

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.

Actualitatea temei

Epiziotomia reprezintă o incizie chirurgicală la nivelul perineului efectuată la naștere, pentru a evita ruptura acestuia [1]. Până în prezent se discută asupra necesității și frecvenței utilizării acestei manopere, indicațiile, contraindicațiile și condițiile de efectuare. Este pusă în discuție întrebarea despre tipul materialului de sutură folosit, posibilele complicații și consecințe precoce și la distanță.

Prima dată despre utilizarea epiziotomiei se atestă cu 300 ani în urmă în Egipt. Metoda a fost descrisă în anul 1742 de către Sir Fielding Ould, în tratatul său de obstetrică, definind epiziotomia în termenii în care o cunoaștem în prezent. Istoria cunoaște câteva modalități de efectuare a epiziotomiei: mediană; practicarea bilaterală pe circumferința vulvare a 4-5 incizii cu lungimea de 13 mm; mediolaterală bilaterală, etc. [1,8,11]. Cu toate acestea, concepția modernă a epiziotomiei a văzut lumina zilei în SUA, unde Pomeroy R.H. (an. 1918), a recomandat efectuarea acesteia tuturor primiparelor, pentru reducerea duratei perioadei de expulzie [1,12]. În 1920 DeLee B. a indicat efectuarea manoperei în cazul aplicării forcepsului. Astfel, epiziotomia a fost acceptată în practica obstetricală în calitate de manoperă chirurgicală.

Incidența cu care se efectuează epiziotomia în prezent este diversă, atât în funcție de țară, cât și a instituției medicale. Până în anul 1960, era acceptat conceptul de epiziotomie de rutină, care ulterior a fost abandonat [9,12]. Conform datelor Asociației Colegiului Obstetricienilor și Ginecologilor (an. 2007), în SUA epiziotomia se efectuează în 32,7% cazuri anual [1,4]. Studiile franceze susțin că de manoperă beneficiază fiecare a doua femeie [6]. Studiile randomizate recente au arătat că utilizarea restrictivă a epiziotomiei (între 10-34%) este preferențială, fiind limitată la situațiile de risc (perineu rigid sau fragil, macrosomia fetală, extracția instrumentală vaginală) [1,9]. Datele din cadrul secțiilor obstetricale din IMSP SCMN1, mun. Chișinău, privind incidența utilizării epiziotomiei, atestată o scădere a utilizării manoperei (de la 22,2% în anul 2004, până la 13,3% în anul 2009).

Beneficii materne în cazul utilizării epiziotomiei sunt pe larg cunoscute și descrise în literatura de specialitate, ca: scăderea riscului traumei perineale; micșorarea manifestărilor complicațiilor post partum ca prolapsul uterin; minimalizarea riscului de apariție a incontinenței de urină și micșorarea incidenței dispariunii [11]. Printre beneficiile fetale pot fi enumerate: scurtarea perioadei a II-a de naștere și facilitarea utilizării manoperelor instrumentale.

Printre indicațiile de bază ale epiziotomiei sunt: iminența de rupere a perineului; suferința fetală; utilizarea manoperelor chirurgicale (vacuum extracția, aplicarea forcepsului); distocia de umeri. Efectuarea epiziotomiei este importantă pentru protecția craniului fetal la un copil mic prin retard de dezvoltare intrauterină și /sau prematuritate [1,2,10].

În prezent sunt utilizate 2 metode principale: mediană și mediolaterală. Epiziotomia mediană este frecvent practică în SUA. Avantajul metodei constă în faptul că este ușor de efectuat și de restabilit. Dezavantajul constă în posibilitatea extinderii traumei perineale până la implicarea anusului și pereților rectului [1,3,7]. Epiziotomia mediolaterală este preferențial utilizată în Franța, Anglia, fiind efectuată sub unghi de 45° de dreapta. În epiziotomia mediolaterală se mărește spațiul perineal pentru naștere și se micșorează extinderea traumei perineale, ceea ce constituie un avantaj [3,6,12]. Un moment negativ este dificultatea restabilirii, hemoragia mai mare și un discomfort post partum presupus mai frecvent și mai pronunțat.

Ca orice altă manoperă chirurgicală, epiziotomia include un șir de posibile complicații, precoce și la distanță care influențează calitatea vieții femeii [3,7,11]. Printre complicațiile cunoscute sunt: hemoragia, dezvoltarea hematomului, abces etc. Sunt descrise cazuri de apariția fistulei recto-vaginale după uilizarea manoperei. Una dintre cele mai frecvente consecințe ale epiziotomiei în perioada post partum este durerea la nivelul cicatricei. Se șpoate dezvolta incontinența de urină și mase fecale, dispareunia, prolapsul genital [5,9,10,12]. La fel cercetările din străinătate relatează pe larg faptul că consecințele medico-sociale și sexuale survenite în urma epiziotomiei înrăutățesc calitatea vieții femeii.

În ultimii ani a fost revăzută părerea despre utilizarea epiziotomiei. Afirmațiile privind eficacitatea și necesitatea efectuării epiziotomiei sunt supuse discuțiilor controversate în cadrul

numeroaselor studii din literatura de specialitate. Subiectul a trezit un interes științific real în funcție de cercetările recente apărute în domeniul. Thorp J.M. și Bewes W.A. (1989) au realizat o cercetare a revizuirii de literatură, regrupând rezultatele a 25 lucrări științifice în problema epiziotomiei, asupra cazurilor datate între anii 1930-1986. Analiza rezultatelor acumulate a arătat un nivel înalt de leziuni perineale severe în 6,5% cazuri printre 49395 paciente care au suportat epiziotomie mediană vs. 1,4% la 38961 paciente care au născut fără efectuarea epiziotomiei [12]. Anthony S. și coaut. (1994) au studiat legătura dintre practicarea epiziotomiei mediolaterale și survenirea leziunilor perineale severe în țările slab dezvoltate pe un lot de 43309 paciente, care au născut spontan în prezentația occipitală a fătului, pe parcursul anului 1990. Nivelul global de dehiscență perineală severă a constituit 1,4% [3].

În prezent sunt cunoscute studii de specialitate ce urmăresc corelația efectuării epiziotomiei cu alți factori, precum paritatea, dimensiunile fătului la naștere, utilizarea manoperelor instrumentale. La multipare epiziotomia se efectuează în 1%, iar primiparele sunt supuse manoperei în 2% cazuri [3,11]. Unul din momentele discutate pe larg este atitudinea specialiștilor față de epiziotomie vs. survenirea rupturilor spontane. Se consideră că o incizie de epiziotomie se va vindeca mult mai ușor decât o ruptură spontană [1,8].

Cu toate acestea, Klein M.V. și colab. (1994) au comparat consecințele epiziotomiei pentru o perioadă de 3 luni post partum la 697 paciente din cadrul unui studiu randomizat controlat. Autorii au concluzionat că leziunile survenite spontan erau mai puțin dureroase decât epiziotomiile. Caracteristici identice au fost atestate și în cazul restabilirii funcției sexuale. Simptomele urinare și pelviene erau echivalente pentru ambele grupuri cercetate. Studiile electromiografice efectuate, au arătat că peste 3 luni, cea ai slabă musculatură a planșeului pelvian a fost în cazul femeilor care au suportat epiziotomii, în special la primipare. Survenirea leziunilor perineale severe era asociată cu realizarea epiziotomiei mediane [9]. Actualmente, în multiple studii, inclusiv cu aplicarea ecografiei și RMN apar informații, că traumele de mușchi ale planșeului pelvian în naștere apar mai frecvent decât era considerat anterior și sunt prezente la 20-30% femei [3,9].

Concluzie

În urma celor relatate, analiza datelor literaturii de specialitate arată un avantaj scăzut pentru utilizarea pe larg a epiziotomiei, care antrenează intervenții perineale numeroase, fără diminuarea riscului de dehiscențe severe și fără obținerea unui beneficiu de lungă durată. Considerăm că prin conduita corectă a nașterii fiziologice, pot fi brusc micșorate indicațiile către efectuarea acestei manopere.

În cazul în care se atestă iminență de ruperea perineului, trebuie dată preferință epiziotomiei vs. ruptura spontană a perineului, din considerentul că restabilirea epiziotomiei se soldează cu un procent mai mic de complicații în perioada post partum.

Conduita adecvată a perioadei post partum în caz de utilizare a epiziotomiei, micșorează riscul survenirii complicațiilor ulterioare.

Bibliografie

1. ACOG Practice Bulletin. *Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. Number 76, 107 (4), 2006, p. 957-962
2. Albers L.L. et al. *Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births*, Birth 33(2), 2007, p. 94-100.
3. Antony S., Buitendijk S.E., Zoderavak K.T., Russel E.J.C., Verkerk P.H. *Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations*. Br. J. Obstet. Gynecol, 101, 1994, p 1064-1067.
4. Brideron J.M., Youssef R. și coaut. *Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery*, BJOG, 112, 2005, p., 941-945
5. Dietz H., Simpson J. *Levator trauma is associated with pelvic organ prolapse*. BJOG, nr. 22, 2008, p. 123-127

6. Duchatel F.C. *Les déchirures périnéales et l'épisiotomie*, Réalité en Gynécologie-Obstétrique, N 51, 2000, p. 40-41
7. Ejegård H., Ryding E.L., Sjögren B, *Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up*, Gynecologic and Obstetric Investigation, Vol. 66, No. 1, 2008, p.131-133
8. Hartmann K., Viswanathan M., Palmieri R., Gartlehner G., Thorp J, Lohr K.N. *Outcomes of routine episiotomy: a systematic review*. JAMA 293 (17), 2005, p. 2141–2148
9. Klein M.V., Gauthier R.J., Robbins J.M., Kaczorowski J., Jorgensens H. *et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation*. Am. J. Obstet. Gynecol, 171, 1994, p. 591-598
10. Leeuw J.W., Struijk P.C., Vierhout M.E., Wallenburg H.C.S. *Risk factors for third degree perineal ruptures during delivery [archive]*. BJOG, 108, 2008, p.4-8
11. Thacker S.B., Banta H.D. *Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1870-1990*. Obstet Gynecol Surv 38(6), 2004, p.322-38
12. Thorn J.M., Bewes W.A. *Episiotomy: can its routine use be defended?* Am. J. Obstet. Gynecol, 160, 1989, p.1027-1030.

VACUUM-EXTRACȚIA CA METODA DE ELECTȚIE ÎN CADRUL NAȘTERILOR ASISTATE ÎN OBSTETRICĂ CONTEMPORANĂ

Valentin Friptu, Olesea Rotaru, Elena Mecineanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Vacuum extraction as elected method for assisted vaginal delivery in the modern obstetric practice

Assisted vaginal delivery is an integral part of obstetric care worldwide. Current evidence suggests that when assisted vaginal delivery is required, the ventouse should be chosen first, principally because it is significantly less likely to injure the mother and child. However, this area remains controversial and selective review of the literature to support different views is common.

Rezumat

Nașterea asistată se înscrie printre primele locuri în mulțimea problemelor medicale din domeniul obstetrical. Studiile recente demonstrează ca în cazul nașterilor asistate, aplicarea ventuzei obstetricale ar trebuie să fie plasată pe primul loc, datorită faptului, că este în mod semnificativ, mai puțin traumatică pentru mamă și făt. Cu toate acestea, acest domeniu rămâne controversat și selectiv, iar revista literaturii are drept scop comun de a sprijini puncte de vedere diferite.

Actualitatea temei

Nașterea asistată se înscrie printre primele locuri în mulțimea problemelor medicale din domeniul obstetrical, având influența controversată asupra sănătății mamei și a copilului.

Datorită progresului tehnico-științific s-a constatat o creștere continuă de utilizare a unor metode instrumentale bine cunoscute, precum și implimentări novaționale în practica medicală, care au contribuit în felul acesta, la îmbunătățirea indicilor morbidității și mortalității materne și fetale.

Nașterea per vias naturalis asistată este o parte componentă a asistenței obstetricale în lumea întreagă. Ea poate fi întâlnită, atât rar - în 1,5% din nașteri (Republica Cehoslovaca), cât și des - în 15% (Australia și Canada) [1]. Ratele de discrepanță pot fi determinate de diferențele în conduita nașterii.