

Clujca de obstetrică și ginecologie din Tg.-Mureș (cond.: conf. Octav Rusu)
 și Căminul spital pentru copii neuropsihici, Brîncoveni
 (cond.: director S. Blényesi)

CU PRIVIRE LA ROLUL TRAUMATISMELOR OBSTETRICALE ÎN ETIOPATOGENIA UNOR AFECȚIUNI NEURO-PSIHICE *

V. Izsák, S. Blényesi, F. Fábán

Este bine cunoscut că cele mai multe manifestări ale traumatismului obstetrical al fătului se datoresc suferinței sistemului nervos central în cursul nașterii. Din acest punct de vedere, pe lângă perioada perinatală, prezintă interes și problema sechelelor tardive ale acestor traumatisme.

M. Popescu subliniază faptul că traumatismul sistemului nervos central, datorită fragilității și sensibilității sale, este un fenomen foarte frecvent. Sistemul nervos central este foarte sensibil la orice agent traumatic, fie el mecanic, chimic sau funcțional. Gradul traumatismului va determina desigur gravitatea afecțiunii nou-născutului, respectiv al copilului. Importanța agresiunii hipoxice, corelată cu altele, a fost subliniată de N. Coja și colab. la a II-a Conferință Națională de Obstetrică și Ginecologie.

Încă în secolul trecut W. I. Little descrie în trei lucrări diplegia spastică, o formă de leziunii cerebrale infantile cu tulburări motorii piramido-extrapiramidale, drept consecință a hemoragiei intracraniene în cursul și din cauza nașterii. S. Freund, B. S. Schultz și apoi Bruckhardt observă că unii copii născuți hipoxici, în primul rând cei care au fost cianotici după naștere, devin într-un procentaj ridicat debili mintali.

Literatura obstetricală modernă mondială subliniază în ultimii ani importanța anoxiei și a hipoxiei din cursul travaliului ca factor predispozant hotărâtor în producerea hemoragiilor intracraniene.

Frecvența traumatismelor obstetricale, care cauzează sechele neuro-psi-hice, este indicată de către diferiți autori cu valori diverse: Deaver 0,5%, Phelps 6,0%. Eminger citat de Huffmann observă la autopsierea unui nu-

* Lucrare comunicată la a V-a Sesiune științifică a I.M.F. Tg.-Mureș din 26—27 noiembrie 1965.

măr de 749 copii decedați între 0—3 ani, 200 de traumatisme craniene instalate în cursul nașterii. *Eastman* și *De Leon*, citați de *Sass*, arată că în Statele Unite ale Americii trăiesc 35.000 oameni cu diferite deficiențe în urma traumatismelor obstetricale.

Material și metodă

În anii 1963 și 1964 am efectuat un studiu anamnetic retrospectiv în legătură cu nașterile celor 143 copii bolnavi neuro-psihici, internați în Căminul spital pentru copii neuro-psihici din Brincovenesti (raionul Reghin). Scopul acestui studiu a fost de a cerceta frecvența și felul cauzelor obstetricale ale unor afecțiuni neuro-psihice existente la copiii spitalizați. Diagnosticile neuropsihiatrice au fost stabilite de comisiile de specialiști, care au efectuat internările în spital, fiind confirmate în cursul internării de către spitalul respectiv. Datele cu privire la modul și împrejurările nașterilor le-am obținut prin discuții individuale avute cu mamele copiilor. Aceste informații conțin desigur elemente subiective și nu pot avea valoarea egală cu datele obiective ale unor cercetări individualizate pe caz (foi de observație etc.). Controlând însă în citeva cazuri, prin sondaje, veridicitatea datelor obținute de la mame, în foile de observație clinice respective, am constatat că în esență ele au fost reale.

Părinții și copiii au fost supuși unui examen de control clinic, medical, obstetrical și neurologic cu scopul decelării unor eventuale modificări patologice care ar avea corelație cu afecțiunea de bază.

Discuții

Pe baza datelor obținute și a afecțiunilor neuro-psihice, am întocmit 4 grupe cu diferite cauze ale acestor îmbolnăviri:

1. Cauze antenatale	33 cazuri	23,0%
2. Cauze obstetricale	32 „	22,3%
3. Cauze postnatale	29 „	20,2%
4. Cauze necunoscute	49 „	34,2%

În prima grupă am introdus copiii cu îmbolnăviri familiale genetice, chiar dacă în unele cazuri s-a putut presupune și existența unui traumatism obstetrical. În legătură cu cauzele preexistente nașterii, amintim că în cursul efectuării studiului am făcut determinări sero-bacteriologice — corespunzătoare anamnezei — pentru determinarea prezenței anticorpilor rickettsieni, a toxoplasmozei la mame cât și examinări hematologice pentru punerea în evidență a incompatibilităților de grupă sanguină. Prelucrarea acestor date este în curs și va constitui subiectul unei alte comunicări. Datele obținute arată că ele nu afectează cauzele obstetricale ce urmează a fi tratate. Ele vor elucida unele probleme în grupa afecțiunilor cu cauze necunoscute. Cercetări cromosomiale nu s-au făcut.

În grupa traumatismelor obstetricale am selecționat un număr de 32 copii, adică 22,3% din totalul celor internați (143). Amintim că această valoare este la *Sass* de 17,8%, la *Eastman* și *De Leon* de 20,0% și la *Robert* de 25,0%.

În a treia grupă se găsesc bolnavi la care s-au constatat boli infecto-contagioase, meningo-encefalite sau alte cauze postnatale care pot explica deficiențele neuro-psihice respective. În grupa cu cauze necunoscute, neidentificate am inclus copiii, în a căror anamneză nu s-a putut pune în evidență nimic caracteristic și nici diagnosticul neurologic nu a permis introducerea lor cu certitudine într-o grupă cu cauze definite.

Afecțiunile neuro-psihice ale bolnavilor din această categorie au fost următoarele:

<i>Diagnostic neuro-psihiatric</i>	<i>Numărul cazurilor</i>
Oligofrenie gr. II—III	32 (în toate cazurile)
Leziuni cerebrale	18
Epilepsie	4
Cranostenoză	1
Hemiatetoză	1

Complicațiile obstetricale, incriminate ca factori de agresiune ai sistemului nervos central, au fost:

Naștere prematură	14 cazuri
Naștere prelungită	7 „
Prezența pelviană	5 „
Sarcină gemelară	2 „
Circulară de cordon	3 „
Disgravidie tardivă severă	5 „
Bazin strîmtat	1 caz

În mai multe cazuri complicațiile obstetricale erau asociate. Intervențiile chirurgicale-obstetricale, au fost în număr redus:

Forceps	4 cazuri
Manopera Cristeller	4 cazuri

Marea majoritate — 25 — a nou-născuților au fost asfictici, din care 2 în stare de asfizie albă, gravă.

Se remarcă frecvența mare a primiparelor: 21 cazuri, cît și a primiparelor în vîrstă: 9 cazuri.

Merită a fi semnalati cei 6 nou-născuți cu greutatea între 4000—5000 g.

Majoritatea parturientelor provin din mediul rural (17), restul fiind funcționare — 6, casnice — 6, muncitoare — 1.

În 12 cazuri nașterea a fost asistată de medic și în 17 cazuri de moașe, iar 11 din acestea au avut loc la domiciliu. Naștere neasistată am întîlnit doar în trei cazuri.

Dintre copiii din grupa traumatismelor obstetricale, 4 s-au născut în Clinica de ginecologie și obstetrică din Tg.-Mureș. Din foile de observație respective am extras următoarele date mai semnificative:

Cazul nr. 1: B. K. (F. Obs. nr. 632/1952). I.G.I.P. 32 ani. *Primipară în vîrstă.* Naștere spontană la termen în prezența craniană. *Circulară de cordon în jurul gîtului.* Ruptură de perineu gradul I.

Perioada de dilatare: 12 ore, de expulsie: 40 minute, delivrență spontană de placentă în 10'. *Travaliu hiperton, hiperkinetic,* tratat medicamentos (papaverină + atropină).

La dilatația completă a colului se rup spontan membranele și se scurge un lichid amniotic meconial.

Nou-născutul subponderal de sex masculin are 2630 g și se comportă normal. Placenta de 600 g este fără lipsuri.

Cazul nr. 2: Sz. Z. (F. Obs. nr. 489/1953). I.G.I.P. 30 ani. *Primipară în vîrstă.* *Naștere spontană, prematură, craniană.* *Disgravidie tardivă polisimptomatică.*

La internare se constată prezența edemelor pe membrele inferioare. Tens. art. 170/110 mmHg; albuminurie marcată; precipitat brînzos în urină. Edemele persistă din luna V-a a sarcinii.

Se aplică un tratament medicamentos cu energetice, hipotensive și vitamine. Oxigenoterapia nu este consemnată în foaia de observație.

Se naște spontan un făt viu prematur de sex masculin de 2420 g, care țipă și respiră după dezobstruarea căilor respiratorii superioare.

Ușoară hipotonie uterină în perioada placentară.

Cazul nr. 3: K. K. (F. Obs. nr. 2576/1955). I.G.I.P. 30 ani Primipară în vîrstă. Ruptură prematură a membranelor. Suferință fetală intrauterină ce se manifestă prin bosă serosanguină voluminoasă și alterarea b.c.f. Naștere la termen prin aplicarea forcepsului Kielland — în treimea medie a excavației. Oxigenoterapie. Asfizie albastră a nou-născutului.

Perioada de dilatație 11 ore, cea de expulsie 1 oră și 40'. Delivrență spontană de placentă în 15'.

La începutul perioadei de expulsie se consemnează existența bosei care apoi crește progresiv cu alterarea b.c.f.

Nou-născutul de sex masculin, de 3060 g, se naște în asfizie albastră. Se execută reanimarea prin dezobstruarea căilor respiratorii superioare, respirație artificială, administrare de cofeină, lobelină și vitamina K. După reanimare plinge și respiră.

Placenta de 510 g este fără lipsuri.

Cazul nr. 4: T. I. (F. Obs. nr. 911/1958). II. G. II. P. 26 ani. Năștere spontană prematură. Făt viu de 2200 g care țipă și respiră imediat.

Perioada de dilatație 7 ore și 30 minute, cea de expulsie 30 minute. Delivrență 10'. Ușoară hipotonie uterină în perioada IV. Nu s-a aplicat epiziotomie profilactică nici oxigenoterapie.

Placenta de 360 g fără lipsuri.

Cele 4 cazuri clinice prezentate succint pot sublinia importanța prematurității și a primiparității vîrstnice. Se remarcă totodată și prezența simultană a mai multor factori de agresiune, capabili să producă traumatisme în cursul nașterii (pe aceștia i-am subliniat).



Din materialul prezentat se remarcă frecvența relativ mare a nașterilor premature, cu un număr important de copii avînd insuficiență ponderală gravă: 4 copii între 1000—1500 g, 4 copii între 1500—2000 g și 6 între 2000—2500 g.

Problema imaturității, cu leziunile intracraniene consecutive nașterii, ca și efectele tardive ale acestor leziuni, constituie o preocupare importantă a literaturii obstetricale, pediatrie și neurologice. N. Coja subliniază importanța fragilității capilare, eventualele leziuni organice sau funcționale ale organismului imatur, tulburările de hematoză fetoplacentară, printre cauzele obișnuite ale sindromului neurovascular, care la acești copii este mai ales de natură hipoxică. Factorul hipoxic sensibilizează sistemul capilar la acțiunea factorilor mecanici, care apoi la rîndul lor se accentuează prin leziunile produse de starea hipoxică, producîndu-se astfel un traumatism complex multifactorial.

Analizînd celelalte cauze obstetricale incriminate, se observă la fel în marea lor majoritate importanța anoxiei în producerea leziunilor cerebrale. Intervențiile obstetricale majore, traumatizante sînt foarte modest reprezentate. Se vedește lipsa totală a copiilor născuți prin secțiune cezariană, versiune internă sau prin extragerea fătului. Forcepsul, despre a cărui nocivitate se insistă de obicei, este reprezentat la fel printr-un număr redus de cazuri. S-a aplicat în total de patru ori, ceea ce reprezintă — raportat la numărul total de 143 copii bolnavi — un procent de 2,7%. Într-unul din cazuri forcepsul a fost aplicat de o moașă după o lungă perioadă de expulsie, adică pe un făt pe drept cuvînt considerat deja traumatizat. Numai în două cazuri se poate presupune că instrumentul a fost utilizat în condiții profesionale coresponsabile. În legătură cu problema forcepsului, credem că nu exagerăm dacă subliniem și pe baza materialului nostru faptul că traumatismele se datoresc în primul rînd ezitării în aplicarea instrumentului la timpul oportun, încă înainte de instalarea suferinței fetale prin hipoxie.

Trecind în revistă cauzele obstetricale presupuse în etiologia afecțiunilor neuro-psihoice a cazurilor noastre. se poate observa că o parte dintre ele pot fi considerate ca și traumatisme evitabile. Acest fapt se realizează printr-o asistență mai calificată la naștere și prin ocrotirea antenatală foarte atentă.

Concluzia principală ce se desprinde din materialul expus, este sublinierea importanței agresiunii obstetricale complexe, cu preponderență hipoxică și traumatică, procese survenite în afara intervențiilor operatorii. Efectele traumatismelor mecanice violente se reflectă desigur mai mult în tabloul de morbiditate și mortalitate perinatală.

Prin acest studiu am dorit să arătăm importanța asistenței obstetricale calificate în prevenirea traumatismelor obstetricale, unele considerate evitabile, și să atragem atenția asupra problemelor legate de efectele tardive ale nașterii, respectiv ale traumatismelor obstetricale.

Sosit la redacție: 9 martie 1966.

Bibliografie

1. COJA N., VASILIU V., HERȘCOVICI P., RUSU O., PASCU F., DUMITRESCU A.: Mortalitatea perinatală, Volumul: a II-a Conferință Națională de Obstetrică și Ginecologie, pag. 17; 2. DARKE R. A.: J. Pediat. (1944), 24, 148; 3. DRILLIEN C. M.: Pediatrics (1961), 27, 452; 4. DOBROVICI V.: Etiopatogenia și profilaxia mortalității perinatale. Volumul: a II-a Conf. Naț. de Obstetr. și Ginecologie, pag. 33; 5. EASTMAN N. I.: Amer. J. Obstetr. Gynecol. (1954), 67, 701; 6. EASTMAN N. I., A. De LEON: Amer. J. Obst. Gynec. (1955), 69, 950; 7. GYÖRGY GY.: III. Gynäk. Welt. Kongress, Wien, (1961); 8. HANNES W.: Z. Geburtsh. u. Gynäk. (1911) 68, 689; 9. ILLEI G., FARKAS G., GOSZTONYI G.: Magy. Nőorv. L. (1959), 22, 267; 10. KERPEL FR., din Götze: Fiziopatologia Malf. cong. 905; 11. NELSON: Textbook of pediatrics. Capit. Traum. Obst. (1959); 12. POINTS T. CS.: Amer. J. Obstet. Gynecol. (1956), 71, 1210; 13. PIGEAUD H., CHARVET FR.: Enciclopedie Obst. (1959), A. 10, 2; 5084; 14. PIGEAUD H. et CHARVET FR.: Enciclopedie Obst. (1959), 2, 5084, E. 10; 15. RAISZ D.: Orv. Hetilap (1927), 71, 955; 16. SĂVULESCU D.: Obstetrica. Manual E. M. (1965), 502; 17. SASS A., IBRACKS-KAI: Orvosképzés (1962), 208; 18. SCHROEDER C. I.: Congr. Internat. de Gynec. Obst. Geneva (1954); 19. VORON I. et PIGEAUD: Enciclopedie Obst. (1953), 5084, 4; 20. VORON I. et H. PIGEAUD: Enciclopedie obst. (1959), 5084, E. 10, 2; 21. ZOLTÁN I.: Magy. Nőorv. Lapja (1959), 22, 55; 22. ZOLTÁN I.: Orv. Hetil. (1959), 100, 1821.