

Prevalența defectelor de transă uterină post operație cezariană la evaluarea ultrasonografică

The prevalence of the uterine tranche defects after Cesarean section at ultrasonographical assesment

Dr. CLAUDIA MEHEDIŢU¹, Dr. MIHAELA PLOTOGEA¹, Dr. SORIN IONESCU¹, Prof. Dr. DIMITRIE NANU²

¹Secția de Obstetrică-Ginecologie, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București

²Maternitatea Bucur, Spitalul Clinic „Sf. Ioan“, București

REZUMAT

Obiective: determinarea abilității de a identifica în mod corect cicatricile rezultate în urma operațiilor de cezariană, de a estima prevalența cicatricelor cu defecte și de a stabili mărimea și localizarea cicatricelor cu defecte, prin ecografia transvaginală.

Metode: 287 de femei au fost supuse unei examinări prin ecografie transvaginală, la 6-9 luni după ce au născut: 108 făcuseră o singură cezariană, 43 făcuseră două operații cezariene și 11 cel puțin trei operații cezariene; 125 erau primipare care născuseră vaginal.

Rezultate: nici una dintre cele 125 de femei care născuseră vaginal nu avea o cicatrice vizibilă în uter, în timp ce toate femeile care născuseră prin cezariană aveau cel puțin o cicatrice vizibilă. Grosimea medie a miometrului la nivelul istmului a fost de 11,6 mm la femeile care au născut doar vaginal și de 8,3 mm, 6,7 mm, respectiv 4,7 mm la femeile care au avut una, două, respectiv trei operații cezariene. Cicatricile cu defect au fost observate la 61%, 81%, respectiv 100% dintre femeile care au suferit una, două, respectiv trei operații cezariene; cel puțin un defect a fost considerat major de către medicul ecograf în 14%, 23% și 45% din cazuri, fiind observat cel puțin un defect total în 6%, 7% și 18% din cazuri. La femeile care au suportat o singură operație cezariană, distanța medie dintre o cicatrice intactă și orificiul cervical intern a fost de 4,6 mm și cea dintre o cicatrice cu defect și orificiul cervical intern a fost 0.

Concluzii: cicatricile rezultate în urma operației de cezariană pot fi detectate foarte bine în urma ecografiei. Grosimea miometrului la nivelul istmului uterin descrește odată cu numărul de operații cezariene, iar frecvența cicatricelor cu defecte mari crește. Cicatricile cu defecte sunt localizate în partea inferioară a uterului în comparație cu cicatricile intacte.

Cuvinte cheie: operație cezariană, transă de histerotomie, cicatrice postoperatorie, ecografie transvaginală

ABSTRACT

Objectives: to determine the ability to correctly identify Cesarean section scars, to estimate the prevalence of defective scars, and to determine the size and location of scar defects by transvaginal ultrasound imaging.

Methods: two hundred and eighty-seven women underwent transvaginal ultrasound examination 6-9 months after delivery: 108 had undergone one Cesarean section, 43 had had two Cesarean sections, 11 had undergone at least three Cesarean sections, and 125 were primiparae who had delivered vaginally.

Adresă de corespondență:

Dr. Claudia Mehedițu, Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, Șoseaua Vergului, Nr. 12, București

Results: none of the 125 vaginally delivered women had a visible scar in the uterus, whereas all women who had undergone Cesarean section had at least one visible scar. Median myometrial thickness at the level of the isthmus was 11.6 mm in women who had only been delivered vaginally, and 8.3 mm, 6.7 mm and 4.7 mm in women who had undergone one, two and at least three Cesarean section. Scar defects were seen in 61%, 81% and 100% of the women who had undergone one, two and at least three Cesarean sections; at least one defect was classified as large by the ultrasound examiner in 14%, 23% and 45%), and at least one total defect was seen in 6%, 7% and 18%. In women who had undergone one Cesarean section, the median distance between an intact scar and the internal cervical os was 4.6 (range, 0-19) mm, and that between a deficient scar and the internal cervical os was 0.

Conclusions Cesarean section scars can be detected reliably by ultrasound imaging. Myometrial thickness at the level of the isthmus uteri decreases with the number of Cesarean sections and the frequency of large scar defects increases. Scars with defects are located lower in the uterus than intact scars.

Key words: cesarean section, hysterotomy tranche, postoperative scars, transvaginal ultrasound

INTRODUCERE

Numărul operațiilor cezariene este în continuă creștere în ultimii ani. Operația cezariană se asociază cu numeroase complicații la sarcinile ulterioare, precum: sarcina ectopică intramiometrială la nivelul transei de histeromie, care se complică de multe ori cu sângerări ce pun în pericol viața, placenta praevia, placenta acreta, increta sau percreta, dehiscența de transă sau ruptură uterină. Nu este bine stabilită legătura dintre defectele de transă evaluate ultrasonografic la femeile neînsărcinate post operație cezariană și riscul de apariție a complicațiilor mai sus menționate în comparație cu cele la care trasa apare intactă, sau între gradul defectului și creșterea riscului de complicații.

Studiul prezentat în acest articol își dorește să determine acuratețea evaluării ecografice a transei uterine și să estimeze prevalența defectelor de transă și a viitoarelor posibile complicații. □

METODE

Concluziile ce vor fi prezentate s-au bazat pe un studiu realizat pe un număr de 250 de paciente de la care s-a obținut un consimțământ informat. Criteriile eligibile de includere au fost: vârsta peste 18 ani, primipară cu naștere normală necomplicată, femei care au născut cel puțin o dată prin operație cezariană și excluderea uterului cicatriceal post altă intervenție chirurgicală, precum și absența gestației actuale. Studiul a cuprins 100 de primipare care au născut normal, 100 de femei care au născut o singură dată prin cezariană și 50 de femei care au cel puțin 2 nașteri prin operație cezariană.

Examinarea s-a făcut folosindu-se ecografia transvaginală și a fost realizată la un interval de 6-9 luni postpartum. Imaginile obținute au fost atent analizate și orice modificare sau invaginație

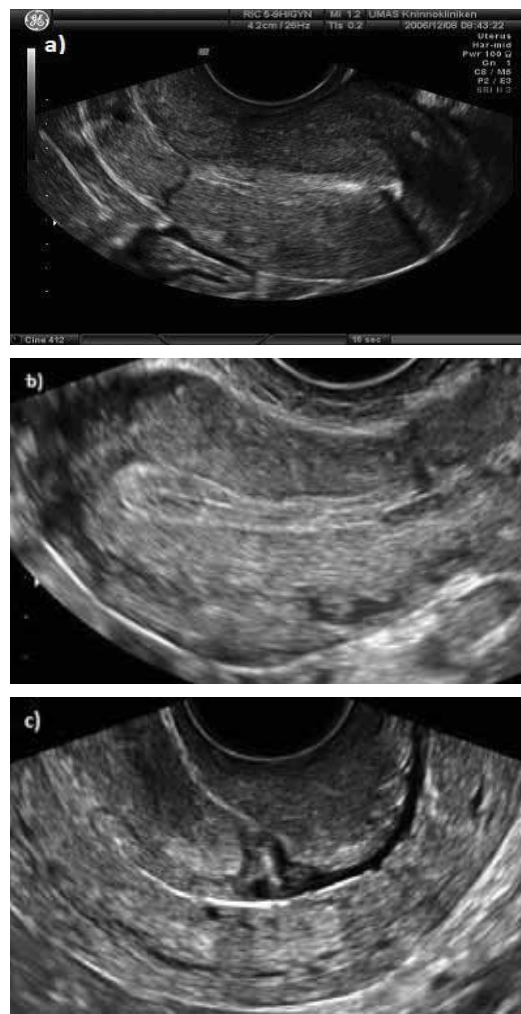


FIGURA 1. Evaluare ecografică a unei cicatrice intacte (a), a unei cicatrice cu defect minor (b) și a unei cicatrice cu defect major (c).

la nivelul transei de histerotomie a fost considerată defect de transă. Pe baza unei evaluări subiective, defectele au fost clasificate în defecte minore sau majore și pacienta implicit informată, deși implicațiile ulterioare ale gradului defectului nu sunt pe deplin cunoscute. Cu toate acestea, la o eventuală sarcină, pacientei i s-a recomandat ecografie transvaginală precoce pentru a se exclude o sarcină ectopică la nivelul cicatricei.

Imediat post evaluare ecografică imaginile rezultate au fost analizate atent, notându-se multiple aspecte ecografice: anteflexia sau retroversia uterină, numărul de cicatrici vizibile ecografic, prezența sau absența defectului de transă, forma defectului (triunghiular, rotund, oval, defect total cu absența miometrului deasupra cicatricei), localizarea defectului (dreapta, stânga, central sau alta). De asemenea, s-a măsurat grosimea miometrului de la nivelul istmului uterin, distanța dintre cicatrice și orificiul cervical intern. Dimesiunile cicatricei au fost măsurate atât în imagine longitudinală, cât și sagitală, la nivelul uterului. În cazul prezenței defectului, s-a realizat un raport între grosimea miometrului restant deasupra cicatricei și grosimea miometrului adiacent.

REZULTATE

Tehnica chirurgicală practică la toate operațiile cezariene a constat în histerotomie segmento-transversală. La nici una dintre cele 100 de femei care au născut natural nu s-a vizualizat o cicatrice uterină, în timp ce la cele care au născut prin operație cezariană s-au vizualizat cel puțin o cicatrice. Mai mult de 2 cicatrici post histerotomie nu s-a putut evidenția ecografic. 2 tranșe de histerotomie au fost dificil de evidențiat separat, dar totuși vizibile ecografic. Proporția de femei cu cel puțin un defect la nivelul transei, cu cel puțin o cicatrice sau cu cel puțin o cicatrice cu defect total este în creștere direct proporțională cu numărul de operații cezariene efectuate, în timp ce grosimea miometrului supraiacent transei este invers proporțional cu

numărul de operații cezariene. Defectele de transă au fost vizualizate atât în cazul uterelor în anteversie, cât și la cele în retroflexie, dar defecte majore sau totale s-au observat mai ales la femeile cu retroversie uterină. În rândul femeilor care au avut o singură operație cezariană, distanța medie dintre cicatricea intactă și orificiul cervical intern a fost de 4,6 mm, în timp ce distanța dintre o cicatrice dehiscentă și orificiul cervical intern a fost de 0 mm. Din totalul numărului de cicatrici, 89% au fost percepute ca fiind centrale, restul fiind ori spre dreapta, ori spre stânga. Majoritatea tranșelor aveau formă triunghiulară, iar doar un număr mic aveau formă rotundă, ovală sau prezentau un defect total. O singură pacientă a prezentat 2 defecte totale la 2 tranșe diferite. Mărimea cicatricei, măsurată obiectiv ecografic, este similară la femeile cu una sau mai multe operații cezariene, precum și raportul dintre grosimea miometrului restant supraiacent transei și miometrul adiacent.

Valorile medii ale miometrului restant, precum și prevalența defectelor conform evaluării, analizei și măsurătorilor ecografice sunt prezentate în tabelul 1. □

CONCLUZII

Acest studiu demonstrează că evaluarea prin ecografie transvaginală este o metodă relevantă în detectarea defectelor de transă post histerotomie. Este arătat, de asemenea, că defectele de la nivelul cicatricei sunt frecvente, dar în aceeași măsură grosimea miometrului restant supraiacent de la nivelul istmului uterin scade. Numărul de cicatrice cu defecte de transă, precum și apariția defectelor majore sau totale crește cu numărul de operații cezariene la care este supusă pacienta. Defectele majore sau totale de transă sunt mai comune în cazul retroversiei uterine, iar cicatricile cu defecte sunt mai frecvent localizate inferior la nivelul istmului decât cicatricile intacte. Relevant pentru acest studiu este faptul că este inclus și un grup de femei care au născut doar natural și, de asemenea,

TABELUL 1. Prevalența defectelor cicatricei după operația cezariană

Rezultate	Naștere naturală	O operație cezariană	Două operații cezariene	Trei sau mai multe operații cezariene
O cicatrice vizibilă	0%	100%	37%	18%
Două cicatrice vizibile	0%	0%	63%	82%
Cel puțin o cicatrice cu defect	0%	61%	81%	100%
Cel puțin o cicatrice cu defect major	0%	14%	23%	45%
Cel puțin o cicatrice cu defect total	0%	6%	7%	18%
Grosimea miometrului la nivelul istmului uterin (mm)	11,6 mm	8,3 mm	6,7 mm	4,7 mm

faptul că examinatorul care a realizat ecografiile nu a fost informat despre trecutul obstetrical al pacientelor. De precizat că, deși acest studiu demonstrează acuratețea examinării ultrasonografice a tranșei de histerotomie la o femeie negravidă, totuși relevanța sa scade la o femeie însărcinată (ce prezintă în antecedente istoric de operație cezariană). În acest studiu, precum și în altele de specialitate, este citat faptul că numărul de operații cezariene crește dificultatea evaluării ecografice a tranșei/tranșelor de histerotomie și că numărul de cicatrice vizualizate ecografic nu corespunde întotdeauna cu numărul de operații cezariene la femeile cu mai mult de o intervenție. Acest lucru este relativ lesne de explicat prin tesutul fibros apărut în timpul regenerării tranșei, modificărilor în anatomia locală și a defectelor cicatriciale care interferează cu vizualizarea fiecărei tranșe în particular. Prevalența cicatricelor cu defect este destul de crescută conform acestui studiu (61%, 81%, 100% în funcție de numărul de intervenții, respectiv o singură, două, trei sau mai multe operații cezariene).

Prezentul studiu dorește să facă o diferențiere între defectele minore, majore sau totale ce se

pot asocia tranșei de histerotomie, defectul sever fiind definit ca pierderea a 50% sau mai mult din miometrul de la nivelul istmului uterin (conform definiției lui Ofili-Yebovi). În general diferențele între diferite examinări ecografice spațiate în timp nu ar trebui să aducă rezultate cu o diferență discrepantă în ceea ce privește integritatea trasei de histerotomie. Este mai mult decât evident că numărul și gravitatea defectelor de tranșă crește cu numărul de operații cezariene și că și grosimea miometrului scade în mod constant cu fiecare nouă intervenție. Aceste rezultate sunt concordante cu subțierea segmentului inferior la femeile însărcinate care au născut în antecedente prin operație cezariană.

Importanța clinică a defectelor tranșei vizibile, dimensiunea acestor defecte, precum și grosimea endometrului la nivelul istmului uterin la o femeie negravidă nu este cunoscută. Aceste lucruri capătă o altă importanță în ceea ce privește o viitoare sarcină la pacientele la care defectele sunt apreciable și la care riscul complicațiilor crește direct proporțional cu severitatea defectelor (ruptura uterină, dehiscența, implantare patologică a placentei, sarcini ectopice intracicatriciale etc.). □

BIBLIOGRAFIE

1. Ben Nagi J, Ofili-Yebovi D, Marsh M, Jurkovic D. – Firsttrimester cesarean scar pregnancy evolving into placenta previa/ accreta at term. *J Ultrasound Med* 2005; 24:1569–1573.
2. Kennare R, Tucker G, Heard A, Chan A. – Risks of adverse outcomes in the next birth after a first cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007; 109: 270–276.
3. Fukuda M, Shimizu T, Ihara Y, Fukuda K, Natsuyama E, Mochizuki M. – Ultrasound examination of cesarean section scars during pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 1991; 248: 129–138.
4. Jastrow N, Antonelli E, Robyr R, Irion O, Boulvain M. – Interand intraobserver variability in sonographic measurement of the lower uterine segment after a previous Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 420–424.
5. Armstrong V, Hansen WF, Van Voorhis BJ, Syrop CH. – Detection of cesarean scars by transvaginal ultrasound. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 61–65.
6. Zimmer EZ, Bardin R, Tamir A, Bronshtein M. – Sonographic imaging of cervical scars after Cesarean section. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 594–598.
7. Tanik A, Ustun C, Cil E, Arslan A. – Sonographic evaluation of the wall thickness of the lower uterine segment in patients with previous cesarean section. *J Clin Ultrasound* 1996; 24: 355–357.