

Clinica de obstetrică și ginecologie (cond.: prof. dr. A. Borbáth, doctor în medicină)
și Catedra de anatomie-patologică (cond.: prof. dr. F. Gyergyay, doctor în medicină)
a I.M.F. Tîrgu Mureș

SARCINA ECTOPICĂ TUBARĂ TEORIA LUI IFFY

dr. A. Borbáth, dr. O. Ungureanu, dr. Paraschiva Tuka

Lucrările școlii lui Hertig (4), privind nidarea intrauterină a ouălor foarte tinere, cît și diversele studii de patologie experimentală (*Fawcet, Runner*, cit. 3) au demonstrat necesitatea de implantare a oului fecundat, devenit blastocit în a 4-a zi; mucoasa uterină îi oferă receptacolul ideal, dar frecvența sarcinilor ectopice demonstrează dramatic posibilitatea implantării în afara mediului uterin favorabil (*Hamilton și Boyd*, cit. 3).

Numeroase observații și studii anatomice au căutat să precizeze cauzele nidației ectopice, fără să se fi ajuns însă la o unitate de vederi privind etiologia acestei afecțiuni.

Anomalia intrinsecă a oului poate fi una din cauzele de nidație tubară (Krönc, Bayer, cit. 11), căci malformațiile ovulare constituie excepția și nu regula în cursul sarcinilor tubare, cariotipurile fiind de obicei normale (10).

Cauzele mecanice care împiedică migrarea oului fecundat au fost primele implicate. Sechelele leziunilor inflamatorii tubare sînt considerate ca factorii cel mai frecvent responsabili de aceste obstacole. Dar frecvența lor este evaluată diferit, de la 95 % (Falk, cit. 12) la 12 % (Philippe, 11), datorită dificultăților de apreciere pe baze pur morfologice. Există tendința supraaprecierii modificărilor normale sau atribuirii originii inflamatorii unor leziuni datorate unei hipoxii cronice (Philippe, 11). Această etiologie nu explică histerosalpingografic sau celioscopic, sarcinile extrauterine survenite în trompele normale. Ea nu explică nici legătura strînsă dintre sterilitate și sarcina extrauterină și nici apariția unei noi sarcini ectopice în a doua trompă, găsită normală la prima operație. Era antibioticelor, deși a eliminat în mare parte procesele infecțioase, nu a redus cazurile de sarcini extrauterine.

Rareori obstacolul mecanic e constituit de o malformație congenitală tubară (duplicație, diverticul, hipoplazie) (De Brux, 2) sau de o endometrioză tubară. După Delarue (3) însă endometrioza nu este tipică pentru nidația ectopică, ci îi creează după realizarea sa, condiții momentan mai favorabile.

Datele recente accentuează rolul tulburărilor funcționale ale mecanismelor de captare și de transport ale trompei, multe din sarcinile ectopice neputîndu-se explica printr-o cauză organică. Tulburările funcționale pot fi secundare unei inflamații anterioare, care a antrenat leziuni ale aparatului neuromuscular, importanța celulelor ciliate nemaifiind admisă azi (Kazancigil, 9). Obstacolele funcționale pot fi primitive, cauzate de o dereglare neurovegetativă sau hormonală. În cadrul acestor anomalii se situează și migrarea contra-laterală a oului.

În 1961, Iffy (5) propune o ipoteză veridică în explicarea sarcinilor extrauterine prin obstacol funcțional.

În această optică vom analiza cazurile noastre.

Material și rezultate

În perioada I 1 1970—31 III 1971, au fost operate în clinica noastră 47 sarcini extrauterine. Excludem din acest studiu 9 cazuri, din care 1 caz de sarcină ovariană, 4 cazuri cu date incomplete și 4 cazuri de hematosalpinx. Reamintim că, pentru Bazy (cit. 3) un hematosalpinx fără leziuni externe corespunde unei sarcini ectopice.

Vîrsta medie a fost de 32 de ani, cu extreme de 23 și 41 de ani. Din cele 38 de cazuri, la 25 localizarea a fost în trompa dreaptă; 9 dintre operate deși în jurul vîrstei de 30 de ani nu au mai fost gravide, ceea ce indică o fecunditate diminuată. În 4 cazuri în antecedente figura o altă intervenție pentru extrauterină.

Vîrsta placentelor s-a estimat în funcție de stadiul dezvoltării armonioase ale acestora.

Examenul morfologic al trompei și al oului ne-a permis următoarele constatări (tabelul nr. 1).

Majoritatea nidațiilor tubare — 33 — s-au format în mod paradoxal în partea cea mai permeabilă a trompei la nivelul ampulei, numai în 5 cazuri au fost istmice. Trompa a prezentat aspectul clasic, tumefiat, cu colorație violacee, iar peretele tubar o hiperplazie vasculară, cu stratul muscular ușor atrofiat, disociat de edem. Mucoasa, în majoritatea cazurilor, prezenta pliuri normale, cu plaje de decidualizare în 11 cazuri și un caz de decidualizare peritoneală. Am regăsit complicațiile clasice în 26 de cazuri, progresiunea trofoblastului ducînd la ruperea peretelui tubar, pe cînd în celelalte cazuri a survenit avortul tubar. În 7 cazuri am constatat semne inflamatorii ale trompei, iar într-un caz endometrioză.

Tabelul nr. 1

Nr. cazuri	Nidația placentară			Semne de retenție placentară		Vîrsta sarcinii (zile)			Leziuni organice tubare			
	Normală	Superficială	Absentă	Hidrops necroză	Fibrză	15—23	23—28	28—45	Malformații	Salpingioze	Inflamații acute	Inflamații cronice
38	17	21	—	28	—	23	9	6	—	1	—	7

În 17 cazuri nidația a fost normală, trofoblastul colonizînd vasele tubare și stabilind o circulație tuboplacentară, evident cu lacune sanguino-materne imperfecte și endotromboză prin proliferare trofoblastică.

La 21 de cazuri am constatat o nidație superficială, în care elementele trofoblastice penetrau pe o suprafață redusă, fără să atingă vasele.

Studiul dezvoltării placentare, apreciată după starea rețelei alantovolitare, a arătat frecvent o oprire în stadii precoce:

— 23 de placentate au prezentat vilozității avasculare, corespunzînd vîrstei de 12—23 de zile postconcepțional;

— 9 placentate vilozități cu o rețea vasculară slab dezvoltată (ziua 23—28);

— 6 placentate o rețea vasculară bine dezvoltată, cu multe hematii nucleate (ziua 28—45).

Semne de retenție placentară — vilozități hidropice, necroză — s-au observat în 28 de cazuri.

Comparînd durata amenoreei și vîrsta dezvoltării placentare am stabilit (tabelul nr. 2):

Tabelul nr. 2

Raportul între durata amenoreei și stadiul dezvoltării placentare

Nr. de caz.	Durata amenoreei	Stadiul dezvolt. placentare
13	0	<u>4 caz. — 23 zile</u> 9 caz. — 23—28 zile
7	20—25 zile	7 caz. — 23 zile
18	40—52 zile	<u>12 caz. — 23 zile</u> 6 caz. — 28—45 zile

— în 13 cazuri hemoragia a apărut la data la care bolnava aștepta menstruația, dezvoltarea placentei fiind în 4 cazuri de 23 de zile, iar în celelalte cazuri de 23—28;

— în 7 cazuri perioada de amenoree a fost inferioară stadiului dezvoltării placentare, cu semne de retenție;

— în celelalte 18 cazuri perioada de amenoree fiind mai mare ca vîrsta placentei.

Discuții

Numărul cazurilor noastre fiind redus, nu ne permite prezentarea de date statistice valabile. Totuși rezultatele sînt analoage cu cele publicate anterior de școala din Strassbourg (11, 12) și permit susținerea ipotezei lui Iffy (5, 6, 7).

Constatînd frecvente discordanțe între durata amenoreei și dezvoltarea embrionului, Iffy ajunge la prima concluzie: în majoritatea sarcinilor ectopice fecundația are loc înaintea ultimei menstruații. Noțiunea de hemoragie la data la care bolnava aștepta menstruația e de altfel clasică. Bazați pe un număr de cazuri de sarcini ectopice, în care data precisă a raportului fecundant e cunoscută, autorii constată că fecundația a avut loc în ultimele 10 zile ale ciclului — teorie „post-mid-cycle ovulation” —, însoțită de o insuficiență hormonală. În caz de fecundare premenstruală, nidația normală e compromisă și nu poate împiedica producerea menstruației. În momentul menstruației oul din cavitatea uterină e eliminat cel mai adesea fie prin canalul cervical, fie prin fluxul retrograd, fiind împins în una din trompe. În alte cazuri oul e menținut în trompă de fluxul retrograd. În sprijinul acestei ipoteze, Iffy citează raritatea sarcinii extrauterine la mamifere fără menstruație și la femeile la care sarcina survine în perioada de amenoree din post-partum; ca și corelațiile bine cunoscute dintre sarcina ectopică și sterilitate, care adeseori se asociază cu o evoluție tardivă.

Deși ovulația e adesea întîrziată, fecundația e normală. Într-adevăr, aberațiile cromosomice sînt rare în sarcina ectopică, ori se știe din patologia umană și experimentală (Boue, Thibault, cit. 11) că aberațiile cromosomice sînt adesea legate de o fecundație tardivă a ovulului de către un spermatozoid bătrîn.

Tulburările de nidație se pot datora articulării defectuoase a vilozităților coriale cu vasele materne (3). Dar reducerea potențialului de creștere a trofoblastului se poate datora și unui contact parietal prea tardiv al ovulului fecundant. Într-adevăr, experimental s-a stabilit că prelungirea intervalului dintre prelevare și grefarea oului fecundat duce la o întîrziere a creșterii placentare (Kirby, Porter, cit. 11).

Pe baza datelor prezentate se poate admite că în afara cazurilor în care există cauze anatomice indiscutabile, teoria lui Iffy e compatibilă cu majoritatea constatărilor anatomice și fiziologice găsite în cursul sarcinii tubare.

Sosit la redacție: 29 iunie 1971.

Bibliografie

1. BONE N. L., GREENE R. R.: Amer. J. Obst. Gyn. (1961), 82, 1166.
2. DE BRUX J., DUPRÉ-FROMENT J.: Les anomalies congénitales dans l'histogénèse des grossesses extra-utérines, în: La grossesse extra-utérine. Ed. Masson, Paris, 1961;
3. DELARUE J., GOUYGOUR C.: La trompe et l'ovaire dans les grossesses extra-utérines (anatomie pathologique), în: La grossesse extra-utérine. Ed. Masson, Paris, 1961;
4. HERTIG A., ROCK J.: Amer. J. Obst. Gyn. (1949), 58, 968;
5. IFFY L.: J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. (1961), 68, 441;
6. IFFY L.: Amer. J. Obst. Gyn. (1962), 83, 969;
7. IFFY L.: J. Obst. Gyn. Brit. Commonw. (1963), 56, 1090;
8. KLEINER G. J., ROBERTS T. W.: Amer. J. Obst. Gyn. (1967), 99, 21;
9. KAZANCIGIL T. R.: La nidation tubaire et ovarienne en physiopathologie, în: La grossesse extra-utérine. Ed. Masson, Paris, 1961;
10. PHILIPPE E., RITTER J., DEHALLEUX J. M., RENAUD R., GANDAR R.: Gyn. Obst. (1968), 67, 97;
11. PHILIPPE E., RITTER J., LEFAKIS P., LAEDLEIN-GREILSAMMER D., FOUSSEREAU S.: Gyn. Obst. (1970), 69, 617;
12. RITTER J., LEFAKIS P., PHILIPPE E., GANDAR R.: Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. (1969), 21, 581.