

UN PROCEDEU NOU PENTRU EVITAREA LEZIUNILOR URETERALE ÎN ANEXECTOMII

I. Csutak

Evitarea leziunilor ureterale în chirurgia ginecologică constituie o problemă capitală. În majoritatea operațiilor ginecologice trebuie să ținem seama de anatomia topografică și de traiectul ureterului, precum și de posibilitatea unor leziuni ureterale accidentale, pe care trebuie să le evităm din cauza urmărilor grave, uneori mortale ce le au. Totuși leziunea ureterelor este adesea inevitabilă în unele cazuri de operații ginecologice efectuate în vecinătatea ureterelor ca de ex. anexectomiile sau operațiile care includ anexectomia. Leziunea ureterelor în anexectomii rezultă de cele mai multe ori din anomalii de traiect ale ureterelor. Traiectul ureterului se găsește uneori la o distanță numai de câțiva milimetri de hilul ovarian. În aceste cazuri excepționale, chirurgul care execută anexectomia în mod obișnuit nu-și poate da seama de această anomalie și o dată cu ligatura și secțiunea ligamentului lombo-ovarian execută accidental și ligaturarea eventual și secțiunea ureterului. Datele din literatură arată că leziunile ureterale în operațiile ginecologice au o frecvență de 0,3%, iar în legătură cu anexectomia se produc în 6 cazuri din 10.000 (*György*).

Pînă în prezent nu dispunem de nici un procedeu ușor de executat și lipsit de complicații cu ajutorul căruia să putem evita în mod sigur leziunile ureterale sau să punem în evidență traiectul și raportul ureterului față de organele vecine. Palparea ligamentului lombo-ovarian este o manevră cu totul nesigură. Nici cu

pielografia ascendentă nu putem stabili raportul topografic dintre ureter și ovar. Numai cateterismul ureteral anteoperator, prin lăsarea sondei ureterale pe loc, în timpul intervenției ar putea să ne indice traiectul ureterului, dându-ne astfel posibilitatea să evităm leziunea lui. Cateterismul ureteral necesită însă colaborarea urologului, aparatură specială, timp, și în afară de toate acestea irită căile urinare, producând microtraumatisme ale epitelului ureteral și infecții, care scad rezistența organismului ce va fi pus la încercare prin intervenția chirurgicală. Cateterismul ureteral înseamnă în acest caz o intervenție în plus și aplicarea lui în toate operațiile ginecologice nu este indicată. Procedeu chirurgical descris în tratatele recent apărute și care constă în secționarea longitudinală a foiței anterioare a ligamentului lombo-ovarian după evidențierea ureterului și ligaturarea vaselor cuprinse în ligament necesită timp îndelungat. Pe lângă aceasta, leziunea accidentală a vaselor și inundarea cîmpului operator cu sînge sînt deseori inevitabile chiar înainte de descoperirea ureterului, impunînd o hemostază care poate duce la leziuni grave. Artera și uneori chiar și vena pot fi confundate cu ureterul, deoarece pulsația arterei ovariene nu este întotdeauna vizibilă sau palpabilă, mai ales în ateroscleroză. Vena nu are în toate cazurile culoarea roșie-albastră caracteristică. Ureterul reacționează uneori foarte greu la excitațiile mecanice, iar așteptarea mișcării caracteristice constituie o mare pierdere de timp. Un chirurg fără experiență bogată poate confunda ureterul mai subțire decît cel normal cu o venă sau arteră ligaturîndu-l și secționîndu-l.

Pentru evitarea sigură a leziunilor ureterale în anexectomii am elaborat și aplicat în mai multe cazuri un procedeu chirurgical nou. Acest procedeu constă în prinderea cu o



Figura nr. 1.

pensă a peritoneului la o distanță de 4—5 cm de la cornul uterin din partea în care executăm anexectomia, la egală distanță de ligamentul rotund și salpinge; prin tracțiune formăm o cută subțire de peritoneu. Palpînd cuta peritoneală ne putem da seama în mod sigur dacă ea cuprinde sau nu vreun element anatomic; întrucît țesutul conjunctiv subjacent este lax și cantitatea ce se interpune între cele două foițe peritoneale ale plicii trase de noi este minimă, palpînd se poate exclude cu certitudine prezența ureterului.



Figura nr. 2.

Cu o foarfecă sectionăm plica peritoneală în sens sagital și în breșa astfel creată introducem virful foarfecelui bont și-l deschidem în sens sagital; apoi, introducând cele două indexe și îndepărtându-le în sens antero-posterior, mărim și mai mult orificiul. La nevoie putem secționa peritoneul și în sens transversal pe o lungime de 3—4 cm, perpendicular pe prima incizie, ca la procedeul Bumm, aplicat în operația Wertheim.

Cu o pensă en coeur apucăm trompa și ovarul pe care vrem să le extirpăm și ținându-le în mina dreaptă, cu indexul mâinii stângi îndepărtăm țesutul conjunctiv lax de la nivelul hilului ovarian și de pe partea anterioară a vaselor cuprinse în ligamentul lombo-ovarian, pe distanța dorită. Acum toate elementele cuprinse în ligamentul lombo-ovarian sînt accesibile vederii directe (Fig. nr. 3.). Vasele pot fi diferențiate de ureter datorită ramificațiilor lor (știut fiind că ureterul nu prezintă ramificații). Dacă totuși ar exista un dubiu, atunci cu degetul arătător aplicat în breșa peritoneală de la nivelul lig. lombo-

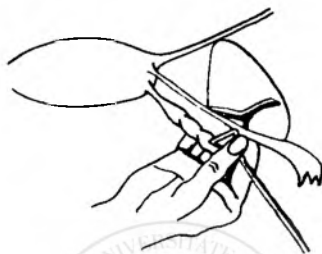


Figura nr. 3.

ovarian, tras în direcția articulației sacro-iliace respective, putem pune în evidență ureterul, de obicei cu o singură mișcare. Dacă în cursul operației se produce leziunea unui mic vas la nivelul ligamentului lombo-ovarian, facem o hemostază temporară prin compresione cu policele mâinii drepte aplicat pe partea anterioară a vasului, iar indexul pe partea posterioară a forței posterioare a ligamentului. După ce ne-am convins că ligamentul lombo-ovarian nu cuprinde ureterul continuăm anexectomia în mod obișnuit, adică aplicăm ligatura pe ligamentul lombo-ovarian sau mai bine pe vasele ovariene la nivelul cerut și secționăm. Dacă vreun vas este lezat, ligatura o aplicăm sub acesta. Apoi ligaturăm lig. propriu al ovarului și-l secționăm. Ligaturăm salpingele la nivelul cornului uterin și-l secționăm. Eliberăm marginile breșei peritoneale de țesutul lax subjacent și peritonizăm cu fir continuu de catgut. Acest mod de peritonizare are un mare avantaj față de peritonizarea cu o ansă a lig. rotund, deoarece nu produce modificări în statica uterină prin scurțarea unuia din ligamentele rotunde, nu necesită înțeparea peretelui uterin, care prin leziunea miometrului în timpul unei gravidități sau nașteri ar putea produce o ruptură uterină.

În salpingo-cofornite procedeul acesta permite abordarea anexelor din partea anterioară, deci din partea țesutului lax, care este de obicei îndemn de procesul inflamator. Procedeul permite îndepărtarea nu numai a anexelor bolnave, ci și a porțiunii lezate a forței peritoneale posterioare, a ligamentului larg, unde sînt aderențele cele mai extinse. În același timp operația se poate executa repede, îndepărtarea anexelor și a peritoneului lezat făcându-se „în bloc”. Prin îndepărtarea țesuturilor inflamate evităm cu mai multă certitudine exsudatele, inflamațiile și supurațiile pelviene postoperatorii.

În urma introducerii antibioticelor și a transfuziilor în chirurgie, mortalitatea postoperatorie s-a redus în mod simțitor. Problema care trebuie să-i preocupe pe chirurgii ginecologi de acum înainte este excluderea leziunilor ureterale și tocmai de aceea pare necesară revizuirea și modificarea unor procedee operatorii de natură ginecologică.

Avantajele procedului meu sînt următoarele:

1. Începerea intervenției într-un câmp operator lipsit de vase sanguine;
2. Leziunea vaselor sanguine se produce foarte rar;

3. Se poate face o hemostază temporară prin compresiune;
4. Cîmpul operator un prezintă hemoragii;
5. Identificarea sigură a vaselor ovariene;
6. Aplicarea ligaturilor după identificarea elementelor anatomice;
7. Peritonizarea este lipsită de complicații tardive;
8. Rapiditatea procedurii;
9. Evitarea în proporție de 100% a leziunilor ureterale.

Sosit la redacție: 16 decembrie 1960.