

Sarcina prelungită - studiu statistic pe 50 de cazuri

Postmature birth - a study of 50 cases

Bogdan Alexandru Riga

Spitalul Clinic "Prof. dr. Panait Sârbu", București

Abstract

Aims: The aim of this study was to assess the maternal and fetal outcome in prolonged or post-term pregnancies.

Methods: This study has been realized at the Clinical Hospital of Obstetrics and Gynecology "Prof. Dr. Panait Sârbu" on 50 cases of prolonged pregnancies between 1 January 2003 and 30 June 2007. There were analyzed major characteristics of patients and maternal and fetal outcomes.

Results: There were recorded 5 cases of fetal demise, 20 cases presenting signs of fetal distress, 5 cases of severe anoxia, 15 signs of postmaturity, 1 case of neurological impairment,

and only 4 cases with no postmaturity signs. The first few days after delivery are the most critical, but infants living beyond that period have a high survival rate. A postmature child will have slightly less colored to gray eyes, as compared to a healthy newborn.

Conclusions: Postmature birth is one critical clinical condition regarding poor maternal and fetal outcomes. This is explained partially by the placental insufficiency and also by obstetrical injury of postmature fetuses during labor.

Keywords: postmature birth, underweight, fetal distress, neurological impairment

Introducere

Sarcina cu termen depășit (sarcina prelungită) este percepută ca fiind o cauză de risc major atât pentru făt, cât și pentru mamă. Pentru definirea sarcinii prelungite (sinonime - sarcina suprapurtată, postmaturată), punctul de plecare îl constituie durata normală, fiziologică a nașterii. Durata sarcinii echivalează cu timpul necesar ca fătul să atingă maturitatea. Când fătul devine matur, se va declanșa nașterea. Sarcina normală durează 280 de zile calculate de la prima zi a ultimei menstruații, 270 de zile după un contact sexual unic și 266 de zile după data ultimei ponte foliculare. În sens cronologic, orice sarcină care depășește durata de evoluție normală, precizată prin unul din criteriile de mai sus, poate fi etichetată ca sarcină prelungită.

Există divergențe, variind între 285 și 320 de zile, între diversele școli obstetricale, în privința termenului la care sarcina poate fi considerată prelungită. Aducând la un numitor comun divergențele cronologice și ținând seama de oscilațiile biologice ale duratei sarcinii, vom considera

prelungită sarcina care în cazul unei femei cu cicluri menstruale regulate se continuă **peste 294 de zile** socotite de la prima zi a ultimei menstruații normale, fără ca nașterea să aibă loc. Sarcina depășită de termen este determinată de o serie de cauze cum ar fi vârsta și paritatea gravidei sau manifestări patologice. În practica medicală se face deosebirea între sarcina prelungită cronologic sau anamnestic (cu nașterea unui făt fără semne de supramaturare) și sarcina prelungită veritabilă sau patologică, din care se naște un făt supramaturat (postmatur, dismatur) cu semne somatice caracteristice. Sarcina prelungită produce efecte nocive asupra fătului cum ar fi suferința fetală acută cu urmări defavorabile asupra dezvoltării ulterioare a copilului.

Material și metodă

Acest studiu statistic a fost efectuat în Clinica de Obstetrică și Ginecologie a Spitalului Clinic "Prof. dr. Panait Sârbu" în perioada 1 ianuarie 2003 - 30 iunie 2007, lotul de studiu fiind constituit din 50 de cazuri.

Analiza statistică

A fost realizată analiza statistică descriptivă pentru toate variabilele în grupele studiate.

Rezultate

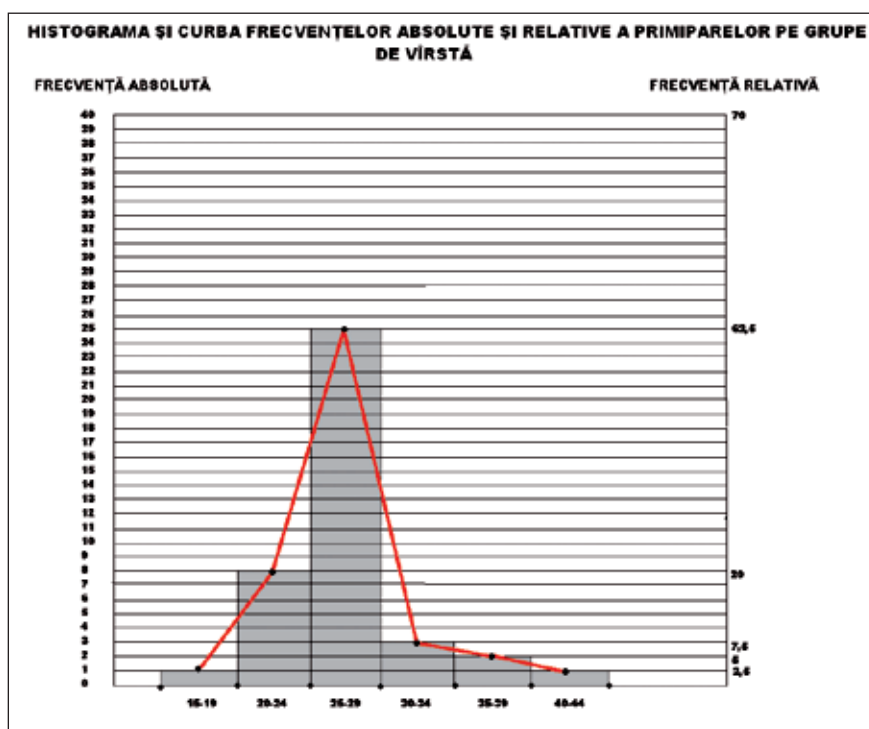
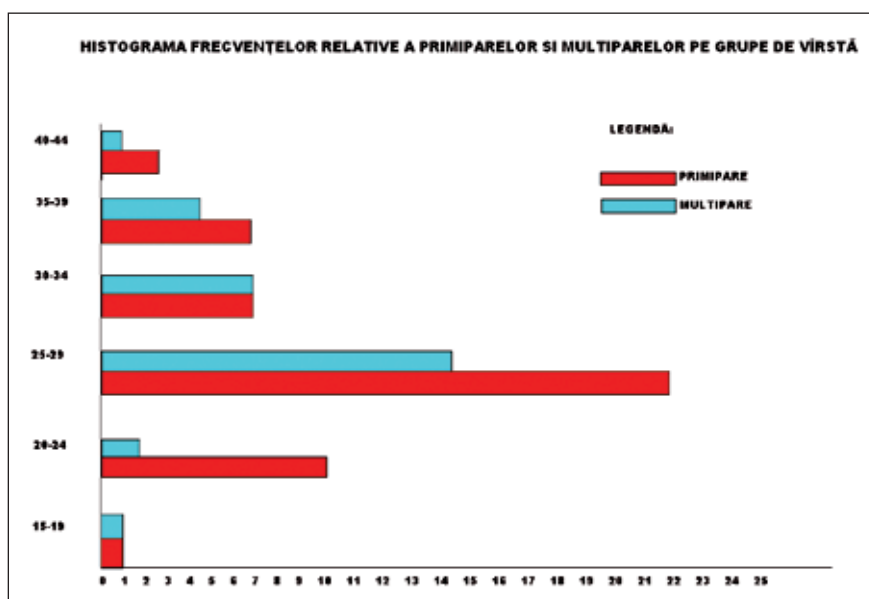
Una din cauzele favorizante a sarcinii prelungite este vârsta gravidelor. Luând în considerație acest aspect, am constatat următoarea repartizare pe grupe de vârstă a celor 50 de cazuri luate în studiu.

Din tabelul 1 se observă că cele mai frecvente sarcini prelungite au fost înregistrate la grupa de vârstă 25-29 de ani, fiind urmată de grupa 20-24 de ani. Deci, grupa de vârstă 20-24 de ani, considerată ca o perioadă optimă a nașterii, are o pondere destul de însemnată în cadrul celor 50 de cazuri în discuție, dar este totuși depășită de grupa de vârstă 25-29 de ani, fapt care duce la concluzia că înaintarea în vârstă favorizează sarcina prelungită.

Folosind graficul frecvenței de apariție a sarcinii prelungite pe vârstele gravidelor și tabelul repartizării pe grupe de vârstă, putem calcula vârsta

Tabelul 1. Repartiția gravidelor pe grupe de vârstă

Grupa de vârstă	Sub 15 ani	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	Total
Număr gravide	-	1	10	20	8	6	5	50
%	-	2	20	40	16	12	10	100



medie a gravidelor cu sarcina prelungită conform formulei: $X = xf/f = 1427/50 = 28,54$ ani.

Deci vârstă medie a celor 50 de gravide cu sarcină prelungită este de 28,54 ani, ceea ce semnifică o vârstă destul de înaintată, care după cum se știe favorizează sarcina prelungită. Asupra acestei cauze - vârstă gravidelor - nu se poate practic acționa.

Prin repartizarea celor 50 de cazuri în funcție de paritate, se observă că gravidele primipare în număr de 40 au avut o pondere de 40%, iar 10 multipare au reprezentat un procent de 10%. Se poate afirma că în cazul primiparelor apariția sarcinii prelungite este mai frecventă, deci și acest fapt poate fi considerat ca favorizant al acesteia. Rezultă și prin compararea ponderilor grupelor de vârstă pentru primipare și multipare, comparare din care reiese clar că primiparele au depășit ca pondere multiparele în 5 din 6 grupe de vârstă, iar într-o grupă (15-19 ani) ponderea a fost egală. Cu ajutorul unor procedee grafice am evidențiat frecvențele relative și absolute de apariție a cazurilor de sarcina prelungită, în funcție de rangul nou-născutului (paritatea gravidei), pe grupe de vârstă. În cadrul fiecărei grupe de vârstă am considerat numărul de cazuri ca reprezentând 100%, iar pentru fiecare grupă de vârstă am calculat ponderile (greutățile specifice) ale acestora.

În grupa primiparelor cea mai mare pondere o au cele din grupa de vârstă 25-29 de ani, 20-24 de ani, 30-34 de ani și 35-39 de ani, urmând apoi grupele 40-44 de ani și în sfârșit grupa 15-19 de ani.

În cadrul secundiparelor, grupele de vârstă 20-24 de ani și 25-29 de ani au ponderea cea mai mare, fiind urmate de grupa de vârstă 35-39 de ani.

În cadrul terțiparelor, grupa de vârstă 30-34 de ani are ponderea cea mai mare,

Vârstă gravide (x)	Număr gravide (f)	xf
19	1	19
20	2	40
21	4	84
22	2	44
23	1	23
24	1	24
25	5	175
26	6	156
27	4	128
28	2	56
29	1	29
30	3	90
31	2	62
32	1	32
33	1	33
34	1	34
35	2	70
36	2	72
37	1	37
38	1	38
39	2	78
40	2	80
41	2	82
42	1	42
43	-	-
44	-	-
Total	50	1.427

fiind urmate de grupa de vârstă 35-39 de ani.

În cadrul cuartiparelor, grupele de vârstă 35-39 de ani și 40-45 de ani au avut ponderi egale. Toate aceste cifre și reprezentari grafice confirmă ideea că între vârstă, paritate și apariția sarcinii prelungite există o strânsă relație de favorizare a apariției ultimei de primele două. Asupra lotului din studiu am efectuat o analiză pentru a vedea dacă manifestările patologice ale mamei pot determina apariția sarcinii prelungite.

În cadrul celor 50 de nașteri, s-au înregistrat:

- ✗ 3 decese ante-partum și 2 post-partum;
- ✗ 15 semne de supramaturare;
- ✗ 20 semne de suferință fetală;
- ✗ 3 asfixie albastră;
- ✗ 2 asfixie albă;
- ✗ 1 manifestări nervoase;
- ✗ 4 copii nu au prezentat nimic patologic evident.

Cele mai nocive efecte le-au prezentat copii primiparelor în vârstă de >30 de ani. Astfel, din foile de observație ale celor 3 gravide cu feți născuți morți, am constatat următoarele: în două cazuri a fost vorba de o primipară în vârstă de 30 de ani și una de 37 de ani, ambele prezentând manifestări patologice asociate: incompatibilitate ABO fără imunizare, fibrom uterin, tricomoniază, disgravidie majoră (HTA 180/120).

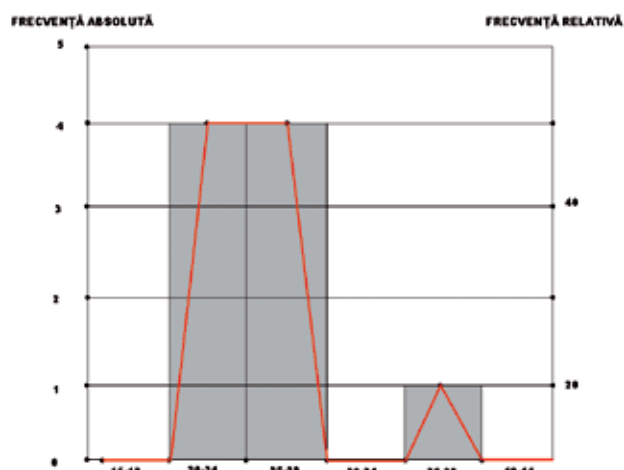
În cazul celor 2 decese post-partum, se poate afirma că gravida avea o serie de factori favorizanți:

- ✗ vârstă înaintată (42 de ani);
- ✗ 9 avorturi la cerere în antecedente;
- ✗ obezitate;
- ✗ primiparitate.

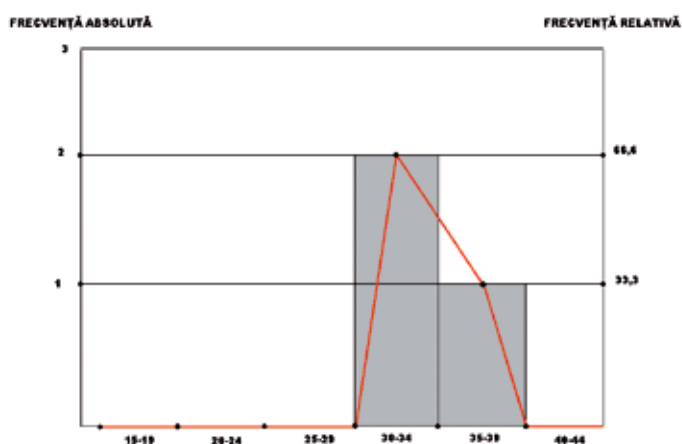
Dintre celelalte nașteri care pot fi considerate semnificative în privința riscului fetal în sarcina prelungită sunt de menționat două cazuri de naștere cu asfixie albă, dintre care primul nou-născut, în ciuda reanimării, a rămas encefalopat. Acesta prezenta la naștere:

- ✗ lichid amniotic verde;
- ✗ semne de supramaturare;
- ✗ prin bradicardie (60/min.);
- ✗ fenomene de deshidratare;
- ✗ cordon veșted;
- ✗ impregnarea tegumentelor cu meconiu;
- ✗ placenta cu leziuni de senescență;
- ✗ vase de tip trombotic;

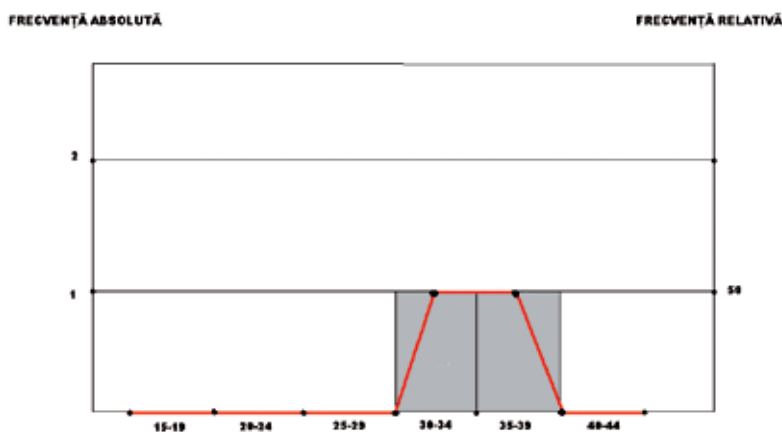
HISTOGRAMA ȘI CURBA FRECVENȚELOR ABSOLUTE ȘI RELATIVE A SECUNDIPARELOR PE GRUPE DE VÂRSTĂ



HISTOGRAMA ȘI CURBA FRECVENȚELOR ABSOLUTE ȘI RELATIVE A TERȚIPARELOR PE GRUPE DE VÂRSTĂ



HISTOGRAMA ȘI CURBA FRECVENȚELOR ABSOLUTE ȘI RELATIVE A CURȚIPARELOR PE GRUPE DE VÂRSTĂ



✗ degenerescență fibrinoidă și hialină a vaselor;

✗ infarctizări.

Riscul fetal în sarcina prelungită este evident, dar frecvența de apariție a efectelor sale asupra fătului este variabilă. Cei 5 decedați (3 antepartum și 2 post-partum) reprezintă 10% din totalul de 50 de gravide cu sarcini prelungite, deci o pondere destul de mare. Pe baza ei se poate afirma că sarcina prelungită prezintă un risc fetal foarte mare. În cazuistica studiată s-a constatat apariția celor mai frecvente cazuri de suferință fetală acută la primiparele din grupa 25-29 de ani. O frecvență destul de ridicată o înregistrează și primiparele din grupa 20-24 de ani. Dintre multipare, doar grupele 25-29 de ani și 35-39 de ani prezintă o frecvență crescută a feților cu suferință fetală. În ceea ce privește mortalitatea perinatală, situația a fost următoarea:

✗ 1 deces antepartum la o primipară între 20 și 24 de ani;

✗ un deces la o primipară din grupa de vârstă 35-39 de ani;

✗ un deces antepartum la o secundipară din grupa de vârstă 25-29 de ani;

✗ decesele post-partum au apărut la gravidele din grupa de vârstă 40-44 de ani;

✗ un deces la o primipară;

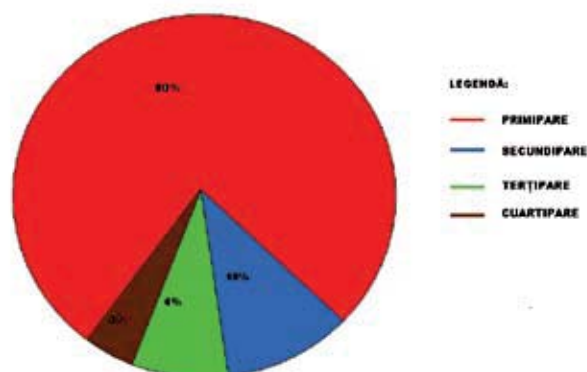
✗ un deces la o secundipară.

Între paritate, vârstă și efectele produse asupra fătului de sarcina prelungită există o corelație după cum amăratat mai sus. Din cele 50 de cazuri, 35 au născut spontan, iar operația cezariană a fost practică în 15 de cazuri. La un număr de 11 cazuri s-a făcut proba de travaliu cu rezultat negativ și în consecință s-a recurs la operația cezariană.

La restul de gravide, cezariana se impunea de la început. S-a constatat că nașterile spontane au fost mai frecvente la gravidele până la 25 de ani, în timp ce operația cezariană este mai frecventă la cele peste această vârstă. Totuși, la primiparele tinere a fost necesară operația cezariană, deoarece acestea prezentau risc mare. Astfel, 3 gravide (de 17, 19 și 20 de ani) s-au prezentat la internare cu membranele rupte de 48 de ore, iar alte 2 gravide de 22 de ani cu disproporție cefalopelvică și probă de travaliu negativă.

În privința multiparelor se observă că operația cezariană a fost impusă pe de o parte de semnele de suferință fetală acută

DIAGRAMA DE STRUCTURĂ A GRAVIDELOR ÎN FUNCȚIE DE PARITATE



Repartiția primiparelor pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	Total
Frecvență absolută	1	8	25	3	2	1	40
Frecvență relativă	2,5	20	62,5	7,5	5	2,5	100

Repartiția secundiparelor pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	Total
Frecvență absolută	-	2	2	-	1	-	5
Frecvență relativă	-	40	40	-	20	-	100

Repartiția tertiparelor pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	Total
Frecvență absolută	-	-	-	2	1	-	3
Frecvență relativă	-	-	-	66,6	33,3	-	100

Repartiția cuartiparelor pe grupe de vârstă

Grupe de vârstă	15-19 ani	20-24 ani	25-29 ani	30-34 ani	35-39 ani	40-44 ani	Total
Frecvență absolută	-	-	-	1	1	-	2
Frecvență relativă	-	-	-	50	50	-	100

foarte evidente, iar pe de altă parte, de antecedentele obstetricale ale gravidelor (2 gravide în vârstă de 40 și respectiv 44 de ani au mai avut două sarcini prelungite în antecedente, 5 gravide tertipare cu placenta previa în antecedente). Deci, operația cezariană nu este indicată în mod curent, riscul pe care îl prezintă sarcina prelungită pentru cei 31 de feți a impus această intervenție.

Este probabil că, dacă această măsură nu ar fi fost luată, mortalitatea perinatală ar fi prezentat un nivel crescut, deoarece la internare 2 gravide prezentau suferință fetală foarte crescută - situație care a impus operația cezariană de urgență. Cu toate acestea, cei 2 feți s-au născut cu asfixie albă. Este evident că o întârziere cât de mică este fatală.

Concluzii

1. Sarcina prelungită reprezintă un capitol important în patologia și practica obstetricală prin repercusiunile multiple asupra fătului și mamei.

2. Importanța cunoașterii vârstei sarcinii pe baza criteriului clinic - anamneza și examenul obiectiv, dar și a criteriului paraclinic - examenul citohormonal, citologia lichidului amniotic.

3. Principalii factori care pot influența apariția sarcinii prelungite sunt: vârsta gravidei, paritatea, manifestările patologice ale gravidei. Sarcina prelungită apare mai frecvent la primiparele în vârstă.

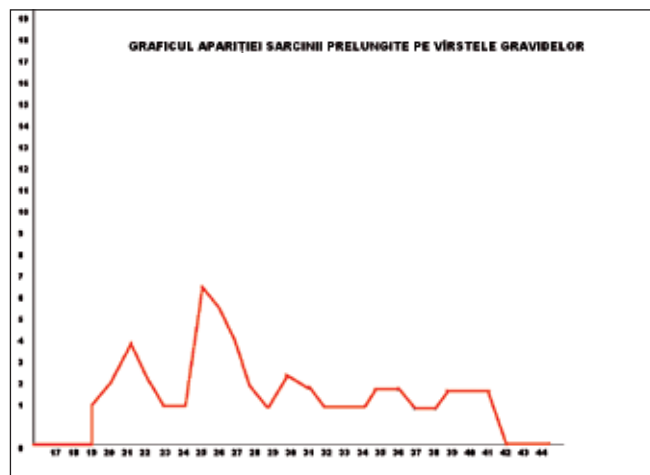
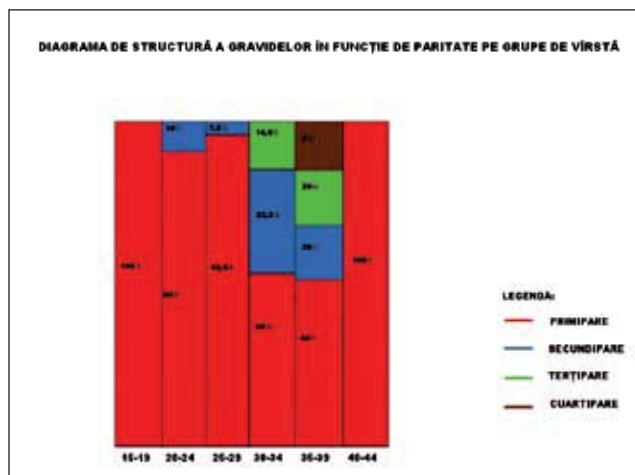
4. Cele mai nocive efecte le-au prezentat copii primiparelor în vârstă de >30 de ani.

5. Amnioscopia constituie o metodă paraclinică importantă de vizualizare a particularităților lichidului amniotic (culoare, consistență, volum) monitorizarea ecografică în sarcina prelungită este foarte utilă pentru aprecierea evoluției sarcinii (sarcina aproape de termen, la termen, cu termen depășit, prezența sau absența suferinței fetale, starea fătului viu/mort, cantitatea de lichid amniotic, structura placentei).

6. Evoluția în sarcina prelungită constă în declanșarea spontană a travaliului sau absența declanșării spontane a travaliului.

7. Conduita în sarcina prelungită în absența declanșării spontane a travaliului constă în declanșarea artificială a travaliului sau în caz de urgență - operația cezariană.

8. Mortalitatea fetală în sarcina prelungită depinde de vârsta mamei



și de prezentațiile distocice - cauza majoră a mortalității fiind anoxia prin senescență placentară.

9. Indicatorii morbidității, mortalității și mortalității precoce și neonatale în sarcina prelungită se mențin la un nivel ridicat. Aceasta se explică atât prin senescența placentară care nu poate asigura condițiile necesare dezvoltării normale fătului ajuns la un anumit grad de maturitate, cât și prin trauma obstetricală a feților supramaturate în condițiile unui travaliu de obicei distocic și trenant.

10. Unii autori susțin că ar exista o creștere direct proporțională a indicelui mortalității perinatale în raport cu numărul de zile ce depășesc durata normală a unei sarcini. La peste 296 de zile de gestație, acest indice ar fi de 1,7 %, între 301 și 315 zile - de 3-6 %, iar între 316 și 320 zile de 25%.

11. Alți autori susțin că printr-o dezvoltare biologică particulară anumiți feți ating relativ târziu maturizarea necesară, iar gestația prelungită nu ar influența prognosticul fetal.

Efecte	F	%
Suferință fetală	20	40
Semne de supramaturare	15	30
Asfixie albă	3	6
Asfixie albastră	2	4
Manifestări nervoase	1	2
Fără manifestări patologice	4	8
Decese ante-partum	3	6
Decese post-partum	6	4
Total	50	100

Bibliografie selectivă

- Hannah M.E. Management of postterm pregnancy. J of Soc of Obstet & Gynaecol of Canada. 1994.
- Weiner D., Reichler A., Zlezoven M. The value of Doppler Ultrasonography in prolonged pregnancies. Eur J Obstet and Gynecol, 1993.
- Votta R.A., Cibils R.A. Active management of prolonged pregnancy. Am J Obst Gynecol, 1993.
- Valensise H., Menghini S. Computerized analysis of fetal heart rate in postterm pregnancy. International maternal-fetal investigation, 1994.
- Treacy B., Smith C. Ultrasound in labor and delivery. Obstet and Gynecol Survey, 1990.
- Sulek S.M., Greenwald J.L. Evaluation and management of post-date pregnancy. Am Family Physician, 1994.
- Roberts L.J. Induction of labour, BMJ, 1993.
- Roch V.J., Rogers M.J. Pregnancy outcome beyond 41 weeks of gestation. Int J Obstet and Gynecol, 1997.
- Alexander J.M., McIntere D.D. Prolonged pregnancy. Induction of labor and cesarean birth. BMJ, 2001.
- Baskett T.F. Gestational and fetal biophysical assessment. Am J Obstet Gynecol, 1997.
- Bobby P.D., Devon M. Fetal testing in postdates. Am j Obstet Gynecol, 1997.
- Boylan P., Mcparland P. Fetal assessment postterm pregnancy. BMJ, 1991.
- Campbell M.K. Factors affecting outcome in postterm birth. Am J Obstet Gynecol, 1997.
- Cibels L.A. Prolonged pregnancy. Am J Obstet Gynecol, 1995.