

## FIBROM CERVICAL CU EVOLUȚIE NEOBIȘNUITĂ

dr. S. P. Olariu, dr. I. Olteanu, dr. I. Răz

Despre localizarea cervicală a fibromului uterin se amintește în fiecare manual de ginecologie, dar precizările de ordin clinic sau statistic lipsesc de cele mai multe ori.

Admițând cifrele relatate de O. Albrecht (4), care pe un număr de 52.406 ginecopate stabilește un procent de 4,9% fibromatoză genitală, ca și constatările lui Farrar și Nedoss că localizarea cervicală s-ar găsi în proporție de 1,2% din totalul fibromatozelor, ne-am aștepta ca în practică să întâlnim săptăminal un fibrom cervical.

Realitatea e cu totul alta (7), fibromul cu această localizare este mult mai rar, probabil pentru că țesutul muscular e foarte redus la acest nivel (Hughesdon, Danforth) (3) sau pentru că grosimea mică a peretelui cervical nu permite o dezvoltare tot atât de favorabilă ca la nivelul corpului uterin (Torpin, Nalch etc.) (9). De altfel, aceste motive fac ca dezvoltarea volumetrică să fie limitată în această zonă (4). Lucrările de specialitate, ca și tratatele clasice amintesc de măriri maxime până la o portocală (1, 2, 5) sau cel mult până la un pumn mijlociu (6), iar ca unul din semnele cele mai caracteristice ale localizării cervicale compresiunea de către fibrom a organelor învecinate. Pentru acest motiv Torpin și Beard au propus chiar o clasificare aparte a fibromului mare cervical.

În aceeași categorie putem clasifica și cazul pe care ținem să-l subliniem pentru specificul său anatomic și topografic ca și pentru evoluția sa clinică.

În 27 X 1967 primim o bolnavă de 30 de ani, T. I. (F. O. 7745), care provine din mediul rural, cu o naștere normală în antecedente, nici un avort și fără alte relatări anamnestice. Toate constatările biologice au fost norma.

Pacienta se prezintă acuzând dureri care au debutat insidios cu 3 luni înainte, dureri cu caracter difuz, intermitent, strict dependente de postură: minime în poziție ortostatică, se accentuează în poziția șezândă și dispăreau în clinostatism. Localizarea acestor dureri era la nivelul hipogastrului și al flancului drept.

Nu cu mult timp înaintea internării bolnava își palpează singură o formațiune tumorală în hipogastru, care o determină imediat să consulte medicul. Între timp menstruațiile devin dureroase (dismenoree), în ultimele luni devin mai prelungite (de la 3 la 7 zile), iar cantitatea sângelui eliminat devine mai abundentă. Între cicluri observă apariția unei leucorei galben-rozii, fluide, intercalată de metroragii discrete, care par a fi accentuate de anumite eforturi fizice efectuate în gospodărie (îndicarea obiectelor mai grele etc.)

De două luni observă polachiurie moderată fără semne de disurie.

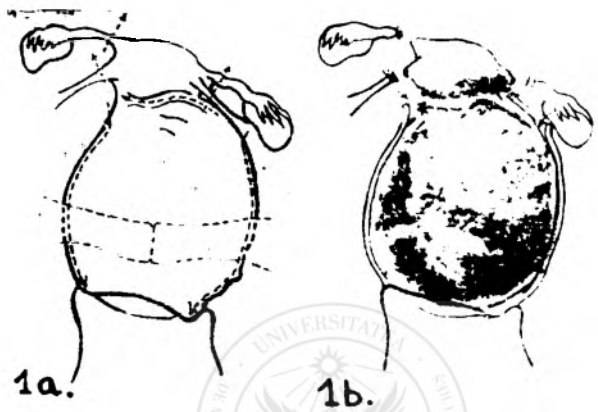


Fig. nr. 1

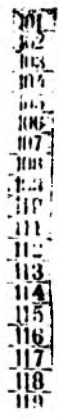


Fig. nr. 2

În ultimele săptămîni din cauza acuze'or mai accentuate și a unei metroragii apărute spontan, prelungită pînă la data internării, este interpretată ca o sarcină de luna III/IV, cu evoluție patologică și se recomandă internarea în serviciul nostru.

Examenul de specialitate pune în evidență la palparea abdomenului: prezența unei tumori dure polichistice, a cărui pol superior atinge ombilicul. La tactul vaginal: colul uterin pare șters și dilatat, permițînd palparea unei tumori dure dezvoltată aparent intracervical. Buza anterioară a colului nu aderă de tumoare, cea posterioară face corp comun cu ea. Formațiunea este de mărimea unui craniu de făt în apropierea termenului, iar dezvoltarea ei pare a fi spre pelvisul superior.

Bolnava e pregătită pentru intervenție, diagnosticul nostru fiind cel de fibrom de corp și de col uterin. Deschiderea cavității peritoneale se face la 1 XI 1967: se găsește prezența unui corp uterin de mărime și consistență normală, anexele libere, cu o situație mult elevată din cauza unei formațiuni tumorale de mărimea a 2 pumni de adult, formațiune care pjonjează mult în micul bazin (fig. nr. 1) După degajarea anexelor și decoarea vezicii care e mult elevată, se incizează circular zona istmică, se pătrunde în canalul cervical secționînd pediculul tumorii de pe buza posterioară (diam.: 10—11 cm, înălțime: 20 cm) (fig. nr. 1 b) extragerea tumorii fiind apoi o problemă simplă. Corpul uterin aflat deasupra acestei formațiuni a trebuit să fie sacrificat, iar restul colului se ajustează făcînd posibilă formarea unui bont care se include fără drenaj.

Examenul histopatologic relevă un fibrom cervical multipolu cu semne de distrofie (fig. nr. 2). Endometrul în fază de proliferare, cu semne moderate de hiperplazie. Evoluția postoperatorie a fost bună, controlul periodic nu a semnalat nimic deosebit.

Interesul relevat de acest caz, constă în *mărimea formațiunii fibromatoase cervicale* (16 20 cm), care îi conferă raritatea, ca și în cele cîteva semne clinice care par aproape patognomonice pentru localizarea fibroamelor cervicale gigante:

— *durerea cu dependență posturală, absentă în clinostatism, accentuată în ortostatism și penibilă în poziția șezîndă.*

— *lipsa fenomenelor de compresiune din partea organelor vecine; dispoziția anatomică a aparatului de susținere și suspensie genitală în cazul unor tumori mari cervicale „le aspiră în abdomen”, obligîndu-le la evoluție înaltă, ceea ce contrazice aprecierea clasică a lui Torpin și Beard, specifică doar pentru fibroamele cu dezvoltare retroperitoneală.*

Trebuie relevată și elasticitatea surprinzătoare a canalului cervical desîns în aceeași măsură ca la o naștere, fără ca simultan să existe o constelație endocrină favorizantă (endometru) cazului nostru ar corespunde unei faze proliferative avansate, iar descrierile clasice susțin distensibilitatea colului ca un proces secundar al hiperuteinismului).

Prezentînd acest caz, considerăm că am depus încă o modestă observație clinică la colecția atît de vastă și diversă a bolii fibromatoase genitale

Sosit la redacție: 26 ianuarie 1970

#### Bibliografie

1. ABUREL E.: Ginecologie, Ed. Med. București 1959;
2. CALASTRONI C. J., RUIZ V.: Terapêutica ginecologică, Ed. El. Ateneo, Buenos Aires 1961;
3. COJA N., VASILIU V.: Ginecologia, Ed. Med. București, 1966;
4. LIPINSKI A., WIESIOLEK J.: Wiad. Lek. Pol. (1968), 21 1865;
5. REREZ M. C.: Tratado de Obstetricia, Ed. Lopez, Buenos Aires, 1964;
6. PSCHYREMBEL W.: Praktische Gynäkologie, W. der Gruyter Verl. Berlin, 1966;
7. SÎRBU P. și colab.: Chirurgia ginecologică, Ed. Med. București, 1957;
8. SPIELMANN W.: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1963), 23/3, 289;
9. TAYLOR S. E.: Bek's obstetrical Practice, ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1966;
10. WALCH E., BACH H. G.: Geburtsh. u. Frauenheilk. (1963), 23/34, 301