

Insuficiența cervicală - cerclajul ca metodă curativă

Cervical cerclage - therapeutic method for cervical insufficiency

Diana Voicu¹,
Octavian
Munteanu²,
Oana Bodean¹,
Vlad Baleanu³,
Roxana
Bohilțea²,
Natalia
Turcan¹,
Radu Gabriel¹,
Monica
Cirstoiu²

1. Secția
Obstetrică-Ginecologie III
a Spitalului Universitar
de Urgență București
2. Universitatea
de Medicină și Farmacie
„Carol Davila”
3. Secția
de Chirurgie Generală I
a Spitalului Universitar
de Urgență București

Correspondență:
Dr. Octavian Munteanu
e-mail: octav_munteanu@
yahoo.com

Abstract

Cervical insufficiency is the main pathology which requires prophylactic cerclage of the cervix. This pathology is asymptomatic and the diagnosis is based on the patient's obstetric history. Untreated, cervical insufficiency leads to second trimester abortion; the product of conception is not viable at such low gestational ages. Cerclage is considered effective if the pregnancy can be carried to term, respectively 37 weeks. For this paper, we conducted a retrospective study in the period 2014-2015 at Bucharest University Emergency Hospital and we evaluated different cerclage procedures performed here. In our clinic, mean gestational age at birth was 37 weeks at patients with cerclage.

Keywords: cerclage, cervical insufficiency, abortion, cervix

Rezumat

Incompetența cervicală reprezintă principala patologie care impune cerclajul colului uterin profilactic. Această patologie este asimptomatică, iar diagnosticul se bazează pe antecedentele obstetricale ale pacientei și pe evaluarea ecografică a colului uterin. Netratată, insuficiența cervicală duce la avort de trimestru al II-lea, produsul de concepție nefiind viabil la vârste gestaționale atât de mici. Cerclajul este considerat eficient dacă sarcina a putut fi dusă la termen, respectiv la 37 de săptămâni. Pentru prezenta lucrare, am efectuat un studiu retrospectiv în perioada 2014-2015 la Spitalul Universitar de Urgență București, prin care am evaluat modalitățile de cerclaj efectuate la S.U.U.B. În clinica noastră, vârsta gestațională medie la care pacientele au născut a fost de 37 de săptămâni la pacientele cu cerclaj al colului uterin.

Cuvinte-cheie: cerclaj, incompetență cervicală, avort, col

Introducere

Cerclajul a fost realizat prima dată în anii '50 prin tehnici descrise de McDonald și Shirodkar. Procedul McDonald reprezintă cea mai folosită metodă de cerclaj al colului uterin. Tehnica o reprezintă în expunerea și tracțiunea blândă a colului cu două pense Pozzi, montarea unui fir surjet monofilament neresorbabil numărul 2 la nivelul corpului cervical în apropiere de orificul cervical intern, fără mobilizarea vezicii urinare. Firul se înnoadă la ora 12. Se poate aplica o a doua sutură mai sus, dacă orificiul cervical nu se închide corect. Suprimarea firului se face la 37 de săptămâni sau în caz de contracții uterine de naștere prematură ce nu răspund la terapia medicală. Este de preferat ca cerclajul să se efectueze la 13-14 săptămâni^(1,2). Tehnica Shirodkar a fost descrisă în anul 1955, fiind o tehnică de cerclaj înalt și presupune disecția vezicii urinare și a rectului de col, realizându-se disecția mucoasei vaginale pentru a putea monta firul de cerclaj cât mai înalt pe col⁽³⁾. Ambele tehnici se efectuează pe cale vaginală. Tehnica de cerclaj transabdominal se efectuează în caz de eșec al tehnicilor de cerclaj pe cale vaginală sau în caz de defecte anatomice severe ale cervixului, prin montarea unui fir de cerclaj la nivelul porțiunii cervico-istmice a uterului. Cerclajul transabdominal se poate efectua preconcepțional sau până în jurul săptămânii 11 de sarcină după examinarea ecografică prealabilă a colului uterin. Modalitatea de abord al cerclajului transabdominal poate fi laparoscopică sau prin laparotomie^(4,6).

De asemenea, intervențiile chirurgicale ce modifică anatomia colului uterin - conizația largă, electroresecție cu ansă diatermică, chiuretaje repetate, malformațiile uterine și de col (anomaliile mülleriene) - pot fi considerate indicații de cerclaj, deoarece reprezintă etiologiile ale incompetenței cervicale^(5,8,9).

Extragerea firului de cerclaj se face la 36-37 de săptămâni, fără anestezie, după ce plămânii fetalii s-au dezvoltat suficient pentru ca fătul să poată supraviețui în mediul extrauterin.

La femeile cu sarcini multiple și un col uterin scurt, plasarea cerclajului nu este recomandată, deoarece acest lucru a fost asociat cu un risc crescut de naștere prematură⁽⁵⁾.

Scopul lucrării este de a relata experiența noastră în managementul cerclajului colului uterin, în cadrul Spitalului Universitar de Urgență București, Clinica de Obstetrică-Ginecologie.

Material și metodă

În perioada ianuarie 2014 - decembrie 2015, în clinica noastră au fost internate 120 de gravide ce au necesitat cerclaj al colului uterin. Metodele de diagnostic au inclus consult clinic și ecografie transvaginală și abdominală la toate pacientele. Ecografiile au urmărit măsurarea lungimii colului. De asemenea, s-au prelevat și analize de sânge, și anume: hemoleucogramă, coagulogramă, glicemie, enzime hepatice, colesterol (LDL, HDL), trigliceride, probe urinare, dozări hormonale, secreție vaginală și cultură din col. Acești parametri au fost reevaluați la toate paci-

entele în dinamică. De asemenea, datele anamnestice au fost obținute prin studierea foilor de observație clinică.

Rezultate

Din cele 120 de paciente, un număr de 80 au avut istoric de pierderi de sarcină repetate (peste 3), 41 au fost cerclate profilactic la sarcinile anterioare, 93 au avut cel puțin o naștere înainte de 34 de săptămâni în antecedente, 110 au avut istoric de avorturi repetate (peste 3 avorturi spontane sau sarcini oprite în evoluție). De asemenea, la 110 paciente s-a găsit o lungime a colului măsurată ecografic sub 25 de milimetri, iar 10 paciente s-au prezentat cu dilatație cervicală și s-a încercat cerclaj de urgență („la cald”).

Un număr de 15 paciente cu sarcini gemelare au fost incluse în studiu și au necesitat cerclaj. Toate gravidele incluse în studiu au fost diagnosticate cu incompetență cervico-istmică; majoritatea nu au prezentat simptome, fiind diagnosticate întâmplător în cursul examenelor ecografice de rutină. Totuși, 27 de gravide au acuzat senzație de presiune pelviană, lombalgii, crampe abdominale ușoare și modificarea secreției vaginale. La gravidele asimptomatice fără antecedente de avort/nașteri premature, diagnosticul s-a pus pe baza examenului fizic și ultrasonografic.

Din totalul pacientelor, 20 au născut prematur după ce s-a suprimat firul de cerclaj din cauza declanșării travaliului, iar în 3 cazuri firul de cerclaj a derapat.

Pacientele cărora li s-a efectuat cerclaj de urgență s-au prezentat la camera de gardă cu dilatație cervicală până în 4 centimetri, iar la examenul cu valve membranele amniotice prolabau la nivelul orificiului cervical. Dintre pacientele cerclate de urgență, una a avortat spontan la 20 de săptămâni, 4 au născut prematur (sub 34 de săptămâni de sarcină), iar 5 au dus sarcina aproape de termen (37-38 de săptămâni).

Din cele 120 de paciente, 89 au născut prin operație cezariană, iar 31 pe cale vaginală. Dintre acestea, 92 au fost primipare, iar 28 multipare.

După cerclaj, pacientele au fost monitorizate în spital timp de 24-48 de ore, li s-a efectuat profilaxie cu antibiotic, antispastic, administrare intrarectală postprocedurală de Indometacin și, după caz, tratament de maturare fetală pulmonară.

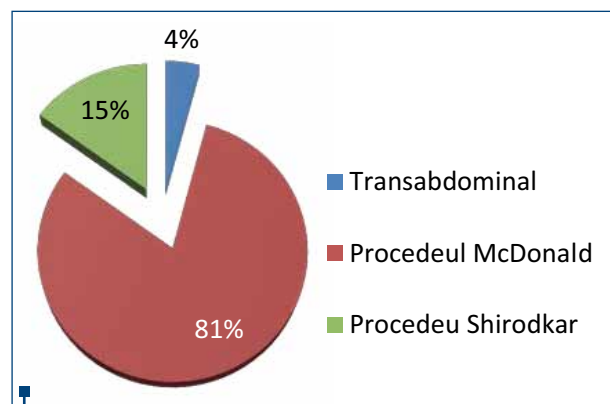


Figura 1. Modalitatea de cerclaj la pacientele incluse în studiu

Tabelul 1 | Indicațiile cerclajului⁽³⁾

Indicațiile cerclajului
Istoric de pierderi de sarcini în trimestrul al doilea (>3 sarcini), fără ca pacienta să simtă contracții uterine dureroase.
Istoric de plasare de cerclaj profilactic la sarcinile anterioare pentru incompetență cervicală.
Antecedente de nașteri premature sau avorturi spontane (înainte de 34 de săptămâni de sarcină).
Lungime a colului uterin măsurată ecografic sub 25 mm, înainte de 24 de săptămâni de sarcină (cele mai concludente măsurători ale colului se efectuează între săptămânile 14-24 de sarcină).
Dilatație cervicală nedureroasă constatată la examenul local ginecologic, în al doilea trimestru de sarcină.

Tabelul 2 | Contraindicațiile cerclajului^(1,2,6,7)

Contraindicațiile cerclajului
Ruptura prematură de membrane amniotice
Moarte fetală
Sângerare vaginală severă
Declanșarea travaliului activ
Corioamniotita

Vârsta medie a pacientelor incluse în studiu a fost 31,5 ani. Procedul de cerclaj preferat a fost tehnica McDonald, respectiv 80,83% din totalul pacientelor incluse în studiu. Tehnica de cerclaj transabdominal pe cale laparoscopică s-a efectuat la un număr restrâns de paciente, după ce cerclajul pe cale vaginală a eșuat. Într-un singur caz s-a efectuat cerclaj transabdominal preconcepțional, din cauza antecedentelor de conizație înaltă și a eșecului cerclajului

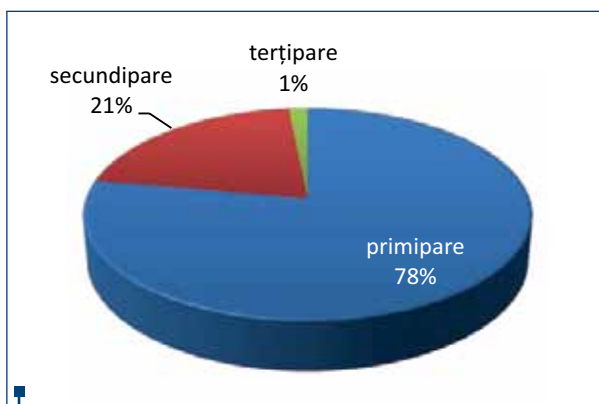


Figura 2. Paritatea pacientelor incluse în studiu



Figura 3. Măsurare ecografică transvaginală a lungimii canalului cervical



Figura 4. Imagine ecografică cu fir de cerclaj la o pacientă de 29 de săptămâni



Figura 5. Imagine ecografică la o pacientă cu vârsta gestațională de 9 săptămâni, cu istoric de avort recurent de trimestrul al II-lea, anterior montării firului de cerclaj, care a născut prematur la 32 de săptămâni

pe cale vaginală la sarcinile anterioare. Procedul Shirodkar a fost utilizat la 15% dintre paciente, abordul transabdominal a fost utilizat în doar 4% din cazuri.

Pacientele incluse în studiu au fost primipare (78%), secundipare (21%) și terțipare doar 1%. Dintre gravidele multipare, toate aveau istoric de pierderi de sarcini în trimestrul al II-lea, avorturi repetate, precum și cerclaj profilactic la sarcinile anterioare.

Vârsta gestațională medie de menținere a sarcini în cadrul lotului studiat a fost 37 de săptămâni de gestație.

Discuții

Diagnosticul de incompetență cervicală se pune pe datele anamnestice și pe aspectul și măsurarea ultrasonografică a lungimii canalului cervical, nefiind o patologie cu simptomatologie dureroasă.

Cerclajul la cald e însoțit de un risc mare de eșec dacă pacienta are dilatație cervicală mai mare de 4 centimetri și membranele amniotice prolabează la nivelul orificiului cervical. În cazul studiului nostru, 4 paciente au născut prematur, iar una a avortat un făt neviabil.

Concluzii

Cerclajul poate preveni nașterea prematură la pacienta la care cerclajul s-a făcut la momentul potrivit, susținut de tocoliza postprocedurală, în absența patologiei infecțioase locale asociate.

Diagnosticul de insuficiență cervicală se bazează pe antecedentele obstetricale ale gravidei, diagnosticul fiind confirmat de examenul fizic și măsurarea ecografică a lungimii colului.

Insuficiența cervicală poate fi congenitală sau dobândită. Factorii de risc includ intervențiile chirurgicale ce modifică anatomia colului uterin, traumatisme ale colului și anomalii congenitale ale uterului și/sau colului uterin. Cerclajul colului uterin se poate face transvaginal sau transabdominal. În cazul studiului nostru, modalitatea de cerclaj de primă alegere, în 80,83% din cazuri, a fost procedeul McDonal. ■

Bibliografie

1. F. Gary, et al. William's Obstetrics Twenty-Second Ed. Cunningham, Ch. 9.
2. Scott, James R, et al. Danforth's Obstetrics and Gynecology 9th Ed., Ch. 4.
3. ACOG Practice Bulletin, 2014/142. Cerclage for the management of cervical insufficiency. Obstet Gynecol, 123(2 Pt 1), 372.
4. Crane JMG, Hutchens D. Transvaginal sonographic measurement of cervical length to predict preterm birth in asymptomatic women at increased risk: a systematic review. Ultrasound in Obstet Gynecol, 2008; 31(5): 579-87.
5. Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. Obstet Gynecol, 2005; 106(1):181-9.
6. Zaveri V, Aghajafari F, Amankwah K, Hannah M. Abdominal versus vaginal cerclage after a failed transvaginal cerclage: a systematic review. Am J Obstet Gynecol, 2002; 87(4): 868-72.
7. Sosa C, Althabe F, Belizan J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. Review, 2007; <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD003581.pdf>
8. Albrechtsen S, Rasmussen S, Thoresen S, Irgens LM, Iversen OE. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. BMJ; 2008, 337, a1343.
9. Arbyn M, Kyrgiou M, Simoons C, Raifu AO, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, Paraskevaides E. Perinatal mortality and other severe adverse pregnancy outcomes associated with treatment of cervical intraepithelial neoplasia: meta-analysis. BMJ, 2008, 337, a1284.