

## CONDUITA NOASTRA LA NAȘTERE LA FEMEILE CU UTERUL CICATRICIAL POSTCEZARIAN \*

dr. C. Boga, dr. V. Peșeanu

La femeile cu uter cicatricial postcezarian (u.c.p.c.) nașterea ridică în general următoarele probleme capitale:

1. Care sînt circumstanțele în care se impune fără nici o discuție repetarea cezarienei, deci executarea unei cezariene iterative electivă?
2. Care sînt condițiile în care se renunță la executarea cezarienei iterative electivă și se aprobă o natere pe cale joasă?
3. Se poate vorbi despre o probă a travaliului în u.c.p.c. și dacă da: ce se înțelege sub această denumire?
4. Care sînt condițiile în care o astfel de probă este permisă?

În cele ce urmează vom încerca să schițăm — pe baza experienței personale cîștigate, luînd în considerație și concluziile altor autori (1, 3, 4, 5, 6, 7, 8), — principiile pe care le considerăm ca valabile în nașterea la termen cu u.c.p.c.

---

\* Lucrare prezentată la consfătuirea: Uterul cicatricial postcezarian, U.S.S.M., Fil. Mureș, Sect. obst. ginec., 29 mai 1971, Sovata.

În epoca cînd *Craigin* în 1916 a lansat lozinca „once a cesarean, always a cesarean” (odată o cezariană, totdeauna o cezariană), frecvența operației cezariene a fost joasă, indicația a fost aproape exclusiv distocia mecanică prin bazin chirurgical, operația a fost executată numai în interes matern, iar tehnica folosită a fost cea a cezarienei corporeale. În aceste condiții lozinca citată a fost reală și a constituit o recomandare demnă de reținut.

Problema conducerii în u.c.p.c. însă, cu toate că în jumătatea de secol care a trecut a fost pe larg și în repetate rînduri analizată și dezbătută, nu poate fi considerată complet elucidată, neexistînd o unitate de păreri, sau măcar principii în general acceptate ca valabile și obligatorii.

Cezariana repetată sau iterativă poate fi de mai multe feluri, în funcție de indicația de bază și de momentul luării deciziei. Astfel, credem că este justificată și propunem ca să fie acceptată următoarea clasificare:

a) — Cezariene iterative, a căror indicație este indiscutabilă și definitivă încă de la începutul sarcinii (*cezariană iterativă electivă primară*).

b) — Cezariene iterative, a căror indicație este pusă înainte de termen, pe baza unor motive legate de sarcina actuală, care impun categoric executarea intervenției la debutul travaliului sau chiar înainte de acesta (*cezariană iterativă electivă secundară*).

c) — Cezariene iterative care se execută pe baza unor indicații puse în cursul travaliului, pe bază de probă de travaliu negativă, prin circumstanțe și motive legate de segmentul cicatricial sau independente de acesta (*cezariană iterativă indicată de o probă de travaliu negativă* sau de motive apărute în cursul travaliului, *cezariană iterativă în condiții de urgență*).

ad. a) *Cezariana iterativă electivă primară* se execută pe baza următoarelor indicații:

1. În cazuri cu indicație permanentă, ca:
  - distocie osoasă, bazin strîmțat de orice grad,
  - afecțiune cardiacă, pulmonară etc., constituind o indicație permanentă extragenitală,
  - malformații, cicatrici ale părților moi.
2. În fiecare caz în care s-a executat o cezariană corporeală.
3. În acele cazuri în care nu cunoaștem cu certitudine datele cezarienei anterioare (indicația, felul inciziei și tehnica operatorie, evoluția postoperatorie).
4. După două sau mai multe cezariene executate anterior.
5. Evoluție febrilă după cezariana anterioară, sau orice suspiciune sau indiciu, care pune la îndoială integritatea cicatricei (de ex. o imagine radiologică prin HG).
6. O perioadă de timp mai scurtă de 18 luni decursă de la cezariana anterioară.
7. Vîrsta peste 30 de ani, la femeile care nu au avut nașteri pe căi naturale anterioare cezarienei în antecedente, care deci trebuie considerate ca primipare în vîrstă cu u.c.p.c.

ad. b.) *Cezariana iterativă electivă secundară* se indică:

1. În cazurile în care indicația nepermanentă a primei cezariene se repetă (placenta praevia, prezența distocice etc.)
2. În cazuri cu indicații apărute în cursul prezentei sarcini, indicații care ar motiva operația și în uter necicatricial (placenta praevia, prezența transverse, anticorpi Rh etc.) sau care acționează în asociație cu uterul c.p.c. (exces de volum uterin prin făt mare, sarcină gemelară, polihidramnios, constituind pericolul dehiscentei cicatricei, uter fibromatos, orice indiciu pentru o eventuală disproporție fetopelvină, prezența pelviană, sarcină peste termen, boli extragenitale care periclitează decursul normal al nașterii, sau pot fi influențate negativ de o naștere pe cale joasă, prezența deflexate care de altfel ar permite o naștere pe căi naturale, disgravida tardivă rebelă la tratament etc.
3. În general: absența unei sau a mai multor condiții, în care se poate permite nașterea pe cale joasă în u.c.p.c.

ad. c) *Proba de travaliu* în înțelesul obișnuit, concepută ca o probă de angajare sau pelvimetrie funcțională, conform celor expuse anterior, nici nu poate intra

În discuție în cazul unui u.c.p.c., cezariana iterativă electivă primară sau secundară fiind indicată categoric în orice situație de disproporție fetopelvică, chiar și suspectată. Prin proba de travaliu în u.c.p.c. trebuie să înțelegem proba complexă a tuturor parametrilor biologici ai nașterii, proba dinamicii uterine, proba integrității funcționale și continuității morfologice a miometrului și în special a segmentului cicatriceal, deci o probă a nașterii pe căile naturale. Decizia ca cezariana iterativă electivă să nu fie executată, deci *ca nașterea să decurgă pe căile naturale, înseamnă în același timp începutul probei de travaliu în u.c.p.c.* Această probă va fi verificarea justei deciziei noastre.

Condițiile în care se poate accepta o astfel de probă a nașterii pe cale joasă se pot rezuma în următoarele:

1. Cicatricea să fie pe segment.
2. Să avem date sigure despre condițiile în care cezariana precedentă a fost executată (indicație, tehnică, evoluție).
3. O perioadă de timp de cel puțin 18 luni trecută de la cezariană.
4. Stare generală adecvată, aparate și sisteme sănătoase.
5. Lipsa semnelor disgravidiei tardive.
6. Lipsa oricărui semn de disproporție fetopelvică.
7. Suprapurtare exclusă.
8. Mobil fetal normal, prezență craniană, făt unic, fără exces de lichid.
9. Lipsa oricărui semn de suferință fetală.
10. Dinamica uterină normală de la început.
11. Segment nedureros la palpate, și
12. Lipsa tuturor factorilor enumerați mai înainte, care ar putea constitui indicația cezarienei iterative electivă.

Proba de naștere în u.c.p.c. trebuie considerată imediat ca negativă la apariția oricărui semn de prurupură, de tulburare de dinamică, sau de suferință fetală. Proba de naștere negativă impune indicarea executării imediate a secțiunii cezariene iterative de urgență.

Soliditatea, chiar și integritatea cicatricei trebuie pusă totdeauna la îndoială, chiar în lipsa semnelor radiologice ale dehiscentei. Valoarea histerografiilor, acestea fiind executate în stare negentantă, este relativă, cu excepția situației în care ne dovedesc existența unui deficit segmentar.

Existența unui focar endometriozic la nivelul cicatricei, imposibil de decelat radiologic, a fost semnalată (2). Această posibilitate este un factor în plus care poate diminua soliditatea cicatricei.

Proba de naștere în u.c.p.c. trebuie să însemne în același timp:

- a) Supravegherea atentă și permanentă a parturientei și a fătului.
  - b) Asigurarea condițiilor execuției cezarienei de urgență în caz de necesitate (naștere în mediu chirurgical).
  - c) Excluderea folosirii ocitocicelor.
- d) Precauție la ruperea membranelor, care se va executa numai în mod chibzuit.
- e) Precauție și economie în folosirea analgeticelor. O analgezie obstetricală cu efect poate masca o ruptură!
  - f) Scurtarea perioadei de expulsie cu forceps sau prin vidextracție. Ultima necesitănd și o cooperare maternă, va fi folosită cu multă precauție!
  - g) Explorarea manuală endouterină obligatorie după delivrență.

Interpunerea unei sau mai multor nașteri pe cale naturală între cezariană și noua naștere nu constituie o garanție prin ea însăși privind lipsa unui risc de ruptură uterină. Din contră, credem că acest risc crește direct proporțional cu numărul nașterilor pe cale naturală, prin slăbirea rezistenței cicatricei. Condițiile probei de travaliu și conduita vor fi deci identice în fiecare caz de u.c.p.c., neputându-se acorda un credit integral testului nașterii pe cale joasă după cezariană.

Conduita noastră poate fi rezumată astfel: sîntem contra intervenționismului sistematic, dar respingem categoric abstenționismul exagerat. Susținem că decizia trebuie să fie individualizată în fiecare caz; trebuie să se bazeze pe analiza aprofundată a tuturor elementelor și factorilor anamnestici și clinici.

Considerăm că etichetarea ca probă de naștere a fiecărei nașteri pe cale joasă în u.c.p.c. exprimă atît rezerva pe care o păstrăm față de evoluția acesteia, cît și creditul limitat pe care îl acordăm calității segmentului cicatricial. Există pe de altă parte posibilitatea permanentă de a fi nevoiți să intervenim ori pentru a executa o cezariană iterativă de urgență, ori — posibilitate de asemenea constantă — o laparatomie de mare urgență pentru o ruptură de segment cicatricial.

Sîntem convinși că respectarea strictă a condițiilor probei de naștere în u.c.p.c. scade considerabil frecvența intervențiilor de urgență, în același timp însă crește numărul cezarienelor iterative electiv.

*Sosit la redacție: 15 iunie 1971.*

#### *Bibliografie*

1. ALESSANDRESCU D., LUCA V., GHEORGHIU D., DUMITRESCU A.: Probleme de practică și tehnică obstetricală, Ed. Med., București, 1965, 409; 2. BOGA C., IZSÁK V.: Obstet. și Ginec. (1967), 15, 63; 3. DOUGLAS R. G.: Pregnancy and labor following cesarean section. În Marcus & Marcus: Advances in obstetrics and gynecology, Vol. I., Ed. Williams & Wilkins, Baltimore, 1967, 276; 4. GHEORGHIU N. N., SAVA I., CHIȚU N., MOCANU I., VİRTEJ P.: Gyn. Obst. (1969), 68, 169. 5. MERGER R.: Précis d'obstetrique. Ed. Masson, Paris, 1967, 529, 6. LACOMME M., LEWIN D.: Gyn. Obst. (1962), 61, 437; 7. PROTOPOPESCU I., IUREȘ D.: Obstet. și ginec. (1960), 7, 53; 8. SZEMESI I., CSEPLI J., HEGYI R., RUPNIK P., SIKLÓSI GY., SANYI L., SZÉKELY L.: Magy. Nőorv. Lap. (1970), 33, 396.