

UNELE ASPECTE ALE BOLII TROMBO-EMBOLICE ÎN CHIRURGIA GINECOLOGICĂ

C. Rădulescu, O. Rusu, Vl. Pețeanu, H. Salcă, V. Herțescu

Pentru chirurgul ginecolog boala tromboembolică (BTE) prezintă un interes considerabil, deoarece incidența acestei afecțiuni în marile intervenții ginecologice depășește de 4—6 ori media globală dintr-un serviciu de chirurgie generală. De asemenea embolia pulmonară postoperatorie deseori plecată de la un focar flebotrombotic intrapelvin paucisimptomatic sau asimptomatic este o surpriză mai frecvent întilnită în serviciile de obstetrică și ginecologie decît în cele chirurgicale.

Incidența crescută a BTE în chirurgia ginecologică este dependentă de unele particularități ale chirurgiei micului bazin precum și de frecvența mare a tumorilor benigne și maligne ale sferei genitale; într-adevăr, dacă excludem cancerul sferei genitale, fibromul și tumorile ovariene dintr-o lucrare statistică, incidența BTE rămîne sub 1%, valoare ce se suprapune celei dintr-un serviciu de chirurgie generală. Acest fapt are importanța deoarece concentrează atenția ginecologului asupra afecțiunilor cu mare potențial trombotic permițînd aplicarea unei profilaxii active sau măcar a unui tratament precoce eficient care să pună bolnava la adăpost de riscul unei embolii sau a invalidității post-trombotice.

Lucrarea de față se ocupă de incidența BTE apărută după intervenții mari ginecologice efectuate în Clinica de ginecologie din Tg.-Mureș în intervalul 1 ianuarie 1961 — 31 decembrie 1965.

În perioada amintită au fost internate în clinica ginecologică un număr de 10.720 bolnave dintre care 3.250 au fost supuse unor intervenții chirurgicale mici, mijlocii sau mari. La bolnavele operate a apărut ca o complicație postoperatorie un număr de 47 tromboembolii (1,44%).

Dintre cele 3.250 intervenții, 2.609 au fost mijlocii și mici cu o incidență de 0,34% tromboflebite și 641 au fost intervenții mari abdominale și vaginale cu 5,92% BTE (38 cazuri) și 6 embolii dintre care 4 fatale.

În raport cu tipul de mare intervenție frecvența BTE pe cazuistica noastră a fost evidențiată în tabelul nr. 1

Din tabel reiese clar că incidența BTE este proporțională cu amploarea intervenției; este maximă în histerectomiile largite abdominale, destul de ridicată în cele simple și mult mai redusă în histerectomii vaginale.

Într-o statistică a lui *Barker* și colab. pe 172.888 cazuri operate în clinica Mayo, autorii găsesc 4,01% BTE în histerectomiile abdominale și 2,32% în cele vaginale; *Bauer* apreciază la 12% incidența BTE pe marile intervenții ginecologice.

Frecvența mare a BTE este și mai bine înțeleasă, dacă tipul de intervenție este studiat în corelație cu afecțiunea care a impus intervenția respectivă.

La 200 cancere de col și corp uterin BTE a apărut într-o proporție de 8%, emboliile pulmonare în 1% și emboliile letale în 0,50% cazuri.

Vîrsta medie a bolnavilor cu neoplasm uterin a fost de 54 ani, vîrsta la care se observă în general și incidența maximă a BTE la femei.

Dintre bolnavele operate 10% aveau o boală varicoasă, la 15% examenele cardiologice au depistat cardioscleroze: la 42% a bolnavelor operate s-a efectuat un tratament iradiant preoperator și 10% au primit un tratament adjuvant cu citostatice.

Cancerul mărește riscul tromboembolic acționînd asupra celor trei factori fundamentali implicați în geneza BTE; modificările de crază sangvină, staza venoasă și alterațiile endoteliului venos.

Lucrări recente pun în evidență în afara tulburărilor factorilor clasici ai echilibrului fluido-coagulant prezența unor patoglobuline cu proprietăți similare fibrinogenului care ar genera un „sindrom de hipercoagulare” în neoplazii.

Staza venoasă în neoplaziile uterine este generată de invazia procesului canceros însuși, de infecția cronică de acompaniament cu scleroza secundară a parametrelor și de iradiere care produce alterații ale pereților vasculari și tromboze cu ectazii venoase compensatorii.

Reechilibrarea hidro-electrolitică, proteică și sanguină în cancerul uterin nu poate fi totdeauna ideal efectuată printre alte motive și pentru faptul că reprezintă o urgență chirurgicală (în macrocancer temporizarea intervenției scade șansele de supraviețuire peste cinci ani cu 3% pe săptămînă. *Pap*)

Peste aceste condiții trombogene se suprapune o intervenție de 2—4 ore cu bolnava în poziție declivă (*Trendelenburg*); insuficient oxigenată sub o anestezie care accentuează staza venoasă și anoxia; traumatizarea micilor și marilor vase pelvine în timpul limfadenectomiei și disecției parametrelor și pediculilor vasculari, hemoragia și limforagia intra- și postoperatorie, creează mari tulburări hemodinamice cu stază, mai ales venoasă, la nivelul micului bazin reflectată retrograd și în vasele membrului inferior.

Imobilizarea prelungită postoperatorie datorită șocului și necesității drenajului vezical accentuează staza care duce la anoxie și alterarea pereților vasculari, mai ales ai endovenelor membrului inferior.

Roskam remarcă că la bolnavii imobilizați la pat pe lângă staza venoasă intervine și ischemia tisulară produsă de greutatea membrului inferior alterînd pereții vasculari prin hipoxie așa cum se produc și escarele de decubit.

Leziunea cronică a peretelui venos scade și fibrinolizinele vasculare și numărul de mastocite din adventice care sînt surse de heparină; dezechilibrul dintre factorii coagulanți și antifibrinolitici și cei anticoagulanți și fibrinolitici este creat și procesul trombotic se poate declanșa și extinde.

Agresiunea pe vase a neoplasmului, fie directă, fie indirectă (în formele moneroclonale) produce leziuni venoase acționînd sinergic cu infecția de acompaniament și poate determina BTE mai ales în formele avansate fără a fi nevoie de alți factori favorabili (unele tromboflebite sînt simptomatice pentru neoplasm).

Tabelul nr. 1.

Tipul de intervenție	Nr. bol- navelor operate	BTE		Embolii	
		nr.	%	nr.	fatale
Op. Wertheim (LHCL)	107	11	10.28	1	1
Histerectomii vag. lărgite (Schauta)	24	1	4.16	0	0
Histerectomii tot. abdom.	199	13	6.53	3	2
Histerectomii subtot. abdom.	201	10	4.97	1	0
Histerectomii vaginale	75	0	0	0	0
Mamectomii lărgite	12	1		0	0
Alte intervenții mari	23	2		1	1
Total	641	38	5.92	6	4

Tabelul nr. 2.

Cancerul uterin (de col 163, de corp 37 cazuri)

Tipul de intervenție	Nr. bol. operate	BTE	embolii	
			emb. letale	
Wertheim	107	11	1	1
Schauta (hist. lărgită vag.)	24	1	0	0
Histerect. totală abdom.	60	3	1	0
Alte interv. (paliative etc.)	9	1	0	0
Total	200	16 (8%)	2 (1%)	1 (0.50%)

Tabelul nr. 3.
Fibromiomul uterin

Tipul de intervenție	Nr. boln. operate	BTE	embolii	emb. letale
Histerectomii tot. abd.	101	5	1	1
Histerectomii subtot. abd.	204	11	1	0
Histerectomii tot. vag.	60	0	0	0
Total:	365	16 (4.35%)	2 (0.54%)	1 (0.27%)

Tumorile ovariene maligne sînt și mai tromboemboligene. evoluția procesului neoplazic este mai rapidă, alterarea stării generale a bolnavelor de asemenea cu dezechilibru umoral mare. Multe dintre tumorile ovariene sînt secretante de — hormoni, mucoproteine — probabil și de patoproteine care măresc hipercoagulabilitatea singelui. Intervențiile sînt frecvent laborioase, prelungite cu sîngerări abundente și manevre traumatizante mari, intrapelviene sau și intraabdominale

În cazuistica noastră pe 23 neoplasme ovariene avansate am avut 3 BTE cu 2 embolii pulmonare ambele mortale apărute precoce (a 5-a zi).

Deoarece cancerul mamar și cel vulvar figurează în număr redus în cazuistica noastră (12, respectiv 5 cazuri) nu putem face aprecieri valabile privind incidența BTE în aceste forme de neoplasm; remarcăm totuși o tromboflebită a membrului superior drept, la o bolnavă cu neoplasm mamar dr. căreia i s-a efectuat o mamectomie lărgită.

La 365 fibromioame uterine operate. BTE a apărut ca o complicație postoperatorie la 4,35% dintre bolnave, embolia pulmonară la 0,54% și embolia mortală la 0,27%.

Fibromiomul generează condiții favorabile manifestării procesului tromboembolic prin:

— Hemoragii cu anemierea bolnavelor și hipercoagulabilitate reactivă intervenția fiind precipitată deseori de hemoragii de nestăpinit fără o echilibrare completă preoperatorie a bolnavelor.

— Compresiuni ale venelor pereților pelvini cu stază și anoxie reflectate și la nivelul membrului inferior mai ales — în fibroamele mari, dar și în cele mai mici intraligamentare.

— Infecția de acompaniament, localizată sau extinsă în pelvis, frecvent intilnită mai ales în fibroamele submucoase.

— Complicațiile necrotice consecutive tulburărilor de irigație ale tumorilor (necrobioză aseptică) surse de tromboplastină tisulară ce pot genera BTE și în afara intervenției, precum și tromboze ale vaselor tumorale ce se pot extinde spre venele escavației pelviene; torsionile tumorale de asemenea produc stază, hipercoagulabilitate și leziuni venoase întinse directe sau prin propagare. Sînt citate în literatură cazuri de embolii fatale produse cu ocazia detorsionării tumorilor cînd nu au fost în prealabil penșați pediculii vasculari la distanță.

— Hiperestrogenia din fibromiom determină leziuni vasculare — hialinoza mediei — care poate fi interpretată ca un factor trombogen prin scăderea elementelor locale de apărare vasculară (mastocite și fibrinolizine).

— Peste acești factori preexistenți se suprapune o intervenție operatorie deseori laborioasă cu sîngerări abundente, cu delabrări întinse și imposibilitatea de mobilizare precoce postoperatorie a bolnavelor.

Din totalul deceselor pe perioada studiată mai mult de 1/3 s-au produs prin embolii pulmonare postoperatorii (4 din 11) ceea ce atestă importanța tratamentului profilactic activ și curativ precoce în BTE.

Deși mijloacele clinice și testele de coagulare izolate sau globale nu evaluează precis riscul apariției unei BTE postoperatorii, totuși atunci cînd acestea sînt sugestive la o bolnavă cu o afecțiune recunoscută ca tromboemboligenă se impune luarea tuturor măsurilor profilactice.

Pe cazuistica noastră la bolnavele la care s-a aplicat un tratament preventiv cu heparină din a 3-a zi postoperator nu a apărut nici o BTE.

Echilibrarea hidro-electrolitică proteică și sanguină preoperatorie are importanță covârșitoare în prevenirea BTE; intervenția trebuie efectuată „la rece” la distanță de ultima transfuzie și de tratamentul iradiant preoperator. Considerăm că iradierea preoperatorie nu trebuie aplicată conform unor scheme rigide în toate cazurile printre alte motive și pentru faptul că multe neoplasme sînt radierezistente și iradierea mărește riscul BTE.

Mobilizarea precoce evită staza circulatorie poate fi considerată un tratament patogenetic preventiv al BTE. Mobilizarea precoce nu înseamnă numai ridicarea bolnavei din pat, manevră ce nu se poate efectua deseori decît după 3—4 zile ci și mișcări respiratorii ample, mișcări ale trunchiului și membrelor inferioare efectuate în pat și posibile din chiar ziua operației sub îndrumarea unui cadru medical special calificat.

Alegerea tipului de anestezie are importanță pentru prevenirea BTE. Ra-hianestezia, prin pareza vasomotorilor produce stază cu hipoxie consecutivă mărind riscul BTE.

În ceea ce privește tratamentul curativ la bolnavele noastre acesta a fost efectuat cu anticoagulante după schemele devenite clasice.

Sosit la redacție: 15 decembrie 1966.

Bibliografie

1. BRÎNZEU și colab.: Tromboza venoasă a membrilor inferioare. Ed. Med. (1957);
2. BIREK L.: Raport la Simpozionul „Trombozele arteriale și venoase”. Tg.-Mureș, 28. oct. 1966;
3. COSTAȘ V., T-KARANTANIS I.: Dtsche. Med. Woch. (1959), 18. 903;
4. DÓCZY P., SZIGETI I.: Rev. Medicina Internă (1965), 6. 641;
5. GHEORGHIU N. N.: Obstetrica și Gin. Buc. (1965), 4. 289;
6. HAID H.: Sympozion „Ciba” (1965), 13, br. 4;
7. HUGUIER M.: Rev. Gyn. et Obst. (1959) 58. 3. 441;
8. IONESCU V.: Rev. Viața Medicală, Buc. (1961), 17. 943;
9. LORENZ D-REICHOLD H.: rv. Med. Klin (1966), 21. 849;
10. LACOMME M.: Pratique Obstetricale, Ed. Masson (1960), 839;
11. MAINEA IORDAN: Rv. Viața Medicală (1966) 6. 369;
12. MORIN P-CHABRIER J. Gyn. et Obst. (1955), 54. 4. 603;
13. PANDELE A. și colab.: Urgențele Obstetricale, Ed. Med. Buc. (1955);
14. POPA C.: Rv. „Produse Farmaceutice” Ed. Med. (1964), 7;
15. RĂDULESCU C., RUSU O., PE-TEANU VL.: Com. Simpozion „Trombozele arteriale și venoase” Tg.-Mureș, 28 oct. 1966;
16. TURAI I.: Mica chirurgie fiziopatologică. Ed. Med. 1966. 28.