

CONTRIBUȚII LA PROBLEMA CONTROLULUI UTERIN „POST PARTUM“

M. Komáromi

În literatura de specialitate au apărut numeroase lucrări despre necesitatea, eficacitatea și modul, ca și despre avantajele, desavantajele și rezultatele diferitelor metode de intervenție pe uter, imediat după naștere și în lehuzie.

Autorii admit în unanimitate că în etiologia febrei puerperale, frecvența cotiledonară ocupă un rol important și de aceea recomandă ca profilaxie îndepărtarea părților de placenta retenționate. Mai puțin concordante sînt părerile în ceea ce privește îndepărtarea fragmentelor de membrană caducă, a fragmentelor superficiale de placenta și a coagurilor sanguine.

Adepții orientării conservatoare, ca *Brindeau*, *Woden*, *Meyer* și alții (cit. *Popescu*) recomandă abținerea pe cît posibil de la orice intervenție, susținînd că aceste intervenții ar duce la o morbiditate ridicată în lehuzie. Potrivit acestei păreri, nici retenția completă a membranelor, care poate provoca o stare febrilă peste 38° C, nu necesită intervenție, deoarece se elimină spontan la 4—5 zile după naștere.

Adoptăm punctul de vedere reprezentat de numeroși autori, după care comportarea temperaturii nu constituie singurul criteriu în aprecierea evoluției fiziologice sau patologice a lehuziei, deoarece o subfebrilitate de cîteva zile și chiar o stare febrilă, pot fi cauzate de adsorbția diferiților produși metabolici la locul deslipirii placentei.

În aprecierea deslășinării fiziologice sau patologice a lehuziei este necesar să se urmărească nu numai mersul temperaturii, ci și starea generală, pulsul, caracterul lochiei și involuția uterină.

Adepții concepției active, ca *Giva Clerc* și alții, susțin că intervențiile intrauterine nu sînt atît de riscante cum afirmă reprezentanții concepției conservatoare.

În sfîrșit alți autori nu acceptă orientarea conservatoare în întregime, preconizînd intervenția numai în cazuri bine motivate. Această concepție este reprezentată și de școala sovietică, fiind aplicată și în clinica noastră.

În ceea ce privește modul de efectuare a intervențiilor uterine, datele din literatură acordă prioritate, fie controlului uterin manual, fie celui instrumental.

Persianov a studiat 530 (3,3%) de intervenții efectuate imediat după naștere la 16.024 de cazuri și a ajuns la concluzia că în cursul controlului manual, posibilitatea infecției este mai mare; dacă respectăm însă sever regulile de asepsie-antisepsie, nu există o deosebire esențială procentuală între cele două metode în ce privește evoluția lehuziei. Cu toate acestea, se subliniază că în condițiile spitalicești, controlul uterin instrumental este mai indicat, decît controlul uterin manual.

Alți autori sovietici, în schimb, ca *Taigro*, *Pantevici*, *Ardееva* acordă prioritate intervenției manuale, afirmînd că în cursul controlului instrumental sînt cu mult mai frecvente leziunile peretelui uterin și perforațiile.

Lorenz consideră că pentru decursul lehuziei momentul intervenției este esențial. El a observat rezultatele cele mai favorabile în cazul intervențiilor efectuate imediat după naștere, sau în primele 2—3 ore.

Popescu și colab. au efectuat control uterin instrumental în 1010 nașteri normale, și au comparat rezultatele cu cele obținute la același număr de cazuri în care nu s-a efectuat nici o intervenție. În materialul lor, în cazurile în care s-a efectuat intervenția starea febrilă a apărut în 17,1% în perioada de lehuzie, față de proporția de 11,1% constatată în celelalte cazuri. În majoritatea cazurilor cu intervenție, starea febrilă a fost de scurtă durată și neînsoțită de alte tulburări, în timp ce în celelalte cazuri starea

febrilă a fost de mai lungă durată, fiind prezente și alte tulburări, ca de ex. flebită manifestă.

Aceste observații se explică prin faptul că la controlul instrumental inocularea microbiană, deși este mai frecventă, infecția se produce totuși cu microorganisme mai puțin virulente. În schimb, în cazurile în care inocularea microorganismelor este mai lentă, microorganismele ascendente, datorită faptului că în cavitatea uterină pot rămâne resturi de coagulare, găsesc un excelent mediu de cultură, și apar tulpini virulente care pot cauza o infecție cu mult mai gravă.

Tratamentul hemoragiilor din lehozie s-a schimbat de-a lungul vremii. Adeptii orientării conservatoare și cei ai atitudinii radicale au discutat mult problema dacă trebuie să se intervină sau nu. În cele din urmă s-a ajuns la părerea că în caz de hemoragii în perioada de lehozie, trebuie să procedăm conservator, chiar și în cazurile afebrile, intervenția fiind admisibilă numai în hemoragiile care amenință viața, dar și atunci numai digital, ținându-se seama de faptul că controlul instrumental în perioada de lehozie imediată (6 săptămâni) este o intervenție extrem de periculoasă, în cazurile febrile cauzând de cele mai multe ori o septicemie, cu sfârșit letal (*Stöckel*).

Această concepție riguroasă conservatoare împreună cu alte principii terapeutice conservatoare valabile în prezent, a fost revizuită o dată cu progresele realizate în știința medicală. Grație rezultatelor obținute în urma utilizării chemoterapeuticilor, antibioticilor și transfuziei, majoritatea autorilor preferă avantajele tratamentului activ. *Astfel, Lorenz, Wolfe, și Pedowitz, Philipp, Mikulicz-Radecki, Roloff, Keller, Schmidt* (cit. *László*) și alți numeroși autori pledează pentru tratamentul activ. Cei mai mulți autori admit principial că dacă hemoragia nu încetează, nu e voie să așteptăm, deoarece uterul trebuie evacuat cât mai repede, fie că hemoragia este cauzată de resturi placentare, fie că nu, întrucât clarificarea situației necesită un timp mai îndelungat, în care anemia se accentuează. *Experiența dovedește că evacuarea instrumentală imediată scurtează durata tratamentului spitalicesc, previne anemia, scade numărul transfuziilor și cheltuielilor de tratament. Partizanii tratamentului activ în hemoragiile din lehozie accentuează rolul uriaș al sulfonamidelor, antibioticilor și transfuziilor în vindecarea acestei complicații care în trecut a făcut multe victime, dar azi e ușor de combătut și inofensivă.*

Prelucrând materialul clinicii noastre pe o perioadă de 1 an și jumătate, am constatat că la 2080 de nașteri am efectuat control uterin imediat după naștere sau în cursul lehoziei în 150 de cazuri (7,21%). Din acestea, în 146 (97,3%) am intervenit imediat după naștere, de 2 ori (1,3%) în a doua săptămână a lehoziei, de 2 ori (1,3%) după a 2-a săptămână a perioadei de lehozie (v. tabelul 1).

Numărul controalelor uterine este mult mai frecvent după nașteri premature, decît în cazul nașterilor la termen.

Indicațiile intervenției se prezintă după cum urmează:

În 55 de cazuri (36,6%) retenția de placenta sau de cotiledoane mai mari; în 60 de cazuri (40%) suspiciune de retenție cotilendonară; în 10 cazuri (6,6%) retenția membranelor. În celelalte 25 de cazuri (16,6%) indicația intervenției a fost efectuată pentru executarea unui control datorită unei intervenții anterioare, sau pentru o atonie mijlocie în perioada a I-a.

În 12 cazuri (8%) controlul a fost efectuat numai manual, în 28 de cazuri (58,9%) numai instrumental, în 50 de cazuri (33,3%) manual și instrumental. Rezultatele sînt cuprinse în tabelul nr. 2.

Înainte de intervenție în 145 de cazuri (96,6%), leuzele au fost afebrile, în 3 cazuri (2%) febrile, și în 2 cazuri (1,33%) au prezentat o subfebrilitate prelungită. După intervenție în 137 de cazuri (88%) leuzele au fost afebrile, în 6 cazuri (4%) au prezentat o stare febrilă cu o durată mai lungă — de 2 zile, în 12 cazuri (8%) am observat subfebrilitate prelungită.

1905	Mature	2080	Nr. nașterilor	
			Pre-mature	
175				
119 179,33%	Mature	150 (7,21%)		Nr. intervențiilor
31 20,66%	Pre-mature			
17,7%		94		Primipare
	62,6%	56		Multipare
	37,3%	8		Sub 20 ani
	5,39%			Intre 20—30 ani
	70,6%	106		Intre 30—40 ani
	22 %	33		Peste 40 ani
	2 %	3		
	92,6%	139		Locul nașterii
	7,4%	11		Inafară de clinică
	81,4%	122		Modul nașterii
	18,6%	28		Spontan
	36,6%	55		Prii manevre instrument. sau oper.
	40 %	60		Indicatia intervenției
	6,6%	10		Retenție placent. sau cotiledonară
	16,6%	25		Suspiciune de retenție cotiled.
	8 %	12		Retenție de membrană
	58,6%	88		Hemoragie, sau control după oper.
	33,3%	50		Intervenția
		146 97,3%		După naștere im.
				Timpul intervenției
		2 (1,39%)		Săpt I-a
		2 (1,3%)		Săpt. a II-a
				După a II-a săp.

Taboul nr. 2.

Alebr.	Temperatura înainte de intervenție		Temperatura după intervenție		Bună	Subinv.	Nimic	Antibiotice	Antibiot. + transf.	Hemora-gie	Embolie gazoasă	Perio-rație	Vandecare fără com-plicații		
	145	3	2	132										6	12
	(96,66%)	(2%)	(1,33%)	(88%)	(4%)	(8%)	(95,4%)	(4,6%)	(72,3%)	(23,6%)	(4%)	(0,66%)	(0,66%)	0	148 (98,6%)

În 72,2% a cazurilor nu a fost necesar nici un tratament ulterior, în 23,3% am administrat antibiotice și uterotone, în 5,3% au fost necesare transluzii, 98,66% dintre lezunile la care s-a intervenit, s-au vindecat fără complicații.

Creдем că materialul nostru permite să tragem unele concluzii.

Controlul uterin instrumental și cel manual constituie o operație obstetricală, care are indicații, contraindicații și condiții proprii de executare. Nici una din intervenții nu este indiferentă. Manipularea intrauterină manuală înseamnă o mare suprasolicitare pentru lezunile obosite, putînd provoca un șoc traumatic obstetrical.

Noi creдем că este exagerat și nerecomandabil să se facă un control uterin manual după fiecare naștere. În clinica noastră indicațiile controlului uterin manual sînt bine delimitate, tocmai din cauza traumatismului pe care îl comporta intervenția, această metodă fiind limitată la cazurile de retenție completă a placentei și la controlul uterin după nașteri prin diferite intervenții obstetricale. Accentuăm însă că controlul manual constituie metoda cea mai sigură pentru depistarea eventualelor leziuni, după nașterile prin intervenții.

În practica medicală de teren, indicațiile controlului manual nu pot fi atît de riguros limitate datorită, pe de o parte lipsei instrumentarului, iar pe de altă parte din cauza complicațiilor posibile.

Deslipirea de placentă efectuată fără o indicație judicioasă este criticabilă, chiar și azi cînd dispunem de antibiotice.

Controlul instrumental în spitale are alte limite de indicație decît cel manual. Controlul instrumental efectuat corect și menajant, constituie un traumatism cu mult mai mic decît controlul manual. De altfel atît în retenția de cotiledoane și membrane cît și în hemoragiile atone inexplicabile prin cauzele menționate, controlul efectuat cu cureta *Bumm* dă rezultate favorabile în majoritatea cazurilor, constituind o metodă eficientă în prevenirea complicațiilor.

Această atitudine este diametral opusă aceleia care, invocînd pericolul intervenției, nu o utilizează nici chiar în cazul retenției complete de membrană sau de resturi cotiledonare, preferînd tratamentul medicamentos. Fără îndoială că la controlul instrumental există pericolul perforației, însă dacă se utilizează cureta *Bumm*, și intervenția se efectuează cu precauție, pericolul este minim. Intervenția trebuie făcută totdeauna cu deosebită prudență, mai ales dacă uterul e aton, mare și moale. E bine ca intervenția să se efectueze pe un uter contractat, controlîndu-se instrumentul cu mîna așezată pe fundul uterin. Din cauza, atît a complicațiilor imediate, cît și a celor tardive, nu se va face evacuarea uterului cu cureta ascuțită, nici după naștere, nici în lezuzie. Subliniem că scăderea numărului controalelor uterine post partum, este în strînsă legătură cu conducerea corectă a perioadei placentare. Cunoșcînd fiziologia acestei faze trebuie să renunțăm la orice intervenție care i-ar tulbura decursul normal. Prin prevenirea tulburărilor de deslipire a placentei, contribuim în mod eficient la profilaxia și scăderea numărului intervențiilor uterine.

Sosit la redacție: 20 februarie 1962.

Bibliografia la autor.