

Chirurgie ginecologică

Puncte de vedere

MIHAI PRICOP

INSTITUTUL EUROPEAN
2006

CUPRINS

INTRODUCERE / 9

Capitolul I DESPRE OPERAȚIILE CHIRURGICALE / 11

- Generalități / 12
- “Școala” în chirurgie / 13
- Responsabilitate / 15
- Ritmul în care se realizează intervenția / 17
- Relații chirurg-paciente / 18
- Muzica în sala de operații / 19
- Componenta estetică. Chirurgia-artă / 20

Capitolul II CHIRURGIE GENERALĂ. CHIRURGIE GINECOLOGICĂ. REPERE ISTORICE / 23

Capitolul III DESPRE INCIZII / 34

- Generalități / 34
- Clasificare / 34
- Anatomia peretelui abdominal și a regiunii mamare / 37
- Descrierea unor tipuri de incizii / 44
- Suturi / 48
- Drenaje / 49

Capitolul IV RADICALITATE ÎN CHIRURGIA PROCESELOR MALIGNE GENITO-MAMARE / 51

- Generalități / 52
- Date anatomo-funcționale privind inervația în relație cu injurierea intraoperatorie și consecințele ei / 53
- Limfadenectomia / 57
- Parametrul / 65
- Tratamentul chirurgical: diagnostic, indicații, evaluare preoperatorie, date privind tehnica, incidente și complicații în cancerul colului uterin / 67
- Tratamentul chirurgical conservator în cancerul mamar / 83
- Limitarea radicalității în chirurgia cancerului vulvar / 88

Capitolul V HISTERECTOMIA. PROLAPSUL DUPĂ HISTERECTOMIE / 95

- Generalități / 96
- Căi de abordare / 97
- Histerectomie subtotală sau histerectomie totală / 106
- Complicații / 108
- Prolapsul după histerectomie: fiziopatologie, tratament / 108

Capitolul VI CANCERUL ENDOMETRIAL - TRATAMENTUL CHIRURGICAL / 115

- Generalități / 116

Screening și detectare precoce / 119

Diagnostic. Stadializare / 119

Tratamentul chirurgical / 121

Capitolul VII TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN CANCERUL OVARIAN / 125

Introducere / 126

Stadializare chirurgicală / 130

Chirurgia citoreductivă secundară / 132

Tumori ovariene cu potențial malign scăzut / 133

Capitolul VIII INCONTINENȚA URINARĂ /135

Generalități / 136

Anatomofiziologia continenței urinare / 137

Terminologia utilizată în evaluarea funcționalității tractului urinar și în definirea aspectelor privind prolapsul genital / 140

Tratamentul chirurgical în incontinentă urinară / 143

Capitolul IX AMENOREEA PRIMARA DE CAUZĂ PERIFERICĂ. SINDROMUL ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER. TRATAMENTUL CHIRURGICAL / 153

Definiție / 154

Etiopatogenie / 154

Frecvența / 154

Tratamentul chirurgical (pregătire preoperatorie, tehnica McIndoe-Read, îngrijirea postoperatorie, rezultate) / 158

BIBLIOGRAFIE / 165

Lista abrevierilor

CT	tomografie computerizată
CHT	chimioterapia
EV	examen cu valvele
ER	examen rectal
EVD	examen vaginal digital
GS	ganglion santinelă
H	histerectomia
HA	histerectomia abdominală
HC	histerectomia celioscopică
HR	histerectomia radicală
HT	histerectomia totală
HV	histerectomia vaginală
HRM	histerectomia radicală modificată
HST	histerectomia subtotală
ISVL	invazia spațiului vasculo-limfatic
PBV	prolapsul bolții vaginale
RT	radioterapia
SLL	laparotomie secundară

INTRODUCERE

Scrierea unei cărți este o experiență dezvoltată pe mai multe coordonate: maturitate necesară abordării temei, cunoaștere, autocunoaștere critică, încercare de comunicare.

De ce scrii o carte? Greu de răspuns. Cu cât vrei să definești un lucru cu atât mai mult lucrul devine insesizabil și anevoie de prins. Poți da un răspuns șocant, la care cititorul să devină atent și chiar să înceapă să te stimeze. Pe urmă, trebuie să-ți dai importanță, fiindcă dacă nu-ți dai tu, cine să se ocupe de acest lucru? Trebuie să mai spui că nu te interesează mediocritățile ci doar forța reală. Dacă celor ce creează nu le sunt recunoscute meritele, respectiv prioritățile, se deschide calea cea mai sigură care duce la confuzia de valori, la triumful final al mediocrității. Spiritele mediocre osândesc tot ceea ce le depășește înțelegerea.

Dacă lectura unei cărți naște idei, și aceasta este una dintre primele condiții ale unei asemenea lecturi, ele pot fi amestecate involuntar cu acelea apartinând autorului.

În anul 2005, Uniunea Scriitorilor a organizat un colocviu sub titulatura: "Eu scriu. Cine mă citește?". Actul scrisului se poate caracteriza și printr-un anumit dramatism interior și printr-unul al raporturilor cu societatea. Scrierea unei cărți nu poate fi creditată cu un rezultat garantat. La aceasta se adaugă problema utilității cărții. Știi pentru ce scrii și, aproape știi, pentru cine scrii.

Actul scrierii poate fi și o justificare, o explicație privind atitudini, convingeri, respectul datorat celor de la care ai învățat, dorința de a ști că va călca cineva pe aceleași căi, făcându-le, chiar, mai luminoase. Pentru a fi serios trebuie să fii de undeva. Lectiile trecutului nu înseamnă numai trecut. Trebuie să continuăm și să oferim și altora posibilitatea de a continua.

Petre Pandrea consideră că scrisul trebuie să aibă câteva coordonate obligatorii:

- credința adâncă în ce scrii;
- corpul de principii cu care argumentezi;
- punctele de vedere cărora le dai glas;

- publicul căruia i te adresezi;
- dușmanii cu care te războiești.

Elaborarea acestei cărți a debutat cu mult înainte. Însăși motivarea este legată de acest anterior, care reprezintă experiența în domeniu, bază a interpretării datelor din literatură și impuls pentru trecerea la o elaborare indusă de o anume necesitate.

Pentru a scrie trebuie să ai ceva de spus. Și aceasta nu este suficient, pentru că ceea ce scrii trebuie să fie interesant, să aducă o contribuție, să valorifice o experiență în cazul nostru, practică și didactică. Riscurile și responsabilitatea acestei îndeletniciri nu necesită precizări.

Caracterul original este fragmentar, nu toate afirmațiile sunt la fel de inspirate, atitudinile se însușesc sau nu, tentativa de a introduce noi metode se însotește de succes sau de rezistență, totul pe fondul trecerii multor ani. Bineînteles că intervenția personalității își pune permanent amprenta.

Experiența îndelungată, desfășurată în condițiile unei școli, poate permite enunțarea unor convingeri, adoptarea unor poziții în condițiile progresului general, al contactelor științifice internaționale, al vizitării altor servicii. O activitate desfășurată într-un interval mare de timp favorizează condiția de martor la schimbări în concepțiile referitoare la diagnostic și tratament (un exemplu ilustrativ este oferit de patologia mamară).

Textul de față nu este un manual și, cu atât mai puțin, un tratat de chirurgie. Citându-l pe H. Robert, în această carte încerc să descriu câte ceva din ceea ce știu să fac sau ce am încercat să fac mai bine.

La un moment al carierei și experienței în strictă specialitate, am simțit un impuls spre încercarea unei scrieri desfășurate pe un plan educativ mai general decât lucrările mele specializate. În aceeași pornire, volumul de față cuprinde reflecții privind activitatea depusă în cadrul chirurgiei ginecologice,

gânduri manifeste în deceniile pe care le-am consacrat acestei activități.

În spiritul vechii convingeri conform căreia ginecologul trebuie să aibă în preocupări și patologia mamară, datele cuprinse în acest eseu vor fi referitoare și la terapia chirurgicală aplicată acestor forme lezonale.

Păstrând latura afectivă, depărtarea de tinerețea practică mi-a permis observarea unei deteriorări evidente a culturii estetice chirurgicale. Faptul că acest domeniu este neglijat a mai fost semnalat, desigur, de către personalități, de către maeștri, care, mai mult, au încercat să vină în întâmpinarea interesului manifestat de către cititorii care nu practică entuziasmanta și chinuitoarea chirurgie, pusă în serviciul omului suferind.

Acest volum este și un pretext pentru meditație asupra unei profesii care continuă să strălucească deși, în lumina speranței, i-s-a prezis un viitor apropiat ce o va face să pălească.

După trecerea anilor de activitate medicală (chirurgicală) se poate trece la lucrări bazate pe experiența proprie, la meditație și implicații de altă natură decât cea strict medicală chiar și la adăpostul faptului că în afara profesiei nu trebuie să simți datoria de a te impune.

Lucrarea de față își propune mai puțin reflectarea aspectelor moderne ale chirurgiei ginecologice și mai mult, să sublinieze rolul ce îl deține în continuare această activitate în tratarea numeroaselor forme ale patologiei, în special în boala canceroasă.

Desigur, nu eludăm progresele înregistrate în tehnologie și practică. În primul rând ne-a interesat descifrarea etapelor în care se clarifică modul de a asista la operații, importanța activității în echipă, timpii operațiilor, fluentă și eficiența intervențiilor în raport cu timpul necesar realizării acestor etape.

Acuratețea se asigură printr-o practică asiduă și printr-o educație medicală continuă.

Comportamentul celor ce se instruiesc este influențat de cel al maestrului. Este imposibil să stabilești reguli valabile pentru toate categoriile temperamentale. Este o mare greșală să încercăm solicitarea fiecărui în direcția unor virtuți pe care nu le are. Indulgența nu-și găsește locul chiar și pentru faptul că ea este o formă aristocratică a disprețului.

Relația maestru-discipol trebuie să fie una firească. Primul este stăpân celuilalt. Acesta

învață să ajungă stăpân. Prezența învățăcelului dă un sens mai profund existenței maestrului (P. Tuțea).

Bogăția experienței străine câștigată din cărti se numește erudiție. Experiența proprie este înțelepciune. Cel mai mic capitol al acesteia este mai prețios decât unul foarte vast din celalătă.

Totdeauna diagnosticul trebuie să se formuleze începând cu examenul clinic. Solicitarea examenelor paraclinice se face în măsura în care se impun după efectuarea examenului fizic. Rezultatele trebuie utilizate în funcție de interpretarea celor ce le furnizează.

Evaluarea preoperatorie și îngrijirea postoperatorie realizate de anestezist asigură securitatea chirurgiei, largirea indicațiilor operatorii și ameliorarea prognosticului.

Trebuie subliniată și importanța altor specialități precum hematologia, biochimia, imagistica, anatomia patologică. Activitatea acestor specialiști este coordonată, în cazul operației, de către chirurgul șef într-o atmosferă de încredere reciprocă, înțelegere, calm, necesare asigurării eficienței, depășirii dificultăților. El trebuie să vegheze asupra tuturor evenimentelor ce se desfășoară în sala de operații, să corecteze fără ezitare orice eroare, evitând bruscarele asistenților, anestezistului, celorlalte categorii de colaboratori.

Întreaga echipă trebuie să perceapă timpul petrecut în sala de operații ca pe o perioadă plăcută, stimulativă, de împlinire.

Înainte de operație, chirurgul trebuie să evaluate mental diferențele posibilități legate de procedeul ales, în intenția diminuării elementului surpriză și autoanalizei necesare perfecționării continui.

Rolul chirurgiei rămâne la statutul de importanță vitală chiar în condițiile progreselor remarcabile înregistrate în domeniul tratamentului medical. Chirurgia continuă să fie principalul mijloc de tratament în domenii precum oncologia ginecologică, uroginecologia, patologia planșeului pelvin sau anumite forme de endometrioză.

Necesitatea instruirii în chirurgie are o înaltă prioritate dar dobândirea experienței chirurgicale este din ce în ce mai greu de realizat. Capacitatea de a opera atingând niveluri de virtuozitate, dublată de capacitatea de a transfera ideile textului scris presupune un talent real.

Capitolul I

DESPRE OPERAȚIILE CHIRURGICALE

Generalități	12
“Școala” în chirurgie	13
Responsabilitate	15
Ritmul în care se realizează intervenția	17
Relații chirurg-paciente	18
Muzica în sala de operații	19
Componenta estetică. Chirurgie-artă	20

GENERALITĂȚI

Denumirea de **chirurgie** derivă din grecescul **kheirurgia**, ce desemnează lucrul făcut cu mâna. Este o activitate medicală care tratează boli prin acte manuale. Termenul apare pentru prima dată în scrisurile lui Aulus Cornelius Celsus (sec. I e.n.).

Actul operator este definiitoriu pentru chirurg, dar această specialitate este și o știință. W.S. Halsted a fost promotorul unuia dintre cele mai importante curente în chirurgie și a întemeiat una dintre cele mai renumite școli de chirurgie, eliberând această profesie de vechile concepții și orientând-o spre spiritul fiziologic. În același spirit, recomanda manevrarea țesuturilor cu delicatețe, evitarea sângerărilor și uscării structurilor, cu diminuarea rezistenței lor.

Operația surgicală poate fi bogată în conținut estetic. Contează delicatețea gesturilor, precizia și eleganța lor. Aceste elemente, ce țin de estetica actului chirurgical, depind de gândire, de direcția cerebrală, mâna fiind servitoarea creierului. Există o "estetică a rigorilor" și în sala de operații. Trebuie să fii pretențios începând cu spălatul măinilor, îmbrăcarea halatului, mănușilor, așezarea instrumentarului, gesturi, câmp operator, tehnică, hemostază, comportament general în sala de operații.

Meditând asupra chirurgiei ca artă, I. Iacobovici nota: "chirurgul este singurul artist care poate sta de vorbă cu opera sa". O serie de elemente pot influența **estetica** operației: cursivitatea și ritmul, claritatea gesturilor, respectarea detaliilor, hemostaza, calitatea anesteziei, liniștea.

J. Okinczyc a descris "regulile mărunte" ce nu pot fi găsite în tratatele clasice de tehnică chirurgicală. Aceste reguli sunt obligatorii (în limba română lucrarea a apărut în Editura Jean Leon, București, 1945 și sub titulatura "Reguli ale chirurgiei desăvârșite", în Editura Medicală, 1996). Sunt subliniate elementele privitoare la disciplină, ordine, respectarea țesuturilor, traseul examen-diagnostic-indicație-operație.

Examensul clinic trebuie să primeze în realizarea diagnosticului. Diagnosticul trebuie să indice natura bolii, particularitățile, stadiul, potențialele complicații. Este baza indicației operatorii, a tehnicii și prognosticului. Calitatele clinicianului trebuie să se combine cu cele ale operatorului.

Toate amănuntele au importanță lor: păstrarea curăteniei (mănuși, halate folosite, comprese, evitarea petelor de sânge etc.), atitudinea (coatele lângă corp, interzicerea sprijinirii pe corpul bolnavei, gesturile prea largi), ordonarea instrumentelor și menținerea lor în timpul operației.

Ajutoarele au un rol important. Activitatea lor nu este o îndeletnicire de "mâna a doua" și necesită o formare, o bună tehnică, neputând fi dobândită decât printr-o ucenicie serioasă.

Chirurgia este o muncă realizată în colaborare. Contra componenței tradiționale (3 cadre), echipele ce realizează chirurgia modernă sunt mai numeroase și se pot schimba pe parcursul operațiilor de durată. Indiferent de numărul membrilor echipei, de profilul activității lor, dirijorul rămâne operatorul.

Membrii echipei trebuie să se cunoască, în sensul că trebuie să știe fiecare ce să aștepte de la celălalt pentru asigurarea cursivității operației. Armonia este asigurată atunci când fiecare membru al echipei își cunoaște rolul și nu face altceva. Dacă ajutorul face mai mult decât trebuie, încurcă lucrurile, cade în eroarea inadmisibilă de a se substitui operatorului.

Personalitatea chirurgului trebuie să fie bine conturată chiar dacă intrunește și trăsături contradictorii, mai ales temperamentale. Asistenții chirurgului trebuie să fie loiali, să nu comenteze atitudinea șefului lor în fața bolnavelor, să se înțeleagă între ei, să fie bine dispuși.

Cei mai mulți chirurgi aparțin tipului sanguin, puternic cerebral, echilibrați și mobili. Poate că manifestările colerice ale maeștrilor pot fi interpretate și ca modalități de a le arăta și acorda interesul. Poate par dovezi de răceală și brutalitate dar realitatea ar putea arăta sensibilitate pentru cei care-l cunosc cu adevărat (33) (34).

Reușita unei operații depinde, într-un anumit fel, de ajutoare. Un chirurgabil este mai pretențios cu ajutoarele dar trebuie să manifeste înțelegere față de stângăciile începătorilor (unități de învățământ). În același timp, trebuie înțeles faptul că nu toti începătorii vor ajunge performeri în chirurgie.

Operația nu se poate desfășura decât într-un fel: corect. De aceea, R. Leriche nota:

"chirurgia nu suportă mediocritatea; cel care face chirurgie trebuie să fie înzestrat cu multiple calități". Operatorul trebuie să manifeste curaj, fermitate, pregătire, experiență, îndemânare, responsabilitate și prudentă, disciplină și răsfrângerea ei obligatorie asupra colaboratorilor. Jean Patel dădea exemplul disciplinei din clinica lui Antoine Gosset remarcând liniștea, ținuta demnă, vestimentația, respectarea gesturilor, punctualitatea, prietenia.

Delimitarea câmpului operator debutează cu stabilirea zonei în care se va face incizia. Câmpurile vor fi prinse cu pense de câmp, mascate. După laparotomie, izolarea viscerelor se va face cu blândețe, cu ajutorul izolatoarelor din tifon. Preferăm un singur izolator, mai mare, evitând ezitările ce pot apărea la numărătoarea mai multor izolatoare la sfârșitul operației. Aproape invariabil utilizăm două depărtătoare fixe (Dartigues și Gosset) plasate pe direcția transversală respectiv verticală.

Hemostaza se asigură prin aplicarea de pense și ligaturi imediate pentru a evita aglomerarea câmpului și forcipresura prelungită. Pensarea îndelungată favorizează flebitele și necroza bonturilor. Vasele superficiale sunt legate cu catgut subțire (pentru a scădea cantitatea de material de sutură). Operatorul trebuie să prezinte pensele în aşa fel încât să simplifice mișcarea ajutorului (trecerea de vârful pensei). Pensa hemostatică nu este o pensă de tracțiune. Hemostaza trebuie să fie cât mai atentă. Pe cât este posibil, în pensă trebuie prisă cât mai puțin țesut. Uneori, pensarea poate fi evitată (exemplu: ligatura pediculului lombo-ovarian). În principiu, firele subțiri și rezistente sunt preferabile firelor groase.

Tamponamentul nu înseamnă a șterge sau a freca țesuturile. Este un gest important în realizarea controlului sângerărilor. Controlul compreselor trebuie să fie riguros. Schimbarea celor folosite se face rapid, evitând aruncarea lor la întâmplare, gesturi cu totul inestetice.

Ligaturile mai importante trebuie să aibă 3 noduri:

- primul, până la refuz, zdrobește țesuturile;
- al doilea, de sprijin;
- al treilea, de siguranță.

Nu este permisă ruperea nodurilor 2, 3. Nodul nu se face pe dos ci drept, fără a încrucișa mâinile, cu presiune continuă, fără smucituri. Vârful pensei trebuie depășit. Nodurile dificile vor fi făcute de operator. În funcție de profunzime, bucla viitorului nod este condusă cu pensa anatomică.

"ȘCOALA" ÎN CHIRURGIE

Elevii și colaboratorii nu pot învăța și progresează decât dacă înțeleg necesitatea școlii, acceptă disciplina și își respectă maestrul. Disciplina este izvorul succesului. Școala vietii este haotică și aleatorie, în vreme ce sistemul de învățământ operează după un plan precis. Medicul (chirurgul) trebuie să completească acumulările lui teoretice cu pricoperea aplicării practice. În timp ce poetul și muzicianul răspund unui apel divin, se fac interpreții unei chemări și misiuni divine, vocația medicală evoluează în virtutea unor exigențe de cunoaștere mai pronunțate, pornind de la un material adunat în constatări empirice și, apoi, prelucrat rațional, în sensul unor generalizări care să ducă la stabilirea și formularea principiilor.

Lucrând într-un domeniu, nu facem decât să obținem rezultate ale experienței și nu adevăruri. Adevărurile pot fi stabilite la capătul cercetării, dar care-i capătul cercetării?

Ca medici, fiecare dintre noi suntem "opera" înaintașilor noștri și a îndrumătorilor. Prezentul este în bună parte opera trecutului. Fiecare perioadă istorică și-a adus contribuția la dezvoltarea medicinii, context în care, prin experiența practică și mișcarea științifică, **școala** este foarte necesară. Școala a fost totdeauna cel mai important mijloc pentru transferarea comorilor tradiției de la o generație la cea următoare.

Tradiția este influența unor realizări anterioare asupra celor prezente. Această definiție trebuie completată obligatoriu prin sublinierea credinței că există incertitudini, că este necesară credință în progres. Tradiția lucrează și prin educație. Imitația este unul dintre adjuvantele cele mai puternice ale tradiției. Tradiția impune și la recursul la expresia străină. Ea trebuie să asigure obligativitatea preciziei, siguranței, seriozității, a verificărilor îndelungate. Tradiția se poate afirma și prin intermediul concurenței.

Omagiu către predecesorii noștri se cuvine să nu fie neglijat, mai cu seamă fiindcă amintirea celor mai buni din trecut îi poate stimula pe cei de bună credință din zilele noastre la un efort curajos.

Viața și sănătatea societății umane depind de școală într-o mare măsură. Uneori, școala este privită doar ca un instrument pentru transmiterea unei anumite cantități de cunoștințe. Dar cunoștințele sunt ceva mort, dacă, prin școală, nu se transformă în calități și capacitați care să aibă valoare pentru societate.

Școala trebuie să formeze individualități caracterizate prin acțiune și gândire independentă, orientate spre binele comunității.

Personalitățile se formează prin muncă, prin activitate motivată, liberă de constrângeri, dar disciplinată (95).

Selecționarea și promovarea cadrelor din învățământ a fost, și este, manifestă prin "antiselectie". Titlurile academice se acordă de către comisii (ministeriale) de multe ori incompetente și nu de foruri alcătuite de specialiști care să judece teze de doctorat sau concursuri universitare. Trebuie desființată lipsa de corectitudine, frauda, subiectivismul semidoc. Responsabilitatea și ținuta morală trebuie să fie imperative categorice în domeniul educației.

Realizarea de sine este o obligație universală. Creația cea mai importantă pe care o are de îndeplinit omul este de a se realiza pe sine, proces în care eul este și creator și mediu.

Consider semnificativă redarea unui pasaj din concepția lui M. Eliade privitoare la educație: "Educația înseamnă a trata mărinimos generațiile care se înalță. Fără a le duce în spital, fără a le învăța să se uite pieziș sau să-și plece urechea la sunete nedemne. Știința învață pe tineri nu consumul vieții cu lacomă prostie, ci să folosească aşa cum trebuie, pe înțelesul sufletului lor tinerețea, dragostea, vacanța.

Obișnuiește Tânărul să îndure cu fruntea sus și fără mirare acel dezechilibru între muncă și satisfacție, acea exasperare provocată de neputința de a-ți atinge un scop dorit în micul răstimp al energiei pământene".

Virtuțile unui dascăl se regăsesc mai ales în discipolii lui. Desemnarea șefului de școală

se face prin personalitate, caracter, talent, spirit, pregătire profesională, experiență.

Maestrul trebuie să cultive spiritul critic cu buna credință și să lase libere discuțiile contradictorii, să domine prin profesionalism, echitate și dreptate, să asigure promovările în funcție de calitate.

Chirurgia ieșeană are un prestigiu recunoscut. Au existat personalități cu "perioade ieșene" cum au fost E. Juvara, Amza Jianu, N. Hortolomei, A. Cosăcescu și personalități "consecvente" I. Tănărescu, Vl. Buțureanu, Gh. Chipail (327).

N. Hortolomei rămâne în istoria chirurgiei românești ca un mare șef de școală. În Iași, a condus clinica timp de peste 10 ani. Era elevul lui E. Juvara și Amza Jianu, la rândul lor elevi ai ctitorului chirurgiei românești, Th. Ionescu. În amintirile sale, profesorul Chipail mărturisea că N. Hortolomei a dorit să-l vadă profesor. Păstrând limitele, m-am întrebat, pe mine cine a vrut să mă vadă profesor? Întrebarea nu conține doar o anume (auto)ironie ci este valabilă în interiorul oricărei discuții despre școală. Roulurile școlii sunt multiple:

- păstrarea tradițiilor;
- transmiterea învățămîntelor;
- aprofundarea noțiunilor;
- aplicarea noulor descoperiri;
- interpretarea critică a rezultatelor;
- promovarea celor mai capabile elemente (353).

Facultatea de medicină (6 ani) nu poate forma chirurgi. Pregătirea practică se face la patul bolnaviei, prin externat, internat, secundariat (rezidențiat). Pentru viitorul chirurg externatul era cea mai bună școală în timp ce internatul a fost baza învățământului chirurgical. La concurs erau admisi doar externii. Concursul era foarte dificil. Încă din timpul internatului se contura specialitatea pe care doreai să-o practici. Se oferea posibilitatea unei activități variate și plină de învățămînt. De asemenea, un mare prestigiu, atât timp cât pe firmele unor cabinete particulare era scris "fost intern al spitalelor" (55) (115). Sunt convins de adevărul celor notate mai sus și consider că desființarea acestor forme de învățământ a fost o greșeală (am parcurs un stagiu de externat de medicină internă și unul de chirurgie, un stagiu de intern de chirurgie, altul de intern de medicină internă și 4 stagii

de obstetrică și ginecologie în Clinica Profesorului Dobrovici).

Concursurile de externat și internat, ca treaptă superioară, asigurau obligativitatea, continuitatea și responsabilitatea în serviciu. Efectuate după terminarea anilor de studiu, tinerii, eliberați de alte obligații, se încadrau în aşa fel încât făceau parte din cadrele serviciului, locuiau în spital, aveau posibilitatea de a participa la actul medical în orice moment. Profesorul Chipail obișnuia să spună: "sora șefă și internul reprezintă cheia serviciului". Acest enunț conținea un real și benefic adevăr pentru ceea ce înseamnă internatul.

Internatul trebuia să asigure pregătirea de medicină generală, orientarea spre o specialitate, conturarea conștiinței profesionale, gândirii clinice, acumularea de informații, abilitatea în promovarea prin concursuri. Dacă ar depinde de mine, internatul ar redeveni o realitate.

Trecând la pregătirea în cadrul stagiului de rezidențiat pot constata o scădere a eficienței, fapt care a dus la aceeași concluzie după o analiză într-o unitate americană: "trebuie să milităm pentru calitate și nu pentru cantitate în perioada rezidențiatului".

Au fost cercetate aspecte diferite precum volumul activității chirurgicale, interesul pentru experiența chirurgicală, dificultăți, relația cu chirurgia generală, responsabilitatea în practica ulterioară. Concluzia Societății Ginecologilor Oncologi Americani este că pregătirea rezidenților în Obstetrică și Ginecologie în ce privește educația chirurgicală este în declin (323).

Generațiile mai vechi furnizau ginecologi chirurgi provenind din rândul chirurgilor generaliști. Această soluție nu mai funcționează. La rândul ei, chirurgia laparoscopică a contribuit la scăderea experienței rezidenților în chirurgia abdominală și vaginală. Toate aceste realități și redresarea lor țin de obligația șefului de școală.

Apartenența la o școală de chirurgie înseamnă totul în formarea unui chirurg.

Şeful școlii imprimă elevului nu numai rodul experienței sale (moștenită la rândul ei) dar și rezultatul stăruinței proprii în sensul aşezării tradiției pe trepte superioare.

RESPONSABILITATE

Raporturile dintre pacientă și chirurg sunt raporturi bazate pe încredere și având drept suport conștiința și responsabilitatea morală a medicului, ca principiu de prim ordin al eticii medicale. A fi medic înseamnă tocmai a fi responsabil.

Adresabilitatea către serviciile de asistență medicală trebuie să fie dublată de respectul pe care pacientul trebuie să-l poarte medicului, de convingerea sa privind aportul în realizarea diagnosticului și programelor de vindecare.

Răspunderea chirurgului este morală și juridică (civilă sau penală). Răspunderea morală a existat din totdeauna. Cea juridică este de dată ceva mai recentă. Aceste două categorii de responsabilități sunt principalele aspecte ale deontologiei medicale. În acest sens, prima problemă este cea a diagnosticului. Ea este urmată de indicația operatorie și de alegerea tehnicii (34).

Creșterea numărului avocaților (care trebuie să și câștige), societățile de asigurări, judecătorii trebuie să aibă în vedere o vigilență excesivă pentru că s-ar putea să fie responsabili de scăderea eficienței chirurgiei inducând medicilor ideea utilizării unor tehnici mai puțin riscante în dauna eficienței.

În chirurgie nu ești scutit de neprevăzut. Bolnavele întreabă: "voi scăpa?" sau "îmi garantați operația?". Noi nu putem garanta. Există riscuri previzibile. Ele pot fi evitate prin luarea unor măsuri adecvate. Neglijarea acestor măsuri poate ține de responsabilitate. De asemenea, riscurile anesteziei trebuie analizate cu atenție. Anumite categorii de operații nu trebuie efectuate decât în servicii unde sunt îndeplinite condițiile minim necesare chiar dacă tehnica personală ar permite executarea lor.

Recomandarea operației trebuie făcută cu menajamente pentru că bolnava este impresionată, temătoare, chiar dacă are încredere în chirurg. Aceasta trebuie să fie calm, sigur în atitudinea sa, concis (un chirurg care pălăvrăgește nu produce o impresie favorabilă). El nu trebuie să renunțe la încurajări dar să nu exagereze riscurile operatorii și nici să supraliciteze rezultatele.

Riscul este definit ca un pericol posibil. În chirurgie el este întotdeauna posibil. În

practica medicală, risc zero nu există pentru că universul biologic este considerat mai ales din perspectivă aleatorie decât din perspectiva unor determinisme fixe. Datorită intricării acestor multiple determinisme eroarea poate fi multiplicată până la ruperea legăturii cu realitatea biomedicală.

Prin excelentă, materia biologică este instabilă, incertă, imprevizibilă și în contradicție cu ceea ce se cere a fi previzibil, stabil și cert (107).

Semnificația riscului se plasează într-un cadru cu două componente: cunoașterea posibilității eșecului și asumarea responsabilității pentru executarea acțiunii purtătoare de risc. În fața acestei posibilități, atitudinile pot fi marcate de ignorantă, prudentă, exagerată sau realistă, lucidă, analitică.

În asistența medicală, evaluarea riscului este un scop mai puțin atins decât în alte domenii de activitate. În relația medic-pacient, riscul este abordat frecvent ca parte a răspunderii ce revine medicului. Pacientul este protejat prin reglementările referitoare la Drepturile Omului și prin cele specifice profesiei medicale, Drepturile Pacienților (obligativitatea asigurării condițiilor de îngrijire și a rezultatelor acestor îngrijiri).

În realizarea drepturilor individului privind sănătatea, statul intervine prin asigurarea condițiilor. Se realizează formele medicinei instituționalizate, cu practică în echipă și cu o răspundere individuală atenuată. În practica privată, relația este contractuală, medicul și pacientul având fiecare partea de risc asumată.

Evaluarea riscului se adresează identificării, evaluării și reducerii în așa fel ca, în final, calitatea îngrijirii să fie îmbunătățită. Această activitate a apărut ca reacție la creșterea pretențiilor pacienților, ca un mijloc de a evita sau reduce astfel de pretenții, de a diminua revendicările exagerate (61).

Prestigiul chirurgului nu este asigurat numai de o bună pregătire chirurgicală ci și de experiență, de modul în care este fructificată, inclusiv în scris și în cercetare. Aceste aspecte generează tipuri particulare de responsabilitate: conducerea serviciului, ideile pe care le propagă, lucrările pe care le publică, performanțele colaboratorilor.

Greșeala este o faptă neintentionată, apărută în timpul operației. Greșelile pot fi evitate prin cunoaștere, mijloace de reducere a riscului, realizarea diagnosticului intraoperator (exemplu: riscul ureteral).

Culpa este o greșeală ce atrage răspunderea indiferent dacă putea fi prevăzută sau evitată ori putea fi reparată dar n-a fost (greșeala poate deveni culpă). Răspunderea morală este permanentă.

Pentru operațiile programate consumămantul pacientei este obligatoriu. Nu este permisă amânarea nejustificată a unei operații pentru că, un anumit echilibru, obținut în perspectiva intervenției, se rupe, iar moralul bolnaviei este afectat.

Un aspect și mai grav este cel al operațiilor inutile sau abuzive (între care, histerectomiile, practicarea apendicectomii în cursul operațiilor ginecologice). Motivele "să-și facă mâna" sau mercantile sunt cu atât mai condamnabile. În categoria indicațiilor discutabile se includ și operațiile exploratorii sau operațiile extinse marcate de mare morbiditate și fără beneficii de ordin prognostic.

Intervențiile (exciziile) exagerate sunt, de asemenea, nejustificate. Un exemplu de discernământ este cel furnizat de tratamentul conservator al cancerului mamar.

Pot fi comise greșeli de ordin subiectiv, ce țin de medic, prin necunoaștere, prin examen incomplet sau printr-o gândire eronată. Acestea nu pot fi greșeli scuzabile. Ele pot fi fără urmări, dar se pot însobi și de consecințe grave.

Responsabilitatea chirurgului este mai mare decât cea a altor profesioniști. Principala explicație se leagă de elementul "artizanal". Oricât de științific este abordat cazul, implicarea elementului personal este inevitabilă. Elementul personal poate avea efecte pozitive sau negative, dar aceasta nu scade responsabilitatea. A doua mare explicație este riscul, care poate compromite o operație oricât de strălucit a fost efectuată și în condițiile unei pregătiri preoperatorii corecte (33).

Uitarea unor corpi străini în plaga operatorie constituie un grav act de neglijență și poate fi sancționat din punct de vedere medico-legal. Este bine să fie folosit un câmp izolator mai mare (în locul celor 3 tradiționale).

Câmpurile trebuie să fie numerotate sau/și marcate. Asistenții și sora sălii de operații trebuie să fie atenți și la aceste aspecte.

Față de cei care greșesc trebuie să păstrăm o anumită discreție. Pentru unii, aceste greșeli sunt ocazii prielnice pentru speculații, pentru dezlănțuirea de patimi și crearea atmosferei nefavorabile ("invidia medicorum pessima"). Sunt situații în care bolnava refuză o acțiune judiciară dovedind bunul simț al înțelegerii, bun simț care lipsește unor medici.

Chirurgia nu este atât un mod de lucru cât un domeniu de responsabilitate. Această responsabilitate este condiționată de cunoașterea și aplicarea regulilor de etică și deontologie medicală. La acestea se adaugă suportul teoretic și practic, creat prin parcurgerea unui drum pe care trebuie să fi îndrumat.

Printre personalitățile care au influențat chirurgia modernă se înscrie **Alexis Carrel** (1875-1944) (colegul lui René Leriche, de la Lyon). A pus bazele chirurgiei cardio-vasculare, a lucrat cu Testut și Farabeuf, avea o abilitate operatorie extraordinară. În 1906, devine colaborator al Institutului Rockefeller iar în 1912 primește Premiul Nobel pentru medicină (primul Premiu Nobel obținut pe teritoriul american).

Lucrarea sa "Omul ființă necunoscută" (1936) este de o mare actualitate și astăzi. A avut preocupări asupra omului în general. S-a pronunțat împotriva modului de viață îndreptat numai spre avantaje materiale și neglijarea vieții spirituale.

În contextul privind personalitatea și responsabilitățile medicului (chirurgului) vă propun acest citat din gândirea lui A. Carrel: "Viața noastră este orientată spre profit, satisfacerea dorințelor și distractii. De asemenea, spre avantaj finanțiar și mai ales, spre satisfacția vanității: grad, titlu, decorații, poziții sociale, conspirații în contra unui dușman periculos. Sunt savanți care nu caută progresul științei ci un fotoliu la Academie. Sunt medici care în concursurile lor și chiar în îngrijirea bolnavilor au dat dovedă de o surprinzătoare decădere morală. Sub masca devotamentului, științei, carității și inocenței se disimulează, adeseori, față crudă a interesului, pasiunea de

câștig, banul, satisfacerea dorințelor, dar aceste dorințe sunt josnice."

Subcapitolul "responsabilității" trebuie încheiat cu realitatea pozitivă în care cei mai mulți dintre medici își desfășoară activitatea și promovează calități precum cele subliniate de Tudor Vianu: "Știu că medicul este un observator, ca orice naturalist, atunci când stabilește un diagnostic; el este un experimentator, ca orice specialist al științelor exacte și naturale, când instituie un tratament și urmărește rezultatele acestuia, este un moralist și un psiholog, fiindcă având de a face cu oamenii bolnavi, cărora trebuie să le aducă nu numai remedii fizice dar și alinare sufletească, cunoștințele psihologice și disciplina morală îi sunt medicului tot atât de necesare ca și informația cea mai întinsă în știință biologiei și în celealte științe ale naturii" (cit. de 353).

RITMUL ÎN CARE SE REALIZEAZĂ INTERVENȚIA

În general, ritmul operațiilor depinde de măiestria chirurgului. Nu există un ritm identic pentru toate operațiile și pentru toți chirurgii. În urma unor studii statistice a fost evidențiată o relație între durata operațiilor și elemente de morbiditate sau mortalitate postoperatorie.

Avantajele operațiilor efectuate rapid se sumează și conduc la reducerea impactului șocului operator:

- peritoneul este deschis și expus un interval mai scurt;
- țesuturile sunt mai puțin traumatizate;
- se scurtează perioada în care hemoragiile pot fi manifeste;
- durata anesteziei este redusă.

Prelungirea exagerată a timpului necesar operației are efecte nocive: durata crescută a anesteziei, staza venoasă, poziții incomode, uneori antifiziologice, pe care un om normal nu le poate suporta prea mult timp, imobilizarea membrelor inferioare, congestia cerebrală (favorizată de poziția Trendelenburg), pierderile de lichide exagerate, secreții bronșice, uscarea țesuturilor și scăderea rezistenței lor, compresiunile executate prin ecartoare, prin izolarea cavității și ascensionarea diafragmului. Reducerea tra-

umatismului tisular are o importanță fundamentală. Manevrele efectuate manual trebuie înlocuite pe cât posibil prin utilizarea instrumentelor. Manipularea ţesuturilor trebuie redusă la minimum (211).

O serie de elemente influențează ritmul operației:

- tipul intervenției;
- experiența chirurgului și asistenților;
- caracteristicile pacientei;
- dificultățile diferite ale diversilor timpi operatori;
- calitatea anesteziei;
- eventualitatea unor forme de patologie asociate;
- producerea unor incidente sau accidente.

În legătură cu necesitatea unei bune anestezii, citez: "un chirurg mediocru are nevoie de un anestezist bun, un chirurg bun îl merită" (55); "este preferabil să fie un operator mediocru și o anestezie bună, decât un chirurg excelent și o anestezie proastă" (33).

Sunt aspecte care pot crește durata intervenției, în același timp pot fi și motive de enervare (care, oricum, n-ar trebui să fie manifestată): neîndemânarea sau neatentația ajutoarelor, funcționarea deficitară a unor instrumente, manevre nereușite în realizarea hemostazei, lipsa unor materiale de sutură corespunzătoare (254).

RELATII CHIRURG-PACIENTĂ

Acstea relații au fost și vor fi subiective. Chirurgul trebuie să insuflă încredere pacientei prin modul în care discută, cum realizează examenul fizic și celelalte categorii de investigații, cum prezintă operația și eventualele ei variante, avantajele și dezavantajele, prognosticul.

Chirurgul propune o conduită, moment în care trebuie să acorde atenție modului de exprimare, diferențiat în raport cu instrucția pacientei, să formuleze încurajări cât mai bine fondate (nu grăbite), să exemplifice folosind cazuri asemănătoare în care s-au obținut rezultate bune, să fie calm, ferm și reținut în manifestări.

Prima întâlnire este importantă, capitală, chiar. Ea trebuie realizată în funcție de temperamentul pacientei. În cursul acestei prime luări de contact chirurgul transferă o

"încredere activă" pentru ca lupta cu boala să fie dusă "în doi".

Bolnava este un tot psihico-fizic. Agresiunea psihică poate modifica evoluția clinică a afectiunilor pur somatice. Aceste tulburări se pot manifesta mai ales în perioada postoperatorie, frecvent după operațiile în teritoriul genito-mamar.

În perspectiva unei intervenții, chirurgul va acorda un timp de gândire, familia va fi pusă în temă, riscurile vor fi prezentate fără exagerări, pacientelor li se va oferi ocazia de a avea acces la alte opinii, nu vor fi făcute comentarii legate de eventualele operații anterioare, vor fi evitate amânările nejustificate ale intervențiilor.

Acordul pacientei (sau al apărătorilor) va fi exprimat în funcție de cunoașterea situației (examene clinice și paraclinice, principiile intervenției, momentul operației) și materializat prin completarea unei forme de accept.

Investigațiile preoperatorii pot fi realizate în mare parte în servicii de ambulator pentru a evita internările de durată înaintea intervenției. Aseptizarea vaginală sau a zonei unde se va practica incizia, corectarea din punct de vedere nutrițional, controlul diabetului, evaluări particolare solicitate de anestezist vor fi asigurate după internare. Examenul reanimatorului se face în consens cu clinicianul, medicația preoperatorie se înregistrează în fișa ATI. Programarea operațiilor trebuie făcută în strictă colaborare cu medicul anestezist-reanimator.

Lipsa de sensibilitate a chirurgului nu poate fi o virtute. Chirurgia nu distrugе sentimentele umane ci este și o generatoare de înțelegere, protecție psihică, încredere.

Marele public reacționează conform unei logici simple: dacă operatorul nu este vindecat explicația constă în eroarea chirurgului, diagnostic sau tehnică cu atât mai mult cu cât în discuție nu este o afecțiune gravă (192).

În principiu, în orice intervenție chirurgicală există un risc. Aceasta se poate manifesta încă din momentul fixării indicației operatorii. Temeritatea nu trebuie să aibă loc în punerea unei indicații. Dacă nu suntem siguri că îi facem un serviciu pacientei, mai bine nu punem indicația de tratament chirurgical. În context, evaluarea condițiilor este esențială (33).

Simțul clinic este foarte important. La consolidarea sa contribuie documentarea teoretică, experiența practică, spiritul de observație și raționamentul. Angajarea în efectuarea unei operații implică o pregătire psihologică, o elaborare tactică și acuratețe din punct de vedere tehnic. La acestea se adaugă elementele ce constituie pregătirea pacientei.

Cel puțin în cazul operațiilor deosebite, momentele ce le preced sunt marcate de tensiunea nervoasă, concentrarea, reculegerea în fața gândurilor asupra riscului sau nereușitei. Chirurgul este supus unei stări de soc cronic. Se spune că dintre toate profesiile chirurgia scurtează viața cel mai mult.

Toate acestea l-au făcut pe Jean Louis Faure să afirme: "sufletul chirurgului este necunoscut; emoțiile profunde care-l ocupă și-l agită nu pot fi analizate decât de către cei care le-au simțit; viața este tulburătoare și pasionantă, cu momente de triumf și momente de amărăciune".

S-a spus, și cred că aşa este, că chirurgii ginecologi sunt simpatizați de femei. Explicația ar putea sta în faptul că vindecarea lor face să le rămână ceva în inimă, iar sentimentul recunoștinței să devină mai profund, mai emționant.

MUZICA ÎN SALA DE OPERAȚII

Difuzarea muzicii în sala de operații este "privită" diferit. Sunt chirurgi care nu o acceptă și se miră, mărturisind că n-au văzut nicăieri aşa ceva! Să nu confundăm necesitatea liniiștii în sala de operații, anularea surselor de zgomot cu muzica.

Nivelul zgomotului în sălile de operații atinge adesea cote peste limite acceptable, aceasta determinând creșterea stress-ului receptat de echipa de profesioniști cât și amplificarea anxietății pacienților în stare de veghe.

Această condiție acustică poate influența eficiența și siguranța activității prin afectarea posibilităților de comunicare. În aceste condiții, s-ar părea că sunetele adăugate prin difuzarea muzicii devin cu totul indezirabile.

Adevărul este că muzica, selectată adecvat, poate domina intensitatea stress-ului la care sunt supuși chirurgii și pacienții conștienți în sala de operații și are capacitatea

creșterii semnificative a eficienței celor ce lucrează în acest mediu.

Efectele anxiolitice ale muzicii asupra pacienților înainte, în timpul și după intervenția chirurgicală sunt recunoscute de mult timp și bine documentate. Nu numai că echipa este redusă dar toleranța percepției durerii este ameliorată în timp ce se percep muzica. Bazate pe răspunsuri fiziologice, numeroase studii au demonstrat clar eficiența terapeutică a muzicii.

Pentru cazurile cu anestezie locală, zgomotele nefamiliale produse în sala de operații, în special discuțiile purtate de personalul medical, reprezintă o sursă importantă de teamă. De aceea, unul dintre beneficiile importante ale muzicii este reprezentat de mascarea acestor zgomote nocive, în special a percepției conversațiilor.

Aceleași considerente sunt valabile pentru pacienții care așteaptă în perspectiva operației, într-o cameră alăturată sălii de operații, unde ascultarea muzicii poate fi și mai importantă.

Efectele muzicii în sala de operații, altele decât cele exercitate asupra pacienților, au fost mai puțin studiate. Aceste efecte benefice sunt reale și se exercită asupra rapidității și acurateței cu care sunt depășite momentele dificile. S-a constatat (R.H. Rauscher, *Nature*, 1993) că performanțele sunt considerabil ameliorate când operația este precedată de o sonată de Mozart comparativ cu intervențiile făcute într-un mediu lipsit de muzică.

Desigur, este greu să apreciezi prin măsurători stress-ul și performanțele chirurgilor, asistenților, surorilor și tehnicienilor ce lucrează în sălile de operații cu sau fără difuzarea muzicii.

Cu toate acestea, efectele muzicii au fost testate în laborator în cadrul unui studiu recent (A.K. Blascovich, Effects of music on cardiovascular reactivity among surgeons, *JAMA*, 272:882-884, 1994).

Un număr de 50 de chirurgi au fost solicitați să realizeze mental operații aritmetice complexe aflându-se în 3 categorii de condiții:

- fără muzică;
- cu muzică selectată de către cei ce realizau testul;
- cu muzică preferată de cei testați.

Au fost măsurăți parametrii fiziologici ce definesc intensitatea stress-ului. S-a constatat

că viteza și acuratețea operațiilor au fost semnificativ crescute atunci când se difuza muzica preferată comparativ cu celelalte 2 condiții.

Parametrii fizologici ce reflectă *stress*-ul au fost la cotele cele mai ridicate în condiții fără muzică, urmând situația cu muzică selectată de experimentator și la cele mai reduse cote atunci când se difuza muzica preferată de chirurgii testați.

Alegerea muzicii apare ca un element cu totul individual deși în mare parte preferințele sunt orientate către muzică instrumentală clasică. S-a ajuns la concluzia că performanțele cele mai bune se înregistrează când fondul stimulării muzicale este discontinuu și conține elemente de inconstanță precum cele caracteristice muzicii rock, mult diversificate, viguroase și variate comparativ cu muzica lirică.

Un alt aspect interesant, constatat în alte studii a fost cel conform căruia nu numai genul muzical influențează concentrarea și eficiența ci și măsura în care subiectul este familiarizat cu muzica difuzată. Muzica pe care chirurgul o cunoaște, indiferent de gen, crește semnificativ concentrarea, ameliorează vigilența și eficiența, reducând oboseala.

Difuzarea unui anumit tip de muzică poate reprezenta o dificultate pentru că în timp ce această muzică este convenabilă pentru chirurg ea poate avea efecte opuse pentru anestezist și restul personalului din sală.

Trebuie semnalată poziția total nefavorabilă a unor chirurgi, anesteziști sau surori din sala de operații privind difuzarea muzicii în acest perimetru. Cu toate acestea, bazat pe evidențe, se consideră că difuzarea unei muzici adecvate are efecte utile în timpul operațiilor. Chiar dacă ascultarea muzicii în aceste condiții nu produce totdeauna o placere, ea este benefică în reducerea *stress*-ului, creșterea performanței echipei operatoriei și diminuarea anxietății pacientelor.

Personal, ader la această concepție de mai mulți ani. În sala în care operez, se difuzează muzica pe care o prefer sau o preferă colaboratorii. Cred că atmosfera de lucru este mai bună, mai puțin stresantă, fără a diminua concentrarea specifică actului operator. Muzica induce o stare de bună dispoziție care contribuie la creșterea eficienței gesturilor și la diminuarea intensității momentelor de încordare.

COMPONENTA ESTETICĂ. CHIRURGIE-ARTĂ

Actul operator, de execuție manuală, va păstra totdeauna o componentă de ordin estetic, artistic. Participarea manuală nu poate fi suplinită prin investigații sau aparatură (34).

René Leriche (1879-1955), unul dintre cei mai remarcabili chirurgi francezi, om de știință, promotor al chirurgiei funcționale spunea în 1937, la deschiderea cursului său de la Collège de France: "... antrenată într-un vârtej de descoperiri medicina este ca și zăpăcită; ... multiplicarea tehnicilor, fărâmițarea celor mai vechi tradiții o fac să treacă printr-un pericol căruia, poate nu-i va putea rezista, acela de a uita omul care este subiectul ei, omul total, ființă din carne și sentiment; și, din instinct, ea se întreabă dacă nu ar trebui să fie repus la locul cuvenit primatul observației omului de către om pentru ca să nu se prăbușească vechiul simț hipocratic în fața dicturii aparatelor" (cit. de 34).

Deși au trecut decenii de la sublinierile de mai sus, relația se adâncește în sens negativ. Etica științei antrenează în cercetarea riscurilor tehnologice pentru om, iar pe medici în evitarea acestora. Știință și practica medicală consecutivă nu trebuie să ignore sentimentele și convingerile ci să-și apropie sensul uman (107).

În practica operatorie, progresele științei au favorizat posibilitățile, le-au extins și au făcut din chirurgie o artă bazată pe știință. De altfel, medicina este considerată un amestec de știință și artă (210).

Jean Louis Faure afirma: "chirurgia este o știință dar, înainte de asta, este o artă prin emoțiile pe care le generează orice operă de artă: precizie, eleganță, calm în fața dificultăților, delicatețe, îndemânare; strânsa legătură între chirurgie și artă este manifestă de secole; ea dobândește superioritate prin faptul că se exercită asupra corpului uman".

Este greu de apreciat în ce măsură medicina (chirurgia) mai este o artă, dar, cu siguranță, a fost. Ne putem referi la perioada în care, bazându-se pe propriile mijloace, medicii realizau diagnostice spectaculoase și efectuau tratamente al căror succes era marcat în mod direct de personalitatea lor. Artă acestora nu se afla cătuși de puțin sub

dependența pletorei de mijloace paraclinice, "bulimiei" de analize care au deteriorat simțul clinic favorizând condiția precară a unor medici tineri care nici nu știu să examineze bolnavul corect.

Oricât ne-am strădui să beneficiem de achizițiile științelor fundamentale, profesiunea noastră are și caracter de artizanat. Cred că afirmația aceasta (apărținând lui Jean Gosset) își păstrează adevărul.

Educația este, conform dicționarului, activitatea socială cu caracter fundamental de transmitere a experienței de viață, a culturii către generații tinere, de influențare sistematică și conștientă a dezvoltării intelectuale, morale sau fizice, totalitatea metodelor folosite în acest scop și a rezultatelor obținute.

Educația estetică este una dintre laturile educației, necesară oricărei profesii, în cadrul căreia contactele interumane sunt numeroase și permanente. Realitatea chirurgicală oferă o gamă emoțională ce include și percepții estetice elementare sau complexe, generate de operații. Emoția este permanent prezentă în viața chirurgului. Nu totdeauna emoțiile sunt estetice.

Intervenția chirurgicală poate fi comparată cu opera de artă dar spre deosebire de aceasta este colectivă, iar elementul estetic este secundar. Probabil că în chirurgie posibilitățile de creație sunt mai mari decât în alte domenii medicale. Chirurgia este o profesie care permite într-o mare măsură dezvoltarea talentului artistic. Un chirurg adevărat trebuie să fie preocupat de ridicarea măiestriei sale operatorii.

Medicina este o artă, o artă lungă și anevoieasă.

Hipocrat a avut dreptate folosind pentru medicină cuvântul *artă*. La greci, noțiunea de artă avea o accepție largă reprezentând capacitatea și forța creațoare a omului (arte plastice, industrii, meșteșuguri, comerț).

- Medicul era considerat un meșteșugar iar chirurgul un meșteșugar cu mâinile.
- Treptat, medicina a devenit o știință, ceea ce nu înseamnă că și-a pierdut cu totul caracterul de artă.
- Oricât de mult a progresat medicina ea totuși își păstrează caracterul hipocratic de artă pentru că folosește mijloace în raport cu care automatismul tehnic eșuează. Medicina se ocupă și de pasiuni și emoții

omenești, care nu se rezolvă cu teste și formule tehnice.

Conceptul asocierii chirurgie-artă are și opozanți. Noțiunea de artă presupune producerea de valori artistice, aspect care exclude încadrarea chirurgiei în rândul artelor. Între artă și știință există un antagonism explicit de modul în care fiecare dintre ele reflectă realitatea (T. Vianu). Acestui antagonism îi corespunde cel dintre tehnică și măiestrie. Cu toate progresele tehnice, în chirurgie rămâne măiestria proprie chirurgului intelligent, cu bun simț și manualitate remarcabile. Aceste calități nu pot fi suplinate de echipamentele tehnice.

Spre deosebire de artist, chirurgul lucrează cu materia vie. După operație, el poate discuta cu propria sa "operă". Un artist poate trata un subiect în mai multe feluri: poate reveni, retușa, chiar distruge. Intervenția chirurgicală constituie un act creator unic și ireversibil, executat în materie vie. Viața chirurgului este limitată. Gloria sa se asemănă celei a actorului. Personalitatea sa poate, totuși, dăinui prin descoperirile pe care le face, prin opera scrisă, evident în funcție de valoarea lor, de asemenea, prin școală pe care a creat-o, prin cei care supraviețuiesc pentru că le-a redat sănătatea.

Deși este tot timpul mânată de spirit **mâna** rămâne simbolul artei chirurgicale, unealta chirurgului, produsul muncii lui care prin activitatea zilnică dobândește abilitatea.

Semnul prieteniei și întrajutorării, atribut al omului în mijlocul tuturor vietuitoarelor, mâna rămâne simbolul victoriilor și al ascensiunilor noastre (A. Poncet cit. de 33).

Într-o activitate în primul rând conștientă, în care reușita este condiția primordială, mâna contribuie și la realizarea artei, a componentei estetice. În chirurgie, frumosul poate fi ilustrat de actul refacerii formei și restabilirii funcției dar frumosul nu se asociază totdeauna binelui. Binele corespunde eticului, moralei. Din acest punct de vedere, chirurgia este o școală pe plan etic.

Dacă chirurgul nu încearcă o placere operând, el va fi un chirurg mediocru. Pentru a lucra bine trebuie să-ți iubești meseria. "O iubim pentru că chirurgia este frumoasă, pentru că este mare, pentru că este nobilă. Dacă pentru cei care o deservesc este o sursă de

emoții violente, teribile adeseori, ea este pentru ei și o sursă de satisfacții profunde, de mari bucurii. Da, chirurgia este mândră, generoasă, pasionantă. Ea cuprinde amărăciune și durere, dar ce altă bucurie se poate concepe mai înaltă, mai profundă, decât aceea de a vindeca boala, de a triunfa asupra vitregiei naturii, de a fi mai tare ca moartea chiar" (Jean Louis Faure).

"Acolo unde este dragoste de om este și dragoste de artă" (Hippocrates). Medicul trebuie să fie un om cu o cultură multilaterală, umanistică, iubitor de om și de tot ceea ce este frumos. Frecventarea artelor și a literaturii, atât de necesare formării orizontului umanistic al medicilor i-a înzestrat pe unii dintre aceștia cu daruri ale expresiei chiar în scrieri deriveate direct din profesiunea lor (Tudor Vianu).

Cultura profesională este o cultură parțială iar instrucția mai mult sau mai puțin completă. Cultura totală este capacitatea de a trăi lumea sub toate aspectele ei. Cultura totală nu trebuie confundată cu o cultură generală.

Înclinația pentru literatură, în sensul cunoașterii operelor literare, cât și al creării operelor literare proprii sunt elemente utile pentru formarea medicului și nu fac decât să crească eficiența adânc umană a activității sale.

John Keats (1795-1820), unul dintre marii poeți englezi, a obținut diploma de chirurg sub îndrumarea lui Astley Cooper (anatomist și chirurg). Deși era un practician talentat, a renunțat la chirurgie dedicându-se poeziei și lăsând, după doar 5 ani de creație, o frumoasă operă poetică străbătută de adevăr și frumos, având drept teme frumusețea Eladei, a naturii, a omului. Un alt elev al lui A. Cooper a fost John Locke, filozof și eseist ("Eseu asupra cunoașterii omenești").

H. Mondor (1885-1961), mare chirurg, profesor la vîrstă de 38 de ani, membru al Academiei Franceze a ilustrat în aceeași măsură medicina și literatura. Cartea sa "Abdomenul acut" a rămas neîntrecută în materie de diagnostic clinic. Dar faptul că a fost primit la Academie, s-a datorat și recunoașterii valorii operei sale literare. Între biografiile scrise (Pasteur, Dupuytren, Lerche) cea mai frumoasă este cea a lui Mallarmé, care îi era prieten, așa cum îi era și Paul Valery (care afirma despre chirurgi: "un artist este în voi în mod necesar").

Frumoasa scrisoare în versuri pe care chirurgul vienez **Th. Billroth** o trimite prietenului său Brahms este o uluitoare dovadă a sensibilității sale.

Prin puternica lor personalitate, prin multilateralitate, marii chirurgi au făcut dovada competenței lor și în alte domenii (literatură, artă). Pot fi date multe exemple: Lecène, von Mikulicz, Lerche, E. Juvara, Vl. Butureanu și mulți alții.

Deși poate părea ciudat, pot fi citate și opinii diferite aparținând unor chirurgi: "aspirațiile literare sunt prea puțin potrivite pentru un chirurg" (David Giordano). "Chirurgul cel mai stimat este cel care nu-și permite luxul unei prea mari culturi generale; de îndată ce bolnavul constată că medicul, în afară de știință, cunoaște literele și arta, scrie și călătorește, va crede cu ușurință că toate aceste lucruri accesori sunt obținute în paguba profesiunii sale" (Ughetti).

Chirurgul trebuie să manifeste o energie intelectuală remarcabilă, o inteligență a analizei și deciziilor pătrunzătoare, să posede luciditatea argumentului ireproșabil, să aibă sarcasmul ironiei necruțătoare toate aceste daruri să-i contureze vitalitatea creatoare.

Capitolul II

CHIRURGIE GENERALĂ. CHIRURGIE GINECOLOGICĂ. REPERE ISTORICE

Chirurgia ginecologică este o ramură a chirurgiei generale. Nimeni nu contestă faptul că tehnicele, gesturile, educația de bază nu sunt identice. Educația chirurgicală a ginecologilor operatori este o necesitate evidentă. Cultura chirurgicală trebuie să fie dublată de o tehnică adecvată, dar un chirurg nu este cel care știe să facă o operație ci acela care a dobândit o cultură chirurgicală care să-l permită să facă față cu succes situațiilor imprevizibile.

Dacă începurile chirurgiei ginecologice au fost realizate de către chirurgi, înțelegerea ulterioară a fiziologiei tractului genital feminin, progresele în endocrinologie, explorările paraclinice, însușirea condițiilor morfologice, funcționale, fiziopatologice au permis ginecologului modificări esențiale în conținutul activității chirurgicale (indicării, metode, limite, rezultate).

Începuturile chirurgiei se situează în vremuri îndepărtate. Dezvoltarea sa este legată de evoluția generală a medicinii, parcurs în care descoperirile în anestezie și antisepsie (jumătatea secolului XIX) reprezintă momentele de separare istorică a chirurgiei în două mari perioade, desfășurate pe parcursul a diferite etape: empirică, rațională, fundamentată științific, modernă și contemporană (33) (34).

Hippocrates (460-377 î.C.), una dintre cele mai mari personalități din istoria medicinei, a marcat despărțirea de vrăjitorie. Ca și **Aristotel** (384-322 î.C.), deținea cunoștințe legate de unele organe (vulvă, vagin, uter, ovare) și despre unirea între sexe, necesară apariției sarcinii (sperma și sângele menstrual se amestecă în uter pentru a forma fătul). A menționat cancerul uterin și prognosticul său nefavorabil.

Pot fi citate surse mai vechi: papirusul **Kahun** (2000 î.C.) este prima referință dedicată pe larg ginecologiei ca "specialitate practică", fără a conține descrierea unor tehnici chirurgicale sau relatări specifice privind cancerul; textul egiptean cunoscut sub denumirea de "Papirus Ebers" (1200 î.C.) se referă la remedii ginecologice (tratamentul prolapsului uterin, afecțiuni vulvare, avort); surse hinduse (secolul V î.C.) semnalează tehnici chirurgicale utilizate în exciziile tumorale (vagin, col).

Romanii practicau ginecologia pe baza cunoștințelor venite din Grecia și Alexandria. **Claudius Galen** (200-129 î.C.) a descris cancerul uterin în lucrarea sa "De Morbis Mulierum". Împreună cu **Celsus**, a folosit speculum-ul înainte de secolul I (Pompeii-Herculanum). Aceste date trebuie luate cu multă circumspectie în primul rând legat de vizualizarea colului uterin. Se pare că primele operații de natură ginecologică includ circumciziile ceremoniale și avorturile. **Soranus** (secolul II) a fost sursa principală a înaltei tradiții ginecologice pentru următoarele 15 secole.

Aetius (din Amida), un practician din Alexandria (secolul VI) folosea încăperi destinate disecțiilor. În colaborare, a publicat "Medici Graeci Tetrabiblos". A patra carte conține date privind concepția, nașterea și bolile femeilor, în special cele uterine și mamare. În aceeași lucrare se aflau elemente descriptive referitoare la col, simptome (durere, sângeărări, surgeri) și tipurile de cancer (ulcerat, infiltrativ).

Marile personalități ale Renașterii, **Leonardo da Vinci** (1452-1519), **Andreas Vesalius** (1514-1564), **William Harvey** (1578-1657) au avut mari contribuții în dezvoltarea anatomiei și chirurgiei. Dar cel care avea să fie cel mai important chirurg din vremea sa, o figură proeminentă căreia i s-au atribuit condiții de "mare restaurator al chirurgiei" sau "părinte al chirurgiei" a fost **Ambroise Paré** (1510-1590).

Odată cu acest medic strălucit, Franța devine "leagănul obstetriciei și ginecologiei" (versiuni, extrageri, embriotomii, cezariană pentru făt mort). A preconizat ligatura vaselor care săngerează. A sesizat legătura dintre o tumoră mamară primară și adenopatia axilară și nota: "dacă tumora este mică, neulcerată, situată într-o zonă accesibilă, poate fi excizată".

A scris, în limba franceză, lucrarea "Victoria experienței asupra tradiției".

A. Paré a fost medic militar și hughenot. A fost cruceat de regele Carol al IX-lea (al căruia chirurg era) de moarte în noaptea Sfântului Bartolomeu (24 august 1574).

Primele date în legătură cu tratamentul chirurgical al cancerului de col sunt legate tot de ilustrul chirurg francez, care recomanda amputația. Acest procedeu a fost folosit cu

succes pentru prima dată de către **Tulpius** (Amsterdam, 1652).

La mijlocul secolului XVIII, chirurgii formează o breaslă separată de medicii interniști. Vom enumera personalități care și-au adus contribuții în evoluția chirurgiei:

- **Scoțianul John Hunter** (1728-1793) a combinat chirurgia cu fiziologia și patologia. A avut un frate (**William**), profesor de anatomie la Londra, care l-a instruit pe **Astley Patson Cooper** (1768-1841);

- **Robert Houston** (1678-1734), Glasgow, execută o laparotomie (1701) pentru o tumoră ovariană voluminoasă, generatoare de tulburări respiratorii (pacienta se numea Margaret Miller, 58 de ani). A folosit un instrument tăios, din lemn, a suturat peretele. Francezii susțin că ei au operat primul chist ovarian. De fapt, disputele privitoare la acest gen de priorități au antrenat nume de medici francezi, scoțieni, germani, englezi, americani etc.

- **Astruc** (1762) descrie cancerul colului uterin și recomandă măsuri terapeutice;

- **Matthew Baillie** (1793) descrie cancerul colului;

- **Joseph Claude Recamier** (1801) folosește primul speculum;

- **Ephraim McDowell** (1771-1830) este considerat fondatorul chirurgiei abdominale și executant al primei adevărate chistectomii. Efectua operații pentru tumori ovariene, fără anestezie, antisepsie, antibiotice. În 1809, de Crăciun, a operat pacienta Jane Crawford, la casa sa din Kentucky. Doamna Crawford recita psalmi, tumora cântărea 8 kg, operația a durat circa 25 de minute. Vindecarea a necesitat 25 de zile. Femeia a mai trăit 30 de ani după moartea chirurgului;

- **Thomas Spencer Wells** (1818-1895) a fost cel care a contribuit la impunerea acestei operații chiar dacă mortalitatea era mare (avea o statistică de aproximativ 500 de cazuri). Folosea cloroformul, explora abdomenul, a inaugurat pensele hemostatice și a beneficiat de cercetările lui Lister.

- Antisepsia a constituit o descoperire de referință pentru chirurgie.

- **I.F. Semmelweis** (1818-1865) a propus pentru prima dată metode pentru combaterea infecțiilor; **Joseph Lister** (1827-1912), lordul londonez, a imaginat tehnici antiseptice și

materiale de sutură mai sigure; ideea de a folosi catgutul (intestin de oaie) a fost inspirată de utilizarea sa la instrumentele muzicale; a descoperit că acidul cromic îi crește calitatele; a făcut studii microscopice și a introdus dezinfecția instrumentelor; **Louis Pasteur** (1822-1895) este fondatorul bacteriologiei, fapt ce a permis practicarea chirurgiei abdominale în condiții de siguranță; după 1880, antisepsia a fost introdusă în toată lumea;

- **John Clarke** (1812) descrie forma vegetantă a cancerului de col folosind termenul "conopidiform";

- **R. Virchow** descrie formele macroscopice ale cancerului cervical;

- **J.H. Benett** (1845) face referiri la condițiile benign-malign, încearcă diferențieri sarcom-epiteliom și o clasificare a leziunilor cervicale;

- **T.G. Thomas** (1872) propune o clasificare microscopică a patologiei cervicale;

- *Sunt emise diverse ipoteze privind etiologia cancerului colului: **Rigoni-Stern** (1842), **S. Ashwell** (1844), **Scanzoni** (1861), **C.F. Robin, C.H. Moore** (1865);

- Prima histerectomie a fost făcută dintr-o eroare: **G.B. Poletta** (1812, Milano) intenționând să excizeze un col cu o leziune malignă a ridicat tot uterul (cale vaginală); era asistat de către **D.B. Monteggia**; pacienta a decedat după 3 zile;

- **D.B. Monteggia** (1822) a efectuat prima histerectomie "programată" pe cale vaginală, complicată cu o fistulă vezico-vaginală;

- **Oslander** și **L.H. Struve** (1802) practicau excizia colului dar rezultatele erau total nesatisfăcătoare fapt ce l-a determinat pe **C.D. Meigs** (1854) să noteze: "... dacă a fost extirpat colul și femeia s-a vindecat, înseamnă că operația nu era necesară";

- **C.J.M. Langenbeck** (1813) și **Sauter** (1821) au efectuat primele histerectomii vaginale indicate pentru procese maligne;

- **C.H. West** (1856) a făcut revista a 25 de cazuri tratate pentru cancer de col prin histerectomii vaginale; dintre acestea, 22 mureau postoperator (hemoragie, șoc, peritonită); datorită acestor "rezultate" chirurgia cancerului de col intră în declin;

- **Charles Clay** (Anglia) efectuează prima histerectomie abdominală; de la începuturi,



Fig. 1 Thoma Ionescu (1860-1926)



Fig. 2 Medalie oferită de elevii săi în 1908.



Fig. 3 Reversul medaliei:
Thoma Ionescu practicând răhanestezie generală.

indicația cea mai răspândită era fibromatoza; tehnica s-a ameliorat prin adoptarea poziției Trendelenburg (**Friederich**, 1844-1924);

- Din perioada de pionierat a chirurgiei ginecologice trebuie menționate 3 nume: **James Marion Sims** (american, 1813-1883), **Ernst Wertheim** (1864-1920), **William Francis Victor Bonney** (1872-1953); Bonney a fost considerat unul dintre cei mai mari chirurgi ginecologi din toate timpurile; a practicat și chirurgia gastro-intestinală și urologică, chirurgia conservatoare, a imaginat instrumente și a scris un tratat de chirurgie ginecologică; în special după începutul secolului XX, chirurgia ginecologică își definitivează statutul, desprinzându-se din masivul trunchi al chirurgiei generale din care își "trage seva" (33) (34);

- Ovariectomia bilaterală a fost practicată din anii '70 ai secolului XIX, cu succes și în tratarea unor tulburări comportamentale (isterie, apetit sexual excesiv etc); era numită și operația Hegar (**Alfred Hegar**, chirurg german, profesor de ginecologie la Freiburg); semnificația funcțională a ovarelor era, evident, necunoscută;

- **Karl von Rokitansky** (secolul XIX, Viena) a fost unul dintre fondatorii anatomiei patologice;

- **Thoma Ionescu** (1860-1926), figură dominantă a sfârșitului de secol XIX și începutului de secol XX, adevărat șef de școală, creatorul chirurgiei științifice, inițiatorul specializării în diferite domenii chirurgicale, inclusiv chirurgia ginecologică.

A fost extern și intern al spitalelor din Paris, agregat de anatomie la Facultatea din Paris, laureat al Academiei de Medicină din Paris. În tratatul coordonat de Julien Poirier, a scris anatomia tubului digestiv în care a expus și rezultate ale cercetărilor proprii.

Lucrarea sa "Herniile interne retroperitoneale" a primit (1890) premiul Laborie al Academiei de Medicină din Paris. În 1892 a obținut titlul de doctor în medicină cu teza "Asupra evoluției intrauterine a colonului pelvin".

Împreună cu Babeș și Kalinderu fondează la Paris (1896) revista "Archives des sciences médicales" la care a avut colaboratori din multe țări.

Cea mai mare parte a lucrărilor lui T. Ionescu, realizate la Paris (1889-1895), au fost în domeniul anatomiei (cavitate abdominală, peritoneu).

A manifestat preocupări cu importante realizări în:

- perfecționarea unor tehnici și imaginarea unor tehnici originale (*exemplu: nefropexia*);
- precizarea unor date de anatomie topografică;
- realizarea unor instrumente;
- introducerea unor reguli de asepsie.

A avut prioritate în stabilirea principiilor chirurgiei oncologice în cancerul colului (poate, cu merite mai mari decât Wertheim). A practicat limfadenectomia. La Congresul de Ginecologie și Obstetrică de la Roma (1902) a prezentat un raport în legătură cu tratamentul chirurgical în cancerul cervical, care conținea o metodă personală, mai radicală decât cea propusă de E. Wertheim.

A practicat rahianestezia la om începând cu 1908, fapt imortalizat de medalia oferită de colaboratori (fig. 2 și fig. 3). Primele rezultate au fost prezentate la congresul de chirurgie de la Bruxelles. Metoda a fost întâmpinată cu oarecare reținere.

În anii 1909-1910 a făcut o călătorie în Anglia și SUA, ocazie cu care a prezentat tehnici operatorii personale, practicate sub rahianestezie. La Rochester, după o operație reușită, William Mayo i-a adus omagii. În această clinică se află un bust al lui T. Ionescu.

T. Ionescu a fost rector al Universității din București și decan al Facultății de Medicină. A luat parte la politica României ca deputat și senator. În 1920, a fost numit ca delegat la Societatea Națiunilor și ales ca președinte al secțiunii economice și financiare. Mai multe țări au acordat lui T. Ionescu decorații.

I. Cantacuzino îl caracteriza pe ilustrul chirurg ca pe un "operator cu o uimitoare dexteritate și eleganță, grație cărora o intervenție efectuată de el dobândează caracter de operă de artă".

Nu totdeauna opiniile privind personalitatea lui Thoma Ionescu erau favorabile: "uneori, temperamentul pasionat și combativ îl răpea dincolo de tonul liniștit al unei discuții obiective" (Ion Cantacuzino).

V. Gomoiu a avut merite în chirurgia românească dar a întreținut conflicte cu personalități medicale precum Gh. Marinescu, N. Gheorghiu, Amza Jianu. Despre T. Ionescu, al cărui secundar era, Gomoiu afirma: "T. Ionescu este detestabil ca profesor și clinician, acrobat în chirurgie, zaharisit". I-a negat calitatea de chirurg, recunoscând-o doar pe cea de anatomist. Același Gomoiu scria că "apropiata moarte a profesorului bucură pe toți inamicii, iar el, personal, îi urează suferință lungă pentru a ispăși crimele comise, promîțându-i că după moarte va continua să mențină același limbaj la adresa lui" (Setlacec).

T. Ionescu a murit la Paris în 4 martie 1926. Prietenul său, Jean Louis Faure, i-a adus un ultim omagiu. T. Ionescu era și cetățean francez.

• **J.H. Carstens** (începutul secolului XX) enunță necesitatea educării femeilor în sensul descoperirii leziunilor precoce și tratării lor;

• **Emil Novak** a avut o contribuție majoră în domeniul patologiei tumorale și diagnosticul leziunilor cervicale incipiente.

Se instituie conceptul de leziuni marcate de "risc crescut". Au urmat contribuțile lui **Schiller** și **Papanicolaou** dar diagnosticul citologic prin froturi cervico-vaginale l-a avut ca pionier pe **Aurel Babeș** (1886-1962), profesor de Patologie la București. A utilizat froturi uscate la aer și colorate Giemsa. Tehnica a fost raportată de către Daniel și Babeș în 1927, la Societatea de Ginecologie București, numind-o "metoda românească". Babeș a publicat metoda și în *La Presse Medicale* (1928).

• **Constantin Daniel** a fost profesor de chirurgie la Iași și la București, apoi profesor de ginecologie la Spitalele Filantropia și Colțea. A înființat Societatea de Ginecologie din București (1923). Împreună cu D. Gerota și A. Babeș, a înființat Societatea de Anatomo-Patologie și studiul cancerului (1935).

• **G. Papanicolaou și Herbert Traut** (1941) au publicat în *American Journal of Obstetrics and Gynecology* un articol privind importanța froturilor în cancerul uterin, iar, în 1943, monografia "Diagnosticul cancerului uterin prin froturi vaginale".

• **W.A. Freund** (Leipzig, 1878) descrie tratamentul chirurgical în cancerul cervical prin

HT abdominală, efectuată în condiții de anestezie, antisepsie și hemostază evoluante;

- **T.A. McGraw** (Michigan, 1879) recomandă un procedeu mai radical;

- **E. Ries** (1895) sugerează HT, limfadenectomia și parametrectomia parțială (operații efectuate pe cadavre); în același an, în Germania, **C. Rumpf** efectuează operația în clinică;

- **J.G. Clark** (Johns Hopkins Hospital, 1895) propune HR dar, datorită mortalității postoperatorii mari, tehnica este abandonată în SUA;

- **C. Roentgen** (1895) introduce în practică razele X;

- **J.L. Faure** (1896) propune histerectomia radicală;

- utilizarea radium-ului în tratamentul cancerului de col (1898);

- **Schauta** (1902) practică HR pe cale vaginală;

- **E. Wertheim** (1898) prezintă prima HR (16.XI); în 1905, raporta 270 cazuri operate iar în 1912, 500 de cazuri (complicații chirurgicale 31,5%, mortalitate 18,6%);

- **Bonney** (1907) propune o tehnică modificată;

- **J.V. Meigs** (1944) efectua limfadenectomia pelvină completă; supraviețuire la 5 ani, 75%;

- **A. Brunschwig** (1948) practică exenterația pelvină pentru cancerele avansate sau recurente (operație ultraradicală).

În prima jumătate a secolului XX, în România, **chirurgia ginecologică** era practicată în serviciile de chirurgie generală și de obstetrică și ginecologie (reduse ca număr). Profesorul **C. Daniel**, fost extern și intern la Paris, studiase risurile în chirurgia ginecologică și, transferat de la Iași, va înființa la Spitalul Colțea o clinică de ginecologie. În 1936, la Iași, Clinica ginecologică avea 20 paturi și era condusă de profesorul **E. Aburel**. **C. Stanca** (Cluj, 1937) prezintă o retrospectivă a 92 operațiilor Wertheim (1924-1937), mortalitate de 4,3% (Setlacec).

Evoluția particulară a ginecologiei a constat în depășirea perioadei în care se făcea descrierea clinică și statistică a leziunilor, a aplicării unor tehnici chirurgicale bazate în special pe suport anatomic. Lipsa cunoașterii domeniului funcțional determină sacrificii

organice nejustificate. Dezvoltarea endocrinologiei ginecologice a facilitat impunerea elementului fiziologic și limitarea chirurgiei de exereză numai la cazurile la care era indispensabilă (289).

Problema cancerului cervical era una dintre cele mai dezbatute. Deși era propusă de T. Ionescu, limfadenectomia nu era agreeată. În 1927, la Congresul de Chirurgie, Amza Jianu și V. Săvescu pledează pentru operația Wertheim dar în defavoarea limfadenectomiei. La Congresul din 1935, raportorii C. Daniel și D. Mavrodi discută problema cancerului de col în România. Cristea Grigoriu și Tr. Popovici (Cluj) prezintă experiența a 150 cazuri operate. În același domeniu se remarcă I. Tănăsescu, V. Plăcinteanu, N. Zaharescu-Karaman, N. Gheorghiu. Majoritatea chirurgilor utilizează rahianestezia. În general, riscul operator era redus.

Chirurgia sănului era un subiect de mare interes. Se practica operația Halsted și RT adjuvantă.

În privința viitorului chirurgiei, o gândire prospectivă este greu de realizat. Dacă marii maeștri au considerat că au făcut totul, că nu mai este loc pentru progres, nu putem constata că această orientare ar fi valabilă. Progresele vor fi posibile continuu. Ele sunt reale și pot fi exemplificate:

- explorările necesare diagnosticului, metodele neinvazive, *screening-ul*;
- reducerea ariei de utilizare a chirurgiei în favoarea metodelor medicinei interne;
- reconsiderarea principiului radicalității în cancer;
- evaluarea preoperatorie și beneficiile intraoperatorii vor fi plasate pe planuri superioare;
- progrese în domenii precum traumatismele, transplantele, malformațiile;
- proliferarea "chirurgiei moleculare".

TRATAMENTUL CANCERULUI MAMAR. REVISTĂ ISTORICĂ

- **Edwin Smith Surgical Papyrus** (3600-2500 î.C.) făcea diferențieri între tumori și alte tipuri de leziuni mamare și descria 8 cazuri de cancer mamar cu mențiunea "fără tratament";

- **Ebers Papyrus** (1950 î.C.) aprecia practica și responsabilitatea chirurgilor; aceștia

nu erau prea încântați de cancerul mamar, iar femeile ezitau foarte mult înainte de a solicita sprijin;

- **Hippocrates** (400 î.C.) a făcut referiri vagi la cancerul mamar; credea că încercarea tratării cazurilor avansate accelerează evoluția;

- **Celsus** (secolul I) a încercat o primă clasificare a cancerului mamar;

- **Galen** (secolul II) numea acest cancer "rac" și încerca organizarea tratamentului (excizie tumorala în țesut sănătos, cu păstrarea mușchilor pectorali);

- **Aetius** din Ameda, medic din timpul împăratului Justinian (secolul VI) a descris excizia urmată de cauterizare (scop hemostatic și aseptic).

Din ce în ce mai mult, practica chirurgicală a fost înlocuită cu practicile religioase, culminând cu afirmația Consiliului de la Tours (1162) când chirurgia a fost considerată o îndeletnicire barbară.

- **Guy de Chauliac** (secolul XIV) a pus pentru prima dată problema tratamentului chirurgical conservator și a imaginat instrumente;

- **Francisco Arceo** (spaniol, 1493-1571) a încercat tratamentul prin ligaturi;

- **H. Fuchs** (german, 1501-1566) a încercat același tip de tratament;

- **A. Vesalius** (1514-1564), a cărui "Anatomie" a pus bazele morfologiei moderne, practica excizia chirurgicală largă și controla săngerările prin ligaturi vasculare;

- **Fabricius** din Aquapendente (1537-1619), profesorul lui William Harvey, practica chirurgia radicală numai la cererea pacientei; este un prim exemplu în privința rolului pacientei la luarea deciziei terapeutice;

- **Scultetus** (1595-1645) a descris ligaturi speciale pentru reducerea săngerărilor;

- **Henri le Dran** (1685-1770) afirma că în stadiile precoce, cancerul este o leziune localizată, ulterior propagându-se prin limfatice; a preconizat rolul tratamentului precoce prin excizie locală și disecție limfatică, intuind rolul prognostic al invaziei ganglionare;

- **Jean Louis Petit** (1674-1750) a fost adeptul chirurgiei lărgite;

- **David Hayes Agnew** (1818-1892) considera că operațiile reduc supraviețuirile;

- **Joseph Pancoast** (1805-1882) sublinia importanța exciziei ganglionare;

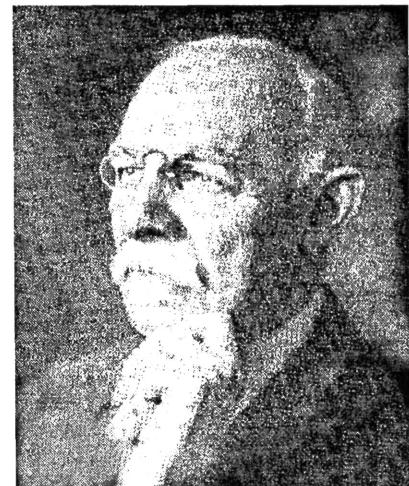


Fig. 4 W.S. Halsted (1852-1922).

- **Samuel D. Gross** (1859) milita pentru extinderea exciziilor, ridicarea fasciei pectoralului și a ganglionilor limfatici;

- **L. Heidenhein** (1889) a demonstrat microscopic invazia fasciei marelui pectoral și propunea excizia sa cel puțin parțială;

- **Charles H. Moore** (englez, 1867) a sugerat următoarele:

- în timpul operației, tumora nu trebuie sectionată;

- recurențele pot surveni prin dispersii centrifuge de la nivelului sediului primar;

- extirparea glandei în totalitate (mușchii prezervati);

- pielea și mamelonul extirpate obligatoriu.

În decursul anilor, datorită mai bunei înțelegeri a biologiei bolii, anatomei, controlului infecției, progreselor în anestezie și reanimare, evoluția concepțiilor în tratamentul chirurgical al cancerului mamar s-a înscris pe o pantă ascendentă. La baza acestei evoluții se află **William Stewart Halsted** (1852-1922), profesor de chirurgie la Johns Hopkins School (Baltimore) și fondatorul spitalului cu același nume.

W.S. Halsted s-a născut în New York City într-o familie de emigranți din Anglia (1640). A absolvit, fiind un student foarte bun, la Yale University, în 1874. A studiat în Europa (1878), revenind la New York în 1880. La Viena, a lucrat în clinica lui Billroth și, în colaborare cu asistentul său Mikulicz, apoi la Leipzig, Halle (în clinica profesorului Volkmann), Berlin și Hamburg. A fost stagiarul lui Emil Theodor Kocher (1841-1917,

Berna), primul chirurg deținător al Premiului Nobel. Revenind la New York a fost chirurg la Roosevelt Hospital, în perioada 1882-1886 prezentând peste 20 de lucrări.

A experimentat utilizarea cocainei ca anestezic. Din nefericire a început să folosească cocaina, morfina și alcoolul în administrări proprii. Aceasta a determinat afectarea sănătății, în 1886 fiind internat o perioadă de 7 luni.

La invitația prietenului său Welch, care dorea să-l ajute în problema evitării drogurilor, pleacă la Baltimore unde, în 1889, devine profesor asociat. A fost numit profesor abia în 1892 dar a continuat să folosească morfina.

Vizita în Germania a avut o mare influență asupra optimizării concepției sale privind învățământul chirurgical. A organizat pentru prima dată sistemul de rezidențiat la Johns Hopkins Hospital. Dintre cei pe care i-a avut rezidenți, 7 au devenit profesori: Cushing, Watts, Heuer, Reid, Chaurchman, Miller, Holman. Mulți alții și-au dobândit o reputație internațională.

Conceptul diseminării cancerului mamar pe cale limfatică fusese prezentat în Germania de către Richard von Volkman (1830-1889, Halle) și Lothar Heidenhein (1860-1940, Berlin).

Willy Meyer (1858-1932, New York) atrăgea atenția asupra pericolului diseminării celulelor tumorale în plaga operatorie dacă tumora este manevrată în timpul operației (1894). Willy Meyer, citându-l pe Heidenhein, sugera necesitatea extirpării marelui pectoral și a conținutului axilar. El exciza și micul pectoral (Halsted a adoptat mai târziu acest timp al operației).

W.S. Halsted a pus bazele noii chirurgii americane, bazată pe anatomie și fiziologie, transformând-o într-o adevărată știință. Între contribuțiile originale ale lui Halsted notăm: tratamentul herniei inguinale, transplantul de paratiroidă, ligatura arterei subclaviculară, mastectomia radicală.

Principiile șefului de școală de la Baltimore au reprezentat un progres în cadrul căruia se înscria și alegerea celei mai bune căi de abord. A militat pentru o chirurgie concepută ca disciplină biologică, în spiritul respectării țesuturilor, fără traumatisme, cu hemostază atentă. René Leriche (1879-1955), unul dintre cei mai mari chirurgi francezi (a făcut o vizită la Baltimore în 1913) și-a însușit concepția biologică și principiile chirurgiei funcționale promovate de Halsted. "Tradiția halstediană" în pregătirea chirurgilor rămâne o condiție "sine qua non" și în învățământul chirurgical modern.

După modelul german, Halsted a introdus stagiul de rezidențiat în SUA, a imaginat noi tehnici chirurgicale (între care și mastectomia), a introdus utilizarea mănușilor chirurgicale din cauciuc. Contribuția sa la asepsia chirurgicală prin utilizarea mănușilor a pornit de fapt de la intenția protejării mâinilor sorei sălii sale de operații care făcuse o dermatită.

În cancerul mamar, contribuția este cea a impunerii "ridicării în bloc", operația fiind numită inițial "completă" și constând în excizia sânului în întregime, a mușchiului mare pectoral și conținutului axilar. Ulterior, a fost numită mastectomie radicală și menționată într-o publicație din 1891. În 12.XI.1894, a publicat primele 50 de cazuri operate la Johns



Fig. 5 Mastectomia radicală Halsted (Johns Hopkins Hosp. Bull., 4:297, 1894)

Hopkins începând cu 1889. A remarcat scăderea dramatică a recurențelor, comparativ cu cele raportate în Europa. Halsted practica și disecții supraclaviculară și mediastinale la care, ulterior, a renunțat. Din 1907, a demonstrat relația între stadiul bolii și prognostic precum și importanța ganglionilor în stabilirea prognosticului.

Willy Meyer raporta, independent de Halsted, o operație destinată tratării cancerului mamar diferențele constând în practicarea unei incizii oblice, excizia micului pectoral, disecția axilei înainte de a detașa sănul și mușchii de la nivelul peretelui toracic.

Însușindu-și teoria lui Handley, Halsted avea convingerea că boala este locală și că metastazele se produc rar pe cale venoasă, operația radicală fiind soluția curativă. Tehnica propusă de Halsted s-a răspândit și reușea vindecarea a circa jumătate din cazuri, mortalitatea fiind de numai 1,7%.

W. Sampson Handley (Londra, 1872-1962) a postulat ideea diseminării exclusive pe cale limfatică, prin permeație, în toate direcțiile; credea că ganglionii rețin progresia permeației până când tumoră crește în măsura în care celulele sunt capabile să ajungă în sânge și să embolizeze, diseminarea sanguină producându-se foarte târziu.

Cushman D. Haagensen (New York) a îmbunătățit selecția cazurilor în perspectiva tratamentului chirurgical. Practica 3 biopsii (tumoră, ganglioni axilari, ganglioni mamari interni) și reușea creșterea la 85% a supraviețuirilor la 5 ani; a propus clasificarea Columbia.

Într-un articol publicat în 1963, Haagensen făcea următoarele referiri:

- cancerul mamar este cea mai frecventă formă de cancer a femeii și, deși a fost studiată intens în ultima sută de ani, se constată că astăzi există mari discordanțe privind cel mai bun tratament;
- mulți clinicieni abordează boala cu cele mai radicale forme de chirurgie, iradiere, terapii hormonale sau chimice concomitente punând pacientele sub o agresiune inutilă, fără a le crește şansele de vindecare;
- aşa-numitele tehnici de mastectomie supraradicală (disecția ganglionilor supraclaviculari, mamari interni, mediastinali), induc o morbiditate considerabilă fără a convinge în privința rezultatelor;

- radioterapeuții propun iradierea ca primă metodă terapeutică în toate cazurile indiferent de stadiul bolii;
- orientarea spre cea mai bună tactică este foarte greu de realizat pentru că datele statistice sunt foarte greu interpretabile într-o manieră uniformă;
- timpul de 5 ani, tradițional în aprecierea rezultatelor postterapeutice este prea scurt, o perioadă de 10 ani fiind mai aproape de realitate;
- sunt propuse 3 categorii generale în încercarea de comparație statistică:
 1. rezultate absolute (rezultate finale pentru toate cazurile tratate în spital);
 2. rezultate relative (cazuri tratate prin metode speciale);
 3. rezultate în funcție de clasificarea stadală (clinică), tratate prin metode speciale, separat pentru fiecare stadiu;
- în actualitate, problema crucială este modalitatea terapeutică a leziunilor precoce; se propune încadrarea cancerului precoce în clasificarea centrului medical (Columbia-Presbyterian) în principiu luând în discuție prezența (absența) următoarelor semne clinice: edemul pielii limitat la mai puțin de 1/3 din pielea regiunii, fixarea tumorii la peretele toracic, ulcerarea pielii, invazia clinică a ganglionilor axilari (dimensiuni < 1 cm), invazia axilară masivă (diametrul transversal < 2,5 cm), fixitatea ganglionilor axilari; se constată că această clasificare nu conține elemente prognostice importante: volumul tumorii primare, sediul, tipul histologic.

Autorul a practicat o versiune proprie a mastectomiei radicale Halsted (lamouri de piele disecate larg, lateral și medial, făcând aproape totdeauna necesare grefele, mușchii pectorali disecați și detașați de pe peretele toracic, disecția axilei, drenaj); durata operației era în medie, 5 ore și 30 minute, fără complicații postoperatorii sau decese (556 cazuri).

Pentru stadiul A (edem, ulcerare, fixitate, adenopatie axilară absente) supraviețuirile la 5 ani au fost 87,9% (perioada 1952-1955).

În final, Haagensen precizează că a examinat toate cazurile, le-a stabilit operabilitatea, dar că nu le-a operat pe toate, unele fiind operate de rezidenți, pricperea

chirurgului nefiind determinantă iar satisfacția profesorului mare.

În prima jumătate a secolului XX, mastectomia radicală se practica după efectuarea biopsiilor, a examenelor extemporanee, în condiții tehnice evolute, dar mortalitatea rămânea neschimbată. Un element esențial l-a constituit descoperirea că principala modalitate de diseminare este embolismul (mai important decât permeația). Această constatare favorizează utilizarea "mastectomiei radicale modificate". Operația Halsted se baza pe faptul că diseminarea se făcea pe cale centrifugă în ganglionii regionali, circulație, viscere, schelet. Din acest motiv, se credea că ridicarea ganglionilor putea fi curativă. Ulterior, s-a văzut că ganglionii nu sunt filtre autentice și că, cel puțin în unele cazuri, cancerul poate disemina direct prin circulație. De fapt, diseminarea se poate face prin canalele limfaticice, prin vasele sanguine sau pe ambele căi (**R.A. Willis**, 1952).

Din 1975, în SUA, operația Halsted este înlocuită cu diferite tipuri de mastectomie radicală modificată (**Patey & Dyson**, 1948, **Madden**, 1965, **Auchincloss**, 1970). Din aceeași perioadă începe să se pună problema tratamentului conservator, una dintre modificările majore în tratamentul modern al cancerului mamar.

Perfecționarea metodelor terapeutice adjuvante și faptul că în boala cu metastaze la distanță rolul chirurgului este limitat a dezvoltat tendința reducerii importanței tratamentului chirurgical.

În 1967, frații **B. și E.R. Fisher** demonstrează că ganglionii limfatici nu

reprezintă bariere efective pentru diseminarea celulelor canceroase și că aceste celule pot trece de la sistemul limfatic la cel sanguin, în aşa fel că leziunea poate fi prezentă cu un număr de ani înainte de a putea fi evidențiată clinic.

Trialurile efectuate după 1970 au condus la următoarele concluzii:

- stadiul bolii are o influență decisivă asupra prognosticului (variațiile tratamentului local mai puțin);
- invazia ganglionară are o importanță de prim ordin; ridicarea ganglionilor axilari sau mamari interni reduce frecvența recurențelor dar nu ameliorează supraviețuirile;
- RT postoperatorie are aceleași capacitați (recurențe și supraviețuiriri).

Nota generală a acestor constatări permite afirmația că tratamentul local radical nu influențează supraviețuirile.

Biologia cancerului mamar este, deocamdată, cunoscută insuficient. Chirurgiei îi revine meritul asigurării controlului local.

Ipoteza formulată de **Bernard Fisher** (1981) cuprinde următoarele elemente:

- cancerul mamar este o boală sistemică; celulele tumorale diseminează de la nivelul tumorii înainte ca boala să fie diagnosticată;
- se produc embolizări prin vasele sanguine și limfaticice și schimburi între cele două sisteme;
- ganglionii nu constituie bariere autentice;
- fenomenele imunologice au o importanță semnificativă;
- tratamentele sistémice ocupă un loc de prim ordin în abordarea terapeutică plurifactorială.

Capitolul III

DESPRE INCIZII

Generalități	34
Clasificare	34
Anatomia peretelui abdominal și a regiunii mamare	37
Descrierea unor tipuri de incizii	44
Suturi	48
Drenaje	49

GENERALITĂȚI

Incizia este începutul operației. Stabilirea căii de abord constituie un moment important, calea cea mai adecvată fiind cea care asigură accesul direct către leziuni. Incizia trebuie să fie suficient de mare, bine plasată, ținând cont de disponerea fibrelor elastice ale pielii, de musculatura peretelui și, pe cât posibil, de elementul estetic.

Profesorul Gh. Chipail spunea: "chirurgii mari fac incizii mari" referindu-se la accesul cât mai convenabil asupra leziunii. Această condiție este semnalată și în scrisorile altor chirurgi (230) (254). H. Mondor nota: abdomenul este o cutie cu surprize; din acest punct de vedere, incizia trebuie să fie adecvată.

De multe ori chirurgul poate alege dar, mai ales în cazurile cu operații pe abdomen, este bine să fie evitate inciziile prea mici care îngreunează manevrele (unii ginecologi abuzează de incizia Pfannenstiel). Utilizarea unei singure incizii traduce manierism (personal sau împrumutat). Manierismul generează dogmă și stagnare.

În unele cazuri, inciziile pot fi trasate înainte ca pacienta să se afle pe masa de operații (operațiile pe sân). În aceste condiții, trebuie să ținem cont de importanța poziției, simetrie, distanțe, perspectiva afrontării corecte, volum.

Incizia trebuie să se efectueze în spiritul respectării celor 2 mari laturi conceptuale:

1. Calea de acces să fie cât mai bine plasată, suficient de largă pentru a permite executarea gesturilor în spiritul comodității.
Va fi practicată incizia cea mai convenabilă,oricât ar fi de mare, aceasta în interesul pacientei. O incizie prea mică poate avea urmări neplăcute. Există mai multe tipuri de incizii. Este o greșeală să practici aceeași incizie cu încăpățânare. De aceea trebuie să optăm pentru cea mai bună incizie la cazul dat.

2. Al doilea aspect este cel estetic. Efectuarea unor incizii prea mari, când acestea ar putea fi evitate, este o eroare. Orice persoană operată vede (din toată operația) cicatricea. Aceasta poate genera umilințe pe care, pe cât posibil, suntem obligați să le evităm ținând cont de individualitatea cazului,

configurația regiunii, pliuri, cicatrici anterioare etc. (34).

CLASIFICARE

Celiotomiile asigură acces în cavitatea peritoneală pe cale abdominală sau vaginală. Laparotomiile comune sunt mediane și transversale.

Inciziile abdominale se practică individualizat în funcție de:

- indicația operației;
- tipul operației (programată sau urgentă);
- suspectarea prezenței patologiei în etajul abdominal superior;
- prezența cicatricilor postoperatorii antecedente.

Inciziile transversale (Pfannenstiel, Maylard, Cherney, Küstner) prezintă următoarele avantaje:

- sunt cosmetice (fiind efectuate în lungul liniilor Langer);
- au influență redusă asupra funcției pulmonare;
- permit o refacere solidă (eventrațiile sunt puțin frecvente);
- sunt puțin dureroase.

Între dezavantaje pot fi citate: durata realizării mai mare, sângerările mai importante, accesul oferit mai puțin larg.

Incizia mediană (pubo-subombilicală) a fost considerată de către Henry Robert ca fiind cea mai bună. Această incizie este adecvată pentru cele mai multe operații ginecologice.

Avantajele inciziei mediane:

- ușor de realizat (rapidă);
- puțin sângerândă;
- injuriile nevoase sunt minime;
- asigură accesul larg (expunere excelentă);
- poate fi extinsă (prelungirea paraombilicală, la stânga pentru a nu secționa ligamentul rotund al ficatului);
- permite orice fel de drenaj;
- este ușor de suturat.

Se spune că alegerea acestei incizii depinde și de obișnuința chirurgului. Sunt de acord cu acest dicton dacă obișnuința dictează asigurarea unui abord larg.

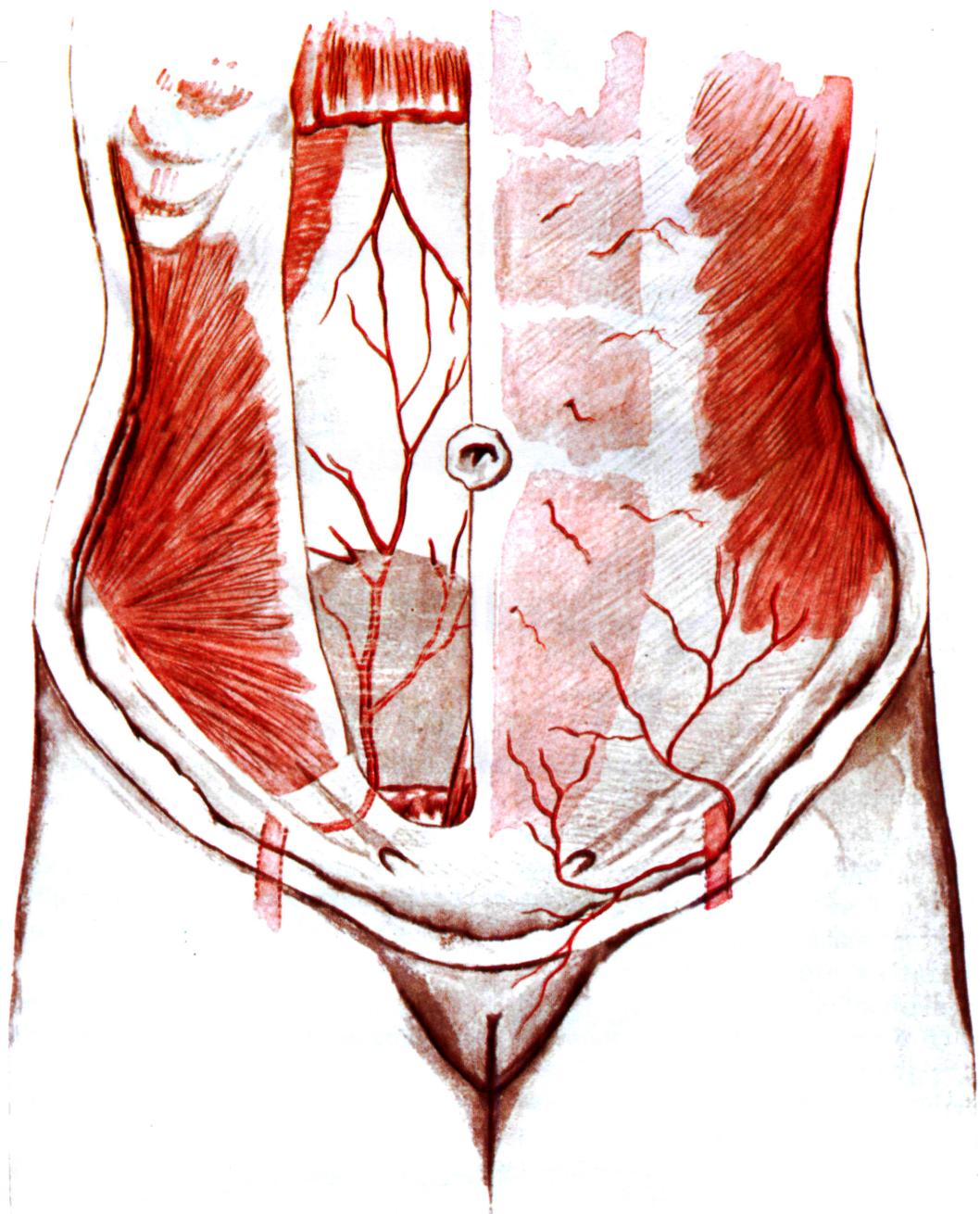


Fig.6 Anatomia peretelui abdominal

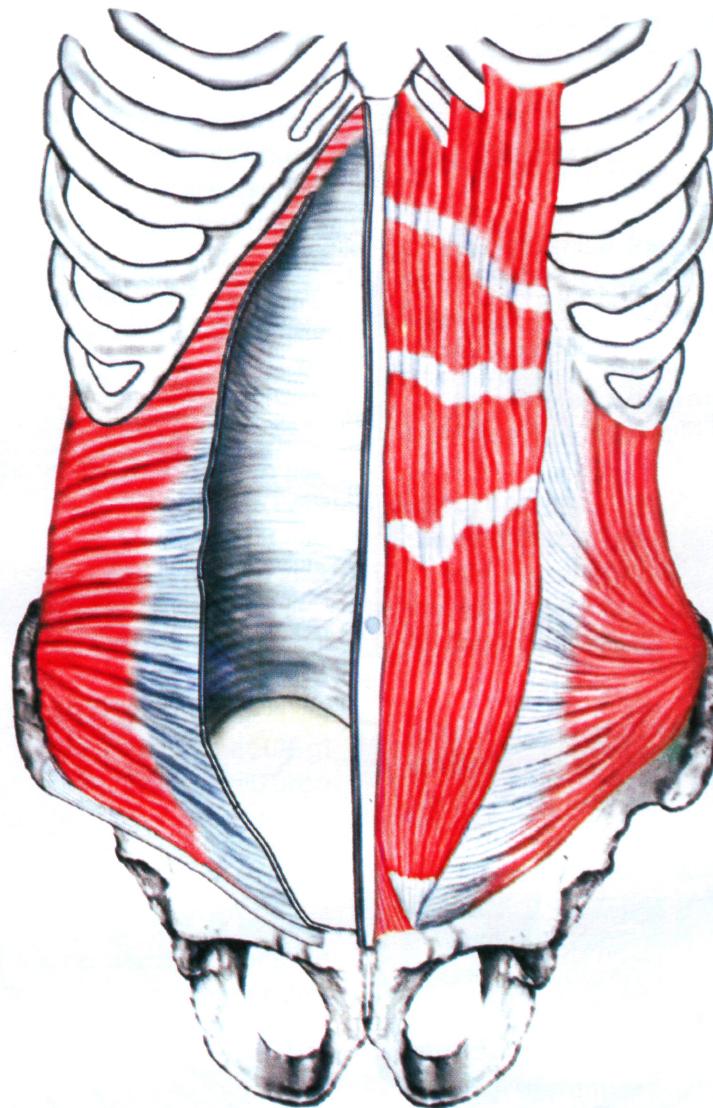


Fig. 7 Mușchii peretelui abdominal

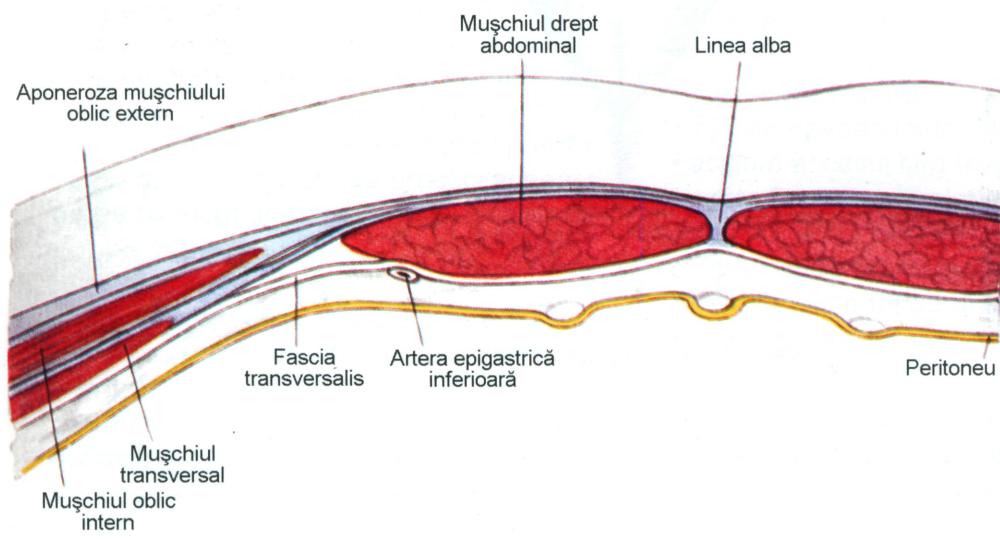


Fig. 8 Secțiune orizontală prin peretele abdominal

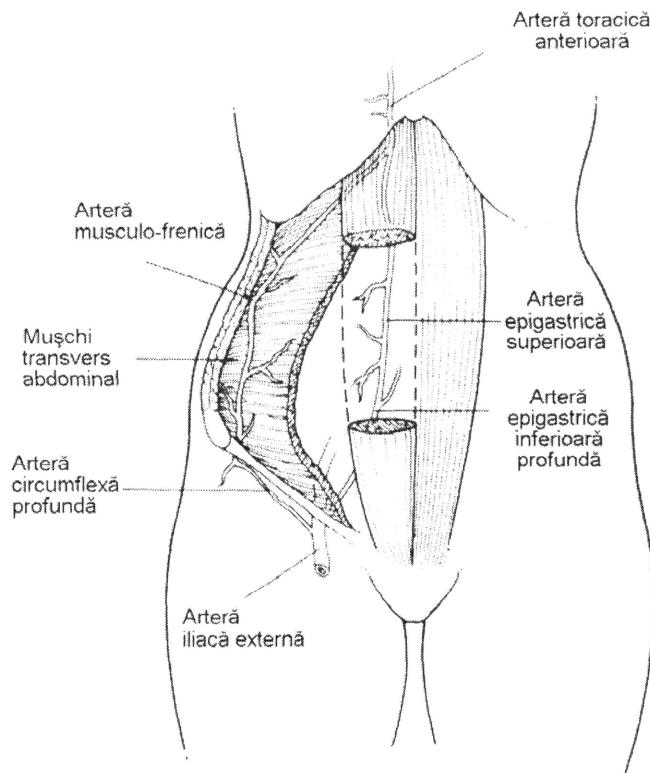


Fig. 9 Vascularizația arterială a peretelui abdominal anterior (după A. Gallup).

Între dezavantajele inciziei mediane se menționează faptul că toate elementele parietale fiind incizate pe aceeași linie soliditatea refacerii nu este optimă iar aspectul este puțin estetic.

În inciziile **la nivelul regiunii mamare**, zona trebuie marcată pe tegumente, în poziția de pe masa de operații, având în vedere și eventualitatea unei operații mai largi. Pentru formațiunile situate în interiorul a 5 cm distanță de areolă se preferă inciziile periareolare, orientate după liniile Langer. Localizările mai la distanță se abordează prin incizii arciforme. În periferie, se poate recurge la incizii radiare (care pot fi încorporate în incizia pentru eventuala mastectomie) sau inciziile submamare.

În cazul biopsiilor "deschise", lungimea inciziei trebuie să depășească limitele formațiunii cu 1-2 cm (pentru realizarea exciziei în limite de siguranță).

Chirurgia leziunilor benigne, chirurgia conservatoare în general trebuie să aibă în vedere aspectele cosmetice. Din acest punct de vedere inciziile periareolare sunt foarte utile.

Hemostaza trebuie să fie corectă. Folosirea drenajului este controversată. Ne alăturăm celor care consideră că nu este necesar (biopsii). Pentru închiderea cavității restante biopsiei folosim unul sau două planuri. Sutura pielii se face cu puncte separate sau intracutanat.

ANATOMIA PERETELUI ABDOMINAL ȘI A REGIUNII MAMARE

Incizia mediană longitudinală trebuie plasată exact pe linia ce unește mijlocul simfizei cu ombilicul și va interesa următoarele planuri:

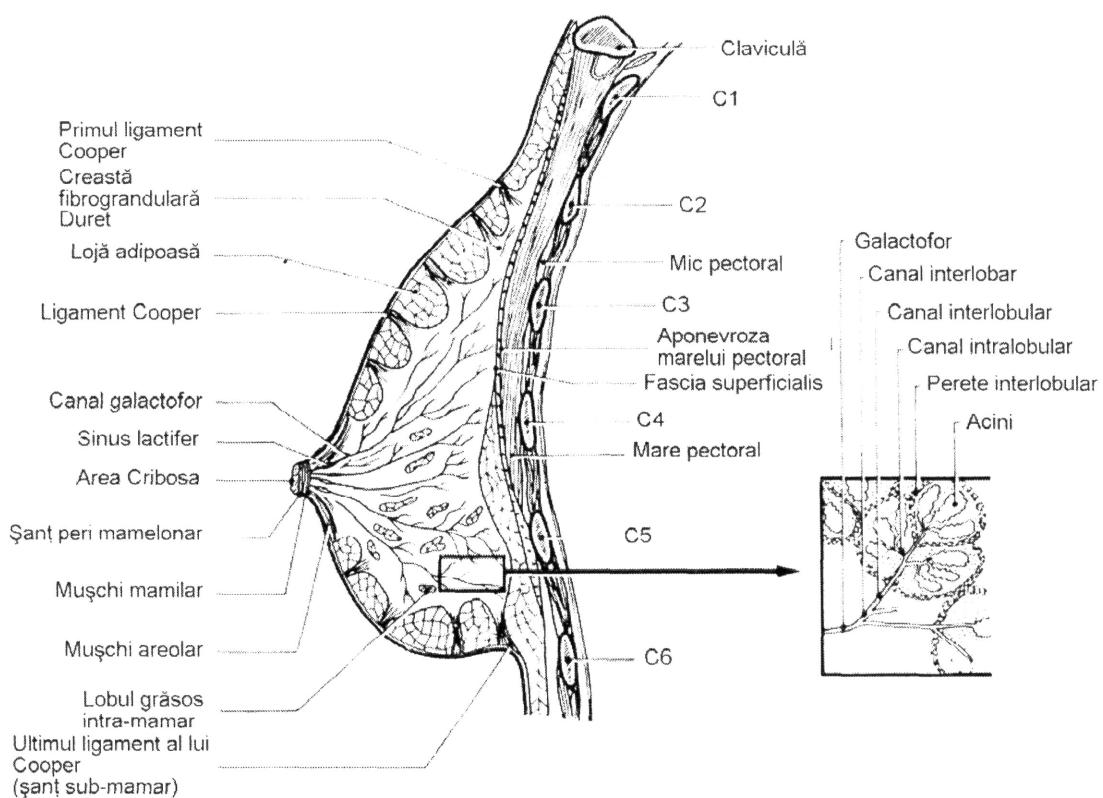


Fig. 10 Anatomia glandei mamare (după Lalardrie).

- pielea, cu o grosime de 2-3 mm, rezistentă, prezintă următoarele detaliu: un şant median, vertical, subombilical, uneori pigmentat; proeminentele formate de muşchii drepti abdominali și cele 3 şanțuri transversale formate de inserțiile aponevrotice; omobilicul; corespondentul aponevrotic al liniei albe; pilozitatea suprapubiană (Zanoschi);
- ţesutul grăsos subcutanat (conține vase și nervi superficiali);
- fascia superficială;
- aponevroza mușchilor abdominali (cu linia albă);
- fascia transversalis;
- grăsimea preperitoneală;
- peritoneul (McCall).

Mușchii peretelui abdominal anterior:

- mușchii piramidali se află în fața portiunii inferioare a dreptilor (variabili ca mărime, uneori absenți);
- mușchiul drept anterior al abdomenului are originea pe cartilagiile costale V, VI, VII și apendicele xifoid, iar terminația pe față

- anterioară și marginea superioară a simfizei pubiene; este cuprins într-o teacă proprie;
- mușchiul oblic extern (marele oblic) are rapoarte cu inserțiile marelui dințat și marelui dorsal; inferior, inserția se face pe creasta iliacă, pubis, linia albă;
- mușchiul oblic intern (micul oblic) este situat sub marele oblic;
- mușchiul transvers este cel mai profund, acoperit de fascia transversalis.

Țesutul subperitoneal se continuă cu cel din spațiul prevezical Retzius.

Peritoneul este ultima formațiune a peretelui abdominal. Subombilical se află uraca și arterele ombilicale obliterate.

Vascularizația peretelui antero-lateral abdominal

Vascularizația arterială este superficială și profundă. Artera subcutanată abdominală (epigastrica superficială) se termină în zona

ombilicului unde se anastomozează cu epigastrica profundă (în inciziile Pfannenstiel este secționată); artera circumflexă iliacă superficială, artera rușinoasă externă superioară și arterele perforante (împreună cu epigastrica superficială) constituie vascularizația arterială superficială.

Vascularizația profundă este reprezentată de arterele mamară internă și epigastrică inferioară. Prin ramul său abdominal (artera epigastrică superioară) artera mamară internă se anastomozează, în regiunea ombilicală, cu epigastrica inferioară.

Artera epigastrică inferioară, în ultimul segment, perforează teaca mușchilor drepti și se orientează ascendent spre omblig; lezarea sa duce la formarea de hematoame în teaca mușchiului drept; această arteră furnizează colateralele funiculară, supra-pubiană și anastomotică.

Vascularizația venoasă este, de asemenea, superficială și profundă, dublând vasele arteriale.

Dacă incizia este făcută exact pe linia mediană ramurile vaselor importante nu pot fi lezate.

Incizia mediană, executată corect, evită secționarea fibrelor musculare; în caz contrar, poate fi interesată una dintre tecile dreptilor.

Regiunea mamară. Considerații anatomicice generale

Sâniile femeii adulte sunt situați în zona antero-superioară a toracelui, de fiecare parte a sternului, anterior mușchilor pectorali, într-un spațiu cuprins între coastele a II-a și a VI-a (a III-a și a VII-a). Limita laterală se află în apropierea liniei medio-axilare. Superior și lateral, țesutul mamar prezintă o proiecție axilară dispusă lateral și/sau inferior marginii marelui pectoral (prelungirea axilară a lui Spence). Această prelungire poate forma o masă palpabilă, uneori decelabilă și prin inspecție, vârful ei ajungând în apropierea grupului pectoral al ganglionilor axilari. Cea mai mare parte a țesutului sănului este concentrată în cadrul supero-extern.

Regiunea mamară este o condiție emblematică pentru anatomia feminină și cea

mai expusă zonă a intimității sale somatice. Morfologia mamară care să intrunească acordul unanim privind forma și volumul n-a fost descrisă. Sânul este baza unei vizuni personale iar încercările de clasificare morfologică sunt lipsite de interes. Definiția actuală a sănului frumos nu este decât o opțiune în care confruntarea cu tot ce ține de concret etalează ambiguitatea și aproximativul.

Volumul și forma sănilor trebuie să fie în armonie cu statura. Volumul mamar crește semnificativ în a doua jumătate a ciclului menstrual normal, creștere ce dispare odată cu instalarea fluxului și este explicată de fenomene vasculare.

Volumul mamar trebuie pus în relație cu forma toracelui în special în situațiile în care se practică intervenții de tip augmentare, reducție sau reconstrucție. Se consideră că la o femeie de constituție medie volumul mamar ideal ar fi 200-350 cm³.

Indiferent de formă, sănii se află în contact cu peretele toracic prin intermediul zonelor bazale corespunzătoare mușchilor mare pectoral și mare dințat. Bazele mamară nu sunt situate pe același plan. Ele formează un unghi de 30° până la 50° în raport cu axele mamară. Aceasta explică de ce sănii sunt orientați divergent, versantul lor extern fiind mai etalat decât cel intern.

Perimetru bazei mamară este linia ce face demarcăția între tegumentul mamar și cel toracic. Este un element anatomic cu oarecare fixitate în raport cu planul cutanat învecinat. La acest nivel, fascia superficială se separă de piele pentru a se angaja posterior sănului.

Segmentul inferior median al perimetrlui (șanțul submamar) constituie un punct fix relativ datorat faptului că la acest nivel se atâșează primul ligament Cooper.

Văzut din față, sânul oferă imaginea unui disc, con sau hemisferă, proiectată pe un plan conturat de partea inferioară a perimetrlui bazei. Masa mamară este situată deasupra șanțului submamar (vizibil când nu există ptoză).

Ptoza mamară nu este o stare patologică în sensul curent al noțiunii. Ea reprezintă o deplasare a glandei în raport cu punctul fix care este șanțul submamar. Această situație

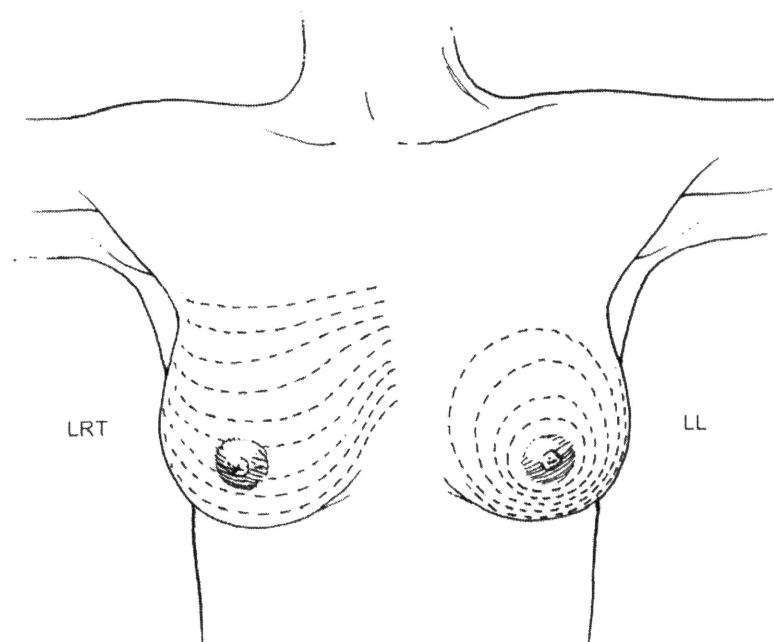


Fig. 11 Liniile lui Langer (după W. Silen)

este greu tolerabilă și poate induce complexe psihologice. Soluția este chirurgicală, intervențiile fiind practicate în scop pur estetic.

Placa areolo-mamelonară trebuie să fie orientată înainte și ușor extern și superior, la intersectarea unei orizontale ce trece prin mijlocul brațului cu o verticală plasată la 2 laturi de deget intern articulației sternoclaviculară.

Glanda mamară este inclusă în atmosfera celulo-adipoasă subcutanată prin intermediul căreia prezintă rapoartele anteroare (glandă-piele) și posterioare (glandă-mușchi). La nivelul plăcii areolo-mamelonare pielea este aderentă la glandă.

Ligamentele Cooper sunt tracturi conjunctive care solidarizează fața profundă a dermului la glandă și pătrund în țesutul glandular luând denumirea de creste fibroglandulare Duret. Ligamentele Cooper asigură unitatea cutaneo-glandulară pe toată aria anteroară, mai puțin la nivelul mamelonului. Aceste ligamente sunt dezvoltate mai bine în partea superioară și au conexiuni cu fascia pectorală și cu pielea.

Suprafața sânilor are 3 zone: periferică (cea mai întinsă, suplă, continuată cu

tegumentele vecine), medie (areola, zona circulară ce ocupă partea cea mai proeminentă a sânului) și centrală (mamelonul).

Deformările mamare produse cu ocazia manevrelor necesare diagnosticului sau chirurgiei ablative pot fi produse de mai mulți factori: inciziile pielii, rezecțiile, fibroza parenchimului, deplasările mamelonare, modificările volumului.

Literatura oferă date foarte diferite privind originea, distribuția și traiectele nervilor destinați sânului și, în special, areolei și mamelonului. Ramificațiile provin din nervii intercostali (II până la VI) prin terminațiile lor cutanate anteroare și laterale, distribuția fiind caracterizată prin variații individuale.

Nervii regiunii mamare trimit numeroase filete la mamelon motiv pentru care acesta reprezintă una dintre cele mai sensibile zone ale organismului.

Tehnicile chirurgicale au posibilitatea modelării volumului, poziției și formei sânului (exclusiv implantul). Operațiile trebuie indicate și realizate cu maximă responsabilitate. Creșterea numărului elementelor ce trebuie corectate complică intervenția. Cazurile vor fi tratate ca individualități. De elementele estetice

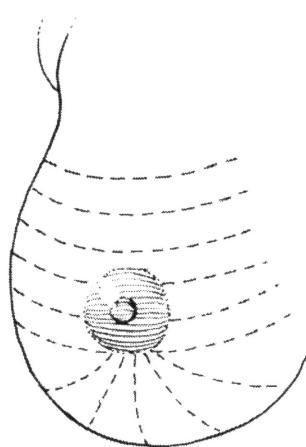


Fig. 12 Orientarea optimă a inciziilor

trebuie să ținem cont atât cât este posibil și în chirurgia ca metodă terapeutică.

Topografia variabilă a sănului uman face dificilă identificarea liniilor de repaus tegumentar. Aceste lini variază considerabil de la o persoană la alta în funcție de mărimea sănului, gradul ptozei, cadrul dat.

Tegumentele regiunii mamare sunt solidare cu glanda, în mod evident în apropierea mamelonului. Direcția liniilor de forță cutanate (liniile Langer) este orizontală, cu o concavitate superioară. Acestea reprezintă liniile de maximă tensiune tegumentară și nu coincid cu liniile de repaus tegumentar (LRT).

Contra opiniei răspândite, inciziile în lungul liniilor Langer ar determina extinderi ale cicatricii chirurgicale explicate de tracțiunile exercitate de fibrele mușchiului pectoral. Inciziile paralele cu liniile de repaus tegumentar (care sunt perpendiculare pe direcția tracțiunilor musculare) par a fi mai puțin expuse largirii cicatricilor (318). În cadranele superioare, LRT sunt aproape transverse, în cel central evident transverse iar în cele inferioare convexe spre șanțul submamar.

Ideal, inciziile ar trebui să fie paralele cu liniile de repaus cu o excepție (fig. 12). În cadranele inferioare, atunci când o biopsie extemporană se dovedește pozitivă, rezecția eliptică a unei incizii orientată transversal determină deplasarea mamelonului.

În general, însă, se preferă inciziile arciforme (elipsoidale), rezecția parenchimului fiind orientată radiar, fapt ce menține forma conică și deplasarea redusă a mamelonului (318).

Rezecțiile de $2 \times 2 \times 2$ cm efectuate la nivelul sănilor de volum redus produc deformări minore. La nivelul sănilor voluminoși, rezecțiile pot ajunge la $4 \times 4 \times 4$ cm. În ambele cazuri, rezecțiile mai largi determină modificări de formă și volum.

Rezecția pielii poate determina deplasări mamelonare în raport cu zona, mărimea inciziei și cantitatea de piele excizată. Deplasările sunt mai importante în cazul rezecțiilor supra- și infraareolare.

Inciziile practicate la paciente tinere sau brunete determină mai frecvent cicatrici hipertrofice. Cele periaareolare expun cel mai puțin la acest inconvenient. Aceste incizii nu trebuie folosite când leziunea se află la mai mult de 2 cm de marginea areolei.

Vascularizația

Arterele sănului provin din surse diferite, pătrund profund, apoi circulă superficial pentru a se anastomoza cu plexul subdermic. O privire de ansamblu a vascularizației arteriale ne face să constatăm că majoritatea vaselor ce irrigă sănul coboară pe direcțiile superomediană și supero-laterală.

Deși inciziile radiare la nivelul jumătății superioare a sănului interesează vascularizația mai puțin decât cele arciforme ele nu sunt recomandate.

Distribuția arterială este formată dintr-o rețea profundă (glandulară) ce pătrunde în grosimea glandei pe traiectele septurilor interlobulare terminându-se într-o rețea capilară periacinoasă și o rețea superficială (cutanată) ce schimbă numeroase anastomoză cu circulația toracică din vecinătate.

Principalele surse pentru irrigarea cadranelor externe sunt reprezentate de arterele mamară internă (toracică internă), toracică laterală, mamară laterală. Celelalte zone sunt vascularizate de artera pectorală, arterele intercostale perforante, arterele mamară postero-interne. Arterele mamelonului și areolei au o dispunere variabilă, inelară (mai frecventă) sau radiară (fig. 13).

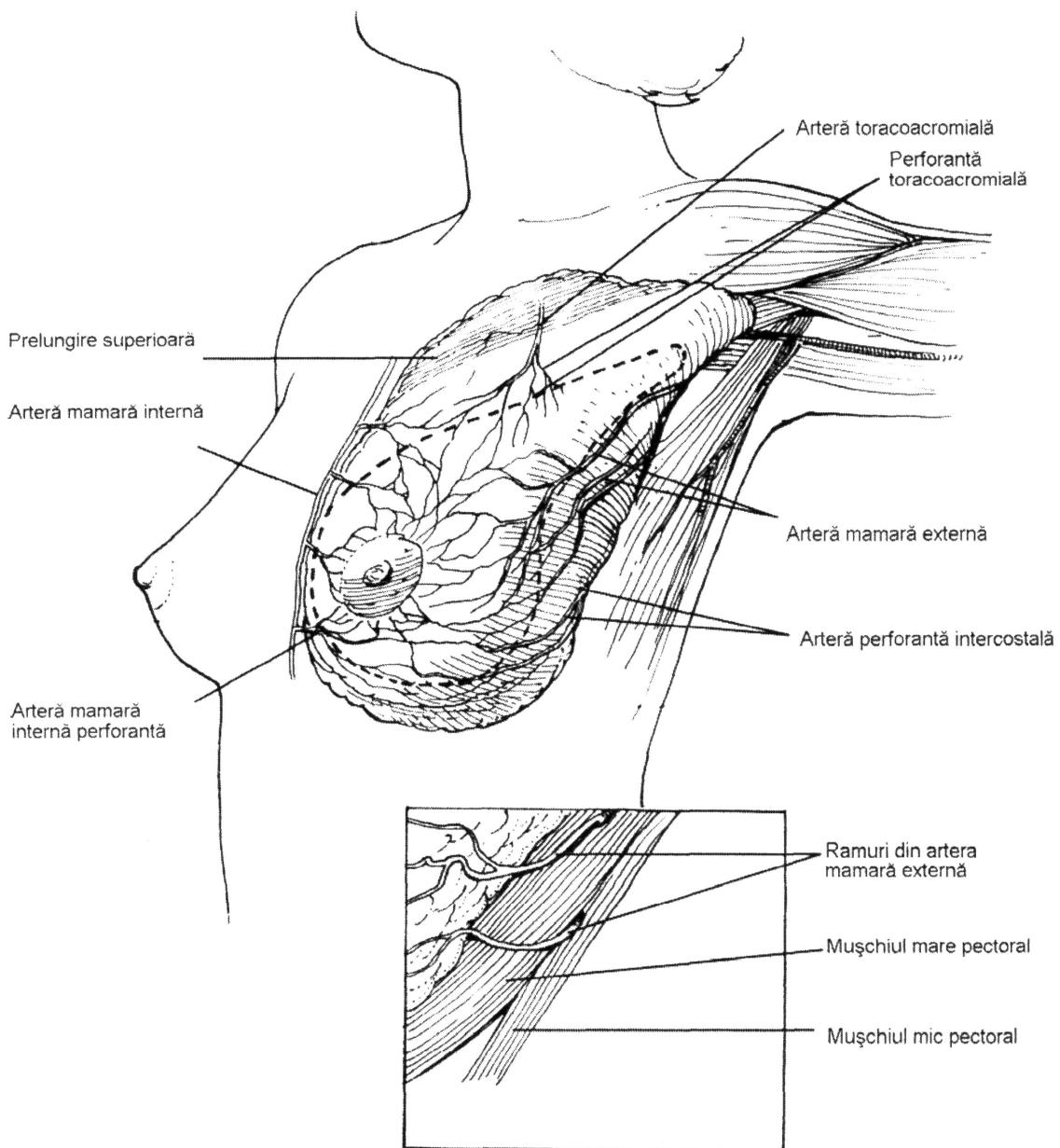


Fig. 13 Vascularizația arterială a sânului

Circulația venoasă este asigurată de vene mamară superficialie și profunde, unite prin vene de legătură, scurte, mai frecvente la marginea areolei, dirijate spre venele mamară internă, axilară și intercostale posterioare. Unele vene drenează direct în vena jugulară.

Venele subareolare (superficiale) se anastomozează cu venele periareolare și formează un inel poligonal (rețeaua Haller) care constituie legătura între sistemele venoase superficiale și profund.

Ramurile perforante ale venei mamară interne drenează în vena mamară ce se

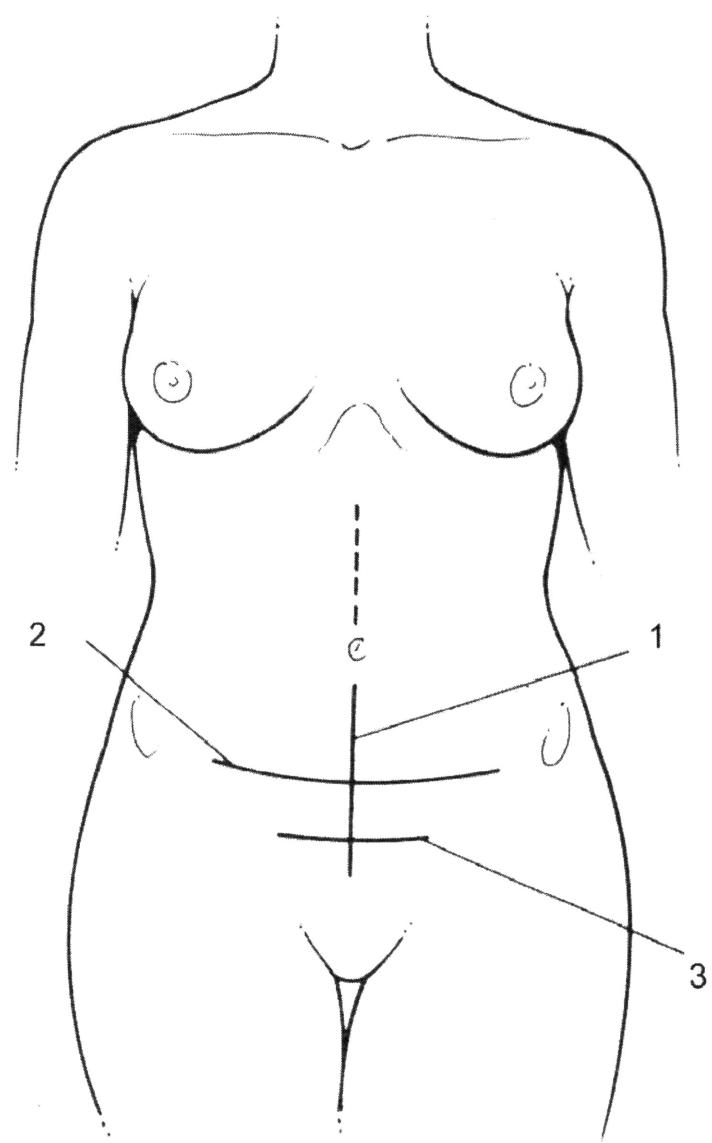


Fig. 14 – 1 - Incizia mediană; 2 - Incizia Maylard; 3 - Incizia Pfannenstiel (după D. G. Gallup).

termină într-o venă nenumită în relație cu o rețea venoasă pulmonară. Aceasta explică posibilitatea diseminării embolilor carcinomatoși.

Vena axilară primește venele tributare din profunzime. și această rețea poate fi o cale de embolizare. Drenajul posterior al glandei se face prin venele intercostale.

Semnificația clinică a căilor drenajului venos este legată de progresia procesului tumoral care, la un anumit stadiu evolutiv, invadază venele. Celulele tumorale trec în circulație urmând căile venelor axilare sau intercostale, circuitul pulmonar sau calea venelor vertebrale spre coloană. Aceste celule se pot implantă și crește în zone favorabile acestui proces (corpuri vertebrale, pelvis, pulmon, ficat, creier).

Sursele sângerărilor în cursul mastecomiei sunt arterele și venele perforante, vena axilară și tributarele ei, artera axilară și ramurile sale (mai puțin probabil). Vasele perforante pot fi ligaturate. Dacă se impune, vena axilară poate fi, de asemenea, ligaturată. Injurierea arterei axilare se corecteză prin sutură. Dacă sunt păstrate colateralele, artera poate fi ligaturată.

DESCRIEREA UNOR TIPURI DE INCIZII

Incizia Pfannenstiel

Această incizie a fost adoptată în România în 1921 și, deși utilizată relativ frecvent, este criticată de unii specialiști, aceștia preferând laparotomia mediană (Setlacec).

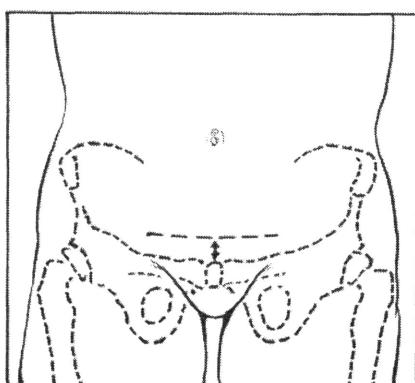


Fig. 15 Incizia Pfannenstiel

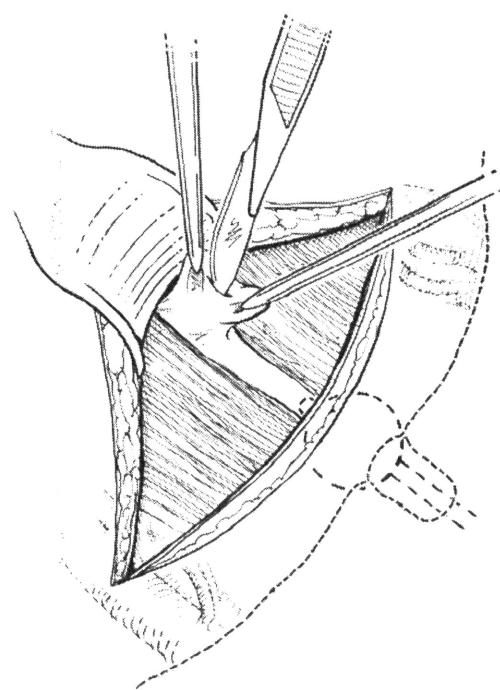


Fig. 16 Incizia Pfannenstiel. Secționarea peritoneului

Se execută la 1-2 laturi de deget deasupra simfizei, la nivelul pliului cutanat, după un marcat în 3 puncte: median și la stânga (dreapta) circa 6 cm și superior 1 cm (arcuirea inciziei). În general, inciziile vor fi executate dintr-o singură mișcare, lama bisturiului fiind ușor înclinată spre planul tegumentar. Este important ca incizia pielii să respecte nivelul, simetria (simfiza, spinele iliace antero-superioare), lungimea și convexitatea.

Ramurile venoase din epigastrică și rușinoasa externă vor fi pensate și ligaturate. Incizia aponevrozei se face la 2-3 cm mai sus și se orientează lateral în direcția spinelor iliace antero-superioare (marele și micul oblic apar sub aponevroză) (287) (305).

În timpul decolărilor lambourilor aponevrotice (superior până la omblig, inferior până la piramidali) se pot produce sângerări ale vaselor perforante, ramuri din epigastrică inferioară.

Urmează separarea mușchilor drepti abdominali, disecția țesutului adipos preperitoneal și incizia peritoneului.

Avantajele inciziei Pfannenstiel:

- este estetică, fiind "camuflată" de pilozitate;
- cele două linii de sutură perpendicularare îi conferă soliditate;

- respectă vascularizația și inervația;
- influențează mai puțin funcția pulmonară.

Dezavantaje:

- câmpul operator este mai redus;
- durata operației este mai mare;
- hemostaza necesită o atenție crescută, frecvența hematoamelor este mai mare;
- expunerea mai largă a mușchilor favorizează creșterea riscului infecțiilor.

Sunt practicieni care consideră că singurul avantaj al acestei incizii este cosmetic (urmând liniile Langer în interiorul liniei pilozitatii pubiene). Ei nu o recomandă pentru operațiile radicale și nici în urgențe. Ar putea fi folosită la obeze pentru că puțin deasupra simfizei pubiene peretele este mai subțire iar panicul adipos poate fi deplasat cranial (211).

În general, practicarea acestui tip de incizie ține de preferințele chirurgului, de interesele cosmetice și de o anumită selecție a pacientelor. Considerăm că în oncologia ginecologică și în operațiile ginecologice efectuate în urgență incizia Pfannenstiel trebuie evitată.

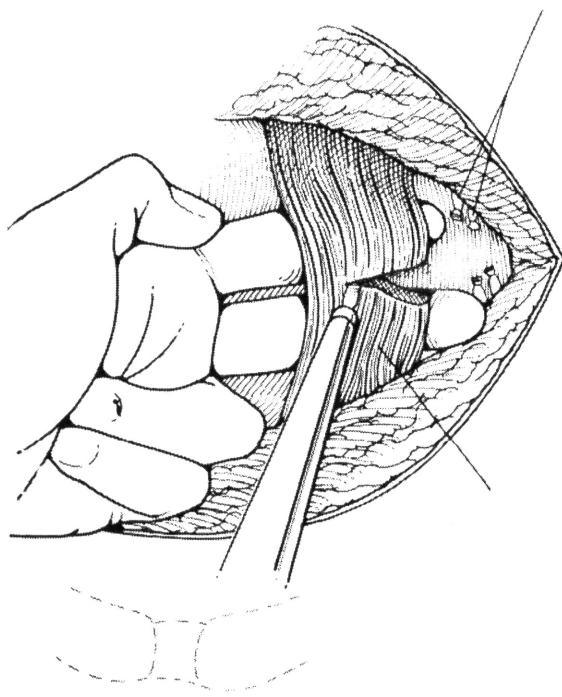


Fig. 18 Incizia Maylard (după D.G. Gallup)

Sutura include: *surget* de catgut (peritoneu), fire separate (mușchi), fire separate (catgut) la aponevroză, suturi cu fire separate la țesutul celular subcutanat (eventual), sutura pielii (eventual intradermic).

Complicațiile pot consta în formarea de hematoame (se face hemostaza sau evacuarea), supurații (desfacerea suturii, tratarea plăgii, sutura secundară), seroame (evacuare), eviscerării (rar).

Momentul fixat pentru efectuarea suturii secundare se alege în funcție de afebrilitate, control bacteriologic, dispariția fenomenelor locale. Se folosește anestezia locală. Excizia marginilor plăgii se va face în țesut sănătos.

Incizia Maylard

Această incizie a fost propusă în 1907 de chirurgul englez Ernest Maylard. S-a afirmat că asigură o vizualizare excelentă în pelvis și abdomen (există și controverse). Sunt practicieni care o folosesc în oncologia ginecologică realizând și limfadenectomia paraaortică (5).

În 1954, D.G. Tollevson și K.P. Russell publică date privind 600 de operații ginecologice și obstetricale în care era utilizată această incizie. Rata complicațiilor (5%) argumentă vindecarea plăgii transversale a mușchilor prin dezvoltarea unei benzi de țesut fibros.

Incizia se face la 3 până la 6 cm deasupra simfizei și se prelungeste 10 până la 20 cm lateral. Vasele epigastrice inferioare profunde se află lateral și posterior mușchilor drepti. Se vor executa pensarea, secționarea și ligatura. Se incizează transversal mușchii. Când este necesară, se practică paniculectomia.

Peritoneul este incizat transversal, supravezical.

Incizia Maylard oferă o expunere mai bună decât incizia Pfannenstiel, favorizează reducerea complicațiilor pulmonare, toleranță pentru ingestii. Complicațiile plăgii sunt rare (131).

Pot fi citați practicieni care preferă incizia Maylard pentru efectuarea HR (132) (195). Câmpul operator este excelent oferind condiții pentru efectuarea limfadenectomiilor pelvină și paraaortică.

Incizia Cherney

Este o incizie transversală joasă care separă mușchii drepti de inserțiile lor pubiene. Permite o expunere excelentă a tuturor structurilor pelvine. Este ideală pentru HR, limfadenectomii pelvine sau pentru extirparea unor procese benigne voluminoase (inaccesibile prin incizia Pfannenstiel) (238). Este de preferat inciziei Maylard care, deși oferă un abord, predispune la slăbirea peretelui. Incizia Cherney păstrează soliditatea peretelui prin posibilitatea fixării mușchilor drepti la ramurile pubiene.

Pentru a executa această incizie ea este plasată la 2 degete deasupra simfizei, lateral până la 2 laturi de deget de creasta iliacă. Incizia tendonului mușchilor drepti (attenție la vasele epigastrice inferioare) și ridicarea dreptilor, gest ce asigură accesul la peritoneu, care va fi incizat transversal (aceeași atenție este necesară privind vasele epigastrice inferioare care, eventual, vor fi pensate, secționate și ligurate).

Peritoneul va fi suturat tot transversal. Tendonul mușchiului drept se suturează la periostul ramului pubian. Fascia este închisă cu sutură continuă. Sutura mușchilor drepti poate fi ușurată prin flectarea mesei operatorii.

Incizia mediană

Această incizie va fi executată pe direcția liniei albe interesând pielea și țesutul celular subcutanat, dintr-o singură mișcare, pe

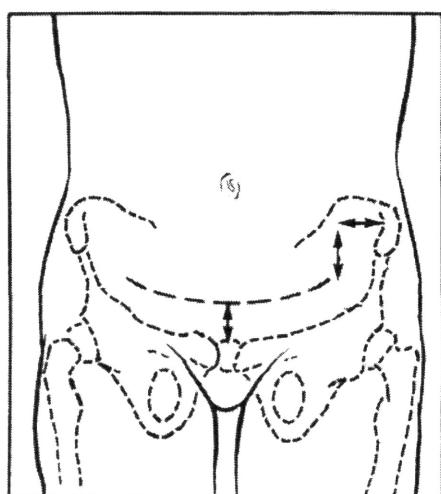


Fig. 18 Incizia Cherney

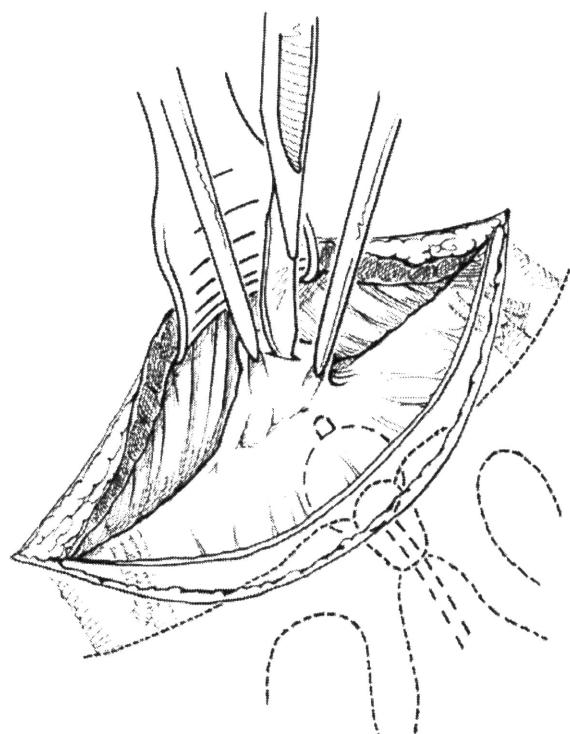


Fig. 19 Incizia Cherney. Secționarea peritoneului

distanță pubis-ombilic. Se pot face marcaje sau plasa pense Kocher care, prin tractiune, etalează zona ce urmează să fie incizată.

Sunt practicieni care consideră obezitatea morbidă o contraindicație pentru chirurgia pelvină, în special radicală, pentru că inciziile abdominale tradiționale nu asigură un acces adecvat (în general, ader la această poziție).

Obezitatea este o condiție nefavorabilă și din alte puncte de vedere: toleranța față de stress este scăzută, dificultăți privind anestezia, staza pulmonară, probleme de mobilizare, de apreciere a dozelor de heparină etc.

Unii propun excizia pielii și a țesutului adipos subcutanat (paniculectomia abdominală). Începând cu Kelly (1910) au fost descrise tehnici variabile pentru această intervenție care, conform celor ce o practică, face "operabilă" o obeză (206). Paniculectomia se poate complica (injecție, necroză, hematoame, deformări topografice, amânamea RT etc.).

După primul plan al inciziei mediane trebuie făcută hemostaza pentru că sunt vase subdermice ce săngerează. Incizia aponevrozei se începe prin crearea unei butoniere

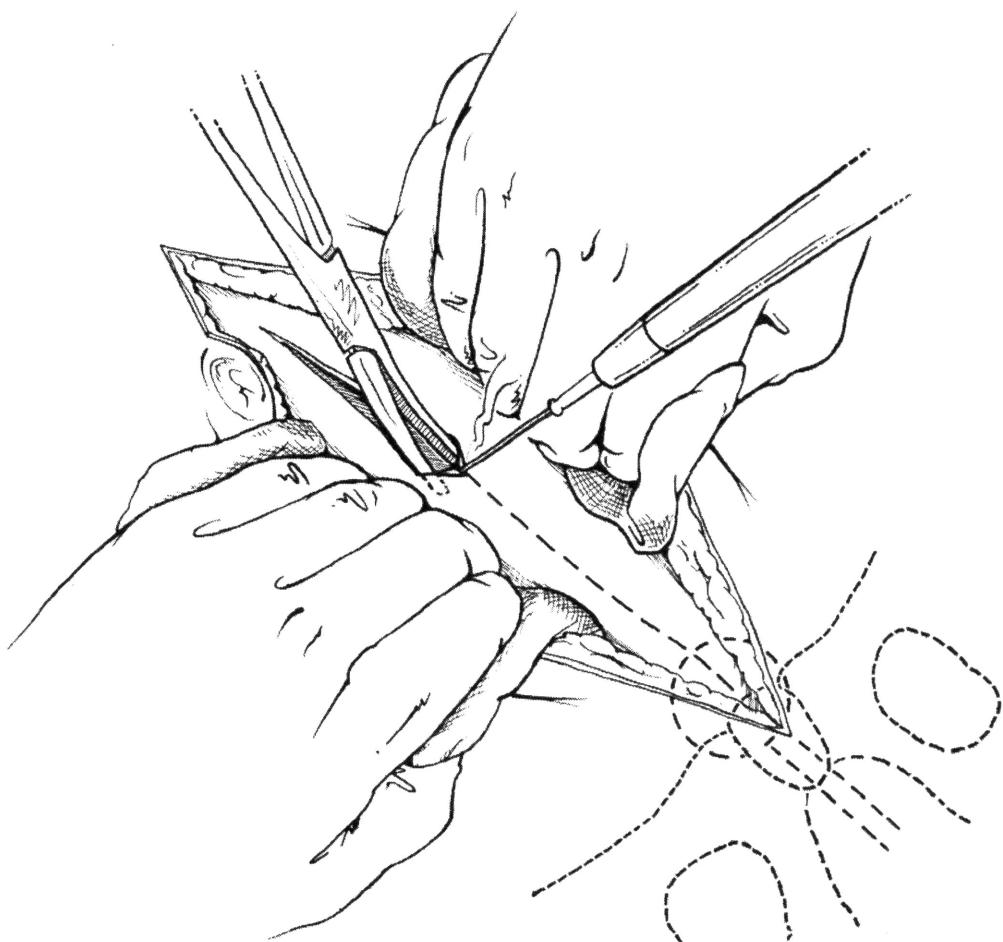


Fig.20 Incizia mediană

la jumătatea distanței și care se continuă (în jos și în sus) cu un foarfece drept, strict pe linia mediană pentru a fi pe interstițiul fibros dintre mușchii drepti (linia albă). Nu suntem pentru separarea mușchilor drepti cu ajutorul degetelor.

Deschiderea peritoneului trebuie făcută aproape de omobilic (în special în inciziile iterative). Se începe cu detașarea planului adipos subperitoneal, realizându-se un pliu peritoneal între două pense. Inferior, incizia nu va fi coborâtă prea mult pentru a nu leza vezica. Secționarea se face prin ghidare pe degetele introduse în cavitatea peritoneală. Aceste gesturi necesită o atenție deosebită (în caz contrar se pot produce injurii intestinale sau vezicale).

După secționarea peritoneului se poate constata că accesul spre pelvis este liber, se izolează cavitatea abdominală și se plasează depărtătoare autostatice (absolut necesare pentru operațiile medii sau de amploare). Realizarea unui câmp operator adecvat depinde și de pregătirea preoperatorie și calitatea anesteziei. Folosim un singur câmp izolator (mai voluminos, care poate fi umezit cu soluție salină sau apă) și ecartoarele tip Gosset și Dartigues. Folosirea depărtătoarelor este o decizie personală. Sunt chirurgi care preferă depărtarea manuală considerând-o mai puțin traumatizantă.

În eventualitatea în care accesul nu este liber sau este limitat se va proceda la desfacerea aderențelor, manevră simplă sau

complicată în raport cu natura acestora. În cazurile cu operații iterative, dacă incizia la nivelul cicatricei nu oferă un abord convenabil se renunță la scopurile estetice.

După terminarea operației vor fi verificate: hemostaza, calitatea ligaturilor, integritatea organelor din vecinătate (uretere, vezică, intestin). Câmpul (câmpurile) izolatoare sunt scoase și se verifică pentru a evita "lăsarea" unor obiecte în cavitate (materiale moi sau metalice).

Sutura peritoneului poate fi începută prin marcarea marginilor și unghiuilui superior (unde preferăm trecerea a 2-3 fire separate de ață). După plasarea drenajului, peritoneul poate fi suturat (catgut) cu fir continuu sau cu fire separate. Firul trebuie menținut în tensiune având în vedere evitarea fixării unor porțiuni de intestin, epiploon în sutură. În unele situații se folosește "planul total".

Sutura aponevrozei se face cu fire separate nerezorbabile, plasate la distanțe egale (1 cm). Sutura țesutului adipos subcutanat se poate face cu o afrontare care să nu necesite sutura pielii. Când se face sutura pielii, ea poate fi intradermică sau cu fire separate nerezorbabile. Sunt situații rare în care apare necesitatea efectuării unor tipuri de incizii particulare.

A. Incizia Chevron asigură accesul în abdomenul superior. Este paralelă cu grilajul costal, la 4-5 cm inferior marginilor costale și apendicelui xifoid, extinsă lateral. Permite inspectarea ficatului, diafragmului, stomacului.

B. Incizia pararectală se trasează paralel cu marginea externă a mușchiului drept, 3 cm intern crestei iliace. Această incizie este utilizată pentru disecția extra-peritoneală a ganglionilor pelvini și/sau paraaortici. Incizia poate fi prelungită spre mușchii oblici extern și intern, lateral marginii externe a mușchiului drept abdominal (C). Astfel, se asigură accesul la vasele iliace, aorta, ganglioni, ureter.

Uneori sunt necesare incizii paramediane (D).

Închiderea peretelui abdominal poate fi realizată în mai multe moduri, având totdeauna în vedere un cât mai scăzut risc al dehiscenței, în unele cazuri acesta fiind prezent prin caracteristicile pacientelor (subnutriție, patologie malignă, obezitate, terapie steroidiană cronică etc.).

Suturile pot fi întrerupte sau continui. Nu agreăm sutura continuă a peritoneului visceral

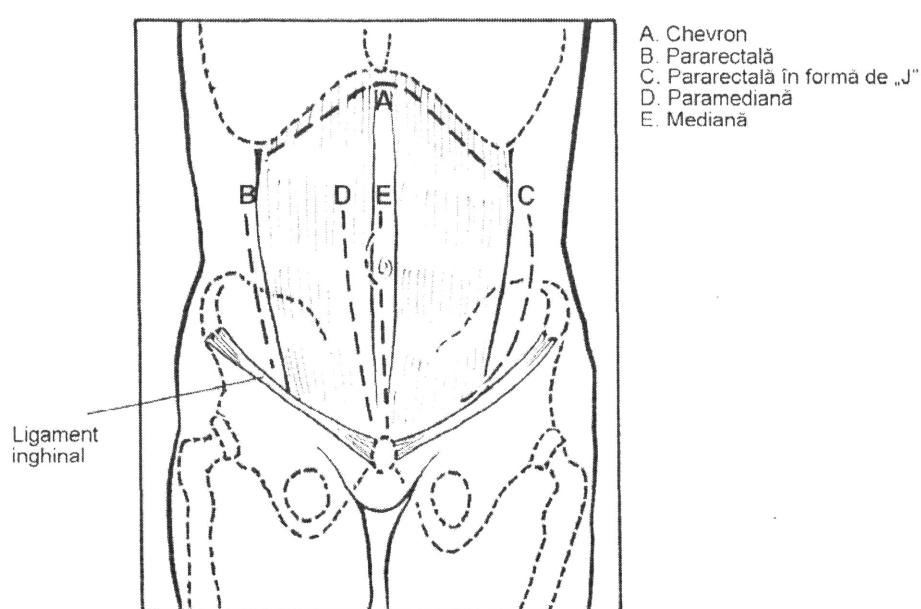


Fig.21 Alte tipuri de incizii

și nici cea a aponevrozei (transversal sau vertical).

Alegerea materialului de sutură este subiectivă. Materialele clasice sunt folosite, în continuare, pe scară largă deși unii producători au decis încetarea fabricării catgutului. De mai mult de 3 decenii se folosesc materiale sintetice rezistente, cu absorbție lentă (*Vicryl, Dexon*) și care nu induc reacții tisulare. Firele care au diametre reduse produc traumatisme tisulare minime.

DRENAJUL

Istoricul drenajului chirurgical este foarte vechi. Problema drenajului profilactic este în dezbatere. Atitudinile țin de tradiții, instituții, individualități, experiență. Halsted nota că este "mai bine să nu folosim drenajul decât să-l aplicăm din ignoranță". Același mare chirurg afirma: "drenajul nu trebuie considerat un înlocuitor al hemostazei sau un substituent al tehnicii chirurgicalemeticuloase". De asemenea, drenajul nu trebuie folosit într-o manieră rutinieră.

HR cu limfadenectomie favorizează producerea unei mari cantități de fluide rezultate din rețeaua limfatică, la care se adaugă exsudatele rezultate din disecțiile întinse.

Folosirea excesivă a cauterului crește cantitatea de transsudat, la fel utilizarea heparinei și diureticelor.

Drenajul acționează favorabil prin scăderea frecvenței chisturilor limfatice, a morbidității febrile și a complicațiilor, reducerea riscului formării hematoamelor, protejarea ureterelor (20).

Folosirea drenajului în chirurgia ginecologică nu este foarte frecventă (211). Un ghid în acest sens are șansa de a fi imprecis (238). În general, drenurile trebuie utilizate atunci când există riscuri precum infecția, formarea hematoamelor sau a epanșamentelor de altă natură în spații închise.

Drenajul poate fi aspirativ, considerat superior celui pasiv. De fapt, este folosit mai frecvent (nu și în practica noastră). Cei care îl utilizează preferă să sutureze vaginul (HT) în scopul eliminării riscului infecției cu punct de plecare canalul vaginal (10) (234). Aceste precauții sunt mai puțin importante decât pregătirea preoperatorie și tehnica chirurgicală.

Închiderea peritoneului visceral este justificată de funcțiile absorbante și reparatorii pe care le posedă seroasa. Drenajul nu trebuie menținut prea mult pentru că poate reduce din eficiența acestor proprietăți.

Drenajul va fi menținut până ce productivitatea este de circa 30-50 mL / zi. Întreruperea spontană a producției prin dren poate traduce blocarea și necesitatea suprimarea imediată (134).

După HT, în special după cea radicală, folosim drenajul pasiv cu meșă, plasată în ariile parametrale, exteriorizată prin vagin. Deși folosit de mult timp (Wertheim) este încă în uzul unor practicieni (134). Poate fi folosit drenajul combinat cu meșă și tub, exteriorizate tot prin vagin. Drenajul pasiv are avantajul folosirii materialului moale, plasat în vecinătatea vaselor, vezicii, ureterelor. În general, menținem drenajul (cu meșă), în medie, 72 de ore.

Capitolul IV

RADICALITATE ÎN CHIRURGIA PROCESELOR MALIGNE GENITO-MAMARE

Generalități.....	52
Date anatomo-funcționale privind inervația pelvină în relație cu injurierea intraoperatorie și consecințele ei.....	53
Limfadectomia.....	57
Parametrul.....	65
Tratamentul chirurgical: diagnostic, indicații, evaluare preoperatorie, date privind tehnica, incidente și complicații în cancerul colului uterin.....	67
Tratamentul chirurgical conservator în cancerul mamar.....	83
Limitarea radicalității în chirurgia cancerului vulvar.....	88

GENERALITĂȚI

Histerectomia radicală efectuată pentru cancerul cervical precoce are un lung istoric. În ultimul secol a fost acumulată o mare experiență cu această tehnică. Ea asigură supraviețuire la 5 ani mai mari de 90%. În aceste condiții, atenția a fost canalizată pe reducerea morbidității operatorii.

Citez din opinile a doi mari chirurgi, al căror renume este legat de realizarea tratamentului chirurgical al cancerului de col:

- J.L. Faure: "... sper, am convingerea că această operație magnifică la care am muncit timp de 40 de ani, va rămânea principala armă contra cancerului cervical incipient ..."
- J.V. Meigs: "... nu agreez ceea ce se numește tratament combinat, adică iradiere plus chirurgie radicală; modificările datorate radiațiilor (cicatrizare și scleroză vasculară) îngreunează operația pentru că chirurgul dorește planuri de clivaj suple și o irigație bună a țesuturilor traumatizate; efectele nefavorabile vezicale, rectale, ureterale sunt mai frecvente când este folosit tratamentul combinat; țesuturile iradiate nu constituie un teren ideal pentru chirurgia extensivă" (Carcinoma of the cervix. The Wertheim operation, *Surg. Gyn. Obst.*, 78, 195, 1944).

Controlul neurogen al funcțiilor intestinale și vezicale este deținut de nervii pelvini autonomi (simpatic și parasimpatic). Studiile efectuate de către C.P. Maas și col. (1999) au demonstrat că acești nervi sunt în relație cu țesuturile interesate în cursul HR, fapt ce stă la baza morbidității postoperatorii (341).

Acest nou obiectiv este constituit de disfuncțiile urinare și digestive induse de operațiile extinse nejustificat și de realizarea unor tehnici care să protejeze inervatia. Cu toate acestea, menținerea principiului radicalității continuă să persiste în unele centre (137). Se propune parametrectomia radicală și la cazuri cu leziuni cervicale "oculute" decelate la cazuri cărora li s-a practicat histerectomia extrafascială (170).

În stadiile incipiente ale cancerului de col tratamentul chirurgical este general acceptat, tehnica Wertheim-Meigs fiind una dintre cele

mai utilizate. Semnificația termenului (HR) este interpretabilă sub raport curativ și în privința complicațiilor. Gradul extensiei rezecției chirurgicale poate fi modificat în funcție de importanța leziunii, corelată cu gradul eventualelor complicații (235). În leziunile precoce, parametrul nu trebuie excizat complet. Conceptul radicalității a fost mult timp asociat tratamentului chirurgical al cancerului colului. Prima etapă spre reducerea agresivității a făcut-o R.W. Te Linde și constă în disecția ureterului și ridicarea unei cantități mici din parametru, lateral colului. Dezbaterile continuă.

Începând cu anii '50, simpla existență a termenului "carcinom" în formularea diagnosticului justifica radicalitatea. Ulterior, s-a ajuns la concluzia că leziunile *in situ* și invazive precoce se asociază cu un risc foarte redus de a depăși colul (41).

Sistemul limfatic este o rețea fină de canale intercomunicante în organele viscerale. Aceste canale ajung în trunchiuri colectoare de calibru crescând, apoi în ganglionii limfatici regionali. Parametrul conține trunchiuri colectoare, fapt confirmat prin studii anatomici și limfangiografice. Prezența ganglionilor în parametre este un element controversat.

Studiile efectuate de către Plentl și Friedman și de către Burghardt (studii histologice pe piese chirurgicale) au permis formularea unor concluzii:

- prezența ganglionilor în parametre a fost identificată în circa 80% din cazuri;
- cel mai frecvent leziunile ganglionare sunt de tip metastatic;
- stadiul III ar fi explicit de confluența acestor focare metastatici parametrale mai mult decât de invazia provocată de tumoră primară.

Concluzia practică rezidă în necesitatea exciziei parametrelor. Dar excizia radicală interesează nervii autonomi destinați vezicii și rectului și care sunt în relație cu tulburările funcționale postoperatorii. Pe de altă parte, nu s-a stabilit o relație între creșterea supraviețuirilor și radicalitatea exciziei parametrelor.

În acest "peisaj" al controverselor, putem cita alte opinii: prezența ganglionilor în parametre este rară (sub 10%) (într-o măsură am făcut aceeași constatare în practică

proprie). Parametrul este invadat în stadiul IB₁, în circa 7% din cazuri. Di Saia și Creasman nu detectează diseminări în parametrul lateral la nici o pacientă în stadiile IB sau IIA iar Kinney (Mayo) doar la 3% din 387 de cazuri.

Chirurgia poate fi mai puțin radicală. Această opinie stă alături de alta care consideră că o abordare mai puțin radicală în cancerul colului încă nu se manifestă, dimpotrivă (articole apărute în 2000) (124).

Putem constata că încercările de a trasa "metode standard" în practica oncologică întâmpină mari dificultăți și se constituie în iluzii (30). La această concluzie ajung autori care au analizat opiniile generate de instituții de prim rang (Societatea Americană a Obstetricienilor și Ginecologilor, Divizia Oncologie Ginecologică vs oncologii americanii, practicieni non-universitari).

Elementele noi privind relația cu tratamentul chirurgical sunt raportul volum tumorala / invazie și frecvența diseminărilor în ganglionii parametriali.

Studii comparative privind stadiile IB₁ și IB₂ tratate cu HR au condus la concluzia că deciziile terapeutice bazate doar pe mărimea tumorii trebuie reconsiderate. În stadiul IB prognosticul pare a fi influențat mai mult de prezența ISVL și profunzimii invaziei decât de mărimea tumorii. Acești factori au fost cercetați histopatologic (după HR). Valoarea predictivă a volumului tumorala privind recurențele ori starea ganglionilor este în raport cu ISVL, invazia parametrului și profunzimea invaziei în 2/3 externe (297) (298) (303).

Publicarea celor 5 clase, variante ale HR (M.S. Piver, F. Rutledge și P. Smith, 1974) a facilitat alegerea clasei a III-a pentru stadiile IB/IIA și a clasei II pentru formele microinvazive (Fotiou).

Sunt practicieni care preferă clasa a II-a (excizia zonelor interne ale parametrelor, prezervarea inervației și vascularizației organelor vecine). Se consideră, (ne raliam acestei opinii) că eficiențele claselor II și III sunt comparabile.

Frecvența complicațiilor este mai mare în operațiile de clasa a III-a. Radicalitatea histerectomiei induce și extinderea limfadenectomiei, deși aceasta nu contribuie la creșterea curabilității. Radicalitatea excesivă nu asigură ameliorarea supraviețuirilor (86)

(315). Această poziție se generalizează (10) (156) (191) (365).

HR abdominală este "portdrapelul" chirurgiei ginecologice. Controverse privind calea de abord (abdominală, vaginală) au existat încă din perioada în care E. Wertheim a propus HR abdominală.

Operația făcută pe cale vaginală (Schauta) este mult mai dificilă decât cea pe cale abdominală datorită limitării câmpului (mai ales pentru realizarea limfadenectomiei).

În 1957 (Sinbram) a fost propusă o tehnică care combina operațiile Wertheim și Schauta (părăsită). S-au practicat HR laparoscopice dar s-a pus problema realizării radicalității ca în operația clasică. Au fost combine laparoscopia cu HR vaginală. Aceste variante nu conferă avantaje față de operația clasică (147) (156).

DATE ANATOMOFUNCȚIONALE PRIVIND INERVAȚIA PELVINĂ ÎN RELATIE CU INJURIEREA INTRAOPERATORIE ŞI CONSECINȚELE EI

Complicația majoră a HR este disfuncția vezicală ca rezultat al injuriilor inervației senzitive și motorii a mușchiului detrusor, în raport direct cu gradul radicalității. În general, această disfuncție se manifestă prin pierderea senzației de golire și prin diminuarea capacitatii de umplere completă. Aceste aspecte argumentează necesitatea evaluării (diminuării) radicalității. Asocierea RT crește efectele urinare negative.

Plexul hipogastric superior (nervii hipogastrici, simpatice) asigură compilația vezicală, continența urinară, contractilele musculare (inclusiv orgasmice).

Nervii splanchnici pelvini, cu origini în S₂, S₃, S₄ (parasimpatic) fuzionează cu nervii hipogastrici și controlează contractilitatea detrusorului, edemul mucoaselor și lubrefierea vaginului.

Plexul hipogastric inferior se află pe laturile rectului, bazei vezicii, colului, vaginului. În porțiunea sa distală, are rapoarte cu zona posterioară a ligamentului vezico-uterin, paralel cu încrucisarea ureterului, artera uterină, iar în

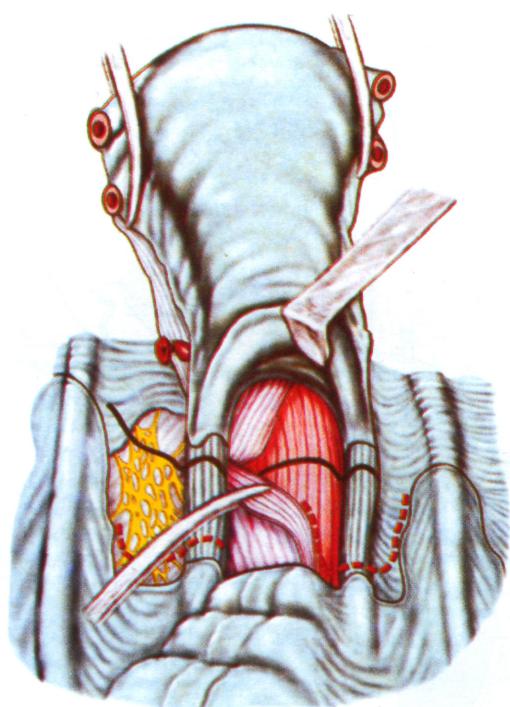


Fig. 23. Rapoartele plexului hipogastric cu ligamentele utero-sacrate (linia continuă marchează secționarea corectă a ligamentelor utero-sacrate) (linia punctată trebuie evitată pentru că marchează excizia totală a plexului hipogastric inferior cu consecințe grave) (după P. Sârbu și col.)

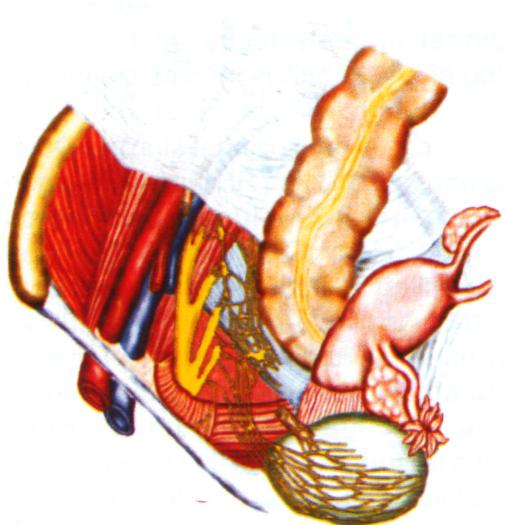


Fig. 24. Rapoartele plexului hipogastric și ale nervilor vezicali cu ligamentele utero-sacrate și pediculii subureterali (după P. Sârbu și col.)

tunelul ureteric cu artera vezicală inferioară și plexurile venoase ale vezicii și vaginului.

Disfuncțiile urinare, complicații ale HR, se manifestă în grade variabile fapt ce suscătă interesul pentru găsirea tehniciilor care să aibă în vedere prezervarea inervației pelvine autonome. În mare, aceste tehnici ar putea fi clasificate în 3 categorii: protejarea nervilor parasimpatici, prezervarea nervilor simpatici și protejarea nervilor vezicii (Eiki Ito).

Conform tehnicii propuse de Eiki Ito, evitarea injurierii nervilor pelvini parasimpatici poate fi realizată în cursul disecției ligamentului cardinal prin deplasarea sa antero-cranială. Nervii vezicali pot fi protejați în cursul disecției stratului posterior al ligamentului vezico-uterin. Rezultatele studiilor urodinamice efectuate la o lună postoperator au confirmat că tehnica protejării nervilor pelvini autonomi este eficientă în reducerea severității disfuncției vezicale survenită după HR și poate, prin aceasta, ameliora calitatea vieții pacientelor (365).

S-a încercat formularea unui nou concept al anatomiei chirurgicale folosindu-se criterii histologice și funcționale, utile pentru proce- deele operatorii ce urmăresc scopul propus mai sus.

Conform acestui sistem de ancorare a organelor pelvine la peretele osos ar exista structuri de suspensie și de susținere. Sistemul suspensor face legătura antero-posteroară între vezică, uter și rect, ligamentul pubo-vezical, fascia vezicală, ligamentele vezico-uterine, fascia cervicală, ligamentele recto-utero-vaginale, fascia rectală, ligamentele utero-sacrate.

Sistemul de susținere cuprinde sistemul suspensor la exterior și face legătura organelor intrapelvine cu peretele pelvin.

În acest sens a fost propus un procedeu operator în care cele două sisteme sunt separate și disecate independent. Principala atenție este acordată disecției parametrelor urmărindu-se diminuarea sângerărilor și prezervarea funcției vezicale. În acest scop se evită injurierea stratului profund al ligamentelor vezico-uterine și se protejează mezo-ureterul prin limitarea disecției ureterului la circa 2 cm de vezică (364).

Datele privind beneficiile protecției nervilor sunt puțin numeroase deși, în 1980, J.P. Forney a demonstrat că disecția limitată la

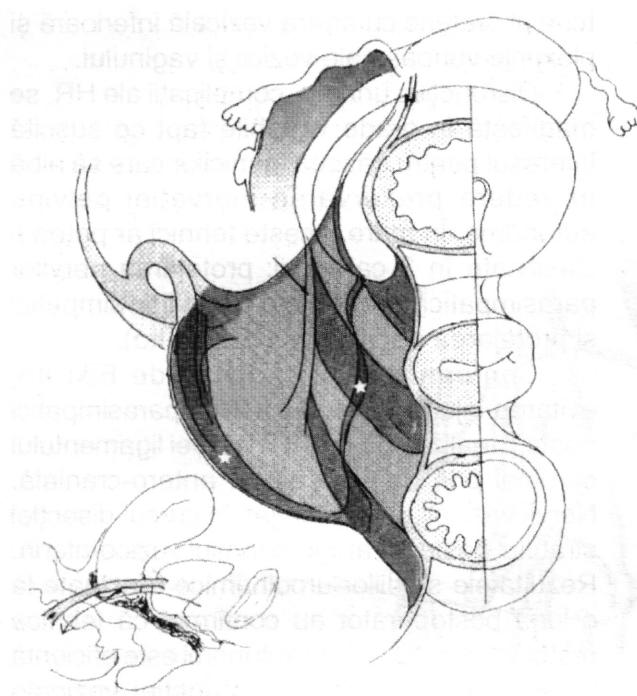


Fig.25 Sistemul suspensor (după Yabuki)

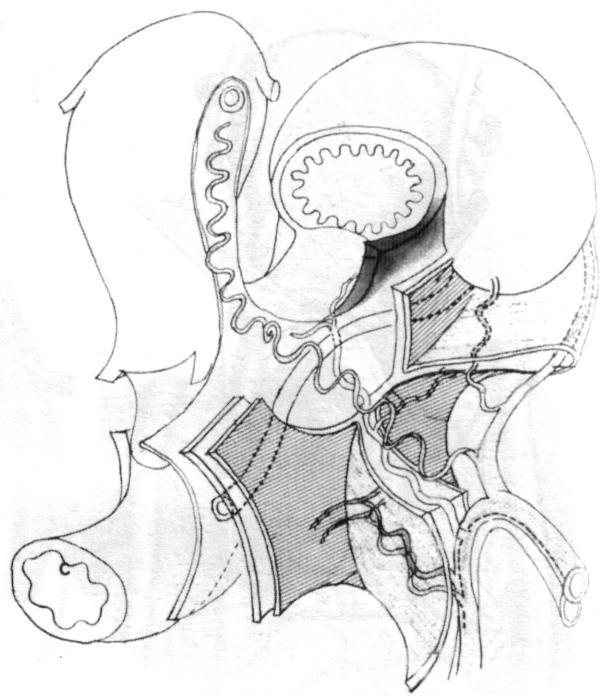


Fig.26 Sistemul de susținere

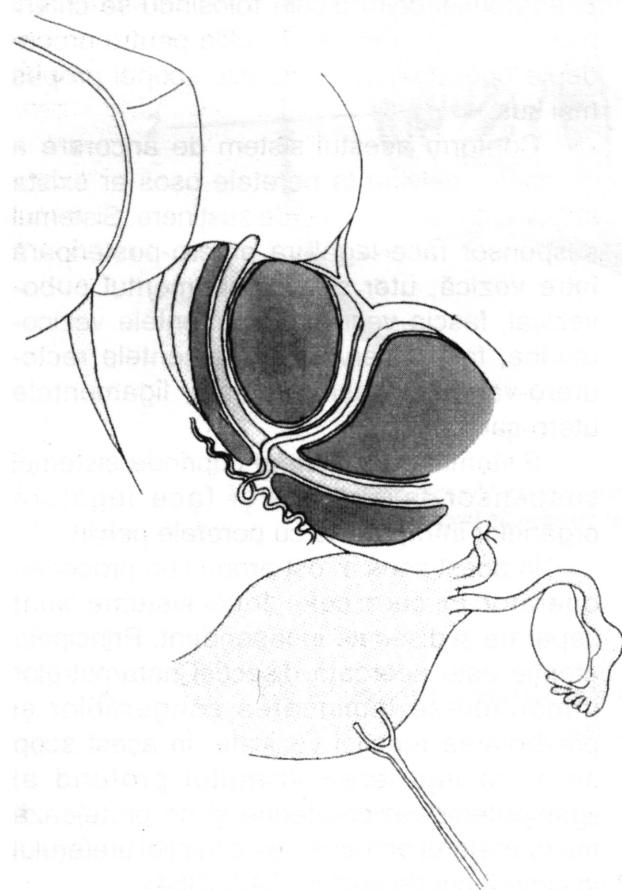


Fig.27 Disecarea celor 4 spații la nivelul parametrului.



Fig.28 Relațiile dintre mezoureter, ureter și organele din apropiere.

partea superioară a ureterului a limitat disfuncțiile urinare (fapt confirmat în 1984, prin cistometrie, de către M. Asmussen). Suntem convinși de limitarea disecției ureterului și am ținut cont de acest element tehnic și de avantajele sale începând cu ani în urmă.

Studii recente (F. Raspagliesi și col., 2004) prezintă tehnici ce au în vedere protecția nervilor în cursul HR practicată pentru cancerul colului în scopul reducerii morbidității terapeutice precoce. Controlul a fost orientat spre înregistrarea debutului golirii vezicale și evaluării volumului urinar rezidual. Timpul necesar efectuării tehnicii propuse a variat între 150 și 270 minute, cantitatea de sânge pierdută între 200 și 800 mL iar durata spitalizării între 5 și 16 zile. Autorii conchid că tehnica poate fi realizată în scopul prevenirii disfuncției vezicale precoce dar că sunt necesare studii ulterioare pentru confirmare.

Datele cuprinse în studiile citate reiau problema gradului radicalității chirurgie în cancerul colului. Această problemă este în continuare în dezbatere pentru că în publicații

la fel de recente nu se remarcă diferențe între diferite clase ale HR din punct de vedere al morbidității postoperatorii (346).

Concepția limitării selective a radicalității a fost demonstrată clar în cancerele mamar și vulvar. Pentru cancerul colului opiniiile sunt din ce în ce mai numeroase. Este cert că prezervarea formațiunilor nervoase amelioră rezultatele.

LIMFADENECTOMIA

Prin definiție, reprezintă exereza ganglionilor limfatici, vaselor limfatice și țesutului celulo-adipos suport (celulectomie parțială). Ganglionii parametriali sunt extirpați în cadrul HR (287).

Limfadenectomia chirurgicală este cel mai adekvat procedeu pentru evaluarea stării ganglionilor. Conform unor opinii, ar avea și valoare terapeutică. Prezența ganglionilor pozitivi și numărul lor influențează rata supraviețuirilor (214). Determinarea preoperatorie a stării ganglionilor nu este fiabilă. Cercetarea lor histologică este foarte importantă în evaluarea bolii invazive (315) (316).

Ganglionii limfatici reprezintă principala cale a diseminării în cancerul cervical. Acest adevăr justifică obligativitatea cunoașterii anatomiciei sistemului drenajului limfatic și a mecanismelor invaziei (249).

Limfaticele subepiteliale și periglandulare formează un sistem limfatic subseros.

Sistemul limfatic colector are 3 dispuneri:

- lateral, drenază spre ganglionii interiliaci, hipogastrici, obturatori;
- anterior, drenază spre ganglionii distali din lungul arterei iliace externe;
- posterior, drenază spre ganglionii rectali și subaortici.

Sistemul limfatic pelvin (ganglioni, vase aferente, vase eferente) este foarte bine reprezentat și are variante anatomice. Numărul mediu al ganglionilor limfatici pelvini este 50 (limite 40-95).

Prima "barieră" în diseminare este reprezentată de limfaticele pericervicale și cele din ligamentul larg.

Clasificarea TNM/FIGO (2002) a ganglionilor limfatici nu include starea

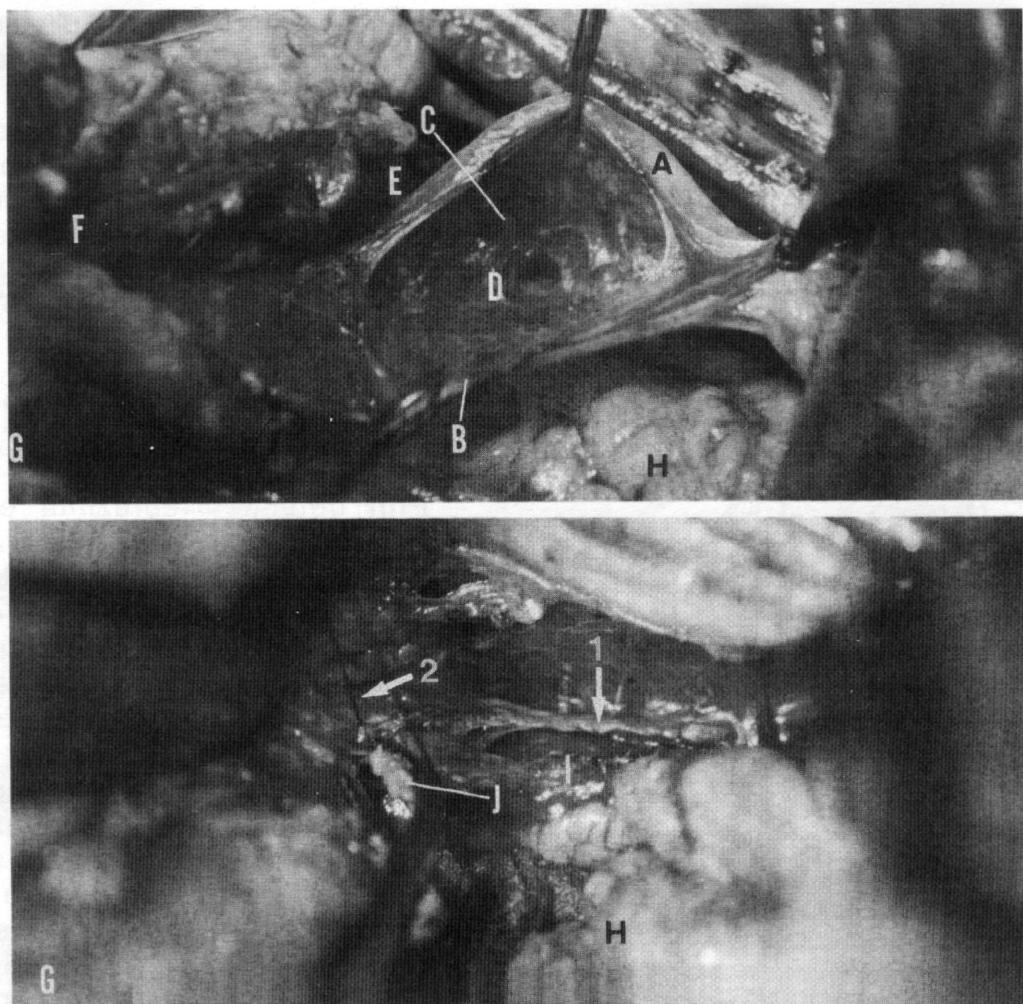


Fig.29 a,b Spațiu pararectal Okabayashi. Săgeata 1: Nervul hipogastric. Săgeata 2: Ligamentul lateral.
 A. Ureterul. B. Foia posterioară a ligamentului larg. C. Mezoureterul. D. Spațiu pararectal Okabayashi.
 E. Spațiu pararectal Latzko. F. Vezica. G. Uter. H. Rect. I. Mezorect. J. Ligament rectouterin

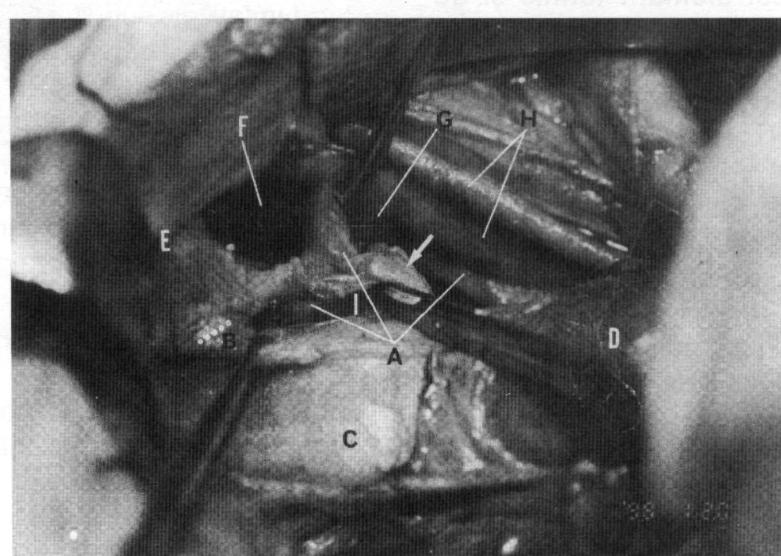


Fig.30 Al patrulea spațiu expus între stratul superficial al ligamentului vezico-uterin și ureter. A. Ureter.
 B. Strat superficial al ligamentului vezicouterin. C. Col uterin. D. Corp uterin. E. Vezică. F. Spațiu paravezical. G. Spațiu pararectal. H. Vase iliace externe. I. Al patrulea spațiu.

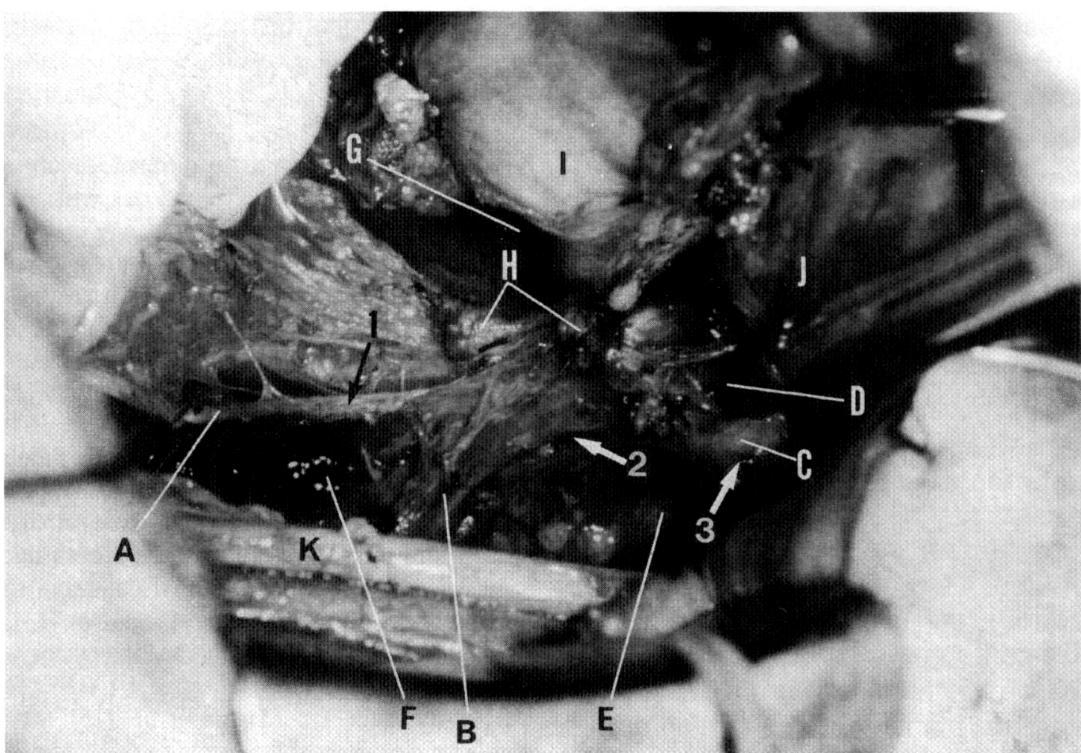


Fig.31. Perforarea reflectiei lamina ligamenti umbilicali lateralis. A. Ureter. B. Reflecția lamina ligamenti umbilicalis lateralis. C. Mezoureter. D. Vena uterină profundă. E. Vasele iliace externe. F. Uter. G. Rect. H. Spațiul paravezical

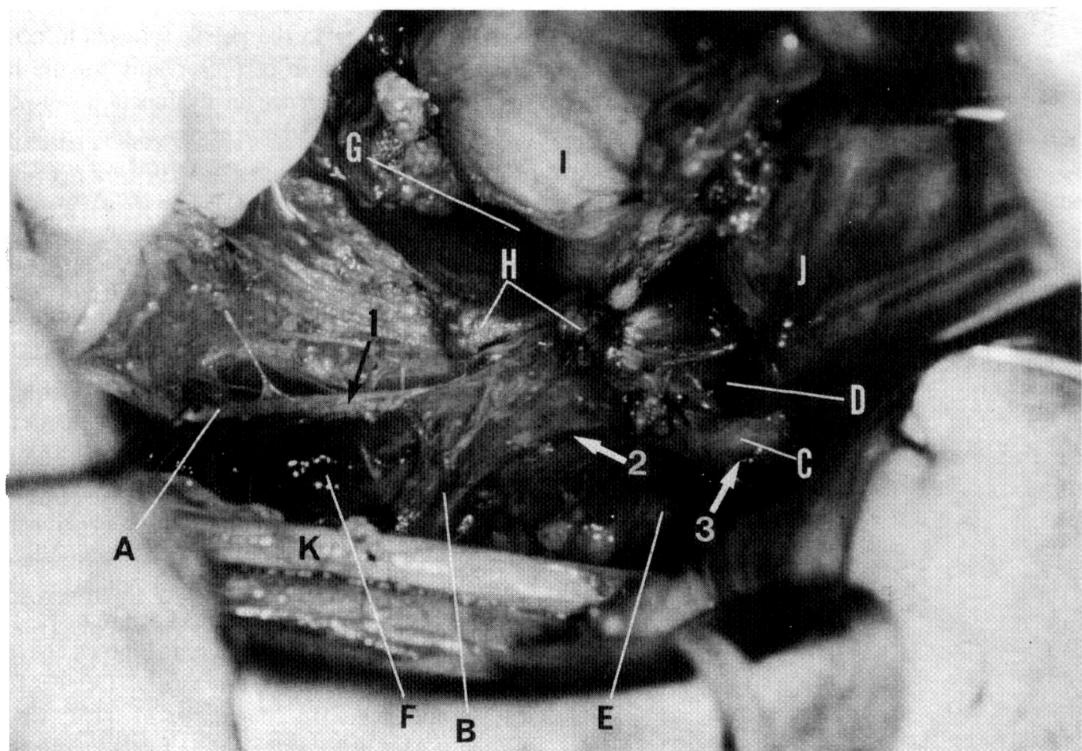


Fig.32 Inervatia autonomă în pelvis. A. Nervul hipogastric. B. Ligamentul lateral al rectului. C. Stratul profundal lui Okabayashi al ligamentului vezicouterin. D. Al 4-lea spațiu. E. Spațiul paravezical. F. Spațiul pararectal. G. Spațiul paravaginal. H. Bonturile ligamentului rectouterin. I. Uter. J. Vezică. K. Arteră iliacă externă

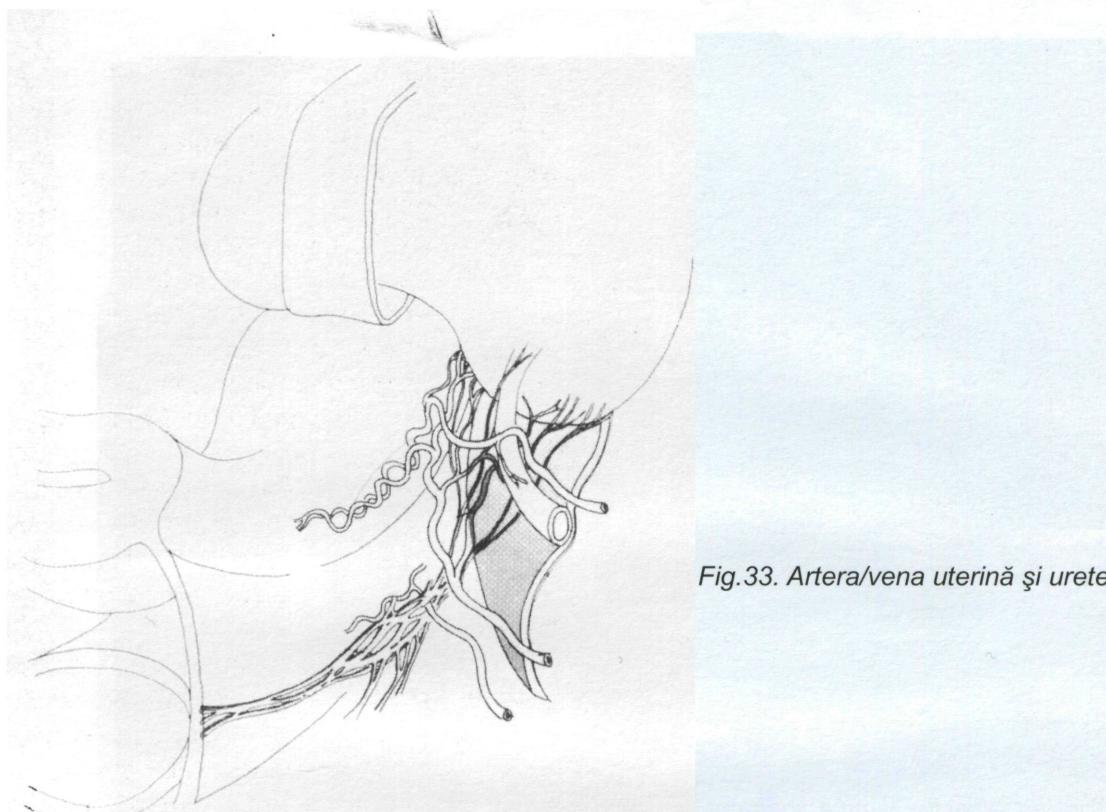


Fig.33. Artera/vena uterină și ureterul.

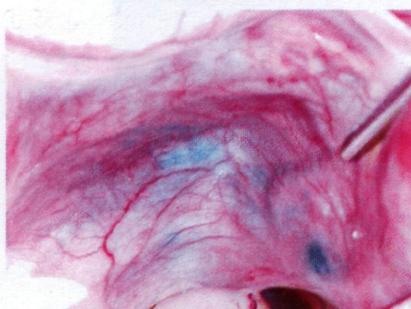


Fig.34.



Fig.35



Fig.36

Identificarea și extirparea ganglionului sentinelă este o metodă de diagnostic și tratament în oncologie și endocrinologie, care permite identificarea și extirparea adenomatoză la nivelul glandelor endocrinale sau a tumorilor cancerigene. Această metodă este utilizată în tratamentul cancerului de sân și cancerului de col uterin, precum și în tratamentul adenomatoză la nivelul glandelor paratiroidiene.

Figurile 34-36 reprezintă imagini cu ganglion sentinelă din cazuistica proprie.

ganglionilor chiar dacă ei reprezintă factori de prognostic:

- paracervicali
- parametriali
- hipogastrici (iliaci interni, obturatori)
- iliaci externi
- presacrați
- sacrați (laterali)
- paraaortici și inguinali (ganglioni distali).

Existența ganglionilor parametriali și paracervicali este discutabilă.

Cităm următorii factori de risc ai diseminării ganglionare:

- mărimea leziunii (stadiul IB) < 4 cm sau > 4 cm;
- profunzimea invaziei stromale ($\geq 2/3$) (145);
- microinvazia ganglionilor parametriali;
- tipul histologic (cancere cu celulă mică, anumite forme de adenocarcinom);
- ISVL (297).

Factorii de risc nu orientează asupra sediului ganglionilor interesanți.

Evaluarea preoperatorie dispune de US, CT, RMN, limfangiografie, tomografie cu emisie de pozitroni. Primele 3 metode au fiabilitatea cuprinsă între 57 și 85%. În stadiile precoce, ganglionii cu dimensiuni ≥ 15 mm sunt socotiti metastatici.

Din punct de vedere tehnic extirparea tuturor ganglionilor pelvini care ar putea fi invadăți este imposibilă. La această concluzie s-a ajuns cu mult timp înainte. Autorul, J.G. Clark, lucra la Johns Hopkins Hospital, în serviciul în care era şef Halsted. Clark propunea (1895) hysterectomia radicală, limfadenectomia, extirparea parametrelor și 1/3 superioară a vaginului.

Limfadenectomia completă sub nivelul iliacei comune reprezintă un scop major (86) (207) (214) (314). Există opinia conform căreia limfadenectomia pelvină nu are valoare la 80-90% din cazurile cu ganglioni negativi. Limfadenectomia pelvină este benefică în 50% dintre cazurile cu ganglioni pozitivi. Avantajul terapeutic este în raport cu numărul ganglionilor invadăți. În leziunile cervicale ≤ 2 cm poate fi constată absența metastazelor ganglionare (191). În literatură, în aceleași condiții, invazia este citată în 4,8 până la 6% din cazuri. În stadiul IB₁, forma scvamoasă, diametrul leziunii mai mic de 2 cm, ganglioni negativi și absența ISVL supraviețuirile la 5 ani pot fi 97,6% (W.K. Kinney și col. cit. de 191). Aceste constatări

argumentează limfadenectomia selectivă și implicit, practicarea chirurgiei mai puțin radicale.

Mulți practicieni apreciază că adenectomia este utilă în vederea realizării unei disecții adecvate la nivelul tumorii, cea mai importantă secvență a operației (339). Această concepție este valabilă în special în ce privește ridicarea țesutului limfatic din teritoriile hipogastric, obturator și presacrat.

La nivelul etajului iliac comun, țesutul adipos este bogat în ganglioni limfatici, inclusiv ganglionul Cunéo și Marcille, uneori plasat sub bifurcarea arterei sau extern ei. La încrucișarea cu ureterul, artera uterină are raporturi cu ganglionul limfatic satelit (Lucas-Championnière) și cu țesutul conjunctiv parametrial adiacent.

Înaintea realizării limfadenectomiei trebuie evidențiat cu precizie traiectul pelvin superior al ureterului, menținut acolat la foța ligamentului larg, permanent sub control.

Pozitia operatorului se schimbă în funcție de zona disecată. Limfadenectomia pelvină se începe prin ridicarea țesutului de la nivelul arterei iliace comune, de pe partea dreaptă și extern arterei iliace externe, pe mușchiul psoas.

Extrirea țesutului limfatic și adipos de pe fața superioară a arterei iliace externe trebuie să aibă în vedere prezența unui ram arterial ce se desprinde la aproximativ jumătatea traiectului. Acest ram trebuie legat pentru că poate produce hemoragii greu de controlat, o altă consecință fiind formarea de hematoame.

Disecția la nivelul venei iliace externe se face pe totă întinderea și cu mare prudentă dată fiind fragilitatea peretelui venos. Urmând fața inferioară a venei iliace externe se pătrunde în fosa obturatoare. "Ganglionul principal" (Peisser, T. Ionescu, Leveuf) se află între marginea inferioară a venei iliace externe, nervul obturator și arcada crurală. În cazuri accidentale, vena iliadică externă poate fi ligaturată (ramuri ale venei hipogastrice pot asigura circulația). Aderențele strânse ale ganglionilor la venă pot motiva renunțarea la limfadenectomie.

Limfadenectomia pelvină trebuie să fie efectuată obligatoriu în cadrul terapiei chirurgicale indicate în stadiile IB și IIA ale cancerului cervical. Cel puțin teoretic, în aceste stadii, invazia ganglionară este prezentă la

circa 20% dintre cazuri (diseminarea în stadiul IIA se dublează față de IB). La aceste paciente, prin completarea tratamentului chirurgical cu iradierea rata vindecărilor crește. Eficiența iradierii postoperatorii este crescută în cazurile în care s-a practicat limfadenectomia.

Sunt practicieni care efectuează examenul extemporanu al ganglionilor iliaci comuni. În cazul pozitivității, se trece la extirparea ganglionilor paraaortici (23) (296). În stadiul IB₁, ganglionii paraaortici nu sunt ridicati (chiar dacă se vorbește de invazia lor în 3% dintre cazurile din acest stadiu).

După extirparea uterului, E. Wertheim ridică ganglionii palpabili începând cu ganglionii iliaci comuni, continuând cu grupurile iliac extern, iliac intern, obturator, considerând că disecția ganglionară de rutină aduce o contribuție redusă la îmbunătățirea prognosticului.

Unii practicieni, după deschiderea ligamentului larg și evidențierea vaselor mari pelvine, realizează limfadenectomia, în următoarea ordine: grupul iliac extern, grupul iliac comun, hipogastric, obturator, presacrat și sacrat lateral (296).

Inainte de a efectua hysterectomy, J.V. Meigs a propus disecția întregii arii limfatice, inclusiv a țesuturilor adipos și conjunctiv din jurul vaselor mari și ureterului.

Ridicarea ganglionilor iliaci comuni și paraaortici furnizează elemente de prognostic necesare identificării cazurilor ce necesită iradierea postoperatorie. Superior arterei iliace comune și în zona paraaortică pot fi făcute prelevări și, cu eforturi speciale, pot fi extirpați ganglionii suspecti. Sunt practicieni care efectuează limfadenectomia paraaortică în toate cazurile. E. Burghardt constată că în cazurile cu ganglioni pelvini negativi prezența metastazelor în ganglionii paraaortici este de 2,5%. Dacă ganglionii pelvini sunt pozitivi, incidența invaziei paraaortici crește la 27%.

Cei care o practică, afirmă că disecția ganglionilor periaortici nu crește morbiditatea intraoperatorie și poate evita RT adjuvantă.

Limfadenectomia paraaortică rutinieră nu conferă beneficii terapeutice obligatorii. Invazia acestor ganglioni se produce, obișnuit, în condițiile invaziei ganglionilor pelvini, foarte rar direct. Când exsită condițiile aprecierii

intraoperatorii a stării ganglionilor pelvini (examen extemporanu) și aceștia sunt pozitivi, realizarea disecției paraaortice este utilă. În aceste condiții, iradierea poate fi extinsă pe câmpurile respective (339). De fapt, argumentul numărul 1 al celor ce efectuează disecția periaortică este stadalizarea mai precisă (dublată de un tratament mai eficient). Cel mai frecvent, limfadenectomia periaortică rutinieră nu conferă avantaje terapeutice. Frecvența invaziei de la IA₂ la IIA în ganglionii paraaortici crește de la 0 la 10%. Actualmente, cum s-a subliniat, se consideră că în 8 până la 15% dintre cazurile aflate în stadiul IB-IIA metastazele în acești ganglioni se pot produce direct (301). Practica personală nu include acest timp operator.

Pentru ganglionii ridicati în cancerul colului aspectele "tuberculoide" nu sunt exceptiunale și au fost atribuite bolii Besnier-Boeck (leziuni sarcoid-like).

A fost raportată realizarea laparoscopică a HRM și limfadenectomiei în stadiile precoce ale cancerului cervical. Dezavantajul major îl constituie durata mare a intervenției (7 ore și 40 de minute) într-un caz raportat de T. Jobling (1993). Cei care încearcă această tehnică au convingerea că se poate vorbi de un loc al chirurgiei laparoscopice dar că acest loc nu este, deocamdată, definit (149).

În 1967, FIGO sugera că pentru realizarea unei limfadenectomii adecvate, indiferent de volumul tumoral sau profunzimea invaziei, trebuie extirpați circa 20 de ganglioni.

Problematica actuală legată de limfadenectomie include următoarele capitole:

- conceptul GS;
- ce număr de ganglioni extirpați corespunde unei limfadenectomii adecvate;
- numărul minim (maxim) al ganglionilor examinați histologic pentru a determina *status-ul lor*;
- necesitatea limfadenectomiei paraaortice;
- introducerea tomografiei ganglionilor limfatici în practica obișnuită;
- metoda utilizată: laparoscopică sau *per laparotomie*.

A fost enunțată opinia conform căreia limfadenectomia pelvină poate fi realizată în totalitate. Experiența și antrenamentul chirurgilor duc la creșterea numărului ganglionilor extirpați (296).

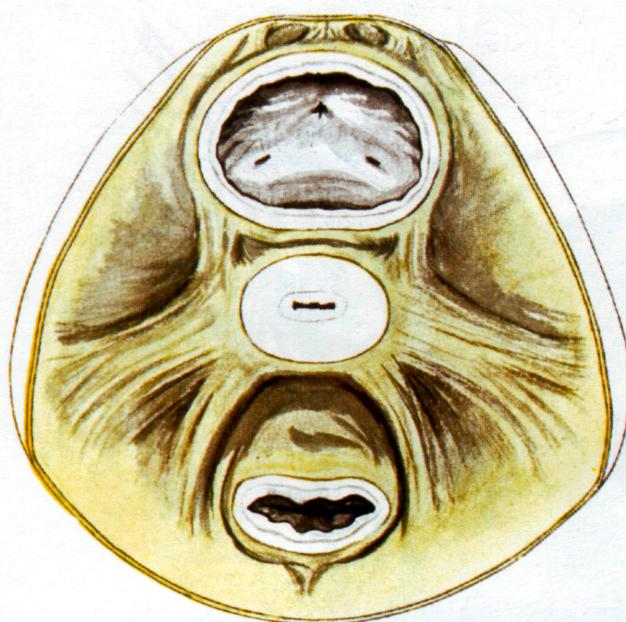


Fig.37. Ţesutul conjunctiv al pelvisului
(după McCall).

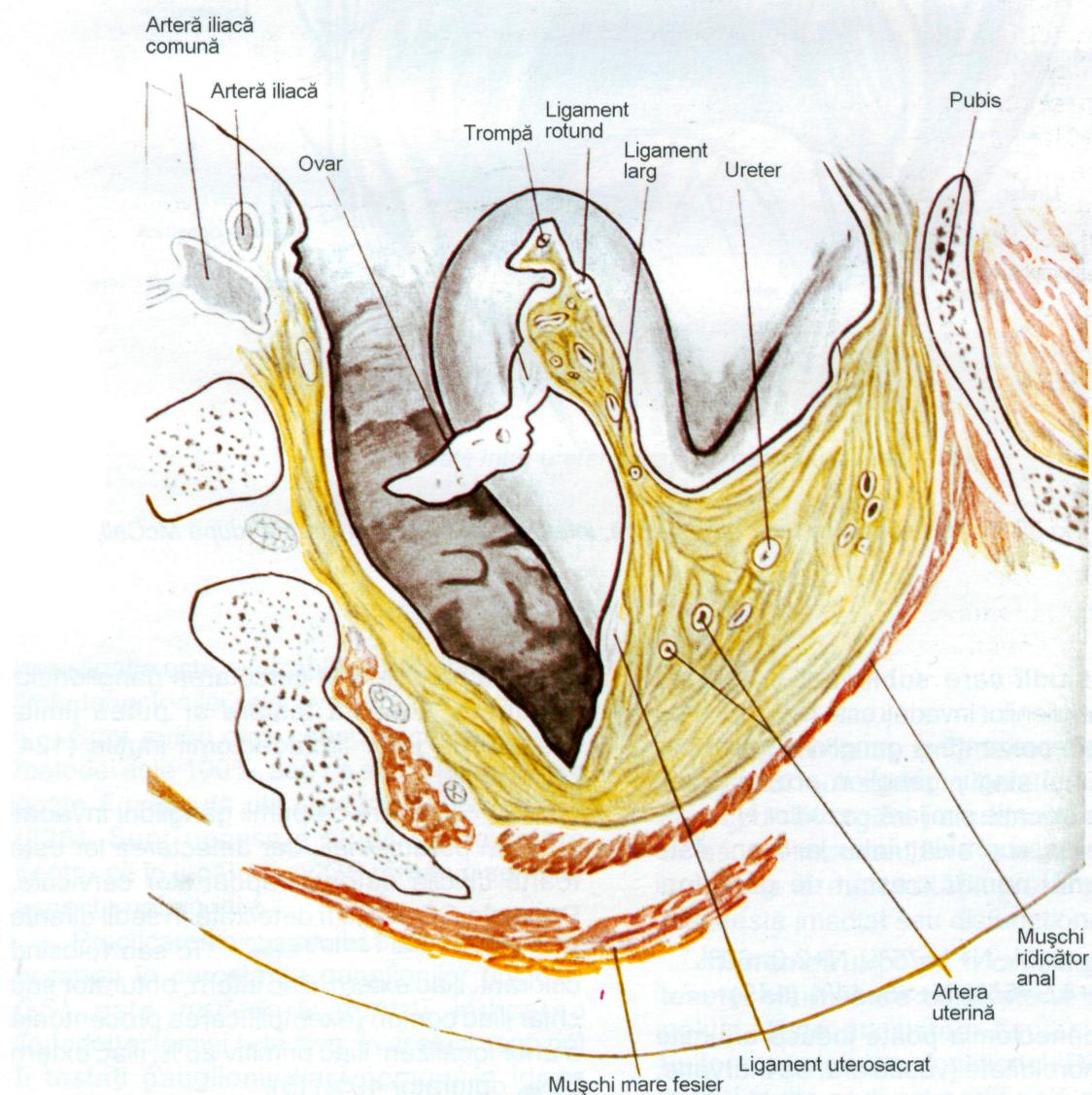


Fig.38. Ţesutul conjunctiv al pelvisului. Secţiune mediană (după McCall).

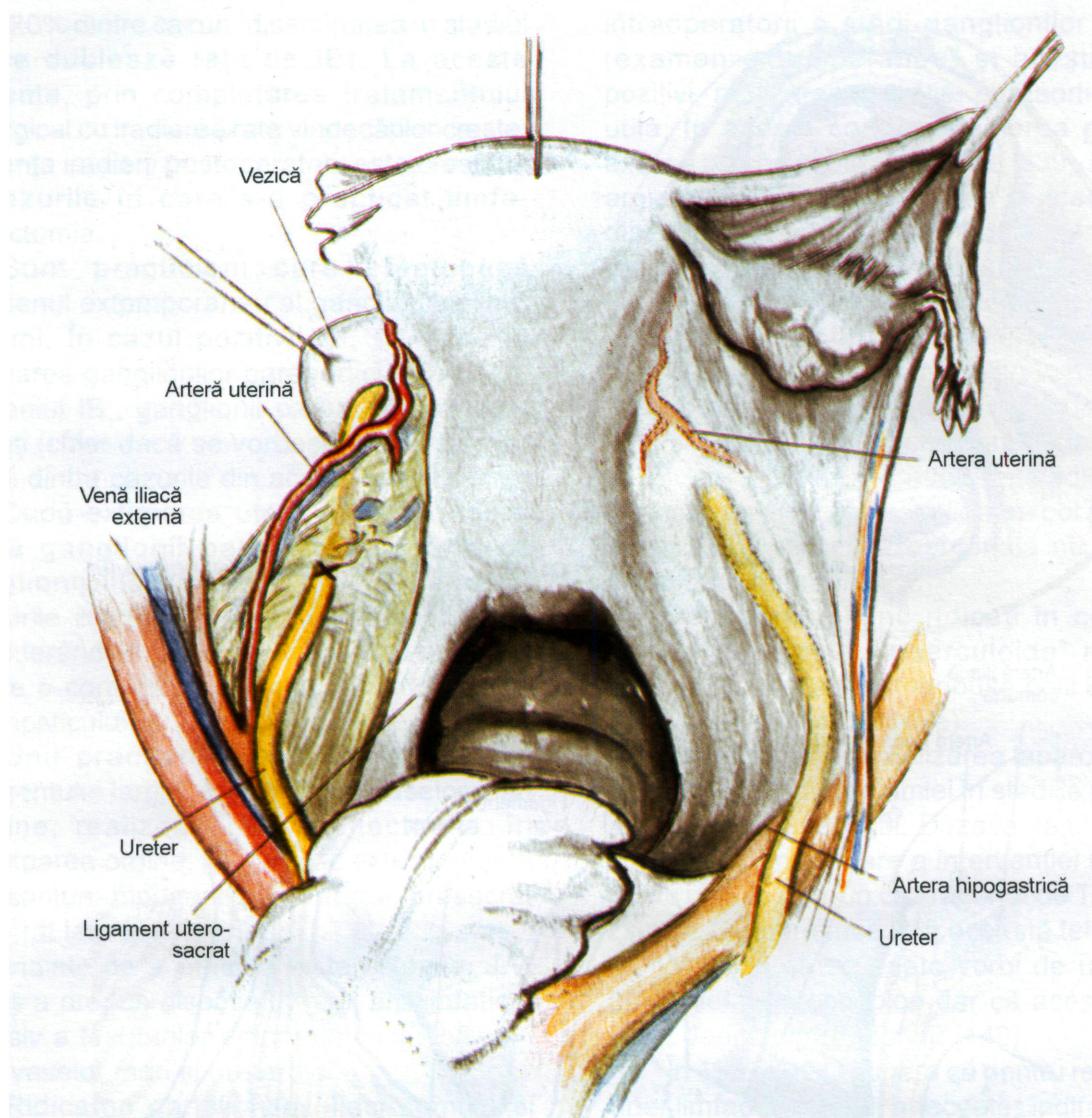


Fig.39 Relații tipografice între uter, vezică, intestin, ureter, arteră uterină (după McCall).

Sunt studii care subliniază faptul că numărul ganglionilor invadăți este mai important decât simpla prezență a ganglionilor pozitivi. Prezența unui singur ganglion pozitiv poate avea o semnificație similară cazurilor N₀.

Scăderea supraviețuirilor la 5 ani este asociată unui număr crescut de ganglioni invadăți:

$$\begin{aligned} N_0 &= 91\%, \quad N+1 = 75\%, \quad N+2,3 = 60\% \\ N+4,5 &= 55\% \quad N+>5 = 14\% \quad (145) \end{aligned}$$

Limfadenectomia poate induce anumite forme de morbiditate (vasculară, de inervație, formare de chisturi). S-a pus problema unor limfadenectomii inutile și, de asemenea,

varianta recurgerii la cercetarea ganglionului santinelă. Această testare ar putea limita practicarea unor limfадектомii inutile (124) (191) (316).

Se consideră că primii ganglioni invadăți sunt cei parametriali, dar detectarea lor este foarte dificilă datorită rapoartelor cervicale. Prezența GS poate fi detectată în sedii diferite prin metoda cu radiotrasor ⁹⁹Tc sau folosind colorant: iliac extern, iliac intern, obturator sau chiar iliac comun (exemplificarea procentuală a unor localizări: iliac primitiv 26%, iliac extern 69%, obturator 49%) (5).

Deși am încercat detectarea GS pe un număr redus de cazuri considerăm că această

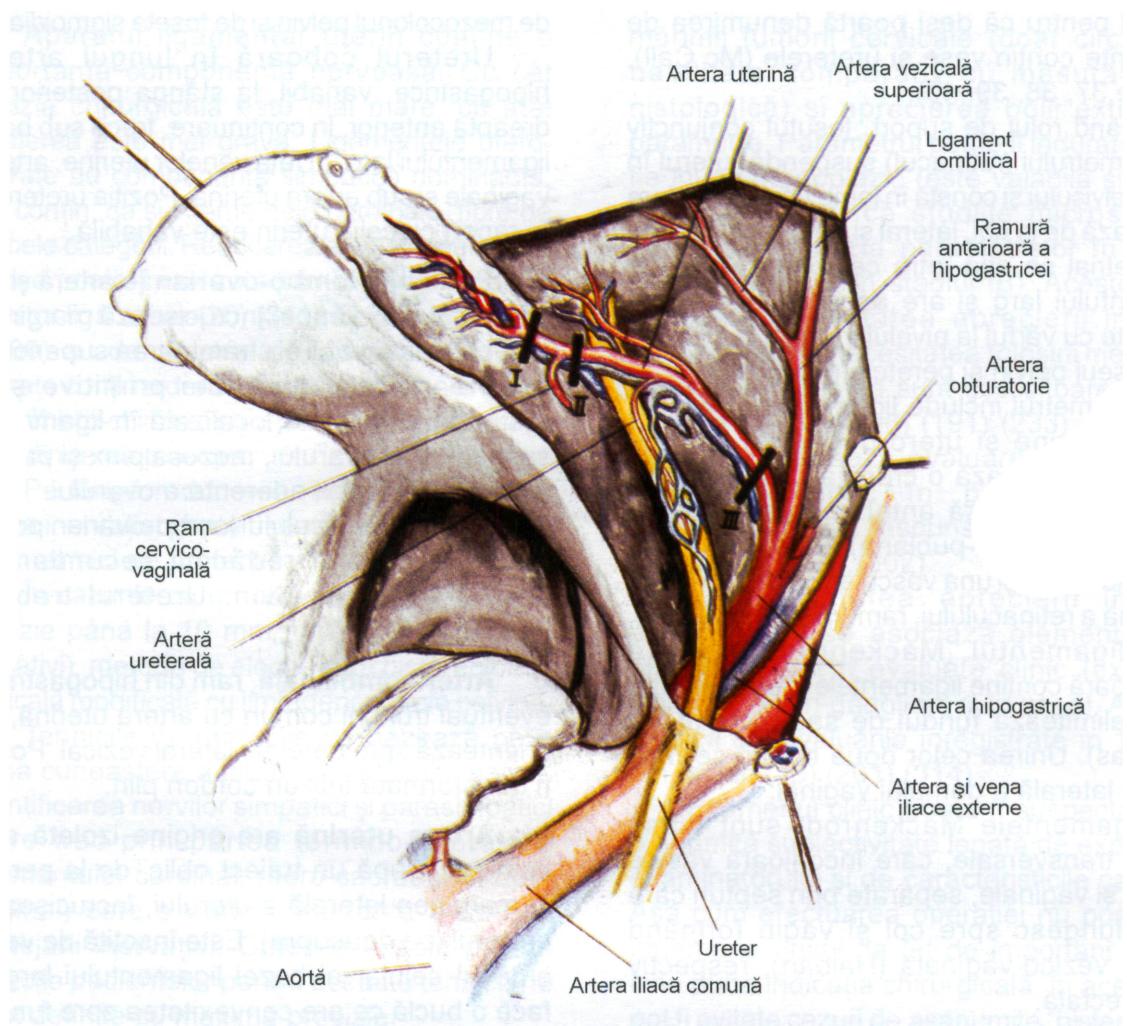


Fig.40 Relații între ureter și vasele uterine (după McCall).

investigație este realizabilă și utilă în indicarea limfadenectomiei selective. (figurile 34, 35, 36)

Sunt autori care constată că acuratețea metodei este 100%, sau că această acuratețe poate fi crescută utilizând imunohistochimia (226). Sunt necesare studii suplimentare pentru că în legătură cu GS rămân o serie de aspecte nelămurite.

Practicarea examenului histologic extemporanu în cercetarea ganglionilor (inclusiv GS) este necesară pentru indicarea limfadenectomiei selective. În același scop pot fi testați ganglionii iliaci comuni în ideea indicației privind disecția periaortică.

PARAMETRUL

Deși problema limfadenectomiei pelvine ocupă mai mult spațiu în literatură comparativ cu timpul chirurgical parametrial, acesta este un aspect important fiind în relație cu posibila inducere a morbidității uretero-vezicale, manifestă imediat sau disfuncțional tardiv.

Parametrul poate fi considerat ca fiind țesutul situat între colul uterin și peretele pelvin. Este un sistem tisular conjunctiv uniform anatomic și funcțional. Diferențierea în mai multe părți este artificială și justificată din punctele de vedere clinic și operator în

special pentru că deși poartă denumirea de ligamente conțin vase și uretere (Mc Call). (figurile 37, 38, 39, 40)

Având rolul de suport, țesutul conjunctiv al parametrului (retinacul) suspendă uterul în rama pelvisului și constă în lame fibro-vasculare ce radiază de la col, lateral și posterior. Țesutul parametrial se află între cele două foile ale ligamentului larg și are aspectul unei pane orientate cu vârful la nivelul trompei și cu baza la planșeul pelvin și peretele pelvin lateral.

Parametrul include ligamentele rotunde, vezico-uterine și utero-ovariene. Lamele celulare desenează o cruce a cărei porțiune lungă este dispusă antero-posterior (lame sacro-recto-genito-pubiană) și separă o lojă viscerală intern și una vasculară extern. Partea mediană a retinaculului, ramura scurtă a crucii, este ligamentul Mackenrodt iar cea posterioară conține ligamentele utero-sacrate, care delimită fundul de sac recto-uterin (Douglas). Unirea celor două ramuri se face pe față laterală a domului vaginal.

Ligamentele Mackenrodt sunt mase dense, transversale, care încadrează vasele uterine și vaginale, separate prin septuri care se prelungesc spre col și vagin formând fasciile vezico-vaginală (Halban), respectiv latero-rectală.

Ligamentele vezico-uterine (componenta anteroară a retinaculului) conțin ureterele, ramurile vezicale din artera uterină, artera vezicală inferioară și plexul venos corespunzător. Aceste ligamente sunt dispuse parțial de la vezică direct la col, având și o fuziune spre porțiunea mediană a parametrului.

Uterul și ligamentele largi împart cavitatea pelvină într-o fosă anteroară (pre-uterină) și una posteroară, fosa pelvină propriu-zisă, ocupată în mare parte de rect.

Ligamentele largi au foile dublate de elemente conjunctive și musculare cu punct de plecare straturile superficiale ale mușchiului uterin. Aceste formațiuni fibro-musculare se grupează la baza mezo-salpinxului, în jurul trompei și vaselor sale, în pedicul ovarian și în lungul marginii laterale uterine.

Ureterul este aderent la foia posteroară a ligamentului larg. Subperitoneal, la nivelul promontoriului, la stânga, se observă vena iliocă primă stângă, iar la dreapta, ureterul drept. La stânga, rapoartele ureterului sunt complicate

de mezocolonul pelvin și de foseta sigmoidiană.

Ureterul coboară în lungul arterei hipogastrice, variabil, la stânga posterior, la dreapta anterior. În continuare, trece sub baza ligamentului larg, în față venelor uterine, arterei vaginale și sub artera uterină. Poziția ureterului în raport cu colul uterin este variabilă.

Pediculul lombo-ovarian (o arteră și un important plex venos) încrușează marginea internă a psoasului și strâmtoarea superioară înaintea bifurcării iliacei primitive și a ureterului. Apoi este localizată în ligamentul suspensor al ovarului, mezosalpinx și partea externă a marginii aderente a ovarului.

Ligatura pediculului lombo-ovarian poate necesita clivajul rădăcinii secundare a mezocolonului pelvin. Ureterul trebuie identificat.

Artera ombilicală, ram din hipogastrică, eventual trunchi comun cu artera uterină, se orientează spre peretele lateral vezical. Poate fi transformată într-un cordon plin.

Artera uterină are origine izolată sau comună. După un traiect oblic, de la perete la marginea laterală a uterului, încrușează ureterul (pe deasupra). Este însotită de vene și țesut celular al bazei ligamentului larg și face o buclă ce are convexitatea spre fundul de sac vaginal, la circa 15 mm superior și extern. La acest nivel, spațiul este cuprins de țesut dens parametrial în care se găsesc ramuri vaginale și vezicale. Se orientează între foile ligamentului larg, ascendent, furnizând ramuri colaterale ureterale, vezicale și vaginale, uterine, tubare, ovariene.

Artera hipogastrică se desparte (după un traiect de 2-4 cm) într-un trunchi posterior, de calibru mai mare, care ieșe din pelvis prin gaura sciatică și dă ramurile parietale și unul anterior care emite următoarele colaterale: ischiatrică, rușinoasă internă, obturatoare și viscerale. Vena hipogastrică dreaptă se află extern arterei, cea stângă posterior arterei.

O secțiune frontală a parametrului pune în evidență cele două componente ale sale:

- porțiunea superioară care conține structuri vasculare, țesut adipos, țesut lax și
- porțiunea inferioară, mai dură, conținând țesut conjunctiv dens și fibrele nervoase ale porțiunii mijlocii a plexului hipogastric inferior.

Aparatul ligamentar uterin conține o importantă componentă nervoasă. Cu cât excizia chirurgicală este mai mare, cu atât injurarea este mai gravă. Ligamentele utero-sacrate au componentă simpatică dominantă, dar conțin, ca și ligamentele cardinale, fibre de ambele categorii. Reducerea efectelor nervoase nocive poate fi realizată prin limitarea rezecției acestor ligamente (20) (341). S.A. Butler și col. (2000) au demonstrat că ligamentele utero-sacrate conțin o densitate nervoasă mare (studii imunohisto-chimice) și au pus acest fapt în relație cu extinderea disecției.

Pe lângă reducerea radicalității, prezerarea inervării poate fi realizată prin folosirea unor tehnici de protecție.

În cazurile cu un risc scăzut (IB₁, <2 cm, invazie până la 10 mm, fără ISVL, ganglioni negativi), metoda de eșecție este histerectomia radicală modificată cu limfadenectomie pelvină.

Tehnicile de protecție se bazează pe o bună cunoaștere a anatomiei plexului pelvin. Identificarea nervilor simpatici și parasimpatici (care trec prin partea termino-laterală a ligamentului cardinal, utero-sacrat și vezico-vaginal) este o parte importantă a tehnicii protejării inervării. Criteriile exacte privind selecția pacientelor pentru această tehnică nu sunt definite cu maximă precizie.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL: DIAGNOSTIC, INDICAȚII, EVALUARE PREOPERATORIE, DATE PRIVIND TEHNICA, INCIDENTE ȘI COMPLICAȚII

Diagnostic

Aprecierea volumului tumorii primare și a invaziei se realizează, ușual, prin examen clinic (86) (191) (233). Considerăm că un ginecolog chirurg nu trebuie să pună problema operației extinse înainte de a avea convinserea că există posibilitatea reală de a ridica tumoră centrală cu margini de siguranță adecvate.

Volumul tumorii reprezintă un parametru foarte important în controlul bolii și un predictor independent al supraviețuirilor. Examenul fizic (EV, EVD, ER) este marcat de două elemente de imprecizie: departajarea cazurilor pe baza

mărimii tumorii cervicale (doar circa 60% fiabilitate comparativ cu măsurătoarea histologică) și aprecierea bolii extinsă în parametre. Parametrul poate fi indurat fără să fie invadat neoplazic (este valabilă și relația inversă, pentru că studiile microscopice de celează invazia parametrelor în cazuri considerate a fi în stadiul IB). Aceste studii confirmă dificultatea aprecierii invaziei parametrelor și necesitatea folosirii metodelor imagistice. Acestea sunt costisitoare și au o fiabilitate redusă (86) (191) (233). CT, RMN, US nu ameliorează evaluarea realizată de examenul clinic în privința invaziei parametrelor și a răspunsului la tratamentul radiologic primar (202).

La dificultatea aprecierii invaziei parametrale se associază elemente care oricum nu pot fi evaluate clinic (exemplu: diseminările în ganglioni și în vase). Aceasta explică subevaluările înregistrate în 10-25% din cazuri (13) (201) (314).

Examenul clinic poate fi suspectat și de o anumită subiectivitate legată de experiența examinatorului și de caracteristicile cazurilor. Așa cum efectuarea operației nu poate fi la îndemâna oricui, la fel de important este și cine pune indicația chirurgicală. În acest mod pot fi evitate cazuri de aşanumite "histerectomii radicale avortate" (8% în unele publicații) efectuate în cazuri cu indicații discutabile (170). În serii în care s-a făcut și o corelare chirurgicală, acuratețea stadializării clinice se situează în zona 64-68% (202).

Sistemul utilizat este cel stabilit de FIGO (1994). Acest sistem nu încorporează variații prognostice importante (exemplu invazia limfatică) și nu este un ghid precis privind indicațiile terapeutice (exemplu: dacă în stadiul IA₁ leziunile pot fi tratate conservator, în stadiul IA₂ tratamentul trebuie individualizat). De fapt, în decursul anilor, au fost formulate diferite modificări în definirea stadiului I. Chiar dacă în stadiul IA elementul clinic nu operează, definirea cancerului microinvaziv trebuie să preciseze aspecte care ar putea constitui riscuri ale recurențelor: invazia parametrelor, metastaze în ganglionii pelvini, leziuni la nivelul 1/3 superioare a vaginului. Diagnosticul preoperator al stadiului IA₂ al carcinomului scădam este dificil și crează probleme în perspectiva tacticii terapeutice (163).

Inspeția colului permite constatarea unuia dintre cele trei aspecte macroscopice descrise în mod tradițional: vegetant (exocervical, cel mai comun), ulcerat, infiltrativ (endocervical). S-au făcut studii privind prognosticul în raport cu tipul macroscopic desigur, într-un context general. S-a constatat că tumorile exofitice voluminoase (> 4 cm) au aceleași caracteristici (morbidity chirurgicală, supraviețuire fără semne de boală) cu cele mai puțin voluminoase și pot fi indicații pentru tratament chirurgical primar (341).

Examenul histologic, realizat prin prelevarea biopsiilor, furnizează diagnosticul definitiv. Dirijată colposcopic, biopsia deține o mare fiabilitate. Chiuretajul endocervical este considerat investigație de rutină în cazul frotiurilor anormale și este agreat de ginecologii mai puțin experimentați ori de către cei care nu dispun de metode de investigare sau nu practică o prelevare prin conizație atunci când această manevră se impune. Interpretarea histologică a specimenului furnizat de conizație este foarte importantă pentru că pe piesele de histerectomie, după conizație, pot fi constatate leziuni reziduale. Conizația poate crește frecvența morbidității induse de HR și poate favoriza prezența marginilor pozitive și diseminările ulterioare (303).

În unele cazuri, buletinul anatomo-patologic poate indica un cancer invaziv pe o piesă de histerectomie efectuată pentru o afecționă benignă. În fața acestei surprize, trebuie adoptată o conduită care depinde de profunzimea invaziei. Dacă leziunea este în stadiul IB, se poate indica terapia intracavitară cu cesiu, cu sau fără iradierea pelvină completă. Această terapie poate fi urmată de o operație de completare (extirparea parametrelor, colpectomie, limfadenectomie pelvină bilaterală și biopsie paraaortică selectivă).

Evaluare preterapeutică

Indicarea diverselor metode de explorare complementare examenului clinic trebuie să fie selectivă în sensul utilității reale. Cu alte cuvinte, nu este necesar ca fiecare caz să fie încadrat automat într-o lungă listă a procedeelor preoperatorii, atitudine care ar fi neeconomică, uneori inutilă și chiar nocivă. Se subînțelege că vor fi practicate investigațiile comune oricărei evaluări în perspectiva intervenției.

Operabilitatea cancerului cervical este dependentă de gradul extensiei procesului în afara colului. Volumul tumorăl este un element de importanță majoră. Nu trebuie operate decât cazurile în care avem convingerea că poate fi ridicată tumoră centrală cu margini adecvate de țesut normal peritumoral. RT postoperatorie nu trebuie să constituie miza eliminării țesutului tumorăl rezidual unei rezecții incomplete.

Detectarea invaziei vezicale este importantă nu numai la nivelul mucoasei ci și în straturile externe ale peretelui, informație ce nu poate fi obținută cu ajutorul cistoscopiei (se recurge la sonografia transvaginală).

RMN este utilă în aprecierea anatomiei normale a organelor feminine ale reproducerii și a proceselor maligne uterine. Pot fi decelate volume tumorale mai mari decât cele evaluate clinic. Imaginele furnizate prin RMN informeză în majoritatea cazurilor în legătură cu invaziile endometriale sau vaginale, dar relațiile obținute pot fi influențate de posibile reacții inflamatorii, vasculare sau limfatice.

Pacientele în vîrstă avansată, obeze, diabetice, cardiopate sau cu "performanțe medicale" modeste vor fi evaluate foarte strict. În general, în actualitate, sănătatea geriatrică a crescut ca interes pentru ginecopate. Analizată ca factor separat, vîrsta nu reprezintă un risc chirurgical (paciente selectate) (vîrsta de referință 65 de ani) și nu se constată diferențe în privința morbidității, duratei operației, pierderilor de sânge (317).

Deși sunt practicieni care nu constată diferențe prea mari între obeze și normoponderale privind complicațiile intra- și postoperatorii consider că la obeze durata operației este mai mare, cantitatea de sânge pierdută, de asemenea, morbiditatea febrilă și frecvența complicațiilor medicale superioare. În aceste condiții, mai ales când din punct de vedere al dotării sălii de operații nu dispui de condiții optime este mai bine să fie indicată RT primară.

Pregătirea preoperatorie propriu-zisă cuprinde evacuarea intestinului (element important, care dacă nu este bine controlat duce la o limitare a câmpului operator, traumatisme inutile, prelungirea duratei operației, enervare etc.), administrarea profilactică a antibioticelor, heparinei,

corectarea patologiei medicale asociate, aseptizarea vaginului (soluție iodată și meșaj, care nu trebuie să fie prea strâns pentru că poate favoriza modificarea rapoartelor anatomicice).

Elementele descrise reprezintă, de fapt, evaluarea riscurilor (inclusiv anestezice) și obligativitatea reducerii lor. Urmează fixarea datei operației și respectarea ei. Pacienta va fi antrenată într-o discuție în care îi vor fi explicate scopul operației, consecințele, beneficiile, risurile. Această pregătire "psihologică" este importantă și trebuie dublată de acordul pacientei în sensul acceptării intervenției. Prepararea psihologică poate fi asigurată de un specialist. Gradul anxietății este în raport cu lipsa de informare (125).

Perioada postoperatorie începe în momentul în care bolnava este coborâtă de pe masa de operații (se pot produce incidente din acest moment). Vor fi controlate o serie de "amănunte", activitate în care rolul personalului mediu este foarte important: pansament, sondă vezicală, perfuzii (transfuzii), respirații, tensiune arterială, puls, drenaj, farmacoterapie etc.

Date privind tehnica

În stadiile precoce ale cancerului cervical (IB și IIA), chirurgia face parte din tratamentul primar. În final, alegerea metodei este rezultatul raționamentului clinic, opțiunea făcându-se între chirurgie și RT, controversele menținându-se timp de decenii.

Cele mai importante principii în opțiunea terapeutică sunt eficiența și ratele morbidității și mortalității. Tratamentul chirurgical oferă informații precise privind invazia neoplazică și existența eventualelor leziuni asociate. Aceste date sunt utile pentru stabilirea prognosticului și pentru identificarea cazurilor ce prezintă riscuri mari de persistentă a bolii și care necesită terapii adjuvante. Aceste cazuri vor fi dispensarizate diferit (ritm și conținut).

În premenopauză, funcția ovarelor (normale) poate fi prezervată (10) (16) (86) (178) (309). Ovarul și trompa sunt sedii neobișnuite pentru metastaze în stadiile IB și IIA. Cu toate acestea, decizia conservării ovarelor trebuie analizată cu atenție. În practica proprie, tehnica include anexectomia bilaterală.

Problema prezervării ovarelor poate fi pusă din mai multe motive:

- ca avantaj al tratamentului chirurgical la femeile tinere;
- evitarea terapiei hormonale de substituție;
- ca răspuns la controversele privind calitatea funcției ovariene după HR (menopauza precoce se instalează după câțiva ani de la operație și crește în raport direct cu trecerea anilor). Se poate instala aşanumitul "sindrom al ovarelor reziduale" (aderențe, chisturi, pelvialgii).

După tratamentul chirurgical nu se observă efectele nocive pe care RT le induce (vasculare, vezicale, intestinale, vaginale etc.).

Din punct de vedere al beneficiului psihologic, s-a constatat că multe paciente preferă să aibă tumora extirpată și sunt reconfinate de poziția chirurgului în legătură cu reușita intervenției și absența extensiei bolii. Indicațiile corecte și realizarea tehnicii în condiții normale asigură morbiditatea redusă. Acest adevăr este o realitate atunci când operația este efectuată de chirurgi antrenați.

Procedeul tip (colpo hysterectomy lărgită abdominală) (HRA) descris de Wertheim (1898) presupunea extirparea uterului și a țesuturilor existente intern ureterelor fără limfadenectomie pelvină de rutină.

În practică au fost introduse variante ale operației propuse de E. Wertheim, fapt ce a favorizat o anumită confuzie în aprecierea radicalității. În 1974, la M.D. Anderson Hospital (Houston, Texas), M.S. Piver, F.N. Rutledge și P.J. Smith au propus 5 clase de hysterectomy extensivă pentru cancerul cervical.

Clasa I este o hysterectomy totală extinsă prin ridicarea unei porțiuni reduse din parametru, utilizată primar pentru carcinomul microinvaziv și pentru adenocarcinoamele endocervicale după iradiere.

Clasa II (operația Wertheim, modificată de Te Linde) constă în ridicarea unei porțiuni mai mari a parametrelor, ligatura arterei uterine, fără disecția ureterului la nivelul ligamentelor vezico-uterine, extirparea ganglionilor voluminoși (limfadenectomia rutinieră nu facea parte din tehnica propusă de Wertheim). Ligamentele utero-sacrate

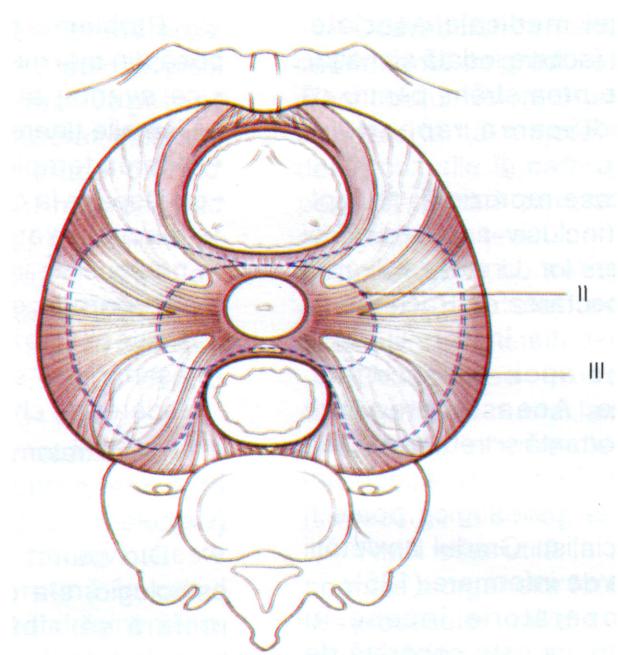


Fig.41 Clasele II și III (după Rutledge).

sunt disecate până la jumătatea distanței uter-sacrum; se extirpă și treimea superioară a vaginului.

Clasa III (operația Meigs) realizează excizia parametrelor și țesutului paravaginal, limfadenectomia pelvină și este denumită și hysterectomia radicală standard. Această operație este practicată în toată lumea pentru stadiile IB sau IIA.

Decizia privind efectuarea operației de clasa II sau pe cea de clasa III este importantă. În unele țări, operația de tip II (HR modificată) este combinată cu limfadenectomia pelvină bilaterală și constituie terapia standard pentru stadiile precoce.

Clasa III are popularitate în Vest (influența lui Meigs) și în Orient (influența lui Okabayashi). Această intervenție este inspirată de principiul halstedian conform căruia leziunea trebuie ridicată în bloc împreună cu limfaticele.

Adepuii HRM consideră că riscul diseminării este redus (confirmare histologică), iar păstrarea unei părți din parametre scade frecvența complicațiilor urinare prin prezervarea inervației (86).

Clasa IV își propune disecția completă a ureterului, sacrificarea arterei

vezicale superioare, excizia uterului și a parametrelor, a 3/4 din vagin și limfadenectomia completă.

Clasa V, foarte rar utilizată, este și mai radicală: extirpă uterul, parametrele, porțiuni din ureterul terminal, din vezică sau rect, ganglionii (este, de fapt, o exenterație parțială).

Indiferent de variantă, rezecția parametrelor și limfadenectomia pelvină sunt comune. Principalul scop al operației trebuie să fie realizarea unei disecții centrale adecvate (margini de siguranță în țesut sănătos). În multe cazuri, operația standard este aplicată leziunilor indiferent de volum. Chiar dacă frecvența invaziilor ganglionare variază în limite mari, de multe ori se practică limfadenectomia standard. Deși este marcată de unele dificultăți, selectarea cazurilor în perspectiva chirurgiei mai puțin radicale este un deziderat.

Investigarea sistematică a țesutului parametrial s-a făcut în prima parte a secolului XX apoi a fost părăsită datorită folosirii RT pe scară largă.

Importanța parametrului ca factor de prognostic în cancerul cervical este bine documentată dar evaluarea precisă a infiltrației tumorale este dificilă.

În stadiul IB, cazurile fără factori de risc convenționali au supraviețuire de 90-95%. Cele aproximativ 10% ar putea exprima lipsa detectării invaziei parametrului la examenul histologic.

Extinderea tumorala în parametru este în strânsă legătură cu diseminarea ganglionară. Atunci când cancerul este diseminaț în parametru, grupul obturator este, în general, primul și cel mai comun sediu al invaziei ganglionare, urmat de grupul iliac intern (366).

Deci, ganglionii obturatori trebuie extirpați în cursul tratamentului chirurgical indicat în cancerul colului. În aceste condiții, ganglionii obturatori ar putea fi considerați ganglioni santinelă.

M.-S. Yen și col. au descris căi specifice pentru diseminare, cea mai comună fiind cea directă de la stroma cervicală în țesutul paracervical (celelalte zone invadate rezultând pe căile paravaginală și paracorporeală). Altfel spus, invazia tumorala în parametru progresează în special lateral și inferior. Conform acestor investigatori, parametrul trebuie disecat larg, către peretele pelvin și spre planșeul pelvin în scopul "ridicării" celulelor tumorale din partea profundă a

parametrului. Bineînțeles, această opinie este diferită față de altele.

Aceeași autori propun o teorie conform căreia între tumoră și ganglionii pelvini se dezvoltă un sistem de microcirculație, condiții în care chimioterapia s-ar plasa pe prim plan în cadrul terapiei adjuvante a cancerului cervical.

Vom face descrierea succintă a unor tehnici propuse în timp. Operația **Wertheim** avea drept scop extirparea uterului și anexelor, a unei părți din țesutul conjunctiv parametrial și paravaginal, segmentul vaginal superior, ganglionii voluminoși. Iată care sunt timpii operației, aşa cum sunt descriși în tratatul lui Martius:

- secționarea peritoneului vezico-uterin și decolarea vezicii;
- ligamentele rotunde și lombo-ovariene;
- deschiderea ligamentului larg și disecția porțiunii pelvine a ureterului;
- ligatura arterei uterine și disecția țesutului parametrial adjacente;
- completarea disecției ureterelor;
- secționarea peritoneului posterior, decolarea rectului;
- secționarea ligamentelor utero-sacrate;

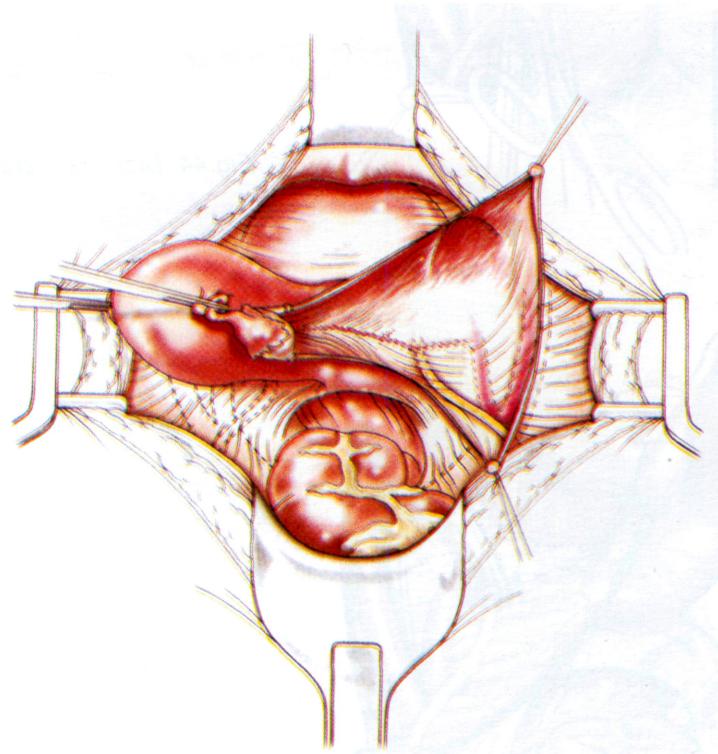


Fig.42 Secționarea ligamentului rotund și deschiderea ligamentului larg.

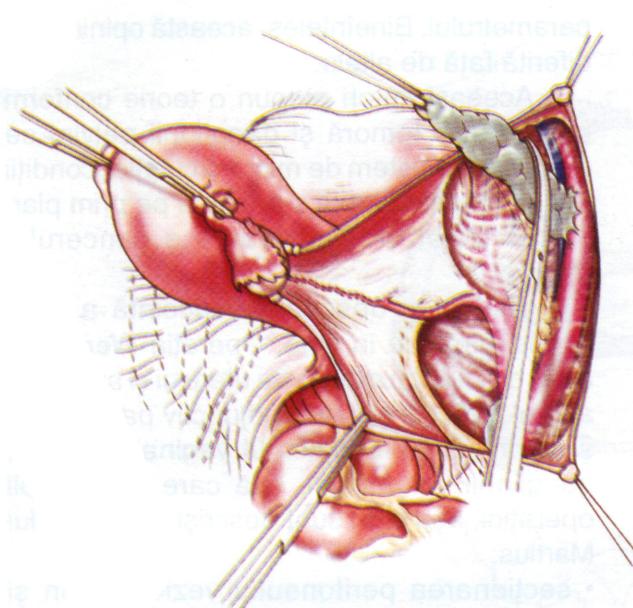


Fig.43. Limfadenectomie pelvină.

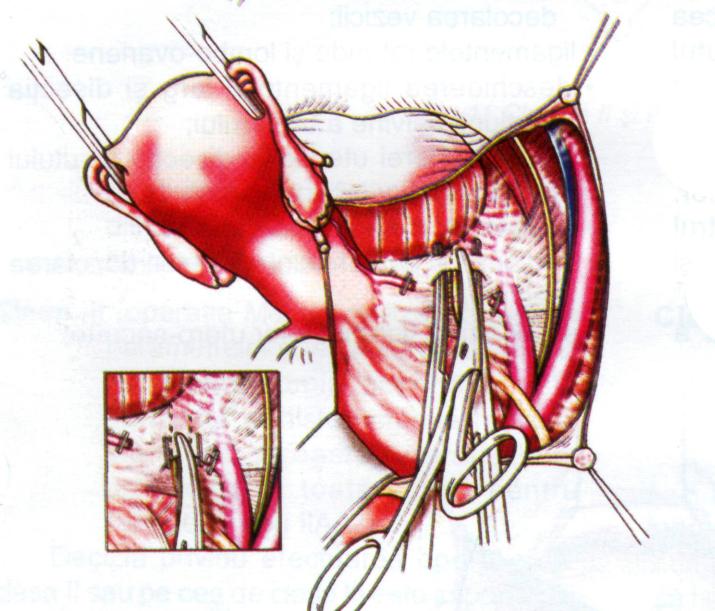


Fig.44 Disecția ureterului.

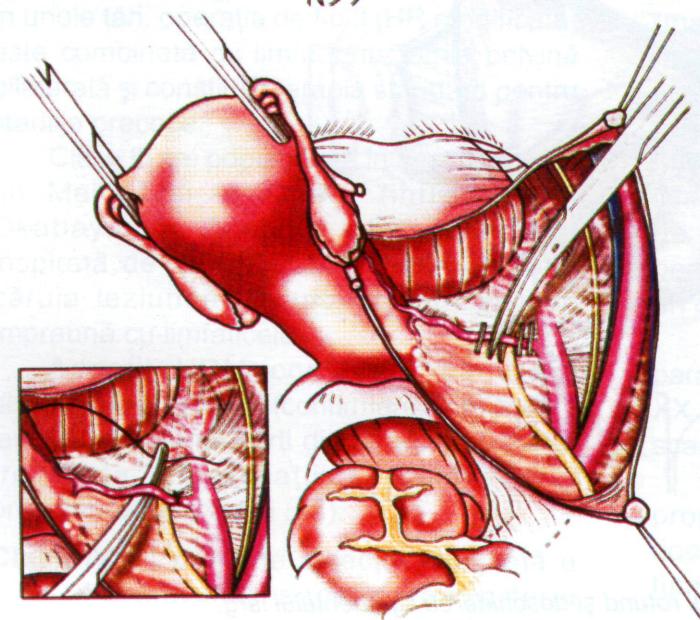


Fig.45 Ligatura arterei uterine.

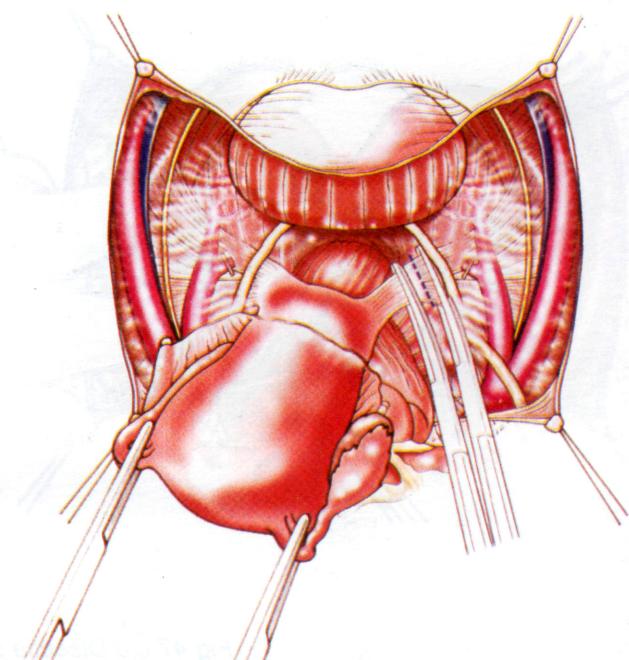
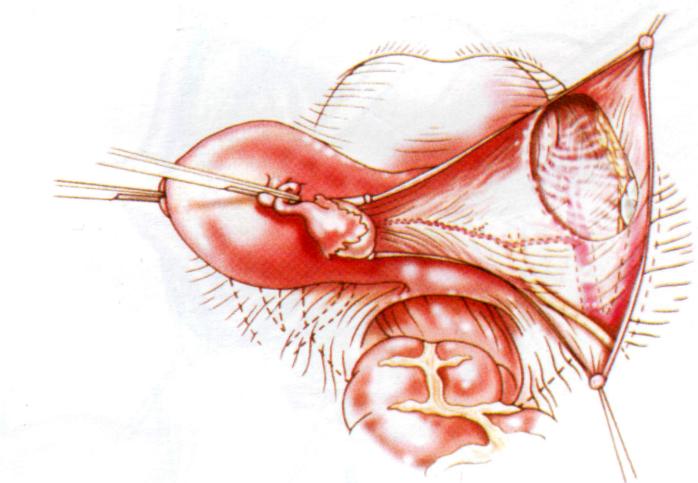
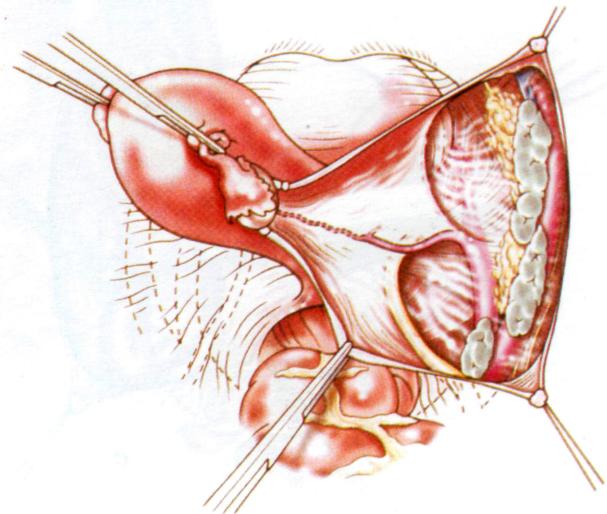


Fig.46. Secționarea ligamentului cardinal.



a



b

Fig.47. a,b Disecția spațiului paravezical.

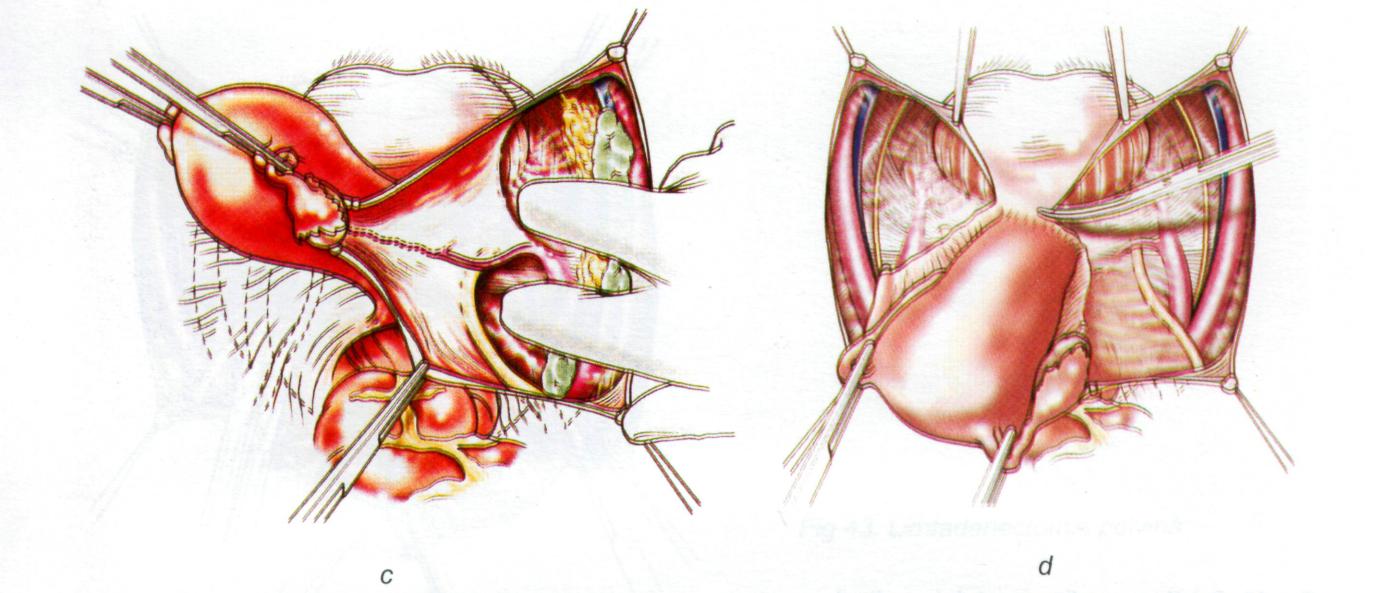


Fig. 47 c, d Disecția spațiului paravezical.

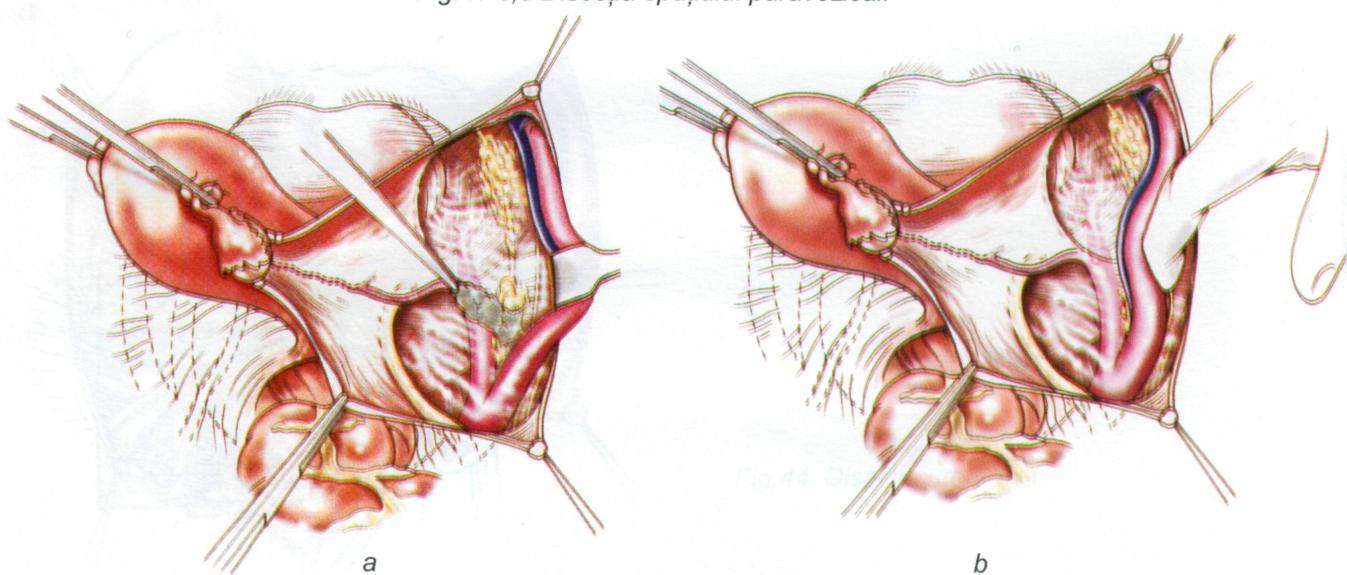


Fig. 48 a, b, c Disecția în fosa obturatoare.

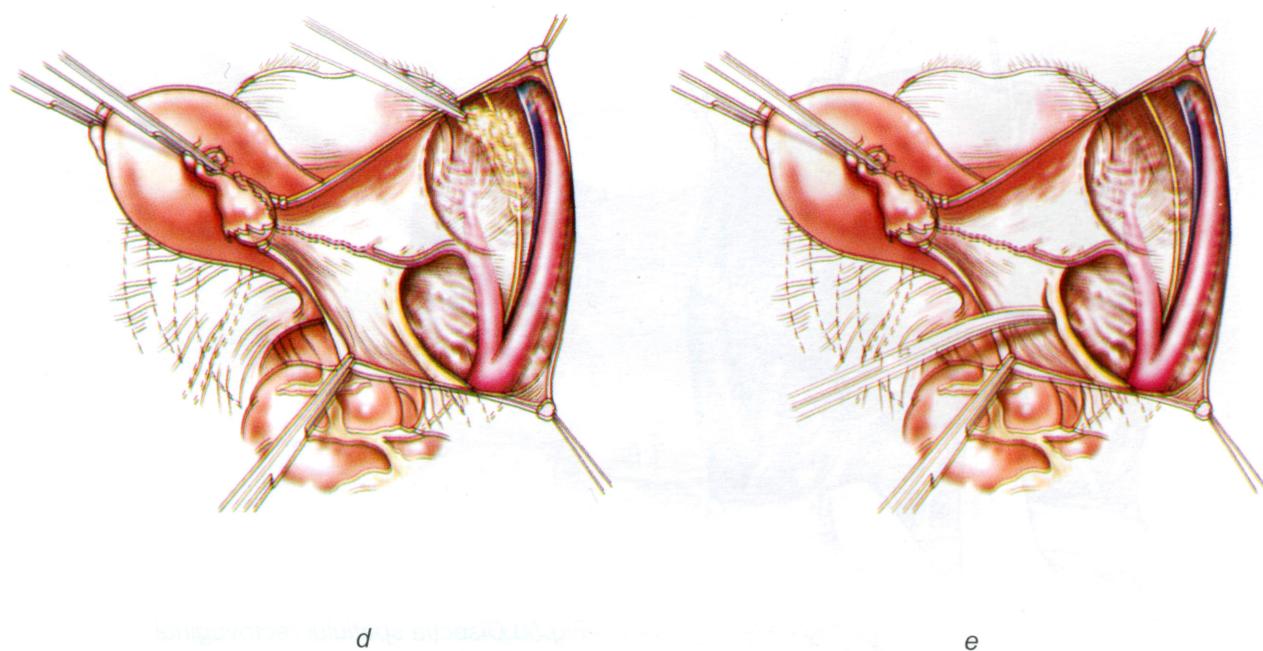


Fig.48. d,e Disecția în fosa obturatoare.

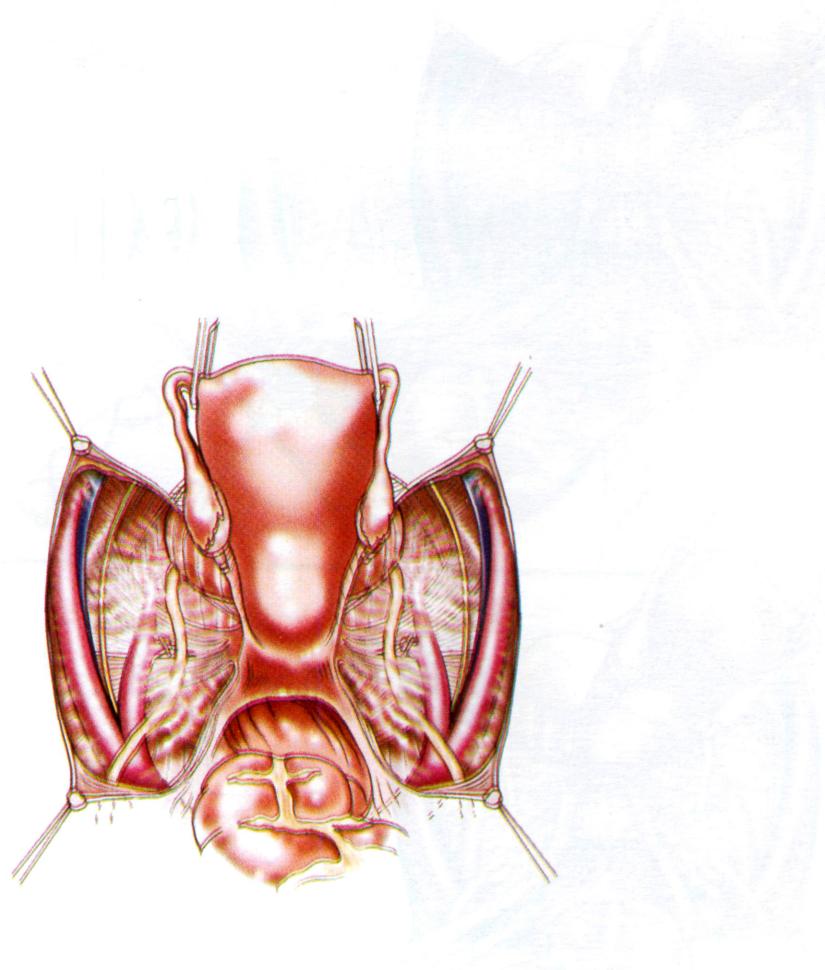


Fig.49. Disecția spațiului pararectal.

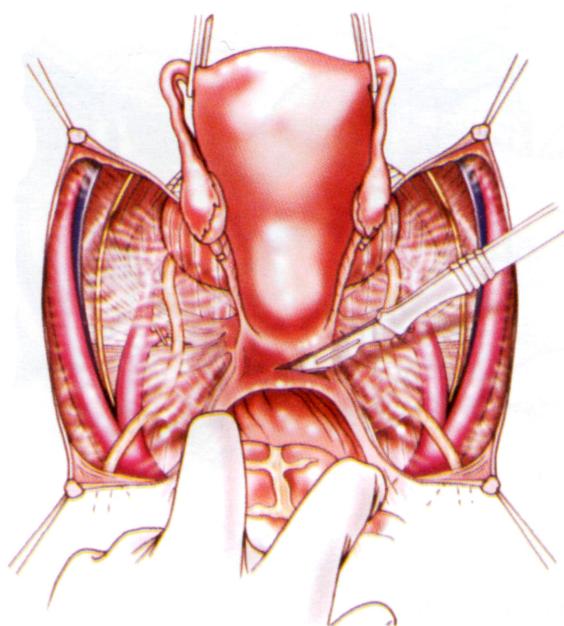
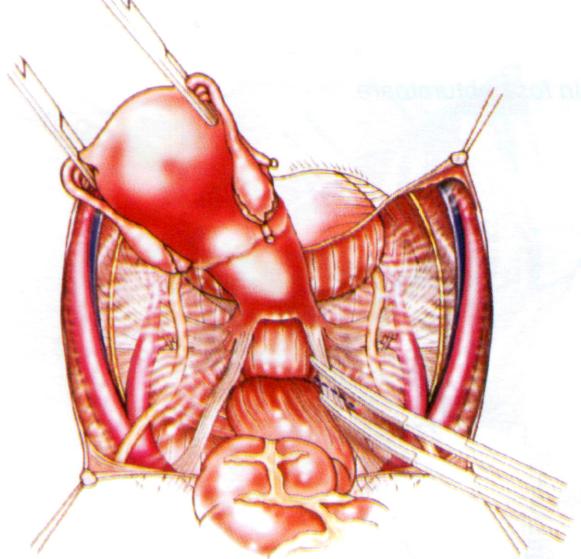
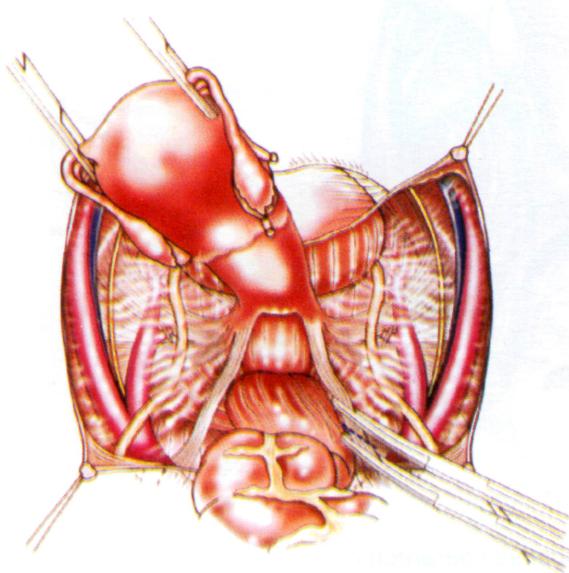


Fig.50 Dissecția spațiului rectovaginal.



b



a

Fig.51. a,b Secționarea ligamentelor uterosacrate.

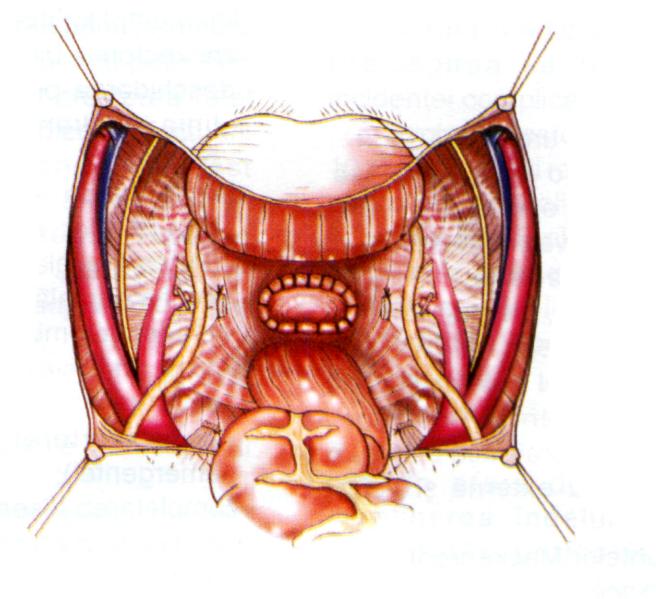


Fig.52. Secționarea vaginalului.

În următoarele figuri se poate înțelege cum să se realizeze o secție radicală.

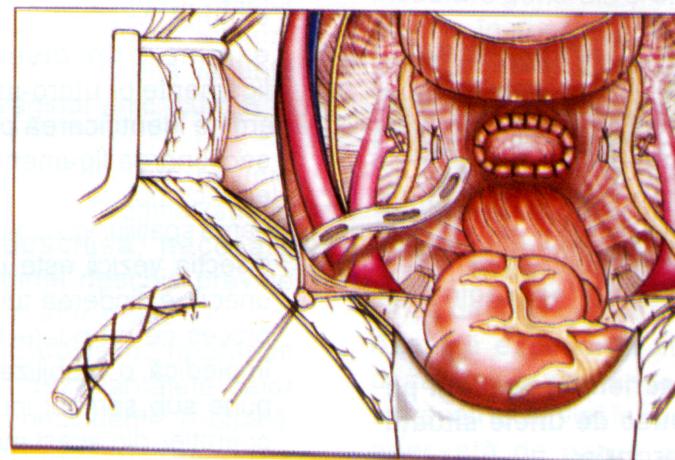


Fig.53. Drenajul.

Figurile 42-54 sunt reproduse după J.R. Smith, Martin Dunitz, 2001.

- secționarea vaginului;
- extirparea ganglionilor.

Tehnica Meigs:

- evitarea utilizării sondelor ureterale;
- palparea lanțurilor iliace (o adenopatie fixă determină renunțarea la operație);
- deschiderea peritoneului vezico-uterin de o parte și de alta a liniei mediane;
- ligamentele rotunde (initial, dreptul);
- ligamentele lombo-ovariene;
- incizia peritoneului în lungul vaselor iliace;
- celulo-adenectomie în sensul posterior-anterior, începând cu artera iliacă primitivă și continuând cu iliacă externă și zona psoasului;
- evidențierea ligamentelor Mackenrodt;
- ligatura arterelor uterine;
- schimbarea locurilor (operatorul);
- decolarea colonului stâng și expunerea arterei iliace comune stângi;
- disecția ureterelor;
- completarea disecțiilor (spațiile vezical, vaginal și rectal);
- secționarea vaginului;
- drenaj;
- peritonizare (287).

Tehnica Brunschwig (1955) realizează o "celulectomie centripetă":

- ligamentele lombo-ovariene;
- incizia peritoneului în lungul vaselor iliace;
- iliaca primitivă, hipogastrica, fosa obturatoare, iliaca externă;
- identificarea ureterului pe toată lungimea;
- limfadenectomia, secționarea vaginului, meșaj, peritonizare.

În continuare, descriem procedeul pe care, cu variațiile impuse de unele situații îl folosim în practica proprie:

- cateterism vezical, meșaj vaginal;
- incizia mediană pubo-subombilicală (nu agreeam inciziile transversale; sunt autori care recomandă extinderea inciziei mediane paraombilical) (10);
- lavaj peritoneal (citologie);
- inspectarea cavității până la nivelul diafragmului;
- explorarea pelvisului (mobilitatea uterului, palparea parametrelor);
- ligamentele rotunde (secționate cât mai aproape de peretele pelvin);

- ligamentul lombo-ovarian;
- anexectomia bilaterală;
- deschiderea peritoneului vezico-uterin (pe linia mediană) și decolarea vezicală parțială;
- deschiderea largă pentru expunerea structurilor retroperitoneale, inclusiv ureterul, acolat la foța ligamentului;
- disecția parțială a ureterului;
- limfadenectomia începută la nivelul arterei iliace primitive și continuată la vasele iliace externe, interne (10) (320);
- ligatura arterei uterine (în apropierea emergenței);
- completarea disecției ureterului: separarea de țesutul parametrial (portiunea anteroară a ligamentului cardinal drept, identificat deasupra ureterului; acesta este, de fapt, parametrul care include ligamentul cardinal și parte din ligamentul utero-sacrat); pensare, secționare, ligatură;
- limfadenectomia continuă în fosa obturatoare (vasele iliace tracționate extern, atenție la nervul și venele obturatoare);
- secționarea ligamentelor utero-sacrate și a spațiului pararectal; separarea de peretele vaginal posterior; spațiu pararectal se expune prin disecție făcută inferior ligamentelor utero-sacrate;
- permite identificarea parametrului posterior; secționarea ligamentelor utero-sacrate nu este completă;
- crearea spațiilor vezico-uterin și vezico-cervical; disecția vezicii este un moment important; uneori, extinderea tumorală în baza vezicii, proces ce nu poate fi detectat cistoscopic, împiedică o mobilizare adecvată și poate pune sub semnul incertitudinii continuarea operației; din acest motiv, se poate orienta o tactică de necesitate în sensul efectuării decolării vezicale la nivelul feței anteroioare a colului și vaginului în etapele inițiale ale operației (126);
- completarea decolării și secționarea vaginului; se retrage meșa iodată, apoi sunt plasate pensele Wertheim sub leziune, pe țesut vaginal normal; un câmp izolator este plasat în fundul de sac posterior; marginile vaginului sunt suturate cu material rezorbabil; marginile rezecției vaginului sunt considerate factori de prognostic chirurgical și histologic; cauzile cu margini "strânse"

(nu pozitive) în care distanța până la tumoră este $\leq 5\text{mm}$ au prognosticul mai puțin bun și prezintă un risc pentru creșterea ratei recurențelor; s-a pus problema efectuării examenului extemporaneu; au fost raportate 65% dintre cazurile aflate în stadiul IIA, cu margini neadecvate ale exciziei vaginale; în lipsa altor factori de prognostic negativi, RT adjuvantă poate avea efecte benefice (99);

-drenajul pelvin este recomandat din mai multe motive:

- postoperator se constituie mari cantități de fluid pelvin;
- profilaxia formării hematoamelor pelvine;
- reducerea incidenței infecțiilor și a formării chisturilor limfaticice;
- prevenirea complicațiilor ureterale.

Nu dispunem totdeauna de un drenaj activ și utilizăm frecvent meșa de tifon plasată la nivelul fiecărei zone disecate, exteriorizată prin vagin; unul dintre avantajele acestui drenaj este consistența sa moale; în medie, acest drenaj se suprimă în ziua a 3-a. Se poate practica sutura bontului vaginal și drenaj retroperitoneal aspirativ, plasat lateral vaselor iliace externe, intern psoasului și eficient pentru fosa obturatoare (10). O altă variantă o reprezintă drenajul vaginal unic, cu tub în "T", aspirativ.

Nu există o bază științifică în privința atitudinii tehnice față de bontul vaginal (sutură sau boltă vaginală deschisă, necesară drenajului). Bontul vaginal deschis previne formarea hematoamelor, dar poate favoriza infecția ascendentă. Studiile comparative privind avantajele sau dezavantajele celor două procedee nu sunt concluzive. Probabil, factorii cei mai importanți în prevenirea morbidității postoperatorii rămân tehnica operatorie și profilaxia.

-peritonizarea, timp de care suntem convinși în sensul necesității suturării peritoneului (puncte separate, material rezorbabil).

Peritoneul are importante capacitate de absorbție și reparatorii. Cei care nu sunt partizanii suturării argumentează prin afirmații precum: timpul necesar, eventuale traumasme ale structurilor adiacente, insuficiențe tisulare etc. Cred că aceste argumente sunt anecdotice.

Durata medie a operației este 2 ore. Prelungirea sa favorizează creșterea incidenței complicațiilor postoperatorii.

Evoluția postoperatorie în spital este 8-10 zile. Publicații recente privind HRA prezintă perioade de spitalizare diferite, cuprinse între 4-5 zile și 14-18 zile. Reducerea perioadei de spitalizare este dependentă de unii factori: atitudinea medicului, tehnica operatorie, modalitățile economice, individualitatea pacientului etc.

Recomandăm mobilizarea precoce (prima zi), menținerea cateterismului vezical 24-36 ore (în afară de incidente operatorii, menținerea îndelungată este cu totul exagerată), profilaxia cu antibiotice și heparină, 4 până la 6 zile.

După intervențiile largi în teritoriul pelvin, morbiditatea febrilă rămâne un risc major, risc ce poate fi redus prin administrarea profilactică a antibioticelor (doză unică sau doze multiple).

Complicații

Nu-mi propun dezvoltarea acestui aspect pentru că poate fi însușit din alte texte. O încadrare generală și unele sublinieri de ordin practic, în special preventive, sunt necesare și importante. Cum am precizat, termenul "histerectomie radicală" nu este adekvat pentru a descrie întinderea actului operator. Rezultatele și complicațiile sunt diferite. Complicațiile majore sunt semnificativ mai frecvente în operația de clasa III.

Cunoașterea principiilor enunțate trebuie să fie dublată de o mare experiență practică. Această experiență nu poate fi acumulată decât de un număr restrâns de practicieni, antrenați în servicii în care există o concentrare adekvată de cazuri cu patologie malignă genito-mamară.

Complicațiile HRA pot fi clasificate în diferite moduri. Redăm două asemenea sistematizări:

a. complicații imediate:

- congestia pulmonară
- ileusul dinamic
- celulita pelvina difuză, peritonita
- flebita
- hematomul pelvin subperitoneal
- infecția peretelui (la nivelul plăgii operatorii)
- infecția urinară

b. complicații tardive:

- disfuncții urinare, fistule.

Clasificarea K.D. Hatch și Y.S. Fu:

a. complicații acute:

- hemoragia
- fistule vezico-vaginale sau uretero-vaginale
- embolia pulmonară
- ocluzia intestinală
- morbiditatea febrilă

b. Complicații subacute:

- disfuncția vezicală
- formarea chisturilor limfatice

c. Complicații cronice:

- hipotonie vezicală
- stenozele ureterale

Boala tromboembolică ocupă un loc de prim ordin în practica terapeutică a proceselor maligne ginecologice și reprezintă una dintre principalele cauze de morbiditate și mortalitate după operațiile radicale. Cei mai semnificativi factori de risc, evidențiați preoperator sunt: stadiul avansat al bolii, RT aplicată cu mai puțin de 6 săptămâni înainte de operație, obezitatea. La aceștia, se pot adăuga: antecedentele de boală tromboembolică, prezența varicozităților venoase, edemului și modificărilor de tip stază venoasă la nivelul membrelor, tipul și durata intervenției, hemoragiile intraoperatorii. Având în vedere acești factori se poate crea un model prognostic individual.

A fost studiată profilaxia trombozelor venoase profunde cu ajutorul combinației dispozitive compresive pneumatice externe - heparină cu greutate moleculară mică și s-a ajuns la concluzii pozitive privind eficiența (69).

Ligaturile vasculare trebuie efectuate corect evitând bonturile vasculare scurte și derapările. Aplicarea penselor se va face cu atenție, "la vedere". În general, hemoragiile intraoperatorii au origine venoasă, alimentată de ramurile extrapelvine ale venei hipogastrice. Din acest motiv, E. Wertheim nu acorda nici un rol ligaturii arterei hipogastrice în scopul diminuării hemoragiilor. În unele situații, ligatura arterelor este, totuși, utilă. Ea se va face la circa 2 cm sub bifurcația arterei iliace primitive (305).

În 1893, H.A. Kelly (Johns Hopkins Hospital) a propus ligaturile arterelor hipogastrice și ovariene. R.C. Burchell (1968) a studiat fiziologia ligaturii arterei iliace interne și a ajuns la concluzia că acest procedeu transformă vascularizația arterială într-un sistem "venous-like". Cercetările ulterioare n-au arătat diferențe semnificative privind pierderea de sânge la cazurile cu ligatură față de cele fără ligatură. Fluxul distal arterelor legate persistă prin circulația colaterală. Efectul direct al ligaturii asupra sistemului venos este nul (7).

HRA și limfadenectomia pelvină furnizează cel mai mare număr de **complicații urinare** (38) (43). Experiența și acuratețea operatorului sunt esențiale.

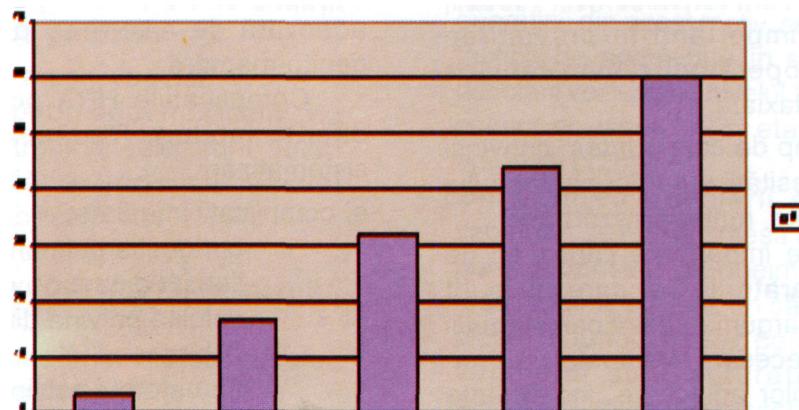


Fig.55

Injuriile ureterale sunt, uneori, inevitabile și nu rezultat al neglijenței operatorului. Operațiile pentru cancer, endometrioză sau boală inflamatorie pelvină, efectuate de ginecologi experimentați și bine antrenați, sunt marcate de afectarea anatomică ureterală, inclusiv a vascularizației.

Leziunile ureterale se pot produce și în histerectomii pentru sângerări, asociate sau nu fibromiatozei.

Riscul poate crește dacă în cursul HT (abdominale) decolarea vezicală nu este adekvată.

Se poate pune și problema extirpării uterului "în doi timpi" datorită modificărilor de volum și formă induse de fibroame. În aceste condiții, sângerările pot fi importante.

Responsabilitatea operatorului poate fi antrenată în măsura în care analiza cazurilor discerne între leziunile inevitabile și cele produse din cauza neglijenței. Sunt experți (urologi) care afirmă că leziunile ureterale pot fi evitate totdeauna.

Ginecologul trebuie să controleze totdeauna ambele uretere.

Cazurile cu obezitate excesivă, cu fibroame voluminoase și intens vascularizate pot fi evitate sau operate folosind HST (37).

Cunoașterea anatomiciei și a eventualelor anomalii reprezintă unul dintre primele mijloace de prevenire. Cel mai important mod de evitare a injuriilor este identificarea și disecția ureterală. Controlul integrității organelor este necesar pentru că leziunile se pot produce în pofida tuturor precauțiilor. Este important să fie recunoscute intraoperator căci imposibilitatea acestei recunoașteri se constituie în cel mai mare risc. Cele mai multe publicații raportează 1% injurii ureterale având în vedere toate operațiile pelvine, ponderea fiind deținută de HRA practicată pentru cancerul de col, incidența fiind mai frecventă în cazurile iradiate preoperator. Yuvaraja și col. raportează 34 de cazuri într-o perioadă de 20 de ani. În 25 de cazuri, leziunile au fost descoperite și tratate în cursul operației. Se atrage atenția asupra prevenirii, descoperirii și tratării în momentul chirurgiei primare (370).

Leziunile vezicale pot fi prevenite printr-o serie de măsuri:

- cateterismul vezical;
- deschiderea cavității abdominale în unghiul

superior al inciziei parietale;

- bună expunere a peritoneului ce va fi sectionat;
- decolări cât mai blânde;
- menajarea plexului hipogastric inferior;
- evitarea efectelor iradierii;
- evitarea traumatizării prin folosirea depărtătoarelor;
- atenție crescută în operațiile iterative;
- menajarea vascularizației.

Pregătirea preoperatorie a **intestinului** poate contribui la scăderea frecvenței complicațiilor intra- și postoperatorii (evacuare mecanică, antibiotice). După ce sunt plasate ecartoarele, controlul intestinului este obligatoriu. Câmpurile izolatoare se introduc fără traumatisme. În laparotomiile iterative, atenția trebuie crescută.

Retenția urinară, relativ frecventă în chirurgia ginecologică, poate fi favorizată de anestezie, durere, decubitus dorsal, predispoziție individuală, inciziile transversale etc. Efectuarea corectă a cateterismului vezical (1-2 pe zi) este utilă.

Ocluziile postoperatorii precoce sunt rar mecanice, mai frecvent dinamice sau infecțioase și pot fi favorizate de unele elemente tehnice (peritonizare, drenaj). Antibioticele, echilibrarea hidroelectrolitică, aspirația digestivă pot rezolva complicația (în caz contrar, este necesară reintervenție).

Printre cele mai comune complicații ale chirurgiei oncologice ginecologice se află **morbiditatea febrilă** (234) (286) (316). În general, o perioadă de 3-4 zile după HRA, se pot înregistra ascensiuni termice care, dacă se mențin, pot avea drept explicații: pneumopatii, infecții urinare, celulita pelvină, abcesele pelvine, infecțiile plăgii sau tromboflebitete. Profilaxia cu antibiotice reduce frecvența acestei complicații. Celulita pelvină este o complicație ce se poate produce indiferent de antibiotice și drenaj (287). Este cu atât mai redutabilă cu cât favorizează apariția fistulelor. Din acest motiv, s-a pus problema suturii bontului vaginal pentru a preveni infecția ascendentă (preferăm drenajul vaginal).

Bolta vaginalului este o sursă majoră pentru morbiditatea febrilă. Materialul necrozat acumulat în cavitatea retroperitoneală este un

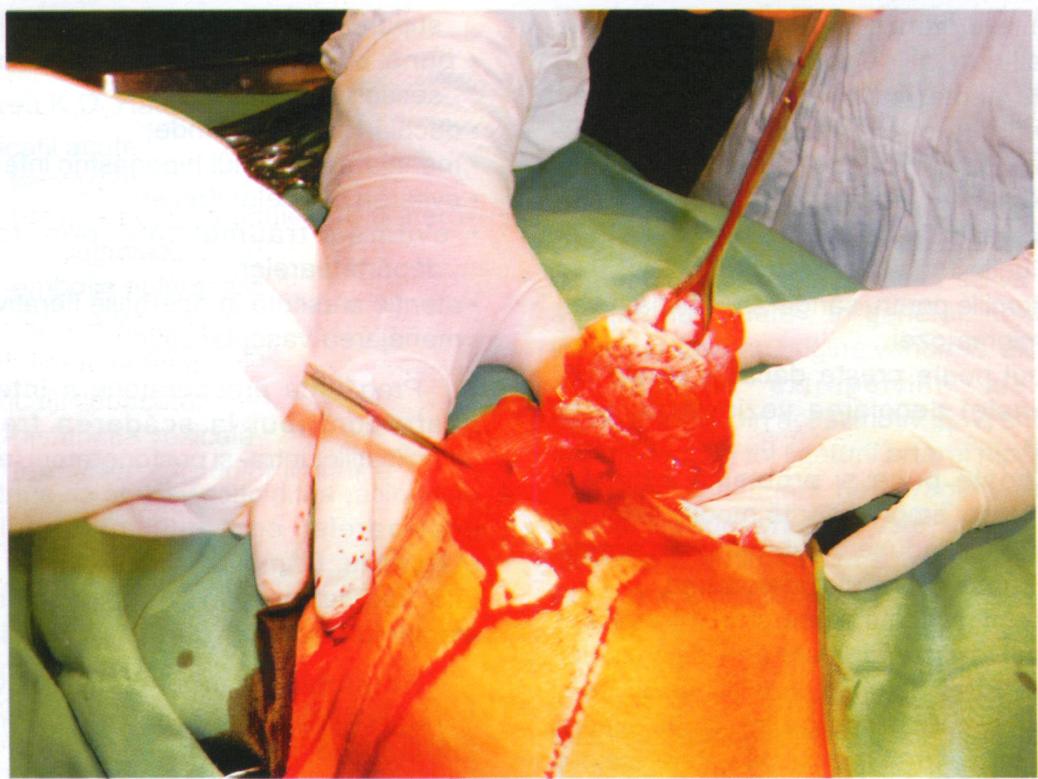


Fig. 55



Fig. 56

mediu de cultură foarte propice. Sutura sau nu a bontului vaginal se discută. Poate că mai importante sunt respectarea tehnicii și utilizarea antibioticelor (62) (326).

Infecțiile tractului urinar sunt înregistrate în 5-10% din cazuri (chiar dacă se face profilaxia cu antibiotice). Cateterismul vezical prelungit trebuie evitat.

Chisturile limfaticice se constituie după disecțiile întinse retroperitoneale (frecvența 1 până la 29%). Dacă nu sunt voluminoase sau complicate prin infecție nu dau simptome. Drenajul este foarte util în evitarea acestor colecții. Sunt practicieni care consideră că lăsarea peritoneului nesuturat ar favoriza absorbiția limfei și reducerea formării chisturilor (186).

Constatăm că nu s-au raportat dezavantaje privind efectuarea suturii peritoneului. Mai mult, putem cita avantaje importante: reducerea formării aderențelor, absența expunerii pediculilor vasculari, ureterelor, cicatrizare de calitate superioară (argumente ale necesității peritonizărilor) (182) (254). Sutura trebuie să fie corectă (fără tensiuni, fără breșe, cu marginile spre interiorul plăgii).

TRATAMENTUL CHIRURGICAL CONSERVATOR ÎN CANCERUL MAMAR

Înainte de modificarea atitudinii terapeutice au fost traversate două perioade istorice: cea a mastectomiei radicale (și a procedeelor supraradicale) urmată de perioada modernă, a progreselor științifice, care au făcut posibilă terapia conservatoare, fără afectarea prognosticului (9) (11) (45) (58) (70) (98) (104) (119) (227) (237) (274) (350).

Tratamentul actual aplicat cancerului mamar include între principalele obiective conservarea sânului. Acest obiectiv trebuie să fie corelat cu un control local riguros, în aşa fel încât riscul recurențelor să fie cât mai redus.

Există și practicieni care nu acceptă conduită conservatoare considerând că mastectomia radicală este preferabilă pentru toate cazurile.

Tratamentul conservator a generat o serie de probleme și controverse specifice:

- dimensiunile tumorale maxime care beneficiază de excizia limitată;
- aprecierea cantității de țesut normal peritumoral ce trebuie ridicat pentru a evita recurențele;
- atitudinea în cazurile cu margini pozitive;
- indicațiile și tehnica tratamentului axilar;
- rolul și indicațiile radioterapiei;
- tratamentul recurențelor locale.

Chirurgia conservatoare trebuie să fie individualizată. Frecvența utilizării sale în cancerul mamar este în creștere (8) (58) (280).

La Institutul Curie (Paris) (1200 până la 1500 cazuri noi în fiecare an) incidența a ajuns la 75%, creșterea fiind explicată de screening-ul mamografic, informarea populației, utilizarea CHT neoadjuvante în scopul scăderii volumului tumorala (60) (162).

Există variații regionale explicate prin intervenția mai multor factori:

- practicarea screening-ului;
- orientarea concepțiilor practicienilor;
- modul în care le sunt prezentate pacientelor alternativele terapeutice și măsura în care este explicată alternativa tratamentului conservator;
- preferințele exprimate de către paciente, în strânsă relație cu educația lor și cu orientarea practicienilor cărora li se adresează.

Volumul tumorii, în raport cu volumul glandei, este un factor care influențează indicațiile operației conservatoare. Multe dintre indicațiile tradiționale au în vedere dimensiuni de ≤ 4 cm și ganglioni axiliari clinic negativi. Ganglionii palpabili nu trebuie să constituie o contraindicație deși acest element poate reduce numărul cazurilor tratate conservator.

În perspectiva chirurgiei conservatoare, volumul tumorala poate fi redus, cu ajutorul CHT neoadjuvante. Deși s-a afirmat că existența a două tumori primare în același cadran sau localizările centrale ar exclude tehniciile conservatoare sunt practicieni care nu le consideră contraindicații (237) (351).

Mamografia favorizează creșterea numărului de cazuri ce beneficiază de tratamentul conservator, dă informații privind multicentricitatea sau bilateralitatea leziunilor. De aceea, selecția cazurilor în perspectiva utilizării metodei conservatoare impune o

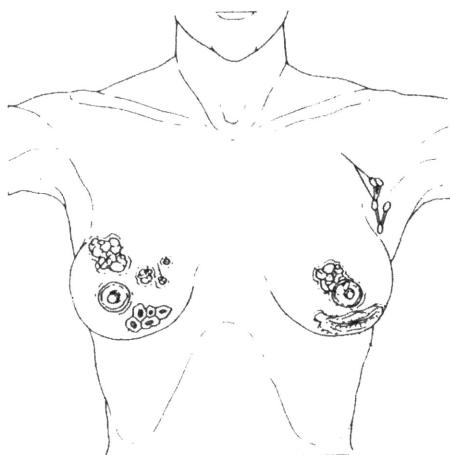


Fig.57 Contraindicațiile tratamentului conservator

evaluare imagistică de calitate. Decelarea microcalcificărilor, numărul, sediul și forma lor constituie elemente ce influențează indicația și tehnica terapeutică. În caz de necesitate, la stabilirea protocolului chirurgical pot fi utilizate sonografia sau RMN. Excluzând anumite limitări, imagistica prin rezonanță magnetică este considerată o metodă excelentă pentru determinarea volumului tumorala, multifocalității sau a sediului, elemente ce contează în stabilirea indicațiilor și tehnicii chirurgicale.

Contraindicațiile tratamentului conservator au valoare absolută sau relativă, unele fiind subiecte controversate. Enumerăm aceste contraindicații fără a ține la o ordine anume:

- cancerul inflamator;
- prezența metastazelor la distanță;
- microcalcificările difuze;
- tumori primare multiple;
- componenta intraductală extensivă;
- imposibilitatea realizării marginilor de siguranță;
- adenopatii axilare voluminoase;
- tumoră voluminoasă la nivelul unui săn cu volum redus, imposibilitatea realizării unui rezultat cosmetic;
- absența posibilității aplicării RT.

Tehnica tratamentului conservator se materializează prin excizia tumorala, tratamentul axilei și aplicarea terapiei adjuvante (RT, CHT).

Excizia trebuie să realizeze rezecția tumorala completă, un aspect estetic convenabil și o cât mai redusă rată a recidivelor. În 1990, National Institute of Health (SUA) a formulat consensul privind tratamentul

conservator în stadiile I și II: excizia tumorii cu 1 cm de țesut peritumoral, adipos și glandular, până la fascia marelui pectoral (inclusiv) și pielea adicentă.

Operațiile conservatoare au diferite grade și nu sunt standardizate. Chiar dacă funcționează dictonul "riscul recidivelor este invers proporțional cu volumul de țesut excizat" nu trebuie ridicat țesut peritumoral în exces pentru că extinderea exciziei nu conferă un control superior și nici o ameliorare a supraviețuirilor.

Termenul "mastectomie parțială" cuprinde mai multe variante de rezecție:

- lumpectomia semnifică ridicarea tumorii împreună cu "suficient" țesut normal pentru a fi siguri că marginile specimenului nu conțin țesut tumorala (104);
- cadrantectomia este metoda utilizată de Institutul din Milano și constă în excizia a 2-3 cm țesut normal peritumoral, fascie musculară, piele, tehnică în care, în special în cazurile cu săni cu volum redus, rezultatele cosmetice pot fi afectate;
- variante nominalizate ca rezecție largă, rezecție segmentară, biopsie excisională.

Inciziile semicirculare, la nivelul tumorii, dau cele mai bune rezultate cosmetice (56). Sunt practicieni care recomandă incizii radiare în cazurile în care tumorile sunt localizate în cadranele inferioare. În tumorile subareolare, complexul areolo-mamelonar trebuie sacrificat.

Tratarea tumorii și disecția axilei se realizează prin incizii separate. Dacă tumoră se află în prelungirea axilară se poate folosi o singură incizie.

Excizia pielii este recomandată numai când tumoră este localizată superficial. Unii



Fig. 58



Fig. 59

Figurile 55-59 reprezintă cazuri tratate conservator - cazuistica proprie.

specialiști practică această excizie ca metodă standard (351).

Realizarea controlului local este influențată în mod determinant de aspectul marginilor exciziei (56) (164) (237) (348) (350) (357). Definiția marginilor "libere" este variabilă. Unii cred că o margine de siguranță sub 1 cm este neadecvată. Marginile "pozitive" sunt cele în care există țesut tumoral (microscopic) la nivelul limitei exciziei. Chiar dacă se aplică o RT adecvată, în cazurile cu margini pozitive controlul local este precar.

Având în vedere performanțele superioare deținute de examenul la parafină, considerăm că examenul extemporaneu (intraoperator) pentru testarea marginilor este cel mai bun indicator al riscului recurențelor. Acest examen este un bun argument al importanței anatomo-patologului și al obligativității acestei colaborări. Principalele avantaje ale examenului extemporaneu sunt:

- stabilirea limitelor în perspectiva unui cât mai redus risc al recidivelor;
- evitarea rezecțiilor prea largi și a intervențiilor secundare în cazurile cu margini pozitive;
- obținerea unor rezultate cosmetice adecvate.

Prezența marginilor pozitive impune reexcizia. Aceasta este necesară și atunci când marginile specimenu lui au fost imprecis delimitate sau atunci când se constată prezența microcalcificărilor pe mamografiile postoperatorii. Dacă reexciziile nu realizează margini libere se recurge la mastectomia totală.

Disecția axilară reprezintă o secvență importantă a tratamentului chirurgical. Interesul terapeutic al DA este discutabil. Studiile actuale nu și permit să afirme (sau infirme) valoarea sa curativă.

Invadarea ganglionilor constituie cel mai important element prognostic.

Deocamdată, nu dispunem de un marker prognostic superior semnificației stării ganglionilor (60) (175) (180). Prezența invaziei și numărul ganglionilor pozitivi orientează tratamentul adjuvant. Între factorii de risc ai invaziei se includ volumul tumoral, gradul diferențierii, indicii proliferării, angiogeneza tumorală.

În tumorile *in situ*, invazia este nulă și DA inutilă. În stadiul T_{1a}, frecvența invaziei este cuprinsă între 3 și 9%. Unii consideră că DA nu

este necesară, alții cred că trebuie să fie sistematică. În tumorile T_{1b} ($\geq 5\text{mm}$) frecvența depășește 15% și DA trebuie făcută în toate cazurile.

Importanța tipului DA este în dezbatere. În perioadele anterioare se credea că DA este esențială. Actualmente, în cele mai multe instituții se practică disecția nivelurilor I și II. Unii practicieni disecă doar nivelul I. Se consideră că extirparea a cel puțin 6 ganglioni este suficientă (57) (70) (247) (280) (282).

Aspectul conservator al tratamentului chirurgical în cancerul mamă se referă și la tendința scăderii frecvenței practicării DA. S-a pus problema evitării DA negative prin prelevarea unui ganglion, ajungându-se la metoda limfadenectomie santinelă (LS) (A. Giuliano și U. Veronesi, precursorii metodei).

Ganglionul santinelă (GS) este primul ganglion ce drenează tumora, primul releu limfatic potențial metastatic. Realizarea LS pune probleme de selecție a pacientelor (tumori cu dimensiuni mici, ganglioni nepalpabili, fără CHT sau RT neoadjuvante), indicații, tehnică, fiabilitate. Absența identificării GS obligă la efectuarea DA. Prin colorimetrie, identificarea GS poate fi realizată în 70%-93% din cazuri, iar prin scintigrafie în peste 90% din situații. În cazurile proprii, am efectuat DA pentru a confrunta rezultatele LS cu aspectele ganglionilor disecați. Chiar dacă numărul cazurilor este mic, am putut remarcă o concordanță histologică între LS și DA.

Cel mai frecvent sunt invadăți ganglionii axilari de la nivelul I. Invazia nivelului II este mult mai puțin comună și se observă atunci când ganglionii nivelului I sunt pozitivi. Aceeași constatare se poate face privind invazia nivelului III fără invazia nivelelor II și I. DA a nivelului I este suficientă pentru a testa invazia ganglionară la majoritatea pacientelor (283).

Invazia ganglionilor axilari nu este un indicator invariabil al diseminării sistemice. Sunt cazuri cu ganglioni pozitivi, tratate loco-regional (fără tratament sistemic) cu supraviețuire îndelungată (283).

Pe măsură ce rezecția chirurgicală s-a limitat, importanța tratamentului adjuvant pre-și post operator a devenit evidentă.

Radioterapie este considerată o componentă esențială a tratamentului conservator.

Cu toate acestea, există semne de întrebare în legătură cu următoarele aspecte:

- invariabilitatea necesității RT;
- alegerea metodei convenabile;
- dozele optime.

RT acționează asupra celulelor tumorale restante, asupra focarelor multiple cât și asupra invaziilor perineurale, perivasculare și ganglionare. Prin aceste acțiuni RT reduce frecvența recidivelor loco-regionale și poate contribui la ameliorarea supraviețuirilor. Efectul protector este pronunțat în primii ani după operație.

Deși s-a făcut afirmația că rolul protector al iradierii este independent de vîrstă, acest tratament este foarte important în cazul femeilor tinere (glanda mamară se află sub influența stimulilor hormonali, componenta intraductală extensivă și multifocalitatea sunt mai frecvente). Vîrstă Tânără crește riscul recurențelor. După vîrstă de 55 de ani, RT este mai puțin importantă.

Deși intervalul optim nu este definit, se consideră că momentul aplicării RT trebuie să fie cât mai aproape de tratamentul chirurgical (2 până la 6 săptămâni de la operație).

Înțial, CHT a fost indicată în cazurile cu invazie ganglionară. Utilizarea factorilor de prognostic moderni a permis stratificarea cazurilor cu ganglioni negativi și indicarea terapiei sistemică în situațiile marcate de risc. Terapia sistemică ameliorează controlul local și reduce frecvența recurențelor.

Hormonoterapia (TAM) este indicată în special în postmenopauză (după 70 de ani) indiferent de prezența receptorilor.

Chimioterapia neoadjuvantă are următoarele avantaje:

- reducerea volumului tumoral sub 3 cm, la mai mult de 80% din cazuri ("down staging effect");
- reducerea numărului de cazuri la care se practică mastectomia;
- creșterea supraviețuirilor (controversat).

Scopul **controlului postterapeutic** este depistarea cât mai promptă a recidivelor locale și metastazelor. Se consideră că riscul recurențelor (după tratamentul conservator) este 1-2 % / an în primii 14 ani. Riscul interesării sănului controlateral este de 6-7 ori

mai mare comparativ cu populația generală (în special în postmenopauză).

Toate femeile tratate pentru cancer mamar trebuie supravegheate. Examenul clinic poate detecta peste 90% dintre recidivele loco-regionale. Medicul de familie trebuie antrenat în această activitate, în special în privința examenului clinic (pe care îl poate efectua în practica sa curentă). De asemenea, trebuie să militeze pentru stimularea autoexaminării.

Sunt propuse mai multe programe de supraveghere postterapeutică. Cel pe care-l folosim eșalonează controalele la fiecare 3 luni în primul an, la 6 luni în al doilea și anual în anii următori. De la caz la caz sunt recomandate examene complementare: ecografie, mamografie, scintigrafie osoasă, examen citologic, biopsii ale formațiunilor suspecte a fi recidive locale etc.

Recurențele pot fi locale (la nivelul glandei tratate) sau loco-regionale (RLR), la nivelul peretelui toracic, ganglionilor axilari sau supraclaviculare homolaterali. Restul recidivelor sunt considerate metastaze la distanță.

Aproximativ 80% dintre recidive se produc la nivelul sediului primar sau în apropiere. În primii 5 ani, se pot înregistra cca 75% dintre recurențe dar posibilitatea aceasta se prelungește pe durate mai mari comparativ cu incidența lor după mastectomia radicală.

Frecvența recurențelor este raportată în limite destul de largi (2-36%) în raport cu intervenția unor factori: criteriile în care s-a făcut selecția cazurilor, tehnica chirurgicală, calitatea tratamentului adjuvant. Factorii de risc sunt numeroși: vîrstă Tânără a pacientelor, volumul tumorii, marginile pozitive ale excizei, forma histologică, diferențierea, invazia ganglionară, componenta intraductală extensivă, ISVL, multifocalitatea, doza de iradiere insuficientă sau aplicarea tardivă.

Recidivele cu dimensiuni mici, mobile, fără invazia tegumentelor pot fi tratate printr-o nouă rezecție locală. Mastectomia poate fi recomandată pentru că asigură controlul local definitiv. În general, cu sau fără asocierea terapiei sistemică, prognosticul recidivelor locale este favorabil.



Fig.60

LIMITAREA RADICALITĂȚII ÎN CHIRURGIA CANCERULUI VULVAR

Cancerul vulvar este o leziune rară, forma invazivă deținând frecvența de 4-5% dintre toate procesele maligne ginecologice. Depistarea leziunilor intraepiteliale și a celor invazive precoce favorizează individualizarea tratamentului având în vedere și introducerea elementului conservator.

Frecvent, diagnosticul este întârziat, fapt explicat de reținerea pacientei în vîrstă față de examenul clinic sau de o interpretare neadecvată a simptomelor de către medic. Cu toate acestea, diagnosticul este realizat în stadiile I și II în 60-85% din cazuri (3).

Actuala clasificare stadială (FIGO 1988, revizuită în 1995) caracterizează stadiul I ca leziune sub 2 cm, invazii stromale sub 1 mm

(Ia) sau mai mult (Ib) fără metastaze ganglionare, iar stadiul II cu dimensiuni peste 2 cm, fără invazie ganglionară. Una dintre problemele majore ale stadializării este cea a evaluării stării ganglionilor. Aprecierea clinică este lipsită de acuratețe. Examinarea lor histologică este importantă pentru că invazia ganglionară este un determinant major al prognosticului (193).

În 1992, D.L.Morton a introdus conceptul limfadenectomiei selective în funcție de starea ganglionului santinelă. Detectarea sa se poate face prin injectare de albastru izosulfan (fiabilitate 66%) sau folosind radiotrasorii (^{99}Tc) și limfoscintigrafia intraoperatorie (fiabilitate maximă). Dacă în cancerul mamări elementele privind detectarea ganglionului santinelă sunt precizate, în cancerul vulvar sunt necesare studii complementare (75) (187) (329).

Substanța este injectată în periferia tumorii primare sau a patului biopsiei excizionale (fig. 61).

Principala formă de tratament al cancerului vulvar este chirurgia. Tratamentul trebuie individualizat. Conduita optimă va avea în vedere cel mai adecvat procedeu chirurgical pentru leziunea primară și pentru regiunile inguino-femurale.

Vulvectomy radicală, extirparea ganglionilor inguino-femurali, a ganglionilor pelvini, a unei suprafețe mari tegumentare, predispuneau la complicații urinare și digestive. Suprareadicalitatea caracteriza operația propusă de F.J.Taussig (SUA, 1940) și S.Way (Marea Britanie, 1948) (49).

Primele încercări în practicarea intervențiilor mai puțin radicale aparțin lui R.L.Byron (1962) și N.F.Hacker (1981) care propun vulvectomy radicală și limfadenectomia inguină prin incizii separate.

În cazurile cu ganglioni inguinali negativi, nu s-au observat diseminări în ganglionii pelvini. De aceea, limfadenectomia pelvină a fost abandonată în cancerul vulvar (49).

Tratamentul optim trebuie să aibă în vedere procedeul destinat tumorii primitive cât și pe cel necesar limfadenectomiei. Aceste procedee au fost modificate după cum urmează:

a. Modificările de tehnică privind rezecția leziunilor vulvare.

Concepția introdusă de S.Way privind necesitatea excizei vulvare radicale chiar pentru tumorile mici a fost reorientată de către Ph.DiSaia spre o alternativă care constă în excizia locală largă a tumorii primare (diametrul pînă la 1 cm și invazia stromală sub 5 mm) cu margini de siguranță de 3 cm și disecție bilaterală a ganglionilor inghinali superficiali.

Pentru alegerea celei mai adecvate tehnici privind o leziune de 2 cm sau mai mică, factorul major ce trebuie considerat este aspectul restului vulvei. Dacă nu există alte leziuni, soluția este excizia locală radicală (margini de siguranță de ≥ 1 cm) (291). În caz contrar, se preferă vulvectomy radicală. Leziunile localizate medial și cele care interesează labia mică, necesită disecția bilaterală.

Marginile de siguranță sunt considerate diferite. Unii cred că limita de 1 cm în țesut sănătos este suficientă (51) (191).

b. Modificările privind limfadenectomia

În 1974, J.T.Wharton sugerează faptul că leziunile sub 2 cm și cu profunzimea invaziei stromale sub 5 mm pot fi tratate efectuând vulvectomy radicală fără disecție ganglionară. În alte rapoarte, se specifică faptul că profunzimea invaziei trebuie să fie sub 1 mm (celealte cazuri beneficiază de limfadenectomia inguino-femurală pentru că recurențele locale apărute după chirurgia primară fără limfadenectomie au prognostic foarte rezervat).

Pentru a aprecia necesitatea disecției ganglionare, se practică biopsia tumorala și se evaluatează profunzimea invaziei. Dacă aceasta este sub 1mm, întreaga leziune este ridicată și trimisă pentru a se cerceta dacă nu există un focar de invazie mai profund. Dacă nu există invazii mai mari de 1 mm, disecția ganglionară poate fi omisă (52).

Disecția bilaterală este necesară numai când leziunea depășește 2 cm și interesează linia mediană. Leziunile T1 laterale pot fi tratate cu limfadenectomie unilaterală pentru că riscul invaziei controlaterale (în absența invaziei homolaterale) este sub 1% (49) (94) (138) (291).

Se consideră că ganglionii inguinali superficiali au rol de ganglioni sentinelă iar negativitatea lor face inutilă disecția profundă (86) (291) (333). Acești ganglioni sunt localizați în țesutul adipos, deasupra și inferior fasciei lui Cooper, anterior fasciei cribiformis.

Incizia pentru limfadenectomia inguină poate fi paralelă cu ligamentul inguinal și inferior 2 cm, sau verticală pe axul triunghiului Scarpa. Lambourile cutanate laterale vor fi dublate de un panicul adipos de 1,5 cm pentru a asigura vascularizarea tegumentelor. Hemostaza trebuie să fie riguroasă pentru a diminua limforagia postoperatorie, sursă de infecție și edem. Urmează descoperirea crosei venei safene interne și a fasciei cribiformis (ganglionii superficiali sunt dispuși în jurul crosei).

În funcție de stadiul bolii, C.L.Edwards și col. (1996) propun următorul model terapeutic:

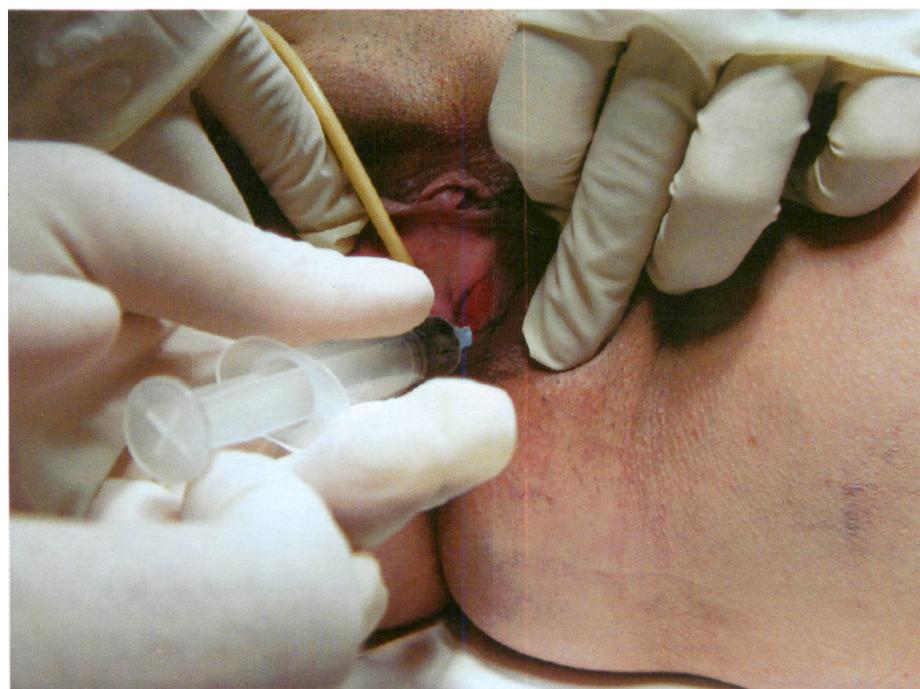


Fig.61 Injectarea de albastru izosulfan (cazuistica proprie).

- pentru leziunile cu dimensiunea maximă sub 2 cm, invazie sub 1 mm, absența invaziei ganglionare (clinic), se practică excizia locală fără limfadenectomie;
- în tumorile T1-T2, cu invazie profundă ce depășește 1 mm, leziune localizată lateral, ganglioni negativi (clinic), se practică excizia radicală locală, limfadenectomia unilaterală, RT pentru cazurile cu ganglioni pozitivi;
- în leziunile T1-T2 mediale și ganglioni negativi (clinic), este indicată excizia radicală locală cu limfadenectomie bilaterală și RT (ganglioni pozitivi);
- în cazurile T3 sau T4, ganglioni pozitivi (clinic), tratamentul este individualizat (RT, CHT preoperativie).

Ca și în cazul altor procese maligne, tendința minimalizării chirurgiei radicale fără

compromiterea supraviețuirilor, este aplicată și în stadiile precoce ale cancerului vulvar (191).

Evoluția concepțiilor privind tratamentul chirurgical în cancerul vulvar, poate fi ilustrată citând raportul unui studiu realizat la Clinica Mayo (225 cazuri tratate în perioada 1976-1990). În 134 cazuri a fost practicată operația Basset. În rest, au fost folosite procedee variate: excizia vulvară, excizia vulvară și limfadenectomia unilaterală sau bilaterală, superficială sau superficială și profundă. Notiunea de excize vulvară, are următoarele semnificații: excizie locală, excizie largă, hemivulvectomie, vulvectomie simplă, vulvectomie radicală.

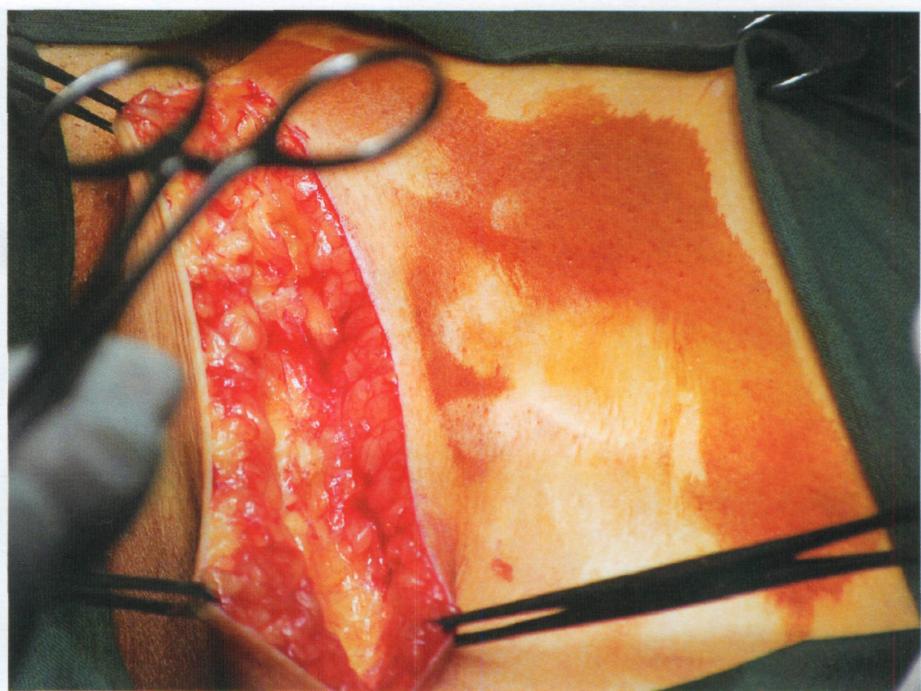


Fig.62

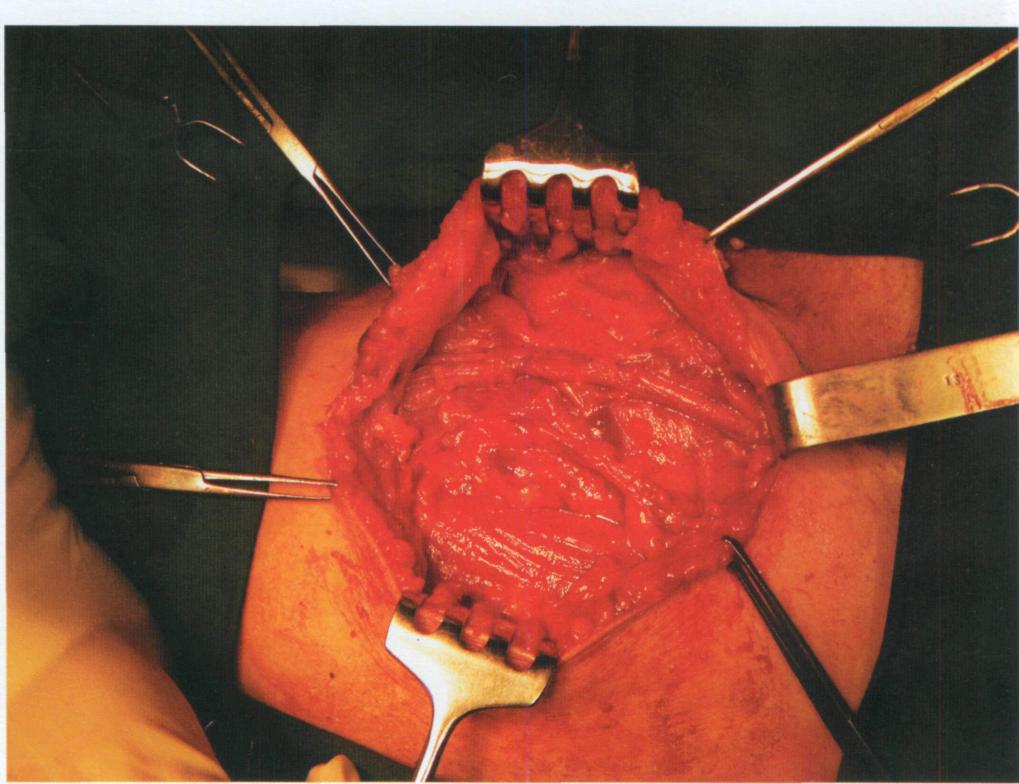


Fig.63

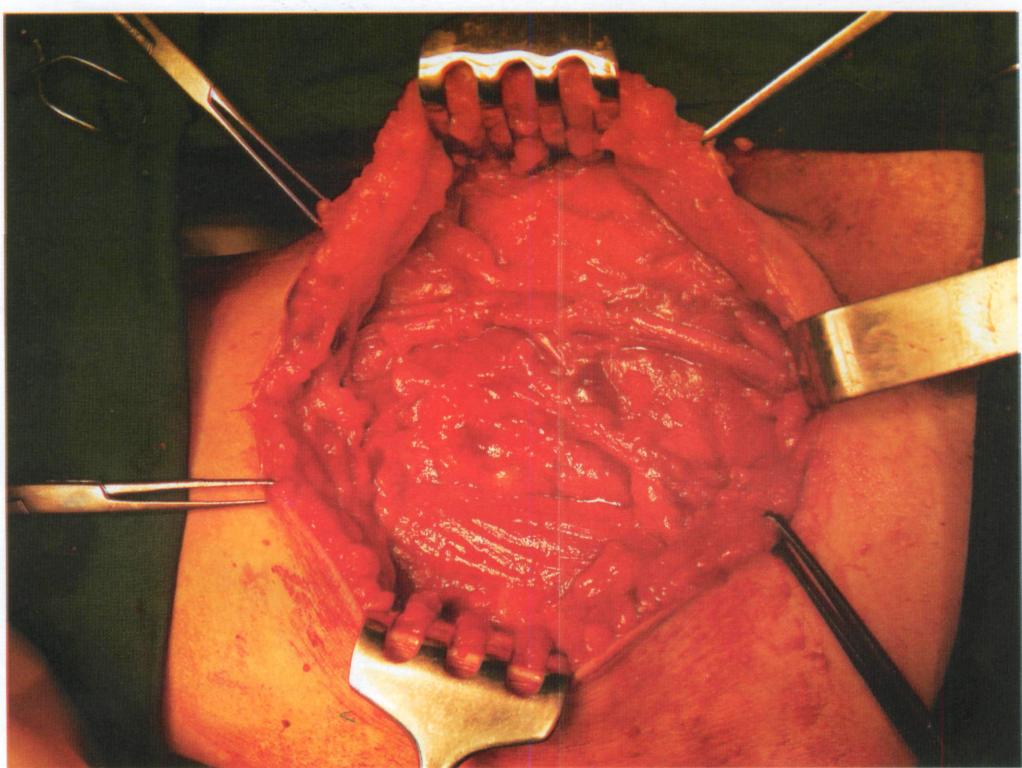


Fig.64

pentru a obține un maxim sub 2 cm, întrucătă lățimea invaziilor nu trebuie să depășească 1-2 mm, întrucătă există o

compromisă extremitatea de apărare în stadiile precoce ale cancerului uterin și în stadiile avansate este necesară o extirpare radicală.



Fig.65

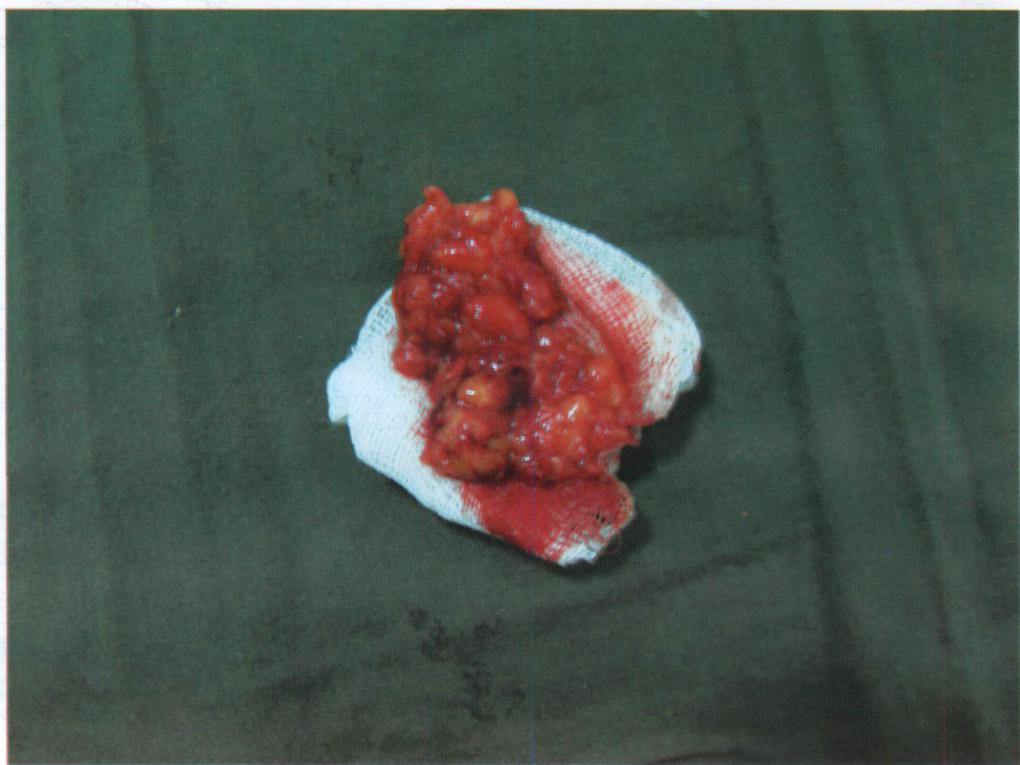


Fig.66



Fig.67

Figurile 60-67 conțin date din cazuistica proprie.

Capitolul V

HISTERECTOMIA. PROLAPSUL DUPĂ HISTERECTOMIE

Generalități.....	96
Căi de abordare.....	97
Histerectomie subtotală sau histerectomie totală?.....	106
Complicații.....	108
Prolapsul după histerectomie: fiziopatologie, tratament.....	108

GENERALITĂȚI

Deși există variații mari, explicate de natura concepțiilor medicale, zona geografică, particularitățile populației, hysterectomia este una dintre cele mai frecvente operații practicate pentru procese patologice benigne (48) (177). În Franța, sunt efectuate circa 70000 H anual, pentru patologie benignă (1999). În SUA, 1 din 3 femei, în Marea Britanie, 1 din 5 au în antecedente o H practicată înaintea vârstei de 60 de ani. Pe parcursul existenței, în Olanda, 1/3 din totalitatea femeilor va fi hysterecomizată. În țările scandinave, unde există o preocupare mai atentă pentru păstrarea integrității fizice, frecvența H este mai redusă comparativ cu America de Nord, unde este practicată și ca metodă contraceptivă.

S-ar putea pune unele întrebări:

- de ce H este efectuată atât de frecvent?
- de ce frecvența variază?
- care sunt urmările operației și dacă ele sunt în relație cu tipul H?

Frecvențele diferite pot avea unele explicații:

- tratamentele farmacologice (medicamentele pot controla evoluția unor leziuni dar nu le vindecă); în general, H nu trebuie propusă decât în cazul eșecului tratamentului conservator pentru că s-a constatat că 25% dintre H efectuate pentru leziuni benigne ar putea fi tratate medical (177);
- utilizarea metodelor minim invazive;
- interpretările privind capacitatea H de ameliorare a calității vietii;
- diferențele în privința opțiunilor femeilor.

În spiritul aceleiași concizii interogative, se pot pune și alte întrebări: *cine face H? pentru ce? cum?*

Unele statistici constată că 65% dintre H sunt efectuate de ginecologi, 31% de chirurgi generaliști, în servicii publice sau private. În fixarea indicațiilor se utilizează elementele clinice și explorările imagistice, morfologice, iar realizarea operației este în relație cu anestezia, calea de abord, tipul H, asocierea altor procedee tehnice etc.

H afectează relațiile anatomici și inervația organelor pélvine. Această deteriorare este în raport cu tipul H (292) (337). Suspensia organelor pélvine este asigurată prin aparatul ligamentar și prin elementele de presiune

exercitată de viscere și de presiune negativă din cavitatea abdominală.

Vaginul, planșeul pelvi-perineal, parametrele sunt implicate în susținere. Parametrul este constituit din fibre colagene, musculare și elastice cu dispunere perivasculară, periureterală și perineurală. Fibrele se intrică în structurile istmo-cervicale pe care le ancorează și la peretele pelvin. Istmul și colul uterin sunt segmentele cel mai bine ancorate.

Parametrul prezintă condensări denumite impropriu ligamente: ligamentele cardinale (lateral), ligamentele utero-sacrata (posterior), ligamentele utero-vezicale (anterior). Aceste elemente anatomici sunt detaliate în alt capitol. Coeziunea peritoneului cu peretele pelvin este fortificată prin elementele de suprafață și prin țesutul conjunctiv subseros prezent în micul bazin.

Ramurile principale din plexul pelvin trec inferior arterei uterine și pot fi afectate în timpul disecției ligamentelor cardinale. Sursa principală a inervației vezicale care ajunge la vezică înainte de a difuza în detrusor, poate fi afectată în cursul decolării vezico-uterine. Disecția excesivă a țesutului paravaginal afectează neuronii pelvini situați latero-vaginal. Extirparea colului afectează, de asemenea, elementele nervoase.

Starea psihologică după H este catalogată prin două grupuri de opinii. Conform studiilor mai vechi, incidența depresiei posthisterectomie variază între 30% și 70%. Cercetările recente ajung la concluzia că această incidență este mult mai redusă (4-7%). Este posibil ca aceste diferențe să fie explicate de utilizarea neuniformă a criteriilor psihiatrici standardizate.

Studiile prospective au arătat că morbiditatea psihologică înainte de practicarea H a fost mai mare (16-58%) decât cea a populației generale (6-14%). Si aceste constatări sunt interpretabile prin prisma vârstei (perimenopauză-premenopauză) și a utilizării tratamentului hormonal substitutiv sau psihotrop.

După H, starea psihologică se ameliorează și incidența morbidității psihologice se reduce cu mai mult de 50%.

În etiologia morbidității psihologice (depresie, anxietate, insomnie) au fost incriminați mai mulți factori:

- pierderea feminității (funcția menstruală, capacitatea reproductivă);
- criza emoțională (evidență la persoanele cu un fond nevrotic preexistent);
- afectarea sexualității (aspect controversat);
- preexistența simptomelor ginecologice (metroragii, dureri, sindrom premenstrual, migrene menstruale);
- insuficiența ovariană (anexectomia).

O serie de măsuri preventive își găsesc aplicabilitatea:

- explicarea detaliată a faptului că H este justificată;
- prezentarea efectelor pozitive urmare a intervenției;
- evaluarea stării psihologice a pacientelor și aplicarea metodelor terapeutice specifice atunci când sunt necesare;
- indicarea tratamentului hormonal substitutiv (157).

Fiind una dintre cele mai frecvente operații, H poate antrena cele mai multe probleme de ordin revendicativ privind calitatea actului medical (responsabilitatea).

Un studiu efectuat din perspectiva medico-legală în perioada 1975-1985 în California, nota în categoria injuriilor următoarele aspecte (exclusiv decesul): leziuni urinare, hemoragii cu necesitatea reintervenției, leziuni digestive, nervoase, infecții, dureri. O problemă litigioasă a fost constituită de necesitatea practicării operației.

În statistică prezentată, 65% dintre H au fost efectuate femeilor cu vârste cuprinse între 30 și 49 ani, iar 22% unor femei cu vârste sub 30 de ani. În aceste condiții, antrenarea responsabilității medicale este cu atât mai mare (361).

CĂI DE ABORDARE

Calea de abord pentru realizarea H este preferențială și dezbatută. Aceasta explică de ce partizanii celor 3 căi de abord (abdominală, vaginală, celioscopică) își prezintă argumentele în ideea diminuării morbidității și a costurilor.

Există variații legate de "școală". Din acest punct de vedere, trebuie să ne încadrăm în grupul celor ce preferă calea abdominală, deși este bine ca operatorii să fie familiarizați cu

toate tehniciile. Aceasta ar fi în spiritul sublinierii făcută de Mayo: "operația trebuie adaptată bolnavei și nu bolnava operației".

Nu există un ghid privind alegerea căii de abord pentru indicații similare. În ultimii 25 de ani, în SUA, H abdominală a fost metoda preferată pentru realizarea H (la 7.557.285 HA corespundeau 2.934.252 H vaginale – raportul fiind 2,06/1) (160). Ne întrebăm dacă această constatare reprezintă un consens conform căruia HA oferă beneficii mai mari pacientelor sau reflectă diferențe de stil? Într-o statistică recentă (307), făcută în SUA, se consemnează: 65% HT abdominală, 23% HT vaginală, 10% H asistată laparoscopic, 2% HST. După 1990, în Marea Britanie, din circa 2000 H, 88% au fost HA.

Se consideră că dezavantajele HA (frecvența mai mare a complicațiilor, spitalizare, convalescență și cost mai mari, afectarea calității vieții) favorizează promovarea HV în proporții mari (77-89%, Kovac, 80%, Martin). Alegerea căii vaginale trebuie să rezulte în urma unei selecții adecvate în care pe prim plan să fie faptul că patologia este strict localizată la uter (prolaps, fibromatoză cu volum redus, adenomioză, hemoragii disfuncționale recurente, cancer al colului uterin în stadiul intraepitelial) (160).

Într-un serviciu francez, ponderea căilor de abord era 16% HA, 72% HV, 12% HV asistată laparoscopic (199). Aceeași sursă subliniază existența unor elemente care pun sub semnul întrebării calea vaginală:

- nuliparitatea (extensibilitatea peretilor vaginali redusă);
- operația cezariană în antecedente (țesut cicatricial vezico-uterin);
- antecedente pelvine ce favorizează formarea aderențelor;
- volumul uterin excesiv;
- necesitatea efectuării anexectomiei (177) (199).

Partizanii efectuării H pe cale vaginală consideră că acest abord trebuie preferat (de câte ori este posibil), o înțelegere adecvată a indicațiilor fiind foarte importantă (211) (319). O sistematizare a contraindicărilor include:

- suspectarea patologiei anexiale;
- fibroame voluminoase (uter mai mare decât cel corespunzător unei sarcini de 12 săptămâni);

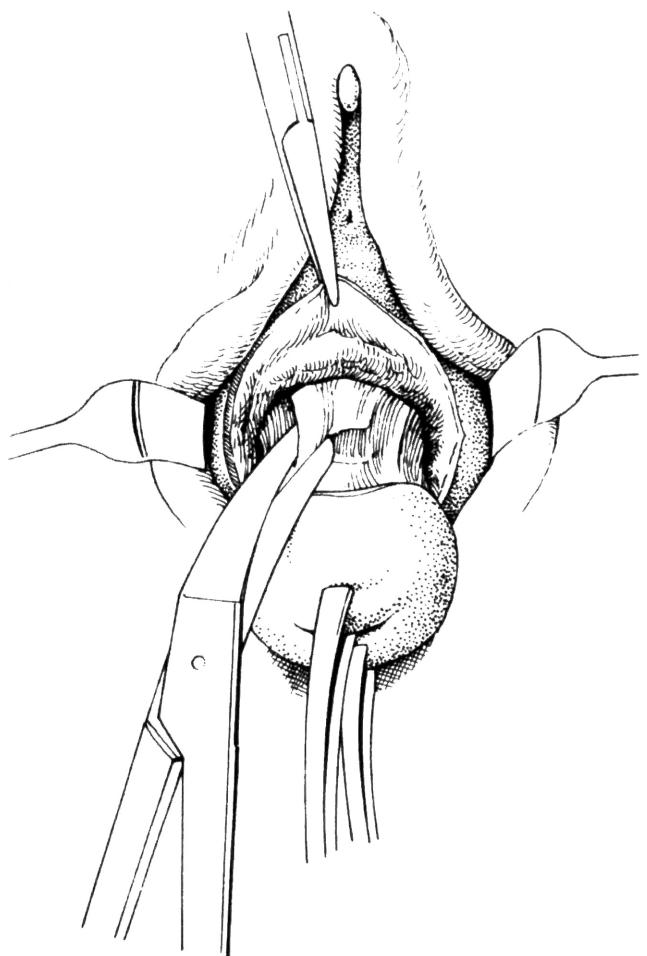


Fig.68 Secționarea ligamentului cervicovezical

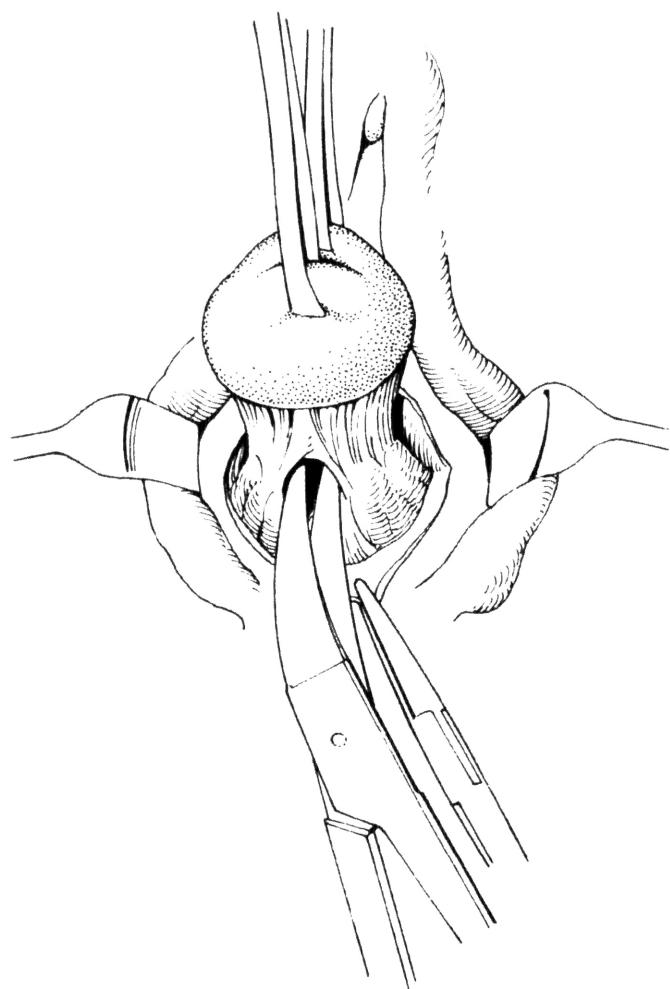


Fig.69 Deschiderea fundului de sac Douglas

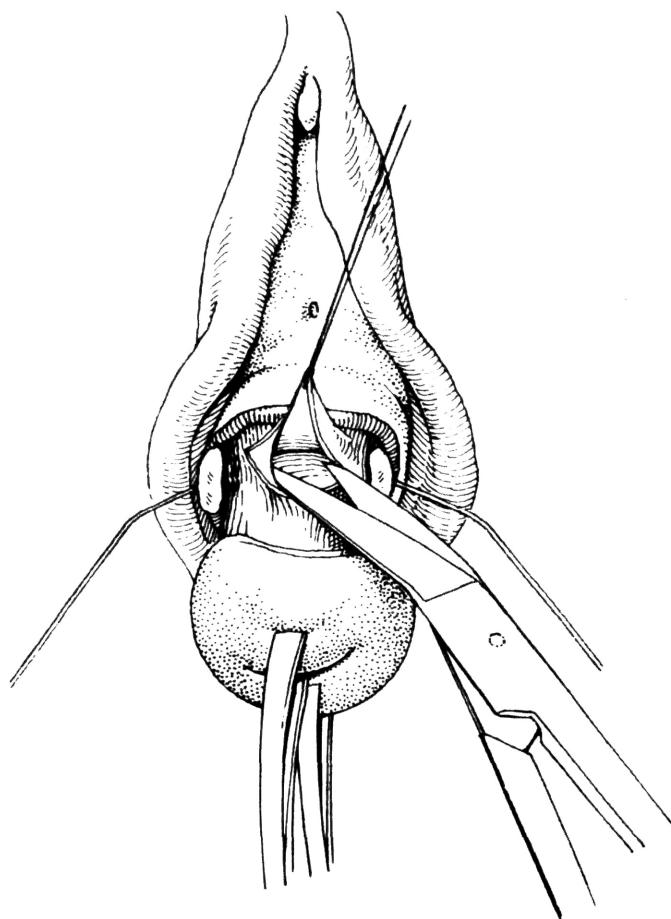


Fig.70 Deschiderea fundului de sac utero-vezical

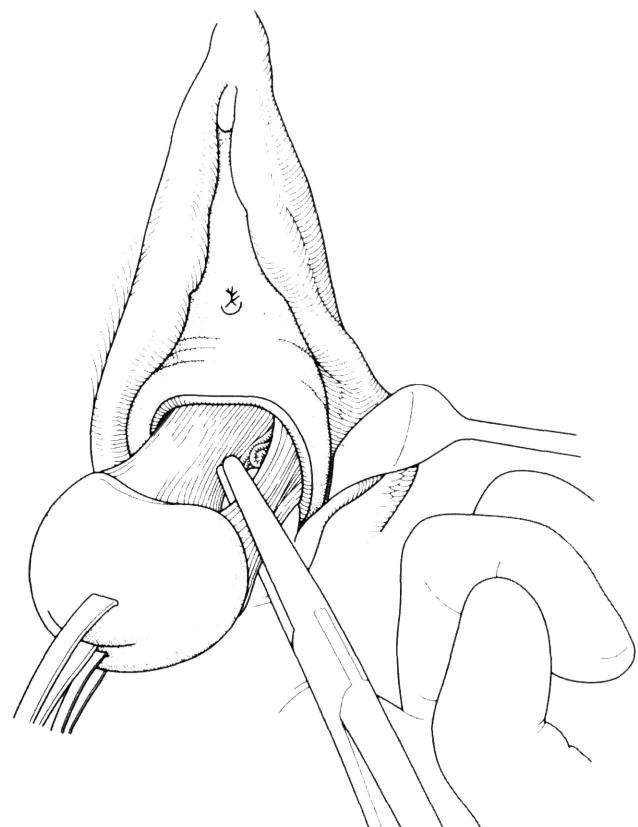


Fig.71 Pensarea ligamentului cardinal

Fig. 72 Pensarea pediculilor tubo-ovarieni

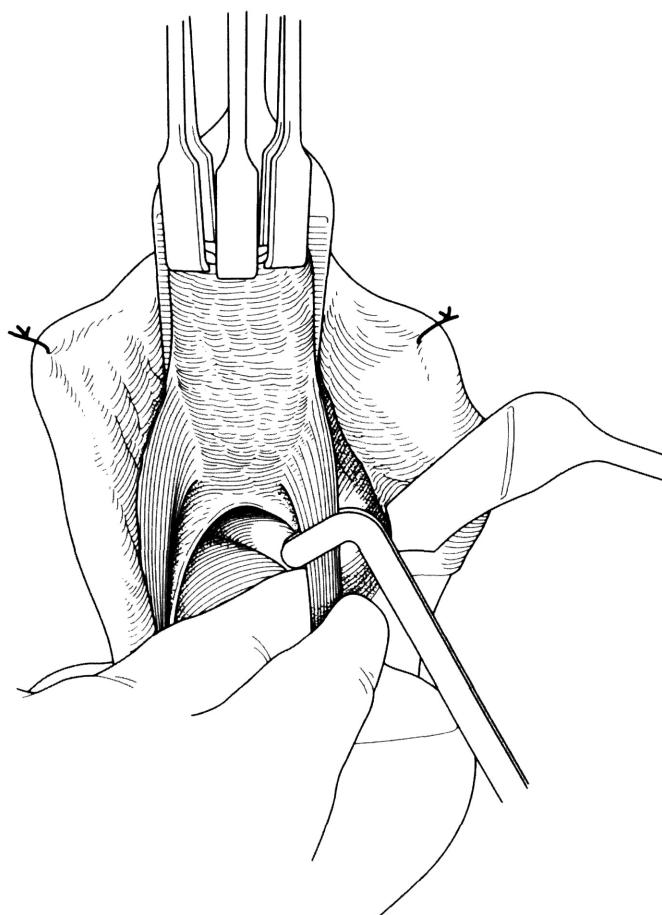
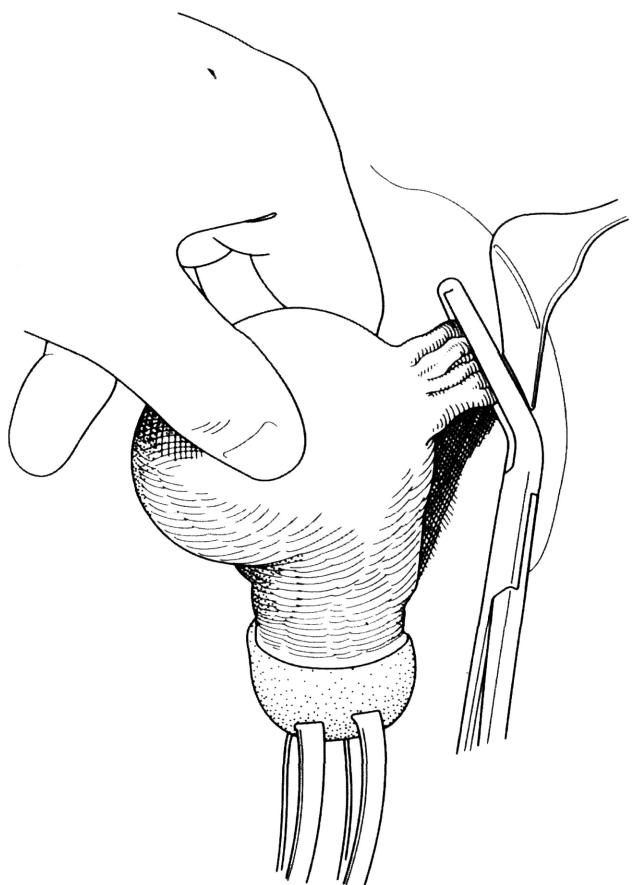


Fig. 73 Secționarea ligamentelor utero-sacrate

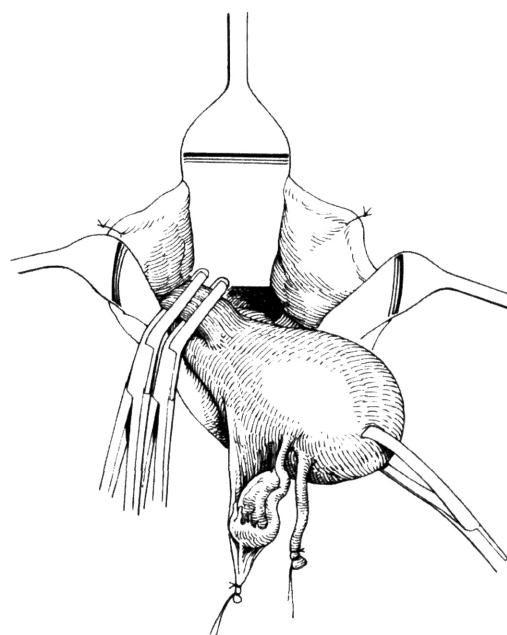


Fig. 74 Secționarea ligamentelor cardinale

- cancere uterine invazive (col, corp);
- suspectarea unor alte afecțiuni care necesită explorare sau/și tratament chirurgical;
- endometrioza pelvină extensivă;
- operații anteroare practicate pentru tulburări de statică;
- pelviperitonita (319).

Pregătirea preoperatorie pentru HV include administrarea unei doze de antibiotice (și continuarea la 6 și 12 ore postoperator), toaleta părului pubian, cateterizarea vezicii, dezinfectarea vaginului.

Etapele operației:

- dacă introitul este prea îngust, se poate practica o epiziotomie mediană;
- instilarea vezicală a 10 mL soluție salină + 5 mL albastru metilen;
- plasarea unui speculum și a depărtătoarelor laterale (crearea câmpului operator este foarte importantă);
- plasarea pensei pe colul uterin și injectarea a 100-200 mL soluție salină sterilă submucos, în jurul colului, pentru ușurarea disecției;
- incizia mucoasei vaginale (colul tracționat superior) la nivelul inserției vaginului pe col;
- pătrunderea în fundul de sac posterior (attenție la evitarea injuriei rectului);
- extinderea inciziei posterioare semilunare, anterior colului;

- disecția vezicii la nivelul colului (fig. 68, 69, 70, 71, 72);
- deschiderea peritoneului anterior;
- pensarea ligamentelor cardinale și utero-sacrate (cât mai aproape de col), secționarea și ligaturarea;
- pensarea și ligatura vaselor uterine (fig. 73, 74);
- în acest moment, se poate constata, uneori, că nu este posibilă continuarea HV în condiții de siguranță și operația trebuie terminată pe cale abdominală;
- pensarea ligamentului larg, razant cu uterul, a ligamentelor utero-ovariene și trompelor;
- deplasarea anselor intestinale pentru a expune fundul de sac posterior;
- cele 3 ligaturi (ligamentele utero-sacrate, ligamentele cardinale, partea superioară a ligamentelor lărgi) sunt menținute cu fire lungi necesare ancorării boltii vaginale;
- sutura peritoneului (fir continuu; pediculii vasculari suturați, rămân extraperitoneal);
- închiderea bontului vaginal (drenaj cu tub);
- colporafie posterioară;
- cistoscopie pentru confirmarea integrității ureterale.

Primul caz de H **per celioscopică** (HC) a fost raportat de către Harry Reich (1989) și propusă pentru evitarea laparotomiei. Acest tip de H nu pare să majoreze riscul complicațiilor, aspectul economic fiind avantajos.

Principalele indicații (patologie benignă) includ:

- sindrom dureros pelvin (antecedent chirurgical generator de aderențe, suspectarea endometriozei);
- prezența unei patologii anexiale;
- calea vaginală neadecvată;
- metroragii rezistente la tratament medical;
- leziuni precanceroase (53).

Eșecurile metodei determină conversia spre laparotomie și pot fi explicate de volumul uterin excesiv, proces aderențial sever.

Complicațiile pot fi urologice, digestive, hipertermice tranzitorii. Frecvența generală a complicațiilor este de circa 10% și trebuie pusă în relație cu următoarele elemente: numărul cazurilor operate, indicațiile, tehnica folosită (în raport cu formarea și experiența chirurgilor) (53).

În legătură cu realizarea HA facem următoarele sublinieri de ordin practic:

- investigații preoperatorii (în special paciente cu vârste mai mari de 40 de ani): citologie cervico-vaginală, biopsie de endometru, examen senologic;
- cateterism vezical;
- dezinfectarea vaginului (soluție iodată), meșaj;
- incizia mediană, explorarea abdomenului, pelvisului; folosirea ecartoarelor;
- plasarea penselor lungi, drepte, pe marginileuterului;
- identificarea ureterelor (eventuala deschidere a foitei psterioare a ligamentului larg, de care trebuie să rămână atașat, în scopul evitării injuriilor);
- ligaturi la nivelul ligamentelor rotunde, utero-ovariene, lombo-ovariene;
- ligatura vaselor uterine (fig. 75);
- secționarea peritoneului posterior;
- secționarea ligamentelor cardinale (pense intern pediculului uterinei, pe o distanță de 2-3 cm, paralel cu uterul) (fig. 76);

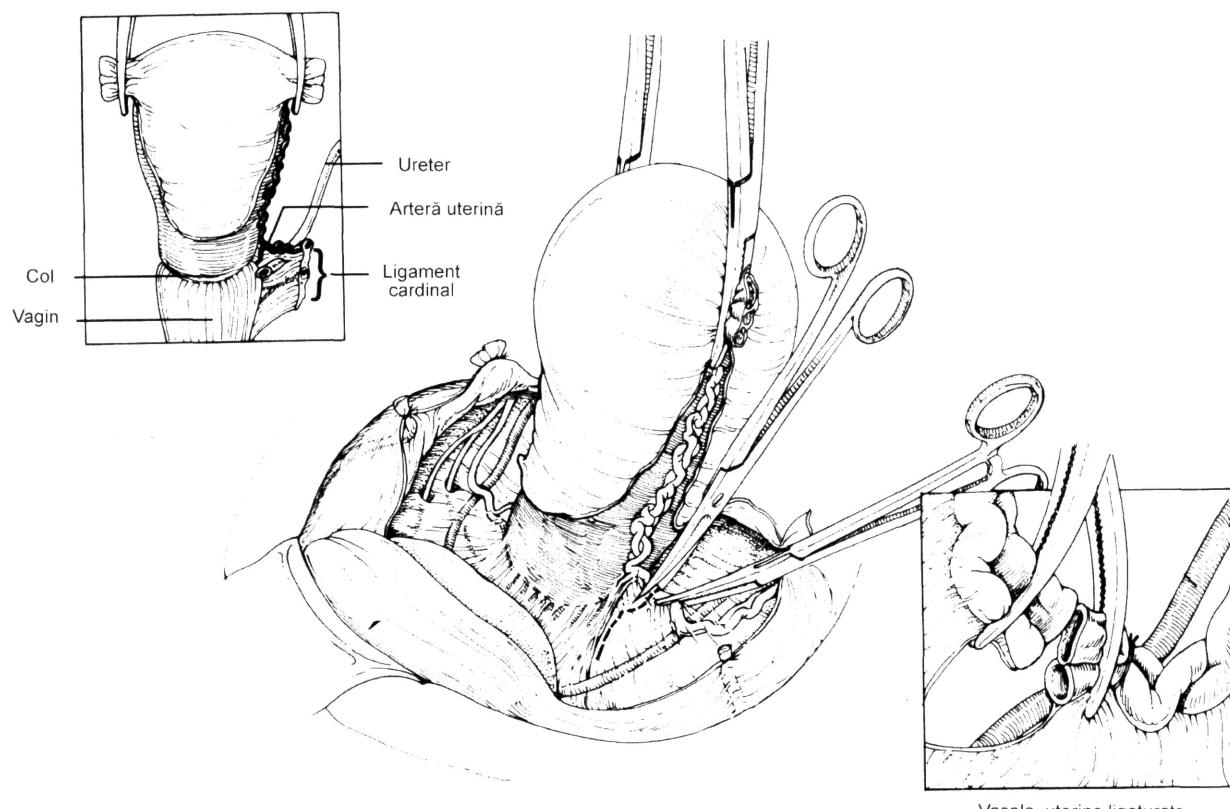


Fig.75 Ligatura vaselor uterine (după Novak's Gynecology 1996)

- secționarea vaginului;
- fixarea bonturilor ligamentelor utero-sacrate;
- drenaj;
- sutura peritoneului.

În finalul scurtei prezentări privind abordul necesar realizării H oferim o sinteză a avantajelor și dezavantajelor fiecărei categorii:

1.HA

Avantaje:

- tehnică de referință;
- posibilități de instruire bine codificate;
- explorare abdominală optimă;
- absența contraindicațiilor uterine.

Dezavantaje:

- prezența cicatricei abdominale;
- dureri postoperatorii relativ frecvente;
- anumite forme de morbiditate mai frecvente (ileus, tromboembolism etc.);
- durata spitalizării mai mare;
- convalescență prelungită.

2.HV

Avantaje:

- absența deschiderii cavității peritoneale;
- absența cicatricii (vizibile);
- durere postoperatorie limitată;
- morbiditate redusă;
- durata spitalizării și convalescență mai scurte;
- cost scăzut;
- durata operației redusă;
- anestezie peridurală;
- contraîndicații rare.

Dezavantaje:

- câmp operator limitat;
- instruire mai dificilă;
- volumul uterin, element ce poate limita indicațiile și realizarea;
- riscul infecției pelvine;
- plăgi vezicale mai frecvente;
- riscul prolapsului.

3.HC

Avantaje:

- durata spitalizării foarte scurtă;
- durere postoperatorie limitată;
- morbiditate redusă;
- cicatrici nesemnificative.

Dezavantaje:

- durata operației mai mare;
- instruire dificilă;
- material costisitor;

- extragerea piesei uneori dificilă;
- plăgi ureterale mai frecvente (199).

INDICAȚIILE HISTERECTOMIEI

Sunt teritorii în care H este cea mai frecventă operație majoră practicată femeilor aflate în perioada reproductivă. Indicațiile sunt sursă de discuții și variații în relație cu zona geografică, calea de abord, vârstă, rasa, religia, paritatea etc. S-a constatat că acești parametri rămân relativ constanti (84).

Cel puțin din unele puncte de vedere problema indicațiilor H este una de actualitate:

- creșterea gradului de informare a populației;
- aspectul economic;
- conturarea unor "ghiduri" profesionale necesare creșterii acurateței recomandării acestei intervenții (308).

În perspectiva realizării consensului privind indicațiile au fost analizate numeroase elemente:

- săngerările (uterine);
- durerea (caracter, tratament);
- tratamentele hormonale (dacă s-au făcut, cum, rezultate);
- patologia cervicală (evaluare obligatorie);
- estimarea greutății uterului (clinic, prin comparație cu greutatea uterului gravid – exemplu: la 12 săptămâni corespund 280g – sonografic);
- aspecte psihosomatice.

După această analiză se conturează o serie de condiții:

- necesitatea informării pacientei privind procedeul chirurgical, riscurile, posibilele complicații;
- evaluarea menținerii fertilității;
- caracteristicile eventualei patologii anexiale;
- justificarea intervenției.

Fibromatoza deține aproximativ 30% dintre indicații. Fiind cea mai frecventă tumoră este firesc ca mare parte din H să fie indicate pentru fibromatoza uterină. 20% dintre femeile cu vârstă de 30 de ani și 40% dintre cele de 50 de ani sunt purtătoare de fibroame. 50% dintre tumori sunt simptomatice și necesită tratament. Acesta are diferite forme și indicații:

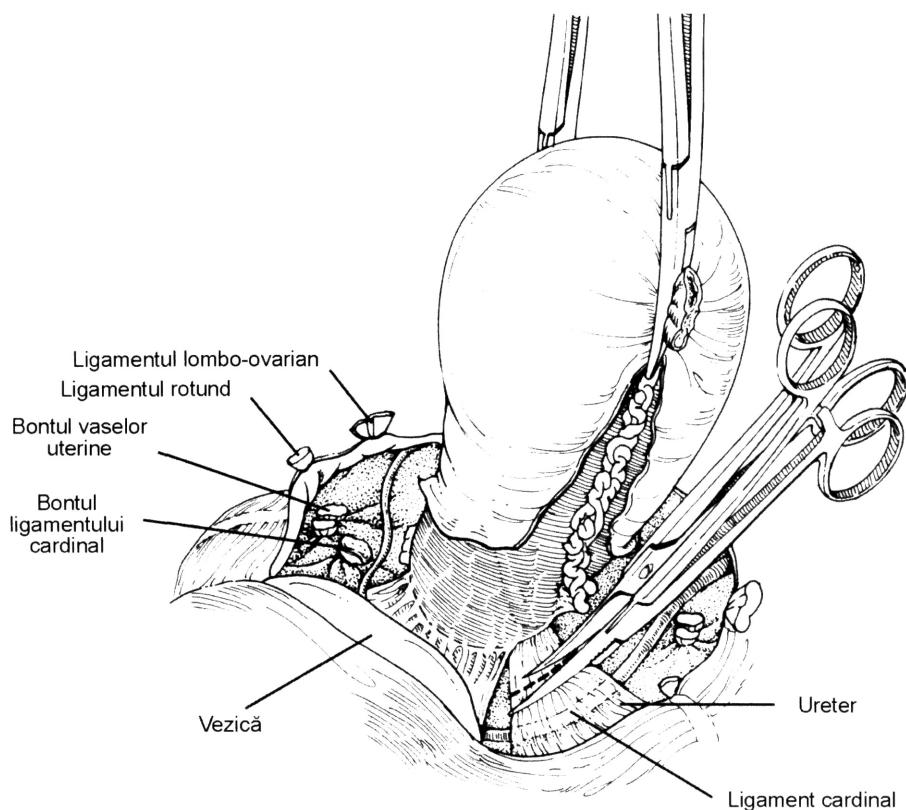


Fig.76 Ligatura ligamentului cardinal (după Novak's Gynecology 1996)

tratament medical, chirurgie endoscopică, mioliză, tratament chirurgical tradițional (151).

Tratamentul medical nu este etiologic și acționează asupra simptomelor funcționale, în special cele ce au drept suport hiperplazia endometrului. Între alte mijloace ale tratamentului medical notăm: progestativele de sinteză, agoniștii GnRH (reduc volumul uterului făcând posibil tratamentul conservator sau abordarea pe cale vaginală), mifepristone (steroid sintetic antiprogesteron, antiglu-cocorticoid, aniestrogen), tamoxifen.

Chirurgia endoscopică folosește histeroscopia, chiruretajul, rezecția. Mioliza poate fi realizată prin termoterapie intersticială, coagularea pediculilor.

Tratamentul chirurgical tradițional își menține actualitatea pentru că:

- este polivalent (sub raportul volumului și varietăților topografice ale fibroamelor);
- repräsentă soluția cea mai simplă și mai rapidă, mai ales pentru fibroamele complicate (hemoragii, compresiuni, necrobioze);

-este singurul recurs contra leziunilor asociate (184).

În cazul femeilor cu teren chirurgical nefavorabil indicația operatorie trebuie făcută cu circumspectie (obeze, tumori voluminoase, predispoziție la complicații tromboembolice etc.).

Tumorile inclavate și în special cele incluse determină modificări ale rapoartelor (vezică, uretere, vase mari, colon). Colul uterin este, uneori, greu de identificat. Cel mai mare risc este reprezentat de injurierea ureterală ("victimă inocentă în chirurgia tumorilor incluse"). Dacă tumoră face corp comun cu uterul (fibrom inclus) ureterul este, de obicei, deplasat în jos și în afară. Când tumoră este "independentă" de uter există mai multe eventualități: ureterul se află posterior tumorii sau între două formațiuni tumorale. Sunt situații în care ureterul are aspectul modificat, fiind asemănător unui vas.

Fibroamele cervicale pot fi anteroare, posterioare, laterale, centrale, multiple. Tumorile ligamentului larg (adevărate) sunt

separate de uter. Cele mai importante relații sunt cele cu artera uterină și ureterul. Dificultățile sunt cu atât mai mari în tumorile voluminoase, intens vascularizate sau aderente. Se recomandă abordarea uterului pe partea sănătoasă, iar identificarea ureterului să fie făcută în partea sa superioară urmată de evidențierea tractului spre vezică.

În fibroamele colului extirparea poate fi dificilă datorită schimbării rapoartelor și enucleerii anevoiase. Fibroamele centrale pot fi extirpate prin hemisectiona uterului, enucleere și histerectomie (211).

Un aspect particular este reprezentat de evidențierea leiomiosarcomului (0,13%-0,30%) la nivelul pieselor de H efectuate pentru fibromioame. Leiomiosarcomul este o tumoră rară. Relevarea sa clinică este similară celei comune leiomioamelor benigne. Cu toate că se practică biopsia endometrului, diagnosticul nu este fixat preoperator. Suspectarea intraoperatorie nu este totdeauna confirmată (infirmată) de examenul extemporaneu.

Criteriile histologice pentru leiomiosarcom constituie subiect de polemică. Relativ frecvent această leziune este diagnosticată fără suport real. Statistic, se consideră că 1 caz din 140 de H poate avea leiomiosarcom. Diagnosticul preoperator poate fi suspectat în 37,5% dintre cazuri. Sonografia și citologia cervicală nu sunt utile. Au fost raportate metastaze în anexe. Intervențiile restrânse (miomectomii, HST, păstrarea anexelor) sunt alte surse de aproximare a diagnosticului (173).

Hemoragiile disfuncționale (20% dintre indicații) motivează H într-un număr mai mare de cazuri (49) (181). Cazurile cu vârste peste 35 de ani vor fi investigate histologic (endometru). H va fi practicată în situațiile în care tratamentul medical este inefficient (inclusiv după efectuarea rezecției per histeroscop).

Endometrioza (adenomioza) deține 20% dintre indicații. În mod obișnuit prezervarea funcției reproductive este dorită. Poate fi practicată laparoscopia. În cazurile cu boală avansată sau când nu este necesară conservarea funcției fertile se practică laparotomia. Tratamentul chirurgical poate fi precedat de tratament medical în scopul reducerii vascularizației și volumului nodulilor.

HT este indicată în cazurile cu forme severe. Dacă se practică și anexectomia, poate fi indicată terapia hormonală de substituție. Sunt situații în care fundurile de sac sunt blocate de focarele de endometrioză și nu poate fi realizată HT datorită inabordabilității colului uterin.

Prolapsul explică 15% dintre indicații. Chirurgia prolapsului nu este simplă. De fapt, H nu este un tratament al prolapsului. Tehnica este mai simplă decât o colpectomie bine făcută dar adaugă o "nouă gaură" într-un planșeu pelvin și aşa plin de găuri (288).

În mod tradițional, prolapsul este tratat chirurgical în raport cu natura tulburării statice, scopul fiind eliminarea simptomelor și refacerea suportului pelvin. Poate fi folosită calea abdominală sau cea vaginală. HV are avantajul că oferă posibilitatea efectuării altor tipuri de intervenții în aceeași sedință operatorie (tratarea enterocelului, colporafii).

Durerea pelvină cronică (10% dintre indicații). Această indicație trebuie pusă prin excluderea altora și după ce se practică tratamentul medical (care se dovedește inefficient). În aproximativ 25% din cazuri durerea persistă și după H. Durerea pelvină cronică este o problemă de sănătate destul de frecventă. Uneori, diagnosticul etiologic este greu de stabilit. Chiar și în cazurile diagnosticate eficiența tratamentului poate fi compromisă de caracterul multifactorial caracteristic durerii. În unele cazuri, durerea este redusă, dar nu vindecată (un alt argument al interacțiunii complexe între determinanții durerii pelvine cronice).

H trebuie indicată în situațiile în care durerea are origine uterină și nu poate fi corectată prin tratamente nechirurgicale. Aproximativ 70% dintre cazurile cărora li se practică laparoscopia pentru durere pelvină cronică nu prezintă vreo formă de patologie intraperitoneală. De multe ori cauza nu este ginecologică (colon "iritabil", cistită, sindrom miofascial etc.). Modificările induse de unii modulatori (VIP, substanța P, endorfine) pot afecta neurotransmiterea la nivel medular.

Istoricul poate include factori ginecologici, chirurgiali, farmacologici, psihosociali, comportamentali. Endometrioza și aderențele sunt cele mai comune condiții ginecologice

descoperite în cursul activității de evaluare a durerii pelvine cronice.

Intensitatea durerii nu este pusă în relație cu localizarea sau densitatea aderențelor. Rolul aderențelor în durerea cronică este incert. Adezioliza este recomandată după ce o evaluare multidisciplinară elimină implicarea altor factori. Rolul adeziolizei este, de asemenea, neclar. În plus, se complică prin formarea de noi aderențe.

În 1937, G. Cotte a descris rezecția nervilor presacrați indicată pentru tratamentul dismenoreei (rezultate în 50 până la 75% din cazuri). Această simpectomie este eficientă doar în durerile ce au punct de plecare uteul și trompele.

H este indicată în special la persoane ce au copii și ale căror dureri sunt explicate de endometrioză (adenomioză), congestie pelvină (explicată de spasmul musculaturii netede și congestie venoasă utero-ovariană determinată de sistemul nervos autonom în condiții de stress emoțional), dismenoree secundară (terapie medicală ineficentă).

Cu ocazia practicării H se poate executa apendicectomia pentru a preveni apendicită sau a o trata (dacă există). Chiar dacă se consideră că practicarea apendicectomiei nu se însoțește de o creștere a morbidității preferăm să evităm această asociere.

Date statistice constată că circa 75% dintre histerectomii sunt abdominale. Deși există preferințe, controverse privind riscurile, avantajele sau dezavantajele, calea realizării H trebuie să fie individualizată, evitând standardizările.

Hiperplaziile endometriale cu atipii persistente.

Neoplazia cervicală intraepitelială (cazurile care, din diverse motive, nu sunt tratate conservator).

Din acest subcapitol nu fac parte indicațiile obstetricale și cele radicale.

HISTERECTOMIE SUBTOTALĂ SAU HISTERECTOMIE TOTALĂ

Până în anii '40, în SUA, HST era operația standard. Faptul că această operație era

practicată mai frecvent, conform principiului "fă cât mai puțin posibil, dar atât cât este necesar", avea explicații: anestezia (precară), absența antibioticelor, dificultățile tehnice presupuse de HT (218).

În ultimii ani, în unele zone, HST a crescut în popularitate:

- conservarea colului reduce efectele anatomici și neurologice nedorite;
- frecvența redusă a complicațiilor urinare și sau digestive;
- incidenta scăzută a prolapsului (307).

Riscul dezvoltării cancerului pe bont restant nu mai este considerat o realitate (condiția fiind obligativitatea screening-ului).

HST expune în mai mică măsură la complicații operatorii, pierderile de sânge sunt reduse, durata operației mai mică.

Între factorii ce predispusă la prolaps se află și chirurgia ginecologică. Deși este folosită și pentru tratamentul prolapsului H poate fi responsabilă de un număr de cazuri. Există opinii conform cărora prolapsul este mai frecvent după HST (92).

Inconvenientele HST mai înregistrează sângerările postoperatorii (endometru rezidual), dezvoltarea fibromioamelor, IUE (337).

Sexualitatea nu pare să fie în relație cu tipul H. Această opinie nu este unitară. Păstrarea colului nu este lipsită de importanță pentru statica organelor pelvisului și pentru morfologia vaginului (lungime, troficitate, elasticitate) (305).

Pentru unii practicieni primul motiv al efectuării HST este menținerea unei funcții sexuale normale, dar nu există date care să argumenteze convingător această relație. Activitatea sexuală preoperatorie este cel mai important factor pentru predictia satisfacției sexuale postoperatorii. În practică, un punct de vedere pertinent este cel al individualizării indicațiilor (176).

HT rămâne cea mai adecvată metodă de eliminare a neoplaziilor cervicale și este absolut justificată în populațiile în care nu se practică screening-ul cervical organizat. HT este o formă de tratament definitiv. Ameliorează calitatea vieții și status-ul psihologic, diminuă riscurile cancerelor de endometru și ovar (HT + anexectomie bilaterală). Sunt autori ce consideră că HT previne prolapsul (218).

Extrirea colului uterin crește durata operației, morbiditatea și spitalizarea. Această secvență a HT este dominată de problema hemostazei. Vasele provin din crosa uterinei prin ramurile cervico-vaginale și prin ramurile vezico-vaginale. Plasarea unei pense paralel cu axul utero-vaginal (pentru a asigura hemostaza completă) nu este totdeauna simplă datorită țesuturilor fibroase, sechelelor inflamatorii, aderențelor, retracțiilor.

Din punct de vedere embriologic, al vascularizației și mijloacelor de fixare, domul vaginal și colul constituie același organ și sunt înconjurate de o condensare fibroasă și musculoasă care se poate cliva (element esențial pentru H intrafascială).

Acste condensări constituie lamele sacro-genito-pubiene. Lateral, domul vaginal este legat la peretele pelvin prin condensări ce înconjoară vasele uterine și vaginal (clivajul vezico-vaginal este posibil pe linia mediană).

Extrirea colului determină creșterea duratei operației, a sângerărilor sau altor forme de morbiditate, necesitatea antibioticoterapiei, prelungirea spitalizării.

HT abdominală fumizează 0,5 până la 2,0% dintre complicațiile urologice. În Marea Britanie, injuriile urinare se află pe prim plan în privința litigiului HST-HT. Alte complicații: fistule, infecții, leziuni intestinale, tromboembolism. Iată care erau complicațiile observate de H.G. Robert într-un serviciu de chirurgie ginecologică (HT indicate

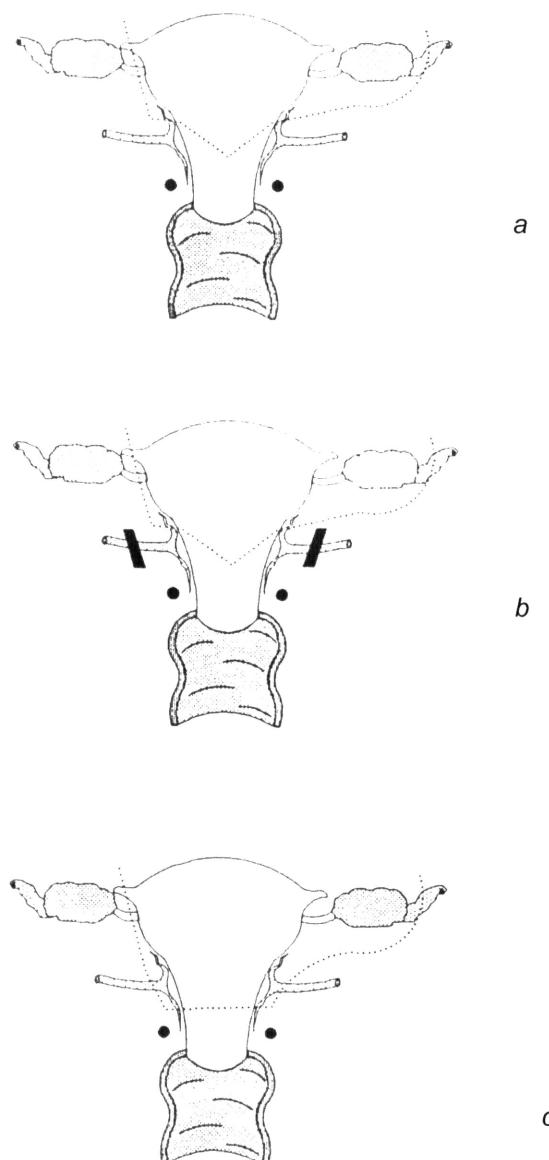


Fig. 77 a,b,c Sistem de clasificare a H supracervicale ținând cont de arterele uterine și de efectele asupra morbidității postoperatorii (după Munro).

pentru leziuni benigne): injurii ureterale (6), fistule vezicale (2), sângerare de la nivelul pediculilor ovarieni (3), ocluzii (3), septicemii (2), corpi străini (2).

În unele cazuri, HT induce diminuarea orgasmului (92). Nu există un consens conform căruia HT prin ea însăși ar avea un impact negativ asupra funcției sexuale. Concluziile nu sunt uniforme. Pe de altă parte, punctele de vedere ale pacientelor diferă, uneori, de cele ale medicilor.

Tehnica HT este mai dificilă. Aceasta ne aduce în minte aforismul: "cu cât o H este mai ușoară din punct de vedere tehnic, cu atât este mai puțin justificată" (Cotte). Acest citat sugerează preferințele noastre pentru HT. De fapt, preferința pentru HT este răspândită (218) (288) (310).

COMPLICAȚII

Complicațiile H pot fi grupate în 3 categorii:

- intraoperatorii: leziuni vasculare, hemoragii, leziuni ureterale, vezicale, intestinale, ale nervilor;
- postoperatorii: ileus, infecții, boală tromboembolică, fistule urinare, chisturi limfatice;
- tardive: disfuncție vezicală, fistule, chisturi.

Nu intenționăm o detaliere (ea fiind făcută în alte capitole). În cele ce urmează vom relua doar câteva date legate de complicațiile urologice.

Rapoartele anatomiche ale tracturilor reproductiv și urinar favorizează complicațiile urologice în cursul tratamentului chirurgical. Injuriile directe, intraoperatorii se produc rar în cazul practicienilor antrenați. Disecția trebuie făcută cu evitarea traumatismelor, protecția vascularizației ureterale, hemostază atentă.

Chirurgia pelvină nu poate fi practicată fără cunoașterea relațiilor anatomicice și funcționale proprii acestor structuri. Cel mai important factor de prevenire este cunoașterea anatomiei și variațiilor sale dublată de atenție, de excluderea oricărui moment care să trădeze neglijența sau rolul întâmplării.

Injuriile urinare sunt mai comune operațiilor ginecologice efectuate pentru procese benigne (37) (194) (223) (331) (332). Leziunile vezico-ureterale ar fi mai frecvente în cursul operațiilor efectuate pentru procese

pelvine benigne pentru că în chirurgia radicală ureterele și vezica sunt identificate și izolate.

Tráumatismul chirurgical anterior (când există) reprezintă cel mai important factor în formarea aderențelor (aderențele există și în 30% dintre cazurile fără antecedente operatorii).

Constituirea aderențelor este o deviere de la procesul normal de vindecare a peritoneului favorizată de ischemie și de injuriile vasculare. O serie de gesturi, uneori foarte simple, expuse și cu altă ocazie, sunt utile pentru evitarea formării aderențelor: hemostaza corectă, evitarea traumatizării țesuturilor și efectuării suturilor tensionate, peritonizarea etc.

Cele mai frecvente sedii ale posibilelor lezări ureterale sunt: la nivelul ligamentului lombo-ovarian, încrucișarea cu artera uterină și joncțiunea cu vezica. În chirurgia indicată pentru leziuni benigne aceste sedii sunt mai rar implicate, ele fiind propriei tehnicilor adresate proceselor maligne.

PROLAPSUL DUPĂ HISTERECTOMIE: FIZIOPATOLOGIE, TRATAMENT

Prolapsul după H este inclus în toate clasificările anatomo-clinice privind tulburările de statică genitală. Poate fi anterior sau posterior (vaginal) și prolapsul bontului vaginal (32).

Prolapsul după H este o categorie particulară (242) (288). Prolapsul boltii vaginale se poate produce după HST sau HT. Este o complicație ce se raportează variabil, de la 0,2% până la 43% dintre femeile cărora li s-a practicat H (340). Frecvența acestei complicații diferă în funcție de autori. Exemplu: Hogston constată o frecvență de 12% când H a fost făcută pentru prolaps și de 2% când H a avut alte indicații (139).

Pozitia normală a vaginului este menținută prin intermediul ligamentelor pelvine inserate pe col (cardinale și utero-sacrate) și prin fascia pubo-cervicală. Un suport suplimentar este asigurat de fibrele de la nivelul paracolposului care se inseră vertical la nivelul 1/3 superioare a vaginului. Axul longitudinal vaginal este superior planului ridicătorilor cu un unghi corespunzător vertebrelor sacrate 3, 4.

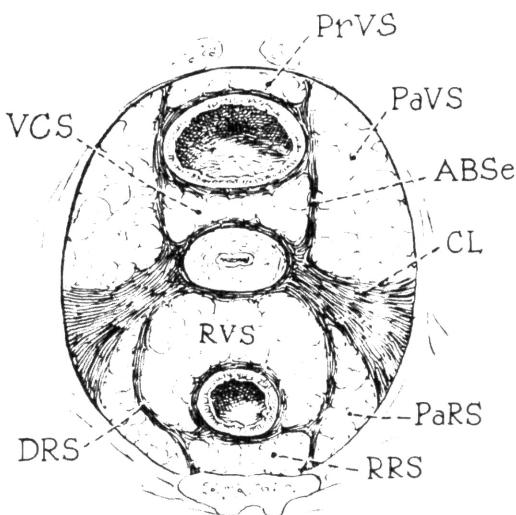


Fig. 78 Secțiune a pelvisului la nivelul colului uterin

VCS – spațiul vezicocervical

PrVS – spațiul prevezical

PaVS – spațiul paravezical

ABSe – septul vezical

CL – ligamentul cardinal

DRS – septul rectal

RVS – spațiul rectovaginal

PaRS – spațiul pararectal

RRS – spațiul retrorectal

Creșterea presiunii intraabdominale compresează vaginul pe planșeul pelvin, evitându-se, astfel, proiectarea spre hiatusul ridicătorilor.

Chirurgia pelvină deteriorează mijloacele naturale de susținere și determină modificări de *status*. Aceste modificări depind de tipul procedeului, tehnica operatorului, predispoziția individuală.

Prevenirea PBV cu ocazia H se poate face prin culdoplastia McCall (1958) modificată de către D.H. Nichols, C.L. Randall (1997), care constă în suspendarea bolții la ligamentele utero-sacrate (cu ocazia H). Încercarea de a realiza suspendarea la ligamente, la distanță în timp față de H, este dificilă datorită retracțiilor și dificultăților de identificare. Sunt practicieni care nu au convingerea că fixarea bonturilor ligamentelor la vagin ar reduce semnificativ dezvoltarea ulterioară a prolapsului. Colporafiile anterioare și posterioare practiceate frecvent cu ocazia H nu reduc incidenta prolapsului (211). Procedeul Aldridge ar preveni prolapsul prin păstrarea ligamentelor utero-sacrate și suturarea lor la capsula aponevrotică pericervico-vaginală.

R.E. Symmonds constată că în 39% dintre situații prolapsul apare în primii 2 ani de la H, în 24% în primii 10 ani, în rest la mai mult de 10 de la H.

Deși după HST bontul cervical și-ar păstra sistemul de ancorare există opinia că structurile uterine restante prolabează mai frecvent decât bolta vaginală.

Bolta vaginală coboară spre introit în diferite grade, determină dureri, tulburări de micțiune, ulcerății, afectează calitatea vieții (fig. 78). PBV după H se asociază cu formarea enterocelului.

Tratamentul "medical" trebuie luat în considerare pentru că poate asigura beneficii unor paciente (administrare locală de estrogeni, utilizarea pesarelor atunci când corpul perineal este eficient) (fig. 80).

Tratamentul chirurgical se aplică în funcție de gradul prolapsului, prezența sau absența colului, vârstă pacientei.

Înainte de practicarea intervenției este obligatorie o evaluare urodinamică pentru a testa eventuala IU și a avea în vedere tratamentul ei atunci când este necesar.

În cazul femeilor tinere, alegerea tipului operației trebuie făcută cu multă atenție. Cazurile pot fi grupate și în funcție de beneficiul reprezentat de ocluzia vaginală.

Întrebarea dacă toate prolapsurile trebuie operate are un răspuns negativ (288). Prolapsul nu agravează prognosticul vital dar operația se poate complica ireversibil mai ales la persoanele vîrstnice.

Tratamentul chirurgical utilizează procedee vaginale sau abdominale. Calea vaginală asigură practicarea colporafiei, fixarea boltii la ligamentele utero-sacrate, fixarea la ligamentele sacro-spinoase sau procedeele obliterante (pe care unii le consideră fără indicație) (211).

Suspensia utero-sacrată este marcată de dificultatea reperării ligamentelor utero-sacrate (posterior și intern spinei ischiaticice, în apropierea sacrului) pericolul major fiind raportul cu ureterul.

Suspensia sacro-spinoasă este indicată în eversia vaginală totală și are o rată de succese până la 90% (139).

Abordarea ligamentului sacro-spinos se face prin incizia peretelui vaginal posterior în direcția spațiului pararectal. Folosirea acestei tehnici necesită precizie anatomică și tehnică adecvată. Ea permite corectarea simultană a enterocelului, cistocelului și rectocelului. Vaginul este readus într-o stare funcțională, cu axul fixat deasupra ridicătorilor și cu diminuarea riscului recurenței prolabării boltii (225).

După ce se pătrunde în spațiul avascular recto-vaginal, apoi în cel pararectal, se reperează spina ischiatică și mușchiul coccigian care conține ligamentul sacro-

spinov, orientat postero-lateral de la spina ischiatică la sacrum.

Nervul sciatic și vasele rușinoase cu nervul omomim se află posterior spinei ischiaticice. Pentru a nu fi injuriate, ligamentul sacro-spinos trebuie perforat la circa 2 laturi de deget medial de spină, în grosimea mușchiului coccigian (225). Fixarea se face cu ajutorul unui ac Deschamps, fire de vicryl, trecute prin grosimea peretelui vaginal. Colporafia și perineorafia, controlul integrității rectului, cateter vezical (fig. 79, 81, 82, 83).

Procedeul cu bandeletă de polipropilenă (IVS) (intravaginal slingplasty) descris de P.E. Papa Petros (2001) folosește un dispozitiv special cu ajutorul căruia bandeleta este trecută prin fosa ischio-rectală pentru a realiza o sacro-pexie infracoccigiană.

Pentru accesul în fosă se practică 2 incizii lateral și inferior orificiului anal. Dispozitivul traversează mușchiul ilio-coccigian sub ligamentul sacro-spinos spre incizia vaginală (făcută sub boltă). Bandeleta este fixată la vagin și la porțiunile restante ale ligamentelor utero-sacrate.

Sacro-colpo-pexia pe cale abdominală folosește materiale sintetice (Marlex, Prolene, Mersilene, Gore-Tex). Bandeleta este interpusă între vagin și sacrum, retroperitoneal.

Laparotomia reprezintă un dezavantaj, în special pentru persoanele în vîrstă. Plasarea bandeletei impune disecția atentă a ureterelor, vaselor sacrate, venei iliace comune, mezocolonului. Bandeleta de polipropilenă se suturează cu fire nerezorbabile la vagin și sacrum (fig. 84).



Fig. 79 Prolaps de boltă vaginală

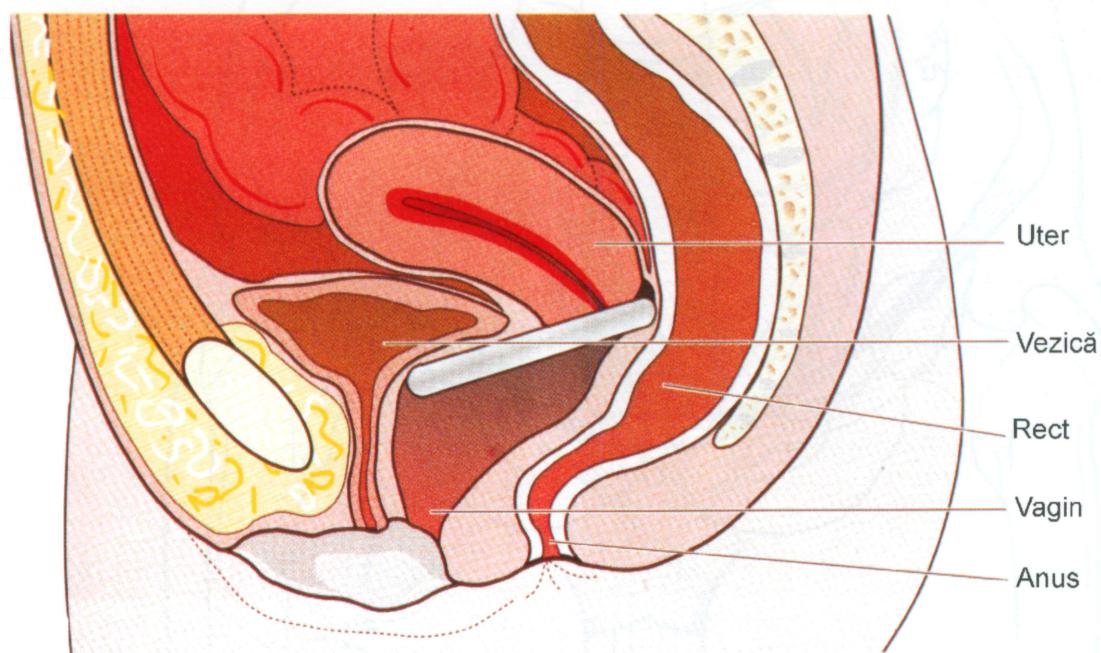


Fig. 80 Pesar instalat. A se observă că peretele vaginal anterior este ridicat pentru a reduce cistocelul, iar prolapsul uterin a fost corectat.

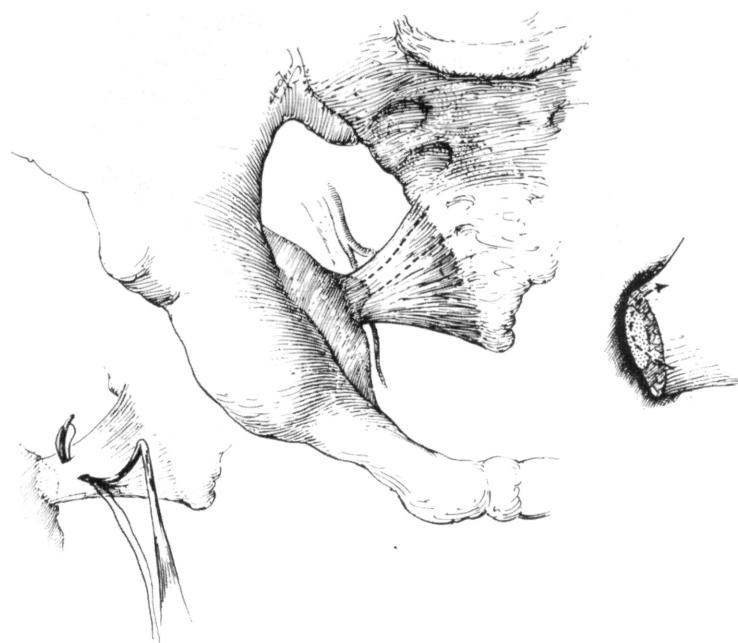


Fig. 81 Localizarea ligamentului sacrospinos și a mușchiului coccigian. Nervul sciatic și artera rușinoasă în raport cu spina ischiatică



Fig. 82 Sutura trecută prin ligamentul sacro-spinos și peretele vaginal

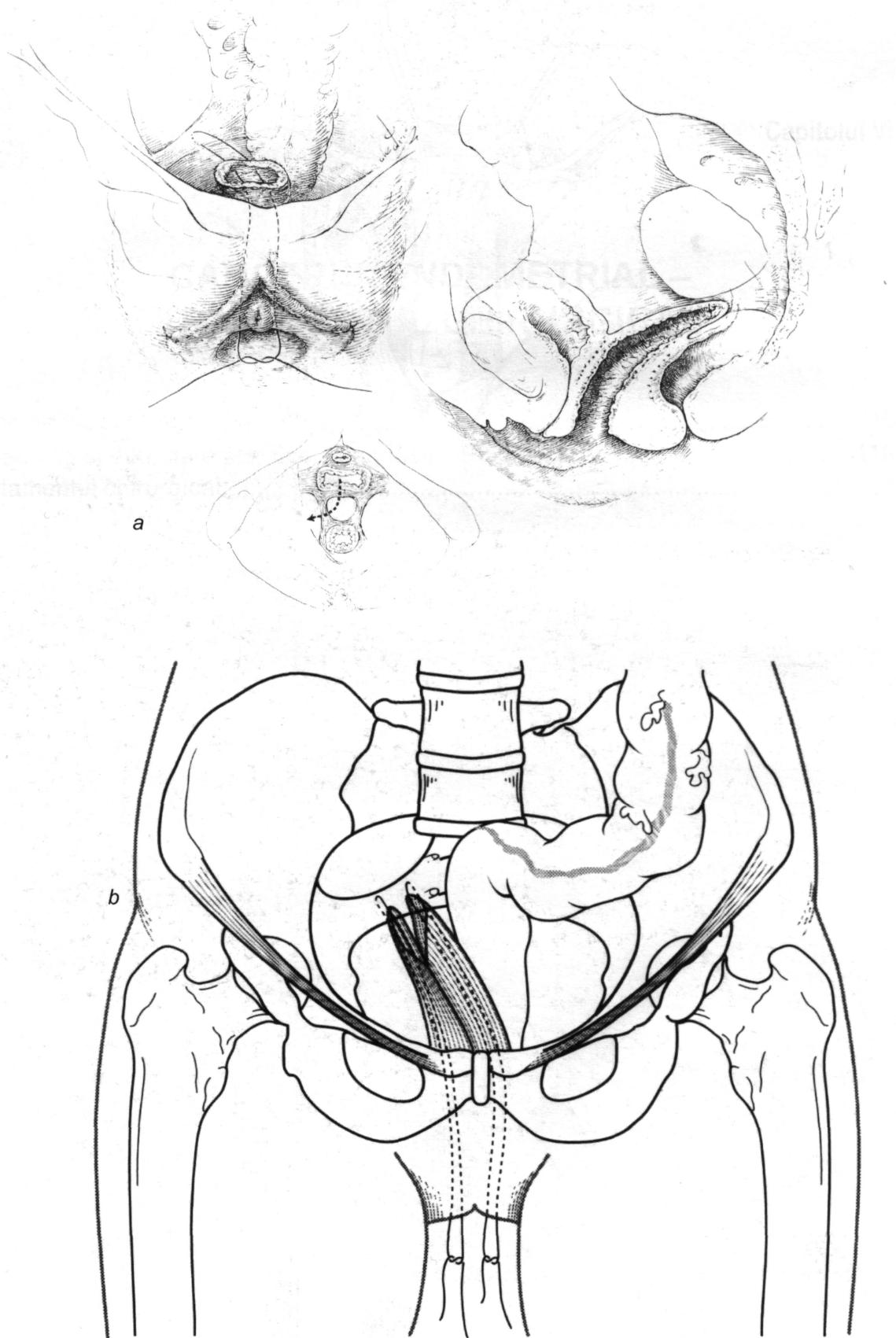


Fig. 83 a, b Suspendarea bolții vaginale la ligamentul sacro-spinos (reprezentare schematică)

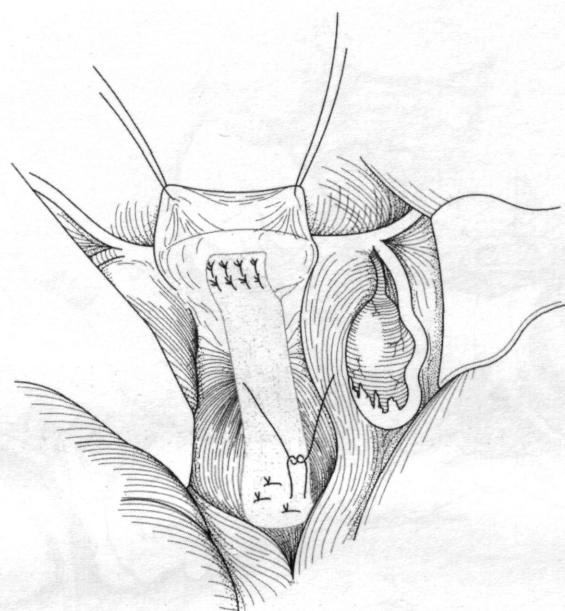


Fig. 84 Sacrocolpopexia: fixarea bandeletei



Capitolul VI

CANCERUL ENDOMETRIAL – TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Generalități.....	116
Screening și detectare precoce. Diagnostic. Stadializare.....	119
Tratamentul chirurgical.....	121

GENERALITĂȚI

Cancerul endometrial este cel mai comun tip al cancerului corpului uterin și constituie circa 95% din toate leziunile maligne ale acestui segment anatomic (sarcoamele reprezintă mai puțin de 5%). În unele zone geografice, cancerul corpului uterin este a 4-a formă de proces malign după glanda mamară, pulmon și colon și este considerat cel mai comun neoplasm al tractului genital feminin. Cancerul colului uterin este cel mai frecvent tip tumoral al femeilor din țările în curs de dezvoltare.

Incidența cancerului endometrial a crescut în ultimii 50 de ani, în acest fenomen fiind incriminați mai mulți factori:

- creșterea numărului femeilor care ating vârsta la care riscul dezvoltării acestui proces este maxim;
- accesul la asistență medicală, ameliorarea posibilităților de depistare și diagnostic;
- ameliorarea calității vieții, inclusiv o mai bună nutriție;
- scăderea ratei natalității;
- extinderea utilizării THS.

În perioada prolifică, funcțiile endometrului uman sunt strict reglate hormonal, principala caracteristică fiind reprezentată de interrelația E/P și efectele ei (proliferare, diferențiere, secreție). Stimularea estrogenică excesivă, frecvent asociată lipsei secreției ciclice de P, caracterizează femeile cu un risc crescut pentru cancerul endometrial. Tumorile generate de epitelul glandular sunt adenocarcinoame. Trecerea de la endometrul cu proliferare benignă la adenocarcinomul diferențiat (observată la femeile cu stimulare estrogenică cronică) parurge etape intermediare grupate sub denumirea de hiperplazii.

Cancerul endometrial este unul dintre puținele procese maligne a căror etiologie este destul de bine înțeleasă.

“Profilul” unei paciente cu cancer endometrial este cel al unei femei aflate în postmenopauză, obeză, cu diabet zaharat și hipertensiune, cu pubertate precoce și menopauză tardivă.

Unele tumori sunt “estrogendependente”, bine diferențiate și cu prognostic mai bun.

În alte cazuri nu există stimularea estrogenică, nici hiperplazia, mai mult, leziunile maligne se pot dezvolta pe endometru atrofic.

De fapt, prin prisma mecanismelor patogenice, carcinomul endometrial poate fi încadrat în 3 forme:

- carcinoame asociate hiperplaziei (endometrioide);
- carcinoame asociate atrofiei;
- carcinoame non-endometrioide.

Adenocarcinoamele non-endometrioide și cele endometrioide invazive profunde sau nediferențiate necesită tratamente agresive.

Hiperplaziile endometriale reprezintă un spectru de modificări morfologice și biologice ale glandelor și stromei endometriale ce cuprinde aspecte variabile de la exagerări ale proceselor fiziologice la carcinomul *in situ*.

Considerând aspectele citologice și arhitecturale, cât și elementele privind istoria naturală a acestor leziuni, în intenția de a introduce definiții mai precise ale hiperplaziei endometriale, sub auspiciile OMS, ISGYP (*International Society of Gynecological Pathologists*) a propus o clasificare pe care o prezentăm:

- hiperplazia simplă fără atipie;
- hiperplazia simplă cu atipie;
- hiperplazia complexă fără atipie;
- hiperplazia complexă cu atipie (232).

Atipia celulară poate fi cel mai bun indicator pentru creșterea riscului progresiei spre carcinom. În hiperplaziile complexe, comparativ cu cele simple, densitatea vasculară este semnificativ crescută. Angiogeneza este corelată cu gradul tumoral și cu profunzimea invaziei.

În noua clasificare, adenocarcinomul *in situ* nu este un termen acceptat pentru că nu se pot face delimitări clare între formele severe ale hiperplaziei atipice și ceea ce Hertig considera a fi carcinom *in situ*.

Cele mai agresive varietăți ale adenocarcinomului endometrial (seroase, cu celule clare și nediferențiate) nu sunt, de regulă, precedate sau asociate cu hiperplaziile.

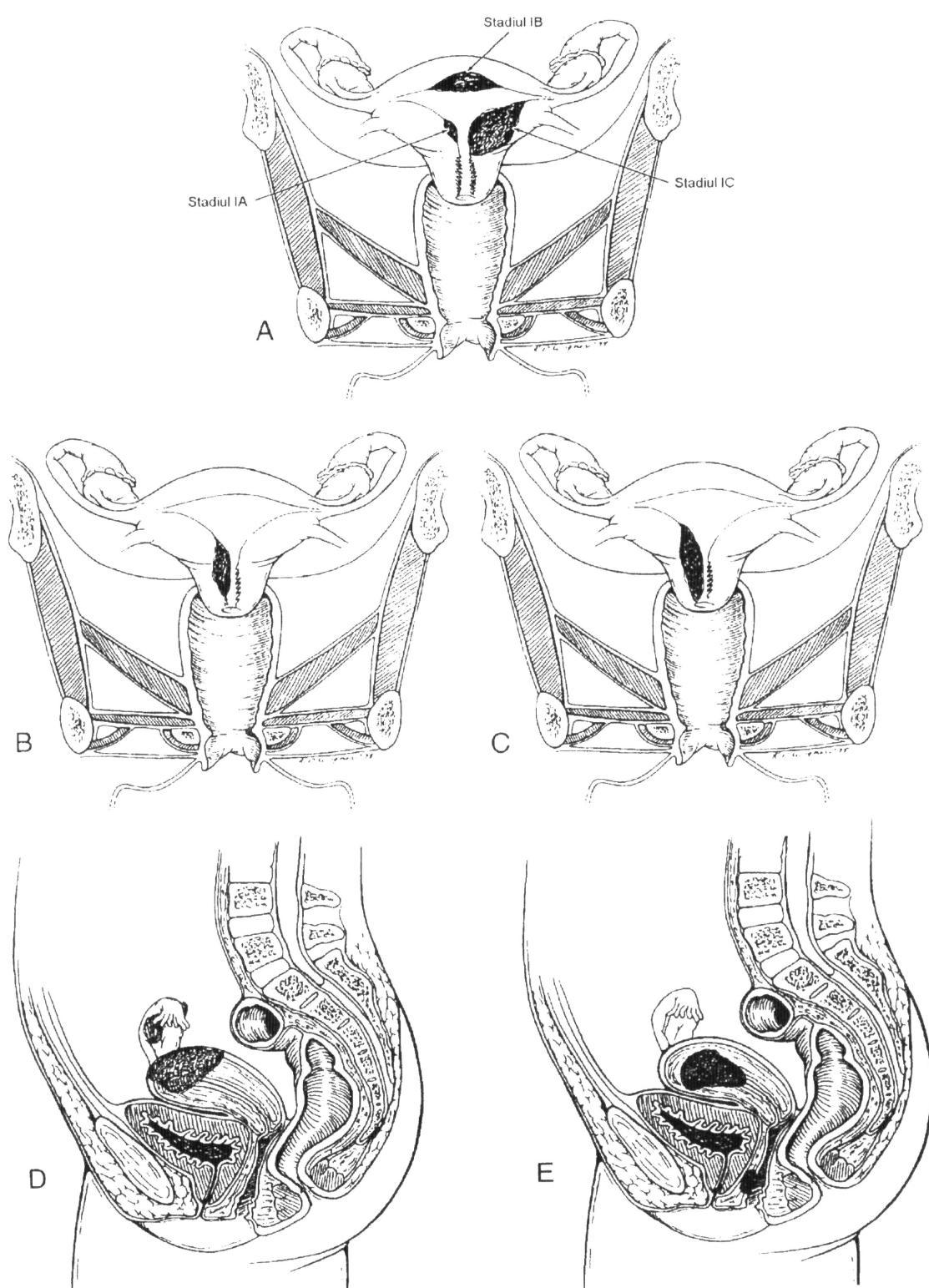


Fig. 85. Stadializarea cancerului endometrial (după T.W. Burke și col., 1996)

A – stadiile I A, B, C

B – stadiul II A

C – Stadiul II B

D – stadiul III A

E – stadiul III B

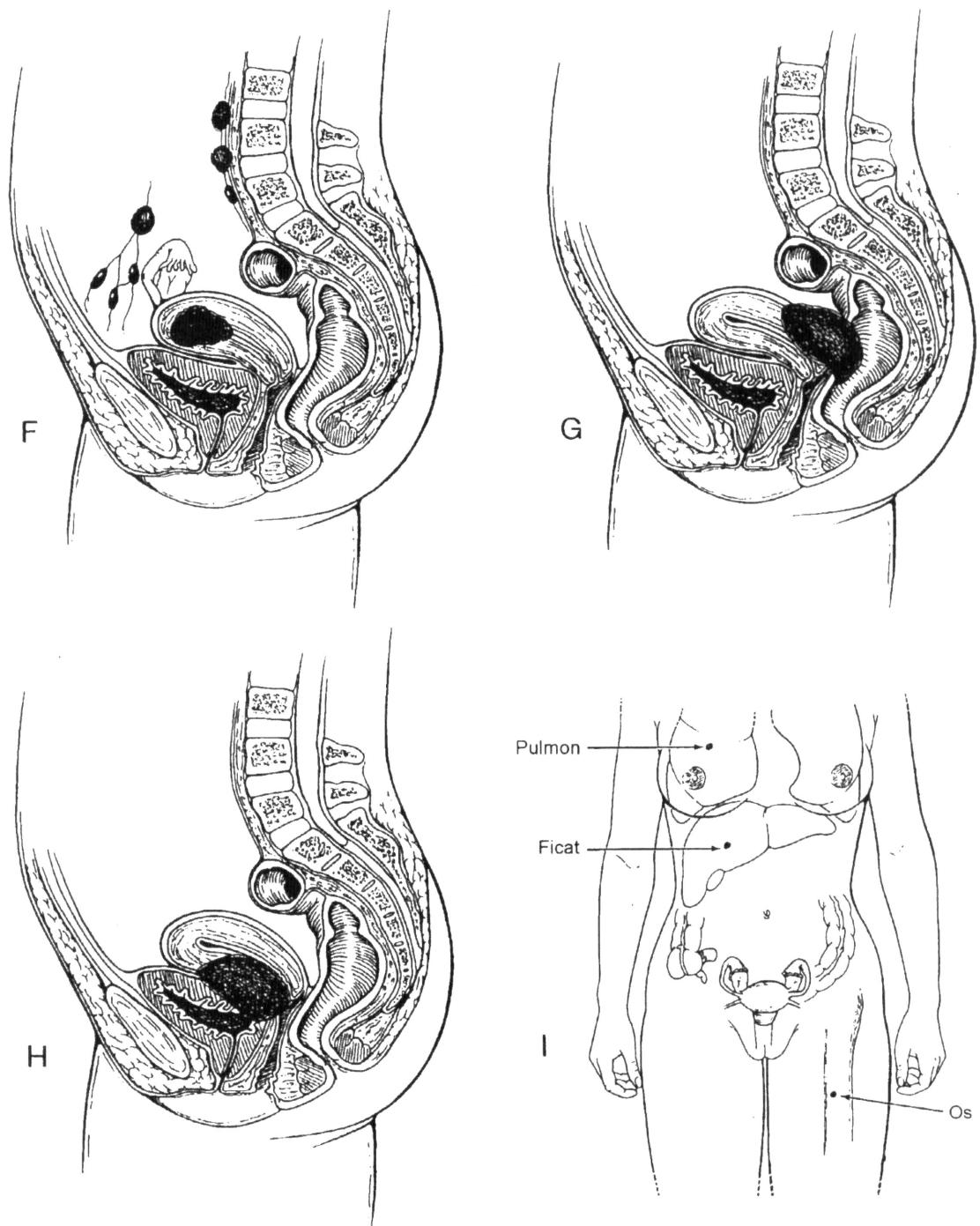


Fig. 86. Stadializarea cancerului endometrial (după T.W. Burke și col., 1996)

F. – stadiul III C

G, H – stadiul IV A

I – stadiul IV B

SCREENING ȘI DETECTARE PRECOCE. DIAGNOSTIC. STADIALIZARE

Exemplul ideal în detectarea cancerului este localizarea cervicală. În cancerul endometrial obiectivele screening-ului sunt mai puțin bine conturate. Hiperplaziile endometriale nu constituie factorul de risc în toate cazurile.

Femeile cu sângeărări apărute în postmenopauză trebuie evaluate în perspectiva cancerului endometrial deși numai în 10% dintre cazuri sângeărările sunt explicate de această leziune. Din acest motiv, biopsiile endometriale nu pot constitui o metodă de screening.

În mod normal, endometrul postmenopausal este atrofic, subțire (grosimea de 4 mm sau mai puțin), sonografia vaginală excludând cancerul în aceste situații. La grosimi de 10 mm sau mai mari, incidența hiperplaziilor sau adenocarcinomului este cuprinsă între 10 și 20%. Examinarea sonografică este costisitoare și utilizarea sa ca metodă de screening este prohibitivă.

Histeroscopia este un procedeu puțin avantajos din punct de vedere economic. Screening-ul efectuat în rândul persoanelor cu un risc crescut poate detecta în cel mai bun caz numai 50% din toate leziunile. Din fericire, multe cazuri care au leziunea prezintă sângeărări uterine perimenopauzale, în perioade în care tumoră este limitată la uterus. Biopsia endometrială, efectuată în aceste situații, realizează un diagnostic precoce și permite aplicarea la timp a tratamentului.

Stadializarea clinică recomandată de FIGO în 1971 este aplicată pacientelor care nu sunt beneficiare ale tratamentului chirurgical (performanță medicală precară sau leziuni avansate).

Criteriile gradării histologice au fost propuse de Gynecologic Oncology Group și acceptate de ISGYP și FIGO. Ele au stat la baza revizuirilor din 1988 (gradul 1, adenocarcinoame cu $\leq 5\%$ componentă solidă, supraviețuire la 5 ani 89%, gradul 2, componentă solidă până la 50%, supraviețuire 73% și gradul 3, componentă solidă peste 50%, supraviețuire 61%) (71) (86) (116).

Spre deosebire de alte cancere, majoritatea adenocarcinoamelor endometriale beneficiază de tratament chirurgical în momentul diagnosticului (circa 90% dintre cazurile cu stadiul I).

Cu principalul scop al stabilirii unui limbaj comun, în octombrie 1988, la Rio de Janeiro, FIGO propune stadializarea chirurgicală a cancerului endometrial.

Procedeul stadializării chirurgicale trebuie să realizeze următoarele:

- recoltarea de probe (fluid peritoneal sau lavaj cu soluție salină) pentru analiza citologică;
- explorarea pelvisului și abdomenului cu prelevări de la nivelul leziunilor suspectate a fi metastaze, inclusiv marele epiploon;
- HT și AB;
- aprecierea volumului tumoră, a extensiei spre col, a profunzimii invaziei miometriale;
- gradul diferențierii și invaziei miometriale prin examen extemporaneu;
- limfadenectomia selectivă (45) (168) (188) (336).

Se consideră că stadializarea chirurgicală trebuie aplicată cazurilor ce prezintă riscul diseminării extrauterine occulte. Ea nu se face în cazurile cu leziuni superficiale și grad 1 de diferențiere. Aceste cazuri nu li se recomandă alt tratament în afara celui chirurgical. În zonele în care stadializarea chirurgicală este larg utilizată (exemplu SUA), obiectivele sunt axate pe stabilirea tipului intervenției și a necesității indicării terapiei adjuvante (118).

Histologia tumoră și profunzimea invaziei miometriale sunt factori importanți ai determinismului invaziei ganglionare. Se recomandă examinarea macroscopică a peretelui uterin în timpul operației. În acest fel, acuratețea estimării profunzimii invaziei miometriale depășește 85%. Diferențiera bună se asociază cu invazia superficială (87) (168) (248).

Preferăm să trimitem piesa de hysterectomy laboratorului de histopatologie, unde profunzimea invaziei este evaluată extemporaneu (element important pentru selectarea cazurilor unde se practică limfadenectomia).

Disecția ganglionilor este practicată selectiv în raport cu o serie de elemente:

- tumori cu celule clare, seroase, scvamoase sau cu grad 3 de diferențiere;
- invazie miometrială $\geq 50\%$;
- invazie istmică și cervicală;
- dimensiuni tumorale > 2 cm;
- diseminare în afara uterului.

Limfadenectomia poate induce morbiditate (durată mai mare, creșterea pierderilor de sânge, spitalizare, infecție, tromboembolism). Se pare că rata morbidității nu crește semnificativ și că mai importantă este intervenția altor factori: experiența chirurgului, vârsta, greutatea, rasa pacientelor (142).

Sunt practicieni care consideră stadializarea chirurgicală cea în cadrul căreia s-a practicat și disecția ganglionară (31). Într-o anchetă internațională (Europa de Vest) s-a constatat că în aproximativ 70% dintre centre limfadenectomia este efectuată selectiv și doar în circa 25% dintre centrele chestionate operația se face de rutină, prezența invaziei ganglionare fiind considerată cel mai important factor prognostic (190).

K.C. Podratz și col. (Mayo) constată că limfadenectomia constituie cel mai controversat aspect din punct de vedere al valorii terapeutice. Indicația trebuie să se bazeze pe potențialul invaziei limfatice. În stadiile IA și IB, gradul 1, situație în care sunt diagnosticate circa 65% dintre cazuri, posibilitatea invaziei este foarte redusă. În stadiile IB, gradele 2 și 3 și IC, problema s-ar putea pune dar generează controverse în legătură cu extinderea.

Sunt practicieni care recomandă "prelevări" ganglionare (174) (355). Exceptând cazurile considerate având risc mare, procedăm aproape invariabil la practicarea biopsiilor ganglionare. În unele cazuri, această biopsie nu poate fi realizată din punct de vedere tehnic (Trimble).

Limfadenectomia este dificilă la obeze, hipertensive, diabetice.

Invazia miometrială este un element prognostic important ce are posibilitatea evaluării extemporanee în orientarea practicării limfadenectomiei (stadiul I).

G. Calais și col. (Tours) utilizează o tactică asemănătoare: în stadiul I, grad 1, tratamentul chirurgical este primar. Dacă invazia miometrială este mai profundă de 1/3 internă (examen extemporaneu) se face biopsia la

nivelul grupului iliac extern. Dacă ganglionii sunt negativi, tratamentul chirurgical este unic; în caz contrar, se practică RT adjuvantă (102) (154) (234).

Invazia miometrială, apreciată preoperator sau intraoperator, grupează cazurile în două categorii:

a. cazuri ce au risc negligabil:

- absența invaziei miometriale, grade 1, 2, 3;
- invazia 1/3 interne, grade 1, 2;
- invazia 1/3 medii, grad 1;
- absența ISVL;
- absența diseminării la col;
- tipul histologic adenocarcinom;

b. cazuri ce au risc apreciabil:

- invazia miometrială 1/3 internă, grad 3;
- invazie miometrială 1/3 medie, grade 2, 3;
- invazie miometrială 1/3 externă, grade 1, 2, 3;
- invazie cervicală;
- forme histologice nefavorabile (celule clare, papilar).

Practicarea disecției ganglionare trebuie individualizată în funcție de risc și bine motivată preoperator. 75% dintre cazurile cu stadiul I nu o necesită (30). Subliniem că acuratețea RMN în detectarea mioinvaziei este limitată (25).

Incidența generală a metastazelor ganglionare în stadiul I este 3% pentru gradul 1, 9% pentru gradul 2 și 18% pentru gradul 3 de diferențiere. În cazurile fără invazie miometrială sau cu invazie superficială, metastazele ganglionare sunt sub 5% și de circa 20% când penetrarea miometrială este mai mare de 50%.

Aproximativ 50-60% dintre cazurile cu ganglioni pelvini pozitivi vor prezenta și metastaze în ganglionii paraaortici. Invazia cervicală crește riscul invaziei ganglionare. Această diseminare este în relație cu mărimea tumorii (≤ 2 cm, diseminare ganglionară în 4% din cazuri, > 2 cm, 15%, întreaga cavitate, 35%) și cu metastazele de la nivelul anexelor.

În cazurile cu citologie peritoneală pozitivă, ganglionii pelvini sunt invadăți în proporție de 25%, iar cei paraaortici de 19%.

Metastazele voluminoase sunt prezente în mai puțin de 10% din cazuri. Din acest motiv, palparea nu este acceptată ca alternativă a biopsiei.

Stadializarea chirurgicală nu crește în mod semnificativ morbiditatea, are un impact important asupra deciziilor terapeutice, realizează corelații bune cu prognosticul (118) (168) (235) (336).

Utilizarea stadializării chirurgicale urmează exemplul cancerului ovarian, în care o evaluare mai plină de acuratețe conduce clinicianul către cea mai bună opțiune terapeutică. În mod cert, stadializarea clinică a cancerului endometrial subestimează diseminarea bolii.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

La începutul secolului XX, Thomas Cullen consideră că tratamentul de electie în cancerul endometrial este hysterectomia totală (abdominală) cu anexectomie bilaterală. Această tehnică este și acum principalul mijloc terapeutic (6) (46) (86) (93) (158) (168) (174) (190) (336) (345) (369) (371).

Numărul cazurilor care beneficiază de tratament chirurgical este în creștere. Cel mai important principiu terapeutic este cel al adoptării unei tactici selective în funcție de factorii de prognostic.

În stadiul I, grad 1, terapia chirurgicală se poate rezuma la HT+AB (155) (174) (188) (215). Pentru că frecvența invaziei limfatiche crește în gradele 2 și 3 (11%, respectiv 27%) se sugerează completarea tacticii cu limfadenectomie (86).

În stadiul I (clinic), practicarea HR, ablația parametrelor și portiunii superioare a vaginului, limfadenectomia pelvină bilaterală nu par să amelioreze rata supraviețuirilor comparativ cu operația standard. Mai mult, operațiile radicale cresc morbiditatea intra- și postoperatorie (31) (186) (188) (369).

În situațiile foarte rare în care diagnosticul se pune la persoane foarte tinere, în scopul prezervării fertilității se poate efectua un tratament conservator (rezecție histeroscopă, doze mari de progestative) urmat de intervenția standard, după realizarea planificării familiale. Această tactică este recomandată în urma unei selecții riguroase (371).

În stadiul II, diagnosticul este pus într-un număr relativ redus de cazuri. Diferențierea dintre invazia cervicală și o tumoră cervicală

independentă este stabilită prin examenul histologic. Aprecierea preoperatorie este dificilă pentru că analiza produselor obținute prin chiuretaj endocervical este marcată de rezultate false (pozitive sau negative). La încadrarea în stadiul II pot contribui și informații furnizate de sonografie, histeroscopie sau rezonanță magnetică.

Incidența metastazelor în ganglionii pelvini este crescută. Protocolul terapeutic trebuie să includă limfadenectomia.

Terapia optimă în stadiul II nu este codificată. Chirurgia este obligatorie. Atunci când poate fi realizată, se recomandă să fie radicală (colpohysterectomie lărgită și limfadenectomie pelvină). Anumite categorii de cazuri nu pot beneficia de realizarea acestei tehnici (femei cu vârste înaintate, obeze, patologie medicală asociată care crește semnificativ riscul operator). Cazurile inoperabile din motive medicale sunt tratate prin iradiere exclusivă. În stadiul II, posibilitatea extinderii extrapelvine este crescută (diseminări în anexe, etajul superior abdominal, ganglionii paraaortici). Acest element impune terapia adjuvantă actului chirurgical.

Sunt practicieni care consideră că realizarea unei chirurgii extinse nu oferă rezultate mai bune decât combinația operații neradicale-RT (31).

Tactică utilizată cel mai frecvent în terapia stadiului II (clinic) include iradierea externă și intracavitară urmată de hysterectomie. Utilizând acest protocol, supraviețuirile la 5 ani au fost 67% (Trimble, 1998) și 60-80% (Rubin S.C., 1992).

Operațiile practicate pentru cura adenocarcinomului endometrial trebuie să folosească incizia mediană a peretelui abdominal pentru a asigura explorarea intraoperatorie (marele epiploon, ficatul, diafragmul, ganglionii pelvini și paraaortici).

Citologia peritoneală este folosită în numeroase servicii dar înaltele este considerată fără valoare în planificarea terapeutică sau pentru prognostic (46) (154) (190). Se execută lavajul peritoneal (50 ml ser fiziologic) și se recoltează probe de la nivelul ariilor subdiafragmatice, parietocolice, pelvis.

Orice leziune suspectă, decelată în afara uterului, va fi biopsiată. Anexele se extirpă

deoarece pot fi sediul metastazelor microscopice. Prezența ganglionilor voluminoși impune extirparea.

După efectuarea histerectomiei, uterul va fi examinat (în sala de operații sau în laboratorul de anatomie patologică) cercetându-se: volumul tumorii, profunzimea invaziei în miometru, extinderea spre zona istmo-cervicală. Informațiile obținute prin această explorare și cele suplimentare (citologie, histologie preoperatorie, ultrasonografie, RMN, evaluare extemporanee) orientează tactica în privința executării limfadenectomiei, cel mai controversat aspect al stabilirii stadiului bolii și al terapeuticii.

Se consideră că invazia ganglionară este mai puțin frecventă în cazurile cu un risc scăzut și că utilitatea limfadenectomiei este mai puțin evidentă dacă se practică RT (158). După mai mult de 20 de ani de când W.T. Creasman și Ph. DiSaia au realizat prima evaluare a stadializării chirurgicale, importanța cercetării ganglionilor este deplin confirmată iar limfadenectomia poate fi asociată fără a crește semnificativ morbiditatea. Ganglionii paraaortici nu trebuie ridicăți în toate cazurile. Invazia lor este apreciată la 17% în stadiile I și II (336). În cazurile în care nu se constată prezența de țesut tumoral intraperitoneal, limfadenectomia paraaortică se execută atunci când invazia miometrială este mai mare de 50% sau în tumorile nediferențiate.

A fost avansată ipoteza conform căreia mare parte dintre metastazele în ganglionii paraaortici se produc direct de la nivelul corpului uterin pe calea vaselor ovariene și că această invazie trebuie considerată primară, similară celei din ganglionii pelvini. În baza acestui raționament, fără a exista un consens, este propusă disecția sistematică, simultană, a ganglionilor pelvini și a celor paraaortici în toate cazurile cu adenocarcinom endometrial (excepție făcând leziunile IAG1) (368).

În centrele americane în care se practică oncologia ginecologică, limfadenectomia se efectuează de rutină în mai mult de jumătate dintre unități (în centrele europene, doar în 25%). Invazia ganglionară este un factor important în stabilirea tratamentului adjuvant. În cazurile cu gangloni negativi dar cu diferențiere redusă sau/și invazie miometrială

profundă RT este indicată în peste 60% dintre cazuri și tratamentele sistemică la peste 20% (174) (190) (215).

O analiză comparativă a modului în care este realizat tratamentul cancerului endometrial în centrele nord-americane și cele vest-europene a relevat existența unor controverse privind următoarele elemente:

- indicația și tipul limfadenectomiei;
- atitudinea în stadiul IC (expectativă sau tratament adjuvant);
- opțiunea terapeutică pentru cazurile T1 și ganglioni pozitivi;
- valoarea citologiei peritoneale pozitive în stabilirea tratamentului;
- rolul brachiterapiei în tratamentul bontului vaginal (190).

Limfadenectomia poate expune la unele riscuri: injurii vasculare, pierderi de sânge, creșterea incidenței complicațiilor digestive postoperatorii (158).

Concluzia privind indicarea limfadenectomiei este aceea că efectuarea acestei sevențe chirurgicale nu trebuie să fie rutinieră ci selectivă. Există servicii în care se practică limfadenectomia completă în toate cazurile. Avantajele principale ale acestei atitudini rezidă într-o evaluare mai precisă a prognosticului, o indicare justificată a RT și o creștere a supraviețuirilor. Acești practicieni realizează o exereză medie de 28 de gangloni (pelvini și aortici) într-un timp scurt (25 de minute), cu pierderi de sânge reduse (sub 25 cc) (103).

Progresele chirurgiei endoscopice au permis stabilirea unui protocol laparoscopic în tratamentul cancerului endometrial și, în general, în procesele maligne ginecologice. Ganglionii pelvini și paraaortici pot fi evidențiați laparoscopic. Pornind de la adevărul conform căruia tratamentul definitiv al proceselor maligne ginecologice este dictat de stadializarea chirurgicală, se consideră că laparoscopia operatorie poate avea un rol important.

Primele rapoarte privind **limfadenectomia laparoscopică** s-au limitat la ganglionii pelvini. D. Querleu (1991), un pionier al limfadenectomiei laparoscopice în cancerele ginecologice, afirma că este "imposibilă explorarea laparoscopică a ganglionilor paraaortici".

Paraaoortic există 25-30 de ganglioni, dispuși în 3 lanțuri verticale principale. Prezentând experiența proprie J.M. Childers și col. (1993) afirmă că limfadenectomia paraaoortică laparoscopică este o metodă eficientă, ce poate fi realizată în condiții de siguranță. Obezitatea și aderențele limitează indicațiile acestui procedeu.

Histerectomia pe cale vaginală poate fi luată în discuție pentru unele categorii de cazuri: obezitate marcată, "teren chirurgical" precar și risc mare pentru operația pe cale abdominală, stadii precoce, absența factorilor de risc majori. Avantajele operațiilor efectuate pe cale vaginală:

- lipsa obligativității utilizării anesteziei generale;
- reducerea intensității traumatismului chirurgical;
- aplicabilitate în cazurile în vîrstă sau condiție medicală precară (328);
- durata relativ scurtă a intervenției, morbiditate redusă, sângerări nesemnificative;
- spitalizare redusă (114) (200).

Calea vaginală are câteva dezavantaje importante: explorarea abdominală și prelevările ganglionare sau din țesuturi suspecte nu pot fi realizate, anexectomya poate fi dificilă. Acest tip de intervenție este totuși, preferabil radioterapiei (ca metodă unică), dar trebuie atent individualizat.

Între cazurile tratate pentru stadii precoce ale cancerului endometrial, aproximativ 25% vor prezenta **recurențe**. Frecvența este variabilă. Utilizarea iradierii pelvine postoperatorii a determinat o scădere semnificativă a recidivelor locale.

Mai mult de 50% dintre recurențe se manifestă în primii 2-3 ani. Apariția recidivelor depinde de terapia inițială (tratament chirurgical exclusiv sau chirurgie asociată cu RT) și de existența factorilor de risc.

Chimioterapia poate fi indicată în 3 categorii de cancer endometrial: stadiile III sau IV, boala recurrentă, cazuri cu un risc mare datorită factorilor de prognostic nefavorabili.

Recurențele vaginale reprezintă 1/3 din totalul recidivelor. Ele pot fi "înalte" (grefe neoplazice produse în momentul actului chirurgical) sau "joase" (rezultate în urma diseminărilor limfatice).

Recurențele pelvine dețin o altă treime. Pot interesa vezica sau rectul și sunt explicate de grefe peritoneale ce preced tratamentul.

Cele mai comune sedii ale metastazării extrapelvine sunt pulmonul, ficatul, creierul, ganglionii aortici, supraclaviculare, inguinali. În general, cazurile ce prezintă recidive vaginale izolate au prognostic mai bun decât cele cu localizare pelvină, la rândul lor cu șanse mai bune decât cele cu metastaze la distanță. Numărul cazurilor cu manifestări recurențiale ce beneficiază de tratament chirurgical este redus.

Capitolul VII

TRATAMENTUL CHIRURGICAL ÎN CANCERUL OVARIAN

Introducere.....	126
Stadializarea chirurgicală.....	130
Chirurgia citoreductivă secundară.....	132
Tumori ovariene cu potențial malign scăzut.....	133

INTRODUCERE

Cancerul ovarului este cea mai gravă formă dintre procesele maligne ale tractului reproductiv și principala cauză de mortalitate prin cancer. Stadiul bolii este, de cele mai multe ori, avansat în momentul diagnosticului. Acest fapt influențează în mod determinant prognosticul negativ (a V-a cauză de deces dintre toate procesele maligne manifeste la femeie).

În Spania, din aproximativ 3000 noi cazuri diagnosticate într-un an, mai mult de 1600 mor (256). În Danemarca, mortalitatea prin cancer ovarian este neschimbată de circa 40 de ani, deși se fac eforturi în direcția realizării diagnosticului precoce (examen fizic, US, CA-125) și prin practicarea ovariectomiei profilactice (185). În Germania (1998), cancerul ovarian se situa, ca frecvență, pe poziția a III-a după cancerele endometrial și cervical și pe prima poziție ca explicație a deceselor prin cancer ginecologic (supraviețuire de 30% la 5 ani).

FIGO nu raportează variații semnificative ale supraviețuirilor în ultimii 30 de ani. Principalele explicații țin de screening-ul insuficient și diagnostic tardiv. Doar circa 35% dintre paciente beneficiază de chirurgia optimă. Chirurgia este metoda principală în tratamentul primar al cancerului ovarian. Rolul său a fost exprimat prin diferite formulări: "ridicarea a cât mai mult din tumoră favorizează creșterea supraviețuirilor" (J.V. Meigs, 1934); "cât mai întinsă rezecție" (F.A. Pemberton, 1940, E.W. Munnell, 1968); conceptul "efortului chirurgical maxim" (C.T.H. Griffiths, 1975), conceptul chirurgiei citoreductive, care înlocuiește formulele de mai sus cu un obiectiv precis: țesutul tumoral rezidual să aibă dimensiuni sub 1,5 cm.

Termenul "debulking surgery" este folosit uneori eronat. E.M. Beckman și col. cred că semnificația ar consta în realizarea unei rezecții tumorale cât mai întinse atunci când ridicarea completă nu este posibilă.

Sunt folosite diverse exprimări:

- HT + AB + omentectomie + rezecția implantelor + limfadenectomie;
- chirurgie tumorală reductivă;
- caz inoperabil etc.

Pentru stadiile aparent preoce, HT + omentectomie + biopsii peritoneale și ganglionare, chirurgia este considerată adekvată, iar pentru stadiile avansate, citoreductia este optimă când dimensiunile țesutului tumoral rezidual sunt ≤ 2 cm (169).

Ridicarea țesutului tumoral este importantă iar cantitatea de țesut tumoral rezidual un important factor de prognostic (necroză, aport circulator redus, creștere lentă, chimiorezistență crescută).

Expresia "maximum efort chirurgical" este folosită în înțelesul rezecțiilor extinse (gastrointestinale, urinare) în scopul reducerii la minimum a țesutului tumoral rezidual. Concomitent, s-a pus întrebarea când este eficientă această chirurgie agresivă, cu atât mai mult cu cât evaluările efortului chirurgical și ale volumului țesutului rezidual sunt subiective (22) (161) (363).

Deoarece țesutul tumoral rezidual este un factor de prognostic decisiv este justificată intenția practicării unei chirurgii din ce în ce mai radicale (intestin, peritoneu diafragmatic, colecist, splină, pancreas) realizate de echipe complexe. Morbiditatea indusă de aceste intervenții este mare, în timp ce supraviețuirile sunt asemănătoare. În acest fel s-a ajuns la concluzia că practicarea chirurgiei în etajul abdominal superior are sens doar dacă poate fi realizată rezecția tumorală completă (66) (161).

S-a pus din ce în ce mai mult problema relației dintre eficiența chirurgiei și comportamentul biologic al tumorii. Cu toate că chirurgia citoreductivă este considerată un pas esențial în tratamentul cancerului ovarian avansat definirea sa exactă, impactul asupra duratei vieții n-au fost probate suficient (22) (66). Concluzia generală este că rolul chirurgiei **trebuie definit mai bine**.

Semnificația chirurgiei trebuie analizată prin prisma mai multor elemente:

- implicarea în procentajul răspunsurilor complete la CHT în raportul optimal/suboptimal al efortului chirurgical;
- punerea de acord a datelor furnizate de grupurile cooperative;
- realizarea celei mai adekvate metode chirurgicale;
- ameliorarea cunoașterii relațiilor între efectele chirurgiei și comportamentul biologic tumoral.

Pentru a fi eficientă, chirurgia citoreductivă trebuie să ridice 75-90% din tumoră (66). Se consideră că în momentul diagnosticului, 10^4 - 10^8 celule tumorale sunt chimiorezistente. Un ciclu CHT pe o tumoră sensibilă produce o reducere de 90-100% celule tumorale (sub 25%, prognosticul este rezervat chiar și pentru tratamentele de linia a 2-a).

Supraviețuirile pacientelor cărora li s-a făcut o rezecție bună ("optimally debulked") sunt mai mari, dar este acesta un efect independent de comportamentul biologic al tumorii? (cele mai mari statistici arată că doar 25-40% dintre cazuri pot fi operate "optim").

S-a constatat că cele mai multe citoreducții optime sunt realizate de ginecologii oncologi comparativ cu ginecologii și chirurgii generaliști (nu s-au văzut și diferențe de supraviețuire).

Într-o meta-analiză ce a cuprins 6900 de cazuri de cancer de ovar avansat s-a constatat că supraviețuirile medii nu sunt semnificativ ameliorate chirurgical. Cei care susțin tratamentul chirurgical consideră că se înregistrează o ameliorare a calității vieții, în timp ce adversarii apreciază acest beneficiu ca fiind modest. Chirurgia agresivă induce procentaje mari de morbiditate (hemoragii, soc, infecții, fistule).

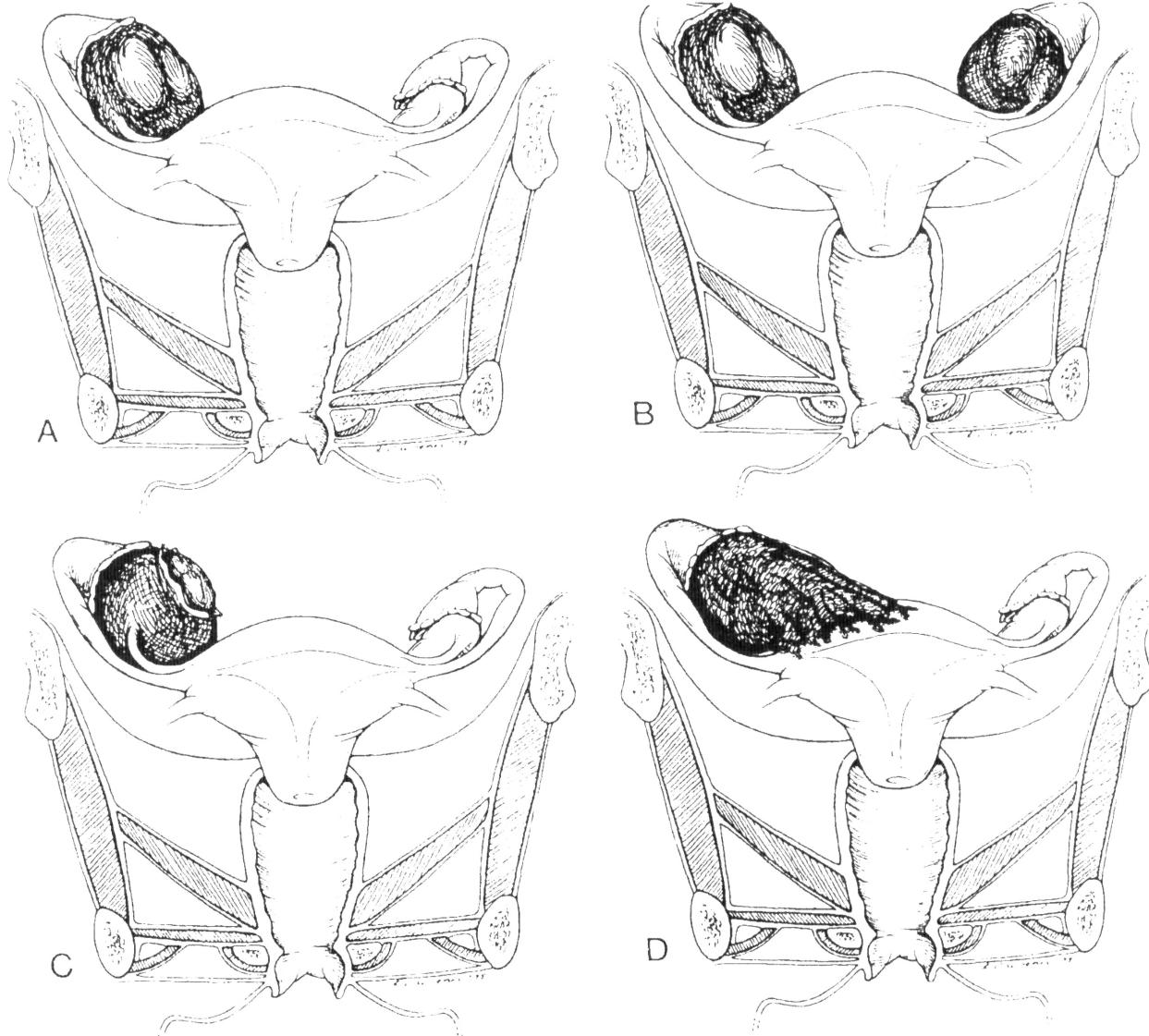


Fig. 87 – Reprezentarea figurativă a stadiilor cancerului ovarian (după D.M. Gershenson și col., 1996)

A – stadiul IA	C – stadiul IC
B – stadiul IB	D – stadiul IIA

Formulând concluzii "de etapă", la care, de fapt, am mai făcut referiri, notăm:

- chiar dacă intervenția standard poate fi efectuată, prognosticul poate fi influențat de alți factori (diseminări hepatiche, carcinomatoza difuză, performanța medicală redusă etc.);

– datele din presa de specialitate nu susțin ca fiind esențială citoreducția primară dar nici contrariul;

- în general, chirurgia agresivă nu are un suport prea larg.

Cancerul ovarian are o chimiosensibilitate crescută. Se consideră că tratamentul are rezultate bune indiferent de cantitatea de țesut

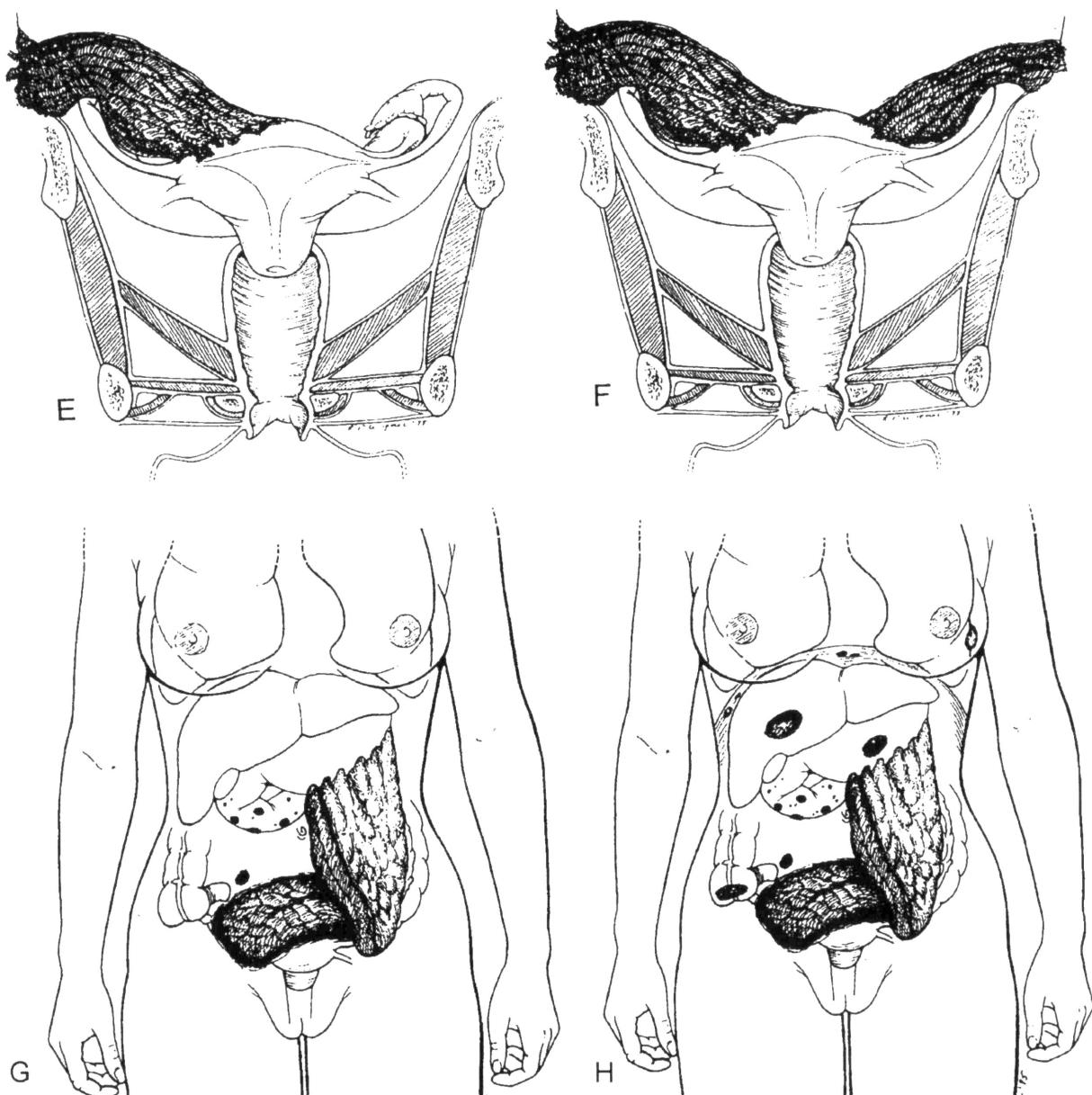


Fig. 88. Reprezentarea figurativă a stadiilor cancerului ovarian (continuare)

(după D.M. Gershenson și col., 1996)

E – stadiul II B

F – stadiul II C

G – stadiul III

H – stadiul IV

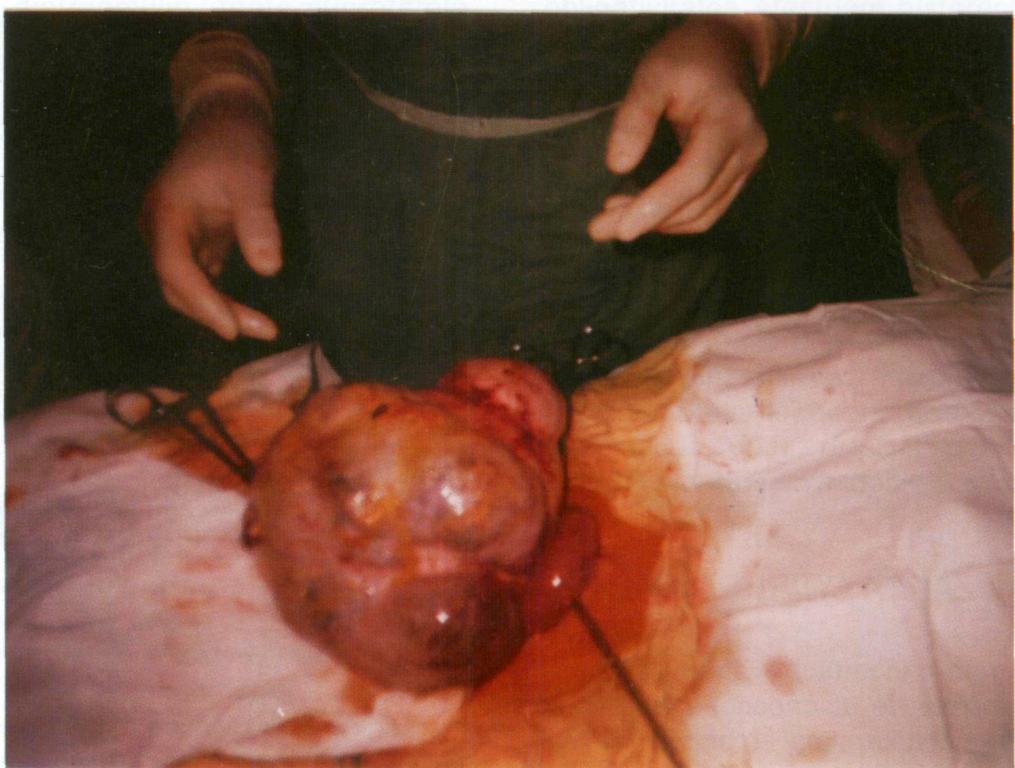


Fig. 89

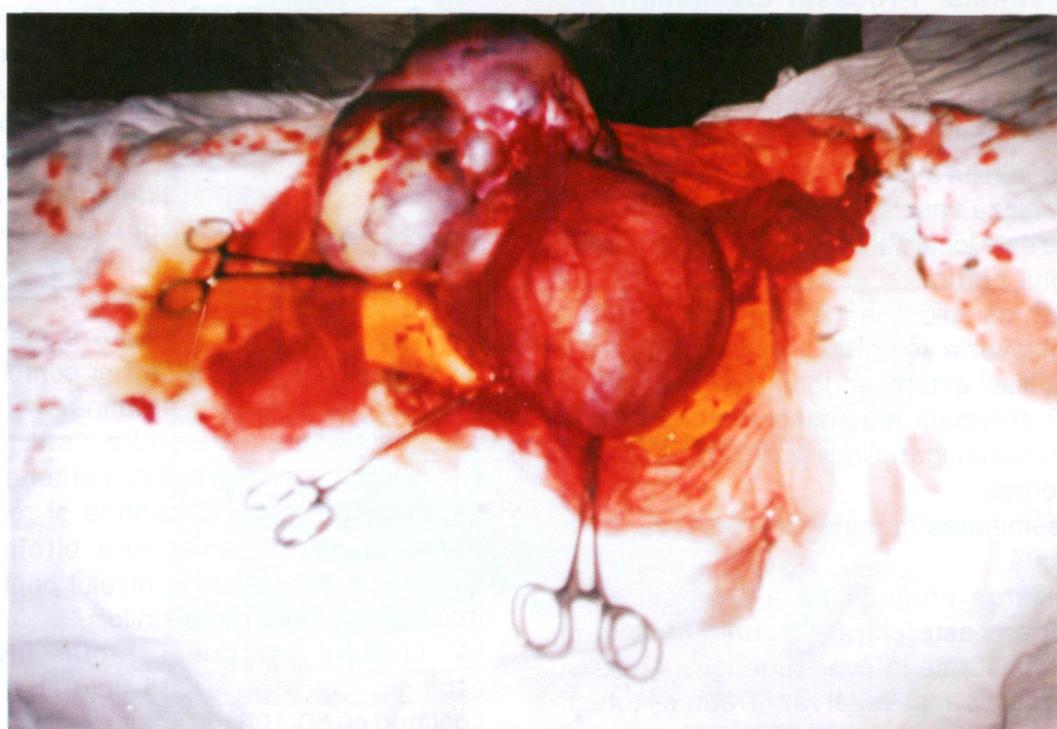


Fig. 90

tumoral rezidual. Dacă tumora este rezistentă, efectele CHT sunt reduse chiar dacă citoreducția a fost eficientă (129). În cazurile cu sensibilitate chimică parțială, rezecția chirurgicală își poate arăta utilitatea (volumul tumoral scade, chimiosensibilitatea prin oxigenarea redusă și prin scăderea fractiunii de creștere). Terapia chirurgicală nu poate influența rezistența tumorala la substanțe chimice. În general, una dintre problemele importante rămâne cea a relației existente între extinderea chirurgiei citoreductive și valoarea răspunsului la CHT. Aceeași relație se verifică și în legătură cu eficiența RT (1).

STADIALIZAREA CHIRURGICALĂ

Chirurgia cancerului ovarian utilizează datele furnizate de diagnostic, stadializare, tactica tratamentului primar și controlul cât mai realist prin tratamentul secundar.

Cancerul epitelial debutează prin proliferările de la nivel chistic. Perioada în care se instalează capacitatea metastazării este necunoscută. Prin exfoliere, diseminarea se face în cavitatea peritoneală, proces favorizat de mișcările respiratorii, peristaltica intentestinală. Procesul disemnării se manifestă deci, în cavitatea abdominală și în spațiul retroperitoneal (83).

Calea cea mai importantă are drept suport canalele limfatice ovariene eferente, plexul limfatic din hilul ovarian, vasele limfatice care acompaniază vasele ovariene, vena cavă. O altă cale este localizată în ligamentul larg, spre ganglionii obturatori și alta, prin ligamentul rotund, în ganglionii inguinali externi. Cel mai frecvent invazia se produce în ganglionii iliaci comuni, iliaci externi și obturatori. Invazia nu poate fi apreciată macroscopic pentru că în 60% din cazuri, ganglionii pozitivi au aspectul clinic normal.

Diseminarea hematogenă este mai puțin importantă.

Valoarea prognostică a evaluării stării ganglionare este clară. Cazurile cu tumori aparent localizate la ovar și gangloni pozitivi au prognostic mai rezervat. Trebuie, totuși, subliniat că diseminarea peritoneală este mai importantă din punct de vedere prognostic (83).

Problema importanței metastazelor ovariene s-a pus în anii '70 iar clasificarea stadială din 1985 a precizat că trebuie făcută evaluarea stării ganglionilor, cazurile cu invazie fiind încadrate în stadiul IIIC indiferent de aspectul peritoneului. După 1990, o serie de servicii practică sistematic limfadenectomia (pelvină sau/și paraaortică).

Când leziunea este considerată ca fiind localizată la ovar, ganglionii pozitivi pot fi prezenti în 4% până la 25% dintre cazuri. Se afirmă, ca și în alte tumori maligne ginecologice, că în stadiul I cancerul ovarian poate fi diseminat în ganglioni.

În cancerul ovarian avansat, ganglionii sunt pozitivi în 75% dintre cazuri. Starea ganglionilor este un factor de prognostic independent și ar reprezenta un martor al comportamentului biologic tumorala. Valoarea terapeutică a limfadenectomiei în cancerul ovarian nu este clarificată. Limfadenectomia crește durata medie a operației, cantitatea de sânge pierdută și, în general, morbiditatea.

Laparotomia exploratorie face parte din diagnostic și **stадIALIZARE**. Încadrarea stadială corectă reprezintă un element foarte important (26) (64) (369). Stadializarea este un element critic în selectarea tratamentului și determinarea prognosticului.

Comitetul FIGO pentru Cancer a recomandat (1985) un sistem revizuit pentru realizarea stadializării chirurgicale. Această stadializare permite încadrarea corectă a cazurilor, prima etapă fiind diagnosticul histopatologic (examen extemporaneu pentru diferențierea benign-malign). Dacă examenul microscopic extemporaneu, în general greu de interpretat, este neconcludent și nu există alte elemente de confirmare a malignității, intervenția poate fi limitată și completată în funcție de examenul la parafină.

Laparotomia trebuie să permită explorarea întregii cavități peritoneale și a organelor pe care le conține și recoltarea probelor pentru examene citologice și histologice (biopsii de la nivelul peritoneului, marelui epiploon, ganglionilor).

Lichidul peritoneal trebuie investigat citologic. Dacă nu există fluid liber, se fac spălături cu 50-100 mL soluție salină la nivelul fundului de sac posterior, spațiilor parieto-

colice și diafragmului. Toate suprafețele intraabdominale vor fi explorate. Se execută rezecția marelui epiplon și eventuale biopsii (zone suspecte). Viscerele abdominale trebuie palpate pentru a exclude posibilitatea cancerului ovarian metastatic.

Stadializarea chirurgicală reprezintă un element esențial în cancerul ovarian precoce în perspectiva tratamentului postoperator. Stadializareameticuloasă a acestor cazuri poate descoperi diseminări oculte într-un număr semnificativ.

Stadiile IA și IB beneficiază de conduită standard (HT + AB). În stadiul IA se poate pune problema păstrării capacității fertile, controale periodice, fără terapie adjuvantă și cu

obligativitatea efectuării histerectomiei și anexectomiei unilaterale după rezolvarea problemei familiale (369). Evaluarea tratamentului chirurgical conservator trebuie să aibă în vedere riscul legat de persistența ţesutului tumoral rezidual. Pacientele vor fi obligatoriu informate în legătură cu existența riscului la care sunt expuse prin utilizarea tehniciilor conservatoare.

Limfadenectomia conferă avantaje certe privind stadializarea și prognosticul cazurilor în care leziunea pare cantonată la nivel ovarian. Diseminarea ganglionară este posibilă și în stadiile considerate precoce (15) (41).

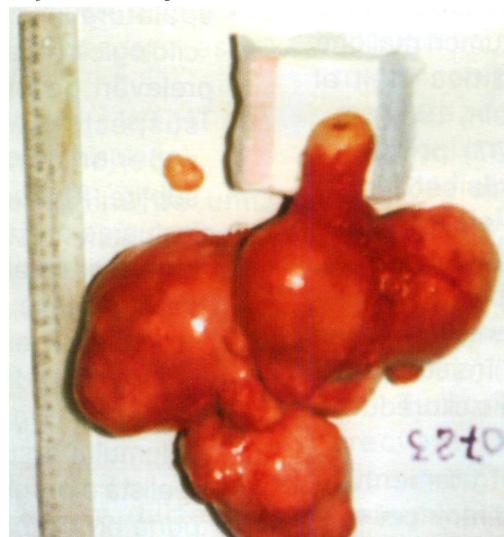


Fig. 91



Fig. 92

(Imaginiile 89-92 prezintă aspecte din cursul intervențiilor chirurgicale, respectiv piese de exereză, aparținând cazuisticii proprii.)

CHIRURGIA CTOREDUCTIVĂ SECUNDARĂ

“Second look operation (laparotomy)” reprezintă o reexplorare chirurgicală a pacientelor cărora li s-a aplicat CHT după un tratament chirurgical primar și care nu prezintă semne clinice sau imagistice de boală.

Aproximativ 75% dintre cazurile cu neoplasme ovariene manifestă un răspuns inițial la CHT. Chiar și atunci când aceste paciente nu mai prezintă semne de boală ele sunt marcate de existența țesutului canceros rezidual.

SLL a fost definită inițial ca laparotomie exploratorie pentru cazurile cu tumori maligne ale colonului operate, cu un risc înalt al recurențelor (Owen Wengenstein, 1951).

M.K. Tucsen și col. (1997) propun o definiție simplificată: laparotomie secundară efectuată cazurilor cărora li s-a practicat tratament chirurgical pentru cancer ovarian. Această definiție este mai cuprinzătoare în privința variabilității mari a eficienței chirurgiei primare, variabilitate ce se înscrie între efectuarea operației standard și o citoreducție foarte limitată.

Țesutul tumorala rezidual tratamentului chirurgical primar este unul dintre cei mai importanți factori prognostici. Chiar dacă sunt controverse legate de beneficii, contribuția chirurgiei secundare la tratamentul cancerului ovarian este indiscutabilă. Ea rămâne cea mai bună metodă de apreciere a țesutului tumorala rezidual (27) (29) (67) (86) (108) (110) (252).

A fost investigat potențialul diagnostic al unor metode mai puțin invazive pentru aprecierea cancerului rezidual:

- ecografia și TC au limite în detectarea maselor tumorale intraperitoneale cu dimensiuni mai mici de 2 cm (fiabilitate de 45%, respectiv 47%);
- RMN are o sensibilitate de numai 56%;
- laparoscopia nu poate fi un substituent al laparotomiei pentru că se complică relativ frecvent, acuratețea este cu totul discutabilă și nu permite rezecția țesutului tumorala rezidual;
- măsurarea CA-125 reprezintă un progres real în monitorizarea răspunsului terapeutic dar

sunt și erori (titruri normale coexistă cu prezența țesutului tumorala rezidual); s-a sugerat că titrurile serice ale CA-125 sunt corelate cu volumul tumorala descoperit cu ocazia SLL; chiar dacă valorile mari (peste 35 U/mL) sunt martori ale prezenței bolii, valorile normale indică un răspuns terapeutic complet doar în 50% din cazuri.

Laparotomia secundară trebuie să fie realizată cumeticulozitate, din acest punct de vedere, al detectării țesutului tumorala, nu trebuie să difere de stadiazarea inițială. În raport cu particularitățile cazului, procedeul trebuie să includă:

- incizia mediană și explorarea completă a abdomenului;
- spălătura peritoneală pentru evaluarea citologică (în absența ascitei);
- prelevări de biopsii de la nivelul zonelor suspecte (hemidiafragm drept, polul superior renal, vezică, colon, intestin subțire, funduri de sac peritoneale etc.);
- efectuarea exciziilor care n-au fost posibile la intervenția inițială (histerectomie, anexectomie, omentectomie, extirparea țesuturilor tractului reproductiv restante și a țesutului tumorala restant, liza aderențelor etc.);
- testarea răspunsului la CHT, evaluarea volumului țesutului rezidual și discutarea realistă a prognosticului (acest ultim aspect pune problema efectuării selective a SLL, având în vedere elementele ce țin de biologia tumorii și de rezistența la CHT) (129) (363).

Utilizarea rutinieră a SLL este discutabilă din mai multe motive:

- coeficientul scăzut de boala persistentă în stadiile precoce;
- rata recurențelor mai mare de 50% în stadiile avansate;
- insuficiența probelor privind creșterea supraviețuirilor.

Mulți practicieni cred în utilitatea SLL. C.P. Morrow (2000) a prezentat câteva opinii rezultate din experiența proprie:

- primul scop al SLL este terapeutic;
- chiar și în scop diagnostic detine superioritate (TC, RMN, CA-125) prin aceasta servind indirect supraviețuirea (indicarea unei CHT adecvate; autorul recomandă SLL după 6 cicluri de CHT, urmând folosirea acelorași

substanțe sau schimbarea lor datorită rezistenței).

În serviciul nostru, practicăm SLL, fapt ce ne permite să considerăm că operațiile secundare constituie cel mai bun mijloc de apreciere a *status-ului* tumoral după tratamentul inițial. Acest procedeu oferă posibilitatea explorării, a completării exciziei sau cel puțin a reducerii volumului tumoral rezidual.

Chirurgiei secundare practicate în cancerul ovarian i se aduc o serie de critici:

- impactul acestui tip de intervenție nu este clarificat (loturi de cazuri numeric reduse, lipsa uniformității criteriilor, răspunsul variabil la CHT);
- evaluarea volumului tumoral este dificilă;
- eficiența citoreducției secundare este evaluată diferit;
- aprecierea atentă a răspunsului la CHT de linia I-a (regimuri bazate pe cisplatin).

Aceste elemente determină pe unii practicieni să considere că beneficiile SLL nu sunt clarificate (363).

TUMORI OVARIENE CU POTENȚIAL MALIGN SCĂZUT (TPMS)

Clasificarea OMS (1973) utilizează termenul "malignitate de graniță" (*borderline malignancy*) cu următoarele semnificații:

- proliferare epitelială, formare de papile, pseudostratificare;
- prezența unor aspecte morfologice ale malignității (atipii nucleare epiteliale, activitate mitotică intensă);
- absența invaziei stromale (aspect caracteristic).

10 până la 40% dintre cazuri prezintă implante peritoneale (fără invazie stromală) (213). Prognosticul cazurilor cu implante neinvazive este, în general, bun. Circa 1/3 dintre aceste cazuri au prognostic nefavorabil și au fost încadrate în categoria "carcinom micropapilar seros".

TPMS sunt lipsite de capacitatea invazivă a cancerului dar au potențial de metastazare, în unele cazuri putând înregistra modificări maligne. Din punct de vedere clinic, se evidențiază prin:

- descoperirea în stadii mai puțin avansate;
- recurențe rare sau tardive;
- prognostic și supraviețuiri favorabile (chiar în cazurile în care nu se realizează excizia chirurgicală completă).

TPMS formează o entitate distinctă. Termenul "borderline" poate crea o falsă senzație de securitate. Din acest motiv se impune precizarea că aceste cazuri trebuie considerate drept cazuri cu cancer ovarian.

Frecvența acestor tumori se înscrie între 9 și 20% din toate tumorile ovariene. În aproximativ 30% dintre cazuri simptomele lipsesc, descoperirea fiind întâmplătoare. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate în stadiul I (50) (338). Elementele stadiizării chirurgicale au următoarele frecvențe medii: citologia peritoneală pozitivă (7%), metastaze microscopice în marea epiploon (13%), metastaze diafragmatice occulte (7%), ganglioni limfatici pozitivi (33%) (50).

Stadiizarea trebuie făcută cu ocazia laparotomiei inițiale pentru că aproximativ 1/5 dintre cazuri sunt subevaluate deși prezintă diseminări (4% implante peritoneale, 6% citologie peritoneală pozitivă, 9% leziuni epiploice) (321).

Tumorile *borderline* se depistează frecvent la femei tinere. Necesitatea prezervării funcției ovariene și a fertilității a determinat evaluarea terapiei chirurgicale conservatoare.

În stadiul I, cazurile ce doresc să-și mențină capacitatea fertilă pot beneficia de intervenții limitate (ovarectomie unilaterală, anexectomie unilaterală) practicate după o evaluare atentă a abdomenului (testarea citologiei peritoneale și a froturilor de la nivelul diafragmului, marelui epiploon, ganglionilor retroperitoneali) (26) (50) (117) (330). Chirurgia conservatoare și evaluarea corectă postoperatorie reprezintă o bună alternativă pentru situațiile în care păstrarea funcției ovariene este imperios necesară (213).

Valoarea biopsiei ovarului controlateral în cadrul chirurgiei conservatoare nu este clarificată. Această biopsie poate rata un focar neoplazic microscopic, predispuș la aderențe și infertilitate, expune cavitatea peritoneală la eventualitatea diseminării celulelor tumorale.

Urmărirea evoluției postoperatorii a cazurilor tratate conservator este esențială.

Completarea tratamentului după realizarea planning-ului familial trebuie efectuată sub protecția acestui control.

În stadiul I, terapia adjuvantă nu are indicații (26) (330) (338).

Pacientele mai vârstnice sau cele care nu sunt interesate de fertilitate vor beneficia de HT + AB.

Tratamentul stadiilor avansate este controversat între altele pentru că semnificația implantelor peritoneale nu este clarificată iar răspunsul la terapia adjuvantă poate fi minim sau absent datorită ratei scăzute a mitozelor.

Chiar dacă realizează un impact modest, CHT este indicată pentru boala reziduală, în

special pentru implantele de tip invaziv. Chirurgia secundară se practică după CHT.

Între factorii de prognostic, un loc important este deținut de stadiul chirurgical (fixat prin asocierea mai multor factori: citologie peritoneală, biopsii peritoneale, ganglionare, omentectomy, tip histologic, lezuni maligne sincrone etc.). Nu există markeri cu valoare predictivă privind eventualitatea evoluției spre invaziv.

Supravegherea postterapeutică trebuie să fie îndelungată (rate mari de supraviețuire și posibilitatea prezenței recurențelor după mai mulți ani). La 20 de ani, supraviețuirile pot ajunge la 80%.

Capitolul VIII

INCONTINENȚA URINARĂ

Generalități.....	136
Anatomofiziologia continentiei urinare.....	137
Terminologia utilizată în evaluarea funcționalității tractului urinar și în definirea aspectelor privind prolapsul genital.....	140
Tratamentul chirurgical în incontinentă urinară.....	143

GENERALITĂȚI

Conform Societății Internaționale de Continență, definiția incontinentei urinare s-a schimbat din "pierdere involuntară de urină, o problemă socială și igienică, care poate fi obiectivată" (1979) în "relatarea oricărei pierderi de urină involuntară" (2002). Vechea definiție nu este practică pentru studiile epidemiologice mari, bazate pe chestionare sau interviuri. Definiția actuală este însă, prea vagă și poate include chiar și o pacientă cu un singur asemenea episod.

Aceste aspecte și modificările în terminologie privind funcțoarea tractului urinar inferior sunt necesare pentru promovarea tratamentelor bazate pe simptome, ușurința comparării rezultatelor și comunicării între specialiști.

Numeiroase studii epidemiologice arată că incidența incontinentei crește cu vîrstă, frecvențele raportate variind foarte mult, explicatia fiind în legătură cu definițiile folosite, caracteristicile populației, metodologie, rata răspunsurilor (72) (209).

Incontinenta urinară este o formă de morbiditate care afectează femeile de toate vîrstele, influențează calitatea vieții deși nu constituie totdeauna un motiv de adresabilitate.

Aproximativ 1/3 din femeile sub 40 de ani prezintă pierderi urinare involuntare, stare ce interferează activitățile sociale și fizice și care

poate conduce la izolare și depresie. IUE reprezintă cel mai comun tip de incontinență la femeile sub 60 de ani și însumează circa 1/2 din incontinentele observate în general, în special la rasa albă.

Cauzele IU pot fi multiple. În general, menținerea continenței necesită o presiune uretrală superioară celei vezicale (excepție făcând momentul mișcării).

Excluzând unele procese (infeții, neoplazii), disfuncția tractului urinar inferior poate fi cauzată de:

- anomalii structurale;
- disfuncții musculare;
- tulburări ale controlului neurologic și/sau psihologic.

Cauzele majore ale incontinentei cronice:

- incontinentă urodinamică de stress (50%);
- hiperactivitatea detrusorului (40%);
- incontinentă prin flux exagerat (10%);
- fistule (obstetricale, ginecologice, după RT);
- anomalii congenitale;
- diverticul uretral (243) (fig. 94).

Nașterile reprezintă un factor de risc stabil.

Primele două nașteri par să aibă cea mai importantă contribuție. Sunt studii recente care observă o creștere cu 62% a riscului la femeile care au născut, comparativ cu nuliparele.

Cezariana poate proteja față de traumatismele musculare și nervoase ce se pot produce cu ocazia nașterii pe cale naturală (72). Momentul practicării cezarienei (electivă

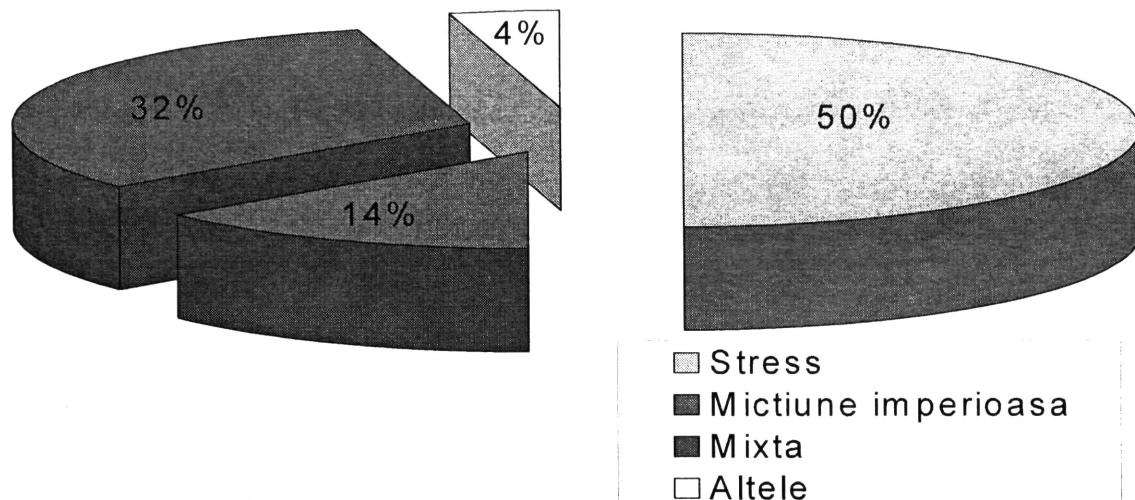


Fig 93

sau în urgență) are importanță în privința prevenirii injurierii planșeului pelvin.

“Vezica hiperactivă” este un sindrom care include urgența urinară, cu sau fără incontinentă urinară, de obicei cu poliurie și nocturie. Frecvența este de aproximativ 17% (raportat la întreaga populație). Terapia farmacologică poate fi dublată de variate intervenții chirurgicale (359).

IUE reprezintă cel mai frecvent simptom pentru care femeile se prezintă la uroginécolog. Manifestarea poate fi pierdere involuntară, necesitate imperioasă de mictiune sau combinația lor.

Diagnosticul se realizează prin cercetarea istoricului, examen fizic, examene de urină, teste specifice (diabet), teste urodinamice (cistometrie, presiune uretrală, presiune vezicală, contractilitate detrusor) etc.

În mod tradițional, pierderea urinară este evaluată în 3 grade:

- 1-la efort brusc sau la manevra Valsalva;
- 2-explicată de creșterea presiunii intra-abdominale în ortostatism (alergare, urcarea tretelor, ridicare de greutăți);
- 3-manifestă în repaus (ortho- sau clinostatism).

Istoricul tratamentului chirurgical (când tratamentele conservatoare nu sunt eficiente) este relativ îndelungat și desfășurat pe 3 perioade:

- etapa în care relația cu prolapsul era considerată esențială și corectarea IU se făcea prin tratarea tulburării de statică;
- perioada în care tratamentul era disociat;
- etapa actuală, a cunoașterii etiopatogeniei (mecanism complex ce antrenează factori traumatici, neurologici, endocrini, individuali).

Factorii declanșatori pot afecta versantul anterior (ligamentul pubo-uretral, fascia urogenitală) sau pe cel dorsal (planșeul pelvi-perineal).

Tratamentul chirurgical indicat în IU trebuie să restabilească structura și funcționalitatea sistemului care asigură continență, obiectiv care nu poate fi îndeplinit în totalitate. Pentru corectarea IU au fost propuse numeroase procedee (aproximativ 100) alegera celui mai bun procedeu generând controverse. Înainte de aplicarea tratamentului, stabilirea cauzei incontinentei este obligatorie (metode clinice și urodinamice).

ANATOMO-FIZIOLOGIA CONTINENȚEI URINARE

Segmentele vaginale (superior, mediu și distal) sunt în relații de suport anatomic diferențiate:

- segmentul vaginal superior conține colul și este suspendat prin complexul ligamentar utero-sacrat și cardinal; pierderea acestui reper va influența suportul segmentelor mediu și distal;
- segmentul mijociu este fixat la fascia pelvină, la aceasta participând mai multe elemente anatomici: obturatorul intern, fibrele pubo-cervicale;
- segmentul distal are drept suport fasciile puborectală, perineală și mușchii perineului (279).

Planșeul pelvi-perineal menține organele pélvine (joncțiunea uretro-vezicală, joncțiunea ano-rectală, vaginul) prin componente sale musculare, conjunctive și nervoase, acționând prin tensionarea antagonistă și menținerea dispoziției spațiale.

Mușchii ridicători anali, prin componente lor fasciculare, formează un rafeu median ce susține uterul, vezica și rectul. Continența organelor pélvine este realizată prin acțiunea combinată a planșeului și a sfincterelor proprii ale fiecărui organ. Planșeul pelvi-perineal și elementele de suport ale organelor pélvine sunt fixate la pereții pelvisului prin elemente conjunctive, fascii și ligamente.

Planșeul pélvin feminin este obiect de interes pentru urologi, ginecologi, gastroenterologi și imagiști. Din punct de vedere anatomic și funcțional permite integrarea diferitelor componente musculo-fibro-tendinoase și pe cea a țesutului celular pélvin.

RMN este ușor de realizat, neinvazivă, favorizând realizarea de studii statice și dinamice. Studiul morfologic static evidențiază mușchiul ridicător anal (sistem de susținere activ) cu cele două porțiuni pubo-viscerală (pubo-rectală), pe direcția antero-posterioră, asigurând închiderea fantei uro-genitale și stabilitatea organelor mediane și porțiunea ileo-coccigană (ridicătorul anal propriu-zis), dezvoltată postero-lateral, ca un evantai, convex anterior.

Sistemul de susținere pasiv este constituit din țesutul conjunctiv cu zone ce formează lateral arcurile tendinoase ale fasciei pelvine. Planul pelvin superficial cuprinde perineul anterior (uro-genital) și perineul posterior (digestiv).

Studiul dinamic funcțional furnizează relații în legătură cu tonusul muscular al ridicătorilor (fascicole pubo-rectale și ischio-coccigiene), cu mișcările pereților vezicali, colului vezical, unghiului vezico-uretral și în legătură cu canalul anal.

Vezica și uretra sunt susținute în poziție normală prin intermediul ligamentelor uretro-pelvin și vezico-pelvin. Aceste structuri se formează prin unirea fasciei periuretrale și perivezicale cu fascia de acoperire a ridicătorilor anali. Prin contractia acestora, uretra poate fi ascensionată în timpul efortului și coborâtă în timpul mictiunii. Uretra și jonctiunea uretro-vezicală sunt susținute de peretele vaginal anterior. Rupturile și laxitatea acestui perete pot duce la incontinența urinară prin creșterea anormală a mobilității uretrei proximale sau medii (fig. 94).

Continența urinară este asigurată de un rezervor vezical stabil, menținut închis prin un mecanism sfincterian și un conduct uretral competent.

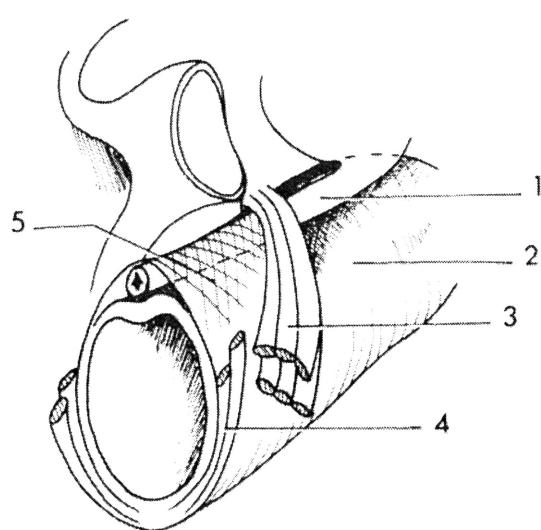


Fig. 94 rapoarte schematicice ale uretrei și vaginului. 1- uretră; 2- vagin; 3-fascicol de ridicător anal; 4-mușchi bulbo-cavernos; 5-sfincter striat

Este un fenomen complex, neuromuscular ce poate fi afectat prin traumatisme, modificări induse de menopauză, individualitatea țesutului conjunctiv.

Continența urinară (repaus și efort) este asigurată prin îndeplinirea următoarelor condiții:

- funcționarea normală a sfincterului intrinsec, localizat între colul vezical și uretră (asigură continența involuntară);
- răspunsul reflex normal (sfincterul extrinsec-uretra medie) la creșterea presiunii abdominale în timpul efortului;
- structura și funcționalitatea normale ale ridicătorilor anali, inervației S₂-S₄, vezicii.

Mictiunea este un act reflex controlat voluntar.

Există 3 centri nervosi:

- pelvini (constituiți din ganglioni intramurali formati din numeroase celule ganglionare parasimpatiche și ganglionul hipogastric);
- medulari (parasimpatic-centrul motor vezical situat în măduva sacrată și ortosimpatic-la nivelul D₉-L₄);
- centrii cerebraли țin sub control centrii medulari (fig. 95).

Calea viscer-sensibilă principală este asigurată de simpatic, rolul său motor fiind esențial trigonal și sfincterian neted. Parasimpaticul este nervul depleției vezicale antrenând contractia detrusorului și relaxarea sfincterului neted (Kamina).

Asigurarea continenței urinare este realizată prin etanșeizarea uretrei în fața fluxului urinar, închiderea colului vezical, închiderea voluntară a uretrei.

La etanșeizarea uretrei contribuie un mecanism pasiv reprezentat de tensiunea superficială indușă de mucusul prezent la suprafața mucoasei și unul activ, mecanic, realizat de musculatura striată.

Faptul că uretra feminină este scurtă necesită un sistem sfincterian eficient. Din punct de vedere funcțional acest aparat sfincterian este constituit din 3 elemente etajate:

- superior-fascicolul pubo-coccigian al ridicătorului;
- mijlociu-sfincterul striat al uretrei;
- inferior-fibrele mușchiului bulbo-cavernos (Davis) (fig. 96).

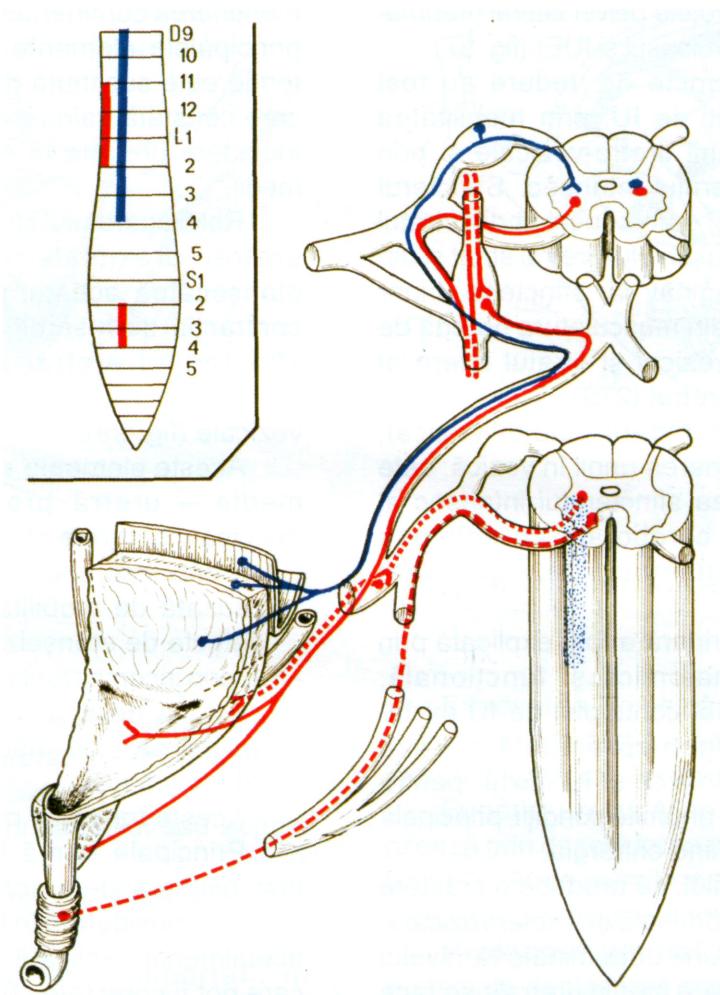


Fig. 95 Sistematizarea inervației vezicale.

Traversând diferitele planuri aponevrotice perineale, uretra prezintă 3 hamacuri etajate constituite din fibre musculare striate. Presiunea uretrală, pentru o capacitate vezicală inferioară limitei fiziologice este diferită la nivelul celor 3 sfinctere striate: în uretra proximală, 10-20 mBar (în raport cu presiunea vezicală), în uretra medie, 40 mBar și în cea distală, 5-10 mBar.

În timpul efortului, presiunea în uretra medie crește puțin sau deloc și poate deveni inferioară presiunii intravezicale. În uretra proximală, presiunea se menține fapt ce are importanță în continentă (Kamina).

Ipoteza "hamacului" privind continentă incriminează integritatea suportului suburetral care face rolul unui hamac față de compresiunile exercitate asupra uretrei prin creșterea presiunii intraabdominale. "Hamacul" conține peretele vaginal anterior mușchii netezi pubo-cervicali și

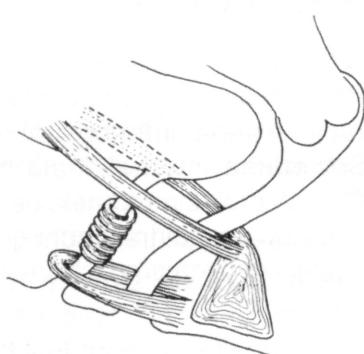


Fig. 96 Cele trei sfinctere ale uretrei (după Davis)

face legătura cu peretele pelvin lateral (traumatismele determină prolapsul și IUE) (fig. 97).

Din aceste puncte de vedere au fost descrise 2 varietăți de IU: prin mobilitatea excesivă a joncțiunii uretro-vezicale și prin insuficiența sfincterului intrinsec. Sfincțierul urinar extern (striat) este constituit din stratul extern circular al mușchiului uretral striat și din sfincțierul uretro-vaginal, iar sfincțierul urinar intern este format din musculatura netedă de la nivelul colului vezical și stratul intern al mușchiului neted uretral (279).

Fenomenul închiderii colului vezical, esențial pentru reținerea urinii în vezică, este posibil prin acțiunea sfincțierului intrinsec al uretrei proximale coroborată cu acțiunea musculaturii planșeului pelvi-perineal (indirect).

Incontinența urinară a fost explicată prin componente anatomică și funcțională, ulterior fiind formulat conceptul de IU mixtă. Clasificarea patogenică actuală citează formele de IU anatomică și IU mixtă, pentru ambele categorii, în anumite condiții, principala formă terapeutică fiind chirurgia.

În timpul efortului, se produce o creștere a presiunii intraabdominale și a celei vezicale. Transmiterea presiunii abdominale la nivelul porțiunilor proximală și medie uretrale se face prin intermediul pereților vaginali, în spătă cel anterior. Laxitatea peretelui vaginal reduce rata de transmisie a presiunii influențând negativ coaptarea uretrală și închiderea colului vezical.

În incontinența apărută după H se produce o pierdere a suportului bazei veziciei și a colului vezical manifestată printr-o poziție joasă a joncțiunii uretro-vezicale, o deschidere a colului vezical, o deplasare a bazei veziciei cu creșterea presiunii intraabdominale. Secționarea ligamentelor utero-sacrate și cardinale afectează suportul segmentului vaginal superior fapt ce favorizează producerea prolapsului și a IUE (aceasta a condus la practicarea H intrafascială).

S-a considerat că în timpul efortului continența urinară este asigurată dacă uretra proximală se află deasupra diafragmei pelvine. Conceptul "uretri proximale" a fost înlocuit prin conceptul de "uretră medie" (P.E. Petros și U. Ulmsten, 1993) care susține rolul principal pe care îl are acest segment anatomic în

menținerea continenței. La acest nivel se află principalele elemente sfincteriene. Această teorie este susținută de studiile urodinamice care constată valori maxime ale presiunii de închidere uretrală la efort, la nivelul uretrei medii.

Rolul aparatului sfincterian situat la nivelul uretrei proximale este de a asigura etanșeitatea acestui segment și a stimula contracția detrusorului, respectiv relaxarea sfincțierului uretral striat, la stimularea chemoreceptorilor mucoasei joncțiunii uretro-vezicale (fig. 99).

Aceste elemente susțin dualitatea uretră medie – uretră proximală și definirea principalelor forme etio-patogene ale IUE:

- IUE prin incompetență uretri medie (IUM) cauzată de mobilitatea excesivă sau de defecte de etanșezare uretrală;
- IUE prin incompetență uretri proximale (IUP) cauzată de insuficiența susținerii bazei veziciei sau de insuficiența sfincteriană intrinsecă (ISI).

Acste forme se pot combina.

Principala formă funcțională a IU este instabilitatea detrusorului vezical. Această situație, considerată în trecut funcțională, este actualmente explicată prin leziuni anatomici care pot fi corectate chirurgical.

TERMINOLOGIA UTILIZATĂ ÎN EVALUAREA FUNCȚIONALITĂȚII TRACTULUI URINAR ȘI ÎN DEFINIREA ASPECTELOR PRVIND PROLAPSUL GENITAL

Termenii utilizati în evaluarea funcționalității tractului urinar inferior sunt recomandați de Societatea Internațională de Continență (2002). Astfel, simptomele ce pot fi generate la nivelul acestui tract sunt grupate în:

- simptome în faza de stocare (creșterea frecvenței mișcărilor în timpul zilei și/sau noptii, imperiozitatea mișcării, incontinența urinară);
- simptome manifeste în faza mișcării (de evacuare): flux redus, intermitent, mișcări ezitante, efort mișcării;

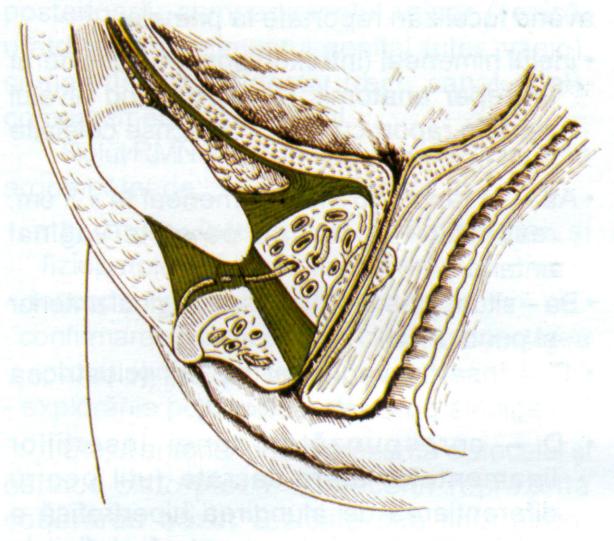


Fig. 97 Uretra. Rapoarte anterioare

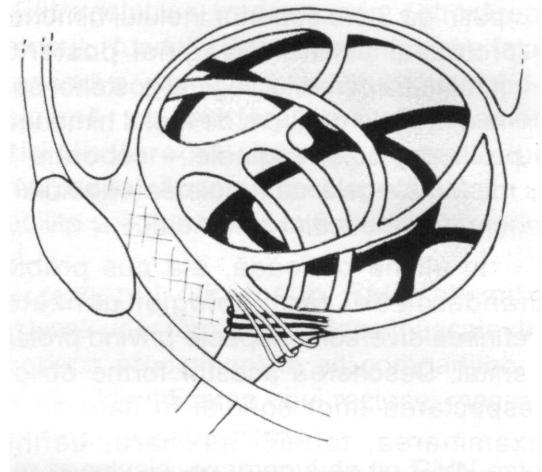


Fig. 98 Direcția fascicolelor musculare ale detrusorului

- simptome post-micționale (senzația de evacuare incompletă, picăturile post-micționale);
- simptome asociate prolapsului sau actului sexual;
- durerea la nivelul tractului urinar inferior și genital.

Examenul clinic este important în aprecierea disfuncțiilor tractului uro-genital (abdomen, vulvă, perineu, vagin).

Examinarea urodinamică include: cistometria de umplere, înregistrarea parametrilor presiune/flux în timpul micțunii.

Cistometria de umplere măsoară relația presiune/volum în fază de umplere vezicală. În această fază, funcția vezicii antrenează următoarele elemente:

- detrusorul (eventuala hiperactivitate);
- sensibilitatea vezicală;
- capacitatea vezicală (cistometrică);
- complianța (măsoară variația de volum în raport cu variația presiunii detrusorului);
- funcția uretrei (închiderea uretrală în timpul perioadei de umplere vezicală, caractere normale și în incontinențele prin relaxare uretrală sau de stress).

Înregistrarea parametrilor presiune/flux în timpul micțunii se referă la funcțiile detrusorului și uretrei care sunt evaluate prin măsurători ale fluxului urinar și ale presiunilor vezicale și uretrale (în timpul evacuării vezicale).

Evacuarea vezicală normală se realizează prin contractia voluntară a detrusorului într-un interval mediu normal.

Funcția uretrală normală se caracterizează prin deschiderea uretrei și menținerea unei relaxări ce permite evacuarea conținutului vezical la o presiune normală.

Prolapsul genital (vaginal și uterin) reprezintă deplasarea organelor (susținute în mod normal de planșeul pelvi-perineal): peretele vaginal anterior (respectiv posterior), uter, boltă vaginală (după hysterectomie). Pentru prolaps există un sistem de gradare în care stadiile sunt stabilite în funcție de obiectivarea clinică a coborârii maxime:

- grad 0 – nu se constată prezența prolapsului;
- grad 1 – segmentul cel mai distal al formațiunii prolabate se află la peste 1 cm proximal de inelul himeneal;
- grad 2 – segmentul cel mai distal al formațiunii prolabate se află la mai puțin de 1 cm proximal sau distal de inelul himeneal;
- grad 3 – formațiunea prolabată se află la mai mult de 1 cm de inel dar nu prolabează pe o distanță mai mare decât lungimea totală a vaginului – 2 cm;
- grad 4 – eversia completă a tractului genital inferior.

Definirea unor eventualități:

- prolapsul peretelui vaginal anterior – joncțiunea uretro-vezicală se află la mai

- puțin de 3 cm superior inelului himeneal;
- prolapsul peretelui vaginal posterior – jumătatea peretelui vaginal posterior se află la mai puțin de 3 cm de inelul himeneal;
 - prolapsul bolții vaginale – coborâre la o distanță egală cu lungimea vaginalului – 2 cm (față de inelul himeneal).

În ultima perioadă, s-a pus problema standardizării terminologiei utilizate în definirea diverselor aspecte privind prolapsul genital. Descrierea acestor forme obligă la respectarea unor condiții în care se face examinarea, tehnici auxiliare, definirea reperelor anatomicice, investigarea musculaturii planșeului pelviperineal, descrierea simptomelor (198).

Între tehniciile auxiliare se înscriu examenul rectal combinat cu examenul vaginal, măsurarea volumului vaginal, a diametrului transvers al hiatusului genital, evaluarea mobilității axei uretrale (test Q) etc.

Tehnicile imagistice cuprind ecografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică, radiografia cu substanțe de contrast.

Prolapsul genital este evaluat cu ajutorul unui sistem anatomic standardizat, compus din puncte de reper fixe și puncte definite

având localizări raportate la primele:

- inelul himeneal (introitul) poate fi considerat un reper anatomic fix, constituind nivelul zero, în raport cu el fiind descrise celelalte puncte;
- Aa – în raport cu inelul himeneal la - 3 cm, respectiv + 3 cm, pe peretele vaginal anterior;
- Ba – situat între fundul de sac vaginal anterior și punctul Aa;
- C – inserția vaginalului pe col (cicatricea vaginală posthisterectomie);
- D – corespunzător zonei inserțiilor ligamentelor utero-sacrate (util pentru diferențierea de alungirea hipertrofică a colului și prolaps; nu poate fi definit la cazurile cu histerectomy);
- la nivelul peretelui vaginal posterior se situează punctele Ap (localizat la jumătatea peretelui, 3 cm superior inelul himeneal) și punctul Bp (situat între fundul de sac vaginal posterior și Ap).

Pozitia punctelor descrise va fi exprimată în centimetri în raport cu situația lor proximal de inelul himeneal (valori negative) sau distal de acesta (valori pozitive) (fig.99).

Prolapsul poate afecta unul sau mai multe compartimente pelvine, în direcție antero-

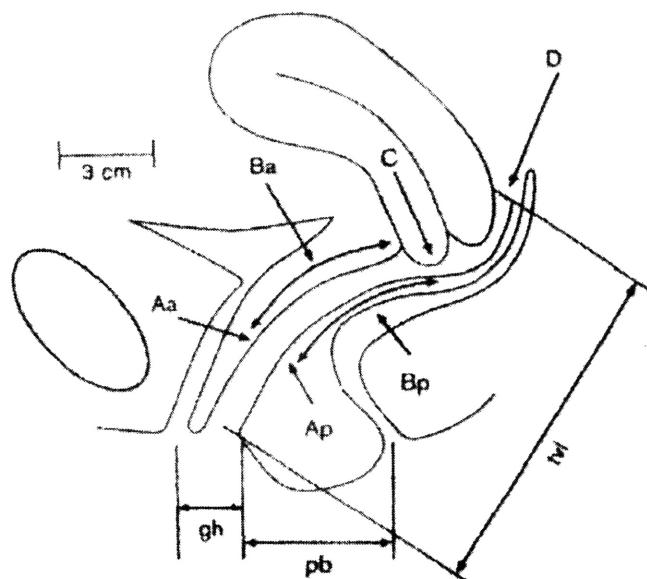


Fig. 99 Cele șase reperi (Aa, Ba, C, D, Ap și Bp), hiatusul genital (gh), corpul perineal (pb) și lungimea vaginală totală (tv) folosite pentru a quantifica suportul organelor pelvine

posteroară: compartimentul urinar (vezică, uretră), compartimentul genital (uter, vagin), compartimentul digestiv (rect, canal anal), compartimentul peritoneal.

Rolul RMN în diagnosticul prolapsului este argumentat de:

- mai buna înțelegere a fiziologiei și fiziopatologiei dinamicii pélvine;
- descoperirea leziunilor precoce;
- confirmarea diagnosticului clinic și detectarea prolapsurilor asociate;
- explorările postoperatorii.

Etajul anterior poate prezenta cistocelul și cervico-cisto-ptoza. Cistocelul reprezintă coborârea bazei vezicale sub linia pubo-coccigiană, colul rămânând dasupra acestei linii iar baza vezicală fiind deplasată spre peretele vaginal anterior.

Cervico-cisto-ptoza reprezintă coborârea colului vezical și a bazei vezicii sub linia pubo-coccigiană. Uretra basculează posterior și chiar poate prezenta o cudură în portiunea mediană.

Histeroptoza și prolapsul bolții vaginale se manifestă prin coborârea colului uterin și vaginalului sub linia pubo-coccigiană. Colul are aspect tapiroid.

Rectocelul reprezintă o deplasare, în timpul efortului expulziv, cu mai mult de 3 cm în raport cu marginea anteroară a canalului anal.

Elitrocelul se traduce prin coborârea peritoneului fundului de sac posterior între fața posteroară a vaginalului și rect, sub linia pubo-coccigiană, cu sau fără prezența anselor subțiri (enterocel) sau a sigmoidului (sigmatocel). Aceste aspecte, obligatoriu să fie stabilite preoperator, pot fi evidențiate prin RMN.

Examenul clinic sub RMN permite depistarea unor forme de prolaps mascate de un prolaps proeminent în alt compartiment (exemplu: identificarea unui rectocel mascat de un cistocel voluminos).

În concluzie, examenul de tip RMN este util pentru:

- studiul anatomiei funcționale a planșeului pélvin;
- analiza sechelelor obstetricale complexe;
- cercetarea elitrocelului;
- furnizarea de elemente pre- și postoperatorii;
- detectarea eventualelor forme de patologie asociată (293).

TRATAMENTUL CHIRUGICAL ÎN INCONTINENȚA URINARĂ

Acest tratament înregistrează în timp numeroase tehnici. Ele au fost clasificate în diverse moduri:

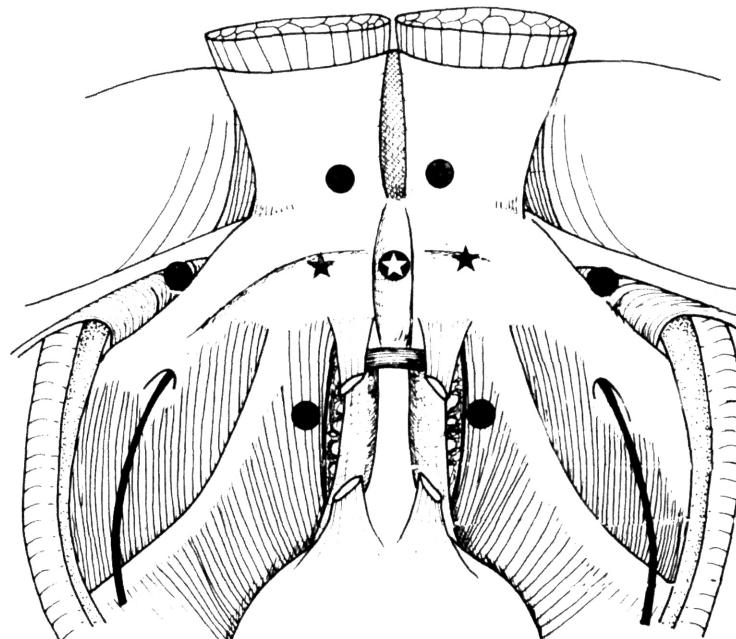


Fig. 100. Rapoartele anterioare și inferioare cu peretele abdominal

- tehnici de susținere (Kelly, Marion sau plicatura suburetrală);
- tehnici de pexie retropubiană (Marshall-Marchetti-Krantz, Burch);
- tehnici de colposuspensie transcutanată transvaginală;
- bandelete suburetrale ("sling surgery").

După ce în 1914, H.A. Kelly și W.M. Dumm propuneau tehnica proprie, mai mult de 100 de operații anti-incontinență au fost descrise. Diversitatea opiniilor reflectă înțelegerea incompletă a stării patologice numite incontinență urinară.

Sunt practicieni care consideră că o **colporafie anterioară** rămâne un procedeu primar eficient, în special prin timpul scurt necesar realizării și morbidității minime (21).

Alți practicieni cred că rezultatele obținute cu acest procedeu sunt modeste și utilizarea sa repetată nu poate fi justificată.

Într-o statistică făcută în 2003, în SUA, pe un eșantion de 300.000 de cazuri, procedeele utilizate pentru corectarea IUE au inclus: plicaturarea joncțiunii uretro-vezicale (Kelly), "sling" pubo-vezical, suspensii retropubiene (Burch sau Marshall-Marchetti-Krantz), suspensii parauretrale (Pereyra), suspensii ale mușchilor ridicători uretro-vezicali (fig. 101). Tratamentul chirurgical a fost aplicat cel mai frecvent vârstei de 60-69 ani. Chirurgia pentru IUE a fost efectuată în conjuncție cu alte forme de operații ginecologice (68%) dintre care circa $\frac{1}{3}$ pentru prolaps și aproape 50% odată cu H (354).

Alegerea tehnicii celei mai adecvate este dificilă. Vechile aforisme își mențin valabilitatea: "prima operație are cea mai bună sansă de succes", "fă cea mai bună operație de la început". Foarte importante sunt următoarele elemente:

- cunoașterea fiziopatologiei;
- evaluarea indicațiilor și limitelor oricărei tehnici;
- realizarea optimă din punct de vedere tehnic;
- investigațiile urodinamice preoperatorii (211) (288).

Chirurgia IU este dominată de tehnica utilizării unei bandelete suburetrale (material organic sau sintetic). Introducerea tehnicii TTVT (*tension free vaginal tape*) (Ulif Ulmsten, Suedia, 1995) a modificat profund tratamentul chirurgical în IUE, este mai puțin invazivă, este

eficientă și cu morbiditate redusă.

Această tehnică se sprijină direct pe noile concepții fiziologice ale continenței urinare și permite refacerea anatomică a țesuturilor suburetrale prin plasarea unei bandelete sintetice (polipropilenă). Bandeleta acționează prin susținerea uretrei la efort și crearea unei exacerbări locale a sintezei de colagen, responsabilă de fibroză (101) (239).

Metoda are peste 80% vindecări, 8% ameliorări, 8% eșecuri. Ea este creditată cu bune rezultate în insuficiența sfincteriană și în cazurile recidivate după alte tipuri de intervenții, de asemenea în incontinentele mixte. Bandeleta nerezorbabilă se placează fără a fi tensionată, sub uretra medie, prin tunelizare retropubiană (141) (148) (313).

TTVT (denumită inițial "modified intravaginal sling plasty") a dobândit o mare popularitate într-un interval scurt. Rezultatele sunt foarte încurajatoare și comparabile cu cele obținute prin operația Burch. Poate fi realizată și ambulator (221).

Datele privind urmărirea pe termen lung sunt insuficiente și ar putea fi marcate de principalele inconveniente: eroziunea și disfuncția evacuării (85) (246). Procedeul ce utilizează banda de propilenă trecută sub uretra distală este însoțit de morbiditate scăzută și de o mare durabilitate (299).

Transobturator tension-free urethral suspension (TTV-obturator) este o tehnică nouă în tratamentul IUE. Consta în trecerea unei benzi sintetice prin gaura obturatoare, fără tensiune, sub joncțiunea uretrei medii cu cea distală. Traiectul este perineal, la distanță de structurile neurovasculare (nervii obturator, femural, rușinos, vasele safene).

Această tehnică evită injuriile vezicale sau ureatrale, formarea hematoamelor sau complicațiile nervoase (76) (212) (324).

Între numeroasele tehnici propuse pentru corectarea chirurgicală a IU preferăm descrierea succintă a următoarelor:

- operația Marshall-Marchetti-Krantz;
- colposuspensia Burch;
- procedeul Aldridge (bandeletă organică);
- principiile TTVT.

Operația Marshall-Marchetti-Krantz (1949)

Rămâne unul dintre cele mai importante procedee pentru corectarea incontinentei

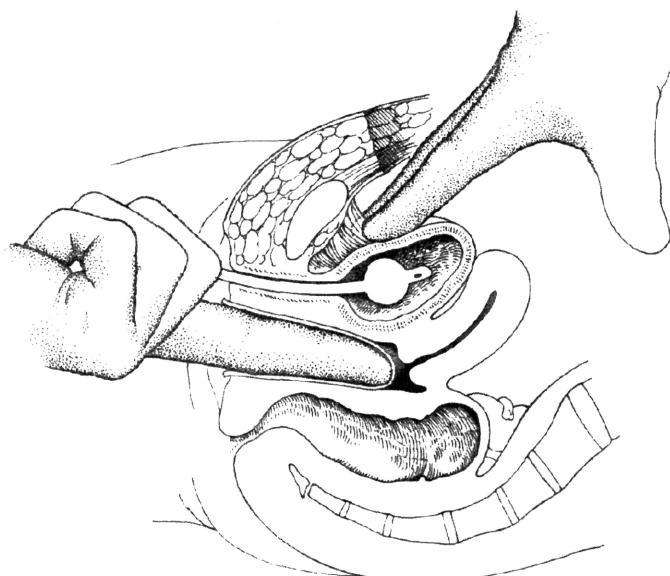


Fig. 101 Accesul în spațiul retropubian

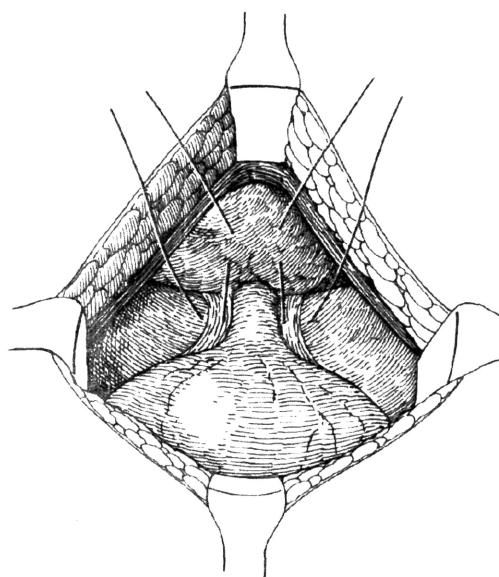


Fig. 102 Trecerea firelor de o parte și de alta a colului vezical

urinare. Operația este indicată mai ales în cazurile fără colpocei anterior important. Incizia Pfannenstiel (1 cm suprasimfizar) asigură accesul în spațiul retropubian spre colul vezical și uretră. Se trec 1-2 fire de o parte și de alta la nivelul uretrei proximale și colului vezical luând și periostul feței posterioare a simfizei (Vicryl) (fig. 101,102).

Spațiul retropubian este drenat (drenajul se retrage după 24 de ore). Complicații posibile: lezarea vezicii sau uretrei, hemoragii cu punct de plecare plexul venos perivezical, osteita pubiană.

Colposuspensia Burch

Această operație realizează ridicarea colului vezical și a bazei vezicii și este indicată atunci când coexistă incompetența sfîncterului uretral cu prolapsul peretelului vaginal anterior. Procedeul nu se practică în cazuri cu operații anterioare sau cu modificări de troficitate.

După incizia Pfannenstiel, se deschide spațiul retropubian, se evidențiază vezica și uretra și cu ajutorul indexului mâinii stângi se ridică fundul de sac lateral vaginal. Se disecă marginea laterală a bazei vezicii de fascia

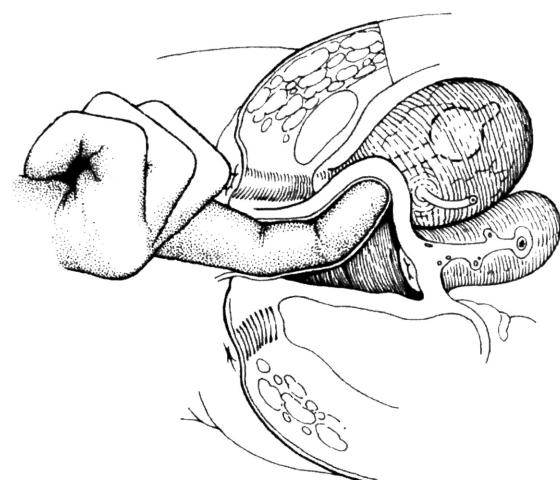


Fig. 103 Colposuspensia Burch: ridicarea fundului de sac vaginal lateral înainte de a diseca baza vezicii de fascia

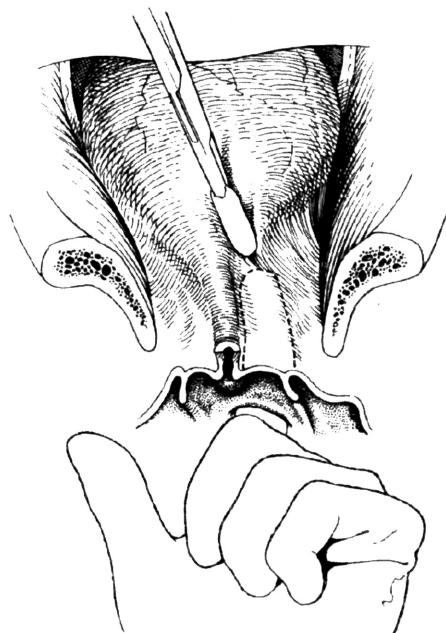


Fig. 104 Disecția marginii laterale a bazei vezicii de fascia paravaginală.

paravaginală (atenție la evitarea injurierii venelor din zonă).

După expunerea fasciei, se trec 2-3 fire nerezorbabile, de o parte și de alta, prin fascia paravaginală și ligamentul ileopectineal. Se controlează hemostaza și se drenează spațiul retropubian (fig. 103,104).

Sir Astley Cooper (1768-1841), anatomist și chirurg englez, a descris o formătire fibroasă dispusă în lungul crestei pectineale, ligament denumit anterior "pectineal". Această formătire se află superior liniei ileo-pectineee, de la tuberozitatea pubiană spre ramul ileo-

pubian (sau de la spina pubisului la eminența ileo-pectineee).

Pe plan chirurgical, elementul esențial este rezistența excelentă a acestui ligament în zona sa cu grosime maximă. În cura chirurgicală a incontinenței, ligamentul Cooper permite trecerea firelor necesare suspendării vaginului în tehnicele ce folosesc acest element ca punct de fixare (Marshall-Marchetti-Krantz, Burch, Scali, Chrub, Pereyra, Goebell-Stockell, Bologna).

Zona cea mai groasă a ligamentului se află la originea sa, la nivelul liniei mediane,

dar acest spațiu este marcat de riscul periostitelor. Portiunea situată între 3 și 5 cm extern liniei mediane pare a fi cea mai adevarată pentru fixare (244).

Procedeul Aldridge

Acest procedeu este indicat după operațiile anterioare ale căror rezultate reprezintă eșecuri. De asemenea, atunci când condițiile anatomicice sunt nefavorabile (reducerea semnificativă a capacitatei vaginale, reducerea mobilității, elemente ce fac imposibilă realizarea colposuspensiei). Procedeul este indicat și în situațiile în care investigațiile urodinamice arată o ridicare adevarată a colului vezical dar suportul posterior la uretra proximală și colul vezical lipsește.

Se folosesc două incizii, Pfannenstiel, joasă și pe peretele anterior vaginal, la nivelul liniei mediane. Bandeleta este preparată din teaca mușchilor drepti. Plasarea sa, deoarece și de alta a colului vezical, cu ajutorul unei pense curbe. Sutura capetelor bandeletei se va face într-o tensiune suficientă pentru a ridica segmentul vezical (fig. 107, 108, 109)..

Istoricul utilizării **bandeletelor suburetrale sau suburetro-vezicale** în tratamentul chirurgical al IUE se desfășoară pe o durată de circa 100 de ani:

- D. Giordano (1907);
- R.G. Goebell și L. Stoeckell (1917) (*mioplastii*);
- N. Miller (1932) (*fixare musculo-aponevrotică, mușchii piramidali și aponevroza mușchilor drepti*);
- A.H. Aldridge (1942) (*bandeletă din aponevroza mușchilor drepti abdominali, plasată prin tunelizare periuretrală, susținerea colului vezical și fixare la aponevroza mușchilor drepti*);
- S. Studdiford (1944) (*localizarea bandeletei sub uretră*);
- J.H. Ridley (1955) (*utilizarea fasciei lata*).

În continuare, au fost aduse modificări în privința căilor de abord (abdominală, vaginală, mixtă), punctelor de fixare (aponevroza mușchilor drepti, ligamentul Cooper), materialelor utilizate (organice, sintetice).

Din 1996, chirurgia IUE este dominată de plasarea unei bandelete suburetrale de

Prolene nefixată, conform teoriei integrale aparținând lui Ulmsten și Papapetros conform căreia bandeleta este inclusă în tripticul ligament pubo-uretral, inserție vaginală a mușchiului pubo-coccigian și suport vaginal al uretrei. Aceasta permite refacerea unghiului uretral fiziologic (81) (fig. 110).

Materialele organice utilizate: aponevroza anterioară a mușchilor drepti abdominali, fascia lata, derm de porc, dura mater liofilizată. Între materialele sintetice s-au înscris: *Mersilene* (polietilenă), *Marlex* (polipropilenă), *Gore-Tex* (politetrafluoroetenă), *Silastic*, *Prolene*.

Comparația între diferite materiale comercializate pentru același scop este greu de realizat. Probabil că aceeași bandeletă nu poate fi utilizată pentru aceeași aplicare (ex: benzile cu o elasticitate mai mică pot fi utilizate pentru tehnici de retropubiene) (240).

Cele mai frecvente indicații actuale ale procedeului sunt incontinența de gradul III (primitivă sau recidivată) și deficiența sfincteriană intrinsecă (evidențiată prin teste urodinamice).

Morbiditatea peroperatorie este raportată la 5-20% din cazuri și se poate manifesta prin: complicații tromboembolice, parietale, urologice, plăgi digestive, arteriale sau venoase, hematoame subperitoneale disecante.

Principalele complicații postoperatorii sunt disuria, instabilitatea vezicală, eroziunile.

Disuria este cea mai frecventă complicație după plasarea bandeletei. Poate fi determinată de contractia vezicală sau de obstrucția uretrală. Factorii de risc pot fi vârstă (peste 65 de ani), tensiunea sub care este plasată bandeleta, tipul bandeletei (material sintetic sau material autolog).

Între factorii de risc ai instabilității vezicale se citează: bandeleta prea tensionată, materialul utilizat, iritația trigonală, existența unei instabilități preoperatorii necunoscute.

Eroziunile apar mai frecvent după bandeletele sintetice și pot fi vaginale, uretrale sau vezicale. Modul de manifestare este divers: infecții urinare repetitive, hematurie, fistulă uretro-vezicală (apărută la 3-4 ani de la plasarea bandeletei).

Dificultățile în golirea vezicii (după TTVT) nu pun probleme importante.

Procedeul cu bandă de Silastic se realizează printr-o incizie Pfannenstiel joasă, disecția spațiului retropubian (pentru expunerea colului vezical), deplasarea colului vezical (împreună cu cateterul) și incizia (0,5 cm) de o parte și alta, cu expunerea fasciei paravaginale (timp vaginal) (fig. 111).

Urmează crearea tunelului suburetral și introducerea bandeletei (fig. 113). Fixarea capetelor, de o parte și de alta, la ligamentul ileo-pectineal, cu o minimă tensiune. Drenajul spațiului retro-pubian.

Există variante de tehnică în care bandaletă de material anorganic este inserată pe cale vaginală.

Complicațiile acestor procedee se pot manifesta prin lezarea vezicii sau uretrei, hemoragii venoase (în timpul disecției parauretrale), retenția urinară (prin exces de tensiune cu care este fixată bandaletă).

P. Brătilă utilizează următoarea tehnică, variantă a procedeului propus de S. Raz:

- incizie verticală a peretelui vaginal anterior sub orificiul uretral;
- decolarea mucoasei laterale și izolarea uretrei;
- crearea căii de acces spre spațiul Retzius;
- confectionarea unei benzi de Prolene (10/1,5 cm) și trecerea la fiecare capăt a câte unui fir de Vicryl în lungime de 30 cm;

- practicarea câtei unei incizii (1 cm) la 3 cm de o parte și alta a liniei mediane, imediat suprasimfizar.

Fixarea unuia dintre fire cu ajutorul unui instrument special și trecerea parauretrală (uretra protejată cu indexul mâinii stângi, în spațiul Retzius, razant cu pubisul, spre incizia tegumentară);

- aceeași manevră de partea opusă;
- unul dintre capete se trece subtegmentar și se exteriorizează prin incizia tegumentară opusă;
- bandaletă este plasată sub uretra medie și firele sunt legate fără a fi tensionate;
- sutura mucoasei vaginale cu fire separate de catgut;
- cateterism vezical 48-72 de ore.

Sfincterul urinar artificial constă într-un dispozitiv ocluziv circular, confecționat din silicon, plasat în jurul colului vezical și conectat la un balon dispus în spațiul retropubian, necesar controlului presiunii exercitate de acest sfincter artificial (fig. 113).

Acest dispozitiv are următoarele indicații: persistența incontinentei după realizarea corectă a cel puțin două procedee convenționale de corecție, etiologia neurologică a incontinentei, cauzele congenitale (epispadias, extrofia vezicală).

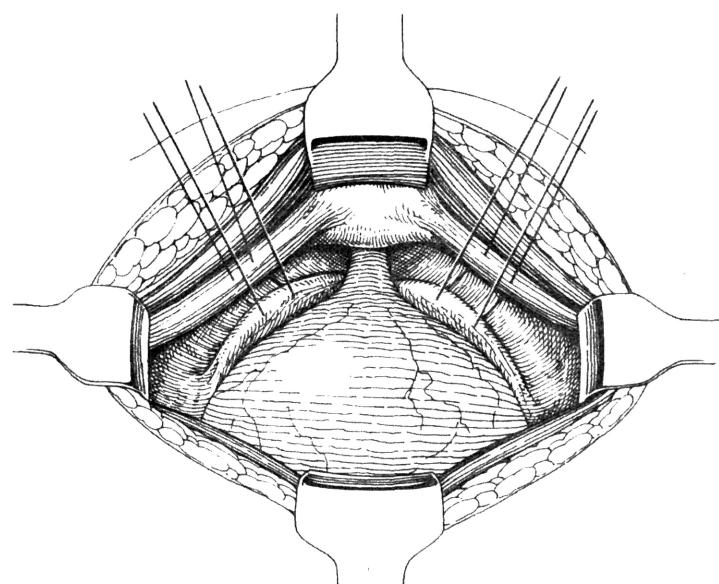


Fig. 105 Trecerea firelor nerezorbabile prin fascia vaginală și ligamentul ileopectineal, mai sus de colul vezical (bilateral)

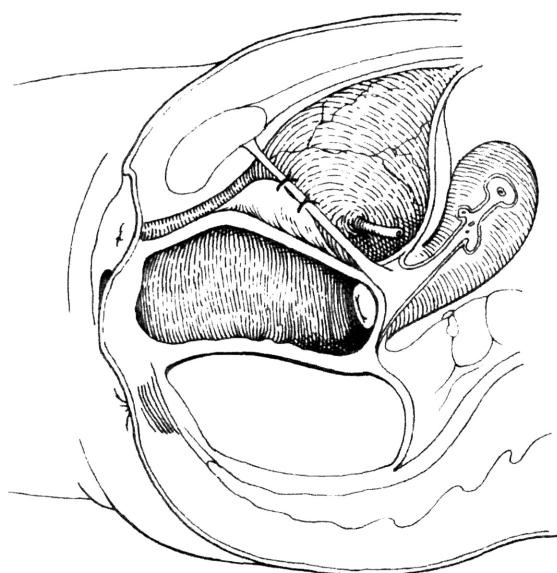


Fig. 106 Vederea sagitală: peretele vaginal anterior și colul vezical redresate (după Monaghan)

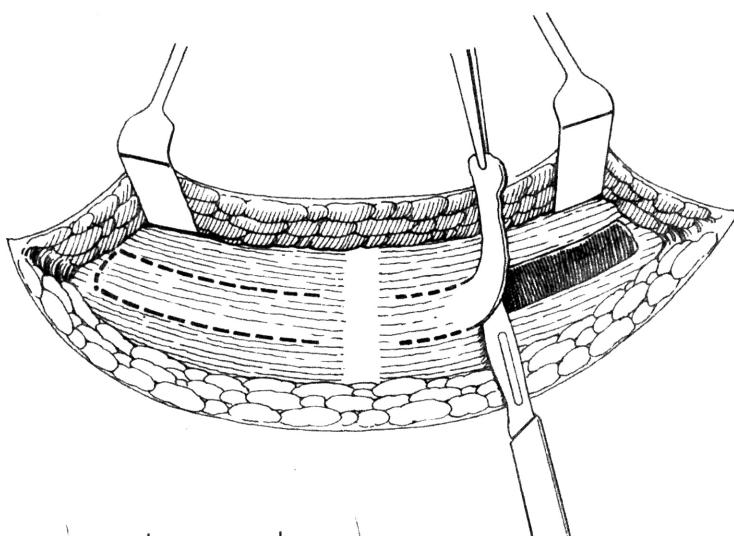


Fig. 107 Procedeul Aldridge – bandeleta este preparată din teaca mușchilor drepti (7-8/ 1,5 cm).

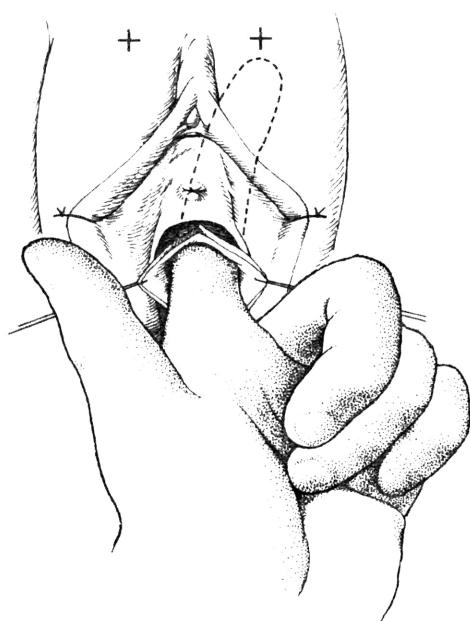


Fig. 108 Incizia vaginală și expunerea colului vezical.

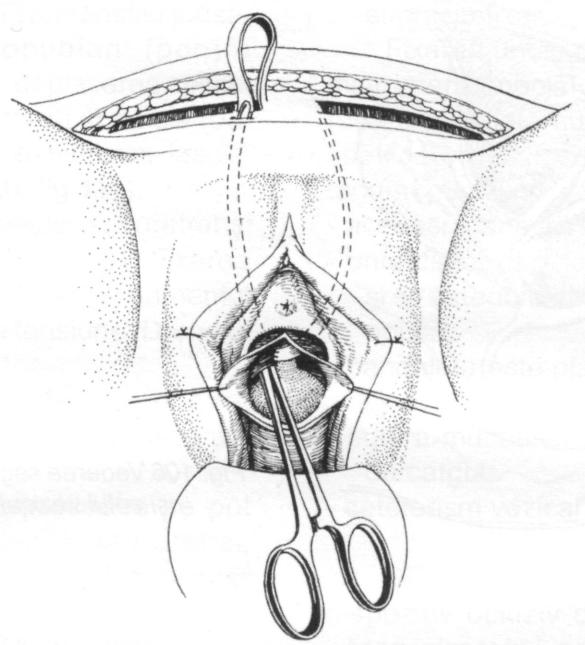


Fig. 109 Plasarea bandeletelor de o parte și de alta a colului vezical cu ajutorul unei pense curbe. Sutura lor într-o tensiune suficientă pentru a ridica segmentul vezical (după Monaghan).

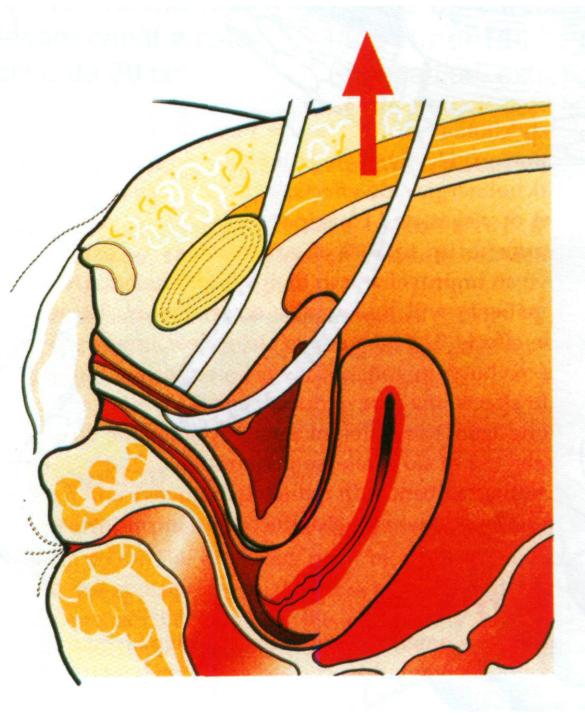


Fig. 110 Se introduce în sus, transvaginal, o bandeletă de Prolene ale cărei capete sunt exteriorizate la nivelul inciziilor suprapubiene. Bandeleta nu se suturează și, în acest fel, ea susține colul vezical fără a fi tensionată.

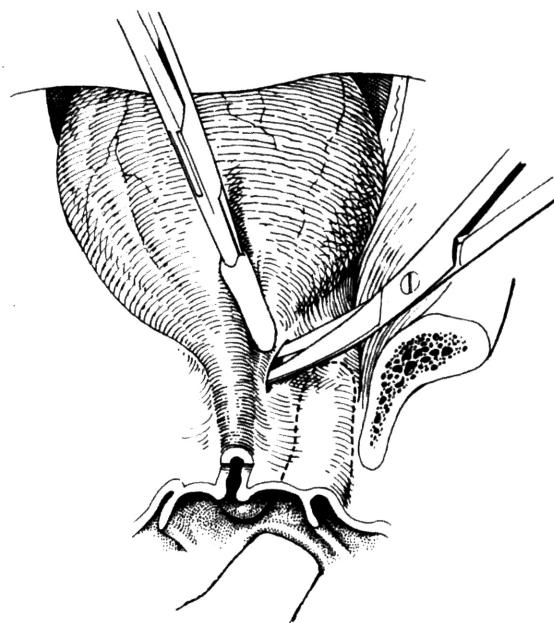


Fig.111 Disecția începe cu incizia între colul vezical și țesutul paravaginal.

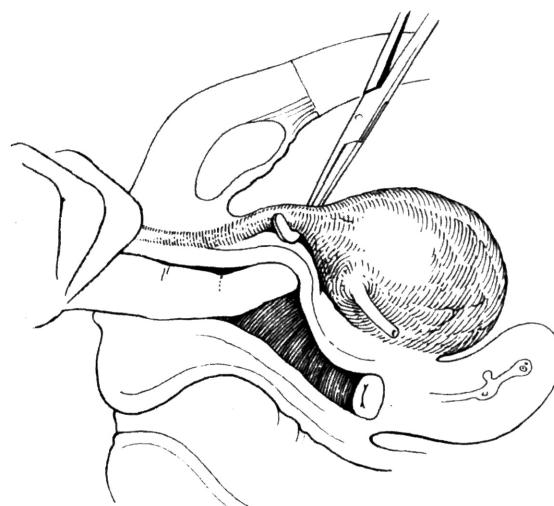
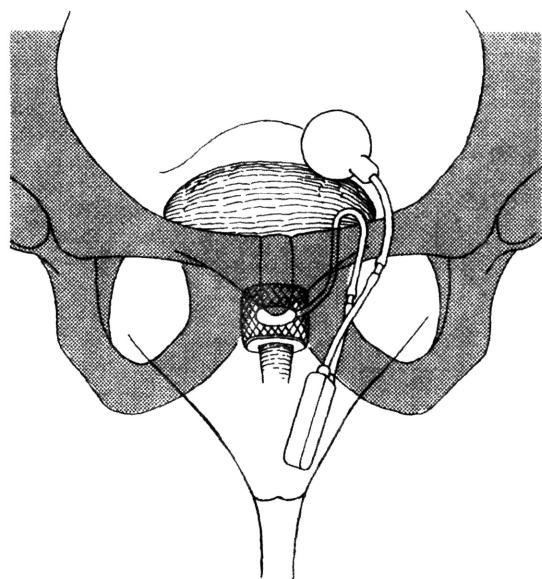


Fig.112 Crearea tunelului suburetral.



*Fig. 113 Sfincterul artificial
(după Monaghan).*

Capitolul IX

AMENOREEA PRIMARĂ DE CAUZĂ PERIFERICĂ. SINDROMUL ROKITANSKY-KÜSTER-HAUSER. TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Definiție.....	154
Frecvența.....	154
Etiopatogenie.....	154
Tratamentul chirurgical (pregătire preoperatorie, tehnica McIndoe-Read, îngrijirea postoperatorie, rezultate).....	158

DEFINIȚIE. ETIOPATOGENIE

Aplazia utero-vaginală este entitatea anatomo-clinică dominantă ca varietate malformativă simetrică. Sindromul Rokitansky-Küster-Hauser (RKH) deține aproximativ 20% din totalitatea anomaliei majore uterine.

Anomaliiile dezvoltării canalelor mülleriene se manifestă într-o varietate de forme. Evaluarea preoperatorie a cazurilor suspecte a prezenta malformații este esențială. Clasificările anomaliei utero-vaginale erau realizate pe baza aspectelor clinice. Recent, prin ameliorarea cunoașterii dezvoltării embriologice, a fost formulată clasificarea Societății Americane de Fertilitate:

Clasa I - disgenezia canalelor mülleriene (sau agenezia uterului și vaginalului (sindromul RKH);

Clasa II - anomalii ale acolării verticale a canalelor mülleriene (septul vaginal transversal, agenezia cervicală);

Clasa III - anomalii ale acolării laterale a canalelor mülleriene (uter unicorn, uter didelf, uter septat, uter bicorn);

Clasa IV - aspecte atipice (asocierea anomaliei utero-vaginale cu alte anomalii).

Amenoreea primară (AP) este un simptom produs de o varietate de cauze, nu totdeauna ușor de evidențiat. Sindromul RKH nu pune probleme, cu o condiție, aceea de a fi cunoscut

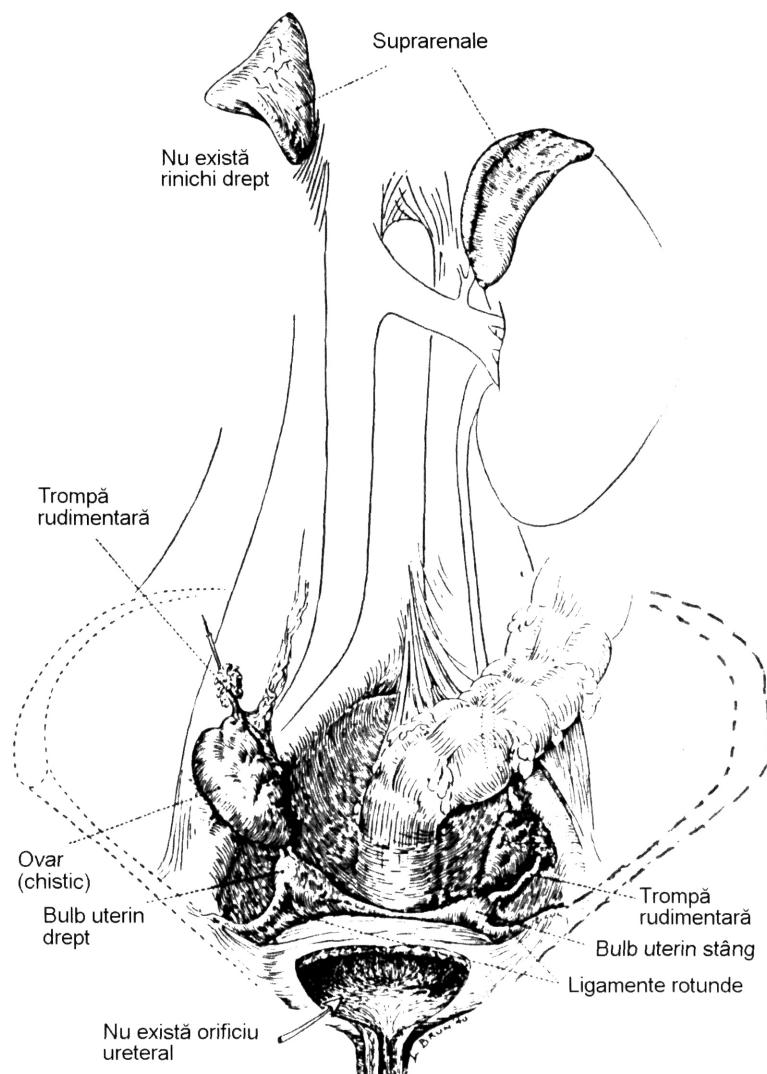


Fig. 114

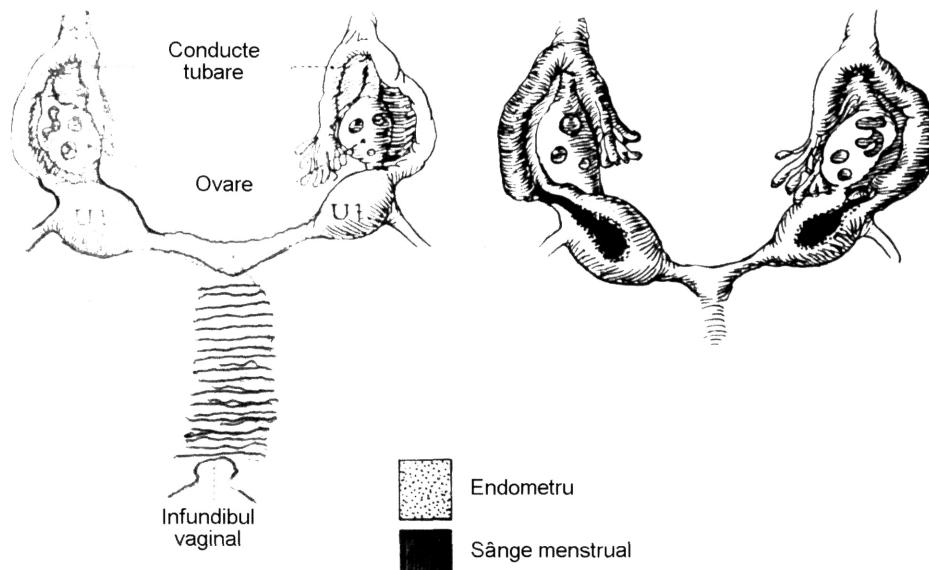


Fig. 115

(ca eventualitate), altfel, cum am constatat în unele cazuri, putând pune ginecologul practician în situații rizibile.

Sindromul RKH se încadrează în categoria AP cu morfologie feminină armonioasă, definită prin:

- aplazie vaginală (tipul cel mai frecvent de aplazie vaginală, parțială sau totală);
- aplazie uterină bilaterală, simetrică de tip incomplet (20% dintre toate anomaliiile congenitale uterine majore și cea mai frecventă varietate simetrică);
- morfologie tubo-ovariană și funcție gonadală normale (parte din definiție pe care o considerăm suscepțibilă de remanieri).

Fenotipic, caracteristicile sunt feminine (dezvoltarea normală a sânilor, proporționalitatea corpului, distribuția pilozitatii, aspectul organelor genitale externe).

Sexul genetic este feminin normal (cariotip 46XX). Este frecvență asocierea altor anomalii congenitale (scheletale, urologice, în special renale). Prima descriere a absenței congenitale a vaginului a fost făcută în 1559 de către Realodus Columbus. În 1829, Mayer a descris absența congenitală a vaginului ca pe o anomalie descoperită la copiii nou-născuți morți, cu numeroase anomalii.

Rokitansky în 1838 și Küster în 1910, descriu o entitate în care vaginul era absent,

uterul era reprezentat de o structură bipartită, redusă, ovarele erau normale și în care frecvență puteau fi observate alte anomalii. Hauser a descris gama posibilelor anomalii asociate (290) (302).

Uterul este reprezentat de muguri rudimentari bilaterali, cu volum variabil, în mod obișnuit nepalpabili, la care sunt atașate trompele, împreună aflându-se pe peretele pelvin lateral, adiacent ovarelor (normale). În funcție de volum, bulbii uterini rudimentari pot prezenta cavități tapetate cu endometru. Dacă este prezent, endometrul este imatur, rar fiind sediul răspunsului ciclic la secreția ovariană. (fig. 114, 115, 116, 117, 118)

Incidența sindromului este evaluată la 1/4000 (Counseller), 1/5000 (Engstadt). Aceste frecvențe se referă la subiecții care se adresează pentru un examen ginecologic. Probabil, incidența acestei anomalii este, în realitate, mai mare.

Problema **etiopatogeniei** este neelucidată, în discuție fiind antrenate o acțiune genetică sau una teratogenă. Asocierea malformațiilor urinare ar putea fi un argument pentru mecanismul genetic.

Organogeneza tractelor urinar și genital este comună în perioada săptămânilor 6-9, element ce explică posibilitatea asocierei acestor malformații.

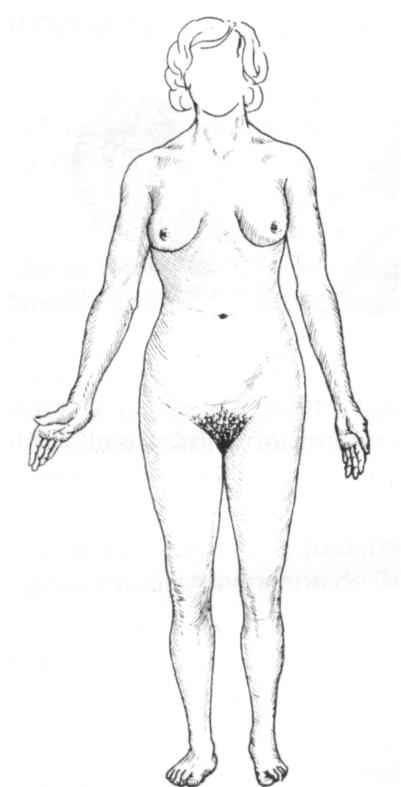


Fig. 116

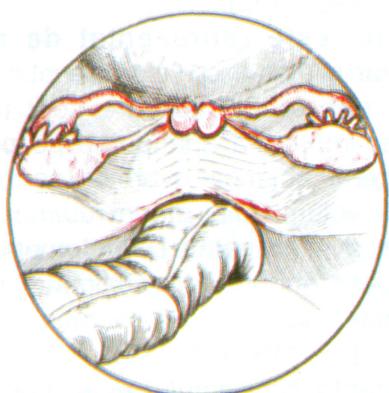


Fig. 117

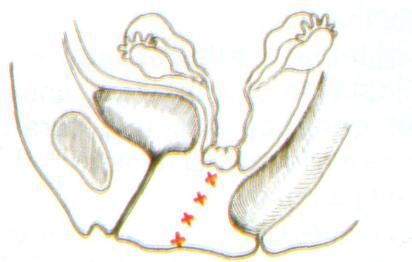


Fig. 118

Etapele organogenezei tractului urinar (săptămânilor a 3-a - a 9-a) sunt următoarele:

1. formarea canalelor Wolff și progresia lor spre cloacă (etapă în care se poate produce agenezia renală);
2. dezvoltarea ureterelor;
3. ascensionarea și rotația rinichilor (perioadă în care se pot produce ectopiile);
4. regresia canalelor Wolff.

Organogeneza tractului genital feminin se desfășoară în etapele:

1. formarea canalelor Müller și progresia lor spre sinusul urogenital;
2. edificarea morfologiei exterioare a uterului;
3. formarea cavității uterine definitive.

Anomlia care va determina sindromul RKH se produce în cursul săptămânilor a 7-a.

Coexistența malformațiilor genitale feminine cu cele urinare este cunoscută de foarte mult timp și considerată ca făcând parte din principalele caracteristici ale sindromului. (fig. 119, 120, 121)

Problema malformațiilor genito-urinare rămâne în actualitate din cauza unor serii de neclarități și dificultăți de studiu explicate de imprecizia clasificării anomaliei și numărului redus de cazuri raportate.

Anomalii urinare sunt, în general, asimptomatice. De obicei, malformația genitală este cea descoperită inițial.

Rezultatele unui studiu pe care l-am publicat în 1981 se refereau la un lot de 11 cazuri cu sindrom RKH, la 4 dintre ele (36%) fiind prezente anomalii urinare:

- ectopie renală pelvină simplă;
- ectopie renală pelvină încrucișată cu simfiză la polul inferior renal drept;
- absența congenitală a rinichiului drept (confirmată scintigrafic);
- megabazinet bilateral total.

Calendarul embriologic permite imaginarea a două tipuri de mecanisme prin care acțiunea nocivă se exercită simultan asupra celor două aparate, acceptată numai în perioada de dezvoltare comună (săptămâna a 6-a până la a 9-a) sau impactul asupra uneia acționează secundar asupra celuilalt.

O acțiune primitivă pe aparatul urinar poate avea, logic, un răsunet asupra dezvoltării genitale (106). Acest enunț a fost confirmat de datele experimentale realizate de Gruenwald în legătură cu funcția de inductor

a canalelor Wolff în dezvoltarea canalelor Müller.

Etiopatogenia sindromului RKH, implicit a asocierei malformațiilor urinare, este departe de a fi elucidată. Pentru explicarea manifestărilor clinice care însotesc aplazia utero-vaginală s-au formulat două ipoteze majore:

- intervenția unui agent teratogen;
- acțiunea unui factor genetic.

Sinteza studiilor cromozomiale arată că în majoritatea cazurilor cariotipul bolnavelor

cu sindrom RKH este normal (feminin). În câteva observații s-au evidențiat mozaicuri cuprinzând linii normale XX și anormale. Aceste asociieri sunt întâmplătoare și necaracteristice sindromului RKH. Le-am întâlnit și noi într-un caz cu fenotip turnerian. Faptul cădezechilibrul cromozomial poate interfeșa, în anumite cazuri, dezvoltarea aparatelor genital și urinar reprezentă un element care pledează în favoarea rolului factorilor genetici în etiologia sindromului. Un alt argument îl constituie cazurile familiale care prezintă acest sindrom, deși în mare parte sunt izolate.

Existența cazurilor de sindrom RKH cu rinichi și căi urinare normale poate fi greu explicată prin cunoștințele embriologice. Acest fapt ar putea justifica ipoteza unui mecanism genetic în determinismul aplaziilor genitale fără legătură cu dezvoltarea aparatului urinar, afirmație prin care ne alăturăm celei a lui Schmid-Tannwald.

Ne raliem etiologiei genetice a sindromului, printre altele, argumentele fiind:

- relatarea de cazuri familiale în literatură;
- asocierea aplaziei genitale cu anomalii urinare;
- posibila asociere a altor tipuri de anomalii somatice.

Conform opiniei noastre, factorul genetic ar putea fi reprezentat de o genă recessivă cu efect pleiotrop și expresivitate variabilă.

Frecvența cu care malformațiile urinare se asociază malformațiilor genitale este

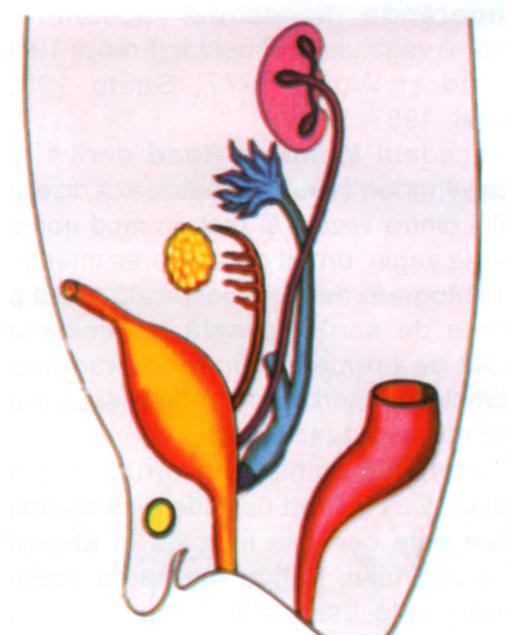


Fig. 119

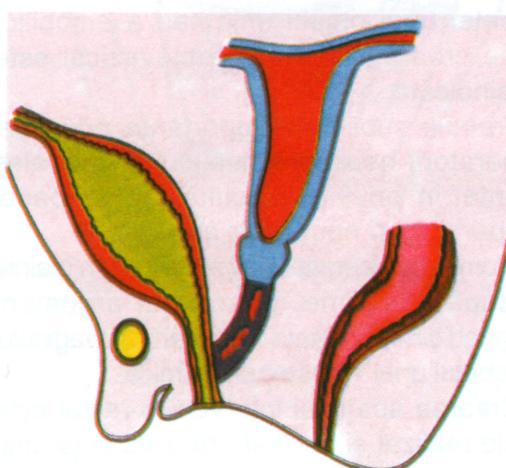


Fig. 120

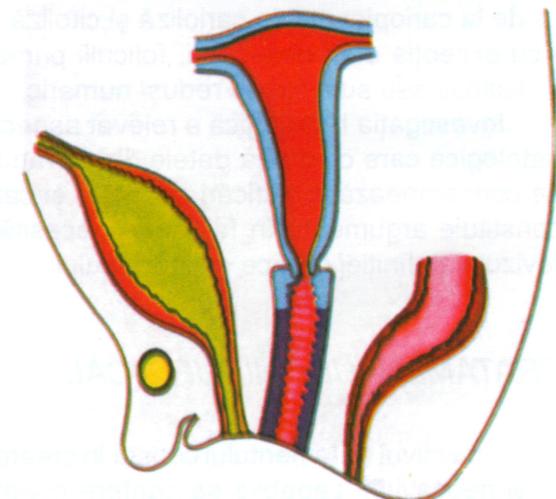


Fig. 121

raportată diferit și variază între limite foarte largi (6,5%-57%). Anomaliiile renale sunt departe de a fi rare și nu trebuie considerate curiozități anatomicice sau probleme embriologice. Utilitatea practică a cunoașterii asocierei acestor malformații este motivată de posibilitatea existenței unei patologii urinare mai frecvente și uneori mai grave, obligativitatea investigării urinare înainte de orice intervenție indicată pentru crearea chirurgicală a neovaginului.

Pentru o investigație completă a AP sunt necesare inspecția laparoscopică și examinarea histologică a ovarelor. Definiția sindromului admite că anomaliiile interesează doar filiera genitală, în timp ce structura și funcția ovariană sunt respectate. Cu toate acestea, în literatură sunt semnalate modificări morfologice: topografia "înaltă", agenezia sau hipoplazia, ovare chistic, aspecte "steiniene", ovare disgenetice sau asociere ale sindromului RKH cu sindrom Turner sau dismorfii de tip turnerian.

Studiul unui lot de 5 cazuri cu sindrom RKH constată că morfologia genitală internă este caracteristică sindromului în privința uterului și trompelor. Ovarele au aspect chistic sau micropolichistic iar studiul histologic evidențiază:

- corticală îngroșată, fibrozată, adesea hialinizată;
- existența a numeroase chisturi de dimensiuni și forme variate, de tip folicular sau atretic, într-un caz cu luteinizare incipientă;
- hiperplazie stromală;
- foliculi primari cu variate grade de distrofie, de la cariopicnoză la carioliză și citoliză;
- cu excepția unei observații, foliculii primari lipsesc sau sunt foarte reduși numeric.

Investigația histologică a relevat aspecte patologice care confirmă datele din literatură ce consemnează modificări ovariene și care constituie argumente în favoarea necesității revizuirii definiției clasice a sindromului.

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Obiectivul tratamentului constă în crearea unei neocavități capabile să confere o viață sexuală cât mai apropiată de normal.

Preocupările pentru crearea unui neovagin datează de aproape două secole, metodele sunt numeroase, nici una universal acceptată, total satisfăcătoare sau cu indicații universale. O enumerare succintă a metodelor folosite pentru crearea neovaginului ar include următoarele grupe de tehnici: plastiile intestinale, clivajul chirurgical al spațiului intervezico-rectal, clivajul simplu cu grefă, colpoplastia peritoneală, vulvo-vagino-plastia.

Corecția chirurgicală este indicată în sindroamele cu aplazie vaginală totală. În aplaziile parțiale pot fi utilizate metode nesângerânăde în scopul accentuării profunzimii vaginului rudimentar (Franck 1938, Brotband și Woolf 1977, Smith 1983, Dewhurst, 1987).

Procedeul **McIndoe-Read** derivă din tehnica Wharton (1938) și realizează disecția spațiului dintre vezică și rect, în mod normal ocupat de vagin, urmat de aplicarea imediată a unei autogrefe de piele despicate fixată pe un tutore de acril. Această tehnică este preferată de un mare număr de practicieni, este simplă, cu morbiditate redusă și un grad înalt de eficiență funcțională.

Exprimând opinia unui grup larg de specialiști, Call și Pratt consideră că operația McIndoe este cea mai indicată în absența totală a vaginului. Pentru realizarea acestei intervenții este esențială constituirea unei echipe formată din ginecolog și chirurg plastician.

Investigația preoperatorie trebuie să includă examenul citogenetic, radiografia de coloană, urografia intravenoasă. În cazul existenței unui rinichi unic sau a ectopiilor pelvine crearea clivajului rectovezical este contraindicată.

Trebuie subliniată importanța educației preoperatorii necesară cuplului și mai ales pacientei în privința dificultăților perioadei postoperatorii și necesității colaborării.

Momentul operației va fi stabilit puțin înainte sau după căsătorie, principalul argument decurgând din importanța menținerii neovaginului prin debutul unei vieți sexuale ritmice.

Crearea spațiului intervezico-rectal este ușor de realizat și facilitată de existența unei lame de țesut areolar în zona unde ar fi trebuit să se afle în mod normal vaginul.

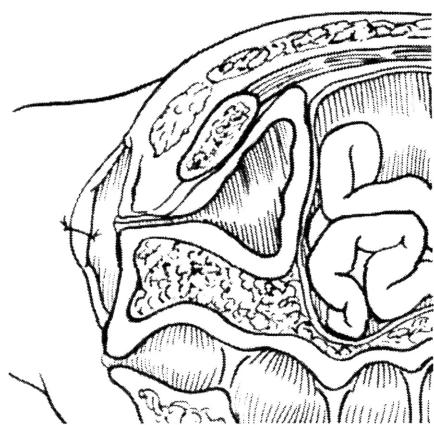


Fig. 122

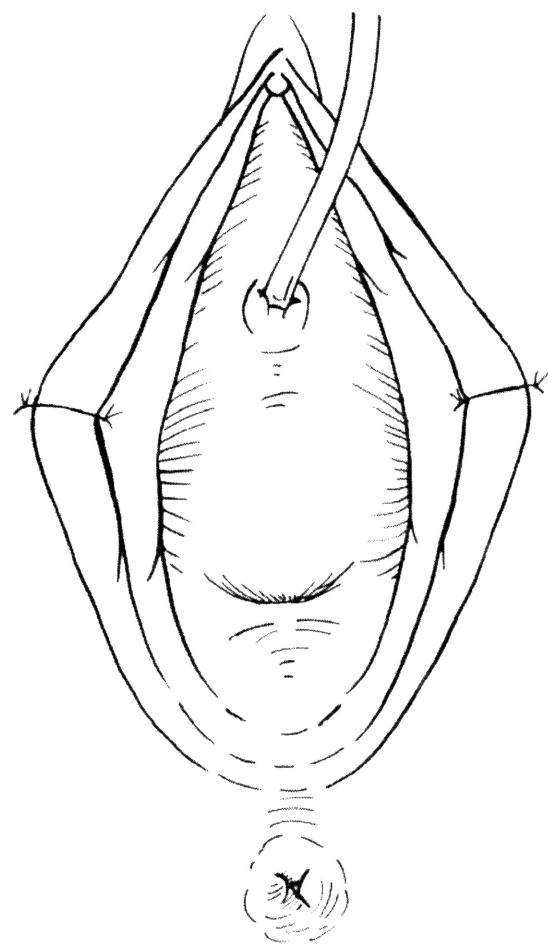


Fig. 123

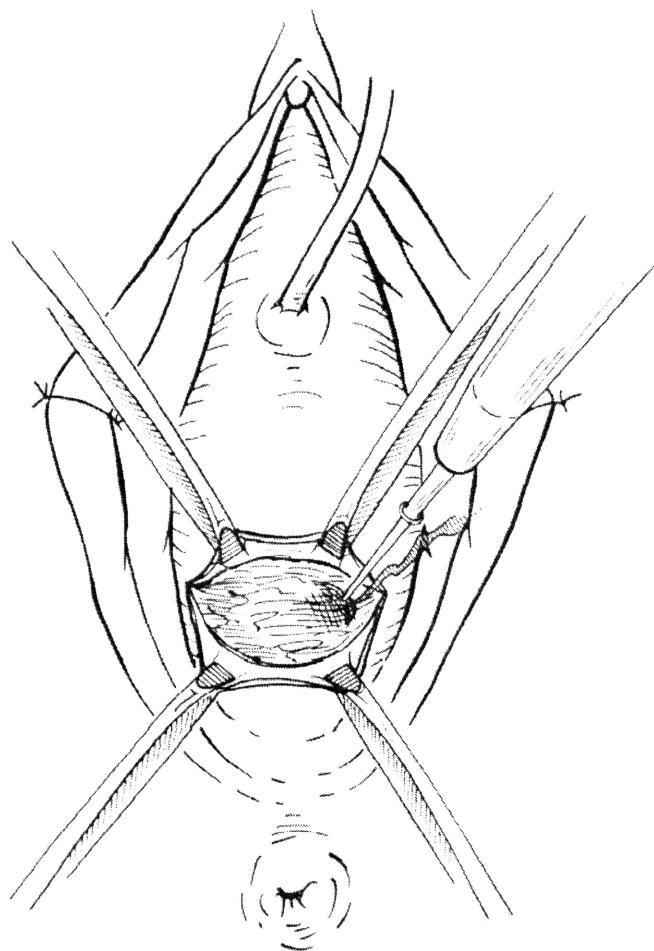


Fig. 124

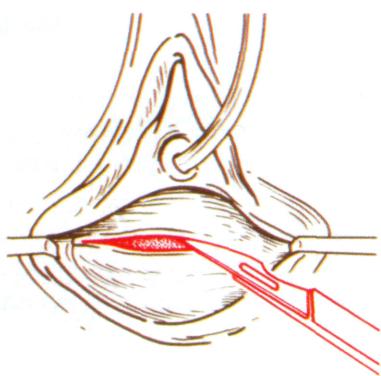


Fig. 125

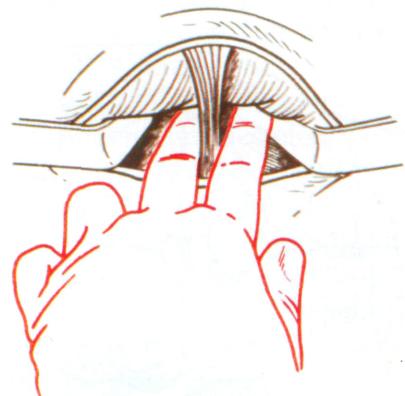


Fig. 126

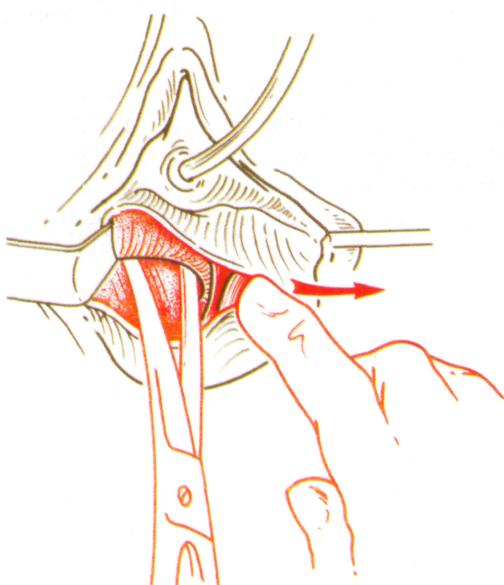


Fig. 127

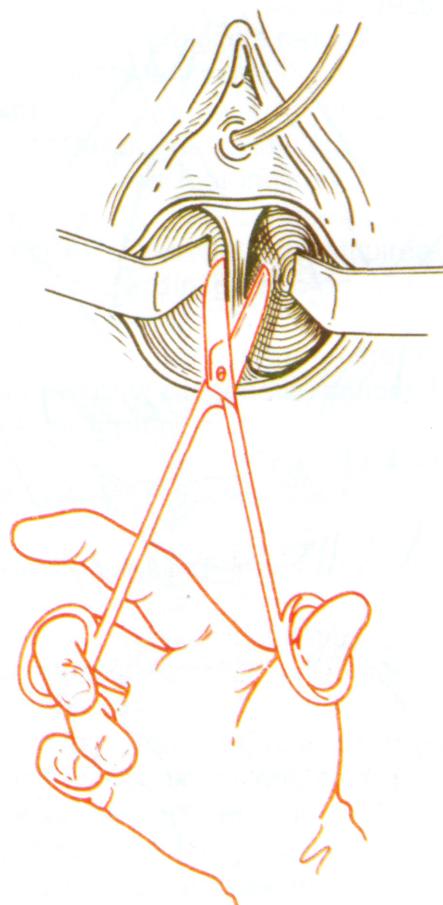


Fig. 128

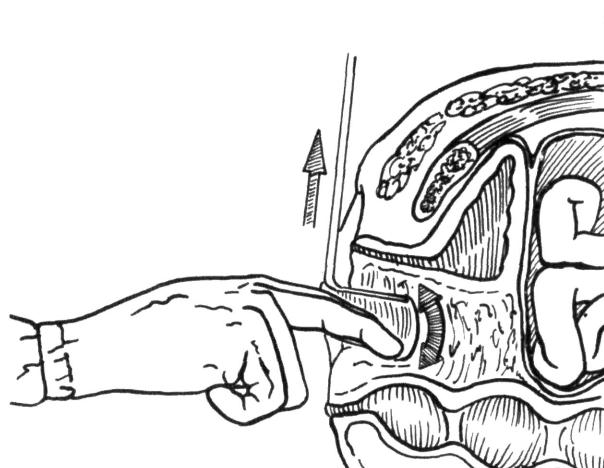


Fig. 129



Fig. 130

Limitarea disecției anterior și posterior (sondă vezicală și control rectal digital) se realizează, de asemenea, ușor. După incizia vestibulară, disecția se face inițial cu foarfecele, în continuare digital, pe o profunzime de 11-13 cm (până la peritoneul fundului de sac Douglas), spațiul realizat fiind mai larg decât cavitatea vaginală normală. Clivajul nu se va extinde prea mult lateral pentru că există riscul hematoamelor. Hemostaza este esențială (fig. 122-129).

Grefa de piele despicate se preleveză în condiții de asepsie riguroasă, din zone cu minimum de foliculi piloși și glande sebacee,

cu ajutorul dermatomului electric. Regiunea folosită cel mai frecvent ca zonă donatoare este 1/3 superioară a feței interne a coapsei. Plaga rezultată se vindecă spontan și complet înainte de externare (fig. 130). Vitalitatea grefei și funcționalitatea ei depind de o serie de elemente: hemostaza, ischemia produsă prin compresiuni, infecție, durata perioadei de menținere a tutorelui, grosimea grefei.

Sunt practicieni care semnalează inconveniente privind zona donatoare: cicatricea vizibilă, fibroza, suprafața neregulată, lividitatea și propun scalpul ca zonă donatoare (136).

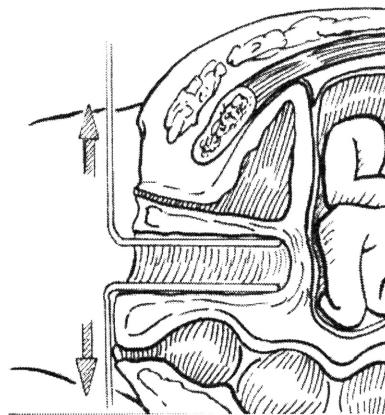


Fig. 131

Am utilizat un obturator acrilic cu lungimea de 11 cm și grosimea maximă de 4 cm, neregulat cilindric, aplatizat în sens antero-posterior la nivelul extremității proximale pentru a fi mai bine tolerat, în special când vezica și rectul sunt pline. Avantajele obturatoarelor acrilice rezidă în fixarea optimă a grefei și posibilitatea menținerii pe termen lung a canalului creat (fig. 132-133).

Îngrijirile postoperatorii sunt de durată și necesită o căt mai bună cooperare cu pacienta. Rolul său este foarte important în evoluția tardivă și în special în utilizarea mandrenului.

Acesta va fi menținut pe loc, în absența complicației infecțioase, un interval variabil (2 până la 4 săptămâni). Extragera se face pentru a inspecta neovaginul (modul în care s-a realizat priza grefei, eventuala prezență a țesutului de granulație) și a efectua toaleta cavității.

În continuare, tutorele va rămânea pe loc numai în timpul nopții, o perioadă de 4 până la 12 săptămâni în funcție de progresul epitelizării, debutul și caracteristicile vieții sexuale. Epitelizarea completă se realizează la maximum 4 săptămâni de la operație. Debutul vieții sexuale poate fi permis la minimum 6 săptămâni postoperator.

Criteriile de apreciere a rezultatelor operației sunt anatomo-funcționale și citologice.

Din punct de vedere anatomic se apreciază aspectul vulvei, profunzimea și calibrul neovaginului, suplețea și netezimea pereților. Profunzimea de 9 sau mai mulți centimetri certifică rezultatele bune.

Aspectul funcțional este apreciat prin debutul vieții sexuale și caracteristicile raporturilor: existența sau nu, a dispareuniei, orgasmul, satisfacția partenerului, folosirea mușchilor vaginali, lubrefierii, săngerării, secreții, ritmul coabitărilor.

Criteriul citologic se verifică prin progresul și calitatea epitelizării. Sunt opinii conform cărora metaplasia grefei de piele despicate nu este un fapt confirmat, epidermul neavând posibilitatea stocării glicogenului. Pe de altă parte, s-a demonstrat că la 4-6 luni de la operație, epiteiliul stochează glicogen și prezintă o citologie asemănătoare vaginului normal, cu modificările ciclice hormonale obișnuite.

Aspectele citologice furnizate de studiul probelor recoltate postoperator au relevat: la prima recoltare (ziua a 20-a) au fost observate detritusuri necrotice, polimorfonucleare, monocite vacuolizate, fibrină, celule pavimentoase anucleate. Aceste aspecte erau prezente și în a 2-a recoltare (ziua a 24-a). În ziua a 28-a, frotul era clarificat, cu celule epiteliale numeroase, cu un grad redus de citoliză. Colorația Passini relevă o tinctorialitate inegală în citoplasmă argumentând debutul

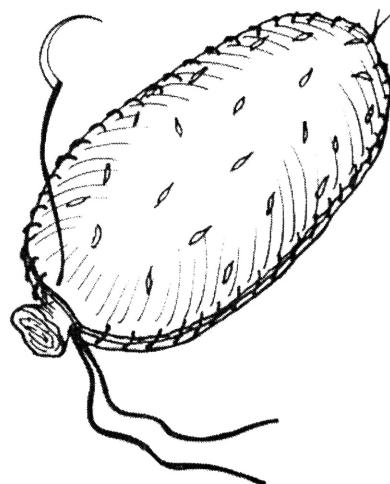


Fig. 132

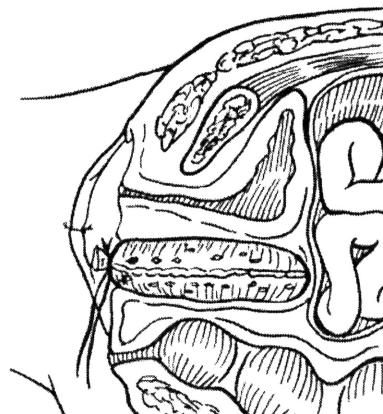


Fig. 133

unui proces bine evidențiat de a 4-a recoltare (ziua a 49-a) când frotiul mai conținea polimorfonucleare dar predominau celulele epiteliale libere sau în placarde, conținând glicogen, repartizat inegal. Stocarea glicogenului s-a evidențiat după fixarea în Carnoy și colorație carmin-Best.

Frecvența rezultatelor bune obținute cu această tehnică se situează între 60% și 95% (McIndoe raporta 103 cazuri) majoritatea seriilor mari raportând rezultate bune în peste 90% dintre cazuri. Am operat 7 cazuri, obținând rezultate bune și foarte bune.

Operația este lipsită de mortalitate, iar morbiditatea este foarte scăzută. Complicațiile

citate în literatură: fistule recto-vaginale, vezico-vaginale sau uretro-vaginale, hemoragii postoperatorii, lipsa prizei grefei cu formare de țesut de granulație, eliminarea grefei prin dermatită exfoliativă, abces uretral, cicatrici cheloide la nivelul zonei donatoare.

Aspectul psihologic face parte din îngrijirea subiectului cu agenezie vaginală, un element important constituindu-l evaluarea preoperatorie a stării emoționale a bolnavei.

Intervențiile preconizate pentru crearea neovaginului sunt pe deplin motivate de intenția de a da pacientelor sansa integrării în viața de familie.

