

Clinica de obstetrică și ginecologie (cond.: conf. A. Borbáth)
și Clinica de radiologie (cond.: conf. I. Krepsz)
din Tg.-Mureș

UNELE ASPECTE ALE COMPLICAȚIILOR APARATULUI URINAR ÎN CANCERUL DE COL, ÎNAINTE ȘI DUPĂ TRATAMENT

*V. Pețeanu, E. Truța, C. Rădulescu, S. Olariu, E. Balogh,
A. Kertész, M. Blau, Gr. Stanciu*

Raportul anatomic strâns între organele genitale feminine și segmentele inferioare ale aparatului urinar, precum și unul dintre caracterele esențiale ale neoplasmului de col uterin — invazia progresivă locoregională —, fac din complicațiile aparatului urinar o problemă centrală de mortalitate, morbiditate și atitudine terapeutică ale acestei afecțiuni.

În urma generalizării explorărilor radiologice și cistoscopice ale aparatului urinar, care au devenit de rutină indiferent de înglobarea clinică stadială, în literatura de specialitate au apărut o serie de lucrări clinico-statistice care confirmă valoarea prognostică a leziunilor urologice în neoplasmul de col.

După statistica lui *Henrikson* aproximativ 50% din bolnavele cu cancer de col mor în stare de uremie. La 80% din aceste cazuri se poate pune în evidență o distensie a arborelui urinar.

În cursul evoluției cancerului de col, manifestările ureterale neliniștesc atât de mult pe clinicieni, încât unii autori au propus o nouă clasificare a acestor neoplasme, care să se bazeze mai mult pe existența sau absența semnelor de atingere ureterală decât pe invazia parametrilor.

La Institutul *Gustave-Roussy* s-a introdus în clasificarea stadiilor a neoplasmului de col în cadrul stadiului III, pe lângă formele, parametru și vagin, forma stadiul III urinar (hidronefroza sau rinichi mut). Tot la același institut s-a constatat că din 406 neoplasme de col tratate, 14% au prezentat o atingere ureterorenală, de la dilatație simplă uretero-pielică și până la excluderea uni- sau bilaterala a rinichilor (*J. Jomain*).

Pe un studiu de 327 urografii, *Dearing* arată încă în 1953 că dintre bolnavele cu cancer de col stad. II clinic care prezentau alterații ale aparatului urinar superior și cărora li s-au efectuat urografii preoperatorii, numai 30% mai supraviețuiau după un an.

Pe de altă parte, tratamentul iradiant și intervențiile chirurgicale hiperlărgite măresc adesea procentul leziunilor și al complicațiilor urologice, care în cazurile cele mai fericite constituie prețul scump al vindecării procesului neoplazic.

În lucrarea de față ne-am propus să urmărim unele aspecte ale afectării aparatului urinar înainte, în timpul și după tratamentul iradiant și chirurgical al neoplasmului de col uterin.

În clinica de ginecologie și la serviciul onco-ginecologic din Tg.-Mureș au fost urmărite și tratate un număr de 71 cancere de col uterin în intervalul de la 1 ianuarie 1963 până la 30 septembrie 1964. Repartizarea lor clinică stadială inițială a fost următoarea:

Stadiul	I și II	III	IV
Total	47	18	6
%	66	25	8

În urma examenelor cistoscopice și cromocistoscopice, cât și a urografiilor efectuate de principiu la aceste bolnave, s-au constatat următoarele leziuni ale aparatului urinar:

A. *Leziuni vezicale*: total 19.

a) *Invazie vezicală parietală incipientă*, manifestată cistoscopic prin pliuri persistente, bară interureterală și edem bulos al trigonului vezical: 13 cazuri.

b) *Leziuni vezicale avansate*, manifestate prin muguri neoplazici intravezicali și fistule vezico-vaginale: 6 cazuri.

B. *Leziuni ureterale*: total 11 cazuri. Leziuni variabile, manifestate la cromocistoscopie prin întârzierea ejaculării sau prin absența ei, iar la urografie intravenoasă prin modificări ureteropielice (dilatație ureterală segmentară, ureteropielohidronefroza, până la excluderea totală a unui rinichi), trei cazuri.

Repartizate pe stadii clinice, aceste leziuni au apărut în cazurile noastre în stadiul I și II în proporție de 8%, în stadiul III în proporție de 50% și în stadiul IV la 83% cazuri.

În funcție de împărțirea clinică stadială, proporția stabilită de noi în afectarea aparatului urinar, coincide cu datele statistice din literatură.

	Stadiul		
	I și II	III	IV
Dearing	11—25%	50%	66%
Jomain	7%	21%	54%
P. A. König	10—33%	45%	—
Pockrandt	5—37%	73%	—

Din cele 71 bolnave, 36 au primit un tratament iradiant fie preoperator, fie ca tratament curativ sau paleativ unic.

Iradieria terapeutică produce o serie de alterațiuni tisulare care afectează atât țesutul tumoral, cât și cel sănătos. În cazul dozelor suficiente survine moartea celulară; dozele mai mici întârzie evoluția tumorii, pe cînd țesuturile sănătoase reacționează prin vasodilatație, edem, degenerescența fibrelor musculare și edem al endotelilor vasculare. Vasodilatația și edemul sînt urmate de scleroză dură și retractilă sau de radionecroze, atunci cînd dozele pe țesuturile sănătoase au fost foarte mari.

În geneza radioleziunilor intervin o serie întreagă de factori ca: doza totală administrată, intensitatea tratamentului, natura agentului iradiant folosit, modul de aplicare al iradierii, asocierea diferiților agenți iradianți, durata tratamentului, precum și rezistența și sensibilitatea diferitelor țesuturi la agresiunea agentului iradiant.

După părerea lui *Veef*, vezica suportă 7.000 r; *Varren* apreciază doza maximă la 8.400 r, dacă aplicația se face fracționat.

În timpul iradierii, cistita de iradiere apare foarte des ca o complicație precoce, care se vindecă aproximativ în trei luni. După acest interval apar reacții tardive, manifestate prin atrofii ale mucoasei vezicale, telangiectazii, hemoragii pețiale și uneori exulcerații acoperite de fibrină.

În urma tratamentului inițial iradiant sau iradiant unic, s-au produs în cazurile noastre 41 cistite (66%) care pot fi considerate cistite de iradiere; o parte din ele au cedat la diferite intervale, între 2—3 luni după întreruperea tratamentului iradiant, iar cele cu manifestări mai zgomotoase, în urma unui tratament cu instilații vezicale cu hidrocortizon.

Bolnăvele noastre au primit doze variabile de iradiere, între 6.000—18.000 r, fracționat.

Pe lotul examinat am găsit la 42% din cazuri reacții tardive ale vezicii, ca urmare a tratamentului iradiant. Datele din literatură indică pentru neoplasmul de col stadiul I—II iradiat, 52% reacții tardive (*Muth*); frecvența acestei cifre crește și în funcție de multiparitate și de vîrsta bolnavelor.

Am avut și două cazuri de fistule vezico-vaginale ca rezultat al tratamentului fizioterapic, dat fiind faptul că această terapeutică precipită apariția fistulelor. Remarcăm efectul nociv al iradierii pe vezici invadate de procesul neoplazic.

B. Leziuni ureterale

Fizioterapia care produce la nivelul parametrilor edem și tulburări circulatorii prin endovascularita obliterantă urmată de scleroză, acționează direct și indirect asupra treimii inferioare a ureterelor. Astfel, chiar dacă obținem o vindecare a procesului neoplazic prin distrugerea țesutului tumoral, aceste segmente ale tractului urinar sînt mult periclitate de procesul de scleroză cicatricială.

Clinica accidentelor ureterale este destul de variată în manifestări: uneori zgomotoasă, de tipul colicii nefretice prin distensie uretero-pielică determinată de ede-

mul reaccional ureteromeatic, altelei fără manifestări zgomotoase, sub forma infecției urinare, prin stază latentă sau stenoză ureterală progresivă, care duce la suprimarea funcției rinichiului respectiv și pe care noi o descoperim întâmplător prin dozarea ureei sanguine, prin cromocistoscopie și mai ales printr-o urografie intravenoasă (U.I.V.) care ne confirmă blocajul complet sau incomplet al unuia sau al ambelor uretere. În caz de obstrucție bilaterală, traducerea clinică poate fi uremia când obstrucția este lentă, sau anuria, când această obstrucție se produce rapid.

Distingem obstrucții ureterale precoce care pot fi edeme reacționale tranzitorii după tratamentul iradiant, sau stenoze preterapeutice mai mult sau mai puțin latente, agravate prin fizioterapie și care sînt definitive.

Dintre cazurile noastre 5 erau obstrucții tardive definitive, iar 2 edeme reacționale uretero-meatice tranzitorii. Frecvența radioleziunilor crește în raport cu stadiul neoplasmului; ele sînt rare în stadiul I și II, și frecvente în stadiul III și IV (Everett și Brack).

În caz de asociere radiochirurgicală Muth constată hidronefroză la 12%, iar Gansau (citată de P. A. König) la 14% din cazuri (5).

Pe lotul studiat de bolnave am găsit hidroureter și hidronefroză în 14 cazuri (19,8%). Hoffmann stabilește acest procent la 10%, Buchmann la 37%, iar Hirschhoff la 50%. Aceștia însă nu precizează numărul cazurilor discutate repartizate pe stadii clinice.

La 48 din cazurile studiate, tratamentul chirurgical figurează de cele mai multe ori asociat cu cel fizioterapic. Tratamentul chirurgical este necesar, pentru că fizioterapia este ineficace pe anumite arii ganglionare profunde, dozele tumoricide pentru aceste zone producînd necroze ale țesuturilor sănătoase pe care le transfixiază. Date recente, ca cele publicate de Daniel G. Morton și colab. (1) arată că incidența medie a metastazelor ganglionare este de 16,3% în stadiul I, de 32,5% în stadiul II și de 45,6% în stadiul III; pe două loturi comparative scăderea acestei incidențe după radioterapie preoperatorie a fost de la 23,7% la 12,5%. Unele neoplasme de col sînt adenocarcinoame endocervicale radiorezistente, pe cînd altele, chiar de tip pavimentos, sînt radiorezistente. Acest fapt este dovedit de evoluția progresivă a procesului neoplazic sub tratament iradiant. Alteori complicațiile hemoragice ale neoplasmului de col sub tratament iradiant, ne obligă să urgențăm intervenția chirurgicală. Considerentul acesta justifică limfadenohisterocolpectomia (LHC) lărgită care a fost practică la 40 din cele 48 cazuri operate (83,3%).

Complicațiile urologice ale tratamentului chirurgical în cele 48 cazuri au fost următoarele: 3 leziuni vezicale, 5 atingeri ureterale, 2 fistule vezicovaginale și 6 stenoze ureterale tardive. Leziunile uretero-vezicale afectează în cazuistica noastră 33,3% din numărul bolnavelor. Acest procent crește, dacă adăugăm o serie de tulburări funcționale uretero-vezicale, inerente unei intervenții chirurgicale lărgite pe țesuturi deficitare, prin leziuni neoplazice și tratament iradiant.

În majoritatea cazurilor întîlnim postoperator o disurie mai mult sau mai puțin constantă, senzația de necesitate micțională se reduce, și dificultatea în micțiune necesită deseori presa abdominală.

Apariția frecventă a cistitelor după LHC se datorește cateterizării postoperatorii, necesară din cauza formării reziduiului vezical. O serie de autori ca Latzko, Schiffmann, Kraatz, Goodfrey și alții, descriu o serie de complicații infecțioase ale rinichilor, făcînd o legătură între ele și între atonia ureterală, refluxul vezicoureteral și stricturile ureterale prin cicatrizare.

La cazurile studiate s-au întîlnit următoarele tulburări funcționale vezicale: întîrzierea instalării micțiunilor spontane, în medie la 10—15 zile postoperator; reziduu vezical după instalarea micțiunilor spontane s-a constatat timp de 2 luni în opt cazuri (neocol stadiul III); dificultăți în micțiune cu durată de 7 luni au întîlnit la 25% din cazurile operate. La 10,4% din cazuri acestea au continuat să persiste timp de un an.

Tulburări de dinamică ureterală postoperatorie, urmărite prin urografii, am în-

tilnit la 6,6% din cazuri, în neoplasme de col stadiul I și II, la 50% în stadiul III, și la 80% în stadiul IV.

Am menționat că am avut 5 leziuni ureterale intraoperatorii (10,4%). În 1913 *Vertheim* avea 49 traumatisme ureterale la 500 bolnave operate (10%); *Kelly*, pe 156 operate, avea 19 leziuni ureterale (12%), iar *Meigs* (1955) avea la 475 cazuri operate 10,9% leziuni ureterale. Statistica lui *Kristensen* și *Lange* prezintă un interes deosebit: din 114 operate notează 5% complicații ureterale la bolnave neiradiate și 12% complicații ureterale la bolnave iradiate. Regăsim aici corelația între influența tratamentului fizioterapeutic și complicațiile ureterale postoperatorii.

Din acest studiu tragem concluzia că atingerea aparatului urinar în neoplasmul de col este frecventă.

Punerea în evidență a leziunilor aparatului urinar și în special a leziunilor ureterale, se lovește deseori de dificultăți din cauză că unele din ele sînt latente.

Valoarea descoperirii leziunilor ureterale este prognostică și terapeutică. După majoritatea statisticelor o supraviețuire peste doi ani se reduce la sub 50% în caz de afectare ureterală. În unele cazuri conduita noastră va căuta să rezolve în primul rînd eliberarea ureterelor pentru a evita complicațiile renale secundare care ajung pînă la insuficiență renală.

Urmărirea postoperatorie și după iradiere a aparatului urinar este o condiție de îmbunătățire a procentului de supraviețuiri îndelungate a bolnavelor tratate pentru neoplasm de col.

Sosit la redacție: 30 ianuarie 1965.

Bibliografie

1. DANIEL G. MORTON și colab.: *Am. J. Obst. Gynec.* vol. 88, 7, 935; 2. KOTTMEIER H. L.: *Am. J. Obst. Gynec.* (1964), vol. 88, 7, 855; 3. RENÉ KÜSS, MAURICE L. LEROUX: *Obst. et Gynec.* (1961), tome 60, 5, 60, 537; 4. POCKRANDT H.: *Zbl. Gynäk.* (1961), 11, 437; 5. KÖNIG P. A.: *Arch. f. Gynäk.* (1962), 197, 1, 1; 6. HOHENFELLNER R., JANISCH H.: *Geb. Frauenh.* (1963), 3; 7. WOLF J. P., JOMAIN J.: *Obst. et Gynec.* (1962), 4 bis; 8. DAVID CURRIE: *The Journal of Obst.* (1957), 6, 871.