

Curs 3: Prezentatia pelviana, transversa si prezentatiile deflectate – prezentatii, pozitie, varietati de pozitie

PREZENTATIA FACIALA

Craniul fetal se afla in hiperextensie completa, occiputul venind in contact cu coloana vertebrala. Incidenta este de: 500 nasteri. Mai rar prezentatia faciala poate aparea inaintea travaliului, fiind o prezentatie faciala primara. Exista 6 varietati de pozitie a acestei prezentatii; punctul de reper este reprezentat de menton iar diametrul de angajare este submentobregmatic (9, 5 cm) si bitemporal (8,2 cm).

Cauze:

- *fetale* : anencefalia, tiromegalie congenitala, encefalocel, fat voluminos, hidrocefie, nastere prematura;
- *anexiale* – placenta jos inserata, polihidramnios , cordon scurt;
- *materne* – bazin distocic, multiparitate, tu praevia

Diagnosticul antenatal

Este rar pus inaintea travaliului din moment ce prezentatia faciala se dezvolta in majoritatea cazurilor in timpul travaliului. Putem in schimb anticipa o prezentatie faciala la un fat cunoscut cu anencefalie.

PREZENTATIE faciala la un fat cunoscut cu anencefalie.

Diagnosticul intrapartum

- Palparea abdominala

Este greu de detectat, in special in cazul in care este situat anterior. Regiunea occipitala se poate simti proeminenta cu un sant intre spate si craniu, dar poate fi confundata cu regiunea occipitala . Partile mici fetale pot fi palpate in partea opusa occiputului iar focarul de maxima intensitate al cordului fetal este de aceeasi parte. In varietatea de pozitie mento-posterioara auscultatia cordului fetal este dificila, toracele fatului fiind in contact cu coloana vertebrala a mamei.

- Examinarea vaginala

Prezentatia este sus situata, moala si neregulata. Cand orificiul uterin este dilatat, se palpeaza arcadele orbitale, ochii, nasul precum si gura (rareori, gura este deschisa, gingiile se simt, fatul putand chiar sa rupa degetul examinator).

O data cu progresia sarcinii, fata devine edematiata, facand dificila diferentierea ei de prezentatia pelviana. Pentru determinarea pozitiei trebuie localizat mentonul – daca acesta e situata posterior trebuie vazut de ce este mai jos decat regiunea frontala – in acest caz se va roti spre anterior, progresand. In varietatea de pozitii mento-anterioara, arcadele orbitale se afla in diametrul oblic stang al pelvisului.

Examinarea vaginala va fi realizata cu blandete pentru a nu rani sau chiar infecta ochii cu degetele examinatoare.

Mecanismul nasterii in pozitia mentoanteriora stanga:

- fatul este orientat longitudinal
- craniul este in extensie
- partea prezentata este fata
- pozitia este mentoanteriora
- punctul cel mai decliv este mentonul

Extensia => coborarea are loc in extensie completa, cu regiunea mentoniera inainte.

Relatia interna a craniului => aceasta se realizeaza cand barbia ajunge planseul pelvin si roteste catre anterior 1/8 dintr-un cerc, apoi regiunea mentoniera iese de sub simfiza pubiana.

Flexia => reprezinta urmatoarea etapa iar fruntea, vertexul, respectiv regiunea occipitala se exteriorizeaza – se termina astfel etapa numita nasterea capului.

Restitutia => apare cand mentonul roteste 1/8 dintr-un cerc spre stanga parturientei.

Rotatia interna a umerilor => umerii patrund in pelvis in diametrul oblic, umarul anterior atingand primul planseul pelvin si noteaza anterior 1/8 dintr-un cerc spre dreapta.

Rotatia externa a capului => se realizeaza simultan cu rotatia interna a umerilor. Barbia avanseaza 1/8 dintr-un cerc spre stanga.

Flexia laterala => umarul anterior patrunde sub simfiza pubiana, apoi umarul posterior distinde perineul, avand loc nasterea corpului printr-o miscare de flexie laterala.

Modalitati de evolutie a nasterii:

- Prelungirea travaliului

Travaliul se prelungeste deseori deoarece prezentatia se acomodeaza mai greu rezultand o stimulare defectuoasa a contractiilor uterine.

- Pozitia mentoanterioara
- Pozitia mentoposterioara => craniul este in extensie completa, astfel incat mentonul atinge planseul pelvin primul, iar in cazul contractiilor uterine eficiente, el va rota anterior.
- Pozitia mentoanterioara persistenta => In acest caz craniul nu este in extensie completa, iar fruntea atinge prima planseul pelvian, roteste anterior 1/8 dintr-un cerc, regiunea mentoniera.

Conduita la nastere

I. Prima parte a nasterii:

In aceasta parte rolul important il are diagnosticarea acestei prezentatii. Monitorizarea de rutina a gravidei si starii fatului se realizeaza in aceleasi conditii ca la nasterea normala. Trebuie evitata aplicarea electrozilor pe craniul fetal, precum si atentia crescuta in timpul tuseului vaginal pentru a nu infecta sau rani globii oculari.

Examinarea vaginala va fi realizata imediat ce membranele se rup pentru a exclude prolabarea cordonului ombilical, intrucat aceasta se poate realiza prin acomodarea dificila a prezentatiei.

Coborarea capului va fi urmarita pe cale abdominala, iar tuseul vaginal realizat cu blandete, reptat la 2-4 ore, pentru controlul dilatatiei si coborarea capului.

In varietatea de pozitie mentoposterioara trebuie urmarit daca mentonul e mai jos decat fruntea. In cazul in care contractiile uterine sunt eficiente dar craniul ramane sus situat, se va face operatie cezariana.

II. Nasterea capului

La momentul aparitiei fetei, trebuie mentinuta extensia capului, impingand posterior funtea, permitand iesirea mentonului de sub simfiza pubiana inaintea ca regiunea occipitala sa stearga perineul.

In cazul in care perineul nu coboara in pozitia mentoanterioara, vor fi aplicate manevre obstetricale precum aplicatia de forceps.

Complicatii:

- blocarea nasterii – lipsa deflectarii
- prolabarea de cordon
- bosa sero-sangvinolenta a fetei
- hemoragii intracerebrale
- traumatismul matern

- ruptura uterina

PREZENTATIA FRONTALA

Craniul se afla in extensie partiala, aceasta prezentatie se poate converti spontan, in timpul travaliului, in prezentatie faciala sau craniana. Diametrul de adaptare a craniului fetal este mento-occipital 13,5 cm (cel mai mare diametru al craniului).

Incidenta => 1/1000 nasteri.

Cauze => aceleasi ca si la prezentatia faciala, prezentatia frontala fiind una temporara, putine cazuri persista in aceasta maniera.

Diagnostic => nu poate fi realizat inaintea declansarii travaliului.

La palparea abdominala => craniul este sus situat, tinde sa se acomodeze greu in ciuda contractiilor uterine eficiente.

La examinarea vaginala => prezentatia sus situata; putem pune diagnosticul prin palparea fontaneli anterioare, arcadelor orbitale.

Conduita la nastere:

In absenta disproporiei fetopelviene, nasterea este posibila pnetru 75-80% din cazuri. Cand arcadele orbitale ating planseul pelvin, maxilarul roteaza anterior iar craniul este nascut printr-un mecanism similar cu varietatea de pozitie occipito-posterioara persistenta. Parturienta va fi informata asupra modurilor de evolutie a travaliului precum si asupra faptului ca nasterea pe cale vaginala este putin probabila.

Daca fatul nu prezinta semne de suferinta, poate si permisa continuarea travaliului pentru o scurta perioada pentru a observa daca apare convertirea prezentei faciale. Ocazional, poate aparea flexia spontana cu transformarea in prezentatie bregmatica. In cazul in care prezentatia frontala este persistenta cu lipsa coborarii craniului, se va opta pentru operatie cezariana.

Complicatiile pot fi aceleasi ca la prezentatia faciala.

PREZENTATIA PELVIANA

Prezentatia pelviana este o prezentatie neobisnuita, dar nu trebuie considerata anormala cat timp fatul este orientat longitudinal cu pelvisul la nivelul polului inferior al uterului.

Aceasta prezentatie apare in aproximativ 3% din sarcinile la termen. In trimestrul mijlociufrecventa este mult mai mare datorita proportiei crescute a lichidului amniotic ce faciliteaza miscarile libere ale fatului. mamele pot fi asigurate ca un travaliu si o nastere normale nu sunt excluse doar prin faptul ca prezentatia este cea pelviana.

Trebuie de asemenea explicat faptul ca nu toti copiii in pelviana se pot sau este de recomandat sa se nasca astfel pe cale vaginala. Un studiu efectuat in cazul nasterilor pelviene la termen necomplicate au evidentiat faptul ca o nastere pe cale naturala este mai traumatizanta decat operatia cezariana. Cu toate acestea urmarirea pana la 2 ani a pacientelor a aratat mici inconveniente a diferitelor moduri de nastere.

- ***Tipuri de prezentatie si pozitie***

1. ***Prezentatie pelviana decomplexa***

Aceasta forma se prezinta cu coapsele flectate pe abdomen, iar gambele in extensie. Reprezinta aproximativ 70% din prezentatiile pelvine fiind relativ comune la primigeste al caror bun tonus uterin inhiba atat flexia picioarelor cat si culbuta.

2. ***Prezentatia pelviana completa***

Atitudinea fatului in uter este una de flexie completa cu coapsele flectate pe abdomen, gambele flectate pe coapse .

3. ***Prezentatia pelviana modul picioarelor***

Este rara; unul sau ambele picioare reprezinta partea prezentata deoarece nici soldul nici genunchiul nu e in totalitate flectat. Picioarele sunt situate mai jos de pelvis fapt ce o deosebeste de pelviana completa.

4. ***Prezentatia pelviana modul picioarelor***

De asemenea o forma rara, una sau ambele coapse se afla in extensie pe bazin, cu genunchii flectati pe coapse.

- Cauze

De multe ori nu este identificata nicio cauza, dar urmatoarele circumstante pot favoriza prezentatia pelviana:

1. Extensia picioarelor – culbuta poate fi impiedicata daca fatul prezinta picioarele in extensie.
2. Prematuritatea – prezentatia pelviana este relativ comuna inainte de saptamana 34 de gestatie de unde rezulta ca prezentatia pelviana este relativ comuna in nasterile premature.
3. Sarcina cu feti multipli – apare o scadere a spatiului disponibil pt intoarcerea fiecarui fat, ceea ce poate determina ca unul sau mai multi feti sa fie situati in pozitie pelviana.
4. Polihidramnios – distensia cavitatii uterine prin excesul de lichid amniotic poate fi o cauza a pozitionarii fatului in pelviana.
5. Hidrocefalia – Cresterea dimensiunilor craniului fetal determina acomodarea mai usoara a acestuia cu fundul uterin.
6. Anomalii uterine – deformarea cavitatii uterine prin sept sau fibroza poate determina prez pelvina.
7. Placenta praevia – este o cauza controversata, desi unele autoritati iau in considerare ca fiind una din cauzele pelvianei

- Diagnosticul antenatal

1. Mama ne poate dezvalui un discomfort, o presiune situata subcostal ce se insoteste frecvent de dispnee. Daca picioarele fatului se afla la nivelul polului inferior uterin aceasta poate simti lovituri puternice la nivelul vezicii urinare.

2. Palparea – este mai dificil de realizat la primigeste datorita musculaturii abdominale ferme. La palpare se observa fatul situat in axul longitudinal, cu prezentatie moale, depresibila care este simtita usor.

Capul este simtit de obicei la nivelul fundului uterin ca o masa rotunda ce poate fi miscata independent de spate prin balotare cu una sau ambele maini.

Daca vorbim de o varietate de pozitie anteriara, fatul fiind bine flectat, localizarea craniului poate fi dificila dar apucarea simultana a polilor superior si inferior ne poate ajuta stabilirii diagnosticului. Gravida poate acuza disconfort subcostal, in special noaptea datorita presiunii pe care o realizeaza craniul asupra diafragmului.

3. Auscultatia

Cand pelvisul este situat deasupra stramtorii superioare, BCF-urile sunt auzite mai bine supraombilical, in schimb cand picioarele se afla in extensie, prezentatia coboara cu usurinta in pelvis, BCF-urile fiind auzite mai bine la un nivel mai jos.

4. Ecografia- poate fi folosita pentru demonstrarea prezentatiei pelviene.

5. Examinarea radiologica – desi inlocuita de ecografie aceasta prezenta avantajul realizarii in acelasi timp a pelvimetriei.

- Diagnosticul in timpul travaliului

1. Examinarea abdominala

Prezentatia pelviana poate fi diagnosticata in timpul travaliului.

2. Examinarea pe cale vaginala

La palpare, pelvisul apare ca o formatiune moale, neregulata, fara suturi, desi, ocazional, sacrul poate fi confundat cu craniul fetal, iar pelvisul cu bosa serosangvinolenta. Palparea anusului si prezenta pe manusa de examinare a meconului sunt utile pentru diagnostic. Daca picioarele se afla in extensie se evidentiaza organele genitale externe, dar trebuie sa retinem faptul ca acestea pot deveni edematiate; vulva edematiata poate fi confundata cu scrotul. In cazul in care palpam un picior trebuie sa facem diagnosticul diferential cu mana, degetele de la picioare avand toate aceeasi lungime, sunt mai scurte decat degetele de la maini, iar

degewtul opozant lipseste. Piciorul face unghi drept cu gamba, iar calciul nu prezinta un echivalent la mana. Prezentatia poate fi confirmata ecografic sau radiologic.

Managementul antenatal

- Versiunea externa: reprezinta totalitatea manevrelor realizate asupra abdomenului mamei cu scopul de a converti prezentatia pelviana intr-una cefalica. RCOG 1993 recomanda ca versiunea externa sa fie realizata la termen de un practician experimentat in cadrul unei unitati spitalicesti unde se pot aplica toate masurile necesare unei nasteri de urgenta. Succesul acestei proceduri nu depinde doar de talentul si experienta operatorului, cat mai ales de pozitia, angajarea fetala, cantitatea de lichid amniotic si paritate. S-a demonstrat ca versiunea externa poate scadea numarul fetilor in prezentatie pelviana la termen in aproximativ 20%-30% din cazuri cu scaderea consecutiva a nasterilor prin cezariana, realizate pentru prezentatia pelviana. Conform lui Zhang si colaboratorii (1993), versiunea din prezentatie pelviana in cefalica inainte de saptamana 37 de gestatie nu reduce incidenta nasterilor in pelviana sau rata operatiilor cezariene, intrucat fatul isi poate relua pozitia in mod spontan.

Metoda: Initial trebuie confirmata ecografic pozitia si prezentatia fatului, cat si localizarea placentei. Procedura va fi realizata sub tocoliza; un examen cardiotocografic desfasurat pe 30 de minute ne evidentiaza starea fetala la initierea versiunii externe. Pacienta trebuie sa goleasca vezica urinara . Picioarele patului in care se afla gravida trebuiesc ridicate pentru a elibera pelvisul fetal din stramtoarea pelvisului matern. Abdomenul va fi pudrat cu talc pentru a preveni ciupirea tegumentului matern in cursul procedurii. Desi poate aparea disconfortul mamei pe parcursul procedurii, manevra nu trebuie sa fie dureroasa. Pelviana este deplasata dinspre pelvis catre fosa iliaca. Operatorul va exercita presiune cu mainile asupra fiecarui pol fetal realizandu-se astfel avansarea acestuia intr-un anumit sens. Daca manevra nu este urmata de succes se va incerca rotirea fatului in sens opus. In cazul in care fatul nu poate fi rotit usor procedura se abandoneaza si se reia dupa cateva zile.

- Cardiotocografia se realizeaza la sfarsitul procedurii.
- Daca mama este purtatoare de Rh (-) se realizeaza profilaxia izoimunizarii cu Ig. Anti D
- Daca versiunea este realizata imediat devine prioritar declansarea travaliului, profilaxia cu Ig. Anti D realizandu-se dupa nastere cand e cunoscut si grupul fetal. In cazul in care e necesara administrarea Ig. Anti D se va administra la 72 ore dupa versiune.
- Versiunea externa presupune urmatoarele manevre: mana dreapta a operatorului va elibera polul fetal din pelvis, iar mana stanga aplicata pe craniu imprima o miscare de

rotatie in acelasi sens, pe durata intregii proceduri se mentine flexia corpului; mana stanga aduce craniul mai jos, mana dreapta ascensioneaza pelvisul; presiunea este exercitata simultan pe craniu si pelvis pana in momentul in care craniul fetal e pozitionat in pelvis.

COMPLICATII

1. Nodul adevarat de cordon – suspectat in cazul aparitiei bradicardiei fetale persistente
2. Decolarea de placenta – daca apare durere sau sangerare pe cale vaginala in timpul exminarii respectiv dupa terminarea procedurii
3. Ruptura membranelor – daca apare atunci cordonul ombilical prolabeaza prin lipsa angajarii craniului sau pelvisului.

CONTRAINDICATII

Uterul cicatricial era considerat a fi o contraindicatie absoluta, insa s-a constatat ca este o procedura sigura si eficienta in cazul femeilor ce au suferit o operatie cezariana in antecedente.

- Preeclampsia, HTA – risc crescut de decolare
- Sarcina cu feti multipli
- Oligohidramnios – deoarece creste forta aplicata asupra fatului, iar versiunea pare sa nu aiba rezultat.
- Ruptura de membrane
- Orice situatie ce necesita nastere prin Operatie cezariana.

MOXABUSTIA

Este folosita ca si terapie alternativa, pentru tratarea prezentatiei pelvine se poate folosi arderea moxei, poate fi benefica in reducerea versiunilor. Cu toate acestea este necesar un studiu clinic pentru evaluarea eficacitatii si sigurantei acestei metode de diagnostic.

PREZENTATIA PELVIANA PERSISTENTA

Daca versiunea esueaza sau nu a fost incercata la varsta de 37 saptamani a sarcinii se va consilia mama si se va decide daca aceasta electeaza pentru operatie cezariana sau pentru nastere pe cale vaginala.

Operatia cezariana planificata la termen reduce mortalitatea si morbiditatea neonatala si perinatala, desi apare un risc crescut al morbiditatii materne. O supraveghere a pacientelor pana la 2 ani nu a aratat diferente intre inconvenientele celor doua moduri de nastere. Pacientele ce opteaza pentru nasterea in afara mediului spitalicesc trebuie urmarite mai atent pentru diaagnosticarea prezentatiei pelvine la 37 saptamani.

Acordul pentru nasterea pe cale vaginala

Orice dubiu in legatura cu capacitatea pelvisului de acomodare cu craniul fetal trebuie rezolvat inainte de nasterea pelvisului si respectiv patrunderea craniului fetal la stramtoarea superioara . In acest moment apare privarea de oxigen a fatului, iar hotararea pentru operatie cezariana poate fi tardiva.

Marimea fatului

Aceasta in special in relatie cu dimensiunile materne, poate fi apreciat prin palpare abdominala, dar cu mai multa acuratete aflata prin intermediul ecografiei abdominale.

Capacitatea pelvisului

Aceasta poate fi aproximata prin examinare vaginala si pelvimetrie laterala; ne arata forma sacrului, masurarea diametrului antero-posterior al pelvisului. Niciun studiu nu a confirmat valoarea acestei proceduri pentru a selecta gravide ce au probabilitate mai mare pentru a avea o nastere pe cale vaginala de succes, sau pentru a imbunatati inconvenientele perinatale. La multipare este utila anamneza in legatura cu modalitatea de nastere si greutatile fetilor precedenti

Mecanismul de nastere in varietatea postero-anteroara stanga

- Fatul este orientat longitudinal
- Atitudinea e una de flexie completa
- Prezentatia e pelviana
- Pozitia : sacro – iliaca stanga anteroara
- Punctul de reper – sacrul
- Partea prezentata este orientata anterior, pelvisul
- Diametrul bitrohanterian 10 cm patrunde in pelvis in diametrul oblic
- Punctul de reper (sacrul) e situat catre eminenta iliopectinee stanga

2. Rotatia interna a pelvisului

Pelvisul fetal atinge planseul pelvin apoi se roteste anterior 1/8 dintr-un cerc spre partea dreapta a pelvisului coborand sub simfiza pubiana, diametrul bitrohanterian este acum orientat in diametrul anteroposterior.

3. Flexia lateral a corpului

Fesa anteroara iese de sub simfiza, iar cea posteroara ampliaza perineul, pelvisul iesind printr-o miscare de rotatie lateral.

4. Fesa anteroara se intoarce lent catre dreapta mamei

5. Rotatia interna a umerilor

Umerii patrund in pelvis in acelasi diametru ca si pelvisul. Umarul anterior roteste 1/8 dintr-un cerc spre partea dreapta; coborand spre simfiza pubiana umarul posterior aluneca (sweep) pe langa perineu avand astfel loc nasterea umerilor.

6. Rotatia interna a capului

Craniul patrunde in pelvis orientat cu sutura sagitala in diamtrul transvers al stramtorii. Occiputul roteaza in continuare spre partea stanga.

7. Rotatia externa a corpului

In acelasi timp corpul se intoarce astfel incat spatele este orientat anterior.

8. Nasterea capului

Barbia, fata respective fruntea ampliaza perineul, iar capul este nascut intr-o atitudine de flexie.

Atitudinea in timpul travaliulu

PRIMA PARTE

Ingrijirile de baza in aceasta etapa sunt aceleasi ca la nasterea normal, incurajand cat mai mult ortostatismul pentru a facilita coborarea prezentatiei. Pelviana cu picioarele in extensie patrunde prin orificiul cervical usor, pe cand pelviana complete se acomodeaza mai greu , iar membranele se rup mai usor. Din acest motiv exista un risc de prolabare de cordon, iar tuseul vaginal va fi realizat intr-un timp cat mai scurt de la ruperea membranelor, pentru excluderea acestei complicatii. Daca membranele nu se rup spontan in aceasta etapa este prudent sa le lasam intact pana cand travaliul este inceput, iar pelvisul ajunge la nivelul spinelor ischiadice. Ocazional se poate observa aparitia lichidului amniotic verde, fenomen datorat compresiei asupra abdomenului fetal, si nu este totdeauna un semn de suferinta.

Analgezia

Blocul epidural poate fi realizat parturientelor cu prezentatie pelviana deoarece inhiba nevoia de a participa activ la eforturile expulsive, cu toate acesta nu exista o evident ca el este indicat. Analgezia epidurala a fost asociata cu intarzierea celei de-a doua perioada a nasterii fara a fi asociata vreunui avantaj pentru nasterea pelviana la termen.

A DOUA ETAPA

Dilatatia cervical complete trebuie intotdeauna confirmata prin examinare vaginala, inaintea eforturilor expulsive ale parturientei. In cazul prezentatiei pelvine modul picioarelor un picior poate aparea la vulva, fie pelvisul unui fat mic poate patrunde printr-un orificiu cervical incomplete dilatat. Oricare ar fi situatia craniul poate fi retinut in uter de catre cervix cand fatul e nascut partial. Este necesara prezenta neonatologului cat si a anestesistului pentru o eventual anestezie generala. Esuarea nasterii capului in ciuda contractiilor eficiente poate indica operatia cezariana de necesitate.

TIPURI DE NASTERE

1. Spontana – cu minim de ajutor din partea medicului.
2. Pelviana asistata - pelvisul; este nascut spontan dar este necesara asistenta in cazul nasterii picioarelor, a mainilor si a capului.
3. Extractia pelvisului – consta in manevre multiple de extragere a fatului si e realizata in situatii de urgenta precum suferinta fetala.

Managementul nasterii

Nasterea pelvina poate decurge normal ca orice alta nastere pe cale vaginala, iar gravida care opteaza pentru acest tip de nastere necesita incurajare din partea moaselor. Trebuie explicate importanta retinerii de la eforturile expulzive active pana la dilatatie completa.

La dilatatie complete partienta este incurajata sa participe la eforturile expulzive iar pelvisul este nascut spontan. Daca picioarele se afla in flexie, ele se vor degaja la vulva iar nasterea se realizeaza pana la ombilic. Ansa de cordon e realizata prin tractionare blanda pentru a nu leza vasele ombilicale. In cazul in care cordonul este situat posterior de simfiza pubiana el va fi pozitionat lateral fata de aceasta. In cazul in care coatele se simt ca fiind situate anterior de torace, vor scapa in cursul contractiei urmatoare, altfel bratele se afla in extensie.

Nasterea umerilor

Contractiile uterine precum si greutatea fatului aduc umerii in jos pe planseul pelvin unde vor rota in diametrul anteroposterior.

Poate fi de ajutor infasurarea corpului cu un camp moale pentru a conserva caldura corpului si a ajuta la prinderea pelvisului. Fatul este prins cu mainile de ambele coapse si solduri (cu policele situate paralel cu sacrul) si tras in jos pana ce umarul anterior apare sub simfiza.

Dupa degajarea umarului anterior, pelvisul fetal este ridicat inspre abdomenul mamei pentru a facilita degajarea umarului si a bratului posterior. Pe masura ce umerii sunt degajati craniul fetal patrunde in stramtoarea pelvina coborand in pelvis cu sutura sagitala orientata in diametrul transvers. Spatele este pozitionat lateral si va ramane astfel pana cand craniul fetal se va angaja iar corpul va fi tractionat anterior.

In cazul in care corpul va fi ridicat mai devreme craniul se va orienta cu diametrul anteroposterior in diametrul anteroposterior al stramtorii superioare fiind situat in extensie. Umerii vor fi comprimati la exterior iar craniul in extensie dificil de extras.

Nasterea craniului

Cand spatele este rotit fatul va fi lasat suspendat fara suport, greutatea copilului tractioneaza craniul fetal catre planseul pelvin, unde occiputul se orienteaza catre anterior. Sutura sagitala este acum orientata in diametrul anteroposterior al stramtorii inferioare. In cazul in care rotatia capului nu se realizeaza spontan doua degete se vor pozitiona la nivelul oaselor malare iar craniul rotit, fatul va fi lasat astfel suspendat timp de 1-2 minute. Concomitent cu elongarea gatului se va exterioriza linia parului iar regiunea suboccipitala simtita. Nasterea asistata a craniului presupune evitarea oricarei manevre bruste deoarece se poate modifica presiunea intracraniana cu aparitia de leziuni hemoragice secundare.

Sunt folosite trei metode:

- Aplicarea forcepsului pe capul din urma.
- Metoda Burns Marshall – este realizata odata ce vizualizam ceafa si linia parului. Medicul e pozitionat cu fata privind catre laterala parturientei, apucand cu mana stanga gleznela fatului dinpre spate(aratatorul situat intre cele doua glezne). Fatul este ridicat si tractionat suficient cat pentru a preveni fracturarea gatului. Regiunea suboccipitala va

pivota sub arcul pubian iar coloana spinala poate fi zdrobita. Picioarele vor fi ridicate strabatand un arc de 180⁰ pana cand gura si nasul sunt eliberate de sub vulva. Cu mana dreapta se apara perineul pentru a preveni scaparea brusca a craniului. Un ajutor curata caile respiratorii superioare iar fatul va respira. Mama e rugata sa respire regulat iar bolta craniana coboara progresiv.

- Manevra Veit-Smellie-Mauriceau – este folosita cand apare o intarziere a coborarii craniului. Fatul este asezat de-a lungul antebrațului, palma sustinand pieptul. Plasam cate un deget pe oasele malare pentru a realiza flexia craniului, iar cu degetul mijlociu apasam pe barbă. Cu cealalta mana se prind umerii ca intr-un carlig si se tractioneaza in jos pentru a facilita flexia. Un ajutor poate aplica presiune suprasimfizar pentru a creste flexia. Tractiunea este realizata pentru a scoate craniul din vagin , iar cand regiunea suboccipitala este vizualizata corpul este rasturnat pe spatele parturientei, craniul rotindu-se sub simfiza pubiana. Viteza cu care craniul este exteriorizat trebuie controlata pentru a nu se realiza brusc. Odata cu eliberarea fetei, se vor curata si caile respiratorii, iar bolta iese treptat.

Pozitia de nastere

Daca pacienta opteaza pentru nasterea intr-o pozitie alternativa, acesta va fi sfatuita sa stea in picioare sau pe vine; tehnicile descrise anterior vor fi adaptate. Folosirea uterotonicelor va fi evitata pana in momentul in care craniul este complet nascut.

Nasterea in pelviana cu picioarele in extensie

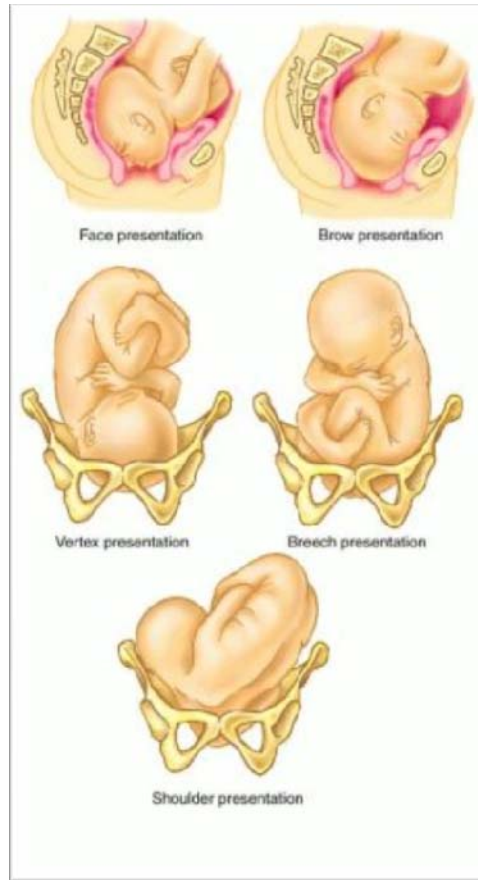
Acest tip de pelviana progresa mai usor in timpul primei parti a nasterii. Dilatatia colului progresa mai usor dar exista riscul mai de compresie a cordonului ombilical intre picioare si corp. Prolabarea de cordon este mai putin probabila decat in celelalte tipuri de prezentatie pelviana datorita angajarii mai usoare a pelvisului. Poate apare o intarziere a nasterii datorita faptului ca picioarele(situate in atela) impiedica flexia laterala a coloanei vertebrale. Copilul poate fi nascut cu picioarele in extensie dar de obicei sunt necesare manevre de exteriorizare. Cand fosa poplitee apare la vulva cu degetele orientate paralel coapselor varful degetelor pozitionate in fosa rotim piciorul lateral de corp. Aceasta manevra se repeta pentru exteriorizarea si celui de-al doilea picior. Genunchiul este o articulatie ce se

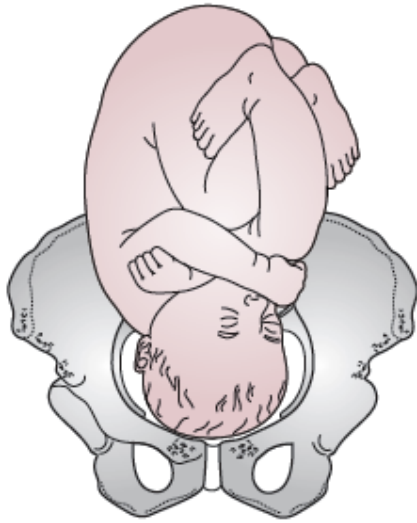
indoaie intr-o singura directie. Daca genunchii sunt trasi anterior de abdomen pot aparea leziuni masive asupra articulatiilor.

Nasterea bratelor aflate in extensie

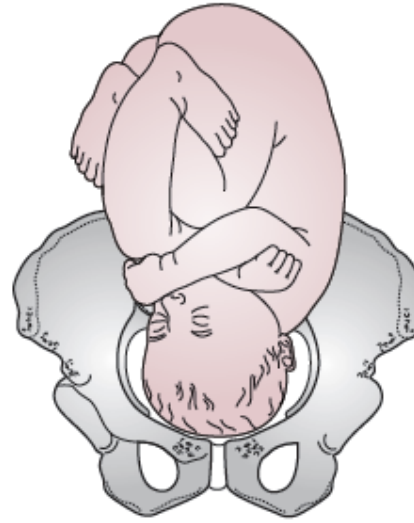
Diagnosticul bratelor in extensie e pus dupa nasterea ombilicului atunci cand nu simtim coatele fatului anterior de torace. Trebuie actionat rapid folosind manevra Lovset pentru evitarea intarzierii nasterii si hipoxia secundara. Manevra Lovset presupune asocierea manevrelor de rotatie a corpului si tractionare ce exteriorizeaza bratele indiferent de pozitia lor. Cand nasterea este realizata pana la buric iar umerii sunt orientati in diametrul anteroposterior, fatul este prins la nivelul crestelor iliace cu degetele mari pe sacru. Fatul este tractionat pana vedem axila, apoi mentinand tractiunea corpul este rotit jumatate de cerc (180°).

Prezentatia fetusului





A Right occipitoposterior position



B Left occipitoposterior position

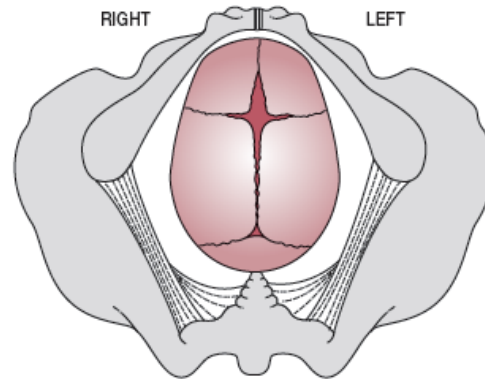
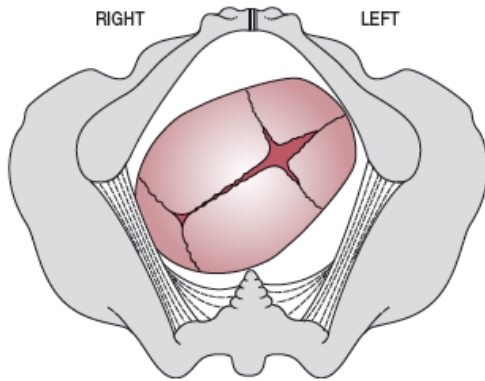
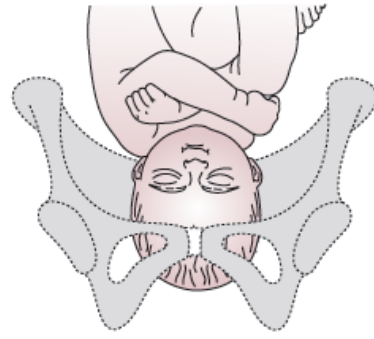
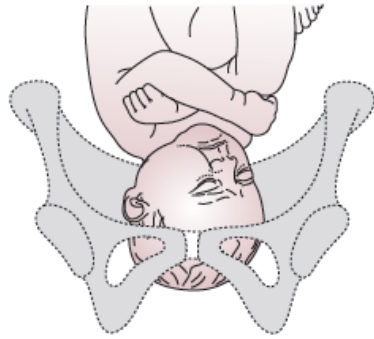


Figure 31.11 Persistent occipitoposterior position before rotation of the occiput: position right occipitoposterior.

Figure 31.12 Persistent occipitoposterior position after short rotation: position direct occipitoposterior.



Figure 31.46 The right hand lifts the breech out of the pelvis. The left hand makes the head follow the nose. Flexion of head and back is maintained throughout.

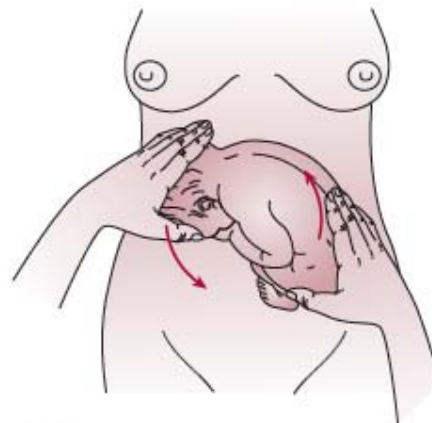


Figure 31.47 Flexion is continued. The left hand brings the head downwards. The right hand pushes the breech upwards.

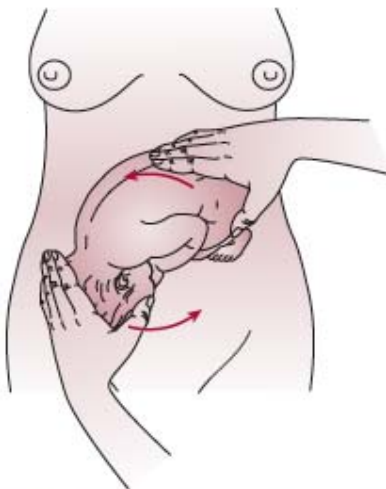


Figure 31.48 Pressure is exerted on head and breech simultaneously until the head is lying at the pelvic brim.

Figures 31.46–31.48 External cephalic version.

Bibliografie: *Cotes, Terri – Malpositions of the occiput and malpresentations – Myles Textbook for midwives, Fraser, M.D., Cooper, M. A., Edinburgh; New York : Churchill Livingstone, 2009, capitolul 31, 1-34*