

I. NEGRUȚ • O. RUSU

GINECOLOGIE ȘI OBSTETRICĂ

EDITURA DIDACTICĂ ȘI PEDAGOGICĂ,
BUCUREȘTI, 1981

Capitolul VIII

SIMPTOMELE PRINCIPALE ÎN GINECOLOGIE

Patologia ginecologică este săracă în simptome patognomonice, din care cauză medicului i se cere o subtilitate deosebită pentru a pune un diagnostic precis. Tablourile clinice ginecologice sînt dominate, aproape în toate cazurile, de 3 simptome: durerea, leucoreea și hemoragia.

DUREREA

Este simptomul care duce de cele mai multe ori femeia la medic.

După I. Baci, durerea este o modalitate somestezică și viscerală de reacție a organismului.

În comparație cu alte senzații, ca cele termice, tactile, vizuale, auditive, care nu sînt în general însoțite de o participare afectivă (psihofiziologică), durerea comportă un grad de anxietate și o stare psihică dezagrabilă și poate fi însoțită de o serie de reflexe cu caracter segmentar și suprasegmentar, la nivelul etajelor superioare ale sistemului nervos central.

Reflexele segmentare se pot grupa în:

- reflexe nociceptive, de flectare a unui segment al corpului în care musculatura abdominală joacă un rol deosebit;
- reflexe vasodilatatoare, cu caracter segmentar sau local.

Reflexele suprasegmentare interesează în special:

- ritmul cardiac;
- tonusul vaselor periferice, cu repercusiuni asupra tensiunii arteriale care crește în durerea cutanată și scade în durerea viscerală;
- tonusul simpatic crește (dilatarea pupilei, accelerarea inimii, secreția sudorală).

Excitantul dureros se numește excitant algic sau, după denumirea dată de Sherrington, stimul nociceptiv.

Cercetări cu metode moderne au arătat că pentru a produce o senzație dureroasă este necesară o creștere a intensității stimulului de 2 000 de ori, sub această limită terminațiile nervoase libere determină o senzație de rece sau o senzație tactilă.

Din cercetările de fiziologie rezultă că terminațiile libere nervoase suferă o adaptare foarte lentă, din care cauză durerea durează timp îndelungat, spre deosebire de stimulul tactil la care adaptarea este mult mai rapidă.

Durerea, sau mai precis senzația de durere, are o mare importanță clinică și biologică în general, deoarece, ca un proces fiziologic normal, informează individul asupra limitelor lui de adaptare, de apariția unor agenți nocivi care compromit integritatea și capacitatea funcțională a organismului în general. Concomitent cu apariția durerii apar o serie de reflexe vegetative și somatice care au, în final, același scop de a informa individul asupra necesității adaptării în noile condiții create (I. Baci).

Este cunoscut faptul că numai bazat pe durere nu se poate pune un diagnostic, iar, în ginecologie, trebuie, alături de cunoștințe medicale și cunoștințe de psihologie.

Exagerările pot recunoaște 3 cauze:

— bolnave care reacționează excesiv la cea mai mică excitație. Acestea descriu cu un lux de amănunte durerea lor, iar obiectiv se poate găsi ptoză abdominală, prolaps ovarian, ante- sau retroversie uterină;

— alt tip de exagerare este cea în minus, de obicei cu scopul de a evita un examen genital sau un tratament chirurgical. Unele, din acest grup, caută să distragă atenția medicului concentrând durerea asupra altor organe;

— psihopatele nu prezintă nici o leziune genitală. Unele din acestea sînt pitiatice sau anxioase. Va trebui mare atenție din partea medicului pentru a clasa în această categorie ginecopata, deoarece foarte adesea leziuni sclerochistice imperceptibile ale ovarului pot duce la asemenea dureri, sau alterări ale mucoasei uterine, precum și unele nevrite ale nervilor pelvieni care pot fi puse în evidență numai prin examen histopatologic.

Durerea este un simptom general, întâlnit în toate specialitățile, dar, în ginecologie, are un anumit specific. Intensitatea durerii, sediul și ritmicitatea sînt în funcție de următorii factori: inervația aparatului genital feminin, tipul de sistem nervos al femeii, gradul lezional local.

Excitanții care produc durerea sînt, ca și în alte domenii medicale, externi și interni. Cei externi acționează în special asupra tegumentelor organelor genitale. Cei interni acționează asupra țesuturilor profunde.

După țesutul asupra căruia acționează se împart în:

- a) excitanți viscerali, cu acțiune directă asupra organului (metrită, fibrom uterin, chist ovarian etc.);
- b) excitanți peritoneali cu acțiune asupra seroasei peritoneale (colecții purulente sau sanguine în cavitatea peritoneală);
- c) excitanți celulari (parametrită, celule pelviene);
- d) excitanți vasculari (tromboze, arterite);
- e) excitanți nervoși (leziuni de nevrită secundară).

Acești excitanți acționează asupra tuturor interoceptorilor care sînt răspîndiți în toate organele genitale, asemănătoare cu corpusculii Paccini.

Excitațiile recepționate de interoceptori sînt transmise pe căile senzitive pe două traiectorii:

— nervul hipogastric, plexul hipogastric și lanțul simpatic paravertebral, care alcătuiește calea nevertebrală și culege senzațiile de la corpul uterin și anexe (ovare, trompe);

— nervii erigens (Eckardt), cale secundară, culeg senzații venite de la colul uterin și vagin.

Caracterele durerii:

Localizarea durerii se poate face pe două axe:

- axa laterală, care reflectă fosele iliace (dreaptă și stângă) fiind localizarea specifică pentru durerea anexială;
- axa mediană reflectă durerile provenite din hipogastru, excavația pelviană, regiunea pelviperitoneală, localizarea specifică pentru uter și perineu.

Intensitatea durerii este în funcție de tipul de sistem nervos. Există unele femei care nu percep durerea, suportând intervenția fără nici un fel de anestezie, și altele chiar cu anestezie o percep (în funcție de sensibilitatea individuală).

Periodicitatea durerii: durerea poate fi periodică și neperiodică.

1. Durerile periodice, ritmate de ciclul menstrual, se pot diviza în:

a) durerile intermenstruale, care apar în cea de-a 12-a—14-a zi a ciclului, numite de autorii germani „Mitellschmerz“, a căror patogenie nu este încă precizată. Ele pot fi însoțite în unele cazuri și de o mică hemoragie, „cîteva picături“, cum este descrisă de unele femei;

b) durerile premenstruale pot fi datorite unor procese inflamatorii, ovare sclerochistice, sau unor tulburări hormonale, cum este insuficiența progesteronică absolută sau relativă;

c) durerile menstruale (dismenoreea) apar puțin înainte de menstruație și durează tot timpul menstruației, sau pot ceda în ziua a doua sau a treia a menstruației;

d) dureri continue nevralgice;

e) dureri discontinue, colici uterine, care apar de obicei în avort.

Aceste dureri survin în hipoplazii genitale, hiperflexiuni uterine (retro- sau ante-), stenoze cervicale, procese inflamatorii, fibrom uterin, endometrioză;

f) dureri postmenstruale: sînt mai rare și survin în unele procese inflamatorii, care au fost reactivate de menstruație.

2. Dureri neperiodice sînt:

a) supraacute, paroxistice, de o violență extremă, dau stări sincopale; ele reprezintă tabloul urgențelor ginecologice (abdomen acut ginecologic); survin în: sarcina extrauterină ruptă, piosalpinx perforat, tumori torsionate, ovar sau trompă torsionată, hemoragii, apoplexii genitale;

b) acute: trădează, de obicei, inflamațiile genitale (metroanexite, pelviperitonite), sarcină extrauterină, avort în curs etc.;

c) dureri subacute, de intensitate mai mică, se suportă mai ușor. Se instalează insidios, progresiv și sînt caracteristice pentru tumorile uteroanexiale (fibrom, chist) sau procese inflamatorii subacute;

d) durerile cronice sînt continue, permanente, se exteriorizează la examenul genital, la contact sexual, efort, mers, trepidatii, tuse etc. Au mai mult un caracter de tensiune permanentă în pelvis și exteriorizează, de obicei, procese inflamatorii cronice (metroanexite, celulite), tumori uteroanexiale mai mici, tulburări de statică, plexalgii, retroversii-flexii, prolaps genital.

Iradierea durerii. În ginecologie această iradiere se face după zonele de proiecție Head:

- a) pe zona mediană (8—10 cm) deasupra simfizei și diminuează lateral;

- b) dorsal, pe jumătatea superioară a sacului;
- c) iradieri îndepărtate spre vezicula biliară, stomac, colon, umăr (sarcină extrauterină), membrele inferioare și coccis;
- d) iradieri profunde, proiectate spre fundurile de sac vaginale, Douglas, exacerbate de tușeul vaginal și defecație.

Diagnosticul diferențial al durerii ginecologice se face cu:

- apendicita, colita, rectosigmoidita;
- cistita, cistopielita, colica renoureterală;
- artralгии și osalgii;
- nevralгии, plexalgii.

LEUCOREEA

Leucoreea fiziologică

Cuvîntul leucoree etimologic înseamnă scurgere albă (*leukos* = alb și *rhoia* = curgere). În stare normală toate segmentele aparatului genital feminin au o oarecare secreție (scurgere), dar nu abundentă.

Mucoasa labială se acoperă de o secreție albă cremoasă.

Glandele Bartholin secretă un mucoid incolor, viscos, care se produce mai ales în timpul excitației sexuale.

Mucoasa vaginului, cu toate că nu are glande, furnizează un lichid alb-lăptos cu un pH acid. Această secreție este provenită din transsudația plasmatică și descuamația epitelială a celulelor vaginale. În cursul sarcinii poate exista o leucoree fiziologică de origine vaginală.

Glandele colului uterin secretă o substanță viscoasă, alcalină, asemănătoare cu albușul de ou. Are un pH de 8. Apare numai la femeile adulte între a 12-a și a 16-a zi a ciclului, date între care colul este ușor întredeschis.

În această perioadă, secreția cervicală, numită și gleră, cristalizează pe o lamă sub formă de frunză de ferigă și constituie un test al secreției foliculinice. Progesteronul inhibă capacitatea glandelor de a secreta mucusul. La femeia gravidă sau care alăptează secreția are aspectul unui lichid albicios, gelatinos, cu multe polinucleare.

La tinerele fete această secreție apare la pubertate.

Endometrul, fără glande, conține un lichid alburiu, alcalin, apos, puțin abundent, care nu este altceva decît un filtrat seros cu celule epiteliale.

Trompele sînt umectate de un lichid apos, alcalin, rezultat dintr-un transsudat tubar.

Leucoreea patologică

Are diferite aspecte: de la incolor ca apa, pînă la alb lăptos, galben, galben-verzui sau rozat în cazul în care se amestecă cu sînge. Mirosul este foarte variat; uneori inodoră; devine fetidă la canceroase sau cu miros de urină de șoarece în trichomonioza genitală.

Leucoreea patologică este foarte abundentă, se exteriorizează, își schimbă caracterele, devine supărătoare. De cele mai multe ori este o reacție de apărare contra diferiților agenți patogeni pătrunși în căile genitale. Leucoreea poate fi asociată cu prurit, arsură, durere sau mace-rație.

Etiologia: 1. *Leucoreea microbiană* este consecința unei infecții care poate cuprinde glandele Bartholin, vaginul, colul, uterul, trompele. Dintre infecțiile mai frecvente amintim:

a) *leucoreea gonococică*, care poate fi localizată pe oricare dintre seg-mentele aparatului genital feminin, determinând: bartolinita, vulvovaginita, metroanexita gonococică etc. Ea poate evolua acut sau cronic. În gono-cocia acută, mucoasele sînt congestionate, apare febră, bolnava acuză du-reri. În cea cronică, leucoreea este redusă, de culoare alb-gălbuie, bol-nava prezentînd febră caracteristică gonocociei;

b) *leucoreea negonococică* poate fi determinată de oricare microb can-tonat în căile genitale; apare de obicei după avorturi, nașteri, trauma-tisme sau în cazul unor boli generale, cum ar fi diabetul etc.

2. *Leucoreea parazitară* este produsă de infestarea cu *Trichomonas vaginalis*. Are o culoare alb-verzuie, este aerată, cu miros de mucegai. Mucoasa prezintă puncte hemoragice, bolnava acuză senzație de prurit și usturime. Secreția se exteriorizează și este jenantă pentru bolnavă. Deficitul estrogenic favorizează infestația; de cele mai multe ori parazitul trăiește în asociere cu alți germenii patogeni.

3. *Leucoreea micotică* este produsă de ciuperci de tipul: *Candida albi-cans* etc. Ea este abundentă, are un aspect grunzos caracteristic (albă ca vaselina boricată).

4. *Leucoreea endocrină* este legată de hipofoliculinism care se aso-ciază cu hipoplazia genitală, insuficiențe postinflamatorii, castrări chirur-gicale sau radioterapie precum și cu tulburări de ordin trofic ale mucoa-sei vaginale.

— **Secrețiile purulente vaginale** provin din regiunile învecinate în: osteite, abcese reci (ale sacrului, ale fosei ischiorectale), piometrie, după aplicări de radii.

— **Hidroreea** este o secreție apoasă (se poate confunda cu urina). Ea poate fi de origine vaginală sau uterină (cauzată de un dezechilibru vago-simpatic, sau în hiperexcitații sexuale). Uneori poate fi un simptom de cancer al corpului uterin, a unui fibrom sau endometrite.

HEMORAGIA

Este simptomul cel mai impresionant și mai important, deoarece foarte adesea poate pune în pericol viața femeii.

Hemoragiile genitale pot fi:

Hemoragii vulvovaginale prin: traumatisme, viol, deflorare, acciden-te, căderi etc.; tulburări distrofice, hipoplazii, distrofii, atrofii, inflama-ții tumorale, polipi, cancer, papiloame; agenți chimici sau caustici, endo-metrioza.

Hemoragiile sînt ușor de pus în evidență, locul lor de origine fiind vizibil, fapt care ușurează diagnosticul.

Hemoragiile uterine. *Metroragiile* sînt hemoragii neregulate, care se pot grupa în trei categorii distincte:

1) Metroragii apărute în cursul vieții sexuale, cauzate de avort, sarcină extrauterină, molă hidatiformă, fibrom uterin, chisturi ovariene, endometrite, metroanexite, neoplasme de col sau de corp uterin.

2) Metroragii apărute în timpul menopauzei, care atrag atenția asupra unui proces malign și mai rar asupra unor scleroatrofii senile.

3) Metroragiile mai pot fi determinate de afecțiuni generale: boala mitrală, hipertensiunea arterială și unele discrazii sanguine etc.

— *Menoragiile* sînt hemoragii menstruale prelungite peste 5—7 zile. Se datoresc fie unor afecțiuni genitale (fibrom uterin, polip uterin, neoplasme), fie unor afecțiuni neuroendocrine.

Caracterele metroragiilor:

Aspectul singelui în metroragii poate fi:

— roșu viu în avort, fibrom uterin, polip uterin etc.;

— spălăcit apos în neoplasmul de col uterin, fibroame uterine necrozate sau plăgi necrozate;

— roșu închis negricios în sarcina extrauterină, hematometrie, hematosalpinx, ou mort și reținut;

— roșu cremos în procesele inflamatorii.

Cantitatea singelui pierdut variază de asemenea în raport cu diferitele afecțiuni: redusă în cancerul de col, abundentă în avorturi, fibrom uterin, traumatisme, plăgi ale organelor genitale; capricioasă în ovarul sclerochistic și sarcina extrauterină.

Fenomene care însoțesc hemoragia:

— dureri mai mult sau mai puțin accentuate survin în hipoplazii uterine, stenoza cervicală, noduli fibromatoși;

— dureri sub formă de colici în avort, polipi endocervicali (pe cale de naștere);

— dureri violente în sacina extrauterină, torsiuni de organe;

— starea de anemie acută sau cronică în sarcina extrauterină, fibrom uterin, cancer de col sau de corp uterin;

— temperatura însoțește hemoragiile în procesele inflamatorii.

Cauzele hemoragiilor sînt variate și se pot stabili prin examen clinic și de laborator.

TULBURĂRILE NEUROENDOCRINE

Sînt frecvent întîlnite în ginecologie, fie ca simple disfuncții, fie ca simptome funcționale asociate maladiilor ginecologice.

În primul caz ele sînt expresia dereglării sistemului neuroendocrin genito-hipotalamo-hipofizar.

În al doilea caz, ca tulburări asociate, ele sînt expresia afectării ovarului, endometrului și sistemului hipotalamo-hipofizar de către complexul patologic.

Clinic, se evidențiază prin modificarea tonusului psihonervos și hiperreflectivitate, *consecință fie a insuficienței estrogenice* (insomnii, bufeuri de căldură, cefalee, oboseală, irascibilitate, oligomenoree, calviție, hipoplazie genitală etc.) *fie a unei hiperestrogenii* (congestie genitală

dureroasă, menoragii, congestie mamară premenstruală, mastodinii, hipersecreții genitale, insomnii, agitație etc.).

Aceste tulburări se întâlnesc mai ales la pubertate, preclimax și în menopauză.

La diagnostic ne ajută examinările complexe hormonale de laborator (citovaginal, dozări hormonale, histohormonal etc.).

Modificările morfologice

Biblioteca Institutului de Medicină Iași

Modificările morfologice ale aparatului genitomamar sînt capitale pentru interpretarea simptomelor funcționale și orientarea diagnosticului clinic.

— *Examenul obiectiv al vulvei și perineului* poate depista: ruptură de perineu, hipoplazie vulvară, prolaps genital, vulvovaginită, neoplasm vulvar, bortholinită, kraurozis vulvar, tulburări trofice etc.

— *Examenul vaginului*: malformații, vaginite, ulceratii, neoplasme, tuberculoză etc.

— *Examenul colului uterin* evidențiază: cervicită acută sau cronică, col displazic eroziv, ruptură de col, polip, neoplasm.

— *Examenul uterului*: hipoplazie uterină, malformații uterine, metrită dureroasă, retrodeviații fixate dureroase, fibrom uterin, neoplasm uterin, sarcină, prolaps etc.

— *Examenul anexelor*: anexe îngroșate cu suplețe subnormală, renitente, tumorale cu colecții, infiltrat perianexial, hematocel, duritatea unei peritonite plastice, invazie neoplazică etc.

— *Examenul sînilor*: noduli fibroadenomatoși, mastoză chistică, tumoră indurată cu prinderea ganglionilor (neoplasm), chist mamar, abces mamar etc.