

EXAMENUL OBSTETRICAL

Andrei Mihai Măluțan

Obiective educaționale

Ce trebuie să știi

- Principalele elemente ale examenului obstetrical
- Expunerea datelor culese în cursul anamnezei
- Elementele obstetricale evaluate prin inspecție, palpare, auscultație
- Descrierea elementelor de pelvimetrie externă și internă
- Principalele caracteristici ale examenului cu valve și tușeului vaginal

Ce trebuie să faceți

- Palparea abdominală și manevrele Leopold
- Pelvimetrie externă și internă
- Examenul cu valve
- Tușeul vaginal

Definiție

Examenul obstetrical reprezintă o modalitate esențială pentru stabilirea diagnosticului obstetrical și aprecierea evoluției sarcinii până la finalizarea acesteia prin naștere. Acesta presupune în afara cunoștințelor profesionale, răbdare și tact, calm, coerență, eleganță în raport cu pacienta, bun simț, respectând pudoarea femeii, maleabilitate, adaptându-se ușor și rapid situației particulare date, sesizând starea psihică a pacientei și creând condițiile unor relații de afectivitate reciprocă și încredere.

Examenul obstetrical cuprinde:

- anamneza
- examenul fizic general pe aparate și sisteme
- examenul clinic obstetrical

Anamneza

Se vor consemna **datele personale** ale pacientei (vârsta gravidei, statusul marital, ocupația, mediul urban / rural de domiciliu).

Evaluarea **motivelor consultației** cuprinde:

- *Urgențe majore* (convulsii, prolabarea de cordon ombilical, hemoragie, stare de șoc)
- *Dureri abdominale* – se vor analiza: data apariției, localizare, intermitente / continue, caracter de colică sau contractilitate, iradiere, semne însoțitoare, relația cu o anumită poziție, relația cu repausul și/sau medicația antalgică și antispastică
- *Pierdere de lichid amniotic*
- *Sângerare* (aspectul sângerării, durata sângerării, cantitatea)
- *Alte simptome* cum ar fi hipertermia, tulburările digestive (dureri epigastrice, grețuri, vărsături, tulburări de tranzit, hemoroizi), tulburările urinare (polakiurie, disurie), cefalea intensă, rebelă, dispneea acută, edemele membrelor inferioare

Trebuie evaluate **condițiile de viață și muncă** (locuință, venitul lunar, activitatea profesională, alimentația, consumul de toxice, mediul familial), precum și **antecedentele heredo-colaterale** (se referă la obținerea unor date privind existența unor boli cronice ale părinților, rudelor apropiate cum ar fi diabet zaharat, HTA, afecțiuni cu transmitere ereditară, boli genetice, sindroame malformative, precum și date privind starea de sănătate a soțului - vârsta, grup sanguin, Rh, boli transmisibile, boli cronice, malformații, boli genetice).

Din **antecedentele personale fiziologice** se va consemna:

- *Istoricul ciclismului menstrual* - data primei menstruații, succesiunea ciclurilor menstruale: interval, regularitate, durată, calitatea și cantitatea sângerării menstruale, sindromul premenstrual – dismenoreea, mastodinia, vârsta de debut a vieții sexuale, a căsătoriei
- *Antecedentele obstetricale* – număr de sarcini, număr de nașteri – spontane/operație cezariană, evoluția lăuziei, copii sănătoși și greutatea acestora, alăptare

De o importanță deosebită sunt **antecedentele personale patologice**:

- *Obstetricale* – avorturi spontane/provocate, complicații legate de avort, sarcini extrauterine (SEU), nașteri premature, complicații la naștere, manopere obstetricale (forceps, vidextracție, extracție manuală de placentă), operații cezariene, complicații postpartum, complicații ale nou-născuților

- *Ginecologice* – patologii inflamatorii, tumorală, intervenții chirurgicale în sfera genitală, boli cu transmitere sexuală, examenul citologic Babeș-Papanicolaou (BPN)
- *Medicale* – patologia diferitelor aparate și sisteme, boli infecto-contagioase
- *Chirurgicale* – intervenții chirurgicale extragenitale

Trebuie apreciat ***Istoricul sarcinii actuale***, prin evaluarea primei zi a ultimei menstruații (DUM), data percepției primelor mișcări fetale (PMF), data contactului sexual fecundant, creșterea în greutate, edeme, oscilații ale tensiunii arteriale, tratamentele administrate în cursul sarcinii, luarea în evidență, ritmul consultațiilor prenatale, evoluția sarcinii – menționând existența unor afecțiuni asociate sarcinii, precum și motivele consultației.

Examenul fizic general pe aparate și sisteme

Se vor aprecia tipul constituțional, înălțimea, greutatea. Examenul pe aparate și sisteme va nota orice modificare anormală, ce poate atrage atenția asupra unei patologii necunoscute până atunci.

Examenul clinic obstetrical

Inspecția

Se va practica o inspecție generală din punct de vedere obstetrical cu *inspecția faciesului* putându-se observa cloasma gravidică, *inspecția sânilor* remarcând modificările induse de sarcină, *inspecția abdomenului* (mărimea, forma uterului, ștergerea cicatricii ombilicale, vergeturile, cicatricile, edemele) și *inspecția regiunii vulvo-perineale* evidențiind modificările induse de sarcină, distanța ano-vulvară (înălțimea perineului), prezența cicatricilor perineale sau hemoroizii.

Măsurătorile la nivelul uterului gravid

- Înălțimea fundului uterin – la termen 32-34 cm
- Circumferința abdominală – la termen 90-92 cm

Aplicând legea lui Jonson putem aprecia greutatea fătului în funcție de înălțimea fundului uterin (IFU) și de situația craniului fetal (n). Indicele $n = 12$, dacă craniul este mobil sau aplicat, $n = 11$, dacă craniul este angajat:

$$(IFU - n) \times 155 = G \text{ în grame a fătului}$$

În cazul gravidelor cu o greutate corporală peste 90 kg se aplică o formulă corectată:

$$(IFU-n-1) \times 155 = G \text{ în grame a fătului}$$

Palparea

Furnizează informații privind următoarele aspecte:

- Tonicitatea peretelui abdominal, putând sesiza CU
- Cantitatea LA apreciind distensibilitatea abdomenului
- Starea fătului: așezare, poziție, prezentație, raportul prezentației cu strâmtoarea superioară

Examinarea se realizează cu pacienta în decubit dorsal, cu coapsele și genunchii în semiflexie, examinatorul situându-se în dreapta pacientei

Palparea se realizează după **tehnica descrisă de Leopold**:

- *Timpul 1* – acomodarea gravidei cu mâna examinatorului, apreciind consistența peretelui uterin
- *Timpul 2* – delimitarea fundului uterin și raportarea acestuia la anumite repere: simfiza pubiană, ombilic, apendice xifoid
- *Timpul 3* – palparea polului inferior al uterului (segmentul inferior) – stabilind prezentația:
 - craniu – formațiunea pseudotumorală rotundă, regulată, nedepresibilă, dură
 - pelvis – formațiune pseudotumorală neregulată, consistență inegală, depresibilă
 - așezare transversă – segmentul inferior este gol
 - cu această ocazie se apreciază și raportul care există între prezentație și strâmtoarea superioară (mobilă, aplicată, fixată, angajată, coborâtă)
- *Timpul 4* – se palpează regiunea fundului uterin, determinând polul fetal care se decelează la acest nivel
- *Timpul 5* – Palparea flancului uterin, delimitând:
 - spatele fetal – plan regulat, cu suprafață dura, convexă, nedepresibil
 - părțile mici fetale – regiune neregulată, depresibilă

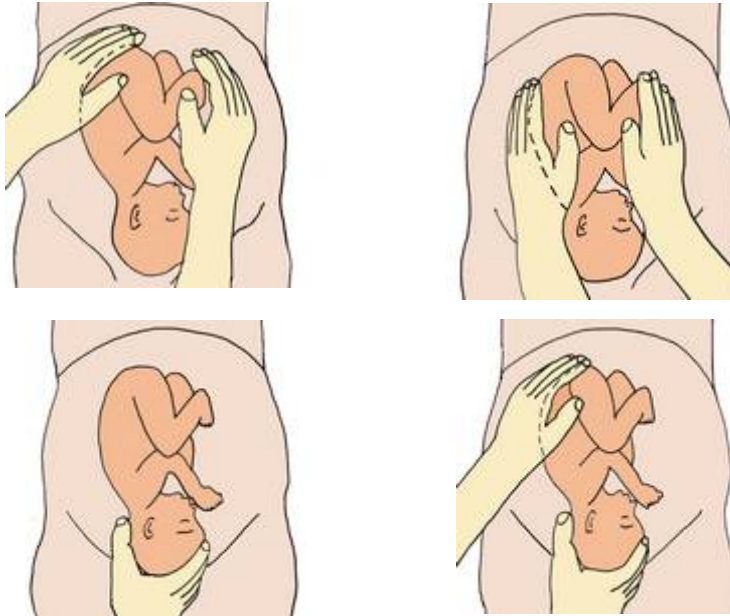


Figura 1. Manevrelle Leopold

Auscultația

Se efectuează cu stetoscopul obstetrical, concomitent cu palparea pulsului matern, pentru a distinge zgomotele de cauză maternă de cele fetale. Sediul focarului de auscultație variază în funcție de prezentație:

- prezentația craniană flectată – la jumătatea distanței între ombilic și spina iliacă – antero-superioară de partea spatelui fetal
- prezentația pelviană – paraombilical stâng sau drept
- așezarea transversă – supra sau subombilical
- prezentația facială – la jumătatea distanței între ombilic și spina iliacă antero – superioară de partea opusă spatelui fetal

Bătăile cardiace fetale (BCF) se percep ca bătăile de ceasornic, ritmice, cu o frecvență de 120-160 bătăi/min, fără a fi sincrone cu pulsul mamei. Se mai pot decela:

- sufluri de cordon – au tonalitate fină și se suprapun peste BCF, fiind determinate de un obstacol pe CO
- suflul uterin - este mai aspru, fiind concomitent cu pulsul matern. Este determinat de circulația utero-placentară
- mișcările fetale – care sunt percepute ca niște lovituri, neregulate, având o tonalitate surdă

- pulsația aortei abdominale materne
- zgomotele intestinale materne

Examenul bazinului osos prin pelvimetria externă

Se măsoară următoarele diametre cu ajutorul pelvimetrului:

- *diametrul anteroposterior (conjugata externă Baudeloque)* – marginea superioară a simfizei pubiene – vertebra L₅ = 20 cm
- *diametrul bispinos* – între cele două spine iliace antero-superioare = 24 cm
- *diametrul bicrest* – între cele două creste iliace = 28 cm
- *diametrul bitrohanterian* – între cele două trohantere mari = 32 cm

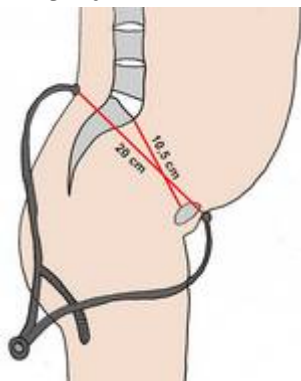


Figura 2. Pelvimetria externă

- *aspectul rombului Michaelis:*
 - diagonala verticală = apofiza spinoasă L₅ – vârful sacrului = 11 cm
 - diagonala orizontală = între cele două spine iliace postero-superioare = 10 cm
 - diagonala orizontală o împarte pe cea verticală în două segmente: unul superior de 4 cm și unul inferior de 7 cm



Figura 3. Rombul Michaelis

Examenul cu valve

Presupune examinarea vaginului, colului, starea membranelor și o serie de explorări paraclinice.

La *examinarea vaginului* se evaluează culoarea, prezența sau absența de malformații, cum ar fi septurile vaginale, prezența de scurgeri patologice. Se recoltează probe pentru examinarea secreției vaginale (SV).

Examinarea colului apreciază anumiți parametri care permit evaluarea prognosticului de naștere (scorul Bishop), alături de tușeul vaginal (TV). Se mai apreciază prezența de leziuni ale colului, aspectul OCE, aspectul glerei cervicale și dopul gelatinos.

Tabelul 1. Scorul Bishop

Parametru	0	1	2	3
Poziția colului	posterioară	mediană	anterioară	
Scurtarea colului	30%	40-50%	60-70%	80%
Consistența colului	fermă	medie	moale	
Dilatația (cm)	0	1-2	3-4	peste 5
Poziția craniului	înalt, mobil (-3)	-2-1	-1-0	+1,+2

Scorul se obține prin însumarea celor 5 parametri. Când scorul este peste 6 prognosticul nașterii pe cale vaginală este bun.

Dacă există dilatare a colului uterin, se apreciază *starea membranelor* (intacte, rupte) și aspectul LA, precum și prezența care poate fi vizualizată.

Explorările paraclinice includ examenul secreției vaginale, examenul cito-bacteriologic, examenul cito-tumoral Babeș-Papanicolau, examenul lichidului amniotic.

Tușeul vaginal (TV)

Se efectuează prin examen bimanual, una din condițiile esențiale fiind golirea vezicii urinare înaintea examinării. Scopul principal este explorarea cavității pelvine și a organelor genitale interne. Se va efectua după o dezinfecție corectă a regiunii vulvo-vagino-perineale.

Se vor aprecia următoarele aspecte:

- perineul – suplețe, cicatrici
- pereții vaginali

- colul uterin – poziție, dimensiuni, consistență, mobilitate, sensibilitate, OCE, starea membranelor, fundurile de sac vaginale
- corpul uterin – poziție, dimensiuni, formă, consistență, suprafață, mobilitate, contractilitate, sensibilitate, fundurile de sac vaginale laterale, segmentul inferior
- anexe
- explorarea fătului
 - prezența
 - poziția
 - varietatea de poziție
 - raportul prezenței cu strâmtoarea superioară:
 - **fixată** – Farabeuf 3 (există spațiu pentru 3 degete între prezența și concavitatea sacrată)
 - **angajată** – Farabeuf 2
 - **coborâtă** – Farabeuf 1

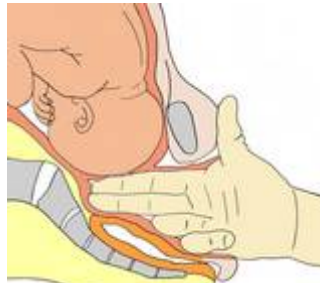


Figura 4. Manevra Farabeuf

Explorarea prin TV a bazinului osos permite efectuarea pelvimetriei interne.

La nivelul *strâmtoării superioare (SS)* se va evalua:

- Diametrul antero-posterior al SS care se măsoară încercând să atingem promontoriul, notând locul unde se localizează marginea inferioară a simfizei pubiene. În mod normal, promontoriul nu se atinge. *Conjugata vera* (diametrul mipubian sau retropubian) se obține scăzând 1,5 – 2 cm din diametrul promonto – subpubian (conjugata diagonală = 12 cm).
- Valoarea conjugatei vera este peste 9 cm în mod normal. În bazinul chirurgical (care impune operația cezariană, fără efectuarea probei de travaliu), conjugata vera ≤ 8 cm

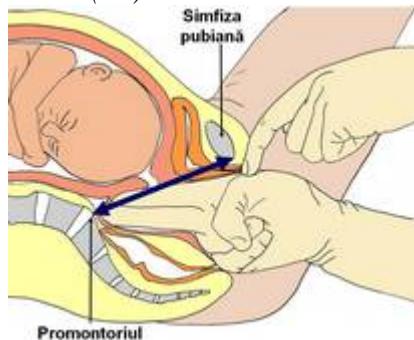


Figura 5. Măsurarea conjugatei vera

- Liniile nenumite – se palpează în mod normal cele două treimi anterioare, treimea posterioară și sinusurile sacro – iliace fiind inaccesibile palpatoric
- Arcul anterior care poate fi explorat în întregime prin TV
- Arcul posterior (jumătatea posterioară a SS) nu poate fi explorat în întregime

Strâmtoarea mijlocie se evaluează prin aprecierea concavității sacrate (regulată, pierzându-se contactul cu aceasta în treimea superioară) și a spinelor sciaticice (se tentează măsurarea diametrului bispinos).

În cazul *strâmtoării inferioare* evaluăm:

- Diametrul transversal biischiatic (aproximativ 11 cm), fiind permisibil pentru pumnul examinatorului (Proba Greenhill)
- Unghiul de deschidere a arcului pubian, care se apreciază prin marcarea cu cele două police a marginii inferioare a pubelui – normal 80-90°
- Diametrul antero-posterior se evaluează cu aproximație prin aprecierea supleței articulației sacro-coccigiene

Tușeul rectal

Este o examinare care poate fi utilă în cursul travaliului deoarece ne orientează asupra prezentației, evoluției travaliului.

Stabilirea conduitei

După terminarea examenului obstetrical al gravidei la termen se va stabili o *conduită privind nașterea*:

- se poate realiza în condiții normale nașterea pe cale vaginală
- nașterea pe cale vaginală este contraindicată
- se impune declanșarea nașterii

În situația în care se acceptă nașterea spontană, prognosticul nașterii va cuprinde:

- prognosticul matern – vârsta, paritatea, patologia preexistentă, pregătirea corespunzătoare a nașterii
- prognosticul fetal – dezvoltarea fătului, vârsta gestațională, prezentația
- prognosticul obstetrical
 - componenta mecanică – bazinul osos, mobilul fetal
 - componenta dinamică – caracteristicile CU, starea membranelor

- componenta perineală – starea perineului, existența unor cicatrici sau rupturi sfincteriene la nașterile anterioare

De reținut!

- Examenul obstetrical reprezintă o modalitate esențială pentru stabilirea diagnosticului obstetrical și aprecierea evoluției sarcinii până la finalizarea acesteia prin naștere.
- Anamneza cuprinde consemnarea datelor personale, motivelor consultației, condițiile de viață și muncă, antecedentele heredo-colaterale, antecedentele personale fiziologice, antecedentele personale patologice și istoricul sarcinii actuale.
- Examenul clinic obstetrical este format din inspecție, măsurători la nivelul uterului gravid, palpate, auscultație, examenul bazinului osos prin pelvimetria externă, examenul cu valve, tușeul vaginal și tușeul rectal.
- După terminarea examenului obstetrical al gravidei la termen se va stabili o conduită privind nașterea.

Formular de evaluare / autoevaluare

Etapă / Criteriu	Corect	Inc corect
Efectuarea anamnezei		
Măsurătorile la nivelul uterului gravid		
Palparea – manevrele Leopold		
Auscultația cordului fetal în diferite prezențații		
Pelvimetria externă		
Examenul cu valve		
Tușeul vaginal		