

## Quan ha d'operar-se i quan ha d'irradiar-se un mioma uterí

pel Dr. T. A. Pinós

El mioma uterí és una malaltia en extrem freqüent.

Tot mioma és, primerament, intersticial, o sigui, situat en el gruix de la túnica muscular, l'única diferència està en què la seva implantació sigui a la vora de la serosa o de la mucosa.

El seu creixement, si creixen paral·lelament les parets que l'envolten, serà sempre central, quan el seu creixement és unilateral, per força ha de convertir-se en intragalimentós, subserós o submucós. En totes les formes va acompanyat d'un estat d'hiperèmia i edema dels teixits que no solament es localitza en l'úter, sinó també en els anexos i d'ací la causa del seu disfuncionalisme.

La característica del mioma és la seva multiplicitat i el seu poliformisme, ja que al costat dels miomes en franca evolució es poden trobar altres completament calcificats que solament una anàlisi radiològica pot descobrir. En aquests miomes ja curats pot existir encara una flogosi dels anexos que sostingui les molèsties que la malalta acusa.

Els miomes tenen un creixement molt desigual depenent, en primer lloc, de la seva nutrició i la rapidesa no es podrà mai jutjar abans.

De vegades el seu creixement es queda en zones sense nodrir formant-se àrees de necrosis. Altres passen degeneracions pseudo-quistiques, mucoses o mixomatoses. El mioma està sempre situat dintre una càpsula. Quan creix unilateralment la compressió que aquesta pateix fa que aprimi en el lloc comprimit. Solament es trenca en casos d'esfacel.

Si bé els ovaris obren com causa tròfica dels processos uterins, és un error general esperar la menopausia per la seva curació espontània. L'estat patològic de l'úter manté en un estat d'hiperactivitat els ovaris per augment de rec sanguini, d'ací que la menopausia retardi en fer la seva aparició. Si bé és veritat que la menopausia faci tornar enrera tots els òrgans sexuals femenins com cosa ja inútil, coincidint l'aparició de la menopausia amb la regressió en el tamany del

tumor, no és menys cert que hi ha molts miomes que continuen progressant encara després de l'aparició de la mateixa.

Existeixen, actualment, tres procediments francament curatius del mioma uterí, són la roentgenteràpia, la radiumteràpia i la cirurgia. Les cures hidromineralis així com el tractament medicamentós per les hamamelis, ergotina, etc., no són més que remeis que poden exercir una acció parcial medicamentosa, però de cap manera aturen la marxa de la malaltia.

Al corrent galvànic preconitzat per Apostoli, se li atribueixen certes qualitats curatives i entre els seus defensors s'hi trobava el malaguanyat doctor Far-gas. Segurament són deguts a les propietats hemostàtiques del corrent galvànic els resultats beneficiosos, encara que sempre transitoris, que en casos excepcionals s'observen.

La radioteràpia ha deixat en oblit aquest primitiu procediment.

En l'any 1904, o sigui nou anys després del descobriment dels raigs X, Fourveau de Courmelles presenta en l'Institut de França la primera temptativa de tractament radioteràpic del mioma uterí.

Les seves temptatives foren seguides amb interès creixent, a França.

Aviat ls treballs es multiplicaren, paral·lelament a les tècniques emprades. Actualment són incomptables, però, pràcticament es poden reduir a dues. Les dosis administrades en un temps molt curt, generalment en un o dos dies i les dosis administrades amb temps escalonats, o sigui el sistema de les dosis fraccionades.

El primer procediment o sigui el mètode alemany fou preconitzat per Kronig de Fribourg i aviat li seguiren els treballs de Seitz i Wintz d'Erlaugen.

Segons aquests autors la curació dels fibromes seria degut solament a la castració, i la radioteràpia fóra l'equivalent de l'operació de Battey. L'ideal és donar a 10 cm. de profunditat la dosi de castració en una sola sessió; l'ovarialdosi, estimada pel 30% o bé el 35% de la dosi eritema. Segons els diferents autors, les tècniques i els camps canvien segons cada autor fins en una mateixa localitat, però l'ideal per a tots és obrar fort i ràpid.

N'hi ha prou en recordar les tècniques de Kronig, Seitz i Wintz, Winter, Opitz, etc.

El mètode que es diu francès o el de les dosis petites tingué per introductor un alemany, Abers-Schoenberg, però són els autors francesos els pirms que ho aplicaren en gran escala. Bécclère administra la major part de les dosis en catorze o setze sessions setmanals donant camps segons el tamany de la tumoració. Els resultats obtinguts per Bécclère són definitius i de 700 casos tractats solament presenta quatre casos de resultat negatiu, Iser Salomon s'expressa en mateix sentit. La seva tècnica és una mica més ràpida, però, també, de dosi fraccionada. Tensió emprada és de 120 a 200 kilovolts filtre 1/2 m/m Zn 1 m/m Al. Total de dosi és de 4.000 a 5.000r.

Quin dels dos procediments s'ha d'adoptar?

La teoria alemanya, defensada amb tota claretat per Seitz i Wintz, declara que en el tractament del mioma uterí els raigs X solament és de resultat per la seva acció sobre l'ovari. Després de la castració pels raigs X, la retrogressió del tumor té la mateixa forma que després de la castració quirúrgica o bé després

de la menopausa. Les fibres musculars no són afectes per les dosis que produeix la castració. Segons aquests autors la regressió del tumor no tindria lloc sinó després de cinc o sis mesos de la menopausa radiològica. Segons altres fins després d'un o dos mesos, però tots ells estan d'acord que és degut solament a la destrucció dels ovaris. En contra d'aquestes teories estan la majoria d'autors francesos, els quals han demostrat que la regressió de la tumoració es produeix d'una manera més ràpida que després de la menopausa i han pogut afirmar que aquesta reducció comença molt abans de què hagin desaparegut els fenòmens menstruals.

Segons Bécclère, la reducció de la tumoració uterina quan comença el tractament i moltes vegades en la segona sessió. De setmana en setmana el pol superior de la tumoració s'apropa al puvis i en els casos més favorables aquesta reducció és d'un cm. per setmana. Segons l'opinió d'aquest autor i seguint la tècnica per ell mateix emprada la reducció de la tumoració precedeix en dos o tres mesos a la desaparició de les regles. Podria objectar-se que segurament abans de la total destrucció ovariària aquests disminueixen de la seva capacitat funcional de glàndules de secreció interna i d'aquí la disminució de la tumoració, però aquesta objecció pot fàcilment rebutjar-se, però a vegades fins després i tot de la menopausa, les tumoracions creixen de tamany, malgrat que l'activitat ovàrica està abolida. En aquests casos la radioteràpia produeix els mateixos resultats terapèutics.

Bécclère descriu deu casos d'aquesta naturalesa i Iser Salomon set.

Tan arrelat és el convenciment dels francesos que Nemours, Auguste i Tuffier han tractat els fibromes uterins després de la inclusió dels ovaris en càpsules de plom perquè les radiacions actuïn directament sobre la masa tumoral solament. És veritat que el nombre de malaltes tractades per aquest procediment és molt reduït (tres vegades solament) i que els resultats no són molt encoratjadors, doncs en un cas, la tècnica terapèutica fracassà completament i en els altres dos si bé desapareixeren les metrorràgies el tamany de la tumoració fou exactament el mateix. A més aquesta tècnica és molt complicada ja que a més de la irradiació s'han de practicar dues intervencions. La miomectòmia ens sembla un mètode molt més racional. La tècnica per nosaltres emprada és una tècnica mixta que té més punts de contacte amb la tècnica francesa que amb l'alemanya. Una i altra en la nostra manera de veure i segons les nostres exigències hospitalàries, tenen inconvenients.

En primer lloc i segons el mestre Beclere: Una dosi de castració sola, és suficient? Després d'aquesta dosi segueix sempre l'amenorrea? La menopausa així obtinguda, és sempre permanent?

Una dosi de castració donada en una sola vegada segons la tècnica de Seitz i Wintz en un tant per cent no despreciable de casos no ha estat prou per a produir la castració

Quan es produeix la castració en una sola dosi fins en els casos afortunats l'amenorrea té lloc en molts pocs casos, doncs moltes vegades les metrorràgies tenen lloc dues o tres vegades després del tractament.

La menopausa obtinguda per aquest procediment freqüentment en un 10% en edats per sobre els 40 anys i en un 30% per sota d'aquesta edat, també hi ha

un altre perill i és la falta de regularitat de la dosi de castració, ja que la menopausa és obtinguda en menor dosi per sobre els 40 per sota aquesta edat. Segurament la vitalitat ovàrica té importància capital en aquest assumpte, però no concorda sempre amb la data de naixement, sinó amb l'edat que podríem dir-ne fisiològica de la malalta. També nosaltres hem notat que les dones amb marcat caràcter masculí, la castració és més difícil d'obtenir que en les que tenen un temperament limfoide.

Un altre perill que no s'ha de menysprear és el mal dels raigs, així com l'eritema i la necrosi tardana del teixit celular subcutani, fenòmens que poden aparèixer a dosi tan ràpidament aplicades.

El mètode a petites dosi i setmanals és un mètode molest i pesat per els pacients i no es sap mai quan s'obtindrà la menopausa i quan hi hagi fenòmens de comprensió la reducció de la tumoració és molt lenta. Les metrorràgies contínues durant el tractament són un fenomen desagradable pel metge i pel pacient. Es per aquests motius que nosaltres hem adoptat una tècnica intermitja que a nosaltres ens sembla resolt els inconvenients de l'un i de l'altre procediment.

La tècnica per nosaltres emprada és la següent: Com a filtre, 1/2 m/m Zn, 1 m/m Al, tensió 200 Kv. camp 6x8 ó 12x12 o també camp gran que agafi tota la tumoració segons es tracti de petits miomes intersticials o de grans miomes multilobulats. En el primer cas donem tres camps anteriors i tres posteriors (per matriu i ovaris). En les grans tumoracions fem un sol camp anterior i un altre posterior.

La distància del tub a pell és variable també segons els malalts, i depenen del gruix de les mateixes. És de 23 a 46 cms.

La dosi de castració que nosaltres preferim per a tots els casos, és d'un 40%, l'obtenim amb sis sessions seguides, una diària. Al mes i mig repetim el tractament a fi d'evitar la cessació de la menopausa als cinc o sis mesos d'haver obtingut aquella, així com activar la curació perfecta del mioma uterí ja que pensem que els raigs X no obren solament sobre els ovaris sinó també sobre el teixit neoplàsic.

#### *Quan ha d'irradiar-se i quan ha d'operar-se un mioma uterí?*

Ací tenim una qüestió que encara que sembli resolta dista molt d'ésser-ho. La lluita entre cirurgians i radiòlegs està encara en període àlgid i si uns reclamen la quasi totalitat dels casos els altres pretén curar amb mètodes incruents i per consegüent menys perillosos l'immensa majoria d'ells.

Nosaltres exposem solament, i d'una manera ràpida, les opinions d'alguns actor d'un cantó i d'altre exposant finalment el nostre criteri personal que és base en una sèrie considerable de casos.

En el llibre de ginecologia, signat "Ten Teachers", es preté que la radio-teràpia és un tractament paliatiu s'ha d'aconsellar, solament, per tant, quan l'operació es contraindica. Faure diu que el 30 per 100 de miomes són justificables d'un tractament radiològic. Proust, el 50 per 100.

Segons Forghe, són tributaris de la cirurgia els fibromes de creixement ràpid, els grans tumors, multilobulars, els voluminosos fibromes que pateixen una degeneració quística, els submucosos sesils, els fibromes de petits nòduls múltiples, el fibromes que evolucionen en la part inferior de l'úter, els que presenten metrorràgies abundants i repetides que no cedeixen amb la medicació, els fibromes esfacelats, els fibromes complicats amb lesió anexial i els d'evolució vaginal.

Aquest criteri tan restringit de l'intervenció del radiòleg en el tractament de la malalta que parlem és seguit per quasi tots els cirurgians francesos.

Segons Stoekel s'ha d'operar:

- 1er. En els grans tumors.
- 2n. Quan hi hagi necrosi o sospita de què pot haver-n'hi (indicació vital).
- 3er. Quan el mioma estigui supurat (id.).
- 4rt. Quan hi hagi degeneració sarcomatosa (id.).
- 5nt. En els casos complicats amb altres afeccions que facin necessària l'operació (tumors ovàrics, afeccions anexials, prolapse).
- 6è. Quan no es tingui diagnòstic segur.
- 7è. Quan es creu que pot conservar-se la capacitat funcional de l'úter.
- 8è. Quan la malalta és molt jove, perquè en aquest cas és molt important de conservar la funció ovàrica.
- 9è. En els casos de pòlips submucosos.

Masson de la Mayo Clinic, Rochester, en el seu treball que acaba de publicar diu:

- 1er. Si el fibroma no causa símptomes no cal tractar-lo.
- 2n. La radioteràpia està indicada en totes les malalties de més de 46 anys amb fibromes de menys de 15 cms. de diàmetre, quin principal símptoma siguin les metrorràgies. En les que no volen operar-se. En casos d'úter fibrós o bé en casos d'hemorràgies essencials.
- 3er. El tractament quirúrgic està indicat a la majoria de malalties de menys de 40 anys. En les malalties amb fenòmens de compressió urinària, amb tumors de més de 15 cms. En els tipus pediculars submucosos i subserosos o amb degeneració o inflamació o amb complicacions que requereixen una intervenció.

La miomectòmia abdominal és l'operació elegida en totes les malalties de menys de 40 anys. No obstant, en Alemanya alguns cirurgians ja radiòlegs com Seitz i Wintz, la radioteràpia és solament contraindicada en els tres casos següents: En els miomes piliposos pediculars, en casos de diagnòstics dubtosos i en cas d'haver d'intervenir per qualsevol altra lesió. Per aquests actors no són contraindicacions ni el piosalpinx ni l'estovament quístic ni en els grans fibromes que produeixen compressió. Per Winter solament el 10 per 100 són justificables de l'intervenció.

Kroning i Friedrich de Friburg s'expressen en el mateix sentit.

A. Beclere encara és menys intervencionista, i en un article que publica pregunta si la radioteràpia presenta contraindicacions; de forma semblant s'expressa Iser Salomón.

En la defecció d'irradiar-se o bé operar-se segurament concorreran molts factors, els principals dels quals és el criteri de qui tingui la responsabilitat del tractament i el de la malalta a tractar, però hi ha casos que no hi ha secció, que la forma del tractament està ja decidida per la forma de presentar-se la malaltia, i en aquests casos la discussió no és possible, ells per si sols ja reclamen bé el bisturí del cirurgià o bé la intervenció del radiòleg. Pel mig d'aquests casos extrems hi ha altres que sols el criteri particular podrà resoldre'ls, per exemple, en casos en què es pensi que pot conservar la capacitat funcional de l'úter o bé en els casos de malaltes joves que volen deixar els ovaris perquè compleixin les seves funcions de glàndules endocrines, en aquests casos solament el metge encarregat del tractament pot resoldre en últim terme, ja que la interpretació de la indicació a seguir és molt elàstica. És sabut que l'ovari entra en degeneració una vegada extirpat l'úter.

Hi haurà, doncs, casos essencials quirúrgics, casos essencialment radiològics i casos intermitjos.

En el primer grup correspon a criteri nostre:

- 1er. Els miomes degenerats (la radioteràpia ací hi té una funció preventiva).
- 2n. Els que van acompanyats de malalties que necessiten una intervenció quirúrgica. (Quistos ovàrics, salpingitis, etc.).
- 3er. Els miomes pediculats, subserosos o submucosos.
- 4rt. Els fibromes esfacelats.

Corresponen al tractament radiològic:

1er. Les malaltes molt anèmiques per la gravetat que representa una intervenció.

2n. Quan hi hagi greus malalties orgàniques. (Nefritis, lesions valvulars, tuberculosi pulmonar, edemes marcats, obesitat extrema).

1er. En els casos d'infecció externa.

En els altres casos el criteri serà elàstic, ja que hi ha factors d'apreciació personal.

Segons la nostra estadística, el radiòleg pot curar la quasi totalitat de malalts que cauen en el grup intermig sense necessitat de recórrer al bisturí.