

## IMPLICAȚIILE AVORTULUI ÎN ETIOLOGIA. TRATAMENTUL ȘI RECUPERABILITATEA TULBURĂRILOR DE REPRODUCERE

S. P. Olariu, M. Horga, Ruxandra Olariu

După experiența grupelor de studiu O.M.S., infecunditatea involuntară rămâne o problemă de rezolvat pe plan mondial, deși frecvența sa variază de la o regiune la alta a mapamondului. Se poate considera că 50% din totalitatea cuplurilor pot fi infecunde, pe motive complexe, dificil de determinat (afecțiuni genetice, malformații, mutilări chirurgicale etc.), ceea ce face ca tratamentele actuale să se dovedească puțin eficiente (1).

În contextul politicii noastre pentru un spor demografic cu o pozitivitate rațională, în afara acestui *nucleu minor ireductibil* de infecunditate, trebuie să ne concentrăm *asupra factorilor supraadăugați*, care creează probleme în evoluția multiplicării neamului nostru. Este singurul motiv pentru care colectivul clinicii noastre a făcut un efort în a analiza cauzele deficitului în reproducere pentru zona Mureșului superior (2).

Datele demografice parvenite de la diferite anchete mondiale ne furnizează adesea informații asupra numărului copiilor/femeie în raport cu vârsta și anii de căsătorie și mai puțin asupra cauzelor absenței copiilor. Foarte rar se poate obține o informație precisă care să ne elucideze o *sterilitate secundară* pe motivul că atât medicul cât și pacienta refuză să facă aluzii sau mărturisiri în acest sens (3). La noi în țară sistemul de întrebare a antecedentelor femeii este adesea îngreunat de o insuficientă înțelegere a rolului organelor de anchetă care în scopul depistării provocatorilor de avort, fac presiuni asupra victimei. Convingerea pacientei de discreția medicului, va putea ameliora colaborarea acestora în suprimarea unui flagel, pe care consfătuirea de la Brașov îl dezbate: complicațiile și (imi permit să completez) implicațiile pe care avortul îl deține în sporul pozitiv demografic din țara noastră.

Drama are două aspecte.

Un aspect acut, de urgență: decesul unei mame care-și părăsește copiii deja născuți, și drama de durată, prin care trece o femeie tânără după avort provocat sau spontan și care își dorește urmași pentru viitor.

Studiul nostru se referă la cele din urmă, fără a neglija unele aspecte psihice cauzate de întreruperea voită sau nevoită a unei sarcini (4).

### Material și metodă

Am studiat un material clinic în evidența Serviciului județean de combaterea sterilității, din anul 1973 până în 1986, reprezentând un număr de 2395 cupluri sterile. Din dosarele respective am selecționat cazurile etichetate ca sterilități secundare, luând în considerare doar partenera, în a cărei anamneză este semnalată una sau mai multe sarcini, după care

într-un interval de peste 24 de luni pacienta nu a mai reușit să conceapă. O categorie aparte este constituită de 22 cazuri în a căror anamneză este semnalat „chiuretajul uterin“ ca un ultim eveniment susceptibil de a fi cauzat sterilitatea. Aceste intervenții au fost efectuate cu scop hemostatic sau bioptic în diferite circumstanțe și au fost urmate de tulburări evidente de ritm sau de cantitate menstruală. Toate aceste femei au confirmat în antecedentele lor una sau mai multe sarcini, indiferent de felul cum s-au finalizat acestea.

Tabelul nr. 1

Sterilitate secundară după avort	604 cazuri (66,95%)
Sterilitate secundară după naștere	215 cazuri (23,85%)
Sterilitate secundară după extrauterină	54 cazuri (6,0%)
Sterilitate secundară după cezariană	7 cazuri (0,75%)
Sterilitate secundară după chiuretaj uterin	22 cazuri (2,45%)
<b>Total :</b>	<b>902 cazuri (100%)</b>

Considerat din totalul de 2395 cupluri, 902 cazuri reprezintă global un procentaj de 37,66%, iar 604 cazuri în care avortul este implicat direct, un procentaj de 25,20%.

Sterilitatea postabortivă include în materialul nostru două categorii de paciente. O primă categorie este formată din femei sterile care au recunoscut în anamneza lor un accident sau incident abortiv, deci cu anamneză completă (570 cazuri).

O a doua categorie o constituie acele paciente care au negat un avort în antecedente dar la care un examen clinic atent a evidențiat aspecte nete ale colului uterin ce trădează avortul (34 cazuri).

Tabelul nr. 2 prezintă acest lot de paciente în ordinea prezentării lor în serviciul nostru.

Tabelul nr. 2

Sterilitatea secundară globală față de sterilitatea post-abortum

Anul	1973	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	dosare 2395
Sterilitate secundară globală	24	52	118	68	41	67	68	47	24	20	20	118	119	116	902 100%
Sterilitate post-abortum	16	71	43	45	33	47	45	33	19	18	20	89	83	42	604 66,96%
Ab. nerecunoscute	—	2	1	—	—	—	2	2	1	1	3	6	6	10	34 3,8%
Sterilitate după ab. declarat	16	69	42	45	33	47	43	31	18	17	17	83	77	32	570 63,15%

Eșalonarea cazurilor noastre pe parcursul a 14 ani de activitate clinică are două semnificații. În primul rînd studiul epidemiologic în timpul tulburărilor de reproducere într-o zonă geografică dată, ne orientează asupra cauzelor acestor tulburări.

Dacă la loturile de paciente examinate pînă în 1976 avortul la cerere practicat pînă în 1966, mai putea fi incriminat drept cauză a sterilității. La loturile prezentate în ultimul deceniu, nu. Frecvența avortului „spontan” remarcat în această perioadă este mult prea crescută față de datele statistice mondiale (5, 6, 7). Așa precum susțin toți autorii studiați, avorturile incomplete sînt adesea imposibil de a le defini provocate sau spontane. Mai mult, în cazul cînd avortul provocat este ilegal, numeroși medici îl califică intenționat drept spontan spre a proteja pacienta de neplăceri. Un serviciu care se ocupă de corectarea tulburărilor de reproducere trebuie deci organizat în așa manieră încît pacienta să se simtă în siguranță atunci cînd își destăinuie secretele vieții. Metodele utilizate pentru avortul provocat sînt indispensabile pronosticului, dar mai ales terapiei ce urmează a fi instituite. Majoritatea autorilor consideră că metoda abortivă este cea care decide gravitatea complicațiilor (8).

În scopul clarificării acestor probleme, noi am insistat, și în mare parte am reușit să obținem informații asupra modului în care a decurs avortul incriminat a fi cauză a sterilității. Fac excepție cele 34 de bolnave amintite mai sus, care au negat avortul, cu tot aspectul „în fantă transversală” a colului.

În tabelul nr. 3 prezentăm rezultatele noastre.

*Tabelul nr. 3*

Motive abortive incriminate în sterilitatea feminină	Conjugat	Extra-conjugat	Procente
Avort „spontan” chiuretat în servicii specializate	378	7	1,85% <sub>0</sub>
Avort „spontan” nechiuretat, fără examen de specialitate	37	15	40,54% <sub>0</sub>
Avort autorizat (la cerere sau cu indicații medicale)	77	8	10,38% <sub>0</sub>
Avort provocat (fizic chimic), internat și rezolvat în servicii de specialitate	45	23	51,1% <sub>0</sub>
Avort provocat, rezolvat la domiciliu	33	27	81,80% <sub>0</sub>
TOTAL : 570 cazuri cu anamneză completă			

Este clar că extraconjugalitatea implică și metodologia abortivă, deci gravitatea leziunilor tubare (9), ca atare recuperabilitatea pacientelor.

Un studiu sociomedical efectuat de noi în acest context, nu ne-a putut furniza date semnificative în problema frecvenței avortului la patru categorii sociale, departajate după pregătirea școlară a cuplurilor. Se remarcă doar mici diferențe între anii de căsătorie și prezentarea la medic care nu pot fi încadrate la tematica noastră.

*Protocolul de investigații* în cazul sterilității secundare, mai ales în cazul sterilităților postabortive, este următorul:

— *cromatoprobă la indigocarmin*, în cazul cînd femeia nu se prezintă cu radiografii anterioare;

— examenul *glerelor cervicale ciclice* în cazul leziunilor de col, asociat în multe cazuri cu TPC;

— *examen bacteriologic* al vaginului sau al singelui menstrual (Levenstein);

— *histerometria* asociată, după caz, cu aspirația *endouterină*;

— *histerosalpingografia* în ultimă instanță, dacă probele la indigocarmin sînt negative după un tratament de trei luni;

— *celioscopia* a fost neglijată din lipsa unui celioscop prevăzut cu anexe de biopsie sau debridare;

— *ecografia* o practicăm de scurt timp, neavînd pînă în acest an un aparat adecvat;

— *laparotomia* în ultimă instanță. Cu dobîndirea necesarului pentru microchirurgie, sperăm să lărgim această metodă terapeutică în viitor.

Fertilizarea in vitro cu implant embrionar nu poate intra în discuție la ora actuală.

Leziunile cervicouterotubare sînt azi considerate ca fiind în majoritatea lor cauzate de avort. Chiar în condiții optime de spitalizare (op. cit. 8) (10), cauzele care decid riscul în cazul unui avort par a fi următoarele:

*Profilul demografic al pacientei*: vîrstă, rasă, vîrsta sarcinii, paritate.

*Profilul nosologic al femeii*: maladii preexistente, poziția uterului în focare infecțioase latente endogene.

*Priceperea operatorului*: brutalitatea manuală, abraziunea exagerată.

*Tipul anesteziei*: locală, generală, combinată.

*Tipul dilatației*: (fără, metal, plastic, laminaria unică sau multiplă, chimică vibrator).

*Mărimea dilatației* în mm.

*Tipul instrumentarului* (sondă uterină, chiuretă de sucțiune flexibilă sau rigidă, chiuretă tăioasă, pensă Schultze sau combinate).

*Durata intervenției* evaluată în minute sau ore.

*Tipul substanțelor abortive*: soluții saline, prostaglandine, uree, oxitocină, Rivanol sau combinate.

*Locul în care se produce avortul*: spitalizare, ambulatoriu spital, tipul spitalului, cabinet particular etc.

*Utilizarea profilactică a antibioticelor* (da, nu, tipul lor)

Dacă pînă în deceniul cinci al secolului nostru obstrucția tubară constituia în majoritate cauza sterilității, ca urmare a infecțiilor gonococice sau tuberculoase, azi frecvența sa s-a redus mult, și rămîne în majoritate tributară avortului. Pe lîngă tipurile noi de microorganisme ca Mycoplasmele, Clamydiile incriminate în salpingitele obstructive (11) și care sînt incriminate în 10% din obstrucțiile tubare, traumatismul postabortiv rămîne pe prim plan.

Din materialul nostru clinic reiese că:

Probele cromatografice: — au fost negative în 53% „

— slab pozitive în 3% „

— pozitive în 44% „ din cazuri

Comparînd aceste date cu *aspectul histerosalpingografic* valorile sînt apropiate, bineînțeles cu apariția unor leziuni vizibile doar prin această

metodă. Ca atare = 44,50% obstrucții tubare nete, 21,95% Cotte pozitiv, 22% sinechii uterine asociate sau nu cu obstrucția tubară, 7,95% trompă unică permeabilă, iar restul de 3,60% malformații uterine sinechii totale cu impermeabilitate cervicală etc.

Ținând cont că anamneza pacientelor sus-amintite este certă (un avort ca ultim episod) putem afirma că în 65% a cazurilor noastre, avortul este responsabil de leziuni cervicouterotubare. Datele noastre concordă cu statisticile moderne cercetate (12, 13, 14).

Investigațiile noastre s-au interesat de starea funcțională a colului uterin ca și de cea a cavității uterine. În afara leziunilor evidente inflamatorii sau displasice ale colului, în afara cicatricelor postraumatice care pot duce pînă la o incompetență cervicoistmică (9 cazuri în materialul nostru), colul uterin poate fi lezat funcțional, leziuni traduse fie printr-o insuficiență secreție cervicală, fie prin modificări biochimice ale acesteia. (modificări reologice, saline sau enzimice) (15, 16).

În afara testelor clasice utilizate, am asociat în unele cazuri testul postcoital ca probă în plus pentru integritatea funcțională a colului, mai ales în cazul cuplurilor recăsătorite, cu toate că spermograma partenerilor era normală. Din păcate, mulți parteneri secunzi, refuză o colaborare cu medicul, fapt care duce adesea la abandonul partenerei, cea mai interesată de a obține o sarcină din a doua căsătorie. Insuficiența cervicală funcțională este prezentă în 7% din cazurile studiate. După Gayral (op. cit. 14) din totalul sterilităților 10% ar avea o cauză cervicală.

În privința cavității uterine, interesul nostru s-a manifestat pe două planuri. În primul rînd determinarea precisă a volumului și dimensiunilor uterului traumatizat de avort (în cazuri de suspiciune de sinechii se efectua imediat HSG) și în al doilea rînd, de starea funcțională a endometrului. Ca atare, aceste investigații s-au efectuat fie în ziua 21—24 a unor cicluri normale, fie în plină perioadă de amenoree, cu scopul obținerii informațiilor asupra prezenței endometrului și a receptivității sale la acțiunea progesteronului.

Rezultatele noastre sînt următoarele:

Tabelul nr. 4

Secreție tipică . . . . .	38 probe (20,75%)
Secreție insuficientă . . . . .	39 probe (21,30%)
Proliferare . . . . .	64 probe (34,95%)
Hiperplazie glandulochistică . . . . .	6 probe ( 3,25%)
Nu se obține endometru . . . . .	28 probe (15,30%)
Atrofie (insuf. estrogenică) . . . . .	7 probe ( 3,8 %) )
Secreție avansată — deciduală . . . . .	1 probă ( 0,63%)

Din aceste relații se dovedește că în 58% din cazuri, implantarea oului nu este posibilă fără o intervenție de ordin hormonal.

De altfel, între aceste bolnave 23 prezentau amenoree secundară (8 cazuri de sindrom Ashermann confirmat radiologic) iar 21 cazuri oligoramenoree post-abortum. La multe din aceste femei hipoplazia secundară și retroversia uterină se asociau leziunilor endouterine.

Dacă privim exhaustiv problema implicațiilor avortului în tulburările de reproducere umană, vom putea înțelege, pe de o parte insuccesele

inregistrate în recuperarea acestor subiecte, ca și dificultatea în a lua o hotărîre terapeutică. La toate acestea se adaugă „*timpul*“, acest *factor care dictează recuperabilitatea*. Leziuni aderențiale, simple trame izolate de fibrină, se organizează cu timpul în bride deformante, obstructive, modificînd structura fină a trompelor sau blocînd cavitatea uterină. Colaboratorul nostru dr. *Horga* a studiat recuperabilitatea în raport cu factorul timp, la cazurile prezentate de noi aici. În pofida cîtorva omisiuni în acest sens (fișe incorect completate), găsește următoarea situație.

1. Numărul de luni scurse între *avortul cauzator* și prezentarea la medic este în *medie de 46,73* (deci peste 4 ani).

2. Numărul de luni de la prezentarea la medic și *obținerea unei sarcini dorite*, este de 14,66, deci peste un an în medie.

3. Numărul în luni de la *ultimul avort pînă la obținerea unei sarcini* este de 61,39 luni în medie (deci aproape 6 ani).

Despre asemenea cifre, nu prea am auzit la conferințele noastre privind sterilitatea sau infertilitatea, deși ele sînt hotărîtoare în recuperabilitatea acestor cupluri.

Din această modestă orientare, putem înțelege și surprizele pozitive în recuperarea sterilității. Femei tinere, care în urma unor minime tratamente rămîn gravide într-un timp record. În 5 cazuri asanarea vaginului și coagularea colului au dus la sarcină. În 4 cazuri proba de indigo a fost pozitivă și urmată de sarcină, deși toate femeile prezentau în medie 3 ani de sterilitate după ultimul avort.

Rămîne în discuție *rolul HSG în tratamentul sterilității* postabortive. În cazuistica noastră nici o femeie nu a făcut o sarcină numai după o histerosalpingografie. Literatura de specialitate mai veche (17) semnalează asemenea cazuri, dar o justificare științifică nu există. Cu alte cuvinte, o HSG cu Cotte pozitiv nu poate confirma deobstruarea tubară decît dacă în prealabil există o probă de obstrucție tubară preexistentă. În plus, trebuie precizat în asemenea cazuri, timpul scurs de la mariaj sau de la ultima sarcină, care rămîne un martor de sterilitate.

Observațiile noastre personale tind să încline pentru nocivitatea HSG, mai ales cînd acestea au fost efectuate cu substanțe de contrast uleioase (fie ele hiperfluide), în primul rînd pentru expunerea la raze X, într-al doilea, pentru inabsorbabilitatea acestor substanțe, mai ales în cazul unor hidrosalpinxuri. La 12 bolnave am găsit radiologic reziduuri grăsoase de lipiodol în anexe chiar după 6 ani de la efectuarea HSG. Posedăm din păcate în cazuistica noastră femei cărora li s-au efectuat peste 15 expuneri radiologice, asociate cu insuficiențe ovariene, ceea ce nu ne permite catalogarea de „castrare radiologică“ în schimbul unei insuficiențe primare ovariene, deoarece aceste femei n-au fost investigate anterior în acest sens.

Ca aspecte anatomopatologice, piesele recoltate după intervențiile chirurgicale plastice au prezentat endometrioză 5 cazuri, fibroză simplă 14 cazuri, tuberculoză fibronodulară un caz, endosalpingită cu fibroză sau scleroza peretei muscular 22 cazuri. Aceste examene făcute în timp, suferă într-o oarecare măsură de subiectivitatea multiplilor anatomopatologi care au colaborat cu noi.

Spre deosebire de obstrucțiile tubare tratate în afara celor post-abortum leziunile inflamatorii specifice sînt mai frecvente, iar endometrioză apare paradoxal mai ales la acestea. De asemenea, în cazurile

obstrucțiilor survenite în urma unor combustii chimice recunoscute de pacientă, aspectul anatomopatologic este neconcludent.

În tabelul de mai jos prezentăm recuperabilitatea pacientelor din totalul cuplurilor studiate.

Tabelul nr. 5

Din lotul total de 604 sterilizați

au fost excluse 159 dosare pe următoarele motive

1. Femei care nu au urmat tratament după investigații: 107 cazuri.

2. Parteneri dintr-a doua căsătorie, care au refuzat spermograma sau au prezentat azospermii: 52.

Recuperabilitatea este modestă, cifrată la 39,77% și e reprezentată de:

Nașteri cu feți vii maturi . . . . .	73 (două gemelare)
Nașteri cu feți vii prematuri . . . . .	7 (o gemelară)
Nașteri la termen, făt mort ante-partum . . . . .	1
Nașteri premature cu feți decedați . . . . .	3
Cezariană cu făt viu . . . . .	9
Sarcină extrauterină . . . . .	12
Avort spontan . . . . .	29
Sarcină în evoluție la 1 mai 1986 . . . . .	28
Sarcini cu evoluții necunoscute . . . . .	15

Total 177 sarcini

Majoritatea tratamentelor au fost conservative, hidrotubațiile cu enzime proteolitice asociate cu infiltrații peritubare cu hidrocortizon sau cu fizioterapie (ultrasunete, ultrascurte), mai ales cu balneofizioterapie ne-au dat satisfacțiile cele mai multe. Debridarea endouterină urmată de aplicare de sterilet sau meșă cu hyason asociată estrogenoterapie: au redresat în majoritate leziunile uterine și endometriale. În chirurgia plastică tubară rezultatele cele mai bune le-am obținut după salpingostomie medioampulară Bonney-Palmer (18) sau cea termino-laterală tip Chaliier-Martin (19, 20). Sperăm că noile condiții pe care le avem pentru o microchirurgie plastică să amelioreze posibilitățile de recuperare chirurgicală.

### Concluzii

Avortul constituie la ora actuală flagelul nr. 1 care influențează nefast fertilitatea femeii, în special a celei tinere.

Dacă s-a realizat eradicarea unor boli cronice ca tuberculoza, sau a unor maladii venerice și parazitare cu efect asupra fertilității umane (21), cu tot progresul tehnologic, avortul și prematuritatea cresc în Europa începând din deceniul șapte al secolului (22). Prin implicațiile sale multiple (sexual, hormonal, psihic etc.) actul abortiv creează dramele mari prin procentul crescut de decese, mutilări și mai ales prin sechelele care scad capacitatea de reproducere a femeilor tinere.

Mortalitatea postabortivă nu este decît vârful unui iceberg în comparație cu morbiditatea imputabilă aceluiași cauze. Salvarea unei femei

cu șoc toxico-septic după avort, costă aproximativ cât ar costa o fertilizare in vitro cu transfer embrionar (23).

Lupta împotriva acestui flagel este o problemă generală a societății și implică toate organismele socio-politice din țara noastră.

### Bibliografie

1. \* \* \* Epidémiologie de l'infécondité. Rapport O.M.S. (1975), nr. 582, p.p. 5, 22;
2. Olariu S. P.: Cauzele deficitului demografic în zona Mureșului Sup. Raport general al U.S.S.M. Tîrgu-Mureș, 1985; 3. \* \* \* La formation permanente des médecins. Rapport O.M.S. (1973), nr. 534, p. 12;
4. Fica-Jalamanca J.: Abortion and metal health. In: Abortion and Sterilization. Acad. Press, London, 1981, 181;
5. \* \* \* L'avortement provoqué. Rapport O.M.S. (1978), nr. 623, p. 12;
6. Tietze C., Lewit S.: Int. J. of Gynec. obst. (1977), 16, 100;
7. Horobin G. W.: Experience with abortion: a case study in Northeast Scotland. Cambridge Univ. Press, London, 1973, 83;
8. Cates W. jr., Crimes D. A.: Morbidity and Mortality of abortion and sterilisation. Acad. Press, London, 1981, 155;
9. Donnez J. și colab.: Fertil. and Steril. (1985), V, 43, 554;
10. Stubbfield P. G.: Mid-trimester abortion by curettage procedures: An overview. In: Abortion and Sterilisation. Acad. Press, London-Baltimore, 1981, 277;
11. Jones H. W., Jones G. S.: Gynaecology. Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1980, 179;
12. Lecros R.: La salpingographie dans l'étude de la trompe et de son environnement. In: Utilisation actuelle des explorations instrumentales et gynécologie. Ed. Masson, Paris, 1983, 134;
13. Pellissier Cl., Bobichez B.: Exploration radiologiques de l'endocol et de l'isthme. Idem pp. 81—102;
14. Gayral N. N.: Sterilité conjugale. In: Médecine de la reproduction (Mauvais-Jarvis P. et coll.). Flammarion, Paris, 1982, 446;
15. Tsibris J. C. și colab.: Obst. and Gynecol. (1986), 3, 316;
16. Tsibris J. C. și colab.: Fertility and Sterility (1985), 2, 236;
17. Borbăth A.: Sarcină obținută după HSG. Comunicare U.S.S.M. Tîrgu-Mureș, octombrie 1967;
18. Robert H. G., Palmer R.: Précis de Gynécologie. Ed. Masson, Paris, 1979, 235;
19. Kaser O., Ikle F. A., Hirsch H. A.: Atlas der gynäkologischen operationen. Thieme, Stuttgart, 1973, 167;
20. Husslein/Martius: Die gynäkologischer operationen. Thieme, Stuttgart, 1971, 96;
21. Ominde S. H., Ejogu C. N.: Population Growth and Economic Development in Africa. Ed. Heinemann, London-Nairobi, 1972, 304;
22. Johnson S.: The Population Problem. Newton-Abbot, Baskerville, 1973, 128;
23. Lansac J.: Le cout de la stérilité. In: Utilisation actuelle des explorations instrumentales en gynécologie. Ed. Masson, Paris, 1983, 431.