

Clinica de obstetrică și ginecologie din Tîrgu Mureș (cond.: prof. Octav Rusu, doctor în medicină)

DIN EXPERIENȚA CLINICII DE OBSTETRICĂ-GINECOLOGIE DIN TÎRGU MUREȘ ÎN PROBLEMA PLACENTEI JOS INSERATE

Octav Rusu, C. Rădulescu, Em. Poenaru

Prin complicațiile hemoragice pe care le generează în timpul evoluției sarcinii și a nașterii, placenta praevia rămîne o problemă mereu actuală și încă nerezolvată în esența ei. În comparație cu alte stări patologice puerperale, ea a beneficiat mai puțin de progresele obstetricii moderne.

Clinica și conduita în placenta jos inserată fiind conturate în limite oarecum clasice, prezenta lucrare abordează numai cîteva aspecte izvorîte din experiența în acest domeniu a colectivului Clinicii de obstetrică-ginecologie Tîrgu Mureș. Ne referim astfel la un lot de 100 placentae praeviae, înregistrat în ultimii doi ani. la un număr de 8.506 nașteri asistate în clinica noastră. lot care oglindește o frecvență de 1.18%. Punem în discuție numai cazurile de placenta praevia manifestate prin hemoragie în a 2-a jumătate a sarcinii. Datele noastre scot în evidență un prim fapt: tendința spre creștere a frecvenței placentei jos inserate, comparată atît cu datele mai vechi ale clinicii noastre (înainte de 1955 era sub 0.6%: 1955—1965 colectivul T. Rosenfeld colab. înregistrează 0.82%), cît și cu datele altor autori [Lepage 0.47%, Martius 0.59%, Mikulicz-Radecki 0.38%, Davis 0.75%, Scrobanski 0.17%, Rusu — Cluj (1954—58) 0.62%; Clinica obst. Iași (1954—63), 1.02% etc.] Tendința spre creștere a frecvenței placentei praevia este semnalată de multe statistici din țară și de peste hotare (Kastendick 0.98%, Westgreen 2.26% etc.).

Cel puțin la noi în țară, se pare că această creștere a frecvenței se poate atribui:

- a) progreselor în depistare, deci diagnostic ameliorat, dar mai ales,
- b) patologiei genitale determinate de întreruperi de sarcină voluntar-legale executate la noi, atîtia ani în șir.

În general, frecvența placentei praevia este în relație directă cu antecedentele obstetricale, fapt care subliniază importanța „terenului endometromiometral” în geneza inserției joase a placentei. Martius observă că șansele unei mari multipare de a avea o placentă praevia sînt de 10 ori mai mari decît la o primipară, fapt subliniat și de datele noastre: 90% din cazurile noastre au fost secundi-multipare.

Mai sugestivă apare corelația cu gestația: numai 6% din cazurile noastre au prezentat placenta praevia la prima sarcină, 94% înregistrînd în antecedente nașteri și avorturi (spontane sau provocate). Chiar și din micul lot de primigeste putem izola două bolnave care au avut în antecedente biopsii de endometru (deci manevre intrauterine cu potențial patogen cunoscut).

Așadar, în dinamica complexă a înlînțuirilor cauză-efect scăderea frecvenței avorturilor, asistența corectă a femeii negravidă cu asanarea focarelor inflamatorii, urmărirea științifică a gravidei și asistența de înaltă calificare a nașterii, joacă un rol de bază în profilaxia — și așa destul de nesigură — a placentei jos inserate. De altfel, aceste deziderate trebuie să se așeze în fundamentarea ocrotirii gravidei, atît în teren, cît și în serviciile de specialitate. Pe această linie profilactică se înscriu și strădaniile noului Decret care limitează practica întreruperilor de sarcină, înglobîndu-se în mod pozitiv în organizarea de tip socialist a ocrotirii mamei și a copilului din țara noastră.

În altă ordine de idei, se știe că placenta praevia determină o serie de dificultăți — adesea majore — atât la mamă cit și la făt. Pe de o parte, avem în față o gravidă amenințată de hemoragii — uneori extrem de periculoase —, pe de altă parte se situează un făt, foarte adesea prematur, la care se instalează stări de suferință gravă prin cumulara prematurității cu hipoxia accentuată și traumatisme mecanice prin naștere laborioasă sau intervenții medicale. În aceste condițiuni, variatele aspecte ale echilibrului mamă-făt, precum și starea unuia sau a altuia dintre ei, impun o conduită de strictă adaptare la necesitățile de moment ale lor, exprimată printr-un veritabil „slalom terapeutic“.

Această conduită strict adaptativă la necesitățile cazului, care privește prin prizma intereselor vitale ale binomului mamă-făt, — cu prevalența intereselor mamei — reprezintă un element de progres al asistenței dinamice din cadrul obstetricii contemporane. Factorul esențial care stă la bază și hotărăște conduita dinamică modernă, este constituit de sîngerarea maternă și consecințele acesteia la mamă și făt.

În aceste condițiuni, considerăm necesar a reaminti și sublinia trei fapte esențiale, de altfel bine cunoscute, care creează „cadru” atitudinii dinamice adaptative:

a) hemoragia este manifestarea majoră a placentei praevia;

b) orice sîngerare — chiar neînsemnată — survenită în ultimul trimestru al sarcinii, impune internarea de urgență a cazului, și

c) o gravidă purtătoare de placenta praevia trebuie să rămână internată în mod obligator pînă la rezolvarea definitivă, respectiv pînă în perioada de lăuzie inclusiv, fie că naște spontan, fie că a fost supusă la diverse intervenții obstetrico-chirurgicale (externarea după încetarea hemoragiei a două din cazurile noastre ne-a provocat regretul unor reinternări de „mare urgență” cu șocuri hemoragice decompensate grave).

Rezultatele incontestabil pozitive ale operației cezariene îngemănată cu o reanimare competentă, a făcut pe mulți dintre obstetricienii contemporani să tindă spre formula stereotipă: „placenta praevia = operație cezariană de urgență”. Aceasta conduită se fundamentează pe o logică cu două premise, ce constă din:

a) „salvgardarea cu orice preț a stării de sănătate materne”;

b) „mai bine un făt prematur nesuferind, decît unul matur dar suferind”.

Bazați pe experiența noastră, sîntem de acord cu principiile generale ale acestei atitudini, dar nu putem fi de acord cu aplicarea lor rigidă și dogmatică, în sensul că în unele cazuri — e adevărat mai puține — expectativa înarmată, în funcție de starea cazului dat și a intensității hemoragiei, poate temporiza sau chiar evita intervenția.

Datele noastre exprimă tendința de a temporiza, urmărind obiectivul evitării prematurității, în speranța de a obține o cit mai mare maturizare a fătului sau măcar să-i creștem șansele de viabilitate. De acord cu ideea generală a aforismului „mai bine un făt prematur sănătos, decît un matur bolnav”, credem însă că el prezintă lacuna de a nu preciza „despre ce fel de prematur” este vorba. — ce grad de prematuritate —, întrucît într-un fel se pune problema la prematurii în jur de 2.000 g la care „acumularea biologică” este bine conturată și altfel trebuie considerați marii prematuri, cu valoarea biologică foarte scăzută și care — odată născuți pe cale joasă sau înaltă — rămîn probleme extrem de dificile în postpartum, dînd un procent sever de mortalitate infantilă neonatală. În astfel de cazuri — acolo unde starea mamei și gradul hemoragiei permite — considerăm că merită să tentăm expectativa. Fără îndoială că această tactică nu poate fi șablonizată, că durata expectativei nu depinde de medic, ci de evoluția, respectiv repetarea sau gravitatea hemoragiei. Astfel, din lotul nostru de 100 placente praevia, la 27 hemoragia fiind amenințătoare și de nestăpînit și la 39 cazuri cu travaliu declanșat prematur imposibil de inhibat, am fost obligați — în funcție de situație — să dirijăm nașterea spontană, să intervenim obstetrical sau chirurgical — în primele ore ale internării gravidei în clinică.

La alte 34 de gravide cu placenta praevia, s-a reușit prelungirea sarcinii pe durate variabile, de la o săptămână la aproape 3 luni, media de spitalizare antepartum fiind de 18 zile. În timpul acestei expectative conduita medicală a constat din: repaus absolut la pat, antispasmodice, antibiotice, antianemice și — după caz — transfuzii de sînge. În timpul spitalizării „de maturizare fetală”, repetarea unei hemoragii amenințătoare ne-a obligat la intervenția de urgență în 27 din cazurile noastre.

Considerăm că hemoragiile mici și repetate sau cele mijlocii — unice sau repetate la intervale mai mari — nu trebuie să reprezinte o indicație absolută de întrerupere prematură a sarcinii. Este de la sine înțeles că temporizarea trebuie să fie departe de „a întinde coarda” pînă dincolo de anumite limite, că intervenția noastră trebuie să găsească momentul optim, întrucît anemia gravă posthemoragică este tot atît de dăunătoare și riscantă atît pentru mamă, cît și pentru făt.

În raport cu prezentația fetală, lotul celor 100 de gravide cu placenta praevia studiat de noi, se repartizează astfel:

Prez. craniană	Prez. pelviană	Prez. umerală	Neprecizate
47	21	25	8 (avort mare)

Indicele mare al binecunoscutelor prezentații distocice — 3 dintre ele asociate cu prolăbări de cordon ombilical — a complicat în mod evident problema dificilă pe care ne-o pune hemoragia prin placenta praevia și consecințele negative la mamă și la făt.

Multiplele dificultăți pe care le determină acest polimorfism simptomatologic feto-matern sînt sugestiv exprimate prin varietatea „formelor de rezolvare finală” a cazurilor. Această rezolvare se grupează, la lotul nostru, astfel:

Naștere spontană	Operație cezariană	Intervenții obstetricale:			
		Braxton-Hicks	Pensa Willet	Videx	Manevre în nașteri pelviene
29	55	7	3	1	5

Dintre cele 29 de nașteri spontane ale lotului nostru: hemoragia ne-a obligat la ruperea artificială a membranelor la 12 parturiente; de 4 ori dinamica deficitară a impuls perfunzii oocitocice; de 8 ori extracția manuală de placenta, de 6 ori controlul instrumental al cavității uterine; de 5 ori tamponaj utero-vaginal (Dührssen); la 3 parturiente a fost necesară reanimarea intensivă cu transfuzii masive de sînge (1—3 litri), iar la alte 12 parturiente au fost necesare transfuzii mai mici (medie 280 ml). Iată dar, un lot relativ mic — căci 29 nașteri spontane reprezintă „un lot mic” — cîte probleme pune, cît de variate și adesea dramatice sînt aceste probleme!

Acest tablou ciștigă în complexitate și dificultate dacă mai adăugăm și necesitatea executării diverselor manevre obstetricale. Din lotul nostru, 16% au impus obligația de a executa o astfel de intervenție (vezi tabloul de mai sus) și — trebuie să recunoaștem — că un astfel de indice este sever, mai cu seamă cînd ne gîdim la morbiditatea și mortalitatea fetală excesivă pe care le determină aceste manevre. De altfel, acesta a fost motivul pentru care le-am executat — aproape exclusiv — în cazurile cu feți morți intrauterin sau feți neviabili. Pe de altă parte, restringem pe cît posibil practicarea acestor manevre și pentru a evita acciden-

te lezionale posibile de la nivelul segmentului inferior și al colului, atât de friabile și uneori dilacerate în cazurile de placenta praevia.

Ca și alți autori, cele mai bune rezultate le-am obținut prin operația cezariană ca mijloc de rezolvare a cazurilor în care tratamentul conservativ a rămas fără rezultate. Considerăm însă necesar a sublinia că experiența ne îndreptățește să susținem aserțiunea după care indicația operației cezariene în placenta praevia trebuie să fie individualizată la necesitățile cazului dat, să aibă „o anumită elasticitate”. Din subdiviziunea în trei a lotului nostru, grupul de nașteri prin intervenții obstetricale ne-a dat rezultatele cele mai slabe, fapt care ne îndreptățește, credem, să afirmăm că nașterea spontană și dirijarea respectivă și operația cezariană sînt singurele căi care pot duce la ameliorarea continuă a rezultatelor în problema atât de spinoasă a placentei praevia.

Am practicat operația cezariană în 55% din cazurile lotului studiat. În toate cazurile hemoragia severă a reprezentat indicația de bază, asociată în 20% din cazuri cu prezența transverse și în 9% cu pelviene (3 prolăbări de cordon).

În aceste situații, gravitatea hemoragiei cu stare de șoc sau preșoc și starea colului uterin se situează pe un plan major, fapte de care ne-am străduit să ținem întotdeauna seamă. Această optică a devenit de acum clasică și respectarea ei riguroasă ne-a oferit satisfacția unor rezultate ameliorate, în comparație cu cele din etapele anterioare. Considerăm că ne-am adaptat necesității cazului dat adoptînd următoarea conduită, de altfel bine cunoscută (fig. nr. 1).

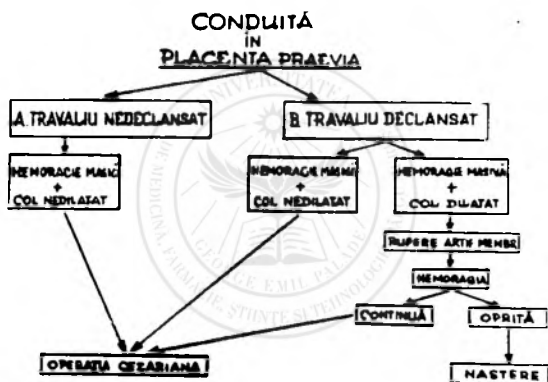


Fig. nr. 1.

Hemoragia masivă pe lângă un col nemodificat ne-a determinat să executăm operația cezariană în 3 cazuri cu feți morți intrauterin și nu am avut nimic de regretat, comparînd rezultatele cu alte 5 cazuri cu feți morți intrauterin la care rezolvarea s-a executat pe cale joasă și în care hemoragia — agravată prin diverse manevre — a instalat stări penibile de șoc la mamă.

Desigur că — după cum se știe — și operația cezariană executată pentru placenta praevia își are particularitățile și dificultățile sale: în 4 cazuri am fost nevoiți a executa suturi hemostatice intrasegmentare pentru hemoragii difuze, de 6 ori s-a montat un tamponaj utero-segmento-vaginal retrograd pentru aceleași hemoragii și într-un caz — pentru același motiv — am executat histerectomia subtotală. Prin urmare în intraoperator, hemoragia reprezintă fenomenul major, simptom care domină categoric tabloul clinic al placentei praevia, indiferent în ce fază ne-am găsi în raport cu nașterea.

Mai trebuie să arătăm că în ultimii 2 ani, în clinica noastră — ca o expresie a reconsiderării colective a bilanțului materno-infantil —, indicele de frecvență

a operației cezariene a crescut. Acest fapt iese pregnant în evidență dacă comparăm datele lucrării ce se referă la studiul clinico-statistic al problemei placentei praevia pe anii 1955—1965 (T. Rosenfeld și colab.) comparație din care reies următoarele:

	Naștere spontană	Op. cezariană	Intervenții obstetr.
1955—65	20.8%	43.6%	35.6%
Datele noastre (1966—68)	29.0%	55.0%	16.0%

Comparația de mai sus evidențiază date net diferite: numărul mai mare de nașteri spontane oglindește strădania de a conserva și temporiza — amintite mai sus — iar creșterea indicelui de operații cezariene subliniază dorința de a evita — sau cel puțin a limita riscul materno-infantil, atât de sever în intervențiile și manevrele obstetricale din placenta praevia.

Etalonul — singurul etalon — care judecă justetea unei conduite sînt rezultatele, care se referă, în cazul nostru atât la mamă cît și la făt și nou-născut.

La mamă în cele 3 subgrupe ale lotului pe marginea căruia am inserat prezențele considerațiuni, lăuzia a evoluat astfel:

	Lăuzie fiziologică	Anemii accentuate	Infecții	Total
Nașteri spontane	16	10	5	29
Intervenții obst.	3	9	6	16
Op. cezariene	49	5	3	55

Suma coloanelor nu corespunde cu numărul cazurilor, pentru că în fiecare subgrupă au existat cazuri de asociere a anemiei cu infecția (eventualitate de altfel binecunoscută). Mai trebuie să precizăm că numărul relativ mic de cazuri ne împiedică să calculăm procentaje, dar o observație mai atentă scoate în evidență în mod sugestiv rezultatele mai slabe ale intervențiilor obstetricale în placenta praevia, observație care a devenit punctul de plecare al schimbării de conduită din clinica noastră, în sensul limitării acestor intervenții la un minim posibil. În sfîrșit, mai menționăm că nu am înregistrat nici un deces matern prin placenta praevia.

Conduita dinamic-adaptativă considerăm că ne-a ajutat să obținem o ameliorare și în rezultatele feto-infantile. Comparîndu-ne datele cu rezultatele consemnate în lucrarea ce se referă la anii anteriori (T. Rosenfeld — colectivul), din clinica noastră, obținem următorul tablou sinoptic:

	Ante-partum	Intra-partum	Post-partum	Total
1955—65 (T. Rosenfeld — și colab.)	11.7%	20.0%	9.6%	41.3%
1966—68 (Datele noastre)	10.0%	8.0%	12.0%	30.0%

Mortalitatea perinatală prin placenta praevia în clinica noastră este în scădere față de anii mai îndepărtați, dar trebuie să subliniem că pierderea a 30% din feți este încă o proporție severă, deși ea este mult scăzută față de datele anterioare ale clinicii noastre și ale altor autori contemporani (*Levy* 32,6%, *Balard* 51,3%, *Lepage* și colab. 30,0% etc.). Privind prin prisma datelor din trecut ale clinicii noastre, ne apare — ca un prim fapt — insuficienta influențare a mortalității fetale antepartum prin placenta praevia, problema care impune necesitatea creșterii eficienței asistenței din policlinică și teren. Scăderea de aproape 3 ori a pierderilor fetale intrapartum reflectă reconsiderarea conduitei noastre, în sensul accentului ce l-am pus pe doi din stâlpii trepidului terapeutic (ori naștere spontană, ori op. cezariană), cu restrângerea sprijinului pe cel de al 3-lea stâlp — intervențiile obstetricale — care s-a dovedit atât de nociv, atât pentru mamă cit și pentru făt.

Faptul că cifrele noastre arată o oarecare creștere a mortalității din postpartum (neonatală) are o explicație firească, sugestiv exprimată în următorul tablou:

Greut. fetală	Sub 1000	1000—1500	1500—2000	2000—2500	Peste 2500	Tctal
Nr. fetilor	6	14	24	19	38	101*
Din care au decedat:						
Antepartum	5	3	1	1	—	10
Intrapartum	1	4	3	—	—	8
Postpartum	—	5	4	3	—	12
Deci s-au pierdut feți în proporție de:						
	6 din 6	12 din 14	8 din 24	4 din 19	nici-unul	
* (O sarcină a fost gemelară)						

Așadar, datele noastre se înscriu pe linia observațiilor unanim subliniate: prematuritatea este factorul cel mai important care se așează la baza mortalității infantile perinatale. Toți feții pierduți perinatal din cazuistica noastră de placenta praevia, au fost prematuri, iar nivelul curbei de mortalitate este direct proporțional cu gradul de prematuritate: dacă din cei 38 de feți maturi nu am pierdut nici-unul, procentul de decese se agrăvează paralel cu gravitatea prematurității, fiind de 85% la grupa de greutate 1.000—1.500 g și 100% la grupa „sub 1.000 g” procente semnificative în acest sens.

Decesul fetal survine în aceste cazuri prin asocierea nefavorabilă a prematurității cu hipoxia cronică fetală, generată de anemia posthemoragică a mamei.

Se știe că nivelul hemoglobinei materne — prin hemodiluția de sarcină — este scăzut la 11—12% și că hemoragiile mamei — în cazul nostru prin placenta praevia — pot scădea acest nivel sub 10%. În aceste condițiuni, capacitatea de transport în O₂ a sîngelui matern poate scădea la jumătate, chiar și în afara șocului hemoragic. În consecință, chiar și pe lângă o irigare corespunzătoare a spațiului intervilos, aprovizionarea fătului cu O₂ devine insuficientă. Acest dezechilibru în aprovizionare devine îngrijorător în cazurile cu sîngerări repetate, chiar de intensitate mijlocie.

În general este cunoscut faptul că fătul prematur suportă mai ușor hipoxia acută în comparație cu cel matur, dar suprapunerea hipoxiei acute peste una cronică — realizată prin hemoragiile materne chiar mici, dar repetate — generează modificări adesea ireversibile mai ales de ordin capilar, fapt care reprezintă „un teren fetal” extrem de labil, cu un potențial patogen exprimat.

Se știe, de asemenea, că din motivele de mai sus, feții prematuri suportă mult mai greu traumatismele mecanice, care în cazurile de placenta praevia, intervin ca elemente agravante în „terenul labil” amintit mai sus. Problema se pune cu deosebită acuitate în nașterile distocice și în cazul diverselor manevre necesare stăvilirii hemoragiei, atât de frecvente în cazurile de placenta praevia.

În constelația de factori negativi, reciproc corelați, ai căror sumare pune vitalitatea fătului în condiții cu totul nefavorabile, se înscrie și *anemia fetală*, frecventă în cazul placentei praevia și care contribuie la scăderea capacității de transport a O₂, de data aceasta în polul fetal — de la 20—25% la 12—15% și chiar sub aceste valori.

La toate acestea nu este lipsit de importanță să amintim că la elementele polimorfe defavorabile de mai sus se mai adaugă în mod frecvent și *infecția*, care se difuzează în singele stagnant dintre col-segment inferior și polul inferior al oului și care determină infectarea fătului, fie transamniotic, fie — mai ales — după ruperea membranelor.

Așadar, există suficiente și serioase motive care fundamentează — adesea în mod dramatic — starea de suferință fetală în placenta praevia. Hipo-anoxia, anemia severă, traumatismul mecanic și infecția, grefate pe un fond de prematuritate, foarte des de grad mare, reprezintă complexul de factori care generează mortalitatea perinatală — încă prea severă — din placenta praevia.

În baza experienței comparative, pe care am câștigat-o în ultimii ani, până la conturarea unor atitudini mai eficiente, ne-am fixat următoarea conduită adaptativă, conduită care — bineînțeles — ne străduim s-o ferim de rigiditate și dogmatism, făcând-o cât mai susceptibilă la ameliorări continue:

1. Combaterea și îmbunătățirea progresivă a asistenței din stările puerperale (naștere-avort) și asanarea în afara puerperalității a diverse ginecopatii, care conturează „terenul praevigen”.

2. Ocrotirea mai anticipată în teren, a femeii în general și a gravidei în special, cu depistarea precoce.

3. Orice sîngerare — chiar minoră — ce survine în a 2-a jumătate a gestației impune în mod categoric internarea de urgență într-un serviciu de specialitate și orice diagnostic de placenta praevia — chiar și numai suspiciunea — trebuie să rețină cazul în maternitate pînă în lăuzia îndepărtată.

4. În cazurile cu hemorragii mici sau mijlocii care se repetă la intervale mai mari, prin „observație înarmată” și la adăpostul unor măsuri competente de reanimare, ne străduim să temporizăm cazurile în nădejdea unei cât mai bune maturizări a fătului și eventualitatea unei nașteri spontane.

5. În rezolvarea cazurilor de placenta praevia, am adoptat ecuația: „ori naștere spontană, ori operație cezariană”, care ne-a oferit rezultatele cele mai bune, atât la mamă, cât și la făt.

6. Ne asociem acelor care susțin aserțiunea după care manevrele obstetricale „sînt periculoase pentru mamă și ucigătoare pentru făt”, motiv pentru care restrîngem la maximum aceste intervenții, aplicîndu-le cazurile de feți morți intrauterin sau neviabili.

7. Cu toată strădania „spre conservatorism”, operația cezariană trebuie executată în timp optim — pe lîngă o reanimare intensivă — și în funcție de gravitatea hemoragiei și starea colului uterin. Operația cezariană nu trebuie să întîrzie dincolo de limitele care agravează starea mamei și pun fătul în situație disperată.

8. Oricare ar fi rezolvarea — pe cale joasă sau înaltă — cazurile cu placenta praevia „rămîn problemă” și au nevoie de asistență riguroasă pînă în lăuzia îndepărtată.

9. În toate aspectele sale, placentă praevia rămâne încă o problemă în care sînt necesare ameliorări substanțiale, în interesul deopotrivă al mamei și copilului.

Sosit la redacție: 19 decembrie 1968