

TRATAMENTUL CARCINOMULUI PRECLINIC AL COLULUI UTERIN

T. Rosenfeld, E. Bige

Cu clarificarea noțiunii de carcinom preclinic (prescurtat Cp) s-au ocupat *Ayre, Jung, Haupt, Majewski ș.a.* Cp se caracterizează prin lipsa simptomelor sau, mai bine zis, prin numărul redus al acestora.

Prezentul studiu îl considerăm util deoarece încadrează într-o grupă bine delimitată acele procese carcinomatoase ale colului care, fiind asimptomatice sau cu simptome reduse, impun alte metode de investigații *pentru diagnostic*, decît metodele aplicate în cazul formelor clinice manifeste.

Conform concepției autorilor citați în termenul de Cp se încadrează toate acele procese carcinomatoase ale colului, care nu se pot pune în evidență cu metode obișnuite de investigație ginecologică cum ar fi: examenul bimanual, examenul cu valve, examenul rectal etc.

Cp apare sub formă de modificări banale ale colului ca: ectropioane, eroziuni, leucoplachie, coluri lacerate, test iod negativ etc., dar care, fiind examinate cu colposcop, apar suspecte de malignitate.

Completînd examenul colposcopic cu examenul cito-vaginal sau cu raclarea superficială a teritoriului suspectat și examenul histopatologic al produsului obținut, sau dacă executăm din teritoriul suspectat biopsie sub control colposcopic vom găsi una dintre următoarele forme de manifestare ale carcinomului preclinic și anume:

1. Carcinomul intraepitelial, 2. Microcarcinomul lui Mestwerdt, 3. Forma incipientă a primului stadiu de carcinom al colului.

Există deci o grupă de procese carcinomatoase ale colului în care depistarea precoce și instituirea tratamentului ar prezenta factorii cei mai importanți și ne-ar promite rezultatele cele mai favorabile.

Greutatea constă în faptul că Cp, fiind asimptomatic, bolnavele nici nu se prezintă la medic, de unde dificultatea punerii unui diagnostic în timp util, deci imposibilitatea tratamentului.

Singura modalitate care face posibil diagnosticul Cp constă în efectuarea examenelor periodice pentru depistări în masă.

Spre deosebire de alți autori care preconizează examinările în masă la vârsta între 30—35 ani, colectivul nostru de muncă execută examene de depistări la toate femeile. Justețea atitudinii noastre este confirmată prin faptul că am găsit microcarcinom la o bolnavă de 22 ani și un carcinom invaziv în stadiul IV la o bolnavă de 28 ani.

Este important ca fiecare femeie fără excepție să ia parte la aceste controale periodice, indiferent dacă acuză vreun simptom sau nu.

Femeile care lucrează în fabrici, întreprinderi și instituții pot fi cuprinse relativ ușor în sistemul de controale periodice, putându-se mobiliza destul de simplu iar medicul de întreprindere le poate urmări.

Situația este mai grea la casnice, deoarece controlul periodic în cadrul circumscripțiilor urbane nu se poate face în mod atât de sistematic ca în unitățile de producție.

Numeroase stări precanceroase pe terenul cărora se poate dezvolta Cp — ne referim aici înainte de toate la cervicite, ectropioane și eroziuni — pot fi tratate cu rezultate foarte bune prin diatermocoagulare și conizări, pentru care cităm câteva cazuri din literatură, de ex.: *Hunner* a urmărit timp de 10 ani 3000 de bolnave tratate cu diatermocoagulare și n-a observat în nici un caz apariția carcinomului colului uterin.

Macfarlane și *Cushman* au ținut sub observație ani de zile 10.000 de bolnave cu coluri diatermocoagulate. Carcinomul a apărut după diatermocoagulare numai la 3 cazuri. Datele de mai sus ne dovedesc că tratamentul colului uterin prin diatermocoagulare este urmat de cancer numai în cazuri excepționale

Discuții

Colectivul clinicii de obstetrică și ginecologie din Tg.-Mureș a executat într-o perioadă de 6 ani (1955—61) examene periodice la 12.018 femei, depistând 2.800 de eroziuni și alte stări precarcinomatose (24,9%).

În urma examenelor coloscopice au fost depistate 82 cazuri de epitelii patologice grave. Executând examene histopatologice (70) s-au diagnosticat: 15 epitelii neregulate, 11 epitelii iritate, 13 epitelii atipice și 24 de carcinoame — 3 carcinoame intraepiteliale, 12 ca. invazive incipiente și 9 ca. invazive progresive.

Examenul colposcopic a fost confirmat în toate cazurile de carcinom prin examene histopatologice.

În studiul detaliat al celor de mai sus reiese că procesele carcinomatose ale colului care, analizate cu ochiul liber, apar sub formă de modificări benigne, se pot diagnostica foarte bine cu ajutorul colposcopului. Examenul citovaginal a sprijinit în mod substanțial coloscopia în depistarea cancerului preclinic.

Tabelul alăturat cuprinde două categorii care, pe baza celor discutate, nu aparțin carcinomului preclinic. Ne referim la epiteliul atipic și la carcinomul invaziv progresiv.

Unele cazuri de ca. invaziv progresiv au fost înrolate în categoria Cp fiindcă au apărut ca simple eroziuni cu ocazia examenelor periodice de control. Aceste eroziuni simple, fiind examinate cu ajutorul colposcopului, au fost găsite suspecte de carcinom. Examenul histopatologic a confirmat în toate cazurile realitatea acestor suspiciuni.

Cele 9 cazuri de ca. invaziv progresiv au fost tratate în 5 cazuri prin histerectomie totală vaginală, un caz prin operație Schauta, 2 cazuri prin histerectomii totale abdominale, iar ultimul caz prin operația Wertheim. În toate cazurile operațiile au fost urmate de actinoterapie.

În ce privește epiteliul atipic, situația se prezintă altfel. *R. Meyer*, care a introdus metoda preparatelor în serie, cu scopul de a preciza dezvoltarea proceselor carcinomatose, consideră și cazurile grave ale epitelului atipic ca aparținând stadiului „O”.

Müller, Glatthaar și Wespî, executînd examene colposcopice de control mai bine de 20 de ani, au confirmat cã epiteliul atipic se transformã în 75% din cazuri în carcinom și numai în 25% se diferențiazã în epiteliu iritate sau neregulate. Toțuși nu trebuie sã uitãm nici o clipã cã epiteliul atipic nu este un carcinom, ci numai un stadiu de precancer.

Dupã Váczy, epiteliul atipic trebuie controlat tot la 2—3 luni. Dacă dupã un an procesul nu prezintã tendințã spre ameliorare, se va face amputație de col.

În 2 cazuri de epiteliu atipic am executat la bolnavele noastre histerec-tomie vaginalã. În ambele cazuri era vorba de femei cu mai mulți copii, în vîrstã de peste 50 ani, domiciliatã în mediu rural, la care nu s-a putut asigura efectuarea sistematicã a controlului periodic. În celelalte cazuri de epiteliu atipic am executat diatermocoagulare în 7 cazuri, iar amputația de col în 3 cazuri.

Importanța ca. intraepitelial constã în faptul cã formeazã stadiul cel mai precoce al ca.-lui colului uterin. Aplicînd o terapie justã, procentul de vindecãre al ca. intraepitelial este dupã 5 ani de la intervenție de 100%, pe cînd vindecãrea relativã a ca. invaziv al colului, dupã 5 ani de la intervenție, nu este mai bunã de 30—50% (luînd ca bazã rezultatele celor mai bune clinici).

Pe baza argumentelor de mai sus vom înțelege importanța depistãrii precoce a ca. intraepitelial.

În ce privește problema fundamentalã a ca. intraepitelial, comunicãriile de specialitate nu sînt unitare. Variabilitatea metodelor folosite în tratament reflectã aceastã diferențã.

Novak și Galvin au controlat 25 de preparate histopatologice, considerate de 25 cercetãtori diferiți drept ca. intraepiteliale. În 23 de cazuri s-a constatat cã diagnosticul de ca. intraepitelial nu a fost just, diagnosticîndu-se alte procese drept cancer intraepitelial.

O atenție deosebitã meritã ancheta lui Hodge care a chestionat 79 șefi de clinici în privința tratamentului ca.-ului intraepitelial. Rãspunsurile au fost urmãtoarele: histerectomie totalã simplã (36 autori), histerectomie totalã lãrgitã (31 autori), amputația colului asociatã cu radioterapie (3), numai radioterapie (2), numai amputația colului (1 autor), electrocauterizare (2), conizare (2); cercetãtorul n-a primit rãspuns de la 2 instituții.

Din rãspunsurile obținute se pot desprinde douã concluzii:

1. începînd cu cauterizarea simplã și pînã la histerectomie totalã lãrgitã, se folosesc toate metodele pentru tratamentul ca. intraepitelial; 2. majoritatea institutilor — 67 dintre 77 — trateazã ca. intraepitelial prin îndepãrtarea uterului.

Atitudinea clinicii noastre este analogã cu pãrerea majoritãții clinicilor. Dintre cele 3 bolnave cu ca. intraepitelial, una a fost tratatã prin histerectomie vaginalã, alta prin histerectomie abdominalã simplã. La o a 3-a bolnavã de 32 de ani am executat amputația colului uterin.

Dintre cele 12 cazuri de ca. invaziv incipient, în 6 cazuri s-a executat histerectomie vaginalã totalã cu adnexeomie bilateralã, în 3 cazuri histerectomie vaginalã simplã. Operația Schauta un caz, operația Wertheim un caz și în sfîrșit, într-un caz am executat amputația colului. Era vorba de o bolnavã de 42 ani, cu 3 copii, care a refuzat în mod categoric intervenția radicalã programatã.

În tratamentul Cp al colului uterin, ca și în orice ramurã a terapiei, trebuie sã individualizãm procedeele care urmeazã sã fie aplicate. Sînt cazuri cînd trebuie sã facem excepție de la punctele de vedere principale enunțate mai sus.

S-ar putea întîmpla ca o femeie mai tînãrã, de 30—35 ani, la care s-a pus diagnosticul de ca. intraepitelial sau invaziv, sã refuze operația mutilantã

propusă, să nu fie de acord cu scoaterea uterului și să solicite o modalitate operatorie care să-i asigure funcționarea deplină a organelor genitale cu menținerea capacității sale de procreație.

În astfel de cazuri putem că recurgem în mod cu totul excepțional la metode conservative, atrăgându-i-se însă atenția bolnavei asupra riscurilor acestei terapii. În această situație putem aplica excizia cu electrocauterizație sau amputația înaltă a colului, cât mai departe de orificiul uterin extern.

Batizfalvi a comunicat 2 cazuri rezolvate după criteriile de mai sus, la 2 bolnave de 30 ani. Bolnavele au fost ținute sub un control sistematic. După 2 ani de observație nu s-a constatat nici un simptom.

Este instructiv cazul lui *Jung* care a tratat cu metode conservative 41 bolnave cu ca. intraepitelial; dintre aceste bolnave tinere mai multe au devenit gravide și au născut. Mai târziu însă 14 dintre ele au fost tratate pentru recidive canceroase.

În concluzie metoda chirurgicală aplicată în Cp depinde de mai mulți factori: vârsta bolnavei, numărul sau lipsa copiilor, starea intelectuală a bolnavei, întinderea procesului etc., toate aceste elemente influențează atitudinea noastră.

Concluzii

Principiul cel mai important în tratamentul Cp constă în aplicarea terapiei adecvate pe baza unui diagnostic cât mai precoce. În cazul epitelului patologic, depistat cu ajutorul colposcopului și al examenului citovaginal, executăm examenul histopatologic, de rezultatul căruia va depinde felul terapiei.

Epiteliul atipic

La femeile tinere s-a executat diatermocoagulare (7 cazuri) sau amputația colului (3 cazuri). La femeile mai în vârstă cu mai mulți copii, la care nu se poate asigura controlul sistematic, am recurs la histerectomie vaginală simplă (2 cazuri).

Ca. intraepitelial: se indică histerectomie vaginală simplă (un caz) sau histerectomie abdominală totală (un caz). La femeile mai tinere se poate face amputația colului cu prelucrarea histopatologică a piesei (un caz).

Ca. invaziv incipient: calea de urmat este histerectomia totală, în funcție de extinderea procesului și actinoterapie (8 cazuri) sau histerectomie simplă (3 cazuri).

Ca. invaziv progresiv: executarea histerectomiei totale lărgite, urmată de actinoterapie (9 cazuri) la toate vîrstele. În cazurile îngrijite de noi nu am observat recidive după aceste tratamente.

Sosit la redacție: 12 februarie 1966.

Bibliografie

1. AYRE I. E.: Cancer Cytology of the Uterus. Grune and Stratton New York (1951);
2. AYRE I. E.: The Journ. of the Americ. Med. Association (1948), 9, 4;
3. BIGE I., RÓNA M., NÉBEL L.: M. N. L. (1959), 3, 131;
4. BORST M.: Arch. Gynäk. (1934), 156, 294;
5. BRUX J., DUPRE-FROMENT J.: Gynec. et Obstetr. (1960), 59/4, 457;
6. BLANCHARD O.: J. Int. Coll. Surg. (1960), 34, 387;
7. DÖDERLEIN G.: Zbl. f. Gynäk. (1917), 69, I;
8. GAUSE R.: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1960), 20, 694;
9. GAUSE R.: Kolpophotogramme zur Einführung in die Kolposkopie, Akademie Verlag, Berlin (1953);
10. GEORGESCU D. C., TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: Oncologie Generală, Ed. Med., București (1961), 507;
11. GLATT-HAAR E.: Schweiz. med. Wschr. (1946), 47, 1201;
12. HINSELMANN H.: Kolposkopische Studien in zwangloser Folge. (1954), 1, 20;
13. HERTIG and YOUNGE: Amer. Journ. Obst. and Gyn. (1952), 64, 807; Cit. TREIT S., NEUBAUER GY., RECHNITZ K., VARJASI F.: M. N. L. (1961), 4, 206;
14. HEYMAN J.: Cit. GEORGESCU D. C., TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: Oncologie Generală, Ed.

Med. București, (1961), Capit. XVIII; 15. HAUPT W.: Zbl. f. Gynäk. (1941), 669; 16. JÜNG P.: Schweiz med. Wschr. (1943), 189; Cit. MAJEWSKI A.: Wege und Ziele in der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses. Fischer V., Jena (1956); 17. KOVÁCS T.: M. N. L. (1961), 6, 366; 18. KOTTMANGER H. L.: Oncologia, Skarger Verl. Basel (1952), Bd. 5. Nr. 3/4; 19. LIMBURG H.: Dtsch. med. Wschr. (1954), 79, 133; 20. LAPOS—PÁLI: Cit. TREIT: M. N. L. (1962), 4; 21. MESTWERDT G.: Atlas der Kolposkopie. Veb. Gustav Fischer Verlag Jena, (1953), 74; 22. MESTWERDT G.: Zbl. f. Gynäk. (1947), 2, 1121; 23. MESTWERDT G., SCHUCHARDT J.: Zbl. f. Gyn. (1948), 6, 2017; 24. MAJEWSKI A.: Wege und Ziele in der Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses. V. G. Fischer Verlag, Jena (1956); 25. MÜLLER J. H.: Schweiz. med. Wschr. (1942), 909; 26. MEYER R.: Surgery, Gynecology and Obstetrics (1941), 73, 14; 27. MIKULITZ—RADECKI: Zbl. f. Gynäk. (1954), 40, 1823; 28. MORICARD R.: Gyn. et Obst. (1955), 3, 54, 294; 29. NEMES J., FARKAS A.: Orv. Hetil. (1960), 101, 32, 1124; 30. NEMES J., FARKAS A.: M. N. L. (1961), 3, 148; 31. RUNGE H.: Dtsch. med. Wschr. (1940), 1065; 32. SCHMIDT H.—EHMANDORFF: Zbl. Gynäk. (1954), 51, 2215; 33. SCHINZ H. R., VEHLINGER E.: Oncologia (1952), 5, 3—4; 34. TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: Diagnosticul cancerului colului uterin. Soc. S. Med. din R.P.R. Inst. Oncol. Buc. (1960), 81; 35. TREIT S., NEUBAUER J., RECHNITZ K., VARJASI F.: M. N. L. (1961), 4, 206; 36. VÁCZY S.: M. N. L. (1955), 1, 21; 37. WESPI H.: Zbl. f. Gynäk. (1939), 32, 1762; 38. YOUNGE, HERTIG, AMSTRÖNG: Amer. Jour. Obst. a. Gyn. (1948), 58, 867; Cit. TREIT. S., NEUBAUER G. etc. M. N. L. (1961), 4, 206.