

Incompetența cervico-istmică

Cervical incompetence

Dr. Corina RĂDULESCU¹, Dr. Radu MATEESCU¹, Șef Lucr. Dr. Edu ANTOINE,
Asist. Univ. Dr. Alexandru MATEI²

¹Spitalul Clinic „Nicolae Malaxa“, București

²I.O.M.C. „Prof. Dr. Alfred Rusescu“

REZUMAT

Insuficiența cervicală, denumită anterior incompetența cervico-istmică, descrie o stare funcțională de lipsă de continență a colului uterin, în absența contracțiilor uterine, care duce la imposibilitatea de a menține sarcina până la termen.

Cauzele incompetenței cervico-istmice sunt multiple: congenitale și dobândite. Diagnosticul se stabilește pe baza istoricului, examenului genital și ecografiei. Incompetența cervico-istmică reprezintă una dintre cauzele de naștere prematură, iar diagnosticul precoce stabilit prin asocierea istoricului pacientei, al măsurării lungimii colului uterin prin ecografie transvaginală și determinarea fibronectinei fetale în secrețiile vaginale conduce la scăderea cazurilor de naștere prematură.

Cuvinte cheie: incompetența cervico-istmică, cerclaj, avort spontan

ABSTRACT

Cervical insufficiency (previously known as cervical incompetence) describes a functional weakness of the cervix, with an inability to achieve a full-term pregnancy.

A functional defect in the cervix can be caused by an anatomic abnormality, in utero diethylstilbestrol (DES) exposure, or collagen disorders. Acquired causes of cervical insufficiency include cervical lacerations during labor and delivery, mechanical dilation of the cervix during gynecologic procedures, cervical biopsy, laser ablation, loop electrosurgical excision procedures (LEEP), or cold knife conization. The diagnosis of cervical insufficiency is based on history, sonographic measurement of cervical length and fetal fibronectin testing.

Keywords: cervical incompetence, cerclage, spontaneous abortion

Insuficiența cervicală, denumită anterior incompetență cervico-istmică, descrie o stare funcțională de lipsă de continență a colului uterin, în absența contracțiilor uterine, care duce la imposibilitatea de a menține sarcina până la termen.

Caracteristica este dilatarea bruscă și nedureroasă a colului uterin, ducând la avorturi spontane în trimestrul al II-lea de sarcină, în proporție de 2% din totalul sarcinilor. (1) Cu toate acestea, mai puțin de 30% dintre femeile cu antecedente de avorturi spontane în tri-

mestrul al II-lea vor prezenta recurență în cazul unei viitoare sarcini. (2)

FIZIOPATOLOGIE

Colul uterin se formează prin unirea și recanalizarea porțiunii distale a paramezonefrosului (ductul mullerian), care are loc în săptămâna 20 de sarcină (3) și este format atât din țesutul conjunctiv, cât și din mușchi.

Proporția de fibre conjunctive crește de la nivelul orificiului extern al colului uterin spre fundul uterin, menținând astfel canalul cervical închis. (4)

Insuficiența cervicală se datorează unui defect la nivelul joncțiunii cervico-istmice.

ETIOLOGIE

Cauzele incompetenței cervico-istmice sunt multiple:

- anomalii anatomice (defecte congenitale ale canalului mullerian) (5);
- expunerea în uter la DES (6);
- colagenoze (sindromul Ehlers-Danlos) (7);
- cauze dobândite cum ar fi: rupturi comisurale postpartum și postabortum, biopsie cervicală, ERAD, conizații (8-10);

Cu toate acestea, în multe cazuri etiologia rămâne necunoscută.

DIAGNOSTICUL

Diagnosticul incompetenței cervico-istmice se bazează în special pe istoricul pacientei (3 sau mai multe avorturi spontane în trimestrul al II-lea de sarcină) și se stabilește retroactiv.

De obicei, la examenul genital se constată bombarea pungii amniotice și dilatația colului uterin în trimestrul al II-lea de sarcină, fapt care determină ruptura prematură de membrane, urmată de avort.

Contractiile uterine sunt rare sau absente. Diagnosticul se stabilește pe baza istoricului, a examenului genital și a ecografiei.

Incompetența cervico-istmică este responsabilă de 8-9% din nașterile premature.

Evaluarea lungimii canalului cervical se apreciază cel mai corect prin ecografia transvaginală. Ștergerea canalului cervical începe la nivelul orificiului intern și progresează caudal spre orificiul extern, cu scurtarea progresivă a canalului cervical (imagine – ecografia de „pâlniere“) (15).

S-a constatat o legătură strânsă între lungimea canalului cervical și riscul nașterii premature (17-19). Lungimea canalului cervical sub 25 mm a fost asociată cu un risc crescut de naștere prematură.

În cazul gravidelor asimptomatice cu antecedente de naștere prematură, studii multiple au demonstrat că măsurarea canalului cervical reprezintă un factor predictiv pentru recurență. Aceste gravide trebuie monitorizate ecografic începând de la 16-18 săptămâni de sarcină și repetate la 2-3 săptămâni, până la 30-32 de săptămâni.

În cazul gravidelor asimptomatice, fără antecedente de naștere prematură, monitorizarea ecografică cu măsurarea lungimii canalului cervical nu pare a aduce beneficii, unul dintre studii arătând doar 39% sensibilitate în predicția nașterii premature. (20)

În cazul gravidelor simptomatice, cu lungimea colului mai mică de 15 mm, nașterea prematură este iminentă; unul dintre studii a demonstrat că în cazul în care lungimea colului uterin < 15 mm, în 60% din cazuri nașterea prematură are loc în 7 zile. (23)

În cazul gravidelor cu lungimea colului intermediară cuprinsă între 15-30 mm, diagnosticul se stabilește prin măsurarea ecografică a lungimii colului împreună cu detectarea fibronectinei din secrețiile cervico-vaginale.

Fibronectina fetală este o glicoproteină fetală care determină adeziunea celulară la nivelul interfeței membranare și este eliberată în secrețiile cervico-vaginale atunci când matricea extracelulară este afectată, fiind folosită ca factor predictiv pentru nașterea prematură.

Se poate folosi de la 22-23 de săptămâni de sarcină și se recoltează de la nivelul fundului de sac posterior.

Multiple studii au demonstrat avantajul măsurării ecografice a colului uterin asociate cu determinarea fibronectinei fetele, cu rol important în predicția nașterii premature.

CONCLUZIE

Incompetența cervico-istmică reprezintă una din cauzele de naștere prematură, iar diagnosticul precoce stabilit prin asocierea istoricului pacientei, al măsurării lungimii colului uterin prin ecografie transvaginală și determinarea fibronectinei fetale în secrețiile vaginale conduce la scăderea cazurilor de naștere prematură.

BIBLIOGRAFIE

1. **Norwitz E.R., Repke J.T.** Cervical Cerclage – Elective and Emergent. ACOG Update. 1999; 24:1-11.
2. **Dulay A.T.** Cervical Insufficiency. Merck Manual Professional: Gynecology and Obstetrics: Abnormalities of Pregnancy. Available at www.merckmanuals.com/professional/sec18/ch263/ch263c.html.
3. **Crosby W.M., Hill E.C.** Embryology of the Mullerian duct system. Review of present-day theory. *Obstet Gynecol.* 1962; 20:507.
4. **Danforth D.N.** The fibrous nature of the human cervix, and its relation to the isthmic segment in gravid and nongravid uteri. *Am J Obstet Gynecol* April 1947;53:541-560.
5. **Leduc L., Wasserstrum N.** Successful treatment with the Smith-Hodge pessary of cervical incompetence due to defective connective tissue in Ehlers-Danlos syndrome. *Am J Perinatol.* Jan 1992; 9(1):25-7.
6. **Rackow B.W., Arici A.** Reproductive performance of women with müllerian anomalies. *Curr Opin Obstet Gynecol.* Jun 2007; 19(3):229-37.
7. **Kaufman R.H., Adam E., Hatch E.E., Noller K., Herbst A.L., Palmer J.R.** Continued follow-up of pregnancy outcomes in diethylstilbestrol-exposed offspring. *Obstet Gynecol.* Oct 2000; 96(4):483-9.
8. **Jakobsson M., Gissler M., Sainio S., Paavonen J., Tapper A.M.** Preterm delivery after surgical treatment for cervical intraepithelial neoplasia. *Obstet Gynecol.* Feb 2007; 109(2 Pt 1):309-13.
9. **Nøhr B., Tabor A., Frederiksen K., Kjaer S.K.** Loop electrosurgical excision of the cervix and the subsequent risk of preterm delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(5):596-603.
10. **Sjøborg K.D., Vistad I., Myhr S.S., Svenningsen R., Herzog C., Kloster-Jensen A., et al.** Pregnancy outcome after cervical cone excision: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(4):423-8.
11. **Harlap S., Shiono P.H., Ramcharan S., Berendes H., Pellegrin F.** A prospective study of spontaneous fetal losses after induced abortions. *N Engl J Med.* Sep 27 1979; 301(13):677-81.
12. **Cousins L.** Cervical incompetence, 1980: a time for reappraisal. *Clin Obstet Gynecol.* Jun 1980; 23(2):467-79.
13. **Shah P.S., Zao J.** Induced termination of pregnancy and low birthweight and preterm birth: a systematic review and meta-analyses. *BJOG.* Oct 2009;116(11):1425-42.
14. **Slattery M.M., Morrison J.J.** Preterm delivery. *Lancet.* Nov 9 2002; 360(9344):1489-97.
15. **Ziliani M., Azuaga A., Calderon F., Pagés G., Mendoza G.** Monitoring the effacement of the uterine cervix by transperineal sonography: a new perspective. *J Ultrasound Med.* Oct 1995; 14(10):719-24
16. **Berghella V., Owen J., MacPherson C., Yost N., Swain M., Dildy G.A.** 3rd. Natural history of cervical funneling in women at high risk for spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* Apr 2007; 109(4):863-9.
17. **Iams J.D., Goldenberg R.L., Meis P.J., Mercer B.M., Moawad A., Das A., et al.** The length of the cervix and the risk of spontaneous premature delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal Fetal Medicine Unit Network. *N Engl J Med.* Feb 29 1996; 334(9):567-72.
18. **Heath V.C., Southall T.R., Souka A.P., Elisseeu A., Nicolaides K.H.** Cervical length at 23 weeks of gestation: prediction of spontaneous preterm delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Nov 1998;12(5):312-7.
19. **Crane J.M., Hutchens D.** Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* May 2008;31(5):579-87.
20. **Iams J.D., Goldenberg R.L., Mercer B.M., Moawad A.H., Meis P.J., Das A.F.** The preterm prediction study: can low-risk women destined for spontaneous preterm birth be identified?. *Am J Obstet Gynecol.* Mar 2001;184(4):652-5.
21. Committee opinion no. 522: incidentally detected short cervical length. *Obstet Gynecol.* Apr 2012;119(4):679-82.
22. **Tsoi E., Fuchs I.B., Rane S., Geerts L., Nicolaides K.H.** Sonographic measurement of cervical length in threatened preterm labor in singleton pregnancies with intact membranes. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Apr 2005;25(4):353-6.
23. **Sotiriadis A., Papatheodorou S., Kavvadias A., Makrydimas G.** Transvaginal cervical length measurement for prediction of preterm birth in women with threatened preterm labor: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Jan 2010; 35(1):54-64.

Vizitați site-ul

SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI

www.samf.ro