



## CONTRAVERSIS IN EPISIOTOMY

Gheorghe Paladi, Corina Iliadi-Tulbure, Aliona Bogdan  
CONTROVERSE ÎN CE PRIVEȘTE EPIZIOTOMIA

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „N. Testemițanu”

Epiziotomia rămâne a fi una dintre cele mai practicate și, cu toate acestea, controversate proceduri obstetricale. Până în prezent se poartă discuții în privința necesității efectuării acestei manopere. Se opinează asupra frecvenței utilizării epiziotomiei, se discută indicațiile, contraindicațiile și condițiile de efectuare ale acesteia [1,6]. Este pusă în discuție întrebarea despre tipul materialului de sutură folosit și nu în ultimul rând, posibilele complicații și consecințe atât precoce în perioada post-partum, cât și la distanță [2,4,5,9]. Epiziotomia reprezintă o incizie chirurgicală la nivelul perineului efectuată la naștere, pentru a evita ruptura lui. Metoda a fost descrisă în anul 1742 de către Sir Fielding Ould în tratatul său de obstetrică. Au fost descrise diverse modalități de efectuare a procedurii (mediană, scarificarea vaginului și anusului, practica-bilaterală pe circumferința vulvară a 4-5 incizii cu lungimea de 13 mm, incizia mediolaterală bilaterală, etc.) [1,3,12,13,15]. Primele relatări scrise despre necesitatea efectuării perineorafiei datează din anul 1834, Practicarea epiziotomiei a devenit populară și datorită tezei lui Barbier G. *La périnéorrhépie pratiquée immédiatement apres la délivrance* (an. 1892) [5]. Concepția modernă a epiziotomiei a fost formulată de Pomeroy R. (an. 1918), care a recomandat efectuarea manoperei date tuturor primiparelor, pentru reducerea duratei perioadei de expulzie și scăderea nivelului morbidității materne. Epiziotomia era efectuată în baza a 3 dogme: protecția copilului vs. prelungirea perioadei a II-a de naștere; prevenirea rupturii perineale și viscerale și prevenirea prolapsului uterin [9].

Incidența cu care se efectuează epiziotomia în prezent este diversă, în funcție de țară și de instituția medicală în cadrul căreia se practică manopera. Recomandările demonstrează că o rată de 20,3% este maxim permisă, însă medicii obstetricieni încearcă s-o micșoreze [3,13]. În diverse țări, până în anul 1960, era acceptat conceptul de epiziotomie de rutină, care ulterior a fost abandonat [12]. Conform datelor ACOG (an. 2007) în SUA epiziotomia s-a efectuat în 32,7% cazuri anual [15]. Conform datelor relatate de studiile franceze, de utilizarea acestei manopere beneficiază fiecare a doua femeie [5]. Datele din cadrul secțiilor obstetricale din IMSP SCMNI, mun. Chișinău privind

incidența utilizării epiziotomiei variază, fiind atestată o scădere a acesteia: în an. 2001 – 17,5% cazuri; în an. 2002 – 19,2%; în an. 2003 – 20,1%; în an. 2004 – 22,2%; în an. 2005 – 20,6%; în an. 2006 – 15,0%; în an. 2007 – 13,8%; în an. 2008 – 14,3%; în an. 2009 – 13,3%; în an. 2010 – 13,6%.

Beneficiile materne în cazul utilizării epiziotomiei sunt pe larg cunoscute și descrise în literatura de specialitate, cele mai importante dintre ele fiind: scăderea riscului traumei perineale, micșorarea complicațiilor post-partum (prolapsul uterin), minimalizarea riscului de apariție a incontinenței de urină și dispariunii. Printre beneficiile fetale pot fi enumerate: scurtarea perioadei a II-a de naștere și facilitarea utilizării manoperelor instrumentale în nașterea per vias naturalis în caz de suferință intrauterină [1]. Printre indicațiile de bază ale epiziotomiei sunt: iminența de rupere a perineului, perineul înalt, prematuritatea, suferința fetală, utilizarea manoperelor chirurgicale (vacuum-extracția, aplicarea forcepsului) în nașterea per vias naturalis, distocia de umeri. Efectuarea epiziotomiei este importantă pentru protecția craniului fetal la un copil mic prin retard de dezvoltare intrauterină al fătului și/sau prematuritate, pentru scăderea asfixiei perinatale, în sindromul de detresă respiratorie în suferința fetală *in utero*, prevenirea distociei de umeri cu facilitarea managementului ulterior.

Până în prezent sunt utilizate două metode principale: epiziotomia mediană și cea mediolaterală. În majoritatea cazurilor manopera este precedată de modificări care indică *iminența de rupere a perineului* – bombarea, apariția nuanței cianotice și edemațierea perineului. Aceste semne apar ca rezultat al comprimării venelor și dereglării circulației sangvine în urma creșterii tensiunii exercitate de craniul fetal. Ulterior comprimarea progresează și produce îngustarea lumenului arterelor cu anemizarea țesuturilor, pielea perineului devenind palidă. La destinderea continuă a țesuturilor pielea devine lucioasă și pe suprafața ei apar fisuri mici, moment în care se practică epiziotomia. La incizia perineului cu numai 3 cm, inelul vulvar se lărgeste cu 6 cm [1,12]. Atât în urma rupturii spontane de perineu, cât și după efectuarea epiziotomiei, se atestă

trei grade de rupturi: gradul I se limitează la mucoasa vaginală (afectarea comisurii posterioare), gradul II include și musculatura perineală (mușchiul bulbo-cavernos și se extinde până la sfincterul extern al anusului, care însă rămâne intact), gradul III - ruptura totală de perineu, cuprinde sfincterul extern al anusului și poate interesa și peretele rectului [10,11].

Epiziotomia mediană, frecvent practică în SUA, duce la o hemoragie mai mică, este ușor reparabilă, mai puțin durabilă în perioada post-partum și se soldează cu un grad mai mic de dispareunie. Cu toate acestea, varianta mediană are un neajuns major: riscul de propagare a leziunii până la sfincterul anal, fie printr-o secțiune mai largă, care interesează fibrele periferice ale sfincterului, fie prin lărgirea în timpul degajării capului a breșei constituite. Acest tip de incizie favorizează o deflexie precoce a capului fetal, care mărește diametrele prezentației și expune, în mod direct, sfincterul la leziune extinsă [15]. Epiziotomia mediolaterală este metoda de preferință utilizată în țările europene (Franța, Anglia), fiind efectuată preponderent la un unghi de  $\geq 45^\circ$  pe dreapta. În cazul epiziotomiei mediolaterale se mărește spațiul perineal pentru naștere și se micșorează extinderea traumei perineale, ceea ce constituie un avantaj. Un moment negativ este dificultatea restabilirii, o hemoragie mai mare și un disconfort post-partum presupus mai pronunțat [5,13]. Dacă perineul este subțiat de presiunea exercitată de capul copilului, va fi posibil de efectuat epiziotomia sub presiune, altfel spus, fără folosirea medicației analgetice.

Modalitatea de efectuare a epiziotomiei se caracterizează prin următorii pași: aplicarea regulilor de aseptie și antisepsie, oferirea unui suport emoțional, stabilirea absenței alergiei la sol. lidocaină sau alte preparate medicamentoase utilizate, infiltrarea locală (tunica mucoasă a vaginului, pielea perineului și în profunzimea mușchilor) cu sol. lidocaină 0,5%, în volum de până la 30 ml, cu adaos de 10 ml la suturare, în caz de necesitate, stabilirea condițiilor de efectuare a epiziotomiei (supraextinderea perineului, apariția capului fetal (3-4 cm) din fanta genitală în timpul contracției), plasarea a 2 degete între capul copilului și perineu, secționarea perineului, efectuarea controlului capului fetal și umerilor la naștere (asigurarea că umerii au efectuat rotația pentru prevenirea extinderii epiziotomiei) și examinarea minuțioasă a extinderii epiziotomiei și a altor plăgi.

Restabilirea epiziotomiei (epiziorafia) se efectuează în următoarea succesiune: aplicarea soluției antiseptice în jurul epiziotomiei efectuate, controlul epiziotomiei extinse, suturarea tunicii mucoase a vaginului cu fir continuu (sutura începe cu 1 cm mai sus de apexul epiziotomiei, care continuă spre intrarea în vagin și restabilirea comisurii posterioare), suturarea pielii cu fir separat /intradermal. În ruptura de perineu de gradul I se reface mucoasa vaginală cu fir separat

de catgut, începând de la unghiul profund, se apropie mușchii ridicători anali disociați. Apoi se aplică suturi de mătase pe piele, la distanța de 1 cm una de alta și se ligaturează după suprapunerea marginilor plăgii sau se aplică sutura intradermală. În ruptura de perineu de gradul II tehnica prevede în plus refacerea planului muscular ai ridicătorilor anali, suturarea mucoasei vaginului și a comisurii posterioare. Sutura rupturii perineului de gradul III este o operație complicată, fiind practică de către un obstetrician experimentat. Sutura se efectuează sub anestezie generală în trei etape. La început se aplică suturi separate de catgut pe planul musculo-mucos al rectului, cu evitarea trecerii firului prin toată grosimea peretelui rectal (inclusiv prin mucoasa rectului), pentru a nu contamina plaga în profunzime. Al doilea strat: se aplică suturi întrerupte cu mătase, se reface sfincterul anal și numai după aceasta se suturează perineul [1,12]. Un moment important este materialul de sutură folosit pentru restabilirea țesuturilor. Principiile de bază în cazul epiziorafiei este utilizarea unui material cantitativ mai puțin, mai rapid și ușor resorbabil, minim reactiv și monofilamentar. După părerea unui număr de autori, acestor caracteristici îi corespunde materialul confecționat din acid poliglicolid în comparație cu catgutul cromat [1,12,13]. Cu toate acestea, literatura franceză de specialitate susține utilizarea cu succes a catgutului.

Recuperarea după epiziotomie necesită o perioadă de timp, cu resorbția suturilor pe parcursul a câteva săptămâni post-partum. O vindecare per primam a plăgii ține de condițiile de aseptie și antisepsie, de corectitudinea tehnicii utilizate, excizarea țesuturilor compromise pentru o afrontare perfectă a marginilor plăgii și nu în ultimul rând, de îngrijirea post-partum (alimente ușor asimilabile, aseptizarea plăgii, etc.). Unele femei simt dureri ușoare timp de 1-2 săptămâni, altele au un disconfort pentru o lună sau mai multe după naștere, mai ales dacă au o lacerare extinsă. În acest context, se indică folosirea pachetelor de gheață pe aria perineală imediat după naștere și pentru următoarele 12 h, pentru efectul de anestezie și prevenirea sau reducerea tumefacției. În cazul rupturilor de gradele I-II suturile vor fi înlăturate la a 4 zi, iar în gradul III – la a 6 zi. În gradul III de ruptură, poziția șezândă se admite după 2-3 săptămâni [1,5,12].

Ca orice altă manoperă chirurgicală, epiziotomia include în sine un șir de posibile complicații, atât precoce, cât și la distanță, care influențează calitatea vieții femeii, ca: hemoragia, hematomul, trauma (în special în cazul efectuării epiziotomiei mediane), infecția locală, granulomul supurat recidivant al cicatricei, abscesul, fasciita necrotizantă, fistula recto-vaginală. Una dintre cele mai frecvente consecințe ale epiziotomiei este manifestarea durerilor la nivelul cicatricei, incontinență de urină și mase fecale, dispareunia și prolapsul genital, care înrăutățesc calitatea vieții femeii

[2,5,7]. În prezența semnelor de infecție, se efectuează deschiderea, drenarea, scoaterea suturilor, debridarea răni, plasarea suturilor secundare [12].

În ultimii ani, afirmațiile privind eficacitatea și necesitatea efectuării epiziotomiei sunt supuse discuțiilor controversate în cadrul numeroaselor studii din literatura de specialitate. Un studiu bibliografic recent a scos în evidență 896 surse, dintre care 82 articole publicate între 2007-2009 în revistele de referință [13,14]. Thorp J. și Bewes W. (1989) au regrupat rezultatele a 25 lucrări științifice asupra cazurilor de epiziotomie date între 1930-1986. Analiza rezultatelor a arătat un nivel înalt de leziuni perineale severe în 6,5% cazuri printre pacientele care au suportat epiziotomie mediană vs. 1,4% care au născut fără efectuarea manoperei. Anthony S. și colab. (1994) au apreciat dehiscența perineală severă în 1,4% cazuri [2].

În prezent sunt cunoscute studii de specialitate ce urmăresc corelația efectuării epiziotomiei cu alți factori, precum paritatea, dimensiunile fătului la naștere, utilizarea manoperelor instrumentale în caz de naștere per vias naturalis. La multipare epiziotomia se efectuează în 1% cazuri, iar primiparele sunt supuse unei astfel de operații în 2% cazuri [1,13]. De Leew însă susține că epiziotomia se efectuează în egală măsură atât la primipare, cât și la multipare (34% cazuri). Rockner G. indică frecvența utilizării manoperei în 6,6% la nulipare și în 1,0% cazuri la multipare. Conform datelor studiilor de specialitate, peste 2/3 din femei nu suferă rupturi genitale sau suferă o ruptură foarte mică ce nu necesită suturare [1,12]. Realizând o analiză multiaspectuală și comparând grupele omogene incluse în studiu în ceea ce ține de paritate, durata perioadei a II-a de naștere și ponderea la naștere a copilului, epiziotomia mediolaterală diminuează riscul leziunilor perineale severe de 4 ori [1,13].

În cadrul literaturii de specialitate, au fost studiați factorii de risc în survenirea dehiscenței perineale severe în timpul extracțiilor instrumentale pe 2832 nașteri asistate operatoriu, prin aplicarea ventuzei obstetricale sau forcepsului obstetrical. Factorii ce au generat survenirea dehiscențelor perineale severe au fost epiziotomia mediană (RR=2,81), nuliparitatea, durata perioadei a II-a de naștere, varietatea posterioară a fătului și utilizarea forcepsului în raport cu ventuza obstetricală. Factorii de protecție au fost: epiziotomia mediolaterală (RR=0,68), ventuza obstetricală în raport cu forcepsul și anestezia loco-regională [5,14]. Conform cercetării efectuate de către Brideron J.M., Youssef R. și colab. (an. 2005) asupra unei cohorte de 2153 paciente care au beneficiat de ajutor instrumental la nașterea per vias naturalis, dintre care 240 (11%) cu epiziotomie, s-a constatat că utilizarea ventuzei obstetricale este mai frecvent asociată cu epiziotomia decât folosirea forcepsului [4].

Unul din momentele discutate până în prezent, este atitudinea specialiștilor față de epiziotomie vs.

survenirea rupturilor spontane [1,10,14]. Unii autori consideră că o epiziotomie se vindecă mai ușor decât o ruptură spontană. Sunt însă și studii care au arătat că vindecarea întârziată a apărut de patru ori mai frecvent în cazul femeilor cărora li s-a practicat o epiziotomie. Cert este faptul că această procedură necesită indicații, fiind evitată utilizarea ei de rutină. Bansal R. și colab. (1996) au analizat nivelul anual al epiziotomiei și leziunilor perineale pe 17483 nașteri, între anii 1976-1994. Conform datelor studiului, nivelul epiziotomiei a scăzut semnificativ de la 86,8% la 10,4% ( $R^2=0,92$ ,  $p=0,0001$ ), fiind vorba în special de epiziotomiile mediane. Această modificare de atitudine se traduce prin diminuarea nivelului de dehiscențe perineale severe de la 9% la 4,2% ( $R^2=0,59$ ,  $p=0,0001$ ), creșterea ratei perineului intact de la 10,3% la 26,5% ( $R^2=0,68$ ,  $p=0,0001$ ) și a leziunilor vaginale de la 5,4% la 19,3% ( $R^2=0,77$ ,  $p=0,0001$ ) [3]. Ecker J. și colab. (1997) au realizat un studiu similar în baza a 2041 nașteri asistate instrumental pentru o perioadă de 10 ani (1984-1994), epiziotomiile fiind preponderent mediane. Tehnica instrumentală utilizată a fost forcepsul în 1065 cazuri și ventuza obstetricală în 976 cazuri. Autorii au concluzionat că practicarea epiziotomiei a diminuat pe parcursul a 10 ani (de la 93,4% la 35,7%,  $R^2=0,85$ ,  $p=0,0001$ ). Această modificare de atitudine s-a asociat cu o diminuare a leziunilor perineale de gradul 3 (de la 12,2% la 5,4%,  $R^2=0,63$ ,  $p=0,004$ ). Studiile prospective randomizate reprezintă cea mai optimă metodologie pentru comparația a două atitudini medicale. În această ordine de idei, ținem să menționăm că populația nu poate fi separată, în mod randomizat în două grupe: una care ar include populația printre care epiziotomia este sistematic efectuată și alta – în cadrul căreia nu se practică. Este posibilă însă conceperea altor două grupe: una în care epiziotomia este indicată pe larg și cealaltă – unde manopera constituie o indicație selectivă. Lede și colab. au realizat o analiză a 5 studii, în cadrul căreia indicațiile selective ale epiziotomiei au variat între 10-34%.

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, constatând că durerea este mai mică în caz de perineu intact. 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 la 3 luni după naștere, pacientele cu perineu intact aveau musculatura planșeului pelvian fortificat, mai slăbită fiind în cazul femeilor care au suportat epiziotomie, în special în cazul primiparelor. Survenirea leziunilor perineale severe a fost asociată cu realizarea epiziotomiei mediane. Autorii la fel au arătat că utilizarea restrictivă a epiziotomiei (de la 10% la 34%) este preferabilă, fiind limitată la situațiile asociate cu: perineu rigid sau fragil, primiparitate, macrosomie,

extracție vaginală instrumentală, varietate posterioară a fătului [10].

Unii autori au prezentat epiziotomia ca o metodă de profilaxie a apariției prolapsului genital și incontinenței urinare în perioada post-partum. Blanc D. și colab. au determinat la 27% femeii cu prolaps genital leziuni vechi post-partum ale căilor de naștere și perineului. În ruptura de perineu se produce dereglarea integrității și reducerea tonusului mușchilor planșeului pelvian. Acest fapt dereglează echilibrul dintre solicitarea mușchilor peretelui abdominal și a planșeului pelvian cu modificarea presiunii intraabdominale, afectarea stării funcționale a aparatului ligamentar al uterului și anexelor, și ca urmare, poate apărea beața fantei genitale. Tot complexul factorial duce la dereglarea topografiei organelor genitale interne și, sub influența presiunii intraabdominale, se manifestă prin prolaps al pereților vaginului și uterului. Actualmente, în multiple studii, inclusiv cu aplicarea ecografiei și RMN, apar informații că traumele de mușchi ale planșeului pelvian în naștere apar mai des decât se considera anterior și sunt prezente la 20-30% femeii. După datele lui Deering S., Carls N., Sitley M. (2004), acestea se observă mai frecvent în caz de perineu jos (înălțimea de  $\leq 2,5$  cm) [7,8].

#### Concluzii

Incidența înaltă a epiziotomiei, care se constată în multe regiuni și țări ale lumii, nu este argumentată. Considerăm că prin conduita corectă a nașterii fiziologice pot fi 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 acesteia se soldează cu un procent mai mic de complicații în perioada post-partum.

#### Bibliografie selectivă

1. ACOG Practice Bulletin. *Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. Number 76, 107 (4), 2006, p. 957-962
2. Antony S., Buitendijk S.E., Zoderovak K.T. et al. *Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations*. Br. J. Obstet. Gynecol, 101, 1994, p 1064-1067
3. Bansal R.K., Tan W., Ecker J.L. et al. *Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A*

*natural experiment*. Am. J. Obstet. Gynecol, 175, 1996, p.897-901

4. Brideron J.M., Youssef R. și colab. *Cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at instrumental vaginal delivery*, BJOG, 112, 2005, p., 941-945

5. Duchatel F.C. *Les déchirures périnéales et l'épisiotomie*, Réalités en Ginecologie-Obstetrique, N 51, 2000, p. 40-41

6. 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

7. Feghiu Gh. *Tratamentul incontinenței urinare de efort asociată cu prolapsul genital*. Teză dr.med., CZU: [616.62-008. 222-06:618.15-007.44-089]. Chișinău, 2009

8. Gladun S. *Utilizarea preparatului „Bio-R” în pregătirea pentru operațiile plastice pe perineu și vagin*. Teză dr.med, CZU: [618.15+618.18]-0.89.163-089.844-615.28+573.6. Chișinău, 2009

9. 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

10. 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

11. Leeuw J.W., Struijk P.C., Vierhout M.E., Wallenburg H.C.S. *Risk factors for third degree perineal rupture during delivery [archive]*. BJOG, 108, 2008, p.4-8

12. Paladi Gh., Cernetchi O. *Traumatismul obstetrică*, cap.XXIV. În manualul: Obstetrică patologică, Chișinău, 2007

13. 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

14. Thorn J.M., Bewes W.A. *Episiotomy: can its routine use be defended?* Am. J. Obstet. Gynecol, 160, 1989, p.1027-1030

15. Weber A.M., Meyn L. *Episiotomy use in the United States, 1979-1997*. Obstet Gynecol 100 (6), 2002, p. 1177-1182