

58. Salahuddin S, Lee Y, Vadnais M, Sachs BP, Karumanchi SA, Lim KH. Diagnostic utility of soluble fms-like tyrosine kinase 1 and soluble endoglin in hypertensive diseases of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:28–6
59. Romero R, Nien JK, Espinoza J, Todem D, Fu W, Chung H, Kusanovic JP, Gotsch F, Erez O, Mazaki-Tovi S, Gomez R, Edwin S, Chaiworapongsa T, Levine RJ, Karumanchi SA. A longitudinal study of angiogenic (placental growth factor) and anti-angiogenic (soluble endoglin and soluble vascular endothelial growth factor receptor-1) factors in normal pregnancy and patients destined to develop preeclampsia and deliver a small for gestational age neonate. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2008;21:9–23.

TRAUMATISMELE OBSTETRICAL MATERNE ȘI REZOLVAREA LOR

Taisia Eșanu, Olga Cernetchi, Iurie Dondiuc, Tatiana Coban

Catedra Obstetrică - Ginecologie FECMF USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Maternal obstetrical trauma and their resolution

Obstetrical traumatism has remained until now a major issue in the medical practice, despite its performant achievements in modern obstetrics, most common being the perineotomies and episiotomies, followed by perineal tears. Uterus inversion, uterus rupture and hysterectomies in obstetrics remained during 10 years in the same proportions. Cases of vaginal hematoma and symphysis are quite rare. Today there are new opportunities in terms of reducing obstetric trauma modernizing health care in labor .

Rezumat

În pofida realizărilor performante în obstetrica contemporană traumatismul obstetrical a fost și rămâne până în prezent o problemă majoră în medicina practică; cel mai frecvent întâlnindu-se perineo- și epiziotomiile, urmate de rupturile de perineu. Inversia uterului, ruptura de uter și histerectomiile pe parcursul ultimilor 10 ani au rămas în aceleași proporții. Cazurile de hematoame vaginale și simfizite sunt destul de rar întâlnite. Actualmente există noi oportunități la capitolul diminuării traumatismului obstetrical prin modernizarea metodelor de asistență medicală în travaliu.

Actualitatea

Traumatismul obstetrical matern reprezintă până în prezent o problemă importantă în medicina practică. În timpul sarcinilor sau nașterilor, care inițial sunt apreciate fiziologice, la diferite etape (fie în sarcină, fie în perioada de dilatare a colului uterin, fie în perioada de expulsie a fătului, sau perioada de delivrență a placentei, sau lăuzia precoce) ele se pot complica cu careva din traumatismele obstetricale, în pofida succeselor semnificative ale obstetricii contemporane.

Traumatismul obstetrical matern reprezintă într-un mod real o problemă majoră nu numai din punct de vedere medical, ci și social, psihologic, demografic.

La traumatismele obstetricale materne se referă:

- Rupturi perineale și vulvare;
- Rupturi vaginale;
- Rupturi ale colului uterin;
- Hematoame vulvare, paravaginale și perineale, retroperineale;
- Rupturi ale uterului;

- Inversia uterului;
- Leziuni ale simfizei pubiene;
- Fistule postnatale (recto-vaginale, vezico-vaginale).

Din cele mai frecvent întâlnite traumatisme obstetricale, care sunt semnalate în toate țările lumii, fac parte ruptura vulvo- perineală (7-15% din cazuri). Rupturile, uneori, sunt provocate în cazul aplicării manoperelor obstetricale (ventuzei obstetricale, forcepsului obstetrical, extracția pelviană, rotația internă cu extracția mare a fătului etc.) Rupturile de perineu la rândul lor se clasifică în ruptura de gradul I, II, III și IV, care includ și lezarea sfincterului extern al anusului sau chiar și peretele intestinului rect. Rupturile vulvo-perineale se rezolvă în lăuzia precoce prin suturarea lor pe straturi în conformitate cu structurile anatomice ale perineului.

Chiar și în cazul suturării imediate și corecte a rupturilor, uneori apar complicații în perioada post-partum manifestate prin incontinență de urină, cistocel, rectocel, extensia marcată a vestibulului vaginal, care la rândul lor necesită intervenții chirurgicale complexe, deseori repetate, efectuate nu mai devreme de 6 luni după naștere. Restabilirea completă se obține prin colpoperineorafie anterioară și posterioară, prin plastia peretelui anal.

Rupturile vaginale se restabilesc în lăuzia precoce cu fire de catgut; suturarea necesită includerea tuturor straturilor și fundul rupturii pentru a evita acumularea hematoamelor. Rupturile de col se restabilesc începând cu aplicarea primei suturi deasupra colțului de sus a răni, adică în limitele țesutului integru.

Mai rar pot fi întâlnite hematoamele vulvare, paravaginale, perineale. În cazul acestor traumatisme obstetricale se recurge la deschiderea lor și dacă nu se reușește depistarea vasului, care sângerează, se aplică tamponada vaginului și rectului, utilizându-se meșa din tifon de 8-10 metri.

Și mai rare sunt traumatismele obstetricale ca ruptura uterină și inversiunea uterului. Pe parcursul ultimilor 4-5 ani a crescut incidența inversiunii uterului. Anume această patologie se manifestă prin conduită activă a perioadei de delivrență a placentei, anume în cazurile de inserție patologică a placentei (placenta acreta). Rezolvarea cazurilor are loc prin două căi: repunerea uterului sau în caz de nereușită – extirparea lui.

Rupturile uterine variază de la 1/93 până la 1/11365 de nașteri (OMS), atestându-se o diferență semnificativă (o frecvență de 100-150 ori mai mare între țările slab dezvoltate și cele dezvoltate). În România (spitalul Polizu) incidența rupturii uterine este de 1caz la 705 nașteri.

În funcție de momentul apariției rupturii uterine ele se împart în:

1. rupturi uterine în timpul sarcinii (rare)
2. rupturi uterine în timpul travaliului (frecvente)

În cursul sarcinii rupturile uterine pot fi: a) spontane; b) provocate. Rupturile spontane sunt rezultatul unei cicatrice pe uter. Ele se observă, cu o relativă frecvență, în timpul unei incizii, după o operație cezariană, practicate pe corpul uterin (incizie corporală). Rupturile provocate, sunt rezultatul unor traumatisme violente, închise sau deschise. În cursul nașterii rupturile uterine pot fi de asemenea: a) spontane; b) provocate. Rupturile spontane sunt consecința unui obstacol ireductibil al dilatației:

- bazin strâmtat (în 25-75% cazuri);
- tumora praevia;
- rigiditatea anatomică a colului;
- prezentații vicioase ale fătului.

Obstacolele ireductibile de natură mecanică conduc la ruptură uterină, justificând teoria mecanică (Bandl). Rupturile spontane în cursul nașterii pot fi consecința unei fragilități excesive a uterului, în următoarele circumstanțe:

- multiparitatea și vârsta (35-40 de ani), care antrenează modificări în structurile componente ale uterului gravid, ducând la scăderea rezistenței acestora la solicitările de distensie și contracție;
- interval mare între nașteri;
- chiuretaje uterine multiple;
- cicatricii după operație cezariană, prin patologia de cicatrizare uterină, dovedită de histerosalpingografia efectuate în intervalul dintre sarcini.

Aceste modificări degenerative conduc și ele la rupturi uterine și, de aici, teoria histopatologică în etiopatogenia acestora. Astăzi se admite că modificările degenerative ale pereților uterini devin factori favorizanți în ruptura uterină.

Rupturile provocate în travaliu sunt consecința unor manevre obstetricale (aplicare de forceps, versiune internă a fătului, controlul manual al cavității uterine).

Tabelul 1

Traumatismul obstetrical în ÎMSP SCM N1 (2002-2011)

Anul	Număr. nașteril.	Număr. operațiilor cezariene		Histerectomia obstetricală		Rupturi de pe rineu gr.III-IV		Perneo- și epiziotomii		Hematoame vaginale		Rupturi de uter		Simfizite	
		c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%	c. abs.	%
2002	4401	547	12,5	7	0,16	40	0,9	948	21,54	3	0,07	6	0,14	-	-
2003	4468	583	13,0	7	0,16	50	1,12	1025	22,94	2	0,04	6	0,13	2	0,04
2004	5262	718	13,6	10	0,19	62	1,18	13-1	24,72	4	0,08	6	0,11	2	0,04
2005	5650	788	13,9	6	0,11	36	0,64	1285	22,74	3	0,05	6	0,11	2	0,04
2006	6372	958	15,0	12	0,19	99	1,55	1123	17,62	5	0,08	12	0,12	-	-
2007	6912	960	13,9	16	0,23	179	2,59	1121	16,22	4	0,06	16	0,23	1	0,01
2008	7784	1162	14,9	17	0,22	170	2,18	1111	14,27	7	0,09	17	0,22	1	0,01
2009	7826	1061	13,6	9	0,12	223	2,85	1268	16,2	3	0,04	9	0,12	2	0,03
2010	8330	1190	14,3	10	0,12	492	5,91	1408	16,9	7	0,08	10	0,12	5	0,06
2011	8256	1295	15,7	15	0,18	336	4,07	956	11,58	7	0,08	15	0,18	5	0,06

Rezolvarea cazurilor rupturilor de uter are loc printr-o intervenție chirurgicală vastă – extirparea uterului cu sau fără anexe; de cele mai dese ori nereușindu-se de a salva fătul, iar uneori, chiar și mama. Letalitatea în cazul rupturilor de uter este înaltă (25-60%), fapt atestat și în literatura de specialitate din toate țările lumii.

Scopul

Lucrarea are scopul determinării incidenței traumatismelor obstetricale materne și metodelor de rezolvare ale acestora în obstetrica contemporană de urgență.

Materiale și metode

Pentru a îndeplini scopul lucrării au fost utilizate fișele de observație obstetricală din maternitatea ÎMSP SCM N1 (Chișinău) pe parcursul ultimilor 10 ani (2002-2011) în care s-au semnalat diferite tipuri de traumatism obstetrical. Pentru unele precizări au fost utilizate materialele statistice din instituție (anii 2002-2011).

Rezultate și discuții

După incidență menționăm că s-au semnalat cel mai frecvent tipul de traumatism obstetrical perineo- și epiziotomia (24,7%-11,5%); atestându-se o semnificativă diminuare pe parcursul ultimilor 5 ani. Diminuarea cazurilor de traumatism obstetrical provocat (perineo- și epiziotomia) a fost substituită de sporul incidenței cazurilor rupturilor de perineu de gradul III-IV de 9,23 ori (de la 0,64% la 5,9%). Rupturile de perineu s-au atestat în proporții identice la primipare și la multipare, în 78% cazuri de feți macrosomi. Perineo- și epiziotomia s-au realizat în majoritatea cazurilor din motive de hipoxie intrauterină a fătului, atât la multipare, cât și la primipare, neluându-se în considerație vârsta parturientelor.

Incidența cazurilor de hematoame vaginale timp de 10 ani a rămas constantă (sub o zecime de procent). În pofida creșterii în dinamică a numărului de nașteri (de la 4401 cazuri în 2002 la 8256 cazuri în 2011) numărul cazurilor de histerectomii obstetricale a rămas aproape constant (0,11-0,23%).

Pe parcursul a 10 ani (2002-20011) a sporit incidența operațiilor cezariene (de la 12,5% în 2002 până la 15,7% în 2011). Tendința menționată afectează mult funcția reproductivă a multor femei. Mai rar sunt întâlnite traumatismele sistemului osos, în speță, cazurile de simfizită, care nu depășesc 0,06% din numărul total de nașteri. Simfizita a avut loc în 100% cazuri la parturientele cu feți macrosomi și giganți.

Conform vârstei parturientelor și parității menționăm că hematoamele vaginale s-au întâlnit, în exclusivitate, la primipare și la cele cu vârsta după 28 ani. Pe când ruptura de uter s-a produs numai la multigeste, multipare, cu copii macrosomi la nașterile precedente, la diferite categorii de vârstă. Histerectomiile s-au semnalat tot la așa categorie de femei (Tabelul 1).

Concluzii și recomandări

1. Problema traumatismului obstetrical rămâne în continuare una actuală în practica obstricieni-ginecologilor.
2. În ultimul timp a sporit incidența rupturilor de perineu din contul diminuării perineo- sau epiziotomiei. În aceste cazuri rămâne de ales alternativa între „o rană tăiată se vindecă mai bine decât una ruptă” și ruptura de perineu propriu zisă
3. Sporește incidența operațiilor cezariene, fapt ce denotă argumentarea responsabilității continue a obstetricienilor în diminuarea riscurilor pentru mamă și făt la naștere „per vias naturalis”.
4. Incidența celorlalte tipuri de traumatism obstetrical a rămas constantă și nu depinde de metodele de asistență obstetricală actuală.
5. În scopul ameliorării calității managementului parturientelor și lăuzelor pentru diminuarea diverselor traumatisme obstetricale propunem respectarea protocoalelor clinice standardizate.

Bibliografie

1. James D.K., Steer P.J., Weiner C.P., Gonik B. High risk pregnancy. Management options third ed. Ed Saunders Elsevier, 2006.
2. Lansac J., Magnin G. Obstetrique. 5e edition. Ed. Masson, 2008.
3. Luca Vasile, Moga Marius. Urgențe în obstetric. Ed. Universității Transilvania, Brașov, 2006.
4. Mișu Dan, Costin Nicolae, Ciortea Răzvan. Algoritmi de diagnostic și tratament în obstetrică-ginecologie – Ed. Medicală Universitară “ Iuliu Hațieganu “ Cluj-Napoca, 2007.
5. Turrentine John E. Clinical Protocols in Obstetrics and Gynecology-third edition. Ed. Informa