

**UNIVERSITATEA “OVIDIUS” DIN CONSTANȚA
ȘCOALA DOCTORALĂ DE MEDICINĂ
DOMENIUL MEDICINĂ
ANUL UNIVERSITAR 2020**

REZUMAT

Privind teza de doctorat

VALOAREA EVALUĂRII ECOGRAFICE A CICATRICEI UTERINE POST CEZARIANĂ ÎN APRECIEREA RISCULUI MATERNO- FETAL

**Doctorand Dr. Panțuru (Șucu) Roxana Aura
Conducător doctorat Prof. Univ. Dr. Bordeianu Ion**

CONSTANȚA

CUPRINS

I.	Introducere	3
II.	Ipoteza de lucru și obiectivele studiului.....	4
III.	Material și metode	4
IV.	Rezultate	6
V.	Premisele unui algoritm terapeutic.....	13
VI.	Concluzii	15

Cuvinte cheie: cicatrice uterină, histerorafie, histerotomie, lungime canal cervical, ecografie, istmotel

Abrevieri:

ERCD - elective repeated cesarean delivery

CUD - contracții uterine dureroase

OC - operația cezariană

OCI - orificiul cervical intern

OCE - orificiul cervical extern

MR - membrane rupte

VBAC - vaginal birth after cesarean

DPPNI - dezlipire de placentă normal inserată

I. INTRODUCERE

Progresul tehnologic din lumea medicală în ultimele decenii este în continuă ascensiune și are un impact asupra tuturor domeniilor medicale printre care și obstetrică. Odată cu acest progres care a dus la creșterea ratei de succes a numeroase proceduri chirurgicale și intervenții medicale, s-a îmbunătățit și rata de supraviețuire a pacienților și a calității vieții acestora. Astfel, studiul științelor medicale impune în prezent o abordare multi-disciplinară atât teoretică, practică dar și tehnică, pentru abordarea pacienților și în mod deosebit a gravidelor.

„Cum se poate îmbunătăți calitatea actului medical și siguranța pacienților?”. Evaluarea medicală continuă, precoce, profilactică și bazată pe dovezi impune o abordare practică și eficientă a anumitor situații medicale cum ar fi sarcina la o pacientă cu uter cicatriceal după o operație cezariană în antecedente.

Alegerea anumitor proceduri medicale a devenit de asemenea o opțiune a pacientului. Nu ne mai aflăm în stadiul în care medicul hotărăște și pacientul se supune. De la intervențiile în scop cosmetic până la deciziile legate de operațiile majore, pacientul este supus unui act decizional comun. Medicul este cel care are datoria de a expune, clar, în funcție de pregătirea culturală și profesională a pacientului fiecare etapă a procedurii medical. Pacientul este direct implicat în hotărârea finală, fiind familiarizat despre riscurile, complicațiile la care este supus, precum și cu consecințele pe termen scurt și lung.

Aceste deziderate sunt aplicate și în domeniul obstetrical. Sunt gravide care își doresc cu orice preț să nască pe cale naturală, indiferent de riscurile explicate în timp ce alte femei doresc cu orice preț operația cezariană. Motivele pentru care există astfel de situații sunt multiple și au la bază considerente estetice, familiale, religioase, sociale sau economice.

Un alt aspect recent luat în considerare tot mai intens în orice act medical este calitatea vieții post procedurală. Există numeroase publicații în domeniul chirurgical, oncologic dar și medical cu referire la impactul procedurilor asupra parametrilor fizici și psihici ai pacienților pe termen lung. Se analizează de la succesul intervențional în ceea ce privește recidiva patologiei până la modul cum pacientul percepe acest succes. Pe baza unor diverse chestionare sunt evaluate aspecte fizice și somatice precum durerea, mobilitatea, capacitatea de exercitare a profesiei sau a activităților casnice. Nu sunt excluse nici interacțiunea cu familia, prietenii ori abilitatea de a călători. Astfel ne îndreptăm spre o etapă medicală în

care sunt aduse în prim plan percepțiile pacienților și consecințele cele mai mici ale actului medico-chirurgical precum detaliile cicatricilor post-operatorii. Integrând în acest context actul nașterii și implicațiile operației cezariene a rezultat metodologia acestui studiu.

II. IPOTEZE DE LUCRU

Obiectivele principale:

- Evaluarea prin ecografie transvaginală a lungimii colului uterin în fiecare trimestru de sarcină și postoperator;
- Masurarea distanței dintre cicatricea vechii cezariene și orificiul cervical intern în fiecare trimestru de sarcină și postoperator evaluată prin ecografie transabdominală;
- Masurarea distanței dintre cicatricea vechii cezariene și orificiul cervical extern în fiecare trimestru de sarcină și postoperator evaluată prin ecografie transabdominală;
- Determinarea grosimii cicatricei de histerorafie prin ecografie transabdominală în trimestrul I,II și III de sarcină;
- Măsurarea prin ecografie transabdominală a grosimii cicatricei uterine în dreapta, centru și stânga tranșei de histerorafie în trimestrul III de sarcină la 30-34 și la 37-40 de săptămâni de gestație;
- Impactul prezenței contracțiilor uterine dureroase asupra dimensiunii cicatricei de histerorafie;
- Evaluarea intraoperatorie a aspectului tranșei operatorii la pacientele cu uter cicatriceal;
- Controlul la 6 săptămâni după naștere cu evaluarea ecografică a cicatricei de histerorafie, lungimii canalului cervical și prezenței istmocelului;
- Dacă există factori de risc pentru dezvoltarea istmocelului.

III. MATERIAL ȘI METODE

Am realizat un studiu prospectiv care a inclus pacientele care au născut prin operație cezariană și se prezintă la o sarcină ulterioară pentru a fi monitorizate pe durata sarcinii. Studiul s-a desfășurat în cadrul maternității Bucur, Spitalul „Sf. Ioan”, București în perioada 2016-2020.

Criterii de includere în studiu:

- persoane de sex feminin care au fost de acord cu includerea în studiu și au semnat consimțământul informat;
- paciente care prezintă o operație cezariană;
- vârsta între 16-45 ani;
- prezența unei sarcini diagnosticate intrauterin, indiferent de trimestrul de sarcină;
- sarcină unică localizată intrauterin;
- lăuză după naștere prin operație cezariană la 6 săptămâni;
- paciente compliante care au fost de acord cu monitorizarea sarcinii din primul trimestru până la termen.

Criterii de excludere din studiu:

- persoane de sex masculin;
- persoane de sex feminin care au refuzat includerea în studiu;
- persoane de sex feminin cu vârsta sub 16 și peste 45 ani;
- paciente care nu și-au dat consimțământul pentru studiu (tulburări psihiatrice);
- paciente diagnosticate cu sarcină patologică (extrauterină);
- pacientele care nu au dorit păstrarea sarcinii și au efectuat avort la cerere (în limite legale);
- pacientele aflate la prima sarcină (primipare);
- pacientele care au avut nașteri spontane în antecedente și nu prin operație cezariană.
- sarcinile multiple (mai mult de 2 fete).

Parametrii analizați:

✓ vârsta, mediul de proveniență, numărul operațiilor cezariene anterioare, vârsta gestațională și indicațiile operațiilor cezariene inițiale, anul primei nașteri, numărul de ani între nașteri;

✓ particularități ale sarcinii: hidramnios, diabet, macrosomie fetală;

✓ vârsta gestațională la momentul examinării;

✓ trimestrul I (5-12 săptămâni): grosime cicatrice, lungime canal cervical, distanța cicatrice-orificiul cervical intern, distanța cicatrice-orificiul cervical extern, alte aspecte;

✓ trimestrul II (20-25 săptămâni): grosime cicatrice - centru, dreapta, stânga, lungime canal cervical, distanța cicatrice-orificiul cervical intern, distanța cicatrice-orificiul cervical extern, alte aspecte;

✓ trimestrul III (30-34 săptămâni): grosime cicatrice - centru, dreapta, stânga, lungime canal cervical, distanța cicatrice-orificiul cervical intern, distanța cicatrice-orificiul cervical extern, contracții uterine dureroase, alte aspecte

✓ trimestrul III (37-40 săptămâni): grosime cicatrice - centru, dreapta, stânga, lungime canal cervical, distanța cicatrice-orificiul cervical intern, distanța cicatrice-orificiul cervical extern, contracții uterine dureroase, alte aspecte;

✓ aspecte perioperatorii: contracții uterine dureroase, travaliu, starea intraoperatorie a tranșei de histerorafie (indemnă, ruptură, dehiscență), tipul de sutură efectuat (dublu strat, surjet, fire separate)

✓ aspecte postoperatorii: grosime cicatrice, lungime canal cervical, distanța cicatrice-orificiul cervical intern, distanța cicatrice-orificiul cervical extern, alte aspecte

Testele statistice folosite:

Analiza statistică a fost efectuată folosind programul IBM SPSS Statistics 21.

IV. REZULTATE

Date epidemiologice

O analiză inițială a pacienților din studiu a fost bazată pe caracteristici epidemiologice. În lotul analizat au fost incluse 150 de paciente. Pacientele incluse în studiu au avut vârste cuprinse între 18 și 41 ani, cu o vârstă medie de 29.26 ani (deviație standard 5.044, CI: [28.45; 30.07]).

Există o ușoară tendință de scăderea a vârstei medii în cazul gravidelor din mediul rural - 27.20 ani (deviație standard 6.192, CI: [25.34; 29.03]), comparativ cu cele din mediul urban – vârstă medie 30.14 ani (deviație standard 4.196, CI: [29.33; 30.95]).

Referitor la paritate, din cele 150 paciente incluse în studiu: 120 paciente (80%) au antecedente obstetricale cu o operație cezariană – dintre acestea, 3 (2.5% dintre paciente cu o singură cezariană) au în istoric și câte o naștere spontană, 27 paciente (18%) au uter cicatriceal după 2 operații cezariene, iar 3 paciente (2%) sunt cu uter cicatriceal după 3 operații cezariene.

Indicațiile pentru operațiile cezariene anterioare.

Indicații de cezariană și alte situații întâlnite la operațiile de cezariană precedente : disproporție cefalo – pelvină, ambele la 39 gravide (26%); uter

cicatriceal, la 24 gravide (16%), din care uter dublu cicatriceal la 9 gravide (6%); lipsa de progresiune a travaliului, la 18 gravide (12%); prezentație pelviană, la 12 gravide (8%); suferință fetală acută, prezentație deflectată, la 9 gravide (6%); sarcină gemelară, distocie de dilatație, cezariană în travaliu, DPPNI, macrosomie fetală sau distocie de demaraj, fiecare la câte 6 gravide (4%). Alte indicații sau situații speciale incluzând: patologie maternă, strabism (operat), deces intrapartum – au fost fiecare la mai puțin de 3 cazuri (mai puțin de 2%).

Particularități.

Pe parcursul studiului au fost monitorizate particularitățile fiecărei sarcini. Astfel au fost notate patologiiile fetale, materne sau anexiale. S-au evidențiat situații de polihidramnios sau macrosomie fetală. În lotul studiat s-au evidențiat patologii ale lichidului amniotic la un număr de 6 cazuri care au înregistrat un procent de 4% polihidramnios.

Caracteristicile trimestrului I de sarcină (5-12 săptămâni)

Din cele 150 gravide urmărite, 69 (46%) s-au prezentat la control în primul trimestru al sarcinii. Cele mai multe – 21 paciente (30.4%) – au fost monitorizate din săptămâna a 6-a a sarcinii, iar jumătate dintre ele s-au prezentat la control până să împlinescă 8 săptămâni de sarcină. Totuși, 81 paciente (54%) nu s-au prezentat la ginecolog în primul trimestru al sarcinii.

La cele 69 gravide monitorizate din trimestrul I, grosimea cicatricii de la operația cezariană anterioară a avut valori între 1.14 mm și 8.10 mm. Jumătate dintre paciente au înregistrat grosimi ale cicatricii sub 3.5 mm. În trimestrul I, lungimea canalului cervical a înregistrat valori între 28 mm și 47 mm.

Distanța dintre cicatricea vechii cezariene și orificiul cervical intern a fost măsurată la 62 de paciente în trimestrul I, aceasta luând valori între 3 și 33 mm. Distanță cicatrice - OCE are o valoare medie de 38.89 mm (deviație standard 4.15, CI:[37.81; 39.96]) și o valoare mediana de 38 mm în trimestrul I de sarcină.

Nu a fost evidențiată vreo legătură între distanța cicatrice – OCE și vârsta, numărul de cezariene anterioare sau perioada de timp trecută de la ultima naștere.

Nu s-a evidențiat existența unei legături între grosimea cicatricii și vârsta pacientei sau perioada de timp trecută de la cezariană. Nu există diferențe

semnificative nici între grosimile cicatricilor pacientelor provenind din mediul urban sau rural.

Caracteristicile trimestrului II de sarcină (20-25 săptămâni)

Vârsta gestațională

Din cele 150 gravide urmărite, 54 (36%) s-au prezentat la control în al doilea trimestru al sarcinii. La cele 54 gravide monitorizate în trimestrul II, grosimea cicatricii de la operația cezariană anterioară a avut valori între 2 mm și 7.6 mm. Valoarea medie a canalului cervical în trimestrul II a fost de 33.11 mm (deviație standard 2.81, CI:[32.34; 33.87]). Comparativ cu trimestrul I, lungimea canalului cervical s-a micșorat cu 2.36 mm.

Distanța dintre cicatricea de histerorafie și orificiul cervical intern a fost măsurată la 30 de paciente în trimestrul al II-lea, aceasta luând valori între 2 și 21 mm, cu o distanță medie de 9.62 mm (deviație standard 6.40, CI:[7.23; 12.01]) și o valoare mediana de 9.5 mm. Comparativ cu măsurătoarea similară din trimestrul I, în trimestrul II s-a constatat o micșorare a distanței dintre vechea cicatrice și orificiul cervical intern în medie cu 2.02 mm.

Distanța dintre cicatricea de histerorafie și orificiul cervical extern a fost măsurată la 30 de paciente în trimestrul al II-lea, aceasta luând valori între 33 mm și 53 mm, cu o distanță medie de 37.9 mm (deviație standard 6.24, CI:[35.57; 40.23]) și o valoare mediana de 35.5 mm.

Caracteristici trimestrul III de sarcină (30-34 săptămâni)

Din cele 150 gravide urmărite, 66 (adică 44%) s-au prezentat la control în al treilea trimestru al sarcinii, din săptămânile 30-34 de sarcină. 84 paciente (56%) nu s-au prezentat la ginecolog în această perioadă.

La cele 66 gravide care s-au prezentat la control în săptămânile 30-34 de sarcină:

- grosimea cicatricii de histerorafie în jumătatea stângă a avut valori între 1.7 mm și 7 mm, cu o dimensiune medie de 3.18 mm (deviație standard 1.28, CI:[2.87; 3.50]);

- grosimea cicatricii de histerorafie măsurate în centru a avut valori cuprinse între 1.9mm și 6 mm, cu o dimensiune medie de 3.26 mm (deviație standard 1.15, CI:[2.97; 3.54]);
- grosimea cicatricii de histerorafie în partea dreaptă a luat valori între 1.9 mm și 6 mm, cu o dimensiune medie de 3.40 mm (deviație standard 1.11, CI:[3.13; 3.68]).

Se observă o scădere a grosimii medii a cicatricii (în toate cele trei puncte de măsurare) la gravidele care au avut 2 cezariene în antecedente, comparativ cu cele care au avut anterior doar o operație cezariană. Astfel:

- la măsurarea cicatricii de histerorafie în jumătatea stângă, grosimea medie a cicatricii a fost de 3.5 mm (deviație standard 1.33, CI:[3.11; 3.88]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.4 mm (deviație standard 0.53, CI:[2.10; 2.69]) la gravidele cu 2 cezariene;
- la măsurarea cicatricii de histerorafie în centru, grosimea medie a cicatricii a fost de 3.51 mm (deviație standard 1.22, CI:[3.15; 3.86]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.6 mm (deviație standard 0.42, CI:[2.26; 2.43]) la cele cu 2 operații;
- la măsurarea cicatricii de histerorafie în jumătatea dreaptă, grosimea medie a fost de 3.65 mm (deviație standard 1.17, CI:[3.31; 3.99]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.68 mm (deviație standard 0.57, CI:[2.35; 3.00]) la cele cu 2 cezariene.

Un număr de 21 dintre gravidele a prezentat contracții uterine dureroase în săptămânile 30-34 din sarcină. Acestea reprezintă 14% din totalul gravidelor incluse în analiză, respectiv 35% dintre gravidele care s-au prezentat la control în perioada respectivă. Jumătate dintre pacientele cu contracții uterine dureroase aveau vârste peste 32 ani.

Se observă o ușoară creștere a vârstei medii în cazul gravidelor care au prezentat CUD, acestea având 31.57 ani (deviație standard 5.36, CI: [29.13; 34.01]), spre deosebire de gravidele fără CUD, care au avut în medie 28.92 ani (deviație standard 3.14, CI: [27.91; 29.94]).

Se remarcă o creștere a incidenței contracțiilor uterine dureroase odată cu trecerea timpului de la ultima sarcină. Jumătate dintre gravidele care au mai puțin de 2 ani de la ultima sarcină nu au prezentat CUD la monitorizarea din săptămânile

30-34, pe când jumătate dintre gravidele cu CUD au peste 4 ani de la ultima sarcină.

Gravidele care au prezentat CUD au în medie 4.14 ani de la ultima sarcină (deviație standard 1.59, CI: [3.41; 4.86]), respectiv 3.04 ani (deviație standard 2.11, CI: [2.36; 3.73]) în cazul celor fără CUD

În trimestrul a III-lea săptămânile 30-34, gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii în partea dreaptă de 2.35 mm (deviație standard 0.16, CI: [2.17; 2.52]), iar cele fără CUD o grosime de 3.95 mm (deviație standard 1.29, CI: [3.4; 4.4]). Aplicarea testului Mann-Whitney U a indicat că există diferențe semnificative statistic între grosimea cicatricii măsurată în partea dreaptă la gravidele cu CUD (rang mediu 19.14) și cea a gravidelor care nu au prezentat CUD în săptămânile 30-34 de sarcină (rang mediu 36.62), $U=171.000$, $Z= -3.736$, $p<0.001$.

În trimestrul a III-lea, săptămânile 30-34, gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii la centru de 2.25 mm (deviație standard 0.5, CI: [2.19; 2.30]), iar cele fără CUD o grosime de 3.8 mm (deviație standard 1.42, CI: [3.19; 4.44]). Aplicarea testului Mann-Whitney U a indicat că există diferențe semnificative statistic între grosimea cicatricii măsurată la centru pentru gravidele cu CUD (rang mediu 19.57) și grosimea cicatricilor gravidelor care nu au prezentat CUD în săptămânile 30-34 de sarcină (rang mediu 36.38), $U=180.000$, $Z= -3.570$, $p<0.001$.

Se observă că în cazul gravidelor cu CUD în săptămânile 30-34 de sarcină, lungimea canalului cervical măsurată în trimestrul al II-lea este ușor mai mică decât la gravidele fără CUD. Astfel, acestea au avut în medie o lungime a canalului cervical de 31.33 mm (deviație standard 2.00, CI: [29.80; 32.87]), respectiv 34.44 mm (deviație standard 2.76, CI: [33.35; 35.54]).

Măsurarea grosimii cicatricii de histerorafie a fost efectuată la 90 gravide (60% din total) aflate în săptămânile 37-40 de sarcină, reieșind următoarele:

- grosimea cicatricii în partea stânga a luat valori între 1 mm și 4.5 mm, cu o valoare medie de 2.70 mm (deviație standard 0.79, CI:[2.54; 2.87]);
- grosimea cicatricii măsurate la centru a avut valori cuprinse între 1 mm și 5 mm, cu o valoare medie de 2.70 mm (deviație standard 0.83, CI:[2.53; 2.88]);
- grosimea cicatricii în partea dreaptă a luat valori între 1.19 mm și 5 mm, având o grosime medie de 2.89 mm (deviație standard 0.82, CI:[2.72; 3.07]).

Se observă o scădere a grosimii medii a cicatricii (în toate cele trei punctele de măsurare) la gravidele care au avut 2 cezariene, comparativ cu cele care au avut anterior doar o operație cezariană. Astfel:

- la măsurarea în partea stângă, grosimea medie a cicatricii a fost de 2.85 mm (deviație standard 0.69, CI:[2.69; 3.03]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.33 mm (deviație standard 0.95, CI:[1.90; 2.76]) la gravidele cu 2 cezariene;
- la centru, grosimea medie a cicatricii a fost de 2.80 mm (deviație standard 0.83, CI:[2.59; 3.00]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.51 mm (deviație standard 0.82, CI:[2.14; 2.89]) la cele cu 2 operații;
- în partea dreaptă, grosimea medie a fost de 2.93 mm (deviație standard 0.86, CI:[2.72; 3.14]) la gravidele cu o singură cezariană, respectiv 2.84 mm (deviație standard 0.77, CI:[2.49; 3.20]) la cele cu 2 cezariene.

Un număr de 60 dintre paciente, reprezentând 40% din totalul gravidelor incluse în lot, respectiv 69% dintre cele care au fost monitorizate în săptămânile 37-40, au prezentat contracții uterine dureroase.

Spre deosebire de săptămânile 30-34, în care prezența CUD era influențată de vârsta gravidei, în săptămânile 37-40 de sarcină, nu s-au mai înregistrat diferențe semnificative statistic în ce privește vârsta medie a gravidelor cu CUD și a celor fără CUD.

Din cele 150 de paciente urmărite de-a lungul sarcinii, 45 au oferit informații legate de CUD atât la controlul din săptămânile 30-34, cât și la cel din săptămânile 37-40. Astfel, de la un control la celalalt, incidența CUD a crescut de aproape 4 ori în rândul aceluiași grup de gravide. Dacă la prima monitorizare (săptămânile 30-34), 9 paciente din 45 se confruntau cu CUD (adica 20%), în săptămânile 37-40, 33 paciente (adica 73.33%) prezentau CUD. Un număr de 9 paciente (20%) au prezentat CUD la ambele monitorizari, în timp ce 12 paciente (26.67%) nu au prezentat CUD deloc în trimestrul III.

Ca și la monitorizarea precedentă, există o serie de deosebiri între grupurilor de gravide în ceea ce privește grosimea cicatricii. Astfel, în trimestrul a III-lea, săptămânile 37-40:

- gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii în partea stângă de 2.6 mm (deviație standard 0.76, CI: [2.4; 2.8]), iar cele fără CUD o grosime de 3.02 mm (deviație standard 0.79, CI: [2.71; 3.34]). Aplicarea testului Mann-Whitney U a indicat că există diferențe semnificative statistic între grosimea cicatricii măsurată în partea stângă la gravidele cu CUD (rang mediu 39.80) și

cea a gravidelor care nu au prezentat CUD în săptămânile 37-40 de sarcină (rang mediu 53.33), $U=558.000$, $Z= -2.342$, $p<0.05$.

- gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii la centru de 2.58 mm (deviație standard 0.76, CI: [2.38; 2.78]), iar cele fără CUD o grosime de 3.06 mm (deviație standard 0.91, CI: [2.70; 3.42]), diferență ce nu este semnificativă statistic.
- gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii în partea dreaptă de 2.76 mm (deviație standard 0.83, CI: [2.55; 2.97]), iar cele fără CUD o grosime de 3.1 mm (deviație standard 0.77, CI: [2.79; 3.41]). Aplicarea testului Mann-Whitney U a indicat că există diferențe semnificative statistic între grosimea cicatricii măsurată în partea dreaptă la gravidele cu CUD (rang mediu 39.88) și cea a gravidelor care nu au prezentat CUD în săptămânile 37-40 de sarcină (rang mediu 53.17), $U=562.500$, $Z= -2.291$ $p<0.05$.

Din cele 111 paciente care au fost monitorizate intraoperator, 12 (10.8%) au prezentat zone de ruptură uterină incompletă. La gravidele care au prezentat tranșă indemnă se observă că distanța medie dintre cicatricea vechii cezariene și OCE măsurată în trimestrul I (40 mm, cu deviație standard 3.29, CI:[38.7; 41.3]) este mai mică, în comparație cu gravidele care nu au prezentat tranșă indemnă (distanță medie 38.3 mm, cu deviație standard 4.75, CI:[36.42; 40.18]), diferența fiind una semnificativă, așa cum reiese după aplicarea testului Mann-Whitney U. $U=207.000$, $Z=-2.748$, $p<0.05$.

Alte aspecte

Aspecte menționate postoperator la cele 111 paciente venite la control:

- 81 de paciente au o evoluție normală (73%);
- 6 paciente prezintă sângerări postpartum (4%) – nu se asociază cu CUD în travaliu, zone de rupturi, tranșe indemne sau zone de dehiscență intraoperator;

24 paciente au prezentat istmotel (21.1%) – nu se asociază cu CUD, zone de rupturi, tranșe indemne sau zone de dehiscență intraoperator. Se observă însă că în cazul pacientelor care au dezvoltat istmotel, grosimea medie a cicatricii măsurată la centru în săptămânile 37-40 a înregistrat valori mai scăzute comparativ cu cele fără istmotel. Astfel, în cazul pacientelor cu istmotel, grosimea medie a fost de 1.93 mm (deviație standard 0.49, CI:[1.62; 2.23]), respectiv 3.01 mm (deviație standard 0.72, CI:[1.83; 3.2]) în cazul celor fără istmotel.

V. PREMISELE UNUI ALGORITM TERAPEUTIC

Pornind de la premisele acestui studiu care au fost o evaluare detaliată a caracteristicilor ecografice a cicatricei uterine post operație cezariană în fiecare trimestru de sarcină am elaborat anumite enunțuri care pot servi ca algoritm de monitorizare a sarcinii la pacientele cu uter cicatriceal.

Deoarece evaluarea ecografică a colului în trimestrul I de sarcină a înregistrat valori dimensiuni reduse la pacientele cu vârsta mai avansată și uter cicatriceal propunem o atenție suplimentară asupra acestui parametru. Pacienteles respective pot prezenta risc de naștere prematură adițional la riscul bazal al sarcinii. Mai mult se observă că media lungimii colului continuă să scadă în trimestrul II de sarcină.

Mai mult, evaluarea pe termen lung a dimensiunii colului la pacientele cu uter cicatriceal denotă că cele cu dehiscente intraoperatorii au dimensiuni reduse ale cervicometriei. Astfel, este recomandat ca aceste aspecte intraoperatorii să fie notate corespunzător în documentele pacientei deoarece impun o evaluare cu atenție nu numai a cicatricei ulterioare, ci și a colului uterin. Consecința similară asupra colului este și la pacientele care intră în travaliu la o sarcină pe uter cicatriceal.

Deși, nu există raportări similare în literatură, studul de față aduce în prim plan distanțe ecografice noi implementate precum: distanța dintre cicatricea de histerorafie și orificiul cervical intern evaluate pentru fiecare trimestru de sarcină. Astfel, s-a observat că în trimestrul I de sarcină aceasta a avut o dimensiune medie de 11.64 mm, fiind mai redusă la gravidele cu vârste avansate. Deci, din nou un parametru care este de verificat la pacientele care doresc sarcini la vârste tot mai avansate mai ales în contextul tehnicilor de reproducere umană asistată utilizate tot mai frecvent.

Referitor la contractilitatea uterină s-a remarcat o creștere a incidenței contracțiilor uterine dureroase odată cu trecerea timpului de la ultima sarcină. S-ar putea spune că trecerea timpului de la cezariana anterioară rerezintă un motiv de siguranță pentru sarcina ulterioară, dar se pare că nu este întotdeauna așa mai ales că vârsta mamei avansează. De asemenea, gravidele cu două sau mai multe cezariene prezintă mai des contracții uterine dureroase spre deosebire de gravidele cu o singură cezariană. Ceea ce impune o evaluare clinico-paraclinică sporită.

Există o incidență mai mare a contracțiilor uterine dureroase în săptămânile 30-34 la gravidele a căror cicatrice are o grosime mai mică. Astfel, se poate observa că dimensiunea cicatricii este un element definitor. De aceea recomandăm ca pacientele cu cicatrici sub 2,5 mm în trimestrul III să beneficieze de tratament tocolitic deoarece consecințele contracțiilor precoce pot fi de tip ruptură uterină sau morbiditate fetală inclusiv prin prematuritate.

În săptămânile 37-40 de sarcină gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii în partea dreaptă, stângă și centru mai redusă ca pacientele fără contracții uterine dureroase, ceea ce susține recomandarea anterioară de tocoliză.

În același timp s-a observat că gravidele care au o grosime medie a cicatricii măsurate în trimestrul I mai redusă au intrat în travaliu mai frecvent. Este un aspect extrem de important care ridică motive de preocupare încă din trimestrul I și duc la o supraveghere corespunzătoare a sarcinii.

La gravidele care s-au prezentat la control în săptămânile 30-34 de sarcină s-a observat că grosimea cicatricii de histerorafie în jumătatea stângă a avut valori medii de 3.18 mm; în centru de 3.26 mm și în partea dreaptă de 3.40 mm. În săptămânile 37- 40 săptămâni de sarcină măsurarea grosimii cicatricii de histerorafie a arătat că dimensiunea cicatricii în partea stângă a avut o valoare medie de 2.70 mm, la centru de 2.70 mm și în partea dreaptă de 2.89 mm. Astfel, se observă că cicatricea uterină este influențată de distensia de volum a uterului gravid cu creșterea vârstei gestaționale. În plus vedem că dimensiunea cicatricei este inegală în diferite puncte ale sale. Constatarea noastră atrage atenția asupra faptului că nu este suficientă o evaluare ecografică într-un singur loc a cicatricei ci trebuie făcută sistematic pe toată lungimea sa.

La controlul postoperator, se observă cicatrici mai subțiri în cazul gravidelor care au prezentat intraoperator zone de dehiscență. Conform studiului nostru istmotelul nu se asociază cu contracții uterine dureroase, zone de rupturi ale tranșei de histerorafie, tranșe indemne sau zone de dehiscență intraoperator, deci se pare că țesuturile și capacitatea de vindecare a pacientei prin calitatea fibrelor conjunctive reprezintă elementul definitor care trebuie evaluat.

Studiul actual are mai multe particularități. Evaluarea ecografică care a fost extrem de detaliată cu scopul de a atrage atenția asupra faptului că trebuie să fie temeinică în fiecare trimestru pentru cicatricea uterină și în mai multe puncte. Ne-

am dorit să arătăm că toate aceste determinări sunt posibile tehnic. Că există corelații cu aspectul intraoperator.

Spre deosebire de alte studii care își propun să evalueze calitatea cicatricii de histerorafie după operație cezariană pentru tentativa unui travaliu cu naștere ulterioară în siguranță pe cale vaginală noi am dorit să atragem atenția asupra monitorizării temeinice a sarcinii pe uter cicatriceal. Prin enunțurile de mai sus am creat niște puncte cheie despre paciențele cu risc și care impun o supraveghere suplimentară a sarcinii față de ceea ce recomandă ghidurile la momentul actual. Despre frecvența monitorizării și punerea în practică a recomandărilor noastre se pot face studii suplimentare pornind de la cercetarea actuală. Cert este că pacienta cu uter cicatriceal este o entitate clinică tot mai frecventă și în contextul actual al obetstriei defensive impune o atenție sporită deoarece implicațiile medico-socio-economico-legale pot fi multiple și pe termen lung.

VI. CONCLUZII

- ✚ Evaluarea ecografică a colului în trimestrul I de sarcină a înregistrat valori între 28 mm și 47 mm, cu o medie de 35.48 mm. În acest trimestru s-a observat că cervicometria are dimensiuni reduse la paciențele cu vârsta mai avansată.
- ✚ Cervicometria în trimestrul al II-lea de sarcină a avut valoarea medie de 33.11 mm, cu 2.36 mm mai mică față de trimestrul I.
- ✚ Evaluarea ecografică postoperatorie a colului uterin a avut o lungime medie de 32.96 mm. S-au remarcat dimensiuni reduse ale colului la lăuzele cu vârste avansate și la cele cu zone de dehiscență ale cicatricei de histerorafie.
- ✚ Gravidele care au prezentat contracții uterine dureroase de-a lungul sarcinii au avut dimensiuni reduse ale colului uterin măsurat la 6 săptămâni după naștere.
- ✚ Distanța dintre cicatricea de histerorafie și orificiul cervical intern în trimestrul I de sarcină a avut o dimensiune medie de 11.64 mm, fiind mai redusă la gravidele cu vârste avansate.
- ✚ Distanța dintre cicatricea de histerorafie și orificiul cervical extern în trimestrul I a avut o valoare medie de 38.89 mm. Dimensiunea nu a fost influențată de vârsta pacinteii, numărul de cezariene anterioare sau perioada de timp trecută de la ultima naștere dar este diminuată la paciențele cu dehiscențe ale tranșei uterine observate intraoperator.

- ✚ S-a remarcat o creștere a incidenței contracțiilor uterine dureroase odată cu trecerea timpului de la ultima sarcină. Jumătate dintre gravidele care au mai puțin de 2 ani de la ultima sarcină nu au prezentat CUD în săptămânile 30-34 de gestație.
- ✚ Gravidele cu două sau mai multe cezariene prezintă mai des contracții uterine dureroase spre deosebire de gravidele cu o singură cezariană.
- ✚ Există o incidență mai mare a contracțiilor uterine dureroase în săptămânile 30-34 la gravidele a căror cicatrice are o grosime mai mică.
- ✚ În săptămânile 30-34 de sarcină, gravidele cu contractilitate uterină au avut o grosime medie a cicatricii în jumătatea stângă, dreaptă dar și la centru mai redusă comparativ cu gravidele fără CUD la această vârstă gestațională.
- ✚ Se observă că și în săptămânile 37-40 de sarcină apare o incidență mai mare a CUD la gravidele care au o perioadă mai mare trecută de la ultima cezariană/sarcină. Jumătate dintre gravidele care au mai puțin de 2 ani de la ultima sarcină nu au prezentat contracții la monitorizarea prezentă.
- ✚ În săptămânile 37-40 de sarcină gravidele cu CUD au o grosime medie a cicatricii în partea dreaptă, stângă și centru mai redusă ca paciențele fără contracții uterine dureroase.
- ✚ Nu au existat diferențe semnificative statistic între grupurile de gravide cu/fără durere pelvină referitoare la vârsta gravidei, numărul cezarienelor anterioare sau lungimea canalului cervical, așa cum s-a identificat prin monitorizarea de la 30-34 săptămâni.
- ✚ S-a observat că există tendința ca paciențele cu contracții în săptămânile 30-34 de sarcină să prezinte zone de dehiscență intraoperator.
- ✚ Gravidele cu uter cicatriceal care au intrat în travaliu au o grosime medie a cicatricii măsurate în trimestrul I mai redusă ca cele fără dureri pelvi-abdominale. De asemenea și lungimea canalului cervical este redusă la paciențele cu CUD.
- ✚ La gravidele monitorizate din trimestrul I, grosimea cicatricii de la operația cezariană anterioară a avut o grosime medie de 3.87 mm. Nu s-au evidențiat corelații între grosimea cicatricii și vârsta pacientei sau perioada de timp trecută de la cezariană.
- ✚ În trimestrul al II-lea, grosimea cicatricii de histerorafie a avut valori între 2 mm și 7.6 mm, cu o grosime medie de 3.68 mm. Față de trimestrul I, grosimea cicatricii măsurată în trimestrul II de sarcină a scăzut în medie cu 0.19 mm. Nu există corelații între grosimea cicatricii măsurate în trimestrul II și vârsta,

numărul de operații cezariene anterioare sau perioada de timp trecută de la ultima cezariană.

- ✚ La gravidele care s-au prezentat la control în săptămânile 30-34 de sarcină s-a observat că grosimea cicatricii de histerorafie în jumătatea stângă a avut valori medii de 3.18 mm; în centrul de 3.26 mm și în partea dreaptă de 3.40 mm.
- ✚ În săptămânile 37- 40 săptămâni de sarcină măsurarea grosimii cicatricii de histerorafie a arătat că dimensiunea cicatricii în partea stângă a avut o valoare medie de 2.70 mm, la centru de 2.70 mm și în partea dreaptă de 2.89 mm.
- ✚ Se observă o scădere a grosimii medii a cicatricii în toate cele trei puncte de măsurare la gravidele care au avut mai multe operații cezariene, la măsurătorile de la 30-34 săptămâni, cât și la 37- 40 săptămâni de sarcină.
- ✚ Gravidele cu tranșă indemnă au prezentat la toate măsurătorile din timpul sarcinii valori mai mari ale grosimii cicatricii vechii cezariene comparativ cu gravidele care dehiscente intraoperatorii. Tranșa indemnă nu este influențată de vârsta gravidei, mediul de proveniență, număr de operații cezariene anterioare sau perioada de timp de la ultima cezariană.
- ✚ Intraoperator, s-a observat că prezența zonelor de dehiscență a fost asociată cu valori mai mici ale grosimii tranșei de histerorafie în toate trimestrele de sarcină.
- ✚ La controlul postoperator, se observă cicatrici mai subțiri în cazul gravidelor care au prezentat intraoperator zone de dehiscență. La finalul lăuziei majoritatea pacienților au avut evoluție normală, o proporție redusă a avut istmotel și un număr nesemnificativ a prezentat sângerări în postpartum.
- ✚ Conform studiului nostru istmotelul nu se asociază cu contracții uterine dureroase, zone de rupturi ale tranșei de histerorafie, tranșe indemne sau zone de dehiscență intraoperator.
- ✚ Se observă că în cazul pacienților care au dezvoltat istmotel, grosimea medie a cicatricii măsurată la centru în săptămânile 37-40 de sarcină a înregistrat valori mai scăzute comparativ cu cele fără istmotel.