

VALOAREA EXAMENULUI HISTOPATOLOGIC AL MUCOASEI UTERINE ÎN GRAVIDITATEA EXTRAUTERINĂ

Lörincz Ernő András, Tamás Zoltán, Róna Magda

Dintre îmbolnăvirile ginecologice problemele cele mai grele de diagnostic sînt puse de unele forme ale gravidității extrauterine. La acestea aparțin în special avorturile tubare-trenante și cele cu simptomatologie moderată, care trebuie diferențiate de: anexite, avorturi intrauterine, de avorturi intrauterine asociate cu tumorile inflamatorii ale anexelor, de avortul iminent, de exudate, ba chiar și de fibroame uterine și chisturi ovariale. Diagnosticul diferențial este uneori greu și aceasta ne-o explică frecvența relativ mare a erorilor diagnostice legate de acest domeniu al ginecologiei. Eroarea nu este însă reproșabilă, în schimb este greșit dacă ginecologul nu se gîndește la posibilitatea unei gravidități extrauterine, în special dacă anamnesticul și tabloul clinic este incert. Cu cît ținem cont de această regulă, cu atît mai rar vom greși diagnosticul, cu atît mai multe gravidități extrauterine vor fi operate și cu atît mai puține gravidități extrauterine vor fi tratate ca inflamații prin metode conservative. Tratatamentul conservativ în multe cazuri are o durată de ani sau decenii, determinînd diminuarea ba chiar pierderea capacității de muncă a bolnavelor. Trebuie să menționăm însă și acele dificultăți, care sînt independente de activitatea medicală. Astfel tendința conștientă de eronare a unor bolnave întilnită destul de frecvent, ne împiedică de multe ori în evaluarea justă a datelor anamnestice. Aceasta se întîmplă mai ales în acele cazuri cînd s-a făcut deja o oarecare încercare pentru întreruperea gravidității existente sau imaginare, fapt care survine și în graviditatea intrauterină. Ne poate înșela și reacția de graviditate și anume în ambele direcții. Aceasta poate să fie pozitivă și în lipsa sarcinii; rezultate pozitive pot da unele forme ale chisturilor ovariale de retenție, în primul rînd chistul luteinic. Dacă graviditatea există, proba biologică nu decide dacă este vorba despre o graviditate extra- sau intrauterină. Proba negativă poate să fie de asemenea eronantă, dat fiind că într-un anumit procent reacția este negativă și în cursul sarcinii. În afară de aceasta sensibilitatea probei Galli—Mainini aplicată în mod curent variază după anotimpuri, în special dacă folosim „rana esculenta“ care se găsește la noi. Noi, tocmai în legătură cu graviditățile extrauterine, am observat că reacțiile de sarcină repetate dau rezultate contradictorii. Un alt mijloc care ne ajută la precizarea diagnosticului este puncția Douglasului. Mulți specialiști — motivat sau nemotivat — se abțin de la acest procedeu. Noi îl executăm destul de frecvent și părerea noastră este (precum am arătat în comunicarea, care se ocupă cu această problemă) că puncția Douglasului clarifică situația în multe cazuri, dînd posibilitate astfel aplicării tratamentului adecvat. Este evident însă că și acest procedeu constituie numai un mijloc complimentar în precizarea diagnosticului. Dezavantajul

acestui procedeu, în era antibioticelor, nu este reprezentat numai de posibilitatea unei infecții ci mai ales de faptul că rezultatul negativ, pe lângă un tablou clinic caracteristic, pentru o graviditate extrauterină pune pe medic într-o situație dubioasă și grea. Și rezultatul pozitiv ne poate înforma greșit, deoarece câteodată singele nu provine din hematom. Se poate întâmpla că într-o parte să fie un hematom tubar, iar în partea cealaltă o formație chistică: chist de retenție sau hidrosalpinge. Dacă acul nostru ajunge în ultimul, obținem un lichid seros, și aceasta sustrage atenția noastră de la posibilitatea unei gravidități extrauterine. Dacă acul ajunge în uterul gravid, care se găsește în retroflexie, poate rezulta întreruperea sarcinii. Se poate face și puncția unei gravidități tubare intacte care poate fi urmată de hemoragie internă. Acestea sînt excepții rare. Precauția însă ne obligă ca puncția să fie executată numai în mediu spitalicesc, unde laparotomia poate să fie făcută în orice moment. După puncție bolnava trebuie să fie supravegheată în mod permanent.

Valoarea diagnostică a histopatologiei mucoasei uterine în graviditatea extrauterină este tratată în literatură doar de cîteva comunicări, mai mult cu caracter cazuistic. Numărul redus al datelor bibliografice este explicat prin faptul, că raclajul uterin poate avea ca și consecință ruperea tubei gravide sau deschiderea peretelui hematomului. Celelalte două mijloace de diagnostic: reacția de graviditate și puncția Douglasului sînt preconizate și din cauza faptului, că prelucrarea histologică a raclajului uteriu necesită un anumit timp și totodată precizarea diagnosticului este de obicei urgentă. Intervenții de acest fel sînt făcute mai ales cu scop terapeutic, în acele sarcini extrauterine unde diagnosticul este greșit. Datele din literatură ne arată de asemenea, că raclajul uterin este făcut în majoritatea cazurilor din cauza menoragiilor neregulate, metroragiilor și stării după avort. Procedeu merita totuși o oarecare atenție, fiindcă în zilele de după raclaj atenția se îndreaptă în general în direcția gravidității extrauterine. Buletinul de analiză histopatologică este folosit pentru confirmarea sau negarea sarcinii extrauterine. Baza teoretică a problemei este că mucoasa uterină din cauza corelațiilor hormonale prezintă o transformare deciduală și în sarcina extrauterină. Ar fi de așteptat, ca tabloul histopatologic al mucoasei uterine să reflecte modificările provocate de sarcina ectopică, conform mecanismului de reglare neuro-hormonală existentă între trofoblastul, mucoasa uterină, corpul galben și sistemul diencefalo-hipofizar.

În materialul clinicii noastre în decurs de 14 ani, între anii 1941—1954 figurează un număr de 426 cazuri de sarcini extrauterine. Dintre acestea în 26 cazuri s-a făcut raclajul uterin și examenul histopatologic al acestuia. În majoritatea acestor cazuri s-a ivit și suspiciunea gravidității extrauterine, însă ulterior examinările au fost conduse în altă direcție. Raclajul uterin în 24 cazuri s-a făcut în scop terapeutic din cauza hemoragiei uterine, iar în 2 cazuri în scop diagnostic, pentru stabilirea gravidității ectopice. Dezavantajele legate de procedeu nu au fost grave. Trebuie să menționăm însă, că după abraziie în 7 cazuri colicile abdominale s-au ivit din nou, iar în 2 cazuri la două zile după intervenție s-au produs simptome abdominale acute și cu ocazia operației s-a observat ruptura sacului embrionar. Desigur că în asemenea circumstanțe laparo-

tomia a fost făcută fără întârziere încă înaintea prelucrării histologice a mucoasei uterine. Toate bolnavele s-au vindecat complet.

Pe baza tabloului histologic cele 26 de cazuri se pot încadra în 3 grupe. *Primul* conține țesuturi deciduale (9 cazuri). Al *doilea* cuprinde forme mixte, la care pe lângă transformările deciduale se poate recunoaște mucoasa uterină într-o anumită fază a ciclului menstrual (în total 4 cazuri). La al *treilea* aparțin mucoasele numite de noi „negative” care nu arată nici un semn care ar pleda pentru o graviditate (în total 13 cazuri). Iată câteva exemple:

1. Nr. gin. 1052/1949. M. P. 34 ani. Amenoree de 70 de zile, sîngează de 30 de zile. Diagnostic clinic: retenție după avort. Curetaj. *Examen histopatologic: țesut decidual*. Laparotomie: hematocel extrauterin.

2. Nr. gin. 953/1951. O. P. 29 ani. Ultima menstruație înainte cu 60 zile, sîngează de 30 de zile. Pe lângă uter o formație de mărimea unei nuci, dureri nu sînt. Puncția Douglas negativă. Abrazie. *Examen histopatologic: țesut decidual*. Puncție repetată pozitivă. Laparotomie: avort tubar. (Figura Nr. 1.)

3. Nr. gin. 66/1955. O. P. 23 ani. Ultima menstruație cu 67 zile înainte. Sîngerare, colici, de 7 zile. Anexele drepte voluminoase. Colici abdominale moderate. Dg. reziduu după avort. Curetaj. *Examen histopatologic: țesut decidual cu sinusoid diluate*. După 6 zile stare de colaps. Puncție: pozitivă. Laparotomie: salpinge rupt, graviditate tubară.

4. Nr. gin. 492/1955. M. P. 42 ani. Înainte de internare la clinică pe cale vaginală se elimină o formație gri. Abrazie (în afară de clinică), iar mai târziu curetaj din cauza hemoragiei (la clinică). *Examenul histopatologic: țesut decidual necrozat cu vase trombozate*. Parăsește clinica însă rămîne și mai departe sub observație. După 20 zile reinternare din cauza durerilor abdominale. După 2 zile colaps moderat, la laparotomie sînge în cavitatea abdominală, avort tubar.

5. Nr. gin. 607/1953. M. P. 33 ani. Măștează. De 3 săptămîni sîngerare neregulată în afară de clinică. Stare de colaps după 2 zile. Laparotomie: avort tubar. *Examen histopatologic: fază de secreție înaintată, stroma prezintă în unele locuri o transformare deciduală*. (Figura Nr. 2.)

6. Nr. gin. 833/1952. M. P. 27 ani. Ultima menstruație înainte cu 60 zile. Sîngerare de 15 zile. Rezistență nesigură în partea stînga. Dg.: reziduu după avort? Graviditatea extrauterină? Curetaj, iar mai târziu puncția Douglas: pozitivă. Laparotomie: avort tubar. *Examen histopatologic: mucoasa în fază de proliferație alterată*. Stroma laxă prezintă multe hemoragii.

7. Nr. gin. 1306/1951. M. P. 34 ani. Ultima menstruație înainte cu 33 zile, de atunci sîngerări. Uterul mărit, în vecinătatea lui o formație de mărimea unei nuci. Puncția Douglas: negativă. Curetaj. *Examen histopatologic: stroma laxă, cu celule clare, glande sinuoase: mucoasă pregravidă pe la sfîrșitul fazei secretorii*. După 6 zile formația de pe lângă uter crește. Laparotomie: grav. tubară intactă. (Figura Nr. 3.)

8. Nr. gin. 892/1950. Sîngerare de 7 săptămîni, uterul de mărimea unui pumn în retroflexie. După 4 zile curetaj. Se ivesc colici abdominale. Puncția: sînge. Laparotomie: graviditate tubară inveterată. *Examen histologic: infiltrație rotundo-celulară în jurul vaselor sanguine: endometrită*. (Figura Nr. 4.)

Cu ocazia examinărilor noastre am încercat să răspundem la mai multe probleme. Prima noastră întrebare a fost *dacă există o oarecare relație între tabloul histologic al mucoasei uterine și între rezultatul examinării palpatorice?* Am găsit că dintre cele 9 cazuri în care examenul histologic a arătat prezența țesutului decidual, în 5 cazuri anturajul uterului era liber. Toate aceste cazuri erau socotite drept stări reziduale de

după avort. În celelalte 4 cazuri leziunile anatomice în jurul uterului nu erau marcate. În 5 din 9 cazuri, cu câteva zile după curetaj, s-a observat o oarecare agravare a tabloului clinic: colici abdominale, stare de colaps de diferite grade. Pe baza acestora diagnosticul era deja sigur și laparotomia a fost executată încă înainte obținerii buletinului histopatologic. Diagnosticul unui caz a rămas incert până la efectuarea examinării histopatologice. Deoarece era vorba despre țesut decidual n-a ajutat la precizarea diagnosticului și a servit drept indicație pentru intervenție. În cazurile care aparțin la celelalte 2 grupuri, la internare examenul palpatoric a fost pozitiv. Majoritatea a fost internată din cauza tumorii anexelor. După curetaj tabloul clinic s-a modificat și aici în multe cazuri, dar nu în mod acut, ci latent, cu simptome moderate. Modificarea tabloului clinic și punctiile Douglasului au clarificat situația în toate cazurile, însă timpul scurs între raclajul uterin și operație, în aceste cazuri, era și 10—14 zile. Am examinat, *dacă a fost o oarecare corelație între tabloul histologic al mucoasei uterine și tabloul găsit la operație.* Din cele 9 cazuri cu mucoasă deciduală una era graviditate tubară intactă, 3 cazuri erau rupturi tubare, iar 5 avorturi tubare. Dintre cele 4 cazuri cu formă mixtă, 2 prezentau avort tubar, celelalte 2 gravidități extrauterine inveterate. Dintre cele 13 cazuri considerate negative s-au găsit: 2 rupturi tubare, 5 avorturi tubare și 6 avorturi tubare inveterate. În acest grup dintre cele două rupturi una a decurs în mod acut după executarea curetajului. În celalalt, s-au făcut chiar 2 curetaje, unul în afara de clinică, și celalalt la clinică. Cu 20 zile după ultimul curetaj s-a produs un colaps moderat. La operație în cavitatea abdominală s-a găsit singe.

O altă întrebare este: *Cam cât de vechi au fost graviditățile ectopice în momentul intervenției intrauterine?* Datele în această privință sînt greu verificabile. Ne putem baza pe două date: ultima menstruație și data debutului plingerilor. Niciuna nu este semnificativă, deoarece atât în grupa cu țesut decidual, cât și în celelalte două grupe s-au găsit variații deopotrivă de mari în privința datelor anamnestice furnizate de bolnave. De exemplu se găsește amenoree de 77 zile în grupa mucoaselor deciduale și perioade cu mult mai scurte și în grupul raclajelor negative. Tot așa de mari sînt și diferențele în privința debutului și duratei sîngerării.

Reacția de sarcină. Din cele 26 cazuri a fost efectuată în 5. Rezultatul a fost pozitiv într-un caz și negativ în 4 cazuri. În cazul pozitiv mucoasa uterină a fost negativă și cu ocazia operației s-a găsit o graviditate extrauterină inveterată. Dintre cele negative una era țesut decidual, iar la operație s-a găsit ruptura tubară. Dintre celelalte 3 negative, 2 sînt avorturi tubare, iar una graviditate extrauterină inveterată.

În fine s-au găsit 5 cazuri în care *examenul histopatologic al trompelor* a fost de asemenea făcut. Este verosimil însă că acesta a fost efectuat și în alte cazuri. Am confruntat *aspectul histologic al mucoasei uterine cu mucoasa salpingelui.* În primul și al doilea caz pe lângă o mucoasă uterină proliferativă, peretele salpingelui conținea vilozități coriale, și părți deciduale. În cazul al treilea la operație se găsește graviditatea tubară inveterată și reacția de sarcină este pozitivă. Mucoasa salpingelui prezintă o transformare deciduală. În cazul 4 mucoasa uterină are carac-

ter mixt (părți deciduale și părți secretorii). La operație se găsește o ruptură tubară și în peretele salpingelui în unele locuri vilozități coriale. În cazul cinci cu 4 săptămâni înainte de operație țesutul decidual s-a eliminat spontan. La operație s-a găsit ruptură și avort tubar.

În institutul nostru s-au făcut în trecut cercetări histo-chimice în legătură cu diagnosticul diferențial al sarcinii extrauterine. Ne referim la comunicarea noastră în legătură cu proba de fosfatază. În ultimul timp s-au făcut cercetări cu reacția Feulgen, gândindu-ne că aceasta ar ușura decelarea modificărilor mucoasei uterine pregravidice și gravide. Până în prezent ni-se pare că aceasta nu face inutilă colorația de hematoxilina-eosină. Rezumăm observațiile noastre după cum urmează:

1. Nu există tablou histologic al mucoasei uterine, care ar exclude posibilitatea unei sarcini extrauterine.

2. Țesutul decidual poate să aibă valoare diagnostică și poate întări decizia noastră în privința executării laparotomiei.

3. Așa numitele tablouri histologice mixte, în care pe lângă transformarea deciduală se poate recunoaște și o anumită fază a ciclului menstrual, coroborând cu tabloul clinic ne poate furniza date pentru clarificarea diagnosticului.

4. Raclajele zise „negative“ sînt în majoritate față de grupurile anterioare. Tabloul clinic, experiența laparotomiilor, modificările histologice ale salpingelui precum și datele anamnestice, coroborate cu tabloul histologic al mucoasei uterine, ne atrage atenția asupra faptului, că în sarcina extrauterină transformarea deciduală a mucoasei uterine nu se produce în mod unanim în toate cazurile. Se pare că tabloul histologic al mucoasei uterine variază între limite destul de vaste, după starea de reacție tisulară și hormonală.

5. Raclajul, care conține părți deciduale, pledează asupra faptului că vilozitățile coriale trăiesc.

6. Tabloul histologic negativ nu însemnează sarcină tubară inveterată și nici nu exclude posibilitatea unei hemoragii interne.

7. Raclajul uterin nu poate fi socotit ca metodă de rutină în diagnosticul gravidității extrauterine; în caz că este indicat se poate face numai în mediu spitalicesc.

Sosit la redacție: la 23 ianuarie 1958.

Bibliografie

Crăiniceanu: Ber Gyn. 1939, 38, 697; *Schneider:* Zbl. f. Gyn. 1937, 2381; *Sidall:* Amer. J. Obst. 1936, 31, 420; *Sövényházy:* Magyar Nőorvosok Lapja. 1943, 97; *Willer:* Zschr. f. Geb. 1940, 193, 120; *Thaisz:* Zbl. f. Gyn. 1943, 82; *Salacz:* Magyar Nőorvosok Lapja, 1948, 210; *Rechnitz K.:* Magyar Nőorvosok Lapja 1949, 38; *H. Homma:* Geb. u. Frauenh. 1957, 3, 282; *Schlagettern, Kirchoff, Homma:* uo. 283.

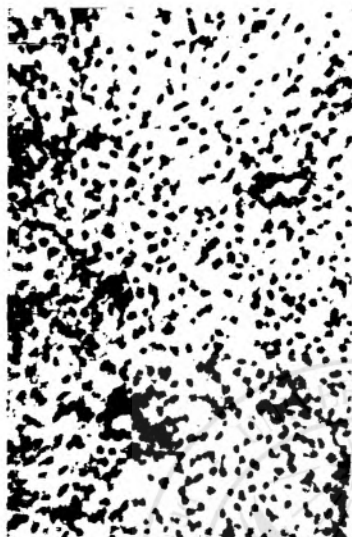


Fig. 1

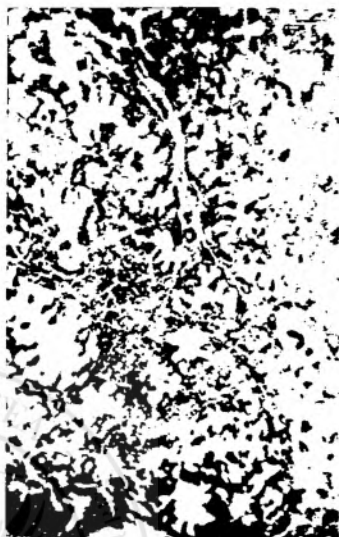


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4