

METODA DE AMELIORARE A SUTURII UTERINE ÎN OPERAȚIA CEZARIANĂ*

Octav Rusu

Cu toate că operația cezariană a devenit o intervențiune clasică, unele atitudini sau momente ale ei se mai pretează încă la ameliorări tehnice care pot fi aduse în interesul mamei operate sau a operației în sine.

După opinia majorității autorilor, incizia pe segmentul inferior al uterului a reprezentat un progres de seamă în securitatea operatorie. În obținerea de cicatrici trainice și în frumusețea tehnicii operatorii. În cartea lor *Alessandrescu* și colab. fac o succintă și sintetică rememorare a seriei de pioneri din epoca precontemporană, care au imaginat și conturat tehnica operației cezariene segmentare pe care o executăm astăzi, rememorare care ne scutește de

* Comunicare la U.S.S.M.. Secția obstetrică-ginecologie, Cluj, 16 aprilie 1964.

etalarrea datelor legate de istoricul acestei intervenții de incontestabil progres. Amintim doar pe *Kehrer* care în 1882 a emis ideea inciziei pe segmentul inferior, și pe *Frank*, *Dörfler* și *Fuchs* care pot fi considerați promotorii acestui tip de abordare în operația cezariană.

Deși mai există și azi autori care contestă calitățile inciziei segmentare transversale (ex. *Gernez-Poiret*, 7), practica îndelungată a majorității a arătat că acest tip de incizie are avantaje incontestabile care o fac să fie preferată inciziei segmentare longitudinale, inciziei segmento-corporeale cât și celei corporeale.

După cum se știe, avantajele secțiunii transversale sînt:

1. incizia transversală nu impune decolarrea accentuată a vezicii;
2. este paralelă cu direcția generală a vaselor;
3. este paralelă cu direcția generală a fibrelor musculare;
4. evită, de cele mai multe ori, placenta;
5. oferă posibilitatea unei suturi ușoare și corecte;
6. permite o peritonizare perfectă.

Aceste avantaje au o pondere suficient de mare pentru a impune cezariana segmentară transversală și a face din ea o operație de elecție. În clinica noastră ea este utilizată aproape în toate cazurile, exceptînd marile urgențe, uterile cicatriceale, cezariana iterativă după incizie corporeală, placenta praevia, etc.

În vederea unei vindecări solide, estetice și funcționale, chirurgul trebuie să se preocupe cu același interes atît de incizia țesuturilor, cît și de sutura lor. De aici derivă „problema cicatricii postoperatorii“, cu răsunset important morfo-funcțional, imediat și îndepărtat, postoperator. Considerăm că sutura plăgii uterine are în cazul nostru o importanță esențială.

Frank, *Fromme*, *Pfannenstiel* și a. (23), suturau plaga uterină într-un singur strat, cu fire separate, după care peritonizau. Pentru a accentua soliditatea cicatricii *Selheim*, *Dörfler* ș. a. introduc în 1908 sutura în 3 straturi:

- a) primul strat cu fire separate, aplicate des (circa 1,5 cm);
- b) al 2-lea strat cu fir continu (surjet), cu ochiuri care sar „în punte“ peste primul strat pe care-l infundă la stringere;
- c) al 3-lea strat: peritonizarea.

Cu mici variații, sutura lui *Selheim* a rămas clasică, azi fiind utilizată aproape în exclusivitate.

Autorii sovietici (8, 10, 16) au subliniat necesitatea obținerii unei cicatricii solide, suplă și cu restabilirea integrității morfo-funcționale, pentru a promova o „stare normală“ atît a uterului negravid după operație cezariană, cît și a celui ce devine gravid după această operație. *Polonschi* (16) arată că cicatricea după cezariană poate determina într-o nouă sarcină sau naștere complicații și chiar rupturi, pentru că:

- a) reprezintă un punct mort, inactiv, în plină masă musculară, care exercită asupra lui tracțiuni în toate sensurile și de diverse intensități;
- b) agresivitatea trofoblastului poate determina modificări histoarhitectonice care pot slăbi și mai mult o cicatrice de calitate inferioară;
- c) cicatricea poate avea „puncte slabe“, prin cicatrizare deficitară, de obicei consecința unor infecții sau hematoame postoperatorii.

Cercetările anatomice, histologice, histochemice și clinice au subliniat justetea observațiilor lui *Polonschi* și a altora. *Chasstruss* (cit. 7) arată că procesul inflamator (infecția) determină cicatrizarea defectuoasă și chiar dehiscenta, iar *Pedowatz* (cit. 7) arată că *hematomul* îngreunează cicatrizarea și o face imperfectă.

Observațiile vechi la care se adaugă cele de mai sus, au stabilit că o sutură bună trebuie să întrunească cîteva caractere esențiale:

1. să fie minuțioasă, cu afrontarea corectă a țesuturilor;
2. hemostaza să se execute cu meticolozitate;
3. să se execute în condiții de perfectă sterilitate (în cazurile „impure“ măsurile în consecință sînt esențiale);

4. să se utilizeze material de sutură care să nu reprezinte — prin el însuși — o prezență de „corp străin“.

În dorința de a respecta la maximum posibil aceste deziderate, am observat în ultimii ani mai atent mersul postoperator — imediat și tardiv — la cazurile cu operație cezariană din serviciile noastre.

Urmărind curba termică, lohiile, involuția uterină și diversele acuze ale operatelor, am ajuns la concluzia că sutura uterină clasică, a lui Selheim, are următoarele deficiențe:

a) se aplică foarte multe noduri, deci o cantitate prea mare de „corpi străini“, chiar dacă aceștia sînt reprezentați prin catgut;

b) *înfundarea* primului strat de sutură instalează un grad important de tensiune a țesuturilor (care pot suferi ischemii cu consecințele cunoscute);

c) *înfundarea* primului strat de sutură determină apariția unei fante transversale, ce proemină înspre cavitatea uterină, fantă care se poate palpa bine prin tușeu steril intrauterin. Această fantă a produs în unele cazuri:

d) lohiometrii sau jenă în exteriorizarea acestora cu consecințele respective;

e) uneori (în 3 din cazurile noastre) s-au observat sinechii la nivelul fantei de mai sus;

f) cicatrice calitativ inegale.

Aceste dezavantaje ale suturii uterine clasice ne-au determinat să executăm în ultimii 3 ani următorul tip de sutură (pe care o numim „margine la margine“):

1. aplicarea cunoscutelor două fire în cele două extremități ale plăgii chirurgicale uterine. Tracționîndu-le în stînga și în dreapta, ajutorul pune în evidență buzele plăgii:

2. sutura uterină propriu zisă se începe cu un fir lung de catgut: acul însălează alternativ cele două buze, pătrunzîndu-le de fiecare dată *din afară spre cavitatea uterină*. Aplicăm așadar un fir cu traectorie asemănătoare cu aceea a suturii intestinale sau a altor organe cavitare;

3. ajunsă la capătul opus al plăgii, sutura poate lua două forme:

a) se încheie prin nod, după care se ia alt fir lung de catgut și se începe al 2-lea surjet (ca mai jos). sau;

b) după ce s-au executat 2 noduri, ne întoarcem în surjet obișnuit, trecînd acul întotdeauna în spațiile dintre pașii suturii de mai sus, iar la capătul opus al plăgii (unde am început inițial sutura), firul se leagă la capătul nodului de începere. Acest al doilea fir în surjet nu *înfundă* primul strat. ci la margine“):

4. se aplică în masă 2—3 fire în „x“ care cuprind cele două suturi de mai sus. pentru siguranța lor;

5. peritonizarea în două straturi suprapuse sau „în redingotă“.

Primul fir descris mai sus, cel mai important, se aplică după schița anexată (vezi figura).

Acest fel de a sutura uterul în operația segmentară transversă nu l-am găsit descris în literatura ce ne-a stat la dispoziție. El constituie o adaptare a unui procedeu din chirurgia generală la o operație obstetricală. Sprijinîndu-ne pe cazuistica noastră (pînă acum 37 cazuri, care au evoluat în condiții favorabile, atît imediat cît și tardiv postoperator) considerăm că procedeul pe care l-am descris mai sus *constituie o ameliorare a suturii uterine*, pentru că:

1. țesuturile se *afrontează perfect*, „margine la margine“;

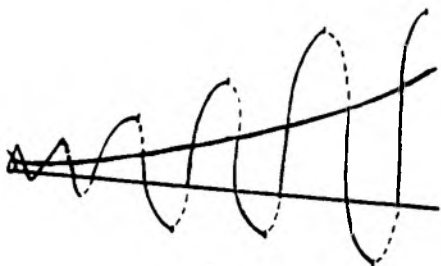
2. *etanșeitățile* este asigurată pe de o parte prin afrontarea bună, pe de altă parte prin suprapunerea celor două surjet-uri;

3. hemostaza foarte bună. realizată tocmai prin etanșeitățile amintite mai sus;

4. se evită fanta transversală endouterină și consecințele acesteia prin faptul că primul strat nu este înfundat;

5. se utilizează numai catgut și în cantitate mult mai mică, deci evită corpii străini prin material de sutură;

6. afrontarea perfectă și hemostaza corectă crează condițiile unei cicatrice egale, suple și estetice, de o soliditate care mărește securitatea morfo-funcțională din viitorul apropiat și îndepărtat al cazului dat.



Toate aceste calități, precum și facilitatea și rapiditatea tehnicii, ne fac să utilizăm acest tip de sutură și să o propunem în vederea răspîndirii ei. Rezultatele favorabile de pînă acum atestă că ea reprezintă o metodă de ameliorare a suturii uterine în operație cezariană segmentară transversă.

Sosit la redacție: 12 octombrie 1965.

Bibliografie

1. ALESSANDRESCU D. și colab.: *Practică și tehn. obst.* Ed. Med. Buc. (1965);
2. BELONOSHKIN B.: *ref. Zentrbltt. f. Gyn.* (1956), 26, 647; 3. CANNELIER L. și colab.: *Gyn. et Obst.* (1963), 62, 5, 669; 4. COJA N., OCTAV RUSU și colab.: *Comunic. S. S. M. Gin. Cluj* 24. X. 1957; 5. COJA N., OCTAV RUSU și colab.: *Clujul Medical* (1959), 2, 53; 6. FINBEINER: *Zentrbltt. f. Gyn.* (1956), 17, 573; 7. GERNEZ L., POIRET C.: *Gyn et Obst.* (1963), 62, 2, 237; 8. IURIEVA L. V.: *Akuș. i ghin. Moscova* (1956), 4; 9. JMAKIN C. N.: *Akuș. i ghin. Moscova* (1952), 3; 10. JMAKIN C. N.: *An. Rom. Sov. Obst.* (1953), 5, 22; 11. KOVÁCS F.: *Gyakorlat és mütét szülész. Budapest* (1936); 12. LACOMME M.: *Pratique Obst. Ed. Masson. Paris* (1960); 13. LEBEDEV N. P.: *Akuș. i ghin. Moscova* (1951), 6; 14. LOWRIE R. J.: *Surgical Technique. Ed. Thomas. Illinois* (1955); 15. MARTIUS H.: *Intervenții Obst. Ed. Thieme Stuttgart* (1964); 16. POLONSCHI I. N. și colab.: *Akuș. i ghin. Moscova* (1956), 4, 24; 17. PANDELE A. și colab.: *Urgențele obstetric. Ed. Med. Buc.* (1955); 18. RUSU OCTAV și colab.: *Com. S.S.M. Gin. Cluj febr.* (1952); 19. SĂVULESCU D. și colab.: *Obst. și Gin. Buc.* (1945), 1—4; 20. SĂVULESCU D. și colab.: *Obstetrica. Ed. Med. Buc.* (1955); 21. VAGO O. și colab.: *Obst. și Gin. Buc.* (1953), 3; 22. VINȚI I. și colab.: *Com. S.S.M. Gin. Cluj mart.* (1950); 23. WODON J. L.: *Revue Fr. Gyn et Obst.* (1932), 4, 163.