

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

CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE PARASISTOLIE FETALĂ

dr. C. Rădulescu

Cea mai mare parte a studiilor de electrocardiografie fetală (ECGF) din perioada sarcinei și a travaliului au drept scop depistarea suferințelor fetale intrauterine prin înregistrarea integrată a ritmului cardiac fetal (RCF) și al tulburărilor acestuia în raport cu contracțiile uterine, descriindu-se astfel bradicardii și tahicardii fetale patologice, izolate sau asociate (3, 7, 11).

Un număr restrâns de studii, folosind metode de înregistrare bipolare directe sau combinate mamă-făt, se ocupă de morfologia complexelor fetale normale și modificările acestora în stările patologice. Interpretarea acestor modificări este dificilă din cauza greutăților tehnice, a artefactelor, al voltajului scăzut al deflexiunilor și nu li se atribuie în general o semnificație patologică, decât atunci când sînt asociate cu tulburări de ritm și alte semne de suferință fetală (acidoză fetală, amnioscopie pozitivă etc.).

Au fost descrise puține cazuri de aritmii majore fetale și neconfirmarea lor la nou-născut în post-partum a făcut pe mulți (4, 8, 12) să le considere drept artefacte de înregistrare, exceptînd un număr restrâns de cazuri (5, 6).

În lucrarea de față prezentăm un caz rar de parasistolie fetală, confirmată și la nou-născut.

Gravida T. M. (F.O. nr. 5989/70) se internează cu dg.: III. G., III P., sarcină suprapurtată (cronologic 42 săptămîni), făt viu, OIS, membrane intacte, travaliu nedeclanșat. Un examen amnioscopic decelează prezența lichidului meconial, iar auscultația bcf. relevă zgomote cardiace aritmice, cu diferențe de 15—30 bătăi de la un minut la altul.

Se rup artificial membranele și se face o înregistrare bipolară combinată mamă-făt, cu electrozi aspirativi de sticlă aplicați pe craniul fetal și pe colul uterin. Se observă în secțiunea I și II prezența unor extrasistole atriale cu „P” negativ și intervalul PR scurtat, aspecte de bloc atrio-ventricular și extrasistole ventriculare ca într-un bloc de ramură (fig. nr. 1).

Într-o înregistrare „monopolară” (electrodul activ din derivațiile precordiale maternelle pe capul fetal — IV —) se văd undele „R” maternelle în sus și cele fetale în jos; se pot localiza mai dificil extrasistolele fetale și zonele de bloc atrioventricular.

În secțiunea III se observă RCF după administrarea de atropină 0,001 g la mamă și 0,0002 g la făt subcutanat. Se remarcă o creștere de ritm, o

C. RADULESCU: CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE PARASISTOLIE
FETALĂ

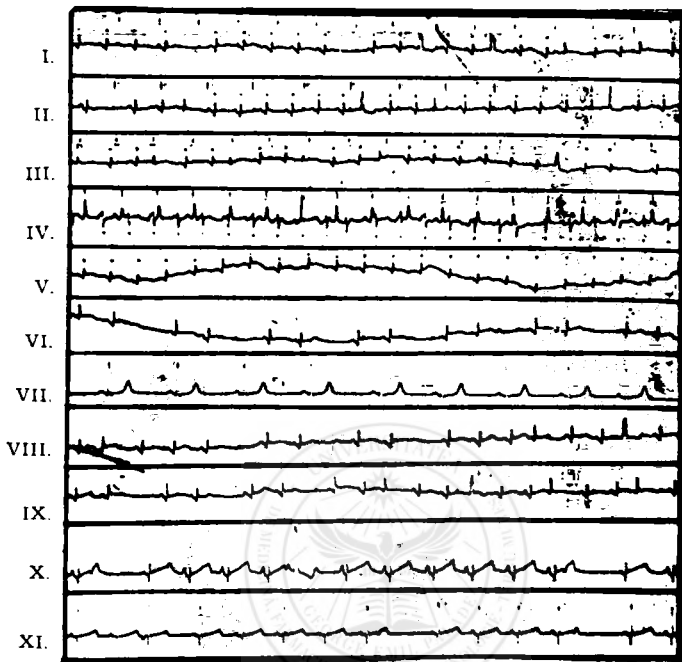


Fig. nr. 1: Aritmie extrasistolică supranodală fetală T.M. (F.o. nr. 5989) III G. II P. sarcină suprapurtată (42 săpt.) făt viu. I II - E.C.G. fetal. Metodă bipolară înainte de travaliu; III = Atropină 0,2 mg la făt; IV = Înregistrare monopolară maternă și fetală; V, VI = Înregistrare în travaliu sub Inderal; VII = Complexe materne în D. II sub Inderal; VIII, IX = Înregistrare fetală bipolară în travaliu avansat; X, XI E.C.G. nou-născut în D II și D III la 10 ore după naștere

reducere a numărului blocurilor (de 3—4 ori), dar persistă extrasistolele de tip atrial și ventricular.

La 45 de minute după administrarea a 20 mg Inderal per os la mamă, ritmul cardiac fetal este sinusal regulat, fără extrasistole și bloc (V).

Ruperea membranelor și administrarea Inderalului declanșează apariția unui travaliu cu o alură hipertonic-hiperchinetică. La peste o oră de la administrarea celor două droguri, în timpul unei contracții, ritmul este de 84 bătăi minut și aspectul este de bloc atrioventricular 2/1 (VI).

După 90 de minute reapare tabloul inițial cu extrasistole atriale și ventriculare, cordul fetal fiind scos de sub influența atropinei și propranolului, în contracții persistă un număr crescut de imagini de bloc (VIII, IX).

O determinare de pH actual la dilatația de 8 cm arată valoarea de 7,18 u și imediat înainte de expulsiia capului 7,14 u.

Fătul s-a născut spontan cu indicele APGAR 5 la minut și 7 la 5 minute, necesitind manevre de reanimare; greutatea fătului a fost de 2600 g, cu aspect dismatat.

O înregistrare efectuată la nou-născut la 10 ore de la naștere — sub narcoză cu cloralhidrat — reproduce aritmia cu extrasistole de tip atrial și ventricular și aspectele de bloc atrioventricular; numărind la nou-născut distanțele între undele „P” ale ritmului sinusal acestea apar la 0,62 sec., iar cele ale ritmului celui de al doilea centru („P” negative) la un multiplu al lui 0,42 sec.

Unda „P” negativă în derivațiile I și II la nou-născut arată o depolarizare retrogradă a atriilor, iar intervalul PR scurtat ar sugera că centrul heterotopic este nodal superior sau atrial inferior. Pe complexe nou-născutului (mai puțin clar și pe cele de la făt) se vede că atunci când unda „P” a centrului ectopic a căzut înainte de unda „T” a centrului sinoatrial aceasta nu a fost urmată de un complex ventricular, din cauza perioadei refractare absolute ventriculare; excitația heterotopă a depolarizat atriile, iar sistola atrială a centrului sinoatrial nu a mai apărut, traseul avînd aspect de bloc atrioventricular. Când unda „P” a centrului ectopic a căzut pe unda „T” (în vîrfurile acestora) din complexul sinusal precedent normal, a urmat transmiterea ventriculară, dar aspectul undei „R” a apărut deformat ca într-un bloc de ramură, probabil din cauza perioadei refractare relative din ventriculi sau datorită predominanței ventriculare drepte de la făt și nou-născut. Când unda „P” a centrului heterotopic a căzut după unda „T” a complexului sinoatrial normal anterior, a apărut un complex cu aspect de extrasistolă auriculară cu „P” negativ și PR scurtat.

Faptul că aritmia s-a menținut după naștere în mod asemănător pe trasee, sugerează originea organică a acestei tulburări de ritm. Totuși, dispariția modificărilor anormale generate de centrul heterotopic după denervarea chimică a cordului fetal (cu atropină și Inderal) nu exclude posibilitatea componentei funcționale a parasistoliei, prin hiperamfotonie sau hipoxie miocardică.

Fătul a fost externat în a 7-a zi de viață în stare bună, cu aritmia persistentă și nu a mai fost urmărit în continuare.

Sosit la redacție: 4 ianuarie 1973.

Bibliografie

1. BARDEN P. T., STANDER N. R.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1968), 101, 91;
 2. BARDEN P. T., STANDER N. R.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1968), 102, 226;
 3. CALDEYRO-BARCIA R., MENDEZ BAUER C., POSEIRO S. I., POSE S. V., ESCARCENA L., BIENIARZ J., ALTHALBE O., GUELIN L.: Bull. Fed. Soc. Gynec. et d'Obst. (1965), 17, 5, 395;
 4. KANTOR I. H., BOWMAN A., ABBOT D. P.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1966), 94, 287;
 5. KENDALL B.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1967), 99, 71;
 6. KOMÁROMY B., GAAL J., MIHÁLY G., MOCSARY P., POHANKA Ö., SURÁNYI G.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1967), 99, 79;
 7. KUBLI F. W., HON H. E., KHAZIN F. A., TAKEMURA H.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1969), 104, 1190;
 8. LEVKOFF H. A.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1969), 104, 73;
 9. PEETERS L. A. M., VAN BEMMEL J. H.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1969), 104, 6, 883;
 10. RENAU P., NEWMAN W., WOOD C.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1969), 105, 949;
 11. SUREAU C., CHAVINIÉ J., CANNON M., HUEZEC C.: Obst. și Ginec. (1969), 5, 669;
 12. WHITFIELD R. C.: Amer. J. Obstet. Gynec. (1966), 95, 669.
-