

EFECTELE VASCULARE LOCALE, GENITALE, OBTINUTE PRIN BALNEOFIZIOTERAPIE

S. P. Olariu, E. Tereanu, G. Vasilescu, I. Mocanu

Una din multiplele cauze ale sterilității feminine este hipotrofia organelor genitale. Menționată de clasici sub numele de „hipoplazia genitalis“, tulburarea trofică a tractului genital constituie un important capitol nosologic în patologia femeii. Mulți autori o consideră și azi ca un sindrom primar, expresie a unei insuficiențe trofice ovariene, sau ca o fetopatie care blochează începînd din luna a VII-a de viață intrauterină, dezvoltarea corespunzătoare a tractului genital și a gonadelor (1).

Experiența clinică din ultima vreme dar mai ales experiența dobîndită după avorturile autorizate (2, 3) ne-au convins că o serie de intervenții agresive (abraziuni brutale), o serie de infecții (în spetă metritele difuze post-abortum) precum și medicațiile hormonale greșit instituite (gestagenii în doze mari la tinere) conduc la stări caracterizate prin *tulburări trofice secundare*, cu o pondere considerabilă în etiologia sterilității.

Studii mai recente, bazate pe analize histochemice ale structurilor mulleriene (4) sau ale gonadelor hipoplazice (5) au demonstrat preponderența conjunctivului față de elementele funcționale active precum și o diminuare marcată a schemelor vasculo-capilare normale în aceste cazuri. Însăși contradicția observată clinic în cazul sinechiilor discrete post-abrazive de tip Asherman (6, 7) între întinderea leziunilor și frecvența sau gravitatea amenoreei se explică prin tulburările trofice vasculare nu numai la nivelul cavității uterului ci și la nivelul peretelui miometrial.

În realitate, așa cum s-a mai semnalat (8) hipotrofia genitală secundară poate avea o dublă cauzalitate: fie un teren hipofuncțional primar, care reacționează paradoxal la orice factori agresivi locali (cazul sterilităților instalate la tinerele femei după o biopsie de endometru), fie o consecință a hipotrofiei ovariene secundare (cazul hipoovariei postinflamatorii). Oricare ar fi cauzele acestor stări, modalitățile de tratament sînt în general identice: toți ginecologii sînt tentați să administreze hormonul trofic sexual: estrogenul, restabilind astfel în mod unilateral deficiența volumetrică a uterului și ameliorînd mai mult sau mai puțin mulțumitor cantitatea de sînge pierdută clinic.

În contextul sterilității însă, problema terapeutică a hipotrofiilor genitale se complică, avînd în vedere dubla finalitate: restabilirea recipientelor sexuale dar și a unor funcții ciclice bifazice ovariene. Pe de altă parte, tratamentele prelungite cu estrogeni au riscul lor binecunoscut.

În spiritul acestor idei, noi am abordat problema leziunilor hipotrofice primare sau secundare asociate cu sterilitate, interesați de a găsi o cale cît mai acceptabilă scopului principal: restabilirea funcției de procreare.

Știind că la originea tulburărilor de dezvoltare genitală, în afara unei producții estrogenice insuficiente se instalează și un deficit vascular local și că estrogenii (9) sau progesteronul (10) influențează substanțial aportul circulator local condiționându-se reciproc, *am încercat să ameliorăm circulația locală utero-ovariană prin metode balneofizicale diminuând în acest fel dozele de estrogen folosite în mod clasic.*

Material și metodă

În lucrarea de față am folosit metoda aplicării intrauterine de estradiol-benzoat sau de estriol (soluție apoasă: STIPTANON) bazați pe o serie de experiențe anterioare, efectuate in vitro (11) care ne-au încurajat în aprecierea eficienței aplicărilor locale de estrogeni.

Imediat după 5—6 ședințe, am recomandat fie ultrasonoterapie pe regiunea suprapubiană, fie o cură cu nămol și irigații vaginale în stațiunea Sovata. Tratamentele au prevăzut repetări la 3—4 luni a acestei terapii.

Din lotul bolnavelor studiate s-au ales două categorii de paciente:

— 99 femei cu diferite grade de hipotrofie uterină (hipoplazii) din care 8 cazuri asociate cu amenoree și 10 cazuri cu oligoramenoree.

— 24 femei prezentînd amenoree primară sau secundară de origine ovariană și/sau uterină.

— 2 femei cu cicluri oligoramenoreice și utere malformate.

Acestui prim lot i-am asociat un al doilea grup de bolnave format din:

— 36 cazuri cu oligoramenoree, utere normale și cicluri bifazice dar cu vădite semne de insuficiență progesteronică (corp galben scurt, hipoluteism, insuficiențe estroprogesteronice moderate).

Rezultatele sînt consemnate în tabelul nr. 1 și fig. nr. 1—3 și dovedesc eficiența acestui sistem de tratament în hipotrofiile genitale de tip hipoplazic, în ciclurile anovulatorii, cu leziuni de gravitate medie sau în insuficiența luteală pură și mai puțin în amenoreea uterină.

Tabelul nr. 1

		Cazuri inregistrate	Cazuri tratate	Sarcini obținute	%
Hipoplazii	Total	138	99	15	15,15
	cu amenoree	10	8	1	12,50
	cu raro oligomenoree	15	10	—	—
Amenoree de diferite tipuri		33	24	6	25,00
Oligoramenoree		47	36	14	38,88
Malformații irecuperabile		2	2	—	—
TOTAL		220	179	35	19,55

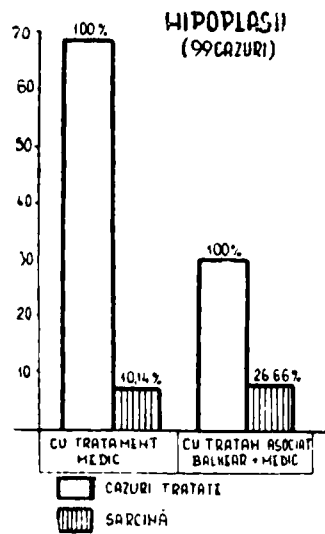


Fig. nr. 1

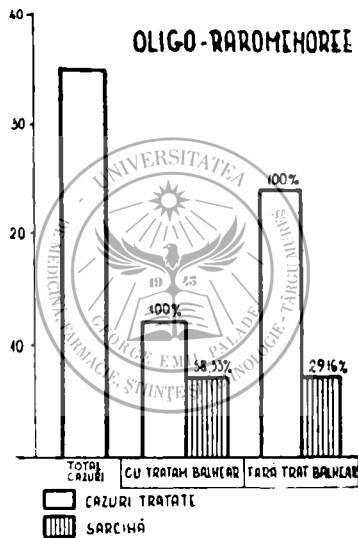


Fig. nr. 2

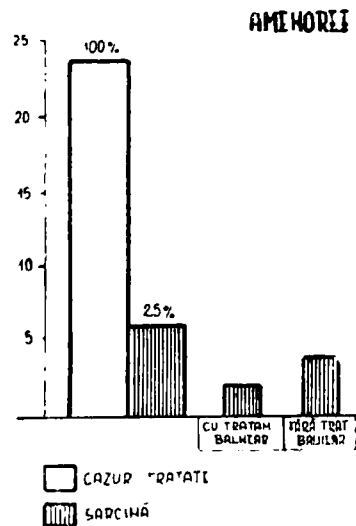


Fig. nr. 3

Discuții

Din prezentarea succintă a acestei modeste experiențe, dobândite prin utilizarea efectelor vasodilatatoare și biotrofice ale apelor saline și ale factorilor sapropelici sau fizicali în hipotrofiile utero-ovariene sau în insuficiențele luteale putem trage câteva învățăminte și anume:

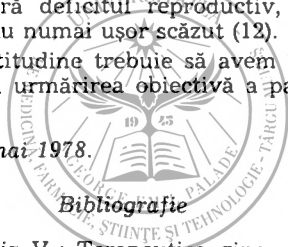
— în tratamentul hipotrofiilor primare sau secundare, aplicarea locală de estrogeni în cantități minime, este potențializată de efectele vasodilatatoare supraadăugate ale terapiei balneare și fizicale. Ultrasonoterapia este un mijloc mai puțin eficient ca și balneofizioterapia. În toate circumstanțele se poate vorbi realmente de o creștere a receptivității tisulare la hormonii sexuali.

— judecînd după rezultatele noastre prin prisma unor parametri obiectivi (indice Meaker,* sau sarcinile obținute) putem afirma că acest tip de tratament complex, continuat un timp mai îndelungat, poate duce la satisfacții profesionale remarcabile în corectarea tulburărilor de reproducere.

În tratamentul insuficiențelor luteale, așa cum a fost dovedit de studii competente anterioare, ameliorarea circulației corpului galben contribuie la prelungirea vieții acestuia, deci la rezolvarea unor sterilități hipoluteale. În asemenea cazuri tratamentul fizical sau cel balnear unic poate corecta în anumită măsură deficitul reproductiv, cu condiția ca titrul estrogenic să fie normal sau numai ușor scăzut (12).

Pentru o asemenea atitudine trebuie să avem însă certitudinea unor investigații complete ca și urmărirea obiectivă a parametrilor funcționali un timp mai îndelungat.

Sosit la redacție: 29 mai 1978.



Bibliografie

1. Calatroni C. J., Ruiz V.: *Terapeutică ginecologică*. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, ed. VII, 1961, 412; 2. Chitu N., Roman I., Ciocan E.: *Obst. și ginecol.* Buc. (1963), 3, 237; 3. Coja N., Tantău G., Precup S.: *Obst. și ginecol.* Buc. (1963), 3, 263; 4. Schmidt-Mathiessen H.: *Das normale menschliche Endometrium*. Thieme, Stuttgart, 1963, 228; 5. Baron H., Hyla R.: *Zbltt. f. Gynäk* (1976), 98, 1491; 6. Topkins P. T.: *Amer. J. Obst. Gyn.* (1962), 83, 1599; 7. Siegler A. M.: *Amer. J. Obst. Gyn.* (1963), 83, 1595; 8. Stemmler H. J.: *Fibel der Gynäkologischen Endokrinologie*. Thieme, Stuttgart, 1969; 9. Clementson A., Blair L., Reed D.: *Am. J. Obst. Gyn.* (1962), 83, 1261; 10. James V. T., Serio M., Giusti G.: *The endocrine function of the human ovary*. Acad. Press, London, 1976, 75; 11. Olariu S. P., Preda V., Crăciun Octavia: *Cultivarea organotipică a endometrului uman*

* În hipoplaziile uterine am stabilit gradul lezional măsurînd cu histerometrul lungimea canalului cervical și a uterului în întregime și am folosit următoarea formulă propusă de Meaker:

$$\frac{\text{lungimea totală uterină} - \text{lungimea canalului cervical}}{\text{lungimea canalului cervical}} \times 0,50$$

Am considerat un indice Meaker pînă la 0,65—0,70 drept uter normal, cel de 0,55 o hipoplazie clinic evidentă, iar cel de 0,30 sau mai mic, drept un uter infantil.

pe medii estrogenizate. Comunicare U.S.S.M. Cluj-Napoca, Sect. Biologie, 1970; 12. *Lamarche M.*: Crénothérapie des affections gynécologiques et endocriniennes, Masson, Paris, 1972.

S. P. Olariu, E. Tereanu, G. Vasilescu, I. Mocanu



**LOCAL GENITAL VASCULAR EFFECTS INTENSIFIED BY
BALNEO-PHYSIOTHERAPY**

Studying, a series of primary or secondary trophic genital troubles (uterine hypoplasia or hypotrophy) with serious implications in the cyclical activity of the woman (amenorrhoea, bradimenorrhoea, oligomenorrhoea) or in her reproduction function (sterility, infertility), the authors examined 179 cases out of 220 sterile women, and they suggest a method of complex therapy: hormonal and/or balneary or physical. Applying local oestrogens (oestradiol or oestriol) followed by a short cure (6—8 sittings) with ultrasounds or treatments with mud and hypersaline water of Sovata, they obtained remarkable clinical ameliorations resulting in pregnancy in many cases. The authors' conclusion is that the striking vascular effects of balneo-physiotherapy intensified the trophic effects of oestrogens at the level of the female genital apparatus.
