

LIUDMILA STAVINSKAIA<sup>1</sup>, ULIANA TABUICA<sup>1</sup>, VICTOR PETROV<sup>2</sup>, IRINA CASTRAVEȚ<sup>2</sup>,  
LILIANA FUIOR<sup>2</sup>, ION BOBU<sup>2</sup>, CHIRIL GRECU<sup>2</sup>

## TRAUMATISMUL OBSTETRICAL ÎN SARCINILE MULTIPLE OBTINUTE PRIN REPRODUCEREA ASISTATĂ

<sup>1</sup> Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

<sup>2</sup> IMSP Institutul Mamei și Copilului

**Introducere.** Ruptura uterină este o complicație rară, asociată cu morbiditatea și mortalitatea maternă și fetală severă. Ruptura uterină fără cicatrizare anterioară este un eveniment rar: 1/5.700-1/20.000 de sarcini. Ruptura uterină este asociată în principal cu tentativa de naștere vaginală după o operație cezariană anterioară. Riscul crește odată cu tentativa de naștere vaginală la 0,32-0,47%, fiind de 0,03% la femeile care sunt programate pentru o cezariană electivă. Rata crescândă a nașterilor prin operație cezariană, plus dezvoltarea rapidă a tehnologiilor de reproducere asistată (fertilizare in vitro-transfer de embrioni), poate crește frecvența rupturii uterine. Patologia poate apărea în al doilea trimestru, dar, cel mai des, în al III-lea trimestru. Ruptura uterului în regiunea cicatricii formate ca urmare a intervențiilor chirurgicale de pregătire pentru reproducere asistată sunt rare, ceea ce scade vigilența și determină întârzierea diagnosticului și a tratamentului oportun.

**Caz clinic.** Pacienta E., în vârstă de 34 de ani, a fost internată în mod urgent în secția de terapie a sarcinii a IMSP

La internare, pacienta prezintă acuze la dureri moderate în regiunea inferioară a abdomenului, mai pronunțat pe dreapta, dureri lombo-abdominale cu iradiere în zona inghinală și în piciorul drept. Durerile menționate au apărut 2 săptămâni în urmă, în dinamică s-au intensificat.

A primit tratament de păstrare a sarcinii conform PCN „Nașterea prematură” și „Sarcina multiplă”, tratament uroseptic și spasmolitic pentru diminuarea durerilor lombare. În pofida tratamentului, durerile au devenit mai pronunțate în regiunea lombară, cu iradiere pe traiectul ureterului din dreapta cu localizarea preponderentă în regiunea inghinală pe dreapta. A fost stabilit diagnosticul de Colică renală pe dreapta, condiționată de presiunea uterului gravid pe fond de Pielonefrită cronică bilaterală recidivantă. Uterul era în normotus. Durerile au persistat 3 zile, după care au dispărut. Pe fond de stare satisfăcătoare a pacientei, fără acuze, s-a efectuat USG de control, unde s-a depistat ruptura uterului în regiunea unghiului drept cu deplasarea fătului al III-lea, decedat antenatal, în cavitatea abdominală, defectul uterului fiind tamponat de făt. (Fig. 1-5)



**Fig. 1.** Deformare a pereților uterini care denotă o bombare patologică spre zona subțiată



**Fig. 2.** Defectul peretelui uterin cu eventrarea prin orificiul creat al pungii amniotice, cordonului ombilical și făt

Institutul Mamei și Copilului cu diagnosticul: Sarcină 29-30 săpt. Sarcina 1 obținută prin FIV. Triplex-tricoria-lă, triamniotică. Iminență de naștere prematură. Infecțiile recidivante ale aparatului urinar în cursul sarcinii. Anamne-sticul personal denotă că pacienta a suportat câteva in-tervenții chirurgicale ginecologice (3 laparoscopii-ultima cu tubectomie bilaterală, histeroscopie) și are anamne-stic obstetrical agravat prin sterilitate primară timp de 8 ani.

S-a stabilit diagnosticul de Sarcină 30s+4z. obținută prin FIV. Triplex. AOC (sterilitate primară 8 ani). AGC (3 laparoscopii. Tubectomie bilaterală). Ruptura uterului cu expulzarea fătului al III-lea în cavitatea abdomina-lă. Moartea antenatală a fătului al III-lea. Pacienta a fost supusă operației cezariene urgente la indicații vitale ma-terne. S-a depistat placenta cezarea, ceea ce a condiționat pierderea sangvină sporită la etapa inițială a operației. La



**Fig. 3. Prezența a doi feți în cavitatea uterului, formată la nivelul circumferinței abdominale**



**Fig. 4-5. Fragmente ale coloanei vertebrale și craniului fătului expulzat prin defectul peretelui uterin**

nivelul cornului uterin drept s-a observat dehiscența cicatricii vechi posttubectomie prin care s-a depistat expulzia fătului al III-lea în cavitatea abdominală. (Fig. 6-7).

sănătoase. S-au aplicat pense moi hemostatice temporare pe arterele uterine și pe anexe bilateral. S-a excizat cicatricia veche de la nivelul cornurilor uterine bilate-



**Fig. 6-7. Expulzia fătului al III-lea în cavitatea abdominală prin dehiscența cicatricii vechi posttubectomie**

La inspecția uterului s-a depistat dehiscență cicatricii posttubectomie și la nivelul cornului stâng al uterului cu diametrul de 1,5 cm. Pe peretele posterior al uterului, la nivelul segmentului inferior, se vizualizează imbițiție hemoragică cu diametrul aproximativ 4x6 cm. (Fig. 8-9) Intraoperator, s-a decis de păstrat uterul cu efectuarea exciziei marginilor dehiscențelor în limitele țesuturilor

ral. S-au aplicat suturi separate în 3 straturi anatomice cu controlul hemostazei, după care au fost înlăturate pensele hemostatice. Utilizarea acestor pense a permis scăderea vădită a cantității de sânge pierdut, care a constituit în total cca la 2100 ml, având în vedere supraextinderea uterului pe fond de triplex, prezența a trei placentе, sindromul-CID pe fundal de moarte antena-



**Fig. 8-9. Dehiscentă de cicatrice veche posttubectomie la nivelul cornului stâng și imbibiția hemoragică a peretelui uterin posterior**

tală a fătului și volum mare a intervenției chirurgicale. Cavitatea abdominală a fost drenată cu două tuburi. Pe parcursul intervenției chirurgicale a fost efectuată corecția volumului sângelui circulant. Feții gemeni au fost născuți în stare satisfăcătoare, cu masa 1300 și 1500 g, fiind oxigen-independenti. Fătul mort a fost cu masa de 980 g.

Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații septicopurulente pe fond de tratament antibacterian complex, anticoagulant, uterotonic și antianemic. Starea postoperatorie a uterului a fost fără particularități, fapt confirmat ultrasonografic (Fig. 10-11). Pacienta a fost externată cu copiii la a 12-a zi după intervenția chirurgicală în stare satisfăcătoare.



**Fig. 10-11. Cicatrice pe uter în segmentul uterin inferior ce conține material de sutură**

### Concluzii

1. Tubectomia laparoscopică din cadrul pregătirii pentru programele de reproducere asistată poate fi complicată cu traumatism obstetrical. Traumatismul se poate produce, în special, în cadrul supraextinderii uterului din cauza sarcinilor multiple. La femeile cu astfel de intervenții în anamneză nu se recomandă transferul a mai mult de 2 embrioni, deoarece în aceste condiții pot surveni nu doar complicații obstetricale, ci și rezultate perinatale nefavorabile.

2. Tehnica tubectomiei necesită precauție, în special la abordul laparoscopic cu evitarea implicării porțiunii istmice a cornului uterin, când este imposibil de a preciza profunzimea și suprafața zonei coagulate și, respectiv, calitatea cicatricei formate.

3. În sarcinile multiple obținute prin aplicarea tehnologiilor reproductive, insuficiența și dehiscenta cicatricelor pe uter pot avea un caracter asimptomatic sau atipic. Manifestarea tabloului clinic este adesea diminuată, la fel, pe fundal de terapie de păstrare a sarcinii și administrarea de preparate spasmolitice. Pacientele în cauză vor fi atribuite în grupul de risc pentru traumatism obstetrical din momentul survenirii sarcinii, iar conduita sarcinii va fi planificată minuțios.

4. Aplicarea penselor hemostatice temporare pe vasele uterine în cadrul intervențiilor chirurgicale masive permite reducerea pierderii sangvine și recuperarea postoperatorie mai rapidă.

5. Tehnologiile chirurgicale cu păstrare de organ (uter) sunt aplicate tot mai des în obstetrica contemporană, fapt ce permite păstrarea calității vieții femeilor și reducerea traumatismului obstetrical intraoperator.

## BIBLIOGRAFIE

1. Eze JN, Anozie OB, Lawani OL, Ndukwe EO, Agwu UM, Obuna JA. Evaluation of obstetricians' surgical decision making in the management of uterine rupture. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Jun 8;17(1):179. doi: 10.1186/s12884-017-1367-8. PMID: 28595646; PMCID: PMC5465586.
2. Hiroyuki Y., et al. Spontaneous uterine rupture in the 33rd week of IVF pregnancy after laparoscopically assisted enucleation of uterine adenomatoid tumor. *J. Obs-Gyn Res.*, 2011, 37(5): 452-457. <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1447-0756.2010.01361.x>  
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1471-0528.12449>
3. Landon, M. B. (n.d.). Uterine rupture: After previous cesarean delivery. Retrieved February 23, 2019, from <https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-after-previous-cesarean-delivery>
4. Smith, J. F., & Wax, J. R. (n.d.). Uterine rupture: Unscarred uterus. Retrieved February 26, 2019, from <https://www.uptodate.com/contents/uterine-rupture-unscarred-uterus#H24771926>
5. Uterine Rupture: Causes, Symptoms, and Treatment. (n.d.). Retrieved February 23, 2019, from <https://www.healthline.com/health/pregnancy/complications-uterine-rupture#treatment>