

SUTURA UTERULUI INTR-UN SINGUR STRAT IN OPERAȚIA CEZARIANĂ

dr. V. D. Petrescu, dr. I. Olteanu

Riscul de ruptură al uterului la naștere, la femeile care au avut în antecedente operații cezariene, constituie o problemă de prim ordin în obstetrica modernă, datorită lărgirii indicațiilor și a numărului în continuă creștere de sarcini terminate prin această intervenție.

Ruptura uterului cicatricial postcezarian este apreciată în medie la 1% este raportată de diversi autori cu diferențe semnificative: 0% *Gernez și Poiret* (1963), 0,6% *Donnelly și Franzoni* (1964), 0,8% *Magnin și Thoulon* (1968), 4% *Thein și Sweeney* (1964), 6% *Ruiz-Velasco și Gamiz* (1966). Aceste diferențe, lăsând la o parte timpul de incizie al uterului, depind în principal de doi factori: a) în ce măsură se adoptă conduita „după o cezariană, totdeauna o cezariană“ și b) în ce măsură se includ în „rupturi“ diferitele stadii de „dehiscentă“ uterină, inclusiv „ruptura subperitoneală“.

În clinica noastră, la 21.328 de nașteri înregistrate, începând cu 1 ianuarie 1966, s-au executat 747 (3,5%) operații cezariene; incizia segmentară transversală a fost folosită în 675 de cazuri (91%), iar incizia segmento-corporeală sau corporeală în 72 de cazuri (9%). În această perioadă s-au înregistrat 4 rupturi uterine (0,53%), din care 2 cazuri (0,30%) după incizia segmentară transversală și 2 cazuri (2,77%) după secțiunea verticală segmento-corporeală sau corporeală (*Căpîlnă și colab. 1971, Nandriș și colab. 1971*).

Pentru aprecierea valorii cicatricii uterine după operația cezariană, precum și a restului de ruptură, în timpul unei sarcini sau la nașterea următoare s-au efectuat examene morfologice, iar din 1955 și examene histerografice.

Examenul morfologic este grevat de dificultatea de a repera uneori vechea cicatrice, astfel că nu avem totdeauna certitudinea că fragmentul recoltat provine din zona cicatricială a uterului. Pe de altă parte, acest examen se poate face numai la o nouă laparotomie.

Histerografia s-a dovedit o metodă mult mai obiectivă de explorare funcțională a uterului cicatricial, cunoscînd o adevărată explozie de cercetări în ultimii ani (*Poidevin 1961, Waniorek 1967, Ruiz-Velasco 1967, Magnin și Thoulon 1968, Gelpke 1969, Benbassa și colab. 1971, Sîrbu și colab. 1971, Gheorghiu și colab., 1971*). Histerografia are marele avantaj că este ușor de executat, se poate repeta și permite urmărirea modificărilor cicatricii după fiecare naștere. Examenul radiologic ar putea da informații asupra „dehiscentelor“ și „rupturilor subperitoneale“ puțin manifestate clinic, deseori constatate în plaga operatorie, așa cum menționează *Gheorghiu și Tudor* (1971), deși mai rar trecute în condicile operatorii, și de aici în statistici. Histerografia permite analiza solidității cicatricii, în raport cu diferiți factori, dintre care menționăm: indicația operației cezariene, gradul de formare al segmentului inferior, dificultăți la extracția fătului, numărul de operații cezariene, sediul placentei și în special incizia uterului și tehnica de sutură. În sfîrșit, analiza comparativă a modificărilor radiologice, după operațiile cezariene, poate să contribuie la îmbunătățirea tehnicilor operatorii și la uniformizarea lor.

În ceea ce privește incizia uterului, fără să se poată nega necesitatea, în unele situații de excepție, a histerotomiei segmento-corporeale — o incizie longitudinală strict segmentară este mai mult teoretică — cicatricea după histerotomia segmentară transversală este cea mai rezistentă. Aceasta este

dovedită, de controalele radiologice (*Benbassa și colab.* 1971) și în special de practica clinică îndelungată, prin numărul cel mai mic de rupturi de uter. Datele raportate de statistica clinicii noastre, 0,30% rupturi de uter în histerotomia segmentară transversală și 2,77% în inciziile verticale, sînt în acord cu alte studii (*Pedowitz și Schwartz*, 1957; *Dillon și colab.*, 1964; *Donnelly și Franzoni*, 1964; *Thein și Sweeney*, 1964, ș. a.).

În lucrarea de față în operația cezariană segmentară transversală se recomandă și se susține sutura uterului într-un singur strat, insistîndu-se asupra celor doi timpi, care caracterizează tehnica folosită de noi și anume: 1. histerotomia și 2. sutura uterului.

1. *Histerotomia transversală* o executăm cu o foarfecă boantă și curbă, condusă pe două degete după o prealabilă „butonieră” făcută cu bisturiul. Secțiunea este ușor arcuită spre extremități. Histerotomia cuprinde pe-tele uterin în totalitate, inclusiv peritoneul care nu se decolează în prealabil. Se obține o secțiune netă a miometrului, ceea ce permite o sutură mai bună și o cicatrice mai rezistentă. Peritoneul rămîne, evident, aderent la straturile profunde musculare.

2. *Sutura uterului* se face cu fire separate într-un singur strat, inclusiv peritoneul, evitînd pe cît posibil încărcarea mucoasei. Sutura se execută totdeauna cu catgut nr. 3 și firele se trec la 1,5 cm distanță, folosind numai ace curbe tip Hagedorn. Insistăm ca primele fire să fie puse la comisuri, de o parte și de alta, după evidențierea lor corectă vizual și palpatoriu. Aceste fire se plasează imediat după scoaterea fătului, înainte de decolare sau extracția placentei.

Tehnica folosită are următoarele avantaje:

- a) Cicatrice mai solidă prin avivarea anatomică a plăgilor de secțiune.
- b) Cicatrice mai solidă, deoarece se evită ischemia dată de sutura în mai multe planuri cu fire separate, folosindu-se mai ales surjet. Este binecunoscut că procesul de vindecare are loc numai între firele de sutură. Această cicatrizare, mai fiziologică, a dus de altfel la folosirea suturii cu fire separate într-un strat în chirurgia celor mai multe organe cavitare.
- c) Evită expunerea și contaminarea țesutului subperitoneal, un risc asupra căruia *Aburel* a insistat în mod deosebit.
- d) Sutura este mai simplă, mai rapidă.

Sutura uterului într-un strat la operațiile cezariene, recomandată la sfîrșitul secolului trecut (*Samger și colab.*, 1882), reluată de *Wagner* în 1933, este actualizată de *Potier și Johnston* în 1954. Acești autori prezintă un studiu privind 1521 de cazuri de operații cezariene cu uterul suturat într-un singur strat, 500 din aceste femei născînd spontan ulterior fără niciun accident. Sutura uterului într-un singur strat, cu fire separate, este folosită și de alți autori: *Granjon și Parent* (1966), *Waniorek* (1967), *Aburel* (1968), *Thoulon* (1968), *Gelpke* (1969), *Csücs și colab.* (1970), *Benbassa și colab.* (1971), *Lupașcu și colab.* (1971), *Horn și colab.* (1971) ș. a.

În ceea ce ne privește histerotomia cu foarfeca este folosită de unul din noi de peste 10 ani, iar primele operații cu tehnica descrisă au fost efectuate din 1968 la Clinica Filantropia, unde sutura uterului într-un strat a fost introdusă de *Aburel*. Ulterior, la Tîrgu Mureș în 1970, sutura într-un strat a fost folosită de *Olteanu, Veriș și Nandriș*, cu unele diferențe de tehnică (deschiderea uterului prin debridare digitală, sutura separată a peritoneului ș. a.). Experiența clinicii, noastre privind sutura uterului într-un singur plan, pînă în prezent este de 50 de cazuri.

Din literatura cercetată, la noi în țară sutura uterului cu fire separate, într-un singur strat, se execută de asemenea la Clinica din Iași. *Lupașcu și colab.* preferă însă să execute nodul pe fața profundă a liniei de sutură, în interiorul cavității uterului. Sutura cu puncte „departe și aproape” folosită de *Thoulon* nu constituie nici un avantaj, dar scade rezistența firului și accentuează ischemia. De asemenea, nu găsim nici o justificare pentru folo-

sirea de fire ireversibile la sutura uterului, așa cum folosește încă Csücs și colab. Sutura uterului trebuie făcută cu atenție, evitând aplicarea de fire suplimentare de hemostază.

Valoarea cicatricii uterului într-un singur strat este confirmată de numeroase cercetări clinice, morfologice, radiologice și experimentale pe animale. Folosind *datele clinice* (temperatura, involuția uterului, timpul de internare etc.). *Horn* (1971) arată, pe loturi comparative de 200 de cazuri, că lăuzia imediată a fost remarcabil mai bună la operatele cu sutura uterului într-un strat, decât în cazurile cu sutura uterului în două planuri, tocmai prin lipsa de spații și a materialului de sutură redus.

Morfologic, *Nubert* și colab. (1971) arată prezența țesutului cicatricial conjunctiv în toate piesele examinate, dar evident accentuat prin ischemie în suturile cu surjet în 2 straturi.

Cercetările experimentale pe iepuroaice gravide, efectuate de *Popescu* și *Munteanu*, au o valoare deosebită; „Cea mai optimă cicatrizare s-a obținut folosind fire separate de catgut într-un singur plan, cu arivarea musculară corectă fără interpunere de endometru“. Surjetul și în special cel în 2 straturi este ischemiat. Procesele de scleroză sau chiar de necroză musculară sînt prezente aici, de unde o cicatrice vicioasă, deficitară.

Examele histerografice efectuate de noi în 5 cazuri, la 6—14 luni după naștere, au arătat în 4 cazuri imagini radiologice normale și într-un caz o ușoară denivelare, în care histerografia a fost efectuată după două operații cezariene (fig. nr. 1). *Gelpke* (1969) la 150 de cazuri, din care 133 cu sutura uterului într-un singur strat, la examenele radiologice găsește imagini normale în 78,7% și numai în 0,7% modificări mai importante, mai mari de 6 mm.

Datele statistice pe care le dăm, realizează o adevărată ierarhizare a tehnicilor de refacere a uterului după operațiile cezariene. *Vaniorek* (1966) la 89 de cazuri cu sutură într-un plan, cu fire separate, găsește cicatrici bune în 81 de cazuri (91%), în timp ce în 132 de cazuri cu sutură în 2 planuri cicatrici bune au fost numai în 96 de cazuri (72%). *Poidevin* (1961) la 33 de cazuri cu sutură cu fire separate găsește 31 de cazuri (94%) cu cicatrice bună, față de numai 42% cicatrici bune la 169 de cazuri cu sutură în surjet.

După expunerea datelor care recomandă și sprijină valoarea suturii uterului cu fire separate într-un strat în operația cezariană, trebuie să menționăm și câteva opinii direct sau indirect contrare. Astfel, *H. K. Bauer* (1969) polemizînd cu *Gelpke*, nu găsește nici un motiv pentru a prefera sutura într-un strat și nu este de părere că ar putea fi de pe acum recomandată. Pe de altă parte, *Y. Malinas* (1971) se arată mulțumit de sutura cu surjet în 2 planuri, pe care o execută de 26 de ani și nu pare decis să o schimbe.

Prudența? Farmecul conservatorismului obstetrical!

Și totuși s-a făcut un pas hotărîtor spre sutura într-un strat, cu fire separate și foarte multe servicii au adoptat această tehnică.

Sosit la redacție: 17 iunie 1971.

Bibliografie

1. BAUER H. K.: *Geburtsh. u. Frauenh.* (1969), 29, 853; 2. BENBASSA A., RACINET C., CHABERT P., MALINAS Y.: *Rev. franc. gynéc.* (1971), 66, 95; 3. CĂPILNĂ E., PEȚEANU V., SALCĂ H.: *Observații legate de tipul de incizie în operația cezariană. „Uterul cicatricial postcezarian“.* U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971; 4. CSÜCS L., KÖTT I., SOLT I.: *Orv. Hetil.* (1970), 111, 813; 5. DILLON J. R., TILLIS J. E., BREMMER J.: *Amer. J. Obst. Gynec.* (1964), 90, 907; 6. DONNFFLY J. P., FRANZONI K. T.: *Obstet. Gynec.* (1964), 23, 744; 7. GELPKKE W.: *Geburtsh. u. Frauenh.* (1969), 29, 854; 8. GELPKKE W.: *Geburtsh. u. Frauenh.* (1969), 29, 26; 9. GERNEZ L., POIRET C.: *Gynec. et Obstet.* (1963), 62, 237; 10. GHEORGHIU D., TĂNASE E., COMAN O., LUCA M.: *Studiul radiologic al ute-*

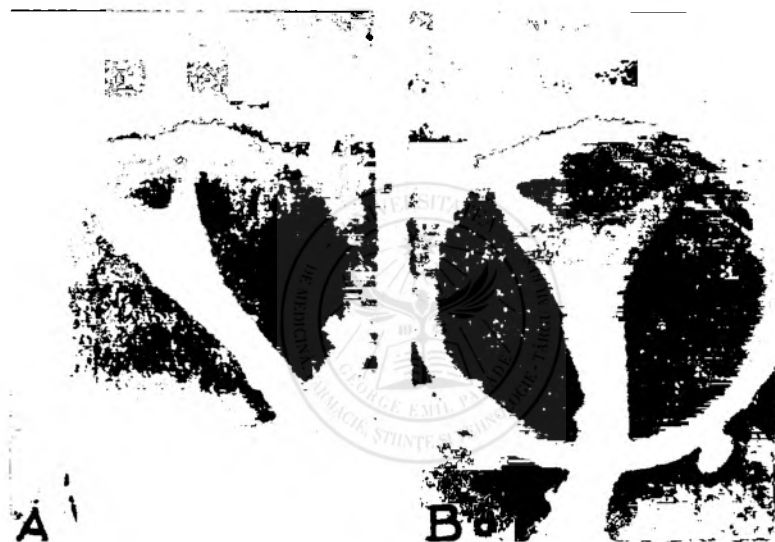


Fig. nr. 1: Cazul D. V. 34 ani, f. obs. 5372 1970. Sarcină la termen, OIS, făt viu, membrane rupte, colul șters, dilatație 3 cm, bazin în general strimțat, uter cicatricial. Operație cezariană iterativă: histerectomie cu foarfece și sutura uterului într-un strat, inclusiv peritoneul, cu fire separate de catgut. În antecedente operație cezariană (1965) segmentară transversală, sutura în 2 straturi cu fire separate efectuate la dilatație totală. Histerosalpingografia (A. profil și B. față) efectuată la 12 luni după a 2-a operație arată o loarte mică denivelare cicatricială

rului cicatricial după operația cezariană. „Uterul cicatricial postcezarian“. U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata mai, 1971; 11. GHEORGHIU N. N., TUDOR I.: Conduita noastră la gravidele cu uter cicatricial (după operația cezariană). „Uterul cicatricial postcezarian“. U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971; 12. GRANJON A., PARENT B.: Presse méd. (1966), 74, 2145; 13. HORN B., GIMES R., HERBERTH J.: Magyar Nőorv. L. (1971), 34, 193; 14. LUPAȘCU G., ALTARESCU M., ARDELEANU D.: Obst. și Gynec. (1971), 29, 165; 15. MAGNIN P., THOULON J. M.: Gyn. Obst. (Paris), (1968), 67, 119; 16. MALINAS Y.: Rev. Franc. Gynec. (1971), 66, 107; 17. NANDRIȘ V., ROSENFELD T., UNGUREANU O., LÁSZLÓ D.: Considerații asupra rupturilor uterine postcezariene. „Uterul cicatricial postcezarian“. U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971; 18. NUBERT I., MUNTEANU I., MUNTEANU F., VASILIU L.: Aspecte morfopatologice în procesul cicatricial după cezariana experimentală. „Uterul cicatricial postcezarian“, U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971; 19. PEDOWITZ P., SCHWARTZ A.: Amer. J. Obst. Gynec. (1957), 74, 1071; 20. POIDEVIN L. O. S.: Amer. J. Obst. Gynec. (1961), 81, 67; 21. POPESCU D., MUNTEANU I.: Cercetări asupra procesului de cicatrizare în cezariana experimentală. „Uterul cicatricial postcezarian“. U.S.S.M. Filiala Mureș, mai 1971; 22. POTTER M. G., JOHNSTON D. C.: Amer. J. Obst. Gynec. (1954), 67, 760; 23. RUIZ-VELASCO V., GANIZ R.: Amer. J. Obst. Gynec. (1966), 95, 1118; 24. RUIZ-VELASCO V., ROSAS-ARCEO J.: Rev. franc. gynec. (1971), 66, 83; 25. RUIZ-VELASCO V.: cit. 24; 26. SANGER M., KEHRER F., LEOPOLD G.: cit. 7; 27. SIRBU P., VASILIU C., GORANOV M.: Studiul radiologic al cicatricei uterului după operațiile cezariene. „Uterul cicatricial postcezarian“. U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971; 28. THEIN W., SWEENEY D. J.: Amer. J. Obst. Gynec. (1964), 90, 913; 29. THOULON J. M.: 1968 cit. 15; 30. WAGNER 1933 cit. 7; 31. WANIOREK A.: Obstet. and Gynec. (1967), 29, 192; 32. ZILBERMANN A., SHARF M., POLISHUK W. Z.: Obstet. and Gynec. (1968), 32, 153. cit. 24.