

VALOAREA PROGNOSTICĂ A TACHICARDIEI FETALE DUPĂ EFORT MATERN, STUDIATĂ CU AJUTORUL ELECTROCARDIOGRAFIEI

E. Truța, S. P. Olariu, Marcela Olariu, O. Ungureanu,
Vl. Peșeanu, C. Rădulescu

Seria autorilor care au urmărit efectul exercițiului matern asupra frecvenței cardiace fetale este destul de restrânsă. Din literatura urmărită cunoaștem cele 26 cazuri descrise de *Hon și Wohlgemuth* (1961) care amintesc 10 sarcini normale și 16 complicate (hipertensiune, pre-eclampsie, diabet, post-maturitate), precum și traseele electrocardiografice obținute de *Bruce T. M. Bradfield A. și Smyth J. E.* la Sydney în 1963, înregistrate între a 32-a și a 36-a săptămână de sarcină.

Ca și alți autori, care au studiat cu ajutorul Na marcat modificările circulației placentare, sugerînd că în hipertensiuni, pre-eclampsii, post-maturitate, travaliu prelungit și după exerciții (efort) materno fluxul sanguin placentar este subnormal, autorii australieni, studiind aceste posibilități cu mijloace electrocardiografice, au obținut modificări ale traseelor, în sensul unei ușoare încetiniri și iregularități pentru aproximativ un minut, urmată de o accelerare susținută pînă la 155—160 bătăi pe minut, frecvența revenind încet la nivelul de repaus după 40 minute. Aceste modificări sint interpretate ca un răspuns probabil al fătului la hipoxia ușoară. Ei au obținut de la această mamă, prin secțiunea cezariană, un făt de 1960 grame, în a 38-a săptămână de sarcină.

Pornind de la aceste premise, cît și pe baza concluziilor pline de precauțiune ale lui *C. Soureau, R. Trocellier, M. Cannon* și colab. (1964), în privința posibilităților de eroare la diagnosticul electrocardiografic al tachiaritmiei fetale, noi am selecționat din materialul studiat în laboratorul de E.C.G.F., care funcționează la clinica de obstetrică din Tg.-Mureș, un număr de 9 sarcini apreciate ca prezentînd o „scădere a rezervei placentare”, pe care le-am supus unor investigații electrocardiografice complexe.

Metoda de lucru: înregistrările s-au efectuat în cameră ecranată, boinava fiind izolată și în repaus complet timp de 30'. Pentru înregistrare s-a folosit cardio-inscriptorul tip METTO, căruia i s-a adăugat în circuit un preamplificator cu curent continuu, capabil să amplifice impulsurile electrice de 100 ori. Alimentarea aparatului s-a făcut din rețeaua obișnuită cu stabilizator de tensiune, iar posibilitățile parazitării de rețea au fost controlate cu ajutorul unui osciloscop de tip industrial.

S-au obținut astfel trasee cu o amplificare maximă și parazitare mică, trasee care au fost concomitent fotografiate după spot (un traseu = 2 sec) și înregistrate pe hîrtie sensibilă, prin sistemul de înscriere al aparatului.

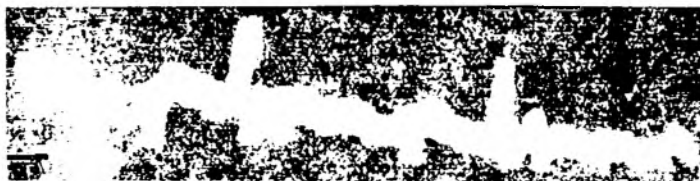


Fig. nr. 1.: Traseu electrocardiografic materno-fetal înregistrat cu pol vaginal (Fotografia originală a potului: durata 2 minute)



Fig. nr. 2.: Înregistrare ECG fetală imediat după extracție, pol crano interscapular (Fotografia originală a spotului: durata 2 minute)

Materialul clinic: a fost selecționat din pacientele în prealabil examinate electrocardiografic pentru alte scopuri, la care nu s-au înregistrat trasee anormale, dar care, supuse unui efort test, constind din 7—25 de genuflexiuni (variație în raport cu vîrsta, talia și gravitatea cazului) ar fi putut oferi tabloul asemănător celui descris de Bruce și colab. Menționăm la toate tonus uterin normal.

Rezultate: cele nouă cazuri au avut următoarele afecțiuni:

- 2 sarcini cu placentă jos inserate;
- 2 sarcini cu placenta praevia:
- 1 sarcină asociată cu o anemie feriprivă;
- 1 sarcină cu făt în așezare transversă și membrane rupte;
- 1 sarcină prematură cu membrane rupte de peste 24 ore;
- 2 disgravidii tardive.

În urma efortului test efectuat de mamă în repetate rînduri și la intervale diferite, eforturi care s-au răsfrînt asupra funcțiilor cardio-respiratorii ale mamei (puls, respirație, T.A.), nu am putut pune în evidență modificări evidente de ritm fetal decît într-un singur caz la o sarcină cu placenta praevia și evidentă anemie secundară, deși modificările abia perceptibile (variind între 10—16 bătăi pe minut) au apărut la intervale foarte diferite și au dispărut de asemenea în rîstimpuri diferite la cazurile cu disgravidie. la cazul cu anemie și la una dintre placentele praevia fără hemoragie în ultimile cinci zile de spitalizare. Aceste modificări relative nu le-am putut lua în evidență, deoarece cazul Nr. 7 (F. O. = 908), este singurul elocvent în lumina celor descrise de autorii cunoscuți. E vorba de o primipară de 28 ani spre sfîrșitul gestației, făt în prezență craniană, care pierde sînge de 22 zile, cu o hemogramă de 3.120.000, T.A. 10—6, puls 96/min, fără contracții în momentul examinării E.C.G.F., cu B.C.F. de 140—144 m. menținute de cîteva zile înainte. După efortul test de 7 genuflexiuni, pulsul matern devine 110, iar traseul înregistrat înscrie o tachicardie fetală de 184 B.C.F./m, instalată brusc. Contrar celor expuse de către autorii australieni, pulsul tachicardic fetal a revenit în apro-

ximativ 12 minute la 152—144/m, și nu s-a modificat decît după aproximativ 7 ore, cînd din cauza hemoragiei persistente și a revenirii la o tachicardie de 160—164 percepută ascultatoric se decide cezariana, extrăgîndu-se un făt de 3000 grame în ușoară asfixie albastră.

Concluzii: Din materialul modest studiat, cu severe precauții de înregistrare, se poate deduce că proba tachicardiei fetale prin efort matern va constitui treptat un indiciu de suferință fetală intrauterină discretă, care nu se poate pune însă în evidență decît cu metode din ce în ce mai perfecționate de înregistrare.

Ne propunem pentru mai departe continuarea perseverență a studiului modificărilor electrocardiografice fetale, pentru o eventuală soluționarea a unui desiderat comun obstetricienilor, și anume depistarea precoce a suferinței fetale.

Sosit la redacție: 19 octombrie 1965.

Bibliografie

1. HON E. H., LEE ŞT.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1963), 74, 1215; 2. HON E. H. and HESS O. W.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1960), 79, 1012; 3. LARKS S. D. and DAS-GUPTA K.: Amer. Heart. J.: (1958), 56, 701; 4. DOUTHERN E. M.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1957), 73, 233; 5. NOVOTNY C. A., HASS W. K. and CALLAGAN D. A.: JAMA (1959), 171, 880; 6. HON E. H.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1962), 83, 333; 7. SCHMIDT O. A.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1962), 83, 464; 8. BRUCE T. M., BRADFIELD A., SMYTH J. E.: The Medical J. of Australia (1963), 2, 905; 9. SOUREAU CL., TROCELLIER R.: Gyn. et. Obst. (1964), 63, 2.