

6. Pérez-López F., Pérez-Roncero G. and López-Baena M. Current problems and controversies related to pregnant adolescents. Rev. Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia, 2010, nr. 2, vol. 17, pp. 185-192.

7. Sagili H. et al. Are teenage pregnancies at high risk? A comparison study in a developing country. Arch. Gynecol. Obstet., 2012, nr. 285 (3), pp. 573-577.

8. Singh B., Mohanty R. Homocysteine and Folate Metabolism in Depression. Indian Journal of Behavioral Sciences. 2013, nr. 1, vol. 23, pp. 59-65.

9. Thurman A., Hulsey T. Pregnant adolescent's preferences for labor pain management. South Med J. 2004, nr. 97, pp. 964-967.

10. Ting D. et al. Epidural Labor Analgesia Is Asso-

ciated with a Decreased Risk of Postpartum Depression: A Prospective Cohort Study. Anesth Analg. 2014, nr. 119 (2), pp. 383-392.

11. Torvie A. et al. Labor and delivery outcomes among young adolescents. American J. of Obst. and Gynec., 2015, nr.1, vol. 213, p. 95, e1-95.e8.

12. Vienne C., Creveuil C., Dreyfus M. Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: a cohort study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2009, nr. 147 (2), pp. 151-156.

13. Young J., Miller M., Khan N. Screening and managing depression in adolescents. Adolescent Health, Medicine and Therapeutics. Review. 2010, nr. 1 (1), pp. 87-95.

© C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov

C. Burnus , V. Rotaru, A. Pleşacov
**NAȘTEREA LA PARTURIENȚELE CU RUPEREA PRENATALĂ
A MEMBRANELOR AMNIOTICE LA TERMEN**

*Universitatea de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu»
Catedra de Obstetrică și Ginecologie nr. 1*

SUMMARY

THE LABOR IN WOMEN WITH PRENATAL RUPTURE OF AMNIOTIC MEMBRANES AT TERM

The management of labor in women with prenatal rupture of amniotic membranes at term has become less a clinical dilemma compared to past decades. All these were possible due to the wider understanding of the mechanisms of production of this phenomenon, the mechanism of complications development as well as the broad possibilities of intrapartum actions. However, prenatal rupture of amniotic membranes at term presents a risk of vital complications for the mother and for the newborn.

РЕЗЮМЕ

РОДЫ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ РАЗРЫВОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК В СРОК

Тактика ведения родов у беременных с преждевременным разрывом околоплодных оболочек в срок стала менее актуальной по сравнению с прошлыми десятилетиями. Все это стало возможным благодаря пониманию механизмов развития этого процесса, осложнений, а также широких возможностей для действий на протяжении родов. Однако пренатальный разрыв амниотических мембран в срок представляет собой риск появления осложнений имеющих жизненно важное значение, как для матери, так и для новорожденного.

Actualitatea problemei. Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen rămîne a fi un subiect controversat și actual, ce pune în discuție multiple complicații obstetricale – infecția puerperală, prolabarea cordonului ombilical și compresiunea acestuia, prezența neregulate, precum și distociile dinamice.

Ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen reprezintă ruperea spontană a membranelor pînă la instalarea contracțiilor uterine regulate după a 37-a săptămîină de gestație [11]. Conform datelor Colegiului American de Obstetrică și Ginecologie, această definiție exclude parturiențele cu ruperea prenatală de

membrane urmată de instalarea contracțiilor regulate pe parcursul unei ore [10], iar conform cercetătorilor francezi, această perioadă de timp se extinde pînă la două ore [5].

După datele unor autori, incidența, pe plan internațional, a ruperii membranelor amniotice prenatal este de aproximativ 8% [9]. Multiple cercetări ne demonstrează ca 80-90% dintre gravide cu RPPA la termen vor naște spontan în următoarele 24 ore [2], însă nu neglijăm faptul că o tactică expectativă îndelungată crește riscul unei ulterioare infecții ascendente.

Cu toate că această problemă a fost discutată de nenumărate ori, important este de a evalua impactul perioadei alichidiene asupra travaliului, perioadei de lăuzie și asupra nou-născutului.

Optim, ruperea prenatală de membrane ar putea fi evitată prin identificarea factorilor de risc și înlăturarea acestora. Însă majoritatea gravidelor nu sunt investigate adecvat sau nu au factori identificabili, astfel că managementul actual este îndreptat spre acțiuni întreprinse după survenirea ruperii membranelor amniotice.

Factorii de risc identificabili sunt: ruperea prenatală a membranelor amniotice în antecedente, infecția tractului genital inferior, infecția urinară, sîngerări pe parcursul sarcinii actuale, fumatul, malnutriția, hidramniosul, cerclajul, amniocenteza, gestații multiplă, lacerări cervicale [3]. Pe lîngă procesele fiziologice de subțiere a membranelor la termen, implicate în acest proces sunt și celulele inflamatorii materne, secțiunile seminale, enzimele din lichidul amniotic, enzimele proteolitice ale bacteriilor localizate la nivelul tractului genital inferior ce cresc secreția locală de prostaglandine și polimerizează colagenul de tip III din membranele amniotice [5].

Existența unui mecanism cert ce ar stă la baza ruperii membranelor amniotice înaintea debutului travaliului este încă necunoscut. Sunt descrise o multitudine de fenomene ce ar determina ruperea prenatală de membrane amniotice la termen [5]. Dintre acestea fac parte:

- Traumatismele:

a) fiziologice (distensia uterină, mișcările fetale, contactile Braxton-Hicks, coitusul, presiunea barometrică);

b) iatrogene (tușeul vaginal, amnioscopia, amniocenteza, cerclajul, biopsia de trofoblast, puncția de cordon, fetoscopia)

- Maladiile membranelor amniotice

- Malnutriția (nivele scăzute de vitamina C, Zn, Cu)

- Colagenoze

- Sindromul Ehlers-Danlos

- Tabagism (riscul RPPA printre fumătoare este de 4 ori mai mare)[2]

- Toxine (Plumb)

- Factori ce fragilizează membranele: infecțiile endocervicale și amniotice, infecții urinare, ischemia

prin supradistensie (sarcina gemelară, hidramniosul), ischemia fără distensie (inserția marginală de cordon, placenta previa).

- Infecția este cel mai identificabil factor de risc în apariția RPPA, determinat de trei evidențe studiate:

a) Gravidele cu RPPA au mai des microorganisme patogene în lichidul amniotic decât gravidele cu membrane intacte

b) Parturientele cu ruperea prenatală a membranelor amniotice au un risc semnificativ mai mare de a dezvolta corioamnionită, comparativ cu cele la care travaliul a decurs pe fon de membrane intacte

c) Frecvența de rupere prenatală de membrane amniotice este semnificativ mai mare la parturiente cu infecție genitală joasă (de exemplu: vaginită bacteriană).

- Antecedente de RPPA la sarcinile anterioare. Ruperea prenatală a membranelor amniotice în anamneză este un factor predictiv semnificativ. Studiul Preterm Prediction, un larg studiu prospectiv, condus de National Institute of Child Health and Human Development, a observat că femeile cu un istoric de RPPA au avut o rată de repetare a acesteia de 13,5%, comparativ cu 4,1% la parturientele fără istoric de RPPA [6].

- Prezența sîngerărilor vaginale antepartum –s-a demonstrat că femeile care au suferit hemoragie vaginală pe parcursul sarcinii actuale au un risc de a dezvolta RPPA de 3 ori mai mare comparativ cu cele fără hemoragie; iar la cele care au suferit mai mult de o hemoragie pe parcursul sarcinii actuale, riscul crește de 7 ori [7].

Managementul unei parturiente cu RPPA la termen este determinat de starea colului uterin la evaluarea primară și dacă sunt sau nu prezente complicații.

Conduita, în sine, include tactică expectativă sau inducerea travaliului cu prostaglandine sau oxitocină. Riscul major la acest termen de gestație este infecția intrauterină care crește odată cu creșterea duratei perioadei alichidiene. Unii cercetători au demonstrat că la o perioadă alichidiană de 4 ore de la RPPA, corioamnionita se va determina histologic în 40% cazuri [5]. S-a ajuns la concluzia că inducerea nașterii scade incidența dezvoltării corioamnionitei și endometritei, precum și a numărului de nou-născuți care necesită terapie intensivă [9]. Când perioada alichidiană depășește 18 ore, se inițiază profilaxia infecției neonatale cauzată de streptococii grupei B [11].

Scopul și obiectivele studiului. Scopul lucrării date a fost de a analiza evoluția sarcinii cu identificarea factorilor de risc, evaluarea managementului nașterii, supravegherea perioadei de lăuzie a gravidelor la care sarcina s-a complicat cu ruperea prenatală a membranelor amniotice la termen, precum și analiza comparativă a rezultatelor.

Materiale și metode. S-a efectuat un studiu retrospectiv al fișelor de observație clinică ale parturientelor cu ruperea prenatală a membranelor amniotice

la termen internate pe parcursul anului 2014 în Maternitatea Municipală nr 2. Au fost analizate 270 fișe de observație la parturientele cu RPPA la termen și 73 fișe de control ale parturientelor cu naștere la termen ce au avut membrane intacte la momentul instalării contracțiilor uterine regulate din aceeași perioadă.

Au fost evaluate datele anamnezei, datele privind evoluția sarcinii, nașterii și perioadei de lăuzie. Acestea au fost ulterior prelucrate prin programul Excel și evaluate prin metode standarde de analiză statistică.

Rezultate și discuții. În perioada supusă studiului, în Maternitatea Municipală nr 2 au fost înregistrate 1825 nașteri, dintre care 270 cazuri cu rupere prenatală a membranelor amniotice la termen, ceea ce constituie 14,79 %. Se poate de remarcat faptul că acest rezultat diferă cu mult față de incidența depistării RPPA la termen raportat în studiile internaționale – 8% [18]. Analiza comparativă a datelor din anamneză ne-a permis să înțelegem că incidența atât de mare a RPPA la termen în grupul nostru nu este datorată în majoritate evoluției fiziologice a unei sarcini sănătoase, cum ar fi: subțierea corioamnionului din cauza întinderii, scăderea locală a componentului colagenic, apoptoza amnionului la sfârșitul gestației sau activarea matrix metaloproteinazei. Și asta deoarece, la parturientele din grupul de control, nașterea a survenit după termenul de 40 săptămâni de gestație (68,5%), iar parturientele cu RPPA au născut mai devreme de 40 săptămâni de gestație (51,5%), având o sarcină mai puțin matură. O incidență atât de mare a fost influențată nu de evoluția fiziologică a sarcinii, ci de factorii modificabili, managementul corect al cărora ar duce la optimizarea rezultatelor materne și fetale, precum și la reducerea cheltuielilor de întreținere și tratament.

Referitor la anamneza obstetricală, s-a observat că în grupul parturientelor cu RPPA s-a depistat mai des anamneza obstetricală agravată – avorturi spontane, avorturi medicale sau sarcini oprite în evoluție (cu 35,7% mai mult decât în grupul de control). Dintre acestea, 16,7% au avut minim un avort medical, maxim șapte, iar 11,1% minim un avort spontan. Acest rezultat corespunde studiilor din literatura cercetată, care demonstrează că circa 17 % din cazuri cu RPPA au în anamneză una sau mai multe sarcini întrerupte [8].

În urma structurării datelor din anamneza despre patologii existente s-a observat că în lotul femeilor cu RPPA au fost depistate: anemie 75,2% (vs 65,8%), infecție cu CMV 3,0% (vs 5,5 % în lotul de control), infecție cu HPV - 0,4% (vs 0%), infecție herpetică genitală 1,9% (vs 1,4%), infecție cu micoplasma - 0,7% (vs 0%), infecție cu ureoplasma - 1,1% (vs 0%), anomalii de dezvoltare a organelor genitale - 1,9% (vs 0%), miom uterin - 3 % (vs 5,5%), bazin anatomic stâmtat - 1,9% (vs 0%), pielonefrită cronică în acutizare - 14,1 % (vs 11%), obezitate - 6,7% (vs 0%), adaos ponderal patologic - 9,3% (vs 8,2 %), infecții respiratorii acute - 9,6% (vs 11%).

În cadrul studiului nostru, cel mai identificabil factor de risc s-a dovedit a fi - infecția genitală. Frotiul vaginal populat cu leucocite mai mult de 10 în câmpul de vedere a fost prezent în ambele loturi, 92,2% în cazul femeilor cu RPPA la termen și 94,5% la femeile din grupul de control. Însă o diferență statistic semnificativă s-a depistat în urma analizei florei cocice, care la femeile cu RPPA era cu 6,7 % mai des întâlnită decât în grupul de control. Aceste date coincid cu rezultatele unui studiu efectuat de către Bayo M. pe 623 gravide asimptomatice la care sarcina s-a complicat cu RPPA, dintre care 19% aveau floră vaginală populată de *Streptococcus* sp., *Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus* sp. și *Streptococcus agalactiae* [1]. Deci, o floră vaginală poluată, în special cu coci, este un factor de risc și un indice ce trebuie luat în considerație pentru a evita unele complicații.

Am remarcat că 18 parturiente din cele studiate au prezentat obezitate de diferit grad. Ele toate au intrat în travaliu după ruperea membranelor amniotice. Menționăm că 33,3% dintre aceste paciente au necesitat inducere sau stimularea travaliului, care s-a dovedit a fi eficientă doar într-un singur caz. Majoritatea femeilor incluse în studiul nostru (55,5 %) au născut prin operație cezariană. Rezultatul dat corespunde unor studii externe anterioare, care evidențiază o asociere semnificativă dintre IMC matern crescut și riscul de naștere prin operație cezariană. Astfel, femeile obeze trebuie să fie incluse în grupul de risc de la începutul sarcinii și supravegheate pe toată durata acesteia.

Dintre femeile cu RPPA, la 80,7% travaliul a debutat de sine stătător, iar la 81,2% dintre acestea nașterea s-a terminat pe cale naturală; 6,6% au necesitat declanșarea travaliului cu prostaglandine, având colul biologic nepregătit și 72,2% dintre ele au născut per vias naturalis. Alte 6,6% dintre toate femeile cu RPPA având colul biologic pregătit, dar cu lipsa activității de travaliu, au necesitat declanșarea nașterii cu soluție de oxitocină, majoritatea însă au fost cu eșec și nașterea s-a terminat prin operație cezariană la 61,2% dintre acestea.

Analizând perioada alichidiană, am determinat că la toate parturientele supuse managementului expectativ, debutul travaliului a survenit până la 24 ore de la scurgerea lichidului amniotic, iar la 89,9% dintre ele travaliul s-a instalat de sine statător până la 12 ore de perioadă alichidiană.

Au fost cercetate complicațiile post-partum; diferențe au existat doar prin patologia de inserție a placentei, care s-a depistat cu 1,6% mai des în grupul parturientelor cu RPPA, ceea ce a necesitat o intervenție chirurgicală. La o perioadă alichidiană de 18 ore, tuturor parturientelor li s-a efectuat profilaxia infecției cu sol. Ampicilină 2,0 i/v, conform protocolului.

Totodată, în studiul nostru nu am evidențiat nici un caz de corioamnionită sau alte complicații septice în perioada post-partum.

Analizând rezultatele imediate ale nașterii prin evaluarea scorului Apgar nu am stabilit o diferențe statistice marcante, în 93,7% nou-născuții au fost apreciați cu scor Apgar mai mare de 7 puncte în primul minut și doar în 6,3% acesta a fost de 6 puncte în primul minut de viață. Aceste date ne demonstrează din nou că nu există o corelație statistică între RPPA la termen și starea nou-născuților în cazul acordării asistenței medicale spitalicești calificate [4].

Întâmplător, în urma evaluării datelor statistice din studiul nostru, s-a observat o diferență între grupurile de parturiente studiate și apartenența lor la grupa sangvină. S-a depistat că femeile cu grupa sangvină B au o probabilitate cu 14,1% mai mare de a avea o sarcină asociată RPPA. Acest risc crește până la 25,4% la primiparele peste 25 ani.

Concluzii. Rezultatele cercetării de față impun necesitatea de a acorda o mai mare atenție profilaxiei și tratamentului factorilor de risc pentru a reduce incidența RPPA la termen. Aplicarea unei tactici expectative în intervalul de până la 24 ore, în lipsa complicațiilor, se soldează cu un debut spontan al travaliului în aproape 90% de cazuri. Utilizarea de rutină a antibioticelor cu scop profilactic la femeile cu RPPA a evidențiat reducerea incidenței morbidității infecțioase materne și fetale.

Bibliografie

- 1. Bayo M, Berlanga M, Agut M.** Vaginal microbiota in health pregnant women and prenatal scening of group B streptococci (GBS): *Int Microbiol* 2002 Jun;5 (2):87-89
- 2. Beckmann, Charles.** *Premature Rupture of Membrans* 2014, pp 169-173 *Obstetrics and Gynecology, 7e*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippicott Williams &Wilkins.pp. Chapter 17
- 3. Cunningham, F Williams Obstetrics.** New York: McGraw-Hill Education. Pp. Chapter 23: Abnormal Labor, 2014
- 4. Eleje GU, Ezabialu IU, Umeobika JC, Eke AC, Ezeama CO, Okechukwu ZC.** *Pre-Labour Rupture of Membrans at Term: A Review of Management in a Health Care Institution*, 2010
- 5. H. Marret.** *La rupture prematuree des membrans en dehors du travail: conduite a tenir*, 2010
- 6. Mercer BM, Golberg RL, Moawad AH et al.** The preterm prediction study : effect of gestational age and cause of birth on subsequent obstetric outcome, National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal medicine Units Network. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:738-745 (Level II-2)
- 7. Moore RM, Mansour JM, Redline RW, Mercer BM, Moore JJ.** The physiology of fetal membran rupture: insigh gained from the determination of phisical properties: 2006 Nov-Dec;27(11-12):1037-51.Epub 2006
- 8. Revathi V., Sowjanya R., Lavanya S.** Maternal and Perinatal Outcome in Premature Rupture of membrans at term. *IORS Journal of Dental and Medical Sciences*, Volume 14, Issue 4 Ver.IV (Apr 2015) pp12-15
- 9. Suwannachat B.** Planned early birth versus expectant management for prelabour rupture of membrans at term (37 weeks and more), The WHO Reproductive Heath Library, Geneva 2007
- 10. «Practice Bulletins No.139».** *Obstetrics and Gynecology.122 (4):918-930. October 2013:10.1097/01.AOG*
- 11.** Protocol Clinic Standardizat pentru medicii obstetricieni-ginecologi. Ruperea prenatală a membranelor la termen, 2013, p.8