



## PREZENTAȚIA TRANSVERSALĂ A FĂTULUI ÎN CONCEPTUL OBSTETRICAL CONTEMPORAN. CAZ CLINIC

*Constantin Burnusus<sup>1</sup>, Diana Antoci<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

<sup>2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”, studentă

**Cuvinte-cheie:** prezentație transversală a fătului, varietate dorsoanterioară, varietate dorsoposterioară, prezentație a umerășului

### Introducere

Prezentația transversală a fătului (PTF) reprezintă o naștere distocică rar întâlnită, având o frecvență de aproximativ 3 cazuri la 10000 de nașteri, cu un grad ridicat de risc atât pentru mamă, cât și pentru nou-născut. Prezentația transversală a fătului apare atunci când axul fetal longitudinal este poziționat transversal față de axul lung al uterului și formează cu acesta un unghi de 90°. În această situație, capul fătului este înclinat într-o parte de la linia mediană a corpului gravidei și se află mai sus de crista iliacă.

Etiologia PTF poate fi atribuită atât factorilor materni, cât și celor fetalii. Printre cauzele materne se numără multiparitatea (mai mult de 2 nașteri anterioare), anomaliile uterine și ale ductului Mullerian, precum și prezența unui bazin îngust. În ceea ce privește cauzele fetale, se remarcă nașterile premature, sarcina multiplă, polihidramniosul, placenta praevia cu blocarea pelvisului, cordonul ombilical scurt și anomalii fetale.

Prezentația transversală implică o serie de particularități obstetricale, ceea ce a determinat decizia noastră de a investiga această problemă în detaliu.

### Scopul

Elucidarea aspectelor clinice și paraclinice în diagnosticul și managementul PTF, în conformitate cu conceptul obstetrical actual.

**Caz clinic.** Pacienta X, în vârstă de 22 de ani, S3N2, AOC: un avort medical în 2022, la 6-7 s.a. Examenul clinic și obstetrical a confirmat prezența unei sarcini 41 s.a. cu prezentație transversală fetală și cu dilatarea de 7 cm a colului uterin, precum și ruptura membranelor amniotice la examenul vaginal. În acest context, s-a decis efectuarea unei operații cezariene de urgență. Intervenția a început la ora 20:40. Procedura a constat într-o laparotomie după Pfannenstiel, cezariană cu incizia transversală în segmentul inferior, din cauza modificărilor structurale ale peretelui uterin, care a prezentat o grosime de 1,5-2 cm și o consistență dură. Varietatea dorsoanterioară, versiunea internă clasică a fost realizată, transformând prezentarea transversală în prezentare podalică, cu o incizie suplimentară în formă de T inversat. A fost extras nou-născutul de sex masculin, cu o greutate de 3200 g, o talie de 52 cm și un perimetru cranian de 35 cm, prezentând un scoru Apgar 7/7. Placenta a fost decolată spontan, iar anexele au fost normale. Au fost aplicate măsuri de profilaxie împotriva hemoragiei, urmate de histerorafie cu vicryl nr. 1, cu fire separate, precum și peritonizare. Peretele abdominal a fost restabilit pe straturi, fiind aplicate suturi intradermale. S-a înregistrat o hemoragie estimată la 800 ml, iar durata totală a intervenției chirurgicale a fost de 50 de minute. Pacienta a fost externată la domiciliu în a patra zi postoperator.

Pentru investigarea acestui caz clinic, am consultat literatura de specialitate referitoare la situațiile obstetricale similare.

## Rezultate

Unul dintre indicii relevanți pentru diagnosticul PTF este determinarea poziției căpușorului. Amplasarea căpușorului la stânga de linia mediană a corpului gravidei este caracteristică primei poziții, iar orientarea căpușorului la dreapta este specifică celei de-a doua poziții.

Un moment important în acest context este determinarea varietății poziției fetale, care este evaluată în funcție de raportul dintre spatele fătului și peretele anterior sau posterior al uterului. Astfel, distingem varietatea dorsoanterioară, mai frecvent întâlnită, și varietatea dorsoposterioară. În varietatea dorsoanterioară, suprafața flexorie a fătului, iar în dorsoposterioară — suprafața extensorie sunt adaptate la convexitatea coloanei vertebrale materne. În cazul PTF, umărul fetal este partea prezentată cel mai frecvent.

Diagnosticul PTF se efectuează prin intermediul mai multor metode de evaluare, incluzând examenul obiectiv, examenul vaginal (TV), examenul ecografic și, dacă este necesar, imagistic și se confirmă la începutul nașterii. Astfel, în cazul prezentației transversale, forma uterului este extinsă în sens transversal, și nu oval, indicând o poziție anormală a fătului. Înălțimea fundului uterin pare mai mică și nu corespunde termenului de gestație. Capul fetal poate fi palpat la dreapta sau la stânga de linia mediană a corpului gravidei, în timp ce feșele, în partea opusă. Corpul fătului ocupă o poziție mai ridicată în comparație cu capul. Această poziție poate sugera la o versiune spontană a fătului în varietatea dorsoposterioară, deși aceasta este mai puțin frecvent întâlnită. Bătăile cordului fetal (BCF) sunt mai ușor de ascultat în varietatea dorsoanterioară decât în cea dorsoposterioară. La tușeul vaginal, excavația sacrală este liberă, iar partea prezentată este înaltă și diferită de capul sau feșele fătului.

Diagnosticul definitiv este stabilit cu precizie prin examenul ecografic, care evidențiază și concretizează toate particularitățile prezentației transversale. De obicei, gravidele au diagnosticul stabilit de la 36-37 s.a., sunt informate și monitorizate corespunzător pentru a se asigura că managementul pus în aplicare este unul adecvat.

PTF prezintă multiple riscuri materno-fetale în timpul sarcinii și nașterii, incluzând procidența de cordon, ruptura prematură a membranelor amniotice cu risc de prolabare a cordonului ombilical, angajare neglijată cu prolapsul umărului și prolabare de braț în timpul nașterii, traumatism fetal și matern, ruptură de uter, hemoragii masive intrapartum și postpartum, șoc hemoragic și șoc septic.

Odată ce diagnosticul de PTF este stabilit, nașterea trebuie să fie finalizată doar prin operație cezariană. Particularitățile operației cezariene în PTF sunt: anestezie spinală sau peridurală, laparotomie mediană subombilicală care este mai accesibilă și mai rapidă, histerotomie segmento-transversală, iar în caz de necesitate, poate fi efectuată o incizie suplimentară în formă de T inversat în varietatea dorsoanterioară. Este important de menționat că în această varietate, histerotomia segmento-transversală prezintă un risc crescut de traumatism materno-fetal, din cauza efectuării versiunii fetale interne în prezentația pelviană. Totodată, hemoragia intraoperatorie poate fi mai abundentă, iar durata operației poate fi prelungită. Histerotomia corporală este o opțiune mai bună în varietatea dorsoanterioară, deoarece facilitează extracția fătului, în comparație cu histerotomia segmento-transversală; Varietatea dorsoposterioară presupune o procedură de extracție a fătului mai simplă, deoarece membrele fetale sunt vizibile și accesibile, iar rotația este mai ușor de realizat.

## Concluzii

Prezența transversală fetală reprezintă o prezență distocică asociată cu un risc crescut de morbiditate și de mortalitate. În prezent, nașterea în prezența transversală fetală este posibilă doar prin operație cezariană. În anumite situații, versiunea internă a fătului în prezența transversală poate fi considerată acceptabilă, însă doar în cazul unei sarcini gemelare, la al doilea făt, și numai sub supravegherea unui medic obstetrician calificat, competent și bine pregătit. Din experiența noastră clinică și din studiile recente din literatura de specialitate, am constatat că operația cezariană în prezența transversală fetală implică particularități obstetricale individuale, iar gestionarea acestei situații necesită o abordare atentă și specializată pentru a minimiza riscurile pentru mamă și copil.