Asistenţa naşterii în prezentaţia pelviană

Il n'est pas bon d'entrer dans la vie â reculons
(Nu e bine să intri în viaţă de-a-ndăretelea)

INTRODUCERE

Prezentaţia pelviană este acea varietate de aşezare longitudinală în care fătul se prezintă la strâmtoarea superioară cu polul său caudal.

Clasificare:

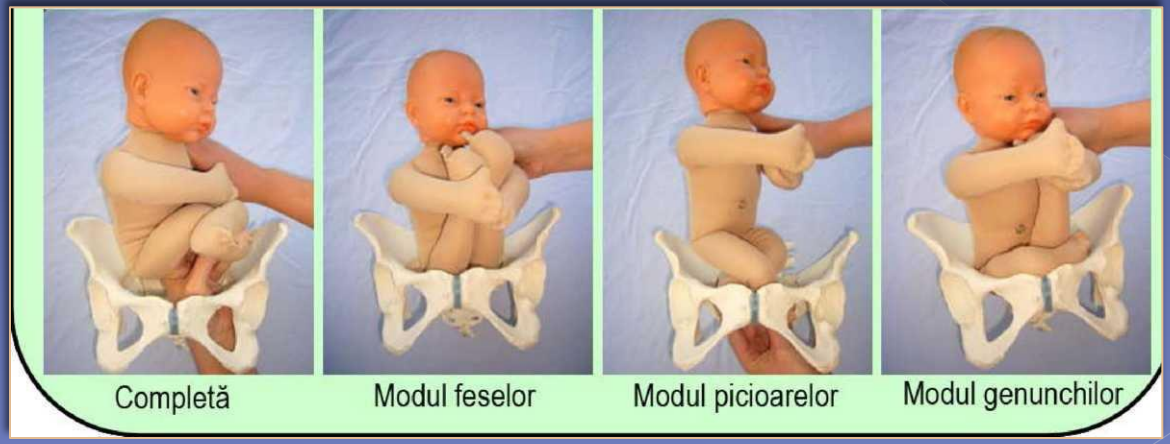
1) Pelviană completă (20-30%): coapse şi genunchi în poziţie flectată;

2) Pelviană decompletă:

a) modul feselor (50-70%): coapse flectate, genunchi în extensie;

b) modul picioarelor: coapse şi genunchi în extensie (rar, la feţii mici);

c) modul genunchilor: coapse în extensie, genunchi în flexie (rar, la feţii mici)



1.1. DIAGNOSTICUL PREZENTATIE PELVINE

Medicul trebuie să precizeze diagnosticul prezentaţiei pelviene prin:

- examen clinic obstetrical şi/sau
- examen ecografic obstetrical

Examenul clinic obstetrical permite identificarea varietăţii prezentaţiei pelviene.
Examenul ecografic obstetrical permite:

- excluderea deflexiei primitive a craniului
- diagnosticul unor malformaţii fetale
- efectuarea biometriei fetale pentru
- aprecierea greutăţii fetale
- diagnosticul unei macrosomii fetale

Criteriile pentru macrosomie fetală: DBP>9,8 cm, CA>35cm, Gestimată >3800 g.
Pentru evaluarea bazinului osos matern medicul poate opta pentru examen radiologic sau rezonanţă magnetică nucleară.
Evaluarea clinică este considerată cea mai adecvată pentru evaluarea bazinului osos la alegerea căii de naştere.

1.2. CALEA DE NAŞTERE

Medicul trebuie să decidă individualizat la fiecare pacientă cu făt/feţi în prezentaţie pelviană, calea optimă de naştere.

Prognosticul naşterii în prezentaţie pelviană depinde într-o foarte mare măsură de selecţia corectă a cazurilor, respectiv care vor fi cazurile unde se poate propune naşterea pe cale vaginală.

CONSILIEREA PACIENTEI

Medicul trebuie să ofere consiliere pacientei cu făt/feţi în prezentaţie pelviană.

În cadrul consilierii medicul trebuie să ofere informaţii despre:

- cele două posibilităţi de naştere, pe cale vaginală sau naştere prin cezariană
- avantajele materne şi fetale ale celor două modalităţi de naştere
- complicaţiile posibile în funcţie de calea de naştere

1.3. INDICAŢII PENTRU OPERAŢIA CEZARIANĂ ELECTIVĂ

<u>În caz de sarcină cu făt în prezentaţie pelviană medicul trebuie să o finalizeze prin operaţie cezariană în următoarele circumstanţe:</u>

- legate de prezentaţia pelviană ca atare
  - deflexia primară a craniului fetal
  - macrosomie fetală (greutate fetală estimată de peste 3800 grame)
  - procidenţa sau prolabarea de cordon ombilical
  - prematuritatea - în funcţie de viabilitatea fetală, paritate, vârsta mamei şi alţi factori obstetricali
  - retard de creştere intrauterină (greutate fetală estimată sub 10 percentile sau sub 2000 grame)
- orice patologie asociată prezentaţiei pelviene

Deoarece toate aceste situaţii se asociază cu rezultate reproductive defavorabile în caz de tentativă de naştere pe cale vaginală.

1.4.NAŞTEREA PE CALE VAGINALĂ

<u>În lipsa indicaţiilor pentru operaţia cezariană electivă medicul trebuie să ofere proba de naştere pacientei cu făt în prezentaţie pelviană care după consiliere informată adecvată alege calea de naştere vaginală,</u>

2.1. DIRIJAREA NAŞTERII ÎN PREZENTAŢIA PELVIANĂ

Medicul poate opta pentru inducţia travaliului în caz de prezentaţie pelviană dacă examenul clinic atestă o situaţie favorabilă pentru naşterea pe cale vaginală.

Medicul trebuie să păstreze integritatea membranelor amniocoriale cât se poate de mult.

Pentru prevenirea prolapsului de cordon ombilical şi pentru a nu grăbi expulzia înainte de dilataţie completă.

Medicul trebuie să efectueze operaţia cezariană în caz de lipsă de progresiune a prezentaţiei, în orice fază a perioadei a II-a a travaliului.

Se recomandă medicului să nu utilizeze de rutină analgezia epidurală în caz de naştere pe cale vaginală în prezentaţie pelviană.

Se recomandă medicului efectuarea epiziotomiei înainte de iniţierea manevrelor obstetricale în prezentaţia pelviană.

Se recomandă ca medicul să nu intervină prin nici o manevră obstetricală până ce fătul nu se naşte până la nivelul vârfurilor omoplaţilor.

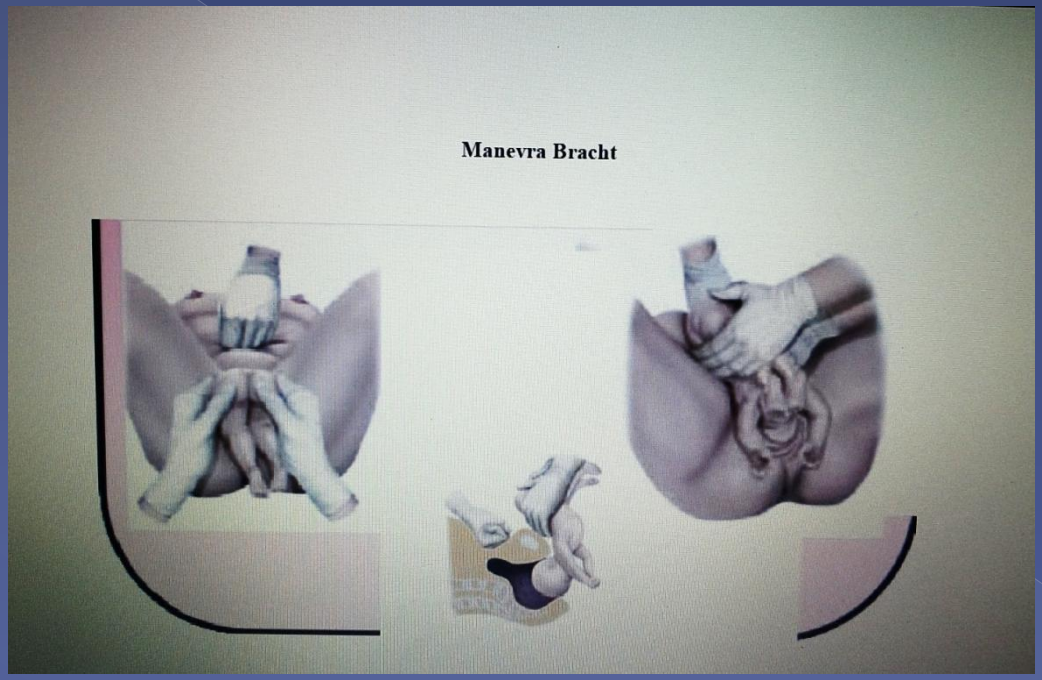
2. CONDUITA

Medicul poate să efectueze manevra Tzovianov.
Pentru facilitarea progresiunii dilataţiei şi menţinerii unităţii mobilului fetal.

În momentul în care fătul s-a născut până la vârful omoplaţilor şi atunci când condiţiile feto-materne o permit (diametrul biacromial fetal în diametrul transvers al bazinului), se recomandă medicului să:

- **aplice manevra Bracht.**
- **solicite unui ajutor să exercite, concomitent cu efectuarea manevrei Bracht, o apăsare cu pumnul, suprapubian.**

2. CONDUITA

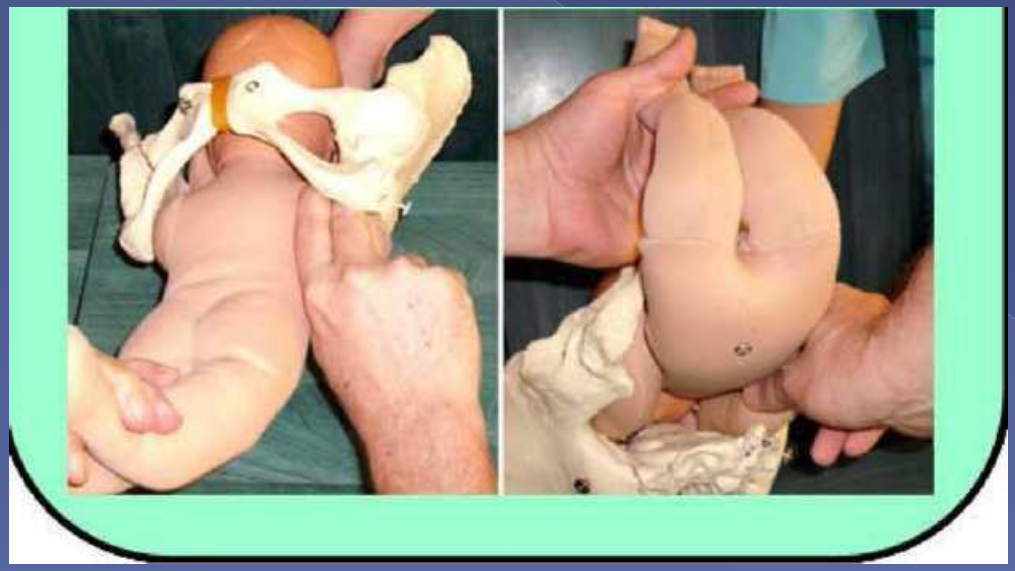


<u>În situaţia aplicării manevrelor de degajare a umerilor, medicul trebuie să finalizeze extracţia capului fetal prin manevra Mauriceau Levret Smellie Weit</u>

Pentru asigurarea flexiei capului din urmă

2. CONDUITA

Degajarea braţelor: Müller, Pajot, Lövset;



2. CONDUITA

Degajarea craniului: Mauriceau, forceps.

<u>În cazul decesului fetal intrapartum cu cap fetal blocat în excavaţie se recomandă medicului să practice cranioclazie.</u>

3. ATITUDINEA ÎN NAŞTEREA PREMATURĂ ŞI GEMELARĂ ÎN PREZENTAŢIE PELVIANĂ

- **Se recomandă medicului să nu practice operaţia cezariană de rutină în caz de naştere prematură în prezentaţie pelviană.**

În caz de prezentaţie pelviană a primului geamăn, la termen, medicul trebuie să informeze pacienta despre toate beneficiile (inclusiv reducerea mortalităţii perinatale) şi riscurile operaţiei cezariene pentru prezentaţie pelviană, atât cu privire la sarcina actuală cât şi cu privire la eventualele sarcini viitoare.

- **Se recomandă medicului să nu efectueze de rutină a operaţia cezariană pentru al doilea geamăn în prezentaţie pelviană**

4. MONITORIZARE ŞI URMĂRIRE

- **<u>În caz de prezentaţie pelviană pe durata travaliului medicul trebuie să indice monitorizare permanentă clinică şi CTG.</u>**

- **<u>La momentul ruperii membranelor amniocoriale se recomandă medicului efectuarea unei examinări pelvine.</u>**

Pentru evaluarea situaţiei locale şi ca să excludă prolabarea de cordon ombilical

Realizat după **SERIA GHIDURI CLINICE PENTRU OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE, 2010**

Vă mulțumesc