

3. Feții macrosomi se complică mai frecvent cu patologia activității contravtile a uterului în travaliu, traumatisme a căilor moi de naștere, hemoragii uterine hipotonice, hipoxia acută a fătului.

Bibliografie

1. Osterweil Neil Gestational Diabetes and Obesity Lead to Macrosomia, Jun 29, 2010.
2. Ewan R. Pearson, Sylvia F. Boj, Anna M. Steele, Timothy Barrett, Karen Stals, Julian P. Shield, Sian Ellard, Jorge Ferrer, Andrew T. Hattersley Macrosomia and Hyperinsulinaemic Hypoglycaemia in Patients with Heterozygous Mutations in the HNF4A Gene PLoS Med. 2007; 4(4)
3. James R. O'Reilly, Rebecca M. Reynolds Clin Endocrinol. 2013;78(1):9-16.
4. Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. Obstet Gynecol. Feb 2007;109(2 Pt 1):419-33.
5. Cristina Melinte, Maxim Dobrioglo, Petru Roșca, Mihail Surguci, Corina Cardaniuc Particularitățile evoluției sarcinii, nașterii și perioadei neonatale în cazul feților macrosomi. Analele științifice vol.III, 76-81.
6. Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi Obstetrică Patologică vol.II,494-501.
7. Schrauwers C, Dekker G. Maternal and perinatal outcome in obese pregnant patients. Matern Fetal Neonatal Med. Mar 2009;22(3):218-26.
8. Cheng Y, Sparks T, Laros R Jr, Nicholson J, Caughey A. Impending macrosomia: will induction of labour modify the risk of caesarean delivery?. BJOG. Mar 2012;119(4):402-9.

ANALIZA RETROSPECTIVĂ A CAZURILOR DE MORTALITARE ANTENATALĂ INREGISTRATE ÎN ANUL 2011 ÎN CADRUL IMSP INSTITUTUL MAMEI ȘI COPILULUI

Sabina Popovici, Victoria Badea

(Conducător științific – Victor Ciobanu. dr., conf. univ.)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FECMF, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Retrospective analysis of antenatal death registered in 2011 in PMI Institute of Mother and Child

Death "in utero" is a complication that occurs in about 1% of pregnancies. Experts estimate that about 7000 children born dead in the world every day. Antenatal mortality is found with an incidence of 52% in primiparous. 50% of cases pregnancies developed imminent miscarriage or premature birth. Maternal morbidity that complicated pregnancy in most cases (78%) was of infectious origin (colpitis, TORCH infections ,AVRI, pyelonephritis, arthritis). 80% of cases antenatal death occurred at home and 20% at the hospital. 56% pregnancies finished by induction with misoprostol, 20% cases had started spontaneously, and 12% were completed by cesarean surgery due to premature take off normally inserted placenta and with uterine bleeding greater than 1000 ml.

Rezumat

Moartea "in utero" este o complicație ce apare la aproximativ 1% din sarcini. Specialiștii estimează că în fiecare zi în lume se nasc morți aproximativ 7000 de copii. Mortalitatea antenatală se întâlnește cu o incidență de 52% la primipare. În 50% cazuri sarcinile au decurs cu iminențe de avorturi spontane sau iminențe de nașteri premature. Morbiditatea maternă ce a complicat sarcina în majoritatea cazurilor(78%), a fost de origine infecțioasă (colpită, TORCH infecții, IRVA, pielonefrită, artrita). În 80 % de cazuri moartea antenatală a survenit la domiciliu și în alte 20% în staționar. Sarcinile s-au finisat în 56% prin inducere cu misoprostol, 20% s-au

început spontan, iar 12% s-au finisat prin operație cezariană la decolarea prematură a placentei normal înserate și cu hemoragii uterine mai mare de 1000 ml.

Actualitatea temei

Complicațiile materne rămân încă o problemă importantă în asistența obstetricală, când milioane de cazuri de mortalitate maternă și de deces antenatal au drept origini cauze evitabile.

Atenția și asistența medicală acordată femeilor în perioada de până la sarcină, în sarcină, naștere, perioada postnatală precum și cea acordată nou-născuților în cadrul sau în afara sistemului de sănătate, reflectă aportul societății acordat femeilor și copiilor [4].

Aproximativ 7.000 de cazuri de copii născuți morți se înregistrează zilnic în întreaga lume, 98% din cele 2,6 milioane de cazuri anuale, au loc în țările cu venit mic și mediu. Moartea ”în utero” este o complicație ce apare la aproximativ 1% din sarcini. În Statele Unite, de exemplu, specialiștii estimează că în fiecare zi se nasc morți 68 de feți, ceea ce înseamnă că 1 din 115 nou-născuți este mort. Raportul, efectuat la cererea organizației Salvați Copiii, relevă că o îngrijire clinică, împreună cu o mai bună monitorizare a sarcinii, ar putea reduce la jumătate cazurile de copii mortnăscuți până în 2020 [1].

Diagnosticul se pune prin investigații paraclinice și este suspiciat când mama acuză lipsa mișcărilor fetale. Moartea fătului în cavitatea uterină poate fi provocată atât de cauze materne cât și fetale. Din cauzele materne deosebit de grave sunt disgravidiile tardive cu hipertensiune arterială, eclampsie, apoplexie utero-placentară, ce duc la moartea fătului în 20% din cazuri. Cauze genitale locale precum degenerarea uterina, anomaliile anatomice ale uterului, anomaliile de statică uterină, aderențe periuterine, afecțiuni metroanexiale, determină moartea oului prin leziuni vasculare ale placentei. Procese inflamatorii locale duc la dezvoltarea hemoragiilor, tulburări trofice și de nutriție ale oului fetal.

Toate bolile infecțioase acute și cronice pot duce la moartea embrionului sau fătului. Dintre acestea: difteria, scarlatina, gripa, febra tifoidă, hepatita, variola, rubeola, toxoplasmoza, sifilisul, tuberculoza și malaria. Mecanismul morții este acțiunea temperaturii crescute și toxinelor microbiene. Unele toxine microbiene acționează asupra uterului, care se contractă și duce la dezlipirea placentei, hemoragie și moartea conceptului. Altele trec bariera placentară îmbolnăvesc fătul și îl omoară sau îi lasă malformații și moare ulterior [3].

Frecvența pierderii feților și nou-născuților în urma infecțiilor, variază între 17-36% în raport cu indicele general al mortalității perinatale. Însă, la o cercetare bacteriologică și patomorfologică amănunțită a embrionilor morți și a placentei, precum și a nou-născuților de până la 1 săptămână, s-a putut stabili, că multe dintre așa numite cauze ale mortalității perinatale – hipoxia fătului, traume la naștere – sunt în realitate manifestări ale infecțiilor intrauterine [2].

Proporția specifică a diferitor infecții în apariția patologiilor intrauterine ale embrionului este diferită, în același timp frecvența bolilor infecțioase ale mamei nu este direct proporțională cu frecvența afectării embrionului. De exemplu gripa se întâlnește frecvent – dar fătul intrauterin este afectat relativ rar, rubeola – dimpotrivă se întâlnește rar, iar dereglările dezvoltării fătului constituie 70% din cazuri. Printre diverse embrio- și fetopatii infecțioase unul din locurile de frunte îl ocupă infecțiile virale. Manifestările clinice ale infecțiilor intrauterine au caracter nespecific și depind de 4 factori: termenul sarcinii când are loc infectarea, imunitatea gravidei, virulența și căile de acces a agentului infecțios. Calea transplacentară de trecere a agenților este semnificativ favorizată la toxicozele tardive, în cazul patologiilor cardiovasculare la mamă, când crește permeabilitatea barierei placentare, dar și în urma alterării integrității vilozităților coriale. Infectarea ascendentă – are loc mai des în cazul scurgerii timpurii a lichidului amniotic și la nașterile de lungă durată. Însă infecția intraamniotică se poate dezvolta și în cazul pungii amniotice intacte (colpitate, cervicite). Ulterior are loc înghițirea de către făt a lichidului amniotic infectat sau aspirarea lor prin căile respiratorii. Rareori, are loc infectarea intrauterină prin învelișurile cutanate ale fătului (piodermia) [5].

Infectarea în I trimestru se manifestă cu anomalii de dezvoltare a SNC, tractului gastrointestinal, sistemelor urogenitale, cardio-vasculare și a scheletului. Infectarea în trimestrele

II și III provoacă hepatosplenomegalie, hipotrofie, pneumonie, anemie, hepatită, meningocefalită, sepsis. Și RDIU a fătului indică despre existența problemelor majore în sănătatea reproductivă cauzată de maladiile extragenitale la mama, care în cele mai multe cazuri duc la moartea antenatală. Deși lichidul amniotic protejează sarcina de traumatisme, există situații când traumatismele duc la moartea intrauterină a fătului, cauzată de leziuni și dezlipiri placentare. Printre cauzele fetale ce pot provoca moartea antenatală a fătului se numără: anomaliile de inserție ale oului, anomalii ale cordonului ombilical (cordon foarte scurt, răsuciri, degenerări etc.), boala hemolitică a fătului prin incompatibilitate Rh, sarcina prelungită, malformații grave ale fătului, moartea unui făt în sarcinile gemelare [6].

Copii cu o rată mai mare de apariție a anomaliilor de dezvoltare, sunt aceia a căror părinți au vârste - mamele >35 ani, tăticii > de 42 de ani, copil anormal, sau antecedente familiale de afecțiuni congenitale, administrarea de medicamente teratogene în primul trimestru al sarcinii. Toate aceste grupuri ar trebui să fie supuse unui screening selectiv.

Dozarea AFP este una din metodele de diagnostic prenatal. Concentrațiile fetale de AFP scad după 13 săptămâni, dar AFP serică maternă continuă să crească până la 30 de săptămâni. AFP maternă este măsurată la 17 săptămâni. La 10% din cazurile AFP crescută se presupune că există o malformație fetală a tubului neural, valve ale uretrei posterioare, obstrucții GI, teratoame, sdr. Turner (sau gemeni normali). În aproximativ 30% din sarcinile fără malformații fetale există un prognostic negativ, (de ex. pentru dezlipire placentară precoce și decese în cel de-al treilea trimestru). AFP este mai scăzută la mamele diabetice.

Mai informativă este amniocenteza. Este măsurată AFP din lichidul amniotic și sunt cultivate celulele din fluid pentru realizarea cariotipului, analiza enzimelor și pentru teste genice.

Biopsia de vilozități coriale, ecografia înalt rezolutivă, fetoscopia sunt metode moderne de screening ce ne ajută să suspectăm și să prevenim o eventuală mortalitate antenatală [1].

Scopul lucrării

Studiul a avut ca obiectiv analiza cazurilor de mortalitate antenatală ce au avut loc în clinica IMSP ICȘDOSM și C pe parcursul anului 2011 și a metodelor de diagnostic, tratament și profilaxie.

Sarcinile lucrării

1. Stabilirea conexiunilor între frecvența mortalității antenatale și vârstă, numărul de nașteri, termenul nașterii.
2. Relația mortalității antenatale cu morbiditatea maternă și modul în care a decurs parturiția la aceste femei.
3. Aprecierea raportului dintre survenirea mortalității antenatale la domiciliu și în staționar.
4. Stabilirea cauzelor posibile ce au provocat decesul antenatal.
5. Revizuirea criteriilor contemporane de diagnostic clinic și paraclinic ce vor micșora rata mortalității antenatale.

Materiale și metode

Materialul de studiu a fost reprezentat în baza unei analize retrospective a 25 de fișe medicale ale parturientelor copiii cărora au decedat antenatal, precum și 25 de fișe medicale ale acestor copiii născuți morți. Toate cazurile au fost înregistrate în IMSP ICȘDOSM și C pe parcursul anului 2011.

Metodele de cercetare s-au bazat pe acuze, datele de anamneză, examenul clinic general, examenul vaginal, examenul ecografic, examenul microbiologic al secretului vaginal, al sângelui, examenul hematologic, toate redate în fișele medicale ale pacientelor. S-au analizat cazurile de mortalitate antenatală survenite la domiciliu sau în spital.

Rezultate

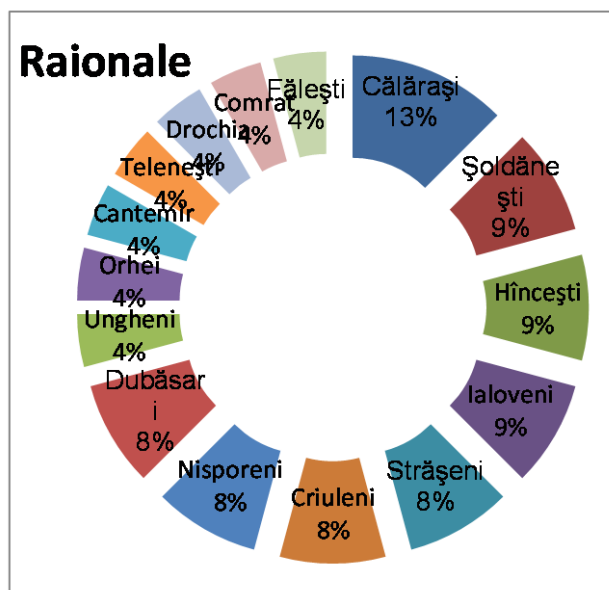


Fig.1. Repartizarea pe raioane a cazurilor de mortalitate antenatală.

Au fost analizate 25 cazuri de mortalitate antenatală înregistrate în IMSP ICȘDOSM și C. Orașului Chișinău i-a revenit 1 caz, respectiv (4%), în raion au fost 24 cazuri (96 %). Fig.1.

Limita de vârstă a fost cuprinsă între 17-39 de ani, în medie 27.48 ± 2 . Din acestea, 1 caz (4%), s-au înregistrat la mame minore, 3 cazuri, respectiv (12%) cu vârstă peste 35 de ani și 21 (84%) cazuri la mame cu vârsta cuprinsă între 18-35 de ani. Au prevalat nașterile premature în 22 cazuri (88%), restul 3 cazuri (13%) au fost mature. Mai puțin de 24 săptămâni au fost 5 cazuri, (22,72%), 25-34 săptămâni 12 cazuri (54,54%), 34-37 săptămâni 5, respectiv (22,72%).

S-a înregistrat o rată mai mare a mortalității antenatale la primipare 13 cazuri respectiv (52%), nașterii a 2-a 7 cazuri - (28%), nașterea a 3-a 4 cazuri (16%), a 5-a un caz (4%).

Au decurs cu anamneză obstetricală complicată 5 cazuri, (20 %). Jumătate din sarcini au decurs cu iminență de avort spontan sau de naștere prematură, din care 16 % -4 cazuri, au avut 2 și mai multe tentative.

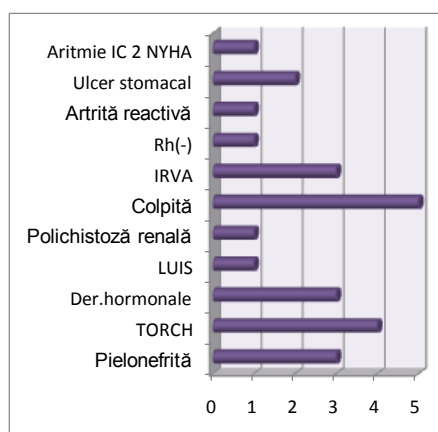


Fig.2. Polimorfismul morbidității materne.

În 80 % -20 de cazuri moartea antenatală a survenit la domiciliu, alte 20% - 5 cazuri au fost înregistrate în staționar. Din cele 5 cazuri de mortalitate antenatală înregistrate în staționar 1

caz a fost la termen și 4 premature. Morbiditatea maternă a avut un polimorfism: colpite în 5 cazuri (20%), 4 cazuri (16%) TORCH infecții. Sau înregistrat câte 3 cazuri de IRVA (12%), pielonefrită (12%), dereglări hormonale (12%). Două cazuri (8%) de ulcer stomacal au complicat decurgerea fiziologică a sarcinilor.(Fig.2).

Rezultatele USG au relevant în 10 cazuri date pentru infecții intrauterine (40%). Retard de dezvoltare intrauterină a fătului în 5 cazuri, respective (20%). Anomalii placentare și de inserție a cordonului ombelical în 5 cazuri (20%). În alte 5 respectiv 20% s-au diagnosticat hematom retrocorial, chist occipitotoracal, tumoare pulmonară, edeme generalizate și semne de boală hemolitică la făt.

Din datele de laborator în 12 cazuri (48%) s-au înregistrat leucocitoză și VSH mărit, AGU patologică în 3 (12%), pr. Niciporeno potologică în 5 respectiv (20%), în 5 cazuri (20%) s-au înregistrat abateri în frotiul vaginal, cu relevarea datelor la trihomoniază - 2 cazuri, candida albicans în alte 3 cazuri.

Sarcinile s-au finisat în 14 cazuri (56%) prin inducere cu misoprostol, 5 nașteri (20%) s-au început spontan, alte 3 cazuri(12%) s-au finisat cu operație cezariană în decolarea prematură a placentei normal înserate și hemoragii uterine > de 1000ml, în alte 3 cazuri(12%) s-au aplicat laminarii în colul uterin. O atenție deosebită s-a acordat nașterii “per vias naturalis” pe uter cicarticial la 28-29 săptămîni, ce s-a finisat prin aplicarea forcepsului Ivanov pe extremitatea distală a fătului și nașterea ulterioară al acestuia.

În 10 cazuri (40%) masa fetușilor a cuprins 500g-999g. De la 1000g-1499g s-au înregistrat 2 cazuri (8%). În limitele 1500-1999g au fost 3 cazuri (12%), dar în 2 cazuri (8%) defuncții atingeau masa 2000-2499g. Un număr mare a mortalității antenatale 6 cazuri (24%) s-a înregistrat în limitele masei > 2500g.

Concluzii și recomandări:

1. Am observat o incidența mai mare a mortalității antenatale la primipare 13 cazuri (52%), de vîrstă fertilă (18-35 ani) în 21cazuri(84%), iar nașterile premature au ocupat locul întâi cu 22 cazuri(88%). Ceea ce impune abordarea unor metode de conduită pre concepțională și antenatală corectă pentru a promova sarcina planificată.

2. În 12 cazuri (50%) sarcinile au decurs cu iminențe de avorturi spontane sau iminențe de nașteri premature. Din acestea în 16% -4 cazuri, au fost înregistrate câteva tentative de întrerupere a sarcinii. La domiciliu mortalitatea antenatală a survenit în 20 cazuri 80%, și doar în 5 cazuri 20% intraspitalicesc.

Prin intermediul lucrului explicativ trebuie pregătiți atât gravida cât și membrii familiei pentru a conștientiza marea responsabilitate pentru sanatarea mamei și copilului.

3. Morbiditatea maternă ce a complicat sarcina în majoritatea cazurilor a fost de origine infecțioasă (colpită 5 cazuri-20%, TORCH infecții 4cazuri-16%, IRVA 3 cazuri-12%, pielonefrită 3 cazuri-12%, artrită 1 caz-4%).

În scopul combaterii și prevenirii infecției ar fi necesar introducerea în Programul de investigare a femeii gravide diagnosticarea bacteriuriei asimptomatice; fortificarea diagnosticului infecțiilor intrauterine de origine virală și bacteriană; ajustarea condițiilor maternității la standardele sanitaro-epidemiologice europene; asigurarea cu materiale de unică folosință a nașterilor și îngrijirilor neonatale.

4. În 10 cazuri (40%) s-au determinat la examenul morfopatologic malformații congenitale incompatibile cu viața.

Pentru micșorarea morbidității și deceselor cauzate de acestea este necesară elaborarea unui program de screening antenatal prin fortificarea potențialului secțiilor consultative diagnostice din cadrul centrelor de perinatologie de nivelele II și III, înzestrare cu aparate de ultrasunet și pregătire a cadrelor în diagnosticul ultrasonor al viciilor congenitale; vaccinarea femeilor de vîrstă reproductivă contra rubeolei; creșterea nivelului de administrare a acidului folic în perioada preconcepțională și primele 12 săptămîni de sarcină.

5. În studiul dat s-a înregistrat un caz (4%) de mortalitate antenatală cauzată de boala hemolitică a fătului, lauzei nu i s-a acordat triere necesară cu anti D-Ig din lipsa acesteea în maternitate.

Este necesară asigurarea maternităților cu anti D-imunoglobulină și administrarea acesteea la femeile Rh(-) negative după avort sau nașterea unui copil cu Rh-pozitiv; trierea femeilor gravide cu Rh(-) și anticorpi la naștere la instituțiile medicale de nivelul III.

Abrevieri

1. SNC - Sistemul Nervos Central
2. RDIU – retard de dezvoltare intrauterină
3. AFP –alfa feto proteina
4. GI – gastro intestinal
5. Sdr.- sindromul
6. USG – ultrasonografie
7. AGU – analiza generală a urinei
8. Pr. – proba
9. IRVA – Infecție respiratorie virală acută
10. TORCH – Toxoplasmă, oreion, chlamidie ,herpes virus tipII

Bibliografie

1. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health (CEMACH). Perinatal Mortality 2007: United Kingdom. CEMACH: London, 2009, <http://www.cmace.org.uk.getattachment/1d2coebc-d2aa-4131-98ed56bf8269e529/Perinatal-Mortality-2007.aspx>
2. Gardofi J Kady SM, MC Geown P Francis A, Tonks A. Classification of stillbirth by relevant condition at death (ReCoDe): population based cohort study. BMJ 2005 331:1113-7
3. Gomez Ponce de Leon R, Wing D, Fiala C Misoprostol forintra uterin fetal death. Int J Gynaecol Obstet 2007; 99 Suppl 2: S190-S193. Nyende L,Towobola OA Mabina MH. Comparison of vaginal and oral misoprostol, for the induction of labour in women with intra-uterine fetal death. East Afr Med J 2004; 81: 179-82.
4. Hughes P, Hopper E, Evens CD, Assessment of guidelinesfor good practice in psychosocial care of mothers after stillbirth: a cohort study. Lancet 2002; 360: 144-8.
5. Late intrauterine Fetal death and stillbirth Royal College of obstetricians and Gynaecologists green-top. Guideline No.55, october 2010.
6. Schott J, Henley A, Kohner N, Pregnancy Loss and the Death of a Baby. Guidelines for professionals.3rd. ed. London: Bosun Press, on behalf of Sands (stillbirth and neonatal death society); 2007.

EVOLUTIA SARCINII ÎN CAZUL COPIILOR CU MASA EXTREM DE MICĂ LA NAȘTERE (500-1000 g)

Irina Sagaidac, Corina Iliadi-Tulbure

Catedra Obstetrica si Ginecologie FECMF, USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Aspects of pregnancy progressionin children with extremely low birthweight (500-1000 g)

The birth of children with extremely low weight (500-1000 g) is an important issue, with multiple unsolved questions, due to the combination of numerous etiopathogenetic factors and the need to prolong the pregnancy and fetus maturation. The study was conducted on a total of