

ROLUL CHIRURGIEI MINIMAL INVAZIVE ÎN DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL SALPINGITELOR ACUTE

Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi, Uliana Tabuica, Iana Gaevskaia

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

Șef catedră, profesor universitar, d.h.ș.m – Olga Cernetchi

Summary

Laparoscopy in diagnosis and treatment of acute salpingitis

This article includes retrospective study results on 156 clinical observation cards of the women with acute salpingitis (AS). Study results demonstrated the practical importance of introduction into clinical practice of complex treatment method of acute salpingitis combining laparoscopy surgical and medical treatment possibilities. It was determined that given the duration of treatment varies depending on the method used, decreasing patients who used the drug to endoscopic treatment $5,59 \pm 5,00$ days (on average) compared with $12,02 \pm 5,13$ days after drug treatment, that lead to decreasing hospitalization time.

Rezumat

În articolul dat sînt prezentate rezultatele unui studiu retrospectiv, efectuat pe analiza a 156 fișe de observație clinică a ginecopatelor cu salpingita acută (SA). Reeșind din rezultatele studiului s-a constatat că metoda laparoscopică aplicată în diagnosticul și tratamentul salpingitelor acute are un șir de avantaje comparativ cu metoda conservativă și trebuie să fie inclusă în algoritmul diagnostic și de tratament al salpingitelor acute.

S-a determinat că durata tratamentului variază în dependență de metoda utilizată, micșorându-se până la $5,59 \pm 5,00$ zile la pacientele care au folosit tratament endoscopic+medicamentos, comparativ cu $12,02 \pm 5,13$ zile după tratament medicamentos, cea ce a condus la micșorarea duratei spitalizării.

Actualitatea studiului

Conform datelor literaturii de specialitate boala inflamatorie pelvină rămâne a fi una din cele mai frecvente forme de afectare a organelor genitale feminine. Cîrcă 60-65% din numărul femeilor care se adresează la medicul ginecolog suferă fie de un proces inflamator, fie de o consecință a lui [5,6].

Peste 50% din numărul femeilor internate în secțiile de ginecologie prezintă o patologie inflamatorie sau acuză sterilitate. În ultimele decenii incidența maximală a BIP, conform datelor lui Bell T.(1992), Strijacov A. (1996) s-a deplasat către debutul realizării funcției reproductive, predominând grupele de femei de la 19 până la 24 ani și de la 25 până la 29 ani, preponderent fiind afectate femeile nulipare.

Această paritate în lupta cu procesele inflamatorii e cauzată, și de continua adaptare ai agenților patogeni la metodele curative aplicate. În peste 2/3 de cazuri ca factor etiologic în procesele inflamatorii se depistează asociațiile microbiene. Unii agenți ce în trecut dominau în provocarea maladiei inflamatorii pelvine, ca Stafilococul, Neiseria gonorrhoea și etc., astăzi se întîlnesc tot mai rar, și invers Chlamidia Trachomatis, Micoplazma, Trihomonas vaginalis, virusurile cu tropizm genital insistent deplasează celelalte organisme din topul incidenței (Melly M.A 1994, Paavonen J., Teisala K., Heinonnen P.K. 1997, Strijacov A.N. 1996).

Asupra acestui fapt și-au lăsat amprenta perturbările sociale din ultimul timp, intensificarea migrației populației, neglițarea unor principii morale ferme în trecut, începutul timpuriu al vieții sexuale, raporturile sexuale cu câțiva parteneri, sporirea numărului de cazuri de suportare a

maladiilor sexual transmisibile, mărirea numărului de avorturi, inclusiv la primigeste, cunoștințele insuficiente despre contracepție, utilizarea tipului de contracepție incorect ales, adresarea tardivă după ajutor medical și multe altele. [1,5]

Un alt factor de risc de apariție a BIP este purtatea dispozitivului intrauterin (DIU), deoarece acesta are capacitatea de a coloniza pe sine diverse microorganisme. Deja peste 2 zile după plasarea DIU considerabil crește gradul de infectare a uterului. Femeile purtătoare de sterilet suportă maladii inflamatorii ale organelor genitale de 5 ori mai frecvent decât cele care utilizează alte metode de contracepție [11, 12].

De la 68% până la 84% din numărul cazurilor de sterilitate feminină sunt de origine tubară, survenind preponderent după suportarea unui epizod de proces inflamator acut. A sporit considerabil frecvența sarcinilor extrauterine. Un prim epizod de salpingită acută, care în structura ginecopatiilor, după datele diversilor autori, alcătuiesc 7-11%, va lăsa la fiecare a patra pacientă sechele manifestate prin infertilitate, sporirea frecvenței sarcinii ectopice, algii pelviene de durată și posibilitatea evoluției cronice cu consecințe și mai dramatice. Salpingitele acute constituie principala BIP și atrag partea maximă a îngrijirilor și cheltuielilor medicale. Un diagnostic precoce și un tratament bine chibzuit ar putea influența asupra agresivității acestui proces cu păstrarea funcției reproductive.

Complicațiile concomitente așa ca pelvioperitonita, peritonita difuză și generalizată, formarea piosalpinxului și a tumorii tuboovariene purulente, trecerea procesului inflamator acut în formă cronică, pot duce ca rezultat la dereglarea funcției menstruale și reproductive [1,3].

Metodele radicale de tratament, de-asemenea, se modelează sub influența progresului tehnico-științific. În prezent strategia chirurgicală a cunoscut o adevărată revoluție odată cu răspândirea laparoscopiei, care permite o mai bună identificare a procesului patologic [10, 13]. Cu fiecă an tehnica endoscopică mai frecvent se aplică în diagnosticul și tratamentul bolilor ginecologice (Paladi G. 1994, Friptu V. 1998, Riedel H.H. 1999). Mulți autori recunosc valoarea diagnostică exclusivă a laparoscopiei la pacientele cu boala inflamatorie pelvină, precum și posibilitatea efectuării unor intervenții operative utilizând metoda endoscopică la acelaș grup de paciente [14].

Dar în literatura de specialitate lipsesc criteriile certe, clar formulate ce ar putea orienta medicul practic în delimitarea tratamentului chirurgical de cel conservator, dar și de alegere a intervenției laparoscopice, ca soluție ce ar putea combina conservatismul cu radicalismul.

Scopul studiului constă în determinarea rolului laparoscopiei în diagnosticul și conduita salpingitelor acute, urmărind evoluția și eficacitatea tratamentului conservativ și a celui chirurgical-laparoscopic.

Material și metode

A fost efectuat un studiu retrospectiv a 156 de foi de observație a ginecopatelor cu salpingite acute internate în secția ginecologia septică a IMSP SCM nr.1 pe perioada anilor 2008-2009.

Pacientele au fost divizate în 2 loturi:

- Lotul I- 45 paciente cu salpingite acute tratate prin metoda tradițională (tratament medicamentos);
- Lotul II- 111 paciente cu salpingite acute tratate combinat, utilizând laparoscopia chirurgicală.

Ambele grupuri au fost similare după criteriile de bază, stabilindu-se diagnosticul de BIP către momentul internării.

Indiferent de agentul patogen, diagnosticul clinic al SA era stabilit în urma celor 3 sau mai multe simptome clinice și a datelor paraclinice de inflamație (dureri pelviene acute, febră $\geq 38^{\circ}\text{C}$, dureri și sensibilitate la palparea anexelor uterine, creșterea numărului de leucocite în sânge cu dvierea formulei leucocitare în stânga, în frotiul din vagin și canalul cervical, creșterea VSH).

După ce pe baza datelor anamnezei, examenului clinic și paraclinic s-a stabilit diagnosticul de BIP acută a fost elaborată tactica curativă. Unul din principalele componente ale terapiei medicamentoase au fost remediile antibacteriene prescrise la toate 156 paciente.

Metodele de tratament utilizate la ginecopatele din grupele studiate au fost:

◆ tratamentul medicamentos: terapie antibacterială conform sensibilității agentului patogen. Mai frecvent a fost folosită combinarea remediilor antibacteriene decât monoterapia antibacteriană selectivă (cefazoline, derivați ai tetraciclinei, fluorochinolone, metronidazol, etc.); antifungice; desensibilizante; antihistaminice și fizioterapie.

◆ tratament endoscopic (laparoscopia). Indicațiile de bază pentru laparoscopie au fost: simptomele clinice de SA sau abdomen acut de etiologie necunoscută. Laparoscopia era efectuată după investigațiile clinice și paraclinice (analiza generală a sîngelui și urinei, frotiul secretului vaginal, din canalul cervical și uretră, USG organelor genitale interne). Laparoscopia a fost folosită atît cu scop diagnostic, cît și cu scop curativ.

Inițial, la pacientele din lotul II s-a efectuat laparoscopia diagnostică cu scopul determinării gradului de afectare a trompelor și de răspîndire a procesului inflamator. În baza tabloului laparoscopic s-au evidențiat următoarele etape ale evoluției procesului inflamator ale organelor bazinului mic: salpingită catarală acută, salpingită catarală cu semne de pelvioperitonită, anexita purulentă acută cu semne de pelvioperitonită. Ulterior laparoscopia a trecut în faza ei chirurgicală cu lavajul și drenarea cavității abdominale, la necesitate- adeziolizis.

Rezultate și discuții

Estimarea datelor cercetării actuale a constatat următoarele rezultate: la cele 156 de paciente incluse în studiu, vîrsta a fost cuprinsă în intervalul de la 15 pînă la 34 ani, vîrsta medie fiind $22,47 \pm 3,85$ ani (tab.1).

Tab.1

Repartizarea pe vîrstă a pacientelor

Vîrsta	Total- 156 paciente
15-20 ani	47 (30.13%)
21-25 ani	71 (45,51%)
26-30 ani	36 (23,08%)
Peste 30	2 (1,28%)

Reeșind din datele prezentate în tabelul 1 în structura pacientelor cu salpingite acute predomină pacientele cuprinse în intervalul de 15-25 ani, care constituie 75,64%.

Starea familiară a fost următoarea: celebratare - 89 paciente ($57,05 \pm 3,34\%$) și căsătorite- 67 ($42,95 \pm 4,21\%$).

Datele anamnesticke la grupul de ginecopate investigate indică la un debut al funcției menstruale cuprins între 11 și 17 ani, vîrsta medie fiind $13,17 \pm 1,45$ ani.

În $\frac{1}{4}$ din cazuri femeile menționau dereglări ale funcției menstruale (algodismenoree, hiper- polimenoree, dismenoree, oligomenoree).

Valoarea medie a debutului sexual este de $17,82 \pm 1,98$ ani.

Așadar un rol important în apariția proceselor inflamatorii acute ale organelor genitale îl joacă începutul precoce al vieții sexuale.

Analiza datelor despre paritate au demonstrat că mai mult de jumătate ($51,92 \pm 2,67\%$) din paciente incluse în studiu nu au avut sarcini în anamneza, la restul 75 de paciente ($48,08 \pm 3,89\%$) numărul sarcinilor a variat de la 1 pînă la 11 (tab. 2).

Paritatea pacientelor incluse în studiu

Numărul de sarcini	Total (156 cazuri)
0	81 (51,92%)
1	30 (19,23%)
2	15 (9,62%)
3	16 (10,26%)
4	7 (4,49%)
5	3 (1,92%)
8	2 (1,28%)
11	2 (1,28%)

Rezultatele obținute au indicat că 99 ginecopate ($63,46 \pm 1,99\%$) din numărul total nu au avut avorturi medicale, comparativ cu celelalte $36,54 \pm 1,99\%$ care au suportat de la 1 până la 11 avorturi medicale ($p > 0,05$).

Analizând antecedentele ginecologice la pacientele din ambele loturi s-a constatat prezența patologiei genitale în 106 cazuri ($67,95 \pm 2,87\%$), dintre care au predominat ginecopate din lotul II- $74,77 \pm 2,45\%$. Mai frecvent s-a determinat: salpingită acută în $43,59\%$ cazuri, sarcina extrauterină - $3,60\%$, chist ovarian - $3,21\%$.

Prezența în antecedente și numărul episoadelor procesului inflamator este prezentată în tabelul 3.

Tab.3

Prezența în antecedente a epizoadelor procesului inflamator acut al organelor genitale

Nr.	77 paciente	79 paciente			
	Lipsa	1 episod	2 episoade	3 episoade	4 episoade
Lotul I	38(24,36%)	4(2,56%)	3(1,92%)	0	0
Lotul II	39(25%)	12(7,69%)	16(10,26%)	35(22,44%)	9(5,77%)

În tabelul prezentat s-a demonstrat că 79 paciente ($50,64 \pm 2,55\%$) au avut în antecedente episoade a procesului inflamator acut, dintre care 44 ginecopate ($39,63 \pm 1,32\%$) din lotul II au avut mai mult de 2 episoade a procesului inflamator acut.

Conform datelor literaturii fiecare episod de inflamație pelvină sporește riscul obturării și dereglării morfofuncționale a trompelor uterine [5,7].

Analizând datele despre intervențiile chirurgicale în antecedente, în 83 cazuri ($53,20 \pm 2,77\%$) s-a constatat prezența lor, cele mai frecvente fiind raclajul cavității uterine în legătură cu avorturi spontane sau la dorință la 65 paciente ($41,67 \pm 1,72\%$), urmând laparoscopia la 16 paciente ($10,26 \pm 2,08\%$) și la 2 paciente ($1,28 \pm 1,71\%$) s-a efectuat diatermocoagularea colului uterin.

Tabloul clinic la pacientele cu salpingite acute este polimorf și poate fi alcătuit din diverse simptome în diversă asociere. În studiul nostru în 100% cazuri pacientele au acuzat la durere, în $69,87\%$ - la leucoree și în $84,63\%$ - la febră.

La 88 paciente ($56,41 \pm 3,83\%$) incluse în studiu au fost pozitive simptomele pelvipерitoneale, care s-au constatat mai frecvent la pacientele din lotul II ($61,26 \pm 1,11\%$), comparativ cu lotul I ($44,44 \pm 2,49\%$) ($p < 0,01$).

Toate 156 de paciente au fost supuse examenului ginecologic, la care s-au constatat semnele de BIP acută.

Hemoleucograma pacientelor studiate a prezentat o leucocitoză moderată cu diviere în stânga la toate pacientele incluse în studiu.

Analiza rezultatelor examenului bacteriologic al secretului vaginal a determinat prezența colpitei în 107 cazuri ($68,59 \pm 2,25\%$): mai frecvent la pacientele din lotul II ($52,34 \pm 0,87\%$), comparativ cu femeile din lotul I ($37,66 \pm 0,95\%$) ($p < 0,05$).

Tab.4

Rezultatele examenului bacteriologic al secretului vaginal

Tipul agentului patogen	La 21 paciente din lotul I	La 39 paciente din lotul II
E.coli	2(9,52%)	3(7,69%)
Str.pyogenes	3(14,29%)	6(15,38%)
Corinebacteria vaginalis	1(4,76%)	1(2,56%)
Str.fecalis	2(9,52%)	4(10,26%)
Ch.trachomatis	2(9,52%)	4(10,26%)
N.gonorrhoeae	1(4,76%)	3(7,69%)
S.aureus	1(4,76%)	2(5,13%)
Enterococcus+S.aureus	3(14,29%)	5(12,82%)
Ch.trachomatis+E.coli	4(19,05%)	8(20,51%)
E.coli+S.aureus	1(4,76%)	2(5,13%)
N.gonorrhoeae+Enterococcus	1(4,76%)	1(2,56%)

Conform datelor din literatura de specialitate, spectrul de „bază” al microorganismelor implicate în apariția afecțiunilor inflamatorii ale organelor genitale este alcătuit cel mai des din următorii agenți patogeni: *Ghlamidia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* și *Ureaplasma urealyticum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* [7,8].

Studiul efectuat de noi confirmă opiniile autorilor menționați prin asocierea frecventă a 2 agenți microbieni în $41,66 \pm 2,97\%$ cazuri. Dintre microorganismele patogene, la pacientele cu salpingită acută mai frecvent a fost depistată E.coli, Str.pyogenes, Chlamidia trachomatis și Enterococcus.

Examenul ultrasonografic în studiul nostru a fost folosit la 150 paciente ($96,2 \pm 3,21\%$). În 91 cazuri EUSG a permis aprecierea volumului lichidului liber din cavitatea abdominală și în 46 cazuri ai exudatului din lumenul trompelor uterine. Aceste date au fost confirmate în cadrul laparoscopiei, în 29 cazuri depistându-se hidrosalpinx și în 17 – piosalpinx.

În 111 cazuri ($71,15 \pm 1,94\%$) a fost folosită laparoscopia atât cu scop diagnostic, cât și cu scop curativ. La 91 paciente ($81,98 \pm 3,29\%$) laparoscopia a fost efectuată în primele 48 de ore. Distribuția în timp a laparoscopiei față de momentul internării e prezentată în tabelul 5.

Tab. 5

Efectuarea laparoscopiei în raport cu momentul internării

Timpul de la internare	Numărul de paciente
În primele 24 de ore	54(48,65%)
În primele 48 de ore	37(33,33%)
Peste 48 de ore	20(18,02%)

Laparoscopia a permis nu numai confirmarea diagnosticului, dar și aprecierea gradului de răspândire a procesului inflamator și a schimbărilor patologice ale trompelor uterine, precum și realizarea lavajului și plasării tuburilor de dren pentru evacuarea exudatului.

La 70 paciente ($63,06 \pm 1,56\%$) s-a apreciat de la 30 până la 400 ml de exudat în cavitatea abdominală. Caracterul exudatului a fost la 30 de paciente ($42,86 \pm 2,06\%$) seros; la 15 paciente ($21,43 \pm 3,21\%$) sero-purulent; la 10 ($14,29 \pm 1,59\%$)- purulent. La 25 de paciente ($22,52 \pm 2,31\%$)

s-au apreciat aderențe de divers grad. În 7 cazuri (6,31%) s-au vizualizat schimbări ale peritoneului visceral ale anselor intestinale adiacente- hiperemia, edemul, ușoară balonare intestinală. La 5 paciente (4,50±1,44%) s-au apreciat depuneri de fibrină.

După aprecierea diagnosticului și colectarea materialului pentru examenul bacteriologic s-a aspirat conținutul și s-au realizat așa intervenții chirurgicale ca: salpingolisis- la 46 (41,44±1,32%) paciente; ovariolisis- la 31 (27,33±2,87%) paciente; fimbriolisis- la 9 (8,11±1,32%) și adesiolisis la 61 (54,95±1,66%) paciente.

După lavajul repetat al cavității abdominale se plasau unul sau două tuburi de dren la toate paciente în cavitatea abdominală (în spațiul Douglas sau/și pe flancul drept sau stîng) pentru drenare și lavajul în continuare (la necesitate). Lavajul a fost efectuat la 70 (63,06±1,52%) paciente. Durata lăsării tuburilor de dren a variat de la 2 pînă la 9 zile, media fiind 4,65±1,19 zile.

Examenul bacteriologic al exudatului peritoneal din cavitatea abdominală colectat la 39 (35,14±2,61%) paciente a apreciat la 33 paciente monoinfecție și la 6 paciente infecție polimicrobiană. Rezultatele examenului bacteriologic și bacterioscopic au determinat următorii agenți patogeni: E.coli- 8 (20,51±3,04%) cazuri; Str.pyogenes- 6 (15,38±1,67%) cazuri; Enterococcus- 5 (12,82±2,87%) cazuri; Str. fecalis- 4 (10,26±2,83%) cazuri; Ch. trachomatis- 4 (10,26±1,78%) cazuri; N. gonorrhoeae- 3 (7,69±2,33%) cazuri; S. aureus- 2 (5,13±2,90%) cazuri; Corinebacteria vaginalis- 1 (2,56±2,45%) cazuri; Ch. trachomatis+E.coli- 3 (7,69±1,99%) cazuri; E.coli+S.aureus- 2 (5,13±2,72%) cazuri și N. Gonorrhoeae+ Enterococcus- 1 (2,56±2,34%) cazuri.

Durata tratamentului administrat a variat în dependență de metoda utilizată.

În lotul II (tratate combinat utilizînd laparoscopia chirurgicală) durata tratamentului administrat a variat de la 3 pînă la 7 de zile, în mediu 5,59±5,00 zile, comparativ cu lotul I (tratament medicamentos) unde timpul aflării în staționar a variat de la 5 pînă la 24 zile, media fiind 12,02±5,13 zile (p<0,01).

Rezultatele obținute denotă că ameliorarea stării generale după utilizarea tratamentului endoscopic apare la 1-3 zi după intervenție, comparativ cu tratamentul conservativ la 7-10 zi.

Estimarea la distanță timp de 1 an a apreciat la 21 de paciente (18,91%) din lotul II survenirea sarcinii, comparativ cu 3 paciente (6,6%) din lotul I (p<0,01).

Concluzii

Reeșind din rezultatele studiului putem cert constata că metoda laparoscopică aplicată în diagnosticul și tratamentul salpingitelor acute are un șir de avantaje comparativ cu metoda conservativă:

- permite stabilirea diagnosticului corect și a gradului de răspândire a procesului inflamator, indicînd modalitatea de abordare chirurgicală posibilă (laparoscopie sau laparotomie)
- permite înlăturarea schimbărilor anatomice provocate de procesul inflamator dependent de gradul de afectare și localizare a procesului patologic, vârsta și starea pacientei
- Cu ajutorul acestei metode se efectuează drenarea adecvată a cavității peritoneale ca condiție obligatorie pentru evoluția favorabilă a perioadei postoperatorii
- Recuperarea pacientelor se petrece cu mult mai rapid (în mediu pînă la 5,59±5,00 zile, comparativ cu tratamentul conservativ- 12,02±5,13 zile).
- Rezultatele obținute la distanță demonstrează că afectarea funcției reproductive în caz de salpingite acute este mai gravă la pacientele tratate doar prin metode conservative

Așadar, din rezultatele studiului reiese că laparoscopia, prin multiplele avantaje pe care le comportă, poate și trebuie să fie inclusă în algoritmul diagnostic și de tratament al salpingitelor acute.

Bibliografie

- Bassil S. et al.// J.Gynec. Obstet. Biol. Reprod.-1991.-Vol.20.-P- 1063-1067

2. Gerald J., Shirk M. D.// The international Congress of Gynecologic Endoscopy.- Chicago, 1992.
3. Friptu V., Metaxa I., Chernetchi O.// Afecțiunile purulento-septice în obstetrică//, Chișinău, 2005.
4. Râcă N., Tănase Florentina, Râcă Andreea. Implicațiile bolii inflamatorii pelvine în reproducerea umană // Congresul național de Obstetrică și Ginecologie.- București.-2002.-P. 72-75.
5. Paladi Gh. //Ginecologie//, -1997-, P. 191-192.
6. Philippe. G. Judlin. Les MST // Gynecologie et sante des femmes.-2007.-V.3.- P. 23-24.
7. Strandell A., Lindhard A. Why does hydrosalpinx reduce fertility?: The importance of hydrosalpinx fluid // Hum. Reprod.-2006.-V. 17.- P 1.141-1.145.
8. Witkin S. S., Linhaures I., Giraldo Paulo at al. Individual immunity and susceptibility to femal genital tract infection// Am. J. Obstetr. Gynecol.-2007.- V. 183.-nr.1.-P. 252-255.
9. Тихомиров А.Л., Юдаев В.Н., Лубнин Д.М. Современный алгоритм терапии воспалительных заболеваний половой системы // Русский Медицинский Журнал.- 2003.-Т. 1.-nr.1.-С.22-25.
10. Laparascopia de control în tratamentul de reabilitare al salpingitelor acute. / O. Rabovilă A. Țușco. Mat. conf. științ. anual. USMF, 17-18 octombrie, 1997.
11. Внутриматочная контрацепция как причина возникновения тяжёлых форм ВЗОТ. / С.Годорожа, О.Потачевский. / Mat. Межд. Конгресса «Актуальные вопросы инфектологии в акушерстве и гинекологии, Донецк, 1997.
12. Paladi Gh., Hodorozea S., Cernetchi O. Contracepția intrauterină și complicațiile inflamatorii pelvine. „Curier medical”, 1998, № 7-8.
13. Paladi Gh., Cernetchi O. Rehabilitation measures in acute salpingites. Congres. Intern de Imunoreabilitare, Israel, 1997.
14. Paladi Gh., Cernetsky O., Tusco A. The place of laparoscopy in gynecology practice. / 13th Congress of the European association of gynecologists and obstetricians, Jerusalem, Israel, 1998.

ESTE EPIZIOTOMIA FACTOR DE RISC?
Gheorghe Paladi, Iurie Dondiuc, Corina Iliadi-Tulbure
 Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF

Summary

Is episiotomy a factor of risc?

An episiotomy is a surgical incision through the perineum. It is one of the most common medical procedures performed on women. Episiotomy is indicated in shoulder dystocia, large baby, rigid perineal muscles, instrumental delivery, prolonged late decelerations or fetal bradycardia during active pushing, etc. In various countries, routine episiotomy has been accepted as medical practice for many years. Recent studies indicate that routine episiotomies should not be performed, as they increase the morbidity.

Rezumat

Epiziotomia reprezintă o incizie chirurgicală la nivelul perineului efectuată la naștere. Este una dintre cele mai frecvent utilizate manopere chirurgicale. Epiziotomia este indicată în distocia de umeri, făt macrosom, utilizarea manoperelor instrumentale în nașterea per vias naturalis, suferința fetală prelungită în perioada de expulzie, etc. În diverse țări a fost acceptată, pentru o perioadă de timp, epiziotomia de rutină. Studiile recente demonstrează că epiziotomiile de rutină majorează nivelul morbidității și nu trebuie practicate.