uretere, implantarea lor vezicală trebuind să apară în plagă.

4. *Secătura între ligaturile a ligamentului infundibulopelvic este rotundă, cât mai aproape de peretele abdominal (se începe întâi cu partea dreaptă).* Dubla ligatură a bonturilor (fig. 637) cu fire trecute cu acul.

Se deschide parametrul drept prin desfacerea digital a foi elor ligamentului larg, lateralizându-se foi a anterolateral împreună cu bontul ligamentului rotund, spre peretele abdominal (fig. 638, cartu).

Completarea inciziei foi ei anterioare pînă la incizia plicii vezico-uterine.

Foi a posterioră a ligamentului larg este fixat cu două pense Pean, expunându-se larg esutul conjunctiv parametral, vasele mari ale pelvisului și ureterul (vezi fig. 638).

5. *Ligatura arterei hipogastrice* (eventuala limfadenectomie). Ligatura arterei hipogastrice se practic la 2—3 cm sub bifurcația iliacei primitive (fig. 638). Prepararea arterei se face cu decolatorul preconizat de Stanca, instrument de mare utilitate în desfășurarea tehnicii (acest decolator are lungimea de 22 cm).

Se controlează lanțurile ganglionare periarteriale iliace, hipogastrice și a grupului ganglionar obturator (vezi fig. 581, cartu A). Dacă se constată infiltrarea lor, se extirpă, ajutându-ne cu decolatorul. Când ganglionii nu se văd sau nu se simt nici la palpare, esutul conjunctivo-ganglionar nu se extirpă*.

Se decolează fascia hipogastrică, care acoperă vasele de-a lungul arterei iliace externe, pînă la intrarea ligamentului rotund în canalul inghinal, ridicînd esutul conjunctivoadipos pînă în apropierea vezicii. Vasele mari ale pelvisului apar descoperite.

6. *Prepararea ureterelor*. Întrînd bine întinse foi a peritoneal posterioră a ligamentului larg drept cu ajutorul celor două pense Pean, se expune ureterul, care începe a fi decolat cu decolatorul, începînd de la mijlocul foi ei, în sus spre simfiza sacro-iliacă, coborînd apoi în jos pînă la intrarea ureterului în parametru.

Ureterul nu se denudează ci se decolează împreună cu teaca sa, care conține nervii și vasele proprii**.

Ureterul rămîne liber, complet izolat, pînă la trecerea lui pe sub pediculul vascular al arterei uterine. Se introduce în parametru un câmp de tifon pentru hemostază. Se trece apoi la prepararea ureterului stîng după aceeași tehnică, aplicîndu-se și în acest parametru un câmp pentru hemostază.

7. *Continuarea decolării vezicii*. Se continuă decolarea vezicii în jos spre vagin, manevrele făcîndu-se la distanță de peretele vezical, trecînd prin ciupiri mici runte cu foarfecele bont curb, în esutul conjunctiv vezico-vaginal, împingînd apoi în jos cu tamponul

montat în pens . în felul acesta vom îndepărta vezica acoperită de esutul conjunctiv propriu, păstrând intactă fascia vezico-vaginală ca pe un suport al vezicii, ferind-o de traumatismul decolării.

Se trece apoi la decolarea laterală (în dreapta și în stînga) a vezicii cu ajutorul unui tampon montat în pensă, luînd astfel spațiul creat și punînd în evidență mai bine porțiunea juxtavezicală a ureterelor.

8. *Ligatura și secționarea arterei uterine.* Liberarea ureterului în porțiunea sa intraparametrială nu se poate face pînă nu se leagă și secționează artera uterină, descurcînd-o de ureter.

Pentru a nu leza ureterul, se începe prepararea lui cu decolatorul, insinuat între ureter și puntea vasculară formată de artera uterină (vezi fig. 639, cartuș A). Separarea punții vasculare se continuă apoi prin decolare digitală, indexul fiind împins între ureter și artera uterină, în axul ureterului, prin grosimea parametrului (manevra Wertheim), pînă pulpa degetului devine vizibil anterior (juxta-vezical) (vezi fig. 639, cartuș B); se ridică de pe ureter artera uterină, care este legată cu ață trecută cu acul Deschamps și secționată cît mai aproape de emergența sa din artera hipogastrică (fig. 639).

După descurcări, ureterul apare în toată lungimea lui, eliberîndu-l în porțiunea intraparametrială cu mici ciupiri de foarfece, practicate la distanță de ureter.

Se procedează la fel și cu ureterul din partea opusă.

9. *Decolarea recto-vaginală și secționarea ligamentelor utero-sacrate.* Prin tragerea uterului anterior și în sus se pun în evidență ligamentele utero-sacrate

Astăzi unii autori au adăugat la tehnica Wertheim și limfadenectomia sistemică (Husslein), pentru a evita vechea concepție a lui Wertheim, de a extirpa numai ganglionii hipertrofiați.

** Am discutat la tehnica limfadenohisterocolpectomiei lărgite dezavantajele telefonării ureterelor și fundul de sac al lui Douglas. Se aplică cîte o pensă curbă pe ligamente, cît mai aproape de sacru, trăgînd de pensele respective spre dreapta și stînga; prin deplasarea laterală a ligamentelor se formează în Douglas pe linia mediană o plică peritoneală, pe care o prindem cu o pensă lungă (fig. 640). Incizăm cu foarfecele plică peritoneală mai aproape de rect decît de vagin, deoarece de rect seroasa este separată prin un esut conjunctiv lax bogat, pe cînd spre col și vagin seroasa este intim aderentă, fiind greu decolabilă la acest nivel.

Se pătrunde apoi cu un tampon mic montat într-o pensă lungă în spațiul recto-vaginal, pe care îl decolăm cu ureterul în jos, pînă aproape de vulvă (vezi fig. 640, cartuș). Lezarea rectului este evitată, prin faptul că nu se utilizează foarfecele în aceste manevre.

Cele două ligamente utero-sacrale apar bine puse în evidență, secțiunea lor se va face cât mai la distanță de uter, bontul lor restant fiind legat cu fir de ață trecut cu acul (fig. 641, cartu A și B).

10. *Extirparea parametrelor și paracolposului.* Ureterele fiind îndepărtate lateral cu o valvă Doyen dreaptă, ligamentele cardinale ale lui Mackenrodt sînt larg expuse. Se continuă extirparea ligamentelor lui Mackenrodt, excizia lor mergînd dinapoi-înainte (porțiunea anterioară este aproape nevascularizată și mult mai subțire decît cea posterioară) (fig. 641).

Excizia parametrelor și paracolposului va fi cât mai largă, secționându-le cât mai aproape de peretele excavației pelviene; pentru aceasta sînt necesare aplicarea mai multor pense și ligaturi hemostatice (firul fiind trecut cu acul Hage-dorn la baza pediculului, prins în pensă).

11. *Terminarea decolării vezicii.* Uterul eliberându-se din fixarea de pe sacru, se termină decolarea vezicii de vagin, împingându-se separarea pînă în treimea inferioară a acestuia, ceea ce va reuși extrem de ușor și fără pericole pentru vezică, dacă se lucrează mai la distanță de ea cu foarfecele; esutul conjunctiv intervezico vaginal îl împingem anterior, formînd un suport sub vezica de acum perfect decolată.

12. *Secționarea vaginului.* Pentru efectuarea acestui timp septic, se vor lua o serie de măsuri ce tind la evitarea infecției cavității peritoneale și pelvisului. În acest scop Stanca practica totdeauna extraperitonealizarea terenului operator prin fixarea foilor peritoneale la peretele abdominal și anume: foia vezico-uterină se fixează în afara plăgii la cîmpul suprapubian, foiele anterioare ale * ligamentelor largi la arcada pubiană sau la peretele abdominal, iar foiele posterioare la cîmpurile de izolare din dreapta și stînga promontoriului (fig. 642).

După ce se elimină toate cîmpurile mici hemostatice din pelvis și se deservete hemostaza, se inundă cîmpul operator cu o soluție de penicilin diluată. În acest moment se extrage de către soromea din vagin.

Se deschide cu foarfecele curbă peretele anterior vaginal (fig. 642) la 4—5 cm sub col, fără a folosi pensele în L ale lui Wertheim. Imediat ce s-a creat prima breșă, se introduc membre scurte în vagin, cu care tergem colul și vaginul în sus, apoi în jos, împingîndu-le în canalul vaginal; urmează imediat o badijonare cu tinctură de iod 5%.

Se lăgătebreșă prin incizia transversală a peretelui vaginal, pînă la secțiunea completă a sa. Tranșă de secțiune se va atinge cu tinctură de iod.

Se aplică patru pense Kocher lungi pe marginile vaginului (anterior, posterior și lateral), trecînd cu acul două fire laterale pe tranșă vaginală, pentru hemostaza arterelor ascendente vaginale; uneori sînt necesare cîte o ligatură hemostatică pe buza anterioară și posterioară (vezi fig. 642, cartu B).

13. *Drenajul*. Se introduce în vagin o me lung , care nu va proemina îns peste nivelul liniei de amputa ie a vaginului; me a nu este culcat în parametre, acestea r mînînd libere, ca eventualele secre ii (sînge i limf) s se poat scurge liber spre vagin (vezi fig. 642, cartu B i 643, cartu). Me a vaginal va fi scoas dup 48 ore; procedînd în felul acesta, nu se vor înregistra hemoragii venoase la scoaterea me ei i se evit ruperea plexurilor venoase parametricale ce ar adera la me .

Stanca nu închide niciodat vaginul, socotind c prin aceasta s-ar t ia drumul secre iilor ce se strîng totdeauna în pelvis dup asemenea interven ii, secre ii ce se pot infecta, putîndu-se ajunge la flegmoane sau abcese.

14. *Peritonizarea*. Se strophe te din nou plaga operatorie cu o solu ie de penicilin i streptomycin , apoi se începe peritonizarea prin suturarea foi ei peritoneale vezicale de cea rectal . Se începe cu sutura la mijloc, continuînd-o lateral prin suturarea de obicei în burs a foi elor anterioare i posterioare a ligamentelor largi, înfundîndu-se sub sutur bonturile ligamentelor rotunde i infundibulo-pelvice (fig. 643).

Dup terminarea primului plan de sutur (care const în trei fire de sutur) vom mai pune cîteva puncte de sutur median i lateral dreapta i sînga (al doilea plan de sutur).

15. *închiderea peretelui abdominal*. Se extrag cele trei cîmpuri izolatoare, se controleaz terenul operator i se face sutura peretelui abdominal în trei planuri.

Variante tehnice

Tehnica Wertheim-Zweifel (modificat de C. Stanca). Pentru a evita infec ia peritoneului în momentul sec iunii vaginului septic i exterioriz rii piesei operatorii, Zweifel modific tehnica Wertheim în sensul c opera ia început pe cale abdominal este terminat pe cale vaginal .

Red m tehnica a a cum o practic Stanca:

- Timpul abdominal const în efectuarea opera iei Wertheim, a a cum a fost descris anterior, pîn în momentul sec ion rii vaginului. Infirmiera scoate me ele vaginale i întreaga mas utero-anexial este înfundat în micul bazin, suturîndu-se pe deasupra peritoneul vezical la cel rectal (sudur efectuat în dou straturi, cu puncte separate) (fig. 644). Procedînd astfel, uterul mobilizat devine extra- peritoneal (fig. 644, cartu) i abdomenul este închis f r drenaj, deoarece nu a existat nici un timp septic.

— Timpul vaginal decurge în felul următor: bolnava a ezat în poziție ginecologică, se reface dezinfecția vaginului cu tinctură de iod; se prinde colul cu pensa Museaux și, trăgându-se energic, se realizează un adevărat prolaps total uterin, vaginul fiind întors pe dos ca un deget de mână (fig. 645, cartu A).

Se secionează peretele anterior vaginal, cât mai departe (4—5 cm) și, prin breșă vaginală, se exteriorizează uterul cu anexele, mobilizat total deja în timpul abdominal. Se continuă secționarea circulară a vaginului, tranșele vaginale fiind menținute și nu se retracte, prin pense Kocher (fig. 645).

Se termină hemostaza tranșei vaginale (mai ales în părțile laterale) cu fire de catgut ce strângtoarează totodată și orificiul vaginal. Se introduc apoi două mește în pelvis prin vagin, ce întrec puțin în sus tranșă vaginală, orientându-se spre parametre (fig. 645, cartu B).

Îngrijirile postoperatorii sînt identice cu acelea ale operației Wertheim. Tehnica Latzko, în general, tehnica operatorie decurge ca în operația Wertheim, cu diferența că se extirpă aproape în totalitate esutul conjunctiv pelvian; se realizează o exereză largă a pediculului subureteral pînă la peretele pelvian, după îndepărtarea exagerat lateral a ureterului «telefonat» în prealabil.

3. Histerectomia abdominală lărgită cu evidare ilio-lombo-pelviană

Tehnica Thoma Ionescu. Redăm tehnica acestei operații după descrierea lui Thoma Ionescu. Desenele sînt cele originale ale lui T. Ionescu și redesenate de P. Velluda.

1. *Celiotomie mediană pubo-ombilicală*. Se utilizează depărtătorul abdominal Thoma Ionescu.

2. *Izolarea anexelor. Secțiunea ligamentelor infundibulo-pelviene și rotunde. Secțiunea ligamentelor largi*. Thoma Ionescu secționează pediculii respectivi între două ligaturi trecute cu acul Cooper, pentru a evita alunecarea nodurilor.

3. *Ligatura arterelor hipogastrice*. Thoma Ionescu acordă importanță acestui timp operator, considerîndu-l obligator.

4. *Decolarea vezicii urinare de uter-vagin*.

5. *Disecția ureterelor*; liberarea și secționarea arterei uterine între două ligaturi cu descrușcarea arterei de ureter.

În cursul primelor operații, Thoma Ionescu diseca ureterele, începînd de la strîmtoarea superioară a bazinului (care corespunde bifurcării iliacei primitive), pînă la vezica urinară, liberîndu-le în partea posterioară de coalescența lor la peritoneu.

Numărul fistulelor și stenozelor ureterale fiind crescut prin decolări atît de întinse, ulterior și-a modificat tehnica, conservînd aderența ureterelor la seroasa peritoneală, neizolîndu-le decît în porțiunea lor parauterină și juxtavezicală. Acest artificiu imaginat de Thoma Ionescu în 1900 îl utilizează după o jumătate de secol Brunschwig (1950), considerîndu-l de mare importanță pentru trofica ureterelor (fig. 646); Brunschwig nu-l citează pe Thoma Ionescu, cu toate că tehnica fusese prezentată la Congresul Mondial de Chirurgie și Ginecologie de la Roma în 1902.

Uterin este denudat , legat și secționat cât mai aproape de originea sa hipogastric (fig. 647); urmează descrușcarea (fig. 648).

6. *Incizia Douglas-ului* și secționarea ligamentelor utero-recto-sacrate. Decolarea utero-vagino-rectal (fig. 649).

7. *Amputarea vaginului*. Vaginul este separat în bloc cu cât mai mult țesut conjunctiv pelvian. Această disecție este împinsă până la planul pelvian, format din mușchii ridicătorii anali. Se aplică cât mai jos posibil pe vagin două pense curbe în L, vaginul fiind secționat între pense cu bisturiul, îndepărțând astfel piesa operatoare (fig. 650). Pensa care închide capătul inferior de secțiune a vaginului va fi menținută pe loc, până se termină toate manevrele pelviene ulterioare, evitându-se contaminarea septică a pelvisului.

8. *Evidarea ilio-lombo-pelvică* constă în disecția și extirparea esutului conjunctiv pelvic, a foselor iliace și lombare cu toate vasele limfatice și ganglionii conținute. De fapt acesta este timpul operatoric crucial al operației Thoma Ionescu și acordă cea mai mare importanță și care formează specificul acestei operații.

Acest timp este executat în cinci etape:

Etapa 1: Evidarea flancurilor pelvisului și a marginilor interne ale foselor iliace, cu disecția vaselor iliace externe, de jur împrejur a nervului obturator, arterei ombilico-vezicale superioare și a fosei obturatoare (de ambele părți). Disecția este împinsă anterior până în spațiul pelvi-vezical lateral, unde se găsesc ganglioni mici înecați într-o masă de grăsime, care sunt extirpați. Această disecție, bine condusă, expune peretele profund al fosei, format din mușchii obturator intern și ridicătorul anal, acoperiți de fasciile lor (fig. 651).

Pentru a se vedea cât de apropiat este tehnica T. Ionescu (1896) de tehnica propusă de Brunshwig (1955), este suficient să comparăm fig. 651 și fig. 652 prima din lucrarea lui Thoma Ionescu (1900) și a doua din lucrarea lui Brunshwig (1955); singura diferență este că Brunshwig extirpând vasele hipogastrice, în fundul plăcii apar nervii sciatici.

Etapa a II-a cuprinde disecția vaselor hipogastrice și a colateralelor respective. Început de la marginea arterei iliace interne, această disecție este urmată de sus în jos, dezgolind marile vase hipogastrice și colateralele lor de manșonul conjunctivo-ganglionar. Această disecție este laborioasă, mai ales pe planul pelvian, unde trebuie extirpată întreaga plexură venoasă cu micii ganglioni limfatici sateliți. Deseori se reîntorc aceste vene în timpul disecției, hemoragia oprindu-se după câteva minute de tamponament energetic cu meș; rar este nevoie să recurgem la ligatură în masă sau parțială a venelor.

Etapa a III-a — constă în evidarea fosei sacro-rectale. Pentru aceasta se ridică foia peritoneală posterioară a ligamentului larg din partea dreaptă, decolându-o de sacru odată cu rectul. Prin decolarea rectului și împingerea sa lateral spre stânga se pune în evidență fașa anterioară a sacrului și corpul vertebral L₆ (fig. 653). Se ridică tot esutul adipos și ganglionii de pe marginile și de pe fașa anterioară a sacrului.

Etapa a IV-a — constă în disecția vaselor iliace primitive, aorta și vena cavă inferioară. Se constată în general existența unui lanș ganglionar în lungul flancului extern al arterei iliace primitive stângi, ce se continuă în sus pe flancul stâng al aortei abdominale, iar în dreapta un alt lanș ganglionar în lungul flancului drept al venei cave. Se extirpă aceste lanșuri ganglionare, împreună cu esutul conjunctiv de vecinătate până aproape de hilul renal, seroasa peritoneală trebuind să fie decolată la acest nivel de pe peretele posterior.

În partea stângă, putem avea dificultăți datorită mezocolonului pelvian care, în unele cazuri fiind prea scurt și aderent, nu ne permite o decolare suficientă pentru a crea tunelul necesar disecției ganglionilor lombari. În aceste cazuri, rare, se va utiliza o cale specială pentru a aborda iliaca primitiv stângă și aorta în continuare; se incizează cele două foi ale mezocolonului pelvian și se prătrunde printr-un spațiu avascular pe marile vase, pe care le putem diseca cu ușurință (fig. 654).

În afară de disecția lanșurilor ganglionare laterale care a fost descrisă, Thoma Ionescu extirpă și ganglionii și esutul conjunctiv dinaintea aortei și venei cave, terminând cu evidarea ganglionilor și esutului conjunctiv dintre ramurile de bifurcare ale aortei la nivelul promontoriului.

Etapa a V-a. Se evedează fosa lombo-sacrată de fiecare parte. Pentru aceasta, se ridică, trăgând în untru cu depărtătorul de către un ajutor, artera iliacă primitivă și venele corespunzătoare subiacente; se prătrunde astfel în fosa lombo-sacrată și se ridică tot esutul conjunctiv și ganglionii respectivi.

Thoma Ionescu nu se oprea cu evidarea, pînă nu cură complet pereții osoși, musculari și vasculari ai fosei.

9. *Drenajul pelvisului prin vagin.* Acest drenaj aplicat de autor sistematic, asigură scurgerea serozităților secretate de marile suprafețe denudate rămase după evidarea limfatic și conjunctiv complet a pelvisului. El preconizează de asemenea tamponarea ușoară pentru 48 de ore a acestor largi suprafețe pelviene denudate și sîngerînde cu mase exteriorizate prin vagin.

10. *Peritonizarea* se poate face în două feluri:

- cînd rămîn lambeauuri suficiente, se suturează direct între ele foi ale peritoneului vezical la peritoneul rectal;
- cînd nu mai există material peritoneal pentru peritonizare, se închide pelvisul cu ajutorul mezocolonului pelvian (tehnica aceasta de peritonizare aparține lui Thoma Ionescu — 1899, și nu lui Gosset, care a preconizat-o în 1909).

—
Colonul sigmoid este tras, mezoul fiind desfurat ca un evantai pe deasupra strămtorii superioare a pelvisului, închizîndu-l complet.

Marginea liberă a colonului pelvian este suturată la peritoneul iliac și vezical, cu fire întrerupte, peritonizarea începîndu-se de la stînga spre dreapta (fig. 655).

11. *Închiderea peretelui.* Thoma Ionescu utilizează închiderea peretelui în două straturi cu fire temporare (metalice sau setolin).

îngrijiri postoperatorii, complicații și rezultate. Thoma Ionescu acordă următoarele îngrijiri postoperatorii: melele pelviene sînt scoase la 48 ore după operație și înlocuite cu o mersă care întrece cu puțin în pelvis canalul vaginal meninut deschis, pentru scurgerea secrețiilor, pînă la cicatrizare.

Complicațiile operației Thoma Ionescu.

Cele mai de temut erau:

- celulita pelviană și retroperitoneală hiperseptică;
- tulburările micțiunii (retenție de urină postoperatorie prin extirparea plexurilor nervoase hipogastrice inferioare, nervilor erectori și inervației vezicii), urmate de infecția urinară prin staza urinelor;
- fistulele vezico-vaginale și uretero-vaginale prin necroza acestor organe, prea mult decolate și lipsite de suportul lor conjunctiv;
- stenoze ureterale tardive prin înglobarea ureterelor în cicatricea pelviană postoperatorie.

Mortalitatea imediat postoperatorie (în primele 30 de zile) a fost inițial de 40%, scăzând ulterior la 26%.

Toate aceste complicații au fost cutate ca o operație bazată pe un principiu just, acela al limfadenectomiei, și nu s-a adoptat de chirurgia epocii.

Relativ recent (1950) Ciril Popovici reia operația lui Thoma Ionescu și, aducîndu-i cîteva perfecționări tehnice, încearcă să o reactualizeze pentru stadiile al II-lea și al III-lea ale cancerului colului uterin. Acest autor inversează timpurile, începînd întîi cu limfadenectomia periaortică (pentru aceasta incizează peritoneul posterior de-a lungul marginii drepte a cecului, pe care-l răsfoiește cu mezoileonul terminal în sus, expunînd cava și aorta) și terminînd cu histerocolpectomia. În cazul cînd bolnava face un oc intens intraoperator, amîna histerocolpectomia pentru o altă ocazie. Pentru a nu avea hemoragie intraoperatorie, folosește procedeul descris deja în literatură, de pensare provizorie a aortei abdominale în timpul operației. Pentru a evita lezarea ureterelor și a trata eventualele fistule ureterale postoperatorii sau stenoze ureterale, folosește sonde ureterale introduse preoperator și luate postoperator pe loc timp de aproximativ 14 zile, în care timp se administrează bolnavei antibioticele respective.

Autorul consideră că, chiar dacă apare un sfacel sau strangularea cicatricială, lumenul ureteral este salvat și cicatrizarea defectului asigurat prin drenajul urinelor. Pentru a evita fistulele vezico-vaginale, folosește plombarea retrovezicală a pelvisului cu marele epiploon pediculizat după tehnica descrisă de Chiricu, drenînd pelvisul pe cale vaginală.

Cu toate reanimarea modernă și sprijinul antibioticelor, pe 31 de cazuri, mortalitatea postoperatorie imediată a fost de 12%, iar complicațiile urinare s-au manifestat în 29%. Cu toate aceste defecțiuni, rezultatele îndepărtate au fost încurajatoare, mai ales pentru stadiul al III-lea ganglionar (nu toate cazurile operate au proba timpului).

În ceea ce ne privește, nemămurim la punctul de vedere însuși din practicarea operațiilor foarte largite, că aceste operații nu trebuie recomandate a fi aplicate sistematic. Socotim mai indicată atitudinea unei operații mai limitate în ce privește exerez ganglionar (tip limfadenohisterocolpectomie largită) urmată la 6 luni de o laparotomie de control, în cazul cînd s-a găsit și extirpat ganglionii iliaci interesați de procesul neoplazic. Cu ocazia relaparotomizării se pot

extirpa eventualii ganglioni neoplazici rămășiți care au evoluat între timp. Avantajul acestei atitudini este că mortalitatea operatorie este redusă aproape la 0%, iar prognosticul oncologic al extirperilor secundare, foarte bun în timp util, este satisfăcător (second-look-ul autorilor americani).

Am redat pe larg tehnica lui Thoma Ionescu (1896) care cu toate că nu se mai practică, rămîne totuși matca și sursa de inspirație a tuturor tehnicilor de histerectomii totale cu pretenții de radicalism excesiv: tehnicile propuse ulterior de Meigs (1944), Brenier (1951), Brunshwig (1955), Magara (1964) ș.a.

Chiar tehnica noastră de limfadenohisterocolpectomie largită prezentată în acest volum are foarte multe aspecte tehnice inspirate din tehnica lui Thoma Ionescu.

4. Tehnica cervico-colpectomiei largite utilizată în tratamentul cancerului colului restant

Tehnica I. Chiricu . Extirparea colului restant cancerizat este dificil din cauza cicatricei operatorii pelviene instalat dup histerectomia subtotal .

Aceast cicatrice rezultat dup r scolirea pelvisului prin abla ia subtotal a uterului cu sutura tran ei de sec iune a istmului uterin la care deseori se includ i ligamentele rotunde pentru a suspena colul restant (procedeu Crossen) ca i granuloamele rezultate prin firele de ligatur ale arterelor uterine sec ionate i a firelor de peritonizare, creeaz o mas cicatriceal pelvian ce intereseaz pe lîng ureterele adiacente i domul vezicii urinare ce cade peste colul restant, coafîndu-1 (fig. 656). Zona anatomic cea mai vulnerabil în timpul tehnicilor de histerectomie total l rgit , adic por iunea intraparametrial a ureterelor, zona de implantare a ureterelor în vezic i raporturile vezicii cu colul, este profund dereglat anatomic prin acest bloc cicatriceal postoperator.

Este de la sine în eles c un chirurg care încearc s intre în acest bloc cicatricea! pentru a scoate colul restant cancerizat împreun cu pediculii supra- i subureterali ai parametrelor, f r s fie avizat asupra acestor pericole va risca s sec ioneze nu numai vezica urinar , ci i ureterele terminînd în cel mai fericit caz prin instalarea unor fistule vezico-uretero-vaginale. Este deci necesar s se abordeze acest bloc cicatriceal dup o tehnic special care s evite aceste riscuri.

Descriem tehnica pe care o practic m noi:

Preoperator este obligatorie practicarea unei urografii. Deseori se constat u oare uretero-hidronefroze uni- sau chiar bilaterale, devieri ale unui ureter sau chiar rinichi mut unilateral.

Vezi ca va fi explorat tot prin cistografii mic ionale din fa i mai ales din profil.

Cistoscopia va da rela ii asupra fixit ii domului vezical la colul restant.

Dup laparotomia median , se exploreaz prin palpare amploarea cicatricei pelviene, starea ligamentelor rotunde i mai ales modul de coafare a colului restant cu vezica.

Nu se va începe opera ia în nici un caz prin c utarea spa iului de decolare între col i vezic . Lezarea vezicii este sigur , dac se va proceda astfel.

1. *Primul obiectiv al chirurgului este eviden ierea ureterelor sus* la strîmtoarea superioar a pelvisului.

Peritoneul pelvian va fi incizat lateral, în afara ligamentelor vasculare lombo- ovariene i se vor izola ureterele la intrarea lor în pelvis (fig. 657).

2. *Se vor urm ri apoi ureterele prin disec ia atent* , foarfeca mu cînd în esuturile din jurul ureterelor (menajarea la maximum a fasciei ureterale a lui Waldeyer) conducîndu-le spre implantarea lor în vezic . Se merge cu disec ia pe marginea extern a ureterului pîn se ajunge la p trunderea ureterului în canalul parametrial (se începe cu ureterul drept i apoi se trece la cel sîng).

3. *Disec ia ureterului în canalul parametrial*, se va face cu mare aten ie, dat fiind aspectul cicatriceal, al parametrelor. Se va practica o disec ie din aproape în aproape ajutata de o pens tip Wertheim cu vîrfuri fine i cu decolatorul Kocher. Dac nu se poate individualiza artera uterin i pediculul supraureteral (preureteral) al parametrului ne vom mul umi într-un prim timp s sec ion m esuturile ce acoper ureterul (sec iuni cu foarfeca între pense cu ligaturi practicate imediat).

In final, vom reu i s eviden iem ureterul pîn la penetrarea lui în vezic (vezi fig. 658).

4. *Se va trece la eliberarea domului vezical din blocul cicatriceal*. Pentru aceasta este absolut necesar ca operatorul s - i eviden ieze unghiul intern format de abu area ureterului i peretele vezical. Aten ie deosebit la acest timp operator fiindc se poate r ni u or vezica (vezi fig. 657).

Odat evidențiat clar acest unghi, chirurgul va schimba direcția foarfecii și va merge cu disecția vezicii spre linia mediană (fig. 658). Se pot întâlni o multitudine de situații în ce privește aderarea vezicii la coafura colului restant de domul vaginal, încât orice încercare de descriere a acestor situații este imposibilă. Cu o vigoare crescută, chirurgul va libera peretele posterior al vezicii și mai ales domul vezical din blocul cicatricial cufundându-se în spațiul de decolare (dispartur adeseori) de colul restant.

Odat reușită eliberarea vezicii, de partea dreaptă se va trece la realizarea aceluiași timp operatoriu de partea stângă.

Urmează apoi eliberarea rectului din blocul cicatricial al colului restant. Decolarea rectului, care nu este întotdeauna prins în blocul cicatricial, este mai ușoară (fig. 658, cartuș).

Odat ce chirurgul a evidențiat organele cu risc mare lezional, adică ureterele (de la strâmtoarea superioară a bazinului până la intrarea lor în vezică) și eliberarea vezicii din blocul cicatricial, se va începe abia acum exerez oncologic după principiile expuse la tehnica limfadenohisterocolpectomiei largite (L.H.C.L.). Enumerăm doar timpii operatori.

5. *Izolarea și extirparea pediculului supraureteral cu ligatura arterei uterine la originea ei din artera hipogastrică.*

6. *Extirparea ligamentelor utero-sacrate* și a pediculilor subureterali (retina-culum uteri), după principiile și cu tehnica descrisă deja la L.H.C.L.

Dacă sîngerarea este mare se vor lega la nevoie arterele hipogastrice.

7. *Prepararea vaginului și extirparea porțimii superioare* (întinderea excrezei în funcție de stadiul bolii). Sutura strînsă a tranșei vaginale cu surjet de catgut. Chirurgii schimbăm nușile (timp septic).

8. *Limfadenectomia pelvisului* după principiile și tehnica expuse la operaia L.H.C.L. Se vor extirpa ganglionii iliaci externi, obturatori, retrocruțali, hipogastrici și iliaci primitivi.

9. «*Drenajul aseptice*» al pelvisului cu 2 tuburi de cauciuc exteriorizate suprapubian. Antibiotice pulbere în bazin (penicilin-streptomicin). Noi nu am peritonizat niciodată pelvisul după cancer iradiat. Se așază corect falcul colonului sigmoid pentru a acoperi pelvisul lipsit de peritoneu.

10. *Închiderea peretelui abdominal după tehnica descrisă*.

11. *Pansament bogat*.

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL RADICAL (OPERA II EFECTUATE PE CALE ABDOMINAL) ÎN STADIILE OPERABILE IB I II ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Nu mai repetăm statisticile diferiților autori; ele pot fi consultate la capitolele: «Rezultatele tratamentului exclusiv chirurgical» (pag. 647); «Rezultatele tratamentului radio-chirurgical asociat» (pag. 652).

HISTERECTOMIILE LARGITE EFECTUATE PE CALE VAGINAL

TEHNICA HISTERECTOMIEI TOTALE RADICALE PE CALE VAGINAL ÎN CANCERUL COLULUI UTERIN. (Tehnică Schauta-Sttfcckd-Amreich, modificată de S. Vuia)*

Indicații. Au fost discutate la capitolul «Indicația terapeutică în cancerul colului».

Chirurghi de autoritate și cu mare experiență în cancerul colului ca Stdckel, Amreich, Atabekov-Schroeder, Navratil, S. Vuia, au utilizat-o larg în tratamentul cancerului colului uterin din stadiile I și II (excepțional în stadiul III).

În ceea ce ne privește, fiind convinși de necesitatea unei chirurgii largi de sistem, preferăm histerectomiile pe cale abdominală.

Pregătirea preoperatorie. Nu diferă de aceea a histerectomiilor pe cale abdominală.

Este de recomandat a se aseptiza vaginul și colul neoplazic; clismarea și sondajul vezical preoperator sînt obligatorii.

Instrumentar: pe lîngă instrumentele obișnuite unei intervenții mari ginecologice, mai sînt necesare: două valve vaginale «în baionet», două valve Doyen (cu lama de 10—14 cm), o valvă vaginală autostatică (cu greutate) ce va servi la depărtarea peretelui posterior vaginal, două port-ace Mathieu lungi de 20—24 cm, ace Hagedorn mici și cu curbura accentuată. Este absolut necesar un reflector scialitic, care se așază în spatele operatorului, pentru a lumina întregul câmp operator perineal.

Anestezia: anestezie generală cu Ketalar sau anestezie peridurală sau rahianestezie.

Poziția bolnavei și a chirurgilor: bolnava este așezată în poziție ginecologică, coapsele fiind puternic flectate pe abdomen (pentru aceasta este necesar ca suporturile mesei să fie prinse în fixatori mobili). După badijonarea tegumentelor și vaginului cu tinctură de iod, membrele inferioare ale bolnavei sînt izolate cu «ciorapi» sterili de pînză, care cuprind dintr-o dată atît membrele, cît și suportul metalic al mesei, fiind trase la nivelul anului genito-cruțal.

Abdomenul și muntele lui Yenus sînt acoperite, pînă în regiunea clitoridiană, cu câmpuri sterile iar posterior câmpul este fixat la nivelul rafeului ano-vulvar, în partea stîngă sîndu-se un câmp tegumentar mai larg, în formă triunghiulară, pentru a putea practica incizia paravaginală.

Operatorul se așază între picioarele bolnavei pe scaun, ajutat de doi asistenți ce stau în picioare de o parte și de alta și de o soră instrumentară.

Tehnică operatorie. Histerectomia radicală vaginală comportă două faze: una premergătoare și a doua, operaia propriu-zisă. Prima fază se execută tot sub anestezie și constă din îndepărtarea esuturilor canceroase, prin excoclearea tumorii cu lingura Volkman, foarfecele sau bisturiul electric.

Se acoperă suprafața colului cu 1—2 tamponate, dezinfectînd din nou întregul vagin și fundurile de sac cu tinctură de iod.

Această fază complementară este facultativă, ea devenind necesară numai în cazul tumorilor vegetante, conopidiforme, care prin volumul lor împiedică accesul spre fundurile de sac ale vaginului. După acest timp, se schimbăm nușile și toate instrumentele utilizate.

Se trece la opera ia propriu-zis , pe care autorul o împarte, pentru claritatea expunerii, în nou timpi.

1) *Incizia paravaginal Suchardt-Amreich*. Această epiziotomie l rgit , ce se face obi nuit la stînga, are avantajul c l rge te cîmpul operator (mai ales în cazul cînd vaginul este strîmt, cicatricial sau atrofie), u urînd în acela i timp mobilizarea colului tumoral. În cazuri dificile, unii autori (Stockel, Staude) o aplic bilateral.

Incizia începe pe marginea stîng a vulvei, la aproximativ 2 cm în afara comisurii vulvare posterioare destins de ajutoare (fig. 659), se prelungte pe tegumentele perineale A—5 cm i ocole te orificiul anal. Fa de acesta, incizia trebuie s p streze o distan de 2—3 cm pentru a nu se leza sfincterul i nu va întrece planul liniei posterioare a orificiului anal, deoarece pot fi sec iona i nervii anali.

În adîncime, se sec ioneaz diafragma uro-genital i fasciculul mijlociu al mu chiului ridic tor anal, fapt ce permite eviden ierea esutului adipos al spa iului pelvisubperitoneal (vezi fig. 659). Această sec iune a mu chiului nu este necesar în toate cazurile (atunci cînd vaginul este larg).

În interiorul vaginului incizia se prelungte în sus pîn la nivelul unde vom face incizia circular a man onului mucoasei vaginale (aproximativ pîn la jum tatea adîncimii vaginului). Cu ocazia acestei incizii se sec ioneaz unele ramuri ale arterei ru inoase interne, care se ligatureaz cu catgut. Dup hemostaz se izoleaz plaga cu comprese i se a az valva inferioar autostatic .

Incizia circular a vaginului i formarea man onului mucus vaginal. Cu ajutorul valvelor laterale se pune în eviden colul uterin i fundurile de sac ale vaginului. Se aplic apoi circular pe mucoasa vaginal patru pense Kocher, a ezate în cele patru puncte cardinale (anterior, posterior i dou laterale), respectîndu-se zona de securitate subtumoral * (vezi fig. 659). Obi nuit, aceste pense se a az la jum tatea vaginului sau chiar în treimea inferioar , iar dac infiltra ia peretelui vaginal este mai întins , incizia se poate face chiar la nivelul introitului vaginal. Tr gînd de aceste pense, mucoasa vaginal este deplisat i întins spre vulv . Se execut în afara penselor o incizie circular ce intereseaz în totalitate grosimea peretelui vaginal, p trunzîndu-se astfel în spa iul de decolare vezico- i recto-vaginal (fig. 660). Pentru a ajunge în stratul potrivit, este necesar ca bisturiul s fie aplicat perpendicular pe suprafa a mucoasei vaginale, în caz contrar riscînd ca incizia s p trund numai în grosimea peretelui vaginal, f r a ajunge în zona de clivaj.

In tehnica Schauta (descriere după Shaw), se acordă o importanță mare locului unde se execută incizia circulară a vaginului, care trebuie să fie făcută exact la extremitatea superioară a inciziei Suchardt. Dacă circumcizia se face mai sus, se va extirpa mai puțin în vagin țesut celular paravaginal. Dacă circumcizia se face mai jos, se întâmpină dificultăți în decolarea rectului și a uretrei. Anterior, dacă circumcizia este făcută sub colul vezical, vaginul poate fi separat ușor de ligamentul postretal cu bisturiul, până se ajunge în spațiul vezico-vaginal.

Odată incizia terminată, se scot pensele Kocher și se aplică din nou pe marginea liberă a segmentului superior al vaginului (ce în plagă apare situat distal) și se începe decolarea cu foarfecele bont curb și cu un tampon montat, formându-se astfel din jumătatea superioară a vaginului un manșon, ce prin răsfrângere acoperă întreaga tumoare (fig. 661). Acest sac se închide fie cu pense Kocher, fie prin suturi cu mase, fiind firele lungi, urmărindu-se prin aceasta pe de o parte izolarea tumorii cu înlăturarea pericolului de diseminare neoplazică și infecție microbiană, iar pe de altă parte manșeta aceasta servește drept mijloc de tracțiune pentru mobilizarea uterului.

Unii autori, de teama infecției sau diseminării neoplazice la nivelul inciziei paravaginale (Suchardt), inversează ordinea acestor timpi, executând mai întâi formarea și închiderea manșonului vaginal (Schauta-Stockel). Luând însă măsuri de izolare a plăgii de epiziotomie, nu se înregistrează un număr mai mare de complicații, decât atunci când se practică incizia paravaginală în al doilea timp. Via consideră că ordinea indicată de Peham-Amreich și Halban este mai potrivită, mai ales că, în caz de vagin strîmt sau neoplasm mai avansat, crearea manșonului ca prim timp este foarte dificilă.

3) *Completarea decolării vaginului și evidențierea plicilor peritoneale* (anterioare și posterioare) 61. Cu ajutorul bisturiului și mai ales al foarfecelui bont,

se continuă decolarea vaginului în sus, urmându-se punerea în evidență a plicilor peritoneale — anterior cea vezico-vaginală, iar posterior fundul de sac al lui Douglas (fig. 662).

Decolarea vezicii trebuie făcută cu mult atenție, pentru a nu menține în planul de clivaj potrivit, nici prea aproape de vezică, pentru a nu provoca hemoragiile ale vaselor vezicale sau chiar leziuni ale peretelui vezicii și nici prea aproape de uter, ca să nu riscăm să ne pierdem în masa lui musculară, nemaigăsind plic peritoneal, existând și riscul deschiderii manonului vaginal ce izolează colul canceros, aducând prin aceasta prejudicii asepticii actului operator. Pentru aceasta, un asistent ridică ușor vezica cu valva superioară, în timp ce de firele sau pensele aplicate pe manonul vaginal tragem în jos, astfel că punând în tensiune fibrele conjunctive ale septului vezico-vaginal, se ușurează secționarea lor cu foarfecelul (fig. 663); cu tamponul montat se împinge în sus foarte precaut vezica, pînă apare plic peritoneal anterior și lateral, pilierii vezicali (fig. 663 cartu). În timp ce un asistent trage de firele sau pensele aplicate pe manonul vaginal în sus, spre simfiz, trăgînd în același timp în jos de valva posterioară, operatorul ajutîndu-se de foarfecel și tampon montat, decolează rectul de vagin pînă la fundul de sac Douglas.

4) *Descoperirea și izolarea ureterelor*. După decolarea vezicii începe faza cea mai importantă și cea mai dificilă a operației: punerea în evidență a ureterelor. De prepararea corectă a lor depinde reușita intervenției, reușita care este legată de posibilitatea extirpării cît mai extinse a esutului parametral (menajîndu-se totuși inervația vezicii).

Veșica odată decolată, este ridicată, ușor întinsă în sus, cu ajutorul unei valve superioare (în baionet). Astfel, sînt puse în evidență ligamentele vezico-uterine, pilierii vezicali, în acest scop grosimea se vor căuta și izola ureterele, prin disecție cu ajutorul penselor anatomice și a unor mici tamponuri montate (fig. 663 cartu). În tehnica Schauta (descrișă după Shaw) se consideră ca importantă direcția de disecție a pilierului vezical. Astfel, pornind de pe linia mediană, incizia va fi în primul rînd orizontală și apoi ușor orientată în sus (fig. 664). Greșeala care se face de obicei, este de a ține pilierul vezical prea superficial. Ureterul, împreună cu canalul ureteral, este situat mai sus, iar ureterul și vezica sînt ridicate în sus de către asistent. După ce s-a făcut incizia pilierului vezical, apare în plagă un esut gros care înconjoară ureterul (fig. 664 cartu). Din acest motiv, apariția grăsimii este semnul care ne arată că ureterul este foarte aproape. În momentul în care ureterul a fost identificat, momentul cel mai dificil al operației este deja depășit. Văuă descoperiți ureterul în modul următor: de obicei începe în partea stîngă unde, datorită inciziei paravaginale, cîmpul operator permite un acces mai larg. Manopera este înlesnită prin tracțiunea vaginului și uterului în partea opusă și în jos; tracțiunea se face de către asistent, cu ajutorul penselor sau firelor aplicate în prealabil pe buzele manonului vaginal. Preparînd ureterele în grosimea ligamentelor Mackenrodt — de jos în sus — vom întîlni mai întîi artera uterină, pe care o prindem în pensă, cît mai aproape de uter (fig. 665) și prin tracțiune foarte ușoară (în același sens cu uterul) vom elibera o mică porțiune a arterei în sens lateral. Punînd o altă pensă pe ea, ne vom «căra» pe uter, urmînd-o pînă la cîrje (unde vom găsi și evidențierea ureterului) (fig. 666). La acest nivel, artera se secționează între pense și se ligaturează. Prepararea ureterelor se mai poate face și după alte metode: Schauta urmîrea ureterul pornind de la locul lui de intrare în vezică. Stockel descoperă mai întîi uterinele pînă la cîrje și, după ce pune în evidență ureterul la acest nivel, îl izolează de jos în sus.

61 înainte de a se trece la acest timp operator, Navratil practic o veritabilă separare a esutului conjunctiv parametral de plînia mușchilor ridicătorii anali (fig. 662); pentru aceasta, el decolează cu indexul introdus pînă aproape de peretele osos pelvian baza parametrelor de suprafață a superioarelor mușchilor ridicătorii anali. Se obține o mobilizare excepțională a parametrelor.

Amreich modifică procedeul, palpând ligamentele Mackenrodt întâi între cele două indexuri, pentru a repera ureterul (vezi fig. 665 cartu); după aceea, protejând tot timpul ureterul cu indexul stîng, secționează atent cu foarfecele bont esutul înconjurător. Ureterul odată izolat, este împins lateral, în afara câmpului.

Cu cît ureterul este mai bine pus în evidență, cu atît va putea fi îndepărtat mai mult din câmpul operator, reușindu-se astfel a se extirpa o fîșie cît mai largă a parametrului, ceea ce formează obiectivul esențial al acestei intervenții « radicale și radicale ». Cu toate acestea, trebuie avut în vedere ca operatorul să nu caute să insiste la prepararea ureterului pe o distanță mai mare de 3—4 cm; denudări « prea anatomice » și pe o distanță prea mare pot duce la grave tulburări de irigație și de troficitate, producînd uneori stenoze sau fistule.

Pînă în momentul acesta, intervenția a decurs extraperitoneal. Acum facem un control bidigital, explorînd întreaga regiune pînă la nivelul fosei obturatoare (Amreich). În cazul cînd palpăm ganglioni mobili și mobili, îi îndepărtăm digital, fără însă a leza vasele mai mari. Cînd ganglionii sînt prinși, renunțăm la extirparea lor, pentru a evita hemoragii mari, ce sînt foarte greu de stăpînit. După părăsirea noastră (I. Chiricu), limfadenectomia orbească efectuată pe cale perineală nu numai că este dificilă și incompletă, dar este și plină de riscuri (hemoragii grave).

5) *Deschiderea cavității peritoneale* prin incizarea plicilor peritoneale anterioare și posterioare. Prin îndepărtarea în sus a vezicii urinare și tracțiunea în jos a bontului vaginal mobilizat, se evidențiază plic peritoneal anterior (fundul de sac vezico-uterin), care, după verificare prin palpare atentă, se incizează cu foarfecele curb bont (fig. 667).

Se trece la deschiderea plicii peritoneale posterioare (fundul de sac recto-uterin) care fusese evidențiat într-un timp operator anterior. Trăgîndu-se în sus de bontul vaginal mobilizat, în timp ce valva inferioară este împinsă în jos, se expune plic peritoneal posterior, care este incizat cu prudență, tot cu ajutorul foarfecelui curb bont (fig. 668).

6) *Extirparea uterului și a esutului parametrial*. Corpul uterin este luxat în vagin (prin breșă creată în plic peritoneal anterior) cu ajutorul unei pense Museux, care este aplicată pe peretele anterior și fundul uterului; ajutorul îndepărtează în sus vezica urinară cu valva.

În acest moment apar în câmpul operator anexele, care, după un prealabil control palpator, sînt pensate la nivelul implantării lor în uter, împreună cu ligamentul rotund, secționat și ligaturate, firele fiind pstrate lungi; se practică aceeași manevră și în partea opusă, după care uterul rămîne suspendat numai prin baza ligamentelor largi și a ligamentelor sacro-uterine (fig. 669).

Anexele sînt pstrate pe loc, dacă macroscopic nu prezintă modificări, deoarece în stadiile operabile ale cancerului de col uterin nu a fost observat metastaze în anexe. Cînd anexele prezintă modificări macroscopice, se impune extirparea lor prin pensarea, ligatura

încălecare și secționarea ligamentelor lombovariene (trecerea firelor se poate face cu acul Deschamps). După părerea noastră (I. Chiricu), extirparea anexelor pe cale vaginală este dificilă .

7) *Extirparea parametrelor.* Odat ureterele izolate și îndepărtate din câmpul operator, esutul parametral, întins prin tracțiunea controlaterală a uterului, apare ca un evantai deschis (fig. 670).

Prepararea și extirparea parametrelor se face de jos în sus și cât mai lateral, pentru a se obține exerez larg; secțiunea se face prin mușchii mici cu foarfecele curbate, concavitatea fiind orientată spre uter și sub control digital permanent (fig. 671). Ureterele vor fi menținute îndepărtate din câmpul operator de către un asistent, tot timpul cât durează această fază operatorie. Ligamentele utero-sacrate și pediculii subureterali vor fi pensate înainte de secționare, bonturile fiind legate cu fire transfixiante.

8) *Închiderea peritoneului și controlul hemostazei.* Cavitatea peritoneală se închide, suturând cele două foi de peritoneu ale fundurilor de sac, manevră care se începe totdeauna la unghiurile laterale, fixând cu același fir bonturile anexiale (care rămân astfel extraperitonealizate), ca și celelalte bonturi legate mai înainte (fig. 672). Manevra este avantajoasă pentru că urează un control al unei eventuale **hemoragii**.

Între cele două suturi laterale se mai aplică câteva puncte de sutură, S. Vuia închizând astfel total cavitatea peritoneală (fig. 612 cartu). Personal (I. Chiricu) nu suturează complet peritoneul; lasă median un mic spațiu, prin care drenez cu o țesătură scurtă cavitatea peritoneală prin vagin; meata este extrasă după 24—48 ore.

După închiderea cavității peritoneale se face un control riguros al hemostazei și, dacă peretele vezical este prea subțiat sau infiltrat, se poate întări prin infundare în bursă sau plicaturare cu fire subțiri de catgut.

9) *Sutura inciziei paravaginale a lui Suchardt.* Incizia paravaginală se suturează cu fire izolate de catgut în două straturi; unul profund, interesând ridic torii anali și esutul adipos, iar al doilea superficial, interesând mucoasa vaginală. Se tamponează ușor parametrele și vaginul cu o meată, care se scoate după 1—2 zile.

La nivelul tegumentelor se aplică fire izolate de mătase.

Pansament perineal larg, eventual pudrat cu sulfamid, se sondează vezica, urina clară fiind semnul că nu s-a lezat peretele vezical. După caz, se poate lăsa pe loc o sondă Pezzer sau Foley.

Timpii operatori ai acestei intervenții nu pot fi totdeauna executați în ordinea mai sus descrisă, din cauza dificultăților ce se pot ivi: uter fixat prin procese inflamatorii, prin tumori sau prin extinderea procesului neoplazic. În asemenea cazuri, tehnica va fi adaptată la situația reală. În principiu, scopul final al intervenției rămâne extirparea uterului canceros, cu o porțiune cât mai largă a parametrelor și vaginului.

Critica majoră care a fost adusă histerectomiilor pe cale vaginală (efectuate pentru cancer) era că nu se poate efectua limfadenectomia pelvisului; faptul că în aceste operații parametrele pot fi mai larg extirpate decât pe cale abdominală, nu elimină riscurile locale pe loc a ganglionilor posibili invadați canceros.

Pentru remedierea acestei mari deficiențe se poate asocia histerecolpctomiei locale pe cale vaginală limfadenectomia pelvisului efectuată pe cale abdominală subperitoneală (extraperitoneală), fie în aceeași edină operatorie, așa cum a recomandat indianul Subodh Mitra (1959), fie în edină operatorie separate, așa cum a recomandat Navratil. M. Dargent a utilizat cu succes operația Mitra.

Tehnica extirpării ganglionilor pelvieni pe cale abdominală extraperitoneală a fost preconizată încă din 1931 de R. Michel Bechet în Franța și Ira Nathanson în SUA (1931). S. Mitra are meritul că a asociat această tehnică a limfadenectomiei la tehnica histerectomiei pe cale vaginală.

Redăm mai jos tehnica operatorie.

TEHNICA LIMFADENECTOMIEI PELVIENE PE CALE EXTRAPERITONEAL (R. Michel Bechet, 1931; Ira Nathanson, 1931)

1) *Incizia inghino-abdominală bilaterală* (ca pentru cura herniilor inghinale) (fig. 673—1). Bolnava este în decubit dorsal inițial, apoi în uxor Trendelenburg.

Incizia fasciei marelui oblic, cu deschiderea canalului inghinal (fig. 673—2). Se evidențiază apoi tendonul conjunct și ligamentul rotund.

Se introduce un deget prin orificiul extern al canalului inghinal (indexul fiind orientat spre spina iliac anterosuperioară) îndepărțând peritoneul de musculatura abdominală (fig. 674—3). Se secționează cu bisturiul pe deget mușchii micul oblic și mușchii transvers al abdomenului, la cca 3 cm deasupra arcadei inghinale. Nervul abdomino-genital, vizibil în plagă, nu se secționează.

Se lărgesc în sus și lateral incizura peretelui muscular (micul oblic și transversul), cât este necesar pentru a avea o viziune corectă asupra vaselor iliace.

Ligamentul rotund va fi îndepărțat lateral extern și în jos cu un deget tor. La nevoie, poate fi secționat (fig. 675—4). Apare evident în plagă vasele (artera-vena) epigastrice (fig. 676—5).

2) *Evidențierea peritoneului parietal anterior*. Vasele epigastrice se vor prinde, secționându-se și ligatura (fig. 676—6 și 7). Secționarea lor este obligatorie, fiindcă

după secționare se poate evidenția bine în plagă peritoneul parietal anterior și reflectarea sa atât spre posterior, cât și spre pelvis.

3) *Descoperirea vaselor iliace și limfadenectomia pelviană*. Prin refularea blîndă a fundului de sac peritoneal de peretele muscular abdominal, se pătrunde în spațiul de decolare peritoneo-parietal (fig. 677—8); se împinge încet peritoneul pelvian în sus și median, pînă se ajunge în fosa iliacă respectiv, urmîndu-se spre fosa obturatoare mușchiului psoas, ce se inseră pe toată fața dinspre pelvis a aripii osului iliac. Dacă există tractusuri fibroase ce fixează peritoneul parietal la perete, acestea se secționează.

Se continuă refularea peritoneului înspre linia mediană urmînd peretele muscular al fosei iliace (m. psoas) se ajunge la vasele iliace (reperate prin pulsații) (vasele nu se văd, fiind învelite în grăsime și ganglioni limfatici) (fig. 677—9).

Se izolează larg de la arcada femurală până în regiunea lombară artera iliac externă și artera iliac primitivă. Se disecă cu foarfeca boantă grădă simea peri-vasculară (fig. 677—9) și se evidențiază bine artera hipogastrică, cât mai în jos posibil. Peritoneul împins median, a tras după el vasele ombilicovezicale (ramuridină hipogastrică) și ureterul. Aceste formații trebuie bine puse în evidență (fig. 678—10). Triunghiul iliac format de artera iliac externă, artera hipogastrică și arcada femurală, bine evidențiat, facilitează mult limfadenectomia.

Ganglionii sînt localizați în fosa obturatoare și tehnica limfadenectomiei pelvisului este similară cu aceea descrisă pe larg cu ocazia operației limfadenohisterocolpectomiei lărgite (fig. 679—11). Se va scoate toată grădă simea fosei, inclusiv ganglionii lui Leveuf-Godard, Cuneo-Marcille și retrocurali. În plagă trebuie să apară bine evidențiate: osul pubis, arcada femurală, nervul obturator, venele iliace și arterele iliace (externă și internă). Se trece apoi la extirparea ganglionilor din jurul arterei iliace primitive, mergînd cu limfadenectomia până la aortă. Hemostază minuțioasă.

4) *Drenaj aspirativ* (H. Redon) al fosei obturatoare. Se lasă peritoneul parietal să cadă și se realizează peste vasele iliace și mușchiul psoas.

5) *Se reface peretele abdominal* secționat, suturîndu-se într-un strat mușchii abdominali secționați, preferabil cu fire în U, pentru a nu fi tăiați de fire musculare (fig. 679—12).

6) *Sutura tegumentelor*. Se practică limfadenectomia și de partea opusă (fig. 680—13 și 14).

Urmări postoperatorii. Drenajul aspirativ va fi suprimat când nu se mai observă secreții (a 5-a—6-a zi). Suprimarea prematură a drenajului va determina apariția unui limfocel, situat în fosa obturatoare. Tratamentul limfocelului va consta în extragerea prin puncție a limfei acumulate, cu o seringă; se vor introduce antibiotice dizolvate (penicilină + streptomycin). În caz de nereușita sa, se va aștepta rezorbția lui spontană. În caz de infecție, deschiderea și drenarea printr-o incizie paralelă cu arcada femurală (urmând vechea cicatrice) este obligatorie.

PROGNOSTICUL OPERAȚIILOR (PENTRU CANCER) PE CALE VAGINAL

Chiar dacă mortalitatea este la fel de scăzută astăzi, atât în operațiile pe cale vaginală, cât și în cele pe cale abdominală (0,20% în statistica noastră), calea vaginală este incomparabil mai ușor tolerată de bolnavele tratate (bătăne, cardiace, obeze, diabetice).

COMPLICAȚII UROLOGICE

Navratil (1963) din Viena citează 808 cazuri de histerectomii vaginale pentru cancer cu următoarele complicații: 1,7% plăgi ale vezicii, 0,3% plăgi ale ureterului, 1 caz de plagă a rectului, 1 caz de plagă vezicală și rectală. Au mai apărut postoperator: 3 fistule vezico-vaginale, 8 fistule uretero-vaginale, 4 fistule recto-vaginale, 1 cloacă vezico-recto-vaginală, deci 2% accidente grave.

După cum rezultă, complicațiile urologice sînt mai frecvente decît în operațiile pe cale abdominală.

Supravieuirile la 5 ani au fost: 299 cazuri stadiul I, cu 84,2% vindecări (fără radium, fără limfadenectomie); 209 cazuri stadiul II cu 52,6% vindecări; 13 cazuri stadiul III cu 6% vindecări.

În ceea ce ne privește, utilizăm calea vaginală numai în cazurile cu indicație precisă (b. trîne, cardiace, diabetice, obeze). În general, preferăm calea abdominală.

HISTERECTOMIILE LIGATE EFECTUATE PE CALE MIXT (VAGINAL ȘI ABDOMINAL)

Tehnica D. Alessandrescu. Pornind de la faptul că pediculii subureterali și vaginali pot fi mai corect abordați și extirpați pe cale vaginală, D. Alessandrescu începe histerectomia ligată pe cale vaginală și o termină pe cale abdominală.

1) *Timpul vaginal* (bolnavă în poziție ginecologică caracteristică pentru calea vaginală).

După secțiunea circulară a vaginului, respectînd o zonă de securitate sub limita extensiei tumorale, se decolează ascendent vaginul și se prinde în esutul conjunctiv de deasupra planului mușchilor ridicătorii anali.

Paracolposul și pediculii subureterali sînt izolați și secționați lateral, după necesitate. Hemostaza se face în bune condiții.

Se tamponează strîns vaginul cu mers (în scop hemostatic) și se trece la timpul abdominal, schimbînd poziția bolnavei, ca pentru laparotomie. Chirurgul schimbă halatele, mînuile și instrumentarul.

2) *Timpul abdominal* (laparotomie pubo-ombilicală) permite extirparea uterului, anexelor, pediculilor supraureterali și limfadenectomia pelvisului în bune condiții.

În acest mod, D. Alessandrescu beneficiază de avantajele atît ale cîșii vaginale, cît și ale cîșii abdominale, evitînd dezavantajele fiecărei cîși în parte.

Autorul are o îndelungată experiență cu această operație, obținînd rezultate bune.

ACCIDENTE ȘI INCIDENTE INTRAOPERATORII ÎN CURSUL HISTERECTOMIILOR TOTALE LIGATE

1) Accidente hemoragice arteriale și venoase

Accidentul major de care au teamă toți chirurgii este scîrpirea bontului arterei uterine.

Pe lîngă detaliile date la pagina 766, mai este necesară reamintirea următoarelor manevre: chirurgul va compresa cu indexul sau cu un tampon montat în pens, locul pe unde sîngerează artera. Hemoragia încetează imediat.

Aspiratorul electric este foarte util.

Dacă din primele încercări bontul arterei nu poate fi pensat bine, chirurgul va renunța și va cere ajutorului meninerea tamponamentului pentru oprirea hemoragiei; chirurgul în acest timp va lega artera hipogastrică (vezi tehnica pag. 871), fapt care va diminua foarte mult debitul hemoragiei. Cînd ajutorul va ridica tamponul, bontul uterinei, care abia mai sîngerează, poate fi ușor pensat și ligaturat (cu a, prin transfixia firului).

În toate aceste manevre este necesară păstrarea unui calm desvîrit și o mare precizie în mișcări; orice ezitare, orice precipitare în pensarea orbească a zonei sîngerînde poate expune la veritabile dezastre, ca ruperea arterei sau venei hipogastrice, însoțite de hemoragii cataclismice sau pensarea ureterului. Personal, în cele câteva cazuri (3 cazuri) în care a scîrpat uterul din pens, procedînd ca mai sus, am rezolvat simplu accidentul. Am asistat însă la un caz, unde chirurgul, pierzîndu-și calmul, a rupt vena hipogastrică și hemoragia mare născută a dus la o precipitare de pensă (5 pensă) care au oprit hemoragia; pensăsele au fost luate pe loc cu intenția de a fi scoase după 72 ore. Imediat postoperator membrul inferior s-a cianozat și seara era complet rece. Chirurgul nu a redeschis și controlat pensăsele, ci a administrat vasodilatatoare. A două zile dimineața membrul inferior era deja gangrenat, fapt ce a impus o dezarticulație a soldului. Ca uză: una din pensăsele aplicate orbește, clampase artera iliac primitiv.

O altă zonă anatomică care poate sîngera este fosa obturatoare în timpul limfadenectomiei. Aici, hemoragia este venoasă și nu arterială. Se va avea grijă în timpul extirperii ganglionilor venele aberante ce se varsă în vena iliac externă (a se vedea anatomia regiunii), mai ales înspre partea anterioară a fosei, imediat în spatele arcadei, și fie pensate, înainte de a fi secționate și legate cu a subțire. Nu a existat nici un caz de hemoragie din fosa obturatoare pe care să nu-și fi rezolvat. În cel mai rău caz, se va tampona strîns cu mers de tifon hemoragiile venoase mici: mers, exteriorizat suprapubian, va fi scoasă după 72 ore.

Există situații unde sîngerarea este capilară și difuză. În aceste cazuri, rar întîlnite în practică, ligatura ambelor artere hipogastrice a rezolvat hemoragia. De multe ori, tamponarea apăsătoare timp de câteva minute cu o compresă (batistă) de tifon, determină oprirea sîngerării.

Chirurgul japonez Nakayama recomandă insistent utilizarea de comprese (batiste) de tifon îmbibate cu ser fiziologic fierbinte 60°C sau chiar cu apă sterilă încălzită la 60°C, aplicate

peste zona hemoragică și meninute apăsătoare timp de 5—7 minute; am verificat în practică acest excelent procedeu pentru oprirea hemoragiilor venoase sau capilare.

Cînd hemoragia venoasă difuză totuși nu se oprește, aplicarea unui drenaj cu sac Mikulicz rezolvă problema.

2) Rîndirea vezicii urinare

Este posibil în două momente ale operației. La efectuarea laparotomiei, cînd vezica este destinată de urină (de aceea sonda uretrală «demeure» este obligatorie), sau cînd se decolează vezica de istmul uterin și vagin.

Cînd incizia vezicii este mare, accidentul este ușor de recunoscut prin scurgerea de urină în plagă, sîngerarea abundentă a mușchului vezical și apariția sondei vezicale în câmpul vizual. Asistenta de serviciu anunță în urina strînsă prin cateterul vezical apare sînge. Chirurgul va repera exact dimensiunea plăgii vezicale și va sutura plaga cu catgut, în dublu strat, cu fire izolate. Unii urologi recomandă firele inversante. Primul strat poate interesa și mucoasa vezicală, pe lîngă stratul muscular, suturat obligator. Al doilea strat va interesa și peritoneul, pe lîngă stratul muscular suturat obligator. În zona extraperitoneală a vezicii, al doilea strat va fi exclusiv muscular. Este absolut contraindicat folosirea firelor de a la suturarea vezicii (determină apariția calculilor).

Mai greu de observat sînt rîndirile de mici dimensiuni ale vezicii. Sîngerarea persistentă a peretelui vezical într-o anumită zonă va fi suspectată de incizarea vezicii. Sutura în dublu strat (sau în dublu bursă) cu fire de catgut rezolvă ușor accidentul. Drenajul pelvisului este obligator (cu tub de cauciuc).

Sutura de vezic oblig la l sarea pe loc, timp de 8—12 zile, a unei sonde vezicale transuretrale (preferabil sond cu balona tip Foley). Sonda « â demeure » oblig la o între inere atent a permeabilit ii prin sp l turi zilnice a sondei cu solu ii antiseptice (solu ie cu nitrofuran).

3) R nirea intestinului sub ire sau rectului

Intestinul sub ire poate fi lezat la deschiderea peritoneului i ceea ce este mai grav este faptul c leziunea poate trece neobservat cînd este de mici dimensiuni. Peritonit generalizat se va instala rapid. De aceea, se va avea grij ca la deschiderea peritoneului s nu se prind intestinul în plicatura peritoneului sus inut de pense. Dacă exist suspiciunea c o ans a fost lezat , se va c uta insistent leziunea. De multe ori apare în plag con inut intestinal, care va fi îndep rtat total din abdomen (pericol de peritonit). Sutura pl gii enterale cu fire de a sau catgut în dublu strat este obligatorie. Se va avea grij s nu se strîmtoreze lumenul intestinal; de aceea, se prefer suturile transversale ale ansei (cele longitudinale strîmtoreaz lumenul).

Dup efectuarea suturii, se va verifica obligator, prin pensarea digital a intestinului, permeabilitatea lumenului enteral. Timp de cîteva zile postoperator, aspira ia gastric continu prin tub Einhorn este obligatorie.

Deperitoniz rile inerente degaj rii anselor din procese aderen iale necesit reperitoni- zarea intestinului. Reperitonizarea se va face cu ace i fire sub iri de a , linia de sutur fiind pe cît se poate tot perpendicular (transversal) fa de axul enteral. Dacă deperitonizarea este prea extins i nu se poate reperitoniza u or, este mai bine s l s m ansa ca atare (neperitonizat), decît s ne gr bim a face o rezec ie de ans , cu refacerea continuit ii intestinului prin anastomoz termino-terminal (« cap la cap ») în dublu strat de suturi. Rezec ia de ans este justificat numai în caz de distrugere a vasculariza iei enterale pe o por iune limitat .

Mai grav este lezarea colonului sigmoid i mai ales a rectului (în timpul decol rii rectului de vagin). Plaga rectal poate trece neobservat , dac este mic i prin plag nu au ap rut fecale i gaze urît mirositoare. În caz de plag mic , se impune sutura în dublu strat (uneori chiar în 3 straturi) a rectului; prefer m sutura cu fire izolate de a sub ire, firele trecute la distan e de 3—4 mm unul de altul.

Dacă plaga este mare, sutura se va face cu mare aten ie, dup aceea i regula. Dacă nu sîntem siguri de calitatea suturii, se recomand efectuarea unui anus temporar de protec ie, preferabil pe colonul transvers (anusul se va suprima dup 14 zile).

În pl gile rectului pericolul de peritonit este mult mai crescut decît în pl gile intestinului sub ire. Obligator se vor îndep rta din cavitatea pelvian resturile de fecale i se va izola cu cîmpuri de tifon sterile rectul lezat de cavitatea abdomino-pelvian . În lumenul rectului se va instila neomicin (1 g) dizolvat în ser fiziologic, iar în cavitatea peritoneal se va instila o solu ie de antibiotice (1.000.000 U.I. penicilin + 1 g streptomicin).

Drenajul pelvisului cu 2 tuburi de cauciuc exteriorizate suprapubian este obligator. Sutura etan a vaginului evit apari ia fistulelor recto-vaginale. Antibioterapia postoperatorie va fi intens .

De un real folos este coborîrea marelui epiploon în pelvis, pentru a fi acoperit sutura rectal .

4) R nirea ureterului

Se pot întîlni mai multe situa ii:

- a) jupuirea tecii proprii a ureterului predisune postoperator la fistule sau stenoze ureterale. Se evit prin o preparare corect a ureterului;
- b) prinderea ureterului în firul de peritonizare sau cu ocazia leg rii pediculului lombo-ovarian duce la hidronefroz . De asemenea este periculoas , pentru viitoarea dinamic ureteral , angularea ureterului prin trac iuni ale seroasei peritoneale;
- c) strivirea accidental a ureterului în pens (în timpul pens rii arterei uterine), f r a-i întrerupe continuitatea.

Aceea i leziune a peretelui ureteral poate fi determinat de ligatura accidental cu a , firul fiind sec ionat ulterior. Asemenea leziuni se pot vindeca spontan, dar dac strivirea peretelui ureteral a fost puternic , se poate instala ulterior o cicatrice stenoizant . Profilaxia acestei stenoz ri este realizat prin introducerea unei sonde ureterale (nr. 6) imediat postoperator, cu ajutorul cistoscopului. Sonda va r mîne pe loc 12 — 14 zile, ureterul cicatrizat r mînd larg deschis. Antibioterapia este obligatorie în tot acest interval.

Urografiile repetate postoperator la intervale de 2—6 luni va supraveghea ureterul respectiv. În caz c apare stenoza i se instaleaz o uretero-hidronefroz , se va interveni din timp pentru a se extirpa cicatricea stenoizant ureteral ;

d) sec iunea ureterului poate fi par ial sau total . Por iunea intraparametrial a ureterului este cea mai expus la asemenea accidente, dar prin neaten ie ureterul poate fi sec ionat i mai sus.

Atitudinea de rutin era înnodarea ureterului i dubla sa ligatur cu fire nerezorbabile. Dacă este comod pentru chirurg, pentru bolnav este o solu ie periculoas , deoarece duce la pierderea unui rinichi i predisune la o serie de complica ii grave. În cel mai fericit caz.

ligatura ureterului determin excluderea mut a rinichiului respectiv, func ia de excre ie fiind asigurat prin hipertrofia compensatoare a rinichiului opus. De cele mai multe ori Ins , evolu ia postoperatorie poate fi întunecat de multiple complica ii:

- imposibilitatea de acomodare a rinichiului opus (în caz de deficien func ional);
- hidronefroza consecutiv , care face necesar nefrectomia;
- posibilitatea unei pionefroze.

Red m, dup Th. Burghel, indica ia terapeutic just în caz de sec iune a ureterului:

«A sacrifica rinichiul, practicînd nefrectomia sau înnodarea ureterului, f r a cunoa te valoarea func ional a rinichiului opus, sau a face ureterostomia cutanat sau ureterocolostomia, care transform pacienta într-o infirm , f r a încerca restabilirea conductului ureteral, reprezint solu ii care nu- i g sesc ast zi nici o justificare.

Refacerea imediat a ureterului sec ionat se execut prin anastomoz ter- mino-terminal , în caz c plaga ureteral este cu sediu înalt (strîmtoarea superioar). Cînd sec iunea este joas , ureterorafia întîmpin dificult i în executare din cauza profunzimii cîmpului operator. În această ultim eventualitate, se recomand reimplantarea ureterului în vezic , fie practicînd o uretero-cisto- neostomie direct în caz c leziunea este juxtavezical , fie practicînd o plastie ureteral cu lambou vezical.

În afara pl. gilor superficiale ale ureterului, unde refacerea conductului se face spontan, celelalte, prin stenoza pe care o produc ulterior sau prin fistula permanentă care s-a instalat, au aceeași indicație ca și în secțiunea completă ».

Redăm tehnica ureterorafiei circulare:

Tehnica ureterorafiei circulare (după B. Fey).

1) *Liberarea capetelor de secțiune ureteral* pe o distanță suficientă, permițând apropierea lor fără tensiune și efectuarea suturii. Tranșele de secțiune ale ureterului trebuie să fie nete.

2) *Cateterizarea ureterului*. O sondă ureterală nr. 12 sau nr. 14 este introdusă în capetele ureterului (până în bazinet și în vezică, urmînd a fi scoasă cistoscopic prin uretră). Sonda va servi de tutore pentru sutură și asigură drenarea urinelor în perioada atoniei ureterale (dacă nu s-a putut efectua sutura pe sondă, aceasta va fi introdusă imediat postoperator, prin cistoscopie — așa cum propune R. Kiiss).

3) *Sutura circulară termino-terminală*. Ureterul se suturează după tehnica suturilor arteriale cu acele vasculare și fir nr. 0000. Se vor aplica patru fire, sutura interesînd numai musculoasa, mucoasa nefiind perforată. Se va evita hernierea mucoasei, fapt ce predispozează la fistulizare. Pentru urină, se trec întîi firele laterale, apoi firul posterior (torsionînd ureterul prin tranșe pe firele laterale), iar firul anterior este trecut ultimul (vezi fig. 681).

4) *Peritonizarea suturii* cu un manșon format dintr-un lambou peritoneal (timp facultativ și neadmis de toți autorii).

5) *Peritonizarea pelvisului*. Se va evita ca sutura peritoneului să vină în contact cu sutura ureterului.

Îngrijirile postoperatorii trebuie făcute cu toată atenția, succesul depinzînd în mare parte de ele. Sonda ureterală va fi lăsată 15 zile pe loc (sub protecția antibioticoterapicelor) și va fi menținută permeabilă în mod obligatoriu prin spirale mici cu soluție cloruro-sodică izo-

tonică (schimbarea ei este imposibilă pînă nu se face cicatrizarea). Infundarea sondei predispozează la dehiscența suturilor sau pionefroză.

Se va dilata cicatricea ureterală (ce are tendința la stenoză), prin cateterism ureteral repetat, cu începere din a patra săptămîna, controlînd apoi în mod repetat valoarea funcțională a rinichiului respectiv (cromocistoscopie, urografie intravenoasă).

Dacă bazinetul și ureterul supraiacent apare dilatat, se vor practica cateterisme la 3 zile, timp de cîteva săptămîni, pentru a debarasa de reziduu rinichiului, pînă regresează hidronefroza prin apariția tonicității mușchii pelvici (Kiiss).

În caz de insucces manifest (stenoză, uretero-hidronefroză persistentă), se va interveni pentru soluționare (ureteroplastie, nefrectomie etc.). Asupra rezultatelor funcționale ale acestei operații părerile sînt împărțite. Kuss publică rezultate bune, subliniind valoarea îngrijirilor postoperatorii pentru reușita operației.

TRATAMENTUL POSTOPERATOR AL HISTERECTOMIILOR TOTALE LARGITE

În tratamentul postoperator imediat se urmăresc următoarele obiective:

- 1) Monitorizarea clinică a funcțiilor vitale;
- 2) Tratamentul volemic și reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritivă;
- 3) Asigurarea drenării vezicii și combaterea infecției urinare;
- 4) Combaterea infecției;
- 5) Profilaxia și tratamentul unor eventuale complicații (flebite, congestii pulmonare, pareze intestinale etc.).

1—2) *Monitorizarea clinică a funcțiilor vitale și tratamentul volemic și reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritivă* 62. Postoperator, ginecologul trebuie să cedeze locul reanimatorului pentru tratamentul ocular, colaborînd strîns la îngrijirea bolnavei.

Monitorizarea clinică a funcțiilor vitale, tratamentul volemic, reechilibrarea hidroelectrolitică și nutritivă constituie un ansamblu de date culese în secțiunea de terapie intensivă, interpretarea lor și sancțiunea terapeutică este urmîrită în mod continuu pînă ce funcțiile vitale sînt stabilizate și se reiau tranzitul intestinal și realimentarea orală.

Ventilația pulmonară se controlează volumetric la prăsirea silii de operație și în continuare se urmărește frecvența și amplitudinea respirației; se va încuraja inspirul profund, tu ea și mobilizarea precoce (element deosebit de important, care este deseori neglijat).

Funcia cardiovasculară se urmărește prin controlul tensiunii arteriale, frecvenței cardiace, colorației și temperatura extremităților și prin mărirea debitului urinar orar. În acest context, pentru a asigura o stabilitate cardiovasculară, compensarea volemică este de primă importanță. Ea este inițiată înainte de începerea actului operator: înțind cont de faptul că pacienții sînt într-un post absolut de 12—16 ore, deficitul de apă preoperator este de 1000—1500 ml și trebuie compensat.

În continuare, administrăm în perfuzie 500 ml apă/soluție glucoză, soluție CINA 9‰/00, soluție Ringer, pe ordo operației; la acestea se adaugă volumul pierderilor sanguine, perfuzîndu-se sînge izogrup dacă sîngerarea depășește 1000 ml sau succedaneu (dextran 70, Haemacel). La acestea, adăugăm necesarul de apă pentru ziua operației (2500—3000 ml). Se realizează astfel o compensare ușor hipervolemică hemodinamică.

De la limfadenohisterocolpectomia lărgită este o intervenție de mare amploare, cu acest tratament volemic și cu o tehnică de anestezie adaptată fiecărui caz în parte, am obținut întotdeauna o stabilitate cardiovasculară și un debit urinar orar mai mare de 40 ml.

În următoarele 48—72 ore, în funcție de starea de nutriție și de precocitatea reluării alimentației per os, se asigură aportul hidroelectrolitic și nutritiv pe cale parenterală.

Pacienților cu o stare de nutriție bună le vom asigura aportul hidroelectrolitic și nutritiv administrînd soluție de glucoză 10% 2500—3000 ml, cu 100 mEq Na⁺ și 18 mEq K⁺ la litru; glucoza administrată asigură 1200 calorii pe 24 ore. Dacă starea de nutriție preoperatorie este precară și în cazul cînd se întîrzie alimentarea per os, trebuie asigurat și un aport proteic de 50—80 g acizi amino pe 24 ore, ca și un aport caloric mai mare (de exemplu soluție de glucoză 20%, 1500—2000 ml, va aduce un aport de 1200—1600 calorii). Soluțiile de acizi amino în concentrație de 4—8% și în cantitate de 1000 ml vor aduce 40—80 g acizi amino și 700—1000 calorii.

La acestea se adaugă: Na⁺+100 mEq la litru și K⁺+18 mEq la litru de soluție de glucoză; soluțiile de acizi amino sînt preparate cu adaosul necesar de electroliți.

Efectuarea bilanțului azotat este un ghid necesar în conducerea alimentației parenterale; scopul este pozitivarea bilanțului de azot.

De regulă, la 48—72 ore postoperator se trece la alimentația orală; în unele cazuri, recurgem la alimentația orală și alimentația parenterală parțială, pentru a asigura un aport energetic și proteic crescut (alimentație mixtă sau asistată).

În scopul ameliorării evoluției postoperatorii, am introdus blocajul neurovegetativ. Acesta ameliorează condițiile circulatorii periferice și favorizează reluarea tranzitului intestinal. Administrăm alfa- și betablocante (clorpromazină 5—10 mg și propranolol 1 mg la 6 ore).

3) *Asigurarea drenării vezicii urinare* (profilaxia și combaterea infecției urinare) evită infecția urinară postoperatorie. De obicei, după limfadenohisterocolpectomie lărgită bolnavii prezintă tulburări urinare neurogene caracterizate mai ales prin pareza vezicii, urmată de retenție urinară. Este obligatorie menținerea sondei urinare (preferabil sondă Foley) 3—4 zile; uneori se menține și mai multe zile.

Sonda vezicală *à demeure* se menține în sistem închis și steril prin conectarea sondei Foley la pungă colectoare din plastic, timp de 3—5 zile. O atenție deosebită trebuie acordată toaletei regiunii vulvo-perineale, ce trebuie efectuată zilnic cu apă și sponă sau cu o soluție de cloramfenicol. Periodic (mai ales dacă apare febră), se va controla microbismul urinar, cu antibiogram obligatorie.

4) *Combaterea infecției* se rezumă la supravegherea strictă a drenajului pelvian, suprimarea lui la timpul oportun (în mod normal a 5-a—6-a zi postoperator).

Nu aplicăm antibioterapia de rutină; ea este rezervată cazurilor cu evoluție febrilă (peste 38°C), indicată în cazurile cînd se pe baza antibiogramelor din secrețiile drenate. Dacă febra și leucocitoza sînt în creștere după suprimarea tuburilor de dren, după a 4-a—5-a zi postoperator, se impune cercetarea cauzei în următoarele patru zone ce trebuie suspectate:

a) colecție la perete (hematom-serom infectat): se va deschide limitat plaga prin suprimarea a 2—3 fire de sutură;
b) colecție pelviană supurată: bolnavii vor fi așezați pe masa ginecologică și după dezinfectarea vaginului, medicul, cu mîna sterilă, va desface (sau lărgi) digital tranșă vaginală, pentru scurgerea secrețiilor septice. Antibioticul va fi indicat pe baza antibiogramelor din secrețiile vaginale;

c) congestie pulmonară: diagnosticul se va preciza prin examen clinic și radiografie ce infirmă sau confirmă diagnosticul. Mobilizarea precoce (din prima zi bolnavii vor fi sculați din pat) și gimnastica respiratorie previn infecțiile pulmonare;

d) infecția urinară este explicată prin atonia vezicală cu reziduu urinar, sau prin stază ureterală. Urocultura este obligatorie, cu antibiogramă. Tratamentul cu antibioticul indicat.

În caz de persistență a febrei, suspectată a fi urinară, prin urografie poate fi găsită o hidronefroză sau rinichi mut infectat.

5) *Pentru profilaxia flebitei*: mobilizarea precoce, mișcări pasive ale membrelor inferioare în pat. La apariția durerii în gambă și în plantă și la accelerarea pulsului (pulsul «grimant» al lui Mahler), se execută coagulograma și se instituie tratamentul cu heparină sau trombostop.

În «flegmatia alba dolens» constituită, pe lângă tratamentul de mai sus, noi am efectuat fieboaspirația de urgență (din prima zi a apariției), dezobstruînd vena femorală pînă la spațiul popliteu și ascendent pînă la cavă.

În afară de cele de mai sus, atragem atenția asupra necesității aspirației gastrice în caz de vărsături tardive; subliniem importanța radiografiei pe gol în ortostatism (nivele hidroaerice); sînu se ezită a se relaparotomiza atunci cînd suspectăm o ocluzie mecanică.

Clisma se instituie a 3-a—4-a zi postoperator.

Tulburările endocrine se vor trata adecvat, cu: hormoni, sedative, tranchilizante etc.

COMPLICAȚII POSTOPERATORII

Complicații imediate

În general, dacă s-au respectat indicațiile, pregătirea preoperatorie și tehnica, evoluția postoperatorie este lipsită de complicații. Complicațiile imediate se dezvoltă de obicei sub semnul septicemiei.

Prezent m complica iile în ordinea importan ei lor:

Sindromul febril postoperator. în mod obi nuit, toate histerectomiile totale sînt urmate de cîteva zile cu febr (3—5 zile). Cînd perioada febril se prelunge te, medicul va controla urm toarele zone în care pot ap rea complica ii septice: 1) infectarea pl gii operatorii, 2) infectarea hematomului pelvian ce poate duce la pelviperitonite sau chiar peritonite generalizate, 3) infec ia urinar i 4) congestia pulmonar .

1) *Infectarea pl gii operatorii* (semnele clasice ale inflama iei prezente) impune suprimarea cîtorva fire i desfacerea for at (cu pensa) a buzelor pl gii pentru a permite scurgerea secre iilor. Aten ie la posibila fuzare a infec iei în spa iul Retzius.

2) *Celulita pelvian difuz — peritonit* . Se va men ine drenajul i se m re te cantitatea de antibiotice (eventual se schimb antibioticul). Transfuzii repetate. Evolu ia spre pelviperitonit sau peritonit generalizat impune laparotomia de urgen , urmat de drenaj.

Cînd se ajunge la flegmon sau abces, de obicei în fosele obturatoare, se recomand deschiderea tran ei vaginale prin tu eu vaginal, cu explorarea digital a pelvisului. Dac colec ia nu se dreneaz prin vagin, se va recurge la drenarea fosei obturatorii respective pe cale extraperitoneal , prin incizie abdomino-inghi- nal paralel cu arcada.

Hematumul pelvian subperitoneal apare cînd nu s-a f cut o hemostaz minu ioas sau la bolnavele cu diateze hemoragice. Dac hematumul este mic, se poate a tepta rezorb ia spontan . Dac cre te progresiv i sînt asociate fenomene de hemoragie intern , se reintervine, legîndu-se vasul respectiv i drenîndu-se pelvisul cu me e (tamponaj). în caz c abcedeaz , se va proceda la fel ca în abcesul pelvian.

3) *Complica iile septice urinare postoperatorii* sînt cele mai de temut. Ne vom a tepta la apari ia lor în urm toarele situa ii: în caz c s-a disecat (telefonat) ureterul pe o distan prea mare; teaca vascular periureteral descris de Wal- deyer a fost lezat ; s-a practicat o extirpare mult prea l rgit a pediculilor subureterali i ligamentelor uterosacrate (sec ionarea nervilor vezicali); denudarea de esut conjunctiv pe o distan prea mare a pere ilor vezicali. în caz de r nire a ureterului sau vezicii, exist pericolul instal rii fistulelor urinare postoperatorie, chiar dac plaga a fost suturat .

Tabelul sinoptic al turat enumer rezumativ complica iile urinare imediat postoperatorii, cauzele i tratamentul lor:

4) *Congestia pulmonar*

5) *Ileusul paraliic*

6) *Flebita postoperatorie apare rar* (în condi iile climatice ale rii noastre). Cînd s-a constituit, se recomand : antibiotice, anticoagulante (heparin , dicumarol, administrate sub controlul timpului de protrombin), infiltraii cu novocain splanchno-lombare, perifemurale. Rezultate bune am avut prin fleboaspira ie precoce, urmat de mobilizare (Chiricu 1956).

7) *Atonia ampulei rectale* trebuie comb tut (clisme, laxative, mioci- netice).

Complica ii tardive

Complica iile tardive sînt de obicei urinare: fistule vezicale sau ureterale (exteriorizate pe cale vaginal sau abdominal suprapubian), dar poate ap rea subocluzia sau ocluzia prin bride.

Tulbur rile determinate de castrare se vor trata prin hormonoterapia de suplinire.

Vom dezvolta mai pe larg tratamentul fistulelor urinare.

a) *Tratamentul fistulelor vezico-vaginale ap rute dup histerectomiile totale.*

Tratamentul va fi diferit, dup :

— condi iile în care a ap rut fistula: pe teren iradiat, dup radiumterapie intravaginal sau pe esuturi indemne, neiradiate;

— dimensiunea fistulei (mari sau mici).

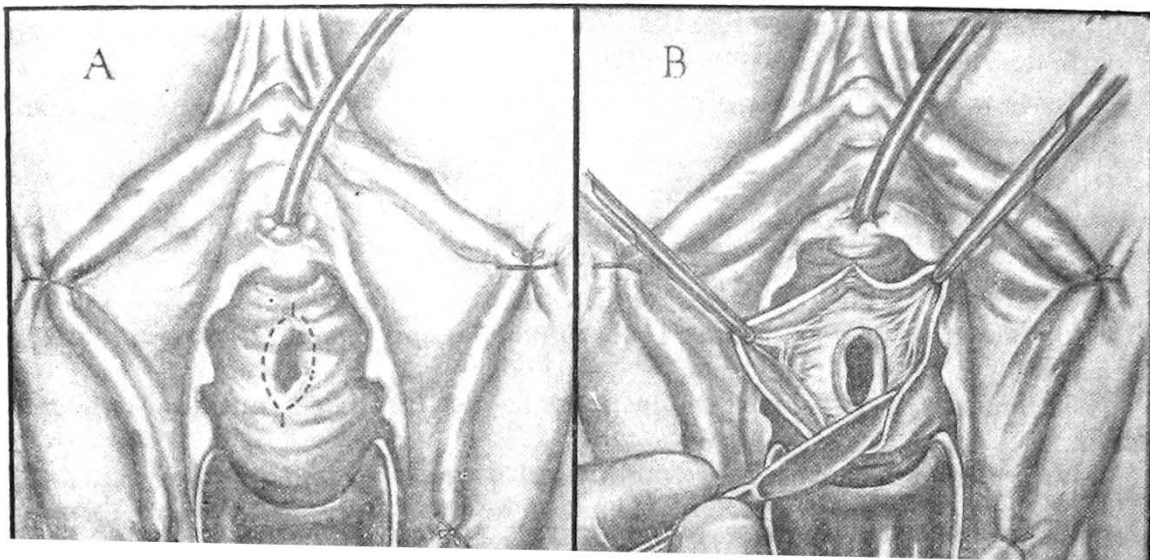
Vom descrie tehnicile utilizate în trei situa ii întîlnite mai frecvent în clinic : 1) fistule mici, ap rute pe esuturi indemne; 2) fistule mari sau recidivate, ap rute pe esuturi neiradiate i 3) fistule mari r dice.

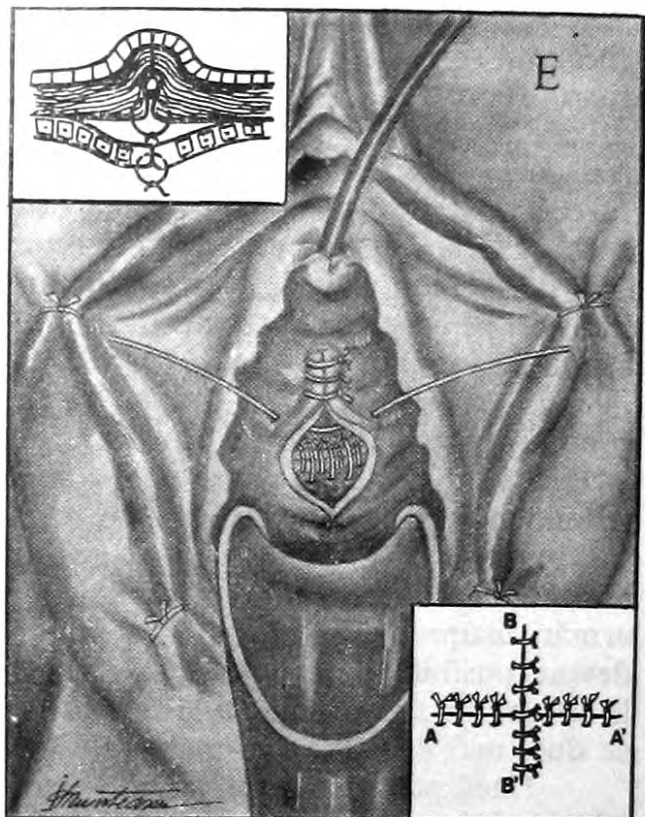
1) *Tratamentul fistulelor mici vezico-vaginale ap rute pe esuturi indemne (neiradiate).*

Operarea fistulelor pe cale vaginal *. Prin faptul c esuturile nu sînt atinse de distrofia de iradiere, se conteaz pe o bun vasculariza ie i o troficitate normal , atît a pere ilor vaginali, cît i a vezicii. Succesul va fi asigurat dac aviv m mai întîi marginile fistulei, apoi dedubl m larg planul peretelui vaginal de peretele vezical i refacem planurile disecate (vezical i vaginal) cu suturi etan e cu fire izolate de catgut (i nu de a , deoarece genereaz calculi vezicali). Opera ia se efectueaz în bune condi ii pe cale vaginal (fig. 682). Succesul opera iei ine de o corect decolare a planurilor, o perfect hemostaz i o perfect sutur , mai ales a planului vezical (sudur etan). Este bine ca sutura vezical s se fac în plan orizontal, iar sutura vaginal în plan vertical, în acest fel, suturile sînt perpendiculare una pa alta (fig. 682 E—cartu). Vezica va fi obligatoriu drenat cu o sond vezical (preferabil Foley), timp de aproximativ 12—14 zile. Apari ia hematomului între cele dou planuri suturate (peretele vezical i peretele vaginal) este unul din factorii care asigur repara ia fistulei. De asemenea, suturile efectuate sub tensiune (prin insuficienta decolare a celor dou planuri) conduc la dehiscen i reinstalarea fistulei.

* O statistic efectuat de E. Proca (1979) arat c majoritatea autorilor prefer calea de abordare vaginal (88% - Bold, 1959; 71% - Bukowski i Fischer, 1945-1969; 69% - Masse, 1960; 89% — Anselimo, 1965); în opozi ie, calea de abordare abdominal este folosit numai in cca 3% din cazuri).

Denumirea clinice | Cauzele | Tratamentul		
1. Reten ia de urin — Sfincterul vezical in- — tern r mîne în contrac ie (influen predominant simpatic) — Detrusorul nu se con- tract din cauza lez rii inerva iei para- simpatic.	— R nirea plexului hipogastric, nervilor erectori i n. vezicali din pediculi subureterali ; — Dezechilibrul nervos vezical, consecin a traumatismului pelvian (tulburare reflex) ; — Tulbur ri reversibile prin formarea de c i nervoase colaterale sau reducerea dezechilibrului nervos local.	— Punerea vezicii în repaus prin: — sondaj de 2—3 ori/zi (pri- mele zile); — dac nu cedeaz , se intro- duce sonda Pezzer sau Foley, care va fi l sat pe loc 5—10 zile, dup nevoie (dilat i sfincterul). între inerea permeabilit ii sondei, prin sp larea ei.
2. Reziduu vezical (reten ia par ial).	— Atonia mu chiului vezical; — Tulburarea staticii vezicale (prolaps vezical).	— Dac reziduuul trece de 60 ml: sondaj zilnic sau excep ional sond ; î—Strichnin , Vit. B-1
3. Cistita postoperatorie.	— Pareza vezicii, staza i in- fectarea urinelor; — Tulbur ri în vasculariza ia vezicii (edem, traumatism direct, iradiere postoperatorie etc.).	— Tratament urologic: anti- biograma se va face sistematic ; — Antibiotice conform anti- biogramei.
4. Pericistita.	— Consecin a celulei pelviene.	— Antibiotice; — Pung cu ghea ; — Ulterior raze ultrascurte.
5. Distensia ureterobazine- tal temporar .	— Diskinezii ureterale, con- secin a traumatiz rii plexului nervos peri ureteral i a vasculariza iei ureterului. — Edemul inflamator al esu- tului conjunctiv periure- teral-pelvic.	— Atropin , Mialgin (în criza dureroas); — Strichnin . — Antibiotice; — Pung cu ghea ; Cateterism ureteral la nevoie (dup control cromocis- toscopic sau urografie).
6. Uretero-hidronefroza constituit .	— Cicatrice pelvian stenoizant periureteral .	— Tratament chirurgical (f cut dup e uarea tratamentului urologic obi nuit); de- bridarea ureterelor din ganga fibroas , reimplantarea ureterului în vezic , plastie de ureter etc.
7. Infec ia urinar .	— Staza i infec ia urinelor în vezica aton i a ureterohi- dronefrozei (temporar sau definitiv).	— Antibio-chimioterapice (conform antibiogramei). în cazuri rebele (ureterohidro- nefroze constituite) se pune. în discu ie ureteroneocisto- stomia, nefrostomia pe rinichiul hidronefrotic sau excep ional nephrectomia (rinichi compromis total).





În cartușul din dreapta al fig. E se poate vedea încrucișarea planurilor de sutură.

2) *Tratamentul fistulelor mari vezico-vaginale sau a fistulelor recidivate după mai multe tentative operatorii pe cale vaginal (fistule ap rute pe esuturi neiradiate)*

Operațiile transperitoneale. Pentru asemenea situații, care necesită adesea și reimplantarea unui ureter (sau chiar a ambelor uretere), E. Proca recomandă operația Dittel-Forgue-Legueu. Redm tehnica practicat de E. Proca (1979): operația constă în laparotomie subombilicală, cu deschiderea largă a vezicii urinare (cistostomie) și punerea în evidență a orificiului fistulos și a orificiilor naturale vezicale (uretră, uretere). Se cateterizează ambele uretere cu sonde care vor fi pstrate pînă la terminarea suturii vezicale. Decolarea intervezico-vaginală se face cu foarfeca boantă, curbă, fină, sub aspirație continuă și electrocoagularea punctelor hemoragice. Subtrigonal se poate decola pînă la uretră; vezica trebuie decolată lateral în ambele părți, astfel ca buzele plagi vezicale să se apropie fără tensiune. Palparea sondelor ureterale previne lezarea acestor conducte; cînd leziunea o cere, ele vor fi secționat deliberat și reimplantate.

Se excizează marginile fistulei, pentru a îndepărta toate firele nerezorabile restante de la operații anterioare, esuturile scleroase etc., pînă ce obținem esuturi sîngerînde, viabile și bine irigate. Se închide vezica prin suturarea marginilor plagi vezicale de cistotomie în 3 straturi: un prim strat musculo-mucos cu fire separate de catgut 00; al doilea strat muscular cu fire separate de catgut nr. 3. Se peritonizează linia de sutură vezicală cu catgut subțire în al treilea strat.

Tranșea vaginală va fi închisă cu fire separate de catgut nr. 3, neinvertate.

În cazurile în care rămăsese un spațiu larg intervezico-vaginal, E. Proca a plombat cu meș epiploic pediculat ancorat subtrigonal, sau cu lambou peritoneal alunecat din vecinătate.

Vezica se drenează întotdeauna pe cale uretrală cu sondă Foley nr. 18.

Se drenează pelvisul. Sonda uretrală se menține cca 14 zile.

Rezultate: din 15 cazuri operate, 14 s-au vindecat per primam (93%).

3) *Tratamentul fistulelor vezico-vaginale ap rute pe esuturi iradiate*

O serie de particularități legate de condițiile de apariție, de dimensiunile mari și de sediul lor jos vezical, fac ca fistulele vezico-vaginale ap rute după tratamentul radio-chirurgical al cancerului colului uterin să formeze o categorie aparte a capitolului fistulelor vezico-vaginale. Analizînd aceste particularități, se pot trage următoarele concluzii:

Aceste fistule apar pe un teren distrofic creat de iradierea cancerului de col (radium- și radioterapie profundă transcutanată) în doze prea mari. Terenul distrofic postradioterapic este reprezentat prin leziuni vezicale și vaginale caracterizate prin scleroză musculară, atrofia mucoasei (vezicale și vaginale), hialinizare vasculară intraparietală urmată de teleangiectazii ale mucoasei. Aceste leziuni întrec marginile fistulei pe distanțamentul de mare, atît în vezică, cît și în vagin, încît tehnicile clasice recomandate (cura fistulei pe cale vaginală sau abdominală prin decolarea planurilor și sutura lor) sînt foarte greu de realizat, sau sutura realizată pe asemenea esuturi distrofice nu oferă garanția cicatrizării per primam, fistula recidivînd.

În ce privește sediul, aceste fistule sînt de obicei jos situate, în regiunea trigonului, venind în contact sau fiind foarte aproape de orificiile naturale vezicale (orificiile ureterale și uretrală), zona trigonală fiind cea mai puternic iradiată prin radioterapie.

Faptul că orificiul fistulei sau inelul de scleroză ce înconjură fistula interesează uneori unul din orificiile ureterale, stenozîndu-l uor, nu rîmîne fără urmări asupra ureterului și rinichiului respectiv. Atît la cromocistoscopie (care devine posibil

numai după tamponarea vaginului cu me e vaselinizate), cât și la urografie, se constată tulburări de eliminare ale ureterului respectiv, tulburări ce duc, mai devreme sau mai târziu, la uretero-hidronefroz .

Dacă pentru fistulele reitrigonale se poate face o largă dedublare a planurilor, suficient unor suturi fără tensiune, în fistulele cu sediu trigonal aceste dedublări sînt limitate de existența orificiilor vezicale (orificiile ureterale și uretral). Afora întinderea disecției planurilor în această regiune înseamnă a prejudicia funcția acestor orificii, a căror dinamic asigurat de un dispozitiv neuromuscular fragil nu suportă, fără urmări, decolări largi și suturi sub tracțiune forată .

De obicei, aceste fistule au dimensiuni mari. Apărute după o operație cu decolări întinse ale vezicii, urmate de extirparea unor largi teritorii conjunctive ale pelvisului, cerute de chirurgia radicală a cancerului de col și pe o vezică iradiată, lipsită în cea mai mare parte de suportul ei conjunctiv, radionecroza vezicală atinge adesea dimensiuni mari, marginea fistulei interesînd uneori cel puțin unul din cele trei orificii naturale ale vezicii.

Menționăm că în fistulele aparute după iradiere, producîndu-se inițial un proces de necroză, urmat de un proces de scleroză, fistula poate să continue a-și mări progresiv dimensiunile după apariția ei.

Deoarece cu tehnicile clasice (vezi capitolul: operații plastice—„Tratamentul fistulelor vezico-vaginale” — pag. 565), am înregistrat insuccese; în alte 80 cazuri am folosit cu bune rezultate o tehnică personală, utilizînd ca material pentru plastia vezicală marele epiploon. Redăm tehnica utilizată .

Tehnica epiploonoplastiei vezicale (tehnica I. Chiricu, B. M. Goldstein, 1954—1956). Este recomandabil ca ginecologul sau urologul să colaboreze cu un chirurg experimentat în chirurgia abdomenului și pelvisului. Redăm timpii operatorii:

Pregătirea preoperatorie constă într-o aseptizare pe cât este posibil a urinilor și vezicii urinare cu antibiotice administrate perorari. Reechilibrarea hidroelectrolitică și combaterea anemiei sînt obligatorii. Urografie și cromocistoscopie obligatorii.

1) Laparotomie mediană pubc-ombilicală, la nevoie extinsă mai sus:

2) Se liberează marele epiploon din eventuale aderențe și se controlează grosimea, lungimea și vascularizația (grosimea vaselor ce formează arcada vasculară bordantă Haller-Barkow și arcul vascular al mării curburi gastrice).

Operația va continua numai dacă există un epiploon acceptabil dezvoltat și care se pretează la mobilizare și alungire. Pe măsură ce se câștigă experiență în metodele de mobilizare și alungire a epiploonului, după metoda expusă, chirurgul poate utiliza și epiploane puțin dezvoltate, deoarece pentru repararea unei fistule mari nu este necesară o suprafață prea mare de epiploon.

3) Cistotomie mediană largă (după izolarea atentă a abdomenului prin cîmpuri), cu punerea în evidență a orificiului fistulos vezico-vaginal, incizia interesînd marginea superioară a fistulei (fig. 683). Se verifică raporturile existente între orificiul fistulos și orificiile naturale vezicale (bolnava are sondă Pezzer introdusă preoperator uretral). Dacă orificiile ureterale sînt invizibile, fiind incluse în circumferința fistulei, se impune injectarea unei fiole de indigocarmin intravenos și reperarea meatului ureteral după picătura de urină colorată ejaculată. Dacă explorările urologice anterioare au arătat o uretero-hidronefroză sau întîrzieri în eliminare, sau dacă orificiile ureterale sînt prea aproape de marginea fistulei, se vor cateteriza ureterele cu sonde și se va explora porțiunea pelviană a ureterelor prin incizarea peritoneului. Constatarea unei curături ureterale sau strangularea lui în cicatricea parametrilor impune liberarea ureterului pînă la vezică (ureteroliză). Stenoza orificiului ureteral prin esutul cicatricial perifistulos

impune incizarea pe sond a orificiului ureteral respectiv (fig. 684). La nevoie, se poate exciza un mic triunghi din peretele anterior al inelului scleros din dreptul orificiului ureteral stenozat, fapt ce determin o comunicare larg a ureterului dilatat cu lumenul vezical. Procedînd astfel, am evitat opera ia plastic de reimplantare a ureterului dilatat în peretele vezical, pentru a crea un nou orificiu uretero-vezical (uretero-neocistostomie). Rezultatele îndep rtate au fost în general bune, ureterul dilatat revenind la un calibru normal

4) Liberarea marginilor fistulei se face de jur-împrejurul orificiului fistulos (fig. 683 cartu). Liberarea lateral a marginilor fistulei se va face pe o distan de 0,5—1 cm, prin dezlipirea peretelui vezical de planurile subiacente. Dacă situa ia orificiilor ureterale nu permite, se va face o decolare în bloc uretero-vezical , la distan de uretere, pentru a nu le leza. Odat dezlipirea marginilor fistulei terminat , avivarea lor nu mai este necesar . Deseori este imposibil sutura marginilor fistulei, din cauza scleroz rii esuturilor.

Este de preferat, f r a fi obligatoriu, s se prepare prin decolarea în jos marginile vaginului pe aproximativ 1 cm distan i apoi s se coas cu 2—3 fire izolate de catgut orificiul superior vaginal (sudur simpl , f r a ine seama dac sutura este sau nu etan) (fig. 685).

într-un caz în care prepararea marginilor vaginului a fost imposibil de realizat din cauza friabilit ii i sclerozei esuturilor iradiate, ne-am mul umit cu extirparea mucoasei vaginale prin racalare sub forma unui gulera pe distan de 1 cm sub orificiul vaginal al fistulei, l sînd vaginul nesuturat.

5) Prepararea epiploonului. Se trage u or de epiploon i se pun în eviden colonul transvers i marea curbura stomacului (în majoritatea cazurilor stomacul apare de la sine în partea superioar a cîmpului operator). Mobilizarea i alungirea epiploonului

pentru a fi coborât în pelvis se efectuează după una din metodele descrise de noi (fig. 686), în funcție de dimensiunile, grosimea și vascularizarea lui.

În primii ani, am utilizat exclusiv mobilizarea epiploonului sub forma de « meș » (fig. 686 D. — E.). Dacă arcada vasculară marginală Barkow este slab dezvoltată, această tehnică trebuie evitată, existând teoretic pericolul sfacelării epiploonului mobilizat (noi nu am avut niciodată o asemenea complicație la mobilizarea sub formă de meș). Din 1960, am folosit întotdeauna alungirea și mobilizarea epiploonului în bloc cu arcul vascular gastro-epiploic al mării curburi gastrice (fig. 686 A—C), care oferă o alungire mai mare și o securitate crescută a circulației marelui epiploon. Când epiploonul a fost excesiv de lung, ajungând liber în pelvis, l-am utilizat fără nici o manevră specială de mobilizare.

Pentru a evita posibilitatea infectării cavității peritoneale, de obicei procedăm mai întâi la mobilizarea epiploonului și după aceea practicăm cistotomia și tratamentul fistulei. Nu am avut niciodată fenomene de peritonită când am procedat invers.

Atragem insistent atenția ca pe suprafața epiploonului care va veni în contact cu lumenul vezical să nu existe ligaturi fine sau alt material nerezorabil. Existența acestor fire nerezorabile va predispute la apariția sigură a unor calculi vezicali organizați în jurul firelor de ață. De aceea, pe suprafața epiploonului ligaturile le efectuăm numai cu fire rezorabile de catgut.

6) Epiploonoplastia orificiului vezical al fistulei. Se plicaturează epiploonul în sens axial (și nu transversal), pentru a nu-i tulbura vascularizarea, realizându-se o meș epiploic groasă. Se coboară epiploonul mobilizat în spatele orificiului fistulos vezical, ancorându-se meșul (vârful ei) cu un fir gros de catgut trecut transfixiant prin peretele vezical, cât mai jos, sub marginea inferioară dezlipită a fistulei (firul este trecut în U și înnodat în lumenul vezical) (vezi fig. 685). Este singurul fir de sutură al orificiului fistulei, care se utilizează în acest procedeu. În felul acesta, meșul epiploic închide ca un oblon orificiul fistulos, interpunându-se între vezică și vagin (vezi fig. 685 cartuș stînga).

Dacă vezica a fost dezlipită în bloc cu ureterele, se insinuează epiploonul în spațiul de dezlipire creat.

Dacă vârful meșului epiploic nu poate fi ancorat cu acest fir, cât mai jos în spatele vezicii, se va recurge la orice alt punct de sutură între vezică și epiploon. Condiția este ca epiploonul să oblitereze complet orificiul fistulos vezical.

Dacă vaginul nu a putut fi închis, ci numai avivat în porțiunea sa superioară, prin chiuretarea mucoasei vaginale, meșul epiploic va fi coborât (3—4 cm) în vagin, astupînd ca un dop lumenul vaginal.

Excesul epiploic intravaginal se retractă singur prin fibrozare sau poate fi rezecat ulterior (manevră pe care nu o recomandăm, dat fiind pericolul de perforare a vezicii și reparației a fistulei).

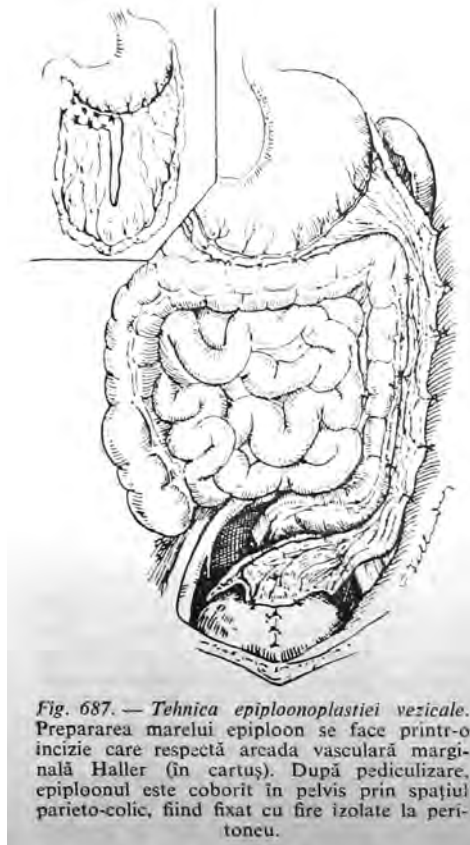
Menționăm că marginile orificiului fistulos vezical nu se suturează între ele și nici la epiploonul coborât (acesta se fixează cu două fire laterale la vezică) (fig. 685 cartuș dreapta). Coalescența se va face datorită forței fibroplastice a esutului mezenchimatous epiploic. Prezența epiploonului, dotat cu o excepțională putere absorbtivă și fagocitară, garantează evoluția aseptică a cicatrizării. Este vorba deci, în tehnica noastră, de o înlocuire a peretelui vezical cu epiploon și nu de o protejare a unei suturi vezicale, cum face Bastiaanse*. În tehnica noastră marginile fistulei nu se suturează. Coborîrea epiploonului în spatele orificiului fistulos vezical poate fi comparată, în tehnica noastră, cu coborîrea unei cortine care acoperă și separă scena de sala de spectacol.

7) Sutura inciziei de cistotomie. Sutura se începe imediat deasupra marginii superioare a orificiului fistulos și interesează toată lungimea inciziei vezicale create de chirurg în scop explorator (sutură în dublu strat, cu fire de catgut) (vezi fig. 685 cartuș dreapta).

8) Fixarea epiploonului coborât în pelvis. Epiploonul coborât în pelvis trebuie fixat la pereții abdomenului și pelvisului, pentru a împiedica apariția ulterioară a unor ocluzii prin volvularea intestinelor în jurul acestei puternice corzi epiploice. Noi am folosit una din următoarele trei modalități: a) epiploonul va fi deviat în spațiul parieto-colic (drept sau stînga), după cum s-a ales ca pediculul nutritiv artera gastroepiploică dreaptă sau stînga (fig. 687). Fixarea la peritoneul parietal va fi făcută cu fire nerezorabile, pentru a asigura o fixare definitivă. Firele de catgut s-ar rezorbi și epiploonul i-ar recăpăta mobilitatea. Se va avea grijă ca epiploonul să nu comprimeze colonul transvers. De aceea, se vor ocoli unghiurile colice (vezi fig. 687);

b) alteori, epiploonul l-am suturat în lungul colonului (ascendent sau descendent), suturile ancorînd epiploonul la tenia colică;

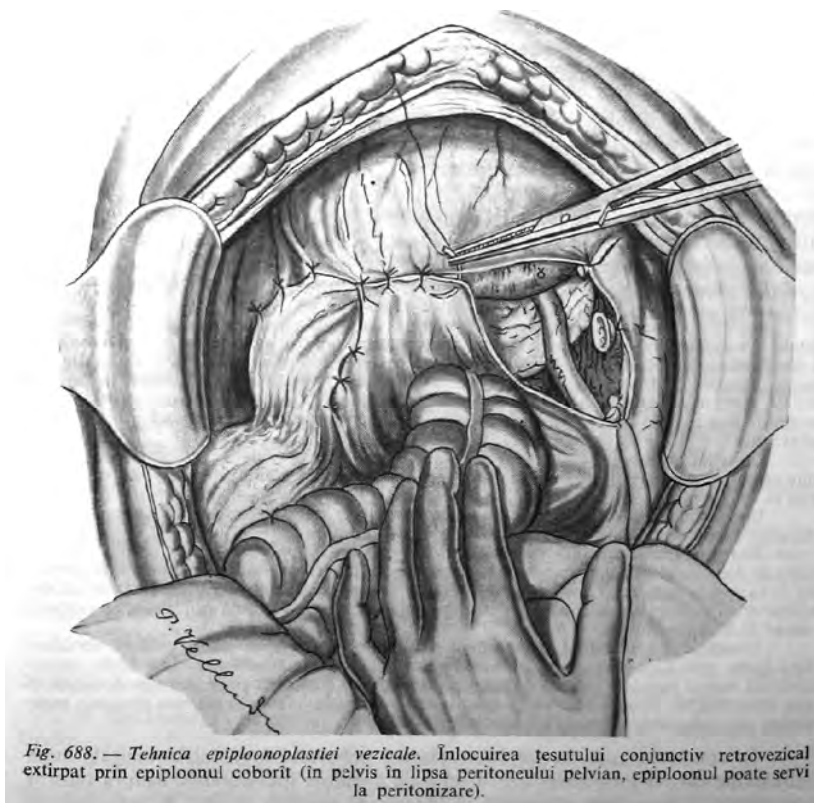
c) în ultima vreme am suturat epiploonul la peritoneul peretelui anterior al abdomenului, la aproximativ 10 cm în afara inciziei de laparotomie. Acest mod de fixare este cel mai ușor de executat tehnic, evitând și eventualele compresii pe colon. De asemenea, în eventualitatea unei noi laparotomii, el se va afla în afara liniei de incizie mediană a peretelui abdominal.



Turner-Warwick, care în 1967 publică un studiu din care rezultă că a adoptat procedeul nostru de epiplo-onoplastie a fistulelor vezico-vaginale, procedează astfel cu fixarea epiploonului. Cităm din ultimul său articol publicat în « The Journal of Urology » voi. 116, 1976, modul cum procedează : « Epiploonul pediculat trebuie să fie așezat extraperitoneal cât mai departe posibil și aceasta necesită mobilizarea colonului ascendent (sau descendent), plasând epiploonul retro-colic ». Turner-Warwick recomandă și practicarea unei apendicectomii de rutină (atunci când epiploonul este plasat retrocolic în dreapta), pentru a evita secționarea pediculului nutritiv epiploic în cazul unei operații ulterioare pentru o apendicită.

De asemenea, tot el recomandă ca epiploonul pediculat să coborâie în pelvisul femeilor susceptibile de a avea sarcini, să fie așezat într-un tunel extraperitoneal, pentru a se evita obstrucția trompelor uterine prin compresia efectuată **de epiploon**. Aceste precauții recomandate de Turner-Warwick, analizate prin experiența noastră, ni se par în mare parte inutile și cîngreunează tehnica.

O operație destul de dificilă, cum este epiploonoplastia fistulelor vezico-vaginale, nu trebuie încercată cu încă o operație de mobilizare a unghiului colic (drept sau stîng) și a colonului respectiv, operație suplimentară care necesită o tehnică destul de greoaie prin ea însăși.



Ni se pare de asemenea exagerat și practicarea profilactică a apendicectomiei, operație care încarcă inevitabil septicitatea cavității peritoneale, iar pericolul sterilității prin blocarea unei singure trompe nu poate fi luat în considerare. Dealtfel, ultima din modalitățile de fixare a epiploonului, propuse de noi (fixarea la peretele anterior abdominal) evită toate acele posibile complicații întrevăzute de Turner-Warwick.

9) Peritonizarea pelvisului (fig. 688) nu este obligatorie.

10) Drenajul pelvisului, pentru orice eventualitate, va fi făcut cu un tub de cauciuc plasat în Douglas, exteriorizat suprapubian. Tubul va fi suprimat după 4—8 zile.

11) Sutura peretelui abdominal.

Urmările postoperatorii sînt în general simple. În afară de balonare abdominală și vărsături, care durează 1—2 zile, fenomene inconstante, cauzate probabil de mobilizarea și fixarea epiploonului, nu menționăm alte complicații. În ultimii ani, am plasat un tub de aspirație continuă în stomac și evoluția a fost întotdeauna simplă. Pezzer-ul vezical se suprimă la 12-a—14-a zi după operație. În ultimii ani, am folosit sonda Foley pentru cateterizarea vezicii, introdusă la sfîrșitul operației.

Vindecarea fistulei s-a făcut în toate cazurile, cu toate că majoritatea au fost cazuri foarte grele, refuzate de alte clinici, cu fistule mari, care ar fi cerut implantarea ureterelor în rect, în lipsa acestei metode de epiplooplastie.

Fundul fistulei, format din epiploon, s-a epitelizat treptat în toate cazurile, pentru că la controlul cistoscopic distanțat s-au mai observat aproape nici o diferență între mucoasa ce acoperă epiploonul și restul mucoasei (zona respectivă este mai palidă, fără reea vasculară vizibilă).

De asemenea, nu s-a constatat nici o tulburare a dinamicii ureterale.

Cercetări experimentale interesante asupra evoluției ulterioare a epiploonului din zona fistulei și a modului de urotelizare a epiploonului respectiv au fost efectuate de B.M. A. Goldstein și Dearden (1966). Cercetările au fost efectuate pe iepuri, cărora li s-a extirpat o parte din vezică, defectul fiind acoperit cu epiploon. În scurt timp, epiploonul s-a integrat în peretele vezical, el fiind acoperit de uroteliu și în grosimea epiploonului din dreptul fistulei apar în mod progresiv fascicule de fibre musculare, ceea ce denotă muscularizare treptată a peretelui de epiploon.

Uroteliul de acoperire apare ca rezultat al extinderii uroteliului vezical dinspre vezică spre epiploon; o parte din uroteliu are origine în celulele mezenchimale multipotențiale localizate în epiploon.

Un studiu experimental asupra aceleiași probleme a fost efectuat în Laboratorul de chirurgie experimentală al Institutului nostru de D. Munteanu.

În foarte rare cazuri am constatat imediat postoperator o scurgere a urinilor fie prin tubul de drenaj abdominal suprapubian, fie prin vagin. În acest caz, tubul de drenaj suprapubian nu se va scoate decât după 6—7 zile, suturîndu-se progresiv. Chiar după suprimarea lui se mai scurge urină puțin; aceasta va înceta în câteva zile. Pierderile de urină prin vagin au persistat uneori și 2 săptămîni postoperator.

Întotdeauna însă ele au încetat după acest interval de timp, micul orificiu persistent fiind închis prin forță fibroplastică cicatrizantă a epiploonului. Bineînțeles că în aceste situații cateterul vezical (sonda Pezzer sau Foley) va fi menținut mai mult timp, dar nu va depăși 21 zile. Postoperator, la scurt interval mic iunile devin normale, vezica își mărește progresiv capacitatea și urinile devin clare și fără leucociturie.

În concluzie, metoda epiplooplastiei pelvisului în fistulele vezicale după tehnica pe care o propunem are o serie de avantaje indiscutabile asupra tuturor metodelor de tratament cunoscute în literatură, avantaje ce pot fi sistematizate astfel:

a) «Stofa» utilizat pentru plastic (epiploonul) întrune te calit ile cerute de materialul ce trebuie s asigure închiderea ideal a unei fistule, calit i neîn- tîlnite la nici o alt « stof » utilizat în procedeele clasice cunoscute ast zi (perete vezical, vaginal sau intestifi sub ire). în procedeul nostru, execut m plastia cu un material biologic dotat cu o putere de coalescen , metaplazie i cicatrizare pe care nu le au celelalte esuturi folosite pîn în prezent în tratamentul fistulelor vezico-vaginale. Acest material corespunde intrutotul scopului, prin faptul c este bine vascularizat, bogat în esut mezenchimal activ i de dimensiuni mult mai mari decît dimensiunile cerute de opercularea fistulei.

2)în fistulele r dice, unde toate tehnicile cunoscute se lovesc de dezavantajul folosirii unor «stofe» atinse de distrofia iradierii, aportul unui material biologic de la distan , neiradiat i dotat cu calit i plastice excep ionale, este o garan ie pentru vindecarea fistulei.

3)Tehnica simpl a acestui procedeu i faptul c nu utilizeaz suturi între materialul plastic i vezic , suturi ce formeaz punctul critic al tuturor metodelor cunoscute pîn ast zi, fac această metod s fie u or aplicabil .

4)Spre deosebire de tehnicile cunoscute, procedeul nu cere o decolare întins a peretelui vezical, lucru care se face cu dificultate în fistulele r dice i expune Ia tulbur ri ale funciei orificiilor naturale ale vezicii.

5)Procedeul necesitînd suturi, nu se cere, pentru aplicarea lui, o a teptare îndelungat între apari ia fistulei i interven ia curativ , a teptare care în toate celelalte procedee este lung i indispensabil , pentru a permite constituirea («definitivarea») marginilor fistulei.

6)Procedeul ofer o solu ie u oar i pentru fistule trigonale mari, ce intereseaz orificiile ureterale, evitînd recurgerea la solu ii nefiziologice, ca implantarea ureterelor în sigmoid sau a altor tehnici complicate (reimplantarea ureterelor în vezic , dup sutura fistulei).

7)Importan a epiploonoplastiei pelviene retrovezicale, ca metod de prevenire a fistulelor vezicale, în cazul decol rilor întinse sau r nirii i sutur rii vezicii în cursul limfadenohisterocolpectomiei, trebuie re inut .

8)în cazurile operate de noi (unele cu fistule mari i grave ca sediu), am înregistrat numai succese (78 cazuri din 80 cazuri operate).¹

9)în fistulele ap rute dup tratamentul radio-chirurgical al cancerului colului uterin, calea abdominal are avantaje nete asupra celei vaginale:

— calea abdominal permite i controlul pelvisului («a doua privire») unei bolnave operate pentru un cancer a c rui malignitate locoregional este bine cunoscut . în acest fel, se pot extirpa eventuale recidive sau adenopatii canceroase care au evoluat în intervalul scurs între histerectomia total , apari ia fistulei r dice (care poate ap rea la interval foarte lung, luni sau chiar ani) i cura operatorie a fistulei;

— calea abdominal permite ureteroliza i debridarea orificiilor ureterale dac exist stenozarea i înglobarea lor în esutul de scleroz cicatriceal .

b) Tratamentul fistulelor uretero-vaginale ap rute dup histerectomiile l rgite.

Cauzele acestor fistule pot fi multiple: sfacelarea ureterului, consecin a devitaliz rii ce urmeaz jupuirii tecii proprii, sec iunea conductului cu ocazia prepar rii lui (cel mai adesea din neaten ie), strivirea în pens , în eparea i trecerea firului prin el, cu ocazia peritoniz rii etc. De obicei, sediul acestor fistule este por iunea parauterin i juxta vezical a ureterului (sediul jos); excep ional, fistula poate avea sediul înalt (strimtoarea superioar). Fistula ureteral prin sfacel se instaleaz de obicei la oarecare interval dup opera ie (10—14 zile); cînd se manifest imediat postoperator, înseamn c ureterul a fost sec ionat total sau par ial. Fistula ureteral se poate exterioriza pe cale vaginal (mai frecvent) sau pe cale

abdominal (mai rar). Uneori se poate închide spontan (în caz de leziune par ial a peretelui ureteral); de aceea, tratamentul chirurgical nu va fi indicat decît dup definitivarea fistulei. Se va controla repetat prin urografie starea ureterului supra- iacent. deoarece deseori fistula se înso e te de o stenoz par ial a ureterului la acest nivel.

Indica ii de op e r abilitate. Red m, dup Th. Burghel, indica iile operatorii în asemenea situa ii:

« Cînd restabilirea continuit ii ureterului pelvian prin anastomoz termino- terminal este practic imposibil de f cut, din cauza esutului cicatricial care a înglobat ureterul, rezec ia acestui man on cicatricial perilezional, împreun cu ureterul, pe o por iune de cî iva centimetri, duce la scurtarea ureterului i anastomoza f cut în trac iune va duce la un e ec sigur. Dac leziunea este juxtavezical , se practic o uretero-cistoneostomie direct sau se recurge la reconstruc ia ureterului pelvian printr-un lambou vezical tubulat, care permite refacerea conductului pe o por iune înalt pîn la 10 cm, adic în mod practic a întregului ureter pelvian. Aceste interven ii nu sînt recomandate decît dac ureterul i rinichiul respectiv au valoare func ional satisf c toare. Implantarea ureterului în rect este o solu ie condamabil » (Th. Burghel). Men ion m c în caz de necroz ureteral pe o distan mai mare, am utilizat cu succes plastia ureterului cu ans ileal exclus (uretero-ileo-cistopîastia).

Prezent m tehnicile opera iilor enumerate.

Tehnica ureter o- c istoneostomiei pe cale intraperi- t o n e al . Obiectivele tehnicii:

— s realizeze o anastomoz solid i f r trac iune între ureter i vezic ;

— por iunea implantat a ureterului s fie integr din punct de vedere anatomic. Lezarea peretelui ureteral la acest nivel, mai ales a mucoasei, duce la stenozare;

— ureterul s fie implantat cît mai aproape de locul s u natural de implantare în vezic (por iunea fix a vezicii). Implantarea în cornul vezical (por iune mobil a vezicii) este supus dezunirii sau genereaz diskinezii ureterale tardive;

— implantarea s fie pe cît se poate oblic , pentru a împiedica refluxul vezico-ureteral.

Tehnica:

1. *Laparotomie median pubo-ombilical .*

2. *Reperarea ureterului lezat i aprecierea sediului fistulei.*

3. *Izolarea ureterului respectiv de sus în jos*, dup incizarea peritoneului., pîn se ajunge în zona cicatricial perifistuloas , unde ureterul se sec ioneaz (conductul fiind s n tos la nivelul sec iunii). Ureterul supraiacent fistulei se izoleaz pe o distan suficient de lung (pîn la strîmtoarea superioar) pentru a permite apropierea de vezic f r trac iune. Pentru protejarea ureterului mobilizat, unii autori (Th. Ionescu, Brunschwig .a.) nu telefoneaz ureterul, ci îl mobilizeaz cu o langhet peritoneal deasupra lui, lat de 2 cm.

4. Cap-tul inferior stenozat-fistulizat se rezec și se leag în apropiere de intrarea în vezică .

5. Prepararea cap-tului superior ureteral pentru implantare se face după două procedee:

— *procedeul Bazy* : se trec cu acul atraumatic înecat cu fir de in 000, trei fire ce încarc numai adventiia și parțial musculară; firele vor fi trecute aproximativ la 1—1 1/2 cm mai sus de locul de seciune a ureterului, fiind pstrate lungi, după înnodare (fig. 689). Ureterul se cateterizează cu o sondă ureterală ;

— *procedeul Payne* : se crapă pe o distanță de 1—1 1/2 cm cap-tul ureteral, fiecare buză fiind ancorat cu câte un fir de in pstrat lung (fig. 690).

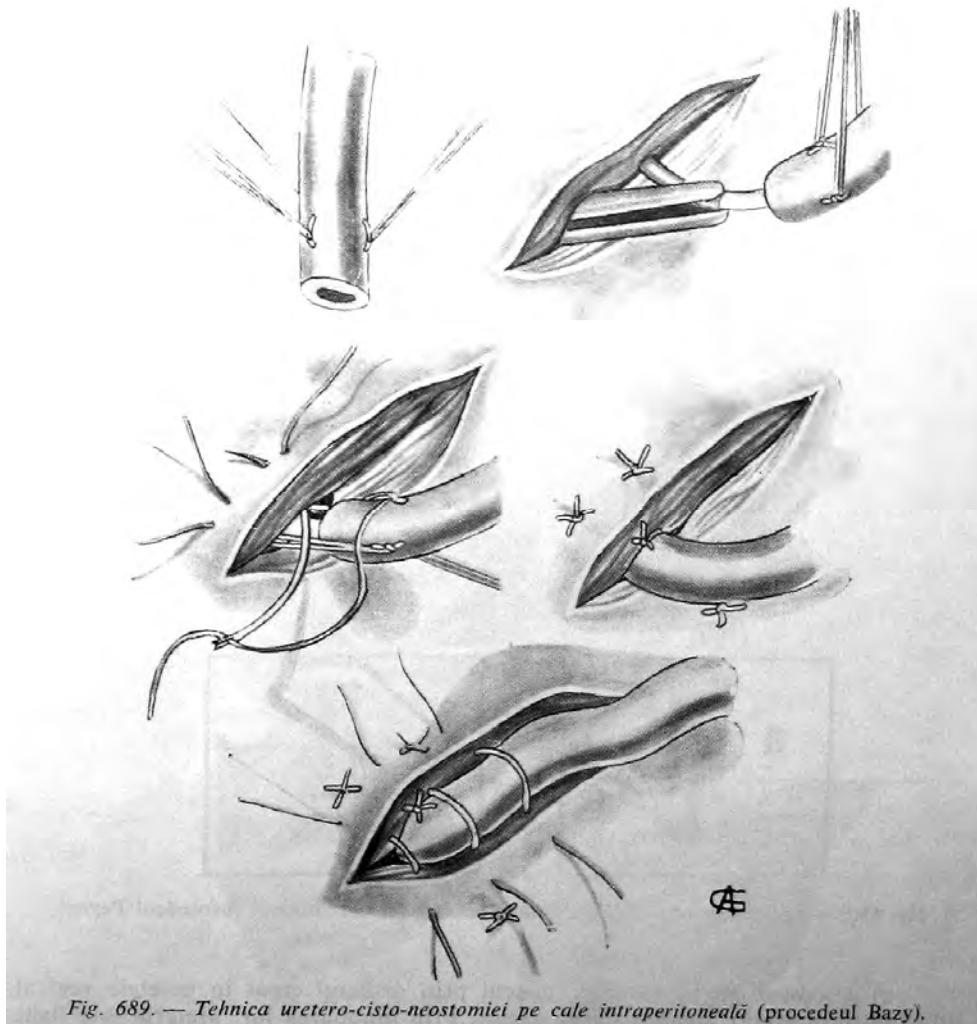


Fig. 689. — Tehnica uretero-cisto-neostomiei pe cale intraperitoneală (procedeul Bazy).

6. *Reperarea, prepararea și incizarea vezicii.* Pentru reperarea Jocolui unde va trebui implantat ureterul în vezică, se recomandă manevrarea unui Benique (introdus intravezical prin uretră de un asistent) pentru ca seciunea peretelui vezical să se facă cât mai aproape de locul normal de implantare ureterală. Pentru urărirea seciunii se vor trece două fire tractoare prin peretele vezicii la Jocol respectiv. Se incizează strict stratul muscular pe 2—3 cm, axul de seciune fiind paralel cu implantarea normală a ureterului. Mucoasa va fi puncționată cu bisturiul în colul inferior și intern. Prin uretră un asistent introduce o pensă curbă, care fixează mucoasa pentru puncționare și ajută la tragerea cap-tului ureteral. 7. *Anastomoza se execută după mai multe procedee :*

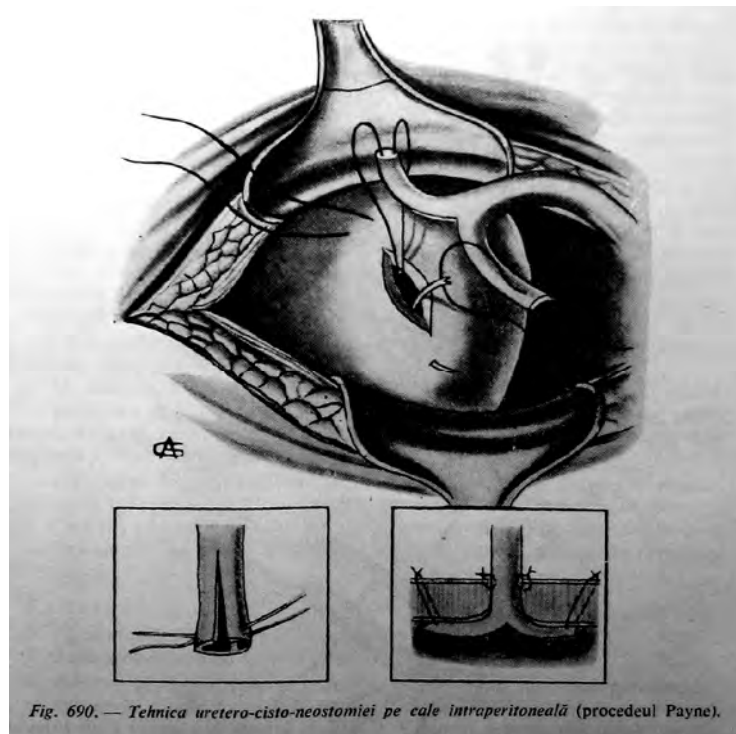
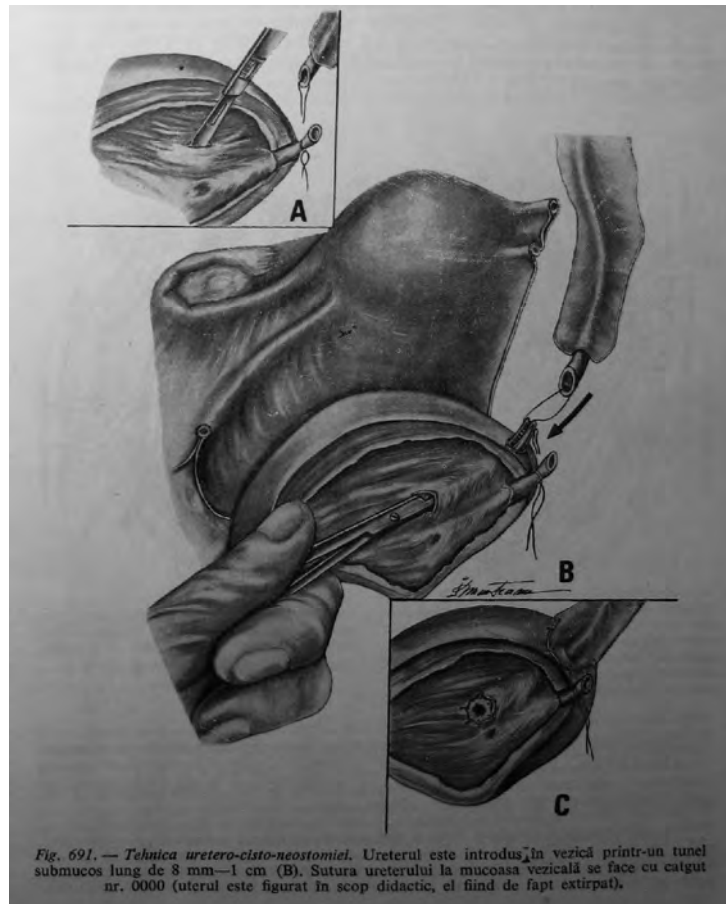
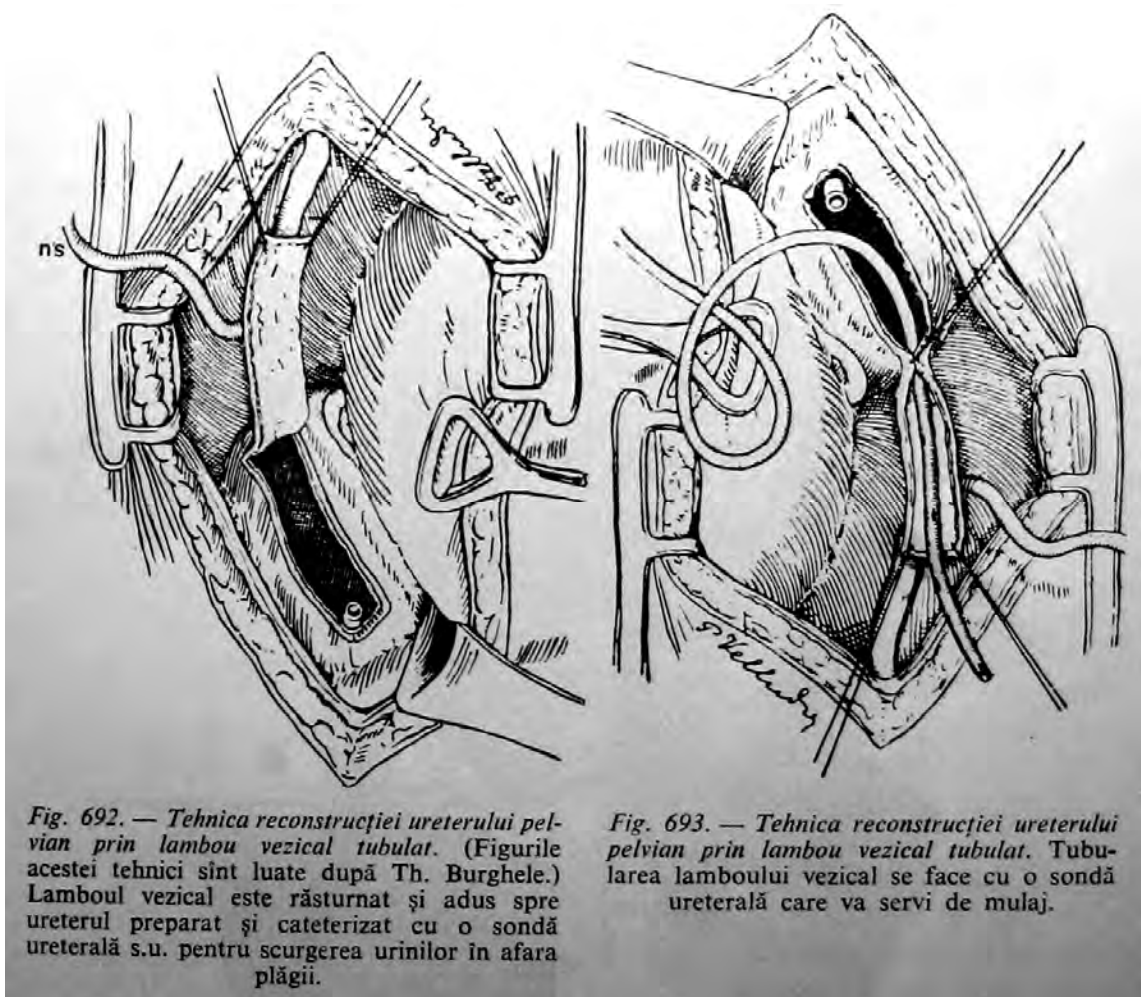


Fig. 690. — Tehnica uretero-cisto-neostomiei pe cale intraperitoneală (procedeul Payne).

a) *procedeul Bazy*: se trec cu acul prin orificiul creat în peretele vezical (din untru în afar) firele fixate pe ureter. Prin înnodarea lor, ureterul este fixat la vezic , extremitatea sa spînzurînd ca o trompă intravezical (se opune refluxului) (fig. 689). Bazy recomandă și ancorarea mucoasei vezicale la adventi ia ureterală cu două fire sub iri de catgut. Se culcă apoi ureterul în jgheabul muscular creat în peretele vezical, pentru a crea o implantare oblică și se suturează breșa vezicală cu cîteva fire de catgut, avînd grijă ca ureterul să nu fie sugrumat;





TEHNICI CHIRURGICALE

b) *procedeul Payne*: se trec cu acul firele tractoare prin peretele vezical, astfel ca buzele ureterului cr pat s fie fixate la mucoasa vezical (fig. 690). Se aplic două fire de catgut între vezic i adventia ureteral .

c) *Procedeul trecerii ureterului printr-un tunel terminal submucos*. Ureterul va parcurge deci un traiect în peretele muscular al vezicii i un al doilea traiect, de cca. 2 cm sub mucoasa vezical (fig. 691). Implantarea aceasta «oblic » în vezic realizeaz o adev rat supap care se opune refluxului urinelor în ureter.

8. *Peritonizarea pelvisului* — drenajul pelvisului cu tub de cauciuc.

9. *Se introduce sond Pezzer în vezic* prin uretr , care va fi l sat pe loc 10—15 zile (în caz c s-a folosit i sond ureteral , aceasta va fi scoas cistoscopic la acela i interval).

Rezultatele sînt bune, dac nu s-a stenoizat gura de implantare a ureterului.

Tehnica reconstruc iei ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat (Casatti, Boari, Kuss). Red m tehnica utilizat i descris de Th. Burghele (1955):

Incizie inghino-iiiac oblic în jos i în untru. Se decoleaz peritoneul i se descoper ureterul retroperitoneal; se pune în eviden leziunea (fistul , cicatrice, ureterit stenozant). Se elibereaz por iunea interesat a ureterului, timp uneori dificil din cauza procesului de periure-terit , sau a blocului sclero-inflamator i se practic sec iunea proximal în zon s n toas .

Segmentul patologic se rezec i pe cap tul distal se pune o ligatur cu catgut. Prin cap tul proximal al ureterului se trece provizoriu o sond ureteral în bazinet, pentru a drena urina în afara cîmpului operator. Se umple vezica cu 200—300 ml ap steril , prin sonda ureteral (Nelaton nr. 20) sau orice sond groas de cauciuc cu vârful sec ionat introdus preoperator în vezic . Aceast manevr se face pentru a u ura degajarea i expunerea fe ei anterioare i celei laterale corespunz toare a vezicii. Se traseaz viitorul lambou din peretele postero-lateral corespunz tor al vezicii, cu pediculul de leg tur la baz , deasupra trigonului, cît mai aproape de cornul vezicii, înalt dup necesitate pîn la 8 — 10 cm, lat de cca 25 mm, pu in mai larg la baz decît la extremitatea liber (fig. 692). Dup evacuarea con inutului vezical prin sonda uretral , se deschide cu bisturiul vezica pe una din laturile mari ale lamboului i eliberarea se continu cu foarfecele. Lamboul astfel eliberat este r sturnat cu ajutorul a dou fire tractoare trecute prin musculoasa vezical la nivelul unghiurilor libere (vezi fig. 692). Ne asigur m c materialul prelevat pentru plastie ajunge la cap tul ureterului, f r s necesite trac iuni sau torsiuni care s -i împiedice vasculariza ia. Se tubuleaz acest lambou în jurul unei sonde ureterale groase din material plastic i se procedeaz la sutur . Primul punct este efectuat la unghiul inferior, la unirea vezicii cu baza lamboului (fig. 693). Sutura marginilor laterale continu cu puncte separate de catgut 000, cu ace curbe atraumatice, de la baz c tre extremitatea liber a lamboului. Punctele vor fi executate minu ios, luînd mult din musculoas i foarte pu in din mucoas . Tubul

astfel constituit, se procedează la anastomoză termino-terminală. Sntre acesta și ureterul secționat, în puncte separate, cu același material de sutură care a servit la confecționarea tubului, nodurile fiind făcute la exterior. Sonda ureterală pe care s-a modelat tubul vezical jonează întrucâtva executarea punctelor posterioare ale anastomozei. De aceea, ea se retrage pînă cînd extremitatea sondei ajunge la nivelul extremității libere a lamboului tubulat și se execută mai întîi punctele posterioare ale anastomozei (cca 3—4) (fig. 694). În acest moment sonda ureterală este împinsă deasupra joncțiunii tubuloureterale, pînă la bazinet; se completează punctele de anastomoză laterale și anterioare (în total anastomoză necesită 7 sau 8 puncte). Prin breșa vezicală, capătul vezical al sondei ureterale se trece în ochiul sondei uretrale, în timp ce un ajutor menține sonda prin intermediul unei pense la baza tubului, pentru ca aceasta să nu iasă din bazinet (fig. 695). Cînd sonda ureterală apare la exterior prin lumenul sondei uretrale, un ajutor trage ușor de aceasta din urmă pînă cînd iese din vezică și apoi introduce o sondă Pezzer. Se procedează la închiderea vezicii; drenaj cu tub subperitoneal. Evoluția postoperatorie este simplă; sonda

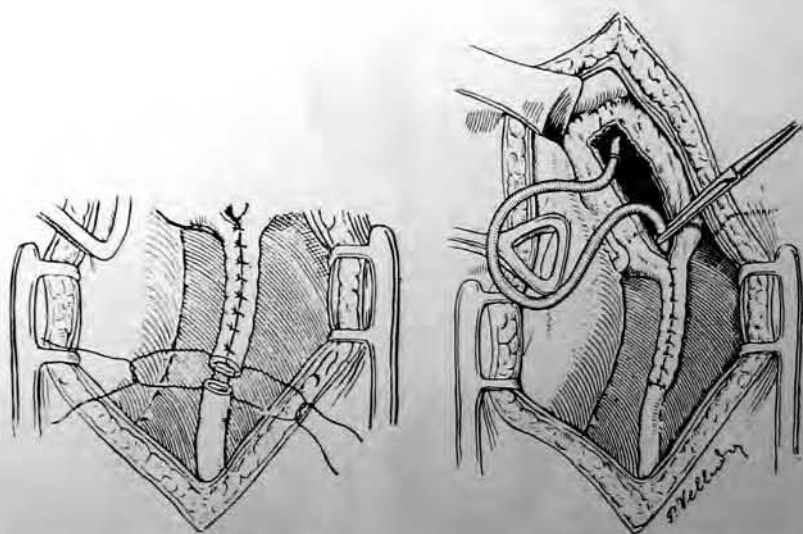


Fig. 694. — Tehnica reconstrucției ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat. Executarea punctelor de sutură posterioare ale anastomozei. De remarcat că sonda ureterală a fost retrasă temporar din dreptul anastomozei.

Fig. 695. — Tehnica reconstrucției ureterului pelvian prin lambou vezical tubulat. Anastomoză uretero-vezicală terminată. Sonda ureterală, împinsă pînă în bazinet, este menținută cu o pensă, pentru a nu fi smulșă cînd este trasă prin uretră de sonda vezicală.

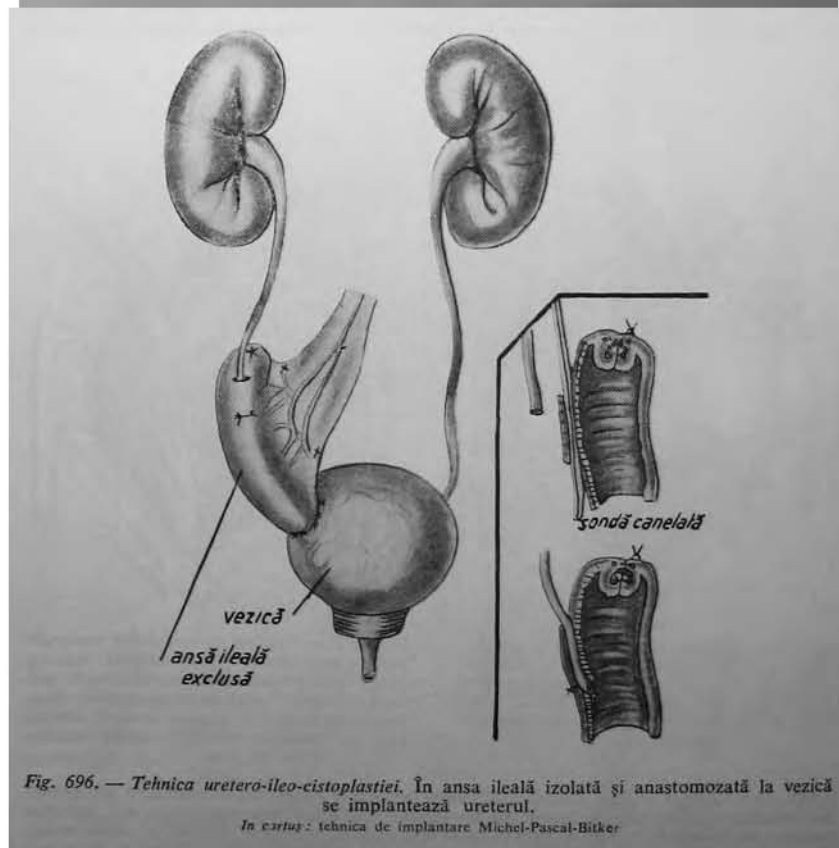


Fig. 696. — Tehnica uretero-ileo-cistoplastiei. În ansa ileală izolată și anastomozată la vezică se implantează ureterul.

În cursul: tehnica de implantare Michel-Pascal-Bitker

vezicală și ureterală sînt suprimate la 15—18 zile. Îmbibarea pansamentului cu urină din breșa vezicală sau de la nivelul anastomozei, a patra sau a cincea zi de la intervenție, nu reprezintă o complicație, întrucît fistula se închide spontan, fiind în acest caz necesar menținerea sondelor. Postoperator, micțiunile sînt normale; uneori sînt semnalate dureri moderate în fosa iliacă dreaptă și lombară respectivă, care pot fi interpretate prin refluxul micțional veziculo-tubulo-ureteral și care trec de obicei în câteva săptămîni. Urografia practicată după suprimarea sondelor nu dă indicații asupra rinichiului și cîștilor excretorie. Deseori se

constat o hipotonie marcată a cilor excretorii, însă în toate cazurile unde nu a existat o leziune importantă a rinichiului înainte de intervenție, această hipotonie cedează după câteva luni.

În cazurile operate, Th. Burghele a obținut rezultate bune.

Tehnica reconstrucției ureterului pelvian prin plastie cu ansă ileală exclusivă (uretero-ileo-cistoplastia). Este indicat în necroze întinse sau în compromiterea ureterului pelvian (periureterită intensă) pe o lungime mai mare de 10 cm. Până nu demult, în asemenea situații se recurgea fie la ligatura ureterului respectiv, fie la implantarea în colon, fie, cel mai adesea, la nefrectomie. Plastia ureterului cu ansă ileală poate evita soluțiile de mai sus, atât de nefiziologice.

După inventarierea leziunilor ureterului respectiv și aprecierea utilității ileoplastiei, se izolează o ansă ileală (recoltată la distanță de valvula ileocecală), lungă de aproximativ 15—20 cm; ansa ileală este izolată în așa fel ca mezenterul ei să fie cât mai lung posibil, fără a fi tulburată vascularizația ansei. Capătul proximal al ansei se închide în bursă, iar capătul distal se anastomozează cu fața posterioară a vezicii, cât mai aproape de locul de vârsare a ureterului. Anastomoza ileo-vezicală se face în două straturi, cu catgut cromat 000, gura având 20-25 mm.

Ureterul, tăiat oblic (en biseau) în esut sănătos, este implantat în extremitatea proximală a ansei ileale izolate. Implantarea se poate face după mai multe maniere: Coffey, Cordonnier-Nesbit sau mai bine după modificarea lui Michel Pascal-Bitker (fig. 696).

Se procedează astfel: se face prima incizie transversală pe peretele anterior al ansei ileale excluse, la o distanță de 25 mm, sub capătul înfundat în bursă și apoi mai jos cu 20 mm se face a doua incizie transversală, paralelă cu prima incizie. Prima incizie interesează doar sero-muscoasă, mucoasa trebuind să rămână intactă.

Cu un decolator sau cu o pensă cu vârful bont se decolează sero-muscoasă sub forma unei punți-tunel între cele două incizii. Ureterul preparat este tras în acest tunel și mucoasa intestinală este în contact cu vârful bisturiului la nivelul celei de a 2-a incizii. Aici se face practic o anastomoză muco-mucoasă direct (mucoasa ileală cu mucoasa ureterală) în două straturi cu acei fir pentru sutură vasculară. Buzele inciziei inferioare ileale sunt apropiate cu două fire de catgut cromat, acoperind astfel anastomoza uretero-enterală. Nu se mai pun alte fire de ancorare pe adventicia ureterului sau pe intestin. Mezenterul ansei se suturează la peretele posterior al pelvisului pentru a se evita ocluziile prin încarcerare.

În stînga, ansa ileală se trece obligatoriu transmezozigmoidiană, după terminarea operației, se fixează capătul proximal al ansei la masa musculară sacro-lombară, pentru a evita o mobilitate anormală cu tracțiuni și diskinezii pe bontul ureteral implantat.

Drenarea urinelor vezicale este asigurată prin sonda Pezzer instalată pe loc 10—15 zile. Pe două cazuri operate am obținut rezultate bune. Totuși, bolnavele pot fi expuse postoperator la apariția sindromului de hipercloremie-acidoză (vezi capitoul «Implantarea ureterelor în colon» — pag. 878), datorită absorbției constituenților urinei prin mucoasa intestinală, sau la stenoza ureterului.

REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL RADICAL ÎN STADIILE OPERABILE (I—II) ALE CANCERULUI COLULUI UTERIN

Despre rezultatele tratamentului chirurgical radical în stadiile operabile, am prezentat statistici ample în capitolele: «Rezultatele tratamentului chirurgical» — pag. 647; «Rezultatele tratamentului asociat radio-chirurgical» — pag. 652. De aceea nu mai insistăm asupra lor.

3. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI DE COL UTERIN ÎN STADII AVANSATE (STADIILE III și IV)

În mod clasic sînt socotite «operabile», operabilitatea avînd un caracter de radicalitate, neoplasmul de col uterin din stadiul I și II. Stadiile III și IV sînt etichetate în mod obișnuit ca «inoperabile», fiind repartizate exclusiv radioterapiei. Chirurgul intervine în aceste cazuri pentru tratamente paliative cum ar fi: oprirea unei hemoragii, implantarea ureterelor în sigmoid în caz de compresie ureterală, deschiderea unei colecții purulente din Douglas etc. Sînt însă unii chirurghi care socotesc că și în aceste stadii înainte se poate practica în anumite condiții o chirurgie cu intenție de radicalitate.

De aceea, vom prezenta două aspecte ale tratamentului chirurgical în aceste faze evolutive terminale ale cancerului de col uterin:

- actul operator întreprins ca tratament cu caracter paliativ, permițînd astfel menținerea unei stări generale acceptabile, bolnava putînd suporta continuarea tratamentului radiologic;
- actul operator întreprins ca tratament cu caracter de radicalitate.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL PALIATIV ÎN CANCERUL DE COL UTERIN INOPERABIL

În stadiile III și IV, chirurgul este solicitat să intervină în următoarele situații, cu scop paliativ:

a) TRATAMENTUL HEMORAGIILOR MARI

În cazul hemoragiilor mari, care nu pot fi stăpînite prin tratamente medicale sau de mică chirurgie (hemostatice, tamponament strîns vaginal cu mîșcă îmbibată în apă oxigenată), se recomandă ligaturi arteriale intrapelviene.

Actul operator, în caz de hemoragii masive ce au anemiât profund bolnava, se va face sub protecția transfuziei sanguine. Clasic, în asemenea situații se recomandă ligatura arterelor hipogastrice urmată de chiuretarea tumorii exuberante a colului și termocauterizare.

Practica arată că simpla ligatură hipogastricelor este insuficientă, hemoragia revenind în zilele următoare (cu o intensitate mai redusă). Explicația continuării hemoragiei trebuie găsită în faptul că arterele din ligamentele lombo-ovariene, rotunde și utero-sacrate rămînd intacte, vascularizația uterului în urma ligaturii hipogastricelor se reface rapid prin colateralele respective.

Pentru acest motiv, în Institutul oncologic se practică sistemul cvadruplelor ligaturi (Thoma Ionescu), ischemia uterului și anexelor obținându-se prin legarea și secționarea celor patru pediculi vasculari ai uterului: arterele uterine prin legarea arterelor hipogastrice, ligamentele lombo-ovariene, ligamentele rotunde și ligamentele utero-sacrate (acestea din urmă nu se pot lega în cazurile în care neoplasmul este prea avansat, ele fiind înglobate adesea în procesul neoplazic). Arterele respective pot fi secționate, lucrările lui Leriche ar fiind inconvenientele ligaturilor simple, care dau tulburări simpatice și, ce este mai grav, permit repermeabilizarea vasului.

Nu există pericol de necroză intrapelviană, deoarece prin arterele vaginale uterul primește o mică cantitate de sânge care-și împiedică alterarea.

Singura contraindicație a cvadruplei ligaturi o constituie cazurile cu focare septice importante intrapelviene (piometrie, colecții în Douglas etc.).

Pe un număr de 30 de cazuri operate în Institutul Oncologic s-a putut constata că procesul neoplazic nu este frânat în evoluția sa, iar ischemia pelvisului este limitată în timp, deoarece treptat se produce revascularizarea organelor genitale interne prin vase colaterale (hemoragia putând rareori reapărea).

Pentru a se întârziă cât mai mult ischemia relativă a pelvisului, unii autori (I. Iancu) recomandă cu ligatura arterei hipogastrice să se aplice imediat dedesubtul originii arterei fesiere și nu imediat sub locul de emergență a hipogastrice din artera iliac primitivă. Artera fesieră este ușor de reperat, fiind prima ramură a hipogastrice.

Prezentăm tehnica ligaturii arterelor hipogastrice, la care se va adăuga și ligatura ligamentelor lombo-ovariene, rotunde și utero-sacrate.

Tehnica ligaturii arterelor hipogastrice (după Proust și Maurer)

1. *Laparotomie mediană subombilicală*, cu expunerea largă a promontoriului și strămtorii superioare.

2. *Controlul leziunilor* (extensia canceroasă).

3. *Reperarea bilaterală a ureterelor* (porțiunea pelviană) prin transparența seroasei peritoneale. Reperarea palpatoare a arterelor iliace primitive și externe. Reamintim că în partea dreaptă ureterul încrucișează artera iliacă externă aproape de originea ei, iar în stânga, iliaca primitivă în preajma bifurcăției.

Tehnica diferă în partea dreaptă a pelvisului față de partea stângă. Ligatura trebuie să fie aplicată pe primii doi centimetri ai arterei (Proust și Maurer).

Tehnica ligaturii arterei hipogastrice drepte.

4. *Secționarea vaselor utero-ovariene* după punerea în tensiune a ligamentului infundibulo-pelvian și pensarea lui între două pense (atenție să nu fie lezat ureterul care trece în apropiere).

5. *Evidențierea ureterului și a unghiului de bifurcăție a arterei iliace primitive.* Se prelungește incizia peritoneului în sus, pe traiectul arterei iliace primitive. Ureterul se află aderent de peritoneul buzei interne a inciziei. După îndepărtarea lui se disociază esutul conjunctiv periarterial și imediat mai în profunzime apare unghiul de bifurcăție al arterei iliace primitive.

6. *Izolarea arterei hipogastrice.* După reperarea palpatoare și vizuală a trunchiului arterei hipogastrice (în jos și intern) și arterei iliace externe (situată mai sus și în afară), se disecă cu sonda canelată unghiul arterial și se izolează ușor cu atenție artera hipogastrică pe primii doi centimetri.

7. *Ligatura* se face la acest nivel cu fir gros de mătase (pentru a nu tăia artera), trecut cu acul Deschamps.

Pentru a nu leza vena hipogastrică, care este situată imediat sub arteră (pe care o depășește intern), se recomandă să se incizeze teaca arterială și să se diseca din teacă sa vasul cu decolatorul Kocher, prin tunelul creat subarterial trecându-se firul (fig. 697).

Decolarea forată cu acul Deschamps a arterei de venă poate determina ruperea venei sub planul arterial, hemoragia fiind greu de oprit în asemenea condiții.

Tehnica ligaturii arterei hipogastrice stângi.

1. *Secționarea vaselor utero-ovariene.*

2. *Decolarea colonului pelvian.* După incizarea peritoneului parietal la nivelul joncțiunii colonului stâng cu sigmoidul, se împinge în sus unghiul colic (fig. 698), în plagă apare artera iliacă primitivă.

3. *Evidențierea ureterului și a unghiului de bifurcăție a arterei iliace primitive.* De remarcat că ureterul stâng încrucișează artera iliacă primitivă la o distanță de 15 mm de unghiul bifurcăției.

Izolarea arterei hipogastrice și ligatura se practică ca în partea dreaptă.

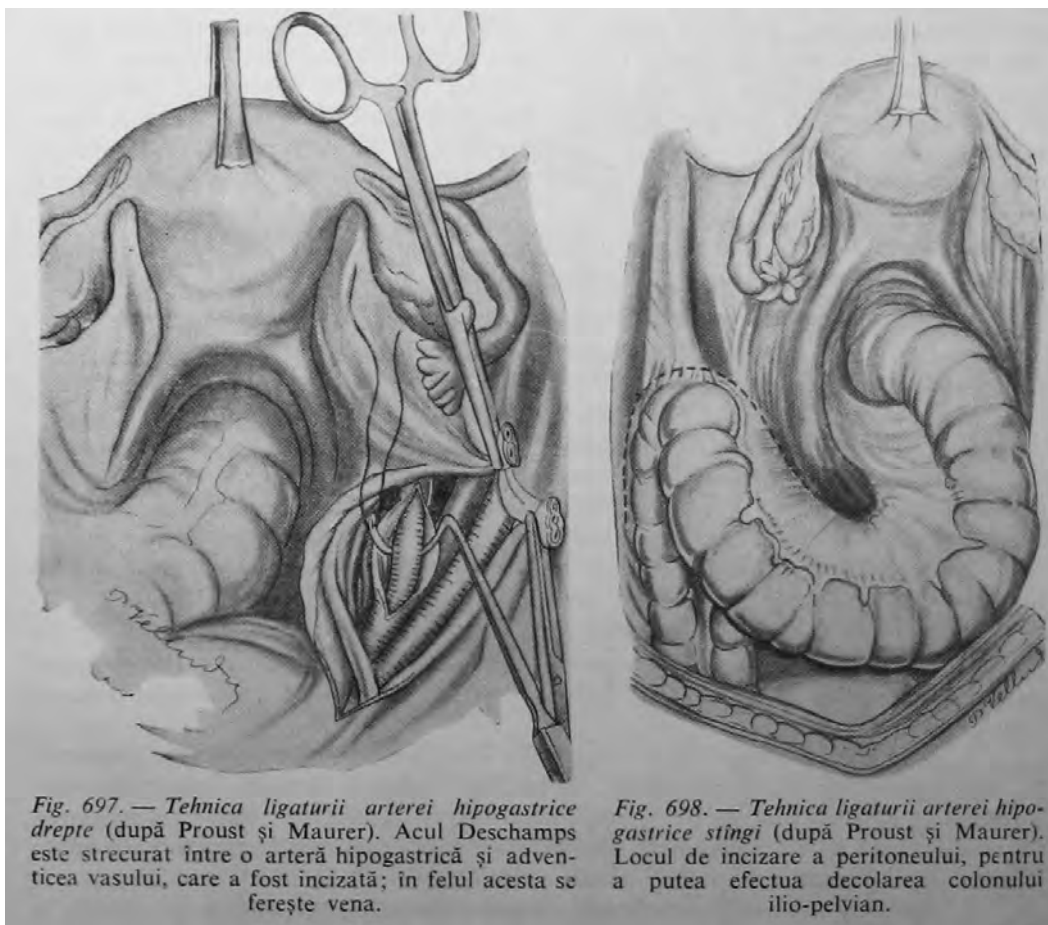


Fig. 697. — Tehnica ligaturii arterei hipogastrice drepte (după Proust și Maurer). Acul Deschamps este strecurat între o arteră hipogastrică și adventicia vasului, care a fost incizată; în felul acesta se ferește vena.

Fig. 698. — Tehnica ligaturii arterei hipogastrice stîngi (după Proust și Maurer). Locul de incizare a peritoneului, pentru a putea efectua decolarea colonului ilio-pelvic.

b) TRATAMENTUL PALIATIV AL STENOZEI SAU DILATAȚIEI URETERALE CONSTITUITE

Mecanismul de producere al stenozei sau dilatației ureterale trebuie cunoscut și tratat fie în compresia exercitată de esutul neoplazic activ care invadează parametrele, fie în compresia exercitată de esutul de scleroză aprins în parametrele neoplazice iradiate și sterilizate din punct de vedere al neoplaziei.

Asemenea bolnave pot face toată gama de complicații datorită compresiei ureterale: dilatația ureterală, hidronefroză, infecție urinară prin staza urinelor, uremie, complicațiile culminând prin anurie.

Compresia unui singur ureter nu este periculoasă, atît timp cît rinichiul opus poate asigura funcția de excreție și cît timp nu apare pionișia rinichiului exclus. Situațiile grele le întâlnim în caz de compresie ureterală bilaterală.

Intervenția cea mai inofensivă este nefrostomia. Redm și Goldstein indică aceste operații în caz de compresie bilaterală ureterală:

- derivarea urinelor prin nefrostomie se impune nu numai în cazurile de blocare completă a ureterelor, dar și în cazurile de blocare incompletă cu menținerea unui debit urinar acceptabil (care uneori întrece chiar 1500 ml), dar cu uremie ridicată și urini hipostenurice;

- nefrostomia unilaterală se dovedește suficientă pentru restabilirea stării generale a bolnavei. Rinichiul opus își va înceta funcția și se manifestă clinic (dacă nu apare o pionișia), iar rinichiul nefrostomizat va prelua funcția amândurora;

- este foarte important ca nefrostomia să se facă pe rinichiul cu funcția cea mai bună. Pentru identificarea acestuia se recurge la următoarea metodă: se cateterizează ambele uretere dilatate cu sonde sub iradiere (dacă stenoza ureterală permite această explorare). Se lasă apoi să se scurgă urina prin ele timp de un sfert de oră. Apoi se măsoră urina în mod separat încă un sfert de oră. Rinichiul cel mai bun corespunde sondei care are cel mai mare debit în acest interval de timp. Cînd un singur ureter este cateterizabil (cu toate că nu elimină colorant la cromocistoscopie) și urina trece pe sondă, în timp ce celălalt este complet stenozat și nu permite trecerea sondei, nefrostomia va fi practicată pe rinichiul corespunzător ureterului cateterizat. Cînd nici un ureter nu poate fi cateterizat, se va interveni pe rinichiul cel mai dureros sau care a fost cel din urmă dureros. În cazuri rare, fără nici un semn clinic (lipsa durerii, rinichi nepalpabil) se intervine la dreapta, unde rinichiul este mai jos situat.

Experiența pînă în Institutul oncologic București arată că această operație este forma de intervenție cea mai ușoară de executat, cea mai puțin durabilă pentru bolnav și cea mai bine suportată în timp. Este indicat mai des la bolnavele cu stare generală alterată, cu dilatații ureterale mari sau cu infecție urinară. Prin nefrostomia unilaterală (excepțional bilateral) s-au obținut supraviețuiri de peste un an, în condiții acceptabile.

Alți autori au propus să se facă reimplantarea ureterului în vezică după ce se secționează ureterul imediat deasupra obstacolului (uretero-cistoneostomie). Această operație nu se va aplica în caz de stenoză ureterală canceroasă, ci numai în compresia cicatricială juxta-vezicală (postfistul ureteral), ureterul nefiind prea dilatat.

Implantarea ureterelor dilatate în rect este contraindicată (în condițiile precizate mai sus), deoarece există toate condițiile pentru a apărea pionișia ascendentă.

Unii autori admit implantarea ureterelor în colon numai după ce acestea și-au revenit la calibrul normal, sub protecția unei nefrostomii.

Prezentăm tehnica nefrostomiei utilizată în condițiile specificate mai sus:

Tehnica nefrostomiei

Anestezia diferă după starea generală a bolnavilor (anestezie locală la aceia cu starea generală alterată, rahianestezie sau narcotizant cu eter în cazurile în care nu există o contraindicație).

Poziția bolnavului: în decubit lateral (culcat pe partea opusă rinichiului hidronefrotic care va fi operat). Membrul inferior de partea sănătoasă flectat; sul (sau pernă de nisip) înalt sub flancul sănătos (fig. 699).

1. *Incizia începe de la nivelul unghiului costo-muscular* (format de marginea inferioară a coastei a XII-a și marginea externă a masei musculare sacro-lombare), se îndreaptă oblic în jos și anterior spre spina iliac anterioară-superioară. Se incizează pe rând: tegumentele, stratul muscular (marele dorsal, marele oblic și micul oblic), aponevroza transversului și ligamentul lui Henle, pătrunzând spre loja renală (atenție să nu se deschidă în sus pleura iar anterior și în jos peritoneul).

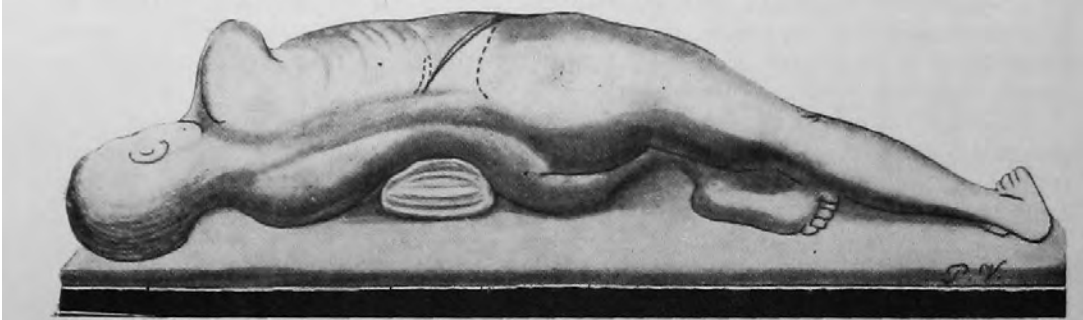


Fig. 699. — Tehnica nefrostomiei. Poziția bolnavei și incizia.

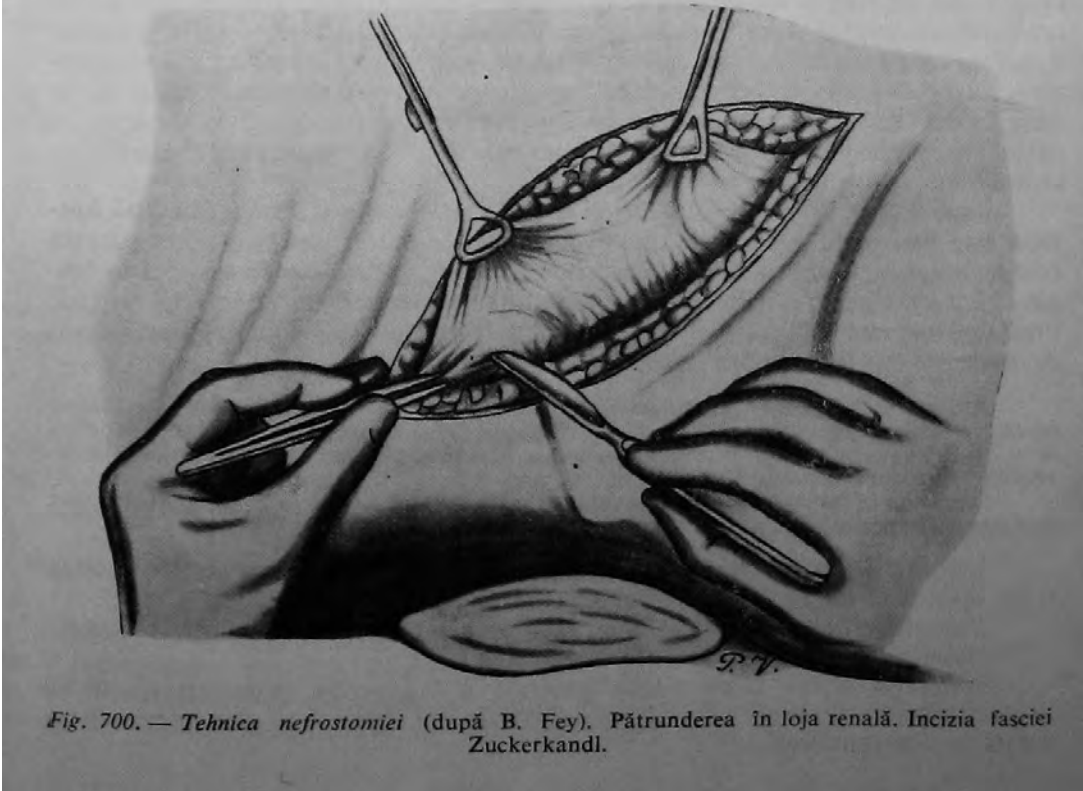


Fig. 700. — Tehnica nefrostomiei (după B. Fey). Pătrunderea în loja renală. Incizia fasciei Zuckerkandl.

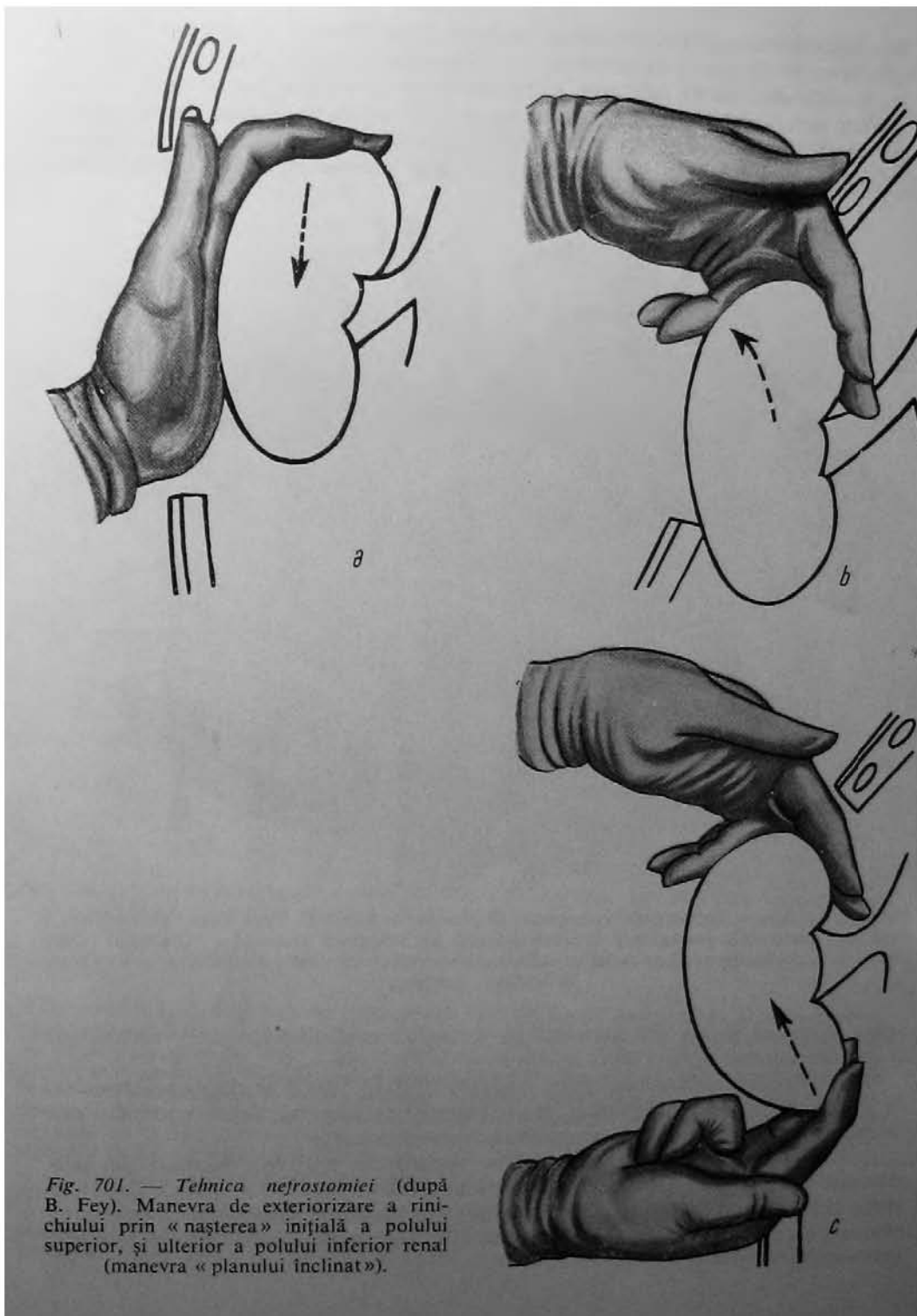


Fig. 701. — Tehnica nefrostomiei (după B. Fey). Manevra de exteriorizare a rinichiului prin «nașterea» inițială a polului superior, și ulterior a polului inferior renal (manevra «planului inclinat»).

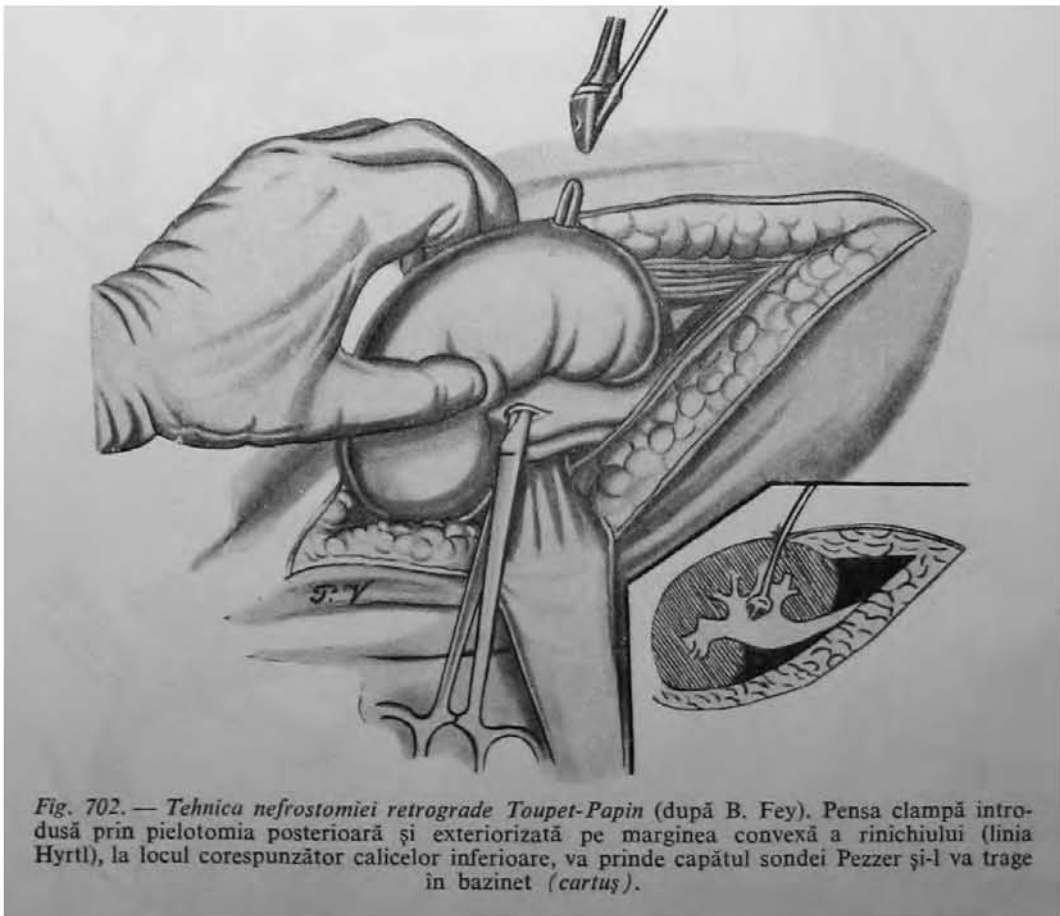


Fig. 702. — Tehnica nefrostomiei retrograde Toupet-Papin (după B. Fey). Pensa clampă introdusă prin pielotomia posterioară și exteriorizată pe marginea convexă a rinichiului (linia Hyrtl), la locul corespunzător calicelor inferioare, va prinde capătul sondei Pezzer și-l va trage în bazinet (cartuș).

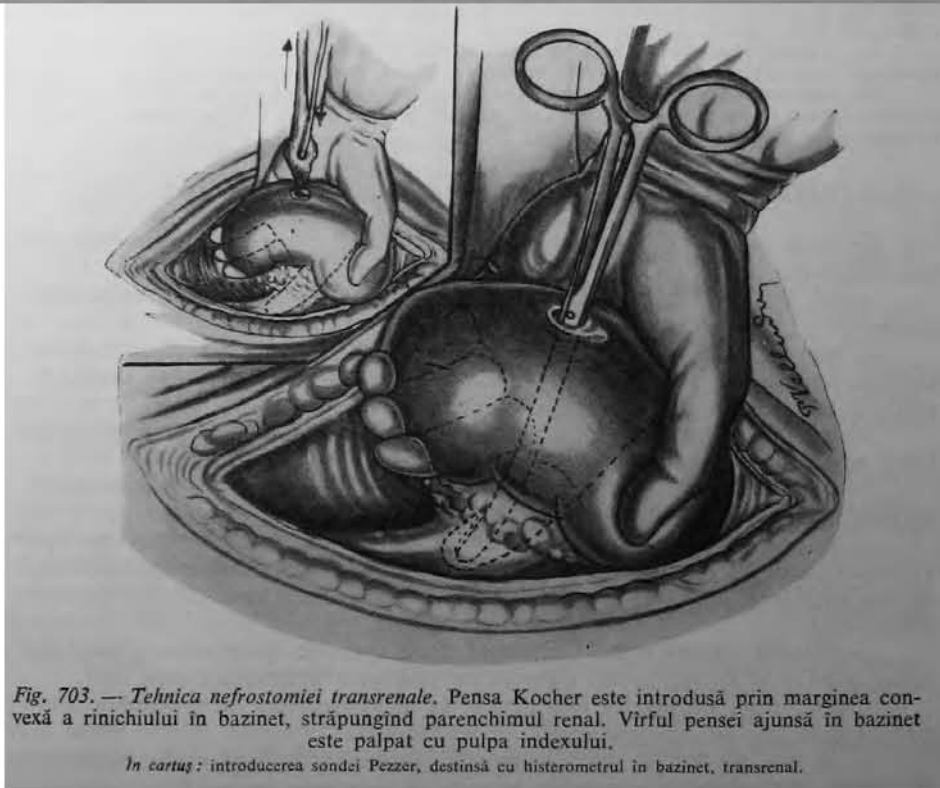


Fig. 703. — Tehnica nefrostomiei transrenale. Pensa Kocher este introdusă prin marginea convexă a rinichiului în bazinet, străpungând parenchimul renal. Virful pensei ajunsă în bazinet este palpat cu pulpa indexului.

In cartuș: introducerea sondei Pezzer, destinsă cu histerometrul în bazinet, transrenal.

2. *P trunderea în loja renal* . Pentru a nu inciza peritoneul (care se afl în partea anterioară a inciziei), deschiderea lojii renale se va face înspre unghiul superior al inciziei, cât mai posterior (spre coloana vertebral), după ce gr simea pararenal învelit în fasciile lojii renale a fost împins anterior. În felul acesta apare în plag fascia Zuckerkandl (foi a posterioară a lojii renale), forma iune ce trebuie incizată (fig. 700).

3. *Degajarea rinichiului*. Prin manevre digitale blânde se degajează rinichiul de gr simea pararenal , liberând pe rând marginea convexă , fele i cei doi poli (aten ie la pediculul renal și eventualele vase aberante).

4. *Exteriorizarea rinichiului*. Se va recurge la manevra Marion de exteriorizare a rinichiului, care pare a fi cea mai comodă (fig. 701 a, b și c). Exteriorizarea se face mult mai ușor dacă rinichiul are pediculul lung și nu a existat un proces de perinefrit sclero-lipomatoasă. De asemenea, rinichiul drept este mai ușor exteriorizabil.

5. *Nefrostomia*. Modul cum se practică nefrostomia diferă după gradul de exteriorizare și de dilatare a bazinetului.

Chirurgul va recurge la una din tehnicile de mai jos:

Nefrostomia retrograd (Tehnică Toupet-Papin). Rinichiul fiind exteriorizat, se pune în evidență fața posterioară a bazinetului, pe care se practică o incizie (pielotomie posterioară). Se introduce o pensă clamp curbă în bazinet și prin calicele inferior dilatate se străpunge cu vârful pensei (penșa fiind închisă) parenchimul renal menținut între policele și indexul mâinii stângi, exteriorizându-se vârful pensei pe marginea convexă a rinichiului (puțin mai posterior de această margine pe linia avasculară Hyrtl, la unirea celor două treimi superioare cu treimea inferioară) (fig. 702). Prin deschiderea și închiderea pensei, se apucă capătul unei sonde Pezzer, care este introdusă în bazinet odată cu retragerea pensei prin plaga de pielotomie posterioară. Se probează cu soluție cloruro-sodică izotonică injectată prin sondă, dacă sonda este introdusă în bazinet (dealtfel capătul ei este simțit prin palparea bazinetului). Se lasă rinichiul să cadă în loja sa, fără a mai sutura pielotomia. Drenajul lojii renale cu un tub de cauciuc.

Sutura planurilor lombotomiei. Sonda Pezzer, fixată la piele, se racordează cu o sticlă urinară.

Nefrostomia transrenal (procedeu Marion). Este indicată în dilatații mai mari ale bazinetului sau când rinichiul nu poate fi exteriorizat în așa grad ca să se poată pune în evidență fața posterioară a bazinetului. Se prinde rinichiul în mână, indexul palpând bazinetul.

Cu o pensă Kocher dreaptă și lungă se perforază marginea convexă a rinichiului pe linia avasculară Hyrtl, la unirea celor două treimi superioare cu treimea inferioară. Penșa este împinsă pe o linie ce unește punctul de perforație a marginii convexe și bazinetul (vârful pensei se simte cu indexul) (fig. 703). Scurgerea urinei în plagă indică printrunerea pensei în bazinet.

Prin deschiderea mică ale pensei se creează un traiect prin care apoi se introduce sonda Pezzer nr. 25 — 30, destinată cu un histerometru, puțin în bazinet (fig. 703 cartuș). Semnul printrunerii în bazinet este scurgerea urinei prin sondă.

Sutura planurilor lombotomiei. Sonda Pezzer se fixează la piele solid.

Îngrijiri postoperatorii. Se va supraveghea permeabilitatea sondei (se poate înfunda cu cheaguri, mucus sau cu săruri) prin speriuri cu cantități mici de soluție cloruro-sodică izotonică (20 ml).

Se va supraveghea ca sonda să nu iasă din bazinet prin parenchimul renal înainte de a constitui un traiect scleros (1—2 luni; menținerea fixării sondei prin pansament).

La unele cazuri, în primele zile postoperator urina se scurge în mod capricios pe sondă (opriri totale sau scurgeri în cantități mici, sau scurgeri pe lângă sondă). Ulterior drenajul urinei se difinitivează numai prin sondă.

c) TRATAMENTUL PALIATIV AL FISTULELOR URINARE NEOPLAZICE

În ceea ce privește tratamentul fistulelor vezico-vaginale, recto-vaginale sau vezico-recto-vaginale, trebuie să facem diferențieri asupra originii lor:

— cel mai des fistulele neoplazice sînt rezultatul progresivității cancerului uterin;

— mai rar, fistulele apar ca sechele ale tratamentului chirurgical sau radium-terapiei, de cele mai multe ori greșit aplicate. În aceste cazuri, procesul neoplazic poate fi sau nu stins prin terapeutică intensivă aplicată.

Atitudinea chirurgului în asemenea cazuri va fi condusă de stingerea completă sau nu a procesului neoplazic și starea generală a bolnavului.

În cazuri în care starea generală a bolnavului este bună și procesul neoplazic complet stins, se va recurge la operații cu caracter radical și anume:

— în caz de fistulă vezico-vaginală se va încerca sutura fistulei sau epi-ploonplastia. Dacă nici aceste procedee nu dau rezultate după intervenții repetate, se vor implanta ureterele în colon, pericolul mare rămînînd infecția urinară ascendentă;

— fistulele recto-vaginale, apărute după procese neoplazice stinse, sînt soluționate prin coborîrile de sigmoid cu străstarea sfincterului anal.

Dacă fistula neoplazică este activă, în imposibilitatea de a practica hemipelvectomia sau pelvectomia totală, se va recurge:

— în caz de fistulă vezico-vaginală neoplazică la implantarea ureterelor în colon, dacă situația ureterelor permite o asemenea manevră;

— în caz de fistulă recto-vaginală, neoplasmul fiind încă activ, soluția cea mai comodă este anusul iliac stîng.

Prezentăm tehnica implantării ureterelor în colon.

Tehnică implantării ureterelor în colon (ureterostomie colică)

Pregătire preoperatorie. Stabilirea gradului ureterohidronefrozei prin cromocistoscopie, urografie sau pielografie ascendentă.

Pregătirea preoperatorie a colonului este obligatorie și are ca scop reducerea microbismului colic. Timp de 4 zile, preoperator, se vor administra zilnic purgative (oleu de ricin 2 linguri), ftalilsulfatazol (4 tablete) iar în ziua operației se va administra, per os, neomicin 2 grame (cîte 250 mg la fiecare oră începînd de la ora 14), eritomicin 2 g (la fel ca și neomicin) și clism înalt seara. Pentru a combate germeii anaerobi, se va administra tot în ziua operației metronidazol 0,750 g în prize a 0,250 g în dimineața operației, clism înalt.

Regimul alimentar preoperator va fi sărac în reziduuri. Se va prescrie vitamina K, deoarece dezinfectarea colonului împiedică sintetizarea ei.

Aprecierea valorii funcționale a parenchimului renal și a stării ureterelor (examen de urină, urografie etc.).

Restabilirea constantelor biologice (proteinemia etc.).

Tehnică ureterostomiei colice tip Coffey I

1. *Laparotomie mediană subombilicală*, masa înclinată în Trendelenburg. Izolarea abdomenului de pelvis prin câmpuri.

2. *Bilan ul intraoperator al extinderii canceroase i starea ureterelor.* Opera ia este contraindicat în caz de uretere dilatate.

3. *Izolarea i sec ionarea ureterelor.* Sigmoidul este tras u or de ajutor în partea opus ureterului reperat prin transparen a peritoneului posterior.

în caz de dilata ie ureteral , mi c rile peristaltice caracteristice nu se mai observ .

Se incizeaz peritoneul posterior la nivelul strîmtorii superioare pe o distan de 8 cm spre pelvis, traiectul inciziei fiind în axul rectului, pu in în afara inser iei posteriore a mezosigmoidului (fig. 704-A). Ureterul se afl imediat sub buza inciziei peritoneale, lipit de seroas .

Dup izolare, se trece cu fir de catgut «în ans » sub ureter, ce va servi ca tractor i se începe decolarea ureterului de sus în jos, pîn la nivelul unde p trunde în masa tumoral parametrial . Pentru ca anastomoza uretero-colic s fie executat f r tensiune, este nevoie de o por iune cît mai lung de ureter pelvian izolat. Se va p stra ureterul izolat, teaca sa conjunctiv vascular , pentru i a asigura vitalitatea i o peristaltic bun por iunii care urmeaz a fi implantat ! în colon.

Dup ce ambele uretere au fost izolate, urmeaz sec ionarea lor în apro-1 pierea obstacolului, pelvisul fiind protejat cu cîmpuri contra eventualei infect ri l prin urina scurs (aspira ia urinii din pelvis cu aspiratorul electric). Capetele ureterale ce vor fi implantate, sînt resec ionate oblic, pentru a evita eventuala stenozare cicatricial .

Capetele dinspre vezic sînt ligaturate cu fir de in (vezi fig. 704-A).

4. *Incizarea peretelui recto-sigmoidian.* Cele dou incizii ale peretelui colic se vor face cam în dreptul jonc iunii recto-sigmoidiene (cea dreapt ceva mai sus decît cea stîng). Sediul inciziilor trebuie ales cu mare grij , în func ie de lungimea ureterelor mobilizate i de nivelul de infiltrare a procesului tumoral. Pozi ia teniilor colice nu are nici un rol.

Inciziile lungi de 6 cm vor fi u or oblice dinafar în untru, încruci înd fa a lateral a rectului (vezi fig. 704-A) i oprindu-se aproape de linia median . Se incizeaz strict stratul sero-musculos. Acest timp se execut cu o deosebit aten ie, deoarece trebuie evitat perforarea mucoasei. Pentru u urin , se trec dou fire neperforante de catgut sub ire prin stratul sero-muscular colic,.

în imediata apropiere a col urilor inciziilor, ce vor servi la punerea în tensiune a peretelui colic (fire tractoare) în timpul inciziei (vezi fig. 704-A). Odat mucoasa eviden iat pe tot traiectul inciziei, se poate face o minim decolare lateral a buzelor sero-musculoase ale inciziei.

5. *Implantarea ureterelor în colon.* Se trece prin fiecare vîrf al capetelor ureterale cîte un fir lung de catgut sub ire (vezi fig. 704-A) 63.

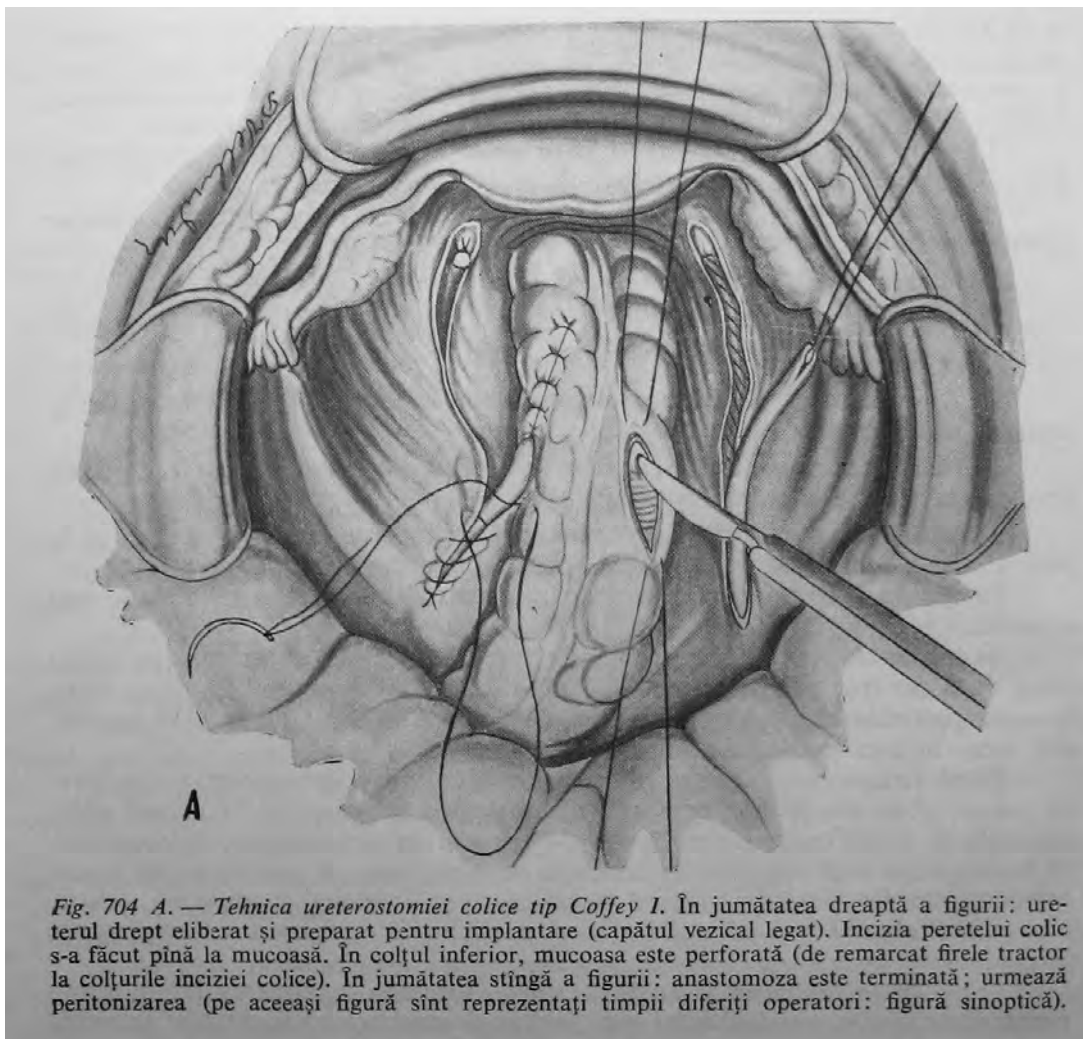
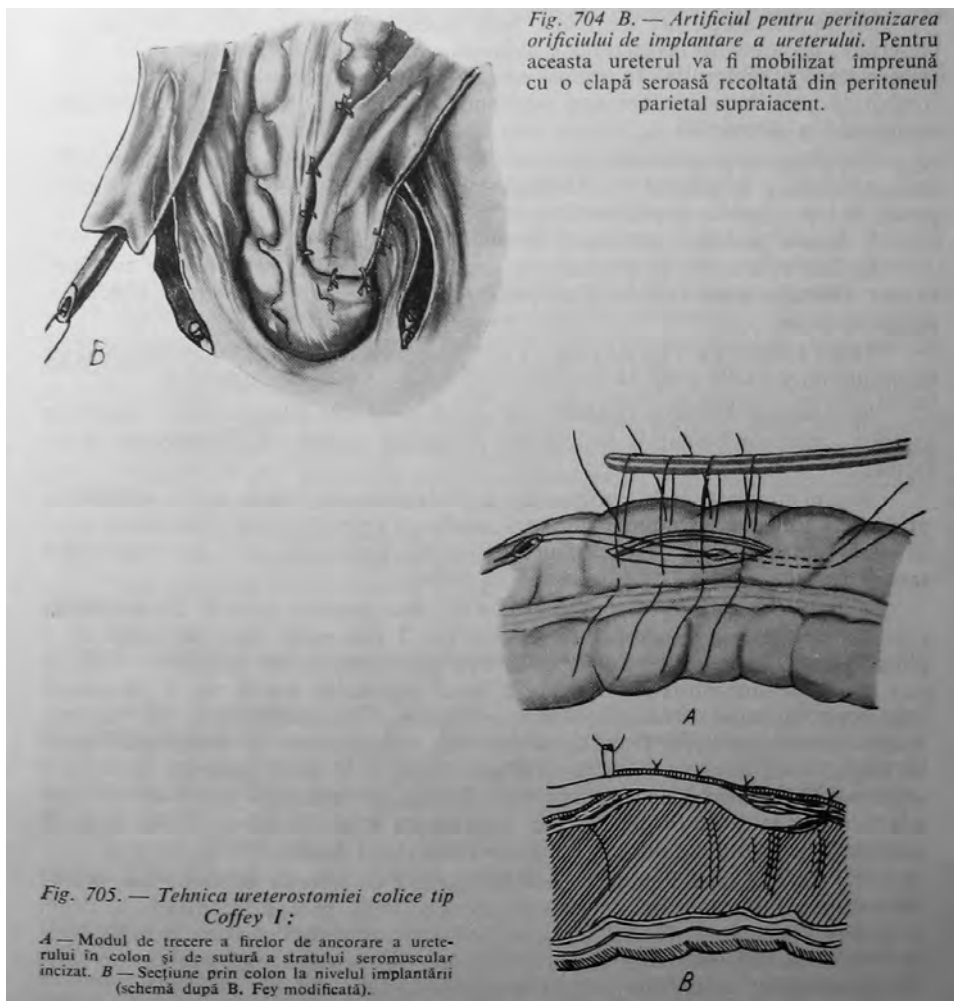


Fig. 704 A. — Tehnica ureterostomiei colice tip Coffey I. În jumătatea dreaptă a figurii: ureterul drept eliberat și preparat pentru implantare (capătul vezical legat). Incizia peretelui colic s-a făcut pînă la mucoasă. În colțul inferior, mucoasa este perforată (de remarcat firele tractor la colțurile inciziei colice). În jumătatea stîngă a figurii: anastomoza este terminată; urmează peritonizarea (pe aceeași figură sînt reprezentați timpii diferiți operatori: figură sinoptică).

63 în fig. 704 B este prezentat un aritificiu tehnic pentru peritonizarea locului de implantare a ureterului în colon. Recomand m practicarea acestei tehnici.



Se pune în contact mucoasa cu vârful bisturiului în unghiul inferior al inciziei parietale colice.

Cu un ac curb se trec pe rând prin lumenul rectal cele două capete ale firului ce ancorează extremitatea ureterului secționat: firele intră în lumenul colic prin plaga punctiformă a mucoasei și sînt exteriorizate la aproximativ 2 cm de colul inferior al inciziei, acul trecînd la ieșire prin toate straturile colonului (distanța dintre locurile de ieșire ale firelor fiind de aproximativ 3 mm) (fig. 705-A). Prin înnodarea capetelor acestui fir, ureterul așezat în patul inciziei, este tras în lumenul intestinal și ancorat la peretele colic.

Se acoperă ureterul astfel fixat, cu buzele sero-musculoase ale inciziei colice (decoltate deja minim lateral) prin fire izolate sero-musculoase (fig. 705-B). Aceste fire pot fi trecute și imediat după incizarea stratului sero-musculos colic, pentru a scurta la minimum timpul septic în care perforația mucoasei persistă neacoperită (vezi fig. 705-A).

Nu se vor trece fire de fixare prin teaca neuro-conjunctivă vasculară a ureterului, deoarece se favorizează diskinezia ureterală. De asemenea, se va evita orice curbură a ureterului. În caz că se produce o asemenea situație, ea va fi combătută prin incizarea seroasei peritoneale la nivelul curburii și mobilizarea ascendentă a ureterului.

6. *Refacerea peritoneului posterior* se face cu fire izolate (sau surjet). Se va evita curbură a ureterului. Recto-sigmoidul va fi fixat la peritoneul posterior pentru a-i se suprima mobilitatea, cauză de diskinezie ureterală ulterioară.

7. *Sutura peretelui*, cu drenaj minim abdominal.

8. *Dilatarea anală și introducerea unei sonde* (Pezzer sau tub de cauciuc) în rect. Dilatarea anală este necesară pentru a evita stenoza sondei prin sfincterospasm dureros.

Îngrijiri postoperatorii. Se continuă dezinfectarea colonului cu ftalilsulfatiazol (3—4 g în 24 de ore) timp de 4—5 zile postoperator.

Se constipă bolnava (picături de opiu) 6—7 zile postoperator. Aspiră ie gastrică, deoarece bolnavele fac uneori fenomene de dilatare acută de stomac.

Regim alimentar hidric primele 2—3 zile, eventual lichidele se vor administra prin sonda Einhorn intraduodenal, apoi se adaugă treptat brînză, făinoase, carne. Se evită alimentele care lasă reziduuri abundente (celuloză), irită mucoasa colică sau provoacă fermentația-putrefacția în exces.

Supravegherea atentă a drenării urinei din ampulă rectală. Se introduce o sondă de cauciuc vaselinată intrarectală (5—7 cm), care este racordată cu o ploscă urinară. Uneori în primele 2—3 zile postoperator nu se scurge urină în rect (inhibiție uretero-renală). Primele două săptămîni sonda va fi menținută intrarectală, în mod continuu, supraveghîndu-i-se permeabilitatea (se suprimă numai pentru curățire). După acest interval, sonda poate fi suprimată numai în timpul zilei, noaptea fiind reintrodusă. După 2—3 luni, gura de implantare uretero-colică începînd să funcționeze normal și mucoasa recto-sigmoidiană adaptîndu-se la noile condiții create de prezența urinei în colon, sonda poate fi suprimată pentru perioade mai lungi de timp (1—2 luni).

La cea mai mică febriculă (pusă în legătură cu infecția urinară) sau semne de instalare a sindromului de hipercloremie-acidoză, drenajul continuu al urinei prin sonda se impune. Se vor da alcalinizante și regim fără cloruri, recurgîndu-se

la antibiotice, ftalilsulfatiazol, streptomycin per os, cloromicetin , pentru combaterea fenomenelor de infecție urinară postoperatorie.

Fenomenele de adaptare ale rectului la noile condiții create survin în timp; la început, continența sfincterului rectal pentru urină este relativ , pentru a deveni eficient ulterior. Cu timpul, unele bolnave diferentiază nevoia de micțiune rectală de nevoia de defecție (Th. Burghel).

Menajarea parenchimului renal. Este cunoscut faptul că sindromul hipercloremie-acidoz apare mult mai ușor la bolnavii cu nefropatii. Se impune deci menajarea parenchimului renal (regim alimentar, evitarea eforturilor, frigului etc.).

Complicații. Următoarele complicații ale ureterostomiei colice trebuie luate în considerare:

- peritonita, consecință a desfacerii suturilor colice și revărsării conținutului intestinal în peritoneu;
- fistula urinară sau stercorală , datorită cedării suturilor implantării uretero-colice;
- tulburări de dinamică ureterală , care creează un obstacol în calea scurgerii urinii, cu rezultat tardiv uretero-renal (ureterohidronefroze sau pielonefrite ascendente). Cauzele acestor tulburări de dinamică ureterală pot fi multiple: lipsa de peristaltism pe segmentul implantat intramural colic, fie din cauza lezării tunicii vasculo-neuro-conjunctive periureterale în timpul manevrelor de izolare a ureterului, fie din cauza cicatricii colice de-a lungul segmentului implantat, fie din cauza firelor de fixare la colon aplicate direct pe tunica ureterului; stenoza ureterului implantat prin blice aderențiale peritoneale; cuduri ureterale prin tehnică defectuoasă ; apariția polipozei gurii de anastomoz ; depuneri de săruri fosfatice la nivelul gurii de anastomoz din cauza infecției etc.; infecția urinară ascendentă este complicația cea mai de temut a acestor operații (după unii autori, ea ar apărea în 25—50% din cazuri); sindromul de hipercloremie-acidoz , caracterizat prin diaree și slăbire progresivă . Apariția acestui sindrom este pusă în legătură cu absorbția constituenților urinii prin mucoasa intestinală și instalarea unei insuficiențe renale consecutive.

Deoarece tehnica propusă de Coffey poate duce la apariția unora din aceste complicații, s-au imaginat tehnici noi care să le evite parțial.

Vom prezenta câteva din ele:

Tehnica implantării uretero-colice cu anastomoz mucoasă (Cordonnier și Nesbit)

Tehnica Cordonnier tinde să evite diskineziile ureterale și stenoza gurii de implantare datorită îngropării ureterului într-un tunel intraparietal colic și efectuează o anastomoz muco-mucoasă uretero-colic în condiții de chirurgie estetică . În felul acesta se evită polipoza ureterului ce spânzură în lumenul colic, ca în procedeul Coffey.

Se practică o incizie de 1/2—2 cm în lungul colonului până la nivelul planului mucos. Este necesar ca extremitatea ureterală să se așeze în mod liber, fără tensiune, în locul viitoareii anastomoză. Se fixează adventivă ureterală la seroasa colic prin două fire de mătăse foarte subțiri. Urmează puncționarea mucoasei cu vârful bisturiului, orificiul având un diametru egal cu al ureterului. Mucoasele ureterale și intestinale sînt anastomozate printr-o coroană de fire separate perforante (catgut cromat 00000 montat în ac atraumatic).

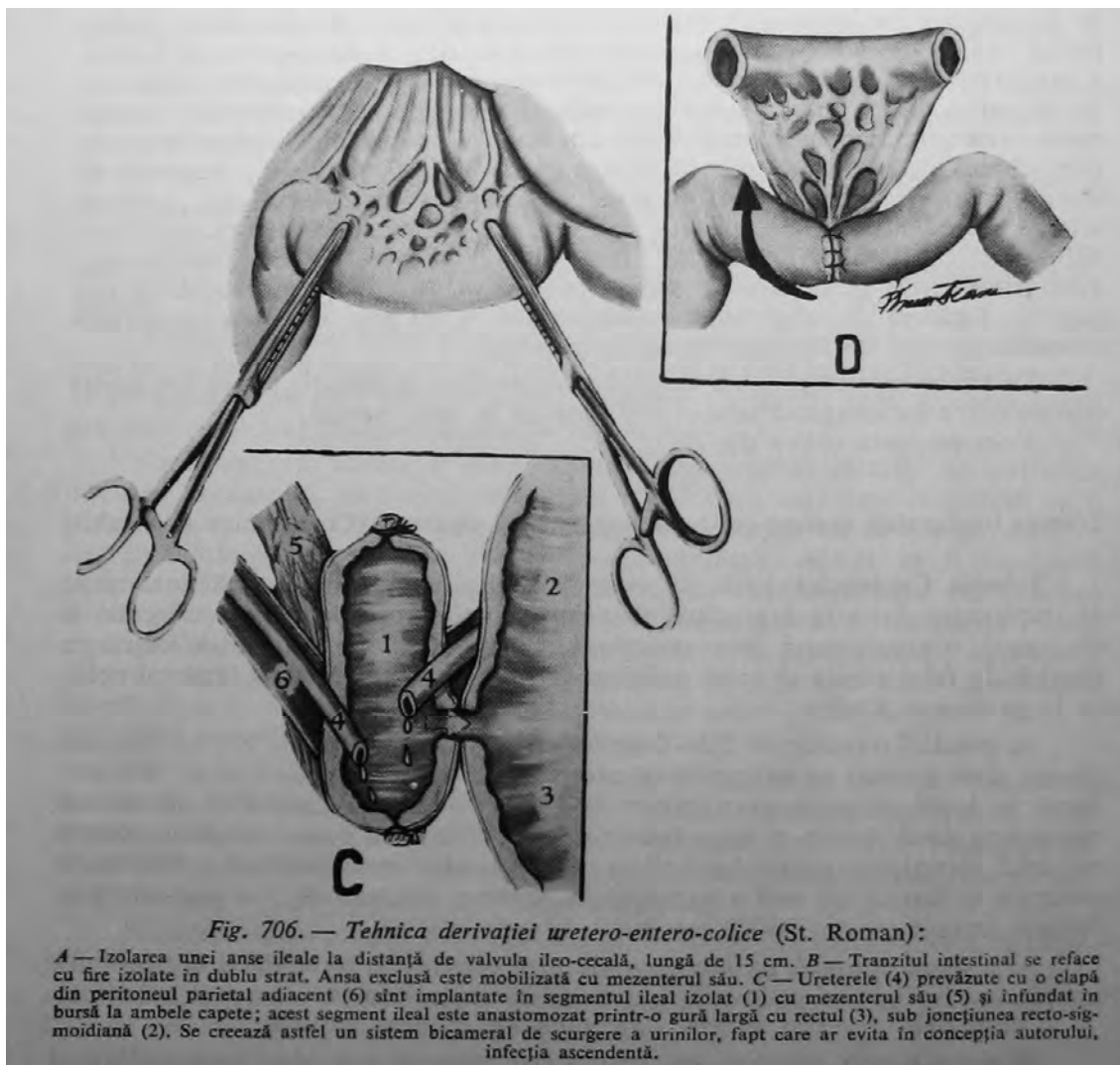
O a doua coroană de fire separate prin adventivă ureterală și musculatura colic , producîndu-se o invaginație a primei suturi înspre lumenul intestinal.

Peritoneul parietal extern este adus să acopere suturile.

Tehnica Nesbit diferă de precedența prin aceea că taie oblic ureterul lărgind astfel gura de anastomoză ce devine în formă de rachetă . Anastomoza uretero-colică o face într-un singur strat, suturînd mucoasele prin surjet de catgut extrem de subțire cu ac atraumatic. Leadbeter și Jinman modifică tehnica, îngropînd ureterul anastomozat la colon prin sutură muco-mucoasă , într-un tunel sub-mucos foarte scurt.

Tehnica derivației uretero-entero-colice (St. Roman)

St. Roman, aducînd modificări substanțiale procedurii lui Berg, propune implantarea ureterelor într-o ansă ileală exclusivă , care este anastomozată la colonul pelvian. În felul acesta, infecția urinară ascendentă este pe cît se poate evitată , ansa ileală interpusă între uretere și colon asigurînd prin peristaltica sa eliminarea urinelor în colon și evitînd trecerea fecalelor din colon în interiorul ei (fig. 706).



Mudric a imaginat un alt procedeu de implantare, în doi timpi, a ureterului în recto-sigmoid. Tehnica comportă două intervenții deosebite, separate printr-un interval liber de 8—14 zile.

Prima intervenție se limitează doar la o simplă intramuralizare a ureterului ce își păstrează continuitatea în peretele colic (între mucoasă și musculară).

A doua intervenție se limitează la secționarea ureterului imediat sub tunelul său colic și introducerea capătului superior ureteral în lumenul recto-sigmoidului printr-un orificiu minim.

Autorul susține că în acest mod evită pericolul peritonitei prin desfacerea suturilor (complicație citată în evoluția operației Coffey clasice).

d) TRATAMENTUL DURERII

Deoarece problema aceasta am expus-o pe larg în 1972 (Chiricu L., Rîc M.), reproducem din acest studiu:

Cauzele durerii sînt multiple.

Ea poate fi provocată de evoluția procesului canceros (prin compresiunea nervilor sau prin distensie); apare datorită unor radiodistrofii ale organelor pelviene sau ale peretelui pelvisului (radiodermite, radiodistrofii osteomusculare).

Uneori durerea nu este legată de procesul canceros (afecțiuni inflamatorii, discopatii, sindroame nevralgice etc.).

Durerea cauzată de radiodistrofie sau de evoluția procesului canceros îmbracă, după M. Dargent (1963), 5 forme:

1. *Durerea viscerală*, de obicei rectală sau vezicală, accentuată adeseori de suprapunerea unui proces infecțios.
2. *Durerea prin distensia unui organ cavitărilor* (uter, rect sau vezică), expresia unei radiodistrofii viscerale sau, dacă este tardivă, a unei recidive neoplazice.
3. *Durerea de origine vasculară*, în general de mare intensitate, este însoțită de tulburări vasomotorii. Ea reflectă fie o compresiune vasculară, fie o limfangită perivasculară.
4. *Durerea prin leziune nervoasă*, cu topografie variată (obturatoare, sciatică, perineală etc.) cauzată de evoluția procesului tumoral.
5. *Durerea prin interesarea altor organe*, extrapelviene, reflectă de obicei existența metastazelor la distanță.

Tratamentul va viza desigur în primul rând eliminarea cauzei, ori de câte ori este posibil (evacuarea uterului în caz de retenție, ureteroliza în caz de stenoză cicatricială, derivații urinare cînd se constată obstrucții ureterale nerezolvabile prin procedeele de exerez ale procesului canceros, enteroliza și derivații intestinale pentru subocluzie, extirparea ganglionilor neoplazici care comprimă vasele sau nervii etc.). Radiodermitele dureroase se rezolvă prin extirparea tegumentelor distrofice și prin operații plastice consecutive.

Radioterapia va fi rezervată pentru cancerurile neiradiate.

Chimioterapia este pu in utilizat , deoarece citostaticele uzuale nu au un efect net în cancerul colului uterin. Se utilizeaz mai ales Ciclofosfamida. Solid oro i colab. (1966) i Smith i colab. (1967), ob in o ameliorare obiectiv i subiectiv cuprins între 19,0 i 30,0% cu o mortalitate legat de administrarea citostaticului între 7,3% i 8,5%.

Experien a noastr privind chimioterapia cancerului colului uterin nu ne d dreptul s fim atît de optimi ti.

Cînd durerea nu este influen at de tratamentele medicamentoase uzuale (exceptînd opiaceele), vom recurge, dup caz, la interven ii, fie pe sistemul nervos periferic (infiltra ii cu novocain sau alcool, sau chiar recurgînd la sec iuni nervoase), fie pe c ile centrale ale sensibilit ii. Interven iile mai frecvent utilizate sînt mielotomia comisural posterior , pentru durerile situate în pelvisul anterior (vezic , vagin) i cordotomia antero-lateral (pentru durerile prin compresiune nervoas sau vascular , cu iradiieri în membrele inferioare sau cu o localizare pelvin posterior).

Interven iile efectuate la nivelul etajului encefalic sub form de lobotomie prefrontal , infiltra ii prefrontale cu novocain sau ser fiziologic, distrugerea centrilor talamici, sînt mai rar practicate. Citînd pe Pheline i Riechert, M. Dar- gent (1963) arat c infiltra ia prefrontal poate da rezultate bune în 80% din cazuri, iar distrugerea centrilor talamici poate fi eficace cînd celelalte metode i-au epuizat resursele.

Aceste tipuri de interven ii nu se pot îns generaliza: ele r mîn apanajul unor centre specializate i în consecin nu pot intra în discu ia tratamentului curent al durerii.

Interven ii pe c ile medula (dup M. Dargent)
re

Interven ia	Ni. bolnave	Dscese post-op ei	Rezultate mediocre sau proaste	Rezultate bune	Rezultate excelente	Pierdute din vedere
Mielotomie comisural posterior	104	10	33	30	31	—
Cordotomie anterolateral (D. 4)	45	8	8	5	20	4
Cordotomie anterolateral subbulbar cervical	2	<i>mm</i>	1	1	—	—

Metodele neurochirurgicale sînt singurele care în final mai pot ameliora durerea în cazurile f r speran .

Înainte de a face apel la interven ii mai complicate, prima tentativ de interceptare a c ilor de transmitere a durerii, care poate fi întrebuinat în orice serviciu de ginecologie, este alcoolizarea subarahnoidian , propus de Dogliotti. Metoda este simpl i se poate repeta de 2—3 ori dac durerile reapar dup o ameliorare de mai multe s pt mîni sau luni. Uneori pot apare pareze sfincteriene care sînt îns reversibile.

Tehnica alcooliz rii subarahnoidiene Dogliotti

Tehnica alcooliz rii subarahnoidiene practicat de noi este urm toarea: Bolnava este culcat pe mas , în a a fel ca flancul din partea dureroas s fie în sus. Sub bazin se pune un rulou (eventual perne) înalt de 25 cm, pentru a ridica regiunea lombosacrat a coloanei vertebrale cu mult deasupra nivelului capului, care trebuie aplecat în jos (f r pern). Bolnava este aplecat pu in ventral, cu spatele arcuit, ca pentru rahianestezie (fig. 707).

Se face o punc ie rahidian la nivelul spa iului L₄—L₅ (sau L —L₄). Dup scurgerea cîtorva pic turi de lichid cefalorahidian (clar i nu hemoragie) se introduce lent, în decurs de 4—5 minute, o cantitate de 0,5 ml (maximum 0,8 ml) alcool absolut, distilat. Alcoolul care are o densitate (0,806) mai mic decît a lichidului cefalorahidian (1,007), se va ridica spre punctul cel mai înalt al rahisului (în cazul nostru coloana lombosacrat) i se va fixa pe r d cinile posterioare, senzitive, blocîndu-le. Nu se va amesteca alcoolul diluat fiind ineficace. Bolnava r mîne apoi în aceast pozi ie aproximativ o or , dup care va fi men inut în pozi ie orizontal înc 2 ore.

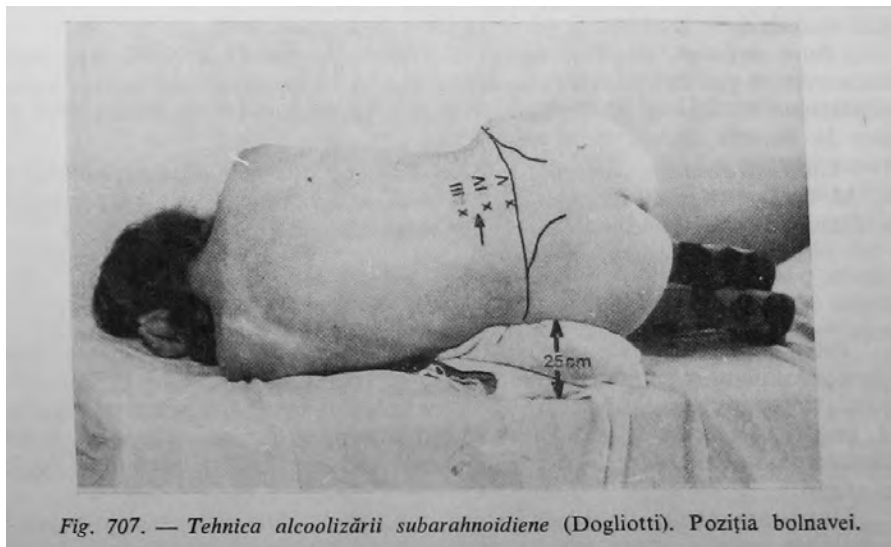


Fig. 707. — Tehnica alcoolizării subarahnoidiene (Dogliotti). Poziția bolnavei.

Imediat după injectare, bolnava simte amorțirea membrului posterior dureros și durerile pot chiar dispărea.

După 20—30 minute survin tulburări de sensibilitate și o senzație de greutate în membrele inferioare, însoțite de hipotonie musculară. Aceste tulburări dispar în 24—48 ore. În zilele următoare există o exacerbare a durerilor, pentru că a treia sau a patra zi se apar efectul antalgic.

Complicații ca: retenție sau incontinență urinară sau a materiilor fecale, pareza membrelor inferioare (temporar), sînt rare.

Rezultatele obținute au fost multumitoare. Guenhill și Schmitz remarcau în 85% din cazuri o dispariție totală a durerilor, dar limitată în timp, în 5% o ușurare parțială, iar în 10% metoda nu a avut nici un efect. Când durerea este provocată de distensia bazinetală prin comprimarea ureterelor, metoda este ineficăc.

Serebrov (1948, 1950) a aplicat-o în unele cazuri ambulator, iar C. Stanca o recomandă ca avînd rezultate bune.

Rezultatele noastre au fost favorabile, dar temporare (2—3 luni) și lipsite de accidente.

Alcoolizarea Dogliotti este indicată mai ales în durerile pelviene unilaterale. Dacă nu se obține rezultatul spontan pentru o durată mai lungă, se indică cordotomia, prin care se secționază transversal cordonul antero-lateral al m. duvei. Se efectuează de obicei la nivelul D₄, și poate fi uni- sau bilateral. Efectul cordotomiei se manifestă prin dispariția de partea opusă a durerilor și lipsa senzațiilor termice; sensibilitatea tactilă este păstrată. Când urmăm un efect bilateral, secțiunea controlaterală se face la nivele diferite, pentru a evita tulburările vasculare medulare.

Intervenția nu este însoțită de riscuri, deoarece secțiunile care depășesc limita admisă pot leza fibrele fasciculului piramidal direct, producîndu-se tulburări sfincteriene, vezicale și anale. Leriche afirmă că bilateralizarea cordotomiei poate duce la moarte rapidă prin pielonefrită.

Cînd cordotomia efectuată la nivelul D₄ nu este urmată de rezultatul scontat, M. Dargent (1963) recomandă repetarea ei, dar la nivelul L_v unde pericolul de lezare a fibrelor învecinate este mult mai redus.

Intervenții efectuate pe căile simpatice

Intervențiile efectuate pe căile simpatice sînt multiple. Sînt utilizate: simpatectomia lombară și simpatectomia presacrată (operația lui Cotte). I. Jianu (1926) a asociat simpatectomiei presacrate și simpatectomia periliac primitivă și periaortică, uneori cu rezecția plexului mezenteric inferior și a lanului simpatic lombar. Simpatectomiile complexe ușurează temporar durerea (cca. 1 an) numai în 25% din cazuri.

După cum rezultă din datele expuse, combaterea durerii în cazurile de cancer avansat ale colului uterin este o problemă încă nerezolvată. Trebuie folosit, cînd este cazul, metoda alcoolizării subarahnoidiene preconizată de Dogliotti, care prin simplitatea ei poate fi aplicată în orice serviciu de chirurgie. Diferitele tipuri de neurotomii descrise pot da rezultate, dar indică și efectuarea lor apar în neurochirurgului.

Lupta pentru soluționarea durerii prin metode neurochirurgicale este justificată la bolnavii cu stare generală bună, cînd procesul malign este staționar sau lent evolutiv și mai ales localizat unilateral.

De foarte multe ori, medicul este obligat să renunțe la căutarea unei soluții durabile de lichidare a durerii prin neurotomii. Cînd starea generală este alterată (hemoragii, pielite, caexie), vom fi obligați să recurgem la morfina sau la preparate cu efect similar pînă la exitusul bolnavei.

Tratamentul colecțiilor purulente pelviene

Existența acestor colecții împiedică efectuarea unui tratament corect radioterapie, deoarece radioterapia în aceste condiții poate determina apariția unor peritonite.

Se vor practica: anexectomie în caz de piosalpinx, deschiderea colului în caz de piometrie, colpotomie în caz de pelvipertonită. Utilizarea antibioticelor ușurează mersul postoperator. Radiumul și iradierea externă va fi începută numai după rezolvarea chirurgicală a focarului supurativ.

CHIRURGIA GINECOLOGICĂ SUPRARADICALĂ ÎN TRATAMENTUL CU INTENȚIE DE RADICALITATE A CANCERELOR AVANSATE (STADIUL III—IV; ALE UTERULUI ȘI VAGINULUI («Chirurgia în două echipe»;

IMPORTANȚA INDICAȚIILOR «CHIRURGIEI ÎN DOUĂ ECHIPE»

Ideea de a opera neoplazmele organelor pelviene în dou echipe (abdominal și perineal), care acionează simultan, apar în lucrările lui Toritaka și Fujinami (1923). Metoda a fost perfecționată ulterior de Kirschner (1935), A. Ameline, I. Huguier (1948) și alții. La noi în țară metoda a fost aplicată de Chiricu I. cu începere din anul 1952, pentru soluționarea unor cazuri avansate de cancer ale organelor pelviene.

Am recurs la acest gen de exereză la început entuziasmat de «rezultatele excepționale» înregistrate prin chirurgia în dou echipe în amputațiile rectale. Prin acumularea de experiență am ajuns la concluzia că și în chirurgia rectului acest gen de exereză chirurgicală urează substanțial tehnica, diminuând riscul operator și ameliorează rezultatele la distanță prin faptul că permite o exereză mai largă a rectului canceros. În chirurgia ginecologică tehnica duce la exerze prea largi, care creează infirmități grave. La două paciente cu cancer de col uterin stadiul III operate după tehnica lui Ameline și Huguier, datorită facilităților tehnice create de operarea în dou echipe în ce privește extirparea întregului esut conjunctiv pelvian, am creat infirmități fiziologice grave și ireversibile: denervarea totală a vezicii urinare, cu imposibilitatea micăunii. Bolnavele au purtat permanent sonde vezicale Pezzer și cu timpul au făcut infecții urinare cronice, rezistente la toate antibioticele din acea vreme (1955) și după 6 luni au suferit. La o altă pacientă, operată tot în dou echipe pentru un cancer de col, extirparea mult prea extinsă a esutului celular pelvian și telefonarea ureterelor pe toată porțiunea lor pelviană, a dus la o strangulare a acestora în cicatricea pelviană, încât pacienta a suferit după câteva luni prin hidronefroza bilaterală.

La toate aceste trei paciente procesul canceros a recidivat, cu toată exereză anatomică exagerată de extinsă, mutilantă chiar. Personal, am renunțat ulterior la chirurgia în dou echipe în ginecologie, extinzând-o în schimb în chirurgia de exereză rectală. Și alți autori (Henry Robert, 1969) au ajuns la aceleași concluzii. Așa se explică de ce între 1951—1955 am operat în dou echipe 12 cazuri de cancer genital, iar între 1955—1980 nu am mai operat decât 2 cazuri. Simțul responsabilității față de suferințele bolnavilor cu cancer și față de viața lor, m-au determinat să renunț la operarea în dou echipe și să recurg din ce în ce mai mult la avantajele mari oferite de intrarea în practică a radioterapiei cu energii înalte, completată cu operații rezonabile ca exereză anatomică.

În cancerele înaintate ale colului uterin (stadiul III și IV), corpului și vaginului, radioterapia cu energii înalte oferă posibilități mult mai bune de tratament și ameliorare decât oferă chirurgia mutilantă în dou echipe. Singurele indicații ginecologice pe care le-am păstrat pentru chirurgia în dou echipe sînt:

1. cancerul de col extins la întreg vaginul și care nu au invadat masiv parametrele, unde este indicată histerectomia totală la început cu colpectomie totală;
2. pelvectomiile totale sau hemipelvectomiile anterioare și posterioare și numai atunci cînd procesul canceros impune și extirparea perineului, situație excepțional de rar întâlnită în practică;
3. cancerul primitiv al vaginului, unde se face colpectomia totală;
4. cancerul rectal inferior propagat la vagin.

Este indiscutabil faptul că operația în dou echipe creează câteva avantaje care trebuie semnalate:

- scurtarea timpului de operație;
- permite o exereză mult mai largă a organelor și esutului celular pelvian, în special a pediculului subureteral; operînd pe cale exclusiv abdominală extirparea în întregime a pediculului subureteral întîmpină dificultăți din cauza hemostazei dificile (rețeaua venoasă principală este situată profund pe fața superioară a mușchii ridicător anal) și a raporturilor pediculului subureteral cu mușchii ridicătorii anali (fig. 708 A și C).

Situația este cu totul schimbată cînd se atacă pediculul subureteral în mod sincron pe cale abdominală și perineală (vaginală) (fig. 708 B și D).

Aceleași avantaje le oferă chirurgia în dou echipe și în extirparea ligamentelor utero-sacrate sau a aripioarelor rectului (cazul hemipelvectomiilor posterioare):

- urează mult colpectomia totală, atunci cînd ea se impune;
- urează tehnica pelvectomiilor, prin mărirea posibilităților de abordare a organelor excavatei pelviene (cîmp operator dublu: abdominal și perineal);
- bolnava are o poziție unică în tot timpul operației, evitîndu-se trecerea din poziția Trendelenburg în poziția ginecologică. Aceste schimbări de poziție lungesc timpul intervenției și sînt ocazionate.

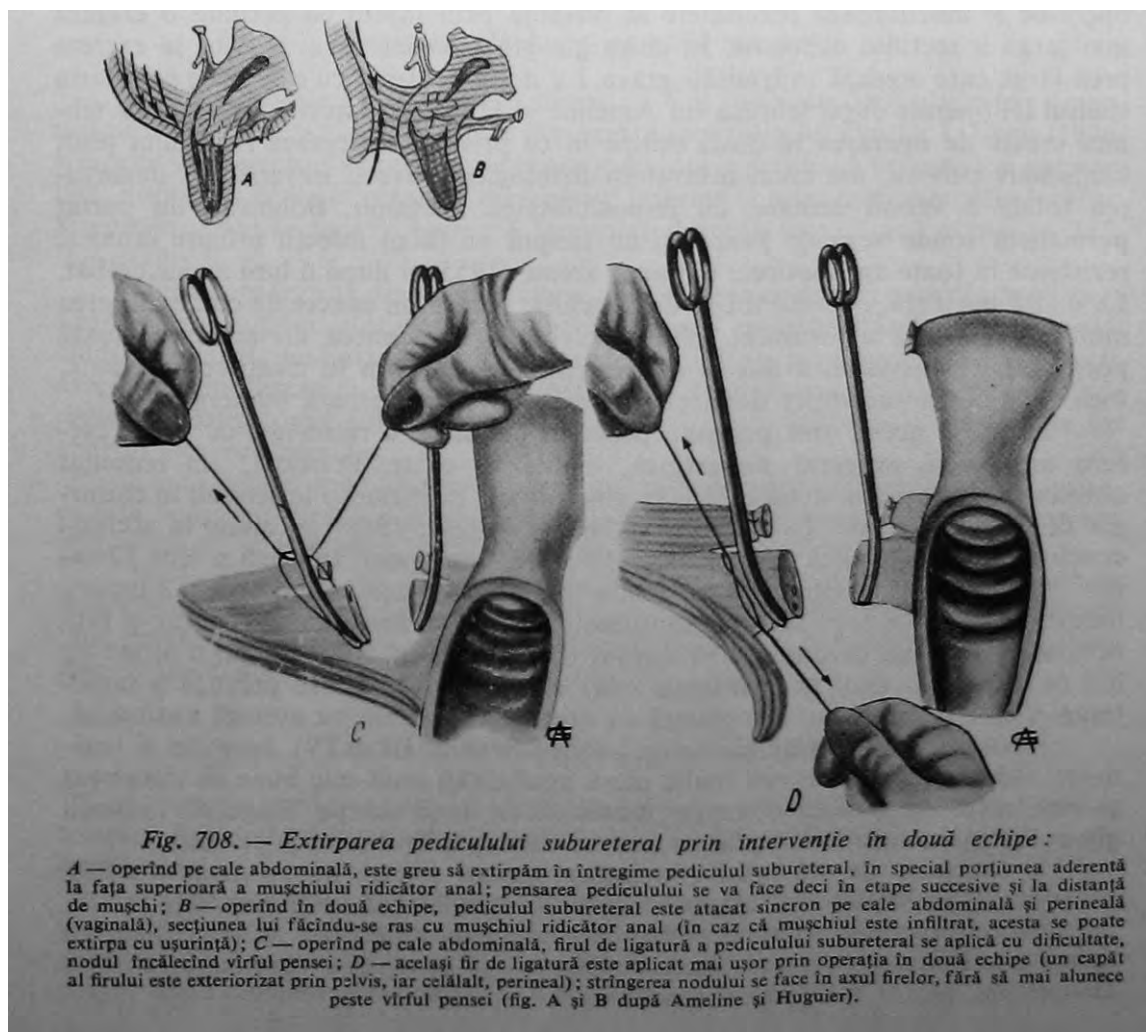


Fig. 708. — Extirparea pediculului subureteral prin intervenție în două echipe :

A — operind pe cale abdominală, este greu să extirpăm în întregime pediculul subureteral, în special porțiunea aderentă la fața superioară a mușchiului ridicător anal; pensarea pediculului se va face deci în etape succesive și la distanță de mușchi; B — operind în două echipe, pediculul subureteral este atacat sincron pe cale abdominală și perineală (vaginală), secțiunea lui făcându-se ras cu mușchiul ridicător anal (în caz că mușchiul este infiltrat, acesta se poate extirpa cu ușurință); C — operind pe cale abdominală, firul de ligatură a pediculului subureteral se aplică cu dificultate, nodul încăleciind vârful pensei; D — același fir de ligatură este aplicat mai ușor prin operația în două echipe (un capăt al firului este exteriorizat prin pelvis, iar celălalt, perineal); strângerea nodului se face în axul firelor, fără să mai alunece peste vârful pensei (fig. A și B după Ameline și Huguier).

Unele din aceste avantaje se pot transforma uneori în dezavantaje pentru bolnav : chirurgia în două echipe, oferind un câmp vast de acțiune chirurgului, tentează la exereze exagerate în regiunea ambelor parametre și la decolări prea largi a ureterelor.

Infiltrarea unui parametru până la bazin (stadiul al III-lea parametru) impune chirurgului extirparea totală a esutului indurat neoplazic. Parametrul va fi extirpat împreună cu nervii vezicii, până la peretele bazinului, iar în jos până la ridicătorul anal.

Pentru a păstra înervația vezicii și a asigura o mică funcție normală, se va menaja ureterul (nedezgolitându-l pe o distanță prea mare), treimea externă a pediculului subureteral (ce conține nervii vezicii și plexul hipogastric inferior) în partea operată, adică acolo unde parametrul este suplă.

Când ambele parametre sînt invadate neoplazic, extirparea lor până la peretele bazinului, chiar dacă tehnic este posibil, nu este de recomandat, avînd în vedere gravele complicații urinare ce pot surveni. În aceste cazuri se recomandă tratamentul radioterapie.

CONDIȚII PENTRU EFECTUAREA OPERAȚIILOR ÎN DOUĂ ECHIPE

Chirurgia în două echipe se poate practica în orice sală de operație dotată pentru intervenții laborioase, dacă se fac unele mici modificări mesei de operație ginecologică, mai ales în ce privește suporturile membrilor inferioare (fig. 709).

Este nevoie de un reflector puternic, necesar luminării câmpului perineal.

Poziția bolnavei și a chirurgilor este indicată în fig. 710.

Vom expune următoarele tehnici executate în două echipe:

— limfadenohisterocolpectomia totală supraligată ;

Hemipelvectomia anterioară ;

— hemipelvectomia posterioară ;

— pelvectomia totală .

TEHNICI OPERATORII

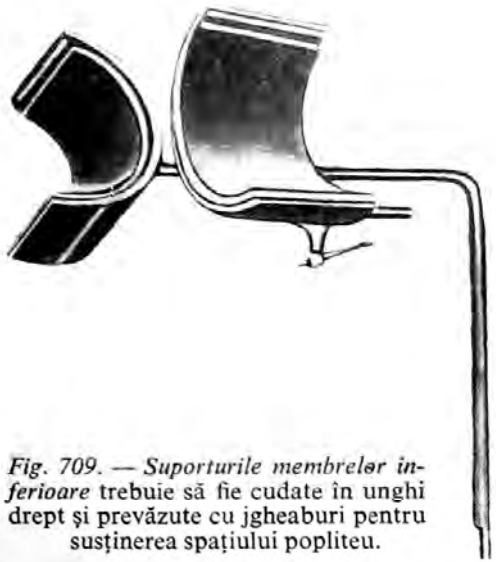
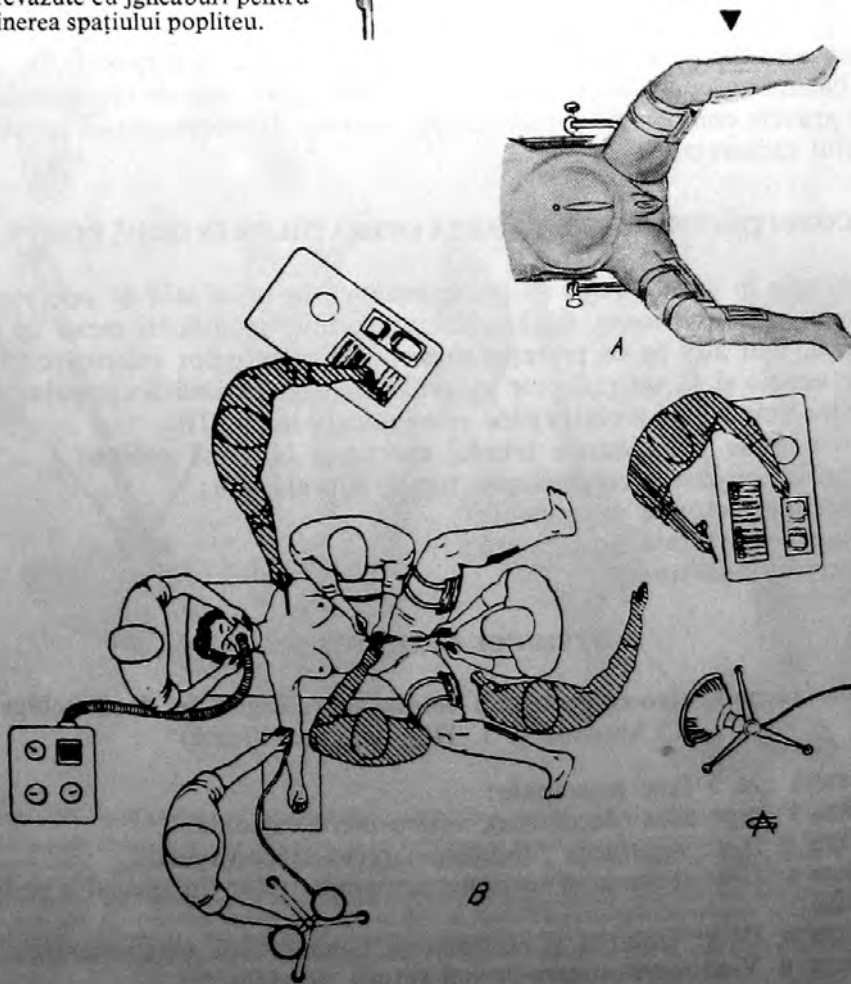


Fig. 709. — Suporturile membrelor inferioare trebuie să fie cuate în unghi drept și prevăzute cu jgheaburi pentru susținerea spațiului popliteu.

Fig. 710. — Poziția bolnavei, chirurgilor și reanimatorului :

A — bolnava este așezată în poziție ginecologică (după efectuarea anesteziei și obținerea relaxării musculare), pelvisul depășind marginea mesei (eventual cu un sac cu nisip sub sacru). Coapsele în abducție maximă, cu o ușoară flexie, sînt fixate în suporturile metalice, iar gamba fac unghi drept cu coapsele. Nu se imprimă mesei înclinarea Trendelenburg exagerată, deoarece se creează dificultăți echipei perineale; B — așezarea chirurgilor principali, a ajutoarelor și anestezistului. Operatorul principal se poate deplasa din echipa abdominală, acționînd în echipa perineală ori de cîte ori situația o cere.



Tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale supraligamentară în două echipe (după A. Ameline și J. Huguier, modificat) Operația are 5 faze principale:

- faza I: separarea (decolarea), vezico-utero-vaginal ;
- faza a II-a: separarea (decolarea) recto-utero-vaginal ;
- faza a III-a: izolarea și secționarea parametrelor (în special a pediculilor subureterali);
- faza a IV-a: izolarea și secționarea ligamentelor utero-sacrate;
- faza a V-a: peritonizare-drenaj-sutura peretelui.

Fiecare fază, la rândul ei, este formată din mai mulți timpi operatori, executați de echipa abdominală și echipa perineală ce acționează simultan și coordonat (element indispensabil unei bune desfășurări a tehnicii). Timpii operatori abdominali fiind similari limfadenohisterocolpectomiei abdominale pentru stadiul I și II nu-i mai descriem.

Faza I: Decolarea vezico-utero-vaginal

Timpi operatori executa i de echipa abdominal . Celiotomia, limfadenectomia iliac , extirparea pediculului supraureteral cu ligatura arterei uterine (fig. 711) i a pediculului cornului vezical (fig. 712), prepararea ureterelor (fig. 713) i decolarea vezico-uterin , sînt asem n toare cu timpii respectivi din tehnica limfadenohisterocolpectomiei I rgite efectuate pe cale exclusiv abdominal .

Timpi operatori executa i de echipa perineal . Echipa perineal nu intr în ac iune decît numai dup ce echipa abdominal a apreciat operabilitatea.

1. Incizia circular a orificiului extern vaginal cu disec ia vaginului (fig. 714-A).
2. Separarea pediculului subureteral de fata superioar a ridic torului anal (fig. 714-B).
3. Separarea anterioar a vaginului de vezic .

Decolarea vezico-vaginal de jos în sus se face cu mult pruden , deoarece se poate intra cu u urin în vezic , la nivelul trigonului. Aceast decolare se face mai u or de c tre echipa abdominal (fig. 715-A). Pentru a evita r nirea vezicii, disec ia se va face avînd ca ghid o sond rigid plasat în uretr .

Rezultatul tuturor acestor timpi operatori realiza i în mod coordonat este decolarea vezico-utero-vaginal i înfîlnirea celor dou echipe în spa iul vezico- utero-vaginal (fig. 715-B).

Faza a II-a: Decolarea recto-utero-vaginal

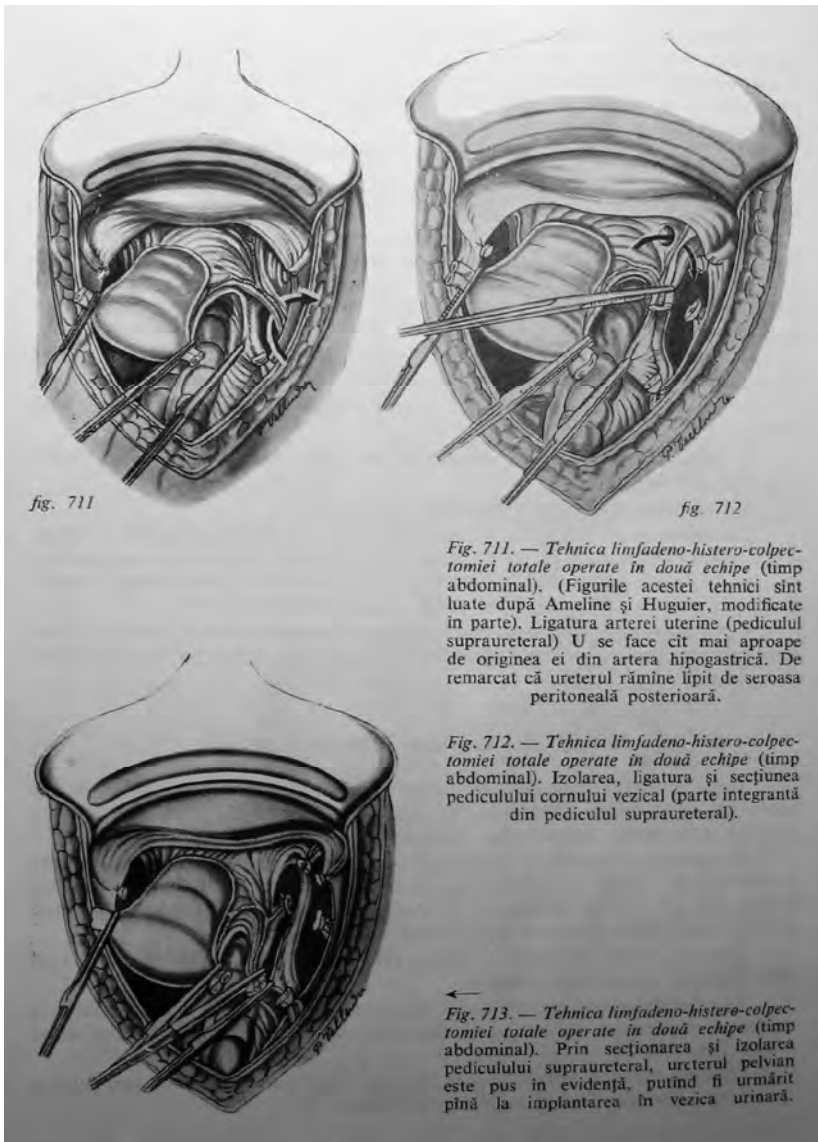
Timpi operatori executa i de echipa abdominal . Incizia fundului de sac peritoneal recto-uterin (Douglas) i separarea rectului de uter i vagin, cu ajutorul tamponului montat (fig. 716-A).

în opozi ie cu dezlipirea anterioar (vezico-utero-vaginal), unde decolarea se f cea cu mai mult u urin i siguran de sus în jos, dezlipirea posterioar se face mai u or de jos în sus, a a c echipa perineal va realiza cea mai mare parte a acestui timp operator (fig. 716-B).

Timpi operatori executa i de echipa perineal . Separarea rectului de vagin prin disecarea septului rectovaginal.

Rezultatub tuturor acestor timpi operatori realiza i în mod coordonat este separarea posterioar a uterului i vaginului de rect, cu înfîlnirea celor dou echipe (fig. 716-C).

în acest moment, pelvisul apare luminat difuz, datorit p trunderii luminii prin cîmpul perineal, fapt ce m re te vizibilitatea.



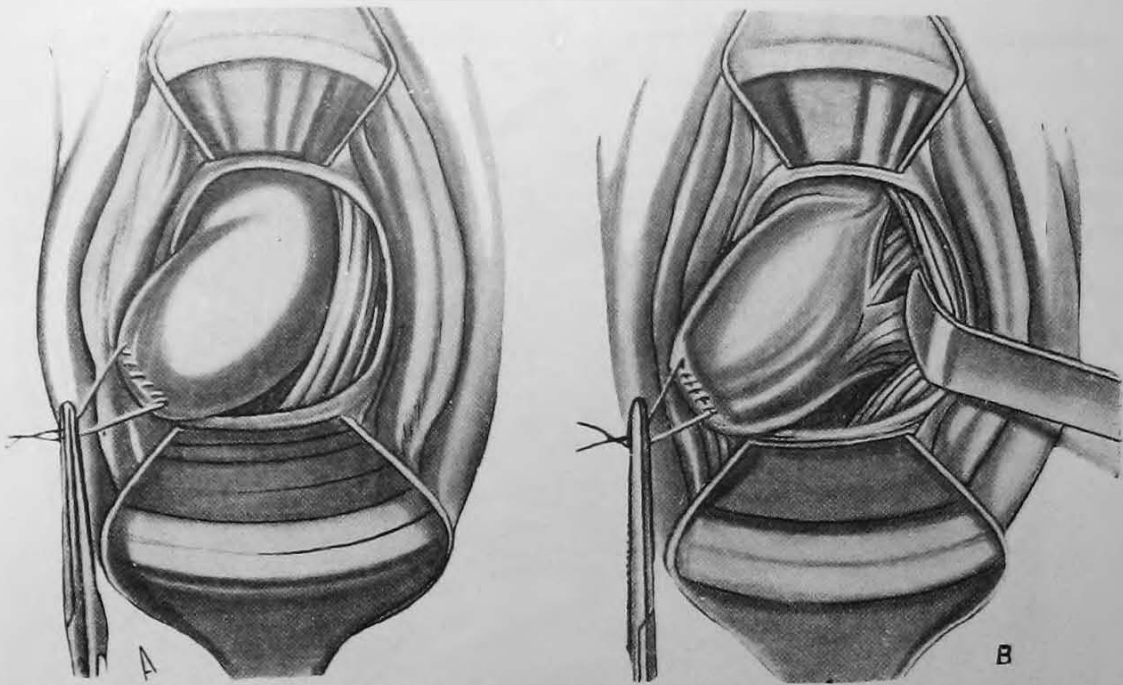


Fig. 714. — Tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale operate în două echipe (timp pe rineal):
 A — După incizia circulară și sutura orificiului extern vaginal, se continuă diseția vaginului în sus, până la planul mușchilor ridicători anali. B — Prin depărtarea divergentă a cilindrului disecat și a mușchiului ridicător anal este expusă fața inferioară a pedicului subureteral.

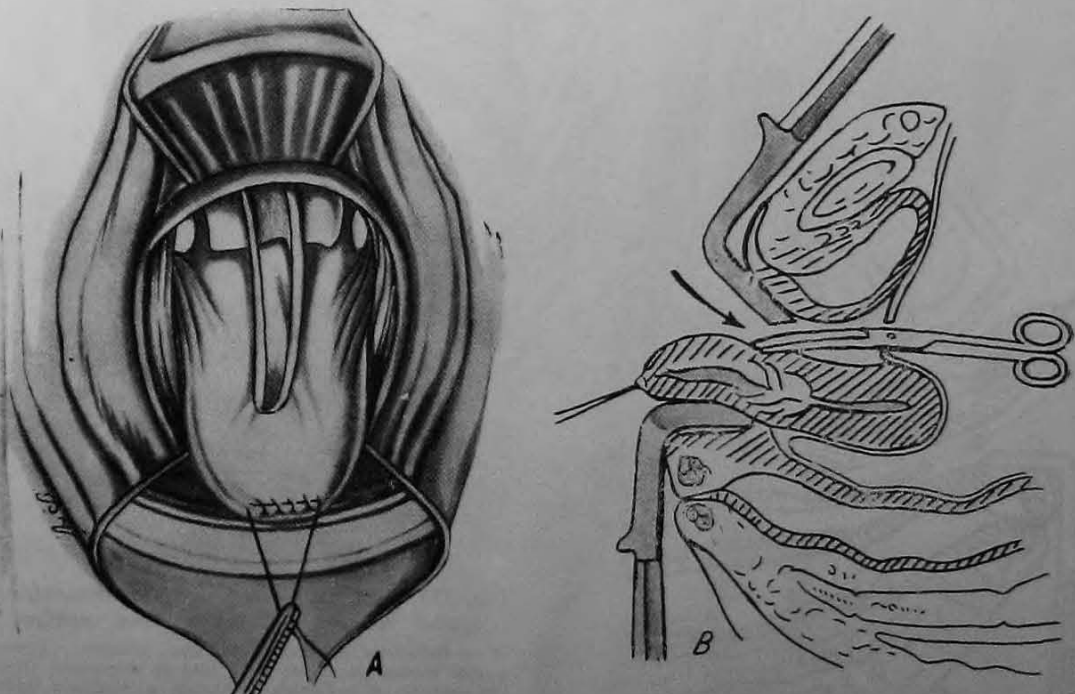
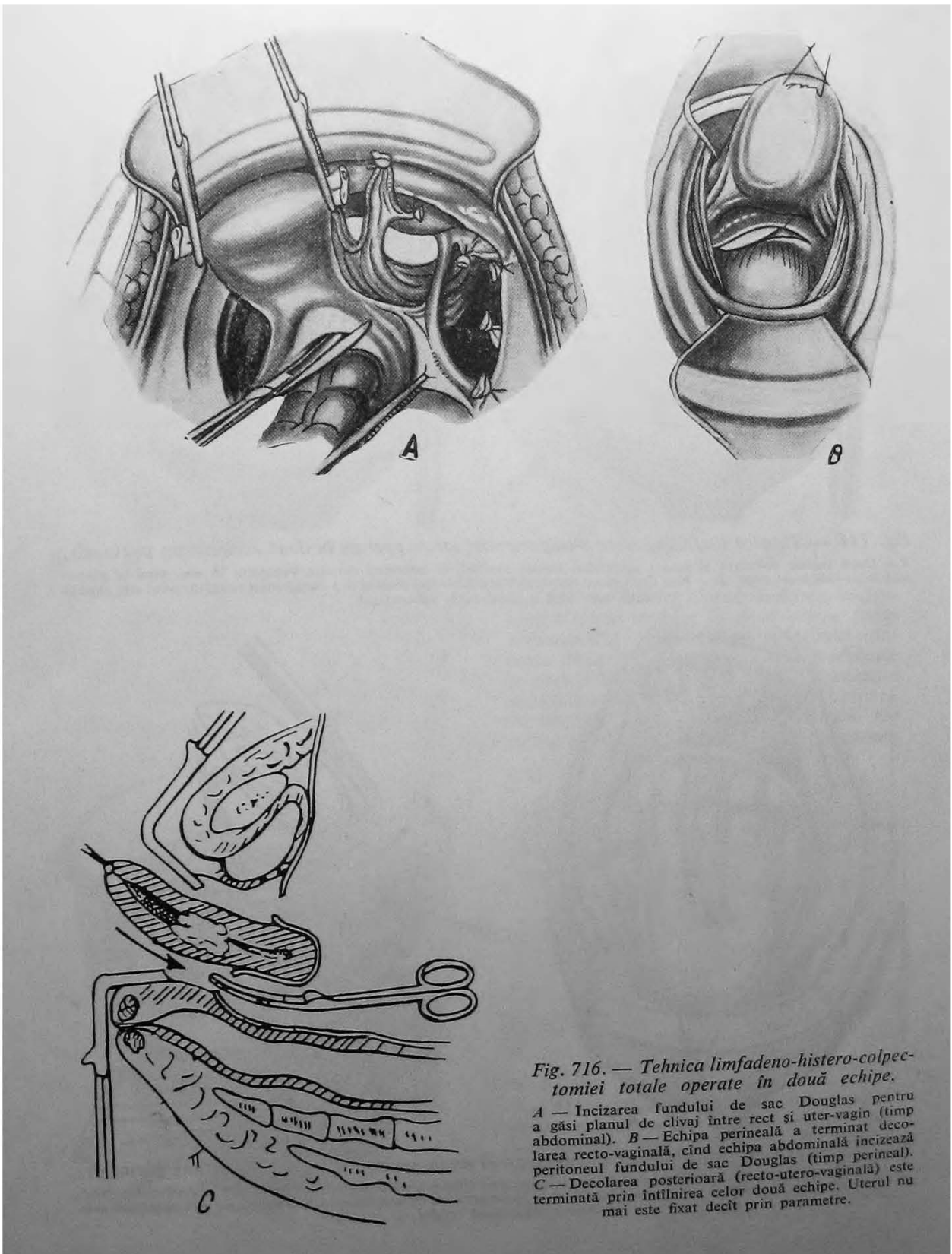
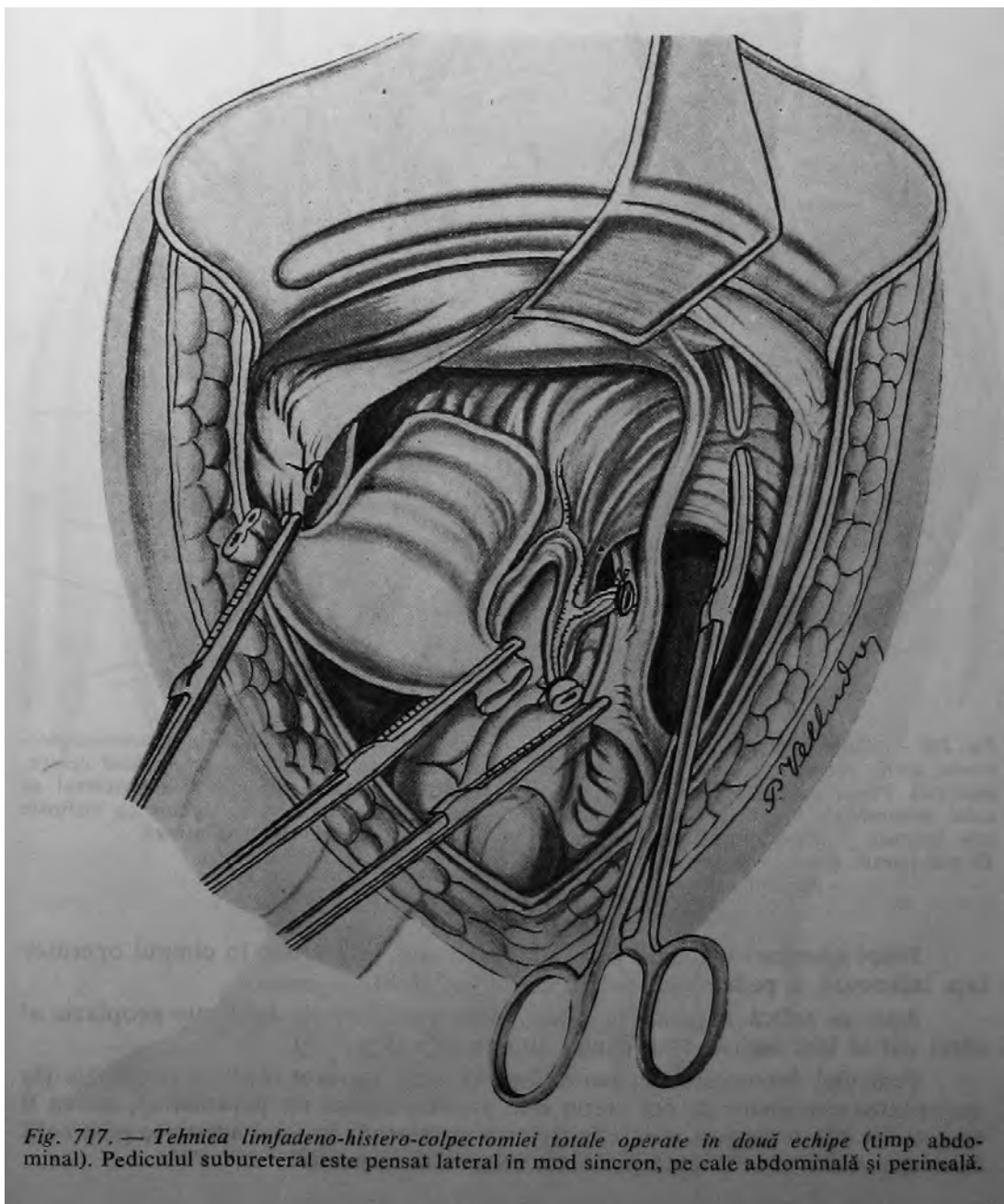


Fig. 715. — Tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale operate în două echipe (timp perineal):
 A — Decolarea anterioară a vaginului de vezică de jos în sus fiind dificilă (pericolul perforării vezicii) se va prefera decolarea de sus în jos, timp executat de echipa abdominală. B — Decolarea anterioară (vezico-utero-vaginală) este terminată prin întâlnirea celor două echipe.



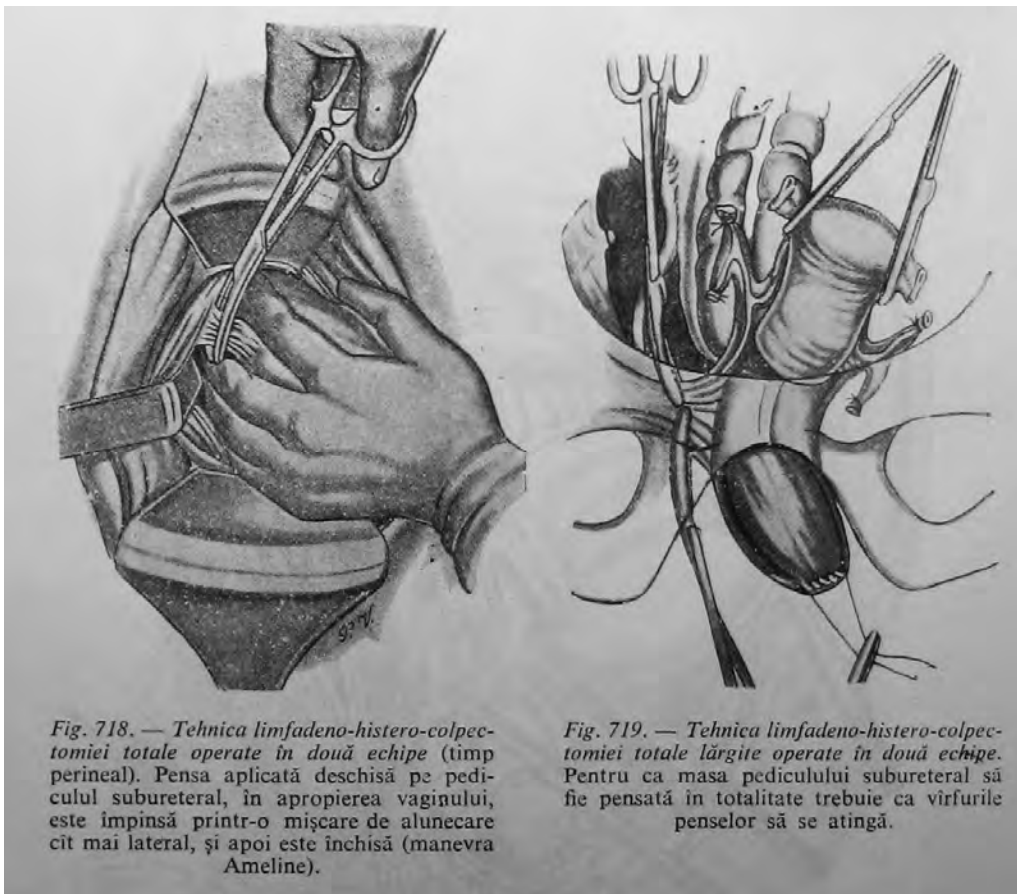
Faza a III-a : Izolarea și secționarea parametrelor (în special a pediculilor subureterali)

Odată uterul și vaginul separate anterior de vezică și posterior de rect, nu mai sînt fixate la perete decât prin parametre și ligamentele utero-sacrate. Prin faptul că lumina perineală este în pelvis din cîmpul perineal prin spațiile decolate vizibilitatea parametrelor este crescută, ele apărînd ca niște coarde groase ce merg de la uter la pereții pelvisului.



Timpii operatori executați de echipa abdominală. Uterul cu pediculul supra-ureteral deja secționat și ureterul sînt trase în partea opusă parametrului ce va fi extirpat.

După ce s-a preparat marginea anterioară și posterioară a pediculului subureteral infiltrat neoplazic, se aplică o pensă cu brațe puternice (tip J. L. Faure), cît mai departe de marginea indurată neoplazică (fig. 717).



718). *Timpul operatoriu executat de echipa perineală*. Se expune în câmpul operatoriu fața inferioară a pediculului subureteral (fig.

719). Apoi se aplică o pensă în afara zonei parametriale infiltrate neoplazice al cărui vîrf se întâlnește cu vîrfurile penselor abdominale (fig.

719). Pediculul subureteral de partea opusă, care nu este infiltrat neoplazic (în majoritatea cancerelor de col uterin este invadat numai un parametru), nu va fi rezecat tot atît de larg, ci numai în treimea sa internă; în felul acesta se protejează înervația vezicii și se asigură protecția ureterului respectiv.

Faza a IV-a: Izolarea și secționarea ligamentelor utero-sacrate

Echipa abdominală izolează ligamentul utero-sacrat de partea parametrului infiltrat neoplazic și aplică pensă cît mai aproape de inserția sa sacrată (în partea opusă, ligamentul va fi rezecat mai economic, pentru a proteja plexul nervos hipogastric).

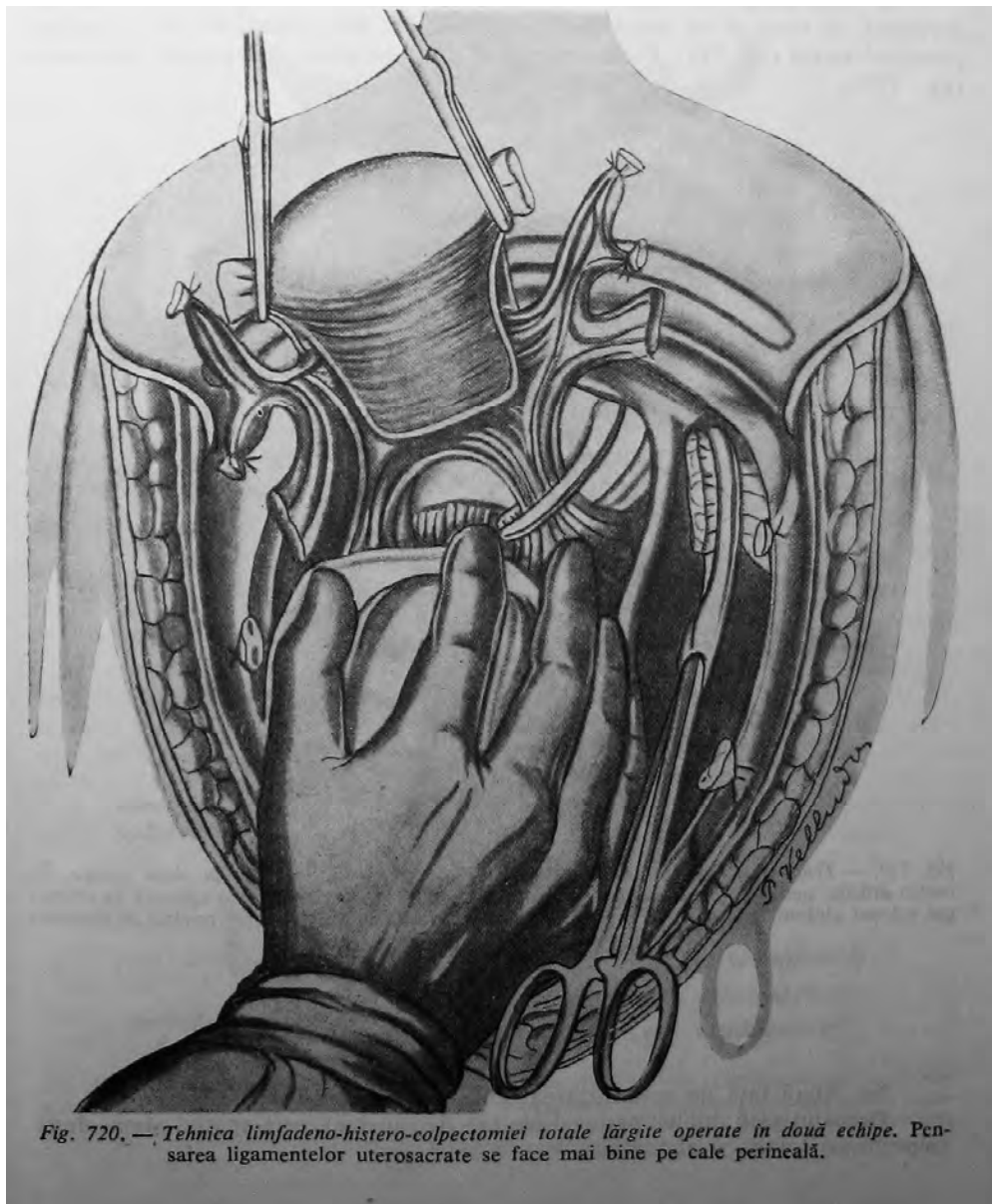
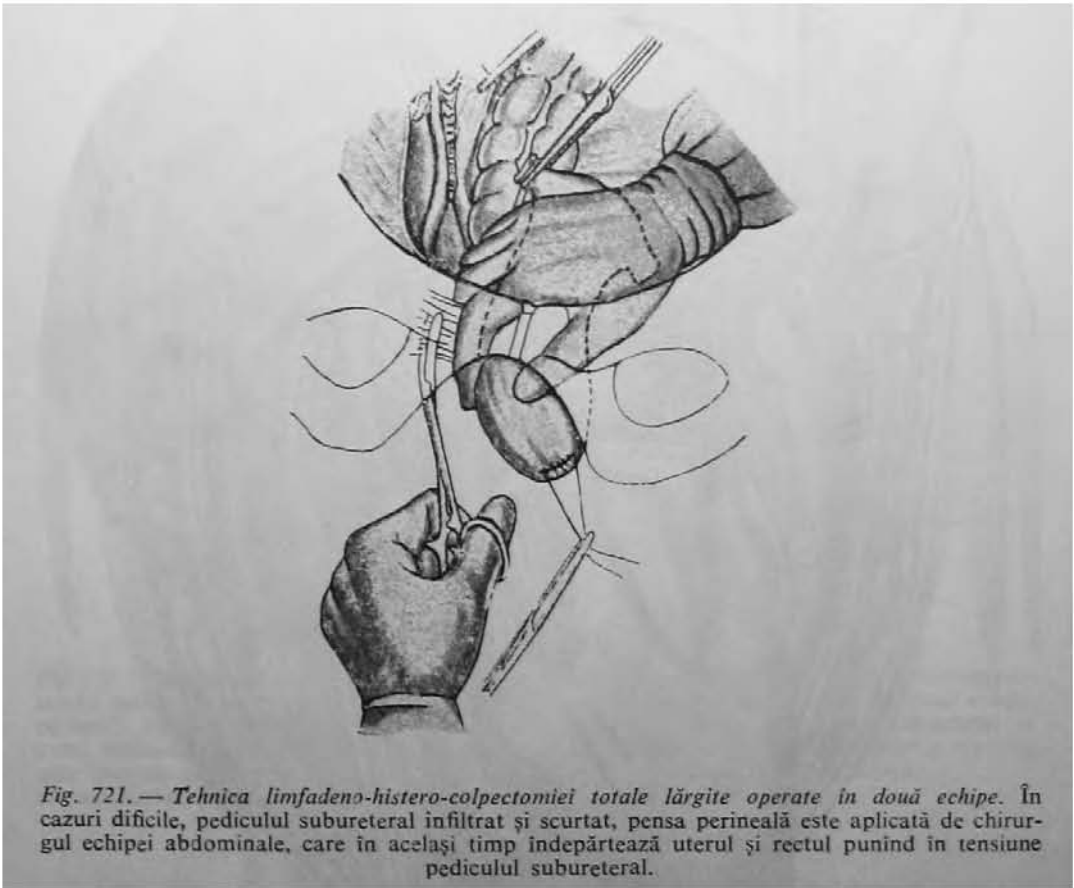


Fig. 720. — Tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale lărgite operate în două echipe. Pensarea ligamentelor uterosacrate se face mai bine pe cale perineală.

În același timp și în mod coordonat, echipa perineală execută aceeași manevră. În multe cazuri, datorită fiind situată joasă a acestor formațiuni, echipa abdominală se mulțumește numai cu izolarea ligamentului utero-sacrat și protejerea rectului, pensarea ligamentului fiind cându-se în condiții mai bune de către echipa perineală (fig. 720).

În unele cazuri dificile, chirurgul echipei abdominale aplică pensa pe cale perineală, în timp ce cu mâna depărtată pe cale abdominală uterul și vaginul, protejând rectul (fig. 721). Piesa operatorie este liberată și îndepărtată din pelvis (fig. 722).



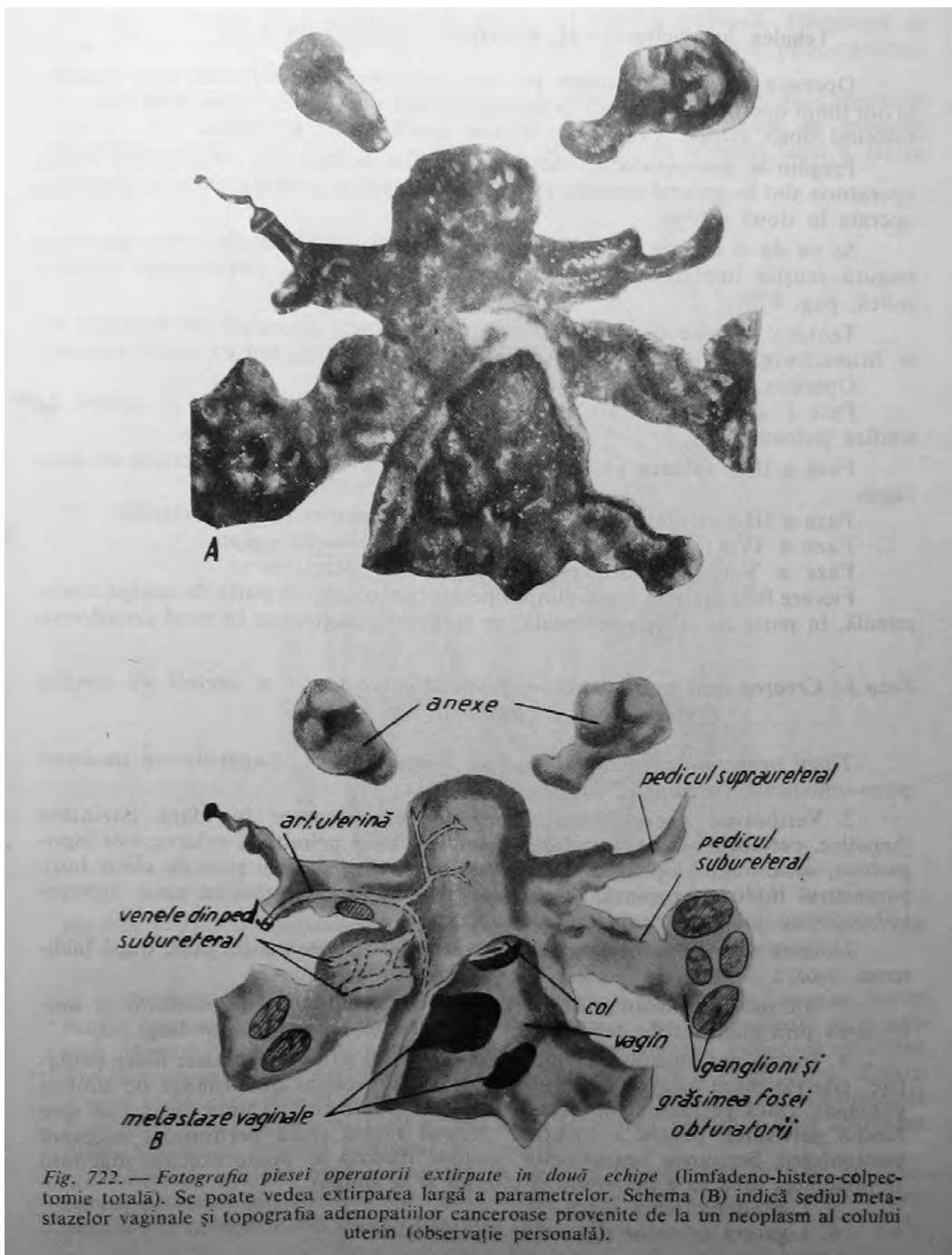


Fig. 722. — Fotografia piesei operatorii extirpate în două echipe (limfadenohisterocolpectomie totală). Se poate vedea extirparea largă a parametrelor. Schema (B) indică sediul metastazelor vaginale și topografia adenopatiilor canceroase provenite de la un neoplasm al colului uterin (observație personală).

Faza a V-a: Peritonizare-drenaj-sutura peretelui

Nu diferă față de peritonizarea obișnuită, trebuind să fie totală. Drenajul va fi dublu: perineal (cu tub de cauciuc), prin spațiul rămas după colpectomia totală, și abdominal.

Tehnica hemipelvectomiei anterioare (operată în două echipe)

Operația se poate practica pe cale combinată, abdominală și perineală, în doi timpi operatori, executată în aceeași edină sau într-un singur timp operator, folosind două echipe. Prezentăm numai această ultimă tehnică.

Pregătirile preoperatorii, anestezia, poziția bolnavului și reanimarea intraoperatorie sînt în general comune cu acelea utilizate în intervențiile mari pelviene, operate în două echipe.

Se va da o atenție deosebită reducerii septicității cadrului colic, pentru a asigura reușita implantării ureterocolice (vezi tehnica — implantarea uretero-colică, pag. 878).

Tehnica pe care o practicăm împrumutăm unele elemente din lucrările lui A. Brunschwig, L. Michon — A. Ameline și Comte-Bottou asupra acestei operații.

Operația are cinci faze principale:

Faza I: crearea unui spațiu anterior, prin dezlipirea vezicii și uretrei de simfiza pubiană.

Faza a II-a: crearea unui spațiu posterior, prin dezlipirea rectului de uter-vagin.

Faza a III-a: izolarea și rezecția în bloc a parametrelor și ureterelor.

Faza a IV-a: implantarea ureterelor secționată în colon.

Faza a V-a: peritonizare-drenaj-închiderea peretelui.
Fiecare fază are mai mulți operatori executați în parte de echipa abdominală, în parte de echipa perineală, ce trebuie să acționeze în mod coordonat.

Faza I: Crearea unui spațiu anterior, prin dezlipirea vezicii și uretrei de simfiza pubiană

Timpii operatori executați de echipa abdominală. 1. Laparotomie mediană pubo-ombilicală (prelungită la nevoie în sus).
2. Verificarea operabilității. Prezența de metastaze în afara bazinului (hepatice, periaortice etc.), invadarea arterelor iliace primitive, externe sau hipogastrice, contraindică operația. De asemenea, neglijarea unui plan de clivaj între parametrul infiltrat neoplazic și peretele pelvian sau constatarea unor uretero- hidronefroze bilaterale contraindică operația.

Izolarea abdomenului și anșelor intestinului subțire cu câmpuri, după înclinarea uoară a mesei în poziție Trendelenburg.

3. Anexectomie bilaterală (cu ligatura pediculilor lomboovarieni) și deschiderea prin manevre de decolare digitală a foii elor ligamentelor largi.

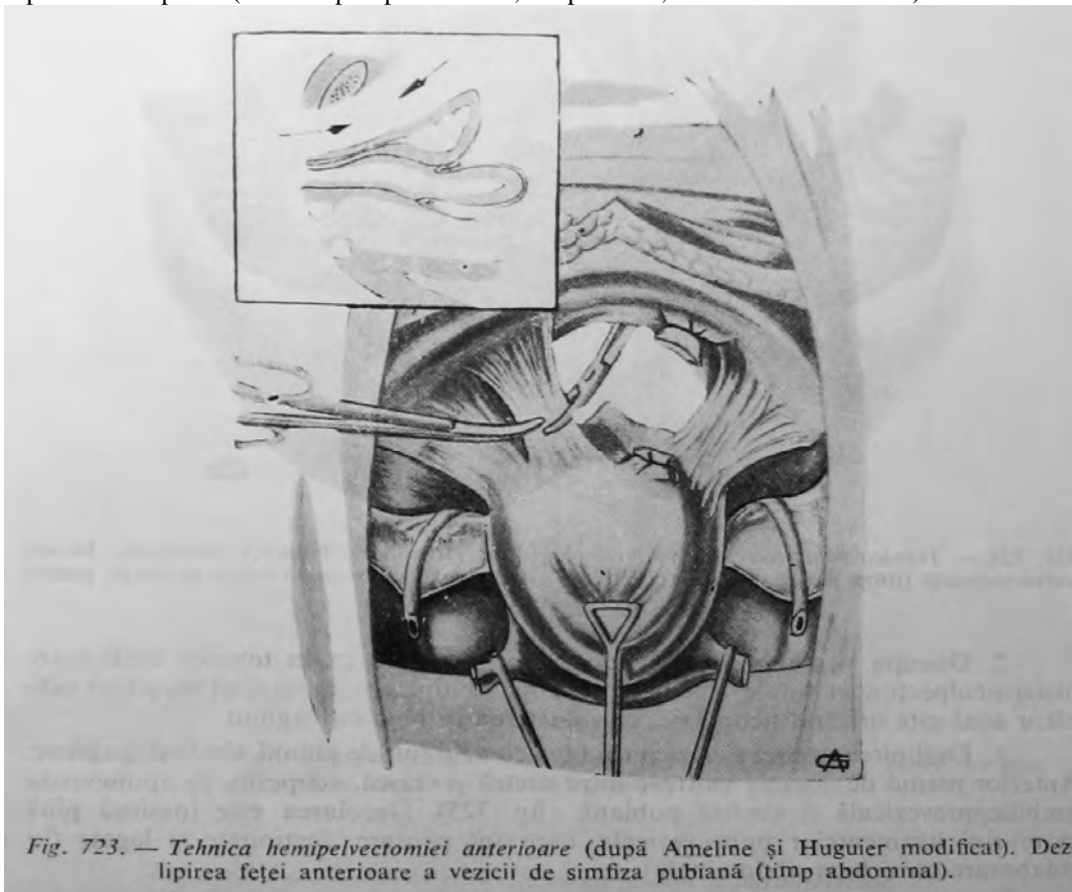
4. Incizia peritoneului pelvian după o linie ce urmărește vasele iliace primitive, arterele iliace externe și peritoneul domului vezical (la distanță de simfiza pubiană). Dacă peritoneul nu este infiltrat, se poate coborî linia de incizie spre fundul pelvisului, pentru a menține cât mai mult stofă peritoneală necesară peritonizării. Secionarea ligamentelor rotunde (incizia se poate executa mai întâi în jumătatea dreaptă a pelvisului și ulterior și la stînga).

5. Limfadenectomia iliacă.

6. Ligatura arterelor și venelor hipogastrice.

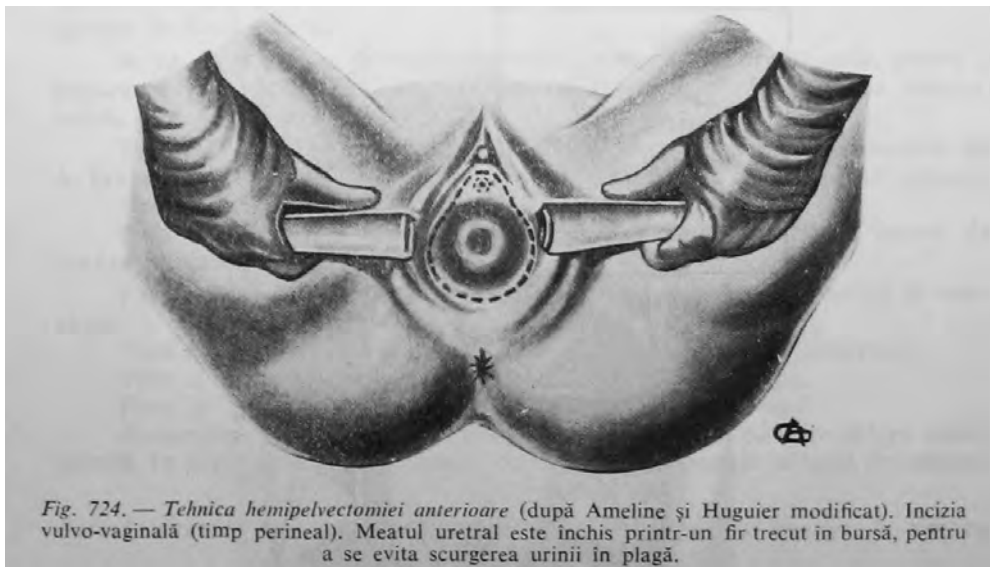
7. Dezlipirea feței anterioare a vezicii de simfiza pubiană. Decolarea se face cu un minim de hemoragie, pînă la nivelul ligamentelor pubo-vezicale, ce sînt secionate (fig. 723).

8. Secionarea ureterelor. Se izolează ureterele cu esutul vasculo-conjunctiv nutritiv și se secionează cât mai jos posibil, la oarecare distanță de procesul neoplazic (acest timp se poate amîna, din prudență, la sfîrșitul fazei a III-a).



Brunschwig propune o fîșie de peritoneu, ca o clapă de buzunar, în tot lungul ureterului, lată de aproximativ 2 cm. Această clapă peritoneală va fi aplicată ulterior peste locul de implantare în colon a ureterului, fixîndu-se cu cîteva fire la seroasa colicilor. Astfel se efectuează o peritonizare a plîgii colice. Pentru a evita scurgerea urinei în pelvis, ureterele sînt cateterizate cu două sonde ureterale exteriorizate din abdomen. Unii autori leagă temporar, pentru a evita scurgerea urinei în pelvis, capătul secionat al ureterelor.

Ambele uretere fiind secionate, se decolează ascendent în bloc cu peritoneul posterior al pelvisului care le învelește și sînt rîsturnate înspre abdomen, pentru a le îndepărta din câmpul operator (fig. 723).



Timpii operatori executați de echipa perineală. Echipa perineală intră în acțiune mai târziu, după ce echipa abdominală a verificat operabilitatea, a terminat limfadenectomia și a verificat raporturile blocului tumoral cu artera hipogastrică.

1. Se circumscrie perineul anterior (vulva, uretra) printr-o incizie ce trece deasupra meatusului urinar (sub clitoris), după dezinfectarea prealabilă a vaginului și introitusului vulvovaginal (fig. 724).

2. Disecția vaginului se face posterior și lateral ca în tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale efectuată în două echipe. În cazul când mușchiul ridicător anal este infiltrat neoplazic, se va extirpa în bloc cu vaginul.

3. Dezlipirea uretrei și vezicii (în bloc cu vaginul) de planul simfizei pubiene. Anterior planul de disecție va trece între uretră și vezică, acoperite de aponevroza ombilicoprevezicală și simfiza pubiană (fig. 725). Decolarea este împinsă până la nivelul ligamentelor pubo-vezicale, care sunt pensate și legate (în colaborare cu echipa abdominală).

În acest moment, cele două echipe se întâlnesc prevezical în spațiul de decolare pubo-vezical, pelvisul fiind invadat de lumina ce vine prin câmpul perineal (fig. 723).

Faza a II-a: Crearea unui spațiu posterior prin dezlipirea rectului de uter-vagin

Timpii operatori nu diferă de aceia expuși în tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale în două echipe.

Cele două echipe se întâlnesc posterior prin crearea unui spațiu decolat între blocul vezico-utero-vaginal și rect (fig. 726).



Faza a III-a : Izolarea și secționarea în bloc a parametrelor

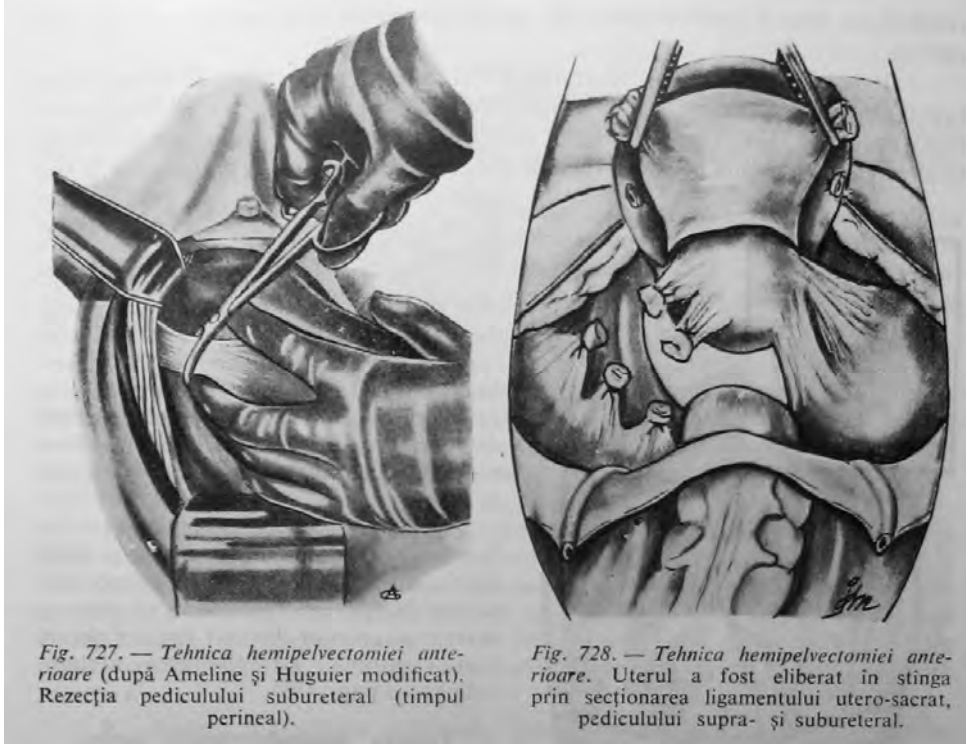
În cazul hemipelvectomiei anterioare, parametrele pot fi extirpate bilateral până la peretele pelvian, în bloc cu porțiunea anterioară a ureterelor.

1. Ligatură și secționarea arterelor uterine și vezicale superioare, după crearea unui spațiu de clivaj între blocul tumoral și peretele pelvian, în lungul arterei hipogastrice. În felul acesta, pediculul subureteral al parametrului este separat de perete.

2. Rezecția pediculului subureteral. Se face după pensarea pediculului, fiecare din echipe aplicând câte o pensă puternică la inserția pediculului subureteral pe peretele lateral pelvian (fig. 727). Urmează secționarea și ligatură pediculului.

3. Urmează izolarea și secționarea ligamentelor uterosacrate, care se execută întocmai ca în cursul limfadenohisterocolpectomiei totale efectuată în două echipe (fig. 728).

Prin colaborarea celor două echipe, piesa operatorie este extirpată și pelvisul golit în jumătatea sa anterioară.



Faza a IV-a: Implantarea ureterelor în colon

Modul de implantare uretero-colic are deosebită importanță pentru prognosticul funcțional al implantării.

Alegerea locului implantării ureterelor în sigmoid sau recto-sigmoid ca și tehnicile utilizate (Coffey I., Brunschwig) (fig. 729) (Cordonnier-Nesbit etc.) nu diferă de cele prezentate la capitolul: « Implantarea uretero-colic » (pag. 878).

Faza a V-a : Peritonizare-drenaj-închiderea peretelui

Se pulverizează pelvisul cu penicilină și streptomicină (1 000 000 U.I. penicilină și 1 g streptomicină), după care se face peritonizarea, putându-se utiliza una din tehnicile de mai jos, în funcție de stofa peritoneală rămasă în pelvis.

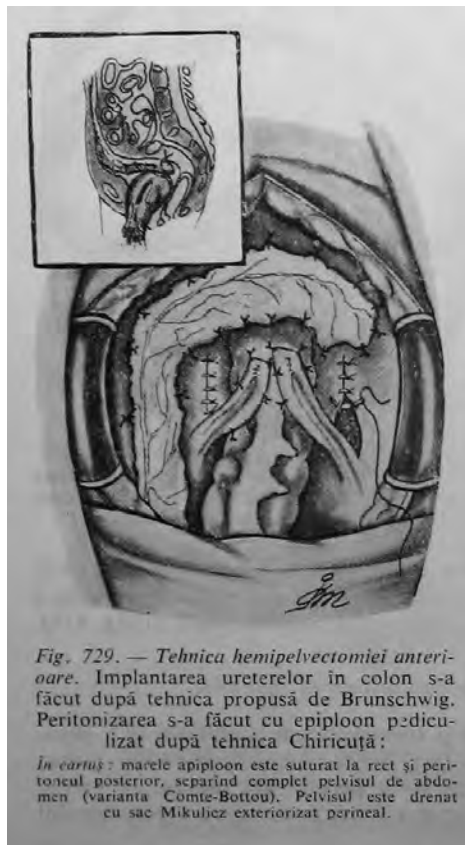
Peritonizarea simplă prin sutură cu surjet a foi ei posterioare a peritoneului pelvian și resturile foi ei anterioare.

Cînd stofa peritoneală locală nu este suficientă, se pot completa lipsurile cu epiploon pediculizat și coborît în pelvis după tehnica pe care am descris-o (fig. 729).

Cînd peritoneul rămas este prea redus pentru a fi utilizat, se poate recurge la :

Peritonizare prin interpoziția mezocolonului pelvian (suturat la peretele anterior pelvian) ca o diafragmă separatoare între pelvis și abdomen (metoda Thoma Ionescu).

Peritonizare prin suturarea marginii inferioare a marelui epiploon la marginea liberă a sigmoidului și la peritoneul parietal posterior, creînd astfel un hamac epiploic ce separă ansele intestinale sub iradierea de pelvis (Comte-Bottou) (fig. 729 cartu).



Drenajul. în caz c peritonizarea a fost corect , abdomenul se dreneaz cu tuburi; în caz contrar, cu sac Mikulicz. Drenajului perineal i se va acorda importan deosebit . Dup tipul bolnavei (slab sau gras), septicitatea leziunilor i felul în care a descurs opera ia (hemoragie, limforee), drenajul perineal va fi asigurat prin dou tuburi de cauciuc sau se va utiliza sacul Mikulicz exteriorizat perineal (fig. 729 cartu).

Utilizarea sacului Mikulicz este indicat mai ales când spa iul pelvian r mas dup exerez este prea mare; în felul acesta se poate evita angajarea anselor intestinale sub iri în excava ia pelvian prin desfacerea suturii de peritonizare urmat de instalarea fenomenelor ocluzive. Drenajul Mikulicz va fi suprimat progresiv în 6—10 zile.

îngrijiri postoperatorii. în afar de combaterea ocului i infec iei (celulita pelvian i retroperitoneal), se vor da îngrijiri speciale în ce prive te derivarea urinilor din rect (pentru detalii vezi capitolul: «Implantarea uretero- colic » — pag. 878).

Tehnica hemipelvectomiei posterioare (opera ia în dou echipe)

în practic vom putea asocia colpo- hysterectomiei totale o rezec ie a rectului (sfîncterul anal fiind conservat), ori de cîte ori procesul neoplazic ce invadeaz rectul este la distan de cel pu în 5 cm de sfîncterul anal. Când neoplasmul este situat sub această distan , sfîncterul fiind infiltrat neoplazic macroscopic sau microscopic, se impune practicarea unei amputa ii a rectului. Numai în această ultim eventualitate se va recurge la opera ia în dou echipe. Din 35 hemipel- vectomii posterioare practicate de mine, numai în 5 cazuri a fost necesar operarea în dou echipe, practicîndu-se amputa ia rectului. La restul de 20, practicînd rezec ia rectului, hemipelvectomia a putut fi practicat exclusiv pe cale abdominal .

— Preg tirile preoperatorii, anestezia, pozi ia bolnavei i reanimarea intraoperatorie sînt în general comune cu acelea utilizate în interven iile mari pelviene, operate în dou echipe.

Timpi executate de echipa abdominal

1. *Laparotomie median pubo-ombilical .*

2. *Verificarea operabilit ii (vezi tehnica hemipelvectomiei anterioare).*

Se va face bilan ul intraoperator al extinderii procesului tumoral i spre rect, explorînd gradul de propagare spre sta iile ga* glionare hemoroidale superioare i mezenterice inferioare.

3. *Aprecierea posibilit ilor de mobilizare a sigmoidului,* verificînd lungimea ansei colice i dispozi ia arcadelor vasculare mezosigmoidiene paracolice i se alege tulpina vascular hr nitoare a ansei sigmoidiene care va ii coborit endo- sfîncterian (în rezec ie) sau derivat la peretele abdominal sub form de anus (în amputa ie).

4. *Anexectomie bilateral .*

5. *Incizia peritoneului mezosigmoidului i peritonectomia.* Incizia peritoneului începe pe foi a dreapt a mezosigmoidului (la nivelul vasului ales ca tulpin nutritiv a ansei coborîte), coboar în jos spre pelvis, ocole te lateral uterul, trece apoi prin fundul de sac vezico-uterin, se urc din nou pe foi a stîng a mezosigmoidului (fig. 730).

Deoarece în asemenea situa ii peritoneul fundului de sac recto-uterin este prins neoplazic, se va exciza din peritoneul pelvian, atît cît este necesar, f r a ine seama de inconvenientele care vor surveni la peritonizare. Important este ca sec iunea foi elor mezosigmoidului s se fac cît mai posterior, la distan de sigmoid; în felul acesta se asigur o protec ie mai eficace a arcadelor vasculare paracolice ale ansei ce va fi coborit endosfîncterian (în caz c este indicat rezec ia).

6. *Ligatura și seciunea pediculului vascular hemoroidal superior* (la nevoie și a trunchiului sigmoidian al III-lea și al II-lea). Efectuînd acest timp la începutul intervenției se interceptează posibilitatea diseminării pe cale vasculară a celulelor neoplazice mobilizate în manevrele operatorii (vezi fig. 730 și 731).

7. *Evidențierea ureterelor parauterine și limfadenectomia iliacă*. Se va avea grijă să fie păstrată adeziunea peritoneului pelvian la uretere, pe cât mai mare distanță, acestea fiind denudate numai juxtauterin (dacă situația o permite).

Urmează limfadenectomia iliacă externă, a fosei obturatoare, hipogastric și iliac primitiv (vezi fig. 730).

8. *Seciunea arterei uterine și a pediculului supraureteral*. Artera uterină se leagă aproape de ieșirea din hipogastric și se secționează (artera ombilico-vezicală este conservată). Apoi, împreună cu tot esutul conjunctiv-limfatic vecin pediculului supraureteral, se retrage spre uter, ureterul fiind descoperit pînă la intrarea în vezică (vezi fig. 730 și 731).

Acești timpi operatori se execută bilateral.

9. *Decolarea vezico-uterină*. Se execută ca în limfadenohisterocolpectomia totală. Cînd peretele vaginal anterior este indemn, se poate păstra jumătatea inferioară a lui (protejează vezica urinară și ajută la refacerea ulterioară a vaginului).

10. *Dezlipirea rectului de sacru* cu extirparea esutului celulo-limfoganglionar dintre uretere. Cu un foarfece bont se adună spre mezorect tot esutul celulo-limfoganglionar dintre uretere (vezi fig. 730).

Apoi se dezlipește fața posterioară a rectului de concavitatea sacrată cu ajutorul unui tampon montat sau mai bine prin manevre manuale, mergînd în jos pînă la planul ridicătorilor anali, coccisul fiind atins.

În felul acesta se va ridica în bloc rectul cu hilul ganglionar hemoroidal superior (hilul limfatic al rectului) (fig. 731).

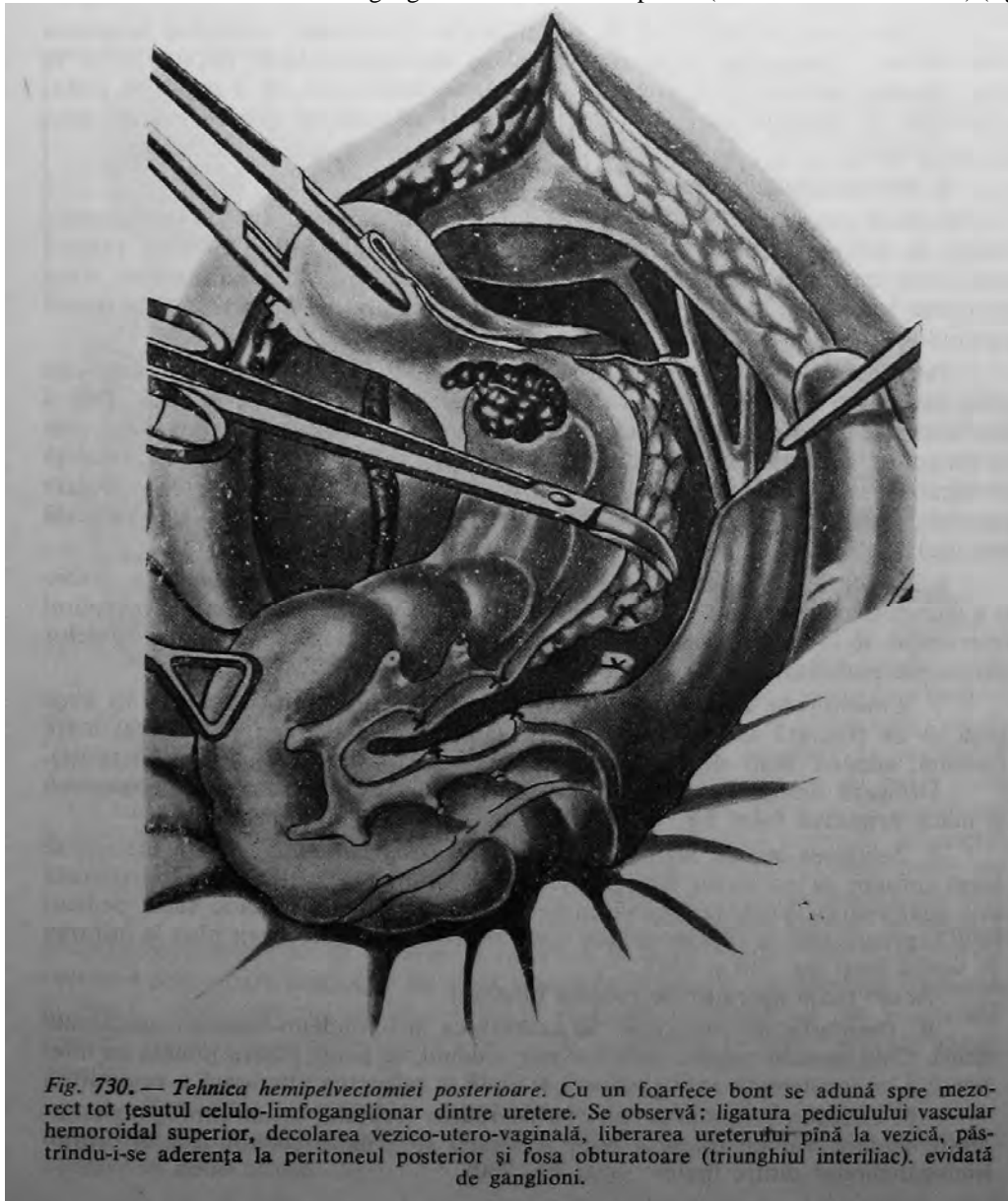
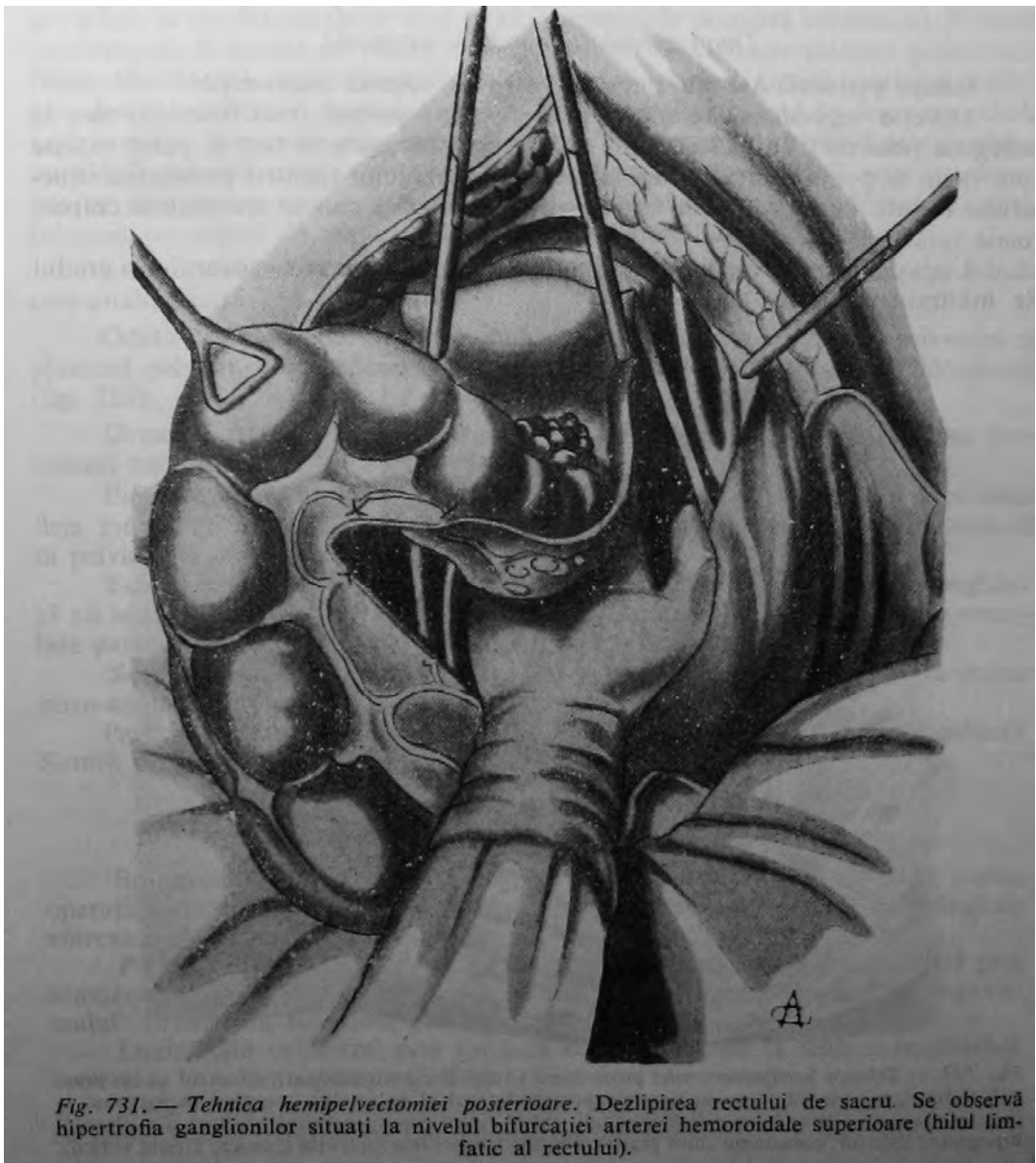


Fig. 730. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare. Cu un foarfece bont se adună spre mezorect tot esutul celulo-limfoganglionar dintre uretere. Se observă: ligatura pediculului vascular hemoroidal superior, decolarea vezico-utero-vaginală, liberarea ureterului pînă la vezică, păstrîndu-i-se aderența la peritoneul posterior și fosa obturatoare (triunghiul interiliac) evidată de ganglioni.

II. *Liberarea laterală a rectului* prin seciunea ligamentelor utero-sacrate și a aripișoarelor rectului. Seciunea ligamentelor utero-sacrate se va face ca în limfadenohisterocolpectomia totală, avîndu-se grijă să nu se extirpe odată cu ele și plexul nervos hipogastric inferior, care se află pe fața externă a bazei lor de inserție sacrată.

Se leagă și se secționează aripișoarele rectale în mod etajat alternativ, între ligaturi plasate cu ajutorul acului Deschamps, cît mai la distanță de rect, ajungîndu-se cu liberarea pînă la planul ridicătorilor anali.



Nu se va forța decolarea esutului conjunctiv perirectal ras cu peretele postero-lateral al pelvisului, deoarece există pericolul ruperii nervilor erectori (parasimpaticul pelvian) și lezării plexului nervos hipogastric inferior. Dacă această lezare este bilaterală, bolnava va avea fenomene de retenție urinară cronică postoperatorie datorită ruperii cordonilor nervoase motoare vezicale (fig. 732).

12. *Extirparea pediculului subureteral* se va face după aceeași tehnică ca în limfadenohisterocolpectomia totală (regit operat în două echipe).

Se va evita rezecția acestor formațiuni până la peretele pelvian, pentru a se păstra intactă inervația vezicii (cel puțin în într-o singură parte).

Timpii execuției de echipa perineală

Echipa perineală are mai puțin de lucru în această intervenție.

Disecția vaginului. Vaginul se poate extirpa parțial (mai frecvent) sau în întregime (mai rar). În cancerul de col uterin propagat la rect și puțin extins spre vagin se poate păstra partea inferioară a vaginului (pentru protejarea sfincțterului rectal). În cancerul de vagin extins la uter și rect se recomandă colpectomia totală.

Linia de incizie a vaginului va diferi deci după topografia cancerului și gradul de infiltrare vaginală.

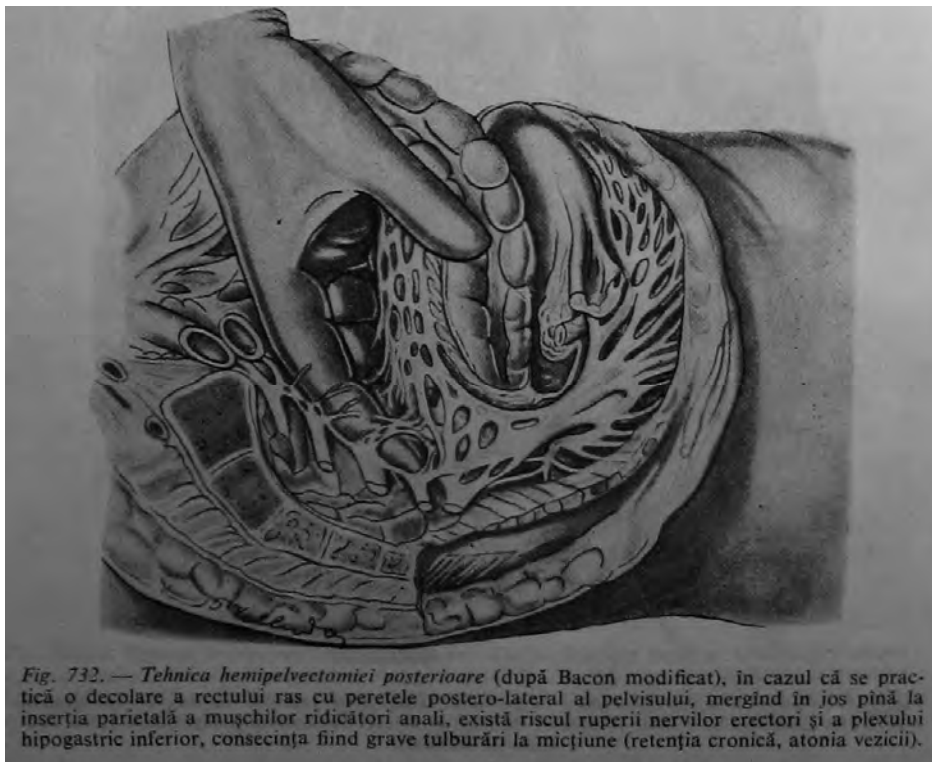


Fig. 732. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare (după Bacon modificat), în cazul că se practică o decolare a rectului ras cu peretele postero-lateral al pelvisului, mergînd în jos pînă la inserția parietală a mușchilor ridicători anali, există riscul ruperii nervilor erectori și a plexului hipogastric inferior, consecința fiind grave tulburări la micțiune (retenția cronică, atonia vezicii).

În cazul colpectomiei totale echipa perineală va diseca ascendent vaginul, a teptînd și colaborînd cu echipa abdominală în anumiți timpi operatori (de pildă în pensarea și rezecția pediculilor subureterali), ca și în tehnica limfadenohisterocolpectomiei totale operate în două echipe.

În ce privește extirparea rectului, echipa perineală va ajuta echipa abdominală după cum urmează :

— În cazul cînd s-a decis rezecția rectului, se va închiide în bursă orificiul anal, începînd apoi disecția ascendentă a mucoasei canalului anal și endoanal (tehnica Babcock-Bacon), inelul muscular sfincterian fiind menajat la maximum (disecția se va face la nivelul canalului anal strict în spațiul de decolare submucoasă). Perineul posterior va fi incizat pe rafeul median (cu sau fără sfincterectomie posterioară Nasta-Mandache), la nevoie putîndu-se rezeca și coccișul. Odată sfincterul depășit prin disecția mucoasei canalului anal, se va peritronde în planul de deasupra ridicătorilor anali, prin incizarea peretelui muscular al rectului, ajutînd echipa abdominală la rezecția arăpioarelor rectului. Cînd procesul neoplazic este sus situat, pentru menținerea continenței reflexe se poate peritra mucoasa canalului anal, folosind procedeul de rezecție descris de Mandache sau de Chiricu ;

— În cazul cînd s-a decis amputația rectului, se vor rezeca larg mușchii ridicători anali, sacrificînd sfincterul.

Odată rectul și uterul cu vaginul complet detașate de pereții pelvisului și planul pelvian, piesa operatoare este trasă în abdomen de echipa abdominală (fig. 733).

Urmează rezecția sigmoidului între două ligaturi la 6—10 cm deasupra procesului tumoral.

Piesa cu blocul neoplazic complet detașat este îndepărtată, iar sigmoidul deja mobilizat este coborît la perineu cu ajutorul unei pense clampe introdusă în pelvis prin inelul sfincterului de echipa perineală.

Echipa abdominală ajută la coborîrea ansei colice mobilizată, supraveghînd să nu se torsioneze sau să nu fie trasă prea tare (pericol să se rupă arcadele vasculare paracolice) (fig. 733).

Se drenează pelvisul prin fosele ischio-rectale (incizii pararectale) sau incizie retro-anală și suprapubiană cu tuburi de cauciuc. Peritonizarea nu este obligatorie (se poate recurge la epiplonul pediculizat). Sutura peretelui abdominal.

Tehnica pelvectomiei totale

Bolnavele trebuie să aibă o stare generală bună, pentru a rezista acestei operații extrem de ocazante. Operația va fi practicat numai în centre chirurgicale antrenate în această intervenție exagerat de îngrijită.

Pregătire preoperatorie. Restabilirea atentă și controlată prin examene de laborator a balanței proteinice, hidrice, saline și vitaminice a organismului (transfuzii, hidratare etc.).

Dezinfectia colonului este similară cu cea descrisă la tehnica implantării ureterelor în colon (operația Coffey).

Anestezia. Rahianestezie cu procain-novocain, completată la nevoie cu rahianestezie iterativ pe cale anterioară sau anestezie prin intubație.

Reanimarea trebuie să se facă de un medic reanimator de la începutul operației. Vor trebui să existe rezerve mari de sînge izogrup și plasmă (4—5 litri). Perfuzia cu sînge și soluții fiziologice tot timpul operației. Reanimarea va fi continuată postoperator în mod sus înțeles cel puțin în 48 ore.

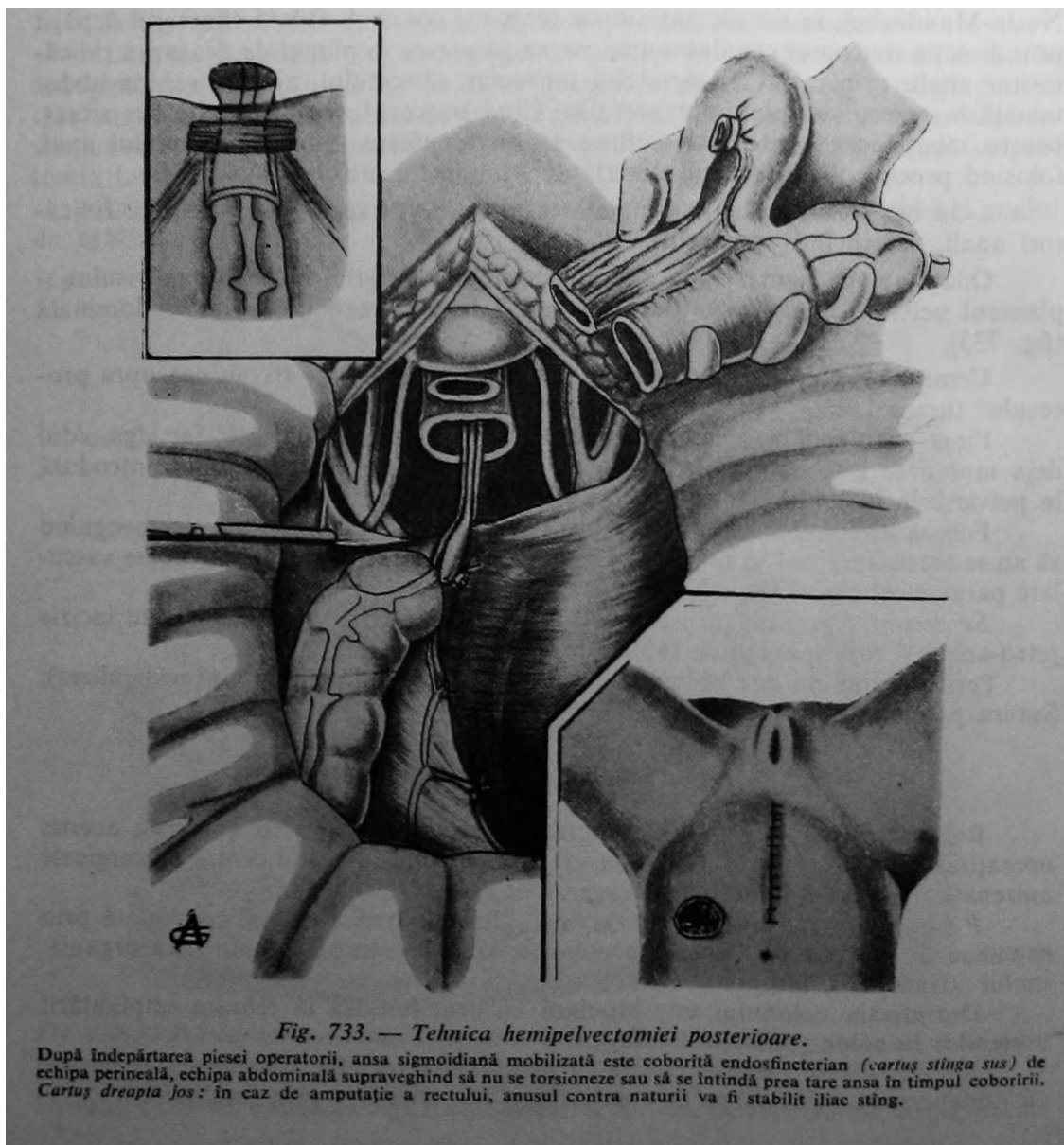


Fig. 733. — Tehnica hemipelvectomiei posterioare.

După îndepărtarea piesei operatorii, ansa sigmoidiană mobilizată este coborâtă endosfincterian (*cartuş stînga sus*) de echipa perineală, echipa abdominală supraveghînd să nu se torsioneze sau să se întindă prea tare ansa în timpul coborîrii. *Cartuş dreapta jos*: în caz de amputație a rectului, anusul contra naturii va fi stabilit iliac stîng.

Poziția bolnavei, comună tuturor intervențiilor largi practicate în două echipe.

Tehnica operatorie pe care am folosit-o trebuie să corespund următoarelor deziderate:

— execuția în două echipe operatorii, care să acționeze abdominal și perineal (Brunschwig operează într-o singură echipă, în doi timpi operatori — abdominal și perineal — executată în aceeași edin operatorie);

— succesiunea timpilor operatori trebuie să fie făcută în așa fel, încât operația să poată fi întreruptă când se constată inoperabilitatea (de exemplu, infiltrarea neoplazică a vaselor hipogastrice), fără a crea situații care ar obliga să se continue intervenția cu orice pre înaintea aprecierii operabilității (de exemplu, secționarea colonului sau ureterelor).

Pelvectomia totală este o intervenție laborioasă care se poate executa corect când procesul neoplazic s-a întins de la col în sens antero-posterior și mai puțin în sens lateral. Ea devine de nerealizat când parametrele infiltrate au înglobat formațiunile anatomice de pe pereții laterali ai pelvisului (vasele hipogastrice, nervul sciatic, peretele pelvian).

Pentru aceste motive, operația va începe întotdeauna cu decolarea laterală, de partea unde palpăm infiltrația cea mai masivă a parametrului sau unde există blocul ganglionar cel mai voluminos (verificarea operabilității).

Prezentăm două tehnici, diferențiate între ele constând în amputarea sau păstrarea sfîncterului rectal.

Tehnica pelvectomiei totale cu *amputarea rectului* și crearea unui anus abdominal definitiv este indicată ori de câte ori sfîncterul anal este prins de procesul neoplazic (cancerul vaginal mai ales, sau amputarea rectal inferioară extinsă la uter și vezică). Această operație are dezavantajul că duce la crearea infirmității colostomiei umede.

Tehnica pelvectomiei totale cu *rezecția rectului* și coborîrea ansei sigmoidiene endoanal este indicată ori de câte ori sfîncterul anal nu este invadat neoplazic (de pildă în cancerul colului uterin extins la rect). Această operație, cu toate că este mai grea din punct de vedere tehnic, are avantajul că evită infirmitatea colostomiei umede, neorectul avînd funcția de conținere păstrată.

Pelvectomia totală cu amputarea rectului și crearea unui anus abdominal (pelvectomia totală cu colostomie umedă)

Faza I: Crearea unui spațiu anterior prin dezlipirea vezicii și uretrei de simfiza pubiană

Timpii executate de echipa abdominală. Sînt identici cu aceia practicați în hemipelvectomia anterioară (fig. 734). Rezecția în bloc a masei tumorale a arterelor și venelor hipogastrice, așa cum proceda Brunschwig, nu este de recomandat (fig. 735).

Timpi executa i de echipa perineal . Dup închiderea orificiului extern vulvo- vaginal prin sutur continu i a anusului prin sutur în burs se incizeaz eliptic tegumentele, înglobînd orificiul vaginal i anal, mergînd de la vîrfu coccisului pîn sub simfiza pubian . Disec ia latero-vaginal a esutului gr sos se continu ascendent paravaginal, pîn se ajunge la planul mu chilor ridic tori anali, care sînt rezeca i dup gradul lor de infiltrare neoplazic (fig. 736).

Disec ia lateral este oprit cînd s-a ajuns la baza pediculului subureteral, a c rui rezec ie se va face în colaborare cu echipa abdominal , într-un timp operator ulterior.

Disec ia uretrei i vezicii în bloc cu vaginul, de planul simfizei pubiene, se va executa ca i în tehnica hemipelvectomiei anterioare.

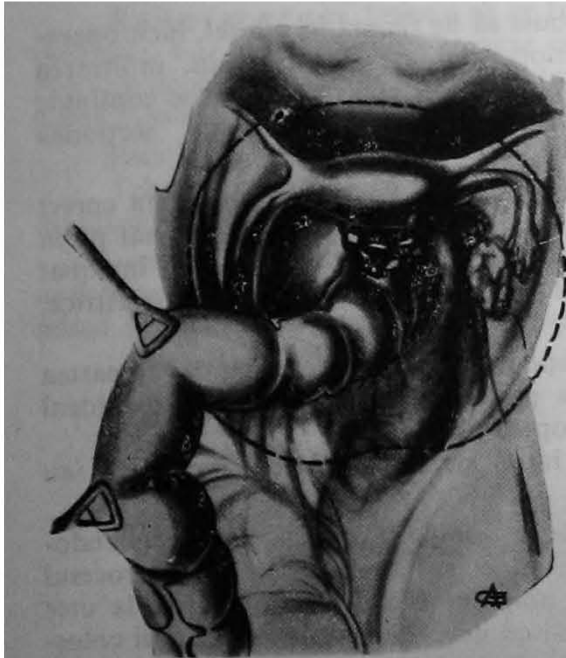


Fig. 734. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente modificată). Incizia peritoneului pelvian urmează o linie care merge pe deasupra vezicii urinare, în lungul arterelor iliace externe și primitive, și se termină pe marginea mezenterică a colonului sigmoid, după ce foițele peritoneale ale mezosigmoidului au fost incizate.

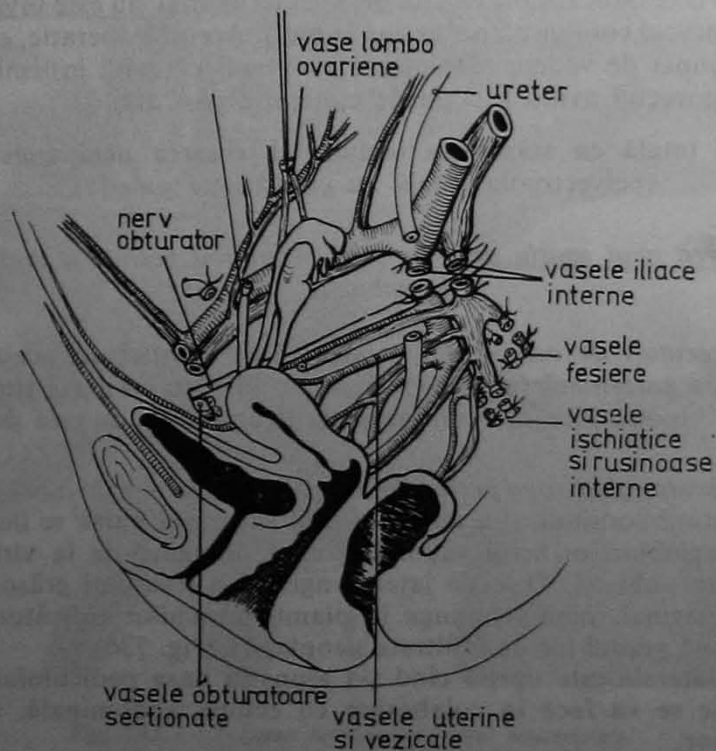


Fig. 735. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente). Schema arată punctele de ligatură și secțiune a diferitelor vase, ceea ce permite rezecția lor cu restul piesei operatorie.

Faza a II-a: Crearea unui spa iu posterior prin dezlipirea rectului de sacru

Timpii operatori nu difer de aceia expu i la hemipelvectomia posterioar .

Faza a III-a : Izolarea i sec ionarea în bloc a parametrelor i aripoarelor rectului; sec ionarea ureterelor

Dup sec ionarea parametrilor urmeaz sec ionarea aripioarelor latero- rectale. Este timpul cel mai indicat pentru a fi executat în dou echipe (vezi tehnica hemipelvectomiei anterioare i posterioare).

Faza a IV-a: Sec iunea colonului i implantarea ureterelor în colon

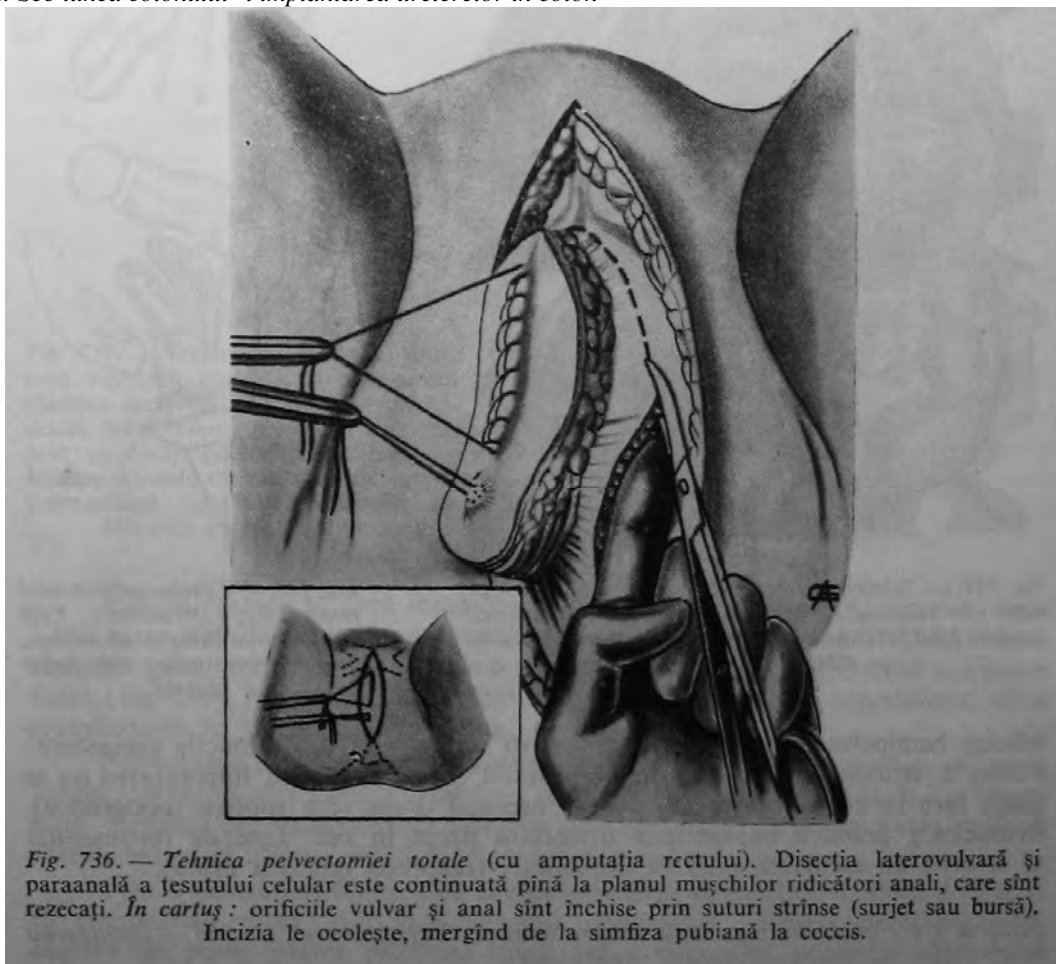


Fig. 736. — Tehnica pelvectomiei totale (cu amputația rectului). Disecția laterovulvară și paraanală a țesutului celular este continuată pînă la planul mușchilor ridicători anali, care sînt rezecați. În cartuș: orificiile vulvar și anal sînt închise prin suturi strînse (surjet sau bursă). Incizia le ocolește, mergînd de la simfiza pubiană la coccis.

Colonul sigmoid este sec ionat la aproximativ 10 cm deasupra blocului tumoral (zon de securitate supratumoral), între dou ligaturi, extremit ile fiind înfundate în burs (fig. 737).

Prin colaborarea echipelor, piesa operatorie ce cuprinde vezica, cu por iunea intraparametrial a ureterelor, uterul, vaginul i rectul, împreun cu parametrele este complet deta at de pere ii pelvisului i eliminat (fig. 738).

Implantarea ureterelor în colonul exteriorizat la perete reprezint timpul operator cel mai important pentru prognosticul func ional al bolnavei, trebuind s se execute cu toat aten ia dup normele prezentate la capitolul respectiv în tehnica hemipelvectomiei anterioare; se va utiliza una din tehnicile cunoscute: Coffey I, Brunshwig sau Cordonnier-Nesbit (fig. 739). Când implantarea nu se poate face în colonul sigmoid, pentru ureterul drept (din motive topografice), Brunshwig practic implantarea ureterului drept în cec. Este de recomandat s se evite un asemenea mod de implantare (rezorb ia colic a urinei).

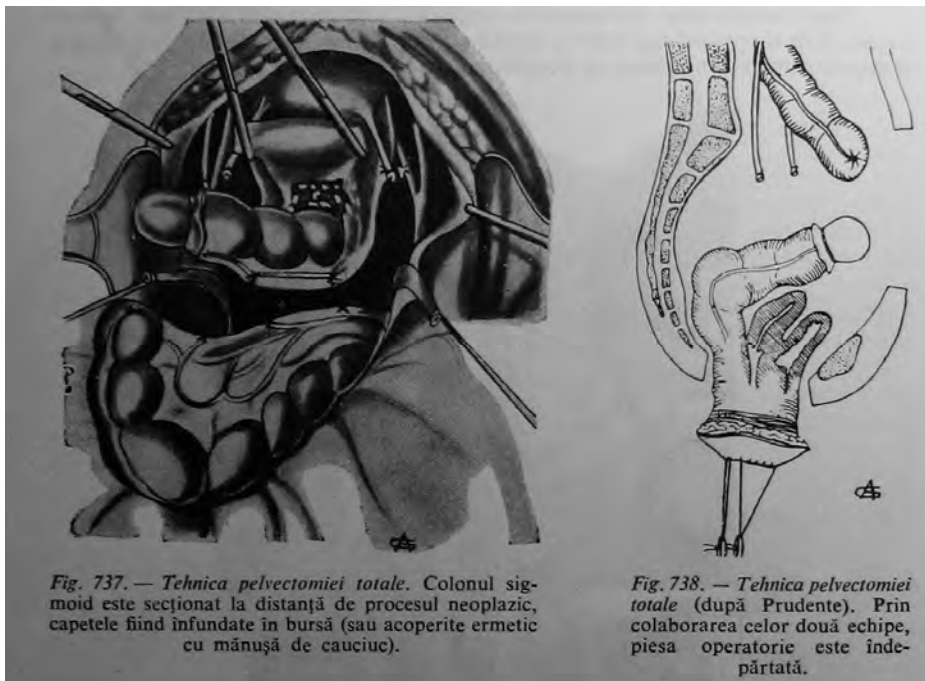


Fig. 737. — Tehnica pelvectomiei totale. Colonul sigmoid este secționat la distanță de procesul neoplazic, capetele fiind infundate în bursă (sau acoperite ermetic cu mănușă de cauciuc).

Fig. 738. — Tehnica pelvectomiei totale (după Prudente). Prin colaborarea celor două echipe, piesa operatorie este îndepărtată.

Faza a V-a: Stabilirea anusului contra naturii. Peritonizare. Drenaj — închiderea peretelui

Stabilirea colostomiei. Brunshwig practic colostomia în partea inferioară a inciziei mediane subombilicale, prin exteriorizarea ansei colice la acest nivel. Acest mod de stabilire a colostomiei prezintă pericolul dezunării plăgii udată de urină și fecale. Pentru acest motiv, unii autori practic un anus lateral (Comte-Bottou). Personal, prefer anusul lateral stâng.

Peritonizarea și drenajul ridic probleme comune cu hemipelvectomia anterioară.

Varianta Comte-Bottou. Acești autori au preconizat o variantă operatorie care își propune să combată infecția urinară ascendentă prin crearea unei neo-vezici, rezultat din excluderea unei porțiuni a colonului sigmoid și evitarea colostomiei pe incizia de laparotomie.

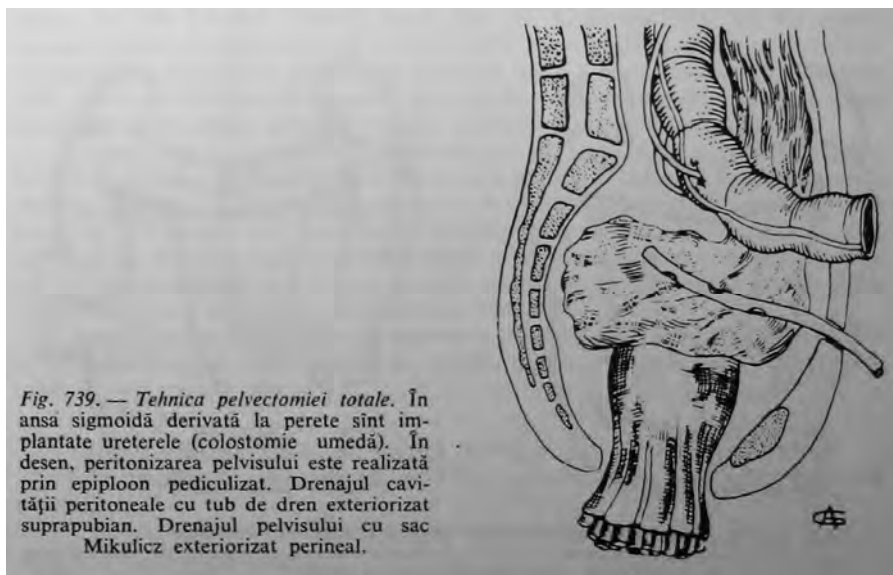


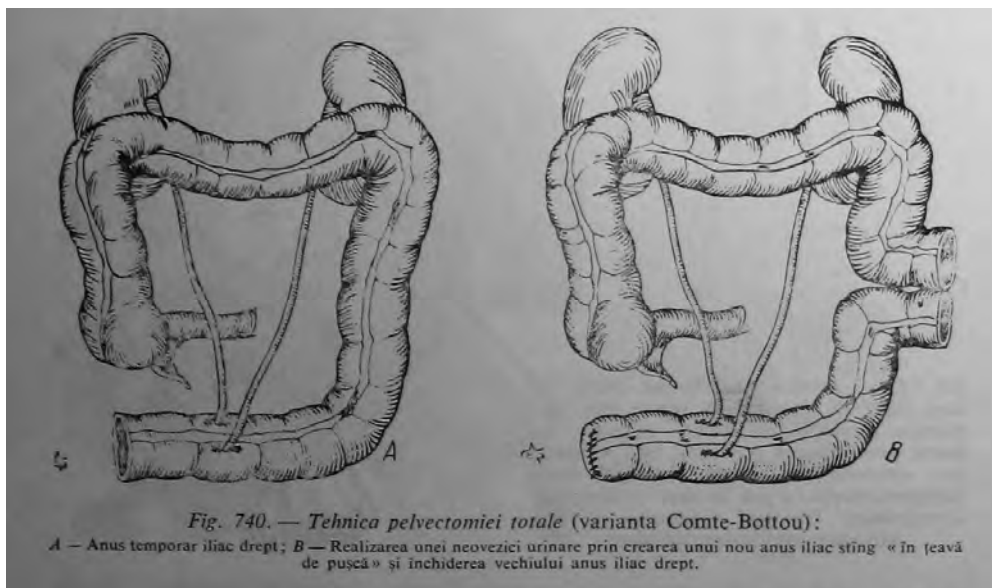
Fig. 739. — Tehnica pelvectomiei totale. În ansa sigmoidă derivată la perete sînt implantate ureterele (colostomie umedă). În desen, peritonizarea pelvisului este realizată prin epiploon pediculizat. Drenajul cavității peritoneale cu tub de dren exteriorizat suprapubian. Drenajul pelvisului cu sac Mikulicz exteriorizat perineal.

Autorii prefer să fac inițial un anus temporar iliac drept; ulterior, după 2 luni, prin stabilirea unui nou anus iliac stâng, «în ea» și închiderea anusului prim drept, se realizează o neovezică din porțiunea exclusivă a sigmoidului (fig. 740). Neovezica astfel realizată este continentă în ortostatism, urina evacuându-se în decubit lateral stâng.

Pelvectomia totală cu rezecția rectului și coborîrea ansei sigmoidiene endoanal. Timpul operatoriu sînt oarecum similari cu aceia ai pelvectomiei totale, cu amputația rectului, cu deosebirea că echipele operatorii extirpă numai vulva-vaginul-uterul, vezica și uretra, rectul și sfincterul rectal fiind păstrate.

Pentru păstrarea sfincterului, echipa perineală va executa, în afară de incizia ce circumscrie vulva, și o perineotomie posterioară necesară decolării recto-sacrate (se poate păstra și trimeea inferioară a vaginului, protecția sfincterului rectal fiind mai sigură).

Ansa sigmoidiană va trebui să fie mobilizată ca în rezecția obișnuită a rectului, pentru a putea fi coborîtă fără tensiune la perineu, endoanal, timp după care urmează implantarea ureterelor în ea. În caz că bolnava nu rezistă acestei operații laborioase și ocazionate, se va renunța la coborîrea sigmoidului, acesta fiind derivat la peretele abdominal (colostomie iliacă).



Îngrijiri postoperatorii. Reanimarea postoperatorie. Operația fiind foarte oclantă, mai ales prin pierderile mari de sînge intraoperator și existînd posibilitatea unor hemoragii postoperatorii, se va acorda o deosebită atenție combaterii șocului prin reechilibrarea masei sanguine. Cu toată reanimarea corect executată, mortalitatea imediat postoperatorie (în prima lună) variază între 16—27% (Brunschwig, Comte-Bottou).

— Aspirația gastrică continuă timp de 72—96 ore postoperator.

— Aspirația continuă a urinei prin colostomie este indicată în primele 2—3 săptămîni. De multe ori bolnava nu urinează 2—3 zile, existînd o inhibiție renală.

Ulterior se vor acorda aceleași îngrijiri ca la hemipelvectomia anterioară.

Problemele sterco-urinare ale pelvectomizatei. Colostomia umedă sau anusul sterco-urinar reprezintă o gravă afecțiune a acestor operații. Problema a fost parțial rezolvată prin utilizarea unei proteze special construite, prevăzute cu un dispozitiv de așchierare în inelul protezei ce se aplică pe pielea din jurul anusului (Rutzen). Proteza este prevăzută cu un orificiu în punctul decliv al sacului de cauciuc, prin care conținutul este evacuat, fără a fi tulburată adeziunea la piele.

— Infecția urinară. Complicațiile septice urinare survin în aproximativ 50% din cazuri și în mai cu seamă de implantarea defectuoasă a ureterelor în colon.

— Crearea unei neovezici din colonul sigmoid formează o soluție interesantă a acestei probleme (Comte-Bottou).

B Sindromul de hipercloremie-acidoză. Apare cam după 2—4 luni de la operație, fiind favorizat de leziuni ale parenchimului renal.

Concluzii asupra exenterațiilor pelviene. Pelvectomiile (totale și anterioare) reprezintă o chirurgie a disperării; mai puțin în cele posterioare.

Brunschwig a fost acela care a perfecționat tehnica și a concretizat indicațiile pe cele 756 cazuri operate de el.

Foarte mulți ginecologi le condamnă sau le ignoră. Personal, am efectuat 35 hemipelvectomii posterioare, 6 hemipelvectomii anterioare și 2 pelvectomii totale. Nu am adoptat integral concepțiile lui A. Brunschwig, nu din motive tehnice (fiindcă pelvectomiile au tehnici foarte precis reglate), ci din motive deontologice; nu am dorit să prelungesc suferința fizică a acestor canceroase cu suferința psihică a unor mutilați, uneori inumani (colostomia umedă). Cu toate aceste explicații, exenterațiile pelviene nu pot fi ignorate total de ginecologi.

Brunschwig a obținut 20% supraviețuire la 5 ani. Este o cifră de reîntors. Sîntem de aceeași părere cu H. Robert, care punînd în balanță rezultatele marii chirurgii anticanceroase: 5% supraviețuire în cancerul esofagian operat, 5% în cancerul pulmonar sau pancreatic operat, 10% în cancerul vezical și 12% în cancerul gastric supus gastrectomiei, trebuie să admitem că pelvectomiile cu 20% supraviețuire la 5 ani reprezintă uneori unica alternativă pentru unele forme clinice ale cancerelor ginecologice avansate.

Brunschwig atrage atenția asupra unor precauții pe care chirurgul trebuie să le ia înainte de a tenta asemenea operații gigante, respectîndu-se strict indicațiile și contraindicațiile.

Indicații:

- cancerul de col uterin stadiul III vagin;
- cancerul de col uterin stadiul IV (cu invazie numai a vezicii urinare sau a rectului);
- unele recidive pelviene survenite după histerectomie totală și care se dovedesc a fi radiorezistente;
- cancerul vaginal;
- cancerul rectal extins la uter și vagin.

Contraindicații:

- cancerul de col extins, care a invadat ganglionii iliaci și aortici;
- cancerul de col extins ce realizează «pelvisul înghețat», unde nu există un plan de clivaj între masa tumorală și pereții laterali ai pelvisului. Pentru cazurile canceroase cu «pelvis înghețat» un autor american (Kennedy) a propus nici mai mult, nici mai puțin decît secționarea corpului în două: în a-ia numită «hemicorporectomie transversală»; secțiunea corpului se face la nivelul sacului (sub sacul dur) după ligatura aortei și cavei la extremitățile lor inferioare. Se îndepărtează pelvisul osos și conținutul pelvian cancerizat în întregime în bloc cu membrele inferioare. Musculatura abdominală dezinserează de pe pubis se

sutureaz la musculatura lombar . Se practic o deriva ie a ureterelor sec ionate într-o ans ileal exclus (opera ia Bricker), iar colonul este derivat la piele (anus iliac sfng).

Kennedy a operat mai multe cazuri, din care cîteva au supravie uit peste un an. Trunchiul pacientei va fi montat pe un c rucior. Aceast opera ie a fost aspru criticat pentru cinismul ei i chirurgii europeni nu au practicat-o niciodat , consi- derînd-o drept o chirurgie disperat , produc toare de mon tri, o chirurgie inuman ;

- cancerele de col care prin invazia parametrial au dus la compresiunea bilateral a ureterelor, cu uretero-hidronefroz bilateral i insuficien renal cronic ;
- prinderea neoplazic a nervului sciatic (uni- sau bilateral) ;
- existen a unor metastaze extrapelviene;
- cazurile de cancer cu o stare de ca exie evident ;
- canceroasele cu psihicul labil, care sigur nu se vor putea acomoda la mutil rile impuse de asemenea opera ii.

Nu se vor executa asemenea opera ii f r asentimentul bolnavelor, c rora, a a cum ne sf tuie te A. Brunschwig, «trebuie s li se explice, în termeni generali, f r a se insista asupra detaliilor, natura opera iei».

Preg tirile preoperatorii i îngrijirile intra- i post-operatorii cer mari cantit i de sînge izogrup pentru transfuziile repetate necesare acestor bolnave (numai pentru reanimarea intraoperatorie Brunschwig folosea 3—4 litri de sînge).

Rezultatele pelvectomiilor. Mortalitatea operatorie. Pe 756 exentera ii Brunschwig a avut o mortalitate în primele 30 zile postoperator de 16 % (16 bolnave au decedat pe masa de opera ie). Cauzele de mortalitate au fost: ocul operator, peritonita, uremia, complica ii septice pulmonare i hemoragiile secundare.

Supravie uirea la 5 ani a fost de 20 % (116 paciente). Din aceste bolnave au sucombat între 5 i 15 ani 33 cazuri (uremie — 9 cazuri, recidive canceroase — 7 cazuri, cancer nou-ap rute — 3 cazuri) i 14 cazuri au sucombat cu alte afec iuni necanceroase.

Infec iile urinare apar frecvent i se repet , necesitînd o vigenen special . Majoritatea acestor infec ii au fost consecin a unor implant ri deficitare ale ureterelor (stenoze) în colon sau intestinul sub ire (în cazul neovezicii Bricker), fapt ce a determinat pe Brunschwig s reopereze, practicînd o nou reimplantare a ureterelor.

Cu tot optimismul lui Brunschwig, exentera iile pelviene r mîn opera ii eroice, de excep ie, reprezentînd calvarul chirurgiei oncologice. Pentru aceste motive, chirurgul va tenta efectuarea lor numai în acele cazuri, unde sper eradicarea cancerului; în nici un caz nu se vor tenta asemenea opera ii în acele cazuri unde se apreciaz ca sigur evolu ia cancerului.

INDICA IA TERAPEUTIC I LOCUL CHIRURGIEI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI DE CORP UTERIN

NO IUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICA IEI TERAPEUTICE

în ultimele decenii conduita terapeutic în cancerul de corp uterin (adeno- carcinomul de endometru) s-a schimbat radical.

Alt dat se considera c numai opera ia radical (histerectomia total) este unicul tratament. Se respingea radioterapia clasic , de 250 kV pentru motivul c adenocarcinomul de endometru este radierezistent. Ast zi, tratamentul chirurgical î i p streaz importan a pe care a avut-o i în trecut. Radioterapia modern : radiumaplica ia intrauterin i radioterapia cu înalte energii (cobaltoterapia, acceleratorul linear) s-au dovedit foarte eficiente în distrugerea tumorii, încît utilizarea radioterapiei a devenit indispensabil pentru tratarea cazurilor avansate sau al recidivelor.

în ultimii ani s-a dovedit de asemenea c hormonoterapia cu doze foarte mari de progesteron deschide mari posibilit i de frenare a cre terii tumorii primare ca i a metastazelor, încît tratamentul hormonal devine indispensabil.

Ast zi se poate vorbi de o adev rat strategie a ordinii aplic rii acestor metode, strategie care face obiectul capitolului de fa .

*

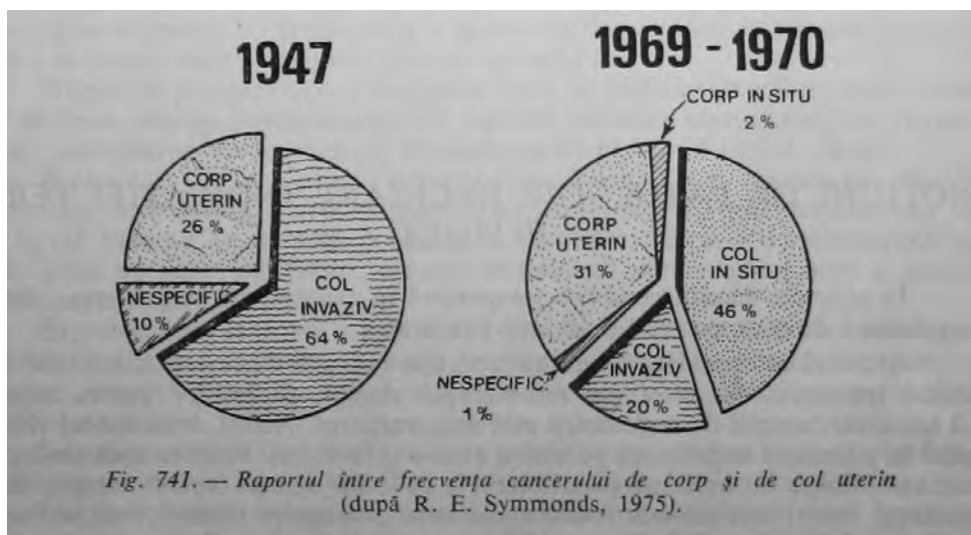
Interesul pentru adenocarcinomul de endometru a crescut în ultimele decade deoarece frecven a bolii este în cre tere. în trecut, raportul între num rul de cancer ale colului uterin i num rul de cancer de endometru era de 9 la 1; în prezent, raportul este de 3 la 1 (Priscilla Barnes, 1972) (fig. 741)

în Orient (lumea arab , India), cancerul de corp este mai frecvent ca în Europa i SUA (situa ie inversat fa de frecven a cancerului de sîn). în SUA, inciden a cancerului de endometru este de 16,2 ‰₀₀₀₀ (Wynder, 1966). Ultimele I statistici arat c este a doua tumoare malign a femeii (Clarysse, K-- Math6—1976).

Dintre factorii favorizati * sînt de re inut aceia care contribuie la anularea indica iei de operabilitate:

1. *Vîrsta* : Hertig (citad de Wynder) a g sit vîrsta medie pe 500 cazuri de 57,2%, iar Davis, pe 525 cazuri, a ajuns la concluzii similare (56,9 ani).

Al i autori dau vîrsta medie peste 60 ani. Nitzsche i Stritzal (1977) pe 265 cazuri au g sit vîrsta medie de 67,3 ani. Multe bolnave au fost peste 70 ani (bolnave între 40—49 ani 2%; 50—59 ani 17%; 60—69 ani 43%; 70—79 ani 35%; peste 80 ani 3%).



Reparti ia structurilor histopatologice a fost pe acest lot: 95% adeno- carcinoame; 1,1% adenocancroide; 0,7% caracinosarcoame; 1,8% sarcoame i 1,4% epiteliioame.

Este deci o boal întîlnit la femeile în vîrst , în timpul i mai frecvent dup menopauz .

2. *Obezitatea* este deseori semnalat . Kottmeier (citad de Wynder) constat c 30% din paciente aveau peste 90 kg.

3. *Diabetul* este destul de frecvent asociat (17%), iar la 9—64% dintre paciente s-au constatat anomalii în testul de toleran la glucoz .

4. *Hipertensiunea arterial* este constatad la 1/3—3/4 din paciente.

Pentru chirurg este necesar cunoa terea acestui teren * care sigur contribuie

la o evolu ie mai grea postoperatorie a pacientelor i deschide poarta unor posibile complica ii.

Diagnosticul trebuie fixat cu certitudine **; este absolut necesar s cunoa tem i extensia procesului tumoral, atît la suprafa a endometrului, cît i în profunzimea miometrului, dup cum trebuie s cunoa tem dac procesul malign a coborît pîn la col. De culegerea acestor date depinde alegerea metodei de tratament. S nu se piard din vedere c *examenul citologic al secre iei endometrine* trebuie efectuat chiar din secre ia recoltat direct din uter (aspiratie, introducerea unor sonde filiforme prev zute cu periu e, care prin grataj recolteaz celulele). Cu toate acestea, exist cca 7,3% froiuri fals-negative în adenocarcinoamele de endometru (Verhaeghe M., 1973).

Histerometria arat de obicei o cavitare de peste 8 cm lungime, dar chiar sub 8 cm, uterul poate avea un cancer de endometru incipient.

Histerografia trebuie practicat sistematic; nu se va utiliza lipiodolul extra- fluid, deoarece acesta poate reflua prin lumenul trompelor în cavitare pelvian , antrenînd fragmente mici tumorale, determinînd îns mîn area peritoneului i epiploonului sau, în cel mai bun caz, numai îns mîn area ovarelor. Se va utiliza lipiodolul obi nuit, care fiind mai dens nu va p trunde în trompe cu u urin . *Histerografia* ne poate indica nu numai întinderea în suprafa a cancerului, ci i în profunzimea miometrului, dac intereseaz numai fundul uterului sau intereseaz întreaga cavitare i coboar i în endocervix. Fiecare din aceste situa ii va avea alt indica ie terapeutic .

Unii (Verhaeghe, 1973) asociaz histerografiei i pelvigrafia gazoas , examen complex care poate decela cu o oarecare precizie profunzimea invaziei miometrului, ca i existen a unor tumori ovariene asociate (metastaze în ovare?).

Biopsia prin chiuretaj reprezint investiga ia c reia trebuie s i se acorde o aten ie deosebit . Se va chiureta în mod separat mai întîi endocervixul i apoi cavitare uterin (cu instrumente separate), examinîndu-se microscopic în mod separat fiecare material. O aten ie deosebit se va acorda chiuret rii coanelor (col urilor) i fundului uterului.

Exist adenocarcinoame mici, limitate strict la mucoas (adenocarcinomul «in situ») care se vindec dup un simplu chiuretaj. La un control prin chiuretaj efectuat dup cîteva luni, sau pe piesa de histerectomie nu se mai g sesc semne de cancer. Asemenea cazuri sînt rar întîlnite în practic .

Chiuretarea poate oferi semne asupra moliciunii sau durit ii uterului i formei anatomo-patologice macroscopice care confirm datele histerografiei (cancere exofizice, crateriforme sau infiltrative).

Limfografia poate da date asupra invaziei ganglionilor inghinali i foselor obturatoare i lomboaortici.

în cazurile avansate, este obligatorie urografia (ne arat starea ureterelor), cromocistoscopia (ne poate ar ta invazia vezicii), rectoscopia i irigografia cu dublu contrast (bariu-aer).

Examenul histopatologic va men iona i gradul de diferen iere a celulelor adenocarcinomului (G_{10} , G_2 , G_3), deoarece formele anaplastice (G_g) (nediferen iate) au o evolu ie rapid în compara ie cu cele diferen iate (G_J , care pot evolua mult în timp*. Rareori, putem avea surpriza depist rii unui sarcom de corp uterin. Reamintim c în afar de tu eul vaginal, este obligatoriu i tu eul rectal, pentru aprecierea gradului de infiltrare a parametrelor i a suple ei pere ilor rectali.

Radiografia pulmonar este obligatorie, ca i investigarea ficatului (posibila existen a metastazelor). Inventarierea clinic i paraclinic f cut metodic ne duce inevitabil la aprecierea stadiului clinic în care se afl boala i încadrarea cazului în sistemul TNM sau FIGO.

Trebuie men ionat faptul c datorit simptomelor clinice (sînger ri, scurgeri) i evolu iei lente a bolii, afec iunea depistat în 75% din cazuri, în faze operabile, ea fiind limitat la corp. F r o pronun at interesare a miometrului i datorit tratamentelor moderne, supravie uirea la 5 ani a cazurilor tratate este posibil în 80% (Clarysse, Kenis, Mathe— 1976).

Prognosticul devine grav cînd survine o diseminare extrauterin .

CLASIFICAREA TNM SI FIGO A ADENOCARCINOMULUI DE CORP UTERIN ÎN REDACTAREA RECENTĂ A UICC

(dup UICC—TNM. Clasification of malignant tumours—Ediția 3-a Geneva, 1978, p. 91—93)

CORPUL UTERIN (ICD-O 182) Clasificat 1972, Confirmat 1978 (Recunoscut de CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)**

Definițiile categoriilor T corespund stadiilor respective acceptate de FIGO, în cazul în care tumoarea primară este singura manifestare a bolii. Ambele sînt menționate pentru comparație.

Reguli de clasificare. Este obligatorie verificarea histologică a bolii. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Datorită importanței ei formei histologice trebuie înregistrat gradul de diferențiere.

Diagnosticul trebuie să se bazeze pe examinarea materialului obținut prin chiuretajul fracționat.

Condițiile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T, N și M sînt următoarele:

Categoriile T: examinarea clinică, cistoscopie și radiografie, inclusiv urografie.

Categoriile N: examinarea clinică și radiografie, inclusiv urografie.

Categoriile M: examinarea clinică și radiografie.

Dacă acestea nu pot fi întrunite, vor fi utilizate simbolurile TX, NX și MX.

Localizări anatomice

Corpul uterin COD 182.0

Istmul uterin COD 182.1

Ganglionii limfatici regionali

Ganglionii limfatici regionali sînt: ganglionii hipogastrici (obturatori), iliaci externi, iliaci comuni, presacrali și paraaortici.

Clasificarea clinică preterapeutică TNM

Categoriile UIC	Stadiile FIGO	
C	O	Carcinomul preinvaziv (carcinomul in situ)
Is	—	Tumoarea primară neevidențiată
0	I	Carcinom limitat la corp
\	Ti a	Ia Cavitatea uterină de 8 cm sau mai puțin în diametrul său maxim
	Ib	Ib Cavitatea uterină mai mare de 8 cm în diametrul său maxim OBS.: Stadiul I FIGO este în continuare divizat după gradul histologic.
1	II	Carcinomul interesează colul, dar nu se extinde în afara uterului.
2	III	Carcinomul se extinde în afara uterului, incluzând diseminarea la vagin, dar rămînînd în cadrul pelvisului adevărat.
3	IV _a	Carcinomul interesează mucoasa vezicii sau rectului și/sau se extinde dincolo de pelvis. OBS.: Prezența edemului bulos nu este suficient pentru clasificarea tumorii ca T ₄ .
*	IV _b	Diseminare în organe la distanță.
1		Nu pot fi întrunite minimum de condiții necesare pentru evaluarea tumorii primare.
X		
1		<i>Ganglionii limfatici regionali</i>
-		
1		se constată interesarea ganglionilor limfatici regionali.
II		Interesarea ganglionilor limfatici regionali.
II		
1		Nu pot fi întrunite minimum de condiții necesare pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali.
X—		condiții regionale ILS • ; . .

i.

T-Tumoarea primar

M — Metastaze la distan

M₀ — Nu se constat metastaze la distan . M_j — Metastaze la distan .

MX — Nu pot fi întrunite minimum de condi ii necesare pentru evaluarea prezen ei metastazelor la distan .

Clasificarea histopatologic post chirurgical —pTNM pT—Tumoarea primar

Categoriile pT corespund categoriilor T.

G — Grading histopatologic,

C_j — Grad înalt de diferen iere; G> — Grad mediu de diferen iere;

Gg' — Grad sc zut de diferen iere sau carcinom nediferen iat; GX — Gradul nu poate fi evaluat.

pN — Ganglioni limfatici regionali

Categoriile pN corespund categoriilor N.

pM — Metastaze la distan

Categoriile pM corespund categoriilor M.

			Gruparea stadial		
	ξ	O	T _{is}		
tadiul					
	ξ	ia	TIU	N ₀	M ₀
tadiul					
	ξ	Ih	TIB	N ₀	M ₀
taditl					
	ξ	II	TO	N ₀	M ₀
tadiul					
	ξ	UI	n	N ₀	Mo
tadiul					
	ξ	IVa	SS Ut îi T ₄	N _x ®®	M ₀ M ₀
tadiul					
	ξ	IVb	Orice T	Orice N	Mi
tadiul					

Rezumat

UICC	CORPUL UTERIN	FI GO
	Carcinomul in situ	O
is		
	Limitat la uter	I
r		
	Tiu Cavitatea 8 cm	Iu
	Tib Cavitatea > 8 cm	In
	Extensie la colul uterin	II
a		
	Extensie în afara uterului, dar în pelvis	III
3		
	Extensie la vezic (rect), în afara pelvisului	IV
		»
	Organe la distan	iv _b

Cu toate c indica ia terapeutic este diferit în func ie de stadiul clinic al bolii apreciat dup criteriile expuse, atragem aten ia c existen a unor tare organice generale pe care le-am semnalat (vîrst înaintat , obezitate, diabet, hipertensiune arterial) poate modifica radical indica ia terapeutic standard.

H. Robert (vezi P. Moysse — 1973) are dreptate cînd reaminte te pe *Kot- tmeyer*, care din punct de vedere clinic împ r ea cancerul de col uterin în 3 categorii:

Categoria I: cuprinde cancerule operabile;

Categoria II-a: cuprinde cancerule de endometru care ar putea fi perfect operabile, dar la care nu se poate efectua opera ia deoarece pacientele sînt prea b trîne, cu afec iuni cardiace, obeze, diabetice, cu insuficien respiratorie etc.

Categoria III-a: cuprinde cancerule inoperabile.

Mai înainte de a prezenta indica ia terapeutic dup stadiile bolii, este necesar ca medicul s cunoasc modul de extindere al adenocarcinomului de endometru.

La început procesul tumoral se întinde în suprafață și apoi penetrează în miometru, dar poate cuprinde lent întreg endometrul (« epithelioma en surface » a lui Masson). Numai în 15% (deci rar) procesul canceros se extinde spre istm și în 5% invadează și endocolul (situația din Franța, relatată de H. Robert, 1973).

În general, în aceste două ultime eventualități, și numai dacă procesul infiltră miometrul, există posibilitatea invaziei ganglionilor pelvieni. În asemenea situații, tratamentul se aseamănă mult cu tratamentul cancerului de col uterin.

Penetrarea în miometru este mai accentuată în unele zone, în alte zone procesul malign limitându-se numai la mucoasa endometrială.

În această fază (de penetrare în miometru), uterul se mărește de volum evident și devine moale în zonele cu miometrul infiltrat.

Interesarea miometrului poate lua aspectul macroscopic: ulcerativ, infiltrativ sau proliferativ exofitic (histerografia cu lipiodol poate evidenția aceste forme).

Odată miometrul invadat, celulele canceroase se pot răspândi în întreaga rețea limfatică a miometrului, putând difuza spre ariile ganglionare ale corpului uterin.

Este dovedit că prognosticul depinde în mare măsură de gradul de infiltrație a miometrului*. Ajungerea procesului tumoral subseros și apoi invadarea seroasei peritoneale, agravează mult prognosticul, deoarece prin rețeaua limfatică subseroasă, ca și prin descuamarea celulelor maligne în pelvis, ce grăbește extinderea malignității spre organele vecine și invadarea marelui epiploon, care captează celulele maligne descuamate în cavitatea peritoneală.

Toate aceste elemente morfologice, care pot fi cel mai bine apreciate numai prin secționarea uterului extirpat, trebuie consemnate în foaia de observație (protocolul operator) de către chirurg. Pe baza lor se va decide tratamentul postoperator și se va aprecia prognosticul.

Extinderea în ganglionii limfatici. Există posibilitatea invaziei ganglionilor corpului uterin: iliaci externi (ganglionul principal al lui Leveuf-Godard) și hipogastrici (prin limfaticile parametriale), ganglionii lomboaortici (prin limfaticile vaselor lombo-ovariene) și ganglionii inghinali (prin limfaticile ligamentului rotund). Concepția veche conform căreia în funcție de sediul cancerului în interiorul uterului s-ar prinde grupele ganglionare respective (de ex. cancerulele fundusului uterin ar invada ganglionii lomboaortici, iar cancerulele istmului, ganglionii fosei obturatorii), nu mai este integral valabilă, deoarece, datorită confluinței tuturor limfaticelor în rețeaua limfatică a miometrului, aceste grupe ganglionare pot fi invadate, indiferent de sediul cancerului.

Spre deosebire de cancerul de col uterin, unde rețeaua ganglionară a colului poate fi invadată în mod izolat, în cancerul de corp invazia nu este exclusiv limfatică, ea putându-se face în același timp și pe cale venoasă (hilurile venoase ale corpului uterin) și pe cale endosalpingiană.

Se tie că trompa poate, prin micri anti-peristaltice, să conducă secreția hemoragică endouterină în pelvis. La bază este același mecanism, care conduce sângele menstrual la femeile tinere în cavitatea peritoneală (H. Robert, 1973). Invadarea ovarelor se poate face și prin acest mecanism, pe lângă metastazarea în ovar pe cale venoasă sau limfatică. În 12% cancerul uterin prezintă metastaze ovariene (H. Robert). Invazia pe cale venoasă explică frecvența metastazelor pulmonare, hepatice, osoase, cerebrale etc.

O discuție specială necesită metastazarea limfatică și vaginală.

Metastazarea în ganglionii limfatici sateliți corpului uterin este întâlnită în medie în 16% (H. Robert, 1964; studiul unor statistici ce însumează 1000 cazuri analizate; Verhaeghe — 1973, consideră invazia ganglionară în 20%). Nu există statistici certe care să arate frecvența invaziei ganglionilor lomboaortici. În schimb, există suficiente statistici care demonstrează invazia ganglionilor pelvieni.

E. Held (1977) a cules din literatură statistici suficiente pentru a ilustra acest aspect. Redăm câteva statistici din acest studiu:

Autorul	Nr. cazurilor	Stadiul clinic	Ganglionii pelvieni invadați canceros
Lees D.H. (1969)	76	St. I FIGO (56)	5,4%
		St. II (1)	50,0%
		St. III (8)	62,5%
		St. IV (4)	25,5%
		Toate stadiile	17,1%
Lewis, Stallworthy (1970)	129	Toate stadiile	13,2%
Rickford (1968)	50	St. I FIGO (36)	5,5%
		St. II (9)	22^%
		St. III, IV (5)	20,0%
		Toate stadiile	10,0%
		Schwartz, Brunswick	96	Toate stadiile	14,0%

(1957)			<i>stadiile</i>	%
Wade i col. (1967)	21		St. I FIGO (16)	19,0
			St. II (5)	10,5
Hawkworth W. (1964)	75		Lez. exclusiv corp (64)	12,5
			Lez. cu invazie col (11)	54,5
			Toate stadiile	18,7
Rutledge (1974)	103		St. I—in	6,0%

Ce rezultat din această statistică ?

1. *Că aprecierea clinică a stadiului este extrem de relativă*, deoarece în stadiul I în unele statistici ganglionii sînt rari (Less — 5,4%), iar în alte statistici sînt prinși frecvent (Wade — 19% în stadiul I și 10% în stadiul II), chiar mai frecvent decît în stadiul II.

2. *Atunci cînd leziunea invadează colul*, ganglionii sînt prinși mai frecvent (54,5%) decît dac leziunea rămîne limitată la corpul uterin (12,5%) (statistica Hawkworth, 1964).

3. *Există cancere de corp cu grade diferite de limfofilie* (de exemplu în statistica Rutledge, pe 103 cazuri, toate stadiile, au fost găsiți ganglioni pozitivi doar în 6%, iar alte statistici dau cifre duble sau triple).

4. *Adenopatia canceroasă, frecvent existentă, nu poate fi neglijată*, ea trebuind să fie extirpată chirurgical și iradiată cu înalte energii.

5. *Un mare număr de recidive se datorează adenopatiei canceroase insuficient soluționate terapeutic.*

Metastazarea vaginală, frecvent întîlnită în cancerul de corp uterin (12—15% B Robert), apare mai ales în cancerele ce interesează istmul și colul uterin.

Mecanismele de producere sînt multiple:

a) *prin legături limfatice*. Se întinde și istmul, colul și treimea superioară a vaginului formează un complex limfatic unitar (vezi fig. 580);

b) *existența unei comunicări directe între rețeaua venoasă a corpului uterin și a vaginului;*

c) *înșurubarea directă*, prin celulele canceroase migrează din uter în lumenul vaginal.

Metastazele vaginale întîlnindu-se cel mai frecvent în treimea superioară a vaginului, unii recomandă iradierea sau extirparea ei; metastaze vaginale apar frecvent și în treimea inferioară a vaginului, în jurul uretrei. Nu se cunoaște mecanismul apariției acestei localizări periuretrale.

Pentru a se evita înșurubarea vaginului cu secrețiile scurse din uter, unii autori au recomandat suturarea preoperatorie a colului, alții (Spratt) au imaginat chiar un fel de dop pentru închiderea ermetică a colului și spălarea vaginului intraoperator cu o soluție tumoricidă (formaldehidă 3%).

METODELE DE TRATAMENT AL CANCERULUI DE CORP UTERIN

Disponem azi de numeroase metode în tratamentul cancerului de corp uterin: chirurgia (cea mai veche metodă și cea mai eficientă), radioterapia, hormonoterapia și chimioterapia. Aceste metode nu pot fi aplicate la întîmplare și chirurgul trebuie să cunoască strategia utilizării lor.

Vom expune mai întîi metodele și în final vom preciza strategia utilizării lor.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Chirurgia a fost și rămîne actul terapeutic major pentru cancerele de corp uterin mobile, operabile. Radioterapia va fi aplicat postoperator. Există însă și cazuri clinice perfect operabile, dar din cauza terenului (bătănie, diabet, obezitate etc.) actul operator nu poate fi efectuat. Aceste cazuri apar în tratamentul radioterapiei și hormonal. Actul operator urmărește următoarele obiective:

a) *Extirparea în totalitate a uterului, operația minimă care i-a dovedit eficiența fiind histerectomia totală* *. Lăsarea pe loc a colului (histerectomia subtotală pentru cancere ale fundului uterin) înseamnă asumarea unui risc de 10% pentru apariția recidivelor pe colul restant (Verhaeghe, 1973). De asemenea, lăsarea pe loc a unor porțiuni din col (cazul histerectomiei totale Carron sau Aldridge) mărește riscul apariției recidivelor pe trunchi vaginal; este de preferat histerectomia totală inversă (așa cum procedăm noi) sau histerectomia totală procedeu Wiart.

b) *Extirparea anexelor este obligatorie*, deoarece în 15% (Verhaeghe) există metastaze în ovare.

c) *Extirparea treimii superioare a vaginului este obligatorie*, dacă nu putem asigura aplicarea de radium intravaginal (pre- sau postoperator).

d) *Limfadenectomia pelvisului.*

Cu toate că statistic ganglionii pelvisului sînt găsiți în 15—20% (în medie) invadează neoplazic, extirparea lor sistematică nu a îmbunătățit apreciabil procentul supravieuirilor la 5 ani (în medie 50%). Explicația constă probabil în faptul că pe lângă ganglionii

pelvisului mai pot fi invadati ganglionii lomboaortici, care nu pot fi extirpati chirurgical. De asemenea, pot exista diseminari microscopice migrate pe cale venoasa, care vor determina postoperator metastaze extrapelviene.

Noi practici in limfadenectomia pelvisului asociat hysterectomiei totale cu anexectomie in toate cazurile de cancer de corp care intereseaza istmul si colul uterin. In cancerele operabile situate spre fundusul uterin, limfadenectomia pelvisului devine facultativ. Dat fiind simplitatea limfadenectomiei, noi o practicam aproape in toate cazurile. Gsirea unei invazii ganglionare obligala iradierea pelvisului prin telecobaltoterapie.

Este de la sine inelese ca toate aceste operatii se fac pe cale transabdominala. Numai in cazul cind exista un uter prolabat se va opera pe cale vaginala, sau cind exista o contraindicaie pentru laparotomie.

TRATAMENTUL RADIOTERAPIC

Faptul ca radioterapia clasic (rontgenterapie] cu 200 Kv) nu determina sterilizarea adenocarcinomului de endometru a creat mitul radiorezisteniei acestor cancer. Ulterior s-a dovedit ca *radiumterapia intrauterina* si radioterapia cu *inalte energii* (cobaltoterapie sau iradierea cu acceleratorul linear) pot steriliza procesul canceros uterin in procente apreciabile.

Metoda radioterapica poate fi aplicata fie postoperator pentru prevenirea recidivelor posthysterectomie totala, fie preoperator pentru reconvertirea la operabilitate, a cazurilor avansate, care vor fi iradiate la nevoie si postoperator, fie utilizata ca unic tratament pentru cazurile unde exista contraindicata exerezei chirurgicale. In tratamentul recidivelor devine metoda uzualizata. Vom analiza in mod separat avantajele fiecurei metode radioterapice.

a) Radiumterapia. Metoda curieterapiei se poate aplica in mai multe moduri:

Metoda Stockholm sau metoda umplerii («packing») cavitatii uterine cu mici celule de constructie speciala incrcate cu radium (in ultimul timp s-a utilizat Co 60). Metoda este preconizata de Heymann de la Institutul Radium Hemmet din Stockholm (fiind cunoscuta si sub numele de metoda Stockholm), si e folosita in rile nordice.

Dup dilatarea colului (cel putin cu Hegar 12), se face un curetaj uterin, extirpandu-se partea moale a cancerului, partea dura, intramiometrica ramand si fie iradiata (lipiodlografia de control) cu celulele tip Heymann incrcate cu radium. Uneori o singura aplicatie de radium intrauterin este insuficienta si se va recurge la o noua aplicatie dupa 3 saptamini de la extragerea primelor surse radifere; de acest dat uterul este mult retractat si cantitatea de radium introdusa este mai redusa.

Metoda are riscuri, deoarece dac craterul tumoral este prea adanc s pat in miometru, sursele de radium, inghesuite dezordonat in cavitatea uterina, se vor gsi in apropierea anselor intestinale, care prin suprainradiere se pot perfora producand peritonite mortale. De asemenea iradierea cancerului va fi neomogena.

Iradiind preoperator pelvisul prin cobaltoterapie masa neoplazica endouterina ulcerata diminueaza mult, uterul tumoral se reduce mult de volum, cavitatea uterina se remodeleaza pierzandu-i anfractuozitatile.

Metoda Curieterapiei endocavitare (uterine si vaginale). Este o varianta a metodei Stockholm. Metoda consta in introducerea in lumenul uterin a unor surse puternice radifere iar cu ajutorul unui colpostat se monteaza surse de radium in fundurile de sac vaginale, in imediata apropiere a colului uterin.

Acesta metoda este aplicata mai ales in Franca (Dulac Rochet, Papillon, Chassagne etc.). in Institutul Oncologic Cluj aplicam aceea si metoda. Ea are avantajul ca poate steriliza intr-un anumit procent din cazuri porciunile de tumoare penetrante in miometru. De asemenea sursele de radium aplicate in fundurile de sac vaginale vor steriliza 1/3 superioara vaginului si parametrele.

Dac neoplasmul este situat spre fundul uterin (apreciere prin histerografie) se merge te incrcatura de radium a varfului sondei introduse in cavitatea uterina.

La nivelul endometrului procesul neoplazic primea te uria a doza de 10 000—15 000 rad.; organele vecine (vezica, rectul) primesc aproximativ 3000 rad. Cu toate aceste doze uria e, curieterapia endouterina este insuficienta pentru sterilizarea cu certitudine a tumorii endouterine, mai ales in cazurile in care corpul uterin este deformat de catre tumoare (Chassagne, 1977).

Atragem atentie ca dozele de iradiere sint apreciate pe curbe de izodoze calculate de fizicieni si tratamentul nu se poate face corect decit in instituturile oncologice si numai de medici specializati in curieterapia* uterului.

b) Radioterapia transcutanata efectuat cu energii inalte prin megavoltaj utilizeaza bomba de cobalt, acceleratorul linear si betatronul. Ne vom referi numai la telecobaltoterapie, metoda existent in reea.

Telecobaltoterapia este foarte eficienta.

Datorita puterii mari de penetrabilitate a radiatiilor de supravoltaj (raze gama, electroni acceleraati etc.) iradierea cu inalte energii are ca scop: « a reduce masa neoplazica vegetanta, a elimina riscul hemoragiilor si infeciilor si a restabili morfologia cavitatii uterine, aducandu-o la formele normale » (Rousseau, 1973). La Institutul Oncologic Cluj folosim bomba de cobalt cu o incrcatura de 6000 milicurie si din anul 1982 va intra in functie si noul accelerator liniar.

Cobaltoterapia distruge masa neoplazica vegetanta endouterina, dar ea nu poate steriliza in totalitate infiltratiile canceroase a miometrului. In general se administreaza pe intreg pelvisul cca 3000—4000 rad.; iar la nivelul pereilor pelvieni 5000—5500 rad.; tehnica de administrare este de inalta tehnicitate si se va aplica numai in centre specializate.

Resturile canceroase miometriale, care sint mai radiorezistente pot fi bine distruse de sursele de radium introduse ulterior in cavitatea uterina; radiumul determina « o iradiere intensa, intr-un timp scurt si intr-un volum restrans » (Rousseau). Cobaltoterapia poate distruge si diseminarea canceroasa din aria ganglionilor pelvieni. Se poate foarte bine aprecia eficienta cobaltoterapiei si radiumterapiei pe acele cazuri de cancer de corp uterin, la care operatia era contraindicata fie din cauza varstei, fie a bolilor asociate (diabet, obezitate, hipertensiune).

Citim statistica lui Rousseau (1973) pe 279 cazuri de cancer de corp uterin tratate la Fondation Curie din Paris exclusiv prin cobaltoterapie si radiumterapia*:

pentru stadiul I si II: 34% supravieuire la 5 ani;

pentru stadiul III: 25%

recidive postchirurgicale: 23% supravieuire la 5 ani; si 16% la 10 ani.

Aceast statistic respinge concep ia unora c neoplasmelor de corp sînt radiorezistente i totodat « arat clar necesitatea asocierii exerezei chirurgicale» (Rousseau).

Actul chirurgical radical (histerectomie total cu anexectomie) efectuat dup tratamentul radiologie asociat (cobaltoterapie + radium) amelioreaz substan ial rezultatele.

Supravie uirea la 5 ani a fost: în stadiile I i II — 61% (în loc de 34%). în stadiile III au tr it 3 din 3 bolnave operate fa de numai 7 din 27 cazuri exclusiv iradiate.

Concluzia este clar : *rezultatele cele mai bune tn cancerul de corp uterin sînt date de tratamentul asociat radio-chirurgical.*

Trebuie specificat c sînt mul i chirurghi (i noi ne num r m printre ace tia) care practic în cazurile operabile întîi actul chirurgical (histerectomie total cu anexectomie cu sau f r limfadenectomia pelvisului) i imediat dup vindecare aplic tratamentul radiumterapic (aplica ie endovaginal) continuat sau nu de telecobaltoterapie.

Telecobaltoterapia postoperatorie este aplicat de unii sistematic, sau este rezervat (Rousseau, 1973) numai acelor cazuri în care chirurgical constat pe piesa operatorie:

- fie o infiltrare neoplazic a mai mult de jum tate din grosimea miometrului ;
- fie o invadare a colului uterin, vaginului, parametrelor, anexelor sau ganglionilor;
- fie c s-a practicat o histerectomie total simpl .

HORMONOTERAPIA

Hormonoterapia a fost relativ recent introdus în tratamentul cancerului de endometru i rezultatele au fost surprinz tor de promi toare.

S-a recurs la utilizarea progesteronului (i a numeroaselor sale derivate sintetizate chimic) pentru efectul s u local i general.

a) *Efectul local i direct:* progestativele au un efect de maturare asupra endometrului normal (Clarysse i colab., 1976). Important este efectul pe care îl au progestativele asupra celulelor adenocarcinomului de endometru. Se observ c progestativele induc diferen ierea, maturarea, secre ia, metaplazia epitelial , atrofia i uneori chiar dispari ia tumorii maligne (Bonte i colab., 1978).

b) *Efectul general:* ele inhib activitatea hipotalamohipofizar de a produce LH-ul.

Dintre progestativele utilizate în tratamentul adenocarcinomului de endometru semnaliz m pe cele mai frecvent utilizate:

(1) medroxiprogesteron — acetat (6-metil. 17-alfa-hidroxi-progesteron ace- tat) (preparatul Provera produs al casei Upjohn).

(2) 17-alfa-hidroxi-progesteron-caproat (preparatul Delalutin).

Pentru ca s existe un efect distructiv asupra adenocarcinomului de endometru concentra ia sanguin de medroxiprogesteron trebuie s ating plafonul de 90 nanograme/ml, situa ie care se realizeaz prin administrarea oral a 1 g de medroxiprogesteron, pe s pt mân (Bonte i colab., 1978). Nu toate cazurile r spund pozitiv i în egal m sur . Se apreciaz c procesul tumoral este influen at în sens pozitiv (ameliorare) în 19—50% din cazuri (Clarysse, 1976), iar la 1/3 din paciente s-a înregistrat o regresiu ne apreciabil (Kelley, Kennedy, Sykes, Kistner—cita i de Clarysse, 1976). Bonte i colab. (1978) dau rezultate mult mai bune. Ameliorarea subiectiv este i mai frecvent înregistrat .

R spund mai bine la progestative adenocarcinoamele de endometru ce au o evolu ie lent , care au recidivat târziu dup opera ie. S-a observat c tumorile nediferen iate histologic (G.3) nu sînt influen ate de tratamentul hormonal, cele mai bine influen ate fiind adenocarcinoamele bine diferen iate (G. 1). Atunci cînd prescriem acest tratament costisitor se va ine seama de acest fapt. De asemenea se pare c radioterapia reduce sensibilitatea tumorii la progestative (fapt neverificat prin trialuri). La cei care nu r spund la tratamentul hormonal supravie uirea este în general de cca jum tate de an (7 luni), iar la cei care r spund efectiv supra- vie uirea este în medie de 3—4 ori mai lung (1 1/2—2 ani; dup Kistner— 1965 ar fi de 21,6 luni). Aproximativ la 31,4% (Clarysse i colab., 1976) supravie uirea a fost de 4—5 ani, ceea ce echivaleaz cu o vindecare a bolii. R spund bine metastazele pulmonare, iar local tumoarea involueaz i- i amelioreaz evident simptomatologia. Efectul medroxiprogesteronei nu apare imediat, ci dup 1—3 luni de la începutul tratamentului. Deci perseverarea în administrarea medroxiprogeste- ronului trebuie s in cel pu in 3 luni, cu dozele mari prescrise, interval în care se realizeaz impregnarea masiv a organismului i a tumorii. în caz c se observ amelior ri, se va continua tratamentul cu aceea i doz (1 g Provera per os pe s pt mân) * timp nelimitat (Bonte, 1978).

Al i autori (Kistner, citat de Clarysse, 1976) recomand doze i mai mari (3—4 g/s pt mân de medroxiprogesteron-acetat in injec ii retard intramusculare). Atunci cînd apare remisiunea, doza se reduce la 1 g/s pt mânal.

Asupra rezultatelor p rerile sînt contradictorii. Unii public rezultate spectaculare (Bonte), al ii sus in c nu au avut rezultate (Verhaege —1973), iar cei mai mul i comunic rezultate interesante în aproximativ 30 % a cazurilor.

Noi nu avem înc experien mare cu acest tratament, medica ia fiind foarte scump .

Red m dup Bonte i colab. (1978) succesele înregistrate.

1. Ace ti autori sus in c aplicarea intrauterin a unui tutore de Silastic impregnat cu doze mari de medroxiprogesteron-acetat ar putea steriliza leziunea canceroas , putînd deci substitui radiumul, atît de periculos uneori în urm ri (cistit i rectita r dic , apari ia fistulelor, peritonite etc.)

Tabe
lul 1

Rezultate în adenocarcinoame de stadiul I, f r invazia endometru miometrului		Radi um packing
Persisten a malignit ii pe piesa operatorie	Aplica ie de medroxiprogeste- ron intrauterin	
Absen a malignit ii	59% 8% 33%	62%
Efecte secundare		14% 24%
Persisten a unor celule aparent viabile		

2. Administrarea de medroxiprogesteron-acetat ar îmbunătăți considerabil supravieuirea la 5 ani după tratamentele clasice (chirurgie-radioterapie).

Tabelul 2

Supravieuirea la 5 ani în adenocarcinomul de endometru stadiul I

Tratament	Nr. paciente	Frecvența medroxiprogesteronă	Cu medroxiprogesteron
Radioterapie	50	17%	57%
Radioterapie + histerectomie	103	65%	87%
Histerectomie + radium postoperator	7	25%	100%

În ultimii ani au apărut numeroase studii asupra efectului salutar al hormonoterapiei. Chiar dacă rezultatele excepționale publicate se datoresc entuziasmului care însoțește începuturile oricărei metode terapeutice nou-descrise, tratamentul hormonal cu progestative trebuie încercat în orice cancer de corp uterin, mai ales în fazele înaintate, sau recidivate ale bolii, unde chirurgia și radioterapia nu au prea mult de spus.

Începem acest capitol atât de optimist cu observația publicată de Endometrial Adjuvant Study Group că «nu a observat o îmbunătățire semnificativă în supravieuire sau rata de control local la bolnavele ce au primit o terapie progestativă în plus față de chirurgie și iradiere» (Brady, 1975 —citată de Clarysse, 1976).

În ciuda acestor fapte contradictorii, medicația progestativă trebuie verificată în continuare, mai întâi pentru a ne forma o experiență personală și apoi pentru că în cazurile avansate sau recidivate nu mai avem alte posibilități de ameliorare după epuizarea posibilităților oferite de metodele clasice: chirurgia și radioterapia.

CHIMIOTERAPIA

Încercările lui Hali (1970), Bloomfield (1971) ș.a. nu au putut demonstra până în prezent eficiența citostaticelelor în această localizare a cancerului.

În literatura consultată nu am găsit decât un singur autor (Bruckner, 1977) care tratând 7 cazuri la care terapia clasică (chirurgie-radioterapie) a eșuat; 5 cazuri aveau metastaze pulmonare. Toate aceste cazuri au răspuns în mod obiectiv la tratamentul combinat (chimioterapie + hormonoterapie)*. Autorul susține că din literatura consultată rezultă că terapia hormonală singură nu oferă mai mult de 30% șanse de remisiune durabilă, iar chimioterapia combinată cu hormonoterapie oferă rezultate în cca 50—60% în stadiul actual al cunoștințelor nu ne putem pronunța asupra efectelor chimioterapiei.

STRATEGIA TRATAMENTULUI COMPLEX ÎN CANCERUL DE CORP UTERIN**

Din cele discutate în capitolele anterioare, rezultă că:

- tratamentul complex poate oferi șanse mai mari de vindecare decât fiecare metodă terapeutică luată în parte;
- tratamentul chirurgical rămâne coloana de rezistență a tratamentului cancerului de corp uterin. Stadiul I și uneori II se va opera la prezentare, când nu este contraindicat actul chirurgical.

Operația minim admisă este histerectomia totală cu extirparea anexelor și 1/3 superioară a vaginului; noi am utilizat cu succes histerectomia totală inversă cu condiția ca după deschiderea vaginului să prindem cu pensa Museux dintr-o dată ambele buze ale colului, închizând astfel orificiul colului și împiedicând scurgerile endouterine încrecate cu celule canceroase ce se pot înșiră în pelvis. Colul va fi apoi badijonat cu tampon îmbibat cu alcool iodat pentru a îndepărta și distruge celulele canceroase deja. Aceeași cură am făcut-o și în interiorul vaginului.

Alcoolul iodat distruge celulele canceroase descumate.

Dacă pensa Museux nu prinde ambele buze ale colului, atunci acestea vor fi suturate cu așchi.

Acordăm mare atenție acestor detalii tehnice.

Ganglionii fosei obturatorii și iliaci primitivi îi extirpăm în orice situație. Parametrele nu le extirpăm decât atunci când le găsim infiltrate la palparea intraoperatorie și practicăm limfadenohistero-colpectomia lărgită.

Postoperator aplicăm endovaginal întotdeauna radium pe tranșă, deoarece toate statisticile arată că reduce de peste 10 ori incidența recidivelor (de la 20—25% la 1—2%) pe tranșa vaginală și în zona pelviană vecină vaginului (parametre).

Dacă ganglionii pelvieni au fost găsiți microscopic invadati se va face postoperator și radioterapie externă cu energii înalte (bomba de cobalt) administrându-se dozele de 4000—5000 rad pe fiecare lojă parametrială. Ganglionii paraaortici din vecinătatea rinichilor vor fi palpați și obligatoriu intraoperator. Dacă sînt găsiți hipertrofiați și neoplazici cum nu pot fi iradiați bine (vecinătatea rinichilor) se va indica tratamentul hormonal.

În stadiul II și III cu uter mobil, în cazurile inoperabile începem cu tratamentul radiologic: radiumaplicare utero-vaginală (eventual cobaltoterapie), apoi operăm și indicăm cobaltoterapie postoperatorie.

Cazurile inoperabile (prin extensie neoplazică sau contraindicația actului chirurgical) le încredințăm radioterapeutului. Numai dacă tumoarea devine operabilă vom tenta exereză chirurgicală, urmată postoperator obligatoriu de un tratament de completare radiologică.

Aceea i atitudine avem i fa de recidive*. In cazuri rare se poate tenta pelvectomia par ial sau total pentru lichidarea recidivei pelviene.

Tratamentul hormonal (Provera) îl recomand m de regul în stadiile inoperabile, medroxiprogesterona înso ind radioterapia. Hormonoterapia este indicat i în stadiile operabile, unde s-a g sit o diseminare canceroas extrauterin , chiar dac s-a practicat i radioterapie postoperatorie.

Hormonoterapia este ferm indicat în tratamentul recidivelor i metastazelor, fiind deseori ultima resurs i speran terapeutic .

REZULTATELE TRATAMENTULUI COMPLEX

în încheiere red m statistici care atest valoarea tratamentului chirurgical i subliniaz importan a tratamentului complex radio-chirurgical endocrin.

Rezultatele globale ale vindec rilor la 5 ani publicate în 1970 de Centrul Metodologic al UICC pentru problema cancerului de corp uterin (mai multe statistici ce însumeaz 10 000 bolnave), sînt urm toarele:

- bolnave care nu prezint riscuri operatorii avînd cancer limitate la corp: 77%;
- bolnave ce prezint riscuri operatorii avînd cancer limitate la corp: 47%;
- cancer extinse: 26%.

Verhaeghe (1973) public urm toarele rezultate prin aplicarea tratamentului radio-chirurgical (270 cazuri):

- cazuri perfect operabile: vindec ri între 62—80 %;
- cazuri cu starea general alterat cu risc chirurgical 26—36%.

O statistic mai recent este aceea a lui Malkasian i Mc. Donald (1977) care public rezultatele ob inute pe 523 paciente (324 St. IA; 85 St. IB; 84 St. II; 90 St. III i IV) tratate la Clinica Mayo între 1952—1962, ce au fost urm rite timp de 10 ani; tratamentul de baz a fost hysterectomia total cu anexectomie bilateral cu iradiere postoperatorie.

La 5 ani erau în via 74% iar la 10 ani 64%.

Pentru stadiile I A i B (G_2 histologic), supravie uirea la 5 ani a fost de 90% iar pentru stadiul IV A cu structur histologic (G1, în clasificarea histo- logic a lui Broders) supravie uirea a fost de 13%. De remarcat c autorii au avut în general majoritatea cazurilor (433 cazuri din 523) în stadii perfect operabile (stadiul I i II), de aici i rezultatele foarte bune.

INDICA IA TERAPEUTIC I TEHNICILE CHIRURGICALE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CORIOEPITELIOMULUI UTERIN

Corioepiteliomul este uneori greu de diferen iat de mola hidatiform i de mola invaziv (corioadenomul distructiv).

Coriocarcinomul este precedat în 50% de o mol hidatiform dar 85% din l uzele ce au avut mol se vindec dac uterul a fost bine cur at i numai 15% se pot transforma în coriocarcinom.

Unele corioepitelioame se vindec spontan, datorit unor fenomene imuno- logice de rejet, vilozitatea corial din care deriv tumoarea avînd în structura sa antigeni paterni (se comport ca un homotransplant).

în Europa boala este mai rar , dar în Asia i Mexic este de 10 ori mai frecvent .

în trecut corioepiteliomul se trata chirurgical (hysterectomie total l rgit) i radioterapie pe întregul pelvis sau pe metastaze, tumoarea fiind foarte radio- sensibil .

în ultimii 24 ani s-a demonstrat superioritatea chimioterapiei, încît tratamentul chirurgical i radioterapie au r mas de excep ie.

Primii care au ar tat c această boal malign poate fi vindecat cu Metho- trexat au fost Li M.C. i Hertz R. (1956) care din întîmplare (în lipsa altor cito- statice) au administrat acest citostatic. Ace ti autori au ob inut la 2 paciente din 3 tratate, vindecarea complet (cazurile fiind urm rite 15 ani).

Ulterior s-a dovedit c i alte citostatice au eficien crescut , unele cocteiluri de citostatice fiind foarte eficiente. Reproducem un tabel dup Lazarov, Ri c i Gavrilescu (1978) care atest cele de mai sus.

Eficien a mono- i polichimioterapiei în boala trofoblastic .

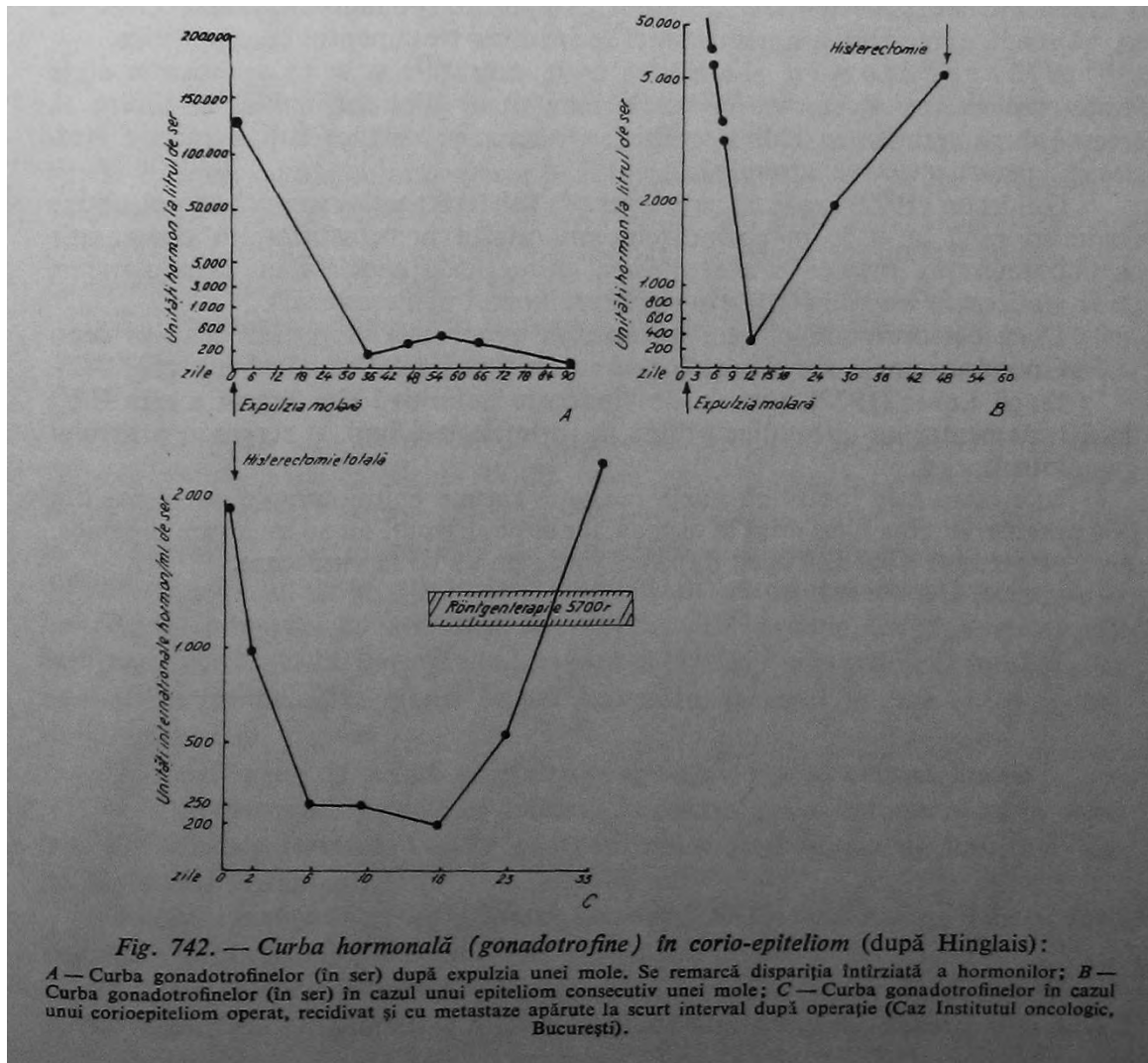
Lazarov i colab. (1978) public rezultatele lui Hertz care a ob inut 74% remisiuni complete cînd Methotrexatul i Actinomicina D au fost folosite în mod succesiv, în timp ce Brewer a ob inut 88 % vindec ri cînd ambele citostatice au fost folosite simultan.

în Institutul Oncologic Cluj-Napoca se folose te una din urm toarele scheme de tratament (Lazarov i colab. 1978):

Schema I • Methotrexat 25 mg. *per os* zilnic, asociat cu 6-Mercaptopurin 300 mg zilnic *per os* pentru un total de 3—5 zile cu cicluri care se repet dup dispari ia perioadelor de toxicitate, ce in 2—3 s pt mîni. Holland (1970) a ar tat c Methotrexatul administrat intermitent (0,6 mg/kg corp) de dou ori pe s pt mîn , este tot aît de eficient ca i curele de 5 zile administrate secven ial.

Citostatic	Nr. de cazuri	R s puns	Referin
Methotrexat	63	48	Hertz i col., 1961
Methotrexat 6-Mercaptopurin	144	65	UICC, Trophoblast Neoplasia Study Group, 1970 (Holland)
	93	56	Sung i col., 1963
Agen i alchilan i	19	48	Ishizuka, 1950
Actinomicin D	8	88	Sher i col., 1974
Actinomicin D	32	90	Goldstein i col., 1972

Methotrexat, 6-Mercaptopurin	100	78	Bagshawe, 1969
Methotrexat, Actinomicin D, succesiv	75	74	Hertz, 1967
Methotrexat, Actinomicin D, secven ial	29	72	Hammond i Parker, 1969
Methotrexat, Actinomicin D, simultan	85	88	Brewer i col., 1970



Schema II • Methotrexat 15—25 mg per os sau intramuscular pe zi timp de 5 zile.

Schema III • Actinomicin D: 0,5 mg intravenos zilnic, timp de 4—5 zile. După fiecare cură pot apărea fenomene toxice traduse prin: gingivită, diaree, greață, vărsături. Tratamentul complicărilor: pensule și peeling-uri pe ulcerările bucale cu glicerină boraxată 2%, perfuzii cu soluție glucozată, Torecan, transfuzii de sânge sau derivate, leucotrofin, Leuko 4, regim etc.

Se vor urmări atent leucocitele, trombocitele și hematiile (determinări săptămânale).

După orice mol hidatiform se va efectua un chiuretaj, produsul recoltat fiind studiat histopatologic (verificarea malignității).

Deoarece chiuretajul facilitează diseminarea unei eventuale mole degenerată malign, Lewis (1972) propune ca înaintea chiuretajului să se administreze pacientelor Methotrexat.

Hertz (1967) urmărește după chiuretaj titrul gonadostimulinelor. Dacă există o suspiciune de persistență a esutului malignizat, gonadostimulinele cresc în loc să scad apreciabil și numai atunci se instituie tratamentul cu citostatice.

Histrectomia i-a restâns mult indicațiile și se va practica la acele femei care nu mai doresc copii sau la care titrul gonadostimulinelor începe să crească după terminarea chimioterapiei. Operația se va face sub protecție citostatică, pentru evitarea diseminării.

Goldstein (1972) arată că prin operația (histrectomie) singură se pot obține vindecări până la 40% în coriocarcinomul uterin nemetastazat, în comparație cu chimioterapia singură sau extirparea chirurgicală asociată cu chimioterapie, unde vindecarea este de 100% (în coriocarcinomul nemetastazat).

Dacă coriocarcinomul este metastazat, procentele vindecării scad evident.

Gonadotrofinele vor fi urmăriți frecvent (preferabil săptămânal) (fig. 742).

Dup Lewis (1972), ansele de vindecare definitiv sînt foarte mari (98%) dac tratamentul cu citostatice ob ine, în primele trei luni, o stagnare a titrului gonadotrofinelor.

Interesant este faptul c unele paciente tratate chimioterapie au r mas din nou gravide, sarcina fiind dus la termen, iar copiii n scu i nu au avut tare organice. Nu este permis o sarcin decît dup cel pu in un an de la vindecare.

INDICA IA TERAPEUTIC I TEHNICILE CHIRURGICALE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR VAGINULUI

NO IUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICA IEI TERAPEUTICE

Embriologic cele 2/3 superioare ale vaginului deriv din sinusul uro-genital iar 1/3 inferioar din creasta genital . A a se explic de ce limfaticele vaginului au c i comune cu ale colului uterin în cele 2/3 superioare i cu ale vulvei în 1/3 inferioar (fig. 580). Pentru acest motiv cancerele vaginului au o diseminare atît de dispersat , încît o limfadenectomie eficient se poate face numai în cancerele incipiente, cînd sînt invadate numai primele sta ii ganglionare.

Tumorile vaginului sînt în general rar înfîlnite în practica clinic .

Tumorile benigne sînt chisturile, papiloamele, polipii, leiomioamele i endo- metrioamele vaginale.

1. *Chisturile* sînt de obicei de origine embrionar , derivînd din canalele G rnter, r m i e ale canalelor Wolff, care sînt situate în ligamentele largi; aceste canale coboar pe marginea lateral a uterului i vaginului, îndreptîndu-se în 1/3 inferioar a vaginului spre peretele anterior. Chisturile pot fi de dimensiuni diferite, uneori atingînd dimensiuni mari. Unii autori recomand sclerozarea lor prin introducerea de substan e sclerozante, prin punc ie, iar al ii recomand extirparea chirurgical , care poate fi u oar în chisurile mici i dificil în chisturile mari i sus situate. Excep ional se pot maligniza, moment în care vor fi tratate ca i un cancer vaginal.

2. *Papiloamele i polipii* se electrocoaguleaz sau se extirp limitat.

3. *Endometrioza vaginal* se trateaz hormonal (vezi endometrioza în celelalte capitole ale tratatului). Este extirpat chirurgical în caz de insuccese ale tratamentului hormonal.

Tumorile maligne sînt: epiteliomul, sarcomul, melanomul malign i metastaza vaginal a unui cancer supraiacent (col uterin, corp, corioepiteliom).

Cel mai frecvent întilnit în practic este epiteliomul: 1 caz la 160 000 femei în Norvegia dup O. Messelt din Oslo (citat de Garås R.) iar Taussig indic un

procentaj de 2,7% din toate cancerele genitale. Apare mult mai frecvent la b trîne, dar în ultimii ani se observ o cre tere a frecven ei i la tinere*.

în 70% din cazuri cancerul vaginal apare în 1/3 superioar a vaginului; fiind depistat tîrziu, neoplazia se va extinde spre organele vecine (spre rect în cancerele peretelui posterior vaginal sau spre uretr i vezic în cancerele situate pe peretele anterior).

Fiind cancer ulcerate i infectate determin o infiltra ie inflamatorie a parametrelor care preced infiltra ia neoplazic . Deci înainte de a aprecia exact extinderea cancerului vom efectua un tratament energic antiinflamator.

CLASIFICAREA STADIAL

Clasificarea stadial este absolut necesar de cunoscut, deoarece indica ia terapeutic este diferit de la stadiu la stadiu.

în practic este utilizat clasificarea Federa iei Interna ionala de Ginecologie i Obstetric (FIGO) fixat la Viena în 1961:

Stadiul 0: cancerul *in situ*, cancerul intraepitelial;

Stadiul I: cancerul limitat la pere ii vaginului;

Stadiul II: cancerul ce a invadat esuturile perivaginale;

Stadiul III: cancerul ce a invadat parametrele (pelvisul).

Stadiul IV: cancerul ce a invadat vezica sau rectul.

în 1978 IJICC împreun cu FIGO, au fixat urm toarea clasificare a cancerului vaginal pe care o red m in extenso (TNM-Geneva, 1978):

VAGINUL (ICD. O —184) Clasificat 1968. Confirmat 1978 (Recunoscut de ONC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)

Reguli de clasificare. Clasificarea se aplic doar carcino- mului primar. Tumorile prezente în vagin cu o proliferare secundar , de la o alt localizare, genital sau extragenital , trebuie raportate în grupuri separate.

O proliferare interesînd colul i ajungînd în aria orificiului cervical extern trebuie atribuit carcinomului de col uterin. O proliferare care intereseaz vulva trebuie considerat ca i carcinom vulvar.

O proliferare interesînd uretra trebuie clasificat în func ie de histologie.

Este obligatorie verificarea histologic a bolii. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Condi iile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T N i M slnt urm toarele:

Categoriile T: Examinare clinic , endoscopie i radiografie.

Categoriile N: Examinare clinic i radiografie.

Categoriile M: Examinare clinic i radiografie.

Dac aceste condi ii nu pot fi întrunite, se vor folosi simbolurile TX, NX sau MX.

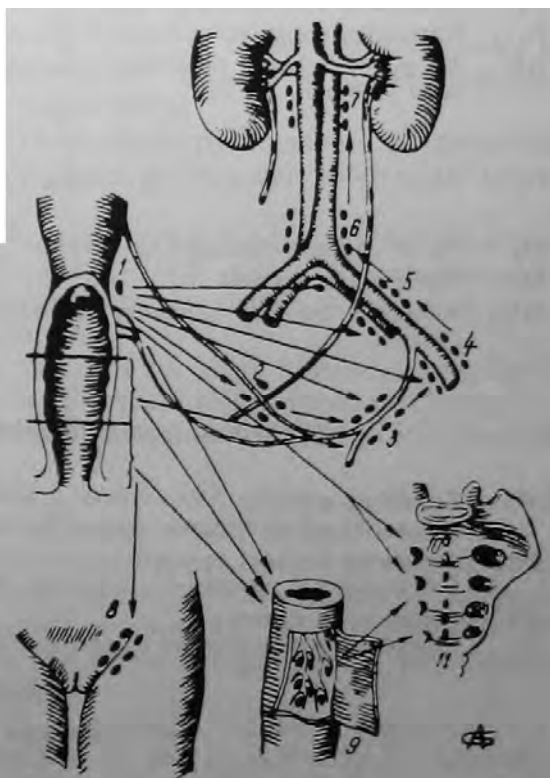


Fig. 743. — Grupele ganglionare colectoare ale limfaticelor vaginului (după Rogovenko). Rezultă imposibilitatea extirpării în totalitate a acestor ganglioni. Pot fi extirpați ușor ganglionii inghinali și iliaci:

1 — ganglion utero-vaginal; 2 — ganglion parauterin (Lucas Championnière); 3 — ganglion hipogastric; 4 — ganglioni iliaci externi; 5 — ganglioni iliaci primitivi; 6 — ganglioni lombari inferiori; 7 — ganglioni lombari superiori; 8 — ganglioni inghinali; 9 — ganglioni anorectali; 10 — ganglioni parasacrați inferiori.

Ganglionii limfatici regionali (fig. 743). Două treimi superioare ale vaginului: pot fi invadate de ganglionii pelvieni, distal de bifurcația aortei; treimea inferioară a vaginului: ganglionii inghinali.

Clasificarea preterapeutică — TNM

T — Tumoarea primară

riile	Categoriile UICC	Stadiile FIGO	
	T _{is}	0	Carcinom preinvaziv (carcinom in situ)
	T ₀	—	Tumoarea primară neevidențiată
	T _i	I	Tumoarea limitată la peretele vaginal
	T _o	II	Tumoarea interesând esutul perivaginal, dar fără extensie la peretele pelvian
	m	III	Tumoarea cu extensie la peretele pelvian
	T ₄	IV _a	Tumoarea interesând mucoasa vezicii și/sau rectului și/sau cu extensie în afara pelvisului adevărat OBS.: Prezența edemului bulos nu este o dovadă suficientă pentru clasificarea tumorii ca T ₄ .
	M _t	iv _b	Diseminare în organe la distanță
	TX		Nu pot fi înțurnite minimum de condiții necesare evaluării tumorii primare

N — Ganglioni limfatici regionali

N₀ — Nu se constată interesarea ganglionilor limfatici regionali;

Două treimi superioare: N_x — Interesarea ganglionilor limfatici regionali; Treimea inferioară :

N_j — Interesarea ganglionilor limfatici regionali unilateral — ganglioni mobili; N_a — Interesarea bilaterală a ganglionilor limfatici regionali — ganglioni mobili; N_s — Interesarea ganglionilor limfatici bilateral — adenopatie fixată .

NX — Nu pot fi înțurnite minimum de condiții necesare pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distanță

M₀ — Nu se constată metastaze la distanță ; M_i — Metastaze la distanță ;

MX — Nu pot fi înțurnite minimum de condiții necesare pentru evaluarea metastazelor la distanță .

Clasificarea histopatologică postchirurgicală -pTNM

pT — Tumoarea primară ;

Categoriile pT corespund categoriilor T. pN — Ganglionii limfatici regionali.
 Categoriile pN corespund categoriilor N. pM — Metastaze la distanță.
 Categoriile pM corespund categoriilor M.

Gruparea stadial			
Stadiul I	TX	N ₀	M ₀
Stadiul II	To	N ₀	M ₀
Stadiul III	T ₃	N ₀	M ₀
	% T ₂ , T ₃	N ₂	M ₀
Stadiul IV _a	T ₄	Orice N	M ₀
Stadiul IV _b	Orice T	Orice N	®s

Rezumat

UICC	VAGINUL	FIGO
s	Peretele vaginal	I
T _a	esutul perivaginal	II
T _a	Extensie la peretele pelvian	III
T*	Extensie la vezic /rect/în afara pelvisului adevărat	IV

LOCUL TRATAMENTULUI CHIRURGICAL ÎN CANCERELE VAGINULUI

Acesta este în funcție de stadiul evolutiv al bolii și de localizarea topografică. S-au dovedit eficiente atât radioterapia, cât și chirurgia. Dacă în trecut tratamentul de elecție era cel chirurgical, în ultimii ani tratamentul radiologic și-a demonstrat superioritatea. De exemplu: Marcus R. și colab. (1978) pe 31 cazuri obțin vindecări la 5 ani: în stadiul I (FIGO) 80%, în stadiul II 50%; chiar și în stadiile înaintate III și IV obțin rezultate excepțional de bune (50%).

Contează mult și tipul histologic: în cancerele pavimentoase nediferențiate (toate stadiile) obțin 56% supraviețuiri la 5 ani, în cancerele diferențiate supraviețuirea crește la 78%.

Tratamentul radiologic aplicat de acești autori a fost: — curieterapie endocavitară (endovaginală) sau interstițială 4000—7000 rads și telecobaltoterapie 3000—4000 rads. În câmpul de cobaltoterapie anterior (lat de 18 cm) erau prinși în zona de iradiere și ganglionii inghinali.

Complicațiile postradioterapice au fost rare: o singură stenoză uretrală și 2 cazuri de recto-sigmoidită răsucită. Aceste complicații au fost rezolvate chirurgical.

Tratamentul chirurgical cu intenție de radicalitate a fost aplicat doar la 3 bolnave din 31 tratate.

In concluzie, autorii sînt partizanii radioterapiei, chirurgia fiind utilizată de excepție, și mai ales în cazurile unde radioterapia nu a vindecat leziunea.

Histero-colpectomia totală cu limfadenectomia pelvisului executată în două echipe (abdominală și perineală) este operația de ales în aceste cazuri. În cancerele vaginale situate spre introitul vulvo-vaginal se va asocia și vulvectomia totală cu limfadenectomie inghinală bilaterală. Se poate ajunge pînă la pelvectomia totală în stadiul III și IV_a (forme operabile).

Rontgenterapia (raze X) nu este de recomandat, fiind o metodă învechită care nu poate realiza o concentrare suficientă de radiație în tumoare. În concluzie, medicul va alege metoda de tratament aplicînd izolat radioterapia sau asociînd chirurgia cu radioterapia. Hormonoterapia și chimioterapia nu și-au dovedit eficiența în cancerele vaginale.

REZULTATE

În cancerele in situ vindecarea cu radiuaplicație este de 100%. Nu există statistici pe stadii, iar supraviețuirile la 5 ani pe toate stadiile sînt de 15—25% (Barnes P., 1972).

Pe 17 bolnave cu localizare în 1/3 superioară a vaginului, Smith C.R. (citată de Gares R.) raportează 53% supraviețuiri la dimensiuni între 1—5 cm (prin tratament exclusiv chirurgical).

Comitetul de la Institutul Curie (Paris) relatează 45,5% vindecări la 5 ani prin tratament exclusiv radioterapie. Smyngedauw (autorii, citați de Garfés R.), prezintă rezultate bune la 3—7 ani în 50%, utilizînd exclusiv tratamentele radioterapice.

Gares R., făcînd o medie a mai multor statistici (tratamente chirurgicale, radioterapice sau mixte) constată 11,2% supraviețuiri la 5 ani. Barnes Priscilla (1972) făcînd o medie a mai multor statistici americane (cu diferite tratamente) ajunge la cifra medie de 15—25% supraviețuiri la 5 ani.

Din experiența personală am ajuns la concluzia că mai mult de 30% din bolnave nu se pot salva (toate stadiile). Dacă acum 25 de ani operam aproape toate cazurile, în prezent tratamentul chirurgical îl aplicăm rar, încredinșîndu-ne în cazurile radioterapeutului.

La una din bolnavele noastre, student în vîrstă de 23 ani, neoplazia pornise de la resturile embrionare paravaginale (canalele Gardner); am practicat o histero-colpectomie totală în două echipe ce au operat sincron (abdominală și perineală). Limfadenectomia pelvisului s-a executat cu minuțiozitate pînă la bifurcarea aortei. S-a efectuat, în același timp operator, o vaginoplastie cu material din recto-colon după procedeul Schubert. Evoluția operatorie bună. Vindecare. Cobaltoterapie postoperatorie. Laparotomie de

control după un an, când prin limfografie s-au depistat adenopatii paraortice. S-a tentat extirparea lor prin o nouă laparotomie cu iradiere consecutivă, dar bolnava a suferit la 2 ani după prima intervenție.

În tot acest interval starea generală a fost excelentă. Prezentăm cazul pentru a sublinia gravitatea acestor cancere și mai ales a adenopatiei canceroase.

TRATAMENTUL ALTOR TUMORI VAGINALE

Melanoamele maligne vaginale, adenocarcinoamele mezonefrotice ale vaginului (derivate din vestigiile canalelor Wolff) și sarcoamele se tratează după aceleași principii chirurgicale ca și epitelioamele vaginului (histerocolpectomia totală cu limfadenectomie); cu toate acestea neoplazii sunt mai rezistente decât epitelioamele vaginale, se va asocia tratamentul radiologic, în lipsa altor metode terapeutice mai eficiente.

În melanomul malign se poate asocia și tratamentul chimioterapie (cu DTIC).

Corioepiteliomul vaginal beneficiază exclusiv de chimioterapie și radioterapie (vezi capitolul Corioepiteliomul uterin).

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ ȘI TEHNICILE CHIRURGICALE FOLOSITE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI VULVAR

NOIUNI DE PATOLOGIE NECESARE INDICAȚIEI TERAPEUTICE

Cancerul vulvar nu este întâlnit prea frecvent (4—5% din tumorile maligne ale tractului genital). Sediul leziunii este în ordinea frecvenței ei, labia mare, clitorisul, vestibulul, jumătatea posterioară (comisur).

Are o serie de *particularități biologice* pe care ginecologul trebuie să le aibă în vedere când fixează tratamentul:

1. Cancerul vulvar apare de obicei la femei în vârstă, care au deja stări distrofice vulvare.

O statistică a Institutului Gustave-Roussy (Lacour J. și Hourtoulle F.) arată că vârsta medie pe 163 cazuri a fost de 62 ani, 30% din bolnave depășind 70 ani.

Stările distrofice vulvare ce preced sau coexistă cu leziunea canceroasă sunt: pruritul, atrofia și uscăciunea vulvară, leucoplazia și kraurozisul vulvar. Deseori se constată o lipsă de igienă locală. Starea generală a acestor pacienți este afectată uneori de: obezitate, diabet, ateroscleroză cu hipertensiune arterială și tulburări în irigația miocardului, scleroză renală și alte boli cronice.

Toți acești factori (locali și generali) vor fi luați în considerare când fixăm indicația terapeutică și tratamentul de ales: chirurgical radical, radioterapie, hormonal, chimioterapie, și modul lor de asociere.

2. Cancerul vulvar este limfofil și invadează ganglionii limfatici regionali. Cele mai frecvente cancere vulvare sunt epitelioamele spino-celulare (în ordinea frecvenței ei: epitelioamele spino-celulare, bazocelulare și adenocarcinoame); sarcoamele sunt foarte rare, melanomul malign este întâlnit în 2—3% din cancerele vulvare.

De aici și rata crescută a diseminării limfatice, de obicei în ganglionii limfatici inghinali homolaterali. Deoarece după exerezele chirurgicale limitate apar deseori noduli canceroși de permeație în tegumentele regiunii suprapubiene se consideră că diseminarea (permeația) limfatică interesează și capilarele limfatice din zona muntelui lui Venus (pediculul limfatic superior Basset) fapt ce obligă la extirparea (sau iradierea) esutului gros suprapubian. Uneori se prind și ganglionii inghinali controlaterali leziunii primare, de aici obligativitatea controlării și a

acestor ganglioni; limfofilia fiind accentuată, bariera limfatică a ganglionilor inghinali este rapid depășită, neoplazia poate invadea ganglionii limfatici iliaci externi și obturatorii mergând progresiv spre ganglionii paraortici. Din cauza paniculului adipos inghinal și a topografiei lor subfasciale (fascia cribriformă a coapsei), ganglionii inghinali cancerizați sunt greu de descoperiți prin palparea în fazele incipiente, iar cei pelvieni imposibil de decelați când sunt de mici dimensiuni. Limfografia poate fi deseori de mare ajutor în aprecierea invaziei canceroase ganglionare.

3. Cancerul vulvar este deseori pluricentric.

J. Lacour și F. Hourtoulle au constatat plurifocalitatea cancerelor vulvare în 20% pe un lot de 248 cazuri; multe din aceste focare sunt inaparente clinic și apreciate doar prin examinarea microscopică a secțiunilor seriatale a pieselor recoltate prin vulvectomiile largi. La aceleași concluzii (plurifocalitate) au dus și studiile lui Green, Ulfelder și Meigs (citați de Lacour).

Pentru toate aceste motive mulți specialiști (în special cei de la Institutul Gustave-Roussy din Paris) consideră că terapeutică ideală de recomandat în cancerele vulvare ar fi vulvectomia totală cu evidare ganglionară inghinală homolaterală sau bilaterală în monobloc.

Experiența noastră ne face să fim mai rezervați asupra acestei indicații terapeutice categorice, chiar pentru cancerele considerate radical operabile. Deoarece vulvectomia totală cu limfadenectomie inghinală bilaterală este o operație gravă nu atât prin amploarea actului operator, cât mai ales prin sechele, vom reflecta bine asupra respectării acestei indicații de radicalism chirurgical excesiv, recurgând la avantajele tuturor metodelor terapeutice propuse: chirurgie, radioterapie, chimioterapie și hormonoterapie. Deoarece indicația terapeutică este în primul rând de stadiu clinic al bolii, vom prezenta cea mai recentă clasificare stadială TNM preconizată de UICC (1978).

CLASIFICAREA STADIALĂ TNM A CANCERULUI VULVAR (ICD-O 184.4)

Clasificarea 1978 (Recunoscută de CNC, DSK, FIGO, ICPR, JJC)

Reguli de clasificare. Clasificarea este aplicabilă doar la carcinom. Este obligatorie verificarea histologică a bolii pentru a permite gruparea cazurilor în funcție de tipul histologic. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat.

Condițiile necesare minime pentru evaluarea categoriilor T, N și M sunt următoarele:

Categoriile T: Examinare clinică, endoscopie și radiografie.

Categoriile N: Examinare clinică și radiografie.

Categoriile M: Examinare clinică și radiografie. (Când aceste condiții nu sînt întrunite se folosesc simbolurile T», N*. Mj).

Ganglionii limfatici regionali sunt ganglionii inghinali iliaci externi și hipogastrici.

Clasificarea clinic preterapeutic TNM

T— Tumoarea primar

Categoriile	Categorie UICC	Stadiul FIGO	
	Tis	0	Carcinomul preinvaziv (carcinomul in situ)
	T ₀	— [^]	Tumoarea primar neevidentiat
	T _x	I	Tumoarea limitată la vulvă, cu diametrul maximum pînă la 2 cm.
	T ₀	II	Tumoarea limitată la vulvă, mai mare de 2 cm în diametrul sau maxim
	T ₃	III	Tumoarea de orice dimensiune, cu extindere la uretra inferioară și/sau vagin sau perineu sau orificiul anal
	T ₄	IV (parțial)	Tumoarea de orice dimensiune cu extensie la uretra superioară și/sau mucoasa vezicii sau rectului sau fixată la peretele pelvian.
	MX	IV (parțial)	Diseminare în organe la distanță
	TX	—	Nu s-au întrunit minimum de condiții necesare pentru evaluarea tumorii primare

N — Ganglionii limfatici regionali

N₀ — Ganglionii limfatici regionali neinteresați;

N_j — Interesarea unilaterală a ganglionilor limfatici regionali, care sînt mobili;

N_a — Interesarea bilaterală a ganglionilor limfatici regionali, care sînt mobili;

N₃ — Interesarea ganglionilor limfatici regionali care sînt fixați;

NX — Nu sînt întrunite un minimum de condiții necesare evaluării ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distanță

M₀ — Nu se constată metastaze la distanță;

M_x — Metastaze la distanță prezente;

MX — Nu sînt întrunite un minimum de condiții necesare evaluării prezenței metastazelor la distanță.

Clasificarea histopatologică postchirurgicală — pTNM

pT — Tumoarea primar

Categoriile pT corespund categoriilor T.

pN — Ganglionii limfatici regionali

Categoriile pN corespund categoriilor N.

pM — Metastaze la distanță

Categoriile pM corespund categoriilor M.

	Gruparea stadial		
Stadiul I	T _i	N ₀	M ₀
Stadiul II	T ₀	N ₀	M ₀
Stadiul III	T _;	N ₀	M ₀
	T _{lt} T _;	N _{lf} N _a	M ₀
Stadiul IVa	f _i	H N _; , H	M ₀
	Orice T	§|	M ₀
Stadiul IVb	Orice T	Orice N	EI

Rezumat

C	UIC	VULVA	FIG
	T _x	< 2 cm	I

T,,	> 2 cm	II
T,	Uretra inferioară /vagin/perineu/anus	III
T.	Uretra superioară /vezic /rect/pelvis	IV
		(par
		ial)
N»	Unilateral/mobil	—
N,	Bilateral/mobil	—
N»	Fixat	—

INDICAȚIA TERAPEUTICĂ

În afară de stadiul clinic al bolii, în fixarea indicației terapeutice trebuie să se conducem și de alți factori asociați bolii, factori de ordin general și local. Prezentăm factorii care orientează indicația terapeutică.

1. Tratamentul chirurgical va fi preferat tratamentului radiologic ori de câte ori situația bolnavei permite.

Trebuie avut în vedere că tratamentul chirurgical radical (vulvectomie totală rigită cu chiuraj limfatic inghinal bilateral) creează numeroase servituri: mutilează genital bolnava, având implicații serioase psihologice, dacă bolnava este în plină activitate genitală. Uneori apar edeme cronice dureroase ale membranelor inferioare.

2. Femeile în vârstă acceptă mai ușor operația radicală, dar coexistența unor boli ca diabetul, ischemia cardiacă, obezitatea excesivă, scleroza renală etc. obligă chirurgia la reflectarea asupra riscului operațiilor hiperlrgite sau pune în discuție optarea pentru tratamente radiologice: radiumpunctura leziunii canceroase (sau folosirea acelor de Cesium, tantal radioactiv) în leziuni de mici dimensiuni sau radioterapie după care se va recurge la o vulvectomie parțială de asanare, practicându-se electroexcizia largă a leziunii canceroase restante.

3. Dacă bolnava prezintă un cancer apărut pe o distrofie vulvară (prurit, leucoplazie, kraurozis) unde există posibilitatea maximă de cancer multifocal, vulvectomia totală este singurul tratament indicat.

4. În exerez vulvară bisturiul electric este de preferat bisturiului «alb» chirurgical.

5. În cancerule incipiente monolezionale, fără leziuni distrofice asociate, noi am practicat cu succes și hemivulvectomia parțială (cu bisturiul electric).

6. Dacă nu există adenit palpabil clinic sau suspect limfografic nu se vor extirpa ganglionii inghinali. Bolnava va fi dispensarizată și prin controale periodice se va vedea dacă nu apar postoperator adenopatii, situație care impune limfadenectomia.

7. Adenopatia inghinală poate fi bine rezolvată prin limfadenectomie largă (exerez chirurgical).

8. Radioterapia de megavoltaj (bomba de cobalt, accelerator linear) poate steriliza bine adenopatiile canceroase inghinale și pelviene (homo- și controlaterale). Atunci când nu putem efectua limfadenectomia asociată vulvectomiei din cauza unor boli asociate, vom recurge la radioterapia de megavoltaj, evitând pe cât posibil radioterapia cu aparatele obișnuite de 250 kV, mult mai puțin eficiente.

9. Dacă ganglionii invadează neoplazic și extirpați erau de volum mare sau prezentau spargerea capsulei ganglionare prin extinderea procesului canceros («periadenit neoplazic») radioterapia postoperatorie este obligatorie pentru a preveni recidivele inghino-iliace.

10. Atât aplicarea curieterapiei (implantarea în leziune a acelor de radium, iridiu, tantal, cesiu etc.) cât și radioterapia externă cu megavoltaj trebuie făcută de specialiști bine antrenați în aceste practici, deoarece aplicat incompetent și excesiv, poate determina radionecroze și radiodistrofii tegumentare dureroase, greu de operat sau pansat și dificilă în ce privește întreținerea igienei locale. Vulva este extrem de sensibilă la radiații și radioepitelita apare foarte ușor.

Trebuie atrasă atenția bolnavelor care efectuează tratamente radioterapice că în timpul tratamentului sau imediat după terminarea lui vor exista temporare fenomene trecătoare de radioepelită, chiar atunci când iradierea a fost corect efectuată.

11. La început am practicat, când era cazul, vulvectomia totală rigită în monobloc cu limfadenectomie inghinală bilaterală (așa cum recomandăm mulți autori). Deoarece într-un caz operat astfel, postoperator a apărut o gangrenă gazoasă ce s-a extins necrozând tegumentele abdominale și ale coapsei, complicație explicată prin existența unui microbism agresiv al leziunii vulvare, am renunțat la exerez monobloc. Efectivă vulvectomia totală largă ca prim timp și după 2—3 săptămâni când septicitatea agresivă dispărută, practicăm limfadenectomia mono- sau bilaterală, după cum este cazul.

12. Insistăm asupra dispensarizării obligatorii a pacientelor operate (mai ales cele operate mai economic, sau fără limfadenectomie) pentru a surprinde și trata recidivele în fază incipientă. În caz de recidivă, operația ultraradicală se impune; atunci când există contraindicație operatorie se va apela la radioterapia de megavoltaj.

Controalele postoperatorii se vor face tot la 6 luni și bolnavele vor fi educate să se controleze la ginecologul teritorial care trebuie să fie instruit în probleme oncologice.

La bolnavele care nu înțeleg seriozitatea și importanța dispensarizării, se va practica de la început operația radicală renunțându-se la posibile operații mai economice.

13. Tratamentul hormonal (estrogeni de sinteză) aplicat atât local (creme, unguente) cât și general (tablete) devine obligatoriu la femeile în vârstă, care au și leziuni distrofice asociate. Aportul tratamentului hormonal este foarte important pentru refacerea troficității esuturilor vulvare.

14. Dintre citostatice, Bleomicina s-a dovedit a fi eficientă, mai ales în epitelioamele spino-celulare. Tratamentul citostatic, având servituri, trebuie condus de un oncolog familiarizat cu problemele chimioterapiei.

În concluzie, indicația terapeutică este diferită de la caz la caz, conducându-se după două principii majore:

— în cazurile incipiente tratamentul chirurgical radical este de preferat;

— cazurile în stadii avansate (stadiul III, IV) beneficiază de tratamentul radiologic asociat cu exerez chirurgical limitat (electroexcizie).

Criteriile cele mai importante de opiuene pentru unul din tratamente sau asocierea lor, sînt reprezentate de stadiul clinic al bolii, vîrsta bolnavei i bolile generale coexistente.

PREG TIRILE PREOPERATORII

Cancerle vulvare sînt infectate, existînd i o bogat flor anaerob . Pentru a evita gravele complica ii septice postoperatorii (ce pot merge pîn la gangrena extensiv a tegumentelor) se va reduce microbismul local prin: a) igiena îngrijit a regiunii (b i calde cu ceai de mu e el, iriga ii vaginale); b) încercarea de asep- tizare a leziunii prin pudrarea cu sulfamid pulbere, antibiotice sau creme cu antibiotice (aten ie la tolerabilitatea local); c) stimularea troficit ii esuturilor vulvare prin administrare (local creme i general tablete) de estrogeni de sintez (sintofolin) preoperator (7—10 zile) i postoperator pe o perioad lung de timp (mai ales la femeile aflate în post-menopauz); d) stimularea sistemului reticulo-histiocitar prin administrarea de Polidin i cantit i mici de vaccin polimicrobian Delbet. Tot acest tratament preoperator va începe cu aproximativ 10 zile preoperator.

Cu 6 zile preoperator se va începe i prepararea tubului digestiv (asepti- zare) descris la implantarea ureterelor în colon (tehnica Coffey).

TEHNICI OPERATORII UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI VULVAR

Vom prezenta urm toarele tehnici (preconizate de J. Lacour i F. Hour- toulle):

I. Vulvectomia total simpl i variantele ei în func ie de sediul tumorii:

1. Tumoarea este situat pe o labie.
2. Tumoarea dep e te labia i se extinde pe tegumentele coapsei.
3. Tumoarea este în vecin tatea meatului urinar.
4. Tumoarea intereseaz comisura posterior vulvar i infiltreaz i sfincterul anal.

II. Limfadenectomia inghino-crural .

III. Vulvectomia total cu limfadenectomie bilateral .

I. VULVECTOMIA TOTAL SIMPL I VARIANTELE EI 1. VULVECTOMIA TOTAL SIMPL PENTRU CANCERELE SITUATE PE O LABIE

Pozi ia bolnavei i a chirurgului: Pacienta în pozi ie ginecologic ,* chirurgul a ezat pe scaun i dou ajutoare în picioare (în dreapta i stînga) (fig. 744).

1. Incizia va fi început cu bisturiul alb i va ocoli vulva, dep ind cu 2 cm leziunea canceroas (apreciat prin palpate digital) în afara i în untrul ei (zona de securitate peritu moral).

Incizia extern (fig. 745) va ocoli vulva, trecînd în afara marilor labii, nu prea departe înafara liniei cutaneo-mucoase, ocole te baza clitorisului i dep e te cu cî iva milimetri comisura posterior .

în afar de tegumentele i mucoasa vaginal din jurul leziunii, care trebuie extirpate cu o zon de securitate suficient de larg , nu se vor exciza excesiv de larg tegumentele perivulvare, pentru a nu se crea dificult i în refacerea postoperatorie prin suturi ale regiunii vulvare. Dacă la sfîr itul opera iei tegumentele sînt în exces se va exciza atunci excesul tegumentar.

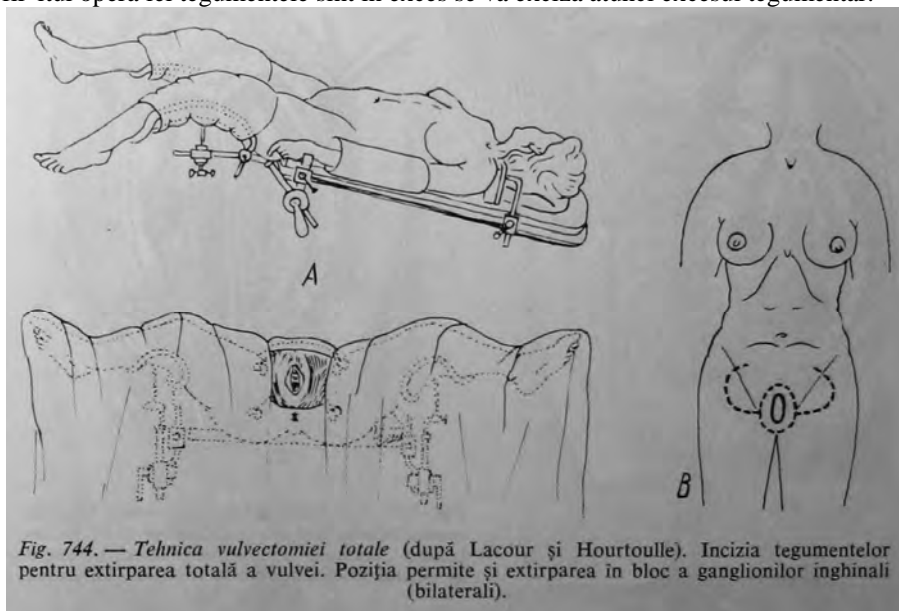
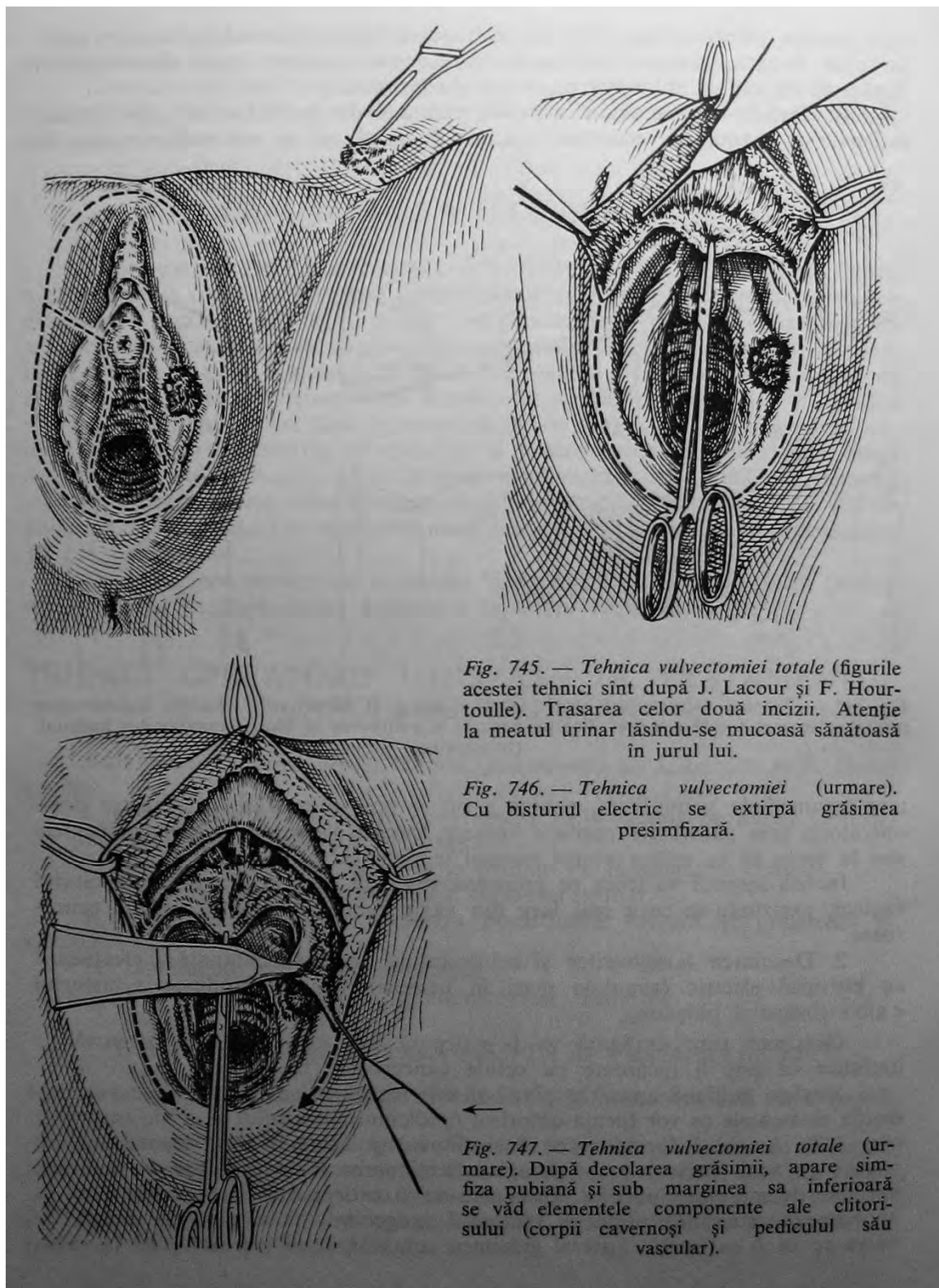


Fig. 744. — Tehnica vulvectomiei totale (după Lacour și Hourtoulle). Incizia tegumentelor pentru extirparea totală a vulvei. Poziția permite și extirparea în bloc a ganglionilor inghinali (bilaterali).

Incizia intern va trece pe mucoasa vaginal imediat în untrul introitului vaginal, excizîndu-se ceva mai larg din vagin numai în dreptul leziunii canceroase.

2. Decolarea lambourilor i celulectomia larg subcutanat se efectueaz cu bisturiul electric (avantaje mari în hemostaz), renun îndu-se la bisturiul « alb» (bisturiul obi nuit).

Gr simea suprasimfizar va fi extirpat larg, deoarece este parcurs de limfatice ce pot fi înc rcate cu celule canceroase (fig. 746).



Simfiza pubiană apare în plagă și sub marginea sa inferioară se vor evidenția elementele ce vor forma clitorisul (pediculul clitorisului și corpui cavernoși (fig. 747). Aceste 3 formații vor fi secționare și legate în mod separat cu fire trecute cu acul (pericol de hemoragie). Secționarea lor se va face cît mai sus, aproape de marginea pubelui. Grăsimea va fi extirpată în profunzime pînă la aponevroza mușchilor perineali (planul urogenital) și va rămîne atașată de vulva ce va fi extirpată. Lateral grăsimea cutanată va fi disecată pînă la rădăcina coapsei (plicul dintre coapsă și perineu) iar posterior disecția va merge pînă la sfincterul anal, care va fi bine evidențiat spre a fi menajat. Pentru a se ușura extirparea grăsimii subcutanate din această regiune a perineului posterior, se va decola peretele posterior vaginal de rect (disecția prin septul recto-vaginal) pe cîteva centimetri (fig. 748).

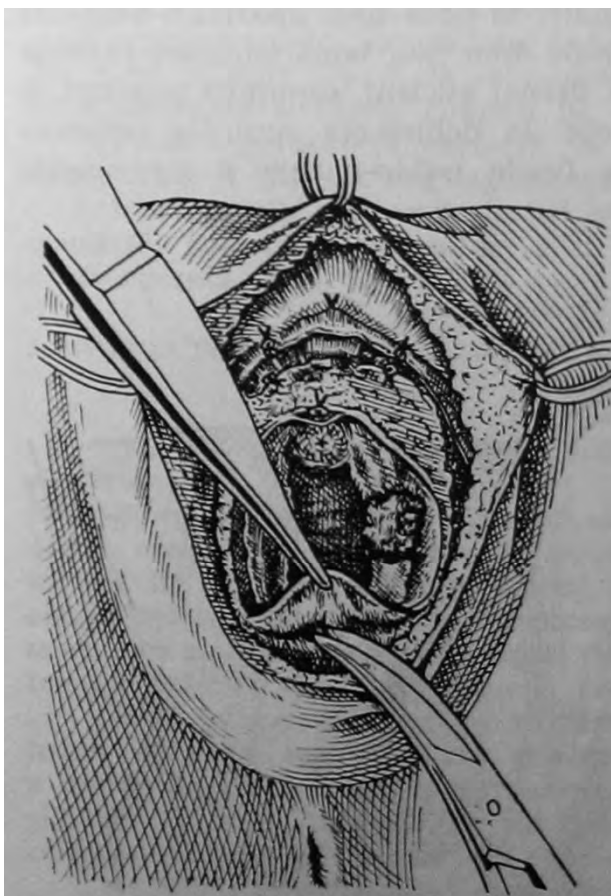


Fig. 748. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Se extirpă cât mai larg întreaga grăsime perivulvară. Atenție la disecarea septului vulvo-vagino-rectal.

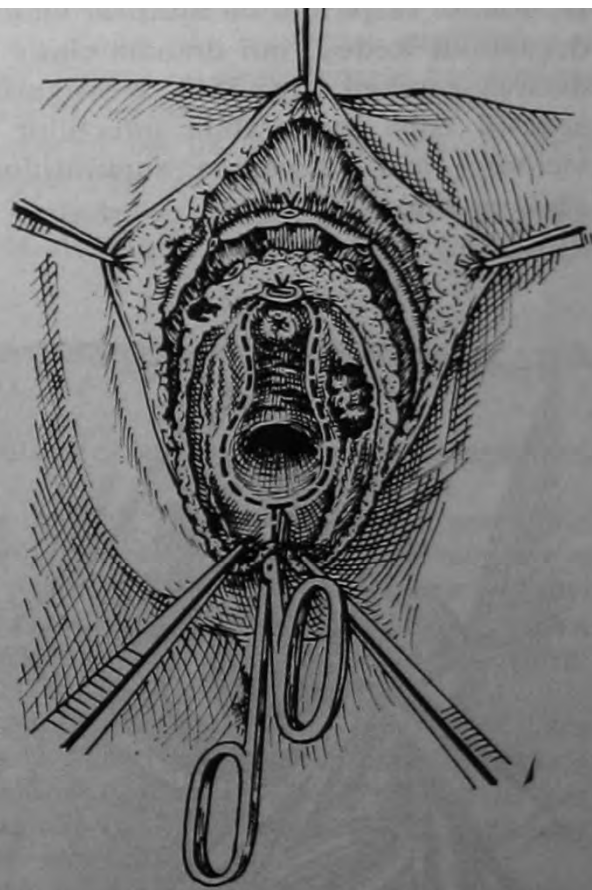


Fig. 749. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). După ce vulva a fost eliberată de jur împrejur și s-a mers în profunzime cu disecția până la planul muscular al perineului, se secționează inelul vulvar pentru a se putea trece la secționarea și separarea vulvei de vagin.

3. Vulvectomia propriu-zis este realizat de fapt prin terminarea timpului precedent. Pentru urarea acestui timp J. Lacour și F. Hourtoulle recomand întreruperea inelului vulvar prin secționarea lui din untru înafar (fig. 749, linia punctat). Odat vulvectomia terminat se acord o atenție deosebită (exagerat chiar) hemostazei (fig. 750).

4. Refacerea unei noi vulve prin sutura tegumentelor la marginile vaginului. Sutura se începe de sus în jos (fig. 751) după ce s-a terminat reajustarea prin excizie a marginilor cutanate.

O atenție specială se va acorda suturilor dintre tegumente și mucoasa per strat în jurul meatului urinar, pentru a se preveni permeabilitatea uretrei.

În continuare tegumentele se vor sutura la marginile vaginului, respectându-se simetria.

5. Drenajul plăgii va fi bine asigurat. Lacour drenează utilizând metoda H. Redon (aspirația cu ajutorul vidului reglat); în lipsa unei aparaturi adecvate drenajului Redon, noi drenăm clasic cu tub de dren (sau lamă cauciuc) în zona declivă a plăgii (fig. 751). Neasigurând un drenaj eficient, supurația instalată în această zonă vulnerabilă infecțiilor va duce la dehiscenta suturilor (cicatrici vicioase) sau extinderea supurațiilor spre fosele ischio-rectale și tegumentele abdominale.

6. Drenajul vezicii urinare este obligatoriu; sonda vezicală tip Foley (cu balon) este cea mai indicată. Se va acorda o atenție deosebită menținerii permeabilității sondei și a aseptiei drenajului vezical.

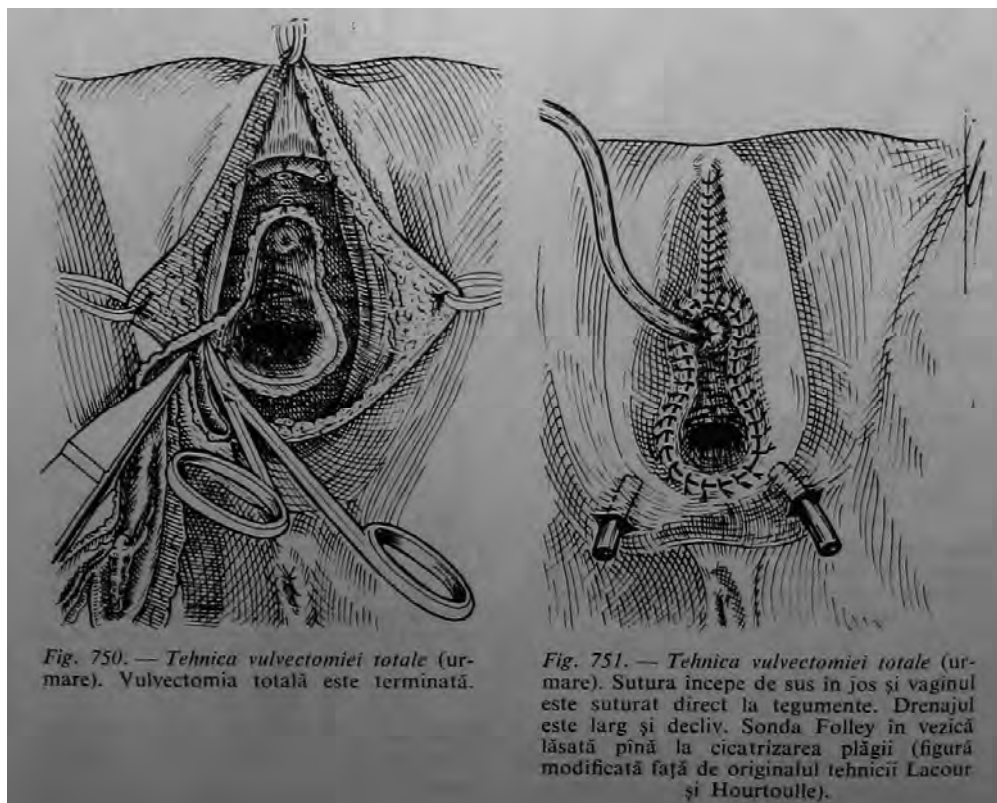


Fig. 750. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Vulvectomia totală este terminată.

Fig. 751. — Tehnica vulvectomiei totale (urmare). Sutura începe de sus în jos și vaginul este suturat direct la tegumente. Drenajul este larg și decliv. Sonda Foley în vezică lăsată pînă la cicatrizarea plăgii (figură modificată față de originalul tehnicii Lacour și Hourtoulle).

2. VULVECTOMIA TOTALĂ PENTRU CANCERELE CE DEPARTESEZ LABIA MINORĂ ȘI SE EXTIND SPRE TEGUMENTELE COAPSEI

În aceste cazuri în care leziunea neoplazică depășește lateral vulva, operația propriu-zisă de exerez vulvară va fi completată cu o operație plastică de refacere a tegumentelor coapsei.

La exerez vulvară efectuată după tehnica prezentată, se va include și exerez tegumentelor cancerizate (fig. 752 a). Zona aleasă pentru asigurarea tegumentară din jurul tumorii va fi de minimum 2 cm. Odată cu tegumentele cancerizate va fi extirpat și fascia coapsei pe care stătea leziunea.

Zona tegumentară excizată va fi acoperită cu un lambou cutanat pediculat, croit în răsfață din tegumentele coapsei (fig. 752 b și c).

Deoarece în asemenea cazuri extinzându-se limfadenectomia inghinală este recomandat, pediculul lamboului va fi croit la distanță de regiunea inghinală ce va fi operată (vezi fig. 752 a).

3. VULVECTOMIA PENTRU CANCERELE VULVARE CE INTERESEAZĂ ÎNTR-UN MĂSURA MEATUL URETRAL

Această situație rar întâlnită ridică unele probleme de indicație terapeutică și tratament.

O vulvectomie largă care ar sacrifica meatul urinar și o mare parte din uretră creează o infirmitate fie prin posibilă stenoză a tranșei de secțiune a uretrei, fie prin rezecarea unei prea mari părți din uretră. În asemenea cazuri continența este păstrată prin respectarea sfîcterului vezico-uretral, dar urinarea se va face nevoit prea sus în vagin. Acest fapt inerent rezecției parțiale a uretrei impune măsurile speciale de igienă (spălături) după fiecare mică mișcare.

În 4 cazuri de cancer vulvar cu interesarea meatului uretral pe care le-am avut de rezolvat, am procedat, în 2 cazuri la care invazia neoplazică a uretrei era incipientă, la vulvectomie totală, extirpînd totodată meatul urinar și 1 cm din uretră, în bloc cu un coleret vaginal (perete anterior); am terminat operația suturînd tegumentele la marginile vaginului.

Uretra nu am suturat-o pe tranșele de secțiune vagino-cutanate suture, fiindcă s-ar fi stenozat, chiar dacă mențineam pe loc sondă uretrală.

Pentru a evita stenozarea uretrei, am mobilizat-o pe 1 cm și am implantat-o în vagin, perforînd peretele anterior al vaginului la 1 cm deasupra tranșei de secțiune a vaginului (fig. 753) marginile uretrei au fost suturate cu fir atraumatic la peretele vaginal. Tegumentele au fost suturate la marginile vaginului. Cu toate că plaga de vulvectomie a supurat și s-a desfcut, uretra implantată cu 1 cm mai sus în vagin, nu a fost interesată de procesul supurativ și nu s-a stenozat. Mică mișcările s-au făcut în bune condiții, pacientele trebuind să-și mențină prin spălături igiena locală. La celelalte 2 paciente, pentru a evita vulvectomia, și rezecția uretrei terminale, am recurs la tratamentul radioterapie al neoplaziei: iradiere la bomba de cobalt și plesicurieterapie cu ace de ytriu radioactiv aplicate direct pe leziunea neoplazică.

Procesul canceros fiind de mici dimensiuni s-a vindecat numai prin tratamentul radioterapie evitîndu-se operația mutilantă a vulvectomiei și rezecției de uretră.

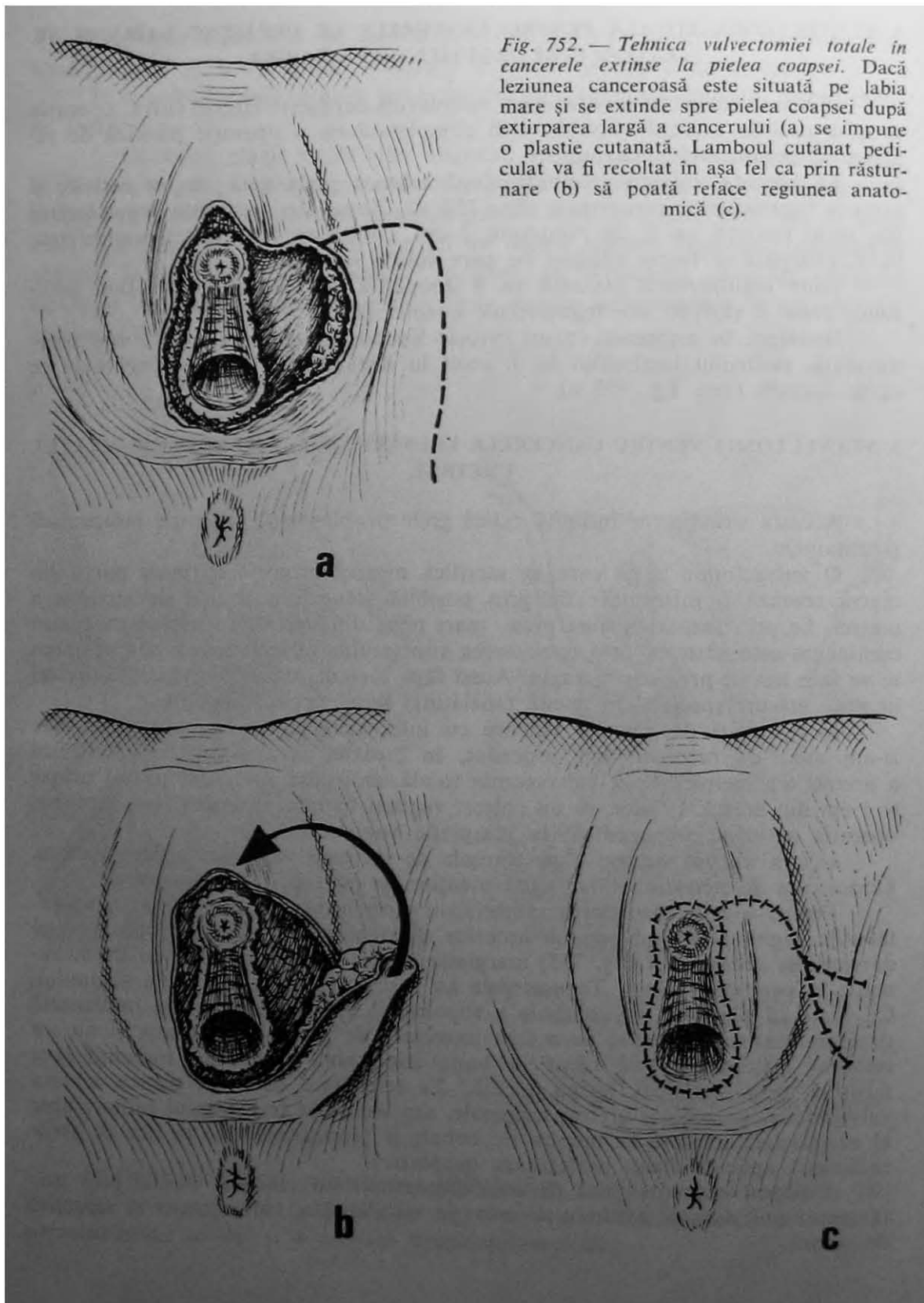


Fig. 752. — Tehnica vulvectomiei totale în cancerele extinse la pielea coapsei. Dacă leziunea canceroasă este situată pe labia mare și se extinde spre pielea coapsei după extirparea largă a cancerului (a) se impune o plastie cutanată. Lamboul cutanat pediculat va fi recoltat în așa fel ca prin răsturnare (b) să poată reface regiunea anatomică (c).

Personal nu am experiență a plastiilor de uretră (procedeul Martius) dar nu pot vedea reușita ei în cazul unei vulvectomii totale pentru cancer cu sacrificarea uretrei.

4. VULVECTOMIA TOTALĂ PENTRU CANCERELE COMISURII POSTERIOARE CE INFILTREAZĂ SFINCTERUL ANAL

Este o veritabilă « exenterație » pe cale perineală, deoarece pe lângă extirparea vulvei după tehnica expusă deja, va trebui să extirpăm aparatul sfinc-terian rectal, rectul inferior și grăsimea foselor ischio-rectale.

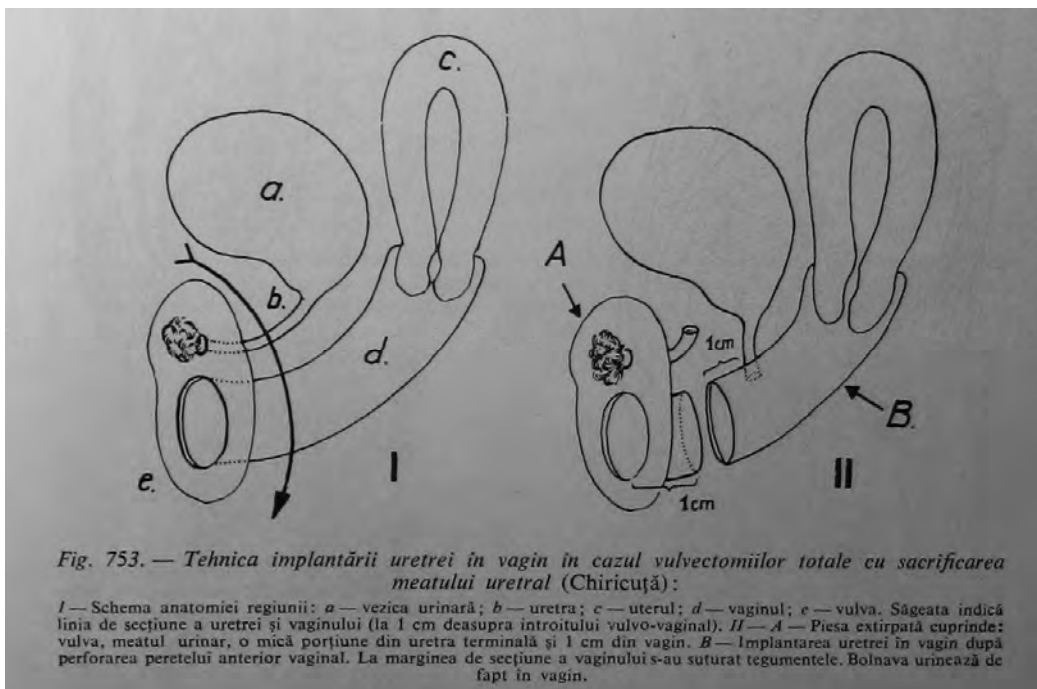


Fig. 753. — Tehnica implantării uretrei în vagin în cazul vulvectomiilor totale cu sacrificarea meatului uretral (Chiricuță):

I — Schema anatomiei regiunii: a — vezica urinară; b — uretra; c — uterul; d — vaginul; e — vulva. Săgeata indică linia de secțiune a uretrei și vaginului (la 1 cm deasupra întroitului vulvo-vaginal). II — A — Piesa extirpată cuprinde: vulva, meatul urinar, o mică porțiune din uretra terminală și 1 cm din vagin. B — Implantarea uretrei în vagin după perforarea peretelui anterior vaginal. La marginea de secțiune a vaginului s-au suturat tegumentele. Bolnava urinează de fapt în vagin.

Este o opera ie de mari propor ii care cere o preg tire special a colonului i o echip operatorie din care chirurgul familiarizat în chirurgia rectului nu trebuie s lipseasc .

Interven ia are doi timpi operatori bine distinct i.

Timpul I. Crearea unui anus iliac stîng definitiv (timp asept ic).

Timpul II. Vulvectomia total extirpîndu-se totodat i rectul inferior, în bloc cu sfincterul anal (timp septic).

Ace ti timpi pot fi i inversa i, adic anusul iliac stîng poate deveni timpul doi al opera iei, a a cum procedeaz J. Lacour. Fiind dou opera ii diferite dintre care una este septic , asepsia va fi riguros respectat prin schimbarea întregului echipament (m nu i, halate) i a instrumentarului, la fiecare opera ie în parte.

Timpul I. Crearea unui anus iliac stîng definitiv.

Bolnava întins pe masa de opera ie; se face incizia clasic în fosa iliac stîng (similar cu cea pentru apendicectomie) i se p trunde în cavitatea peritoneal . Se prinde cu o pens f r din i ansa mobil a colonului sigmoid, care se exteriorizeaz . Anusul definitiv se poate face pe baghet (« anus cu pinten») sau în « eav de pu c », fiecare extremitate a colonului sec ionat cosîndu-se în mod izolat la perete, sau cap tul de jos al colonului va fi închis prin sutur i abandonat în abdomen (fig. 754). Pentru detalii a se vedea capitolul referitor la anusul contra naturii (pag. 1026 i fig. 788)

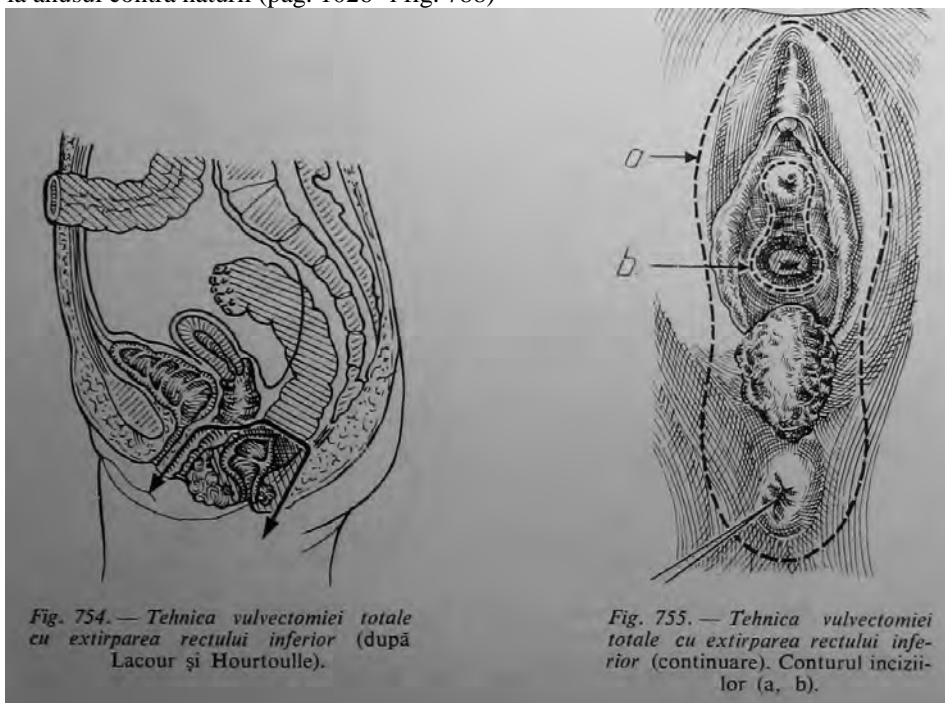


Fig. 754. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (după Lacour și Hourtoulle).

Fig. 755. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (continuare). Conturul inciziilor (a, b).

Timpul II. Vulvectomia total i extirparea în totalitate a rectului inferior, cu sfincterul invadat de cancer. Bolnava în pozi ie ginecologic .

Atragem aten ia asupra unor timpi operatori mai deosebi i: anusul va fi închis în burs cu un fir de a groas , iar incizia extern a tegumentelor pentru vulvectomie va ocoli la distan anusul (ca în cancerul anal) (fig. 755). Firul bursei de închidere va fi p strat lung i pensat. Prin trac iuni laterale el ne va ajuta în efectuarea amputa iei rectale.

Dup sec ionarea gr simii foselor ischio-rectale, de o parte i de alta a rectului (la orele 3 i 9) se vor individualiza vasele hemoroidale inferioare, care vor fi sec ionate i legate cu aten ie (fig. 756).

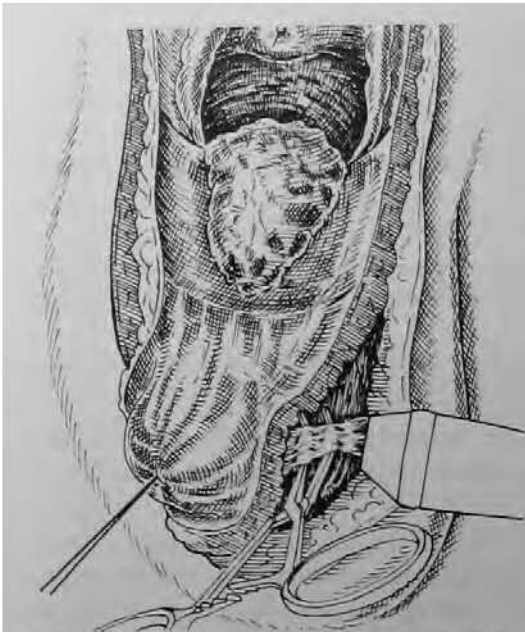


Fig. 756. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Secțiunea vaselor hemoroidale inferioare.



Fig. 757. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Secționarea mușchilor ridicători anali în bloc cu sfincțerul anal.

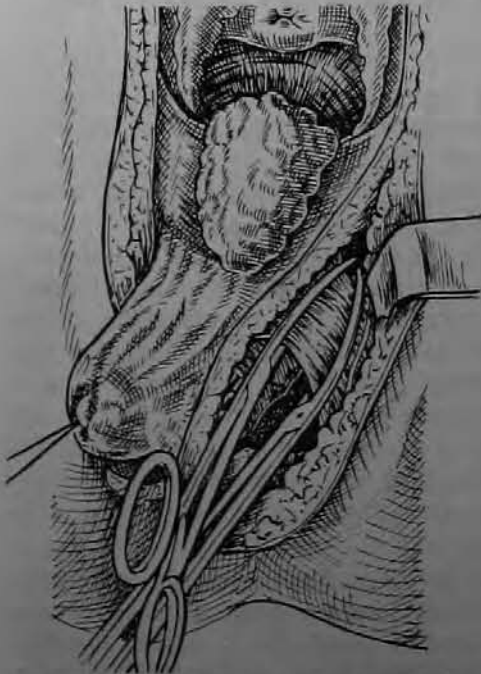


Fig. 758. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). Se secționează și mușchii ridicători anali (penșați lateral).



Fig. 759. — Tehnica vulvectomiei totale cu extirparea rectului inferior (urmare). După eliberarea totală a rectului inferior în bloc cu vulva extirpată se rezeacă rectul. Foarfecea secționează în figură peretele posterior al rectului.

Se p trunde apoi retro-rectal în spa iul recto-sacrat prin sec ionarea rafeului median dintre mu chii ridic tori anali i coccis (fig. 757). Mu chii ridic tori anali vor fi bilateral sec iona i cît mai lateral între pense, de jos în sus (fig. 758).

Decolarea mu chilor cu indexul u ureaz manevrele. Dup decolarea i izolarea posterior a lateral a rectului se va trece la efectuarea inciziei interne (notat cu b în fig. 755) a vulvectomiei. Când ne apropiem de comisura posterior , incizia nu va mai trece

în apropierea introitului și va urca ascendent pe feele laterale ale vaginului, ocolind infiltrația peretelui posterior vaginal la 2—3 cm deasupra leziunii tumorale vulvare, palpată între două degete (vezi fig. 754).

Se va secționa în totalitate cilindrul rectal la nivelul inciziei peretelui posterior vaginal, adică deasupra nivelului tumorii (vezi fig. 759).

Piesa operatorie (vulva, rectul inferior cu aparatul sfincterian în întregime și peretele posterior vaginal infiltrat canceros) este total izolat după secțiunea rectului, vulvectomia definitivă este terminată.

Se va reface regiunea prin sutura plăgii de sus în jos: tegumentele se vor sutura la pereții vaginului (ca în tehnica descrisă la vulvectomie), posterior, tegumentele suturându-se la marginea rectului. Marginea inferioară a peretelui posterior vaginal va fi suturată la tranșa anterioară a rectului.

Drenajul plăgii va fi corect instalat, iar vezica va fi drenată cu sondă Foley.

II. LIMFADENECTOMIA INGHINALĂ ÎN CANCERELE VULVARE

Tehnica limfadenectomiei inghinale a fost bine codificată de Ducuing și de Tailhefer și ea vizează să extirpe atât ganglionii supraaponevrotici (situați deasupra fasciei cribriforme a coapsei) reprezentați prin ganglionii situați în jurul croșei venei safene interne, cât și ganglionii subaponevrotici (ganglionii inghinali profunzi) localizați în triunghiul Scarpa format superior de arcada femurală, extern de mușchiul croitor și intern de mușchiul adductor mijlociu și pectineu. Ganglionii profunzi se gătesc în jurul arterei și venei femurale și extirparea lor impune cunoașterea perfectă a anatomiei vaselor regiunii. Exercheză va include obligatoriu și ganglionul Cloquet, ganglion situat pe marginea internă a venei femurale, imediat sub arcada femurală și așezat călare pe marginea ligamentului Gimbernat, intrând cu polul său superior în pelvis. Ganglionul Cloquet va fi recoltat izolat și dat la examenul histopatologic în mod separat. Invazia neoplazică a acestui ganglion arată că procesul canceros s-a extins probabil și la ganglionii iliaci externi și ai fosei obturatorii, fapt ce obligă pe unii autori să-i extirpe în mod separat printr-o incizie inghino-abdominală și pe cale extraperitoneală (vezi tehnica operatorie, pag. 965).

Taussig pe 30 cazuri de cancer vulvar cu adenopatii inghinale palpabile, unde s-a făcut și limfadenectomie iliacă, a găsit în 3 cazuri ganglionii iliaci externi prinși, iar în 2 cazuri ganglionii obturatorii invadați neoplazic (5 cazuri din 30). J. Lacour a renunțat la evidarea ganglionar pelvian asociat celei inghinale, deoarece consideră în asemenea cazuri mai eficient tratamentul radioterapie (cobaltoterapie).

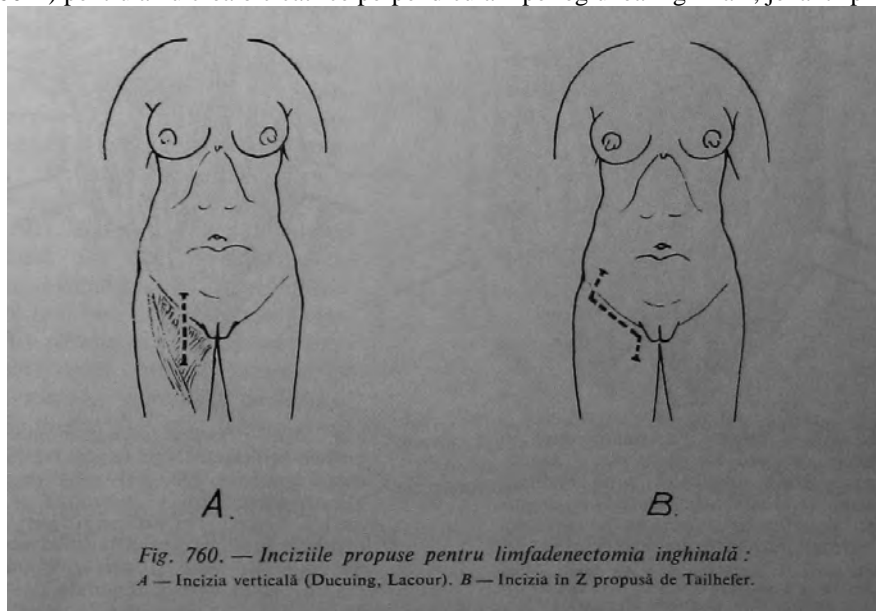
Trebuie subliniat faptul că existența ganglionilor inghinali invadați neoplazic impune după limfadenectomie și o iradiere a regiunii anatomice.

Limfadenectomia, creștând anumite servituri asupra celorlalte, am insistat, chirurgul va aprecia necesitatea ei în funcție de vîrstă, starea generală a bolnavei, stadiul bolii. Personal practicăm limfadenectomia într-un timp operator separat de vulvectomie (pericolul septicității).

TEHNICA LIMFADENECTOMIEI INGHINALE (după Ducuing)

1. *Poziția bolnavei:* orizontal în clinostatism.

2. *Incizia:* verticală pe axul triunghiului Scarpa, deșind arcada înspre tegumentele abdomenului (fig. 760 A); Tailhefer utilizează o incizie în Z (fig. 760 B) pentru a nu crea o cicatrice perpendiculară pe regiunea inghinală, jenantă prin retracție.



Lambourile cutanate se vor diseca larg într-o parte și alta a inciziei, avîndu-se grijă ca lamboul cutanat să se prescrie un panicul adipos destul de gros (1,5 cm) pentru a se asigura vascularizația tegumentelor. Hemostază extrem de atentă (se diminuează astfel limforagia postoperatorie, sursă de infecție cronică a regiunii inghinale, urmată de edemul coapsei). Se descoperă astfel întreg grupul ganglionilor inghinali superficiali, safena internă și fascia cribriformă a coapsei.

3. *Incizia fasciei cribriforme* (fig. 761): fascia cribriformă va fi incizată pe toată suprafața triunghiului Scarpa de la mușchiul croitor (extern), care apare vizibil în plagă, pînă la mușchiul adductor mijlociu (situat intern) care trebuie bine evidențiat în plagă.

Pentru a evidenția bine acest mușchi se vor sacrifica vasele ruinoase externe superioare și inferioare, precum și arterele ce merg la mușchiul adductorul mijlociu.

Liberarea mușchilor croitor și adductorul mijlociu ne conduce la vârful triunghiului Scarpa, unde vom lega și secționăm vena safenă internă. Mai târziu de incizat fascia cribriformis în partea superioară a triunghiului Scarpa, în apropierea arcadei inghinale, sacrificând vasele subcutanate abdominale.

Mobilizarea fasciei cribriformis excizate se face cu grijă din afară spre crosa venei safene interne (fig. 762).

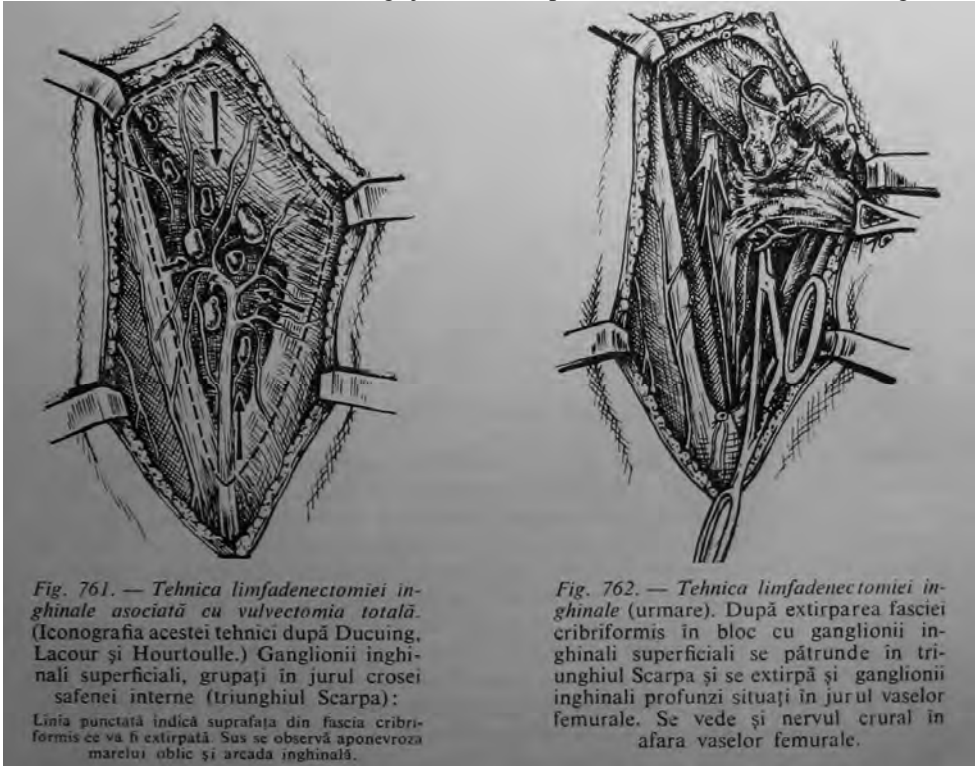


Fig. 761. — Tehnica limfadenectomiei inghinale asociată cu vulvectomia totală. (Iconografia acestei tehnici după Ducuing, Lacour și Hourtoulle.) Ganglionii inghinali superficiali, grupați în jurul crosii safenei interne (triunghiul Scarpa):
Linia punctată indică suprafața din fascia cribriformis ce va fi extirpată. Sus se observă aponevroza marelui oblic și arcada inghinală.

Fig. 762. — Tehnica limfadenectomiei inghinale (urmare). După extirparea fasciei cribriformis în bloc cu ganglionii inghinali superficiali se pătrunde în triunghiul Scarpa și se extirpă și ganglionii inghinali profunzi situați în jurul vaselor femurale. Se vede și nervul crural în afara vaselor femurale.

4. *Izolarea vaselor femurale și extirparea ganglionilor profunzi:* la vârful triunghiului Scarpa se reperează artera femorală, care la acest nivel acoperă vena femorală. Se disecă de jos în sus cu mare atenție toți ganglionii și grăsimile ce acoperă vasele femurale. Mergând cu disecția ascendentă, se ajunge la crosa venei safene; aceasta se leagă și secționăm la văturarea ei în vena femorală; ligaturile vor fi plasate sub fascia cribriformis, ridicată ascendent (fig. 763) de chirurg în bloc cu ganglionii inghinali superficiali și profunzi. La baza triunghiului Scarpa, în vecinătatea arcadei inghinale vom întâlni vena femorală situată intern și artera femorală situată extern. Nervul crural apare și el în plajă (sub fascie) situat imediat extern față de arteră.

5. *Extirparea ganglionului Cloquet:* extirparea acestui ganglion reprezintă finalul limfadenectomiei inghinale. El trebuie extirpat în totalitate, pentru considerentele expuse. Pentru aceasta este necesar să protejăm bine vena femorală la intrarea ei în inelul crural (cu un depărtător Farabeuf este tras în afară), și evidențiem ligamentul Gimbernat pe care-l vom inciza cu bisturiul (fig. 763). Ganglionul Cloquet abia acum va putea fi eliberat prin disecție atentă.

6. *Refacerea inelului crural:* este obligatorie, deoarece lăsat beant va duce sigur la apariția unor hernii crurale. De aceea se va sutura cu fire neabsorbabile arcada inghinală la ligamentul Cooper.

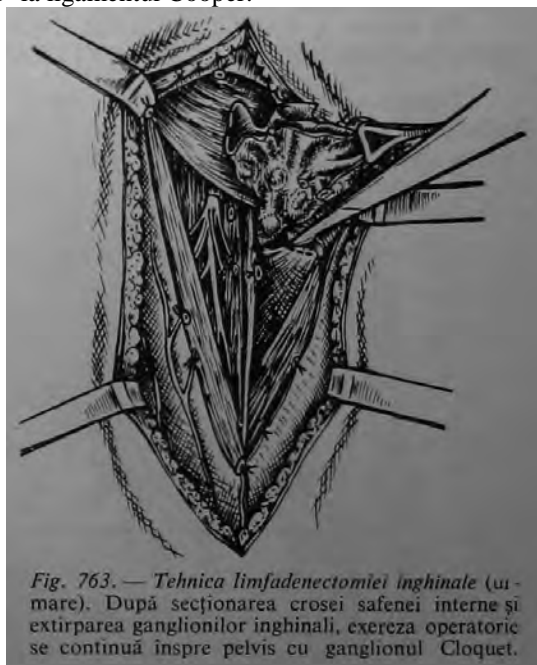


Fig. 763. — Tehnica limfadenectomiei inghinale (urmare). După secționarea crosii safenei interne și extirparea ganglionilor inghinali, exereza operatorie se continuă înspre pelvis cu ganglionul Cloquet.

Ginecologul care execută intervenția trebuie să cunoască bine anatomia regiunii și să fie ajutat de un chirurg bun cunoscător al regiunii anatomice respective.

7. *Sutura plăgii și drenajul*: deoarece deseori am observat o necrozare a marginilor plăgii, excizăm profilactic din fiecare margine câte 1,5 cm din tegumente pe toată lungimea plăgii; Lacour întâlnește necroza marginilor plăgii în 40 % din cazuri. Hemostaza extrem de atentă. Sutura plăgii cu fire de a. Drenajul decliv obligator. Cel mai bun drenaj este cel aspirativ (drenajul Redon) care prin vidul creat obligă lambele cutanate să se muleze pe formațiile anatomice ale triunghiului Scarpa și să grăbească cicatrizarea. Drenajul simplu cu tub de cauciuc are dezavantajul că permite o infecție ascendentă a plăgii, fapt ce prelungește foarte mult timpul de vindecare.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

- Igienă zilnică a regiunii (spălare cu soluție de cloramină).
- Sonda urinară se lasă pe loc cca 7—10 zile, pentru a întreține în condiții bune igiena locală.
- Drenajul rămâne instalat mult timp (cca 15 zile) până când lichidul limfatic scurs este clar și în cantitate mică.

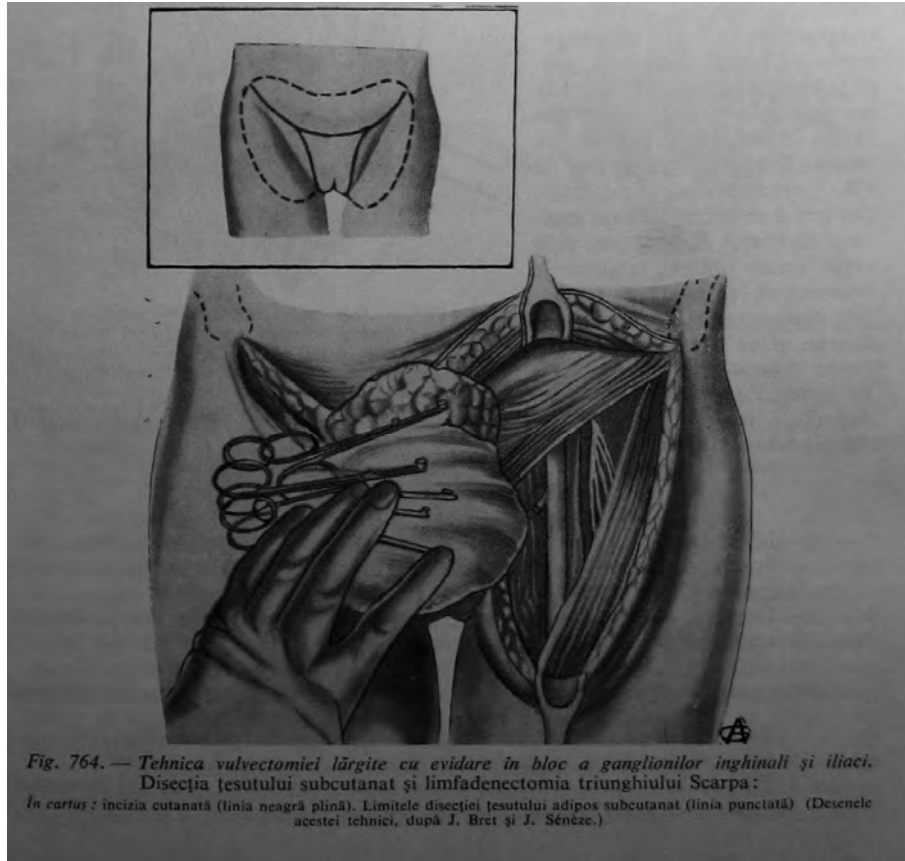
COMPLICAȚII POSTOPERATORII ALE VULVECTOMIEI ȘI LIMFADENECTOMIEI

1. Infecția plăgii cu necrozarea tegumentelor și desfacerea plăgii.
2. Hemoragia obligatorie la desfacerea plăgii și refacerea hemostazei.
3. Edemul cronic al coapsei, complicație redutabilă, greu de combătut (prin băi, masaj, kineziterapie, operații plastice ș.a.).

Pe lângă tehnica vulvectomiei totale cu limfadenectomie inghinală recomandat de Lacour și Hourtoulle pe care am reprodus-o pe larg, unii autori nu se limitează numai la extirparea ganglionilor inghinali în cursul vulvectomiei totale; ei extind operația, extirpând în același timp operator și ganglionii pelvieni.

În încheiere prezentăm și această tehnică.

**III. TEHNICA VULVECTOMIEI TOTALE LĂRGITE, CU EVIDARE
ÎN BLOC A GANGLIONILOR INGHINALI, ILIACI EXTERNI, HIPOGASTRICI ȘI AI FOSEI OBTURATOARE**
(tehnica G. H. Twombly)



Tehnica comportă doi timpi succesivi: timpul I constă în celulectomie cu limfadenectomie bilaterală, iar timpul II constă în vulvectomia totală. Redăm tehnica după descrierea făcută de J. Bret și J. Seneze.

1. *Incizie ce unește spinele iliace anterioare*, trecând pe marginea superioară a simfizei (fig. 764 — cartuș).

2. *Disecția lambourilor cutanate* se face în așa fel încât troficitatea lambourilor să fie respectată (nu se va curăța pielea strict până la derm, ci se va lăsa un strat subțire de grăsime protectoră a vascularizației). Lambourile preparate sunt învelite în comprese îmbibate cu soluție cloruro-sodică izotonică caldă (pentru a evita necroza lambourilor prin ischemie). Disecția este continuată până la partea inferioară a triunghiului Scarpa și este împinsă pe coapse mult în afară, până la nivelul mușchii chiului croitor. Venele înfilnate, în special safena internă, vor fi secționată între ligaturi.

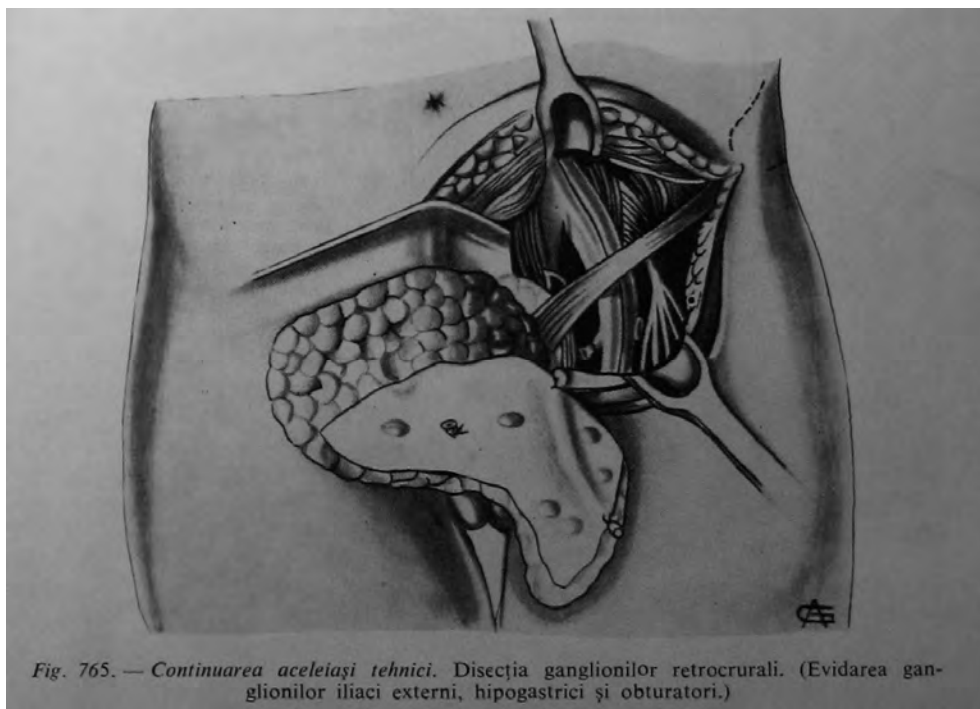


Fig. 765. — Continuarea aceleiași tehnici. Disecția ganglionilor retrocrurali. (Evidarea ganglionilor iliaci externi, hipogastrici și obturatori.)

3. *Disecția esutului subcutanat și a triunghiului Scarpa.* Se începe disecția de pe marginea internă a mușchiului croitor, incizând aponevroza femurală în lungul croitorului, excizând odată cu esutul adipos subcutanat, ganglionii triunghiului Scarpa și foia superficială a fasciei femurale din această regiune. Disecția este continuată spre interiorul triunghiului Scarpa (din afară în untru), menajându-se trunchiul nervului crural și ramurile profunde musculare (fig. 764), ramurile cutanate fiind secționare. Se izolează artera și vena femurală pe toată lărgimea triunghiului Scarpa (safena internă este legată și rezecată), extirpându-se în bloc grăsimea, ganglionii și fascia regională. Arcada femurală, pectineul și mușchiul adductor apar în plagă.

4. *Disecția retrocrurală (limfadenectomia pelvisului).* Se disociază fibrele musculare ale marelui oblic, micului oblic și transversului, deasupra arcadei femurale, pentru a putea pătrunde în spațiul Bogros (fig. 765). Vasele epigastrice sînt secționare între ligaturi. Se împinge în sus peritoneul cu masa intestinală (ajutată fiind de o valvă lungă), descoperind vasele iliace pînă la bifurcarea lor. Se extirpă în bloc ganglionii și esutul conjunctiv din jurul arterelor iliace externe și hipogastrice, golindu-se fosa obturatoare (nervul obturator apare în plagă). Hemostază atentă. Se suturează, refăcându-se planul mușchilor abdominali disociați.

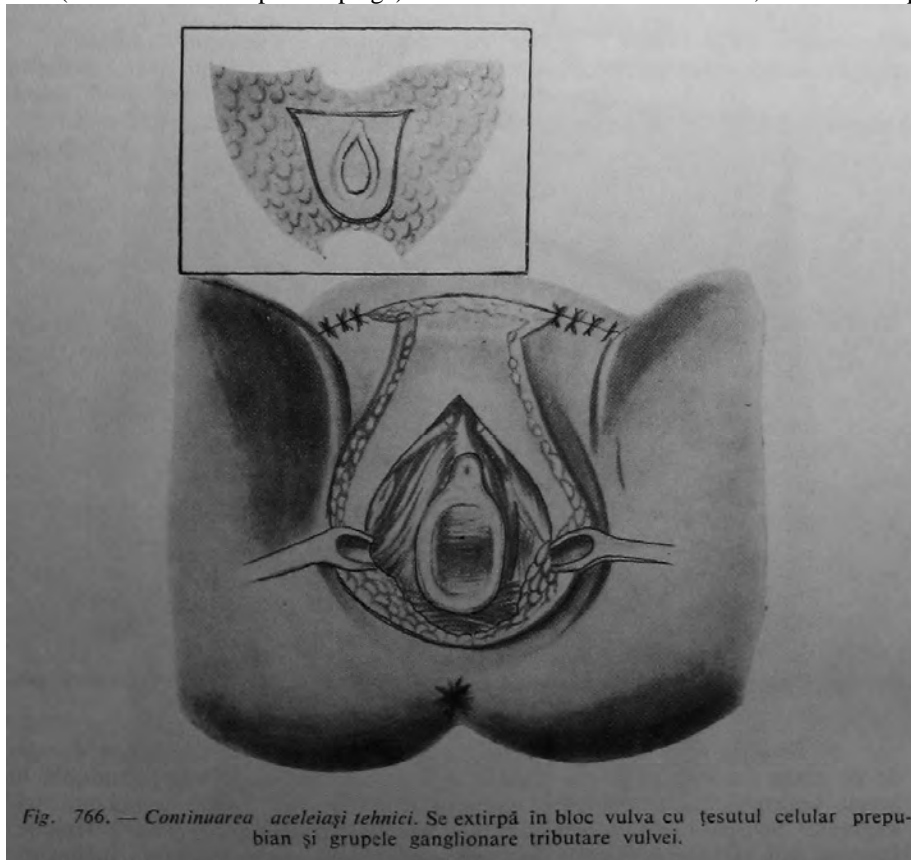


Fig. 766. — Continuarea aceleiași tehnici. Se extirpă în bloc vulva cu țesutul celular prepubian și grupele ganglionare tributare vulvei.

Se suturează buzele plăgii inghino-abdominale, drenându-se la coluri, cu tuburi de cauciuc.

5. *Vulvectomia*. Se incizeaz tegumentele în jos, în afara marilor buze, pîn la comisura posterioră a vulvei (fig. 764 — cartu). Se extirp în mas esutul celular prepubian (cu ganglionii accesorii), labiile și aparatul erectil.

Cînd leziunea permite, se va menaja cu grij mucoasa vulvar în partea superioară, în jurul orificiului uretral (fig. 766). Urmeaz sutura marginilor tegumentelor la marginile vaginului, orificiul uretral fiind respectat (fig. 767).

Complica iile acestei opera ii hiperl rgite sînt nepl cute (necroza tegumentelor, limforeea, uneori elefantiazisul membrelor inferioare), motiv pentru care indica ia interven iei va fi rezervat cazurilor unde leziunea este mai avansat, starea general fiind bun .

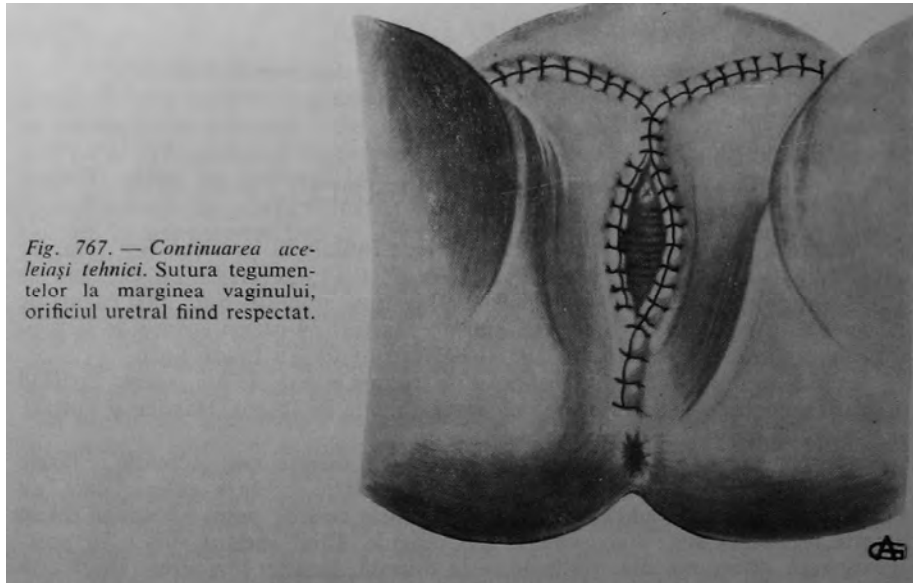


Fig. 767. — Continuarea aceleiași tehnici. Sutura tegumentelor la marginea vaginului, orificiul uretral fiind respectat.

REZULTATELE VULVECTOMIEI

Institutul Curie din Paris (Tailhefer și Pilleron) raportează în 1949 rezultatele la 5 ani: 13 vindecări la 5 ani pe 42 cazuri.

Berven (citată de H. Robert) raportează o mortalitate de 7,6% și 43% supraviețuiri la 5 ani pe 112 cazuri tratate.

Henry Robert (1969) raportează 20 supraviețuiri la 5 ani (cu 3 recidive) din 38 cazuri operate; 4 decese postoperatorii, 23 dezniri ale suturii vulvare. Recidivele au fost tratate prin electrocoagulare sau vulvectomie secundară .

Taussig (1940) pe 41 cazuri a avut 4 decese și 20 supraviețuiri la 5 ani.

Way (1948) atrage atenția că vindecările la pacientele ce au cancer vulvar fără adenopatie sînt de 80% la 5 ani, iar la cele cu ganglioni invadati vindecarea scade la 35%.

Limfadenectomia se poate face uni- sau bilateral (depinde de gradul de invazie a ganglionilor). Unii autori (Basset, J. Bret și J. Sendze, G. W. Twombly ș.a.) practică vulvectomia cu limfadenectomie inghinală în monobloc (fig. 764—767).

INDICA IA TERAPEUTIC ȘI LOCUL CHIRURGIEI ÎN CANCERUL TROMPEI UTERINE

NO IUNI GENERALE

Cancerul trompei uterine este foarte rar întâlnit în practică (cel mai rar întâlnit din toate cancerurile genitale ale femeii: 0,3% în medie cu extreme de 0,2—1,5% după Te Linde și Mattingly, 1977). S-au publicat cca. 1000 cazuri de cancer de trompă iar Fugh are cea mai mare serie: 34 cazuri strînse de la diferite clinici din Danemarca între 1931—1937 (citată de Te Linde ș.a.).

Vîrsta medie la care apare cancerul de trompă este de 45 ani, adesea apărînd în postmenopauză . S-au publicat și observații la fete de 18 ani (Hayden și Potter), sau la femei trecute de 50 ani.

Neavînd o simptomatologie precisă, evoluînd deseori asimptomatic în fazele inițiale, cancerul de trompă se diagnostichează tîrziu, în faze avansate care au depășit operabilitatea radicală . Dintre simptomele care ar putea să atragă totuși atenția medicului sînt: hidroreea și metroragiile. Cînd acestea survin în postmenopauză orientarea diagnosticului este ușurată . Deseori tumoarea tubară este nedetectabilă la examenul ginecologic, și pentru a fi percepută se recomandă ca tactul vaginal să se facă sub anestezie generală de scurtă durată .

Orice metroragie în postmenopauză, care nu își are cauza după o explorare complexă și competentă a colului și corpului uterin (inclusiv chiuretajul endocervical și uterin cu examen histopatologic) va orienta cercetarea spre trompa uterină, mai ales dacă în lichidul scurs din uter (hidroreea) au fost găsite celule canceroase la examenul citologic Babe-Papanicolaou.

Valoarea examenului citologic în depistarea acestui cancer este mult limitată prin existența stenozelor cervicale în postmenopauză, care împiedică scurgerea lichidului tubar.

În aceste cazuri lichidul tubar se va scurge în peritoneu și va fi însoțit de celule canceroase seroase peritoneale .

Depistarea tardivă se mai explică și prin faptul că multe tumori anexiale (tubare) sînt extirpate de chirurghi fiind considerate simple hidrosalpinxuri fără a se mai face examenul histopatologic al trompei îndepărtate chirurgical*. Biopsia extemporanee este obligatorie în cazurile suspecte; chirurgul va examina imediat piesa operatorie prin secțiuni multiple. Aceste bolnavi nedignificați revin uneori cu o carcinomatoză peritoneală, ce apare la laparotomie fără punct de plecare precizat.

Din toate aceste date se în eleg dificult ile diagnostic rii bolii în faze curabile. în majoritatea cazurilor (peste 70%) boala se diagnosticheaz târziu. Din acest punct de vedere se aseam n mult cu afec iunile maligne ale ovarului. De re inut este bilateralitatea acestor cancere tubare în 15% (cu cifre extreme 5-26%).

TRATAMENT

Tratamentul chirurgical. Este singurul care a dat rezultate în fazele incipiente. Simpla anexectomie este insuficient i se recomand histerectomia total cu anexectomie bilateral . Unii autori (Te Linde i Mattingly, 1977) recomand extirparea sistematic i a marelui epiploon, el fiind *captatorul celulelor canceroase rev rsate în cavitatea peritoneal* prin vomica tubar .

Personal nu extirp m marele epiploon la prima laparotomie dac nu-l g sesc purt torul unor metastaze. îl l s m pe loc, tocmai datorit acestei propriet i captatoare.

Noi practic m sistematic în cancerele tubare operate radical o a doua laparotomie de control, efectuat la 4—6 luni dup prima interven ie (« second- look») chiar dac nu g sim determin ri secundare pelviene. Cu această ocazie extirp m sistematic marele epiploon considerînd c acest organ i-a f cut datoria de a capta în mare parte celulele libere canceroase în acest interval de timp. Al l sa neextirpat, înseamn a expune pacienta la riscul dezvolt rii unor eventuale metastaze în epiploon. Statistic epiploonul este sediul celor mai multe metastaze. « Chirurgia agresiv » expus pe larg la tratamentul cancerului de ovar are acelea i indica ii i în cancerul trompei uterine.

Cu toate c nu exist o experien acumulat asupra eficien ei chimioterapiei (Boronow a ob inut timp de 13 luni remisiunea clinic a unui cancer tubar cu metastaze pulmonare tratat cu Alkiran) în ceea ce ne prive te folosim chimio- terapia cu acelea i indica ii i doze ca i în cancerul de ovar. Radioterapia cu înalte energii de asemenea nu i-a demonstrat eficien a. Ross consider c radioterapia nu m re te rata de supravie uire. Totu i, în cazurile inoperabile sîntem obliga i s apel m în ultim instan i la radioterapie. Te Linde i Mattingly (1977) consider c îns mîn rile canceroase sub 2 cm diametru pot fi st pînite în evolu ia lor cu o iradiere de 5000—7000 rad.

în general, tratamentul cancerului trompei uterine se aseam n cu cel al cancerului de ovar, rezultatele în cazurile diseminate fiind mult mai slabe. Ca prognostic r mîne cel mai grav cancer din sfera genital .

REZULTATE

Rezultatele depind de faza evolutiv în care a fost diagnosticat boala i de o indica ie terapeutic adecvat . Tratamentul complex (radio-chimio-chirur- gical) este net superior tratamentului exclusiv chirurgical. Tratamentul chirurgical trebuie s fie radical i completat cu tratamentul chimioterapie i eventual cel radioterapie.

Interesant este statistica lui Schiller i Silverberg (cita i de Te Linde i Mattingly) pe 76 cazuri care arat c supravie uirea a fost în func ie de gradul de extindere a leziunii:

— cînd neoplazia este limitat strict la mucoas , supravie uirea la 5 ani a fost de 91%;

— dac seroasa tubar a fost atins , supravie uirea a sc zut la 53%;

— cînd tumoarea s-a extins dincolo de tromp , vindecarea a sc zut la 25%.

Benedet i colab. reconfirm datele de mai sus analizînd un lot de 41 bolnave (88% supravie uire la 5 ani cînd neoplazia era intratubar i 20% supravie uire cînd neoplazia dep ea trompa uterin).

Toate statisticile confirm c atunci cînd tumoarea s-a extins în afara pelvisului, prognosticul este infaust.

INDICA IA TERAPEUTIC I LOCUL CHIRURGIEI ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI OVARIAN

Cititorul edi iei a doua a prezentului tratat de Chirurgie ginecologic va fi surprins c în prima edi ie tratamentul chirurgical al cancerului ovarian a fost atît de superficial expus, iar dup 25 ani, în edi ia de fa , se acord trat rii acestei boli atît de mare importan . Explica ia este c , dac acum trei decenii tratamentul se limita la îndep rtarea chirurgical a ovarelor în bloc sau nu cu uterul, în prezent au ap rut noi metode terapeutice care au schimbat radical solu iile date acestei probleme. Chimioterapia, practic necunoscut atunci, a luat o mare amploare.

De asemenea, i în domeniul radioterapiei cancerelor de ovar s-au f cut mari progrese prin intrarea în practic a radioterapiei cu energii înalte (iradierea cu bomba de cobalt, acceleratorul liniar i betatronul) i a radioizotopilor. Ginecologul care nu va cunoa te bine posibilit ile acestor dou noi metode terapeutice (chimioterapia i radioterapia) i se va limita exclusiv la tehnica operatorie, oricît de extins ar fi opera ia practicat , nu va putea ob ine succese terapeutice de durat . Acesta este motivul pentru care marile tratate moderne de tehnic operatorie ginecologic (m refer în special la valoroasa lucrare: Te Linde's Operative Gynecology ap rut în 1977) atunci cînd expun tratamentul chirurgical al cancerelor de ovar sînt obligate s fac largi incursiuni în anatomia patologic , chimioterapia i radioterapia bolii. Sîntem convin i c numai a a se poate oferi medicului ginecolog o în elegere larg a sarcinilor grele pe care i le preia atunci cînd î i asum tratarea unui cancer de ovar.

Acestea sînt motivele pentru care i noi nu ne-am limitat la expunerea seac a unor indica ii operatorii care pot fi reduce la cîteva cuvinte: extirparea tumorii ovariene în bloc cu histerectomia total (dup una din tehnicile expuse), ci am adoptat, pentru tratarea acestui capitol o schem de expunere, dînd rela ii asupra urm toarelor probleme, f r de care nu poate fi în eles tratamentul cancerelor de ovare.

I. Dificult ile diagnosticului precoce, factor esen ial al slabei eficien e a tratamentelor cancerelor de ovar.

II. Elementele care decid indica ia terapeutic .

III. Geneza tumorilor ovariene de origine embrionar . Unele particularit i ale acestor tumori.

IV. Particularit ile disemin rii cancerelor ovariene.

V. Metodele terapeutice utilizate i eficien a lor.

VI. Tactic i strategie terapeutic . Superioritatea tratamentului complex radio-chimio-chirurgical.

VII. Rezultate terapeutice.

I. DIFICULTĂȚILE DIAGNOSTICULUI PRECOCE, FACTOR ESENȚIAL AL SLĂBEI EFICIENȚE A TRATAMENTULUI

Între cancerele sferei genitale feminine, cancerul ovarian are o situație particulară prin faptul că :

- 1) Incidența (morbiditatea) bolii este în creștere;
- 2) Mortalitatea este deosebit de crescută (prognostic sumbru);
- 3) Diagnosticul precoce este practic imposibil de făcut, prin lipsa unei simptomatologii caracteristice, boala diagnosticându-se în faze avansate;
- 4) Nu dispunem încă de un tratament eficient, tratamentul chirurgical practicat izolat, fiind urmat de numeroase recidive.

Pentru a se înțelege mai bine dificultățile tratamentului și necesitatea unui tratament complex radio-chimio-chirurgical, este necesară precizarea unor noțiuni de patologie generală.

Incidența cancerului ovarian este în creștere, în general în țările înaintate, în S.U.A. această localizare a devenit a 3-a cauză de mortalitate prin cancer la femei: 1) cancerul sinului; 2) cancerul digestiv; 3) cancerul ovarian (Te Linde-Mattingly, 1978). Mortalitatea prin cancer ovarian în S.U.A. întrece pe aceea a cancerului uterin (Te Linde—1978). Același lucru se poate vedea și din fig. 768 (după Garfinkel, L. și colab., 1979). De altfel tot în S.U.A., Departamentul Health Education and Welfare publică în 1965 o statistică (citată de Lansac, 1973), arătând că în 1930 mortalitatea prin cancer ovarian era 2/100 000 femei, în 1962 va crește la 10/100 000 (statistica se referă la câteva state din S.U.A.). În unele state din S.U.A. se semnalează că neoplazmele ovariene au produs 44% din decesele prin cancer genital (Barber, H., 1979). Acest autor afirmă că 25% din cancerurile ginecologice sînt ovariene și că 44% din decesele prin cancer genital sînt datorate cancerului ovarian.

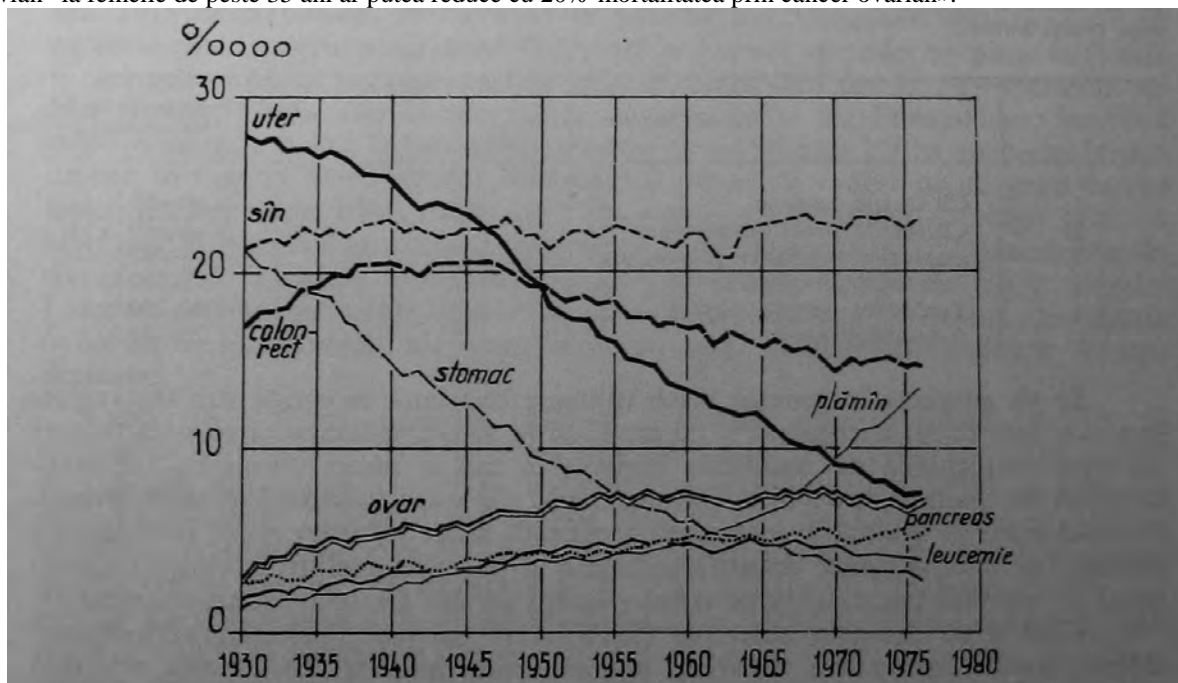
În țara noastră (județul Timiș) statistica publicată de Panaitescu R. și colab. (1978) arată că mortalitatea prin cancer de ovar a crescut de la 3,3 la 100 000 femei (1970) la 5,8 la 100 000 femei în 1977.

Creșterea mortalității se explică atât prin faptul că în diagnosticul și tratamentul cancerului ovarian nu au apărut metode noi eficiente (supraviețuirea la 5 ani rămânând neschimbată; 15—35% după Te Linde-Mattingly, 1978). În ultimele 3 decenii, cel mai ales faptul că mortalitatea prin cancer uterin (col și corp) a scăzut apreciabil în ultimele decade (fig. 768) prin progresele făcute în diagnosticul precoce (citologie exfoliativă, colposcopie și biopsie întită), cât și prin progresele realizate în tratamentul chirurgical și radioterapie al acestor două localizări (cca. 90% vindecări la 5 ani în Stadiul I, 80% în Stadiul II).

Se pare că repartiția geografică a cancerului de ovar diferă de la o zonă geografică la alta; în țările din nordul Europei cancerul de ovar este întâlnit la 15 din 100 000 femei, iar în Japonia numai în proporție de 2 la 100 000 (date citate de Lansac, 1973).

Diagnosticul precoce al cancerului de ovar este practic imposibil de făcut, deoarece nu există nici un semn clinic sau de laborator care să ne ajute*.

Barber Hugh (1979), ginecologul care a primit sarcina din partea Societății Americane de Luptă Contra Cancerului (American Cancer Society) să redacteze lucrarea de sinteză « Ovarian Cancer » pentru informarea la zi a medicilor afirmă că « diagnosticul este mai adesea rezultatul unei întâmplări decît triumful unei metodologii științifice ». Incidența de vîrstă ar fi după acest autor între 40—65 ani. De aceea Barber a insistat pentru profilaxia cancerului ovarian înaintat prin creșterea vigilenței oncologice la femeile în vîrstă, intensificarea explorărilor și chiar greburile laparotomiei la femeile vîrstnice care prezintă « sindromul de ovar palpabil în postmenopauză » (sindrom denumit PMPO). Gibbs (citată de Barber, 1979) susține că « o atitudine mai radicală în chirurgia pelviană la femeile de peste 35 ani ar putea reduce cu 20% mortalitatea prin cancer ovarian ».



Surso: Cancer Statistics, 1979.. American Cancer Society.

Fig. 768. — Ratele de mortalitate (sex feminin) pentru diversele localizări ale cancerului în S.U.A. pe ultimii 45 ani (1930—1976) (după Cancer Statistics 1979 — American Cancer Society).

Pacientele s-ar recolta dintre acele femei ce au avut tulburări funcționale menstruale: tensiune premenstrual crescută, menstruații abundente, tensiuni premenstruale în sine, tendința la avort spontan, infertilitate și menopauză precoce (Barber, H., 1979).

Mulți autori (Barber, H., 1979; Lansac, 1973 ș.a.) atrag atenția asupra faptului că în trecutul bolnavelor cu cancer ovarian se citează episoade repetate de tulburări digestive, tratate îndelung ca: disconfort abdominal, dispepsie, indigestie etc. Trebuie reținut afirmația lui Barber că « multe tumori ovariene au fost înecate într-o mare de bicarbonat de sodiu ». De aceea orice dispepsie la o femeie între 40—65 ani trebuie să ne facă suspectăm prezența unui cancer ovarian. Nu este exclus ca influența cancerelor de ovar asupra stomacului și tubului digestiv să fie explicat prin fenomenele paraneoplazice. Se știe de altfel (Barber H.) că neoplazmele de ovar pot produce efecte paraendocrine: hipercalcemie, hipoglicemie, sindrom Cushing și rar anemie hemolitică.

Trebuie avut în considerare că tumorile benigne ale ovarului au în ele un mare potențial de cancerizare. Tabelul de mai jos indică aceste posibilități de cancerizare (tabel întocmit după mai mulți autori).

	Tumori benigne ovariene	Posibilitatea de malignizare
1.	Chisturile seroase	30—50%
2.	Chisturile pseudomucinoase	8-10%
3.	Tumorile vegetante și papilare	28-45%
4.	Teratoamele ovariene	3-10%
5.	Tumoarea de granuloas	40—50%
6.	Arenoblastomul	20—30%

Se va suspecta în general orice tumoră ovariană care crește sub tratament sau care este dură, neregulată și cu tendința la fixare. Bilateralitatea unei tumori va trezi suspiciunea de neoplazie constituită sau a unor tumori cu incidență crescută de malignizare (70% din cancerele de ovar afectează ambele ovare). De altfel chiar în Stadiul I (tumoarea localizată strict la ovar) există posibilitatea diseminării microscopice, datorită exfolierii și posibilei greșiri a celulelor canceroase pe seroasa peritoneală pelviană (fundul de sac Douglas) sau abdominală*.

Când apar semnele obiective (j^{en}-dureri pelviene, balonări abdominale, slăbire, ascită, ușor edem unilateral al membrului inferior ș.a.), boala este deja înaintată, în Stadiul III sau chiar IV.

Multe cancere de ovar chiar în Stadiul în sine asimptomatice și laparotomia a fost necesară pentru că la un examen ginecologic întâmplător practicat s-a descoperit o tumoră anexială. Sînt edificatoare datele publicate de Te Linde-Mattingly (1978): 10% din paciente au fost total asimptomatice înainte de a fi operate, iar 15% au fost diagnosticate cu ocazia unei laparotomii pentru alte afecțiuni.

Se știe că în general o tumoră ovariană sub 5 cm diametru nu poate fi percepută la examenul ginecologic (iar o tumoră pelviană devine palpabilă prin examenul clinic al abdomenului numai când a atins 16 cm diametru).

Reamintim constatările lui Dargent D. (citate de Lansac, 1973) asupra semnelor clinice întâlnite în cancerele avansate (Stadiul III și IV) în care mărirea abdomenului a fost constatată la numai 28%, ascită la 12,5% și dureri abdominale la 22,5% din cazuri. Cu toate că boala era înaintată, rezultatele simptomelor majore enumerate lipseau în peste 75% din cazuri.

S-au propus, pentru diagnosticul precoce, metode ca: spălarea pelvisului cu ser fiziologic (20—30 ml) introdus prin puncția Douglas-ului (prin vagin) urmat pe aceeași cale de recoltarea prin aspirație a lichidului cu celulele exfoliate ce vor fi examinate microscopic după centrifugare; Keettel W. — 1974 — «spălarea de viscu» intraoperator cavitatea pelvi-peritoneală cu 100—125 ml ser fiziologic și cercetează celularitatea în lichidul aspirat.

Metoda culdo-centezei a fost imaginată în 1958 de Keettel și Pixley, dar abia în 1962 G. Graham o aplică pentru diagnosticarea cancerului de ovar (Lansac, 1973; Funkhouser, 1975). Pînă în prezent nu cunoaștem statistici care să ne încurajeze pentru practicarea frecventă a acestei metode ce pare rațională și fără riscuri (chiar puncționarea rectului a rămas fără urmări în experiența lui McGowan, 1966). De exemplu McGowan (citat de Funkhouser) practic culdo-centeza la 123 femei asimptomatice și nu găsește celule suspecte la nici un caz, în timp ce Grillo (1966) descoperă 2 cazuri de cancer pe un grup de 190 femei neselecționate. Funkhouser pe 1266 paciente a obținut o citologie pozitivă în 11 cazuri (verificarea a arătat prezența a 5 cancere ovariene, 2 cancere de sine endometru, 2 cazuri metastaze ovariene ale unor cancere de sine plămîni, 1 sarcom pelvian cu celule reticulare, 1 caz de leziune ovariană la limită («borderline»). Autorii nu sînt prea încântați de metoda utilizată pentru depistare.

Cancerle ovariene avansate prezintă o culdo-centeză pozitivă în 96% în experiența lui Graham (78% în experiența lui Keettel, W. 1974) pe toate stadiile de evoluție, dar pentru cancerle incipiente nu există statistici. Unii se întrebă dacă neoplazmele incipiente au același ritm intens de descumare celulară ca neoplazia avansată. Se pare că descumarea are loc chiar în Stadiul I, deoarece Keettel (1974) găsește o celularitate de 45% în acest stadiu incipient. Interesant este că Keettel găsește și în cancerul de col uterin Stadiul III o celularitate pelviană de 14,7% la pacientele fără ganglioni invadati și 55,5% la cele cu ganglionii pelvieni prin neoplazic. Procentul de froțiuni fals-negative în cancerle ovariene constituite este destul de mare (34% după Graham).

Acest autor recomandă următoarea conduită în caz de froțiu pozitiv; laparotomia este întotdeauna indicată la femei în pre- și postmenopauză (femei în vîrstă). Dacă se găsește leziuni ovariene evidente, extirparea ovarelor (cu histerectomie) este obligatorie. El recomandă extirparea ovarelor chiar atunci cînd nu se găsește ovare patologice. Simpla hipertrofie ovariană în postmenopauză trezește suspiciunea unei leziuni precanceroase («borderline»).

Dacă pacienta este tînără (cu menstruații prostrăte) și ovarele sînt nepalpabile nu se va practica laparotomia; se vor continua explorările; repetarea examenelor ginecologice, culdocenteza și practicarea celioscopiei, numai în caz de suspiciune practicîndu-se laparotomia pentru a decide intraoperator necesitatea ooforectomiei.

D. Dargent se pronun ă categoric: «în stadiul actual al cuno ătin elor pare de neconceput castrarea unei femei tinere pe simplul fapt al existen ăei unei culdocenteze pozitive» (citad de J. Lansac, 1973). În orice caz, cu ocazia unei laparotomii, indiferent de boala pentru care operăm, se vor examina atent ă ovariele. Orice suspiciune va fi tran ăat histologic (punc ăia chistului cu examen citologic, mic fragment biopsie etc.), examinat histopatologic extemporaneu.

Se recomandă practicarea pelviscopiei cu ajutorul laparoscopului (Smith, W. G., 1977; i Lacey, G., 1978*); aceste metode sânt în prezent imposibil de aplicat de rutină i nu pot fi efectuate în marile colectivități de femei cu toate că ele pot avea uneori o valoare mare diagnostică, r mînd pentru moment ca metode de excepție.

De obicei se întîrzie diagnosticarea cancerului ovarian, deoarece în fa ăa unei tumori anexiale perceptu ăla examenul ginecologic, medicul nu se gînde te i la posibilitatea unui cancer fiind tentat să acorde prioritate altor diagnostice, cum ar fi: chisturile func ăionale sau tumorile inflamatorii anexiale (dacă paciențele sânt în perioada vie ăii active genitale), chisturi de ovar benigne sau endometrioze atunci cînd tumorile infiltrează nodular parametrele, Douglas-ul i ligamentele uterosacrate. Se uit foarte uor faptul că un cancer ovarian poate apărea i la o pacientă cu un trecut genital inflamator, după cum se ignoră posibilitatea mare de transformare malignă a chisturilor benigne ale ovarului. Dealtfel orice tumoare, indiferent de felul ei, conține un grad mai mare sau mai mic de potențial transformare malignă.

Foarte adesea malignitatea r mîne cantonată pentru mult timp endochistic (vegeta ăiile intrachistice) i există posibilitatea ruperii acestor chisturi clinic aparent benigne, cu ocazia punc ăiilor evacuatorii sau examinării lor prin tu eu bimanual. În această eventualitate, diseminarea peritoneală este asigurată. Mai rar vegeta ăiile canceroase pot apărea pe fa ăa externă a chistului de ovar i atunci la fiecare examinare ginecologică există posibilitatea diseminării intraperitoneale a neo-plaziei prin ruperea acestor excrescențe canceroase.

Se pierde de asemenea mult timp prin instituirea unor tratamente «de probă» prelungite nejustificat (tratamente antiinflamatorii, secarea i sclerozarea chisturilor prin punc ăii repetate, i introducerea diverselor substanțe sclerozante, tratarea presupuselor endometrioze etc.).

Este o concluzie subliniată de to ăi autorii că problema diagnosticului diferențial al tumorilor anexiale este foarte dificilă. Deoarece statistic cancerul de ovar apare mai frecvent în premenopauză i postmenopauză, orice tumoare anexială apărut la aceste vîrste (40—65 ani i mai tîrziu) va fi suspectat de la început de malignitate. Te Linde merge i mai departe, suspectînd de malignitate orice tumoare mai mare de 6 cm, chiar la femeile tinere, ce nu cedează în 2 luni de la începerea tratamentului. Subscriem total la această concluzie, i de aceea sîntem partizanii laparodiagnosticului i recomandăm practicarea lui cu largă indicație. La noi, unde laparoscopia este rar practicată, laparotomia exploratoare poate i trebuie practicată mai des.

Admiterea laparodiagnosticului nu înseamnă precipitare nejustificat, spre actul operator; laparotomia va fi indicată după matură chibzuință.

O altă greșeală observată frecvent în rețea este faptul că tumoarea anexială extirpată este examinată numai macroscopic de chirurg i rar se solicită examenul histopatologic al piesei operatorii. Calificarea anatomopatologului în spinoasă problemă a tumorilor ovariene este foarte importantă pentru obținerea unui diagnostic exact i de aceea sfatul medicii ginecologi să trimită piesele operatorii medicilor anatomopatologi versă i în această problemă.

Dacă se constată malignitatea, se va reintervenii la cca. 4 săptămîni se va lărgi operaia (histerectomie totală cu anexectomie bilaterală).

În ceea ce ne privește, noi practicăm obligator examenul histopatologic intraoperator (biopsia extemporanee) la orice tumoare anexială extirpată. Durata unui asemenea examen histopatologic este de cca. 20 minute. În caz de malignitate extindem operaia în aceea i edină operatorie, fapt ce reprezintă o mare protecție pentru psihicul pacientei, ce va fi zdruncinat atunci cînd i se recomandă practicarea unei noi laparotomii atît de repede după prima operaie.

Respectîndu-se aceste indicații sîntem convinși că se va ajunge la diagnosticarea tumorilor maligne ovariene în faze operabile (incipiente) într-un număr mai mare de cazuri decît în prezent.

Mai bine să regretăm pe masa de operaie că s-a deschis mai mult sau mai puțin inutil abdomenul, decît să regretăm ulterior pe masa de autopsie că s-a deschis prea tîrziu abdomenul unei paciente cu tumoare malignă ovariană.

O altă concluzie care se desprinde este marele beneficiu în ce privește posibilitatea de diagnostic prin controlul periodic susinut al pacientelor cu tumori de ovar. Un chist func ăional apărut la tinere se reduce de volum în mod spontan, iar o tumoare care crește, îmi m rețeptat duritatea sau se fixează, trebuie suspectat de malignitate.

Controlul periodic, laparoscopia, laparodiagnosticul i biopsia extemporanee i mai ales gîndirea medicului pentru a suspecta malignitatea (vigilența oncologică) sînt singurele mijloace sigure care ar putea în stadiul actual al cuno ătin elor noastre să îmbun tăească deficiențele mari în ce privește diagnosticarea cancerelor în fază terapeutică utilă.

Am insistat mai pe larg asupra dificultăților diagnosticului pentru a explica prezentarea bolnavelor la tratament în faze avansate.

De exemplu, în S.U.A. datele statistice pe 1970—1973 (American Cancer Statistics, 1979) arată că numai 25% din bolnave s-au prezentat în stadiul I i II (stadii relativ curabile), 70% fiind deja la prezentare în Stadiul III i IV (incurabile). Aceea i situație este i la noi în țară. În județul Cluj pe 80 cazuri raportate între anii 1974—1978, 34% au fost în Stadiul I i II i 66% au fost în Stadiile III i IV.

În Institutul Oncologic Cluj-Napoca între anii 1965—1978 s-au internat 1120 cazuri cancer de ovar, din care 524 au fost repartizate pe stadii clinice după cum urmează:

Stadiul clinic	Nr. cazuri	
Stadiul I Stadiul II Stadiul III Stadiul IV	92	17, 2
	57 199 176	6%, 18,5%
		10,9% / 71,5%
		38,0% 1
		33,5% /

Numai printr-o vigilen ă ascu it ă a medicilor se va putea ameliora situa ia catastrofal ă a diagnosticului precoce. Orice tumoare ovarian depistat ă între 40—65 ani, va fi suspectat ă ca un posibil cancer ovarian. Trebuie avut permanent ă în vedere c ă în stadiul actual al cuno tin elor noastre o vindecare real ă nu se poate ob ine decăt ă în Stadiul I ă i II al bolii.

II. ELEMENTE CARE DECID INDICA IA TERAPEUTIC

Elementele care decid indica ia terapeutic ă i hot r sc op iunea pentru un anumit tratament (chirurgical, radioterapie, chimioterapie, sau asocierea lor) ă în de starea general ă a bolnavei (vîrst ă , st ri patologice asociate: diabet, cardiopatii, obezitate) ă i de starea tumorii ovariene.

ă în fond, elementele dominante care decid indica ia terapeutic ă sînt:

1. stadiul clinic ă în care se afl ă boala (stadiu clinic fixat pe baza clasific rii stadiale elaborat ă de asocia iile ginecologice interna ionale de resort);

2. tipul histopatologic al tumorii ovariene;

3. gradingul de malignitate celular ă .

Gradingul ă a fost apreciat pe baza unei experien ă îndelungate acumulate de laboratoarele de anatomie patologic ă care au corelat prognosticul cu modific rile observate ă în structura celular ă a tumorii ă i au constatat c ă unele cancere de ovar cu toate c ă sînt apreciabil extinse ă în cavitatea pelvi-abdominal ă au o evolu ie ă în timp mult mai lent ă , mai pu ă în malign ă i nu determin ă metastaze ă în compara ie cu alte cancere care au fost operate radical, ă în faze utile, dar care au dovedit ulterior o malignitate atît de agresiv ă , recidivele ă i metastazele fiind practic imposibil de evitat.

Vom prezenta ă în parte fiecare din aceste elemente:

1. STADIUL CLINIC AL BOLII *Clasificarea T.N.M. pe stadii clinice a cancerelor de ovar**

Defini iile categoriilor T corespund stadiilor respective acceptate de FIGO stipulînd c ă tumoarea primar ă este singura manifestare a bolii. Ambele clasific a i (TNM ă i FIGO) sînt men ionate pentru compara ie (fig. 769).

Reguli de clasificare. Extensia bolii este apreciat ă pe baza examenului clinic ă i dup ă constat rile operatorii dar ă înainte de a se aplica un alt tratament (radioterapie sau chimioterapie). *Cazurile neoperate nu vor putea deci s ă fie clasificate.*

Este obligatorie verificarea histologic ă a bolii pentru a permite separarea cazurilor dup ă tipul histologic. Orice caz neconfirmat trebuie raportat separat, ă în acord cu FIGO este recomandabil ă o versiune simplificat ă de grading histopatologic prezentat ă la OMS (1973).

Datorit ă importan ei formei histologice, gradul de diferen iere al tumorii trebuie ă înregistrat, dar constat rile histologice nu pot modifica categoria T.

Condi iile minime necesare pentru evaluarea categoriilor T, N ă i M sînt urm toarele:

— Categoriile T: Examinare clinic ă , inclusiv laparoscopia ă i/sau laparotomia.

— Categoriile N: Examinare clinic ă , inclusiv laparoscopia ă i/sau laparotomia.

— Categoriile M: Examinare clinic ă , incluzînd laparoscopia ă i/sau laparotomia ă i radiografia.

Ganglionii limfatici regionali sînt ganglionii iliaci, sacra i laterali, paraaortici ă i inghinali.

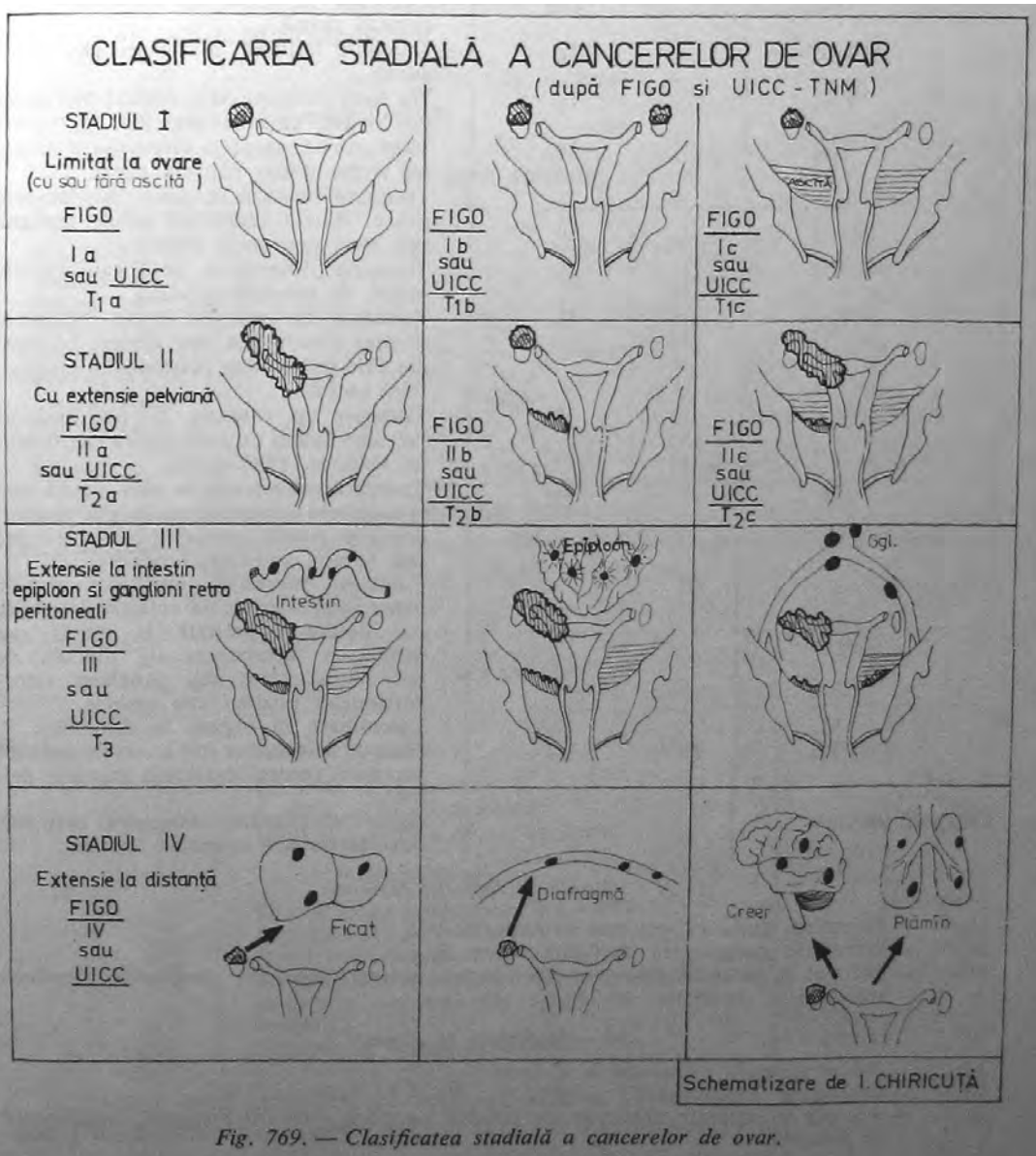


Fig. 769. — Clasificarea stadială a cancerelor de ovar.

T — Tumoarea primar

Categoriile uicc	Stadiile FIGO	
T ₀		Tumoarea primar neevidentabil.
T ₁ * î	I	Tumoarea limitată la ovare.
T _{1a} T _{1ax}	Ia Iai	Tumoarea limitată la un ovar, fără ascită. Nu se constată tumoarea la suprafața ovarului și capsula este intactă.
T _{1a2}	Ia _{ii}	Tumoare la suprafața ovarului și/sau capsulă ruptă.
T _{1b}	Ib	Tumoare limitată la ambele ovare. Fără ascită.
T _{1bi}	IM	Nu este tumoare pe suprafața nici unui din ovare, capsulă intactă.
T _{1b2}	Ib _{ll}	Tumoare pe suprafața unui sau a ambelor ovare și/sau capsula ruptă.
T _{1c}	Ic	Tumoare limitată la unul sau ambele ovare. Ascită conținând celule maligne sau lavaj peritoneal pozitiv.
T ₂	U	Tumoare interesând unul sau ambele ovare, cu extensie pelviană.
T _{2a}	Ha	Tumoare cu extensie și/sau metastaze

		la uter i/sau una sau ambele trompe, dar f r interesarea peritoneului visceral. F r ascit .
T _{ab}	IIb	Tumoare cu extensie la alte esuturi pelviene i/sau cu interesarea peritoneului visceral. F r ascit .
T _{jc}	IIc	Tumcaie cu extensie la uter i/sau una sau ambele trompe i/sau la alte esuturi pelviene. Ascit con inînd celule maligne sau lavajul peritoneal pozitiv.
T ₃	III	Tumoare interesînd unul sau ambele ovare, cu extensie la intestinul sub ire sau epiploon limitat la pelvis sau metastaze intraperitoneale dincolo de pelvisul adev rat sau ganglioni retro- peritoneali pozitivi sau ambele.
Mi TX	IV	Diseminare In organe la distan Nu pot fi întrunite minimum de condi ii necesare pentru evaluarea tumorii primare.
Categorii speciale		Cazuri neexplorate chirurgical care sînt considerate a fi carcinom ovarian.

N — Ganglionii limfatici regionali

N₀ — Ganglioni limfatici regionali neinteresa i N_j — Interesare ganglionar limfatic regional
NX — Nu pot fi întrunite minimum de condi ii necesare evalu rii ganglionilor limfatici regionali.

M — Metastaze la distant

M₀ — Nu se constat metastaze la distant n — Metastaze la distan
MX — Nu pot fi întrunite minimum de condi ii necesare evalu rii prezen ei metastazelor la distan .

Clasificarea histopatologic post chirurgical — p TNM

pT— Tumoare primar

Categoriile pT corespund categoriilor T

G — Grading histopatologic

G₀ — Malignitate la limit inferioar
O_i — Malignitate evident
GX — Gradi ag-ol nu poate fi evaluat

pN — Ganglionii limfatici.regionali Categoriile pN corespund categoriilor N

pM — Metastaze la distan a Categoriile pM corespund categoriilor M.

Gruparea stadial

Stadiul Ia	T1A1	N ₀	M ₀
Stadiul I aii	T1A2	N ₀	M ₀
Stadiul Ibi	T1 bi	N ₀	M ₀
Stadiul Ibii	T1b2	N ₀	M ₀
Stadiul Ic	T1C T _{2c}	N ₀	M ₀
Stadiul IIA	T _{2A}	N ₀	M ₀
Stadiul IIb	T _{2b}	NO	M ₀
Stadiul III	T ₃	N ₀	M ₀
	T1, T ₂ , T ₃	NI	M ₀
Stadiul IV	Orice T	Orice N	M ₁
Obs.: Cazurile neexplorate trebuie raportate separat			

Rezu se vedea fig. 769)

mat (a)		UICC		OVAR		FIGO	
					<i>Limitat la ovare</i>	I	
	TI a				Un ovar, f r ascit		Ia
	TIB				Ambele ovare, f r ascit		I
	T _{1c}				Unul sau ambele ovare, cu ascit		Ic
	T ₂				<i>Cu extensie pelvian</i>	II	
	T _{2A}				Uterul i/sau trompele. F r ascit .		Ha
	TGB				Alte esuturi pelviene. F r ascit .		IIb
	T _{2C}				Orice esut pelvian. Cu ascit .		IIc
	T.				<i>Extensie la intestinul sub ireI epiploon\ in pelvis sau metastaze extrapelviene (ganglioni retroperitoneali).</i>	III	
	Ut				Extensie în organe la distan	IV	

Trebuie avut în vedere că la stadii clinice TNM egale prognosticul va fi diferit dacă tumoarea canceroasă s-a rupt sau nu intraoperator. Ruperea intraoperatorie a tumorii, mai ales dacă neoplazia a avut o formă chistică, întunecă apreciabil prognosticul, deoarece lichidul endochistic încercat cu celule canceroase va ajuta la diseminarea acestor celule pe întreaga seroasă peritoneală.

De obicei spargerea chistului agravează cu 10—15% prognosticul înregistrat obișnuit în stadiul respectiv al cancerului, fără spargerea intraoperatorie a chistului (Blanchard, D. — Congresul Internațional de Oncologie Buenos-Aires, 1978). Web (citată de Mattingly, 1978) prezintă cifre mai sumbre. La 53 pacienți cu cancer de ovar (forma chistică) Stadiul I ruperea intraoperatorie a chistului a dus la o vindecare la 5 ani de 60%, în comparație cu alt lot tot în Stadiul I, la care nu s-a rupt chistul intraoperator (vindecare la 5 ani 90%). Robert Young de la Roswell Park Memorial Institute (Buffalo — SUA, 1978) arată că atunci când s-a rupt chistul malignizat, vindecarea la 5 ani a scăzut la 56% (față de 90%).

Influența negativă prognostică (Stadiul clinic fiind similar) și faptul că vilozitățile tumorii canceroase sunt situate în exterior pe pereții tumorii (exochistic). Prognosticul este cu mult mai bun dacă vilozitățile tumorale sunt endochistice. De exemplu, Web (citată de Mattingly, 1978) arată că în Stadiul I, rata de supraviețuire la 5 ani a fost de 90% când vilozitățile tumorale au fost numai în interiorul tumorii chistice canceroase, scăzând la 75% în cazul că vilozitățile canceroase au fost exochistice.

Robert Young (1978) arată că în cancer de Stadiul I clinic, vindecarea a fost la 5 ani de 90% după exereză chirurgicală când vilozitățile canceroase au fost localizate intrachistice, vindecarea scăzând (la 5 ani) la 68% atunci când excrescențele tumorale au fost situate exochistic.

Influența de asemenea negativă și faptul că un cancer Stadiul I este aderent sau nu la peritoneul pelvian.

Kottmeier arată că în Stadiul I a cu tumoare aderentă pe peritoneu, supraviețuirea la 5 ani este de numai 50%, pe când dacă tumoarea nu este aderentă se pot obține în același stadiu (I a) vindecări de 80—90%.

Atât clasificările TNM cât și FIGO în seamă de aceste amănunțite obligații medicul operator să le consemneze în protocolul operator și să le includă în clasificarea stadială a bolii.

Întreaga schemă stadializării clinice a fost sintetizată de noi în fig. 769.

Alte elemente importante pentru stabilirea indicației terapeutice (și a prognosticului) sunt stabilirea tipului histopatologic și ruia apariției tumorii maligne, ca și fixarea gradului de malignitate.

2. CLASIFICAREA HISTOPATOLOGICĂ A TUMORILOR OVARIENE

Problema clasificării tumorilor ovariene, importantă pentru aprecierea prognosticului, este dezbătută de peste trei sferturi de veac (de exemplu, celebrele studii histopatologice ale lui Robert Meyer din primele decade ale secolului) dar nici până în prezent problema nu a fost definitiv rezolvată.

Dificultatea vine de acolo că tumorile de ovar au deseori structuri histologice neunitare, în același ovar tumoral putându-se găsi într-o anumită porțiune elemente de benignitate, iar în alte porțiuni degenerări maligne ce pot lua aspecte foarte variate: epiteliom, adenocarcinom, sarcom, toată această gamă de leziuni fiind cuprinse în interiorul aceleiași tumori extirpate. De aici obligativitatea trimiterii întregii piese extirpate pentru a se efectua secțiuni multiple în laboratorul de anatomie patologică.

O altă dificultate vine de acolo că ovarul din punct de vedere embriologic reprezintă un amalgam de esuturi unele diferențiate (înveliul mezotelial-ovarian, epiteliul germinativ, stroma ovarian), altele nediferențiate încă, cu potențialitate embrionară (de exemplu resturile celulare wolffiene). Toate aceste esuturi pot genera tumori maligne.

O altă dificultate vine și din anarhia terminologiei utilizate pentru etichetarea unei leziuni maligne, aproape fiecare autor utilizând un alt termen. De exemplu, pentru chistul pseudomucinos al ovarului se mai utilizează și alți 7 termeni: chist mucoid (Laffont), chist prolifer (Pozzi), chist mucos, chistadenom pseudomucinos, chist ovarian comun pseudomucinos, epiteliom mucoid (Mallassez) sau chito-epiteliom (Quenu).

Multitudinea denumirilor a creat multă vreme dificultăți și pentru medicul care caută să se orienteze în problema tumorilor ovariene. Ceea ce pare paradoxal la prima vedere este că aceleiași afecțiuni se dau denumiri ce o fixează printre tumorile benigne (chistadenom), iar alții autori o denumesc cu termeni ce indică malignitatea (epiteliom mucoid sau chistoepiteliom). Vom vedea că explicația constă în posibilitatea tumorii respective de a evolua în timp de la benignitate spre malignitate.

O altă dificultate vine de acolo că unele din aceste tumori pot avea și o activitate endocrină, uneori același tip histologic putând genera hormoni foarte diferiți, contradictorii chiar (feminizant și sau masculinizant).

În sfârșit, o altă dificultate vine de acolo că același tip de tumoare poate avea graduri diferite de malignitate (unele evoluind lent, altele fiind foarte agresive). De exemplu, *carcinomul nediferențiat* (anaplastic) este extrem de malign, practic neexistând supraviețuiri la 5 ani; chistadenocarcinomul seros este de asemenea cu un grad crescut de malignitate existând aproximativ între 13—37% supraviețuiri la 5 ani, iar chistadenocarcinomul endometrioid și mucos oferă 25—70% supraviețuiri la 5 ani (date statistice luate din Lansac, 1973).

O atenție specială trebuie acordată metastazelor altor cancere (gastric, mamar, recto-colic etc.) în ovar. Aceste metastaze iau uneori forme speciale, metastaza ovariană prezentând o altă structură decât cancerul primitiv situat în alt organ. Acest fapt împiedică să putem recunoaște organul din care au migrat celulele canceroase spre ovar.

Un exemplu sînt tumorile Krukenberg ale ovarelor, care histologic sînt caracterizate prin prezența unor celule maligne atît de bogate în mucus, încît nucleul celular este împins și apăsător spre membrana celulei. Aspectul este de «*celule în inel cu pecete*», descris de Krukenberg acum aproape un secol. De obicei cancerul gastric și cancerul de sîn metastazează de predilecție în ovar, luînd acest aspect.

Macroscopic aceste tumori ovariene dure sînt învelite într-o membrană lucioasă similară albuginei și au aspectul boselat. În rare cazuri metastaza ovariană preced apariția clinică a tumorii maligne primitive. Sînt citate cazuri unde după extirparea unor asemenea tumori ovariene, s-a operat și stomacul, total asimptomatic, unde s-a găsit microscopic un cancer incipient.

Cancerul de sîn are de asemenea o predilecție pentru a metastaza în ovare, metastaza evoluînd spre extensie pelviană și frîna luă aspectul de tumoare Krukenberg.

De aceea orice tumoră ovariană apărută după un alt cancer va fi suspectată de a fi metastatică și îndepărtarea ambelor ovare se impune (dat fiind bilateralitatea metastazării).



Vom încheia acest capitol prin prezentarea a 3 clasificări histopatologice de largă circulație internațională:

- a) Clasificarea propusă de OMS (Sirov, Scully, Sobin — 1973) (luată de noi din Hugh Barber, *et al.*, 1979).
- b) Clasificarea propusă de Claryssen și colab. (1976)
- c) Clasificarea propusă de Ashley (1978).

Atragem atenția cititorilor că cea mai larg admisă este aceea propusă de Sirov, Scully și Sobin, ca fiind recomandată și de Comitetul de experți al O.M.S. Această clasificare are avantajul față de celelalte clasificări că introduce între leziunea tumorală, sub forma ei benignă și forma ei malignă, o formă intermediară în care tumoarea respectivă este surprinsă în fața ei de «potențial malign scăzut» («low malignancy»), sau leziune limită «border line». În acest mod majoritatea tumorilor pot fi încadrate în una din cele trei faze evolutive: benignitate, malignitate redusă, malignitate crescută. Bineînțeles că indicația terapeutică și prognosticul vor fi diferite pentru fiecare din aceste faze.

Vom vedea că toate clasificările în seamă că tumorile ovariene pot fi generate de elementele histologice constitutive ale ovarului:

- a) învelișul epitelial ovarian de origine mezotelial;
- b) celulele epiteliale germinative;
- c) stroma specific diferențiat;
- d) esutul conjunctivo-vascular și nervos nespecific;
- e) vestigiile embrionare (de obicei wolffiene) (Cabanne, citat de Lansac, 1973).

a) Clasificarea O. M.S. (Sirov, Scully, Sobin, 1973)

I. Tumori epiteliale comune

A) Tumori seroase

1. *Benigne*: a) chistadenomul seros și chistadenomul seros papilar;

b) papilomul de suprafață;

c) adenofibromul și chistadenofibromul.

2. *Carcinoame cu potențial malign scăzut*:

a) chistadenomul seros și chistadenomul seros papilar;

b) papilomul de suprafață;

c) adenofibromul și chistadenofibromul.

3. *Maligne*: a) adenocarcinomul, adenocarcinomul papilar, chistadenomul, carcinomul papilar;

b) carcinomul papilar de suprafață;

c) adenofibromul și chistadenofibromul malign.

B) Tumori mucinoase

1. *Benigne*: a) chistadenomul mucinos;

b) adenofibromul și chistadenofibromul (cu elemente mucinoase).

2. *Carcinoame cu potențial malign scăzut*:

a) chistadenomul mucinos;

b) adenofibromul și chistadenofibromul,

3. *Maligne*: a) adenofibromul și chistadenofibromul malign (forme maligne).

C) Tumori endometrioidale

Sînt numite astfel prin asemănarea celulelor lor cu celulele mucoasei endometrului sau ale cancerelor de endometru.

1. *Benigne* : a) adenomul și chistadenomul endometrioid (e.m.)
b) adenofibromul și chistadenofibromul.
2. *Carcinoame cu malignitate limitată* :
a) adenomul și chistadenomul endometrioid (forme maligne)
b) adenofibromul și chistadenofibromul (forme maligne)
3. *Maligne*: a) carcinomul (adenocarcinomul, adenoacantomul, adenofibromul și chistadenofibromul malign).
b) sarcomul stromal endometrioid.
c) tumori mixte mezodermale (mulleriene), omologe și heterologe.

D) *Tumori cu celule clare* (mesonephroide) 19 *Benigne*: adenofibromul

2. *Cu malignitate limitată* : adenofibromul malign.

3. *Maligne*: carcinomul și adenocarcinomul.

E) *Tumori Brenner*

1. forme benigne
2. forme cu malignitate limitată
3. forme maligne

f) *Tumori epiteliale mixte*

G) *Carcinomul nediferențiat*

H) *Tumori epiteliale neclasificate*

II. Tumori provenite din cordoanele sexuale (stroma gonadală).

A) *Tumori de granuloasă* — cu celule stromale:

1. tumori cu celule granuloase;
2. tumori din grupa thecom-fibrom:
a) thecom
b) fibrom
c) neclasificate

B) *androblastome, tumori cu celule Sertoli- Leydig* :

1. *Bine diferențiate* :

- a) androblastomul tubular; tum. cu celule Sertoli (adenomul tubular al lui Pick);
- b) androblastomul tubular cu depozit de lipide, ibid. pentru tumori cu celule Sertoli (foliculomul lipidic Lecene);
- c) tumori cu celule Sertoli-Leydig (adenomul tubular cu celule Leydig);
- d) tumoare cu celule Leydig, tumoare cu celule din hii.

2. *Cu diferențiere intermediară*

3. *Nediferențiate* (sarcomatoide)

4. *Cu elemente heterologe*

C) *Ginandroblastomul*

D) *Neclasificate*

UI. Tumori ca celule lipidice IV. Tumori cu celule germinale

- A) . Dysgerminomul
- B) . Tumori ale sinusului endodermal
- C) . Carcinomul embrionar
- D) . Polyembryomul
- E) . Choriocarcinomul
- F) . Teratomerl) imature;

b) chistice: chistul dermoid (teratom):

— chist matur;

— chistul dermoid cu transf. malign ; 3. Monodermale și înalt specializate:

- a) struma ovarii;
- b) carcinooidul;
- c) struma + carcinooid;
- d) alte

G) *Forme mixte*

V. Gonadoblastomul

A) Pur

B) Mixt cu dysgerminomul sau alte forme de tumori cu celule germinative.

VI. Tumori cu esuturi moi nespecifice ovarului

VII. Tumori neclasificate

VIII. Tumori secundare (metastatice)

IX. *Stări pseudotumorale* (tumor-like)

Luteomul de sarcină, hiperplazia stromei ovariene și hiperthecoza, chistul folicular sau luteal solitar, chisturile foliculare multiple (ovarul polichistic), chisturi luteinizante multiple, endometrioza, chisturi de incluziune pe epiteliomul de suprafață, chisturi simple, leziuni inflamatorii, chisturi paraovariene.

b) *Clasificarea propusă de Claryssen, Kenis, Mathe (1976)*

Această clasificare are avantajul că este simplă, cuprinzând toate elementele de embriogeneză. Foarte multe tratamente terapeutice (în special cu chimioterapie) au fost făcute pe baza acestei clasificări.

I. De origine din epiteliul celomic: 85% din cancerile de ovar:

- chistadenocarcinomul seros;
- chistadenocarcinomul mucinos;
- carcinomul endometrioid;
- adenocarcinomul nediferențiat;
- adenocarcinomul mezonefroid.

II. De origine din celulele germinale:

- disgerminoamele;
- teratocarcinomele.

III. De origine din mezenchimul gonadal sau cordoanele sexuale capabile să se diferențieze în:

A) *Structuri gonadaie masculine* (masculinizante):

- arhenoblastoamele;
- g- tumori cu celule Sertoli.

B) *Structuri gonadaie feminine* — feminizante:

- tumori cu celule granuloase;
- tumori cu celule tecale.

c) *Clasificarea neoplasmelor primare ale ovarului propus de Ashley, 1978* Este o clasificare morfologică și histogenetică.

Această clasificare este de fapt o sinteză a clasificărilor propuse de Evans (1966), Fox (1970) și Langley (1973), bazându-se pe criteriul morfologic și histogenetic. Nu a intrat în practica curentă.

I. Tumori ale celulelor germinative:

- disgerminom;
- teratom;
- chist dermoid;
- stromă a ovarii;
- teratom solid malign;
- coriocarcinom.
- tumoarea de sinus endodermal;
- gonadoblastom.

II. Tumori ale mezenchimului ovarian

- arhenoblastom; adenom tubular;
- tumoarea celulelor hilului;
- tumoarea cu celule de granuloase;
- tecom;
- fibrom.

III. Tumori ale seroasei mezoteliale:

- Chistadenom:
- seros;
- pseudomucinos.
- Tumoarea Brenner;
- Carcinom nediferențiat.

IV. Tumori de structuri vestigiale:

- mesonefroid;
- tumoarea cu celule clare.

V. Tumori secundare ovariene (metastaze în ovar).

★

Am prezentat aceste 3 clasificări, deoarece ginecologul care consultă literatura străină va găsi statistici cu indicații terapeutice sau recomandări asupra tacticilor și strategiilor ce trebuie adoptate în tratamentul tumorilor de ovar, referirile făcându-se la una din aceste trei clasificări: clasificarea tumorilor de ovar propusă de OMS (Clasificarea lui Serov, Scully și Sobin — 1973) cu toate că este net superioară celorlalte, nu a fost admisă încă de toate centrele oncologice și va mai trece mult timp până statisticile cu rezultatele terapeutice vor fi bazate pe o singură clasificare, adică aceea recomandată de OMS. Noi pe aceasta o recomandăm clinicilor de ginecologie și oncologie.

Este necesar ca ginecologul să cunoască frecvența diferitelor tipuri de tumori ovariene întâlnite în practica curentă.

Prezentăm statistica lui John Berg și Stephen Baylor (1973), care analizează 10193 cazuri de cancer de ovar reunite de End Results Group (ERG) între 1950—1969 (cazuri provenite din numeroase institutivă și clinici din S U A).

Urmează apoi cazurile din celelalte tipuri de tumori până la totalul de 10193 cazuri; frecvența cu care sînt întâlnite aceste tumori în practică este foarte redusă (adenoacantomul = 44 cazuri; limfosarcomul ovarian = 5 cazuri (.a.)).

În alți autori confirmă datele uriașe ale statisticii a lui J. Berg și St. Baylor asupra frecvenței acestor tumori în practică.

Diagnosticul histopatologic (după Serov, Scully, Sobin — 1973)

Clasificare după O.M.S.

11 • 11 Nr. cazuri

11

Chistadenocarcinomul papilar seros (adenocarcinomul

I papilar, psammocarcinomul	4924	(48%)
i Adenocarcinomul (f r alte specific ri) i carcinomul endometrioid	2126	(27%)
Chistadenocarcinomul pseudomucinos (inclusiv tumorile , Krukenberg)	1060	(14%)
j Carcinom ovarian (f r alte specific ri)	899	
Chistadenocarcinomul (f r alte specific ri)	325	
Tumori maligne tecale-granuloase	311	
Teratomul malign	123	
Disgerminomul (carcinomul embrionar)	122	
Mezonefrom, tumoare malign Miillerian	79	
Carcinomul epidermoid	48	
Sarcomul ovarian (f r alte specific ri)	19	
Carcinomul cu celule clare (androblastomul, menoblastomul, tumori resturi suprarenale, tumori maligne cu celule hilare-Leydig)	19	

Tipul tumorii	Burns i Rutledge (1966)	Carter (1964)	Aure (1971)	Kottmeier (1968)	Parker (1979)
Chistadenocarcinom seros	442 48%	27%	357 36,1%	533 39,2%	144 55%
Adenocarcinom endometrioid	268 29,3%	18%	212 21,5%	288 21%	53 21%
Chistadenocarcinom mucinos	80 8,7%	14%	203 20,5%	137 10%	22 8%
Carcinom nedifereniat	—	15%	155 15,7%	57 4,2%	17 6%

Pentru a aprecia importanța prognostică a tipului histopatologic coroborată cu stadiul clinic TNM a se vedea tabelul care încheie capitoulul tratamentului cancerului ovarian (pag. 1020).

3. GRADINGUL DE MALIGNITATE

Poate în nici o altă localizare* a bolii canceroase, stabilirea gradului de malignitate nu are o atât de mare importanță pentru aprecierea gravității situației ca în cancerul de ovar.

Ideea mai veche a lui Broders este în funcție de gradul de diferențiere a celulelor canceroase se poate deduce potențialul *malign al unei tumori, cancerul* nediferențiate (anaplastice) fiind mult mai agresive (indice mare de metastazare și de recidivare) decât cancerul cu celule bine diferențiate, poate fi bine aplicat în cancerul de ovar.

La Clinica Mayo (S.U.A. — R. Young și R. Fisher, 1978) se folosește următoarea catalogare a gradului de malignitate la cancerul de ovar:

- leziune malignă de Grading I = prezența în tumoare a 0—25% celule nediferențiate;
- grading II = 25—50% celule nediferențiate;
- grading III = 50—75% celule nediferențiate;
- grading IV = 75—100% celule nediferențiate.

Importanța prognostică a gradului de malignitate reiese din datele referitoare la supraviețuirea după 5 ani după operația radicală (histerectomie cu anexectomie bilaterală).

Datele au fost publicate de R. Young (1978) și se referă la chistadenocarcinoamele ovariene de stadiul I clinic, operate la Clinica Mayo.

Gradingul	Supravieuire la 5 ani
Grading I	80%
Grading II	47%
Grading III—IV	10%

Pentru exemplificare mai cităm datele publicate de Kottmeier (1968 — citate de Lansac, 1973), care în aceeași situație anatomo-patologică (adenocarcinom de ovar) obține supravieuirile la 5 ani extrem de diferite după gradingul de malignitate.

De exemplu, în stadiul I. Kottmeier, obține vindecări de 79,2% la adenocarcinoamele diferențiate endometrioid, pe când în adenocarcinoamele nediferențiate (anaplazice) supravieuirile scad la 38,3%. Dealtfel și în clasificarea stadială TNM apare obligativitatea pentru ginecolog de a consemna în foaia de observație gradingul de malignitate, consemnând cu G_j malignitatea la limita inferioară și cu G₂ malignitatea evidentă.

Alți autori (Mattingly) recomandă consemnarea gradingului de malignitate cu G_x = cancerele bine diferențiate, cu G₂ = leziunile moderat diferențiate și cu G_s = leziunile nediferențiate (numite și anaplastice), iar în clasificarea Broders gradingul este etichetat cu 4 clase (G. I—II, III și IV).

Dacă criteriile de stabilire a gradingului histologic au fost precizate pentru tumorile maligne epiteliale chistice ale ovarului, pentru celelalte varietăți de tumori criteriile sînt încă în discuție, fiind mult mai greu de evidențiat histopatologic gradingul de malignitate.

Reamintim că schema de clasificare histo-patologică a tumorilor de ovar propusă de OMS (clasificarea lui Serov, Scully și Sobin, 1973) propune pentru fiecare varietate de tumoare ovariană trei forme: formele benigne, formele cu malignitate limitată și formele categoric maligne. Prin introducerea în clasificare a formelor de tranziție, de «border line», ea poate nuanța diagnosticul în modul cel mai corect. Acesta este și motivul pentru care clasificarea Serov, Scully și Sobin a fost adoptată de OMS.

Încheiem acest capitol atrăgînd atenția medicilor că în formularea diagnosticului corect al unei paciente ce are cancer ovarian vor fi obligator consemnate 3 elemente: stadiul clinic al bolii, forma histopatologică și gradingul de malignitate. Exemplificăm: Bolnava M.D. are adenocarcinom mucinos ovarian stadiul I b G, sau bolnava P.E. are chistadenocarcinom seros ovarian Stadiul III b G₂. . a. m. d.

III. GENEZA TUMORILOR OVARIENE DE ORIGINE EMBRIONARĂ. UNELE PARTICULARITĂȚI ALE ACESTOR TUMORI

Tumorile genitale feminine (în special cele ovariene) nu pot fi înțelese fără cunoașterea cîtorva elemente de embriogeneză a organelor genitale interne.

Nu trebuie uitat faptul că ovarul, datorită evoluției sale embriologice conține în structura sa numeroase esuturi cu mare potențial de malignizare. Cităm spre exemplu:

1) *esutul epitelial de înveliș*, derivat din epiteliul celomic embrionar, și care generează majoritatea tumorilor ovariene (aproximativ 70%).

2) *esutul epitelial germinativ* din care vor deriva seminoamele ovariene disembrionare și choriocarcinomul embrionar (aproximativ 10% din neoplazmele ovarului).

3) *Persistența în ovar a unor incluziuni embrionare*, poate genera tumori care uimesc prin diversitatea lor ca structură histologică, potențial de malignizare sau ca funcții endocrine foarte diferite; cităm pe cele mai importante:

a) Unele tumori pot deriva din resturile testiculare (persistente în ovare) sau din resturile gonadelor primitive feminine; ele pot produce (sau nu) hormoni masculini (arhenoblastomul, androblastomul) sau feminini (tumoare de granulosa, thecomul și tumorile cu celule ale hilului). Aceste tumori sînt rare, aproximativ 3% din tumorile ovarului.

b) Alte tumori ovariene pot apărea din resturile embrionare ale mezonefroamelor sau din vestigiile canalelor Müller (mezonefroamelor, tumorile cu celule clare .a.).

c) Tot din resturi embrionare pot genera chisturile dermoide, teratoblastomul, tumoarea de sinus endodermal, guta ovariană (bogată în esut tiroidian activ hormono-secretant, ce poate induce un Basedow de origine ovarian).

d) Aceeași explicație o au și tumorile ca: neurinoamele ovariene, melanoamele, leiomiomasarcomele, limfoamele etc.

★

În primele două luni embrionul uman* este, din punct de vedere morfologic, nediferențiat în ce privește sexul. Din luna a 3-a începe diferențierea sexuală.

Forma iunilor embrionare din care vor deriva organele genitale interne, sînt (fig. 770):

- glandele genitale sau gonadele;
- canalele Wolff (duetele mezonefrice);
- canalele Müller (duetele paramezonefrice).

Aceste formațiuni sînt perechi, fiind dispuse simetric, de o parte și de alta a mezenterului dorsal primitiv (fig. 771).

Vom analiza succesiv evoluția acestor formațiuni embrionare:

1. Glandele genitale, cunoscute și sub numele de gonade, din care vor deriva viitoarele testicule la bărbat sau ovare la femeie, trec prin două etape distincte în evoluția lor (fig. 772):

— *O prim etapă*, este aceea în care glanda genitală prezintă o structură nediferențiată. Inițial, viitoarea glandă genitală este acoperită de epiteliul celomic, care va fi populat în curînd de celule mari embrionare, ce au caractere speciale și care au fost numite *gonocite primare*. Gonocitele, venite din peretele veziculei viteline, migrează prin mezoul dorsal primitiv, și prin mijlocul ciliameboide ajung la nivelul epitelului celomic ce acoperă glanda genitală (fig. 772 A). Se formează în acest fel un nou epiteliu de înveliș al

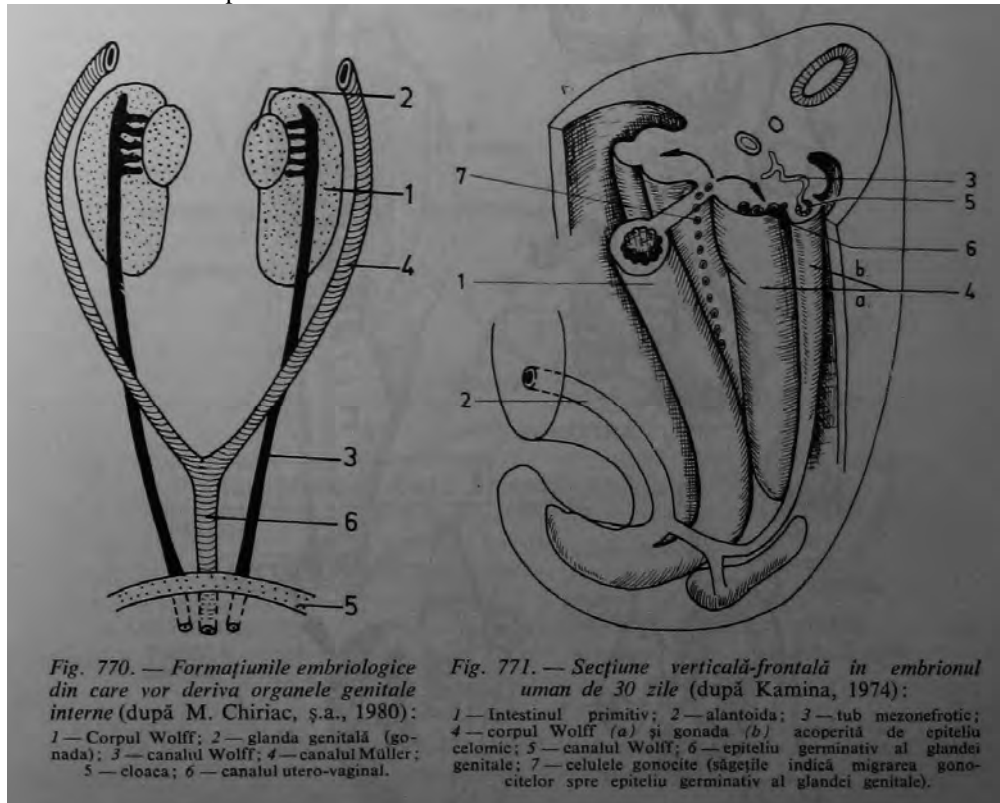
glandei genitale, rezultat din interacțiunea dintre celulele epiteliului celomic și gonocitele primare, denumit *epiteliu germinativ —proliferant*.

În rare cazuri, gonocitele în migrarea lor pot să se grefeze și în alte regiuni retroperitoneale. Degenerând ulterior tumoral, pot produce unele verietăți de teratoame retroperitoneale.

Prin proliferarea epiteliului germinativ-proliferant, apar în supratentorială a mîna a 6-a a a-numitele *cordoane sexuale primare*. Ele sînt lungi și subiri, pînd adînc în glanda genitală (de aceea se numesc și cordoane medulare), se anastomozează între ele și fac joncțiunea cu canaliculele corpului Wolff (fig. 772 B). Faza descrisă constituie *etapa nediferențiată* a dezvoltării gonadelor, identică atît pentru viitoarele ovare, cît și pentru viitoarele testicule.

În *etapa a doua*, denumită *etapa de diferențiere*, gonadele virează spre testicule sau ovare. Acest evoluție este determinat prin constituția genetică (structura cromosomală XX sau XY).

În cazul glandei genitale se diferențiază spre sexul feminin, apar modificări evidente în structura ei. Vom urmări numai dezvoltarea ovarelor, neînsistînd deloc asupra dezvoltării testiculelor.

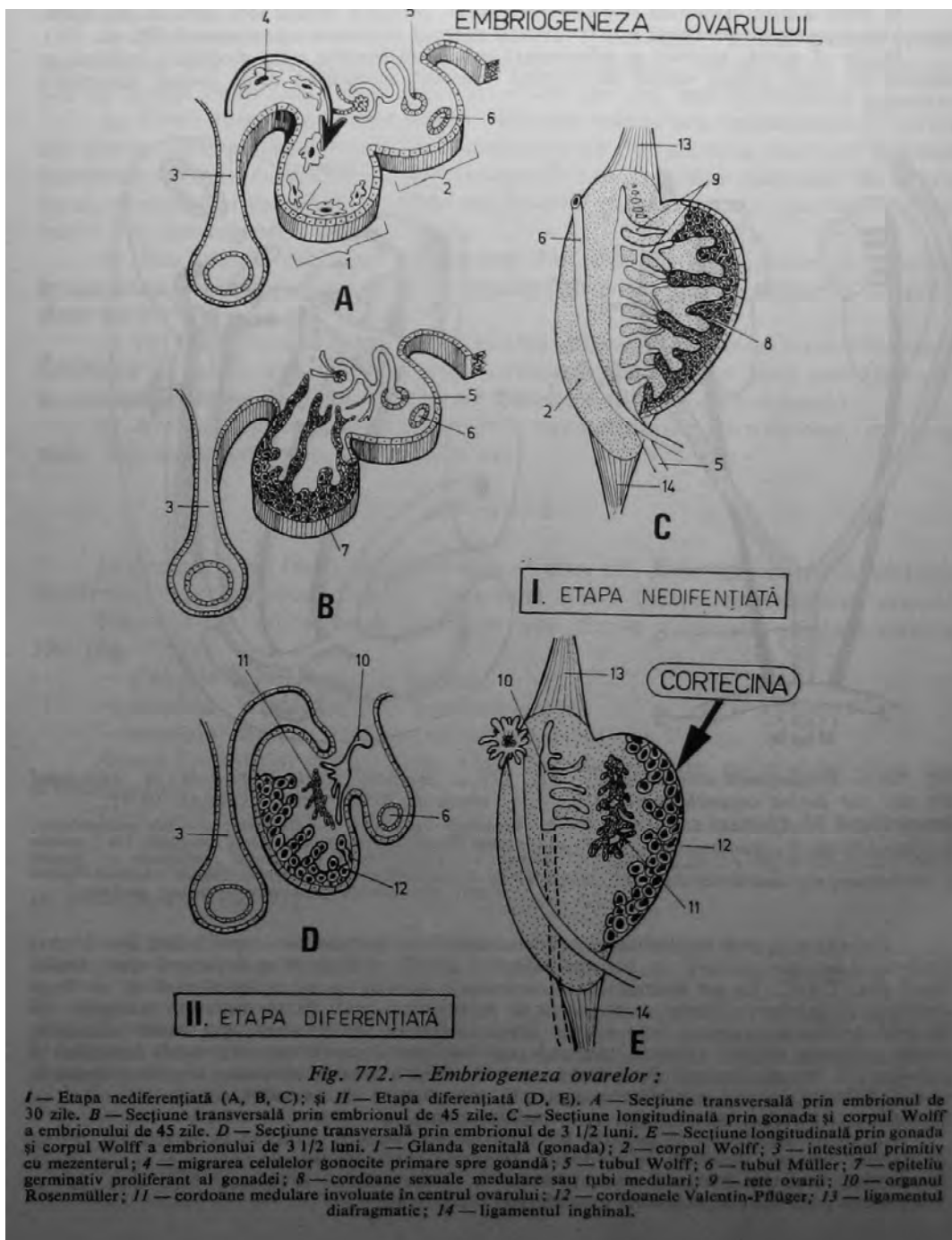


Am văzut că prin multiplicarea celulelor epiteliului germinativ — proliferant, s-au format cordoanele sexuale primare, ce pînd adînc în glanda genitală și se îndreaptă spre canalul Wolff (fig. 772 C). La un moment dat, cordoanele sexuale primare involuează și se fragmentează în grupele celulare ce migrează în profunzime, unde fie că dispar în întregime, fie că produc rețeaua ovariană (rete ovarii). Dacă embrionul ar virat spre sexul masculin, aceste cordoane sexuale primare (profunde sau medulare), s-ar dezvoltat în tubii seminiferi și glanda ar fi devenit testicul. Persistența unor rămășițe a acestor cordoane sexuale primare în ovarul definitiv, explică posibilitatea apariției unor tumori ale ovarului, care se aseamănă cu tumorile testiculului (semioame și arenoblastoame).

Epiteliul superficial al gonadei feminine rămîne dens și continuă să prolifereze. El va da naștere unei noi generații de cordoane, denumite cordoane sexuale secundare sau corticale (cordoanele Valentin-Pfluger), care pînd în mezenchimul subiacent, frînsă se îndepărtează prea mult de suprafața glandei (fig. 772 D și E).

Aceste cordoane vor fi fragmentate în grupele celulare izolate, care conțin fiecare cîte un gonocit (mai rar două sau mai multe gonocite).

Gonocitele se transformă apoi în ovogonii, care evoluează precoce și se divid în mod activ, în timp ce celulele epiteliale originare din epiteliul celomic, vor forma celulele foliculare.



Multiplicarea ovogoniilor din ovarul fetei se termină pe la sfârșitul lunii a VII-a a perioadei fetale, când marea majoritate a celulelor sexuale se găsesc sub forma de ovocite primare sau de ordinul I (elemente deplioide). Ele sînt înconjurată, așa cum am arătat mai sus, de cîteva celule epiteliale turtite, dispuse într-un singur strat. Întregul ansamblu constituie foliculii ovarieni primordiali. La nașterea fetei, numărul acestor foliculi este de 200 000—400 (XX) în ambele ovare. Cei mai mulți degenerază în perioada copilăriei; cei rămași vor intra pe rînd în activitate funcțională, începînd cu pubertatea.

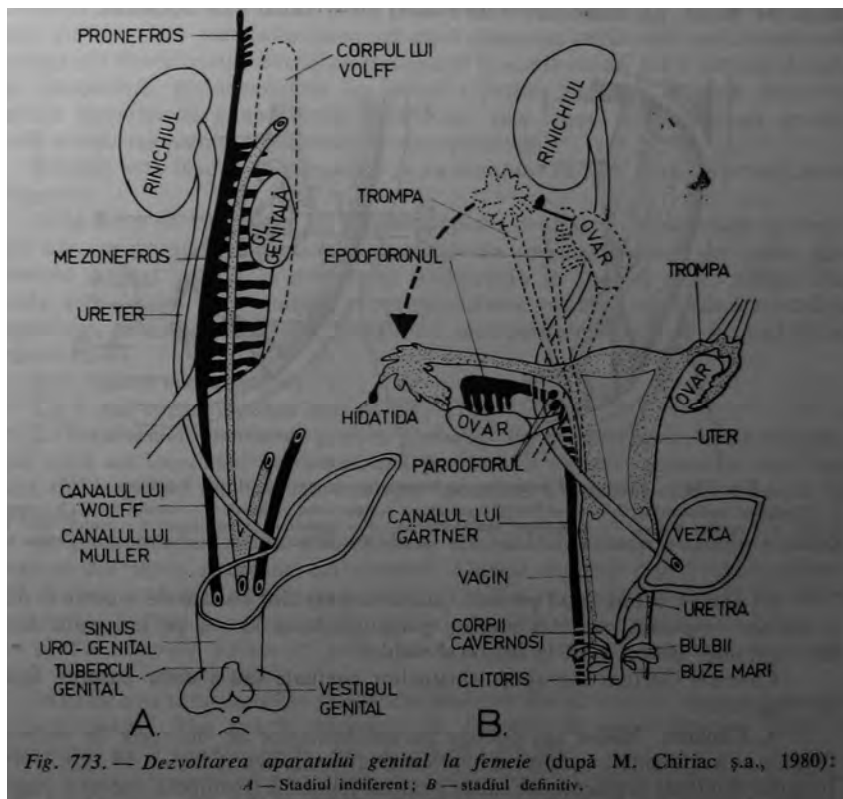


Fig. 773. — Dezvoltarea aparatului genital la femeie (după M. Chiriac ș.a., 1980):
A — Stadiul indiferent; B — stadiul definitiv.

2. Canalele Wolff sau duetele mezonefrice, colectează produșii azotați reziduali secretați de corpul Wolff și îi conduc în cloaca embrionului (fig. 773 A.). Spre sfârșitul celei de a II-a luni de viață intrauterin, odată cu dezvoltarea metanefrosului (din care se va forma rinichiul definitiv), corpul Wolff începe să involueze. La sexul masculin canalele Wolff vor forma viitoarele canale deferente, veziculele seminale și epididimul. La sexul feminin se atrofiază progresiv și dispar. Din ele pot rămâne resturi embrionare, care pot genera tumori. Resturile embrionare wolffiene la femeie sînt:

a) *Hidatida pediculată Morgagni*, este o veziculă suspendată printr-un pedicul de infundibulul tubar (pavilionul trompei). Este un vestigiu inconstant al primelor două canalicule mezonefrice și al extremității craniale a canalului mezonefric Wolff (fig. 773 B),

b) *Corpul Rossemüller sau epoophorul Waldeyer*, este situat în grosimea mezosalpingelui, între ovar și tuba uterină (fig. 773 B). Este format dintr-o serie de canalicule și reprezintă resturile porțiunii craniale a tuburilor mezonefrice și a canalului Wolff.

c) *Paroophorul Waldeyer* (fig. 773, B), se poate observa la făt și la fetițele mici sub forma unor corpusculi galbeni-bruni plasați în ligamentul larg, în vecinătatea hilului ovarului.

3. Canalele Gartner, reprezintă segmentul caudal extramezonefric al canalelor Wolff. La unele ierbivore (vacă) acest canal este constant.

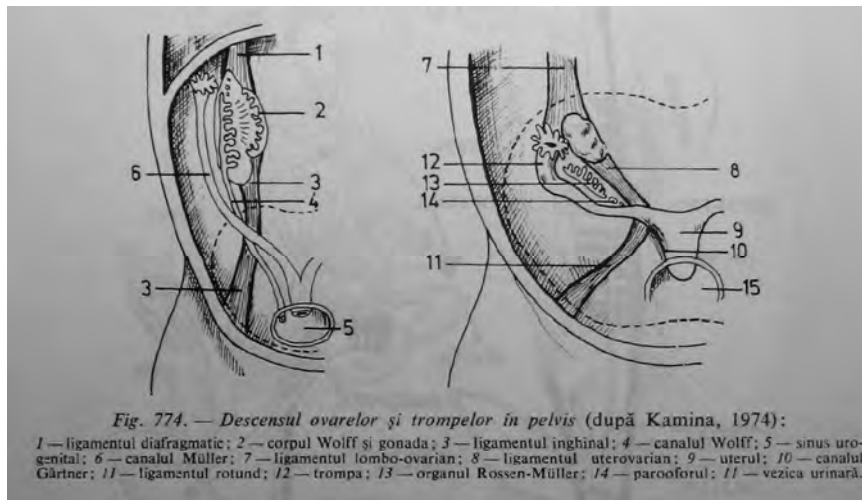


Fig. 774. — Descensul ovarelor și trompelor în pelvis (după Kamina, 1974):
1 — ligamentul diafragmatic; 2 — corpul Wolff și gonada; 3 — ligamentul inghinal; 4 — canalul Wolff; 5 — sinus urogenital; 6 — canalul Müller; 7 — ligamentul lombo-ovarian; 8 — ligamentul utero-ovarian; 9 — uterul; 10 — canalul Gartner; 11 — ligamentul rotund; 12 — trompa; 13 — organul Rossem-Müller; 14 — parooforul; 15 — vezica urinară.

La femeie, atunci când persistă, aceste canale sînt situate de o parte și de alta a uterului (regiunea istmului uterin), prelungindu-se în jos pe marginile laterale ale vaginului, uneori pînă la introitul vulvar.

Canalele Gartner sînt sursa chisturilor vaginale sau a unor tumori maligne ale vaginului.

4. Canalele Müller sau duetele paramezonefrice se dezvoltă la embrionul feminin sub influența hormonilor ovarieni fetalți cortecina (Chiriac, M. ș.a. — 1980), formînd diferitele segmente ale canalelor genitale feminine (trompele, uterul și vaginul).

Rareori poate persista septul despartitor al canalului utero-vaginal, fapt ce generează malformații ca: uterul didelf, uter septat etc.

Ovarul format descinde în ultimele luni ale fătului în pelvis (fig. 774) și fovele mezouri ale corpului Wolff vor da naștere la tere ligamentelor largi și mezo- ovarului.

★

Prezentăm (după Evans și Ashley, J. — 1978) câteva tumori ovariene derivate din resturile embrionare ovariene.

1. Disgerminomul ovarian (sinonime: seminomul ovarian, carcinom embrionar cu stromă limfoid, carcinom cu celule mari, carcinom alveolar, gonocitom).

— Histogenetic ar deriva din celulele germinale (care au origine extragonadală, imigrează în ovar, participând la funcția de reproducere).

— Morfologic se aseamănă cu seminomul testicular.

Muller apreciază frecvența acestei tumori la 2% din toate neoplazmele ovarului. Pe lângă faptul că apare în ovare disontogenetice, este însoțit de stigmat de pseudohermafroditism, hermafroditism sau infantilism genital. Poate apărea la subiecții cu sindrom Turner. Este bilateral în mod succesiv în 15—40% din cazuri, dar prezintă particularitatea că dacă tumoarea unilaterală este îndepărtată, tumoarea din ovarul controlateral nu mai apare. În unele cazuri are o activitate endocrină producând gonadotropine în exces (reacția Asheim-Zondek pozitivă). Prezența secreției de gonadotropine corionice este legată de persistența intratutorală a unor elemente celulare de chorioepiteliom.

Rareori este însoțit de hirsutism și virilism, iar în rare cazuri prezintă efecte estrogenice.

Atâta timp cât tumoarea nu a spart capsula ovariană, îndepărtarea sa chirurgicală are un prognostic bun, fapt ce a permis unor ginecologi instituirea unui tratament limitat numai la extirparea unilaterală în această fază. Atunci când capsula este spartă de tumoare, prognosticul este sumbru, producând metastaze în epiploon, peritoneul parietal, ganglionii retroperitoneali sau la distanță (ficat, plămâni, oase).

Este foarte radiosensibil.

La 5 ani supraviețuirea este de 12—27%.

2. Teratoamele ovariene, provin probabil din celulele germinale anormale; atunci când au localizare extraovariană provin din celulele germinale care s-au rătăcit în migrația lor embrionară spre gonade. Deosebim diferite forme de teratoame:

a) Teratoamele chistice (denumite și teratoamele mature), conțin structuri provenite din toate straturile embrionare. *Chistul dermoid* este frecvent întâlnit (10% din toate tumorile ovariene), iar în 18% din cazuri este bilateral. De obicei este surprins în faza de tumoare benignă (ele putându-se și maligniza în 2%).

b) Teratoamele solide (și polichistice) conțin esuturi provenite din toate cele 3 straturi embrionare.

Majoritatea teratoamelor solide sînt maligne (cu leziuni de tip carcinomatos sau sarcomatos). Sînt foarte metastazante. Operate în faze incipiente, fără ca malignitatea să fi spart capsula, pot fi radical curabile.

c) Glanda ovariană este formată din esut tiroidian, putînd produce și fenomene de tireotoxicoză. Dintre teratoamele ovariene 2,7% sînt cu esut tiroidian. De obicei benignă, malignizarea duce la o metastazare similară cu aceea a cancerelor tiroidiene.

d) Gonadoblastomul este înrudit cu disgerminomul ovarian. În 30% interesează ambele ovare. Pot secreta uneori hormoni, androgeni, alteori estrogeni. Operat în faze inițiale, prognosticul este bun.

3. Unele tumori ovariene cu activitate hormonală au tot o origine disembrionară.

— Histogeneza tecoamelor și a tumorilor cu celule de granuloasă este explicat prin persistența unor celule mezenchimale primitive, capabile de diferențiere spre cele două tipuri de tumori. Sînt tumori înrudite histogenetic și produc estrogeni. Există și forme neproducătoare de hormoni.

a) Tecoamele rar întâlnite (23 cazuri în 34 ani la Clinica Mayo), sînt în general benigne, dar pot și degenera malign (13 cazuri descrise în literatură după Ashley, 1978).

b) Tumorile de granuloasă sînt mai frecvente (5—7% din toate tumorile ovariene). În 90% sînt unilaterale. Se malignizează în proporție de 5—15% și au o malignitate redusă, recidivele apărînd tardiv după extirpare (după 5 ani).

c) O altă tumoare producătoare de hormoni de astăzi masculini, este și arhenblastomul. Prezumă că și are originea în elementele masculine restante în ovar nu mai este atât de sprijinit azi. Se admite că și are originea în celulele indiferente, dar direcționate masculin, care au persistat în «rete ovarii». În realitate, efectul lor virilizant este rar întâlnit (numai 0,4% din toate tumorile ovariene), majoritatea nu sînt evident virilizante. În 22% din cazuri se malignizează, producînd metastaze. Apar de obicei în spre 30 ani și produc virilizarea, ce involuează după extirparea tumorii. Este rar bilateral (5%).

Ca variantă histologică a arhenblastomului, cităm adenomul tubular testicular al ovarului și care histologic seamănă cu testiculul criptorhidic.

Încheiem enumerarea tumorilor disembrionare ovariene prin menționarea încă a două tumori, explicate prin degenerarea incluziunilor embrionare rămase din mezonefrosul corpului Wolff.

— *Mezonefros ovarii*, care este o tumoare malignă rar întâlnită în practică, și

— *Tumora cu celule clare* (cunoscută și sub denumirea de adenocarcinomul cu celule clare sau tumoarea mezonefrotică), care este și ea rar întâlnită.

Am prezentat toate aceste tumori embrionare, deoarece geneza, comportarea clinică și particularitățile terapeutice ale acestor tumori nu pot fi înțelese fără cunoașterea tere elementelor de embriogeneză ovariană pe care le-am expus succint.

IV. PARTICULARITĂȚILE DISEMINĂRII CANCERELOR OVARIENE

Medicul care are sarcina să trateze cancerul ovarian va efectua mecanic tratamentul, fără să-și înțeleagă eficiența și mai ales limitele acestei eficiențe dacă nu va cunoaște unele particularități biologice ale evoluției naturale a cancerelor ovariene. Deja însuși noii iunilor privitoare la importanța aprecierii exacte a stadiului clinic, aprecierea importanței tipului histopatologic și a gradului de malignitate că și cunoscutele date asupra histogenezei și embriogenezei tumorilor ovariene, prezentate în capitolele anterioare îi creează o viziune mult mai largă asupra modului cum trebuie conceput tratamentul acestor cancer.

Pentru a în elege i mai bine dificult ile terapeutice, medicul terapeut va trebui s cunoasc i unele particularit i ale disemin rii cancerelor de ovar, pe care le prezent m succint mai jos.

Cancerul de ovar disemineaz pe 3 c i:

1. Calea intraperitoneal ;
2. Calea limfatic
3. Calea venoas .

1. Calea disemin rii In cavitatea peritoneal este cea mai important i cea jmai frecvent întîlnit . Asist m la acest paradox: boala este a ovarelor iar moa: tea survine prin îmboln virea secundar a seroasei peritoneale, fapt care genereaz ocluziile intestinale iterative, imposibil de rezolvat chirurgical.

Diseminarea se produce, deoarece cancerule ovariene î i descuameaz celulele canceroase chiar din stadiul incipient (Stadiul I) al bolii. i alte cancerule digestive ajunse pîn la seroasa peritoneal (cancerul gastric, cancerul colic etc.) î i descuameaz celulele canceroase, dar ritmul de descuamare este mai lent, iar celulele descuamate nu se grefeaz pe restul seroasei peritoneale cu aceea i aviditate ca celulele cancerelor ovariene. Explica ia acestui tropism ar putea fi originea embrio- logic similar atît a seroasei peritoneale cît i a stratului epitelial germinativ de înveli al ovarelor, ambele provenind din epiteliu celomic primitiv (Munteanu, S., Chiricu , I., Mârza, V. — 1978).

Dovada c neoplasmule ovariene, chiar în fazele incipiente (Stadiul I al bolii) î i descuameaz celulele maligne am avut-o prin g sirea celulelor canceroase în lichidul de sp l tur al cavit ii peritoneale imediat dup laparotomie (Chiricu , || David Elisabeta — 1975).

Piver, St., Lopez, R. i Barlow, J. (1977) care au cercetat în mod mai organizat ca noi această problem , g sesc o citologie pozitiv dup lavajul peritoneal în 55% din cancerule ovariene descoperite în stadii incipiente (Stadiul î—II), iar Keettel, W. (1974) g se te pozitiv lavajul în 45% (Stadiul I a,b,c.).

Concluzia practic este c neoplasmule ovariene trebuie considerate chiar în momentul apari iei lor (Stadiul I) ca posibil diseminate microscopic în cavitatea pelvian i peritoneal . Probabil c nu toate aceste celule neoplazice vor prinde i vor deveni metastaze, deoarece seroasa peritoneal ca i marele epiploon prin propriet ile lor imunofagocitare, vor distruge foarte multe din aceste celule, dac nu pe toate.

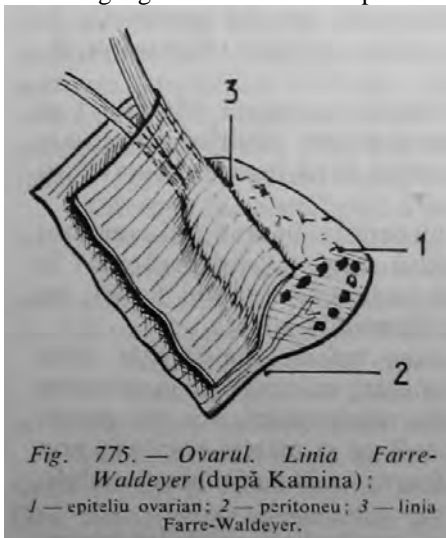
Soarta bolnavei va depinde de integritatea i promptitudinea reac iilor immuno* logice ale organismului. A a se explic c în chistadenocarcinoamele ovariene incipiente (Stadiul I a) se pot ob ine prin simpla exerez chirurgical între 80—90% vindec ri la 5 ani. Dac îns chistul malignizat s-a rupt i lichidul endochistic s-a scurs în peritoneu sau dac chistul a avut excrescen e canceroase pe suprafa a sa exteriora , vindecarea scade la 56—70% cu toate c stadiul a fost incipient (Stadiul I) (R. Young, R. Fisher, 1978).

Grefarea acestor celule descuamate se face cu preferin în locurile declive: fundul de sac Douglas i peritoneul pelvin (cel mai frecvent), spa iile parieto- colice (bilateral) i peritoneul parietal. Spa iile parieto-colice în care am g sit deseori îns mîn ri canceroase în stadii incipiente, le-am denumit « osele de diseminare», i ele trebuiesc explorate întotdeauna de chirurg. De asemenea chirurgul va trebui s examineze în toate cazurile, peritoneul diafragmatic, pe care va constata foarte frecvent îns mîn ri canceroase [Piver, S., Lopez, R., .a., (1977) g sesc metastaze peritoneale diafragmatice în 44 % din cancerule ovariene laparotomizate]. De fapt, îns mîn area peritoneului diafragmatic este considerat ca o îns mîn are pe cale limfatic i vom mai reveni asupra problemei cînd vom discuta calea limfatic .

Un fapt paradoxal observat de noi este c peritoneul visceral (enteral) se las cel mai tîrziu invadat de celulele canceroase descuamate, i probabil c motili- tatea intestinal se opune un timp la acest grefaj.

2. Calea disemin rii limfaticale a cancerelor ovariene. Cu toate c este deosebit de important i s-a ignorat însemn tatea pîn în ultimii ani cînd studii limfografice au adus-o în actualitate.

Dac majoritatea cazurilor de cancer ovarian sucomb prin ocluziile generate de prinderea seroasei peritoneale, am întîlnit în practic numeroase cazuri care au sucombat printr-un ileus paralytic, consecin a invad rii masive canceroase a ganglionilor mezenterici i retroperitoneali, fapt ce transform mezenterul într-un cordon lat, dur i rigid, situa ie care împiedic evoluarea undelor peristaltice intestinale. Observa iile noastre în peste 700 cazuri ne fac s sus inem c exist cancerule ovariene cu tropism pentru seroasa peritoneal , dup cum exist cancerule ovariene cu tropism in' ial pentru re eaua limfatic , retroperitoneal . In stadiile înaaintate sînt invadate atît peritoneul cît i limfaticule cu ganglionii limfatici retroperitoneali.



Extinderea limfatic se face pe 3 c i: a) *Calea limfaticelor sub peritoneale*, mecanism de invadare explicat p: in faptul c ovarul este plasat anatomic ca un eisberg 1/2 din organ fiind direct în cavitatea peritoneal i 1/2 din organ fiind plasat subperitoneal, hotarul între peritoneu i epiteliu germinativ ovarian fiind linia de demarcare descris de Farre-Waldeyer (fig. 775).

Trunchiurile limfactice merg fie spre ganglionii iliaci externi, interni i piimitivi, fie merg spre ganglionii mezenterici i retroperitoneali aortico-cavi. Knapp i Friedmann (cita i de Mattingly, 1978) pe 26 cancere ovariene operate Stadiul I a g sit în 5 cazuri (20%) ganglioni retroperitoneali paraaortici invada i canceros.

b) *Calea limfaticelor vaselor ovariene*, ce merg ascendent prin ligamentele lombo-ovariene spre ganglionii aortico-cavi juxta renali.

c) *Calea limfatic transdiafragmatic* a c rei importan a fost remarcat abia în ultimii ani.

Vom reda dup G. Feldman i Knapp (1974) evolu ia acestor studii. Studiile experimentale i anatomice ale acestor autori ca i altele mai vechi ale lui Plente — 1971, Jaffey — 1970. arat c particule de tu sau hematii marcate, introduse în cavitatea peritoneal sînt luate de curentul lichidului peritoneal*, existent la toate animalele, i duse spre diafragm prin mi c rile peristaltice intestinale i respiratorii diafragmatice. Seroasa peritoneal diafragmatic , ca i întreg mu chiul diafragm posed o re ea limfatic foarte dens , la nivelul diafragmei realizîndu-se un adev rat dispozitiv de pompare i propulsare a limfei. De aici limfa este împins spre canalele limfactice retrosternale, ganglionii mediastinali anteriori, este colectat de canalul colector toracic drept, ajungînd în final în vena subclavicular dreapt . Aceast cale este urmat de 80% din limfa endoperitoneal , restul de 20% drenîndu-se prin capilarele limfactice ale restului seroasei peritoneale.

Experimental, pe oareci, Feldman i Knapp au introdus intraperitoneal lichid ascitic cu celule canceroase recoltate din ascita unor oareci ce aveau cancer ovarian i a constatat c dup 3—5 zile, limfacticele diafragmatice erau pline cu trombi cancero i.

Studii necropsice efectuate pe femei cu cancere ovariene (Bergman — 1966* citat de G. Feldman i Knapp— 1974) au g sit metastaze în 50% din ganglionii mediastinali i 45,7% în ganglionii supraclaviculari.

Bagley i colab. (citat de G. Feldman i Knapp) au efectuat laparoscopii la 15 femei cu cancer ovarian (la 4 s pt mîni postoperator). în 11 din 14 cazuri au g sit noduli cancero i (confirma i biopsie) pe peritoneul diafr gmatic i la 7 din 14 cazuri, ace tia au fost singura localizare în etajul suprmezocolic. Un caz era în Stadiul I a, 2 cazuri din 7 erau în Stadiul II B i 4 cazuri în Stadiul III de neoplazie ovarian . Interesant este c în niciunul din aceste 14 cazuri, la care s-a efectuat în prealabil laparotomia, niciunul din chirurghi nu a cercetat intraoperator suprafa a diafragmului.

în ceea ce ne prive te noi am luat obiceiul de a explora obligatoriu intraoperator diafragmul*.

Reamintim c Piver, S., .a. (1977) au constatat c 44% din cancerele ovariene operate (toate stadiile) au avut noduli cancero i (confirma i biopsie) pe peritoneul diafragmatic.

Unii autori (Feldman, G. i Knapp, 1974) explic ascita întîlnit în cancerele ovariene ca rezultat al bloc rii c ilor limfactice transdiafragmatice prin emboli tumorali, fapt ce ar « defecta » acest pomp limfatic diafragmatic .

Personal nu sîntem de aceea i p rere, pe simpla observa ie clinic c avem mai multe cazuri de cancere ovariene incipiente cu ascit (hemoragic în cîteva observa ii) care s-au vindecat dup 5 ani dup simpla histerectomie total cu anexectomie bilateral . Dac ascita ar fi fost explicat prin blocajul neoplazic al limfaticelor diafragmatice, vindecarea nu s-ar fi produs**.

3. Calea venoas de diseminare, clasic admis , explic metastazele extra- abdominale (cerebrale, pulmonare etc.).

Metastazele pulmonare situate în vecin tatea diafragmului ca i cele media- stinale pot fi explicate i prin metastazarea limfatic . Spre diferen de cancerul de sîn, melanomul malign, cancerul tiroidian etc. care metastazeaz frecvent pe cale venoas , cancerul ovarian metastazeaz rar la distan .

Acum dup ce am prezentat pericolul disemin rii cancerelor ovariene, s studiem valoarea metodelor propuse pentru vindecarea sau ameliorarea acestei boli atît de periculoase, i s vedem care este pozi ia chirurgului în fa a acestei boli.

V. METODELE TERAPEUTICE UTILIZATE ÎN TRATAMENTUL CANCERULUI OVARIAN I LIMITELE LOR

Sînt cunoscute 3 genuri de tratamente în cancerul ovarian:

- 1)Tratamentul chirurgical;
- 2)Tratamentul chimioterapie;
- 3)Tratamentul radiologie.

Tratamentul hormonal îl vom prezenta odat cu cel chimioterapie, iar tratamentul imunologic are efecte atît de vagi, încît ne limit m numai s -l amintim*.

Pentru ca ginecologul s nu utilizeze mecanic metodele terapeutice enun ate, ci s aib o tactic i strategie terapeutice ra ional adecvat fiec rui caz în parte,, el trebuie s cunoasc foarte bine no iunile expuse în capitolele anterioare (dificult ile diagnosticului precoce, stadializare, clasific rile anatomo-patologice, importan a gradingului de malignitate i modul de diseminare al neoplaziei).

1. TRATAMENTUL CHIRURGICAL I LIMITELE LUI

Logic, exerez chirurgical , ar trebui s vindece leziunea canceroas în fazele- incipiente (Stadiul I i II). Tipul de opera ie unanim admis este histerectomia total cu anexectomie bilateral (H.T. + A.B.). Este opera ia care extirp radical acest «tot» anatomo-func ional atins de malignitate: uterul i anexele. Trebuie extirpate ambele anexe fiindc foarte deseori ambele ovare sînt atinse de malignitate, simultan sau în etape distan ate în timp.

Kottmeier g se te bilateralitatea cancerelor în 60% din chistadenocarci- noamele seroase ale ovarului, 20% în chistadenocarcinoamele mucinoase i în 30% în carcinoamele endometrioide. Miller (1937) constat bilateralitatea în 50,5%; Kermauner în 36,2% iar Purola în 42 din 77 cazuri studiate (to i autorii cita i dup Lansac, 1973).

În acest caz se discută de unii dacă în Stadiul I a (cancer incipient localizat la un singur ovar) nu s-ar putea extirpa la femeile tinere doar ovarul găsit lezional. Se citează experiența lui Munnell (acumulată între 1922—1961 și citată de Lansac, 1973), care pe 191 paciente în Stadiul I a obținut 79% vindecări la 5 ani pe pacientele (145 cazuri) operate radical (H.T. + A.B.) și 74% când a practicat anexectomia unilaterală (46 cazuri). În această serie operat conservator autorul a înregistrat 10 sarcini duse la termen la 6 paciente. Un ginecolog de mare prestigiu ca Mattingly (1978) succesorul colii lui Te Linde, este extrem de rezervat asupra chirurgiei conservatoare chiar atunci când este aplicată numai la Stadiul I a. El afirmă: «Pot fi luate în discuție pentru operații conservatoare numai leziunile mici (Stadiul I a n.n.) de tumori de granuloasă, de disgerminoame (seminoame II.L) arhenoblastoame și tumoarea de granuloasă*. Chirurgia conservativă are un loc foarte limitat în tratamentul tumorilor ovariene maligne», și mai departe continuă: «nu găsim cauze convingătoare pentru tratamentul conservativ al cancerului indiferent de vârsta pacientei».

Deoarece suntem convinși de responsabilitatea mare pe care și-ar asuma-o chirurgul care ar practica o chirurgie conservatoare în cancerul ovarian, suntem partizanii totali ai operației radicale (H.T. + A.B.) în aceste situații, chiar dacă aparent leziunea este strict limitată la un singur ovar**.

Deregările hormonale apărute la femeile tinere lipsite de ovare vor fi corectate prin tratamente hormonale sustinute. Trebuie avut în vedere că o recidivare a bolii după prima operație cu intenție curativă, este foarte greu de vindecat. De aceea trebuie de la început să optăm pentru operația maximă care să asigure securitatea totală, chiar în cazurile incipiente ale cancerului (Stadiul I și II).

În general preferăm histerectomia totală cu anexectomie bilaterală, dar dacă sînt condiții grele operatorii (de exemplu, cancer de ovar asociat cu un fibrom mare uterin), mai bine practicăm o histerectomie subtotală, decît să ne expunem la lezarea vezicii sau rectului. Nu se cunosc publicate recidive de cancer ovarian din cauza colului rămas. Deci histerectomia subtotală este admisă, dar ca operație de excepție. Se discută mult dacă este necesară extirparea marelui epiploon, dat fiind marele procent de înșămînare a lui cu celule neoplazice, chiar în fazele incipiente ale bolii.

Dacă epiploonul este găsit macroscopic cu metastaze, el va fi obligatoriu extirpat în întregime. Se face o greșală când nu se extirpă epiploonul în întregime, împreună cu arcul vascular al arterelor gastro-epiploice, aflat în imediată vecinătate a mării curburi gastrice. În jurul acestor vase se găsește ganglionii limfatici ce colectează limfaticele epiploonului și ei sînt prinși canceros deseori (fig. 776).

La sarea lor pe loc asigură continuarea evoluției cancerului. Irigația gastrică nu va suferi, deoarece va fi asigurată prin arterele coronare gastrice și pilorice, rămase pe mica curbură.

Ideea lansată de unii autori de a extirpa epiploonul numai dacă găsim metastaze la examenul histopatologic extemporaneu o respingem ca greșită, deoarece se poate ca în fragmentul epiploic recoltat pentru examen biopsic să nu existe focare metastatice, ele existînd în alte locuri pe suprafața extinsă a epiploonului. De aceea preferăm să extirpăm sistematic în orice stadiu al bolii, chiar în stadiul I a.

În schimb, dacă în timpul manevrelor operatorii tumoarea canceroasă chistică s-a spart și conținutul lichidian plin de celule canceroase determină în mod sigur o înșămînare canceroasă a întregii cavități peritoneale, și plină de lichid fiziologic cald (2—3 litri), aspirăm și epiploonul în întregime pe loc, urmînd să extirpăm obligatoriu cu ocazia laparotomiei de control ce o vom practica peste 6 luni. Acest lucru este luat în considerare, deoarece epiploonul are proprietatea (imunologic desigur) «să aspire» celulele neoplazice diseminate în cavitatea peritoneală prin ruperea acestor chisturi maligne. Dacă am scoate sistematic epiploonul la prima laparotomie în situațiile expuse anterior, celulele canceroase rămase libere în cavitatea peritoneală se vor fixa inevitabil pe restul seroasei peritoneale parietale sau viscereale.

La a 2-a laparotomie de control deseori găsim în epiploon determinări neoplazice, explicate prin mecanismul expus; atunci vom extirpa sistematic epiploonul.

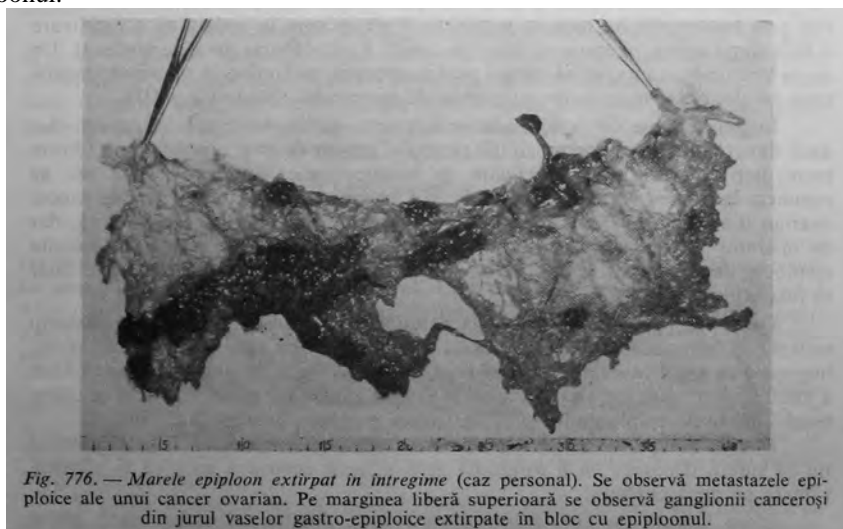


Fig. 776. — Marele epiploon extirpat în întregime (caz personal). Se observă metastazele epiploice ale unui cancer ovarian. Pe marginea liberă superioară se observă ganglionii cancerosi din jurul vaselor gastro-epiploice extirpate în bloc cu epiploonul.

În stadiile II și III epiploonul este extirpat sistematic cu ocazia primei laparotomii. Ideea că epiploonul ar fi un «mare ganglion limfatic al abdomenului» și că ar elabora anticorpi anticancerogeni, ademenitoare ca doctrină, o respingem în practică, deoarece el dovedește că se lasă prematur invadat neoplazic.

Unii autori (Carter 1964, Long 1963 — citată de Lansac) susțin că omentectomia nu ar modifica prognosticul stadiului I a, și de aceea recomandă extirparea numai pentru stadiile II și III.

Munnell în schimb este ferm partizanul omentectomiei de principiu. În stadiul I a el a obținut 82% supraviețuiri la 5 ani atunci când a scos epiploonul și numai 45% când nu a extirpat și epiploonul.

În concluzie pentru stadiul I a, 6, c) operația optimă este H.T. -f- A.B. asociată cu omentectomia totală.

Dacă din eroare diagnostic s-a efectuat o simplă anexectomie și confirmarea certă a malignității prin examenul histopatologic parvine după 7 zile, se impune relaparotomizarea bolnavei după 3—4 săptămâni și efectuarea histerectomiei de completare, îndepărându-se și anexa opusă, inclusiv epiploonul.

Apare clar că pentru chirurgul care cunoaște bine problemele generale ale cancerului de ovar, probleme pe care le-am descris în capitolele anterioare, exereza chirurgicală oricât de largă ar fi (H.T. + A.B. + omentectomie), nu-i creează un sentiment de securitate absolută nici măcar pentru stadiul I.

Există temerea că celulele sigure exfoliate în marea cavitate peritoneală pot genera noi tumori în lunile și anii următori. De aceea el va fi obligat să recurgă la o a doua metodă terapeutică, chimioterapia, în speranța că va reuși să distrugă aceste celule canceroase migrate.

Vedem deci că nici în stadiul cel mai incipient al bolii (Stadiul I) tratamentul chirurgical efectuat ca unic act terapeutic nu poate asigura vindecarea neoplaziei. Dar în stadiul I se prezintă abia 10% din bolnave (vezi cauzele diagnosticului tardiv); care va fi situația chirurgului față de stadiile mai avansate ale bolii (90% din cazuri) când neoplazia interesează și seroasa peritoneului sau viscerele abdominale (colon, intestin, etc.)? În aceste situații chirurgul va fi obligat să recurgă la metodele unei «chirurgii agresive», extirpând (atunci când tehnic este permis și se întrevăd speranțe de vindecare sau ameliorare a bolii), zone largi anatomice entero-utero-anexiale. Se vor extirpa (de exemplu în stadiul II b și c) întreg peritoneul pelvian cu zonele de înșămânare canceroasă în bloc cu uterul și anexele realizându-se acea «*histerectomie subperitoneală*», propusă de Chiricuță încă din 1958.

Operaia începe prin incizarea peritoneului de jur împrejurul străimtorii superioare a pelvisului, decolează întreg peritoneul pelvian (atenție la uretere) inclusiv peritoneul ce acoperă vezica urinară, apărând evident în plagă ureterele și arterele uterine. Se efectuează apoi histerectomia totală sau subtotală și pelvisul rămâne neperitonizat. Când există dificultăți în decolarea peritoneului pelvian (mai ales în zona fundului de sac Douglas) se va utiliza metoda infiltrării de ser fiziologic cu seringă, subperitoneală (prepararea hidrolică a esuturilor). Piesa operatorie (uter și peritoneu) arată ca o «*balerină cu rochia evazată*» (fig. 777).

Operații similare recomandă și Hudson, N. (1968) și Munnell W. (1969). În cadrul chirurgiei agresive pentru stadiul III intră și *extirpările foarte largi ale peritoneului parietal*, cancerul de ovar diseminat nemaifiind o boală a ovarelor ci mai degrabă a peritoneului. Am avut cazuri în care în afară de peritoneul pelvian am extirpat în întregime zone largi din peritoneul parietal al spațiilor pariето-colice bilaterale (în total cca. 500 cm² de peritoneu).

Lipsa peritoneului parietal pe zone întinse nu va tulbura cu nimic dinamica digestivă, profilaxia aderențelor vicioase între ansele intestinale fiind realizată prin tehnica mezoplicaturii recomandate de Childs Philipps (Chiricuță, I., Popescu, V., Ordeanu, A., —1973).

Tot în cadrul chirurgiei agresive pentru stadiul III intră și extirpările colice (hemicolecomie dreaptă sau rezecție rectosigmoidiană) ca și zone limitate din intestinul subțire.

Chirurgul ginecolog singur nu poate rezolva tehnic aceste probleme și va trebui să recurgă la o colaborare strânsă cu un chirurg familiarizat cu problemele chirurgiei oncologice. Indicația acestor rezecții viscerale va fi bine cântărită și cu mare simț de răspundere.

«*Chirurgia agresivă*» este permisă numai dacă, utilizând-o, îndepărtează total masele canceroase diseminate în abdomen sau dacă măcar asigură o reducere maximală a înșămânțării rilor neoplazice peritoneo-viscerale. Ea cere o tehnicitate

chirurgicală excepțională. Se realizează astfel conceptul «*chirurgiei de reducere*» «concept preconizat azi de numeroși chirurși oncologi, care urmăresc reducerea la maximum a masei tumorale mari, rămânând ca resturile tumorale de mici dimensiuni (cu diametru [^] 1 cm) să fie distruse ulterior de o chimioterapie și radioterapie bine conduse».

Este interesant de semnalat că la principiul «chirurgiei agresive de reducere» au aderat chiar radiologii, respectiv una dintre cele mai prestigioase instituții de radioterapie, cum este Institutul Radiumhemmet din Stockholm, specializat în tratamentul cancerelor ovariene și alii (Jelenievska, A., —1968; Kottmeier, L., —1967; Kottmeier, L., -1968; Rickford, B. și Girtaner, -1979; Griffiths, -1978; Piver—1975).

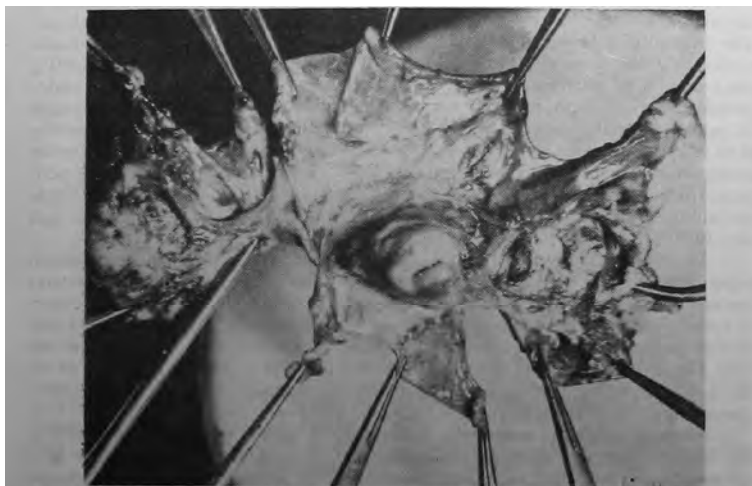


Fig. 777. — Histerectomia totală subperitoneală cu extirparea întregului peritoneu pelvian înșămânțat neoplazic (tehnica I. Chiricuță). Pe piesa operatorie se poate observa colul uterin înconjurat de întregul peritoneu pelvian, extirpat (Histerectomie cu rachetă peritoneală). Bolnavă de 30 de ani, care avea înșămânțări canceroase pe peritoneul pelvian extirpat, tratată cu citostatice intraperitoneale și parenterale a fost vindecată definitiv (verificare prin 2 second-look). Urmărită vindecarea de 8 ani.

Este inutil să mai atragem atenția că operațiile pentru cancer ovarian nu pot fi efectuate prin laparotomii mici sau incizii Pfannenstieler. Uneori laparotomia executată de noi a fost xifo-pubică.

încheiem expunerea tratamentului chirurgical, prezentînd chirurgului importanța «chirurgiei de control» (cunoscut în literatura anglo-saxon sub gumele de «second-look»), idee lansată de Wangenstein în 1954.

Reîntervenția de control se impune în cancerele ovariene recunoscute prin (tendința lor mare la recidivare. Este preferabil să extirpăm recidivele cînd sunt de dimensiuni reduse decît să încercăm extirparea lor cînd vor fi mari și vor infiltra zone mari anatomice. Aceste reintervenții se vor face tot la 6 luni interval și impun un control al întregii cavități peritoneale, ducînd la extirparea recidivelor.

Principiul reintervențiilor de control în oncologie este astăzi unanim admis (Kottmeier, L. —1967; Ribalka, N. —1967; Chiricu, I., Bologa S. —1969; Smith-Rutledge —1975; Piver —1975).

Indicația de «second-look» întîmpină reale dificultăți psihologice pentru pacienți, și chirurgul va trebui să ducă o muncă de lungă durată foarte abil condusă.

În cazurile disperate (ocluzii) nu rămîne decît practicarea unor operații paleative (anus iliac, entero-anastomoze etc.).

Cu toate aceste metode chirurgicale complexe, chirurgul își dă seama că de unul singur poate face prea puțin în această boală posibil diseminată chiar din stadiul incipient. De aceea el este obligat să recurgă la alte metode terapeutice.

2. CHIMIOTERAPIA CANCERELOR OVARIENE

Apariția chimioterapiei a marcat o cotitură hotărîtoare în tratamentul cancerelor de ovar. Ea permite speranța unei vindecări definitive, cel puțin pentru cancerele incipiente operate radical. Ea poate desființa microînsămînțirea peritoneală a celulelor canceroase. Pentru cancerele avansate, chimioterapia reprezintă astăzi unica metodă paleativă valabilă, care poate prelunge confortabil viața cel puțin cîteva ani.

Chirurgia singură nu putea obține decît 65—75% vindecări în stadiul I (Mattingly, 1978), pe cînd dacă asociem tratamentul chimioterapic celui chirurgical vindecările la 5 ani pot fi ridicate la 92% (Piver, M.-Barlow, J. —1978).

Problema chimioterapiei cancerelor de ovar a fost tratată pe larg recent de Munteanu, S. Chiricu, I., Mârza, V. (1978) în tratatul de chimioterapie cancerului, editat de Institutul Oncologic Cluj, 1978, lucrare din care vom extrage cîteva date mai importante:

Chimioterapia se poate face cu un singur citostatic (monochimioterapia) sau cu un cocteil de mai multe substanțe citostatice (polichimioterapia). Substanțele chimice se pot administra direct intraperitoneal (chimioterapia endocavitară) sau parenteral (chimioterapia pe cale sistemică).

a) *Chimioterapia cu o singură substanță citostatică.*

În general, cele mai active în cancerele de ovar, în general rata de răspuns a fost de pînă la 50%, multe bolnave în faze avansate (5—15%) fiind menținute în viață mai mult de 2 ani exclusiv prin tratamentul chimioterapic.

În stadiul I, Julian și Woodruff (cit. de Tobias, 1976) au tratat postoperator cu *Clorambucil* 14 pacienți, timp de 5 săptămîni: 13 cazuri erau în stare bună la 5 ani postoperator. Alți autori nu au obținut rezultate la fel de bune (Neyl, 1972).

În general, există o experiență mai mare pentru cancerele avansate de ovar și operate (Stadiul III). Dacă nu se pot obține vindecări, se obțin ameliorări interesante. De exemplu Smith și Rutledge (cit. de Munteanu, S. și colab., 1978) de la M. D. Anderson Hospital (SUA) tratînd cu *Melphalan** 494 cazuri, au obținut un răspuns bun în 47% din cazuri, durata răspunsului depinzînd de tipul histologic al tumorii: pentru carcinomul mucinos 46,4 luni, pentru chistadenocarcinomul seros 28,9 luni și pentru carcinomul nediferențiat 22,9 luni.

Din cazurile care au răspuns pozitiv 42% erau încă în viață la 2 ani de la începutul chimioterapiei în timp ce în lotul rezistent la chimioterapie nu erau în viață decît 10%.

Dintre alkilante preparatul Thio-TEPA s-a dovedit cu o eficiență bună în cancerele de ovar. Acest preparat are acțiunea mai promptă decît *Clorambucilul*. Atunci cînd se instalează rezistența la alkilante se poate trece la utilizarea altor citostatice ca: *Endoxan* (ciclofosfamid) cu răspuns pozitiv în 44%, *Hexamethylmelamina* cu 42% răspunsuri pozitive, *Adriamycină* cu 35% răspunsuri, *Methotrexatul* cu 30% răspunsuri pozitive. S-au dovedit ineficiente: *Actinomycină D*, *Bleomicină*, *BCNU*, *CCNU*, *6-Mercaptopurina*, *Vincristina* ș.a. Datele de mai sus se referă la administrarea sistemică (intravenoasă) sau *per os* a citostaticelor, majoritatea autorilor optînd pentru acest mod de administrare. *Cisplatinum* (un nou citostatic) oferă noi speranțe după *Vogel E.* (1979), fapt neconfirmat încă de alți autori.

Citostaticele pot fi aplicate și endocavitar, în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca există o mare experiență cu această cale de administrare. Avem bolnave la care prin introducerea postoperatorie a citostaticelor (*Thio-TEPA** sau *Endoxan*) în cavitatea peritoneală s-a obținut dispariția microînsămînțirilor canceroase ce nu au putut fi extirpate operator (verificare cu ocazia laparotomiei de control efectuată după 6 luni). Avem în statistica noastră personală vindecări definitive prin chirurgie radicală + chimioterapie, la bolnave care inițial erau lipsite de speranță de vindecări.

b) *Polichimioterapia* face apel la cocteiluri de citostatice ca: ciclofosfamid, *Vincristină* și *Trenimon*; cu acest cocteil *Brandl* a obținut 80% remisii. Chimioterapia are dezavantajul că este toxică și tratamentul trebuie făcut sub atentă supraveghere hematologică.

Cînd este utilizată în scop curativ (Stadiul I și II) ea trebuie mînuită în cadrul unei tactici și strategii terapeutice asupra căreia vom reveni.

c) *Chimioterapia cu substanțe hormonale* nu a fost prea larg folosită în cancerele de ovar. Se pare că dozele foarte mari de progesteron au o acțiune frenatoare asupra cancerului ovarian (*Medroxi-progesteronul*, preparatul *Provera*, etc.).

3. RADIOTERAPIA CANCERELOR OVARIENE

Tratament existent de peste 50 de ani, radioterapia era considerată ineficientă în trecut cînd se limita la utilizarea radiațiilor de joasă tensiune (250 Kv). Așa-zisa roentgenterapie sau radioterapia convențională.

Roentgenterapia clasic nefiind penetrant, razele X erau re inute în mare parte de peretele abdominal, ajungând în profunzime în cantități insuficiente pentru a steriliza focarul neoplazic. Ineficiența lor asupra cancerelor profunde era dublată de crearea unor radiodermite tegumentare, dureroase și uneori imposibil de vindecat.

În ultimii 25 ani, prin apariția radioizotopilor și a radiațiilor cu înalte energii (bomba de cobalt, acceleratorul liniar, betatronul) dotate cu o putere mare de penetrare și cu posibilitatea concentrării în tumorile profunde a unor doze tumoricide, radioterapia cancerelor ovariene a luat un mare avânt.

Dificultățile de care se lovește radioterapia astăzi sînt:

1) Sensibilitatea mult mai crescută la radiații a epiteliiilor intestinului, rinichiului, ficatului și vezicii urinare în comparație cu tumoarea malignă.

De exemplu, parenchimul renal nu poate tolera decît 2 000—2 500 Rad., depășirea acestor doze putînd determina distrugerea epiteliului secretor renal. Ori pentru a distruge un ganglion canceros de 2 cm diametru este nevoie de a concentra în tumoarea respectivă cca. 7 000 Rad. La această doză, uriaș, rinichiul, ficatul și mai ales intestinele suferă leziuni incompatibile cu viața.

2) Practica arată că numai tumorile mici, sub 1 cm diametru, pot eventual să fie sterilizate de radiații. De aici rezultă că radioterapia (chiar cea modernă) nu poate fi utilizată pentru a steriliza mase mari tumorale, ea putînd în cel mai bun caz fi utilizată după efectuarea unei «chirurgii agresive de reducere a masei tumorale», cînd prin meticulozitatea chirurgului, tumorile mari au fost îndepărtate, și nu au rămas decît înșiruri microscopice de cel mult 0,5—1 cm diametru („chirurgie reductivă optimală”).

3) O altă dificultate în aplicarea radioterapiei este că, în cancerul de ovar (operat sau neoperat), apar aderențe între intestine, fapt ce facilitează apariția radionecrozelor intestinale în zona de fixare a intestinului.

Radioterapia externă cu radiații de înalte energii (bomba de cobalt, betatron, accelerator liniar), se poate face după 2 tehnici:

a) *Tehnică clasică prin câmpuri cu suprafață mare*, pentru a prinde în câmpul de iradiere zone mari din pelvisul și abdomenul cancerizat (de la pubis la rebordul costal); se administrează 3 500—4 000 rad pe o durată de 6—8 săptămîni; după o scurtă pauză se va administra în plus pe pelvisul cancerizat încă 1 500-2 000 rad (metoda practică în clinica lui Mattingly - 1978). Atragem atenția că zonele renale nu pot primi mai mult de 2 000 - 2 500 rad.

b) *Tehnică «moving strip»* descrisă de Fletcher și Delclos de la Institutul Oncologic Anderson din Dalas (S.U.A.), care în prezent are numeroși adepți. Noi în Institutul Oncologic Cluj-Napoca am optat pentru această tehnică. Se împarte abdomenul și pelvisul în zone în grupe benzi transversale, late inițial de cîte 2,5 cm fiecare. Se iriază bandă cu bandă în mod succesiv.

Această ultimă tehnică protejează maximal intestinele, realizînd concentrații mari de radiații în focarele tumorale. Fletcher a obținut cu această tehnică aplicată în Stadiul I supraviețuiri la 5 ani de 72%.

O altă posibilitate de utilizare a radioterapiei este aplicarea soluțiilor de *radioizotopi* (Aur coloidal, fosfor radioactiv sau sulfat de Stronțiu radioactiv) direct în cavitatea abdominală. Este vorba de o radioterapie de contact între substanța puternic radioactivă și leziunile de mici dimensiuni 0,5—1 cm diametru, care oferă perspective interesante în tratamentul de consolidare a resturilor mici tumorale, rămase după «chirurgia agresivă de reducere».

De exemplu Keettel (citată de Mattingly —1978) a folosit aur coloidal radioactiv la 53 paciente cu carcinom de ovar Stadii I și II și a obținut o rată de supraviețuire la 5 ani de 83%. Totuși 44% din bolnave au avut de suferit efectele unei radiații intestinale prea puternice (mai ales în zonele aderente).

Hester și Whitc (1969) au înlocuit aurul radioactiv cu ^{32}P (Fosforul radioactiv) și au avut accidente de iradiere enterală mai reduse.

Ei au introdus intraperitoneal 10—12 microcurie de ^{32}P în primele 48 ore după efectuarea operației radicale.

Pe 115 cazuri de cancer de ovar Stadiul I tratate astfel, 90% erau în viață după 5 ani, iar complicațiile enterale postiradiere au fost reduse doar la 15%.

Piver, crescînd cantitatea de ^{32}P introdusă intraperitoneal la 15 microcurie, pe un lot de 16 paciente Stadiul I a operate, a avut o supraviețuire de 95%.

Calculînd dozele de radiații primite prin introducerea a 150 milicurie Aur coloidal în 400 ml ser fiziologic intraperitoneal, Muller constată că se eliberează o energie de cel puțin 4000 rad pe seroasa peritoneală, 6000 rad pe epiploon și în medie 7000 rad în ganglionii limfatici retroperitoneali în care se concentrează coloidul.

Cităm studiile lui Decker (citată de Piver, 1978) asupra unui lot de 25 paciente la care s-a rupt chistadenocarcinomul intraoperator (Stadiul I a) și unde s-a introdus imediat postoperator Aur coloidal radioactiv; supraviețuirea la 5 ani a fost de 80%; pe un alt lot comparativ de 22 paciente Stadiul I a la care s-au rupt chistul, dar nu s-a introdus izotopi radioactivi, supraviețuirea a fost de numai 43%.

Atragem atenția că Aurul coloidal emite 90% raze beta și 10% raze gama; razele gama sînt periculoase pentru chirurgul personal auxiliar; fosforul emite numai radiații beta; de asemenea fosforul are un timp de înjumtărire de 14,5 zile, în comparație cu Aurul care are un timp de înjumtărire de numai 2,7 zile. În concluzie, fosforul pare să aibă avantaje asupra aurului radioactiv.

Personal nu avem experiență cu izotopii radioactivi în tratamentul cancerului ovarian, dar literatura consultată pledează pentru utilizarea și a acestei metode terapeutice, într-o boală atît de desesperantă.

VI. TACTICĂ ȘI STRATEGIE: SUPERIORITATEA TRATAMENTULUI COMPLEX RADIO-CHIMIO-CHIRURGICAL

Dacă în unele cancere (de exemplu: cancerele de col uterin sau piele) majoritatea autorilor au ajuns la concluzii oarecum identice, existînd o terapie cu momente bine codificate, în alte cancere, printre care se situează și cancerele de ovar, conduita terapeutică este atît de diferită de la o coală la alta, încît mai degrabă putem vorbi de o nebuloasă decît de o codificare a momentelor terapeutice existente. Deoarece în Institutul Oncologic Cluj-Napoca, problema tratamentului cancerelor ovariene este una din cele mai temeinic studiate, ne permitem să prezentăm concluzii de etapă, bazate pe succesele, uneori impresionante, obținute în această localizare. Desigur că au existat și foarte numeroase insuccese, dar ele în mai mult de genul malign al bolii și de faptul neglijării unei soluții definitive a problemei. Vom expune strategia terapeutică, adică modul în care trebuie să utilizăm rațional în tratamentul

complex al acestei boli cele trei metode terapeutice cunoscute: chirurgia, chimioterapia și radioterapia, pentru a salva sau prelungi în condiții confortabile viața.

Aceste concluzii sînt rodul experienței acumulate și meditației permanente asupra succeselor, cît și a insucceselor obținute pe aproximativ 700 cazuri cancere ovariene tratate de noi în decursul ultimilor 10—12 ani.

1. *Cazurile în Stadiul I (FIGO) au fost foarte rar întâlnite în practica noastră*. Mai multe bolnave s-au prezentat în Stadiul II, dar majoritatea au fost în St. III și IV. Subliniem prin aceasta dificultățile diagnosticului precoce.

2. *Cum clasificarea FIGO este o clasificare bazată pe elemente anatomo-clinice macroscopice și fiind cunoscut gradul mare de exfoliere celulară al acestor cancere I cu posibila invadare microscopică a seroasei peritoneale pelviană și abdominale (fapt dovedit de evoluția clinică ulterioară) considerăm că fiind potențial diseminate intraperitoneal și cazurile de St. I. (prin definiția FIGO strict localizate). De aceea chiar pentru cazurile în stadiul I nu ne-am limitat numai la exereză chirurgicală (histerectomie totală sau subtotală cu anexectomie bilaterală) și am completat tratamentul chirurgical cu cel chimioterapic (după indicațiile de mai jos).*

3. *Toate cazurile cu diagnosticul (cert sau prezumptiv) de cancer ovarian, chiar dacă clinic pareau foarte înaintate (ascită mare, hemoragică sau nu, mase tumorale pelviene fixate, indiferent de volum sau palparea unor mase tumorale în alte regiuni ale abdomenului mergînd pînă în epigastru) au fost sistematic larg laparotomizate mergînd uneori pînă la laparotomia xifo-pubiene. Starea generală alterată nu a fost o contraindicație a actului operator, bolnavele fiind pregătite cu transfuzii repetate. Fiind partizanii unei «chirurgii agresive», rațional întotdeauna au fost extirpate masele tumorale pelviene, aplicînd adeseori tehnica histerectomiei largite subperitoneale cu rezecția peritoneului pelvin descrisă de Chiricu; această tehnică urează mult efectuarea operației chiar în cazurile aparent inoperabile, deoarece invazia canceroasă se limitează mult timp la peritoneul parietal, adevărat baraj biologic ce se opune extensiei tumorale.*

O atenție deosebită se acordă extirpării maselor tumorale din fundul de sac peritoneal Douglas, curîndu-se pe cît posibil de mase tumorale în recto-sigmoidul, deseori interesat (atenție să nu se perforeze colonul). Pelvisul rămîne neperitonizat. Uneori am fost obligați să asociem histerectomiei și amputația recto-sigmoidului invadat, bolnavei creîndu-i-se un anus iliac.

Se controlează restul cavității abdominale și se extirpă toate masele tumorale constatate, chiar subhepatic sau în epiploanele stomacului, mergîndu-se pînă la rezecții limitate de intestin sau colon. Marele epiploon este foarte adesea gîsit infiltrat tumoral, uneori este îngroșat de 10—15 cm situație care cînd prin infiltrație neoplazică, devine o plată dură. Omentectomia este obligatorie.

Se controlează «oselele de diseminare» parieto-colice și diafragmul, sediul frecvent al metastazelor, extirpîndu-se pe cît posibil cu minuțiozitate masele tumorale existente, în bloc cu peritoneul parietal respectiv, realizînd peritonectomii foarte largi.

Atragem atenția că atunci cînd aceste mase tumorale nu pot fi total extirpate, sînt binevenite și exerzele parțiale, așa-zisa «chirurgie de reducere a masei tumorale»; aceasta pentru a face esutul tumoral restant, de volum cît mai mic posibil, pentru a fi cît mai vulnerabil pentru chimioterapia și radioterapia complementară. Observația ne arată că deseori masele tumorale mici, cu diametrul de 1 cm pot fi lizate (chiar vindecate?) de tratamentul chimioterapic adjuvant actului operator, sau de radioterapia postoperatorie.

Rezultă din cele enunțate că epiploonul, prins foarte frecvent, este extirpat sistematic în întregime și nu parțial. Atragem atenția încă o dată că împreună cu epiploonul trebuie extirpați și ganglionii limfatici din jurul vaselor gastro-epiploice invadate foarte frecvent microscopic și macroscopic.

4. *Chimioterapia intracavitară peritoneală*. După terminarea operației (dirijată după principiile expuse ale «chirurgiei agresive»), spălăm întreaga cavitate peritoneală cu 2—3 litri de ser fiziologic cald (nu ne limităm numai la pelvis) și aspirăm lichidul cu aspiratorul electric. Prin această manevră, considerăm că am îndepărtat (cel puțin parțial) celulele canceroase eliberate din tumoarea ovariană prin manevre chirurgicale în cavitatea peritoneală, generînd recidive.

Înainte de introducerea citostatice, este obligatorie anestezia terminațiilor nervoase intraperitoneale prin versarea în cavitatea peritoneală a 100—150 ml soluție de novocaină 0,5% și respîndirea ei în întreaga cavitate peritoneală. Se așteaptă cca 10 minute pentru anestezia receptorilor nervoși ai seroasei, timp în care cavitatea abdominală este închisă prin apropierea cu pense a marginilor plămînilor.

Se aspiră lichidul anestezic și se introduce intraperitoneal o soluție de citostatice: noi am utilizat cu mare succes uneori Onco-Thio-TEPA și Endoxan.

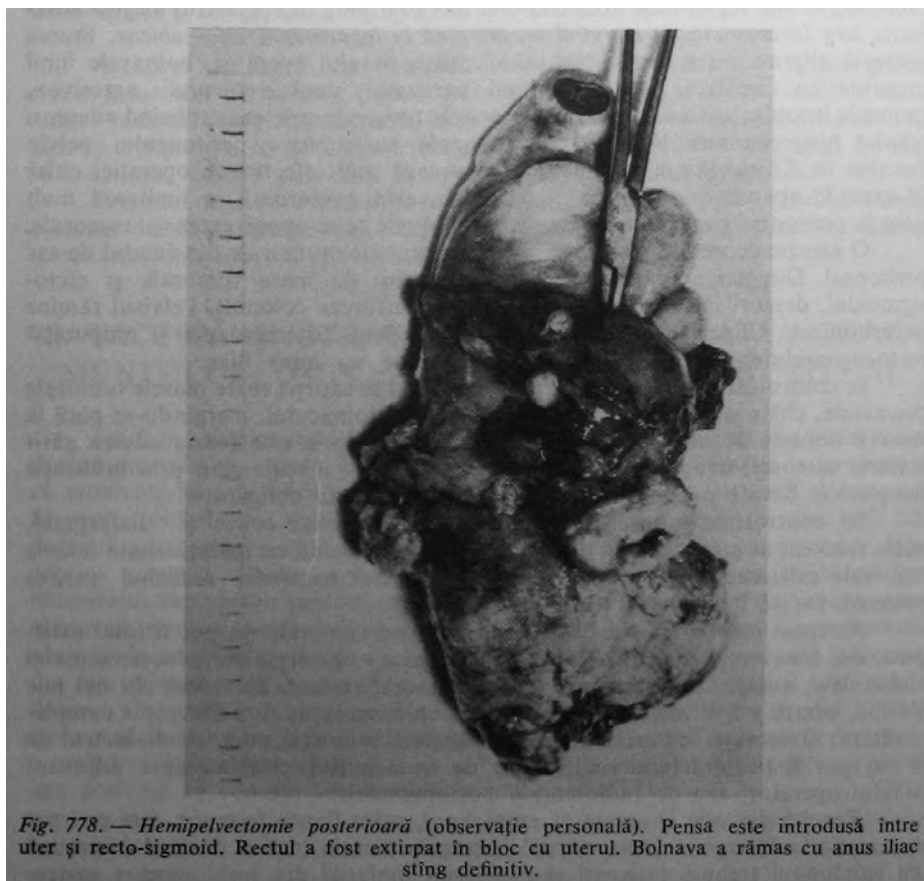


Fig. 778. — Hemipelvectomy posterioră (observație personală). Pensă este introdusă între uter și recto-sigmoid. Rectul a fost extirpat în bloc cu uterul. Bolnava a rămas cu anus iliac stîng definitiv.

În funcție de situație, am introdus 3—4 fiole Thio-TEPA (30—40 mg) și 3—4 fiole Endoxan (600—800 mg) dizolvate în 50—60 ml soluție de novocaină 0,5%. Soluția nu se «aruncă» în cavitatea peritoneală la împlinire, ci este «dirijată» în felul următor: se introduc sonde subiri de polietilen în regiunea subdiafragmatică, parieto-colică dreaptă și stîngă (în apropierea unghiurilor colonului) în spațiul submezocolic și pelvian. Se suturează peretele abdominal, exteriorizîndu-se printre firele sondelor de plastic. Soluția de citostatice se introduce cu seringă, în mod dirijat, prin sonde, ce sînt apoi extrase din abdomen; sutura tegumentelor.

Dacă este nevoie să se dreneze pelvisul (rămăsese deperitonizat) tuburile de dren se exteriorizează suprapubian și se clampază obligatoriu cu pense Kocher 24 ore (interval în care citostaticele își fac efectul), după care se suprimă clampajul penselor pentru a restabili drenajul prin tuburi.

Se controlează atent periodic postoperator limfocitele și trombocitele. Scăderea lor obligă la transfuzii repetate cu sînge.

După reluarea tranzitului intestinal și vindecarea plăgii (7—12 zile) se reia chimioterapia intraperitoneală prin injectarea cu seringă transparietală sub supraveghere atentă hematologică, pînă la completarea dozei de citostatice (pentru o serie ajungînd aproximativ 120—150 mg Onco-Thio-TEPA doză totală și 2 000—3 000 mg Endoxan; în aceste doze sînt incluse și dozele introduse intraoperator în cavitatea peritoneală). (Soluțiile de Onco-Thio-TEPA și Endoxan se introduc fracționat).

Atenție: în cazurile în care s-au făcut rezecții intestinale sau colice (timpi septici) nu este recomandat introducerea pe masa de operație a citostaticelor. Ele vor putea fi introduse intraabdominal, transparietal după vindecarea chirurgicală. Nu recomandăm introducerea postoperatorie a citostaticelor prin tuburile de drenaj, deoarece este știut că după 24 ore în jurul lor se organizează septuri de fibrină, ce ar împiedica răspîndirea citostaticelor în întreaga cavitate peritoneală.

5. Chimioterapia postoperatorie: am utilizat foarte frecvent calea intraperitoneală considerînd că celulele cancerelor de ovar sînt în majoritatea cazurilor chimiosensibile la citostaticele utilizate. Atragem atenția că nu am avut doze totale fixate standard, ci ne-am condus după tabloul sanguin (oprirea chimioterapiei cînd leucocitele au scăzut la 2 000—3 000, iar trombocitele la 80 000—100 000). Sistemul leucoformator a fost stimulat tot timpul tratamentului prin vitamine (complexul B, C) și transfuzii sanguine repetate; în caz de tendință la leucopenii grave, progresive am recurs la Leuco 4 (peroral), Leucotrofin (parenteral) și transfuzii. Leucopenii grave (în jur de 1 000 leucocite) au fost redresate prin acest tratament stimulator susținut și controlat ca eficiență la intervale scurte (3—4 zile) prin hemo-leucograme (inclusiv numărarea trombocitelor).

Dacă chimioterapia intraperitoneală nu se poate efectua, se va recurge la chimioterapia intravenoasă.

6. Necesitatea dispensării bolnavelor. Controalele vor fi luate la început, apoi tot la 3 luni; examenul ginecologic și palparea abdomenului (la nevoie sub anestezie intravenoasă cu Eponol) este obligatoriu a fi efectuat de chirurgul care a operat și cînd este cazul. La cea mai mică suspiciune de reapariție a unor mase tumorale pelviene sau abdominale, precum și în caz de creștere a tumorilor reziduale se recomandă insistent laparotomia de control. Chiar fără palparea tumorilor, prima laparotomie de control va fi obligatorie la 6 luni postoperator.

7. Importanța laparotomiei de control («second-look») este de necontestat în cancerul de ovar. Intervalul între laparotomiile de control pentru cancerul ovarian este în medie de 6 luni, dar dacă palpăm noi mase tumorale apărute între două controale, laparotomia de control se poate efectua și mai curînd (după 2—3 luni). Se efectuează un nou inventar al leziunilor și se extirpă cît se poate de radical masele tumorale nou apărute sau dezvoltate între timp. În cazurile în care la prima laparotomie marele epiploon nu a fost extirpat (s-au expus motivele), acesta va fi extirpat la a doua laparotomie de control, fiindcă poate purta metastaze macroscopice evidente sau poate avea metastaze microscopice care sigur se vor dezvolta ulterior.

Teoretic, laparotomiile de control vor fi repetate de mai multe ori, dar practic ne limităm la 2—3 laparotomii. Am avut bolnave la care am efectuat 4—6 laparotomii de control tot la 6—8 luni, și de fiecare dată am găsit mase tumorale extirpabile (unele din aceste bolnave trăiesc în condiții bune de viață și la 10 ani postoperator).

De obicei, în urma a 3-a—4-a laparotomie se instalează un sindrom aderențial care creează mari dificultăți pentru efectuarea unei noi laparotomii (în formarea aderențelor intestinale există o mare variabilitate de la caz la caz). Dealtfel, ne orientăm de la a doua sau a treia laparotomie de control asupra evoluției cazului. Sînt mai multe eventualități:

a) La a 2-a laparotomie, de control (primul second-look) nu găsim nici o leziune neoplazică. Introducem intraperitoneal (sau nu) citostatice ca tratament profilactic al potențialelor recidive și metastaze.

b) La a 2-a laparotomie de control găsim o involuție totală (mai precis o dispariție) a resturilor tumorale rămase evidente după prima laparotomie; involuția s-a produs prin chimioterapia intraperitoneală repetată (avem în statistica noastră mai multe cazuri de acest fel). Repetăm tratamentul chimioterapie 1—2 serii la intervale de timp (cca 3 luni) pînă la o nouă laparotomie de control.

c) La a 2-a laparotomie găsim mase neoplazice nou dezvoltate, dar cu volum mic (ritm lent de creștere). Extirpăm tot ce putem din masa neoplazică. Repetăm tratamentul chimioterapie intracavitar.

Recomandăm a 3-a laparotomie de control sau radioterapia postoperatorie.

d) La a 2-a laparotomie de control găsim cîmăsele tumorale restante au crescut mult și au apărut noi tumori; acest fapt denotă un ritm de creștere accentuat al tumorii și o rezistență evidentă a tumorii la citostaticele utilizate. Marcăm cu clipsuri metalice tumorile inextirpabile tehnic, de volim mai important (pentru a fi vizibile la radiografia abdomenului) și recomandăm abia acum radioterapia post-operatorie și ulterior chimioterapia sistemică paliativă. În aceste cazuri grave nu se mai recomandă laparotomia de control (a 3-a) decît numai în eventualitatea că au apărut complicații ulterioare (ocluzia intestinală); laparotomia indicată în această eventualitate nu are alt scopul de a mai extirpa inutil mase neoplazice ce se refac rapid și va căuta să rezolve paliativ ocluzia.

Atragem atenția că la laparotomiile de control va trebui să explorăm palpatator, obligatoriu, ganglionii limfatici din jurul marilor vase pelviene și din jurul aortei și cavei; controlul ganglionar se va face pînă la nivelul diafragmului (hilul limfatic principal ovarian este în zona subiacentă originii arterelor renale, de unde nasc arterele lombovariene). Ganglionii mari și vor fi recoltați pentru biopsie. La fel vor fi explorați și ganglionii mezenterici (intestin subire și colon) care sînt frecvent prinși în cazurile înaintate.

8. *Importanța invaziei ganglionare.* Limfomia unor cancere ovariene este recunoscută a fi accentuată. Ganglionii pot fi explorați cu ocazia laparotomiilor (primară și a celor de control) ca și prin limfografia cu lipiodol extrafluid. Constatarea invaziei ganglionare (bine exprimată) retroperitoneale sau mezenterice ne obligă să renunțăm la chimioterapia intracavitară peritoneală (valabilă după experiența noastră atîta timp cît neoplazia rămîne «în vas închis», evoluție determinată de rezistență biologică a seroasei peritoneale) și vom institui chimioterapia sistemică (generală) după una din schemele descrise de alți autori, asociind și radioterapia. Aceste cazuri au prognostic mai mult decît rezervat.

9. *Radioterapia cancerelor de ovar.* Experiența noastră ne-a condus la următoarele concluzii:

a) Contraindicăm total radioterapia preoperatorie: aceasta deoarece ea nu va reuși să sterilizeze în nici un caz masele mari tumorale și ne va crea mari greutăți operatorii nu atît prin aderențele posibile între ansele intestinale, cît mai ales prin iradierea intestinelor; această iradiere creează o distrofie ridicată enterală, fapt care împiedică posibilitatea efectuării unor rezecții enterale necesare (prin invazie masivă tumorală) sau a unor enteroanastomoze derivate (în caz de ocluzii). Practica ne-ar tăta (pe numeroase cazuri) căsăturile enterale efectuate pe esuturi radiodistrofice «nu în», cicatrizarea intestinală nu are loc, dehiscența și peritonita sînt sigure. Efectuarea preoperatorie a radioterapiei reduce masiv posibilitățile unei «chirurgii agresive», singura chirurgie care are șanse de a dura mai mult sau mai puțin, situația bolnavei. Contraindicăm de asemenea și chimioterapia preoperatorie.

b) De aceea noi recomandăm ca tratamentul radiologic să reprezinte ultima etapă, ultima armă la care recurgem pentru tratarea unui cancer ovarian, după ce am epuizat marile resurse oferite de tratamentul chirurgical («chirurgie agresivă» și «laparotomie de control») și chimioterapia, local intraperitoneală și sistemică.

Avem în observația noastră cazuri unde după 2—3 ani de tratament chirurgical și chimioterapie repetată după principiile enunțate boala continuînd să evolueze, am recurs la tratamentul radiologic, care a stabilizat leziunile (sterilizînd chiar unele tumori maligne avînd sub 1 cm diametru). Bolnavele sînt în viață după 4—6 ani, în condiții de integrare socială cu toate că abdominal se palpează mase tumorale care nu mai evoluează sau evoluează foarte lent.

c) Radioterapia convențională (200 Kv) este total ineficientă și numai radioterapia de supravoltaj (⁶⁰Cobalt, accelerator liniar, betatron) este eficientă; ea poate crea însă grave servituri mergînd pînă la perforații enterale prin radionecroze cu peritonite mortale, cînd este făcut incompetent și cu supradozaj.

d) Tehnica cea mai indicată este iradierea întregului abdomen parcelat în benzi de iradiere («moving-strip»), începînd cu pelvisul și urmînd progresiv pînă la diafragm, care va fi și el iradiat, avînd în vedere frecvența sa invadare metastatică (zonă bogată în limfatic). Prin această iradiere a întregului abdomen, dar nu pe cîmpuri mari, ci pe cîmpuri înguste ce interesează numai o zonă redusă a abdomenului, ulterior deplasînd zona de iradiere la un teritoriu supraiacent dozele fiind calculate precis pentru a fi tumoricide, rezultatele sînt bune, uneori neașteptate de bune. Nu avem experiența unei «radioterapii de contact» realizată prin introducerea intraperitoneală a unor soluții radioizotopice (Aur sau Fosfor) dovedite a fi bine suportate de pacienți și a avea o mare putere radioactivă cu efecte distructive asupra leziunilor canceroase de mici dimensiuni (sub 1 cmc). Experiența pozitivă a unor autori de prestigiu ca Mattingly (1978) trebuie să ne încurajeze și în cercetarea acestei metode.

10. *Tratamentul cancerelor de ovar în fazele finale.* De multe ori după o aparentă vindecare sau stabilizare evidentă (de luni sau ani), boala își reia evoluția fatală.

Tratamentele chirurgicale, chimioterapice și radiologice și-au încheiat gama posibilităților lor. Apar metastazele la distanță (creier, plămîni, ficat), sau, mai ales, masele neoplazice determină ocluzia intestinală.

În asemenea situații disperate nu rămînd decît derivații enterale pentru combaterea ocluziei (cu riscurile unor suturi intestinale efectuate pe anse iradiate), și o chimioterapie sistemică paliativă.

Rareori bolnavele mai beneficiază de aceste tratamente, dar înregistrăm uneori ameliorări interesante și de aceea le recomandăm.

În concluzie, considerăm că un caz de cancer ovarian este practic pierdut (în ce privește posibilitatea unui tratament eficient) atunci cînd primul tratament se începe cu iradierea și chimioterapia în speranța de a converti tumoarea din inoperabil în operabil

sau de a seca ascita. Chiar dac ob inem secarea ascitei sau diminuarea tumorii, se reduc foarte mult i posibilit ile tratamentului chirurgical, tratament care r mîne pîn la g sirea unor noi metode terapeutice mai eficiente, coloana de rezisten a întregii terapeutici a acestei localiz ri canceroase. De aceea atragem aten ia ginecologilor care trateaz cancerele de ovar, c au obliga ia moral s efectueze o chirurgie nu exclusiv pelvian ci o chirurgie de mare anvergur extins la întreg abdomenul, o adev rat «chirurgie oncologic agresiv ».

S nu se uite faptul c soarta unei bolnave cu cancer ovarian depinde de indica ia terapeutic , de succesiunea momentelor terapeutice i de competen a prin care sînt efectuate. Exist un moment chirurgical bine precizat în timp, dup cum exist i un moment chimioterapie sau radiologie bine precizat.

Schimbarea ordinei lor sau incompeten a cu care sînt efectuate pot compromite soarta unei canceroase de ovar. în afar de numeroasele succese ob inute de noi în tratamentul cancerului de ovar efectuat dup conduita formulat , am avut aproape întotdeauna insuccese atunci cînd bolnavele s-au internat în institut dup efectuarea unor tratamente radioterapice i chimioterapice inadecvate ce au precedat actul operator. De exemplu, am pierdut 3 bolnave prin septicemii grave, survenite dup sl birea imunit ii prin tratamente chimioterapice preo- peratorii. Introducerea citostaticelor în cavitatea peritoneal intraoperator, a dus la o pr bu ire rapid a sistemelor imunitare, declan înd septicemia. De aceea nu mai aplic m citostatice intraperitoneal peroperator la bolnavele care au f cut în prealabil tratamente chimioterapice. Ele r mîn s fac o chimioterapie sistemic postoperatorie dup vindecarea pl gii; aceste bolnave bineîn eles c pierd avantajul mare terapeutic pe care-l reprezint chimioterapia intraperitoneal , moment terapeutic în care citostaticul vine în contact direct cu masele neoplazice.



în încheiere am dori s facem unele preciz ri:

— cele enun ate în această parte reprezint concluzii de etap ale experien ei noastre.

La aceste concluzii am ajuns dup ce am tatonat alte scheme terapeutice, propuse de al i autori, scheme ce nu ne-au dat îns rezultatele scontate. De exemplu, sîntem contra opiniei lui Max Farlane, Carter i Rutledge (cita i de Lansac, 1973), care pentru stadiile III propun ca s ne limit m la o simpl laparotomie cu recoltarea unui mic fragment, pentru precizarea diagnosticului. Apoi autorii cita i recomand un tratament radio- sau chimioterapeutic i numai în cazul c vor regresa masele tumorale ei încearc exerez chirurgical . Procedînd astfel, înseamn s condamn m la moarte sigur multe bolnave vindecabile sau posibil ameliorabile prin atitudinea activ pe care am preconizat-o.

În prezent ne preocup în mod major cîteva probleme:

a)Dac chimioterapia local intraperitoneal este mai avantajoas decît chimioterapia general sistemic în ceea ce prive te « menajarea» la maximum a sistemelor de ap rare imunologic a pacientelor? (despre rolul ac iunii imunit ii active asupra dezvolt rii celulelor canceroase nu mai insist m, acest fapt fiind recunoscut de to i cercet torii).

b)Dac chimioterapia local intraperitoneal nu « distruge» mai eficient celulele canceroase ovariene decît chimioterapia general sistemic ?

Pentru moment înclin m pentru ideea c într-o neoplazie ce se men ine mult vreme ca o malignitate local , datorit « vasului închis » reprezentat de rezisten a biologic a seroasei peritonealei, chimioterapia local intraperitoneal are mai mari anse de reu it . Recurgem la chimioterapia sistemic atunci cînd bariera peritoneal a fost frînt i se manifest diseminarea limfatic i hematogen , sau cînd calea intraperitoneal este imposibil de utilizat (aderen e).

c)G sirea unor noi « cocteiluri» de citostatice care introduse local, intra- peritoneal sau administrate general, sistemic ar avea eficien mai mare decît citostaticele folosite de noi în prezent (Onco-Thio-TEPA i Endoxan).

d)Dac stimularea imunit ii prin Polidin sau Levamisol complementar chimioterapiei nu cre te procentul vindec rilor? Încheiem prin a atrage aten ia asupra preg tirii psihologice a bolnavelor pentru a suporta acest tratament atît de complicat.

VII. REZULTATE TERAPEUTICE

într-o boal atît de grav diseminat peritoneal înc din primele stadii nu ne putem a tepta la rezultate îmbucur toare.

Statisticile sînt foarte contradictorii, neomogene, i nu to i autorii au utilizat acelea i metode terapeutice.

Interesant este durata de supravie uire la 5 ani în func ie de natura histo- patologic a tumorii corelat cu stadiul clinic al tumorii.

Tabelul de la pag. 1020 întocmit de noi dup statisticile publicate de diferi i autori* confirm afirma ia de mai sus. Adenocarcinomul mucinos (mucos) i adenocarcinomul endometrioid au prognosticul mai bun (pentru adenocarcinomul mucinos supravie uirea la 5 ani a fost de 73% în st. I. i 21 % în st. III, iar pentru adenocarcinom endometrioid de 76% în st. I. i 16% în st. III); adenocarcinomul seros are prognostic mai sever (61 % în st. I i 16% în st. III), prognostic sumbru avînd adenocarcinomul anaplazic (supravie uire la 5 ani 38% în st. I i 0% în st. III).

Tipul histopatologic	Supravie uirea la 5 ani (în medie) cu procente maxime i minime			
	St. I.	St. II.	St. III.	St. IV
Adenocarcinomul mucinos	în medie 73% MALLOY 89% max. NIEMINEN 50% minim	în medie 50% LENZ 75,1 % max. NIEMINEN 20% minim	în medie 21% MALLOY 42% max. NIEMINEN 11 % minim	în medie 3,5 % MALLOY 7% max. KOTTMEIER 0% minim

Adenocarcinomul endometrioid	în medie 76% KOTTMEIER 79,2% max. LENZ 69% min.	în medie 60% KOTTMEIER 72% max. LENZ 44% min.	în medie 16% KOTTMEIER 16,7% max. LENZ 15% min.	în medie 0%
Adenocarci noamele seroase	în medie 61 % MALLOY 88% max. KOTTMEIER 36,4% minim	în medie 50% MALLOY 66% max. LENZ 19% minim	în medie 16% MALLOY 66% max. KOTTMEIER 1,8% minim	în medie 5 % MALLOY 14% max. KOTTMEIER 0% minim
Adenocarcinomul anaplazic	în medie 38% (KOTTMEIER)	în medie 21 % (KOTTMEIER)	în medie 0%	în medie 0%

Desigur că datele de mai sus sînt pur și simplu orientative, deoarece alii autori prezintă rezultate mai bune iar alii mai slabe. O statistică omogenă cu date absolute, nu poate fi oferită. Statisticile prezentate de noi se referă mai mult la rezultatele obținute exclusiv prin tratamente chirurgicale (ultima statistică a lui Nieminen este din 1970) și mai puțin prin tratamente asociate (radio-chimio-chirurgicale), de la care se așteaptă o îmbunătățire a rezultatelor. Piver (1978) prezintă 95% vindecări la 5 ani în Stadiul I utilizînd tratamentul complex (serie mică de cazuri).

În următorii ani, sigur vor fi publicate statistici noi bazate pe ocaziile ample asupra eficienței tratamentelor asociate.

Chirurgia «agresivă» de reducere a masei tumorale și «laparotomia de control» rămîn în prezent arme puternice chirurgicale de luptă contra cancerului ovarian, și nici nu întrevădem în viitor posibilitatea ca exercițiul chirurgical singur să poată îmbunătăți rezultatele.

De reținut este faptul plin de speranță, că resturile tumorale de mici dimensiuni (sub 1 cm diametru) pot fi distruse sau li se poate frona evoluția mult timp prin utilizarea chimioterapiei, radioizotopilor și radioterapiei cu megavoltaj.

În general însă, tratamentul cancerelor de ovar, rămîne o problemă nerezolvată a medicinei contemporane.

TEHNICI ANEXE LA CHIRURGIA GINECOLOGICĂ

1. APENDICECTOMIA

Această operație atît de simplă în aparență, poate da naștere la complicații foarte grave postoperatorii, culminînd cu peritonita care are prognostic înfaust; cauzele acestor complicații constau în nerespectarea «micilor gesturi chirurgicale» care asigură executarea în condiții aseptice a extirpării acestui organ hiper-septic (izolări repetate cu cîmpuri mici, tamponarea bontului apendicular cu iod, neatingerea bontului apendicular septic de gr. simea subcutanat, hemostază perfectă etc.).

Atragem atenția ginecologilor să practice apendicectomia după ce și-au cîștigat o experiență suficientă cu această operație în serviciile de urgență sau de chirurgie generală.

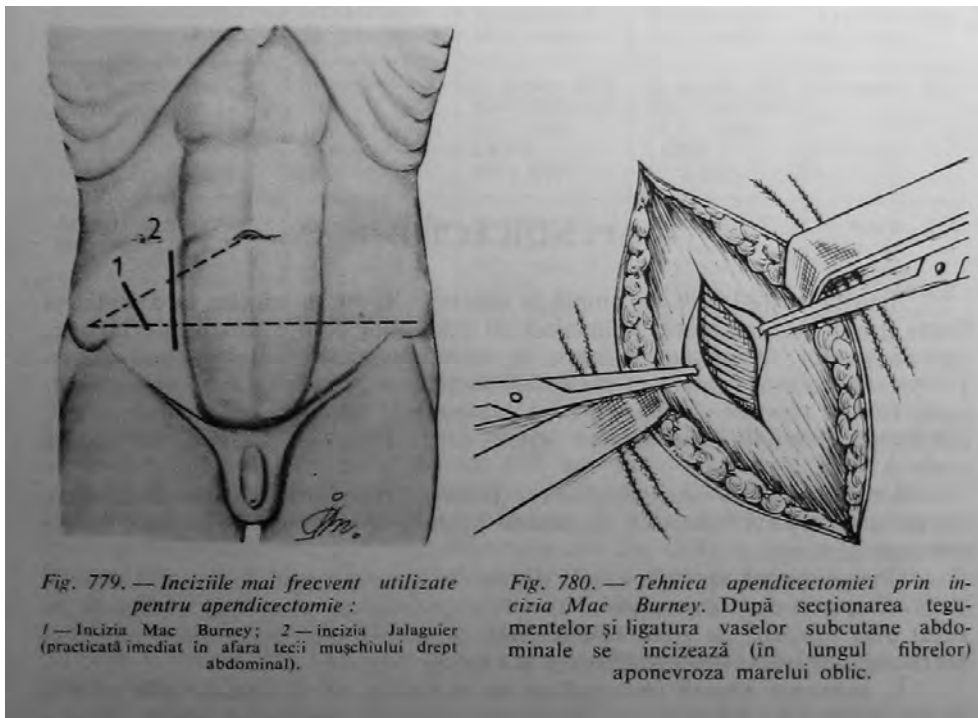
Uneori această operație simplă devine foarte complicată fie datorită sediului ocult al apendicelui (de exemplu apendicele retrocecal ascendent ce ajunge cu vîrfurile pînă aproape de zona colecistului), fie aderențelor inflamatorii ce înglobează organul într-o masă fibroasă și-l fac de negăsit.

În asemenea situații chirurgul nu se va ambiționa să opereze prin mică și clasică incizie Mac Burney ci va lărgi incizia peretelui abdominal, transformînd-o într-o veritabilă laparotomie laterală (de aici aforismul: «Chirurg mare, incizie mare»). Cînd se bîntuiesc asemenea situații dificile (prin examenul clinic) se va recurge de la început la incizia pararectală descrisă de Jalaguier (fig. 779) care are avantajul că poate fi ușor extinsă după nevoie.

Reamintim aforismul profesorului I. Iacobovici: «Orice apendicităcut se operează la internare, afară de acelea cu plastron care vor fi operate după resorbirea plastronului». În tot acest timp bolnavele vor fi supravegheate atent în condiții de spitalizare.

Redactarea acestui capitol nu are scopul de a trata exhaustiv și a învăța pe ginecolog tehnica apendicectomiei, ci de a reaminti unele detalii tehnice acelor ginecologi care cunosc deja tehnica acestei operații prin practica lor zilnică. Problema apendicectomiei este magistral tratată recent de P. Simici în lucrarea: «Elemente de chirurgie intestinală» (1976).

1. Incizia. Cel mai frecvent este utilizată incizia Mac Burney (incizie oblică de cca 6 cm a peretelui abdominal în fosa iliac dreaptă la 3 latitudini de deget de spina iliac antero-superioară pe linia spino-ombilicală, coincide cu proiecția cutanată a cecului și apendicelui (fig. 779). Se incizează: pielea, esutul celular subcutanat, aponevroza mușchilor mari oblici, și se disociază fibrele musculare ale mușchilor mici oblici și transversul (fig. 780, 781), îndepărțînd masele musculare cu depărtările Farabeuf. Faptul că musculatura nu se secționează ci se disociază, contribuie la profilaxia eventrațiilor postoperatorii. Peritoneul se incizează (fig. 782) după ce s-au luat măsurile de siguranță că nu există o ansă intestinală aderentă de seroasă. Pentru a fi regăsit cu ușurință și suturat la sfîrșitul operației, marginile inciziei peritoneale se prind în punctele cardinale cu 4 pense Pean.



Uneori cecul și apendicele se văd în fundul plăgii (fig. 783). De cele mai multe ori apendicele trebuie cutat. Un reper foarte bun este cutarea locului de confluență a celor 3 tenii cecale. În acest punct se găsește întotdeauna locul de implantare a apendicelui în cec.

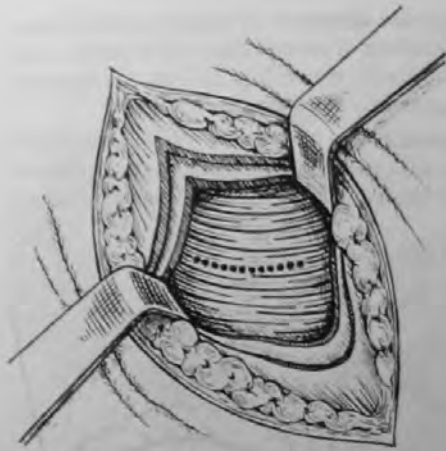


Fig. 781. — Tehnica apendicectomiei (continuare). După disocierea fibrelor aponevrotice ale oblicului mare și a fibrelor musculare ale oblicului mic apare în fundul plăgii mușchiul transvers, a căror fibre vor fi și ele disociate; trebuie reținut faptul că musculatura peretelui abdominal nu se secționează ci se disociază.

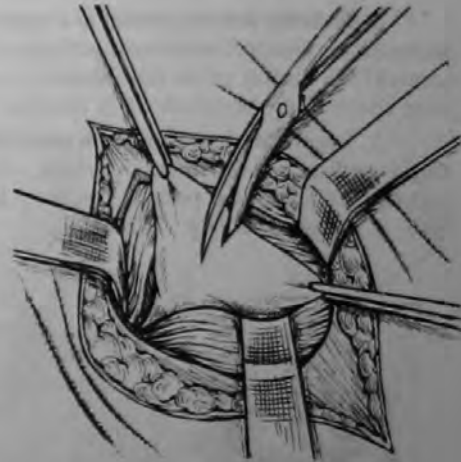


Fig. 782. — Tehnica apendicectomiei (continuare). Incizia plicii peritoneale se face după ce ne-am asigurat prin palpăre interdigitală că nu există o ansă intestinală aderentă de seroasă.

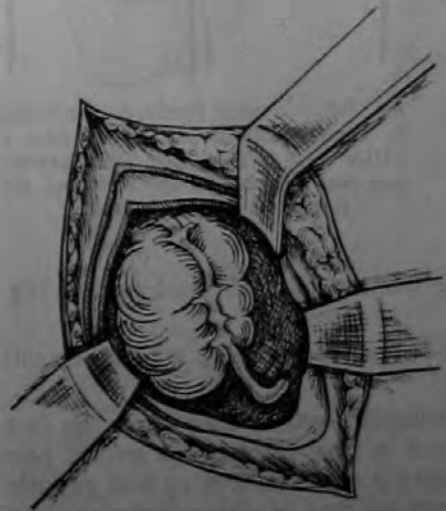


Fig. 783. — Tehnica apendicectomiei (continuare). Cecul și apendicele trebuie căutate și exteriorizate cu ajutorul unei pense anatomice fără dinți. Uneori cecul și apendicele apar evident în plagă.

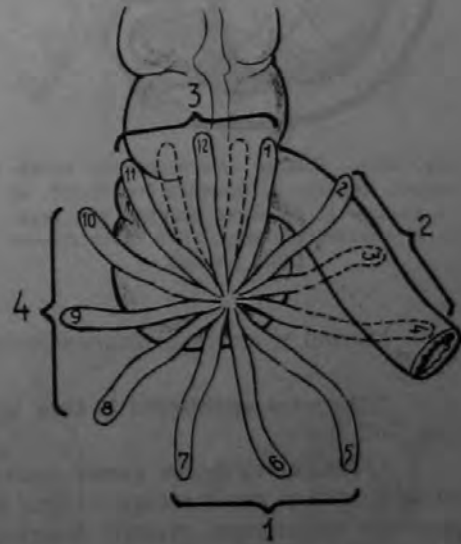


Fig. 784. — Apendicele poate avea poziții foarte diferite:

1 — înspre pelvis; 2 — lateral intern; 3 — ascendent (pre- sau retrocecal); 4 — lateral extern. Linile punctate indică pozițiile retrocecale și retroileale (după D. Gerota).

Nu trebuie să se uite faptul că apendicele poate avea poziții foarte diferite, uneori fiind găsite retroileale sau retrocecal (fig. 782). Când apendicele este retrocecal (8-10% din cazuri) se va lărgi incizia de laparotomie și se va practica o decolare a cecului, prin incizia peritoneului parietal lateral (fig. 785). Nu trebuie uitat că în timpul sarcinii apendicele și cecul urmează o deplasare ascendentă, paralel cu dezvoltarea uterului (fig. 786). Foarte rar (1 la 2000 cazuri) poate exista un « situs inversus », apendicele fiind situat în fosa iliacă stângă.

2. Exteriorizarea cecului și a apendicelui din abdomen urează mult tehnica Izolarea cu câmpuri mici este obligatorie. Cecul va fi exteriorizat cu o pensă anatomică fără dinți și prins între degete cu o compresă; nu va fi în nici un caz traumatizat (pericol de hematoame și necroze parietale, urmate de peritonită).

3. Ligatură și secționarea mezoului apendicular se face la baza apendicelui având grijă să nu se rănesc artera mezoapendiculară (va determina un hematom gigant). Se folosește pentru trecerea firului de ligatură acul Deschamps sau mai bine o pensă fină (fig. 787 a).

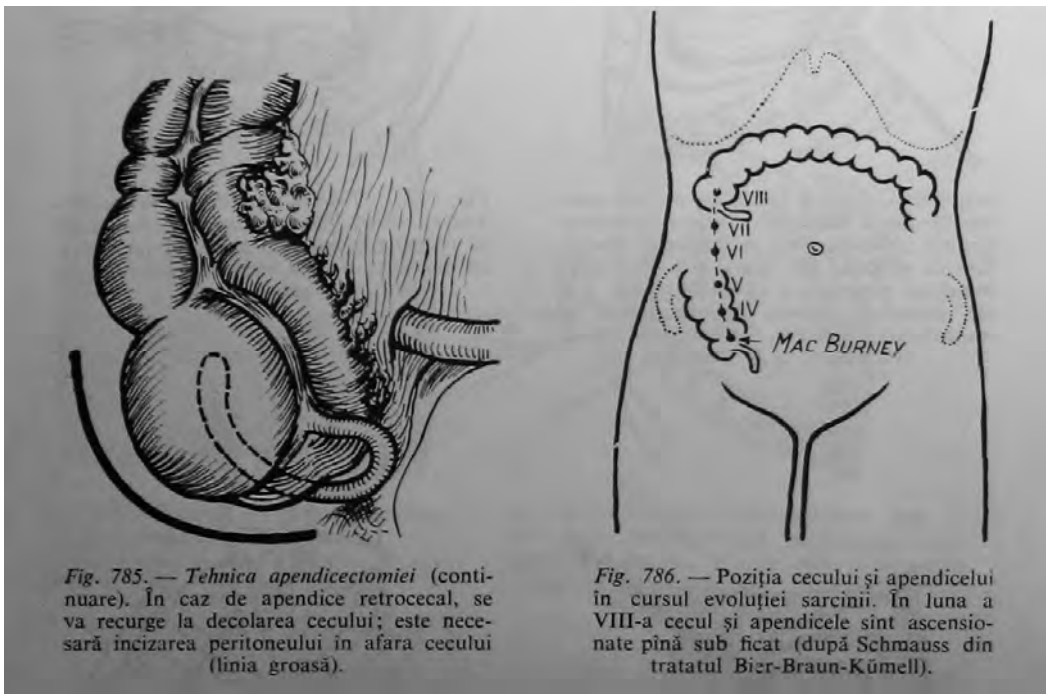


Fig. 785. — Tehnica apendicectomiei (continuare). În caz de apendice retrocecal, se va recurge la decolarea cecului; este necesară incizarea peritoneului în afara cecului (linia groasă).

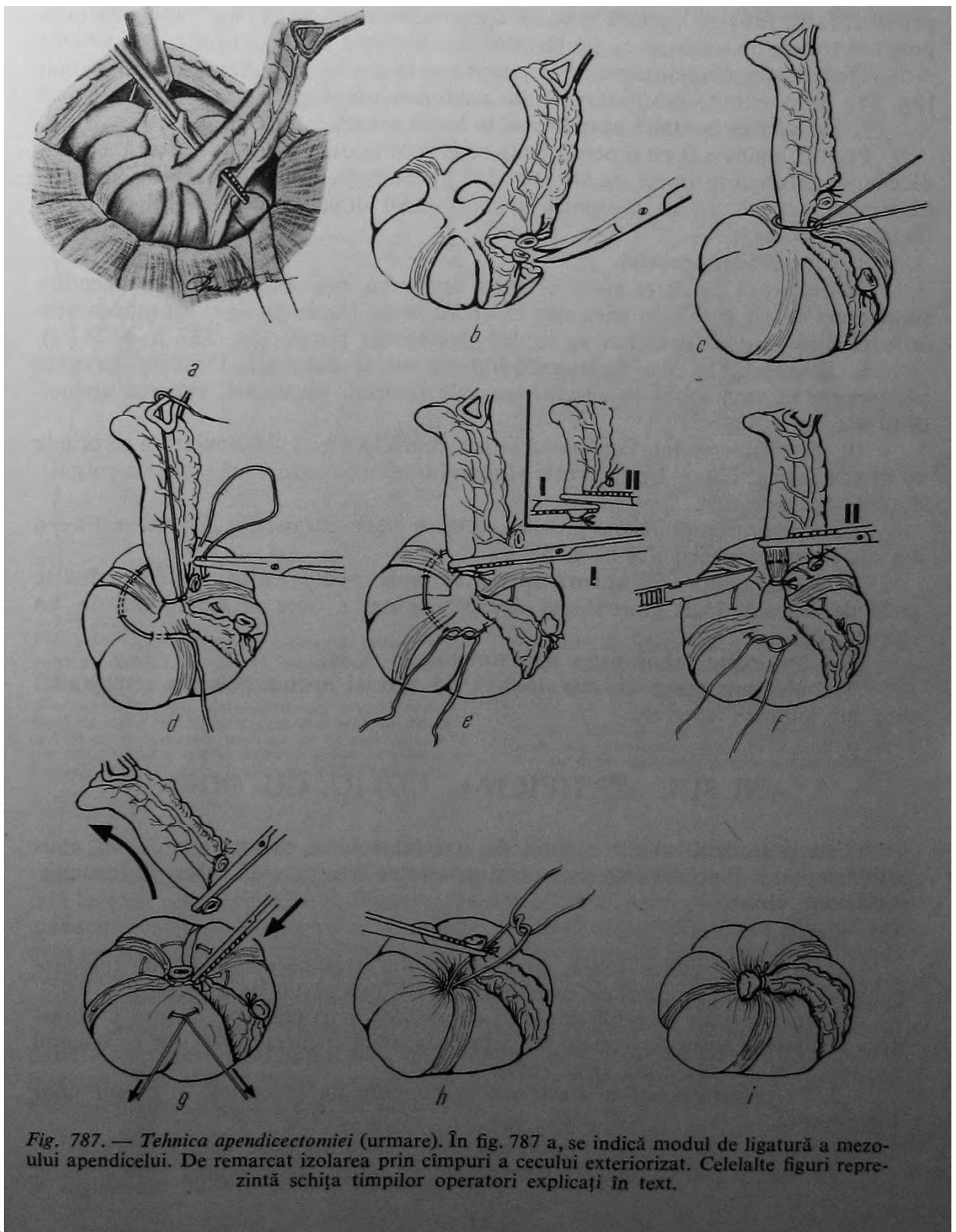
Fig. 786. — Poziția cecului și apendicelui în cursul evoluției sarcinii. În luna a VIII-a cecul și apendicele sînt ascensionate pînă sub ficat (după Schmauss din tratatul Bier-Braun-Kümmell).

Mezoul și artera mezoapendiculară se secționază între două ligaturi (fig. 787 b).

4. Legarea apendicelui la bază se face cu un fir subțire de ață (sau catgut) (fig. 787 c).

5. Efectuarea bursei cecale pentru înfundarea bontului apendicular. Se face cu ac subțire și mic atraumatic; firul de burse se trece imediat sub seroasă prin grosimea musculară. Atenție deosebită pentru a nu se perfora cu acul peretele colic (risc de fistul și peritonită). Pentru siguranță firul va fi trecut subseros prin teniile cecale, la acest nivel stratul muscular fiind mult mai gros. Firul de burse va fi suficient de lung și va fi înnodat provizoriu (fig. 787 d).

6. Secționarea apendicelui cere un ritual special pentru a se evita infectarea plăgii cu secreții scurse din apendice. Se aplică din nou câmpuri mici de izolare în jurul apendicelui. Se strivete apendicele la bază cu o pensă Kocher (fig. 787 e și pensa I) situată imediat deasupra firului de ligatură a apendicelui.



7.

Deasupra acestei pense se aplică o a doua pensă Kocher, strivind apendicele (fig. 787 e) și se scoate pensă I iar pensă II se prinde pe strează (fig. 787 f). Secțiunea se va face pe locul de strivire a apendicelui și după suprimarea pensei I, între firul de ligatură a bazei apendicelui și pensă II (fig. 787 f). Se tamponează tranșarea de secțiune cu un tampon mic îmbibat cu alcool iodat.

Toate instrumentele acestui timp septice se îndepărtează. Apendicele secționat (fig. 787 g) se trimite laboratorului de anatomie patologică.

8. Înfundarea bontului apendicular în bursa cecală.

Bontul, manevrat cu o pensă Pean ce prinde nodul firului de ligatură a apendicelui, se înfundă în bursa cecală (fig. 787 g). Secreția bontului apendicular fiind extrem de septică, se va tampona imediat cecul după legarea firului de bursă (detaliu important).

9. Mezoplastia cecului.

Se utilizează de către mulți chirurghi aplicarea unui franj din mezoapendice peste zona bursei cecale în care este înfundat bontul apendicular. Mezoapendicele împiedică prin cicatrizarea sa rapidă desfacerea bursei (fig. 787 h și 787 i).

10. Drenajul. De obicei plaga operatorie nu se drenează. Drenajul cavității peritoneale se va institui în situații speciale (colecții purulente, ruperea apendicelui etc.)

11. Sutura peretelui. Peritoneul se suturează în bursă. Musculatura se prinde cu fire de catgut. Planul aponevrotic al marelui oblic se suturează (a sau catgut). Sutura tegumentelor.

Postoperator mobilizare precoce. Regim alimentar câteva zile. Clismă la 3-a—4-a zi. Purgativ uleios la 4-a—5-a zi.

Atragem atenția că uneori apendicectomia poate ridica probleme foarte grele de tehnică, încât ginecologul neexperimentat este bine să fie ajutat de un chirurg.

Noi am expus tehnica cea mai simplă.

Trebuie cunoscute și alte tehnici (în special apendicectomia retrogradă) care au indicații speciale.

2. ANUSUL ARTIFICIAL COLIC CU PINTEN

Este procedeul cel mai simplu de realizat tehnic, pentru a crea un anus colic temporar. Pintenul colic este creat prin introducerea unui tub rigid (cauciuc, sticlă) sub colon.

Indicații

1. în ocluzii colice joase, când obstacolul (tumoare colorectală, tumoare pelviană malignă; cancerul de ovar) nu poate fi îndepărtat de ginecolog.

2. în răniri ale rectului în cursul operațiilor mari pelviene; pentru a împiedeca dehiscența suturilor rectale se va face un anus artificial temporar pe colonul sigmoid sau pe transvers (fig. 788).

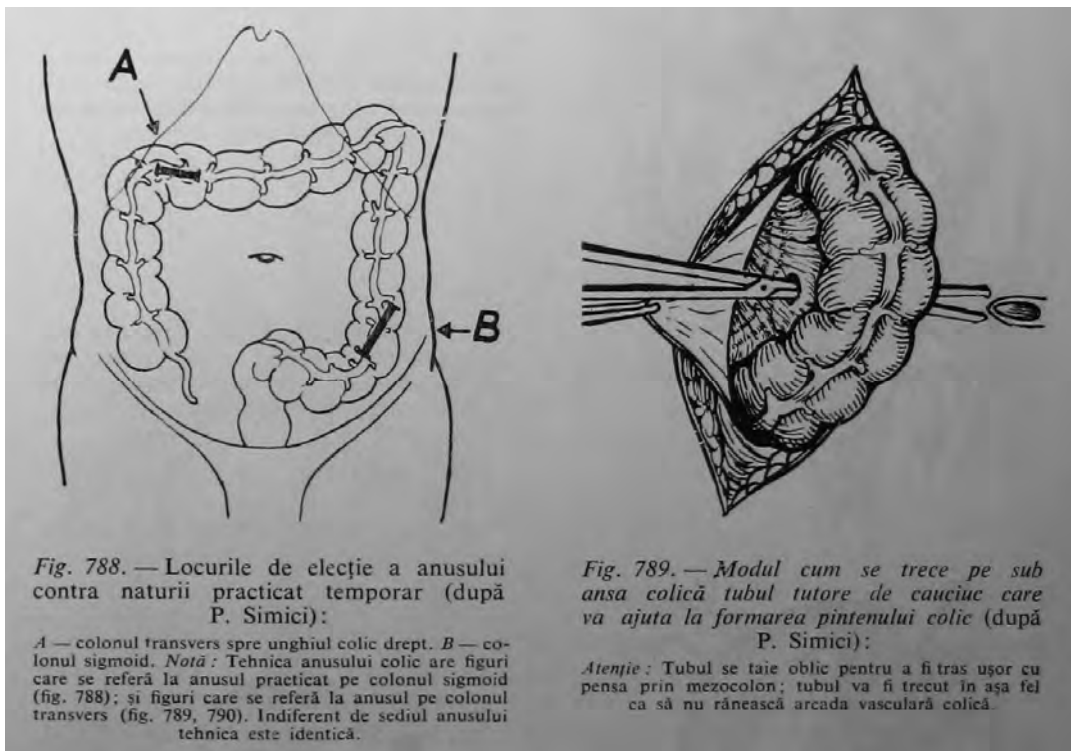
3. în perforații colice diastazice descoperite de ginecolog în cursul unor laparotomii.

Sutura perforației va fi protejată printr-un anus colic (sau fistul cecal).

În situații mai complicate ginecologul va solicita colaborarea unui chirurg.

Tehnica operatorie

a) *Anusul artificial pe colonul transvers* este cel mai ușor de realizat tehnic, mai ales când este sfârșitul unei operații pelviene efectuată prin laparotomie (de ex. rănirea rectului în cursul operației Wertheim).



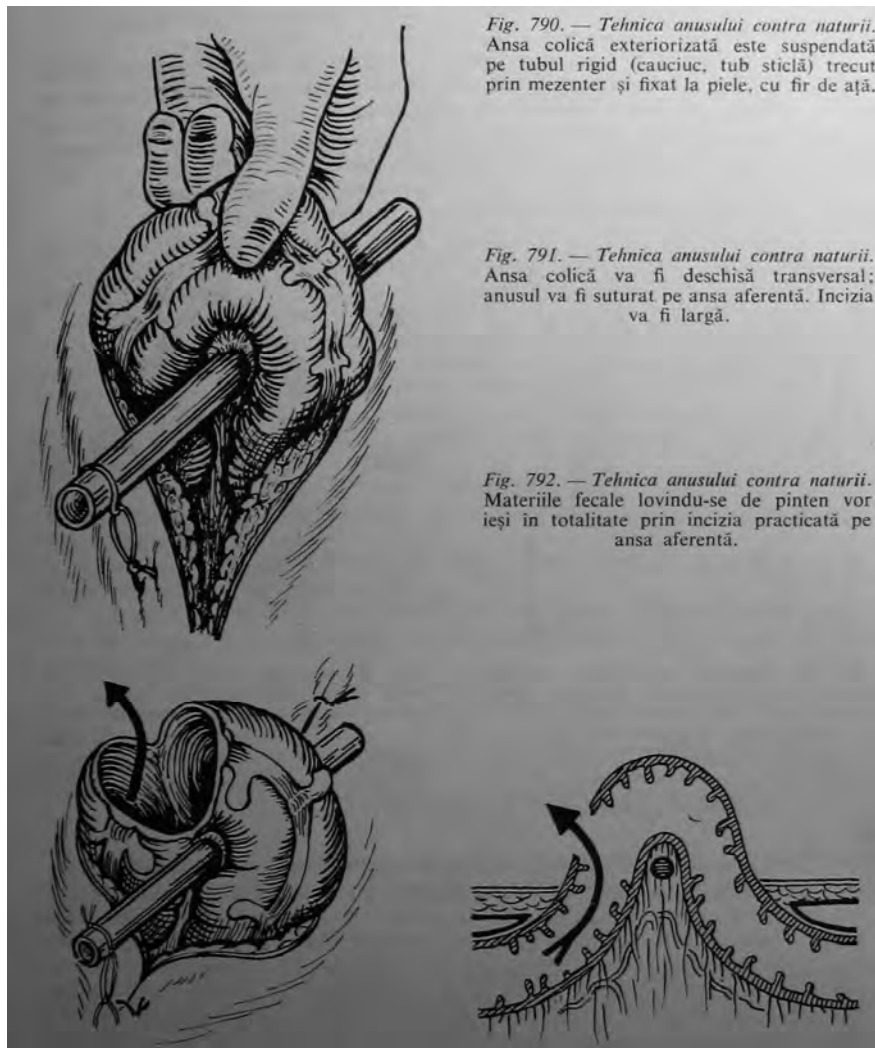


Fig. 790. — Tehnica anusului contra naturii. Ansa colică exteriorizată este suspendată pe tubul rigid (cauciuc, tub sticlă) trecut prin mezenter și fixat la piele, cu fir de ață.

Fig. 791. — Tehnica anusului contra naturii. Ansa colică va fi deschisă transversal; anusul va fi suturat pe ansa aferentă. Incizia va fi largă.

Fig. 792. — Tehnica anusului contra naturii. Materiile fecale lovindu-se de pînten vor ieși în totalitate prin incizia practică pe ansa aferentă.

1. Colonul transvers este exteriorizat fără tensiune prin plaga de laparotomie, la extremitatea superioară a acesteia.
2. Se trece pe sub colon un tub rigid prin grosimea mezocolonului transvers. Atenție să nu se renească arcada arterială marginală a colonului și arcada arterială (reprezentată la acest nivel prin arcada Riolan). De obicei tubul poate fi trecut între marginea mezostenică a colonului și arcada arterială (fig. 789). Dacă arcada este prea aproape de colon, atunci tubul rigid va fi trecut în plin mezocolon, sub arcada vasculară, avîndu-se grijă ca vasele să fie ligaturate și secționate (pentru a nu se produce hemoragii prin leziunea de decubitus a tubului, sau la deschiderea anusului). Seroasa colonului exteriorizat este fixată cu câteva fire de ață la peritoneul parietal în jurul marginilor inciziei de laparotomie. Colonul nu va fi exteriorizat în exces, deoarece în acest caz pîntenul colic realizat de tubul rigid nu mai este eficient pentru a opri tranzitul fecalelor.
3. Se suturează incizia de laparotomie cu fire de in (după tehnica descrisă) lăsînd loc suficient pentru ansa colică exteriorizată. Sutura seroasei ansei colice la tegumente cu fire izolate de ață.
4. Așezarea tubului rigid și fixarea lui la tegumente cu fir de ață (cu la) pentru a permite la pansamentele ulterioare curățarea tegumentelor sub tubul rigid (fig. 790). Pansament zilnic.
5. Deschiderea anusului se va face după 2—3 zile, timp în care colonul devine aderent la marginile plăgii de laparotomie. Dacă mai devreme de acest termen bolnava prezintă un meteorism accentuat, se pot evacua gazele prin puncționarea peretelui colic. Deschiderea colonului se face cu bisturiul sau cu foarfeca; incizia se face perpendicular pe axul longitudinal al colonului (fig. 791) și întotdeauna pe pîntenul ansei aferente; în același fel se va plasa incizia, ca relieful pîntenului colic să realizeze un baraj eficient pentru evacuarea fecalelor (fig. 792). Peretele colic va fi incizat pînă aproape de peretele mezostenic (peretele posterior) al colonului (fig. 792).

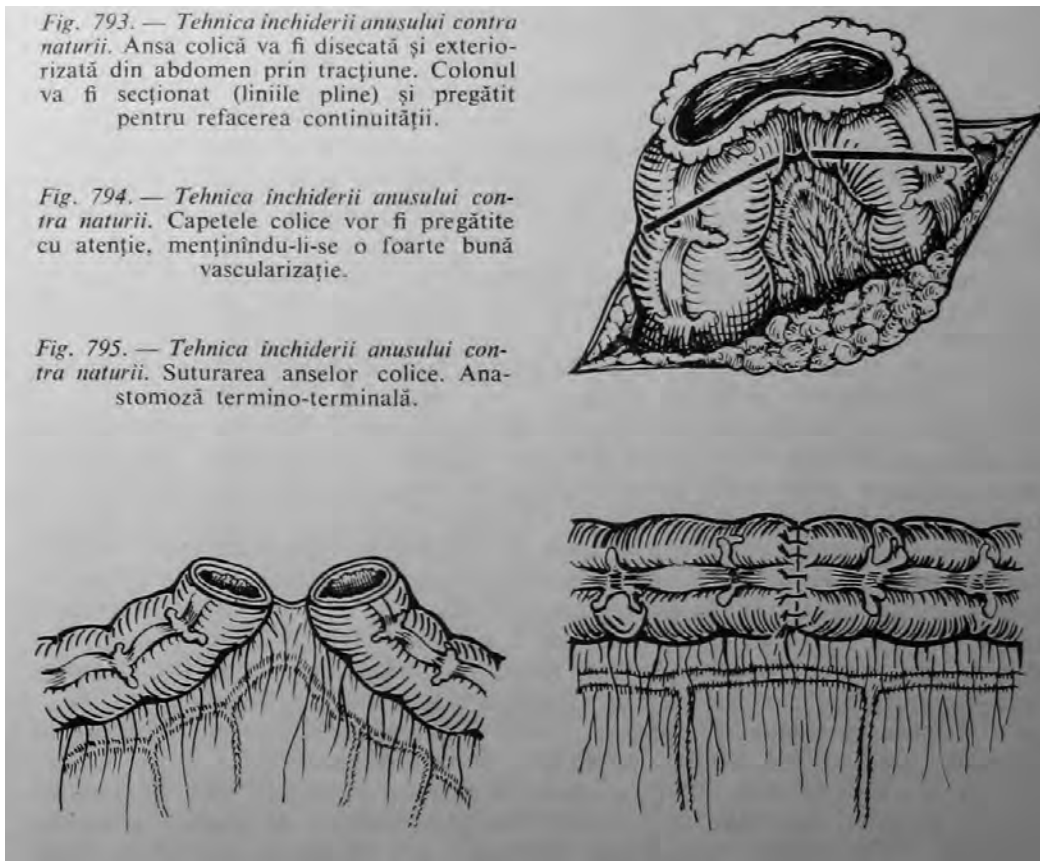


Fig. 793. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Ansa colică va fi disecată și exteriorizată din abdomen prin tracțiune. Colonul va fi secționat (liniile pline) și pregătit pentru refacerea continuității.

Fig. 794. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Capetele colice vor fi pregătite cu atenție, menținându-li-se o foarte bună vascularizație.

Fig. 795. — Tehnica închiderii anusului contra naturii. Sutura anelor colice. Anastomoză termino-terminală.

b) *Anusul artificial pe colonul sigmoid* (anus praeter). Colonul sigmoid va fi exteriorizat printr-o incizie totală a peretelui abdominal, practicat în fosa iliac stîng (la 3 laturi de deget intern față de spina iliac antero-superioară, pe o linie ce unește spina cu ombilicul (vezi fig. 788).

Tehnica este similară cu aceea descrisă anterior.

Pînă la închiderea anusului, bolnava va purta un aparat pentru colectarea fecalelor. Tendința la diaree va fi corectată prin medicație constipantă și regim alimentar adecvat.

După ce necesitatea existenței anusului colic este depistată, se poate suprima anusul printr-o colectomie segmentară cu anastomozarea termino-terminală a capetelor colonului transvers (fig. 793—795); fiind o operație delicată, ginecologul va solicita colaborarea unui chirurg.

3. ENTEROPLICATURA

Este operația care creează posibilitatea aderii ordonate anatomic a unor anse intestinale deperitonizate în timpul unei visceralize; dacă aceste anse lezate ar fi să se adere între ele «la împlinire», așa cum le conduce «zburciul lor peristaltic», există posibilitatea aderii lor viciate, fapt urmat de aderente dureroase cu tulburări serioase de tranzit, mergînd pînă la subocluzii cronice și ocluzii acute.

Indicații. Enteroplicatura poate fi efectuată în scop *profilactic* de ex. după visceraliza intestinului subțire dintr-un bloc inflamator pelvian, seroasa enterală fiind lezată pe suprafețe întinse.

Curativ, enteroplicatura va fi efectuată în intervențiile pentru sindroame ocluzive recidivante (prin aderente).

Eliberarea intestinelor din blocul aderențial se va face cu mare atenție, deoarece ansele destinse au pereții edematoși ce ușor se pot fisura. Nesuturarea unor asemenea mici fisuri, neobservabile, va duce inevitabil la apariția peritonitelor generalizate.

Enteroplicatura poate fi efectuată pe toată lungimea intestinului subțire (*enteroplicatura totală*), sau numai în anumite zone ale intestinului (*enteroplicatura parțială*), unde leziunile seroase enterale sînt mai evidente. *Fapt important*: ultimii 15—30 cm de anse ileale nu vor fi plicaturate, fiind lăsate libere întotdeauna. Ele nu se pot volvula, fiind fixate de implantarea lor în cec. Respectarea acestui detaliu asigură o bună funcționalitate intestinului plicaturat.

Tehnica operativă. Prezentăm succint 3 tehnici, mai frecvent utilizate în practică; toate se pot efectua, la alegere după efectuarea enterolizei.

1. *Tehnica Ch. Noble* (descrie de autor în 1918—1920). Se practică sutura pereților intestinali a 2 anse învecinate, a ezate de chirurg anatomic (fig. 796, 797); lungimea unei bucle intestinale este de aprox. 20 cm și nu se va depăși această lungime. Sutura se va face cu ace subțiri intestinale, atraumatice, cu fir de catgut cromat sau așchă subțire.

Atenție: există pericolul ca ansele destinse de gaze și lichide să plesnească cînd firul de ligatură se apropie foarte mult (pericol de peritonită); deci conținutul ansei va fi în prealabil aspirat printr-o enterotomie minimă.

Preferabil să folosim fire izolate de sutură; Noble preconizează surjet; P. Simici publică riscul rupturii firului lung urmat de ocluzie la acest nivel (prin brid).

Aezarea buclelor suturate se va face anatomic.

2. *Tehnica C. Andreoiu* (1963). Andreoiu C. și Milicescu t. public o modificare interesant a tehnicii Noble: pentru a evita fisurarea anelor destinate și pentru a permite o bună peristaltică a lor autorul fixează ansele între ele, nu prin pereții lor, ci prin mezenterul lor (fire izolate de a, trecute la 4—5 cm unul de altul). Se va avea grijă ca firele să treacă printre arterele drepte ale mezenterului pentru evitarea hematoamelor (fig. 798).

3. *Tehnica J. Raymond* (1966). Dat fiind riscul fisurării intestinelor suturate prin procedeul Noble, J. Raymond diminuează apreciabil numărul acestor fire, suturând buclele de anse intestinale numai la extremitățile lor (fig. 799).

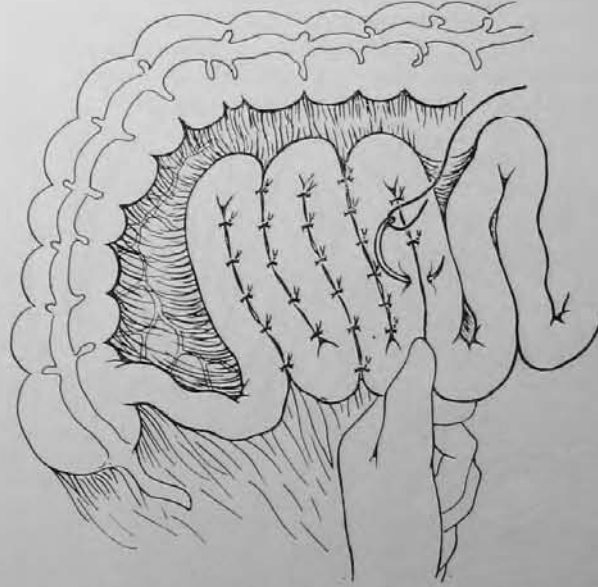


Fig. 796. — *Enteroplicatura procedeul Noble*. Modul de așezare și suturare a anelor.

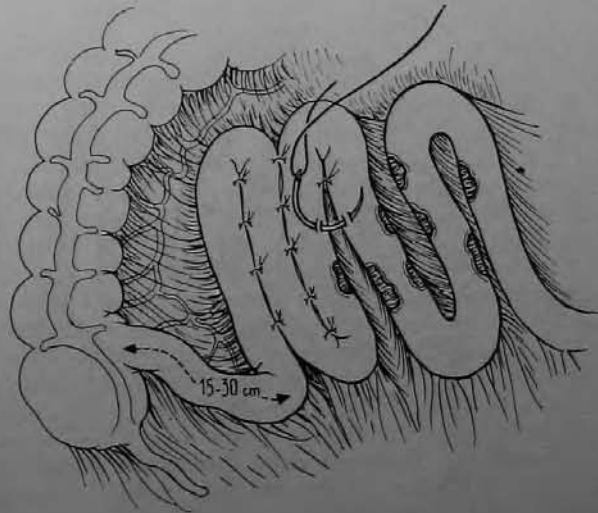


Fig. 797. — *Enteroplicatura procedeul Noble*. Ultimii 30 cm din ileon rămân liberi.

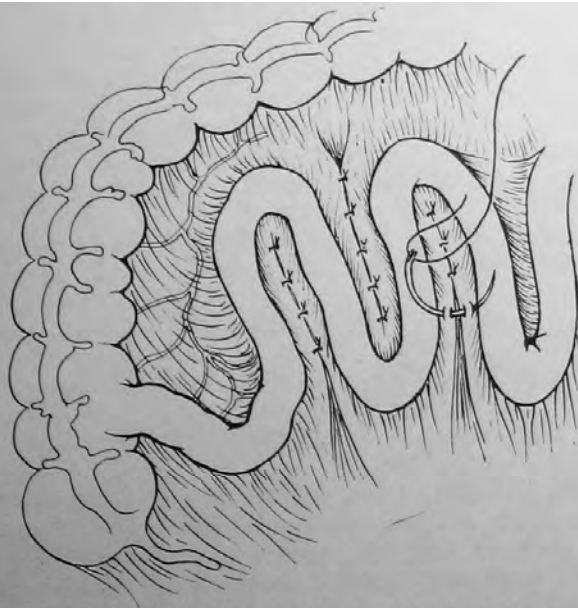


Fig. 798. — *Enteroplicatura procedeul C. Andreoiu*. Modul de fixare a firelor pe mezenter.

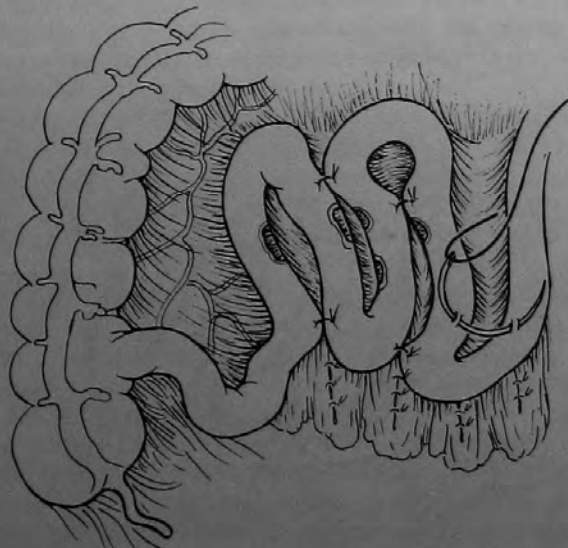
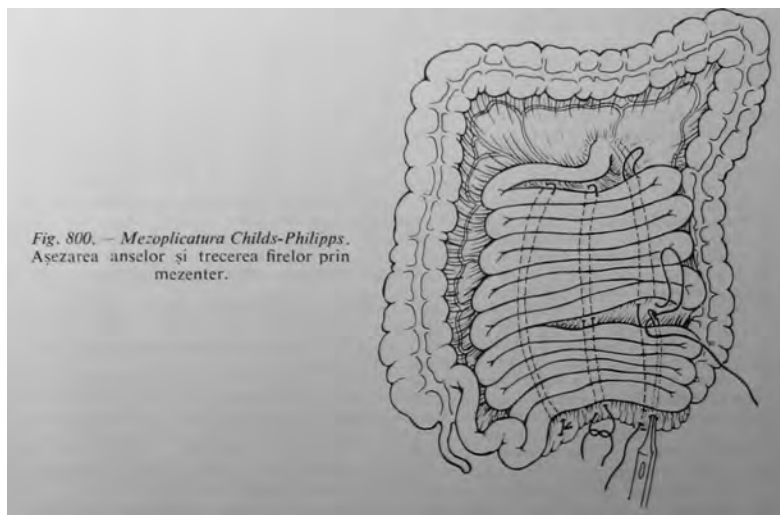


Fig. 799. — *Enteroplicatura procedeul J. Raymond*. Firele se trec la distanță unul de altul (aproape de capetele buclelor).

Tehnicile lui C. Andreoiu și J. Raymond sînt superioare tehnicii Noble, fiind mai fiziologice, permiînd o mai bun progresare a undei peristaltice de-a lungul buclelor intestinale nesuturate direct între ele.

Tehnica lui Raymond mai are avantajul scurtării duratei operației (la 30—40 minute) prin reducerea numărului punctelor de sutură.



Opera ia Noble original durează aproximativ 2 ore, când se plicaturează întreg intestinul. Mai recent Childs W. A. și Philipps R. B. (1960) publică o tehnică numită «mezoplicatură» care înlocuiește tehnicile cunoscute de entero- plicatură cu o plicatură a întregului mezenter (fig. 800). Tehnica este mult mai dificilă tehnic, utilă în enteroplicaturile totale și nu credem că este utilă ginecologilor, care vor apela mai frecvent la enteroplicaturile zonale și nu totale.

Pentru detalii asupra acestei tehnici de uz chirurgical recomandăm publicațiile lui I. Chiricu și V. Popescu sau P. Simici (1976).

Complicațiile enteroplicaturilor. Complicația imediată de temut este peritonită prin perforarea peretelui intestinal suturat. Perforația poate apărea intraoperator (situație în care se va sutura în bursă orificiul de perforație) sau și mai grav, postoperator, prin distensia anșelor sutureate (prin procedeul Noble). De aceea enteroplicatura obligă la drenajul abdomenului.

Se poate preveni distensia prin aspirație continuă gastro-duodenală cu sonda introdusă endonasal în stomac (tub Einhorn).

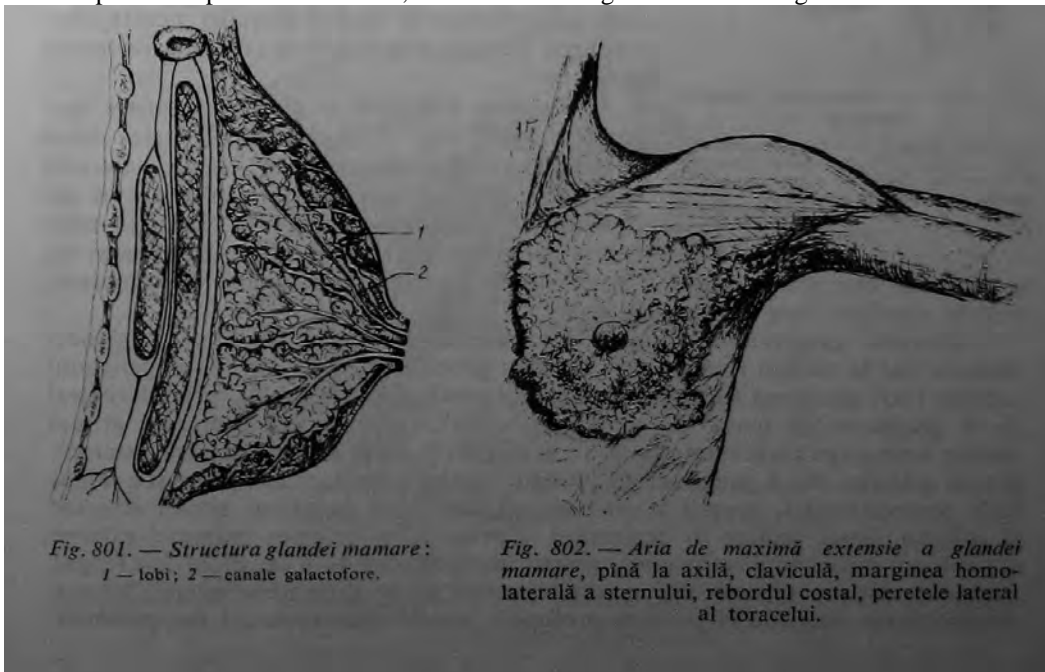
Complicațiile tardive sînt limitate la instalarea unui disconfort enteral (crampe, dificultăți de tranzit). Avantajul mare al enteroplicaturii este că permite o profilaxie a ocuziilor recidivante.

CHIRURGIA GLANDEI MAMARE

Chirurgia glandei mamare cuprinde intervenții cu caracter local și intervenții cu caracter loco-regional și necesită cunoașterea datelor de anatomie privind mamela, regiunea mamară, axila, peretele toracic.

Glanda mamară este formată din 18—20 de lobi care au fiecare canal excretor propriu; individualizarea fiecărui lob este mai mult sau mai puțin posibilă (fig. 801). Cunoașterea lobulei are importanță în chirurgia supra-axilară, a unor forme de tumori benigne (papilom intracanalicular) și în efectuarea unor intervenții cu caracter local (rezecții sectoriale).

Aria glandei mamare este variabilă (fig. 802), ceea ce are o deosebită importanță pentru intervențiile care urmăresc extirparea glandei în totalitate sau extirparea completă a unui sector, mai ales în chirurgia tumorilor maligne.



Raporturile dintre glandă și tegumente, glandă și planul muscular sînt importante pentru toate intervențiile pe sîn. Glanda mamară este dezvoltată în fascia superficială și este cuprinsă într-un înveliș fascial. Prezența ligamentului Cooper împiedică «decolarea» tegumentelor de pe glanda mamară și disecția glandei de tegumente se face cu bisturiul sau foarfeca, avînd grijă ca

seciunea se fac cît mai aproape de tegumente pentru a nu lăsa pe planul tegumentelor fragmente de glandă cuprinse în crestele Duret (fig. 803). În schimb, glanda poate fi decolată de pe planul muscular datorită fasciei proprii, fasciei marelui pectoral și planului de clivaj dintre ele, dar trebuie avut în vedere că fascia poate fi strîbtută de prelungiri ale glandei marelui pectoral, unul din motivele pentru care, în intervențiile pentru tumori maligne care nu includ rezecția marelui pectoral, fascia mușchului trebuie îndepărtată și la polul inferior glanda este mai aderent și decolarea mai dificilă.



Vascularizația glandei mamare (fig. 804) este multiplă, arterele avînd origine în mamara internă (o perforanță importantă în spațiul II intercostal), intercostale, acromiotoracic, scapulară inferioară. Vasele, arterele și venele corespunzătoare, abordează glanda atât pe suprafața superficială cît și pe cea profundă, dar în cea mai mare parte pe suprafața superficială. În jurul bazei mamelonului se formează un cerc venos care se înfiltează în cursul disecției pentru identificarea canalelor galactofore (rezecția sectorială dirijată).

Rețeaua limfatică a glandei mamare este foarte bogată (fig. 805). Ea este foarte densă în zona areolară și periareolară; canalele eferente străbat în cea mai mare parte esutul gros periglandular, motiv pentru care, în chirurgia radicală a neoplasmului, indiferent de localizarea tumorii, zona centrală areolară și periareolară și esutul subcutanat periglandular trebuie cuprinse larg în exereze.

Grupele ganglionare care primesc eferentele rețelei limfatice a glandei mamare sînt în primul rînd grupele axilare: grupul subclavicular (2—6 ganglioni cuprinși între marginea superioară a micului pectoral și claviculă), grupul central (3—4 ganglioni în masa de esut gros situată sub micul pectoral), grupul mamar extern sau toracic lateral (4—6 ganglioni în jurul arterei mamare externe), grupul scapular (6—8 ganglioni de-a lungul vaselor scapulare inferioare și a ramurilor toracodorsale), grupul lateral sau axilar (4—6 ganglioni situați anterior și inferior venei axilare în segmentul cuprins între originea mamei externe și tendonul mușchului latissimus), grupul interpectoral (4—6 ganglioni de-a lungul arterei pectorale, ramură din acromiotoracic și la diviziunea arterei, înainte de abordarea mușchului pe fața profundă, situat deci între cei doi pectorali (uneori există ganglioni și la originea trunchiului acromiotoracic). La aceste grupuri trebuie adăugată și ganglionul prepectoral situat în esutul subcutanat cranial de glanda mamară (fig. 805). Grupele ganglionare axilare și ganglionul prepectoral au o deosebită semnificație în chirurgia radicală, îndepărtarea lor corectă, totală în bloc, impunînd anumite condiții tehnice care sînt și obiectul unor discuții privind mastectomia radicală modificată.

Fig. 804. — Vascularizația mamelei :

A.A. = artera axilară; A.S. = artera subclavie; 1 — artera mamară internă și a. perforante; 2 — artere pectorale; 3 — artera toracală laterală; 4 — artera toraco-dorsală; 5 — artere intercostale; 6 — artere perforante.

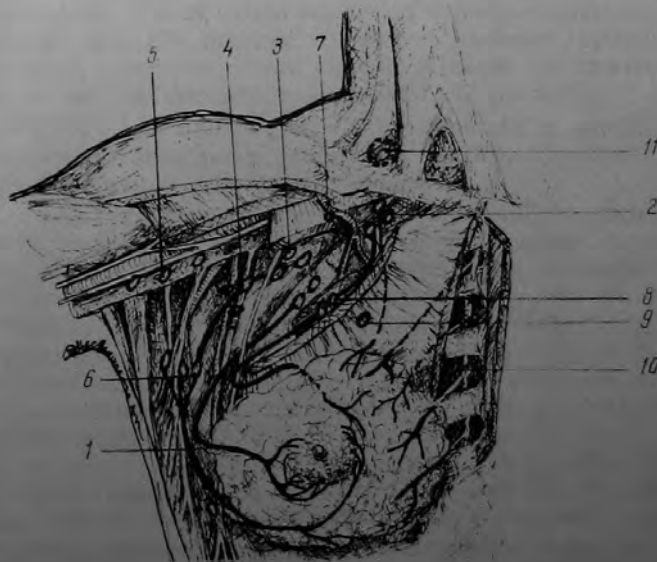
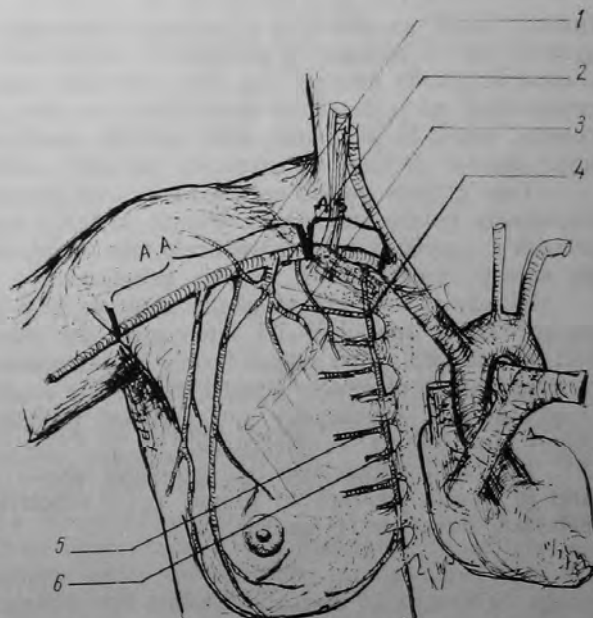


Fig. 805. — Limfaticile mamelei :

1 — trunchiuri limfatice eferente; 2 — grupul ganglionar subclavicular; 3 — grupul ganglionului central; 4 — grup ganglionar mamar extern; 5 — grup ganglionar axilar; 6 — grup ganglionar scapular; 7 — ganglion la originea trunchiului acromiotoracic; 8 — grup ganglionar interpectoral; 9 — ganglion prepectoral; 10 — grup ganglionar mamar intern; 11 — grup ganglionar supraclavicular.

De i grupele ganglionare axilare i ganglionul prepectoral sînt cele mai importante pentru stadializare clinic , indica ii terapeutice i pentru chirurgia curent a neoplasmului, pentru unele tehnici chirurgicale numite supra-radical, au aceea i importan i grupele ganglionare:

a) mamar intern (6—8 ganglioni situa i de-a lungul arterei mamare interne, majoritatea în spa iul I—III intercostal, dar plasa i pîn la rebordul costal, deci în mediastin, între planul format de intercostali i pleur) i care prime te ca prim sta ie eferentele glandei din zonele central , intern i polul inferior (zona an ului submamar) sau curentul limfatic retrograd, dac ganglionii axilari sînt bloca i de metastaze;

b) grupul supraclavicular (ganglioni situa i în jurul vaselor subclavicu- lare) în direct leg tur cu grupul axilar subclavicular, dar care pot primi i metastaze direct de la mamel , j

II. CHIRURGIA SUPURA IILOR GLANDEI MAMARE

Supura iile cele mai frecvente ale glandei mamare sînt supura iile lobilor (mastite acute), unice sau multiple, care apar în special în perioada de lacta ie. Pot avea evolu ie superficial sau profund (fig. 806).

In supura iile cu evolu ie superficial , incizia i drenajul abcesului se fac printr-o incizie radial sau preferabil circumferen ial (fig. 807). în supura iile profunde unice sau multiple, incizia submamar sau lateral extern i decolarea glandei sînt preferabile pentru c asigur un drenaj mai bun (fig. 808). Eficien a interven iei depinde nu numai de calea de abord i eficien a drenajului, ci i de exacta evaluare a focarelor supurative i drenajul tuturor focarelor, dac sînt multiple. Depistarea focarelor supurative multiple se face prin incizii largi i explorare digital . Abscese premamare sau retro- mamar, foarte rare, se dreneaz prin acelea i c i de acces.

Abcesul subareolar (tuberos) — supurație a glandei sudoripare areolare s-g se drenează prin incizie periareolar : dacă este recidivant, se recurge la rezecția glandei supurate prin incizie similară .

În supurațiile cronice, cu sau fără fistulizare, determinate mai ales de infecția unei cavități preformate (galactocelul supurat, supurație în ectazia ductală, chistul supurat) sau în tuberculoza sau actinomicoza glandei mamare, sînt necesare rezecții parțiale (vezi pag. 1067), sau în unele forme de tuberculoză și actinomicoză, mastectomia totală (vezi pag. 1069).

Flegmonul difuz impune uneori probleme dificile de diagnostic cu mastită carcinomatoasă acută (fig. 809). Numai dacă diagnosticul de flegmon este confirmat, se recurge la intervenții și incizii largi, eventual multiple, cu explorare pentru depistarea și evacuarea colecțiilor și sfacelurilor.

Anestezia generală, inciziile largi și drenajul larg, cu tuburi bine plasate, eventual cu aspirație continuă în abcese mari, contribuie la vindecarea bolnavei fără supurații trenante, fistule, cicatrice deformante și intervenții repetate.

Antibioterapia este indicată, dar evacuarea corectă a colecțiilor și drenajul sînt cheia tratamentului supurațiilor și antibioterapia nu suplinește o intervenție insuficientă. În supurațiile apărute în afara lactației și nedeterminate de un factor evident (traumatism etc.), supurația secundară unui neoplasm, deși rar, poate fi suspectată .



Fig. 806. — Supurații ale lobilor și posibilitățile de evoluție superficială sau profundă (retromamar).

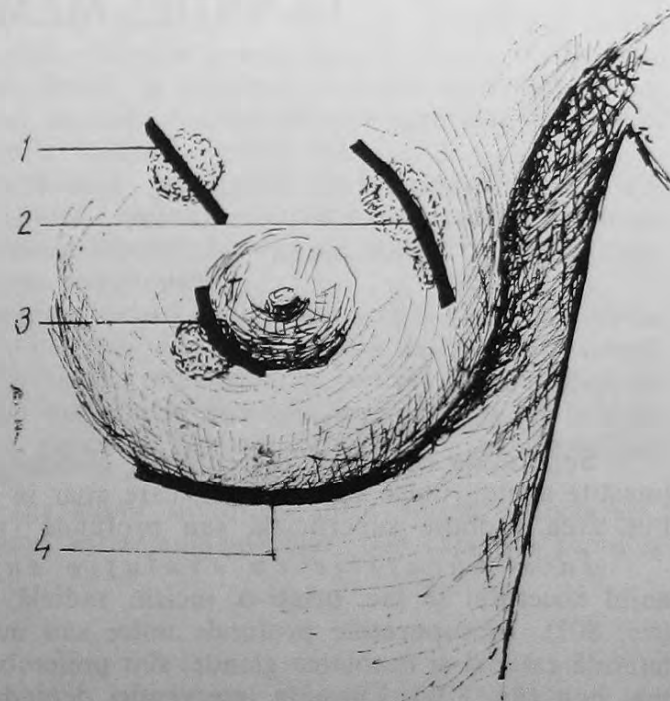


Fig. 807. — Inciziile :
1 — radială; 2 — circumferențială; 3 — periareolară; 4 — submamară. Cu excepția inciziei radiale, inciziile respectă dispoziția circulară a fibrelor elastice.

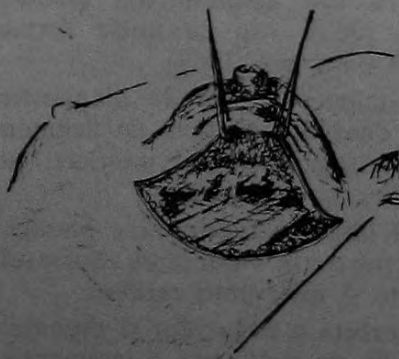


Fig. 808. — Incizie submamară și decolarea glandei pentru expunerea feței profunde.

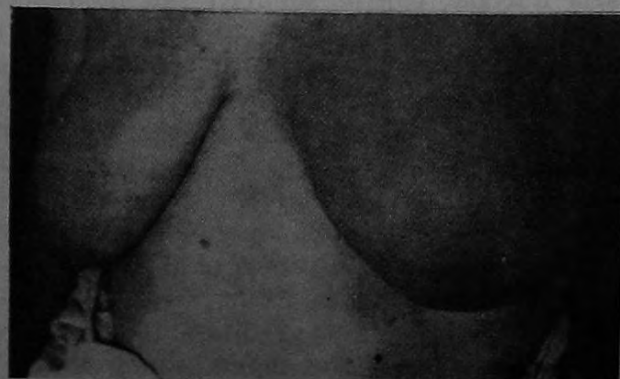


Fig. 809. — Mastită carcinomatoasă acută. Glanda mamară stângă mărită de volum, cu tegumente de aspect inflamator.

III. CHIRURGIA TUMORILOR GLANDEI MAMARE

A. GENERALITĂȚI

Chirurgia sinului este dominată de chirurgia tumorilor mamare benigne și maligne și a unor distrofii mamare (boala chistică, adenomatoză); problemele de chirurgie plastică, aparținând unei specialități distincte, nu sînt tratate în acest capitol deși, în chirurgia tumorilor maligne și în tratamentul sechelelor intervențiilor radicale, chirurgia plastică are un rol important.

Chirurgia tumorilor mamare implică o mare responsabilitate pentru că :

— impune un diagnostic foarte precis obținut înainte de a stabili un plan terapeutic prin examen clinic corect și complet, examen radiologic competent (mamografie — fig. 810, 811, 812) și puncție (examen citologic). Imposibilitatea de a obține un diagnostic cert preoperator se corectează obligatoriu peroperator prin examen histopatologic extemporaneu care devine obligatoriu și cînd este discordanță între datele clinice și rezultatul puncției. Necesitatea diagnosticului anatomopatologic precis decurge din experiența clinică care arată că unele tumori maligne sugerează diagnosticul de tumoră benignă (tumori bine delimitate, neaderente, cu contur regulat, mici, care nu pot fi abordate prin puncție), iar unele afecțiuni benigne, destul de numeroase, prin aderențe, infiltrația și retracția tegumentelor neregularitate, deformarea mamelonului și areolei, modificările tegumentelor etc., sugerează neoplasmul (zone de mastoz chistică, chistul și galactocelul cu inflamație, adenofibromul voluminos, microzele, necroza traumatică etc.) (fig. 813). Trebuie adăugat și faptul că neoplasmul mamar se poate dezvolta în unele formațiuni benigne (mastoz chistică, chist mamar). Abordarea chirurgiei tumorilor mamare, fără un diagnostic precis, atrage fie un tratament incomplet și incorect în neoplasmul curabil (tumoră malignă tratată ca benignă), fie o intervenție mutilantă inutil (tumoră benignă tratată ca malignă), fie aplicarea unei terapii cu potențial agravant (incizii de drenaj sau exereze în mastită carcinomatoasă acută);

— terapia bolilor mamelei, inclusiv cea chirurgicală, se practică numai cu controlul anatomopatologic;

— abordarea chirurgiei tumorilor mamare necesită cunoașterea tuturor procedurilor operatorii, pentru că o intervenție locală poate impune, prin rezultatul biopsiei extemporanee, o intervenție cu caracter radical în aceeași edin operatorie. Chirurgul care se aventurează cu superficialitate într-o « biopsie de sîn», tentat de aparenta facilități care nu are asigurate condițiile unui examen

— extemporaneu și nici nu poate trece la o intervenție radicală, dacă aceasta este necesară, comite o mare eroare; temporizarea intervenției radicale se face în detrimentul bolnavei;



Fig. 810. — Mamografie. Mastoză chistică.



Fig. 811. — Mamografie. Chist mamar.



Fig. 812. — Mamografie. Carcinom mamar; opacitate neomogenă cu prelungiri și reacție mamelonară. *

Fig. 813 A. — Tumoare filodes de sin sting cu modificări ale tegumentelor (S.I., 15 ani, culoare violacee, piele atrofică în stadiul de preulcerație). B. — Chist subareolar sting (P.E. 56 ani: invaginarea mamelonului sting).

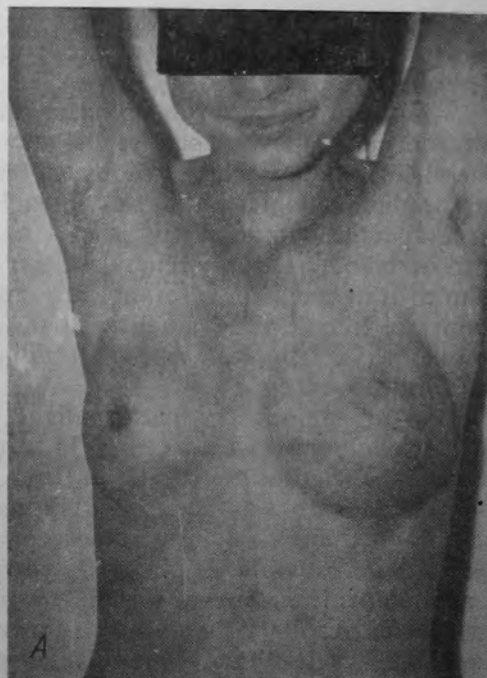


Fig. 813 A



Fig. 813 B

— chirurgia tumorilor mamare implică cunoașterea valorii și indicațiilor tuturor metodelor terapeutice cu caracter loco-regional (terapia iradiantă cu energii înalte) sau general (hormonoterapia, inclusiv castrarea chirurgicală sau prin iradiere sau intervenții pe alte glande endocrine — chimio- și imunoterapia). În terapeutică tumorilor maligne și a distrofiilor, actul chirurgical se situează într-un plan terapeutic general. Chiar dacă chirurgul nu stabilește indicația și tehnica tratamentelor adjuvante sau complementare (în realitate denumite astfel greșit), el trebuie să le cunoască și să îndrume bolnava spre specialistul cu care trebuie să colaboreze. Astfel, tratamentul chirurgical, ca terapeutic unic, constituie o excepție;

— în tumorile mamare maligne, indicația planului terapeutic și alegerea momentului chirurgical se fac în raport cu rezultatele obținute prin metode terapeutice riguros verificate în timp. Excepțiile nu stabilesc o metodă: o bolnavă la care s-a făcut o «tumorectomie» pentru carcinom și care de-aia respinge instituirea unui tratament complet are o supraviețuire îndelungată, nu poate fi un exemplu de conduită terapeutică pentru toate carcinomurile sîmlei. În carcinomurile sîmlei, un diagnostic precoce și un tratament corect pot fi urmate de rezultate favorabile: supraviețuire de 70—80% la 5 ani și 55—60% la 10 ani (ca rezultate globale) și supraviețuire de 85% la 5 ani și 60—65% la 10 ani, în stadiul I (în general în forme fără metastaze în ganglionii axilari). În stadiile cu N+, în general, supraviețuirea este apreciabil redusă dar nu se exclud rezultate de durată.

Tratamentul tumorilor sîmlei și al distrofiilor mamare necesită deci o cunoaștere serioasă a problemelor de diagnostic și terapeutic și o colaborare multidisciplinară între chirurg, oncolog, radiolog, radioterapeut, anatomopatolog.

În general, intervențiile care se adresează tumorilor și distrofiilor mamare se pot clasifica în:

a) intervenții cu caracter local, în regiunea mamă;

b) intervenții cu caracter locoregional — intervenții radicale — care implică extinderea actului chirurgical la regiunea axilară.

B. PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Pregătirea preoperatorie include în special tratamentul unor boli asociate, dacă aceasta este necesar (decompensare cardiacă, hepatică, renală etc.). Coexistența unor focare infecțioase impune tratamentul lor preoperator.

Tratamentul local se adresează doar formelor ulcerate, infectate, care necesită terapia infecției locale.

Nu sînt motive pentru a precipita o intervenție dacă bolnava necesită o terapie preoperatorie deoarece tratamentul cancerului de sân nu constituie o «urgență» cu excepția mastitei carcinomatoase acute, timpul desfășurat de tumoare de la debutul ei pînă la manifestarea clinică fiind foarte lung (timp de dedublare lung).

Sînt necesare pregătirea psihologică și consimțimîntul bolnavei cînd este indicată o intervenție mutilantă sau cînd rezecția parțială pentru examen extemporaneu ar putea fi urmată de o intervenție mutilantă.

C. ANESTEZIA

Anestezia în chirurgia tumorilor sînului, în sensul clinic al tumorilor de sân, este preferabilă generală. Are avantajul de a nu modifica planurile și de a nu solicita bolnava pentru două anestezii, dacă examenul extemporaneu al unei exereze parțiale indică necesitatea unei exereze largi în aceeași edină operatorie.

Pentru acest motiv, abordarea chirurgiei sînului impune colaborarea unui anestezist competent care poate trece, fără neajunsuri pentru bolnavă, de la o anestezie generală de scurtă durată și fără intubație, suficientă pentru o exereză în scop biopsic, la o anestezie de lungă durată, cu intubație neocantă, pentru o exereză largă radicală, dacă se dovedește necesar.

În general, pierderile de sînge în cursul intervențiilor radicale nu sînt atît de mari încît să necesite transfuzia sanguină și compensările se pot face cu substituenți cristaloiți sau coloizi, în mod excepțional, cu sînge.

D. INTERVENȚII CU CARACTER LOCAL

Sînt indicate în unele forme de mastozistă, în tumorile benigne și în unele forme de supurații cronice. În tumorile maligne, indicațiile sînt rare.

1. EXEREZĂ UNEI TUMORI

Intervenția, care este reală «tumorectomie», are indicații în tumorile benigne (clinic, radiologic și histologic) ca fibroadenomul, chisturi, tumori filodes, ceea ce nu exclude examenul extemporaneu, mai ales pentru anumite forme (tumorile filodes pot prezenta zone de malignizare, chistul poate conține un carcinom papilar etc.).

Incizia trebuie aleasă în funcție de localizarea tumorii, de mărimea ei și a glandei mamare, urmîndu-se un rezultat estetic (fig. 807), pentru că tumorile benigne pot apărea la adolescente, femei tinere, pot fi voluminoase, bilaterale, recidivante și necesită intervenții repetate (fig. 814). Este de preferat incizia periareolară sau circumferențială. Pe cît posibil se va evita incizia radială, cu rezultat inestetic, care totuși poate fi necesară pentru abordul tumorilor situate în prelungirea axilară a glandei mamare.

Incizia periareolară, cu rezultat estetic superior, poate fi folosită însă numai pentru abordul tumorilor centrale sau pentru abordul tumorilor periferice, dacă sînul este mic. A încerca ablația unei tumori periferice la un sîn mare, prin incizie periareolară, poate duce la un rezultat inestetic, mai ales prin defectele de hemostază, hematom și supurație.

După incizie, se abordează tumoarea, eliberînd de glandă și tumoare, pielea și esutul subcutanat, ceea ce necesită manevre cu foarfeca sau bisturiul pentru că tegumentele sînt fixate de glandă prin ligamentul Cooper care trebuie secționat. Tumoarea odată abordată, se reperează cu o pensă sau un fir tractor și se decolează de glanda mamară (fig. 815, 816, 817). În intervenții pentru formațiuni chistice mamare, incizia chistului, pentru a verifica dacă nu are în interior papilomatoză sau carcinom papilifer, este recomandabilă. Dacă decolarea tumorii benigne de esutul mamar nu este posibilă, excizia de esut mamar adiacent nu este o greșeală. În adeno-fibroamele multilobulare trebuie evitată ablația incompletă care va duce la recidivă (fig. 818).



Fig. 814. — Fibro-adenom mamar drept voluminos; O.M., 19 ani.

În tumorile profunde, mari, situate în jum tatea inferioară a glandei, se poate folosi incizia submamar , urmat de decolarea glandei de pe fascia mu chiului mare pectoral; tumoarea se va aborda pe planul profund (fig. 807, 808). Dacă sânul este mic, se poate folosi calea submamar i pentru tumorile din zona centrală sau din jum tatea superioară a glandei; incizia trebuie să fie J suficient pentru a expune fa a posterioară a glandei și nu se abordează tumoarea printr-o incizie mică și un «tunel» ceea ce ar atrage defecte în execuția hemostazei.

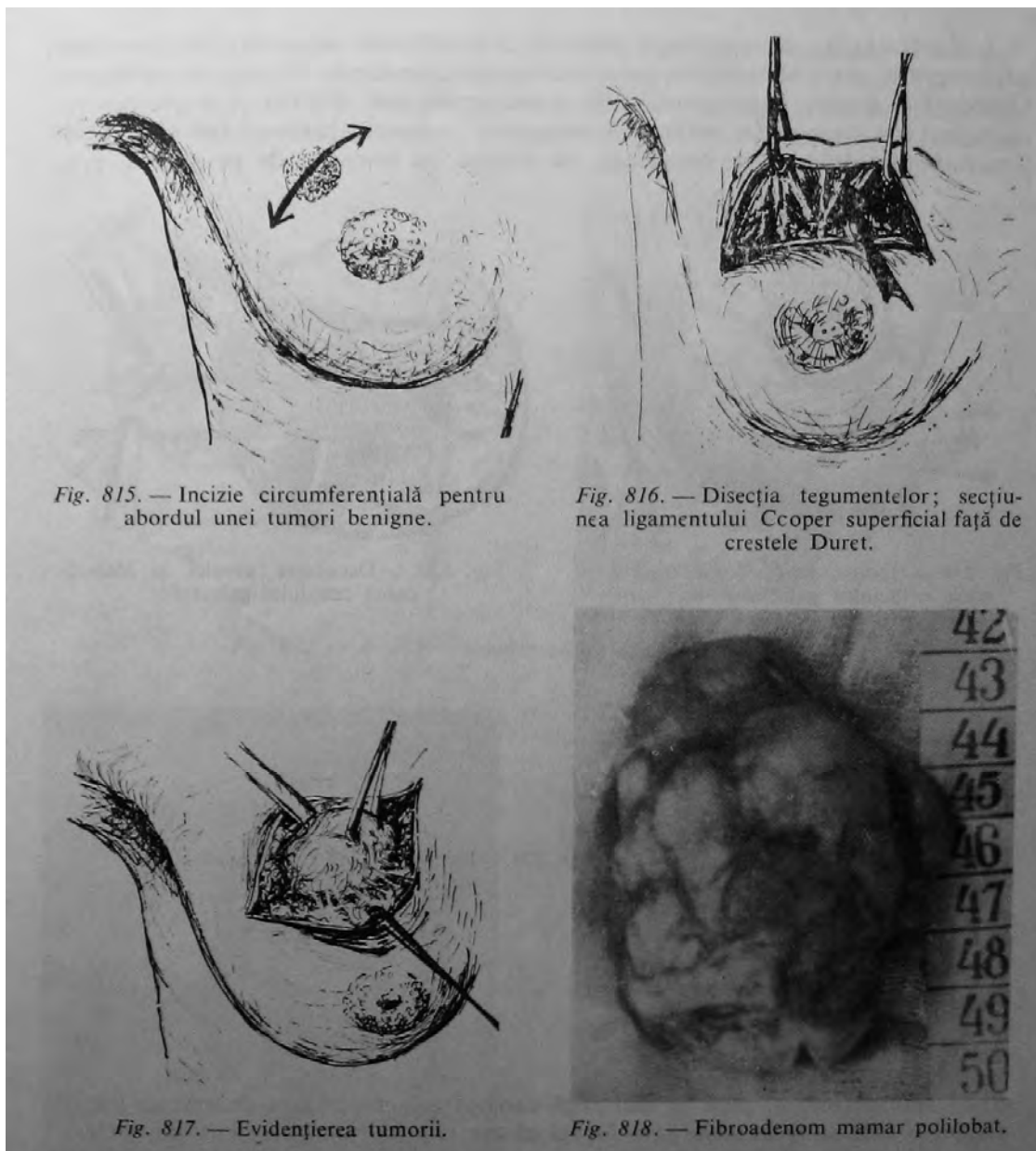
Hemostaza trebuie să fie foarte îngrijită și dacă pensarea vaselor din esutul glandular nu este posibil , hemostaza se face cu fir trecut prin esutul mamar. Drenajul cu tub de dren prin contraincizie, sau prin plag , dacă s-a folosit calea retromamar , va fi decliv și bine plasat în spațiul liber de tumoare sau în spațiul de decolare. Defectele de hemostază și drenaj pot compromite rezultatul estetic (hematoame supurate). Dacă tumoarea ajunge la planul profund, fascial, tubul de dren se poate introduce prin contraincizie în anul submamar i posterior față de glandă , prin spațiul de decolare, cu atenție pentru a nu rupe vasele care abordează glanda prin profunzimea ei.

Capitonajul și sutura pielii se efectuează luând în considerație și obiectivul estetic.

Dacă s-a folosit incizia submamar i și s-a efectuat o decolare importantă a glandei, este necesar refixarea glandei la fascia pectoralului pentru a preveni ptiza mamar ulterioară .

Dacă tumoarea a fost mare, sau s-a făcut decolare retromamar , pansamentul compresiv este util.

Antibioterapia nu este necesară .



2. REZECȚIA SECTORIALĂ DIRIJATĂ

Urmește rezecția unui sau a mai multor lobi (sectoare) folosind ca reper canalul sau canalele galactofore corespunzătoare lobilor.

Este *indicat* în mamela sîngerînd sau secretant, fără tumoare clinic sau cu tumoare de dimensiuni foarte mici, care sugerează papilomul intraductal, ectazia galactoforică.

Tehnică. Se reperează orificiul sau orificiile secretante (în prealabil, galactografie sau cateterizarea orificiului și introducerea de albastru de metilen — Chiricu — pentru reperarea exactă a sectorului pot fi utile) și se efectuează, în raport cu topografia orificiului secretant, o incizie periareolară (fig. 819). Tracțiunînd areola, ea se decolează, cu atenție, cu bisturiul de pe glandă, progresiv spre mamelon, pînă se identifică canalul galactofor care deservește lobul afectat și care se recunoaște prin faptul că are conținut sanguinolent sau lactescent sau seros, sau este dilatat.

Se izolează canalul galactofor, se secționează la nivelul feței profunde a mamelonului și, capătul distal reperat pe o pensă, expune progresiv teritoriul lobului (fig. 820, 821). Se izolează tegumentele de glandă (secționînd ligamentul Cooper) pînă la marginea periferică a glandei. Prin tracțiunea canalului galactofor se caută individualizarea progresivă a lobului (sectorului) și separarea lui de ceilalți lobi; aceasta nefiind întotdeauna realizabil, se secționează în plin esut mamar, la distanță de limitele aproximative ale lobului, pînă se ajunge la planul posterior fascial și la marginea glandei mamare în teritoriul respectiv. Excizia tesutului mamar va urmări extirparea unei zone triunghiulare cu vîrfurile la canalul galactofor și baza la periferia glandei (fig. 822, 823).

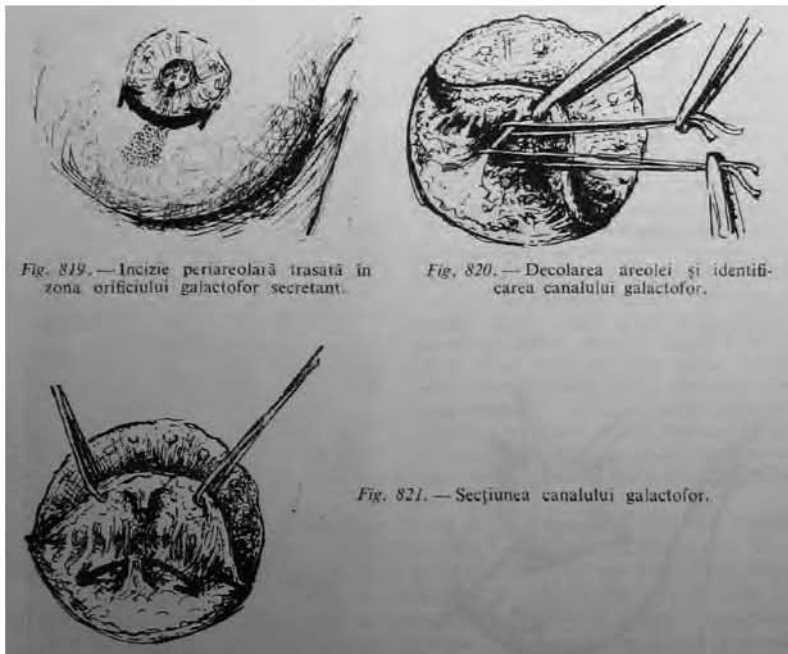


Fig. 819. — Incizie periareolară trasată în zona orificiului galactofor secretant.

Fig. 820. — Decolarea areolei și identificarea canalului galactofor.

Fig. 821. — Secțiunea canalului galactofor.

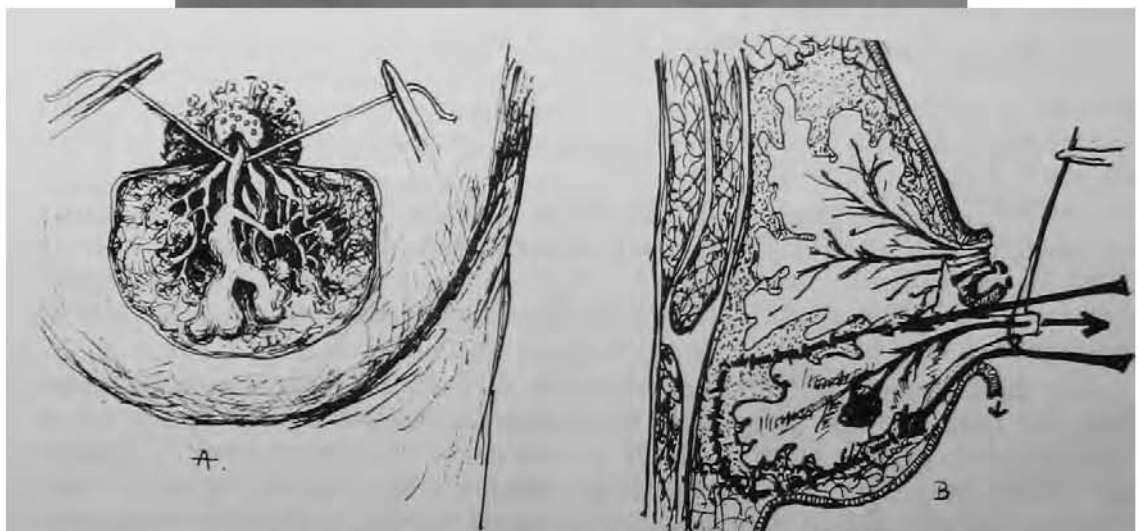


Fig. 822. — A și B — schema sectorului care se rezeacă.



Fig. 823. — Piesă de rezecție sectorială dirijată (papilom intracanalicular).

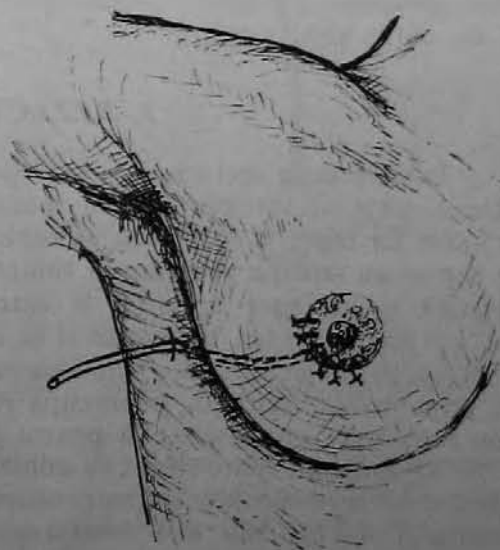


Fig. 824. — Drenaj prin contraincizie.

Cu această tehnică (Haagensen, Atkins), intervenția este realizabilă dacă sânul este mic. Dacă glanda este voluminoasă, etalată, efectuarea intervenției prin incizie periareolară poate fi dificilă și urmată de intervenție incompletă (rămân resturi ale glandei mamare din teritoriul respectiv). În asemenea situații, este preferabilă o altă incizie: radială, circumferențială sau periareolară asociată cu radială (în T).

Hemostaza riguroasă și drenajul prin contraincizie, cu capătul tubului de dren bine plasat la nivelul spațiului gol, împiedică apariția hematomului și a supurației și previn rezultatul inestetic (fig. 824).

Intervenția pune mai multe probleme de indicație, de diagnostic anatomopatologic și de urmărirea în timp, pentru că:

— mamela sîngerînd sau secretantă fără tumoare sau cu tumoare mică poate fi și semnul unui carcinom care impune o intervenție radicală. Examenul preoperator al secreției mamare poate fi edificator (pozitiv pentru carcinom) dar rezultatul negativ nu exclude leziunea malignă. Examenul extemporaneu al piesei este deci obligatoriu;

— la bolnavele cu papilom și mai ales în papilomul multiplu poate coexista sau poate apărea ulterior (la interval de mai mulți ani) un carcinom, ceea ce obligă la un examen histopatologic competent și adoptarea unei terapii adecvate dacă se descoperă carcinomul, sau la urmărirea periodică a bolnavei dacă leziunea este benignă;

— în cursul efectuării rezecției sectoriale dirijate, se poate constata că mai multe sau toate canalele galactofore au conținut sanguinolent, ceea ce presupune existența unei papilomatoze multiple și obligă la lărgirea exerezei și rezecția mai multor lobi sau la o mastectomie subcutanată; decizia implică o mare responsabilitate avînd în vedere că boala poate apărea la femei tinere și poate fi bilaterală.

Rezecția sectorială dirijată este deci o intervenție ale cărei indicații cer o mare competență a anatomopatologului și o judicioasă apreciere a oportunității ei de către clinician.

3. REZECȚIA SECTORIALĂ

Prin rezecție sectorială — nederijată sau mastectomie parțială — se înleagă ablația unui sector din glanda mamară, fără a respecta topografia lobară și a folosi ca reper canalul sau canalele galactofore (fig. 825). Ea se delimitează în raport cu situația și mărimea tumorii și este indicată în placcarde de mastozichistic și în toate tumorile la care examenul clinic, mamografia și puncția, nu au putut preciza diagnosticul și care urmează să fie precizate prin examenul anatomopatologic al piesei. Limitele rezecției se stabilesc la distanță de tumoare, în esut mamar sănătos. Intervenția trebuie să înlocuiască «biopsia chirurgicală din tumoare», condamnată pentru posibilitatea de diseminare neoplazică.

O indicație particulară o constituie «tumorectomia» ca metodă de tratament al neoplasmului mamar, asociată cu terapia iradiantă postoperatorie în stadiul I = T1a, NO, MO. (vezi anexă — clasificarea T.N.M.), cu condiția ca tumoarea să nu fie rapid evolutivă, atitudine introdusă în terapie în ultimii ani. Argumentat mai ales de considerente estetice și biologice (prezența ganglionilor axilari cu rol de barieră imunologică) este concomitent contraargumentat de considerente oncologice: tumoarea mică nu implică evoluție strict locală, neoplasmul de sân poate fi multifocal, rețeaua limfatică a sînelui poate fi invadată de celule neoplazice, stadiul real rămîne necunoscut, ganglionii axilari nu au rol de barieră imunologică și, în orice caz, rolul lor biologic este neutralizat de iradiere. În această metodă «tumorectomia» trebuie să fie în realitate o rezecție sectorială, termenul de «tumorectomie» fiind reținut doar pentru a sugera atitudinea conservatoare față de glanda mamară.



Unele experiențe clinice consideră că dacă se respectă cu stricte indicațiile metodei (T1a, NO, MO), rezultatele sînt similare cu ale intervenției radicale practicate pentru tumori în același stadiu, cu excepția recidivelor locale care sînt mai frecvente — experiența clinică pare în prezent prea limitată pentru a adopta această metodă în practică curentă și este de preferat ca aplicarea ei să se limiteze la bolnavele care refuză categoric intervenția mutilantă sau la bolnave cu risc chirurgical foarte mare, și numai dacă tumoarea se încadrează strict în stadiul amintit.

Rezecția sectorială este indicată și în unele forme de supurații cronice mamare (vezi capitolul II).

Anestezia generală este necesară.

Incizia se alege în raport cu volumul glandei mamare, localizarea tumorii și necesitatea rezultatului estetic. Dacă glanda mamar este de volum mic și este necesar un rezultat estetic, se recurge la incizia periareolară. Dacă glanda mamar are volum mare, incizia circumferențială este mai indicată, iar în tumorile situate în jumătatea inferioară a glandei se poate folosi incizia submamară sau latero-submamară. În tumorile periferice și mai ales în cele situate în prelungirea axilară sau când nu se urmărește un rezultat estetic sau -dacă rezecția se face practic pentru tumori la care natura malignă este evidentă dar nu s-a putut obține preoperator confirmarea histologică și deci rezecția sectorială are un scop bioptic și va fi urmată probabil de intervenție radicală, se preferă incizia radială.

După incizie, prin disecția tegumentelor, se delimitează suprafața superficială a teritoriului care va fi extirpat și disecția — secționând ligamentul Cooper — se extinde de la areolă până la marginea periferică a glandei. Este preferabil ca odată marginea glandei resecționată și izolată, să se pătrundă retromamăr în spațiul de decolare, eliberând teritoriul și posterior. *Excizia esutului mamar* se face deci, ambele suprafețe fiind eliberate. Se secționează în plin esut mamar la aproximativ 3 cm de tumoare, excizând un «sector» triunghiular cu baza la marginea periferică a glandei, delimitat în funcție de leziune, fără a înne seama de lobulația glandei. Dacă marginea periferică a glandei nu poate fi identificată de la început, ceea ce este posibil mai ales când se folosește incizia periareolară, se recurge la secționarea glandei după disecția tegumentelor, planul profund de decolare fiind abordat ulterior. Desfășurarea intervenției este mai puțin tipică, când tumoarea este centrală.

Hemostaza vaselor din planurile de secționare ale glandei mamare se face prin pensare și ligatură, coagulare sau cu fir transfixiant dacă glanda este scleroasă.

Drenajul cu tub plasat în spațiul restant, prin contraincizie și decliv, este obligatoriu.

Sutura tegumentelor. Sutura de apropiere a suprafețelor glandei mamare după excizie, pentru a desființa cavitatea, poate fi urmată de un rezultat inestetic și împiedică drenajul eficient.

Pansamentul compresiv este util.

Antibioterapia nu este indicată.

4. MASTECTOMIA SUBCUTANATĂ

Intervenția are ca scop exereză în totalitate a glandei mamare, cu păstrarea areolei, tegumentelor și mușchiiului marelui pectoral.

Este *indicată* în leziunile benigne care cuprind glanda în întregime: mastoza chistică, papilomatoză intracanaliculară, boala fibroasă, unele forme de supurație cronică. În principiu, rezultatul este mai bun din punct de vedere estetic; în realitate, rezultatul estetic este adesea discutabil dacă intervenția nu este urmată și de o operație plastică.

Indicațiile intervenției în carcinomul de sân stadiul I = T1a, NO, MO (înlocuind mastectomia sau tumorectomia) ca și indicațiile ei în formele de carcinom cu evoluție mai puțin malignă (carcinom intraductal, carcinom papilar) sînt discutabile.

Incizia se va alege în raport cu volumul glandei — poate fi folosită incizia periareolară, dacă glanda are volum mic sau incizia submamară dacă glanda are volum mare; în această situație ea va fi largă, eventual prelungită latero-mamar extern pentru a permite și ablația prelungirii axilare.

Disecția tegumentelor de pe suprafața externă a glandei, prin secționarea ligamentului Cooper, se face păstrînd cît mai mult esut subcutanat, păstrînd areola și mamelonul cu cît mai mult esut subareolar (fig. 826). Disecția tegumentelor se extinde până la periferia glandei. Se pătrunde apoi în spațiul de decolare retromamăr și se urmărește decolarea până la periferia glandei, identificîndu-se aceasta, cu atenție la neregularitățile de contur; în resturile glandei neextirpate poate evolua afecțiunea pentru care s-a intervenit, sau se poate dezvolta un carcinom. Glanda este detașată circumferențial de esutul subcutanat. Intervenția efectuîndu-se pentru leziuni benigne și urmînd un obiectiv estetic, izolarea glandei se face fără a sacrifica și esutul gras adiacent.

Hemostaza se face practic și la timpul de eliberare al suprafeței externe (pentru vase care abordează glanda pe această suprafață) și la decolarea retromamăr (pentru vasele perforante).

Drenajul decliv, de preferință aspirativ în primele zile, mai ales la sinul voluminos și pansamentul compresiv, este necesar. Se poate recurge și la meaj pentru modelarea sînului.

Antibioterapia nu este necesară, cu excepția cazurilor în care s-a folosit meaj, sau intervenția a fost făcută pentru supurații cronice.

Avînd în vedere rezultatul, în realitate inestetic, intervențiile plastice, de modelare a sînului prin plastia de tegumente, mușchii, esut gros, epiploon sau proteză de material plastic, sînt indicate în aceiași edin operatorie sau într-un al doilea timp (Chiricu).

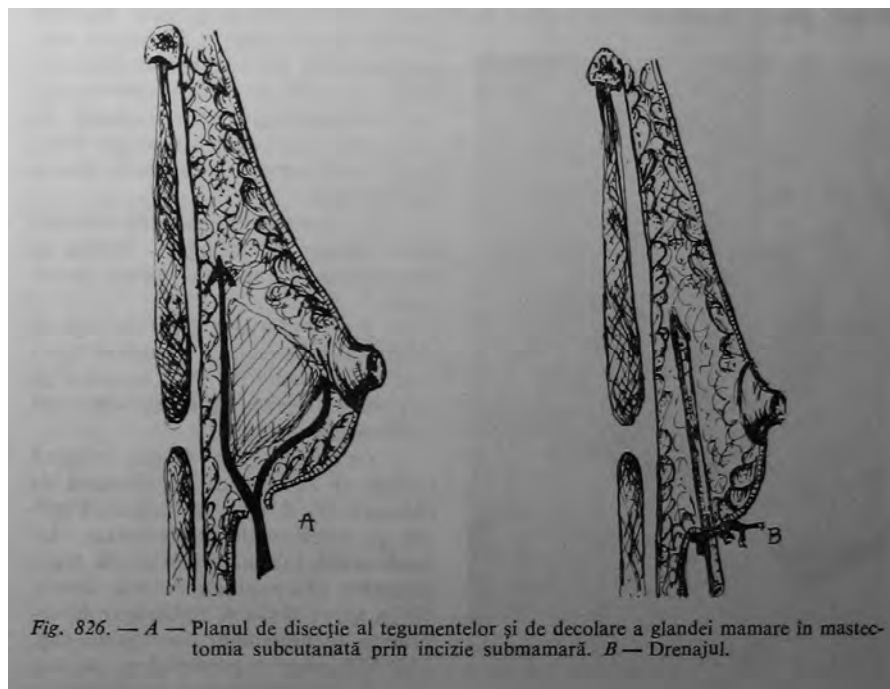


Fig. 826. — A — Planul de disecție al tegumentelor și de decolare a glandei mamare în mastectomia subcutanată prin incizie submamară. B — Drenajul.

5. MASTECTOMU

Intervenția are ca obiectiv extirparea tumorii și glandei mamare în bloc, cu tegumentele adiacente și esutul subcutanat regional.

Indicația o constituie carcinomul mamar în stadiul III, cu tumori mari, cu troficitatea tegumentelor compromisă, ulcerații (fig. 827), infecții, hemoragii secundare (T4b), deci stadii la care intervențiile de tip radical nu mai sînt indicate. Intervenția este paliativă «de curîre», dar îndepărtarea tumorii și a masei neoplazice deschide perspective pentru tratamentele asociate (iradiere, chimioimunoterapie) și uneori se obțin supraviețuiri apreciabile în raport cu stadiul. Aceste rezultate se constată mai ales în stadiile III, T4b, T4c cu NO, MO sau NI, MO, la care evoluția neoplasmului apare predominant local, cel puțin pentru o perioadă de timp.

A fost propus și ca tratament curativ în neoplasmul de sân în stadiile I și II în asociație cu terapia iradiantă pre- și postoperatorie (McWhirter), metodă terapeutică care astăzi are mai puțină importanță, dar care este încă utilă bolnavei cu risc chirurgical mare.

Indicația ei în unele forme de neoplasm al glandei mamare, care se consideră că au o evoluție mai puțin agresivă (carcinom papilar, carcinom intra-ductal) este discutabilă.

Intervenția este indicată și în tumori benigne de dimensiuni insolite care distrug glanda mamară, compromit troficitatea tegumentelor și dau ulcerații (tumoarea philodes) și în tumori neopiteliale care nu beneficiază de intervenții cu caracter radical (sarcoame).

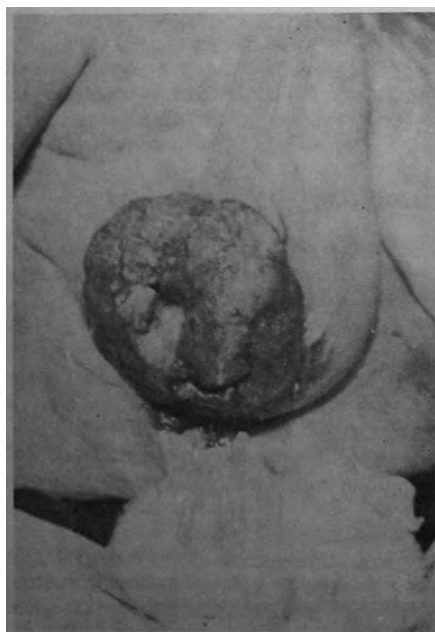


Fig. 827. — Voluminos carcinom mamar ulcerat.

Mamectomia este indicată în supurațiile cronice, cu multiple fistule, dacă supurația cuprinde glanda în totalitate.

În general, intervenția adresîndu-se tumorilor maligne, trebuie să îndeplinească anumite cerințe oncologice.

Poziția pe masa de operație: decubit dorsal, cu membrul superior în abducție la 90°, susținut pe un suport de perfuzie la același nivel cu toracele.

Incizia de form ovalar trebuie s se situeze la distan de tumoare (5—6 cm), s cuprind are-ola i tegumentele periareolare, iar dac exist tulbur ri trofice ale tegumentelor, s contureze zona la distan în esut s n tos, indiferent de suprafa a tegumentelor sacrificate (fig. 828). Disec ia tegumentelor, cu un strat subcutanat cît mai redus pîn la limitele periferice ale glandei (fig. 802).

La limita intern a diseciei lamboului intern al tegumentelor, se incizeaz perpendicular pe torace esutul subcutanat i fascia mu chiului mare pectoral, la distan de limitele glandei (fig. 829). Se desprinde glanda cu fascia mu chiului mare pectoral de pe suprafa a mu chiului, iar lateral se separ piesa de suprafa a mu chiului serratus anterior (fig. 830). Rezec ia fasciei se impune din cauza re elei limfatice care o str bate i din cauza prelungirilor glandei în fascie (fig. 831).

Hemostaza riguroas , mai ales a vaselor care abordeaz glanda profund, previne hematumul i supura iile. În formele cu invazia mu chiului pectoral se poate rezeca i o parte din mu chi.

Drenajul cu tuburi este obligatoriu i drenajul aspira iv util.

Cînd tumoarea este foarte mare, ulcerat , tegumentele infiltrate, rezec ia întins a tegumentelor poate avea drept consecin imposibilitatea suturii. Se recurge la mobilizarea suplimentar a tegumentelor sau la mobilizarea unui lambou de tegumente sau la grefajul secundar — grefajul în aceea i edin se poate compromite din cauza mediului septic (vezi pag. 1087).

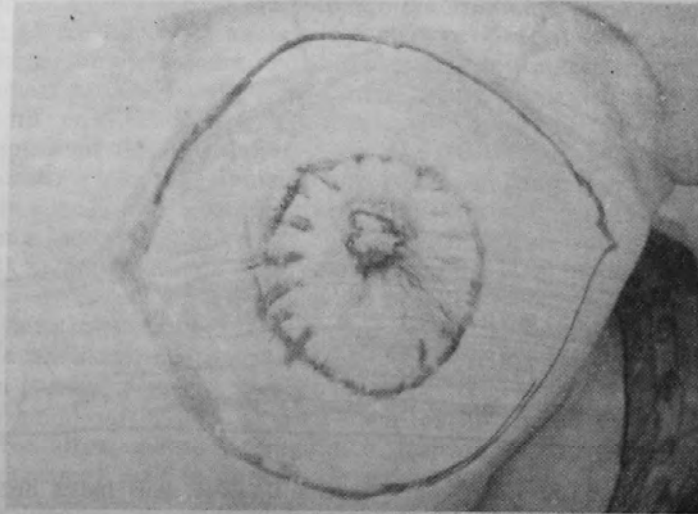


Fig. 828. — Incizie pentru mastectomie. Neoplasm ulcerat; zona hașurată infiltrată și cu metastaze tegumentare.

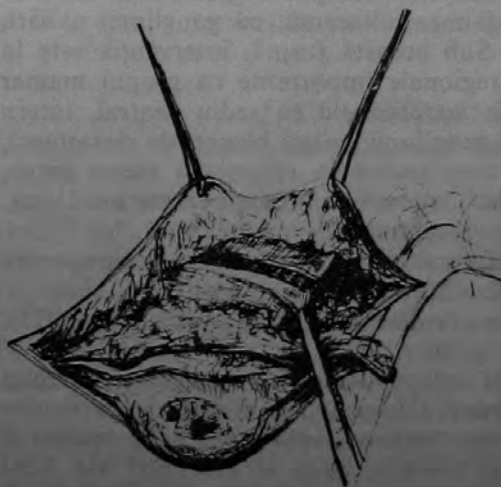


Fig. 829. — Incizia fasciei mușchiului mare pectoral.



Fig. 830. — Decolarea glandei cu fascia musculară.

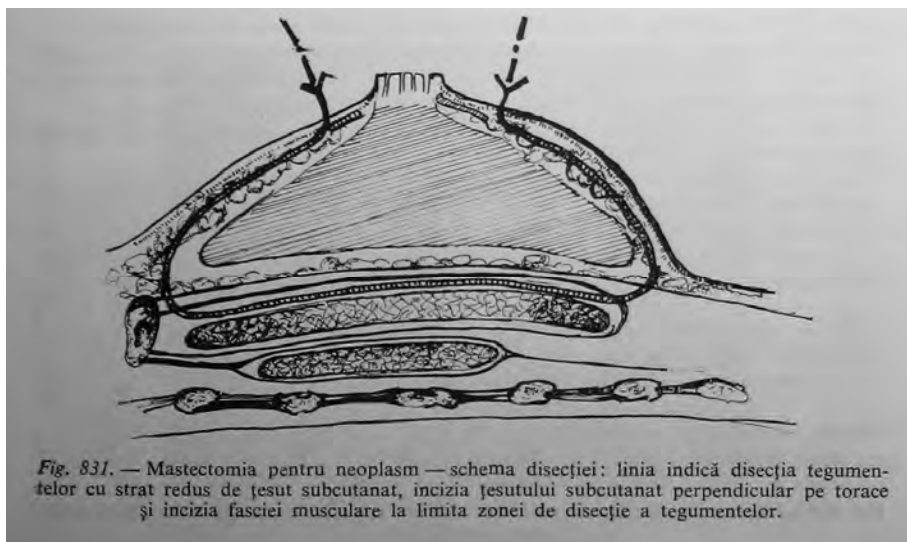


Fig. 831. — Mastectomia pentru neoplasm — schema disecției: linia indică disecția tegumentelor cu strat redus de țesut subcutanat, incizia țesutului subcutanat perpendicular pe torace și incizia fasciei musculare la limita zonei de disecție a tegumentelor.

E. INTERVENȚII RADICALE (LOCO-REGIONALE)

1. GENERALITĂȚI

Intervențiile radicale au ca obiectiv extirparea sînuului concomitent cu teritoriul limfatic aferent, regional, ceea ce impune extirparea glandei mamare în totalitate și în bloc cu tegumentele și grăsimea adiacentă, cu ganglionii axilari, cu sau fără ablaia mușchilor pectorali. Sub această formă, intervenția este în realitate incompletă, neincluzînd stadii regionale importante ca grupul mamar intern (sediul frecvent al metastazelor în neoplasmelor cu sediu central, intern sau submamar și în neoplasmelor care au ganglionii axilari blocați de metastaze), sau grupul supraclavicular. Intervențiile care includ în rezecție și aceste grupe, numite și suprарadicale, nu au oferit, global, un coeficient de vindecare ameliorat, motiv pentru care nu s-au menținut în practica curentă.

Intervențiile radicale se adresează carcinoamelor de sîn, forme comune sau particulare (boala Paget, carcinom intracanalicular etc.).

Indicațiile se stabilesc în raport cu clasificarea T.N.M. (vezi pag. 1073), indicația majoră constituind-o stadiul I și II.

Deși «radicale», intervențiile nu sînt independente de complexul terapeutic CQ se poate institui astăzi în neoplasm în general și în neoplasmul de sîn în particular (terapia iradiantă, hormono-, chimio- sau imunoterapia). Dacă în stadiul I (T1a, NO, MO) intervenția chirurgicală, la anumite vîrste și localizări ale neoplasmului în glanda mamară poate fi considerată ca soluție terapeutică unică și intervenția nu este în mod obligatoriu precedată sau urmată de terapie iradiantă, în toate cazurile cu adenopatie axilară (N-f-), în cazurile în care tumoarea a avut o evoluție rapidă*, în cazurile în care tumoarea este localizată central, intern sau în anul submamar, este indicată terapia iradiantă preoperatorie, aceasta vizînd, pe lîngă efectul direct asupra tumorii, și controlul eventualelor metastaze din ganglionii regionali care sînt abordabili prin intervenția chirurgicală (supraclaviculari, mamari interni); terapia iradiantă reduce procentul de recidive locale, chiar dacă nu modifică supraviețuirea.

În neoplasmul de sîn stadiul I sau II, NO, la care examenul histologic al piesei operatorii pune în evidență metastaze în ganglionii axilari (pN+), se impune terapia iradiantă postoperatorie. Indicația are valoare de principiu, dar ea poate fi mai nuanțată: în cazuri cu metastaze în unu sau doi ganglioni periferici în axilă și metastaze mici (vezi clasificare pTNM), terapia nu este obligatorie, pe cînd în cazuri cu metastaze în ganglionii centrali sau subclaviculari, sau cu metastaze importante, chiar dacă numărul ganglionilor cu metastaze este redus, terapia iradiantă postoperatorie este indicată. Ea este indicată și în cazurile de tumori cu localizări cu risc crescut (centrale, interne) chiar dacă nu s-au găsit metastaze în ganglionii axilari, și dacă nu a fost instituit preoperator.

Asocierea altor metode terapeutice (hormonoterapia, inclusiv castrarea, chimioimunoterapia) este în funcție de vîrsta bolnavei, de caracterul evolutiv al tumorii, de caracterul histopatologic etc.

O particularitate a indicației o constituie neoplasmul în stadiul III la care, în principiu, intervenția locoregională nu este indicată. Și în acest grup, indicațiile pot fi mai nuanțate. În complexul terapeutic, intervenția radicală poate fi utilă în stadiul III sau în forme în care prin iradiere s-a obținut o conversiune importantă a tumorii și adenopatiei.

În ceea ce privește indicațiile intervențiilor radicale în tumorile neepiteliale (sarcoame), ea este rezervată și în general nu este acceptată, cu excepția limfomului malign, mastectomia simplă și tratamentele asociate fiind considerate mai adecvate.

În cistosarcomul phloides, indicația intervenției radicale este discutabilă și în general intervențiile cu caracter local sînt suficiente.

2. CLASIFICAREA STADIALĂ TNM (Uniunea Internațională Contra Cancerului — U.I.C.C.)

Clasificarea stadială definește stadiul carcinoamelor confirmate histologic (nu se aplică la alte tumori maligne), apreciind tumoarea (T), metastazele ganglionare regionale (N) și metastazele la distanță (M) prin datele clinice sau radiologice (ultimele — de exemplu: mamografie — nu sînt obligatorii).

Situația topografică a tumorii de sîn trebuie notată, deși nu este inclusă în clasificare.

Dacă bolnavul prezintă tumori multiple (exemplu: tumoare bilaterală), se stadializează în raport cu tumoarea cea mai mare.

Clasificarea curent TNM se poate completa cu unele date care au simboluri proprii:

— după tratament chirurgical și examen histopatologic al piesei, tumoare și ganglioni, se poate reconsidera clasificarea; în acest caz simbolul «p» precede TNM (p — postchirurgical); dacă intervenția a fost precedată de o altă metodă terapeutică (de exemplu: iradiere), se introduce simbolul «y» (yp TNM);

— în clasificarea recurențelor postterapeutice, simbolul «r» precede simbolurile TNM;

—dacă elementele clinice nu permit o apreciere satisfăcătoare a datelor, se introduce simbolul «X» (de exemplu: T1a, XN, MO);

— rezultatele examenului histologic se pot introduce în clasificare, notându-se cu simbolul «G» care permite și o apreciere a gradului de malignitate histologică:

G1 — grad mare de diferențiere;

G2 — grad mediu de diferențiere;

G3 — grad mic de diferențiere;

GK Uf gradul de diferențiere nu poate fi apreciat.

Simbolurile TNM

T tumoare primară T0 = absența tumorii

TI = tumoare cu diametrul mare de maximum 2 cm T1a — fixare la fascia sau mușchiul pectoral T1b — cu fixare la fascia sau mușchiul pectoral T2 = tumoare cu diametrul mare între 2 și 5 cm

T2a — în raport cu absența sau prezența fixării la fascia T2b — sau mușchiul pectoral (similar cu TI) T3 — tumoare cu diametrul mare peste 5 cm

T3a — în raport cu absența sau prezența fixării la fascia T3b — (sau mușchiul pectoral) T4 = tumoare cu extensie la peretele toracic (coaste, mușchiul intercostal, serratus anterior) sau la piele

T4a — cu fixare la peretele toracic

T4b — cu edem, infiltrație sau ulcerare a pielii sîmului (inclusiv piele cu aspect de coajă de portocal) sau cu noduli metastatici în pielea aceluiași sîn T4c — cu caractere comune T4a și T4b.

Completări:

a) cu simbol «Tis» — se notează carcinomul preinvasiv (carcinom in situ), carcinomul intraductal neinfiltrativ și boala Paget fără tumoare; boala Paget cu tumoare se clasifică în raport cu datele curente;

b) retracția mamelonului sau a pielii, sau alte modificări ale pielii, care nu sînt cuprinse în T4b nu modifică clasificarea;

c) mastita carcinomatoasă acută — nu se clasifică. N9 definește starea ganglionilor regionali

NO — nu se palpează ganglioni în axila homolaterală NI — ganglioni axilari homolaterali palpabili, mobili

N1a — cu caracter clinic care permite să se aprecieze că nu au metastaze N1b — cu caracter clinic care permite să se aprecieze că au metastaze N2 — ganglioni axilari homolaterali fixați între ei sau la formațiuni anatomice vecine

și care clinic au caracter metastatic N3 — 9 ganglioni infra- sau supraclaviculari palpabili cu caracter clinic care sugerează metastaze, sau cu edem al brațului.

M ~ metastaze la distanță

MO — nu sînt metastaze la distanță

M1 — metastaze la distanță (care se notează: pulmonare, osoase etc.)

Clasificare stadială preterapeutică

Stadiul II.	- T1a, T1b. ...	..... NO. N1a	MO
	- T1a, T1b. ...	..... N1b.....	MO
	T2a, T2b. ...	..... NO. N1a	MO
	T2a, T2b. ...	..... N1b.....	MO
Stadiul III.b.	- T3a, T3b. ...	..... NO. N1.....	MO
	T1a,b. T2a,b. T3a,b .....	..... N2.....	MO.
Stadiul IV.	T1a,b. T2a,b. T3a,b .....	..... N3.....	MO.
	— oricare T. ...	..... oricare N.....	MO

Clasificare stadială postterapeutică (p TNM)

După intervenție chirurgicală și control histologic al piesei, clasificarea se completează cu o serie de date obținute prin examen macro- și microscopic.

De exemplu: la T1a și T1b se introduc detalii mai precise privind mărimea tumorii care, în aceste condiții, poate fi determinat exact și notat, adăugându-se la simboluri:

(i) — tumoare pînă la 0,5 cm.

(ii) — tumoare între 0,5—1 cm.

(iii) — tumoare între 1—2 cm.

În ceea ce privește simbolul «NI», are, în aceste condiții, mai multe subdiviziuni:

N1a. — micrometastaze pînă la 0,2 cm.

N1b. — metastaze mari

(i) — metastaze între 0,2 cm și 2 cm în 1 pînă la 3 ganglioni

- (ii) — metastaze între 0,2 cm și 2 cm în 4 sau mai mulți ganglioni
- (iii) — metastaze mai mici de 2 cm dar cu extensie care depășește capsula ganglionilor
- (iv) — metastaze care depășesc 2 cm.

3. MASTECTOMIA RADICAL TIP HALSTED

Poziția pe masa de operație are ca scop expunerea regiunii toracice anterioare respective și a regiunii axilare: decubit dorsal, capul rotat pe partea opusă, membrul superior în abducție sprijinit pe suportul pentru perfuzie și situat la nivelul toracelui și un sul plasat sub articulația umărului și față posterioră a hemitoracelui respectiv, care rotează și proiectează anterior umărul și hemitoracele (fig. 832). Poziția membrului superior și a umărului nu trebuie forțate (abducția și extensia membrului superior excesive prin poziționarea membrului superior sub nivelul toracelui sau ridicarea excesivă a umărului pe sul), în primul rând pentru că nu este necesară o deschidere excesivă a regiunii axilare în care se pot trunde printr-un acces larg anterior și nu lateral și, în al doilea rând, pentru a evita complicațiile secundare elongației nervilor plexului brahial.

Anestezia generală cu intubație se impune.

Delimitarea câmpului operator: câmpurile chirurgicale nu se fixează în vecinătatea viitoareii incizii a pielii ci se fixează la distanță delimitând un câmp chirurgical larg. Se plasează deci: intern pe linia mediană a sternului, extern la unirea 1/3 superioare și 1/3 medii a brațului și pe linia axilară posterioară, cranial la marginea superioară a claviculei și pe față anterioară a umărului, inferior la nivelul rebordului costal.

Incizia curentă are direcție verticală (fig. 833). Partea centrală a inciziei circumscrie sânul și tumorarea și se trasează în raport cu următoarele date:

- a) incizia va trece la 3—4 laturi de deget de marginile palpabile ale tumorii (5-7 cm);
- b) indiferent unde este situată tumorarea (de exemplu: periferic la un sân de volum mare sau în prelungirea axilară), incizia va circumscrie, în orice caz, regiunea areolară și periareolară, care este un teritoriu limfatic foarte bogat;
- c) incizia va încheia seamă în primul rând de cerințele oncologice și nu se va restrânge teritoriul circumscriș pentru a reduce sacrificiul tegumentar și a obține condiții bune de sutură a pielii; pentru completarea defectelor de piele există soluții (vezi: sutura, pag. 1085). De aceea, chiar la sânul de dimensiuni reduse și care prezintă o tumoră periferică, circumscrierea sânului și tumorii se vor face conform indicațiilor de mai sus, chiar dacă este evident de la început că sutura pielii va prezenta zona de incompetență (fig. 834 A, B, C).



Fig. 832. — Poziția pe masa de operație.

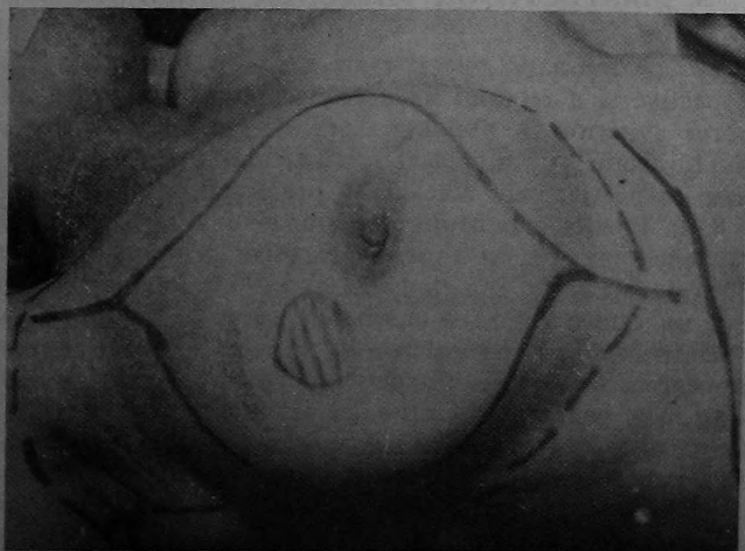


Fig. 833. — Incizia verticală pentru tumoarea supero-externă; linia întreruptă delimitează teritoriul de disecție al tegumentelor și de rezecție a țesutului subcutanat.

Segmentul cranial al inciziei urmărește marginea externă a marelui pectoral, dar se situează intern față de ea sau, mai avantajos, se îndreaptă spre unirea $1/3$ externe cu $1/3$ medie a claviculei; o incizie plasată prea mult spre axil va fi urmată de o cicatrice retractilă în regiunea axilară și limitarea mișcărilor, durere, edem al membrului superior.

Când glanda mamară este voluminoasă și toracele scurt și dacă ea se extinde spre rebord și acoperă în întregime mușchiul pectoral, pentru a putea extirpa glanda mamară în totalitate, segmentul caudal vertical al inciziei se prelungește până aproape de rebordul costal. Trecerea de la zona medie a inciziei spre segmentul caudal se face sub un unghi ascuțit; dacă nu se respectă acest amănunt, în zona respectivă, la sutură, se va forma un pliuri disgrațios al pielii.

Incizia va interesa pielea și un strat cât mai redus de esut subcutanat (4—6 mm); nu se urmărește aprofundarea inciziei până la glanda mamară sau mușchiul pentru că unul din scopurile intervenției este să se evedeze esutul subcutanat al regiunii mamare pe o arie foarte largă, aceasta conținând colectoarele limfatice și ganglionul prepectoral.

Pentru a realiza acest obiectiv, după incizie, se disecă pielea cu un strat cât mai redus de esut subcutanat (fig. 835). Se începe de preferință cu lamboul intern și se extinde disecția pielii de la marginea externă a tendonului marelui pectoral, la marginea inferioară a claviculei, marginea externă a sternului sau chiar până la linia mediană, dacă glanda mamară este mai extinsă intern și se îndreaptă spre unghiul inferior al inciziei. Disecția lamboului sub această formă nu expune la riscul necrozei de piele. Ea trebuie făcută cu o hemostază îngrijită și este mai dificilă în zona corespunzătoare ariei glandei mamare din cauza ligamentului Cooper. La limita ariei de disecție a pielii, se incizează esutul subcutanat perpendicular pe planul profund, urmând o linie de la marginea externă a tendonului marelui pectoral pe suprafața mușchiului, sub claviculă, la marginea sternului, și pe peretele toracic antero-inferior, format de marele pectoral și teaca dreptului abdominal, până la extremitatea inferioară a inciziei, proiectându-se pe linia de inserție a marelui pectoral.

Când glanda este foarte extinsă inferior spre rebordul costal și acoperă în totalitate marele pectoral și incizia a fost condusă până aproape de rebord, secțiunea esutului subcutanat se proiectează pe teaca dreptului și oblicului mare.

Disecia și mobilizarea lamboului extern al pielii se face după aceeași tehnică, începînd de preferință în zona medie a inciziei pînă la marginea mușchului latissimus. Avînd marginea mușchului ca reper, disecia se continuă cranial pînă la baza axilei, iar caudal se va îndrepta spre extremitatea inferioară a inciziei la rebordul costal. În segmentul cranial al inciziei, disecia pielii și incizia esutului subcutanat trebuie să urmărească și evidențieze parțial tendonul mușchului mare pectoral pentru a pregăti secțiunea tendonului. Odată limita disecției tegumentelor terminată, se incizează esutul subcutanat de la baza axilei la rebordul costal, perpendicular pe peretele toracic format de serratus și marele oblic, descoperind inserțiile marelui pectoral.

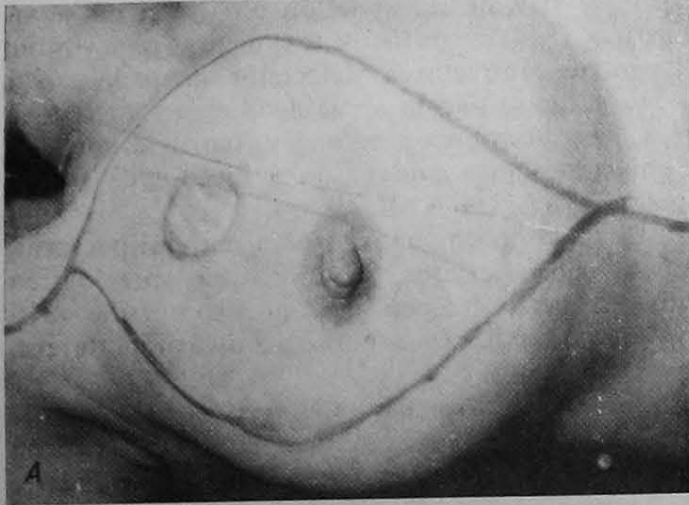
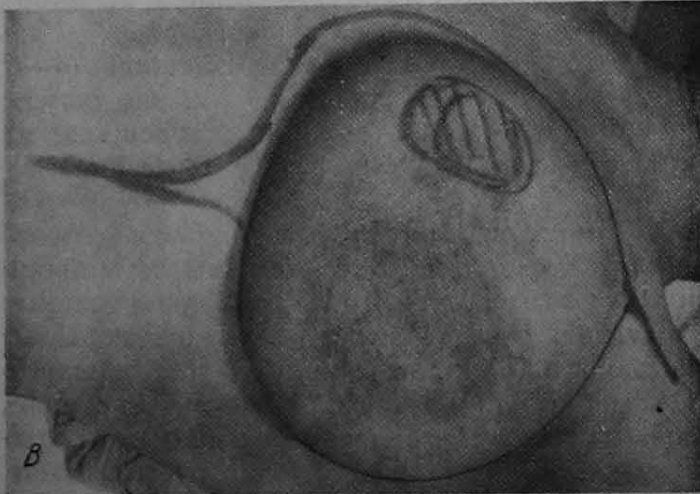


Fig. 834. — Variante ale inciziei în raport cu localizarea tumorii:

A — traseul inciziei în tumoarea localizată în 1/4 supero-intern;



B — traseul inciziei în tumoarea localizată în 1/4 infero-intern;



C — traseul inciziei în tumoarea localizată în prelungirea axilară.

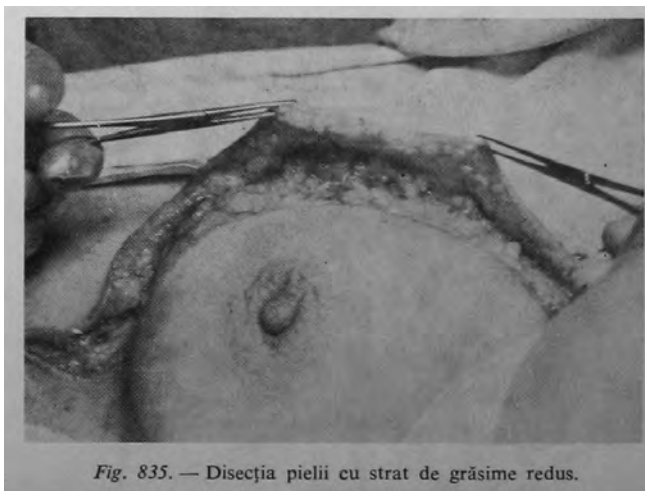


Fig. 835. — Disecția pielii cu strat de grăsime redus.

O atenție deosebită trebuie acordată disecției pielii la nivelul bazei axilei în spațiul dintre marginea externă a tendonului marelui pectoral și extremitatea cranială a tendonului mușchiului latissimus, pentru că se întâlnesc elementele axului vasculo-nervos axilar și în primul rând vena, acoperită de ligamentul axilar (fig. 836). Disecția și dezinseria ligamentului de tegumente pot fi conduse pînă la descoperirea acestor elemente, dar ca măsură de prudență, pot fi întrerupte cînd se ajunge la ligamentul axilar, urmînd a fi completate ulterior la timpul de disecție al axilei.

În timpul operatorului desfășurat, s-au obținut: pregătirea și mobilizarea necesară a pielii pentru sutura ulterioară, delimitarea teritoriului format din piele, glandă mamară, esut subcutanat cu rețeaua limfatică și ganglionul prepectoral, care trebuie extirpate și pregătirea cîmpului necesar extirpării marelui pectoral și a lanțului ganglionar scapular.

Dacă sânul este mic și apare de la început evident că pielea nu va putea fi satisfăcător apropiată și suturată, eliberarea pielii poate fi extinsă atît intern, pînă la marginea controlaterală a sternului, cît și extern, pe planul superficial al mușchiului latissimus.

În timpurile următoare, se pregătește accesul spre spațiul axilar. Aceasta începe cu secțiunea tendonului marelui pectoral și dezinseria lui de pe claviculă și primele coaste. În primul rînd, trebuie incizată fascia marelui pectoral, începînd de la marginea laterală a tendonului, pe suprafața lui anterioară aproape de inserție, apoi pe suprafața anterioară a mușchiului sub claviculă, și în continuare vertical pe marginea sternului pînă la spațiul II—III intercostal. Izolînd tendonul marelui pectoral cu un deget introdus pe fața posterioară, se identifică spațiul delto-pectoral, folosind de obicei ca reper vena cefalică și delimitîndu-se tendonul, se secționează cît mai aproape de inserția lui controlînd hemostaza; secțiunea tendonului la distanță de inserție lasă un bont de mușchi care deformează cicatricea (fig. 837). Folosind ca tractor capătul distal al tendonului cu indexul introdus sub mușchi, se procedează la secțiunea inserțiilor pectoralului pe claviculă și primele două spații intercostale. Tracțiunea pe mușchiul pectoral și decolarea cu degetul pe fața lui profundă trebuie făcute cu atenție pentru a nu smulge sau rupe ramurile pectorale ale trunchiului acromiotoracic de pe fața profundă a pectoralului.

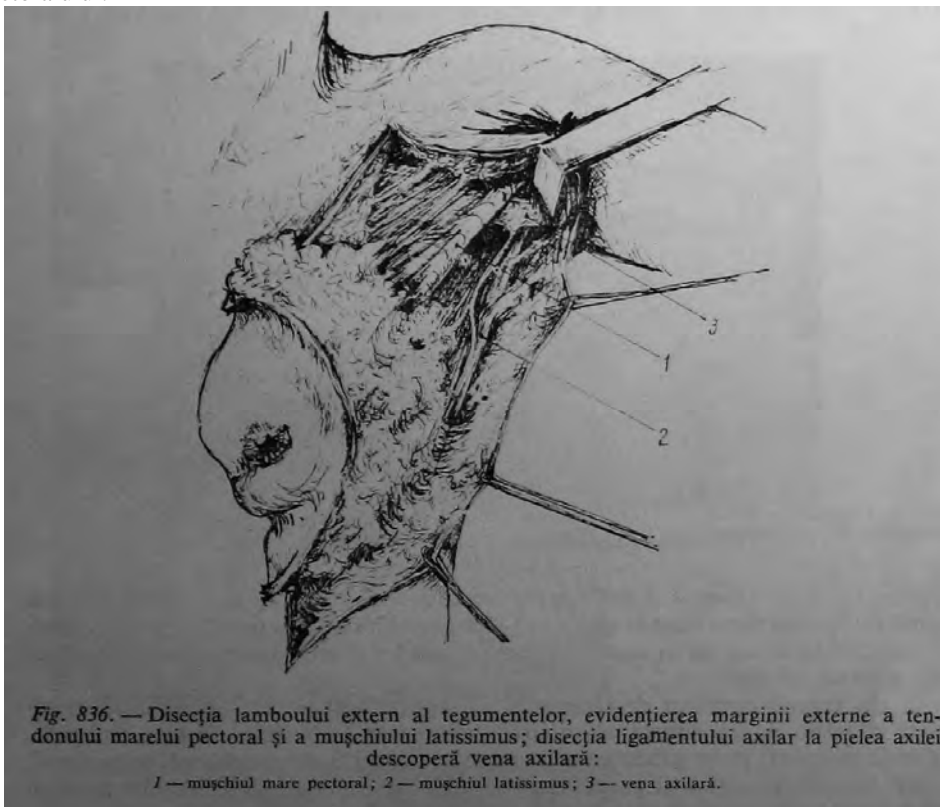


Fig. 836. — Disecția lamboului extern al tegumentelor, evidențierea marginii externe a tendonului marelui pectoral și a mușchiului latissimus; disecția ligamentului axilar la pielea axilei descoperă vena axilară:

1 — mușchiul mare pectoral; 2 — mușchiul latissimus; 3 — vena axilară.

Conservarea venei cefalice, în cursul acestui timp, este recomandabil de i în eventualitatea unei tromboze a venei axilare este pu in probabil c vena cefalic ar putea asigura o compensare a circula iei venoase i ar împiedica apari ia edemului.

Unele tehnici recomand conservarea fasciculului clavicular al marelui pectoral.

Al doilea plan de acces (fig. 838) spre spa iul axilar care trebuie rezolvat, este format de micul pectoral i fascia clavi-pectoro-axilar (numit i fascia clavipectoral , sau costocoracoid , sau clavicoracoaxilar). *Se incizeaz fascia* de la inser ia ei coracobrahial la clavicul , se identific i *se izoleaz tendonul micului pectoral i se sec ioneaz* cît mai aproape de inser ia lui coracoid , controlînd hemostaza.

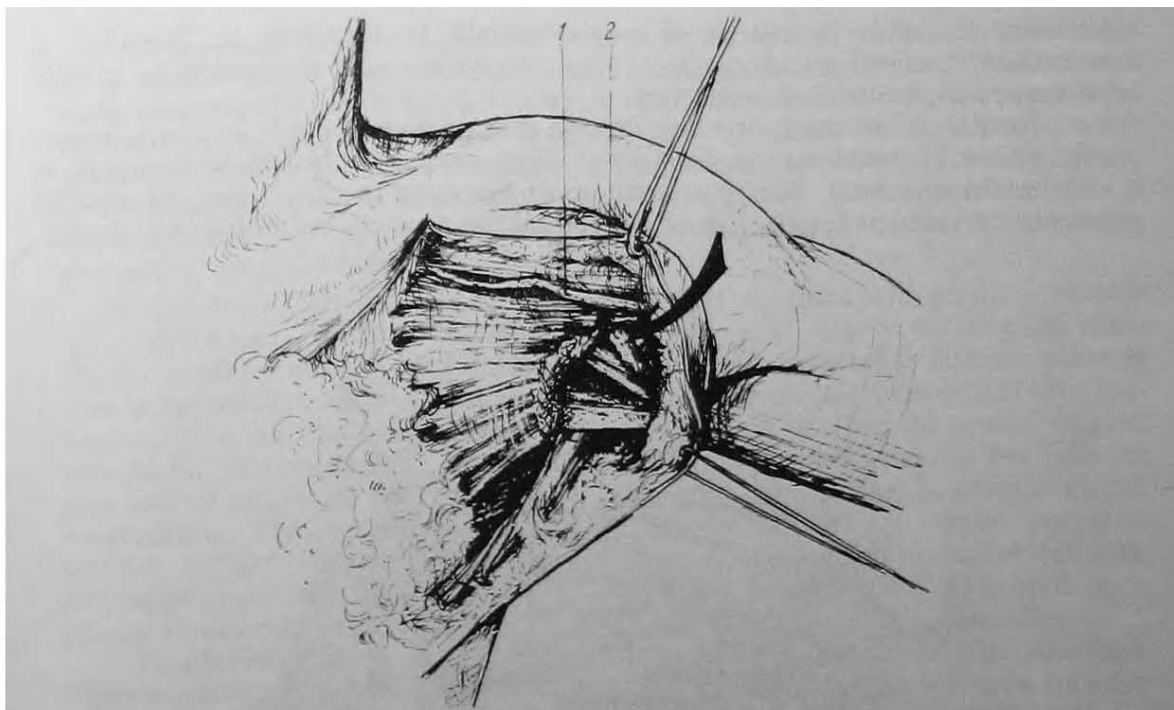


Fig. 837. — Secțiunea tendonului marelui pectoral:

1 — vena cefalică; 2 — mușchiul deltoid.

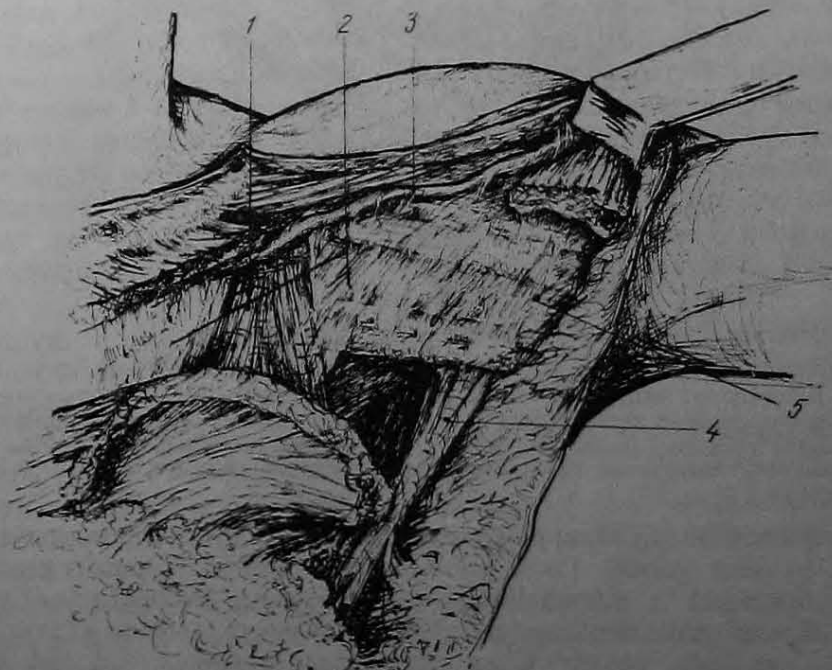
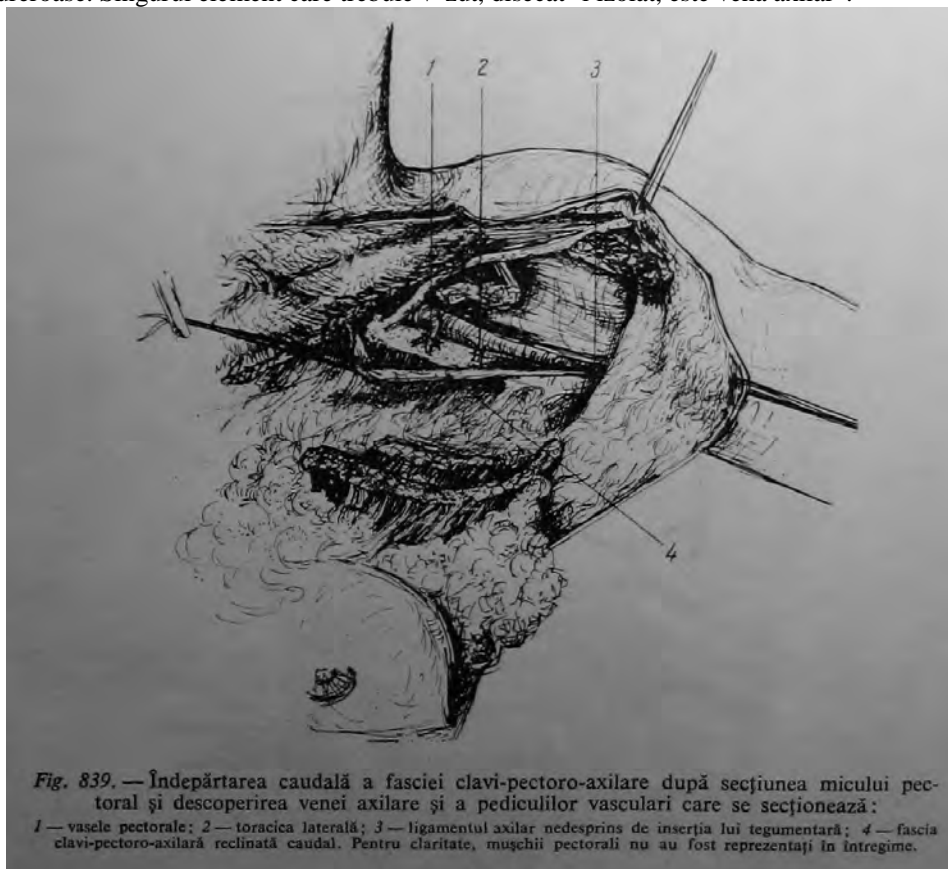


Fig. 838. — Expunerea fasciei clavi-pectoro-axilare după secțiunea tendonului marelui pectoral (a inserției claviculare și a primelor două inserții costale):

1 — micul pectoral; 2 — mănunchiul vasculo-nervos axilar acoperit de fascie; 3 — vena cefalică; 4 — latissimus; 5 — ligamentul axilar la inserția pe tegumentele axilei.

Spa iul axilar este foarte larg deschis i se poate proceda la *evidarea con inutului gr sos i ganglionar axilar* într-un bloc unic, începînd de preferin de la vîrfu axilei spre baz . Pentru aceasta, se va descoperi în primul rînd m nunchiul vasculo-nervos al

axilei. Exercițind o trac iune pe capetele distale ale pectoralilor, pentru a expune bine regiunea, cu foarfeca și tampon montat, prin gesturi blânde, se reclină în sens caudal fascia clavipectoroaxilară și esutul gras de pe suprafața anterioară a m nuchiului vasculonervos, descoperindu-l progresiv (fig. 839). Trunchiurile nervoase, ca de altfel și artera, trebuie văzute dar nu disecate și identificate, pentru că nu este necesar oncologic (nu sînt ganglioni plasați pe elementele nervoase) și o disecție a lor poate fi urmată de scleroză și sechele dureroase. Singurul element care trebuie văzut, disecat și izolat, este vena axilară.



Se reperează la vârful axilei, clavicula și prima coastă, se diseca vena axilară și, în spațiul dintre venă, claviculă și prima coastă, se caută ganglionul vârfului axilei (din grupul subclavicular). Dacă este identificat se extirpă separat, examenul lui avînd importanță în stabilirea prognosticului (prezența metastazelor în acest ganglion indică prognostic rezervat) și a tratamentelor asociate. În această zonă, la marginea inferioară a venei, pot fi necesare ligatură și secțiunea arterei și venei toracice supreme, inconstante, ramur din axilară destinat mușchilor pectorali și peretelui toracic.

Se continuă disecția venei în sens lateral și se descoperă originea vaselor acromiotoracice; în cursul acestei disecții, intern și extern de originea trunchiului acromiotoracic, se întîlnesc nervii destinați marelui și micului pectoral care se secționează. Se identifică vasele pectorale, ramuri ale trunchiului acromiotoracic, care se leagă la origine și se secționează. Rareori la nivelul originii trunchiului acromiotoracic se pot găsi ganglioni limfatici care se pot înlătură prin disecția lor, sau se pot extirpa în bloc cu pediculul vascular. În această ultimă eventualitate, sînt necesare identificarea originii arterei și venei acromiotoracice, ligatură și secțiunea lor la origine, ligatură și secțiunea ramurilor deltoid, acromial și clavicular — în acest fel, vasele acromiotoracice și grupul ganglionar rămînte prin ramurile pectorale la fața profundă a mușchilor.

Continuînd disecția în sens lateral, se întîlnesc ramuri axilare de mai mică importanță care se secționează și, în continuare, se identifică artera și vena toracic lateral (mamar extern, toracica lungă) care se secționează între ligaturi.

Distal de artera și vena toracic lateral, disecția venei pune în evidență, pe un plan mai profund, nervul toracodorsal (destinat mușchului latissimus) care trebuie protejat și vasele subscapulare; acestea se evidențiază clar, mobilizînd în sens caudal esutul gros care le înconjură și care poate conține ganglioni. La aproximativ 3—4 cm de originea lor se recunosc artera și vena toracodorsale, ramuri anterioare ale subscapularelor, care se secționează între ligaturi, lăsînd ramurile posterioare circumflexe intacte (fig. 840). Capătul distal al vaselor toracodorsale va rămîne reperat pe o pensă, el folosind ulterior la evidarea grupului ganglionar scapular. Unele tehnici recomandă protejerea vaselor toracodorsale, grupul ganglionar scapular fiind îndepărtat fără sacrificiul vaselor.

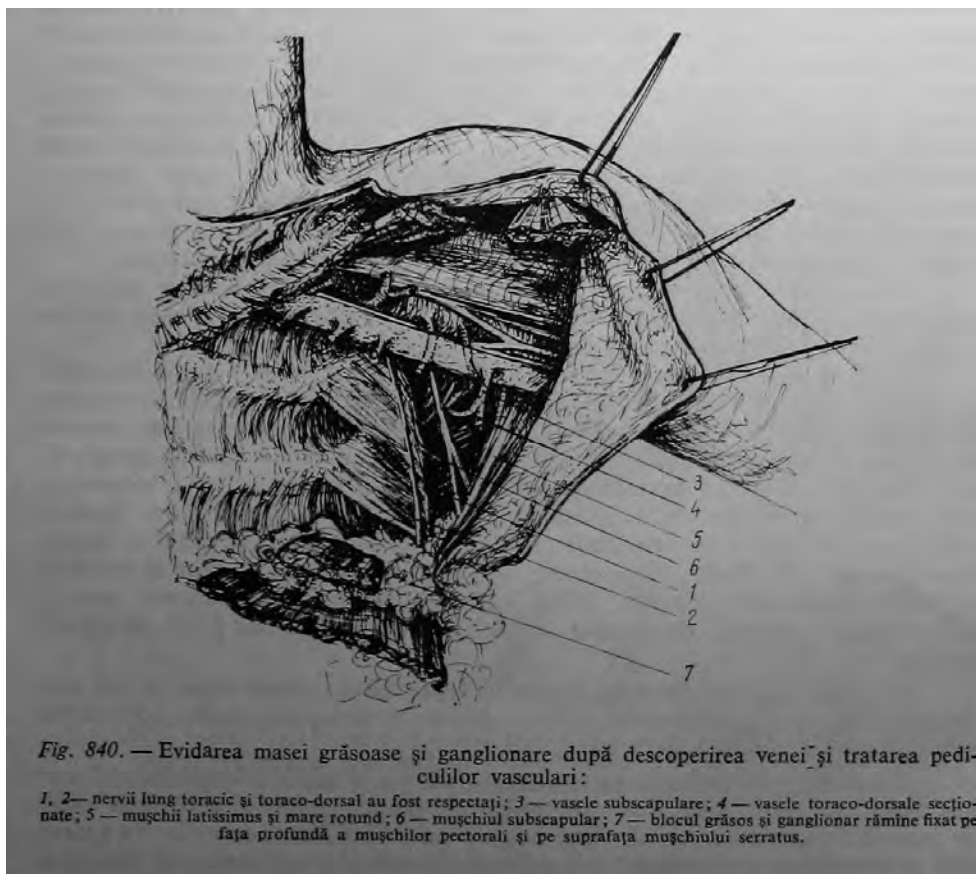
În cursul disecției ultimului sector al venei, pe suprafața venei, se pot găsi ganglioni limfatici (grupul venei axilare) care vor fi mobilizați caudal, spre blocul celulozic și limfatic al axilei.

Avînd bine identificată extremitatea laterală a m nuchiului vasculonervos axilar, se poate acum, cu mai multă siguranță, completa eliberarea pielii de inserția ligamentului axilar, dacă aceasta nu a fost făcută anterior. Va apărea deci și extremitatea superioară a tendonului mușchului latissimus, la marginea inferioară a venei axilare.

Disecția se întoarce la vârful axilei pentru că, în realitate, izolarea venei axilare și secțiunea ramurilor arteriale și venoase constituie un timp pregătitor pentru evidarea axilară.

— Se mobilizează la vârful axilei grupul cuprins între venă și peretele toracic — pe peretele toracic se întîlnesc nervul lung toracic (Charles Bell), nervul mușchului serratus, care trebuie protejat. Îndepărtarea, în continuare, a blocului gros și ganglionar conduce spre un spațiu format pe de o parte de peretele toracic și pe de altă parte de mușchii subscapular, latissimus și mare rotund, spațiu care,

cranial este delimitat de vena axilar bine identificat . esutul gr sos va fi îndep rtat progresiv descoperind u-se peretele toracic, fa a postero-inferioar a venei axilare, unde este necesar hemostaza unor mici vene, suprafa a mu chiilor subscapular, mare — rotund i latissimus i an ul dintre peretele toracic i mu chiul subscapular (fig. 840). în regiunea lateral , evidarea va utiliza ca reper vasele toracodorsale p strate pe o pens ; cu acest reper, suprafa a marelui dorsal i peretele toracic se separ mai u or de gr simea care con ine vasele toracodorsale i grupul ganglionar scapular. Dacă se inten ioneaz p strarea vaselor toracodorsale, ele vor fi izolate din gr simea care con ine ganglionii i care r mîne ata at de pies .



Trebuie avut în vedere c nervul toracodorsal trebuie progresiv identificat i p strat. Nervul se poate sacrifica, ca de altfel i nervul lung toracic, numai dac este înconjurat de ganglioni cu metastaze. în regiunea inferioar a spa iului dintre latissimus, subscapular i peretele toracic, exist o re ea venoas bogat care necesit hemostaz îngrijit .

Pentru un examen topografic corect al ganglionilor cu metastaze (vezi pag. 1052) este indicat fixarea unor repere în blocul gr sos i ganglionar, în zona de la vârful axilei, de la baz , la venele toracodorsale (fire de a — Chiricu).

Dezinseria pectoralilor se va face cu hemostaz atent , vasele pectorale, ramuri ale intercostalelor (perforante), abordându-i pe fa a profund dup ce str bat spa iul intercostal. Pensele de hemostaz se aplic pe peretele toracic cu o înclinare oblic , aplicarea lor cu direc ie perpendicular prezentînd riscul perfora iei spa iului intercostal i al pneumotoraxului. La sec iunea inser iilor pectoralilor se vor evita leziunile de cartilaje costale care poî fi sursa unor condrite.

Ramurile perforante ale nervilor intercostali care se întîlnesc la evidarea peretelui toracic i la dezinseria pectoralilor se sec ioneaz .

Blocul format din esutul gr sos i ganglionii axilari r mîne în segmentul infero-extern al pl gii, aplicat pe peretele toracic format de suprafa a mu chiului serratus i el trebuie deta at de pe suprafa a mu chiului, r mîndînta at de fa a profund a pectoralilor. Apare acum evident avantajul ce se ob ine la disec ia lateral a lamboului de piele pîn la marginea mu chiului latissimus i sec iunea esutului subcutanat perpendicular pe peretele toracic la acest nivel, executate la începutul interven iei.

Interven ia, în ansamblu, se desf oar cu manevre blînde care evit smulgeri de vase, mai ales a vaselor cu origine în vena i artera axilar . Ligaturile ramurilor venei axilare se plaseaz dup izolarea corect , sub originea lor din ven , nu prea aproape de ven pentru a nu îngusta calibrul ei i nici la distan pentru a nu l sa funduri de sac venoase, surse posibile de tromboz a venei axilare.

Instituirea drenajului (fig. 841) va fi precedat de un control riguros al hemostazei. Drenajul se asigur , de preferin , prin dou tuburi scoase lateral de extremitatea inferioar a inciziei prin contraincizie; unul cu extremitatea superioar la nivelul bontului marelui pectoral urm re te zona de decolare intern i al doilea cu extremitatea superioar în spa iul dintre peretele toracic i subscapular, în vecin tatea venei (dar nu în contact cu ea) urm re te zona de decolare extern . Tuburile vor avea multiple orificii, i în orice caz orificii la punctele declive. Tuburile se monteaz la aspira ie continu care se men ine pîn la reducerea semnificativ a secre iei.

Sutura tegumentelor cu fire separate va fi întotdeauna în u oar tensiune, mai ales în zona medie a pl gii, unde s-a excizat suprafa a tegumentar .

Dac tensiunea este prea mare i amenin dezunirea sau necroza, se poate recurge la:

- decolarea mai întins a tegumentelor spre linia median i spre suprafa a extern a mu chiului latissimus; decolarea intern nu trebuie s fie excesiv pentru c mobilizeaz sînul de partea opus spre linia median ;
- fixarea pielii la spa iile intercostale pentru a reduce tensiunea în sutur (fig. 842);
- incizii de detensionare la distan de sutur ; inciziile apropiate favorizeaz necroza prin devascularizare (fig. 843);

- d) mobilizarea unui lambou cutanat (fig. 844) și
- e) grefe libere de piele (fig. 845).

Alegerea soluției depinde de gradul de tensiune. Dacă sutura nu este posibilă sau tensiunea este foarte mare se recurge, de preferință, la mobilizarea unui lambou sau la greș liber de piele.

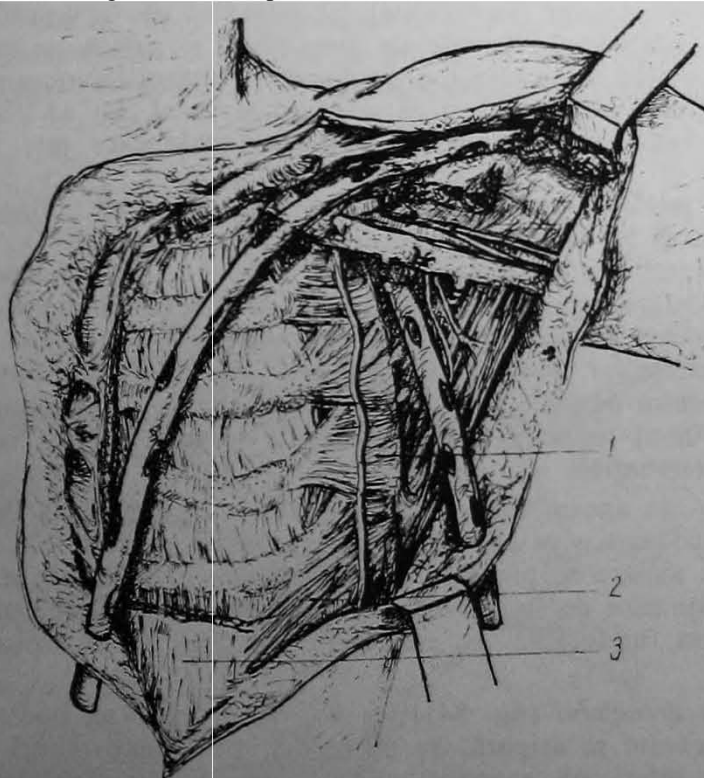


Fig. 841. — Rezultatul evidării axilare și al rezecției mușchilor pectorali; poziția tuburilor de dren:

1 — mușchiul serratus cu nervul toracic lung; 2 — oblicul extern; 3 — dreptul abdominal.

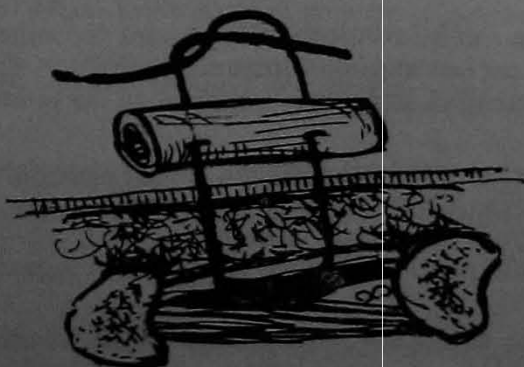


Fig. 842. — Modalitatea de fixare a pielii la mușchii intercostali.

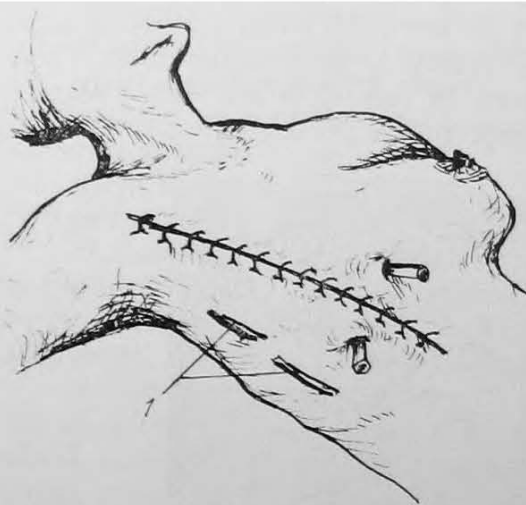


Fig. 843. — Incizii de detensionare a pielii.
1 — inciziile.

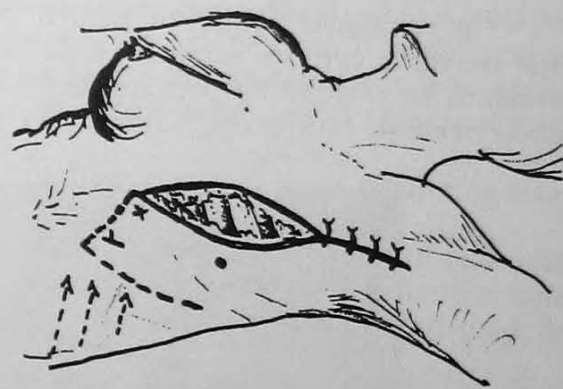


Fig. 844. — Mobilizarea unui lambou cutanat. ▶



Fig. 845. — Grefă liberă de piele.

Un *pansament compresiv* pentru 24—48 de ore contribuie, alături de aspirația activă, la evitarea acumulării de limfă și secreții și previne supurația. Compresiunea se exercită cu perne de vat plasate în special în regiunea axilară și subclaviculară, fără exces, suficient ca să aplice pielea pe peretele toracic. Variante ale inciziei. Incizia descrisă are o serie de dezavantaje: a) posibilitatea de a se complica timpul final dacă tensiunea în sutură este prea mare (mobilizare tegumente, plastic etc.);

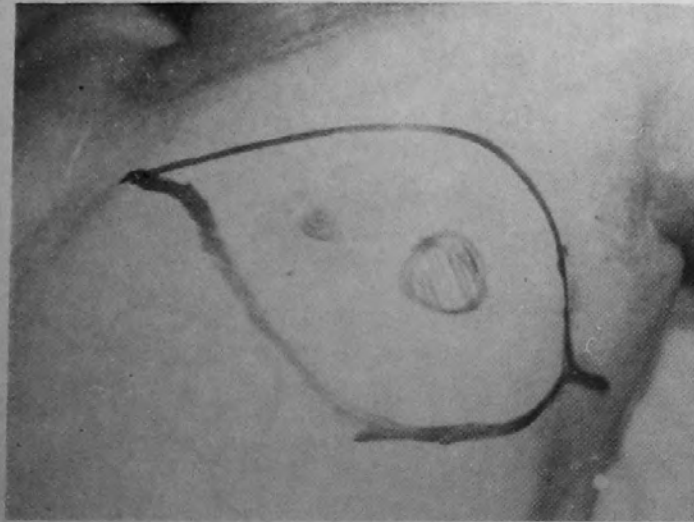


Fig. 846. — Incizia transversală.

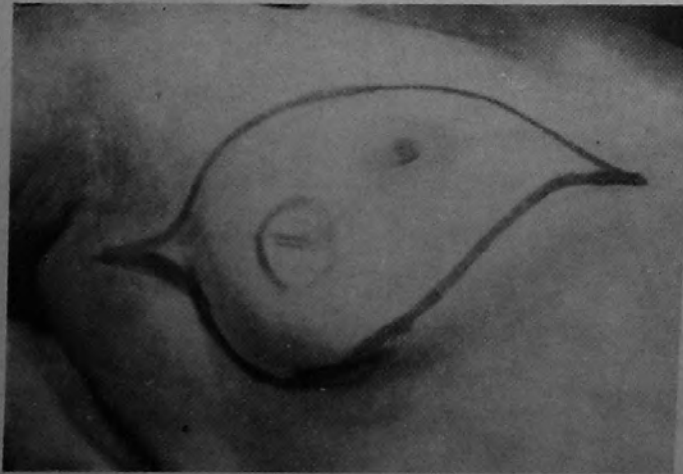


Fig. 847. — Incizia oblică. Extremitatea externă a inciziei se situează mai aproape de axilă, la 3—4 cm de baza axilei.

b) sutura în tensiune cu dezinfectare întârzie cicatrizarea, favorizează supurația, care se complice eventual cu condrite, osteite, care pot necesita o reintervenție;

c) în regiunea axilară persistă un spațiu foarte mare și tegumentele se aplică cu dificultate pe peretele toracic, spațiu unde se colectează limfă, colecții care se pot suprainfecta;

d) în regiunea axilară procesul de cicatrizare poate avea ca rezultat o cicatrice retractilă cu consecințele: limitarea mișcărilor, dureri, edem;

e) cicatricea de pe peretele toracic, aderentă de grilajul costo-muscular pe suprafață mare, poate fi retractilă și dureroasă. Pentru aceste motive s-au propus alte incizii care să permită efectuarea unei intervenții cu același grad de radicalitate, dar cu mai puține neajunsuri.

Incizia transversală Stewart-Olivier (fig. 846). Extremitățile inciziei, care are axul mare transversal prin centrul mamelei, se plasează la linia mediană și la linia axilară medie. Circumscrierea tumorii mamelei și întreaga desfășurare a intervenției este similară cu cea descrisă anterior. Avantajele de a evita tensiunea în sutură și defectele de acoperire cu tegumente și de a da o cicatrice mai puțin deformativă, inestetică și blocul cicatricial în axilă, sînt în parte limitate de dificultatea de a realiza evidința axilară, distanța dintre linia de incizie și axilă fiind mare.

Pentru a evita neajunsul precedent, Chiricu realizează o incizie oblică, capătul lateral al ei situîndu-se la 3—4 cm de baza axilei (fig. 847).

Ambele incizii nu formează cicatrice în axilă.

4. MASTECTOMIA RADICALĂ MODIFICATĂ (PATEY)

Mastectomia radicală modificată, cu păstrarea marelui pectoral (Patey), are ca scop realizarea unei intervenții radicale cu același caracter oncologic ca și intervenția de tip Halsted, cu excepția păstrării marelui pectoral, care deși este străbătut de limfatice nu prezintă niciodată metastaze. Are avantajele:

a) este mai puțin traumatizantă, deci mai acceptabilă pentru bolnave cu risc chirurgical crescut (vîrstă înaintată, boli asociate);

b) este urmat de mai puine complicații imediate sau tardive: cicatrice axilare retractile dureroase, edem al braului, limitarea mișcărilor membrului superior, cicatrice retractile toracice. În ceea ce privește limfedemul, el nu este constant și total prevenit, unele condiții ale producerii lui existând și după această intervenție (evidare limfatic axilar);

c) rezultatul estetic este mai bun;

d) dacă este necesar iradierea postoperatorie, ea se face cu mai puine riscuri pentru plămân.

Din punct de vedere oncologic s-au făcut rezerve asupra radicalității, imputându-se intervenției dificultatea de a realiza o evidare axilar corectă și neabordarea ganglionilor interpectorali (vezi variantele). Tehnic, intervenția este mai pretențioasă și ea poate fi abordată cu mai multă ușurință de operatorul care are practica intervenției de tip Halsted.

Indicațiile sînt similare cu ale intervenției de tip Halsted, cu excepția cazurilor la care tumoarea invadează mușchiul mare pectoral.

Poziția bolnavei pe masa de operație este în decubit dorsal, cu capul rotat controlateral, cu braul în antepulsivitate 90° în adducție și rotație internă, cu antebraul flectat pe braț și fixat pe un suport; un sul proiectează moderat umărul și toracele anterior (fig. 848). La timpul axilar, masa de operație poate fi ridicată și rotată controlateral. Intervenția se poate desfășura și în două poziții succesive: în poziția pentru intervenția de tip Halsted pînă la disecția axilară și în poziția descrisă mai sus, cînd se trece la disecția axilară. Adoptarea unei alte poziții, față de intervenția radicală nemodificată, este necesară pentru că în această intervenție se abordează axila dintr-o direcție laterală.

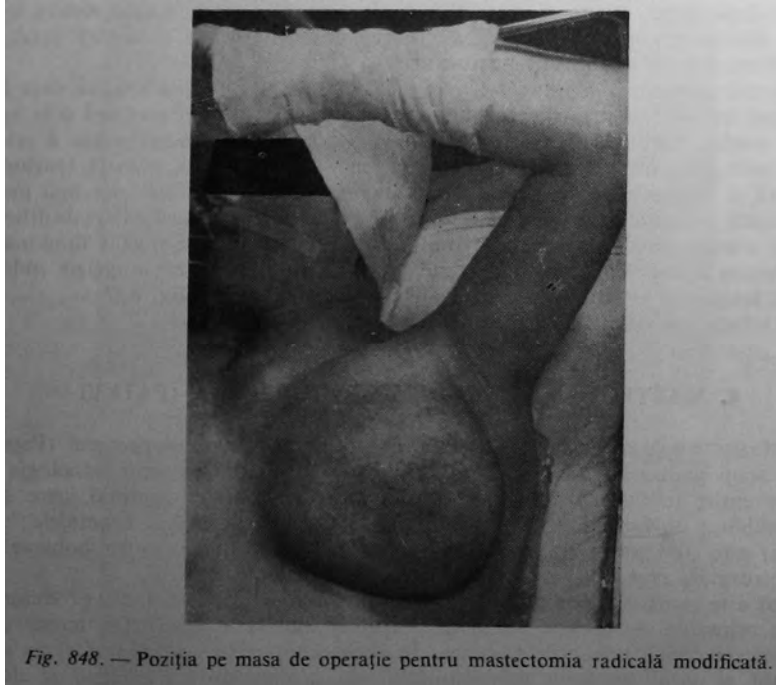


Fig. 848. — Poziția pe masa de operație pentru mastectomia radicală modificată.

Tehnica inciziei pielii și disecția lambourilor de piele sînt similare cu tehnica din mastectomia radicală nemodificată.

Deosebirea apare la incizia esutului subcutanat, la limita lamboului intern: se incizează începînd de la marginea externă a tendonului marelui pectoral, esutul subcutanat și fascia mușchiului, pe suprafața tendonului, cit mai aproape de inserția lui, pe suprafața mușchiului sub claviculă, pe marginea sternului și apoi spre peretele toracic, spre unghiul inferior al inciziei. Se eliberează toată suprafața mușchiului marelui pectoral, îndepărțînd și fascia mușchiului, pînă la marginea externă a marelui pectoral care trebuie bine pus în evidență pe toată lungimea ei (fig. 849 A, B, C). Glanda, esutul subcutanat și fascia, rămîn atașate de fascia clavi-pectoro-axilară și de esutul conjunctiv de pe suprafața toracelui, lateral de pectoralul mare.

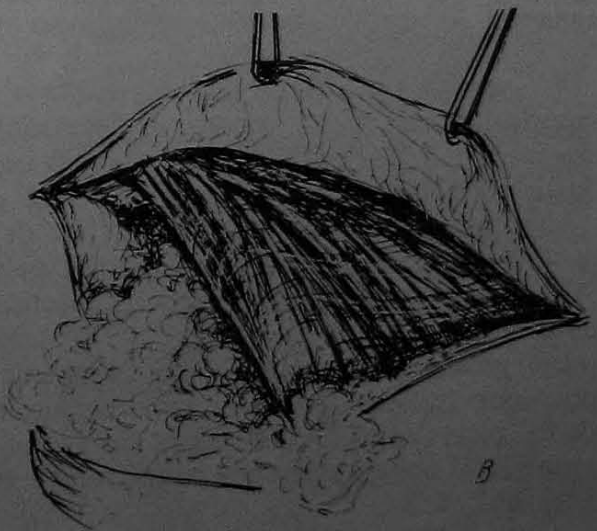


Fig. 849. — A — Decolarea fasciei marelui pectoral. B — Decolarea fasciei și mobilizarea glandei trebuie să evidențieze în întregime marginea externă a marelui pectoral (schemă).

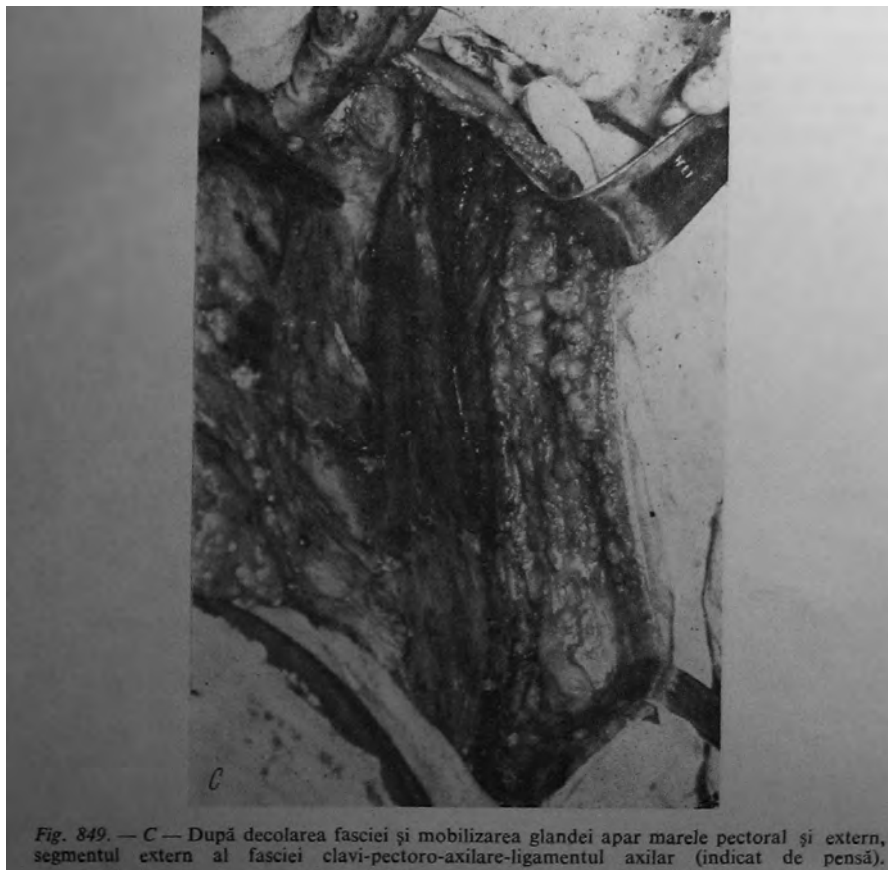


Fig. 849. — C — După decolarea fasciei și mobilizarea glandei apar marele pectoral și extern, segmentul extern al fasciei clavi-pectoro-axilare-ligamentul axilar (indicat de pensă).

În regiunea axilară se izolează la profunzime tendonul marelui pectoral, separându-l de micul pectoral, secționându-se câteva elemente vasculo-nervoase destinate micului pectoral. Cu o valvă îngustă se ridică marele pectoral, expunându-se astfel fascia clavi-pectoro-axilară cu micul pectoral; medial de marginea internă a micului pectoral apar, în arc de cerc, vasele și nervii mușchii marelui pectoral (fig. 850). Tendonul micului pectoral se secționează (fig. 851).

Menajându-se pediculul marelui pectoral, se procedează la eliberarea mănunchiului vasculo-nervos axilar. La disecția venei axilare și la evidarea masei de esut gros și ganglionar, ca în tehnica Halsted. Pentru mai multă siguranță, se poate începe descoperirea elementelor vasculo-nervoase și izolarea venei de la baza axilei, identificându-se progresiv vasele subscapulare, mamară externă etc. spre vârful axilei, evidarea propriu-zisă efectuându-se apoi de la vârf spre bază (fig. 852, 853).

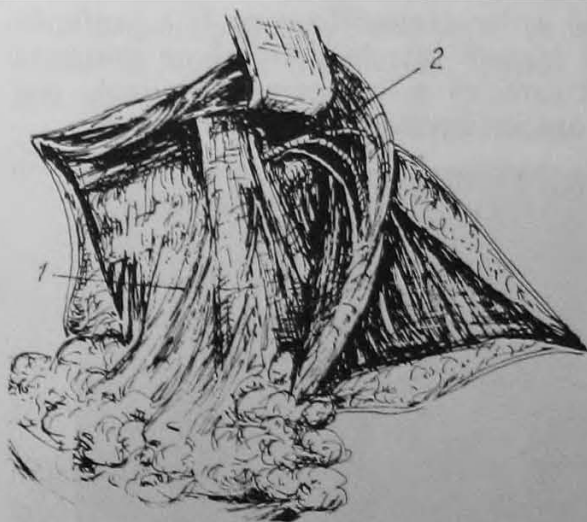


Fig. 850. — Prin ridicarea marelui pectoral apar:

1 — micul pectoral și fascia clavi-pectorală; 2 — la marginea internă a micului pectoral — vasele pectorale (pediculul marelui pectoral).



Fig. 851. — Izolarea mușchiului mic pectoral pentru a-l secționa — apare mai evident pediculul marelui pectoral.

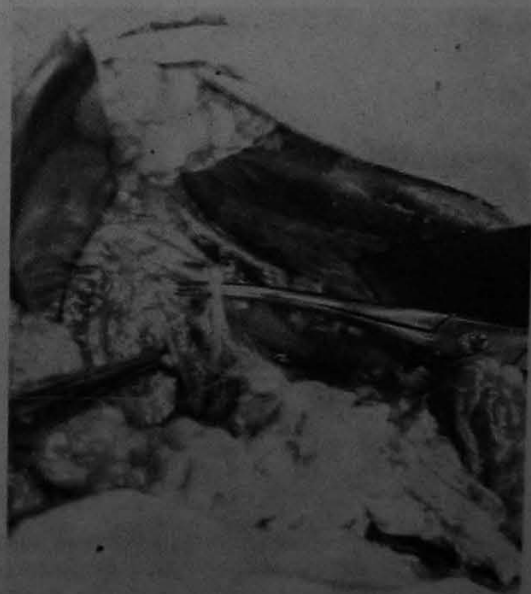


Fig. 852. — Vena a fost izolată de la vârful axilei spre baza axilei — identificarea nervului toraco-dorsal și a vaselor scapulare.

Blocul gros ganglionar din spațiul axilar rămâne fixat pe fața profundă a micului pectoral. Ridicând cu o valvă îngustă marele pectoral, se dezinserează micul pectoral îndepărându-se esutul care, ca și la operația Halsted, mai fixează întreaga piesă de peretele lateral toracic (serratus), se înalță și se ține în poziție.

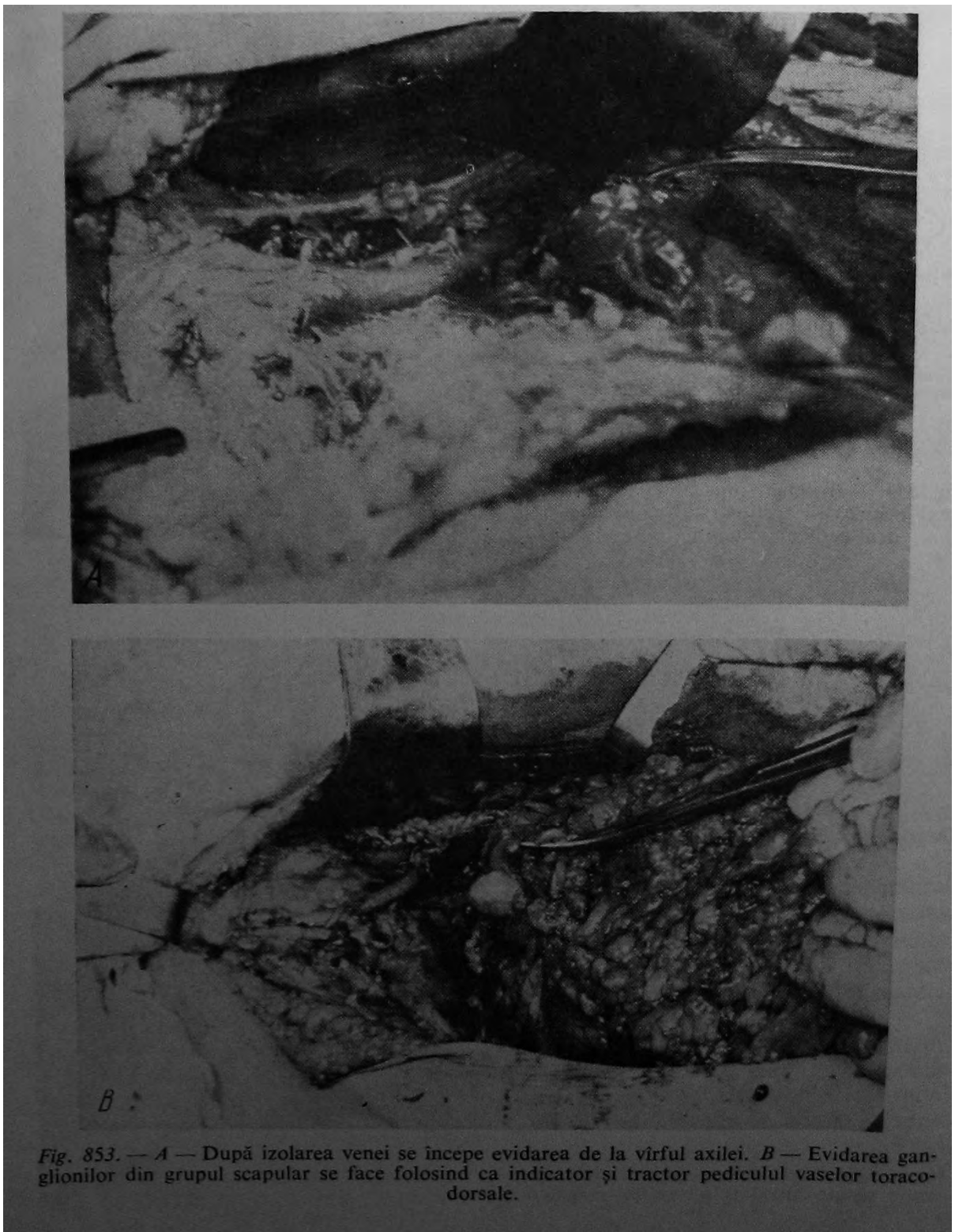


Fig. 853. — *A* — După izolarea venei se începe evidarea de la vârful axilei. *B* — Evidarea ganglionilor din grupul scapular se face folosind ca indicator și tractor pediculul vaselor toraco-dorsale.

După controlul hemostazei, se instituie *drenajul* cu un tub între tegumente și mușchii în spațiul intertoracoscăpular. Aspirația continuă este necesară.

Sutura tegumentelor și rezolvarea insuficiențelor pielii sînt similare cu cele descrise la rezecția radicală nemodificată. Pansamentul compresiv este util.

VARIANTE

Sînt posibile următoarele:

— Incizia transversală și mai ales incizia oblică sînt de preferat, în acest tip de intervenție ele sînt mai adecvate decît în rezecția radicală nemodificată și pot fi folosite curent.

— Se poate practica micul pectoral (*operația de tip Madden*) incizîndu-se numai fascia clavi-pectoro-axilară, disecția axilei desfășurîndu-se la început medial de marginea internă a micului pectoral, apoi sub micul pectoral, ridicat cu un depozitor toracic ulterior în afara lui; în această situație, blocul gros ganglionar al axilei se eliberează și de pe fața profundă a micului pectoral. Practicarea micului pectoral ar reduce și mai mult unele complicații tardive, ca cicatricea dureroasă, edemul brațului, dar

îngreunează disecia axilară și ea poate rămâne incompletă, ceea ce confirmă rezultatele în timp mai puțin favorabile. Pentru a evita neajunsul și a folosi în același timp avantajul pentru micul pectoral, Chiricu propune numai secțiunea lui, fără rezecție, pentru a ușura disecia axilară.

— Completarea mastectomiei radicale modificate (tip Patey) cu evidarea grupului ganglionar interpectoral este posibilă. Pentru aceasta, marele pectoral fiind ridicat cu o valvă îngustă, se identifică în cursul disecției axilare vasele acromio-toracice și se individualizează și secționează între ligaturile ramurii sau ramurile marelui pectoral. Folosindu-se capetele distale ale vaselor pectorale reperate pe o pensă, prin tracțiune moderată, se expune pe fața profundă a mușchii, întregul pedicul pectoral care abordează mușchii ramificându-se în T (fig. 854 A și B). Secționând vasele la abordul muscular, se extirpă pediculul marelui pectoral cu ganglionii respectivi. Piesa este deci separată de blocul ganglionar al axilei și se examinează microscopic separat.

Prin această completare, mușchii se devascularizează și se denervează parțial, ceea ce poate avea repercursiuni asupra mobilității membrului superior și uneori se atrofiază compromițând rezultatul estetic. Al. Trestioreanu rezolvă evidarea grupului interpectoral prin disocierea fibrelor marelui pectoral la nivelul pediculului (fig. 855), abordarea lui pe fața profundă a marelui pectoral și evidarea lui de esutul ganglionar care conține ganglioni, fără a sacrifica elementele vasculo-nervoase*.

5. MASTECTOMIA RADICALĂ CU HIMERIZAREA MUȘCHILOR PECTORALI

Mastectomia cu himerizarea mușchilor pectorali, propusă de I. Chiricu, are meritul de a nu face concesii radicalității (spre deosebire de tehnica Patey îndepărtează și grupul ganglionar interpectoral) și prezintă un «ecran muscular» ale cărui avantaje sînt similare cu ale pentru marelui pectoral. Incizia oblică, extirparea glandei, a esutului ganglionar și a fasciei marelui pectoral se desfășoară ca în tehnica Patey. Tendonul marelui pectoral se secționează ca în tehnica Halsted. După secționarea tendonului marelui pectoral se expune fața lui profundă și se extirpă pediculul marelui pectoral și deci grupul ganglionar interpectoral (fig. 856).

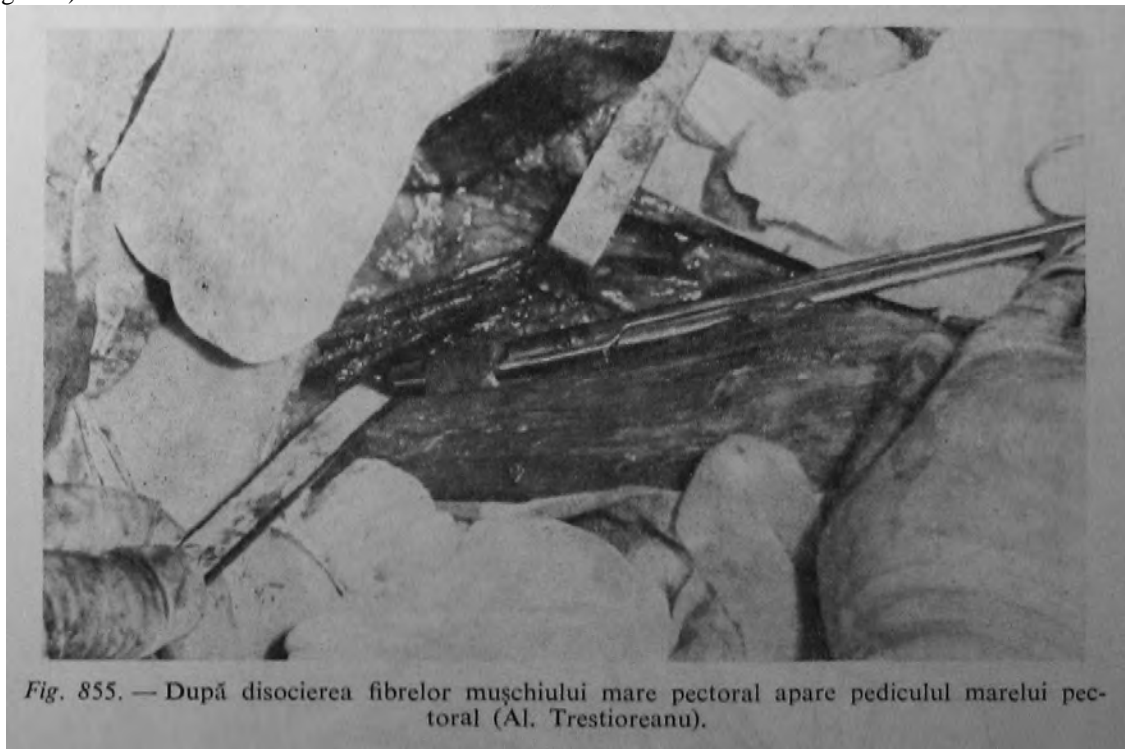
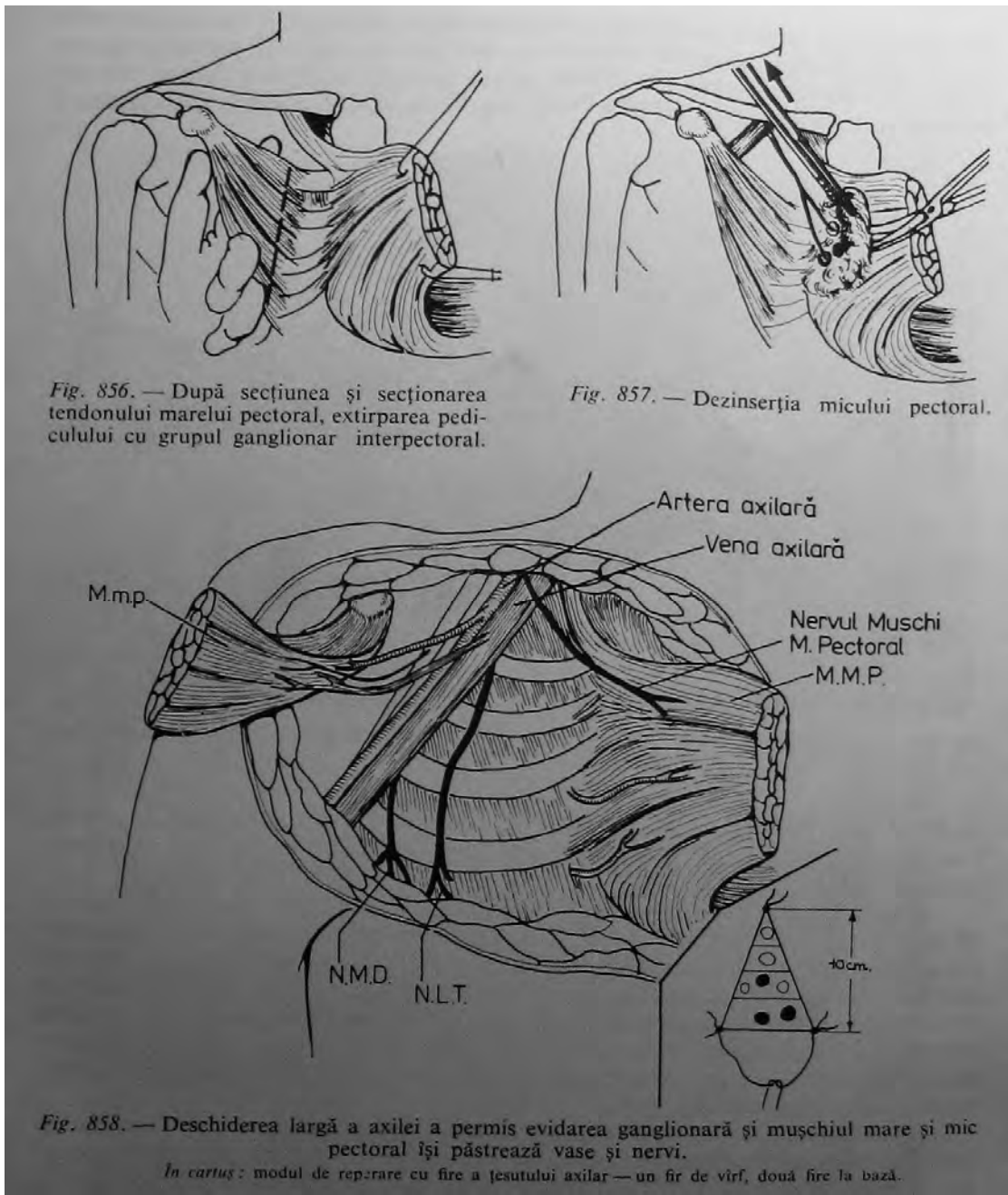


Fig. 855. — După disocierea fibrelor mușchii mare pectoral apare pediculul marelui pectoral (Al. Trestioreanu).

Mușchii mic pectoral se dezinserează de pe coaste și se răsfoare avînd ca pivot inserția coracoidă; pe fața lui profundă apare pediculul lui vasculo-nervos (fig. 857). Înainte și după secțiunea mușchii se îndepărtează planurile fasciale ale fasciei clavipectoroaxilare care învelesc micul pectoral anterior și posterior. Izolarea venei și evidarea ganglionară se desfășoară ca în celelalte rezecții radicale (Halsted, Patey) axila fiind larg deschisă prin reclinarea ambilor mușchii pectorali—este însă obligatorie prezența pediculului vascular și a nervilor micului pectoral (fig. 858).

Micul pectoral (cu pediculul preformat) și marele pectoral (cu inervația și vascularizația din perforante și eventual cu nervul din plexul brahial preformat — fig. 859) se suturează între ele creînd ecranul muscular B

Drenajul se asigură printr-o incizie în care se fixează trei tuburi scurte care au rolul de a menține incizia larg deschisă (fig. 860).



6. « TUMORECTOMIA » CU EVIDARE GANGLIONAR AXILAR

Este o intervenție ce se situează din punct de vedere oncologic între intervenția radicală și intervențiile conservatoare. Ea se compune dintr-o rezecție sectorială pentru îndepărtarea tumorii («tumorectomia»), deci intervenție conservatoare pentru sân, și din evidarea ganglionară axilară efectuată printr-o incizie axilară independentă cu scop curativ și de stabilire corectă a stadiului.

Ea impune terapia iradiantă pentru aspectul multifocal al neoplasmului și rezecția limfatică restantă. Este o metodă terapeutică de luat în considerare cel mult la bolnavii cu neoplasm în stadiul I, care nu acceptă sacrificarea sînelui pentru că «tumorectomia» nu poate fi considerată ca o intervenție ce se încadrează în principiile radicalității.

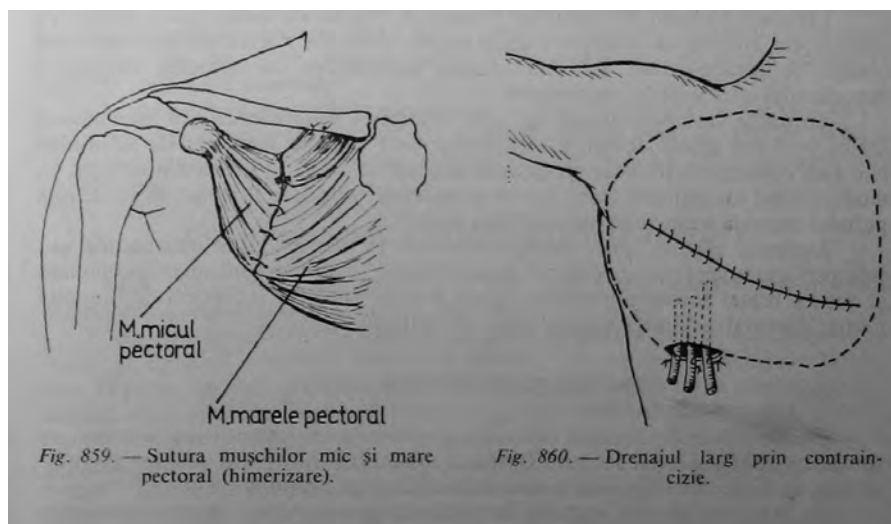


Fig. 859. — Sutura mușchilor mic și mare pectoral (himerizare).

Fig. 860. — Drenajul larg prin contraincizie.

7. INTERVENȚII SUPRARADICALE

Au fost numite supraradicale, intervențiile care depășesc limitele intervenției de tip Halsted.

- Intervenția radicală plus evitarea ganglionilor mamari interni prin rezecția cartilajelor costale.
- Intervenția radicală -f rezecția parțială a peretelui anterior toracic — rezecția cartilajelor costale, extremități anterioare a coastelor și a pleurei și evitarea lanului ganglionar mamar intern (Urban).
- Intervenție radicală -}- evitarea grupului ganglionar supraclavicular (prin mobilizarea claviculei) și evitarea grupului ganglionar mamar intern.

Intervențiile supraradicale nu au dat rezultate globale superioare intervențiilor radicale, având în vedere rezultatul cosmetic deplorabil și frecvența unor complicații postoperatorii, ele au fost în mare parte abandonate; unii autori menționează indicația evitării ganglionilor mamari interni pentru cazurile cu risc oncologic crescut: tumori centrale, interne sau cu metastaze multiple în ganglionii axilari, deci tumori la care procentul de metastaze în ganglionii mamari interni este crescut.

F. ACCIDENTE INTRAOPERATORII. ÎNGRIJIRI ȘI COMPLICAȚII POSTOPERATORII

ACCIDENTE INTRAOPERATORII

Sînt extrem de rare și se reduc la leziuni neuro-vasculare și ale pleurei, specifice intervențiilor radicale.

Leziunile plexului brahial și ale ramurilor, practic nu trebuie citate pentru că disecția nu trebuie să intereseze trunchiurile nervoase; leziunile nervilor lung toracic și toraco-dorsal nu sînt urmate întotdeauna de atitudine vicioasă a omoplatului sau sechele respiratorii.

Leziunile vasculare directe sau prin smulgerea unor ramuri din implantarea lor în ven sau arteră obligă la sutură vasculară și nu la ligatură; ele se produc mai ales cînd există un bloc ganglionar aderent la vase. În asemenea situație, în mod cu totul excepțional, dac blocul ganglionar nu poate fi izolat de ven, este permisă rezecția unui segment din vena axilară.

Leziunile pleurei, prin disecția neatentă în aria spațiilor intercostale sau prin perforarea spațiului cu o pensă de hemostază, impun expansiunea pulmonară și sutura breșii musculo-pleurale; dac aceasta nu se realizează în condiții ideale, drenajul aspirativ pleural este obligatoriu.

ÎNGRIJIRI POSTOPERATORII

Pentru rezecțiile limitate (extirparea unei tumori, rezecții segmentare) nu sînt necesare îngrijiri particulare. Drenajul se suprimă la 24—48 de ore, iar firele se scot H 5—6 zile. Nu este necesară imobilizarea braului.

În rezecțiile glandei mamare în totalitate (mastectomia, mastectomia subcutanată) un drenaj aspirativ nu este obligatoriu, dar este util în primele 48—72 ore. Nu este necesară imobilizarea braului. Antibioterapia preventivă este indicată numai după mastectomiile efectuate pentru tumori ulcerate și infectate.

Pentru rezecțiile radicale este mai util drenajul aspirativ pînă la reducerea secreției. După 24 ore se suprimă bandajul imobilizator al braului și bolnava este obligată să facă mișcări active din articulația scapulo-humerală, urmînd o mișcare corectă de abducție (corectînd tendința bolnavelor de a face mișcări din articulația cotului, mișcări cu mobilizarea scapulei sau mișcări din articulația scapulo-humerală de flexie și extensie). Imobilizarea sau mobilizarea incorectă din articulația scapulo-humerală este urmată de redoarea articulației și cicatrice vicioasă în regiunea axilară.

COMPLICAȚII POSTOPERATORII IMEDIATE

Hematumul, posibil în rezecții indiferent de amploarea lor, este consecința unui defect de hemostază și favorizează supurația. Dacă este important trebuie evacuat chirurgical.

Colecția limfatică din regiunea axilară, care apare după rezecțiile radicale, poate fi tratată prin puncție evacuatoare sau drenaj, evitîndu-se cu rigurozitate suprainfecția.

Supura ia (celulite, limfangite, colec ii) este în mod deosebit agravant pentru procesul de cicatrizare din rezec iile radicale, favorizând dezunirea suturilor, cicatriz rile vicioase, edemul bra ului, algiile i limitarea mi c rilor. Este preferabil un drenaj larg, chiar dac dezunirea suturilor va necesita o interven ie plastic , în supura iile importante care se complic cu condrit sau osteite, este necesar tratamentul chirurgical particular acestor complica ii (rezec ii).

Dezunirea suturilor, secundar tensiunii în sutur i necrozei tegumentelor, posibil în rezec iile radicale, necesit interven ie plastic secundar , dac suprafa a neacoperit de piele este mare, dup apari ia procesului de granulare i dup aseptizare. Radionecroza trebuie deosebit de o dezunire de sutur pentru c necesit tratament adecvat.

Tromboflebita postoperatorie precoce a venei axilare apare rar cu simptomatologie evacuatoare i mai des este decelat ulterior prin sechele; se trateaz ca orice tromboflebit i nu sînt rezerve fa de terapia anticoagulant sau fibrinolitik .

COMPLICA IILE POSTOPERATORII TARDIVE

Apar dup interven ii radicale i mai ales dup mastectomia radical nemodificat executat prin incizia vertical .

Cicatrizarea vicioas în regiunea axilar este urmat de limitarea mi c rilor, dureri i edem al bra ului; interven ii plastice pot rezolva defectul de cicatrizare. O parte din algiile se explic i printr-o cicatrice sclerozant la nivelul plexului brahial, produs de o disec ie insistent la nivelul trunchiurilor nervoase. Cicatri- cile vicioase, retractile, de la nivelul peretelui toracic, au drept consecin e limitarea mi c rilor respiratorii, dureri (uneori confundate cu durerile date de metastazele costale), edeme ale zonei cicatriceale toracice care se complic uneori cu celulite i limfangite.

« Bra ul gros » este complica ia cea mai redutabil prin frecven (10—15%), infirmitate i complica ii secundare. Un oarecare grad de edem, care se reduce ulterior, apare obi nuit dup rezec iile radicale. Edemul important, uneori monstruos, persistent sau chiar evolutiv, agravat de c ldur i efort, poate avea drept cauze: tromboflebita axilar , blocajul limfatic, cicatricea axilar stenoizant , recidiva neoplazic axilar sau supraclavicular (cu invadarea venei). Factorii cauzali se pot asocia. La bolnavele care au fost supuse terapiei iradiante, este greu de apreciat responsabilitatea individual a actului chirurgical sau a iradierii (obstruc ie limfatic , obstruc ie venoas , scleroz cicatriceal) în etiopatogenia edemului.

Diagnosticul cauzei nu este întotdeauna u or i presupune o analiz clinic retrospectiv a perioadei postoperatorii (supura ii, limforee), un examen clinic (recidiva axilar , adenopatie supraclavicular), o analiz a evolu iei clinice a edemului i unele investiga ii (flebografie, limfografie).

— Edemul limfatic este cel mai frecvent i complica iile lui sînt de asemenea frecvente: incapacitatea func ional a membrului superior, celulite i limfangite recidivante care agraveaz edemul i rareori limfangiosarcomul Stewart i Treves.

în func ie de cauza i gradul edemului se instituie i tratamentul care presupune o atitudine în recidive (reinterven ie, iradiere, terapie complex) sau în cica- triz ri vicioase stenoizante (interven ii plastice) i alt atitudine în limfedem. Fiind cel mai frecvent, trebuie amintit c tratamentul limfedemului implic tratament postural (repaus cu membrul superior în pozi ie de drenaj fa de planul corpului), compresiv (bandaj elastic compresiv de la extremitatea bra ului spre axil , masaj pneumatic), medical (hialuronidaz , diuretice, cortizon, alfachimotripsin). Ineficacitatea tratamentului nesîngerînd indic tratamentul chirurgical: drenaj cu material inert de la bra în regiunea toracic , interven ii plastice de drenaj cu marele epiploon mobilizat (Chiricu), sau cu mobilizarea tegumentelor din regiunea bra ului la peretele toracic sau rezec ia esutului subcutanat i a fasciilor musculare. în perioadele de complica ii septice sînt indicate antibioterapia i terapia antiinflamatorie nespecific .

G. TRATAMENTUL NEOPLASMULUI DE SÎN ÎN RAPORT CU PERIOADELE FIZIOLOGICE ALE FEMEII*

Perioada premenopauzal sau postmenopauzal nu modific atitudinea terapeutic , exceptînd indica iile castr rii.

Carcinomul de sîn fiind hormono-dependent, castrarea a fost propus : a) sistematic cu rol «profilactic» în formele curative; b) numai în formele cu risc mare prin stadiu avansat (stadii avansate loco-regionale sau cu metastaze, neoplasmul cu evolu ie rapid , mastita carcinomatoas acut); c) la apari ia metastazelor viscerale sau osoase i a recidivelor.

Datele obiective nu sînt suficiente de conving toare pentru castrarea sistematic în perioada premenopauzal , mai ales în formele incipiente (stadiu I. TI. NO. MO.) i nici pentru o op iune categoric în favoarea castr rii radiologice sau chirurgicale. în orice caz, în aceste forme curabile, la femei tinere, se va ine seama i de dorin a procreerii ulterioare (vezi mai jos). în grupele b. i c., castrarea este indicat la bolnavele în perioada premenopauzal i menopauzal i chiar în perioada postmenopauzal , dac investiga ii de laborator indic o activitate estrogenic .

Castrarea se înglobeaz în terapia hormonal i nu exclude alte mijloace de tratament hormonal.

Tratamentul hormonal în general, este indicat numai în carcinomul mamar.

SARCINA I PERIOADA DE AL PTARE

Sarcina i perioada de al ptare, fiind perioade de mare activitate hormonal (în perioada de sarcin se însumeaz i activitatea hormonal a placentei), sînt considerate ca factori de agravare a evolu iei neoplasmului de sîn. Neoplasmul de sîn (carcinomul) neavînd influen asupra produsului de concep ie în ceea ce prive te dezvoltarea intrauterin i posibilitatea de metastazare, sau în evolu ia postnatal , atitudinea se stabile te în func ie de dou elemente:

a) Influen a produsului de concep ie asupra evolu iei neoplasmului mamei. Influen a este nefavorabil , agravant , mai ales în primele luni ale sarcinii dar exist i rezerve asupra acestui punct de vedere; în ultimele luni — în ultimul trimestru — influen a nefavorabil este în general acceptat . Evolu ia grav a neoplasmelor de sîn în aceste condi ii s-ar putea îns explica i prin depistarea întotdeauna mai tardiv a neoplasmului în general, în stadii cu metastaze în ganglionii axilari, semnele precoce ale tumorii fiind mascate, întîrziate i interpretate de c tre bolnav sau medic, ca semne ale modific rii sînelui în sarcin . Un alt punct de vedere consider c sarcina agraveaz în special evolu ia neoplasmelor cu metastaze în ganglionii axilari. în acela i timp, nu exist o opinie unanim în ceea ce prive te efectul favorabil al întreruperii sarcinii i a fost enun at i opinia c brusca modificare a condi iilor hormonale produse de întreruperea sarcinii ar putea fi nefavorabil pentru evolu ia neoplasmului.

b) Influența terapiei asupra produsului de concepție. Riscurile avortului sau riscurile unor determinări patologice la produsul de concepție, provocat de actul anestezico-chirurgical, sînt minime în condiții adecvate de anestezie, intervenție chirurgicală și îngrijiri postoperatorii, dar nu pot fi total excluse, mai ales în ceea ce privește efectul drogurilor anestezice asupra produsului de concepție în primele trei luni. În schimb, terapia iradiantă și chimioterapia prezintă riscuri pentru produsul de concepție, iar tehnici speciale de iradiere pentru asemenea situații nu au încă o suficientă verificare.

În funcție de acești doi factori s-ar putea schematiza atitudinea terapeutică a neoplasmului de sîn, depistat în sarcină sau în perioada de lactație, în felul următor:

a) neoplasmul de sîn depistat în primele trei luni ale sarcinii:

— se recomandă întreruperea sarcinii și tratament instituit conform stadiului. În stadiul actual al cunoștințelor, medicul nu îi poate asuma responsabilitatea indicării de a se păstra sarcina;

—dacă întreruperea nu este acceptată și neoplasmul este în stadiul I se recomandă intervenția radicală, dacă este acceptat riscul avortului postoperator sau riscul influenței nefavorabile anestezico-chirurgicale asupra produsului de concepție;

—dacă neoplasmul este în stadiul II, sau într-un stadiu mai avansat și necesită tratament complex și întreruperea nu este acceptată, se poate recurge la tratamentul chirurgical, dacă este indicat și dacă riscul lui este acceptat, urmînd ca tratamentul să se completeze după naștere.

b) în neoplasmul de sîn depistat în ultimele luni:

— în stadiul în care tratamentul chirurgical este suficient, se intervine dacă se acceptă riscul;

— în stadiile în care este necesar tratamentul complex, se așteaptă nașterea și eventual se recurge la provocarea ei precoce.

c) în perioada de lactație este recomandat întreruperea lactației și tratamentul neoplasmului în raport cu stadiul, deși s-a enunțat și opinia că lactația trebuie ținută.

În ceea ce privește castrarea, este indicată în formele acute și stadiile avansate, după întreruperea sarcinii sau după naștere; în stadiul I, la femei tinere, care au eventual dorința de a mai procrea, nu este indicată.

PROCREAREA LA FEMEII TINERE CU NEOPLASM MAMAR TRATAT

La femei cu stadii incipiente (TI. NO. MO.) este acceptat după trei—cinci ani de la tratament (pentru depășirea perioadei medii de maximă apariție a recidivelor locale și metastazelor). Nu este acceptat la bolnave care au fost tratate pentru neoplasme în stadii avansate sau cu semne de recidive locale sau de metastaze, pentru că sarcina agravează evoluția lor.

¹ Chistul luteinic menstrual este hemoragie și din această cauză fu la progesteron este suprimat.

¹ Cercetări experimentale pe cornele uterului de căea făcute împreună cu Gh. Teodoru (1956) demonstrează că fragmente de vase conservate (vene și artere), grefate pe tutore de acrilat moale, își păstrează permeabilitatea și lumenul acestora se acoperă cu epiteliu uterin.

3. PROCEDEE CHIRURGICALE DE STERILIZARE

Majoritatea acestor procedee constau din legarea și secționarea trompelor. De multe ori aceste mici intervenții pe trompe sînt un timp complementar al altor operații (la sfîrșitul cezarienei la cardiopate sau după a treia cezariană).

1. TRANSPLANTAREA ESUTURILOR

TRANSPLANTAREA CUTANAT

Transplantarea cutanată poate cuprinde unul sau două elemente ale tegumentelor:

— epidermul, stratul superficial pe cale de keratinizare, așezat pe o bază germinativă (epidermul nu are vase);

— dermul, format din esut conjunctiv, ale cărui fascicule sînt orientate în diverse sensuri.

¹ Este bine ca bolnava să fie prevenită dinaintea că fragmentul grefat poate deveni chistic (uneori Sn reprize, cu perioade de accentuare și reducere) și mai mult sau mai puțin sensibil (după sediul implantării), ca să accepte sau nu grefa, în cunoștință de cauză.

În termenul de neocolpopezie este specific creșterii unui vagin artificial în cazurile de absență congenitală. El se include în sfera mai vastă de intervenții desemnate sub numele de colpoplastii, sferă în care sînt cuprinse și alte operații plastice pe vagin (vezi colporafia anterioară, colpopoziția rineorafie posterioară, cura chirurgicală a diafragmelor sau septurilor transversale vaginale etc.).

¹ Cu tiUu de exemplu cităm doar plicatura sutxervico-uretrale prin fire separate. În X_t în U, sau înfundare în bursă, pentru cura incontinentei de urină și menținerea diverticului vezical redus, care este atribuit lui H. Kelly în America, lui Marion în Franța, iar în alte părți lui Gersuny, lui Senger, lui Bonney și, sigur și altora.

În Miorafia ridicării torilor analizată de Proust și Duval! avea două exagerări clasice: disecția întinsă a mușchilor (chiar N. Gheorghiu cu mulți ani în urmă arată că disecția pe feele lor externe nu este necesară) și apropierea celor doi mușchi prin feele lor interne; s-a vădit însă demult că nu este nevoie, mai ales la femeia tânără, să încerci a «întrece natura».