

REZULTATELE ȘI ÎNVAȚAMINTELE A 700 DE CAZURI OPERATE DE FIBRO-MIOM

Dr. Györy Gy., Dr. Tóthfalusi K.

Operațiile în legătură cu tumorile benigne ale uterului ocupă un loc important în gineco-chirurgie. În ultimele decenii deși nu au apărut modificări însemnate în tehnica operatorie, totuși, datorită îmbunătățirii tratamentului pre- și postoperator se poate observa o scădere considerabilă a mortalității.

În clinica noastră au fost operate 724 bolnave suferind de fibromiom uterin. În anul 1944 au dispărut din cauza războiului unele foi de observație fapt pentru care nu am putut studia decât datele a 700 cazuri.

16 bolnave (0,22%) au avut între 21 și 30 ani, 206 (29,45%) între 31 și 40 ani, 427, (59,98%) între 41 și 50 ani, iar 75 (10,35%) peste 50 ani.

Cea mai tânără bolnavă operată a avut 21 ani, cea mai bătrână 69 ani.

Multe lucrări de specialitate subliniază că fibromul uterin apare la femeile nulipare. În general autorii consideră că fecunditatea femeilor cu fibrom uterin este micșorată. Materialul nostru ne arată că 223 bolnave au fost nulipare, este însă adevărat, că 108 bolnave au fost multipare și dintre ele una a născut de 13, două de 12 ori.

Cauzele pentru care bolnavele au solicitat asistența medicală au fost următoarele: metroragii neregulate, menstruații abundente sau de lungă durată, dismenoree, dureri în regiunea subumbilicală, sau anemii grave. De multe ori nici chiar tumorile de mărimea unui cap de făt nu au cauzat plingeri, diagnosticate fiind în timpul unui examen incidental. În ultimii ani colectivul clinicii noastre a executat câteva mii de depistări în diferite întreprinderi scoțind la iveală unele fibromiome, care n-au cauzat nici o plingere.

De multe ori bolnavele privesc simptomele cu oarecare nepăsare. Astfel am aflat că la 210 bolnave simptomele au avut un debut mai vechi de un an, o bolnavă de 13 ani, alta de 18 și una de 19 ani a știut că este bolnavă și totuși nu s-a adresat medicului.

Din 12.000 de bolnave primite în clinică (între anii 1941—1953) 2.600 au fost operate pe cale abdominală, iar 500 pe cale vaginală. Dintre ele 724 au fost operate pentru fibromiom uterin. Procentul operațiilor pe cale abdominală a fost de 77%, iar al celor pe cale vaginală 23%.

În ceea ce privește alegerea tehnicii operatorii, începând din anul 1946 se poate observa o frecvență mai mare a intervențiilor vaginale.

Felul intervențiilor

Miomectomie cu extirparea focarului miomatos	19 cazuri
Amputație supravaginală după Chrobak	297 ..
Amput uterului cu adnexectomie	135 ..
Amput. uterului supravag. după Kelly	17 ..
Extirparea uterului total pe calea abdominală	55 ..
Extirparea uterului prin lap. cu adnexectomie	29 ..
Laparotomie explorativă	10 ..
Extirparea uterului pe cale vaginală	141 ..
Extirparea uterului pe cale vag. cu adnexectomie	21 ..
Total 724	

Examele histo-patologice ale fibromioamelor operate au arătat semne de degenerescență. Am găsit diegenerescență sarcomatoasă în 5 cazuri, invazie corială în 2

cazuri, în 3 cazuri cancer de col, cancer al corpului uterin în 8 cazuri și odată cancer ovarian. Dacă examenul histo-patologic a pus în evidență un proces malign s-a aplicat un tratament corespunzător.

Scopul operatorului este ca bolnava să fie operată în cele mai bune condiții psihice și fizice. Acest scop poate fi atins prin următorele mijloace, introduse în clinica noastră :

1. Examinarea medicală temeinică care ne orientează asupra întregului organism, asupra stării cordului și a circulației. Pentru întărirea organismului aplicăm cu rezultat remarcabil transfuzii repetate înaintea intervențiilor.

2. Influența psihică și mediul pavlovian constituie condiția necesară pentru reușita operației. Noi am aplicat în clinica noastră cu succes al doilea sistem de semnalizare, administrarea substanțelor hipnotice, asigurarea liniștii și a somnului bolnavei.

O problemă de mare importanță este alegerea operației și a anesteziei. Începând din 1946 am aplicat principiul nostru să intervenim pe cale vaginală dacă aceasta nu constituie o greutate tehnică prea mare și localizarea fibromiomului, precoza lui sau adipozitatea peretului abdominal ar contraindica operația pe cale abdominală. Încercăm să menținem echilibrul hormonal, prin conservarea unui ovar intact, iar dacă nu e posibil, după ce am stabilit nivelul hormonului estrogen, prin examinare citovaginală, și pentru înlăturarea tulburărilor climacterice, instituim din timp un tratament hormonal. Operațiile au fost executate în marea lor majoritate prin rachianestezie, procedeu pe care-l considerăm ca fiind cel mai indicat. Acolo, unde dintr-un motiv oarecare, anestezia n-a fost perfectă, am administrat pentru completare eter, infiltrația cu novocaină, sau narcoză cu evipan. Dacă rachianestezia a fost contraindicată din cauza vreunei complicații, am operat în narcoză cu eter sau evipan, sau am făcut intervenția sub anestezie locală.

Pentru înlăturarea șocului, sau pentru substituirea singelui sau a lichidului pierdut, în multe cazuri am administrat chiar în timpul operațiilor transfuzii de sânge, alte ori am administrat ser fiziologic, i. v. sau sub formă de hipodermocliză.

Dintre complicațiile postoperatorii remarcăm febră în 14 cazuri, exudat în 20, supurația peretului abdominal în 25 și tromboflebită în 5 cazuri.

Lucrările de sinteză consideră că în cursul operațiilor complicate, trebuie să ținem cont de leziunile aparatului urinar (vezică, ureter). În general leziunile vezicii sau a ureterelor sînt în jurul a 1—3%. La noi vezica a fost lezată într-un caz, în cursul amputației supravaginale (0,22%) și într-un caz după extirparea uterului pe cale vaginală (0,61%). Cu ocazia extirpării uterului pe cale abdominală, vezica a suferit leziuni în 3, ureterele în 2 cazuri. Leziunile au fost satureate, dar fistula vezico-vaginală la o bolnavă, a trebuit să fie reoperată după câteva luni.

Mortalitatea primară a celor 700 de cazuri operate a fost zero. După intervenție au succumbat 3 bolnave, ceea ce reprezintă un procentaj de 0,5%. Pentru a nu avea aparența că am corectat rezultatele noastre, am scosotit ca succombanți și cele 3 bolnave care au fost transportate acasă de către familia lor într-o stare gravă, sau muribundă.

Dintre cele 6 cazuri mortale, în 4 cazuri cauza morții a fost insuficiența circulatorie, complicată într-un caz cu diabet, într-un caz cu un început de peritonită generalizată și într-un caz cu degenerescența adipoasă a tuturor organelor parenchimatease.

După laparotomie am avut 5 cazuri mortale și numai un caz după operațiile pe cale vaginală.

Sperăm că prin combaterea șocului hemoragic și traumatic, vom putea obține rezultate și mai bune.

Media zilelor de spitalizare în anul 1944 a fost de 14,76 zile. În anul 1952 am reușit să reducem media zilelor de spitalizare la 10,95, toate bolnavele părăsind clinica în condițiuni optime de sănătate.

Primită la redacție în ziua de 21 august 1955.