

EVOLUȚIA SARCINII ȘI NAȘTERII LA PACIENTELE CU CORECȚIE CHIRURGICALĂ A INSUFICIENȚEI ISTMICO-CERVICALE

Zoreana Cazacu, Olesea Duzinchevici, Taisia Eșanu

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

Șef catedră - d.h.ș.m., profesor universitar Olga Cernețchi

Summary

Pregnancy and delivery evolution in patients with surgical correction of isthmico-cervical insufficiency

The particularities of pregnancy and delivery evolution in 108 cases, complicated with isthmico-cervical insufficiency and surgical correction during pregnancy have been analyzed. The efficiency of surgical correction of the isthmico-cervical insufficiency in perinatal loss diminution and morbidity and infantile mortality improvement has been demonstrated. The factor influence level which contributes to the efficacy decrease of this method has been established. The conduct algorithm of pregnancy and delivery complicated by isthmico-cervical insufficiency has been suggested.

Rezumat

Au fost analizate particularitățile evoluției sarcinii și nașterii în 108 cazuri, complicate cu insuficiență istmico-cervicală și cu corecție chirurgicală pe parcursul sarcinii. S-a demonstrat eficacitatea corecției chirurgicale a insuficienței istmico-cervicale în scopul diminuării pierderilor perinatale și în scopul îmbunătățirii indicilor morbidității și mortalității infantile. S-a stabilit gradul de influență a factorilor ce micșorează eficacitatea acestei metode. S-a propus algoritmul de conduită a sarcinii și nașterii, complicate cu insuficiență istmico-cervicală.

Actualitatea problemei

Infertilitatea reprezintă o problemă actuală a obstetricii contemporane. Importanța acestei probleme se explică printr-o natalitate scăzută și prin faptul că prematuritatea constituie una din cauzele de bază a mortalității perinatale. Necătând la îmbunătățirea continuă a calității serviciului obstetrical-ginecologic, problema infertilității rămâne actuală, cuprinsă între 10% și 25%. Dificultatea rezolvării problemei infertilității se explică prin majorarea incidenței femeilor din grupul de risc sporit; caracterul polietologic al patologiei; acțiunea negativă a factorilor socio-economici și ecologici asupra evoluției sarcinii și nașterii. Către grupul de risc sporit se atribuie de la 30 până la 80% din gravide. Anume în acest grup morbiditatea și mortalitatea perinatală atinge 75-80%. Recent se deosebesc mai mulți factori responsabili de infertilitate: factori socio-biologici, genetici, endocrini, imunologici, infecțioși, trombofilia, patologii ale uterului (anomalii de dezvoltare, infantilism genital, hipoplazia uterului, sinechii intrauterine). Nu ultimul loc îl ocupă insuficiența istmico-cervicală (IIC). Incidența IIC este de 30-40% în structura iminenței de întrerupere a sarcinii din trimestrul II, iar în trimestrul III - ea se întâlnește în fiecare al 3-lea caz de naștere prematură. IIC este cauza de bază a întreruperii sarcinii la termenele 22-27 săptămâni, când masa fătului constituie 500-1000g. Finisarea sarcinii la acest termen este nefavorabilă pentru copil din cauza imaturității funcționale profunde.

Pentru prima dată fenomenul de IIC ca complicație a sarcinii ce conduce la avort spontan, a fost descris de către Cream în anul 1865. În prezent cauzele și condițiile apariției acestei patologii sunt bine cunoscute, astfel se deosebesc 2 forme de IIC: organică și funcțională. IIC organică - secundară - posttraumatică, apare în rezultatul efectuării anterioare a avorturilor, chiuretajelor cavității uterului, însoțite de dilatarea mecanică a canalului cervical cât și după nașteri patologice cu rupturi profunde ale colului uterin. IIC funcțională - primară este determinată de influența sistemului receptorilor adrenergici (α, β) la acțiunea estrogenilor/progesteronului.

Mecanismul de întrerupere a sarcinii în cazul IIC nu depinde de forma insuficienței și este determinat de scurtarea și ramolirea colului uterin, întredeschiderea orificiului intern al canalului cervical. Ca rezultat oul fetal își pierde sprijinul fiziologic în segmentul inferior. La majorarea

presiunii intrauterine (creșterea masei fetale și apelor amniotice) în regiunea segmentului inferior al uterului și orificiului intern funcțional insuficient are loc bombarea membranelor amniotice în canalul cervical, ele se infectează și se rup, determinând cascada de inițiere a travaliului.

Din anul 1955, când S.Shirodkar pentru prima dată a implementat în practică metoda chirurgicală de corecție a IIC în sarcină, au apărut un număr mare de modificări ale acestei metode, care pot fi divizate în 3 grupe:

1. Îngustarea mecanică a orificiului intern funcțional insuficient.
2. Aplicarea suturii pe col în regiunea orificiului extern.
3. Îngustarea colului uterin prin crearea dublicaturii musculare pe pereții laterali ai acestuia.

Răspîndire largă au căpătat metodele după Macdonald, Liubimova, circlaj sub formă de „U” după Liubimova și Mamedalieva, sutura circulară pe col după Czendi Toate metodele chirurgicale de corecție a IIC au un scop comun – preîntâmpină dilatarea prematură a colului uterin și micșorează riscul nașterilor premature. Circlajul pe colul uterin se aplică între săptămâna 13 - 27 de sarcină.

Avînd în vedere incidența înaltă a IIC, implementarea largă a metodelor de diagnostic precoce, profilaxia și tratamentul patologiei date va permite reducerea substanțială a indicatorilor mortalității perinatale din contul micșorării numărului de copii prematuri și va diminua mult infertilitatea.

Scopul studiului constă în aprecierea eficacității corecției chirurgicale a IIC, identificarea și studierea factorilor ce determină eficacitatea metodei aplicate.

Materiale și metode

S-au analizat retrospectiv 108 cazuri cu IIC (SCM N1, Chișinău), cărora s-a aplicat sutură pe col. În termenele sarcinii 13-20 săptămâni s-a aplicat sutura în 66 (61,1%) cazuri; la 21-26 săptămâni – în 42 (38,9%) cazuri. Lotul studiat a fost divizat în 3 grupe: I grup – 76 cazuri cu naștere la termen; al II-lea grup – 24 cazuri cu naștere prematură (28-30 săptămâni – 8 cazuri, 31-32 săptămâni – 4 cazuri, 33-34 săptămâni – 4 cazuri, 35-36 săptămâni - 8 cazuri); al III-lea grup – 8 cazuri cu avort spontan tardiv (16-21 săptămâni – 5 cazuri, 24-26 săptămâni – 3 cazuri). Pentru efectuarea analizei rezultatelor obținute s-au utilizat metode matematice și șiruri variaționale cu determinarea erorii $P < 0.05$.

Rezultate și discuții

În rezultatul studiului s-a constatat că 63,0% (68) cazuri au avut vârsta peste 30 de ani; 21,3% (23) cazuri au avut vârsta cuprinsă între 18-24 ani și 15,7% (17) cazuri au avut vârsta între 25-30 ani. Primiparele au constituit 17 (15,7%) cazuri; multiparele – 91 (84,3%) cazuri. Erozia colului uterin s-a depistat în I grup – la 41 (53,9%) cazuri, în al II-lea grup – la 7 (29,2%) cazuri, în al III-lea grup – la 6 (75,0%) cazuri, ceea ce este mult mai mult decât în populație (38,8%). Deformarea cicatriceală a colului uterin în grupul I și II s-a constatat la 10% cazuri, iar în al III-lea grup – la fiecare a 3-a femeie. Anomaliile de dezvoltare a uterului la pacientele cu IIC s-au determinat în 6% cazuri, ceea ce este de 10 ori mai mare decât în populație (0,5-0,6%). Prezența IIC în sarcinile precedente s-a determinat a fi la 15% paciente din fiecare grup. Studiind influența infecției urogenitale asupra eficacității corecției chirurgicale a IIC s-a determinat următoarele: în I grup – factorul infecțios a fost identificat în 29 (49,9%) cazuri, în grupul II – în 14 (58,3%) cazuri, în al III-lea grup – în 6 (75,0%) cazuri.

Anamneza obstetricală a fost complicată cu avorturi spontane tardive și avorturi medicale la cerere la 1/2 pacientelor cu IIC. În grupul II și III în 45% cazuri s-au identificat 2 și mai multe avorturi habituale. Din anamneză procentul nașterilor premature la pacientele din studiu a constituit 7%, 15% și 25% respectiv grupului I-II-III. Hiperandrogenia s-a diagnosticat la 1/3 din pacientele I-ui grup; și la fiecare a 2-a pacientă din grupul II și III.

În lotul studiat la 77 (71,3%) paciente s-a aplicat sutura pe col sub formă de „U” după Liubimova și la 31 (28,7%) paciente – sutura circulară pe col după Czendi.

Corecția chirurgicală a IIC prin aplicarea suturii pe col după 20 săptămâni de sarcină a constituit în I grup – 18 (23,7%) cazuri, în al II-lea grup – 13 (54,2%) cazuri, iar în al III-lea grup – 4 (50,0%) cazuri. Rezultatele obținute confirmă datele literaturii privind incidența sporită a

avorturilor spontane tardive și nașterilor premature în cazul aplicării târzii a suturii (după 20 săptămâni de sarcină).

La toate pacientele cu IIC sarcina s-a complicat cu iminență de întrerupere în diferite termene, din ce cauză fiecare pacientă s-a aflat la tratament în staționar în mediu 3 săptămâni. Alte complicații ale sarcinii la pacientele cu IIC au fost: anemia – 16 (14,8%) cazuri; gestozele precoce și tardive – 23 (21,3%) cazuri; edemele gravidare – 18 (16,7%) cazuri; insuficiența fetoplacentară – 12 (11,1%) cazuri; sarcina multiplă – 14 (12,9%) cazuri; patologia lichidului amniotic – 16 (14,8%) cazuri. (Tab.1.)

Tabelul 1

Evoluția sarcinilor la pacientele cu corecție chirurgicală a IIC

Nr	Denumirea patologiei	Cifre absolute	Procente (%)
1	Iminența de întrerupere a sarcinii	108	100
2	Nașterea prematură	24	22,2
3	Anemia	16	14,8
4	Insuficiența fetoplacentară	12	11,1
5	Patologia lichidului amniotic	16	14,8
6	Edeme gravidare	18	16,7
7	Hipoxia cronică intrauterină a fătului	14	12,9
8	Retardul de dezvoltare intrauterină a fătului	11	10,2
9	Gestozele precoce și tardive	23	21,3
10	Sarcina multiplă	14	12,9

Conduita perioadei postoperatorii la pacientele cu IIC a inclus: regimul de pat timp de 2-3 zile, sanarea vaginului și a colului cu Sol.H₂O₂ de 3% și antiseptice în primele 2-3 zile, terapia antibacteriană timp de 5-7 zile, preparate spasmolitice, antiinflamatorii, aspirină.

Cauzele înlăturării suturii de pe col sunt relatate în tabelul de mai jos.(Tab.2.)

Tabelul 2

Înlăturarea suturii de pe col la pacientele cu corecție chirurgicală a IIC

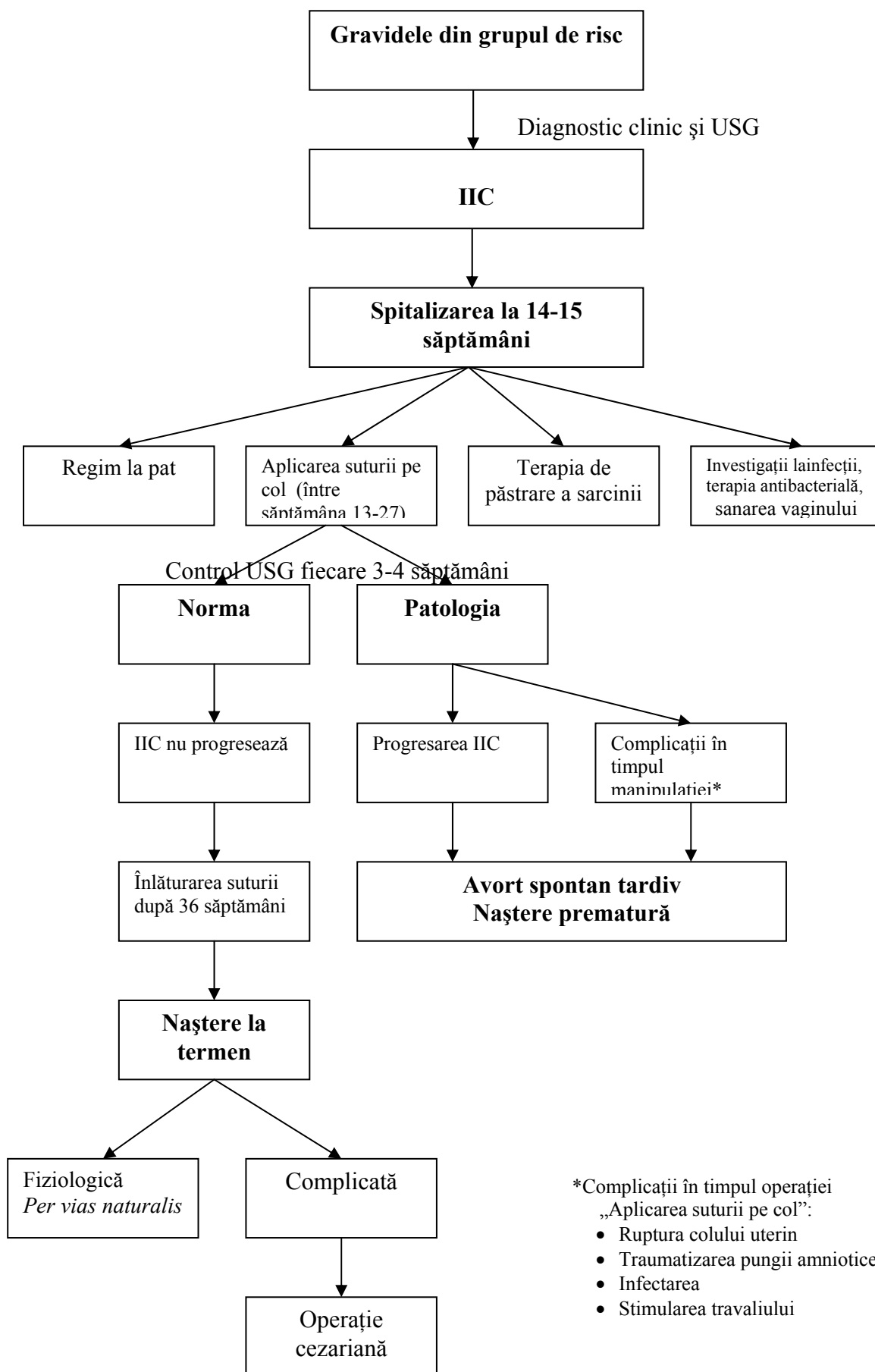
Nr	Indicatorii	I grup		II grup		III grup	
		Cifr.abs	%	Cifr.abs.	%	Cifr.abs.	%
1	Planificată (la 37 săptămâni și mai mult)	49	64,5	0	0	0	0
2	RPPA; travaliu	26	34,2	19	79,2	7	87,5
3	Alte cauze*	1	1,3	5	20,8	1	12,5

*Alte cauze – suspjecție la dezlipirea precoce a placentei, gestoza tardivă severă, placenta jos înserată, hemoragii, prezența infecției

Studiind particularitățile evoluției travaliului la pacientele cu corecția chirurgicală a IIC s-a constatat că procentul nașterilor *per vias naturalis* predomina în fiecare grup, constituind 64 (84,2%) cazuri în I grup; 14 (58,3%) cazuri în al II-lea grup și 8 (100%) cazuri în al III-lea grup. Prin operație cezariană s-au finisat 12(15,8%) din grupul I și 10 (41,7%) nașteri din grupul II, constituind incidență cu mult mai sporită decât incidența generală a operațiilor cezariene. (Tab.3.)

Ca indicație la operația cezariană predomina insuficiența forțelor de contracție. Alte indicații au inclus: hipoxia acută intrauterină a fătului, prezentația pelvină, sarcina multiplă, placenta praevia, gestoze severe,dezlipirea precoce a placentei normal înserate.

Algoritmul de conduită a sarcinii și nașterii, complicate cu IIC



Evoluția nașterii la pacientele cu corecție chirurgicală a IIC

Nr	Indicatorii	I grup		II grup		III grup	
		Cifr.abs	%	Cifr.abs.	%	Cifr.abs.	%
1	Naștere spontană	64	84,2	14	58,3	8	100
2	Operație cezariană planificată	7	9,2	1	4,2	0	0
3	Operație cezariană de urgență	5	6,6	9	37,5	0	0

Nașterea copiilor cu masa mică (până la 2500 g) s-a constatat în 30 (27,8%) cazuri, majoritatea fiind prematuri. După scorul Apgar nou-născuții au fost apreciați în felul următor: cu 7-8 puncte – în 84 (77,1%) cazuri; cu 6-7 puncte – în 12 (11,0%) cazuri; cu 5-6 puncte – în 6 (5,5%) cazuri, cu 4-5 puncte – în 4 (3,7%) cazuri, cu 3-4 puncte – în 3 (2,8%) cazuri. Moartea antenatală a fătului s-a constatat în 2 (1,8%) cazuri (nașteri premature, cu masa nou-născutului până la 1500g).

Concluzii

1. Rezultatele obținute confirmă succesul corecției chirurgicale la pacientele cu IIC, diminuând incidența nașterilor premature (22,2%) și avorturilor spontane tardive (7,4%).
2. Studiul a demonstrat că factorii ce micșorează eficacitatea corecției chirurgicale IIC includ: vârsta gestantei peste 30 de ani, patologia organică a colului uterin (erozia, deformații cicatriceale), avorturile habituale, nașterile premature și IIC în sarcinile anterioare, infecțiile urogenitale, hiperandrogenia.
3. La aplicarea târzie a suturii pe col (după 20 săptămâni) crește incidența avorturilor spontane tardive și a nașterilor premature prin risc sporit de infectare și prin stimularea eliberării locale a prostoglandinelor, care inițiază cascada de naștere prematură.
4. Având în vedere incidența înaltă a IIC, implementarea largă a metodelor de diagnostic precoce, profilaxia și corecția chirurgicală a patologiei date reduce esențial indicatorii mortalității perinatale din contul micșorării numărului de nașteri premature.
5. Propunem următorul algoritm de conduită a sarcinii și nașterii complicate cu insuficiență istmico-cervicală.(schema 1.)

Bibliografie

1. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности. – М., 1986.
2. Пестрикова Т.Ю. Ведение беременности и родов высокого риска. – М., 1994.
3. Yu Victor Y.H., Wood E. Carl Prematurity. – New York, 1997.
4. Воскресенский С.Л. // Ультразвук. диагн. в акуш., гин. и педиат. – 1993. - № 3. – С. 118-119.
5. Ледина А.В., Абуд И.Ю. Истмико-цервикальная недостаточность // Заболевания шейки матки (клинические лекции). М. Из-во «Медия Сфера». 1997.
6. Демидова Е.М. – Патогенез привычного выкидыша – Док. Дисс. М. 1993.
7. Липман А.Д. – Ультразвуковые критерии истмико-цервикальной недостаточности // Акуш. и гинек., 1996, №4.
8. Raj R., Clifford K., Regan L. – The modern preventive treatment of recurrent miscarriage – Obstet. Gynaecol. 1996.
9. Rodger L., Bick M. et al. – Recurrent miscarriage: causes, evaluation and treatment. – Medscape Women's Health, 1998.
10. A.Serbencu, V.Моșin, Taisia Eșanu – Conduita nașterii premature – Buletin de Perinatologie, Chișinău, N4, 2001.
11. Fedele L., Bianchi S., Raffelli R. - Obstet Gynecol Reprod – Biol, 2000.
12. Бурлев В.А., Акуш. и Гинекол., 3, 2000.
13. Бурлев В.А., Павлович С.В. – Проблемы репрод. – 2, 2003.