

MECANISMUL NASTERII IN DIFERITE PREZENTATII

I. PREZENTATIE SI POZITIE

PREZENTATIE- partea cu care fatul se prezinta la nivelul stramtorii superioare – craniul ,pelvis sau umar.

ASEZARE- raportul dintr axul lung fetal si axul lung uterin – longitudinala ,transversa ,oblica.

POZITIE FUNDAMENTALA – flancul mamei spre care este indreptat spatele fetal.

VARIETATE DE POZITII – raportul dintre un punct fix de pe prezentatia fetala si un punct fix de pe stramtoarea superioara ilio-pectinee , simfiza sacro-iliaca .

A. TIPURI DE PREZENTATII :

- a. asezari longitudinale – prezentatie craniana – 96% din cazuri
- prezentatie pelvina – 3.5% din cazuri
- b. asezare transversa – prezentatie umerala – 0,5 din cazuri.

B. VARIETATI ALE DIFERITELOR TIPURI DE PREZENTATIE

a. prezentatie craniana

1. occipitala (flectata) – 95% din nasteri

- capul flectat la maximum
- fatul se prezinta cu varful craniului (sinciput)
 - se angajeaza cu diametrul sub occipito-bregmatic (9,5 cm.)
 - este cea mai buna prezentatie pozibila
 - punctul de reper fetal – occiputul.

2. Faciala – 0,15 – 0,25% din nasteri

- cap deflectat la maximum
- fatul se prezinta cu fata
- se angajeaza cu diametrul sub mento-bregmatic (9,5 cm)

- aceasta prezentatie este compatibila cu o nastere pe cai joase daca rotatia mentonului se face inainte
- punctul de reper fetal – este mentonul

3. Frontala – capul este deflectat partial

-fatul se prezinta cu fruntea
-se incearca angajarea prezentatiei cu diametrul occipito-mentonier

-aceasta prezentatie este incompatibila cu angajarea din cauza diametrului prezentat.....**SE IMPUNE CEZARIANA OBLIGATORIE**

-punctul de reper este nasul.

4. Bregmatica – 0,04% din nasteri

-fatul se prezinta cu bregma.
-pentru angajare se prezinta cu diametrul occipito-frontal (12 cm)

-in cursul travaliului se poate flecta, evoluand spre o prezentatie occipitala, cel mai frecvent are acelasi prognostic si determina aceeaasi atitudine terapeutica ca si occipitala.

-punctul de reper este bregma.

b. prezentatia pelvina – 3% din nasteri

1. pelvina completa – 35% din pelvine

Membrele inferioare sunt flectate la nivelul feselor sau sub fese .

Aceasta prezentatie este eutocica dar prezinta un grad de risc mai mare pentru fat. Noua din zece pelvine , nu prezinta nici o dificultate in timpul nasterii ,dar in cazuri deosebite ,devine una din marile probleme ale obstetricii.

2. pelvina decompata – 65% din pelvine

In acest tip de prezentatie ,gambele sunt in extensie fata de coapse, membrul inferior fiind flectat pe abdomen .

Teoretic, mai exista doua tipuri de prezentatii pelviene decompate : **modul genunchilor** (gamba flectata pe coapsa ,coapsa in extensie fata de abdomen) si **modul picioarelor** (gamba in extensie fata de coapsa ,coapsa in extensie fata de abdomen) .

Aceste doua tipuri de prezentatie ,sunt foarte rare si sunt doar teoretice,ele putand aparea doar la feti foarte mici si nedezvoltati (avort si nastere prematura) sau prin modificarea unei pelviene complete in cursul travaliului.

Pelviana decompata, modul feselor ,are un prognostic mai rezervat decat pelviana completa deoarece:

- trunchiul fetal devine rigid prin solidizarea sa cu membrele
- interventiile obstetricale ,sunt mai dificile (se cauta piciorul in uter pentru extractie)

- pelvisul singur ,fiind de volum redus si depresibil,nu pregateste corespunzator colul pentru trecerea capului din urma
- punctul de reper pentru prezentatie este sacrul.
-

c. prezentatia umerala – 0.5% din nasteri

Este o prezentatie distocica ce nu permite niciodata nasterea pe cai naturale, punctul ei de reper este acromionul.

II. PERIOADELE SI TIMPII NASTERII

Pentru mama – nasterea are patru perioade:

- 1.perioada de dilatare – intre 8 si 12 ore
- 2.perioada de expulzie – dureaza de la cateva minute si poate ajunge pana la o ora
- 3.perioada de delivrenta – poate dura intre 15 si 30 minute
- 4.perioada de lauzie imediata –poate dura pana la doua ore

Pentru fat – nasterea are trei timpi principali :

- 1.angajarea - are loc in ultima luna la primipare ,si la sfarsitul perioadei de dilatare la multipare
- 2.coborarea
- 3.degajarea

NASTEREA IN PREZENTATIA CRANIANA FLECTATA

Asistenta la nastere in prezentatia occipitala implica un diagnostic obstetrical direct .Palpare transabdominala ,va arata o asezare longitudinala in prezentatie craniana.

Tuseul vaginal permite :

- confirmarea diagnosticului de prezentatie
 - reperarea fontanelei posterioare si stabilirea varietatii pozitiilor
 - sa se aprecieze gradul de flectare a capului
 - sa se aprecieze inaltimea la care se gaseste prezentatia
 - aprecierea stergerii si dilatarii colului
 - integritatea pungii apelor.

Mecanica obstetricala – angajarea capului este precedata de doua fenomene premergatoare : orientarea si acomodarea feto- pelvina la nivelul structurii superioare.

Orientarea – cel mai mare diametru al craniului fetal ,se orienteaza intr-unul din axele oblice ale bazinului care masoara 12 cm.

La nivelul bazinului ,diametrul de angajare difera in functie de pozitia trunchiului fetal ,care cel mai adesea este la stanga datorita prezentei ficatului matern in dreapta .

Acomodarea si flectarea – capul fetal ,pentru a patrude in zona pelvi-genitala ,trebuie sa se prezinte cu diametrele cele mai mici ale sale(biparietal de 9.5 cm si bregmatic de 9.5 cm.)

In bazinele usor turtite anteroposterior ,pentru angajare este uneori nevoie de o miscare de basculare laterala a craniului fetal ,ceea ce determina angajarea intai a unei baze parietale si apoi a celeilalte.

Angajarea – diametrul suboccipito –bregmatic ,se supapune cu unul din diametrele oblice ale bazinului.Regionea frontala a capului fetal, se gaseste in unul din sinusurile sacro-iliace.

Degajarea si expulzia – are loc depasirea stramtorii inferioare si a orificiului vulvar .

CAPUL FETAL –el trece prin stramtoarea inferioara prezentand diametrul suboccipito-bregmatic .

-este nevoie de cateva miscari de dute-vino ,pana cand capul ajunge sa se fixeze sub puber.

-occipitul ia punct fix sub simfiza

-simfiza are rol de pivot ,iar capul fetal incepe o miscare de deflectare in fanta vulvara ,aparand succesiv fruntea ,nasul si mentonul.

UMERII –rotatia externa a capului corespunde unei rotatii intrapelviene a umerilor care isi plaseaza diametrul biacromial in diametrul antero-posterior al stramtorii inferioare .

-umarul anterior apare sub pube si se degaja

-urmeaza nasterea umarului prin distensia perineului

TRUNCHIUL SI PELVISUL -nasterea lor este usoara si se petrece spontan.

NASTEREA IN PREZENTATIA PELVIANA

Definitie – prezenta pelviana ,este o asezare longitudinala in care prezentatia fetala este reprezentata de extremitatea pelviana.Exista doua tipuri de prezentatie pelviana:

1.pelviana completa – fatul este asezat deasupra stramtorii superioare .

2.pelviana decompata – modul picioarelor si cel mai frecvent modul feselor ,in care membrele inferioare sunt ridicate in atela pe trunchiul fetal.

Etiologie – pana in luna a VII-a prezentatia pelviana este foarte frecventa.Din luna a VIII-a ,cand se produc fenomenele de acomodare fetala ,prezentatia se transforma din pelvina in craniana .

Diagnosticul in cursul sarcinii

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 ombilicului matern,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.

d. ecografia – transeaza diagnosticul fara nici un pericol pentru fat .

Diagnosticul in travaliu

Urmeaza aceeasi timpi ca si diagnosticul in sarcina .

Exista patru pozitii de plecare:

- 1.sacro-iliaca stanga anterioara(SISA)
- 2.sacro-iliaca stanga posterioara(SISP)
- 3.sacro-iliaca dreapta posterioara(SIDP)
- 4.sacro-iliaca dreapta anterioara(SIDA)

Derularea nasterii

1. angajarea – se face intr-unul din diametrele oblice ale bazinului
 - diametrul de angajare al prezentatiei este diametrul bitrohanterian, care are 9.5 cm
2. coborarea si degajarea pelvisului
3. degajarea umerilor – dupa expulzia pelvisului ,trunchiul efectueaza o rotatie care aduce spatele fetal inainte si in acelasi timp se degajeaza abdomenul
4. degajarea capului –capul se flecteaza,se angajeaza urmand diametrul oblic perpendicular pe diametrul de angajare al pelvisului.Capul face rotatia interna si coboara in occipito-pubiana,ajungand sub simfiza pe care o foloseste drept pivot,urmand degajarea progresiva:menton,gura nas,ochi,frunte.Nasterea acestui cap din urma,este de cele mai multe ori dificila,necesitand manevre obstetricale ajutatoare.

NASTEREA IN PREZENTATIE FACIALA

Prezentatia este reprezentata de capul fetal ,care este deflectat complet.

Etiologie – se constata capul cu o deflectare complete la sfarsitul sarcinii

Aceasta atitudine poate sa dispara sau poate persista in timpul travaliului.Deflectarea totala a capului,apare in travaliu dupa ce a trecut prin fazele intermediare.

Diagnosticul in prezentatia faciala – in timpul sarcinii ,la palpare se constata o prezentatie cefalica.La tuseu vaginal ,prezentatia craniana este inalta si greu abordabila.Deflectarea poate fi vizualizata si confirmata ecografic.In travaliu ,punga apelor bombeaza si este sub tensiune,nefiind in contact cu prezentatia.

La tuseu vaginal ,se palpeaza :arcadele orbitale,nasul,gura,mentonul,dar nu poate fi atinsa fontanela anterioara.

Caracteristicile travaliului- este un travaliu lung si epuizant.Perioada de dilatare este lunga,expulzia este dificila ,si oricand poate aparea o stagnare a dilatarii,o absenta a angajarii si a coborarii,o absenta a rotatiei anterioare a mentonului si poate prezenta riscul unor rupturi perianale cu co-interesarea altor organe pelvine.

PREZENTATIA BREGMATICA SI FRONTALA

Sunt doua prezentatii distotice,a caror etiologie este identica cu cea a prezentatie faciale.Stabilirea unui diagnostic corect,atrage dupa sine terminarea nasterii prin operatie cezariana.

PREZENTATIA UMERALA

Sunt reunite sub denumirea de prezentatie umerala ,toate situatiile in care fatul este asezat in uter oblic sau transvers.Este o prezentatie distocica in care nu se poate naste niciodata un copil viu la termen.

Etiologie – in timpul sarcinii ,axul transversal al uterului este mai mare decat axul longitudinal care adesea are sub 30 cm.La palpare,in flancuri vom gasi polii fetalii.Ascultatia se face paraombilicali.La tuseul vaginal,escavatia pelvina este goala.Ecografia poate confirma cu usurinta diagnosticul.

In travaliu ,tuseul vaginal trebuie facut cu atentie pentru a nu rupe membranele(PERICOL DE PROLABARE DE CORDON).

Daca membranele sunt rupte,se vaputea palpa grilajul costal ,axila sau acromionul.

Evolutie – Evolutia spontana,are tendinta de a duce la situatia de TRANSVERSA NEGLIJATA respectiv dupa ruperea prematura sau precoce a membranelor .In acest caz,pot aparea mari accidente inevitabile ca :moartea fetala,ruptura uterina,prolabarea cordonului sau a unui membru fetal si infectia amniotica.

Conduita – la sfarsitul sarcinii ,in caz de prezentatie umerala accidentala,se va tenta versiunea externa.Daca este o prezentatie umerala impusa de conditii patologice,se va decide operatia cezariana programata.

In travaliu ,daca contractiile uterine prezentate nu au verticalizat mobilul fetal ,se va face operatie cezariana,versiunea interna neavand decat doua indicatii:asezarea transversa la al doilea fat din gemelara sau la mare multipara cu dilatare completa si la fat mic.