

RODICA CATRINICI, CĂTĂLINA FĂRÎMĂ, DIANA MITRIUC, MARIA MAGDALENA GOGU

NAȘTEREA ASISTATĂ. PARTICULARITĂȚI DE EVOLUȚIE ȘI REZULTATE PERINATALE

*Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”
Disciplina de Obstetrică, ginecologie și reproducere umană*

SUMMARY

ASSISTED BIRTH. PARTICULARITIES OF EVOLUTION AND PERINATAL RESULTS.

Background: Assisted vaginal delivery is the birth of the fetus with the help of special tools to ensure efficient extraction of the fetus. Although World Health Organization statistics have estimated that about 68% of births occur naturally, operative vaginal delivery remains at a fairly high level and represents about 10% in the UK, 3% in the USA, and in the Republic of Moldova - 6%. Globally, the quality of assisted deliveries is of particular interest and importance, the aim being reducing perinatal mortality and maternal-fetal complications.

Material and methods: The retrospective study was conducted in the Obstetrics Department no.1 of IMSP SCM no.1 during 2020. All cases of operative vaginal deliveries were analyzed, which were 179 cases out of the 2770 natural births that were registered in total.

Results: The first place among indications for assisted vaginal delivery was fetal distress which was registered in 135 cases, followed by maternal indications in 12% of cases and thereafter by failure of maternal pushings in 6% of cases. In 97 cases the duration of application was up to 1 minute, in 53 cases - up to 2 minutes, in 22 cases - 3 minutes and in 7 cases - more than 3 minutes. In 73% of cases the fetal head was in the cavity, in 21% - at the exit of the small pelvis, in 6% - with the large segment at the entrance of the small pelvis and all of the 179 cases were successfully completed. When assessing the Apgar score of newborns in the first minute after delivery, we found that their condition was assessed as satisfactory in 76.5% of cases, and in 23.5% of cases mild hypoxia was determined, which in the following minutes of life has been corrected. The soft tissues of the birth canal were damaged in most cases. It was found that the most damaged was the perineum - in 105 cases, followed by vaginal laceration in 87 cases, cervical laceration in 32 cases and labial laceration in 18 cases.

Conclusion: Operative vaginal delivery is of special practical interest in the field of obstetrics and remains relevant due to its impact on perinatal and maternal outcomes, as well as those with early-onset as with late-onset, taking in consideration the severity of complications that may occur.

РЕЗЮМЕ

ОПЕРАТИВНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Мотивация исследования: Оперативное влагалищное родоразрешение это рождение плода посредством или с помощью специальных инструментов, обеспечивающих эффективное извлечение плода. Хотя по статистике Всемирной Организации Здравоохранения около 68% родов происходят естественным путем, оперативное влагалищное родоразрешение остается на достаточно высоком уровне и составляют около 10% в Великобритании, 3% в США и 6% в Республике Молдова. В глобальном масштабе качество родовспоможения представляет особый интерес и важность с целью снижения перинатальной смертности и материнско-плодовых осложнений.

Материалы и методы: Ретроспективное исследование проводилось в отделении Акушерства №1 IMSP SCM №1 в течение 2020 года. Проанализированы все случаи оперативного влагалищного родоразрешения которые были в 179 случаях из всех зарегистрированных 2770 естественных родов.

Результаты: На первом месте среди показаний к оперативному влагалищному родоразрешения был дистресс плода в 135 случаях, за ним следуют показания со стороны матери в 12% случаев, затем слабость родовой

deității în 6% cazurilor. În 97 cazurilor durata aplicației aspiratorului extractorului a fost până la 1 minut, în 53 cazurilor - până la 2 minute, în 22 cazurilor - 3 minute și în 7 cazurilor - mai mult de 3 minute. În 73% cazurilor capul fătului se afla în cavitatea, în 21% - la ieșirea din micul bazin și în 6% - cu un segment mare la intrarea în micul bazin, în toate cele 179 cazurilor nașterea s-a desfășurat cu succes. La evaluarea nou-născuților pe scara Apgar în primul minut după naștere s-a constatat că în 76,5% cazurilor starea lor este satisfăcătoare, în 23,5% cazurilor se înregistrează hipoxie ușoară, care în următoarele minute de viață s-a normalizat. Mușchii canalului nașterii în majoritatea cazurilor au fost răniți. S-a constatat că cel mai rănit este mușchii - în 105 cazurilor, după care urmează ruptura mușchilor în 87 cazurilor, ruptura cervicului în 32 cazurilor și ruptura mușchilor în 18 cazurilor.

Concluzii: Operația vaginală prin aspirație reprezintă un interes practic în domeniul obstetric și rămâne actuală din cauza influenței asupra rezultatelor perinatale și maternale în momentul inițial, dar și în momentul târziu, luând în considerare gravitatea posibilelor complicații.

Actualitatea temei. Nașterea vaginală asistată reprezintă nașterea fătului prin intermediul, sau, cu ajutorul instrumentelor speciale pentru asigurarea extracției eficiente a fătului. În obstetrica modernă această procedură se efectuează cu ajutorul forcepsului sau aspiratorului. Cu toate acestea, statisticile OMS au estimat că aproximativ 68% din nașteri au loc pe cale naturală, nașterea vaginală asistată rămâne la un nivel destul de înalt și reprezintă aproximativ 10% în UK și 3% în SUA [8, 10].

Nașterea vaginală asistată a fost prima dată descrisă încă în secolul al VI-lea î.Hr. în medicina hindusă. Alte referințe suplimentare despre nașterea vaginală asistată pot fi găsite în scrierile lui Hipocrate din epoca greacă și romană între anii 500 î.Hr. și 500 d. Hr. În perioada aceasta de timp se descriu cazuri când travaliul putea dura și câteva zile, ducând la moartea fetală intrapartum. În aceste cazuri, asistarea nașterii cu instrumente, precum cele chirurgicale sau chiar a ustensilelor de bucătărie, era efectuată doar cu scopul de a îndepărta fătul deja mort astfel evitându-se moartea maternă.

Forcepsul a fost inițial conceput pentru a ajuta pacientele care sufereau de travaliu prelungit. Utilizarea forcepsului în nașterile asistate a scăzut din preferințele obstetricienilor în ultimele trei decenii, reprezentând acum doar 1,1% din nașterile vaginale (conform unui studiu retrospectiv cohort care a implicat mai mult de 22 de milioane de nașteri vaginale în perioada 2005-2013). Utilizarea aspiratorului extractorului a scăzut, de asemenea, dar este mai frecvent utilizată în comparație cu forcepsul. Acest lucru se poate datora faptului că aspirația este mai ușor de utilizat în comparație cu forcepsul [2, 5, 7, 9].

Aspirația a fost prima dată descrisă de dr. James Young, chirurg englez, în 1975. Însă, aceasta nu și-a găsit pe larg întrebuințarea în practică până în anul 1905, când a fost popularizată într-o serie de studii de către obstetricianul suedez Dr. Tage Malmstorm. Până în anii 1970, aspirația a înlocuit practic complet extracția cu forcepsul obstetrical în majoritatea țărilor europene din nord. Până în anul 1922 numărul nașterilor asistate cu aplicarea ventuzei a depășit numărul nașterilor asistate cu forcepsul obstetrical, în 2000 acoperind aproximativ 66% din nașterile vaginale asistate [7].

Protocolul clinic național instituționalizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi definește nașterea vaginală asistată în dependență de instrumentul folosit pentru efectuarea acestei proceduri:

- Aspirarea se definește ca nașterea vaginală asistată prin extracția fătului cu ajutorul aspiratorului, în perioada de expulzie de partea craniană, care se află în cavitatea sau la ieșirea din micul bazin.
- Forceps-extracția este extracția cu forcepsul a fătului în perioada de expulzie de partea craniană care se află în cavitatea sau la ieșirea din micul bazin.

La nivel mondial, calitatea nașterilor asistate au provocat interes de o importanță deosebită astfel încât organizațiile și asociațiile obstetricienilor și ginecologilor precum Colegiul American de Obstetricieni și Ginecologi și Societății de Medicină Materno-Fetală, Colegiul Regal din Marea Britanie, Colegiul Regal din Australia și Noua Zeelandă a Obstetricienilor și Ginecologilor elaborează și actualizează în continuare protocoalele și buletinele naționale cu scopul de a reduce mortalitatea perinatală și complicațiile materno-fetale.

În 2014, o declarație de consens a Colegiului American de Obstetricieni și Ginecologi și a Societății de Medicină Materno-Fetală a recomandat nașterea vaginală asistată ca strategie pentru a reduce rata nașterii cezariene. Acest moment se argumentează prin faptul că riscul morbidității materne este semnificativ mai mare în cazul operației cezariene, care poate fi urmată de hemoragii masive și reabilitare postnatală dificilă și mai prelungită. Astfel, nașterea vaginală asistată rămâne o opțiune valabilă și uneori chiar de importanță vitală în cazul dificultăților apărute în perioada a 2-a a nașterii [3, 4, 9].

În majoritatea literaturii beneficiile și consecințele în urma nașterii vaginale asistate sunt comparate cu cele din nașterea prin cezariană. În contextul dat, nașterea vaginală asistată are o importanță deosebită în obstetrica modernă, deoarece reprezintă o alternativă mai sigură și cruțătoare pentru mamă și făt comparativ cu nașterea prin cezariană. În unele date se stipulează că nașterea vaginală asistată este asociată cu o spitalizare de durată mai scurtă, cu mai puține reinternări ulterioare a parturientelor și cu recuperare postpartum mai rapidă [7].

Situațiile clinice ce servesc ca indicații pentru nașterea vaginală asistată pot fi maternelle, fetale și materno-fetale. Totuși, cele mai frecvente indicații pentru nașterea vaginală asistată sunt prelungirea perioadei a doua a travaliului, suferința fetală acută și orice altă situație care necesită scurtarea perioadei a doua, precum bolile cardiovasculare sau extenuarea parturientei ce duce la contracții uterine ineficiente. Obstetricienii ar trebui să fie conștienți de faptul că nici o indicație nu este absolută și că analiza clinică este necesară în toate situațiile [1, 2, 7, 11].

Contraindicațiile pentru nașterea vaginală asistată se clasifică în absolute maternelle, absolute fetale, relative maternelle și relative fetale. Printre contraindicații se enumeră astfel de situații precum: vârsta gestațională mai mică de 34 de săptămâni + 0 zile, macrosomia, cervixul incomplet dilatat, membrane intacte, capul fetal neangajat, poziție fetală necunoscută, disproporție cefalopelvică. Deși nașterea vaginală asistată este descurajată atunci când se naște un făt cu termenul de gestație mai puțin de 34 de săptămâni, un studiu a arătat că nu sunt diferențe semnificative în ratele de morbiditate neonatală între bebelușii născuți prematuri (cu greutatea de la 1500g la 2500g) și cei născuți la termenul complet de gestație născuți prin vacuum-extracție.

Nașterile vaginale asistate sunt asociate cu complicații specifice în dependență de instrumentul folosit. Astfel, pentru vacuum-extracție sunt specifice mai mult complicațiile fetale precum lacerările scalpului fetal, cefalohematomul, hematomul subgaleal, hiperbilirubinemia și hemoragia retinariană. În cazul forcepsului, complicațiile maternelle ca rupturile perineale, incontinența anală și urinară sunt mai frecvent întâlnite. Oricum, aplicarea incorectă a forcepsului se poate complica și cu lezarea nervului facial, lezarea plexului brahial și fractura depresivă a calvariei fetale.

Elaborările internaționale actuale a asociațiilor obstetricale și ginecologice accentuează faptul că siguranța nașterii vaginale asistate necesită evaluarea atentă a situației clinice, comunicarea clară cu mama și competențe adecvate a medicilor în procedura aleasă [6].

Scopul lucrării. De a analiza particularitățile de evoluție a nașterilor asistate și rezultatele perinatale obținute.

Obiective:

1. Analiza factorilor anamnestici și de risc în cazul nașterilor asistate evaluate.
2. Determinarea particularităților de evoluție a nașterilor care s-au soldat cu aplicarea vacuum-extractorului.
3. Evaluarea rezultatelor perinatale în cazul nașterilor asistate.

Materiale și metode. Studiul retrospectiv s-a desfășurat în cadrul Secției Obstetricale nr.1 a IMSP SCM nr.1 pe parcursul anului 2020. Au fost analizate toate cazurile de naștere asistată, în număr de 179 de cazuri dintre cele

2770 de nașteri naturale care au fost înregistrate în total.

Rezultate și concluzii.

Pornind de la scopul și obiectivele studiului nostru, am analizat cele 179 de fișe medicale obstetricale în baza unei anchete elaborate unde au fost elucidate datele de anamneză, evoluție a nașterii, condițiile și tehnicile de aplicare a vacuum-extractorului, dar și a datelor despre nou-născuți.

Astfel, nașterea asistată a fost înregistrată în 179 de cazuri, dintre cele 2770 de nașteri naturale în anul 2020 în secția Obstetricală nr.1, ceea ce constituie 6,5%, o incidență destul de stabilă, dacă comparăm cu anii precedenți, când această rată a variat de la 6,2 la 7,2 % în ultimii 5 ani, în timp ce incidența operației cezariene a fost de aproximativ 19%. Menționăm că toate nașterile asistate au fost prin aplicarea vacuum-extractorului și nici un caz de forceps obstetrical.

Analizând datele anamnestice ale pacientelor din studiu, am determinat că rata cea mai înaltă de naștere asistată a fost în rândul parturientelor de 18-25 ani în 64% de cazuri, 57% cu vârsta de 26-30 ani și 35% cu vârsta de 31-35 ani, fapt ce poate fi explicat că rata natalității este și cea mai înaltă la așa vârstă.

Datele despre paritatea parturientelor ne-au demonstrat că rata cea mai înaltă a nașterilor asistate a fost la primipare cu o incidență de 60,5%, urmate de secundipare cu 34,2% și multipare cu rata de 5,3%, probabil din cauza că totuși cele mai multe paciente au fost primipare.

La analiza termenului de sarcină, la care a survenit nașterea care s-a finalizat cu aplicarea vacuum-extractorului, am constatat că cele mai multe paciente au avut termenul sarcinii de 39-40 săpt. (54%), urmate de cele cu 40-41 săpt. (45%), apoi 38-39 săpt. (31%) și a câte 18% cele premature și suprapurtate.

Din datele reprezentate în figura 1 se poate vedea că din cele 179 de cazuri, 141 de parturiente au avut un debut spontan al nașterii, iar în 38 de cazuri s-a recurs la inducția travaliului, prin administrarea de prostaglandine, perfuzia cu soluție oxitocină, sau amniotomie.

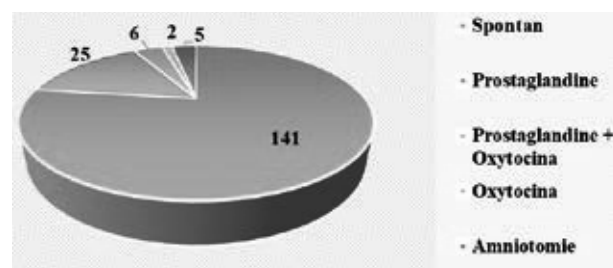


Fig.1. Debutul nașterii

Analizând durata travaliului la pacientele din studiu, am remarcat că cele mai multe dintre ele, 121 la număr, au avut un travaliu cuprins între 6 și 12 ore, 32 de paciente au avut un travaliu mai rapid, care a durat mai puțin de 6 ore și doar la 15 paciente a durat travaliul mai mult de 12 ore. Perioada de expulzie, care contează foarte mult în aspectul nașterii asistate, a fost un alt subiect de cercetare,

astfel că, analizând durata acestora la pacientele din studiu am constatat că 124 de paciente, ceea ce constituie 69% au avut o durată cuprinsă între 20 și 40 min, 19 dintre ele (10%), între 40 și 60 min, iar 12 (6,7%) chiar mai mică decât 20 de minute, fapt ce și corespunde datelor de literatură, concordate la indicațiile de aplicare a ventuzei obstetricale, care într-un final au ca scop scurtarea acestei perioade fie după indicații materne sau fetale (figura 2).

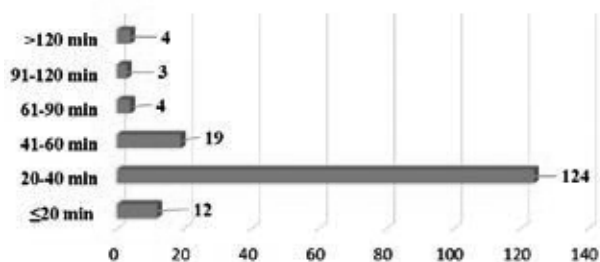


Fig. 2. Durata perioadei a II-a nașterii

Situațiile clinice ce servesc ca indicații pentru nașterea vaginală asistată pot fi materne, fetale și materno-fetale. Totuși, cele mai frecvente indicații pentru nașterea vaginală asistată sunt prelungirea perioadei a doua a travaliului, suferința fetală acută și orice altă situație care necesită scurtarea perioadei a doua, sau extenuarea parturientei ce duce la contracții uterine ineficiente. La analiza datelor din studiul nostru, am constatat că pe primul loc și cu o prevalență covârșitoare față de alte indicații a fost suferința fetală în 135 de cazuri, ceea ce constituie 75%. Pe locul doi au fost indicațiile materne în 12% cazuri, având ca scop scurtarea perioadei a doua a nașterii din cauza patologiilor materne și anume: miopia, patologia cardiovasculară și cea respiratorie. Pe locul trei s-a plasat insuficiența scretelor în 6% din cauze (figura 3).



Fig.3. Indicațiile pentru aplicarea vacuum extractorului

Este bine cunoscut faptul că succesul aplicării vacuum extractorului ține de aprecierea situației obstetricale corecte, indicațiile bine stabilite și respectarea tehnicii. Numărul de tracții la fel poate avea un impact direct asupra complicațiilor ce pot surveni, în special a celor fetale. Astfel, în cazul studiului nostru, în 60% din cazuri s-a aplicat o singură tracție, în 37% de cazuri - doua tracții și în 3% - trei tracții.

La fel contează pentru succesul intervenției, sau vice-versa pentru riscul sporit de apariție a complicațiilor și durata de timp în care a fost utilizat vacuum extractorul.

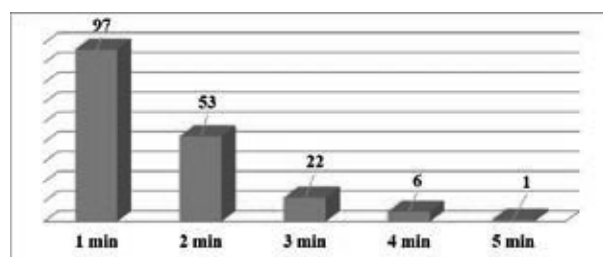


Fig.4. Durata tracțiilor

Din figura 4 se poate observa că în 97 de cazuri durata de aplicare a fost de până la 1 minut, în 53 de cazuri - până la 2 minute, în 22 de cazuri - 3 minute și în 7 cazuri - mai mult de 3 minute, ceea ce ne vorbește de corectitudinea actului medical, care a corespuns cerințelor internaționale de utilizare a vacuum extractorului.

Aprecierea situației obstetricale corectă și prezența condițiilor pentru aplicarea ventuzei obstetricale în cazul studiului nostru la fel a fost efectuată conform condițiilor necesare, astfel în 73% de cazuri capul fătului era în cavitate, în 21% - la ieșirea din micul bazin, iar în 6% - cu segmentul mare la intrarea în micul bazin, soldându-se cu succes în toate 179 de cazuri (figura 5).

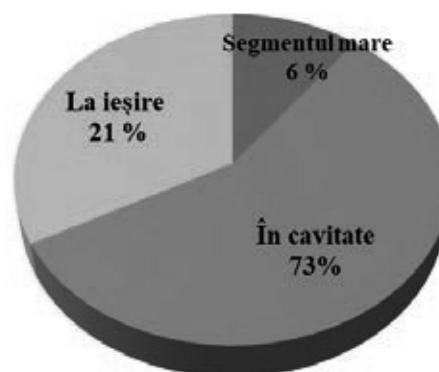


Fig.5. Locația capului fetal la momentul aplicării vacuum extractorului

Dintre pacientele cărora i s-a aplicat vacuum extractorul în lotul nostru, la 75 a fost analgezic travaliul prin analgezie epidurală, la 6 paciente prin analgezie spinală și în 6 cazuri s-a utilizat analgezia intravenoasă. Este bine cunoscut efectul advers al analgeziei în naștere și anume a dezvoltării insuficienței forțelor de expulzie, fapt care putea să aibă și un impact negativ în cazul pacientelor noastre.

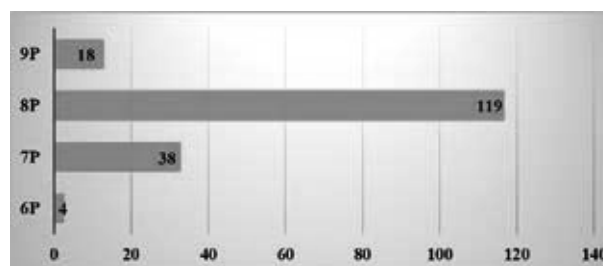


Fig.6. Scorul Apgar al nou-născuților la naștere

De aprecierea corectă și la timp a indicațiilor medicale atât materne cât și fetale, de aplicarea corectă a vacuum extractorului cu siguranță ne vor vorbi indicatorii perinatali. La aprecierea scorului Apgar al nou-născuților la naștere în primul minut, am constatat că starea acestora a fost apreciată ca satisfăcătoare în 76,5% de cazuri, iar în 23,5% de cazuri s-a determinat hipoxia ușoară, care în următoarele minute de viață s-a corijat, fapt ce ne denotă încă odată profesionalismul medicilor implicați în aceste cazuri (figura 6).

În studiul nostru a fost analizată masa nou-născuților la naștere. În 124 de cazuri, nou-născuții au avut masa cuprinsă între 3000 g și 4000 g, în 17 cazuri s-a determinat feți macrosomi, cu masa mai mare de 4000 g, iar în 38 de cazuri masa a fost estimată mai mică de 3000 g. Amintim că aplicarea vacuum extractorului în cazul feților macrosomi suspecti se face cu precauție, în vederea evitării distociei de umerși, iar în cazul prematurilor, această intervenție nu este contraindicată.

Ne-am propus să urmărim traseul acestor nou-născuți mai departe și am constatat că 115 dintre nou-născuții au fost externați la domiciliu în primele 24 ore de la naștere, iar 64 dintre ei au fost transferați la etapa a doua de îngrijire din diverse motive cum ar fi: prematuritatea, hiperbilirubinemia, infecții ș.a.

Alt aspect important și posibil de a se asocia în cazul aplicării vacuum extractorului este traumatismul căilor moi de naștere, manifestat prin prezența diferitor lacerății.

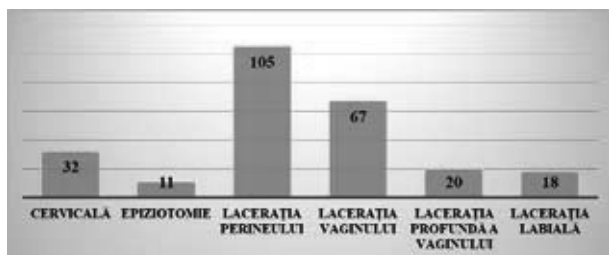


Fig.7. Traumatismul căilor moi de naștere

În cazul pacientelor din studiu, am determinat că cel mai lezat a fost perineul, în 105 de cazuri, urmat de lacerăția vaginului în 87 de cazuri, lacerăția cervicală în 32 de cazuri și cea labială în 18 cazuri. Apariția acestei complicații depinde de mai mulți factori, cum ar fi: corectitudinea aplicării cupei, starea țesuturilor, prezența cicatricilor vechi și uneori pot fi destul de severe (figura 7).

Concluzii:

Nașterea asistată prezintă un deosebit interes practic în domeniul obstetrical și rămâne a fi actuală prin impactul asupra rezultatelor perinatale și materne, incidența ei rămânând stabilă în cadrul instituției în ultimi ani, fiind 6-7%.

Pentru o intervenție reușită de aplicare a vacuum-extractorului se necesită de a fi apreciate corect și la timp indicațiile medicale, să fie respectate condițiile de aplicare și este nevoie de prezența unui specialist calificat.

BIBLIOGRAFIA:

1. ACOG Practice Bulletin Number 219-2015: Operative Vaginal Delivery
2. Alfredo F.GeimDa Michael A.BelfortMD, Mrcog, Frscb Forceps-assisted vaginal delivery. PMID: 10399766
3. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, Wapner RJ, Reddy UM, Varner MW, Thorp JM, Caritis SN, Iams JD, Saade G, Rouse DJ, Tolosa JE., Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Evaluation of delivery options for second-stage events. Am J Obstet Gynecol. 2016 May;214(5):638.e1-638.e10
4. Dushyant Goordyal, John Anderson, Ali Alazmani, Peter Culmer An engineering perspective of vacuum assisted delivery devices in obstetrics: A review. September 15, 2020, PMID: 30855808, Bookshelf ID: NBK538220
5. Engelbert P. Bonilla; John Riggs. Forceps Delivery July 31, 2021. PMID: 30707672
6. Ezenagu, LC; Kakaria, R; Bofill, JA. Sequential use of instruments at operative vaginal deliver: is it safe? Am J Obstet Gynecol 1999; 180: 1446-49.
7. Katherine R Goetzinger , George A Macones: Operative vaginal delivery: current trends in obstetrics. PMID: 19072477, DOI: 10.2217/17455057.4.3.281
8. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, et al. Births: Final Data for 2017. Natl Vital Stat Rep 2018; 67:1.
9. McQuivey RW. Regarding "choosing between bad, worse and worst: what is the preferred mode of delivery for failure of the second stage of labor". J Matern Fetal Neonatal Med. 2017 Nov;30(21):2538.
10. Ninad M. Desai; Alexander Tsukerman: Vaginal Delivery July 31, 2021. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. PMID: 32644623. Bookshelf ID: NBK559197
11. P E Bailey, J van Roosmalen, G Mola, C Evans, L de Bernis 7, B Dao: Assisted vaginal delivery in low and middle income countries: an overview. BJOG. 2017 Aug;124(9):1335-1344. doi: 10.1111/1471-0528.14477. PMID: 28139878 Epub 2017 Jan 31.