

ANATOMIA BAZINULUI OSOS FEMININ. IMPORTANȚA LUI APLICATIVĂ

Marina Bezdîga

(Conducător științific – Mihail Ștefanet, dr. hab. în med., prof. universitar)

Catedra Anatomia Omului

Summary

Anatomy of female bony pelvis. Its applicative importance.

Female bony pelvis is not only an essential part, which protects pelvic organs, but it determines also the structure of the delivery canal. The problem of the bony pelvis is still up-to-date, in particular in the absence of a suitable unique classification, and because of the difficulty in labor and delivery. It was established, that knowing anatomy of female pelvis will allow to identify abnormalities of pelvis and to choose the right way of delivery. The study differentiates several forms of pelvis, which dimensions are normal or varies from the norm.

Rezumat

Bazinul osos feminin reprezintă nu doar un component esențial ce protejează organele pelviene, dar determină și structura canalului de naștere. Problema bazinului osos rămâne actuală în special în lipsa unei clasificări unice adecvate, prezența unor dificultăți în conduita sarcinii și a nașterii. S-a constatat, că cunoașterea anatomiei bazinului feminin, ne va permite de a identifica diferite variante de structură și unele anomalii ale pelvisului și de a alege corect calea nașterii. În cadrul studiului a fost posibilă diferențierea mai multor forme de bazin dimensiunile acestora incluzându-se atât în valorile normei, dar și variind de la normă.

Actualitatea

Bazinul osos feminin reprezintă mult mai mult decât o diviziune a scheletului, în corelare cu nașterea, fiind nu doar un component esențial ce protejează organele pelviene, dar determină și structura canalului de naștere [1,4,8].

Problema bazinului osos rămâne actuală în special în lipsa unei clasificări unice adecvate, prezența unor dificultăți în conduita sarcinii și a nașterii [1,3,10].

Cunoașterea diametrelor normale ale bazinului permite aprecierea modului cum se va desfășura nașterea, abaterile de la dimensiunile lor normală ducând la dificultăți de naștere [2].

În obstetrica contemporană este la fel de actuală și problema bazinului strâmtat explicabilă prin faptul că această variantă, precum și diferite anomalii constituie una din cauzele principale ale traumatismului matern și fetal, precum și ale mortalității materne și perinatale [5,6,7,9].

Depistarea formelor patologice ale bazinului oferă posibilitate obstetricianului de a prognoza corect nașterea în funcție de particularitățile angajării capului fătului și biomecanismului nașterii.

Obiectivele lucrării

1. Explicarea structurilor anatomice osoase, articulare și a etajului pelvin muscular.
2. Descrierea modificărilor bazinului care au loc în copilărie, pe parcursul pubertății, sarcinii, cât și în condițiile unei suprasolicitări fizice.
3. Depistarea tipurilor de bazin feminin și supravegherea evoluției sarcinii în cadrul acestora.
4. Determinarea frecvenței bazinului strâmtat și managementul sarcinii la pacientele cu acest tip de bazin.
5. Evaluarea pacientelor ce au născut prin operație cezariană și determinarea corelării tipurilor de bazin.

Materiale și metode

Acest studiu a cuprins 2513 fișe medicale, din perioada anilor 2010 – 2011 din cadrul IMPS Maternitatea Nr. II, Chișinău, Republica Moldova, ce cuprind paciente cu vârsta între 16 - 45 ani, internate atât planificat cât și în mod urgent.

Au fost analizate vârsta pacientelor, numărul de nașteri, conduita nașterii, tipurile de bazin și distribuția lui în lotul studiat, gradul de strmtare a bazinului, corelația dintre operația cezariană și tipurile de bazin.

Rezultate și discuții

Studiul a inclus un număr de 2513 paciente cu vârsta medie 26,54 +/- 4,79, dintre care cu vârsta cuprinsă între 16 și 20 ani au fost 8,40%, 21 - 30 ani – 71,67 %, 31 - 40 ani – 18,90 %, iar 41 - 45 ani – 1,03 %. Dintre aceste paciente primipare au fost 1458 (58,02%), multipare 1055 (41,98 %). Din pacientele multipare au fost înregistrate cele cu două nașteri (79,81%), cu trei nașteri (15,45%), patru nașteri (3,22%), cu cinci nașteri (1,05%), șase nașteri (0,19%), șapte nașteri (0,19%), cât și cu opt nașteri (0,09%).

Nașterea pe cale naturală a decurs la 2169 paciente (86,31 %), prin operație cezariană 344 paciente (13,69 %).

În baza evaluării bazinului osos feminin în perioada sarcinii și nașterii, și prin rezultatele obținute în cadrul pelvimetriei, dimensiunilor rombului Michaelis, cât și unor investigații paraclinice s-au înregistrat următoarele tipuri standarde de pelvis: bazin ginecoid (64,19%), bazin platipeloid (1,91%), antropoid (3,98%), android (1,87%), cât și forme intermediare ale acestora: ginecoid-platipeloid (1,87%), ginecoid-android (0,20%), ginecoid-antropoid (0,04%).

S-au înregistrat și unele variante de pelvis ce au prezentat devieri de la normă ce s-au manifestat prin reducerea unor dimensiuni, dintre care au fost: bazin uniform strâmtat (3,22%), bazin infantil (0,36%), bazin anatomic strâmtat, caracterizat prin micșorarea dimensiunii conjugatei externe și conjugatei vera (1,59%), bazin rahitic turtit (0,64%), plat cu micșorarea diametrului interspinos (1,59%), cât și bazin pitic (0,04%).

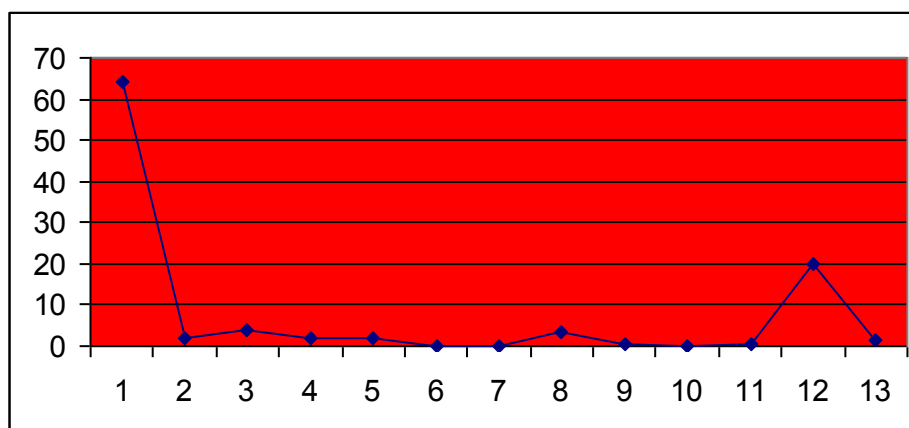


Fig.1. Reprezentarea grafică a variantelor de bazin înregistrate în cadrul studiului:

1. bazin ginecoid – 64,19%; 2. bazin platipeloid – 1,91%; 3. antropoid – 3,98%; 4. android – 1,87%; 5. ginecoid – platipeloid – 1,87%; 6. ginecoid – android – 0,20%; 7. ginecoid – antropoid – 0,04%; 8. bazin uniform strâmtat – 3,22%; 9. bazin infantil – 0,36%; 10. bazin pitic – 0,04%; 11. rahitic turtit – 0,64%; 12. bazin anatomic strâmtat, caracterizat prin micșorarea dimensiunii conjugatei externe și conjugatei vera – 20,10%; 13. plat cu micșorarea diametrului interspinos - 1,59%.

Pacientele care au fost diagnosticate cu bazin anatomic strâmtat, caracterizat prin micșorarea conjugatei externe și conjugatei vera, au fost repartizate în trei grupuri, conform gradului de strâmtare a bazinului (aceasta fiind în conformitate cu dimensiunea conjugatei vera). Gradul I de strâmtare s-a întâlnit la 95,64%, gradul II la 3,96% din paciente și gradul III – 0,4% paciente. Conduita nașterii în cazul acestui lot a fost: naștere per via naturalis – 85,94%, naștere prin operație cezariană – 14,06%.

De asemenea în cadrul lotului investigat, pe lângă bazin anatomic strâmtat s-au inclus și pacienți cu bazin clinic strâmtat care au prezentat 0,398 %, conduita acestora fiind prin operație cezariană.

Din lotul pacienților cu bazin plat însoțit de micșorarea diametrului interspinos s-au înregistrat următoarele modificări: micșorarea diametrului interspinos până la valoarea de 24 cm – 15%, diametrul interspinos cu dimensiunea de 23 cm în 30 % cazuri, diametrul interspinos 22 cm la 35 %, diametrul interspinos – 21 cm în 5 % cazuri, diametrul interspinos de 20 cm – 12,5 % și micșorarea diametrului interspinos până la 19 cm – 2,5% cazuri. Conduita nașterii în cadrul acestui lot a fost preponderent pe cale naturală, doar 7,5 procente pacienți au născut prin operație cezariană.

Un deosebit interes a prezentat și bazinul plat, în cadrul căruia s-au înregistrat valori majorate ale distanței intertrohanterice, care indică o mărire a planului strâmtorii inferioare a bazinului. Aceste valori au fost grupate și reprezentate grafic conform următorului algoritm: distanța intertrohanterică între 31 – 33 cm (71,85%), între 34 – 35 cm (20%), între 36 – 37 cm (4,44%), între 38 – 39 cm (2,96%), înregistrându-se o marire a diametrului intertrohanterian până la 45 cm (0,74%).

Acest lot a cuprins paciențele cu bazin platipeloid, ginecoid - platipeloid, plat cu micșorarea diametrului interspinos.

Din totalul de operații cezariene efectuate, ca conduită pentru anomalii a bazinului osos a fost utilizată în 46,79%, dintre care a prevalat în bazinul ginecoid – 49,51%, anatomic strâmtat 20,64 %, antropoid 8,43%, uniform strâmtat 5,81 %, bazin clinic strâmtat 3,49%, ginecoid-platipeloid 3,20%, android 2,91%, infantil 2,33%, platipeloid 1,16 %, rahitic turtit 1,16%, plat cu micșorarea diametrului interspinos 0,87 %, pitic 0,29 %.

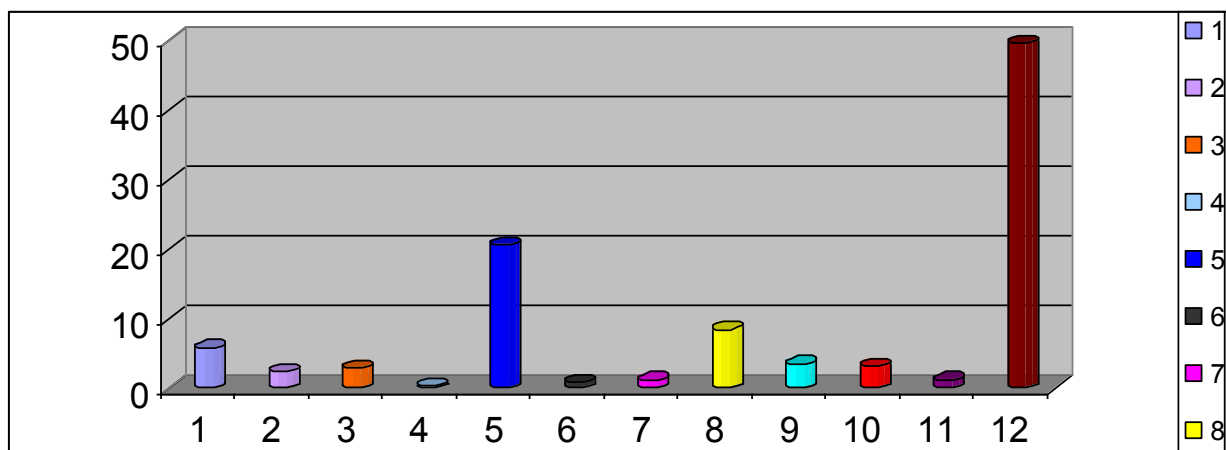


Fig. 2 Prevalența operației cezariene în diverse tipuri de pelvis

1- uniform strâmtat 5,81 %, 2-infantil 2,33%, 3 - android 2,91%,

4 – pitic 0,29 %, 5 – anatomic strâmtat 20,64 %,

6 – plat cu micșorarea diametrului interspinos 0,87 %, 7 – platipeloid 1,16 %,

8 – antropoid 8,43%, 9 – bazin clinic strâmtat 3,49%,

10 – ginecoid-platipeloid 3,20%, 11 – rahitic turtit 1,16%, 12 – ginecoid 49,51%.

Studiul efectuat a arătat în primul rând importanța examenului pelvimetric la parturiente în Republica Moldova, care conform datelor unui studiu efectuat de Charles S. Blackadar și Anthony J. Viera în cadrul a două spitale militare din Statele Unite pe un lot de 660 parturiente, nu a fost atât de informativ prin faptul că nu a contribuit la schimbarea conduitei nașterii, ei considerând aceasta o metodă de rutină, care necesită timp și provoacă un anumit discomfort pentru pacienți.

De asemenea rezultatele obținute în cadrul studiului comparativ cu datele literaturii au elucidat o prevalență a bazinului ginecoid – 64,19%, urmat de cel antropoid – 3,98%, urmat de cel platipeloid 1,91% și cel android – 1,87%. S-au înregistrat forme intermediare de pelvis, cât și creșterea frecvenței bazinelor strâmtate.

Potrivit datelor din literatura de specialitate frecvența bazinului anatomic strâmtat variază de la 1,04% - 7,7%, în medie constituind 3,5% din nașteri. În cadrul studiului nostru a fost posibilă diferențierea mai multor forme de bazin anatomic strâmtat și acestea s-au înregistrat cu o frecvență totală de 25,95% (aici se includ bazin rahitic turtit, bazin uniform strâmtat, infantil, pitic, anatomic strâmtat, caracterizat prin micșorarea dimensiunii conjugatei externe și conjugatei vera și plat cu micșorarea diametrului interspinos).

Concluzii

Reeșind din rezultatele studiului putem constata că:

1. Cunoașterea anatomiei bazinului feminin, a oaselor, articulațiilor, mușchilor ne permite de a identifica anomaliile pelvisului și de a alege corect calea nașterii.
2. Dezvoltarea bazinului osos feminin este influențată de o serie de factori în toate perioadele de viață, toate acestea ducând la apariția unor forme de bazin strâmtat și la creșterea procentului dificultăților obstetricale.
3. Rezultatele studiului au înregistrat cele 4 forme extreme de bazin: ginecoid, antropoid, android și platipeloid propuse în clasificarea lui Caldwell și Moloy.
A prevalat bazinului ginecoid – 64,19%, urmat de cel antropoid – 3,98%, urmat de cel platipeloid 1,91% și cel android – 1,87%.
4. Potrivit datelor din literatură frecvența bazinului anatomic strâmtat constituie în medie 3,5% din nașteri, în cadrul studiului efectuat fiind posibilă diferențierea mai multe forme de bazin anatomic strâmtat, ce s-au înregistrat cu o frecvență totală 25,95%.
5. Din totalul de 2513 paciente un procentaj de 86 % au născut per via naturalis, iar 14 % prin operație cezariană.

Bibliografie

1. Alan H. Decherney, Goodwin Neri Lanfer, Lauren Nathan, T.Murphy, Obstetrics & Gynecology, Current Diagnosis & Treatment, page 23 – 32.
2. Cateriniuc I., Ștefăneț M., Andrieș V., Globa L., Anatomia funcțională și particularitățile individuale ale sistemului osteoarticular pelvin. Materiale didactice., Chișinău, 2000, pag. 5-49.
3. Corolcova N., Cernetchi O., Bazinul feminin în obstetrica contemporană, Chișinău, 2003, pag 7-22, 47-94.
4. Gamal Ghoniem, Willy Davila Practical guide of female pelvic medicine, Weston, Florida, USA, 2006, chapter 1, page 1- 14.
5. Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi, Bazele obstetricii fiziologice, Vol. I ,Chișinău, 2006, pag. 63-72.
6. Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi Obstetrică patologică, vol.II, Chișinău, 2007, pag. 476-491.
7. Jacques Pierre Maygrier, Augustus Sidney Doane, David G. Johnson, Moore & Payne, Collins & Hannay, Sleight & Van Norden, Deformities of the inferior strait, New York, 1834, p. 23-40.
8. Prof. Afolabi Adebajo, Mrs. Lydia T. Dada, Kayode S. Olubiyi MATERNAL AND CHILD HEALTH, NATIONAL OPEN UNIVERSITY OF NIGERIA, 2010, page 1 – 20.
9. Savona-Ventura, The bony pelvis and fetal skull, Trainee Obstetrics Programme – 2007, St. Luke's Teaching Hospital, University of Malta, Page 1 – 15.
10. Ștenberg M., Gladun E., Friptu V., Corolcova N., Obstetrică practică, Chișinău, 2004, pag. 21 – 32, 187 – 218.