

## RUPTURA UTERINĂ DUPĂ OPERAȚIE CEZARIANĂ

dr. Z. Tamás

Importanța rupturilor uterine după operații cezariene este binecunoscută.

Ruptura poate să apară atât în timpul sarcinii, cât și în timpul nașterii. Se cunoaște de asemenea că după incizii corporale rupturile sînt mult mai frecvente ca după inciziile segmentare și tocmai pentru această cauză a fost abandonată incizia corporală și înlocuită cu cea segmentară transversală, care din punctul de vedere al rezultatelor tardive este mult mai sigură. După aceste operații nașterile spontane fără leziuni uterine, sînt destul de frecvente. Însă este imposibil ca toate inciziile să fie transversale. Uneori sîntem nevoiți să executăm și incizii segmentocorporale. Siguranța operațiilor pe segmentul inferior al uterului, bineînțeles, nu înseamnă că nu poate să apară o leziune a uterului cicatrizat, atunci cînd nașterea are o evoluție spontană. Datele din literatură ne arată că astfel de leziuni sînt din ce în ce mai frecvente. În zilele noastre s-a modificat ordinea cauzelor care provoacă ruptura uterului. Pe cînd în trecut cea mai mare importanță a avut-o disproporția fetopelvică, în momentul de față, cînd frecvența operațiilor cezariene crește, rupturile uterine după operațiile cezariene se găsesc pe primul plan. Asemenea complicații sînt semnalate din ce în ce mai des de maternități. (*Paraschiv și colab.; Protopopescu și Iureș; Antonescu; Coja și colab.; Lux și András; Páli; Heteyi etc.*). Trebuie să ținem seama de apariția unor asemenea leziuni și considerăm că și observațiile noastre merită să fie cunoscute, fiind utile la formularea unor concluzii.

În perioada 1957—1970 în secția noastră am observat 5 rupturi uterine după operații cezariene:

1. Parturienta P. I., de 28 de ani (F. O. 259 1958), suferind o operație cezariană cu 2 ani în urmă pentru placentă praevia, a fost internată în secția noastră cu naștere declanșată și stare gripală cu temperatură de 39°C. Avînd în vedere starea febrilă, am decis ca nașterea să aibă o evoluție spontană. În momentul internării, în prezența craniană capul este mobil, contracțiile uterine sînt slabe, bătăile cordului fetal normale. Orificiul uterin este dilatat 4 cm, membranele sînt intacte. După 6 ore contracțiile uterine devin mai puternice și la o dilatație de 6 cm a orificiului uterin, cu craniu mobil, la un moment dat parturienta — avînd dureri accentuate — devine palidă, cu puls filiform 134, cu tensiune arterială 90/50 și din vagin apare o hemoragie abundentă. Nu mai auzim bătăi cardiace fetale, abdomenul prezintă o sensibilitate difuză, iar sub peretele abdominal palpăm părți fetale.

În narcoză — imediat — executăm laparotomia și după deschiderea cavității abdominale observăm ruptura uterului — de o lungime de cca. 30 de cm — la nivelul inciziei segmento-corporale, iar capul fetal se găsește în cavitatea abdominală. După extragerea fătului mort și a placentei, efectuăm o histerectomie subtotală și închidem cavitatea abdominală. În timpul intervenției administrăm perfuzie de sînge (600 ml). După un tratament postoperator cu antibiotice, bolnava părăsește secția vindecată, în ziua a 14-a.

2. Sz. A., de 27 de ani (F. O. 346 1958), avînd în antecedente 2 operații cezariene din cauza bazinului strîmtat (ultima intervenție cu 2 ani în urmă), a fost internată cu contracții uterine foarte slabe, apărute cu 30 de minute înaintea internării. În prezența craniană capul este mobil, bătăile cordului fetal sînt normale. Orificiul uterin este dilatat 2 cm, membranele sînt intacte. Avînd în vedere intervențiile amintite, executăm imediat operația cezariană. În rahianestezie, după deschiderea cavității abdominale, observăm o ruptură a uterului la nivelul inciziei verticale segmentocorporale, de mărimea unui pumn bărbătesc, acoperită de peritoneu. Sub peritoneu se găsesc membranele intacte. Această ruptură a apărut fără să fie semnalată de bolnavă. Executăm operația cezariană cu făt viu. După un tratament postoperator cu antibiotice, bolnava părăsește secția după 11 zile.

3. T. M., de 29 de ani (F. O. 73 1959), avînd în antecedente o naștere spontană cu făt mort și o operație cezariană (cu 2 ani în urmă), din cauza disproporției fetopelviene, a fost internată la începutul nașterii cu contracții uterine normotonice. În prezența craniană capul este mobil, bătăile cordului fetal sînt normale. Orificiul uterin este dilatat 2 cm, membranele sînt intacte. Executăm imediat o laparotomie, iar după deschiderea cavității abdominale observăm o ruptură pe partea segmentară a uterului, la nivelul inciziei anterioare, avînd mărimea unui pumn bărbătesc, acoperită de peritoneu. cu membrane intacte. Leziunea nu a fost semnalată de bolnavă. Executăm operația cezariană cu făt viu și după 9 zile bolnava părăsește secția vindecată.

4. T. E., de 32 de ani (F. O. 253 1960), după 5 avorturi spontane, cu un an și jumătate în urmă a mai avut o operație cezariană din cauza prezenței transversale. Durerile abdominale accentuate au apărut cu 2 ore înainte de internare. În momentul internării abdomenul prezintă o sensibilitate difuză, care nu permite orientarea în legătură cu așezarea fătului, bătăile cordului fetal abia sînt perceptibile. La tactul vaginal constatăm că orificiul uterin este dilatat 2 cm, membranele sînt intacte, nu putem palpa părți fetale. T: 140/100, puls: 90. Pe lingă hidramnios sau sarcină gemelară, luăm în considerare și posibilitatea unei rupturi uterine și de aceea efectuăm laparotomia. După deschiderea cavității abdominale constatăm că peretele anterior al uterului este larg infiltrat de sînge, iar la nivelul inciziei segmentocorporale se găsește o ruptură de o lungime de cca 20 de cm, acoperită de peritoneu. Des-

chizind cavitataea uterină, constatăm existența sarcinii gemelare, primul făt fiind încă viu, al doilea deja mort. După excizia părților lezate încercăm suturarea plăgii, dar peretele uterin fiind foarte friabil, încercările noastre sînt însoțite de hemoragii destul de accentuate. În această situație renunțăm la conservarea uterului și efectuăm o historectomie subtotală. După intervenție apare o tromboză în membrul inferior drept, iar în ziua a 20-a o embolie pulmonară. După 47 de zile bolnava părăsește secția în stare ameliorată.

5. B. A., de 33 de ani (F. O. 2001 1970), din cauza bazinului strîmtat a avut o operație cezariană cu 7 ani în urmă. Datorită antecedentului chirurgical, gravida a fost internată la secția noastră înainte de declanșarea nașterii. La primele contracții uterine în prezența craniiană capul este mobil, bătaile cordului fetal sînt normale. Orificiul uterin este închis, membranele sînt intacte. Efectuăm imediat operația cezariană. După deschiderea cavității abdominale observăm o ruptură la nivelul inciziei verticale a uterului făcută pe partea segmentocorporală, de o lungime de cca. 5 cm, acoperită de peritoneu, sub care se văd membranele intacte. Executăm operația cezariană cu făt viu și după suturarea plăgii închidem cavitataea abdominală. După 10 zile bolnava părăsește secția vindecată.

### Discuții

În două cazuri am observat semnele clinice ale rupturii, în trei cazuri însă aceste rupturi au apărut fără manifestări clinice, avînd o evoluție mută. Aceste rupturi uterine s-au format la începutul nașterii, fără ca parturienta să simtă ceva. În fiecare caz a fost vorba de incizii verticale pe partea segmentocorporală a uterului. Rupturile uterine în 4 cazuri au apărut după o singură operație cezariană, într-un singur caz după două intervenții.

Cazurile observate de noi ne arată că ne putem aștepta la rupturi uterine nu numai după incizii corporale, dar și după incizii segmentocorporale. Astfel de cazuri au fost semnalate și de alți autori (Antonescu, Coja și colab. etc.), care au observat rupturi uterine nu numai după incizii segmentocorporale, ci și după incizii segmentare transversale. De remarcat faptul că, în trei cazuri rupturile au apărut fără semne clinice observabile. Numeroși autori atrag atenția asupra faptului că în cazul rupturilor uterine după operații cezariene semnele clinice sînt destul de șterse, nu se observă manifestările clinice ale rupturii și nici semnele clasice ale iminenței rupturii. Parturienta — în majoritatea cazurilor — fără semne prodromale, ajunge brusc într-o stare gravă. În cazul lui *Hetyei*, singurul semn remarcabil a fost durerea semnalată la nivelul cicatricelor. *Antonescu* — ca și noi în cele trei cazuri — la cîteva parturiente fără semne clinice, a observat rupturile uterine numai cu ocazia intervențiilor chirurgicale. Considerăm că, acordînd atenție observațiilor noastre, se pot urmări fazele rupturii uterine pînă la evoluția finală (de la cazul al 5-lea pînă la primul caz). Conchidem că, în prima fază a rupturii, atunci cînd invelișul peritoneal și membranele sînt intacte, deci cînd este vorba numai de o ruptură incompletă, semnele clinice sînt foarte șterse, abia perceptibile. Starea gravă se instalează brusc, în momentul cînd ruptura incompletă devine completă. Astfel se poate presupune că și în cazul nostru aceste rupturi „mute“ s-au format la începutul nașterii, în urma contracțiilor uterine, iar semnele clinice ar fi apărut probabil în timpul nașterii, cînd invelișul peritoneal fiind lezat, se rup membranele și hemoragia se accentuează. Aceste cazuri ne atrag atenția asupra necesității analizării profunde a activității noastre legate de dirijarea nașterii după operații cezariene. Bazați pe observațiile noastre, sîntem de părere că numai după incizii transversale — în anumite cazuri — putem permite evoluția spontană a nașterii, iar intervenția chirurgicală va fi preferată în toate cazurile cînd cezarienele au fost efectuate cu incizii verticale segmentocorporale.

### Concluzii

Autorul prezintă 5 cazuri de rupturi uterine, după operații cezariene. În două cazuri rupturile au apărut cu semne clinice vizibile, iar în trei cazuri rupturile nu au fost însoțite de manifestări clinice. În toate cele 5 cazuri, ope-

rațiile cezariene au fost efectuate cu incizii verticale segmentocorporale. După părerea autorului, numai după incizii segmentotransversale se poate permite evoluția spontană a nașterii, în restul cazurilor este necesară efectuarea intervențiilor chirurgicale.

*Sosit la redacție: 27 martie 1971.*

#### *Bibliografie*

1. ANTONESCU I.: *Obstet. și Ginec.* (1961), 8, 5, 389;
  2. COJA N., STREJA E., MOLDOVAN A., IONESCU F., SIRBU S.: *Obstet. și Ginec.* (1965), 12, 3, 219;
  3. HETYEI P.: *Magy. Nőorv. Lap.* (1963), 3, 126;
  4. LISOVETCHI L. S.: *Bibl. An Rom. Sov.* (1951), 62, 73;
  5. LUX J., ANDRÁS B.: *Magy. Nőorv. Lap.* (1961), 3, 189;
  6. NEGRUȚ I., SURCEL V., CIUGUDEAN L.: *Obstet. și Ginec.* (1970), 18, 5, 569;
  7. PALI K.: *Magy Nőorv. Lap.* (1951), 1, 107;
  8. PARASCHIV S., TULUCA N., POPA C., FALCOIANU V., ONCEANU V.: *Obstet. și Ginec.* (1958), 6, 2, 181;
  9. PROTOPOPESCU I., IUREȘ D.: *Obstet. și Ginec.* (1960), 7, 1, 53;
  10. ZOLTÁN I.: *Magy. Nőorv. Lap.* (1959), 2, 55.
-