

CONCEPTUL CHIRURGIEI MINIM INVAZIVE - PUNCT DE VEDERE HOLISTIC

Petru Chitulea, dr. în medicină, conf.univ.¹, **Valentin Friptu**, dr.h. în medicină, prof.univ.²
Facultatea de Medicină a Universității din Oradea, România¹, USMF “N. Testemițanu”²

Afecțiunile aparatului genital feminin, de orice natură ar fi ele, indiferent de vârsta sau condiția socială, de nivelul intelectual sau de statutul socioprofesional, au întotdeauna un impact psihologic intens, incomparabil cu alte categorii nosologice.

Dualismul psihosomatic, precum și cel somatopsihic este, poate, mult mai evident decât în alte specialități. Orice îmbolnăvire, orice disfuncție a aparatului genital feminin (chiar minoră) produce un impact psihic extrem de intens.

Organele sexuale ale femeii reprezintă o parte psihologică importantă a schemei corporale, purtând în ele o încărcătură extrem de importantă de semnificații afective, erotice și având un rol determinant în autodefinirea persoanei în grupul micro- și macrosocial din care face parte, precum și în propriii săi ochi. Importanța oricărei “atingeri” care se adresează schemei corporale genitale este trăită de către bolnavă cu o acuitate crescută, care va fi potențată de examinările și tratamentele ginecologice specifice.

Orice afecțiune ginecologică, chiar dacă inițial nu a avut o etiologie psihosomatică, pe parcurs se va încălca progresiv de implicații somatopsihice, iar printr-un feed-back, întotdeauna prezent, evoluția bolii va fi influențată de factori psihosomatici.

Afirmația lui Louis Linn: “Orice boală, fără excepție, conține o componentă emoțională. Acest factor poate varia cantitativ și calitativ de la o boală la altă și în diferite stadii ale unei anumite boli. Nici un bolnav, nu poate fi considerat că este diagnosticat și tratat bine, dacă factorul emoțional nu este luat în seamă” - este de mare actualitate în special în ginecologie.

Astfel, existența unei boli ginecologice grave, care necesită intervenții chirurgicale, uneori mutilante, va afecta grav echilibrul interior al pacientei. Intervenția chirurgicală produce efecte psihologice cu atât mai accentuate, cu cât calea de abord este mai evidentă (inciziile abdominale mediane etc.) sau cu cât operația de exereză este mai largă (histerectomie totală cu anexectomie bilaterală). Acest lucru se datorează influenței pe care o suferă schema corporală a bolnavei, efectul aparent vizibil al intervenției chirurgicale fiind determinant.

Intervențiile chirurgicale în sfera genitală produc cu mult mai multă anxietate decât intervențiile chirurgicale ale altor sisteme și aparate. Marea senzitivitate a aparatului genital, dar și percepția psihică, fac ca senzația dureroasă în această sferă să fie resimțită subiectiv cu o mare intensitate. Iată de ce riscul iatrogenizării în ginecologie este net superior altor specialități, abuzurile terapeutice fiind, de asemenea, mult mai frecvente.

Chirurgia ginecologică din ultimul secol a fost dominată de accentuarea agresivității chirurgilor, pentru care “confortul chirurgical” reprezentat de incizia mare, precum și atingerea scopului terapeutic cât mai direct, cât mai rapid, cât mai spectaculos, a ajuns să fie aproape un scop în sine.

Această atitudine generală, transmisă din generație în generație, reprezintă, în mare parte, pe lângă stabilitatea și siguranța dată de orice dogmă, o “asigurare” a ginecologilor față de complicații - datorate, în general, lipsei de antisepsie, de precaritatea anesteziei și a terapiei intensive, de lipsa antibioticelor eficiente. Respectarea acestor dogme exonera la răspundere medicul, în caz de apariție a complicațiilor imediate, atingerea acestui scop fiind primordial, iar suferința pacientului, precum și consecințele tardive ale intervenției chirurgicale, ieșind din sfera de preocupare a echipei medicale.

Majoritatea acestor complicații s-au substras atenției ginecologilor, pe deoparte, datorită faptului că eventrațiile și ocluziile intestinale erau rezolvate în serviciile de chirurgie generală, iar, pe de altă parte, deoarece, practic, nimeni nu era interesat de suferința psihică, de frustrările, de viața sexuală și, în general, de tot ceea ce reprezintă o consecință psihosomatică a unei chirurgii agresive și triumfătoare atât asupra bolii, cât și, de multe ori, asupra bolnavului.

Din punctul de vedere al pacientului, această agresivitate a chirurgiei ginecologice a dus la încetățenirea unei atitudini negative față de intervenția chirurgicală, a unui sentiment de adevărată oroare și groază în fața verdictului unui diagnostic care implica o intervenție chirurgicală și la încercarea disperată de a se sustrage acesteia prin orice mijloace. Intervenția chirurgicală, mai ales în sfera ginecologică, a fost percepută de către paciente ca o condamnare irevocabilă, ca o sentință tragică, ca un eveniment care încheia în mod tragic un capitol al existenței lor.

Atitudinea “curajoasă” și ofensivă a mării chirurgii ginecologice clasice, dominate de supremația absolută a laparotomiei mediane, a dominat ultima sută de ani. Apariția laparotomiei Pfannenstiel, în anii '30, a inciziei Mouchel în anii '80, precum și a laparotomiei Joel Cohen în anii '90 ai secolului al XX-lea, au însemnat un mare pas înainte în implementarea unei atitudini mai umane, mai blânde și, nu în ultimă instanță, mai eficiente.

Vechiul adagiu, conform căruia incizia mare în chirurgia ginecologică, era sinonimă cu chirurgia mare, a căzut în ziua de azi în desuetudine. Dacă în urmă cu 50-100 de ani abordul chirurgical larg conferea siguranță, rapiditate și vizibilitate bună în operațiile abdominale, în general, în ziua de azi toate aceste avantaje sunt umbrite de spectrul iatrogenizării prin pierderea de sânge, șocul operator, suferința postoperatorie până la complicațiile tardive, care sunt dominate de evențații, dar și de efectele negative pe plan psihosomatic, sexual și funcțional ale cicatricelor postoperatorii mari.

Este un fapt de notorietate creșterea continuă, de natură să atingă și uneori să depășească limita suportabilității economice a societății, a cheltuielilor medicale, care în țările dezvoltate au ajuns să reprezinte între 10-15% din produsul național brut. Acest lucru se datorează, pe de o parte, creșterii complexității și, implicit, a costului actului medical, iar, pe de altă parte, cheltuielilor nejustificate care se explică prin tratarea intensă, agresivă a unei întregi palete de boli psihosomatice. Recunoașterea acestora ca atare și tratarea lor etiopatogenică prin psiho- și socioterapie ar putea economisi o mare parte din bugetele de sănătate ale țărilor dezvoltate și mediu dezvoltate.

Chirurgia minim-invazivă, a cărei parte extrem de importantă, dar nu exclusivă, este chirurgia laparoscopică, definește o atitudine generală, potrivit căreia chirurgul trebuie să-și atingă scopul terapeutic folosind cât mai puține mijloace, cât mai puține gesturi, respectând la maxim integritatea țesuturilor și organelor, folosind cât mai puțin material de sutură și supunând pacientul unei intervenții chirurgicale de o durată și o agresivitate cât mai mică.

Dacă ar fi să dăm o definiție sintetică acestei atitudini generale care face parte, de fapt, din conceptul general al medicinei psihosomatice și holistice, cel mai potrivit ar fi, poate, sloganul lui Mies Van der Rohe, unul din promotorii arhitecturii moderne, care își definea concepția prin sintagma “less is more”, adică: mai puțin este mai mult.

Glosând pe aceeași linie a “corespondentelor” chirurgiei cu arhitectura, precum și a virtuților simplității și a ideilor geniale, nu putem să nu-l cităm pe marele Le Corbusier, care spunea: “linia dreaptă este gândul lui Dumnezeu”.

Chirurgia laparoscopică corespunde, în mare parte, dezideratelor citate, poate, cu excepția timpului de intervenție, acesta fiind minimizat în ultimul timp prin tehnici laparoscopice alternative, cum ar fi: chirurgia vaginală asistată laparoscopic, laparoscopia asistată cu mâna (*hand assisted laparoscopy*), minihidrolaparoscopia lui Ivo Brossens sau laparoscopia fără gaz (*gas less laparoscopy*) a lui Daniel Kruschinsky.

Toate aceste tehnici, care înglobează o cantitate imensă de creativitate, inteligență și fantezie, servesc în final unui singur scop: binele bolnavului. Astfel, această nouă concepție nu servește numai scopului evident al intervenției chirurgicale, de exemplu, extirpării unei tumori, ci ia în considerație interesul mult mai general al bolnavului, reprezentat nu numai de scopul îngust al “chirurgiei de organ”.

În ultimul deceniu a devenit din ce în ce mai evident faptul că nu “medicul vindecă plaga operatorie”, ci toate manoperele chirurgicale, iar reconstrucția chirurgicală nu trebuie decât să permită organismului “să se vindece singur”. Astfel, s-a constatat că inciziile mai mici, eventual multiple, suturile care nu trebuie decât să producă o afrontare minimală, precum și lipsa totală a peritonizării, deși

încălcau flagrant dogmele chirurgiei clasice, produceau vindecări mai rapide, suferință postoperatorie mai puțină, sindroame aderențiale minime, precum și cicatrici mai solide.

Ofensiva triumfală a laparoscopiei ginecologice, începută de Kurt Sem la sfârșitul anilor '50, care a luat un avânt ieșit din comun începând cu sfârșitul anilor '80, nu a făcut decât să completeze și să întărească această nouă atitudine, care s-a încetățenit, mai ales, în practica noii generații de chirurghi ginecologi.

Studiile psihologice recente au arătat faptul că pe lângă sentimentul “de pierdere” reprezentat de conștientizarea histerectomiei, cicatricea abdominală evidentă (mediană) are un impact psihologic, psihosomatic și psihosexual major asupra schemei corporale și identității psihologice a pacientelor.

În aceste cazuri histerectomia pe cale vaginală, pe cale laparoscopică sau chiar prin laparatomii transversale joase (Pfannenstiel, Joel Cohen), este mult mai ușor acceptată de către paciente, percepția subiectivă a durerii postoperatorii este mult mai bună, mobilizarea post-operatorie mai precoce, reinsertia socială mai bună, iar calitatea subiectivă a vieții sexuale post-operatorii este considerată bună sau foarte bună de peste 80% din paciente.

Frica față de intervenția chirurgicală, pe lângă suferința psihică evidentă, are efecte extrem de negative asupra adresabilității pacientelor, acestea amânând în mod nejustificat și periculos atât momentul consultației medicale (de frica unui verdict chirurgical), cât și momentul operației, cu consecințe dezastruoase asupra prognosticului bolii, asupra complexității intervenției, cât și asupra costurilor medicale, sociale și economice.

Astfel, schimbarea de atitudine, care a început să se producă la sfârșitul anilor '80 în direcția chirurgiei minimal-invazive, începe să aibă nu numai consecințe directe asupra modului de a opera al chirurgilor, ci și o serie de consecințe mult mai subtile, dar poate mai importante asupra atitudinii pacienților în fața bolii, a adresabilității la medic și a intervenției chirurgicale, atât din punctul de vedere al creșterii acceptanței față de aceasta cât și a precocității ei.

Chirurgia minimal-invazivă, în general, și chirurgia laparoscopică, în special, reprezintă nu numai un mod mai fiziologic, mai blând și mai uman al tratamentului chirurgical, ci și un mod mult mai economic, cu costuri financiare și sociale mai scăzute de tratare a bolnavilor chirurgicali, datorită vindecării mai rapide, suferinței postoperatorii mai reduse (analgezie mai redusă și durată mai scurtă), reducerii ratei complicațiilor imediate, dar mai ales tardive.

Asistăm, astfel, în ultimul deceniu, la un avânt nemaintâlnit până acuma al chirurgiei ginecologice, datorat “simplității” intervențiilor laparoscopice diagnostice și curative, la o largire fără precedent a indicațiilor laparoscopiei și la o acceptanță aproape nelimitată a pacientelor față de aceasta. Simplul fapt că intervenția laparoscopică nu lasă cicatrici evidente pe abdomen a schimbat în mod radical atitudinea pacientelor față de tratamentul chirurgical.

Numărul de intervenții chirurgicale laparoscopice în ultimii 10-15 ani a crescut în țările dezvoltate în progresie geometrică, având avantajul inutil de argumentat al diagnosticului și terapiei precoce, pe de o parte, dar dechizând, pe de altă parte, și “poarta infernală” a abuzurilor terapeutice.

Creșterea încrederii pacientelor în posibilitățile chirurgiei laparoscopice, pe lângă avantajele evidente legate de acceptanța actului chirurgical și de precocitatea instituirii tratamentului, prezintă și un efect psihologic de “bumerang”. Acest “revers al medaliei” este reprezentat tocmai de încrederea exagerată în medic și de posibilitățile sale terapeutice (percepute ca nelimitate), în reversibilitatea și repetabilitatea la infinit a intervențiilor chirurgicale laparoscopice, în considerarea acestora ca fiind intervenții de o inocuitate absolută, posibilitatea aparițiilor unor complicații intra sau postoperatorii fiind considerate, practic, excluse.

Această atitudine idealizantă asupra chirurgiei moderne, în general, precum și asupra chirurgiei laparoscopice, în special, începe să pună probleme din ce în ce mai acute din punctul de vedere al expectanței exagerate a pacientelor față de intervenția chirurgicală și medicul curant.

Dacă cu câteva decenii în urma oricărui intervenție chirurgicală era privită de către paciente ca o potențială “condamnare la moarte”, iar fiecare succes terapeutic ca o “minune” înfăptuită de medic, în ultimul timp situația s-a inversat, intervenția chirurgicală purtând în sine garanția succesului absolut, iar orice eșec terapeutic, chiar parțial, fiind considerat inacceptabil și imputabil operatorului.

Această expectanță exagerată este caracteristică pacientelor din mediul urban cu standarde so-

ciale economice și educaționale peste medie, la aceasta contribuind, în mare măsură, reflectarea pozitivă și extrem de optimistă în mass-media a unor evenimente medicale de excepție, care tind să fie percepute ca intervenții medicale de rutină.

Cicatricile abdominale practic invizibile, durerea postoperatorie aproape inexistentă, spitalizarea de scurtă durată, vindecarea rapidă, posibilitatea reluării precoce a activităților profesionale precum și a vieții sexuale repezintă avantaje reale, care însă suferă o amplificare psihologică ce transcede limitele raționale ale acestora, orice eveniment negativ care contrazice această expectanță fiind surprinzător și inacceptabil pentru pacientă, pentru familia acesteia, și, în general, pentru opinia publică.

Această expectanță pozitivă reprezintă, în mare parte, un adjuvant psihosomatic important al tratamentului medical. Dacă frica de durere este unul dintre factorii cei mai negativi în ceea ce privește percepția însăși a durerii postoperatorii, reversul acesteia reprezintă un adjuvant extrem de valoros în terapia psihosomatică a acestor paciente.

Această pendulare între un optimist exagerat și vechile angoase vis-à-vis de intervenția chirurgicală trebuie în mod necesar să fie adusă la o situație de echilibru rațional și rezonabil de către medicul curant și/sau psihologul care nu ar trebui să lipsească din nici un serviciu de obstetrică-ginecologie cu pretenții.

Impactul psihic al chirurgiei ginecologice, de o importanță inutil de argumentat, trebuie să se afle permanent în atenția echipelor complexe din serviciile de chirurgie ginecologică, neglijarea lui prezentând o carență importantă a actului terapeutic global.

Experiența acumulată în domeniu demonstrează că acest impact psihosomatic pare a fi estompat, pe de o parte, de beneficiile somatice evidente ale actului chirurgical și pe de altă parte, de conștiința eliberării de sub amenințarea și presiunea unei patologii, de cele mai multe ori majore.

Atitudinea pozitiv-activă a pacientelor operate laparoscopic în fața reinsertiei lor socio-profesionale, dar și psihosexuale, constituie o premisă importantă a unei psihoterapii adecvate și tempestive pre- și postoperatorii.

Considerăm că ameliorarea relației medic-bolnav, educarea conștientă și pertinentă a unei atitudini holistice, umaniste, deci, în ultimă instanță, bazate pe principiile unei atitudini psihosomatice, reprezintă condiția absolut necesară unei ameliorări globale a calității actului medical. Dacă această aserțiune este adevărată și valabilă în orice domeniu al medicinei, în chirurgia ginecologică este cu atât mai actuală și putem spune că o considerăm capitală.

Concluziile pe care le putem trage din investigarea aspectelor psihosomatice ale chirurgiei minimal-invazive, deși fragmentare, constituie, de fapt, o prefigurare a dezideratelor complexe care stau în fața medicinei mileniului III.

Suntem de opinia că sunt necesare constituirea, într-un viitor apropiat în serviciile de chirurgie ginecologică, a unor echipe complexe formate din chirurghi, anesteziști, psihologi, kineziterapeuți, precum și o schimbare radicală și globală a atitudinii actuale de “medici tehnicieni”, specializați în “repararea” organelor genitale feminine.

Iată de ce considerăm imperios necesară o schimbare de stil radicală în învățământul medical de toate gradele și crearea unui curent general, a unei atitudini generale psihosomatice și holistice în rândul corpului medical.

Bibliografie selectivă

1. Alan G.Gordon, Patrick J.Taylor, *Practical laparoscopy*, Blackwell Scientific Publications.
2. B.Courbiere, X.Carcopino, *Gynecologie, Obstetrique*, Nouvelle Edition, Paris, 2006-2007.
3. *Current issues in Obstetrics and Gynaecology*, Oxford University Press, 1996.
4. James Drife, Brian Magowan, *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, Saunders, 2002.

Rezumat

Lucrarea prezentă familiarizează opinia medicală cu prioritățile intervențiilor laparoscopice în chirurgia ginecologică vis-à-vis de intervențiile radicale.

Chirurgia minim-invazivă, a cărei parte extrem de importantă, dar nu exclusivă, este chirurgia laparoscopică, definește o atitudine generală, potrivit căreia chirurgul trebuie să-și atingă scopul terapeutic folosind cât mai puține mijloace, gesturi, respectând la maxim integritatea țesuturilor și organelor, utilizând cât mai puțin material de sutură și supunând pacientul unei intervenții chirurgicale de o durată și o agresivitate cât mai mică.

Ofensiva triumfală a laparoscopiei ginecologice, începută de Kurt Sem la sfârșitul anilor '50, care a luat un avânt ieșit din comun începând cu sfârșitul anilor '80, nu a făcut decât să completeze și să întărească această nouă atitudine care s-a încetățenit, mai ales, în practica noii generații de chirurși ginecologi.

Summary

This review synthesizes available data on the psycho-somatic aspects of the radical surgery in gynaecology. We also discuss the psychological effects of minimal-invasive (laparoscopic) surgery on quality of life in women, with recommendations for future improve of the quality of medical care.

The minimal – invasive surgery, an important part of which is laparoscopy, provides a general attitude of the surgeon, respecting the integrity of the tissues and organs and performing a surgical intervention with minimal aggressiveness.

The psychological impact of gynaecological surgery is increasingly dictating the interdigitation of multiple disciplines, including surgery, anaesthesiology and psychology.

IMPORTANȚA METODELOR MOLECULAR-GENETICE ÎN DIAGNOSTICUL HEMOFILIEI A ȘI B ÎN MOLDOVA

Natalia Șirocova, cercet. științ. stagiar,
Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală

Hemofiliile A și B reprezintă maladii X-lincate ale sângelui, provocate de activitatea deficitară a factorilor de coagulare FVIII sau FIX, cauzate de afectarea genelor respective. Incidența hemofiliei A în majoritatea populațiilor studiate este de 1:5000 băieți, fiind de 4-5 ori mai frecventă decât hemofilia B [1]. Sindromul hemoragic în cazurile de hemofilie se deosebește prin hemartroze spontane, hematome intramusculare, hemoragii intracraniale și pierderi abundente de sânge, provocate de traume minore, proceduri invazive și stomatologice. Hemofilia afectează predominant bărbații, pe când la 10-15% femeii-purtătoare este scăzută cantitatea factorului de coagulare, ce se manifestă printr-o hemoragie moderată. Într-o familie maladia poate fi prezentată în câteva generații, cu toate că aproximativ în jumătate de cazuri se prezintă "de novo" fără manifestări clinico-genetice precedente. În majoritatea familiilor surorile, tantele și cuzinele sunt purtătoarele posibile ale hemofiliei și singura cale de a depista maladia este de a efectua analiza genealogică și genomică. Apariția unui copil bolnav este legată de mari cheltuieli sociale, în acest context crește actualitatea genoprofilaxiei a hemofiliei și a sporirii eficacității de prevenire a cazurilor repetate ale maladii în familiile afectate.

În prezent sunt elaborate metode molecular-genetice de diagnostic al maladii date. Hemofiliile sunt rezultatul diferitor mutații în ADN-ul genelor factorilor VIII sau IX. În așa fel, dezvoltarea metodelor de diagnostic molecular, de genotipare și depistare a schimbărilor ce se produc în familiile afectate de hemofilie face posibilă o determinare precisă a stării de purtător al acestor maladii. Există două metode de diagnostic molecular: investigarea directă a ADN-ului și indirectă. Metoda investigării directe a ADN-ului include analiza mutațională, scanarea mutațiilor și determinarea secvenței primare. Metoda indirectă se bazează pe determinarea a două tipuri de polimorfisme: polimorfisme