

## VALOAREA FORCEPSULUI CEFALO-CUTANAT IN PRACTICA OBSTETRICALĂ CONTEMPORANĂ

A. Borbáth, S. Szabó, P. Berende

Este o strădanie multiseclară a artei obstetricale de a recurge la folosirea diferitelor mijloace instrumentale, ori de câte ori survine un impas în progresiunea travaliului. Tendința de perfecționare a instrumentarului obstetrical există și în epoca noastră, când vidextractia tinde să înlocuiască forcepsul care în decurs de peste 300 de ani „a adus mari servicii multor parturiente și multor copii care nu puteau fi născuți; același instrument a produs însă și multe accidente, de grade diferite, unele ajungând la adevărate dezastre, fie pentru mamă, fie pentru făt, de multe ori iremediabile” (Săvulescu). Vidextractia a reușit să înlocuiască doar aplicările de forceps cu indicație relativă, neputând elimina cele cu indicație absolută. Modernizarea practicii obstetricale în zilele noastre poate aduce după sine și folosirea din ce în ce mai rară sau chiar părăsirea unor mijloace instrumentale, cum este și forcepsul cefalo-cutanat (F.C.C.).

J. A. Willet, obstetrician englez din Liverpool, în anul 1925 construiește un instrument pe care-l numește „scalp traction forceps”, și-l recomandă pentru tratamentul placentei praevia.

Instrumentul lui Willet a fost o pensă cu 2 dinți, cu care se prindea pielea păroasă a capului (de aici numele de pensă cefalo-cutanată) cu scopul de a exercita o tracțiune asupra capului și a tampona prin intermediul acestuia placenta inserată în segmentul inferior al uterului. Aplicat la început (1925—30) numai în nașterile complicate cu placenta praevia, în urma modificării instrumentului adusă de către Gauss (1933), F.C.C. se răspândește în lumea întreagă, se lărgiște terenul său de indicație, publicându-se în literatura mondială peste 1400 cazuri de aplicare a F.C.C. în primii 20 de ani de la introducerea instrumentului în practica obstetricală.

Utilizarea pe scară largă a F.C.C. a permis conturarea exactă a indicațiilor sale care — după Martius — sînt următoarele:

1. *Placenta praevia marginală sau parțială.*
2. *Inerția uterină rebelă la tratamentul obișnuit.*
3. *Prolabarea de cordon sau de membre, pentru a împiedica prolabarea părții fetale repuse.*
4. *Prezența transversă sau oblică, în caz de bazin eutocic, pentru fixarea capului dirijat prin versiune externă la nivelul strîmtoării superioare.*
5. *Scurtarea travaliului în caz de cardiopatie, tuberculoză pulmonară, eclampsie, în caz de dilatație incompletă etc.*

Patru decenii, în care F.C.C. a fost aplicat mai în toate țările lumii, reprezintă o perioadă suficientă pentru a se putea stabili valoarea și utilitatea în obstetrica contemporană. De aceea obstetricianul zilelor noastre poate pune cu drept cuvânt întrebarea: F.C.C. merită să fie utilizat și azi sau trebuie așezat în debaraua obstetricii?

Autorii tratatelor recente de obstetrică, ca *Scrobanschi* (1949), *Stoerckel* (1955), *Lacomme* (1960), *Bulavințeva* (1961), *Greenhill* (1961), *Pschyrembel* (1966), recomandă în unanimitate folosirea F.C.C. pentru asigurarea hemostazei în tratamentul plăcetei praevia parțiale, preferind instrumentul versiunii Braxton-Hicks sau meureiziei.

În ceea ce privește tratatele de obstetrică românească, în „Obstetrica” redactată de prof. *Săvulescu* (1955), în „Urgențele obstetricale” de *Pandele, Sirbu, Streja și Vago* (1955), în „Probleme de practică și tehnică obstetricală” de *Alessandrescu* și colab. (1965) nu se amintește de folosirea F.C.C.

Spicuiul sumedenia lucrărilor publicate în revistele de obstetrică din ultimii 20 de ani, găsim părerea contradictorie a partizanilor (*Gauss, Páll, Cattaneo, Starr, Ivanor, Varga și Váczy*) și adversarilor (*E Douglas* și colab., *Browne, Oltveera, Jmakin* etc.). Argumentul principal al acestora din urmă îl constituie efectul traumatizant al F.C.C. (necroze, flegmoane ale pielii păroase, leziuni intracraniene). Opinia autoritară a lui *Couvelaiare*, formulată într-o lucrare de scurtă durată laconică (9 rânduri) nu a înlăturat încrederea obstetricienilor în eficacitatea F.C.C.: „E dificil a subscrie fără rezerve exprimate difuzarea unei metode care, aplicată în cazul unui făt viu și viabil, este de cele mai multe ori de o brutalitate inutilă și în cazurile când ea este aplicabilă din punct de vedere tehnic, nu dă rezultate mai bune decât balonul incompresibil, excitator și dilator, de tip Champetier de Ribes. În ceea ce privește rezultatele excelente publicate, care ar permite abandonarea oricărei metode, ele provoacă surisul obstetricienilor cu experiență clinică și de bună credință.”

Folosirea timp de 20 de ani a F.C.C. în practica Clinicii de obstetrică din Tg.-Mureș, justifică intenția de a supune unei analize critice eficacitatea acestui instrument și precizarea locului său în conduita noastră obstetricală de toate zilele pe baza următoarelor criterii: I. frecvența, II. indicațiile, III. rezultatele fetale și IV. rezultatele materne ale aplicărilor de F.C.C.

#### I. Frecvența aplicărilor de F.C.C.

Din materialul de 20 de ani (1945—65) al Clinicii de obstetrică din Tg.-Mureș reiese că din 26.216 de nașteri, F.C.C. a fost aplicat în 134 cazuri, ceea ce corespunde unei frecvențe de 0,58%. Cele 134 de aplicări de F.C.C. pot fi defalcate în 2 grupe:

A) În 60 de cazuri (0,22%) s-a recurs la aplicarea singură a F.C.C.

B) În 74 de cazuri aplicarea F.C.C. a fost succedată de folosirea forcepsului Naegele (F.N.) sau a lui Kielland (F.K.)

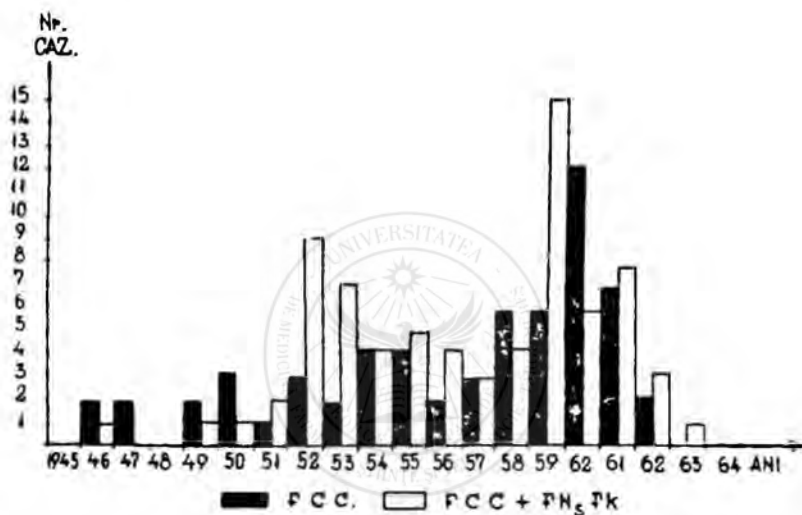
Din analiza repartizării anuale a frecvenței de aplicare (tabelul nr. 1) a F.C.C. reiese că în decurs de 20 de ani, instrumentul a fost utilizat cu o permanență crescândă până în anul 1959, când se aplică în 21 de cazuri din 1570 de nașteri, ca în anii următori să se utilizeze din ce în ce mai rar, chiar de loc în 1964.

Scăderea treptată a frecvenței de aplicare a F.C.C. nu o datorăm unei averșiuni față de instrument, ci modificării concepției de bază a conduitei obstetricale în decursul ultimelor 2 decenii (perfecționarea metodelor de dirijare medicamentosă a nașterii, lărgirea indicațiilor operației cezariene, introducerea vidextracției etc.).

#### II. Indicațiile aplicărilor F.C.C.

Cele 134 aplicări de F.C.C. aveau următoarele indicații: 1. Hemostază (plăceta praevia); 2. scurtarea travaliului (inerție uterină, afecțiunile mamei); 3. corectarea poziției fătului, repunerea părților mici fetale (tabelul nr. 2).

Ă. BÖRBÄTH ȘI COLAB.: VALOAREA FORCEPULUI CEFALO-CUTANĂȚ  
 ÎN PRACTICA OBSTETRICĂLĂ CONTEMPORANĂ



Tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 2.  
Indicațiile aplicărilor de F.C.C.

Indicațiile	F. C. C.				F.C.C.+F.N. sau F.K.		TOTAL			
	Nr.		%		Nr.	%	Nr.		%	
	Făt viu	Făt mort	Făt viu	Făt mort			Făt viu	Făt mort	Făt viu	Făt mort
Hemostază	11	2	18.33	3.34	0	0	11	2	8.21	1.49
Scurtarea travaliului	33	9	55.00	15.00	71	95.95	104	9	77.61	6.72
Corectarea poziției	2	3	3.33	5.00	3	4.05	5	3	3.73	2.24
	46	14	76.66	23.34			120	14	89,55	10,45
Total					74	100%				
	60		100%				134		100%	

A) Din cele 60 de aplicări de F.C.C. 46 (76,66%) au fost efectuate pe făt viu și 14 (23,34%) pe făt mort.

Cele 46 de aplicări pe făt viu aveau la bază ca indicație: placenta praevia parțială în 11 (18,23%) cazuri, prelungirea travaliului în 33 (55,00%) cazuri, corectarea poziției fătului în 2 cazuri (3,33%).

Indicațiile celor 14 aplicări de F.C.C. pe făt mort erau: placenta praevia în 2 (3,34%) cazuri, prelungirea travaliului în 9 (15,00%) cazuri, corectarea poziției fătului în 3 (5,00%) cazuri.

B) În 74 de cazuri F.C.C. a fost aplicat pentru a promova coborârea capului și a-l face accesibil forcepsului Naegele sau Kielland. Indicațiile acestor aplicări de F.C.C., succedate de aplicarea forcepsului Naegele au fost: prelungirea travaliului în 71 (95,95%) cazuri și corectarea poziției fătului în 3 (4,05%) cazuri.

Tabelul nr. 3.  
Mortalitatea fetală în aplicările de F.C.C.

Mortalitatea fetală	46 de aplicări de F.C.C.		74 de aplicări de F.C.C.+F.N sau F.K.	
	Placenta praevia	Prelungirea travaliului	Placenta praevia	Prelungirea travaliului
Asfixie intrauterină	3	4	—	5
Hemoragie cerebrală	—	—	—	2
Bronhopneumonie	—	—	—	1
Total	3	4	—	8

### III. Rezultatele fetale

Criteriul principal al valorii F.C.C. în practica obstetricală îl constituie rezultatele fetale ale nașterilor rezolvate cu ajutorul F.C.C. (tabelul nr. 3). Din cele 46 de aplicări de F.C.C. pe făt viu am pierdut 7 (15,21%) feți. 3 decese fetale au survenit la parturiente cu placenta praevia, 4 decese la parturiente cu travaliu prelungit, cauza deceselor fiind asfixia intrauterină, confirmată prin necropsie.

Deși mortalitatea fetală a cazurilor de placenta praevia rezolvată prin F.C.C. (27,27% în materialul nostru, 16% după *De Lee*, 42% după *Mestwerdt*) e mai favorabilă decât a celor rezolvate prin versiunea *Braxton-Hicks* (80%), considerăm justă restrângerea aplicărilor de F.C.C. în tratamentul placentei praevia și efectuarea operației cezariene, tratamentul cauzal al placentei praevia, prin care se obțin rezultate materne și fetale mult mai bune.

Din cele 74 aplicări de F.C.C. succedate de folosirea forcepsului Naegele sau Kielland 8 (10,81%) s-au terminat cu deces fetal. Cauza decesului fetal a fost hemoragie cerebrală în 2 cazuri, asfixie intrauterină în 5 cazuri, bronhopneumonie 1 caz.

### IV. Rezultatele materne

Lipsa decesului matern și câteva rupturi de col (4,5%) ne permit să afirmăm inocuitatea F.C.C. pentru mamă.

Rezultatele obținute prin 134 aplicări de F.C.C. ne permit precizarea indicațiilor contemporane ale procedurii:

1. F.C.C. este strict contraindicat în tratamentul placentei praevia centrale și este indicat în cazurile de placenta praevia marginală și laterală, dacă: a) ruperea membranelor nu a avut efectul hemostatic dorit, b) hemoragia nu e abundentă și starea generală a parturientei e satisfăcătoare, c) nu există distocia care ar contraindica nașterea pe cale vaginală, d) starea febrilă a parturientei, e) făt mort sau neviabil. Cazurile de placenta praevia marginală și laterală care nu se încadrează în condițiile de mai sus vor fi rezolvate prin operație cezariană.

2. În nașterile prelungite, febrile și neglijate, când operația cezariană implică riscuri serioase, F.C.C. ca ultim refugiu, uneori poate salva și viața fătului.

3. Este justificată aplicarea F.C.C. pentru grăbirea coborârii capului în bazin, după repunerea cordonului sau brațului prolabat.

4. Folosirea F.C.C. pentru corectarea insuficienței contracțiilor uterine este indicată numai în caz de ineficacitate a stimulării travaliului cu ajutorul mijloacelor farmacologice și contraindicație a operației cezariene.

5. F.C.C. poate grăbi nașterea în caz de moarte intrauterină a fătului.

Ca concluzie putem conchide că F.C.C., realizând o intervenție nefiziologică și traumatizantă pentru făt în unele cazuri, în prezent se utilizează din ce în ce mai rar. Restriângerea aplicării sale este consecința firească a perfecționării metodelor de dirijare medicamentoasă a travaliului, a lărgirii terenului de indicație a operației cezariene și a introducerii vidextractiei obstetricale.

Sosit la redacție: 31 mai 1967.

### Bibliograf

1. ALESSANDRESCU D. și colab.: Probleme de practică și tehnică obstetricală. Ed. Med. București, 1965;
2. BROWNE G.: Proc. roy. Soc. Med. (1932). 32, 1209;
3. CATTANEO G.: Clin. Obstet. Gynec. (1951). 1, 53;
4. COUVELAIRE A.: Gynécologie et Obstétrique (1937). 1, 57;
5. DE LEE J.: Principals and Practica of Obstetrics. Philadelphia, London, 1939;
6. GAUSS C.: Archiv. f. Gynäk. (1933). 156, 396;
7. GREENHILL J. P.: Obstetrics. W B Saunders Company. Philadelphia, 1961

474; 8. JACOVLEV I. I.: Operativnoe Akușerstvo. Medgiz. Moscova 1961. 101, 9. IVANOV A.: Akuș. i. Ginek. (1932). 5. 342; 10. JMAKIN K. N.: Akuș i. Ginek (1957). 3. 40; 11. LACOMME P.: Pratique obstétricale. Masson. Paris, 1960. 486; 12. MARTIUS H.: Die gebursthilflichen Operationen. Thieme, Stuttgart 1953. 220; 13. MESTWERDT G.: Medizinische Klinik (1947). 7. 285; 14. OLIVEERA I.: Nederl. Tijd. Gen. (1942). 43. 638; 15. PÁLL G.: Orv. Hetilap (1936). 43. 1007; 16. PSCHY-REMBEL W.: Praktische Geburtshilfe. Gruyter. Berlin 1966. 496; 17. SAVULESCU D.: Obstetrica. Ed. Med. Buc., 1955; 18. SAVULESCU D.: Obstetrica și Ginecologia (1961). 4. 289; 19. SCROBANSCHI K. K.: Manual de obstetrică. Ed. Med. Buc. 1949. 401; 20. STOECKEL W.: Lehrbuch der Geburtshilfe. Fischer. Jena 1956. 493; 21. VARGA K. VÁCZY L.: Magyar Nőorvosok Lapja (1956). 3. 150; 22. VÉGH L. HORNING H.: Geb. u. Frauenh. (1950). 4. 273; 23. WILLET J. A.: Ber. ges. Gyn. Geb. (1926). 9. 509.