

- 2 Barna J.,Dragoş M./Peritonita post-operație cezariană în maternitatea Satu Mare/Vol.\*Sindromul infecțios în obstetrică, consfătuire"- Satu Mare 1998
- 3 Cibbs R.S. Infection after caesarean section.-Clin. Obst. Gynecol.,1995,v.28
- 4 Cunningham F.G., Hauth S.C.,Strong I.D. et al.Infection morbidity fallowing caesarean section- Obst. Gynecol.,-1978 v.52.
- 5 Dargent D./Complications infectieuses/ XXXI-eme Congr.Gynecologies et Obsteticiens de langue française – J.Gynec.Obstet.Biol. Reprod., 1986, 15, p. 497.
- 6 Faro S. / Postpartumendometritis / Obst. And Ginecol., New York, 1994.
- 7 Filler L., Shipley C. F., Dennis E. J., Nelson G.H./ Postcesarean endometritis / J.S.Carolina med. Assoc.,1992, 88, p.291-295.
- 8 Luca V. / Infecția puerperală /Ed. Cerma, București, 1997.
- 9 Новый подход к лечению эндометритов после родов Кунерт А. Ф. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии 2001-2002 Том 1, номер 1; с. 45-46.
- 10 Antibiotic regimens for endometritis ofer delivery (Cochrane Review). French L . M. , Smmaill F. M.

## **MANAGEMENTUL NAȘTERII PER VIAS NATURALIS LA PARTURIENLE CU UTER CICATRICAL**

**Maxim Calaraș, Natalia Burgoci**

(Conducător științific - d.m., conf. univ. Zinaida Sârbu)

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat) USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### **Management of vaginal delivery in women with uterine scar**

The aim of the study was to emphasize the criteria for vaginal birth in women with a history of surgical intervention on uterus. The results of the study, as well as the literature data, revealed an increase in natural birth dynamics in women with uterine scar from 13 (0.2%) to 18 (0.26%) cases, which totally corresponds with modern tendencies of obstetrics. Following this study, we have elucidated some factors that allow natural birth in women with uterine scar: one single caesarean section in anamnesis with a transverse incision in the lower part of the uterus; the scar after myomectomy is situated on the anterior wall of the uterus; absence of extragenital diseases and of aggravated obstetrical anamnesis, which served as indication for the first intervention; uterine scar competence; placement of placenta outside the uterine scar; cranial presentation of the fetus; absence of fetopelvic disproportion.

### **Rezumat**

Studiul dat și-a propus evidențierea criteriilor pentru nașterea pe cale vaginală la femeile cu intervenții chirurgicale pe uter în antecedente. Rezultatele studiului dat ca și datele literaturii de specialitate au constatat o creștere a dinamicii nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter de la 13 (0,2%) la 18 (0,26%), ceea ce corespunde tendințelor moderne ale obstetricii. În urma studiului efectuat am elucidat câțiva factori care au permis conduita nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter: o singură operație cezariană în anamneză cu o incizie transversală pe uter în segmentul inferior; cicatrici pe peretele anterior al uterului după miomectomie; lipsa bolilor extragenitale și a anamnezei obstetricale complicate, care au servit ca indicație pentru prima operație; competența cicatriciului pe uter; localizarea placentei înafara cicatriciului pe uter; prezența craniană a fătului; lipsa disproporției fetopelvine.

### **Actualitatea temei**

Conform datelor expuse de mai mulți autori, frecvența operației cezariene în țările lumii variază între 10 și 35% (în Europa 10-15% și 35 și mai mult în America Latină și SUA). [1, 5] Pe teritoriul R. Moldova frecvența operației cezariene este de la 6,7 până la 8%, [2, 3] iar pentru

SCM Nr.1, acest indice constituie aproximativ 14%. Drept scop principal operația cezariană urmărește micșorarea morbidității și mortalității materne și perinatale și, conform datelor OMS, este justificată numai în 10-15%, fiind că este dovedit faptul că incidența mai mare a ei nu influențează pozitiv indicii perinatologici. [1, 3, 4]

În pofida îmbunătățirii marcante a indicilor morbidității și mortalității materne după operația cezariană, gradul de risc pentru viața și sănătatea femeii este mai mare comparativ cu nașterea pe cale naturală. [7] Lărgirea indicațiilor pentru operația cezariană, cât și intervențiile chirurgicale ginecologice pe uter au contribuit la apariția problemei de *uter cicatricial*, care în marea majoritate a cazurilor duce la operație cezariană repetată. [4, 7]

În țara noastră, procentul nașterii pe cale naturală la femeile cu cicatrice pe uter nu depășește 10-15%. [2]

Complicația cea mai severă în nașterea per vias naturalis la parturientele cu uter operat este ruptura uterului în travaliu, care conform datelor lui Краснопольский В.И. (2003), are frecvența de 1-3%. Încă în 1923, Schell primul a descris nașterea per vias naturalis cu succes a 34 copii la 23 mame cu operații cezariene în antecedente.

### **Scopul studiului**

De a evidenția criteriile pentru nașterea pe cale vaginală la femeile cu intervenții chirurgicale pe uter în antecedente și de a determina dinamica nașterilor per vias naturalis la femeile cu cicatriciu pe uter pe parcursul anilor 2006-2007 în Spitalul Clinic Municipal Nr.1.

### **Materiale și metode**

Studiului retrospectiv au fost supuse foile de observație obstetricală a pacientelor cu cicatriciu pe uter care au născut per vias naturalis în Spitalul Clinic Municipal Nr.1 din Chișinău, în anii 2006 și 2007.

Pentru realizarea scopului nostru au fost folosite următoarele metode:

- *Statistico-medicală*: din anamneză au fost selectate indicațiile pentru operația pe uter (cezariană, miomectomie), precum și modul de efectuare a ei (la rece sau de urgență), complicațiile în perioada postoperatorie (supurarea plăgii, prezența febrei, subinvoluția uterului, prezența endometritei, durata spitalizării etc.), datele evoluției clinice a sarcinii prezente. În afară de datele anamnestică și clinice am utilizat și rezultatele examenului ecografic (starea cicatricului, localizarea placentei și masa probabilă a fătului) efectuat la 36-38 spt. de sarcină și în I perioadă a nașterii.

- *Statistică* – s-au aplicat următorii indici matematici: eroarea valorilor medii aritmetice, valoarea medie relativă, autentificarea diferențelor.

### **Rezultate**

În secțiile obstetricale ale IMSP SCM Nr.1 în anul 2006 în total au fost 6372 nașteri, iar în anul 2007 – 6912 nașteri. Analiza datelor expuse mai sus determină o creștere cu 8,5% a numărului de nașteri în 2007.

Conform datelor biroului de statistică în anul 2006, au fost efectuate 958 operații cezariene, ceea ce a constituit 15% din numărul total de nașteri, iar în anul 2007 – 960 operații cezariene (13,9%). Din numărul total de operații cezariene (958) efectuate în 2006, la 175 (18,3%±1,4) parturiente aceasta s-a efectuat repetat, în 2007 – la 190 (19,8%±1,2).

*Totodată, în 2006, 13 parturiente (0,2% din numărul total de nașteri) cu cicatriciu pe uter au născut per vias naturalis și 18 parturiente (0,26% din numărul total de nașteri) în 2007.*

Astfel, în perioada anilor 2006-2007, în clinica noastră, 31 de parturiente au născut pe cale naturală cu cicatriciu pe uter, dintre care la 29 (93,5%) după operație cezariană, și 2 (6,5%) după miomectomie. Vârsta medie a gravidelor incluse în studiu este de 29 ani ± 5.

Analizând datele în ceea ce privește funcția menstruală, s-a constatat că la 3 (9,68%) paciente au fost depistate dereglări ale ciclului menstrual sub formă de hipo-oligomenoree. Este interesant faptul că în cazul acestor paciente ca indicație pentru prima operație cezariană a servit insuficiența forțelor de contracție.

Din numărul total de paciente incluse în studiu:

- 7 (22,6%) femei au în anamneză nașteri per vias naturalis,

- 22 (71%) femei au avut prima și unica naștere care s-a finalizat cu operația cezariană,
- 2 (6,4%) paciente nu au avut nici o sarcină și cicatricul pe uter l-au obținut după miomectomie conservativă. La o pacientă miomectomia conservativă fost efectuată cu deschiderea cavității uterine, iar la a doua pacientă s-au înlăturat 3 nodului miomatoși fără a deschide cavitatea uterului.

Din numărul total de cazuri examinate la 7 (22,6%) femei pînă la prima operație cezariană au fost avorturi spontane.

Din informația obținută din fișele obstetricale s-a constatat că indicațiile pentru operație cezariană suportată în antecedente sunt: (vezi tab.1)

Tabelul 1

#### Indicații pentru intervenții pe uter în antecedente

Indicații	Cifra absolută	%
Prezența pelviană	18	58,06
Prezența transversală	2	6,45
Insuficiența forțelor de contracție	3	9,68
Apoplexia uteroplacentară	4	12,9
Miopie de grad înalt	1	3,23
HTA indusă de sarcină	1	3,23
Miomectomie	2	6,45

Conform rezultatelor obținute s-a determinat că intervalul de timp între operația pe uter și sarcina actuală a variat între 2 și 9 ani, constituind în mediu 5,5 ani. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații.

Evoluția sarcinii la 4 (13%) gravide s-a complicat cu iminența avortului spontan, la 3 (9,7%) cu disgravidie precoce, iar la 7 (22,5%) cu anemie.

Nașterea a avut loc la termen la 26 (83,9%) gravide, și prematură la 5 (16,1%) paciente.

Prima perioadă a nașterii în 21 (67,7%) cazuri a decurs fără complicații obstetricale, iar în 10 (32,3%) cazuri s-a complicat cu ruperea prenatală a membranelor.

Rezultatele studiului dat au relevat că în 100% cazuri a fost efectuat examenul ultrasonor. La 29 de gravide USG a fost efectuată pînă la naștere, la termen de 36-38 spt., iar la 2 paciente, în legătură cu nașterea prematură la 32-33 spt. - în I perioadă a nașterii. În cadrul USG s-a apreciat starea cicatricului, care s-a dovedit a fi mai mare de 4-5 mm, ecogenitate uniformă pe tot parcursul cicatricului, iar placenta era plasată pe peretele posterior în 18 (58%) cazuri, pe peretele lateral – în 9 (29%), pe peretele anterior pînă la cicatriciu – 4 (13%). Masa probabilă a fătului nu depășea 3500 g.

Analiza inscripțiilor din fișa obstetricală a relevat la toate pacientele incluse în studiu lipsa durerii locale în regiunea segmentului inferior, absența greții sau vomei, a durerilor epigastrale, a dereglărilor activității contractile a uterului, precum și a reținerii progresării fătului prin căile de naștere pe fonul deschiderii complete a colului uterin. Menționăm că perioada de dilatare a colului uterin a decurs fără stimularea forțelor de contracție ale uterului cicatricial.

Perioada de expulzie a evoluat fără particularități, la fel în lipsa stimulării travaliului. S-au născut feți vii în prezența craniană. Masa nou-născuților varia între 2500 și 3700 g, în medie 3100g. Starea lor a fost apreciată conform gradației Apgar cu 7-8 puncte.

În perioada a III a nașterii, în 8 (25,8%) cazuri placenta a fost decolată în mod clasic, iar în 23 (74,2%) – în mod activ. Pierderile de sînge în naștere au fost în limitele fiziologice (de la 150 pînă la 350 ml). A fost efectuată revizia manuală a cavității uterine după finisarea nașterii în 100% cazuri.

Examenul retrospectiv ecografic a exclus modificările patologice în regiunile cicatricii, iar grosimea segmentului inferior la diferite paciente a fost între 3 și 5 mm.

Așadar, rezultatele estimărilor au constatat că durata totală a nașterii a constituit 6 ore 40 min. +/- 1oră 50 min la 21 (67,7%) de gravide, iar de 9 ore 30 min. +/- 1 oră 25 min la 10 (32,3%) gravide.

Perioada de lăuzie și neo-natală a decurs fără particularități. Toate femeile au fost externate la domiciliu la a II-IV-a zi.

În urma studiului efectuat am elucidat câțiva factori care au permis conduita nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter:

1. o singură operație cezariană în anamneză cu o incizie transversală pe uter în segmentul inferior;
2. cicatrici pe peretele anterior al uterului după miomectomie;
3. lipsa bolilor extragenitale și a anamnezei obstetricale complicate, care au servit ca indicație pentru prima operație;
4. competența cicatriciului pe uter;
5. localizarea placentei în afara cicatriciului pe uter;
6. prezența craniană a fătului;
7. lipsa disproporției fetopelvine;

### **Discuții**

Rezultatele studiului dat ca și datele literaturii de specialitate au constatat o creștere a dinamicii nașterii per vias naturalis la femeile cu cicatrici pe uter, ceea ce corespunde tendințelor moderne ale obstetricii. [4, 5, 6, 7]

Totodată a fost constată o creștere a ratei operațiilor cezariene repetate de la 18,3% până la 19,8%. Este important de menționat că indicațiile pentru operația cezariană din antecedente la 24 (77,4%) gravide au fost pentru o intervenție planică, fără complicații intra- și postoperatorii ale primei cezariene, cu intervalul mediu între operație și naștere de 5,5 ani, placenta era plasată pe peretele posterior în 18 (58%) cazuri, pe peretele lateral – în 9 (29%), pe peretele anterior până la cicatrici - 4 (13%), în lipsa maladiilor inflamatoare ale uterului și anexelor. Toate acestea au permis maturizarea cicatriciului cu muscularizarea și vascularizarea sa suficientă.

Este necesar de menționat necesitatea efectuării examenului ultrasonor a termenele de 28-34 spt. și 37-39 spt. de sarcină pentru aprecierea complexă a stării cicatriciului pe uter. Vom considera un cicatrici competent dacă grosimea segmentului inferior este între 3 și 5 mm., iar structura țesuturilor este omogenă cu contur uniform la care cicatriciul postoperator practic nu se vizualizează.

S-au observat, însă, și unele particularități în conduita nașterii la această categorie de femei. În timpul nașterii este necesară o monitorizare cardiografică continuă a fătului cu evaluarea clinică a caracterului travaliului și stării cicatriciului pe uter. Înafară de evaluarea clinică (palparea) a cicatriciului pe uter în timpul travaliului, putem utiliza USG cu ajutorul căreia, pe lângă evaluarea stării cicatriciului pe uter, determinăm prezența, poziția și varietatea fătului cu efectuarea cervicometriei.

Este considerată ca obligatorie revizia manuală a cavității uterine după finisarea nașterii în cazul lipsei posibilității efectuării examenului ultrasonor. [2, 6] Este oportună efectuarea unui examen ultrasonor la 2 ore după finisarea nașterii pentru diagnosticarea hematomului retrovezical, care poate apărea ca rezultat al unei rupturi uterine nediate diagnosticate. [2, 6]

### **Concluzii**

1. Parturientei, în lipsa contraindicațiilor, trebuie să i se ofere posibilitatea conduitei nașterii per vias naturalis după intervenția chirurgicală pe uter, după discuția riscurilor și beneficiilor materne și perinatale. Procesul acordului informat cu documentarea corespunzătoare trebuie să fie o parte importantă a planului de naștere pentru o femeie cu antecedente de operație pe uter.
2. În scopul unei nașteri sigure cu cicatrici pe uter, femeia trebuie să nască într-o instituție medico-sanitară, unde, la necesitate, poate să fie efectuată la timp intervenția cezariană.

3. Este necesară monitorizarea electronică utero-fetală a femeii supuse nașterii pe cale naturală cu cicatrici pe uter.
4. Suspectarea semnelor clinice de ruptură uterină necesită asistență promptă și o laparotomie urgentă în scopul reducerii morbidității și mortalității materne și perinatale.
5. Este obligatorie efectuarea examenului ultrasonor cu evaluarea integrității cicatricii, iar în lipsa posibilității efectuării acestuia este recomandată revizia manuală a cavității uterine.

#### **Bibliografie**

1. **Crișan N., Nanu D., Constantinescu C.**, Cezariana, incidența, indicații, perspective // Buletin de Perinatologie 1999, Nr.1, pagina 16-20.
2. **Friptu V., Corolcova N.**, Operația cezariană în obstetrica contemporană // Buletin de Perinatologie 2004, Nr.4, pagina 3-7.
3. **Ștemberg M., Gladun E., V. Friptu, N. Corolcova.** Obstetrică practică. Chișinău 2004, pag.240-249.
4. **Davies GA, Hahn PM, McGrath MM.** Vaginal birth after Cesarean section: physicians' perceptions and practice. J Reprod Med 1996; 41:515-20
5. **Quilligan EJ.** Vaginal birth after Cesarean section: 270 degrees. J. Obstet Gynecol Res 2001; 27:169-73
6. **Краснопольский В.И., Логутова Л.С., Гаспареан Н.Д., Магилевская Е.В.** Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой // Журнал акушерства и женских болезней – 2003. – Т.ЛII. – Выпуск 1. – С 20-25
7. **Carroli G., Villiar J., Plaggio G.**, WHO systemic review of randomized controll trials of vaginal birth after cesarian delivery. The Lancet – 2001; vol.357, pag. 1565-1570

### **TACTICA ÎN NAȘTERILE CU PREZENTAREA PELVIANĂ A FĂTULUI**

**Ana Manoli, Irina Zazulina**

(Conducătorul științific : dr. în med., conf. univ., – Popușoi Olga)

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

#### **Summary**

##### **Tactics of reference in childbirth pelvic breech delivery**

As a result of the examination of 140 case histories of parturients with pelvic Breech Delivery, had underwent cesarean section and were investigated on the following criteria: anamnesis, development of pregnancy and the state of the newborn. The women with severe obstetrical anamnesis with pelvic fetus prevailed.

#### **Rezumat**

În urma examinării 140 fișe medicale a parturientelor cu feți în prezență pelviană, cărora li s-a efectuat operația cezariană s-au cercetat următoarele criterii: anamneza, evoluția sarcinii, starea nou-născutului. S-a evidențiat predominarea prezenței pelviene a fătului la femeile cu anamneza obstetricală agravată.

#### **Actualitatea temei**

În ginecologie, unul din cei mai mari factori de risc penru mamă și nou-născut rămâne a fi prezentarea pelviană a fătului și tactica aleasă. În condițiile când prezentarea pelviană a fătului se întâlnește relativ rar în populație (2,7-5,4%), totuși ¼ din pierderile perinatale sunt cauzate tocmai de această patologie obtetricală. Necătfînd la succesele în obstetrică din ultimul deceniu, mortalitatea perinatală în prezentarea pelviană a fătului rămâne în limitele de la 5% până la 14,3%. La momentul actual, cea mai răspândită tactica de naștere în prezentarea pelviană a fătului o reprezintă operația cezariană, utilizarea pe larg a căreia nu întotdeauna determină o scădere a mortalității perinatale. În mediu, pe plan mondial această operație, în prezentarea