

OPERAȚIA CEZARIANĂ ȘI NAȘTEREA CARDIOPATELOR

dr. O. Rusu, dr. V. Izsák, dr. T. Rosenfeld

Au trecut 40 de ani, de cînd la cea de a 21-a reuniune a ginecologilor germani, Max Hirsch proclamă noua concepție obstetricală cerînd părăsirea intervențiilor pe cale vaginală și înlocuirea lor cu operația cezariană abdominală (17). De atunci această concepție deși mult controversată a găsit un ecou destul de larg în rîndul diferitelor școli obstetricale de frunte. Paralel cu progresele remarcabile în domeniul anesteziei și al reanimării, precum și prin instaurarea erei antibioticelor, securitatea operației cezariene a crescut în mod considerabil. Se vorbește din ce în ce mai mult despre utilitatea secțiunii cezariene profilactice cu indicație obstetricală, fetală, sau pentru diferite boli materne (28, 29). Într-adevăr această intervenție de mare importanță obstetricală, pe care *Stoekel* o indica pentru terminarea unor nașteri eșuate pe cale vaginală drept „ultimum refugium“, astăzi putem afirma că se practică frecvent și cu succes în nenumărate situații pentru prevenirea unor stări patologice materne și fetale.

Bineînțeles și în cazul cardiopateilor gravide operația cezariană a repurtat succese, reușind prin ea să fie salvate multe bolnave cardiace gravide, prin scutirea acestora de efortul epuizant al travaliului (22). Dar nu mai puțin adevărat este și faptul că marea majoritate a cardiopateilor sînt capabile să nască pe cale naturală, fără a-și periclita propria sănătate, respectiv a feților lor (4, 6, 7, 8, 9, 25).

Se pune întrebarea care să fie conduita optimă la nașterea cardiopateilor? Naștere pe cale vaginală sau prin secțiune cezariană?

În cadrul lucrării de față ne-am propus să discutăm câteva aspecte ale acestor probleme, utilizând experiența clinicii noastre din ultimii 25 de ani. Am considerat utilă prelucrarea materialului nostru cu atât mai mult, cu cât în decursul acestei perioade și conduita noastră a suferit modificări, putînd astfel compara pe materialul propriu avantajele și scăderile diferitelor conduite (15, 18).

Între anii 1945—1969 inclusiv, la clinica de obstetrică și ginecologie din Tîrgu Mureș au avut loc 43143 de nașteri, din care 306 nașteri ale cardiopatei. Afecțiunile cardiace ale celor 306 parturiente au fost următoarele:

Stenoza mitrală	112 cazuri	36,6%
Boala mitrală combinată	88 „	28,4%
Miocardita cronică	35 „	11,4%
Insuficiența mitrală	29 „	9,4%
Cardiopatii valvulare operate	14 „	4,5%
Tulburări de ritm cardiac	12 „	3,9%
Cardiopatii congenitale	7 „	2,2%
Boli mitroaortice	8 „	2,6%
Pericardita adezivă	1 „	0,3%

Etiologia reumatică a fost prezentă în 288 de cazuri, respectiv în 94,1%.

Secțiunea cezariană a fost practică în 57 de cazuri, deci 18,62% din totalul nașterilor la cardiopate.

Din punctul de vedere al frecvenței operației cezariene în perioada urmărită se observă trei etape. În tabelul de mai jos redăm etapele cu frecvențele respective și cu mortalitatea maternă înregistrată pe etape:

Etapa	Nr. parturientelor	Operații cezariene		Decese materne	
		Nr.	%	Nr.	%
1945—1955	122	22	18,03	5	4,09
1956—1963	97	23	23,70	2	2,06
1964—1969	87	12	13,61	1	1,26
Total:	306	57	18,62	8	2,61

Din totalul de 306 nașteri la cardiopate, am înregistrat 8 decese materne (2,61%). În 5 cazuri decese au survenit după secțiunea cezariană. În 7 cazuri parturientele care au decedat au fost internate în timpul travaliului, în stare foarte gravă cu insuficiență cardiacă, conduita aleasă în aceste cazuri fiind de necesitate, cu scopul terminării cât mai urgente a nașterii. Într-un singur caz, de altfel unicul deces matern din cadrul cardiopatei avute în clinică în ultimii 6 ani, moartea a survenit la o primipară în vîrstă, care și-a păstrat sarcina contrar indicației medicale. Notăm că în prima etapă am pierdut 5 bolnave, în a doua 2 și în a treia una singură. Această scădere în frecvența mortalității nu intenționăm să o atribuim numai atitudinii mai rezervate în privința secțiunii cezariene, ci în primul rînd îmbunătățirii permanente a ocrotirii gravidelor cardiopate.

Secțiunea cezariană a fost executată pentru indicație cardiologică în 21 de cazuri, ceea ce reprezintă o frecvență de 6,7% și la 36 de parturiente cu indicație asociată (cardiologică + obstetricală), adică 11,4%. Din cele 36 de cazuri cu indicație asociată de 8 ori a fost prezentă o astfel de complicație obstetricală, care în sine constituia indicație pentru operație cezariană. Dacă aceasta se scade din totalul cezarianelor efectuate la cardiopate, constatăm că scade și frecvența generală la

16,01%. Menționăm că frecvența de 6,7% la operațiile cezariene executate pentru indicație cardiacă se încadrează în frecvența cezarienelor efectuate în general în clinica noastră, unde această cifră variază între 4—6% și este inferioară multor date publicate în literatură: *Zoltán* 12,7%, *Vanyna* 9%, *Sondler* 4%, *Streja* 7,5%. *Hittmair* 2% (28).

Un număr de 51 de parturiente din cele 306 au prezentat semne de decompensare cardiacă la debutul travaliului (16,6 %), fiind încadrate ulterior în grupa 3 și 4, conform clasificării Asociației Cardiologilor din New York. Dintre acestea 29 au născut prin secțiune cezariană. Restul de 245 de parturiente au fost încadrate în categoria 1 și 2. În această grupă am executat secțiuni cezariane la 28 de parturiente. Majoritatea indicațiilor asociate se găsesc în această grupă. În lumina cunoștințelor actuale se poate discuta necesitatea absolută a unor operații cezariene executate la parturientele din această categorie (18, 19).

Cercetind datele din literatură, se remarcă existența unor păreri și atitudini diferite în legătură cu practicarea operației cezariene în cazul cardiopateilor. Aceste diferențe se reflectă în primul rând în frecvența acestei intervenții (3). Cu toate că posibilitățile de investigații obiective s-au îmbunătățit mult în ultimul timp, nu sîntem încă în măsură să cunoaștem în mod absolut cert nici rezervele funcționale ale miocardului la data declanșării travaliului și nici efortul cheltuit de către un cord pe parcursul unui travaliu, în același timp nici riscurile operației cezariene nu pot fi apreciate cu certitudine. Totuși cercetările ultimilor ani asupra hemodinamicii sarcinii și a travaliului au adus multă lumină în această problemă. Cercetările balistografice (*Judit Ernest*), dar în special utilizarea cateterismului cardiac au convins pe mulți autori că efortul travaliului este bine suportat de către cordul gravidelor cardiopate ajunse la termen. *Goetze* consideră perioada de sarcină, cu profunde sale modificări hemodinamice, un veritabil antrenament al cordului după care travaliul este bine tolerat. Date cu privire la hemodinamica travaliului găsim în lucrările lui *Hendricks*, *Adams* și *Alexander*. *Winner* și *Romney*, *Ueland* și *Hansen* (26, 27).

Travaliul se asociază cu o creștere moderată și pasageră a tensiunii arteriale și cu o creștere corespunzătoare a travaliului cardiac. Crește consumul de oxigen. Se observă o ușoară tahicardie în perioada de expulsie și o bradicardie postpartum. Debitul cardiac ca efect al contracției uterine în perioada de dilatație crește după fiecare contracție de la 1,4% pînă la 30,9% a cazurilor (diferențele fiind în funcție de datele autorilor citați mai sus). Alura cardiacă după majoritatea autorilor scade, volumul sistolic crește de la 7,7—30,1%. Tensiunea arterială sistolică crește de la 9,8 % — 30,2 %, cea diastolică de la 5—16,4 %, iar presiunea pulsului crește cu 6,4—12,5 %. Diferențele valorilor date de autori se explică prin metodele diferite utilizate în cursul studiilor. *Ueland* și *Hansen* au demonstrat că valorile se schimbă în funcție de tipul și gradul de anestezie sau analgezie utilizată, precum și de poziția ocupată de parturientă în cursul investigației (decubit dorsal sau lateral). Valorile diferă și în funcție de intensitatea contracției uterine, respectiv de gradul de dilatație al colului uterin.

Factorii de hemodinamică mai importanți în travaliu sînt:

a) Creșterea reîntoarcerii venoase după fiecare contracție uterină, ca urmare a stoarcerii singelui din uter ce se realizează prin golirea vaselor uterine.

b) Compresiunea exercitată de uter asupra vaselor extremității inferioare. Acest factor este relativ constant în cursul travaliului, cu mici modificări, datorită schimbării poziției uterului cu ocazia contracțiilor sau prin poziția ocupată de parturientă în cursul travaliului. Acest factor cîștigă o importanță deosebită după expulsia fătului prin micșorarea bruscă a volumului uterului, cînd vasele se eliberează de sub presiunea exercitată asupra lor de către uterul gravid.

c) Un alt factor căruia i se acordă importanță este cel psihic care exercită o oarecare influență asupra activității cardiocirculatorii (*Zoltán*).

d) Contractura musculaturii abdominale, în cursul folosirii presei în perioada de expulsie, constituie un efort care realizează de fiecare dată veritabile manevre

Valsalva, cind presiunea intratoracică devine pozitivă de mai mulți mmHg. Venele extremității superioare se umple de sînge ca rezultat al împiedicării scurgerii sîngelui în atriul drept. În aceste condiții, presiunea venoasă periferică ajunge la valori în jur de 400 mm apă (20).

Cordul sănătos se poate adapta în bune condiții acestor modificări suplimentare ivite în cursul travaliului; cordul bolnav, insuficient, cu rezerve miocardice funcționale reduse, va menține echilibrul circulator mult mai dificil, motiv pentru care și în cursul acestei perioade a gestației se pot produce accidente grave cardiace. Pe bună dreptate *Horváth* menționează că travaliul constituie a doua fază de mare risc a întregii perioade de gestație.

Atunci cînd se ia o decizie în legătură cu asistența nașterii unei cardiopate, pe lîngă considerentele de ordin fiziopatologic arătate mai sus, trebuie să se țină cont și de avantajele și riscurile asistenței nașterii prin secțiune cezariană. Cu toate succesele remarcabile ale chirurgiei în general, nu se poate desconsidera riscul inerent oricărei intervenții chirurgicale (2, 5). Nu trebuie să uităm că secțiunea cezariană efectuată la cardiopate se execută pe un teren dublu tarat. Pe de o parte prin terenul gravidic, ceea ce presupune un organism trecut prin modificări morfofuncționale adaptative multiple cu solicitarea maximă a sistemului cardiovascular, la care se suprapune terenul cardiovascular patologic. Va trebui să apreciem în așa fel starea parturientei, încît să avem siguranța că acest teren va putea suporta în condiții optime multiplele agresiuni reprezentate prin actul operator (șocul operator, pierderea bruscă de sînge, anestezia, decompresia abdominală bruscă, apoi infecția și toate posibilele complicații postoperatorii — în primul rînd cea tromboembolică —) decît travaliul (5, 21, 23, 28).

Autorii moderni: *Dan Alessandrescu, Coja, Lőrincz, Lacomme, Greenhill, Leon* și alții sînt de acord în privința nașterii pe cale vaginală a majorității cardiopatei, considerînd secțiunea cezariană mai dezavantajoasă. În privința conduitei la cardiopatele grave, decompensate, opiniile diferă mai mult. Conduita activă (*Zoltán*) preconizează operația cezariană profilactică înaintea sau la începutul travaliului. Deși eficiența acestei conduite, după datele publicate de autor (28), este foarte bună (mortalitate maternă sub 1 %), considerăm că, adoptînd o astfel de conduită în mod inevitabil se execută și operații care eventual ar fi putut fi evitate, fără periclitarea mamei sau a fătului.

Conducerea nașterii la cardiopate în mod exclusiv pe cale vaginală poate fi considerată — după părerea noastră — o extremă, care nu poate pune la adăpost parturientele de riscuri mari. Multe școli obstetricale au adoptat ca și noi o conduită electivă individualizată (*Dan Alessandrescu, Lőrincz*). Noi considerăm indicată operația cezariană în stări de decompensare gravă, incompatibile cu depunerea oricărui efort muscular; miocardite severe, grave malformații congenitale etc. Cardiopatia existentă o considerăm numai cu valoarea orientativă, din punctul de vedere al conduitei obstetricale acordînd importanță stării funcționale a aparatului cardio-circulator. Deci, noi executăm secțiunea cezariană și pe baza indicațiilor cardiologice, fără a căuta indicații obstetricale asociate atunci cînd considerăm că travaliul reprezintă un efort contraindicat.

Paralel cu extinderea și aprofundarea ocrotirii antenatale a cardiopatei, numărul cazurilor grave, care pune probleme dificile de conduită, arată o tendință de scădere continuă. La această situație contribuie și prevenirea, respectiv întreprinerea sarcinilor în cazul cardiopatiilor severe (14).

Concluzii

Ne-am propus să discutăm despre locul secțiunii cezariene în cazul nașterii gravidelor cardiopate. Nu am dorit să efectuăm o prelucrare statistică, amănunțită a materialului clinicii, am vrut numai ca să ilustrăm prin această experiență diferite aspecte ale problemei. Ținînd cont de informațiile obți-

nute din literatură, precum și de propria noastră experiență, în prezent considerăm că:

a) nașterea pe cale vaginală nu are contraindicație la cardiopatele aparținând în general grupei 1 și 2 după clasificarea New York;

b) indicăm executarea secțiunii cezariene la gravidele cardiopate în termen cu stări grave de decompensatie cardiacă, manifestată mai ales prin tahicardie, tahipnee accentuată;

c) considerăm că secțiunea cezariană este bine să fie executată la debutul sau chiar înaintea începerii travaliului;

d) colaborarea permanentă strinsă cu eventualele stări patologice, coexistind la data travaliului.

Sosit la redacție: 22 aprilie 1970.

Bibliografie

1. ALESSANDRESCU D., GHEORGHIU D., TULUCA N.: *Obstet. Ginec.* (1958), 5, 431; 2. ALESSANDRESCU D., LUCA V., GHEORGHIU D., ANCA DUMITRESCU: *Probleme de practică și tehnică obstetricală*, Ed. Med. București, 1965, cap. operațiile cezariene, 387; 3. ÁRVAY S., BÁRSONY I., KOVÁCS A., ZOLTÁN L.: *A terhesség szövődése belgyógyászati betegségekkel*. Medicina Kiadó, Budapest, 1969, 5; 4. BERGER J., HALMEL L.: *Schw. Med. Woch.* (1963), 12, 453; 5. BURGHELE H. și colab.: *Studiul terenului în chirurgie*. Ed. Med. București 1965 (V. Cunescu Cap. terenul cardio-vascular pag. 3); 6. DIEMINGER A. J., GRAEFE A.: *Geburtsh. und Frauenheilk.* (1963), 23, 643; 7. DÓCZY P., MAGDA RÓNA, RÓNA L.: *Rev. Med.* (1960), 6, 3, 366; 8. ERNESZT JUDIT, RIGÓ J.: *Magy. Nőorv. Lapja* (1961), 1, 3; 9. ERNESZT JUDIT: *Zbl. f. Gynäk.* (1964), 46, 1617; 10. ERNESZT JUDIT: *Gynecologia* (1960), 149, 352; 11. GOETZE: *Fiziopatologie*, Ed. Med. București, 1963, 971; 12. GREENHILL I. P.: *Obstetrics*, W. B. Saunders, Philadelphia, 1962, 509; 13. HORVÁTH A., MONOKI S.: *Rev. Med.* (1967), 13, 3—4, 412; 14. IZSÁK V., ROSENFELD T., GAVRILĂ L.: *Considerațiuni asupra întreruperii sarcinii la cardiopate*. Primul Congres Național de obstetrică-ginecologie, București, 16—18 oct. 1969; 15. IZSÁK V., MOLNÁR I., BAGOLY L., SALCA H.: *Studiul mortalității perinatale în cardiopatii asociate cu sarcina*. A II-a Conf. Națională de obstetrică și ginecologie, București, octombrie 1965; 16. LEON A.: *Viața Medicală* (1969), 16, 1369; 17. MARTZY J., VERÓ T.: *Magy. Nőorv. Lapja* (1957), 3, 129; 18. MOLNÁR I., IZSÁK V., SALCA H., NAGY A.: *Asistența nașterii și a lăuziei la cardiopate*. A V-a Sesiune științifică a I.M.F. Tirgu Mureș (Volum comemorativ la a XX-a aniversare a Institutului), 79; 19. MOLNÁR I., IZSÁK V.: *Observații în legătură cu nașterea cardiopatei operate*. A V-a Sesiune științifică a I.M.F. Tirgu Mureș, 1965, 75; 20. OPRIȘAN ALEXANDRINA, BUNGHEZ GH.: *Obstet. Ginec.* (1969), 17, 4, 385; 21. PROTOPOESCU IOSEFINA, ALESSANDRESCU D., DUMITRESCU D.: *Obstet. Ginec.* (1959), 5, 425; 22. SALESCU D.: *Obstetrica*, Ed. Med. București, 1955, 368; 23. STREJA EUGENIA, TRIFAN V., MOLDOVAN A., DORINA TEPUȘ, JULIA JUFU: *Obstet. Ginec.* (1967), 15, 1, 23; 24. SZINNYAI M., CSÖMÖR S., MÉSZÁROS J.: *Magy. Nőorv. Lapja* (1960), 3, 147; 25. TROMBITÁS J., VARGA L., GABRIELLA BEKE: *Magy. Nőorv. Lapja* (1959), 6, 334; 26. UELAND K., HANSEN: *Am. Journal of Obstet. and Gynec.* (1969), 103, (Nota I, III.); 27. UELAND K. și colab.: *Am. Journal of Obstet. Gynec.* (1966), 100, 1; 28. ZOLTÁN I.: *A császármetszés a mai szülészeti keretében*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964, 43; 29. ZOLTÁN I.: *Obstet. Ginec.* (1969), 17, 5, 547.