

# PREZENTAȚIA PELVIANĂ ȘI AȘEZAREA TRANSVERSĂ.

## Prezența pelviană

**Definiție:** Prezența pelviană este varietatea în care pelvisul fetal se prezintă primul la strâmtoarea superioară.

**Incidență:** 3-4.2% din nașteri. Se asociază cu o mortalitate și o morbiditate de 5-10 ori mai mare decât prezența craniană.

Nașterea în prezența pelviană se consideră o naștere eutocică, dar cu mare potențial spre evoluție distocică, în primul rând din punctul de vedere al prognosticului fetal

**Etiologie:** blocarea culbutei fetale care se produce în luna VII (32 săptăm.). În primele șase luni, segmentul fetal cel mai voluminos este craniul fetal, în trimestrul III, pelvisul devine mai voluminos, și, conform legii acomodării fătului în uter al lui Pajot (adaptarea conținutului la conținător), va ocupa zona cea mai încăpătoare situată la fundul uterin. Deci, în primele 6 luni, fătul este în așezare pelviană, iar din luna a 7-a ajunge în craniană.

### Factorii favorizanți ai prezenței pelviene:

- Anomalii uterine (hipotonii, malformații, tumori)
- Feții multipli, anencefalia, hidrocefalia
- Prezența pelviană în antecedente
- Hidramniosul și oligoamniosul

### Clasificare

În funcție de relațiile dintre picioarele și fesele fătului, prezența pelviană se clasifică

- Completă (1/3 din cazuri) – pelvisul feta este însoțit de membrele inferioare flectate
- Decompletă are 3 moduri
  - Modul feselor - membrele inferioare sunt ”în atelă” pe fața ventrală a fătului (2/3 din cazuri)
  - Modul picioarelor (rar)
  - Modul genunchilor (foarte rar)

Autorii anglosaxoni au simplificat terminologia:

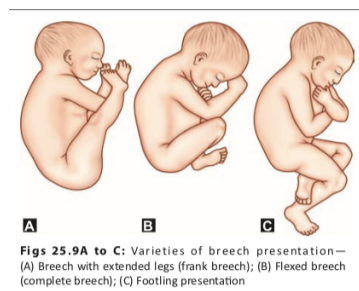
- frank breech - modul feselor
- non frank breech – toate celelalte varietăți

Punctul de reper al prezenței pelviene este sacul, iar, prin analogie cu prezența craniană, are două poziții (stg. și dr.), cu varietățile obișnuite: anterioară, transversă și posterioară.

### Diagnostic

Diagnosticul pozitiv este precizat prin:

- Palparea abdomenului prin tehnica Leopold
  1. cap fetal (formațiune dură, rotundă) la fundul uterin
  2. spate de o parte a abdomenului, iar membrele de cealaltă parte
  3. pelvis (formațiune neregulată, reductibilă) mobil
  4. pelvis fetal angajat, situat mai jos de simfiza pubiană



- Focarul de ascultare al bătailor cardiace fetale: deasupra ombilicului
- Examenе imagistice (ecografie, radiografie)
- Tușeul vaginal efectuat în travaliu – oferă date concludente la dilatație avansată și după ruperea membranelor, când precizează forma clinică, varietatea de poziție și altitudinea prezentației:
  - În modul feselor se palpează sacrul, fesele, pliul interfesier, anusul și organele genitale externe
  - În pelviana completă, alături de pelvis, sunt picioarele (suprafață netedă a plantei, unghiul drept între gambă și picior, degetele mici, egale ca lungime, lipsa de opozabilitate a degetului mare)
  - Șanțul interfesier are aceeași valoare, ca sutura sagitală în craniană și permite, alături de sacru, stabilirea varietății de poziție (SISP - șanțul interfesier este situat pe diametrul oblic drept, iar sacrul se află la articulația sacro-iliacă stângă)

### **Diagnostic diferențial**

- Așezarea transversală dorso-superioară, cu picioarele prezente în aria de explorare: axul mare uterin este transversal, poli fetalii sunt în flancuri, în caz de transversală neglijată, mâna trebuie diferențiată de picior
- Prezența facială: semnul Budin, gura face un triunghi cu oasele malare, iar anusul este colinear cu tuberozitățile ischiatice
- Prezența compusă: craniu alături de un membru pelvian
- Prezența frontală: palparea piramidei nazale
- Sarcina multiplă: palparea mai multor poli fetalii

### **Mecanismul de naștere**

În prezența pelviană se nasc, succesiv, pelvisul, umerii și capul, fiecare din aceste segmente, parcurgând cei 3 timpi de naștere (angajare, coborârea, degajare).

Diametrul principal al prezentației este bitrohanterianul, care măsoară 9.5 cm. Dacă naștere umerilor și a capului este identică, cea a pelvisului prezintă particularități în funcție de forma clinică.

#### **Nașterea pelvisului în pelviana completă:**

- angajare cu diametrul sacro-pretibial de 12.5 cm ( redus prin tasare) pe diametrul oblic stg și cu cel bitrohanterian pe diametrul oblic dr
- coborâre și rotație internă, ce aduce diametrul bitrohanterian în axul antero-posterior al strâmătorii inferioare, rotația este de 45° și se face înapoi în varietățile sacro-anterioare și înainte în cele sacro-posterioare, până în diametrul transvers (dr. sau stg.)
- degajare prin inflexiune laterală a trunchiului, coapsa anterioară fiind fixată sub simfiză, iar cea posterioară destinzând perineul.

#### **Nașterea pelvisului în pelviana incompletă:**

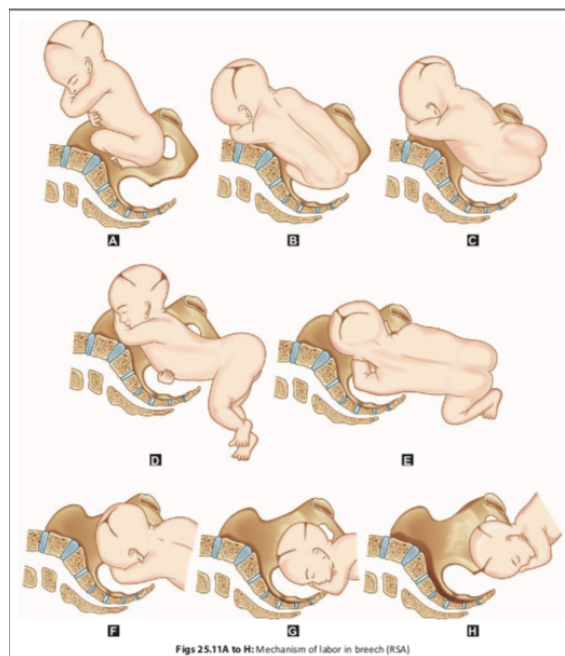
- angajare ușoară cu diametrul bitrohanterian în oricare diametru al strâmătorii superioare, adesea, pelvisul este angajat la începutul travaliului
- coborâre cu rotație internă, ce aduce diametrul bitrohanterian în cel antero-posterior al strâmătorii inferioare și coapsa anterioară sub simfiză, coborârea se poate efectua chiar la dilatație incompletă ( volum mic), ceea ce ar putea constitui un obstacol la trecerea umerilor și, mai ales a capului
- degajarea dificilă din cauza "atelei" membrelor inferioare (împiedică inflexiunea laterală a trunchiului), pelvisul destinde perineul și se orientează în sus, degajându-se fesa anterioară și apoi cea posterioară

**Nașterea umerilor** se desfășoară astfel:

- angajare cu diametrul biacromial (12 cm) în același diametru oblic utilizat de diametrul bitrohanterian
- coborâre și rotație internă, ce aduce umerii în diametrul transvers al strâmătorii inferioare (dorso-anterioară) sau conform teoriei clasice umerii rotează în diametrul antero-posterior
- degajare ușoară, dacă brațele sunt flectate pe torace, dacă umerii sunt în diametrul antero-posterior al strâmătorii inferioare, cel anterior se degajă primul, după ce a luat punct fix sub simfiză.

**Nașterea capului** comportă următorii timpi:

- angajare simultană cu degajarea umerilor, diametrul biparietal este pe același diametru oblic utilizat de umeri, suboccipito-frontalul fiind situat pe diametrul oblic opus, flexiunea capului este absolut esențială, deoarece nu se mai poate conta pe modificări plastice, ca în prezentația craniană
- coborâre și rotație internă, care este solidară cu cea a umerilor (în timp ce umerii se așează transversal, occiputul ajunge sub simfiză)



### **Particularități și complicații**

Particularitățile sunt date de pelvisul fetal, care, fiind reductibil, nu se va acomoda bine la strâmtoarea superioară, rezultând:

- ampliarea deficitară a segmentului inferior
- reducerea reflexului Ferguson și a secreției de ocitocină
- prelungirea travaliului prin hipoactivitate uterină
- ruperea prematură a membranelor
- prolabarea de cordon și infecția amniotică

Anomaliile apar prin traversarea "inversă" a canalului de naștere, cu acroșarea asperităților fătului de către reliefurile osoase

- ridicarea brațelor deasupra capului sau la cea ceafă
- deflexiunea capului (primitivă în 1% din cazuri)
- rotația sacro-sacrată cu acroșarea mentonului la simfiză
- blocarea capului deasupra orificiului uterin insuficient dilatat sau în excavație prin exces de volum fetal, viciații minore de bazin, deflexiune secundară a craniului

Riscurile fetale la nașterea pe cale vaginală sunt:

- asfixie cu bradicardie sau ritm plat în cursul expulziei
- hipertensiunea intracraniană (sânge refluat din zonele comprimate)
- hemoragie cerebrală la prematuri
- traumatism nervos, osos și visceral în cursul extracției

## **Conduită**

### **Atitudini obstetricale:**

- expulzie spontană după metoda Vermelin (rareori)
- extracție parțială (cea mai frecventă la nașterea vaginală)
- extracție totală (mica sau marea extracție) – azi nerecomandată
- cezariana programată – actualmente, tot mai utilizată

### **Conduita în timpul sarcinii**

- precizarea diagnosticului de prezentație pelviană
- depistarea tumorilor, placentei previa și a distociilor de bazin
- stabilirea volumului fetal (>3800g cezariană)
- versiunea externă - este recomandată de FIGO pentru a converti o prezentație pelviană în craniană. Trebuie efectuată la un termen cât mai apropiat de maturitatea fetală, ideal la 36 săptăm. Tehnica constă în dislocarea pelvisului de la strâmtoarea superioară prin strângerea degetelor, apoi rotația fătului în sensul flexiunii sale.

### **Conduita în travaliu**

- supravegherea mamei (TA, puls, combaterea durerii), fătului (monitorizare BCF) și a travaliului (dinamică uterină, dilatație, altitudine prezentație)
- membranele se rup la dilatație completă, iar dacă se rup spontan, se caută o eventuală prolapsare de cordon
- perioada dilatație nu va depăși 12 ore la primipare și 6-8 ore la multipare

Proba de naștere nu are valoarea probei de travaliu pentru că nu oferă date despre cel mai important conflict, cel dintre capul fetal și pelvisul matern. Proba este pozitivă, dacă colul se dilată rapid, iar pelvisul este bine angajat și negativă, în caz de pelvis mobil, dinamică uterină slabă, dilatație staționară – indicație de cezariană.

### **Conduita în expulzie**

- verificarea dilatației (cea incompletă poate bloca craniul)
- perfuzie cu ocitocina (dinamică uterină controlată)
- perineotomie profilactică la ampliația perineului
- întârzierea deranjării pelvisului prin manevra Țovianov
- terminarea nașterii într-un singur efort expulziv
- degajarea spontană a fătului până la unghiul inferior al omplaților
- degajarea umerilor și a capului prin manevra Bracht
- extracția manuală a umerilor și a capului în caz de complicații

**Manevra Țovianov:** urmărește să întârzie expulzia pelvisului până la dilatație completă și să mențină atela membrelor inferioare, care menține flexia craniului, prin contact cu bărbia. Obstetricianul se opune degajării pelvisului, prin intermediul unui câmp steril, la fiecare contracție uterină, timp de 2 minute



**Manevra Bracht:** se practică când unghiul inferior al omoplaților apare la vulvă. Pelvisul este apucat cu policele pe fața posterioară a coapselor și cu celelalte degete pe fese și susținut pe simfiză, iar un ajutor apasă capul deasupra simfizei. Umerii se nasc în diametrul transvers a strâmătorii inferioare și capul, prin deflexiune.

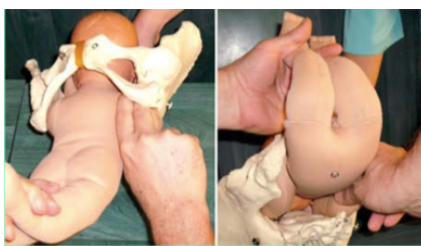


**Extracția umerilor** se face prin manevrele Pajot, Muller sau Lovset

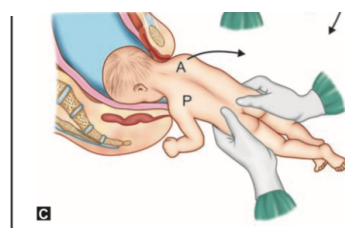
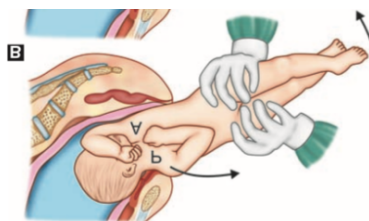
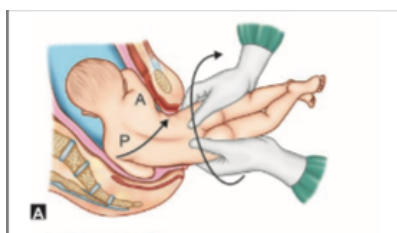
**Manevra Pajot:** extrage umărul posterior, concavitatea sacrată oferind spațiul necesar pentru efectuarea manevrei. Se apucă fătul de picioare cu mâna care privește cu fața palmară partea ventrală fetală, iar mână opusă pătrunde în concavitatea sacrată. Cu mediusul și indexul ” în atelă” pe humerus, policele fiind sprijinit în axilă, se apasă în plica cotului. Această presiune flexează membrul, care cade ”ștergând” fața fătului, apoi se apucă toracele fătului cu ambele mâini, brațul extras fiind acroșat, și se rotează fătul 180°, pentru a extrage umărul anterior care a devenit posterior



**Manevra Muller:** extrage umărul anterior, utilizând aceeași priză ca în manevra Pajot, iar mâna care intervine este indiferentă.

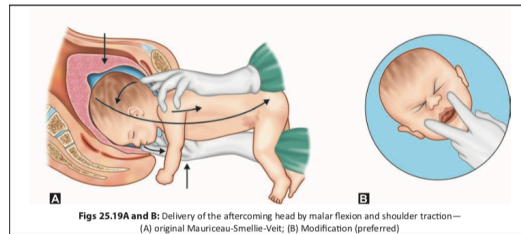


**Manevra Lovset:** constă într-o dublă rotație de 180°, fătul fiind apucat cu policele pe sacru și celelalte degete pe coapse. Brațul posterior este adus sub simfiza și degajat prin tracțiune în jos.

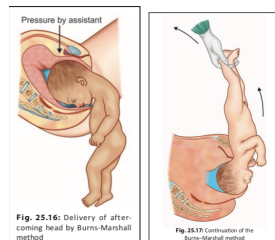


**Extracția capului** se face prin manevrele: Mauriceau, Wiegand-Martin, Burns-Marshall, Kiwisch sau cu forcepsul

**Manevra Mauriceau:** constă în flectarea capului cu indexul și mediusul introduse în gura fătului sau pe fosele paranazale și prin apăsarea suprapubiană efectuată de un ajutor. Tracțiunea în jos, cu indexul și mediusul mâine opuse dispuse ”în furcă” pe umerii fătului, apoi ridicarea progresivă a trunchiului fetal



**Manevra Burns-Marshall:** constă în ridicarea fătului, când ceafa apare sub simfiză și apăsarea transabdominală a capului fetal.



**Extracția cu forcepsul Piper** se efectuează în caz de eșec al manevrei Mauriceau sau în locul acesteia, dacă capul este angajat

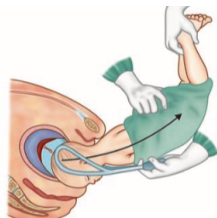


Fig. 25.18: Delivery of the aftercoming head by forceps

**Extracția totală:** constă în prinderea și coborârea unui picior pentru degajarea fătului. Ea este mare sau mică, în funcție de situația pelvisului la strâmtoarea superioară: mobil (mare extracție), angajat, coborât sau parțial degajat (mica extracție). Marea extracție este contraindicată la nașterea fătului unic, unica indicație fiind ca ultimul timp al versiunii interne la al doilea geamăn așezat transversal.



## Așezarea transversală

**Definiție:** situația în care axul lung al fătului este aproximativ perpendicular pe cel al uterului. Dacă umărul se află deasupra strâmtoarei superioare, capul fiind situat într-o fosă iliacă iar pelvisul în cealaltă, așezarea transversală este denumită prezentație humerală.

**Incidență:** 0.3% din nașteri

### Etiologie

- multiparitatea - tonus uterin redus
- prematuritatea
- placenta previa
- anomalii uterine
- bazinul distocic

Punctele de reper stabilite convențional, sunt acromionul în literatura franceză, capul și spatelul, în cea germană.

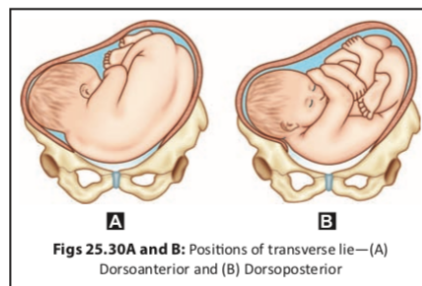
### Diagnostic

**Diagnosticul pozitiv** se bazează pe:

- inspecția abdomenului (abdomen mărit în sens transversal)
- palparea abdomenului după tehnica Leopold
  - fund uterin situat puțin deasupra ombilicului, fără pol fetal
  - polii fetal (craniu și pelvis) se găsesc în flancuri
  - segment inferior gol, neocupat de nici o parte fetală
- ascultați acordului fetal – focar BCF latero-ombilical
- examenul vaginal antepartum
  - excavație liberă, fără prezentație
  - col închis, segment inferior gros
- examenul vaginal în travaliu (membrane rupte)
  - se tușează umărul, grilajul costal, axila, omoplatul
- examinare ecografică

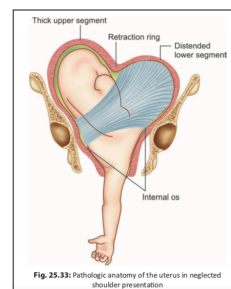
### Diagnosticul diferențial

- pelviana completă, piciorul fiind confundat cu mâna
- prezentația compusă (procidență de membru superior) în transversa neglijată



### Mecanism de naștere

Nașterea vaginală a fătului la termen este imposibilă. După ruperea membranelor, umărul pătrunde în pelvis, cu prolabarea membrului superior și blocarea umărului de marginile strâmtoarei superioare, craniul fiind situat într-o fosă iliacă, iar pelvisul în cealaltă. Pe măsură ce travaliul avansează, umărul ia contact, tot mai strâns, cu strâmtoare superioară iar uterul se contractă puternic pentru a depăși obstacolul, cu apariția inelului Bandl, caracteristic sindromului de pruruptură uterină în transversa neglijată. Feții mici sau morți și



macerați se nasc prin conduplicatio corpore, când toracele apare primul la vulvă, iar capul și toracele trec simultan prin canalul de naștere.

### **Prognostic**

Riscul feto-matern este crescut din 4 motive:

- sângerare din placenta previa (frecventă)
- prolaps al cordonului ombilical
- intervenție chirurgicală majoră
- infecție (membrane rupte, mâna prolabată în vagin)

### **Conduita terapeutică**

Așezarea transversală indică cezariana la debut de travaliu. Versiunea externă poate fi încercată antepartum sau pe membrane intacte dar de obicei este lipsită de succes.

Incizia segmento-transversală în în cezariană poate fi urmată de dificultăți la extracția fătului, blocat deasupra zonei de incizie, iar pentru acest motiv, se preferă incizia verticală uterină, mai ales în caz de membrane rupte.