

# OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE

---

## STĂRILE HIPERTENSIVE ÎN SARCINĂ – ASPECTE PRACTICE DE CONDUITĂ A SARCINII ȘI NAȘTERII

**Gheorghe Paladi, Olga Cernetchi, Uliana Tabuica, Iana Gaevscaia,  
Inga Oprea, Liliana Untilă**

Catedra Obstetrică și Ginecologie (rezidențiat)

### **Summary**

#### ***Hypertension in pregnancy – practical aspects of pregnancy and labor management***

Late gestosis still remains a disputed problem in the contemporary obstetrics, and it has an important role in composing maternal and perinatal mortality and morbidity rates. These pathological states are the cause of about 1/5 of maternal deaths. The objective of this study was to assess the basic perinatal and obstetrical outcomes in women with hypertension in pregnancy, while being compared with the similar outcomes from the period prior to implementation of the contemporaneous management and classification. It has been established, that active management of the women with preeclampsia (i.e. immediate induction of the labor), administration of short term antihypertensive drugs, in order to avoid cerebro-vascular complication, and administration of magnesium therapy for seizure prophylaxis, has improved basic obstetrical and perinatal outcomes, comparing with the period prior to implementation of the new classification and management.

### **Rezumat**

Până la momentul de față gestozele tardive rămân o problemă actuală a obstetricii contemporane și ocupă un loc important în structura mortalității și morbidității materne și perinatale. Ele sunt cauza a circa 1/5 din numărul total de decese materne. Scopul prezentei lucrări a fost evaluarea indicilor obstetricali și perinatali de bază la pacientele cu stări hipertensive în sarcină, fiind comparați cu indicii similari din perioada precedentă implementării tacticii și clasificării contemporane. S-a constatat, că conduita activă a pacientelor cu preeclampsie, adică finisarea cât mai urgentă a sarcinii în interesele mamei, administrarea tratamentului antihipertensiv de scurtă durată, scopul căruia este prevenirea complicațiilor cerebro-vasculare și a terapiei magneziace pentru profilaxia convulsiilor a permis ameliorarea indicilor obstetricali și perinatali de bază comparativ cu perioada anterioară implementării noii clasificării și conduite.

### **Actualitatea temei**

Până la momentul de față gestozele tardive rămân o problemă actuală a obstetricii contemporane și ocupă un loc important în structura mortalității și morbidității materne și perinatale. Ele sunt cauza a circa 1/5 din numărul total de decese materne, contribuția lor variind de la 12,9% în țările în curs de dezvoltare până la 27,9% în SUA. În structura cauzelor de deces matern gestozele ocupă tradițional locul 2-3.

Stările hipertensive în sarcină sunt majorii contribuitori ai morbidității și mortalității materne și perinatale. Anual, de complicațiile preeclampsiei decedează circa 50.000 de gravide. În particular, în Moldova în anul 2008 au fost înregistrate 18,1 la 1000 nașteri cazuri de preeclampsie/eclampsie, aceste stări fiind responsabile pentru 13% din mortalitatea maternă. Mortalitatea maternă în eclampsie variază între 1 și 20%, cea perinatală – între 1,5 și 35%.

Hipertensiunea în sarcină se diagnostică în 7-9 % cazuri, ce menține actualitatea persistentă a acestei probleme și dictează necesitatea elaborării și perfectării permanente a conduitei sarcinii și nașterii la aceste paciente în scopul diminuării indicilor obstetricali și

perinatali (decolarea prematură a placentei normal inserate, moartea antenatală a fătului, retardul de dezvoltare intrauterină a fătului ș.a.)

În anii 2000-2001 în Republica Moldova în practica obstetricală a fost implementată noua clasificare a stărilor hipertensive în sarcină (hipertensiunea indusă de sarcină, preeclampsia/eclampsia) în schimbul celei vechi (edeme gestaționale, nefropatie gr. I, II, III, preeclampsie, eclampsie), ce a prevăzut și revederea tacticii de conduită a acestei categorii de gravide.

### **Scopul lucrării**

Evaluarea indicilor obstetricali și perinatali de bază la pacientele cu stări hipertensive în sarcină, fiind comparați cu indicii similari din perioada precedentă implementării tacticii și clasificării contemporane (anii 1998-2000).

### **Materiale și metode**

În studiu au fost incluse 93 paciente cu preeclampsie/eclampsie - forme avansate a stărilor hipertensive induse de sarcină, care au fost internate în secțiile obstetricale ale IMSP SCM-1 mun. Chișinău pe parcursul anilor 2001-2008. În această perioadă în maternitate au fost înregistrate 45332 nașteri, așa deci incidența preeclampsiei/eclampsiei a constituit 0,2%.

Au fost evaluate datele anamnestice (vârsta, paritatea, afecțiunile extragenitale, particularitățile evoluției sarcinii), ale evoluției bolii (durata, cifrele TA la prima evaluare, adaosul ponderal etc), datele obiective (edeme, valorile TA, simptomele clinice subiective), rezultatele investigațiilor de laborator (proteinuria, teste hepatice, hemostaziograma etc) cu aprecierea tacticii de conduită (durata tratamentului antihipertensiv, indicațiile pentru finisarea sarcinii, modalitatea nașterii etc).

### **Rezultate și discuții**

La aprecierea vârstei gravidelor cu preeclampsie s-a constatat că 10 (10,75%) din ele erau la vârsta de până la 20 ani, 54 (58,06%) – între 21 și 30 ani, 13 gravide (13,98%) – între 31 și 35 ani și 16 (17,2%) – peste 35 ani. Primipare erau 52 (55,91%) gravide, multipare – 44,09%, dintre care la II-III sarcină – 29,03%, la IV și mai mult – 15,06%.

Printre patologiile extargenitale cel mai frecvent întâlnite la pacientele cu preeclampsie se enumeră: patologie renală (preponderent acutizarea pielonefritei cronice sau pielonefrita gestațională) – în 33 (35,48% cazuri), obezitatea gr. II-III – la 29 (31,2%) femei, hipertensiunea arterială cronică – la 9 (9,67%) femei.

De menționat că la 9 (9,68%) femei sarcinile precedente la fel au fost complicate cu stări hipertensive.

Repartizarea pacientelor conform vârstei gestaționale la internare a constatat: (*fig. 1*)

Așadar, din datele prezentate în diagramă reiese, că circa jumătate (47,3%) paciente au născut prematur, inclusiv 12,9% - între 29 și 32 săptăm, fiecare a treia (30,1%) – între 33 și 36 săptămâni gestaționale și doar 4,3% - până la 28 săptămâni.

Analizând prezența triadei clasice de simptome caracteristice pentru preeclampsie (hipertensiune arterială, proteinurie, edeme) am constatat că edemele gestaționale au fost prezente la 73 (78,5%) paciente pe membrele inferioare, la 27 (29,03%) – pe mâini, doar la 7 (7,52%) paciente constatându-se edeme generalizate, ce încă odată confirmă instabilitatea acestui criteriu de diagnostic. Adaos ponderal patologic în sarcină a fost depistat la 24 (25,8%) paciente.

Deși prezența proteinuriei este criteriul de bază pentru stabilirea diagnosticului de preeclampsie, la 23 (24,7%) femei ea a fost absentă, diagnosticul stabilindu-se în baza valorilor tensiunii arteriale sau/și a prezenței simptomelor clinice. O altă explicație a acestui fapt poate fi internarea pacientei în stare gravă, ce a făcut imposibilă aprecierea pierderii nictemerale de proteine cu urina, fiind imperativ necesară rezolvarea sarcinii după o pregătire preoperatorie adecvată.

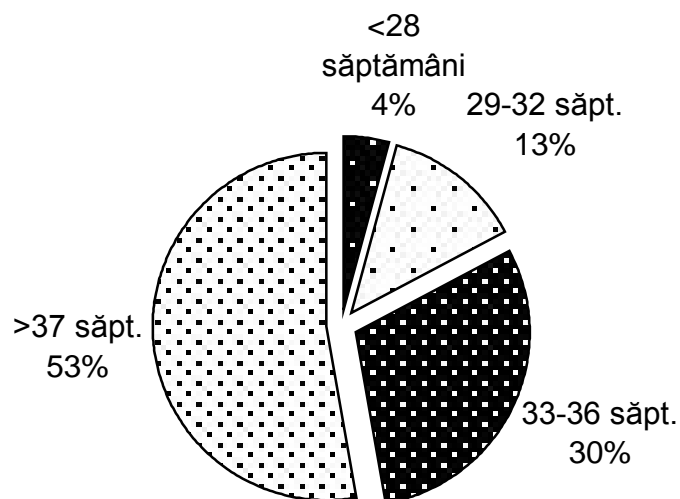


Figura 1. Repartizarea pacientelor cu preeclampsie conform vârstei gestaționale la naștere

Dintre celelalte 75,3% paciente la care s-a stabilit proteinurie peste 0,3g/24 ore, la 22 (23,65%) femei ea nu a depășit 1g, la 11 (11,8%) – s-a aflat în limitele de 1,1 și 3,0g/24 ore, la 6 (6,45%) femei depășind 3 g/nictemeral.

Apreciind valorile tensiunii arteriale la prima evaluare, peste 4-6 ore și sub tratament am constatat (tab.1):

Tabelul 1

**Valorile tendiunii arteriale în dinamică la pacientele cu preeclampsie incluse în studiu**

	<b>140/90 mm Hg</b>	<b>150/100 mm Hg</b>	<b>160/110 mm Hg</b>	<b>&gt;160/110 mm Hg</b>
TA la prima evaluare	26 (27,95%)	28 (30,1%)	18 (19,35%)	21 (22,58%)
TA peste 4-6 ore	44 (47,3%)	28 (30,1%)	15 (16,2%)	6 (6,45%)
TA sub tratament antihipertensiv	25 (26,88%)	48 (51,6%)	16 (17,2%)	4 (4,3%)

Astfel, la 41,9% paciente diagnosticul de preeclampsie putea fi stabilit chiar la internare (la prima evaluare a valorilor TA de 160/110 mm Hg și mai mult), ce a impus abordarea unei conduite active de tratament și, la termene de peste 34 săptămâni gestaționale - finisarea rapidă a sarcinii.

Atât mai necesar era managementul activ al sarcinii în cazul ineficienței tratamentului antihipertensiv, care se manifesta prin menținerea unor valori crescute ale TA și/sau apariția simptomelor clinice: cefalee – la 82 (88,1%) femei, dureri epigastrale – la 20 (21,5%), greață, vomă – la 19 (20,4%), dereglări vizuale (scotoame) – la 20 (21,5%), dispnee, cianoză – la 6 (6,45%) paciente. Așadar, practic toate pacientele au avut cel puțin 2 simptome clinice din cele enumerate, ce încă o dată a confirmat diagnosticul de preeclampsie.

Rezultatele investigațiilor de laborator au fost mai puțin sugestive, datele furnizate de ele doar în câteva cazuri au confirmat gravitatea procesului: la 22 (23,6%) femei s-au constatat valori crescute ale transaminazelor, trombocitopenie sau scăderea dinamică a numărului de trombocite – la 12 (12,9%) paciente, la 11 (11,8%) – alte dereglări ale hemostazei, în 21 (22,5%) cazuri – oligurie.

Considerăm importantă descrierea diagnosticului la internare. La fiecare a doua pacientă (47 sau 50,5%) la internare s-a stabilit diagnosticul de hipertensiune arterială indusă de sarcină, la 14 (15,1%) – de preeclampsie, în 32 (34,4%) cazuri – de preeclampsie severă, ce încă odată confirmă necesitatea abordării complexe în cazul stărilor hipertensive, diagnosticul definitiv fiind posibil doar după supraveghere munițioasă asupra valorilor TA, stării generale a gravidei și intrauterine a fătului, aprecierea proteinuriei, luarea în considerație a simptomelor clinice subiective și a rezultatelor investigațiilor de laborator.

Conduita acestor paciente a prevăzut administrarea tratamentului antihipertensiv la 90 (96,77%) paciente, profilaxia convulsiilor – la 77 (82,8%) femei, doar 65 (69,9%) femei au fost transferate în secția de terapie intensivă.

Printre cele mai pe larg utilizate în studiu preparate antihipertensive putem enumera: Metildopa – 81 (87,1%), beta-blocante -5 (5,4%), blocanți ai canalelor de calciu (Nifedipina) – 35 (37,6%), Sulfat de magneziu – 33 (35,5%) femei.

Indicațiile de bază pentru rezolvarea sarcinilor au fost: însăși diagnosticul de preeclampsie severă, care pune în pericol viața mamei și a fătului – la 70 (75,26%) femei, decolarea prematură a placentei normal inserate – în 2 (2,15%) cazuri, starea gravă intrauterină a fătului (confirmată prin Doppler-metrie) – la 31 (33,3%) femei, termenul peste 36 săptămâni și persistența preeclampsiei – la 8 (8,6%) paciente.

Simptomele ce indicau la agravarea stării pacientei, ce indica progresarea procesului spre preeclampsie severă au fost: în 29 (31,2%) cazuri – creșterea valorilor TA peste 160/110 mm Hg, în 3 (3,22%) cazuri - proteinurie peste 3 g, în 32 (34,4%) cazuri – apariția simptomelor clinice subiective, în 4 (4,3%) cazuri – oligurie.

Tratamentul în caz de agravare a fost: terapie antihipertensivă – la 57 (61,3%) femei, terapie magnezială – la 60 (64,5%) paciente, 36 gravide au fost transferate în secția ATI pentru o monitorizare mai strictă.

După stabilirea diagnosticului sarcina a fost prelungită cu: mai puțin de 12 ore – în 37 (39,8%) cazuri, între 12 și 24 ore – la 5 (5,4%) femei, 24-48 ore – în 34 (36,55%) cazuri, până la 8-10 zile – în 14 (15,05%) cazuri și doar în 3 (3,2%) cazuri sarcina a fost prelungită cu 2-4 săptămâni, această perioadă fiind absolut necesară pentru obținerea unei viabilități mai sigure a fătului în termene foarte precoce de stabilire a preeclampsiei. În aceste cazuri sarcina a fost prelungită doar în interese fetale, fiind foarte strict monitorizată starea mamei.

Analizând modalitatea în care s-a realizat nașterea la femeile cu preeclampsie, am constatat, că în 81 (87,1%) cazuri s-a finisat prin operație cezariană, restul 12 (12,9%) femei născând pe căi naturale, dintre care la 10 (10,7%) femei travaliul a debutat spontan, în 2 (2,15%) cazuri s-a recurs la amniotomie și perfuzie de oxitocină.

Printre cele mai grave complicații materne înregistrate la pacientele incluse în studiu, putem enumera: în 1 (1,07%) caz starea pacientei s-a agravat până la eclampsie, în 3 (3,2%) cazuri nașterea s-a complicat cu decolarea prematură a placentei normal inserate, în 2 (2,15%) cazuri – cu hemoragii masive în postpartum.

Complicațiile fetale și/sau neonatale au fost: retard de dezvoltare de gr. I-II – la 27 (29,03%) femei, de gr. III – la 7 (7,52%) femei.

În 1 caz (1,07% sau 10,7%) s-a înregistrat moartea antenatală a unui făt din duple ca consecință a sindromului de transfuzie fetofetală. În alt caz (1,07%) s-a înregistrat moartea neonatală precoce, cauza fiind anomaliile de dezvoltare ale fătului. Astfel, mortalitatea perinatală a constituit 21,5%.

În **concluzie** am vrea să constatăm, că conduita activă a pacientelor cu preeclampsie, adică finisarea cât mai urgentă a sarcinii în interesele mamei, administrarea tratamentului antihipertensiv de scurtă durată, scopul căruia este prevenirea complicațiilor cerebro-vasculare și a terapiei magneziale pentru profilaxia convulsiilor a permis ameliorarea indicilor obstetricali și perinatali de bază comparativ cu perioada anterioară implementării noii clasificării și conduite. Astfel, a scăzut numărul cazurilor de eclampsie (1 caz la 45332 nașteri) comparativ cu 1 caz la 1313 nașteri. Nivelul mortalității perinatale la femeile incluse în studiu a fost de 2 ori mai mic

decât în perioada precedentă (21,5‰ comparativ cu 46,05‰), preponderent din contul mortalității antenatale (10,7‰ comparativ cu 32,9‰).

### **Bibliografie**

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Hypertension in pregnancy. ACOG Technical Bulletin N. 219. Washington, DC. The College; 2006: p. 1-8.
2. Baker Ph. Sistemic disease: toxemia. Book of Abstracts of XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. Washington D.C. 2000.
3. Eclampsia Trial Collaborative Group. Which anticonvulsivant for women with eclampsia? Evidence from the collaborative eclampsia trial. Lancet 1995; 345: 1455-1463.
4. Enkin M. et al. A guide to effective care in pregnancy and childbirth. Third edition. Oxford University Press. 2000. P. 67-74, 119-131.
5. Erkkola R. Can preeclampsia be predicted and prevented? Acta Obs. Gynec. Scand. 1997; 164: 98-100.
6. Gudmundsson S, Gennser G, Marsal K. Effects of hydralazine on placental and renal circulation in preeclampsia. Acta Obstet Gynecol Scand 1995;74:415-8.
7. Magee L., Ornstein M., von Dadelszen P. Management of hypertension in pregnancy. BMJ. 1999; 318: 1332-1336.
8. Merviel Ph. et al. Prevention secondaire de la toxemie gravidique: physiopathologie de l'action des anti-agregants et resultats cliniques. Realites en Gynecologie-Obstetrique. 1999; 43: 11-16.
9. Montan S. Medical prevention of preeclampsia. Acta Obs. Gynec. Scand. 1997; 164: p. 111-115.
10. Paladi Gh. Unele considerente asupra clasificării, patogenezei și prevenirii gestozelor tardive. Buletin de perinatologie. 1998; N.4.
11. Report of the National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Pregnancy. Am. J. Obst. Gynec. 2000; 183: 1-22.
12. Sobony O. Traitement medical de la preeclampsie. Realites en Gynecologie-Obstetrique. 1999; 43: 22-27.
13. Toth P., Jothivijayarani A. Hypertension in pregnancy, preeclampsia and eclampsia. University of Iowa Family Practice Handbook, 3<sup>rd</sup> Edition, Chapter 3.
14. Treatment of Hypertension in Pregnancy. Workshop. The Norwegian Medicines Control Authority. 1997-1.
15. Vlădăreanu R. "Hipertensiunea arterială și sarcina" în "Afecțiunile medicale asociate sarcinii" sub red. R. Vlădăreanu. Editura Infomedica. 1999.
16. Whelton PK. Epidemiology of hypertension. Lancet 1994; 344:101-6.
17. Witlin A., Sibai B. Magnesium sulfat therapy in preeclampsia and eclampsie. Int. J. Obst. Gynec. 1998; 92: 883-887.
18. Сильвер Х. Беременность и артериальная гипертония. Справочник Калифорнийского Ун-та по акушерству и гинекологии. 1999. Стр. 378-389.

## **ASPECTE CONTROVERSATE ÎN CONDUITA NAȘTERILOR MULTIPLE**

**Gh. Paladi, Olga Cernetchi, Iurie Dondiuc, Uliana Tabuica, Ludmila Tăutu**  
Catedra de Obstetrică și Ginecologie rezidențiat USMF "Nicolae Testemițanu"

### **Summary**

#### ***Controversal aspects in the management of multiple deliveries***

In the last years multiple pregnancies reached a high level of importance for the medical practice. This is due to the increased risks that accompany multiple pregnancy and labour for