

Estimările prenatale ale greutății fetale pot fi adesea imprecise, ceea ce poate duce la inducerea inutilă a travaliului. Numărul exact de induceri ale travaliului necesare pentru a preveni un deces perinatal în cazul feților macrosomi poate varia. Conform unui studiu din anul 2018, pentru a preveni un deces perinatal în cazul feților macrosomi, sunt necesare în medie 426 de induceri. Studiile clinice au arătat că inducerea travaliului pentru macrosomia fetală suspectată poate duce la o greutate medie la naștere mai mică în comparație cu fătul care nu este supus inducerii. Aceasta poate reduce riscul de complicații asociate cu nașterea unui făt macrosom, cum ar fi distocia de umăr, hipoxia fetală, lezarea plexului brahial, traumatismul cerebral ș.a.

Pe de altă parte, cercetările demonstrează că inducerea travaliului pentru macrosomia fetală nu afectează semnificativ rata operațiilor cezariene sau a nașterilor asistate instrumental.

Unele studii au sugerat că inducerea travaliului ar putea fi asociată cu o ușoară creștere a ratei de operații cezariene.

În mod normal, maturitatea pulmonară a fătului este atinsă în jurul celei de-a 37-a săptămâni de gestație. Totuși, la fetușii născuți de mame cu diabet gestațional, plămânul poate să nu fie complet matur până la 38-39 de săptămâni de amenoree sau chiar mai târziu. Prin urmare, o sarcină complicată cu diabet gestațional necesită o atenție specială.

Concluzii

Inducerea travaliului la termen sau înainte de termen poate reduce masa nou-născutului și poate scădea riscul de distocie de umăr în cazul suspectării de macrosomie fetală sau la gravidele cu diabet gestațional. Cu toate acestea, beneficiile pot varia și pot depinde de mai mulți factori, inclusiv momentul exact al inducerii, caracteristicile individuale ale fiecărei sarcini etc. Decizia de a induce travaliul ar trebui să fie luată în urma unei discuții între medic și pacientă, ținând cont de factorii de risc prezenți, preferințele și valorile individuale ale gravidei.

CZU: 618.33-073.43:616.12-007-053.1



MALFORMAȚIILE CONOTRUNCALE FETALE. DIAGNOSTIC PRENATAL ȘI CONDUIȚĂ OBSTETRICĂ. EXPERIENȚA UNUI SINGUR CENTRU DE DIAGNOSTIC PRENATAL

Gheorghe Iliev¹, Daniela Scripcaru², Vlad Gorduza³, Violeta Martiniuc⁴

¹ Centrul Medical Dr. Gh. Iliev, Iași, România, doctor în științe medicale

² Laboratorul de Anatomie Patologică, SCOG „Cuza Vodă”, Iași, România, doctor în științe medicale

³ Disciplina de Genetică Medicală, UMF „Gr.T. Popa”, Iași, România, doctor în științe medicale, profesor doctor universitar

⁴ Laboratorul de Genetică, SCOG „Cuza Vodă”, Iași, România, biolog

Cuvinte-cheie: malformații cardiace congenitale, malformații conotruncale, ecocardiografie fetală, diagnostic prenatal, evoluție

Introducere

Malformațiile conotruncale (MCT) se caracterizează prin anomalii ale căilor de ejecție ale cordului și sunt cauzate de dezvoltarea aberantă a regiunii conotruncale a inimii embrionare. Diagnosticul prenatal al MCT optimizează îngrijirea obstetricală și neonatală.

Scopul

Evaluarea acurateții diagnosticului prenatal al MCT, al malformațiilor cardiace și al extracardiace asociate și stabilirea prognosticului perinatal.

Materiale și metode

Studiul este unul retrospectiv și a inclus perioada 01.05.2007-30.11.2023. Pentru morfologia și ecocardiografia fetale au fost folosite ecografele HITACHI-ALOKA, modelele F37 și Arietta 70. Examinarea cardiacă fetală a fost realizată conform unui protocol extins de ecocardiografie. Au fost incluse în studiu cazurile cu transpoziție de vase mari (TVM), TVM corectată congenital (TVMcc), tetralogie Fallot (TF), ventricul drept cu dubla ejecție (VDDE), atrezie pulmonară asociată cu defect septal ventricular (AP+DSV) și trunchi arterial

comun (TAC). Pentru căile de ejecție a fost calculat scorul Z. Reconfirmarea diagnosticului de MCT s-a făcut prin ecocardiografie prenatală/postnatală efectuată de cardiologi pediatri, prin necropsie în cazurile de avort terapeutic (AT) sau deces neonatal (DN). De asemenea, s-a efectuat diagnosticul genetic prenatal (DGP) pentru aneuploidii și microdeleții 22q11. Intervențiile chirurgicale s-au realizat în centrele specializate din țară sau din străinătate. Informațiile despre evoluția cazurilor au fost obținute din scrisorile medicale la externare.

Rezultate

Am diagnosticat 68 de cazuri cu MCT. Din studiu au fost excluse 11 cazuri care nu au fost urmărite ulterior. Astfel, 57 de cazuri rămase în studiu au fost reprezentate după cum urmează: 16 cazuri cu TVM (din care 10 cazuri au avut asociat DSV), 1 caz cu TVMcc (asociat DSV), 15 cazuri cu TF (3 cazuri au avut asociat sindromul absenței valvei pulmonare), 16 cazuri cu VDDE, 1 caz cu AP+DSV și 8 cazuri cu TAC. Diagnosticul prenatal de MCT a fost corect în 53/57 (93,0%) cazuri, corect, dar incomplet în 3/57 (5,3%) cazuri și incorect în 1/57 (1,7%) cazuri. Malformațiile asociate intracardiace au fost prezente în 63,1% din cazuri, iar cele extracardiace în 33,3% din cazuri. Diagnosticul genetic prenatal a fost efectuat în 8/57 (14,0%) cazuri, identificându-se 5/8 (62,5%) cazuri cu anomalii cromozomiale, dintre care 2 cazuri cu trisomia 13, 2 cazuri cu trisomia 9 și un caz cu două microduplicații (16p12.1p11.2 și 19q12.13.43). În ceea ce privește evoluția cazurilor, s-au efectuat 22/57 (38,6%) de avorturi terapeutice, iar în 3/35 cazuri (8,6%) s-a constatat decesul fetal *in utero*. Din cei 32 de nou-născuți (n-n), 5 (15,6%) au decedat înainte de intervenția chirurgicală. Au fost operați 23/27 (85,2%) de n-n, iar 3 pacienți sunt în așteptarea intervenției chirurgicale. S-a înregistrat un deces postoperator în 1/23 (4,3%) cazuri. Mortalitatea neonatală globală a constituit 18,7% (6/32), iar în două cazuri s-a înregistrat deces infantil (ambele cazuri neoperate).

Concluzii

Malformațiile conotruncale pot fi diagnosticate ecografic prenatal cu un grad de precizie ridicat. În cadrul studiului nostru, am obținut o acuratețe de 93,0% în diagnosticul prenatal al MCT. Cu toate acestea, în unele cazuri, definirea relației spațiale a căilor de ejecție poate fi dificilă, în special când este prezent și defectul septal ventricular. Prognosticul perinatal în cazurile cu MCT este rezervat și este determinat de complexitatea malformațiilor cardiace, precum și de prezența altor malformații extracardiace și anomalii cromozomiale. Am constatat o rată a deceselor perinatale de 54,4%, inclusiv cazurile care au implicat avorturi terapeutice. MCT simple, care de obicei ajung la termen, au un prognostic mai bun. Astfel, am constatat un deces neonatal global de 18,7%. Diagnosticul prenatal al MCT poate îmbunătăți prognosticul postnatal al nou-născuților printr-o mai bună consiliere prenatală a cuplurilor. Abordarea pluridisciplinară a cazurilor cu MCT, implicând obstetricieni, neonatologi, cardiologi pediatri, geneticieni, cardiochirurghi, este esențială pentru stabilirea unui diagnostic prenatal precis și pentru îmbunătățirea conduitei perinatale.

CZU: 618.2/.7:614.2(478-25)



MONITORIZAREA RISCURILOR ASOCIATE SARCINII ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU (proiectul-pilot MORIAS)

Dumitru Șișcanu¹, Stelian Hodoroșea², Cristina Rotaru³, Rodica Negru⁴

¹ IMSP Spitalul Clinic Municipal „Gheorghe Paladi”, doctor în științe medicale

² USMF „Nicolae Testemițanu”, Disciplina de Obstetrică, Ginecologie și Reproducere Umană, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

³ Consultant independent

⁴ IMSP Institutul de Cardiologie, medic cardiolog

Cuvinte-cheie: Proiectul MORIAS, activitate participativă, sănătatea mamei și a copilului

Introducere

Programele naționale de perinatologie implementate în ultimele două decenii au contribuit semnificativ la îmbunătățirea calității îngrijirilor la naștere și a asistenței medicale neonatale. Cu toate acestea, sustenabilitatea îmbunătățirilor în sănătatea mamei și a copiilor, în special din regiunile rurale, a rămas