

Clinica de obstetrică și ginecologie din Tîrgu Mureș  
(cond.: prof. dr. A. Borbáth, doctor în medicină)

### UTERUL CICATRICEAL POSTCEZARIAN

dr. T. Rosenfeld

În literatura de specialitate din ultima vreme, găsim multe articole ce se referă la secțiunile cezariene iterative, sau la rupturile uterine ce au loc la aceste parturiente, care au suferit operații cezariene multiple. Unele articole studiază cicatricea operatorie cu ajutorul metodelor radiologice, altele pun accent pe examinările histopatologice și biochimice. Sintem de părere că această preocupare multilaterală este motivată.

În ultimul deceniu se observă în țara noastră lărgirea relativă a indicațiilor operației cezariene (O. C.).

Concepția profilactică ce predomină gândirea noastră medicală și care are multe aplicații și în domeniul obstetricii și ginecologiei — este destul să ne referim la munca preventivă multilaterală legată de disgravidiiile tardive, sau la depistarea anticanceroasă în masă — a ciștigat teren și în indicațiile O.C.

Dacă în trecut ne-am folosit de O.C. pentru a trata complicațiile survenite în timpul nașterii, astăzi operația cezariană are un alt scop mai larg, în prevenirea complicațiilor care ar putea periclita viața mamei și a fătului în decursul travaliului. Această modificare a concepției noastre, care are ca urmare sporirea numărului O.C. în general, și în mod firesc creșterea incidenței cezarienelor iterative, se bazează pe multe achiziții moderne ale științei noastre medicale. Mă refer la tehnica operatorie mai fiziologică, mai conservatoare, lărgirea rețelei de anestezie și reanimare, apariția centrelor de transfuzie, dezvoltarea rețelei de autosalvări, dezvoltarea organizării sanitare, manifestată prin sporirea circumscripțiilor sanitare, a numărului medicilor, a cadrelor medii etc.

Toate acestea au făcut posibilă lărgirea indicației O.C., ea devenind mai accesibilă și mai puțin riscantă. Astăzi, întlnim din ce în ce mai frecvent parturiente ce au una sau mai multe cezariene în antecedente. Care să fie atitudinea noastră față de aceste parturiente? În ce caz se va pune indicația O.C.?

Comportamentul cicatricelor postcezariene în timpul sarcinei și a unei nașteri noi, reprezintă una dintre problemele încă nerezolvate ale obstetricii moderne, deși dispunem de o serie de cunoștințe în acest sens.

În S.U.A. mulți rămîn fideli dictonului formulat de către *Craigin* „once cesarean, always cesarean“, ca de exemplu *Dieckmann*, *Lynch*, *Greenhill*, *Thompson*, *Hayes*. Ei fac sistematic cezariene iterative în orice circumstanță. Argumentul lor principal constă în riscul rupturii uterine în cursul travaliului.

În statistica autorilor de mai sus, cezarienele iterative reprezintă 40—50% dintre indicații. După *Moore*s și *White*, acest procent ajunge la o valoare și mai mare, chiar de 62%.

Este un fapt incontestabil că numărul O.C. iterative s-a mărit în mod considerabil în ultimii zece ani, ajungînd de la 35,2% la 50,7%, după cum reiese din lucrarea lui *Costa*. Pentru demonstrarea argumentului de mai sus, *Jones* a făcut următorul tablou:

	1940—1952	1953—1962
Operații cezariene iterative	31%	44%
Primele operații cezariene	69%	56%

Această tendință, de a efectua cezariene întotdeauna la femeile care au O.C. în antecedentele lor, a fost viu criticată de numeroși autori. Ei reproșează faptul că această atitudine reduce perspectiva obstetricală a femeilor cu uter cicatricial postcezarian, micșorându-le posibilitatea de a avea un număr mai mare de copii.

În Franța majoritatea autorilor sînt pentru încercarea nașterii pe căi naturale, în cazul parturientelor cu utere cicatriciale postcezariene. Această opinie este împărtășită de unii și în S.U.A., statisticele acestora arată un procent relativ redus de cezariene iterative: *d'Esopo* 12,1%, *Cosgave* 17,5%, *Alahbadia* (Anglia) ne relatează despre 310 probe de travaliu prin căile genitale la mamele cu utere cicatriciale, dintre care 301 au născut spontan și numai la 9 a fost necesară terminarea nașterii prin O.C. iterativă.

Majoritatea obstetricienilor sînt de părere că o femeie poate naște normal după O.C., dacă există condiții de naștere pe căile naturale. *Lemmere* (1958) consideră că 50% din femeile cu O.C. pot naște spontan, *Protopopescu* și *Iureș* (1960) dau procentajul de 39%, iar *Lacomme* și *Lewin* (1962) dau o incidență de 46,60%.

În realitate, aproape în toate cazurile, autorii se situează între două atitudini extreme, cezariene iterative sistematice sau nașterea cu orice preț pe căile pelvigenitale.

Pentru a găsi calea justă de urmat, trebuie să ne bazăm pe mai multe elemente, dintre care amintim după *Granjon* și *Chevallier* următoarele:

1. *Numărul cezarienelor anterioare.* În general se admite că după două cezariene iterative nu se mai încearcă o naștere prin căile pelvigenitale, deci se va executa O.C.

2. *Tipul cezarienelor anterioare.* Riscul și gravitatea cicatricelor corporale, constituie după majoritatea autorilor o indicație categorică spre a interveni la următoarea sarcină.

3. *Indicația cezarienei anterioare.* Anumiți factori pot determina slăbirea, fragilizarea unui segment interior, cum ar fi placenta praevia. Astfel de momente trebuie să ne facă prudenți în asistarea nașterii pe cale joasă și ne vor face să preferăm calea superioară, aceea a O.C. Dar indicația O.C. anterioară ne interesează și din alt punct de vedere. Bunăoară, dacă O.C. anterioară a avut loc în urma unei indicații care se va manifesta și la nașterea următoare (bazin strîmtat disproporție fetopelvină) sîntem de la început pentru nașterea prin O.C. Dacă prima cezariană a avut loc pentru o indicație care nu se va repeta în mod obligatoriu (distocie de dinamică uterină, rigiditate de col) putem face proba travaliului.

4. *Decursul și vindecarea cezarienei anterioare.* Dacă evoluția postoperatorie a fost febrilă, vom lua în considerare posibilitatea existenței unui cicatrice de calitate mai slabă.

5. *Calitatea prezentației și volumul fătului.* Toate cazurile de prezentație anormală și cu un volum excesiv al fătului trebuie rezolvate prin O.C.

După *Alessandrescu* o nouă O.C. depinde de sediul cicatricii, calitatea acesteia, condițiile și indicațiile O.C. precedente, numărul cezarienelor anterioare, condițiile de desfășurare ale travaliului, semnele de iminență de ruptură a cicatricii.

Practic, existența unei O.C. în antecedente contraindică o naștere pe căile naturale. Proba de naștere este în fond proba de calitate a cicatricii. În conducerea nașterii se utilizează larg antispasticele, fiind contraindicate ocitocitele majore.

O.C. va fi indicată la începutul travaliului dacă sînt îndoieli asupra valorii cicatricii. În ceea ce privește numărul O.C. posibile de a fi executate, majoritatea autorilor sînt de acord pentru un maximum de trei operații.

Pentru a combate critica, conform căreia O.C. reduce posibilitățile femeilor supuse acestei intervenții de a avea un număr mai mare de copii, se observă în

prezent o altă tendință. Aceea de a înmulți numărul cezarienelor iterative, nemai-admițind cifra de trei cezariene ca sinonimă cu sterilizarea. Această opinie este susținută mai ales de autorii: *Dillon, Weed, Morly, Sullivan, Müller, Thein* etc.

Astfel *Dillon, Tillis* și *Bremmer* vorbesc în lucrarea lor despre 1.033 de O.C. executate la 284 mame, având în antecedentele lor fiecare cel puțin trei O.C. sau mai multe. Ei nu au observat nici un caz de mortalitate maternă, iar morbiditatea cazurilor era identică cu cea a altor statistici.

După *Le Cannier* musculatura purtătoare a unei cicatrice pare să se desfaca mai ușor, având o simptomatologie discretă, durerea determinată de ruptură nefiind mai accentuată decât o contracțiune uterină forte. Dintre cele 17 cazuri observate de autor, 11 abia s-au manifestat clinic, făcând parte din categoria așa-ziselor rupturi uterine cu forma latentă. Această manifestare abia perceptibilă este confirmată de operatori, care au văzut rupturi uterine producându-se înaintea ochilor lor în cursul cezarienelor iterative.

Concluzia autorului este următoarea: numărul uterelor cicatriceale postcezariene devine din ce în ce mai frecvent. Toate aceste cazuri au nevoie de o supraveghere obstetricală foarte atentă, ce se poate realiza numai într-un mediu de spital. După ce nașterea a avut loc pe cale vaginală se va controla foarte sistematic segmentul uterin, spre a depista eventualele rupturi uterine asimptomatice, lente. *Houel* este de părere că cicatricea uterină reprezintă un punct slab, un apel la ruptură cu ocazia unei nașteri ulterioare. Pentru asistarea acestui fel de nașteri recomandă următoarele: 1. Nașterea să aibă loc într-un spital bine dotat, unde sala de nașteri poate avea și rolul sălii de operație. 2. Se va urmări în mod riguros desfășurarea nașterii, scurtind sau chiar evitind probele de travaliu. 3. Se vor evita așa-zisele nașteri dirijate prin perfuzii cu ocitocină. 4. Trebuie să ne pregătim în vederea terminării nașterii prin O.C. ori de câte ori este necesar. 5. Să nu uităm controlul segmentului inferior uterin după nașterile ce au avut loc pe căile pelvigenitale.

*Notter* în articolul intitulat „Viitorul obstetrical al femeilor cu operație cezariană”, argumentează astfel: „Nu se poate tăgădui că tehnica operatorie joacă un rol în calitatea cicatricei, care depinde în mare parte de adaptarea perfectă a tranșelor uterine, de caracterul netraumatizant al suturii și de o bună peritonizare”. Pentru aceasta, recomandă evitarea unor greșeli ce se comit uneori: 1. Sutura în două straturi a plăgii. Lucrând astfel s-ar putea lăsa între ele spații goale unde se acumulează singele, sursă posibilă a fibrozei cicatriceale. 2. La suturare folosirea unui fir surjet în loc de fire separate. 3. Utilizarea firelor de un calibru prea gros. 4. Inversarea seroasei peritoneale între cele două buze musculare, realizând veritabile „pseudoartroze musculare”. 5. Evitarea evaginației mucoasei uterine spre a înlătura o eventuală endometrioză. 6. Însfirșit, recomandă evitarea inciziei transversale foarte înalte a segmentului, la nivelul unirii corpului uterin cu segmentul inferior, ajungind la afrontarea a două margini de diferite grosimi. Amintim că *Petrescu* și *Olteanu* au studiat recent problema suturii uterului într-un singur strat în operația cezariană, arătând avantajele acestei metode.

Factorul cel mai important care reduce rezistența cicatricei, pare să fie reprezentat de inserția placentei la nivelul segmentului. Această fragilitate a segmentului inferior poate să se exagereze printr-o nouă localizare a placentei la nivelul cicatricei anterioare a histerotomiei, fapt relativ frecvent la cezarienele iterative. În lucrarea lui *Thain* și *Sweeney*, placenta praevia are o incidență de 7,4% la O.C. iterative și de 0,6% în alte cazuri.

*Coja* și *Streja* constată că rupturile uterine în general au scăzut în frecvență. În schimb, a crescut frecvența rupturilor pe uterul cicatriceal, din cauza creșterii frecvenței intervențiilor pe uter. Acestea ridică noi probleme de profilaxie. La spitalul „Polizu”, între anii 1954—1963, la 18.600 de nașteri au avut loc 20 de rupturi ale uterelor gravide, având deci o frecvență de 1,07%.

Concluziile lor sînt următoarele: 1. Uterele cu cicatrice reprezintă astăzi cauza cea mai frecventă a rupturilor uterine (15 cazuri din 20). 2. Cicatricea din O.C. corporală deține preponderența (8 cazuri). Cicatricea de O.C. segmentară are o frec-

vență mult mai mică (4 cazuri) deși numărul lor este mult mai mare ca al celor al cezarienelor corporale. 3. Cicatricile uterine consecutive curetajelor post-partum (1 caz), sau post-abortum (2 cazuri) merită de asemenea atenție, fiind cauza unor rupturi extrem de grave.

Vinți și colab., arată că în ultima vreme se observă o scădere în incidența rupturilor uterine, în urma intervențiilor obstetricale și distociilor mecanice. În schimb se observă o creștere a incidenței rupturilor uterine, consecutive practicării unei secțiuni cezariene mai ales când incizia uterului s-a făcut longitudinal.

În cursul ultimilor 10 ani au fost studiate 10 cazuri de rupturi uterine dintre care 8 s-au produs pe cicatrice uterine anterioare.

Din punct de vedere clinic 3 cazuri au evoluat cu simptomatologia unui șoc hemoragic și a unei inundații peritoneale; în 5 cazuri unde exista în antecedente O.C. a lipsit simptomatologia clasică a rupturii.

Examenul histopatologic al materialului prelevat de la nivelul rupturilor arată prezența unei cicatrice, caracterizată prin dezvoltarea unui exces de țesut conjunctiv, cu zone întinse hialinizate și cu prezența micilor focare de necroză.

Rosenfeld și colab. au studiat din punct de vedere histopatologic cicatricile uterine la 40 de parturiente, cu ocazia O.C. iterative. Au găsit alterații distrofice ale fibrelor musculare în 22 de cazuri; proliferare de țesut conjunctiv collagen în 38 de piese, dintre care fibroză de gradul I în 16 cazuri, iar fibroză de gradul II în 22 cazuri; inflamație cronică în 2 cazuri, inflamații evolutive în 12 cazuri. Într-un singur caz au găsit un granulom de corp străin. Hemoragii recente au fost puse în evidență în 38 de cazuri.

Antonescu și colab., între anii 1961—65, la 14.769 de nașteri au înregistrat 8 rupturi uterine (0,54‰) sau o ruptură la 1.845 de nașteri. În etapa anterioară (între anii 1949—60) la 25.000 de nașteri au avut 19 rupturi de uter (0,76‰), adică o ruptură la 1.300 de nașteri. Deși numărul absolut al rupturilor uterine scade, se observă o creștere a rupturilor de uter pe cicatricile de cezariană, dintre cele 8 rupturi amintite, 4 au fost pe cicatrice de cezariană, adică 50%, în comparație cu 36% (7 din 19) cite au avut loc între 1949—1960. Această creștere se constată și de alți autori, astfel Meredith (Toronto) din 36 de rupturi uterine peste 50% le-a înregistrat după O.C.

Prima lucrare consacrată studiului radiologic al cicatricei cezarienelor a fost făcută de Baker (1955), dar pînă în 1958 n-au apărut decît un număr relativ redus de studii sistematice.

Poidevin (1958), Lepage (1959), Varangot (1959) au început o serie de cercetări ale căror concluzii deși nu au fost întotdeauna concordante, toate au accentuat importanța imaginilor radiologice în studiul cicatricelor de cezariană.

Dintre lucrările cele mai recente le amintim pe cele ale lui Magnin și Thoulon din Lyon (1968), a lui Benbassa din Grenoble (1969), precum și comunicările sintetice ale lui Ruiz-Velasco și Arceo, care cuprind experiențele Clinicii obstetricale din Mexico (1970).

Pe baza lucrărilor sus-amintite, Malinas (Grenoble) (1971), încearcă elucidarea problemei în privința cicatricelor operațiilor cezariene, evaluînd rezistența lor din punct de vedere clinic și radiologic.

Magnin și Thoulon au studiat cicatricea a 90 de O.C. prin histerografii, completate la 14 cazuri prin controale manuale ale segmentului uterin cu ocazia unei nașteri ulterioare și cu 6 observațiuni directe în cadrul laparotomiilor pentru O.C. iterative.

Clișeele au fost executate în majoritatea cazurilor la 6 luni de la data O.C. Un singur examen precoce a fost executat la trei luni, care a arătat o leziune importantă la nivelul istmului. Revăzută la sfîrșitul primului an, s-a constatat că deformația s-a redus în mod considerabil.

Clișeele au fost clasificate în 4 grupe. Grupa I: 26 de cazuri; nu conține nici o anomalie vizibilă. Grupa a II-a: 48 de cazuri; conține imagini „neregulate” sau „cu creștături”, de asemenea imagini adiționale care măsoară mai puțin de 4 mm, fiind vorba mai des de opacități cuneiforme, de hernii, de deformații „în baionetă” a

canalului cervical. Grupa a III-a: 6 observații, nu conțin deformații mari, dar au anomalii vizibile sub mai multe incidențe și cu aspect morfologic neobișnuit. Grupa a IV-a: 10 cazuri; sînt imagini adiționale cu o profunzime mai mare de 5 mm. E vorba de colțuri de hernii profunde sau mai degrabă de o asociere a mai multor deformații.

*Confruntarea radiologică clinică.* La 14 controale manuale, numai în 5 cazuri a fost găsită o concordanță cu imaginea radiologică (3 bolnave din grupa I și 2 din grupa a II-a). În 2 cazuri au apărut chiar discordanțe evidente. Controalele uterine normale, cit și imaginea radiologică arată deformații din grupa a III-a și din grupa a IV-a. În jumătate din cazurile clinice explorate (7 din 14) palparea cicatricii a fost normală, iar clișeele prezentau istmul deformat în baionetă, în colțuri etc.

Autorii sînt de părere că trebuie atribuită o încredere mai mare imaginii radiologice, decît palpării digitale pe un segment ramolit după naștere și al cărui grosime se determină cu greutate.

În lucrarea „Cicatricile cezarienelor“, Malinas pentru concluziile sale se servește de un material considerabil, obținut pe baza studiului a 400 de O.C. Se bazează de asemenea pe 300 de referințe, care reflectă opinia principalelor școli obstetricale mondiale în privința rezistenței cicatricelor uterine, evaluate pe metode clinice și radiologice.

În statisticile prezentate de Ruiz-Velasco, procentajul imaginilor radiologice suspecte variază între 10—20%. Pe 225 de cicatrice de cezariene, executate de același autor, procentajul imaginilor suspecte este de 17%. Procentajul imaginilor defectuoase realizate de Thoulon este tot de 17%. În lucrările lui Benbassa imaginile radiologice suspecte sînt de 22%.

*În concluzie: I. Pe plan prognostic se poate admite că prin metodele radiologice 80% din cicatricile cezarienelor sînt de bună calitate.*

Controlul clinic realizat fie prin palparea digitală a segmentului uterin, fie prin observația directă cu ocazia O.C. iterative, corespunde cu aspectul radiologic al cicatricii uterine. Este cu totul excepțional ca un clișeu cu o imagine favorabilă să corespundă cu o anomalie importantă sau cu o dehiscență. Dacă totuși există divergențe între cele două rezultate, dăm preferință imaginii radiologice.

Practica de toate zilele ne permite să conchidem că dezunirile cicatricelor segmentare sînt relativ rare. Totuși incidența lor — raportată la unii autori — prezintă diferențe de-a dreptul uimitoare. Astfel Donnelly dă o frecvență de 0,6%, Gernez 0%, Dia 1,5%, Pedowitz 10%. Între cele două extreme, pare mai reală frecvența dehiscenței de 4%, raportată de Thein și de 6% de Ruiz-Velasco.

*II. Cu ajutorul metodelor radiologice incidența cicatricelor vicioase este de aproximativ 20%, totuși numai o mică parte dintre ele se rup în mod intimplător.*

Sînt mai frecvente așa-zisele „serii bune“, unde la 10—20 de cicatrice vicioase avem o singură ruptură. Avem și serii nefaste, unde la două cicatrice vicioase avem o ruptură. În cazurile prezentate de Ruiz-Velasco, la 4—5 cicatrice cu imagini defectuoase avem o ruptură.

*III. Toți autorii sînt de acord asupra faptului că imaginile cu fistule care corespund unei hernii de istm, reprezintă un mare risc și trebuie să fie corectate înaintea unei sarcini noi.*

Prezența acestor hernii de istm se traduce prin sindromul lui Granjon, caracterizat prin dureri, menoragii, menstruații neregulate apărute după histerectomie.

Sosit la redacție: 31 iulie 1972.

#### Bibliografie

1. ALESSANDRESCU D.: Probleme de practică și tehnică obstetricală, București, 1963; 2. ALLAHBADIA N. K.: A. J. Obst. Gynec. (1963), 85, 241; 3. ANTONESCU I. și colab.: Obst. și Gynec. (1967), 2, 121; 4. BENBASSA A.: Thèse de Médecine, Grenoble, 1970; 5. BOFFANO M.: Miner. Rad. (1964), 9, 447; 6. BRET A. J.: Rev. Franç. Gynec. (1968), 63, 11, 573; 7. COJA N., RUSU O.: Clujul Med. (1959), 2,

53; 8. COJA N. și colab.: *Obst. și Ginec.* (1963), 6, 521; 9. COSGROVE R. A. *J. Amer. med. Ass.* (1951), 145, 884; 10. CUCCI L.: *Rev. Ital. Ginec.* (1965), 49, 6, 443; 11. DILLON J. R., TILLIS J. E., BREMMER J. X.: *A. J. Obst. Gynec.* (1964), 90, 907; 12. GRANJON A., PARENT B.: *Presse Méd.* (1966), 74, 2145; 13. GRANJON A.: *Encycl. Méd. Chir. Obst.* (1967), fasc. 5102, 110, 1; 14. GHEORGHIU N. N. și colab. *Gynec. et Obstét.* (1969), 68, 2, 196; 15. GORANOV MITKO NICOLAEV: Teză de doctorat, București, 1972; 16. HOUEL E.: *Bull. Féd. Soc. Gynec. Obstét. Franç.* (1957), 9, 344; 17. HERVET J.: *Encycl. Méd. Chir. Obst.* (1962), fasc. 5047, 10; 18. KALKSCHMID W.: *Geburtshilf. u. Frauenh.* (1966), 26, 538; 19. LACOME M., LEWIN D. L.: *Gynec. et Obstét.* (1962), 61, 437; 20. LAMBESCU A., OANCEA A.: *Timișoara Medicală* (1969), 14, 4, 329; 21. MAGNIN P., THOULON J. M.: *Gynec. et Obstét.* (1968), 67, 1, 119; 22. NEGRUȚ I. și colab.: *Obst. și Ginec.* (1970), 5, 569; 23. NOTTER A.: *Rev. Franç. Gynec.* (1959), 54, 825; 24. PEDOVITZ P., SCHWARTZ R. M.: *A. J. Obst. Gynec.* (1957), 74, 1071; 25. PETRESCU V. D., OLTEANU I.: *Rev. Med.* (1971), 16, 3—4, 350; 26. POIDEVIN L.O.S.: *J. Obst. Gynec.* (1961), 81, 67; 27. ROSENFELD T. și colab.: *Rev. Med.* (1959), 1, 21; 28. ROSENFELD T. și colab.: *Obst. și Ginec.* (1972), 2, 53; 29. ROSENFELD T. și colab.: *Simpozionul: Uterul cicatriceal postcezarian. U.S.S.M. Filiala Mureș, Sovata, mai 1971*; 30. RUIZ-VELASCO V., GAMIZ R.: *A. J. Obst. Gynec.* (1966), 95, 1118; 31. SÎRBU P.: *Urgențele obstetricale*, Ed. Med., București, 1953, 141; 32. TEODORESCU--EXARCU: *Agresologia chirurgicală generală*. Ed. Med., București, 1968, 385; 33. THEIN W.: *A. J. Obst. Gynec.* (1964), 90, 913; 34. VINȚI și colab.: *Obst. și Ginec.* (1969), 2, 185; 35. WANIOREK A.: *Obstet. and Gynec.* (1967), 29, 192; 36. ZOLTÁN I.: *Obst. și Ginec.* (1969), 5, 547.

---