

3. În toate cazurile cercetate a fost evaluat cel puțin unul din factorii de risc fetalii adiționali, dar determinanți în acest sens au fost: RPPA (37,9%,n=72), retardul de dezvoltare intrauterină (25,3%,n=48) și sarcina gemelară (16,3%,n=31).

4. Rata factorilor etiopatogenetici maternofetali relevă mecanismul adițional prin care aceștia influențează naștere prematură (insuficiența fetoplacentară 11%,n=21 și insuficiența circulatorie de 7,9%,n=15).

5. În toate cazurile conduita de naștere a presupus în primul rând profilaxia SDR, iar nașterea a fost finalizată pe cale naturală în 62,1% (n=118) cazuri, restul revenind operației cezariene urgente sau planice conform indicațiilor obstetricale.

6. În urma analizei statistice am determinat ca la termenul gestațional de 22-27 săptămîni, MNP înregistrează o rată destul de impunătoare (36,6%,n=11). Rezultatele evaluării stării nou născuților prematuri au pus în evidență așa patologii ca: bronho/pneumonii congenitale uni/bilaterale (19,5%,n=37), hiperbilirubinemie și perioada icterică prelungită (20%,n=38), anomalii fetale tip spina bifida și sindrom Down (3,7%,n=7), sepsis neonatal precoce (2,1%,n=4), ischemie cerebrală (1,6%,n=3), hemoragie intracerebrală (1%,n=2).

Astfel, profilaxia nașterii premature reprezintă în primul rând profilaxia factorilor de risc menționați, iar reușita unui copil sănătos depinde în mare parte de termenul de gestație și o conduită adecvată a nașterii.

Bibliografie

1. Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi „, Obstetrică patologică ”, vol.II, Chișinău 2007, pag.177-190.
2. Virgil Ancăr, Crângu Ionescu „, Obstetrică “, Editura Național 2008, pag.233-240.
3. Steven G. Gabel, Jennifer R. Niebye, Joe Leigh Simpson „,Obstetrics.Normal and Problem Pregnancies.”,Churchill Livingstone 2007, pag.453-484.
4. Petrache Vârtej „,Obstetrică patologică”,Editura ALL 1997, pag.589-619.

ANALIZA RETROSPECTIVĂ A CAZURILOR DE ENDOMETRITĂ POSTPARTUM

Sabina Popovici, Iulia Dobrioglo, Victor Ciobanu

(Conducător științific – Victor Ciobanu, dr., conferențiar universitar)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF ,USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

A retrospective analysis of cases with postpartum endometritis

Endometritis still remains one of the leading causes of maternal morbidity and mortality, holding her place among the pathologies which influence directly the fetomaternal parameters. In the present study were analyzed 206 cases of postpartum endometritis in the Municipal Hospital No. 1 in 2010. The results of our study found that endometritis is more frequently encountered in young primiparous women after physiological births. A higher rate of infection had shown Enterococcus hemolyticus and E. coli, the second place was taken by Klebsiella pneumoniae, Corinebacter, Str. aureus and St. Hemolyticus epidermidis with a higher sensitivity to Ciprofloxacin, Moxifloxacin, Triaxon, Iimipenem, Gentamicin, Chloramphenicol and Ofloxacin. The prognosis is favorable for those patients with endometritis which were submitted to etiopathogenic targeted treatment.

Rezumat

Endometrita rămâne a fi una din cauzele principale ale morbidității și mortalității materne, aceasta deținând locul de frunte printre patologii ce influențiază direct indicii fetomaternali. În cadrul prezentului studiu au fost analizate 206 cazuri de endometrită postpartum, la pacientele spitalizate în Spitalul Clinic Municipal Nr 1, pe parcursul anului 2010. În rezultatul studiului s-a constatat faptul că endometrita se întâlnește mai frecvent după nașteri fiziologice la

femeile tinere primipare. O frecvență mai mare a infectării s-a înregistrat cu Enterococul hemolitic și E.coli, locul secund revenind Klepsiellei pneumoniae, Corinebacter, Str. aureus, St. Epidermidis hemoliticus, cu o sensibilitate mai înaltă la ciprofloxacina, moxifloxacina, tricaxon, imipenem, gentamicină, levomecitină, ofloxacina. Prognosticul lăuzelor cu endometrită este favorabil în cazul unui tratament țintit etiopatogenetic.

Actualitatea

Procesele septico-purulente permanent vor rămâne în centrul atenției obstetricienilor. Necătând la noile descoperiri în ceea ce privește profilaxia, diagnostic și tratament, procesele septico-purulente, mereu rămân un factor principal al morbidității și mortalității materne. Procesele septico-purulente ocupă locurile 2-4 printre cazurile de moarte maternă.[1] Până în prezent, frecvența maladiilor septico-purulente postnatale constituie 0,2% până la 20-30% (după nașteri spontane 0,2-10%, după operații cezariene crește până la 25-30%).[2,3]

Frecvența endometritei puerperale în lume constituie de la 2,6 până la 7,0-11%, dar în structura proceselor septico-purulente postpartum aproximativ 40%. [1,5,6,7,8]

Conform datelor OMS (anul 2003) în țările în curs de dezvoltare infecțiile materne și peri-natale sunt cauza principală a morbidității și mortalității materne. În majoritatea acestor țări rămâne nesoluționată problema din cauza lipsei resurselor suficiente pentru ocrotirea mamei și copilului. Grupele de risc pentru dezvoltarea endometritei post-partum ar fi lăuzele care în timpul sarcinii au suferit de infecții intercurrente, patologii extragenitale agravate, infecții a organelor urogenitale, hidramnion, insuficiența istmico-cervicală cu suturare în sarcină, iminența de întrerupere a sarcinii. În naștere ar fi o naștere îndelungată mai mult de 18 ore, perioada alichidiană mare (mai mult de 18 ore), tacte vaginale multiple (mai mult de 3-4), horioamnionită în naștere, hemoragie patologică, control manual al uterului, traume al canalului de naștere, forceps obstetrical aplicat, operația cezariană. [3,4,5,6,11,12.]

Una din cauzele principale rămâne asistența medicală primară insuficientă și anume nedepistarea la timp a infecțiilor puerperale, pe fondalul externării timpurii din secțiile de lăuzie și neadresabilității lăuzelor pentru asistență, la depistarea unor semne a complicațiilor post-partum.

Rolul excepțional medico-social al maladiilor purulent-septice postnatale se explică nu numai prin frecvența înaltă și gravitatea lor, dar și prin faptul că de obicei, suferă femei tinere, la care se agravează fertilitatea.

Primordial apare endometrita. Tabloul clinic șters, atipic cu apariția tardivă la a 4-9 zi postpartum, determină necesitatea măsurilor profilactice și tratament bine gândit. Metodele contemporane de profilaxie și tratament al endometritei postpartum, nu rezolvă pe deplin problema, din cauza modificării spectrului și microflorei tractului reproductiv. Dacă în anii 1940-1950 au predominat până la 80% streptococii, iar în anii 1960-1980 mai frecvent stafilococii, apoi în prezent locul întâi îl deține flora gram-negativă facultativ patogenă (E.coli, Proteus vulgaris, Klebsiella; infecția anaerobă: bacteroizii, peptococii, peptostreptococii). [3,4,5,9]

Totuși mai frecvent se depistează asociații de microorganisme aerobe și anaerobe în care predomină anaerobii. Un loc primordial i se acordă și infecțiilor nozocomiale, în multe cazuri nu se poate face diferența între o infecție postpartum sau o infecție nozocomială.

Mai mult ca atât, exista studii despre prevalența în secrețiile vaginale la gravide (58%) a bacteriilor polirezistente față de antibiotice, asociate cu virusi, candida, Proteus vulgaris etc. S-a demonstrat că la a 3-a zi de lăuzie după nașterea fiziologică cantitatea bacteriilor anaerobe crește de 2 ori, comparativ cu trimestru III de gestație, deci și nașterea fiziologică este însoțită de expansiunea majorității microorganismelor microflorei vaginale cu excepția lactobacteriilor.[9] Analiza spectrului infecției la lăuzele cu endometrită a demonstrat că raportul florei anaerobe față de cea aerobă este de 10/1. Flora anaerobă fiind foarte virulentă, are rolul decisiv în apariția complicațiilor puerperale.[10]

În literatura de specialitate exista date controversate referitor la profilaxia și tratamentul endometritei postpartum. Majoritatea clinicienilor recomandă în acest scop un regim special

curativ-medicamentos (antibiotice, sulfanilamide, antiseptice, aplicare locală de antiseptice și fizioterapie. Cerințele de bază pentru preparatele administrate în postpartum sunt: eficiență înaltă, acțiune complexă axată pe sensibilitatea microorganismelor patogene la antibiotice, reacții negative minime asupra mamei și copilului, cost-eficacitate. Din aceste considerente, până în prezent nu este soluționată problema profilaxiei și tratamentului adecvat al endometritei puerperale, precum și excluderea procesului inflamator cronic la nivelul endometrului.

Scopul

Elucidarea frecvenței, tabloului clinic și posibilitățile contemporane de profilaxie, diagnostic și tratament a endometritei postpartum în dependență de agenții patogeni.

Obiectivele

1. Stabilirea unor conexiuni între aspectele legate de frecvența afecțiunilor, vârstă, numărul de nașteri, modul în care a decurs parturiția și nașterea.
2. Elucidarea frecvenței endometritei după nașteri și după operații cezariene.
3. Revizuirea criteriilor de diagnostic clinic și paraclinic în afecțiunile puerperale.
4. Tratamentul, în țintă” a endometritei postpartum.

Materiale și metode

Materialul de studiu a fost reprezentat pe baza unei analize retrospective a 206 cazuri de endometrită postpartum tratate pe parcursul anului 2010 în SCM N1.

Metodele de cercetare s-au bazat pe datele anamnestice, examenul clinic general, palparea glandelor mamare, palparea abdomenului, plăgilor postoperatorii fie pe peretele anterior al abdomenului după operație cezariană, fie cele localizate în regiunea perineului. De asemenea o importanță majoră s-a acordat examenului vaginal, examenului ecografic, examenului microbiologic al secretului vaginal, al laptelui, al sângelui, examenul hematologic, toate redată în fișele medicale ale pacientelor. S-au analizat cazurile de endometrită survenite în urma nașterilor naturale cât și cele după operații cezariene.

Rezultate

Au fost analizate 206 cazuri de endometrită postpartum, înregistrate în SCM N1 pe parcursul anului 2010.

Orașului Chișinău iau revenit 98 cazuri, respectiv (47.57%), raionale au fost 108 cazuri (52.42%). Limita de vârstă a fost cuprinsă între 16-45 de ani, în medie (30.5 ± 2). Din acestea: 4 cazuri (1.94%) cu endometrită s-au înregistrat la mame minore, 9 respectiv (4.36%) cu vârstă peste 35 de ani, 193 (93.70%) de nașteri la mame cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani. Au prevalat nașterile la termen în 189 cazuri (91.75%), doar 17 cazuri (8.25%) au fost premature. S-a înregistrat o rată mai mare a endometritei la primipare 148 respectiv (71.85%), nașterii a 2-a 47 cazuri, respectiv (22.81%), nașterea a 3-a 10 (4.85%) cazuri, a 4-a 1 caz (0.48%). Debutul clinic al endometritei, preponderent 177 respectiv (85.92%) de cazuri, a avut loc de la a 4 a până la a 20 a zi după naștere. Vezi Fig.1

După operații cezariene endometrita s-a întâlnit la 53 lăuze (25.72%) din totalul de lăuze incluse în studiu. Din acestea 31 (58,50%) au fost după operații cezariene urgente, și 22 (41.50%) au fost după cele planice. Și totuși 153 lăuze (74.28%) au suferit de endometrită după nașteri fiziologice.

Nu au fost date suficiente pentru a analiza frecvența endometritei după un număr mare de tușeuri vaginale, perioada alichidiană îndelungată, sau naștere îndelungată. Dar totuși avem date despre aplicarea ventuzei obstetricale în 7 cazuri (4.57%), forceps 1 caz (0.65%), amniotomului în 2 cazuri (1.30%). S-a observat o decurgere paralelă a endometritei cu pielonefrita acută în 23 de cazuri (11.16%), hepatită virală 4 (1.94%), și 9 (4.36%) cu infecții respiratorii acute. Traumatismul obstetrical s-a înregistrat în 12 cazuri respectiv (7.84%) din nașterile fiziologice complicate cu endometrită

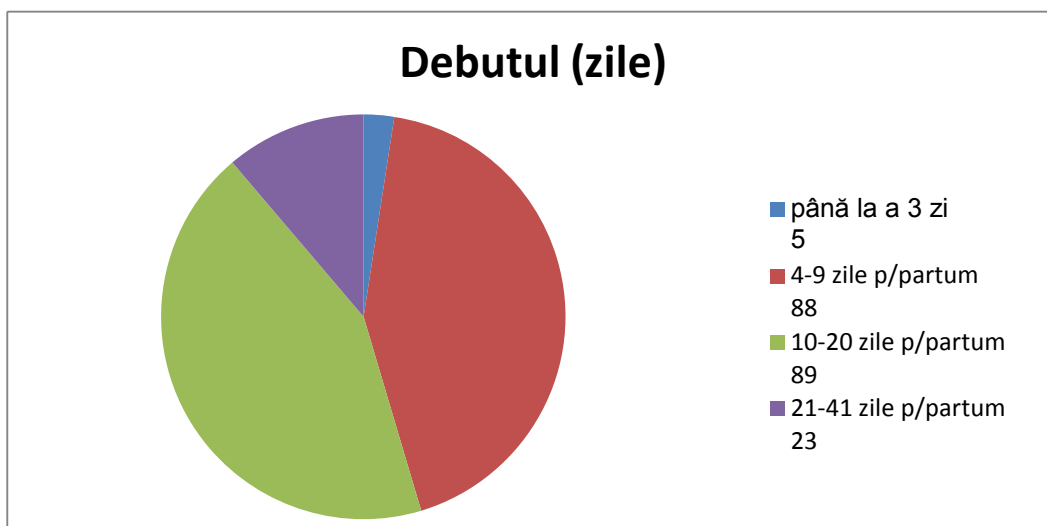


Fig.1

Cu o involuție a uterului până la 12 săptămâni au fost diagnosticate 118 (57.28%) lăuze, 82 respectiv (39.80%) cu involuție de la 12-20 săptămâni, și 6 (2.92%) cazuri cu o involuție mai mare de 20 de săptămâni.

Conform datelor USG lohiometra s-a înregistrat la 158 lăuze respectiv (76.69%), în 48 cazuri (20.31%), avem date pentru lohiometră și resturi placentare. Chiuretaje imediat postpartum s-au efectuat în 6 respectiv (2.91%) cazuri, în perioada de lăuzie 47 (22.81%), dintre care 9 chiuretaje repetate. Vacuum aspirații s-au efectuat în 113 (54.85%) cazuri, dintre care în 2 cazuri repetat.

Valorile febrei a oscilat grafic cu o amplitudine hectică între 37.5-39.0 grade C. În majoritatea cazurilor în AGS au fost semne de leucocitoză, VSH crescut și anemie de diferit grad.

Perioada de lăuzie s-a complicat cu hemoragii până la un litru, în 3 cazuri, hemoragii peste 2 litri în 3 cazuri. Dintre care 3 s-au complicat cu sindromul CID și sepsis, acestea s-au finisat cu histerectomie subtotală fără anexe în 2 cazuri, și histerectomie subtotală cu anexe într-un caz. Dintre acestea un caz s-a complicat cu bontită purulentă.

La examenul bacteriologic din raclajul uterin, însămânțările din vagin, lapte, urină s-au depistat o gamă variată de agenți patogeni. Toate datele au fost incluse în tabelul N 2.

Agentul patogen	Vagin	Urină	Lapte
Enterococul hemolitic	75	14	0
E.coli	61	8	0
Klepsiella pneumoniae	24	3	1
Corinebacter	24	0	0
St.aureus	18	8	1
St.epidermidis hemolitic	16	2	1
Enterobacter aerogenes	4	1	1
Pseudomonas aeruginosa	4	3	0
Proteus mirabilis	3	1	0
Candida albicans	3	0	0
Lactobacterium	3	0	1
Morganella morganii	1	0	1
C.freundii	1	0	0
Str.viridans	1	0	1

Deoarece etiologic endometrita a fost provocată de diferiți agenți patogeni, respectiv sensibilitatea fiecărui micro și macroorganism este diferită și tratamentul respectiv a trebuit să fie ajustat după fiecare caz în parte. În dependență de sensibilitatea la antibiotice a fost aplicat un tratament eficient țintit.

S-a observat o sensibilitate mai bună a agenților patogeni la ciprofloxacina, moxifloxacina, tricaxon, imipenem, gentamicină, levomecitină, ofloxacina. *Str.aureus* are o mai mare sensibilitate la eritromicină, *E.coli* la gentamicină și ciprofloxacina. Pacientele s-au aflat la tratament și supraveghere de la 7 până la 20 de zile după internare, în dependență de gravitatea bolii. Toate s-au externat în stare satisfăcătoare la domiciliu.

Concluzii

1. Infecțiile puerperale rămân să ocupe un rol important în morbiditatea și mortalitatea maternă, suferind mai mult femeile tinere cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani(93,70%).Ca rezultat se observă scăderea activității sociale și reproductive a acestora.

2.S-a observat incidența mai mare la primipare (71,85%) cazuri, ceea ce impune abordarea unor tactici corecte în a promova sarcina planificată.

3.După operații cezariene endometrita s-a dezvoltat în 25,72% din cazurile incluse în studiu. Din acestea 58,5% au fost după operații cezariene urgente și 41,5% după cele planice. Totuși 74,28% de cazuri s-au întâlnit după nașteri fiziologice.

4. S-a observat o decurgere paralelă a endometritei cu pielonefrita acută în (11.16%), hepatită virală (1.94%), și 9 (4.36%) cu infecții respiratorii acute. Traumatismul obstetrical și endometrita s-a înregistrat în (7.84%) din nașterile fiziologice.

5.Agenții patogeni au cuprins atât spectrul gram pozitiv cât și cel gram negativ. O frecvență mai mare a infectării s-a înregistrat cu *Enterococul hemolitic* și *E.coli*. în 136 de cazuri, pe o poziție mijlocie s-a clasat *Klepsiella pneumoniae*, *Corinebacter*, *St. aureus*, *St. Epidermidis hemoliticus* 82 de cazuri, o rată mai joasă s-a întâlnit cu *Enterobacter aerogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Morganella*, *C.freundii*, *Str.viridans.*, *Lactobacterium* și *Candida*.

6. S-a observat o sensibilitate mai bună a agenților patogeni la ciprofloxacina, moxifloxacina, tricaxon, imipenem, gentamicină, levomecitină, ofloxacina. *St.aureus* are o mai mare sensibilitate la eritromicină, *E.coli* la gentamicină, ciprofloxacina, amoxicilină.

Bibliografie

1. СИДОРОВА Й.С, КУЛАСОВ В.И, МАКАРОВ И.О.,„Руководство по акушерству ” МОСКВА,2006
- 2.ГУРТОВОЙ Б.Л И СОАВТ. „Гнойно-септические заболевания в акушерстве” Москва, 1981.
- 3.СОЛЬСКИЙ И. „Инфекционно-токсический шок в акушерско-гинекологической практике” Киев. 1990.
- 4.КУЛАКОВ В., ЗАК И., КУЛИКОВА Н. „Послеродовые инфекционные заболевания” Москва, 1984.
- 5.GLADUN E. și coaut. „Maladii septicopurulente în obstetrică” Chișinău, 1998.
6. Гуртовой Б.Л. Москва, 1996.
7. ЕҢСО L. CHIȘINĂU, 1998.
- 8.ЧИКИН В.Ф. 2003.
- 9.HIDEGCUTI GH, RĂDULESCU C., 2000.
- 10.BAGRATE I.S. 2011.
- 11.DUMITRIU I. „Infecția în obstetrică” București,1979
12. MUNTEANU I. și coaut. „Tratat de obstetrică” București, 2001.