

Natalia Bursacovschi
TRAUMATISMUL OBSTETRICAL ÎN DECESUL INTRAUTERIN AL FĂTULUI LA TERMEN
IMSP Institutul Mamei și Copilului (Director – dr. șt. med., conf. univ. S. Gladun)

SUMMARY

MATERNAL TRAUMA IN STILLBIRTH AT TERM

Keywords: stillbirth, mature fetus, delivery, obstetrical trauma

Background. *The diagnosis of intrauterine fetal demise puts the task to the obstetrician-gynecologist of choosing the method of delivery with minimal consequences and complications for the mother.*

Material and methods. *A case-control retrospective study was conducted, which included 82 cases of stillbirth at term, registered in the IMC in the period from January 2013 to June 2017. The control group consisted of 175 live births, which took place on the same day, immediately before or after stillbirth.*

Main results. *Of all the stillborns, within 4 years and a half, 12.2% (abs = 10) died intrauterine during labor. There is no statistically significant difference in the influence of the time of death (ante or intrapartum) on the choice of method of delivery. By cesarean section, 12.2% of all stillbirths were born. The latter is performed on strict urgent indications, such as premature detachment of the normally located placenta, acute fetal hypoxia, eclampsia and severe preeclampsia. It was shown that the birth of a dead fetus is not more traumatic for the mother. Moreover, the chances that labor will result in an episiotomy (OR = 0.08, 95% CI 0.01-0.61) and cervical rupture (OR = 0.49, 95% CI 0.26-0.92) are reduced for delivery with a stillborn.*

Conclusions. *In more than 85% of cases, pregnancy complicated by intrauterine fetal death is delivered through natural birth canals. The birth of a mature is not more traumatic for the mother as compared to the birth of a live fetus. In a small percentage of cases, a caesarean section on a dead fetus is inevitable and is dictated by maternal indications (placental abruption - 3.7%, eclampsia or severe preeclampsia 1.2%, 2.4% - fetal transverse position).*

РЕЗЮМЕ

МАТЕРИНСКИЙ ТРАВМАТИЗМ ПРИ МЕРТВОРОЖДЕНИИ В СРОК

Ключевые слова: мертворождение, зрелый плод, родоразрешение, акушерская травма.

Введение. *Постановка диагноза внутриутробной гибели плода ставит перед акушер-гинекологом задачу выбрать метод родоразрешения с минимальными последствиями и осложнениями для матери.*

Материал и методы. *Проведено ретроспективное исследование по типу случай-контроль, в которое включило 82 случая мертворождения в срок, зарегистрированные в ЦМиР в период с января 2013 года по июнь 2017 года. Контрольную группу составили 175 родов живым плодом, которые были родоразрешены в тот же день, непосредственно до или после родов мертвым плодом.*

Результаты и обсуждение. *Из всех мертворожденных в срок в течение 4 лет с половиной 12,2% (abs = 10) умерли во внутриутробно во время родов. Не существует статистически значимой разницы во влиянии времени смерти (анте или интранатально) на выбор метода родоразрешения. Путем кесарева сечения появились на свет 12,2% всех мертворожденных. Последнее выполняется по строгим срочным показаниям, таким как преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, острая гипоксия плода, эклампсия и тяжелая преэклампсия др. Было показано, что рождение мертвого плода не является более травматичным для матери. Более того, шансы, что роды закончатся эпизиотомией (OR = 0,08, 95% ДИ 0,01-0,61) и разрывом шейки матки (OR = 0,49, 95% ДИ 0,26-0,92) снижены для родов мертвым плодом.*

Выводы. *В более чем 85% случаев беременность, осложненная внутриутробной смертью плода, родоразрешается через естественные родовые пути. Роды зрелым мертвым плодом не являются более травматичными для матери по сравнению с родами живым плодом. В небольшом проценте случаев мертворождения в срок операция кесарева неизбежна и диктуется материнскими показаниями (отслойка плаценты - 3,7%, эклампсия или тяжелая преэклампсия 1,2%, 2,4% - запущенное поперечная положение плода).*

Introducere. Cazurile de mortinatalitate sunt unele dintre cele mai importante rezultate nefavorabile ale sarcinii, însă insuficient înțelese și recunoscute[1]. Stabili-

rea diagnosticului de deces intrauterin al fătului impune pe obstetrician de a alege metoda de rezolvare a sarcinii cu consecințe și complicații minime pentru mamă.

Scopul acestei lucrări a fost elucidarea aspectului traumatizant al nașterilor cu feți morți maturi și a metodelor acceptabile de terminare a sarcinii.

Material și metode.

Pentru atingerea scopului s-a efectuat un studiu retrospectiv de tip caz-control. Volumul eșantionului reprezentativ a inclus numărul total de nașteri cu feți mort-născuți la termen (scorul Apgar 0 puncte la minutul unu și a cincea de viață), înregistrat în IMSP Institutul Mamei și Copilului (IMȘIC) într-o perioadă de 4,5 ani (ianuarie 2013- iunie 2017). Grupul de control l-au constituit nașteri cu feți vii la termen din sarcini monofetale în incinta IMȘIC. La termen a fost considerat fătul născut la a 37⁺⁰ săptămână obstetricală, sau 259 zile de amenoree. Studiul actual a fost limitat în mod intenționat numai de IMȘIC. Astfel, toate gravidele incluse în cercetare au avut condiții asemănătoare ceea ce privește rezolvarea sarcinii. La aceste condiții se referă baza tehnico-materială, prezența în timpul turei a cel puțin 3 medici obstetricieni-ginecologi și 2 medici-anesteziologi, precum și accesul 24 din 24 ore la blocul operator. În perioada de timp sus-numită în IMȘIC s-au înregistrat 82 de feți mort-născuți la termen, ei constituind lotul de studiu (L₁). Lotul de control (L₀) a inclus 175 de nașteri cu feți vii la termen, care au fost rezolvați în aceeași zi, înainte sau după înregistrarea nașterii unui făt decedat intrauterin. Pentru obținerea informației necesare a fost studiată documentația medicală: fișa bolnavului de staționar (formularul 001-1/e), rezultatele studiului histopatologic

al placentei și anexelor (formularul 014/e), datele necropsiei mort-născutului, precum și autopsia verbală cu pacienta în prezența dorinței ei și acordului informat semnat. Colectarea datelor s-a efectuat cu ajutorul unui chestionar special elaborat. Crearea bazei de date și prelucrarea statistică s-au efectuat prin intermediul programului IBM SPSS Statistics 20, MS Excel și Epi Info 7.

Rezultate și discuții.

Modul de terminare a sarcinii.

După datele istorice, operația cezariană se efectua în caz de deces al femeii în timpul nașterii, în scopul salvării vieții fătului. Prima operație cezariană în naștere la o femeie vie a fost efectuată în anul 1610, în orașul Vittenberg, de către obstetricianul german I. Trautman [2, p. 22]. Obstetrica contemporană evidențiază 3 grupe de indicații pentru operație cezariană: indicații fetale, indicații materne și indicații mixte materno-fetale. Decesul constatat intrauterin al fătului exclude un grup mare de indicații pentru rezolvarea sarcinii prin abord abdominal deschis, acestea fiind cele fetale. Excepția o face numai decesul intrauterin al unui făt din duplex. În acest caz operația cezariană se efectuează în interesul fătului viu din duplex. În alte situații, singura cale rezonabilă pentru terminarea sarcinii în cazul decesului ”in utero” al fătului este cea *per vias naturalis*, desigur în lipsa indicațiilor materne. Această regulă își confirmă actualitatea și în cadrul IMȘIC (tab.1).

Tabelul 1.

Modul de terminare a sarcinii în loturile și subloturile de studiu

Lotul de studiu	Per vias naturalis		Operație cezariană		Raportul probabilității (OR)	Interval de încredere (CI)
	abs	%	Abs	%		
Lotul de bază (mort-născuți, n=82)	72	87,8	10	12,2	0,36	0,17-0,75
Lotul de control (vii-născuți, n=175)	126	72,0	49	28,0	2,8	1,34-5,86
Sublotul I (decedați antenatal, n=72)	64	88,9	8	11,1	2,0	0,35-11,1
Sublotul II (decedați intrapartum, n=10)	8	80,0	2	20,0	0,5	0,09-2,78

Datele prelucrării statistice confirmă faptul că pacientele, la care s-a stabilit diagnosticul de deces intrauterin al fătului la termen sunt supuse unui risc mai mic de 3 ori de rezolvare a sarcinii prin operație cezariană, în comparație cu grupul de control (OR=0,36, 95% ÎI 0,17-0,75).

Din numărul total de mort-născuți înregistrați în IMȘIC în interval de 4 ani și jumătate, 12,2% (abs.=10) au decedat intrauterin în timpul travaliului. Nu există diferență statistic semnificativă în privința influențării momentului decesului (ante- sau intrapartum) asupra modului finisării sarcinii. Mai mult de jumătate de

nașteri cu feți decedați ”in utero” au fost induse printr-o modalitate sau alta (tab. 2). În special, inducerea s-a impus în necesitatea rezolvării sarcinii din motivul decesului intrauterin al fătului (în 87,5% de cazuri s-a constatat decesul fătului înainte de debutul spontan al travaliului).

În IMȘIC, în perioada de timp analizată, în cazul complicării sarcinii cu deces intrauterin al fătului la termen a predominat declanșarea medicamentoasă a travaliului utilizând un analog sintetic al prostaglandinei E₁ (misoprostol), un preparat sintetic steroid anti-gestagen (mifepriston) sau asocierea acestora.

Tabelul 2.
Modalitatea de inducție a travaliului în lotul de studiu (n=82)

Modalitate	Abs	%
Misoprostol	18	21,7
Mifepriston	6	7,4
Mifepriston+Misoprostol	12	14,7
Misoprostol+Amniotomie	2	2,4
Mifepriston+Amniotomie	1	1,2
Amniotomie	5	6,1
Informație indisponibilă	6	7,4
Nu a necesitat inducție	32	39,1
Total	82	100,0

Indicațiile pentru operație cezariană.

În total, printre feții decedați in utero 12,2% au fost extrași prin intermediul operației cezariene. Vom menționa că această intervenție este în mare parte inevitabilă și se efectuează la indicații stricte urgente, precum decolarea precoce de placenta normal inserată, suferința fetală gravă, preeclampsia severă și eclampsia etc. (Fig. 2).

Excepția o reprezintă poziția transversă neglijată a fătului, atunci când operația destructivă pentru facilitarea nașterii (embriotomia) ar putea evita operația cezariană. Numai 2,4% (abs=2) de nașteri cu făt la termen decedat intrauterin au fost rezolvate *per vias naturalis* prin aplicarea manevrelor obstetricale destructive.

Fig. 1. Indicațiile pentru operație cezariană pe făt la termen decedat intrauterin

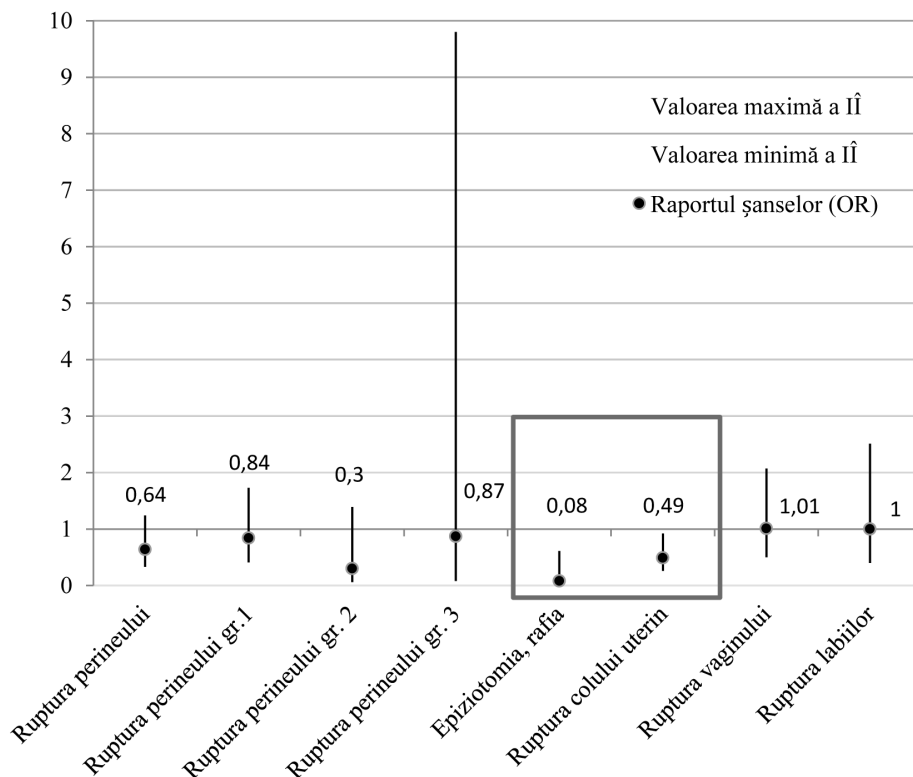
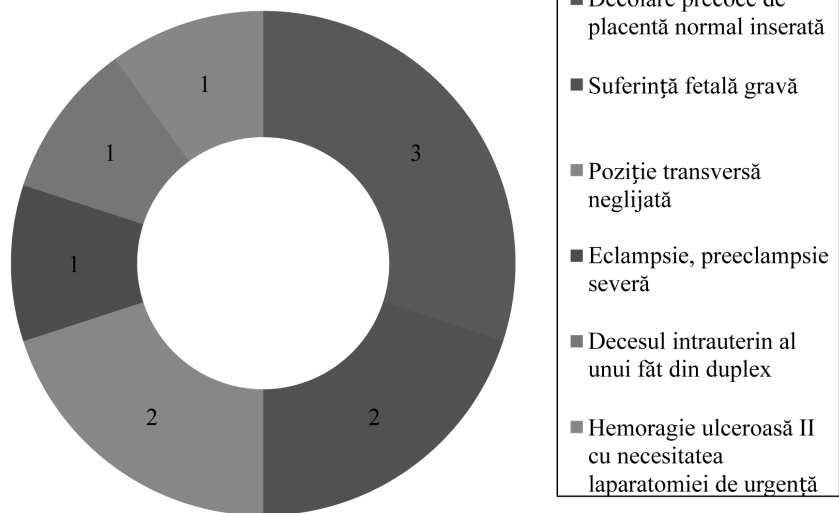


Fig. 2 Riscuri de traumatism obstetrical matern în naștere cu făt decedat "in utero"

Sistarea completă a funcției reproductive feminine după naștere cu făt mort intrauterin se întâlnește rar. Într-un singur caz s-a efectuat histerectomia după operație cezariană pe făt mort la termen ca tratament radical al hemoragiei în urma decolării precoce a placentei normal inserate.

Traumatismul obstetrical matern.

Am analizat consecințele nașterilor cu făt matur decedat intrauterin în aspectul traumatismului obstetrical matern. (tab.2). În cadrul studiului ne-am propus să răspundem la următoarea întrebare: ”Este nașterea cu făt la termen decedat intrauterin asociată cu traumatism obstetrical sporit?”. Pentru aceasta, am înaintat ipoteza alternativă: nașterile ce se termină cu caz de mortalitate la termen sunt asociate cu traumatism obstetrical matern. Dovada sau respingerea ipotezei necesită calcularea raportului șanselor utilizând tabelul de contingență (Fig. 2).

Un raport al șanselor mai mare de 1,0 ar putea sugera că nașterea ce se termină cu caz de mortalitate este asociată cu traumatism matern, însă prelucrarea statistică a datelor a demonstrat contrariul. Raportul șanselor tinde să aibă valoarea până 1,0 pentru majoritatea traumelor căilor de naștere, astfel decesul fătului ar putea fi numit ”un factor de protecție” în privința traumatismului în naștere. Însă intervalul de încredere este egal cu 1,0, astfel rezultatul este indiferent din punct de vedere statistic. Excepția o face epiziotomia (OR = 0,08, 95% ÎI 0,01-0,61), fiind un traumatism iatrogen, și lacerarea colului uterin de origine obstetricală. Aplicarea mai pe larg a epiziotomiei în grupul de nașteri cu feți vii este logic explicabilă prin utilizarea mai pe larg a extracției pneumatice în suferință fetală, facilitarea nașterii căpușorului în cazul prezentației pelviene ș.a. Riscul ca în timpul naș-

terii cu făt mort să se producă leziunea colului uterin este de 2 ori mai mic, în comparație cu nașterea cu un făt viu (OR=0,49, 95% 0,26-0,92). Cazuri de inversie sau ruptura uterină în sarcini cu făt mort ”in utero” nu au existat în perioada studiată. Ipoteza înaintată este respinsă.

Concluzii:

1. În mai mult de 85% de cazuri sarcinile complicate cu decesul intrauterin al fătului la termen sunt rezolvate *per vias naturalis*.

2. Nașterea cu deces intrauterin al fătului la termen nu este una mai traumatizantă pentru mamă în aspect obstetrical, în comparație cu nașterea cu feți vii.

3. Într-un procent mic efectuarea operației cezariene pe făt mort este inevitabilă, fiind impusă de interese materne (decolarea de placenta – 3,7%, eclampsia sau preeclampsia severă - 1,2%, poziția transversă neglijată-2,4%).

Recomandări: În cazul decesului intrauterin al fătului la termen nașterea *per vias naturalis* ar trebui să fie o metodă prioritară de rezolvare a sarcinii din considerentul că nu aduce în sine un traumatism obstetrical matern sporit, fapt confirmat prin prelucrarea statistică a datelor. Lărgirea indicațiilor pentru efectuarea procedurilor destructive cu scopul facilitării nașterii poate să reducă rata operației cezariene pe făt decedat intrauterin.

Bibliografie:

1. Jay E Lawn et al.. Stillbirth: Where? When? Why? How to make the data count? In: The Lancet. Stillbirths, April 2011, p. 49-64
2. Paladi Gh., Cernețchi O. Bazele Obstetricii Fiziologice. Manual. Vol. 1. Chișinău, Medicina, 2006, 566p.