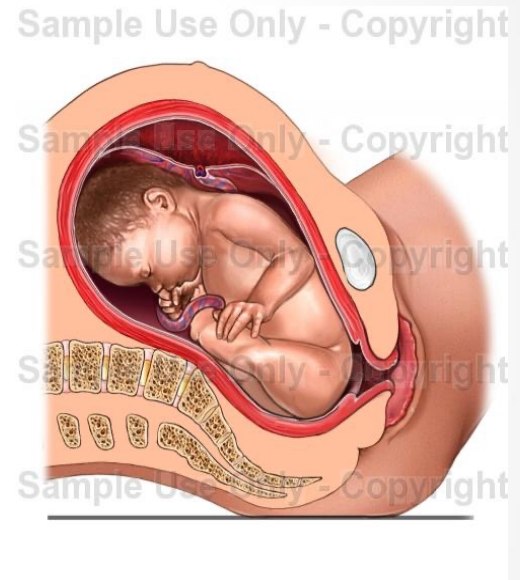


Mecanismul nașterii și asistența la naștere în *prezentarea pelviană*

- **Definiție:**

prezența în care fătul ia contact cu strâmtoarea superioară cu pelvisul, cu care se angajează, coboară și se degajă.



- Prezență la limita eutocic – distocic
- Mortalitatea fetală este de 4 ori mai mare în nașterea pe cale vaginală, comparativ cu prezența craniană
- Incidență = 3-4%

Forme clinice-2 tipuri:

- P.p. completă = 1/3 –coapse și genunchi în poziție flectată
- P.p. decompilă = 2/3
 - **modul feselor**- coapse flectate, genunchi în extensie
 - **modul genunchilor** -coapse în extensie, genunchi în flexie (rar, la fete mici)
 - **modul picioarelor**-coapse și genunchi în extensie (rar la fete mici)

- PREZENTATII SI POZITII

- dreaptă
- Stângă

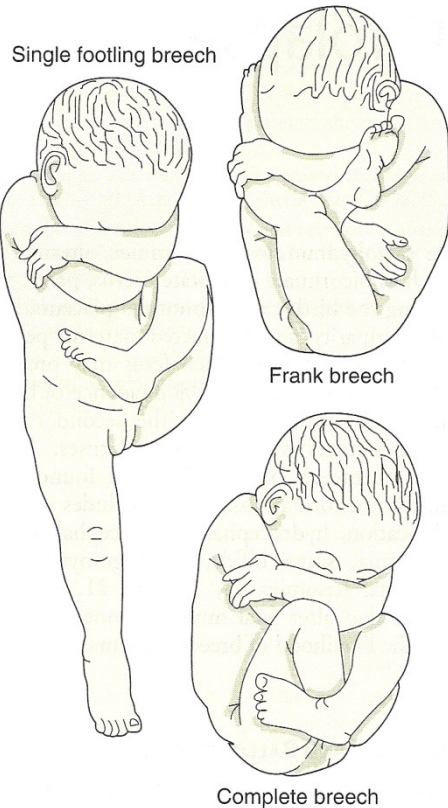
- punctul de reper al prezentației pelvine este creasta sacrală

- principalele varietăți de poziție sunt:

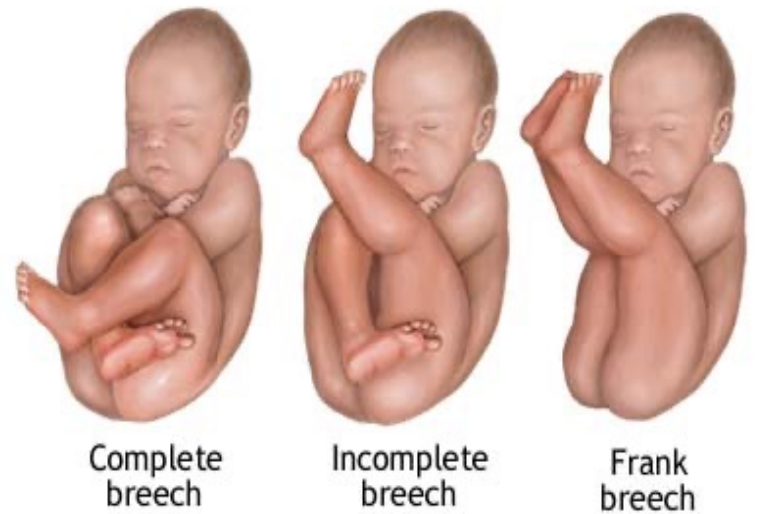
- în Φ oblic stânga
 - SISA
 - SIDP
- în Φ oblic dreapta
 - SISP
 - SIDA



VARIETATI DE POZITIE



Variations of the breech presentation



Prezența pelvină decompilată

- o diametrul de angajare este bitrohanterian - 9,5cm

Prezența pelvină completă

- o diametrul de angajare este Φ sacro-pretibial – 13,5 cm

CLASIFICARE

1) Pelviană completă (20-30%): coapse și genunchi în poziție flectată;

2) Pelviană decompilată:

a) modul feselor (50-70%): coapse flectate, genunchi în extensie;

b) modul picioarelor: coapse și genunchi în extensie (rar, la feții mici);

c) modul genunchilor: coapse în extensie, genunchi în flexie (rar, la feții mici).



Completa



Modul feselor



Modul picioarelor



Modul genunchilor

• Etiologie

- Blocarea culbutei
- Cauze uterine
 - malformații
 - tumori
 - uter hipoplazic
- Cauze fetale
- Cauze anexiale fetale:
 - placentă
 - cordon scurt
 - gemelaritate
 - făt mare

Diagnostic

În timpul sarcinii

- Anamnestic
- Inspecție
- Palparea
- Ascultația
- TV

În travaliu

- TV - p.p. decompletă
- p.p. completă
- După ruperea membranelor – eliminare de meconiu

Diagnostic

- examen clinic obstetrical
- examen ecografic
- inspecție – uter cu axul mare longitudinal
- palparea obstetricală (la nivelul segmentului inferior pelvisului fetal)
- auscultație – BCF paraumbilical dr./stg.
- T.V
 - în aria dilatației pelvisului fetal
 - în pelviană completă la TV - se va pune în evidență:
 - creasta sacrată
 - fesele
 - pliul interfesier si anusul
 - picioarele
 - în pelviana decompletă la TV se va pune în evidență;
 - sacrul
 - fesele
 - pliul interfesier
 - anusul și organele genitale
 - nu se pot percepe membrele inferioare (din cauza poziției lor în atelă)

- Diagnosticul se face in ultimele doua luni de sarcina :

a. palparea:

- polul inferior- masa neregulata, voluminoasa, reductibila
- in flanc-spatele fetal
- la polul superior- masa rotunda, dura, mobila, nereductibila

separata de spatele fetal prin santul gatului.

b. ascultatia:

- focar maxim deasupra cicatricii ombilicale materne, pe linia care uneste ombilicul cu falsele coaste.

c. tuseul vaginal- prezentatie inalta, neregulata

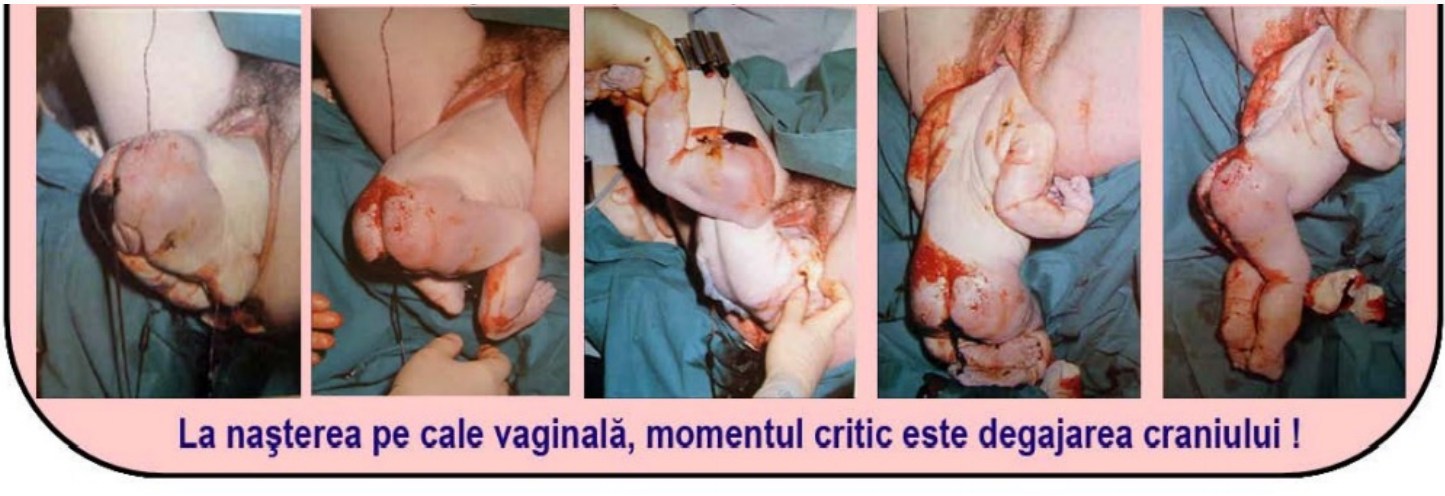
- segment inferior format necorespunzator
- uneori se pot percepe vertebrele sacrate sau membrele

Diagnostic diferențial

- prezența craniană
- prezența facială
 - obraji - fesele
 - gura - anusul
- prezența frontală
 - rădăcina nasului, orbitele
- prezența umerală
 - poli fetalii în flancuri
- gemelitatea

Mecanismul nașterii

- Perioada de dilatare este mai lungă
- Nașterea respectă mecanismul nașterii, dar prezintă particularitatea faptului că ultimul se va angaja craniul fetal
- Solidarizarea capului, brațelor, trunchiului este esențială
- Diametre fetale implicate: bitrohanterian, biacromial, biparietal



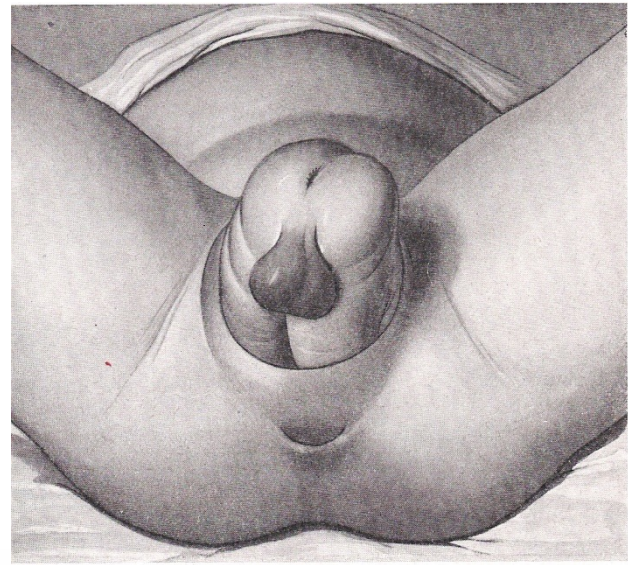
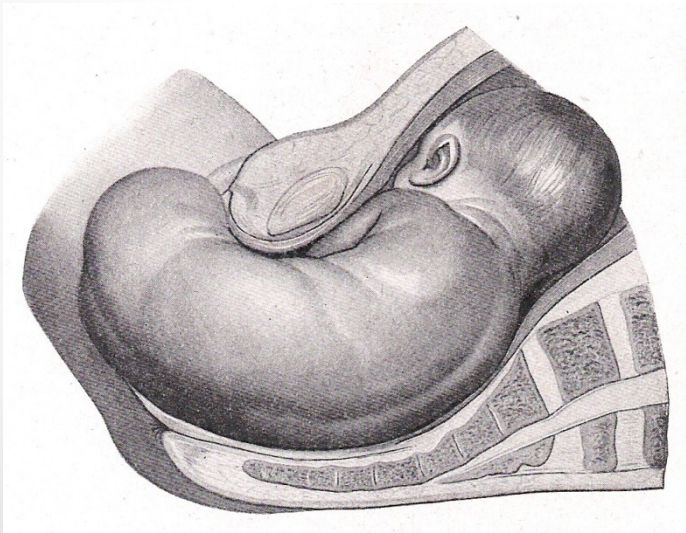
Mecanismul de naștere în prezentarea pelviană

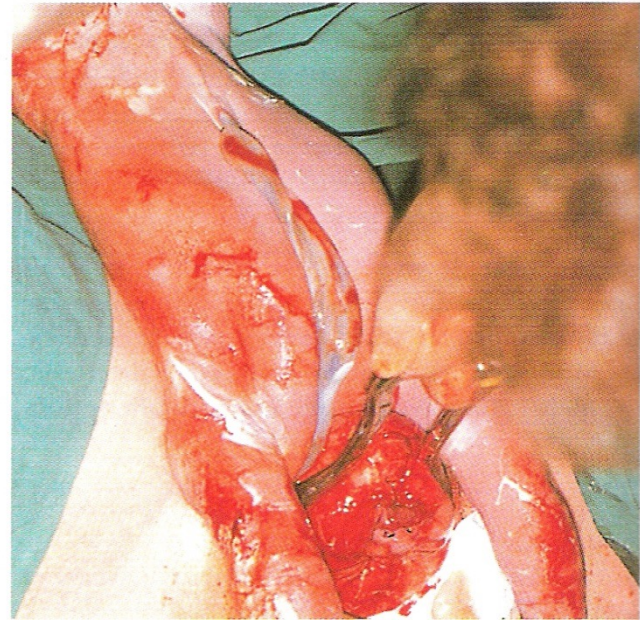
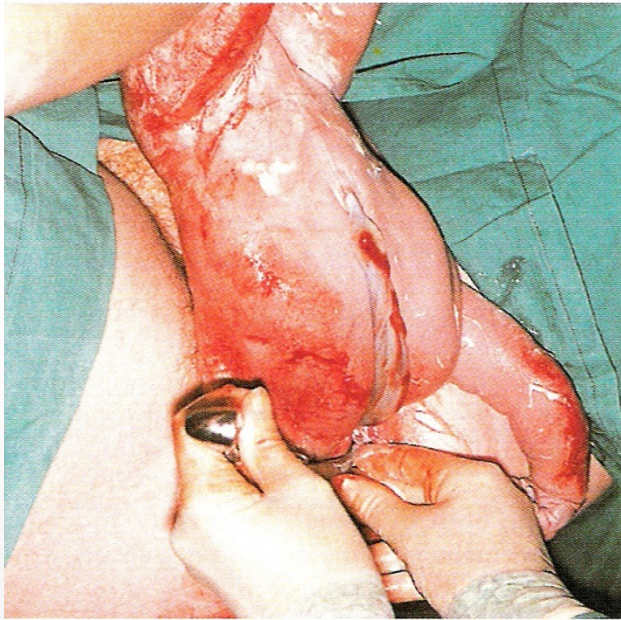
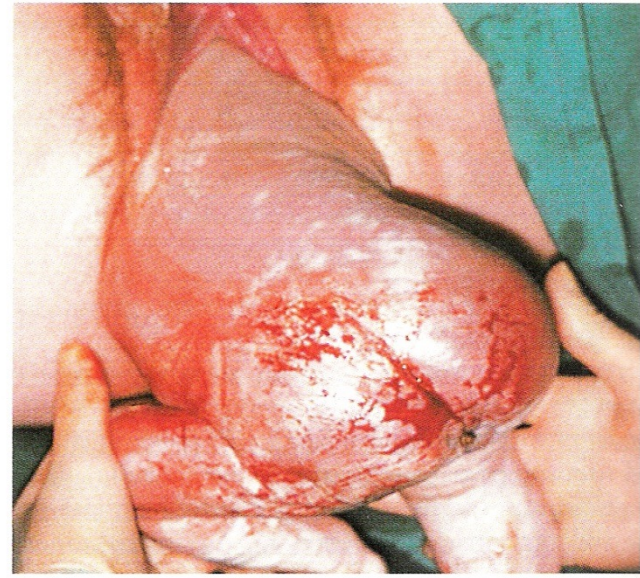
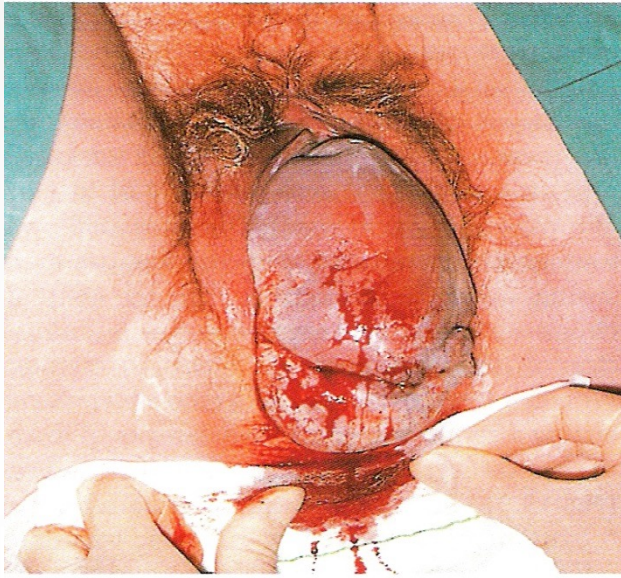
Nașterea în prezentarea pelvină se poate împărți în patru perioade:

- 1) *nașterea pelvisului și trunchiului până la ombilic*
- 2) *nașterea trunchiului până la unghiul inferior al omoplaților*
- 3) *nașterea membrelor superioare*
- 4) *nașterea capului.*

Mecanismul nașterii

- Nașterea pelvisului
 - Angajarea
 - Φ bitrohanterian 0,5 cm (reductibil)
 - Φ sacro-pretibial 12-13 cm
 - Coborârea – rotație de 45
 - Degajarea
- Nașterea umerilor
 - Angajarea – Φ biacromial 12 cm (reductibil)
 - Coborârea și rotația la 45
 - Degajarea
- Nașterea capului din urmă (cea mai importantă)
 - Nașterea capului este momentul cel mai dificil din nașterea pelviană:
 - angajarea – craniul flectat se angajează în diametrul oblic
 - coborârea cu rotația internă aduc ceafa și occipitul sub simfiză
 - degajarea:
 - suboccipitul ia punct de sprijin sub simfiză, degajarea se face în occipito-pelvic
 - prin deflecție sunt aduse la vulvă succesiv:
 - mentonul
 - gura
 - nasul
 - fruntea
 - parietalele
 - occipitul





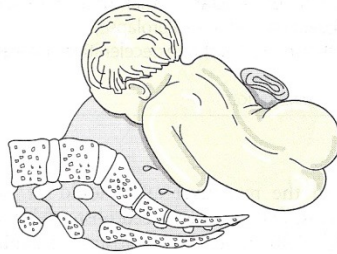
A



B



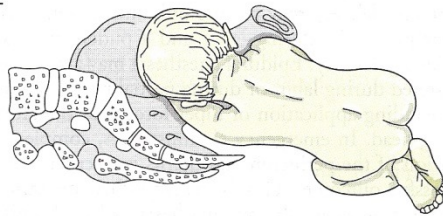
C



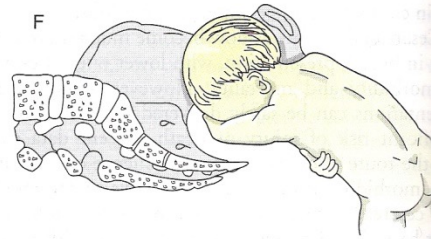
D

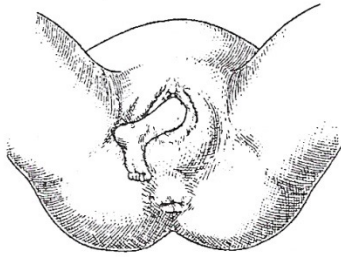


E

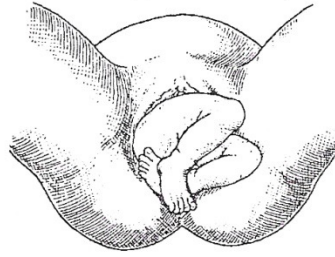


F

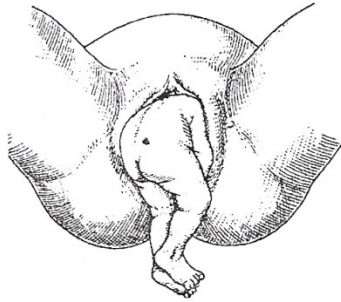




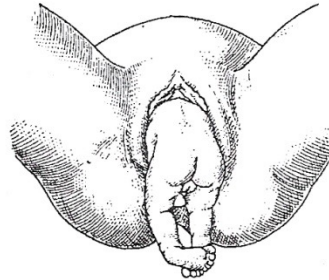
1



2



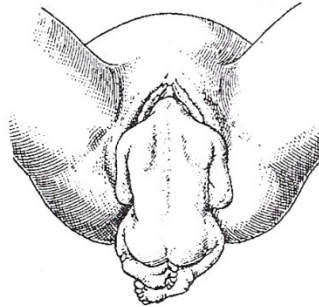
3



4



5

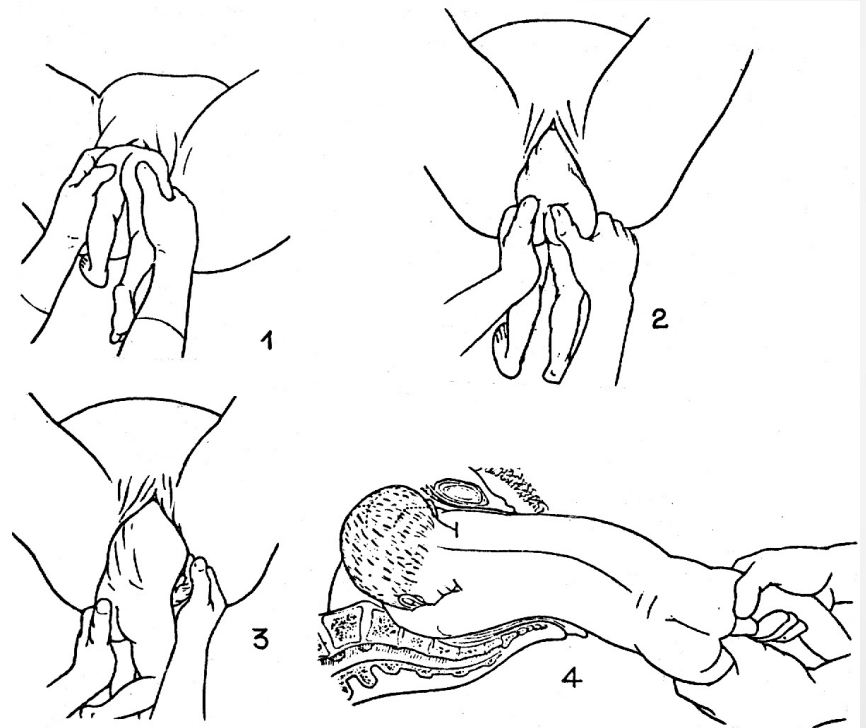


6



7

- În prezentația pelviană decompletă – expulzia pelvisului este mai lungă (din cauza membrelor inferioare în atelă ce împiedică inflexiunea laterală a trunchiului).



Conduita obstetricală

Bilanț obstetrical care va ține cont de:

- vârstă, paritate
- talia pacientei
- greutatea fătului
- starea bazinului
- starea părților moi

ALEGEREA CĂII DE NAȘTERE

**Trebuie respectată dorința gravidei,
după consiliere și informare:**

- naștere pe cale vaginală sau cezariană;
- avantaje materne și fetale ale fiecărui mod;
- complicații posibile ale fiecărui mod.

**Morbiditatea și mortalitatea fetală precoce
sunt mai reduse după cezariană, dar nu
există dovezi că dezvoltarea copiilor
este influențată de calea de naștere.**

“Il n'est pas bon d'entrer dans la vie à reculons”



Nu e bine să intri în viață de-a-ndăretelea

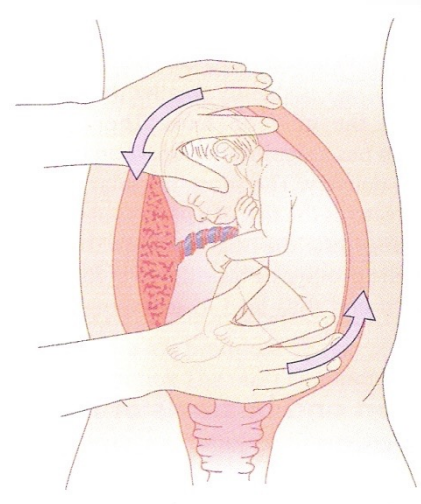
MANEVRE OBSTETRICALE NECESARE ANTERIOR DE MOMENTUL NAȘTERII ÎN PREZENTAȚIE PELVIANĂ

Versiunea externă

- Sub control ecografic și tocoliză
- Momentul ideal 32-34 SA
- Riscuri:
 - DPPNNI, compresiunea

CO

- Contraindicații:
 - uter malformat
 - uter cicatricial
 - placenta praevia
 - circulare CO
 - RPM
 - HTA



NAȘTEREA ÎN PREZENTAȚIE PELVIANĂ

- Risc mare de *DISTOCIE*.
- Diagnosticul precoce este ideal.
- *Manevrele nu se improvizează*, ele trebuie cunoscute perfect.
- A se evita efectuarea unor manevre inadecvate pentru a nu provoca distocii.



Nașterea pe cale vaginală

- Presupune:
 - Bazin osos normal
 - Sarcina peste 36 SA
 - G fetală estimată 2500 – 3500 g
 - Dinamică uterină adecvată
 - Craniu flectat
 - Progresiunea dilatației
 - Monitorizarea stării fetale

Condiții pentru expulzie:

- Dilatație completă
- Prezența în contact cu perineul
- Eforturi expulzive sincrone CU
- CU eficiente
- Epiziotomie
- Absența oricărei manevre până la apariția unghiului omoplatului la vulvă
- Anestezist + pediatru
- Ruperea artificială a membranelor doar la dilatare completă
- Ascultarea BCF la 10 minute

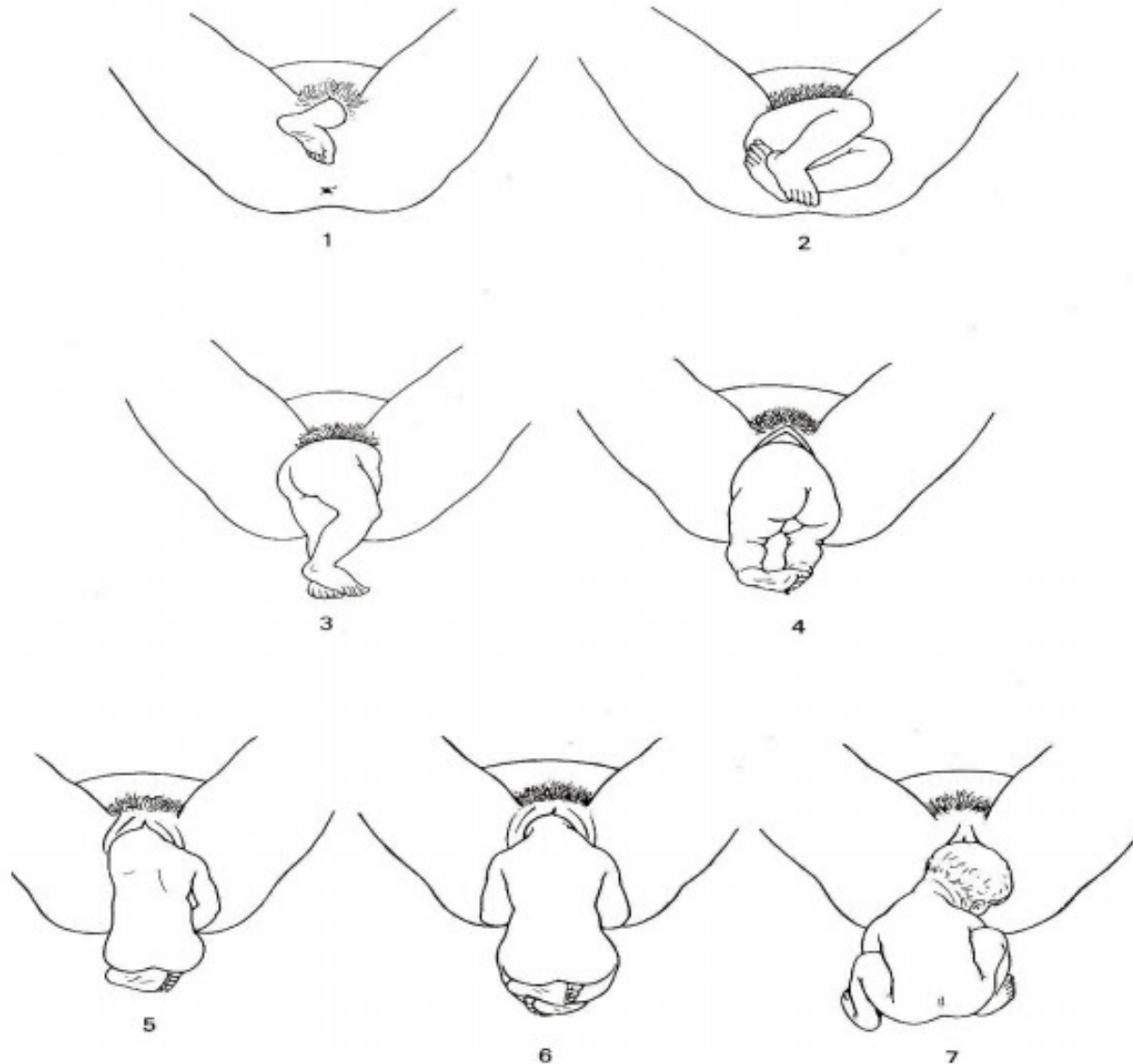
NAȘTEREA ÎN PREZENTAȚIE PELVIANĂ

PRINCIPII GENERALE:

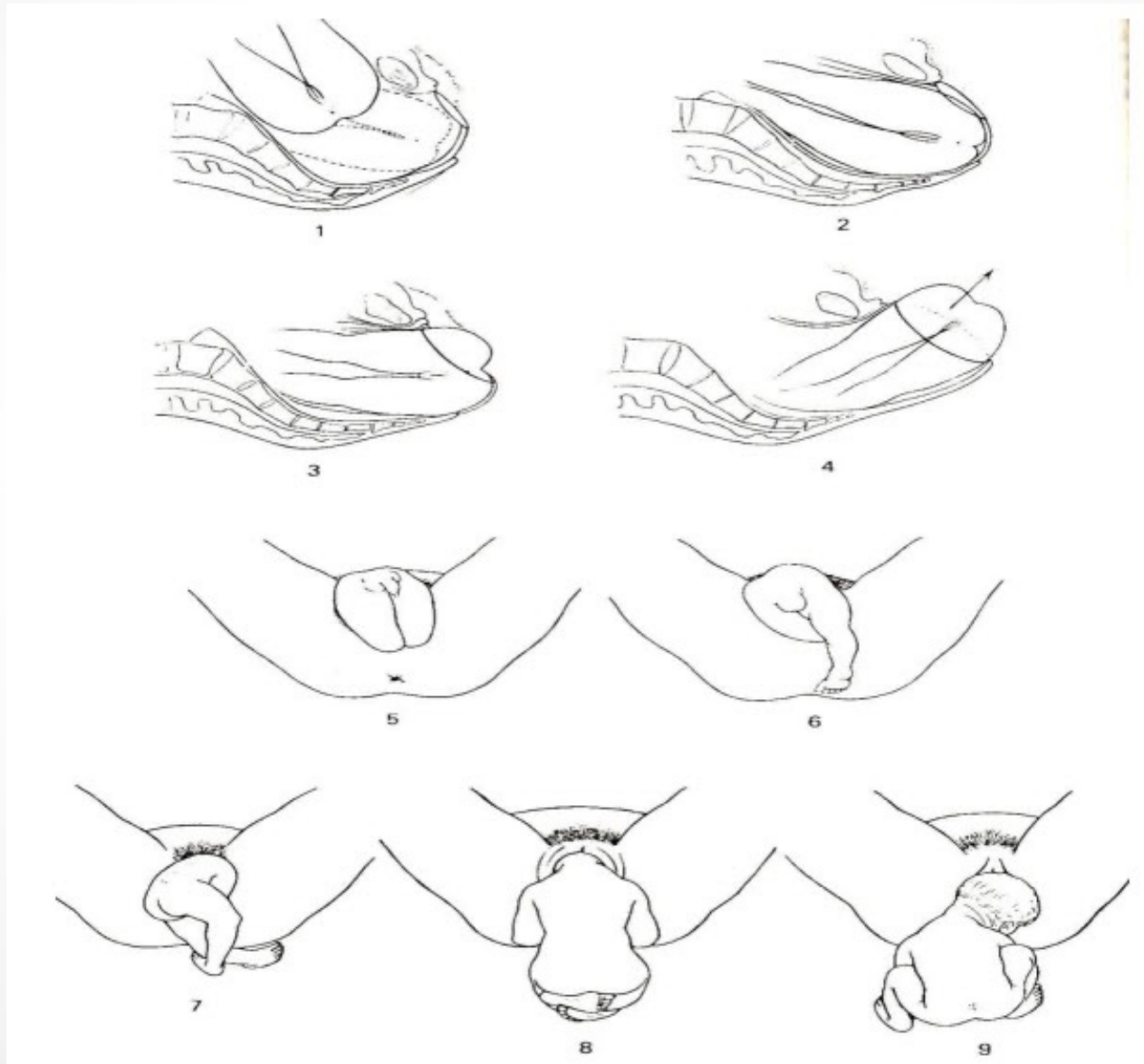
- Orice tracțiune intempestivă și precoce poate determina:
 - Ridicarea brațelor
 - Deflexia capului fetal.
- Parturienta nu va împinge înafara contracțiilor uterine.
- Întotdeauna se va respecta axul ombilico-coccigian.
- Cunoașterea perfectă a mecanismului obstetrical de expulzie al fătului în prezentație craniană permite anticiparea eventualelor manevre.



METODA VERMELIN



METODA VERMELIN



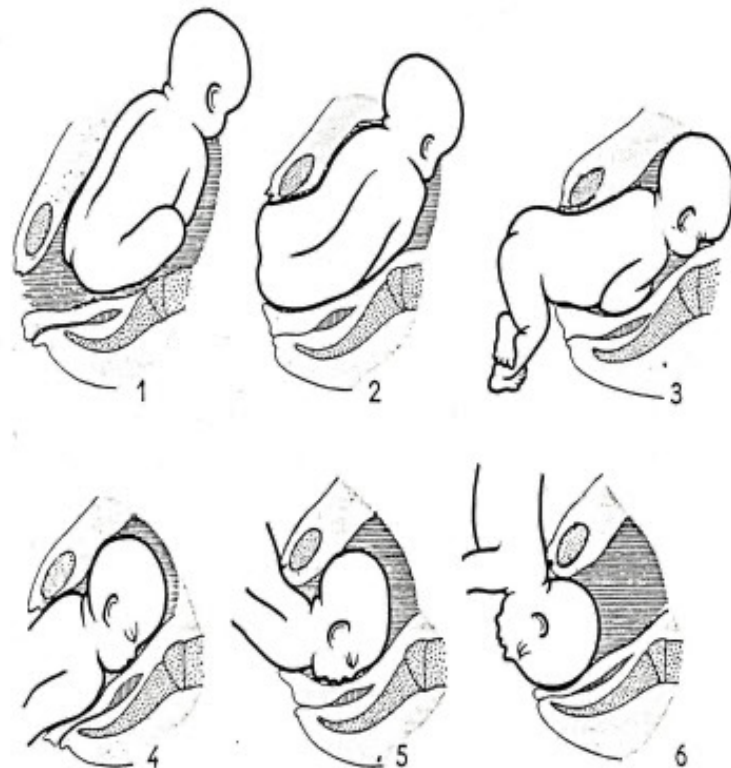
MANEVRA BRACHT

Indicația:

- **pentru a degaja craniul fetal atunci când se află la strâmtoarea inferioară.**

TEHNICĂ:

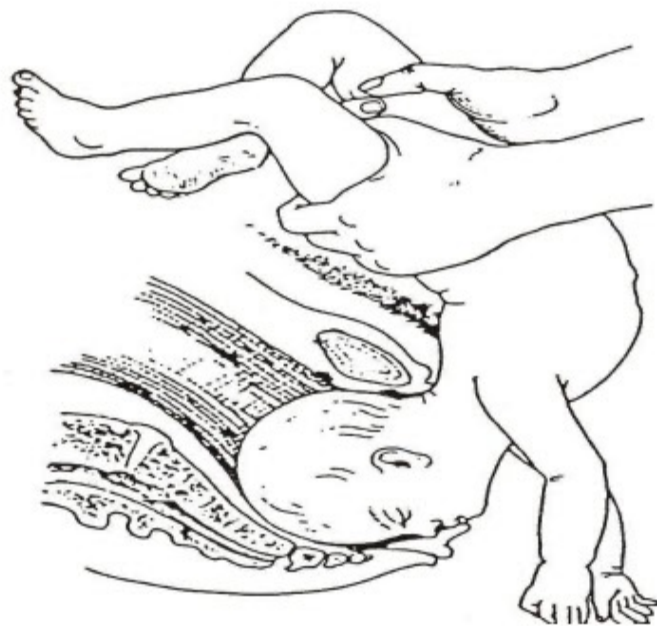
- Prezența pelvină se degajă.
- Umerii se degajă până la nivelul omoplaților.
- Craniul fetal se află la strâmtoarea inferioară, iar sub-occiputul este inferior de simfiza pubiană.
- Nu se va realiza nici o tracțiune.
- Manevra se va realiza cu blândețe.



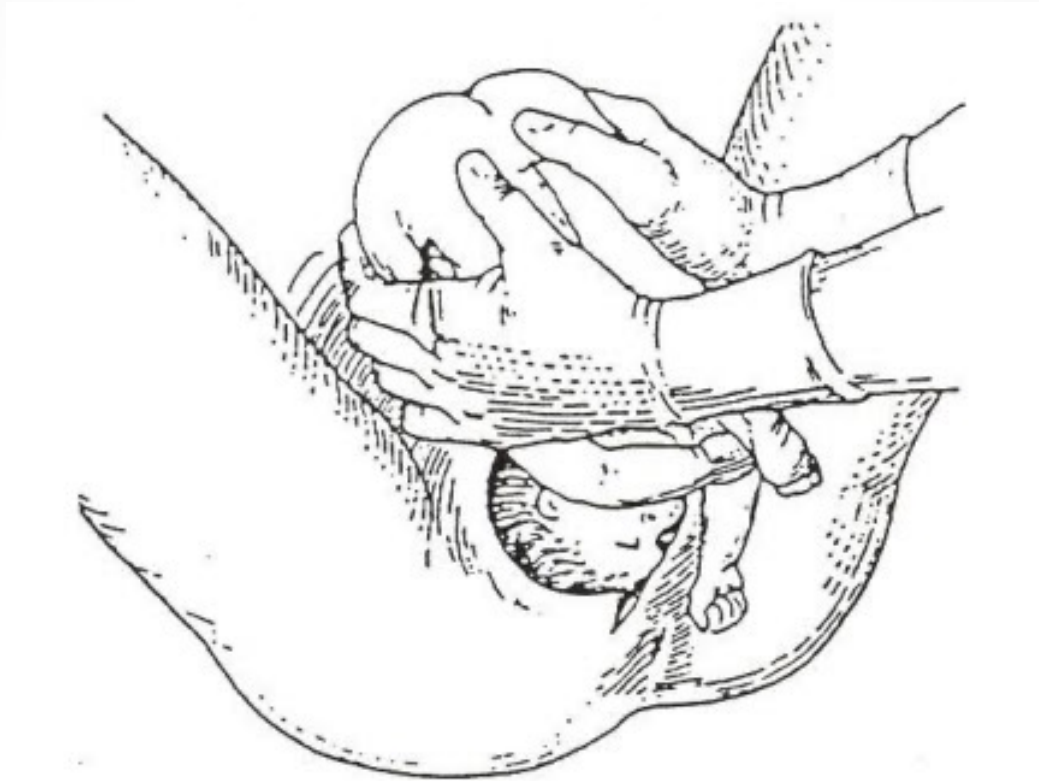
METODA BRACHT

Manevra presupune întoarcerea fătului pe abdomenul mamei prin prinderea membrelor inferioare:

- Degetele mari ale operatorului sunt plasate pe fața internă a coapselor fătului.
- Celelalte degete sunt la nivelul feselor.
- Întoarcerea fătului se realizează progresiv.
- Spatele fetal ia contact cu abdomenul mamei.
- Ceafa fătului realizează o mișcare de pivot în jurul simfizei, iar craniul fetal va degaja în deflexie.



MANEVRA BRACHT



- Dacă fătul este prematur, se pot plia membrele inferioare pe abdomen pentru a se evita orice tip de compresie la nivelul abdomenului.

MANEVRA MAURICEAU

- INDICAȚII:
 - *manevra este rezervată extracției craniului fetal parțial deflectat și reținut la nivelul strâmtorii medii.*
 - Obiectivul este de a completa flexia craniului fetal pentru a-l putea orienta dacă este necesar și a-l duce în jos în excavație și a-l degaja la nivelul vulvei în flexie.
 - Unele echipe preferă să folosească forcepsul pentru extragerea capului fetal din urmă.

MANEVRA MAURICEAU

- Membrele inferioare ale fătului se degajă spontan sub eforturile expulzive ale mamei.
- Spatele și umerii fătului se degajă la nivelul vulvei și astfel omoplații sunt vizibili, iar capul fetal este în excavație.
- Fătul este plasat pe antebrațul operatorului ca în imagine.
- Indexul și degetul mijlociu ale mâinii drepte se plasează în gura fătului până la baza limbii.
- Atenție a nu se apăsa pe marginea maxilarului inferior.
- Indexul și degetul mijlociu al celeilalte mâini se poziționează de o parte și de alta a gâtului fetal pentru a facilita tracțiunea.
- Atenție în a nu apăsa cu presiune la nivelul claviculelor.



MANEVRA MAURICEAU

Manevra are 2 timpi:

- Se va efectua flexia capului prin apăsarea bazei limbii, apoi
- Dacă craniul este orientat într-un diametru oblic, se va efectua rotația craniului pentru a-l orienta în diametrul antero-posterior cu occiputul sub simfiză.



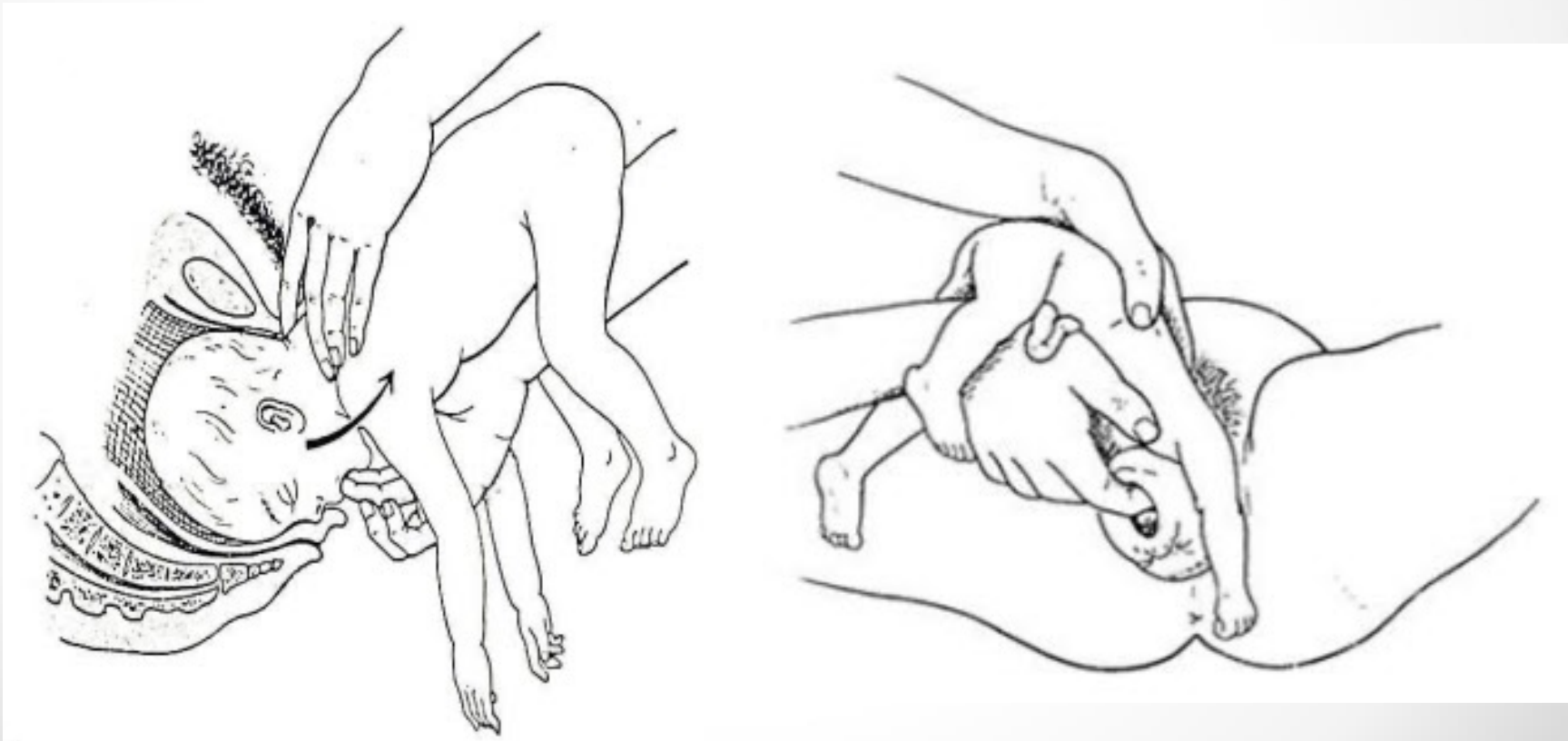
MANEVRA MAURICEAU

- Apoi se practică o tracțiune a fătului în axul ombilico-coccigian +++, pentru a aduce subocciputul sub marginea inferioară a simfizei.



MANEVRA MAURICEAU

- Progresia fătului cu capul flectat
- Degajarea în flexie a craniului fetal împreună cu corpul la nivelul vulvei.



MANEVRA LOVSET

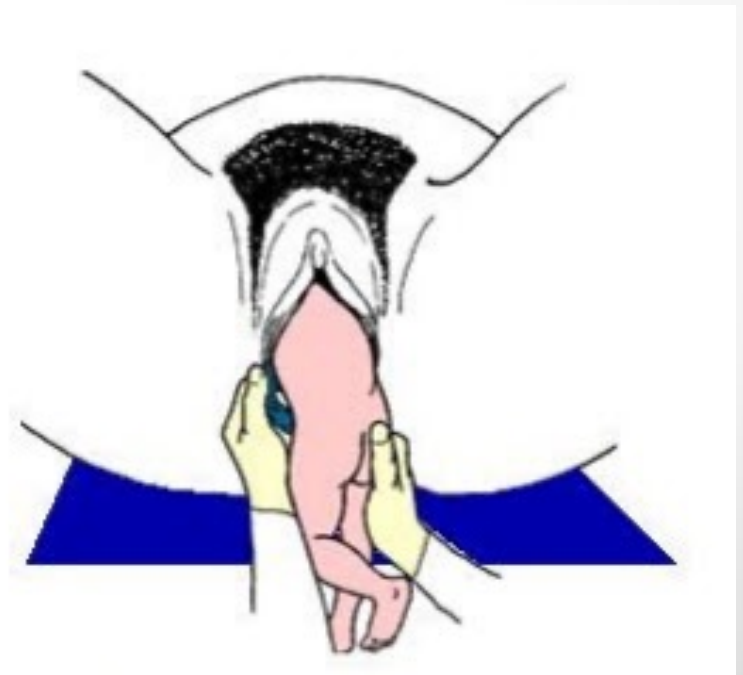
- INDICAȚIE:

- *Manevra permite extracția fătului, fără riscul de a ridica brațele, atunci când punctele omoplaților nu sunt încă vizibile sau dacă brațele încep să se miște.*
- Unele echipe îl folosesc sistematic pentru a reduce timpul de expulzie.

MANEVRA LOVSET

Tehnică:

- Este o manevră dublă de rotație care are loc în timp ce umerii sunt la nivelul strâmtorii superioare.
- Înainte de a începe manevra dublă de rotație de 180° , diametrul bi-acromial trebuie să fie orientat pe axa antero-posterioră, dacă nu este deja.



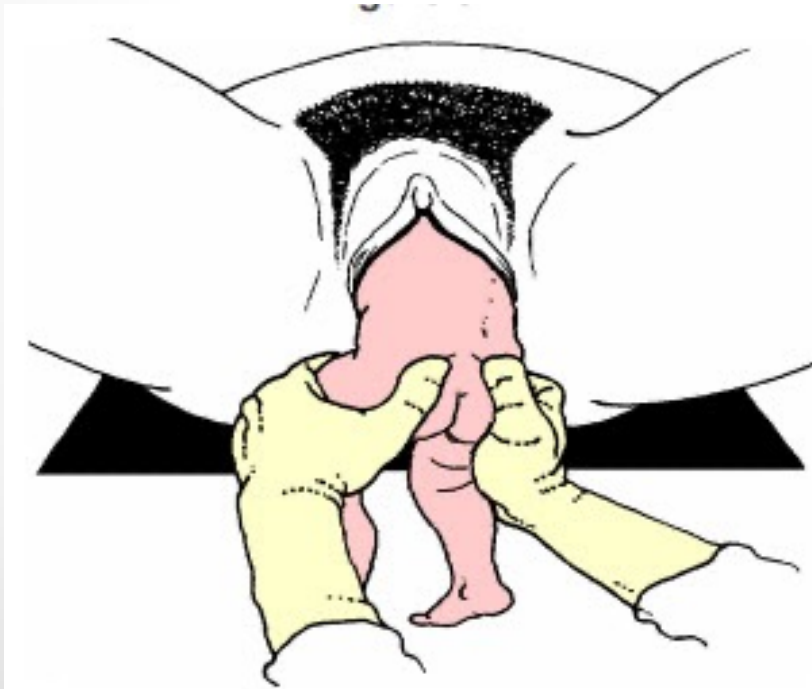
MANEVRA LOVSET

- Fătul este prins de pelvis cu ajutorul unui câmp, cele două degete mari ale operatorului sunt așezate pe sacru, al doilea și al treilea deget pe aripa iliacă.



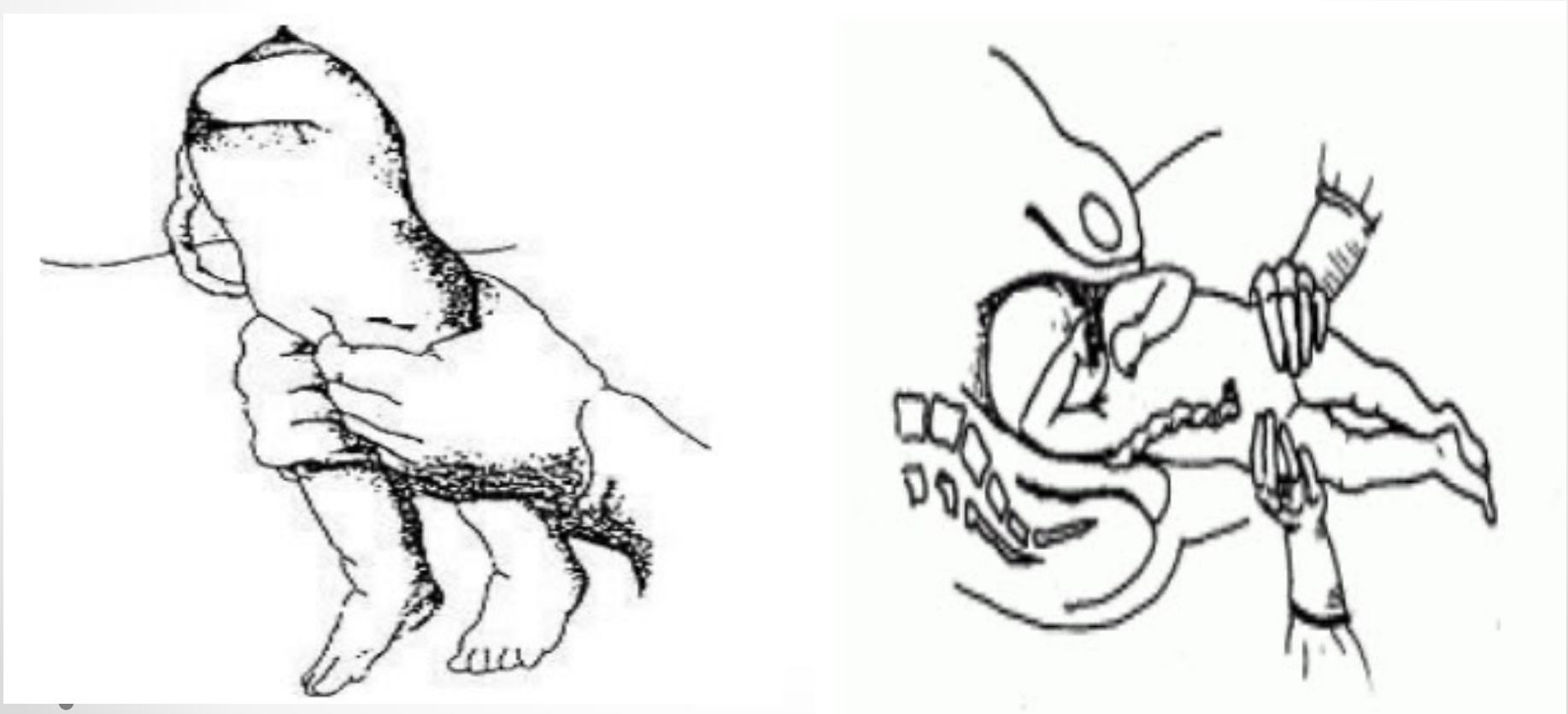
MANEVRA LOVSET

- *Primul timp: nașterea umerilor :*
- Când umerii se află în axul antero-posterior, operatorul va efectua o primă rotație de 180 °, având grijă să păstreze spatele fetal înaintea.



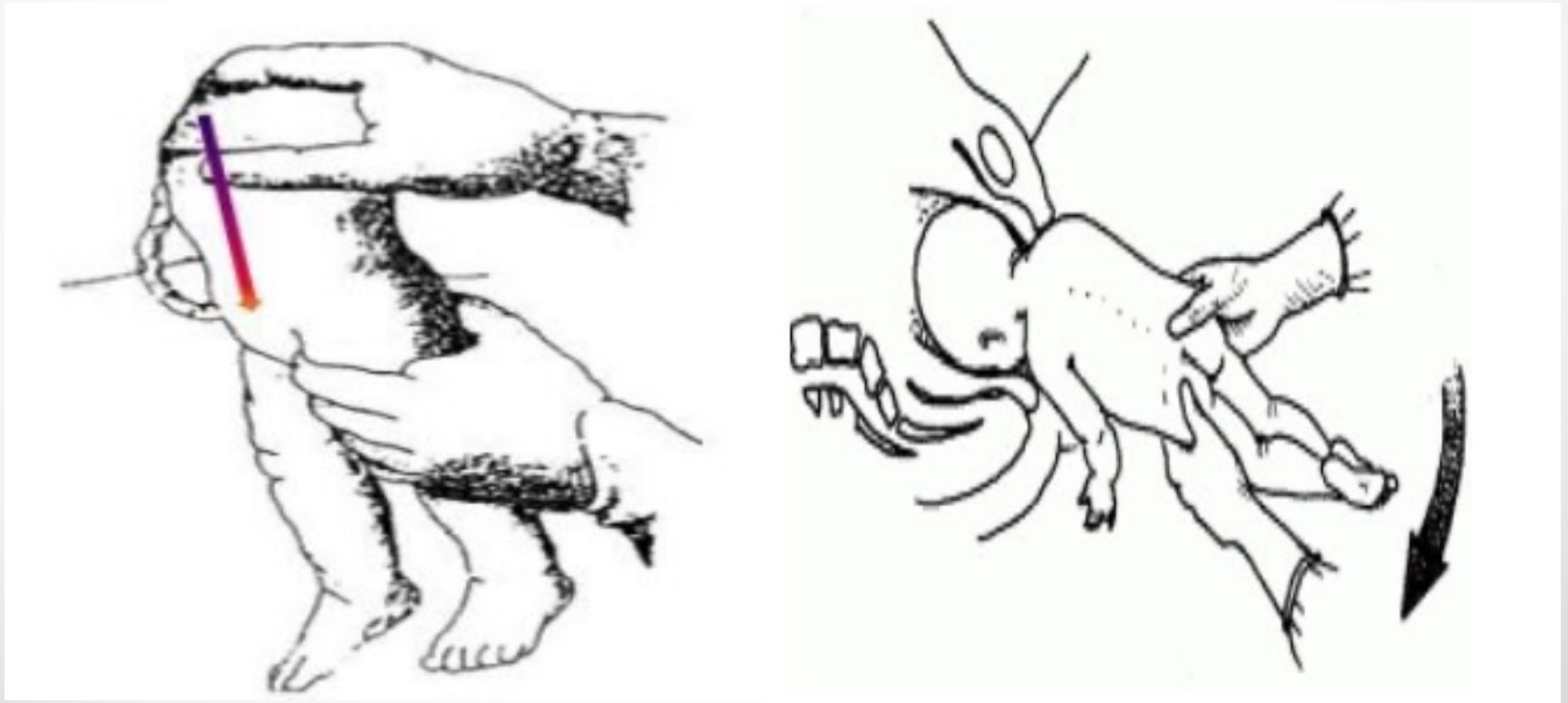
MANEVRA LOVSET

- Această rotație permite degajarea la nivelul vulvei a umărului care a fost inițial în poziția posterioară.



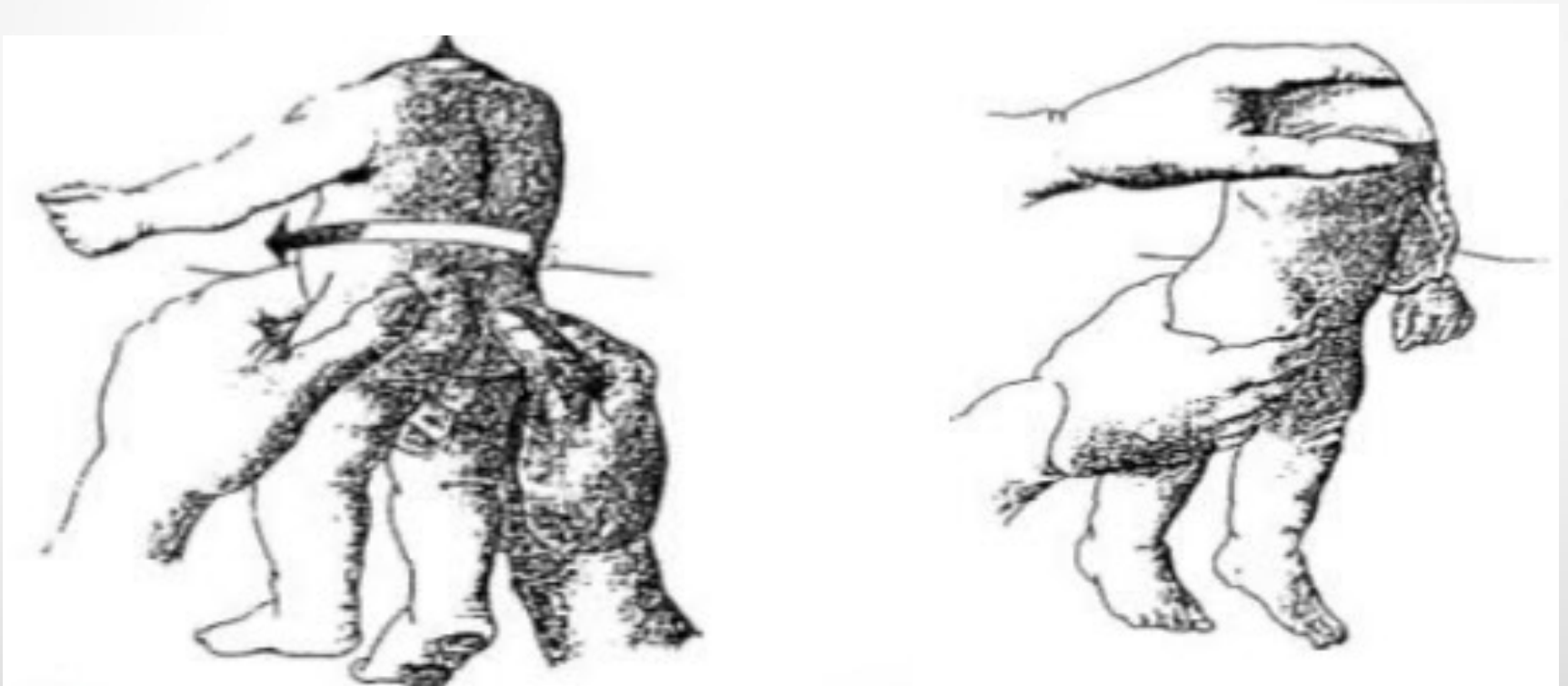
MANEVRA LOVSET

- Primul braț poate fi coborât cu un deget alunecând de-a lungul humerusului până la pliul cotului.



MANEVRA LOVSET

- O a doua rotație de 180° , păstrând întotdeauna spatele în față, va permite eliberarea celui de-al doilea braț spontan sau cu sprijin ca pentru primul braț +/-.



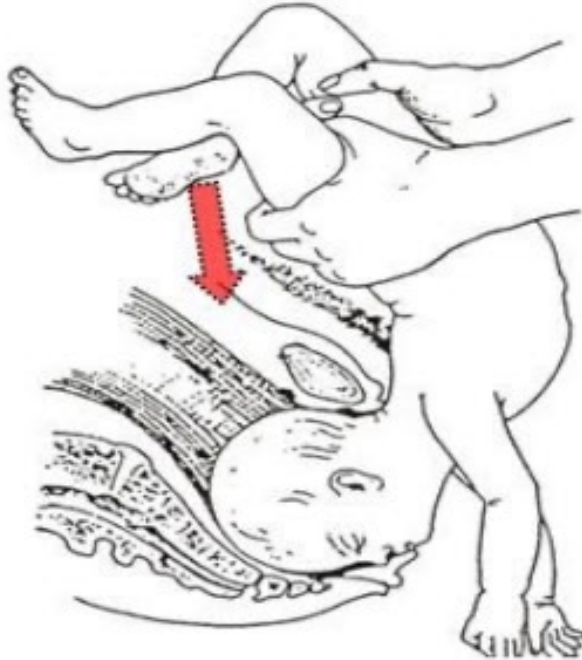
MANEVRA LOVSET

- Al 2-lea timp :
 - Nașterea craniului fetal
 - Dacă craniul fetal este bine flectat, operatorul va efectua manevra BRACHT.
 - Dacă cranul fetal este prost flectat, operatorul va efectua manevra MAURICEAU, anumiți operatori preferă forcepsul pe craniul din urmă.

MANEVRA SUZOR

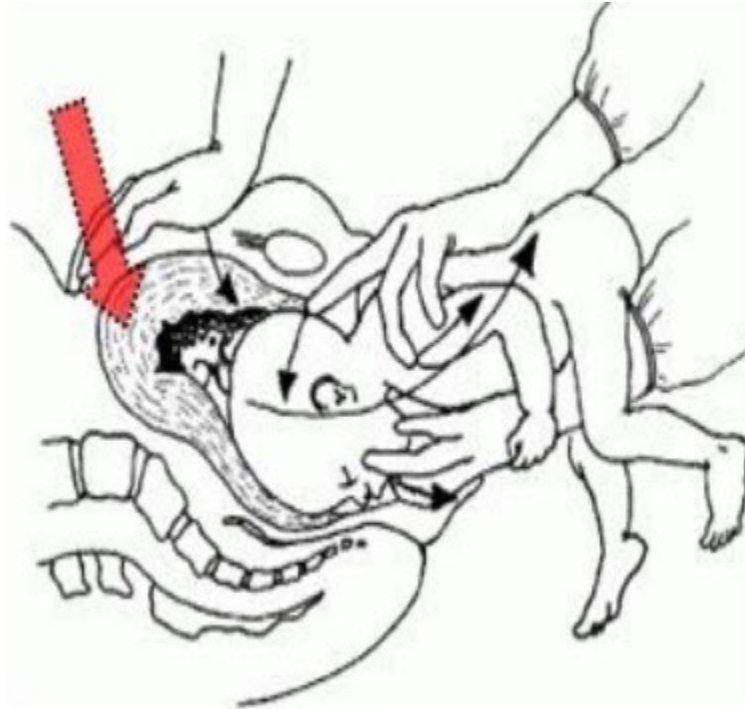
- Această manevră seamănă cu manevra LOVSET, dar cu o singură rotație de 180° .
- Atunci când operatorul orientează umerii în axul antero-posterior și îndrumă umărul anterior sub simfiza pubiană, acesta se degajă imediat.
- Prin urmare, operatorul efectuează o singură rotație de 180° pentru a elibera brațul posterior.
- Degajarea craniului fetal se face cu ajutorul unei manevre BRACHT sau MAURICEAU.

MANEVRA KRISTELLAR



- Presupune manevra BRACHT însoțită de o presiune suprapubiană efectuată de ajutor la nivelul vârfului craniului fetal.

MANEVRA MAURICEAU-SMELIE-VEIT



- Presupune manevra Mauriceau, dar completată cu o presiune suprapubiană la nivelul vârfului craniului fetal.

Manevra DEMELIN

- Manevră dificilă ce permite extracția fătului atunci când cele două brațe sunt ridicate deasupra strâmtorii superioare.
- Actual se preferă extracția prin operație cezariană.
- Obiectivul manevrei este de a coborî prima dată brațul posterior reținut deasupra strâmtorii superioare (operatorul trebuie să introducă mâna până la nivelul strâmtorii superioare).

Manevra DEMELIN

- Operatorul trebuie :
 - Să prindă cu mâna omologă brațul fetal (mâna dreaptă pentru brațul drept și mâna stângă pentru brațul stâng)
 - Să introducă mâna în concavitatea sacrală
 - Să așeze degetul mare în plica axilară, indexul și degetul mijlociu, la nivelul humerusului.



Manevra DEMELIN

- Să coboare întotdeauna brațul spre anterior fătului, spre fața. Se spune că „mângâiem fătul”.
- Brațul posterior se degajă la nivelul vulvei.
- Dacă brațul anterior nu coboară de la sine, se va efectua o rotație de 180° a trunchiului fetal și se va coborî brațul anterior care a devenit posterior așa cum este descris mai sus.
- Uneori este necesar să se încheie cu o manevră MAURICEAU pentru a degaja capul atunci când acesta rămâne la nivelul strâmătorii medii.



NAȘTEREA ÎN PREZENTAȚIE PELVIANĂ

Reguli generale:

- Se va păstra calmul.
- Asepsie riguroasă.
- Pacientă bine instalată.
- Absența oricărei manevre până la apariția punctelor omoplaților.
- Gesturi blânde.
- Se vor manipula zonele fetale cel mai puțin fragile.
- Epiziotomia nu se practică sistematic.
- Îngrijire neonatală imediată.
- Echipă complexă formată din obstetrician, anestezist și neonatolog prezentă.

Nașterea din prezentatie pelviană prin operație cezariană

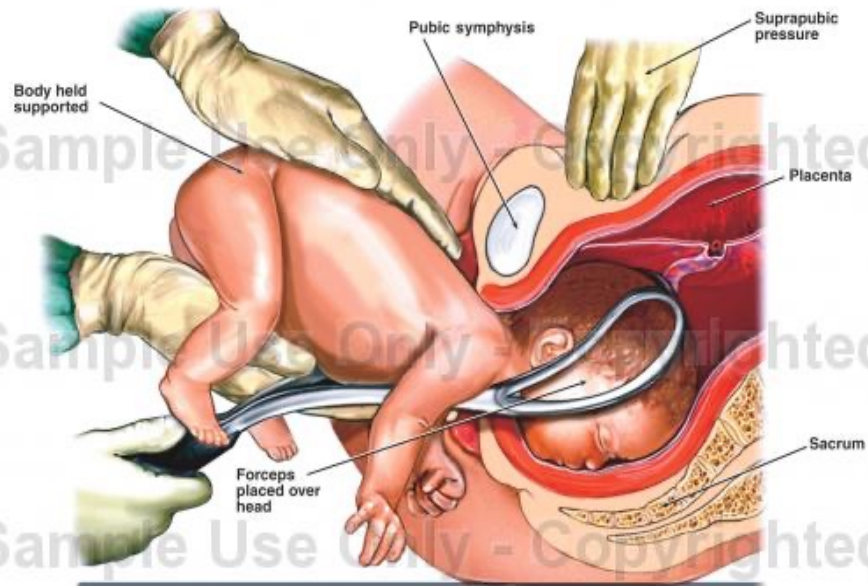
- Indicații:
 - anomalii ale bazinului osos
 - uter cicatricial
 - tumori praevia
 - placenta praevia
 - boli asociate sarcinii
 - RPM
 - Prematuritatea
 - Feți mari – peste 3500 g
 - Primipare în vârstă
 - Suferința fetală
 - Prolabare CO

Aplicația de forceps pe craniul fetal ultim

- Este o metodă care se execută atunci când manevra Mauriceau eșuează și numai în condițiile în care capul este angajat. Există două situații:
- *1) capul ultim se găsește în occipito-pubiană. În acest caz un ajutor ridică în sus trunchiul fătului, forcepsul se aplică ca într-o prezentare craniană occipito-pubiană obișnuită, iar degajarea se face invers, degajând întâi bărbia, nasul, fruntea ;*
- *2) capul ultim se află în occipito-sacrată. În situația aceasta se face o aplicație directă pe deasupra fătului, trunchiul fătului fiind deplasat în jos.*
- *Tracțiunea trebuie să fie blândă, combinată cu o împingere ușoară suprapubiană.*

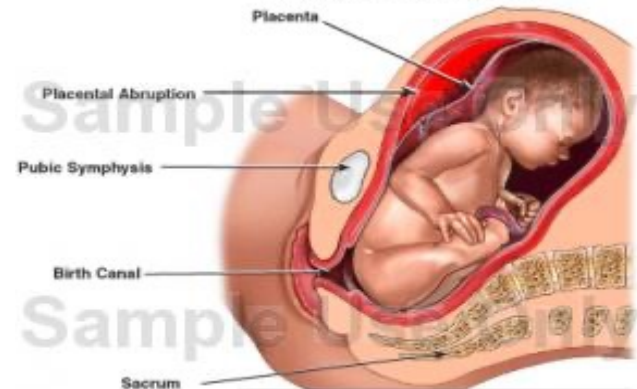
Sample Use Only

Breech Presentation with Forceps Delivery



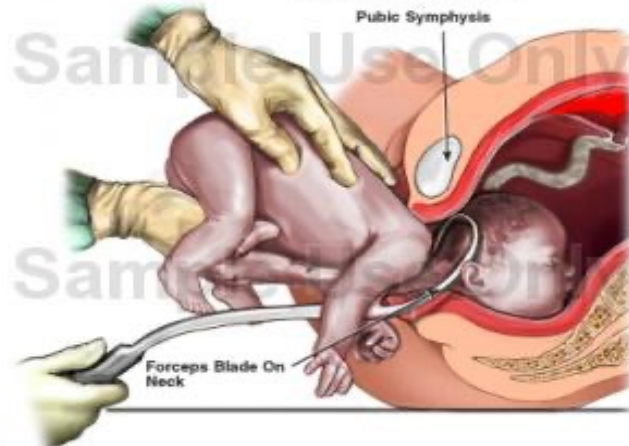
Sagittal View Through Abdomen and Pelvis

Breech Presentation



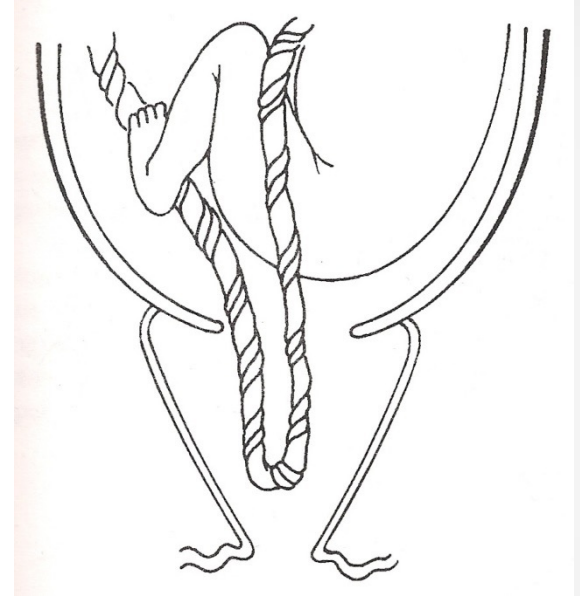
Sagittal View Through Abdomen and Pelvis

Head Entrapment



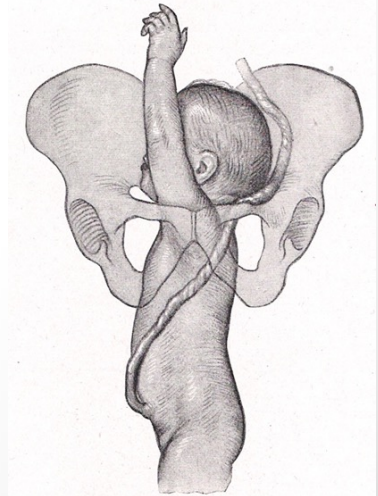
Distocii în perioada de dilatație

- Anomalii de dilatație
 - Proba de travaliu
- Prolabarea CO
- SFA



Distocii în perioada de expulzie

- Ridicarea brațelor pe lângă craniu – poate bloca progresiunea capului.
 - Degajarea brațelor prin degajă întâi umărul posterior manevra Pajot –
 - Degajarea brațelor prin degajă întâi umărul anterior manevra Müller,
- Retenția capului în excavație → manevra Mauriceau



Riscurile fetale în nașterea în prezentația pelviană

- Traumatismul fetal
- Aspirarea LA – prin reflex de respirație, declanșat prin compresiunea CO
- Momente de anoxie – prin compresiunea CO sau retenția capului
- Mortalitatea fetală 3-5%
- Morbiditatea fetală 5-10%

Conduita în asistența în prezentarea pelviană

- Elementele de primă importanță sunt:
 - Stabilirea diagnosticului de prezentare pelviană
 - Stabilirea diagnosticului de prezentare pelviană completă sau decompilată (prima este mai favorabilă)
 - aprecierea volumului fetal
 - aprecierea :
 - BCF
 - tonus uterin, starea uterului
 - tulburări de dinamică
 - bazinului
 - paritate, vârstă
 - starea membranelor – (se mențin intacte până la dilatație completă)
 - nașterea sub perfuzie ocitocică cu epiziotomie largă

Complicații

- materne:
 - tulburări de dinamică uterină (hipotonia, contractură spastică)
 - rupturi de părți moi
- fetale:
 - suferință fetală acută
 - traumatisme obstetricale:
 - elongație de plex brahial
 - encefalopatii
 - traumatisme neurologice, leziuni vasculare cerebrale
 - fracturi
 - rupturi ale coloanei vertebrale